LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

GAZ. DES HÔPIT. — *Supplément* au nº 148, 1913.

PARIS
IMPRIMERIE LEVÉ
17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE

QUATRE-VINGT-SIXIÈME ANNÉE

1913

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1913

Nº 1. — JEUDI 2 ET SAMEDI 4 JANV. 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 2 ET SAMEDI 4 JANV. 1913 — Nº 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de **10f par an.**
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre ami le docteur Courtois-Suffit vient d'être promu au grade d'officier de la Légion d'honneur. La *Gazette des hôpitaux* est heureuse d'annoncer cette bonne nouvelle et d'adresser à son cher et fidèle collaborateur ses très affectueuses félicitations.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Sont admis à l'oral MM. les candidats ayant obtenu la note 17.

Plus MM. Berthelot, de Champs de Saint-Léger, Fournier (Jacques), Guillaume (Joseph), Lanos, Ohanianz, Prunier, Richon, Vinçotte, qui ont eu la note 16.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — *Au grade de grand officier.* — M. le médecin inspecteur général Delorme.

Au grade de commandeur. — M. le professeur Laveran, de l'Académie de médecine.

MM. les médecins inspecteurs Schneider et Primet.

Au grade d'officier. — M. le docteur Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux, médecin en chef des manufactures de l'Etat.

MM. les médecins inspecteurs Dziewonski, Cahier, Béchard et Lemoine.

MM. les médecins principaux Boucher, Baur, Descosse, Lebastard, Vedel, Davigneau et Clavel.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Masson (à Raon l'Etape) et Bédart (de Lille).

MM. les médecins-majors Augarde, Daussat, Douzans, Lafeuille, Lascoutx, Legrand, Léon, Mennessier, Pinot, Poullain, Boitel, Cristiani, Delabande, Ferris, Dourne, Gallas, Portes, Quesseveur, Rencurel, Vassal, Noc.

M. le médecin major Garcin (nommé au titre du Maroc et pour faits de guerre).

Sont promus ou nommés au titre de la réserve et de l'armée territoriale.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Hermann, Baret, Bourgeois.

M. le pharmacien principal de première classe Baillon.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bourdel, Faucher, Borello, Durey-Comte, Herck et Guérard.

MM. les pharmaciens majors Lafay et Delouche.

MINISTÈRE DE LA MARINE. — Sont promus ou nommés :
Au grade de commandeur. — M. le médecin général Ambiel.

Au grade d'officier. — MM. les médecins en chef Aubert et Laugier.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe Boy, Lasserre, Roux, Béraud, Chauvin, Belille, Le Coniac, Hédié et Formond.

GRANDE CHANCELLERIE. — Sont nommés :
Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Ledouble (de Tours) et Mocquart (de Paris).

MINISTÈRE DES FINANCES. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Lambert (de Paris).

MÉDAILLE DE LA MUTUALITÉ. — La médaille de bronze est décernée à M. Sabadini, médecin de la Société « La Corse » à Alger.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — ASILES D'ALIÉNÉS. — *Concours d'adjuvat de 1913.* — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, le lundi 3 mars 1913, tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asiles privés.

Le nombre des postes de médecin adjoint des asiles publics mis au concours est fixé à six.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'Intérieur une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Intérieur (1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), du 25 janvier au 12 février 1913 inclus.

Chaque postulant sera informé, par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande.

L'INSTITUT DE PUÉRICULTURE DES ENFANTS ASSISTÉS. — Un arrêt du Conseil d'Etat vient d'annuler l'arrêté du préfet de la Seine créant à l'hospice des Enfants-Assistés un Institut de puériculture. Cet institut fonctionnait depuis un an et demi avec grand succès sous la direction de M. Variot. Des médecins, des sages-femmes, des jeunes filles en suivaient attentivement les cours avec grand profit. A la dernière séance

du Conseil municipal, MM. Aucoc et Galli ont demandé si l'arrêt du Conseil d'État allait compromettre cette belle œuvre.

M. Mesureur a répondu qu'il ne s'agissait que d'une querelle de mots. Certains spécialistes des soins à donner aux nouveau-nés se sont émus de ce titre d'Institut de puériculture, qu'ils revendiquent également pour leurs propres œuvres. M. Variot pourra continuer son enseignement. Il est entendu d'autre part que le conseil supérieur de l'Assistance publique va être consulté sur le titre à donner à l'œuvre si intéressante créée par notre confrère.

LE PROFESSEUR GUIDO BACCELLI A PARIS. — On annonce l'arrivée à Paris du professeur Baccelli, ancien ministre de l'Instruction publique du royaume d'Italie, président du Conseil supérieur de santé du royaume et professeur de clinique médicale à Rome.

Notre illustre confrère se propose de faire un long séjour à Paris pour y étudier l'état présent de l'enseignement clinique.

UNE PETITE STATISTIQUE SUR LE BACCALAURÉAT. — La deuxième session des baccalauréats, en 1912, pour les seize académies de Paris et des départements, a donné les résultats suivants :

Dans la première partie, pour chacune des quatre séries, le chiffre des admis a été respectivement de 468 (latin-grec) sur 1 059 examinés, soit 44 p. 100 ; 755 (latin-langues vivantes) sur 1 826, soit 41 p. 100; 691 (latin-sciences) sur 1 505, soit 46 p. 100; 917 (sciences-langues vivantes) sur 2 197, soit 42 p. 100. Au total, 2 831 nouveaux bacheliers, sur 6 587 candidats examinés, soit une moyenne générale de 43,25. On remarque que la série où la proportion des admis est la plus forte est celle de latin-sciences.

Ces résultats, d'ailleurs, varient d'une académie à l'autre. C'est ainsi que Nancy a reçu le plus grand nombre de candidats dans l'ensemble des séries. Les candidats étaient-ils mieux préparés ou le jury plus indulgent?

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la cinquante-deuxième semaine, 1049 décès, au lieu de 933 pendant la semaine précédente, et au lieu de 909, moyenne ordinaire de la saison. Les maladies de l'appareil respiratoire sont la principale cause de cette augmentation du nombre des décès.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE DE LA FACULTÉ. — MM. Perrin, chef de clinique, Bailleul et Monsaingeon, chefs de clinique adjoints, commenceront un cours le lundi 6 janvier 1913, à quatre heures et demie, à l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale infantile (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres).

Ce cours, d'ordre essentiellement pratique, sera complet en un mois et aura lieu tous les jours à quatre heures et demie. Il comprendra les principales questions de chirurgie infantile et d'orthopédie avec présentation de malades, de radiographies, examen de pièces, confection d'appareils plâtrés.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

Le droit à verser est de 50 francs.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE PRATIQUE. — Le docteur Poulard commencera le lundi 20 janvier, à trois heures, ses conférences d'ophtalmologie pratique et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Ces conférences, avec exercices et présentations de malades, sont destinées aux étudiants et aux médecins praticiens. Elles ont pour objet l'étude des maladies des yeux que tout médecin praticien doit connaître et traiter.

Elles auront lieu dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Lariboisière.

Pour faciliter l'organisation de ces conférences, il est préférable de s'inscrire auprès du docteur Offret, assistant d'ophtalmologie à l'hôpital des Enfants-Malades.

L'inscription est gratuite.

COURS DE PERFECTIONNEMENT POUR LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU NEZ, OREILLES, LARYNX ET BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE. — Les docteurs Luc et Guisez commenceront le 15 janvier 1913, à cinq heures, à leur Maison de santé clinique, 15, rue de Chanaleilles, leur cours pratique sur les affections chirurgicales du nez, larynx, oreilles et broncho-œsophagoscopie.

Le cours durera environ un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à la clinique, 15, rue de Chanaleilles.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions en automobile sur la Côte d'Azur et aux environs de Nice (Nice-Menton, Nice-San-Remo, Nice-Saint-Raphaël, etc.).* — Les billets sont délivrés, jusqu'au 15 mai 1913, dans les gares de Saint-Raphaël, Cannes, Antibes, Nice, Monaco, Monte-Carlo et Menton.

Les voitures partent de l'Agence des wagons-lits, 2, avenue Masséna (près de la place Masséna), à Nice.

L'hiver à la Côte d'Azur.— Billets d'aller et retour collectifs, 1re, 2e et 3e classes, valables trente-trois jours (faculté de prolongation) délivrés jusqu'au 15 mai dans toutes les gares P.-L.-M., aux familles d'au moins trois personnes, pour :

Cassis, la Ciotat, Saint-Cyr-la-Cadière, Bandol, Ollioules-Sanary, La Seyne-Tamaris-sur-Mer, Toulon, Hyères et toutes les gares situées entre Saint-Raphaël-Valescure, Grasse, Nice et Menton.

Minimum de parcours simple : 150 kilomètres.

Prix : les deux premières personnes paient le plein tarif; la troisième personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la quatrième et chacune des suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Arrêts facultatifs.

Demander les billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

Nota. — Pour tous renseignements (prix, horaires, etc.), se reporter au livret guide horaire P. L. M., 0 fr. 60 dans toutes les gares du réseau, ou envoyé contre 0 fr. 80 adressés en timbres-poste au service de l'exploitation de la Cie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1913, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur BARTH, médecin de l'hôpital Necker.— 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur PAJOT, revu par le professeur Paul BAR.— 3° *Formulaire magistral*, revisé conformément au Codex de 1908, par M. Paul ROBIN. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur DE VALCOURT. — 5° *Médecine thermale*, principales stations avec l'indication des médecins consultants, par le docteur MACREZ.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins du bureau de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et les Ecoles préparatoires de médecine de France; les Ecoles de médecine militaire et navale, avec le nom des professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 francs. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 francs; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

REVUE GÉNÉRALE

LA MÉNINGITE A PNEUMOCOQUES

Par MM. Roger VOISIN,
Ancien chef de clinique médicale infantile,
et Henri STÉVENIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Jusqu'à ces dernières années, la description des méningites aiguës était faite de cas très disparates. Une connaissance insuffisante des agents pathogènes faisait englober dans le même cadre clinique des affections dues à des microbes divers : méningocoque, streptocoque, bacille de Pfeiffer, pneumocoque, etc.

La ponction lombaire, devenue d'un usage courant, et l'identification du méningocoque permettent maintenant un classement plus exact. Ces méthodes ont montré que si le pneumocoque n'est pas, comme on a pu le croire un instant, la cause de la plupart des méningites cérébro-spinales, son rôle n'en est pas moins très considérable.

Les méningites qu'il produit, par leur fréquence, leur gravité, leur allure symptomatique assez particulière, méritent une description spéciale.

I

Historique. — La méningite qui vient compliquer la pneumonie est connue depuis fort longtemps, il n'en est pas de même naturellement des autres formes secondaires et surtout de la méningite primitive dont la nature est restée inconnue jusqu'à la découverte du microbe causal.

On fait remonter l'histoire des méningites post-pneumoniques jusqu'à Hippocrate. On lit en effet dans les livres hippocratiques : que le pronostic est grave quand la phrenetis complique la pneumonie.

Malgré l'intérêt de cette observation c'est seulement au cours du XIXe siècle que les affections des enveloppes du cerveau ont été séparées de celles de l'encéphale, et que la méningite a été isolée; c'est alors seulement que put se constituer peu à peu, par les recherches cliniques et les constatations anatomo-pathologiques, l'histoire des rapports de la méningite et de la pneumonie. Dans cette période nous trouvons tout d'abord à signaler les observations de Gendrin, Charpentier, Guersant, Andral, Grisolle, mais ce sont surtout les médecins d'enfants, Rilliet et Barthez, Bouchut, qui insistèrent sur les phénomènes méningés au cours des pneumonies et s'attachèrent à leur description.

A cette période, diverses hypothèses avaient cours pour expliquer cette complication de la pneumonie : il s'agissait pour Gubler, Laveran, Vulpian et Sirugue d'hyperémie neuro-paralytique réflexe; pour Verneuil de stase sanguine veineuse d'origine mécanique et consécutive au trouble de la circulation pulmonaire; d'embolies à point de départ cardiaque en cas de méningite suppurée, pour Lancereaux, Petit, Huguenin.

Les recherches bactériologiques vinrent simplifier la question. Klebs en 1875, puis Eberth, avaient trouvé dans le liquide céphalo-rachidien des cocci et des diplocoques. Mais ce n'est que depuis la découverte du pneumocoque par Talamon en 1883 et son étude par Fränkel que l'on peut parler réellement de méningites à pneumocoques. Il n'est pas improbable qu'il s'agissait de méningite à pneumocoque dans les cas de méningites cérébro-spinales à la suite d'otites, publiés par Leyden en 1883, Senger en 1886, puis par Foa et Uffreduzzi.

Mais cette affection n'est vraiment isolée que depuis les mémoires de Weichselbaum en Allemagne, de Netter (1) en France. Ces auteurs, à côté de la méningite pneumococcique liée à la pneumonie, établissent la possibilité de méningites à pneumocoques en dehors de toute lésion pulmonaire.

Les thèses d'Adenot (2) [1889], de Boulay (3) [1891], de Vaudremer (4) [1893], de Scherb (5) apportent à cette question de nouveaux documents.

Ainsi se trouvait bien établie la notion de deux variétés de méningite à pneumocoque, l'une survenue au cours de la pneumonie, l'autre indépendante de cette infection pulmonaire, d'apparence primitive.

Mais la question ne tarde pas à s'obscurcir.

Les recherches entreprises au cours d'une variété de méningite primitive, la méningite épidémique, donnèrent aux bactériologistes les résultats les plus variés. Si en 1887 Weichselbaum décrit comme agent pathogène de cette affection un diplocoque très différent du pneumocoque puisqu'il ne prend pas le Gram, en 1889 Bonome observe un microbe prenant le Gram, affectant l'aspect d'un streptocoque, et Jäger en 1895 trouve un autre diplocoque gardant le Gram. S'agissait-il dans ces derniers cas du pneumocoque et le pneumocoque était-il le germe spécifique de la méningite épidémique?

Cette opinion put être discutée, car les travaux de Bordoni-Uffreduzzi, ceux de Netter montrèrent que le streptocoque de Bonome n'était qu'un pneumocoque modifié dans sa morphologie par le milieu de culture. Mais bientôt des recherches plus précises, de Weichselbaum, de von Lingelsheim, de Dopter et de Koch permirent de reconnaître dans le méningocoque, décrit par Weichselbaum en 1887, l'agent spécifique de la méningite épidémique, et de considérer les germes décrits par les autres auteurs comme des pseudo-méningocoques (6). Le pneumocoque est donc capable de créer une méningite primitive, mais celle-ci n'est pas la méningite épidémique.

Tandis que la bactériologie limitait le champ de la méningite pneumococcique primitive, celui de la méningite secondaire s'étendait au contraire.

La connaissance de la guérison possible de cer-

(1) Netter. De la méningite due au pneumocoque avec ou sans pneumonie, *Arch. gén. de méd.*, 1887.
(2) Adenot. Th. de Paris, 1889.
(3) Boulay. Th. de Paris, 1891.
(4) Vaudremer. Th. de Paris, 1893.
(5) Scherb. *Essai sur la pneumonie méningée primitive*, Th. de Montpellier, 1894-1895.
(6) Cf. Roger Voisin. La méningite cérébro-spinale épidémique d'après les travaux récents, revue générale, *Gaz. des hôp.*, 14-21, août 1909, n° 92-94.

tains états méningés survenus au cours de pneumonies permettait, en 1892, au professeur Hutinel (1) de décrire, à côté des méningites suppurées dues au pneumocoque, des méningites séreuses, premier degré de l'infection.

Ses élèves étudient la question ; citons entre autres les observations de méningites séreuses de Ch. Lévi (1897) [2], intéressantes surtout au point de vue pathogénique.

Roger Voisin (3) en 1904 fait une étude d'ensemble des réactions méningées au cours des infections pulmonaires à pneumocoques : il montre que l'on peut noter dans les méninges tous les degrés de réaction, depuis le plus minime jusqu'à la purulence complète, il constate que l'on ne peut opposer le méningisme (Dupré) à la méningite, et qu'il y a lieu de réunir comme les degrés d'une même infection toutes les manifestations cliniques observées.

Nous citerons encore un travail paru en 1902 de Menetrier et Aubertin (4) qui mettent en évidence les particularités histologiques de la méningite à pneumocoques.

Après ces travaux primordiaux, nombreux sont les travaux épars qui apportent à la question leur appoint, ils trouveront place au cours de cette étude.

En se basant sur ces diverses recherches nous essaierons dans les lignes suivantes de caractériser les méningites dues au pneumocoque.

II

Etiologie. — Le germe. — Le pneumocoque se montre dans un grand nombre de cas avec ses caractères habituels d'aspect, de culture et d'action pathogène. Mais ce germe est assez fréquemment modifié pour donner lieu à quelque hésitation.

En effet, suivant Concetti, Sicard, Hoche, le liquide céphalo-rachidien peut atténuer les microbes.

Dans le liquide céphalo-rachidien normal, le pneumocoque ne pousserait pas, d'après Vincenzi (5).

Roger Voisin a constaté que les cultures de pneumocoques dans le liquide céphalo-rachidien succombent plus vite que les cultures en bouillon et qu'elles y prennent des formes d'involution.

Les modifications peuvent porter sur l'aspect, la culture, l'action pathogène. La morphologie peut être très différente. Assez souvent la capsule n'est pas nette (Guillemot et Ribadeau-Dumas [6]), mais l'aspect est celui d'un diplocoque.

On trouve parfois le microbe sous forme de courtes chaînettes, entourées d'une capsule. Sa culture est facile sur les milieux ordinaires, la souris blanche et le lapin sont très réceptifs. C'est là le *streptocoque de Bonome* qui doit être considéré comme un pneumocoque modifié. Telle est l'opinion de Bordoni-Uffreduzzi, de Netter, de Schottmüller. Netter lui a rendu les caractères ordinaires du pneumocoque par passages successifs sur rat blanc. Cependant Bezançon et Griffon le différencient du pneumocoque parce qu'il pousse agglutiné dans le sérum humain normal.

La culture n'est pas toujours possible, soit que le germe est peu abondant, ou qu'il est altéré par l'action du milieu dans lequel il s'est développé.

Dans un cas de méningite séreuse rapporté par Lévi, la culture avait été impossible quoique l'inoculation ait tué la souris en quatre jours par pneumococcie.

Dans le cas de Guillemot et Ribadeau-Dumas, la culture était celle que donne le pneumocoque. Mais la vitalité en était faible, il ne résistait pas plus de trois jours sur gélose au sang de lapin. Le pouvoir pathogène en était également médiocre pour la souris blanche qui n'a pas été tuée par l'injection sous-cutanée mais seulement par injection intrapéritonéale d'un centimètre cube de liquide céphalo-rachidien.

Le microbe isolé par Méry et Parturier présentait également tous les caractères du pneumocoque mais n'était pas pathogène pour la souris.

Modification de forme, diminution de virulence, atténuation de vitalité, telles sont les modifications que le pneumocoque subit dans le liquide céphalo-rachidien. Mais il conserve ses caractères tinctoriaux, il garde le Gram.

Le pneumocoque est généralement le seul germe trouvé dans les méninges. Cependant on a rapporté un certain nombre de faits dans lesquels il était *associé* à d'autres microbes. Netter, en 1891, l'avait trouvé deux fois associé au staphylocoque.

Dans un cas de Churchill (1) le pneumocoque avait été retiré du liquide céphalo-rachidien et l'autopsie montra une méningite tuberculeuse, dans un autre cas du même auteur le pneumocoque et le bacterium coli furent trouvés à l'autopsie. Cette méningite était secondaire à une appendicite.

La Fétra (2) a rapporté un cas d'association de bacille de Koch et de pneumocoque. Teissier (3) l'a observé associé au méningocoque.

Le terrain. — *Causes prédisposantes.* — La méningite à pneumocoques s'observe à tous les âges, elle est peut-être plus fréquente à l'âge adulte. Si on examinait systématiquement les méninges des pneumoniques on la trouverait probablement avec une assez grande fréquence.

Causes locales. — On a observé assez souvent des antécédents pathologiques cérébraux : hémorragie,

(1) Hutinel. *Semaine méd.*, 1892.

(2) Ch. Lévi. *Arch. de méd. expérim.*, 1897.

(3) Roger Voisin. *Les méninges au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire*, Th. de Paris, 1904. — Nobécourt et Roger Voisin. Pathogénie des troubles méningés au cours des infections aiguës de l'appareil respiratoire, revue générale, *Gaz. des hôp.*, 30 avril 1904, n° 50.

(4) Menetrier et Aubertin. *Soc. anat.*, 1902.

(5) Vincenzi. Le liquide céphalo-rachidien normal comme milieu de culture pour les bactéries pathogènes, *Cent. f. Bakt.*, 18 oct. 1909, vol. LII, p. 154.

(6) Guillemot et Ribadeau-Dumas. Quelques particularités bactériologiques et cytologiques d'un cas de méningite cérébro-spinale, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 6 nov. 1908.

(1) Churchill. On the bacteriology of meningitis, *Arch. of ped.*, déc. 1907.

(2) XCe réunion annuelle de la Société américaine de pédiatrie, Washington, mai 1907.

(3) Teissier, Duvoir, Schaefer et Stévenin. Vingt-trois cas de méningite cérébro-spinale traités par le sérum antiméningococcique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 mai 1909.

ramollissement, tumeurs (Cruveilhier, Inglessis, Vergely, Netter), l'aliénation (Immermann et Heller). L'hérédité névropathique doit entrer également en cause.

Causes générales. — Les sujets affaiblis sont prédisposés. L'alcoolisme se rencontre souvent dans les antécédents (Senger; Barth et Poulin 3 fois sur 4).

Dans le cas de méningite primitive rapporté par Chalier, Nové-Josserand et Mazet (1), le sujet était ivre et a resté deux heures exposé au froid et à la pluie.

La grossesse, l'allaitement sont des causes prédisposantes importantes.

Causes déterminantes. — La méningite à pneumocoques s'observe dans des conditions bien différentes : 1° tantôt elle vient compliquer une pneumonie ou une broncho-pneumonie à pneumocoques ; 2° tantôt elle survient à la suite d'une otite, d'une sinusite, d'un traumatisme du crâne, ou au cours d'une infection grave, déprimante, de l'organisme; 3° tantôt enfin elle paraît nettement primitive.

Pour apprécier sa fréquence d'une manière générale, nous ne trouvons pas de statistiques récentes. En 1887, Netter notait 27 fois le pneumocoque sur 41 méningites suppurées; mais on comprend combien la proportion peut être variable suivant que l'année considérée présente ou non une épidémie de méningite à méningocoques.

Mais la méningite à méningocoques mise à part, il semble que le pneumocoque soit l'agent le plus fréquent des suppurations des méninges.

1° *Méningite à pneumocoques au cours des pneumonies et des broncho-pneumonies.* — C'est ordinairement au cours de la *pneumonie* que l'on observe cette complication qui surviendrait suivant Osler dans 8 p. 100 des cas. Elle est surtout parapneumonique, mais peut apparaître après la défervescence du sixième au onzième jour; même dans quelques cas les accidents méningés peuvent précéder la constitution des signes pulmonaires; il n'est pas nécessaire de supposer dans ce cas, d'après la théorie que défend Joltrain dans sa thèse, que ces deux affections représentent la localisation d'une septicémie à pneumocoques ; la pneumonie peut fort bien avoir été la localisation primitive et passer inaperçue.

La broncho-pneumonie à pneumocoques peut également être le point de départ de l'infection méningée.

2° *Méningite à pneumocoques secondaire à une autre affection.* — Après la pneumonie c'est l'*otite* qui est la cause la plus fréquente des méningites à pneumocoques. L'otite est relevée par Netter en 1887 dans 25 p. 100 des autopsies.

Toutes les formes d'otite, soit aiguë, soit chronique, peuvent être cause de méningite. L'inflammation de l'oreille peut avoir été très minime, comme dans le cas de Lubet-Barbon (2) pour lequel on pensa un moment à la méningite cérébro-spinale épidémique.

(1) CHALIER, NOVÉ-JOSSERAND et MAZEL. Méningite cérébro-spinale à pneumocoque, *Soc. hôp. Lyon*, 28 janvier 1912, *Lyon méd.*, 28 janvier 1912.

(2) LUBET-BARBON. *Arch. de laryng.*, 1900.

Les *sinusites*, moins souvent que les otites, mais encore assez fréquemment, peuvent être relevées comme cause de méningite à pneumocoques, qu'il s'agisse de sinusite frontale ou maxillaire.

Les cavités de la face sont en effet habitées d'une manière presque constante par le pneumocoque, et lorsqu'un traumatisme vient les ouvrir les microbes gagnent facilement les méninges. C'est ainsi qu'on peut citer un certain nombre de méningites à pneumocoques consécutives à des fractures du crâne [Balduzzi (1), Dopter, Thaon (2)].

L'*œil* peut également servir de point de départ de l'infection. Morax a trouvé le pneumocoque dans plusieurs cas de conjonctivite aiguë. Gifford (*Archiv. of Ophtalm.*, XXVI, n° 2) le considère comme une cause fréquente de conjonctivite catarrhale. Uthoff et Axenfeld (*Grafes Archiv. of Ophtalm.*, XLI, fasc. 2), sur 35 cas d'ulcère serpigineux de la cornée, l'ont trouvé 29 fois. Kalt a rapporté deux cas de méningite à pneumocoques consécutives à des affections oculaires : une irido-cyclite (*Soc. d'Ophtalm. de Paris*, 1892) et une infection orbitaire. De Lapersonne (3) a réuni ces faits et rapporté un cas analogue. A la suite d'une énucléation pour irido-cyclite purulente, l'opérée fut atteinte de méningite à pneumocoques et l'autopsie montra des pneumocoques dans la gaine du nerf optique.

Dans d'autres cas, la méningite pneumococcique n'est plus consécutive à une lésion de voisinage, mais à une infection à pneumocoques de siège éloigné : une appendicite (Churchill), une infection puerpérale à pneumocoques (Widal, Delestre, Crouzat, Caussade et Logre).

Parfois l'infection à pneumocoques a été une infection à saprophytes sur un organisme débilité, et il est à remarquer que le pneumocoque par sa banalité même, semble être l'agent le plus fréquent de ces méningites secondaires. Dans un cas de néphrite scarlatineuse, Hutinel (4) a vu survenir des attaques convulsives liées à une méningite suppurée à pneumocoque. La porte d'entrée était une piqûre septique d'huile camphrée qui avait causé un abcès de la fesse.

Au cours de la *fièvre typhoïde* (Dewitte) le pneumocoque a été trouvé pur ou associé au bacille d'Eberth dans les méninges. (Netter, Sacquépée.) Dans la *grippe*, la *diphtérie* (Méry et Parturier) la méningite à pneumocoques a été assez souvent notée.

Il est à noter enfin que chez des *hérédo-syphilitiques* Guinon, Hutinel ont constaté à diverses reprises des méningites à pneumocoques.

Nous croyons que c'est une des caractéristiques de la méningite à pneumocoques d'être la plus fréquente des méningites secondaires survenues dans les infections débilitantes de l'organisme.

(1) BALDUZZI. Méningite à diplocoque lancéolé consécutive à une fracture de la base du crâne, *Gaz. deg. osp. e d. clin.*, 19 janvier 1908.

(2) THAON. Méningite cérébro-spinale à pneumocoques par fracture du crâne et ouverture des sinus frontaux, *Soc. anat.*, 1903.

(3) DE LAPERSONNE. Méningites à pneumocoques après l'énucléation et les opérations orbitaires, *Soc. franç. d'ophtalm.*, 1897.

(4) HUTINEL. *Progrès méd.*, 1909.

3° *Méningite pneumococcique primitive.* — Sur la fréquence des méningites primitives, il y a lieu de ne faire entrer en ligne de compte que les statistiques parues depuis que l'on sait identifier le méningocoque et les pseudo-méningocoques.

Les statistiques antérieures manquent en effet de bases précises.

Holt, sur 197 cas d'enfants de moins de trois ans examinés au Babie's hospital de New-York au cours de ces cinq dernières années, trouve le méningocoque dans 12 p. 100 des cas, le pneumocoque dans 11 p. 100 de ces méningites. Dunn (de Boston) sur 142 méningites auxquelles on avait administré le sérum antiméningococcique note 8 p. 100 des cas dus au pneumocoque.

Councilman sur 61 autopsies de méningites sporadiques trouve 21 fois le méningocoque, 18 fois le pneumocoque.

Sur 25 cas de méningite sporadique rapportés par Osler, 8 étaient dus au pneumocoque.

Libman au contraire, trouve 17 fois le streptocoque et 7 fois seulement le pneumocoque.

Certains auteurs ne le trouvent pas au contraire : Osler sur 16 cas a eu 2 fois un liquide stérile, 13 fois du méningocoque, une fois le staphylocoque. Berdach en Styrie sur 72 cas a toujours trouvé le méningocoque. Erik Faber au cours de l'épidémie de Copenhague de 1898 a observé 27 cas à méningocoque et 4 cas douteux.

D'ailleurs il ne s'agissait pas le plus souvent de méningites vraiment primitives.

Councilman sur 18 autopsies de méningites à pneumocoques n'a relevé qu'un seul cas de méningite primitive et encore celle-ci est-elle douteuse, coïncidant avec une néphrite aiguë qui pouvait avoir été l'infection primitive.

Councilman, Mallory et Wright sur 10 cas de méningites à pneumocoques ne signalent que deux primitives. Une seule méningite est primitive sur les 8 cas rapportés par Osler.

D'après Churchill (1) sur 179 cas recueillis on ne pourrait relever que 9 cas de méningite incontestablement primitive. Libman rapporte presque tous les cas à la méningite secondaire, il croit que cette infection est très rarement primitive. Il estime que le foyer primitif est souvent obscur et par suite méconnu.

Un certain nombre d'*épidémies* de méningite paraissent dues au pneumocoque. Sans rapporter les observations anciennes où il peut y avoir doute sur la spécificité du microbe nous pouvons citer celles qu'ont relaté Parienski, Quader et Weichselbaum. Marchoux en a signalé des épidémies chez les nègres. Les séquelles en seraient facilement confondues avec la maladie du sommeil.

En tous cas il y a lieu de noter que le nombre des méningites à pneumocoques paraît être plus considérable, lorsque sévit en même temps une épidémie de méningite à méningocoques. Il est probable que les conditions atmosphériques sont alors telles que tous les microorganismes peuvent facilement accroître leur virulence.

Parmi les derniers cas publiés de méningite primitive à pneumocoques nous pouvons citer, ceux de Grasset, de Galliard, d'Achard et Laubry (1), d'Achard et Grenet, de Menetrier et Aubertin, de Couvelaire (rapportée dans la thèse de Voisin), de Hudelo et Merle (2), de Chalier, Nové-Josserand et Mazet. Ces cas récents, pour lesquels la méningite à pneumocoques a été mise hors de doute par l'identification de l'agent pathogène, nous paraissent pouvoir donner une idée plus juste de l'affection que les cas plus anciens dans lesquels le microbe était souvent affirmé sur des preuves peu convaincantes.

III

Pathogénie. — VOIES D'APPORT. — Le mode d'infection des méninges par le pneumocoque doit être envisagé dans trois cas différents : 1° dans la pneumonie ; 2° dans les traumatismes, dans les otites, dans les infections générales ; 3° en cas de méningite primitive.

Dans la *pneumonie* c'est la voie sanguine qui sert de passage au pneumocoque qui a proliféré dans le parenchyme pulmonaire. De nombreux travaux, tels que ceux de Friedlander, Talamon, Netter, Duflocq ont établi que le pneumocoque se trouve habituellement dans la circulation générale au cours de la pneumonie. Cette infection passagère n'est pas comparable pour la durée à celle que réalise le bacille d'Eberth dans la fièvre typhoïde, mais est suffisante néanmoins pour que ce germe arrive au contact des méninges et puisse s'y développer.

D'après la théorie que Joltrain (3) a soutenue récemment dans sa thèse, la septicémie pneumococcique serait plus précoce et plus prolongée qu'on ne l'admet habituellement ; de sorte que l'on pourrait presque dire, d'après cet auteur, que la méningite est indépendante de la pneumonie et représente une localisation de la septicémie à pneumocoques comme la pneumonie en représente une autre. Cette théorie, pour séduisante qu'elle soit, ne repose peut-être pas sur des faits inattaquables et surtout ne présente-t-elle pas le caractère de généralité qu'on a voulu lui donner. Nous croyons que dans la majorité des cas le germe qui est venu contaminer les méninges provient du poumon.

Dans d'autres cas, les méninges ne sont pas infectées directement par voie sanguine, mais par l'intermédiaire d'une otite à pneumocoques secondaire à la pneumonie. On sait combien fréquemment, surtout chez les enfants, on trouve à l'autopsie du pus dans les oreilles. Au cours des *otites*, des sinusites, l'infection peut se faire par propagation.

Les communications lymphatiques qui existent entre les *sinus* de la face, les cavités de l'oreille et les méninges expliquent la fréquence de cette voie d'entrée.

---

(1) CHURCHILL. On the bacteriology of meningitis, *Arch. of Ped.*, déc. 1907.

(1) ACHARD et LAUBRY. Méningite à pneumocoques. Résultats de la ponction lombaire, *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, avril 1902.

(2) HUDELO et MERLE. Deux cas de méningite cérébro-spinale, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 11 mars 1909.

(3) JOLTRAIN. Th. de Paris, 1912.

Dans les *traumatismes*, tels qu'une fracture du crâne, l'ouverture des cavités de la face rend compte de la pénétration des germes.

Dans les *infections générales* telles que la fièvre typhoïde, l'infection puerpérale, le germe peut être véhiculé par le sang, mais la présence fréquente du pneumocoque dans la cavité buccale explique aussi qu'à la faveur de la diminution de résistance de l'organisme il puisse donner lieu soit à une otite, soit à une infection banale des voies respiratoires supérieures qui contamine la circulation sanguine et gagne les méninges. On sait l'importance prophylactique à ce point de vue de simples moyens de désinfection buccale et pharyngée dans les infections.

En ce qui concerne la *méningite primitive* à pneumocoque, Wiseman pense que la porte d'entrée dans l'organisme et la manière dont les méninges sont infectées ne sont pas encore élucidées. Des portes d'entrée semblables à celles dont nous venons de parler pour les méningites secondaires ont été invoquées par les différents auteurs. On a pensé qu'étant donnée la fréquence du germe à l'état saprophyte dans les premières voies naturelles il pouvait passer dans les lymphatiques et infecter ainsi les méninges. On sait qu'il semble en être ainsi pour la méningite cérébro-spinale à méningocoque. Le microbe de Weichselbaum végète dans les fosses nasales et pénètre dans les méninges par voie lymphatique. Mais cette pathogénie est controuvée même pour le méningocoque [Koch] (1), et il semble plus probable d'admettre que c'est la voie sanguine qui est le plus habituellement suivie. D'après Netter le microbe pénétrerait dans les poumons et serait amené aux méninges par le sang. Holt a noté une fréquence spéciale de la pneumococcie généralisée chez les sujets très jeunes, il en rapporte sept cas dans lesquels le pneumocoque a été trouvé dans le sang du cœur. On comprend ainsi qu'il puisse être amené par la circulation au niveau des méninges.

Barker pense que la plupart des soi-disant cas primitifs sont en réalité des méningites secondaires. Le foyer primitif d'infection siégerait ailleurs et serait méconnu. En résumé la même pathogénie s'applique à la méningite primitive à pneumocoques et à la méningite secondaire, mais dans le premier cas la cause est passée inaperçue.

Pourquoi les méninges sont-elles lésées? Nous avons dit l'importance des causes locales de dépression, de l'hérédité névropathique, des infections ou intoxications préparant le terrain. Car si la méningite primitive à pneumocoques peut se développer au cours de la bonne santé elle est bien plus fréquente chez les débilités ou les sujets atteints d'affections chroniques (Osler).

Mode d'action. — Le pneumocoque peut agir sur les méninges soit par sa présence, soit par les toxines qu'il sécrète. Belfanti (2), Hutinel, Ch. Lévi avaient pensé que les phénomènes méningés que l'on observe si fréquemment dans la pneumonie sont dus à la toxémie. C'est la théorie toxémique soutenue par Concetti, admise par Schlesinger pour expliquer les méningites séreuses.

(1) Koch. Th. de Paris, 1909.
(2) Belfanti. *Riforma medica*, 10 mars 1890.

Mais les toxines du pneumocoque sont encore très mal connues malgré les travaux de Mosny, d'Issaïef, de Carnot et Fournier. Et d'ailleurs, la présence du pneumocoque paraît très fréquente au niveau des méninges, même dans les liquides d'œdème. Lévi montre par l'inoculation de ce liquide la présence du pneumocoque qu'une culture négative pouvait faire rejeter.

Hemenway trouve le pneumocoque dans un liquide céphalo-rachidien clair au cours de symptômes méningés dans une pneumonie.

Lafforgue (1) en ensemençant de grandes quantités de liquide céphalo-rachidien (30 centimètres cubes), en diluant le liquide dans des volumes considérables de milieu de culture, décèle le pneumocoque dans des liquides clairs qu'un examen moins complet aurait fait croire stériles.

Cette discussion est en réalité peu importante. Ce qui l'est davantage c'est le mode réactionnel. Longtemps on avait considéré les manifestations cérébrales curables au cours des pneumonies comme de simples réactions méningées ou encéphaliques sans substratum anatomique et c'est pour elles que Dupré créa le mot de méningisme. Actuellement ce mot doit être limité aux manifestations hystériques.

C'est en réalité de méningite qu'il s'agit ou mieux de réactions encéphalo-méningées (Hutinel et Roger Voisin [2]). Cette expression permet en effet d'associer à la lésion méningée les modifications de l'encéphale, parfois indépendantes des altérations de ses enveloppes et qui seules se traduisent au point de vue clinique. Il s'agit de modalités différentes de réaction de l'encéphale à l'infection, de degrés dans l'intensité de cette infection, mais non d'accidents de nature différente.

La méningite à pneumocoque a été reproduite *expérimentalement*, par Netter, Foa et Uffreduzzi. Ces auteurs ont inoculé, sous la dure-mère de l'animal, des cultures de pneumocoque.

Roger Voisin a pratiqué de nombreuses inoculations à des lapins. L'inoculation par l'oreille et les narines infectait fréquemment le liquide céphalo-rachidien. La méningite pneumococcique a été reproduite par injections de cultures dans le canal rachidien du chien. Les inoculations par l'oreille ou les narines n'ont rien déterminé chez ce même animal.

De Lapersonne et Calmette ont infecté le lapin par injection de pneumocoques dans la gaine du nerf optique. L'injection suivait la gaine et produisait une septicémie.

IV

Anatomie pathologique. — Suivant Wiseman (3) les lésions de ce type de méningite seraient très sem-

(1) Lafforgue. La méningite à pneumocoques, *Paris méd.*, 3 août 1912.
(2) Hutinel et Roger Voisin. Art. Méningites aigues, in *Nouv. Traité de méd.*, 1912.
(3) Wiseman. Etude sur 2 cas de méningites à pneumocoques, *Boston med. and surg. Journ.*, 3 août 1911.

blables à celles des autres formes étiologiques de l'affection.

Nous verrons au cours de cette description que l'aspect macroscopique et l'histologie de la méningite à pneumocoques présentent un certain nombre de particularités.

Méningite suppurée. — Celle-ci représente la forme habituelle. A l'ouverture du crâne, la dure-mère incisée, on aperçoit à la surface des circonvolutions une couche de pus verdâtre, consistant, épais, très fibrineux. C'est l'aspect du pus à pneumocoques bien différent au premier abord du pus plus liquide, moins lié, plus jaunâtre ou blanchâtre des suppurations méningées à méningocoques ou à streptocoques.

Ce pus à pneumocoques est abondant et parfois les circonvolutions sont complètement cachées par une véritable calotte de pus. Cependant dans d'autres cas, il existe seulement quelques traînées purulentes au niveau des sillons ou quelques placards isolés.

Les méningites à pneumocoques sont des méningites de la *convexité*, cependant le pus forme également des traînées à la base de l'encéphale.

On a signalé des placards d'hémorragie méningée siégeant dans l'espace sous-arachnoïdien (Crouzat, Caussade et Logre).

Au niveau de la moelle, on observe le même aspect, le pus prédomine en général à la face postérieure.

Il est de règle que tout l'axe cérébro-spinal soit pris.

Nous emprunterons surtout pour la *description histologique* aux travaux de Menetrier et Aubertin (1) qui ont mis en évidence certaines particularités qui paraissent propres à la méningite à pneumocoques et qui la différencient de la méningite à méningocoques. Dans la méningite à méningocoques, Menetrier décrit de l'œdème de l'espace sous-pie-mérien. La pie-mère est séparée de la substance cérébrale par un exsudat amorphe, probablement albumineux, coagulé par les réactifs.

Dans la méningite à pneumocoques, l'exsudat purulent prédomine au contraire dans la région sous-pie-mérienne.

Il repose directement sur la surface du cerveau. Roger Voisin a fait la même constatation.

Ce pus est formé en partie de polynucléaires, en partie de mononucléaires. On y trouve de grosses cellules à noyau rétracté et des gros mononucléaires à petit noyau très coloré. Ces divers éléments sont réunis par un réseau abondant de fibrine.

Les globules rouges sont abondants et peuvent même former de petites hémorragies à la surface de l'encéphale. Dans le cas de Parisot et Lucien (2), il existait des hémorragies pie-mériennes multiples.

La pie-mère est elle-même le siège d'une infiltration fibrino-purulente surtout marquée à sa partie interne, là où existe cette couche de pus dont nous venons de parler. La membrane est infiltrée de lymphocytes.

(1) MENETRIER et AUBERTIN. *Soc. anat.*, janvier 1902.

(2) PARISOT et LUCIEN. Hémorragie sous-arachnoïdienne au cours d'une méningite à pneumocoques, *Soc. de méd. de Nancy*, 21 avril 1909, *Revue méd. de l'Est*, p. 361.

L'exsudat du cavum contient au contraire des polynucléaires en abondance.

Guillain et Vincent (1) décrivent des lésions un peu différentes : une énorme infiltration leucocytaire de la pie-mère qui atteignait par places presque un millimètre. Mais cette infiltration était surtout formée de polynucléaires.

Macroscopiquement la *substance nerveuse* a été trouvée lésée dans un certain nombre d'observations.

Le fait le plus caractéristique est celui de Chalier, Nové-Josserand et Mazet qui rapportent un cas de méningite primitive à pneumocoques dans lequel existait un petit foyer d'encéphalite hémorragique au pôle frontal. Plus souvent il ne s'agit que de lésions microscopiques, analogues d'ailleurs à celles des autres méningites et sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Les vaisseaux sont entourés d'un petit manchon de lymphocytes contenus dans leur gaine lymphatique et qui ne se continue pas profondément.

Si Menetrier et Aubertin, Guillain et Vincent ne décrivent pas de lésions vasculaires, pour Wiseman par contre il existerait une endartérite aiguë semblable à celle que l'on a trouvée dans la méningite tuberculeuse.

Merle (2) a étudié récemment les lésions ventriculaires qui accompagnent celles des méninges externes. Les ventricules cérébraux dilatés contiennent un liquide louche et leur surface est tapissée de dépôts purulents. Le pus est surtout abondant dans les parties déclives : cornes occipitale, temporale ou frontale. Dans un cas il y avait un abcès dans une corne occipitale.

Les plexus choroïdes sont normaux, congestionnés ou purulents. Le pus s'étend à leur surface et s'insinue dans les interstices des sinuosités épithéliales.

Il y a parfois formation de tissu de sclérose.

L'examen histologique montre souvent une desquamation de l'épithelium.

La substance nerveuse sous-épendymaire est infiltrée de cellules rondes. Des vacuoles apparaissent dans la masse névroglique. Parfois même on observe un fin réticulum donnant l'aspect d'une substance trouble uniforme. Les hémorragies y sont rares contrairement à ce que l'on constate dans les épendymites tuberculeuses. L'inflammation des gaines périvasculaires est habituelle.

Enfin on constate assez souvent une symphyse aiguë, qui se forme surtout dans les récessus ventriculaires. Cette lésion est presque particulière à la méningite à pneumocoques. Merle signale de plus l'absence d'hémorragies ventriculaires et dans un cas la formation de granulations jeunes par soulèvement névroglique.

Au niveau de la *moelle* dorsale, Menetrier et Aubertin ont constaté dans un cas une disposition de

(1) GUILLAIN et VINCENT. Délire suraigu au cours d'une pneumonie. Présence de pneumocoques dans le liquide céphalo-rachidien sans éléments figurés. Méningite diffuse histologique. *Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 24 janvier 1910.

(2) MERLE. *Etude sur les épendymites cérébrales*, Th. de Paris. 1910.

l'exsudat inverse de celle qui existait au niveau du cerveau. Le pus formait une nappe lisse à la surface de la pie-mère et ne s'interposait pas entre cette membrane et la substance nerveuse. La pie-mère était épaissie mais infiltrée de pus seulement à sa partie postérieure. Cette infiltration diminuait de la superficie vers la substance nerveuse. Celle-ci n'était pas lésée.

Le microbe est facile à mettre en évidence soit sur les sérosités du pus soit sur les coupes de méninges. Il apparaît avec sa forme habituelle sur les préparations colorées à la thionine ou par la méthode de Gram ; il est situé en dehors des cellules.

Méningite non suppurée. — Cette forme anatomique n'est pas spéciale à la méningite à pneumocoques, on en a décrit également à bacilles d'Eberth, de Pfeiffer, à staphylocoques, à streptocoques, mais elle paraît plus fréquemment causée par l'agent pathogène qui nous occupe.

Le mot de méningite séreuse employé par Quincke en 1893 n'a pas pour tous les auteurs la même signification. Les Allemands, en particulier, désignent en général sous ce nom l'hydrocéphalie interne.

Nous comprendrons sous cette dénomination l'inflammation des méninges qui n'a pas encore abouti à la suppuration, les méningites incomplètes de Körner et Huguenin. Elles peuvent ne pas dépasser ce stade ou bien passer à la purulence (Jansen, congrès de Moscou, 1897). Parmi les faits qui en ont été rapportés nous pouvons citer : l'observation de Grasset (1), qui a vu la pie-mère infiltrée d'un exsudat fibrineux, celles de Dominici (2). Dans deux cas de pneumococcie généralisée existaient des lésions de leptoméningite fibrineuse.

Griffon (3) a observé dans les espaces sous-arachnoïdiens d'un pneumonique une sérosité abondante louche et opaline.

Haushalter et Théry, Alamelle(4), Netter, Achard, Mouisset et Lyonnet (5) en ont également observé des cas.

Lévi, en 1897, a trouvé le pneumocoque dans les ventricules cérébraux au cours de l'hydrocéphalie survenue après la pneumonie. Ch. Leroux (1900), Birnblaum (1903), Knox et Sladen (1908) ont fait la même constatation.

Les lésions des méningites séreuses pneumococciques ne diffèrent pas de celles des autres variétés de méningites. Après incision de la dure-mère le cerveau apparaît recouvert d'une quantité assez abondante de liquide louche, parfois clair et transparent (Mouisset et Lyonnet). Il n'y a ni pus ni fausse membrane. Les méninges sont hyperémiées, il y a de l'œdème sous-arachnoïdien ayant l'aspect d'une gelée tremblotante.

(1) GRASSET. La pneumococcie méningée, *Semaine méd.*, 1894, p. 105.

(2) DOMINICI. *Bull. de la Soc. anat.*, 15 mai 1895.

(3) GRIFFON. *Bull. de la Soc. anat.*, 17 avril 1896.

(4) ALAMELLE. *Contribution à l'étude des méningites séreuses et de leurs reliquats, particulièrement chez l'enfant*, Th. de Nancy, 1897

(5) MOUISSET et LYONNET. Hémiplégie pneumonique. Œdème cérébral renfermant des pneumocoques, *Soc. méd. de Lyon*, 27 oct. 1897.

Les ventricules cérébraux très dilatés sont remplis de la même sérosité un peu louche qui recouvrait la surface du cerveau. Par places, sur la paroi d'aspect laiteux, on aperçoit des placards de flocons fibrino-purulents. Il existe également de l'œdème cérébral qui peut renfermer des pneumocoques (Mouisset et Lyonnet).

Histologiquement, on trouve soit simplement un espace sous-arachnoïdien distendu de sérosité non inflammatoire, soit au contraire de la fibrine avec des leucocytes dans ses mailles. C'est ce que Laignel-Lavastine et Roger Voisin(1) ont appelé stade séreux des méningites aiguës.

Les plexus choroïdes peuvent être enflammés comme dans le cas de Haushalter et Théry dans lequel existait une gangue épaisse de tissu conjonctif embryonnaire, infiltré de nombreuses cellules rondes. Celle-ci tapissait également la surface ventriculaire de la couche optique.

En dehors des lésions méningées l'autopsie décèle les lésions causales. Ordinairement il s'agit d'une pneumonie ; il n'est pas nécessaire qu'il y ait abcès du poumon ou hépatisation grise, ou même infiltration purulente. Le type le plus banal peut se compliquer de méningite. Netter insiste sur la coexistence fréquente d'endocardites souvent végétantes. On a signalé encore la pleurésie, la péricardite souvent purulentes. Plus rarement la cause de la méningite est extrapulmonaire : une otite, une sinusite, etc., ou même un utérus infecté comme dans le cas tout récent de Caussade et Logre ; un abcès (cas de Hutinel). (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1912)

Essais de sérothérapie variolique. — MM. Pierre TEISSIER et Pierre-Louis MARIE. L'idée d'employer le sérum de varioleux dans la thérapeutique antivarioleuse date du moment où furent imaginées les méthodes sérothérapiques. En France Auché dès 1893 traita deux cas de variole d'ailleurs peu intense par l'injection de petites doses de sérum de varioleux guéris ; ses conclusions, très réservées, furent peu favorables à la tentative. En Allemagne, en 1894, Landmann fit sans succès son unique essai sur un jeune enfant non vacciné. En 1900, J. Courmont et Montagard rapportent 4 cas de variole traités par le sérum de génisse variolisée qui donnèrent trois guérisons et une mort. La méthode tomba ensuite dans l'oubli, la sérothérapie antivariolique s'orientant avec Béclère, J. Courmont et Montagard, Soulié et Meinard vers l'emploi du sérum provenant d'animaux vaccinés.

L'intensité des réactions humorales de l'individu en puissance de variole ou en état d'immunité consécutive, les propriétés du sérum variolique humain révélées par l'expérimentation, ont fourni à MM. Pierre Teissier et Pierre-Louis Marie des données propres à les encourager dans de nouvelles tentatives de sérothérapie variolique.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE et Roger VOISIN. *Arch. de méd. expérim.*, 1907.

Leurs essais méthodiques leur ont montré que le sérum, injecté de façon précoce a eu une action favorable sur la gravité de la variole et cela dans des cas qu'on pouvait considérer jusqu'ici comme fatalement mortels. Tardivement employé, comme dans les varioles confluentes qui ont été traitées, son action générale est médiocre, et cela concorde avec les conclusions des expériences des auteurs concernant l'action du sérum varioleux sur la vaccine; localement, par contre, son influence est indéniable.

MM. Pierre Teissier et P.-L. Marie continuent leurs recherches et se proposent notamment de substituer au sérum humain d'obtention difficile, le sérum d'animaux préalablement inoculés de virus variolique.

Expérience réalisant le mécanisme du passage de l'oxyde de carbone de la mère au fœtus et des respirations placentaire et tissulaire. — M. M. Nicloux. L'expérience que rapporte l'auteur démontre d'une façon rigoureuse que le *plasma seul* est le convoyeur, le *vecteur* de l'oxyde de carbone dans l'empoisonnement fœtal par le sang oxycarboné maternel; de l'oxygène dans les phénomènes respiratoires.

Filiation connective et développement des cellules musculaires lisses des artères. — M. J. Renaut.

Sur la forme, la direction et le mode d'action du muscle ciliaire chez l'homme. — M. J. Mawas.

Nouvelle méthode du dosage du glycogène dans le foie. — M. H. Bierry et Mme Z. Gruzewska.

— M. Appell est élu vice-président pour l'année 1913.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1912)

Eaux minérales. — M. Troisier donne lecture du rapport sur le service des eaux minérales.

L'Académie procède ensuite au renouvellement partiel des commissions.

Les divers modes de contagion de la fièvre typhoïde. Les meilleurs moyens prophylactiques à leur opposer. — M. Rondet (de Neuville-sur-Seine), après avoir rapidement passé en revue ses premières observations et décrit deux épidémies de fièvre typhoïde d'origine hydrique, rappelle que, jusqu'en 1907, il avait cru que cette affection était toujours consécutive à l'absorption d'une eau contaminée.

Au mois de mars de cette année 1907, il lui fut donné d'observer deux épidémies familiales où la contamination par les mains souillées au cabinet — des cuisinières dans la première deux mois après la guérison, des trayeuses de vaches dans la seconde sept mois après la guérison — fut des plus évidentes. Il en tira immédiatement cette déduction prophylactique qui nous paraît d'une simplicité extrême et d'une logique absolue :

1° Que les malades guéris depuis longtemps de la fièvre typhoïde peuvent continuer à la propager, surtout s'ils sont cuisiniers ou adonnés à la traite des vaches;

2° Que le seul moyen pour s'opposer à leur dissémination est le lavage des mains en sortant du cabinet.

Il comprit si bien la haute importance de cette donnée nouvelle que dès son premier travail (30 août 1908) il demanda que l'administration la propagea avec sa conséquence naturelle.

Il s'élève, en outre, avec observations à l'appui, contre la crainte de propagation par les puits à colibacilles, l'épandage des vidanges et les inondations.

Il fait ressortir, combien de ses études épidémiologiques, le champ de la contamination hydrique va en se rétrécissant aux dépens de la contamination directe par les bacillifères. Celle-ci serait appelée à prendre de plus en plus d'importance si les médecins de campagne voulaient bien à propos de tous les cas qu'ils observent se livrer aux mêmes enquêtes que lui.

Dans la discussion qui s'ouvrit à l'Académie de médecine, le 26 octobre 1909, il eut la satisfaction d'y voir, quinze mois après lui, reproduire les mêmes idées appuyées par le rappel de nombreux faits semblables mais avec cette autre déduction prophylactique : la recherche des bacillifères.

Aujourd'hui, il vient demander à l'Académie de solliciter les ministres compétents de donner par toute la France, dans toutes les écoles, dans tous les régiments, à bord de tous les navires, dans tous les restaurants, les instructions ci-dessus, et il reste convaincu que l'exécution généralisée du lavage des mains en sortant du water-closet évitera à notre pays le lourd tribut de 5000 décès par an, disent les uns, 10000, disent les autres, que nous payons à la fièvre typhoïde et qu'aucun autre moyen ne peut remplacer.

Il reconnaît que la vaccination antityphoïdique est appelée à rendre de grands services en temps d'épidémie et dans les armées coloniales; puis il termine avec juste raison son mémoire en rappelant ce vieux précepte d'hygiène :

« Mieux vaut prévenir les maladies que d'avoir à les combattre. »

M. Rondet propose une dictée circulaire à faire faire dans toutes les écoles, par tous les élèves qui, après l'avoir apprise par cœur, la porteront chez leurs parents pour propager le lavage des mains en sortant des water-closets.

« La fièvre typhoïde se propage surtout par les malades guéris qui conservent longtemps après la guérison dans leurs intestins les germes de la maladie.

On les désigne sous le nom de bacillifères (porteurs de bacilles). Les bacillifères les plus dangereux sont ceux qui exercent les professions de cuisinier, garçon de restaurant ou trayeuses de vaches. Ils sont d'autant plus dangereux qu'ils ignorent leur nocivité.

Un moyen, aussi simple que facile à appliquer, de s'opposer à la dissémination des germes, est de se laver les mains en sortant des cabinets, afin d'éviter de souiller les aliments, la vaisselle, le lait.

Si tous les Français se lavaient les mains en sortant des cabinets, cette maladie et bien d'autres, la dysenterie et le choléra par exemple, qui se cultivent dans l'intestin, disparaîtraient de France.

Pour cela, il faut que cet enseignement soit fait à l'école, renouvelé au régiment, à bord des navires; il faut que par voie d'affiches il soit répandu dans les restaurants, dans les gares, dans les usines, pour que l'éducation française soit rapidement faite. Mais pour cela l'action gouvernementale s'impose. »

ANALYSES

MÉDECINE

Scarlatine sans prodromes, à évolution anormale, compliquée de rhumatisme scarlatin. (Ravarit. *Journ. méd. et scient. de Poitiers*, avril 1912.) — Le début de l'affection fut marqué par un malaise subit, une épistaxis, un peu de fièvre, il existait de la gingivostomatite, mais la langue était normale, et il n'y avait aucun exanthème bucco-pharyngé, aucune angine. Néanmoins vingt-quatre heures plus tard apparaissait une éruption scarlatiniforme, qui dès le quatrième jour se compliqua de rhumatisme scarlatin des membres supérieurs; quant à la desquamation, elle ne commença qu'entre la quatrième et la cinquième semaine.

L'auteur insiste avec raison sur les difficultés du diagnostic précoce, en présence de tels signes : la conduite à tenir con-

siste à ne formuler aucun diagnostic précis, on restera dans l'expectation, tout en soulevant cependant, lorsqu'il s'agit de jeunes enfants, l'hypothèse d'une rougeole ou d'une scarlatine.

B. GAYARD.

La cholestérine : son rôle en physiologie et en pathologie. (LINOSSIER [de Vichy]. *Arch. des mal. de l'app. digest. et de la nutrition*, n° 5, mai 1912.) — La cholestérine est un corps blanc, cristallin, présentant les caractères des substances lipoïdes; son dosage se fait surtout par le procédé de Grigaut (Soc. de biol. 1911), procédé vérifié récemment par une Commission de la Société médicale des hôpitaux. On trouve la cholestérine dans le sang à la dose de 1,50 p. 1 000; dans les derniers mois de la grossesse, il y a hypercholestérinémie. Le tissu nerveux est très riche en cholestérine 30 à 40 p. 1000. Il n'y en a que des traces 0,007 dans le liquide céphalo-rachidien. On la retrouve également dans la peau, dans l'aorte (1,51 p. 1000), dans le lobe vésiculaire (33 p. 1000), dans l'ovaire, dans les *glandes surrénales*, le corps thyroïde, etc.

L'*origine* de la cholestérine est assez complexe. Tout d'abord il existe une *cholestérine d'origine alimentaire* : une partie de la cholestérine ingérée avec les aliments est éliminée avec les matières, une partie très faible d'ailleurs avec les urines; une autre partie est probablement brûlée dans l'organisme; le reste s'accumule dans les tissus. Une grande proportion de la cholestérine de l'organisme semble être produite en outre directement dans l'intimité des organes. Chauffard attribue ce rôle aux glandes surrénales, au corps jaune pendant la grossesse; d'autres auteurs pensent que le foie joue un rôle capital dans cette production. La synthèse semble se faire aux dépens des matières grasses.

Le *rôle de la cholestérine* se précise depuis les recherches récentes de Chauffard et de ses élèves. Elle joue un *rôle protecteur* dans tout le tégument, comme pour toutes les cellules isolées. Elle a la propriété de *fixer*, de *neutraliser* en s'y combinant certaines substances toxiques, en particulier les *hémolysines*. C'est la cholestérine qui est le facteur principal, sinon unique, de l'action antihémolytique, du sérum normal. Elle exercerait aussi, mais d'une façon beaucoup moins nette d'ailleurs et moins bien démontrée, une action *antitoxique*, bactéricide, pharmacie dynamique.

Il semble bien établi qu'elle possède une action *digestive*; c'est elle qui donne à la bile son action saponifiante, et elle agit en outre dans l'intestin comme antitoxique.

Le *taux* de la cholestérine est modifié au cours de certains états pathologiques.

Le type le plus remarquable des dépôts de cholestérine est constitué par les *calculs biliaires*. Les *artères athéromateuses* en renferment une forte proportion, il en est de même dans l'*athérome* adrénalinique expérimental.

Les reins amyloïdes en renferment une forte proportion; les *xanthomes*, le *xanthélasma* sont constitués surtout par des éthers de la cholestérine et leur développement est proportionnel à la quantité de cholestérine dans le sang. On en a trouvé encore dans les crachats tuberculeux, etc.

Il est intéressant d'étudier les variations de cette substance dans le *sang* (cholestérinémie). Elle serait augmentée au cours des anémies; l'*hypercholestérinémie* est la règle au cours des *maladies infectieuses*, spécialement dans la *fièvre typhoïde* où le maximum (3 p. 1000) est atteint au moment de la défervescence.

Dans la tuberculose apyrétique, la cholestérinémie reste normale.

Dans les *ictères par rétention*, surtout chez les cholélithiasiques, la quantité de cholestérine augmente jusqu'à 3 et 4 grammes. Dans les NÉPHRITES CHRONIQUES il y a hypercholestérinémie considérable jusqu'à 8 grammes; cette quantité baisse lorsque s'installe l'azotémie. Chauffard l'attribue à l'hyperépinéphrie.

Au cours de l'*artériosclérose* que Lemoine et Gérard attribuent à la cholestérine, il n'y aurait hypercholestérinémie, que s'il y a parallèlement sclérose rénale. Dans le *diabète* il ne semble pas y avoir d'une manière constante hypercholestérinémie.

Pour Chauffard et ses élèves il y a un rapport étroit entre la cholestérinémie et les dépôts de cholestérine (xanthélasma, lésions rétiniennes des brightiques).

Suivant les cas les dépôts de cholestérine varient : le brightique, les diabétiques, les font dans la rétine, les artérioscléreux dans leurs artères, etc.

On a préconisé l'*emploi thérapeutique* de la cholestérine dans les anémies et les ictères hémolytiques, enfin dans les toxi-infections. Il est encore prématuré de vouloir instituer un régime alimentaire, destiné à lutter contre la cholestérinémie.

B. GAYARD.

Tuberculose et dilatation bronchique. (MM. WEILL et GARDÈRE. *La Pédiatrie pratique*, août 1912.) — Blachez, dans le dictionnaire Dechambre, écrit, à propos de la dilatation bronchique, que deux faits dominent l'histoire des altérations pulmonaires de la dilatation bronchique : l'absence de tubercules pulmonaires et l'affaissement du parenchyme avoisinant les dilatations. On doit conclure, en effet, de cette description et de celle que l'on trouve d'ailleurs dans toutes les publications et les thèses consacrées à ce sujet que la tuberculose n'est jamais en cause dans la dilatation bronchique. Cependant les auteurs rapportent deux observations de dilatation bronchique avec lésions tuberculeuses pulmonaires multiples.

Histologiquement il existait, en même temps que des lésions tuberculeuses banales, des dilatations bronchiques, des néoformations alvéolaires, un processus pneumonique analogue à la pneumonie syphilitique, sans que les malades soient spécifiques.

Il est donc vraisemblable d'admettre que la tuberculose dans certaines conditions peut produire les lésions qui jusqu'ici ont été considérées comme particulières à la syphilis.

On peut donc admettre volontiers l'existence de dilatations bronchiques d'origine tuberculeuse, éventualité qui reste d'ailleurs très rare, la syphilis étant infiniment plus souvent en cause, comme l'a bien montré M. Tripier.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

La valeur de la gastroduodénoscopie dans le diagnostic des affections de l'estomac et du duodénum. (ROVSING. *Ann. of Surg.*, août 1912.) — Dans ce très intéressant et très documenté article, Rovsing recommande la gastroduodénoscopie décrite comme un moyen de pratiquer un diagnostic exact des cas d'affection de l'estomac ou du duodénum dans lesquels les méthodes ordinaires se seraient montrées insuffisantes. On peut ainsi distinguer les ulcères du duodénum de ceux de l'estomac, et traiter directement les hémorragies graves des ulcères.

Rovsing donne une description complète de son instrumentation et de sa technique. Puis il indique l'aspect normal de l'estomac, l'aspect offert dans le cas de gastrite, de tumeurs, d'ulcères calleux, d'ulcères saignants.

Par cette méthode l'auteur a pu constater que des malades présentant le type clinique décrit par Moynihan comme celui de l'ulcère duodénal présentaient des ulcères de l'estomac ou de la dilatation gastrique et, chez 12 malades chez lesquels il y avait un ulcère du duodénum, on n'observait pas de symptômes pouvant faire soupçonner leur présence.

Ces constatations viennent donc à l'appui des observations faites par les médecins français à l'encontre de la thèse soutenue par les chirurgiens américains et anglais. Dans 6 cas, Kraft a pu exécuter la suture directe par la gastroscopie

d'ulcères saignant abondamment. Cinq malades guérirent. Le sixième mourut; il avait subi au cours de l'intervention une grave brûlure de l'estomac à la suite d'une irrégularité du courant électrique de la ville. Ceci prouve qu'on ne doit se servir dans ces cas que du courant fourni par des accumulateurs. M. LANCE.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies vénériennes. — (N° 12, déc. 1912.) BABONNEIX et TIXIER : Herédo-syphilis et maladie de Little. — RIBOLLET : De l'emploi des balsamiques dans la blennorragie. — DESMOULIÈRE : L'antigène dans la réaction de Wassermann.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 348, 25 déc. 1912.) SPÉDER : La radiographie dentaire et ses diverses techniques. — BELOT : La dent de sagesse et sa radiographie. — NOGIER : Explorateur du champ d'irradiation en radiothérapie.

Biologica. — (N° 24, 15 déc. 1912.) BESREDKA : Des virus-vaccins sensibilisés. — Ed. LOCARD : Les pores et l'identification des criminels.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 déc. 1912.) WECHSELMANN : Etat actuel de la salvarsanothérapie de la syphilis.

Bulletin médical. — (N° 102, 25 déc. 1912.) CHAUFFARD : Le pronostic des ictères hémolytiques congénitaux. — (N° 103, 29 déc.) Léon BÉRARD : Les traumatismes du crâne (*suite*). Commotion et contusion de l'encéphale. — PECH : Procédé simple pour arrêter les épistaxis.

Clinique. — (N° 52, 27 déc. 1912.) DÉJERINE : Les atrophies musculaires consécutives aux névrites périphériques et diagnostic différentiel. — TERRIEN : Tumeur de l'hypophyse. Valeur séméiologique de l'hémianopsie bitemporale. — H. PAILLARD : Diagnostic des vomiques.

Echo médical du Nord. — (N° 51, 22 déc. 1912.) INGELRANS : L'hémiatrophie faciale dans les paralysies radiculaires du plexus brachial. — VANHAECKE : La syphilis à Lille au XVIIIe siècle.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 52, 29 déc. 1912.) LEURET : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode de Forlanini. Indications et résultats (*fin*). — MOULINIER : Sur la valeur objective des accidents du phlébogramme prétendus caractéristiques de la fibrillation auriculaire.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 52, 28 déc. 1912.) TEXIER : Sur trois nouveaux cas de polypes fibreux nasopharyngiens à insertion nasale.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 52, 26 déc. 1912.) JEANNENEY : Duplicité incomplète de l'uretère du rein droit. — BALARD : Mort apparente d'un nouveau-né en période agonique, démentie par l'oscillomètre de Pachon. — AUBARET : Microphtalmie. Colobomes irido-choroïdiens. Insuffisance des sécrétions internes. Infantilisme.

Journal de médecine interne. — (N° 36, 30 déc. 1912.) BOYET et VINAVER : Recherche et dosage de l'acide diacétique dans l'urine.

Journal des praticiens. — (N° 52, 28 déc. 1912.) BROCA : Fractures du cubitus. Fractures des deux os de l'avant-bras. — CANTALOUBE et THIBAULT : La fièvre de Malte en France (*fin*).

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 51, 21 déc. 1912.) A. BONNET-LABORDERIE : Traitement des kystes de l'ovaire prævia à la fin de la grossesse et pendant le travail.

Journal médical français. — (N° 12, 15 déc. 1912.) ARDIN-DELTEIL, M. RAYNAUD et M. COUDRAY : Les spondylites infectieuses. — A. LÉRI : Les spondyloses (aperçu anatomo-clinique et pathogénique). — J. CALVÉ : Traitement du mal de Pott.

Lyon médical. — (N° 51, 22 déc. 1912.) NOGIER et REYNARD : Pyélographie dans un cas de calculs du rein et dans un cas de calcul de l'uretère. — (N° 52, 29 déc.) CLUZET, FROMENT et MAZET : A propos d'un cas de maladie de Thomsen.

Montpellier médical. — (N° 50, 15 déc. 1912.) Jean BAUMEL : La ponction lombaire dans le traitement des troubles auriculaires et leurs complications endo-craniennes.

Paris médical. — (N° 4, 28 déc. 1912.) HUTINEL : Méningites aiguës bénignes, épidémiques. — SURMONT : Lithiase biliaire à forme sialorrhéique. — ARDIN-DELTEIL, M. RAYNAUD et M. COUDRAY : Un nouveau cas de spondylite typhique. — SABOURAUD : Hygiène du cuir chevelu.

Pédiatrie pratique. — (N° 36, 25 déc. 1912.) ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE : Le diagnostic du cri chez l'enfant. — P. MERKLEN : Exposé d'un cas de diabète infantile. — NOBÉCOURT et MALLET : La forme somnolente de l'azotémie du nourrisson. Son diagnostic avec la méningite tuberculeuse.

Presse médicale. — (N° 104, 18 déc. 1912.) PIC et BONNAMOUR : La scille. Médicament diurétique azoturique. — CHAMPION : De l'action sédative de l'iodure de sodium injecté à faible dose. — (N° 105, 21 déc.) M. LABBÉ et BITH : Le diagnostic de l'acidose. — L. LAGANE : Infections d'origine ostréaire. — A. MARTINET : Le syndrome hyposphyxique. — (N° 106, 25 déc.) Robert DANIS : Sur les moyens d'éviter le pneumothorax opératoire. Un nouveau genre d'appareils à baronarcose. — A. MARTINET : Pourquoi il faut prescrire le Pantopon. — (N° 107, 28 déc.) Jean TROISIER et A. GRIGAUT : Contribution à l'étude de l'origine endocrine de la cholestérine sanguine. L'hypercholestérinémie d'origine surrénale. — H. MONDOR : L'ecchymose plantaire dans les fractures du calcanéum. — P. HARTENBERG : La galvanisation cervicale chez les épileptiques.

Progrès médical. — (N° 52, 28 déc. 1912.) SPYRIDION N. ŒCONOMOS : La dilatation aiguë postopératoire de l'estomac.

Province médicale. — (N° 50, 14 déc. 1912.) LUTON : Tuberculose et sels de cuivre. — RISPAL et NANTA : Un cas de leucémie myéloïde avec autopsie, ascite leucémique et tuberculeuse. — (N° 51, 21 déc.) H. et A. NIMIER : Les rochers et les arcs-boutants craniens.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 51, 21 déc. 1912.) LIÉBAULT et René CELLES : Le nerf laryngé supérieur et sa névrotomie : anatomie technique opératoire. — (N° 52, 28 déc.) LIÉBAULT et René CELLES : Le nerf laryngé supérieur et sa névrotomie : anatomie, technique opératoire.

Semaine gynécologique. — (N° 49, 3 déc. 1912.) A. LUCAS : Etude du corps jaune de l'ovaire chez la femme. Son rôle physiologique probable. — (Nos 50, 51 et 52, 10, 17 et 24 déc.) G. ROUSSEL : L'amputation du rectum cancéreux par la voie transvaginale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 2. — MARDI 7 JANVIER 1913. 86e ANNÉE. MARDI 7 JANVIER 1913. — N° 2.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Liste d'admissibilité pour l'épreuve orale :

26 points. — M. Belloir, Mme Pertat.

25 points. — MM. Bordet, Peltier, Schulmann, Verdenal.

24 points. — Mlle Athanassiu, MM. Chatellier (Henri), Lefranc.

23 points. — MM. Achard, Boyer, Claude, Cousin, Feldstein, Galland, Léger, Noël, Oberlin, Picard (Pierre), Scheikevitch, Mlle Trélat.

22 points. — MM. Antoine, Barbary, Baudet, Borel (Paul), Braine, Cathala, Colleville, Mlle Denis, MM. Duponchel, Gardin, Lascaux, Lebrun (Maxime), Lévi-Franckel, Mozer, Paraf, Richard (André), Truffert, Vigot, Willmoth.

21 points. — MM. Audain, Bénit, Binet (Léon), Bisson, Bloch, Boirac, Breger, Brouet, Buquet, Cambessédes, Ceillier, Debray, Duter, Evrard, Fitte, Grandjean, Huc (Georges), Hutinel, Lantuéjoul, Lascombe, Lépine, Mlle Leven, MM. Libert, Marcassus, Masmonteil, Mathieu, Monod (André), Monod (Lorenz), Moulonguet, Philardeau, Mlle Pommay, MM. Ramadier (Henri), Ruelle, Vallery-Radot, Vérut.

20 points. — MM. Auvigne, Barraud (Georges), Brun, Carpanetti, Costantini, Daudet, Drouet, Durand (Jacques), Ecot, Eltrich, Frédault, de Gaudart d'Allaines, Goret, Hartemann, Huguet, Humbert, Jamin, Lamare, Lesage, Marié, Mazzoléni, Meugé, Michon, Mouquin, Parin, Percepied, Perrier (Léon), Piiatte, Sénèque, Mlle Thivolet, MM. Weiss, Wiart.

19 points. — MM. Alibert, Aubin, Mlle Besson (Hélène), MM. Blum, Bonnard, Bourdeaux, Bourgeois (Francis), Bourgeois (Maurice), Butin, Mlle Cosmovici, MM. Delavierre, Delotte, Gresset, Hufnagel, Jacob, Kahn (Georges), de Léobardy, Monnot (Paul), Mordret, Olivieri, Oulié, Penot, Périn (Lucien), Petit (Louis), Réau, Richoux, Rougeulle, Salles, Trousset, Turnesco, Vallerant.

18 points. — Mlle Armand, MM. Audebert, Barbier, Bardet (Daniel), Beloux, Brizard, Diron, Dognon, Errard, Gerber, Gineste, Janet, Küss, Lacau Saint-Guily, Le Gac, Legras, Lempérière, Levesque, Lory, Malet (Louis), Marqueste, Millet, Ollier, Papillon, Rabut, Renault (André), Rouffiac, Tourneix, Walther.

17 points. — MM. Alajouanine, Bigot, Boussi, Caux, Chevalley, Duroselle, Frette, Huc (Edouard), Laburthe-Tolra, Lambert, Mlle Lang, Langle, Manne, Marais, Parcheminey, Philip, Pichon, Poisvert, Ramadier (Fernand), Richard (Georges), Roberti, Thinh, Touchard, Tribout, Vazeux.

16 points. — MM. Berthelot, de Champs de Saint-Léger, Fournier (Jacques), Guillaume (Joseph), Lanos, Ohanianz, Prunier, Richon, Vinçotte.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — L'assemblée de la Faculté a présenté, pour le décanat, en première ligne M. Curtillet, et en deuxième ligne M. Vincent.

Le Conseil de l'Université a fait les mêmes présentations.

— Toulouse. — M. Garrigou, chargé d'un cours complémentaire d'hydrologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé, à partir du 1er janvier 1913, professeur adjoint à ladite Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Un concours s'ouvrira, le 21 avril 1913, devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie à ladite Ecole.

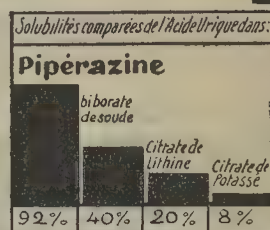
Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Un concours s'ouvrira le 7 juillet 1913, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Un concours s'ouvrira le 7 juillet 1913, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant de chimie à l'Ecole de médecine de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.


Solubilités comparées de l'Acide Urique dans :
Pipérazine
biborate de soude
Citrate de Lithine
Citrate de Potasse
92%
40%
20%
8%

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Dimier et Lardiley (de Paris), Rouvier (de Voiron).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Cantérac (de Castéra-Verduzan), Machuel (de Lyon).

GUERRE. — Par décision ministérielle du 23 décembre 1912, ont été désignés pour occuper les emplois ci-après à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille :

Professeur. — Chaire de clinique interne : M. le médecin-major de première classe Séguin, du 7e d'infanterie coloniale à Rochefort.

Professeurs adjoints. — Chaire de bactériologie : M. le médecin major de deuxième classe Léger, détaché à l'Institut Pasteur de Paris.

Chaire d'anatomie : M. le médecin-major de deuxième classe Maupetit, en congé.

Chaire de clinique externe : M. le médecin-major de deuxième classe Mouzels, du 24e d'infanterie coloniale à Perpignan.

Ces mutations compteront du 1er janvier 1913, et les officiers du corps de santé qui en sont l'objet se mettront le plus tôt possible à la disposition du directeur de l'école.

MARINE. — Ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de troisième classe. — MM. Goéré, Mondin et Bastide, élèves du service de santé de la marine reçus docteurs en médecine.

— MM. les médecins généraux Duchateau et Ambiel sont placés dans la deuxième section (réserve) du cadre des officiers généraux du corps de santé de la marine.

HOPITAL CIVIL D'ALGER-MUSTAPHA. — Dans sa dernière séance, le conseil de santé a réélu M. Saliège en qualité de médecin délégué, et M. Goinard, en qualité de médecin délégué adjoint.

NOMINATION. — Après concours, M. le docteur Florence a été nommé inspecteur départemental d'hygiène de l'Hérault.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 15 janvier 1913, à quatre heures très précises, 12, rue de Seine.

Ordre du jour : 1° Discours de M. Pierre Bazy, président;

2° Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1912, par M. Louis Beurnier, secrétaire annuel;

3° Éloge de Aimé Guinard, par M. E. Rochard, secrétaire général;

4° Proclamation des prix décernés par la Société.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE MONTPELLIER. — BUREAU POUR L'ANNÉE 1912-1913. — Président : M. le professeur Baumel; vice-président : M. le médecin-major de première classe Esprit, chirurgien des salles militaires de l'hôpital mixte; secrétaire général : M. le docteur J. Baumel, chef de clinique médical; secrétaire des séances : M. G. Giraud, interne des hôpitaux.

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAINE ET L'OPIUM. — Le procureur de la République vient d'adresser aux commissaires de police du département de la Seine la circulaire suivante :

« Des informations récentes, ouvertes par mon parquet, ont révélé que les prescriptions de l'ordonnance du 29 octobre 1846 sur la vente des substances vénéneuses, et du décret du 1er octobre 1908 sur la vente, l'achat et l'emploi de l'opium et de ses extraits n'étaient plus exactement observées.

Dans certains quartiers de Paris, il est possible de se procurer, sans difficulté, de la morphine, de la cocaïne ou de l'opium.

Or, vous n'ignorez pas que l'usage inconsidéré de ces toxiques est au plus haut point dangereux pour la santé publique et peut produire sur l'organisme humain les plus funestes résultats.

Je vous rappelle, en conséquence, que :

1° Le commerce des substances vénéneuses est exclusivement réservé aux commerçants, chimistes, fabricants et manufacturiers qui ont fait à la préfecture de police une déclaration spéciale. (Ordonnance du 29 octobre 1846, article premier.)

Que seuls les négociants qui ont fait cette déclaration peuvent se faire livrer ces substances sur une déclaration écrite et signée, et que les ventes et achats doivent être inscrits sur un registre spécial, coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police, registre sur lequel les inscriptions sont faites tout de suite et sans aucun blanc, au moment de l'achat ou de la vente. (Même ordonnance, art. 2 et 3.)

2° Que la vente au public des substances vénéneuses ne peut être faite que par les pharmaciens pour des usages médicaux, et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté, prescription datée et signée, énonçant en toutes lettres la dose desdites substances et le mode de l'administration du médicament. (Art. 5, même ordonnance.)

Que les pharmaciens doivent transcrire ces prescriptions sur un registre spécial et ne les rendre à l'acheteur qu'après les avoir revêtues de leur cachet et après y avoir indiqué la date de la livraison et le numéro d'ordre du registre. (Art. 6.).

Que les pharmaciens doivent apposer sur la préparation médicinale une étiquette indiquant leur nom et leur domicile et rappelant la destination interne ou externe du produit. (Art. 7.)

Enfin que les substances vénéneuses doivent être toujours tenues dans un endroit sûr et fermé à clef. (Art. 11.)

Pour l'opium, le décret du 1er octobre 1908 impose les mêmes obligations aux commerçants en gros, industriels, chimistes ou pharmaciens; de plus, pour l'expédition de l'opium brut à l'étranger, l'expéditeur n'est déchargé que sur la production du certificat de sortie, délivré par la douane, lequel certificat doit rester annexé au registre spécial. (Art. 4.)

L'article 8 de ce décret contient, en outre, une disposition des plus importantes : toute cession d'opium, même à titre gratuit, est interdite même au profit de personnes autres que celles désignées à l'article 1er (commerçants en gros, industriels, chimistes dûment autorisés ou pharmaciens).

De même le prêt d'un local pour favoriser la détention et l'emploi prohibés de l'opium est passible des peines de la loi du 19 juillet 1845.

Vous voudrez bien ne pas perdre de vue ces prescriptions, toutes les fois que vous serez appelé à constater une mort violente, des blessures ou des maladies qui paraîtraient avoir été provoquées par l'abus de la morphine, de la cocaïne, de l'opium ou d'une autre substance vénéneuse, afin de rechercher, avec le plus grand soin, par qui et dans quelles conditions ces toxiques ont été délivrés.

Je vous rappelle également que les ordonnances et décret précités vous donnent le droit d'opérer des visites dans les établissements ou officines de ceux qui débitent lesdites substances, mais avec le concours du médecin ou du chimiste désigné par le préfet de police.

D'une façon générale, je désire que vous procédiez à une enquête approfondie chaque fois qu'une infraction aux textes susvisés ou à l'article 317 du Code pénal vous sera signalée et que vous me fassiez connaître, sans délai, le résultat de vos recherches.

Vous voudrez bien m'accuser réception de cette circulaire. »

Le procureur de la République,
TH. LESCOUVÉ.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Courses de Nice. Carnaval de Nice. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classes, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice, Monaco, Monte-Carlo et Menton, délivrés jusqu'au 3 février 1913.

Ces billets sont valables vingt jours (dimanches et fêtes compris); leur validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours (dimanches et fêtes compris), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe : 182 fr. 60; 2e classe : 131 fr. 50.

LES RÉSULTATS CLINIQUES

DE LA

CURE DE FORLANINI

DANS LE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE (1)

Par MM. M. PIÉRY,
Chargé des fonctions d'Agrégé à la Faculté de médecine de Lyon,

et B. LE BOURDELLÈS,
Médecin aide-major de l'armée.

Ces résultats sont assez bien connus à l'heure actuelle. Les statistiques de Forlanini, de Brauer et Spengler, de Saugmann, de Dumarest, Welmann, Lemke, Sillig, J. Courmont, la nôtre, atteignent le total de plusieurs centaines de cas. De plus, et surtout, un certain nombre de malades traités ont été suivis depuis de nombreuses années, et ont repris leur vie courante après résorption du pneumothorax.

L'exposé des résultats cliniques de l'emploi de la méthode de Forlanini dans la cure de la tuberculose pulmonaire doit donc envisager successivement :

1° Les résultats *immédiats;*
2° Les résultats *éloignés.*

1. Les résultats cliniques immédiats et la guérison symptomatique. — L'établissement d'un pneumothorax artificiel au cours d'une phtisie est immédiatement suivi d'une modification des symptômes généraux, des signes fonctionnels et des réactions humorales du malade, réalisant ainsi une véritable guérison symptomatique. On peut presque dire que, dans les cas où la tuberculose pulmonaire était bien unilatérale, et où la compression pulmonaire a pu être promptement réalisée, ces effets *immédiats* de la cure de Forlanini sont d'autant plus patents que la phtisie était plus grave, et à évolution plus rapidement progressive.

Cette amélioration des signes fonctionnels et généraux est, d'ailleurs, progressive, au prorata, peut-on dire, du degré de compression obtenue.

Parfois, néanmoins, il faut attendre l'achèvement de l'opération de la compression pour noter des signes d'amélioration bien évidents. De plus, la persistance de cette amélioration, véritable guérison symptomatique dans le plus grand nombre des cas, est liée au maintien strict du collapsus pulmonaire.

A. *Signes généraux.* — La *fièvre* est d'une façon presque constante heureusement influencée. Tant que la compression n'est pas totale, la fièvre persiste. Toutefois, après quelques injections compressives efficaces, on peut assister, soit à la chute précoce de la température, soit au début d'une défervescence qui se poursuivra en lysis. Il n'est pas rare non plus de constater, chez certains malades, le soir de chaque injection, une chute très remarquable de la température. Deux de nos observations sont particulièrement probantes à cet égard ; chez ces malades, ce phénomène était absolument constant. Chez d'autres malades, au contraire, on constate une poussée thermique le soir de chaque injection.

Lorsque la compression est complète, la température tombe progressivement, et définitivement. Au bout d'une quinzaine de jours au plus, la température est et reste normale.

Les nouvelles poussées thermiques observées au cours du traitement sont dues, soit à l'évolution des lésions du poumon suppléant, soit à l'apparition d'un *épanchement.* Dans le cas de lésions bilatérales, le malade reste souvent subfébrile. Enfin, ces malades ont, comme tous les tuberculeux, de l'instabilité thermique : un refroidissement, un surmenage peuvent amener une élévation passagère de la température.

Le *poids* nous a paru être influencé de façon moins constante. Certains de nos malades, très améliorés à tous les autres points de vue, n'ont pas engraissé ; il s'agissait cependant de malades ayant perdu leur poids normal. Nous avons observé cependant, chez une petite malade pesant 32 kilogrammes, un engraissement de 11 kilogrammes, six mois après le début du traitement.

Les *sueurs nocturnes* disparaissent ; tous les malades sont très affirmatifs sur ce point.

Il nous faut signaler aussi une *sensation de bien-être* très accusée, et indiquée par tous les opérés. Les forces reviennent, l'appétit est meilleur. Il s'agit là d'un symptôme subjectif, où doit certainement jouer un rôle la suggestion thérapeutique (considérable dans la méthode de Forlanini) ; nous avons vu cet optimisme persister chez des malades aggravés ; cependant, nombre d'auteurs insistent sur la constance de ce phénomène.

Les *troubles digestifs* sont aussi heureusement influencés d'ordinaire ; on observe le retour de l'appétit, la disparition de la diarrhée. Une de nos malades a pourtant présenté des troubles gastriques persistants.

B. *Signes fonctionnels.* — La *toux* est toujours nettement amendée par le pneumothorax ; les quintes nocturnes et matinales s'espacent, puis disparaissent complètement chez les malades unilatéraux. Après les premières injections, on observe, d'une façon constante, une augmentation passagère de l'*expectoration;* la compression du poumon vide les cavernes et les bronches de leur contenu ; chez plusieurs de nos malades, l'expectoration doublait ou triplait ; chez les cavitaires, ce phénomène est particulièrement sensible.

Cette augmentation de l'expectoration dure deux ou trois jours après chaque injection. Lorsque le poumon est totalement comprimé, l'expectoration diminue considérablement et finit, chez les malades unilatéraux, par disparaître complètement. Nous avons pratiqué fréquemment, chez tous ces malades, l'*examen bactériologique* des crachats.

Dans trois cas, nous avons observé la disparition complète des bacilles. Chez plusieurs de nos malades, nous avons pratiqué des examens systéma-

(1) Ce travail formera un chapitre de la *Pratique du pneumothorax artificiel en phtisiothérapie,* par MM. M. Piéry et B. Le Bourdellès, préface de M. le professeur Forlanini (Encyclopédie scientifique des aide-mémoire Léauté, Paris, Masson et Cie), qui doit paraître en janvier.

tiques; nous voulions chercher si la compression pulmonaire n'entraînerait pas des variations morphologiques des bacilles, du même ordre que ces variations spontanées, dont la constatation est si utile au diagnostic et au pronostic (Piéry et Mandoul). Nous n'avons pu saisir aucune modification sensible et constante dans la morphologie des bacilles, sous l'influence de la compression; généralement on trouve une formule mixte, bacilles homogènes courts et moniliformes longs, mais les bacilles diminuent de nombre et tendent à disparaître. Il faudrait, pour conclure, suivre un certain nombre de cas strictement unilatéraux; cette dernière condition a manqué pour trois de nos observations.

Les *hémoptysies* ont la réputation d'être très favorablement influencées par le pneumothorax artificiel. La *compression* doit être *a priori*, pour le poumon comme pour l'utérus, la meilleure des hémostases. Aussi, de nombreux auteurs croient le pneumothorax particulièrement indiqué dans les formes hémoptoïques. Cayley (1885), Heisler et Tomor le considèrent comme un moyen de traitement des hémoptysies graves; Kelly, comme un moyen d'hémostase des plaies pulmonaires. Deux de nos malades ont cependant succombé à des hémoptysies foudroyantes. Mais, dans le premier cas, il s'agissait d'un malade certainement décomprimé; chez le second, le pneumothorax, très incomplet, n'accolait certainement pas les parois de la grosse caverne où l'hémorragie s'est produite. Nous ne croyons donc pas que ces deux observations contredisent l'opinion générale; une de nos observations est d'ailleurs favorable.

On pourrait croire que le pneumothorax artificiel provoque de la *dyspnée;* il n'en est rien. Non seulement la suppression fonctionnelle d'un poumon n'aggrave pas l'oppression du malade, mais, dans certains cas, elle la diminue. Sans doute, les malades porteurs d'un pneumothorax artificiel sont plus ou moins des dyspnéiques d'effort, mais à l'état de repos, leur ventilation pulmonaire est normale et aucune action défavorable du pneumothorax sur leur nutrition générale n'est à redouter. C'est la conclusion qui résulte des expériences de Graziadei, Cavarello et Riva Rocci; ils étudièrent comparativement la ventilation pulmonaire chez 51 sujets sains et chez 12 sujets à surface respiratoire réduite (pneumothorax artificiel, épanchement pleurétique, etc.). Leurs conclusions furent les suivantes : « Une réduction très notable de la surface respiratoire, même de 66 p. 100, ne modifie pas sensiblement, dans l'attitude de repos, ni la ventilation pulmonaire, ni le chimisme respiratoire. »

Saugmann et Heitmann, dans des travaux récents, sont arrivés aux mêmes conclusions.

Enfin, tout récemment, L. Bernard, Le Play et Mantoux, ont démontré que nous possédions une quantité de parenchyme pulmonaire vraiment surabondante par rapport aux exigences de la fonction respiratoire. Ces auteurs ont en effet pu démontrer, par pneumothorax expérimental chez l'animal, que la réduction au sixième de la surface respiratoire était compatible avec la vie.

C. *Réactions humorales.* — Elles ont fait l'objet de recherches récentes. Les variations de l'*indice opsonique*, au cours de la cure, ont été étudiées par Pigger (de Davos) et Carpi (de Pavie). Pigger a observé cinq malades. Dans un cas, où la tuberculose était bilatérale, la mort survint au cours de la cure; l'indice opsonique, après une élévation passagère, fléchit. Dans les quatre autres cas, unilatéraux, l'élévation de l'indice opsonique ne fut que transitoire tant que le poumon ne fut qu'à demi comprimé. Quand la compression fut complète, l'indice opsonique, après une première phase d'oscillations positives ou négatives, resta d'une façon permanente au-dessus de la normale, et subit encore un accroissement passager à chaque injection d'azote.

Carpi a observé quatre malades. Dans un cas, il n'y eut pas d'élévation appréciable de l'indice opsonique. Dans trois autres, l'indice opsonique, « négatif » avant le début du traitement (0,60-0,70), devint nettement positif (1,2-1,4). Cette élévation de l'indice est, pour ces deux auteurs, la conséquence du ralentissement de la circulation lymphatique, entraînant une moindre résorption des toxines; la défense de l'organisme, sa vaccination progressive seraient ainsi favorisées.

Une conclusion tout à fait autre résulte des constatations récentes de P. Courmont, sur les variations du *pouvoir agglutinant.*

Dans deux cas, il a observé une baisse de ce pouvoir agglutinant de 1 pour 10 à 1 pour 5 dans un cas, de 1 pour 5 à 1 pour 3 dans l'autre. Il est difficile de savoir si cette baisse résulte de l'aggravation de la maladie, ou de l'intervention, bien que, dans le second cas, les examens fussent faits avant et le lendemain d'une injection. Dans un troisième cas, où le taux était très élevé, 1 pour 80, il n'y a pas eu de variations appréciables.

P. Courmont pense que le pneumothorax artificiel, en réalisant l'*expression vasculaire* du poumon, accroît passagèrement la résorption rapide d'une grande quantité de produits tuberculeux avant d'en amener la diminution par ralentissement de la circulation lymphatique. Cette résorption peut avoir une action défavorable sur les réactions humorales, les produits peuvent être anaphylactisants. Il sera prudent, chez les sujets à faibles réactions humorales, de procéder très prudemment à la compression du poumon.

Tels sont les résultats immédiats — généraux, fonctionnels et humoraux — qu'on est accoutumé d'observer chez la plupart des phtisiques traités par la méthode de Forlanini, et dont la compression pulmonaire a pu, bien entendu, être complètement et normalement réalisée.

Mais ces résultats peuvent, toutefois, n'être que *temporaires*. C'est le cas, malheureusement, pour nombre de phtisies caséeuses ou à prédominance caséeuse, c'est-à-dire à évolution aiguë ou subaiguë. Pour tous ces cas, d'ailleurs, trop souvent on se laisse distancer par l'évolution trop rapide du processus qui a franchi depuis longtemps les limites du poumon que l'on va soumettre à la compression azotée. Quoi qu'il en soit, nous ne croyons pas négligeables ces rémissions temporaires, véritables arrêts

d'une phtisie à évolution jusque-là implacable, si impressionnantes pour le malade, l'entourage, voire même le médecin. Toute la chirurgie du cancer ne repose-t-elle pas uniquement sur de pareilles survies, obtenues, le plus souvent encore, à beaucoup plus de frais que les quelques injections intrapleurales d'azote de la méthode de Forlanini ?

C'est pourquoi, sans vouloir empiéter sur le chapitre des indications, pour tous ces cas graves de phtisie à évolution aiguë ou subaiguë, nous fondant sur les résultats précédents par nous observés, nous considérons la méthode de Forlanini comme la méthode de traitement la plus efficace à leur égard, la seule d'ailleurs qui nous paraît, en l'état actuel de la phtisiothérapie, capable, soit d'en enrayer pour un certain temps la marche fatale, soit d'en amener la guérison temporaire, sinon définitive.

2. Les résultats cliniques éloignés et la guérison définitive. — Mais il est un grand nombre de cas où l'amélioration n'est plus seulement temporaire : de la guérison symptomatique, les malades s'acheminent progressivement à la guérison clinique définitive.

Nous avons déjà fourni les preuves, aujourd'hui nombreuses, de la guérison anatomique du processus tuberculeux par sclérose pulmonaire et arrêt du processus évolutif. Plus nombreux sont encore, à l'heure actuelle, les cas où l'on peut parler de guérison clinique définitive.

Deux auteurs, Forlanini et L. Spengler, ont publié aujourd'hui des statistiques nous parlant des résultats *éloignés*. L. Spengler exige, avec juste raison, pour l'application du qualificatif « succès durable » aux résultats obtenus, les trois conditions suivantes: 1° le pneumothorax doit être résorbé depuis au moins neuf mois ; 2° la cessation de la toux, de la fièvre et de l'expectoration ; en cas de persistance de cette dernière, elle ne devra pas, en tout cas, contenir de bacilles de Koch ; 3° la récupération par le malade de son ancienne capacité de travail. Or, cinq malades, traités par cet auteur sur une statistique totale de 102 observations (publiée en 1911) remplissent ces trois conditions essentielles.

Sans nous donner de statistique d'ensemble, Forlanini apporte également d'intéressants résultats éloignés (1) : « Que la guérison survienne réellement, et vraiment suivant le mode sus-indiqué, dit-il, cela résulte aussi de mes observations cliniques.

« Au cours de mon expérience, récente encore, du traitement par le pneumothorax appliqué avec une certaine largesse, je compte un certain nombre de cas dans lesquels la guérison clinique, en toute son intégrité, date de plusieurs années, sans interruption et peut, par conséquent, être considérée comme une guérison anatomique. Dans un cas, la guérison dura huit ans, quand elle fut interrompue par une tuberculose de l'autre poumon, qui fut guérie avec succès par un deuxième pneumothorax.

« Dans un second cas, la guérison date de plus de six ans : la malade se maria, eut une grossesse, allaita, tout en exerçant un métier très pénible. Dans deux autres cas, la guérison date de cinq ans ; l'un de ces derniers cas est celui d'une maîtresse d'école publique, elle a repris ses fonctions et les remplit sans difficulté. Pour deux autres cas, la guérison date de deux et de trois ans. »

(1) Forlanini. Il pneumotorace artificiale guarisce la Tisi ? Ed in qual modo ? *Riforma medica*, anno XXVII, n° 1.

Thue, sur dix cas, en a eu trois où les malades ont pu reprendre leur travail.

Saugmann et Begtrup Hansen rapportent 33 cas où le traitement a plus de huit mois d'existence ; de ces 33 cas, il faut déduire six cas où la cure fut entravée par les adhérences, deux cas où les lésions bilatérales, s'aggravèrent rapidement, un cas où l'on fit un pneumothorax diagnostic (1). Sur les 24 malades restant, 8 ont quitté l'hôpital très améliorés, mais un seul est décomprimé et considéré comme cliniquement guéri.

Nos observations françaises sont encore pour la plupart récentes. Cependant, P. Courmont a récemment présenté, au nom de Dumarest, une malade (ramollissement et petite caverne) qui, après un an de compression, présente une guérison clinique complète.

Enfin nous possédons, nous-mêmes, trois observations avec résultats éloignés dont deux avec décompression pulmonaire. Pour l'une de ces malades, décomprimée depuis dix mois, la guérison se maintient dans d'excellentes conditions, avec seulement un peu de toux sans expectoration, mais avec une faible augmentation du poids. La seconde de nos malades, traitée depuis un an et demi, décomprimée depuis dix mois, possède à l'heure actuelle un état général florissant, avec un engraissement de 23 kilogrammes et l'absence complète de toux et d'expectoration.

Enfin, un troisième malade, atteint de broncho-pneumonie tuberculeuse, comprimé depuis dix mois, a repris depuis un mois son métier de « dessinateur de fabrique ».

Si, comme pour les améliorations temporaires, nous nous demandons quels sont les phtisiques chez qui nous pouvons espérer pareille guérison clinique définitive, et les conditions nécessaires à pareils succès thérapeutiques, la réponse est plus malaisée à fournir. On trouve fort peu de renseignements touchant ce point dans les auteurs, notamment quant à la forme clinique de phtisie présentée par les malades ainsi guéris. Nous fondant sur nos observations personnelles, nous croyons qu'on pourra espérer pareille guérison clinique chez des phtisiques chroniques, de la forme fibro-caséeuse commune, soit des phtisiques subaigus peut-être encore, mais à la condition expresse d'intervenir à un stade suffisamment précoce de l'évolution de leur phtisie, comme chez le dernier de nos malades précédemment cités.

La durée du traitement. — Mais quelle durée faut-il donner à la cure pour obtenir semblable guérison

(1) Il s'agissait d'un malade à l'égard duquel on hésitait à faire le diagnostic de lésions bilatérales, car on croyait à une transmission des râles, du poumon le plus atteint au côté opposé. On comprima donc le poumon le plus malade ; les râles persistèrent du côté suppléant et on arrêta les injections.

définitive? Il ne faut pas se presser pour la réexpansion du poumon guéri. « Mieux vaut comprimer un an de plus qu'un mois de moins », dit Saugmann; le poumon, en reprenant son expansion, peut contracter des adhérences et empêcher une nouvelle compression, ainsi que nous l'avons constaté pour une de nos malades, en cas de récidive. *Deux ans doivent être considérés selon nous comme un minimum.* Forlanini a même proposé le pneumothorax indéfini. La réexpansion du poumon guéri s'accompagne de phénomènes stéthoscopiques : râles crépitants, respiration bronchique qui, pour Forlanini, aurait un timbre particulier.

Valeur fonctionnelle du poumon guéri : cure de la tuberculose par pneumothorax successivement bilatéral. — Une autre question que soulève la discussion des résultats éloignés est la suivante : quelle est la valeur fonctionnelle du poumon guéri?

Deux circonstances, en effet, peuvent modifier la fonction pulmonaire, dit Forlanini : d'une part, la réduction de la surface respiratoire par la masse cicatricielle et les adhérences pleurales; d'autre part — pure hypothèse — une modification de la structure pulmonaire par une compression prolongée.

En général, cette réduction doit être assez faible, et Forlanini a osé tenter un pneumothorax « successivement bilatéral ». Dans ces deux cas, un poumon, guéri par un premier pneumothorax, a seul assuré, pendant de longs mois, la fonction respiratoire.

Forlanini a étudié, dans ces deux cas, la capacité vitale pulmonaire, la pression négative et positive de l'inspiration et de l'expiration soutenue, la ventilation pulmonaire et sa fréquence, le chimisme respiratoire. Dans le premier cas, la surface respiratoire était réduite de moitié seulement, loin certainement des 66 p. 100 indiqués comme limite par Riva Rocci. Toutes les données furent trouvées normales au repos; nous n'avons pas de renseignements sur le résultat final de la cure. Dans le second cas, au contraire, la surface respiratoire était réduite au cinquième, dépassant les limites normales ; capacité vitale pulmonaire de 600 centimètres cubes seulement; la malade présenta une dyspnée considérable; respiration fréquente et superficielle, chimisme respiratoire inférieur à la normale, entraînant un grave état de cachexie; phénomènes aggravés par l'altitude et que Forlanini pensa un moment soulager par la chambre de compression. Mort en janvier 1911 par broncho-pneumonie grippale.

En conclusion donc, le poumon, longtemps comprimé par un pneumothorax artificiel, reprend en grande partie sa fonction respiratoire, le traitement achevé; en tout cas, *les parties saines peuvent reprendre leur fonctionnement normal* (Forlanini).

ACTUALITÉS

LE TRAITEMENT DE LA PERFORATION INTESTINALE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

L'étude des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde a donné lieu dans ces dernières années à des travaux multiples portant surtout sur leur diagnostic et leur traitement.

Sur ce dernier point, les travaux parus à l'étranger, en Amérique surtout, sont si nombreux que nous ne pouvons même les énumérer tous ici. En France, depuis la discussion de la Société de chirurgie en 1908 où une soixantaine d'observations recueillies dans les hôpitaux de Paris ont été produites par les différents chefs de service, il faut citer les travaux de Philibert, de Quénu, Favreul, Milhit, les thèses de Buizard et de Duval.

Nous allons essayer de résumer brièvement les enseignements que l'on peut tirer de ces diverses publications.

Tout d'abord, il faut admettre en principe que, jusqu'à nouvel ordre, le traitement de la perforation typhique est essentiellement chirurgical. A la Société de chirurgie, en 1908, M. Chantemesse a indiqué les bienfaits que l'on pouvait espérer de l'emploi du nucléinate de soude et du chauffage de l'abdomen pour augmenter la résistance du péritoine à l'infection. Mais si l'on peut publier de temps à autre des cas où au cours de l'autopsie d'un typhique mort d'une complication autre on trouve une perforation méconnue, oblitérée spontanément par un bouchon épiploïque, combien ne peut-on opposer à ces rares trouvailles des cas de mort par perforation non opérée ou opérée trop tard? Quant aux perforations guéries médicalement, sans le contrôle de l'autopsie ou de l'opération, il convient, disent Brouardel et Thoinot, de soumettre « ces prétendus cas de guérison à une critique très serrée, aujourd'hui que nous connaissons l'existence des fausses perforations ».

Le principe du traitement chirurgical étant admis, la première question qui se pose est celle-ci : faut-il opérer toutes les perforations? C'est-à-dire doit-on opérer dès que le diagnostic de perforation semble probable?

Le problème est très complexe, et pour le simplifier nous allons sérier les cas.

On peut se trouver dans deux alternatives : ou bien le diagnostic de la perforation s'impose quand on voit le malade, ou bien il est discutable.

Dans le premier cas, comme la perforation n'a par elle-même aucun symptôme propre, c'est le diagnostic d'une péritonite au cours de la fièvre typhoïde qui est évident.

Ainsi que L. Brin l'a bien établi dans sa thèse récente, la péritonite par perforation peut se présenter sous trois formes cliniques différentes :

1. La péritonite sthénique à généralisation rapide correspond à des perforations multiples ou à une perforation unique mais large (ulcération d'une plaque de Peyer). Elle débute brusquement; c'est la douleur en coup de pistolet avec frissons, ascension thermique, accélération brusque du pouls, contracture abdominale, tout le tableau de la perforation avec généralisation rapide des symptômes à tout l'abdomen. En présence d'un tel syndrome péritonéal éclatant chez un typhique l'intervention immédiate s'impose.

2. La péritonite sthénique à diffusion lente correspond aux perforations très petites (ulcération d'un follicule clos isolé) ou aux cas où des adhérences protectrices se font dans le péritoine (perforations de la période de convalescence). Ici, ce sont les phénomènes locaux qui attirent surtout l'attention : douleurs locales débutant brusquement, défense musculaire localisée, accélération du pouls, hypothermie passagère, hyperleucocytose, arrêt des gaz.

Lorsque le syndrome est net, il doit éveiller l'idée de la

possibilité d'une perforation et commander une opération rapide.

3. La péritonite asthénique se produit chez les malades atteints d'une intoxication typhique si profonde qu'ils sont dans l'impossibilité de réagir. Parfois les symptômes de perforation manquent totalement, ce sont les formes latentes; le plus souvent on note une aggravation des symptômes généraux, le facies s'altère, la respiration, le pouls s'accélèrent, pendant que la température s'abaisse brusquement. En l'absence de signes locaux le diagnostic est très difficile avec une hémorragie intestinale, avec la myocardite suraiguë avec collapsus, la dégénérescence aiguë du foie (Roger), des crises de collapsus hypothermique sans perforation décrites par Chantemesse et Tissot, Monnier (de Nantes) dues sans doute à des insuffisances intestinales (Le Play, Faloise, Roger), à de l'insuffisance surrénale (Sergent, Triboulet).

Le diagnostic de péritonite ne s'impose ici que tardivement; par l'apparition du hoquet, des vomissements, lorsque la partie semble définitivement perdue. Faut-il opérer dans ces conditions?

L'hésitation peut être permise. L'intervention n'a aucune chance de triompher de la péritonite déjà généralisée, l'état général du malade, si précaire du fait même de son intoxication typhique profonde, aggravé par la péritonite, ne résisterait pas au moindre shock.

Cependant, certains chirurgiens n'ont pas désespéré et sont intervenus quand même, mais alors l'intervention doit se réduire au strict minimum (incision sous anesthésie locale et drainage au lit du malade), ce qui ne peut donner lieu qu'à un shock insignifiant.

Voyons maintenant la conduite à tenir si le diagnostic de perforation, quelle que soit la forme observée, est discutable.

Dans le doute faut-il s'abstenir et attendre?

Depuis les travaux de Roy, de Yates, de Scudder, de Woimant sur les péritonites typhiques sans perforation, ceux de Cushing, de Forbes Hawkes, Roth, sur les symptômes de la phase préperforative des ulcères typhiques, la question nous semble jugée. Les risques que fait courir au malade une intervention réduite à une boutonnière exploratrice ne peuvent se comparer à ceux que peut entraîner l'abstention systématique.

Il convient naturellement, avant d'intervenir, de s'entourer de toutes les garanties qui peuvent assurer le diagnostic, mais il faut avouer que bien souvent il est impossible à la période tout à fait initiale, c'est-à-dire à la période utile. La perforation, nous l'avons dit, n'a pas de signes par elle-même, elle ne se traduit que par la péritonite, et celle-ci peut survenir dans la fièvre typhoïde à la suite de bien d'autres causes que la perforation intestinale.

En plus, il peut ne pas y avoir de péritonite et l'état de péritonisme traduit les lésions les plus variées.

Woimant, dans un travail très intéressant, a réuni 139 observations dans lesquelles on avait cru par erreur à une perforation typhique et où l'on était presque toujours intervenu. L'énumération des causes d'erreur constatées est extrêmement instructive :

116 fois on a trouvé des lésions de péritonite, et 23 fois seulement celle-ci n'existait pas.

Les 116 cas de péritonite sans perforation relevaient des lésions suivantes :

- 7 cas de lésions typhiques variées (3 cholécystites, un abcès du foie, un abcès de la rate, une salpingite, une pyléphlébite);
- 9 fois des ganglions mésentériques suppurés ou rompus;
- 12 fois de l'appendicite typhique;
- 4 fois de la constipation avec péritonite péricolique;
- 20 fois une ulcération typhique à la période de préperforation;
- 64 fois une péritonite de cause indéterminée (péritonites dites par propagation).

23 fois il n'y avait pas de lésions de péritonite et on constate que l'erreur est due :

- 5 fois à de la pneumonie, de la pleurésie;
- 5 fois à des causes abdominales variées (hémorragie intestinale, cholécystite, abcès de la rate, thrombose de la veine iliaque, infection de la paroi abdominale);
- 2 fois de la réaction péritonéale chez des constipés avec distension intestinale;
- 11 fois du péritonisme pur dont 6 fois avec atonie intestinale notable.

On voit qu'en réalité, dans 83,5 p. 100 des cas, il n'y a pas eu d'erreur de diagnostic puisqu'il y avait bien de la péritonite, mais erreur sur la cause de celle-ci; en tout cas l'intervention était indispensable de toute manière.

Le préjudice causé aux quelques malades chez lesquels l'intervention n'était pas indispensable, préjudice bien minime s'il se borne à une simple boutonnière exploratrice, est bien peu de chose en comparaison du tort causé par l'abstention, ou ce qui est pratiquement équivalent, par l'attente de l'apparition des signes de péritonite confirmée.

On peut même aller plus loin et soutenir que ce n'est pas quand la perforation existe qu'il faut intervenir, mais avant que celle-ci ne se soit produite, à la phase préperforative. Dans ces dernières années, un certain nombre de chirurgiens américains, parmi lesquels Cushing, Hawkes, Roth, ont montré que dans beaucoup de cas, si l'on suit avec beaucoup de soin les typhiques pendant l'évolution de leur affection, on peut voir apparaître des *signes locaux* de péritonite légère et limitée, indices de la profondeur des lésions ulcératives et de menace de production de la perforation. Les deux symptômes essentiels de cette atteinte du péritoine sont la douleur localisée et la contracture musculaire limitée à la même région. Un certain nombre d'observations ont été publiées en Amérique, où l'on est intervenu de propos délibéré dans ces cas. On aurait trouvé des ulcérations sur le point de se perforer et le plus grand nombre des malades aurait guéri.

Dans ces cas, les chirurgiens américains se contentent d'un simple drainage au niveau de la lésion. Le résultat de cette opération serait triple pour Hawkes :

1° Evacuation du liquide septique déjà exsudé dans l'abdomen;

2° Diminution de l'inflammation péritonéale par diminution de la tension; création d'adhérences autour de la lésion;

3° Amélioration de l'ulcération intestinale.

On a mis en doute même en Amérique (V. A. Robertson), la possibilité du diagnostic à la phase préperforative. Il est certain que ce diagnostic doit être impossible dans bien des cas : typhus ambulatoire, formes asthéniques, malades éloignés qui ne peuvent être suivis régulièrement, etc. Mais il est vraisemblablement possible dans certains cas suivis de très près. La meilleure preuve en est que, dans 20 cas du travail de Woimant, le diagnostic avait été fait sans le savoir puisqu'on ne trouva avec de la péritonite qu'un ulcère prêt à se perforer. Sur les 16 de ces malades qui furent opérés, il y eut 10 guérisons (68,7 p. 100), chiffre double ou triple des succès dans les interventions pour perforation confirmée. Dans ces 16 cas les chirurgiens avaient drainé 14 fois, mais dans tous les cas on avait pratiqué l'enfouissement de l'ulcération.

Il faut donc intervenir, et cela le plus tôt possible. L'opinion soutenue par Keen, puis par Loison, qu'il y avait intérêt à attendre quelques heures que le malade soit remis du shock initial de la perforation, n'a pas trouvé d'adeptes.

Pendant qu'on procédera aux préparatifs de l'opération, le malade sera placé en position semi-assise de Fowler, on lui fera une injection de sérum, adrénalisé si possible, et des injections d'huile camphrée. Il sera transporté sans change-

ment de position à la salle d'opération et installé demi-assis sur la table d'opération.

Si l'état général est grave, l'anesthésie locale s'impose, sinon on peut procéder à une anesthésie générale légère. Les chirurgiens américains préfèrent dans ce cas l'éther, que M. Poncet a défendu en 1908 devant la Société de chirurgie, le chloroforme ayant le grand inconvénient d'être un dépressif, alors que l'éther est un excitant. En fait, en parcourant la statistique des 269 opérations réunie par Bagley et qu'il a eu l'ingénieuse idée de mettre en multiples tableaux selon les diverses techniques suivies, on trouve pour les cas opérés au chloroforme 53 p. 100 de mortalité, et à l'éther 40 p. 100 seulement. Les cas opérés à la cocaïne seule ou à la cocaïne et éther donnent respectivement 76 p. 100 et 100 p. 100 de mortalité, mais il ne s'agit ici que des cas les plus graves où l'état du malade ne permettait pas une anesthésie générale.

Le champ opératoire préparé rapidement avec une solution iodée, on pratique une boutonnière dans la paroi, que l'on élargira rapidement si le diagnostic est confirmé.

La majorité des chirurgiens admet que l'incision doit être faite sur la ligne médiane, sous-ombilicale, incision permettant une exploration plus facile, un drainage plus complet que toute autre incision, en particulier vers le petit bassin. Cela est vrai si l'on doit pratiquer la suture de la perforation et drainer par une seule incision. Si l'on adopte, comme nous le verrons plus loin, l'entérostomie comme traitement de choix, il vaut mieux inciser dans la fosse iliaque droite (incision de Roux). On drainera par une incision médiane secondaire.

Le péritoine ouvert, du liquide s'échappe en quantité variable. Il convient alors de procéder rapidement mais avec méthode à la recherche de la perforation. On découvre le cæcum, l'examine, recherche l'appendice, puis la première anse grêle, et l'on suit de la main de bas en haut les anses grêles sans dévider au dehors. Il faut procéder sans aucune brutalité. « Les malades que j'ai vus guérir après opération, dit M. Chantemesse, ont toujours été ceux chez lesquels le chirurgien avait fait le moins de bouleversement dans la situation des anses. »

On trouvera en général très rapidement la perforation, car elle siège le plus souvent très près du cæcum (voir les tableaux de la thèse de Duval), par la direction du liquide épanché, et enfin parce qu'à la main on sent très bien une induration spéciale, cartonnée, correspondant au siège des lésions typhiques.

La perforation est découverte, l'anse malade extériorisée, isolée par des compresses, que reste-t-il à faire?

Jusqu'à ces dernières années, on cherchait à pratiquer systématiquement dans tous les cas la suture de la perforation, opération logique, idéale, parce qu'elle restitue un intestin à la normale.

Les résultats n'étaient cependant pas brillants, et l'enquête à laquelle s'est livrée M. Michaux montre que seulement 7 à 8 p. 100 des perforations ainsi traitées guérissaient, et encore tous les insuccès ne sont certainement pas publiés.

On reconnaît à la suture un certain nombre d'inconvénients (voir la thèse de Duval). Elle est souvent difficile à faire sur des tissus infiltrés, ne s'adossant pas et qui se laissent couper par les fils, on est obligé de s'y reprendre à plusieurs fois. Ainsi se trouve prolongé l'acte opératoire qui devrait être réduit au strict minimum comme temps (intoxication par l'anesthésique) et comme manipulations de l'intestin. De plus la solidité d'une telle suture en tissu infecté et infiltré est douteuse, dans un assez grand nombre de cas l'insuccès a été dû à ce que la suture a lâché secondairement.

La greffe épiploïque ou les divers procédés d'obturation au moyen d'un lambeau péritonéal mésentérique qu'on a cherché à employer pour renforcer la suture compliquent l'intervention et n'ont pas donné de succès.

On a aussi préconisé la fixation de l'anse malade suturée à la paroi abdominale. Dans ces cas, si la suture lâche, l'ouverture se fera au niveau de l'incision abdominale, d'où fistule stercorale. Buizard, qui se rallie à cette technique, en cite 15 observations avec 11 guérisons (73,3 p. 100). Mais Duval fait remarquer justement que, sur les 11 guérisons, 9 n'ont été obtenues qu'avec formation d'une fistule stercorale et probablement grâce à elle. Il s'agit là en réalité de guérisons par entérostomie. Sur les 4 morts, l'une est due à de l'iléus paralytique, c'est-à-dire à l'absence de production d'anus contre nature.

Un des dangers de la suture est en effet de rétrécir le calibre intestinal, et de favoriser encore l'iléus paralytique, ce danger constant des suites postopératoires dans les péritonites.

Enfin une des causes de mortalité après la suture est la production d'une ou de plusieurs nouvelles perforations, alors que la première semblait guérie. La suture n'agit en rien pour obvier à cet inconvénient.

C'est pourquoi dans ces dernères années une autre méthode tend peu à peu à se substituer à la suture sur laquelle elle présente de grands avantages, c'est l'entérostomie.

Déjà employée comme un pis aller dans les cas très graves, ou dans les cas où la suture n'avait pu être effectuée (Quénu, Sieur, Loison, Société de chirurgie, 1908), elle a été proposée comme un traitement systématique de la perforation intestinale par Erscher (de Trieste) en 1903, puis préconisée par Lastaria (de Naples) en 1908, et chez nous par MM. Quénu, Lejars, et par E. Duval dans sa thèse inaugurale.

La méthode est très simple: aboucher rapidement à la peau la perforation lorsqu'elle est unique.

On pratique cet abouchement par quelques points de fixation de l'anse en tissu sain à la séreuse, et de la muqueuse à la peau.

Si la perforation est multiple ou si, à côté de la perforation, il y a des lésions étendues avec menaces de perforation, l'extériorisation simple de l'anse intestinale avec une garniture de compresses, constitue toute l'intervention.

Les avantages de la méthode sont les suivants :

1° Simplicité et rapidité de l'intervention qui réduit les manipulations au minimum;

2° Influence favorable sur l'évolution des lésions sous-jacentes par la mise au repos de l'intestin;

3° Evacuation permanente du contenu toxique de l'intestin, ce qui diminue la gravité de l'intoxication typhique;

4° Prévention de l'iléus paralytique.

Le seul inconvénient est la permanence de l'anus artificiel ainsi créé. La dénutrition n'est pas à craindre à cause de sa situation sur la terminaison du grêle, mais sa fermeture spontanée est l'exception et le plus souvent elle exigera une nouvelle intervention, le plus souvent difficile. Mais c'est là un inconvénient relatif puisqu'il s'agit avant tout de tirer d'affaire des malades dont la vie est immédiatement en danger. On a aussi objecté à l'iléostomie (Delbet, Moty), la difficulté de drainer largement la péritonite au contact des souillures de l'anus artificiel. On remédie à cet inconvénient en faisant l'anus dans la fosse iliaque droite et le drainage par une contre-ouverture médiane ou latérale gauche.

On pourrait encore employer pour l'iléostomie, comme J. Migaï l'a fait dans un cas, un tube de Paul, ce qui simplifie encore la technique et permet avec un tube de caoutchouc de drainer l'intestin en dehors du pansement. Nous pensons qu'on utiliserait avec avantage dans ces cas la canule que M. Ombrédanne a fait construire pour la confection rapide de l'anus contre nature dans les occlusions intestinales, ingénieuse combinaison du bouton intestinal et du tube de Paul, qui permet avec un seul surjet en bourse, d'aboucher de façon étanche l'anse intestinale à la peau.

Quant aux résultats obtenus par l'entérostomie systématique sont-ils supérieurs à ceux qu'on obtenait par la suture?

Dans les statistiques de Buizard on relève 15 cas de perforations traitées par l'entérostomie avec 7 guérisons, soit 53 p. 100 de mortalité.

A. Kryloff donnant la statistique de cinq années (1905 à 1910) de l'hôpital de Balakan rapporte que, sur 40 perforations opérées, 33 ont subi l'iléostomie avec 6 guérisons (18 p. 100); et sur ces 6 guérisons, 5 ont été obtenues dans des cas où l'anus a bien fonctionné. Une seule guérison a été observée chez des malades dont l'anus artificiel fonctionnait peu ou mal, vraisemblablement en raison d'iléus paralytique.

Il faut d'ailleurs remarquer que, dans les statistiques datant de quelques années, tous les cas traités par l'iléostomie sont les cas les plus graves, ceux qu'on n'a pu suturer, et le fait d'avoir un pourcentage de guérisons seulement égal à celui des perforations suturées indiquerait la supériorité de l'iléostomie.

Les résultats semblent d'ailleurs être supérieurs. Par exemple, M. Pierre Duval, sur 7 cas de perforation qu'il eut à traiter, en a suturé 6 avec 6 morts, et dans un cas grave il a seulement extériorisé l'anse et le malade a guéri; de même Favreul a publié 6 cas de perforation opérés à l'Hôtel-Dieu de Nantes pendant l'été 1911 (Favreul, Chastenet, de Géry, Pasquereau), 5 fois on a fait la suture et les malades sont morts, un seul a été traité par extériorisation de l'anse perforée, et il a guéri.

Est-ce à dire que l'iléostomie doive être adoptée comme méthode générale de traitement à l'exclusion de toute autre? Non pas, elle a ses indications et contre-indications, et il faut plier sa technique aux variétés de la clinique.

Dans les cas très graves, en présence d'un malade en pleine péritonite généralisée depuis un temps déjà long, ou en proie à une intoxication typhique profonde, on devra se contenter de l'incision simple sous anesthésie locale, ou même sans anesthésie, sans rechercher la perforation, drainer le plus largement possible. On cite quelques cas (Chifoliau, Potel et Minet), où, contre toute attente, on a vu le malade guérir dans ces conditions. En tout cas, le traumatisme est si minime qu'il nous semble impossible de refuser le suprême espoir.

Dans les cas où l'état général du malade permet la recherche de la perforation un certain nombre d'éventualités peuvent se produire :

1° Malgré une recherche rapide mais méthodique, on ne trouve pas de perforation. Il ne faut pas s'obstiner à de nouvelles investigations. Il peut s'agir d'une péritonite sans perforation (voir Woimant). On se contentera alors de drainer.

2° On trouve des perforations multiples; ou une seule perforation mais avec des plaques sphacélées sur le point de se perforer. Il faut se contenter d'extérioriser l'anse malade en l'entourant d'un lit de compresses. On drainera le reste de l'abdomen par des contre-ouvertures. Si l'étendue d'intestin malade est très grande, on pourrait hésiter à en pratiquer la résection, ou à l'exclure par entéro-anastomose, mais dans les conditions où l'on opère ces interventions ne peuvent avoir qu'une issue fatale.

3° On ne trouve pas de perforation mais seulement des ulcérations sur le point de se perforer (péritonite de la phase préperforative), la conduite à tenir sera la même.

4° On découvre deux perforations éloignées l'une de l'autre par un long segment sain, Duval propose de suturer alors la perforation d'aval, et d'aboucher à la peau celle d'amont.

5° Dans le cas de perforation unique, de beaucoup le plus fréquent, on pratiquera de préférence l'iléostomie, sauf dans certains cas rares où les conditions de guérison sont tellement favorables qu'on est en droit de tenter la suture.

Ces conditions sont, d'après Escher, perforation survenant seulement pendant la convalescence, alors que l'organisme du malade a surmonté l'infection typhique, opération très précoce, très bon état général, absence de distension intestinale faisant redouter l'iléus. Même dans ces cas où l'on tente la suture M. Quénu conseille de laisser l'anse suturée en dehors de l'abdomen.

6° Enfin si la perforation siège sur l'appendice, on se conduira comme dans une péritonite appendiculaire. Reste le traitement de la péritonite.

Le drainage sera exécuté avec soin par une contre-ouverture sur la ligne médiane ou au besoin dans le flanc gauche.

Les soins postopératoires si importants (position semi-assise, irrigation salée intrarectale, évacuation de l'intestin, etc.) ne diffèrent pas ici de ce qu'ils sont pour les autres péritonites. Nous ne pouvons que renvoyer aux travaux parus dans ces dernières années (voir les revues générales de Lerat et de Marquis dans la *Gazette des hôpitaux*, 1910).

Quant aux résultats, il est certain que les statistiques tendent d'une façon constante à s'améliorer. Nous ne reproduirons pas ces grandes statistiques composées par la compilation de tous les cas isolés publiés à droite et à gauche, et contenant évidemment une part trop grande de succès (entre 15 p. 100 à 50 p. 100 de guérison selon les statistiques). C'est ainsi que Migaï réunissant 513 cas trouve une part de guérison globale de 28 p. 100, qui s'abaisse à 10 p. 100 pour les cas anciens (1884-1888), et s'élève à 33,7 p. 100 pour les cas récents (1904-1908). Mais si on ne retient que les statistiques globales des chirurgiens ayant au moins 5 cas personnels, il ne reste que 211 cas avec 44 guérisons soit 21 p. 100. Il faut donc attacher une plus grande importance aux statistiques intégrales d'un même service d'hôpital ou d'un même chirurgien.

La statistique de Kryloff portant sur les cas opérés à l'hôpital de Balakan près Bakou de 1905 à 1910 donne sur 40 cas opérés 8 guérisons soit 20 p. 100, en plus 4 malades survécurent longtemps à l'opération (treize à trente-trois jours) et moururent de complications variées.

Les résultats les plus encourageants semblent obtenus par les chirurgiens américains qui n'hésitent pas à pratiquer l'incision exploratrice dès que l'on soupçonne le début de la péritonite. Woolseley a opéré 21 cas personnels avec 7 guérisons (33 p. 100), George L. Hays a opéré 28 cas avec 9 guérisons (32 p. 100). Ce sont là des résultats tout particulièrement encourageants.

D'ailleurs toutes les statistiques mettent en évidence le rôle capital de la précocité pour assurer le succès.

C'est ainsi que dans la statistique de Migaï sur 130 cas opérés dans les douze premières heures la mortalité n'a été que de 73 p. 100; elle a été de 74 p. 100 pour les cas opérés entre douze et vingt-quatre heures et s'est élevée à 93,5 p. 100 quand on a opéré après vingt-quatre heures.

Dans les cas publiés par Kryloff, 8 ont été opérés dans les quatre premières heures avec 4 guérisons (50 p. 100), tandis que sur 17 malades opérés après ce temps 2 seulement ont guéri (11,7 p. 100).

C'est donc dans les toutes premières heures après l'apparition des premiers symptômes que l'intervention donne des chances importantes de guérison.

Sa précocité ne suffit naturellement pas à assurer le succès à l'intervention, il faut aussi largement compter avec l'état antérieur du malade, la gravité de l'intoxication typhique. Aussi les malades qui résistent bien à cette intoxication comme les enfants, ou qui y ont résisté comme les convalescents, présentent, toutes choses égales d'ailleurs, de plus grandes chances de guérison.

Mais au point de vue thérapeutique le problème capital reste donc la précocité du diagnostic et de l'intervention aussi nous ne pouvons mieux conclure qu'en rapportant ces mots de M. Lejars à la Société de chirurgie : « Au lieu de tant discuter, mieux vaudrait agir, c'est-à-dire s'efforcer de poser, aussitôt que possible, le diagnostic de perforation, ou se contenter même, pour intervenir, d'un diagnostic de probabilité, sans attendre les signes de certitude qui seront, trop souvent, ceux d'une infection irrémédiable. »

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera cette bibliographie très complète dans les thèses de Buizard, de Woimant, de Brin et de Duval. Nous ne rapportons ici que les travaux non cités par elles ou postérieurs à leur publication.

1900. CUSHING. *Philadelphia med. Journ.*, t, V, p. 503; — *The St. John's Hospital Reports*, t. VIII, p. 209.

1905. HAYS. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, t. XIV.

1906. WOOLSEY. *Ann. of. surg.*, t. XIV.

1908. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.* : 14 janv., p. 31, M. MICHAUX; 11 fév., p. 138, M. MICHAUX; 17 mars, p. 335, MM. MORESTIN, SOULIGOUX, LEGUEU, LOISON, TUFFIER; 24 mars, p. 366, MM. ROCHARD, RICARD, SIEUR; 31 mars, p. 448, MM. MAUCLAIRE, L. PICQUÉ, HARTMANN, QUÉNU; 7 avril, p. 492, MM. MOTY, TOUSSAINT, MIGNON, PONCET; 12 mai, p. 570, M. CHANTEMESSE; 26 mai, p. 665, M. MICHAUX.

1909. BUIZARD. Th. de Paris, mai. — QUÉNU. *Journ. des prat.*, 4 déc.

1910. QUÉNU. *Bull. méd.*, 9 fév. — PHILIBERT. *Gaz. des hôpit.*, 12 fév. — LERAT. *Idem.* — MARQUIS. *Idem.*

1911. H. WOIMANT. Th. de Paris, n° 453. — L. BRIN. Th. de Paris. — E. DUVAL. Th. de Paris. — Forbes HAWKES. *Ann. of. Surg.*, t. LIII, n° 5, mai. — *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris :* 18 juillet, p. 984, M. LEJARS, rapport sur une observation de Duval et Lapointe. Discussion : MM. QUÉNU, ROUTIER, L. PICQUÉ, MOTY, TUFFIER, LEJARS. — Charles BAGLEY. *Surg. gynecol. obstet.*, août, vol. XII, n° 2, p. 191. — K. J. TCHORJEVSKY. *Pract. Vrat.*, t. X, n° 2, 22 mai, p. 351, analysé par GUIBÉ, in *Journ. de chir.*, août, p. 176. — E. J. MIGAI. Travaux de la clinique du professeur Fédoroff, t. IV, p. 103, analysé par GUIBÉ, *idem.* — Ter. NERCESSOFF. *Chirourguia*, t. XXX, n° 78, oct.

1912. TRIBET et DEWYE. *Bourgogne méd.*, 15 janv., n° 1, p. 4. — YVERT. *Idem.* — OWENS. *Assoc. med. de la Caroline du Sud-Columbia.* 16, 18 avril 1912; — in *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, t. LVIII, n° 24, 15 juin, p. 1891. — FAVREUL. *Gaz. méd. de Nantes*, 29 juin, n° 26, p. 501; 6 juillet, n° 27, p. 521. — A. A. KRYLOFF. *Chirourgu. arch. Veliaminova*, t. XXVIII, n° 3, p. 524, analysé par GUIBÉ, in *Jour. de chir.*, sept. p. 355. — MILHIT. Le traitement de la fièvre typhoïde, *Les actualités thérapeutiques*, n° 2. — Forbes HAWKES. *Med. assoc. of the Greater city of N. Y.*, 21 oct.; in *Med. Rec.*, 30 nov., p. 1014. Discussion : Victor A. ROBERTSON; Henry ROTH; A. Ernest GALLANT; Edward WALLACE. — P. OULMONT et DELORE. *Soc. méd. des hôpit.*, 6 déc. — SERGENT, TRIBOULET, ACHARD et DESBOUIS, *idem*, 13 déc. — Stephen CHAUVET. *Idem*, 20 déc.

ANALYSES

MÉDECINE

Du rôle des dégénérescences des capsules surrénales et des parenchymes glandulaires dans certains syndromes terminaux des infections graves. (RIBADEAU-DUMAS et HARVIER. *La Pédiatrie pratique*, 15 mars 1912.) — Les observations rapportées en détail par les auteurs, comprennent trois cas de fièvre typhoïde, deux cas de néphrite, un cas de pneumonie, un cas de scarlatine et trois cas de diphtérie. Dans tous ces cas le tableau de l'érythème grave était des plus nets : érythème morbilliforme ou scarlatiniforme, diarrhée verte abondante, vomissements muqueux ou bilieux, amaigrissement extrême et rapide, aspect cholérique. Les malades sont plongés dans un état de torpeur et d'asthénie extrêmes; ils restent inertes, leur regard est fixe, leur tension artérielle très abaissée; le pouls radial est petit, rapide, à peine senti; on observe la ligne blanche de Sergent. Les malades présentent une anémie grave, aiguë, souvent du purpura. La coagulation du sang est retardée, ou quelquefois anormale. Dans tous ces cas, les glandes surrénales étaient malades, histologiquement on constate un bouleversement complet de l'ordination habituelle des travées cellulaires. Par places on constate la nécrose de la cellule et sa désintégration complète; enfin tous les éléments cellulaires sont dissociés par un liquide albumineux. Ce sont là des lésions analogues à celles que Tixier et Troisier ont vu dans les capsules surrénales d'un enfant mort de scarlatine grave. Il existe également suivant les cas des lésions du foie, des reins, par contre il est des glandes qui sont plutôt en état d'hyperactivité fonctionnelle (ainsi le corps thyroïde est en réaction colloïde extrêmement marquée), et d'autres qui ne présentent aucune lésion (hypophyse, parathyroïde). Ce sont donc surtout les lésions des surrénales qui sont prépondérantes, et cette constatation conduit à une thérapeutique rationnelle de ces accidents par l'administration soit de l'adrénaline, soit de l'opothérapie surrénale totale. B. GAYARD.

La pression sanguine dans la fièvre scarlatine. (J. D. ROLLESTON. *The Brit. Journ. of children's diseases*, oct. 1912, vol. IX, p. 444-453.) — On a signalé, depuis un certain nombre d'années, la diminution considérable de la tension sanguine qui accompagne les formes sévères de la scarlatine. Nobécourt et Tixier, Teissier et Tanon ont, chez nous, attiré l'attention sur ce point. Sergent, Hutinel, Comby, Ribadeau-Dumas et Harvier ont récemment attribué cette hypotension à une insuffisance surrénale aiguë, et cette théorie s'appuie sur la présence de symptômes concomitants et de constatations anatomo-pathologiques. Hutinel, Grysez et Dupuich, de plus, ont rapporté des cas dans lesquels cette complication très grave de la scarlatine cédait à l'administration d'adrénaline.

Rolleston a étudié systématiquement la tension sanguine dans 122 cas de scarlatine et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Dans cette série de malades, la pression a été trouvée inférieure à la normale dans 25 p. 100 des cas, l'intensité et la durée de la dépression étant d'ordinaire en relation directe avec la gravité de l'attaque de scarlatine.

2° Dans la grande majorité des cas, les tensions très élevées ont été constatées dans le cours de la première semaine; il en est habituellement de même pour les tensions les plus basses, bien que dans quelques cas celles-ci se soient manifestées dans la deuxième semaine. La tension se rétablit à la normale d'ordinaire dans le cours de la quatrième semaine.

3° Dans la majorité des cas, la tension sanguine est plus basse dans le cours de la convalescence que dans la période aiguë de l'affection.

4° Dans 48,4 p. 100 des cas de convalescence, on trouve le même chiffre sur le malade couché ou debout, ou bien la pression est plus élevée lorsque le malade est couché jusqu'à ce que la convalescence soit entièrement établie (hypotension d'effort).

5° Sauf pour la néphrite, les complications n'ont que peu ou pas d'effet sur la pression sanguine.

6° Sur une minorité seulement de cas de néphrite (12 sur 33), la tension sanguine a été au-dessus de la normale, et cette hypertension n'a jamais été extrême ni de longue durée.

7° La sphygmomanométrie dans la fièvre scarlatine, comme dans la plupart des autres maladies aiguës, est de petite importance pratique pendant la période aiguë; mais pendant la convalescence, elle donne des indications sur la gravité des lésions rénales, connaissance qui peut avoir un gros intérêt pour le traitement ultérieur.

8° Une hypotension artérielle très marquée, surtout accompagnée des autres symptômes d'insuffisance surrénale, doit être traitée par l'adrénaline ou l'extrait surrénal.

M. LANCE.

La concentration moléculaire des liquides gastriques et l'activité de dilution de l'estomac. (LŒPER et J. THINH. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, mars 1912, n° 3.) — Le

mécanisme de la sécrétion gastrique n'est pas conditionné seulement par des phénomènes d'ordre chimique, mais encore par des phénomènes physiques, car aucune sécrétion au niveau d'une muqueuse, aucun échange au travers d'une membrane vivante ne peuvent se faire sans leur intervention. C'est pourquoi il peut être très intéressant d'étudier la concentration moléculaire des liquides gastriques, de rechercher la part qui lui revient dans le processus intime de la sécrétion, et de montrer le parti que l'on peut tirer de ses variations à l'état pathologique. Voici les conclusions que présentent les auteurs à la suite de leurs recherches; il existe une hyperconcentration persistante des liquides de stase, qui influe sur la rétention, l'hypersécrétion, et peut-être le spasme du pylore, la recherche de cette concentration apporte des indications précieuses, sur l'état de la muqueuse, son activité circulatoire, sa perméabilité, qui semblent plus considérables chez l'ulcéreux et l'hypersthénique que chez l'individu normal, moindres au contraire dans les cancers, les atrophies gastriques et les achylies. De ces constatations, peuvent découler certaines considérations thérapeutiques, à l'étude desquelles les auteurs se proposent de consacrer un prochain article, que nous ne manquerons pas d'analyser.

B. GAYARD.

Les porteurs de germes en épidémiologie. (VAILLARD. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, avril 1912.) — Des sujets sains, au moins en apparence, peuvent recéler en eux le virus d'une maladie infectieuse, l'émettre au dehors et le propager à l'insu de tous dans les milieux où ils vivent : ce sont les porteurs de germes.

On devient porteur de germes de plusieurs façons; le plus souvent c'est après une atteinte avérée ou méconnue d'une affection quelconque, en raison de son caractère anormal; c'est surtout le cas de la fièvre typhoïde; certains convalescents éliminent, en effet, le bacille d'Eberth temporairement pendant des semaines et des mois, d'autres l'éliminent pendant des années lorsque ce bacille s'est implanté dans la vésicule biliaire : ce sont des porteurs chroniques.

Dans d'autres cas, c'est avant le début apparent de l'infection que le sujet devient porteur précoce de germes; dans d'autres cas, enfin, il s'agit de sujets sains et qui restent sains, mais qui ont été contagionnés par d'autres malades, sans être malades eux-mêmes (porteurs sains) [méningite cérébro-spinale, choléra].

Il importe donc de savoir dépister ces porteurs de germes, ce à quoi l'on arrive facilement par des examens bactériologiques répétés des matières fécales, des urines, de l'expectoration, etc. Quant à la mesure à appliquer aux porteurs temporaires ou chroniques de germes, si la solution en est relativement aisée dans certaines collectivités (écoles, armée), il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'individus isolés dont on ne peut restreindre les volontés et pour lesquels le travail journalier est une nécessité d'existence.

Des mesures énergiques sont seulement autorisées pour le choléra.

B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

L'urée du liquide céphalo-rachidien dans les néphrites de l'enfance. (NOBÉCOURT et DARRÉ. *La Pédiatrie pratique*, 5 mars 1912.) — Le dosage systématique de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien d'enfants atteints de néphrites répondant à des types cliniques divers permet de distinguer trois catégories de faits suivant que la quantité est faible ou normale (inférieure à 0,10 par litre), moyenne (entre 0,50 et 1 gramme par litre) ou forte entre 1 et 2 grammes. Jamais il n'a été trouvé de quantité supérieure à 2 grammes caractérisant la grande azotémie de Widal et Javal.

La plus forte azotémie s'est caractérisée par l'élévation du taux de l'urée par litre de liquide céphalo-rachidien à 1g23, 1g77, 2g049.

Dans le premier cas il s'est agi d'une forme azotémique pure; dans les deux autres où existaient des signes de rétention chlorurée, de formes combinées.

La forte azotémie est susceptible de provoquer certains symptômes, tels que vomissements, inappétence, torpeur; mais son pronostic est relativement bénin.

Se basant sur les observations relatées, les auteurs tirent cette conclusion qu'actuellement il est permis de dire qu'un taux relativement élevé d'urée dans le liquide céphalo-rachidien d'un enfant atteint de néphrite n'entraîne pas un pronostic immédiatement fâcheux.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Déplacements du foie compliquant les opérations pour lithiase biliaire. (Frank L. HUPP. *New-York med. Journ.*, vol. XCIV, n° 3, p. 422-425.) — L'abaissement du foie ou le relèvement de la vésicule biliaire, en cas d'atrophie, peut rendre les opérations pour calculs très difficiles. Hupp cite un cas personnel de chacune de ces éventualités. Il relate aussi en détail un cas d'opération pour lithiase vésiculaire chez une femme présentant une inversion totale des viscères. Ces cas sont extrêmement rares. Il y en a quatre en tout : un de Billings, opéré par Fenger; un de Beck; un de Mayo, et celui relaté ici. Dans le cas de Billings, le diagnostic d'inversion fut fait pendant la vie et l'opération fut modifiée en conséquence : elle resta cependant très difficile. Dans le cas de Beck, on fit une cholécystostomie à gauche. Beck insiste sur l'utilité des rayons X dans ces cas. Hupp commença l'opération à droite : il n'y avait pas eu d'examen radioscopique préalable à cause de l'état grave de la malade, émaciée, cholémique et enceinte de quatre mois. Guérison, la grossesse progressant à terme.

F. GARDNER.

Epithélioma ovarien consécutif à une hystérectomie vaginale. (MÉRIEL. *Bull. de la Soc. anat.*, 1912, p. 315.) — Une femme de vingt-huit ans subit l'hystérectomie vaginale pour urétro-salpingite d'origine blennorragique. L'ablation des ovaires et des trompes fut incomplète. Près de cinq ans après se développa, aux dépens de l'ovaire gauche, un volumineux néoplasme (375 grammes) ayant nettement la structure d'un épithélioma. L'auteur insiste sur la rareté du fait, les néoplasmes annexiels secondaires à l'hystérectomie étant des kystes simples ou hématiques; il n'y a pas, croit-il, d'exemple publié d'épithéliome malin. Ce fait vient une fois de plus jeter le discrédit sur l'hystérectomie vaginale.

L. ALQUIER.

Dilatation aiguë de l'estomac à la suite d'une cure radicale de hernie sous anesthésie locale. (H. H. M. LYLE. *New-York med. Journ.*, vol. XCIV, n° 19, p. 932.) — Ce cas est intéressant parce qu'il montre une cause possible de dilatation aiguë après une opération pour grosse hernie épiploïque sans adjonction de deux facteurs communément incriminés, à savoir l'anesthésie générale et les manipulations peu douces des organes abdominaux. On enleva près de deux kilogrammes d'épiploon. La distension stomacale commença une heure après l'opération, huit heures après le début, la grande courbure était dans la fosse iliaque droite. Les accidents s'amendèrent; on garda le malade quatre semaines à l'hôpital, à cause de la tension que la dilatation gastrique avait causée dans la région opérée. Cependant la récidive fut rapide. La seconde fois, l'on opéra sous anesthésie générale et il n'y eut aucun incident.

F. GARDNER.

OPHTALMOLOGIE

Le mercure colloïdal électrique (Electr = Hg) en thérapeutique oculaire. (D. BRUNO. *Rivista int. di clinica o terapia*, 20 sept. 1912.) — « Il y a beaucoup de remèdes nouveaux, mais il y en a peu d'essentiellement utiles, dit l'auteur. Parmi

ceux-ci, je dois citer le mercure colloïdal électrique Clin (Electr = Hg). »

Le docteur Bruno signale les caractéristiques de cette préparation : petitesse extrême des grains, absence de toxicité, activité à doses infiniment petites.

Par ailleurs, il rappelle que dans « les maladies oculaires syphilitiques et les maladies nerveuses, l'usage thérapeutique du mercure est plein de difficultés, alors que ces affections exigent une médication d'une intensité curative particulière ».

Le docteur Bruno rapporte ensuite six de ses observations établissant la sûreté et la rapidité d'action de l'Electr = Hg. Il termine par les conclusions suivantes : « Cette courte note montre l'heureuse action du mercure colloïdal électrique dans les diverses formes de syphilis oculaire, ce qui est important; en effet, en oculistique, on a presque toujours eu recours aux injections de calomel, parce que l'œil est en général gravement atteint et qu'il faut agir avec les remèdes les plus énergiques.

Me fondant sur mon expérience, je puis affirmer que l'Electr = Hg est un produit injectable que l'on peut employer dans tous les cas de syphilis, justement parce qu'il est actif dans la syphilis oculaire. Dans le traitement de cette forme de syphilis, il est appelé à remplacer le calomel, car il n'en a pas les inconvénients et il présente la remarquable diffusibilité qui est propre à tous les métaux colloïdaux électriques. »

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de laryngoscopie et de laryngologie opératoire et clinique (1), par le docteur Th. HERYNG (de Varsovie), traduction française par le docteur Ch. SIEMS.

Nous ne pouvons mieux présenter au lecteur cet ouvrage important, de plus de 500 pages, qu'en exprimant la pensée de l'auteur lui-même : c'est le résumé d'un labeur quotidien de quarante ans, sous forme d'un exposé didactique. Pour qui connaît la grande notoriété que le docteur Heryng s'est acquise dans notre pays par ses nombreux travaux en laryngologie, cette édition française ne peut que trouver chez nous l'hospitalité la plus accueillante, comme aussi la plus intéressée.

J'ai dit édition française. En effet elle a eu des devancières en Pologne, en Russie, en Allemagne, et c'est tant mieux pour nous. Cette nouvelle venue a rajeuni le cadre de sa naissance. La marche incessante de la science laryngologique lui a imprimé un cachet d'actualité qui complète heureusement la haute valeur des éditions antérieures. C'est ainsi que certains chapitres ont été revisés, d'autres ajoutés, que les méthodes et les recherches récentes, telles la technique endolaryngoscopique de Killian, l'étude du 606, trouvent ici un exposé plus approfondi.

Le docteur Heryng, après avoir basé son étude sur des notions fort complètes d'anatomie et de physiologie du larynx et de la trachée, divise son ouvrage en quatre parties. Ce sont d'abord les méthodes d'examen sémiotique : l'éclairage du larynx, direct ou réfléchi, l'image laryngoscopique, les méthodes endoscopiques spéciales, les divers procédés d'exploration laryngée. Dans la seconde partie, l'auteur étudie les méthodes thérapeutiques non opératoires. Gargarismes, inhalations, pulvérisations, insufflations, injections trachéales ; techniques, appareils de toute sorte parmi lesquels il faut mentionner spécialement les thermo-régulateurs du docteur Heryng, agents médicamenteux, tout cela est passé au crible de la critique expérimentale. Loin d'être une énumération sèche et parfois fastidieuse dans sa prolixité, cette série de chapitres se succèdent sans lasser l'intérêt. Ils abondent en conseils judicieux et pratiques qui s'étendent, pour terminer, à l'emploi de l'électricité en laryngologie.

Avec la troisième partie nous abordons les procédés divers d'anesthésies générale et locale qui nous font entrer dans la laryngologie opératoire. Asepsie, instrumentation, complications au cours d'intervention endo-laryngée; puis plusieurs chapitres sur le curettage du larynx, sur la laryngostomie, où nous relevons l'ingénieuse idée de l'épiglotte artificielle, sur le traitement chirurgical et galvanocaustique de la tuberculose laryngée. Enfin, et c'est le sujet de la quatrième partie, l'auteur passe en revue les laryngopathies observées au cours des maladies générales et infectieuses, en s'arrêtant un moment sur le séro-diagnostic de la syphilis et son traitement par le 606.

Le docteur Heryng m'en voudrait certainement si je terminais cette analyse sans insister sur le développement qu'il a donné à la critique et à la technique du traitement chirurgical et galvanocaustique de la tuberculose laryngée. Nul mieux que lui ne pouvait nous présenter avec plus de compétence cette méthode dont il est pour ainsi dire le père. Graduellement mise au point par les expérimentations renouvelées et l'ingéniosité du docteur Heryng, cette méthode, avec la collaboration enthousiaste de nombreux confrères, a fini par battre en brèche le pessimisme qui s'attachait, trop radical, à cette affection. Aussi s'y est-il étendu avec complaisance et ceux d'entre nous, nombreux je l'espère, qui liront ces pages, recueilleront dans leur pratique de nouveaux témoignages de reconnaissance qu'ils sauront reporter à celui qui a mis dans leurs mains hésitantes la curette et le galvano-cautère.

J. FOURNIÉ.

(1) In-8. Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 JANVIER 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 14 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mercredi 15 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique,* épreuve pratique.

2e.

3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries).

3e (oral, 2e partie).

Jeudi 16 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique,* épreuve pratique.

2e.

3e (oral, 2e partie).

4e (1re et 2e séries).

Vendredi 17 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker.*

Samedi 18 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

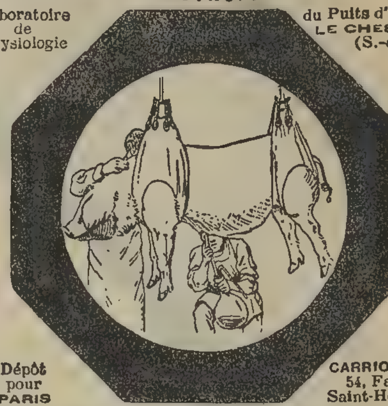
THÈSES

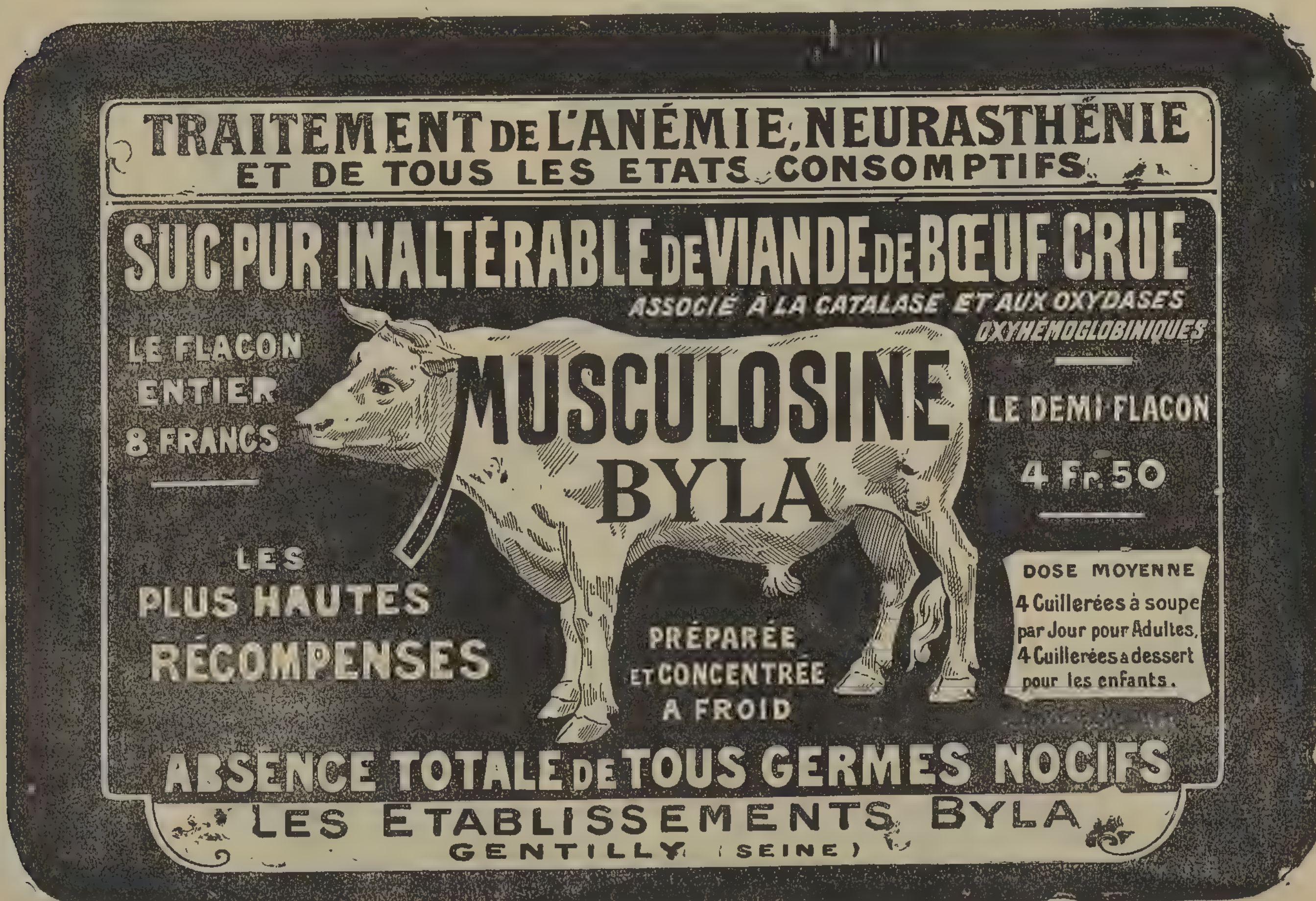
Jeudi 16 janvier, à une heure. — M. BESANÇON-GILLOT. Accidents cardiaques au cours de l'intoxication par le sublimé. (MM. Thoinot, président; Bar, Lejars et Richaud.) — M. CHEVALLIER. Essai sur le cocaïnisme nasal et la perforation de la cloison. — (MM. Thoinot, président; Bar, Lejars et Richaud.) — M. LECUCQ. La fondation Pierre Budin. (MM. Bar, président; Thoinot, Lejars et Richaud.) — M. SÉGUINOT. De la nécessité de l'exclusion du pylore comme complément de la gastro-entérostomie et d'un nouveau procédé d'exclusion dans l'ulcère du duodénum. (MM. Lejars, président; Thoinot, Bar et Richaud.) — M. FONTAINE. De la laryngostomie dans le traitement des papillomes diffus chez l'enfant. (MM. Lejars, président; Thoinot, Bar et Richaud.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges.
PARIS.
Sirop Roche
Ch. Weiss
Comprimés Roche




TRAITEMENT DE L'ANÉMIE, NEURASTHÉNIE
ET DE TOUS LES ETATS CONSOMPTIFS
SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ À LA CATALASE ET AUX OXYDASES OXYHÉMOGLOBINIQUES
LE FLACON ENTIER 8 FRANCS
MUSCULOSINE
BYLA
LE DEMI-FLACON 4 Fr 50
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE
4 Cuillerées à soupe par Jour pour Adultes,
4 Cuillerées à dessert pour les enfants.
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ETABLISSEMENTS BYLA
GENTILLY (SEINE)

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H, ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 6 janvier 1913. — Question donnée : « Sinus caverneux. — Diagnostic et traitement de l'urémie convulsive. »

MM. Tourneix, 12 + 18 = 30; Marcassus, 12 + 21 = 33; Wilmoth, 14 + 22 = 36; Scheikevitch, 11 1/2 + 23 = 34 1/2; Mlle Pommay, 12 + 21 = 33; MM. Hartemann, 16 + 20 = 36; Belloir, 16 + 26 = 42.

Séance du 7 janvier. — Question donnée : « Artère linguale. — Symptômes du mal de Pott sous-occipital. »

M. Richon, 13 + 16 = 29; Mlle Thivolet, 13 + 20 = 33; MM. Turnesco, 10 + 19 = 29; Aubin, 14 + 19 = 33; Philardeau, 15 + 21 = 36; Monnot (Paul), 12 + 19 = 31; Ramadier (Fernand), 11 + 17 = 28; Ceillier, 16 + 21 = 37; Jacob, 15 + 19 = 34; Dognon, 10 + 18 = 28.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale (service de M. le professeur Jeannel) s'est terminé, par la nomination de M. le docteur Joseph Ducuing, ancien interne des hôpitaux.

CONSERVATOIRE DES ARTS ET MÉTIERS. — Une chaire d'hygiène. — Appelée à dresser une liste des candidats à la chaire d'hygiène industrielle récemment créée au Conservatoire des arts et métiers, l'Académie des sciences a désigné : en première ligne, le docteur Heim, ancien professeur agrégé des facultés de médecine ; en deuxième ligne, MM. Frouin et Marboutier.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin en chef de deuxième classe de réserve Coquiard.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de réserve Caudé et Buffon.

LA MÉDECINE PAR PIGEONS VOYAGEURS. — « Il existe à Boston, nous dit la *Gazette médicale de Paris*, un médecin plein d'originalité pratique. Ce praticien ne va faire ses visites qu'accompagné d'un immense panier rempli de pigeons voyageurs. Quand il a bien examiné le cas d'un malade et qu'il est fixé sur sa maladie, il rédige son ordonnance sur papier pelure, puis l'attache sous l'aile d'un pigeon à qui il donne sa liberté. Comme les pigeons appartiennent à un colombier installé chez un apothicaire, associé du docteur, l'ordonnance arrive vite à son adresse. Le médicament est aussitôt préparé et apporté par un cycliste.

Le malade peut être soigné sans perte de temps, et il y a ainsi avantage pour tout le monde. »

Ce n'est pas le premier exemple que nous voyons d'application de la colombophilie à la médecine. Il y a quinze ans, le docteur Kaplan (de Janville) utilisait déjà les pigeons comme messagers entre ses malades et lui. On retrouvera dans la *Gazette des hôpitaux* (1899, n° 139, et 1900, n° 8) tous les détails de l'organisation de son pigeonnier, qui fonctionnait à cette époque depuis deux ans, pour la plus grande satisfaction du praticien et de sa clientèle.

Pour une fois, les Américains se sont laissés distancer.

L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET LA LÉGALITÉ. — L'hygiène publique et la légalité sont deux choses très distinctes, le Conseil d'État vient de le montrer à M. le maire de Lyon. Celui-ci avait pris un arrêté prescrivant à tous les propriétaires d'immeubles de faire munir l'ouverture supérieure des fosses

RENSEIGNEMENTS

d'évents desservant les fosses d'aisances d'un appareil de toile métallique destiné à empêcher les moustiques, agents de transmission des maladies contagieuses, d'aller pondre leurs œufs dans les fosses d'aisances.

Un propriétaire de Lyon a déféré cet arrêté au Conseil d'Etat. Après avoir pris la défense des moustiques lyonnais qui, suivant lui, ne seraient que d'inoffensifs cousins, il a fait valoir que c'est à tort que le maire de Lyon a pris un arrêté général pour l'ensemble de la ville alors qu'il n'aurait pu, en droit, procéder que par voie de mesures individuelles en vertu de l'article 12 de la loi du 15 février 1902.

Le Conseil d'Etat, conformément aux conclusions du commissaire du gouvernement Corneille, sans avoir à examiner le plus ou moins d'efficacité des moyens préventifs prévus, vient de déclarer que les mesures propres à assurer la destruction des moustiques comme agents de propagation de certaines maladies sont au nombre de celles qu'il appartient aux maires de prescrire par des arrêtés réglementaires pris en vertu de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884 et l'article 1er de la loi du 15 février 1902.

Le maire pouvait donc parfaitement imposer ainsi aux propriétaires l'emploi d'appareils appropriés.

Mais en fait la présence de moustiques n'a été constatée que dans certains quartiers.

Dans ces conditions, le Conseil d'Etat a jugé qu'en obligeant tous les propriétaires de Lyon à prendre les mesures qu'il a édictées, sans rechercher dans quelles régions ces mesures seraient indispensables, le maire a fait une fausse application de l'article 1er de la loi de 1902.

L'arrêté du maire a donc été annulé.

LA MAISON DU MÉDECIN. — Par arrêté en date du 15 novembre dernier, M. le préfet de police a autorisé la Maison du médecin à organiser une tombola au profit de l'œuvre.

Venant s'ajouter aux bénéfices de la vente de charité, le capital de cette tombola permettra d'apporter à la fondation toutes les améliorations nécessaires et d'augmenter le fond l'entretien des pensionnaires. Plus que jamais, en effet, œuvre a besoin d'accroître ses ressources, car elle a à faire face à de nouvelles demandes.

La tombola organisée par la Maison du médecin est au capital de 5000 francs, le maximum prévu par la loi. Le prix du billet est fixé à 2 francs. Les 134 lots dont elle est dotée sont particulièrement remarquables. Rarement loterie a réuni aussi jolie collection d'objets d'art, de toiles de maîtres, de volumes précieux. Citons parmi les principaux lots des tableaux de Poilpot, d'Allouard, d'Odilon-Redon, de Marcel Labbé, de Mmes Brouardel, Messager, des gravures d'Aimé Morot, de Flameng, de Bonnat, du docteur Colin, etc. La lace nous manque pour l'énumération de tous les lots dont la liste sera envoyée sur demande au siège social de la « Maison du médecin », 9, rue d'Astorg, à Paris.

Envoyer également à cette adresse les demandes de billets, accompagnées de leur montant.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Saint-Lager (de Lyon).

SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE ET D'ALIMENTATION RATIONNELLE DE L'HOMME (siège social : 49, rue des Saints-Pères; 186, boulevard Saint-Germain). — Conférences scientifiques publiques (première série), faites dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine :

Vendredi 24 janvier 1913, à neuf heures du soir : « Les Corrélations fonctionnelles des organes digestifs », par le docteur C. Delezenne, professeur à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine.

Vendredi, 31 janvier 1913, à neuf heures du soir : « L'Infection par l'eau », par le docteur Raphaël Blanchard, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.

On trouve des billets au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5).

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. A. CHAUFFARD.) — Les docteurs et étudiants français et étrangers immatriculés à la Faculté, désireux de perfectionner leurs connaissances scientifiques ou de se livrer à des recherches personnelles, seront admis à travailler dans les laboratoires de la Clinique médicale Saint-Antoine, sous la direction de MM. Jean Troisier et A. Grigaut, chefs de laboratoire. Les instruments, appareils et réactifs (sauf l'alcool absolu) seront mis à leur disposition.

Pour être admis dans les laboratoires de la Clinique, l'autorisation de M. le professeur Chauffard est indispensable ainsi que la justification du versement des droits.

Le nombre des places est limité à trois par laboratoire.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le droit à verser est de 150 francs par trimestre.

Les étudiants en médecine ne pourront être admis dans ces laboratoires que s'ils sont titulaires de seize inscriptions.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES FRAIS MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES ET LES SALARIÉS DE L'ÉTAT

M. Myrens, député, ayant rappelé à M. le ministre des travaux publics que l'arrêté du 24 août 1912 abroge les arrêtés des 15 décembre 1848 et 28 septembre 1899 qui accordaient aux ouvriers employés en régie par l'Etat, ou pour des entreprises de l'Etat : 1° *a.* le demi-salaire ; *b.* les soins médicaux et pharmaceutiques en cas de maladie ; et, 2° en cas de décès de l'ouvrier : *a.* 100 francs pour frais funéraires ; *b.* 500 francs à titre de secours, a demandé au ministre s'il ne serait pas possible d'étendre aux salariés de l'Etat et des entrepreneurs de l'Etat le bénéfice des mesures prises en faveur des cantonniers en cas de maladie.

Le ministre vient de lui adresser la réponse suivante :

« Les arrêtés des 15 décembre 1848 et 28 septembre 1899 sont en effet abrogés et la question des soins médicaux et pharmaceutiques, etc se trouve maintenant réglée par l'article 16 du nouveau cahier des clauses et conditions générales du 29 décembre 1910, lequel est ainsi conçu :

« L'entrepreneur a la charge entière de toutes les dépenses du service médical de l'entreprise, des soins, secours et indemnités dus aux ouvriers et employés victimes d'accidents survenus sur les chantiers, des secours et indemnités dus aux veuves et aux familles de ces ouvriers et employés.

« Il est soumis, à cet égard, à toutes les obligations résultant, tant des décrets et arrêtés ministériels en vigueur au moment de l'adjudication que des lois applicables à l'ensemble des chantiers publics et privés.

« Les frais médicaux et le demi-salaire seront dus dans tous les cas, à partir du premier jour de l'interruption obligée du travail et alors même que cette interruption n'aurait duré qu'un jour. »

Les dispositions contenues dans cet article ont été adoptées à la suite d'un avis de la commission interministérielle des marchés de travaux publics, portant qu'il y avait lieu de se conformer limitativement pour ce qui concerne les soins, secours et indemnités incombant à l'entrepreneur, à la loi du 9 avril 1898 relative aux responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, sous cette réserve toutefois que les frais médicaux et le demi-salaire, prévus par ladite loi à partir du cinquième jour de l'interruption obligée du travail, seraient dus, comme précédemment, à partir du premier jour et alors même que cette interruption n'aurait duré qu'un jour.

Ces règles ont une portée générale et s'appliquent aussi bien aux ouvriers employés en régie par l'Etat sur les chantiers des ponts et chaussées, qu'aux ouvriers des entrepreneurs sur les mêmes chantiers. L'administration des travaux publics n'a admis une dérogation qu'en faveur des cantonniers qui sont occupés par elle à titre permanent, sont payés au mois, jouissent d'un régime spécial de retraites et qui, par suite, ne peuvent être assimilés aux ouvriers auxiliaires employés accidentellement par l'administration des ponts et chaussées et aux ouvriers des entrepreneurs. »

L'ÉCHINOCOCCOSE ALVÉOLAIRE

SON APPARITION DANS L'AIN ET LE JURA

Par M. Fr. ADAM,
Interne à la Maison nationale de santé de Charenton.

En 1909, faisant l'autopsie d'un idiot originaire de Gex (Ain), décédé dans le service du docteur A. Adam, à Bourg, je découvris une tumeur volumineuse du foie. Mon maître le docteur Marchand (de Charenton) voulut bien en faire l'examen histologique. Il s'agissait d'un kyste *alvéolaire* que nous présentâmes à la Société anatomique (1). Ce cas, connu dans la littérature sous le nom de cas de Marchand et Adam, était alors le troisième qui fût observé en France ; les deux autres étaient celui de Hayem observé en 1869, à Paris, chez un Strasbourgeois, et celui de Demateis, observé à Genève, en 1890, chez un habitant de la Haute-Savoie. Depuis, en 1911, Mollard et Favre (de Lyon) en observèrent également un chez un habitant du Jura.

En juillet dernier, Daujat (de Lyon [2]) consacrait sa thèse inaugurale à l'étude de l'échinococcose alvéolaire et concluait à l'existence probable d'un foyer dans le Jura. Enfin au Congrès de pathologie comparée (octobre 1912), Devé vient de consacrer à l'étude de cette affection une grande partie de son intéressant rapport sur les parasites communs à l'homme et aux animaux. Il m'a donc paru intéressant d'attirer l'attention sur cette maladie nouvelle dans notre pays, afin d'en faciliter le diagnostic et de provoquer, s'il y avait lieu, des mesures ayant pour but d'en prévenir l'invasion. Je n'ai du reste pas eu la prétention de faire une étude complète de la question mais seulement de fournir les notions élémentaires concernant une affection à peine citée dans la plupart des manuels.

*
* *

L'échinococcose alvéolaire (échinococcose multiloculaire, échinococcose bavaro-tyrolienne, kyste hydatique alvéolaire) est bien connue depuis le milieu du XIXe siècle, en Bavière, en Wurtemberg, dans le Tyrol, en Suisse et en Russie, mais d'autre part absolument ignorée dans les régions où sévit le kyste hydatique ordinaire.

Nous avons déjà rapporté les seuls cas connus en France.

Le parasite en cause est un échinocoque, forme larvaire d'un tœnia distinct du tœnia echinococcus. C'est du moins ce que tendraient à démontrer les travaux de Devé et les expériences de Mangold et de Posselt. Ce dernier décrivit en 1904 le *tœnia echinococcus alveolaris* qui se distinguerait par le nombre et les dimensions de ses crochets et par la forme de son utérus.

Ces tumeurs existeraient (mais l'accord n'est pas encore fait sur ce point) chez les bœufs et les porcs et seraient propagées par les chiens. Cette étiologie expliquerait la fréquence de l'affection chez les paysans, bergers, métayers... Le malade observé à l'asile de Bourg avait la mauvaise habitude d'absorber tout crus escargots, limaces, grenouilles et autres bêtes des potagers ; y aurait-il là un élément étiologique intéressant ? Les enfants ne sont jamais atteints car l'échinocoque met des années pour se développer et le kyste évolue lui-même lentement. Dans l'immense majorité des cas, la tumeur a son siège dans le foie, mais elle peut aussi exister dans le cerveau, le poumon, la rate, les surrénales, les os. La lésion produite a les mêmes caractères quel que soit l'organe atteint : c'est une tumeur dont le volume peut atteindre les dimensions d'une tête de fœtus. Coupée, elle présente l'aspect d'une tranche de pain bis. Le stroma, dur à la coupe, criant sous le couteau, est d'une coloration gris sale. Il est criblé d'alvéoles qui sont, les plus grosses, du volume de petits pois, mais la plupart bien plus petites. Elles sont comblées par une masse colloïde, qui contient des scolex visibles à la loupe. Il n'y a pas de vésicules filles ; ordinairement le centre de la tumeur présente une cavité de nécrose, plus ou moins vaste, contenant un peu de liquide louche. L'organe lésé, surtout s'il s'agit du foie, adhère ordinairement aux viscères voisins.

Histologiquement, la tumeur est constituée par des vésicules de chitine dans un tissu amorphe ; les lamelles qui limitent ces vésicules sont en peloton, plissées et chiffonnées. On trouve la plupart des vésicules stériles sans formes de reproduction, mais en certains points elles sont fertiles et contiennent des scolex et des embryons ovoïdes. On remarque dans le stroma quelques fibres élastiques mais il n'y a plus de cellules hépatiques.

Telle est la description histologique que donne Daujat. Il fait en outre remarquer l'association fréquente de lésions tuberculeuses. M. Marchand avait également décrit ces lésions dans le foie du malade de Bourg.

Telles sont les notions générales très sommaires qu'il importe d'avoir sur la question. L'étude des symptômes nous paraît devoir être plus approfondie. Nous étudierons le kyste du foie de beaucoup le plus fréquent.

Le début passe absolument inaperçu, les premiers symptômes accusés sont de la pesanteur et des tiraillements dans l'hypocondre droit ou au niveau de l'épigastre, puis apparaissent des douleurs plus ou moins intermittentes, quelquefois irradiées, mais il n'y a encore aucun symptôme général car non seulement l'appétit est conservé mais encore exagéré et souvent au début de l'affection le malade augmente de poids (Posselt, Demateis). . .

A cette période qui peut durer plusieurs mois, voire même plusieurs années, l'examen local ne révèle ordinairement rien, car la tumeur commence à se développer à l'intérieur de l'organe. Mais au bout d'un temps variable, le malade prend une teinte subictérique ; ce phénomène s'accompagne et peut même être précédé d'un prurit plus ou moins violent, plus ou moins généralisé. On commence

(1) Marchand et Adam. Kyste hydatique alvéolaire et tuberculose du foie chez un idiot sourd et muet, *Soc. anat.*, 15 juillet 1910.

(2) Daujat. *Echinococcose alvéolaire principalement du foie*, Th. de Lyon, 1912.

alors à s'apercevoir que le foie augmente de volume et, si la tumeur a déjà atteint la périphérie de l'organe, on sentira à la palpation une surface dure, comme cartilagineuse, mais ne présentant pas de saillies. L'examen de la rate révélera une hypertrophie de cet organe.

On notera alors quelquefois des troubles digestifs, vomissements, diarrhée et de la polyurie.

En même temps le malade commencera à s'amaigrir ; s'il est tuberculeux (ce qui est souvent le cas), il pourra faire de la température, et si l'on n'a pas eu l'attention attirée du côté du foie, comme dans notre cas où il s'agissait d'un idiot, le diagnostic pourra s'égarer dans ce sens.

Enfin, après cette deuxième période dont la durée ne peut être exactement déterminée, en apparaît une troisième dont les symptômes caractéristiques sont dus à la compression exercée par la tumeur : œdème, ascite, etc. Le malade meurt dans la cachexie, cinq, dix ou quinze ans après le début de l'affection car le pronostic est excessivement grave sinon fatal. Nous reviendrons sur ce point quand nous étudierons les différents modes de traitement à opposer à la maladie.

Suivant la prédominance de certains symptômes ou l'absence de quelques-uns, Daujat décrit trois formes qui sont : la forme ictérique ou biliaire, la forme ascitique ou portale, et enfin la forme toxique et cachectisante. C'est cette dernière qu'il a observée avec Mollard et Favre. C'est aussi celle que nous avons observée chez notre malade, mais ce seraient cependant les deux autres et surtout la première qui seraient les plus fréquentes.

Le diagnostic doit être fait avec les différents cancers de la région (cancer des voies biliaires, de la tête du pancréas, cancers primitifs ou secondaires du foie);

Avec la péritonite tuberculeuse et la cirrhose de Laënnec, s'il y a de l'ascite ;

Avec la lithiase ;

Avec les abcès du foie, le foie syphilitique.

Mais ce sera surtout avec la cirrhose hypertrophique biliaire et avec le kyste hydatique ordinaire que l'on risque de confondre l'affection.

Daujat résume de la façon suivante les raisons qui permettent de songer à l'échinococcose alvéolaire : « Nous croyons qu'il faudra penser à l'échinococcose alvéolaire chez un malade atteint d'ictère chronique continu, ayant un foie gros et dur, non bosselé, une grosse rate et conservant bon appétit, augmentant même de poids, avec un bon état général et sans poussées fébriles. » Il estime que le diagnostic peut être fait cliniquement, car chacune des affections citées ci-dessus est éliminée par un des symptômes énoncés dans cette conclusion. C'est ainsi qu'il fait remarquer par exemple que la conservation de l'appétit et la grosse rate feront éliminer les cancers.

Il importe d'ajouter que la radioscopie et la radiographie ne donnent pas de résultats probants, que l'éosinophilie semble faible et inconstante (Posselt, Favre) et que dans le cas Mollart-Favre et Daujat la réaction de Guedini-Weinberg (déviation du complément) fut très positive.

Existe-t-il un traitement de l'affection ? Tout traitement médical est jusqu'à présent considéré comme illusoire, mais il y a plusieurs cas où le traitement chirurgical put améliorer et même guérir les malades. Le cas le plus probant est celui de Bruns qui put enlever totalement la tumeur par résection partielle du foie ; son malade fut complètement guéri et présenté à Francfort en 1896.

Mais un traitement que l'on ne devra pas négliger, surtout si l'on s'apercevait que la maladie est plus répandue qu'on ne le pensait, c'est le traitement prophylactique. C'est faire de la prophylaxie que d'attirer l'attention des médecins et des vétérinaires sur cette maladie qui en France n'a encore été signalée qu'à Bourg (Ain) et à Morez (Jura) chez des individus nés, le premier à Gex (Ain) et le second à Longchaumois (Jura).

La constatation de ces deux cas démontre que le foyer d'échinococcose alvéolaire qui existait depuis longtemps dans le Jura suisse a pénétré dans le Jura français.

Il importe de faire examiner histologiquement les tumeurs que l'on pourrait découvrir dans les viscères et plus particulièrement dans le foie des bovidés et des porcins. Il faudrait à la campagne faire enfouir profondément les organes suspects pour éviter que les chiens ne les mangent, et dans les villes interdire à ces animaux l'entrée des abattoirs où les bouchers ont la mauvaise habitude de les introduire jusque dans les salles de dépeçage.

Quant à ceux que cette question intéresse, ils trouveront des données moins sommaires dans la thèse de Daujat où la bibliographie est complète et dans le rapport de Devé.

VOLUMINEUSE TUMEUR DE L'ORBITE

Par M. H. BOUQUET (de Béja, Tunisie).

Observation. — Farhouda bent B..., âgée de trente ans environ, entre à l'hôpital de Béja le 29 août 1911. Elle présente une volumineuse tumeur de l'orbite avec exophtalmie considérable.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels, elle a toujours été en bonne santé ; pas de grossesse.

Il y a trois ans la maladie a débuté au niveau de la paupière inférieure qui a commencé à être ectropionnée, puis la tumeur a considérablement grossi pendant l'année suivante, repoussant l'œil en haut et en dehors. Depuis deux ans le volume est le même.

La malade présente une tumeur du volume d'une grosse mandarine qui a considérablement distendu les paupières. Exophtalmie en haut et en dehors. La paupière supérieure n'arrive qu'imparfaitement à recouvrir cet œil luxé. Le globe oculaire paraît normal : la vision est intacte, les réflexes à la lumière et à l'accommodation existent normaux. Par contre, l'œil est absolument fixé dans sa nouvelle situation, inertie complète des différents muscles.

Sous le globe oculaire la tumeur est recouverte par la conjonctive qui est ulcérée et légèrement suintante au point proéminent.

Circulation veineuse assez développée ; il existe quelques veinules visibles à travers les téguments des paupières. Il n'existe aucun ganglion dans les régions sus-claviculaire, sous-maxillaire ou de la nuque.

A la palpation la tumeur est peu résistante, mollasse; on peut la mobiliser latéralement dans la cavité orbitaire, le globe oculaire suit les mouvements imprimés à la tumeur. Les paupières sont mobiles, il n'y a pas d'adhérence inflamma-



Fig. 1.

toire. La tumeur n'est animée d'aucun battement, elle n'est pas du tout pulsatile, et en appuyant un sthétoscope à sa surface on n'entend pas de souffle.

L'état général de la malade est excellent : il n'y a pas de



Fig. 2.

fièvre, pas d'amaigrissement, l'appétit est très normal. Aucun symptôme douloureux. Les organes sont en bon état.

Intervention le 4 septembre 1911. Anesthésie générale au chloroforme : incision de la conjonctive à la surface de la tumeur suivant deux lignes courbes circonscrivant une ellipse, la surface conjonctivale comprise entre ces deux lignes reste adhérente à la tumeur que l'on dissèque sous la conjonctive palpébrale inférieure et sur le plancher orbitaire. La dissection à la partie supérieure, sous le globe oculaire et son paquet vasculo-nerveux qui sont indépendants de la tumeur, est plus pénible, et pour la faciliter on incise la commissure externe. Les muscles de la partie inférieure du globe oculaire adhérents sont sacrifiés, au contraire il est facile de respecter l'œil, ses vaisseaux et ses nerfs. La tumeur qui forme un seul bloc est arrachée du fond de l'orbite où elle paraît adhérer à la capsule de Tenon. Hémorragie peu abondante et en nappe. A travers la paupière inférieure on passe un drain qui va dans le fond de la cavité orbitaire. On ferme la plaie de la commissure externe, on repousse l'œil dans l'orbite et l'on suture au catgut fin les deux bords de la conjonctive. Pansement occlusif après avoir mis sur l'œil quelques gouttes d'un collyre à l'argyrol au dixième.

Suites opératoires excellentes, pas de fièvre. Le drain est enlevé au cinquième jour. La conjonctive légèrement exubérante est attouchée tous les jours au crayon de nitrate d'argent. L'orifice du drain se comble très rapidement.

La paupière inférieure est trop grande pour l'œil (fig. 3).

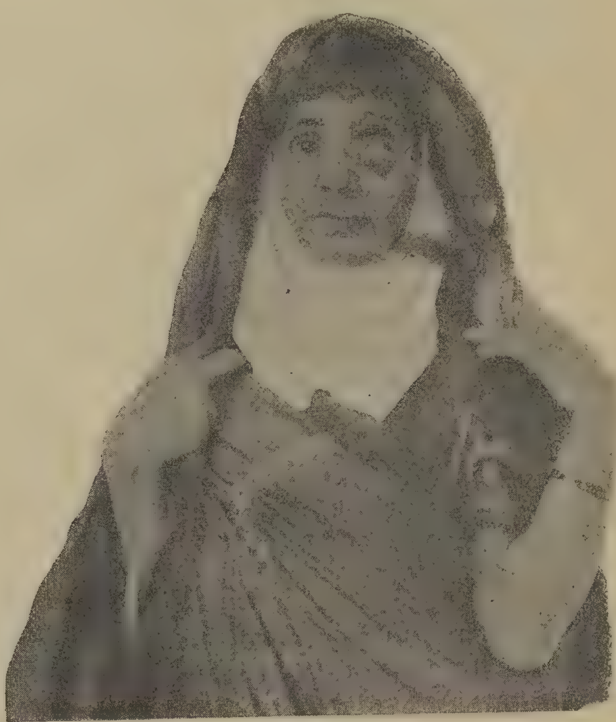


Fig. 3.

Nous proposons à la malade une autoplastie esthétique qu'elle refuse « se trouvant bien telle qu'elle est », et elle quitte l'hôpital le 7 octobre 1911.

Revue le 20 avril 1912 la malade est en bon état, la paupière inférieure paraît moins exubérante que sur la figure 3. Il n'y a aucune trace de récidive. Nous avons eu des nouvelles de cette malade le 30 octobre 1912, l'état est toujours excellent.

La tumeur enlevée est nettement encapsulée, à sa partie supérieure elle adhère intimement avec les muscles de l'œil dont il reste des fragments à la surface. Elle présente à l'œil nu et sur des coupes l'aspect d'un fibrolipome.

Examen histologique dû à l'obligeance du docteur Broc, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin adjoint de l'hôpital Sadiki à Tunis (1) : sur un premier fragment ne présentant pas d'hémorragie la tumeur est formée de faisceaux de tissu conjonctif fibreux; les fibres ayant un noyau allongé sont réunies en faisceaux allongés ou roulés en paquet sui-

(1) Nous remercions très vivement le docteur Broc pour le précieux concours qu'il nous a apporté.

vant la façon dont a porté la coupe. Il n'existe que quelques vaisseaux sanguins mais ayant une paroi propre. Sur un second fragment on voit de nombreux foyers hémorragiques, les uns anciens, les autres récents; les vaisseaux sanguins sont réduits à un simple endothélium. Les faisceaux fibreux sont dissociés par du sang et par endroits on voit de nombreux amas de cellules rondes à gros noyaux ; il s'agit probablement d'amas lymphocytaires résultant de l'infection, et, étant donnée cette dernière, il faut écarter l'idée d'une transformation maligne.

L'intérêt de cette observation réside dans l'énorme développement de cette tumeur qui datait de trois ans lors de notre opération, et de ses caractères anatomo-pathologiques.

On a vu que son ablation a été extrêmement simple étant donné qu'il existait un plan de clivage. Il est très regrettable qu'on n'ait pas pu trouver le moyen de conserver les muscles de l'œil : le globe oculaire aurait retrouvé tous ses mouvements et serait revenu à son intégrité fonctionnelle.

L'étude histologique du docteur Broc corrobore les données de la clinique : il s'agit anatomiquement parlant d'une tumeur bénigne. Déjà l'histoire de la malade permettait de le penser : longue durée, trois ans, pas de modification depuis deux ans, état général parfait, pas de récidive après quatorze mois. Il s'agit d'un fibrome de l'orbite. La présence d'amas lymphocytaires sur un des fragments examinés est expliquée par la suppuration existant à la surface de la tumeur, au niveau de la conjonctive. On peut donc éliminer l'hypothèse de transformation maligne, de fibro-sarcome. Chez les Arabes cependant, le sarcome est fréquent, c'est la forme histologique la plus courante de la plupart des tumeurs malignes observées chez eux (1). Le fibrome de l'orbite n'est pas très courant, et certains auteurs en nient même l'existence. Rollet, sur vingt-deux cas de tumeurs de l'orbite, n'a qu'un seul fibrome (2). Delens (3) n'est pas loin de croire que le fibrome de l'orbite n'existe pas et range ces tumeurs dans les sarcomes fasciculés, et il apporte à l'appui de cette idée la récidive fréquente. Il semble bien cependant chez notre malade qu'il s'agisse de fibrome : l'examen histologique, l'histoire clinique, l'absence de récidive depuis quatorze mois confirment cette idée. Quel est le point de départ de la tumeur? Il est assez difficile de réduire ce problème : il existait une adhérence profonde dans le fond de l'orbite avec la capsule de Tenon; faut-il voir dans cet organe l'origine de la tumeur?

(1) E. Conseil. *Bull. de la Soc. de path. exotique*, juin 1911. — Girard. *Le Cancer en Tunisie*, Th. de Lyon, 1912.
(2) Rollet. *Lyon chir.*, 1er juillet 1909.
(3) In Duplay et Reclus. *Traité de chir.*, t. IV.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

ACTUALITÉS

LA CONSERVATION DE LA TEINTURE D'IODE DANS LES APPROVISIONNEMENTS DU SERVICE DE SANTÉ. UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE PRÉPARATION EXTEMPORANÉE DE LA TEINTURE D'IODE.

Les immenses services rendus par la méthode de Grossich dans la chirurgie journalière et dans la chirurgie de guerre, notamment en Mandchourie et plus récemment au Maroc, ont amené le service de santé à prévoir des approvisionnements importants de teinture d'iode dans nos formations sanitaires de campagne.

Mais la teinture d'iode s'altère très rapidement par suite de la formation d'acide iodhydrique. Cette altération commence quelques jours seulement après la préparation, se poursuit rapidement pendant les deux premiers mois pour se ralentir ensuite et atteindre au bout de sept à huit mois un maximum qu'elle ne dépasse pas. La teinture d'iode renferme alors par litre 15 grammes d'acide iodhydrique qui ont remplacé un poids égal d'iode (1).

La teinture d'iode altérée est irritante, caustique, et tout récemment encore M. J.-M. Lucas-Championnière exposait dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (2) comment aux ambulances du Croissant-Rouge il avait été obligé de renoncer à ce précieux agent pour revenir à l'eau phéniquée.

Il faut donc nous attendre, malgré la surveillance dont elle est l'objet, à trouver complètement inutilisable, au jour de la mobilisation, la teinture d'iode de nos approvisionnements.

Il existe cependant des moyens de remédier à cet état de choses, particulièrement déplorable à l'heure présente. Ils sont exposés de la façon la plus intéressante par M. le pharmacien-major de première classe A. Gautier dans un récent article des *Archives de médecine et de pharmacie militaires* (3).

M. Gautier rappelle d'abord le procédé proposé par M. Courtot, qui consiste à ajouter 35 grammes d'iodure de sodium par kilogramme à la teinture d'iode de nos approvisionnements. La teinture d'iode ainsi iodurée serait inaltérable.

« Une autre solution écrit M. Gautier, consisterait dans la préparation extemporanée de la teinture d'iode au moment du besoin, mais cette préparation par le procédé du formulaire demande au moins trois ou quatre heures et ne saurait être exécutée en campagne.

Dans la pratique civile les chirurgiens utilisent fréquemment une teinture d'iode préparée extemporanément par solution, soit d'un mélange d'iode et d'iodure de sodium dans l'alcool à 95 degrés pur, soit d'iode pur dans l'alcool à 95 degrés contenant en dissolution une forte proportion d'iodure de sodium : la solution de l'iode dans les deux cas étant immédiate grâce à l'iodure alcalin. Le médicament ainsi obtenu n'est plus de la teinture d'iode, c'est une solution alcoolique d'iode très fortement iodurée.

Si, au lieu d'employer l'iode sublimé en paillettes cristallines dont la dissolution dans l'alcool à 95 degrés est longue et pénible, on se sert d'iode obtenu par précipitation au moyen de l'eau distillée d'une solution alcoolique d'iode saturée, on peut préparer par simple dissolution une teinture d'iode extemporanée. L'iode précipité dans ces conditions, desséché sur l'acide sulfurique, se présente sous l'aspect d'une poudre noirâtre, poreuse, excessivement ténue, très facilement soluble dans l'alcool à 95 degrés.

(1) Courtot. *Journ. de pharmacie et de chimie*, 7e série, t. I, p. 297-354; t. II, p. 344.
(2) Gautier. La teinture d'iode dans les approvisionnements de réserve. Procédé de préparation extemporanée, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, n° 12, déc. 1912.
(3) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 149, p. 2110.

Cinq grammes de cet iode précipité introduits dans un flacon contenant 45 grammes d'alcool à 95 degrés (formule de la teinture d'iode) sont complètement dissous après trois minutes d'agitation et donnent une teinture d'iode répondant rigoureusement à l'essai du formulaire des hôpitaux militaires.

L'iode précipité semble résoudre le problème de la préparation extemporanée de la teinture d'iode en campagne.

L'iode précipité n'existe pas dans le commerce, mais sa préparation, que nous exécutons chaque jour au laboratoire de la section technique de santé, ne présente aucune difficulté et la droguerie le livrerait facilement s'il lui était demandé. Les pharmacies d'approvisionnement pourraient d'ailleurs préparer ce produit et utiliser ainsi au mieux des intérêts de l'Etat des stocks désormais sans emploi de teinture d'iode existant dans les approvisionnements de réserve.

L'iode précipité pourrait être introduit dans les différentes formations en vrac ou mieux en ampoules de 5 et 10 grammes permettant de préparer au moment du besoin 50 ou 100 grammes de teinture d'iode.

Au lieu des 200 grammes de teinture d'iode existant actuellement dans une ambulance de corps, qui seraient vite épuisés en campagne, on pourrait, sous un volume réduit, introduire une quantité d'iode précipité permettant d'en préparer quatre ou cinq fois plus au moyen de l'alcool existant dans la formation qu'il serait partout assez facile de remplacer.

La teinture d'iode extemporanée permettrait de donner à tous les chirurgiens au jour de la mobilisation un médicament d'une pureté absolue : la teinture d'iode de la Convention internationale de Bruxelles qui a conquis à ce médicament sa réputation comme antiseptique et que tous connaissent. »

L. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1912)

Vaccin antistaphylococcique sensibilisé vivant. — MM. Michel Cohendy et D. M. Bertrand apportent les premières relations concernant le vaccin antistaphylococcique sensibilisé vivant. Leurs observations portent sur des cas de sinusites maxillaires et frontales, d'otites, d'herpès confluent et suppuré, d'acnés, de suppuration sous-unguéale, de suppuration de la matrice unguéale, de furonculoses, d'anthrax.

Dans tous les cas ils ont eu recours à des auto-vaccins.

L'ensemble des faits qu'ils ont pu grouper leur permet de conclure à l'innocuité du vaccin antistaphylococcique sensibilisé vivant, en même temps qu'à son action d'arrêt sur l'évolution de certaines infections provoquées par un staphylocoque pur ou même associé à d'autres bactéries.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1913)

Au début de la séance il a été procédé à l'installation du bureau pour 1913, et le président sortant, M. Gariel, et le nouveau président, M. Chauveau, ont prononcé chacun une allocution très applaudie.

Vie autonome d'appareils viscéraux séparés de l'organisme, d'après les nouvelles expériences du docteur Alexis Carrel. — M. Pozzi a fait une intéressante communication sur ce sujet.

Dans les précédentes expériences de M. Carrel, la quantité des tissus vivants in vitro était très petite; il était donc fort intéressant d'expérimenter sur une plus grande quantité de tissus.

M. Carrel a dans ce but enlevé aseptiquement, en une seule masse, les organes thoraciques et abdominaux d'un animal, en général d'un chat, les conservant dans certaines conditions à la température de 38 degrés.

Dans la trachée sectionnée et intubée on introduit une sonde de caoutchouc pour pratiquer la respiration artificielle, puis on extirpe en une seule masse les viscères thoraco-abdominaux unis par leurs vaisseaux sanguins, et on les place dans un bassin contenant de la solution de Ringer à 38 degrés. Ordinairement, le cœur bat encore lentement et régulièrement, mais la pression sanguine est basse, les pulsations cardiaques sont faibles et l'apparence des organes est très anémique. Au bout de quelques minutes la pression sanguine s'élève et devient parfois presque normale.

On place alors l'organisme viscéral dans une boîte remplie de solution de Ringer, on couvre d'une mince soie du Japon et on protège avec une lame de verre. Le tube trachéal est fixé à une ouverture pratiquée dans la paroi de la boîte, et un tube est fixé à l'œsophage de façon à pouvoir injecter dans l'estomac de l'eau et des aliments. Quant à l'intestin, il est attiré hors de la boîte à travers un tube spécial et on y établit un anus artificiel. La boîte est alors placée dans une étuve à la température de 38 degrés. Dans ces conditions, les viscères vivent dans un état en apparence normal; les pulsations du cœur sont fortes et régulières, la circulation des organes est normale. L'intestin présente des contractions péristaltiques et se vide par l'anus artificiel; quand il est vide, de la bile et du mucus intestinal sont évacués. Dans une expérience où l'estomac était plein de viande au moment de la mort de l'animal, une digestion normale se produisit pendant les heures suivantes.

Quelques organismes viscéraux moururent presque subitement après trois ou quatre heures, mais la plupart d'entre eux vivaient encore activement dix, onze et même treize heures après la mort de l'animal dont ils provenaient.

Le pain véhicule de la diphtérie. — M. René Moreau (de Sens) rapporte l'observation d'une petite épidémie de diphtérie où la maladie fut transportée par un boulanger chez ses clients. Comme il n'avait pas été en contact direct avec plusieurs d'entre eux c'est le pain qui doit être incriminé, et la contamination de celui-ci a certainement été faite après la sortie du four.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCES DE NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1912)

Action isolée et combinée de la péronine, de la thébaïne, de la narcéine, de la papavérine et de l'hélénine sur la toux des phtisiques. — M. Louis Rénon. On peut utiliser contre la toux des phtisiques l'action isolée ou combinée de la péronine, de la thébaïne, de la narcéine, de la papavérine et de l'hélénine.

Si l'effet isolé de ces diverses substances est bien connu, il n'en est pas de même de leur association qui n'additionne pas leurs effets, mais les modifie et multiplie souvent leur action thérapeutique. La présence de la thébaïne et de l'hélénine est indispensable dans les combinaisons en raison de l'action tonique et excitante de la thébaïne sur la respiration et la circulation et en raison de l'action particulière de l'hélénine sur la toux et de son effet légèrement stimulant sur l'organisme.

Parmi les nombreuses combinaisons de ces divers corps,

plusieurs peuvent être recommandées, mais celle qui donne les meilleurs résultats est la suivante :

Péronine }
Thébaïne } ââ 1 centigramme.
Hélénine..... 2 centigrammes.

Pour une pilule ou un cachet additionné de 10 centigrammes de lactose.

On donne deux pilules ou deux cachets par jour à cinq heures au moins d'intervalle.

Influence de l'adrénaline sur les échanges calciques chez les tuberculeux. — MM. Léon BERNARD et Georges VITRY ont injecté de l'adrénaline à la dose de 1 milligramme par jour à un certain nombre de tuberculeux dont les lésions pulmonaires étaient en voie d'évolution assez rapide. Ces injections répétées en séries de 10, 15, 20 et 30 ont été bien supportées en général; à condition de bien choisir les malades elles ne donnent pas d'hémoptysies. Au point de vue de la tension artérielle, on note une élévation dans près de la moitié des cas; mais cette élévation est en général passagère. L'action sur le poids et la fièvre fut sensiblement nulle. Au point de vue des échanges de chaux, il n'y eut pas non plus de modifications appréciables. Les malades continuèrent à rendre une grosse quantité de chaux dans leurs matières fécales et l'action de recalcification chez ces malades fut impossible à apprécier dans les résultats d'analyses.

La réaction de Weisz (ou épreuve du permanganate) dans l'urine des tuberculeux. Valeur pronostique. — M. G. VITRY. La réaction au permanganate (ou de l'urochromogène, ou de Moriz-Weisz) consiste à ajouter dans un tube d'urine diluée au tiers quelques gouttes de permanganate de potasse à 1 p. 1000. Elle est positive quand il apparaît une couleur jaune. Cette réaction s'observe dans toutes les maladies graves; en particulier dans la tuberculose, elle est l'indice d'un mauvais pronostic. Les résultats qu'elle fournit concordent le plus souvent avec ceux que fournit la cuti-réaction. Sa simplicité la rend supérieure à la diaso-réaction d'Ehrlich et engage à en poursuivre l'étude systématique dans de nombreux cas.

Recherches sur la bacillémie tuberculeuse des enfants par l'inoculation au cobaye. — MM. NOBÉCOURT et DARRÉ ont cherché à déceler le bacille de Koch dans le sang des enfants tuberculeux par l'inoculation au cobaye de 5 à 20 centimètres cubes de sang prélevé par ponction veineuse ou recueilli par le procédé du professeur Weil (procédé de la sangsue). Les recherches ont porté sur 51 malades, dont 16, atteints d'affections non tuberculeuses, ont donné dans tous les cas un résultat négatif. Sur les 35 enfants tuberculeux, 21 étaient atteints de tuberculose à évolution aiguë (méningite tuberculeuse, granulie, typho-bacillose, tuberculose caséeuse, érythénie noueuse, congestion pleuro-pulmonaire); 3, de tuberculose à évolution subaiguë (phtisie galopante); 11, de tuberculose à marche chronique (tuberculose pulmonaire, rénale, ganglionnaire). Chez 31 malades, les résultats furent négatifs. Chez 4 seulement (un cas de septicémie tuberculeuse curable, un cas de méningite tuberculeuse, un cas de granulie à prédominance pulmonaire, un cas de bronchopneumonie tuberculeuse) on put déceler le bacille dans le sang circulant.

Ces recherches, concordant avec celles de la plupart des auteurs français, montrent que, chez l'enfant comme chez l'adulte, la constatation du bacille de Koch dans le sang est un fait rare, même au cours des tuberculoses aiguës.

Recherche du bacille de Koch dans les urines d'enfants atteints d'affections diverses par l'inoculation au cobaye. — M. P. NOBÉCOURT. L'inoculation a été positive avec les urines d'enfants atteints de tuberculose rénale, de tuberculose subaiguë, fébrile avec cavernes, de granulie. Elle a été négative avec les urines d'enfants atteints de tuberculose pulmonaire avancée compliquée d'infiltration amyloïde des reins, de néphrites hématuriques à lente évolution, de néphrites subaiguës ou chroniques de cause indéterminée ou consécutives à des infections pharyngées, de néphrites purpuriques, de tuberculoses pulmonaires diverses, etc. Ces recherches montrent donc que la bacillurie, symptôme habituel des tuberculoses génito-urinaires est rare dans les autres tuberculoses et ne se rencontre pas au cours de néphrites dont on pourrait soupçonner, en dehors d'autres facteurs étiologiques, la nature tuberculeuse.

Anatomie pathologique de la tuberculose rénale (deuxième communication). **Evolution segmentaire de la tuberculose dans le rein. Rapports de cette évolution anatomique avec l'évolution clinique, particulièrement avec les rémissions symptomatiques : phénomènes d'exclusions partielles** (présentation de pièces). — MM. HEITZ-BOYER et Paul BRAUN. Les lésions ulcéro-caséeuses du rein constituent un stade secondaire dans l'évolution de la tuberculose rénale qui est sous la dépendance des lésions des voies excrétrices. Les lésions ulcéro-caséeuses débutent au niveau des papilles, gagnent de bas en haut la pyramide et le cortex, mais elles restent assez étroitement limitées sur les parties latérales par les colonnes de Bertin, de sorte que la caverne qui se produit reste toujours limitée au « rénicule »; elle est toujours segmentaire, réniculaire. Les rénicules voisins ou éloignés restent plus ou moins longtemps indemnes et sont par le même processus envahis par les lésions ulcéro-caséeuses, de sorte que la tuberculose ulcéro-caséeuse du rein peut être considérée comme la résultante de « l'évolution des diverses tuberculoses réniculaires ».

D'autre part, l'orifice qui fait communiquer chacune de ces cavernes réniculaires avec le bassin est susceptible de s'obturer par la production d'un tissu cicatriciel; ce phénomène d'exclusion partielle réniculaire est analogue au phénomène connu d'exclusion totale du rein caséifié.

Habituellement, le processus d'exclusion d'une caverne réniculaire n'est pas encore terminé que déjà d'autres rénicules s'ulcèrent. Au point de vue clinique, il y a alors une véritable continuité dans l'évolution de la maladie.

Mais dans quelques cas rares, dont les auteurs rapportent une observation avec pièce anatomique à l'appui, l'exclusion d'une caverne réniculaire ou d'un groupe de cavernes réniculaires est complète, alors que les rénicules restant sont encore indemnes.

Dans ce cas, les deux symptômes cardinaux de la tuberculose rénale disparaissent : disparition de la pyurie avec transformation des urines troubles en urines claires et disparition des phénomènes de réaction vésicale comme après la néphrectomie. Il y aura donc une rémission dans l'évolution clinique qui durera jusqu'à ce que d'autres rénicules soient atteints par le processus ulcéro-caséeux, rémission spontanée qui peut durer des mois et des années, devenir une véritable trêve et prendre l'apparence d'une pseudo-guérison clinique.

Les granules de Much. — M. Mathieu-Pierre WEIL rappelle qu'il existerait, selon Much, à côté de la forme bacillaire du virus tuberculeux décelable par la méthode de Ziehl, une forme granuleuse que seuls pourraient teinter les colorants basiques d'aniline, et plus particulièrement le violet de méthyle phéniqué; leur présence dans un produit permettrait d'en affirmer la nature tuberculeuse. L'auteur insiste sur le peu de valeur réelle qu'a en pratique cette méthode, et sur les graves erreurs d'interprétation auxquelles elle expose; il est très difficile de reconnaître, sur les lames colorées par la méthode de Much, les granulations du bacille tuberculeux, et on risque de les confondre avec des microbes banaux, des

débris de toute sorte, des granulations provenant de ruptures nucléaires, etc., qui ont souvent même forme et sont semblablement colorés. L'homogénéisation du produit suspect à l'aide de l'antiformine ne met pas à l'abri de l'erreur, contrairement à l'opinion généralement répandue en Allemagne. D'ailleurs, il ne semble pas que la recherche de ces granulations soit d'un bien grand intérêt pratique, du moins leur recherche dans les crachats tuberculeux ou les pus d'abcès froids, où M.-P. Weil n'en a jamais pu nettement déceler. L'auteur ne croit cependant pas que l'on ait le droit de conclure de ces faits négatifs à la non-existence d'une forme granuleuse du virus tuberculeux que la fuchsine phéniquée ne saurait colorer : un certain nombre d'arguments incitent au contraire à admettre l'existence d'une telle forme.

Election du bureau. — Le bureau de la Société est composé comme suit pour 1913 :

Président : M. J. Darier; vice-président : M. H. Barbier; trésorier : M. Jousset; secrétaire général : M. Fernand Bezançon; secrétaire des séances : M. S.-I. de Jong.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1913)

Nouvelles recherches sur la thérapeutique mercurielle des spirilloses (spirilloses des poules, syphilis du lapin). — MM. L. LAUNOY et C. LEVADITI, continuant leurs recherches sur la thérapeutique mercurielle des spirilloses, ont étudié le dérivé acétylé du dioxydiamidodiphénylmercure préparé par MM. Fourneau et Vila.

Le corps dont il s'agit est relativement atoxique, le lapin supporte la dose de 0,05 pour 1 000, par voie veineuse. Cette dose correspond à 0,02 de mercure.

Les auteurs ont obtenu en douze à quinze jours la guérison de très gros chancres du scrotum, par une seule injection de ce produit, ou dans certains cas par deux injections faites à quinze jours d'intervalle.

L'action curative dans la syphilis du lapin est très nette et rapide ; cette action s'est exercée une fois (sur 2 cas) sur la race résistante créée par les auteurs avec le phényldithiocarbonate de mercure.

Dans la spirillose des poules l'action est seulement préventive.

Bacillurie lépreuse. — M. L. LAGANE. Le bacille de Hansen peut se trouver dans l'urine des lépreux, soit que l'on y provoque son passage par des injections intraveineuses d'arsenobenzol, comme l'a déjà indiqué l'auteur, soit spontanément. Cette bacillurie est inconstante et ne semble exister ni au début de la maladie, ni dans les formes nerveuses ; elle existe dans les formes tuberculeuses au moment des poussées évolutives aiguës, ou encore lorsqu'il y a fonte des tubercules. Dans les cas examinés, il n'y avait pas de bacillémie. Les bacilles de Hansen étaient peu nombreux dans les préparations de culots d'urine ; quelques-uns étaient libres et isolés, mais la plupart étaient réunis sous la forme caractéristique de *globi*.

Sur les injections intraveineuses de solutions sucrées hypertoniques au cours des états toxi-infectieux. — MM. Ed. ENRIQUEZ et R. A. GUTMANN chez des infectés et des intoxiqués ont obtenu par cette thérapeutique des diurèses abondantes, une amélioration sensible de l'état général, et le retour de la température à la normale.

Les relations fonctionnelles entre le foie et les parathyroïdes. — M. L. MOREL. Un certain nombre de preuves permettent d'affirmer l'existence d'une relation fonctionnelle entre le foie et les parathyroïdes.

Au point de vue anatomique, après parathyroïdectomie, les lésions les plus constantes, les plus précoces et les plus manifestes se localisent sur le foie.

Au point de vue clinique, les accidents parathyroprives rappellent ceux de l'exclusion physiologique du foie.

Au point de vue bio-chimique, l'acide parathyroprive et l'intoxication carbonique traduisent la déchéance des fonctions antitoxiques du foie.

Au point de vue thérapeutique, la médication hépatique permet après parathyroïdectomie d'atténuer les symptômes parathyroprives et d'obtenir une survie double de celle des témoins.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1912)

Détermination de l'insuffisance fonctionnelle du rein par la méthode d'Ambard. — MM. CARRION et Ch. GUILLAUMIN exposent la technique qu'ils ont employée pour vérifier la méthode nouvelle d'Ambard qui permet de fixer numériquement par le chiffre de la « constante uréosécrétion » la valeur des reins chez le malade comme chez l'homme sain, et de dépister la moindre tendance à l'urémie avant tout autre indice.

Une observation intéressante de tuberculose rénale. — M. LE FUR rapporte l'observation d'un malade atteint de tuberculose rénale dont l'état absolument déplorable au point de vue local et général (cystite atroce, hématuries, amaigrissement considérable) s'est amélioré progressivement sous l'influence d'un traitement médical bien dirigé, d'une cure marine et de l'héliothérapie ; le pus et les bacilles de Koch ont complètement disparu des urines, les deux reins continuent à fonctionner normalement et le malade a engraissé de 15 kilogrammes.

M. Paul GUILLON rappelle que l'opinion généralement admise par les urologues est la nécessité de l'intervention chirurgicale précoce ; il ne voit rien dans l'observation de M. Le Fur qui puisse modifier cette opinion.

Quant à l'utilité du traitement médical, elle s'impose toujours.

Traitement de la goutte. — M. GUELPA étudie, avec plusieurs observations à l'appui, la pathogénie de la goutte ; celle-ci est provoquée lentement par les abus de l'alimentation en général, surtout par le lait, par les végétaux très terreux, par les boissons alcoolisées et par les eaux calcaires.

L'auteur conclut que la conception actuelle de la goutte et de sa thérapeutique est erronée : il faut conseiller aux goutteux une alimentation carnée très restreinte, des fruits, des boissons décalcifiées, et acidulées et des préparations formiques et sucrées.

M. LÉOPOLD-LÉVI. Un des malades présentés à la Société de thérapeutique par M. Guelpa était un rhumatisant chronique dont l'état a été amélioré par le traitement thyroïdien avant la cure de désintoxication.

M. BOULOUMIÉ. Les cas rapportés par M. Guelpa semblent être des cas de rhumatisme déformant et ne sont nullement probants pour ce qui concerne la goutte ; le régime, dans la goutte, doit varier avec chaque goutteux et suivant la période et la forme de sa goutte, ainsi que l'état de ses organes. Le traitement hydrominéral classique a donné depuis des siècles de trop bons résultats pour être critiqué aujourd'hui.

M. AUBRY. M. Guelpa semble, par le traitement qu'il préconise contre la goutte et qui est le même que celui qu'il a indiqué jadis contre le diabète, faire des goutteux surtout des hépatiques. Cette analogie de traitement et de pathogénie semble très discutable.

M. GLÉNARD. Très souvent la goutte, comme d'ailleurs le diabète, a une origine hépatique ; c'est en traitant le foie qu'on prévient les accidents goutteux et c'est l'état du foie dans ces cas qui règle l'indication du régime alimentaire et des purgatifs.

ANALYSES

MÉDECINE

Le diagnostic de l'oblitération cancéreuse du canal thoracique est-il possible? (PIOT. *Arch. des mal. de l'appareil digestif*, mars 1912.) — L'étude de cette oblitération cancéreuse est surtout due en France aux travaux de Ménétrier et Gauckler (1902), Ménétrier et Mallet, Ménétrier et Piot.

Le cancer du canal thoracique est en somme peu fréquent; il est le plus souvent secondaire; son point de départ est l'abdomen, utérus ou estomac. Il se révèle en clinique par un ensemble de symptômes qui constituent ce que les auteurs ont appelé le *syndrome de l'oblitération cancéreuse du canal thoracique*, ou syndrome de Ménétrier (P. Carnot). Les éléments sont les suivants :

1° L'*œdème* envahit les membres inférieurs, les parois abdominales, l'hémithorax gauche et le bras gauche : au côté droit du thorax il s'arrête brusquement par un bourrelet en sorte que seuls l'hémithorax droit, le bras droit et la tête sont préservés; la marche de l'œdème est progressive et ascendante : l'œdème est dur, résistant au doigt;

2° L'*épanchement pleural* débute après l'œdème et n'envahit que la plèvre gauche ou est beaucoup plus abondant à gauche qu'à droite; l'*épanchement péritonéal* est moins fréquent, peu abondant : ces épanchements sont tantôt citrins, tantôt hémorragiques, parfois chyliformes;

3° L'*envahissement des ganglions* surtout des ganglions *sus-claviculaires* gauches est le signe le plus constant : on peut observer des ganglions axillaires;

4° Les *phlébites* des gros troncs veineux du cou s'observent quelquefois.

Le *diagnostic* doit être fait avec les phlébites des membres, avec la filariose et l'éléphantiasis des Arabes, avec certains cancers de la plèvre et du péritoine qui peuvent donner des épanchements lactescents.

Anatomiquement les lésions prédominent au niveau de la terminaison du canal : le canal thoracique a ses parois envahies par les cellules cancéreuses. L'oblitération se fait par thrombose d'abord, puis par endo et périlymphite : les conséquences de cette oblitération sont la stase lymphatique, puis la dilatation des canaux lymphatiques afférents, d'où l'œdème et sa topographie spéciale. B. GAYARD.

Syphilis du pancréas. (Jean WALTER-SALLIS. *Arch. des mal. de l'appareil digestif*, mars 1912.) — La syphilis du pancréas se rencontre le plus souvent chez les enfants et les nouveau-nés hérédo-syphilitiques; elle peut s'observer aussi quelquefois au cours de la syphilis acquise de l'adulte; on peut en distinguer trois formes: la forme inflammatoire, la forme gommeuse, la forme scléro-gommeuse. La première forme se présente avec les mêmes lésions que celles de la pancréatite chronique, aussi le diagnostic entre les deux affections est-il toujours très délicat : les symptômes généraux (troubles digestifs, ictère, douleur) sont les mêmes dans les deux affections. La syphilis du pancréas est beaucoup plus rare que la pancréatite et elle s'accompagne souvent de *diabète*, ce qui est rare dans la pancréatite : la *douleur* est moins forte dans la syphilis, les *troubles digestifs* sont moins constants; la *stéatorrhée* est très inconstante; mais en résumé le diagnostic se fera de la manière suivante. L'examen clinique montre qu'il s'agit d'une affection chronique du pancréas, on recherche alors d'autres stigmates de syphilis, et l'on pratique la réaction de Wassermann. Si celle-ci est positive, si le malade présente en même temps de la glycosurie, on est autorisé à conclure qu'il s'agit bien alors d'une syphilis du pancréas. B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Mort subite chez un enfant (caverne ganglionnaire ouverte dans la trachée). [HALIPRÉ. *La Pédiatrie pratique*, 5 mars 1912.] — A l'autopsie de cet enfant mort subitement, une incision longitudinale de la trachée et des bronches montre la présence, dans la partie inférieure de la trachée, d'un magma caséeux oblitérant complètement la lumière du conduit sur une hauteur de 3 centimètres, et se prolongeant dans la bronche droite. Il existe une ulcération à la partie postérieure de la trachée, cette ulcération conduit dans une caverne ganglionnaire dont le contenu, en se vidant dans la trachée, a causé la mort.

Il était intéressant de signaler cette complication, exceptionnelle, heureusement, de l'adénopathie trachéo-bronchique. B. GAYARD.

Etude du beurre dans le lait de femme par la centrifugation. (PLAUCHU et R. RENDU. *La Pédiatrie pratique*, 25 janv. 1912.) — Voici les principales conclusions que formulent les auteurs à la suite de l'examen de 46 nourrices et de 3450 dosages.

Pour avoir de la valeur, la méthode nécessite des analyses en série, que doit compléter encore, un graphique quotidien.

Chez une même nourrice, soumise à une alimentation uniforme, on peut observer des variations quotidiennes considérables pouvant aller du simple au triple. La moyenne générale est de 34 grammes de beurre par litre de lait : les chiffres extrêmes ont été 5g50 et 164 grammes. Nulle paraît être, sur cette teneur en beurre, l'influence de l'alimentation, des médicaments dits galactogènes, de la menstruation.

Par contre quatre facteurs influent d'une façon constante. Ce sont : 1° l'état quantitatif de la sécrétion lactée, plus une nourrice a de lait, moins son lait contient de beurre; 2° l'heure de la tétée, le lait du matin est plus riche en beurre que celui du soir; 3° la phase de la tétée, le lait du début de la tétée est moins riche en beurre que celui de la fin; 4° l'asymétrie mammaire, le plus petit des deux seins est celui dont le lait contient le plus de beurre. B. GAYARD.

L'héliothérapie par la méthode de Rollin dans les tuberculoses chirurgicales. (ARMAND-DELILLE. *Soc. de pédiat.*, mars 1912.) — A l'occasion de cette communication dans laquelle sont rapportés les résultats obtenus par le docteur Rollin, grâce à sa méthode d'héliothérapie, une discussion très intéressante eut lieu à la Société de pédiatrie, entre MM. Rist, Marfan, Mme Nageotte-Wilbouchewitch, qui tous professent le plus grand enthousiasme pour cette méthode : cette discussion se clôtura sur la nomination d'une commission chargée d'étudier, s'il ne serait pas possible de trouver, soit dans les Pyrénées, soit dans les Alpes françaises, un lieu élevé et très abrité où la cure héliothérapique serait facile : il est à souhaiter que les travaux de cette commission aboutissent à un résultat positif, pour que sous peu commence à fonctionner en France une méthode qui donne d'aussi beaux résultats dans la tuberculose chirurgicale. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Excision transstomacale d'un ulcère calleux de la paroi postérieure de l'estomac. (William J. MAYO. *Ann. Surg.*, vol. LII, n° 6, pp. 797-800.) — **Possibilité de diagnostiquer les ulcères chroniques indurés de la face postérieure de l'estomac et technique de leur excision.** (John E. SUMMERS. *Journ. Amer. med. assoc.*, vol. LVI, n° 23, pp. 1699-1700.) — La gastro-entérostomie est bonne pour les ulcères causant de l'obstruction pylorique; pour les

autres, elle est inefficace et laisse un foyer prêt pour le développement du cancer. Sur 263 pièces de pylorectomies pour cancer faites à la clinique des Mayo, 71 p. 100 montraient qu'il s'agissait d'anciens ulcères. Donc le meilleur traitement des ulcères calleux chroniques est l'excision. Pour ceux de la portion pylorique, le Billroth deuxième manière modifié par Rodman est excellent. Pour les ulcères « en selle » de la petite courbure, l'excision est généralement facile, ainsi que pour ceux de la face antérieure : mais il n'en est pas de même pour les ulcères de la face postérieure de l'estomac adhérents au pancréas ou aux organes rétrogastriques. On peut dans certains cas, par exemple quand il y a estomac biloculaire, faire une résection dans la continuité, mais dans certains cas, la seule chose possible est la résection transgastrique. Pilcher a opéré un cas ainsi en 1907, les Mayo l'ont fait cinq fois, Summers relate un autre cas. Les épiploons gastro-hépatique et gastro-colique sont ouverts au-dessus et au-dessous de l'ulcère, et les bords de la plaie protégés avec des compresses. Si possible, l'ulcère est détaché de ses adhérences sans ouvrir l'estomac. Une compresse de gaze est appliquée sur la surface dénudée et suffit généralement pour arrêter l'hémorragie, sans qu'il y ait besoin de ligatures. La paroi antérieure de l'estomac est ouverte, et les doigts pressant sur la paroi postérieure de l'estomac refoulent la surface ulcérée en avant à travers l'orifice de la gastrotomie. Excision, puis suture en un seul plan (dite suture de Connell) qui a toujours parfaitement suffi, et renforcement de cette suture au catgut par quelques points de fil de lin passés de la muqueuse vers le péritoine. Suture de la paroi antérieure, drainage derrière l'estomac.

F. GARDNER.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (No 12, déc. 1912.) J. GUIARD : Le macabre dans l'art. — C. MAUCLAIR : Les dessins psychologiques de Mme Jeanne Bardey. — P. RAYMOND : Notre confrère Marcus Modius Asiaticus. — BONNETTE : Le baron Percy, chirurgien en chef des armées impériales. — MAIGNON : Le cent cinquantenaire de l'Ecole vétérinaire de Lyon. — LIBERT : Hôpitaux de Constantinople.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Janv. 1913.) COURTOIS-SUFFIT : Etude sur des améliorations hygiéniques à apporter dans l'industrie des poudres et explosifs (*suite*). — L. BARGERON : Notes sur la fièvre des fondeurs.

Archives de médecine des enfants. — (No 1, janv. 1913.) F. FIGUEIRA et V. LOPEZ : De la fièvre alimentaire ou syndrome de Finkelstein. — Santos MOREIRA : Contribution à l'étude des maladies de l'appareil circulatoire chez l'enfant. — Gomes FARIA : Etude statistique sur la fréquence des parasites intestinaux chez les enfants à Rio de Janeiro. — LESAGE et COLLIN : A propos de la résistance à la fatigue chez le jeune enfant. — R. FRANÇAIS : Ectopie testiculaire périnéale avec hernie inguinale étranglée, kélotomie, cure radicale, reposition du testicule, guérison. — M. DE VAUGIRAUD : Deux cas d'abcès amygdalien et péripharyngien. — J. COMBY : Etats méningés curables chez les enfants; — Le lait desséché.

Archives générales de médecine. — (Déc. 1912.) COLLET : Le larynx du tuberculeux. — CAUSSADE et WILLETTE : Sténose laryngée provoquée par une trachéite. Contracture des muscles constricteurs de la glotte vocale. Trachéotomie. Guérison (variété rare de laryngite hypoglottique). — Raoul LABBÉ : Bronchopneumonie suraiguë consécutive à l'amygdalectomie. — DESCARPENTRIES : L'anesthésie générale par injections intramusculaires d'éther en chirurgie, en particulier dans les interventions sur la tête et le cou. — G. ROSENTHAL : Absence d'anaphylaxie expérimentale aux injections intratrachéales de sérum antituberculeux. — COURTIN : Plaie du poumon, pleurésie purulente, opération d'Estlander et décortication pulmonaire.

Archives médico-chirurgicales de province. — (No 12, déc. 1912.) L. MARCHAND et G. PETIT : Les méningo-encéphalites en pathologie comparée. La paralysie générale du chien. — R. LE BLAYE : Sur un cas d'ovarite ourlienne avec métrorragies. — VUISONNEAU : Germanicus Mirault, anatomiste et ophtalmologiste. De l'importance des études anatomiques pratiques. — HÉRY : Le sang dans la syphilis héréditaire des enfants du premier âge. — MORICHEAU-BEAUCHANT : L'emploi du sous-nitrate de bismuth dans l'hyperchlorhydrie et dans l'ulcère de l'estomac.

Bulletin médical. — (No 1, 1er janv. 1913.) LE GENDRE : L'exercice quotidien convenablement dosé comme moyen de prévenir les affections rhumatismales et l'arthritisme. — (No 2, 4 janv.) PLICQUE : Les moyens diurétiques non médicamenteux et médicamenteux.

Bulletin médical de l'Algérie. — (No 20, 25 déc. 1912.) HÉRAIL : Réparation des plaies cutanées anciennes par les greffes d'Ollier-Tiersch. — CHEVROTIER : Sur la polyvalence des sérums antityphiques.

Clinique. — (No 1, 3 janv. 1913.) DELÉARDE, BENOIT et HALLEZ : Dosages comparatifs de l'urée dans le sang, le liquide céphalo-rachidien et l'urine des nourrissons atteints de troubles gastro-intestinaux. — SABOURAUD : Le diagnostic de la gale à l'hôpital.

Echo médical du Nord. — (No 52, 29 déc. 1912.) R. PIERRET : Oscillomètre de Pachon et étude comparée des tensions artérielles de la radiale et de la tibiale postérieure.

Gazette médicale de Nantes. — (No 1, 4 janv. 1913.) Ch. MIRALLIÉ : La maladie de Parkinson.

Journal de médecine de Bordeaux. — (No 1, 5 janv. 1913.) F. VILLAR : Sur un cas de gangrène spontanée du membre supérieur gauche. — J. CARLES : La technique des abcès de fixation.

Journal des praticiens. — (No 1, 4 janv. 1913.) L. BAZY : La laparoplastie (méthode de M. Morestin). — WEBER : « Vibrance artérielle » et « manchette exploratrice » dans la maladie de Corrigan. — PESCHER : Crise grave de tachycardie paroxystique arrêtée par les expirations profondes (procédé de la bouteille).

Lyon médical. — (No 1, 5 janv. 1913.) H. RONDET : Quelques réflexions sur les divers modes de contagion de la fièvre typhoïde. Les meilleurs moyens prophylactiques à leur opposer.

Presse médicale. — (No 1, 1er janv. 1913.) HÉDON : Les étapes des recherches physiologiques sur la vie des cellules et des tissus en dehors de l'organisme. — (No 2, 4 janv.) MAHU : Traitement moderne de l'ozène. — VAQUIÉ : Traitement chirurgical des varices des jambes.

Province médicale. — (No 52, 28 déc. 1912.) A. CANGE : Un syndrome ostéomyélitique postvariolique.

Revue de psychothérapie et de psychologie appliquée. — (No 6, déc. 1912.) BÉRILLON : Incompatibilité de l'alcoolisme et des toxicomanies avec les fonctions sociales. — WITRY : Hommes politiques homosexuels. — PIOUFFLE : Le traitement des toxicomanes. — P. JOIRE : Un instrument de diagnostic des maladies nerveuses.

Semaine médicale. — (No 1, 1er janv. 1913.) F. DE QUERVAIN : Du traitement moderne des tuberculoses osseuses et articulaires.

Tunisie médicale. — (N° 12, déc. 1912.) BOUQUET-BRYON : Les hachichnis. Etude sur le chanvre indien. — EICHMULLER : Trois cas de chancres extragénitaux. — POROT : L'azotémie. Importance du dosage de l'urée dans le sang et les liquides organiques.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 24, 30 déc. 1912.) COLANÉRI : Un cas de lithiase utérine.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES ANGIOCHOLITES

ET LES CHOLÉCYSTITES

DÉFINITION. — Il faut entendre sous ce nom l'inflammation des voies biliaires intra et extrahépatiques; cette inflammation est aiguë ou chronique, passagère ou durable et elle s'accompagne des manifestations anatomiques et cliniques les plus variées; l'invasion des voies biliaires est réalisée par les germes les plus divers, suivant un mécanisme encore très discuté, que l'on peut résumer ainsi : infection ascendante, infection autogène, infection descendante, ou hématogène.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions diffèrent suivant qu'elles portent sur la vésicule ou sur les conduits biliaires. Les angiocholites peuvent être catarrhales (lithogènes ou cirrhogènes), ou suppurées

a. *Lésions catarrhales.* — La muqueuse des conduits est épaissie et présente un véritable piqueté hémorragique; au niveau de la vésicule les follicules sont hypertrophiés; les glandes sécrètent un mucus abondant; la vésicule est remplie de liquide (hydropisie vésiculaire avec réaction péritonéale, péritonite sous-hépatique de Tripier et Paviot).

Histologiquement, on constate la tuméfaction, puis la desquamation des cellules épithéliales. Les lésions envahissent la celluleuse et un tissu scléreux remplace les parois normales; la cavité des canalicules est étouffée par le processus de sclérose (*angiocholite oblitérante*). La vésicule biliaire est sclérosée, atrophiée; quelquefois elle conserve son volume normal, mais ses parois sont néanmoins très épaissies.

b. *Lésions suppuratives.* — Elles peuvent intéresser, à la fois ou séparément, la vésicule et les voies biliaires extra et intrahépatiques; le foie est mou, volumineux, avec à sa surface des taches blanc jaunâtre correspondant à de petits foyers purulents et des taches vertes de rétention biliaire. Il existe aussi de la péri-hépatite suppurée avec parfois de volumineuses collections de pus. A la coupe, on observe soit les petits *abcès miliaires* de Cruveilhier, soit de plus volumineux abcès qui peuvent devenir confluents; ce sont alors les *abcès aréolaires* de Chauffard. On observe toutes les transitions entre l'angiocholite catarrhale et les abcès. La vésicule est parfois très dilatée (tumeur biliaire); elle contient soit de la sérosité, soit du pus; elle est souvent ratatinée, atrophiée; tout autour d'elle peuvent se développer des collections suppurées.

Parfois la vésicule est perforée; l'on constate alors une péritonite le plus souvent généralisée; il s'agit alors de *cholécystite aiguë gangréneuse* perforante provoquée par des germes anaérobies; il faut encore signaler l'existence de fistules, cutanées, coliques, duodénales: on peut trouver encore une *pancréatite aiguë*, hémorragique, parfois de la sclérose pancréatique ou encore des pleurésies, de l'endocardite, etc.

c. *Lésions chroniques.* — Les inflammations chroniques des petites voies biliaires entraînent des scléroses du foie d'origine canaliculaire; il s'agit d'abord d'angiocholite chronique pure, puis d'espace-portite scléreuse, enfin de *cirrhose biliaire*; au niveau de la vésicule biliaire on observe, soit une cholécystite scléro-atrophique (rétraction de la vésicule sur des calculs), soit une cholécystite scléro-hypertrophique à parois très épaissies, soit l'hydropisie de la vésicule biliaire. Enfin, cette inflammation détermine très souvent au niveau de la vésicule la production de calculs (*catarrhe lithogène*).

BACTÉRIOLOGIE. EXPÉRIMENTATION. — Toutes les lésions que nous venons de décrire ont été reproduites expérimentalement, soit par ligature du cholédoque et injection de microbes dans ses parois (Gilbert et Dominici), soit par injection de microbes dans la circulation générale (Lemierre et Abrami); les microbes le plus souvent en cause sont le colibacille, le bacille d'Eberth, le streptocoque, le pneumocoque, etc.; parfois cependant l'angiocholite peut résulter d'une intoxication.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Plusieurs théories ont été invoquées pour expliquer l'inflammation des voies biliaires.

a. *Théorie de l'infection autogène.* — Normalement, la partie inférieure du cholédoque (Duclaux, Dupré), les voies biliaires en entier (Gilbert et Lippmann) contiendraient des microbes non virulents qui retrouveraient tout à coup leur virulence et réaliseraient ainsi l'angiocholite ou prépareraient ainsi la voie à l'infection ascendante.

b. *Théorie de l'infection ascendante* (Gilbert, Girode). — A l'état normal, le fonctionnement régulier de l'appareil biliaire le préserve de l'infection ascendante qui se réalise aussitôt qu'une perturbation quelconque est apportée à ce fonctionnement : ainsi s'expliquent les ictères infectieux primitifs, depuis l'ictère catarrhal jusqu'à l'ictère grave, les ictères infectieux secondaires de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de l'érysipèle, etc., toutes les cholécystites (suppurées ou ulcéreuses), les hépatites infectieuses purulentes, et, si l'infection est plus atténuée, la cholémie, les cholécystites scléro-atrophiques ou hypertrophiques, les cirrhoses biliaires, la lithiase (Gilbert).

c. *Théorie de l'infection descendante* (*septicémie primitive*) [Widal, Lemierre, Abrami]. — Le foie est une voie d'élimination, pour ainsi dire normale, dans les bactériémies. Cette élimination bactérienne peut déterminer des lésions notables du foie qui peuvent réaliser toutes les formes de l'hépatite infectieuse ou de l'angiocholécystite; l'élimination microbienne biliaire détermine secondairement une contamination intestinale; l'infection intestinale est donc secondaire et non primitive; ce fait est bien démontré maintenant en ce qui concerne la fièvre typhoïde; les angiocholécystites résultent donc, pour ces auteurs, d'une infection secondaire des voies biliaires réalisée par voie sanguine artérielle (septicémie primitive et angiocholécystite secondaire hématogène).

ÉTIOLOGIE. — Parmi les intoxications susceptibles de réaliser l'inflammation des voies biliaires il faut citer l'intoxication par le phosphore et par le venin de serpent. Le rôle des infections est beaucoup plus important; il était classique de les diviser en deux catégories suivant qu'il s'agissait d'angiocholites ascendantes ou descendantes; nous venons de voir que l'accord est loin d'être fait en ce qui concerne le mode de réalisation des angiocholites; suivant les cas, l'une ou l'autre de ces théories doit être invoquée; aussi, sans insister plus longtemps sur cette division, nous contenterons-nous d'énumérer simplement les causes les plus fréquentes des angiocholites.

Il est tout d'abord des *causes prédisposantes*; on invoque ainsi le tempérament biliaire, la diathèse biliaire (Gilbert et Lereboullet); très importantes aussi les causes déterminant des modifications de la chasse biliaire, spécialement la *rétention biliaire* réalisée par une *compression du cholédoque* (lithiase, cancer, sténose, parasites). etc.

Il faut surtout invoquer le rôle des infections, tout particulièrement le rôle de la fièvre typhoïde, des paratyphoïdes, du choléra, de la fièvre jaune, de la grippe, de l'érysipèle, de la pneumonie, etc.

Les *infections intestinales* (entérites, entérocolites, colites, intoxications alimentaires, tuberculose intestinale même) jouent également un rôle fort important dans l'étiologie des angiocholites. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 8 janvier 1913. — Question donnée : « Canal cholédoque (anatomie descriptive et structure). — Pleurésie interlobaire. »

MM. Lory, 13 + 18 = 31 ; Vallerant, 13 + 19 = 32 ; Mordret, 12 + 19 = 31 ; Fournier (Jacques), 10 + 16 = 26 ; Brizard, 12 + 18 = 30 ; Millet, 12 + 18 = 30 ; Carpanetti, 16 + 20 = 36 ; Mozer, 12 1/2 + 22 = 34 1/2.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS POUR L'ADJUVAT. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 1er avril 1913, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 15 mars inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1913.

— CONCOURS POUR LE PROSECTORAT. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 7 avril 1913, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 15 mars inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1913.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin général de deuxième classe. — MM. les médecins en chef de première classe Machenaud et Bellot.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Porquet (de Vire) est nommé médecin-major de première classe dans le corps des sapeurs pompiers.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Poujol, Hugon et Banzet, au titre de la réserve et de l'armée territoriale.

CLINIQUE BAUDELOCQUE (125, boulevard de Port-Royal). [Service de M. le professeur PINARD.] — COURS PRATIQUE D'ACCOUCHEMENTS, par MM. Lacasse et Pottet, ex-chefs de clinique. — Ce cours commencera le lundi 13 janvier. Il aura lieu tous les jours, de trois à cinq heures, pendant quatre semaines, et se terminera le 8 février.

Programme du cours. — M. Lacasse : Manœuvres obstétricales. Extraction du siège. Version par manœuvres internes. Indications de l'application des ballons de Champetier de Ribes et manuel opératoire. Forceps. Basiotripsie. Embryotomie, etc.

M. Pottet : Conférences cliniques sur les femmes enceintes du service ou récemment accouchées.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des femmes et des nouveau-nés et à la pratique des accouchements.

Le droit à verser est de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, et titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs aux cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

HOTEL-DIEU. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. — M. le professeur F. de Lapersonne a recommencé ses leçons de clinique ophtalmologique, à l'amphithéâtre Dupuytren.

Ordre du service. — Lundi, à neuf heures : Policlinique (salle des consultations).

Mardi, à neuf heures : Opérations. Visite dans les salles.

Mercredi, à dix heures : Examens ophtalmoscopiques.

Jeudi, à neuf heures : Opérations. Visite dans les salles.

Vendredi, à dix heures : Leçons cliniques (amphithéâtre Dupuytren).

Samedi, à neuf heures : Laboratoire.

Tous les matins, à neuf heures : consultation externe.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — LEÇONS SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. le docteur Henri Claude, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera ses leçons et ses présentations de malades le dimanche 19 janvier 1913, à dix heures et demie, et les continuera tous les dimanches, à la même heure, salle de la consultation d'ophtalmologie.

CONFÉRENCES DE MÉDECINE LÉGALE. — M. Balthazard, agrégé, a commencé ses conférences le mercredi 8 janvier 1913, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera tous les jours suivants, à la même heure (samedis exceptés).

La conférence du jeudi, comportant des projections, aura lieu au petit amphithéâtre, à l'heure habituelle.

Sujet du cours. — Identité. Coups et blessures. Empoisonnements. Asphyxie par les gaz et vapeurs. Pendaison. Strangulation. Suffocation. Accidents du travail.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Service de M. le docteur Albert Mathieu.) — LEÇONS SUR LES MÉTHODES D'EXPLORATION APPLIQUÉES AU DIAGNOSTIC DE L'APPAREIL DIGESTIF. — Sous la direction de M. le docteur Albert Mathieu, une série de leçons sur la valeur séméiologique des méthodes d'exploration et sur les indications thérapeutiques qu'elles fournissent commencera le lundi 27 janvier 1913.

Chaque leçon comportera des exercices pratiques.

Les leçons théoriques auront lieu dans la *salle de consultation, de onze heures à midi, les lundi, mardi, mercredi et samedi.*

Les exercices pratiques auront lieu *chaque après-midi, de deux heures à quatre heures.*

S'inscrire au service de la consultation, tous les matins de huit heures à midi, 22, rue de Citeaux.

Les leçons théoriques et les exercices pratiques auront lieu dans l'ordre suivant :

1° *Lundi 27 janv.* — Onze heures. L'examen extérieur de l'abdomen, par M. J.-Ch. Roux.

2° *Mardi 28 janv.* — Neuf heures 1/2. L'examen du suc gastrique; les méthodes d'analyse, par M. Taillandier. — Deux heures. Travaux pratiques : Repas d'épreuve, son extraction. Recherches qualitatives : acide chlorydrique libre, acide chlorydrique combiné, acides de fermentation (lactique, butyrique, acétique), pepsine, lab-ferment, par M. Taillandier.

3° *Mercredi 29 janv.* — Onze heures. La sécrétion gastrique; ses viciations. Le chimisme normal et pathologique, par M. Taillandier. — Deux heures. Travaux pratiques : Acidité, son dosage. Dosage chlorométrique, méthode de MM. Hayem et Winter, par M. Taillandier.

4° *Jeudi 30 janv.* — Deux heures. Travaux pratiques : Etude des pièces anatomiques macroscopiques, par M. F. Moutier.

5° *Samedi 1er fév.* — Onze heures. Le transit stomacal; appréciation de ses troubles, par M. Laboulais. — Deux heures. Travaux pratiques : Variations de la concentration. Méthode de mesure du volume total du contenu gastrique (méthode Mathieu-Rémond); le transit stomacal, son appréciation, par M. Taillandier.

6° *Lundi 3 fév.* — Onze heures. Applications cliniques et thérapeutiques des notions ainsi obtenues, par M. J.-Ch. Roux. — Deux heures. Travaux pratiques : Transit stomacal (*suite*). Examen microscopique du contenu gastrique à jeun; recherche du sang, par M. Taillandier.

7° *Mardi 4 fév.* — Neuf heures 1/2. La digestion intestinale (physiologie), par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Produits de la digestion gastrique des matières albuminoïdes et des matières amylacées. Dosage de la pepsine et du lab-ferment, par M. Taillandier.

8° *Mercredi 5 fév.* — Onze heures. L'examen histologique des selles, par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Préparation du régime d'épreuve. Examen extérieur des selles, examen microscopique après trituration (mucus, tissus conjonctifs et musculaires, débris végétaux), par M. Goiffon.

9° *Jeudi 6 fév.* — Deux heures. Travaux pratiques : Etude des coupes histologiques intéressant les principales maladies de l'appareil digestif, par M. F. Moutier. — Chaque élève recevra une série de coupes comportant les types essentiels des affections de l'estomac et de l'intestin.

10° *Samedi 8 fév.* — Onze heures. L'examen clinique et biologique des selles, par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Examen microscopique des selles : fibres musculaires, amidon, cellules végétales, graisses neutres, acides gras, savons, levures, parasites, par M. Goiffon.

11° *Lundi 10 fév.* — Onze heures. La motricité intestinale, ses troubles, par M. Moutier. — Deux heures. Travaux pratiques : Matières fécales, examen chimique, réaction, pigments biliaires, stercobiline, sang. Epreuve de la fermentation (putréfactions intestinales), par M. Goiffon.

12° *Mardi 11 fév.* — Onze heures. La rectoscopie, par M. Friedel. Deux heures. Travaux pratiques : Examen complet des selles, par M. Goiffon.

13° *Mercredi 12 fév.* — Onze heures. L'application de la coprologie à la clinique, les grands syndromes coprologiques, par M. J.-Ch. Roux. — Deux heures. Travaux pratiques : Examen complet des selles, par M. Goiffon.

14° *Jeudi 13 fév.* — Deux heures. Travaux pratiques : Suite de l'étude des coupes histologiques, par M. F. Moutier.

15° *Samedi 15 fév.* — Onze heures. La rectoscopie, par M. Friedel. — Deux heures. Travaux pratiques : Examens rectoscopiques. Exercices pratiques ayant pour objet les applications du massage et de l'électricité, par M. Friedel.

16° *Lundi 17 fév.* — Onze heures. Le massage et l'électricité dans les affections du tube digestif, par M. Friedel. — Deux heures. Travaux pratiques : Exercices ayant pour objet la rectoscopie, le massage et les applications de l'électricité, par M. Friedel.

17° *Mardi 18 fév.* — Neuf heures 1/2. L'examen de l'urine, du sang et du sérum dans les maladies du tube digestif, par M. Moutier. — Deux heures. Travaux pratiques : Exercices ayant pour objet la rectoscopie, par M. Friedel.

18° *Mercredi 19 fév.* — Onze heures. Méthode d'exploration de l'œsophage, par M. Laboulais.

19° *Jeudi 20 fév.* — Deux heures. Travaux pratiques : Procédés d'examen du sang, par M. F. Moutier.

20° *Samedi 22 fév.* — Onze heures. Méthodes d'exploration radioscopique de l'estomac et de l'intestin, par M. Laboulais. — Deux heures. Travaux pratiques : Diagnostic hématologique du cancer : anémie, leucocytose, résistance globulaire, pouvoir antitryptique, par M. F. Moutier.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. DE BEURMANN. — *Conférences théoriques et pratiques.* — Une série de conférences théoriques et pratiques sur les affections cutanées et vénériennes est faite, depuis le lundi 6 janvier, par MM. de Beurmann, R. Sabouraud, Dominici, Mouneyrat, Louis Ramond, Eugène Regnauld, Grandchamp, Egger, Degrais, Pestel, Tanon, Cottin, Noiré, Philibert, Chenet, Jean Pellot, Larroque, Labourdette.

Les leçons ont lieu les lundi, jeudi et samedi de chaque semaine, de dix heures à onze heures dans la salle des conférences de l'hôpital, à côté du musée et de la bibliothèque.

Programme de la première quinzaine. — Les première et deuxième conférences ont eu lieu — ainsi que nous l'avons annoncé — les 6 et 9 janvier.

Troisième conférence, samedi, 11 janvier : La défense de la peau contre les microbes et son microbisme spontané, par M. Sabouraud.

Quatrième conférence, lundi, 13 janvier : Le pityriasis rosé de Gibert, par M. de Beurmann.

Cinquième conférence, jeudi, 16 janvier : La staphylococcie, par M. Sabouraud.

Sixième conférence, samedi, 18 janvier : Le zona, par M. Louis Ramond.

Les leçons ultérieures seront annoncées et affichées chaque semaine pour la quinzaine suivante.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Courses de Nice. Carnaval de Nice.* — Billets d'aller et retour, à prix réduits, délivrés jusqu'au 3 février 1913.

Paris à Cannes, 1re classe : 177 fr. 40; 2e classe : 127 fr. 75; Paris à Nice, 1re classe : 182 fr. 60 ; 2e classe : 131 fr. 50 ; Paris à Monaco-Monte-Carlo, 1re classe : 185 fr. 45 ; 2e classe : 133 fr. 55; Paris à Menton, 1re classe : 186 fr. 65; 2e classe : 134 fr. 40.

Validité : 20 jours à compter du départ (ou du dernier jour de la période d'émission si le voyage est commencé après cette période), prolongeable deux fois de dix jours moyennant un supplément chaque fois de 10 p. 100.

Deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

REVUE GÉNÉRALE

LA MÉNINGITE A PNEUMOCOQUES (1)

Par MM. ROGER VOISIN,
Ancien chef de clinique médicale infantile,

et HENRI STÉVENIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

V

Symptomatologie. — 1° MÉNINGITES PRIMITIVES. — On note assez souvent une analogie frappante dans l'évolution de la méningite à pneumocoques primitive avec celle de la pneumonie sauf en ce qui concerne la terminaison, presque toujours fatale dans la méningite. Le début est brusque, sans prodromes, chez un sujet en pleine santé. Il est parfois foudroyant comme chez le malade de Galliard (2) qui tomba sans connaissance au moment de prendre le train. Le plus souvent il se fait par un frisson violent, parfois unique. Chez les enfants, on note aussi des convulsions passagères. L'ascension thermique est rapide, les symptômes de réaction méningée, céphalée, vomissements, raideur de la nuque, très nets et très intenses.

Le début peut ressembler assez à celui de la pneumonie pour prêter à l'erreur. Ce fut le diagnostic de pneumonie que l'on fit tout d'abord pour le cas de méningite primitive de Chalier, Nové-Josserand et Mazet.

Le malade est le plus souvent apporté à l'hôpital dans le *coma*, ou dans un état semi-comateux.

La température reste en plateau. Comme dans la pneumonie, l'*herpès* apparaît assez souvent au sixième jour; la mort survient au bout de huit jours. C'est en somme, comme le fait remarquer Menetrier, exactement l'évolution de la pneumonie grave.

Ce n'est pas ainsi que procède d'ordinaire la méningite à méningocoques. Le début est beaucoup plus insidieux, progressif, les manifestations médullaires sont beaucoup plus marquées de prime abord que les réactions encéphaliques. L'intelligence peut être conservée et ce n'est qu'aux approches de la mort que le malade tombe dans le coma.

Si nous passons à l'analyse des symptômes, nous voyons que, à moins de coma survenant d'emblée, on peut observer au complet le syndrome méningé.

Les vomissements n'offrent rien de particulier, ils sont faciles, indolores, bilieux ou alimentaires, tels qu'ils se présentent dans les autres méningites. Ils appartiennent au début de l'affection.

La constipation est généralement prolongée, rebelle aux purgatifs.

La céphalée est intense, violente, diffuse, continue et paroxystique. Elle arrache des cris au malade. On ne l'observe qu'au début de la maladie, l'état de torpeur dans lequel est bientôt plongé le méningitique atténuant bientôt cette réaction.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 1, p. 5.

(2) GALLIARD. Méningite pneumococcique foudroyante sans pneumonie, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 mai 1899.

La contracture est en général très manifeste. Le signe de Kernig est constant. Parfois peu net au début, il devient plus évident à mesure que progresse l'affection. Achard et Grenet l'ont vu apparaître seulement huit jours après le début.

La raideur de la nuque est presque toujours très intense.

On note parfois également de la raideur des membres supérieurs.

Le réflexe contro-latéral de Brudzinski s'observe assez fréquemment dans la méningite à pneumocoques, mais moins souvent qu'au cours des autres méningites. Brudzinski donne la statistique suivante :

Méningite à pneumocoques.	50 p. 100	des cas.
Méningite séreuse.........	75 p. 100	—
Méningite cérébro-spinale..	81 p. 100	—
Méningite tuberculeuse....	52 p. 100	—

Les troubles oculaires sont assez fréquents; dilatation, inégalité pupillaire, paralysie de l'accommodation, nystagmus ont été signalés.

Dans quelques cas on a pu observer des paralysies en rapport avec le siège de l'exsudat. La plus fréquente est l'*hémiplégie;* on l'observe dans la méningite purulente (Lauth, Béhier, Richardière, Lépine), et dans la méningite séreuse [Mouisset et Lyonnet (1); Lesieur, Froment et Garin (2)]. Elle peut même survenir au cours de la pneumonie en l'absence de tout autre symptôme méningé.

Il en était ainsi dans les cas de Lesieur et Froment, rapportés l'un avec Garin, l'autre avec Conrozier (3). Seule la ponction lombaire permettait de constater la présence de pneumocoques dans le liquide céphalo-rachidien. Mêmes résultats dans un cas de quadriplégie observé par Gaujoux (4) chez un enfant de dix mois. Il est certainement difficile dans ces cas de décider si l'encéphalite ou la méningite constituent le fait primitif. Comby (5) considère l'encéphalite comme primitive, tandis que Lesieur estime que la pneumococcie méningée est le fait prédominant. Il est plus probable que l'infection frappe en même temps l'encéphale et ses enveloppes. Cette question de priorité n'a qu'une importance fort secondaire.

Les paralysies tronculaires sont très rares. Cependant dans les méningites d'origine otitique, la paralysie faciale a été constatée, en général du côté de l'otite et en rapport avec elle, mais parfois aussi du côté opposé.

Comme *troubles de la sensibilité*, l'hyperesthésie cutanée est assez souvent notée dans les observations.

(1) MOUISSET et LYONNET. Hémiplégie pneumonique. Œdème cérébral renfermant le pneumocoque, *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 27 oct. 1897.

(2) LESIEUR, FROMENT et GARIN. Hémiplégie pneumonique et pneumococcie méningée sans réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 19 nov. 1909.

(3) LESIEUR, FROMENT et CONROZIER. Un nouveau cas d'hémiplégie pneumonique avec pneumococcie méningée, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 23 janv. 1912.

(4) GAUJOUX. Quadriplégie infantile avec pneumococcie méningée, *Ann. de méd. et chir. inf.*, 1909.

(5) COMBY. L'encéphalite aiguë, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 nov. 1909.

Les *réflexes* peuvent être modifiés, les réflexes rotuliens sont exagérés, parfois au contraire abolis. Le réflexe de Babinski est variable.

La *fièvre* est élevée, avons-nous dit, atteint 39 à 40 degrés et s'y maintient avec de faibles rémissions matinales. Cependant Schlesinger signale que la fièvre peut avoir une courte durée et être moins intense que dans la méningite cérébro-spinale épidémique. Le pouls est en général assez ample, régulier, pas aussi rapide que ne le comporterait la température.

Suivant Schlesinger, l'herpès labial est habituel, au contraire l'herpès atypique est rare. Il n'est pas constant. Wiseman rapporte deux cas de méningite à pneumocoques dans lesquels il n'y a pas eu d'herpès.

Les *viscères* ne présentent en général rien d'anormal. Le cœur et le poumon sont indiqués comme normaux dans la plupart des observations.

Cependant parfois il se fait des foyers pulmonaires secondaires de bronchopneumonie.

L'examen du *sang* montre en général une leucocytose modérée avec polynucléose (19.000 globules blancs et 81 p. 100 de polynucléaires dans le cas d'Achard et Laubry); on a pu trouver le pneumocoque dans le sang par hémoculture (Chalier, Nové-Josserand et Mazet).

Du côté des *urines* on note souvent de l'albuminurie. Suivant Lœper et Gouraud (1), l'albuminurie serait aussi fréquente dans la méningite à pneumocoques qu'elle est rare dans la forme à méningocoques. Il y a parfois de la rétention d'urine.

Toute méningite évolue en deux stades : d'excitation puis de paralysie. Ce qui caractérise la méningite primitive à pneumocoques, c'est la brièveté, l'absence même parfois de la période d'excitation.

Rapidement s'installe la période de dépression. Le malade est plongé dans un demi-coma dont on arrive parfois à le tirer momentanément. On observe aussi de légères rémissions à la suite des ponctions lombaires, mais elles sont très passagères et le méningitique ne tarde pas à succomber.

2° MÉNINGITES SECONDAIRES. — Si ces dernières peuvent présenter le même aspect clinique que les méningites primitives, elles sont plus souvent latentes, ou tout au moins les symptômes de réaction méningée sont fréquemment masqués par l'affection causale.

Celle-ci est ordinairement une *pneumonie;* ou bien la pneumonie est encore en évolution au moment où apparaissent les signes de méningite (méningite parapneumonique), ou bien on a observé une défervescence franche, mais la température remonte et une nouvelle courbe thermique d'allure pneumonique se manifeste comme dans le cas de Rendu (méningite métapneumonique).

Il ne s'agit pas toujours d'une pneumonie classique; souvent il n'existe qu'une pneumopathie pneumococcique moins caractérisée comme une congestion pulmonaire.

(1) LŒPER et GOURAUD. Polyurie et éliminations urinaires dans la méningite cérébro-spinale, *Presse méd.*, 1er fév. 1909.

Il est souvent difficile, il l'était surtout plus autrefois, avant l'usage de la ponction lombaire de séparer ce qui est uniquement réaction méningée, si fréquente au cours de la pneumonie, de la véritable méningite. On sait que des réactions nerveuses excessives peuvent s'observer au cours de la pneumonie, particulièrement chez les enfants. On a signalé les convulsions, le trismus, la raideur de la nuque et des membres, l'inégalité pupillaire, du délire, etc. Tous ces accidents traduisent une réaction de l'encéphale à l'infection, mais souvent, heureusement, les méninges ne sont pas profondément altérées.

Suivant Jaccoud, au cours ou au déclin de la pneumonie, une ascension brusque de température, quand il n'existe pas d'autres lésions capables de l'expliquer, doit faire penser à la méningite. On peut aussi la craindre si le malade présente des vomissements répétés et se plaint d'une céphalée violente avec douleur de la nuque.

VI

Formes. — La méningite pneumococcique, tant primitive que secondaire, présente un certain nombre de formes cliniques.

Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, on peut avec Netter, reconnaître une forme méningitique, une forme apoplectique, une forme latente; on pourrait leur adjoindre une forme basilaire, rare.

La *forme méningitique* cérébro-spinale est celle que nous avons décrite à propos de la méningite primitive.

La *forme apoplectique* est remarquable par la brusquerie de son début.

Lauth (1), Netter (2), du Châtelet, Greenfield, Barth en avaient signalé des cas.

Dans le cas d'Hanot, un homme de soixante-deux ans, atteint d'une pneumonie de la base gauche, présente au douzième jour de l'agitation, puis du délire; au quinzième jour il fit une pneumonie droite et mourut le lendemain. La pie-mère était infiltrée de pus surtout sur la convexité et à gauche.

Mathieu signale dans son observation un délire intense et bruyant, sans phénomènes paralytiques.

Le malade, dont Menetrier (3) rapporte l'observation dans sa thèse, présenta au quatorzième jour d'une pneumonie en résolution une brusque perte de connaissance avec respiration bruyante et très fréquente (92 par minute), les membres d'un des côtés retombaient plus lourdement. Le lendemain il y avait une hémiplégie droite complète avec déviation de la tête et des yeux, insensibilité de la pupille, incontinence d'urines et des matières. La mort survint peu après. Ces symptômes qui simulaient complètement une lésion en foyer de l'encéphale ne s'accompagnaient pas d'altérations de la substance nerveuse. Il n'y avait que de la méningite suppurée.

(1) LAUTH. *Arch. de méd.*, 1886.
(2) NETTER. *Arch. de physiol.*, 1886.
(3) MENETRIER. *Grippe et pneumonie en 1886*, Th. de Paris, 1887.

Dans tous ces cas il existait une endocardite végétante.

Furet (1) a observé cette forme chez un jeune homme de seize ans à la suite d'une otite. Il est pris brusquement d'une céphalée intense, vomit, délire, et meurt le lendemain dans le coma.

Le malade de Stanculéanu et Depoutre âgé de vingt-sept ans, avait eu une otite un mois auparavant. Il tombe dès le début dans le coma, présente de la raideur de la nuque, l'attitude en chien de fusil, pas de Kernig, et meurt le lendemain.

La méningite peut être tout à fait *latente* et constituer seulement une surprise d'autopsie. Hanot (2) l'avait observée chez un homme de soixante-huit ans, mort au treizième jour d'une pneumonie du sommet gauche, sans autre phénomène d'ordre cérébral qu'un coma ultime. L'autopsie montrait une infiltration fibrino-purulente de la pie-mère.

Ces cas sont assez fréquents et on insiste particulièrement sur eux dans ces derniers temps.

Liebermeister a trouvé 4 fois sur 12 la forme latente; Mouisset et Nové-Josserand (3) en ont rapporté trois cas. Ils font remarquer que l'agitation, le délire, la stupeur, peuvent exister dans la pneumonie en dehors de la méningite, mais que la céphalée, les vomissements tardifs, une élévation plus grande de la température doivent attirer l'attention sur les centres nerveux.

La forme uniquement *basilaire* est exceptionnelle, mais la coexistence d'un exsudat à la base de l'encéphale donne lieu à un certain nombre de symptômes portant surtout sur l'appareil de la vision. Du côté des pupilles on note l'inégalité, la mydriase ou le myosis, l'absence de réaction à la lumière. Le nerf optique peut être congestionné, on signale la neurorétinite. Les nerfs moteurs de l'œil peuvent être lésés et on observe dans ce cas du strabisme en divers sens, le ptosis, le nystagmus.

Le pouls et la respiration sont modifiés. On note l'accélération, le ralentissement ou l'irrégularité des pulsations, le rythme de Cheyne-Stokes.

Lorsque l'inflammation prédomine dans les cavités cérébrales on pourrait observer la *forme ventriculaire* décrite par Merle (Th. 1910) que caractérise l'hydrocéphalie chez l'enfant, et chez l'adulte les signes d'hypertension intracranienne, en particulier la stase papillaire.

Formes d'après la rapidité d'évolution. — Il faut isoler une forme *foudroyante*. Dans l'observation de Guillain et Vincent, un homme de quarante-deux ans, au sixième jour d'une pneumonie, est pris brusquement de délire furieux, il se lève, court à la fenêtre, crie au voleur, à l'assassin, présente du signe de Kernig, tombe dans le coma et meurt vingt heures après. Le début rappelle le cas célèbre de Trousseau d'encéphalopathie rhumatismale.

Ce cas est comparable à celui de méningite primitive rapporté par Galliard dans lequel le malade en pleine santé apparente est tombé brusquement dans le coma et est mort en quelques heures.

Enfin d'après l'*âge* du sujet, il est nécessaire de dire deux mots de la méningite des nourrissons et de celle des vieillards.

La méningite à pneumocoques du nourrisson est assez rare, mais non exceptionnelle toutefois. Elle peut simuler le tétanos par la contracture généralisée comme dans le cas de Guinon et Vieillard (1). Elle est souvent caractérisée par des convulsions.

Chez le vieillard, la méningite représente une complication assez fréquente de la pneumonie, mais elle reste souvent latente, elle n'est parfois découverte qu'à l'autopsie.

Enfin, d'après la *variété anatomique*, il faut distinguer la méningite suppurée, cette forme nous a servi de type dans notre description, la méningite séreuse et les réactions encéphalo-méningées. Comme nous l'avons dit plus haut, nous n'entendons pas, sous ce nom, l'hydrocéphalie interne comme le font les auteurs allemands.

La méningite séreuse représente simplement une méningite dans laquelle la réaction locale est atténuée, un stade de l'infection des méninges qui peut s'arrêter sans aboutir à la purulence. Ces méningites séreuses sont toutes des méningites secondaires et s'observent surtout au cours des pneumonies ou des broncho-pneumonies.

Cliniquement, le tableau est à peu près celui de la méningite suppurée mais les traits en sont moins accusés; la contracture est moins intense, le coma moins profond, les paralysies exceptionnelles. Surtout l'on observe souvent d'un jour à l'autre des variabilités assez grandes dans le complexus symptomatique. Mais il faut bien le dire, seule la ponction lombaire permet avec certitude d'en établir l'existence.

Nous n'y insisterons pas, l'un de nous ayant déjà consacré dans cette *Gazette*, une revue générale à la pathogénie de ces accidents.

VII

Marche, durée, pronostic. — L'évolution des méningites à pneumocoques est ordinairement plus courte que celle des autres formes de méningite.

Le plus souvent elle est d'un à deux jours. Elle a pu évoluer en vingt heures. Elle peut cependant durer onze jours (Netter).

La marche est souvent cyclique, comparable à celle de la pneumonie. Il n'en est pas toujours ainsi et dans le cas d'Achard et Grenet (2) terminé par guérison, on observa des poussées fébriles irrégulières avec des recrudescences qui correspondaient à une augmentation des polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien.

La gravité est considérable, la terminaison est le plus souvent fatale, se faisant dans le coma.

(1) Furet. Méningite à pneumocoques d'origine otique, *Soc. franç. d'otol., de laryng. et de rhinol.*, mai 1906, in *Ann. des mal. de l'oreille*, juillet 1906.

(2) Hanot. *Arch. gén. de méd.*, 1886.

(3) Mouisset et Nové-Josserand. Méningite chez les pneumoniques, *Lyon méd.*, 1909, t. II.

(1) Guinon et Vieillard. Méningite cérébro-spinale à pneumocoques chez le nouveau-né, *Soc. de péd.*, 17 mars 1908.

(2) Achard et Grenet. Méningite pneumococcique terminée par guérison avec persistance d'une légère parésie brachiale, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 nov. 1902.

La statistique de Bernard, citée par Gauthier (1) est la suivante : méningites à pneumocoques, mortalité 75 p. 100, à méningocoques 21 p. 100, staphylocoques 91 p. 100, streptocoques 100 p. 100 (depuis on a rapporté plusieurs cas de guérison de méningites à streptocoques, Lentert-Schenke, Gruning, Schultze, Œttinger et Malloizel).

La guérison de la méningite à pneumocoques est donc possible. Netter cite le cas de Willich chez un garçon de cinq ans qui présentait de l'inégalité pupillaire et du strabisme, et celui d'Hensinger chez un garçon de trois ans qui eut de l'inégalité pupillaire, du strabisme, du Cheyne-Stokes et qui guérit cependant en quatre semaines.

Rendu (2), chez une fillette de cinq ans, vit apparaître après la défervescence d'une pneumonie des signes typiques de méningite, du Kernig, de la raideur de la nuque, de la dilatation pupillaire. Elle guérit complètement en sept jours, avec une défervescence qui se fit en deux jours. Mais dans tous ces cas la ponction lombaire n'avait pas été pratiquée, et la nature pneumococcique de l'affection, quoique probable, reste douteuse.

Il n'en est pas de même dans les cas suivants :

Devé (3) a observé un cas dans lequel la défervescence se fit le sixième jour, la ponction lombaire avait montré des diplocoques et pas d'éléments cellulaires. Cet auteur considère ce cas comme une pneumococcie méningée sans méningite.

Lesieur, Froment et Garin, ont vu également guérir une jeune fille de 16 ans, chez laquelle la ponction lombaire avait montré la présence de pneumocoques virulents sans éléments cellulaires. La malade avait eu une hémiplégie.

Il ne s'agissait pas dans ces deux cas de méningites franchement purulentes. Pourtant Schlesinger pense que la méningite à pneumocoques peut guérir même lorsqu'il y a de l'encéphalite associée.

Si le pronostic de la méningite suppurée à pneumocoques demeure des plus graves, il n'en est pas de même des formes non suppurées; et il est assez habituel d'observer la guérison des réactions encéphalo-méningées qui surviennent au cours des pneumonies; pourtant souvent l'apparition de tels accidents est l'indice d'une gravité particulière de l'infection causale, et le malade succombe parfois aux progrès de celle-ci.

La rareté de la guérison de la méningite à pneumocoques suppurée explique combien exceptionnellement il a été noté des *séquelles* de cette affection.

Cependant Netter pensait qu'elle pouvait passer à l'état chronique, et cite l'observation de Popoff dans laquelle persistaient des accès épileptiformes qui s'amendèrent ensuite; mais aucun autre fait n'est venu appuyer cette hypothèse.

(1) GAUTHIER. *Guérison et curabilité des méningites aiguës*, Th. de Lyon, 1908.

(2) RENDU. Pneumonie du sommet compliquée au huitième jour d'une méningite cérébro-spinale. Guérison, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 mai 1899.

(3) DÉVÉ. Pneumococcie méningée sans méningite au cours d'une pneumonie « conjugale ». Guérison, *Normandie méd.*, 1er mars 1909.

La malade d'Achard et Grenet, frappée d'hémiplégie au cours de la méningite, avait conservé une exagération des réflexes cubital et rotulien du côté lésé, la force étant moins considérable de ce côté.

Celle de Lesieur, Froment et Garin présentait encore, neuf mois après la guérison, une exagération du réflexe rotulien, un clonus léger du pied et de la rotule, de la diminution des forces du côté hémiplégié.

Enfin, on a attribué la sclérose en plaques survenant après la pneumonie à la conséquence d'une atteinte méningée.

Une localisation ventriculaire du pneumocoque peut enfin être la cause d'une hydrocéphalie chronique de l'enfance.

VIII

Liquide céphalo-rachidien. — Le liquide est ordinairement trouble et même purulent.

Il s'écoule avec une pression assez forte, mais il n'est pas rare, lorsque la purulence très marquée le rend visqueux, de ne le voir sourdre que goutte à goutte. A l'exsudat inflammatoire s'associent parfois de minimes hémorragies méningées, ce qui lui donne une coloration jaune.

La xanthochromie a été observée par Milian et Chiray [1] (1902), par Bard [2] (1903), par Mestrezat (1911). Le liquide est très riche en fibrine et le coagulum fibrineux se forme rapidement.

Pour Schlesinger (3) il formerait parfois de véritables membranes dans les stades avancés de la maladie.

Le liquide est riche en albumine, on a trouvé des chiffres allant de 2 grammes à 7 à 8 grammes et même dans un cas 11g60 [Mestrezat (4)].

Dans la méningite à méningocoques on trouve toujours un réticulum ou des flocons fibrineux en moins grande abondance que dans la méningite à pneumocoques. Par contre, les quantités d'albumine sont à peu près correspondantes.

Le chiffre des chlorures est le même que dans les autres méningites aiguës non tuberculeuses, c'est-à-dire diminué. On a trouvé les chiffres de 7g66 (Achard, Lœper, Laubry, 1901), 6g70 (Achard et Grenet), 6g17, 6g60, 6g35 (Nobécourt et Voisin, 1903), 6g84 (Voisin).

Les recherches faites sur l'urée sont peu nombreuses. Dans un cas récent, Lévy, Chalier et Nové-Josserand (5) ont trouvé une dose de 1g15.

Le *sucre* est diminué comme dans toutes les méningites aiguës. Comba (1899), Mestrezat, n'ont pas obtenu de réduction directe.

Le Δ est en moyenne de — 0°56; pour Mestrezat,

(1) MILIAN et CHIRAY. Xantochromie du liquide céphalo-rachidien au cours d'une méningite à pneumocoques, *Soc. anat.*, 6 juin 1902.

(2) BARD. *Semaine méd.*

(3) SCHLESINGER. *De la Méningite pneumonique et de son pronostic* (Vienne).

(4) MESTREZAT. *Le Liquide céphalo-rachidien normal et pathologique*, Th. de Montpellier, 1911.

(5) LÉVY, CHALIER et NOVÉ-JOSSERAND. Endocardite infectieuse et méningite cérébro-spinale à pneumocoques simulant l'urémie, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 6 fév. 1912, in *Lyon méd.*, 18 fév. 1912.

il serait généralement élevé, peut-être par suite de l'abondance du pus. Les chiffres constatés sont variables. On a obtenu : — 0°54, — 0°63 (Achard et Laubry, 1901), — 0°55, — 0°38, — 0°56 (Achard, Laubry et Grenet, 1902), — 0°59 (Widal, Sicard et Ravaut), — 0°50, — 0°44, — 0°52 (Voisin, 1903). Par contre dans un cas de Mestrezat, le Δ était à — 0°67. Cette élévation considérable du point cryoscopique est exceptionnel dans la méningite cérébro-spinale.

La densité est en moyenne de 1009 d'après les recherches déjà anciennes de Comba (1899).

La quantité des cendres n'est pas abaissée (Mestrezat).

En somme, le liquide céphalo-rachidien dans la méningite à pneumocoques ne se distingue pas essentiellement de celui de la méningite cérébro-spinale, si ce n'est peut-être par une tendance plus marquée à la purulence, à l'hyperalbumine et à la formation de fibrine.

Au *microscope* on constate des microbes et des éléments cellulaires. Ordinairement on observe à la fois des pneumocoques et des leucocytes.

Les pneumocoques ont parfois leurs caractères habituels un peu modifiés (voir plus haut) et il est nécessaire assez souvent d'avoir recours aux cultures et aux inoculations (à la souris, animal de choix) pour affirmer la nature de l'agent pathogène.

L'*examen cytologique* du culot montre, en règle générale, un grand nombre de polynucléaires plus ou moins altérés.

Mais cette formule cytologique n'est pas constante. Lafforgue (1), dans un article récent, en distingue quatre variétés : 1° la plus fréquente paraît être la polynucléose continue. Le fait serait peut-être à reviser pour l'auteur si l'on pratiquait des examens en série, précoces et tardifs.

2° Plus rarement, on observe uniquement de la lymphocytose, sans transformation ultérieure de la formule, comme dans les cas de Curlo, de Nobécourt et Voisin, de Lafforgue. (Il pourrait s'agir dans ces cas de réactions encéphalo-méningées et non de méningite suppurée.)

3° La lymphocytose, en effet, est ordinairement une réaction initiale, fugace, et elle est suivie de polynucléose.

Dans le cas rapporté par Lafforgue, la première ponction a fourni un liquide clair, sans tension augmentée, contenant des lymphocytes et pas de microbes, alors qu'une deuxième ponction montre un liquide louche à polynucléaires et où la pullulation microbienne était considérable.

On trouve quelques cas analogues rapportés dans la thèse de l'un de nous. L'observation de Triboulet, Ribadeau-Dumas et Ménard (2) est également comparable.

4° Il peut enfin y avoir *absence de réaction leucocytaire*.

L'absence, ou le peu d'intensité de la réaction cellulaire, contrastent souvent avec l'abondance parfois considérable du pneumocoque.

Ce caractère n'est pas spécial à la méningite à pneumocoques, mais a été observé le plus souvent dans cette forme de méningite. Menetrier et Aubertin ont signalé le fait pour la première fois en 1902.

Dans un cas de méningite primitive à pneumocoques, le liquide céphalo-rachidien contenait un grand nombre de microbes et de très rares éléments cellulaires qui étaient en majorité des polynucléaires.

Le même fait a été constaté en 1904 par Achard et Ramond (1). La ponction avait été faite quelques heures avant la mort Guillemot et Ribadeau-Dumas, plus de vingt-quatre heures avant la mort, retirent un liquide trouble, sans grumeaux, très albumineux, de teinte légèrement jaunâtre. L'agitation montrait des ondes soyeuses dans le tube. Ce liquide fourmillait de diplocoques prenant le Gram, alors que les éléments cellulaires, des polynucléaires pour la plupart, étaient extrêmement rares.

Des faits semblables sont rapportés par Dopter, absence complète de leucocytose dans un liquide ambré, alors que du pneumocoque était décelé par l'ensemencement, la seconde ponction par contre montrait une polynucléose abondante; par Castaigne et Debré (2) deux cas, par Méry et Parturier, par Triboulet, Ribadeau-Dumas et Ménard, Lesieur, Froment et Garin (3), Guillain et Clovis Vincent, Lafforgue.

La pathogénie de cette anomalie du liquide céphalo-rachidien est encore discutée.

On pourrait considérer cet envahissement du liquide cérébro-spinal comme une pénétration agonique, mais cette explication ne saurait s'appliquer aux faits dans lesquels l'envahissement microbien sans réaction méningée a précédé de beaucoup la mort et a même été suivie ultérieurement d'une réaction méningée marquée comme dans les cas de Dopter et de Triboulet, Ribadeau-Dumas et Ménard.

Pour Achard et Ramond, ce phénomène est dû à la sidération des défenses de l'organisme, l'infection développée au niveau de l'encéphale ayant envahi brusquement les méninges rachidiennes. L'hypervirulence du microbe paralyse la défense cellulaire, par suite de phénomènes de chimiotaxie négative.

Dans d'autres cas (Guillain et Vincent) on pourrait admettre qu'avant l'exode des polynucléaires, il se fait une réaction défensive *in situ*, et que l'absence d'éléments cellulaires découle uniquement de la rapidité de l'évolution de l'affection.

Castaigne et Debré admettent la possibilité de la sidération dans certains cas, mais pensent que dans d'autres il s'agit d'absence de virulence. Le pneumocoque ne déterminerait pas de réaction du

(1) LAFFORGUE. La formule leucocytaire de la pneumococcie méningée, *Province méd.*, 18 nov. 1911.

(2) TRIBOULET, RIBADEAU-DUMAS et MÉNARD. Méningite à pneumocoques mortelle. Variations de la formule leucocytaire, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 nov. 1908.

(1) ACHARD et RAMOND. Méningite pneumococcique à forme foudroyante. Richesse microbienne et pauvreté cellulaire du liquide, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 13 nov. 1908.

(2) CASTAIGNE et DEBRÉ. Méningite très riche en pneumocoques et sans réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 nov. 1908.

(3) LESIEUR, FROMENT et GARIN. Hémiplégie pneumonique et pneumococcie méningée sans réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 nov. 1909.

liquide céphalo-rachidien, agirait comme un corps inerte. Dans un cas rapporté par ces auteurs, à l'autopsie il n'y avait ni leucocytes sédimentés, ni exsudat fibrineux épais qui aurait pu englober ces éléments.

Widal estime qu'il est difficile que, en raison de la facilité des réactions leucocytaires, la présence des microbes ne détermine pas un appel de globules blancs. Il fait remarquer que la sensibilité des méninges est telle, qu'il suffit qu'une solution aseptique injectée dans le canal rachidien ne soit pas à l'isotonie pour troubler le liquide céphalo-rachidien souvent jusqu'à la purulence. Il invoquerait plutôt un phénomène de sédimentation des leucocytes, l'englobement de ces éléments par le caillot de fibrine qui se forme.

Il semble en effet que si cette interprétation ne puisse s'appliquer à tous les faits, elle en comprenne au moins la majorité, et que l'absence d'éléments cellulaires tient à ce fait qu'ils restent englobés dans la fibrine qui agit en se coagulant comme l'albumine du blanc d'œuf dans le collage des vins. On comprend pourquoi cette absence de réaction leucocytaire est surtout fréquente dans les méningites à pneumocoques, car c'est dans cette affection que l'on constate la présence de la plus grande quantité de fibrine. Un cas récemment rapporté par Lafforgue vient encore appuyer cette hypothèse.

Deux ponctions avaient été pratiquées à peu de distance l'une de l'autre, à huit et à onze heures du matin. La première montra un liquide très fibrineux, à polynucléaires. Le liquide de la deuxième ne contenait presque pas de fibrine et très peu de leucocytes.

A côté de ces faits à microbes abondants il en est d'autres où ceux-ci sont rares, au sein d'un liquide clair sans réaction cellulaire. Certains auteurs ne qualifient pas ces faits du nom de méningite.

Dans un cas d'Etienne (1) dénommé méningisme il y avait de la contracture de la nuque, du tronc et des membres; un liquide clair, obtenu aussitôt après la mort, contenait du pneumocoque. L'autopsie aurait montré l'intégrité des méninges. Mais la formule leucocytaire n'a pas été étudiée et l'examen histologique n'a pas été pratiqué. Il est difficile de parler ici de méningisme, des lésions minimes ayant pu passer inaperçues.

Devé considère également comme pneumococcie méningée sans méningite un cas dans lequel il y avait du Kernig, de la céphalée, de la raideur de la nuque, de la dilatation pupillaire, la raie méningitique. La ponction lombaire montrait une légère hypertension, un liquide absolument limpide, sans culot, avec de très rares leucocytes (polynucléaires ou mononucléaires) mais des diplocoques lancéolés. Le sixième jour il se fit une défervescence et le malade guérit. Il nous semble plus logique de considérer ce cas comme relevant d'une *méningite atténuée*.

(1) ETIENNE. Méningisme cérébro-spinal au cours d'une broncho-pneumonie, *Soc. de méd. de Nancy*, 21 avril 1909, in *Revue méd. de l'Est*, 1909.

Hamenway rapporte d'après Wiseman un cas de pneumonie lobaire avec symptômes méningés et hypertension du liquide céphalo-rachidien resté clair. Deux ponctions lombaires avaient fourni du pneumocoque que l'on put obtenir en culture pure. Au moment de la crise les symptômes nerveux disparurent et l'enfant guérit complètement. Wiseman admet dans ce cas la possibilité d'une méningite séreuse.

C'est la conclusion que nous adoptons, il s'agit pour nous, dans tous ces cas, de méningites pneumococciques vraies. Tout à fait exceptionnellement enfin, la ponction lombaire ne donne *aucun résultat*, ni au point de vue cytologique, ni au point de vue microbien. S'il ne s'agit pas de réaction encéphalo-méningée, c'est que la méningite est purement crânienne.

Il en était ainsi dans le cas d'Achard et Laubry, l'absence de réaction du liquide céphalo-rachidien était due probablement à des adhérences interrompant la communication entre les deux cavités crâniennes et rachidiennes.

Comme autre caractère du liquide signalons, d'après Vincent (1), le *précipito-diagnostic;* il serait applicable à la méningite à pneumocoques et pourrait être utilisé pour sa différenciation d'avec la méningite à méningocoques.

Le précipito-diagnostic est toujours négatif avec le sérum antiméningococcique de Flexner [Vincent et Bellot (2), Collignon et Pillod (3)]. Par contre il a été positif à deux reprises avec le sérum antipneumococcique de Kolle.

IX

Diagnostic. — Un sujet est pris brusquement de frissons, de céphalée, présente une fièvre élevée. L'examen montre de la raideur de la nuque, du Kernig. On pense à une méningite aiguë. Peut-on aller plus loin et diagnostiquer d'emblée une méningite à pneumocoques? Nous ne le pensons pas. Tant que le liquide céphalo-rachidien n'a pas été examiné il faut rester sur la réserve. Cependant, la brusquerie du début qui ressemble souvent beaucoup à celui d'une pneumonie, la rapidité de l'évolution, l'apparition précoce du coma doivent faire craindre cette variété de méningite. La méningite à méningocoques ne présente pas en général une évolution aussi rapidement progressive; si les phénomènes de contracture sont très marqués, les fonctions cérébrales ne sont touchées que plus tardivement.

L'albuminurie, habituelle dans la méningite à pneumocoques, exceptionnelle dans la forme à méningocoques, doit être également recherchée.

Mais l'examen clinique doit être complété par la ponction lombaire, car seul l'examen du liquide céphalo-rachidien permettra un diagnostic certain.

(1) VINCENT. *C. r. de la Soc. de biol.*, 15 mai 1909.

(2) VINCENT et BELLOT. Diagnostic de la méningite cérébro-spinale à méningocoques par le précipito-diagnostic, *Bull. de l'Acad. de méd.*, mars 1909.

(3) COLLIGNON et PILLOD. La précipito-réaction de la méningite cérébro-spinale. La valeur diagnostique, *Presse méd.*, 13 sept. 1911.

Suivant que la méningite est secondaire à la pneumonie, à une otite, à un traumatisme, ou bien qu'elle est primitive, on peut hésiter entre différents diagnostics.

1° LORSQU'IL Y A PNEUMONIE, il ne suffit pas pour que l'on puisse affirmer la méningite qu'il existe de l'agitation, du délire, de la céphalée, car ces symptômes peuvent exister dans la pneumonie sans lésions de méningite.

La valeur diagnostique du signe de Kernig est très grande, mais il n'apparaît pas toujours très précocement, il a pu ne se montrer que le huitième jour. D'ailleurs il peut exister dans la pneumonie en l'absence de réaction méningée; car, ainsi que l'ont montré P. Sainton et Roger Voisin (1), c'est une réaction du cortex, manifestation de lésions des cellules pyramidales.

Comme les symptômes de méningite sont des symptômes d'emprunt qui trahissent la souffrance de l'encéphale sous-jacent, il est difficile de séparer de la méningite l'inflammation aiguë du cerveau, l'encéphalite. D'ailleurs, si on lit les différents travaux qu'a suscités cette question, on se rendra compte que les auteurs ne sont pas d'accord sur ce qu'il faut entendre par ce terme. L'encéphalite doit-elle englober les faits précédemment connus sous le nom de méningisme? Doit-elle seulement comprendre les faits dits d'encéphalite hémorragique? Etc.

Sans insister davantage, qu'il nous suffise de constater que le seul critérium clinique de l'encéphalite est l'intégrité du liquide retiré par ponction lombaire, alors que le tableau clinique est celui de la méningite [Mollard et Dufourt (2)]. Signalons que cette intégrité du liquide est controuvée par Rispal et de Verbizier (3) qui estiment que l'encéphalite s'accompagne de réaction méningée.

Les *réactions cérébrales* ou méningées qui accompagnent souvent la pneumonie, surtout chez l'enfant, ne peuvent être distinguées au début d'une méningite suppurée.

Plus tard, l'évolution différente lèverait les doutes. C'est l'examen du liquide céphalo-rachidien qui permet d'affirmer qu'il ne s'agit en l'occurrence que d'une lésion moins grave des méninges et de l'encéphale.

D'autre part, la réaction méningée est parfois si faible dans la pneumonie, surtout chez les vieillards, qu'elle peut être méconnue et constituer une surprise d'autopsie ou se révéler seulement par l'hémiplégie qui, nous l'avons vu, est assez souvent en rapport avec l'évolution d'une méningite. Chez le vieillard, pour peu que l'on observe un peu de raideur et des phénomènes cérébraux un peu marqués, il ne faut pas hésiter à pratiquer la ponction lombaire.

La notion de pneumonie antérieure n'est pas suffisante pour que l'on puisse affirmer que la complication méningée est due au même germe. Chartier (1) rapporte dans sa thèse un cas dans lequel une pneumonie fut suivie de méningite à méningocoques. L'un et l'autre germe furent identifiés par ponction pulmonaire et ponction du rachis.

Enfin, une pneumonie caséeuse avec granulie peut simuler une pneumonie avec méningite à pneumocoques.

2° Les *méningites consécutives à l'otite* (2) soulèvent d'autres diagnostics :

Un *abcès extradural*.

Une *thrombo-phlébite des sinus*. Celle-ci donne lieu à un frisson violent, une fièvre élevée à grandes oscillations thermiques, souvent des sueurs abondantes. On peut sentir parfois un cordon induré au niveau de la jugulaire. La raideur de la nuque peut s'observer, mais le Kernig et les vomissements sont l'exception.

L'*abcès du cerveau*. Dans les deux affections on peut observer la céphalée, les vomissements, la névrite optique. La constipation, l'inégalité pupillaire sont rares dans l'abcès du cerveau. Cette affection ne donne guère une température très élevée comme la méningite.

Le *méningisme* au cours des otites a été étudié par Chevalier Jackson. On observe des signes d'éréthisme, plutôt que de dépression. L'examen opthalmoscopique donne des résultats négatifs.

3° Une méningite à pneumocoque *primitive* ou à foyer d'origine cryptogénétique pourra être confondue, si le début se fait brusquement avec coma d'emblée, avec toutes les affections qui peuvent produire le *coma* : coma urémique, coma diabétique, apoplexie cérébrale, hémorragie méningée. Les symptômes concomitants lèveront facilement les doutes dans la plupart des cas.

Notons cependant que dans deux cas, celui de Crouzon (3) et celui de Lévy, Chalier et Nové-Josserand, le diagnostic d'urémie avait été fait. Dans le cas de Crouzon, il s'agissait d'une méningite séreuse compliquée de néphrite aiguë; dans le cas de Lévy, Chalier et Nové-Josserand (4), la respiration de Cheyne-Stokes, le myosis, l'hypertrophie cardiaque et l'albumine avaient fait penser à l'urémie. Mais la raideur de la colonne vertébrale et le Kernig firent reconnaître la méningite que confirmèrent les résultats de la ponction lombaire.

D'ailleurs, il existait une forte quantité d'urée dans le liquide céphalo-rachidien (1g15). On avait cru qu'il s'agissait d'éclampsie dans un cas de méningite précoce au cours d'une néphrite scarlatineuse observée par le professeur Hutinel.

La *méningite tuberculeuse*, surtout dans la forme de l'adulte qui peut être d'emblée comateuse, prête parfois à l'erreur. Mais la fièvre se maintient rarement aussi élevée, les phénomènes de paralysie de

(1) P. SAINTON et Roger VOISIN. Le signe de Kernig d'origine cérébrale, *Congrès franç. de méd.*, oct. 1907, et *Tribune méd.*, 1907.

(2) MOLLARD et DUFOURT. De l'encéphalite aiguë au cours de la pneumonie, *Lyon méd.*, 7 mai 1911.

(3) RISPAL et DE VERBIZIER. Encéphalite aiguë hémorragique et pneumococcémie, *Province méd.*, 1909.

(1) CHARTIER. *L'encéphalite aiguë non suppurée*, Th. de Paris, 1907.

(2) Cf. LERMOYEZ. Le diagnostic de la méningite aiguë otogène, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, avril 1909.

(3) CROUZON. *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1906.

(4) LÉVY, CHALIER et NOVÉ-JOSSERAND. *Lyon méd.*, 1912.

nerfs craniens sont plus précoces et plus fréquents; la ponction lombaire montre un liquide clair avec lymphocytose et bacilles de Koch.

Il est plus difficile de reconnaître les *diverses méningites aiguës* à streptocoques, à bacille de Pfeiffer, etc.

Dans la *méningite à méningocoques*, la chute dans le coma est beaucoup plus tardive, les phénomènes de contracture paraissent tout d'abord plus marqués et ce n'est que tardivement, et en l'absence de traitement, que se manifestent du ptosis, des paralysies diverses et du coma. Mais en somme, il s'agit de nuances et les cas frustes ne sont pas rares.

Dunn, résumant dans un tableau comparatif, les symptômes dans 142 cas de méningites dues à cinq groupes d'organismes, bacille tuberculeux, méningocoque, pneumocoque, streptocoque, bacille de l'influenza, montre qu'il est impossible de différencier les différentes formes seulement par les signes cliniques. Il rappelle les différentes erreurs de diagnostic que l'on peut faire et conclut que chaque signe considéré comme caractéristique de la méningite cérébro-spinale peut apparaître dans d'autres conditions pathologiques. C'est là aussi notre conclusion.

En présence des signes de réaction méningée, on peut souvent établir un diagnostic de probabilité sur la nature des accidents, mais seule, la ponction lombaire, opération inoffensive, permettra de l'affirmer.

X

Traitement. — Le traitement a peu de succès. Il ne comporte aucune indication bien particulière. L'urotropine à forte dose a été recommandée. La ponction lombaire soulage le malade lorsqu'il existe de l'hypertension. Les bains chauds seront toujours ordonnés.

L'injection intrarachidienne d'argent colloïdal n'a pas donné des résultats très satisfaisants.

Menetrier et Mallet (1) ont montré à propos d'un cas de méningite à méningocoques le peu de diffusion de cet agent injecté dans le cul-de-sac dural. On ne peut guère compter sur son action.

Etant donnée la grande efficacité du sérum antiméningococcique injecté dans le canal rachidien on a pu penser à une action analogue du sérum antipneumococcique introduit par la même voie.

Dunn l'a essayé dans trois cas, mais il n'en a pas observé d'effets satisfaisants, il s'agissait, il est vrai, de sujets moribonds. C'est dans cette voie que doivent être dirigées les recherches.

(1) Menetrier et Mallet. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 4 déc. 1908.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

MÉDECINE PRATIQUE

L'ACTION DIURÉTIQUE DE L'OIGNON LE VIN D'OIGNON

On connaît les vertus diurétiques et laxatives de l'oignon cru. Dès qu'il est cuit, l'oignon, tout en conservant ses propriétés laxatives, semble perdre son action diurétique. Cette action serait due au groupe des principes volatils qui constituent l'essence et qui disparaissent par la cuisson.

En faisant ces remarques dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, M. Carles ajoute que, cette essence manquant complètement dans l'extrait d'oignon et ne passant qu'en partie dans le suc, il n'est pas rationnel d'associer l'extrait du suc au bulbe contre l'hydropisie.

L'essence, dont on connaît l'action sur les glandes lacrymales, ne déterminerait-elle pas, même à faible dose, sur le rein des effets comparables? N'aurait-elle pas dans le tube digestif des propriétés antiseptiques? On sait que l'adjonction de pulpe d'oignon cru à du moût de raisin arrête la fermentation.

M. Carles donne ensuite la formule d'un vin d'oignons qui pourra rendre service aux praticiens.

Sa composition est la suivante :

Oignon mûr et cru ordinaire	200 grammes.
Miel blanc liquide..............	100 —
Vin blanc q. s., soit environ....	700 —

50 grammes de vin contiennent 10 grammes d'oignon.

UN PROCÉDÉ SIMPLE POUR ARRÊTER LES ÉPISTAXIS

M. le médecin-major Pech indique dans le *Bulletin médical* (29 décembre 1912) un procédé bien simple pour arrêter les épistaxis. Il est également très efficace et d'une innocuité absolue et mérite d'être signalé.

« Le saignement de nez, dit l'auteur, se produit lorsque, sous l'action d'une congestion trop intense de la muqueuse pituitaire, une des artérioles de la cloison médiane vient à se rompre. L'indication thérapeutique sera donc la suivante : abaisser la tension artérielle pour que cesse l'éréthisme vasculaire et que, sous l'influence favorisante de l'oxygène de l'air, le caillot obturateur puisse se former. Comment abaisser cette tension ?

A n'en pas douter le moyen le plus simple est de faire le vide dans la tête. Les inspirations normales ne peuvent pas être suffisantes puisqu'elles n'abaissent cette pression que de 3 millimètres à l'orifice des veines caves. Il faut donc imaginer autre chose. Un raisonnement bien simple va nous donner la clef du problème.

Plus l'orifice d'entrée de l'air dans la poitrine sera étroit, plus il faudra faire effort pour aspirer l'air et plus aussi il conviendra de prolonger l'inspiration pour gonfler le thorax au maximum. Quoi de plus simple, dès lors, pour le patient, que de comprimer latéralement avec l'index *la narine par laquelle il ne s'écoule pas de sang?* Ce mouvement va tout d'abord obturer cette voie d'entrée de l'air, puis, la cloison médiane du nez se rapprochant de la paroi du lobule de la narine opposée, s'adossera à elle et réduira à une simple fente l'orifice par lequel l'air ne pourra entrer désormais que sous l'action d'une aspiration forcée. L'inspiration doit durer de cinq à huit secondes, bouche close. Elle est suivie immédiatement d'une expiration brève *par la bouche*; les inspirations se poursuivent quelques instants encore en *appelant toujours l'air par la narine qui saigne, et en le rejetant à bloc par la bouche*. Ces inspirations doivent être faites debout et tête droite. Deux ou trois suffisent généralement pour que le sang cesse de couler. ....

Il convient d'éviter de se moucher pour ne pas détacher le caillot qui s'est formé. L'ischémie cérébrale que l'on produit par ce moyen est si complète que si on prolonge au delà de toute nécessité ces inspirations forcées, on vacille pris d'éblouissements. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1913)

Mégacolon. — M. PICQUÉ lit un rapport sur deux observations de mégacolon présentées l'une par M. Pierre DUVAL, l'autre par M. GRÉGOIRE. Dans les deux cas il s'agissait d'ectasies primitives, la radiographie n'ayant pas montré de rétrécissement. L'une des malades présenta des crises d'occlusion et l'on fut obligé de pratiquer une cæcostomie d'urgence. Dans les 2 cas l'opération pratiquée fut l'extirpation de l'intestin ectasié : l'S iliaque dans le cas de Grégoire, tout le gros intestin dans le cas de Duval. Les deux malades guérirent.

M. Picqué montre que la cæcostomie pratiquée autrefois dans ces cas n'est que palliative et que le traitement curateur est soit l'entéro-anastomose avec exclusion, soit l'entérectomie.

L'entéro-anastomose est préféré par certains auteurs (Gayet et Patel, Tuffier) qui reprochent à la colectomie sa mortalité élevée. Par contre l'anastomose peut être insuffisante (Pauchet) et on peut voir les matières s'accumuler dans le cul-de-sac qui persiste.

M. Pierre Duval dans plusieurs mémoires successifs a défendu l'entérectomie qui est rigoureusement curative quand elle s'étend à tout l'intestin dilaté et M. Picqué défend cette opinion. Il reste à établir s'il est préférable de l'exécuter en un temps comme l'ont fait Duval et Grégoire, et s'il convient de l'exécuter en plusieurs temps.

M. TUFFIER apporte un argument en faveur de la colectomie. Le malade qu'il avait opéré par entéro-anastomose avec rétrécissement de l'intestin au-dessus et au-dessous de la bouche, a présenté à nouveau des accidents et la colectomie, pratiquée trop tard, a été suivie de la mort du malade.

M. MORESTIN pense aussi que l'exérèse est l'opération de choix, mais elle n'est pas toujours possible. Dans un cas où la dilatation allait jusqu'à l'anus, il a pratiqué l'iléo-rectostomie, et le malade a très bien guéri. Il rappelle les troubles mentaux parfois graves qu'on peut observer chez ces malades comme chez tous ceux qui présentent de la stase intestinale.

I. Anévrisme de l'arcade palmaire superficielle à la suite d'un traumatisme sans plaie. — II. Un cas de kyste de l'ovaire avec formation d'une suppuration entre le gros intestin et le kyste. — M. ROBINEAU présente un rapport sur deux observations du docteur RASTOUIL (de la Rochelle).

I. A la suite d'une chute sur la paume de la main, un ouvrier présente huit jours après des battements, et un mois après une tumeur de la paume de la main présentant tous les caractères de l'anévrisme artériel. Le docteur Rastouil pratique la compression de l'artère cubitale qui amène la cessation des battements par oblitération, puis l'extirpation de l'anévrisme. L'examen histologique de la pièce a été fait par M. Sabrazès. Sur l'anévrisme artériel oblitéré, on trouve une petite artériole de 1 millimètre de diamètre avec un caillot ancien. MM. Rastouil et Sabrazès pensent qu'il s'agit peut-être de l'artère nourricière de la cubitale dont l'oblitération primitive aurait entraîné la formation secondaire de l'anévrisme. M. Robineau ne pense pas que les vasa vasorum puissent avoir ces dimensions et rejette cette pathogénie.

II. Le cas est intéressant car le contenu du kyste n'était pas suppuré. Les phénomènes de suppuration intrapéritonéale débutèrent brusquement à la suite de l'administration d'une purgation pour préparer la malade à l'ablation du kyste. Il semble bien que l'infection soit donc d'origine intestinale et en rapport avec la purgation.

Etude sur quelques types rares de fractures du cou-de-pied. — M. CHAPUT. Dans un premier type il s'agit de cas de fractures marginales postérieures de la malléole externe se traduisant par un aspect radiographique singulier : de face la malléole péronière paraît « soufflée » et il n'y a pas de bascule du fragment externe. De profil on voit un fragment tibial postérieur, et en plus de la tige péronière, un gros fragment péronier postérieur. Ceci explique les cas de pièces anciennes de très grosses malléoles externes.

Le deuxième type comprend les fractures marginales internes du tibia, soit immédiatement au-dessus de la malléole, soit plus haut encore. Le trait de fracture descend jusque dans l'articulation, d'où l'ostéo-arthrite et les raideurs consécutives.

Le troisième type constitue la *fracture du bord postérieur de l'astragale* ou os trigone.

M. SOULIGOUX rappelle que le deuxième type décrit par M. Chaput n'est pas très rare et rentre dans les fractures bimalléolaires par adduction.

M. BROCA montre un cas de fracture marginale postérieure du tibia chez l'enfant. Ici le trait de fracture s'est arrêté au cartilage de conjugaison. On peut se demander chez l'adulte s'il y a écrasement du tibia de bas en haut, ou arrachement par des ligaments. Ici la seule explication possible est l'arrachement.

M. SOULIGOUX souligne l'importance de cet argument, pour défendre la théorie des chirurgiens parisiens qui admettent l'arrachement dans la fracture marginale postérieure du tibia.

Présentation de malades et de pièces. — M. MORESTIN présente une série de malades ayant subi des opérations de chirurgie autoplastique d'un très grand intérêt.

1° Un cas de **palmure cicatricielle multiple des deux mains** suite de brûlure, où il a employé avec succès son procédé de cure de la syndactylie congénitale : séparation des doigts, couverture du fond de l'espace interdigital avec des petits lambeaux imbriqués, tandis que les surfaces cruentées latérales se recouvrent par deuxième intention.

2° Chez un malade présentant un **épithélioma développé sur une cicatrice circulaire** au niveau du coude. Après ablation de la tumeur, M. Morestin a pu affronter en mettant le bras en flexion extrême, la partie supérieure de l'incision à la partie inférieure par une mobilisation énergique; en quelques semaines le malade a pu allonger son bras, il s'est fait une autoplastie par glissement spontané de la peau du bras.

3° Dans un cas de **difformité congénitale du nez**, avec fissure médiane du nez, de la lèvre, M. Morestin a refait un nez avec lambeau frontal contenant des cartilages costaux inclus, et refait la sous-cloison avec les débris du nez.

4° Un cas d'**ensellure du nez** d'origine spécifique redressé par inclusion d'un cartilage costal.

5° Un **épithélioma de la face** au niveau de la région sous-orbitaire, opéré avec une autoplastie à deux lambeaux.

6° Un **mélanome de la paupière inférieure** avec réfection de la paupière par un lambeau frontal.

7° Un malade qui avait été opéré pour un **épithélioma de la joue**, récidive ayant envahi la joue, le maxillaire inférieur, les deux lèvres, et les ganglions du cou après extirpation en deux temps. On transpose la joue droite à la place de la gauche. On complète la confection d'un rideau avec la muqueuse du plancher de la bouche et de la langue, la peau des régions sus-hyoïdienne, parotidienne, et temporale. Un ori-

fice buccal nouveau est taillé au milieu du rideau. Le malade n'a pas récidivé depuis un an, il peut parler, manger, mastiquer.

8° Une **rétraction cicatricielle du pouce**, suite de phlegmon des gaines incisé, où la libération de la cicatrice a été obtenue, ainsi que l'enraidissement de l'articulation phalangienne. Le pouce, raide, présente des mouvements d'opposition par les muscles thénariens.

M. Bazy présente une **pièce de tuberculose rénale** ayant débuté, il y a seulement trois mois, par une hématurie brusque.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE

Favoriser l'évolution scléreuse des lésions et le retour des forces par l'emploi de la Ternose, granulé recalcifiant dont on prescrira une cuillerée à chaque repas.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Policlinico. — (Déc. 1912, fac. 12.) *Section médicale*. E. Cavazzani et G. Avite : Action antifermentative de l'acide sulfocyanique vis-à-vis de la pepsine. — Émile Giani : La valeur de l'épreuve du glycyl-tryptophane pour le diagnostic du carcinome gastrique. — F. Ghilarducci et E. Milani : Action biologique et curative des substances fluorescentes associées aux rayons X.

Riforma medica. — (N° 45, 9 nov. 1912.) Domenico Pane : Antagonisme entre microorganismes isolés des fèces et le vibrion de Koch. Virulence du vibrion de Koch isolé chez des porteurs. — M. Dardanelli : Considérations anatomo-pathologiques et contribution clinique à l'étude des sarcomes de l'épaule opérés par résection totale et subtotale. — (N° 46, 16 nov.) P. F. Zuccola : La nature de la réaction de Cammidge. — A. Dellepiane : Recherches pour contribuer à l'étude pathogénique de l'épilepsie. — C. D. Martelli : Sur les mitochondres des cellules du blastème. — (N° 47, 23 nov.) Luigi Ferrannini : Recherches expérimentales sur l'action du salvarsan. — Giuseppe Lucibelli : L'action de l'iode sur le système vasculaire. — (N° 48, 30 nov.) Luigi Ferrannini : Recherches expérimentales sur l'action du salvarsan. — A. Petrone : A propos de sept cas d'anémie par leishmaniose. — C. Barille : Modification à la technique des greffes nerveuses. — (N° 49, 7 déc.) Domenico de Sandro et Quintino Torelli : Comment se comportent les opsonines et les agglutinines chez les animaux châtrés ou inoculés avec des extraits testiculaires. — F. Zuccola : Influence du pancréas sur la digestion et l'absorption des graisses. — G. Boeri : La rééducation physique. — G. Franchini : Leishmaniose et moustiques. Nouvelles expériences au moyen de moustiques et de parasites spléniques. — (N° 50, 14 déc.) Luigi Fornaca et Riccardo Lanza : L'huile camphrée par la voie hypodermique. — F. Putzu : Un cas de sarcome de la mamelle chez l'homme. — J. Bandi : Contribution à l'étude de la bilharziose veineuse. — (N° 51, 21 déc.) J. Tansini : Considérations sur la chirurgie gastro-intestinale contemporaine, au point de vue des indications fournies par la médecine interne. — F. Giugni : La détermination radioscopique de la région pylorique au moyen de la sonde duodénale. — M. Abetti : Les hémorragies périrénales spontanées.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 JANVIER 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 21 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 22 janvier, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral).

3e (oral, 2e partie).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec.*

5e (2e partie), *Laënnec.*

Jeudi 23 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

2e (1re et 2e séries).

3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie).

4e.

Vendredi 24 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 25 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Mercredi 22 janvier, à une heure. — M. Bonnaud. Les tuberculoses sarcoïdes cutanées. (MM. Gaucher, président; Richaud, Guillain et Gougerot.) — Mlle Sabin. De la réaction de Wassermann dans la syphilis post-conceptionnelle tardive. (MM. Gaucher, président; Richaud, Guillain et Gougerot.) — M. Noël. Contribution à l'étude des doubles formes. (MM. Reclus, président; Delbet, Hartmann et Pierre Duval.) — M. Dhérissart. Les indications opératoires dans les fractures du rachis. (MM. Delbet, président; Reclus, Hartmann et Pierre Duval.) — M. Houdard. L'ulcère simple du duodénum (non perforé). (MM. Hartmann, président; Reclus, Delbet et Pierre Duval.)

Jeudi 23 janvier, à une heure. — M. Bougault. Contribution à l'étude de l'hématome des gaines du nerf optique. (MM. de Lapersonne, président; Bar, Richaud et Terrien.) — M. Roullier. De l'étude des modifications de quelques éléments de l'urine chez les femmes atteintes de vomissements insinuables. (MM. Bar, président; de Lapersonne, Richaud et Terrien.) — M. Roblin. Contribution à l'étude de la glycosurie transitoire chez les alcooliques. (MM. Gilbert, président; Gilbert Ballet, Achard et Claude.) — M. Giraud. Des méningo-encéphalites chroniques syphilitiques et saturnines (étude étiologique). (MM. Gilbert Ballet, président; Gilbert, Achard et Claude.) — M. Demay. Des psychoses familiales. (NM. Gilbert Ballet, président; Achard, Gilbert et Claude.) — M. Pilven. Contribution à l'étude clinique de la fièvre typhoïde à propos de diverses observations. (MM. Achard, président; Gilbert, Gilbert Ballet et Claude.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 5. — MARDI 14 JANVIER 1913. 86e ANNÉE. MARDI 14 JANVIER 1913. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 24 février 1913, à midi dans la salle des concours de l'administration rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au service du personnel de l'administration de l'assistance publique de midi à trois heures, du lundi 20 janvier au samedi 1er février inclusivement.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 10 janvier 1913. — Question donnée : « Piliers du diaphragme. — Complications des varices du membre inférieur (sans leur traitement). »

MM. Masmonteil, 15 + 21 = 36; Richoux, 14 1/2 + 19 = 33 1/2; Antoine, 16 + 22 = 38; Eltrich, 13 + 20 = 33; Breger, 14 + 21 = 35; Vigot, 15 + 22 = 37; Richard (André), 14 + 22 = 36; Mlle Armand, 14 + 18 = 32.

Séance du 11 janvier. — Question donnée : « Appendice iléo-cæcal. — Causes et symptômes des phlegmons périnéphrétiques. »

MM. Peltier, 14 + 25 = 39; Debray, 15 + 21 = 36; Vallery-Radot, 14 + 21 = 35; Le Gac, 12 + 18 = 30; Lanos, 15 + 16 = 31; Pichon, 13 + 17 = 30; Sénèque, 15 + 20 = 35; Duroselle, 13 + 17 = 30; Legras, 12 + 18 = 30.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Garin, docteur en médecine, licencié ès sciences, préparateur de parasitologie, est nommé, du 1er janvier au 31 octobre 1913, chef des travaux de parasitologie, en remplacement de M. Genoud, démissionnaire.

— Montpellier. — Un congé, du 1er janvier au 31 décembre 1913, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Rodet, professeur de microbiologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — L'arrêté du 27 novembre 1911, instituant M. Golse suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale, aura son effet à dater du 1er novembre 1913.

Sont rapportées les dispositions de l'arrêté du 15 mars 1912 relatif à M. Golse.

— M. Bahuaud, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— M. Grosse, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'accouchement.

— M. Lasausse, pourvu du diplôme supérieur de pharmacien de première classe, préparateur de chimie analytique à l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, est chargé, à partir du 1er janvier 1913, d'un cours de chimie.

— Tours. — M. Lerat, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à dater du 1er mars 1913.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Bourquelot, professeur de pharmacie, membre du Conseil de l'Université, est nommé assesseur du directeur.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. Sartory, docteur ès sciences, pharmacien de première classe, chargé, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours de pharmacie, est chargé, en outre, pendant la même année scolaire, d'un cours complémentaire de physique.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Instruction publique. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Hahn, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris; Curtillet, doyen de la Faculté de médecine d'Alger; Delezenne, de l'Institut Pasteur, et Mme Déjerine, née Klumpke, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Ministère des colonies. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur Truc (de Montpellier).

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 9 janvier 1913 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Albert passe à l'hôpital de Chambéry; Hirtz, à l'hôpital d'instruction du

Val-de-Grâce (physiothérapie); Miramond de Laroquette est affecté à l'hôpital du Dey, à Alger (physiothérapie); Picqué passe au 40e d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Bourcier passe au 140e d'infanterie; Marmey, au 114e d'infanterie; Viry, au 69e d'infanterie.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Bahier passe au 17e bataillon de chasseurs à pied; Dez, au 53e d'infanterie.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Walter passe au 31e dragons; Diffre est maintenu au 1er d'infanterie.

— Par décret en date du 30 décembre 1912, ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Géraud et Bischoff.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Dautheville, Ebstein et Revel.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active démissionnaire Péré.

Au grade de médecin principal de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Marty, Troché et Pierron.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée active retraités Lebastard, Descosse et Fribourg.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active retraité Favier.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Pierre et Henry.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Lafon, Barré, Le Roux, Dhers, Charrier, Saada, Binet du Jassonneix, Troisier, Saint-Jean, Malet, d'Halluin, Mutel, Sourdel, Barbarin, Esmein, Verdoux, Fimbel, Bertrand, Fabre, Brissaud, Maisonneuve, Maljean, Bœckel, Francillon, Bessière, Duvillier, Bruker, Couderc, Demelun, Carret, Philippe, Riou, Rouget, Wilmet, de Puymaly, Bourhis, Colombier, Daujat, Quesnel, Raillard, Narboni, Monnier, Delor, Lapeyre, Le Coniac, Richard, Lataillade, Deguillaume, Reynier.

MARINE. — M. le médecin de première classe Duville est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Sont promus :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Valence.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Bonain.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Meslet.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Pellé.

MAISON DU MÉDECIN. — M. le docteur T. de Marbel a disposé en faveur de la Maison du médecin de la somme de 2500 francs, montant du prix Barbier que la Faculté de médecine de Paris vient de lui accorder pour son ingénieuse instrumentation du trépan.

UNE CAROTTE A FORME HUMAINE. — Cette carotte, que signale le *Journal de médecine de Bordeaux*, a été présentée par M. le docteur Llaguet à la Société Linnéenne dans la séance du 18 décembre. Elle a été découverte par M. Tastet (de Sauveterre-de-Guyenne), dans un champ ne présentant aucune particularité. Le terrain était de nature siliceuse, un peu argileuse, la fumure légère et le semis de l'espèce dite carotte de Toulouse.

Le sujet dans son état naturel, feuillage en arrière, donne tout à fait la silhouette d'un Indien à longue chevelure. Il est à remarquer que la partie inférieure du thorax est nettement saillante, la paroi abdominale sillonnée transversalement d'une façon tout à fait plastique et, chose plus curieuse, la sexualité mâle est nettement indiquée.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la première semaine, 904 décès, au lieu de 1049 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1057, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant. Les maladies de l'appareil respiratoire ont cessé d'être fréquentes. Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas). — Professeur : M. Paul BAR. — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. Brindeau, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux; Guéniot et Lequeux, professeurs agrégés; Devraigne et Chirié, anciens chefs de clinique; Lemeland, chef de clinique; Metzger et Levant, chefs de clinique adjoints; assistés de MM. Roullier, Pellissier, Brisson, Siguret, Wilhelm, Didier et Sabaté, moniteurs; réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers régulièrement inscrits à la clinique.

Le cours commencera le 13 janvier 1913. Il comprendra quatorze leçons qui auront lieu tous les jours, à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Lundi 13 janvier 1912. M. Levant, à cinq heures. Diagnostic des présentations et des positions par le palper.

Mardi 14 janvier, à trois heures. Exercices du palper au lit des malades. — M. Levant, à cinq heures. L'auscultation en obstétrique.

Mercredi 15 janvier, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes, par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours. — A trois heures : Exercices d'auscultation au lit des malades. — M. Levant, à cinq heures. Le toucher en obstétrique.

Jeudi 16 janvier, à trois heures. Exercices de toucher. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions directes).

Vendredi 17 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques antérieures).

Samedi 18 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques postérieures).

Lundi 20 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur la face et le front.

Mardi 21 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur les présentations élevées.

Mercredi 22 janvier, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours. — A trois heures : Exercices pratiques, revision des diverses applications de forceps. — M. Metzger, à cinq heures. La version par manœuvres internes (version séparée).

Jeudi 23 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Metzger, à cinq heures. L'extraction du siège décompléte mode des fesses.

Vendredi 24 janvier, à trois heures. Exercices pratiques : L'extraction du siège décompléte mode des fesses et après version. — M. Metzger, à cinq heures. L'extraction après la version : ses difficultés.

Samedi 25 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de version par manœuvres internes (revision). — M. Chirié, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (perforation, basiotripsie, cranioclasie).

Lundi 27 janvier, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Lequeux, à cinq heures. Procédés de dilatation rapide du col.

Mardi 28 janvier, à trois heures. M. Devraigne. Embryotomie rachidienne. — A quatre heures. Exercices pratiques d'embryotomie.

Pour renseignements et inscription, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Le droit à verser est de 50 francs.

ADIPOSE DOULOUREUSE AVEC ASTHÉNIE

ACTION REMARQUABLE DE L'OPOTHÉRAPIE THYROIDIENNE

PAR MM.

H. CLAUDE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôp. St-Antoine.

A. SÉZARY, Chef de clinique à la Faculté de médecine.

L'adipose douloureuse (ou maladie de Dercum) est une affection dont la pathogénie, encore obscure, n'a guère bénéficié des progrès réalisés dans l'étude des syndromes glandulaires.

Lorsque, en 1888, Dercum isola le syndrome qui porte son nom, il le décrivit sous le nom de « dystrophie du tissu conjonctif sous-cutané du bras et du dos associée à des symptômes analogues à ceux du myxœdème » et le considéra comme une forme de l'insuffisance thyroïdienne. Mais un nouveau cas qu'il publia en 1892 sous le nom d' « adipose douloureuse » ne lui parut pas ressortir à une telle pathogénie, mais dépendre plutôt d'altérations nerveuses.

Les données histologiques qui pourraient être utilisées sont assez confuses. Il n'est d'abord pas certain que les lésions aient été interprétées avec toute l'exactitude désirable, car on ne cherche que depuis peu d'années à évaluer par le microscope l'état fonctionnel des glandes à sécrétion interne. Il ne faut pas oublier aussi que l'anatomie pathologique ne peut nous révéler que les lésions existant au moment de la mort et nullement celles qui ont pu présider à l'éclosion du syndrome.

Ces réserves faites, si l'on envisage les résultats obtenus dans les six autopsies connues, on est frappé par la constance des lésions des glandes vasculaires sanguines. Dans quatre cas le corps thyroïde, dans deux cas l'hypophyse étaient altérés. Se basant sur ces faits, certains auteurs ont soutenu de nouveau l'origine thyroïdienne du syndrome.

Cette opinion nous paraît trop exclusive, comme le montrent d'une part l'inconstance des altérations thyroïdiennes, d'autre part l'insuccès fréquent de l'opothérapie thyroïdienne. Elle n'en demeure pas moins exacte pour un certain nombre de cas, parmi lesquels il faut ranger celui que nous rapportons aujourd'hui et que nous observons depuis quatre années.

***

OBSERVATION. — Mlle L., âgée de trente ans, se fait admettre le 16 septembre 1908 à la Salpêtrière, parce qu'elle a perdu considérablement ses forces, en même temps qu'elle a engraissé et que ses téguments sont devenus très sensibles à la pression.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quarante-sept ans de tuberculose pulmonaire.

Mère morte à cinquante-huit ans, à la suite d'un étranglement herniaire; avait toujours été très grosse, pesait 180 livres.

La malade est la huitième de neuf enfants, dont quatre sont actuellement vivants. Quatre sont morts en bas âge; un autre est mort à trente-quatre ans de tuberculose pulmonaire.

Les quatre enfants survivants sont bien portants; aucun n'est obèse; une sœur est très nerveuse, un frère a de l'urticaire et du dermographisme.

Antécédents personnels. — Toute jeune, elle a eu la rougeole, la scarlatine, la coqueluche. Jusqu'à la puberté, elle a toujours été très faible, avait des syncopes, surtout en été. Elle était très maigre et avait le teint jaune.

Elle a été réglée à treize ans, ses règles sont très régulières. Non mariée, elle n'a eu ni enfant, ni fausse couche; elle n'aurait jamais eu de rapports sexuels.

Elle a habité Boulogne-sur-Mer jusqu'à vingt-sept ans; elle était vendeuse dans une boulangerie.

A vingt ans, elle a eu des crises nerveuses très violentes et une boiterie tantôt d'un membre, tantôt de l'autre, sans aucune douleur. Il s'agit probablement de phénomènes hystériques, car son médecin, le docteur Filliette (1), a constaté à ce moment de l'anesthésie et de l'agueusie; elle a été hypnotisée à cinq ou six reprises. Mais, en même temps existait de l'asthénie; la fatigue était telle que la malade se levait à dix heures et se couchait à six heures. A la suite d'une peur, au bout de six mois, la boiterie disparut. Quant à l'asthénie, qui à ce moment n'a jamais été aussi intense qu'actuellement, elle s'atténua progressivement et ne disparut qu'après deux ans. Les crises nerveuses se sont également atténuées et ont disparu au bout de quatorze mois. En résumé : symptômes hystériformes et asthénie de nature indéterminée.

A vingt-deux ans, elle se trouve donc à peu près guérie. Mais, depuis cette époque, elle se sent moins robuste; elle ne peut plus parcourir à pied les longs trajets qu'elle pouvait faire auparavant. Chaque fois qu'elle s'enrhume, elle est extrêmement fatiguée.

Elle arrive à Paris, à vingt-sept ans. Elle s'y porte bien, et se trouve plus forte qu'à Boulogne : elle y exerce la profession de demoiselle de magasin.

Histoire de la maladie actuelle. — En octobre 1907, la malade éprouve sans raison des *phénomènes douloureux diffus*, torticolis d'abord, puis « douleur au cœur », puis douleur dans les deux talons. Celle-ci devient bientôt vive et la malade constate d'abord un léger œdème malléolaire, puis au bout de quelques jours une « enflure » ferme, persistante.

Un médecin appelé constate que les membres inférieurs sont *tuméfiés* jusqu'à la région lombaire, que les membres supérieurs sont également tuméfiés, mais que la face et le cou sont indemnes. Les régions atteintes ne sont pas douloureuses à la pression.

Pas de fièvre, pas de trouble digestif. L'appétit est conservé. Les urines sont abondantes et ne contiennent pas d'albumine. Le médecin dit qu'il n'y a pas d'affection cardiaque. Il examine le sang et conclut à de la chlorose. Il prescrit le régime lacté.

Trois semaines après, la malade va moins bien; elle a eu quelques crises de nerfs et l'*asthénie* reparaît comme neuf ans auparavant. Elle perd l'appétit. Aussi en novembre, elle s'alimente peu et, en raison de son asthénie et de la douleur aux talons qui persiste, elle reste alitée, passant seulement deux heures sur une chaise longue.

En décembre, légère amélioration; elle peut faire quelques pas dans l'appartement.

En janvier 1908, la tuméfaction gagne la poitrine et l'abdomen.

Divers médicaments prescrits, dont elle ignore le nom, semblent n'avoir eu qu'une action transitoire, pendant quelques jours seulement, sur la tuméfaction.

En avril, elle a pris sans succès pendant douze jours des tablettes de corps thyroïde.

En mai, elle prend de l'ocréine; à ce moment, elle présente aux bras et aux jambes une éruption de plaques légèrement saillantes, non prurigineuses, mais très douloureuses, qui disparaissent au bout de trois jours.

Dès lors, les téguments tuméfiés deviennent *douloureux* à

(1) Nous remercions le docteur Filliette des renseignements qu'il a bien voulu nous adresser sur sa malade.

la pression. De plus, leur aspect présente certaines modifications passagères, coïncidant ou non avec les périodes menstruelles ; à certains moments, la tuméfaction est plus marquée et plus douloureuse qu'à d'autres. Du salicylate de soude, prescrit en juillet, n'a aucune action.

Depuis le début de sa maladie, l'engraissement est manifeste. Le poids moyen était auparavant de 122 à 126 livres ; il est passé à 145 livres en avril, à 148 livres en septembre.

Il n'y a aucune modification du caractère, qui est resté plutôt gai.

Depuis le mois de novembre, l'asthénie n'a guère varié. Pendant les cinq premières semaines, la malade pouvait rester assise dans son lit, mais était incapable de faire elle-même sa toilette. Elle a pu ensuite se lever à deux reprises dans la journée, de midi à trois heures et de six heures à neuf heures. En mars, elle demeurait hors de son lit de une heure à neuf heures et demie. Elle arrangeait sa chambre et son lit, mais ne pouvait soulever son matelas. Elle ne pouvait marcher plus d'un quart d'heure. A aucun moment, elle n'a éprouvé de fatigue en mastiquant ses aliments. Depuis juin, elle ne reste plus couchée au lit pendant la journée, mais elle est incapable d'un effort prolongé. C'est ainsi qu'elle ne peut éplucher des légumes pendant plus d'un quart d'heure ou coudre plus de cinq ou six minutes. La sensation de fatigue qu'elle perçoit alors est générale et s'annonce par de la pesanteur des paupières. Si elle essaie de continuer malgré cette sensation de fatigue, celle-ci, au lieu d'être passagère, persiste intense pendant plusieurs jours.

Etat en septembre 1908. — Malade d'embonpoint marqué. L'*adipose* est d'abord généralisée et du type habituel (obésité). De plus, en certains points, particulièrement aux bras et aux cuisses, le tissu graisseux adhère aux téguments comme dans les lipomes. A la pression en masse, il se forme de plus de petites hernies graisseuses. Pas de pigmentation de la peau, ni des muqueuses.

Les *douleurs* n'existent qu'aux régions où l'on note l'aspect lipomateux des téguments. Elles ne sont pas spontanées. Elles ne s'éveillent qu'à la pression des téguments et ne persistent que peu de temps après elle ; il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée.

L'*asthénie* présente les caractères sur lesquels nous nous sommes suffisamment étendus. La malade passe la plus grande partie de la journée dans son lit. Au dynamomètre, on constate qu'il y a réellement diminution de la force, mais que l'exercice musculaire n'amène pas un épuisement rapide. Par exemple, la malade a été en mesure de donner successivement, à intervalles courts et égaux, les chiffres suivants : 30, 26, 22, 19, 19, 24, 20, 22, 19, 21, 19, 21, 19, 18 1/2, 18, 18, 20, 20, 20, 19, 19, 19, 19, 17, 17, 21, 19, 20, 20, 17, 20, 17, 20, 19, 20, 15, 17, 14, 16, 18, 20, 20, 15, 21. Un sujet normal aurait donné des chiffres plus élevés au début, mais se serait épuisé rapidement.

L'examen du *système nerveux* ne dénote aucun trouble. Les réflexes tendineux sont vifs aux membres inférieurs, normaux aux membres supérieurs. Pas de trépidation épileptoïde, pas de signe de Babinski. Pas de troubles des pupilles, ni des sphincters. Sensibilité normale. Etat mental normal.

L'appétit nul à l'entrée a réapparu les jours suivants. Les digestions sont bonnes, mais la constipation est habituelle.

Pas de lésion cardiaque. La pression artérielle, mesurée alors avec l'appareil de Potain, nous a paru normale, mais très instable autour du chiffre normal, en dehors de toute médication. Les chiffres obtenus à différents moments de la journée ont été variables. En particulier, prenant la pression avant et après une marche de cinq minutes, nous avons noté une diminution nette de 1 centimètre de mercure, à diverses reprises. On observait la ligne blanche dite surrénale.

L'examen du sang a donné les résultats suivants :

Globules rouges : 4 080 000 par millimètre cube.
Globules blancs : 6 000 par millimètre cube, dont :

Polynucléaires	80 p. 100
Mononucléaires	19 p. 100
Eosinophiles	1 p. 100

Le foie, les poumons paraissent normaux à l'exploration physique. Le corps thyroïde est perceptible et non douloureux.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine ; le coefficient toxique est de 40 centimètres cubes pour 2 100 grammes de lapin.

Evolution. — La malade fut soumise d'abord à l'opothérapie surrénale, qui la fit maigrir un peu et lui donna un peu de force. Elle prit pendant deux mois deux, puis trois cachets de 30 centigrammes de poudre de surrénale. L'amélioration en octobre était cependant loin d'être très marquée, quoique indéniable.

Aussi administra-t-on l'ocréine qui n'eut aucune action, puisque l'asthénie réapparut comme au début.

La malade sortit en janvier 1909 et, à cause de la légère amélioration provoquée par l'opothérapie surrénale, absorba chez elle de nouveau 60 cachets de surrénale, sans aucun résultat. Puis des injections d'arrhénal, un traitement électrique n'eurent aucune action durable. L'année 1909 se passa sans grande amélioration.

En février 1910, sur l'avis du docteur Filliette, la malade est soumise à l'opothérapie thyroïdienne (on se souvient que celle-ci, administrée au début pendant douze jours sous forme de *tablettes*, avait été inefficace). Elle prend de deux à quatre *lobes frais* de corps thyroïde par jour. L'action est remarquable.

Trois semaines après, l'adipose et l'asthénie diminuent notablement ; l'amélioration est très marquée et la médication supprimée. Mais six semaines après la cessation de cette opothérapie, les forces diminuent, de nouvelles plaques de tuméfaction réapparaissent aux bras ; l'opothérapie thyroïdienne, de nouveau ordonnée, les fait disparaître.

Depuis ce temps, le malade prend pendant cinq à huit jours un lobe de glande thyroïde par jour, elle cesse trois semaines, puis recommence. A un moment donné, ces deux lobes ont paru insuffisants, elle a dû alors en prendre jusqu'à quatre pour obtenir de l'amélioration.

En juin 1910, le malade pèse 118 livres, ce qui représente à peu près son poids habituel avant sa maladie. Ses téguments ne sont plus douloureux à la pression, bien que, d'après le docteur Filliette, ils soient encore légèrement épaissis.

Très rarement, par moments, elle voit survenir certains placards tuméfiés, durs, qui disparaissent rapidement sous l'influence du traitement. Les forces sont revenues, elle fait de 4 à 5 kilomètres sans fatigue, cependant elle s'acquitterait difficilement d'une besogne pénible. Si l'on ne peut parler de guérison complète, on doit du moins reconnaître que l'amélioration est remarquable.

Actuellement, elle se trouve dans le même état. Il y a quelques mois, elle a cru pouvoir cesser son traitement opothérapique, mais elle a vu réapparaître de nombreux placards tuméfiés, qui l'ont obligée à le reprendre. Le maintien de l'amélioration est donc subordonné à l'ingestion du corps thyroïde.

* *

En résumé, cette malade a présenté un syndrome méritant absolument la dénomination d' « adipose douloureuse ». Si son âge diffère de celui où l'on voit habituellement apparaître l'affection, elle n'en a pas moins présenté les symptômes cardinaux : l'adipose, les douleurs, l'asthénie. Les troubles

psychiques ont fait défaut, mais on sait qu'ils ne sont pas constants.

L'intérêt de notre observation réside dans ce fait que, après échec relatif de l'opothérapie surrénale et ovarienne, l'opothérapie thyroïdienne, convenablement appliquée, a amené une amélioration vraiment remarquable de tous les symptômes. Mais celle-ci ne persiste que le temps pendant lequel la malade reste soumise à la médication : elle disparaît, lorsqu'on arrête l'absorption du corps thyroïde.

Ces faits montrent bien les relations étroites qui existent ici entre l'adipose douloureuse et l'insuffisance thyroïdienne (bien que la cause réelle de celle-ci nous échappe). Ils prouvent que dans certains cas le syndrome de Dercum relève d'un trouble des fonctions thyroïdiennes. Mais nous nous gardons bien d'affirmer que cette corrélation s'étende à tous les faits d'adipose douloureuse.

Il résulte de ces considérations que, en présence d'un cas analogue, le médecin a le devoir de tenter l'opothérapie thyroïdienne avec prudence, mais sans timidité, dans l'espoir de procurer à son malade une amélioration aussi remarquable que celle qu'on a obtenue dans cette observation.

LA STOMATITE MERCURIELLE FRUSTE

Par M. A. HERPIN,
Stomatologiste des Quinze-Vingts.

Au niveau de la sertissure gingivale, région du collet, les dents sont le siège de lésions destructives, au sujet desquelles de nombreuses théories pathogéniques ont été invoquées : pour Milian, elles seraient dues à l'action érosive du mercure, s'éliminant à ce niveau dans certains traitements ; il en a fait une stomatite mercurielle fruste. En réalité, ces lésions, confondues sous les noms de lacunes cunéiformes, érosion (auteurs anglais), abrasion du collet, peuvent présenter des aspects variables et il convient de ne généraliser ni leur pathogénie, ni leur description.

Sous leur forme la plus fréquente, celle qui a donné lieu aux controverses pathogéniques, elles consistent en encoches de petites dimensions, en coup d'ongle, en forme de triangle à base extérieure, d'où leur nom de lacunes cunéiformes. Les bords de cette excavation sont nets, les parois dures, polies, peu ou point pigmentées, donnant à l'exploration une sensation de résistance particulière. Elles gagnent peu à peu en profondeur, pouvant arriver à la cavité radiculo-pulpaire, mais cette progression est fort lente, et ce n'est qu'exceptionnellement que des lésions de carie viennent se greffer sur ces parois que leur densité particulière rend spécialement résistantes à l'action des microorganismes de la carie dentaire. Sensibles, surtout à leur début quand elles sont superficielles, elles perdent peu à peu cette sensibilité par suite de la condensation du tissu dentinaire à leur niveau, pour la recouvrer lorsque l'abrasion a creusé plus profondément et menace d'ouvrir la cavité de la pulpe.

Les parois sont constituées par un tissu dur, compact, qui a acquis les propriétés et l'aspect des zones densifiées qui représentent les processus de réaction défensive dans l'ivoire. Les canalicules, coupés nets comme au rasoir, sont comblés de dentine secondaire et les fibres de Tomes et gaines de Neumann sont calcifiées. Dans la cavité pulpaire une couche compensatrice de dentine secondaire a été sécrétée, dans la zone correspondant à la perte de substance.

Les bouches où l'on observe ces lacunes cunéiformes ont un aspect particulier : « La gencive est bien rarement enflammée. D'ailleurs l'aspect général de la bouche est caractéristique dans l'érosion ; c'est une bouche propre, comme le sont les dents elles-mêmes ; pas de tartre ou à peine ; la langue est nette, pas étalée, ne portant pas l'empreinte des dents ; les bords ou la pointe sont toujours d'un rouge vif ; la base l'est moins, souvent même blanchâtre. » (Frey.)

On a successivement mis en avant comme théories pathogéniques :

1° Une théorie mécanique (Tomes, Zigmondy, Salter, Cruet, Parreidt, Niemeyer, Miller) ;

2° C'est une carie (Leber et Rottenstein, Magitot) ;

3° Plusieurs théories chimiques :

a. Destruction des sels de chaux de la dent par une acidité pathologique (Kirk, Burchard) ;

b. Destruction de la trame organique (dentoïdine), soit sous l'influence des acides (Znamensky), soit sous l'influence d'enzymes protéolytiques, trypsine agissant en milieu alcalin (Preiswerk) ;

c. Action du sulfocyanure de potassium (Michaels) ;

4° Théorie mécano-chimique (Bastyr, Brandt, Scheff, Schlenker, Walkhoff) ;

5° Théorie de l'exfoliation (Baume) ;

6° Hypercalcification de l'organe avec insuffisance de rétention par la trame organique (Frey) ;

7° Stomatite mercurielle fruste (Milian).

Une théorie très répandue est la théorie mécano-chimique, qui invoque l'action décalcifiante des secreta acides des glandes muqueuses, aidée par un facteur mécanique. On a pu objecter divers faits à la théorie mécanique. Frey a trouvé des lacunes cunéiformes chez un vieillard qui n'avait jamais fait usage de brosse à dent ; Bastyr n'a jamais pu les reproduire expérimentalement. Cependant l'action des facteurs mécaniques paraît indéniable. « J'ai examiné, dit Miller, durant ces dernières années, environ 300 cas d'érosion, et, dans 85 cas, j'ai fait un examen très complet des malades ; or, je n'ai jamais trouvé jusqu'à présent un cas d'érosion où la brosse dentaire n'ait été employée avec une poudre grossière quelconque. » Il a en outre observé des cas d'usure sur des aurifications, des blocs d'ivoire ou des amalgames.

Quant à l'action chimique, elle ne semble pas bien démontrée. En effet, non seulement les auteurs ne sont pas d'accord sur la réaction de la salive dans les cas d'abrasion avérés, acide pour Kirk, Michaels, alcaline pour Dill, Preiswerk, mais encore l'ivoire ramolli par macération dans une solution acide est beaucoup plus difficilement abrasé que l'ivoire sain.

Il y a donc lieu d'admettre, dans la production

des lacunes cunéiformes proprement dite, une action mécanique favorisée par un manque de résistance de la dent. Une disposition anatomique facilite la localisation de ces lésions au collet, où, dans certains cas, l'émail et le cément n'arrivent pas à se juxtaposer et laissent à nu une petite zone d'ivoire. Dans tous les cas du reste, l'émail à ce niveau a si peu d'épaisseur qu'il ne peut opposer une bien grande résistance aux actions extérieures. Une autre condition prédisposante est le processus du déchaussement qui met à nu une portion de la dent qui n'est plus recouverte d'émail.

Or, ce déchaussement existe chez les sujets arthritiques, chez qui aussi les dents ont une tendance évolutive à combler leurs canaux dentinaires et leurs cavités pulpaires par la production de dentine secondaire. Celle-ci crée une zone de résistance à l'invasion des agents microbiens et empêche ainsi que l'abrasion ne devienne une porte d'entrée pour la carie. Ce processus dystrophique produit en même temps un vice de nutrition des éléments de la surface en diminuant l'intensité des phénomènes d'intussusception; il augmente la quantité de la substance minérale ; les tissus sont plus durs et tout de même moins résistants aux actions mécaniques parce qu'ils sont moins élastiques. Au contraire, ils sont plus résistants aux actions microbiennes, parce qu'ils sont beaucoup plus minéraux et beaucoup moins organiques.

Les lacunes cunéiformes proprement dites nous apparaissent donc comme des lésions mécaniques portant sur des tissus prédisposés par une action dystrophique et évoluant lentement sans complications inflammatoires.

Tout autre est la stomatite mercurielle fruste.

L'élimination du mercure, au niveau du bord libre des gencives, chez les malades soumis au traitement mercuriel, s'accompagne de lésions locales qui portent le plus souvent sur les gencives, liséré mercuriel, gonflement hydrargirique et chez les sujets prédisposés à la pyorrhée alvéolaire, stomatite purulente ou nécrotique. Mais certains sujets semblent rebelles à cette affection, leurs gencives restent fermes, sans inflammation, ni décollement et l'élimination mercurielle se manifeste par des lésions portant sur les dents, au niveau même du bord libre des gencives, qu'il y ait ou non du déchaussement. La surface de la dent est érodée, suivant la ligne gingivale, un sillon se creuse assez rapidement et ainsi se trouve constituée la lésion dentaire qui constitue la stomatite mercurielle fruste.

« Cette altération de la dent par le mercure n'a rien qui doive nous surprendre. Le mercure éliminé au niveau du bord libre des gencives solubilise sans doute les sels de chaux qui composent la dentine. Cette action générale du mercure sur la chaux de l'organisme est manifeste dans les néphrites aiguës par le sublimé. On sait en effet que, dans cette affection, et dans cette affection seule, les foyers nécrobiotiques du rein se calcifient par un dépôt d'oxalate de chaux, qui débute dix-huit à vingt heures après l'absorption du sublimé et envahit successivement les canaux contournés, puis les tubes droits de la substance corticale. L'oxalate de chaux, rare dans les urines normales ou pathologiques, en dehors de diathèses, est fréquent dans les urines des malades traités par le mercure. » (Milian.)

Et, de fait, nous avons pu, chez certains malades soumis à un traitement mercuriel, constater cette dissolution des sels de chaux, qui se manifestait par la production, suivant la ligne gingivale, d'un sillon de destruction sur les dents. Ces phénomènes étaient en relation étroite avec le traitement : plus ou moins rapides selon son intensité, cessant à chaque interruption, se poursuivant à chaque reprise, et gagnant peu à peu chacune des dents du malade tant à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure ; tant et si bien que dans certains cas, pour éviter la perte de toutes les dents, les malades durent cesser pendant une période assez longue tout traitement mercuriel.

Mais ces lésions ne présentent point les caractères des lacunes cunéiformes. Tandis que celles-ci évoluent avec une très grande lenteur, celles-là progressent avec rapidité. Au lieu de l'aspect net des lacunes, les sillons de la stomatite sont anfractueux, pigmentés, irréguliers ; à l'exploration, on ne retrouve pas la sensation de dureté que nous avons signalée, mais bien plutôt celle que donnent les parois d'une cavité de carie à évolution rapide. Plus ou moins sensibles suivant les zones intéressées, elles progressent rapidement vers la cavité pulpaire, s'étendent en largeur autour du collet des dents, et tendent rapidement à une section complète de ces organes.

Et cette évolution particulière découle bien de la pathogénie elle-même des lésions. Le mercure agit sur les sels de chaux de la dentine, les dissout peu à peu, crée une brèche qui sert de porte d'entrée aux microorganismes ; ceux-ci alors s'attaquent à la trame organique du tissu, les absorbent, les détruisent, et ces deux processus marchent parallèlement.

Nous avons ainsi une destruction analogue à celle que l'on observe dans la carie dentaire, mais chaque processus, ici, est en quelque sorte indépendant. En outre leur évolution est précisément inverse de ce qui se produit couramment dans la carie. Ici, en effet, les microorganismes, attaquant la dentine, absorbent les matières organiques de ce tissu, le pénètrent par les voies ainsi créées, et alors, ultérieurement, dissolvent les sels de chaux de la substance fondamentale par leurs produits de sécrétion. Dans la stomatite mercurielle fruste, au contraire, la dissolution par le mercure des sels de chaux est le processus initial, qui favorise l'évolution ultérieure des microorganismes détruisant la matière organique. Cette inversion même des processus destructifs imprime à ces lésions leur caractère spécial. Outre que leur évolution parallèle détermine une destruction extrarapide des tissus, l'attaque primitive de la substance fondamentale ne peut déterminer la production des réactions de défense que nous observons dans la carie, et ainsi les lésions peuvent marcher, sans obstacle, avec une efficacité et une rapidité beaucoup plus grandes.

Il semble donc bien que, dans les lésions des col-

lets des dents, il y ait lieu de différencier les lacunes cunéiformes, que nous avons décrites plus haut, des lésions de stomatite mercurielle fruste, qu'une généralisation un peu hâtive paraît avoir voulu confondre avec elles. Et cette différenciation pathogénique de lésions, qui, dans leur évolution se caractérisent les unes par une condensation, les autres par une dissolution des sels de chaux, présente également une importance capitale au point de vue du traitement. Si, en effet, les lacunes cunéiformes peuvent, du moins à leur début, laisser le praticien désarmé par la difficulté même d'établir des obturations solides sans un sacrifice trop considérable de tissu pour leur rétention, celui-ci peut plus facilement temporiser, comptant sur les réactions défensives qui arrêtent la progression des lésions, et souvent les immobilisent pendant de longues périodes. Tout au contraire, il importe dès les premiers instants, dans le cas de lacunes cunéiformes, de combler les sillons, dont les anfractuosités mêmes sont une condition de réussite du traitement, avec des matières obturatrices qui établissent en quelque sorte une barrière entre la substance fondamentale des dents et l'élément destructeur, le mercure éliminé au niveau de la sertissure gingivale. Souvent même, dans des cas où il ne sera pas particulièrement urgent, il pourra y avoir lieu d'interrompre un traitement qui pourrait arriver à la destruction complète de tous les organes dentaires.

ACTUALITÉS

LES INHALATIONS ET LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'OXYGÈNE

Les inhalations d'oxygène sont employées depuis longtemps; beaucoup de médecins leur reconnaissent, avec raison je crois, une efficacité très réelle dans quelques cas bien déterminés. Sans doute, la théorie de l'action de l'oxygène a provoqué de nombreuses discussions; les physiologistes ont multiplié les expériences pour savoir si la quantité d'oxygène absorbée dépend de la proportion de ce gaz contenue dans le milieu respiré; les opinions diffèrent en ce qui concerne l'action des inhalations d'oxygène sur les phénomènes de nutrition, sur le pouls, sur la température. Aussi, comme le fait remarquer M. Bureau (1), ce n'est pas sur ces données de physiologie pathologique, mais sur la seule observation des malades, qu'il faut se baser pour prescrire les inhalations d'oxygène. Une affection dans le traitement de laquelle l'oxygène rend de précieux services est la broncho-pneumonie, particulièrement la broncho-pneumonie consécutive à la grippe, avec lésions très étendues, avec cyanose et asphyxie imminente; sous l'influence de l'oxygène, qui doit être donné très largement, on voit, au bout d'un temps variable, un quart d'heure, une demi-heure et plus, la cyanose diminuer ou même disparaître; cet effet n'est que momentané, aussi faut-il, lorsque la cyanose reparaît, faire une nouvelle inhalation; ainsi donc, chaque fois que les lèvres et les ongles prendront la teinte violacée caractéristique, on pratiquera les inhalations et on les continuera jusqu'à la disparition de cette coloration (M. Bureau).

(1) Maurice BUREAU. Des inhalations d'oxygène. Leur valeur thérapeutique. Leurs indications. Leur technique, *Gaz. méd. de Nantes*, 29 fév. 1908.

Dans le traitement des broncho-pneumonies infantiles, Comby, Hecht ont conseillé les inhalations d'oxygène; mais c'est surtout le professeur Weill qui a beaucoup insisté sur leur emploi et sur la nécessité de doses massives (1). Il faut commencer ce traitement dès le début de la maladie et même le faire, à titre préventif, chez les nourrissons atteints de simple bronchite. Lorsque apparaissent les symptômes fonctionnels et les signes généraux de la broncho-pneumonie, l'oxygène sera donné en grande abondance : 150 à 200 litres par jour, en moyenne, même chez les nourrissons, parfois plus encore, jusqu'à 500 litres chez les plus grands enfants. Ces inhalations profuses amènent rapidement une diminution de la dyspnée, un abaissement du nombre des mouvements respiratoires; le pouls devient moins rapide et mieux frappé; la température descend. Dans l'ensemble, la durée de la maladie est raccourcie, les rechutes sont évitées; la mortalité globale des broncho-pneumonies ainsi traitées a subi, d'après Weill, un abaissement considérable. Tout en faisant des inhalations d'oxygène, on ne négligera pas d'ailleurs les autres procédés classiques dans le traitement des broncho-pneumonies, par exemple la révulsion, les bains, les tonicardiaques.

Les inhalations d'oxygène peuvent être employées dans beaucoup d'autres cas; chez les tuberculeux, elles procurent un certain soulagement aux malades cavitaires et asphyxiques; en dehors de ce cas, leur utilité paraît douteuse; quelques auteurs les ont même accusées de produire des symptômes inflammatoires; le fait est rare, cependant il sera bon de s'en abstenir lorsqu'on aura à soigner un tuberculeux en évolution subaiguë (M. Bureau). Mais, plus récemment, une application nouvelle des inhalations d'oxygène chez les tuberculeux a été préconisée par Paillard; c'est l'emploi de l'oxygène dans le traitement de la toux émétisante; j'ai eu l'occasion de signaler déjà cette méthode (2), il est donc inutile d'y revenir.

La dyspnée des asthmatiques, la dyspnée des urémiques sont peu améliorées par les inhalations d'oxygène; parmi les dyspnées toxiques, il en est une qu'il faut toujours traiter par l'oxygène; c'est la dyspnée qui s'observe dans l'intoxication par l'oxyde de carbone ou le gaz d'éclairage [Gouraud et Paillard (3)].

Dans la chlorose, Hayem a conseillé les inhalations d'oxygène; sous leur influence, l'appétit augmente, les vomissements disparaissent. Pinard a vu des vomissements incoercibles de la grossesse s'arrêter sous l'action de l'oxygène; ces faits sont à rapprocher du traitement de la toux émétisante indiqué par Paillard.

Chez les typhiques, Albert Robin préconise une inhalation de 20 à 30 litres d'oxygène toutes les deux heures. Enfin, Bonnaire recommande de faire respirer de l'oxygène aux prématurés élevés dans des couveuses ou dans des chambres surchauffées; on sait que ces avortons débiles ont souvent des accès de cyanose avec apnée; l'oxygène est un bon moyen pour lutter contre ces accidents et surtout pour en prévenir le retour.

Dans tous ces cas, comment faut-il pratiquer les inhalations? L'oxygène est renfermé dans un ballon de caoutchouc contenant de 30 à 60 litres, ou dans un obus contenant jusqu'à 1 000 ou 1 200 litres de gaz sous pression; un tube de caoutchouc muni d'un robinet, un embout ou un entonnoir

(1) WEILL. Traitement systématique des broncho-pneumonies infantiles par les inhalations d'oxygène, *Lyon méd.*, 2 janv. 1910.

(2) PAILLARD. *Le muscle diaphragme (études physiologiques et pathologiques). La Toux émétisante des tuberculeux*, Th. de Paris, 1911. — M. BRELET. La toux émétisante des tuberculeux (Médecine pratique), *Gaz. des hôpit.*, 16 avril 1912.

(3) GOURAUD et PAILLARD. Les inhalations et les injections sous-cutanées d'oxygène dans les affections des voies respiratoires, *Bull. gén. de thérap.*, 15 et 23 nov. 1912.

complètent l'appareil. L'embout de verre ou d'ébonite que l'on introduit dans la bouche ou dans une narine n'est pas très pratique ; mieux vaut se servir d'un entonnoir de verre que l'on maintient au-devant de la bouche et du nez. Comme les entonnoirs ordinaires ne s'adaptent pas exactement à la figure, Weill utilise un entonnoir spécial, triangulaire, arrondi aux angles, avec lequel il se perd très peu de gaz. Sur le trajet du tube de caoutchouc, on interpose souvent un flacon laveur pour humidifier l'oxygène, pour lui enlever l'odeur du caoutchouc et pour arrêter les poussières.

Les injections sous-cutanées d'oxygène ne sont employées que depuis quelques années pour combattre la dyspnée et les phénomènes asphyxiques. Domine, Ewart, Chabas furent les premiers à les utiliser ; Ramond (1) les fit connaître en France ; Maisonnet, Sacquépée, Pouy relatèrent des observations très favorables. Tous ces travaux sont analysés dans l'excellente thèse de Béraud (2) qui a de plus étudié complètement la question au point de vue expérimental ; on trouvera aussi des renseignements utiles dans un article de Gouget (3), dans le travail déjà signalé de Gouraud et Paillard.

Pour faire pénétrer l'oxygène dans le tissu cellulaire sous-cutané, on peut, en cas d'urgence, se servir d'un ballon d'oxygène relié par un tube à l'aiguille enfoncée sous la peau ; mais il faut appuyer très fortement sur le ballon ; l'arrivée de l'oxygène dans le tissu cellulaire sous-cutané se fait inégalement, tantôt très forte, provoquant de la douleur, tantôt très faible et insuffisante.

Ramond interpose entre le ballon et l'aiguille à injection la soufflerie d'un thermocautère ; avec la poire, au moment où celle-ci se dilate, on puise l'oxygène dans le ballon ; quand on comprime la poire, on envoie le gaz dans le tissu sous-cutané. Mais on ne peut connaître ainsi que d'une façon assez approximative la quantité d'oxygène injecté. Béraud a imaginé un dispositif de flacon gradué qui permet d'injecter le volume que l'on veut avec un débit régulier et sous une pression à peu près constante ; on trouvera dans la thèse de Béraud la description de cet appareil, d'un maniement très simple, mais qui est encombrant, et qui par conséquent peut être employé à l'hôpital mais est difficile à utiliser en clientèle. Bayeux (4) a fait construire un appareil plus portatif : c'est l'*oxygénateur de précision* construit par M. Jules Richard et qui se compose de trois éléments principaux : un détendeur-distributeur contenu dans une petite boîte de bois ou de métal ; un récipient léger et peu volumineux ; une aiguille à grand débit et à inclinaison automatique. Cet appareil peu volumineux, très précis, permet aussi bien d'instiller le gaz bulle à bulle que de l'injecter doucement ou rapidement ; on peut donc faire des injections hypodermiques d'oxygène à toutes les vitesses désirables, faire des injections intraveineuses aussi bien que des lavages gazeux dans les cavités naturelles.

Avec tous ces appareils, faut-il filtrer l'oxygène que l'on injecte ? Cette filtration constitue une mesure de prudence mais elle n'est pas indispensable (Béraud). En faisant barboter de l'oxygène non filtré dans un bouillon de culture, Béraud n'a pas obtenu de culture microbienne, ce qui s'explique par l'action antiseptique de l'oxygène ; mais cette action paraît faible, puisque Burkardt recherchant l'action de l'oxygène sur des cultures de staphylocoques et de streptocoques n'a remarqué qu'un très léger retard dans le développement des colonies microbiennes. Si l'on veut filtrer l'oxygène, on lui fait traverser un tube de verre rempli de coton stérilisé peu tassé ; ce tube est interposé sur le trajet du conduit de caoutchouc qui relie l'aiguille au générateur de gaz. L'oxygène peut être injecté en différentes régions ; Ramond conseille la région interscapulaire où le gaz s'étale facilement ; et comme cette région est comprimée par le poids du corps dans le décubitus dorsal, la résorption de l'oxygène se trouve, de ce fait, rendue plus facile. Béraud préfère que l'injection soit pratiquée sous la peau de l'abdomen ou mieux à la face externe de la cuisse. Bayeux indique les endroits suivants : fesse, région lombaire, région externe de la cuisse, tiers externe de la région abdominale.

La quantité d'oxygène à injecter est variable selon les cas ; d'après Béraud, l'oxygène « peut être manié larga manu » ; 300 à 500 centimètres cubes constituent un minimum et trois à quatre litres un maximum pour une dose ; cette dose peut être répétée plusieurs fois dans la journée et plusieurs jours de suite ; Ramond a injecté jusqu'à douze litres dans une journée. Bayeux qui traite les tuberculeux pulmonaires par les injections hypodermiques d'oxygène indique, pour ces malades, des doses moins fortes ; Bayeux dépasse rarement la dose de un demi-litre par injection journalière et il conseille de ne pas faire l'injection trop vite ; le demi-litre sera injecté en six ou sept minutes ; dans les cas de gravité moyenne, on se contentera d'une injection tous les trois jours ; dans les cas graves on peut injecter l'oxygène tous les jours et aller jusqu'à un litre, mais toujours en injectant lentement. Ainsi donc, chez les tuberculeux, il ne faut injecter ni trop d'oxygène, ni trop vite.

Les injections hypodermiques d'oxygène sont indiquées dans les affections dyspnéisantes et dans les états asphyxiques ; mais les résultats obtenus varient selon la cause de l'asphyxie. Les injections d'oxygène atténuent les symptômes menaçants des asphyxies aiguës, purement mécaniques, dont la cause siège au larynx, à la trachée, aux bronches ou à la plèvre ; mais, dans ces cas, elles ne constituent qu'une intervention d'attente, qui permet au malade de résister quelque temps jusqu'à ce que l'obstacle à la respiration soit levé ; dans les dyspnées laryngées, par exemple, l'oxygène est un moyen adjuvant grâce auquel la trachéotomie peut être pratiquée dans de meilleures conditions. Les dyspnées nerveuses du type asthmatique sont peu influencées par les injections d'oxygène ; au contraire, les dyspnées toxiques constituent souvent une indication précise pour ces injections ; la dyspnée urémique, avec ou sans bronchite, avec ou sans œdème pulmonaire, peut être ainsi traitée avec succès ; il en est de même des complications pulmonaires des diabétiques, d'après Béraud. Les injections hypodermiques d'oxygène amènent parfois la cessation du coma diabétique et urémique. L'intoxication oxy-carbonée doit être traitée d'urgence par l'injection d'oxygène (Ramond) en même temps que l'on pratique une saignée et une ponction lombaire (Gouraud et Paillard).

Les résultats sont encore très nets dans les infections bronchiques et broncho-pulmonaires avec cyanose et tendance à l'asphyxie : bronchites aiguës des emphysémateux, pneumonies, broncho-pneumonies, congestions pulmonaires actives ou passives, voilà les cas dans lesquels l'injection d'oxygène permet de lutter contre l'élément toxi-infectieux et l'élément mécanique de la dyspnée. Pour ce qui est de la tuberculose pulmonaire, Bayeux a fait connaître au Congrès de Rome les résultats obtenus par lui dans 36 cas traités par l'oxygénation hypodermique ; cette méthode, dit-il, peut prendre une place honorable à côté des autres procédés thérapeutiques ; elle est facilement applicable, inoffensive, efficace et paraît devoir être appliquée non seulement dans les cas graves, mais au début des tuberculoses, et même comme méthode préventive de la tuberculisation. Bayeux ajoute : « Je ne prétends pas que les injections sous-cutanées d'oxygène soient le remède spéci-

(1) RAMOND. *Progrès méd.*, 3 sept. 1910 et 21 oct. 1911.

(2) BÉRAUD. *Les Injections hypodermiques d'oxygène dans le traitement des dyspnées et de l'asphyxie. Faits cliniques. Recherches expérimentales*, Th. de Paris, 1911-1912, n° 101.

(3) GOUGET. *Presse méd.*, 1912, n° 14.

(4) BAYEUX. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques de gaz oxygène, *Congrès international contre la tuberculose*, Rome, avril 1912, et *Journ. de méd. de Paris*, 11 mai 1912.

fique de la tuberculose pulmonaire; cependant les malades sur lesquels je les ai pratiquées en ont retiré un tel bénéfice que je souhaite ardemment que d'autres médecins les emploient à leur tour. »

Dans tous ces cas, les effets cliniques de l'injection d'oxygène sont les suivants : ralentissement de la respiration et du pouls, abaissement de la température (ce symptôme n'est pas constant), disparition de la cyanose, augmentation de la quantité des urines et du taux de l'urée, sensation de bien-être, expectoration plus facile et plus abondante. Ces différents effets s'expliquent bien puisque l'oxygène injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané est absorbé et utilisé, comme l'ont montré les recherches expérimentales de Béraud. On peut supposer que l'efficacité de l'oxygène résulte d'une action oxydante sur les toxines, d'une excitation réflexe des centres nerveux et d'une action analgésiante et sédative (Béraud).

En résumé, l'injection sous-cutanée d'oxygène constitue une méthode de traitement dont l'efficacité est aujourd'hui bien démontrée dans un certain nombre de cas; elle mérite donc d'être utilisée pour le traitement de quelques dyspnées toxiques et de plusieurs affections broncho-pulmonaires.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1913)

Syphilis broncho-pulmonaire confondue avec un cancer médiastin. Retour à la santé depuis deux ans. Examen radiologique avant et après le traitement. (Hectine et 606.) — MM. R. BENSAUDE et E. EMERY présentent à la Société un homme de quarante-neuf ans chez qui plusieurs médecins, et des plus distingués, à Paris et dans d'autres capitales, ont fait, il y a environ deux ans, le diagnostic de cancer du poumon.

Cet homme présentait alors de la dyspnée, une toux quinteuse particulièrement pénible, sans expectoration d'abord, mais ensuite avec une expectoration purulente abondante. Les crachats ne contenaient pas de bacilles de Koch. Par intervalles, il avait du cornage et des accès de suffocation. Il existait de l'adénopathie sus-claviculaire et, à l'examen du thorax, on constatait de la submatité et de l'exagération des vibrations à la partie inférieure du poumon droit. L'examen radiologique montre au tiers inférieur du poumon droit une ombre triangulaire dont la base est dirigée vers le médiastin et dont la pointe pénètre dans le poumon. Le malade a de la fièvre, il maigrit en quelques mois de 20 kilos, il est profondément anémié et tellement faible qu'il est obligé de garder le lit. Comme il accuse une gêne du naso-pharynx, on le fait examiner et l'on découvre une gomme du volume d'une pièce de 5 francs. La réaction de Wassermann était positive; le malade ignorait avoir eu la syphilis.

Le traitement mercuriel institué au début de la maladie était resté sans résultat. Les injections d'hectine améliorent son état, mais un vrai coup de théâtre se produit à la suite des injections d'arsenobenzol, les troubles respiratoires diminuent, puis disparaissent; l'embonpoint revient et, à l'examen radiologique, on peut voir fondre la masse qui occupait le hile et la partie moyenne du poumon droit, comme l'attestent les radiographies présentées à la Société.

Cette observation montre, une fois de plus, l'intérêt de l'examen aux rayons X dans le diagnostic de la syphilis viscérale, en permettant de suivre les modifications amenées par le traitement dans la profondeur des tissus aussi facilement que s'il s'agissait de lésions cutanées.

Valeur diagnostique et pronostique de certaines manifestations congestives sur le tractus digestif au cours des toxi-infections. — M. H. TRIBOULET. Ces deux symptômes anormaux, diarrhée et sang, au cours d'une septicémie qui, normalement, n'a pas d'influences diarrhéigènes, répondent à un état congestif du tractus digestif, quelquefois simple épiphénomène, assez souvent grave complication qui peut prêter à des considérations diagnostiques et pronostiques de valeur.

L'appendicite simple n'a pas de manifestations catarrhales intestinales; si, le diagnostic restant en suspens, il y a diarrhée, ou surtout en présence du sang dans les selles, on pensera aux crises intestinales à forme congestive (acétonémie, goutte, oxalurie, etc.).

Les septicémies simples (rougeole, scarlatine, pneumocoque, méningocoque, Eberth, etc.) agissant surtout sur l'élément lymphoïde de l'intestin, l'apparition d'une diarrhée ou la présence du sang doit faire penser à l'entérite congestive, par voie sanguine, en retour complications toxi-infectieuses par le même germe ou par infection secondaire qui assombrissent le pronostic.

De même, la diphtérie simple évolue sans histoire intestinale : diarrhée ou sang dans les selles indiquent une entérite congestive de la plus haute gravité : 23 morts sur 26 cas de la statistique de l'auteur.

Avant d'invoquer les diverses insuffisances des glandes vasculaires sanguines, encore si hypothétiques, il y a lieu, à côté de l'insuffisance rénale, de l'insuffisance hépatique indiscutées, de faire sa place, et très large, à l'insuffisance gastro-intestinale ou, en termes plus généraux, du tractus digestif, insuffisance capable d'expliquer, par elle-même, vomissements, collapsus nerveux et cardiaque, érythèmes infectieux, etc., manifestations des grands syndromes toxi-infectieux liées à la résorption toxique d'une part, et d'autre part à la non-neutralisation des poisons (Le Play, Falloise, H. Roger) par la muqueuse digestive lésée.

Les hémorragies supplémentaires des règles et les règles divisées. — M. P. EMILE-WEIL étudie six cas d'hémorragies supplémentaires des règles et de règles divisées. Les hémorragies supplémentaires s'observent dans deux conditions : tantôt chez des femmes qui ont en même temps que des ménorragies considérables d'autres hémorragies (surtout épistaxis, purpura, saignement gingival, etc.), tantôt des hémorragies diverses plus ou moins intenses compliquent des règles faibles et courtes. Ces derniers faits relient les règles supplémentaires aux règles divisées où l'on voit des épistaxis, quotidiens ou fréquents, des hématémèses, etc., remplacer des règles déficientes.

Ces accidents pathologiques peuvent continuer dans le temps les hémorragies de la puberté, antérieurement étudiées, ou apparaître tardivement, à la suite d'un incident génital, tel que l'accouchement. Ils sont de même nature. On trouve dans les deux cas, pendant l'enfance, une tendance hémorragique qu'on peut noter également dans la lignée maternelle. Enfin, chez ces femmes, existent des lésions du sang (retard léger de la coagulation, ébauche de coagulation plasmatique, diminution de la rétractilité du caillot, sérum jaune, etc.) et un allongement de temps du saignement.

L'examen clinique permet de mettre ces troubles sanguins sur le compte de troubles fonctionnels dysendocriniques et surtout de troubles hépatiques. C'est sur ce sol hématique spécial que des lésions pulmonaires, stomacales, latentes, peuvent provoquer des hémorragies fluxionnaires.

Le traitement de ces hémorragies est purement d'ordre médical. Il consiste à supprimer les lésions sanguines; les injections sous-cutanées, les lavements de sérum sanguin donnent souvent les meilleurs résultats. L'hémorragie arrêtée, on s'efforcera d'en régulariser les retours par des traite-

ments opothérapiques variables suivant les cas (opothérapies thyroïdienne, hypophysaire, mammaire, etc.).

Physiologie pathologique des paralysies diphtériques. — MM. Georges GUILLAIN et Guy LAROCHE déposent une note au sujet d'une observation récemment publiée par MM. Renault et Pierre-Paul Lévy, sous le titre suivant : « Etude clinique et expérimentale d'un cas mortel de paralysie isolée du pneumogastrique ».

Dans cette observation, MM. Paul Renault et Lévy ont recherché sans succès, suivant leur technique, la présence de corps toxiques dans le névraxe. Ces auteurs font remarquer que la malade observée ne présentait aucun des symptômes de la paralysie du pneumogastrique. Elle n'avait ni paralysie du voile du palais, ni paralysie laryngée, ni trouble de la sensibilité du pharynx. Le seul symptôme sur lequel insistent MM. Pierre Renault et Lévy est la bradycardie, symptôme inverse de celui qu'on constate dans la paralysie du pneumogastrique. Il n'est donc pas étonnant dans ces conditions que les recherches expérimentales de MM. Renault et Lévy aient été négatives. MM. Guillain et Laroche insistent sur la nécessité dans des expériences semblables, d'employer la technique qu'ils ont donnée des injections intracraniennes, et de ne pas se contenter, à l'exemple de MM. Renault et Lévy, des injections sous-cutanées. Les inoculations intracraniennes faites avec une bonne technique, qui ont d'ailleurs été pratiquées par de nombreux auteurs, dans des buts expérimentaux différents, rendent de réels services, et les accidents opératoires sont exceptionnels. MM. Guillain et Laroche demandent qu'on n'oppose pas à leurs recherches et à leurs expériences, ayant porté sur des cas de paralysies diphtériques, des recherches et des expériences ayant porté sur des malades qui n'en étaient pas atteints.

Paralysie récurrentielle et rétrécissement mitral. — MM. CLAISSE, GILLARD et THIBAUT relatent deux observations de paralysie récurrentielle survenue chez des sujets atteints de rétrécissement mitral. Les cas de ce genre, encore peu nombreux, signalés seulement dans ces dernières années, ont été l'objet de diverses interprétations. Dans ces deux observations, l'aphonie résultait d'une paralysie de la corde vocale gauche. Un des sujets est encore en observation; l'examen radiographique a permis de constater une forte dilatation de l'oreillette gauche; l'aorte et les ganglions du médiastin ont leur disposition normale. L'autre sujet a succombé et l'autopsie a révélé aussi une dilatation de l'oreillette gauche, sans lésions des ganglions. On a remarqué en outre la transformation fibreuse du tissu cellulaire médiastinal. Il est possible que cette médiastinite joue un rôle dans l'altération du récurrent. Ces deux cas sont de nature à justifier la théorie d'Ortner et les conclusions de M. Garel, attribuant la paralysie à une compression du récurrent par l'oreillette gauche dilatée.

ANALYSES

MÉDECINE

Un cas de gangrène embolique d'un membre consécutive à une angine diphtérique maligne. (AVIRAGNET, BLECHMANN et HUBER. *Bull. soc. Péd.*, mars 1912.) — Les accidents emboliques, au cours et surtout lors de la convalescence des angines diphtériques, s'observent le plus souvent au niveau des poumons; il existe un certain nombre de cas d'embolie cérébrale, mais par contre les observations d'oblitération des gros troncs vasculaires sont en nombre très limité. Les auteurs rapportent un cas très intéressant rentrant dans ce dernier groupe; l'embolie, qui avait pris naissance dans le ventricule gauche, s'est définitivement localisée dans un gros tronc artériel du membre inférieur droit, après avoir donné momentanément quelques signes d'arrêt de la circulation au niveau de l'aorte abdominale.

Le pronostic de ces embolies est grave; on peut, au point de vue de leur évolution, les classer en deux groupes : dans un premier groupe, à la suite de l'embolie la gangrène a évolué et a nécessité l'amputation; dans un deuxième groupe, peu important d'ailleurs, la circulation s'est rétablie dans les jours qui ont suivi; dans une dernière catégorie, la mort est survenue comme conséquence des troubles cardiaques.

La date tardive d'apparition de ces manifestations les fait rentrer dans le syndrome secondaire de la diphtérie maligne; en effet elles sont souvent précédées d'ailleurs d'une paralysie précoce du voile avec albuminurie, de tachycardie avec hypotension.

B. GAYARD.

La contagion indirecte à court terme de la rougeole. (LAFFORGUE. *Ann. d'hygiène publique et de médecine légale*, avril 1912.) — A l'heure actuelle la tendance générale est d'attribuer à la contagion par les cas frustes ou à des contacts ignorés avec un malade en période prodromique, la plupart des cas à genèse incertaine et mystérieuse; la contagion indirecte à *long terme* est complètement abandonnée au profit de la contagion à *court terme* par le virus fraîchement émis.

Aussi la désinfection est-elle superflue et dispendieuse quand elle s'adresse au virus morbilleux ancien; elle doit être au contraire appliquée avec une extrême rigueur au virus fraîchement émis. Il faudra assurer la destruction des germes dans le nez, le cavum, les conjonctives des malades; il faudra désinfecter également les objets à usage journalier, cuillers, fourchettes, linges; enfin, les personnes qui approchent les malades se soumettront à des soins antiseptiques réguliers; le dépistage des rougeoles à la période d'invasion et des cas frustes (bronchites, rhinites, laryngites), complété par un isolement précoce, demeure la base la plus solide de la prophylaxie antimorbilleuse.

B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Sur deux cas d'hypertrophie thymique traités avec succès par la radiothérapie. (WEILL et PÉHU. *La Pédiatrie pratique*, 25 avril 1912.) — A la suite de MM. Regaud et Crémieu qui ont obtenu de bons résultats expérimentaux à la suite d'irradiations sur le thymus, les auteurs ont employé cette méthode avec succès, dans deux cas cliniques dont l'histoire est rapportée tout au long; dans les deux cas, l'emploi des rayons X permit d'obtenir une diminution rapide et certaine du volume de l'organe. Ces résultats sont assez probants pour que l'on soit en droit de conclure que la radiothérapie peut rendre d'importants services lorsque l'intervention chirurgicale n'est pas absolument urgente ou qu'elle est impossible. D'une part en effet si les phénomènes respiratoires ne sont pas aigus, menaçants, les irradiations constituent un moyen de traitement assez rapide, efficace et dépourvu de nocivité. D'autre part si l'intervention est a priori dangereuse, on conçoit que l'on se rejette vers les irradiations dont l'action réductrice, par rapport au thymus, est amplement prouvée au double point de vue expérimental et clinique.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Enorme tumeur du rein gauche simulant une hypertrophie splénique. Réaction de Weinberg très positive, opération, autopsie, pas de kyste hydatique. (WEILL, MAURIQUANT et GARDÈRE. *La Pédiatrie pratique*, 5 avril 1912.) — Il s'agissait d'une tumeur du rein gauche, que donnait l'impression d'une hypertrophie de la rate à cause de la forme, de la variation de la tumeur, à cause de la conservation de l'état général, de l'absence de tout symptôme fonctionnel, surtout de signes urinaires; cette tumeur avait une tendance à se développer vers l'abdomen, à venir se mettre en rapport avec la paroi

antéro-latérale gauche. La réaction de Weinberg étant nettement positive, on admit l'existence d'un kyste hydatique; l'autopsie ne révéla en aucun point de l'organisme l'existence d'un kyste hydatique; quant à la tumeur, elle appartenait non point à la rate, mais au rein, et il s'agissait d'une tumeur maligne de cet organe.

B. GAYARD.

Traitement de la pancréatite chronique par la pancréatostomie. (Gœthe LINK. *Ann. of Surg.*, vol. LIII, n° 6, p. 768-782.) — Des pancréatites chroniques, nous ne connaissons guère que celle qui est associée à la lithiase biliaire : comme traitement, nous en sommes réduits au drainage de la vésicule biliaire, moyen indirect qui ne peut naturellement rien contre les pancréatites dues à d'autres causes. Le pancréas est un organe considéré encore comme peu chirurgical; mais notre timidité provient largement de conceptions erronées. Dans le cas qu'il relate, Link opéra en désespoir absolu de cause et, après l'opération, attendit la mort de la malade, inévitable d'après les données courantes. C'est là l'état d'esprit de la plupart des chirurgiens obligés à une opération sérieuse sur le pancréas; il n'est point justifié. D'après ce qu'il a vu, Link croit que le pancréas chroniquement enflammé peut être incisé, suturé et manipulé tout aussi bien que n'importe quel autre organe du corps.

Dans le cas relaté par l'auteur, il s'agissait d'une lithiase pancréatique généralisée : la glande, régulièrement hypertrophiée, donnait au toucher la sensation d'un sac de sable. La queue du pancréas fut dégagée jusqu'au croisement des vaisseaux mésentériques, attirée dehors, fendue sur les deux tiers de la longueur de l'organe, ce qui ouvrit le canal de Wirsung, d'où un nombre considérable de petits calculs à facettes furent extraits. Comme il était évidemment impossible même de songer à enlever tous les calculs du pancréas et de ses conduits extérieurs, Link décida de drainer directement le pancréas au dehors. Un bout de sonde Nélaton n° 16 fut placé dans la fente pancréatique, de telle sorte que son extrémité dépassait la pointe de la glande d'une dizaine de centimètres, puis le parenchyme fut suturé autour de cette sonde sans que l'on cherchât à suturer à part le canal de Wirsung. Le grand épiploon servit à envelopper la ligne de suture, puis le pancréas fut amené au dehors et suturé à l'angle inférieur de l'incision de laparotomie, de telle sorte que 15 millimètres de pancréas dépassaient le niveau de l'abdomen. Pour recueillir la sécrétion pancréatique, on attacha simplement un cordon ordinaire autour du tube de caoutchouc. Cela suffit pour empêcher toute irritation de la peau. Actuellement, de 60 à 240 grammes de suc pancréatique s'écoulent par jour. La malade a engraissé de 30 livres et est en état excellent.

L'auteur propose cette méthode de drainage direct pour tous les cas de lithiase pancréatique où il n'y a plus que quelques calculs facilement enlevables et où il y a de la « calculose parenchymateuse ». La lithiase pancréatique est connue depuis longtemps; il y a six autres cas opérés, avec quatre guérisons (dont une récidive ultérieure après pancréatotomie). La pancréatostomie pourrait être employée palliativement dans les cas d'obstruction du canal de Wirsung par un néoplasme. La meilleure voie d'accès est la transmésocolique. On a ainsi plus de place que si l'on attire le pancréas entre l'estomac et le côlon, ce qui a de plus le désavantage d'immobiliser la grande courbure de l'estomac.

F. GARDNER.

L'anus béant : sa signification clinique. (Alfred J. ZOBEL. *California state Journ. of med.*, vol. X, n° 11, nov. 1912, p. 47.) — Chez l'individu normal l'anus est fermé, et sa béance est toujours l'indice d'un état pathologique dont la cause peut être très variable.

L'auteur passe en revue les principales de ces causes et cite successivement : la convalescence des grandes pyrexies comme la fièvre typhoïde qui peut s'accompagner du relâchement du sphincter, la sénilité (il y a là même un inconvénient sérieux à l'emploi de la restoscopie chez les vieillards, qui peut entraîner à sa suite une véritable incontinence des matières), la dilatation par des tamponnements prolongés après les opérations, les plaies du sphincter (en particulier la déchirure totale du périnée dans l'accouchement, les opérations de fistules à l'anus), l'infiltration du sphincter par le cancer ou un syphilome, les corps étrangers rectaux, l'invagination et le prolapsus, les manœuvres de pédérastie en particulier chez les sujets atteints de rectite gonococcique, enfin dans l'anesthésie intrarachidienne le sphincter est largement relâché.

En dehors de ces cas où le relâchement du sphincter est symptomatique d'une autre affection, il est des cas très rares, mais le docteur Zobel en cite des exemples, où il semble constituer au premier abord toute l'affection, ou tout au moins en constitue le symptôme initial.

C'est ainsi que l'incontinence partielle des matières a pu être observée chez des malades qui ne présentaient comme tare que de l'alcoolisme ou de l'intoxication par le tabac, on l'a encore observée chez des hypocondriaques, des hystériques, enfin dans un cas le docteur Zobel l'a vu constituer le premier symptôme d'un tabes qui s'est confirmé par la suite.

M. LANCE.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 11, nov. 1912.) LOMBARD, MAHU et SIEUR : Une enquête collective internationale sur l'ozène. — GUARRACCIA : Bouton de Biskra du pavillon de l'oreille. — GUISEZ : D'un accident peu connu de l'adéno-amygdalotomie et de la chute des végétations et amygdales dans les voies aériennes. — CURTILLET et ABOULKER : Abcès du cervelet diagnostiqué, opéré et guéri depuis deux ans. — BAR : Sténose nasale et adhérence linguale consécutive d'une plaie par arme à feu. Guérison par intervention opératoire. — CLAOUÉ : Cautère galvanique à lame protégée.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 349, 10 janv. 1913.) BARJON et REY : Deux observations de biloculation gastrique; diagnostic radioscopique; intervention chirurgicale; guérison. — ARCELIN et RAFIN : Les indications radiographiques de la pyélotomie. — Th. NOGIER : La radioscopie rénale, ses avantages. — H. MARQUÈS et A. PEYRON : Sur l'acromégalie, l'acromégalo-gigantisme et leurs formes frustes. Importance des données fournies par la radiographie. — GAIFFE : Orthodiagraphe.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 12, déc. 1912.) CHAVASSE : Une inspection médicale au Maroc occidental en novembre 1911. — DORNIER : Série d'accidents consécutifs à des injections de sérum antitétanique. — FOLLY et SALINIER : Coup de feu transversal de l'épaule gauche et du thorax. — JOSSE : Plaie de l'estomac par coup de couteau. — MINGUET : Un cas de fracture isolée du deuxième cunéiforme. — FRIANT : Contusion de l'abdomen dans le flanc gauche et rupture sous-cutanée de la rate. — GAUTIER : La teinture d'iode dans les approvisionnements de réserve. Procédé de préparation extemporanée. — BRUÈRE : Formules pour l'appréciation du mouillage et de l'écrémage des laits.

Archives générales de chirurgie. — (N° 12, 25 déc. 1912.) P. MAUCLAIRE et Lucien GIRARD : Un cas d'arthropathie nerveuse sans signe de tabes (fig.). — R. GRÉGOIRE : Techniques opératoires pour la création d'un vagin artificiel (fig.). — G. LIÉBAULT et DAUDIN-CLAVAUD : Diagnostic et traitement des anévrismes de la carotide interne et de la carotide externe (fig.).

Archives internationales de neurologie. — (Janv. 1913.) H. DAMAYE : Syndrome paralysie générale subaigu ; récidive à l'occasion d'une grossesse. — SIKORSKY : Le pouls des aliénés. — G. VARENNE : Les trois « visions » de Benvenuto Cellini. — LEGRAIN : Réforme du règlement de 1857 sur le service des aliénés. — F.-W. DE MOTT : Sur les relations entre traumatismes craniens et maladies mentales et nerveuses.

Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. — (N° 1, janv. 1913.) GUISEZ : Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. — RABÉ : Traitement des polypes muqueux des fosses nasales.

Bulletin médical. — (N° 3, 8 janv. 1913.) A. CADE : Le mouvement médical lyonnais en 1912. — S. POZZI : Vie autonome d'appareils viscéraux séparés de l'organisme d'après les nouvelles expériences du docteur Alexis Carrel. — A.-F. PLICQUE : Les infections générales d'origine dentaire. — (N° 4, 11 janv.) J.-P. TOURNEUX : Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu intéressant l'estomac et le rein. — P.-E. WEILL : Les hémorragies supplémentaires des règles et les règles déviées. — PLICQUE : Les métrorragies virginales, leurs causes et leur traitement.

Clinique. — (N° 2, 10 janv. 1913.) EMERY et BOURDIER : Les neuro-récidives. — Gaston LYON : Les médicaments réellement utiles ; leurs modes d'administration, leurs indications.

Gazette des praticiens. — (N° 438, 1er janv. 1913.) Paul JOIRE : Un instrument de diagnostic des maladies nerveuses. — BOISSART : La pratique thérapeutique en Allemagne : le 844.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 1, 5 janv. 1913.) BEAU-TAPIE : Fracture ouverte de l'extrémité inférieure de l'humérus chez un enfant de six ans. Ostéo-synthèse par enchevillement. Résultat excellent (2 fig.). — R. BRANDEIS : Le siège rénal d'une tuberculose urinaire peut-il être déduit de l'examen cytologique du sédiment de l'urine ?

Journal des praticiens. — (N° 2, 11 janv. 1913.) GAUCHER : Les diverses formes du lupus érythémateux. — CASTAIGNE : Tuberculose rénale et albuminurie orthostatique. — DÉJERINE : Monoplégie dissociée. — SABOURAUD : L'appendicisme, maladie tuberculeuse.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 52, 28 déc. 1912.) M. D'HALLUIN : Ce que tout médecin doit savoir en matière de radiologie. — (N° 1, 4 janv. 1913.) M. D'HALLUIN : Ce que tout médecin doit savoir en matière de radiologie (*suite*).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 52, 26 déc. 1912.) Georges BOUCHÉ : La craniectomie décompressive (*fin*). — (N° 1, 2 janv. 1913.) A.-P. HEINECK : Contribution à l'étude des hernies tubaires, ovariennes et tubo-ovariennes.

Lyon chirurgical. — (N° 1, 1er janv. 1913.) V. ROCHET : Deux cas de cystite tuberculeuse chez des vieux. — E. VILLARD et E. PERRIN : Traitement des oblitérations vasculaires. — G. TISSERAND : Décapsulation rénale dans les néphrites aiguës toxiques. — P. MAZEL et J. MURARD : Etude expérimentale de la néphrite aiguë par le sublimé et de son traitement chirurgical. — Louis DESGOUTTES : Un cas de grossesse tubaire coïncidant avec une grossesse utérine. — STEFANI : Tuberculome de la paroi thoracique simulant un myxome. — André CHALIER et J. MURARD : Note sur les rapports de l'uretère au détroit supérieur.

Marseille médical. — (N° 1, 1er janv. 1913.) SÉNEZ et RAUQUE : Sur une méthode de stérilisation et de préparation du vaccin antityphique. — R. COLOMB : Névralgie faciale ; guérison par l'air chaud d'un cas ancien. — L. BILLON et F. CLÉMENT : Rapport sur la déclaration obligatoire de la tuberculose. — J. PONTHIEU : La déclaration obligatoire de la tuberculose au point de vue pratique et professionnel.

Montpellier médical. — (N° 51, 22 déc. 1912.) VEDEL et Simon BAUMEL : Chancres mous extragénitaux. — (N° 52, 29 déc.) DE ROUVILLE : De l'évidement systématique du moignon cervical dans l'hystérectomie subtotale.

Paris médical. — (N° 5, 4 janv. 1913.) Albert WEIL : La physiothérapie en 1913. — BERGONIÉ : La diathermie, ration d'appoint. — NOGIER et Cl. REGAUD : Les effets biologiques des hautes doses de rayons X durs, sélectionnés par filtration, applications thérapeutiques. — JAUGEAS : Le traitement des adénopathies tuberculeuses. — WICKHAM et DEGRAIS : L'émanation du radium et ses applications thérapeutiques. — THOORIS : Les bases de l'éducation physique. — (N° 6, 11 janv.) RATHERY : Sémiologie du liquide céphalo-rachidien. — KLIPPEL et CHABROL : Les crises parotidiennes des saturnins. — BICKEL : Ce qu'il faut penser de la thérapeutique par les émanations de radium. — CHIRAY et MICHELOWSKY : L'hydarthrose intermittente périodique.

Pédiatrie pratique. — (N° 1, 5 janv. 1913.) NOBÉCOURT : L'appareil circulatoire chez l'enfant. — DURANDO-DURANTE : L'érythème noueux chez les enfants. Contribution clinique. — RIBADEAU-DUMAS et PHILIBERT : Association de l'infection à pneumocoques et de l'infection tuberculeuse chez le nourrisson. — LANGEVIN : Gastro-entérite chronique chez un nourrisson, traitée par le régime sec.

Presse médicale. — (N° 3, 8 janv. 1913.) A. NETTER : L'argent colloïdal et ses applications à la thérapeutique infantile. — A. LIPPENS : La physiologie normale et pathologique du péritoine. — (N° 4, 11 janv.) Paul RECLUS : Le rétrécissement congénital du rectum.

Progrès médical. — (N° 1, 4 janv. 1913.) G. ETIENNE : Les phases d'anaphylaxie de la cure tuberculinique ; leur formule leucocytaire. — G. DURAND : La diarrhée, accident consécutif à la gastro-entérostomie.

Province médicale. — (N° 1, 4 janv. 1913.) Pierre BAUDET : De l'emploi de l'huile camphrée en chirurgie. — André CHALIER : Résultats des interventions dirigées sur le sympathique cervical dans la maladie de Basedow selon la méthode du professeur Jaboulay.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 1, 24 janv. 1913.) J. LABOURÉ : Tumeurs malignes du vomer. — L. BAR : Sténose nasale et adhérence linguale consécutive à une plaie par arme à feu. Guérison par intervention opératoire.

Revue médicale de l'Est. — (N° 24, 15 déc. 1912.) BERNHEIM : Sommeil et somnambulisme. — André BŒCKEL : De l'exclusion de la vessie dans la tuberculose réno-vésicale (*à suivre*).

Semaine médicale. — (N° 2, 8 janv. 1913.) Pierre MARIE et Ch. FOIX : Hémisyndrome cérébelleux d'origine syphilitique : hémiplégie cérébelleuse syphilitique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 13 janvier 1913. — Question donnée : « Tronc de l'artère sous-clavière gauche. — Accès d'asthme (signes et diagnostic). »

MM. Perrier (Léon), 13 + 20 = 33; Ruelle, 12 + 21 = 33; Rouffiac, 13 + 18 = 31; Schulmann, 16 + 25 = 41; Touchard, 13 + 17 = 30; Achard, 18 + 23 = 41; Marais, 14 + 17 = 31; Prunier, 14 + 16 = 30.

— MÉDAILLE D'OR. — Sont désignés pour faire partie du jury du concours de la médaille d'or :

Pour la section de médecine, MM. Laignel-Lavastine, Lœper, Ramond, de Massary, Decloux;

Pour la section de chirurgie et accouchements, MM. Wiart, Alglave, Jalaguier, Monod, Jeannin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX. — Le bureau de la Société médicale des hôpitaux est ainsi composé pour 1913 :

Président, M. Barié; vice-président, M. J. Comby; secrétaire général, M. A. Siredey; trésorier, M. Hudelo; secrétaires des séances, MM. Decloux et Ribadeau-Dumas.

Conseil d'administration : MM. Florand, Claisse, Teissier, Rist, Lafforgue.

Comité de publication : MM. Siredey, Decloux, Ribadeau-Dumas, Carnot, Nobécourt.

Conseil de famille : MM. Moutard-Martin, Chauffard, Letulle, Oulmont, Brault.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret, en date du 30 décembre 1912, ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Liabador, Masselot, Guinot, Lombard, Thomas, Japiot, Paillard, Gruyer, Creyx, Vayssière, Mausse, Allo, Réchou, Breuillet, Drouin, Michelland, Surun, Ducasse, Letulle, Dufourt, Nédey, Thomasset, Deflandre, Gaulier, Faguin dit Bovet, Marguerie, Doche-Laquintane, Marchand, Chabrol, Lafon, Proy, Canton, Coudray, Mosca, Berger, Peyrin, Norel, Porcheron, Détourbet, Bousquet, Aimard, Médevielle, Marois, Moulineau, Cado, Mabille, Desurmont, Agard, Deshayes, Meslier, Saucerotte, Monlaur, Monnier, Richard, Corvisy, Béal, Roche, Savin, Nanta, Saudino, Quiquandon, Girard, Boulet, Périchon, Mesplède, Brun, Rebuffat, Genty, Oyez, Baudy, Froustey, Durand, Boin, Laborie, Médot, Bonnedame, Lavielle, Placet, Bascoul, Morali, Monnot, Maublant, Corone, Robert, Leclère, Béraud, Boussaguet, Maury, Chapeaud, Bels, Gramel, Fuchs, Linel, Fontaine.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Verrière, Malinski, Herviault, Laty, Tixier, Hubert, Grandchamp, Trèves, Chazarain, Moncany.

— Par décret en date du 30 décembre 1912, ont été promus dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. Voivenel, Lascazas de Saint-Martin, Clermont, Bordères, Charbonnel, Collière, Liébert, Hanns, Vergnes, Blanquinque, Warot, Poissonnier, Lescure, Védy, Colombié, Gobert, Chartier, Morin, Cayla, Séverie, Kiéner, Herbaux, Desrousseaux, Privat de Fortunié, Devillers, Mollet, Bourras, Piet, Laborderie, Billac, Faucon, Arnould, Labrevoit, Landolt, Malzach, L'Hirondel, Lavallée, Cros, Bressot, Lecaplain, Léger, Faugeron, Dernoncour, Ferrand, Hirigoyen, Eudes, Sudaka, Bernard, Dehergne, Mousnier, Bertrand, Noé, Ferrand, Allaire, Fauconnier, Loubat, Gaehlinger, Cahen, Boudouresques, Dupire, Mosnier, Riché, Provotelle, Soubies, Vézard, Gaugain, Fouque, Pignerol, Boillérault, Desclaux, Ortel, Badin, Mazingarbe, Ravaud, Viallet, Rayel, Bertier, Durand, Cleisz, Sire, Tisserand, Piollenc, Pétrement, Mathez, Jacquemaire, Boyer, Duraud, Nepveu, Dussuc, Gromier, Pignet, Verdenal, Mosnier, Cayrol, Riou-Kangal, Trifaud, Mothe, Fabre, Cocural, Bardoux, Jaubert, Deupès, Rousseau, Bourgeot, Bramard, Serre, Rousset, Le Louet, Giffard, Botcazo, Taisne, Proust, Lecomte, Bouchet, Fressineau, Crochet, Boismard, Le Poncin, Bougarel, Vaysse, Valette, Légillon, Saint-Marty, Ruyssen, Bassard, Béra, Bocquillon, Klein, Sommelet, Ravaud, Fiatte,

Hausmann, Granval, Dhéry, Couénon, Moussaud, Dupuy, Merveille, Gaud, Durand, Alleaume, Diehl, Ogé, Berenguier, Sévaux, Cauchoix, Lemée, Desqueyroux, Lévy-Franckel, Castet, Arquembourg, Bacqué, Armaing, Satre, Jacod, Plissonneau, Simonot, Malloizel, Voguet, Delouvrier, Minot, Estivals, Guillerme, Lisle, Cassard, Ruby, Pointin, Pujol, Delfourd, Rouvière, Granat.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. Dirigoin, Fonteneau, Régerat, Fonzes, Obers, Lebossé, Bouchot, Levet, Carrier de Boissy, Pouzol, Ploton, Jolicœur, de Bernard de Teyssier, Ponthieu, Jeannet, Roustain, Paget, de Fromont de Bouaille, Bussillet, de Sèze, Lachowski, Omiecinsky, Duband, Dieuzaide, Giffard, Bardon, Deytieux, de Casteras, Lerat, Marciteau, Virenque, Géraudel, Vivier, Pouret, Dirksen, Hernu, Belgrand, Mougenc de Saint-Avid, Florion, Laubry, Delacroix, Arnal, Jacobsohn, Crapez, Clavel, Hily, Finelle, Piquantin, Bourretère, Privat, Gadrat, Joubaire, Laruë, Dorléans, Froment, Salamo, Dupuy, Roncin, Le Bras, Jully, Ichard, Flamand, Pelloux, Papillon, Martin, Naud, Michel, Rouvière, Robelin, Chauvin, Signoret, Barré, Charvet, Mortureux, Humbert, Brun, Grojean, Painetvin, Lamer, Lecocq, Renaud, Poissenot, Dethan, Gignier, Servent, Lebreton, Laurent, Armand, Lecouffe, Musy, Jesson, Guigues, Ravallec, Yvernogeau, Michel, Fatout, Wibault, Lefebvre, Marchal, Louveau, Remoussenard, Malvy, Nonique, Jeffroy, Gaillard, Adoue, Cambier, Laurens, Roucaché, Lévy-Valency, Bocage, Hodé, Audistère, Tanon, Buron, David, Vernon, Reboul, Duprat, Chiron du Brossay, Ducourthial, Viteman.

DANS LA PRESSE GYNÉCOLOGIQUE. — La *Semaine gynécologique*, fondée il y a dix-huit ans par notre excellent confrère Pichevin qui avait su lui assurer une place si estimée dans la presse gynécologique, change de direction et devient la propriété du docteur Doléris.

Le docteur Pichevin continue néanmoins sa collaboration au journal et figure dans le nouveau comité de rédaction avec MM. Cathala, Dalché, Descomps, Funck-Brentano et Roulland.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Lorsqu'un ouvrier est victime d'un accident du travail, le chef d'entreprise est en droit de le faire visiter, en présence du médecin traitant, par un médecin choisi par lui, appelé dans la pratique médecin contrôleur.

Si l'ouvrier refuse de se laisser examiner par le médecin du patron, la sanction consiste dans la suspension de l'indemnité journalière prononcée, sur la demande de ce dernier, par le juge de paix.

Or, voici qu'un chef d'entreprise, dont l'ouvrier avait été blessé, charge un médecin d'examiner celui-ci. Ce médecin écrit à son confrère, le médecin traitant, pour le prévenir qu'il ira examiner le blessé tel jour, à telle heure. Le médecin traitant lui répond que cette heure étant celle de sa consultation, il ne peut se rendre chez le malade et il le prie de choisir un autre moment. Le médecin contrôleur s'y refuse, et à l'heure indiquée par lui il se présente chez l'ouvrier blessé. Ce dernier déclare qu'il ne veut se laisser examiner par le médecin contrôleur qu'en présence de son médecin, et il se refuse à tout examen de sa blessure.

Le patron obtint alors du juge de paix une décision ordonnant la suspension du versement de l'indemnité temporaire. L'ouvrier s'est pourvu en cassation contre ce jugement, et la Chambre des requêtes a rejeté son pourvoi.

Cet arrêt, rigoureux pour l'ouvrier, est absolument juridique, car il n'est que l'application du texte de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. Aussi mérite-t-il d'être relevé. La loi autorise le médecin contrôleur à examiner toutes les semaines l'ouvrier blessé en présence du médecin traitant.

Mais il ne dépend pas de l'ouvrier que cette dernière condition soit ou ne soit pas remplie. Voilà deux médecins qui ne veulent pas se mettre d'accord sur l'heure de la visite. Le refus par l'ouvrier de se laisser examiner par le médecin contrôleur seul le privera du versement de l'indemnité journalière. C'est la loi, et il importe de signaler la solution rigoureuse qu'elle entraîne dans certains cas.

Il faut ajouter que ces cas sont rares, car en pratique les deux médecins se mettent le plus généralement d'accord pour se rendre chez le blessé à une heure qui leur convient à tous deux. (*Le Temps.*)

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. le docteur E.-C. Aviragnet, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le mardi 21 janvier 1913, à neuf heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, sérothérapie, tubage et trachéotomie).

Tous les matins : visite, examen des malades. Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Programme des leçons. — Première et deuxième leçons : Généralités sur la diphtérie. Tubage. — Troisième leçon : Trachéotomie. — Quatrième leçon : Diagnostic bactériologique. — Cinquième et sixième leçons : Étude clinique de l'angine diphtérique. — Septième leçon : Étude clinique du croup. — Huitième leçon : Paralysie diphtérique. — Neuvième leçon : Sérothérapie. — Dixième leçon : Traitements adjuvants. Prophylaxie de la diphtérie.

Seront admis à suivre cet enseignement, MM. les étudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), tous les jours, de midi à trois heures.

Les élèves seront classés par série de quinze et pour une période de trois semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

M. le docteur Bloch-Michel, chef de laboratoire, et M. Bloch, interne du service, dirigeront les travaux pratiques.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. DE BEURMANN. — *Conférences théoriques et pratiques.* — Une série de conférences théoriques et pratiques sur les affections cutanées et vénériennes est faite par MM. de Beurmann, R. Sabouraud, Dominici, Mouneyrat, Louis Ramond, Eugène Regnauld, Grandchamp, Egger, Degrais, Pestel, Tanon, Cottin, Noiré, Philibert, Chenet, Jean Pellot, Larroque, Labourdette.

Les leçons ont lieu les lundi, jeudi et samedi de chaque semaine, de dix heures à onze heures dans la salle des conférences de l'hôpital, à côté du musée et de la bibliothèque.

Lundi 20 janvier, à dix heures un quart, salle des conférences : « La gale et son traitement », par M. Grandchamp.

Jeudi 23 janvier, à dix heures, salle des conférences : « Staphylocoque et streptocoque », par M. Sabouraud.

Samedi 25 janvier, à dix heures (cette leçon devant avoir un intérêt surtout pratique sera faite dans le Laboratoire municipal) : « Le traitement des teignes », par M. Noiré.

THÉRAPEUTIQUE

ENTÉRITE CATARRHALE AIGUË TOXIQUE (CHOLÉRA INFANTILE)

Diète hydrique deux à trois jours. Contre la fièvre, bains frais. A moins de crainte de méningite tuberculeuse on pourra faire des injections de sérum artificiel (20-25 centimètres cubes additionnés de 2 centigrammes de citrate de caféine).

Dès qu'on revient au lait, le donner très prudemment, coupé au 1/5, par petites doses qu'on n'augmentera que si elles sont bien tolérées. A chaque repas une cuillerée à café de :

Sous-nitrate de bismuth lavé. .	2	grammes
Bétol	1	—
Julep gommeux.	90	—

Agiter avant usage. (MARFAN.)

On facilitera beaucoup la digestion du lait et le retour rapide à la santé par l'administration de sirop de Trouette-Perret à la Papaïne.

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

du 15 janvier 1913

ÉLOGE

DE

M.-A.-D. GUINARD

(1856-1911)

Par M. E. ROCHARD,
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Le lundi 12 juin 1911, à midi et demi, notre collègue Guinard venait de terminer son service lorsqu'il tomba lâchement assassiné par un de ses anciens opérés. Quatre jours plus tard, il succombait, sans s'être fait un seul instant la moindre illusion sur l'issue fatale de ses blessures.

Il est mort stoïque, sans proférer une plainte, donnant ainsi l'exemple du plus grand courage et forçant notre souvenir à se reporter vers les temps antiques.

Il est mort victime du devoir professionnel, victime de cette chirurgie si décriée par tant d'esprits légers qui n'en connaissent ni les sublimes satisfactions, ni les suprêmes dangers.

Dans peu de mois s'élèvera, dans la cour de cet Hôtel-Dieu où il a été frappé, un monument perpétuant le souvenir d'un acte aussi injuste qu'infâme et rappelant aux générations futures comment, dans notre belle carrière, on sait mourir avec calme et simplicité pour son prochain.

De beaux et nombreux discours ont été déjà prononcés lors de ses funérailles faites aux frais de la Ville de Paris; d'autres le seront demain quand le marbre aura fixé son image. Il appartenait toutefois au secrétaire général de votre Société, son ancien collègue et son fidèle ami, de retracer devant vous la vie de celui qui tenait dans cette enceinte une si large place.

Mais remuer le passé, c'est quelquefois rappeler les beaux jours; c'est souvent aussi raviver les douleurs qui, sans être éteintes, sont entrées dans cet état de torpeur que le temps répand sur tout, sur les choses comme sur les êtres.

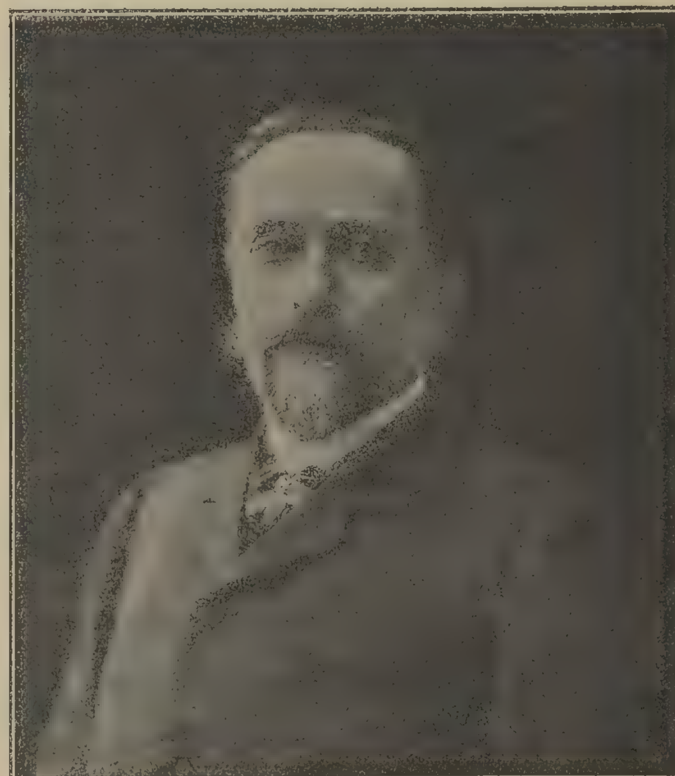
Aussi dois-je commencer par m'excuser auprès de tous ceux auxquels Guinard était cher, et ils sont nombreux, de soulever encore une fois la poussière des dernières tristesses.

Ils me le pardonneront, car sa fin tragique en a fait un martyr. Il ne nous appartient plus, il est du domaine de l'Histoire et nous ne pouvons laisser son souvenir dans l'oubli.

Aussi bien, vais-je retracer devant vous une vie faite toute de travail, de dévouement, de bonté, venant aboutir au crime d'un malheureux forcené, faisant voir une fois de plus ce qu'on peut attendre de la gratitude humaine, et que l'action de faire le bien trouve seulement en elle-même sa récompense.

La famille de Guinard est originaire du Dauphiné. Elle vint avant la Révolution à Saint-Bonnet-le-Château et de là à Saint-Etienne où elle demeura depuis. C'est là que naquit le père de notre collègue, Victor Guinard, qui fit à Paris ses études de pharmacie. Il fut interne de Roux, de Guersant et de Chomel dans cet Hôtel-Dieu où son fils devait plus tard trouver la mort, et, en 1849, se fixa définitivement dans sa ville natale.

D'une probité professionnelle scrupuleuse, il fut vite apprécié et estimé de ses concitoyens. Il a laissé parmi eux la réputation d'un homme instruit, cultivé, mais se faisant remarquer surtout par sa bonté, sa simplicité, sa modestie, qualités qu'il sut léguer à son fils, comme nous le verrons.



Cliché PIROU.

AIMÉ GUINARD

Aussitôt de retour au pays, Victor Guinard avait épousé une jeune fille d'une ancienne et bonne famille du Forez, Mlle Prost qui, par ses antécédents, avait des liens de parenté avec le grand Pascal.

De cette union naquit notre collègue : Marie-Aimé-Désiré Guinard qui, le 8 mai 1856, vit, lui aussi, le jour à Saint-Etienne.

Dès sa première enfance, son intelligence vive et éveillée en fit le fils gâté de la famille. A l'âge de quatre ans, il répétait mot pour mot le texte des images qu'on avait l'habitude de lui montrer, mémoire surprenante pour un bambin de son âge. Quelques années plus tard ses tendances artistiques se dévoilèrent. Il avait des dispositions très prononcées pour la musique, mais ce qui l'attirait le plus c'était le théâtre. Aussi était-il recherché des familles amies qu'il charmait par ses chansonnettes, son entrain dénué de toute pose, tenant avec succès les premiers rôles dans les comédies de salon. Il

m'a même avoué qu'il avait été très tenté de suivre une troupe de comédiens de passage à Saint-Etienne et qu'il en avait été retenu par le seul chagrin que cette détermination aurait pu causer à sa famille. Son bon cœur fut comme toujours le plus fort et eut heureusement raison d'une espèce de folie de jeunesse qui l'eût détourné de la chirurgie ; mais il garda toujours cet amour pour tout ce qui touche au théâtre, et ce dernier tenait une certaine place dans son existence.

Il fit de brillantes études au lycée de Saint-Etienne où il obtint même la médaille d'or de dessin de la ville, et muni de ses deux bacccalauréats passa deux ans à la pharmacie paternelle.

Ses aptitudes médicales avaient été remarquées par un des amis intimes de son père, le docteur Riembaut, chirurgien de l'hôpital, dont il suivait le service et qui se faisait même aider par lui. Ce premier maître conseilla de l'envoyer à Paris. Le docteur Ducom, alors pharmacien en chef de Lariboisière, encouragea la famille dans cette voie. Aimé Guinard partit donc pour la capitale, il devait y marquer sa place.

C'est sur le quai de la gare où toute sa famille attendait, très émue, le départ du train, que, pour faire bonne contenance, il prit une feuille de son carnet de poche et écrivit : « Voilà mon adresse dans trente ans : docteur Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu à Paris », et il jeta aux siens ce papier prophétique. « Il y a tout juste trente ans que se passait cette petite scène de famille, nous dit-il dans ce petit chef-d'œuvre de cœur et de style qu'est la leçon d'ouverture de son cours de clinique annexe, et voilà réalisé le rêve fou de ma jeunesse. »

Mais pour arriver à réaliser ce rêve que d'obstacles à vaincre, que de nuits consacrées au travail, que de difficultés de toutes sortes à surmonter. Et cependant, peu de temps après son arrivée dans la capitale, notre futur chirurgien était reçu externe des hôpitaux en 1877, et se mettait au dur labeur de l'internat. La vie lui paraissait belle. Le pactole ne roulait certes pas ses paillettes d'or dans ses poches, il ne fréquentait pas les somptueux restaurants, non certes, et je me suis laissé raconter par lui que souvent il faisait son déjeuner lui-même : déjeuner frugal, mais dont certains œufs brouillés à la mandarine, qui constituaient du reste tout le menu, lui avaient laissé les meilleurs souvenirs.

Au début de ses études il avait pris l'habitude (qu'il ne perdit jamais) d'écrire ponctuellement chaque semaine à ses parents, et voici comment notre jeune externe parlait de lui à son père, au seuil même de la dure carrière des concours : « Vous ne pouvez croire, disait-il, combien je suis heureux d'être au monde, il n'y a pas d'empereur ni de roi qui soit aussi content que moi ; partout où je vais on me fait un accueil exquis : les amis, les malades, le chef de service, les professeurs, tous quoi ! » Quel élan de jeunesse, et comme ce cri de la joie de vivre dénote une belle et bonne nature.

Son travail acharné porta vite ses premiers fruits. Deux années d'externat lui suffirent pour arriver interne des hôpitaux de Paris, et le voilà définitivement le pied dans l'étrier. Il eut pour chef de service Panas, Proust, mais ses véritables maîtres furent Verneuil et Tillaux, à l'hôpital de la Pitié et à l'hôpital Beaujon. Ces deux grands chirurgiens eurent sur lui la plus louable et la plus décisive influence. Il en parlait souvent, et toujours avec respect et admiration.

A ce moment notre collègue avait pris de l'âge et commençait à sentir le poids des responsabilités futures.

« Quel métier que celui de médecin, écrivait-il encore à son père, comme on entre dans le cœur des familles ! Comme il faut être honnête et comme on pourrait faire du mal si l'on n'était pas invulnérable quant à la conscience ! Ah ! je vous assure, mon cher père, que les principes sévères que vous nous avez inculqués ne sont pas de trop, pas plus que la droiture dont vous nous avez imbibés ! »

Je vous ai dit qu'en quittant tout jeune sa ville natale pour venir à Paris, Guinard savait parfaitement déjà ce qu'était un chirurgien des hôpitaux de cette ville et quelle était la valeur de ce titre, que de plus il était bien décidé à l'acquérir puisqu'il avait donné pour plus tard son adresse à l'Hôtel-Dieu. Aussi le voyons-nous préparer immédiatement l'adjuvat, y être reçu et se mettre de suite à concourir pour le prosectorat. Dans notre bonne France, très imbue, comme chacun sait, de fonctionnarisme, il se crée des échelons presque conventionnels pour arriver à un grade qui n'en demande pas. C'est ainsi que pour concourir à ce que nous appelions autrefois le bureau central on croit devoir passer par le prosectorat de la Faculté ou des hôpitaux. Bien peu s'affranchissent de cette tradition, et on ne peut nier que ce soit un gros élément de réussite que de se présenter au concours avec le titre de prosecteur. Guinard n'eut pas le bonheur de le posséder, mais ne perdit pas pour cela courage. Il fut nommé à l'hôpital de la Pitié chef de clinique de son maître le professeur Verneuil, et parcourut alors la dure carrière de candidat au bureau central.

C'est à la fin de son clinicat en 1889 que je fis sa connaissance à la conférence de notre vénéré maître le professeur Paul Berger. Nous nous réunissions le soir, d'abord rue du Bac, puis plus tard dans l'ancienne salle de la Société de chirurgie à l'abbaye, et cette fréquentation hebdomadaire me fit de suite apprécier son affabilité, sa bonté. Loin de me regarder comme un étranger et une brebis un peu galeuse puisque j'arrivais à concourir sans être passé par la filière parisienne, il me fit bon accueil et nous devînmes amis.

La lutte fut vraiment dure pour lui, et l'on ne sait ce qu'il faut d'énergie pour continuer à subir des épreuves quand on a entendu un de ses juges, c'était cet excellent Després, dans l'espèce, dire à la fin d'un concours : « Celui-là ne sera jamais chirurgien des hôpitaux », comme cela était arrivé à notre pauvre Guinard. Il le fut cependant, en 1892, et on fit un bon choix, car à Lariboisière comme assistant de Peyrot, et ensuite à Ivry, Bicêtre, à la Maison municipale de santé, à Saint-Louis et à l'Hôtel-Dieu, il nous a montré que c'était un chirurgien né et ayant

toutes les qualités requises pour exercer ce grand art.

Il avait de la décision, de la hardiesse et une grande habileté de mains. Il mettait même une certaine coquetterie à enlever un fibrome en quelques minutes, non pas qu'il voulût s'en faire une réclame pour une galerie idolâtre, mais il estimait, et à juste raison, qu'aller vite c'est diminuer les chances d'infection.

C'était un esprit original et novateur. Il abordait volontiers les questions les plus délicates de la chirurgie. Un des premiers il s'occupa de la pylorectomie en France, et je n'ai pas besoin de vous rappeler ses travaux sur le traitement des anévrismes de la base du cou par la méthode de Brasdor ainsi que ses opinions sur la ligature de la carotide primitive.

Dans ces dernières années, il s'occupa surtout de chirurgie abdominale et le volume qu'il fit paraître sur ce sujet dans le traité de Le Dentu et Delbet est vraiment empreint d'un grand esprit scientifique tout en gardant une originalité très personnelle.

Il rendait volontiers l'appendice responsable et à juste raison, le plus souvent, de méfaits qu'on était bien loin de vouloir lui attribuer, et dans le volume auquel je fais allusion, il lançait cette idée que beaucoup de fausses couches et de grossesses extra-utérines étaient sous la dépendance de l'inflammation de ce vilain petit organe.

Il me faudrait beaucoup trop de temps pour énumérer le reste de ses nombreux travaux; je ne puis pourtant passer sous silence ses études sur les pancréatites. Il nous a appris à les connaître, à les opérer et à en faire le diagnostic, et là a encore montré un grand sens clinique et chirurgical. Mais dans ces dernières années, ce qui l'attirait surtout c'était l'éducation de ses élèves. Il y consacrait tous les matins de longs moments, et son enseignement si clair, si pratique, si humain, attirait dans son service de nombreux auditeurs. Là encore, nous retrouvons la trace de son caractère; ne disait-il pas à ses disciples : « Il faut traiter les malades avec une douceur et une patience de mère. Le chirurgien bourru et brutal ne doit plus exister, vous serez doux et patients avec les malades. » Et plus loin, toujours dans sa même leçon d'ouverture il ajoutait : « Je ne vous ferai pas l'injure de parler de dévouement, de bienveillance, de charité, de bonté. » C'est toujours cette même note qu'on rencontre dans son existence! La douceur et la bonté! Il semblait avoir toujours sous les yeux la plus oubliée et peut-être la plus charmante des huit béatitudes qui dit : « Bienheureux ceux qui sont doux, car ils posséderont la terre. »

Guinard était un membre actif de notre Société. Il voyait arriver le mercredi avec plaisir. Notre milieu représentait certainement pour lui un centre scientifique, mais aussi quelque chose de plus, comme une manière de petit cercle où l'on se raconte les nouvelles, où l'on apprend les succès des uns et les échecs des autres, où l'on est au courant des concours et de tout ce qui intéresse la profession chirurgicale.

Notre collègue était chevalier de la Légion d'honneur. Le vendredi soir, cinq heures avant sa mort, le secrétaire du Président du Conseil vint me prier d'avertir la famille qu'il était nommé officier. Le lendemain, il ne l'était plus. Le beau geste était manqué et la Légion d'honneur n'avait pas celui de déposer la rosette sur le cercueil de notre ami.

La silhouette de certains hommes, leur attitude, l'impression donnée par leur aspect extérieur ne sont pas toujours, comme on a parfois coutume de le dire, le reflet de leurs tendances, de leurs aptitudes et de leurs goûts. C'est ainsi que chez Guinard l'enveloppe ne correspondait pas à la finesse de son esprit.

De taille moyenne, d'un certain embonpoint, il ressemblait plutôt à première vue à un bon et brave homme qu'il était du reste, attachant plus d'importance aux plaisirs de la bonne chère qu'aux réjouissances de l'esprit. Il en allait pourtant tout autrement; et quand dans l'examen de sa personne on en arrivait à la physionomie, on était frappé par ce qu'elle exprimait d'intelligence, de vivacité et de sentiments artistiques. L'ovale du visage était agréable, la barbe en pointe, les moustaches légèrement relevées, le front saillant et très développé, les cheveux longs et rejetés en arrière vous faisaient immédiatement penser à un homme de science doublé d'un artiste; mais c'était dans ses yeux que se concentrait toute sa personnalité : dans ses yeux tour à tour vifs ou rêveurs, curieux ou interrogateurs. L'acuité de son regard vous frappait et ne s'effaçait que tamisé par un voile de douceur qui se répandait sur tout son visage et gagnait ceux qui l'entouraient.

De mise toujours correcte, sans la moindre excentricité, il ne cherchait pas à attirer les regards et donnait bien l'impression de l'homme modeste qu'il était. D'un commerce agréable et d'un abord affable, il faisait de suite la conquête de ceux qui l'approchaient et comptait de nombreux amis!

Comment n'en aurait-il pas eu lui doué d'une si grande bonté! Il était bon, simplement bon, naturellement bon, comme si cette précieuse qualité était une jolie émanation de lui-même et soit qu'elle se manifestât par une assistance matérielle, soit qu'elle prît la forme de consolations morales, sa bonté était inlassable. Tous ses élèves, tous ses amis en savent quelque chose. Il avait la main qui secourt, la parole qui touche, le regard qui va au cœur, et tout cela était fait avec une modestie, une discrétion telles qu'on aurait pu croire que c'était lui qui était l'obligé. Il ne fallait, du reste, pas lui adresser de remerciements, il vous aurait répondu que la bonté trouve en elle-même sa récompense, qu'il ne faut pas admirer ceux qui savent donner, mais plaindre ceux qui ignorent une des joies les plus pures de l'existence.

Il est peu de chirurgiens qui confinent entièrement leur existence dans leurs devoirs professionnels. Tous ou presque tous cherchent un dérivatif dans des distractions variées qui apportent la petite note bleue nécessaire pour faire supporter des jours parfois bien noirs. Les uns pratiquent les sports,

d'autres voyagent, beaucoup sont très sensibles aux divertissements artistiques.

Guinard était de ceux-là. La musique et le théâtre, qui en est une des manifestations les plus élevées, étaient, avec la chirurgie, ses préoccupations favorites.

A la suite d'un duel qui eut à son époque quelque retentissement, il fut appelé à donner des soins à Catulle Mendès, puis devint un ami de cet illustre poète et de sa famille. Cette intimité le fit pénétrer plus avant dans ce milieu auquel on donne volontiers le nom de monde des théâtres. Il fut l'homme de toutes les premières. Il avait, du reste, l'imagination et l'enthousiasme qu'il faut pour être apprécié de ce public spécial où auteurs et interprètes semblent avoir besoin d'une atmosphère particulière pour affronter les feux de la rampe, où les faits et les mots semblent prendre une autre valeur à ce point que les réussites deviennent des succès, les succès des triomphes et que les épithètes de fou, d'adorable, de miraculeux ne semblent pas déplacées.

Je me souviens qu'après la répétition générale d'une pièce lancée par une annonce qui chanta clair et formidablement et dont le succès fut certainement moindre que la publicité, Guinard vint à moi débordant d'une admiration qui n'avait pas de bornes et alla jusqu'à me dire : « C'est beaucoup mieux que Cyrano de Bergerac. » Il est vrai qu'entre temps il était devenu le chirurgien et l'ami du grand poète qui en était l'auteur.

Il possédait une organisation musicale supérieure, jouait fort bien du piano et aimait à lire à livre ouvert les partitions les plus difficiles, particulièrement celles de Wagner dont il ne se lassait pas d'admirer le génie. Mais il était éclectique en matière d'art.

Il avait appris à modeler et composait de charmantes petites figurines dont la facture dénotait en lui de véritables dispositions. Il aimait la peinture, la littérature, les voyages. Dans ces dernières années, il avait visité le Tyrol et cette étonnante région des Dolomites dont la traversée vous laisse dans le souvenir comme l'impression d'un conte de fées. Il avait descendu cette délicieuse vallée de l'Adige pour arriver à cette charmante petite ville où Shakespeare fit naître Juliette, et, de là, gagner Venise, la cité des eaux, des palais et des églises, de cette Venise où les songes des nuits d'été rivalisent de beauté avec le ravissement causé par la vue des dentelles de pierre, l'éclat des mosaïques d'or et les radieux couchers de soleil sur la lagune qui s'endort.

*
* *

Guinard, par son mariage, avait raffermi ses liens avec la grande famille médicale. Il avait épousé Mlle Sénac, fille du docteur Sénac, ancien interne des hôpitaux de Paris, élève préféré de Gendrin. Il a laissé un nom et a joui, particulièrement à Vichy, d'une grande réputation.

Il entrait, de plus, par cette alliance, dans une vieille famille française dont un ancêtre avait été le premier médecin de Louis XV, avait écrit un *Traité des maladies du cœur* resté longtemps classique et dont le grand-père fut un historien remarquable, pensionné par la grande Catherine.

Dans cette union, notre collègue trouva la compagne des bons et des mauvais jours, la gardienne du foyer, celle qui sait dans son cœur contenir tous les chagrins et trouver sur ses lèvres les douces paroles qui pansent les tristesses.

Ils furent en effet très éprouvés. Ils perdirent leurs deux fils et concentrèrent alors leur affection sur les deux filles qui leur restaient. Jointes à leur mère, qui se réjouissait de participer aux travaux de son mari, elles formaient pour Guinard l'intérieur qui convenait à son existence et où, en rentrant, il trouvait le calme, le sourire et la satisfaction de ses goûts artistiques.

L'été, pendant les vacances, il retournait au pays natal. Il possédait à Saint-Marcellin, dans la Loire, une jolie propriété appelée « Le Mas », dont il venait de faire agrandir la maison sur ses plans, et où il aimait à vivre entouré des siens.

A son arrivée, au seuil même de la belle avenue de tilleuls qui précédait la vieille habitation familiale, sa figure rayonnait de joie et il se plaisait à caresser des yeux chacun de ses arbres. Avant même d'avoir pris la peine de quitter ses vêtements de voyage, son jardin avait sa première visite. De sa jolie terrasse, il jetait un regard ému sur cette demeure qui lui était si chère et qui, pour le recevoir, avait revêtu sa belle robe mauve faite de grappes de glycine. Il admirait les rosiers grimpants, les chèvre-feuilles, les clématites qui tapissaient les vieux murs, et s'extasiait encore devant de superbes nymphéas étalant, sur la surface unie de la pièce d'eau, leurs larges feuilles et leurs belles fleurs aux tons cuivrés. Il oubliait bien vite alors tous les soucis professionnels.

Puis la vie champêtre le saisissait tout entier. Il faisait de longues promenades. Il pêchait et vivait constamment au milieu de nombreux animaux qui transformaient sa propriété en un véritable petit jardin d'acclimatation. Il élevait des faisans au radieux plumage, de beaux cygnes dont il admirait la blancheur, des demoiselles de Numidie, des cigognes et jusqu'à des autruches, volatiles qui tous, du reste, faisaient bon ménage avec les nombreux chiens qui l'accompagnaient partout. Et ainsi il donnait raison à ce vieux proverbe qui dit que celui qui est bon pour les bêtes est bon pour les gens.

Il gardait du reste à la campagne les habitudes de la ville, se levant tard le matin et ne se couchant qu'un peu avant dans la nuit, quand le calme s'était fait dans la nature. Il pouvait alors goûter ce grand silence des champs, si apaisant quand il succède aux rumeurs continues de la capitale, ce grand silence fait de l'immobilité même des choses, qui semble dilater l'âme jusqu'à lui donner presque l'impression du vide. Puis c'étaient de joyeuses promenades dans les montagnes des environs et, refait par cette vie saine et réconfortante, il rentrait joyeux dans Paris reprendre gaiement son travail.

Guinard, comme je viens de le dire, vivait entouré de solides affections qui font la vie douce. Sa clientèle augmentait avec sa notoriété. Il venait

même de quitter la rue Godot-de-Mauroy pour prendre un très bel appartement dans le quartier de la gare Saint-Lazare et pourtant de sinistres présages flottaient parfois autour de sa personne : c'est ainsi que ses élèves avaient remarqué qu'il choisissait pour ses leçons des sujets plutôt lugubres, comme le traitement de l'agonie, par exemple. A moi-même, par deux fois, peu de temps avant sa mort, il avait demandé si, venant à disparaître, je le remplacerais à l'Hôtel-Dieu, et, devant ma surprise, il me répondit que sa santé l'inquiétait un peu; mais, de suite, avec cette philosophie que la chirurgie impose à l'esprit de ses adeptes, il oubliait ses préoccupations qui disparaissaient ainsi

> Que ces brouillards légers que l'aurore soulève
> Et qu'avec la rosée on voit s'évanouir.

Guinard, néanmoins, vivait heureux; mais Solon avait bien raison d'affirmer, au dire d'Hérodote, qu'il ne faut saluer d'heureux aucun mortel avant sa mort. Le mystère des destinées échappe à notre fragile entendement. En effet, sans que rien pût le faire prévoir, éclata, brutal, horrible, tragique surtout, le drame qui causa sa mort.

Je venais de rentrer, par une belle journée de juin, quand on me demanda au téléphone. Mon ami m'appelait auprès de lui : il venait d'être assassiné. Je trouvai notre collègue qu'on avait transporté du péristyle de l'Hôtel-Dieu, où il avait été frappé, dans sa salle d'opérations. Un de ses anciens malades venait de lui tirer à bout portant trois balles dans la région lombaire. Etendu sur la table qui venait de lui servir quelques instants auparavant, il était du plus grand calme, malgré ses souffrances, et cette tranquillité se grandissait encore de l'inquiétude des autres.

J'eus, malheureusement, peu de peine à me rendre compte de la gravité de la situation. Les trois balles avaient dû perforer l'intestin, l'une d'elles certainement, car elle avait traversé l'abdomen pour venir se loger en avant sous la peau. Il fallait opérer tout de suite, et c'était moi que Guinard avait désigné pour lui rendre ce dernier service.

Je lui fis part de ma décision, et il me répondit sans la moindre hésitation : « Mais certainement, et le plus vite possible »; puis il ajouta : « Fais-moi une grande incision, explore bien tout l'intestin et souviens-toi que les perforations intestinales sont toujours en nombre pair. » Puis, sans se faire la moindre illusion sur le pronostic opératoire, il me dit encore : « C'est toi qui me remplaceras dans mon service de l'Hôtel-Dieu. » Ce furent ses dernières paroles avant l'emprise de l'éther. Il ne m'a pas été permis, à mon grand regret, de réaliser le vœu de mon ami mourant.

Pendant ce temps, on avait été prévenir sa famille. O pauvre veuve et malheureux enfants! Moi aussi je les ai connues ces minutes terribles (1) pendant lesquelles on passe soudainement de la quiétude la plus absolue aux angoisses les plus justifiées. C'est d'abord l'arrivée de l'abominable nouvelle; puis la course affolée vers l'être cher qui vient d'être terrassé et qu'on craint de ne plus retrouver vivant! C'est, enfin, comme dans un éclair de pensées, la vision subite de l'avenir déchiré comme un voile, qui vous fait sentir comme fatal ce qui, dans quelques heures va peut-être devenir l'implacable réalité! Et pourtant, il faut rester calme et stoïque devant le malheureux qui souffre.

Guinard, avec son grand sens clinique, s'était rendu un compte exact de sa situation. Il avait les reins malades, il le savait et me l'avait dit; et, de plus, l'un d'eux avait été labouré par une balle. Aussi, l'anurie immédiate qui suivit l'opération, ne m'étonna malheureusement pas.

C'est alors que commença cette lutte désespérée contre la mort qu'on sent malgré tout la plus forte. Les internes, anciens et nouveaux, étaient tous accourus au chevet du bon maître, ils ne le quittèrent pas d'une minute et firent tout ce qu'il est humainement possible de faire, pour sauver un être qu'on aime.

Son personnel hospitalier dépassa, en soins et en affection, ce qu'on peut imaginer, et sa malheureuse famille monta cet affreux calvaire qui s'allonge du jour de l'opération jusqu'à l'issue fatale. Ses filles et son épouse furent héroïques. Je reverrai toujours Mme Guinard me regardant avec ses yeux tristes, résignés, qui n'ont même pas la consolation des larmes et si impressionnants, qu'on se demande si l'intensité même du chagrin n'en a tari les sources.

Seul, notre collègue restait sceptique, on le voyait de temps en temps se tâter le pouls, disant, dès le lendemain de l'opération à ses internes : « Mes pauvres enfants, je vais vous ennuyer pendant trois jours et le quatrième je m'en irai. » Entre temps, il avait reçu la visite de l'abbé avec lequel il était lié et qui lui avait donné les dernières consolations.

Mais l'anurie restait complète, la faiblesse augmentait; il fallut abandonner tout espoir, et c'est le quatrième jour, comme il l'avait dit, dans la nuit du 16 au 17 juin, à deux heures du matin, entouré de sa famille, de ses amis et de ses élèves, que Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, mourut assassiné.

Les grands malheurs sont la pierre de touche de l'affection qu'on a su inspirer; et de l'affection, Guinard en avait semé partout! on le vit bien au nombre considérable de parents, d'amis, d'élèves, de personnes de toutes qualités qui suivirent son convoi dont la longue théorie sortit des portes de l'Hôtel-Dieu, pour se rendre à Notre-Dame, après avoir fait le tour du parvis, suivant un rite ancien qu'on retrouve dans les vieilles estampes. Puis, après la cérémonie religieuse, son corps fut transporté à Saint-Marcellin, et les braves paysans, ses amis, sollicitèrent comme une faveur de le transporter eux-mêmes à sa dernière demeure, fiers et heureux de le posséder encore dans le cimetière de leur village.

*
* *

Quelle mort stoïque! Pas un mot ne sortit de sa bouche pour accuser le sort, pas une plainte pour

(1) Le docteur Jules Rochard reçut dans la poitrine, en 1884, deux balles de revolver, dont l'une pénétrante, tirées par un fou échappé de Ville-Evrard.

montrer de la douleur ! Il se borna à dire : « Moi qui croyais ne pas avoir un seul ennemi. »

Aussi, la fin de Guinard doit-elle rester dans notre mémoire comme un bel exemple. Il est mort en brave, au champ d'honneur chirurgical, frappé par la main d'un égaré, qui n'aurait dû avoir pour lui que des gestes de reconnaissance.

Il s'en est allé en digne enfant de cette race gauloise, qu'on accuse bien à tort de légèreté, mais qui est la première à savoir montrer le plus grand sang-froid, soit qu'il s'agisse de charger l'ennemi, le sourire aux lèvres ; soit qu'il faille mourir avec une sublime simplicité, dans un lit d'hôpital, victime du devoir professionnel.

PRIX DÉCERNÉS

PRIX LABORIE. — Le prix n'est pas décerné. Un encouragement de 800 francs est donné à M. René Leriche, professeur agrégé à la Faculté de Lyon pour son travail intitulé « Traitement chirurgical des crises gastriques du tabes ». Devise : « C'est une œuvre divine que de soulager la douleur. »

PRIX MARJOLIN-DUVAL. — Le prix est accordé à M. André Bœckel, chef de clinique urologique à la Faculté de Nancy, pour son ouvrage intitulé « Valeur de la néphrectomie dans la tuberculose rénale ».

PRIX JULES-HENNEQUIN. — Le prix est accordé à M. André Trèves, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour son ouvrage intitulé « Etude sur les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. »

PRIX DUBREUIL. — Le prix est accordé à M. J.-A. Phélip, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour son ouvrage intitulé « Etude clinique des résultats éloignés de l'ostéomyélite des os longs chez l'enfant et l'adolescent ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1913)

De l'immunité vaccinale passive conférée par les injections intraveineuses de sérum variolique. — MM. Pierre TEISSIER, P. GASTINEL et P.-L. MARIE ont surtout envisagé cette question pour établir la base expérimentale de la méthode de sérothérapie antivariolique dont les résultats ont été déjà rapportés. Utilisant le lapin, ils pratiquèrent par voie endoveineuse des injections uniques ou fractionnées de sérum de varioleux à différents moments de leur infection. Ils firent l'inoculation vaccinale sur le dos préalablement rasé. L'injection de sérum précédait ou suivait l'inoculation vaccinale. De leurs recherches ils concluent :

1° Que la vaccination peut être modifiée à la suite de l'injection d'une seule dose de sérum variolique lorsqu'elle est pratiquée dans les deux à six jours qui suivent l'inoculation sérique.

2° Que l'injection de sérum variolique à doses répétées et fractionnée modifie l'éruption vaccinale alors même que la vaccination est faite après la dernière injection, le sérum de l'animal présente à ce moment de fortes propriétés virulicides.

3° Quand la vaccination précède la sérothérapie, celle-ci ne semble avoir d'effet que lorsqu'elle est pratiquée dans les quarante-huit heures qui suivent la vaccination. Passé ce délai, l'éruption vaccinale évolue chez l'animal traité comme chez le témoin.

4° Que le sérum variolique le plus apte à conférer l'immunité passive doit provenir d'un sujet en convalescence ou guéri, plus précisément doit être recueilli au moment où on ne peut plus y déceler la présence de sensibilisatrices déviant le complément.

Les tentatives de sérothérapie doivent donc être aussi précoces que possible. C'est la donnée la plus importante fournie par l'expérimentation au sujet de cette méthode de traitement.

Rapports entre l'alimentation et les dimensions des cæcums chez les canards. — M. A. MAGNAN, poursuivant ses recherches sur le tube digestif des oiseaux, montre que le régime végétarien favorise l'allongement et l'élargissement des cæcums. « On peut penser tout d'abord, dit-il, que, ce régime accumulant des déchets dans le tube digestif, l'intestin et les cæcums se développent mécaniquement par suite de cette surcharge de matières inutiles. Par contre, chez les espèces à régime carné qui ne laisse que peu de résidus, l'intestin reste court et les cæcums s'atrophient. Les longs cæcums ne seraient donc que des réceptacles. »

M. Magnan pense qu'il s'agit plutôt d'une question de toxicité alimentaire. « Le régime végétarien n'est évidemment pas toxique par lui-même, mais dans la stase rectale il se produit des fermentations qui amènent des intoxications secondaires. Il nous semble, conclut M. Magnan, en raison des expériences que nous poursuivons en ce moment, qu'on doive considérer les cæcums longs comme des neutralisateurs des toxines rectales. »

Le canal vertébral lombaire chez les anthropoïdes et chez les hommes préhistoriques. — M. Marcel BAUDOUIN.

De l'emploi des basses températures en cryothérapie. — M. F. BORDAS.

Recherches expérimentales sur le développement de la douve hépatique. (Fasciola hepatica L.) — MM. A. RAILLIET, G. MOUSSU et A. HENRY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1913)

Traitement thyroïdien de la rétraction de l'aponévrose palmaire. — M. le professeur GILBERT lit un rapport relatif à un travail de M. Léopold Lévi. Sur sept cas de maladie de Dupuytren traités par l'opothérapie thyroïdienne, ce dernier a eu cinq succès et deux résultats négatifs.

Etude d'acoustique pour l'audition et la phonation. — M. André CASTEX a étudié un grand nombre de salles au point de vue de l'acoustique. Il a constaté que l'orateur et l'auditeur sont gênés par trois difficultés principales : surdité de la salle, résonance, échos et images sonores qu'ils déterminent. Dans la production de ces phénomènes il faut tenir grand compte de la nature des matériaux dont les uns sont résonnants, comme le marbre, le bois, les vitrages, d'autres absorbants, comme les tentures, d'autres neutres, comme la pierre et le plâtre. A mesure qu'une salle vieillit elle devient sèche et l'acoustique en est améliorée.

M. Castex cite un certain nombre de salles remarquables par leur acoustique. Parmi les théâtres : le théâtre antique d'Orange, la Scala de Milan, la salle des concerts du Conservatoire, le théâtre San Carlo de Naples, etc. Parmi les églises : Saint-Pierre de Rome, la cathédrale de Bourges, etc. En général sont favorables les salles oblongues, sans coupoles ni loges profondes, et sobres d'ornements.

Presque partout existe une place où la voix de l'orateur est favorisée, soit pour lui, soit pour l'auditeur.

Les défectuosités de l'acoustique d'une salle sont particulièrement sensibles pour les demi-sourds, aussi ces derniers entendent-ils parfois mieux à l'air libre qu'en espace fermé.

Par suite des échos on voit certaines salles être bonnes pour l'orateur et mauvaises pour les auditeurs, ou vice versa. Dans une mauvaise salle l'orateur n'a pas intérêt à élever la voix, mais à mieux articuler.

De l'importance des voies d'accès dans l'enseignement de la médecine opératoire. — M. A. Mignon lit un travail sur ce sujet.

— Au cours du comité secret qui a suivi la séance, M. L. Grimbert a présenté un rapport sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie, par suite de la mort de M. Joannès Chatin.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1913)

La plaque blanche rétinienne et les lipoïdes de la rétine, dans un cas de rétinite albuminurique. — M. J. Mawas. Il s'agit d'un examen histologique et histo-chimique complet de deux rétines d'un brightique. Les yeux furent fixés, peu de temps après la mort, par injection de formol dans le corps vitré puis mordancés dans le bichromate de potasse ou soumis à l'action de l'acide osmique. Colorations ordinaires et coloration par le sudan III. Ni l'acide osmique, ni le sudan III n'ont coloré ce qui, anatomiquement, correspond à la plaque blanche, c'est-à-dire les exsudats dits fibrineux. La plaque blanche n'est donc pas une plaque graisseuse. Elle n'est pas non plus formée par des lipoïdes, éthers de la cholestérine.

Il existe cependant dans la rétinite brightique des corps gras et des lipoïdes. Mais ceux-ci sont situés presque uniquement sous forme de granulations ou de vésicules dans les cellules granuleuses.

Résultats de l'ingestion des vibrions cholériques par les lézards. — M. Goere. L'ingestion de vibrions cholériques peut, chez les lézards verts, déterminer soit une entérite mortelle, soit des troubles bénins et passagers. Dans tous les cas, les vibrions restent vivants dans l'intestin et sont éliminés par les selles. Par contre, le bacille typhique, placé dans les mêmes conditions, ne semble pas pouvoir être éliminé.

Rapports entre l'hémolyse et la toxicité du sérum humain. Influence de la réactivation. — MM. Rénon et Thibaut veulent attirer l'attention sur les rapports qui existent entre les phénomènes toxiques et hémolytiques. On sait (Sachs) qu'un sérum chauffé à 50-51 degrés n'est plus hémolytique, mais il le redevient (à condition qu'il n'ait pas été chauffé jusqu'à 61 degrés) par addition de sérum frais. Si la toxicité est fonction d'hémolyse, un sérum réactivable pourra redevenir toxique, puisqu'il peut redevenir hémolytique. Un sérum non réactivable sera inoffensif puisqu'il a perdu toute possibilité de récupérer son pouvoir globulicide. C'est ce que montrent en effet les expériences des auteurs.

Anaphylaxie et immunité alimentaires expérimentales à l'ovo-albumine. — MM. G. Laroche, Ch. Richet fils et Saint-Girons, continuant leurs recherches sur l'anaphylaxie alimentaire expérimentale, montrent, après d'autres auteurs, en particulier Nobécourt, l'existence de l'anaphylaxie alimentaire aux œufs.

Chez les animaux nourris pendant deux ou trois jours seulement avec des œufs et explorés quelques jours après, l'anaphylaxie est de règle (78 p. 100 de cas positifs). Si on les nourrit de la même façon, mais qu'on prolonge cette alimentation quinze jours les résultats deviennent plus rarement positifs (25 p. 100). Enfin si cette même alimentation est prolongée plus de trente jours, les résultats positifs sont exceptionnels (8 p. 100).

Ce n'est pourtant pas de l'antianaphylaxie car, privés d'œufs pendant vingt jours les cobayes continuent à n'être pas anaphylactisés. C'est donc une véritable immunité alimentaire. Ainsi, dans ces expériences, tout se passe comme si « l'anaphylaxie était le premier stade de l'immunité ».

Action de l'extrait de prostate humaine sur la vessie et la pression artérielle. — MM. Batter et Boulet. L'extrait de prostate humaine active les mouvements de la vessie et exerce, sur la pression artérielle, une action hypotensive.

Traitement antigonococcique au moyen d'injections sous-cutanées de virus-vaccins sensibilisés vivants. — M. Cruveilhier a appliqué au gonocoque la méthode des virus-vaccins sensibilisés de Besredka. Il a pratiqué ses injections dans le tissu cellulaire sous-cutané et les a répétées de trois à sept fois avec des intervalles de deux à cinq jours entre chaque injection. Aucun des malades ne présenta de réaction générale importante. Dès la première injection, on a observé chez les malades une atténuation marquée de la douleur et une diminution notable des phénomènes locaux inflammatoires en même temps que la rétrocession des symptômes généraux. Ce n'est qu'un peu plus tard que la sécrétion purulente se modifia pour cesser complètement dans les cas d'urétrite aiguë, d'ordinaire à la fin de la seconde ou au cours de la troisième semaine. Si l'écoulement persiste, on ne constate plus alors de gonocoques.

Recherches histologiques sur les lipoïdes de la moelle épinière. — MM. Laignel-Lavastine et Jonnesco. L'appareil réticulo-annulaire, mis en évidence par la méthode de Regaud, diffère par son aspect et sa structure de l'appareil réticulaire interne de Regaud, mais il s'en rapproche sensiblement par quelques-unes de ses réactions pathologiques.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur un cas de crises gastriques tabétiques combinées à des crises de réaction colique. (A. Mathieu. *Arch. des mal. de l'appareil digestif*, fév. 1912.) — Les crises gastriques tabétiques ordinairement séparées par des périodes pendant lesquelles les malades ne présentent aucun trouble gastrique peuvent se rapprocher et tendre à se souder sous l'influence de l'abus de la morphine. Il se peut aussi que dans l'intervalle des crises se produisent des douleurs et des vomissements non tabétiques, et cela surtout chez des hystériques. L'auteur rapporte une observation où ce syndrome est réalisé, mais où se combinent en même temps des réactions coliques extrêmement douloureuses; ces crises nées probablement sous l'influence du caféisme, exagérées aussi par l'état de nervosisme de la malade, n'avaient aucun rapport avec les crises tabétiques, bien qu'étant observées chez une tabétique, et leur enchevêtrement avec des crises gastriques tabétiques vraies pouvait donner l'impression d'un état continu de crise tabétique.

B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Etat méningé à lymphocytes d'origine indéterminée. Syndrome méningitique généralisé consécutif à un zona thoracique. (Eschbach (de Bourges). *La Pédiatrie pratique*, 5 avril 1912.) — Certains états méningés apparaissent au début, ou au cours d'états infectieux indéterminés à manifestations mul-

tiples; mais nombre d'états méningés à lymphocytes méritent bien l'appellation de *méningites aiguës primitives*. L'une des observations rapportées par l'auteur rentre dans cette catégorie : ni la tuberculose, ni la syphilis, ni la poliomyélite n'étaient en cause, il s'agissait d'une méningite apparaissant comme une affection autonome, et la conception de maladie saisonnière est celle qui répond le plus exactement aux faits dans ces cas. A signaler (comme dans les cas ultérieurs de MM. Caussade et Logie) l'efficacité immédiate et définitive de la ponction lombaire. L'auteur rapporte une seconde observation très intéressante de syndrome méningitique généralisé, consécutif à un zona thoracique. Il ne s'est pas agi seulement d'une réaction méningée, diagnostiquée uniquement par la ponction lombaire, mais d'une méningite bruyante apparue au sixième jour de l'affection, méningite qui s'est généralisée et qui plusieurs mois après son début laissait encore son empreinte. L'ensemble en imposait pour une méningite cérébro-spinale démentie par l'apyrexie et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Cette observation peut être interprétée comme un nouveau degré ajouté aux étapes anatomiques bien connues de gangliite zonateuse primitive, radiculite postérieure ascendante, méningite tardive, localisée ou généralisée. Il est intéressant de rapprocher ce cas, des éruptions zonateuses consécutives aux diverses inflammations méningées et si fréquentes dans les séquelles des méningites cérébro-spinales. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Un cas de véritable hermaphrodisme. (E. M. PRINCE. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, vol. LVIII, n° 17, 27 avril 1912, p. 1278-1279.) — Une jeune fille de dix-huit ans vient se plaindre d'aménorrhée avec maux de tête périodiques. Sujet robuste, bien développée, très intelligente, présentant tous les attributs somatiques du sexe féminin. Vagin incomplet, profond de 5 centimètres. Dans la partie supérieure des grandes lèvres, on sentait deux glandes arrondies, mobiles, que l'on pouvait refouler en bas vers les grandes lèvres ou en haut vers le canal inguinal : le diagnostic posé fut : absence de l'utérus avec hernie des ovaires. A la laparotomie, on trouva les *deux ligaments larges* se rejoignant sur la ligne médiane autour d'une *masse* de la grosseur d'une *petite noix*. Du côté gauche de cette masse, il y avait un *ovaire* de grosseur normale avec une *trompe rudimentaire*. Les deux grosseurs dans les grandes lèvres furent enlevées, et l'examen microscopique montra qu'il s'agissait de *deux testicules bien développés* avec un *épididyme* rudimentaire.

Le seul point faible est l'absence d'examen histologique de l'ovaire que la famille ne voulut point laisser enlever; mais la présence d'un vagin, quoique incomplet, des deux ligaments larges et d'un utérus rudimentaires rendent la nature ovarienne de la glande intraabdominale très vraisemblable, même probable. On peut donc admettre ce cas comme cas authentique d'hermaphrodisme; état dont l'existence, longtemps admise sans conteste sans observations suffisantes, a été complètement niée récemment. F. GARDNER.

Résection d'un mégacôlon terminal par les voies abdominale et périnéale combinées (sigmoïde et rectum). (V. PAUCHET. *Soc. méd. de Picardie*, janv. 1913.) — Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans, qui était atteinte d'un mégacôlon terminal, c'est-à-dire d'une distension d'intestin développée au dépens de l'anse sigmoïde et de la partie pelvienne du rectum; le côlon pelvien, l'anse dilatée, présentait un calibre de 10 centimètres environ et sa longueur totale était de 33 centimètres; son épaisseur de 1 centimètre.

Le mégacôlon est, on le sait, une affection congénitale, caractérisée par la distension extrême du gros intestin avec épaississement des tuniques. Cette maladie est caractérisée cliniquement, par une *constipation opiniâtre*, qui date de la naissance, constipation à laquelle succède de temps en temps une période de débâcle. Au moment où la débâcle va se produire, le *ventre est distendu* à l'extrême; son volume contraste avec l'aspect grêle des membres. A la surface de l'abdomen, on voit se dessiner des *contractions intestinales indolores*, semblables à celles qui se produisent, sur l'estomac, quand celui-ci est atteint de sténose pylorique. Le malade est le plus souvent apathique, fatigué, mal venu, par suite de la stercorémie chronique. Chez cette fille, M. Pauchet a fait une laparotomie, et extériorisé une anse énorme, qui remplissait presque tout l'abdomen. Cette anse se continuait jusque dans le bassin, au point de cacher les organes qui y étaient contenus. Séance tenante on fit la ligature de la mésentérique inférieure, on sectionna le méso au ras du côlon; on libéra totalement l'intestin, tout cela se passa par la voie abdominale. Cette opération exigea quelques précautions pour ne pas infecter l'abdomen; puis tandis qu'un aide veillait sur le ventre la malade fut placée dans la position dorso-sacrée; M. Pauchet incisa le périnée, attira de ce côté le rectum et le mégacôlon tout entier, et aboucha le côlon descendant sain, à la partie supérieure du périnée. La malade est en très bon état; son anus est continent. L. GAYARD.

Plaques et vis d'acier au vanadium pour le traitement opératoire des fractures. (William O'N. SHERMAN. *Surg., gyn. and obst.*, vol XIV, n° 6, juin 1912, pp. 629-634.) — L'auteur a soigneusement étudié la métallurgie et la mécanique des plaques de Lane pour la suture osseuse, aidé en cela par sa résidence à Pittsburgh, ville de l'acier. Les plaques sont d'ordinaire faites avec de l'acier à haute proportion de carbone, qui n'est pas assez ductile et est trop cassant, car il ne peut se courber. Une plaque casse toujours (et elle casse fréquemment) à la jonction de la tige et du premier anneau à vis. Sherman a constaté que le meilleur acier pour les plaques est l'acier chromé au vanadium, qui est à la fois ductile et élastique. Une plaque d'un tel acier se courbe et ne casse pas; encore, pour la courber, faudrait-il une force de 225 kilos ou plus. La proportion de vanadium est d'environ 0,18 à 0,20 p. 100.

Les anneaux à vis des plaques modifiées par Sherman sont tous renforcés. La plaque n'est pas absolument plate, mais concave transversalement, de manière à se mouler sur la convexité de l'os. Chaque anneau à vis est fait sur le modèle des anneaux à tourillons employés dans la construction des ponts. Le nombre des anneaux est réduit à six pour les plus longues. Les vis sont du même métal, filetées jusqu'à la tête, le pas de vis étant celui des vis de machines et non pas celui des vis à bois, qui coupe trop et ne tient pas aussi bien. La pointe de la vis est aussi filetée, mais seulement sur trois segments séparés par des segments égaux légèrement excavés, ce qui donne un peu l'action d'une vrille. Visser dans l'os est une besogne dure qui demande beaucoup de force. Sherman a un tournevis spécial. Les plaques et les vis d'argent sont beaucoup trop faibles pour être pratiques. F. GARDNER.

PATHOLOGIE COMPARÉE

Essais d'iso-sérothérapie canine. (L. LÉPINAY, E. LÉPINAY et L. BEAUSSILLON. *Bull. de la Soc. de pathol. comparée*, séance du 12 déc. 1912.) — Les auteurs font part de leurs recherches sur les propriétés thérapeutiques des sérums de chien : sérums normaux, hémopoïétiques ou sérums provenant de convalescents de maladies infectieuses.

Administrés par voie sous-cutanée ou intraveineuse à des animaux sains ils sont bien tolérés et ne déterminent jamais de réactions locales ou d'accidents anaphylactiques.

Une injection de sérum, suivie quelquefois, d'une légère élévation de température, provoque, après une hypoglobulie passagère, une augmentation notable des globules blancs et surtout des globules rouges. Elle accélère la coagulation du sang et augmente la résistance des hématies.

Des chiens atteints d'entérite hémorragique ont été consi-

dérablement améliorés par ce traitement, mais c'est surtout dans la *maladie du jeune âge et ses complications*, que des sérums, et en particulier le sérum provenant de convalescents de cette affection, ont une action remarquable. D'autant plus efficace que le traitement était plus précoce, l'isosérothérapie a provoqué rapidement une amélioration des signes généraux, une récupération des forces et de l'appétit. Les chiens ainsi traités ont supporté plus facilement et ont évolué vers la guérison une infection qui causait la mort des témoins. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de thérapeutique pratique [Tomes I et II] (1), publié sous la direction de M. le professeur Albert ROBIN; secrétaire de la rédaction, P.-Emile WEILL, médecin des hôpitaux.

Nous avons annoncé, voici quelque temps, l'apparition du cinquième volume du célèbre *Traité de thérapeutique pratique* du professeur Albert Robin; car ce cinquième et dernier volume étant réservé aux spécialités pouvait, sans que cela parût étrange, inaugurer la réédition tant attendue de cette œuvre magistrale.

Aujourd'hui, voici que sont parus les tomes I et II, et les éditeurs, secondant le zèle de l'éminent directeur de la publication et celui des auteurs, promettent de livrer bientôt les tomes III et IV qui termineront la série.

Une œuvre pareille ne s'analyse naturellemement pas, mais il est permis d'admirer que dans un ensemble dû à la collaboration de 114 auteurs, tous professeurs des facultés françaises ou médecins des hôpitaux, l'unité de direction ait su imprimer à l'œuvre entière une remarquable et saisissante unité d'exécution. Il suffit de lire quelques-unes des questions traitées dans les deux volumes qui viennent de paraître, pour en avoir la preuve immédiate.

L'ouvrage est divisé de la façon suivante : le premier volume contient les *Maladies de l'appareil respiratoire et circulatoire*, les *Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, des glandes vasculaires sanguines*; le second volume traite des *Maladies de l'appareil digestif, du foie, du pancréas et des reins*.

Rappelons enfin que le cinquième volume antérieurement paru contient toute la thérapeutique des *Maladies du nez, du larynx, des oreilles, des yeux, des dents, de l'appareil génital de la femme et de l'homme, de la peau et des maladies vénériennes*. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Précis d'anatomie pathologique [Tome I] (2), par LETULLE et NATTAN-LARRIER.

Les auteurs se sont proposé une description exacte et précise des lésions matérielles du corps humain en restreignant autant que possible les notions schématiques et les discussions. Dans un but de concision, ils ont laissé de côté « les faits exceptionnels et les cas rares, bref nous avons laissé dans l'ombre tout ce qui, dans l'histopathologie contemporaine, prête encore à la discussion ou présente des difficultés d'interprétation insurmontables dans l'état actuel de nos connaissances ».

Mais ce que la modestie du professeur Letulle lui fait omettre de dire dans sa préface, c'est que les auteurs ont su rendre vivante la « science morte » qu'est l'anatomie pathologique, au dire de nombreux médecins. Au lieu de donner les descriptions sèches et bourrées de détails que réclame l'homme de laboratoire, MM. Letulle et Nattan-Larrier ont admirablement compris que ce qui intéresse le médecin et l'étudiant non anatomo-pathologistes eux-mêmes, c'est de pouvoir bien saisir la genèse, l'importance, la signification et l'évolution des lésions dont les traités de pathologie ne donnent le plus souvent qu'une idée par trop insuffisante. Dans le précis actuel, vivant comme un roman, ils verront défiler sous leurs yeux, en phrases vibrantes et imagées, les lésions et assisteront en quelque sorte à la bataille entre le mal et l'organisme; par exemple le chapitre « inflammation, lésions inflammatoires » comprend : lésions d'attaque, lésions de défense, processus inflammatoires, de mortification, hémorragiques, enfin processus de restauration. Dans ce volume, les lecteurs trouveront l'histologie pathologique générale (inflammations, tumeurs), et l'anatomie pathologique spéciale (appareils circulatoire et respiratoire, plèvres, médiastin) et arrivés au bout de l'ouvrage, ils souhaiteront avec moi que le tome II se fasse le moins possible attendre. L. ALQUIER.

(1) Chaque tome forme un volume in-8 raisin de 1000 pages. — Prix broché : 18 francs, relié, 20 francs. — Paris, Vigot frères.

(2) In-8 de la collection des Précis médicaux, 940 p., 248 fig. — Paris, Masson.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES ANGIOCHOLITES

ET LES CHOLÉCYSTITES (1)

SYMPTOMATOLOGIE. — Il est très difficile de présenter d'une manière clinique un tableau exact des diverses manifestations symptomatiques des angiocholites, qui résument à elles seules plusieurs chapitres très distincts de la pathologie hépatique. Ainsi, en effet, la *cholémie simple familiale* de Gilbert et Lereboullet est le résultat d'une angiocholite discrète, la *lithiase biliaire* est la conséquence d'un catarrhe plus ou moins atténué des voies biliaires, surtout de la vésicule biliaire, les ictères infectieux représentent pour la majorité des auteurs une inflammation aiguë des voies biliaires intra et extrahépatiques, etc.; enfin, les cirrhoses biliaires sont également l'aboutissant, à plus ou moins longue échéance, des infections biliaires; il en est de même de certaines variétés d'ictères chroniques simples, d'angiocholites chroniques anictériques, de splénomégalies méta-ictériques, etc. Une étude des angiocholécystites devrait encore comprendre les infections aiguës et chroniques de la vésicule biliaire (hydropisie de la vésicule, cholécystite aiguë suppurée perforante avec ou sans péritonite).

Nous ne pouvons avoir la prétention d'étudier successivement toutes ces affections; aussi pour fixer les idées, décrirons-nous seulement, d'une manière un peu schématique, le syndrome général de l'angiocholite puis celui de la cholécystite. Nous indiquerons rapidement ensuite quelques variétés cliniques suivant l'intensité du processus, le germe causal, l'évolution, les complications, etc.

A. **Angiocholites catarrhales et suppurées.** — Si nous séparons ainsi les angiocholites et les cholécystites, ce n'est que pour la commodité de la description, car les deux syndromes coexistent très souvent.

Souvent les angiocholites ne se révèlent par aucun signe appréciable. Il en est surtout ainsi lorsqu'elles se développent au cours d'une maladie infectieuse (fièvre typhoïde, choléra); les symptômes qui pourraient les faire reconnaître

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 3, p. 46.

sont alors masqués par les phénomènes généraux de ces maladies. Ce n'est souvent qu'après la disparition des troubles généraux que l'attention est attirée, soit du côté de la vésicule biliaire, soit du côté des voies biliaires intrahépatiques.

Lorsque l'infection biliaire est bien caractérisée, elle s'accuse nettement par un certain nombre de signes, dont le principal est la FIÈVRE.

Les phénomènes thermiques des angiocholites sont bien connus depuis Charcot et Monneret; ils varient avec l'intensité du processus infectieux, sans qu'il y ait cependant un lien absolument étroit entre les réactions thermiques et l'importance des lésions constatées.

Le premier type est constitué par la *fièvre hépatalgique* de Charcot; cette fièvre, qui accompagne souvent la crise de colique hépatique, est caractérisée par la succession des trois stades (frissons, chaleur, sueurs), le dernier manquant assez souvent; l'intensité de l'accès fébrile est très variable, il se réduit souvent à quelques frissons; il se termine en général en même temps que la crise de colique hépatique.

Le second type comprend la *fièvre intermittente hépatique de Monneret et Charcot*, la *fièvre bilioseptique de Chauffard.* Chez un sujet ayant eu des crises de colique hépatique, de l'ictère, on voit survenir le soir, ou pendant la nuit, des frissons extrêmement violents, avec une sensation de froid intense; puis s'installe le stade de chaleur; le pouls est fréquent, dur, fort, la température est à 40, 41 degrés, puis apparaissent les sueurs toujours abondantes. La durée totale de l'accès est de six à douze heures; cet accès est comparable en tous points à l'accès de fièvre intermittente paludéenne et cela d'autant mieux encore que l'analogie se complète par le retour assez régulier des accès, suivant le type tierce ou quarte; dans l'intervalle des accès, la température est normale, ou même inférieure à la normale; la santé générale est intacte.

Dans une troisième forme les accès fébriles ne sont plus séparés par des périodes apyrétiques, *c'est le type rémittent.* On observe aussi parfois le *type continu.* Pour quelques auteurs, la fièvre pourrait faire défaut au cours des angiocholites, surtout lorsque l'agent causal serait le colibacille. Cette opinion n'est à peu près plus admise de nos jours.

Le second signe important des angiocholites, infiniment moins constant d'ailleurs que la fièvre, est l'ICTÈRE. L'ictère s'observe lorsqu'il y a obstruction des canalicules biliaires, ou lorsque la sécrétion de la bile est modifiée par suite d'*hépatite infectieuse* concomitante (Abrami); sa présence n'implique pas, pour cet auteur l'obligation d'une angiocholite. L'ictère peut faire défaut quand l'angiocholite est suppurée. Dans certains cas, l'absence d'ictère doit être attribuée à une absence de sécrétion biliaire (acholie).

D'une manière générale, le foie est gros, douloureux; la vésicule biliaire est souvent sensible, parfois perceptible à la palpation. La rate est également assez souvent hypertrophiée.

Les troubles digestifs accompagnent souvent la fièvre et l'ictère; la langue est saburrale, il existe de la diarrhée ou de la constipation; les *selles* sont souvent pâteuses, décolorées ou surcolorées; très fréquemment elles ont une odeur fétide. L'examen coprologique doit toujours être pratiqué après repas d'épreuve; on dosera les sels biliaires dans les matières fécales, la graisse, etc. L'appétit est souvent aboli; on observe parfois des vomissements.

Les *urines* sont presque toujours albumineuses; elles contiennent des pigments biliaires, de l'urobiline, de la leucine, de la tyrosine, de l'indican; l'urée est diminuée.

Le *sérum* sanguin contient aussi parfois des pigments biliaires, on dosera la cholestérine par le procédé de Chauffard et Grigaut; on observe le plus souvent de l'hypercholestérinémie, jusqu'à 3 et 4 grammes par litre; on recherchera la résistance globulaire; l'hyperleucocytose est à peu près constante. L'*hémoculture* devra toujours être pratiquée; elle révélera très souvent l'existence d'une septicémie et elle permettra d'en identifier le germe.

L'*évolution* est assez variable suivant qu'il s'agit d'une angiocholite suppurée ou d'une angiocholite catarrhale. L'*angiocholite suppurée* peut transformer le foie en une véritable éponge de pus; la guérison est quelquefois possible, mais le plus souvent le sujet meurt au milieu des symptômes d'hecticité ou il est emporté par les nombreuses *complications* qui peuvent survenir (péritonites enkystées, pyléphlébites aiguës ou subaiguës, pancréatites aiguës, hémorragiques ou gangréneuses, méningites, pleurésies, endocardites, néphrites, abcès métastatiques, toutes complications relevant de la septicémie. La durée de l'affection est toujours variable; à côté de cas ayant évolué pendant plusieurs mois, il en est d'autres qui se sont terminés par la mort en quelques jours.

L'*angiocholite catarrhale* comporte un pronostic relativement moins sombre, bien que la conséquence de la plus légère infection biliaire puisse être la lithiase biliaire. Le processus catarrhal bénin au début peut d'ailleurs s'aggraver secondairement. Ainsi l'on peut voir survenir au cours d'une angiocholite légère, une hépatite infectieuse d'un pronostic toujours réservé. Enfin soit par leur répétition soit par leur lente évolution, les angiocholites peuvent déterminer, à plus ou moins longue échéance, les *cirrhoses biliaires* sur lesquelles nous ne nous étendrons pas ici nous contentant de signaler les formes « hypertrophique » de Hanot, « hypersplénomégalique » de Gilbert et Fournier, etc.

FORMES CLINIQUES. — Le tableau clinique, que nous venons d'ébaucher dans ses grandes lignes, est parfois profondément modifié, suivant certaines conditions étiologiques, bactériologiques, etc.

a. *Lithiase biliaire et angiocholites.* — Les angiocholites sont fréquentes au cours de la lithiase biliaire, surtout au cours de l'obstruction calculeuse, spécialement de l'*occlusion du cholédoque.* On observe alors soit l'*angiocholécystite généralisée de rétention* (ictère par rétention), soit l'*angiocholécystite généralisée suppurée*, soit l'angiocholécystite généralisée, *scléro-atrophique* (voir Rev. générale, *Gaz. des hôpit.*, 1908).

b. *Ictères et angiocholites.* — Il est classique de considérer les ictères comme relevant de l'infection des voies biliaires, depuis l'ictère catarrhal bénin, jusqu'aux ictères infectieux. Ce sont là des expressions cliniques variées, du syndrome angiocholite. Il en est de même des ictères que l'on observe au cours de certaines maladies infectieuses, pneumonie, fièvre typhoïde, etc. (ictères infectieux secondaires).

Cependant récemment, certains auteurs se sont élevés contre cette conception classique, se refusant à résumer la pathogénie et la physiologie pathologique des ictères infectieux, dans l'infection ascendante et l'angiocholite extra ou intrahépatique. Pour MM. Lemierre, Abrami, en effet, les ictères ne constituent pas des infections purement locales; ils sont le résultat d'infections générales, septicémiques, à déterminations hépatiques secondaires.

L'altération qui en résulte ne serait d'ailleurs pas comme on l'a soutenu longtemps une lésion des voies biliaires, mais au contraire une altération de la cellule hépatique, une hépatite et non une angiocholite; pour ces auteurs le syndrome ictère infectieux n'impliquerait nullement l'existence d'une angiocholite.

c. *Suivant les microbes*, on peut essayer d'individualiser plusieurs types cliniques. Le *bacille d'Eberth* est souvent à l'origine des angiocholites. Les hémocultures ont en effet révélé la fréquence de la septicémie éberthienne; les recherches expérimentales ont montré avec quelle rapidité cette septicémie infectait les voies biliaires et combien facilement les germes pullulaient au niveau de la vésicule, ce qui explique aisément, grâce à la chasse biliaire, la réalisation de l'infection intestinale secondaire; souvent d'ailleurs l'infection éberthienne reste localisée au foie; la réaction agglutinante et l'examen des matières fécales ont en effet souvent révélé la nature éberthienne ou *paratyphique* d'un assez grand nombre d'ictères (ictère catarrhal, infectieux, ictère grave même); très souvent l'hémoculture met en évidence, au cours d'un ictère, le coli-bacille; pendant longtemps on décrivait ces angiocholites comme hypothermiques; il n'en est rien en réalité; on a signalé encore des angiocholites tuberculeuses, syphilitiques, etc., sur lesquelles nous n'insisterons pas.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 7. — SAMEDI 18 JANVIER 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 18 JANVIER 1913. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 15 janvier 1913. — Question donnée : « Artères de l'utérus. — Signes et diagnostic des adénites tuberculeuses du cou. »

MM. Goret, 15 + 20 = 35; Monod (Lorenz), 14 1/2 + 21 = 35 1/2; Salles, 13 + 19 = 32; Alajouanine, 15 + 17 = 32; Meugé, 15 + 20 = 35; Lambert, 15 + 17 = 32; Poisvert, 14 + 17 = 31; Vinçotte, 14 + 16 = 30.

Séance du 16 janvier. — Question donnée : « Amygdales palatines. — Causes, signes et diagnostic de la mastoïdite aiguë. »

MM. Delavierre, 12 + 19 = 31; Deron, 12 + 18 = 30; Claude, 16 + 23 = 39; Mlle Denis et MM. Gardin, 13 + 22 = 35; Kahn (Georges), 10 + 19 = 29; Frédault, 12 + 20 = 32; Audain, 15 + 21 = 36; Constantini, 14 1/2 + 20 = 34 1/2.

— Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie vacantes au 1er juin 1913 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 3 mars 1913, à dix heures du matin dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, 47, quai de la Tournelle.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à trois heures, depuis le lundi 20 janvier jusqu'au samedi 15 février inclusivement.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Bergonié, professeur de physique biologique et électricité médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, sur sa demande, professeur de physique biologique et clinique d'électricité médicale à ladite Faculté.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — CORPS DES SAPEURS-POMPIERS. — M. le docteur Rey est nommé médecin aide-major de première classe, à Arles.

GUERRE. — LES CONVOCATIONS DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE EN 1913. — Les médecins de la réserve et de l'armée territoriale, affectés en cas de mobilisation aux formations sanitaires de campagne, pourront être convoqués à des cours spéciaux d'instruction d'une durée de dix jours qui fonctionneront : dans le gouvernement militaire de Paris, en janvier, en mars, en octobre et en novembre 1913; dans les corps d'armée, en mars et en novembre seulement.

En outre, dans le gouvernement de Paris et dans chaque corps d'armée, quatre journées seront, au mois d'avril, consacrées à des exercices d'application sur le terrain, avec concours des troupes et emploi de matériel de campagne.

Quant aux périodes habituelles dues par tout officier de complément, le ministre de la Guerre vient d'arrêter que les médecins des réserves, affectés à la troupe, les accompliront en même temps que les régiments de réserve ou de territoriale auxquels ils comptent, à l'époque des manœuvres, s'ils sont attachés à un régiment actif.

Les médecins affectés aux hôpitaux militaires du territoire, permanents ou temporaires, feront leurs périodes dans un hôpital; ceux qui sont affectés à une place de guerre les feront dans le service auquel ils sont appelés à concourir.

Des dispositions analogues sont prises pour les pharmaciens et officiers d'administration des réserves. Ceux qui doivent être appelés dans un hôpital de secours à Belfort, Bordeaux, Bourges, camp de Châlons, Grenoble, Marseille, Nancy, Perpignan, Toul, Toulouse; à Lyon, aux hôpitaux Desgenettes ou Villemanzy; à Paris, à l'hôpital Bégin (Saint-Mandé), Saint-Martin ou au Val-de-Grâce.

Les convocations pour les officiers d'administration du service de santé de la réserve auront lieu en juillet, pour ceux de l'armée territoriale en août.

— CORPS DE SANTÉ COLONIAL. — Les vingt et un élèves de l'Ecole principale du service de santé de la marine reçus docteurs en médecine dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe.

Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe élève à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Armand, Bonrepaux, Cariou, Déjean, Eggimann, Fébrier, Gautron, Guillemet, Jardon, Landry, Laveau, Le Gallen, Peltier, Pons, Puncet, Rainaut, Ricou, Solier, Stéfani, Théron, Toullec.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — SÉANCE DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE DU JEUDI 9 JANVIER 1913. — 3 décès, 4 admissions.

Secours accordés dans cette séance (2680 francs).

Don de M. le professeur Gaucher de 12 francs de rente 3 p. 100 à l'occasion de son élection comme président général de l'association.

La commission discute ensuite deux questions d'intérêt professionnel :

Elle examine d'abord le cas du docteur M.., l'un de ses sociétaires, révoqué de ses fonctions de médecin des chemins de fer de l'Etat, dans des conditions jugées inacceptables par un certain nombre de confrères. Elle décide de donner son appui à M. le docteur M.., et charge de ses intérêts son avocat-conseil.

Elle s'occupe ensuite du cas du docteur Ledé, membre de l'Amicale de la préfecture de police, société de secours mutuels, menacé d'être exclus de cette Société de retraites à la veille d'être pensionné, parce qu'il a donné sa démission de médecin en chef. La Commission décide de donner l'appui moral le plus large de la Société centrale au confrère Ledé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Victor Brière (d'Yverdon); Henri Desplats, professeur de clinique médicale et ancien doyen de la Faculté libre de médecine de Lille; J.-J. Hicguet, fondateur avec Dubois-Havenith de la première policlinique de Bruxelles; Auguste Labat, ancien interne des hôpitaux de Paris; Masius, ancien professeur de clinique médicale, ancien recteur de l'Université de Liège; Paul Mondon (de Chénérailles); Morax, chef du service sanitaire du canton de Vaud (Suisse); le professeur Paul Niehans (de Berne); le professeur Wille (de Bâle).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 1, 4 janv. 1913.) ARNOLD : Teneur des fèces en diastase dans la dyspepsie flatulente.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 50, 12 déc. 1912.) VERAGUTH : Les bases de la psychothérapie. — BACMEISTER et RUEBEN : Sur la tuberculose secondaire. — BEYER : Recherche de l'antitoxine chez les diphtériques traités par le sérum. — KOCH : Importance de la présence des bacilles diphtériques dans l'urine. — UFFENHEIMER : Toxicité urinaire et anaphylaxie. — NIEVELING : Traitement de la fièvre des tuberculeux par l'hydropyrine Grifa. — UNGAR : Présence simultanée d'un ulcère rond et d'un myome de l'estomac. — HAGEDORN : Traitement des fractures du maxillaire supérieur. — OFFERGELD : La scopolamine comme succédané ou comme adjuvant de la narcose par inhalation. — SONNENFELS : L'ovaradentriferrine et la Maxquelle de Durckheim en pratique gynécologique. — DORNHEIM : Expériences avec le noviforme en oto-rhino-laryngologie. — BRÜNING : La vermaline. — STIEL : Conjonctivite ressemblant au trachome avec découverte de blastomycètes. — BONTEMPS : Nocivité pour l'homme d'un bacille paratyphoïde vivant à l'état saprophytique dans l'intestin du porc.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 50, 10 déc. 1912.) GERHARDT : Le souffle en crescendo de la sténose mitrale. — STIERLING et SCHAPIRO : Action de la morphine, de l'opium et du pantopon sur les mouvements du tube digestif. — MEYER-BETZ : Sur les mouvements normaux de l'intestin. — STRÄUSS : Chimiothérapie des tuberculoses externes. — ESKUCHEN : Sur la genèse de l'atrophie des nerfs optiques chez les oxycéphales. — BRUNN : La sciatique dans les accidents du travail. — KONDOLÉON : Traitement chirurgical des œdèmes éléphantiasiques. — OHLER : La nocivité de l'eau distillée. — HARNACK : Les sources arsenicales de Durckheim. — FRANK : Une blessure typique par le tramway. — ZINK : Recherches sur le Mesbé. — BOROSINI : Bandage herniaire universel. — WIDUKEL : Action chimique du carbenzyme. — HAUSEN : Défaut d'appendice. — MATHES : Psychiatrie en gynécologie. — BORCHERS : Technique de la narcose par le chloréthyle. — AUTENRIETH et FUNK : Sur quelques méthodes d'exploration colorimétriques : méthode d'exploration rénale de Rowntree et Geraghty; dosage du Rhodan dans la salive et de l'iode dans l'urine. — ISELIN : Lésion de la peau par les rayons X.

Revue de chirurgie. — (N° 1, 10 janv. 1913.) G. GROSS et BARTHÉLEMY : La stérilisation par les vapeurs de formol dans la pratique chirurgicale. — DUVERGEY : La phlébite dans l'évolution des fibromes de l'utérus. — TADDEI : Sur la typhlo-uretérostomie après exclusion du cæcum, et appendicostomie dans le traitement de l'exstrophie vésicale (7 fig.). — CHALIER et P. BONNET : Les tumeurs mélaniques primitives du rectum (7 fig.) (*suite*).

Revue de médecine. — (N° 1, 10 janv. 1913.) E. JOB : Les infections à paratyphus B. Etude nosologique et épidémiologique (5 fig.). — E. GELMA : Opothérapie thyroïdienne et épilepsie. Epilepsie thyroïdienne (2 fig.). — H. ROGER et J. BAUMEL : Céphalée dans les maladies infectieuses aiguës traitée et guérie par la ponction lombaire. — COUSTAING et FILDERMAN : De l'érosion dentaire envisagée au point de vue de la pathologie générale. Etude clinique.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 51, 19 déc. 1912.) JACKLIN : La prophylaxie contre les germes en chirurgie. — JÜRGENS : La question du sclérome en Russie. — KOLLERT : L'omoplate scaphoïde; son importance pour le pronostic de la durée de la vie. — KÜHNELT : Nouvelle méthode pour l'absorption de plus grandes quantités d'émanation. — ZOGRAFIDÈS : Contribution au traitement de l'otite externe furonculeuse.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

FURONCLES ET ANTHRAX

L'anthrax est une agglomération de nombreux furoncles et ce qui lui donne sa gravité, c'est suivant l'expression de Gosselin la *phlegmasie concomitante du tissu cellulaire* et l'importance des phénomènes généraux qui l'accompagnent. C'est le furoncle guêpier de certains auteurs qui peut devenir un phlegmon.

Au début, quand le staphylocoque est encore superficiel, cantonné à la base d'un poil et n'a pas atteint la profondeur du conduit pilo-sébacé, une application de teinture d'iode sera efficace. Cependant, ce procédé a l'inconvénient de ne pouvoir être répété sans amener une certaine causticité, véritable porte ouverte à l'infection. Il faut préférer à ce moyen une application de lusoforme pur. Avec un petit tampon de coton hydrophile ou une gaze, frictionner vivement, non seulement l'élevure, mais la région voisine prête à s'infecter, si non infectée, avec cet antiseptique et très souvent le furoncle avorte par destruction de son agent pathogène.

Sur un furoncle en évolution ou sur un anthrax faire soit les pansements humides avec une solution de lusoforme à 1 ou même 2 p. 100, soit des vaporisations répétées avec la même solution.

Cet antiseptique, en effet, a une puissance germicide considérable, il n'est pas caustique pour les tissus et il n'est pas toxique. De plus, il possède une réelle propriété analgésique, et, comme sa réaction est alcaline, il dissout le sébum, les dépôts muqueux, les sécrétions existant sur la lésion et permet une pénétration plus efficace de son énergie germicide.

REVUE GÉNÉRALE

LES RÉACTIONS MÉNINGÉES

DANS LES INTOXICATIONS

(ÉTUDE CLINIQUE ET CYTO-DIAGNOSTIC)

Par H. PAILLARD,
Ancien interne lauréat des hôpitaux,

et J. DE FONTBONNE
(de Montebourg).

L'histoire des réactions méningées a été singulièrement précisée du jour où a été mise en pratique la méthode du cyto-diagnostic; ainsi ont pu être décelées des méningites légères ou transitoires; ainsi ont pu être rapportés à des altérations méningées des symptômes nerveux qui, dans bien des cas, manquaient de précision et laissaient le diagnostic incomplet ou hésitant. La présence d'un exode leucocytaire dans le liquide céphalo-rachidien vient témoigner de l'inflammation sous-jacente; l'aspect et la nature des leucocytes observés permet, de plus, de soupçonner la modalité de cette inflammation.

A mesure que les constatations se sont faites plus nombreuses, on s'est habitué à voir dans la réaction leucocytaire la signature d'une *infection*, non pas qu'on puisse toujours mettre le microbe en évidence, mais les phénomènes méningés survenant au milieu d'accidents infectieux manifestes.

Quelques faits sont venus, cependant, attaquer la rigueur de cette loi.

Le professeur Widal a attiré l'attention sur certaines *méningites aseptiques* dont plusieurs cas ont été rapportés; la ponction lombaire a montré un liquide céphalo-rachidien puriforme et cependant ni l'examen microscopique, ni les cultures, ni les inoculations n'ont pu y déceler de microbes; par ailleurs, les polynucléaires étaient intacts, non déformés, conservant leurs affinités tinctoriales normales et rien ne les différenciait des polynucléaires du sang.

Deux cas ont été rapportés par Widal et ses élèves (1), 1 cas par de Massary et Weil (2), 1 cas par Pautrier et Clément Simon (3) Rist (4) a, lui aussi, assez fréquemment trouvé chez des enfants atteints d'otite un liquide aseptique puriforme contenant des polynucléaires normaux, liquide amicrobien et avirulent. Dans ces différentes méningites aseptiques, vis-à-vis de quel élément pathologique ont réagi les méninges? C'est ce que l'on ne saurait dire exactement. Widal, commentant les cas qu'il a observés, et insistant sur l'intégrité des polynucléaires, ajoute : « Il est permis de supposer que le polynucléaire n'est ici que le témoin d'une hyperémie méningée; son état de conservation traduit l'absence de lutte contre les microbes pyogènes habituels qui altèrent si profondément l'aspect des phagocytes (1). »

(1) Widal, Lemierre et Boidin. Liquide céphalo-rachidien puriforme au cours de la syphilis des centres nerveux, *Soc. méd. des hôp.*, 22 juin 1906. — Widal et Philibert. Séquelles nerveuses consécutives à un état méningé de nature indéterminée, *Soc. méd. des hôp.*, 19 juillet 1907.

(2) De Massary et Weil. Réaction méningée aseptique au cours d'une otite moyenne suppurée. Intégrité des polynucléaires. Guérison, *Soc. méd. des hôp.*, 11 octobre 1907.

(3) Pautrier et Clément Simon. Réaction méningée puriforme aseptique consécutive à une rachistovaïnisation. Zona consécutif. Guérison, *Soc. méd. des hôp.*, 22 novembre 1907.

(4) Rist. *Soc. méd. des hôp.*, 19 juillet 1907.

Dans une série d'autres cas, il ne peut être davantage question d'invoquer un processus infectieux. Ravaut et Aubourg ont démontré expérimentalement que l'injection intrarachidienne de liquides non isotoniques suffit à produire de la lymphocytose et même de la polynucléose du sac arachnoïdo-pie-mérien. Ces faits ont été vérifiés pour la cocaïne et pour le collargol.

Sicard et Salin (2) ont observé des réactions méningées très nettes à la suite d'injection dans le liquide céphalo-rachidien de novocaïne ou de sérum de cheval.

Sabrazès et Bonnin (3) ont observé cliniquement et expérimentalement une réaction méningée intense et aseptique à la suite d'injections intrarachidiennes de sulfate de magnésie.

Dopter (4) a rapporté les renseignements du plus haut intérêt fournis par la ponction lombaire lors du « coup de chaleur »; les symptômes cliniques invitent déjà à penser qu'il s'agit d'une réaction méningée : céphalée, vertiges, secousses convulsives, raideur de la nuque, ébauche de signe de Kernig; la ponction lombaire montre le liquide hypertendu et, dans les cas les plus graves, riche en éléments cellulaires, lymphocytes en général, parfois après une polynucléose initiale transitoire.

Enfin, dès la naissance du cyto-diagnostic, les ponctions lombaires ont été pratiquées en très grand nombre dans la plupart des maladies et spécialement dans beaucoup d'affections chroniques nerveuses ou mentales. On a signalé dès lors quelques faits de cyto-diagnostic positif en dehors de toute infection apparente, au moins de toute infection aiguë. Les années suivantes, la ponction lombaire étant pratiquée systématiquement chez nombre de malades, on a vu s'édifier peu à peu l'histoire de réactions méningées au cours d'intoxications pures : la méningite saturnine décrite par Mosny et Malloizel en 1904, les réactions méningées urémiques par Lépine et par Chauffard en 1907, le cyto-diagnostic positif au cours de l'intoxication par l'oxyde de carbone, décrit pour la première fois par Legry et Duvoir en décembre 1908, et retrouvé ensuite par plusieurs auteurs.

Cette liste est, d'ailleurs, loin d'être close; au fur et à mesure que les recherches se feront plus précises, il est vraisemblable que d'autres intoxications viendront s'y ajouter; il nous a, du moins, semblé utile de grouper ces différents faits dont on conçoit l'intérêt, non seulement au point de vue de la pathologie générale, mais encore pour le diagnostic pratique.

(1) Des faits analogues ont été décrits par Widal et Gougerot pour quelques pleurésies. L'un de nous a pu le constater dans d'autres cas encore; que par une ponction exploratrice on retire un peu de liquide d'une arthrite rhumatismale aiguë où l'hydarthrose est abondante, on se trouve en présence d'un liquide *louche* qui donne à la centrifugation un culot *puriforme*; si on examine au microscope, on voit une purée de *polynucléaires intacts*, conservant la finesse de leurs filaments internucléaires et leurs affinités colorantes normales. Dans l'arthrite rhumatismale il s'agit d'un processus hyperémique rapide où le polynucléaire n'a peut-être pas à jouer un rôle de phagocyte bien caractérisé, et ce fait est évidemment à rapprocher de ceux décrits par M. Widal.

(2) Sicard et Salin. *Soc. de neurol*, 30 juin 1910.

(3) Sabrazès et Bonnin. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 26 mai 1912, n° 21, p. 243.

(4) Dopter. Le liquide céphalo-rachidien dans le coup de chaleur (9 cas), *Soc. méd. des hôp. de Paris*, séance du 4 décembre 1903, p. 1396.

I

Presque tous les poisons atteignent le système nerveux: beaucoup y localisent une action élective et suivant l'agent toxique, suivant aussi le mode d'intoxication, telle ou telle partie du névraxe, des nerfs périphériques est altérée. Comment est-il possible d'individualiser les lésions méningées? La clinique et l'autopsie indiquent souvent des lésions trop diffuses qui correspondent à des intoxications massives; mais, dans les formes plus discrètes, où le poison peut en quelque sorte mieux marquer les étapes de son action, il n'est pas rare, en clinique, d'observer des épisodes, des incidents dont la nature méningée est bien apparente et se vérifie par le cyto-diagnostic.

Des autopsies anciennes avaient déjà montré l'importance des lésions méningées et les modifications grossières du liquide céphalo-rachidien au cours de diverses intoxications : le gonflement séreux des méninges avec accumulation de liquide, dans l'intoxication aiguë par le plomb; l'aspect rosé, congestif et parfois hémorragique de la pie-mère dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone; les hémorragies méningées trouvées 11 fois sur 34 dans l'intoxication par la strychnine (1), en même temps d'ailleurs que les ecchymoses sous-pleurales, sous-péricardiques, sous-endocardiques, les foyers d'apoplexie pulmonaire et les infarctus spléniques; enfin les altérations méningées réelles, mais variables, qu'on trouve dans certains cas d'empoisonnement aigu par l'arsenic.

La ponction lombaire et le cyto-diagnostic ont mis un peu de clarté dans tous ces faits imprécis. Nous mettrons en parallèle les renseignements fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien, et l'ensemble des symptômes observés; or l'allure clinique des phénomènes méningés peut revêtir l'un ou l'autre de ces quatre types.

a. Ou bien il s'agit de symptômes aigus ou transitoires qui durent à peine quelques jours et relèvent d'une intoxication rapide mais relativement discrète; c'est le fait pour plusieurs cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone que nous rapportons plus loin; de même pour certaines observations de réaction méningée au cours de l'urémie convulsive. Il s'agit alors plutôt d'un trouble momentané de la circulation méningée que d'une action toxique directe, et nous rapprocherions volontiers ces faits de ceux observés par Dopter dans le coup de chaleur. Il y aurait là congestion méningée transitoire, avec exode leucocytaire abondant, « fluxion blanche » de Widal et à ces réactions passagères nous donnerions volontiers le nom de « fluxion méningée ».

b. Ou bien il s'agit d'un ensemble de symptômes dont l'évolution plus prolongée et plus grave permettrait d'employer le terme de méningite; c'est le cas de certaines intoxications bien décrites par Mosny et Malloizel et dont il y a lieu parfois de faire le diagnostic avec la méningite tuberculeuse ou la méningite syphilitique.

c. Dans d'autres cas on est en présence d'affections à évolution chronique, dans lesquelles le tableau clinique comporte à la fois des troubles psychiques et des signes d'altération organique : c'est ce que l'on a décrit depuis longtemps sous le nom de pseudo-paralysies générales toxiques, pseudo-paralysie générale alcoolique, pseudo-paralysie générale saturnine.

d. Enfin la réaction méningée peut ne fournir aucun symptôme clinique, rester latente, et c'est seulement la ponction lombaire qui en révèle l'existence; de même qu'il y a une méningite syphilitique latente, il existe d'après Mosny et ses élèves une méningite saturnine latente.

(1) Le Méhauté. Th. de Lyon, 1888.

II

On s'est demandé si, en plus de la réaction leucocytaire, on ne pouvait déceler, dans le liquide céphalo-rachidien, l'agent de l'intoxication. A. Marie (1) a pu mettre le plomb en évidence dans un cas, à l'etat de traces indosables; de plus il nous faut citer l'observation très curieuse d'Olmer et Tian (2); il s'agit d'une intoxication par l'acétate de thallium avec douleurs périphériques intenses, alopécie, albuminurie. L'examen du liquide céphalo-rachidien montrait une leucocytose légère et de plus le spectroscope permettait d'y déceler le thallium, en quantité minime bien entendu; or cette quantité apparaissait encore cent fois moindre quand le liquide était centrifugé, ce qui permet de supposer la fixation vraisemblable du métal sur les rares éléments figurés contenus dans le liquide.

III

Les réactions méningées ont été surtout étudiées dans quatre intoxications ; le saturnisme, l'alcoolisme, l'intoxication oxycarbonée, l'urémie.

Nous nous bornerons à ces affections.

Réactions méningées dans le saturnisme. — Décrites pour la première fois par Mosny et Malloizel en 1904, elles ont été retrouvées par Mosny et Harvier, Mosny et Pinard, Léon Bernard et Jean Troisier, Speroni, Loeper et Pinard. Cependant, dès 1902, Sicard (monographie sur le liquide céphalo-rachidien) rapportait un cas de cyto-diagnostic positif chez un malade atteint d'une paralysie antibrachiale bilatérale et invitait à rechercher si dans les paralysies saturnines il n'y aurait pas radiculite (et méningite légère) plutôt que névrite, ce qui expliquerait peut-être l'intégrité classiquement connue de certains groupes musculaires.

Quoi qu'il en soit, les faits décrits par Mosny et Malloizel perment de classifier ainsi les méningites saturnines (3) :

1° Méningites latentes; il n'existe aucun signe clinique de méningite et seule la ponction lombaire permet de faire le diagnostic en montrant la leucocytose céphalo-rachidienne.

2° Méningites aiguës, présentant une symptomatologie propre et où le cyto-diagnostic confirme les données de la clinique.

3° Méningites chroniques; nous entrons ici principalement dans la discussion de la pseudo-paralysie générale saturnine qui a soulevé bien des travaux antérieurs.

Les méningites latentes s'observent surtout dans les intoxications plombiques récentes.

(1) A. Marie. *Soc. méd. des hôp.*, 28 janvier 1908.
(2) Olmer et Tian. *Soc. de biol.*, 26 déc. 1908.
(3) On consultera utilement l'excellente Revue générale de Pinard sur la « Méningite saturnine », *Gaz. des hôpit.*, 18 juillet 1908, n° 81.

On les observe principalement à la période des coliques; un malade vient à l'hôpital pour sa première, deuxième ou troisième crise abdominale; on pratique une ponction lombaire qui montre un liquide normalement limpide et parfois hypertendu; ce liquide est centrifugé avec soin, on recueille la dernière goutte, ou le culot minime qui s'est formé, et on trouve à l'examen microscopique une réaction lymphocytaire qui varie de 5 à 15 lymphocytes par champ d'immersion; parfois on note accessoirement la présence de quelques gros mononucléaires et de quelques cellules endothéliales. Exceptionnellement on aperçoit des globules rouges ou des polynucléaires (ceux-ci toujours en quantité minime).

La réaction méningée n'est pas toujours exactement parallèle aux coliques; elle peut suivre la colique ou la précéder; elle n'est pas proportionnelle à l'intensité de la colique.

Il convient d'insister spécialement sur sa *latence;* sans la ponction lombaire, la méningite passerait inaperçue.

Il est des cas cependant, où un symptôme, la *céphalalgie* vient attirer l'attention du côté du système nerveux et où l'on observe également une réaction cérébro-spinale.

N'est-il pas intéressant de rapprocher ce qui se passe dans le saturnisme à la période d' « imprégnation » de ce que l'on observe dans la syphilis secondaire? Dans cette dernière, les travaux de Milian, Crouzon et Paris, Ravaut, Jeanselme et Barbé, Sézary, ont montré l'existence d'une lymphocytose rachidienne sans symptômes cliniques autres que la céphalée et l'éruption. Dans les deux affections à leur début, il existe donc une méningite latente, subaiguë, décelée seulement par la ponction lombaire.

Les MÉNINGITES AIGUES présentent une individualisation clinique plus accentuée. Elles avaient été observées par Mazin (1) qui en rapporte 3 cas sans ponction lombaire.

Mosny et Malloizel (2) citent plusieurs observations personnelles et une observation d'Œttinger; puis viennent les cas de Mosny et Harvier (3), Mosny et Pinard (4), Loeper et Pinard (5).

Les symptômes simulent ceux de toute méningite aiguë : céphalée, vomissements, constipation, crises épileptiformes, paralysie des nerfs craniens, coma et parfois mort. L'évolution est aiguë ou subaiguë avec ou sans rémissions.

La ponction lombaire montre une réaction leucocytaire abondante, polynucléose initiale et lymphocytose secondaire; fréquemment, la lymphocytose est précoce.

A côté de ces formes pour ainsi dire typiques, Mosny et Malloizel décrivent des variétés plus rares : une *forme psychique* s'individualisant par des symptômes de délire, assez paisible d'ailleurs, et affectant le plus souvent le caractère du délire professionnel; une *forme spinale* où les symptômes cérébraux se réduisent à de la céphalée et où il existe, au contraire, des signes évidents d'excitation médullaire : douleurs lombaires irradiées, exagération des réflexes, clonus du pied, parfois troubles de la sensibilité; une *forme convulsive* : les crises épileptiformes existent fréquemment dans la méningite saturnine, mais il est des cas, où, avec la céphalée, elles constituent toute la symptomatologie. On pourrait être tenté de les attribuer à des phénomènes hystériques surajoutés, il n'en est rien; en effet la cytoscopie du liquide céphalo-rachidien décèle une réaction lymphocytaire très appréciable et si l'on examine le liquide avant et après la crise on constate que celle-ci augmente l'exsudat leucocytaire et provoque l'afflux de quelques polynucléaires; dans 2 cas Mosny et Malloizel ont noté à la suite de l'accès une légère hémorragie méningée, suffisante pour colorer macroscopiquement le liquide céphalo-rachidien.

Léon Bernard et Jean Troisier (1) ont rapporté un cas très curieux d'intoxication saturnine avec méningite, anémie et ictère. Dans le liquide céphalo-rachidien, on trouvait des lymphocytes et un excès d'albumine.

Enfin il est une observation très élégante de Spéroni (2) que nous tenons à résumer; il a eu l'occasion de constater chez un jeune malade de vingt-quatre ans, d'ailleurs robuste, un ensemble de symptômes qui l'ont immédiatement invité à porter le diagnostic de méningite : raideur de la nuque, ventre en bateau, température à 39°, pouls à 100, respiration fréquente et difficile; de plus le malade était dans le coma et l'on n'avait aucun renseignement sur lui. Au grand étonnement de l'auteur, le liquide céphalo-rachidien était absolument limpide et, à la centrifugation, ne contenait aucun élément figuré. L'analyse des urines ne montra pas davantage la cause du coma. L'examen du sang fut plus instructif : en effet, Spéroni put y déceler de nombreux globules rouges ponctués, c'est-à-dire contenant dans leur protoplasma de fins granules basophiles se colorant fortement par le bleu de méthylène. Cette altération globulaire est très fréquente dans le saturnisme et Spéroni diagnostiqua une méningo-encéphalite saturnine. Le malade guérit et, des renseignements pris ultérieurement, il résulte qu'il avait bien été soumis à l'intoxication par le plomb et que le diagnostic était exact.

Les MÉNINGITES SATURNINES CHRONIQUES ont été individualisées bien avant les méningites aiguës. Les auteurs leur ont attribué un double cortège de symptômes somatiques et démentiels. Tanquerel des Planches qui a fait une étude si consciencieuse et si originale de l'intoxication par le plomb, n'avait pas laissé échapper ces faits et parlait déjà d'une « démence saturnine ».

Delasiauve (3) fut le premier à employer le terme de pseudo-paralysie générale saturnine.

Puis viennent les travaux de Devouges (4), de Bourdesol (5), de J. Renaut (6). Dans l'article paralysie générale du dictionnaire encyclopédique de Jaccoud, Foville admet l'existence de la paralysie générale saturnine. Citons encore les observations

(1) MAZIN. *Les poudreuses des fabriques de porcelaine*, Th. de Paris, 1900.
(2) MOSNY et MALLOIZEL. *Revue de méd.*, 1907.
(3) MOSNY et HARVIER. *Soc. méd. des hôpit.*, 29 nov. 1907.
(4) MOSNY et PINARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 27 mars 1908.
(5) LOEPER et PINARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 24 fév. 1911

(1) LÉON BERNARD et JEAN TROISIER. *Soc. méd. des hôpit.*, 28 mai 1908.
(2) SPÉRONI. *Soc. anat.*, janv. 1907, p. 36.
(3) DELASIAUVE. *Ann. méd.-psychol.*, 1851.
(4) DEVOUGES. De la paralysie générale d'origine saturnine, *Ann. méd.-psychol.*, 1857.
(5) BOURDESOL. *Parallèle entre la paralysie générale des aliénés et la paralysie générale d'origine saturnine*, Th. de Paris, 1860.
(6) J. RENAUT. De la paralysie générale d'origine saturnine. *Ann. méd.-psychol.*, 1857, p. 121.

de Doutrebente (1), de A. Voisin (2), de Régis (3), la thèse de Meyer (4) inspirée par Régis, la revue générale de Rouillard (5), la thèse de Parelle (6).

Les manifestations cliniques de la pseudo-paralysie générale saturnine, telle que la décrivent les auteurs, sont très voisines de celles de la paralysie générale vraie. On a voulu établir des caractères différentiels assez tranchés qui ont été vivement combattus par Vallon (7) dans un remarquable travail.

D'après les classiques, l'évolution et le pronostic seraient entièrement différents ; la paralysie générale saturnine guérit sous l'influence du traitement, la paralysie générale vraie est progressive. Mais d'après Vallon, la pseudo-paralysie générale n'est qu'un stade initial de la paralysie générale vraie ; la guérison ou l'amélioration ne sont que des rémissions ; l'évolution de la paralysie générale vraie survient ultérieurement. Au debut, anatomiquement, il n'y a que des troubles circulatoires, susceptibles de quelques variations en plus ou en moins ; plus tard, il y a des lésions organisées. Et Vallon conclut : « En résumé la pseudo-paralysie générale saturnine, n'étant que la période intermédiaire au saturnisme et à la méningo-encéphalite, ne constitue pas une maladie méritant une dénomination particulière, et il serait préférable de rayer cette expression qui ne peut donner que confusion et équivoque. »

Mosny et Malloizel ont observé chez un saturnin un syndrome méningé avec confusion mentale ; la ponction lombaire montrait une très abondante lymphocytose.

Sicard et Monod (8) ont trouvé une lymphocytose intense chez deux malades atteints de syndrome paralytique général survenu dans le cours d'une intoxication saturnine très accusée.

Que faut-il conclure de tous ces faits ? Existe-t-il une paralysie générale saturnine ? La paralysie générale affecte-t-elle chez les saturnins une évolution spéciale, ou survient-elle de préférence chez ces malades ?

Les observations que nous avons étudiées ne nous permettent pas de fournir une conclusion très nette ; du moins, à l'heure actuelle, nous sommes mieux instruits pour étudier et préciser les nouveaux cas qui se présenteront. La constatation, chez un saturnin offrant les signes de la paralysie générale, d'une réaction cytologique méningée appréciable et d'une réaction de Wassermann négative, serait fort impressionnante en faveur de l'origine saturnine pure des lésions. Mais nous ne connaissons pas de pareille observation. Au contraire, Sicard et Bloch (9) ont recherché la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien de trois malades, saturnins et présentant les signes de la paralysie générale ; la réaction de Wassermann s'est montrée positive ; aussi ces auteurs estiment-ils que la question de la paralysie générale saturnine doit être revisée.

(1) DOUTREBENTE. *Ann. méd.-psychol.*, 1879.
(2) A. VOISIN. *Traité de la paralysie générale des aliénés*, p. 297.
(3) RÉGIS. *Ann. méd.-psychol.*, sept. 1880.
(4) MEYER. Th. de Bordeaux, 1880.
(5) ROUILLARD. Les pseudo-paralysies générales. Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, 7 juin, 1888.
(6) PARELLE. Th. de Paris, 1889.
(7) Ch. VALLON. *Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique*, Masson et Cie., édit., Paris 1894.
(8) SICARD. *Le liquide céphalo-rachidien*, un vol. de l'encyclop. Léauté, p. 177.
(9) SICARD et BLOCH. *Soc. de neurol.*, 7 juillet 1910.

Réactions méningées dans l'alcoolisme. — L'alcool présente une action élective sur la corticalité cérébrale ; les auteurs ont cherché cependant quelle était la mesure de la participation méningée ; il y a lieu de l'étudier dans le delirium tremens, dans l'intoxication alcoolique subaiguë et chronique.

Dans le *delirium tremens* un certain nombre de renseignements sont fournis par l'autopsie : méninges infiltrées de sérosité, congestionnées, présentant çà et là une ponctuation hémorragique, parfois des lacs sanguins plus importants [Magnan (1)]. Carrier (2) a étudié avec beaucoup de soin l'anatomie pathologique du delirium tremens. Les détails concernent surtout l'histologie des cellules ; quant à la pie-mère elle est hyperémiée, épaissie, parfois adhérente, on peut observer de l'œdème sous-arachnoïdien.

Gilbert-Ballet et Laignel-Lavastine (3) ont observé surtout des lésions de l'écorce cérébrale et relativement peu de lésions méningées.

Que donne la ponction lombaire dans le delirium tremens ? La plupart des observations, même récentes, ne portent aucune indication à cet égard, soit que la ponction n'ait pas été pratiquée, soit que ses résultats aient été négatifs. Widal, Sicard et Ravaut (4) indiquent brièvement un cas de delirium tremens avec cyto-diagnostic négatif. Il en était de même dans un cas que l'un de nous a eu l'occasion d'observer à l'hôpital de la Charité. Il y aurait lieu néanmoins d'insister un peu sur ces recherches pour pouvoir tirer des conclusions très fondées ; peut-être pourrait-on trouver là quelques indications pour le diagnostic différentiel des états délirants aigus.

Dans L'INTOXICATION SUBAIGUE OU CHRONIQUE, les auteurs s'accordent pour reconnaître l'absence constante d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien : Nageotte, Laignel-Lavastine, R. Monod (5), Duflos (6), van der Kolk (7), Joffroy (8), etc.

Dès 1901, Joffroy a insisté sur le caractère différentiel important fourni par le cyto-diagnostic pour le diagnostic entre la paralysie générale et la pseudo-paralysie générale alcoolique.

Le cyto-diagnostic est donc négatif dans les encéphalopathies alcooliques.

Il existe cependant deux exceptions. L'une est signalée par Dufour (9) : chez une malade de trente-six ans, alcoolique chronique, non syphilitique, la

(1) V. MAGNAN. *De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement*, A. Delahaye, édit., Paris 1874.
(2) H. CARRIER. *La cellule nerveuse normale et à l'état pathologique. Altérations histologiques des centres nerveux dans les délires toxi-infectieux des alcooliques. Le delirium tremens et le délire aigu*, J.-B. Baillière et fils, édit., Paris 1904.
(3) GILBERT-BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE. Des lésions corticales dans les psychoses d'origine toxique, *XVe Congr. internat. de méd.*, Lisbonne 1906. — Nouvelles observations sur la valeur des lésions corticales dans les psychoses d'origine toxique, *L'Encéphale*, 25 sept. 1906.
(4) WIDAL, SICARD et RAVAUT. *Soc. méd. des hôp.*, 18 janv. 1901.
(5) R. MONOD. *Soc. méd. des hôpit.*, 1901.
(6) DUFLOS. *La ponction lombaire en psychiatrie*, Th. de Paris, 1901-1902.
(7) VAN DER KOLK (Endegeest). Diagnostic différentiel entre la paralysie générale et la pseudo-paralysie générale alcoolique, *Soc. néerl. de méd. de Leyden*, janv. 1906, *Psych. en neur. bladen aff.*, 3, 1906.
(8) JOFFROY. *Soc. méd.-psychol.*, 20 mai 1901.
(9) DUFOUR. Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans un cas de méningite chronique alcoolique, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 oct. 1901.

ponction lombaire montre une lymphocytose abondante et à l'autopsie on trouve des méninges congestionnées et épaissies.

L'autre est signalée par Mosny et Saint-Girons (1) : il s'agit d'une femme de cinquante-six ans chez laquelle on observa un syndrome méningé aigu dont le début fut soudain, l'évolution rapide et la symptomatologie fruste, presque exclusivement caractérisée par des troubles mentaux : céphalée, délire, coma, confusion mentale. Sauf la céphalée qui fut violente, précoce et persista jusqu'à la fin, les autres phénomènes furent légers et fugaces. Ces troubles morbides s'accompagnaient d'une polynucléose céphalo-rachidienne pure et abondante. Symptômes cliniques et réaction céphalo-rachidienne disparurent en quelques jours. La malade n'étant ni tuberculeuse, ni syphilitique, ni brightique, les auteurs attribuent ce syndrome méningé à l'alcoolisme.

Réactions méningées dans l'intoxication par l'oxyde de carbone. — On connaît depuis longtemps les lésions méningées que l'on trouve à l'autopsie des individus morts d'intoxication oxycarbonée : la pie-mère est vascularisée, de coloration rose, parfois avec quelques suffusions hémorragiques.

Mais la première ponction lombaire pratiquée en pareil cas est relativement récente puisqu'elle date de décembre 1908 ; elle est due à Legry et Duvoir (2). Trois observations ont été publiées dans la suite, celle de Chauffard et Jean Troisier (3), celle de R. Gaultier et H. Paillard (4) et une dernière, dans la thèse de l'un de nous (5).

Ces observations éclairent la question d'un jour nouveau, individualisent la méningite oxycarbonée, jusque-là méconnue cliniquement.

L'observation de Legry et Duvoir nous offre un syndrome méningé non douteux : contracture, exagération des réflexes, incontinence d'urine, puis le malade ayant repris connaissance : céphalée, vertiges, ébauche de signe de Kernig. La ponction lombaire a montré, au début, des hématies nombreuses avec polynucléose abondante ; puis hématies et polynucléaires ont diminué ; le cinquième jour la mononucléose prédominait, le douzième jour il n'existait plus qu'une lymphocytose très discrète.

Dans le cas de Chauffard et Troisier, les symptômes cliniques sont sensiblement différents, mais la réaction cytologique est assez comparable. Cliniquement l'intoxication a provoqué une hémiplégie gauche très marquée avec exagération légère des réflexes de ce côté et signe de Babinski en extension ; les jours suivants, plusieurs crises épileptiformes se produisirent du côté malade avec délire, fièvre et glycosurie transitoire. Le malade guérit à peu près complètement au bout d'un mois et demi. On a constaté à la première ponction un petit culot hématique, sans augmentation appréciable du nombre des globules blancs ; les jours suivants, leucocytose plus abondante, avec surtout polynucléose, puis les polynucléaires font place petit à petit aux lymphocytes, et quinze jours après l'accident, on ne trouve plus qu'une très légère réaction lymphocytaire.

(1) Mosny et Saint-Girons. Syndrome méningé aigu avec polynucléose céphalo-rachidienne abondante et fugace chez une alcoolique, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 fév. 1911.
(2) Legry et Duvoir. *Soc. méd. des hôpit.*, déc. 1908.
(3) Chauffard et J. Troisier. *Soc. méd. des hôpit.*, juillet 1909.
(4) R. Gaultier et H. Paillard. *Bull. méd.*, 5 mars 1910.
(5) De Fontbonne. Th. de Paris, 1910.

Chauffard et Troisier insistent sur la nature hémorragique des éléments cellulaires et voient là une preuve de la nature surtout congestive des lésions méningées produites par l'oxyde de carbone ; la rupture de quelques capillaires suffit à mettre en liberté un grand nombre d'hématies ; lorsque cette congestion est plus intense et que le cortex est fortement intéressé, on observe une série de phénomènes plus graves (hémiplégie, crises épileptiformes, troubles mentaux) mais qui, eux aussi, arrivent à disparaître au bout d'un certain temps.

Dans l'observation de R. Gaultier et H. Paillard on constate : pendant vingt-quatre heures un syndrome méningé intense (céphalée, contracture, etc.), puis les jours suivants, de la parésie des extrémités avec abolition des réflexes. Il s'agissait d'une intoxication aiguë accidentelle et la ponction lombaire a été faite deux heures après le début de l'intoxication, donc d'une façon très précoce ; or dès ce moment elle a décelé une lymphocytose très abondante qui s'est rapidement atténuée en même temps que les symptômes méningés disparaissaient.

« Il semble que, au point de vue nerveux, le malade ait passé par deux phases : la première, correspondant au stade brutal de l'intoxication et faite d'une *réaction méningée transitoire ;* la seconde, *période de reliquat* en quelque sorte, où le poison a localisé son action aux *nerfs périphériques ;* au début, les symptômes méningés ont couvert tout le tableau clinique ; une fois effacés, il reste les manifestations névritiques, légères dans notre cas, mais qu'il est presque classique d'observer en pareille circonstance. »

Quant à la nature lymphocytaire de la réaction cellulaire, elle semble a priori un peu paradoxale et montre que les réactions aiguës ne se confondent pas toujours avec la polynucléose. Cette lymphocytose n'était d'ailleurs pas antérieure à l'accident (pas de syphilis, pas d'affection nerveuse) et elle a subi une évolution parallèle aux phénomènes cliniques.

L'observation de de Fontbonne montre des symptômes cortico-méningés survenant après une intoxication relativement discrète ; l'examen cytologique a révélé la présence d'hématies en assez grand nombre avec polynucléose légère.

M. Hirtz (*Soc. méd. des hôpit.*, 15 janv. 1909) rapporte brièvement l'histoire d'une malade soumise à l'intoxication oxycarbonée aiguë et chez laquelle on trouva toute une série de symptômes indiquant un trouble fonctionnel momentané de la moelle : exagération des réflexes patellaires et achilléens, clonus du pied, réflexe des orteils en extension. La ponction lombaire ne montra la présence d'aucun élément anormal dans le liquide céphalo-rachidien.

Réactions méningées dans l'urémie. — La ponction lombaire a été fréquemment pratiquée chez les urémiques ; elle a montré entre autres particularités intéressantes l'excès d'urée dans le liquide céphalo-rachidien, mais n'avait pas permis de constater une réaction leucocytaire [Widal et Froin (1), Carrière (2), Marie et Guillain (3)].

La question a été néanmoins reprise depuis 1907

(1) Widal et Froin. L'urée dans le liquide céphalo-rachidien des brightiques, *Soc. de biol.*, séance du 22 oct. 1904, p. 239.
(2) Carrière. Étude sur le liquide céphalo-rachidien dans l'urémie nerveuse, *Soc. de biol.*, séance du 29 juillet 1905, p. 239.
(3) P. Marie et G. Guillain. Céphalée brightique traitée par la ponction lombaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 3 mai 1901.

à propos de nouveaux cas. Nous citerons les observations de Lépine (1), de Chauffard (2), Caussade et Willette (3), Mosny et Pinard (4), de Massary et Sézary (5).

Il y a lieu d'étudier successivement : l'urémie aiguë convulsive et l'urémie chronique. Les résultats obtenus dans ces deux cas semblent assez différents et ne relèvent pas de la même interprétation.

1° Urémie aigue convulsive. — Dans les trois observations rapportées (Chauffard, Caussade et Willette, de Massary et Sézary) et qui concernent des malades d'âge différent (femme de soixante ans, homme de vingt-six ans, homme de quarante-trois ans), il n'y a *pas eu*, à proprement parler, de *syndrome méningé* (pas de raideur de la nuque, pas de signe de Kernig, pas de paralysie oculaire, etc.). La malade de Chauffard a présenté une élévation de température de 40 degrés qui est, du reste, tombée le troisième jour, le malade de Caussade et Willette était apyrétique.

En second lieu la réaction méningée, constatée par la ponction lombaire, a été un *phénomène transitoire* dans les deux premières observations ; dans la troisième la mort est survenue du fait de l'urémie, mais les centres nerveux ne présentaient aucune altération macroscopique.

Hypertendu dans deux cas (Caussade et Willette, de Massary et Sézary) le liquide était sous faible tension dans un cas (Chauffard) ; il contenait un excès d'urée : 1g02 par litre, en moyenne (Chauffard), 0g40 (Caussade et Willette), mais surtout, il présentait une abondante réaction polynucléaire. Ceux-ci étaient assez nombreux dans l'observation de Caussade et Willette (100 par champ microscopique) pour donner au liquide une coloration louche ; dans les deux autres cas, on a trouvé quarante à cinquante polynucléaires par champ. La polynucléose, pure dans le cas de Chauffard, s'accompagnait d'une légère lymphocytose dans l'observation de Caussade et Willette (8 p. 100) et dans l'observation de de Massary et Sézary.

Dans tous les cas, les polynucléaires avaient conservé leur finesse de structure et leurs affinités tinctoriales normales. Enfin on ne pouvait déceler aucun élément microbien.

On se trouve donc là en présence non pas de méningite vraie, mais de réaction méningée transitoire avec exode polynucléaire abondant et aseptique. Les différents auteurs ont rapproché ces faits de ceux décrits par Widal sous le nom de pleurésies et de méningites aseptiques ; d'après eux, d'après Widal qui a également commenté ces observations, il s'agirait simplement de phénomènes méningés congestifs qui aboutiraient à une diapédèse intense. « On voit, d'une façon pour ainsi dire paradoxale, la fluxion *rouge* de la trame méningée aboutir ainsi à un exsudat *blanc* dans le sac arachnoïdo-pie-mérien. L'origine congestive de ces exsudats puriformes semble bien, comme nous l'avons montré, trouver une confirmation dans la rapidité de leur évolution (1). »

(1) Lépine. Existe-t-il une méningite urémique? *Semaine méd.*, 31 juillet 1907, p. 361.

(2) Chauffard. Urémie aiguë et polynucléose rachidienne, *Semaine méd.*, 13 nov. 1907, p. 541.

(3) Caussade et Willette. Urémie convulsive et comateuse. Liquide céphalo-rachidien puriforme, *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 24 juillet 1908.

(4) Mosny et Pinard. Urémie chronique et leucocytose céphalo-rachidienne, *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 11 déc. 1908.

(5) De Massary et Sézary. Urémie convulsive avec polynucléose rachidienne, *Soc. méd. des hôpit.* Discussion de l'observation précédente.

Chauffard, Caussade et Willette se demandent si l'afflux leucocytaire et la congestion méningée ne sont pas dus à la présence des poisons urémiques dans le liquide céphalo-rachidien et de plus à l'hypertension. Mais de nouvelles ponctions pratiquées par Chauffard chez des urémiques sont restées négatives au point de vue cytologique (2). De plus, Chauffard et Vincent (3) ont rapporté une nouvelle observation de méningite chez une urémique mais, dans ce cas, l'examen bactériologique a montré le pneumocoque en abondance dans le liquide céphalo-rachidien. Il faut donc, pour établir l'autonomie de la méningite urémique, vérifier l'absence d'infection surajoutée.

2° Urémie chronique. — La question d'une réaction méningée possible au cours de l'urémie chronique a été mise en avant par Lépine (4), et c'est d'ailleurs à la suite de ces recherches qu'ont été publiées les observations d'urémie aiguë que nous venons de rapporter.

Il n'est pas indifférent toutefois de rappeler qu'Osborne (5), dès 1837, avait édifié une *théorie méningée* des accidents urémiques, en se basant sur ce fait que la pie-mère est souvent trouvée opaque et adhérente à l'autopsie de ces malades. Cette lésion n'a pas été retrouvée par Rosenstein (6). Frerichs, qui l'a cherchée avec soin, ne l'a décelée que 9 fois sur 406 sujets.

Lépine rapporte trois observations d'urémie chronique avec terminaison mortelle d'autopsie. Or, celle-ci a montré : l'épaississement blanc laiteux, opalin de la pie-mère dans un cas (homme de soixante-six ans) et une congestion méningée intense dans deux cas (femmes de quarante-cinq ans et de trente ans). La ponction lombaire avait montré dans la IIe observation un liquide clair, sous pression normale, contenant quelques hématies, de rares lymphocytes, quelques polynucléaires ; dans le 3e cas, un liquide hypertendu contenant quelques lymphocytes et de rares polynucléaires.

A la suite de ces observations, le professeur Lépine se contente de poser la question sans la résoudre : existe-t-il une méningite urémique ?

Mosny et Pinard (7) discutent les observations précédentes qui ne leur paraissent aucunement probantes. Autant sont démonstratives les observations d'urémie aiguë convulsive rapportées plus haut et où il existait cliniquement des symptômes méningés, anatomiquement une « fluxion blanche » transitoire, autant les faits rapportés par Lépine ne permettent

(1) Widal. Discussion de l'observation de Caussade et Willette, *Soc. méd. des hôpit.*, 1908, p. 204.

(2) On pourrait, de plus, se demander si la congestion méningée ne serait pas due à la répétition des crises convulsives. Mais il ne semble pas que le fait soit admissible, car, dans l'épilepsie essentielle, même alors que les crises sont subintrantes, on ne trouve pas de réaction cytologique appréciable.

(3) Chauffard et Vincent. *Soc. méd. des hôpit.*, 15 avril 1910.

(4) Lépine. Loc. cit.

(5) J. Osborne. *On the nature and treatment of dropsical diseases*, 2e édit., p. 36-39. Londres 1837.

(6) Rosenstein (de Groeningue). *Med. Cent. Zeit.*, 1858. — *Zur Eklampsie Monatsschr. f. Geburtsh*, 1864. — *Traité pratique des maladies des reins*, par S. Rosenstein. Traduction de E. Bottentuit et P. Labadie-Lagrave, A. Delahaye, édit., Paris 1874.

(7) Mosny et Pinard. Loc. cit.

aucune conclusion précise. La congestion méningée observée est relativement banale ; dans le cas où il y avait épaississement pie-mérien, on n'a pas recherché si le malade était syphilitique.

Ce n'est pas toutefois qu'on ne puisse observer une réaction méningée authentique au cours de l'urémie chronique et les auteurs en rapportent un cas. Il s'agit d'un homme de trente-trois ans chez lequel ils ont vu se développer les symptômes d'une urémie chronique qui s'est terminée par la mort. La ponction lombaire a montré les éléments suivants : 4 à 18 leucocytes par champ, surtout des polynucléaires, quelques mononucléaires. L'autopsie n'a pas décelé de lésion méningée macroscopique. Mais ce malade était saturnin et c'est à cette intoxication et non à l'urémie que Mosny et Pinard rapportent la réaction méningée.

De toutes les observations précédentes concernant l'urémie, il est permis de conclure :

Dans l'urémie aiguë, convulsive, on peut, d'une façon inconstante, observer une réaction polynucléaire transitoire qui semble relever de troubles circulatoires méningés.

Dans l'urémie chronique, il n'existe encore aucun cas démonstratif de réaction méningée due exclusivement à l'intoxication urémique même.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1913)

Allocution du président sortant. — M. BAZY prononce quelques mots d'éloge des disparus de l'année : MM. Marc Sée, Segond, Villemin, membres honoraires de la Société, M. Butlin et lord Lister.

M. BEURNIER, secrétaire annuel, fait le compte rendu des travaux de l'année.

M. ROCHARD, secrétaire général, prononce l'éloge de M. GUINARD que nous avons publié *in extenso* dans notre précédent numéro, en même temps que la liste des lauréats.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1913)

Installation du bureau. — M. Paul BOURDEL, président sortant, prononce une allocution à laquelle répond M. CASTEX, président pour 1913.

Rapport du secrétaire général. — M. Paul GUILLON, secrétaire général, lit son rapport sur les travaux scientifiques de l'année ainsi que les notices nécrologiques sur les membres décédés.

Traitement de la goutte. — M. GUELPA étudie à nouveau le traitement de cette affection : le jeûne sévère, les purgations répétées et la prédominance du régime carné doivent être les bases de ce traitement.

M. BOURSIER. Si la goutte est devenue plus fréquente, plus maligne, plus chronique, cela tient non à une médication défectueuse ni au régime végétarien prescrit, mais à un changement dans la vie sociale, à une alimentation plus riche et au surmenage physique et cérébral. Les eaux thermales sulfatées calciques éloignent les accès de goutte, et empêchent la formation des tophi dont elles facilitent la résolution; quant au régime alimentaire, il doit varier suivant les malades, mais ne doit jamais être carné, même restreint.

M. SALIGNAT. La goutte est la conséquence de l'intoxication et de l'insuffisance de défense de l'organisme; cette théorie concilie les opinions admises jusqu'ici sur le rôle du foie, des glandes à sécrétion interne, de l'auto-intoxication, etc., dans cette affection. Les cures thermales agissent en facilitant la désintoxication et en augmentant les défenses de l'organisme.

M. BOULOUMIÉ. Il faut soumettre le malade au régime et au traitement qui lui conviennent spécialement et non à un traitement et un régime théoriques; guérir les tophi n'est pas guérir la goutte; ne reconnaître la goutte que chez le porteur de tophi est la méconnaître dans 90 ou 95 p. 100 des cas et, dans tous ceux-ci, les résultats obtenus par le traitement classique sont manifestement efficaces.

M. Marcel LABBÉ. L'uricémie est un fait capital dans la question de la goutte; le seul fait précis que nous connaissions, c'est le trouble de métabolisme purique; mettre en évidence ce processus pathologique, c'est caractériser la goutte, lutter contre lui par la diététique, par la pharmacothérapie et par les cures hydrominérales, c'est traiter logiquement la goutte.

M. A. LECLERC. Le régime végétarien ne doit pas être substitué au régime carné, car il ne guérit pas la cause de la goutte et détermine chez les prédisposés le diabète et l'artériosclérose.

L'albuminurie d'origine intestinale. — M. D'ARBOIS DE JUBAINVILLE. Le traitement doit remplir deux indications : d'abord, agir contre les troubles gastro-intestinaux, ensuite lutter contre l'insuffisance des glandes vasculaires sanguines et déterminer une plus grande activité des oxydations dans l'intérieur des tissus.

M. A. LECLERC. Le régime lacté, même réduit, ne doit pas être conseillé dans les albuminuries fonctionnelles; les albuminuries en effet sont toujours d'origine hépatique et, dans ces cas, le lait n'est pas bien digéré.

Les phénomènes d'osmose gastrique et leur importance en pathologie. — M. PRON. L'endosmose anormale constitue un élément important en pathologie gastrique, indépendamment des troubles purement sécrétoires auxquels elle peut être associée. Faire que l'estomac, à quantité égale de boissons et d'aliments ingérés, soit moins rempli et moins distendu, c'est apporter, en dehors des autres moyens thérapeutiques, une aide sérieuse à la guérison. La notion d'osmose explique l'inconvénient qu'il y a à donner aux dyspeptiques des purgatifs salins, irritants ou concentrés.

Les stations thermales de la Macédoine. — M. BARTHE DE SANDFORT. La Macédoine offre six stations thermales fort rudimentaires actuellement, mais appelées à un développement futur très intéressant ; Yanès, ferrugineuse; Coedès et Langaya, sulfureuses légères ; Marikortina, stations de boues minérales très pittoresques; Xantha et Bodoma, chlorurées sulfatées calciques.

FORMULAIRE

PULVÉRISATIONS DANS LA DYSPHAGIE DOULOUREUSE DES TUBERCULEUX

Castex conseille les pulvérisations avec les formules suivantes :

Menthol cristallisé	2 grammes
Teinture d'eucalyptus	20 —
Alcool à 90 degrés	140 —
Eau distillée	340 —

Ou bien :

Anesthésine	3 grammes
Alcool absolu	45 —
Eau distillée	55 —

Mouré formule ainsi :

Chlorhydrate de morphine...	0g25 à	0g60
Chlorhydrate de cocaïne.....	0g50 à	1 gramme
Solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1/1000	2 à	5 —
Glycérine pure..............	ãã	50 —
Eau de laurier-cerise.........		
Eau..............................		400 —

PRATIQUE MÉDICALE

BRONCHITES AIGUES INFECTIEUSES. SYMPTOMES ET TRAITEMENT

Les bronchites aiguës sont graves quand le processus inflammatoire envahit les petites bronches ou quand il revêt un caractère nettement infectieux.

Il passe rapidement sur les causes qui rendent la bronchite capillaire particulièrement sérieuse, sur les différences qui, en dehors même du calibre, existent entre les premières divisions et les dernières ramifications bronchiques. On connaît les parois épaisses des grosses bronches, leur épithélium à cils vibratiles qui s'opposent à la marche envahissante des microbes (streptocoque, pneumocoque, bacille de Pfeiffer, staphylocoque, coli-bacille, etc.), leurs glandes à mucus, leur innervation assez riche pour leur permettre de se débarrasser par expectoration réflexe ou volontaire des corps étrangers, endogènes ou exogènes. On sait tous leurs moyens de défense. Par contre, dans les petites bronches on ne trouve plus d'épithélium cilié, plus de glandes, plus de sensibilité pour déterminer le rejet des corps étrangers ; leurs parois sont minces et protègent mal les alvéoles pulmonaires voisins. Les moyens de défense ici sont faibles.

La bronchite infectieuse, bien étudiée par Huchard, peut être primitive ; elle est le plus souvent secondaire et s'observe au cours ou à la suite de la pneumonie, de la grippe, de la rougeole, de la coqueluche, de la diphtérie, au cours de la tuberculose.

Alors que d'ordinaire la bronchite emprunte un caractère particulier de gravité à son extension aux dernières ramifications bronchiques, tant à cause des moyens faibles de défense des petites bronches qu'en raison de leur petit calibre (obstruction facile, asphyxie toujours menaçante), dans la bronchite infectieuse l'inflammation peut n'affecter que les bronches de moyen calibre et cependant produire le syndrome clinique de la bronchite capillaire, déterminer chez le malade un état subasphyxique qui, joint à l'état général mauvais, rend le pronostic des plus sévères.

Les signes fournis par l'auscultation n'offrent aucun caractère de gravité : quelques râles sous-crépitants, secs ou humides, s'entendant au cours d'inspirations brèves et toujours inachevées. L'expectoration est ordinairement peu abondante. La fièvre est souvent modérée, quelquefois nulle. La température peut même s'abaisser au-dessous de la normale.

L'état subasphyxique que nous avons noté est dû à l'exsudat muco-purulent dans lequel on trouve des staphylocoques, des streptocoques, des pneumocoques (ce sont des pneumocoques qu'on rencontre dans les formes les plus graves) ; cet exsudat remplit et obstrue les bronches. Un état parétique de ces dernières, une sorte de bronchoplégie concourt à la production de l'état subasphyxique qui peut aussi reconnaître pour cause un abaissement parfois considérable de la température.

Ce sont les caractères seuls de l'exsudat qui pourront établir le diagnostic.

Donc l'ennemi, c'est l'exsudat. C'est contre lui que doivent tendre tous les efforts du médecin.

Il est clair qu'on ne négligera pas, cependant, de combattre la toux par l'opium et ses dérivés, de faire de l'antisepsie bucco-pharyngée, de soumettre le malade à des inhalations médicamenteuses, d'avoir recours, en cas de collapsus, à la balnéation chaude, etc., mais ce qu'il faut faire avant tout, c'est modifier l'exsudat, le fluidifier pour faciliter l'expectoration, et surtout le désinfecter, c'est-à-dire modifier les caractères de l'infection et atténuer dans la plus large mesure sa nocivité. Nous ne pouvons aller jusqu'à dire que les moyens dont on dispose pourront prévenir l'infection, mais ils pourront rendre cette infection aussi bénigne que possible et faire perdre à la bronchite infectieuse cette allure spéciale que nous avons décrite.

Pour arriver à ce but, les balsamiques sont au premier rang des moyens qui sont à la disposition des praticiens et, parmi ces balsamiques, on en a retenu trois surtout : le goudron, le baume de tolu, et la créosote. C'est à coup sûr la créosote qui est la plus active. C'est elle qui, s'éliminant par la muqueuse bronchique, modifie les sécrétions, leur fait perdre leur caractère muco-purulent, les fluidifie. Sous son influence les bronches se désinfectent, l'épithélium se répare, les érosions et les altérations de la muqueuse disparaissent. Mais — c'est une vérité classique aujourd'hui — il est nécessaire de n'employer qu'une créosote de marque. (Les méfaits dont on charge ce produit ne doivent être imputés qu'à son impureté ou parfois à son mode d'administration.) Il est utile de lui adjoindre le baume de Tolu et le goudron. Cette association rend la tolérance plus facile, et, par un phénomène de synergie bien connu, augmente singulièrement la puissance du médicament. C'est en s'inspirant de ces données rigoureusement scientifiques que l'on prescrira, dans le traitement des bronchites infectieuses, l'emploi des Gouttes Livoniennes, le produit de choix en pareil cas; c'est à elles qu'on aura recours dans la bronchite commune pour éviter cette grave complication. Dr G. C.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Sur l'infantilisme. (Mme M. DE BIEHLER. *Arch. de méd. des enfants*, janvier 1912.) — L'école française admet l'existence de deux types d'infantilisme : le type dystrophique de Lorain, et le type Brissaud.

Type Lorain. — Le thorax est élargi, le bassin rétréci; le système pileux, les organes génitaux, ne sont pas développés, les épiphyses sont soudées ; il existe souvent des lésions cardiaques, artérielles. Le système nerveux n'arrive pas non plus à son maximum de développement; l'individu reste enfant, malgré son âge avancé.

Type Brissaud. — Ici, aux symptômes d'infantilisme, s'ajoutent des signes qui traduisent l'*insuffisance de la glande thyroïde*. Il existe toute une série de *formes frustes* ; elles sont connues sous le nom de dysthyroïdisme, d'hypothyroïdisme. On a rapporté également l'infantilime, à des lésions de l'hypophyse, à l'involution du thymus. Pour expliquer la pathogénie de l'infantilisme, Brissaud soutient que la suppression de la thyroïde suffit à produire une dystrophie des tissus et du squelette.

Poncet, Brian et Dor ont démontré qu'il existait une dépendance assez étroite entre l'accroissement du squelette et le développement de l'organisme entier, et la *sécrétion testiculaire*.

Ce qui est surtout caractéristique c'est la relation de l'insuffisance testiculaire avec d'autres *dystrophies glandulaires* (thyroïde, Apert), gigantisme, acromégalie. On voit combien complexe est ce problème de l'infantilisme.

Après cet exposé de l'état de la question de l'infantilisme, l'auteur rapporte une observation extrêmement intéressante et fort complète dans laquelle l'infantilisme observé devait être incontestablement rapporté à *plusieurs insuffisances glandulaires* (hypophyse, thyroïde, thymus, surrénale, etc.). Ce syndrome d'*insuffisance pluriglandulaire* rarement signalé chez l'enfant, relevait vraisemblablement ici d'une syphilis paternelle. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Traitement des anévrismes sacciformes par l'introduction d'un fil métallique et l'électrolyse. (Hobart Amory HARE. *Journ. of the amer. med. assoc.*, vol. LVIII, n° 15, 13 avril 1912, p. 1088-1092.) — La méthode de Corradi-Moore, dont Finney apportait 20 cas (dont 19 personnels) l'année dernière

devant l'*American surgical association* (voir *Gaz. des hôp.*, n° 139, 5 déc. 1912, p. 1958), a été appliquée par Hare 24 fois au traitement d'anévrismes de différentes portions de la crosse de l'aorte. Il publie aujourd'hui six cas inédits. Deux autres ne sont pas encore publiés. Dans tous les cas, la tumeur anévrismale était si grosse qu'une mort rapide était inévitable et, dans plusieurs, la paroi du sac était si mince qu'elle était bleu noirâtre comme une grande ecchymose et que du sérum sanguinolent transsudait à travers la peau. Dans la plupart des cas, la mort survint, à plus ou moins longue échéance, du fait de l'anévrisme lui-même, mais, autant qu'on en peut juger, dans beaucoup de cas, sinon dans tous, la survie fut allongée et fait important, déjà souligné par Finney, dans tous les cas, il y eut soulagement marqué de la douleur, intense avant l'opération.

L'état de la paroi aortique a une grande importance. S'agit-il seulement d'un anévrisme traumatique, le reste de la paroi étant saine, les résultats sont bons. Ainsi Hare a un cas opéré depuis vingt-sept mois où une tumeur expansible est tout ce qui reste de l'anévrisme, pas de dyspnée, ni de dysphagie, ni de douleur. La radiographie montre le fil pelotonné dans le sac. Dans un autre cas où la tumeur faisait saillie, au moment de l'opération, de sept centimètres au-dessus du niveau du thorax, la guérison se maintint pendant trois ans et le malade mourut de pneumonie, suite d'une forte « bordée » alcoolique. A l'autopsie, on trouva le fil si fortement incrusté dans le caillot organisé qu'il fallut recourir aux méthodes de corrosion pour le retirer.

D'autre part, si la paroi artérielle est partout gravement altérée, traiter l'anévrisme par l'électrolyse est un peu comme si l'on voulait réparer un bout de tuyau de caoutchouc usé. Dès que l'on renforce un point, un autre cède. Si l'on peut atteindre ce second point, on peut aussi le renforcer. Dans quatre cas, Hare a ainsi fait une seconde opération, et dans un cas, une troisième. Dans ce dernier cas, la mort survint au bout de six mois, par suite de la rupture d'un quatrième point faible.

Bien que les cas où la survie a été réellement longue ne soient point nombreux, il faut se rappeler que tous ces cas étaient dans un état désespéré quand on les opéra.

F. GARDNER.

Récentes applications de l'endoanévrismorraphie de Matas (John H. GIBBON. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LIX, n° 4, 27 juillet 1912, pp. 255-247 et Discussion, *ibid.*, pp. 248-249.) — GIBBON publie huit cas personnels : quatre poplités, trois fémoraux (deux en haut, un au canal de Hunter) et un de l'aorte abdominale. Celui-ci était rompu, le malade moribond mourut sur la table d'opération. Cependant Gibbon était si convaincu de la possibilité d'appliquer l'endoanévrismorraphie à l'aorte abdominale qu'il fit la laparotomie dans ce but, dans un autre cas, et n'abandonna son idée que lorsqu'il trouva deux longs anévrismes superposés avec un petit bout d'artère saine entre deux. Le dernier de ses cas, un anévrisme poplité fort simple à opérer mourut de syncope anesthésique à la fin de l'opération, sans que l'autopsie ait rien montré comme cause de la mort. Au point de vue technique, c'était l'opération la plus simple et la plus satisfaisante de la série entière. Les autres malades sont tous restés guéris de leur anévrisme, deux sont morts plus tard d'affections préexistantes à l'anévrisme (mal de Bright, tuberculose). Toutes les opérations furent du type oblitératif.

Gibbon considère l'hémostase temporaire pendant l'opération comme très importante. Le constricteur d'Esmarch est le meilleur procédé, puis vient la compression digitale à travers une incision spéciale faite au-dessus de l'anévrisme. Les clamps sont moins bons, car il peut (cela s'est vu) se développer un anévrisme ultérieur ou une thrombose au point comprimé. Toute ligature temporaire est dangereuse. Le meilleur type d'opération, le plus simple et le plus sûr, est l'*oblitératif*. Gibbon préfère le lin au catgut comme fil de suture. Le traitement anti et postopératoire contre la syphilis est d'importance primordiale; on ne saurait trop y insister.

POWERS rapporte trois cas, deux oblitératifs et un reconstructif.

BINNIE considère l'opération oblitérative comme « ridiculement » simple et facile. Il a bien des fois essayé l'opération reconstructive mais a toujours vu l'oblitération se produire, faute d'avoir employé les précautions dont Carrel a démontré la nécessité.

HORSLEY, BALLIN, HUNTINGTON rapportent chacun un cas.

Tous sont d'accord que le « reconstructif » n'a que des indications très limitées. Il n'est pas applicable quand les artères sont malades.

F. GARDNER.

Traitement chirurgical de l'anévrisme aortique. (J. A. C. MACEWEN. *Ann. of surg.*, vol. LVI, n° 5, novembre 1912, pp. 673-680.) — L'auteur s'est servi dans un cas de la méthode recommandée par son homonyme, à savoir la production d'éraflures multiples de l'endartère à l'aide d'une aiguille fine introduite dans le sac. Il appliqua ce traitement sur la paroi postérieure du sac à cinq reprises différentes en huit mois, le dernier traitement datant d'octobre 1910. A la suite de chaque traitement, l'amélioration fut manifeste. En juillet 1912, c'est-à-dire près de deux ans après le dernier traitement, la malade est en meilleure santé qu'elle n'avait été depuis de longues années; elle peut marcher, monter les escaliers, vaquer aux travaux du ménage; il n'y a ni douleur, ni dyspnée. Il y a encore de la pulsation dans le cou, mais elle n'est marquée que quand la malade est excitée et s'agite.

F. GARDNER.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 JANVIER AU 1er FÉVRIER 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 28 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 29 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e (1re et 2e séries).

3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

4e.

Jeudi 30 janvier, à une heure. — Médecine opératoire *Ecole pratique*, épreuve pratique.

2e (1re et 2e séries).

3e (oral, 1re partie).

4e.

Vendredi 31 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker*.

Samedi 1er février, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 29 janvier, à une heure. — M. RENAULT. La médiastinite syphilitique. (MM. Gaucher, président; Roger, Weiss et Zimmern.) — M. MENARD. Etude expérimentale de quelques fraxus constitutifs du bacille diphtérique. (MM. Roger, président; Gaucher, Weiss et Zimmern.) — M. GREMEAUX. Le radiodiagnostic des corps étrangers de l'orbite. (MM. Weiss, président; Gaucher, Roger et Zimmern.) — M. MIGNOT. Contribution à l'étude des fractures extracapsulaires du col du fémur. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Proust.) — M. NIDERGANG. Etude sur le traitement sanglant des fractures diaphysaires fermées. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Proust.) — Mlle NICOLSKY. Evolution et complication des fibromyomes utérins. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Proust.) — M. BENECH. Traitement des infections abortives. (MM. Legueu, président; Reclus, Pierre Duval et Proust.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LÉVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 17 mars 1913, à midi, dans la salle des concours de l'administration rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel) de dix heures à trois heures, du lundi 17 février au samedi 1er mars 1913 inclusivement.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 17 janvier 1913. — Question donnée : « Muqueuse de l'estomac (sans la physiologie). — Endocardite rhumatismale aiguë. » MM. Bigot, 10 + 17 = 27; Richard (Georges), 11 + 17 = 28; Bisson, 12 + 21 = 33; Durand (Jacques), 13 + 20 = 33; Cambessédès, 13 1/2 + 21 = 34 1/2; Roberti, 11 + 17 = 28; Percepied, 15 + 20 = 35; Langle, 12 + 17 = 29.

Séance du 18 janvier. — Question donnée : « Moyens d'union de l'articulation radio-carpienne. — Symptômes de l'embolie cérébrale. »

MM. Monod (André), 12 + 21 = 33; Paraf, 16 + 22 = 38; Cathala, 12 + 22 = 34; Duponchel, 12 + 22 = 34; Marqueste, 9 + 18 = 27; Lascaux, 15 + 22 = 37; de Léobardy, 11 + 19 = 30; Audebert, 12 + 18 = 30; Petit (Louis), 11 + 19 = 31; Bourgeois (Francis), 14 + 19 = 33.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours complémentaire pour l'externat s'est terminé par les noms de Mlle Amiaud et de MM. Tourteau et Salles.

— Marseille. — Un concours supplémentaire pour dix places d'externes s'ouvrira le 10 mars 1913.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Stage hospitalier. *Classement des stagiaires pour le deuxième semestre 1912-1913.* — Le choix des services hospitaliers pour la période comprise entre le 1er mars et le 30 juin 1913, aura lieu les mardi 18, mercredi 19, jeudi 20 février 1913, à huit heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

MM. les élèves seront appelés à choisir par lettre de convocation individuelle.

— Sujets des prix a décerner. — *Prix Saintour pour 1913.* — « Endotoxines microbiennes ».

Prix Corvisart pour 1913. — « Péritonites non traumatiques ».

Prix Béhier pour 1914. — « Syphilis rénale ».

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. le professeur Sigalas vient d'être élu doyen par 29 voix contre 17 à M. le professeur Pousson.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — MM. les docteurs Bahuaud et Grosse sont institués professeurs suppléants pour une période de neuf ans près l'Ecole de médecine de Nantes, et non de Limoges, comme nous l'a fait dire dans un précédent numéro une erreur typographique.

GUERRE. — Cours d'instruction du service de santé en 1913. — Les cours d'instruction, dont nous avons donné dans notre dernier numéro le programme général, sont fixés de la façon suivante pour le gouvernement militaire de Paris :

1° Cours d'instruction, première série : du 19 au 28 février inclus; deuxième série : du 6 au 15 mars inclus.

2° Exercices d'application du 23 au 26 avril inclus. Le programme d'enseignement du cours d'instruction comprend :

a. Des conférences théoriques et des démonstrations pratiques.

b. Des exercices spéciaux d'application.

Ces conférences seront faites à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et les exercices spéciaux d'application auront lieu, suivant les cas, soit aux docks du service de santé à Vanves, soit au dépôt de la 22e section d'infirmiers militaires, 10, quai de la Rapée, à Paris.

En dehors des officiers du corps de santé normalement convoqués pour suivre le cours d'instruction, pourront également y prendre part, à titre bénévole, ceux qui en feront la demande, un mois avant l'ouverture, au directeur du service de santé de la région du corps d'armée à laquelle ils sont affectés.

— Corps de santé militaire. — M. Pastureau, pharmacien-major de deuxième classe de l'hôpital militaire du Dey à Alger, est nommé professeur agrégé de chimie appliquée aux expertises de l'armée et toxicologie à l'école d'application du service de santé militaire.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Les trois médecins et les deux pharmaciens dont les noms suivent, qui ont satisfait aux épreuves du concours ouvert les 4 et

11 novembre 1912, à Paris et à Marseille, ont été nommés aux grades de médecin et de pharmacien aide-major de deuxième classe.

Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin et de pharmacien aide-major de deuxième classe élève à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales.

1° *Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.* — MM. Bédier, Bijon, Bonneau.

2° *Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe.* — MM. Cortichiato, Riqueau.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. le docteur A. Hauser, à Paris, et Georges Prunier, docteur en pharmacie à Paris.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la deuxième semaine, 928 décès, au lieu de 904 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1057, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant. Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

LES NOTIONS RÉCENTES SUR LES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE. — COURS DE VACANCES ET DE PERFECTIONNEMENT. (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, professeur : M. A. GILBERT.) — Un cours de vacances, commençant le 17 mars 1913, aura lieu à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur A. Gilbert, le matin à dix heures et demie, et l'après-midi à trois heures.

Ce cours comprendra vingt-quatre leçons et sera terminé en douze jours.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, à la rédaction d'ordonnances, au maniement des appareils, aux travaux de laboratoire, et pourront emporter les préparations exécutées par eux.

Un certificat leur sera donné à l'issue du cours.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs Herscher et Lippmann, anciens chefs de clinique ; MM. les docteurs Jomier, Maurice Villaret et Paul Descomps, chefs de clinique ; M. le docteur Chabrol, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, et M. Deval, chef du laboratoire de chimie; et, pour les spécialités, par MM. les docteurs Guilleminot, Durey, Dausset.

PROGRAMME DU COURS. — *Lundi 17 mars.* — Leçon inaugurale de M. le professeur A. Gilbert.

Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Jomier : Exploration physique du foie. Palpation. Percussion. Interrogatoire d'un hépatique. Exploration fonctionnelle du foie. Les symptômes de l'hyperfonctionnement et de l'insuffisance hépatique.

Le soir, à trois heures. M. Deval : Exploration fonctionnelle du foie. Recherche des pigments et des sels biliaires dans les urines. Hypoazoturie et hyperazoturie. Coefficient azoturique. Ammoniurie expérimentale. Indicanurie. La glaucurie intermittente (élimination polycyclique du bleu de méthylène).

Mardi 18 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Herscher : Cholémie physiologique et pathologique. Cholémimétrie. Recherche, dosage et valeur séméiologique de l'urobiline et de la stercobiline.

Le soir, à trois heures. MM. Guilleminot, Durey, Dausset : Les agents physiques dans l'exploration et le traitement des maladies du foie, de la rate, du pancréas.

Mercredi 19 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Herscher : Le syndrome ictère. Etude clinique et thérapeutique des ictères choluriques.

Le soir, à trois heures. M. le docteur E. Chabrol : La résistance globulaire dans les ictères. (Ictères par rétention. Ictères par hyperhémolyse.)

Jeudi 20 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Herscher : Etude clinique et thérapeutique des ictères acholuriques simples et des cirrhoses biliaires.

Le soir, à trois heures. M. le docteur E. Chabrol : Les hémolysines dans leurs rapports avec les anémies, les ictères et les hémoglobinuries. Leur recherche dans le sang circulant. L'épreuve de Donath et Landsteiner. Diagnostic spectroscopique des hémoglobinuries.

Vendredi 21 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Maurice Villaret : Le syndrome d'hypertension portale : étude physiologique, anatomique et histologique. L'intestin, le pancréas, la rate et le rein dans les affections du foie.

Le soir, à trois heures. M. le docteur E. Chabrol : Le liquide ascitique. Etude chimique, cytologique, bactériologique. La réaction de Rivalta. L'inoculation aux animaux.

Mardi 25 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Maurice Villaret : Le syndrome d'hypertension portale : étude clinique et thérapeutique. Les cirrhoses alcooliques.

Le soir, à trois heures. M. le docteur Lippmann : Le microbisme biliaire normal et pathologique. Etude clinique et thérapeutique des angiocholites, des cholécystites, du cancer des voies biliaires.

Mercredi 26 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Jomier : Les acquisitions cliniques et thérapeutiques récentes sur les glycosuries et le diabète.

Le soir, à trois heures. M. Deval : Exploration fonctionnelle du foie et du pancréas appliquée à l'étude du diabète et des affections pancréatiques. Glycosurie alimentaire spontanée et provoquée. Diagnostic de l'insuffisance pancréatique par l'étude du chimisme gastrique et du chimisme intestinal. (Dosage des graisses, épreuve de Schmidt, recherche de l'amylase fécale.) La réaction de Cammidge.

Jeudi 27 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Lippmann : Etude clinique et thérapeutique du foie dans les infections. Le foie dysentérique. Les abcès du foie.

Le soir, à trois heures. M. le docteur E. Chabrol : La dysenterie. Le paludisme. Les maladies parasitaires dans leurs rapports avec les hépato-splénites.

Vendredi 28 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Lippmann : Etude clinique et thérapeutique de la lithiase biliaire et de ses complications. La colique hépatique. La cholestérinémie.

Le soir, à trois heures. M. Deval : Résultats fournis par l'examen clinique du sang dans les affections du foie. La glycémie. L'azotémie. La cholestérinémie. La cholémie et son dosage. La lipémie alimentaire. Valeur de la recherche des hémoconies à l'ultramicroscope.

Samedi 29 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Paul Descomps : Etude clinique et thérapeutique des pancréatites et du cancer du pancréas.

Le soir, à trois heures. M. le docteur Jomier : Etude clinique et thérapeutique du syndrome d'hypertension sus-hépatique. Foie cardiaque.

Lundi 31 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Paul Descomps : Etude clinique et thérapeutique des kystes hydatiques du foie et des suppurations périhépatiques.

Le soir, à trois heures. M. le docteur E. Chabrol : Diagnostic de la syphilis hépatique. La réaction de Wassermann. Les réactions de Porgès et de Noguchi. Recherche du spirochète sur les coupes de foie syphilitique. Examen du liquide hydatique. Recherche de l'éosinophilie sanguine. La réaction de Weinberg.

Mardi 1er avril. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Maurice Villaret : Etude clinique et thérapeutique du foie syphilitique et du foie tuberculeux.

Le soir, à trois heures. M. le docteur Paul Descomps : Etude clinique et thérapeutique du cancer du foie, des cirrhoses graisseuses, de l'ictère grave.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Nota. — En septembre 1913, un cours de clinique pratique d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique aura lieu à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu dans les mêmes conditions que les années précédentes.

NOTES

SUR

L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA DE CONSTANTINOPLE

DE NOVEMBRE-DÉCEMBRE 1912

Par MM. P.-L. SIMOND,

Médecin principal des troupes coloniales,
Directeur de l'Institut impérial bactériologique de Constantinople,

et PASTEUR VALLERY-RADOT,

Interne des hôpitaux de Paris.

Constantinople, 29 décembre 1912.

S'il est parfois facile de suivre les différentes étapes d'une épidémie de choléra, il est assez difficile, au cours de l'épidémie actuelle, de dépister quelle fut la voie d'importation. Cette difficulté tient d'une part au manque de documents officiels et d'autre part à la quantité de troupes qui vinrent en même temps des différents points de la Turquie d'Asie grossir l'armée de Thrace.

Il ne paraît pas cependant douteux, à l'heure actuelle, que le choléra ait été apporté en Turquie d'Europe par des troupes provenant de l'Anatolie. Au cours de l'année 1912, cette maladie n'a cessé de faire des victimes en diverses provinces de la Turquie d'Asie, surtout celle d'Adana. Mais ce n'est pas celle-ci qu'il faut incriminer; les troupes levées dans cette région n'étaient pas encore parties pour l'Europe au moment où le choléra est apparu en Thrace. Par contre, des troupes provenant des régions d'Angora et de Diarbékir sont arrivées sur le théâtre de la guerre — les premières par le chemin de fer d'Anatolie, les secondes par Trébizonde et la mer Noire — avant que le choléra eût été signalé dans l'armée de Thrace. Comme dans ces régions des cas de choléra avaient été enregistrés au cours de l'été et jusqu'au mois de septembre 1912, on est fondé à admettre que ce sont les troupes venues d'Angora ou de la région Diarbékir-Erzeroum qui ont importé le choléra.



Foyers de Choléra.

GAZETTE DES HÔPITAUX — 1000

On sait que déjà, lors de la dernière épidémie, au cours de l'été 1911, ce sont des troupes de Trébizonde qui, passant par Constantinople pour aller coopérer aux grandes manœuvres dans la région d'Andrinople, semèrent le choléra derrière elles. L'origine du choléra actuel semble être la même.

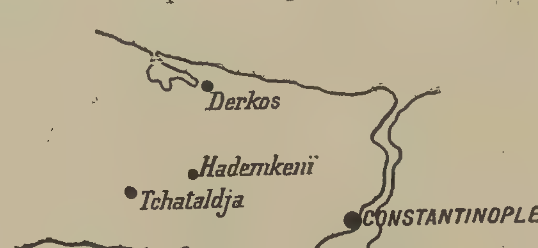
Quant aux troupes de la région d'Adana qui plus tard furent envoyées aux Dardanelles, il est possible qu'elles aient propagé à leur tour le choléra dans les villes du détroit.

L'opinion semble s'être répandue que le choléra aurait fait son apparition dans l'armée turque seulement au moment où s'est opérée la concentration sur Tchataldja, au début de novembre. Or, il est établi que des cas s'étaient déjà manifestés vers la fin d'octobre dans l'aile droite de l'armée, aux environs de Viza (Nord-Est de Lulé-Bourgas).

Après la bataille de Lulé-Bourgas, qui dura du 29 au 31 octobre, les troupes durent se replier sur Tchataldja. Pendant cette période elles furent exposées à la faim, au froid, aux étapes dans la boue, à des fatigues surhumaines. C'est dans ces conditions que le choléra se multiplia parmi elles d'une façon effroyable.

En même temps qu'il progressait parmi les troupes, le choléra atteignait les populations des campagnes occupées par l'armée ottomane. Fuyant devant l'invasion bulgare, ces populations apportèrent avec elles l'épidémie à Constantinople. Un premier cas, chez un émigré, fut constaté en rade, le 5 novembre, sur un bateau chargé d'émigrés provenant de Rodosto. D'autre part, les blessés amenés des champs de bataille dans les hôpitaux de la capitale fournissaient à la même époque les premiers cas observés en ville.

Parmi les lignes turques l'épidémie battit son plein dans la seconde quinzaine de novembre. Les camps d'Hademkeuï et de Derkos présentèrent alors l'aspect de vastes camps de cholériques. D'après un témoin oculaire,



Environs de Constantinople.

GAZETTE DES HÔPITAUX — 1001

le sol, en certains endroits, était couvert de matières riziformes. Partout des tombes fraîches sur la ligne

du chemin de fer d'Hademkeuï à San Stefano. Nombreux furent les cas foudroyants qui emportaient les malades en l'espace de six heures. Il est difficile de se faire une idée du nombre des atteintes et de la mortalité au cours de cette période. On a parlé de 2 000 nouveaux cas chaque jour pendant cette quinzaine; ce chiffre ne paraît pas très éloigné de la vérité.

Le service de santé militaire, débordé par cette soudaine et meurtrière épidémie et dans l'impossibilité d'évacuer sur Constantinople le trop plein de ses ambulances, établit un campement de cholériques à San Stefano. Environ 16000 malades furent transportés et hospitalisés dans ce camp.

L'intensité et la rapidité de propagation de l'épidémie peuvent s'expliquer par les conditions dans lesquelles elle s'est manifestée. Les hommes, ainsi que nous l'avons dit, étaient affaiblis par les fatigues et les privations. Couchant sur la terre nue par un temps pluvieux, ils étaient particulièrement exposés aux refroidissements nocturnes. Ils n'avaient à boire que l'eau des ruisseaux souillés sur tout leur parcours par les déjections entraînées avec les pluies. Enfin la contamination directe était particulièrement facile et, pour ainsi dire, obligatoire dans ce milieu. Il est possible aussi que les mouches aient joué un certain rôle; nous avons constaté qu'avec les températures variables de cette période ces insectes ne disparurent pas dans la campagne et dans la ville, mais se montrèrent en plus ou moins grand nombre suivant que les journées étaient plus ou moins chaudes.

Aussitôt que la concentration des troupes le long des lignes de fortifications de Tchataldja a été terminée et que le service de santé a pu disposer de tous ses moyens, des mesures ont été prises en vue d'enrayer l'épidémie : interdiction aux soldats de boire de l'eau non bouillie, désinfection des vêtements, désinfection par la chaux du sol souillé. Ces mesures, complétées par le logement des troupes dans des baraquements et par leur alimentation substantielle, ont amené une décroissance rapide du choléra. En quelques jours le chiffre des décès journaliers est tombé de plus d'un millier à moins de 200. Actuellement, les cas sont devenus presque rares.

On a beaucoup discuté pour savoir si la mortalité était due exclusivement au choléra. Certains ont prétendu que le typhus, la dysenterie et la misère physiologique étaient en cause dans une large mesure. Cette opinion, d'après notre enquête, est erronée. C'est le choléra qui a déterminé la presque totalité des décès.

Il est exact qu'on ait observé des cas de dysenterie épidémique. Bien qu'assez nombreux, ces cas constituent par rapport à ceux de choléra une infime proportion; ils ont d'ailleurs présenté une allure peu sévère et causé peu de mortalité.

La diarrhée simple a été particulièrement fréquente dans les camps. Elle était de nature bilieuse, durait une huitaine de jours et cédait facilement grâce à quelques soins. Il n'est pas possible d'affirmer qu'il s'agissait d'infection cholérique; mais on est autorisé à le supposer, étant donnée la coïncidence de ces diarrhées avec les cas de choléra.

Quant au typhus exanthématique, aucun des médecins militaires présents sur le théâtre des opérations n'en avait constaté parmi tous ceux qui nous ont renseignés. Un seul cas nous a été signalé — cas qui se serait produit récemment dans les ambulances de San Stefano. S'il y avait eu dans les camps une épidémie de typhus en même temps que celle de choléra, des cas n'auraient pas manqué de se manifester, soit parmi les blessés expédiés dans les hôpitaux de Constantinople, soit parmi les groupes importants de soldats, trop fatigués pour continuer la campagne, qui furent à diverses reprises ramenés dans la capitale et cantonnés dans les mosquées et les casernes. Parmi ces hommes, les cas de choléra abondèrent, il y eut quelques cas de dysenterie, mais aucun cas de typhus.

L'armée ottomane a donc bien été éprouvée par une épidémie de choléra. Ce choléra a affecté une allure typique cliniquement et bactériologiquement.

Les troupes bulgares ont également souffert du choléra. Nous n'avons pu savoir dans quelle mesure elles ont été éprouvées, étant donnée l'absence de tout document sur ce point.

Nous venons d'exposer rapidement ce qui s'est passé sur le théâtre de la guerre. A Constantinople même l'épidémie n'a pas été aussi sévère qu'on aurait pu le craindre. Le choléra s'est répandu dans la capitale par deux sources, les soldats de retour de la guerre et les émigrés.

Dès les premiers jours de novembre, les blessés affluaient dans les locaux que l'administration ou les sociétés de secours leur avaient aménagés dans la plupart des quartiers de la ville. Des cas de choléra ne tardèrent pas à se manifester parmi ces blessés qui rapportaient l'infection du champ de bataille. Très peu d'hôpitaux restèrent indemnes. L'isolement fut aussitôt pratiqué d'une façon systématique, les blessés cholériques étant dirigés sur les hôpitaux spéciaux de Démir-Capou et de Maltépé.

Une autre catégorie de soldats, les impotents, que l'on renvoyait dans les casernes, fournirent à la même époque un assez grand nombre de cas. Enfin, à diverses reprises, des groupes très importants de soldats qui, pour une raison quelconque, ne pouvaient continuer la campagne, furent amenés à Constantinople et isolés dans les mosquées. Parmi ces groupes, de très nombreux cas se déclarèrent; les mosquées dans lesquelles ils se trouvaient furent isolées du reste de la ville par un cordon sanitaire. Un certain nombre de ces groupes de soldats contaminés furent évacués sur le lazaret de Cavak.

Il ne paraît pas que ces éléments militaires aient joué le principal rôle dans la propagation de l'épidémie parmi la population civile; ce rôle revient plus particulièrement aux émigrés.

Depuis le début de la guerre, les populations musulmanes de la Thrace ont fui devant l'invasion bulgare. Chaque famille entassait sur une charrette à bœufs quelques minables choses — toute sa fortune

— et se mettait en route vers Constantinople pour gagner l'Anatolie. Les émigrés arrivaient ainsi aux portes de la ville après huit, dix jours de marche, quelquefois plus. En attendant d'être transportés de l'autre côté du Bosphore, ils étaient, par les soins de l'administration, répartis dans les mosquées, dans les écoles, dans les casernes évacuées par les soldats. Quand les locaux manquèrent, on en vit campés dans les rues; par milliers ils se répandirent dans les cimetières et les terrains vagues qui sont si nombreux aux portes de la ville et dans les bourgades de la banlieue échelonnées le long du Bosphore. Au fur et à mesure que les moyens le permettaient, on les transportait sur la rive asiatique d'où ils gagnaient l'intérieur de l'Anatolie. Ce transport n'est pas encore complètement achevé à l'heure actuelle.

Plus de 200 000 paysans ont ainsi passé par Constantinople depuis la fin du mois d'octobre. Contaminés par le séjour des troupes ottomanes sur leurs territoires, ils ont entraîné le choléra à leur suite; dans tous les campements, dans tous les asiles où ils ont reçu abri, ils ont payé un tribut plus ou moins lourd à la maladie. Par suite de leur dispersion à l'intérieur et aux abords de la ville, du grand nombre de locaux qu'ils ont occupés, de leurs relations inévitables avec les habitants, ils ont constitué un puissant moyen de dissémination du fléau parmi la population urbaine.

Pendant la première quinzaine de novembre, les cas civils comprennent presque exclusivement les émigrés. Du 5 au 18 novembre, sur 268 cas on en compte 223 parmi eux. Les cas isolés, signalés chez les habitants, se produisent soit dans les quartiers excentriques de la ville, soit dans les villages du Bosphore. C'est précisément en ces endroits que se trouvent les plus nombreux campements d'émigrés. Les cas chez les émigrés vont en augmentant de nombre. Dans un seul jour, le 16 novembre, on en signale 52. Bientôt aussi la population urbaine en fournit une proportion plus grande, et l'on compte à la fin du mois de novembre une moyenne de 25 à 30 cas journaliers dans ce milieu — moyenne supérieure à celle que fournissent alors les émigrés. Le 30 novembre, la statistique officielle mentionne un total de 843 cas avec 415 décès.

Au cours de la première quinzaine de décembre, l'épidémie atteint son maximum. Tandis que les cas parmi les émigrés se faisaient plus rares, le nombre de ceux enregistrés dans la population civile atteint et dépasse maintes fois la centaine journalière. A partir du 20 décembre, une amélioration sensible se manifeste et la décroissance s'accentue rapidement.

Le total officiel des cas, le 27 décembre 1912, atteint 2 260 et celui des décès 1123. Ces chiffres sont assez loin de représenter le nombre exact des victimes de l'épidémie de Constantinople. Ils comprennent, par exemple, des cas constatés chez des soldats qui, des casernes et des hôpitaux où ils avaient été atteints par la maladie, ont été évacués sur les hôpitaux de cholériques; il est vrai qu'ils ne comprennent pas les cas et les décès fort nombreux qui se sont produits parmi les milliers de soldats de retour du théâtre de la guerre, isolés sous cordon dans des mosquées. Dans cette statistique figure une proportion notable de cas qui se sont produits dans les agglomérations échelonnées sur les rives du Bosphore et situées par conséquent en dehors de la capitale. D'autre part, on ne saurait croire que tous les cas ont été connus : la crainte de voir le malade emmené à l'hôpital, autant que la peur de voir la maison placée sous cordon et gardée par la gendarmerie, a déterminé un très grand nombre de familles à cacher soigneusement leurs malades. De ce fait, beaucoup de cas suivis de guérison ont échappé à la statistique. On peut aussi s'expliquer par là que les cas amenés dans les hôpitaux remontaient la plupart du temps à huit ou quinze jours.

Il n'est donc pas possible d'établir une statistique exacte du nombre de cas qui se sont produits dans la population civile de Constantinople.

Ce qu'il faut retenir des chiffres que nous avons donnés, c'est l'indication générale concernant l'ascension et le déclin de l'épidémie. On peut être certain que le nombre des cas et celui des décès ont considérablement dépassé les chiffres connus.

Des renseignements intéressants résultent dans les statistiques de l'énumération des quartiers où les cas se sont manifestés. On se rend facilement compte que parmi la population civile les cas ont été surtout fréquents dans les parties de la ville qui ont reçu un grand nombre d'émigrés. Il ressort ainsi très nettement, nous semble-t-il, que c'est aux émigrés plutôt qu'aux soldats que Constantinople a dû son épidémie.

Les conditions climatériques au milieu desquelles l'épidémie a évolué sont les suivantes : pendant le mois de novembre, alternatives de pluie et de soleil, température constamment douce oscillant entre 10 degrés environ de moyenne nocturne et 20 à 22 degrés environ de moyenne diurne. Pendant la première quinzaine de décembre, périodes fraîches et pluvieuses avec des intervalles de temps doux; le thermomètre s'est maintenu dans une moyenne de 15 à 18 degrés dans la journée et de 5 à 7 degrés la nuit. Au temps humide et brumeux de cette première partie du mois a succédé une période sèche et ensoleillée, du 18 à la fin de décembre, avec de rares ondées, des journées douces et des nuits assez fraîches, mais à aucun moment le thermomètre ne s'est abaissé au-dessous de 4 degrés dans la nuit.

Il est malaisé de déterminer les conditions dans lesquelles la transmission s'est effectuée. Le rôle des eaux potables a beaucoup préoccupé l'administration, d'autant que ces eaux proviennent presque en totalité du lac de Derkos, et que le choléra décimait les troupes sur les bords mêmes de ce lac. Mais l'analyse de ces eaux, pratiquée journellement à l'Institut impérial de bactériologie, n'a décelé à aucun moment la présence du vibrion cholérique. A trois reprises on a accidentellement rencontré des vibrions hydriques qui ne donnaient aucune des réactions considérées comme appartenant au vibrion cholérique : agglutination, phénomène de Pfeiffer, réaction de Bordet-Gengou, caractères culturaux. Jamais, d'ailleurs, la répartition des cas en ville n'a présenté

de rapport avec la distribution des eaux d'alimentation de la ville.

Telle est, brièvement résumée, l'allure générale de l'épidémie de Constantinople. La presse européenne semble avoir confondu en une seule deux épidémies bien distinctes qui se sont produites presque simultanément, bien que l'une dérivât de l'autre.

La première s'est manifestée dans les campements des troupes ottomanes et dans certains villages, à 40 kilomètres environ de Constantinople. Atteignant des hommes prédisposés par les fatigues et les privations, placés dans des conditions particulièrement mauvaises, elle a évolué avec une rapidité foudroyante et déterminé une mortalité effroyable.

La seconde a atteint dans la capitale, d'une part des paysans émigrés et des soldats revenant du champ de bataille, d'autre part des habitants de la ville, mais ceux-ci en moins grand nombre. Elle n'a pas eu l'importance ni causé la mortalité qu'on pouvait redouter à son début.

C'est un hommage à rendre à la population de Constantinople de dire que, au moment où les cas ont été le plus nombreux et où l'évolution de l'épidémie a semblé le plus menaçante, aucune panique ne s'est manifestée. Lors de l'épidémie de 1865 la population de Stamboul déserta en masse. Cette fois-ci, au contraire, les habitants n'ont pas fui leur domicile et l'ordre le plus parfait n'a cessé de régner.

ÉNERVEMENT, ANXIÉTÉ PÉRIODIQUES

ET

NÉVROSES DE L'ESTOMAC

Par M. R. BENON,
Médecin des Quartiers d'hospice (Nantes).

Les observations qui suivent relèvent de l'étude spéciale des affections qu'on a désignées sous le nom de « névroses de l'estomac ». Comme le démontre l'important travail de J. Tastevin (1), l'étude de ce sujet est complètement à reprendre en se plaçant au point de vue psycho-pathologique émotionnel.

Les phénomènes de réflectivité affective douloureuse, *dont le serrement épigastrique est la base*, ne sont pas toujours secondaires à des états intellectuels. Ils se produisent parfois spontanément et brusquement, sans cause psychique; ils revêtent alors la forme de troubles *périodiques*. Voici deux exemples d'énervement périodique et un exemple d'anxiété périodique. On y verra l'importance de la sensation douloureuse épigastrique.

1° ÉNERVEMENT PÉRIODIQUE. — Deux observations :

Observation I. (Résumé.) — *Énervement périodique. Début brusque. Serrement épigastrique. Énervement. Terminaison brusque. Durée : dix minutes, mais aussi trois et quatre heures. Crise très douloureuse, courte durée. Crise peu douloureuse, longue durée. — Même état depuis dix ans. — Etiologie : traumatisme ? Goitre remontant au jeune âge. Névralgies. Disposition constitutionnelle à la colère et à la crainte. — Amaigrissement marqué depuis le commencement de la maladie nerveuse.*

C..., quarante-huit ans en 1912, femme de ménage, est atteinte d'énervement périodique. Nous l'examinons en octobre 1909 et en septembre 1912.

DESCRIPTION DE LA CRISE. — Le *début* est subit : « Ça me prend subitement, comme un coup de bâton, aussi bien avant qu'après le repas; rien ne m'annonce la crise. Je suis en train de causer, de rire, crac, ça me prend. Quelquefois ça m'a pris la nuit, mais c'est très rare...

Je sens (*période d'état*) que ça me serre là (au creux épigastrique). Ça me tire sur les côtés; c'est comme des fils qui tirent du côté des seins. Ça me tortille là-dedans, ça monte à la gorge qui se serre, çà m'étouffe. Ça ne s'arrête pas d'aller de l'estomac à la gorge (elle fait un geste ascendant qui va du creux épigastrique au cou). C'est comme un mal qui doit aboutir. Je me demande quelquefois si ce n'est pas une tumeur que j'ai.

A ce moment-là, tout m'énerve; je ne peux pas rester tranquille. Je m'énerve toute seule et plus encore si on me parle, si j'entends du bruit autour de moi. Les mains se tordent, je voudrais me battre tellement tout m'agace.

Quand je vais et viens, ça me soulage, le mal se disperse. Je pleure aussi, ça me fait du bien. Ça me porte à vomir; cela aussi me soulage. Je me mets les mains dans la bouche pour me faire vomir.

Ça me met le corps en deux. Je place la main sur l'estomac sans m'en apercevoir moi-même, mais on me le dit chez moi. Quand le mal est fort, je suis obligée d'enlever mon corset. Le doigt appliqué au creux de l'estomac aggrave la douleur, la main au contraire me soulage.

Quelquefois ça me donne des palpitations de cœur. »

Terminaison. — « Ça vient en une seconde et ça se passe pareil. Quant c'est au moment de partir, surtout dans les fortes crises, ça me brûle très fort.

Après je suis comme si je n'avais rien eu. Ça se voit à ma figure. Je chanterais si je m'écoutais. Quelquefois je me sens fatiguée, mais ça ne dure pas et bientôt je travaille avec courage. »

Durée. — Les crises durent dix minutes, un quart d'heure, quelquefois une heure, deux heures, et jusqu'à trois, quatre heures.

Fréquence et intensité. — « Je peux en avoir quatre ou cinq par jour. Dans l'intervalle, je vous le dis, je suis tellement bien que je chanterais si je ne me retenais pas (on se demande si la malade ne fait pas un petit accès asthéno-hypersthénique).

Quelquefois je suis un mois, deux mois sans crise. Une fois je suis restée un an sans en avoir. »

Les crises sont plus ou moins douloureuses; les plus douloureuses sont généralement de courte durée; elles se prolongent une heure au plus. Les crises légères durent au contraire trois et quatre heures. Elle peut avoir une petite crise très longue dans la matinée, et une forte crise très courte dans l'après-midi.

Traitement. — Les infusions chaudes avec l'isolement à la maison procurent seules un peu de sédation des accidents nerveux. Régimes sans influence.

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE ET ÉVOLUTION. — L'affection a débuté à trente-huit ans en 1902. La malade rattache ces troubles à une *chute* d'un cerisier qu'elle a faite à cette époque. Elle est tombée d'une hauteur de 2 mètres environ; le front a porté sur l'extrémité d'un échalas. Elle a pu se relever, elle a fait une trentaine de mètres et elle a perdu connaissance environ cinq minutes. Pas de suite morbide immédiate, mais trois mois après la maladie actuelle appa-

(1) J. TASTEVIN. Les émotions afflictives, *Revue neurol.*, 30 juin 1912, t. I.

raissait. *Elle n'a pas varié depuis dix ans* (1902-1912). La malade a consulté, pour « sa maladie d'estomac », peut-être vingt médecins.

ANTÉCÉDENTS. — Père, cultivateur, alcoolique chronique, mort vers trente ans à la suite d'une contusion de l'estomac (un coup de corne d'un bœuf). Mère vivante, soixante-dix ans, actuellement atteinte d'une « tumeur » de l'utérus. Une sœur de la malade migraineuse; un frère éthylique; une sœur et deux frères bien portants.

Personnellement, pas de maladie grave dans l'enfance ni dans la jeunesse. Règles à dix ans. Apparition vers onze ans d'un goitre (actuellement grosseur d'un œuf; n'a pas varié comme grosseur depuis l'âge de vingt ans); à onze ans également céphalées à gauche, sous forme de crises (trois à quatre par jour); ces « névralgies » de la tête ont duré environ neuf mois.

Intelligence normalement développée. Caractère emporté. « Etant petite surtout, quand on me contrariait, je me jetais par terre, je ne voulais pas céder; quelquefois je me sauvais dans les champs; je disparaissais pendant deux ou trois heures. J'ai encore une forte tête. Je m'emporte souvent; mais ça passe très vite. » Très disposée à l'anxiété. « J'ai toujours été peureuse. Si je suis hardie pour causer, dès que je suis seule, même le jour, je frissonne, ça me passe partout. Un accident dans la rue ça me fait aussi frissonner. » — Elle ajoute : « J'ai toujours été très impressionnable; un rien me rend gai, un rien triste. »

Mariée à vingt-cinq ans elle a une fille âgée de dix-huit ans atteinte de tuberculose pulmonaire au début. Mari buveur. Pas de grand chagrin domestique. Ménopause depuis 1911.

Etat somatique actuel (25 septembre 1912). — Pas d'exophtalmie, pas de tachycardie, pas de tremblements. Amaigrissement progressif depuis le début de la maladie nerveuse. En 1902, elle pesait 70 kilos; aujourd'hui elle n'en pèse que 41. Pas d'alcoolisme chronique.

Obs. II. (Résumé.) — *Énervement périodique. Soudaineté du début vers la fin de la nuit. Sensations épigastriques douloureuses. Enervement. Marches. Terminaison brusque avec sensation de bien-être. Durée, douze à seize heures, quelquefois trois à quatre heures. Répétition des crises tous les deux ou trois jours. — Chagrins domestiques? — Évolution vers cachexie : début de la maladie en février 1907, mort en décembre 1909. Age avancé de la malade.*

S..., soixante-quinze ans, cultivatrice, présente depuis 1907 de l'énervement périodique. Nous l'examinons en 1908 et 1909 (1).

DESCRIPTION DE LA CRISE. — Le *début* de la crise d'énervement a lieu vers le milieu ou la fin de la nuit, le plus souvent vers trois, quatre ou cinq heures. Cette crise n'est pas précédée d'insomnie. A ce moment, la malade se réveille et se sent tellement énervée qu'elle ne peut plus rester au lit : « Je me tourne, je me vire, je ne peux pas durer en place, c'est une impatience, un énervement, il faut que je me lève pour marcher. Mon lit me brûle. Si j'attends pour me lever, ou bien si levée je ne marche pas, il me vient des chaleurs, des sueurs, des tremblements, des palpitations... J'ai comme un poids sur la poitrine, j'ai froid, je me sens m'en aller. Quelquefois la douleur, l'impatience est telle que je n'ai même pas le temps de m'habiller; l'autre jour je suis sortie presque toute nue tellement ça me tenait.

Quand je suis comme ça (la *période d'état* est tout de suite constituée), ça tourne, ça marche, ça remue, ça groule ici, là (elle montre en joignant les extrémités des doigts des deux mains le creux épigastrique). C'est comme s'il y avait un appareil là, ça tourne, ça tourne comme une sorte de moulin. Dans le corps, c'est une fièvre, un tourment partout. Ça agite les mains, les pieds. Si je ne fais pas mon lit dès en me levant, je ne peux plus le faire dans la journée, tellement je suis impatientée, énervée. Tout me met en colère..

Il faut que je marche. Quand je marche, ça ne se passe pas, mais ça se calme. Si je m'arrête, si je m'asseois, ça augmente. Quelquefois je pleure, quelquefois je chante tout en marchant; ça me soulage de chanter.

Je marche dans la chambre, dans la cour ou bien dans les champs. Je me cache, car j'ai honte du monde. Il m'est arrivé de rester toute une journée dehors à aller et venir.

Si je suis contrariée par quelqu'un ou par quelque chose, le mal augmente. »

Au cours de la crise, elle n'exprime pas d'idée délirante. Elle dit simplement : il vaudrait mieux être morte que de souffrir ainsi. En somme, elle est énervée, excitée, elle souffre beaucoup, elle marche parce que cela la soulage.

Terminaison. — « Ça se termine tout d'un coup. Je me trouve bien. C'est comme si je n'avais rien eu. Quelquefois je suis fatiguée, mais c'est tout. Je dors et le lendemain je suis très bien. »

Durée et fréquence des crises. — Les crises durent douze à seize heures. Quelquefois, elles ne durent que trois à quatre heures, mais alors elles se répètent jusqu'à trois fois dans la même journée. La crise unique ou les crises répétées dans le même jour ne reviennent que tous les deux ou trois jours et elles commencent toujours le matin de très bonne heure.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — L'affection actuelle a débuté en février 1907. Quelque temps auparavant, la malade et son mari, qui est mort en janvier 1908, avaient eu des chagrins domestiques. Ils avaient assisté à la séparation de leur gendre et de leur fille; celle-ci était rentrée chez eux; plus tard elle est retournée avec son mari, depuis les parents n'ont plus jamais revu leurs enfants; ils ont dû « se donner » à rente viagère; ils vivaient misérablement.

Immédiatement avant le début des phénomènes psychonévropathiques, la malade aurait eu de la « grippe ».

ANTÉCÉDENTS. — Rien de précis à noter. Artères relativement peu athéromateuses. Varices des jambes avec œdème.

ÉVOLUTION. — Au 15 août 1909, phénomènes très marqués, la malade dit que ses crises sont de plus en plus douloureuses. Mort en décembre 1909 : état cachectique.

2° ANXIÉTÉ PÉRIODIQUE. — Une observation :

Obs. III. (Résumé.) — *Anxiété périodique. Début brusque. Contraction à l'estomac. Anxiété. Terminaison rapide, mais plutôt en lysis. Asthénie. Durée : une demi-heure environ. Un ou deux accès par jour. Etiologie : préoccupations familiales. Malade constitutionnellement craintive. — Evolution : durée de la maladie environ quatre semaines. L'affection nerveuse a été suivie d'un eczéma grave de la face qui a guéri également. Un an après, pas de nouveaux accidents.*

N..., femme de quarante-deux ans, autrefois commerçante, vient consulter le 5 août 1909 pour une « maladie de l'estomac »; en fait elle est atteinte d'anxiété périodique.

DESCRIPTION DE L'ACCÈS. — « Depuis une quinzaine de jours, une ou deux fois dans la journée, jamais la nuit, j'ai tout à coup une contraction vive à l'estomac. Alors c'est une crainte, une crainte... comme si j'appréhendais quelque chose et je n'ai nul motif d'inquiétude. Je suis comme si j'avais peur qu'un malheur m'arrive; c'est comme quand il y a un orage et qu'on appréhende. Je ne suis pas énervée, ni triste. Je vais, je viens. Parfois j'ai comme envie de vomir. Ça me barbouille l'estomac, je ne mange pas. Après, souvent, j'ai

(1) Nous avons communiqué l'observation de cette malade avec le docteur Froissart à la Société médico-psychologique : Conditions individuelles et sociales de l'état de fugue, séance du 28 juillet 1909. *Ann. méd.-psych.*, 1909, t. II. L'analyse psychoclinique a été refaite.

deux ou trois garde-robes. Puis je suis anéantie, mes jambes ne peuvent plus me porter (asthénie).

Ça dure une demi-heure environ, et ça s'en va graduellement, mais en peu de temps.

J'ai un ou deux accès par jour.

Depuis huit jours, ça me prend plutôt le matin, de bonne heure, vers six heures. Ça me prend aussi bien avant qu'après un repas. »

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Depuis 1903, la malade et son mari avaient des difficultés dans leur commerce d'articles de ménage. En juillet 1908, ils se retirèrent avec un déficit de huit mille francs. Depuis cette époque, le mari était sans place, d'autre part il s'était fracturé le pied, etc. La malade se tourmentait beaucoup. Fait important, quand elle fut atteinte de son affection nerveuse, son mari travaillait et elle n'avait plus de motif d'inquiétude.

ANTÉCÉDENTS. — Mal connus. Une sœur atteinte d'eczéma. Personnellement, coqueluche à cinq ans; « grande anémie » à sept ans, on disait qu'elle mourrait poitrinaire. Réglée à douze ans. Taille petite, intelligence normale; pas coléreuse, mais elle a toujours été craintive au moindre motif; ses craintes étaient toujours suivies de selles nombreuses.

ÉVOLUTION (*28 mars 1910*). — La malade est revue à cette date. L'appréhension sans cause a duré environ quatre semaines. Ces accidents d'anxiété périodique ont été suivis d'un eczéma grave de la face (autour des yeux, du nez, de la bouche, des oreilles); elle en a guéri en deux mois. Rien à noter depuis.

Ainsi voilà des malades qui présentent, les deux premières, l'émotion énervement et la troisième l'émotion anxiété, sans avoir dans l'esprit les éléments intellectuels qui déterminent habituellement ces émotions. Ce sont là des faits très intéressants à connaître, non seulement au point de vue psycho-clinique parce qu'ils permettent d'étudier aisément ces variétés d'émotions, mais encore au point de vue pratique parce qu'il importe de ne pas voir une *maladie gastrique*, même névrosique, là où il n'y a qu'un trouble émotionnel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1913)

Traitement de la syphilis par de nouveaux dérivés arsenicaux. — MM. DE BEURMANN, MOUNEYRAT et TANON présentent une étude chimique expérimentale et clinique de deux nouveaux dérivés arsenicaux, le 1116 et le 1151 qui paraissent avoir tous les avantages du salvarsan et du néosalvarsan d'Ehrlich sans en avoir les inconvénients ni les dangers. Ces corps agissent très activement chez les animaux comme trypanosomicides et comme spirillicides et chez l'homme comme antisyphilitiques, aussi bien contre le chancre que contre les accidents secondaires et tertiaires.

Ils ont l'avantage de n'être nullement vaso-dilatateurs et de n'avoir qu'un pouvoir neurotrope nul ou minime. Il n'y a donc pas à craindre avec eux les accidents congestifs qui ont été la cause de la plupart des cas de mort déterminés par le 606, ni les accidents nerveux que l'on a reprochés à ce corps de provoquer. Le 1116 et le 1151 ont été employés en injections intraveineuses, à la dose de 0g40, 0g50 et plus, en solution dans de l'eau distillée additionnée de 12 grammes de carbonate de soude par litre; la dissolution a lieu immédiatement et se conserve longtemps. Grâce à des dispositions ingénieuses, les petites ampoules contenant le 1116 et le 1151 sont placées dans une grande ampoule contenant le sérum carbonaté qui doit les dissoudre, la dissolution arsenicale stérilisée, obtenue en cassant la petite ampoule dans la grande, peut être injectée dans la veine directement, sans contact avec l'air et sans manipulations dangereuses, l'injection intraveineuse est ainsi mise à la portée de tous les médecins.

Ces corps peuvent être injectés aussi sous forme de suspension huileuse dans les masses musculaires; la douleur que provoquent ces injections intramusculaires est quelquefois assez vive et assez durable, mais il n'y a jamais de nécrose ni de suppuration, et ce mode d'administration, qui pourra sans doute être perfectionné et rendu moins douloureux, est peut-être appelé à se généraliser de plus en plus parce qu'il ne fait courir au malade aucun danger d'accident grave et parce que c'est peut-être celui qui évitera le mieux les récidives. Ces injections intramusculaires sont du reste très faciles grâce au nouveau système d'ampoule que présentent également les auteurs.

Syndrome d'Adams-Stokes mortel sans lésion du cœur ni du système nerveux. — MM. L. RÉNON, E. GÉRAUDEL et D. THIBAUT rapportent un cas de syndrome d'Adams-Stokes mortel, où l'étude anatomo-pathologique du cœur et du système nerveux est restée négative.

Cliniquement, l'affection s'est traduite par une bradycardie très marquée (26 pulsations à la minute) et par des crises épileptiformes. Chaque crise comportait une série d'attaques, déterminées, chacune, par une pause cardiaque complète durant cinquante secondes; entre les pauses cardiaques, le rythme du cœur était de 70, pour reprendre son chiffre habituel de 26 à la fin de la crise. Les crises d'abord hebdomadaires, pendant six mois, deviennent bientôt quotidiennes, puis multiquotidiennes et l'une d'elles se termine par la mort.

Anatomiquement, l'examen le plus détaillé du faisceau de His, débité en 1970 coupes sériées, fut négatif. Le noyau de Keith et Flack, la région d'abouchement de la veine coronaire dans l'oreillette, la couche sous-endocardiaque des fibres de Purkinge, n'ont pas présenté la moindre lésion. L'examen du bulbe et du pneumogastrique a été de même négatif.

L'absence de tracés ne permet pas de spécifier le mode pathogénique de ce syndrome d'Adams-Stokes. L'observation garde néanmoins toute sa valeur, puisqu'elle montre qu'un syndrome d'Adams-Stokes mortel peut être constaté en l'absence de toute lésion du cœur et du système nerveux.

Les auteurs rapportent six observations analogues, empruntées à différentes publications, de syndrome d'Adams-Stokes mortel, sans lésion appréciable. Ces observations, où les tracés permettent de rapporter le syndrome à une dissociation auriculo-ventriculaire, montrent que le faisceau de His n'était pas pratiquement lésé.

Les auteurs concluent à la nécessité d'admettre à côté des syndromes d'Adams-Stokes par lésion matérielle des syndromes sans lésion des régions actuellement classiques, dus probablement à un simple trouble fonctionnel. Les cas de dissociation auriculo-ventriculaire d'origine purement toxique (action de la digitale) et de durée passagère plaident aussi en faveur de cette conception.

Les lésions des extrémités, mains et pieds, dans la maladie de Paget. — M. André LÉRI présente les pièces et les radiographies de trois cas de maladie de Paget où les petits os de la main ou du pied étaient atteints d'altérations manifestes, constatables cliniquement ou par l'examen radiographique. Dans l'un de ces cas, où l'examen microscopique a montré qu'il s'agissait bien de maladie de Paget indiscutable, ces lésions des extrémités existaient en l'absence de toute déformation des os longs des membres cliniquement appré-

ciable : il y avait seulement une hypertrophie considérable du crâne.

La fréquence des altérations des extrémités dans la maladie de Paget ne cadre pas avec les données classiques.

Maladie osseuse de Paget. Wassermann positif. Amélioration par le néosalvarsan. — MM. Henri DUFOUR et BERTIN-MOURET présentent une malade intéressante à plusieurs points de vue. Il s'agit d'une femme de quatre-vingts ans atteinte d'une maladie de Paget des plus typiques, ce qui les dispense de la décrire, et dont l'affection a débuté tardivement à l'âge de soixante-huit ans. Des douleurs très intenses siégeant surtout aux membres inférieurs l'ont déterminée à entrer à l'hôpital. Examinée au point de vue de la réaction de Wassermann, celle-ci se montre très nettement positive dans le sérum sanguin alors qu'on ne trouve rien, dans ses antécédents, rappelant une infection syphilitique. Malgré son âge ils ont traité cette malade par une série de trois injections intraveineuses de néosalvarsan, ce médicament étant administré avec prudence. La première injection faite le 30 novembre 1912 a été de 20 centigrammes de néosalvarsan; la deuxième faite le 12 décembre 1912 a été de 45 centigrammes, la troisième faite le 11 janvier 1913 de 40 centigrammes. Sous l'influence de ces injections les douleurs ont disparu et la malade se trouva très améliorée. Il semble donc que la nature de cette maladie de Paget soit démontrée par la réaction sanguine et le traitement. Les auteurs insistent également sur l'âge de la malade, qui ne leur a pas semblé une contre-indication à l'emploi du néosalvarsan.

Du pouls lent permanent par bradycardie totale. — MM. F. RATHERY et C. LIAN. Déjà C. Lian avait montré que le pouls lent permanent congénital peut relever d'une bradycardie totale. Les auteurs s'appuient sur cinq observations personnelles étudiées par la méthode graphique et l'électrocardiographie pour montrer que la bradycardie totale est à l'origine de nombre de pouls lents permanents acquis.

Le plus souvent, il s'agit d'une bradycardie légère, au voisinage de 50, mais dans certains cas elle est notable, se maintenant à 40, pouvant même atteindre 32 par courtes périodes. Plus la bradycardie est légère, plus elle s'accélère facilement sous l'influence des efforts. Mais chez ces malades l'état habituel est le ralentissement du pouls. Dans les cinq observations des auteurs l'épreuve de l'atropine a été positive.

Les caractères des graphiques et des électrocardiogrammes sont, à part la lenteur des pulsations, les mêmes qu'à l'état physiologique. C'est dire que dans les bradycardies totales le cœur paraît normal mais est lent.

Les grands accidents nerveux du syndrome de Stokes-Adams n'ont pas encore été observés dans les bradycardies totales. Mais M. Gallavardin ainsi que les auteurs ont observé chez leurs malades des tendances lipothymiques ou un état vertigineux.

En face d'une bradycardie vraie permanente on n'a donc pas le droit d'affirmer qu'il s'agit toujours d'une dissociation auriculo-ventriculaire. Il faut compter avec la bradycardie totale.

Si le pouls radial bat habituellement au-dessous de 40 ou si la bradycardie a été accompagnée des grands accidents nerveux du syndrome de Stokes-Adams, il est très probable que la dissociation auriculo-ventriculaire est en cause.

Mais si le pouls bat à 40 ou à 50 et qu'il n'y ait jamais eu d'accidents nerveux (bradycardie solitaire), il s'agit souvent d'une bradycardie totale.

L'examen clinique du cœur, du pouls radial, du pouls jugulaire et l'épreuve de l'atropine ne fournissent que des probabilités diagnostiques plus ou moins grandes. Le diagnostic ferme relève de la méthode graphique ou de l'électrocardiographie.

Les bradycardies totales sont dues soit à une lésion ou à un trouble fonctionnel du pneumogastrique, soit à une lésion ou à un trouble fonctionnel du sinus (nœud de Keith et Flack, musculaire et nerveux situé à l'embouchure de la veine cave supérieure).

Des bradycardies nerveuses. Du pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire d'origine nerveuse. — MM. F. RATHERY et C. LIAN sont conduits par toute une série d'observations, tant personnelles que relevées dans la littérature médicale, à élargir le cadre des bradycardies nerveuses passagères (les seules admises jusqu'alors par Vaquez et Esmein), et à établir l'existence de bradycardies nerveuses permanentes.

Les bradycardies vraies et passagères d'origine nerveuse ne se résument pas en une seule variété, la bradycardie par pauses cardiaques. Elles sont liées dans certains cas à une dissociation auriculo-ventriculaire (observations de Jellinek et Cooper, Hewlett, Laslett, etc.) et sont causées le plus souvent par une bradycardie totale (observations de Lian et Lyon-Caen, Danielopolu, Laslett).

Les bradycardies vraies et permanentes d'origine nerveuse sont liées le plus souvent à une bradycardie totale (voir l'autre communication des auteurs à cette même séance). Mais dans ce cas une dissociation auriculo-ventriculaire est en cause. Les auteurs signalent l'observation de Mollard, Dumas et Rebattu où, dans une bradycardie permanente par dissociation, l'examen anatomique montra l'absence de lésions du faisceau de His et l'existence d'une médiastinite fibreuse dans la région du plexus cardiaque. Ils y ajoutent une observation personnelle purement clinique dans laquelle l'apparition de la bradycardie par dissociation fut précédée par des quintes de toux coqueluchoïde, l'examen radioscopique montre un certain degré de médiastinite périaortique, ou enfin l'épreuve de l'atropine accélère le pouls radial (44 à 60) et surtout améliore considérablement la conductibilité.

Cette dernière observation présente encore les particularités suivantes. Les graphiques représentent des types tout à fait nets de dissociation auriculo-ventriculaire incomplète avec périodes de Luciani; ils montrent en outre qu'un pouls bigéminé peut être la conséquence de ce type de dissociation auriculo-ventriculaire.

A propos de la pathogénie de la sténose pylorique du nourrisson. — M. LAUBRY donne lecture d'une note de MM. Weill et Gardère dans laquelle ces auteurs répondent aux critiques formulées par M. Fredet, et relatives à l'origine inflammatoire du nourrisson.

MM. WEILL et GARDÈRE font remarquer que dans leur observation il s'agissait surtout d'une sténose par hypertrophie sous-muqueuse et accessoirement d'une hypertrophie de la musculaire.

Ils ajoutent que l'inflammation grave donne une nécrose musculaire, une inflammation légère entraîne souvent l'hypertrophie musculaire, et qu'enfin à côté de leur observation il en est d'autres qui rendent parfaitement plausible la théorie inflammatoire.

Sur la signification de la fièvre consécutive à une première injection de salvarsan. — M. E. JEANSELME, en son nom et au nom de M. P. JACQUET, fait la communication suivante :

» L'un de nous a établi antérieurement : 1° que la fièvre de première infection n'est pas toxique; 2° que cette poussée fébrile initiale ne s'observe que chez les sujets présentant sur la peau ou sur les muqueuses des syphilides multiples en pleine activité; 3° que le salvarsan coupe la fièvre syphilitique alors qu'il est sans action sur la fièvre d'autre nature (lèpre ou tuberculose); je considère donc la fièvre de première infection comme une fièvre spécifique.

Avec le concours de M. Paul Jacquet j'ai cherché à étendre

et à compléter ces notions en employant les divers agents de la médication antisyphilitique chez des sujets en période primaire ou secondaire. Cette étude nous a conduits aux conclusions suivantes :

I. Chez tout syphilitique en période active, l'injection intraveineuse à doses suffisantes d'un agent quelconque de la médication spécifique (salvarsan, inésol, cyanure de mercure) provoque une fièvre de première infection, cette poussée fébrile ne se reproduit pas aux injections subséquentes même si la dose est plus forte.

II. Lorsqu'un médicament antisyphilitique introduit dans les veines a déterminé une poussée fébrile, tout autre agent spécifique injecté quelques jours après est impuissant à provoquer un nouvel accès de fièvre. Vis-à-vis les uns des autres les agents spécifiques se comportent donc en ce qui concerne la fièvre comme des équivalents. Le premier injecté est seul fébrigène parce qu'il entraîne une destruction en masse des tréponèmes.

III. Si le médicament antisyphilitique est injecté à doses minimes et répétées la destruction des tréponèmes est fractionnée et trop faible pour qu'elle se traduise par une élévation thermique après la première injection. Cependant ce traitement préparatoire est suffisant pour qu'une injection ultérieure de 606 faite à dose normale ne soit pas suivie de réaction thermique. »

Du traitement des femmes syphilitiques enceintes par le salvarsan. — MM. E. Jeanselme, A. Vernes et M. Bloch. Depuis deux ans, toutes les femmes syphilitiques enceintes hospitalisées dans leur service ont été traitées par le salvarsan, sans l'adjonction d'aucune autre médication.

La plupart ont reçu de quatre à six injections intraveineuses espacées de semaine en semaine, la première de 30 centimètres cubes, les suivantes de 40 centimètres cubes. La dose a été abaissée à 20 centimètres cubes et même 15, lorsque l'état du rein laissait à désirer.

Quatorze femmes qui présentaient au cours de leurs grossesses des signes de syphilis jeune et active, tels que chancre induré, roséole, plaques muqueuses, ont été soumises à ce traitement. Toutes ont accouché à terme, d'enfants vivants en général de poids normal.

Sur aucun de ces enfants dont quelques-uns ont pu être suivis pendant plusieurs mois, ils n'ont relevé de stigmates d'hérédo-syphilis. Quatre ont succombé, il est vrai, à une époque plus ou moins rapprochée de leur naissance, mais à des causes accidentelles (érysipèle, diarrhée infantile, etc.).

Deux femmes syphilitiques d'ancienne date qui avaient fait antérieurement des fausses couches multiples ont pu, grâce au traitement par le salvarsan, mener à bien leur grossesse.

Ces résultats sont infiniment supérieurs à ceux que donne le traitement mercuriel ou mixte. Non seulement le salvarsan manié avec prudence n'est pas nuisible à la femme enceinte, mais il a en outre sur la grossesse la plus heureuse influence.

Sur l'origine syphilitique de la chorée de Sydenham. — MM. H. Grenet et Sédillot présentent deux fillettes atteintes de chorée de Sydenham. Chez la première, on ne trouve aucun signe de syphilis, la réaction de Wassermann a été absolument négative chez le père, la mère et l'enfant. Ce cas prouve simplement que la chorée de Sydenham peut évoluer en dehors de toute syphilis ce qui n'est contesté par personne, bien que M. Milian semble vouloir faire une part très large à la syphilis dans l'étiologie de la chorée.

Dans la seconde observation, la syphilis est indiscutable, paralysie générale du père, accouchement avant terme de la mère, stigmates dystrophiques et iritis amélioré par le mercure chez l'enfant, réaction de Wassermann suppositive. Ce qui est particulièrement frappant et ce qui donne à ce cas une importance spéciale, c'est ce fait que la chorée s'est développée non seulement chez un hérédo-syphilitique, mais bien chez une hérédo-syphilitique présentant des accidents oculaires améliorés sans doute par le mercure, mais encore en évolution.

Il y a là pour le moins une coïncidence fort troublante, et quelles que soient les objections a priori faites à la théorie de l'origine syphilitique de la chorée de Sydenham, on ne peut se défendre de l'idée que, chez cette malade, la syphilis a dû jouer le rôle de causes prédisposantes, et même de causes déterminantes.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 8 janvier 1913)

Inutilité et danger des trépanations successives au cours de l'épilepsie traumatique. — MM. Sicard et Ballock présentent un malade qui, en quinze ans, a subi onze trépanations pour des crises jacksoniennes. La dernière intervention a été suivie d'une hémiplégie spasmodique.

Réflexes cutanés myotoniques et rétractions tendineuses dans un cas de maladie de Thomsen. — M. Souques montre un malade atteint de maladie de Thomsen présentant des rétractions tendineuses invincibles avec attitude vicieuse des tendons d'Achille et des biceps brachiaux. Ces rétractions contribuent à rapprocher la maladie de Thomsen des myopathies. Les réflexes cutanés ont le caractère myotonique comme les mouvements volontaires; le réflexe crémastérien consiste en ascension normale du testicule suivie d'une descente lente; l'excitation plantaire détermine la contraction myotonique des fléchisseurs des orteils.

Sciatique radiculaire dissociée. — MM. Déjerine et Quercy. En 1905, le malade souffrit d'une sciatique supérieure très douloureuse avec troubles trophiques; le tout dura deux ans, puis guérit pour reprendre légèrement en 1910, mais d'une manière passagère. Puis, sans douleurs, apparurent à la jambe et au pied des troubles moteurs (impotence presque complète avec réaction de dégénérescence) trophiques (cyanose, refroidissement), les battements artériels n'étaient plus perceptibles, ce qui permit de penser à une artérite actuellement en voie d'amélioration.

Raideur par irritation des cornes antérieures de la moelle. — M. Babinski présente un malade atteint depuis dix ans de troubles moteurs du membre supérieur gauche avec atrophie des muscles de la main et abolition presque complète de la contractilité. Plus tard, sont venus des troubles de la sensibilité à caractère syringomyélique; enfin, une arthropathie de l'épaule. Les muscles du bras sont affaiblis, mais surtout existe de la raideur prédominant dans les muscles deltoïde, triceps et les antibrachiaux. Comme il n'existe aucun signe d'excitation de la voie pyramidale, M. Babinski émet l'hypothèse d'une irritation des cornes antérieures de la moelle déterminant une contracture avec secousses fibrillaires par un mécanisme analogue à celui qui explique le spasme facial par irritation du nerf.

Tumeur cérébrale opérée. — MM. de Martel et Velter montrent un homme qui était atteint de céphalée avec stase papillaire sans signes de localisation. La trépanation permit d'enlever une grosse tumeur. Le surlendemain, apparut une hémiplégie droite avec aphasie; on trouva un gros hématome qui fut évacué. Actuellement, il reste un peu de paralysie faciale, l'aphasie est en partie rééduquée, la stase est arrêtée, la céphalée a disparu.

Réflexe d'allongement croisé du membre par excitation cutanée. — MM. Marie et Foix présentent une femme

atteinte de paraplégie pottique, et montrent que chez elle la flexion des orteils détermine le réflexe d'allongement de l'autre membre. Ce fait, ainsi que les expériences sur les animaux, vient corroborer l'opinion des auteurs, à savoir que les réflexes cutanés de défense se réduisent à des mouvements d'automatisme ambulatoire.

Un cas de maladie de Volkmann. — Mlle PELTIER et M. PÉLISSIER. Le syndrome est consécutif à la ligature de l'axillaire. A remarquer la raideur particulièrement intense du biceps. — M. THOMAS a dans un cas observé la guérison.

Etude graphique des mouvements de défense. — MM. J. THIERS et STROHL présentent un malade atteint de paraplégie spasmodique chez lequel la percussion dorsale du pied détermine, par une excitation unique, d'abord une flexion (signe de Mendel), puis une extension des orteils, enfin un retrait du membre par flexion de tous les segments.

Ces différents mouvements ont été enregistrés par les auteurs de manière à pouvoir comparer les temps perdus pour la production de chacun d'eux.

De l'examen des graphiques obtenus il résulte que le mouvement de flexion est exécuté simultanément par tous les orteils au bout de 0 s. 04 et achevé au bout de 0 s. 25.

L'extension qui succède à la flexion est immédiate, brusque et persistante pour le gros orteil, elle est progressive pour les autres doigts qui reviennent graduellement à leur position initiale; quand leur mouvement est terminé il s'écoule un certain temps perdu après lequel ils sont de nouveau entraînés par le redressement du pied. Celui-ci se fait en même temps que la flexion du genou au bout de 0 s. 45.

MM. J. Thiers et Strohl concluent que d'après leur succession il faut distinguer parmi les phénomènes observés

D'une part un phénomène de flexion qui rentre dans la catégorie des réflexes ostéo-tendineux;

D'autre part, une série de mouvements de raccourcissement précédés par l'extension du gros orteil, c'est-à-dire par le signe de Babinski et qui s'exécutent après un temps perdu assez considérable pour qu'on soit autorisé à supposer dans leur mode de production un mécanisme spécial.

Poliomyélite antérieure au cours de l'hérédo-syphilis. — MM. TOUCHARD et ROSENBACH relatent un fait de poliomyélite (paraplégie flasque brusque sans troubles sensitifs) survenu chez un sujet porteur d'une irido-choroïdite pigmentaire et d'un torticolis congénital. — M. BALLET fait remarquer qu'il y a peut-être simple coïncidence entre la syphilis et la lésion médullaire.

ANALYSES

MÉDECINE

Péritonites d'origine biliaire. (SALAGER et ROQUES. *Soc. des Sciences méd. de Montpellier*, 20 décembre 1912.) — Les auteurs rapportent l'observation d'une femme de trente-deux ans, paludéenne et ayant eu la typhoïde, morte dans des circonstances qui parurent suspectes et dont l'autopsie fut ordonnée.

Cette femme avait présenté, le 11 novembre 1911, deux jours avant un accouchement normal, une première crise diagnostiquée appendicite par un chirurgien et un accoucheur qui la virent alors (douleur dans l'hypocondre droit, température 39 degrés, pouls incomptable). Puis, tout était rentré dans l'ordre au moment de l'accouchement, dont les suites furent normales.

Le 18 mars suivant, elle se sent mal à l'aise et croit à une nouvelle grossesse. Puis les symptômes précédemment observés réapparaissent avec une grande intensité, et la mort survient au bout de deux jours, le 20 mars, à neuf heures du soir.

On pense à une péritonite suraiguë par manœuvres abortives. Mais, à l'autopsie, l'appareil génital est trouvé en parfait état, sans nulle trace de grossesse, tandis que le péritoine présente les signes d'une inflammation suraiguë. On trouve un épanchement de bile jaune safran qui distendait également la vésicule et infiltrait le foie. Pas la moindre perforation des voies biliaires. Le cholédoque était obstrué par un calcul.

Ce cas a paru, aux auteurs, devoir être rapproché de ceux de Clairmont et von Haberer, de Schivelbein et des deux cas de Dobezauer, observations réunies par Lenormant, et constituer le cinquième du groupe des péritonites biliaires sans perforation.

L. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Méningite des nourrissons. (HUTINEL. *La Pédiatrie pratique*, 15 avril 1912. Leçon faite à l'hôpital des Enfants-Malades le 9 mars 1912.) — Du 1er mai 1911 au 1er mars 1912, M. le professeur Hutinel a observé dans son service des nourrissons 25 cas de méningite tuberculeuse. C'est là une statistique qui va fort à l'encontre de l'opinion autrefois acceptée que cette méningite se rencontrait exceptionnellement dans les deux premières années de la vie.

Le plus souvent on trouve à l'examen clinique de ces malades une adénopathie médiastine, ou l'on relève des troubles gastro-intesttnaux dans les antécédents; mais quelquefois aussi le sujet observé est un enfant présentant tous les attributs de la plus parfaite santé. Souvent les symptômes méningés apparaissent à l'occasion de pneumonie, de gastro-entérite; il suffit d'être prévenu pour ne pas commettre une erreur de diagnostic. Le début de la méningite tuberculeuse peut être insidieux; il se fait quelquefois par des convulsions, ou encore par une hémiplégie, une paralysie des muscles du cou; il faut dans ces cas recourir à la ponction lombaire pour parvenir au diagnostic; un des signes les plus constants est la contracture de la nuque; il en est de même du signe de Brudzinske, des mouvements choréiformes et athétosiques, du nystagmus. Chez les tout petits nourrissons, on peut observer une somnolence qui peut aller jusqu'au coma avec absence de clignement des paupières. De toutes manières c'est la ponction lombaire qui tranchera le diagnostic, dans tous les cas, mais encore faut-il savoir interpréter parfaitement les renseignements qu'elle fournit, et les compléter par l'examen attentif des signes cliniques.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Résection d'estomac pour cancer (procédé de Wilms). Avantages du lever précoce. (Victor PAUCHET. *Soc. méd. de Picardie*, janvier 1913.) — M. Pauchet a présenté une pièce anatomique provenant d'une gastrectomie pour cancer. Il a extirpé cette tumeur à une femme de soixante ans, qui lui avait été adressée par le docteur Boutin (d'Auxi); elle s'est levée cinq jours après l'intervention, a quitté l'hôpital, quinze jours après l'opération, en excellent état.

Le lever précoce présente en effet un gros avantage, au point de vue de la brièveté de la convalescence; M. Pauchet insiste sur ce point.

Voici le mode de réparation de l'estomac et de l'intestin, après une résection gastro-pylorique. Quand un chirurgien pratique l'exérèse d'un cancer gastrique, il peut rétablir ensuite la continuité du tube digestif, par l'un des trois procédés suivants :

1° L'*abouchement direct* qui fait communiquer le duodénum avec ce qui reste de l'estomac; c'est la restauration la plus complète de l'état anatomique. Pour exécuter ce procédé, il faut que l'étoffe duodénale et gastrique soit suffisante (*méthode dite de Billroth* 1).

2° *Quand la résection a été plus large*, surtout quand le duo-

dénum se trouve court, l'opérateur doit fermer chaque extrémité gastrique et duodénale, puis faire une gastro-entérostomie postérieure (méthode dite de Billroth 2).

3° *Enfin quand la résection du duodénum a été large*, quand celle de l'estomac a été également très étendue, le meilleur procédé de restauration consiste à implanter, directement, ce qui reste de l'estomac dans le jéjunum (méthode de Wilms).

Ce procédé assure aussi bien, peut-être mieux, que les autres méthodes, l'évacuation de l'estomac ; son exécution est facile, on pourrait lui donner la préférence dans tous les cas qui conviennent au Billroth n° 2. L. GAYARD.

Pyloroplastie : résultats éloignés de quarante-trois cas. (G. GREY TURNER. *Surg., gyn. and obst.*, vol. XIV, n° 6, juin 1912, pp. 537-543.) — La pyloroplastie est une opération trop délaissée ; elle a cependant son domaine dans lequel elle donne d'aussi bons résultats que la gastro-entérostomie. Dans la statistique de Turner, il y a 6 opérations de Finney et 37 de Heinecke-Mikulicz. Il y eut 13 cas de sténose pylorique sans ulcération : 4 sont morts ; un après onze ans, de pneumonie double ; un après quatre ans, d'appendicite aiguë ; un après trois ans, de néphrite chronique ; un après plus de deux ans, de péritonite tuberculeuse. Sept sont en parfaite santé, un autre est grandement amélioré ; un autre après une guérison de trois ans eut une récidive de troubles gastriques pour laquelle on fit une gastro-entérostomie au cours de laquelle on constata l'absence de toute sténose pylorique ; les vomissements étaient probablement dus à la néphrite interstitielle avancée concomitante. Donc les résultats sont ici remarquablement bons.

Dans les 7 cas de sténose pylorique avec ulcération, trois (opérés depuis quatorze, dix et neuf ans respectivement) sont en parfaite santé, mais il y eut quatre récidives après quatre ans, cinq ans, cinq ans, un an. Une ulcération en évolution est une contre-indication de la pyloroplastie.

Cinq cas de pylorospasme donnent 4 succès parfaits et une amélioration très considérable maintenue depuis onze ans.

Dans 16 cas de troubles gastriques sans lésions appréciables, il y eut 2 guérisons, 1 amélioration et 13 résultats nuls. Du moins, la pyloroplastie n'ajouta rien à la gravité de l'incision exploratrice et, dans aucun cas, il n'y eut de symptômes désagréables que l'on pût imputer à l'opération, ce qu'on n'aurait peut-être pas toujours pu dire d'une gastro-entérostomie.

Dans une série de 20 cas consécutifs opérés depuis plus de dix ans (dix à quinze ans), 2 moururent de cancer et tuberculose peu après l'opération ; sur les 18 survivants, 15 sont en parfaite santé ; 3 seulement ont eu des récidives.

La pyloroplastie ne dérange pas la fonction physiologique du pylore. F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Etude clinique des états dits « pseudo-tumeurs cérébrales ». (MOHAMED SALEH. Th. de Lyon, 1912, Trévoux, imp. Jeannin.) — Ce travail groupe les principaux faits connus de « pseudo-tumor cerebri » et y ajoute quelques observations nouvelles.

Les pseudo-tumeurs concernent, le plus souvent, des maladies organiques encore incomplètement connues : méningites séreuses, méningo-encéphalites, épendymites, hydrocéphalie, dont le diagnostic demeure souvent extrêmement délicat.

A côté de ces faits, il en est d'autres absolument inexplicables, où l'autopsie ne décèle aucune lésion, on pouvait provisoirement les étiqueter « Maladie de Nonne ».

En pratique, il faudra faire l'essai rigoureux du traitement spécifique. Malgré ses dangers et l'absence possible d'efficacité, la décompression cérébrale paraît indiquée, en particulier lorsque se développent rapidement des signes de réaction cérébrale grave avec œdème papillaire. L. ALQUIER.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 12, déc. 1912.) L. BROCQ : Comment nous pensons qu'on peut et qu'on doit à l'heure actuelle employer le salvarsan. — A. NAUTA : Etude des lymphodermies et des myélodermies (manifestations cutanées des états leucémiques et aleucémiques) [3 fig.] (deuxième partie).

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVII, n° 22, 28 nov. 1912.) William J. MAYO : La contribution du XIXe siècle à l'étude de la pathologie sur le vivant. — Gerardo M. BALLONI : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel selon la méthode de Forlanini (*à suivre*). — Henry TURNER BAILEY : Sous l'éther. — (N° 23, 5 déc.) John M. CONNOLEY : L'hérédité, en particulier étude de la loi de Gregor Johann Mendel (16 fig.) (*à suivre*). — George H. WRIGHT : Les dents et leurs rapports avec l'organisme (2 fig.). — Gerardo M. BALBONI : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel selon la méthode de Forlanini (*à suivre*). — J. Earle ASH : Etude du sang dans un cas d'hémorragie grave. — William H. SMITH et Roger KINNICUTT : Un cas d'endocardite mortelle due à un diplocoque encapsulé prenant le gram et se présentant en chaînettes (4 fig.). — Lawrence OLIVER : Le traitement par le salvarsan pendant l'année 1912, au service de maladies de peau de l'hôpital général des Massachusetts.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 1, 8 janv. 1913.) H. BOUQUET : La thérapeutique au XXVe Congrès de chirurgie.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 1, 10 janv. 1913.) Jean POUJOL : Troisième campagne contre le typhus exanthématique dans la circonscription médicale d'Aïn-Bessem. — J. HÉRAIL : Réparation des plaies cutanées anciennes par les greffes d'Ollier-Tiersch. — L. PRON : « L'alastrim. »

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 2, 12 janv. 1913.) E. MICHELEAU : Occlusion intestinale par calculs biliaires.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 JANVIER AU 1er FÉVRIER 1913

THÈSES

Jeudi 30 janvier, à une heure. — Mme FINTECLUS. Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus et de son traitement chirurgical. (MM. Pozzi, président ; Ribemont-Dessaignes, Okinczyc et Anselme Schwartz.) — M. BELOUX. De l'origine habituellement névropathique des vomissements graves, dits incoercibles de la grossesse et de leur traitement par la psychothérapie. (MM. Ribemont-Dessaignes, président ; Pozzi, Okinczyc et Anselme Schwartz.) — M. LUTEL. Contribution à l'étude des formes anormales de la méningite tuberculeuse chez l'adulte. (MM. Gilbert, président ; Pierre Marie, Carnot et Roussy.) — M. VEDRINE. Etude sur le cholestéatome. (MM. Pierre Marie, président ; Gilbert, Carnot et Roussy.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 20 janvier 1913. — Question donnée : « Cordes vocales inférieures. — Paralysie diphtérique du voile du palais. »

MM. Rougeulle, 11 + 19 = 30; Janet, 12 + 18 = 30; Thinh, 10 + 17 = 27; Errard, 11 + 18 = 29; Boyer, 13 + 23 = 36; Barraud (Georges), 12 1/2 + 20 = 32 1/2; Mlle Trélat, 11 + 23 = 34.

Séance du 21 janvier. — Question donnée : « Muscles long et court supinateur. — Syphilis tertiaire de la langue (symptômes et diagnostic). »

MM. Daudet, 13 + 20 = 33; Verdenal, 17 + 25 = 42; Küss, 13 + 18 = 31; Huc (Georges), 15 + 21 = 36; Tribout, 11 + 17 = 28; Oberlin, 15 + 23 = 38; Brun, 16 1/2 + 20 = 36 1/2; Huguet, 14 1/2 + 20 = 34 1/2; Alibert, 12 + 19 = 31.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Agasse-Lafont (de Paris), Archambault (de Tours), Arnal (de Paris), Beauregard (de la Ferrière-aux-Etangs), Bellemanière, Bezançon (Paul), Biard et Bigaignon (de Paris), Blancher (de Vichy), Bouché (d'Argenton-sur-Creuse), Bouvet (de Paris), Boyer (de Sanary), Bralant (de Paris), Bretonville (de Vincennes), Bridier (de Pont-du-Château), Brisard et Bué (de Paris), Callen (des Landes), Céry (de Bouzy), Chabanon (de Villefort), Charlier (d'Origny-Sainte-Benoite), Cornet (de Ligueil), Corson (de Guingamp), Cousergue, médecin-major de première classe, détaché au secrétariat général du ministère de la guerre; Debève (de Montagny-en-Ostrevent), Delangle (de Gentilly), Delanoë (de Corbeil), Delhaye (de Solesmes), Despeignes (de Chambéry), Deyber (de Paris), Dhers (d'Arné), Dhoste, médecin en chef de première classe de la marine en retraite à Rochefort-sur-Mer; Dupard, médecin principal de première classe, adjoint au directeur du service de santé au ministère de la guerre; Dupont (de Marmande), Durand (de Saint-Nazaire), Etesse (de Tréguier), Fabre, chirurgien des hôpitaux et du lycée de Nîmes; Falvard (de Saint-Georges-de-Mons), Ferraton, médecin principal à l'hôpital du Val-de-Grâce; Filaudeau (de la Roche-sur-Yon), Flous (de Gaillac), Foucherand (de Saint-Pol-en-Chalençon), Fournier (de Saint-Arnaud), Ganzinotty (de Nancy), Gautier (de Paris), Girard (d'Ivry-sur-Seine), Glaise (d'Alfortville), Govin (de Paris), Guedj (de Sétif), Houdoux (de Château-du-Loir), Hurault (de Savigny-sur-Braye), Imhoff (de Paris), Izoard (d'Embrun), Jan, médecin général de la marine; Jobard (d'Is-sur-Tille), Jusseaume (de Paris), Keraudren (de Saint-Brieuc), Kuborn (de Levallois-Perret), Labadie-Lagrave et Laignier (de Paris), Lallement (de Besançon), Larroussimie, Lassablière et Laval (de Paris), Lavielle (de Dax), Leblanc (de Bezançon), Lemaire (de Nouvion-en-Thiérache), Lemaître (de Limoges), Léméré (de Breteuil), Lhoste (de Beaujeu), Loque (de Bollène), Loumeau (de Bordeaux), Luton (de Reims), Mallet et Manheimer (de Paris), Margouliss (de la Charité-sur-Loire), Martin et Merklen (de Paris), Métayer (de Moncoutant), Mircouche (de Paris), Mocquot (d'Appoigny), Mongin (d'Arris), Monod (de Bordeaux), Montel (de Montaigut-le-Blanc), Mousson-Lanauze (de Saint-Mandé), Netter et Oppenheim (de Paris), Panel (de Rouen), Papillon (de Paris), Perron (de Moulon), Phelippot (de Bordeaux), Philipes (de Pujols), Picou (de Montsalvy), Pinard (d'Angoulême), Planel (de Saillans), Porquet (de Vire), Pothet (de Paris), Poulain (de Saint-Mandé), Prieur (de Château-Thierry), Roesch (de Marlotte), Roger (de Montreuil-sous-Bois), Roumaillac (de Captieux), Roussel (de Paris), Roux (de Marseille), Rozier (de Pau), Ruel de Sourouvre de Guefosse (d'Oran), Sagot (de Landéda), Salanoue-Ipin, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales; Salmon (de Paris), Santi (d'Orgon), Schwob (de Paris), Se-

régé (de Bordeaux), Sevin (de Paris), Simon (du Pornic), Stef (d'Antibes), Tellier (de Lyon), Theuveny (de Paris), Toussaint (de Saint-Dié), Traby (d'Olette), Trébosc (de Pont-Saint-Côme), Trémolières (de Paris), Tribondeau, médecin principal de la marine; Valentin (de Paris), Vichot (de Lyon), Voirin (de Bar-le-Duc), Vrain, Weil et Weiller (de Paris), Wurtz (de Compiègne).

Officiers d'Académie. — Mme Abadie, docteur en médecine à Oran; MM. les docteurs d'Adhémard de Santagnac (de Menton), Alleaume (de Chartres), Auchier (de Saint-Jean-de-Liversay), Auclert (de Brezolles), Bain (de Marseille), Barge (d'Ussel), Barlerin (de Paris), Barthout (de Saint-Sulpice-Laurière), Basset (de Paris), Beau, médecin-major de deuxième classe; Benoist (de Perros-Guirec), Berger (de la Côte-Saint-André), Bernadac (de Saint-Girons), Berthelon (de Sainte-Feyre), Bertherand (de Paris), Bertrand (de Roncq), Bertrand (de Beurre), Bézos (de Brocas-les-Forges), Bichat (de Lunéville), Blanchetière (de Paris), Blanquinque (de Laon), Boda (de Catillon-sur-Sambre); Boigey, médecin-major de deuxième classe; Bonnenfant (de Soissons), Bonnet (de Lassalle), Bonnet (de Bel-Abbès), Bonniot de Ruisselet et Boutes (de Paris), Brabant (de Somain), Brousse (de Châtel-Guyon), Canac (de Marseille), Canu (de l'Ile-de-Groix), Carbonell (de Meudon), Cattin (de Lorient), Cazeneuve (de Saint-Girons), Chaintre (de Dôle), Chaix (de Verneuil), Chapon (de Servon), Charcellay (de Paris), Chalot (de Bligny), Chausserie-Laprée (de Melun), Chauvaud de Rochefort (de Saint-Pardoux-la-Rivière), Chauvin (de Beaumont-la-Ronce), Chevelle (de Nancy), Cleret et Cogrel (de Paris), Conte (de Narbonne), Costa (d'Alger), Danès (de Craon), Dechy (d'Herbignies-Villereau), Delormeau (de la Montagne), Desclozeaux et Desmoulins (de Paris), Differdange (de Vincennes), Dubois (de Denain), Duclaud (de Paris), Dufaur (de Christoly-de-Blaye), Duguet (de Lorient), Dullin (du Mont-Dore), Dutheil (d'Aubusson), Duvernoy (de Valentigney), Escande et Fabre (de Paris), Faucompré (de Vesoul), Fauverghe (de Roubaix), Feit (de Mortrée), Ferreux (de Champlitte), Ferron (de Laval), Florand (de Bourg-Lastic); Fouqueau (de Boynes), Fréal (de Chaumont-Porcien), Gantois (de Boulogne-sur-Seine), Gauzère (de Tartas), Gayraud (de Nice), Gazave et Georges (de Paris), Gibaud (de Pierre), Girard (d'Aigueperse), Goffart (de Maretz), Gouzy (de Prades), Grandclément (de Lyon), Grandgirard (de Nancy), Grando (de Vinça), Guillemin (de Chambéry), Guilly (de Clichy), Gurcel (de Nice), Hanriot (d'Einville), Haviez (de Chocques), Henriet (de Brieulles-sur-Bar), Jacquin, médecin-major de deuxième classe; Jardel (de Sauzès), Judet (d'Huriel), Jumentié (de Paris), Labeyrie (de Nantes), Laboisne (de Chabanais), Lagarde (de Montauban), Lantzenberg et Larcher (de Paris), Larrouy (de Laon), Lasnier (de Bordeaux), Lecercle, médecin-major de deuxième classe; Le Gentil (de Paris), Legros (de Bordeaux), Le Jemtel (d'Alençon), Lemonnyer (de Cerences),Léné (de Buxières-les-Mines), Lenourichel (de Bordeaux), Le Quang-Trink (de Paris), L'Herminier, médecin-major de première classe des troupes coloniales; Ligouzat, médecin-major de première classe; Loup (d'Auxerre), Magniez (de Reims), Maricot (de Bourbon-l'Archambault), Mery (de Landrecies), Michel (de Melesse), Michel (de Vendres), Michel et Millet (de Paris), Millot (d'Antibes), Moity (de Volvic), Molard et Morin (de Paris), Neveu (de Clamart), Olive (de Pantin), Paynel (de Paris). Peltier, médecin-major de deuxième classe; Percerot (de Marboz), Perrineau (de Rambouillet), Pestel (de Crouy), Petit (de Paris), Picard (de Troyes), Pitance (de Lamais), Poitevin (de Fompatour-de-Vérines), Poullain (de Sétif), Pouy, médecin-major de première classe; Pratbernon (de Parroy), Rabier (de Montmoreau), Recouli (d'Ancy-le-Franc), Rigollet, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales; Robert (de Rigney), Robert (de Limoges), Rochette (du Cheylard), Roquetanière (de Saint-Paul-des-Landes), Roullet (de Bléré), Rousseau Decelle (de Paris), Roussel (de Champlemy), Roy (de Rochefort-Montagne), Roy (de Spincourt), Sainton et Salin (de Paris), Salsac (de Lourdes), Sarazin (d'Hallencourt), Savornin (de Paris), Segond, médecin principal de première classe; Sentes (de Gaud), Serrières (de Foug), Sesboué (de Saint-Cloud), Simonneau (de Maillezais), Sirot (d'Avesnes), Surjus (de Perpignan), Surtouques (de Lisieux), Tansard et Taubmann (de Paris), Thévenot (de Lyon), Thomas (d'Aix), Touchot (de Bouvillers-Mont), Touillon (de Bourg), Vagnot (de Lons-le-Saunier), Verger (de Limoges), Vergnes et Versepuech (de Paris), Vidal (de Saint-Etienne), de Viville (d'Angoulême), Voix (de Troyes).

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — L'Académie met au concours les questions suivantes :

1° Etudier les conditions de nutrition et de prolifération des éléments histologiques normaux dans les cultures in vitro.

2° Contribution à l'étude d'un glucoside.

Un prix de 1 000 francs sera alloué à la solution de la première de ces questions, et un prix de 800 francs à la seconde.

La clôture des concours est fixée au 15 juillet 1914.

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — La prochaine Assemblée générale statutaire annuelle de l'Association des journalistes médicaux français se tiendra, le samedi 1er février prochain, à cinq heures précises, à la Faculté de médecine, salle des Thèses n° 2.

Elle sera suivie d'un banquet qui aura lieu à sept heures et demie, au café Cardinal, 1, boulevard des Italiens. Le prix en sera de 12 francs, tout compris.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal et de la correspondance ; 2° allocution du président ; 3° rapport du secrétaire général ; 4° rapport du trésorier ; 5° élections.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ambroise Viaud-Grand-Marais, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Nantes, officier de l'Instruction publique, chevalier de l'ordre pontifical de Saint-Grégoire le Grand.

Le souvenir de ce maître vénéré sera pieusement conservé à l'école de Nantes, à Nantes et dans toute la région ; car il fut un professeur remarquable qui instruisit quarante générations d'étudiants ; il fut un médecin profondément dévoué à ses malades, riches et pauvres ; en 1870-1871, comme médecin en chef de l'infirmerie et des ambulances de la Croix-Rouge à Nantes, il prodigua ses soins à de nombreux malades et blessés. Le docteur Viaud-Grand-Marais fut aussi un naturaliste éminent, dont les travaux sur les Serpents venimeux, sur les Serpents de la Vendée et de la Loire-Inférieure sont depuis longtemps classiques. Atteint d'un mal incurable, le docteur Viaud Grand-Marais attendit la mort et s'y prépara pendant de longs mois avec le calme et la sérénité d'un grand chrétien.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. DE BEURMANN. — *Conférences théoriques et pratiques.* — Une série de conférences théoriques et pratiques sur les affections cutanées et vénériennes est faite par MM. de Beurmann, R. Sabouraud, Dominici, Mouneyrat, Louis Ramond, Eugène Regnauld, Grandchamp, Egger, Degrais, Pestel, Tanon, Cottin, Noiré, Philibert, Chenet, Jean Pellot, Larroque, Labourdette.

Les leçons ont lieu les lundi, jeudi et samedi de chaque semaine, de dix heures à onze heures dans la salle des conférences de l'hôpital, à côté du musée et de la bibliothèque.

Jeudi 23 janvier, à dix heures (cette leçon devant avoir un intérêt surtout pratique sera faite dans le Laboratoire municipal) : « Le traitement des teignes », par M. Noiré.

Samedi 25 janvier, à dix heures, salle des conférences : « Staphylocoque et streptocoque », par M. Sabouraud.

Lundi 27 janvier, à dix heures un quart, salle des conférences : « Le lupus tuberculeux », par M. de Beurmann.

Jeudi 30 janvier, à dix heures, salle des conférences : « Le lupus tuberculeux des muqueuses et la tuberculose des fosses nasales », par M. Egger.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Le docteur Emile Sergent commencera, le mardi 4 février, à dix heures et demie, ses conférences cliniques sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires, et les continuera les mardis suivants à la même heure (amphithéâtre Potain).

Sujet de la prochaine conférence : « Les pleurésies des syphilitiques. »

PUÉRICULTURE

LA SITUATION DU BERCEAU COMME FACTEUR DE L'ASYMÉTRIE DES SEINS

Par M. G. VARIOT.

Dans les recherches antérieures que j'ai faites sur la morphologie des glandes mammaires, en inspectant les nourrices de la campagne à l'hospice des Enfants-Assistés (1), j'ai établi, par des statistiques rigoureuses, que le sein gauche était habituellement plus développé que le droit. C'est en quelque sorte la conformation physiologique, normale, durant l'allaitement, conséquence de l'habitude qu'ont presque toutes les femmes de donner plus volontiers le sein gauche le premier ; elles ont ainsi plus de commodité pour soutenir le nourrisson de la main gauche, la droite restant libre.

J'ai vu cependant plusieurs fois des femmes qui avaient le sein *droit* plus volumineux et qui étaient *gauchères.*

Plus souvent la glande mammaire devient prédominante *à droite*, durant l'allaitement, parce que des accidents locaux douloureux, plus ou moins longs, fissures, crevasses, lymphangites, abcès, etc., ont entravé la succion du côté gauche ; et les femmes montrent des cicatrices au sein gauche, confirmant objectivement leur dire. Dans ces derniers temps, en interrogeant les nourrices qui passent, chaque année, au nombre de 1 200 à 1 500 à la crèche de l'hospice des Enfants-Assistés, j'ai pu fixer plus exactement la cause la plus fréquente de l'hypertrophie relative de la glande mammaire à droite. Ces femmes, arrivant des agences départementales, ont un engorgement lacté physiologique, puisque depuis douze à vingt-quatre heures elles ont cessé de donner le sein à leur enfant. Je les fais dévêtir jusqu'à la ceinture et d'un coup d'œil, je puis apprécier le volume réciproque des seins, la conformation du thorax, l'aspect de la peau, etc. Cet examen d'ensemble est indispensable pour s'assurer de l'état des organes et de la santé des nourrices auxquelles on va confier un enfant abandonné par les parents.

La dissymétrie des seins apparaît immédiatement pour peu qu'elle soit accentuée, tantôt à droite, tantôt à gauche.

Lorsque le sein le plus développé est le droit, je recherche s'il n'y a pas de cicatrices ou de traces de mammite ancienne à gauche, qui ait fait perdre l'habitude normale de faire téter le nourrisson de ce côté, je m'informe si la femme n'est pas gauchère ; enfin, je demande de quel côté est placé le berceau par rapport au lit de la nourrice.

Dans la grande majorité des cas d'hypertrophie du sein droit, le berceau de l'enfant est placé à droite du lit.

Lorsque l'enfant crie la nuit, ce qui arrive souvent, car on ne règle guère les tétées à la campagne, la mère le prend dans son berceau et le fait boire à droite sans déranger son mari, couché à gauche.

Cette sollicitation plus fréquente de la sécrétion du sein droit par la succion dans ces circonstances produit l'hypertrophie fonctionnelle de la glande du côté droit. J'ai vérifié ce fait, maintes fois.

Lorsque je remarque une asymétrie notable des seins au profit du sein droit, je conseille à la nourrice qui va faire un second allaitement, de changer son berceau de côté, si cela est possible.

Si au contraire le sein gauche est plus développé, fait habituel, j'engage la nourrice à faire toujours vider le sein droit le premier. Il y a tout avantage à cette pratique puisque, ainsi que nous l'avons établi antérieurement, avec M. Lavialle, la *galactorrhée* physiologique est ordinairement plus forte dans le sein le moins volumineux.

Nous avons établi antérieurement que l'asymétrie des seins, outre les inconvénients esthétiques, qui ne sont pas négligeables, peut, lorsqu'elle est très prononcée, modifier notablement la composition relative du lait d'un côté à l'autre.

Les observations que nous venons de relater montrent qu'il est assez facile de remédier à cette inégalité fonctionnelle des glandes mammaires, en répartissant plus également la succion, c'est-à-dire les tétées des deux côtés.

(1) Variot et Lassablière. Sur l'intégrité de volume du sein, *Acad. des sc.*, 1908 et *Traité d'hyg. infant.*, 1910.

LA VACCINATION PRÉVENTIVE

CONTRE LA FIÈVRE TYPHOIDE

DANS LES ÉQUIPAGES DE LA FLOTTE

Par M. le professeur CHANTEMESSE (1).

La fièvre typhoïde a provoqué en France, en Algérie, en Tunisie, au Tonkin, etc., de si nombreux désastres qu'il est superflu d'insister sur sa nocivité et le martyrologe est innombrable des existences jeunes et vigoureuses fauchées, entre la quinzième et la trentième année, par cette grande maladie.

Depuis vingt-cinq ans, on a organisé la lutte contre elle par l'épuration de l'eau potable ; mais il n'est pas possible d'avoir toujours et partout de l'eau pure et le problème prophylactique ne tient pas tout entier dans cette étiologie. Dès l'aurore de la bactériologie on s'efforça de trouver le vaccin de la fièvre typhoïde. En 1887, des savants allemands, Frankel et Simmonds, Beumer et Peiper, montraient qu'en injectant à des animaux de petites doses de bacilles typhiques vivants et virulents on augmentait leur résistance contre le virus de la fièvre typhoïde. Cette immunisation avec des microbes vivants et non atténués était trop dangereuse pour pouvoir s'étendre à l'homme.

A cette même époque, et pour la première fois (*Ann. de l'Institut Pasteur*, 1887-1888-1892), je faisais connaître avec M. Widal un vaccin de l'infection typhique qui était efficace, qui était inoffensif, qui ne contenait rien de vivant susceptible de se développer dans le corps de l'homme, et qui, à l'aide de trois ou quatre injections de substance stérile, donnait aux animaux l'immunité contre le virus de la fièvre typhoïde dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous. Ce vaccin formé de bacilles typhiques stérilisés par chauffage était celui qui allait être appliqué à l'homme et lui conférer l'immunité exactement comme il le faisait aux animaux.

Ce vaccin fut appliqué à l'homme en 1896, d'abord à l'étranger, et en 1899 je vaccinai moi-même par cette méthode les élèves de mon service d'hôpital.

(1) Communication à l'Académie des sciences, séance du 20 janvier 1913.

Le vaccin chauffé s'étendit peu à peu dans le monde à mesure que ses bienfaits faisaient leurs preuves. En Afrique, en Asie, aux Indes et dans les possessions anglaises, aux Etats-Unis, au Japon, plusieurs centaines de mille hommes subissaient les injections vaccinales et se montraient protégés contre les dangers de la maladie.

Au bout d'une année de vaccinations pratiquées chez les soldats, avec du vaccin chauffé, le gouvernement des Etats-Unis rendait obligatoire, dans ses armées, ce mode de prophylaxie.

En 1903, le savant allemand Wassermann préconisa le vaccin bacillaire polyvalent et les autolysats, méthode reprise en France plus récemment.

En 1909, m'appuyant sur nos expériences de 1887, sur les résultats des vaccinations antityphoïdes que j'avais pratiquées sur mes élèves et que j'avais suivis pendant dix ans, et sur les renseignements venus de l'étranger, je demandai à l'Académie de médecine de nommer une commission pour étudier cette méthode antityphoïde.

Après l'avis favorable de l'Académie, le ministre de la guerre, M. Messimy, me chargea l'an dernier d'installer avec un médecin principal de l'armée, cette vaccination parmi les troupes des confins algéro-marocains. Au Maroc, aucun des vaccinés ne fut atteint malgré l'épidémie persistante. En 1912 j'ai pratiqué beaucoup de vaccinations dans les services hospitaliers, livré beaucoup de vaccin chauffé à la marine, à l'armée, à la population civile, et le maire de Nantes a créé un service municipal de vaccination antityphoïde. Je ne parlerai pas des inconvénients produits par cette méthode, soit locaux, soit généraux, pour la raison qu'ils n'ont pas existé ou qu'ils ont existé très faiblement. En voici la raison : je suis resté fidèle au mode de préparation du vaccin stérilisé par chauffage et conservé, de plus, dans une émulsion crésolée qui met à l'abri d'une impureté accidentelle. Les résultats de ces vaccinations ont été on ne peut plus favorables. Voici un exemple frappant de leur efficacité.

A partir du 5 avril 1912, le ministre de la marine, M. Delcassé, a autorisé la vaccination facultative des équipages de la flotte et des ouvriers des ports avec le vaccin que je livrais.

Quelle est la conséquence de cette mesure depuis huit mois? Le médecin général chef du service de santé de la marine vient, avec l'autorisation du ministre, de me faire connaître les résultats des vaccinations pratiquées à Cherbourg, Brest, Toulon, dans les écoles de la Méditerranée et de l'Océan, dans les équipages des trois grandes escadres et des deux escadres légères, à Diego-Suarez, Alger, Oran, Bizerte, etc.

La majeure partie de cette population marine, soit 67,845 personnes, n'a pas eu recours à la vaccination antityphoïde et a subi du 5 avril à fin décembre 1912 : 542 cas de fièvre typhoïde et 118 cas d'embarras gastrique fébrile.

Par contre 3 107 personnes qui n'avaient jamais eu la typhoïde se sont fait vacciner. Résultat : les vaccinés qui faisaient partie des mêmes équipages que les non-vaccinés, qui habitaient les mêmes régions, qui subissaient les mêmes conditions de travail, de fatigues, de plaisirs et de contamination, qui en un mot avaient tout commun avec leurs camarades, sauf le bénéfice de la vaccination, ont été protégés contre la fièvre typhoïde d'une manière saisissante. Une fois la vaccination terminée, tandis que les non-vaccinés étaient frappés par la typhoïde dans la proportion d'environ 1 p. 100 de leur effectif, eux les vaccinés n'ont pas présenté un seul cas de fièvre typhoïde. Parmi eux un homme seulement fut atteint d'embarras gastrique fébrile, qui naturellement a guéri.

Ces faits si démonstratifs comportent ce degré d'impartialité qu'ils n'ont pas été recueillis par moi. Je les communique tels qu'ils ont été portés à ma connaissance par l'autorité sanitaire navale.

Au Congrès de Washington en septembre dernier, le major Russel qui prépare pour l'armée américaine le vaccin par la méthode de chauffage du bacille typhique inaugurée par nous, il y a vingt-cinq ans, déclarait que depuis l'emploi du vaccin la fièvre typhoïde avait pratiquement disparu de l'armée navale des Etats-Unis. Les faits observés dans la marine française permettent de considérer que les affirmations du savant américain ne dépassent pas les limites de la vérité. Les renseignements concordants venus de tous les pays du monde légitiment l'espérance que notre siècle verra la fièvre typhoïde disparaître peu à peu des pays civilisés, grâce à la vaccination, comme le XIXe siècle a vu disparaître la variole.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES EFFETS THÉRAPEUTIQUES

DE

L'EAU DES DEUX-REINES (BASSIN D'AIX-LES-BAINS)

Par M. JEAN PIGNOT (1),

Interne des hôpitaux de Paris.

Dans cette étude, nous nous proposons de résumer six observations pour lesquelles nous n'avons employé systématiquement que l'eau des Deux-Reines (bassin d'Aix-les-Bains) afin d'en vérifier les effets thérapeutiques.

OBSERVATION I (salle Bouley, n° 16). — *Artériosclérose et néphrosclérose. Légère albuminurie.* — Fr. M..., âgé de soixante-dix ans, entre le 8 février 1912, salle Bouley, n° 16.

A son entrée, le malade présentait des troubles surtout respiratoires. Toux opiniâtre avec expectoration. Nombreux râles dans la poitrine et signes nets d'engouement des bases.

De plus, le malade se plaint d'inappétence, de céphalée, de vertiges qui ne le quittent pas depuis des mois et le gênent dans son travail. Rien au cœur. Légère albuminurie.

Remis de la phase pulmonaire, les troubles dont se plaignait le malade n'en persistent pas moins. La convalescence est lente et pénible. L'urine est peu abondante. On sent dans ses artères dures un pouls vibrant.

Le 18 mars on suspend tout traitement et on ne donne que de l'eau des Deux-Reines, quatre verres par jour :

Deux verres le matin à jeun,
Un verre avant le repas de midi,
Un verre avant le repas du soir.

Il se produit en trois jours une réaction diurétique intense, et l'on atteint près de 2 litres, puis 2l500 le 26 avril, et enfin 3 litres le 28.

On constate à peine un louche d'albumine, et malgré cette

(1) Travail du service du docteur Barth, hôpital Necker.

polyurie le malade augmente de 2 kilos en quinze jours. Pendant ce temps, la pression artérielle, d'abord à 20 (sphygmomanomètre Potain), se maintient à ce chiffre, oscille légèrement et tombe à 17 le 2 avril.

Ce même jour le malade demande sa sortie de l'hôpital se sentant très soulagé de ses troubles cérébraux et assez amélioré pour reprendre son travail.

Obs. II (salle Chauffard, n° 6). — *Artériosclérose. Hypertension.* — Fr. B..., soixante et un ans, cocher de fiacre.

Antécédents nuls, entre à l'hôpital pour de la céphalée, des épistaxis rebelles et des crises de palpitations.

Ces accidents remontent en août 1911. Jusque-là bon état général. Ethylisme manifeste, mais pas exagéré, quand le malade fut pris d'un point de côté violent à gauche et d'un engourdissement de tout le côté gauche dans les premiers jours d'août 1911. Un repos de vingt-cinq jours à l'hôpital, un régime lacto-végétarien améliorent rapidement son état.

On ne constate rien ni aux poumons, ni au cœur. Seul un nuage d'urine qui disparaît.

Le 28 mars dernier, les épistaxis réapparaissent, et cette fois le malade accuse plus nettement des vertiges et des palpitations au moindre effort.

L'auscultation pulmonaire révèle une congestion intense des bases qui se traduit par une forte dyspnée ainsi qu'une expectoration peu abondante.

Le cœur présente un bruit de galop. Les battements sont durs, et la main appliquée sur la région précordiale est soulevée énergiquement.

Les artères sont dures, roulent sous le doigt. La pression artérielle prise avec l'appareil de Pachon donne une pression maxima de 32.

Le pouls est à 72.

Une saignée de 500 grammes, pratiquée aussitôt, soulage immédiatement le malade.

Puis le lendemain on donne régulièrement quatre verres d'eau des Deux-Reines tous les jours avec régime lacto-végétarien.

Les urines jusque-là rares montent jusqu'à 2 litres et s'y maintiennent.

Au bout de quinze jours les palpitations sont moins fortes et moins pénibles.

Les épistaxis ne reparaissent pas.

Le malade se sent soulagé. Mais malgré cette amélioration subjective la tension artérielle est encore à 28 le 22 avril.

Obs. III (salle Lasègue, n° 25). — *Diathèse urique.* — G. V..., quarante-cinq ans, est entrée à l'hôpital Necker le 26 mars 1912 pour des phénomènes douloureux siégeant dans la région lombo-sacrée et pour des troubles dyspeptiques.

Cette malade est soignée chez elle depuis dix mois sans aucune amélioration malgré tous les traitements subis.

A l'examen, rien de pulmonaire ni de cardiaque. La pression artérielle est de 13 1/2-10 avec l'appareil Pachon.

Nous instituons le régime lacté pendant quelques jours et nous donnons le traitement par l'eau des Deux-Reines (quatre verres par jour) le lendemain de son entrée, sans aucun autre médicament.

Au bout de plusieurs jours la diurèse s'établit; la malade urine 2l500 au lieu de quelques centaines de grammes, et cette polyurie se maintient aux environs de 2 litres avec une légère oscillation pendant toute la durée du traitement.

Les jours où la diurèse dépasse 2 litres, la malade affirme se sentir soulagée au point de faire quelques pas sans trop souffrir, ce qui lui était impossible de faire avant le traitement. De plus, les troubles dyspeptiques s'atténuent, la malade ressent la faim et les aliments sont assimilés plus facilement.

Aujourd'hui, 22 avril, après trois semaines de traitement, la malade a engraissé de 1 kilo et est très manifestement améliorée.

De plus, dès que la malade est privée de l'eau des Deux-Reines les urines diminuent immédiatement et tombent de 2 litres à 800 grammes.

Obs. IV (salle Delpech, n° 2). — *Rhumatisme chronique.* — F..., cinquante-deux ans, femme de ménage, entre à l'hôpital pour des douleurs articulaires.

Aucun antécédent à signaler.

La phase douloureuse actuelle a débuté après une grippe de trois semaines, les douleurs se manifestèrent dans les articulations des pieds, puis dans les membres supérieurs.

Ces douleurs violentes rendaient tout mouvement impossible.

Rien de cardiaque, ni de pulmonaire, pas d'albumine dans les urines. Après une semaine les manifestations douloureuses diminuèrent d'intensité, mais de nouvelles crises réapparurent dans l'intervalle de quelques semaines.

La pression artérielle donne avec l'appareil Pachon le 26 mars, 14-7 1/2. A cette date on suspend tout traitement pour ne donner que de l'eau des Deux-Reines. La diurèse apparaît rapidement et atteint plus de deux litres. Elle amène en même temps une sédation dans les phénomènes douloureux.

Pourtant le 7 avril l'articulation du poignet droit devient très difficile à mobiliser, il y a empâtement et rougeur des téguments à ce niveau, et l'on est obligé d'adjoindre au traitement hydrique la médication salicylée avec badigeonnage local iodé. Au bout de quelques jours l'empâtement douloureux a disparu, beaucoup plus rapidement que dans les recherches antérieures au traitement par l'eau des Deux-Reines.

Aujourd'hui 22 avril, la malade est améliorée, mais l'urine redevient rare dès que l'on arrête la cure par l'eau des Deux-Reines.

Obs. V (Salle Bouley, n° 17). — *Athérome et dilatation de l'aorte. Catarrhe et emphysème, légère albuminurie,* — Ch. V., âgé de soixante-douze ans, entre à Necker, le 29 novembre 1911, pour dyspnée avec toux quinteuse et expectoration.

Le malade souffre de cet état depuis plusieurs semaines déjà.

Il éprouve de l'essoufflement au moindre effort, et sa toux lui fait rejeter tous ses aliments. Aussi a-t-il maigri depuis peu.

En examinant cet homme, on constate qu'il a un teint blanc d'aortique, un thorax assez développé avec quelques veinules dilatées. Les espaces intercostaux sont à peu près immobiles pendant la respiration qui se fait surtout par tirage.

L'auscultation révèle des signes nets d'emphysème pulmonaire avec bronchite.

Le cœur présente un bruit de galop, le deuxième bruit est clangoreux.

Le pouls est lent et fort, la pression mesurée au sphygmomanomètre Potain donne 20 degrés.

Les urines contiennent un peu d'albumine et sont rares.

Le 21 mars 1912, ce malade est mis au traitement de l'eau des Deux-Reines (4 verres par jour).

En l'espace de trois jours, la courbe de quantité d'urine monte en oscillant à 3 litres et les dépasse bientôt, pour arriver à 3l500.

Cette diurèse remarquable soulage notablement le malade, il respire plus librement et l'appétit se manifeste. La pression artérielle descend à 15 degrés pour s'y maintenir et le traitement hydrique terminé depuis quelques jours laisse cette amélioration qui fait envisager une convalescence rapide.

Obs. VI (Salle Bouley, n° 25). — *Artériosclérose. Troubles cérébraux.* — Fr. Ch.., cinquante-deux ans, entre le 23 mars 1912 pour des crises d'étouffements survenant principalement la nuit.

En interrogeant ce malade, on se rend compte qu'il présente un peu d'amnésie et ne sait pas par moments où il se trouve. Néanmoins il ne présente aucun signe de spécificité, et seule sa circulation cérébrale défectueuse peut être incriminée.

Cet homme est un tousseur, depuis de longues années, l'éthylisme est manifeste.

L'auscultation des poumons dénote des râles disséminés de bronchite chronique avec un peu de congestion des bases.

Le cœur est gros, il descend au sixième espace, on entend un léger bruit de galop. Le pouls est hypertendu, on trouve une pression de 24 centimètres avec le sphygmomanomètre Potain. Le foie est gros et sensible.

Le malade n'a pas d'appétit. Sa langue est sèche. Ses urines sont rares et fortement albumineuses.

Le lendemain de son arrivée le régime lacté est accompagné du traitement par l'eau des Deux-Reines. Le bocal d'urine qui ne marquait que 450 grammes d'urine épaisse, montre en six jours une élévation jusqu'à 1l600 seulement. Cette diurèse est appréciable cependant chez un individu dont le parenchyme rénal est fortement lésé.

Pendant toute la durée de ce traitement, sans aucun concours d'autres médicaments, la pression artérielle s'est abaissée jusqu'à 18 degrés (Potain).

L'appétit est revenu et le malade digérait assez bien les quelques aliments qu'on lui donnait, la quantité d'albumine qui dépassait 1 gramme par litre a diminué sans toutefois disparaître et les troubles cérébraux tendent également à se dissiper, car le malade conscient de son amélioration demande à retourner chez lui.

ANALYSE DES URINES

Observation I. — Salle Bouley, n° 16 :

		Avant le traitement (18 mars).	Pendant le traitement (2 avril).
Volume		1.100	2.270
Densité		1.020	1.015
Urée	par litre	11g5	14g8
	par 24 heures	12g65	32g56
Acide urique	par litre	0g290	0g378
	par 24 heures	0g319	0g858
NaCl	par litre	10g05	10g32
	par 24 heures	11g05	23g426
P^2O^5	par litre	1g10	1g22
	par 24 heures	1g21	2g769

Obs. III. — Salle Lasègue, n° 25 :

		Avant le traitement (27 mars).	Après le traitement (22 avril).
Volume		740	935
Densité		1.021	1.015
Urée	par litre	16g82	19g27
	par 24 heures	12g45	18g01
Acide urique	par litre	0g693	0g714
	par 24 heures	0g5128	0g687
NaCl	par litre	13g2	11g43
	par 24 heures	9g768	10g68
P^2O^5	par litre	1g14	1g46
	par 24 heures	0g8436	1g365

Obs. IV. — Salle Delpech, n° 2 :

		Avant le traitement (26 mars).	Après le traitement (22 avril).
Volume		1.250	1.450
Densité		1.015	1.013
Urée	par litre	17g56	16g91
	par 24 heures	21g95	24g51
Acide urique	par litre	0g253	0g252
	par 24 heures	0g316	0g365
NaCl	par litre	6g74	7g12
	par 24 heures	7g175	10g324
P^2O^5	par litre	1g53	1g09
	par 24 heures	1g91	1g58

Obs. V. — Salle Bouley, n° 17 :

		Avant le traitement (27 mars).	Après le traitement (25 avril).
Volume		760	2.210
Densité		1.010	1.0125
Urée	par litre	22g20	8g54
	par 24 heures	16g87	18g78
Acide urique	par litre	0g588	0g229
	par 24 heures	0g4468	0g506
NaCl	par litre	1g23	10g43
	par 24 heures	0g9348	23g05
P^2O^5	par litre	1g42	1g390
	par 24 heures	1g0792	3g07

Obs. VI. — Salle Bouley, n° 25 :

		Avant le traitement (26 mars).	Après le traitement (19 avril).
Volume		470	760
Densité		1.020	1.010
Urée	par litre	19g73	22g20
	par 24 heures	9g27	16g87
Acide urique	par litre	0g493	0g588
	par 24 heures	0g231	0g4468
NaCl	par litre	4g90	1g23
	par 24 heures	2g30	0g9348
P^2O^5	par litre	1g74	1g42
	par 24 heures	0g82	1g0792

Conclusion. — L'action de l'eau des Deux-Reines a été nettement diurétique et hypotensive.

Nous noterons que l'action diurétique est d'autant plus forte que la tension sanguine se rapproche de la normale.

Dans tous les cas les sels ont été éliminés en très grande abondance alors même que parfois l'élimination était relativement faible au début du traitement.

De plus, nous appellerons l'attention sur le régime de l'appétit, sur le bien-être des malades et sur ce fait que, sitôt que l'administration de l'eau cesse, les malades accusent immédiatement de l'oligurie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1913)

Action sur les centres auditifs de vibrations sonores complexes et intermittentes. — M. MARAGE. Quand on veut faire l'éducation chez les sourds-muets, ou la rééducation chez les sourds, de l'oreille et des centres auditifs, il faut employer les vibrations que l'oreille est destinée normalement à entendre, c'est-à-dire des vibrations aériennes et non des vibrations métalliques.

On ne doit employer que des vibrations bien connues, dont le tracé a été pris par la photographie.

On doit débuter par des vibrations très simples de timbre constant représentant les vibrations fondamentales des voyelles. Ensuite on emploie des vibrations plus complexes, de timbre variable, analogues à celles que l'on rencontre dans la voix naturelle.

On doit toujours pouvoir faire varier l'intensité des vibrations employées, de manière, chaque semaine, à mesurer exactement les progrès de l'acuité auditive.

Sur le sucre faiblement combiné dans le sang. — MM. R. LÉPINE et BOULUD.

Action des sels d'uranium et de l'uranium métallique sur le bacille pyocyanique. — MM. H. AGULHON et R. SAZERAC.

Influence des sels d'uranium et de thorium sur le développement du bacille de la tuberculose. — M. P. BECQUEREL.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1913)

Valeur théorique et pratique du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Louis RÉNON expose que cette médication, qui repose sur la loi de thérapeutique générale de l'immobilisation et du repos fonctionnel de l'organe lésé, ainsi que sur l'observation clinique, a une valeur considérable. La radiographie et la radioscopie, la technique et l'appareil de Küss en précisent l'application d'une manière très scientifique. Mais la valeur pratique en est beaucoup moindre, la rareté de l'unilatéralité relative des lésions et la fréquence des adhérences pleurales empêchant le plus souvent de pratiquer le pneumothorax. Si les résultats définitifs sont encore très discutés, les résultats immédiats sont remarquables dans les tuberculoses graves et fébriles à marche aiguë, hémoptoïques, caverneuses. La maladie s'arrête parfois d'une manière extraordinaire et on gagne du temps, ce qui est précieux. Cette méthode doit prendre place dans la phtisiothérapie comme une méthode d'attente, à indications restreintes demandant à être précisées soigneusement, cliniquement et radiologiquement, dans chaque cas particulier.

La déclaration obligatoire de la tuberculose. — A propos de l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux, M. MESUREUR déclare qu'à Paris ce problème délicat et angoissant est à l'ordre du jour des conseils de l'assistance publique depuis huit ans, et qu'aucune solution complète et satisfaisante ne lui a été donnée. Ce que Paris ne peut pas faire avec les ressources dont il dispose, comment la province pourra-t-elle le faire?

Dès 1904, la « commission permanente de préservation contre la tuberculose », sous la présidence de M. Léon Bourgeois, émettait l'avis que « les villes qui possèdent plusieurs hôpitaux devaient en affecter un ou plusieurs au traitement exclusif des tuberculeux et à défaut leur consacrer des quartiers spéciaux dans les hôpitaux existants ». Ces prescriptions étaient bientôt rendues impératives par une circulaire ministérielle. M. Mesureur expose ce qui a été fait à Paris, notamment à Laënnec, Cochin, Brévannes, et déclare qu'on ne saurait reprocher à la grande administration hospitalière parisienne d'avoir négligé le problème.

Dès 1904 elle soumettait à son conseil de surveillance un projet affectant des hôpitaux et des quartiers spéciaux à la tuberculose, elle proposait la suppression de 24 services de médecine générale et leur transformation, consacrant ainsi 2093 lits à la cause de l'isolement. En 1910, le débat n'était pas terminé et n'avait abouti qu'à des mesures partielles.

Election. — Une élection a eu lieu, à la suite de laquelle M. Léger, pharmacien des hôpitaux, a été proclamé élu, par 63 voix sur 72 votants, dans la section de pharmacie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1913)

Autolyse aseptique du rein de cobaye. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et V. JONNESCO. Dans l'autolysat, le glomérule de Malpighi et le segment du rein grêle de l'anse de Henle se modifient : pour le premier, la couche cylindrique de Bowmann se fond en plasmode; pour le second, la lumière diminue par suite de la tuméfaction de ses cellules. Ces modifications rappellent celles que l'on a observées au cours de la vie embryonnaire.

Conservation des spermatozoïdes en divers milieux. — M. CHAMPY. Le mouvement du flagelle des spermatozoïdes de grenouille n'est véritablement déclanché que par le contact de l'eau pure. Ce mouvement consomme des matériaux qui sont représentés par la gaine mitochondriale du spermatozoïde.

Passage d'une nucléo-protéide anticoagulante dans le sang. — MM. DOYEN et SARVONAT. L'atropine, injectée dans le cholédoque, détermine, chez le chien, l'incoagulabilité du sang, par suite du passage, dans ce milieu, d'une nucléo-protéide anticoagulante.

Toxicité du sérum. — M. BELIN. Pour éviter les accidents dus à la toxicité du sérum, on peut, ou le laisser vieillir, ou le chauffer, ou, surtout, faire précéder l'injection de la dose thérapeutique soit d'une seule injection sous-cutanée ou intraveineuse d'une faible dose de sérum, soit de plusieurs injections faites à doses suffisantes.

Ferrométrie des lipoïdes. — MM. GÉRARD et DELABY. Tous les lipoïdes provenant d'organes non autolysés et desséchés rapidement dans le vide et à basse température contiennent des composés ferrugineux solubles dans l'éther.

De l'action du séné et du sérum d'un animal traité par le séné sur les mouvements de l'intestin perfusé. — MM. Paul CARNOT et Roger GLÉNARD étudient plus en détail, par la méthode de la perfusion intestinale, l'action de divers purgatifs qu'ils avaient mentionnée antérieurement.

Prenant pour type d'étude le séné, ils montrent que le séné introduit directement in vitro au contact d'une anse intestinale isolée et perfusée provoque une hyperexcitabilité considérable des muscles intestinaux, avec production de contractions péristaltiques énergiques, de contractures en bagues, avec élimination spontanée et périodique du contenu intestinal.

Si l'on étudie la contractilité d'une anse provenant d'un animal à qui l'on a fait ingérer antérieurement du séné, on constate que cette anse perfusée reste longtemps hyperexcitable, et que, par conséquent, cette action se continue d'elle-même, alors qu'il n'y a plus contact du séné avec la paroi intestinale.

Si dans une anse intestinale perfusée provenant d'un animal sain, on introduit du sérum provenant d'un animal traité par le séné, on constate que ce sérum a une action péristaltique intense et prolongée, indépendante, par conséquent, de l'action directe du sérum.

Il en est de même de l'action des extraits gastriques, intestinaux et spléniques, provenant d'un animal traité par le séné. Ces extraits exagèrent considérablement l'excitabilité d'une anse intestinale isolée.

Il semble que l'on puisse émettre l'hypothèse que le purgatif agit en pareil cas de façon indirecte, en provoquant la sécrétion par l'organisme, et la résorption d'hormones péristaltiques.

ANALYSES

MÉDECINE

Recherches sur la digestion des graisses et coprologie clinique. (H. LABBÉ et P. LARUE. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, février 1912.) — Le dosage des graisses dans les matières fécales réclame avant tout une technique bien réglée.

Il faut tout d'abord prolonger la durée de l'observation pendant au moins *trois jours*. Les matières fécales doivent être recueillies *en totalité* après délimitation par du charbon végétal pulvérisé. L'extraction des graisses des matières fécales est le point particulièrement délicat. Toutes les méthodes sont à ce point de vue, plus ou moins entachées d'inexactitudes ; en effet les auteurs, sous le nom de *graisses neutres*, comprennent des matières insolubles dans l'eau, solubles dans les solvants habituels des corps gras, mais qui ne se combinent pas aux alcalis caustiques pour former des savons solubles. Il s'agit là de matières insaponifiables, telles que la cholestérine, l'indol, etc. Il faut donc séparer ces substances, des graisses neutres. Pour cela, on dose d'abord les acides gras à l'aide de la potasse alcoolique demi-normale, puis on saponifie les graisses neutres. Il reste les graisses *insaponifiables* (cholestérine surtout, dont le dosage est important dans les maladies du foie).

De toutes manières, il est d'abord utile de connaître le *coefficient d'absorption* des corps gras, d'un sujet normal, il est environ de 92 à 96 p. 100. On peut admettre que toutes les fois que, pour une quantité totale de graisses libres d'environ 100 à 120 grammes, l'utilisation tombera à 90, il y aura baisse du coefficient d'absorption ; à partir de 80 l'absorption est franchement mauvaise.

La *formule d'élimination* varie sous l'influence d'éléments étrangers à l'activité lipolytique du tube digestif. Il s'ensuit que la formule d'élimination ne peut donner une idée exacte du degré d'activité du pancréas. Elle doit être néanmoins toujours recherchée, mais la formule qui conserve toute sa valeur c'est la quantité absolue de graisses neutres vraies éliminées, comparée à la quantité des corps gras ingérés.

Chez l'homme sain, ce rapport est de 0,2 à 0,3 pour 100 grammes de graisse ingérée.

Ce rapport peut être appelé le *coefficient de dédoublement*. Voici les conclusions de cet intéressant travail.

1° La *formule d'élimination* des graisses fécales n'offre qu'un intérêt clinique contestable : elle ne saurait servir à mesurer soit l'activité lipolytique intestinale soit la digestibilité d'un corps gras.

2° Le *coefficient d'absorption* et le coefficient de *dédoublement des graisses* doivent être systématiquement recherchés dans l'analyse des matières fécales.

3° Le *dosage de l'insaponifiable* dans l'extrait éthéré des fèces, non seulement est indispensable pour déterminer la quantité absolue des graisses neutres éliminées, mais peut encore constituer un élément précieux pour le diagnostic des maladies du foie ou des voies biliaires (cholestérine).

B. GAYARD.

Deux cas d'accidents aigus d'anaphylaxie généralisée après injections de sérum antituberculeux. (GAUSSEL et GUEIT. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 6 déc. 1912.) — Les auteurs communiquent l'observation de deux malades traités au sanatorium Bon-Accueil par les injections de sérum de Rappin ou les injections de bactériolysine de Maragliano et chez lesquels ils ont observé, au cours d'une deuxième série d'injections, des accidents aigus d'anaphylaxie généralisée. M. Gueit se demande si ces accidents peuvent bien être rapportés à ce fait que l'un de ces malades avait ingéré en même temps de la viande crue de cheval. Mais l'autre n'a absorbé que de la viande de mouton. Il faut attendre jusqu'à plus ample informé et admettre que ces faits reconnaissent une sensibilité spéciale de l'organisme des tuberculeux à faire des accidents sériques et que chez ces malades les injections de sérum déterminent l'apparition dans le sang circulant d'albumine hétérogène, cause de l'*état anaphylactique de Ch. Richet*, La méthode désanaphylactisante de Besredka, ou les lavements, mettent à l'abri de ces accidents. L. GAYARD.

Chlorome : étude clinique de deux cas. (Walter L. BIERRING. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LIX, n° 16, 19 oct. 1912, pp. 1435-1439.) — **Du chlorome.** (A. M. BURGESS. *Journ. of med. Research*, vol. XXVII, n° 2, nov. 1912, pp. 147-155.) — Bierring conclut que le chlorome n'est pas une entité nosologique spéciale, qu'il appartient aux maladies primitives des parenchymes hématopoïétiques. C'est une affection systématisée et généralisée de l'appareil lymphatique hématopoïétique, caractérisée par la tendance à la prolifération maligne et à la localisation hétérotopique de ses infiltrations verdâtres.

Burgess nie également qu'il s'agisse d'une entité pathologique distincte. Au contraire, le chlorome n'est qu'une partie du processus pathologique d'un des types de la leucémie myélogène aiguë. L'existence de relations quelconques entre le chlorome et la vraie leucémie lymphatique n'a point été démontrée. La leucémie myélogène est une métastase sanguine d'une véritable tumeur qui a son origine dans la moelle osseuse et dont les cellules envahissent le torrent circulatoire et la moelle osseuse. Dans certains cas où les cellules sont peu différenciées et prolifèrent rapidement, il y a invasion d'autres tissus. Ces métastases, si elles sont pigmentées en vert, sont ce qu'on appelle le chlorome. F. GARDNER.

MÉDECINE INFANTILE

Sclérodermie en plaques forme mixte : lardacée et tuberculeuse. Traitement thyroïdien. Amélioration rapide. (NICOLAS et MONTOT [de Lyon], *La Pédiatrie pratique*, 15 avril 1912.) — Il s'agissait d'un cas indiscutable de sclérodermie en plaques ou morphée, chez un enfant de trois ans. Au niveau de certains éléments, la surface blanchâtre, lisse, le blac-ring de la périphérie, affirmaient la morphée ordinaire. D'autres éléments présentaient une surface irrégulière, mamelonnée ; il s'agissait de morphée tubéreuse, variété extrêmement rare. Il n'existait pas chez la malade de symptômes d'insuffisance thyroïdienne, néanmoins sous l'influence de la thyroïdine, il y eut en quinze jours une amélioration extrêmement rapide que l'on ne peut qu'attribuer certainement directement au traitement thyroïdien. B. GAYARD.

Bromides papulo tuberculeuses géantes. (J. HALLÉ et DORLENCOURT. *Soc. de Pédiatrie*, 13 février 1912.) — Les accidents sont survenus à la suite d'ingestion de faibles doses de bromure, sans que l'on puisse trouver quoi que ce soit qui eût pu rendre la peau de la malade plus susceptible. Il existe deux grandes papules (3 centimètres sur 2 centimètres) sur la joue gauche de l'enfant, trois plaques croûteuses sur le cuir chevelu; sur la joue droite un élément d'acné vraiment géant. On ne constate aucune adénopathie, il n'y a pas de prurit. L'examen n'a montré dans le pus, au niveau de ces papules, aucun microbe, mais uniquement des cellules nécrosées : aussi, les auteurs tendent-ils à admettre que les points suppurés de l'acné bromique sont le résultat d'une véritable *toxi-dermite suppurative*. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Résection du gros intestin pour constipation. (PAUCHET. *Soc. méd. de Picardie*, janvier 1913.) — M. Pauchet présentait un malade et une partie de son gros intestin, qui comprend le cæcum, le côlon ascendant et le côlon transverse. Ce sujet s'est levé au bout de cinq jours; et a quitté l'hôpital le quatorzième jour. Son état général est satisfaisant; plusieurs points de son observation sont à noter; d'abord les troubles fonctionnels qui ont provoqué son opération. En effet, le sujet avait été adressé à M. Pauchet pour ulcère gastrique, à cause des vomissements et des douleurs qui survenaient deux ou trois heures après les repas. L'examen radiologique montra que l'estomac ne présentait rien d'anormal, et que le bismuth s'accumulait deux ou trois jours dans le cæcum. *Le chirurgien fit une iléosigmoïdostomie*; il s'agissait en effet de troubles gastriques d'origine réflexe, et provenant du gros intestin : c'était un faux gastropathe. Les résultats fonctionnels obtenus par iléosigmoïdostomie furent absolument nuls, et le malade a continué à souffrir de l'estomac comme auparavant; il a simplement présenté des selles plus fréquentes, et plus molles, ce qui n'a rien d'étonnant. La radiographie prise à la suite de cette opération montra qu'une partie des matières refluait du rectum vers le cæcum et y stagnait longtemps. Devant la persistance des troubles gastriques, et l'incapacité où se trouvait cet homme de s'alimenter, M. Pauchet l'opéra de nouveau, avec l'intention de lui enlever le gros intestin. Il examina de nouveau l'estomac, qui fut trouvé normal. Il découvrit, par la laparotomie, le cæcum et le côlon ascendant absolument remplis de matières jusqu'au niveau de l'angle hépatique. Il fit donc la résection du gros intestin, cæcum, côlon ascendant, côlon transverse, et s'arrêta au côlon descendant. L'intervention fut très facile. La péritonisation des surfaces dénudées ne présenta elle-même aucune difficulté; le ventre fut fermé en un plan au fil de bronze, et le malade se leva le cinquième jour. Il est impossible de se prononcer sur la valeur exacte de cette opération, qui est encore trop récente, mais le sujet qui ne pouvait s'alimenter avant l'opération, et qui vomissait tous les jours, boit et mange avec grand plaisir et se trouve très satisfait de l'intervention chirurgicale qu'il a subie. L. GAYARD.

Hématurie due à une tuberculose d'un ouraque perméable. (Herman E. PEARSE et Edwin Lee MILLER. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. LVIII, n° 22, 1er juin 1912, pp. 1684-1685.) — Voici un cas qui ajoute une nouvelle cause à la liste des causes d'hématurie et un élément de plus au diagnostic des tumeurs de la paroi abdominale.

Une femme de vingt-six ans présente des signes indubitables de tuberculose pulmonaire, bien que des examens répétés ne fassent point trouver de bacilles dans les crachats. En outre, elle a au niveau de l'ombilic un orifice fistuleux, et, au-dessous, une large tumeur de la paroi abdominale, dont la pression fait sourdre du pus par l'orifice. Première opération, ablation de la tumeur suivie d'une éruption scarlatiniforme prurigineuse très pénible et subitement, six jours après l'intervention, d'une hématurie. Un examen cystoscopique montre une vessie normale, des uretères normaux, et au sommet de la vessie, l'orifice de l'ouraque irrégulier et tuberculeux, d'où venait le sang. Extirpation dudit ouraque, suivie aussi d'une éruption scarlatiniforme identique à la première. Guérison. L'examen histologique vérifie le diagnostic de tuberculose limitée de l'ouraque et du kyste par dilatation de celui-ci, qui formait la tumeur de la paroi abdominale. F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Polynévrite à forme quadriplégique avec persistance du réflexe rotulien. Difficultés de diagnostic. (Jean BAUMEL et LAPEYRE. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 20 déc. 1912.) — Dans le cas rapporté par MM. J. Baumel et N. Lapeyre, la stricte limitation du processus pathologique aux extrémités des membres explique que le territoire du réflexe rotulien soit indemne et montre qu'avant de porter un diagnostic ferme il faut s'entourer de toutes les garanties cliniques nécessaires, en l'espèce la recherche du réflexe achilléen qui est en quelque sorte la pierre de touche autour de laquelle gravite cette intéressante observation. L. GAYARD.

PHARMACOLOGIE

NOUVEAU SUCCÉDANÉ DE L'APOCYNAMARINE

Malgré les nombreuses recherches faites pour isoler le principe actif de l'Apocynum cannabinum, il a été jusqu'à présent impossible d'obtenir un produit satisfaisant, car l'apocynamarine possède une action incertaine et qui ne correspond nullement à celle de la plante même. On a réussi dernièrement à isoler la substance active des apocynées en traitant la racine ou l'écorce d'Apocynum cannabinum ou d'Apocynum androsæmifolium par le tétrachlorure de carbone en ébullition et en isolant la nouvelle substance au moyen d'un procédé assez complexe.

L'apocynamarine nouvelle se présente sous forme de prismes incolores de saveur très amère, fusibles entre 135 et 140 degrés. La substance est difficilement soluble dans l'eau froide, plus facilement soluble dans l'eau chaude et les dissolvants organiques.

L'apocynamarine nouvelle produit un effet cardiaque semblable à celui de la digitale, elle est en même temps fortement diurétique. L'administration se fait par la bouche (3 dixièmes à 1 milligramme plusieurs fois par jour) ou par injections sous-cutanées ou intraveineuses par doses d'un demi-milligramme.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES ANGIOCHOLITES

ET LES CHOLÉCYSTITES (1)

B. **Cholécystites.** — L'inflammation de la vésicule biliaire coexiste le plus souvent avec l'inflammation des autres voies biliaires; néanmoins elle domine assez souvent le tableau symptomatique; on peut observer en clinique trois types d'inflammation de la vésicule, la cholécystite hydropique, la

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 3, p. 46, et n° 6, p. 93.

cholécystite scléro-atrophique, la cholécystite suppurée; les causes prédisposantes, déterminantes, sont les mêmes que celles des angiocholites; le rôle de la lithiase est ici capital.

La cholécystite hydropique s'observe souvent à la suite d'une colique hépatique; le malade conserve de la douleur dans la région de la vésicule; à la palpation, on sent une tumeur arrondie, mate à la percussion. La tumeur peut brusquement disparaître; elle peut également réapparaître à l'occasion d'une nouvelle crise; la guérison sans séquelles peut s'observer, mais souvent, à la suite de ces crises successives, la vésicule peut se scléroser et s'atrophier; il s'agit alors de la *cholécystite scléro-atrophique*, se caractérisant par de petits accès de fièvre, une induration profonde, de l'empâtement au niveau de la vésicule et un état général plutôt mauvais, dont la véritable cause est très longtemps méconnue, jusqu'au jour où éclatent soudain des accidents aigus.

La *cholécystite aiguë* débute par des troubles généraux (perte de l'appétit, difficultés de la digestion, diarrhée); la région sus-hépatique devient douloureuse, on observe des nausées, de l'épigastralgie, la fièvre apparaît; elle est parfois continue, le plus souvent elle est rémittente. La palpation révèle enfin l'existence d'une tumeur située au niveau du bord externe du grand droit où elle forme une voussure parfois très accusée; l'évolution peut se faire vers la guérison et la résorption de l'épanchement de pus, surtout *si les voies biliaires sont perméables*. On peut au contraire voir survenir une *péritonite localisée*, un abcès sous-phrénique, suppurations suivies ou non de *fistules* (bilio-coliques, bilio-duodénales, cutanées), ou une *péritonite généralisée*, comme cela se voit surtout au cours des *cholécystites suraiguës gangréneuses*. Les cholécystites suppurées s'observent fréquemment au cours de la fièvre typhoïde, et leur apparition peut en imposer souvent pour une péritonite par perforation.

Telles sont les nombreuses manifestations cliniques des angiocholécystites; on conçoit facilement combien, en raison même de leur variété symptomatique, leur diagnostic est le plus souvent délicat.

DIAGNOSTIC. — L'*angiocholécystite catarrhale* passe presque toujours inaperçue; on en fait seulement le diagnostic rétrospectif lorsqu'on est en présence de l'une de ses complications, la lithiase ou la cirrhose biliaire. Les *angiocholites suppurées* sont facilement méconnues; la fièvre peut faire défaut, en effet, chez les vieillards et les cachectiques; les signes d'angiocholite peuvent être masqués par les signes de l'affection primitive (fièvre typhoïde, choléra, pneumonie); cependant un foie gros et douloureux, du subictère, des urines bilieuses et des matières fécales décolorées ou surcolorées, pourront orienter le diagnostic. Le diagnostic est toujours plus facile quand les signes généraux (fièvre, ictère, état saburral) et locaux (foie douloureux, vésicule perceptible) s'observent chez un *lithiasique avéré*.

Le diagnostic est souvent à discuter avec le *paludisme* (accès moins régulier, aucune influence de la quinine, absence de l'hématozoaire dans le sang); les deux affections peuvent d'ailleurs coexister; le diagnostic de l'*abcès dysentérique* du foie est en général facile grâce aux renseignements étiologiques et à la *radiographie;* on aura parfois à discuter le diagnostic d'autres maladies infectieuses, à phénomènes fébriles intermittents, *pyélo-néphrites*, suppurations tuberculeuses, *endocardites*, etc.

La constatation d'un *ictère* catarrhal ou infectieux, primitif ou secondaire, ne devra pas nécessairement entraîner, nous avons expliqué pourquoi, le diagnostic d'angiocholite; il faudra éliminer les ictères par compression des voies biliaires et s'efforcer de vérifier, si l'ictère observé n'est pas la conséquence d'une septicémie primitive avec hépatite descendante, secondaire.

Rappelons aussi que, pour certains auteurs, le *syndrome colique hépatique* n'est pas nécessairement lié à la migration d'un calcul dans les voies biliaires, mais relève bien souvent d'une légère poussée d'angiocholite, intéressant le cholédoque ou le cystique; on recherchera soigneusement dans les selles le calcul biliaire à la suite d'une colique hépatique.

Le diagnostic des *cholécystites* est aussi très délicat, sauf quand elles surviennent chez des lithiasiques avérés; l'hydropisie de la vésicule sera distinguée d'un lobe aberrant du foie (lobe de Riedel), des kystes hydatiques, des kystes du rein, du pancréas. La *radiographie* devra toujours être pratiquée. La cholécystite scléro-atrophique est souvent méconnue. Les malades sont traités comme des dyspeptiques, des entéritiques, quelquefois comme des tuberculeux. La cholécystite suppurée doit être distinguée de la cholécystite hydropique, des abcès sous-hépatiques, des kystes hydatiques suppurés, de l'appendicite. On parviendra à ce diagnostic par une palpation méthodique, et par les renseignements étiologiques.

On sera parfois appelé à poser le diagnostic de *certaines complications*, soit immédiates (péritonites enkystées, ou généralisées, etc.), soit tardives (lithiase, cirrhoses biliaires, etc.).

Le diagnostic devra toujours se compléter par un diagnostic *étiologique* et *bactériologique;* le plus souvent il s'agit de coli-bacilles, de bacilles d'Eberth, de paratyphiques, d'entérocoques; mais l'on peut observer aussi le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque; une *hémoculture* précoce fixera souvent ce diagnostic. Quant aux conditions étiologiques elles seront faciles à préciser quand il s'agit d'angiocholécystites survenues au cours de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, de la pneumonie, de la scarlatine, etc., ou encore, lorsqu'il existe des infections de l'intestin, entérites, colites, intoxications alimentaires, etc.; la lithiase biliaire, conséquence elle-même d'une angiocholite légère, est souvent à l'origine d'angiocholécystites graves, suppurées; il en est de même lorsqu'un obstacle est apporté à la sécrétion de la bile: occlusion du cholédoque par un calcul, un cancer du pancréas, etc., enfin il peut s'agir de causes toxiques, phosphore, venin de serpent, etc.

PRONOSTIC. — Le pronostic des infections biliaires est toujours sérieux; en effet les angiocholites les plus légères peuvent déterminer soit la lithiase, soit la cirrhose biliaire; d'autre part les angiocholites aiguës, avec ou sans ictère, s'accompagnent presque toujours d'*hépatite* concomitante et elles peuvent toutes évoluer vers l'*ictère grave*; enfin les angiocholites suppurées, sont très souvent mortelles; toutes peuvent déterminer en outre des pancréatites aiguës ou hémorragiques souvent mortelles, des pleurésies, des endocardites graves.

Quant aux cholécystites, elles sont graves elles aussi, en raison surtout des péritonites généralisées ou localisées avec fistules secondaires qu'elles peuvent provoquer.

De toutes manières, le pronostic sera basé sur l'appréciation du fonctionnement de la cellule hépatique, et sur les signes généraux, la fièvre, le pouls, etc. On redoutera toujours l'anurie, la tendance aux hémorragies, les phénomènes nerveux.

TRAITEMENT. — *a*. PROPHYLACTIQUE. — Chez les prédisposés (tempérament biliaire), les cholémiques, on veillera au régime alimentaire, on réalisera de l'antisepsie intestinale (benzonaphtol, salol, etc.), on prescrira des eaux minérales (Vichy), des lavages de l'intestin; on donnera des cholagogues, calomel, huile de ricin, boldo, etc.

b. CURATIF. — L'angiocholécystite évoluant, on essaiera de réaliser l'antisepsie des voies biliaires en donnant des médicaments s'éliminant par la bile, salicylate de soude, salol; récemment M. Chauffard a insisté sur les heureux effets de l'*urotropine* à doses fractionnées; on mettra de la glace au-devant du foie, on fera des révulsions sur la région hépatique.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — C'est le traitement de choix, le seul qui réalise vraiment la désinfection des voies biliaires (drainage des voies biliaires). C'est le traitement chirurgical qui est seul à employer dans les affections vésiculaires [cholécystectomie, cholécystostomie ou cholédocotomie avec ou sans drainage (Kehr, Terrier-Gosset)].

BIBLIOGRAPHIE. — GARNIER, LEREBOULLET, etc. *Les maladies du foie*, Paris, 1910, J.-B. Baillière et fils. — CHIRAY. De l'obstruction biliaire, Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 134 et 137. — ABRAMI. *Les ictères infectieux*, Th. de Paris, 1910. — BRUNET. *Les angiocholécystites aiguës éberthiennes*, Th. de Lyon, 1911. — Traités classiques; pour le traitement chirurgical voir la pratique médico-chirurgicale et la thèse de GUÉNOT, 1908.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

VARIÉTÉS

LE SIGNE DE MOUTIN ET LE SIGNE DE BOIRAC

Je n'ai, je dois le confesser tout d'abord, aucune compétence en ce qui concerne les phénomènes dits psychiques. Les faits de spiritisme, de médiumnité, de suggestion, de télépathie, de magnétisme animal, etc., me sont complètement inconnus; aussi le scepticisme instinctif dont je ne puis me défendre vis-à-vis d'eux est-il probablement de mauvais aloi comme tout scepticisme ignorant. Cet aveu ayant libéré ma conscience, je vais rapporter pour ceux de nos confrères que ces questions intéressent les détails suivants que j'emprunte à un article de M. E. Boirac, l'éminent recteur de l'Académie de Dijon (1).

Après avoir exposé combien il est utile « de pouvoir distinguer de prime abord parmi un certain nombre d'individus, lesquels sont susceptibles de présenter des phénomènes psychiques au moins élémentaires, lesquels ne le sont pas », M. Boirac soutient que ce diagnostic est réalisable au moyen du *signe de Moutin.* C'est à un médecin que ce signe est dû, car le docteur Moutin exerce à Boulogne-sur-Seine, et c'est dans sa thèse sur *le Diagnostic de la suggestibilité* que le signe en question est décrit sous le nom de *procédé neuroscopique.* Voici en quoi il consiste, et ici je cède la parole à M. E. Boirac.

« On se place derrière la personne dont il s'agit d'explorer la sensibilité à ce point de vue spécial, et l'on applique sur son dos, au niveau des omoplates, les paumes des deux mains largement étendues, les deux pouces se rejoignant sur un des nœuds de la colonne vertébrale. Après quelques secondes d'application (trente secondes au maximum) on retire lentement les mains en arrière. Si la personne suit le mouvement des mains auquel son dos semble adhérer ou qui paraissent l'attirer avec une force irrésistible, elle peut être considérée comme présentant le signe de Moutin, au moins au premier degré. A un degré supérieur, elle sera attirée et forcée de venir à reculons, même si les mains ne touchent pas les omoplates et en sont séparées par une distance de 10, 20, 30 centimètres, etc. Certaines personnes accusent, en outre, une sensation de chaleur intense, presque de brûlure. Au lieu d'appliquer les deux mains, on peut aussi appliquer simplement la paume de la main droite sur la nuque : l'effet produit est sensiblement le même. »

Et voici dans quelles circonstances le docteur Moutin fut mis sur la voie de cette découverte.

« M. Moutin se promenait en compagnie d'un ami, à la campagne, dans les environs d'Avignon : tous deux, arrêtés au bord d'un champ, s'étaient penchés pour regarder de plus près les allées et venues d'un insecte, et M. Moutin avait, sans y prendre garde, mis la main sur la nuque de son ami. Tout à coup celui-ci s'écria :

— Enlevez donc votre main, vous me brûlez le cou avec votre cigarette.

Surpris, M. Moutin répondit :

— Mais je n'ai pas de cigarette.

Et après avoir montré sa main à l'ami redressé, la lui plaçant de nouveau sur la nuque :

— Voilà, dit-il, comment nous étions tout à l'heure.

(1) *Le Foyer*, 15 nov. 1912.

— C'est étrange, répartit l'ami, je sens encore que votre main me brûle.

Retirant sa main, M. Moutin vit avec une surprise croissante son ami chanceler et tomber presque à la renverse. Déjà fort au courant des choses de l'hypnotisme et du magnétisme animal, il entrevit la signification probable de ce singulier phénomène et demanda au frère de son ami, directeur d'une importante manufacture, l'autorisation d'essayer quelques expériences sur un certain nombre d'ouvriers de l'usine. Il se rendit compte ainsi de l'opposition bien caractérisée des réactions individuelles provoquées par son procédé et de la relation existant entre une réaction nettement positive et l'aptitude à subir effectivement les influences suggestives et hypnotiques. »

L'existence du signe de Moutin étant ainsi établie, M. Boirac estime que chaque médecin doit le rechercher au cours de tout examen complet pratiqué sur un malade, car, suivant que celui-ci est ou n'est pas un *moutinien*, il appartiendra à la classe de ceux qui peuvent être guéris ou améliorés par le traitement psychique ou de ceux justiciables seulement des drogues et des régimes.

Mais, dit M. Boirac, « on pourrait objecter que, si la personne chez laquelle on cherche le signe de Moutin sait d'avance de quoi il s'agit, il lui est possible, soit de simuler ou tout au moins d'exagérer la réaction, soit, au contraire, de la supprimer par sa résistance volontaire, et, d'autre part, qu'il est bien difficile qu'elle ne soupçonne rien du but de l'opération qu'on tente sur elle, quand elle voit qu'on se place derrière son dos et qu'on applique les mains sur ses omoplates, ce qui ne peut guère se faire à son insu ni même sans son consentement. »

Aussi, M. Boirac propose-t-il la modification suivante au procédé de Moutin. « Faisant face à une personne avec laquelle on converse, on place sa main droite sur son épaule gauche (ou inversement), soit comme pour un geste de familiarité amicale, soit sous prétexte d'examiner de plus près quelque particularité de sa physionomie ou de sa coiffure et on pense, aussi fortement que possible, qu'on veut qu'elle vienne en avant ou en arrière, exactement comme dans l'expérience du pendule de Chevreul on se représente le mouvement du pendule dans telle ou telle direction. La poussée infinitésimale qu'on imprime ainsi, ou bien ne produit aucun effet, ou bien, quand elle est subie par un système nerveux d'une sensibilité spéciale, est immédiatement intensifiée au centuple et détermine un mouvement d'attraction ou de répulsion absolument irrésistible.

Nous n'avons vérifié ce signe, tout récemment découvert, que sur un nombre assez restreint d'individus, tandis que le signe de Moutin a été vérifié sur des milliers, et il sera d'ailleurs toujours bon de confirmer par celui-ci les indications données par celui-là. »

Et l'auteur du travail termine en disant que, « sous une forme ou sous une autre, le signe de Moutin doit être envisagé comme une acquisition précieuse de la science médicale, et il mérite d'avoir une place dans la séméiologie à côté des signes classiques, signes de Cheyne-Stokes, de Romberg, de Lasègue, de Kernig, etc., qui ont immortalisé les noms de ceux par qui ils furent découverts ».

Nous ne pouvons pour notre part, que souhaiter qu'il en soit ainsi et que, s'ils répondent bien à une réalité, les signes de Moutin et de Boirac immortalisent eux aussi les noms de ceux qui les ont découverts.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 10. — SAMEDI 25 JANVIER 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 25 JANVIER 1913. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 22 janvier 1913. — Question donnée : « Artères intercostales. — Symptômes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique. »

MM. Gineste, 11 + 18 = 29; Fitte, 14 + 21 = 35; Ramadier (H.), 13 1/2 + 21 = 34 1/2; Jamin, 14 + 20 = 34; Bordet, 17 + 25 = 42; Perin (Lucien), 12 + 19 = 31; Buquet, 14 + 21 = 35; Lesage, 14 + 20 = 34; Mazzoléni, 13 + 20 = 33.

— RÉPARTITION DANS LES SERVICES HOSPITALIERS DE MM. LES ÉLÈVES INTERNES ET EXTERNES EN MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1913-1914. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration, pour l'année 1913 1914, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions, ceux des première, deuxième et troisième années le 15 février 1913, et ceux de quatrième année le 1er mai 1913) : internes et internes provisoires, le mercredi 12 février, à deux heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mars 1913): ceux de huitième, septième année (militaires), de sixième, de cinquième et de quatrième années (externes ayant concouru en 1905, 1906, 1907, 1908, 1909), le lundi 17 février, à deux heures; — ceux de troisième année (externes ayant concouru en 1910), le mercredi 19 février, à deux heures; — ceux de deuxième année (externes ayant concouru en 1911), le vendredi 21 février, à deux heures; — ceux de première année (externes ayant concouru en 1912), le mardi 25 février, à deux heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

HOPITAUX DE PROVINCE. — TOULOUSE. — La médaille d'or de l'internat a été attribuée à M. Saint-Martin, premier de sa promotion.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Grasset, professeur de clinique médicale (chaire d'Etat) à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, a été nommé, sur sa demande, à partir du 1er février 1913, professeur de pathologie et thérapeutique générales (fondation Jaumes) à ladite faculté, en remplacement de M. Rauzier, appelé à d'autres fonctions.

M. Rauzier, professeur de pathologie et thérapeutique générales (fondation Jaumes) à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, a été nommé, sur sa demande, à partir du 1er février 1913, professeur de clinique médicale (chaire d'Etat) à ladite faculté, en remplacement de M. Grasset, appelé à d'autres fonctions.

CONCOURS DES ASILES. — Le jury du concours est constitué comme suit :

Président. — M. Granier, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur.

Membres titulaires. — M. le docteur Marie (Pierre), professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

M. le docteur Paris, médecin en chef de l'asile de Maréville, chargé du cours clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Nancy.

M. le docteur Cortyl, directeur médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Saint-Venant.

M. le docteur Chevalier-Lavaur, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Montpellier.

M. le docteur Dide, directeur médecin à l'asile public d'aliénés de Braqueville à Toulouse.

M. le docteur Rogues de Fursac, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard.

Membres suppléants. — M. le docteur Boiteux, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Clermont.

M. le docteur Roubinowitch, médecin en chef du quartier des aliénés de l'asile de Bicêtre à Paris.

— Les fonctions de secrétaire seront remplies par M. Tissot, secrétaire adjoint de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Calmeau (de Paris), Charpentier (de Saint-Denis), Chaumont (de Paris), Cornu (de Marseille).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Delmas (d'Antibes), Enguehard (de Sourdeval-la-Barre), Ossovetsky dit Osso (de Nesle).

— LA MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE est décernée dans les conditions ci-après aux personnes dont les noms suivent qui se sont particulièrement distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales en 1911 :

Médaille d'or. — M. le docteur Laussedat (de Royat).

Rappel de médaille d'or. — M. le docteur Bardet (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Amblard (de Vittel), Baraïlhe, médecin-major de deuxième classe au 14e d'artillerie, à Tarbes; Cruzel, médecin-major de première classe au 15e dragons, à Libourne; Ferreyrolles (de la Bourboule), Gaston (de Paris), Glénard (de Vichy).

Rappel de médaille d'argent. — M. le docteur Salignat (de Vichy).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Boudry (de la Bourboule), Gardon (d'Alger), Cussac (de Biarritz).

Rappel de médaille de bronze. — M. le docteur Goudard (de Pau).

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

MALADES DIFFICILES A ALIMENTER

Que la difficulté de l'alimentation tienne à de l'anorexie, à l'état de l'estomac ou de la bouche ou à toute autre cause, il faudra recourir à la poudre de viande de Trouette-Perret donnée soit au repas, soit une heure avant pour utiliser son pouvoir peptogène, à la dose de deux à trois cuillerées à soupe délayées dans un verre d'eau sucrée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PROPOSITIONS DE LOIS INTÉRESSANT LA PROFESSION MÉDICALE

A la fin de l'année 1912, quelques propositions de lois intéressant la profession médicale ont été déposées à la Chambre des députés.

Signalons d'abord les très intéressants projets dus au docteur Doisy, député des Ardennes, qui sont une véritable revision de la loi de 1902 sur la santé publique. L'un de ces projets a pour objet notamment de *décharger le corps médical de la déclaration.* Au moment où la question de la déclaration obligatoire soulève tant d'objections, ce projet est particulièrement intéressant à signaler. En voici le texte :

« ARTICLE PREMIER. — Il est ajouté à l'article 4 de la loi du 15 février 1902 un second alinéa ainsi conçu :

« Il sera dressé dans les mêmes conditions une liste des maladies auxquelles les dispositions de la présente loi seront facultativement applicables. »

ART. 2. — L'article 5 de la loi du 15 février 1902 est ainsi modifié :

« La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées au paragraphe 1er de l'article 4 est obligatoire pour le chef de famille ou son représentant ou à défaut, pour tout autre personne responsable, logeur, chef d'établissement, etc.

« A cet effet, tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence, délivre à la famille ou à la personne responsable, un certificat, détaché d'un carnet à souches, portant nécessairement la date de sa délivrance, l'indication du malade et de l'habitation contaminée, la nature de la maladie, l'indication des mesures prophylactiques jugées utiles.

« Les carnets sont mis gratuitement à la disposition de tous les docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes.

« Le certificat, dûment complété par une formule de déclaration signée du chef de famille ou de son représentant (ou de la personne responsable), est adressé par celui-ci, sous forme de carte-lettre fermée et en franchise soit au directeur du service départemental de contrôle et d'inspection ou, en son absence, au délégué de la Commission sanitaire locale chargé du service de la désinfection, soit dans les villes de 20000 habitants et au-dessus, et dans les communes d'au moins 2000 habitants, qui sont le siège d'un établissement thermal, au directeur du bureau municipal d'hygiène.

« Le directeur ou délégué informe immédiatement le chef de poste, chargé du service de la désinfection et dont les attributions seront réglées par un des règlements prévus à l'article 33, et, s'il y a lieu, le maire de la commune où habite le malade.

« Il adresse en outre au médecin ou à la sage-femme un avis de réception du certificat transmis, avis donnant droit à une rétribution fixe de trois francs.

« Si cet avis ne lui est pas parvenu dans les quarante-huit heures de la délivrance de son certificat, le médecin (ou la sage-femme) est tenu d'adresser sans retard au directeur ou délégué un duplicata du certificat délivré à la famille.

« Les dispositions précédentes sont applicables, sauf la dernière, en cas de déclaration d'une des maladies visées au paragraphe 2 de l'article 4.

« Le médecin traitant et la sage-femme sont tenus au courant des mesures prises par le service à la suite de toute déclaration. »

M. Doisy est encore l'auteur d'un projet de loi tendant à modifier l'article 26 de la loi du 15 février 1902, en ce qui concerne les *taxes de désinfection dans les cas de tuberculose pulmonaire.* En voici le texte :

« ARTICLE UNIQUE. — Il est ajouté au paragraphe 4 de l'article 26 de la loi du 15 février 1902, devenu le paragraphe 6 par suite de la loi modificatrice du 22 juin 1906, la phrase suivante :

« Le tarif à appliquer aux opérations de désinfection dans les cas de tuberculose pulmonaire, ne peut être supérieur au tarif arrêté pour les maladies visées à l'article 4. »

Un troisième projet de loi a encore été déposé par le docteur Doisy et un certain nombre de ses collègues, il tend à modifier le premier paragraphe de l'article 19 de la loi du 15 février 1902 sur la *protection de la santé publique* et à rendre obligatoire la *création de directeurs départementaux d'hygiène.*

La question des *étudiants étrangers et de l'internat des hôpitaux* a également préoccupé deux députés, M. Joseph Denais et notre excellent confrère et ami le docteur Peyroux. Ils ont déposé la proposition de loi suivante :

« ARTICLE PREMIER.— L'inscription au concours d'internat des hôpitaux relevant à un titre quelconque de l'Etat, des départements ou des communes, sera accordée exclusivement :

Aux étudiants français ;

Aux naturalisés français ayant accompli deux ans de service militaire.

ART. 2. — Les étudiants étrangers pourront toutefois être autorisés à subir les épreuves du concours et, s'ils y satisfont, être admis en surnombre, sans aucun émolument, à participer au service hospitalier. »

Dans leur exposé, MM. Denais et Peyroux montrent qu'ils veulent défendre les étudiants français, désavantagés par les deux années de service militaire contre l'envahissement des étudiants étrangers, favorisés souvent par diverses circonstances.

L'intention des deux législateurs est évidemment excellente mais il semble qu'ils n'aient pas suffisamment étudié le fonctionnement de l'internat des hôpitaux et en particulier de l'internat parisien.

Ainsi que le montrait très justement, il y a quelques jours, notre collègue Milian dans le *Paris médical*, l'internat des hôpitaux est avant tout une fonction et « du fait qu'ils seraient nommés en surnombre les étrangers seraient nommés en surfonction, autrement dit ils n'auraient pas d'emploi ».

Ainsi le titre d'interne perdrait pour eux tout intérêt. Il semble que ce n'est pas au moment où l'on fait les plus grands efforts pour étendre l'influence scientifique française à l'étranger qu'il faille supprimer l'un des moyens d'action qui ont jusqu'ici le mieux assuré son rayonnement.

Nous sommes certains que MM. Joseph Denais et le docteur Peyroux trouveront une formule conciliant des intérêts également importants et respectables.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies de l'estomac, par les docteurs HAYEM, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et LION. Un vol. gr. in-8 de 688 pages, avec 91 fig. — Prix : broché, 12 francs ; cartonné, 13 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.



REVUE GÉNÉRALE

OOSPOROSES OU NOCARDOSES CUTANÉES

SYNONYMIE :

NOCARDOSES, OOSPOROSES, DISCOMYCOSES, MICROMYCOSES, MICROSIPHONOSES, ACTINOMYCOSES, STREPTOTHRICOSES

Par M. H. GOUGEROT,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Depuis quelques années, les mycoses ou infections dues à des champignons, apparaissent de plus en plus fréquentes : des mycoses nouvelles sont découvertes : sporotrichose, hémisporose, oïdiomycose, cladiose, acremoniose... et les mycoses anciennes s'enrichissent de faits nouveaux : blastomycoses ou mieux exascoses, oosporoses... Sous ce nom d'oosporoses, Roger (1) a réuni les mycoses dues aux parasites du genre *Oospora*. Ce groupement nouveau (oosporoses ou nocardoses) a l'avantage de mieux classer des maladies anciennement connues : actinomycoses de Harz, de Wolf-Israël, mycose d'Eppinger, mycétome de Vincent (ou pied de Madura) et de réunir, suivant leurs affinités, des mycoses nouvelles récemment individualisées : oosporose buccale et oosporose pulmonaire de Roger, Bory et Sartory, discomycose de Ravaut et Pinoy, nocardose de Carougeau (ou nodosités juxtaarticulaires de Jeanselme).

Ces mycoses, communes à l'homme et aux animaux, se présentent sous les aspects anatomo-cliniques les plus divers et peuvent envahir la plupart des tissus; leurs localisations cutanées, secondaires ou primitives, comptent parmi les plus importantes; leur fréquence réelle est sans aucun doute plus grande que ne le laissent supposer les quelques observations publiées, car trop souvent ces mycoses restent méconnues pour le plus grand dommage du malade.

Il importe donc d'attirer l'attention sur elles.

*
* *

PARASITOLOGIE

Les parasites du genre *Oospora* ou *Nocardia* ayant une trop riche synonymie, ces mycoses ont été appelées des noms les plus différents et il faut connaître cette embarrassante synonymie pour ne pas commettre de confusion : *Oospora*, *Discomyces*, *Nocardia*, *Microsiphon*, *Micromyces*, *Actinomyces*, *Streptothrix*, *Cladothrix*, *Actinobacterium*, *Mycobacterium*, sont des termes synonymes désignant le même groupe de parasites ; — **Oosporoses** (Roger), **Discomycoses** (Blanchard, Pinoy), **Nocardoses** (nomen novum), **Microsiphonoses** ou **Micromycoses** (Vuillemin), **Streptothricoses** (Lignières et Spitz) sont des appellations équivalentes. Si on appelle ces parasites *Discomyces*, on préférera au terme Oosporose celui de Discomycose. Si on les nomme *Nocardia*, on emploiera le terme de Nocardose. Si avec Vuillemin on les englobe dans le groupe des microsiphons, on les classera sous la désignation de Micromycoses ou Microsiphonoses, sous-groupe du groupe des Siphomycoses, etc.

Aucune de ces dénominations n'a pu encore s'imposer et chacune est défendue par des maîtres éminents : « Oosporoses » est adopté par Roger, par Sauvageau et Radais, Guéguen et Sartory ; Discomycoses par Blanchard, Pinoy ; Micromycoses par Vuillemin (de Nancy), etc. [1].

Définition des parasites. — Les parasites de ce groupe ont des caractères communs qui permettent le plus souvent de les reconnaître facilement.

En culture ils sont filamenteux et sporulés.

Mycelium fin de calibre inférieur ou au plus égal à 1 μ, ramifié, fragile, septé (ce cloisonnement n'est pas apparent

(1) H. ROGER. Les oosporoses, *Presse méd.*, 1909, p. 433. — H. ROGER et L. BORY. *Les oosporoses* (première partie); *étude clinique*. — ROGER et A. SARTORY (deuxième partie). Etude mycologique, *Arch. de méd. expérim.*, mai 1909, n° 3, p. 229 et 255.

(1) Bibliographie parasitologique : WALLROTH. *Flora Cryptogamica Germaniæ*, Nuremberg 1833, p. 182, t. IV, par Bluff et Fingerhuth. — COHN (Ferdinand). Untersuchungen über Bacterien, II, p. 185, *Beitr. z. Biol. der Pflanzen*, t. I, heft 3, Breslau 1875, p. 141-208, pl. 5 et 6. — ZOPF (W.). *Zur Morphologie der Spaltflanzen (Spaltpilze und Spaltalgen)*, Leipzig 1882 ; — *Die Spaltpilze*, Breslau 1885, 3e édition. — WINTER (G.). Die Pilze, in *Rabenhort's Kryptogamen Flora*, Leipzig 1884. — MACÉ (E.). *Traité pratique de bactériologie*, 1886, 2e édition, 1892 ; — Sur les caractères de culture du Cladothrix dichotoma, *C. r. de l'Acad. des sciences*, 1888. — PETRUSCHKY. Die pathogenen Trichomyceten, in *Handbuch d. pathog. Mikroorganismen*, 1903. — SAUVAGEAU (C.) et RADAIS (M.). Sur les genres cladothrix, streptothrix, actinomyces et description de deux streptothrix nouveaux, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. VI, 1892, p. 242-273. — SACCARDO (P.-A.). *Sylloge Fungorum*, t. VIII, p. 927 (partie rédigée par de Toni et Trévisan), et t. IV, 1886, Patavii, p. 282 ; t. XVIII, 1906 ; Index universalis, p. 829. — CORDA (A. C. J.). *Pracht-Flora europaïscher Schimmelbildungen*, Leipzig und Dresden, 1840, p. 23, pl. 12. Traduit en français sous le nom de *Flore illustrée des mucédinées d'Europe*, 1840, p. 27 et 28, pl. 13. — VUILLEMIN. Classification des microbes, *Bull. de la Soc. des sciences de Nancy*, 15 mars 1899, 3e série, 1901-1902. — GEDOELST. *Les Champignons parasites*, 1902, p. 155. — LIGNIÈRES (J.) et SPITZ. Contribution à l'étude, à la classification et à la nomenclature des affections connues sous le nom d'actinomycose, *Centralbl. f. Bakt.*, originale, 1904, Bd. XXXV, s. 294-308, 452-458 ; — Contribution à l'étude des affections connues sous le nom d'actinomycose, *Arch. de parasitol.*, t. VII. p. 428-482. — GUÉGUEN (Fernand). Thèse d'agrégation ; — Sur la position systématique des *Achorion* et des *Oospora* à mycélium fragmenté, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1908, t. LXIV, p. 852 ; — A propos des Microsiphonées de M. Vuillemin. Note rectificative, *Ibid.*, 1908, t. LXIV, p. 1141 ; — Teigne, *Larousse mens. ill.*, mai 1911, n° 51, p. 122. — SARTORY (A.). Sur les caractéristiques du genre Oospora et son extension dans l'état actuel de nos connaissances, *Presse méd.*, 1910, p. 577 (bibliographie). — LEHMANN et NEUMANN. *Atlas und Grundniss der Bakteriologie*, 1900. — BLANCHARD (R.). Quel nom doit porter le champignon qui produit l'actinomycose? *Arch. de parasitol.*, 1900, p. 193. — FOULERTON and PRICE JONES. On the general characteristic and pathogenic action of the genus Streptothrix, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1902, p. 81. — SAN FELICE. Ueber die pathogene Wirkung einiger Streptothrix (Actinomyces) arten, *Centralbl. f. Bakt.*, Originale, 1904, Bd. XXXVI, s. 355-367. — LEVY (E.). Ueber die Actinomycesgruppe (Aktinomyceten) und die verwandten Bakterien, *Centralbl. f. Bakt.*, 1899, Bd. XXVI, s. 1-11. — BRUNS. Zur Morphologie des Actinomyces, *Ibid.*, 1899, s. 11-15. — KRAUSE (P.). Beiträge zur Kenntniss des Actinomyces, *Ibid.*, 1899, s. 209-212. — STERNBERG. Zur Kenntniss des Aktinomycespilzes, *Wiener klin. Woch.*, 1900, Bd. XIII. — LASSERRE. Th. de Toulouse, 1904. — J.-H. WRIGHT. The Biology of the microorganism of actinomycosis, *Publ. of the Massach. gen. hosp. Boston*, mai 1905, n° 1. — PETRI. Ricerche sul genere Streptothrix, *Giorn. botan. ital.*, 1903, t. X, p. 585, etc., etc.

si bien que longtemps on crut ces parasites « continus »). — Conidiophores courts terminés par une chaînette de spores (l'extrémité seulement de certains filaments sporule, alors que dans le genre *Toncla*, d'ailleurs assez imprécis, il n'y a pas pour ainsi dire de conidiophores différenciés, le thalle tout entier se désarticule en articles courts sporiformes). — Spores petites globuleuses nées par étranglement successif de l'extrémité du filament conidiophore (et non par cloisonnement précoce ce qui caractérise les *Oidium*). — Chaînettes de spores dépourvues des *disjunctor* observés dans le genre *Monilia*; les spores s'égrenant « par l'effet de leur propre poids ».

Dans leur vie parasitaire, au sein des tissus, ces champignons tout en étant toujours filamenteux revêtent des aspects variables qui peuvent s'observer sur un même parasite :

Les uns forment de longs filaments fins, à ramifications dichotomiques, disposés sans ordre.

Les autres se tronçonnent en courts filaments bacilliformes ramifiés ou non.

D'autres poussent en s'agminant sous forme de *grain* : le grain (jaune ou blanc ou noir, etc.,) est une colonie microbienne, simple ou composée de plusieurs individus, dont les filaments à la périphérie sont radiés. Dans certaines espèces les extrémités des filaments radiés se renflent en *massue*, la formation des massues est due au gonflement de la membrane d'enveloppe des filaments sous l'action phagocytaire des tissus. *In vivo* les parasites ne sporulent pas.

Les discussions botaniques sur les synonymies. — L'incertitude dans la nomenclature provient des discussions botaniques sur la dénomination des parasites de ces mycoses : streptothrix, cladothrix, actinomyces, discomyces, nocardia, oospora, actinobacille, actinobacterium, mycobacterium, etc. Chacun de ces noms a eu sa vogue.

Presque tous les mycologues sont unanimes à rejeter les expressions de mycobactérium, actinobactérium, actinobacille, actinomyces, cladothrix, streptothrix.

La désignation de *Streptothrix* est inadmissible. En effet la désignation streptothrix, créée par Corda en 1839, désigne des parasites tout différents et c'est à tort que, en 1875, Cohn inventa un nouveau genre *Streptothrix* pour l'oospora du sac lacrymal que Förster lui avait remis. Il le définissait : « Filamenta leptothricoidea tenerrima, achroa, non articulata vel anguste spiralia, parce ramosa », et le différenciait du genre cladothrix qu'il venait de créer pour son *Cladothrix dichotoma* ; « Filamenta leptothricoidea tenerrima achroa non articulata stricta vel subundulata pseudodichotoma ». En réinventant ce genre *Streptothrix*, Cohn ignorait évidemment que Corda avait déjà créé un genre *Streptothrix* pour un parasite tout différent de la famille des Dématiées (Sauvageau et Radais) : « Champignon microscopique à filaments bruns, cloisonnés, dressés, ramifiés, *onduleux*, émettant latéralement et suivant le mode alterne des conidies ovoïdes, solitaires, insérées sur de courts pédicelles » (Cf. la figure du Prachtflora). « Cet emploi intempestif d'un nom déjà attribué, dit Sartory dans un excellent article critique, suffirait à lui seul, conformément aux règles de la nomenclature scientifique, à faire rejeter absolument, sinon le genre *Streptothrix* F. Cohn, du moins la dénomination de *Streptothrix* appliquée aux champignons » du genre *Oospora*. C'est bien à tort que beaucoup d'auteurs étrangers s'obstinent à l'employer et que Migula en 1896, modifie encore la diagnose de Cohn en donnant le nom de *Streptothrix* « à une plante non ramifiée immobile et pourvue d'une gaine ».

Les désignations d'*Actinomyces* Harz, de *Streptotrix actinomyces* Rossi Doria sont inadmisssibles. En effet Meyen a créé en 1827 un genre *Actinomyces* dont la définition est tout autre (R. Blanchard). Harz ignorait ce détail quand en 1877 examinant sur la demande de Bollinger les « tumeurs du maxillaire du bœuf » il prit les renflements massués du grain actinomyconique pour des conidies et donna au parasite le nom de *Actinomyces bovis*.

Les désignations de *Cladothrix* que proposent Zopf en 1882, Winter en 1884, pour le parasite de l'actinomycose, en réunissant dans la même diagnose *Streptothrix* et *Cladothrix*, est inadmissible, de même que le mot composé *Cladotrix actinomyces* Macé. En effet les *Cladothrix* sont des « algues pourvues de fausses ramifications qui rentrent dans la famille des Bactériacées ».

Les désignations, *Actinobacille*, *Actinobacterium*, *Actinocladothrix*, *Mycobacterium*, ne sont pas admissibles. A la suite des travaux de Bostrœm en 1885, Israël, Langhans, Kitschensky, Mac Fadyean, Wolf, Affasanieff avaient considéré l'actinomyces « comme une bactérie filamenteuse pouvant se transformer, suivant le milieu nutritif, de filaments ramifiés en bâtonnets et en cocci » ; mais Babès, Budjwid montrèrent que le parasite de l'actinomycose ne pouvait être identifié aux bactéries. Le nom d'actinobacille est réservé à d'autres parasites.

Oospora, *Discomyces*, *Nocardia*, *Micromyces* et *Microsiphon* comptent chacun leurs défenseurs.

— Le terme d'*Oospora* est préconisé par une partie de l'école française avec Sauvageau et Radais : ces auteurs dans un travail classique ont fait une revision minutieuse des parasites de ce groupe, ils n'acceptent pas le genre *Nocardia* proposé par Toni et Trevisan en 1889 et concluent que les streptothrix, tels que Cohn les a définis, doivent être rattachés au genre *Oospora*, créé en 1831 par Wallroth; d'après eux en effet « toutes les espèces du genre *Actinomyces* de Harz sont, ainsi que l'a prouvé l'étude attentive de leurs cultures, des *Oospora* déformés par la vie parasitaire dans la profondeur des tissus ». Guéguen, Sartory, élèves de ces auteurs, se sont faits les ardents défenseurs de cette conception que Roger et Bory ont adoptée.

Guéguen et Sartory classent les *Oospora* en deux sections :

1° *Fragile* (anciens « continus ») : « Mycelium de calibre inférieur ou au plus égal à 1 μ, ramifié, que des cloisons hyalines épaisses, inégalement distantes sectionnent en articles facilement dissociables »; *Oospora bovis*; *O. Israeli*; *O. farcinica*; *O. Maduræ*; *O. asteroides*; *O. Försteri*; *O. capræ*; *O. Rosenbachi*; *O. lingualis*; *O. pulmonalis*, etc.

2° *Solidæ* (anciens « septés ») : « Mycelium de calibre supérieur à 1 μ, cylindrique, très nettement cloisonné, non dissocié, dépourvu de massues et produisant habituellement des conidiophores sur le corps même de l'hôte » : *Oospora*

destructor, Metchnikoff; *Oospora Aphidis*, Cooke et Massec; *Oospora destructrix*, Damysz et Wize; *Oospora pulmonea*, Saccardo (ou *Oidium pulmoneum*, Bennet); *Oospora ovorum*, Trabut; *Oospora canina*, Sabrazès, etc.

Mais cette assimilation est loin d'être acceptée par tous. Harz, R. Blanchard, Lévy et Lachner-Sandoval, Vuillemin, Pinoy et Ravaut s'y refusent.

Lévy et Lachner-Sandoval font toute une série d'objections et n'hésitent pas à dire que les *Oospora* et les *Strahlenpilze* (actinomyces) sont « aussi différents qu'un palmier l'est d'un brin d'herbe ».

Il n'y a, disent-ils, aucun point de commun entre les champignons rayonnés (Strahlenpilze) et les *Oospora*, si ce n'est qu'ils détachent des chaînettes de spores également sphériques dans les deux espèces. Les *Oospora* sont formés d'un gros fil ramifié ou mieux d'une série de cellules relativement courtes entourées d'une paroi cellulaire à double contour parfaitement visible et contenant dans leur protoplasma de fines gouttelettes de matières grasses. De plus les filaments sont mous par opposition à ceux des champignons rayonnés qui sont, au contraire, beaucoup plus résistants. Les conidies sont rondes dans les deux cas, mais elles sont dans les *Oospora* au moins vingt fois plus grandes que celles des champignons rayonnés. Elles possèdent une paroi incolore fortement épaissie ; de plus on peut aisément distinguer une endo et exospore avec contenu coloré...

Blanchard, en 1900, pense que la taille considérable des *Oospora*, leur habitat sur des plantes ou des feuilles mortes, tout éloigne des *Oospora*, les parasites des actinomycoses. Il réserve le nom d'*Oospora* aux parasites à filament d'une largeur supérieure à un μ dont l'*Oospora Tozenri* parasite d'*un* pied de madura peut servir d'exemple, et il réserve le nom de *Nocardia* ou de *Discomyces* aux parasites à mycelium fin.

Vuillemin n'admet pas le genre *Oospora*, qu'il considère comme une source de perpétuelle confusion :

« On ne peut, en effet, dit-il, assimiler aux organes reproducteurs aériens à formation basipète, les kystes qui se forment sans ordre aux dépens de portions terminales ou intercalaires des filaments et qui n'ont des chapelets conidiens des oospora que l'apparence approximative. A défaut d'organes reproducteurs réguliers, cette famille (*Actinomyces* ou *Nocardia*) est caractérisée par son mycelium très fin et dépourvu de cloisons. »

Classer les parasites des actinomycoses dans le genre *Oospora* c'est les ranger « dans le même groupe que les champignons des teignes ; car un mycologue des plus autorisés de notre époque, Saccardo, rattache jusqu'à nouvel ordre au genre *Oospora*, les anciens genres *Achorion*, *Trichophyton*, *Microsporon* ».

« Il m'a paru nécessaire, dit Vuillemin dans le *Progressus rei botanicæ* (t. II, 1907, p. 162), de distinguer des Siphomycètes un groupe des Microsiphonées pour les champignons dont les filaments, continus et ramifiés, ont un calibre fin et assez uniforme. Tels sont les *Nocardia*, les Actinomyces (Mycobactéries des bactériologistes) dont les affinités avec les champignons sont certaines. Leur place dans la série est encore inconnue, car ils se reproduisent par des spores de type inférieur, analogue aux chlamydospores.

« Leur simplicité *n'est pas nécessairement primitive*. Les filaments de *Chlorosplenium*, qui colorent le bois en vert, prennent la structure microsiphonée sous l'influence de la vie endotrophique. Les microsiphonées sont, dans ma pensée, un de ces groupes provisoires, incertæ sedis, *sans intérêt actuel pour la systématique à tendances phylogénétiques, mais nécessaire pour classer une foule d'êtres utiles à connaître.* »

Au Ier Congrès de pathologie comparée (Paris, 17 oct. 1912) Matruchot, Pinoy, Brocq, Rousseau ont été unanimes à rejeter le nom d *Oospora*.

— Le terme de *Discomyces* créé en 1878, par Rivolta, délaissé par son auteur même qui voulait « contenter le professeur Harz », repris par R. Blanchard, est admis par une autre partie de l'école française : les élèves de R. Blanchard, Guiart, Brumpt ; Pinoy. On a pu reprocher à ce mot, de prêter à confusion. « Si peu botaniste que l'on soit, dit Vuillemin, on sait que les Discomycètes sont de grands champignons comme les morilles ou les pezizes » : *Discomycètes* désigne une famille des Ascomycètes.

On peut répondre que *Discomyces* genre, et *Discomycètes* famille ne sont pas la même chose... mais ce qui est plus grave, c'est l'imprécision de ce genre. « Le genre *Discomyces* doit être supprimé, dit Vuillemin, parce qu'il est mal connu. Rivolta, son auteur, l'emploie comme nom vulgaire latinisé. Il s'en faisait une idée botanique si peu précise, qu'il y a fait rentrer l'agent de la botryomycose qui n'est pas une *Microsiphonée.* »

— *Nocardia*, terme créé par Toni et Trévisan, en 1889, est adopté par Vuillemin, par Lasserre et c'est ce terme qu'emploient R. Blanchard dans son article classique du *Traité de pathologie générale* de Bouchard, Vuillemin, Matruchot, etc.

Avec Guéguen et Sartory, on peut reprocher à la diagnose de Trévisan d'être inexacte : « Filamenta tenuissima evaginata, articulata *Cladothricis more pseudoramosa*, nunc nucleo firmo radialiter expansa, nunc varie coalita arthrospora in filamentis normalibus obveniente transformatione cocci singuli ortæ. Est *Cladothrix sine vaginis.* » Mais puisque le terme de *Nocardia* a été créé pour désigner un parasite incontesté du groupe, il suffit, s'il a été mal défini, de corriger la définition ; c'est ce qu'a tenté de faire Lasserre en s'appuyant sur les travaux de Lachner-Sandoval, de Gasperini : « Organismes en fins filaments sans chlorophylle, jamais septés (?) avec de vraies ramifications ; mycelium ramifié et unicellulaire (?). Dans les jeunes cultures, ils présentent l'aspect de bâtonnets non ramifiés (?) semblables à des bactéries. Ils se reproduisent par spores de fragmentation ou par détachement acrogène de chaînes de conidies. » A cette nouvelle définition, Sartory objecte de n'être « guère plus exacte que la précédente », en effet, le parasite n'est pas dépourvu de cloison, il n'est pas unicellulaire. Guéguen, qui, avec les classiques, avait cru ces parasites « continus », a démontré l'existence de cloison en étudiant l'*Oospora lingualis*.

Il faut donc une plus grande précision et dire : mycelium fin, filaments de calibre inférieur ou au plus égal à 1 μ, ramifié dichotoniquement, septé par des cloisons hyalines épaisses inégalement distantes en articles facilement dissociables ; « conidiophores courts, cylindriques, délicats, terminés par une chaînette de petites conidies globuleuses ou ovoïdes, hyalines ou de couleurs claires » ; « extrémités périphériques du thalle épaississant

parfois leurs membranes en massues, soit dans le corps de l'hôte, soit sur des milieux de culture d'origine animale » (Guéguen).

Vuillemin adopte la désignation de *Nocardia* en conservant quand ils existent les noms « triviaux » : actinomycose, farcin. Il dira donc ACTINOMYCOSE à *Nocardia bovis*. Il réunit ces parasites dans le groupe des Microsiphonées et ces mycoses sous le nom de Micromycoses, il dira donc encore MICROMYCOSE à *Nocardia bovis :*

« Cette famille de champignons, que *l'on peut aussi bien* nommer NOCARDIACÉES ou ACTINOMYCÈTES, d'après le nom d'un des genres qui la composent, doit de préférence, à mon avis, dit Vuillemin, garder le nom de MICROSIPHONÉES, parce que les genres, basés sur un nombre de caractères trop restreint, risquent d'être remaniés, réunis ou supprimés quand on les connaîtra plus complètement, tandis que le caractère du thalle est très important et facile à vérifier. Lehmann et Neumann ont rattaché à cette famille le genre *Corynebacterium* ayant pour type le bacille diphtérique de Lœffler et le genre *Mycobacterium* dont l'espèce principale est le bacille tuberculeux de Koch. Ce rattachement est parfaitement fondé. On peut seulement discuter l'opportunité de multiplier les genres fondés sur des différences légères dans les caractères botaniques. En tout cas, Mycobacterium fait double emploi avec *Sclerothrix*, nom appliqué déjà en 1889 au bacille tuberculeux par Metchnikoff. »

« Les *microsiphonés* déterminent une catégorie de mycoses d'allures particulières, distinguées des autres hyphomycoses sous le nom de MICROMYCOSES. »

Discussion sur l'autonomie du groupe. — Quelque nom que l'on adopte, on a supposé que ce groupe des *Nocardia* avait une réelle autonomie, que chaque espèce était une forme parasitaire autonome. Or on peut se demander si le microsiphon qui les caractérise n'est pas comme les formes blastomycète, bacille, coccus, un aspect commun que peuvent prendre dans des conditions spéciales des parasites différents. La démonstration de cette hypothèse a été faite et refaite pour les Blastomycètes (1) et nous avons ajouté des preuves nouvelles à cette démonstration (2) ; il est incontestable que le blastomycète ne peut définir aucun genre, aucune espèce, car c'est un aspect que prennent dans les tissus les parasites les plus éloignés les uns des autres. En est-il de même pour le microsiphon ?

Quelques faits observés par Vuillemin, par Guéguen doivent faire prendre cette hypothèse en considération.

1° « Le microsiphon, dérivé de l'hyphe, dit Vuillemin, fait parfois retour à l'hyphe. Nous en avons observé un exemple dans le champignon de l'actinomycose : sur une mâchoire congelée de bœuf atteint d'ostéosarcome actinomycosique, les filaments microsiphonés s'étaient prolongés au-dessus du support. Ce début de végétation aérienne se caractérisait par des filaments robustes nettement cloisonnés. Cet exemple nous montre la réciproque du *Chlorosplenium*. Il indique que la structure microsiphonée est la conséquence de la pénétration du mycelium dans la profondeur du substratum nourricier solide, condition fréquemment réalisée par le parasitisme. »

2° « Cette sorte de thalle (microsiphon) se rencontre *chez les champignons plus élevés, mais seulement pendant une période de l'existence*. Dans une communication sur le Bois verdi, publiée dans le *Bulletin de la Société des sciences de Nancy*, de 1897, j'ai montré, dit Vuillemin, que l'*Helotium æruginascens* (*Chlorosplenium*) se présente sous cette forme tant qu'il est logé dans l'épaisseur du bois, tandis qu'il donne des filaments cloisonnés et des fructifications ascosporées quand il arrrive au contact de l'air. L'état microsiphoné, comme l'état bourgeonnant, paraît donc être provoqué par des conditions particulières d'existence ; mais il est possible qu'il se maintienne indéfiniment dans certaines espèces ; on a ainsi des Microsiphonés essentiels, comme on a des Blastomycètes qui ne se présentent qu'à l'état bourgeonnant. »

3° Guéguen en découvrant dans les cultures d'*Oospora lingualis* des tortillons spiralés, des tarses et des chlamydospores a été amené à rapprocher cette espèce des champignons des Teignes qui, on le sait, sont des gymnoascées stériles, cette assimilation tendrait à faire admettre que certains de ces parasites, tout au moins l'*Oospora lingualis*, sont la forme imparfaite, déformée par l'adaptation parasitaire, de champignons plus élevés, les gymnoascées.

En résumé, après avoir longuement discuté sur l'appellation à donner à ces parasites, on finit par se demander si le genre qu'il s'agit de définir a une autonomie réelle, si ces parasites ne représentent pas un groupement artificiel réunissant des parasites différents qui dans certaines conditions de parasites ne revêtiraient un aspect commun : le microsiphon ! Vuillemin insiste avec raison sur l'incertitude du groupement des microsiphonés ; il ne le regarde que comme un « refuge » provisoire que notre ignorance nous force à maintenir.

On voit quelles sont nos incertitudes en classification botanique, nos hésitations ne sont pas moins grandes en nosologie, on a voulu fabriquer des noms de maladies « en imposant la terminaison *ose* au nom d'un genre, d'une famille ou d'un groupe taxinomique quelconque... Les inconvénients d'une telle pratique sont multiples. Le premier qui ait frappé les médecins, c'est qu'elle n'assure pas à la nomenclature la fixité qu'ils se croyaient en droit d'attendre de la rigueur scientifique. Ainsi que Lamarck l'a bien dit, « la Nature franchit de toutes parts les limites que nous lui marquons si gratuitement »... Devons-nous changer le nom des mycoses chaque fois qu'un naturaliste se placera à un nouveau point de vue ou qu'un érudit trouvera, sous la poussière des bibliothèques, un nom oublié, souvent mal conçu mais jouissant d'un droit vénérable de priorité... « La Science, dit Vuillemin, n'est pas responsable des erreurs de ses imprudents amis trop pressés d'appliquer des noms mal définis ou des formules mal étayées. »

(1) DE BEURMANN et GOUGEROT. Les exascoses. Revision et démembrement de l'ancien groupe des blastomycoses, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, juillet 1909, nos 26 et 27, et *Tribune méd.*, 7 et 11 août 1909. — GOUGEROT. La question des blastomycoses, *Paris méd.*, 1911, n° 20.

(2) DE BEURMANN, GOUGEROT et VAUCHER. Oïdiomycose, *Revue de méd.*, déc. 1910, n° 12, p. 937.

Oosporoses, Discomycoses ne sont certainement pas exempts de reproches, mais ils ont l'avantage de commencer à être vulgarisées, Micromycose nous semble un peu vague et l'expression Micromycose à *Nocardia bovis* un peu longue. Si nous ne craignions d'ajouter un mot nouveau nous emploierions volontiers Nocardose, mot court et précis qui rendrait hommage au grand savant qui a si bien étudié ces champignons.

***

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie et la pathogénie des mycoses restées longtemps obscures ou vagues, ont été précisées par des travaux récents et surtout par nos mémoires sur les sporotrichoses. Plusieurs des faits que nous avons mis en évidence à propos des sporotrichoses sont confirmés par l'étude des Nocardoses : porteurs de germes, sensibilisations, etc.

Le malade trouve le contage dans le monde extérieur, surtout dans le monde végétal. Roger a insisté sur la fréquence des sources de contage. Les *Nocardia* sont très répandues dans le monde extérieur, dans l'air, le sol, l'eau ; on les rencontre surtout sur les débris végétaux, les feuilles, les fruits en putréfaction, le bois mort, les *Nocardia* envahissent les grains, les céréales (ce saprophytisme est démontré pour le parasite de l'actinomycose, et pour la *Nocardia Darsonvallei*, espèce proche de la *Nocardia Försteri*, parasite pathogène) ; quelques-unes vivent en symbiose (?) sur les légumineuses, les orchidées, les fraisiers, déterminant des nodosités. Il n'est guère de parasites plus fréquents dans la nature : Saccardo en compte 79 espèces dans son *Sylloge Fungorum* et avec Roger il faut y ajouter une centaine d'autres, désignées sous le nom de *Streptothrix*. Beaucoup de ces espèces ne sont pas ou ne paraissent (1) pas pathogènes ; pourtant l'expérimentation a démontré que plusieurs de ces *Nocardia* trouvées dans la nature pouvaient déterminer des infections graves chez les animaux : *Nocardia violacea* retirée de l'eau par Rossi Doria, *Nocardia alba I* et *II* retirées de l'air par San Felice, *Nocardia viridis* et *Nocardia Grüberi* retirées du sol, la première par Pellegrino, la seconde par Terni, une *Nocardia* blanche et des *Nocardia* chromogènes trouvées par Bellisari dans des poussières de blé, de haricot, de chanvre...

Les occasions de contamination doivent donc être multiples. — Une plaie cutanée produite par des objets souillés de terre ou de débris végétaux, par une épine ou une tige de céréale, une simple éraillure peuvent donner une Nocardose cutanée primitive qui restera localisée ou s'étendra localement, parfois même la *Nocardia* envahira la circulation vasculaire sanguine donnant des métastases et, parmi ces métastases, on peut voir des nodules et abcès cutanés. — Le parasite peut être inoculé par une éraillure insignifiante et même pénétrer la peau intacte par ses follicules pileux, ainsi que le laissent supposer les observations d'actinomycose cutanée primitive sans traumatisme ; nous venons d'en observer un cas avec MM. Gaucher et Lévy-Frankel. — Une blessure même minime de la muqueuse bucco-pharyngée avec un objet souillé de *Nocardia* peut infecter l'individu : le malade de Langer a eu une œsophagite nocardique consécutive à une piqûre par un épi de blé. Une blessure de la muqueuse n'est pas nécessaire, la moindre éraillure de l'épithelium, une dent cariée, suffit à introduire ce germe ; il se développe un foyer muqueux, osseux ou ostéo-muqueux qui secondairement fuse à la périphérie et envahit la peau (Nocardose cutanée secondaire). Enfin des *Nocardia* saprophytes du bucco-pharynx (1) ou du tube digestif (2) apportées par les aliments, après être restées inoffensives plus ou moins longtemps, peuvent franchir la muqueuse intestinale et emboliser par voie artérielle donnant des lésions viscérales osseuses (3) et quelquefois des nodules cutanées. La pathogénie des lésions cutanées n'est donc pas univoque.

La faible virulence de la plupart des *Nocardia* recueillies dans la nature explique que, malgré la fréquence de ces germes, les nocardoses soient en somme aussi rares.

La *Nocardia*, pénétrant dans l'organisme humain, sur les muqueuses notamment, peut rester longtemps saprophyte parce qu'elle n'est pas suffisamment virulente ; elle est détruite ou reste indéfiniment saprophyte, ou enfin devient pathogène. De même que pour les sporotrichoses, nous pouvons invoquer trois facteurs « pour expliquer que ces germes si peu virulents arrivent à déterminer des lésions dans l'organisme humain, terrain si réfractaire » : 1° *diminution de résistance du terrain* par tuberculose antérieure par exemple ; 2° *augmentation de virulence du germe* ou *adaptation du parasite au terrain;* 3° *sensibilisation*. Ce facteur nouveau jusqu'ici négligé et que nous croyons avoir mis en évidence par les injections intradermiques d'actinomycosine et de diverses oosporines à des malades porteurs d'actinomycose vulgaire, de langue noire pileuse, etc., nous semble de la plus haute importance : le para-

(1) On pourrait rééditer là l'hypothèse de la sensibilisation progressive de l'organisme que nous avons émise pour l'infection sporotrichosique. Un parasite non pathogène introduit dans l'organisme y végète en saprophyte, sécrète des toxines qui peu à peu sensibilisent l'organisme ; en même temps sans doute le parasite s'acclimate à la vie parasitaire nouvelle. Ces deux facteurs réunis expliquent qu'un parasite d'abord inoffensif devienne pathogène, et, quoique peu pathogène, produise des lésions souvent intenses. (Voir ci-dessous.)

(1) Les *Nocardia* sont des saprophytes fréquents de la bouche chez des sujets indemnes de lésions nocardiques. Thiry, par exemple, sur 108 ensemencements de gorge, cherchant la diphtérie, a trouvé 27 fois des *Nocardia*, et M. Roger fait remarquer avec raison qu'une technique appropriée donnerait sans doute un plus fort pourcentage.

(2) On a trouvé plusieurs *Nocardia* dans les excréments de l'homme et des animaux (*Nocardia nivea*, etc.). Bruini a découvert deux *Nocardia* thermophiles chez l'adulte et cinq dans les matières des nouveau-nés. Ces espèces saprophytes étaient, il est vrai, dénuées de virulence pour les animaux. Mais peut-être peuvent-elles devenir pathogènes chez l'homme par acclimatement et sensibilisation.

(3) D'ailleurs, ces lésions, viscérales ou osseuses (lésions secondaires), peuvent envahir la peau (lésions tertiaires).

site puisé dans la nature et avirulent, inoculé dans la peau ou séjournant sur les muqueuses, secrète des toxines qui peu à peu sensibilisent le terrain. Au début, l'injection d'une grosse dose de parasites tués ne provoquait aucune réaction ; dès que la sensibilisation est obtenue, l'injection d'une faible dose provoque une réaction intense.

Il faut sans doute faire intervenir aussi les phénomènes de cosensibilisations : un muguet, le saprophytisme de levures sur le pharynx cosensibilise l'organisme vis-à-vis d'autres infections mycosiques, ainsi que l'ont démontré les injections de diverses toxines, et préparent ainsi l'éclosion des nocardoses (1).

La *Nocardia* reste tantôt localisée au point d'inoculation (joue, cuisse) ; tantôt elle envahit localement les tissus environnants (envahissement de la peau, secondaire à une actinomycose maxillaire qu'a provoquée une *Nocardia* pénétrant par la muqueuse buccale ou par une dent cariée) ; tantôt elle se propage par les lymphatiques (nodules cutanés agminés) ; tantôt enfin elle envahit la circulation sanguine et va se disséminer au loin (nodules cutanés métastatiques).

Arrivé dans les tissus, le parasite prolifère et détermine une réaction nodulaire, plus par ses toxines insolubles adhérentes adipo-cireuses (Auclair et Verliac) que par ses toxines solubles diffusibles qui semblent peu actives.

L'organisme lutte contre cette action toxinique par une réaction cellulaire, polynucléaire et surtout macrophagique, qui cherche à phagocyter le champignon. Le plus souvent, les tissus se sclérosent pour encercler d'une épaisse barrière fibreuse le processus infectant.

La guérison par l'iodure semble due, de même que pour les sporotrichoses, à une excitation macrophagique, mais non à une action bactéricide directe de l'iodure, car on peut faire pousser le parasite dans des milieux fortement iodurés (Nocard).

*
* *

CLASSIFICATION DES OOSPOROSES OU NOCARDOSES CUTANÉES

Malgré leur fréquence, les Nocardoses cutanées sont encore peu connues à l'exception des actinomycoses et pieds de Madura.

Le nombre de ces dermatonycoses s'accroît sans cesse et leur classification est difficile, car trop souvent la description des parasites est incomplète, la comparaison du parasite nouveau avec les espèces anciennes n'a été qu'ébauchée ou est restée sans conclusion ferme. Même pour la classification des espèces anciennes, des discussions sont soulevées, aussi la nomenclature reste-t-elle provisoire et susceptible de remaniement.

Les deux types les plus anciennement connus ont été l'actinomycose et le pied de Madura.

Harz, puis Bollinger, Bostrœm ont découvert et décrit le parasite de l'actinomycose « l'*Actinomyces bovis* » ; Vincent le parasite du pied de Madura, le « *Streptothrix Maduræ* ». On a cru pendant de longues années que chacun de ces types constituait une maladie spécifique due à un seul et même parasite. Les recherches bactériologiques ont montré que ces unités cliniques cachaient une pluralité parasitaire : le type clinique de l'actinomycose, le type clinique du mycétome sont des syndromes dus à des parasites différents. Peu à peu, on a donc groupé, autour des deux parasites qui le plus fréquemment provoquaient ces deux syndromes, les parasites voisins qui déterminent des lésions cliniquement semblables.

A côté de ces deux grands groupes, on a découvert des mycoses cutanées avec ou sans localisations viscérales : les unes dues à des parasites de la même espèce, la *Nocardia* d'Eppinger, forment un troisième groupe ; les autres la Nocardose de Carougeau un quatrième groupe.

Des observations isolées et disparates, chaque jour plus nombreuses, répondant parfois à un type clinique très spécial, l'érysipéloïde de Rosembach, forment un cinquième groupe, groupe d'attente que plus tard il y aura lieu de dissocier (1).

Enfin, on doit mettre à part le parasite de l'érysthrasma appelé souvent *Microsporon minutissimum* et que Sabouraud classe parmi les *Oospora* « dont il présente tous les caractères » (Guéguen), l'érysthrasma, dont la description clinique est si connue, devient donc une oosporose cutanée.

1er groupe. Actinomycoses.	Actinomycoses (ou Nocardoses à grains massués).	*Actinomycose de Harz* (ou actinomycose proprement dite) due à la *Nocardia bovis*. *Actinomycose ou Nocardose de Wolf-Israël* due à la *N. Israeli* et ses variétés : *Nocardose de Ravaut et Pinoy* due à la *N. Thibiergi*, etc.
	Nocardoses à grains blancs ou jaunes non massués (pseudo-actinomycoses).	*Nocardose de Mosetig-Moorhof-Poncet-Dor*. *N. de Hesse*. *N. de Garten*. *N. de Dœpke*, etc.
2e groupe. Mycétomes (ou pieds de Madura dus à des *Nocardia*).		*Mycétome blanc de H. Vincent* dû à la *Nocardia Maduræ*. *Mycétome actinomycosique* (ou *Actinomycose du pied* à forme de pied de Madura) dû à la *Nocardia bovis*. *Mycétome* dû à la *Nocardia Eppingeri*, variété *Freri*. *Mycétome de Carougeau* dû à la *Nocardia Carougei*, etc.
3e groupe Nocardoses d'Eppinger.		*Nocardose d'Eppinger* due à la *Nocardia asteroides* et ses sous-variétés : *Nocardoses* dues à la *Nocardia Eppingeri*, variété *Rivieri*. *Nocardia Eppingeri*, variété *Japonica*. *Nocardia Eppingeri*, variété *Freri*, etc. (et peut-être observations de Scheele et Petruschky, de Silberschmidt, de Foulerton, de van Loghem, etc.).

(1) Gougerot. Les polymycoses. Les cosensibilisations mycosiques, *Progrès méd.*, 1911, n° 547, p. 569.

(1) Il faudrait ajouter les nombreuses Nocardoses des animaux. En dehors de l'actinomycose de Harz proprement dite, fréquente chez les animaux, on connaît le farcin du bœuf dû à la *Nocardia farcinica* découvert par Nocard et qui, *in situ*, donne des touffes parasitaires et non des grains. Silberschmidt a isolé d'un cas de pseudo-tuberculose de la chèvre, la *Nocardia capræ*.

4e groupe. Nocardose de Carougeau.

5e groupe (d'attente). } Réunion d'observations isolées : érysipéloïde de Rosenbach, etc.

Les Nocardoses cutanées comprennent donc des mycoses nombreuses à parasites plus ou moins bien déterminés et à formes cliniques extrêmement variées.

*
* *

PREMIER GROUPE : **GROUPE DES ACTINOMYCOSES**

Actinomycose de Harz — Nocardose de Wolf-Israël et N. de Ravaut et Pinoy — N. de Mosetig-Moorhof, Poncet-Dor, N. de Hesse, N. de Garten, etc. — Autrefois « l'actinomycose » englobait toutes les suppurations chroniques à grains blancs et jaunes, à l'exception du pied de Madura. On s'appuyait pour établir cette unité sur des ressemblances frappantes : cliniquement, ces mycoses sont des suppurations localisées remarquables par leur chronicité, résultant de la fonte de noyaux indurés plus ou moins agglomérés, et laissant des fistules interminables; bactériologiquement, toutes sont caractérisées par des grains parasitaires radiés, presque constamment massués. On se croyait donc bien fondé à réunir toutes ces affections sous le nom commun d'actinomycose.

Mais une étude plus attentive des parasites et surtout l'étude de leurs cultures a montré que « l'actinomycose » était due à des parasites voisins, mais différents. Il n'y a donc pas *une* Actinomycose, mais *des* Actinomycoses.

On a d'abord individualisé le parasite de l'actinomycose commune du bœuf, la *Nocardia bovis communis* (Bollinger, Bostrœm) qui donne l'actinomycose la plus fréquente de l'homme, c'est l'actinomycose proprement dite ou **Actinomycose de Harz**.

Puis on a reconnu des espèces différentes.

Doyen, Israël, Lignières et Spitz ont attiré l'attention sur la pluralité des « parasites actinomycosiques ». Wolf et Israël ont isolé la *Nocardia Israeli*, différente de la *Nocardia bovis*, qui semble assez fréquente et qui a été retrouvée par Aschoff, Levy, Urban, Berestneff, Bruns, Krause, etc. Si la confusion a duré si longtemps c'est que le grain du parasite de Harz et celui du parasite d'Israël sont identiques d'aspect dans les lésions et seules les cultures peuvent différencier ces deux parasites. Il faut donc individualiser la mycose que provoque cette *Nocardia* sous le nom de **Nocardose de Wolf-Israël**.

Près d'elle, Ravaut et Pinoy classent le nouveau parasite qu'ils viennent de découvrir, la *Nocardia Thibiergi* agent de la **Nocardose de Ravaut-Pinoy**.

Enfin, on a cité des mycoses à grains jaunes, cliniquement analogues à l'actinomycose de Harz, appelées par Mosetig-Moorhof et par Dor et Poncet pseudo-actinomycoses, parce qu'elles sont dues à des parasites du genre *Nocardia*, mais différents de la *N. Bovis* et de la *N. Israeli*. Au simple examen microscopique du pus, on voit déjà que leur gros grain jaune n'a pas de massue. Ces mycoses doivent donc être séparées de l'actinomycose de Harz; mais le mot de pseudo-actinomycose est mauvais et on doit lui préférer avec Roger le terme vague d'oosporose ou nocardose à grains jaunes, chaque variété étant spécifiée par les noms d'auteurs qui les ont décrites : on distinguera ainsi la **Nocardose de Mosetig-Moorhoff, Dor-Poncet, la N. de Hesse, la N. de Garten.**

Restent les observations inclassées : un cas de Beretsneff d'abcès sous-périosté de la mâchoire, deux cas du même auteur d'abcès de la région thoracique appartiennent peut-être à la Nocardose de Wolf-Israël, etc., etc.

Telle est la liste des mycoses appartenant à ce premier groupe de Nocardoses : 1° Actinomycose de Harz; 2° Nocardose de Wolff-Israël avec près d'elle la mycose de Ravaut-Pinoy; 3° le groupe disparate des Nocardoses de Mosetig-Moorhoff, Poncet-Dor, de Hesse, de Garten, etc. Les études bactériologiques de Lignières et Spitz ont encore séparé du groupe « actinomycose » des affections dues à des parasites spéciaux : les actinobacilles. Les actinobacilloses forment un groupe distinct des Nocardoses.

... Ainsi s'achève le démembrement de l'ancien groupe de « l'actinomycose » et, si l'on veut conserver à ce mot un sens précis, il faut le réserver à l'infection produite par le parasite que Harz a décrit sous le nom d'*Actinomyces bovis* (1); pour ne pas laisser de doute, nous l'appelons Actinomycose de Harz (2). Les autres mycoses voisines dues à des parasites voisins et distincts doivent porter des noms différents : Actinomycose ou mieux Nocardose de Wolf-Israël, etc.

Cette classification n'est pas sans soulever des discussions et la question de la détermination du ou des parasites de l'actinomycose vulgaire est loin d'être tranchée.

Deux courants contraires se dessinent actuellement.

— Les uns avec Wright tendent à une unité plus grande. « Le véritable parasite de l'actinomycose est celui qui a été cultivé par Wolf et Israël, la *Nocardia Israeli* de Kruse. Un grand nombre d'auteurs ont retrouvé le même parasite chez l'homme et chez les animaux, Lignières l'a désigné sous le nom de *Discomyces Spitzi*; ce nom doit tomber en synonymie. » Personne ne veut identifier les deux parasites *N. bovis* et *N. Israeli* tant ils sont différents, mais pour Wright la *Nocardia bovis* cultivée serait une impureté, un saprophyte banal non pathogène, surinfectant des lésions provoquées en réalité par la *N. Israeli*, les grains décrits par Harz et constatés *in vivo* seraient en réalité la *N. Israeli*. En un mot l'Actinomycose de Harz et l'Actinomycose de Wolf-Israël doivent être confondues, il n'y a qu'une Actinomycose due à la *N. Israeli*.

Cette conception uniciste de Wright nous paraît exagérée et nous ne pouvons mieux faire que lui opposer la statistique de Pinoy. Sur 19 cas d'actinomycose bovine, « 15 cas étaient de l'actinomycose de la mâchoire, 2 cas de l'actinomycose ganglionnaire

(1) Gasperini. Ulteriori ricerche sul genere streptothrix. Contributo allo studio dell' actinomyces di Harz. *Rev. gen. ital. di clin. med.*, 9, et *Proc. verb. della Soc. Toscana*, mars 1892.

(2) Gasperini. Ulteriori ricerche sul genere actinomyces. *Proc. verb. della Soc. Toscana di sc. nat.*, 1894, t. IX.

et 2 cas de l'actinomycose de la langue. Or, dans tous les cas, des cultures aérobies et anaérobies ayant été faites sur les milieux convenables (gélose sucrée, pomme de terre glycérinée, bouillon glycériné), 13 cas (12 de mâchoire et un de langue) ont été de l'Actinomycose à *N. Israeli*, 3 cas (un de langue et 2 ganglionnaires) de l'Actinobacillose de Lignières, 2 cas (mâchoire) de la *N. bovis* et 1 cas mixte où deux parasites ont été isolés, la *N. bovis* et la *N. Israeli*. L'actinomycose à *N. Israeli* paraît être la plus fréquente, mais cela peut dépendre des régions. L'actinobacillose est par exemple très fréquente en République Argentine ».

— Les autres, avec Gasperini, ont une tendance inverse, ils émettent des doutes sur l'unité du parasite de Harz, l'*Actinomyces bovis;* ils se demandent si sous l'étiquette de *N. bovis* on ne réunit pas des parasites voisins mais distincts. Gasperini, s'appuyant sur les caractères des cultures et sur les inoculations aux animaux, décrit en 1894 trois espèces : *Actinomyces bovis sulfureus* (ou *A. citreus* ?), *A. bovis albus*, *A. bovis luteoroseus*.

Ces distinctions n'ont pas été admises par la plupart des auteurs.

Nous avons pu comparer divers échantillons de parasites de l'actinomycose, notamment deux parasites provenant l'un de l'homme et l'autre du bœuf, que nous devions à l'obligeance de M. Binot, de l'Institut Pasteur, le deuxième semblait sur certains milieux différer du premier par la teinte blanche devenant rapidement noir d'encre de ses colonies, mais nous nous sommes aperçus que c'étaient là des différences fugaces dues peut-être à la composition des milieux.

Il se pourrait donc que les trois espèces de Gasperini ne fussent que des variétés réductibles du même parasite. Peut-être, suivant les régions existe-t-il des différences entre les échantillons des parasites de l'actinomycose de Harz de même qu'entre teignes de France et des pays étrangers. Mais ces différences semblent minimes, elles peuvent faire admettre des races, mais non des espèces distinctes, et il nous paraît prématuré de détruire l'unité de la *Nocardia bovis*.

En résumé, il y a à l'heure actuelle trois conceptions du groupe des actinomycoses : 1° la conception (que nous adoptons) qui distingue les actinomycoses de Harz et de Wolf-Israël et groupe autour de ces deux mycoses les observations isolées; 2° la conception uniciste de Wright qui, tendant vers une plus grande unité, confond les actinomycoses de Harz et de Wolf en une seule maladie due à la *Nocardia Israeli;* 3° la conception pluraliste de Gasperini qui tendant vers une plus grande pluralité dissocie en plusieurs espèces la *Nocardia bovis*.

1° Actinomycose de Harz [due à *Nocardia bovis*] (1). — [**Synonymie** : Oosporose actinomycosique; Oosporose ou Nocardose ou Discomycose de Harz; Actinomycose vulgaire ou Actinomycose proprement dite.]

Cette actinomycose, la première qui fut individualisée, nous est bien connue, grâce à de nombreux travaux dont le livre de Poncet et Bérard est le résumé justement classique. Ses localisations osseuses, musculaires et viscérales dont on sait la fréquence, envahissent souvent la peau (actinomycoses cutanées secondaires); au contraire, les actinomycoses primitivement cutanées sont exceptionnelles.

α. ACTINOMYCOSES CUTANÉES SECONDAIRES *par envahissement d'un foyer profond.* — Ces faits sont trop connus pour qu'il faille y insister :

Ce sont le plus souvent des actinomycoses profondes *cervico-faciales*, tantôt temporo-maxillaire et accompagnée de trismus, tantôt gingivo-jugale ou périmaxillaire, tantôt sous-maxillaire et cervicale, tantôt péripharyngée ou périœsophagienne, tantôt parotidienne, résultant de la pénétration du champignon par les premières voies digestives. Quelquefois l'infiltrat se ramollit rapidement et envahit la peau à la façon d'un abcès froid. Presque toujours, l'évolution est lente, insidieuse : une ou plusieurs nodosités, dures, indolentes, infiltrent les plans profonds; au bout de quelques semaines ou de plusieurs mois, les nodosités se ramollissent, donnant à leur centre une sensation de fluctuation vague, tenant plutôt à la présence de fongosités qu'à la collection du pus; la peau peu à peu est envahie, adhère, elle rosit, puis rougit, prend une coloration livide violacée et bientôt se fistulise en un ou plusieurs points qui laissent écouler un pus séreux ou granuleux, visqueux, mal lié, souvent caractéristique par les grains jaunes qu'il contient.

Ce sont des actinomycoses *thoraciques* périœsophagienne, broncho-pulmonaire, pleuro-pulmonaire qui se fistulisent à la peau. Les suppurations périœsophagiennes après avoir infiltré tout le médiastin, dénudé le rachis, comprimé l'œsophage, envoient des fusées purulentes dans les espaces intercostaux qui s'ulcèrent latéralement ou en arrière, de chaque côté de la colonne vertébrale. Le stylet pénètre dans ses trajets sans en trouver le fond et l'autopsie seule montrera l'étendue le plus souvent considérable du foyer profond. Les formes broncho-pulmonaires dans leur évolution lente de broncho-pneumonie scléro-suppurante ressemblent à la tuberculose, elles ont « une tendance toute spéciale à la production d'abcès pariétaux ou sous-cutanés s'ouvrant à la peau par des fistules multiples qui communiquent avec les cavernes pulmonaires » (Hodempyl). Ces fistules laissent suinter un séro-pus peu abondant, fétide, renfermant les grains jaunes. Cet envahissement de la paroi et cette fistulisation cutanée peuvent être les premiers signes qui mettent sur la voie du diagnostic d'une actinomycose pulmonaire jusque-là méconnue.

Ce sont des actinomycoses *abdominales*, intestinales surtout, dues à une contamination digestive : — une typhlite actinomycosique avec ou sans appendicite s'entoure de pérityphlite, adhère à la paroi, l'envahit et se fistulise à la peau; tantôt l'évolution a

(1) Synonymie : *Concrétions cristalloïdes du pus* (Ch. Robin); *Actinomyces Bovis* (Harz, 1877); *Discomyces Bovis* (Rivolta, 1877); *Bacterium actinocladothrix* (Affanassieff, 1888); *Nocardia actinomyces* (de Toni et Trevisan, 1889); *Streptothrix actinomyces* (Rossi-Doria, 1891); *Actinomyces bovis sulfureus* (Gasperini, 1894); *Nocardia bovis* (R. Blanchard, 1895); *Cladothrix actinomyces* (Macé, 1897), etc.

été aiguë, l'abcès rapidement formé donne un pus fétide abondant; tantôt elle est chronique, les abcès formés restent petits, insidieux. — Le pourtour du rectum est encore un siège de prédilection des abcès. — Toutes les actinomycoses viscérales, en particulier les actinomycoses hépatiques peuvent se fistuliser à la paroi. Quelquefois la mycose est pariétale : Glaser a vu une vaste infiltration s'étendant du pubis à l'ombilic simuler une tumeur solide.

Ce sont des ostéites des membres qui, après avoir infiltré les muscles, s'ouvrent à la peau, etc.

β. Actinomycoses sous-cutanées et cutanées métastatiques. — A la fin de l'évolution d'un foyer d'actinomycose profonde, le plus souvent cervico-faciale, parfois abdominale, depuis longtemps reconnu, on voit exceptionnellement survenir des nodules sous-cutanés plus ou moins nombreux dus à une actinomycétémie terminale. Plus rarement encore une actinomycose viscérale, pulmonaire par exemple (Bogolepolf), a été la source d'*une* seule métastase cutanée.

Dans la plupart des cas, le caractère secondaire de la lésion cutanée est facile à reconnaître, pourtant il est des cas où les fistules cutanées disséminées sont la seule manifestation évidente d'un foyer profond qui reste probable mais non démontré ; les lésions cutanées paraissent « primitives » et l'on ne sait où siège le foyer primitif.

Tel est le cas que nous venons de suivre avec Coyon (1) : la malade, une jeune fille d'une vingtaine d'années, habitant la campagne, est atteinte depuis sa seconde enfance d'abcès actinomycosiques à répétition qui se fistulisent à la peau ; ces abcès et leurs fistules sont disséminés dans une même région : paroi abdominale antérieure, sous-ombilicale, pourtour périanal, grande lèvre de la vulve, face interne de la cuisse, leur évolution est très irrégulière et chacun d'eux, subissant des recrudescences, s'ouvre presque toujours au même point. Le groupement de ces fistules en une même région, le début des poussées par des phénomènes intestinaux et appendiculaires font supposer que ces fistules ne sont que les fusées d'un foyer profond péritonitique peut-être pelvien, mais rien ne permet d'être affirmatif et cliniquement l'affection se présente sous les apparences d'une lésion cutanée.

Leser a observé « des ulcérations cutanées multiples, ressemblant aux ulcérations tuberculeuses, mais en différant par l'absence d'adénopathie et par la présence d'un cordon fibreux qui du fond de l'ulcération pénétrait profondément jusqu'aux os » : ce n'étaient sans doute que des fistulisations d'un foyer d'ostéite. Köhler a décrit des faits semblables.

γ. Actinomycose cutanée primitive (2). — Les cas en sont exceptionnels.

Poncet et Bérard n'en citent que quelques rares exemples : deux cas d'actinomycose de la peau et des membres sur 67 cas de cette mycose, observés en France, soit 3 p. 100. Les statistiques étrangères de Moosbruger, en Allemagne, de Sokalow, en Russie, de Güdder, en Suisse, sont à peu près muettes sur ces localisations cutanées. Illich sur 421 cas ne peut en découvrir que 11 cas, soit 2,5 p. 100, encore cet auteur a-t-il soin de faire remarquer « que nombre d'observations publiées jusqu'ici sous la rubrique d'actinomycose cutanée, usurpent ce titre et se rapportent en réalité à des foyers parasitaires venant des plans profonds » (observation de Leser, de Raingeard).

On compte à l'heure actuelle une trentaine d'observations : Nocard et Lucet, Müller, Majiocchi, Bertha, Braatz, Hartmann, Luthe, Talamus, Hochenegg, Portch, Lion, Darrer et Gauthier, Dubreuilh et Sabrazès, Legrain, Thiriar, Monestié, Gross. Reboul, Poncet et Bérard, Guillemot, Bochin, Follet, Sicard, Thévenot, Gaucher et Lacapère, Poissonier, Buerger, Gaucher Gougerot et Lévy-Frankel.

Cette variété des actinomycoses cutanées peut paraître étrange, lorsqu'on se souvient de la fréquence des éraillures cutanées qui pourrait servir de porte d'entrée au parasite, si fréquent, semble-t-il, dans certaines contrées.

Peut-être la peau résiste-t-elle mieux que les muqueuses buccopharyngées et intestinales?

Peut-être les actinomycoses cutanées sont-elles en réalité fréquentes, mais, restant bénignes et spontanément curables parce qu'elles sont strictement localisées à la peau, elles passent inaperçues et sont méconnues ?

Les faits cliniques sont assez disparates : la plupart des régions peuvent être atteintes ; les membres,

---

(1) Coyon et Gougerot. Actinomycose profonde abdominale à fistules cutanées multiples disséminées. Séro-diagnostic mycosique positif, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 fév. 1910.

(2) Bibliographie résumée par ordre alphabétique : Bœhm. Primære Actinomycosis cutis..., *Arch. f. Dermat.*, déc. 1902. — Buerger. Actinomycosis of the Skin of the foot, *Amer. Journ. of the med. sc.*, nov. 1907. — Darier et Gautier. Un cas d'actinomycose de la face, *Ann. de dermat.*, 1891, p. 449. — Dascaloff. *De l'Actinomycose cutanée*, Th. de Paris, 1911. — Dor. Actinomycose, recherche du champignon rayonné. Les caractères morphologiques et réactionnels dans les tissus, *Presse méd.*, 16 sept. 1903. — Follet. Actinomycose cutanée de la région fessière, *Bull. de la Soc. centrale de méd. du départ. du Nord*, 27 fév. 1903. — Gaucher et Lacapère. Actinomycose cutanée de la joue, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 avril 1901. — Gaucher, Gougerot et Lévy-Frankel. Actinomycose cutanée de la joue, *Soc. de dermat.*, juin 1911. — Lieblein. Ueber die Aktinomycose der Haut, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1900. — Lion. Hautactinomykose, *Arch. f. Dermat.*, 1900. — Lucet et Nocard. *Acad. de méd.*, 1888. — Majiocchi. Actinomicosi cutanea primitiva dell' uomo, *Ateneo med. Parmense*, 1887, t. I, p. 1, et *Bull. d. sc. med. di Bologna*, 3 juin 1892, S. 7, vol. III. — Milian. Actinomycose de la plante du pied, *Ann. de dermat.*, janv. 1905. — Monestié. Th. de Paris, 1895. — Neukrich. A propos de l'actinomycose, *Presse méd.*, déc. 1903. — Poissonier. Actinomycose cutanée de la face, *Lyon méd.*, 1905. — Poncet et Bérard. *Traité clinique de l'actinomycose humaine*; — De l'actinomycose humaine en France, *Presse méd.*, 1902. — Poncet et Thévenot. De l'actinomycose en France et à l'étranger dans ces cinq dernières années, *Bull. méd.*, juin 1903. — Raingeard. Th. de Paris, 1886. — Rhinter. Forme rare d'actinomycose faciale, *Lyon méd.*, 1907. — Reclus. Un cas d'actinomycose cervico-faciale, *Bull. méd.*, fév. 1906. — Sabrazès. Actinomycose nodulaire de la main développée autour d'une écharde de bois, *Bull de la Soc. de biol.*, 2 fév. 1909, n° 5, p. 238. — Sicard. Actinomycose cutanée du doigt *Presse méd.*, 15 août 1903, n° 65, p. 581. — Thévenot. A propos de l'actinomycose humaine, *Lyon méd.*, 1903; — Panaris actinomycosique de l'annulaire droit, *Presse méd.*, sept. 1903.

surtout les extrémités et la face sont les plus atteints.

Nocard et Lucet, en 1888, ont cité un cas d'actinomycose cutanée de la cuisse, qui en même temps était le premier cas connu certain d'actinomycose humaine en France.

Müller (de Tübingen), en 1888, signalait un second cas : la malade, une femme de vingt-huit ans, s'était blessée accidentellement avec un morceau de bois à la base du médius droit; deux ans après apparut une tuméfaction suppurante qui renfermait des grains. Thévenot, Sicard ont publié des cas de panaris actinomycosiques, à la suite d'une coupure du doigt par un épis ou une paille. Bertha a rencontré des lésions des mains chez des ouvriers agricoles, maniant du blé. « Dans un cas, la peau présentait un aspect rugueux rappelant certains lupus; dans un autre l'éminence thénar était parsemée de foyers purulents, gros comme un pois, une noisette. »

Fontoynont a observé des lésions du pied identifiés par Jeanselme, etc.

Darier et Gautier, Gaucher, Gougerot et Lévy-Frankel ont observé des plaques actinomycosiques de la joue; Majiocchi, des lésions du cou.

Les autres régions sont rarement atteintes. Reboul a suivi un cas d'actinomycose de l'ombilic due à une inoculation directe chez un moissonneur. Bogolepoff nous a communiqué trois cas sibériens d'actinomycose ulcéreuse du dos.

Il est difficile de faire la synthèse de ces faits si disparates. Leser, Poncet et Bérard distinguent : 1° des formes nodulaires ; 2° des formes ulcéreuses soit à type vésiculeux, soit à type ulcéro-gommeux.

Majiocchi distingue : 1° une forme anthracoïde ; 2° une forme ulcéro-fongueuse.

La classification suivante nous semble préférable.

(*A suivre.*)

PRATIQUE MÉDICALE

LA PNEUMONIE CÉRÉBRALE DES ENFANTS

Par M. Laral.

Habituellement, la pneumonie est bénigne chez les enfants, elle dure peu, et sa convalescence est rapide. Quelquefois même, la durée en est si courte que l'on n'en fait pas le diagnostic précis.

Cependant, il y a une complication relativement fréquente et qu'il faut bien connaître : c'est la pneumonie compliquée d'accidents nerveux, la *pneumonie cérébrale* de Rilliet et Barthez. Tantôt, il s'agit de convulsions (forme éclamptique), tantôt du coma et du délire (forme méningée). En réalité, la pneumonie n'est que la cause qui déclanche un mauvais équilibre nerveux. L'importance morbide est toute dans le terrain. Il s'agit de fils de névropathes et d'arthritiques; la pneumonie n'est que le prétexte de cet ensemble de troubles graves.

Les convulsions sont générales ou limitées à la tête, aux yeux, aux mains; elles alternent parfois avec le coma. Dans la forme méningée, la céphalalgie, les vomissements peuvent être associés à la constipation, puis vient un assoupissement inquiétant et l'on songe à la méningite tuberculeuse. Le délire est tranquille et de courte durée.

Y a-t-il dans la cause efficiente de ces complications cérébrales une septicité plus ou moins grande ? Les auteurs l'admettent et les pneumonies à très forte température, à phénomènes généraux rapidement accusés, semblent plus propices aux troubles cérébraux. Et c'est pourquoi les médicaments susceptibles de diminuer la septicité locale et générale comme le gaïacol, ou mieux le sirop Roche au thiocol qui n'a pas les inconvénients du gaïacol, ont des effets prophylactiques très nets à l'égard de la pneumonie cérébrale. Deux à six cuillerées à café par jour de ce remède suffisent dans la grande majorité des cas à éviter cette complication et à favoriser d'autre part une évolution favorable de la maladie elle-même. Quelques médecins conseillent aussi le vésicatoire. Nous sommes d'accord avec M. d'Espine (1) pour le proscrire nettement; il est nuisible dans la pneumonie infantile. Il faudra veiller à la régularité des selles et, pour combattre l'agitation, avoir recours au chloral, au bromure. De légères doses d'alcool conviendront contre les tendances au collapsus. Les bains tièdes et même froids seront d'un grand secours dans les formes hyperthermiques si fréquentes quand les troubles cérébraux commencent.

En somme, le traitement de cette forme est celui de la pneumonie habituelle : sirop Roche au thiocol, révulsion, balnéation et enfin médication symptomatique des complications.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 FÉVRIER 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 5 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e (1re, 2e, 3e et 4e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec*.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 6 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

2e (1re, 2e et 3e séries).

4e.

Vendredi 7 février, à une heure. — 2e (1re, 2e, 3e et 4e séries).

3e (oral, 1re et 2e parties).

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 8 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

2e (1re, 2e et 3e séries).

3e (oral, 1re partie).

4e (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Jeudi 6 février, à une heure. — M. Bessière. Paranoia et psychose périodique (MM. Gilbert Ballet, président; Lejars, Claude et Okinczyc.) — M. Perrin. Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale. (MM. Gilbert Ballet, président; Lejars, Claude et Okinczyc.) — M. Gaufroy. Traitement des fractures anciennes de jambe à grand déplacement par l'appareil d'Heitz-Boyer. (MM. Lejars, président; Gilbert Ballet, Claude et Okinczyc.)

(1) D'Espine. *Congrès de Rome*, 1898.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 11. — MARDI 28 JANVIER 1913. 86e ANNÉE. MARDI 28 JANVIER 1913. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hopitaux de Paris. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 24 janvier 1913. — Question donnée : « Muscles ptérygoïdiens (sans la physiologie). — Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus (symptômes et diagnostic). »

MM. Vérut, 13 + 21 = 34; Ollier, 12 + 18 = 30; Grandjean, 14 + 21 = 35; Baudet, 13 + 22 = 35; Braine, 16 + 22 = 38; Bourgeois (Maurice), 15 + 19 = 34; Boirac, 12 1/2 + 21 = 33 1/2; Oulié, 12 + 19 = 31; Manne, 13 + 17 = 30.

Séance du 25 janvier. — Question donnée : « Nerf facial dans son trajet intrapétreux. — Infarctus pulmonaires. »

MM. Lascombe, 15 + 21 = 36; Weiss, 13 1/2 + 20 = 33 1/2; Chatellier (Henri), 14 + 24 = 38; Malet (Louis), 11 + 18 = 29; Humbert, 13 + 20 = 33; Moulonguet, 14 + 21 = 35; de Gaudart d'Allaines, 13 + 20 = 33; Galland, 13 + 23 = 36; Duter, 13 + 21 = 34; Delotte, 14 + 19 = 33.

Écoles de médecine. — Nantes. — M. Aubry, chef des travaux d'anatomie pathologique, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à dater du 1er novembre 1912.

École des hautes-études. — M. le docteur Vaudremer est nommé maître de conférences au laboratoire de chimie physiologique, dirigé par M. le docteur Roux, à l'Ecole pratique des hautes-études.

Guerre. — Corps de santé militaire. — Par décret en date du 20 janvier 1913, sont nommés dans le cadre du corps de santé militaire au grade de médecin aide-major de deuxième classe pour prendre rang du 31 décembre 1912, et provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après, les élèves de l'école du service de santé militaire reçus docteurs en médecine et les docteurs en médecine directement admis, après concours, à l'école d'application du service de santé militaire dont les noms suivent et qui sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe élève à l'école d'application du service de santé militaire :

MM. Audouard, Bachelet, Boissezon, Bouissou, Bulit, Bureau, Camors, Canac, Cazalas, Cenet, Chaineaux, Chaisemartin, Clavelin, Corroy, Coulon, Cousinié, Despujols, Dioclès, Drevon, Dubrulle, Ducluzaux, Dupain, Fauré, Freydier, Fribourg-Blanc, Guichot, Grand, Grimal, Guggenbuhl, Heyraud, Hollier, Jacquetty, Lacronique, Lhuissier, Maliver, Massonnaud, Montel, Mosnier, Nimier, Pacaud, Pauron, Péquegnot, Plonte, Poursain, Queheille, Renard, Rey, Saltet de Sablet d'Estières, Sébillot, Soulié, Talenton, Tamalet, Terracol, Thibault, Vauvray, Welsch.

Service de l'assistance médicale en Afrique occidentale française. — Le service d'assistance médicale de l'Afrique occidentale française a pour but d'assurer, concurremment avec le service de santé des troupes coloniales :

1° Les soins médicaux gratuits aux fonctionnaires et agents européens en service dans les colonies et à leur famille ainsi qu'à la population indigène;

2° Les services de la police sanitaire, des épidémies, de l'hygiène et de la santé publiques;

3° Le service des établissements hospitaliers entretenus sur les fonds du budget général, des budgets locaux ou des budgets municipaux dans les mêmes conditions que celui des dispensaires et des laboratoires;

4° L'instruction des aides-médecins et infirmiers indigènes.

Le service de l'assistance médicale de l'Afrique occidentale est assuré :

1° Par des médecins civils nommés par le gouverneur général, après avis de l'inspecteur des services sanitaires civils et qui prennent le titre de médecins de l'assistance médicale;

2° Par des médecins des troupes coloniales qui, lorsque les besoins du service le permettent, peuvent être placés dans la disposition d'activité hors cadres, dans les conditions déterminées par les articles 1er et 15 des décrets du 21 juin 1906, portant règlement d'administration publique sur l'organisation du corps de santé des troupes coloniales et l'article 4 du décret du 7 novembre 1911;

3° Enfin, dans les centres dépourvus de médecins de l'assistance médicale, par des officiers du corps de santé des troupes coloniales affectés au service général ou au service régimentaire, qui peuvent être chargés de remplir les différentes obligations incombant aux médecins de l'assistance médicale.

De même, et par réciprocité, dans les centres où ils sont en service et où existe un poste militaire sans officiers du corps de santé des troupes coloniales, les médecins de l'assistance

médicale doivent, après entente avec l'autorité militaire, assurer le service médical gratuit de la garnison.

Le personnel civil des médecins de l'assistance médicale de l'Afrique occidentale française forme un cadre unique à la disposition du gouverneur général qui nomme à tous les emplois.

Ce personnel est réparti, selon les besoins du service, dans les diverses colonies du groupe et utilisé, par les lieutenants-gouverneurs et les chefs du service de santé, au mieux des intérêts de la population européenne et indigène.

La hiérarchie, le traitement, les indemnités, la proportion des grades entre eux, le classement au point de vue de la concession des indemnités de route et des passages du personnel civil des médecins de l'assistance médicale de l'Afrique occidentale française sont fixés comme suit :

GRADES	SOLDE d'Europe.	SOLDE (1) coloniale.	CLASSEMENT (2) PAR CATÉGORIE	EFFECTIF maximum.
Médecins princip. 1re cl.	7.500 fr.	15.000 fr.	1re B.	10 % de l'effectif total des médecins titulaires.
— — 2e cl..	6.500 »	13.000 »	1re B.	12 %
— — 3e cl..	5.500 »	11.000 »	1re B.	15 %
— 1re classe.....	5.000 »	10.000 »	2e	18 %
— 2e classe......	4.500 »	9.000 »	2e	20 %
— 3e classe......	4.000 »	8.000 »	2e	25 %
Stagiaires..............	3.500 »	7.000 »	2e	

(1) A la solde coloniale s'ajoutent, dans les mêmes conditions que pour les autres fonctionnaires, les indemnités de déplacements et les allocations accessoires à la solde, prévues par les textes en vigueur.

(2) Décision ministérielle du 21 mai 1912.

Le cadre du personnel de l'assistance médicale est fixé chaque année, au 1er janvier, d'après les prévisions budgétaires. L'effectif des médecins ne peut en aucun cas dépasser ces prévisions.

Nul ne peut être nommé médecin de l'assistance médicale s'il n'est citoyen français, âgé de vingt-cinq ans au moins et de trente-deux ans au plus ; muni du diplôme français de docteur en médecine et pourvu, en outre, du brevet spécial délivré par les instituts de médecine coloniale de Paris, Bordeaux ou Marseille.

Tout candidat devra fournir, avec sa demande, les pièces suivantes pour la constitution de son dossier :

1° Extrait de l'acte de naissance;
2° Extrait du casier judiciaire;
3° Certificat de bonne vie et mœurs;
4° Certificat médical constatant l'aptitude au service colonial, tous de moins de trois mois de date;
5° Etat signalétique et des services militaires;
7° Diplômes énumérés dans le précédent paragraphe.

Tout candidat civil est nommé stagiaire, sauf les exceptions prévues aux dispositions transitoires.

Les médecins et anciens médecins des troupes coloniales et du corps de santé de la marine peuvent être nommés médecins titulaires de l'assistance médicale, sous réserve de compter dix années au moins de services à l'Etat, dont deux années au moins en Afrique occidentale française et, le cas échéant, après acceptation de leur démission.

La limite d'âge est reculée jusqu'à quarante ans pour ces candidats qui doivent, cependant, produire un certificat d'aptitude physique au service colonial. Ce certificat doit être obligatoirement établi, en France par le conseil supérieur de santé des colonies, hors de la Métropole par le conseil de santé de la colonie où réside l'intéressé.

Ces médecins sont nommés dans le nouveau corps à une classe comportant une solde immédiatement supérieure à celle de leur grade dans l'armée ou dans la marine.

Toutefois, ces nominations ne peuvent excéder le quart des vacances à combler dans le cadre de l'assistance médicale de l'Afrique occidentale française.

Les médecins des troupes coloniales admis dans ces conditions dans le personnel de l'assistance médicale sont dispensés du stage prévu à l'article suivant.

Les médecins civils entrant dans le cadre des médecins de l'assistance médicale de l'Afrique occidentale française sont astreints à un stage d'au moins deux ans, défalcation faite des congés et séjour à l'hôpital, avant leur classement définitif. Ce stage court du jour de leur arrivée dans la colonie ou, s'ils s'y trouvaient déjà, de celui de la nomination.

A l'expiration de ce stage, ils sont titularisés et nommés médecins de troisième classe ou licenciés par le gouverneur général, sur la proposition du lieutenant-gouverneur, après avis de l'inspecteur des services sanitaires civils ou astreints à une nouvelle période de stage de six mois.

Dans le cas où l'intéressé a été soumis à un complément de stage, il est, à l'expiration de la période supplémentaire de six mois prévue au paragraphe précédent, définitivement titularisé ou licencié par le gouverneur général, après avis de l'inspecteur des services sanitaires civils.

Dans les cas où le licenciement a pour cause l'inaptitude physique du stagiaire, il peut être accordé à l'intéressé une indemnité de licenciement dans les conditions fixées par les règlements sur la solde et accessoires de solde du personnel colonial.

Les avancements en grade et en classe dans le cadre des médecins de l'assistance médicale sont conférés par arrêté du gouverneur général sur la proposition des lieutenants-gouverneurs sous les ordres desquels sont placés les fonctionnaires intéressés.

Ils ont lieu uniquement au choix, les avancements en grade après deux ans d'ancienneté dans la première classe du grade immédiatement inférieur, dont dix-huit mois au moins de séjour colonial effectif, et les avancements en classe après deux ans d'ancienneté dans la classe immédiatement inférieure, dont dix-huit mois au moins de séjour colonial effectif.

Dans tous les postes où ils sont appelés à servir les médecins de l'assistance médicale peuvent prétendre au logement et à l'ameublement dans les conditions locales où sont placés les autres fonctionnaires de la colonie.

Autant que possible le logement du médecin doit être compris dans le dispensaire.

Les médecins de l'assistance médicale seront admis à participer au régime des retraites à créer en Afrique occidentale française.

Un décret, en date du 12 juillet 1912, a créé une caisse de retraites pour les fonctionnaires et agents appartenant aux services généraux ou locaux de l'Afrique occidentale française.

Un médecin principal de première classe, se retirant de l'administration après vingt-cinq ans de services, pourra avoir droit à une pension pour ancienneté atteignant la somme de 4607 fr. 50.

Des pensions pour blessures ou infirmités, des pensions pour les veuves et les orphelins, sont également prévues par le texte précité.

Pour tous renseignements, voir les dispositions du décret susvisé publié au *Journal officiel* de la République française des 15 et 16 juillet 1912.

Consulter le texte complet de l'arrêt du 1er juin 1912 au secrétariat de la Faculté.

UN BON EXEMPLE. — M. Herriot, le distingué maire de Lyon, vient de prendre un arrêté aux termes duquel le pain transporté par tout autre moyen que dans une voiture fermée devra être complètement enveloppé et recouvert par une toile imperméable.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ambrosini (de Poissy), Alexis Baduel (de Condat), Cuisinier (de Rennes), Decori (de Paris), Alexis-Lucien Leroy (du Mans), Paulin Méry, ancien député, décédé aux suites d'une opération nécessitée par des brûlures dues à la manipulation des rayons X, et C. Queudot (de Paris).

INTRODUCTION A L'ÉTUDE

DES

OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES

Par M. V. MÉNARD (1),
Chirurgien de l'hôpital maritime de Berck.

La plupart des médecins qui nous font l'honneur de visiter l'Hôpital maritime sont très peu renseignés, même lorsqu'ils comptent parmi les plus avertis, sur les détails de la marche et du traitement de la tuberculose externe chez l'enfant. Ils l'ont bien tous étudiée dans nos livres classiques au texte édifié par nos maîtres, mais ces auteurs n'ont le plus souvent pas pratiqué largement la tuberculose ostéo-articulaire.

Ce sujet n'a jamais été, en effet, jusqu'à présent l'objet d'un enseignement officiel et spécial ; et si vous trouvez à Paris un grand hôpital pour les maladies de la peau, des services exclusivement consacrés aux maladies nerveuses, une clinique gynécologique, vous ne trouvez aucun service qui soit consacré à la tuberculose externe de l'enfant.

L'Assistance publique voulut bien, il y a quelque vingt ans, créer des services de chirurgie consacrés à la tuberculose ostéo-articulaire ; à peine créés, ces services furent, à bref délai, transformés en services de chirurgie générale. La raison en est principalement dans la durée très longue de la maladie que l'on y devait traiter. Les malades se trouvaient trop longtemps confinés dans ces hôpitaux urbains, de sorte que ces services ne pouvaient guère intéresser les chirurgiens dont les malades n'étaient pas placés dans des conditions hygiéniques favorables.

Aujourd'hui vous trouvez, dans la plupart des hôpitaux d'enfants, des consultations spécialement réservées à la tuberculose ostéo-articulaire, mais le plus grand nombre des chefs de service ne s'y intéressent que d'une façon accessoire.

C'est de cet état d'abandon où l'on a laissé l'enseignement officiel des manifestations ostéo-articulaires de la tuberculose chez l'adulte et chez l'enfant, que vient l'instruction incomplète de la plupart des praticiens sur ce sujet.

A l'Hôpital maritime, vous trouverez sur un total de 1.050 enfants de 800 à 900 enfants atteints d'une tuberculose externe des ganglions, des os, ou des articulations.

Au cours de ces leçons, nous ne nous occuperons que de la tuberculose ostéo-articulaire qui se présente à vous ici avec toutes ses variétés de siège, de période clinique, de gravité. Nous avons ici sous les yeux plus de 200 coxalgies, plus de 200 maux de Pott, 50 à 60 tuberculoses du genou. Nous pourrons donc puiser nos exemples parmi 500 malades environ atteints des formes les plus graves de la tuberculose chirurgicale. Ajoutez, que 300 autres malades sont porteurs de manifestations moins graves siégeant au membre supérieur, aux petits os de la main et du pied.

Nos malades sont classés par groupes selon la localisation, l'âge ou les complications de la maladie, selon les soins qu'ils réclament.

Notre hôpital est comme un livre ouvert devant vous, livre sinon complet du moins suffisant et tel que celui qui en aurait fait l'étude complète aurait acquis une éducation médicale très large.

Une visite de quelques semaines ne peut satisfaire qu'une moindre ambition. On ne saurait en un temps si court acquérir la connaissance entière d'un groupe de malades si nombreux. Cependant étant donnée l'éducation médicale par ailleurs déjà très complète que vous possédez, vous apprendrez très vite à lire dans notre livre hospitalier, à saisir les difficultés d'un diagnostic total, je dirai plus méfiant; et surtout à vous familiariser avec la longue, très longue évolution de la tuberculose dans toutes ses variétés. Ces notions, une fois acquises, vous admettrez facilement les bases du traitement rationnel de cette maladie à l'époque actuelle.

Nous ne pouvons avoir l'idée de vous donner même un abrégé du tableau de la tuberculose ostéo-articulaire, telle qu'elle se présente à l'Hôpital maritime. Chacune de ses localisations exigerait de très longs développements. Je vous ai montré avant cette leçon quelques malades en vous mettant en lumière les détails les plus intéressants que présentait chacun d'eux; pour chacun, j'ai essayé de vous placer dans la situation où se trouve le chirurgien qui examine pour la première fois un malade.

Peut-être avez-vous jusqu'ici considéré comme de peu de portée une consultation se rapportant par exemple à une tumeur blanche du genou. Ce n'est point mon avis et chaque première consultation qui m'est demandée à propos d'un enfant atteint d'un ou plusieurs foyers tuberculeux est à mes yeux une scène non dépourvue de sentiment dramatique.

Au cours d'une semblable consultation, vous aurez à répondre successivement à plusieurs questions toujours les mêmes, que tout malade ou parent de malade ne manquera pas de vous poser l'une après l'autre :

Quelle maladie a mon enfant?
Comment lui est-elle venue?
Guérira-t-elle? Et en combien de temps?
Quel sera le traitement?

Ces quatre questions résument le diagnostic, l'étiologie, la pathogénie, la marche et le pronostic, le traitement enfin de la tuberculose ostéo-articulaire.

La première question est la plus simple. Si vous êtes praticien averti, vous reconnaissez, sauf exception au premier coup d'œil, une ostéite ou une ostéo-arthrite.

Quelques difficultés de localisation peuvent pourtant se présenter. Il vous faudra savoir distinguer d'une arthrite de la hanche, du genou ou du coude, une ostéite juxtaarticulaire. Cette distinction en général possible d'après la seule clinique peut cependant présenter quelques difficultés, mais dans ces cas délicats la radiographie vient à notre secours.

(1) Première conférence du cours de vacances 1912, à l'Hôpital maritime de Berck, recueillie par M. J.-Ch. DENET, élève du service.

La nature même de la maladie peut-elle aussi être la source de quelque difficulté et nous vous mettrons sous les yeux au cours de ces leçons des genoux, des coudes, des os de la jambe ou de l'avant-bras, des fémurs et des humérus envoyés à Berck comme tuberculeux, chez lesquels il s'agit manifestement de syphilis. C'est ici un sujet avec lequel nous avons reconnu que les praticiens, même les plus habiles, sont rarement familiers. Nous reviendrons d'ailleurs au cours de cette même leçon sur ce point lorsque nous aurons à traiter du pronostic.

Votre diagnostic doit être précoce. Dès qu'apparaissent les premiers symptômes, vous devez acquérir une certitude en ce qui concerne à la fois la nature et la localisation de la tuberculose. Plusieurs examens successifs pourront, cela va de soi, vous être nécessaires, mais souvenez-vous que c'est une faute d'examiner superficiellement un malade en apparence peu atteint. Tel enfant qui boite à peine ou souffre un peu de la région lombaire examiné négligemment et laissé des semaines et des mois sans traitement ne guérira, lorsque plus tard le diagnostic de coxalgie ou de mal de Pott s'impose, qu'au prix d'une infirmité. Pendant le temps perdu, la maladie s'est aggravée, la hanche et le rachis se sont gravement déformés.

Devez-vous vous contenter de cette formule brève de diagnostic : coxalgie, mal de Pott, tuberculose du genou, etc. ? Non ! il ne s'agit point seulement d'une maladie du rachis ou d'une grande articulation ; il n'y a pas en l'occurrence qu'une tuberculose locale, autrement dit vous êtes en présence de la localisation d'une colonie tuberculeuse, manifestation d'une maladie générale. Aussi n'oubliez jamais de faire déshabiller votre malade entièrement ; toutes les régions du corps devront être passées en revue et il vous arrivera fréquemment de découvrir d'autres foyers minimes ou importants, encore en évolution ou déjà cicatrisés : gommes de la peau, ganglions engorgés ou les cicatrices de ces lésions, autres lésions tuberculeuses sur d'autres points du squelette, enfin une tuberculose viscérale.

Dès le premier jour, nous avons avantage à posséder le tableau complet de notre malade, car pour lui et pour vous il y aurait grand inconvénient à découvrir l'un après l'autre les éléments d'une association complexe qui doivent être dépistés dès la première heure.

Le diagnostic établi, le malade ou son tuteur ne manque jamais de nous poser la deuxième question : mais enfin, docteur, d'où vient cette maladie? Et l'on manque rarement d'ajouter : nous n'avons pas de tuberculeux dans notre famille. Ne croyez rien de ce dernier point dont la vérification est souvent délicate. Il m'est plusieurs fois arrivé en écoutant mon interlocuteur de voir sur son cou une cicatrice indéniable ou d'apprendre de sa bouche même, quelques instants après, la preuve ou l'indice d'une tuberculose dans son entourage. Vous ne vous attachez pas d'abord à élucider cette question générale, la maladie est-elle le résultat de l'hérédité ou de la contagion, mais vous apprenez bien souvent qu'un ascendant du malade ou une personne lui ayant donné des soins, nourrice ou gouvernante, s'est trouvée être tuberculeuse.

Vous ne vous préoccuperez pas non plus à propos de chaque cas de déterminer quelle fut la porte d'entrée du bacille. Et pourtant combien de fois n'apprendrez-vous pas que le malade est sujet à des crises d'entérite. Vous vous souvenez des données de la pathologie générale; M. Calmette (de Lille) répète depuis des années que la tuberculose pénètre de préférence par la voie intestinale, moins souvent semble-t-il par le bucco-pharynx et les voies respiratoires.

La même question d'origine se présente encore à nous sous un autre aspect. Nous savons que dès l'âge de dix ans, 50 p. 100 des enfants sont ensemencés de tuberculose et qu'avec les années, la proportion monte jusqu'à 60 et 80 p. 100 chez l'adulte, mais qu'elle peut en rester à la période d'ensemencement, c'est-à-dire latente. Quelle circonstance provoque telle ou telle culture, telle ou telle colonie ou localisation? Quelle est la cause occasionnelle qui, dans le cas qui nous occupe, a déterminé une ostéo-arthrite, plutôt qu'un foyer sur tout autre système anatomique? Nous l'ignorons généralement. On dit toutefois et nous vérifions assez souvent qu'une maladie générale, rougeole, scarlatine, grippe, coqueluche, a précédé de quelques semaines, de quelques mois, la première manifestation d'une tuberculose locale. On ne peut en tirer d'autre conclusion que celle-ci, l'infection aiguë a provoqué chez un sujet, ensemencé par avance, une bacillémie suivie de greffe unique ou multiple, sur tel ou tel système anatomique, par exemple, sur un ou simultanément sur plusieurs points du squelette.

Vous entendrez aussi parler souvent du traumatisme qui est souvent accusé par le malade ou par les siens. Mais que penserez-vous de sa valeur chez un enfant porteur de foyers multiples, disséminés sur les quatre extrémités comme le spina ventosa, ou chez un enfant porteur d'une tuberculose des deux calcanéums, des deux coudes, des deux malaires comme cela se présente si souvent. Le traumatisme est donc étranger à la manifestation des foyers disséminés. Pourtant, on ne peut guère manquer d'être impressionné par les cas où un traumatisme grave, en tout cas évident, une contusion violente a précédé l'éclosion d'une tuberculose au niveau d'une grande articulation.

De toute manière, ces causes occasionnelles n'ont pas créé la tuberculose, elles sont seulement capables de réveiller son activité et de faire éclore des colonies nouvelles. Il nous est même arrivé de pouvoir saisir sur le même malade au cours d'une période plus ou moins longue, d'abord l'invasion tuberculeuse, puis sa localisation.

Un de nos confrères, ancien interne des hôpitaux, nous présente en 1912 son fils atteint de mal de Pott lombaire. En 1909, au cours de l'été, cet enfant en séjour au bord de la mer à La Baule, est atteint d'une fièvre violente qui se prolonge plusieurs semaines sans explication claire possible, sans aucune localisation. Il ne s'agit point de fièvre typhoïde comme le montre

un séro-diagnostic négatif et l'on pose le diagnostic de bacillo-typhose sans pouvoir le vérifier. En juin 1910, soit un an plus tard, l'enfant se plaint de douleurs lombaires avec propagation vers les cuisses, douleurs calmées par le repos, mais se réveillant souvent et se prolongeant. Un peu plus tard, à la fin de ce même été 1910, apparaissent des phénomènes pulmonaires, hémoptysie et bronchite suspecte. Au début de 1911, ces phénomènes rétrocèdent, le mal de Pott dorso-lombaire devient évident à la fin de l'été 1911.

Dans cette observation attentivement prise, on assiste à l'invasion bacillaire et les premiers signes de localisation sur le rachis et le poumon ne se font jour qu'au bout de plus d'un an, ce ne sera même qu'au bout de dix-huit mois que le mal de Pott sera devenu évident. Encore s'agit-il ici d'une évolution régulière et particulièrement rapide. Chez la plupart des malades, les colonies ostéo-articulaires apparaissent, nous en sommes convaincus, beaucoup plus tardivement, beaucoup plus longtemps après le premier ensemencement. L'entérite, porte d'entrée de la bacillose, les ganglions mésentériques, première étape de l'invasion, ganglions que l'on trouve crétacés au cours des autopsies accidentelles, ont pu précéder de plusieurs années l'ostéo-arthrite que nous avons à examiner.

Il s'en faut que la question d'origine du mal soit simple; dès le premier jour, le malade vous apparaît affecté, non d'une tuberculose locale, c'est un tuberculeux ancien dont certains organes, en particulier le système lymphatique, portent depuis longtemps le germe du mal actuel, petits foyers de tuberculose déjà vieillis ou encore en activité.

Nous assistons en un mot à une phase nouvelle de la tuberculose.

De suite se pose la troisième question : quelle sera la durée de cette tuberculose ostéo-articulaire que vous avez sous les yeux? Guérira-t-elle? Ce point est sans contredit le plus épineux et j'ajoute que, dans ses détails, c'est le plus ignoré des praticiens.

Je vais avoir à vous dire que la tuberculose ostéo-articulaire est d'une évolution si longue qu'elle lasse la patience la plus exercée et, pour vous faire comprendre la raison d'être de cette longue durée, j'ai besoin de comparaisons tirées de l'histoire même de la tuberculose en général.

Examinons comment évoluent diverses localisations tuberculeuses.

Nous savons trop que la méningite tuberculeuse se termine fatalement à bref délai entre huit et quinze jours. La tuberculose pulmonaire peut, elle aussi, être mortelle en quelques semaines s'il s'agit de granulie, en quelques mois s'il s'agit de phtisie galopante, le plus souvent elle met des mois et des années à épuiser le malade. Mais ce n'est point cette tuberculose dont on meurt qui nous intéresse et la maladie n'a point terminé son évolution lorsque le malade succombe. La tuberculose dont nous voulons vous entretenir ici, c'est celle qui guérit.

Pouvez-vous nous dire au bout de combien de temps, de combien de mois ou d'années, un poumon tuberculeux est complètement réparé? Les symptômes peuvent céder, mais les médecins eux-mêmes ne déterminent pas l'époque où l'évolution tuberculeuse est réellement terminée, dans cette localisation viscérale. Il en est de même pour toutes les tuberculoses profondes, intestin, péritoine ou plèvre : la lésion n'évolue pas sous nos yeux.

Prenons maintenant un autre exemple puisé dans une tuberculose externe. Une gomme sous-cutanée, un groupe de gommes mettent de six à douze mois ou plus à guérir.

Vous avez tous eu à soigner une tuberculose ganglionnaire du cou (un seul ganglion). Si un abcès survient et qu'il fistulise, il fait attendre la guérison pendant des mois et un grand décollement de la peau peut mettre plus d'une année à se terminer ; quant au chapelet, à la masse de ganglions plus ou moins caséifiés qui occupent et déforment un ou les deux côtés du cou d'un enfant ou d'un adolescent, son évolution complète remplit non des mois mais des années, surtout si l'on compte les incidents successifs, les aggravations accidentelles, les retours offensifs, les abcès, les fistules.

Je n'ose vous parler du lupus dont la forme tuberculeuse proprement dite guérit si difficilement. Un lupus de la face se prolonge, guérit et se reproduit quel que soit le traitement pendant de longues années et dure une partie de la vie. Pensez un instant à quelques lupiques que le visiteur voit se promener à l'hôpital Saint-Louis au centre même du traitement de cette maladie.

Revenons maintenant à l'ostéo-arthrite tuberculeuse. C'est une localisation de la bacillose dont on meurt rarement, elle guérit le plus souvent et la suite des années se charge de nous dire si cette guérison est précaire ou définitive.

Après ce que je viens de vous dire vous serez moins surpris lorsque j'ajouterai que cette tuberculose ostéo-articulaire évolue lentement, très lentement, qu'elle exige pour évoluer des années. C'est que toutes les manifestations de la tuberculose quel que soit le système anatomique choisi ont tout au moins à ce point de vue de la durée une parenté frappante. Partout l'évolution complète de la tuberculose est longue et cette maladie, qui dans certaines de ses localisations peut dès sa phase initiale tuer en quelques jours, n'est guérie qu'au prix de mois ou même d'années de patience.

A ce point de vue de l'évolution, je suis obligé d'établir une distinction entre deux chapitres, les ostéites et les arthrites.

Le foyer d'ostéite est relativement simple et son importance est en rapport, comme étendue, avec le volume de l'os atteint, mais il y a lieu de toujours tenir très grand compte des rapports que ce foyer affecte avec les articulations.

Sans passer en revue toutes les ostéites régionales je puis à l'aide de quelques exemples vous montrer quelles variantes on peut rencontrer dans leur évolution.

Parmi les ostéites les plus fréquentes surtout chez les jeunes enfants se trouve le spina ventosa des petits os longs de la main et du pied. Dans sa

forme bénigne sans suppuration, le spina ventosa n'évolue guère en moins d'un an, encore au bout de ce terme n'est-il pas complètement effacé et peut-il rester encore longtemps latent.

Sous une forme plus active la même ostéite se complique d'abcès et presque toujours par la suite, de suppuration fistuleuse, sa durée est alors doublée et, si les séquestres qui ne manquent point de se faire ne sont point éliminés soit spontanément soit à l'aide d'une intervention chirurgicale, la suppuration peut être interminable et nous avons vu dans ces conditions des spina ventosa remonter à plusieurs années.

Sur les grands os l'ostéite diaphysaire est exceptionnelle. Selon qu'elle est superficielle ou profonde, elle se prolonge plus ou moins; selon le traitement, la guérison, qui peut être obtenue en un minimum d'une année à l'aide d'une intervention chirurgicale, peut, si on n'intervient pas, se faire attendre deux ou trois ans.

L'ostéite épiphysaire, localisation que l'on rencontre assez fréquemment chez l'enfant, peut elle aussi mettre des mois, une année et plus à guérir, si elle n'intéresse que la superficie de l'os, mais une caverne profonde des extrémités osseuses voisines du genou ou de la hanche contenant un séquestre peut durer indéfiniment. L'enkystement et la résorption d'un séquestre dans ces régions mobiles peut à la rigueur s'effectuer d'elle-même en un temps très long, mais fermées ou fistuleuses l'attente est tellement indéfinie qu'on est fatalement conduit à une intervention.

Par compensation la guérison spontanée ou opératoire qui a été si attendue est, point essentiel, solide et définitive.

Il en sera autrement dans les localisations où l'ostéite affecte un voisinage immédiat avec les jointures; il survient alors une complication grave, la jointure elle-même se prend et nous nous trouvons en présence de l'une des variétés de l'arthrite tuberculeuse.

Déjà au seul point de vue anatomique l'ostéo-arthrite est une colonie tuberculeuse beaucoup plus complexe.

Une articulation est composée de surfaces osseuses à revêtement cartilagineux, d'une synoviale, de ligaments, sa cavité superficielle ou profonde confine à des masses de tissu cellulaire et de muscles au milieu desquels pourront fuser des prolongements fongueux, des abcès migrateurs et secondairement des trajets fistuleux. La fonction articulaire joue elle aussi un rôle important dans la marche de l'arthrite, les pressions, les mouvements qui entretiennent le jeu normal des jointures chez un sujet sain agissent comme autant de traumatismes dès qu'intervient une infection tuberculeuse à ce niveau, et nous verrons au traitement que le premier et le meilleur moyen pour calmer la marche d'une arthrite bacillaire consiste à mettre le malade au repos et à l'immobiliser.

Nous ne voudrions pas entrer ici dans le détail de la pathologie de toute la tuberculose ostéo-articulaire, disons seulement un mot de l'âge du malade qui a une influence dominante sur l'évolution des ostéo-arthrites.

Chez le vieillard, la tuberculose articulaire ne guérit pas. Elle peut affecter une marche torpide peu douloureuse, peu active. D'autres fois, elle se complique de suppuration, elle ne s'éteint pas, et l'on ne peut se débarrasser d'elle qu'au prix d'une mutilation.

La tumeur blanche de l'adulte guérit difficilement. Ces malades doivent attendre de longues années la fin d'une tumeur blanche du genou et ne peuvent guérir assez vite qu'en se soumettant à une résection.

La même tuberculose transportée dans la hanche, qu'on opère moins volontiers, ou sur la colonne vertébrale, ne se termine d'une façon souvent imparfaite qu'au bout de très longues années; il en est de même pour le cou-de-pied, dont la tuberculose conduit souvent à une intervention.

Il n'est point ici question de l'adulte, nous ne vous parlerons que du squelette de l'enfant. A cet âge, la tuberculose ostéo-articulaire tend vers la guérison spontanée qui en est la terminaison pour ainsi dire normale.

Mais quelle sera donc la durée du traitement. Il nous faut là encore faire une distinction régionale.

Les arthrites du membre supérieur sont de toutes celles qui durent le moins. La tuberculose du poignet, du coude, de l'épaule, dure en moyenne deux ans, au bout de la troisième année elle est en général à peu près terminée ou du moins elle ne se traduit plus que par des signes atténués.

Au niveau du membre inférieur, cou-de-pied, genou, hanche, il nous faut doubler cette durée pour approcher de la vérité. C'est trois, quatre ou cinq ans que demandent pour guérir une coxalgie, une tumeur blanche du genou ou du cou-de-pied.

Le mal de Pott dans sa forme la plus simple exige lui aussi la même durée.

Encore n'avons-nous en vue dans ces diverses appréciations de durée que des cas relativement simples et à marche régulière, c'est-à-dire les ostéo-arthrites sèches ou compliquées d'abcès fermés dont le traitement a prévenu la fistulisation.

La grave complication que crée l'ouverture d'un abcès et l'infection secondaire des trajets fistuleux aggrave et prolonge plus ou moins la maladie, à un degré médiocre s'il s'agit d'une articulation superficielle comme le coude ou le poignet; au niveau des foyers profonds au contraire, à un degré beaucoup plus considérable et la coxalgie ou le mal de Pott fistuleux peuvent menacer la vie ou du moins laisser une suppuration qui s'étend à une longue série de mois, d'années même. Nous connaissons tel coxalgique qui vit avec ses fistules depuis dix, vingt ans et plus.

Les malades atteints de mal de Pott fistuleux succombent souvent à la septicémie chronique au bout d'une période de deux, quatre, six années ou plus, principalement s'il s'agit de mal de Pott dorso-lombaire avec fistule ouverte à la racine de la cuisse, variété qui guérit exceptionnellement. Les fistules lombaires et dorsales sont moins graves, le mal de

Pott cervical ouvert au cou guérit d'habitude, mais cette terminaison heureuse n'est acquise qu'au bout de plusieurs années.

Une objection pourtant se présente d'elle-même ; il vous semblera que je n'ai en vue que les formes graves de la tuberculose ostéo-articulaire et vous pensez sans doute que, dans ses formes légères, elle se termine plus aisément et aussi plus rapidement. Ce point peut prêter à des discussions.

Des erreurs de diagnostic peuvent être commises. Avant d'affirmer la guérison rapide d'une tuberculose ostéo-articulaire, il faut être avant tout bien sûr de la réalité de cette tuberculose.

Je ne suis jamais sans pouvoir montrer aux élèves du service un petit groupe de malades, arthrites du genou, coxalgies ou arthrites du coude, ayant été envoyés à Berck comme cas de tuberculose, chez lesquels un examen attentif montre vite qu'il s'agit de syphilis héréditaire. Or chez ces malades, le traitement spécifique amène la guérison.

En ville, parmi les malades considérés comme coxalgiques, certains après un repos de quelques semaines ne présentent plus aucun signe d'arthrite. Soyez toujours méfiants sur le diagnostic de tuberculose en pareil cas. Souvent il m'est arrivé de constater après la disparition des signes de coxalgie un allongement du fémur. J'avais eu affaire à une ostéite épiphysaire non suppurée, dont je ne suis pas toujours parvenu à déterminer la nature et au cours de laquelle l'articulation n'avait été affectée que par voisinage, ce qui explique le retour assez rapide à l'état sain qu'il m'avait été donné d'observer.

Il me faudrait m'étendre trop longtemps sur ces difficultés de diagnostic, si je voulais passer en revue tous les cas d'arthrite qui peuvent être à tort considérés comme de la tuberculose.

Certaines variétés de coxa-vara occasionnent des troubles qui pourraient faire croire à la tuberculose sans les éclaircissements que vient heureusement nous fournir la radiographie.

Il est possible aussi d'observer ce que M. Poncet décrit sous le nom de rhumatisme tuberculeux et cette affection, bien que nous la considérions comme fort rare, peut pourtant se rencontrer quelquefois.

Ces causes d'erreur écartées, la marche de la tuberculose articulaire, synovite ou ostéo-arthrite, a pour nous un caractère en quelque sorte fatal au point de vue de sa durée.

La synovite du genou avec ou sans abcès, évoluant sans aucune déformation des surfaces articulaires, paraît quelquefois s'améliorer au bout de peu de mois et l'épanchement, la chaleur à la main peuvent avoir disparu après une année d'immobilisation. Ces cas semblent heureux et pourtant, si fort de vos constatations, vous autorisez la reprise de la marche, l'activité tuberculeuse reprend bientôt. Le genou gonfle de nouveau et s'échauffe, la contracture reparaît. L'arthrite n'était pas terminée et nombre de ces arthrites du genou en apparence si légères, ne peuvent se remettre à marcher, ni au bout de deux ans, ni même de trois ans et c'est le cours ou la fin de la quatrième année, quelquefois même de la cinquième qu'il faut attendre, pour permettre au malade de recommencer à marcher. Si l'on n'observe une extrême prudence, au lieu de la restitution intégrale qui peut être obtenue moyennant une longue patience, on risque de voir la synovite du début se transformer en une arthrite ulcéreuse destructive.

(A suivre.)

ACTUALITÉS

LE MODE D'ACTION DES INJECTIONS MODIFICATRICES DANS LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES CHIRURGICALES.

La tuberculose des parties molles, en particulier des ganglions, les abcès froids d'origine osseuse, certaines formes d'ostéo-arthrites, comportent à la base du traitement conservateur les ponctions évacuatrices des produits tuberculeux avec injection dans la poche de ce que l'on est convenu d'appeler des substances modificatrices.

Les substances ainsi employées pour « modifier » le tissu tuberculeux sont innombrables. M. Villemin en citait déjà 44 dans son rapport sur le traitement des adénopathies tuberculeuses (1907); en 1910, Hamel dans sa thèse sur le même sujet citait en plus 12 autres substances. Chaque auteur prône un produit particulier et s'efforce d'en démontrer la supériorité. On s'était contenté jusqu'à ces dernières années de vagues explications sur le rôle de ces substances qui faisaient « fondre » les produits tuberculeux comme du sucre mouillé, en attribuant à certaines surtout une action chimique, le rôle de caustiques, à d'autres, comme l'iode et ses dérivés, un rôle antiseptique avec une affinité particulière pour le bacille tuberculeux.

Depuis peu, un certain nombre de travaux sont venus préciser et établir d'une façon plus scientifique ce rôle des agents modificateurs sur les produits et les tissus tuberculeux. Ces constatations ont entraîné l'essai de substances nouvelles empruntées à l'organisme lui-même.

Nous allons essayer de résumer brièvement les principales de ces publications.

En 1906, Müller et Jochmann, étudiant les propriétés biologiques des diverses espèces de leucocytes et la présence dans le sang de ferments et d'antiferments, constatèrent que les leucocytes polynucléaires contiennent un ferment protéolytique, capable de liquéfier, transformer en peptones et acides amides, de rendre assimilables les albumines coagulées, tandis que les globules blancs mononucléaires, les lymphocytes privés du ferment ne possèdent pas cette action.

Ces constatations, vérifiées bientôt par Kolaczek, devinrent la source de déductions et d'applications très intéressantes. Un premier point est la différenciation du pus des suppurations chaudes, du pus provenant des collections tuberculeuses fermées, sans infection secondaire. Alors que dans les suppurations dues aux pyogènes ordinaires, l'examen microscopique du pus ayant subi les colorations nécessaires, montre la présence avec des débris cellulaires et des globules rouges, d'une grande quantité de leucocytes polynucléaires. Ceux-ci sont absents au contraire du pus tuberculeux qui contient surtout des petits lymphocytes mononucléaires (lymphocytes). De là une méthode simple de différenciation du pus tuberculeux.

Voici comment Müller a décrit sa technique. Il utilise une plaque de bouillon d'agar-agar ou de gélatine solidifiée, on fait tomber plusieurs gouttes du pus à étudier sur la plaque et l'on maintient le tout à une température de 50 à 55 degrés favorable à la réaction. En quelques heures, si le pus contient du ferment protéolytique, la gélatine est liquéfiée au niveau

de chacune des gouttes de pus. Dans le cas de pus tuberculeux, la réaction est négative.

Il y a cependant quelques causes d'erreur à éviter. Tout d'abord il ne faut pas que l'abcès froid soit secondairement infecté, il se comporte alors comme un abcès chaud.

Il faut aussi éviter en recueillant le pus de faire saigner abondamment et d'étudier ainsi un mélange de sang et de pus. Müller a en effet montré que, dans le sang et dans certains liquides pathologiques de l'organisme (liquide ascitique, pleurétique, d'hydrocèle), il existe un antiferment capable d'arrêter l'action protéolytique des leucocytes polynucléaires. Une très petite quantité de sang n'arrête pas cette action, mais elle en diminue l'intensité et retarde toujours l'apparition.

Cette méthode de différenciation du pus tuberculeux d'avec le pus des pyogènes ordinaires a été vérifiée par de nombreux expérimentateurs (Jochmann, Kolaczek, Kantorowicz, Salmoni, Rossi, Cocco, etc.).

Elle constitue une méthode de diagnostic très sûre et très rapide. Cocco a montré que, lorsque le pus est très épais, on peut laisser le sédiment se déposer par le repos pendant quinze à vingt heures, et que le sérum qui surnage possède, bien qu'à un degré un peu moindre, les mêmes propriétés que le pus total. Rossi a même extrait de ce sérum par épuisement par le chloroforme l'enzyme protéolytique. Cette présence dans le sérum de l'enzyme s'explique par l'autolyse globulaire qui se produit dans la cavité de l'abcès et les tissus enflammés, mais surtout *in vitro*.

Un autre point intéressant est ce fait que l'action protéolytique du pus des abcès s'atténue un peu lorsqu'il s'agit de suppurations anciennes, mais ne disparaît pas même quand les bactéries pyogènes ont disparu et que le pus est devenu aseptique. Jochmann a d'ailleurs retrouvé les propriétés de l'enzyme dans le pus aseptique des abcès dus à l'injection d'essence de térébenthine. Il s'agit donc d'une propriété indépendante de la vie des bactéries, et liée uniquement à l'extravasation dans la cavité de l'abcès de nombreux leucocytes polynucléaires.

De ces constatations à des applications thérapeutiques, il n'y avait qu'un pas. Il a été rapidement franchi.

Dès 1908, au Congrès allemand de chirurgie, Müller et Peiser exposaient le résultat de leurs recherches sur le traitement des abcès et suppurations par les antiferments. En injectant dans la cavité des abcès chauds des substances contenant des antiferments, on arrête la protéolyse, on empêche la destruction des tissus autour du pus, on arrête l'évolution de l'abcès chaud; d'autre part en entravant la véritable digestion des albuminoïdes toxiques dans les foyers inflammatoires, on arrête leur résorption et l'intoxication de l'organisme. A la clinique de Küttner à Breslau, Peiser a traité de nombreux abcès selon ces données. Après incision il procédait au lavage de la poche de l'abcès avec un liquide organique contenant un antiferment (liquide d'hydrocèle), et le pansait avec de la gaze trempée dans ce liquide. Bientôt il a remplacé l'incision par la ponction suivie d'injection de liquide qu'on laisse dans l'abcès. La ponction et l'injection sont renouvelées tous les deux jours. Cocco a repris récemment ces expériences. Les injections sont suivies d'une exacerbation des phénomènes aigus avec élévation de la température. Puis, au bout de deux ou trois injections ils s'atténuent, au pus se substitue de la sérosité teintée de sang, qui ne contiennent plus de microorganismes. L'abcès se comble par bourgeonnement. Les résultats sont somme toute satisfaisants, mais la durée est aussi longue pour une incision. Le seul avantage est d'éviter la cicatrice, aussi la méthode est à retenir pour les abcès de la face, du cou, du sein.

Pour le traitement des abcès froids la question paraît beaucoup plus importante.

Le mécanisme intime des substances dites modificatrices s'explique très bien. Elles produisent une dilatation considérable des vaisseaux sanguins autour du foyer, une diapédèse des leucocytes polynucléaires qui envahissent les parois du tuberculome et le contenu de l'abcès. Le ferment protéolytique peptonise les albuminoïdes du pus, les liquéfie, les rend résorbables. A une suppuration chaude s'est substituée une suppuration aiguë aseptique avec tous ses caractères.

Ceci n'est pas une vue de l'esprit.

En France, Coyon, Fiessinger et Laurence, en 1909, ont montré expérimentalement qu'après des injections modificatrices dans un abcès froid le pus qui ne contenait auparavant que des lymphocytes était envahi par les polynucléaires et qu'on y trouvait à la fois un ferment lipasique destructeur des graisses et un ferment protéolytique digérant les albuminoïdes.

Calvé et Hamel ont repris ces expériences et montré qu'après injection modificatrice dans un abcès froid on trouve des polynucléaires en abondance, en voie de destruction, un réseau fibrineux très net, des débris cellulaires et des globules rouges, c'est-à-dire tous les éléments d'une réaction inflammatoire. Dans le cas où le thymol camphré a été employé, la nécrose cellulaire domine.

En Italie, le professeur Chiarolanza a présenté à la XXIIIe réunion de la Société italienne de chirurgie à Rome, en avril 1911, une série de mémoires faits avec ses élèves dans le service du professeur d'Antona (de Naples), et publiés dans la clinique chirurgicale, sur les modifications observées dans le sang et l'organisme dans les tuberculoses chirurgicales, sous l'influence des divers traitements. Avec l'action des tuberculines, ils ont surtout étudié l'action du traitement iodé général ou local. Nous pouvons en retenir ceci :

Carere, qui a repris les expériences de Müller, a montré que l'ingestion d'iode dans l'organisme, ou son injection dans les tissus tuberculeux est suivie de l'apparition d'un pouvoir protéolytique du contenu des abcès dû à l'afflux des polynucléaires. Le pus tuberculeux qui présentait auparavant une action lipolytique perd cette action au fur et à mesure que le pouvoir protéolytique se développe. On n'observe pas de modifications de la teneur du sang en antiferment.

Cette action de l'iode ne s'explique pas par une fixation de l'iode dans les tissus tuberculeux; G. Consoli a vu qu'il s'élimine comme chez les sujets sains et que les tissus tuberculeux ne le fixent pas plus que les tissus normaux. Le traitement iodé n'amène pas de formation d'anticorps dans le sang (Chiarolanza) comme avec l'emploi des tuberculines, et il n'y a pas de modifications de la courbe opsonique (F. Fazio). Par contre, le sang présente des modifications considérables de ses éléments figurés : augmentation des globules rouges, leucocytose généralisée, mais portant surtout sur les polynucléaires et les éosinophiles.

A. Poddighe insiste sur ce fait que cette modification leucocytaire est bien plus intense lorsque, à la cure générale par l'iode, on associe des injections modificatrices. Ce retentissement des modifications locales sur l'état général est un argument important en faveur de l'utilité de ces injections modificatrices, certains auteurs se contentant de l'évacuation simple des abcès froids par ponction.

En Allemagne, Heile a montré que les injections de glycérine iodoformée, le produit habituellement employé dans ce pays, agit par son action chimiotaxique sur les leucocytes polynucléaires qui s'accumulent au point de l'injection, et le ferment protéolytique qu'ils contiennent rend ce pus absorbable par les tissus voisins.

Mais les auteurs allemands ont surtout étudié l'action des divers ferments sur les tissus tuberculeux. Ils ont constaté que la moelle des os, le tissu splénique contenaient des ferments protéolytiques, et certains auteurs ont entrepris la cure des tuberculoses chirurgicales par l'injection d'extrait de rate. On a même cherché à extraire les ferments leucocy-

taires du pus autolysé d'abcès stériles fabriqué par injection d'essence de térébenthine.

Mais on s'est surtout adressé aux ferments digestifs des albuminoïdes dont l'action est si proche de celle de l'enzyme des leucocytes polynucléaires. Il y a déjà quelques années, Bouchot avait préconisé les injections de papaïne dans les abcès froids, et Colot celles de pancréatine.

Depuis les expériences de Jochmann, la trypsine a été employée par beaucoup d'auteurs.

Kantorowicz, Borszeki et Turan ont publié 98 observations de tuberculoses chirurgicales traitées avec succès par les injections de trypsine à la clinique chirurgicale de l'Université de Budapest; Brüning (de Giessen), Schiller, de la clinique de Gersuny à Vienne, Saidman ont aussi obtenu de bons résultats de son emploi. Mais c'est surtout Wilhelm Bœtzner de la clinique de Bier à Berlin qui s'est fait le défenseur de la méthode dans de nombreuses publications. Dans un long article paru il y a quelques jours dans *The Practitioner* il expose sa technique et les résultats qu'il a obtenus.

Après avoir étudié comparativement l'action des différentes solutions de trypsine qu'on trouve dans le commerce (solution de Merck, Kahlbaum, Freund et Redlich, Fairchild brothers et Foster) il a adopté la trypsine de Fairchild incomparablement plus active (1). Cette trypsine doit être fraîchement préparée quand on la dissout dans 60 p. 100 de glycérine.

La solution se conserve très bien en ampoules fermées d'un centimètre cube. La trypsine est détruite à 80 degrés, et si on chauffe la solution on risque de boucher l'aiguille en solidifiant le produit.

Quand il s'agit d'ostéites, d'adénites, l'injection doit toujours être faite sous-cutanée. Il n'y a aucun avantage à la faire loin du foyer, il faut au contraire la faire le plus près possible du foyer. On injecte en général 1 ou 2 centimètres cubes tous les deux ou trois jours.

Dans les abcès froids, après ponction et évacuation, la trypsine est injectée dans la poche. Il est utile alors de diluer la solution dans dix fois sa quantité de sérum physiologique, mélange qui doit être fait au moment de s'en servir.

Dans le cas de synovite tuberculeuse, l'injection se fait dans la gaine elle-même, mais la quantité doit être très minime ($0^{cc}2$ à $0^{cc}5$).

Dans les ostéo-arthrites, Baetzner injecte directement dans l'article 1 à 2 centimètres cubes de liquide tous les six ou huit jours.

Dans les fistules, l'injection semble donner peu de résultats; au contraire, les résultats sont très bons si l'on pratique l'injection dans les tissus qui entourent la fistule.

Enfin, Baetzner étudie une méthode d'injection intraveineuse de la trypsine combinée avec la ligature du membre.

L'injection est le plus souvent douloureuse, surtout l'injection interstitielle. Baetzner la fait précéder parfois d'une injection de novocaïne. L'injection est suivie d'une réaction locale qui, d'après Baetzner, est le plus souvent insignifiante; par exception, dans quelques cas, il a vu des phénomènes inflammatoires très marqués avec retentissement grave sur l'état général.

Jamais il n'a observé de phénomènes anaphylactiques.

L'examen microscopique du pus et des tissus environnant l'abcès a montré l'apport considérable de leucocytes et surtout d'éosinophiles produit par l'injection.

Un point sur lequel insiste Baetzner est qu'il ne se produit pas là seulement une prolifération de tissus normaux à la place de tissus malades qui s'éliminent, mais qu'une partie de ceux-ci deviennent susceptibles de guérir et de reprendre leurs fonctions. C'est ainsi que dans certains cas de destructions osseuses étendues, il a vu la reconstitution osseuse se produire.

Il donne de ces faits un nombre important d'observations accompagnées de photographies et de reproductions radiographiques.

Les effets généraux ne sont pas moins remarquables que les effets locaux; dès les premières injections les enfants reprennent un excellent appétit et ils engraissent rapidement. Pinkuss a déjà signalé cette amélioration de l'état général dans le traitement du cancer par la trypsine, Lewis, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Il y a cependant quelques ombres au tableau.

Baetzner avoue que, bien qu'il n'y ait pas de cas d'intoxication mettant la vie en danger, il y a des sujets dont la susceptibilité à la trypsine est particulière.

Certains sujets ne sont pas améliorés. Ce sont ceux dont l'état général est grave, et l'organisme trop épuisé pour pouvoir réagir au médicament. Brandes (de Kiel) fait des réserves sur les résultats qu'il a obtenus par la méthode.

Enfin Della Valle a obtenu des résultats désastreux. Bien qu'il employât une solution à 1/2 puis à 1 p. 100 toujours fraîchement préparée, il a observé dans tous les cas une altération très grave de l'état général, avec frissons, fièvre atteignant 40 à 41 degrés, symptômes d'intoxication avec vomissements, diarrhée. Localement les parties ont pris un véritable aspect phlegmoneux. Il a été obligé de renoncer à ses essais.

En réalité, les effets généraux de la trypsine sur l'organisme sont encore peu connus. Les expériences de Mück ont montré que la trypsine possède une action vasodilatatrice intense; que lorsqu'on l'injecte interstitiellement elle altère les parois vasculaires et provoque des hémorragies, surtout s'il existe des lésions vasculaires antérieures.

Au dernier congrès allemand de médecine interne, Kirchheim a montré qu'elle agit comme toxique si on l'introduit directement dans le sang. Mais que, quand elle y passe indirectement, elle est détruite par une substance antitryptique. Elle s'élimine par le rein et n'attaque pas l'épithélium qui est protégé par son mucus comme la muqueuse intestinale. Pour Schittenhelm, la trypsine pure n'est pas toxique et on peut en amener de grandes quantités dans le courant sanguin. Les cas d'intoxication sont toujours dus à des impuretés du produit employé.

On voit que la découverte de Müller a déjà été fertile en conséquences, et entraîné de nombreux travaux. Bien des obscurités subsistent encore sur ce rôle des ferments et des antiferments et demande encore des recherches.

Par exemple si l'on admet, ce qui semble démontré, que le sang contient un antiferment qui arrête l'action protéolytique des substances injectées dans les abcès froids, il semble que les hémorragies importantes survenant dans la poche des abcès froids doivent être un obstacle à leur guérison. Il n'en est rien. La clinique montre au contraire que, dans ces conditions, les abcès guérissent le plus souvent rapidement sans qu'on soit obligé de les ponctionner à nouveau.

Autre contradiction. Nous avons déjà dit que certains liquides pathologiques comme le liquide d'hydrocèle contenait des antiferments, et que leur injection dans les abcès chauds, en arrêtant la protéolyse, arrêtait leur évolution destructive. Or Luigi Cocco a récemment traité des abcès froids variés par la ponction suivie d'injection de liquide d'hydrocèle dans la poche. Il a observé dès la première injection des modifications du pus identiques à celles qui suivent l'injection d'un ferment : aspect séreux, apparition de nombreux leucocytes polynucléaires, phénomènes de protéolyse. Les résultats curateurs ont été satisfaisants. Il suppose que la décompression de la ponction peut agir pour expliquer la diapédèse leucocytaire, que le liquide d'hydrocèle est peut-

(1) Il est impossible de se procurer cette trypsine en France, l'introduction du produit étant interdite par la douane.

être doué de propriétés chimiotaxiques positives, provoquant cet appel des leucocytes polynucléaires.

Il faut avouer que, sur certains points, il subsiste beaucoup d'obscurité et que des travaux ultérieurs sont utiles pour les éclaircir.

Quoi qu'il en soit il reste acquis que l'action des liquides modificateurs dans les tuberculoses locales est aujourd'hui bien connue, que l'on possède une base solide pour leur étude, et que c'est à la faveur de ces connaissances qu'une revision des multiples substances proposées empiriquement s'établira, en conservant seulement celles qui possèdent vraiment une action curatrice.

M. LANCE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1905. H. E. LEWIS. *Amer. Med.*, vol. X, p. 282. — FERMI. *Giorn. della R. Soc. ital. d'Igiene*, n° 10.

1906. MÜLLER et JOCHMANN. *Münch. med. Woch.*, nos 29 et 31.

1907. MÜLLER et KOLACZEK. *Deut. med. Woch.*, n° 7. — M. A. CLEAVES. *Med. Record*, 1er juin. — PINKUSS et PINKUSS. *Med. Klin.*, nos 26 et 27. — VILLEMIN. *Bull. de la Soc. d'études scient. sur la tubercul.*, n° 7.

1908. MÜLLER et PEISER. *Münch. med. Woch.*, n° 17, 28 avril, et *Beitr. z. klin. Chir.*, p. 236. — JOCHMANN et LOCKERMANN. *Hofmeister's Beitr.*, vol. XI, pp. et 12. — JOCHMANN. *Wirchow's Arch.* — JOCHMANN et KANTOROWICZ. *Zeits. f. klin. Med.*, vol. LXVI. — JOCHMANN et BAETZNER. *Münch. med. Woch*, n° 48. — SANS KOLACZEK. *Zeits. f. Chir.*, n° 30, 25 juillet.

1909. — JOCHMANN et KANTOROWICZ. *Münch. med. Woch.*, n° 14. — KANTOROWICZ. *Münch. med. Woch.*, n° 28. — MARAGLIANO. *La Riforma med.*, n° 44. — M. SERGE DE POGGENPOHL. *Arch. de méd. expér.*, oct., t. XXI, n° 6. — N. FIESSINGER et P.-L. MARIE. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet. — COYON, FIESSINGER et J. LAURENCE. *Journ. des prat.*, n° 40, 20 déc.

1910. J. CALVÉ. *Arch. gén. de méd.*, janv. — H. HAMEL. *Traitement de la tuberculose ganglionnalre cervicale*, Th. de Paris. — C. OPPEINHEIMER. *Ferments and their Action*, vol. I. — ROSENBACH. *Arch. f. klin. Chir.*, t. XCIII, f. 1. — BRÜNING. *Deuts. med. Woch.*, n° 35, 1er sept. — SCHÜLLER. *Wien. klin. Woch.*, n° 7, t. XXIII, 17 fév., p. 265. — SOHLER. *Münch. med. Woch.*, n° 46, t. LVII, 15 nov. — BIRCHER. *Med. Klin.*, p. 1025. — BORSZEKY et TURAN. *Beitr. f. klin. Chir.*, Bd. LXIV. — DELLA VALLE. *La Clinica chir.*, t. XVII, n° 7, 31 juillet. — H. MÜCK. *Samml. klin. Vortr.*, n° 593 (Chirurgie, n° 167), p. 215. — HESSE. Soc. des méd. de l'hôpital Obouchoff à Saint-Pétersbourg, *Roussky Vratch*, t. IX, n° 46, 12 nov., p. 1785.

1911. EULER. Allgemeine chemie der Enzyme-BAETZNER, *Arch. f. klin. Chir.*, vol. XCV, p. 1. — BRAUNES. *Münch. med. Woch.*, 11 juillet. — L. KIRCHEIM. *Arch. exper. Pathol. und Pharmak.*, vol. LXVI, p. 5. — HANNA HIRSCHFELD. *Monats. f. Kinderheilk.*, Bd. X, Heft. 1. — Raffaele CHIAROLANZA. *La Clinica chir.*, t. XIX, n° 13, 31 déc., p. 2449. — Francesco FAZIO. *Idem*, p. 2474. — Gerolamo CARERE. *Idem*, p. 2515. — Giuseppe CONSOLI. *Idem*, p. 2529.

1912. BALINT et MOLNAR. *Zeits. f. exper. Pathol. und Therap.*, vol. II, Heft 2. — H. E. LEWIS. *New-York med. Journ.*, 9 août. — KIRCHEIM-SCHITTENHELM. Congr. allem. de méd. int., in *Münch. med. Woch.*, 23 mai. — SAIDMAN. *Wien. klin. Woch.*, t. XXV, n° 5, 1er fév. — Editorial. *Med. Record*, 2e sem., 6 juillet, vol. LXXXII, n° 1, p. 26. — Luigi COCCO. *Gaz. degli Osped. e delle Clin.*, t. XXXIII, n° 123, 13 oct.

1913. Will. BAETZNER. *The Practitioner*, vol. XC, n° 1, p. 203, janv.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1913)

L'épreuve du nitrite d'amyle. — MM. O. JOSUÉ et Henri GODLEWSKI ont utilisé l'accélération du rythme cardiaque, provoquée par l'inhalation du nitrite d'amyle, pour différencier les bradycardies totales et d'origine sinusale de celles qui sont la conséquence d'un bloquage du cœur.

Les cas ont été étudiés cliniquement, ainsi qu'en prenant des tracés artériels et veineux combinés et des électrocardiogrammes. L'accélération est considérable et constante chez les sujets normaux. Elle le fut aussi dans deux cas de bradycardies totales d'origine sinusale et chez un malade présentant un allongement considérable du temps de transmission aux ventricules, des contractions auriculaires (espace PR des électrocardiogrammes). L'analyse de ces tachycardies à l'électrocardiographe montre une accélération du rythme sinusal, une diminution, voire même la disparition de la diastole générale (temps TP), tandis que la systole est peu diminuée et que le temps de transmission auriculo-ventriculaire reste immuable. Le soulèvement T s'exagère dans certains cas correspondant justement à ceux où la tension artérielle a le plus baissé.

Mais l'accélération du pouls ne s'observe pas en cas de dissociation auriculo-ventriculaire. Au contraire, les tracés montrent que le rythme auriculaire s'accélère considérablement (de 69 à 105 dans une épreuve, de 66 à 93 dans une autre). L'épreuve de l'atropine donna des résultats comparables, mais toutefois une accélération auriculaire moins marquée.

Ainsi, dans les bradycardies totales et d'origine sinusale, l'inhalation de nitrite d'amyle détermine constamment l'accélération du pouls, tandis qu'en cas de bloquage du cœur la fréquence des pulsations ne varie pas. Cette épreuve est donc analogue à celle de l'atropine. Mais elle est plus fidèle, car celle-ci manque souvent, même en l'absence de lésions du faisceau de His; et tandis que ses résultats ne deviennent sensibles qu'une demi-heure à trois quarts d'heure après l'injection, l'action du nitrite d'amyle est presque immédiate.

Sur trois cas d'anémie pernicieuse aplastique. — MM. BABONNEIX et L. TIXIER rapportent trois cas d'anémie aplastique observés, l'un chez une adulte, l'autre chez des enfants. Le premier était remarquable par l'existence de phénomènes médullaires, analogues à ceux que l'on a si fréquemment signalés. Le second concerne une fillette chez laquelle l'anémie évolua avec une grande rapidité. Dans le dernier, le diagnostic clinique erra, avant l'examen hématologique, entre ictère grave, endocardite aiguë ou septicémie indéterminée. A l'autopsie, la moelle paraissait en pleine reviviscence, mais l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'îlots hémorragiques et que la moelle, en réalité, était tout à fait inactive.

Urémie et azotémie : considérations sur la signification de la rétention des corps azotés dans le sang des cirrhotiques. — MM. Albert MOREL et Georges MOURIQUAND. Il résulte de leurs recherches pratiquées sur le sang d'un certain nombre de brightiques azotémiques, que le coefficient azoturique $\frac{\text{Az. Urée}}{\text{Az. Total}}$ peut dans certains cas être légèrement abaissé.

Pour expliquer ces cas en apparence anormaux, ils se sont demandé si cet abaissement ne pouvait dans une certaine mesure être attribué à une insuffisance des organes uropoïétiques (le foie en particulier).

Pour tâcher d'établir l'influence de l'altération des cellules hépatiques sur l'abaissement du coefficient azoturique du sang, les auteurs se sont adressés à l'examen du sang des cirrhotiques.

Les résultats que leur ont donné les dosages d'urée et d'azote total pratiqués sur le sang de cinq cirrhotiques, en état d'insuffisance hépatique manifeste sont tellement nets et concordants entre eux, qu'ils leur permettent d'émettre les conclusions suivantes :

1° Chez les cirrhotiques le taux de l'urée dans le sang peut rester au moins égal à la normale ;

2° Le coefficient azoturique du sang de ces malades est si fortement abaissé (de 0,50 à 0,33), que la constatation de cet abaissement peut être d'une grande signification pour le diagostic de l'insuffisance hépatique.

Pneumothorax latent décelé par la radiographie chez un enfant de vingt huit mois. — MM. VARIOT et SÉDILLOT présentent un enfant de vingt-huit mois chez lequel l'examen du poumon ne montrait que de la matité et l'auscultation fait entendre des bruits humides.

Ls radioscopie montra qu'il s'agissait d'un pneumothorax avec infiltration du sommet, liquide à la base et dextrocardie.

C'était donc un pneumothorax latent qui fut seulement révélé par la radioscopie.

Inversion de tous les organes : cœur à droite, foie à gauche, estomac à droite, appendice et cæcum à gauche. — MM. Paul PODEVIN et Henri DUFOUR. Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans. Jusqu'à ce jour on ne s'était aperçu de rien d'anormal dans son état, lorsque le docteur Podevin, ayant été appelé à l'examiner, constata une matité anormale dans l'hypocondre gauche ressemblant à celle qu'on trouve ordinairement à droite à la place du foie. L'auscultation fit découvrir un battement du cœur plus marqué à droite qu'à gauche.

Par la radioscopie les auteurs trouvèrent le cœur à droite avec inversion totale, pointe dirigée vers le mamelon droit, base à gauche; une ombre à gauche dans l'hypocondre répondait au foie.

Un lait de bismuth absorbé leur montra l'estomac se remplissant normalement mais situé dans l'hypocondre droit avec le pylore à droite, la grande courbure inversée. Ayant fait absorber 80 grammes de carbonate de bismuth le soir, une épreuve radiographique (faite le lendemain) qu'ils présentent avec la malade montra le cæcum dans la fosse iliaque gauche.

Or, cette malade se plaint à ce niveau d'une douleur qui semble pouvoir être rattachée à une appendicite chronique située à gauche.

Ces cas exceptionnels méritent toujours d'être signalés. Cette malade n'est pas gauchère, ce qui peut presque être considéré comme une anomalie.

On ne sait rien de précis sur sa parenté ascendante ou collatérale.

La réaction de Wassermann dans la maladie osseuse de Paget. — MM. SOUQUES, BARRÉ et PASTEUR VALLERY-RADOT apportent cinq observations personnelles de maladie osseuse de Paget; dans trois d'entre elles la réaction de Wassermann est positive, dans deux elle est négative.

Les auteurs ont recherché les cas jusqu'ici publiés de maladie de Paget où la réaction de Wassermann avait été faite. En comptant leurs cas personnels ils arrivent à la statistique suivante : 14 maladies de Paget avec Wassermann, 5 cas positifs, 9 cas négatifs.

Il y a lieu de faire systématiquement cette réaction dans tous les nouveaux cas.

Peut-être, lorsque la statistique sera élevée, cette recherche éclairera-t-elle sur la nature encore si discutée de l'ostéite déformante de Paget.

Rôle du foie dans la production d'un ictère hémolytique. — MM. F. TRÉMOLIÈRES et André CAIN résument l'observation d'un ictère hémolytique survenu au cours d'une cirrhose tuberculeuse et brusquement aggravé par une septicémie colibacillaire. Des hémorragies diffuses dans les différents viscères, principalement dans la rate, ont libéré une grande quantité d'hémoglobine. Les lésions hépatiques observées au niveau de la zone périportale (hyperplasie cellulaire, disposition adénomateuse, surcharge de pigments ferrique et biliaires associés) révèlent la participation du foie à la transformation de cette hémoglobine en bilirubine.

Sur le coefficient azoturique du sérum. — MM. Jules COURMONT, BOULUD, SAVY et BLANC-PERDURET ont dosé chez vingt-deux malades atteints de néphrites ou d'autres affections l'azote total et l'azote uréique du sérum et des urines, en même temps qu'ils recherchaient la constante d'Ambard. Leurs conclusions confirment les travaux de Widal et de ses élèves, sur l'importance pronostique du dosage de l'urée dans le sérum ; sur l'élévation du coefficient azoturique du sérum dans les cas de néphrite azotémique. Mais, en outre, chez de nombreux malades, le coefficient azoturique du sérum est abaissé, l'azote uréique peut même ne pas représenter la moitié de l'azote total dans le sérum même s'il y a un certain degré de rétention uréique. Ce sont des malades cachectiques, tuberculeux, convalescents de maladies infectieuses, mais surtout hépatiques, ou c'est la production de l'urée qui est troublée chez des malades dont le foie fonctionne mal. En somme, un coefficient azoturique élevé du sérum répond, comme l'avait dit Widal, à des phénomènes de rétention uréique; un coefficient bas répond à des troubles de production de l'urée, probablement hépatiques.

Le phénomène d'Arthus gangrené dans la diphtérie. — MM. AVIRAGNET et HALLÉ rapportent des cas de phénomènes d'Arthus gangrenés à la suite d'injections de sérum antidiphtérique.

Il s'agissait de gangrène considérable allant de l'abdomen au mamelon et les auteurs en rapportent quatre cas.

M. NETTER a observé autrefois des phénomènes analogues mais ils sont très rares.

Il a pratiqué près de 20 000 injections de sérum antidiphtérique préventif sans avoir jamais eu d'accidents.

M. MARTIN se demande si dans le cas de M. Hallé on n'a pas poussé le sérum dans le derme ce qui est une faute technique qui peut amener des accidents chez un malade sensibilisé. Il a observé en effet deux phénomènes un peu comparables au cas Hallé. Le premier a été observé en 1896, il s'agissait d'une petite fille de huit ans qui avait la diphtérie et à laquelle on avait fait une injection de sérum antidiphtérique, au bout de quelques jours une nouvelle angine à enduit pultacé survint.

L'examen bactériologique montra qu'il s'agissait d'une angine à streptocoque sans diphtérie. On injecta du sérum antistreptococcique et on observa une gangrène de la paroi abdominale dont la malade guérit.

Le deuxième cas concerne une malade à laquelle on fit des injections de sérum antistreptococcique pendant six mois; une dernière injection amena un choc anaphylactique avec ses signes habituels, dyspnée, pertes de connaissance, etc.

Il se forma une induration cutanée et un abcès de la paroi. Chez les gens sensibilisés la réaction locale est assez fréquente. Sur 83 malades sensibilisés par une première injection la réaction inflammatoire se trouve dans huit observations.

M. Martin croit que le sérum antimicrobien est plus irritant et provoque des accidents sériques plus marqués.

Il y a peut-être un moyen d'éviter ces accidents. Il serait prudent de faire les injections en des points différents.

M. RIST a employé un sérum antituberculeux et les mêmes malades ont reçu plusieurs injections de sérum. Dans presque tous les cas il a observé des phénomènes sériques. Une femme en particulier présentait chaque fois au niveau de la

piqûre un œdème inflammatoire très marqué et immédiat. Cette femme demandant à continuer cette thérapeutique qui disait-elle l'améliorait, on continua jusqu'au jour où elle eut un véritable abcès d'ailleurs stérile.

JURISPRUDENCE

L'EXPÉRIMENTATION DES REMÈDES NOUVEAUX ET LES MÉDECINS DE DISPENSAIRES PRIVÉS

L'Œuvre de la tuberculose humaine a fondé à Saint-Denis un dispensaire antituberculeux dont le docteur Louis Dieupart devint le médecin en chef. Or, après quatre années de services, le docteur Dieupart fut remercié le 29 novembre 1911 : il avait refusé d'employer pour ses malades un produit inventé par un médecin hongrois et dont l'usage lui était imposé.

M. Dieupart estimant, après expérience, que le sérum de fabrication étrangère injecté aux malades ne produisait que des résultats problématiques, prescrivit un autre sérum dans lequel il avait toute confiance.

Était-il en droit de procéder de la sorte ? L'administration du dispensaire antituberculeux de Saint-Denis résolut la question en révoquant purement et simplement le médecin en chef. M. Dieupart assigna alors le dispensaire antituberculeux en 5000 francs de dommages-intérêts pour brusque congédiement.

Il prétendait, en effet, dans son assignation, qu'il n'y avait pas de raison pour qu'un médecin chef ne donne pas sa préférence à un produit français, et que si l'opinion publique était consultée elle pourrait bien prétendre qu'il existe peut-être des intérêts cachés, jaloux de la supériorité du nouveau remède par lui employé.,,

Mais la 5e Chambre du Tribunal de la Seine a rendu le jeudi 23 janvier 1913 un jugement qui a débouté le docteur Dieupart.

« ... Attendu que s'il apparaît que Dieupart a rendu à l'œuvre de réels services en étendant le champ d'action du dispensaire et en apportant des améliorations dans son organisation ou en lui assurant des ressources nouvelles et s'il a rempli avec zèle et activité la tâche qu'il avait acceptée gratuitement, il a eu le tort de ne pas accepter la décision du conseil et de ne pas observer les prescriptions techniques du comité médical de l'Œuvre de la tuberculose humaine, dont le dispensaire de Saint-Denis n'est qu'une filiale...

Que si dans les hôpitaux, les médecins deviennent de véritables chefs de service et agissent pour le traitement des malades en toute indépendance et n'ont à recevoir ni ordre ni instruction de l'Assistance publique, et s'ils ne sont responsables que des fautes professionnelles qu'ils peuvent commettre, il n'en est pas de même dans le cas actuel ; qu'en effet les malades traités dans les locaux du dispensaire de Saint-Denis sont atteints de la même affection, la tuberculose, sont soumis à un traitement identique, prescrit par le comité médical de l'œuvre, alors que les malades admis dans les hôpitaux, atteints d'affections diverses, dont le caractère n'est pas toujours nettement défini, peuvent être l'objet de traitements distincts, laissés à la perspicacité du médecin traitant, auquel est confié le soin de la guérison... »

Ainsi donc le tribunal a estimé « que si, dans les hôpitaux, les docteurs ont le choix des médicaments, il ne saurait en être ainsi dans un dispensaire antituberculeux comme celui de Saint-Denis, où les médecins traitants doivent se soumettre aux prescriptions thérapeutiques données par le directeur de l'œuvre ».

Il est certain que le Tribunal en rendant ce jugement a eu dans l'esprit le principe que l'on retrouve lors des procès en responsabilité : dès qu'il y a possibilité de discussion sur la valeur et l'efficacité du traitement employé, sur l'opportunité de l'opération faite, dès qu'il faudrait, pour déterminer s'il y a eu ou non faute du médecin, trancher des questions d'ordre purement technique et scientifique, dès, en un mot, que la faute lourde n'apparaît pas manifestement, les tribunaux reconnaissent d'eux-mêmes leur incompétence en cette matière.

Il a examiné simplement quels étaient les liens de dépendance du docteur Dieupart avec le conseil médical du dispensaire, et il a déclaré qu'il ne pouvait être libre d'agir ainsi, le remède prescrit figurant sur la liste des médicaments imposés par le conseil médical.

Il résulte donc de ce jugement nouveau qu'un docteur, travaillant de concert avec un conseil médical, ne peut agir dans la plénitude de ses droits de médecin et n'est pas libre de choisir ses médicaments.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

Pour combattre la dyspnée : un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième, pendant 3 ou 4 jours de suite, tous les 15 ou 20 jours.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 2, 12 janv. 1913.) BÉGOUIN : Leçon d'ouverture de la clinique gynécologique de l'Université de Bordeaux.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 2, 11 janv. 1913.) DELASSUS : Péritonite tuberculeuse opérée deux fois suivie de grossesse normale. — A. LUCAS : Amélioration de la méthode d'homogénéisation des crachats par la lessive de soude pour la recherche du bacille de Koch.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 2, 9 janv. 1913.) L. MAYER : Réflexions à propos du diagnostic différentiel de l'appendicite.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 51, 17 déc. 1912.) BRESSLAU : Sur l'hyperthélie. — BERING : Contribution à l'action de la lumière. — GROSS : Présence simultanée d'achylie gastrique et pancréatique. — DIENST : Causes de la coagulabilité du sang de la menstruation. — MUGER : Sur la question de l'avortement provoqué dans les troubles psychiques. — FÜRER : Sur la question des délires d'abstinence chez les alcooliques chroniques. — STOLTE : Importance de l'ingestion abondante de graisse pour le nourrisson. Sa réalisation pratique. — GRUSSENDORF : Expériences sur la suture vésicale dans la taille haute chez l'enfant. — RABE : Contribution à la résorption des préparations de fer. — VEIL : Traitement du charbon externe. — VORPAHL : Découverte de spirochètes dans l'urine, dans la néphrite syphilitique. — FREUND : Cures abortives par le salvarsan. — HEUGGE : Extrait hypophysaire et narcose en obstétrique. — OPPENHEIMER : Démonstration de la tuberculose par recherche accélérée chez l'animal.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Le Képhaldol antisudorifique.

Les quelques médicaments usités jusqu'à ce jour comme antisudorifiques n'ont pas donné tous les résultats promis, et de plus, ils ne sont pas sans avoir quelquefois des répressions fâcheuses sur l'estomac, le cœur ou les reins, organes souvent déjà en mauvais état.

Le Képhaldol a ceci de précieux que, tout en jouissant de propriétés antisudorales marquées, il agit également comme antipyrétique et ne produit aucun effet secondaire sur les organes digestifs ou circulatoires. On peut ainsi le prescrire même chez les cardiaques.

Le Docteur Hans Frisch, assistant du professeur N. Ortner, fut l'un des premiers à l'essayer dans la tuberculose, et à reconnaître la constance de son action. Depuis, tous les expérimentateurs ont vérifié les bons effets de ce médicament dans les cas de sueurs nocturnes et leurs observations sont concluantes, telle celle-ci :

N. F..., dix-huit ans. Bacillose pulmonaire au troisième degré avec manifestations bacillaires localicées (spina ventosa à l'annulaire droit) état général mauvais, hyperthermie vespérale et sueurs nocturnes très pénibles; le tube digestif est en mauvais état se montrant particulièrement rebelle à l'administration des antithermiques et des antisudorifiques. Le Képhaldol est essayé à la dose d'un seul comprimé pris le soir vers huit heures. Résultat appréciable dès le premier comprimé. Nuit bonne sans sueurs. Le malade accuse au réveil un bien-être manifeste. Le Képhaldol est continué pendant quinze jours à la dose d'un seul comprimé pris le soir et l'effet antisudoral est constant. Il y a lieu d'ajouter que le médicament n'a entraîné aucun trouble stomacal, même léger.

Les sueurs nocturnes, revenant à heures à peu près fixes, peuvent être prévenues par l'administration de 0g50 à 1 gramme de Képhaldol, un quart d'heure avant l'apparition des sueurs. S'il s'agit de sueurs nocturnes, le Képhaldol, pris le soir, les supprime, abaisse la température et procure le sommeil.

Le Képhaldol est inoffensif puisqu'il a pu, à titre d'essai, être prescrit à des doses quotidiennes de 4 à 5 grammes pendant des semaines sans inconvénient. La dose normale est de 0g50 à 2 grammes par jour.

On le trouve en tube de 6 et 20 comprimés dosés 0g50 chacun.

Littérature : 3, rue Geoffroy-Marie, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique pratique, publié sous la direction de M. le professeur Albert Robin ; secrétaire de la rédaction, P.-Emile Weil, médecin des hôpitaux. T. I et II. Chaque tome forme un volume in-8 raisin de 1000 pages. — Prix : broché, 18 francs ; relié, 20 francs. — Paris, Vigot frères.

Thérapeutique des maladies infectieuses, par les docteurs M. Garnier, Nobécourt, Noc, Lereboullet. In-8 de 639 pages. — Prix : cartonné, 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Applications pratiques de l'anaphylaxie, par les docteurs Jean Minet, professeur agrégé, et J. Leclercq, chef des travaux à la Faculté de médecine de Lille. In-16 de 100 pages. — Prix : cartonné, 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Rôle de l'urée en pathologie, par le docteur Ch. Achard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker. Une brochure grand in-8 de 48 pages de l'Œuvre médico-chirurgical. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 27 janvier 1913. — Question donnée : « Anatomie macroscopique du canal déférent. — Symptômes et diagnostic de l'orchite blennorragique. »

MM. Vazeux, 10 + 17 = 27; Butin, 12 + 19 = 31; Picard (Pierre), 14 + 23 = 37; Barbary, 14 + 22 = 36; Lamare, 14 + 20 = 34; Huc (Edouard), 13 1/2 + 17 = 30 1/2; Levesque, 11 + 18 = 29; Laburthe-Tolra, 10 + 17 = 27.

Séance du 28 janvier. — Question donnée : « Calices et bassinet. — Diagnostic des hématuries rénales. »

M. Gerber, 12 + 18 = 30; Mlle Athanassiu, 14 + 24 = 38; M. Penot, 11 + 19 = 30; Mlle Leven, 13 + 21 = 34; MM. Lefranc, 16 + 24 = 40 ; Bloch, 12 + 21 = 33; Lévi-Franckel, 13 + 22 = 35; Parcheminey, 12 + 17 = 29 ; Hufnagel, 11 + 19 = 30; Binet (Léon), 16 + 21 = 37.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. le docteur Moreau, agrégé, a été désigné, en première ligne, pour la chaire de botanique et matière médicale, vacante à la suite de la retraite de M. Beauvisage, sénateur.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il sera ouvert, le lundi 3 mars 1913, au ministère de l'intérieur, salle Telmon, un concours pour l'internat de l'asile national des convalescents (précédemment de Vincennes) à Saint-Maurice.

Sont autorisés à concourir les étudiants en médecine de nationalité française, âgés de moins de trente ans révolus le jour de l'ouverture du concours, célibataires, pourvus de huit inscriptions de doctorat, ayant exercé ou exerçant les fonctions d'externe dans un des hôpitaux de Paris et qui auront été agréés par le directeur et par le corps médical de l'asile national.

L'allocation accordée aux internes de l'asile national des convalescents est :

Pour la première année de 1500 francs, pour la deuxième année de 1600 francs, pour la troisième année de 1700 francs; avec indemnité annuelle supplémentaire de 60 francs.

En dehors de l'interne de garde qui est nourri et logé, les internes reçoivent gratuitement le déjeuner de midi.

L'arrêté fixant les conditions du concours est envoyé sur une simple demande adressée au directeur de l'asile à Saint-Maurice (Seine).

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 23 janvier 1913 :

M. le médecin inspecteur Lafille, directeur du service de santé du 5e corps d'armée, a été placé hors cadres et mis à la disposition du commissaire résident général de la République française au Maroc.

M. le médecin inspecteur Wissemans, hors cadres, directeur du service de santé du Maroc occidental, a été réintégré dans les cadres et nommé directeur du service de santé du 5e corps d'armée, à Orléans, en remplacement de M. le médecin inspecteur Lafille.

— Service de santé. — Par décision ministérielle du 23 janvier 1913, M. Follenfant, médecin principal de première classe, médecin chef de l'hôpital de Bourges, est nommé directeur du service de santé du Maroc occidental (service).

— Par décision ministérielle du 24 janvier 1913 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Mouret passe aux salles militaires de l'hospice mixte de Verdun; Cousin, au 65e d'infanterie; Le Goïc est affecté à l'hôpital Saint-Martin à Paris; Mélot, au 89e d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Angué passe au 145e d'infanterie; Forget, au 2e d'artillerie à pied.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Garnier est affecté pour ordre aux salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens; Collignon passe au 65e d'infanterie et laboratoire de bactériologie du 11e corps d'armée.

Médecins aides-majors de deuxième classe de réserve. — M. Laporte passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret en date du 21 janvier 1913, ont été promus, à compter du 15 janvier 1913, au grade de médecin et de pharmacien aide-major de première classe des troupes coloniales, comme ayant accompli deux années de service dans le grade de médecin ou de pharmacien aide-major de deuxième classe :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Henry, Bauvallet, Robert, Ledentu, Hervier, Sice, Montel, Granie,

Pichon, Saporte, Léger, Blazy, Huot, Isaac, Bablet, Decomis, Franck, Fabri, Guy, Noel, Chollat-Traquet, Gaudiche, Alexandre, Agostini, Thiedu.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Ballot et Dellys.

LES LACUNES DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE. — A la suite du rapport de M. le professeur Gaucher sur l'hygiène publique, M. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'instruction publique, avait publié en réponse une lettre ouverte que reproduisirent tous les journaux politiques.

Le conseil de l'Académie de médecine, réuni hier avant la séance publique pour étudier la suite à donner à cet incident, a voté à l'unanimité la résolution suivante :

« Dans sa séance du 28 janvier 1913, le conseil de l'Académie, sur la demande de M. Gaucher, émet à l'unanimité l'avis que M. Gaucher ne doit pas se sentir atteint, pas plus que l'Académie elle-même, par la lettre ouverte de M. Mirman. »

Cette résolution, contresignée par le professeur Raphaël Blanchard, secrétaire annuel de l'Académie, a été immédiatement transcrite sur le registre des procès-verbaux des séances du conseil de l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — BUREAU DE 1913. — Président, M. Eug. Delaunay; vice-président, M. Ozenne; secrétaire général, M. H. Judet; secrétaire général adjoint, M. R. Loéwy; secrétaires des séances, MM. Iselin et Léo; trésorier, M. H. Brodier; trésorier adjoint, M. Lance; archiviste, M. Monnier.

CLINIQUE MÉDICALE LAENNEC (Professeur : M. L. LANDOUZY). — *Cours pratique sur la nutrition normale et pathologique (clinique, technique et diététique).* — MM. les docteurs Marcel Labbé, agrégé, médecin des hôpitaux, et Henri Labbé, docteur ès sciences, chef de laboratoire à la Faculté, commenceront le lundi 10 février 1913, à quatre heures, à la clinique médicale Laënnec, un cours pratique sur la nutrition normale et pathologique.

Le cours aura lieu les lundi, mardi, mercredi, vendredi de chaque semaine, à deux heures, et sera terminé en un mois.

Les élèves seront exercés individuellement, dans les salles et dans le laboratoire, aux diverses méthodes d'examen.

Programme du cours. — I. Nutrition; alimentation, digestion, assimilation, excrétion.

II. Gastrodyspeptiques et entérodyspeptiques; examen clinique des fonctions sécrétoires et motrices de l'estomac, des fonctions intestinales et pancréatiques.

III. Analyse du suc gastrique.

IV. Matières fécales : examen macroscopique et microscopique.

V. Matières fécales : examen chimique; réaction; azote total, graisses, hydrates de carbone; pigments biliaires; stercobiline; sang.

VI. Analyse des urines : azote total. Dosage de l'urée. Rapport azoturique. Coefficient d'absorption intestinale.

VII. Composés ammoniacaux urinaires : polypeptides, acides aminés. Phénols. Indican. Sulfo-éthers.

VIII. Les goutteux, lithiasiques et migraineux ; pathogénie et diététique de l'uricémie.

IX. Dosage des purines et de l'acide urique. Oxalurie. Chaux et magnésie.

X. Les albuminuriques. Œdèmes. Echanges chlorurés.

XI. Recherche et dosage des albumines urinaires. Chlorures.

XII. Les diabétiques. Pathogénie, évolution et thérapeutique du syndrome d'hyperglycémie. Sucres urinaires.

XIII. Coma diabétique; vomissements acétoniques. Pathogénie et traitement de l'acidose. Facteurs de l'acidose; corps acétoniques.

XIV. Les obèses. Pathogénie, formes et traitement de l'obésité.

XV. Les syndromes hépatiques. Ictères. Insuffisance hépatique. Pigments urinaires : bilirubine, urobiline.

XVI. Interprétation clinique des analyses d'urine; régime d'épreuve.

Le montant du droit à verser est de 100 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants pourvus de 16 inscriptions, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance du versement dû.

Les bulletins de versement relatifs au cours sont délivrés, dès à présent, jusqu'au 10 février 1913, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. DE BEURMANN. — *Conférences théoriques et pratiques.* — Une série de conférences théoriques et pratiques sur les affections cutanées et vénériennes est faite par MM. de Beurmann, R. Sabouraud, Dominici, Mouneyrat, Louis Ramond, Eugène Regnauld, Grandchamp, Egger, Degrais, Pestel, Tanon, Cottin, Noiré, Philibert, Chenet, Jean Pellot, Larroque, Labourdette.

Les leçons ont lieu les lundi, jeudi et samedi de chaque semaine, de dix heures à onze heures dans la salle des conférences de l'hôpital, à côté du musée et de la bibliothèque.

Jeudi 30 janvier, à dix heures, salle des conférences : « Le lupus tuberculeux des muqueuses et la tuberculose des fosses nasales », par M. Egger.

Samedi 1er février, à dix heures, salle des conférences : « Traitement du lupus par la finsenthérapie », par M. Louis Ramond.

Lundi 3 février, à dix heures un quart, salle des conférences : « De l'emploi des rayons X dans la thérapeutique dermatologique », par M. Pestel.

Jeudi 5 février, à dix heures, salle des conférences : « La séborrhée », par M. Sabouraud.

Samedi 7 février, à dix heures, salle des conférences : « Le traitement des tumeurs malignes par le radium », par M. Dominici.

INTRODUCTION A L'ÉTUDE

DES

OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES

Par M. V. MÉNARD (1),

Chirurgien de l'hôpital maritime de Berck.

Il n'est pas sans intérêt de savoir en clinique distinguer dans la longue évolution d'une ostéo-arthrite tuberculeuse des phases successives ou si vous voulez des âges.

L'arthrite est jeune, puis elle vieillit et chacune des périodes par lesquelles elle passe a ses caractères.

Examinons d'abord une arthrite jeune et prenons pour exemple la tumeur blanche du genou au début. Les parties molles sont tuméfiées, le genou est chaud, les mouvements douloureux et la synoviale épaissie contient des fongosités ou du liquide, toutes les réactions sont vives et l'appareil musculaire est à l'état de contracture permanente. La suppuration, lorsqu'elle survient, est relativement rapide et si l'on n'a soin d'y veiller, l'abcès ne tarde pas à devenir superficiel et à s'ouvrir, et l'infection secondaire ne manquera pas si elle se produit d'être grave. C'est la période dangereuse de l'ostéo-arthrite, période pendant laquelle les cartilages s'amincissent et s'ulcèrent, période où se font les déformations, les déplacements, où se prennent les attitudes vicieuses. Cette première période d'activité dure au minimum deux années pour les affections du membre inférieur et du rachis, et si vous avez l'occasion au cours de ces deux premières années de l'évolution, de pratiquer un examen post mortem, vous constatez que la réparation n'est même pas commencée, les surfaces articulaires sont ulcérées, la synoviale fongueuse est remplie de matière caséeuse, de fongonsités.

Ce n'est qu'à partir de la troisième année que la culture tuberculeuse commence à vieillir. Sa marche se ralentit et le travail de défense s'organise, les cavités articulaires sont rétrécies, les fongosités ont subi la transformation fibreuse, le gonflement est moindre, disparaît même ou se trouve localisé en certains points seulement, la douleur elle aussi s'est atténuée. Comme dans la phase de début, un abcès peut survenir ; mais alors que l'abcès précoce avait pour point de départ la cavité articulaire tout entière, élargie même par distension mécanique ou végétation fongueuse, l'abcès tardif dont il est ici question prend naissance en un point limité des surfaces osseuses, son développement est moins actif, beaucoup plus lent et même, toutes choses égales, sa fistulisation présente de moindres conséquences. A cette période tardive, l'ulcération des surfaces osseuses a cessé de faire des progrès. Les foyers osseux sont limités par un processus de sclérose.

Toute cette période tardive où l'on a le droit de parler d'arthrites vieilles comprend la dernière moitié de leur évolution, les troisième, quatrième et cinquième années.

Si je ne craignais de compliquer outre mesure un sujet qui ne peut déjà manquer de vous apparaître sous une forme très complexe, je vous dirais que je n'ai considéré jusqu'ici que les cas les plus simples, ceux où le malade n'est atteint que d'une arthrite, je n'ai en somme visé que l'évolution d'un foyer unique.

Or, si vous parcourez nos salles, vous constaterez que la moitié de nos malades pour le moins sont atteints de tuberculose à foyers multiples, on pourrait même dire qu'à ce point de vue les foyers de tuberculose osseuse ou ostéo-articulaire se trouvent en général se diviser d'eux-mêmes en deux grandes variétés, les petits foyers et les grands foyers.

Les petits foyers sont le plus souvent multiples, ils sont en général groupés comme les îlots d'un archipel. Voyez plutôt le spina ventosa, très rarement unique, on le rencontre beaucoup plus souvent sous forme de groupes plus ou moins nombreux, occupant sur les deux mains ou même sur les quatre extrémités, deux, quatre, six, huit petits os longs, il en est de même des foyers épiphysaires du tarse, du coude, des os malaires souvent associés entre eux.

Au contraire, les ostéo-arthrites des grandes jointures et du rachis sont isolées, ou tout au moins en petit nombre. Le mal de Pott, la coxalgie, la tumeur blanche du genou se rencontrent en général isolément.

Et pourtant dans ce service où les cas graves sont sélectionnés, vous trouverez un bon nombre de malades atteints à la fois de tuberculose des deux genoux, des deux hanches, d'une hanche et d'un genou, des deux points du rachis ou d'un mal de Pott qui s'accompagne d'une tuberculose d'une grande jointure, hanche ou genou.

Ces deux groupes de grands et petits foyers ne sont pas même toujours distincts et il nous arrive de montrer quelques rares malades atteints de mal de Pott ou de coxalgie et présentant en même temps un spina ventosa de la main ou du pied.

Est-ce à dire que cette multiplication des foyers constitue une généralisation de la tuberculose ? Non et vous pourrez constater dans nos services que les enfants guérissent parfaitement de spina multiples, d'une tuberculose simultanée des deux calcanéums ou des deux coudes. Le mal de Pott double guérit comme un pottique à foyer unique. La coxalgie bilatérale, la tuberculose des deux genoux guérissent aussi, mais il est évident que la complexité de ces cas se traduit par une évolution plus accidentée et pour le moins plus longue.

La conclusion qu'il faut tirer de ce long exposé c'est que la terminaison régulière, normale pour ainsi dire, de la tuberculose ostéo-articulaire de l'enfant, c'est la guérison, pourvu toutefois que le malade soit soumis à des conditions favorables tant locales que générales. Cette terminaison favorable n'est compromise que si des complications locales comme la septicémie consécutive à la fistulisation, ou dues à un ensemencement de la tuberculose

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 11, p. 165.

spécialement chez l'enfant, au niveau du péritoine ou plus souvent des méninges, la tuberculose pulmonaire étant ici assez rare, viennent à apparaître. Mais si cette guérison est de règle, il est de règle aussi qu'elle se fasse souvent longuement attendre.

Cette guérison est-elle solide et définitive pour une ostéo-arthrite, comme nous avons dit qu'elle l'était pour une ostéite ? Il nous faut ici faire une fois de plus une distinction régionale. Les foyers tuberculeux guérissent plus vite et plus solidement, plus définitivement aussi, quand ils siègent au membre supérieur, sans doute parce que le travail de ce membre est plus léger et plus temporaire. Les conditions toutes opposées dans lesquelles se trouvent placés les foyers tuberculeux du rachis et des articulations du membre inférieur les exposent au contraire à des récidives prochaines ou éloignées. Les mouvements complexes auxquels ils sont soumis, associés à la pression qu'exerce sur eux le poids du corps constituent ici un traumatisme en quelque sorte permanent et une guérison qui, chez nombre de malades, semblait bien définitivement acquise au bout de trois, quatre ou cinq ans, se montre caduque lorsque le sujet tente de reprendre sa vie ordinaire et doit supporter les fatigues du travail ou de la marche. Et même chez des malades semblant guéris et ayant depuis des mois ou des années repris leur vie normale, une fatigue inhabituelle associée ou non à un trouble de la santé générale peut faire apparaître dans un foyer guéri depuis longtemps des complications tardives. La hanche, le genou ou le rachis deviennent le point de départ de douleurs, tantôt sourdes, tantôt vives et persistantes montrant que le processus pathologique n'a jamais été radicalement éteint, ce que montre plus abondamment encore l'apparition d'abcès tardifs ; et n'allez pas croire à l'allure toujours bénigne de ces accidents, car chez nombre de malades adultes, ce réveil du processus inflammatoire au niveau, par exemple, d'un genou guéri depuis l'enfance, occasionne des troubles si persistants que la résection, jusque-là évitée, devient le seul moyen de délivrance.

De cet état imparfait de la réparation même ancienne doivent s'inspirer les conseils qui seront donnés aux malades guéris et l'on doit leur recommander d'éviter avec soin toutes les causes de rechute, en particulier les fatigues excessives et par conséquent toutes les professions qui peuvent les imposer.

Reste à résoudre la dernière question, celle du traitement. C'est la plus difficile et elle n'a point encore de solution satisfaisante.

Si la syphilis cède au traitement mercuriel et aux composés arsenicaux, si le paludisme guérit, grâce à la quinine, si nous devons à Jenner le virus préventif de la variole et au génie de Pasteur le sérum préventif du charbon et grâce à sa méthode le sérum curateur de la diphtérie, le monde attend encore le remède spécifique de la tuberculose et les tuberculines sont seulement à l'étude.

Revenant à notre sujet restreint de la tuberculose ostéo-articulaire, je ne puis mieux faire que vous répéter une formule, maintenant devenue classique, la tuberculose ostéo-articulaire de l'enfant tend à guérir spontanément et cette condition est la base même du traitement rationnel. Le rôle du médecin se borne à mettre le malade dans les conditions les plus capables de favoriser la cure spontanée puisque le traitement spécifique nous manque encore.

Nous allons classiquement diviser les moyens adjuvants de cette cure spontanée en deux groupes, les moyens généraux et les moyens locaux.

Commençons, si vous le voulez bien, par passer en revue ces derniers.

Un seul d'entre eux, échappe à toute discussion : la région malade doit être au repos. C'est là une nécessité admise par tous et les variantes de la pratique concernent seulement les moyens de réaliser le repos.

A propos de chaque région, de chaque articulation malade nous aurons à vous répéter que, pour en assurer le repos, deux conditions sont nécessaires.

D'abord, la suppression de la fonction. L'immobilisation simple suffit à la réaliser au niveau du coude, de l'épaule, de la main. Si le foyer siège au membre inférieur ou au rachis, elle doit s'accompagner de la suppression de la station verticale, car le poids du corps comme les mouvements exerce un véritable traumatisme sur le point malade.

Mais le repos fonctionnel ne suffit pas et, pour obtenir un repos véritablement complet, il faut encore immobiliser l'articulation malade ou la région atteinte du rachis à l'aide d'appareils appropriés, parmi lesquels les appareils plâtrés sont pendant toute la période active de la maladie d'un emploi presque exclusif.

Le repos complet de la région malade étant ainsi bien assuré, vous avez fait profiter votre patient de la majeure partie des ressources du traitement dit local. Sans doute divers incidents pathologiques, un abcès, des attitudes vicieuses, auront leurs remèdes appropriés dans les ponctions, les injections diverses, les redressements, etc. Mais si l'on considère l'ostéo-arthrite tuberculeuse d'une grande jointure dans sa forme simple, légère ou grave, mais régulièrement traitée et exempte de complications, je suis tenté de vous dire qu'assurer le repos du malade constitue en réalité tout le traitement local.

Je pressens vos protestations. La chirurgie dispose cependant d'agents modificateurs que l'on peut tenter d'employer. On pourrait, en effet, rien qu'en énumérant les modificateurs locaux qui furent préconisés pour le traitement des tumeurs blanches et du mal de Pott, écrire un très long chapitre. Ce serait vouloir passer en revue les mille méthodes qui ont un temps dominé le monde médical, puis se sont évanouies, se succédant les unes aux autres.

Les cautères, appliqués par Pott sur la gibbosité vertébrale, puis par la plupart des chirurgiens sur toutes les arthrites tuberculeuses, laissèrent la place aux révulsifs locaux superficiels : vésicatoires, rubéfaction iodée, pointes de feu, toute une basse pratique que certains emploient encore dans le dessein de « faire quelque chose ».

Nos auteurs classiques accordaient une grande importance à la compression locale élastique ou

ouatée, on ne peut aujourd'hui se faire d'illusion sur ce moyen qui voulait atrophier le foyer tuberculeux à la faveur d'une anémie mécanique.

Dans l'ordre d'idées exactement inversé, on vit apparaître, il y a moins de dix ans, l'hyperhémie active produite suivant la méthode de Beer, à l'aide d'une compression méthodique exercée en deçà de l'articulation malade. Quelques années ont maintenant passé et l'on est arrivé à cette conclusion que, si la méthode de Beer remédie à quelques inconvénients, par exemple, en atténuant la douleur, il ne semble pas qu'elle abrège d'un jour la longue évolution d'une arthrite tuberculeuse.

Que vous dire maintenant des injections? Aucun d'entre vous n'a sans doute parcouru le gros volume dans lequel Boinet, vers 1850, exposait longuement les avantages et les succès des injections iodées dans presque tous les organes, presque toutes les maladies, en particulier les articulations fongueuses, la génération actuelle a oublié le volume, le nom même de l'auteur. Depuis cette époque éloignée et surtout depuis trente ans on a vanté successivement les injections phéniquées, les injections d'iodoforme en suspension dans la glycérine ou l'huile, en solution éthérée, les solutions de chlorure de zinc au dixième, au vingtième, au cinquantième.

Aujourd'hui, en France spécialement, on nous chante les louanges d'une huile composée, réunissant l'efficacité de l'iodoforme, de la créosote, du gaïacol et du naphtol camphré. Tout de suite, nous ferons une distinction entre le traitement de l'ostéo-arthrite elle-même et celui des complications, parmi lesquelles se range au rang de la plus grande fréquence l'abcès. Au sujet des injections qui nous occupent, ces injections diverses d'iodoforme, de chlorure de Zn, d'eau oxygénée, de naphtol camphré ou de thymol, peuvent avoir une certaine utilité en complétant éventuellement la méthode des ponctions évacuatrices, mais s'il était vrai que ces injections, appliquées au traitement local de l'ostéo-arthrite tuberculeuse exempte de complications, abcès ou masses fongueuses, eussent la puissance d'un traitement spécifique et fassent subir au processus tuberculeux un arrêt momentané ou à plus forte raison définitif, une découverte merveilleuse serait faite. Malheureusement, il n'est point d'injection connue qui abrège la durée d'une ostéite, aussi affirmer comme on le faisait encore récemment qu'une huile composée de créosote, d'iodoforme et de naphtol camphré effectue la guérison d'une tumeur blanche en moins d'une année, c'est manifestement avancer une contre-vérité. L'affirmation nous étonne peu, ce qui nous surprend davantage, c'est qu'elle trouve les oreilles et l'esprit du corps médical tout préparés à l'entendre et à l'admettre. Nous éprouvons une grande tristesse à appliquer ici les mots du poète latin : *Vulgus vult decipi.* Il faut pourtant à ce sujet reconnaître que toute la masse des praticiens ne doit pas porter ce reproche et qu'une grande lacune est encore à combler dans l'enseignement médical officiel, c'est par sa faute que le monde médical manque souvent de sens critique et qu'il flotte au gré de la mode, aux mille fantaisies de l'empirisme.

Je ne veux point soulever devant vous la question si controversée du traitement opératoire des affections qui nous intéressent, vous pourrez faire pourtant cette observation curieuse à notre époque :

Certains praticiens vousd iront : je n'opère jamais; n'en croyez rien d'ailleurs, car ils opèrent au moins quelquefois. D'autre part, les grandes revues publient de longues statistiques où vous voyez que, à la faveur d'une technique opératoire nouvelle ou perfectionnée, toutes les variétés d'arthrites à toutes leurs périodes guérissent en quelques jours ou quelques semaines et presque toujours sans incidents.

Là encore, je vous crie : ne soyez pas des croyants aveugles. Admettez sans aucun doute possible les perfectionnements merveilleux de la technique opératoire actuelle, mais, lorsqu'il est question à la faveur de cette technique de créer du jour au lendemain une méthode générale curative de la tuberculose ostéo-articulaire, examinez les statistiques en question et vous constaterez que les malades ne sont gardés en observation que quelques semaines au plus pour une affection que nous savons durer des années. Sans doute, on rapporte aussi quelques succès éloignés, mais gardez-vous de croire qu'une méthode nouvelle est née et que la chirurgie guérit désormais toutes les ostéo-arthrites comme elle guérit radicalement les hernies.

Cette discussion est d'ailleurs oisive et le traitement conservateur reste une loi. Diverses circonstances peuvent pourtant justifier l'intervention chirurgicale, c'est ainsi qu'on doit ouvrir et drainer une caverne infectée, enlever le séquestre qui l'occupe; dans d'autres circonstances, drainer une cavité articulaire dont la suppuration septique est une menace pour la vie du malade.

Je ne veux point passer ici en revue toutes les indications opératoires de l'ostéo-arthrite tuberculeuse dans le traitement desquelles la chirurgie conserve encore, sans contestation possible, une place notable pour les ostéites, plus accessoire pour les arthrites.

Depuis plusieurs années déjà, l'action de la lumière a constitué un moyen local de traitement pour la tuberculose et Finsen en fit les premières applications pour le lupus.

Actuellement, l'héliothérapie se vante d'exercer, sur les foyers tuberculeux des os et des articulations superficielles ou profondes, une action presque spécifique et les rayons actiniques auraient pour quelques-uns un maximum d'action dans l'air sec des altitudes élevées; d'autres ont, il est vrai, ajouté d'une manière également désintéressée que l'activité chimique des rayons solaires est à peine moindre dans la plaine et plus considérable au bord de la mer. Ces discussions sont du domaine des physiciens.

Nous aussi, nous exposons nos malades au grand air et toute la journée en face de la mer, le vent d'ouest leur apporte l'action bienfaisante des effluves marines.

A l'hôpital maritime, cinq cents enfants transportés sur les galeries de cure y séjournent de dix à

douze heures par jour en toute saison, aussi souvent que la clémence du temps le peut permettre, seule la violence du vent s'y oppose.

Ce n'est point ici le lieu de nous étendre sur la valeur du traitement marin. Mais je voudrais pourtant vous dire quelques mots de l'influence locale de l'exposition au grand air des régions malades, une distinction s'impose entre les tuberculoses ouvertes et les foyers fermés.

Depuis quelques années déjà, nous laissons exposées au grand air, sur nos galeries de cures ou dans les salles largement aérées, toutes nos tuberculoses fistuleuses, sans jamais les recouvrir d'un pansement. Vous verrez dans notre grande collection de malades une centaine d'enfants occupant surtout le deuxième étage du nouveau bâtiment et, par une observation de quelques jours, vous vous convaincrez que cette exposition au grand air des plaies et des fistules fait diminuer la suppuration dans une proportion frappante, qu'elle fait disparaître toute odeur, même dans les suppurations d'origine profonde. Certaines de nos salles contiennent vingt-cinq malades porteurs d'une ou plusieurs plaies suppurantes et jamais n'y flotte la moindre odeur désagréable.

Localement les plaies ainsi exposées à l'air sèchent, l'œdème disparaît, résultat que ne saurait obtenir un pansement occlusif, si méticuleux soit-il. Il entretiendra toujours à l'entrée des fistules une réserve de pus, capable d'aggraver l'état septique des trajets.

Si maintenant élargissant la question vous me demandez dans quelle mesure le séjour au grand air ou au bord de la mer abrège la durée d'un mal de Pott ou d'une ostéo-arthrite, je vous répondrai que ce séjour ne l'abrège en rien et cette réponse va nous conduire à parler du traitement général.

Loin de moi l'idée de nier les bienfaits de l'héliothérapie. Seule l'interprétation de son action est discutable. Une trop large part est accordée à son action locale. Ces rayons actiniques pénètrent-ils bien réellement jusqu'à la hanche ou jusqu'au foyer vertébral à travers d'épaisses couches anatomiques? N'est-ce point plutôt pour exciter l'imagination à l'énoncé de faits merveilleux qu'on s'est attaché à considérer exclusivement l'action locale du grand air, du soleil, de la montagne, du bord de la mer? Nous ne saurions en décider.

Mais dans notre esprit, une part très large, à peu près exclusive, doit être faite à l'influence du grand air, du soleil et du bord de la mer sur la santé générale.

Chez nos malades, les échanges respiratoires sont singulièrement actifs et cette source de la vie est décuplée. Il s'ensuit une suractivité des fonctions digestives et de l'assimilation. En quelques jours, en quelques semaines au plus, un petit malade, arrivant de la ville, subit une transformation frappante. Dans nos salles, largement éclairées sur la galerie de cure, au plein air, nos enfants ont vite fait de prendre de l'appétit et un teint coloré. Leur mine étonne tous nos visiteurs qui ne manquent jamais de faire un parallèle entre le tableau égayant qu'ils ont sous les yeux et la tristesse qu'inspirent les visages décolorés des enfants que l'on voit dans les salles d'un hôpital urbain.

Les enfants plus heureux qui ne sont pas soumis au repos et peuvent se promener sur la plage, jouissent des mêmes avantages à un degré plus élevé.

C'est là la partie essentielle du traitement général; associée à une alimentation rationnelle, à des soins de toilette attentifs, elle crée un véritable bien-être dans lequel toutes les fonctions organiques prennent une activité normale. Le tableau se complète d'une amélioration de l'état moral. Nos enfants méticuleusement propres dans leur lit, exposés au plein air en face de la mer, sont d'une gaîté qui surprend chez des malades et cent fois la remarque nous en fut faite par les étrangers : la lumière crée la gaité, autre manifestation de bien-être.

Voici la seule action sur laquelle il nous faille compter, et la tuberculose ostéo-articulaire parcourra toute son évolution en deux, quatre, ou cinq ans sans être notablement abrégée ; telle est la stricte vérité qui doit être connue. Mais cette évolution est favorable et, lorsque par un bonheur exceptionnel le traitement a commencé à temps dans ces conditions, les accidents sont rares et bénins et la cure s'effectue régulièrement du commencement à la fin.

Chez nos enfants des classes pauvres traités tardivement alors que les foyers sont en pleine et large floraison, la guérison se fait régulièrement encore, les complications graves et plus spécialement l'infection secondaire des fistuleux est presque toujours évitée.

Ces bienfaits de la cure marine sont indéniables, mais nous ne les interprétons que comme un accroissement de la résistance du malade à l'infection et une augmentation de sa puissance de réparation. La maladie parcourt toutes ses phases, sous nos yeux, en un temps très long, les complications sont rares : les abcès guérissent aisément, les fistules, tôt ou tard, avec ou sans le secours de petites interventions, se cicatrisent. Les ostéo-arthrites tuberculeuses guérissent : c'est la règle. Que le rôle de la chirurgie active soit peu brillant sur ce terrain, il importe peu; notre métier a ce côté consolant que la généralité de nos enfants quittent le bord de la mer après guérison.

ÉTAT MÉNINGO-ENCÉPHALIQUE

AU COURS D'UNE SYPHILIS SECONDAIRE TRAITÉE PAR LE NÉOSALVARSAN

Par M. Frank ESCANDE (1),
Interne des hôpitaux de Marseille.

Le 8 novembre 1912, entre à l'hôpital de la Conception, dans le service du docteur Pagliano, une malade, âgée de vingt-six ans, dont l'état paraît grave. Elle est dans un état de prostration très marquée et répond péniblement à nos

(1) Observation recueillie dans le service du docteur Pagliano, médecin des hôpitaux de Marseille, grâce au concours du docteur Teissonnière, chef de laboratoire à l'Institut bactériologique des Bouches-du-Rhône.

questions, mais une personne de son entourage nous donne les renseignements suivants.

Ses *antécédents* héréditaires ne présentent rien à signaler. Dans ses antécédents personnels, nous relevons une fièvre typhoïde à l'âge de huit ans, un accouchement normal à seize ans : l'enfant a dix ans et se porte bien; une grande anémie à vingt-quatre ans; des rhumes fréquents l'hiver dernier.

La *maladie actuelle* a commencé le 15 octobre, par une céphalée intolérable, localisée à gauche; des douleurs abdominales et de la constipation; un peu de fièvre, la femme est obligée de se coucher toutes les après-midi.

Le *3 novembre*, elle se voit forcée de rester au lit toute la journée, et depuis elle n'a pu se lever, la céphalée est toujours intense, il y a des épistaxis, des vomissements, de la diarrhée, la température est de 39 degrés, le médecin pense à une fièvre typhoïde.

Le *5 novembre*, la malade est prostrée et a un léger délire.

Le *6 novembre*, la température se maintient à 39 degrés, il y a des vomissements bilieux, de la constipation.

Le *8 novembre*, l'état est toujours le même, mais de plus il y a de la rétention d'urine et le médecin constate une hémiplégie droite. C'est à ce moment que la *malade entre à l'hôpital.*

Cette femme, pâle, maigre, est immobile, prostrée, mais répond faiblement à nos questions par oui ou par non.

Nous constatons une hémiplégie droite, intéressant peu la face, mais déterminant une impotence fonctionnelle absolue des membres supérieur et inférieur droits; de ce côté, il y a exagération du réflexe rotulien et signe de Babinski en extension. Il s'agit cependant d'une paralysie flasque. Pas d'hémianestésie. Pas de raideur de la nuque. Kernig léger. La malade accuse toujours une violente céphalée. Les pupilles réagissent à la lumière, mais présentent du myosis.

La température est de 38°6, le pouls est à 68.

Le cœur et les poumons sont normaux.

La langue est saburrale, il y a des vomissements bilieux et de la constipation. La rétention d'urine nécessite le cathétérisme; les urines sont claires et ne contiennent pas d'albumine.

Cet ensemble symptomatique nous fait écarter l'hypothèse de fièvre typhoïde et penser à la possibilité d'une méningite tuberculeuse. On donne à la femme des boissons glacées, on lui met une vessie de glace sur la tête, on lui fait une injection d'électrargol.

Le lendemain, *9 novembre*, la température est de 38 degrés, le pouls est à 60. Les vomissements ont cessé. La constipation et la rétention d'urine persistent. Nouveau cathétérisme vésical. L'administration de calomel évacue l'intestin; la malade défèque dans son lit.

Le *11 novembre*, le docteur Pagliano fait une ponction lombaire, le liquide céphalo-rachidien s'écoule goutte à goutte, il est limpide, eau de roche, nous en recueillons seulement 5 à 6 centimètres cubes.

La température : 38 degrés le matin, 38°6 le soir.

Ce même jour, nous obtenons, sur notre femme, des renseignements de la plus haute importance. Le docteur Teissonnière nous apprend qu'il a vu la malade à plusieurs reprises.

En juillet, elle avait de nombreuses plaques muqueuses buccales; le 24 juillet, injection de 0g45 de néosalvarsan; à la suite de laquelle se produisent de la céphalée et des vomissements pendant un jour; le 30 juillet, une nouvelle injection de 0g60 de néosalvarsan provoque de la céphalée et des vomissements pendant deux à trois jours; le 28 août, la réaction de Wassermann avec le sérum était franchement positive; le 23 septembre, troisième injection de néosalvarsan, 0g60, même réaction qu'à la deuxième; le 15 octobre, quatrième injection de 0g60, qui a précédé immédiatement la maladie.

Ainsi, le syndrome méningo-encéphalique, en présence duquel nous nous trouvons, est apparu manifestement après une injection de néosalvarsan à une syphilitique secondaire.

L'examen du liquide céphalo-rachidien est fait par le docteur Teissonnière. Au point de vue chimique, l'albumine n'est pas augmentée; au point de vue cytologique, réaction lymphocytaire exclusive, mais cellules peu abondantes; la *réaction de Wassermann* avec le liquide céphalo-rachidien est partiellement positive.

Le *12 novembre*, nous constatons une amélioration très nette de l'état de la malade. La température est de 37°2 le matin, 37°7 le soir; le pouls est toujours lent et régulier, la céphalée a disparu, les vomissements ne se sont pas reproduits, il y a une miction et une selle spontanées, l'adynamie du premier jour n'existe plus; la femme peut s'asseoir sur son lit, l'hémiplégie rétrocède; il n'y a plus maintenant qu'une hémiparésie, les mouvements sont possibles, mais lents, difficiles.

Les *jours suivants*, la malade est mise au régime lacté et à l'iodure de potassium. L'amélioration s'accentue, nous assistons à la disparition de tous les symptômes que nous avions notés. La fièvre cesse, à partir du 15 novembre. Bientôt la malade se lève, s'alimente. Elle quitte notre service le 1er décembre, parfaitement guérie.

En résumé, cet épisode méningo-encéphalique, d'apparence très grave et cependant guéri très simplement en quelques jours, était sous la dépendance de la syphilis secondaire et de son traitement par le néosalvarsan. Pourquoi cette corrélation a-t-elle été méconnue en ville? Parce que la malade avait caché à son entourage sa syphilis et la thérapeutique intensive à laquelle elle était soumise. Lorsque éclatèrent les accidents graves consécutifs à l'injection du 15 octobre, elle se garda bien de dire la vérité à son médecin et le laissa s'égarer sur une fausse piste. A l'hôpital, sans les révélations du docteur Teissonnière, nous n'aurions jamais eu la clef de cette méningo-encéphalite, si facilement guérie.

Quelle a été la *pathogénie* exacte des accidents que nous avons constatés? Il paraît difficile de mettre seule en cause l'infection syphilitique; après chaque injection de néosalvarsan, nous notons de la céphalée et des vomissements; et cette réaction est de plus en plus intense; après la quatrième injection, il s'agit d'une véritable méningo-encéphalite.

Est-ce tout simplement une intoxication par le produit arsenical? C'est peu probable, à cause de la fièvre, qui a duré au moins dix jours. Peut-on assimiler ces faits aux accidents anaphylactiques, des doses d'abord inoffensives provoqueraient-elles secondairement des troubles graves?

L'hypothèse qui nous paraît la plus plausible serait la stimulation d'une méningopathie syphilitique latente par le néosalvarsan. Il s'agirait alors de phénomène d'Herxheimer méningé.

Et notre cas pourrait être rapproché de certains faits décrits par Jeanselme et Chevallier, dans la *Revue de médecine* (août 1912).

CORRESPONDANCE

Nous recevons au sujet d'un article paru à cette même place, dans notre numéro du 23 janvier 1913, la lettre qui suit :

27 janvier 1913.

Monsieur le Directeur de la *Gazette des hôpitaux*,

Je lis, tardivement, le numéro du 23 janvier 1913, où se trouve un article intitulé : *Contribution à l'étude des effets thérapeutiques de l'eau des Deux-Reines* (*bassin d'Aix-les-Bains*), signé de M. Jean Pignot.

Il y a là une *erreur matérielle* que je tiens à rectifier, car j'en suis personnellement responsable, l'erreur ayant été commise par mon secrétaire.

Je suis, en effet, l'auteur de cette publication, et je dois simplement à M. Pignot les observations cliniques qu'il a recueillies et qu'il m'a obligeamment communiquées, à titre documentaire.

Agréez, etc. Dr HENRI VOISIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1913)

Sur l'identification du crâne supposé de Descartes par sa comparaison avec les portraits du philosophe. — M. Paul Richer. L'Académie des beaux-arts a été récemment consultée par M. Darboux, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences pour savoir si l'on ne pourrait pas se servir des différents portraits de Descartes afin d'identifier le crâne qui se trouve actuellement au Muséum et dont l'authenticité, malgré les témoignages historiques, reste encore douteux; M. Paul Richer a été chargé de cette recherche.

En comparant ces portraits, notamment celui de Franz Hals, avec la photographie à la même échelle du crâne du muséum M. Paul Richer est arrivé à formuler la conclusion suivante : « Le crâne conservé au Muséum offre une similitude aussi absolue que possible avec celui que révèle le portrait de Franz Hals. Sur les autres portraits, cette similitude, pour n'être pas aussi complète, n'en constitue pas moins un nouvel appoint en faveur de l'authenticité du crâne. »

La vaccination préventive contre la fièvre typhoïde dans les équipages de la flotte. — M. Chantemesse. (Cette communication a été publiée in extenso dans notre numéro du 23 janvier 1913.)

Vaccination antituberculeuse chez le cobaye. — M. Rappin expose des expériences dont le succès chez le cobaye permet de conclure que sa méthode de vaccination ne pourra se montrer que plus efficace encore sur des espèces animales encore plus résistantes. C'est dans ce sens qu'il dirige maintenant ses expériences sur les bovidés.

Dès maintenant ses observations permettent à M. Rappin de concevoir la possibilité de réaliser enfin une formule de vaccination bientôt applicable à l'homme.

Sur l'anesthésie par les voies digestives. — M. Raphaël Dubois conclut que l'anesthésie par voie rectale doit être rejetée. Après plus de vingt années d'expérience, la méthode de Paul Bert par les mélanges titrés est la plus sûre, la plus régulière, et la machine à anesthésier du professeur R. Dubois pour les fabriquer et les administrer permet de pratiquer des opérations qu'on ne pourrait pas tenter sans elle avec le secours de l'anesthésie.

Sur la présence du brome à l'état normal dans les organes de l'homme. — M. A. Labat a examiné le rein, le foie, la rate, le cœur de quatre sujets, le cerveau de deux d'entre eux, un échantillon de sang, de nombreuses urines et 33 corps thyroïdes. Les premiers organes ne contiennent pas de brome, ou, s'ils en contiennent, c'est à doses inférieures à un centième de milligramme pour cent. Le corps thyroïde, sauf exceptions probablement liées à des causes pathologiques en renferme d'une façon constante ; l'urine en renferme toujours.

Dans tous les cas, le brome s'est rencontré dans la glande thyroïde à doses très notablement inférieures à celles de l'iode.

Il semble ressortir des expériences de M. Labat, que le brome a chez l'homme pour porte d'entrée, l'alimentation, et pour porte de sortie principale l'urine.

Quoi qu'il en soit, il résulte des travaux de l'auteur, que le brome, si répandu dans la nature comme l'ont établi ses propres travaux et ceux de R. Gautier, Denigès et Chelle, et de Guareschi existe aussi à l'état constant dans l'organisme de l'homme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1913)

Minéralisation comparée des régions cancérisées du foie et des régions relativement saines. — M. Robin a étudié la minéralisation du foie cancéreux. Elle diffère de celle du foie sain, du foie tuberculeux et du foie alcoolique. Il a d'abord constaté que le tissu cancéreux du foie est plus hydraté que celui du foie sain, dans la proportion des chiffres suivants : 70 p. 100 pour le tissu sain, 82 p. 100 pour le tissu cancéreux. En outre, la minéralisation du foie cancéreux est supérieure à celle du foie sain. Il y a enrichissement des matières minérales ou inorganiques du foie cancéreux. A côté de ces matériaux d'enrichissement il y a aussi des matériaux de défense.

D'expériences faites sur les souris cancéreuses, il résulte que des injections de nitrate de potasse font accroître le cancer, tandis que les injections de lactate de chaux tiendraient plutôt à la diminuer. Peut-être y a-t-il lieu de concevoir, dans ce fait, quelques espérances thérapeutiques.

Données comparatives sur le traitement abortif et curatif de la syphilis par le salvarsan, l'hectine et l'hectargyre. — M. H. Hallopeau. Le salvarsan est infidèle; assez souvent, son emploi n'enraye pas l'évolution de la maladie; d'autre part, il est dangereux et parfois homicide. On a publié nombre de cas de mort à son passif; on en connaîtrait sans doute bien d'autres, sans le secret dont est entourée sa mise en œuvre.

L'hectine et l'hectargyre sont inoffensis. Ils font avorter et guérissent complètement la maladie si l'on en prolonge suffisamment l'administration.

M. Sarafidi a vu un nouvel accident primitif survenir après une cure par l'hectargyre ; il y avait donc une guérison complète de la première atteinte.

Il y a lieu d'élever la dose à 35 centigrammes et de renouveler l'injection quarante fois par séries de dix, avec des pauses de cinq jours; il n'est pas nécessaire de le faire au voisinage de l'accident primitif.

Déclaration de la tuberculose. — M. Widal se félicite de ce que la discussion ouverte sur ce sujet ait eu pour résultat l'étude de l'isolement des tuberculoses ouvertes dans nos hôpitaux. Jusqu'ici on n'a pu guère employer que des moyens de fortune notoirement insuffisants. Il faut obtenir la promulgation d'une loi prescrivant la création d'hôpitaux spéciaux pour les tuberculoses ouvertes et de quartiers spéciaux, dans

les hôpitaux existants, avec local, personnel, matériel et jardins spéciaux et isolés. Ce sera un honneur pour le Conseil municipal d'aboutir à cette mesure de prophylaxie et de défense sociale.

Recherches sur la variole vaccine. — M. WURTZ, en son nom et au nom de MM. Teissier et Camus, communique les résultats de ces recherches.

Les auteurs ont tenté de transformer la variole en vaccine. Ils ont pris comme animal de premier passage le porc et comme produits varioliques la sérosité claire, la sérosité purulente et le grattage des pustules. Les animaux inoculés ont réagi par la formation de pustules et ont été, ensuite, réfractaires à l'inoculation de la vaccine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1913)

M. DELORME, en prenant place au fauteuil de la présidence, remercie ses collègues et rend hommage au bureau sortant.

Mégacôlon. — M. MAUCLAIRE a observé 3 cas de mégacôlon, le premier était symptomatique d'un rétrécissement ano-rectal chez un enfant nouveau-né; le second cas était le résultat d'une constipation opiniâtre. Enfin le troisième cas a été observé chez une femme de soixante-six ans. Cette femme avait une constipation datant de son enfance; elle n'allait à la selle que tous les huit jours et avait eu, à vingt ans, une poussée de péritonite. En novembre dernier, sa constipation s'accentua encore et le ventre se ballonna. Sur la ligne médiane, on constatait deux tumeurs en forme de boudin qui remontaient jusqu'au diaphragme. M. Mauclaire pensa à un volvulus. Le toucher rectal n'apprenait rien. M. Mauclaire fit un anus iliaque qui ne donna que quelques gaz et très peu de liquide; deux jours après, il fit une laparotomie; il trouva, sur la ligne médiane, deux masses en canons de fusil partant du rectum, remontant jusque dans le diaphragme et redescendant dans la fosse iliaque. Il n'y avait aucune torsion, pas d'adhérences, ni rétrécissement, ni brides. M. Mauclaire exprima cette masse et fit sortir du liquide par l'anus iliaque. Cela lui a permis de pouvoir rentrer la masse intestinale dans la cavité abdominale; malgré cela, la malade succomba peu de temps après.

Anomalies urétérales. — M. LEGUEU fait un rapport sur deux observations, l'une de MM. Alglave et Papin et l'autre de M. Juvara.

Dans le cas de M. Juvara, on constata un uretère double ou uretère supplémentaire venant s'aboucher à la vulve. Il s'agissait d'une petite fille qui avait de l'incontinence d'urine. A droite de l'orifice urétral, on constatait un petit orifice par lequel s'écoulait de l'urine. L'expérience du bleu de méthylène, le cathétérisme ne laissaient aucun doute à ce sujet. M. Juvara constata, au palper, la présence des deux reins. Comme il s'écoulait très peu d'urine par l'orifice anormal, il en conclut qu'il y avait deux reins et trois uretères. Il fit une incision allant du pubis à la base du rein droit, reclina le péritoine et trouva, en effet, deux uretères dont l'un se rendait normalement à la vessie et dont l'autre, anormal, aboutissait à l'orifice constaté à la vulve. Ce dernier fut lié et réséqué. Résultat très bon.

L'observation de MM. Alglave et Papin a trait à une femme de quarante ans chez laquelle M. Legueu et, après lui, M. Alglave diagnostiquèrent une salpingite suppurée. Cette malade ayant de la fièvre, on attendit. La fièvre persistant et l'état général s'aggravant, M. Alglave se décida à intervenir. Il fit la laparotomie. Il trouva les annexes saines, rien du côté de l'utérus. Il constata l'existence d'une collection rétro-péritonéale. En comprimant cette collection, il fit sortir du pus par l'urètre. Il referma le ventre et M. Papin procéda alors à une série d'investigations, cystoscopie, cathétérisme, urétroscopie, radioscopie, injections de collargol d'où il résultait qu'il y avait un rein droit avec uretère normal, qu'à droite il n'y avait pas d'orifice urétéral dans la vessie, mais qu'il y avait un énorme uretère avec des bosselures et qui remontait ainsi jusqu'au rein. C'était une véritable uretéropyonéphrose. M. Alglave intervint alors; il fit une longue incision, reclina le péritoine et alla jusqu'au rein droit. Il décolla et disséqua le gros uretère jusqu'à la vessie, le lia et enleva cet uretère et le rein. Cet uretère s'abouchait dans l'urètre. La malade guérit.

M. Legueu insiste sur les avantages qu'ont donnés, dans ce cas, la radiographie et les injections de collargol dont il a déjà parlé.

Des troubles vésicaux dans le cancer du col de l'utérus. — M. HARTMANN fait un rapport sur un travail de M. Cruet relatif à l'étude des troubles fonctionnels de la vessie dans le cancer du col de l'utérus. Il importe, dit M. Hartmann, de savoir, en présence d'un cancer du col utérin, si l'ablation pourra en être complète. C'est à ce point de vue que l'examen de la vessie doit être fait avec grand soin. M. Cruet sur 26 malades a constaté 19 fois des troubles vésicaux. L'examen cystocospique montre tantôt un simple bombement du fonds de la vessie tantôt, avec ce bombement, une vascularisation plus intense et un œdème plus ou moins marqué ou même quelques ulcérations. Enfin chez quelques malades on a constaté l'envahissemeut de la muqueuse vésicale par le néoplasme. Quand il n'y a que du bombement on peut intervenir. Les autres troubles que nous venons d'énumérer sont des contre-indications formelles à l'opération.

M. MARION considère que quand les malades atteintes d'un cancer du col de l'utérus présentent des troubles de la vessie, on peut être à peu près certain que la vessie est déjà prise. Lorsque la cystoscopie montre des bombements de la vessie, cela ne signifie rien. Mais quand il y a de l'œdème, de l'infiltration œdémateuse, la vessie est déjà prise et c'est là une contre-indication à l'intervention.

Le sérum antitétanique. — M. RICHE apporte une observation de MM. Curtillet et Lombard. Il s'agit d'un enfant de neuf ans, atteint d'une fracture compliquée, grave du radius. Cet enfant a reçu, en injections sous-cutanées, 120 centimètres cubes de sérum antitétanique et 210 centimètres cubes de sérum antistreptococcique et plusieurs ponctions lombaires avec injection intrarachidienne de sérum.

Les accidents locaux ne s'en aggravèrent pas moins en même temps que l'état général. Puis survinrent des crises de contracture du bras, de l'épaule, du thorax, mais non de la nuque. L'enfant a fini par guérir. Malgré la gravité des accidents, on n'a jamais été en présence d'accidents tétaniques bien nets, si bien que M. Riche se demande si on n'a pas eu affaire dans ce cas à de la névrite. On peut admettre que les injections de sérum ont pu amender ces accidents. Mais il y a aussi un point d'interrogation que semble poser M. Riche, c'est de savoir dans quelle mesure ces injections de sérum antitétanique n'ont pas été pour quelque chose dans la production des contractures; c'est là un problème difficile à résoudre.

M. FAURE cite deux cas dans lesquels il s'agit d'enfants atteints de tétanos qui ont été guéris après un certain nombre d'injections de sérum antitétanique.

M. THIÉRY pense qu'on pourrait en finir une bonne fois avec cette question obsédante des injections de sérum antitétanique en pratiquant des expériences sur des chiens chaque fois qu'il se présente un cas de tétanos, ce qui devient de plus en plus rare.

M. TUFFIER fait observer que la question est très com-

plexe. Il y a tétanos et tétanos, et l'on ne saurait tirer des conclusions précises des expériences proposées par M. Thiéry.

Plaies par coup de feu. — M. ROUVILLOIS communique deux observations : La première a trait à un tirailleur algérien qui fut blessé à la cuisse gauche par un coup de feu. Il y eut une hémorragie. On fit un pansement occlusif. Transport en cacolet pendant trois jours. Neuf jours après la blessure, M. Rouvillois constate une tuméfaction considérable; pansement compressif, évacuation sur l'hôpital de Casablanca; six jours de transport. M. Rouvillois applique la bande d'Esmarch. Il incise, enlève les caillots, desserre la bande et trouve une déchirure de l'artère fémorale. Il lie l'artère au-dessus et au-dessous et résèque la partie lésée. Guérison.

L'autre soldat reçoit un coup de feu dans le creux poplité. Hémorragie légère. Il reste deux heures à cheval. M. Rouvillois le voit plus d'un an après la blessure, avec une tumeur du creux poplité et un pied bot varus équin. Il fait l'ablation de la tumeur du creux poplité et corrige le pied bot par une arthrodèse. Guérison.

Tumeur fibreuse de la voûte plantaire. — M. ROUTIER présente un malade qui a fait une chute sur le pied gauche. Survient un fibrome de la voûte plantaire, M. Routier enlève les trois quarts de cette voûte. Le malade marche bien.

Kyste hydatique du poumon. — M. MORESTIN présente une jeune femme qu'il a opérée avec succès d'un kyste hydatique suppuré du poumon par la thoracotomie et le nettoyage gazeux de la cavité avec l'oxygène.

Abcès du foie. — M. MORESTIN présente également un malade qu'il a opéré d'un abcès du foie consécutif à une dysenterie autochtone. Chez ce malade la dysenterie a cessé aussitôt après l'ouverture de l'abcès hépatique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1913)

Sur l'action cardio-vasculaire de certains extraits d'hypophyse. — MM. CLAUDE et PORAK. L'action hypertensive des extraits d'hypophise habituellement employés est bien connue. Si les extraits sont élipoïdes et purifiés cette action hypertensive disparaît et fait place à une action hypotensive considérable. Sur 30 sujets atteints de maladies diverses qui justifiaient l'emploi du traitement hypophysaire, les auteurs ont constaté, en se servant de l'appareil de Pachon, que la tension maxima et la tension différentielle baissaient tandis que la tension minima restait immuable. Ces constatations concordent avec les tracés carotidiens obtenus chez le chien et chez le lapin.

Nouvelles recherches sur la bourse de Fabricius. — MM. RETTERER et LELIÈVRE. Les oiseaux possèdent dans la partie terminale du tube digestif un organe qui nous paraît l'homologue d'une amygdale. Chez les uns, les follicules clos se produisent sous la forme d'invaginations ou de cryptes ; chez les autres, sous celle d'évaginations ou de papilles. Malgré cette différence morphogénétique, le processus histogénétique de leur développement est le même : c'est l'épithélium qui entre seul en scène pour donner naissance par proliférations et par transformations cellulaires, aux portions corticale et centrale des follicules clos. La régression de l'organe chez l'adulte est due à la transformation de la plupart des éléments en lymphocytes et en hématies.

Sur les toxines tuberculeuses et leurs antitoxines. — M. ALBAHARY. Après avoir constaté que le sérum sanguin des tuberculeux contient une sensibilisatrice pour la protéine bacillaire qui n'est toxique qu'en présence de ces sensibilisatrices, l'auteur réussit à enlever au couple tuberculine-sensibilisatrice son caractère toxique par l'addition d'un extrait glandulaire provenant des animaux fortement tuberculinisés et il en déduit que, dans certaines conditions, les glandes endocrines élaborent des antitoxines capables de neutraliser les effets toxiques de la protéine bacillaire sensibilisée comme c'est le cas dans les tuberculoses torpides. Les effets toxiques avec toute la symptomatologie subséquente, qu'on observe chez les phtisiques, seraient dès lors redevables à l'insuffisance des glandes épuisées ou lésées, et, en suppléant à leur sécrétion déficiente par des extraits glandulaires d'animaux convenablement vaccinés on réussit à neutraliser ces effets.

Technique de la biochromoréaction appliquée au diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde. — M. BOTELHO.

Action des acides aminés sur la sécrétion pancréatique. — M. FROUIN. Les acides aminés injectés dans les veines n'exercent aucune action sécrétoire dans le pancréas ; introduits en solution concentrée directement dans l'intestin, ils ont une action marquée, due à leur fonction acide neutralisée, les solutions de ces divers corps ne possèdent plus d'action sécrétoire. Ces produits ont donc des effets inverses à ceux de la peptone.

Existence des tuberculides chez les bovidés. — MM. PÉRARD et RAMON.

Culture du parasite de la malaria. — M. JOUKOFF.

Une maladie éruptive non décrite, déterminée chez l'âne, par l'inoculation de produits varioliques humains. — MM. CHAUMIER et BELIN.

Election. — M. ROULE est nommé membre titulaire.

PRATIQUE MÉDICALE

COMMENT ON RÉALISE UNE RÉVULSION EFFICACE

Par M. E. MARAL.

Il n'y a pas dans la médecine une méthode thérapeutique plus employée que la révulsion. La plupart des affections congestives et douloureuses en sont tributaires. Le public lui-même est familiarisé avec elle et, dans la plupart des cas, le malade n'attend pas l'arrivée du médecin pour se l'appliquer largement.

Or, tout praticien expérimenté et qui observe de près les phénomènes physiologiques s'aperçoit vite que la révulsion est dans ses effets très inconstante et que l'action antiphlegmasique qu'elle détermine n'a pas toujours l'énergie modificatrice espérée. A quoi tiennent ces résultats ? S'agit-il d'altérations chimiques ou moléculaires du révulsif employé (teinture d'iode, moutarde), ou bien d'un *modus faciendi* défectueux ?

A vrai dire, les deux causes existent, car, d'une part, la teinture d'iode est rarement, quand on l'utilise, fraîchement préparée et la farine de moutarde, souvent ancienne, a perdu sa valeur révulsive. Mais, d'autre part, il nous paraît que les révulsifs utilisés, et ici nous parlons encore des pointes de feu et des ventouses, le sont d'une façon trop limitée pour produire des résultats de longue durée.

On badigeonne à l'iode une région restreinte, l'endroit douloureux, on applique un sinapisme de faible dimension, on place une ouate thermique insuffisante et que trop souvent l'arrosage d'alcool ou de vinaigre préconisés pour accentuer son pouvoir révulsif laisse inactive parce qu'il y a eu volatilisation préalable des essences spécifiques, on se refuse à l'ap-

plication répétée et douloureuse de *nombreuses* ventouses; en un mot, il apparaît que la révulsion telle qu'on la pratique est insuffisante en surface et par suite en profondeur.

Le véritable révulsif, d'après nos constatations cliniques, doit largement dépasser les limites du mal et, au thorax, par exemple, il faut l'étendre bien au delà du foyer d'auscultation constaté. C'est ainsi que dans tous les cas de bronchite et de congestion s'étendant au parenchyme il devra recouvrir d'arrière en avant tout l'appareil respiratoire, tendant ainsi à l'anémier.

Sur une semblable étendue, la teinture d'iode serait facile à appliquer, mais dangereuse et rapidement caustique. Pour une pareille étendue également, un cataplasme sinapisé serait incommode, long à préparer et deviendrait vite désagréable au malade par sa lourdeur et son manque de propreté. Et cependant, ce dernier moyen appelé encore enveloppement sinapisé est celui que l'on devrait préférer si l'on savait le bien préparer. Mais quand on songe qu'il doit être appliqué à 35 degrés environ et non pas chaud, car la chaleur fait disparaître l'essence de moutarde seule active, et que cette mise au point de la température devient, quand il s'agit d'un aussi vaste sinapisme, une réelle difficulté pratique, on s'explique encore la variabilité des résultats.

A notre avis, une action révulsive puissante doit être représentée par un agent liquide, aussi facile à employer que la teinture d'iode, mais sans toxicité, sans causticité, sans odeur, ne tachant ni le linge, ni l'épiderme, rapide dans ses effets, pouvant recouvrir en quelques secondes une large surface et plusieurs fois par jour, sans absorption nocive par l'épiderme, et qui aurait encore cette supériorité qu'aucun malade nerveux ou pusillanime ne pourrait l'arracher dès les premières sensations révulsives.

Pour obtenir ces résultats il faut s'adresser aux essences de crucifères comme l'a fait, ces temps derniers, le chimiste Boudin pour la préparation de son révulsif liquide. Les crucifères, en effet, renferment un myronate de potasse qui, par fermentation acquiert des propriétés rubéfiantes très énergiques. Dans le révulsif liquide de Boudin l'adjonction de menthol et de gaïacol vient compléter la formule en diminuant l'action douloureuse des essences et c'est ce qui en fait la supériorité en pratique.

Dans toutes congestions aiguës ou chroniques et quelle que soit son origine, dans les affections douloureuses, en un mot dans tous les cas où la révulsion est indiquée, on aura donc ainsi par de simples badigeonnages de révulsif liquide des effets immédiats, constants, énergiques et sans danger quelle que soit l'étendue des applications; ces applications pourront être renouvelées sans irritation caustique dans la même journée. En plus il y aura là un procédé utilisable dans les cas d'urgence et dans n'importe quelles conditions médicales favorables ou non.

De toute façon, et c'est sur ce point qu'il faut insister, la révulsion doit être employée toujours *larga manu*, c'est-à-dire très au delà des limites du mal et répétée souvent aux mêmes endroits si l'on veut obtenir des résultats sérieux.

En médecine, les choses les plus simples, les plus courantes ont presque toujours une grande importance, on les accomplit malheureusement sans y réfléchir assez, sans leur faire donner toute leur valeur indicatrice. Il faut que l'on sache que la puissance révulsive ne doit pas être laissée au hasard et que le plus souvent une rubéfaction intense tient plus à une méthode d'application soignée et attentive qu'à un degré plus ou moins accentué de phlegmasie sous-jacente comme l'admettent les malades.

Vingt régimes alimentaires en clientèle, par Ch. FIESSINGER. In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

L'Impuissance génitale et son traitement, par R. LE FUR. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Maloine.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 2, 15 janv. 1913.) Abel GY : Diagnostic et traitement des ascites.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 52, 26 déc. 1912.) RAUSCHBURG : La faiblesse de la mémoire et son traitement. — LEVY : Le problème du traitement spécifique de la tuberculose. — FAUSER : Sur la méthode d'Abderhalden. — KLIENEBERGER : Infection générale par le pyocyanique. — STAEBLI : L'hypersensibilité à l'arsenic. — BELAK : Signification diagnostique des inclusions leucocytiques de Döhlé. — SAAR : La melubrine dans le rhumatisme articulaire aigu. — NEUMANN : Opération des becs-de-lièvre avec division très complète et très large du maxillaire. — ASCHOFF : Sur la question des thrombus. — MUNK : Expériences avec les extraits acétoniques dans le sérodiagnostic de la syphilis. — BAUM : Les nouvelles acquisitions dans le domaine de l'anesthésie locale. — (N° 1, 2 janv. 1913.) — FÖRSTER : Méthode analytique du traitement par l'exercice compensateur dans le tabes dorsalis. — BASHFORD : Le problème du cancer. — RIBBERT : Contribution à l'étude du rachitisme. — SCHIECK : Signification de la stase papillaire. — DEUKER : Technique et emploi de l'intercricothyréotomie. — HOFFMANN : Durée de la contagiosité de la syphilis et consentement au mariage à la lueur des recherches nouvelles. — BRAUN : Emploi de l'anesthésie locale pour la réduction des fractures et luxations sous-cutanées. — LISSAUER : Cirrhose hépatique expérimentale par intoxication alcoolique chronique. — LANGBEIN : Traitement de la sciatique par les injections épidurales. — ERLENMEYER : Le sang dans la variole et la vaccine. — BENEDEK et DEAK : Différences dans le sérum sanguin au cours de la paralysie générale et la démence précoce au point de vue de la présence d'immunhémolysines. — BECKER : Nouveaux efforts pour la prophylaxie chirurgicale et le traitement de la péritonite diffuse.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 2, 11 janv. 1913.) A. LABBÉ : Plasma germinatif et cancer.

Lyon médical. — (N° 2, 12 janv. 1913.) Robert RENDU : Des inhalations d'air chaud dans le traitement de la diphtérie. Technique. Résultats.

Montpellier médical. — (N° 1, 5 janv. 1913.) CARRIEU et ANGLADA : Critique de la séro-réaction d'agglutinement du micrococcus melitensis et moyens de la rendre plus efficace et plus sûre.

Pédiatrie pratique. — (N° 2, 15 janv. 1913.) HUTINEL : A propos de réactions méningées à formule lymphocytaire. — S. CANNATA : Hydrocéphalie et syphilis. — TRIBOULET, DEBRÉ et PARAF : Méningite cérébro-spinale chez un nourrisson de cinq mois. Purpura. Septicémie méningococcique. Sérothérapie. Guérison.

Semaine gynécologique. — (N° 1, 7 janv. 1913.) DALCHÉ : Obésité et métrorragies. — DE ROUVILLE : Des bartholinites.

Semaine médicale. — (N° 3, 15 janv. 1913.) S.-G. LENENBERGER : Du développement de néoplasmes sous l'influence de l'industrie des couleurs synthétiques.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 1, 15 janv. 1913.) L. LANGLET : Un service municipal d'ambulances à Reims.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 52, 26 déc. 1912.) BARANY : Localisations dans l'écorce des hémisphères cérébelleux de l'homme. — STIEFLER : Sur un cas de névrite primitive symétrique du plexus brachial comme symptôme de syphilis tardive. — ZOGRAFIDES : Catharre chronique hypertrophique de l'amygdale linguale. — HATIEGAU et DÖRI : Comparaison des repas d'épreuve d'Ewald et de Döri.

— (N° 1, 2 janv. 1913.) KELLING : Production expérimentale de tumeurs à l'aide de cellules embryonnaires de même espèce et d'espèce différente. — THEILHABER : Prophylaxie du carcinome. — ARZT et KERL : Sur l'action parasitotrope de l'atoxyl et du néosalvarsan. — STRISOMER : Grande éosinophilie dans un carcinome et dans un lymphogranulome. — ZOGRAFIDES : Ecchondrome bilatéral de l'oreille. — KOWANITZ : Nos expériences avec l'hexal. — (N° 2, 9 janv.) KLING : Etiologie de la paralysie infantile. — PAPPENHEIM : Traitement par le benzol de la leucémie et d'affections du sang. — FISCHER et KLAUSNER : La réaction cutanée dans la syphilis. — LAWATSCHEK : Pronostic de la tuberculose du nourrisson. — ORTHNER : Sur un cas de blessure par empalement. — KELLING (suite de l'article du numéro précédent).

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'URÉMIE

DÉFINITION. GÉNÉRALITÉS. — On décrit sous le nom d'URÉMIE, l'ensemble des symptômes et des accidents, grands et petits, qui traduisent l'*insuffisance fonctionnelle* du rein. Il est classique de dire, d'une manière un peu paradoxale d'ailleurs, que l'urémie est pour le rein, ce que l'asystolie est pour le cœur, l'ictère grave pour le foie.

Cette insuffisance fonctionnelle du rein se révèle en clinique suivant de nombreuses modalités ; aussi les formes cliniques de l'urémie sont-elles multiples, et leurs manifestations symptomatiques en sont-elles très variées.

C'est en raison de cette multiplicité des symptômes qu'il est d'ailleurs très difficile de classer, d'une manière clinique, les FORMES DE L'URÉMIE ; la classification qui satisfait le mieux l'esprit à première vue est celle qui comporte la distinction de deux grandes formes : l'urémie aiguë et l'urémie lente. Cette division très séduisante n'est pas exempte de critiques; d'autre part, elle présente une réelle difficulté dans l'exposition, nécessitant des répétitions, etc.

D'autres auteurs font appel à une classification basée soit sur l'*étiologie*, soit sur le *terrain spécial* sur lequel évolue l'urémie. A se morceller ainsi, la description ne gagne ni en valeur clinique, ni en clarté.

Récemment M. le professeur Widal a montré que toute l'histoire clinique de l'urémie était dominée par la nature des produits rétentionnés dans l'organisme, *rétention chlorurée* et *rétention azotée*, et qu'en réalité toutes les formes cliniques de l'urémie se résumaient en deux grandes variétés : l'*urémie chlorurémique*, hydropigène, œdémateuse, de pronostic relativement favorable, et l'*urémie azotémique*, urémie sèche, à pronostic à peu près toujours fatal, dès que le taux de la rétention azotée du sérum ou du liquide céphalo-rachidien, dépassait 1g50 à 2 grammes p. 1000. De la nature de la rétention dépend l'apparition de tels ou tels symptômes, aussi l'on pourrait parfaitement étudier successivement toutes les formes cliniques de l'urémie en adoptant cette division; néanmoins, pour la commodité de la description, nous diviserons les manifestations cliniques de l'urémie en les groupant suivant les organes spécialement atteints.

Nous décrirons ainsi une *forme nerveuse*, une *forme respiratoire*, une *forme gastro-intestinale*. Nous ferons précéder la description de ces trois grandes formes, d'une énumération des symptômes que l'on peut grouper sous le nom de PETITE URÉMIE, symptômes dont la connaissance est toujours si utile au clinicien, puis nous montrerons comment ces trois formes cliniques de l'urémie, loin d'être entièrement distinctes, ont au contraire de nombreux points de ressemblance, mis en évidence par l'étude des *syndromes*, *urinaire*, *cardio-artériel*, *sanguin* et *thermique*.

Il ne nous restera plus, pour terminer, qu'à énumérer rapidement alors les variations des types décrits un peu schématiquement, suivant l'ÉVOLUTION (*aiguë*, *subaiguë*, *chronique*, *lente*), suivant la CAUSE (néphrites aiguës, ou chronique, anurie calculeuse, etc.), suivant le TERRAIN, enfin suivant la nature des produits de rétention.

PETITE URÉMIE. — La connaissance des petits signes de l'urémie est du plus haut intérêt, tant pour permettre de prévoir et d'éviter par un régime approprié l'éclosion d'accidents plus graves, que pour être en mesure devant des accidents d'allure suraiguë de diagnostiquer rétrospectivement des manifestations urémiques et d'instituer un traitement d'urgence.

Il faut redouter l'apparition d'accidents urémiques, toutes les fois que la *perméabilité* du rein décroît d'une façon notable. L'insuffisance rénale se traduit par une *excrétion* moindre de la quantité d'urine, par un *abaissement* de la densité, de la toxicité de l'urine, du taux de l'urée excrétée, par une diminution de l'élimination des chlorures, de l'élimination provoquée, parfois par l'apparition d'*albuminurie*, d'œdèmes fugaces; il faut également la redouter à l'occasion de la *disparition rapide d'œdèmes*, en dehors de toute influence thérapeutique.

Les symptômes qui vont traduire le début d'insuffisance fonctionnelle rénale relèvent surtout de troubles intéressant la sensibilité générale. Il faut insister spécialement sur la torpeur, la somnolence et la CÉPHALÉE.

Cette céphalée peut être locale ou diffuse, s'accompagner de douleurs intenses avec éblouissements, parfois d'état ébrieux; elle peut revêtir l'allure de migraine, avec névralgies électives (occipitale, frontale, faciale) ou même elle peut simuler le *vertige*.

Elle s'accompagne souvent de troubles de la vue, et l'on ne saurait trop insister sur l'importance des *troubles oculaires* (mouches volantes, amblyopie, etc.), manifestations parfois transitoires, ou au contraire définitives, aboutissant à l'*amaurose*, relevant alors soit de rétinite albuminurique, soit d'atrophie de la papille, soit d'hémorragie rétinienne. Il faut insister également sur l'importance du MYOSIS.

A côté de ces troubles oculaires, il faut citer, les *troubles auditifs* : sifflements, bourdonnements ; le vertige de Ménière peut être lui-même un symptôme de petite urémie. Les troubles sensitifs sont également assez constants, parmi ceux-ci il faut signaler les *névralgies*, siégeant dans le domaine du plexus brachial et des trijumeaux. Le *prurit*, tantôt à allure pénible, paroxystique, tantôt ne se traduisant que par des sensations particulières de chatouillements. Certaines lésions cutanées, observées au cours de l'urémie, dépendraient uniquement du prurit (Thibierge). D'autres au contraire, tels l'urticaire, l'érythème papuleux urémique, seraient directement sous la dépendance de lésions urémiques de rétention azotée ; il faut signaler encore l'apparition de *givre d'urée*, comportant un pronostic assez sévère.

Il nous reste à signaler parmi ces petits signes de l'urémie, l'existence de douleurs *articulaires*, *forme articulaire de Jaccoud*, de troubles vaso-moteurs, phénomène du *doigt mort*, la fréquence des épistaxis, quelques œdèmes fugaces, etc. D'autres symptômes, la cryesthésie, le signe de la temporale, comme d'ailleurs les épistaxis, certaines hémoptysies, etc., ne relèvent qu'indirectement de l'urémie; ils sont la conséquence de l'hypertension artérielle liée à l'existence d'une *néphrite urémigène*, avec *hyperépinéphrie*, dilatation du cœur gauche, bruit de galop, etc.

En résumé, parmi les signes de petite urémie, il faut surtout retenir l'importance de la *céphalée*, des troubles oculaires, contrôlés à l'ophtalmoscope, l'existence de certains troubles de la sphère sensitive, la constatation d'œdèmes fugaces, les symptômes d'hypertension artérielle; à ces signes il faut ajouter les renseignements fournis par l'examen des urines, la recherche de la perméabilité rénale, l'analyse du sang qui permet seule de juger s'il s'agit d'une urémie chlorurémique, ou d'une urémie azotémique. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 13. — SAMEDI 1er FÉVRIER 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 1er FÉVRIER 1913. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 29 janvier 1913. — Question donnée : « Lobule pulmonaire (sans la physiologie). — Symptômes et complications de la grossesse tubaire pendant les cinq premiers mois.

M. Chevalley, 12 + 17 = 29; Mme Pertat, 16 + 26 = 42; MM. Mouquin, 12 + 20 = 32; Marié, 12 + 20 = 32; Lebrun, 12 + 22 = 34; Drouet, 11 + 20 = 31; Cousin, 12 + 23 = 35; Libert, 14 + 21 = 35; Pilatte, 15 + 20 = 35; Boussi, 12 + 17 = 29; Borel (Paul), 13 + 22 = 35.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MONTPELLIER. — Le docteur Gaillard (de Milhau) vient d'être nommé médecin des hospices, en remplacement du docteur Calmels père, démissionnaire.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. Arloing, agrégé, est nommé, en outre, du 1er janvier au 31 octobre 1913, chef des travaux de médecine expérimentale, en remplacement de M. Dufourt, appelé à d'autres fonctions.

M. Sarvonat, docteur en médecine, est nommé, du 1er janvier au 31 octobre 1913, chef du laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Arloing, appelé à d'autres fonctions.

— MONTPELLIER. — M. Lagriffoul, agrégé, est chargé, en outre, du 1er janvier au 31 décembre 1913 (durée du congé accordé à M. Rodet) d'un cours de microbiologie.

— TOULOUSE. — M. Faure, docteur en médecine, est nommé, du 1er janvier au 31 décembre 1913, chef des travaux d'histologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un congé, du 1er janvier au 30 juin 1913, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Gauthier, chargé d'un cours complémentaire de pathologie et bactériologie des maladies exotiques.

M. Raybaud, docteur en médecine, est chargé, du 1er janvier au 30 juin 1913 (durée du congé accordé à M. Gauthier), d'un cours complémentaire de pathologie et bactériologie des maladies exotiques.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — La commission supérieure de l'enseignement médical est convoquée en session ordinaire le 7 février 1913.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 27 janvier 1913 :

M. le médecin principal de première classe Vogelin, médecin chef de l'hôpital militaire de Toulouse, est nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Bourges.

M. le médecin principal de première classe Collinet, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand, est nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Toulouse (service).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand officier. — M. le docteur Robin, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de commandeur. — M. le docteur Hayem, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Bar, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Lepage, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Torrel (de Marseille), Veyrat (de Chambéry).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Brindeau et Labbé, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris; Bourcy, Bruhl, Claude, Ramond, médecins des hôpitaux de Paris; Cunéo, chirurgien des hôpitaux de Paris; Grimbert, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, membre de l'Académie de médecine; Legras, Moutier et Vasticar (de Paris), Pouzet (de Cannes), Bourée (de Châtillon-sur-Seine), Coustou (de Genzac), Hébert (d'Audierne), de Langenhagen (de Plombières).

FONDATION OPHTALMOLOGIQUE A. DE ROTHSCHILD (29, rue Manin). — Conférences d'ophtalmologie (structure et fonctions de la rétine; la rétinite albuminurique; la rétinite diabétique; la rétinite leucémique) par M. Rochon-Duvigneaud, assisté de MM. Mawas et Polack.

Elles commenceront le lundi 17 février, à dix heures du matin, et continueront les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure, jusqu'au vendredi 14 mars.

Elles auront lieu à la bibliothèque de la Fondation et seront accompagnées de projections.

RENSEIGNEMENTS

463. — ON DEMANDE UN INTERNE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE FAINS (Meuse), 800 francs par an, nourriture, logement, etc.

Adresser les demandes avec certificat de scolarité, au directeur de l'asile.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

BRONCHITE SIMPLE

Le traitement doit surtout combattre la sécrétion bronchique, assurer l'antisepsie pulmonaire, stimuler l'appétit ainsi que la nutrition générale.

Prescrire en conséquence, au milieu de chaque repas, de 2 à 4 des capsules suivantes : Gouttes Livoniennes, un flacon.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 28 décembre 1912.*) F. DAELS et C. DELEUZE (de Gand) : Contribution à l'étude des phénomènes d'autofermentation cellulaire. — WIBO (de Bruxelles) : Note sur la cautérisation carbonique dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse. — Léon FRÉDÉRICQ : Emploi de l'air liquide dans la technique physiologique pour la congélation ou la mortification des tissus vivants. — HERMAN et D'HOLLANDER (de Mons) : La réaction de Wassermann et l'aliénation mentale.

Annales des maladies vénériennes. — (N° 1, janv. 1913.) Jean CAMUS : Toxicité du néosalvarsan pour les centres nerveux. — GAUCHER et LÉVY-FRANCKEL : Les récidives de la syphilis après le traitement par le 606.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 12, déc. 1912.) CHEMIN : Rapport officiel sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé dans la marine japonaise pendant la guerre russo-japonaise (traduit du japonais) [extraits]. — DORSO : Un nouvel appareil de transport des blessés à bord. — A. SAINT-SERNIN : Préparation industrielle de l'eau distillée de laurier-cerise. — A. BONNEFOY : Note sur l'épidémie de rubéole de la *Bretagne* (janvier, février et mars 1912). Contribution à l'étude des rubéoles. — DARGEIN : Un cas de paralysie diphtérique guéri par le sérum antidiphtérique.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVII, n° 24, 12 déc. 1912.) Percy BROWN : Les erreurs alimentaires; l'emploi des rayons Rœntgen dans leur diagnostic (*à continuer*). — Allain J. MAC LAUGHLIN : La prévention des maladies transmises par l'eau des lacs et des rivières. — G. L. WALTON : L'artériosclérose n'est probablement pas un facteur important dans l'étiologie, le pronostic et la marche des psychoses. — John, M. COUNOLLY : L'hérédité, en particulier étude de la loi de Gregor Johann Mendel (*suite et fin*, 33 fig.). — Gerardo M. BALBONI : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel selon la méthode de Forlanini (*suite*, 4 fig.). — Benjamin Brabson CATES : Rein pelvien congénital. — (Vol. CLXVIII, n° 25, 19 déc.). F. C. SHATTUCK : Les bourses d'études en médecine. — Léon S. MEDALIA. L'ostéomyélite chronique alvéolaire (pyorrhée alvéolaire), ses causes et son traitement par les vaccins (*à suivre*). — William N. BULLARD : La démence chez les arriérés. — Percy BROWN : Les erreurs alimentaires; l'emploi des rayons Rœntgen dans leur diagnostic (*suite et fin*, 12 fig.). — Gerardo M. BALBONI : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel selon la méthode de Forlanini (*à suivre*, 2 fig.).

Bulletin médical. — (N° 5, 15 janv. 1913.) LEGUEU : Le problème actuel de la cystite tuberculeuse. — PLICQUE : La réflexothérapie. — (N° 6, 18 janv.) AVIRAGNET et HALLÉ : Le phénomène d'Arthus gangréneux dans la diphtérie. — (N° 7, 22 janv.) KIRMISSON : Volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire chez une jeune fille de quinze ans. — (N° 8, 25 janv.) Et. GINESTOUS : Les maladies oculaires d'origine professionnelle. — A. F. PLICQUE : Le traitement de la goutte et du rhumatisme goutteux par la cure de désintoxication.

Clinique. — (N° 3, 17 janv. 1913.) MIRALLIÉ : Résultats du traitement de l'épilepsie par le bromure et le régime achloruré. — H. LEBON : Radiodiagnostic des maladies du cœur. — VIGOUROUX : Psychopathie et chirurgie. — (N° 4, 24 janv.) HUTINEL : Dilatation des bronches chez l'enfant. — R. GAUDUCHEAU : L'exploration radiologique du thorax et le diagnostic des tuberculoses pulmonaires préhilaires.

Medizinische Blätter. — (N° 24, 21 déc. 1912.) Maurice DE FLEURY : Genèse et traitement de l'épilepsie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 10 AU 15 FÉVRIER 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 10 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries).
4e.
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 11 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
2e (1re, 2e et 3e séries).
3e (oral, 1re partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mercredi 12 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
2e (1re, 2e et 3e séries).
3e (oral, 1re partie).
5e (2e partie), *Laënnec*.

Jeudi 13 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
2e (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re et 2e parties).

Vendredi 14 février, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
2e (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 15 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
1er (oral).
3e (oral, 1re partie).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 12 février, à une heure. — M. COTTENOT. Action des rayons X sur les glandes surrénales. Recherches cliniques et expérimentales. (MM. Landouzy, président; Teissier, Letulle et Marcel Labbé.) — M. GASTINEL. Des réactions d'infection et d'immunité dans la vaccine et la variole. (Etude clinique et expérimentale). (MM. Landouzy, président; Teissier, Letulle et Marcel Labbé.) — M. MARIE. De l'antipepsine. Recherche expérimentale sur la résistance des tissus à la digestion peptique. (MM. Teissier, président; Landouzy, Letulle et Marcel Labbé.) — Mlle ALEXEIEFF. Contribution à l'étude clinique de la pigmentation de la muqueuse buccale en dehors de la maladie d'Addison. (MM. Letulle, président; Landouzy, Teissier et Marcel Labbé.) — M. BOUTIN. Du rôle du médecin dans les établissements d'enseignement secondaire. (MM. Gaucher, président; Reclus, Marfan et Richaud.) — M. THIBAUT. Toxicité générale du sérum humain et hémolyse. (MM. Gaucher, président; Reclus, Marfan et Richaud.) — Mlle KAGAN. Contribution à l'étude des troubles vésicaux d'origine génitale chez la femme en dehors de la grossesse. (MM. Reclus, président; Gaucher, Marfan et Richaud.) — M. AUTIER. Contribution expérimentale à l'étude de l'action du phosphore à petites doses sur l'ossification. (MM. Marfan, président; Gaucher, Reclus et Richaud.)

REVUE GÉNÉRALE

OOSPOROSES OU NOCARDOSES CUTANÉES

SYNONYMIE :

NOCARDOSES, OOSPOROSES, DISCOMYCOSES, MICROMYCOSES, MICROSIPHONOSES, ACTINOMYCOSES, STREPTOTHRICOSES

Par M. H. GOUGEROT (1),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

I. **Forme nodulaire hypodermique non ulcéreuse ou ulcéreuse.** — La lésion est formée de plusieurs nodules hypodermiques ou hypodermo-dermiques, c'est-à-dire envahissant le derme.

Ces nodules restent tantôt isolés, rarement séparés les uns des autres, plus souvent contigus mamelonnant la région ; tantôt ils se fusionnent partiellement en une masse gaufrée parcourue de sillons irréguliers ; tantôt ils confluent en une plaque bosselée comparée à une tomate.

Ces nodules arrondis varient de nombre et de grosseur d'un grain de mil à une noisette et même à une noix. Ils naissent insidieusement, tantôt en peau saine, tantôt précédés par un infiltrat œdémateux rosé. Peu saillants au début, ils soulèvent ensuite la peau d'un à plusieurs millimètres, et la teintent de rose ou rose violacé au point le plus proéminent. La palpation montre que le nodule est peu induré, peu douloureux; sauf au centre la peau est indemne; la lésion n'adhère pas aux plans profonds. Puis les nodules grossissent et envahissent la peau qui devient bleuâtre et s'amincit laissant parfois voir par transparence des grains jaunes, ils se ramollissent, donnant la sensation de fongosités et présentant quelquefois une fausse fluctuation; la ponction ne retire que quelques gouttes de liquide opalescent ou sanglant. Ce tissu saigne facilement.

Les lésions peuvent s'immobiliser dans ce stade sans s'ulcérer; d'autres fois la peau se rompt, laissant écouler un peu de sérosité purulente ou sanglante contenant des grains jaunes. L'ulcération est le plus souvent une fistule étroite. Quelquefois elle détruit largement la peau laissant voir des bourgeons mollasses demi-transparents. Le plus souvent, pendant que les nodules les plus anciens s'ulcèrent, d'autres se forment tout autour, restant isolés ou se conglomérant.

II. **Actinomycome cutané avec abcès.** — Les nodules plus gros donnent des abcès. Tantôt les abcès ne s'ulcèrent pas, tantôt les nodules ressemblant à ceux de la forme précédente s'ulcèrent, minent la peau, « laissent persister des fistules et de temps à autre, il se reproduit des collections purulentes » (Nocard et Lucet).

III. **Forme nodulaire dermique, ulcéreuse ou non.** — Les nodules sont superficiels, infiltrent le derme, n'envahissant l'hypoderme que tardivement et inconstamment.

Tantôt ce sont de petits nodules lupiformes enchâssés dans le derme, disséminés, isolés ou confluents.

Tantôt ce sont des papules plus larges, à surface lisse ou inégale, rouges ou rouge violacé, isolées ou confluentes, en placards irréguliers.

Tantôt c'est une plaque nodulaire unique, saillante et rosée, petite et simulant un tubercule anatomique au début, peut en progressant envahir les deux tiers du dos de la main (Bertha) et ressemble à un lupus tuberculeux.

Ces lésions progressent lentement et peuvent guérir sans s'ulcérer. Abandonnées à elles-mêmes, elles finissent par s'ulcérer.

Tantôt l'ulcération succède à une sorte de vésiculation et reste superficielle (*type vésiculeux*) : les ulcérations sont petites, cupuliformes ou cratériformes à bord taillés à pic, souvent décollés, à fond bourbillonneux ou fongueux parfois tiqueté de grains jaunes, elles restent isolées ou confluent irrégulières. Quelquefois elles se cicatrisent au centre tandis que les nodules périphériques de la plaque s'ulcèrent.

Tantôt les ulcérations envahissent en profondeur et en largeur (type ulcéro-gommeux). Elles ressemblent à une gomme tuberculeuse par leurs bords irréguliers, décollés, violacés ou à une syphilide par leurs contours polycycliques.

IV. **Forme dermique subaiguë anthracoïde de Maïocchi.** — Les nodules nombreux et confluents en un placard se fistulisent précocement ne donnant que très peu de pus, l'infiltrat criblé de fistules ressemble à un anthrax par ses fistules multiples et ses ulcérations fongueuses, mais la marche est beaucoup plus lente, plus indolente, plus froide.

V. **Forme dermique ulcéreuse d'emblée.** — Exceptionnellement l'ulcération est si précoce qu'elle s'accroît au fur et à mesure que l'infiltrat se forme et s'étend.

L'évolution de toutes ces formes est très lente, le pronostic est bénin tant que la lésion reste cutanée. Pendant des mois et des années la lésion reste localisée, n'envahit que localement en profondeur les muscles et les os, il n'y a pas de troubles généraux, pas de fièvre. Ce n'est que tardivement qu'apparaît la fièvre hectique de résorption purulente.

En raison de ce polymorphisme, le **diagnostic clinique** est très difficile, sinon impossible et Buerger, qui a analysé en détails dix-sept observations d'actinomycose cutanée primitive, fait remarquer que le plus souvent sans un examen microscopique prolongé on aurait méconnu l'actinomycose.

Il n'existe pas de symptôme pathognomonique et le diagnostic doit s'appuyer sur un ensemble de caractères :

— La localisation en certaines régions : face, doigts et en une seule région.

— La forme nodulaire le plus souvent conglomérée, la présence de bosselures séparées par des sillons (aspect gaufré), souvent l'aspect à gros mamelons boursouflés.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 10, p. 149.

— La diffusion et la dureté ligneuse de l'infiltration.

— L'adhérence de la peau qui fait corps avec la masse profonde, et souvent l'adhérence en profondeur du placard.

— La coloration rouge bleuâtre ardoisé ou bleuâtre du placard et la teinte rouge ou rouge violacé des nodules ressortant sur l'ensemble de la lésion (Monestié et Derville).

— La multiplicité des nodosités ramollies, des fistules et des clapiers (Poncet).

— L'amincissement de la peau au sommet des nodules ramollis qui laisse voir par transparence une substance gélatineuse grisâtre et même des points jaunes (grains).

— La lenteur, le peu d'abondance de la suppuration.

— L'étroitesse, l'irrégularité des fistules.

— Les bords fongueux, friables, jaunâtres ou violacés des orifices suppurants.

— La petitesse des points ramollis, largement débordés par l'infiltrat ligneux : « l'abcès semble siéger dans une tumeur », ou l'ensemble simule un phlegmon ligneux.

— Le peu de suppuration, le suintement d'un séro-pus grumeleux, souvent fétide, contenant des grains jaunes visibles à l'œil nu.

— La fréquence d'un œdème diffus empâtant les bords des placards et noyant les nodules.

— L'indolence habituelle des lésions qui ne sont sensibles qu'à la palpation.

— L'évolution lente froide qui pendant longtemps ne retentit pas sur l'état général.

— La tendance à l'envahissement local et à envahir indistinctement hypoderme, muscle, os.

— L'absence d'adénopathie.

— Le traitement d'épreuve par l'iodure de potassium.

Les épreuves bactériologiques sont souvent nécessaires pour parfaire le diagnostic.

* * *

2° **Nocardose de Wolf-Israël.** — Autrefois confondues avec les actinomycoses proprement dites, cette mycose doit en être séparée (1). En effet, la *Nocardia Israeli* (ou *Oospora Israeli*, Sauvageau et Rabais — ou *Streptotrix Israeli*, Kruse — ou *Discomyces Israeli*, Gedœlst) diffère de la *Nocardia bovis communis* par l'aspect macroscopique des cultures, leur développement plus rapide et leur structure microscopique, par leur prédilection plus marquée pour la vie anaérobie, enfin par leur action pathogène nette sur les animaux (2).

La *Nocardia Israeli* a été isolée par Wolf et Israël en 1871 de deux cas humains : une tumeur rétro-maxillaire sous-cutanée et une affection pulmonaire. Depuis ces premiers auteurs, le même champignon ou des parasites « du moins très analogues » ont été signalés chez l'homme par Ascholf, Lévy, Urban, Berestnew, Bruns et Krause, Pinoy, etc. Wright a isolé le parasite de Wolf-Israël dans 13 cas d'actinomycose humaine et 2 cas d'actinomycose animale (1).

Le diagnostic clinique est impossible avec l'actinomycose de Harz, les grains sont identiques à ceux de la *Nocardia bovis*, il faut donc une étude bactériologique complète des cultures et les inoculations pour différencier ces deux parasites.

Autour de la Nocardose de Wolf-Israël, on peut classer des mycoses dues à des parasites très voisins, telle est la **Nocardose (ou Discomycose) de Ravaut et Pinoy**, car ces auteurs classent son parasite la *Nocardia Thibiergi* près de la *Nocardia Israeli* (2).

L'observation, encore unique, de cette mycose est des plus intéressantes. Le malade était un mécanicien de quarante-cinq ans sans antécédents héréditaires ou personnels notables, et qui a toujours vécu à Paris.

« Sept semaines avant son entrée à l'hôpital, il éprouve des douleurs sourdes dans les jambes et les bras ; ces phénomènes sans caractères nets, ne s'accompagnent d'aucun autre symptôme. Bientôt surviennent à la face postérieure de la jambe gauche et au niveau de la région deltoïdienne des nodosités sensibles à la pression. Elles forment de petites tumeurs dures, sous-cutanées qui augmentent assez rapidement de volume ; de nouvelles apparaissent dans diverses régions du corps ; quelques-unes suppurent et s'ouvrent à la peau, donnant issue à du pus sanguinolent. Autour des orifices de ces abcès se développent des lésions cutanées, qui s'étendent peu à peu. Puis, le malade présente d'autres lésions profondes ; un foyer de périostite du péroné droit, une ostéo-arthrite de la tibiotarsienne gauche avec ostéite de l'astragale et synovite des gaines voisines, puis envahissement des parties molles, deux gros abcès intramusculaires de la cuisse et du mollet et sous-cutanés qui s'ouvrent spontanément.

Les lésions cutanées ne sont donc pas primitives, mais secondaires à l'ouverture d'un de ces foyers de suppuration d'origine variée. La maladie évolue en deux temps : dans un premier se fait une colonisation profonde qui suppure, puis l'abcès s'ouvre à la peau et l'infecte ; c'est le second temps de la maladie. »

Les lésions n'ont aucune systématisation ; elles apparaissent du jour au lendemain, annoncées par une douleur vive. Elles sont dures au début, n'adhèrent à la peau que secondairement ; l'ulcération se réduit à des pertuis trop petits pour laisser couler « le pus mélangé de caillots de sang » qu'évacue l'incision. « Le fond en est formé par un placard rouge lie de vin dont les dimensions varient de celui d'une pièce de 50 centimes à celui d'une pièce de 5 francs. Certains sont ovalaires, d'autres circulaires, mais en général des bords bien tranchés les séparent nettement de la peau saine ; à leur niveau le tégument est épaissi. Au centre se voient les fistulettes par lesquelles l'abcès achève de se vider. Au bout de quelque temps ces lésions se modifient ; il se développe, autour des orifices fistuleux, des bourgeons exubérants formés de tissu rouge, spongieux, mollasse, laissant sourdre du sang lorsqu'on vient à le presser ; au centre de ce bourgeon persiste l'orifice fistuleux et l'ensemble revêt la forme d'un cratère. En outre dans

(1) Wolf et Israel. Ueber Reinkultur des Actinomyces und seine Uebertragbarkeit auf Thiere, *Virch. Arch.*, 1891, Bd. CXXXVI.

(2) Les différences entre les deux parasites bien analysées par Kruse, en 1896, sont admises par tous, mais nous avons signalé que pour certains auteurs (Wright) le parasite de Wolf-Israël est l'agent pathogène de l'actinomycose de Harz et non pas la *Nocardia bovis* qui ne serait qu'un saprophyte sans importance.

(1) Le « streptothrix Spitzi » que Lignières et Spitz ont isolé du bœuf argentin serait, d'après ces auteurs, analogue au parasite de Wolf-Israël et radicalement distinct de l'*Actinomyces bovis*.

(2) Ravaut et Pinoy. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 30 avril 1909, p. 795, et *Ann. de dermat.*, t. IX, p. 417.

l'épaisseur de ces bourgeons ou bien à la surface de la plaque violacée, se voient de petits points blancs, formant de véritables grains miliaires enchâssés dans les tissus. A cette période de son évolution, la lésion est tout à fait caractéristique avec son placard rouge, violacé, noirâtre, sur lequel se voient les petits grains blancs et les bourgeons charnus dont le centre, creusé par la fistulette, laisse écouler de la sérosité sanguinolente.

« Ces lésions restent plusieurs semaines dans cet état; peu à peu, sous l'influence du traitement, les fistules se tarissent, les bourgeons s'aplanissent, les grains blancs disparaissent, il ne reste plus finalement qu'une plaque brunâtre, cicatricielle, déprimée, donnant l'aspect de certaines cicatrices de gommes syphilitiques. »

L'évolution est lente, fébrile (38 à 39 degrés), les lésions se multiplient après une courte période de guérison apparente, la mycose aboutit à la cachexie et à la mort malgré le traitement médical iodo-ioduré et chirurgical. C'est dire toute la gravité de cette nouvelle mycose.

Le diagnostic clinique était des plus difficiles. Seule, la constatation de petits points blancs « formant de véritables grains miliaires enchâssés dans les tissus » pouvait orienter le diagnostic vers les Nocardoses. Pensant systématiquement à la sporotrichose, les auteurs cherchèrent une mycose; guidés par les réactions humorales, ils finirent par découvrir une nouvelle *Nocardia*. Ce sont donc les examens bactériologiques qui ont permis le diagnostic exact.

Les mycoses semblables proches de la Nocardose de Wolf-Israël ne doivent pas être rares, Krause par exemple trouve et cultive dans le pus d'un abcès de la mâchoire « un parasite filamenteux différent de l'*Actinomyces bovis*, proche mais distinct de la *Nocardia Israeli* »; les inoculations à la souris, au cobaye, au lapin restèrent négatives. Autour de la Nocardose de Wolf-Israël se groupent donc des Nocardoses dues à des parasites qui sont les uns proches, mais distincts de la *Nocardia Israeli*, les autres des variétés de ce champignon.

* * *

3° **Nocardoses à grains jaunes non massués. N. de Mosetig-Moorhof, Dor, Poncet**, etc. — A côté des Nocardoses à grains jaunes massués : actinomycose de Harz, Nocardose de Wolf-Israël et ses sous-variétés, Nocardose de Ravaut, Pinoy, etc., il faut classer les mycoses dont les observations isolées sont cliniquement semblables à une actinomycose mais dont les parasites sont différents : les grains jaunes sont plus volumineux et *non massués*. Ces parasites sont encore assez mal déterminés, il semble pourtant qu'il s'agisse dans les diverses observations publiées de parasites voisins mais distincts.

Nocardoses de Mosetig-Moorhof, Dor, Poncet (1). — (Synonymie : pseudo-actinomycoses de Mosetig-Moorhof, Mycose à grains jaunes de Dor, Oosporoses à grains jaunes de Roger, etc.).

(1) Dor. Une nouvelle mycose à grains jaunes; ses rapports avec l'actinomycose; est-ce une variété de l'actinomycose ou une espèce différente? *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1896, n° 47, p. 553.

Cette ou ces mycoses (car l'on ne sait s'il s'agit d'une même infection due au même champignon, ou d'infections voisines) revêtent des aspects cliniques analogues à ceux des actinomycoses, mais leurs parasites en sont différents, ce sont donc les épreuves bactériologiques qui distingueront ces mycoses des actinomycoses.

Nocardose de Hesse due à la *Nocardia Hessi* (synonymie *Cladothrix liquefaciens* n° 1, Hesse). La mycose avait déterminé un abcès inguinal à grains jaunes, le point de départ était une lésion du rectum, la mort survint en un an (1).

Nocardose de Garten due à la *Nocardia Garteni* (synonymie *Cladothrix liquefaciens* n° 2, Garten). Dans l'observation unique de Garten (2), un homme de trente-deux ans est « atteint d'un abcès de la région lombaire droite, l'incision donna issue à un pus chocolat, exhalant une odeur repoussante et renfermant des granulations jaunes. Des abcès secondaires survinrent et le malade mourut au bout de deux ans ».

Nocardose de Dœpke (3). — Dœpke a étudié trois cas de « pseudo-actinomycose » de la face, simulant l'actinomycose de Harz, mais dus à un parasite un peu différent.

Telles sont les observations isolées de ces « mycoses à grains jaunes ». Leur nombre augmentera sans doute, grâce à des recherches systématiques.

En résumé, le groupe ancien de l'actinomycose doit être dissocié, il n'y a pas *une* mais *des* actinomycoses. La définition de ces mycoses doit s'appuyer sur une étude bactériologique complète des parasites. La définition ancienne fondée sur l'aspect clinique, sur l'aspect macroscopique et microscopique des grains parasitaires est insuffisante : en effet, le grain à filaments radiés et massués n'est pas spécifique d'une seule espèce pathogène; non seulement dans le genre *Nocardia*, des parasites différents (ainsi que le démontrent les cultures et les inoculations) peuvent revêtir *in vivo* cet aspect, mais des parasites différents des Nocardia, *Bacille tuberculeux*, *Aspergillus fumigatus* et peut-être *Sporotrichum Beurmanni*, peuvent au moins, par exception, prendre la forme de grains actinomycosiques.

* * *

DEUXIÈME GROUPE : **LES PIEDS DE MADURA OU MYCÉTOMES.**

(Mycétome de Vincent, Mycétome actinomycosique de Jeanselme-Fontoynont).

[**Synonymie** : *Pied de Cochin; Fungus disease; Fungus foot; Périca*l chez les Tamils; *Kirinagrah* littéralement: habitation des vers au Radzesutana; *Gutlu-*

(1) Hesse. Ueber Actinomycose, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1892, Bd. XXXIV.

(2) Garten. Ueber einen beim Menschen chronische Eiterung erregenden pleomorphen Mikrobe, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1895, Bd. XLI.

(3) Dœpke. Beiträge zur Kenntniss des Erregers des menschlischen Actinomykose, *Münch. med. Woch.*, 1902, vol. I, p. 873.

madhe, pied à œufs dans le district de Bellary de la présidence de Madras, etc.] (1).

Les pieds de Madura sont des mycoses nodulaires fistulisées, localisées aux extrémités des membres, presque toujours au pied, rarement au genou, quelquefois à la main, mycoses dues à des champignons différents, saprophytes dans la nature, inoculés à l'homme par piqûres ou blessures cutanées. Il serait donc plus exact de dire : les pieds de Madura sont une *localisation segmentaire aux extrémités des membres d'infections chroniques nodulaires diverses dont les parasites revêtent le plus souvent la forme de grains* (2). Il est donc évident qu'un malade porteur de pied de Madura peut présenter en d'autres points du corps d'autres lésions de la mycose qui a déjà donné des lésions du pied, et il est prouvé que les parasites des pieds de Madura peuvent provoquer d'autres lésions que le mycétome du pied.

L'histoire des Mycétomes a suivi la même évolution que l'histoire des Actinomycoses.

On crut pendant longtemps que le pied de Madura était une entité morbide. « Pied de Madura » est en effet une expression clinique réunissant sous le même vocable toute une série de suppurations nodulaires, localisées aux extrémités des membres. Tous les pieds de Madura paraissent cliniquement identiques et ne diffèrent que par l'âge et l'extension des lésions. Tous semblent identiques, anatomiquement : ce sont les mêmes nodules profonds, isolés ou agminés, s'abcédant au centre, ulcérant la peau, se fistulisant secondairement et pouvant envahir les plans profonds. Bactériologiquement même, ils ont entre eux des ressemblances manifestes, les parasites affectent habituellement la forme de grains et les seules différences que les premiers auteurs avaient notées étaient des variations de couleur et de volume de ces grains. On décrivait donc un pied de Madura dû à une seule cause. La découverte de la *Nocardia Maduræ* semble confirmer cette conception.

Mais bientôt des examens bactériologiques systématiques des pieds de Madura, observés en différents pays, démontrèrent que l'aspect anatomo-clinique du pied de Madura est dû à de nombreux parasites, dont quelques-uns n'appartiennent même pas au genre *Nocardia* (3).

Il fallut dissocier le groupe des pieds de Madura, comme on avait dû démembrer le groupe de l' « Actinomycose ». (Nicolle et Pinoy, Brumpt.) Il n'y a pas *un* mais *des* Mycétomes et parmi les pieds de Madura dus à des *Nocardia*, il faut distinguer :

1° *Mycétome blanc* de H. Vincent dû à la *Nocardia Maduræ*, Vincent 1894 (4), et qui semble le plus fréquent.

2° *Mycétome actinomycosique* (ou actinomycose du pied) dû à la *Nocardia bovis*, parasite de l'actinomycose de Harz, découvert à Madagascar par Jeanselme et Fontoynont.

3° Pied de Madura dû à la *Nocardia Eppingeri* variété *Freeri*, découverte aux Philippines par Musgrave et Clegg (1).

4° Pied de Madura dû à la *Nocardia Carougei*, Gougerot 1909, observé à Madagascar par Fontoynont et Carougeau chez un malade atteint de nodosités juxtaarticulaires, affection qui, dans certain nombre de cas, est une mycose due à un parasite nouveau, la *N. Carougei*, découverte par nous (2) dans les coupes de Carougeau en 1909.

5° Mycétome de la jambe dû à la *Nocardia braziliensis* (Lindemberg 1909), découverte par Lindemberg à Sao Paolo.

... La liste s'allongera sans doute encore, puisque le pied de Madura n'est pas *une* maladie, mais un *syndrome anatomo-clinique*, une *forme de lymphangite mycosique nodulaire systématisée et localisée aux extrémités des membres* « produisant... des grains formés exclusivement par un feutrage mycélien et devant être éliminés à l'extérieur par des fistules plus ou moins développées ».

Le pied de Madura n'est pas seulement une affection exotique : Reynier et Brumpt en ont décrit un cas à Paris chez un Blanc qui n'avait pas quitté la France : il n'est donc pas inutile au médecin français de connaître ces mycoses et nous croyons que certains cas de suppurations chroniques du pied et de la main, catalogués tuberculoses éléphantiasiques, ne sont que des mycétomes autochtones.

Cliniquement tous les mycétomes sont identiques, ils ne diffèrent que par l'âge, la profondeur, le mode de groupement, l'extension des nodules. Ils siègent aux extrémités des membres, presque toujours au pied.

L'affection débute, à la plante du pied d'ordinaire, par un gonflement diffus indolent et ferme qui peu à peu se condense en un petit noyau de 10 millimètres, indolent, « qui s'accroît lentement et après plusieurs mois se ramollit et laisse en s'ouvrant suinter un liquide sanieux contenant des corps granuleux analogues à des grains de semoule » (grains *blancs, noirs ou rouges*). D'autres tumeurs semblables surgissent et envahissent progressivement tout le pied, la surface plantaire bombe fortement empêchant les orteils de toucher le sol. Le pied devient *globuleux*, trois ou quatre fois plus gros que normalement, il est bosselé de *tubercules et de vésicules* à peu près indolents fermés ou fistulisés; il est parsemé de *fistules et éléphantiasique* ; la peau est élastique et rénitente. « Tantôt elle se décolore au niveau des tubérosités tandis que la région saine est normale ; tantôt l'intervalle entre deux tumeurs est hyperchronique. » On note tous les intermédiaires entre « la petite saillie vésiculeuse, la bulle qui sécrète une sérosité fétide et le tubercule recouvert de bourgeons charnus et fistuleux ». Le pied seul

(1) BRUMPT. *Les Mycétomes*, Th. de Paris, 1906 (bibliographie).

(2) Pour la question de la définition des « Mycétomes », voir les discussions au Ier Congrès de pathologie comparée, Paris, oct. 1912. J'y ai fait la critique du mot et du groupe.

(3) Ce sont des *Aspergillus*, *Madurella mycetomi* (ou *Oospora Tozeuri*), *Indiella*, *Penicillium*, *Sporotrichum*, *Micrococcus zoogleique*, *Botryocoque*, etc.

(4) VINCENT. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, VIII, p. 129, 1894.

(1) MUSGRAVE et CLEGG. *The Philippine Journal of Science*, XIII, p. 265, 1909.

(2) GOUGEROT. De l'utilité de reconnaître à leur ombre les parasites dépourvus d'électivité colorante, *Soc. de biol.*, 27 nov. 1909, t. LXVII, p. 578.

est atteint, la jambe reste indemne ou s'atrophie. La marche devient impossible bien que les douleurs soient rarement vives.

L'évolution est chronique, l'affection est incurable sauf au début. Le mycétome n'envahit presque jamais les ganglions, il reste localisé à l'extrémité qu'il a envahie, il ne détermine pas de métastase, aussi l'état général reste-t-il satisfaisant jusqu'à la dernière période. Mais il est spontanément incurable et ne guérit que par la destruction des lésions.

***

TROISIÈME GROUPE : NOCARDOSES D'EPPINGER

La Nocardose d'Eppinger est due à un parasite, déjà signalé par Almquist, mais étudié par Eppinger et dénommé par lui *Cladothrix asteroides*, par Sauvageau et Radais *Oospora asteroides*, par R. Blanchard *Nocardia asteroides* ou *Nocardia Eppingeri*. Elle est le type d'un groupe de mycoses dues à des parasites très voisins et étudiés par Eppinger, Sabrazès et Rivière, Berestnef, Buchholtz, Aoyama et Miyamato, Mac Callum, Musgrave et Clegg, etc., espèces distinctes d'après les uns, identiques d'après les autres.

Pour ces mycoses d'Eppinger se pose donc la même question que pour l' « actinomycose » et le « mycétome de Madura ». Y a-t-il unicité ou pluralité parasitaire? Les champignons de Sabrazès et Rivière, de Beretsnef, etc., sont-ils identiques au parasite d'Eppinger? Ne forment-ils qu'une seule espèce ou sont-ils différents quoique proches les uns des autres. Il est certain que ces parasites ont des caractères communs, il est certain aussi qu'il existe entre eux de petites différences culturales de teinte orange ou brique ou rouge, de mamelonnage, de collerette blanche, de poudrage blanc... Il est facile de s'en rendre compte sur des tubes à différents stades des parasites de Rivière, Deci, Klein, etc. On peut reconnaître le tambour de tel de ces parasites, car on trouve réuni l'ensemble de ces différences, mais il n'est pas toujours possible de distinguer un tube isolé. En raison de ces ressemblances et de ces différences, on a donc pu les confondre ou au contraire leur donner des noms différents : *Discomyces Rivieri*, *Streptothrix japonica*, *Discomyces Freeri*, etc. Si ces différences nous semblent trop minimes pour justifier la dissociation en espèces distinctes, elles nous paraissent suffisantes pour distinguer des races, aussi dirons-nous : *Nocardia Eppingeri*, variété *Rivieri*; *N. Eppingeri*, variété *Japonica*; *N. Eppingeri*, variété *Freeri*, etc., tous ces parasites se groupant autour de la *Nocardia Eppingeri*, espèce type de ce troisième groupe de Nocardoses.

Ces Nocardoses d'Eppinger semblent être parmi les plus fréquentes des nocardoses après les actinomycoses et les mycétomes. — La première observation d'Almquist (1) et l'observation fondamentale d'Eppinger (2) se rapportaient à des abcès cérébraux. Le malade d'Almquist était mort avec les symptômes d'une méningite cérébrospinale et, à l'autopsie, on trouvait un abcès cérébral (1890). La malade d'Eppinger âgée de cinquante-deux ans mourut au douzième jour d'une maladie diagnostiquée méningite cérébrospinale. L'autopsie révéla « des exsudats jaunes dans les méninges et un abcès cérébral ouvert dans le ventricule », « des nodules caséeux » au sommet d'un poumon et des ganglions bronchiques calcifiés (1891). — Sabrazès et Rivière (1894), Ferré et Faguet (1897) ont étudié simultanément un même malade atteint de mycose généralisée : *abcès sous-cutanés multiples* (1), d'abcès cérébraux, abcès pulmonaires, infarctus rénaux. — Buchholz (1897) a cité un cas de cette mycose pulmonaire qui détermina une pleurésie purulente. — Beretsneff (1897) a étudié dans sa thèse un cas d'abcès cérébral consécutif à une bronchopneumonie suppurée due à ce parasite, puisqu'il l'identifie à celui de Sabrazès et Rivière et l'appelle *Actinomyces Sabrazes-Rivieri*. — Aoyama et Miyamato (1901) ont suivi un malade qui ressemblait à un phtisique et dont les crachats contenaient des filaments acido-résistants : à l'autopsie, le poumon renfermait « une masse caséeuse creusée d'une caverne à parois tomenteuses » (bronchopneumonie caséeuse confluente), le pus de cette caverne donna des cultures du parasite *Streptothrix Japonica* pathogène pour le cobaye, semblable, sinon identique à la *Nocardia Eppingeri*, bien que les auteurs japonais citent quelques caractères distinctifs. — Mac Callum (1902) trouva à l'autopsie d'un jeune enfant une péritonite pseudo-tuberculeuse, le péritoine contenait du liquide, le mésentère, l'intestin étaient parsemés de masses jaunes de 2 à 10 millimètres. La culture isola un parasite identique à celui d'Eppinger et pathogène pour les animaux. — Aux Philippines, Musgrave et Clegg viennent de découvrir dans un « pied de Madura » un parasite qu'il a cru nouveau et qu'il a appelé *Discomyces Freeri*, mais qui d'après M. Pinoy se rapproche de la *Nocardia Eppingeri*, etc.

Les lésions dues aux parasites du groupe de la *Nocardia Eppingeri* sont donc variées et graves; elles ont une prédilection pour les centres nerveux et les poumons, presque toujours elles sont généralisées (septicémie ou pyohémie terminale); les localisations cutanées sont assez rares. Tantôt elles sont secondaires à une infection générale. Telle est cette belle observation de Sabrazès et Rivière si intéressante pour le dermatologiste : le malade atteint d'une affection broncho-pulmonaire semblait un tuberculeux, il présenta « un grand nombre d'abcès sous-cutanés disséminés sur tout le corps », « dans les abcès se trouvait à l'état de pureté, le même parasite que M. Rivière a isolé et étudié » (Sabrazès). Le malade succomba à cette infection généralisée pulmonaire, cérébrale, rénale et cutanée.

Tantôt les lésions cutanées sont primitives, localisées au pied : mycétome de Madura. Tel est ce cas observé à Manille par Musgrave et Clegg, le para-

(1) ALMQUIST. Untersuchung über einige Bacteriengattungen mit Mycelien, *Zeit. f. Hg.*, 1890, Bd. VIII, p. 189.

(2) EPPINGER. Ueber eine neue pathogene Cladothrix und eine durch sie hervorgerufene Pseudotuberculosis, *Ziegl. Beitr. z. path. Anat. und z. allg. Path.*, 1891, Bd. IX, p. 287-328.

(1) SABRAZÈS et RIVIÈRE. *Presse méd.*, 1894, p. 302, et *IIe Congrès de méd. int. de Bordeaux*, 1895-1896, p. 1003-1012. — FERRÉ et FAGUET. *Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.*, Bordeaux 1897, in *Semaine méd.*, 1898, p. 359.

site inoculé au singe a reproduit un mycétome.

Le diagnostic ne peut être fait que bactériologiquement.

Les traitements tentés sont restés inefficaces ; il y aurait lieu d'essayer l'iodure de potassium à hautes doses, l'arsenic, le traitement local iodo-ioduré et les vaccins nocardiques avant de recourir à l'exérèse chirurgicale, à l'amputation.

Des cas d''Eppinger, de Sabrazès et Rivière, de Musgrave et Clegg, etc., on peut, avec Roger, rapprocher quelques observations isolées, mais il est impossible de dire actuellement si les parasites décrits dans ces observations doivent être assimilés à la *Nocardia asteroides*. Roger (1) cite une observation de Scheele et Petruschky analogue à l'observation de Sabrazès et Rivière. Petruschky (2) cite qu'une observation de Silberschmidt est analogue à la sienne. Semblable cliniquement est encore le beau cas de Foulerton : cet auteur rapporte l'affection à un *Streptothrix hominis* (3) ; la malade, âgée de quarante-six ans, souffrait depuis dix ans d'accidents pulmonaires. Huit ans après le début, l'affection s'aggravait et en même temps apparaissaient un abcès axillaire, puis un deuxième abcès de la région sous-clavière gauche. Peu après survint toute une série d'abcès disséminés. Dans les crachats et dans le pus des abcès sous-cutanés, on isola un *Nocardia* non pathogène pour le lapin en inoculation intrapéritonéale. On peut encore citer le cas de van Loghem (4) : la malade, âgée de vingt-trois ans, succombait au bout de dix mois à une pyémie à déterminations cutanées. Le point de départ de cette mycose généralisée semble avoir été l'appareil génital ou plutôt l'appareil respiratoire. Dans les crachats et dans le pus, l'examen direct montrait des masses de filaments enchevêtrés, la culture donna une *Nocardia* particulièrement fragile puisque le parasite mourut dès le troisième repiquage.

*
* *

QUATRIÈME GROUPE : NOCARDOSE DE CAROUGEAU (NODOSITÉS JUXTAARTICULAIRES)

Les nodosités juxtaarticulaires décrites par Jeanselme, par Fontoynont et Carougeau (5), constituent une affection fréquente dans certaines régions tropicales. « Le plus souvent les nodosités sous-cutanées dures et fibreuses, de la grosseur d'une noisette à une noix, sont disposées irrégulièrement autour des grosses articulations : coude, genou, main, etc. Elles persistent indéfiniment, indolentes, sans gêner le malade et sans retentir sur l'état général... L'ulcération spontanée est l'exception. » La mycose affecte parfois la forme de pied de Madura.

L'aspect clinique des nodosités juxtaarticulaires répond-il à des parasites différents, ou à un seul parasite, celui que j'ai découvert avec Carougeau et dénommé *Discomyces* ou *Nocardia Carougei?* On ne sait.

« Ce parasite, disions-nous en 1909, avait passé inaperçu aux patientes recherches de plusieurs auteurs, sans doute parce qu'il est situé le plus souvent en pleine masse nécrosée ou à l'intérieur du protoplasma dégénéré des cellules géantes et que, nécrosé lui-même, il n'a pas d'électivité colorante et prend la teinte très pâle du fond. Habitué à ces « ombres » parasitaires, nous avons reconnu d'emblée sur de simples coupes à l'hématéine-éosine les grains de ce parasite, leurs fins filaments plus ou moins onduleux, ramifiés dichotomiquement, parallèles ou rayonnés, sans massue et immédiatement nous présumions qu'il s'agissait d'un *Discomyces*. Les recherches ultérieures de Carougeau ont confirmé notre première impression et classé parmi les *Discomyces* (ou Nocardia) ce parasite nouveau qui doit s'appeler *Discomyces Carougei* (1). »

*
* *

CINQUIÈME GROUPE : FAITS ISOLÉS

Erysipéloïde ou nocardose de Rosenbach. — Rosenbach a retiré d'une affection simulant l'érysipèle et qu'il dénomma érysipéloïde, une *Nocardia* : la *N. Rosenbachi* (2).

*
* *

DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique reste souvent hésitant, souvent même on ne pensera à une mycose que parce que, aujourd'hui, on doit soulever systématiquement ce diagnostic devant toute affection qui autrefois n'éveillait dans l'esprit du médecin que l'idée de tuberculose, de syphilis ou de suppuration chronique bactérienne. Mais ce sera l'examen bactériologique qui confirmera l'impression clinique et précisera quelle est la variété de mycose observée. Même lorsque le diagnostic s'impose devant une actinomycose à grains jaunes, devant un pied de Madura, le contrôle bactériologique est nécessaire pour spécifier le parasite, car les cultures ont montré la multiplicité des parasites de l' « actinomycose » et des « Pieds de Madura ».

Le diagnostic bactériologique doit d'abord être un diagnostic de groupe : on cherche à démontrer qu'il s'agit d'une Nocardose sans spécifier la variété.

Dans ce diagnostic général qui est le plus important au point de vue pratique, il faut distinguer plusieurs cas de difficultés croissantes :

— 1° Les lésions sont ouvertes et contiennent

(1) ROGER. *Presse méd.*, loc. cit., p. 452.

(2) PETRUSCHKY. *Hand. der path. Mikroorganismen*, 1903, Bd. II.

(3) FOULERTON. On streptothrix infections, *The Lancet*, 1906.

(4) VAN LOGHEM. Zur Kasuistik der Streptothrix pyoämie, *Centralbl. f. Bakt.*, 1906, origin., Bd. XL, p. 298.

(5) FONTOYNONT et CAROUGEAU. Nodosités juxtaarticulaires, mycose due au *Discomyces Carougei*, *Arch. de parasitol.*, 1910, t. XIII, p. 583 (bibliographie). Dans ce remarquable travail, c'est par omission involontaire, ainsi que nous l'écrit notre ami Carougeau, qu'un extrait de notre travail sur la découverte du *Discomyces Carougei* n'est pas cité.

(1) GOUGEROT. De l'utilité de reconnaître à leur « ombre » les parasites dépourvus d'électivité colorante, *C. r. de la Soc. de biol.*, 27 nov. 1909, t. LXVII, p. 578.

(2) ROSENBACH. Ueber das Erysipeloïd, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XXXVI, p. 346.

des parasites nombreux caractéristiques, faciles à découvrir, grains, filaments ramifiés : le diagnostic est des plus faciles par les techniques usuelles d'examen du pus sur lame. Il faut toutefois se souvenir de plusieurs causes d'erreur; de multiples productions pathologiques peuvent simuler des grains jaunes : deux fois nous-même y avons été trompé. — La première fois il s'agissait d'un cancer jugobuccal infecté avec fistules purulentes cutanées et muqueuses, le pus contenait de petites masses jaunes dégénérées ressemblant d'autant plus aux grains de l'actinomycose, qu'elles étaient surinfectées par un germe filamenteux de la bouche. Or l'examen histologique révéla la présence d'un épithélioma pavimenteux stratifié. — La seconde fois il s'agissait d'une tuberculose cutanée du cou, le pus renfermait des grains jaunes que l'on crut actinomycosiques, la recherche du bacille tuberculeux rectifia l'erreur. De petites masses épidémiques, des granules nécrosés de sarcome ont pu être confondus macroscopiquement avec des grains de champignons.

— 2° Les lésions sont ouvertes mais les parasites sont peu nombreux, peu caractéristiques, le diagnostic devient des plus délicats, il faut des techniques de colorations spéciales, imprégnation argentique, et le plus souvent la biopsie est indispensable. On se souviendra que dans les tissus les parasites revêtent trois aspects : grain avec ou sans massues — filaments ramifiés dichotomiquement prenant le Gram — fragments bacilliformes ressemblant à des bacilles de Koch mais faiblement ou non acidorésistants et souvent ébauchant une ramification en V, en Y, etc. On n'oubliera pas que parfois les parasites sont nécrosés, dépourvus d'électivité colorante, ils ne prennent plus que la teinte indifférente du fond de la préparation, et par conséquent ils ne ressortent plus réduits à une « ombre » incolorable. Habitué à ces formes nous avons pu découvrir un nouveau champignon, la *Nocardia Carougei*, parasite des nodosités juxtaarticulaires, qui avait passé inaperçu.

— 3° Les lésions sont fermées, profondes, inabordables, ou les fistules sont taries, ou bien le pus ne contient pas de mycelium; le diagnostic, autrefois impossible, est devenu facile aujourd'hui grâce au séro-diagnostic de Widal et Abrami, une réaction de fixation et une coagglutination donnent une réponse rapide (1). La réaction de fixation se fait suivant la technique de Bordet-Gengou, en se servant comme antigène de cultures de *Nocardia* ou plus commodément de *Sporotrichum* de n'importe quel âge et développé sur n'importe quel milieu. On doit titrer avec grand soin cet antigène. La réaction est fortement positive dans les actinomycoses en activité et persiste plus ou moins intense dans les actinomycoses guérissantes ou guéries. La sporoagglutination se fait comme un séro-diagnostic de fièvre typhoïde avec une culture de *Sporotrichum Beurmanni* âgée de quatre à douze semaines poussée sur gélose glycosée peptonée, rendue homogène par broyage à sec, dilution avec l'eau salée, puis filtrage sur filtre de buvard préalablement mouillé : le sérum des actinomycosiques en activité coagglutine de 1/50 à 1/200, les sérums des actinomycosiques guérissant coagglutinent encore à 1/10, 1/50, 1/80.

(1) Widal et Abrami. *Soc. méd. des hôpit.*, 19 juin 1908. — Widal, Abrami, Brissaud, Joltrain et Weill. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1910, n° 1, p. 1.

La coloration directe dans le pus ou dans les tissus d'une biopsie, le séro-diagnostic donnent le diagnostic du groupe, mais le plus souvent ces méthodes ne suffisent pas à préciser l'espèce pathogène; seule la culture qui isole le parasite à l'état de pureté, l'étude macroscopique et microscopique du germe en goutte pendante, les mensurations de ses éléments *in vivo* et *in vitro*, les réactions biologiques, les inoculations, permettront d'atteindre cette précision (1). Malheureusement la culture est le plus souvent difficile à réussir (2) et une fois même que l'on a obtenu les cultures, les difficultés restent grandes : elles sont facilement surmontables si l'on a affaire à des cultures vivaces (actinomycose), mais très souvent elles sont insolubles si les parasites sont fragiles, peu vivaces tels que les *Nocardia pulmonalis*, *N. lingualis*, ou cette *Nocardia* que nous avons isolée de gommes cutanées (voir moulages nos 2642 et 2643 du musée de l'hôpital Saint-Louis) et qui mourut rapidement avant qu'on pût l'identifier.

Cette détermination de l'espèce du parasite, c'est-à-dire de la variété de *Nocardia*, est une satisfaction de l'esprit; en pratique, heureusement, ce qui importe surtout pour le pronostic et le traitement, c'est le diagnostic du groupe, et ce diagnostic est des plus importants, car le traitement de ces mycoses est le plus souvent délicat; ces mycoses sont trop souvent graves, rebelles aux traitements les plus énergiques, il faut donc un diagnostic précoce qui permette de traiter les lésions avant qu'elles n'aient eu le temps de s'étendre.

*
* *

TRAITEMENT

Il faut savoir graduer sa thérapeutique suivant la difficulté de chaque cas (3).

— En un premier temps, tenter le traitement iodo-ioduré général, les toniques et les pansements iodés locaux.

— En un deuxième temps, tout en continuant le traitement général iodo-ioduré et les toniques, essayer les ponctions et les injections antiseptiques : iodées, mercurielles, arsenicales, etc.

— En un troisième temps, recourir à l'opération dont les indications et la technique doivent être minutieusement précisées pour chaque cas, etc.

On doit insister sur la nécessité d'un traitement prolongé de « sûreté » et d'une étroite surveillance

(1) On se reportera aux traités classiques de mycologie pour identifier le parasite en le comparant aux autres parasites du même groupe; pour faciliter les recherches nous réunirons en un mémoire spécial ce diagnostic bactériologique des nocardoses.

(2) Roger et Sartory ont montré que le meilleur milieu était le bouillon peptoné, maltosé à 4 p. 100.

(3) Gougerot. Traitement des actinomycoses, in *Traité de thérapeutique pratique* de A. Robin. Dans ce travail, nous avons exposé en détail la thérapeutique des Actinomycoses et Nocardoses.

des mycosiques, qui paraissent cliniquement guéris, afin d'éviter les récidives. Avec M. Coyon nous croyons qu'il serait utile de faire chez ces malades des séro-réactions de Widal et Abrami en séries, et de poursuivre les cures périodiques aussi longtemps que ces réactions sanguines persistent; on risque évidemment de traiter inutilement des malades qui n'en ont plus besoin; mais puisque le traitement surveillé est inoffensif, commode, peu coûteux, mieux vaut être trop prudent.

Tous ces faits démontrent l'importance des *Nocardia* (ou *Oospora*) en pathologie humaine, leur rôle est peut-être plus grand encore en pathologie animale. La fréquence de ces mycoses apparaîtra plus grande lorsqu'on voudra bien les rechercher systématiquement, et avec Roger on peut conclure que bien des abcès que l'on croit d'origine banale « consécutifs à des piqûres par des plantes ou des instruments souillés de terre sont dus à des *Oospora* » ou *Nocardia*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1913)

Kystes hydatiques multiples. — M. TUFFIER apporte plusieurs exemples de kystes hydatiques multiples. Il s'agit de malades qui ont eu plusieurs kystes, soit dans le même poumon, soit dans les deux poumons, soit dans le poumon et dans le foie. La plus intéressante de ces observations est celle d'une jeune femme chez laquelle on finit par diagnostiquer un kyste du poumon. M. Tuffier l'opère, résèque une côte, incise le poumon, arrive sur le kyste, l'extrait, suture le poumon et referme la plaie. A la suite de cette opération, cette malade eut un emphysème progressif qui dura pendant sept jours. Puis elle guérit fort simplement, mais la température persiste à 36 et 39 degrés tous les soirs. Après environ un mois, la température s'élève encore, il y a des frissons. Après examen, on diagnostique un kyste hydatique suppuré de l'autre poumon. M. Tuffier intervient de nouveau, résèque une côte, incise le poumon; il ne trouve rien dans le poumon. Il le suture, traverse le diaphragme et trouve un kyste hydatique suppuré du foie, qu'il opère; malheureusement la température continue à monter et la malade succombe. Toutefois M. Tuffier estime que dans ces cas, d'ailleurs assez rares, de kystes hydatiques suppurés multiples, le chirurgien peut aller à la recherche de ces kystes, même dans les poumons et qu'on peut arriver ainsi à sauver des malades sans leur faire courir de trop grands risques, et obtenir des guérisons définitives.

M. BROCA a opéré une fillette de dix ans d'un kyste hydatique du lobe supérieur du poumon gauche, nettement décelé par la radiographie. Il est passé par la voie axillo-pectorale, a réséqué une côte, a ouvert le poumon, l'a suturé et a drainé. L'enfant a guéri et, quelques années plus tard, M. Broca l'opérait d'appendicite. On peut aujourd'hui considérer cette guérison comme définitive.

M. HARTMANN cite un cas analogue dans lequel la guérison a été également obtenue.

M. SCHWARTZ cite le cas d'une malade ayant eu un kyste hydatique du poumon qui s'est ouvert dans les bronches. Cette malade continue à cracher des hydatides, mais tout en se portant très bien.

M. TUFFIER dit que plusieurs faits semblables ont été observés.

Blessure de l'artère colique moyenne au cours des opérations sur l'estomac. — M. CUNÉO fait une communication sur ce sujet. Dans un cas de gastro-entérostomie pour sténose du pylore, au cours des sutures M. Cunéo a traversé, avec son aiguille, l'artère colique moyenne. Il en résulta un hématome, mais les suites de l'opération n'en ont pas été moins bonnes. Dans un autre cas de gastrectomie pour cancer du pylore, chez une femme de trente-cinq ans, M. Cunéo a constaté une anomalie de l'artère colique moyenne qui s'est trouvée prise entre deux ligatures. On pouvait craindre une ischémie du côlon transverse, il n'y eut pas de troubles. Certains auteurs considèrent cependant la lésion de l'artère colique moyenne comme très grave à cause des complications de gangrène qui pourraient se produire du côté du côlon transverse. Certains de ces auteurs ont même proposé, dans ces cas, la résection complémentaire du côlon transverse. Il y a là, selon M. Cunéo, une exagération, puisque dans bien des cas de lésion de cette artère on n'a constaté aucun trouble consécutif, pourvu qu'il n'y ait pas eu de délabrements du côté du mésocôlon.

M. OMBRÉDANNE reconnaît, avec M. Cunéo, que la blessure des gros troncs artériels qui se rendent au côlon n'est pas toujours aussi dangereuse qu'on l'a dit.

Blessure des sinus de la dure-mère. — M. MORESTIN rapporte l'histoire d'une femme de vingt-cinq ans qui, au cours d'une discussion avec son amant, reçut, le 11 février 1911, deux coups de feu. Une des balles pénétra par la région parotidienne et alla se perdre dans le maxillaire supérieur. L'autre détermina une plaie pénétrante du crâne et blessa le sinus longitudinal supérieur. Cette femme fut transportée aussitôt à l'hôpital Tenon. M. Morestin la vit deux heures après l'accident. Il y avait derrière l'oreille un petit orifice par lequel s'écoulait un filet de sang, l'autre plaie saignait aussi et même abondamment. Le pouls était faible. L'exploration extérieure des plaies ne donnait rien. La plaie fut nettoyée et agrandie, ainsi que la perforation cranienne où se trouvaient quelques esquilles et un gros caillot. Celui-ci, une fois détaché, il s'écoula un flot de sang noir. M. Morestin essaya de comprimer avec son doigt et agrandit la plaie osseuse. L'os était effroyablement dur. M. Morestin trouva des esquilles dans le sinus longitudinal. La dure-mère était déchirée sur une certaine étendue, l'hémorragie ne put être arrêtée que par l'introduction d'une mèche iodoformée dans la plaie même du sinus et un pansement assez fortement compressif. Le lendemain la blessée était mieux. On dut laisser la mèche plusieurs jours. Il y eut les jours suivants deux ou trois hémorragies nasales dépendant de la blessure du maxillaire. Les choses allèrent ainsi pendant un mois. Alors la malade se réveilla un matin se sentant entièrement mouillée. Il s'agissait d'une évacuation du liquide céphalo-rachidien très abondante. Cet écoulement dura plusieurs jours, sans autre symptôme qu'un peu de céphalalgie. Celle-ci finit par s'atténuer, la plaie se cicatrisa et la malade quitta l'hôpital en juin avec toutes les apparences de la guérison. La radiographie montra que la balle siégeait dans le lobe gauche du cervelet. A l'endroit de la plaie, il y a une petite hernie encéphalique. Voilà deux ans que cette malade conserve sa balle dans le cervelet sans en être autrement troublée.

Dans cette observation, il y a trois points intéressants à retenir : 1° la tolérance de la substance cérébrale par ces corps étrangers; 2° la perte considérable du liquide céphalo-rachidien, sans aucune conséquence grave; 3° les bons effets du tamponnement pour arrêter les hémorragies du sinus longitudinal. Chemin faisant, M. Morestin se demande si, en cas d'accidents cérébraux, on pourrait aller chercher cette balle.

M. TUFFIER approuve la conduite de M. Morestin et considère un bon tamponnement comme le seul moyen d'arrêter ces hémorragies du sinus longitudinal.

M. ROUVILLOIS dans deux cas de blessures par armes à feu, à Casablanca, a pu arrêter des hémorragies du sinus par le tamponnement.

M. THIÉRY estime aussi que le tamponnement suffit dans ces cas, à condition qu'on le laisse assez longtemps en place.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a obtenu de bons effets, dans ces

cas, du tamponnement à l'aide de fils de catgut qu'on n'a pas à retirer.

M. BROCA fait tremper du catgut dans de l'eau bouillante et tamponne avec ce catgut.

M. SEBILEAU fait observer que les malades supportent très bien, sans inconvénients, l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Quant aux plaies des sinus longitudinaux, qu'elles soient le fait d'un traumatisme ou qu'elles soient faites volontairement par le chirurgien, au cours d'opérations mastoïdiennes, il ne suffit pas de tamponner pour arrêter l'hémorragie. Il faut exercer une compression intrasinusale, c'est-à-dire introduire une mèche dans la plaie du sinus. On est sûr ainsi de se rendre maître de l'hémorragie.

M. AUVRAY a eu affaire trois fois à des plaies du sinus. Dans le premier cas, il arrêta l'hémorragie à l'aide de la suture de la paroi du sinus; dans le second cas par le tamponnement, et, dans le troisième cas, où il s'agissait d'une plaie produite au cours d'une trépanation mastoïdienne, aussi par le tamponnement. Faisant un travail sur ce sujet, M. Auvray a relevé 106 cas de plaies des sinus. Dans la plupart de ces cas, l'hémorragie a été arrêtée par le tamponnement; dans deux cas, par le pincement; enfin, dans un cas de M. Championnière, par le tamponnement avec le catgut.

Perforations intestinales d'origine typhoïdique. — A l'occasion d'une présentation faite par M. Rouvillois, d'un malade qu'il a opéré en pleine péritonite compliquant une fièvre typhoïde, et qui a guéri, une courte discussion s'élève entre MM. SIEUR, JACOB et ROUVILLOIS, d'où il résulte que dans ces cas de perforations typhoïdiques il est peut-être préférable de se contenter de la laparotomie avec drainage que de chercher à fermer les perforations.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1913)

Guérison du tabes par le sel d'Ehrlich. — M. LEREDDE. Le tabes est curable et entièrement curable par le sel d'Ehrlich, à condition qu'il soit employé aux doses normales. Le traitement à doses faibles expose à des échecs fréquents ou n'amène que des guérisons extrêmement lentes. Tous les moyens anciens de traitement sont inutiles. L'emploi des analgésiques n'a plus de raison d'être. La rééducation peut être conservée à titre adjuvant, mais elle n'est même plus nécessaire. L'effet curatif se manifeste par la disparition en série des douleurs, des crises viscérales, l'atténuation ou la disparition de la séro-réaction. Un cas de guérison clinique remonte à quinze mois, d'autres à six, huit, dix mois. Le traitement ne présente aucun danger quand on prend des précautions nécessaires, c'est-à-dire : 1° quand il n'y a pas de fautes de technique; 2° quand les contre-indications sont respectées; 3° quand la première série d'injections est faite à doses progressives.

Les premières injections sont suivies de phénomènes dus à la réaction de Herxheimer qu'on a cru à tort être dans certains cas des symptômes d'aggravation. L'action du sel d'Ehrlich dans le tabes est plus constante, plus rapide, plus complète que celle du mercure.

Les intoxications intestinales graves surajoutées à l'appendicite. — M. BONNEAU, frappé de la gravité des infections intestinales graves liées à des lésions de l'intestin coïncidant avec l'appendicite, propose dans ces cas le drainage immédiat du cæcum (par un drainage intracæcal) au cours de l'appendicectomie.

Traitement de la goutte. — M. GUELPA. Les recherches les plus précises et les faits les mieux observés démontrent que le lait, les boissons terreuses et le régime végétarien en général favorisent l'éclosion de la goutte; celle-ci, par contre, cède rapidement à la restriction de l'alimentation, surtout carnée, et aux boissons décalcifiées acidulées, interrompues de temps en temps par des périodes de purges et de jeûne.

M. LEMATTE. Il faudrait reviser l'urologie et l'hématologie des goutteux et des arthritiques pour se mettre d'accord sur la classification des diathèses. On a été hypnotisé par l'acide urique, et on a cru que l'arthritique éliminait plus d'acide urique que le sujet normal, cette notion est fausse.

PHARMACOLOGIE

DIOXYANTHRAQUINONE I. 8.

Ce nouveau produit, obtenu par l'action de la potasse fondue sur l'acide anthraquinonedisulfonique, se présente en paillettes de couleur rouge orangé, fusibles entre 190 et 192 degrés. La substance se dissout difficilement dans l'eau et dans les dissolvants organiques, elle est peu soluble à chaud dans l'acide acétique. Les solutions obtenues par les alcalins sont rouges et donnent un précipité jaune avec les acides. La substance peut être sublimée.

La dioxyanthraquinone I. 8 est au point de vue chimique semblable à l'émodine, principe actif de certaines plantes laxatives telles que le séné, l'aloès, le rhamnus ou la rhubarbe.

La dioxyanthraquinone I. 8 exerce un effet purgatif remarquable. Administrée par 0g10 à 0g50, elle produit sans colique une défécation facile en rendant les matières plus ou moins molles suivant la dose. Les urines prennent en même temps une légère coloration rougeâtre.

CONGRÈS

XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (LONDRES, DU 6 AU 12 AOUT 1913.) — Ce Congrès, placé sous le haut patronage de S. M. le roi George V, sera ouvert le mercredi 6 août, dans l'Albert Hall, à onze heures du matin, sous la présidence du prince Arthur de Connaught.

Pendant la durée du Congrès, il sera tenu chaque jour, à cinq heures et demie, sauf le samedi, une Assemblée générale dans l'Albert Hall.

Des conférences seront faites conformément au programme suivant (*suite*) :

SECTION XVII. — *Stomatologie*. — Président . M. Morton A. Smale.

Jeudi 7 août. — 1. La pathologie et le traitement des affections périodontiques (pyorrhée alvéolaire). Rapporteurs : M. N. Znamensky (Moscou), E. B. Dowsett (Londres).

Vendredi 8 août. — 2. Rapports entre l'obstruction nasale et les maladies dentaires. Rapporteurs : M. Jules Ferrier (Paris), J. G. Turner (Londres).

Samedi 9 août. — 3. Les maladies dentaires au point de vue de la santé publique. Rapporteurs : M. Harold Williams (Boston, Etats-Unis), M. J. Sim Wallace (Londres).

Lundi 11 août. — 4. La surveillance de la santé des enfants entre le premier âge et l'âge scolaire (conjointement avec la section XVIII). Rapporteurs : M. W. W. James (Londres), M. W. Leslie Mackenzie (Edimbourg).

Mardi 12 août. — 5. Les troubles réflexes et fonctionnels en rapport avec les dents. Rapporteurs : M. Baker (Dublin), M. Rousseau-Decelle (Paris).

SECTION XVIII. — *Hygiène*. — Président : M. Arthur Newsholme. — Jeudi 7 août. — 1. Les effets de la poussière dans la production des maladies du poumon. Rapporteurs : M. E. L Collis (Londres).

Vendredi 8 août. — 2. Mortalité infantile dans les quatre premières semaines de la vie (conjointement avec la section VIII et la section X). Rapporteurs : M. A. K. Chalmers (Glascow), M. Henry Koplik (New-York City, Etats-Unis), professeur Pinard (Paris).

Samedi 9 août. — 3. Les facteurs déterminants de l'apparition, de la dispersion et de la gravité des maladies épidémiques. Rapporteurs : M. Major Greenwood (Londres), professeur G. Sticker (Bonn a/Rh.).

Lundi 11 août. — 4. La surveillance de la santé des enfants entre le premier âge et l'âge scolaire (conjointement avec la section XVII). Rapporteurs : M. W. W. James (Londres), M. W. Leslie Mackenzie (Edimbourg).

Mardi 12 août. — 4. Les causes, la prophylaxie et le traite-

ment des affections visuelles des écoliers. Rapporteurs : M. James Kerr (Londres), professeur R. Posseck (Gratz).

SECTION XIX. — *Médecine légale.* — Président : professeur Harvey Littlejohn. La cause et la prophylaxie du suicide. L'enseignement de la médecine légale, y compris la création et l'organisation d'un Institut médico-légal. Rapporteurs : professeur H. Zangger (Zurich), professeur L. Thoinot (Paris).

Samedi 9 août. — La syphilis : ses dangers pour la communauté et la question de sa surveillance par l'État (conjointement avec la section XIII). Rapporteurs : professeur Ernst Finger (Vienne), professeur Edmund Lesser (Berlin).

Mardi 12 août. — La psychologie du crime (conjointement avec la section XII). Rapporteurs : G. M. R. professeur A. Cramer (Göttingen), professeur comm. E. Morselli (Gênes).

SECTION XX. — *Services sanitaire, maritime et militaire.* — Président : Surgeon-general sir James Porter, director-general medical department. — Mercredi 6 août (après-midi). — 1. Le transport des blessés dans les régions montagneuses. Rapporteur : Major Jay Gould, I. M. S. conjointement avec capt. C. W. Melville.

Jeudi 7 août. — 2. Vaisseaux-hôpitaux et transport des blessés. Rapporteur : Surg-gen. C. F. Stokes (États-Unis). 3. L'approvisionnement en eau potable en campagne. Rapporteurs : M. Kir Zoltan de Ajkay (Hungary), lieutenant-colonel E. Jenning, I. M. S.

Vendredi 8 août. — 4. La vaccination antityphoïdique. Rapporteurs : Lieutenant-colonel sir William Leishman, major Fredk F. Russell (États-Unis).

Samedi 9 août. — 5. L'organisation sanitaire dans les régions tropicales (conjointement avec la section XXI). Rapporteurs : Colonel W. C. Gorgan (États-Unis), colonel P. Hehir, I. M. S., stabsarzt Hintze (Berlin), professeur sir Ronald Ross (Liverpool).

Lundi 11 août. — 6. Le traitement de la syphilis par le salvarsan et les substances alliées (conjointement avec la section XIII). Rapporteurs : professeur Paul Ehrlich (Francfort a/M.), major T. W. Gibrad et major L. W. Harrisson, conjointement, professeur L. A. Neissier (Breslau), professeur Vennin (Paris).

Mardi 12 août. — 7. La maladie des plongeurs. Rapporteurs : P. R. Moulinier (Bordeaux), staff-surgeon Stewart. 8. La physiologie de l'exercice physique et de la marche. Rapporteurs : Marine stabsartz m. Buchinger (Wilhelmshaven), lieutenant-colonel C. H. Melville.

SECTION XXI. — *Pathologie et hygiène tropicale.* — Président : Col. sir David Bruce. — Jeudi 7 août. — 1. Peste. Rapporteurs : professeur M. S. Kitasato (Tokio), major W. G. Liston, I. M. S.

Vendredi 8 août. — 2. Béribéri. Rapporteurs : professeur M. C. Eijikman (Utrecht), professeur M. B. Nocht (Hambourg).

Samedi 9 août. — 3. L'organisation sanitaire dans les régions tropicales (conjointement avec la section XX). Rapporteurs : Col. W. C. Gorgan (États-Unis), col. P. Hehir, I. M. S., stabsarzt M. Hintze (Berlin), professeur sir Ronald Ross (Liverpool).

Lundi 31 août. — 4. Leishmaniasis. Rapporteurs : professeur A. Laveran (Paris), M. C. Nicolle (Tunis).

Mardi 12 août. — 5. Fièvres récurrentes. Rapporteurs : M. Levaditi (Paris), professeur F. G. Novy, Ann Arbot (États-Unis).

SECTION XXII. — *Radiologie.* — Président : Sir James Mackensie Davidson. La radiothérapie dans les affections malignes. La radiographie de l'estomac et des intestins.

Vendredi 8 août. — 2. La radiographie du thorax. Rapporteurs : M. Hugh Walsham (Londres), professeur Wenckebach (Strasbourg).

Lundi 11 août. — 4. Les rayons X et le radium en thérapeutique gynécologique (conjointement avec la section VIII). Rapporteurs : M. Foveau de Courmelles (Paris), professeur Bernh. Krönig (Freiburg i/Br.), professeur Albers Schönberg (Hambourg).

Mardi 12 août. — 5. La radiographie des os et des articulations et sa valeur en chirurgie orthopédique [conjointement avec la sous-section VII (a)]. Rapporteurs : M. Fedor Haenisch (Hambourg), M. Nové-Josserand (Lyon), M. Redard (Paris).

SECTION XXIII. — *Histoire de la médecine.* — Président : M. Norman Moore.

Les séances de cette section seront réservées exclusivement à des communications libres. La liste suivante est encore incomplète. Conférence présidentielle, M. Norman Moore : L'histoire de la médecine en Angleterre. — Professeur Sudhoff : L'origine de la syphilis. — Professeur Sticker : La lèpre au moyen âge. L'histoire de « l'alpenstich » (la pneumonie des hautes altitudes). — Professeur Elliot Smith : L'évidence des conditions morbides dans les restes humains de l'Egypte ancienne. — M. Wood Jones : Une critique historique des effets de la suspension judiciaire. — M. Stephen Paget, F. R. C. S. : L'histoire du rapport entre la vivisection et la médecine. — Professeur Hollander : Les relations entre l'art et l'histoire de la médecine. — Professeur Leonard Hill : La physiologie de la vision et de l'impressionnisme dans l'art (projections). — Professeur Sudhoff : Représentations anatomiques dans les traditions du moyen âge de l'Est et de l'Ouest (épidiascope). — Professeur Harvey Cushing : Notes sur les dessins anatomiques dans les œuvres de Vésale. — M. Parkes Weber : Medicina in nummis. — M. Raymond Crawfurd : La peste, illustrée par des projections. — Professeur sir William Osler : Les livres médicaux imprimés les plus anciens (projections). — M. Leonard Guthrie : Des œuvres anciennes sur les maladies d'enfants. — M. J. A. Nixon : Un manuscrit de Guy de Chauliac. — M. Georges Rankinh : Rhazes. — M. C.-A. Mercier : Les doctrines de Van Helmont. — M. d'Arcy Power, F. R. C. S. : Les œuvres moins importantes de John Arderne. — M. Lawrie Lawrence, F. R. C. S. : Notes sur Thomas of Washam (fl. 1260) le chirurgien du roi en considérant également « the king's moneyers ». — M. G. C. Peachey : Le traducteur de Sydenham. — M. Vahram Torkomian : Amir Dolvathe d'Amassie, un physicien arménien du XVe siècle, sa vie et ses œuvres. — Professeur Modestino del Gaizo : Le « De Motu Animalium » de G. A. Borelli étudié en rapport avec le « De Motu cordis et Sanguinis » de W. Harvey. — Professeur Meyer Steineg : Des instruments chirurgicaux de l'antiquité. — M. Sambon : L'évolution de certains instruments chirurgicaux. — M. J. D. Comrie : L'appareil clinique d'Hippocrate. — M. Lewis Jones : L'histoire de l'électrothérapie. — M. Rivers : Le massage en Mélanésie. — M. Charles Singer : La doctrine du contagium vivum avant Pasteur. — M. Copeman : L'histoire de la première période de la vaccine. — Sir Alexander Binnie : L'approvisionnement en eau et le système d'égouts de Londres ancien. — M. Francis Darwin : Relations historiques entre la médecine et la botanique. — Professeur Max Neuberger : L'histoire du diagnostic clinique. — Sir Shirley Murphy : L'origine et l'accroissement des lois sur la santé publique. — M. Alan Moore : Les maladies des marins dans les XVIIe et XVIIIe siècles. — M. J. B. Nias : La médecine militaire dans la guerre civile dans la Grande-Bretagne. — M. Arnold Chaplin : La dernière maladie de Napoléon Bonaparte. — M. Sambon : L'étude de la médecine primitive éclaircie par les méthodes de guérison des animaux et des hommes sauvages. — M. Norman Moore : L'histoire de la première période de l'hôpital de Saint-Bartholomew. — M. W. S. Colman : L'histoire de la première période de l'hôpital de Saint-Thomas. — M. George Parker : L'histoire et les pouvoirs des Barber-Surgeons dans la Grande-Bretagne. — M. R. O. Moon : L'influence de Pythagore sur la médecine grecque. — M. Raymond Crawfurd : La peste d'Athènes. — M. Fielding H. Garrison : Les chirurgiens anglo-indiens. — Professeur Barduzzi : La médecine italienne du moyen âge et d'aujourd'hui. — Professeur Corsini : La peinture en rapport avec l'histoire de la médecine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 14. — MARDI 4 FÉVRIER 1913. 86e ANNÉE. MARDI 4 FÉVRIER 1913. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Balzer, Brocq, Bourcy, Barié, De Massary, Legry, Souques, Caussade, Le Gendre, Lermoyez, Talamon et Picqué.

Candidats ayant deux admissibilités (ancien régime) :

MM. Lortat-Jacob, Balthazard, Camus et Léri.

1. MM. Tixier, Voisin, Tanon, Villaret, Faure-Beaulieu, Dreyfus-Rose, Foix, Weil (M.-P.), Camus (Jean), Lortat-Jacob, Ducastel, Ramond, Gougerot, Chiray, Lévi-Valensi, Fiessinger, Lippmann, Armand-Delille, Jomier,

21. Ferrand, Paris, Darré, Pinard, Renaud, Malloizel, Boidin, Vincent, Lemaire, Ameuille, Bloch (L.-C.), Ambard, Schaeffer, Esmein, Trémolières, Laroche, Nathan (M.-F.), Géraudel, Rivet, Baudouin,

41. Chabrol, Beaufumé, Troisier, Paillard, Sézary, Lejonne, Agasse-Lafont, Boudon, Cawadias, Lévy (Simond), Tinel, Norero, Paisseau, Laederich, Monier-Vinard, Stévenin, Giroux, Froin, Gaultier, Joltrain,

61. Claude, Balthazard, Fouquet, Faroy, Léri, Brulé, Braun, Abrami, Brissaud, Debré, Civatte, Duvoir, Halbron, Jacob (P.-G.), Le Sourd (Louis), de Brunel de Serbonnes, Durand (Gaston), Lévi-Franckel, Bory, Vitry,

81. Milbit, Harvier, Detot, Courcoux, Barré, Roussy, Génévrier, Salomon, Kahn (P.-A.), Philibert, François, Israëls de Jong, Deguy, Moutier, Louste, Bénard, Saupbar, Touchard, Jumentié, Brin,

101. Descomps, Audistère, Feuillié, Doury, Rostaine, Lian, Lyon-Caen, Lévi (Léopold), Leconte, Lagane, Cléret, Claret.

Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 31 janvier (matin). — Question donnée : « Artères du cœur (sans la physiologie). — Cancer du rectum (symptômes et diagnostic). »

M. Blum et Mlle Besson, 11 + 19 = 30; MM. Truffert, 13 + 22 = 35; Ohanianz, 11 + 16 = 27; Bénit, 14 + 21 = 35; Bourdeaux, 14 + 19 = 33; Hutinel, 18 + 21 = 39; Ecot, 13 + 20 = 33; Berthelot, 11 + 16 = 27; Evrard, 13 + 21 = 34; Wiart, 12 + 20 = 32.

Séance du 31 janvier (soir). — Question donnée : « Artère sylvienne. — Zona ophtalmique. »

MM. Michon, 13 + 20 = 33; Oliviéri, 15 + 19 = 34; Lépine, 14 + 21 = 35; Bonnard, 10 + 19 = 29; Papillon, 13 + 18 = 31; de Champs de Saint-Léger, 11 + 16 = 27; Parin, 14 1/2 + 20 = 34 1/2; Brouet, 14 + 21 = 35; Léger, 14 + 23 = 37; Auvigne, 13 + 20 = 33; Feldstein, 16 + 23 = 39.

Séance du 1er février. — Question donnée : « Capsule et ligaments de l'articulation de la hanche. — Symptômes, diagnostic et traitement des luxations récentes du coude enarrière. »

M. Noël, 11 1/2 + 23 = 34 1/2; Mlle Lang, 13 + 17 = 30; MM. Colleville, 13 + 22 = 35; Lantuéjoul, 12 + 21 = 33; Philippe, 15 + 17 = 32; Walther, 12 + 18 = 30; Trousset, 13 + 19 = 32; Bardet, 13 + 18 = 31; Lacau Saint-Guily, 10 + 18 = 28; Mathieu, 14 + 21 = 35.

Prochaine séance, épreuve supplémentaire pour la première place, vendredi 7 février, à dix-sept heures un quart, à la salle des Saints-Pères.

Avis. — Les candidats nommés internes titulaires à la suite du concours actuel qui auraient l'intention d'accomplir leur service militaire dès le 1er mars 1913 sont priés de faire connaître leurs noms d'urgence au bureau médical à l'administration centrale.

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE TURIN vient de déclarer ouvert le treizième concours pour le prix « Riberi » de 20000 francs.

Les auteurs qui désirent y prendre part avec leurs travaux scientifiques sur les sciences médicales en général sont priés de s'inscrire jusqu'au 31 décembre 1916.

S'adresser, pour les conditions du concours, au secrétaire de l'Académie de médecine, 18, rue du Pô, Turin.

ORCHESTRE MÉDICAL. — L'Orchestre médical donnera son sixième concert le jeudi 13 février 1913, à neuf heures du soir, salle Gaveau, sous la direction de M. H. Büsser et avec le concours de Mme Grivot-Lanrezac, Mlles Cousin, Laskine et A. Daumas (de l'Opéra).

Au programme : Ouverture des Noces de Figaro (Mozart), Concerto pour violon (Mendelssohn), la Cloche (Saint-Saëns), Impromptu pour harpe (G. Fauré), Petite Suite (Debussy), Sélection sur les Faust de Schumann, Schubert et Berlioz.

On trouve des invitations à la salle Gaveau, à la Faculté de médecine, chez M. Maloine et à l'association des étudiants,

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE (Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal. Professeur : M. PINARD.) — M. Jeanselme, professeur agrégé, fera à la Clinique Baudelocque, à dix heures du matin, à partir du 7 février 1913, une série de leçons sur le traitement de la syphilis « particulièrement chez les femmes en état de gestation ».

Ordre des leçons. — 7 février : Des découvertes contemporaines qui ont rénové l'étude de la syphilis.

14 février : Le 606. Posologie. Technique. Effets immédiats.

21 février : Indications et contre-indications.

28 février : Critique et contrôle des résultats.

A la suite de chaque leçon, il sera fait une démonstration pratique par M. Vernes, chef de laboratoire.

VARIÉTÉS

A PROPOS DE LA REVISION DU PROCÈS LAFFARGE

Le courant d'opinion qui se manifeste en faveur de la revision du procès de Mme Laffarge se dessine tous les jours davantage.

Le professeur Denigès (de Bordeaux) vient d'apporter les nouveaux arguments que voici :

« Il y a quelque temps, dit-il (1), j'entrais en relations par correspondance avec M. Martin Jenouvier qui est, je crois, un descendant de la famille Laffarge. M. Jenouvier m'annonçait qu'il avait l'intention de publier des lettres de la condamnée, et il tenait à accompagner cette publication de mon appréciation sur les expériences d'Orfila touchant le procès Laffarge. M. Jenouvier s'était adressé à moi sur les indications du docteur Tissié (de Pau) qui l'avait mis au courant de mes études sur les toxiques.

Pour répondre à la demande qui m'était faite, je mis en parallèle le résultat des expériences d'Orfila avec le résultat de mes études personnelles, et je constatai une grande disproportion. Pour une quantité assez forte de viscères — 100 grammes au moins — Orfila a apporté sur une « assiette » une dose d'arsenic qu'on peut évaluer à quelques centièmes de milligramme. Or, les examens auxquels je procédais, à propos d'affaires d'empoisonnement, m'ont fait découvrir quelques milligrammes d'arsenic pour seulement quelques grammes de viscères.

Ma conclusion, que je fis connaître à M. Jenouvier, est celle-ci : la faible quantité d'arsenic trouvée dans le corps de Laffarge ne pouvait pas entraîner sa mort. En tout cas, aucun spécialiste en chimie, en toxicologie, se basant sur ce qu'Orfila a appelé les « traces » et sur les documents écrits, ne peut affirmer que Laffarge ait succombé à l'empoisonnement. »

Cette opinion du professeur bordelais vient confirmer la thèse que Raspail soutint avec courage en 1840 contre Orfila et qui donna lieu à un débat passionné.

« J'ai vu au greffe, écrit Raspail, dans la *Gazette des hôpitaux* du 26 septembre 1840, les trois assiettes obtenues par M. Orfila, j'en ai pris la description et même la mesure, et puis j'ai consulté quelques experts sur la manière dont on avait opéré.

Les deux premières assiettes obtenues l'ont été par l'acide nitrique, mais les taches qu'elles renferment sont si peu caractéristiques et si petites, elles ont donné aux réactifs des indications si équivoques que je me garderais bien de prononcer qu'elles soient des taches d'arsenic; elles ne sont ni pondérables, ni déterminables; je dirai là-dessus ultérieurement mon dernier mot.

Une condamnation, d'après ces deux assiettes seules, serait une fatalité déplorable ; et tôt ou tard la justice ne manquerait pas d'éprouver des regrets bien amers pour avoir prêté l'oreille à un aussi faux système.

Quant à la troisième assiette, à la vue et d'après les renseignements analytiques que j'ai puisés dans la conversation des experts du pays, je dois déclarer que l'on peut prononcer que les taches qui la couvrent sont de nature arsenicale...

. . . .

Le jury a cru que l'impondérable quantité d'arsenic qui s'étalait sur ces assiettes signifiait nécessairement un empoisonnement par l'arsenic : une quantité que M. Orfila a évaluée à un demi-milligramme et que j'estime, moi, à moins d'un centième de milligramme.

Or, si le jury avait pu comprendre, d'abord que cette quantité était trop minime pour signifier un empoisonnement, ensuite que cette quantité pouvait provenir du réactif apporté tout exprès de Paris par l'expert de l'accusation elle-même, le jury n'aurait pas pu condamner Marie Capelle comme coupable d'empoisonnement par l'arsenic; car toutes les probabilités morales disparaissent devant l'absence du corps du délit. »

(1) *Le Temps*, 29 janv. 1913.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel pratique de kinésithérapie. Fasc. VI : *Les Traumatismes et leur suite* (1), par L. DUREY.

Après un premier chapitre bref de technique générale (massage, mobilisation, mécanothérapie), l'auteur passe en revue très complètement les diverses variétés des fractures et de leurs suites, des entorses, des luxations, des ankyloses et raideurs articulaires, enfin des épanchements articulaires posttraumatiques.

S'inspirant de l'esprit du traité dont ce fascicule fait partie, M. Durey a visé surtout à ne donner que ce qui est indispensable à connaître pratiquement pour chaque cas particulier : quelques notions d'anatomie pathologique, avec clichés radiographiques à l'appui, discussion du traitement d'après les données les plus récentes, enfin technique de la kinésithérapie dans le cas donné.

S'inspirant des idées défendues depuis si longtemps par Lucas-Championnière et qui ont conquis une place de plus en plus grande dans la thérapeutique des traumatismes, M. Durey a su écrire un petit livre très clair, bref, qui rendra au praticien de grands services, s'il est soucieux d'obtenir un rétablissement rapide et aussi complet des fonctions dans les traumatismes des membres. M. LANCE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 10 AU 15 FÉVRIER 1913

THÈSES

Jeudi 13 février, à une heure. — M. MONPLAISIR. Des indications de l'hystérectomie vaginale dans les fibromes de l'utérus. (MM. Pozzi, président; Widal, Lejars et Richaud.) — M. WEILL. Azotémie au cours des néphrites chroniques. (MM. Widal, président; Pozzi, Lejars et Richaud.) — M. MIGINIAC. Étude sur les plaies de l'abdomen d'après 24 observations inédites. (MM. Lejars, président; Pozzi, Widal et Richaud.) — M. BÉNARD. Recherches sur la fonction énythiolytique. (MM. Gilbert, président; Desgrez, Carnot et Tiffeneau.) — M. BERNARD. Contribution à l'étude du dosage de l'acide urique et des corps puriques. (MM. Desgrez, président; Gilbert, Carnot et Tiffeneau.) — M. PELTIER. Contribution à l'étude du type Foville des paralysies alternes. (MM. Thoinot, président; Gilbert Ballet, Claude et Balthazard.) — M. TERRIEN. Les interprétations délirantes au cours de la démence précoce. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Claude et Balthazard.)

(1) In-octavo de VI-231 pages avec 32 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

EUPHORIE DÉLIRANTE DES TUBERCULEUX

CHEZ UN CARDIO-RÉNAL MORT DE PHTISIE GALOPANTE

Par MM. Paul CAMUS,
Médecin adjoint de la Salpêtrière,
et J. DUMONT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Un optimisme paradoxal et un illusionnisme aveugle sont, on le sait, des caractères classiques, assez particuliers et assez fréquents, de l'état mental des phtisiques.

On les observe soit au cours de la tuberculose aiguë ou subaiguë (pneumonie caséeuse ou phtisie galopante), soit à la phase terminale de la tuberculose chronique.

S'ils peuvent parfois constituer, au point de vue mental, les seuls éléments pathologiques, ils vont le plus souvent de pair avec de l'onirisme et avec des syndromes confusionnels ou délirants, auxquels ils donnent une teinte vraiment spéciale et intéressante.

Leur pathogénie paraît résider dans des altérations cellulaires du cortex, principalement des lobes frontaux, provoquées par des facteurs multiples et dont les principaux, en dehors des prédispositions mentales des sujets, sont les toxines bacillaires, l'insuffisance hépato-rénale et l'anoxhémie subaiguë [Dupré et P. Camus] (1).

La multiplicité de ces facteurs pathogènes, la nécessité, semble-t-il, de leur intervention combinée pour produire ces phénomènes n'empêchent pourtant pas de les étudier séparément et de voir quelle peut être sur le psychisme des malades l'action de chacun d'entre eux. La clinique réalise parfois, dans la succession des syndromes somato-psychiques, des dissociations instructives qui permettent d'y parvenir.

L'observation suivante nous paraît être, à cet égard, un exemple intéressant. On peut voir une corrélation assez nette entre, d'une part des troubles organiques, cardiaques, hépatiques, rénaux et pulmonaires, et de l'autre des syndromes mentaux faits d'activité onirique et d'euphorie délirante. Il s'agit d'un de ces malades, psychopathes d'hôpitaux, dont l'internement à l'asile ne serait point justifié et pour qui sont créés des services d'isolement annexés, tel celui de Tenon, aux services de médecine générale.

Observation. — E... quarante-neuf ans, charretier, entre à l'hôpital Tenon, dans le service de notre maître M. Carnot, le 1er septembre 1912, pour de la dyspnée avec point de côté hépatique, dont le début remonte à une quinzaine de jours.

Sur ses antécédents héréditaires peu de renseignements : on n'y trouve cependant ni tuberculose ni maladies mentales ancestrales.

Lui-même a toujours été d'une constitution robuste. A quinze ans, il a eu une scarlatine bénigne, à vingt-cinq ans une blennorragie sans complications. Il prétend n'avoir pas eu la syphilis. Il boit du vin et de l'absinthe ; il a des pituites matinales intermittentes. Depuis deux ans il est atteint d'une bronchite chronique, il tousse, crache et maigrit, mais n'a jamais eu d'hémoptysie.

A son entrée, on constate une dyspnée vive, exagérée par le moindre effort et qu'explique une importante lésion cardiaque. Le pouls est petit, à 100, et présente de temps à autre des faux pas. Le ventricule gauche est dilaté ; le cœur droit déborde le sternum d'un travers de doigt. A l'auscultation, on perçoit un double souffle aortique et un souffle distinct d'insuffisance mitrale. L'aorte est dilatée, mais sans poche anévrismale, ni battements apparents. Il n'y a pas d'œdème mais le diagnostic d'insuffisance cardiaque trouve sa confirmation dans l'examen de l'hypocondre droit, qui montre un foie gros, tendu, débordant de quatre travers de doigt le rebord costal et douloureux au palper. La rate paraît un peu augmentée de volume. Aux poumons, on note de la matité du sommet droit avec quelques craquements humides peu nombreux et au sommet gauche, en arrière, quelques craquements secs. Il y a une légère expectoration muco-purulente. Les urines ne sont pas albumineuses. Pas de stigmate apparent de syphilis ancienne pouvant expliquer l'aortite. La réaction de Wassermann est négative dans le sang. Pas de trouble psychique évident à cette époque. Le malade est purgé ; on lui donne de la théobromine ; il est mis au lait, puis au régime lacto-végétarien.

Jusqu'au 15 septembre l'état est à peu près stationnaire. A ce moment E... présente une petite hémoptysie, son expectoration augmente, il maigrit et se plaint d'une asthénie considérable. Le souffle mitral a disparu, mais la lésion aortique persiste très nette, le foie est encore gros et douloureux. De l'œdème malléolaire, puis de l'anasarque apparaissent, que ni le régime déchloruré, ni le traitement diurétique ne peuvent modifier. Les lésions pulmonaires paraissent progresser, mais leur interprétation est délicate, étant donnée la coexistence de râles de congestion passive et de bronchite.

Vers le milieu d'octobre l'état se modifie ; l'œdème devient plus considérable. Les lésions pulmonaires, nettement bilatérales, s'étendent et paraissent se ramollir vite. Les nuits sont calmes, mais le malade, asthénique, réclame impérieusement une nourriture abondante et une alimentation carnée. Son caractère change rapidement ; il devient grognon, irascible, se dispute pour des causes futiles avec les infirmiers, avec ses camarades ou ses voisins de lit.

Le 20 octobre, il est pris d'agitation monotone, surtout nocturne ; il présente des hallucinations visuelles ; il tente de se lever, de se sauver pour échapper à des assassins qui le poursuivent, ou bien il veut fuir, voyant un incendie dans le fond de la salle ; il prétend qu'on l'empêche de manger, alors qu'il a devant lui son assiette pleine d'aliments.

Le 23 octobre son agitation nocturne augmente beaucoup ; il est en proie à une activité onirique incessante et à caractères professionnels ; il appelle, conduit et fouette ses chevaux. Souvent il crie, il se protège contre des ennemis imaginaires, il se défend d'un crime qu'on lui impute à tort et qui doit le faire guillotiner. Le jour il est plus calme dans ses réactions, mais son délire onirique persiste aussi actif.

Le 26 octobre, à des périodes d'agitation succèdent des phases d'abattement et de somnolence.

Le malade a les membres et l'abdomen complètement infiltrés ; il est légèrement cyanosé. Il crache beaucoup et ses lésions pulmonaires progressent très rapidement, car on perçoit des signes cavitaires au sommet droit. Le cœur reste volumineux et le foie douloureux. On ne constate ni céphalée ni aucun signe d'irritation méningée. La température, à peine fébrile, ne dépasse pas 37°8.

Le malade est désorienté dans le milieu et le temps, mais il effectue parfaitement des additions ou des multiplications simples.

(1) Dupré et P. Camus. *L'Encéphale*, sept. 1906. — Dupré. *Congr. de Pau*, 1904.

L'état de l'humeur s'est maintenant considérablement modifié. D'aigri, d'irascible qu'il était depuis plusieurs semaines, il est devenu très doux, accommodant et satisfait. Il est dans un état d'euphorie et d'illusionnisme constants; non seulement il ne voit plus l'aggravation rapide de son état, non seulement il n'a plus conscience d'aucun trouble fonctionnel, mais encore il se sent beaucoup mieux portant, il est fort et vigoureux, il peut porter de lourds fardeaux; plein de santé, il fait des projets pour l'avenir, il ne comprend point qu'on ne le renvoie pas de l'hôpital, car maintenant il peut sortir, il mange à sa faim, sa guérison complète est prochaine, et bientôt il va reprendre son travail.

Cet état d'euphorie persiste et même se développe sans cesse durant quelques jours.

Le malade meurt d'adynamie le 1er novembre après deux mois d'alitement.

L'*autopsie* montre l'intégrité macroscopique des centres nerveux et de leurs méninges.

Le cœur est hypertrophié et dilaté, encombré de caillots. L'aorte insuffisante est considérablement dilatée, mais d'une façon régulière. Sa paroi interne, rugueuse, est parsemée de plaques calcaires; ses valvules non rétractées, mais très dures par places.

Le foie est un type de foie cardiaque, il a un aspect muscade caractéristique. La rate semble normale.

Sur les reins on note l'atrophie de la substance corticale et l'arrachement par la capsule de fragments du parenchyme.

Les deux poumons sont congestionnés et œdématiés à leur base. Au sommet droit existent des lésions ulcéreuses et caséeuses en fonte rapide, avec une caverne du volume d'une noix. A gauche les lésions paraissent un peu moins étendues, mais on y note également des tubercules ramollis et caséeux.

L'examen histologique ne révèle pas de lésion syphilitique nette de l'aorte.

Le foie offre une légère sclérose périportale et péri-sus-hépatique, accompagnée de toutes les autres lésions congestives de l'insuffisance cardiaque.

Pour les reins on note enfin une légère sclérose généralisée, atteignant surtout les glomérules dont les plus périphériques sont complètement transformés en boules fibreuses. Sous la capsule on observe par place des îlots d'infiltration lymphocytaire récente, bien limités, et d'origine vraisemblablement tuberculeuse.

On voit, en résumé, dans cette observation deux ordres de phénomènes, les uns somatiques, les autres psychiques.

Les manifestations somatiques peuvent être groupées en trois étapes.

Tout d'abord, celles qui motivent l'entrée du malade à l'hôpital, sont d'ordre circulatoire : ce sont des phénomènes d'asystolie. Ils se caractérisent par de la dyspnée au moindre effort, de la dilatation cardiaque avec double souffle aortique et souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle, de la cyanose, de la douleur et de l'augmentation de volume du foie.

Peu à peu les symptômes d'asystolie s'amendent et on assiste à une seconde phase : des œdèmes apparaissent, ils augmentent dans les semaines suivantes et, malgré toute thérapeutique, persisteront jusqu'à la fin. Le malade, en dépit de sa lésion aortique, se présente alors plutôt comme un rénal que comme un cardiaque.

La troisième et dernière étape est constituée par l'entrée en scène et la prépondérance des phénomènes pulmonaires. Ce ne sont pas ces symptômes, attendus en pareil cas, d'œdème, de congestion et d'hypostase, mais c'est une fonte tuberculeuse rapide des sommets, marquée à son début par une hémoptysie, puis traduite par une expectoration purulente, avec des râles humides à extension progressive, et à la fin par des signes cavitaires.

Au point de vue de la clinique courante il est déjà, sinon exceptionnel, du moins intéressant de souligner ici ce fait d'un aortique présentant à quarante-neuf ans une tuberculose pulmonaire tardive, à marche subaiguë et de voir un cardio-rénal avec anasarque finir ainsi par une phtisie galopante.

Au point de vue psychique, cette observation nous paraît plus intéressante encore. A la première phase d'asystolie le malade est seulement un peu abattu, il se plaint de grande fatigue et cette prostration s'explique assez par l'état physique et par les troubles si importants de la circulation.

Quand, à l'apparition des œdèmes, puis de l'anasarque, se constitue le syndrome cardio-rénal, l'état mental se modifie. Le malade s'excite, il se montre maussade, irritable et coléreux. Rapidement on observe le tableau du délire onirique le plus net : au milieu réel il incorpore sans cesse des éléments de rêve; il vit sa vie professionnelle et, à l'instar d'un alcoolique subaigu, il a des hallucinations visuelles pénibles, terrifiantes et de l'agitation pantophobique.

A la troisième phase enfin, quand les lésions tuberculeuses progressent, qu'elles s'étendent et se ramollissent si vite, cette activité délirante onirique continue, mais elle change complètement de teinte : de pénible et d'angoissante, elle devient riante et agréable. Euphorique et plein d'illusions sur sa santé, le malade voit l'avenir lui sourire, il ne sent plus ses malaises croissants, fait abstraction de sa dyspnée et de sa toux, il va de mieux en mieux, se sent fort, vigoureux, et au moment où il meurt d'adynamie, il édifie encore les projets les plus beaux.

Cette euphorie délirante semble donc ici liée étroitement, non seulement à l'insuffisance cardio-hépato-rénale et à l'anoxhémie, mais surtout à la tuberculose. Les lésions nécroptiques des différents viscères, dans leur répartition et leur degré d'évolution, confirment bien l'observation clinique. Les îlots limités d'infiltration lymphocytaire récente, trouvés dans les reins, ont l'aspect de nodules tuberculeux dont l'âge semble concorder entièrement avec le moment de la fonte des lésions pulmonaires, de l'essaimage bacillaire et de l'imprégnation toxinique de la corticalité cérébrale.

Il nous paraît utile d'insister ici sur la concordance frappante entre ces deux ordres de phénomènes viscéraux et psychiques.

Le parallélisme syndromique et évolutif très net, que présente cette observation, permet de souligner une fois de plus l'importance si grande du *psycho-diagnostic*, étroitement associé au diagnostic somatique, dans des affections aussi banales que les insuffisances cardio-rénales ou que la tuberculose pulmonaire. Il montre la nécessité de posséder quelques notions psychiatriques, au moins les plus générales, pour le médecin qui désire et qui doit, non

seulement étudier des symptômes, mais essayer de connaître le malade de clinique courante, dans tous les ordres de manifestations de son activité morbide.

LA THÉORIE DES CEPTEURS

Par M. J. LAUMONIER.

Tout le monde connaît aujourd'hui la théorie qui a été proposée pour expliquer les propriétés bactériolytiques ou cytolytiques d'un sérum immunisé. On suppose que, entre l'antigène lytique et la cytase lysante, existe un intermédiaire spécifique, un ambocepteur, comme dit Ehrlich, grâce auquel la cytase (alexine ou complément) se fixe sur l'antigène et le détruit. Mais tandis que la cytase est banale et invariable ou presque pour un organisme donné, l'ambocepteur, qui doit s'articuler d'une part avec cette cytase, d'autre part avec un antigène particulier, se présente comme un corps formé de deux morceaux, l'un toujours le même, l'autre changeant avec l'antigène qu'il est appelé à fixer. A cause de cela, on dit que l'ambocepteur (sensibilisatrice ou fixateur) est rigoureusement spécifique, ne peut, en d'autres termes, agir que sur le microbe, la substance ou la cellule étrangère dont la présence dans l'organisme a précisément causé son apparition.

Cette théorie, malgré qu'elle ne réponde probablement pas à la réalité, a eu une grande vogue, et Ehrlich, qui en est l'auteur, l'a immédiatement généralisée, si bien que la « théorie des cepteurs » est actuellement à la base de toutes les interprétations chimiques du métabolisme cellulaire. Je me propose de l'exposer sommairement en indiquant quelques-unes des applications intéressantes auxquelles elle a donné lieu.

Le phénomène fondamental de la vie est l'assimilation fonctionnelle ; elle résulte de la propriété que, seule, possède la matière vivante d'*augmenter de masse en manifestant ses propriétés*. La propriété de la levure de bière est de dédoubler le sucre du moût en alcool, acide carbonique, etc. ; mais en même temps qu'elle manifeste cette propriété, elle assimile, se multiplie, augmente de masse vivante. Par quel mécanisme se fait cette assimilation ? Ehrlich admet que la matière vivante, la molécule protoplasmique si l'on veut, se compose d'un noyau central dont nous ignorons du reste la stéréostructure et la composition exacte, et de nombreuses chaînes latérales dont certaines au moins ont une affinité spéciale et ne retiennent que les molécules à constitution correspondante du milieu ambiant. Rappelons en outre que la matière vivante est un colloïde qui ne fixe que des colloïdes, et que, dans toutes les solutions, colloïdales ou autres, il y a des actions ioniques et électrolytiques que la conception précédente omet ou néglige, faute sans doute de renseignements suffisamment précis.

Les chaînes latérales constituent les *cepteurs*. Ils ne sont point tous attachés à demeure à la molécule protoplasmique ; quelques-uns peuvent s'en détacher, et alors, quand ils se combinent ou se fixent à d'autres substances du milieu n'appartenant pas aux molécules protoplasmiques dont ils sont eux-mêmes issus, ils changent la nature chimique de ces substances et, en somme, les détruisent. Quant aux cepteurs qui restent adhérents à la molécule protoplasmique, les substances étrangères qu'ils fixent ainsi font désormais partie intégrante de la molécule, mais peuvent jouer trois rôles différents suivant qu'elles augmentent la masse de la molécule vivante sans changer ses propriétés, ce sont les *aliments* ; qu'elles modifient ces propriétés sans tuer la molécule, ce sont les *médicaments* ; ou enfin qu'elles suppriment ces propriétés et tuent la molécule, ce sont les *poisons*.

Il y a donc en somme plusieurs catégories de cepteurs. Parmi les cepteurs mobiles, détachables de la molécule protoplasmique, les plus simples sont les antitoxines composées d'un seul chaînon *haptophore* qui, en s'unissant à une toxine, probablement par adsorption, en change la nature et la rend inoffensive ; les agglutinines et les précipitines, d'après Gengou, agissent aussi par adsorption, par formation d'un complexe incapable de demeurer en suspension colloïdale ; viennent ensuite les diastases libérées par le fait même du fonctionnement (sécrétion) et qui se composent de deux chaînons, le groupe *haptophore* et le groupe *zymophore* ; c'est ce dernier, spécifique, qui se fixe sur la substance fermentescible et la disloque. Nous avons enfin, en dernier lieu, les *anticorps* (fixateurs et compléments) composés aussi de deux groupes, la *cytase* ou alexine, non spécifique, et l'*ambocepteur* ou sensibilisatrice, spécifique, qui se fixe sur l'antigène et le détruit, ou tout au moins lui enlève ses propriétés nocives. Il est à remarquer que ces derniers cepteurs sont hétérogènes, car leurs deux groupes perdent leurs propriétés à des températures différentes, la cytase étant thermolabile, l'ambocepteur, thermostabile, de telle sorte qu'en élevant la température un peu au-dessus de + 55°C, on disloque le cepteur et on isole la sensibilisatrice qui est encore capable d'adhérer à l'antigène, mais, faute de la présence d'une cytase active, ne peut plus le détruire. Ces faits sont à la base de l'hémo-diagnostic de Widal et L. Le Sourd et de la séro-réaction de Wassermann.

Les cepteurs non mobiles de la molécule protoplasmique constituent, nous l'avons vu, les *nutricepteurs* qui fixent les substances alimentaires, et les *chimiocepteurs* qui fixent les médicaments et les poisons. Nous ne sommes pour le moment nullement renseignés sur la constitution, même théorique, de ces cepteurs. Au plus, est-il permis de supposer que les nutricepteurs comportent eux aussi deux groupes, l'un banal, l'autre spécifique et variant avec la nature particulière de la substance alimentaire. Quant aux chimiocepteurs, ils sont peut-être plus simples, quoique différents suivant les cellules, car, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, c'est le médicament ou le poison qui paraît être ici le porteur de la chaîne latérale fixatrice.

Mais avant d'aller plus loin nous devons faire une remarque importante. Les cepteurs mobiles représentent les procédés défensifs de la matière vivante ; les cepteurs non mobiles, ses procédés nutritifs ; ce

sont là les deux modalités de la fonction assimilatrice à laquelle se ramènent tous les actes vitaux. Quand une substance étrangère pénètre dans le milieu colloïdal de la matière vivante, le premier effet du désaccord plus ou moins profond de leurs rythmes vibratoires est de détacher les cepteurs mobiles protoplasmiques. Ces cepteurs mobiles se fixent ou non sur la substance étrangère mais s'ils s'y fixent ils détruisent, c'est-à-dire transforment son édifice moléculaire de manière que son rythme soit désormais en accord avec celui du protoplasma; les diastases et les anticorps réalisent cette opération qui est à proprement parler une digestion et par conséquent une « imitation » préparatoire à l'assimilation. Ce n'est qu'ensuite que les fragments de la substance disloquée et transformée peuvent être fixés par les nutricepteurs immobiles et entrer dans le complexus vivant. Si, au contraire, les cepteurs mobiles n'ont pas de prise sur la substance étrangère, cette dernière peut imposer son rythme à la matière protoplasmique et, en se fixant sur elle, la transforme, soit incomplètement et momentanément, si c'est un médicament, soit complètement et définitivement si c'est un poison. On voit qu'en définitive tout se réduit à une lutte pour le maintien d'un certain équilibre colloïdal, et dès lors il est peut-être permis de regarder la prétendue spécificité des cepteurs à l'égard des antigènes notamment, comme la simple expression des résonances diverses dont un même édifice moléculaire est capable.

Arrivons-en maintenant aux applications de la théorie des cepteurs. Deux seulement seront examinées ici sur lesquelles nous possédons aujourd'hui des renseignements intéressants.

Nous avons vu que les diastases sont des cepteurs mobiles qui se détachent de la molécule protoplasma à une certaine période de son fonctionnement. Ces cepteurs mobiles se composent de deux groupes : haptophore et zymophore. Des travaux récents de G. Bertrand, Trillat, Delézenne, Spitzer, Harden et Young, etc., il résulte que certains éléments minéraux, fer, manganèse, phosphates acides et acide phosphorique, chlorure de calcium, etc., sont les supports apparents de la force catalytique et représentent le groupe zymophore. Les recherches de Bredig, de A. Robin et Bardet, de Trillat, sur les métaux colloïdaux, confirment cette hypothèse. Mais le groupe zymophore est lié étroitement au groupe haptophore, de nature organique, et c'est grâce à cette liaison qu'il revêt l'état colloïdal nécesaire, semble-t-il, à la manifestation de l'action catalytique. Bardet pense que cette dernière provient de la charge électrique que portent ces colloïdes sous l'influence des frottements dus aux mouvements browniens; d'autres auteurs l'attribuent à l'ionisation colloïdale. Mais ces opinions sont encore trop incertaines pour que je puisse utilement les discuter. Quant à l'autre groupe ou groupe haptophore, il paraît être la raison de la spécificité des actions diastasiques. De ses recherches sur la fermentation des sucres, E. Fischer a conclu que la diastase doit avoir la même stéréostructure que le sucre qu'elle est capable de dédoubler, et G. Bertrand a montré de son côté que la laccase n'a d'action oxydante que sur des corps aromatiques contenant au moins deux HO ou deux NH^2 dans leurs noyaux en position ortho ou para. Enfin, Phocas rappelle (1) que, quand une diastase agit sur différents corps, son influence est limitée aux groupements chimiques que ces corps ont en commun.

Nous pouvons, par suite, admettre que les diastases n'exercent leur pouvoir catalytique que sur les substances avec lesquelles elles peuvent se combiner, s'adapter, en vertu d'une certaine stéréostructure réciproque, « comme la clef s'adapte à une serrure ». Et comme les cepteurs du protoplasma sont nombreux et répondent à sa constitution, donc à ses besoins propres, nous nous expliquons pourquoi telle diastase issue de telle cellule agit sur un alcool ou un sucre, telle autre sur une albumine, une peptone, un amidon ou une graisse donnés, etc.

En ce qui concerne la constitution chimique des cepteurs, l'iatrochimie nouvelle apporte des renseignements plus précis encore que la zymologie, mais ici il s'agit, non des cepteurs cellulaires, mais des fixateurs qui permettent aux corps étrangers d'adhérer au protoplasma. C'est donc, pour ainsi dire, une autre face de la question.

Keane (2) définit l'iatrochimie moderne : l'association de la chimie et de la médecine qui se propose de créer des médicaments doués de propriétés pharmacodynamiques *voulues*. Mais avant cet auteur, avant Ehrlich, J. Lœb, Meyer et Overton, etc., Dujardin-Beaumetz et G. Bardet, dans une communication faite en 1889 à l'Académie des sciences, avaient avancé que : 1° les propriétés *antiseptiques* sont liées à la présence de dérivés hydroxylés (phénols, naphtols) ; 2° les propriétés *antithermiques* à celle des dérivés azotés ou aminogénés (kairine, acétanilide); 3° les propriétés *analgésiques* à celle de corps aminogénés dans lesquels on substitue un ou deux atomes d'hydrogène par un ou deux radicaux de la série grasse, tels que le méthyle et ses homologues (antipyrine, exalgine). Les travaux récents ont confirmé ces données générales tout en les précisant et aboutissent à cette conclusion que les médicaments doivent, pour agir sur la cellule, posséder des *fixateurs*, c'est-à-dire des chaînes latérales aptes à se lier aux cepteurs protoplasmiques, fixateurs auxquels est ainsi dévolu le rôle que jouent les auxochromes en chimie tinctoriale.

On connaît depuis longtemps l'électivité des colorants histochimiques pour les différentes espèces de cellules et pour les différents organites de chaque cellule. Ehrlich a supposé que la même électivité devait se rencontrer chez des substances non colorantes, et en particulier des médicaments, et c'est sur ce point de départ qu'il a commencé les longues recherches dont l'aboutissant a été la découverte du salvarsan ou 606, du néosalvarsan ou 914 et de l'arsenophénylglycine ; ces divers corps représenteraient des *parasitotropes*, c'est-à-dire des substances

(1) Constitution chimique des diastases, *Revue scient.*, 9 nov. 1912.

(2) KEANE. *Journ. of the Soc. of chem. ind.*, 15 avril 1910.

à électivité parasitaire, par opposition aux *organotropes* qui adhèrent au contraire aux tissus de l'hôte. Théoriquement donc, le parasitotrope idéal serait le médicament qui se fixerait exclusivement sur le parasite à détruire, sans toucher à aucun des éléments anatomiques humains. Il est à peine besoin de dire que nous ne connaissons pas encore un tel alexipharmaque, et que le 914 comme le 606 mais à un degré moindre demeure un organotrope et spécialement un neurotrope assez énergique pour déterminer des accidents d'intoxication (1).

Mais comment se fait la fixation du médicament sur la cellule? C'est ici qu'intervient de nouveau la théorie des cepteurs. Nous savons que l'on admet l'existence de chimiocepteurs protoplasmiques dont les affinités varient probablement, en raison même d'une stéréostructure différente avec la nature de la cellule. De ces chimiocepteurs, la constitution chimique nous demeure inconnue, mais nous sommes arrivés par la voie expérimentale à découvrir celle des chaînes latérales ou fixateurs de certains médicaments doués de propriétés pharmacodynamiques données. C'est ainsi que l'action anesthésiophore semble appartenir à l'ion de l'éther benzoïlméthylique quand il est fixé sur le chimiocepteur d'une cellule par un fixateur formé du groupe aminogène. La novocaïne est un anesthésique plus énergique que la cocaïne et même que l'anesthésine, parce qu'elle renferme un plus grand nombre, d'une part de groupements alkylés (série des méthyles et homologues) qui renforcent l'action anesthésiante, et d'autre part de groupements aminogénés qui représentent autant de fixateurs (2). Le résultat est la rétraction du chevelu des neurones qui empêche le passage de l'influx aux centres et par suite la sensation douloureuse.

Nous retrouvons cette action fixatrice du radical aminé sur les chimiocepteurs protoplasmiques dans les hypnotiques les plus parfaits, comme le véronal. Ce produit possède en effet un poids moléculaire très élevé et présente dans sa stéréostructure plusieurs NH^2 dont les H ont été remplacés par des radicaux méthylés ou éthylés hypnophores. La théorie précédente cadre d'ailleurs très bien, il ne faut pas l'oublier, avec l'hypothèse de Meyer et d'Overton en vertu de laquelle un médicament, pour être anesthésique, doit pouvoir se combiner avec les lipoïdes du tissu nerveux; il suffit de supposer que le chimiocepteur est de nature lipoïdique. C'est peut-être le cas pour les anesthésiques généraux, comme le chloroforme et l'éther, et pour les hypnotiques non azotés, comme les chlorals. Mais alors l'action pharmacodynamique est beaucoup plus diffuse, intéresse tous les centres, tandis que les corps plus complexes à fixateurs aminés semblent se localiser sur certains neurones seulement, comme si la constitution de leurs chaînes latérales ne pouvait « s'accorder » qu'avec des chimiocepteurs définis.

(1) MOUNEYRAT. *C. r. de l'Acad. des sciences*, 29 janv. 1912.
(2) BARDET. Iatrochimie et cytotropisme, *Bull. de thérap.*, 30 juillet 1912.

Avec les analgésiques, on peut constater encore les mêmes phénomènes. Si le pyramidon est un analgésique beaucoup plus puissant, plus durable et plus spécifique que l'antipyrine, c'est qu'il renferme des groupes aminogénés substitués dont l'antipyrine (quoique azotée) est dépourvue. Cette spécificité peut du reste être poussée beaucoup plus loin. G. Bardet, dans le travail déjà cité, en apporte un exemple frappant. Quand on combine le butylchloral, hypnotique brutal et toxique, qui se fixe sur les chimiocepteurs lipoïdiques des centres nerveux, au pyramidon, on obtient un corps doué de propriétés nouvelles. Le butylchloral, probablement accroché en chaîne latérale par un NH^2 du pyramidon, est entraîné par ce dernier; il cesse donc en partie d'avoir une action hypnotique mais vient renforcer l'action analgésique de son associé. La spécificité qui en résulte est si étroite que le médicament semble se fixer de préférence sur les chimiocepteurs des neurones du nerf trijumeau, d'où le nom de trigémine sous lequel il est connu dans le commerce.

Les quelques indications qui précèdent montrent comment la théorie des cepteurs éclaire l'interprétation de certains phénomènes physiologiques et peut aider grandement aux progrès de la pharmacodynamie et de la thérapeutique. Sans doute, ces progrès ne seront marqués et rapides que lorsque, connaissant la stéréostructure de la matière vivante, nous pourrons déterminer la nature de ses divers cepteurs et les affinités dont ils sont capables. Nous n'en sommes pas encore là, malheureusement, mais on ne saurait nier pourtant que la solution de ces problèmes ne paraisse chaque jour plus accessible et plus proche.

ACTUALITÉS

LES INHALATIONS D'AIR CHAUD DANS LE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE

Il y a un an, M. Robert Rendu, interne des hôpitaux de Lyon, avait déjà montré à la Société médicale des hôpitaux de Lyon (16 janv. 1912) les avantages du traitement par la chaleur dans la diphtérie. Il ne s'agissait alors que d'une note préliminaire qu'il vient de compléter aujourd'hui en exposant les résultats cliniques de ses essais thérapeutiques (1).

Dans le cours de l'exposé de cette méthode, M. R. Rendu déclare très nettement qu'il n'a jamais eu la pensée de la substituer à la sérothérapie, mais seulement de l'y associer.

Si dans le cours de ses essais il l'a employée isolément, comme nous le verrons plus loin, ce n'a été que pour prouver d'une façon plus palpable son efficacité.

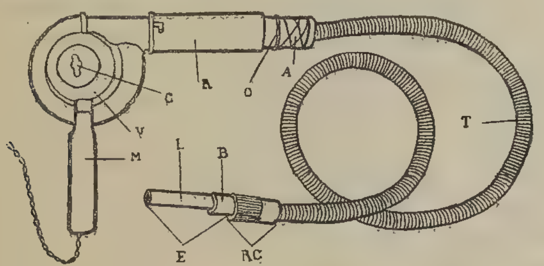
L'*instrumentation* de M. Rendu est particulièrement simple, il utilise un de ces séchoirs électriques portatifs comme on en voit un peu partout chez les coiffeurs.

Ce n'est autre chose qu' « un ventilateur actionné par le courant qui projette de l'air sur un fil métallique enroulé autour d'une bobine de porcelaine et porté au rouge. En tournant un commutateur on peut supprimer ou rétablir la résistance et obtenir à volonté un jet d'air froid ou d'air chaud. Un long fil muni d'un raccord permet de brancher l'instrument sur n'importe quelle prise de courant. Ces appa-

(1) *Lyon méd.*, 12 janv. 1913, n° 2.

reils sont légers (950 grammes) et peu encombrants; il s'en fait pour courant alternatif et pour courant continu; leur prix de revient est peu élevé; on en trouve dans presque toutes les maisons de fournitures électriques ou d'instruments médico-chirurgicaux. Dans certaines villes même, on commence à en faire la location. »

Au début, M. R. Rendu projetait l'air chaud à distance, dans la suite il a perfectionné son appareil en lui ajoutant, ainsi qu'on peut le voir sur la figure que nous reproduisons d'après le *Lyon médical*, un tube métallique flexible auquel s'adapte un embout de diamètre variable qui permet d'amener l'air chaud jusque dans la bouche du patient presque au contact de la fausse membrane.



(D'après le *Lyon médical*.)

Appareil à inhalations d'air chaud. — A, raccord d'amiante; B, bouchon percé; C, commutateur; E, embout; L, manchon de liège isolant, destiné à protéger les lèvres bien plus sensibles à la chaleur que la muqueuse bucco-pharyngée; M, manche; O, orifice de sortie de l'air; R, partie de l'appareil contenant la résistance chauffante; RC, raccord de caoutchouc à bague de métal; T, tube métallique flexible; V, partie de l'appareil contenant le ventilateur.

La *technique* de M. R. Rendu est la suivante :

« L'embout est, dit-il, introduit dans la bouche de l'enfant sur une longueur de 3 à 5 centimètres, suffisamment pour déprimer la langue, sans cependant provoquer de réflexe nauséeux. On tourne alors le commutateur et on se laisse guider par la sensibilité du malade. Dès qu'un signe ou une légère grimace annoncent que la température limite a été atteinte, on tourne le commutateur et on envoie de l'air froid; au bout de quelques instants on recommence à faire passer de l'air chaud, et ainsi de suite (*méthode des inhalations à température oscillante*). La limite de tolérance varie naturellement beaucoup avec l'âge des malades, leur pusillanimité et surtout leur accoutumance. Nous avons employé plus fréquemment un autre procédé : celui des *inhalations discontinues à température croissante*. Dès que la température limite est atteinte, on retire l'embout de la bouche : au bout d'une demi-minute, on le réintroduit pour l'y laisser tant que le malade peut le supporter, et ainsi de suite quatre ou cinq fois. La température augmentant progressivement, la durée de chacune de ces applications successives diminue parallèlement.

Plusieurs chronométrages nous ont montré que des enfants de quatre à huit ans respiraient, au cours d'une séance de cinq minutes :

De l'air à	20-60	degrés pendant	2	minutes.
—	70	—	20	secondes.
—	90	—	15	—
—	100	—	10	—
—	110	—	5	—

Les séances sont naturellement supportées d'autant plus longtemps que les enfants sont plus âgés.

Chez l'adolescent et l'adulte, il est aussi possible, grâce à l'usage de l'abaisse-langue, de faire des *irrigations pharyngées d'air chaud*, c'est-à-dire de diriger successivement le jet sur les différents points de la gorge recouverts de fausses membranes.

Les séances d'air chaud ainsi pratiquées ne sont pas douloureuses, aussi sont-elles bien supportées, même par les enfants, à condition de ne pas les brusquer et d'user envers eux de douceur et de patience, surtout pour les premières séances. Deux ou trois fois nous avons vu les inhalations provoquer passagèrement un peu de toux. Jamais nous n'avons observé ni brûlure, ni complication pulmonaire. »

La question de la tolérance des muqueuses respiratoires à la chaleur est généralement peu connue. Ainsi que le fait remarquer M. Rendu, il faut avoir essayé sur soi-même pour se rendre compte de l'extrême tolérance de ces muqueuses.

Dans sa première communication M. Rendu parlait des températures maxima supportées dans les étuves sèches (100, 120 et même 130 degrés centigrades).

« Tout le monde sait que les chaufferies de certains bateaux atteignent 65 à 75 degrés. Par contre peu de fumeurs se doutent qu'ils passent une partie de la journée à respirer de l'air dont la température oscille entre 50 et 100 degrés suivant qu'ils usent du cigare, de la pipe de bois ou de la pipe de terre, et suivant la rapidité avec laquelle ils fument. L'anneau de combustion du cigare étant à 300 degrés environ, il n'y a rien d'étonnant à ce que la fumée atteigne, au moment où elle entre dans la bouche, les températures susdites. Chacun peut d'ailleurs facilement s'en rendre compte en se servant, comme porte-cigare, d'un tube de verre à l'intérieur duquel on a placé un thermomètre. »

Quel est le *mode d'action* de l'air chaud ? Il semble qu'il ait d'abord une *action analgésiante* très nette. Peut-être agit-il aussi par l'*hyperémie locale* qu'il provoque. M. Rendu admet en outre que l'*augmentation de la sécrétion* glandulaire qui se produit au niveau de la muqueuse pharyngo-laryngée contribue mécaniquement à la chute des fausses membranes, mais il pense que l'efficacité de l'air chaud est due surtout à son action *bactéricide* et que cette action est peut-être complétée par une neutralisation ou, tout au moins, une atténuation *in situ* de la toxine élaborée au niveau de la fausse membrane.

Les *résultats cliniques* observés par M. Rendu sont des plus intéressants :

Au cours de la même épidémie il a soigné, à l'hôpital de la Charité, 66 cas de diphtérie : la moitié au sérum antidiphtérique, l'autre moitié aux inhalations d'air chaud. En éliminant de cette statistique les décès non imputables à sa méthode (en particulier ceux dus aux rougeoles contractées dans le service par suite d'absence d'isolement individuel), on voit que la mortalité n'a été que de 15 p. 100, aussi bien dans la série air chaud que dans la série témoin (sérum).

Quant à la fréquence des paralysies elle a été la même dans les deux séries (9 p. 100). Aucun accident cardiaque tardif n'a été observé. La température est descendue et les fausses membranes ont disparu aussi rapidement dans un cas que dans l'autre. Bref, les résultats ont été sensiblement les mêmes. Dans ces conditions, il paraît logique, si l'on admet l'efficacité du sérum, d'admettre aussi celle de l'air chaud, d'autant plus que ce dernier traitement n'a pas pu, dans un certain nombre de cas, être appliqué d'une façon aussi précoce et aussi complète que le traitement par le sérum.

Il y a donc lieu dorénavant, conclut M. Rendu, pour avoir le maximum d'effet, d'associer les deux méthodes, puisqu'elles ne se contrarient pas l'une l'autre, mais se complètent au contraire le sérum étant surtout antitoxique, l'air chaud surtout bactéricide. Ce dernier pourra être employé isolément, soit chez les tuberculeux, que la sérothérapie aggrave, soit surtout chez les malades injectés antérieurement au sérum de cheval et susceptibles de présenter des accidents anaphylactiques.

Notons que les inhalations d'air chaud ayant été bien supportées par les malades et n'ayant jamais provoqué entre les mains de M. Rendu d'accidents précoces ou tardifs d'aucune sorte, la méthode peut être considérée comme n'ayant pas de contre-indications.

Les appareils à thermothérapie, même non électriques, sont devenus aujourd'hui assez pratiques pour que l'on puisse prévoir une grande extension de ce nouveau traitement.

L. GAYARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1913)

Coefficient azoturique du sérum sanguin. — A propos des deux communications faites dans la dernière séance par MM. Albert Morel et Georges Mouriquand d'une part, MM. Jules Courmont, Boulud, Savy et Blanc-Perducet d'autre part, sur le coefficient azoturique du sérum sanguin chez les hépatiques, M. CHAUFFARD rappelle que sur son conseil, son interne M. Brodin a fait au laboratoire et dans les salles de la clinique de Saint-Antoine, une série de recherches du même ordre.

Comme les auteurs lyonnais, M. Brodin a observé un abaissement fréquent du coefficient azoturique du sérum sanguin au cours de l'insuffisance hépatique ; mais il a en outre constaté que cet abaissement est un signe peu précis et infidèle.

Peu précis, car chez les sujets normaux, le coefficient varie avec l'alimentation, ce qui explique les divergences existant entre les auteurs pour la détermination exacte du coefficient azoturique du sérum.

Infidèle, car dans les cas, très fréquents, où il y a coexistence d'une lésion rénale et d'une lésion hépatique, la lésion rénale masque la lésion hépatique, ces deux lésions agissant en sens inverse, la première élevant le coefficient, la seconde l'abaissant.

M. Brodin a été ainsi conduit à étudier non plus les modifications du coefficient azoturique du sérum, mais les variations de l'azote résiduel.

L'azote résiduel, en effet, n'est que très faiblement influencé, tant par l'alimentation que par le degré de perméabilité rénale et ne dépasse pas, lorsque le foie est intact, dix centigrammes par litre de sérum. Il augmente, au contraire, dès qu'il se produit une insuffisance hépatique et son élévation semble proportionnelle au degré de l'altération hépatique.

Gangrènes sériques. — A propos des gangrènes sériques signalées à la dernière séance par MM. Aviragnet et Hallé, M. André JOUSSET se refuse à admettre le mécanisme pathogénique invoqué par les auteurs et critique l'appellation de « phénomène d'Arthus » donné à ces accidents. D'après lui, le phénomène en question survient dans des conditions tout à fait différentes : c'est un fait de laboratoire exigeant pour sa production des injections préparantes multiples et aboutissant à des nécroses ou suppurations aseptiques.

C'est un réel abus de langage, que de classer dans l'anaphylaxie non seulement le phénomène d'Arthus lui-même qui ne présente avec la sensibilisation générale et le choc anaphylactique, aucun rapport fixe, mais surtout de considérer comme anaphylactique tout accident d'une sévérité déconcertante. Or, cette tendance existe surtout pour les accidents de la sérothérapie. En ce qui concerne les faits de MM. Aviragnet et Hallé, M. André Jousset trouve plus simple de les rattacher à une métastase infectieuse banale. Des faits de suppuration analogue, où l'auteur trouva le bacille tuberculeux dans un abcès consécutif à une seule injection de sérum, démontrent que la sensibilisation invoquée n'est pas indispensable et que le nom d'abcès ou de nécrose de fixation sérique serait tout aussi justifié.

Deux cas d'aortite chronique abdominale avec crises gastriques symptomatiques. — MM. BARIÉ et COLOMBE rapportent les observations de deux malades qui ont présenté au cours d'une insuffisance aortique d'origine artérielle des crises gastriques symptomatiques d'une aortite abdominale. Ces crises ne sont apparues qu'à une période avancée de la maladie, elles ont consisté en violentes douleurs épigastriques, accompagnées le plus souvent de vomissements, soulagés quelquefois par la flexion du tronc en avant. Dans un cas, ces accès qui alternent ou coïncident avec des crises d'aortite thoracique, n'ont avec les repas que des relations éloignées; dans l'autre, ils surviennent nettement de préférence après les repas. L'hypertension de la pédieuse a été notée chez la seconde malade ainsi que le fait a été noté dans quelques autres cas d'aortite abdominale.

L'autopsie a permis de constater, dans ces deux faits, une oblitération incomplète de l'origine du tronc cœliaque par une plaque athéromateuse, cette artère chez le premier malade en particulier était à peine perméable à sa naissance, tandis que dans le reste de son trajet le calibre normal était conservé.

La localisation des plaques d'athérome explique donc les modalités cliniques de l'aortite et confirme le rôle de l'ischémie temporaire dans la production de ces crises d'angor abdominale absolument comparables à la claudication intermittente.

Ces deux faits anatomo-cliniques constituent un nouvel exemple d'aortite abdominale chronique, dont les manifestations viscérales semblent plus rares que celles de l'aortite subaiguë et apportent une contribution à l'étude anatomo-pathologique de cette affection.

M. Claisse vient d'observer un cas analogue. Il insiste sur l'intérêt que présente l'emploi du nitrite d'amyle, aussi bien au point de vue thérapeutique (le soulagement s'étant montré instantané) qu'au point de vue diagnostic.

La crise s'atténua dès les premières inhalations et cela permit de poser un diagnostic plus certain. La mort survint dans une crise plus violente et l'examen de l'aorte révéla l'existence de vastes lésions athéromateuses de l'aorte abdominale. La pièce sera présentée ultérieurement.

Hypertension de la pédieuse. — M. RIBIERRE, à propos de la valeur diagnostique de l'hypertension de la pédieuse, a eu l'occasion de rechercher la différence entre la tension de la radiale et celle de la pédieuse. En cas d'aortite la tension artérielle est plus grande dans la pédieuse par rapport à la radiale (Pachon), mais dans un grand nombre de cas chez des sujets même normaux il a constaté le même phénomène avec le Pachon.

Un cas de pancréatite nécrosante. — MM. GALLIARD et CHIFOLIAU. Une femme, âgée de vingt-trois ans, obèse pesant environ cent kilos, a eu deux accouchements suivis de colique hépatique et d'ictère. A la suite du troisième accouchement, survenu en août 1912, sans incident obstétrical, elle a souffert à peu près de la même manière, mais l'ictère a fait défaut et les douleurs se sont localisées plutôt à l'épigastre, à l'hypocondre gauche et à la base du thorax.

La malade est admise à Lariboisière, avec son nourrisson de deux mois, le 19 octobre 1912. Fièvre, 39 degrés; pouls, 120. Langue saburrale, polydipsie, vomissements aqueux ou bilieux, constipation opiniâtre. Les lavements quotidiens amènent une quantité énorme de matières dures. Nous obtenons enfin, le 25 octobre, avec un peu d'huile de ricin, des évacuations liquides; et alors il est possible d'examiner l'abdomen; au niveau de l'angle colique gauche existe une masse résistante qui se prolonge dans le flanc et jusque dans la fosse iliaque gauche.

MM. Galliard et Chifoliau pensent à une suppuration d'origine pancréatique.

Opération le 26 octobre. Incision de 20 centimètres commençant au-dessus du tiers moyen de l'arcade crurale gauche et gagnant la région lombaire. On ouvre une grande collection purulente, huileuse, non fétide, avec des fragments de tissus nécrosés.

Le 29 octobre, envahissement par le bacille pyocyanique. Malgré le traitement antiseptique, la température s'élève à 40 degrés et au delà. Diarrhée, délire. Le 5 novembre, apparition du sucre dans l'urine. Mort le 8 novembre.

La famille ayant mis opposition à l'autopsie, il faut se contenter de la brèche opératoire. On réussit à extraire le rein gauche et la rate qui n'offrent aucune lésion et à vérifier l'intégrité de l'intestin. On retire, par fragments, tout ce que contient la loge pancréatique. Ce sont des débris dans lesquels ne persiste aucun vestige du pancréas nécrosé. Parmi eux quelques masses assez volumineuses, constituées par de l'épiploon enflammé et épaissi, présentent à la coupe des taches blanchâtres, visibles à l'œil nu, de stéato-nécrose. On trouve dans ces taches, au microscope, les cristaux d'acides gras et les éléments caractéristiques.

Un nouveau cas de septicémie à pneumobacilles de Friedländer. — MM. Valette et Louis Ramond rapportent l'observation d'un homme de soixante-neuf ans, cliniquement atteint de septicémie sans localisations viscérales, et dans le sang duquel l'hémoculture leur a permis pendant la vie de déceler la présence du pneumobacille. La durée de la maladie fut relativement longue, dix-neuf jours. L'état général resta satisfaisant jusqu'au dernier jour, la mort survint cependant de façon imprévue après quelques heures de collapsus. Cette allure traînante et cette évolution traîtresse est spéciale à certaines formes d'infection pneumobacillaire; elle mérite d'être soulignée, car elle peut être l'occasion d'erreurs de pronostic. Pour identifier le pneumobacille les auteurs ont eu recours à sa coloration par le procédé de l'encre de Chine de MM. Widal et Hardouin qui met en évidence la présence des capsules même dans les cultures sur milieux artificiels. Cette méthode leur a permis un diagnostic précoce, confirmé plus tard par les cultures secondes et les inoculations. Les injections d'électrargol ont été impuissantes à enrayer l'évolution de cette septicémie; elles ont réussi dans d'autres cas et constituent pour le moment la thérapeutique de choix des infections générales à pneumobacilles.

ANALYSES

MÉDECINE

Cirrhose hépatique expérimentale consécutive à l'intoxication chronique par l'alcool. (Max Lissauer. *Deut. med. Woch.*, 2 janv. 1913, nº 1, p. 18.) — Von Baumgarten, à la suite de recherches expérimentales, a proclamé il y a quelques années que l'alcool est dépourvu de nocivité pour les tissus et notamment pour le foie. Klopstock et Poggenpohl, plus récemment, ont opiné dans le même sens.

Reprenant de nouvelles recherches sur ce sujet, Lissauer injecta dans la veine de l'oreille de trois lapins de l'alcool éthylique à 5 p. 100 et à trois autres lapins de l'eau-de-vie ordinaire.

Il commença par des doses de un demi-centimètre cube injectées tous les quatre jours. Les doses furent élevées progressivement jusqu'à 5 centimètres cubes. Au moment où elles atteignirent 2 centimètres cubes, les injections ne furent plus faites que tous les huit jours.

Dès que les doses furent un peu élevées, les animaux montrèrent après les injections des signes évidents d'ivresse (décubitus latéral, perte de connaissance, accélération du pouls et de la respiration), qui se dissipaient au bout de dix à quinze minutes. Ces symptômes firent défaut quand les animaux furent accoutumés aux doses élevées.

Deux des lapins injectés avec l'alcool succombèrent l'un au bout de cinquante-quatre, l'autre au bout de cent vingt et un jours, après avoir reçu respectivement 24 et 46 centimètres cubes d'alcool. Ils ne présentèrent qu'une légère surcharge graisseuse du foie. Le troisième lapin mourut au bout de deux cent dix-huit jours, ayant reçu 56 centimètres cubes d'alcool. Le foie se montra de volume normal, pâle, granuleux à sa surface, plus consistant que normalement. Au microscope le parenchyme hépatique se montra segmenté en territoires plus ou moins régulièrement arrondis par des traînées lympho-conjonctives constituées par des lymphocites et des cellules conjonctives ovalaires ou allongées, au milieu desquelles se voyaient quelques leucocytes et quelques plasmazellen. Par place se voyaient en plein milieu des placards conjonctifs de petits groupes de cellules hépatiques ou même des cellules hépatiques isolées. Ces cellules présentaient des lésions dégénératives importantes : état vacuolaire du protoplasma, ratatinement et plus forte coloration du noyau, disparition du noyau, surcharge graisseuse accentuée. Partout ailleurs les cellules parenchymateuses présentaient un certain degré de surcharge graisseuse, mais avec intégrité du noyau.

Deux des lapins injectés avec de l'eau-de-vie succombèrent prématurément sans avoir présenté de lésions bien typiques.

Le troisième mourut au bout de cent quatre-vingt-un jours ayant reçu 52 centimètres cubes d'eau-de-vie; son foie présenta des lésions absolument identiques à celles décrites précédemment.

Dans ce cas comme dans le précédent l'auteur insiste sur la tendance présentée par le tissu conjonctif à pénétrer dans l'intérieur des lobules. Il se demande si la présence de cellules hépatiques fortement dégénérées au milieu des îlots conjonctifs n'est pas un fait en faveur de la théorie, actuellement soutenue en Allemagne, surtout par Kretz, qui considère la néoformation conjonctive au niveau du foie comme secondaire aux lésions de la cellule hépatique. Il n'adopte du reste pas cette façon de voir et pense que prolifération conjonctive et lésions cellulaires se produisent simultanément.

Après avoir discuté toutes les causes d'erreurs auxquelles il a su échapper, Lissauer conclut au pouvoir sclérogène de l'alcool vis-à-vis du foie. A. LEMIERRE.

Le syndrome « crise gastrique ». Sa valeur clinique et étiologique. (Marcel Rafinesque. Th. de Paris, 1912; G. Steinheil, édit.) — La crise gastrique est un syndrome clinique bien caractérisé; par un abus de langage qui donne lieu à une confusion regrettable on désigne parfois sous le nom de crises gastriques des phénomènes douloureux, des accès de gastralgie divers accompagnés ou non de vomissements et que l'on peut voir survenir au cours de nombreuses affections de l'estomac.

Le terme de crise gastrique doit être réservé à un syndrome très particulier caractérisé par l'apparition brusque, soudaine, de douleurs épigastriques d'une intensité vraiment spéciale et accompagnées d'une intolérance gastrique d'ordinaire absolue. Douleurs et vomissements se répètent sous forme de paroxysmes dont l'ensemble constitue une crise d'une durée variable, mais qui cesse aussi brusquement qu'elle est apparue sans laisser ensuite aucun trouble des fonctions digestives.

L'individualité de la crise gastrique tient à sa cause; c'est, en effet, une crise d'hyperesthésie du plexus solaire, et cette hyperesthésie est elle-même d'origine nerveuse centrale. M. Rafinesque montre bien dans sa thèse que, sauf quelques cas exceptionnels de crises gastriques de nature hystérique, le syndrome semble être toujours lié à l'évolution, soit d'une paralysie générale, soit, dans l'immense majorité des cas,

d'une affection médullaire, presque toujours d'un tabes.

Les crises gastriques sont d'ordinaire un des symptômes les plus précoces de la période dite prétabétique et elles peuvent se reproduire pendant un temps parfois très long à titre d'unique manifestation d'un tabes incipiens. Le diagnostic de leur véritable cause sera fait par les caractères cliniques spéciaux du syndrome, par l'examen du liquide céphalo-rachidien où l'on trouve de la lymphocytose, et par la recherche de la réaction de Wassermann.

Quoique relevant exclusivement des lésions du névraxe, le syndrome crise gastrique peut avoir certaines causes occasionnelles provocatrices, par exemple le morphinisme, les maladies de l'estomac et l'état gravidique.

M. Rafinesque fait remarquer que ces notions sur l'étiologie du syndrome crise gastrique ont un grand intérêt thérapeutique. Au cours du tabes, le traitement ne donne pas toujours des résultats très encourageants; il pourrait en être autrement si une médication énergique était instituée d'une façon très précoce, par exemple dès l'apparition des premières crises gastriques. M. BRELET.

La viscosité du liquide céphalo-rachidien, sa valeur diagnostique. (E. CHAUVIN. *Soc. des sc. de Montpellier*, 20 déc. 1912.) — De l'examen par la méthode de *Münzer und Block* de 25 liquides normaux et pathologiques, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La viscosité du liquide céphalo-rachidien normal varie entre 1 et 1,069.

2° Cette viscosité augmente dans certains cas pathologiques parallèlement à l'albumine et aux éléments cytologiques et peut atteindre 1,41 (syndrome xanthochromique).

3° Les éléments figurés ont une influence indéniable sur la viscosité puisque celle-ci diminue après centrifugation, mais la plus importante de ses causes d'accroissement est l'hyperalbuminose.

4° Les faibles variations de la formule cytologique et de la teneur en albumine influent peu et influent irrégulièrement sur la viscosité (méningites chroniques, tabes).

5° En somme la viscosité est liée à la composition et à la nature du liquide céphalo-rachidien par des liens trop peu précis pour que les mesures viscosimétriques fournissent un élément utile de diagnostic. L. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Un cas très grave de maladie de Raynaud. (VARIOT et MORANCÉ, *La Clinique infantile*, 15 janvier 1912.) — Ce qui caractérise l'observation rapportée par ces auteurs, c'est tout d'abord l'*âge du sujet* : trois ans et trois mois. La maladie de Raynaud frappe surtout les sujets de plus de vingt ans; les cas chez les sujets jeunes, sont assez rares; c'est ensuite l'*absence des prodromes* qui, ordinairement, précèdent de loin la gangrène (asphyxie et syncope locale); c'est aussi, l'*absence de toute cause occassionnelle* apparente : pas de cardiopathie, pas d'exposition au froid, pas de syphilis; reste enfin l'*étendue énorme des lésions*, la participation à la gangrène, fait exceptionnel, du nez et des oreilles. B. GAYARD.

Sur le traitement des formes graves de l'atrophie infantile. (DEVIMEUX, *La Clinique infantile*, 15 janvier 1912.) — L'un des points capitaux de l'élevage des atrophiques est de *fixer la ration* qui leur convient; au début du traitement, on s'efforcera surtout d'obtenir la tolérance gastrique, on évitera la diarrhée et les vomissements de la suralimentation, sans se laisser arrêter par quelques régurgitations. Aucune méthode, basée sur le poids, ne peut leur convenir pour fixer cette ration. La ration doit être fixée, *d'après l'âge*.

Au premier mois, de 480 à 640 grammes; au deuxième et au troisième mois, de 640 à 800 grammes; au quatrième et cinquième, de 840 à 900 grammes; du cinquième au neuvième mois, de 980 à 1050. Cette ration journalière doit être *coupée* soit avec de l'eau bouillie, soit mieux encore à l'aide d'une *solution de citrate de soude*. On peut relever la valeur nutritive du mélange, en l'additionnant d'un peu de *saccharose*. Il est avantageux de ne préparer le biberon qu'au moment de l'employer.

L'*alimentation des hypotrophiques* doit viser à leur restituer le milieu nutritif normal, qui leur a toujours manqué. Le lait constituera la base de cette alimentation, on ajoutera des bouillies d'avoine, de froment, et même de maïs; on évitera les farines de conserve, les farines au cacao, qui, par leur richesse en acide oxalique, ne sont pas sans inconvénients. On complétera enfin ce régime, par des fromages frais, de bonne qualité, des fruits cuits. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Nettoyage des téguments après l'intervention. (Paul DELMAS. *Soc. des sciences méd. de Montpellier*, 10 janvier 1913.) — Si l'usage de l'alcool et de l'iode se répand de plus en plus dans la pratique journalière comme agent de désinfection des téguments, leur emploi comporte cependant un léger inconvénient; l'iode colore en effet la peau en marron foncé, et l'alcool rend les taches de sang presque indélébiles par son action fixatrice.

L'auteur, depuis plusieurs années, se trouve bien de la pratique suivante. Après avoir dissous à l'alcool l'excès d'iode qui colore la peau, il lave ensuite celle-ci à l'ammoniaque soit pure, soit dédoublée qui neutralise l'iode en composés ammoniacaux incolores et solubles.

Quant aux taches de sang qui échappent même à l'action de la pierre ponce, elles céderont aux solutions saturées d'acide tartrique. L. GAYARD.

THÉRAPEUTIQUE

Action pharmacodynamique de l'Adonis vernalis. (J. CHEVALIER. *Soc. de thérap*, séance du 22 janv.) — Des travaux récents de Fuckelmann sur les principes actifs de l'Adonis lui ont montré que l'adonidine était constituée par un mélange de deux glucosides : l acide adonidique et l adonidine neutre. Chevalier montre que ces glucosides possèdent les diverses propriétés qui constituent les caractères des saponines; action irritante locale, pouvoir hémolytique, action anesthésique, propriétés toni-cardiaques et excito-sécrétoires en particulier pour le rein.

Il indique également que ces corps sont très facilement altérables pendant leur isolement et qu'ils sont modifiés par la digestion gastrique.

Il insiste sur les propriétés toni-cardiaques de l'Adonis qui, à l'intensité près, sont celles de la digitale, avec cette différence que la vasoconstriction périphérique ne s'exerce pas sur les vaisseaux et que l'élévation de la pression est due au cœur.

La diurèse est due en partie aux modifications circulatoires mais surtout à l'action exercée sur la cellule rénale, l'Adonis étant susceptible d'agir où la digitale a échoué.

Les préparations de plantes fraîches doivent toujours être préférées à celles de plantes sèches et surtout à l'adonidine dont l'activité est très variable suivant la plante dont elle provient et surtout suivant la manière dont elle a été préparée. Les insuccès thérapeutiques et les divergences d'opinion sur ce médicament proviennent uniquement de l'emploi de préparations de plantes sèches ou de glucosides. L. GAYARD.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 12, déc. 1912.) ROQUE et CHALIER : Un cas de diabète rénal. — ETIENNE : Ictère catarrhal éberthien à début pneumonique (pneumotyphus hépatique éberthien à répétition). — URRUTIA : Nouveau cas de fistule jejuno-côlique par ulcération peptique du jejunum consécutive à une gastro-entérostomie.

Archives médicales d'Angers. — (N° 1, 20 janv. 1913.) André BOQUEL : A propos d'un cas de grossesse extra-utérine à terme, opérée au cours du travail. Questions de diagnostic.

Echo médical du Nord. — (N° 1, 5 janv. 1913.) DELÉARDE, BENOIT et HALLEZ : Dosages comparés de l'urée dans le sang, le liquide céphalo-rachidien et l'urine des nourrissons atteints de troubles gastro-intestinaux. Leur valeur pronostique. — (N° 2, 12 janv.) B. LE FORT ; Un Barèges au Japon. Les sources thermales sulfureuses de Kusatsu. — L. JULIEN : Un cas d'éléphantiasis du scrotum et du pénis ; expertise d'accident du travail. — (N° 3, 19 janv.) PIERRET, ARNOULD et BENOIT : Epreuve du bleu et constante d'Ambard. Comparaison de ces procédés dans l'exploration de la valeur fonctionnelle du rein. — L. JULIEN : Mort subite par embolie consécutive à une fracture ignorée du col du fémur. Chez un homme de quarante-huit ans. Expertise d'accident du travail.

Encéphale. — (N° 1, 10 janv. 1913.) A. MAIRET et J. MARGAROT : Dégénérescence mentale et hystérie. — LAIGNEL-LAVASTINE et V. JONNESCO : Recherches histologiques sur l'hypophyse des psychopathes (3 planches). — CHARTIER : Méningite localisée postappendiculaire avec compression des racines lombo-sacrées. — P. L. LADAME : Névroses et sexualité.

Gazette des praticiens. — (N° 439, 15 janv. 1913.) A. ROBIN : Troubles oculaires d'origine dyspeptique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 3, 19 janv. 1913.) Ch. PERRENS : De la classification des prurits.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 3, 18 janv. 1913.) Alphonse LABBÉ : Plasma germinatif et cancer (*fin*). — R. BENON et P. BONVALLET : Ictus. Epilepsie jacksonienne et asthénomanie.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 3, 19 janv. 1913.) Pierre NADAL : Le mécanisme de l'éducation neuro-musculaire. — L. CHELLE : Rapports entre l'indice mercurique du sang et la teneur de ce liquide en hémoglobine et en globules.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (Janv. 1913.) Paul LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Sur un cas de pneumonie infectieuse grave. Quelques considérations thérapeutiques.

Journal de médecine interne. — (N° 1, 10 janv. 1913.) VINAVER : Le signe pupillaire d'Argyll. — ROBERTSON : Sa valeur comme signe pathognomonique de la syphilis. — (N° 2, 20 janv.) Léopold LEVI : Rétraction de l'aponévrose palmaire et traitement thyroïdien. — VINAVER : Le signe pupillaire d'Argyll-Robertson. Sa valeur comme signe pathognomonique de la syphilis (*suite*).

Journal des praticiens. — (N° 3, 18 janv. 1913.) A. BROCA : Fractures itératives ; ostéoclasie. — Mlle GIRAUD et GUEIT : Sur quelques effets heureux des poudres de recalcification dans la dysménorrhée des tuberculeuses. — (N° 4, 25 janv.) L. RENON : Valeur théorique et valeur pratique du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — GOUGEROT : Gommes et ulcérations tuberculeuses de la peau ; signes, diagnostic et traitement. — Pierre DELBET : Mal perforant plantaire. — Henri PIED : Comment la loi des alternances morbides nous a permis, en partant d'un eczéma vulgaire de la face chez un nourrisson, d'arriver à dépister une syphilis héréditaire d'origine probablement paternelle.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 3, 18 janv. 1913.) M. D'HALLUIN : Ce que tout médecin doit savoir en matière de radiologie (*fin*).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 3, 16 janv. 1913.) ROUFFART et POTVIN : L'incision transversale sus-pubienne en gynécologie.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (N° 10, déc. 1912.) DELAUNAY : Le véritable mécanisme de la glycosurie consécutive à la piqûre du quatrième ventricule. — RAVARIT : Botulisme et grippe associés. — FAIVRE : Contribution au traitement de la bartholinite.

Lyon médical. — (N° 3, 19 janv. 1913.) GAYET et BOULUD : La constante uréo-sécrétoire d'Ambard. Quelques applications cliniques en chirurgie urinaire.

Marseille médical. — (N° 2, 15 janv. 1913.) BOINET et SAUVAN : La déclaration obligatoire de la tuberculose ; ses conséquences administratives. — L. IMBERT : Un cas d'hématochylurie. — G. BERTRAND : Kyste hydatique du foie ; extirpation par voie transthoracique ; réduction sans drainage. — F. ESCAUDE : Etat méningé au cours d'une fièvre typhoïde.

Montpellier médical. — (N° 2, 12 janv. 1913.) CARRIEU et ANGLADA : Critique de la séro-réaction d'agglutinement du micrococcus melitensis et moyens de la rendre plus efficace et plus sûre (*fin*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 53, 31 déc. 1912.) FRANZ : Sérothérapie dans le melæna des nouveau-nés. — SCHRENK : Action de la digitale sur les différentes formes de cardiopathie. — HINSBERG : Soulagement des douleurs à la déglutition dans les affections laryngées. — CHIAROLANZA : Contribution à la chirurgie osseuse. — MULLER : L'odontologie dans l'armée. — STERN : La laparotomie à domicile. — HARMANN : Comment obtenons-nous des mesures de température exactes ? — SCHÖNEBERGER : Extension par ressort des extrémités inférieurs. — HANN : Traitement du phlegmon des extrémités supérieures. — SHANGMEYER : Instrument simple pour enlever les fausses membranes diphtériques. — AUGERER : La réaction de l'épiphanine. — STOFFEL : Technique de mon opération pour la cure des paralysies spartiques. — (N° 1, 7 janv. 1913.) ROMBERG : Sur la digitale. — SCHULTZ : Technique et résultats de ma méthode de coagulation du sang. — GROBER : Guérison spontanée de la maladie de Basedow. — CAAN : Traitement des tumeurs malignes par les substances radio-actives. — RUPRECHT : La prostitution des jeunes filles à Munich. — FRISCH : Le sens des couleurs chez les abeilles et la couleur des fleurs. — HERZOZ : Sur le raccourcissement de la conduction osseuse dans l'ouïe normale. — SCHMIDT : Infection diphtérique chronique du poumon. — LANGBEIN : Sur le diagnostic des anévrismes perforants des artères cérébrales. — CRÉDÉ-HÖRDER : Sur l'infection tardive de l'ophtalmoblennorrée. — PAGENSTECHER : Gastropexie à l'aide du ligament droit. — KÖLLE : Traitement de la sclérodermie par la cœliacine. — BEYER : Rupture utérine spontanée pendant la grossesse.

Province médicale. — (N° 2, 11 janv. 1913.) ARDIN-DELTEIL, L. NÈGRE, et M. RAYNAUD : La vaccinothérapie de la fièvre typhoïde. — TOURNEUX et GINESTY : Contribution à l'étude des injections anté-opératoires de Pantopon. — (N° 3, 18 janv.) JABOULAY : Origine et nature du cancer. — PUJOL : Abcès du foie et de la paroi abdominale à paratyphique B.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 15. — JEUDI 6 FÉVRIER 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 6 FÉVRIER 1913. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Dijon. — M. Deroye, professeur de clinique médicale, est nommé directeur, pour trois ans, de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

— Marseille. — M. Livon, professeur de physiologie, est nommé directeur, pour trois ans, de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies, ainsi que des mentions honorables, ont été décernées aux personnes dont les noms suivent :

Médaille de vermeil. — M. le docteur Vincent (d'Avignon).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Binet (de Châteaurenault), Bire (de Perpignan) et Gaudin (des Sables-d'Olonne).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Bosselut (de Nontron), Thibaud (de Saint-Nazaire), Sagot (d'Outreau), Levadoux (de Châtelguyon), Vigne (de Lyon), Mirande (de Paris), Bravy (de Rosny-sur-Seine), Merchadier (de Lussac-les-Châteaux) et Lebecq, médecin sanitaire maritime.

MM. Méline et Watrin, internes des hôpitaux de Nancy.

M. Louvard, externe des hôpitaux de Nancy.

Mention honorable. — M. le docteur Lacombe (de Riez).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Lucien Graux (de Paris) a été nommé commandeur du Nicham-Iftikar.

M. le docteur Balzer (de Paris) a été nommé commandeur de l'ordre de Saint-Olaf (de Norvège).

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 20 janvier 1913, des récompenses honorifiques pour les soins ou les médicaments qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles :

Lettres d'éloges officiels (délivrées après dix années de soins gratuits). — Gouvernement militaire de Paris : MM. les docteurs Pédébidou (du Pré-Saint-Gervais), Fourniols (de Magny-en-Vexin), Paugam (de la Varenne-Saint-Hilaire), Levêque (du Perreux), Bernard (de Saint-Ouen), Brethonville (de Vincennes), Calbet (de Chatou), Cavelli (de Rueil).

Première région : M. le docteur Six (de Laventie).

Deuxième région : MM. les docteurs Lamote (de Pont-Rémy), Renard (de Poix), Faïerman (de Liancourt), Lecygne (de Liesse), Decq (de Rozoy-sur-Cerre).

Troisième région : MM. les docteurs Bramtot (de Valmont), Bioche (de Louviers), Glennie (de Clères), Lecerf (d'Ivry-la-Bataille), Napiéralski (de Pont-Audemer), Chevillot (de Pont-l'Evêque), Collet (de Boos).

Quatrième région : MM. les docteurs Capitrel (de Vimoutiers), Danès (de Craon), Rabot (d'Ecouché), Chevalier (de Marolles-les-Braults), Sevray (de Trun), Beaugeard (de Coulans), Jamet (d'Exmes), Letourneulx (du Mesle-sur-Sarthe), Boutron (de Bellême).

Cinquième région : MM. les docteurs Robert (de Flogny), Coulard (de Brie-Comte-Robert).

Sixième région : MM. les docteurs Créhange (de Longwy), Maillard (de Damvillers), Jeanpierre (de Vanault-les-Dames), Didry (de Briey), Zarifian (de Sompuis).

Septième région : MM. les docteurs Causeret (de Luxeuil), Fischer (de Rougemont-le-Château), Henriot (de Ronchamp), Diémer (de Clerval), Métoz (de l'Isle-sur-le-Doubs), Bondet (de Champagne), Murjas (de Poncin), Dessevre (de Saint-Laurent).

Huitième région : MM. les docteurs Douhairet (de Joncy),

RENSEIGNEMENTS

463. — **ON DEMANDE UN INTERNE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE FAINS** (Meuse), 800 francs par an, nourriture, logement, etc.

Adresser les demandes avec certificat de scolarité, au directeur de l'asile.

Davet (d'Epinac-les-Mines), Montcharmont (d'Etang-sur-Arroux), Angellier (de Chagny), Fié (de Saint-Amand-en-Puisaye).

Neuvième région : MM. les docteurs Bernuchon (de Moncontour), Lhopitallier (de la Membrolle), Landry (de Mirebeau), Chevallier (de Segré), Ruais (de Martigné-Briand), Hamon (de Candé).

Dixième région : MM. les docteurs Joubaire (de Rennes), Rouault (de Guingamp), Maheu (de Mordelles), Joret (de Lanvallon), Chesnais (de Médréac), Panzani (de Beaumont-Hague), Briens (de Bricquebec), Benoît (de Perros-Guirec), Hamon (de Hénanbihen).

Onzième région : MM. les docteurs Dufrêche (de Saint-Nazaire), Gabory (de Varades), Guérin (de Saint-Jean-de-Monts), Cros (de Ligné), Le Gal (de Châteauneuf-du-Faou), Libert (de l'Herbergement).

Douzième région : MM. les docteurs Bonnet (de Gouzon), Pissard (de Ruffec), Saisy (de Rouillac), Roustain (de Jarnages), Dugat (d'Auzances), Devillard (de Brantôme), Penot (de Bellac), Murat (de Belvès).

Treizième région : MM. les docteurs Colangette (d'Aigueperse), Cordier (de Souvigny), Chadefaux (de la Bourboule), Pellet (de Maringues), Maltrait (d'Arlanc), Mounier et de Brye (de la Ricamarie), Defos (de Chevagnes), Gigante (de Sainte-Florine).

Quatorzième région : MM. les docteurs Strauss (de Saint-Marcellin), Robert (de Pont-de-Chéruy), Clavel (de la Côte-Saint-André), Fabre (de Virieu), Michelet (de Tassin-la-Demi-Lune), Carrez (de Mornant), Chevalier-Joly (de Caluire), Volpelière (de Bourdeaux), Pallud (de Vif), Dunand (de Sillingy), Trombert (d'Evian), Verdan-Monot (de Viuz-en-Sallaz).

Quinzième région : MM. les docteurs Thiollier (de Serrières), Pelegrin (de Villeneuve-de-Berg), Perrier (de Lavoulte), Ménard (de Remoulins), Long (de Courthézon), Rauzier (de Saint-André-de-Valborgne), Jean (de Lussan), Raiberti (de Saint-Martin-Vésubie), Serraire (de Saint-Auban), Blanc (du Luc), Cavasse (de Vallauris), Chaix (de Varages), Vial (de Gagnes).

Seizième région : MM. les docteurs Molinié (de Séverac-le-Chateau), Carrière-Montjosieu (de Saint-Affrique), Vigouroux (de Bozouls), Touren (de Peyreleau), Bouissou (de Cransac), Vergnes (de Camarès), Lafitte (de Chalabre), Ferrié (de Saint-Hilaire), Cros (de Montréal).

Dix-septième région : MM. les docteurs Chassereau (de Baziège), Fontan (de Vic-Fezensac), Cabiran (de Seissan), Auxion (de Jegun), Dupuy (de Puycasquier), Laguens et Boudaut (de Carbonne), Maurette (de Prat-Bonrepaux), Dardenne (de Cologne), Laffon (de Lavardac), Giraud (de Honflanquin), Dabasse (de Beaumont).

Dix-huitième région : MM. les docteurs Cloupet (de Libourne), Lartigue (de Lesparre), Capéret (de Pontacq), Dion (de Lasseube), Saint-Pé (de Grenade), Cola (de Mont-de-Marsan), Destouesse (de Parentis-en-Born), Maupomé (de Montégut).

Dix-neuvième région : MM. les docteurs Naudin (de Saint-Lucien), Danger (de Maison-Carrée), Ribierre (de Zemmora), Gavard (de Port-Gueydon), Baillon (de Saint-Denis-du-Sig), Chahinian (de Saint-Cloud), Meinard (de Rebeval), Dechenne (de Saint-Eugène), Guelpa (de Birkadem), Peloni (de Bou-Kanéfis), Margerid (de Lafayette).

Vingtième région : MM. les docteurs Gebhard (de Piney), Mathieu (de Neuves-Maisons), Bardon (de Mailly-le-Camp), Goupil (de Bar-sur-Aube).

LA VISITE MÉDICALE DES CONSCRITS. — Le ministre de la guerre, désireux d'éviter pour les conscrits des examens précipités qui peuvent conduire soit à admettre dans l'armée des jeunes gens insuffisants, soit à éliminer des hommes susceptibles de s'améliorer, vient d'adresser aux préfets des instructions spéciales en ce qui concerne la visite médicale des jeunes gens du contingent. Cette visite devra être opérée avec le plus grand soin, les séances devront être réglées de façon que les médecins n'aient à visiter que trente hommes par heure ; soit deux minutes par conscrit.

Une innovation intéressante a été également apportée ; tous les jeunes gens qui comparaissent doivent être examinés au point de vue du fonctionnement normal du cœur et des organes respiratoires. On espère arriver ainsi à diminuer le nombre de réformes prononcées au moment de l'incorporation et qui s'élèvent chaque année à plusieurs milliers.

LE VIIe CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE se réunira à Lille du 25 au 29 mars 1913, sous la présidence de M. le professeur Pozzi, président de la section de gynécologie.

La section d'obstétrique sera présidée par M. le professeur Audebert (de Toulouse) ; la section de pédiatrie, par M. le professeur Gaudier (de Lille).

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR. — *Chlorio-épithéliome.* — Rapporteurs : M. le professeur Aug. Pollosson (de Lyon), MM. le docteur Bender et le professeur agrégé Proust (de Paris).

Kystes de l'ovaire et grossesse. — Rapporteurs : MM. le professeur Puech (de Montpellier) et le professeur agrégé Vanverts (de Lille).

Évolution de la tuberculose chez le nourrisson. — Rapporteurs : MM. les professeurs agrégés Frœlich (de Nancy) et Cruchet (de Bordeaux).

Secrétaire général du Congrès : M. le professeur Oui, 201, rue Solférino, à Lille.

Les Compagnies de chemin de fer accordent aux congressistes le demi-tarif.

D'intéressantes excursions ont été organisées, notamment aux houillères du Nord et du Pas-de-Calais.

Prière d'adresser, avant le 25 février, les adhésions et les titres des communications au secrétaire général.

LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS nous annonce que M. Jean Becquerel, professeur au muséum d'histoire naturelle, donnera une conférence sur « La radio-activité du sol et de l'atmosphère », au siège de la Société de médecine de Paris, 51, rue de Clichy, le vendredi 21 février, à cinq heures.

La Société d'hydrologie prie les membres de la Société de médecine de Paris de bien vouloir y assister.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brasseur (de Villers-Bretonneux), Bonnefoy (de la Lande), Danthon (de Montluçon), Dhourdin, ancien professeur à l'Ecole d'Amiens ; Robert, médecin principal de première classe en retraite ; Ucciani, médecin-major de première classe en retraite.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. DE BEURMANN. — *Conférences théoriques et pratiques.* — Une série de conférences théoriques et pratiques sur les affections cutanées et vénériennes est faite par MM. de Beurmann, R. Sabouraud, Dominici, Mouneyrat, Louis Ramond, Eugène Regnauld, Grandchamp, Egger, Degrais, Pestel, Tanon, Cottin, Noiré, Philibert, Chenet, Jean Pellot, Larroque, Labourdette.

Les leçons ont lieu les lundi, jeudi et samedi de chaque semaine, de dix heures à onze heures dans la salle des conférences de l'hôpital, à côté du musée et de la bibliothèque.

Vendredi 7 février, à dix heures, salle des conférences : « La séborrhée », par M. Sabouraud.

Samedi 8 février, à dix heures, salle des conférences : « Le traitement des tumeurs malignes par le radium », par M. Dominici.

Lundi 10 février, à dix heures un quart, salle des conférences : « Les dermatoses exotiques », par M. Tanon.

Jeudi 13 février, à dix heures, salle des conférences : « Le traitement des blennorragiques aigus », par M. Eugène Regnauld.

Samedi 15 février, à dix heures, salle des conférences : « Quel est le minimum de preuves d'après lequel on peut admettre qu'une dermatose est d'origine tuberculeuse », par M. Philibert.

ÉTAT MÉNINGÉ

AU DÉBUT D'UNE FIÈVRE PARATYPHOIDE B GRAVE ET PROLONGÉE

Par M. L. BOIDIN.

Au cours de deux épidémies de fièvre paratyphoïde B, en 1909 et 1910, M. Sacquépée (1) a observé, avec une très grande fréquence, le début brusque, au milieu d'accidents méningés alarmants mais passagers, d'une infection qui par la suite évoluait avec l'allure d'une paratyphoïde banale, bénigne et courte. Dans un cas au syndrome méningé s'était associé celui d'un ictère par rétention; dans deux autres la maladie se borna à la phase méningée, il n'y eut pas ensuite de syndrome rappelant celui de la fièvre typhoïde.

Le liquide céphalo-rachidien était clair, albumineux; il présentait une lymphocytose discrète ou abondante avec de rares polynucléaires; dans un seul cas il y eut absence de réaction leucocytaire; le liquide céphalo-rachidien s'est toujours montré stérile.

Le diagnostic fut affirmé de façon précoce par l'ensemencement positif du sang; l'agglutination élective se montrait quelques jours plus tard.

Il y a là une forme très intéressante de la fièvre paratyphoïde B qui mérite d'être isolée et qui ne semble pas être encore de notion courante. Elle présente des difficultés de diagnostic que seules peuvent lever les recherches bactériologiques et biologiques pratiquées sur le liquide céphalo-rachidien et sur le sang. Sa fréquence s'est montrée très grande dans les deux épidémies suivies par M. Sacquépée puisque dans la première cette forme à début méningé fut observée dans 4 cas sur 15, et dans la seconde dans 5 cas sur 19.

Nous avons pu, en août 1911, à l'hôpital Andral, dans le service de M. de Massary, observer un bel exemple de cette forme à début méningé de la fièvre paratyphoïde B. Ce cas s'est montré à l'état isolé; nous avons étudié bactériologiquement toutes les affections qui donnaient à penser qu'il pouvait s'agir d'une infection paratyphique et nous n'avons pu en découvrir aucun autre exemple alors que pendant ce même mois nous avons eu à traiter huit cas de fièvre typhoïde légitime.

Notre observation a comme particularité d'avoir présenté une gravité, une durée inaccoutumées en matière de paratyphus B; dans les faits rapportés par M. Sacquépée les taches rosées apparaissaient souvent alors que la température était en décroissance ou même arrivée à la normale. Ici l'hyperthermie s'est maintenue pendant quarante-six jours. Quelques autres exemples sont d'ailleurs venus démontrer récemment que le paratyphus B n'a pas toujours la bénignité qui semblait être un de ses privilèges.

(1) Sacquépée. Forme méningée des infections paratyphoïdes B, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 23 déc. 1910, p. 831.

Il est intéressant, d'autre part, alors que l'on publie de nombreux faits « d'états méningés », suivant l'expression de M. Widal, sous la dépendance de causes diverses et d'infections variées, les unes bien connues, les autres indéterminées, de noter que l'infection paratyphique B semble les occasionner avec une fréquence toute spéciale. Les observations de M. Sacquépée rentrent, en effet, dans le cadre de ces états méningés décrits par M. Widal : il ne s'est jamais agi de méningite bactérienne, et malgré l'intensité des phénomènes cliniques d'ordre méningé la réaction cytologique s'est montrée tantôt intense, le plus souvent discrète, dans un cas même absente.

Observation. — B..., vingt-sept ans, garçon de café, entre à l'hôpital Andral le 2 août 1911 avec des accidents méningés très intenses. Nous avons su par la suite qu'il avait été atteint quinze jours auparavant d'une angine aiguë, banale, fébrile qui avait nécessité son entrée à l'Hôtel-Dieu où il était resté quelques jours en traitement. Il avait repris son travail, bien guéri, lorsque les accidents méningés éclatèrent brusquement. Ce malade nie tout alcoolisme. Il ne connaissait aucune maladie analogue dans son entourage. Aucune intoxication alimentaire n'a pu être décelée chez lui.

Il est pris brusquement le 2 août de céphalée violente, la nuit est agitée, il délire et on le transporte à l'hôpital. Il présente alors des signes de réaction méningée; outre la céphalée et le délire on constate de l'abattement, mais dans la journée il a toute sa lucidité. Il présente une raideur de la nuque très accentuée, un signe de Kernig très net; la langue est blanche, le ventre rétracté, il existe de la constipation, mais pas de vomissements. La température est élevée, 40°5, le pouls régulier et assez fort bat à 110. Il n'y a aucun trouble oculaire, pas de photophobie.

La ponction lombaire donne issue à un liquide clair, eau de roche qui s'écoule facilement, sans sembler sous tension très exagérée. Il n'est pas beaucoup plus albumineux que normalement, et par la centrifugation on constate une lymphocytose discrète (5 à 7 lymphocytes pour champ d'immersion par le procédé des trois gouttes). La ponction lombaire détermine une amélioration passagère, la céphalée est moins vive, la fièvre s'abaisse à 39 degrés. Mais la contracture persiste identique.

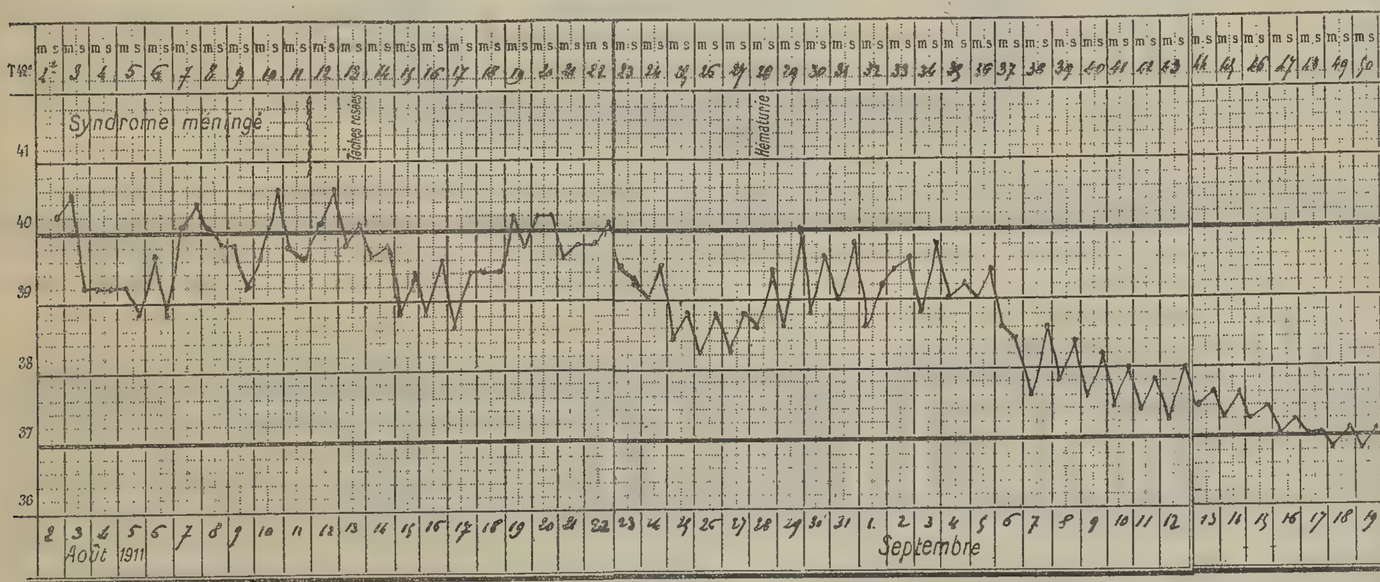
Six jours plus tard une nouvelle ponction lombaire est pratiquée avec des résultats analogues (8 lymphocytes par champ). Le liquide des deux ponctions lombaires a été examiné bactériologiquement et ensemencé avec des résultats négatifs. Deux cobayes ont été inoculés; sacrifiés deux mois plus tard ils étaient indemnes de toute lésion tuberculeuse.

C'est seulement le dixième jour de la maladie que les accidents méningés s'atténuent franchement, la céphalée est moins vive, les nuits sont plus calmes, la contracture cède progressivement. Mais le treizième jour de la maladie on constate la présence, au niveau du thorax et de l'abdomen, de nombreuses taches rosées typiques; la langue est sèche, les lèvres fuligineuses, il y a toujours de la constipation, la rate n'est pas hypertrophiée, les urines sont rares, non albumineuses. L'aspect général est celui d'une fièvre typhoïde, mais l'agglutination de l'Eberth est absolument négative à 1 p. 30. On fait une prise de sang et l'hémoculture permet d'isoler un bacille qui a toutes les réactions, nous le verrons, du bacille paratyphique B.

Le malade est soumis à la balnéation à 28 degrés; l'état continue à être celui d'un typhique banal, la rate cependant n'est pas hypertrophiée et il n'y a pas de diarrhée. Une nouvelle recherche d'agglutination est faite le dix-neuvième jour,

elle est négative à 1/30 avec le bacille d'Eberth et le bacille paratyphique A; elle est positive à 1/400 avec le bacille paratyphique B. Le malade s'amaigrit; le vingt-huitième jour il urine du sang, les jambes s'œdématient, il tousse et on perçoit au niveau des bases des signes de congestion pulmonaire avec bronchite disséminée. Notons que malgré cet état alarmant, avec pouls petit et rapide, fièvre oscillant entre 39 et 40 degrés, la langue est humide, le malade accuse la sensation de faim; on ne peut s'empêcher de craindre une infection bacillaire, mais l'examen bactériologique des crachats, pratiqué à plusieurs reprises, reste toujours négatif. Ce n'est que le trente-septième jour que la défervescence s'installe en lysis et ce n'est que le quarante-septième jour que l'apyrexie définitive s'installe. Le malade est réalimenté, il engraisse, reprend des forces et guérit sans séquelles.

Le bacille isolé du sang a tous les caractères d'un paratyphique B. Il décolore la gélose au rouge neutre en donnant une belle fluorescence verdâtre; il ne fait pas fermenter la



lactose et sur gélose lactosée tournesolée il donne des colonies qui restent bleues; il fait fermenter le glucose; il ne coagule pas le lait et ne donne pas d'indol.

*
* *

Il s'agit donc d'un malade qui a présenté successivement un syndrome méningé typique, brusque, fébrile qui en imposait pour une méningite cérébro-spinale à méningocoques, puis au treizième jour un syndrome typhique avec taches rosées qui en imposait pour une fièvre typhoïde, et enfin vers le vingt-cinquième jour un état de prostration avec œdème des jambes, hématurie, congestion pulmonaire, bronchite diffuse, langue humide, sensation de faim, tous symptômes qui donnaient à penser que cet état typhoïdique pouvait être symptomatique d'une bacillose aiguë. On voit donc quel intérêt ont présenté au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et aussi du traitement, les recherches de laboratoire qui nous ont permis de rejeter d'emblée le diagnostic de méningite cérébro-spinale, et ensuite d'affirmer qu'il s'agissait d'une fièvre paratyphoïde B et non d'une fièvre typhoïde ou d'une typho-bacillose.

L'état méningé qui a marqué le début de cette infection semble sous la dépendance d'une irritation méningée et non sous la dépendance de l'hypertension. En dehors de l'infection spécifique nous n'avons pas trouvé de causes adjuvantes pouvant expliquer cet état méningé; notre malade était peut-être alcoolique, mais c'est là une intoxication banale qui ne semble pas jouer un rôle important dans le déterminisme des réactions méningées; il avait présenté quelque temps auparavant une angine aiguë, mais l'ensemencement du sang ne nous a pas permis de déceler d'autre septicémie que celle à bacilles paratyphiques B; les urines ne furent que passagèrement et tardivement albumineuses. Il y a donc tout lieu de penser que cet état méningé était sous la dépendance des toxines du bacille paratyphique.

L'infection paratyphoïde B n'est pas toujours aussi bénigne qu'on l'avait cru tout d'abord. D'autres faits analogues de fièvre paratyphoïde B longue et compliquée ont d'ailleurs été déjà signalés.

QUELQUES RÉACTIONS INTESTINALES

DANS

L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE LÉGÈRE CHEZ LES ENFANTS

Par M. H. MAUBAN (de Vichy),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il y a chez les enfants bon nombre d'affections intestinales qui se prolongent plus que de raison et résistent aux traitements les mieux suivis, aux régimes les plus sévères, sans qu'on puisse se rendre compte de prime abord de la cause de cette ténacité. Si la notion étiologique de terrain était mieux connue, il est probable que beaucoup de ces entérites rebelles seraient améliorées par un régime mieux approprié et par une thérapeutique dans laquelle l'insuffisance hépatique serait plus particulièrement visée, car c'est bien souvent le foie le grand coupable, et l'on doit, dans ces cas un peu particuliers, s'attacher surtout à en modifier d'abord le fonctionnement pour obtenir seulement après l'amélioration de la digestion intestinale.

L'insuffisance hépatique infantile, assez fréquente

dans la seconde enfance, s'observe d'abord chez les mal nourris et chez les suralimentés. Il faut entendre par mal nourris ceux dont l'hygiène alimentaire est défectueuse par absence aussi bien que par excès de précautions, et dans cette dernière catégorie il faut ranger ces enfants qu'on ne nourrit qu'avec des aliments soi-disant faciles à digérer, qui ne mangent jamais ni un fruit cru, ni un légume au naturel, mais qui absorbent des purées de légumes décortiqués, des hachis de viande et pour lesquels les parents ne tolèrent presque exclusivement que la cervelle et le ris de veau. Cette alimentation trop riche en purines et volontairement privée du moindre déchet d'origine végétale, outre qu'elle est mécaniquement un danger pour l'intestin, amène à la longue la suralimentation et fatigue le foie qui se congestionne à la moindre irritation et devient paresseux.

Ceci est particulièrement frappant chez les enfants issus de parents arthritiques et l'insuffisance du foie se montre à la fois chez eux très précoce et très intense.

Mais ceux chez lesquels les réactions intestinales qui nous occupent sont d'une fréquence remarquable sont les insuffisants hépatiques notoires, les cholémiques. Ceux-là peuvent servir de type et chez eux la cause première des formes d'entérite, auxquelles ils sont sujets, peut être facilement soupçonnée pour peu qu'on observe attentivement la teinte subictérique de leurs téguments, leur foie volumineux et un peu dur, leurs urines toujours foncées et un peu chargées de bile, et leurs matières fécales irrégulièrement colorées, souvent en scybales claires recouvertes d'un vernis pseudo-membraneux. Chez tous ceux-là la réaction de Triboulet pour les matières fécales est nettement positive et elle donne de précieuses indications lorsqu'il s'agit d'une réaction intestinale en somme modérée.

L'insuffisance hépatique en effet peut produire sur l'intestin des effets atténués qui ne sont à proprement parler qu'une première phase de l'affection, d'autres fois au contraire elle donne lieu à des réactions intenses d'une grande netteté.

Réactions atténuées. — Dans les réactions atténuées ou réactions frustres on peut distinguer trois degrés. D'abord la constipation habituelle seule; puis la constipation alternée à peu près régulièrement avec une crise de débâcle ; enfin un troisième degré est constitué par la constipation suivie de débâcles au cours desquelles se manifesterait déjà un certain degré de décoloration des matières.

La constipation habituelle relève plus souvent qu'on ne pense d'une insuffisance hépatique par défaut de sécrétion biliaire. Cette étiologie n'a rien que de très naturel et il suffit de songer aux rôles multiples de la bile déversée dans l'intestin pour se rendre compte qu'un défaut de sécrétion biliaire, ou l'issue d'une bile insuffisamment élaborée, peut avoir des conséquences fâcheuses sur la régularité de la traversée digestive.

Souvent aussi la glande hépatique n'est insuffisante que par intermittence ; elle répond mal ou tardivement au réflexe duodénal amorcé par le début de la digestion ; ou même encore la sécrétion biliaire après avoir fait défaut en partie pendant plusieurs jours s'exagère brusquement. C'est ainsi que s'expliquent ces alternances de constipation et de débâcles diarrhéiques.

A un degré plus avancé encore, l'insuffisance du foie est plus caractéristique, et, pendant les périodes de constipation, la bile par moments n'est plus sécrétée du tout. Le foie congestionné et surmené s'arrête presque dans son fonctionnement, alors que la digestion intestinale en pleine élaboration exigerait une sécrétion biliaire parallèle, mais cette inhibition n'est que passagère, et peu à peu la sécrétion se rétablit, mais encore bien précaire. La conséquence d'une telle irrégularité, c'est une décoloration toute spéciale des matières fécales rendues par l'enfant. Ici point de matières blanchâtres ou argileuses comme dans l'ictère, mais une coloration à plusieurs tons. En examinant une de ces garde-robes on observe souvent ceci : les premières matières rendues sont dures en boules et d'un brun normal, puis d'autres matières viennent ensuite qui sont beaucoup plus claires sans être toutefois complètement décolorées ; elles sont généralement plus molles et plus allongées que les précédentes ; enfin la dernière partie des garde-robes est assez normalement colorée mais presque liquide, de sorte qu'on a ainsi l'apparence que donnerait la section d'une glace mi-café mi-chocolat.

En résumé l'insuffisance hépatique même légère peut retentir sur l'intestin et causer des désordres qui hors la notion de congestion hépatique se caractérisent par certaines formes de la constipation chronique, par l'alternance de la constipation et des débâcles diarrhéiques sans retentissement douloureux intestinal, et enfin par la décoloration toute spéciale des matières fécales que nous signalions plus haut.

Réactions franches. — Lorsque, au lieu d'être ébauchée seulement, l'insuffisance hépatique est franchement marquée, les réactions qu'elle est capable de produire sur l'intestin acquièrent une intensité remarquable sous deux formes nettement distinctes.

L'une de ces formes, et la plus habituelle, est une entérite muco-membraneuse avec constipation ; l'autre est une diarrhée un peu spéciale.

L'entérite par insuffisance hépatique débute insidieusement par une constipation habituelle; mais bientôt, à cause de la sécrétion biliaire devenue par trop précaire, apparaissent des mucosités et même des fausses membranes qui vernissent les matières au moment de leur expulsion, et l'entérite muco-membraneuse par insuffisance hépatique est constituée.

Est-il légitime d'attribuer à cette hypofonction hépatique ces troubles intestinaux? Pour répondre à cette question il suffit d'envisager le rôle digestif de la bile et de se rendre compte que sans son aide une digestion normale est impossible.

En dehors d'une sécrétion biliaire normale, la

digestion des graisses est entravée, car c'est par la bile que les graisses sont émulsionnées, et c'est grâce à elle qu'elles peuvent facilement dialyser à travers la muqueuse intestinale; de plus, comme elle a par elle-même une action favorisante sur les ferments pancréatiques, on conçoit aisément que son absence puisse gêner considérablement le fonctionnement du pancréas vis-à-vis de la saponification des graisses et de la digestion tryptique des albuminoïdes.

La bile possède en plus une action manifeste contre les putréfactions intestinales, et cependant elle n'est pas antiseptique par elle-même mais elle agit par une voie détournée en activant la desquamation normale de l'intestin, en excitant son péristaltisme et en favorisant la sécrétion normale d'un mucus fluide qui aide indubitablement le cheminement des matières.

Vient-elle à manquer; les matières alimentaires mal résorbées stagnent plus que de raison contre les parois de l'intestin privé de péristaltisme, et comme ces matières sont devenues peu à peu irritantes pour leur contenant à cause de la lenteur de leur progression et d'un début de putréfaction, elles réagissent sur la muqueuse qui se défend en sécrétant ce mucus épais qui, dans quelques cas, ne tarde pas à se concréter sous forme de fausses membranes.

Voilà comment dans l'insuffisance hépatique les symptômes de l'entérite muco-membraneuse la plus nette peuvent se montrer sans qu'il faille pour cela incriminer l'intestin dont la réaction n'est que secondaire. La cause première est au foie, bien que la réaction soit franchement intestinale, et toute tentative dans ce cas restera vaine si elle ne vise avant tout à rétablir les fonctions hépatiques déficientes.

La débâcle de matières décolorées provoquée par l'insuffisance hépatique est la seconde forme des réactions intestinales franches sur lesquelles nous voulons insister. Elle se montre souvent comme suite à la forme précédente, mais souvent aussi elle survient brusquement presque sans autres prodromes qu'une irrégularité dans les garde-robes et une sensibilité assez marquée de l'abdomen pendant les instants qui précèdent l'émission des matières.

Le terme de débâcle est ici bien à sa place, car c'est bien plutôt d'une débâcle que d'une diarrhée qu'il s'agit. En effet, le volume des matières est considérable et, sans exagération, il représente bien trois ou quatre fois le volume habituel des matières normales rendues quotidiennement par l'enfant. La consistance est un peu spéciale; ce n'est pas une diarrhée plus ou moins liquide, ce sont des matières très molles, mais encore formées cependant; et dans le vase elles gardent encore longtemps leur apparence de serpent enroulé. La couleur en est pâle sans être complètement blanche; elle est cependant moins argileuse, moins grise que dans l'ictère. Quant à l'odeur elle est fade et sui generis, mais elle est loin d'être aussi repoussante que dans la jaunisse.

Ce qu'il y a encore de remarquable dans cette débâcle c'est qu'elle se renouvelle pendant plusieurs jours de suite avec les mêmes caractères d'extrême abondance. En constatant cette décoloration des matières, on prévoit, on redoute même, pour un des jours suivants l'apparition d'un ictère, car le foie est un peu gros; mais les urines restent normales tout au moins en apparence, les conjonctives ne se colorent pas, la mine de l'enfant seule change un peu et pâlit, une très légère teinte subictérique se manifeste puis disparaît, un peu d'amaigrissement survient que décèle bien la balance, mais la jaunisse ne se montre pas, et tout rentre dans l'ordre rapidement si dès les premiers jours le foie est sollicité par une thérapeutique un peu active.

Il s'agit, en somme, d'une sorte d'inhibition hépatique, car ces matières si abondantes représentent le volume presque intégral des substances alimentaires absorbées dont rien ou presque rien n'a été digéré. Cependant, elles sont molles et non pas liquides parce que la plus grande partie de l'eau a été reprise par l'intestin; elles ne sont décolorées qu'en partie parce que si la sécrétion biliaire a été insuffisante elle n'a pas été nulle; aussi les matières ne sont-elles pas blanches et n'ont-elles pas l'odeur de la putréfaction qui leur est habituelle en pareil cas. Quant à la résorption elle a été plus que médiocre ainsi qu'en témoignent l'amaigrissement et la constatation d'une acétonurie légère, signe indéniable d'autophagie, ainsi qu'en témoigne encore l'examen des fèces qui montre indigérées des graisses, des albuminoïdes (fibres musculaires) et la plupart des féculents d'origine végétale.

Réactions secondaires. — Très fréquemment, lorsque le foie s'est montré insuffisant pendant une période un peu longue, et qu'une thérapeutique active intervient alors pour le faire sortir de sa torpeur, le retour de cet organe à une sécrétion plus normale s'annonce par une crise intestinale de courte durée.

On constate alors que le foie augmente brusquement de volume et devient pesant sinon douloureux, car les enfants indiquent sans hésiter leur flanc droit comme le siège d'une gêne qu'ils ne connaissaient pas auparavant. Puis, presque sans transition commence une diarrhée accompagnée de coliques qui ne tarde pas à disparaître en même temps que s'évanouissent aussi la douleur abdominale et l'augmentation de volume du foie.

Cette diarrhée est provoquée par un afflux anormal d'une bile active, aussi les matières sont-elles dans ce cas beaucoup plus colorées que de coutume, et présentent-elles souvent l'apparence et la consistance de la bouse de vache sans que rien n'ait été changé au régime alimentaire habituel.

Cette réaction intestinale de très courte durée (vingt-quatre heures au plus) est généralement d'un bon pronostic et précède le retour à un fonctionnement hépatique normal. On l'observe surtout après la prescription des cholagogues anodins, et nous l'avons bien souvent remarquée chez les enfants pendant la cure de Vichy après les premiers jours de traitement.

Traitement. — Il est assez facile d'améliorer ces diverses formes de réactions intestinales si l'on soup-

çonne la cause première qui les a engendrées. Il n'est pas besoin alors d'une thérapeutique compliquée; tout se borne à la prescription d'un régime alimentaire, d'une hygiène plus rationnelle et de quelques cholagogues.

C'est d'ailleurs pour l'entourage de ces petits malades une surprise agréable que de voir s'amender assez rapidement en somme sous l'action d'une thérapeutique souvent anodine des symptômes intestinaux qui jusque-là s'étaient montrés d'une grande ténacité.

Quelques conseils au sujet de l'hygiène alimentaire et de l'hygiène générale seront suffisants dans les formes atténuées. C'est ainsi qu'on pourra prescrire un régime moins sévère, plus varié, plus riche en fruits et en légumes pris même au naturel, car pour assurer une traversée digestive normale il ne faut pas craindre de tolérer ceux des aliments usuels qui laissent dans l'intestin des déchets végétaux non utilisables. On écartera du régime l'usage exclusif de la cervelle et du ris de veau sans les prohiber entièrement, et on insistera pour que l'enfant s'habitue à prendre des légumes verts et des farineux sans qu'ils soient au préalable passés au tamis.

S'il s'agit des réactions intestinales franches dont nous parlions un peu plus haut on montrera au début plus de réserve dans ces tolérances nouvelles, quitte à regagner un peu plus tard le temps perdu aussitôt que l'amélioration s'annoncera.

Dans l'entérite muco-membraneuse on proscrira sévèrement l'usage quotidien du lavement et surtout du lavage d'intestin, car non seulement leur nécessité n'est rien moins que démontrée, mais ils sont bien souvent la seule cause de la maladie en privant l'intestin de son mucus protecteur et favorable au glissement des matières.

D'autre part pour lutter au début contre la constipation on fera usage de laxatifs doux, non irritants, et légèrement cholagogues comme le sulfate de soude.

Enfin on songera surtout à exciter le foie insuffisant et les cholagogues seront mis en œuvre.

On pourra par exemple essayer la bile sous ses diverses formes thérapeutiques : petites pilules, poudre de bile desséchée, choléine, ou même comme cholagogue indirect la gastérine. On pourra essayer aussi de petites doses de salicylate de soude ou de benzoate de soude.

Enfin il ne faudra pas négliger le bicarbonate de soude dont l'action sur le chimisme gastrique et sur la cellule hépatique est si remarquable. C'est d'ailleurs par cette médication qui est de beaucoup la plus anodine et la plus facile à appliquer que nous conseillons de commencer.

Au moment des crises franches d'insuffisance hépatique on donnera aux petits malades suivant leur âge 50 à 100 grammes d'eau de Vichy-hôpital chauffée vers 40 ou 50 degrés, trois quarts d'heure avant un repas, de façon à évacuer l'estomac et à assurer une prompte absorption de l'eau par l'intestin.

Cette médication pourra être maintenue pendant huit à dix jours et répétée plusieurs fois dans l'année, mais elle devra être complétée par une cure hydro-minérale à une station bicarbonatée sodique comme Vichy qui donnera véritablement des résultats définitifs et préviendra le retour de crises ultérieures.

Au point de vue diététique, nous nous sommes volontairement abstenu de nous prononcer sur l'opportunité de conserver dans le régime ou d'en proscrire les œufs, le lait, le beurre cru ou cuit, car c'est une question très délicate et qui ne peut être tranchée que par la connaissance de la tolérance individuelle de chaque malade.

S'il est indéniable que certains enfants présentent vis-à-vis de ces aliments une intolérance qui confine à l'intoxication, certains autres les supportent admirablement et sont même nettement améliorés par un régime dans lequel ils forment la grande majorité des substances alimentaires. Il faut donc se garder de conclure du particulier au général et de supprimer pour tous les enfants des aliments digestibles au premier chef et très bien assimilés le plus souvent.

Pourtant dans les cas où l'insuffisance hépatique arrête la digestion des graisses et provoque ces débâcles de matières blanchâtres, il sera bon de supprimer momentanément le lait, les œufs et le beurre, et de prescrire un régime de légumes et de féculents qui aura l'avantage de mettre provisoirement au repos la glande hépatique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1913)

Sur la minéralisation comparée des régions cancérisées du foie et des régions relativement saines. — M. Albert Robin. Le foie cancéreux considéré à l'état sec tend à s'enrichir en principes inorganiques dont les principaux sont le phosphore, la soude, la potasse, la magnésie et la silice.

La chaux et le fer sont au contraire déficitaires.

Les premiers semblent être des agents de construction cellulaire néoplasique, mais sans spécificité pour le cancer, tandis que les matériaux déficitaires représenteraient plutôt des agents de défense organique.

La silice étant l'un des éléments minéraux pour ainsi dire spécifiques de la construction des tissus conjonctifs et fibreux, son augmentation peut être considérée (contrairement aux autres principes fixés) comme l'expression d'un effort défensif de l'organisme, effort que l'organe intéressé utilisera ou non, suivant les formes de la néoplasie et ses aptitudes évolutives.

L'hypothèse précédente sur le rôle de la potasse comme agent de construction cellulaire néoplasique et de la chaux comme agent minéral de défense organique est confirmé par les expériences récentes de Goldzicher.

Le fait que le tissu cancéreux du foie possède la propriété de fixer certains éléments minéraux, ouvre une voie aux recherches thérapeutiques. On sait déjà qu'il fixe l'iode (Loeb et van der Velden), l'arsenic en combinaison organique (F. Blumenthal) et le sélénium (Wassermann). Il n'est donc pas irrationnel d'espérer que des recherches cliniques et expérimentales permettront de découvrir le principe inorganique qui, muni des fixateurs capables de s'accrocher aux cepteurs des éléments chimiques constituants de la cellule cancéreuse,

sera capable d'exercer sur celle-ci une action modificatrice et peut-être thérapeutique. C'est dans ce sens que M. Albert Robin oriente ses nouvelles recherches.

L'antigène dans la réaction de Wassermann. — M. A. Desmoulière, dans une quatrième note, précise certaines conditions d'emploi de l'antigène dont il a précédemment indiqué la composition.

Il donne la formule d'un antigène syphilitique complètement artificiel, à base de cholestérine, lécithine et savon.

Emploi d'extraits végétaux dans la réaction de Wassermann. — M. L. Tribondeau. On peut, avec des farines, obtenir de bons extraits pour le Wassermann, le meilleur jusqu'ici est l'extrait acétonique de pois épurés par l'éther; or les pois offrent avec les organes d'où l'on retire les extraits animaux certains caractères communs, à savoir : richesse en lécithines et en cholestérine. Les extraits végétaux sont faciles à obtenir; ils ne sont ni hémolytiques, ni à eux seuls anticomplémentaires par leur substance dissoute; leur coefficient d'activité peut être élevé; leur composition paraît assez constante; leur action est simple car ils ne contiennent pas de ces protéines qui rendent parfois les extraits animaux anticomplémentaires même en présence de sérums sains; autant de raisons pour les préférer aux extraits animaux.

Il est à remarquer, enfin, combien avec eux on s'éloigne de la conception première de Wassermann, qui attribuait l'activité de ses extraits à la dissolution des tréponèmes.

Sur la purification bactérienne des huîtres en eau de mer filtrée. — MM. E. Bodin et F. Chevrel exposent des expériences qui, appuyant et complétant celles de M. Fabre-Domergue, établissent que la stabulation des huîtres en eau de mer filtrée sur filtre de sable non submergé aboutit sûrement, au sixième jour, à la purification bactérienne de ces mollusques qui peuvent être alors consommés sans danger.

Les anaérobies dans la fièvre typhoïde. — M. J. Loris-Mélikow. Il est permis de supposer que, dans la fièvre typhoïde, il existe deux processus distincts : l'un de type septicémique dû à l'action d'un microbe, le bacille d'Eberth, pouvant servir dans la circulation générale ou dans les organes hématopoïétiques, l'autre du type nécrosant se passant uniquement dans la région iléo-cæcale, causé par un anaérobie strict protéolytique puissant, le bacille Satelitis. Parfois l'un de ces deux processus prime nettement et donne à la maladie une allure clinique spéciale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 4 février 1913)

Remèdes secrets. — M. Lermoyez fait un rapport au nom de la Commission des remèdes secrets.

Sur la régression des tumeurs à pronostic grave sous l'influence du radium. — Le docteur Dominici communique à l'Académie, en son nom et au nom des docteurs Henri Chéron et Rubens-Duval, le résultat de leurs recherches sur le traitement des tumeurs à pronostic grave par le radium.

Le traitement a déterminé, d'une façon régulière, la guérison d'angiomes profonds (tumeurs vasculaires), dont certains furent traités en collaboration avec le docteur Barbarin, et la guérison fréquente de cancers superficiels.

A l'égard des cancers profonds, le radium fut, en général, utilisé à un point de vue purement palliatif, et sa mise en jeu fut suivie, dans la plupart des cas, d'une amélioration temporaire.

Toutefois, le résultat obtenu paraît équivaloir à une guérison pour certains cancers profonds de la parotide, du cou, de l'utérus, par exemple, dont la régression, complète au point de vue clinique, persiste depuis trois ou quatre années.

Malgré les résultats favorables de l'action exclusive du radium à l'égard de quelques tumeurs malignes profondes, les auteurs estiment que la façon la plus avantageuse d'utiliser cet agent thérapeutique est d'en combiner les effets à ceux de la chirurgie.

Ces expériences ont pu être réalisées grâce aux appareils fournis, d'un côté par l'œuvre philanthropique du radium, et, de l'autre, par la polyclinique Henri de Rothschild dont l'organisation actuelle permet de réaliser de notables progrès dans l'application du radium au traitement des tumeurs à pronostic grave.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Roger sur les candidats au titre de membre correspondant national.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 1er février 1913)

Structure de la membrane propre du tube contourné du rein. — M. Mawas. La membrane propre du tube contourné, dans certaines conditions, apparaît comme striée circulairement lorsqu'elle se présente en coupe oblique. Coupée tangentiellement, elle forme des stries parallèles à la surface du tube contourné. Coupée transversalement, elle présente une série d'élevures du côté interne, sorte d'épaississement en forme de dents de scie. Il s'agit d'une membrane véritablement striée.

Séro-diagnostic de la mélitococcie avec des cultures tuées par le formol. — M. Ronchèse emploie des cultures tuées par le formol à doses de deux gouttes pour quinze centimètres cubes de culture liquide. Ces cultures conservent toutes leurs propriétés au moins un an. C'est là l'extension d'une méthode jadis proposée pour la fièvre typhoïde par MM. F. Widal et Sicard.

Transmission au cobaye sain de l'hypersensibilité à la tuberculine au moyen de la transmission du sang de cobaye tuberculeux. — MM. Massol, Breton et Bruyant. Il nous a été impossible de provoquer la mort du cobaye normal par injection de tuberculine, après transfusion de sang tuberculeux homologue. Par contre, un cobaye normal tuberculisé, recevant ce même sang tuberculeux, fait une ascension thermique qui semble liée à la réaction humorale du sang transfusé et doit être considérée comme spécifique.

ANALYSES

MÉDECINE

Tentatives pour rendre les lapins porteurs de bacilles typhiques et pour influer sur eux au point de vue thérapeutique. (Ulenluth et Messerschmidt. *Deuts. mediz. Woch.*, 19 décembre 1912, n° 51, p. 2397.) — On a fait pour guérir les sujets porteurs chroniques de bacilles typhiques des tentatives diverses. Certains auteurs (Forster, Dehler) ont été jusqu'à conseiller la cholécystectomie et cette opération a été pratiquée dans quelques cas. Toutes ces tentatives chirurgicales n'ont pas été suivies de succès, car le bacille typhique semble se multiplier non seulement dans la vésicule, mais encore dans l'ensemble des voies biliaires. D'autres auteurs (Metchnikoff, Petruschki) ont proposé la vaccination antityphique chez les porteurs de germes, mais, d'après les constatations d'Ulenluth et Messerschmidt cette vaccination ne semble avoir donné qu'un résultat illusoire chez les sujets qu'on avait tout d'abord considérés comme guéris. De même

divers médicaments essayés chez l'homme sont restés sans succès.

Ulenluth et Messerschmidt ont cherché pour étudier de plus près ce problème de thérapeutique à rendre des lapins porteurs chroniques de germes. Pour cela ils n'ont pas eu recours à l'inoculation intraveineuse qui ne donne en général que des infections temporaires de la vésicule ; ils ont injecté directement des bacilles dans la vésicule. Après cette inoculation ils ont pu voir des lapins rejeter avec leurs matières fécales des bacilles d'Eberth pendant un laps de temps qui a pu atteindre six mois.

Ils ont constaté que l'immunisation préventive du lapin par injections répétées de vaccin typhique ne les empêche pas de devenir porteurs de bacilles. Les injections sous-cutanées de bacilles d'Eberth tués chez des animaux déjà porteurs de bacilles ne fait pas non plus disparaître ces bacilles de l'intestin. Enfin l'emploi de médicaments divers, tels que le mercure colloïdal, l'atoxylate de mercure, le salicylate de cuivre, le néosalvarsan, le salvarsan, etc., n'a produit non plus aucun résultat.

Les auteurs pensent que chez les porteurs de germes les bacilles se trouvent non seulement dans la cavité de la vésicule, mais encore dans les parois de celle-ci, modifiés par l'inflammation où il est difficile de les atteindre.

Dans un certain nombre de cas, en utilisant pour l'injection intravésiculaire au lapin, une race de bacilles d'Eberth ayant déjà passé par l'organisme du lapin, les auteurs ont vu les animaux succomber avec de la diarrhée et à l'autopsie, ils ont trouvé de nombreuses ulcérations intestinales avec hémorragies et tuméfaction des ganglions mésentériques.

A. LEMIERRE.

Synthèse et critique des théories pathogéniques des hémoglobinuries humaines observées en Europe, principalement en France. (Abel LAHILLE. Thèse de Paris, 1912; Ollier-Henry, éditeur.) — Cette thèse très documentée ne peut guère être résumée en une courte analyse ; l'auteur, en effet, expose et discute les nombreuses théories pathogéniques des hémoglobinuries. En ce qui concerne l'hémoglobinurie paroxystique a frigore, M. Lahille examine l'hypothèse de l'hémoglobinémie d'origine globulaire, puis celle de l'hémoglobinémie d'origine musculaire; et enfin les hypothèses de l'hémolyse intrarénale et de l'hémolyse dans les voies d'excrétion urinaire. Dans une deuxième partie, l'auteur étudie les rapports entre les ictères hémolytiques et les hémoglobinuries paroxystiques a frigore; fragilité globulaire, hématies granuleuses, hypoglobulie, anisocytose et polychromatophilie, qui sont les principaux caractères hématologiques des ictères hémolytiques, ont été rencontrées ensemble ou séparément dans beaucoup d'hémoglobinuries paroxystiques ; la clinique permet également, dans quelques observations, d'établir un rapprochement entre ces deux maladies.

La troisième partie de ce travail est consacrée aux hémoglobinuries symptomatiques d'origine infectieuse ou toxique; l'hémoglobinurie a été constatée au cours des maladies infectieuses, telles que la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la diphtérie, mais ces faits sont très rares. Les hémoglobinuries d'origine toxique sont provoquées par l'action de divers poisons chimiques; on les observe encore dans les intoxications alimentaires et même dans les auto-intoxications.

M. BRELET.

Le diagnostic biologique du cancer de l'estomac par les méthodes récentes. (ENRIQUEZ et M.-P. WEIL. *Arch. des mal. de la nutrition*, oct. 1912.) — Nous signalons avec plaisir cet intéressant article qu'il nous est impossible de résumer, tant la lecture intégrale en est indispensable pour ceux qui désirent se mettre au courant de tous les procédés imaginés dans le but de dépister précocement un cancer gastrique. Les auteurs passent en revue tout d'abord les recherches basées sur l'examen du sang (hémolysines, sensibilisatrices du sérum, précipitines du sérum, pouvoir antitryptique, anticorps anaphylactiques, réaction de la méiostagmine, de l'antiferment), puis les recherches basées sur l'examen du suc gastrique, sur la toxicité de ce suc gastrique, etc.

Après une étude aussi complète, les conclusions des auteurs sont un peu déconcertantes puisqu'elles nous font connaître qu'aucun de ces procédés ne peut permettre d'assurer l'existence ou l'absence d'une tumeur. Cependant, la recherche des lysines et des antitrypsines peut fournir de très précieux renseignements; un abaissement du pouvoir antitryptique peut à peu près autoriser à éliminer le diagnostic de cancer de l'estomac.

B. GAYARD.

Méningite tuberculeuse de l'adulte à forme hémiplégique. Examen chimique du liquide céphalo-rachidien. (H. ROGER, chef adjoint du laboratoire des cliniques, ancien chef de clinique médicale. *Soc. des sciences méd. de Montpellier*, 6 janvier 1913.) — A propos d'une observation de diagnostic délicat, M. Roger résume l'histoire de la forme hémiplégique de la méningite tuberculeuse, forme plus particulière à l'adulte (Landouzy, Chantemesse, Grasset) quoiqu'elle ait été rencontrée chez l'enfant et même chez le nourrisson (Marfan, Zafpert). Il faut distinguer une *forme tardive*, où l'hémiplégie n'est que la complication ultime d'une méningite nettement constituée, et une *forme précoce*, qui peut avoir un début brusque, apoplectique (comme dans les cas qui s'accompagnent d'hémorragies méningées), mais qui a le plus souvent une marche progressive. Ce dernier type, susceptible de guérison ou tout au moins de longue rémission (Hutinel), paraît dû à une méningite en plaque de la convexité. Le diagnostic particulièrement difficile sera surtout établi sur les données de la ponction lombaire.

M. Roger insiste tout particulièrement sur la valeur pratique de la forme chimique de la méningite tuberculeuse, établie par Mestrezat : hyperalbuminose modérée, et surtout abaissement assez marqué des chlorures du liquide céphalo-rachidien.

L. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Le diagnostic du cri chez l'enfant. (ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE. *La Clinique infantile*, 1er janv. 1913.) — Le cri de l'enfant est une manifestation dont il faut tenir le plus grand compte. Ce cri offre des caractères extrêmement variables dans sa tonalité, sa durée et sa force; il faut étudier ces caractères avec soin pour tâcher d'arriver à en comprendre et en traduire le sens.

Les causes provocatrices du cri sont très nombreuses ; elles peuvent se résumer en la triple formule de la faim, du malaise et de la douleur; elles peuvent être provoquées aussi par la syphilis héréditaire.

Il importe de poser le diagnostic, le diagnostic par exclusion, avec la plus grande exactitude possible, de manière à instituer sans retard le traitement rationnel et pathogénique.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Le tétanos comme complication des brûlures. (C. NEWBERGER. *Amer. Journ. of child. diseases*, 1912, t. IV, p. 35.) — L'auteur rapporte les observations de deux petites filles, âgées de cinq et six ans respectivement, chez lesquelles le tétanos éclata le huitième jour après des brûlures et se termina fatalement, malgré l'emploi de sérum antitétanique environ vingt-six heures après le début des accidents.

A propos de cette double observation, Newberger a recherché des cas identiques dans la littérature et a pu en réunir quarante-sept.

De l'étude de ces observations, il tire les conclusions suivantes :

1° Le tétanos n'est pas une complication exceptionnelle des brûlures.

2° La mortalité est plus élevée dans les cas survenant dans les mois chauds de l'année.

3° Le tétanos compliquant les brûlures du tronc est plus sérieux que quand la brûlure siège sur un autre point du corps.

4° Plus la période d'incubation est longue, plus est faible la mortalité.

5° La plupart des cas mortels ont une marche rapide.

6° Des injections prophylactiques de sérum antitétanique doivent être faites dans tous les cas de brûlures étendues.

M. LANCE.

PRATIQUE MÉDICALE

AGAR-AGAR ET CONSTIPATION

Ce n'est qu'en 1908 que l'agar a été introduit en France dans le traitement de la constipation chronique, et, en moins de quatre années, son emploi s'est tellement généralisé, en particulier sous sa forme la plus connue, la thaolaxine, qu'il a supplanté d'une façon pour ainsi dire complète, dans la thérapeutique journalière, tous les purgatifs et laxatifs en usage.

Cette pratique est justifiée par la régularité et la constance d'action de la thaolaxine, son efficacité dans les cas les plus variés et les plus rebelles, la manière remarquable, enfin, dont elle est acceptée et tolérée même par les intestins les plus irrités. Rappelons qu'à côté de la thaolaxine (agar et extraits de rhamnées), le médecin a à sa disposition, pour graduer et adapter la méthode à chaque malade, la laxagarine (agar sélectionné et divisé) employée seule ou associée à la belladone (laxagarine belladonée), spécifique de la constipation spasmodique.

Il n'est donc pas permis aujourd'hui au praticien de priver ses constipés du bénéfice qu'ils peuvent attendre d'un traitement qui a fait ses preuves. Nous ne rappelons que pour mémoire les articles de Bardet, P. Carnot, P. Le Gendre et Martinet (1) dont la documentation a contribué si puissamment à la divulgation de cette nouvelle méthode thérapeutique. Mais, depuis, chaque jour apporte de nouvelles observations, toutes concordantes. Ainsi voyons-nous J.-Ch. Roux (2) prescrire la thaolaxine avec succès dans un cas de constipation cæcale avec adhérences et à certaines phases de l'entérocolite. Walther (3) l'a préconisée dans le traitement de l'appendicite chronique, Gougerot (4) l'a recommandée chez les malades atteints d'acné rebelle.

Ce sont là quelques noms, cités au milieu de beaucoup d'autres et qui expliquent et justifient la faveur dont jouit ce produit dans le traitement de la constipation chronique.

LIVRES NOUVEAUX

La Désarticulation temporaire dans le traitement des tuberculoses du pied [*Annales de la clinique chirurgicale* du professeur Pierre Delbet, n° 1 (5)], par Paul HALLOPEAU, chirurgien des hôpitaux.

Ce volume est le premier d'une série de monographies qui doit être publiée sous la direction du professeur Delbet. Si la tuberculose des os du pied présente un pronostic assez favorable chez l'enfant et guérit habituellement par les méthodes conservatrices, il n'en est pas de même chez l'adulte. Elle constitue une des formes les plus décevantes par sa longueur et la fréquence des rechutes, des ostéites tuberculeuses. Le traitement chirurgical est ordinairement indispensable et consiste soit en nettoyages toujours insuffisants, soit en résections. L'auteur montre que les méthodes de résection employées donnent le plus souvent un jour très insuffisant en particulier sur les parties molles, tissu cellulaire, gaines du dos et de la plante du pied, souvent envahies par le tuberculome. L'obstacle est la présence des tendons. Au lieu de les sacrifier, M. Delbet a eu l'idée d'en pratiquer une section temporaire qui permet un large abord des diverses régions et le rétablissement ultérieur de la fonction.

M. Hallopeau décrit avec soin la technique à suivre successivement pour la désarticulation temporaire médiotarsienne, tarsométatarsienne, du premier ou des deux premiers métatarsiens, des deux derniers métatarsiens, et de la sous-astragalienne. Trente-cinq très belles planches éclairent encore le texte de cette très intéressante monographie.

M. LANCE.

Le Divorce des aliénés (1), par le docteur Lucien GRAUX, lauréat de l'Institut.

Notre distingué confrère le docteur Lucien Graux a eu l'heureuse idée d'ouvrir en 1911, dans la *Gazette médicale de Paris*, une enquête au sujet de l'aliénation mentale envisagée comme cause de divorce. De nombreuses réponses ont été adressées à son questionnaire, émanant de personnalités connues de la médecine, du droit, des lettres, etc. Ce sont ces réponses que M. Lucien Graux a réunies en un volume, afin d'en permettre plus facilement l'étude, et en les faisant précéder d'une longue préface où il étudie lui-même la question avec une ampleur à laquelle il convient de rendre hommage. Tous ceux que la troublante question du divorce des aliénés intéresse pourront donc puiser là une documentation de premier ordre.

La plupart des réponses sont favorables à l'introduction dans la loi de la possibilité du divorce basé sur l'aliénation mentale. Et cependant, outre les inconvénients très graves que présente le divorce en lui-même, n'est-ce pas un précédent fort dangereux que d'admettre une maladie comme cause de rupture légale du ménage? Et d'autre part n'est-il pas singulier, au moment où les psychiatres cherchent à faire tomber les vieux préjugés entourant la folie et à faire considérer et traiter autant que possible les aliénés comme des malades ordinaires, n'est-il pas singulier, dis-je, de faire à ce moment même de l'aliénation mentale la seule cause pathologique susceptible d'entraîner le divorce? Cette idée ne paraît pas avoir été envisagée dans le suggestif ouvrage que nous présente le docteur Lucien Graux.

Celui-ci me permettra-t-il une légère remarque de détail? Je ne puis m'empêcher de regretter un peu la composition qui orne la couverture du livre. Elle est cependant très expressive et artistique, mais elle me paraît répondre à une conception bien « grand guignolesque » de la folie, conception qui n'est que trop répandue dans le public et qu'un livre sérieux et documenté comme le *Divorce des aliénés* va encore accréditer. Car cet ouvrage sera très lu, et il le mérite.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Tuberculose pulmonaire. Maladie évitable. Maladie curable (2), par le professeur BRUNON (de Rouen).

Ce livre vient admirablement à son heure; au moment où des polémiques vives s'engagent sur la question de la déclaration obligatoire de la tuberculose, il est particulièrement inté-

(1) BARDET. Direction logique du traitement de la constipation, *Bull. gén. de thérap.*, 8 juillet 1908. — P. CARNOT. La gélose et les mucilagineux dans le traitement de la constipation, *Progrès méd.*, 17 oct. 1908. — Paul LE GENDRE et Alf. MARTINET. *Les Régimes usuels*, 1909, p. 243. Paris, Masson et Cie.

(2) J.-Ch. ROUX. « Les Consultations médicales françaises ». Fasc. 14 : *La Colite muco-membraneuse*, 1910. Paris, Poinat.

(3) *Journ. de méd. int.*, 1911.

(4) *Paris méd.*, 1911.

(5) Un vol. grand in-8 de 80 pages avec 35 pl. hors texte. — Prix : 10 francs. — Paris, F. Alcan.

(1) In-8 de 358 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

(2) Paris, Steinheil.

ressant de prendre connaissance de cet excellent ouvrage. On sent discutées, avec une grande autorité, toutes les questions de contagion et de prophylaxie de la tuberculose. L'auteur s'attache souvent à démontrer que la tuberculose est une maladie *évitable* et il indique quels moyens il faut faire intervenir pour se mettre à l'abri de la contamination. Il insiste ensuite sur le fait que la tuberculose est une maladie *curable*, et il énumère les différents procédés de traitement, le repos, la cure d'air, la cure de froid, la cure de lumière. Il insiste ensuite largement sur la manière de réaliser chez le tuberculeux une alimentation efficace et nullement nuisible par excès. Enfin il passe en revue les différents traitements usuels de la fièvre des hémoptysies, etc. : à retenir cette phrase très juste que la guérison est possible, mais que pour guérir il faut le vouloir et le vouloir longtemps.

L'ouvrage se termine par des considérations sur la *tuberculose des animaux*, et par des conclusions générales réclamant une action énergique pour la lutte contre la tuberculose, lutte qui exige « la mobilisation de toutes les forces sociales, publiques et privées, officielles et volontaires, de toutes les forces humaines associées ». B. GAYARD.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVII, n° 26, 26 déc. 1912.) George LINCOLN WALTON et R. H. FITZ : Souvenirs sur Maurice Horve Richardson. — Irwin H. NEFF : Le problème de l'alcoolisme. — David W. PARKER : La tuberculose des glandes mésentériques simulant l'appendicite. — F. B. LUND : La tuberculose des glandes mésentériques simulant l'appendicite. — William THOMPSON LUK : La physiologie à l'école de médecine de Harvard, 1870-1871. — Leon S. MEDALLA : L'ostéomyélite chronique alvéolaire (pyorrhée alvéolaire), ses causes et son traitement par les vaccins avec une étude bactériologique et description de 116 cas (*suite et fin*). — Gerardo BALBONI : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel, selon la méthode de Forlanini, avec une description de 21 cas (*suite et fin*) [2 fig., 1 tableau]. — Howard A. LOTHROP : Migration de corps étrangers dans les tissus (4 fig.). — (Vol. CLXVIII, n° 1, 2 janv. 1913.) James WARREN SENER : Les règles orthopédiques à employer dans la pratique courante. — Nathaniel K. WOOD : Six années de pratique du traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode du travail par classes (3 tableaux). — Robert M. GREEN : Le rôle de la ptose en gynécologie. — (N° 2, 9 janv.) F. S. WATSON : Description de 110 cas de calculs du rein et de l'uretère et de 10 cas simulant ces conditions, avec commentaires. — Cleaveland FLOYD : Quelques résultats obtenus dans les dispensaires pour l'arrêt de la tuberculose. — Robert M. GREEN : Le sacrifice d'Asklepios, pantomime de Herondas. — Howard A. LOTHROP : Le traitement de l'hypospadias (avec 5 fig.). — Warren A. SHERMAN : Un cas de pellagre. — Elish H. COHSON et Frederic J. FARNELL : La pellagre, description de cas (3 tableaux). — (N° 3, 16 janv.) William H. PARK : L'administration des antitoxines. — John H. CURMINGHAM : L'importance des maladies vénériennes. — John B. HAWES et Arthur DRINKWATER : La relation entre le traumatisme antérieur et la tuberculose pulmonaire au point de vue médico-légal. — Francis PATTEN EMERSON : Les foyers de suppuration chronique de la tête avec symptômes généraux, surtout chez l'adulte. — Will PEARCE CONES : La fracture du cinquième métatarsien par inversion du pied (1 fig.) — E. D. BOUD : Tumeur du cerveau, opération, lésions trouvées à l'autopsie (2 fig.)

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 51, 19 déc. 1912.) RAUSCHBURG : La faiblesse de la mémoire et son traitement. — ULENLUTH et NESSERSCHMIDT : Tentatives pour rendre les lapins porteurs de bacilles typhiques et pour les guérir. — BICKRL : Importance diagnostique des réflexes osseux. — SINGER : Cures de soif dans les affections chroniques des bronches. — PLATE : Pathogénie et traitement des arthropathies. — HOLLOS : Etiologie tuberculeuse des troubles de la menstruation. — LÜDERS : Empyème tardif de l'apophyse mastoïde. — CROPTAN : Traitement de l'anémie pernicieuse par l'acide chlorhydrique. — LÉWIN : La résorption du salicylate de soude dans ses différents modes d'application. — ENGELEN : Emploi intramusculaire de la fulmargine. — EISENHEIMER : L'usara, nouvel antidiarrhéique. — KRANER : L'hédiosite. — MANDL : Traitement des tuberculoses chirurgicales et des ulcères tenaces nécrotiques. — CRÉDÉ-HÖRDER : Les trous dans les gants de caoutchouc. — BAUM : Les nouvelles acquisitions dans le domaine de l'anesthésie locale.

Paris médical. — (N° 7, 18 janv. 1913.) G. GUILLAIN : Le traitement des paraplégies spasmodiques. — MILIAN : Les sangsues. — R. MOREAUX : A propos des complications imprévues des adéno-amygdalectomies.

Presse médicale. — (N° 5, 15 janv. 1913.) E. DESTÔT : Pronation et supination de l'avant-bras dans les lésions traumatiques. — Ph. PAGNIEZ : Du rôle et de l'importance des plaquettes dans la coagulation du sang. — (N° 6, 18 janv.) J. ABADIE : Traitement actuel de la fracture du cubitus au tiers supérieur avec luxation de l'extrémité supérieure du radius. — P. COURMONT : Rapports entre les accidents séro-anaphylactiques et les formes de la tuberculose (fibrotuberculose, rhumatisme noueux). — (N° 7, 22 janv.) CHAPUT : Traitement des fractures de la rotule et de l'olécrâne par la suture sous-cutanée. — Alfred MARTINET : Hydrémie, azotémie, chlorurémie dans les néphrites. — (N° 8, 25 janv.) Ch. AUBERTIN et M. PARVU : La chorée du cœur. — P. HARTENBERG : La strychnine à dose intensive. Méthode et indications. — Sylvius PORTA : Sur l'anastomose vasculaire.

Progrès médical. — (N° 2, 11 janv. 1913.) J. BRAULT : Les pseudo-mycoses. — MORICHEAU-BEAUCHANT, LE BLAYE et DELAGE : Méningite cérébro-spinale suraiguë à coccobacille indéterminé. — Ch. GARIN : Recherches sur la fixation, le mode de nutrition et le rôle pathogène de l'oxyure vermiculaire. — MAUCLAIRE : Embolies pulmonaires postopératoires. — (N° 3, 18 janv.) Adam WRYOSEK : De l'influence du sublimé et de l'acide borique sur la transplantation et le développement du cancer chez les souris blanches. — Paul GODIN : Rôle réel de la puberté et son caractère embryogénique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie — (N° 2, 11 janv. 1913.) TEXIER : Sur trois nouveaux cas de polypes fibreux naso-pharyngiens à insertion nasale. — L. ROCHER : Hémi-hypertrophie congénitale de la joue, des régions parotidienne et sous-maxillaire associée à une hémi-hypertrophie linguale d'origine lymphangiomateuse. — (N° 3, 18 janv.) P. DELOBEL : Note sur quelques cas d'ostéo-périostite du temporal d'origine otogène. — F. CHAVANNE : Asthme réflexe d'origine pharyngée.

Semaine médicale. — (N° 4, 22 janv. 1913.) Jacob SCHWARTZMANN : Troubles circulatoires aigus par hypertonie brusque du nerf vague.

Toulouse médical. — (N° 1, 15 janv.) A. DE VERBIZIER : Péritonite à pneumocoques chez l'adulte. Ses rapports avec un kyste de l'ovaire concomitant. Guérison spontanée par ouverture à l'ombilic. — M. PUJOL : Un cas de fièvre de Malte.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'URÉMIE (1)

GRANDE URÉMIE. — *A*. **Forme nerveuse de l'urémie.** — L'urémie à forme nerveuse est de beaucoup la manifestation symptomatique la plus fréquente de l'urémie; il faut en distinguer deux grandes variétés : une *forme convulsive*, une *forme comateuse*.

a. URÉMIE CONVULSIVE. — Cette forme de l'urémie est souvent précédée de phénomènes *prémonitoires* (soubresauts des tendons, tremblements fibrillaires des muscles), puis, tout à coup éclate la grande *attaque convulsive* qui peut simuler absolument la *grande crise d'épilepsie*; souvent cependant l'aura, le cri, la morsure de la langue font défaut; néanmoins le diagnostic sera parfois très hésitant (voir Symptômes et diagnostic des épilepsies, Question d'internat, *Gaz. des hôpit.*, 4 août 1910).

L'épilepsie urémique peut revêtir le type de l'épilepsie bravais-jacksonienne; il n'est pas rare, par la répétition des crises, de la voir simuler l'*état de mal*; au cours de la crise on note l'hypertension artérielle, la dureté du pouls, l'existence d'un bruit de galop, etc. Le diagnostic de l'urémie doit toujours être envisagé en présence d'un sujet atteint d'une crise convulsive épileptique. On sait que de plus en plus l'épilepsie essentielle se démembre au profit des épilepsies symptomatiques; aussi devra-t-on toujours penser à la possibilité de l'urémie, analyser les urines, faire un examen du sang, du liquide céphalo-rachidien, etc. On éliminera facilement le diagnostic d'hystérie.

Il faut rapprocher de ces urémies convulsives, à type épileptique, l'urémie simulant la *méningite* avec céphalée, raideur de la nuque, fièvre élevée le plus souvent; les *pseudo-méningites urémiques* signalées par Lépine, Chauffard, Widal, Hutinel, Caussade présentent un liquide céphalo-rachidien aseptique, bien que puriforme, extrêmement riche en polynucléaires, mais en polynucléaires nullement altérés; il s'agit là de *fluxions blanches* du liquide céphalo-rachidien (Widal); cette *purulence aseptique* s'explique, pour M. Chauffard, par la rétention azotée, la rétention toxique associées à l'hypertension artérielle; signalons, en effet, parmi les modifications les plus constantes du liquide céphalo-rachidien, l'augmentation du *taux de l'urée* qui peut atteindre 3 à 4 grammes pour 1000. Le diagnostic de ces méningites urémiques est en général difficile, surtout en raison de la fièvre; il se fera par la notion étiologique, par la constatation d'autres manifestations urémiques (anasarque, œdèmes, dyspnée sine materia), et surtout par la ponction lombaire.

L'urémie convulsive peut se manifester encore sous la forme de l'*éclampsie puerpérale;* certains auteurs, tel M. Chirié, font de l'éclampsie un phénomène urémique avec hypertension et rétention chlorurée ; d'autres auteurs, avec M. Le Play (*Semaine méd.*, août 1910), attribuent l'éclampsie à une rétention azotée, cette azotémie étant en rapport avec des troubles hépatiques et rénaux.

M. Le Play insiste sur l'importance de cette azotémie, en dehors de toute hypertension artérielle et de toute rétention chlorurée.

L'éclampsie puerpérale s'observe chez des femmes qui ont de l'albumine et ne se soumettent pas au régime lacté, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, soit après l'accouchement.

Il existe des prodromes, céphalée, vertiges, barre épigastrique, puis brusquement survient la chute avec perte de connaissance, convulsions toniques généralisées, puis convulsions cloniques suivies de coma; dans ces formes convulsives il n'est pas rare de constater une élévation thermique atteignant jusqu'à 39, 40 degrés; le diagnostic est à faire avec l'hystérie, l'épilepsie.

L'urémie convulsive peut revêtir la *forme tétanique* avec contracture des extrémités, rigidité spasmodique des membres, trismus, opisthotonos; le diagnostic avec le tétanos, la tétanie, est en général facile; il en est de même avec l'hystérie; plus difficile est celui de la méningite cérébro-spinale.

Parmi les autres formes de l'urémie convulsive, il faut encore signaler les *formes délirantes*; il peut s'agir soit de *délire toxique*, bruyant, incohérent, simulant un accès de *manie aiguë*, soit de *délires systématisés* (mélancolie, délire de persécution, délire érotique, lypémaniaque, religieux, etc.). Brissaud a signalé l'existence de délire avec attitudes cataleptoïdes; le délire urémique peut simuler la *vésanie*; dans ces cas, l'urémie est souvent méconnue, et les malades sont traités comme des aliénés (c'est la folie brightique de Dieulafoy).

b. URÉMIE DÉPRESSIVE COMATEUSE. — La manifestation la plus élémentaire de cette forme d'urémie est la *céphalée* qui, par sa persistance aussi longtemps que le malade n'est pas soumis au régime lacté, permet de décrire une *forme céphalalgique* dont le diagnostic doit être fait avec la céphalée neurasthénique, syphilitique, la céphalée des tumeurs cérébrales, etc.; on peut signaler encore la *torpeur*, la *somnolence* des urémiques en rapport avec l'azotémie; elle peut aller du simple abattement au coma complet, et elle doit être différenciée de la narcolepsie des diabétiques, des tumeurs cérébrales, etc.

Récemment, MM. Nobécourt et Maillet ont décrit une *forme somnolente de l'azotémie des nourrissons* qui rappelle à s'y méprendre la *forme somnolente de la méningite tuberculeuse*; le diagnostic est fait par la ponction lombaire : le liquide céphalo-rachidien contient une quantité d'urée allant de 0g50 à 3 grammes par litre, alors que dans la méningite tuberculeuse le taux de l'urée varie de 0g15 à 0g25.

La manifestation de beaucoup la plus fréquente et la plus grave de l'urémie est le COMA.

Le coma peut, ou succéder à des manifestations de petite urémie, à l'une quelconque des formes convulsives ou comateuses déjà étudiées; ou au contraire survenir brusquement, d'une manière foudroyante.

L'importance de ces formes foudroyantes est capitale au point de vue *médico-légal*, et d'après M. Brouardel un grand nombre de *morts subites* doivent être rapportées au coma urémique.

A la période d'état, lorsque le coma est complet, le malade est en *résolution musculaire flasque* avec anesthésie cutanée absolue; la respiration est lente, profonde, suspirieuse et présente souvent le type de CHEYNE-STOCKES, presque toujours révélateur de l'urémie; le *facies est pâle*, non vultueux; il existe du MYOSIS; la TEMPÉRATURE centrale est *abaissée*. Le *pouls* est en général ample, *hypertendu*, rapide; on a signalé parfois la *bradycardie sans hypertension*.

Le coma peut ainsi se prolonger jusqu'à la mort ou présenter des rémissions, des reprises, alterner avec le délire, les convulsions; sa gravité serait un peu moindre lorsqu'il éclate pendant l'urémie aiguë que lorsqu'il apparaît au cours d'une urémie lente.

Il était classique, avec Lasègue, d'insister sur l'*absence de phénomènes paralytiques* au cours de ce coma comme au cours de l'urémie en général. On connaît aujourd'hui l'existence de PARALYSIES URÉMIQUES depuis les travaux de Raymond, Chantemesse et Tennesson; ces paralysies peuvent apparaître au cours de la petite urémie ou s'installer assez brusquement à la suite d'ictus, avec parfois même déviation conjuguée de la tête et des yeux; bien que tout simule une lésion en foyer l'on ne constate cependant ultérieurement aucun symptôme de dégénérescence secondaire de la moelle, et à l'autopsie on ne retrouve en général aucune autre lésion que des œdèmes plus ou moins diffus ou localisés conditionnés sans aucun doute par les rétentions toxiques, chlorurées ou azotées dont la constatation est rendue facile par l'examen chimique du liquide céphalo-rachidien.

Il nous reste à signaler l'*aphasie urémique* bien étudiée par Dupré; il s'agit tantôt d'aphasie motrice, tantôt d'aphasie sensorielle; l'*hémianopsie* urémique a été observée par Rick.

Telles sont les diverses formes que l'urémie nerveuse peut présenter en clinique; elles s'étendent donc de la forme céphalalgique aux délires systématisés, des formes convulsives aux formes comateuses, et peuvent s'accompagner de paralysie; elles simulent par conséquent toute une série d'affections dont le diagnostic ne sera pas toujours facile.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 12, p. 190.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 16. — SAMEDI 8 FÉVRIER 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 8 FÉVRIER 1913. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hopitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bourcy, Barié, De Massary, Caussade, Le Gendre, Talamon, Picqué, qui acceptent; Balzer, Courtois-Suffit, Legry, Souques et Netter, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— *Erratum.* — Dans la liste des candidats aux hôpitaux le nom de M. Herscher a été omis. Il doit figurer avec le n° 17 entre MM. Fiessinger et Lippmann.

Guerre. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 20 janvier 1913, des récompenses honorifiques pour les soins ou les médicaments qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles :

Médailles de bronze (délivrées après quinze années de soins gratuits). — Gouvernement militaire de Paris : MM. les docteurs Keller (de la Garenne-Colombes), Cels (de Luzarches), Fort (de Draveil), Boniface (de Montreuil-sous-Bois), Cherechesky (de Saint-Germain-en-Laye).

Première région : MM. les docteurs Rocquet (de Marchiennes), Caffeau (d'Aniches), Vallée (d'Anzin), Dehaine (d'Aire), Girard (d'Iruy).

Deuxième région : M. le docteur Hazemann (d'Albert).

Troisième région : MM. les docteurs Allembert (d'Aunay-sur-Odon), Corchon (de Saint-Julien-le-Faucon), Laurent (de Bretteville-l'Orgueilleuse), Lainé (de Touques), Lemoine (de Mézidon).

Quatrième région : MM. les docteurs Médail (de Bessé-sur-Braye), Lelandais (de Flers), Decuyper (de Laigle), Louvel (de la Ferté-Macé), Petit (de Couterne), Criot (de la Ferrière-aux-Etangs), Poirier (de Mayenne), Ferron (de Laval).

Cinquième région : M. le docteur Ramond (de Ponthierry).

Sixième région : MM. les docteurs Haut (de Villers-la-Montagne), Szezipiorski (de Mont-Saint-Martin).

Septième région : MM. les docteurs Gay (de Bourbonne-les-Bains), Macquin (de Châtel), Coutemoine (de Morteau), Pernet (d'Oyonnax), Barbier (de Saint-Julien).

Huitième région : M. le docteur Deschamps (d'Henrichemont).

Neuvième région : MM. les docteurs Moreau (de Châtillon-sur-Sèvre), Pouzet (de l'Absie), Maurice (de Richelieu).

Dixième région : MM. les docteurs Gillé (de Bricquebec), Vidal (de Percy), Eudes (de Cerisy-la-Salle), Marie (de Gavray), Radier (de Châteaubourg), Malençon (de Sainte-Mère-Eglise), Herbert (de Liffré), Leterrier (de Barfleur), Vigour (de Combourg).

Onzième région : MM. les docteurs Le Floch (de Pont-l'Abbé), Robert (de Guer).

Douzième région : MM. les docteurs de Manny (de Brossac), Bonnetblanc (de Châtelus-le-Marcheix), Lhomme (de la Rochefoucauld).

Treizième région : MM. les docteurs Thévenon (de Saint-Chamond), Boel (de Saint-Germain-Laval), Arène (du Chambon-Feugerolles), Manissolle (d'Yssingeaux).

Quatorzième région : MM. les docteurs Barthélemy (de Die), Pontié (de Cours), Burdet (du Bois-d'Oingt), Lépine (de Belleville), Giraud (de la Verpillère), Cheynet (de Beaurepaire).

Quinzième région : MM. les docteurs Delmas (d'Eyguières), Vigne (de Châteaurenard).

Seizième région : MM. les docteurs Amans (de Naucelle), Fournier (de Capdenac-Gare), Degrave (de Lagrasse).

Dix-septième région : MM. les docteurs Fournial (de Monstastruc), Grand (de Montréjean), Baches (de Sos), Dupuy (de Moissac), Constans (de Saint-Antonin).

Dix-huitième région : MM. les docteurs Vernet (de Castets-en-Dorthe), Audouin (de Beauvais-sur-Matha), Casamayor de Planta (de Mauléon), Bon (d'Arthez).

Dix-neuvième région : MM. les docteurs de Cool (de Maillot), Prunier (de Bouirac), Folacci (d'Aïn-Tagrout), Vaugien (de Mascara).

Vingtième région : MM. les docteurs Jacob (d'Arcis-sur-Aube), Cadiot (de Vandeléville).

Médailles d'argent (délivrées après vingt années de soins gratuits). — Gouvernement militaire de Paris : MM. les docteurs Sallefranque (de Saint-Maur-des-Fossés), Conzette (de

Saint-Mandé), Nollet (de Bougival), Camus (des Lilas), Laire (de Rueil), Plichon (de Créteil), Le Clerc (de Levallois-Perret).

Première région : MM. les docteurs Lecœuvre (de Nœux-les-Mines), Couvreur (de Seclin), Mochez (d'Onnain), Bouchez (de Busigny).

Deuxième région : MM. les docteurs Petit (d'Ailly-le-Haut-Clocher), Sarazin (d'Hallencourt), Lowenthal (d'Anizy-le-Château).

Troisième région : MM. les docteurs Lainé (de Pont-Audemer), Perriquet (de Pacy-sur-Eure), Lerat (d'Evreux), Portes (du Havre).

Quatrième région : MM. les docteurs Deseuche (de Saint-Aignan-sur-Roë), Germont (de Passais), Leroux (de Crulai), Bazin (de Carrouges), Auclert (de Brezolles), Blondeau (de Mamers), Bruneau (d'Epernon).

Septième région : MM. les docteurs Jülg (de Beaucourt), Chatelot (de Villersexel), Belous (de Miribel).

Huitième région : M. le docteur Kuhn (de Vitteaux).

Neuvième région : MM. les docteurs de Grailly (de Vouvray), Cornet (de Ligueil).

Onzième région : M. le docteur Monnier (de Nozay).

Douzième région : MM. les docteurs Giraud (de Châtelus-Malvaleix), Bordenave-Péborde (d'Aubazine), Nugon (d'Argentat).

Treizième région : MM. les docteurs Minjard (de Panissières), Rallière (de Noirétable), Odin (de Saint-Galmier), Demahis (de Cérilly), Nasser (de Bourg-Argental), Guillemaud (de Feurs), Rollin (de la Pacaudière).

Quatorzième région : MM. les docteurs Jassoud (de Bourg-de-Péage), Lombard (de Saint-Marcellin).

Quinzième région : M. le docteur Chabert (de Roquemaure).

Seizième région : MM. les docteurs Jean (de Marvejols), Joly (de Mende).

Dix-septième région : MM. les docteurs Chansou (de Fronton), Dore (de Cadours).

Dix-neuvième région : MM. les docteurs Schwartz (de Sidi-Aïch), Bertin (de Guyotville).

Vingtième région : M. le docteur Henriot (de Blâmont).

Compagnie de Tunisie : M. le docteur Perrier (de Tunis).

Médailles de vermeil (accordées après vingt-cinq années de soins gratuits). — Gouvernement militaire de Paris : MM. les docteurs Caire (de Neuilly-sur-Seine), Lallement (de Nogent-sur-Marne), Para (de la Ferté-Alais), Rozembaum (de Paris).

Deuxième région : MM. les docteurs Lemaire (du Nouvion), Legris (de Saint-Valéry), Mulette (de Pont-Sainte-Maxence).

Troisième région : M. le docteur Asselin (de Ry).

Quatrième région : MM. les docteurs Roger (de Noyen), Bara (de Château-du-Loir).

Cinquième région : M. le docteur Létard (de Chelles).

Sixième région : M. le docteur Blaising (de Ligny).

Septième région : M. le docteur Zimmermann (de Corcieux).

Neuvième région : MM. les docteurs Haguin (de Château-la-Vallière), Thuau (de Baugé).

Onzième région : MM. les docteurs de Sallier-Dupin (de Nort-sur-Erdre), Richard (de Fontenay-le-Comte), Chevreuil (de Sucé).

Douzième région : MM. les docteurs Bertrand (de Mansle), Desfosses (de Boussac).

Treizième région : MM. les docteurs Lallot (de Saint-Pourçain), Florand (de Bourg-Lastic), Barbat et Comte (de Charlieu).

Quatorzième région : MM. les docteurs Rechatin (de la Chapelle-en-Vercors), Gaudens (d'Anse).

Quinzième région : M. le docteur Tarrou (d'Anduze).

Seizième région : MM. les docteurs Lognos (de Roujan), Puel (de Villefranche).

Dix-septième région : MM. les docteurs Azéma (d'Aurignac), Termes (de Casteljaloux), Margeritte (de Castelculier), Doche (de Tonneins).

Dix-huitième région : M. le docteur Lessenne (de Beauvais-sur-Matha).

Vingtième région : M. le docteur Grenel (de Blainville-sur-l'Eau).

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société aura lieu le deuxième mercredi de février (12 février 1913), au Cercle militaire, à neuf heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « La vaccination antityphoïdique », par M. le docteur Vincent, médecin principal de première classe, professeur à l'école d'application du Val-de-Grâce, directeur de l'Institut de vaccination antityphoïdique de l'armée.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical, à sept heures et demie précises (tenue de ville, prix : 5 fr. 50).

LA SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE tiendra sa prochaine séance le mardi 11 février 1913, à quatre heures trois quarts très précises, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 20 février 1913, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Boudet, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Limoges. Nous adressons nos bien vives condoléances à son fils le docteur Gabriel Boudet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

CONFÉRENCE. — Le docteur Privat, assistant à Paris du docteur Calot (de Berck), fera le jeudi 13 février, à dix heures trois quarts dans le service du docteur Caussade à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Monique, une conférence sur la conduite à tenir en présence d'un abcès ossifluent.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 3, 23 janv. 1913.) G. PATEIN : Un groupe de matières protéiques peu répandues dans l'organisme : les histones et les nucléistones.

Bulletin médical. — (N° 9, 29 janv. 1913.) Léon BÉRARD : Les traumatismes du crâne (*suite*). — A. F. PLICQUE : Les accidents consécutifs aux injections de sérum antitétanique et leur traitement.

Clinique. — (N° 5, 31 janv. 1913.) G. SARDOU : Les douloureux d'un seul côté. — CASTAIGNE : Tuberculose rénale à sa première période.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 2, janv. 1913.) FOERSTER : Méthode analytique du traitement par l'exercice compensateur dans le tabes dorsalis. — BASHFORD : Le problème du cancer. — B. SCHMIDT : Métastase calcaire et goutte calcaire. — HUNTENMÜLLER et PADERSTEIN : Découverte de chamydozoaires dans la conjonctivite par bains froids. — CONRADI : Sur les porteurs de bacilles typhiques. — PORT : Hypertension et sucre du sang. — EBERS : Tumeur de la moelle opérée. — RIMINI : Influence du salvarsan sur l'ouïe. — HARTUNG : Démence paralytique et accouchement. — MEDER : Deux cas de guérison tardive de pustules vaccinales. — CRÉDÉ-HÖRDER : Sur l'ophtalmie non gonococcique des nouveau-nés et des nourrissons. — PERTIK : L'iodostarine et la préparation d'iode dans le traitement de la phtisie pulmonaire.

Echo médical du Nord. — (N° 4, 26 janv. 1913.) J. LECLERCQ et R. DEVULDER : La recherche de l'uroroséine. — PIERRET, ARNOULD et BENOIT : Epreuve du bleu et constante d'Ambard. Comparaison de ces procédés dans l'exploration de la valeur fonctionnelle du rein.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 4, 26 janv. 1913.) Ch. PERRENS : De la classification des prurits (*fin*).

Gazette médicale de Nantes. — (N° 4, 15 janv. 1913.) BABONNEIX et TIXIER : Sur un cas de cirrhose compliquée d'anémie pernicieuse.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 4, 26 janv. 1913.) B. AUCHÉ et LATASTE : Absence congénitale complète des muscles pectoraux d'un seul côté avec ectrodactylie et hémiatrophie faciale légère. — LIÉBAULT : Les interventions à distance sur les nerfs sensitifs du larynx dans les laryngites douloureuses.

Journal de médecine interne. — (N° 3, 30 janv. 1913.) VINAVER : Le signe pupillaire d'Argyll-Robertson. Sa valeur comme signe pathognomonique de la syphilis (*suite*).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 4, 23 janv. 1913.) Jean de SMETH : A propos de deux grosses pyonéphroses adhérentes.

Lyon médical. — (N° 4, 26 janv. 1913.) DESGOUTTES : Fibrome du gland chez un malade porteur de fibromes multiples.

Paris médical. — (N° 8, 25 janv. 1913.) HUTINEL : Réactions méningées au cours des poliomyélites. — CARNOT et DUMONT : Le cancer de la valvule iléo-cæcale. — PALLOT et PIZON : Traitement des fractures de jambe par l'appareil de marche de Pierre Delbet. — RIMBAUD : Comment peut-on recouvrer des honoraires d'expertises en matière d'accidents du travail.

Presse médicale. — (N° 9, 29 janv. 1913.) CHAUFFARD : Les dissociations des états cholémiques.

Progrès médical. — (N° 4, 25 janv. 1913.) L. THÉVENOT et G. PLONTZ : Formes anormales des abcès du foie d'origine amibienne. — Edg. HIRTZ et P. BRAUN : Dyspnée asthmatique et opération de Freund. — CATHELIN : Les différentes formes anatomo-pathologiques du rein tuberculeux chirurgical.

Province médicale. — (N° 4, 25 janv. 1913.) A. RODET (de Montpellier) : La sérothérapie de la fièvre typhoïde. — A. BOECKEL (de Nancy) : Un cas de sarcome primitif des gaines synoviales tendineuses de la région malléolaire interne droite. — G. RIVIÈRE (de Lyon) : Ulcère calleux de l'estomac avec hémorragies graves. Résection annulaire des deux tiers de l'estomac et gastro-entéroanastomose postérieure au bouton de Jaboulay, en un temps. Guérison complète. Résultat datant de deux ans et quatre mois.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie — (N° 4, 25 janv. 1913.) J. N. ROY : Méningite séreuse, œdème papillaire et polynévrite multiple des nerfs craniens chez un jeune fumeur alcoolique. — A. LIEN : Du traitement des rhinites congestives et spasmodiques par injection d'alcool-cocaïne.

Revue neurologique. — (N° 24, 30 déc. 1912.) H. FRENKEL et R. DE SAINT-MARTIN (de Toulouse) : Complications oculaires de l'anévrisme de l'aorte. Anévrisme de l'aorte et tabes. — NOÏCA : A propos de l'article de M. W. Sterling, sur l'adduction syncinétique du bras malade dans l'hémiplégie organique. — (N° 1, 15 janv. 1913.) R. BARANY : Nouvelles recherches et observations concernant les relations existant entre l'appareil vestibulaire et le système nerveux central. Symptômes cérébelleux et vestibulaire à distance provoqués par des tumeurs cérébrales. — BÉRIEL : Etude anatomique d'un cas d'hémianesthésie avec lésion en foyer des parties antérieures de la couche optique (8 fig.).

Semaine gynécologique. — (N° 2, 14 janv. 1913.) A. DOLÉRIS : Aménorrhée d'origine tératologique. — DELÉTREZ : Un cas de tumeur ovarienne à siège rare. — (N° 3, 21 janv.) CATHALA : Kyste de l'ovaire et grossesse.

Semaine médicale. — (N° 5, 29 janv. 1913.) L. CHEINISSE : Les fièvres prolongées de cause obscure.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 3, 16 janv. 1913.) KÜRT : Auscultation dorsale du cœur et des vaisseaux. — ZUBRZYCKI et WOLFSGRÜBER : Contribution au traitement des anémies par les injections intramusculaires de sang humain défibriné. — FINSTERER : Complication rare après l'opération d'une hernie inguinale étranglée. — PFLANZ : Balnéothérapie des affections rénales. — BACHSTETZ : Traitement local de la kératite parenchymateuse par le néosalvarsan. — DEUTSCH : Alcool et homosexualité.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 FÉVRIER 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 17 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie).

Mardi 18 février, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 19 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
3e (oral, 2e partie).
4e.

Jeudi 20 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie).
4e.

Vendredi 21 février, à une heure. — Médecine opératoire. *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker*.

Samedi 22 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

THÈSES

Mercredi 19 février, à une heure. — M. LANDRY. L'invagination intestinale aiguë de l'enfance en particulier chez l'enfant de la première année. (MM. Kirmisson, président; Delbet, Legueu et Ombrédanne.) — M. DAUSSY. Rapport de l'appendicite et de la pneumonie. Etude pathogénique et clinique. (MM. Delbet, président; Kirmisson, Legueu et Ombrédanne.) — M. BOUSSEAU. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la perforation du duodénum. (MM. Legueu, président; Kirmisson, Delbet et Ombrédanne.) — M. DARIAUX. La radiothérapie radiculaire. (MM. Déjerine, président; Marfan, Teissier et Zimmern.) — M. BLECHMANN. Les épanchements du péricarde. (Etude clinique et thérapeutique). La ponction épigastrique de Marfan. (MM. Marfan, président; Déjerine, Teissier et Zimmern.) — M ROUX. La bradycardie dans les oreillons. Etude clinique et pathogénique. (MM. Teissier, président; Déjerine, Marfan et Zimmern.)

Jeudi 20 février, à une heure. — M. HANTZIGER. De la disposition congénitale au calcul mental. (MM. Gilbert Ballet, président; Achard, André Broca et Claude.) — M. SIKORAV. Le syndrome de débilité neuro-musculaire. (MM. Achard, président; Gilbert Ballet, André Broca et Claude.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cryologie. Applications du froid à l'hygiène, aux recherches de laboratoire, à la thérapeutique, par le docteur Léon LORTAT-JACOB, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté, lauréat de l'Académie de médecine de Paris. In-8 (19-12) de 172 pages (*Encyclopédie des Aide-Mémoire*). — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné toile, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LES KYSTES HÉMATIQUES OU HÉMATOMES DE L'OVAIRE

Par M. André CHARRIER,
Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

I

Historique. — Elle n'est point de date récente l'étude des hématomes de l'ovaire et cependant vous lirez dans la thèse de Vigneaux (Lyon, 1902-1903), qu'en France « elle est restée totalement ignorée jusqu'à ce jour. C'est de l'Allemagne et des Etats-Unis que nous viennent tous les renseignements que nous avons pu recueillir. Ce n'est pas que l'hématome soit une rareté, mais son diagnostic est trop souvent impossible à établir d'une manière ferme. » C'est là aussi, croyons-nous, que réside la véritable cause du nombre relativement restreint des publications françaises sur cette affection. Néanmoins, et sans vouloir remonter loin dans l'historique, on peut rappeler les noms de Pollard, de Laugier, de Robin, de Boeckel, qui se sont occupés de la question, l'étude de Léopold sur « les hémorragies et les tumeurs sanguines de l'ovaire », les recherches de Doléris et Petit, en 1903 le travail important de Castan et Bauby, les thèses de Vigneaux et de Boudey, de nombreuses et volumineuses monographies allemandes parmi lesquelles nous retenons celle de Wolff (*Arch. f. gynæk.*, Berlin 1907) et celle de Hedley (*J. obst. a. gynec. british emp.*, novembre 1910), enfin quelques pages intéressantes dans la thèse de Tartanson (Lyon 1908-1909). Ceci, sans parler des cas isolés rapportés dans ces dernières années en plus grand nombre peut-être et au milieu desquels nous distinguons le beau cas de MM. Chavannaz et Roche (*Bulletin de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux*, 1905).

II

Définition. — On peut appeler kyste hématique de l'ovaire ou encore hématome de l'ovaire « toute collection sanguine formée par le parenchyme ovarien et limitée de telle façon que ses parois appartiennent aux différents éléments de ce tissu » (Bonnaire et Potier).

Cette définition élimine les hémorragies dans les kystes de l'ovaire traumatisés ou tordus, les hémorragies qui infiltrent ou décollent la caduque dans la grossesse ovarique, de même les hémorragies dans les tumeurs malignes.

III

Etiologie. — Rien n'est plus varié que l'étiologie de cette affection et il suffira pour le comprendre de se rappeler que l'hématome de l'ovaire survient surtout à la période active de la vie génitale de la femme et de préférence au moment des périodes menstruelles ; or, à ce moment, on le sait, l'ovaire subit une double modification : 1° hyperhémie intense ; 2° tuméfaction plus ou moins marquée qui en découle. Que de causes peuvent modifier cet état ! Autant de raisons de voir surgir l'hématome ovarien.

Certains hématomes ont une origine médicale ; on peut les rencontrer au cours des cardiopathies, des affections du foie, de la chlorose, de la typhoïde, du choléra (Frankel, Dopter), de l'empoisonnement par le phosphore, des brûlures de la peau (Winkel), de l'ostéomalacie, du scorbut (Wirchow).

Les hématomes plus chirurgicaux sont observés surtout au cours des phlegmasies génitales aiguës ou chroniques. Martin a reconnu à 119 cas une origine phlegmasique pelvienne indiscutable et 15 seulement qui ne paraissaient point relever d'une cause de ce genre. Parmi ces affections du bassin prédisposantes on peut nommer : toutes les salpingites, endométrites, périmétrites, la tuberculose génitale, les tumeurs fibromes, kystes de l'ovaire et kystes du parovaire ; une thèse de Lyon, inspirée par Pollosson étudie en particulier la coïncidence relativement fréquente des myomes utérins et des kystes hématiques ; on est susceptible de les rencontrer encore au cours des grossesses tubaires, des septicémies puerpérales, on peut les voir mêlés aux anomalies de développement ou encore à la suite des hystérectomies abdominale, vaginale, de l'ovariotomie unilatérale.

Il y a même lieu de remarquer, à propos de l'hystérectomie, en général, que tout traumatisme chirurgical au moment des règles peut produire l'hématome et c'est ainsi qu'on les a notés à la suite de réduction d'utérus rétrofléchis, d'introduction de sondes ou de pessaires.

Pour une raison analogue, traumatisme survenant encore pendant la période menstruelle, des jeunes femmes ont vu se développer l'hématome à la suite de fatigues éprouvées au moment des règles (voyages en montagne, à bicyclette, surmenage au tennis, etc. (1), le froid lui aussi a été incriminé, comme pour toutes les affections, par bien des auteurs.

Enfin certaines conditions mécaniques détermineraient l'hyperhémie : les rétroflexions, les torsions de pédicules des kystes.

Cette affection, on le voit donc facilement, survient à la période active de la vie génitale ; elle se rencontre aussi bien d'un côté que de l'autre (d'après Martin, 47 fois à droite, 51 fois à gauche, bilatérale dans 32 cas). Il faut se rappeler surtout qu'elle présente une condition étiologique nette : à savoir son apparition à l'époque ou près de l'époque menstruelle et dans bon nombre de cas au cours des phlegmasies génitales aiguës ou chroniques. Malgré le silence habituel de cette affection, elle est fréquente ; mais elle est méconnue précisément parce que les sujets qui en sont frappés étaient déjà malades antérieurement d'affections génitales et ce n'est que dans quelques circonstances qu'un hématome de l'ovaire fruste au début attire l'attention sur lui par son grand développement.

(1) Dans le même ordre d'idées peuvent être accusés aussi les rapports sexuels pendant l'époque ou au voisinage de la menstruation ; certaines interventions semblent en faire foi ; Potier et Bonnaire l'affirment dans une de leurs observations.

IV

Anatomie pathologique. — ÉTUDE MACROSCOPIQUE. — Il est d'emblée nécessaire de dire qu'au point de vue anatomique l'hématome de l'ovaire peut se présenter sous trois aspects différents, signalés depuis longtemps par tous les auteurs. Il faut distinguer, en effet : 1° les kystes hématiques folliculaires ; l'épanchement sanguin s'est fait à l'intérieur d'une cavité folliculaire ; 2° les kystes hématiques des corps jaunes ; le sang s'est répandu au sein même d'un corps jaune ; 3° l'apoplexie ovarienne, véritable hématome diffus de l'ovaire dans lequel toute la masse de l'organe est infiltrée dans sa totalité et sans ordre par une plus ou moins grande quantité de sang.

C'est principalement à l'étude des deux premières variétés qu'il nous semble bon de s'attacher, pour la seule raison qu'elles sont les plus fréquemment rencontrées sous le bistouri du gynécologue. Toutes les deux d'ailleurs ont au point de vue macroscopique bien des points communs et ce n'est guère qu'au point de vue microscopique que l'on trouve des différences bien tranchées, suffisantes pour les séparer l'une de l'autre et que nous indiquerons plus loin.

On peut donner de leur physionomie macroscopique, la description suivante : leur volume est variable de celui d'une mandarine, à celui d'un œuf de poule, d'un petit pois et il y a même souvent discordance entre l'abondance de l'hémorragie intrapéritonéale qui peut atteindre et dépasser un litre et la petite cavité qui lui a donné naissance. Certains de ces kystes ont des dimensions relativement importantes, la grosseur d'un gros poing, même au delà ; ce sont les kystes hématiques de l'ovaire *à grand développement*, vraiment intéressants en chirurgie et dont un exemple rapporté par Chavannaz et Roche représente un joli spécimen. Lorsque le kyste est unique, il arrive à occuper presque tout le tissu ovarien qui ne lui forme plus qu'une coque enveloppante ; en réalité, on trouve le plus souvent la coexistence d'un ou plusieurs kystes sur le même ovaire ou celui du côté opposé ; ces autres kystes ont parfois un contenu clair, le plus souvent ils sont eux aussi de nature hémorragique, à contenu clair séro-hématique ou franchement sanguin de coloration rouge ou même goudron. Il arrive de trouver sur le même ovaire à côté de kyste hématique rompu un kyste hématique encore intact et d'autres de nature séreuse ; il se peut même que l'on rencontre un véritable semis d'hématomes transformant la glande en ovarite hémorragique, variété décrite par Robin et qui est le propre des maladies infectieuses hémorragipares.

La bilatéralité des lésions est presque habituelle ; ce fait qui aura son importance dans la question du traitement cadre bien avec l'origine que l'on reconnaît à la formation des kystes hématiques. Cette bilatéralité avait attiré l'attention de Pillet qui, notant dans les antécédents des malades atteintes de cette affection des symptômes d'infection utéro-annexielle, concluait que la plupart de ces kystes étaient le résultat d'une ovarite scléro-kystique. Les annexes en effet sont altérées dans leur ensemble, les ovaires sont durs, striés de bandes de sclérose englobant de petits kystes à contenu clair et plongés ainsi que les trompes à l'intérieur de fausses membranes péritonéales de date ancienne : la persistance de ces fausses membranes nous explique le rôle qui leur est dévolu dans la limitation de l'épanchement. C'est une sorte de *pachypéritonite*, si tant est que l'on puisse employer ce terme. Certains cas sont même très curieux par leur localisation schématique ; Eberhardt rapporte l'histoire suivante : malade atteinte d'hématocèle réduite dans laquelle il s'agissait d'une hémorragie de l'ovaire sur des annexes englobées depuis longtemps par réaction péritonéale et où « le sang s'était épanché dans un espace libre entre l'ostium et l'ovaire ».

L'hémorragie ovarienne peut coexister avec de la dégénérescence myomateuse de l'utérus. D'ordinaire, on intervient pour un fibrome et on constate en même temps sur les ovaires, la présence de kystes hématiques ; un des premiers chirurgiens qui ait été frappé par cette particularité, c'est Pollosson ; il a même inspiré sur ce sujet la thèse de son élève Vigneau. Il y a peut-être là plus qu'une coïncidence et C. Daniel dans un mémoire très fouillé sur l'état des annexes au cours des fibromes utérins a rencontré sur 70 cas de fibromes utérins, onze fois des kystes hématiques de l'ovaire ; la présence seule du fibrome et la congestion pelvienne qu'il entraîne paraît être, pour lui, l'explication de cette coïncidence. Tartanson en publie une observation très intéressante : fibrome utérin et dans chaque ovaire un beau kyste hématique dont l'un est rompu et l'autre en imminence de rupture se fend entre les doigts. Les faits de ce genre ne sont plus rarement rencontrés dans la chirurgie contemporaine.

Tels sont les divers aspects sous lesquels se présentent les deux premières variétés, les plus fréquentes, avons-nous dit, d'hématomes de l'ovaire. Retenons ce trait qui leur est propre à savoir qu'on les rencontre moins souvent à l'état de maladie isolée indépendante, qu'associés à une autre affection du petit bassin, telle que l'infection des annexes, l'ovarite scléro-kystique ou encore coexistant avec une tumeur, un fibrome utérin et semblant alors sous la dépendance de troubles circulatoires ou inflammatoires.

Les kystes hématiques folliculaires sont certainement plus nombreux que les kystes hématiques du corps jaune ; néanmoins ces derniers doivent être pris en considération et on peut très bien avec de Rouville, qui en a rencontré trois au cours de laparotomies, s'étonner que cette lésion ne soit pas plus souvent invoquée comme cause d'hématocèle. Pour Pillet, les hématomes des corps jaunes se développeraient surtout après l'ovarite scléro-kystique et on les trouverait situés de préférence à la périphérie et aux pôles de l'ovaire.

Au point de vue microscopique ces deux variétés sont notablement séparées l'une de l'autre comme on va pouvoir s'en rendre compte par la description suivante :

a. *Hématome folliculaire.* — Le contenu est moitié liquide moitié coagulé, constitué par de petites parcelles rouges et de petits amas détachés de fibrine, des globules blancs et des cellules épithéliales dégénérées; plus tard on peut trouver des débris de fibrine molléculaire, des reliquats de pigment corné, des cristaux de sang, parfois aussi des tablettes de cholestérine.

A la coupe d'un hématome folliculaire, on rencontre : 1° une surface intérieure tapissée d'un épithélium : cet épithélium affecte différentes dispositions, il peut être stratifié, cylindrique souvent, cubique, fusiforme ; en quelques circonstances il ressemble à un endothélium ; 2° une tunique lâche, feutrage conjonctif qui sert de soutien à des vaisseaux d'importance et de nombre toujours très variables ; 3° enfin une tunique fibreuse rigide qui attire souvent l'attention par sa richesse vasculaire. C'est ainsi que se présentent les hématomes folliculaires à épithélium ; mais il faut savoir que le microscope peut ne pas déceler d'épithélium et que ce dernier est remplacé par une couche de fibrine avec filaments entrecroisés dans les mailles duquel on trouve globules blancs et rouges, cellules conjonctives, cellules géantes ; les éléments conjonctifs varient suivant l'âge et la grosseur de l'hématome ; leur force de résistance est très grande puisqu'on les retrouve en grand nombre dans les hématomes très volumineux.

b. *Hématome des corps jaunes.* — Vigneau en a donné la description complète que voici : « L'épithélium auquel sont encore adhérents quelques globules sanguins, résidu de l'hémorragie, est formé par les cellules de l'ovariule disposées en couche assez épaisses si bien que, par sa hauteur, il rappelle l'épithélium vésical ou encore la caduque utérine. L'épithélium n'est pas constant ; quelques kystes en sont dépourvus partiellement et on trouve à sa place une couche de fibrine fortement adhérente à la tunique celluleuse. La membrane de revêtement située sous l'épithélium est *plus ou moins plissée*, elle offre par place une structure papillaire et permet d'apercevoir nettement les cellules pigmentées séparées les unes des autres par un réseau assez développé de capillaires gorgés de sang. Sur les grands kystes, Pilliet a décrit une lésion spéciale : c'est *le décollement de la membrane du corps jaune.* Cette membrane est rarement tout à fait déplissée, elle dessine des festons, forme des cryptes même quand la poche est très étendue ; on rencontre souvent une dilatation excessivement marquée des vaisseaux qui la doublent. Cette membrane plissée pour d'autres auteurs, serait constante dans les hématomes des corps jaunes ; en tout cas il faut y voir un trait différentiel de premier ordre. Au delà de ces tuniques, et comme dans les hématomes folliculaires, se dessine la tunique fibreuse à peu près identique comme structure dans les deux cas ; l'épaisseur est néanmoins ici *toujours plus considérable* ».

Apoplexie ovarienne. — C'est la troisième variété, l'hémorragie développée à l'intérieur du stroma ovarien. A la coupe le tissu ovarien est de couleur brun rougeâtre, de consistance molle, ne rappelant plus que de très loin la structure normale de la glande devenue en tous points comparable à la pulpe splénique, à une éponge gorgée de sang. Le tissu ovarien peut même prendre en certains points l'aspect caverneux et on a alors sous les yeux de nombreuses cavités vasculaires dilatées à parois minces, gorgées de sang, dans un substratum d'aspect embryonnaire parsemé de vaisseaux : on conçoit quels dangers présente une telle lésion pour la cavité péritonéale. Il peut même arriver que la pression dans le stroma de la glande ait été telle que l'on ne reconnaisse pas les divers éléments constitutifs, que tout ait disparu sous la poussée du sang et que de ci de là apparaissent en quelques points des follicules plus ou moins méconnaissables arrivant à maturité ou en voie de régression.

V

Pathogénie. — Il nous semble qu'il faille au point de vue pathogénique séparer deux sortes d'hématomes de l'ovaire : 1° ce que nous appellerons après Potier les kystes primitifs de l'ovaire ; 2° ce que l'on pourrait dénommer, par opposition, les kystes secondaires et qui sont tenus sous la dépendance d'une influence du voisinage en général inflammatoire.

A. Par hématome primitif on comprendra les épanchements produits à l'intérieur de l'ovaire (follicule, corps jaune et stroma) et qui semblent se développer sans inflammation antérieure de l'ovaire ; les constatations cliniques démontrent l'authenticité de telles productions que l'on voit survenir chez des jeunes femmes en pleine activité sexuelle et en l'absence de toute tare pathologique. — Ne peut-on pas se demander néanmoins, s'il y a une raison anatomique expliquant l'abondance de l'hémorragie et pourquoi le follicule siège de l'hémorragie ne fait pas sa migration comme un follicule normal arrivé à maturité. Bonnaire et Potier, qui ont publié un fort bel exemple d'hématome dit primitif et donnent après examen anatomo-pathologique de cette pièce des explications pathogéniques fort plausibles, trouvent l'origine des productions analogues dans les troubles circulatoires résultant d'une excitation génésique exagérée. Cette cause n'est évidemment pas douteuse et tout concorde, clinique, étiologie ; pour admettre sans conteste son influence prépondérante ; les interventions chirurgicales elles-mêmes semblent l'avoir montré assez péremptoirement et Martin au cours d'interventions a rencontré des kystes hématiques et de la congestion ovarienne chez des femmes dont les maris avouaient un coït très peu avant l'acte opératoire. Dubreuil et Regaud (Société de biologie de Paris, 1909) ont montré la part de la congestion ovarienne prolongée dans la production des hémorragies ovariennes : c'est ainsi que le rut prolongé chez deux lapines a été suivi, en dehors de toute autre cause, d'hémorragies folliculaires très évidentes. Par une conception originale, mais peut-être pas très justifiée, Gottschalk a mis sur le compte de la congestion ovarienne les kystes hématiques de l'ovaire révélés à la suite de curettage

utérin ; l'utérus dépouillé de sa muqueuse ne peut effectuer la menstruation suivante et il se fait une véritable menstruation ovarienne. Ne trouverions-nous pas plutôt la véritable origine dans une infection plus ou moins manifeste ?

C'est également avec les tumeurs du bassin que nous reconnaîtrons l'influence de la congestion ovarienne dans l'apparition de l'affection que nous étudions : fibromes, kystes et autres tumeurs changent suffisamment l'équilibre circulatoire du bas-ventre pour que nous puissions leur attribuer un rôle dans la production de l'hyperhémie de l'ovaire. Rappelons en passant que Matrochin a reproduit expérimentalement cette lésion en liant le mésovaire.

B. Bien plus fréquemment la source certaine de l'hématome siège dans une altération antérieure du parenchyme et sans entrer dans des considérations trop longues, il est lié au processus inflammatoire de l'appareil génital, avec altérations très apparentes qui frappent, comme Stratz l'avait remarqué depuis longtemps, les vaisseaux très flexueux du parenchyme ovarien, lié enfin aux productions sclérosantes, pseudo-membraneuses, aux exsudats péritonitiques qui découlent des phlegmasies pelviennes.

VI

Symptomatologie. — Quels sont les phénomènes cliniques qui traduisent l'apparition des hématomes ?

Les hémorragies du stroma (apoplexie), survenant au cours des maladies générales, se distinguent à peine dans la symptomatologie de l'affection initiale et n'ont assurément aucune influence sur son cours. Mais il n'en est pas de même pour les hémorragies subites plus étendues, soit d'un corps jaune, soit d'un ou plusieurs follicules; nous trouvons alors un tableau assez net d'irritation péritonéale : douleurs subites dans le bas-ventre nettement délimitées, sensation de pesanteur du côté de la vessie ou du rectum, nausées, vomissements, et quelquefois même léger mouvement fébrile; tous ces phénomènes sont le plus souvent parfaitement décrits par les malades qui les attribuent souvent à un refroidissement, parfois aussi à des fatigues et à des surmenages pendant ou avant les règles. Dans d'autres circonstances une douleur sourde apparaît dans un côté du bas-ventre, la malade éprouve de la lassitude générale et remarque des troubles du côté de la menstruation : les règles se prolongent anormalement ou encore apparaissent quelques jours plus tard, ou bien enfin, si elles sont terminées, recommencent abondamment. Quelquefois l'écoulement de sang est insignifiant et n'arrive pas à se tarir; les sujets se sentent déprimés, très faibles, se font remarquer par une pâleur très nette et languissent sur une chaise-longue pendant des semaines. Après de longs mois, souvent le bien-être renaît et la convalescence s'établit, mais ce n'est pas sans que les règles suivantes amènent des arrêts dans cette convalescence et parfois déterminent de nouvelles crises.

Il est rare que les hémorragies ovariennes donnent lieu à des signes d'hémorragie interne assez marqués, il est rare également que la température s'élève au delà de 38 degrés, ou bien alors les phénomènes fébriles sérieux relèvent d'une annexite concomitante.

Examinez à ce moment votre malade, déprimez son abdomen et vous n'aurez pas de grandes indications; dirigez au contraire vos investigations du côté du vagin et vous y trouverez des signes objectifs intéressants, nous voulons dire par là tous les caractères d'une tuméfaction juxta-utérine, plus ou moins volumineuse, en général immobile, de consistance mollasse, pâteuse, quelquefois plus ferme, presque jamais fluctuante, unilatérale très souvent, dans un petit nombre de cas bilatérale ; les contours de cette tuméfaction sont assez nets ressemblant à s'y méprendre à la configuration d'un petit kyste parovarien, ou bien diffus et comparables aux coulées inflammatoires annexielles. La patiente en général souffre peu à la pression de cette masse, elle n'en est pas moins susceptible de présenter des troubles variables de compression vésicale ou rectale.

Au fur et à mesure que la lésion vieillit, le chirurgien peut constater des modifications sensibles : tantôt augmentation de volume au moment des périodes menstruelles, douleurs plus aiguës à l'examen, sensibilité concomitante du bas-ventre, tantôt durcissement de la masse, rétraction de la tuméfaction juxta-utérine, disparition complète de la douleur et des troubles de compression. C'est que, en effet, il ne faudrait pas considérer les hématomes de l'ovaire comme une affection s'aggravant progressivement; bon nombre d'entre eux régressent, disparaissent définitivement et ne laissent comme seul souvenir de leur existence qu'un petit nodule annexiel plus ou moins perceptible.

L'évolution est par là même fréquemment bénigne; mais que de fois l'hématome progresse, se compliquant d'adhérences avec les organes voisins, d'infection, de suppurations dangereuses pour la cavité péritonéale, ou enfin d'hémorragies consécutives à des ruptures de la poche! Cette dernière éventualité, rare il faut bien le dire, n'en a pas moins droit à une mention spéciale : que la rupture se fasse au sein de fausses membranes épaisses, l'hémorragie qui la suit est de peu d'importance, elle s'enkyste, c'est une hématocèle peu dangereuse; que, bien au contraire, l'hémorragie s'épanche en péritoine à peu près libre, l'hématocèle devient grave et peut même, sans intervention immédiate, emporter le malade ; nous-même (*Journ. de méd. de Bordeaux*, oct. 1912) avons rapporté quelques cas vraiment sérieux de cette variété d'hématocèle. Simple fréquemment dans ses manifestations, l'hématome peut donc devenir dramatique dans quelques occasions; Tartanson en mentionne des exemples.

En terminant cette étude symptomatologique rapide, il nous paraît bon de mettre à part, comme évolution des hématomes particulièrement intéressante pour le chirurgien, « ces kystes hématiques à grand développement » dont l'exemple rapporté par Chavannaz constitue un beau type; si l'on songe que la tumeur kystique contenait un litre de liquide sanguinolent noirâtre, que la masse était adhérente aux

anses intestinales et entourée d'un épais feutrage de fausses membranes, on pourra fort bien se rendre compte du volume qu'ils peuvent acquérir parfois, de l'évolution et de la symptomatologie complexes sous lesquelles ils peuvent se manifester.

VII

Diagnostic. — Si l'on voulait faire un diagnostic différentiel très serré à propos des kystes hématiques de l'ovaire, on risquerait de tomber dans une exagération manifeste : nous pensons déjà l'avoir montré, mais nous le répétons à dessein, les hémorragies ovariennes se rencontrent au cours de maladies génitales assez variées et confondent leurs signes avec la symptomatologie de l'affection en cours; on les ignore, on ne peut les reconnaître, on y pense quelquefois, et ce sont uniquement les hasards opératoires qui font toucher du doigt leur existence.

Exception doit être faite pour les hématomes à évolution bien nette développés chez des femmes jeunes et en relation étroite avec les périodes menstruelles; exception soit! Mais encore combien de points communs n'ont-ils pas avec la grossesse extra-utérine, ou bien encore, lorsque l'hématome est « à grand développement », avec les kystes du parovaire, les tumeurs solides ou liquides de la trompe, etc. Il semble donc que bien souvent un diagnostic vraiment positif, affirmatif en présence d'une tuméfaction juxta-utérine développée lentement, chez une femme en pleine vie génitale, au milieu même de troubles menstruels caractérisés, soit impossible à faire; néanmoins, tout ce que l'on peut dire c'est que, en présence de cas de cette nature, tout chirurgien doit obligatoirement penser aux kystes hématiques.

Même pièces en mains le diagnostic est vraiment ardu, et il faut un examen microscopique laborieux pour établir une affirmation et écarter la grossesse ovarienne; cette grossesse ovarienne, bien établie dans la thèse de Mlle Conheim, corroborée par les faits de Ledoux (1900), de Rigollot-Simonnot 1906), etc., ne présente pas toujours des caractères macroscopiques suffisamment évidents pour que l'on puisse certifier ou non son existence et la différencier des hématomes ovariens; l'examen histologique devient donc indispensable. « Souvent tous les éléments de l'embryon ont disparu, et il faut rechercher longtemps pour rencontrer à travers une longue série de coupes quelques vestiges de villosités choriales qui décèlent l'origine gravidique de la tumeur sanguine. » (Potier.) Il faut donc, pour affirmer le diagnostic qui nous intéresse, ne retrouver sur les coupes en série ni débris fœtal, ni débris placentaire, ni villosités choriales.

Pour compléter ce diagnostic, nous devons rechercher à quelle variété d'hématome nous avons affaire: l'anatomie pathologique, le microscope nous donnent à ce sujet un caractère distinctif très net, et il suffit de se souvenir que les kystes du corps jaune, à l'inverse des kystes folliculaires, ont une paroi notablement épaisse, et que, vus par leur face interne, on aperçoit un plissement tout à fait caractéristique dessinant des festons, des cryptes, même lorsque la poche est relativement restreinte.

VIII

Pronostic. — Il ne serait pas exact de considérer les hémorragies ovariennes comme une affection grave si l'on se rappelle que d'un côté cette maladie est certainement très fréquente, et que de l'autre les complications auxquelles elle est sujette sont ordinairement rares. Il est vrai cependant d'ajouter que, toutes rares qu'elles soient, la gravité de leurs complications est incontestable, et nous n'en voulons pour témoins que ces ruptures brusques, dramatiques de l'ovaire qui conduisent à l'inondation péritonéale comme dans la grossesse ectopique (Venot, Bender et Marcille, Charrier, etc.). Si l'on excepte même ces cas graves, il n'est pas inutile, pour bien mesurer le pronostic d'ensemble, de songer aux troubles nutritifs de voisinage que ces hématomes peuvent entraîner, aux adhérences qu'ils établissent avec le péritoine et aux exsudats abondants dont ils sont la source.

Il n'est pas même jusqu'au côté fonctionnel de l'ovaire qui ne doive être sérieusement envisagé, car la résorption de kystes hématiques doit conduire plus fréquemment qu'on ne le suppose à l'atrophie folliculaire et à la ménopause précoce.

IX

Traitement. — Avec Vigneaux et Boudey, nous croyons qu'il serait logique de parler de traitement préventif à propos d'hématomes ovariens, mais comme eux nous pensons qu'il faut s'en tenir à quelques généralités basées sur la pathogénie de cette affection et aboutissant à des conseils, sur la scrupuleuse exécution desquels il ne faudra guère compter : exhortons néanmoins nos jeunes malades à éviter les marches fatigantes, l'exercice des sports trop violents, et ceci principalement pendant les périodes menstruelles ou dans le voisinage de leur apparition; mêmes conseils pour les rapports sexuels dans les circonstances analogues.

Une fois constitué, l'hématome, nous l'avons montré, pourra se résorber avec l'aide du repos prolongé, de la columnisation glycérinée du vagin, en somme avec les moyens usités pour la résorption des exsudats, des épanchements génitaux; une cure thermale à Saint-Sauveur, à Salies-de-Béarn complétera les premiers résultats acquis. Sur tout ceci il ne nous semble pas bien utile de s'étendre parce qu'il s'agit de thérapeutique bien établie et peu discutée.

Le moment de la discussion interviendra seulement au moment des indications opératoires, et ces indications nous semblent péremptoires le jour où les malades ont des crises subintrantes qui ne cèdent point au traitement habituel et que chaque période menstruelle vient exacerber; elles nous paraissent manifestes, absolues même, lorsque le chirurgien se trouve en présence de *kystes hématiques à grand développement* sur l'histoire desquels nous avons insisté dans les pages précédentes; elles doivent encore être prises en sérieuses considérations chez les

femmes qui ne peuvent entreprendre pour des raisons sociales un traitement médical de longue durée tel qu'il doit être compris.

Le chirurgien doit donc à ce moment faire entendre sa voix et intervenir : par le vagin ou bien par le ventre ? Cette question nous a paru inquiéter beaucoup certains auteurs, mais il s'agit de travaux qui datent déjà d'une dizaine d'années, et à la lecture des observations modernes les indications que l'on reconnaissait autrefois à la voie vaginale paraissent aujourd'hui avoir perdu de leur importance; loin de nous la pensée de les nier complètement, non; car à un kyste hématique bien limité, bombant dans un cul-de-sac, semble tout à fait convenir une intervention simple comme la ponction, l'extirpation vaginale qui détruit la lésion et ne laisse point de cicatrice abdominale disgracieuse; car il ne faut pas oublier qu'il s'agit souvent de personnes jeunes avec lesquelles le côté esthétique n'est point négligeable. Cependant, si l'on veut bien considérer les avantages de la voie abdominale, c'est bien elle que l'on préférera : exécution plus facile, contrôle direct des lésions, examen complet du pelvis et des organes y contenus, extirpation large, ou bien au contraire traitement conservateur suivant les constatations anatomiques, etc.

L'avantage sera donc certainement, dans bien des circonstances, à la laparotomie : le ventre ouvert, les lésions elles-mêmes guideront le bistouri et l'on se décidera, soit pour l'extirpation pure et simple, soit pour l'ovariotomie uni ou bilatérale, soit enfin dans quelques occasions exceptionnelles où la cure radicale sera impossible pour l'ancienne marsupialisation (elle a été pratiquée pour kystes hématiques adhérents et volumineux). Nous ne croyons pas inutile de mettre le chirurgien en garde contre la reproduction de la maladie sur le second ovaire, le premier ayant été enlevé dans une laparotomie antérieure. Jayle a publié une observation de ce genre dans laquelle il fut contraint de recourir à une deuxième intervention; elle lui montra que des kystes hématiques s'étaient développés sur l'ovaire opposé laissé en place lors de la première opération.

On le voit, la conduite à tenir paraît assez nette; il est bien entendu que cette thérapeutique est surtout de mise lorsque le diagnostic aura été fait sans conteste : malheureusement nous avons déjà dans cette étude insisté sur ce fait que les kystes hématiques se confondent souvent avec la maladie initiale qui leur a donné naissance; dans ce cas les indications suivies par le chirurgien sont en général celles des lésions auxquelles il avait pensé.

BIBLIOGRAPHIE

Bazy. Salpingite hémorragique, *Soc. de biol.*, Paris 1909. — Bender et Marcille. *Tribune méd.*, 1904. — Burger. *Zur Kentniss der Ovarialblutungen.* — Boudey. Th. de Bordeaux, 1902-1903.

Chavannaz et Roche. *Journ. de méd.*, Bordeaux 1905.

Dubreuilh et Regaud. *Soc. de biol.*, Paris 1909.

Hedley. Hématome de l'ovaire (18 cas), *Journ. obst. a. gyn. brit. emp.*, nov. 1910.

Jayle. *Presse méd.*, 1909; — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1909; — *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1909.

Leriche. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1911. — Lacouture. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1904.

Potier. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1903.

Rollin. Th. de Paris, 1888-1889. — Rouville (de). *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris 1908. — Rousseau. Hémorragies ovariennes, *Journ. méd. de Bruxelles*, 1903.

Tartanson. Th. de Lyon, 1909.

Venot. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1903. — Vigneau. Th. de Lyon, 1902-1903.

Wolf. Ueber Hematoma ovarii, *Arch. f. Gyn.*, Berlin 1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 6 février 1913)

M. le Président annonce la mort de M. Chupin, médecin principal, membre correspondant de la Société.

Blessure du sinus longitudinal. — M. Sieur a, dans un cas de mastoïdite, incisé de propos délibéré le sinus latéral. Il y eut une hémorragie qui fut arrêtée par le simple tamponnement. Il n'a même pas été nécessaire de recourir, comme le conseille M. Sébileau, à l'introduction d'une mèche dans le sinus lui-même.

M. Bazy dans un cas de blessure du sinus longitudinal a eu recours, avec succès, au tamponnement avec des fils de catgut, suivant le conseil donné par M. Lucas-Championnière.

M. Potherat a observé deux cas de blessure du sinus. Le premier, dans le service de M. Segond, à la Salpêtrière. Il s'agissait d'un jeune homme qui avait reçu une balle de revolver dans le cerveau. Cette balle fut localisée, sur la ligne médiane, entre les deux hémisphères. Dans les manœuvres pour aller à la recherche de cette balle, il y eut une blessure et une hémorragie du sinus longitudinal. M. Segond introduisit aussitôt dans la plaie une mèche à hystérectomie vaginale. L'hémorragie fut arrêtée et, poursuivant sa dissection, M. Segond arriva sur la balle, put l'extraire et le blessé guérit. Il avait laissé la mèche en place pendant six ou sept jours; quand il la retira, il n'y eut pas de retour de l'hémorragie. M. Segond en mit une autre moins profonde et les suites furent des plus simples.

Dans le second cas de M. Potherat qui lui est personnel, il s'agissait d'une blessure du sinus latéral au cours d'un évidement pour mastoïdite. M. Potherat arrêta l'hémorragie en introduisant dans la plaie une mèche de gaze iodoformée. L'hémorragie s'arrêta. Ces mèches pulvérulentes ont peut-être une action plus hémostatique que les mèches simples.

Invagination intestinale. — M. Ombrédanne fait un rapport sur une observation de M. Guillaume Louis (de Tours). Il s'agissait d'un jeune enfant qui fut pris brusquement de douleurs dans le ventre. On appliqua des compresses chaudes. L'enfant se mit à vomir, montra de l'agitation et il ne rendait ni selles, ni gaz M. Guillaume Louis pratiqua le toucher rectal et ramena du sang sur son doigt. Dès lors il n'hésita plus à porter le diagnostic d'invagination intestinale. On fit la laparotomie trente heures après le début des accidents. Il s'agissait d'une petite invagination iléo-cæcale. On réduisit par expression et l'enfant guérit.

Dans le second cas, il s'agissait également d'un tout jeune enfant qui fut pris de douleurs, de vomissements et de selles sanguinolentes. Laparotomie cinq heures et demie après le début des accidents, petite invagination iléo-cæcale, réduction, guérison.

Voilà la troisième fois qu'en peu de temps l'auteur observe cette invagination intestinale dans le même pays. Cela donne

raison à M. Kirmisson qui a bien fait d'attirer l'attention du praticien sur ce sujet.

M. le rapporteur insiste sur l'importance du toucher rectal, l'apparition des selles sanglantes, la vacuité du rectum, comme signes importants du diagnostic.

M. Ombrédanne s'est bien trouvé des injections de sérum après les interventions, surtout au point de vue de la chute de la fièvre. Enfin, au point de vue opératoire, il continuera à fixer l'intestin à la paroi.

Carcinome de la trompe. — M. Hartmann fait un rapport sur une observation adressée par M. Louis Bazy. Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans qui présenta tous les signes d'une grossesse, avec des vomissements incoercibles. M. Ribemont, dans le service duquel se trouvait cette malade, nie l'existence de la grossesse et admet une tumeur des annexes droites. Il conseille l'opération. M. Louis Bazy opère et trouve, en effet, dans le côté droit du ventre une grosse tumeur spongieuse dont le moindre attouchement amenait une hémorragie. M. Louis Bazy s'empresse d'enlever cette tumeur en pinçant les vaisseaux, puis il enlève l'utérus. La malade meurt trente-six heures après. L'examen histologique permet de reconnaître dans la tumeur les éléments de la trompe. Il s'agissait d'un carcinome de la trompe; il y aurait eu aussi grossesse tubaire cancéreuse.

Ces sortes de tumeurs ne peuvent être diagnostiquées. Le pronostic est des plus graves. Tous les cas qui ont été publiés ont été suivis de mort.

Tuberculose péritonéale. Obstruction intestinale. — M. Kirmisson rapporte l'observation suivante. Le 20 janvier entre dans son service un enfant de deux ans présentant un développement excessif de l'abdomen, deux volumineuses hernies scrotales, réductibles, un testicule gauche volumineux. M. Kirmisson pensa d'abord à de la tuberculose, mais comme il y avait des condylomes à l'anus on soupçonna la syphilis. Il n'y avait pas d'ascite; l'enfant était en bon état. Le lendemain matin l'état est moins bon; il y a des vomissements; le facies est péritonéal; le ventre est ballonné, le pouls fréquent. Il n'y a plus du tout de hernies. Que l'enfant soit couché ou debout, toute hernie a disparu. Il y avait de l'occlusion intestinale. M. Kirmisson décida d'intervenir immédiatement. Il fait une laparotomie. Il n'y avait rien du côté des anneaux inguinaux. L'intestin est criblé de granulations tuberculeuses. Il y a un empâtement du côté droit. M. Kirmisson trouve une bride épiploïque qu'il sectionne entre deux ligatures. Il amène en dehors une masse grosse et dure; c'est l'intestin grêle en bas et le gros intestin en haut qui sont soudés ensemble par deux brides. Celles-ci sont sectionnées et l'intestin est réintégré, avec quelque peine, dans la cavité abdominale. Jusqu'ici cet enfant va bien. Il s'agissait, en somme, d'une occlusion intestinale au cours d'une péritonite tuberculeuse.

Mais ce qu'il y a surtout d'intéressant, dans ce cas, c'est la disparition spontanée de deux volumineuses hernies dont l'explication échappe complètement.

Tuberculose uretérale sans tuberculose rénale. — M. Hartmann, chez un malade présentant tous les signes d'une tuberculose rénale, fait la néphrectomie. L'examen des pièces montre des lésions tuberculeuses très nettes au sommet de l'uretère et du bassinet, mais une intégrité absolue du rein lui-même.

M. Legueu n'a jamais vu de cas semblables. En général, si grosses que soient les lésions de l'uretère et du bassinet, il y a toujours quelque chose du côté du rein.

Interprétation des images diverticulaires radiographiques de l'estomac. — M. Walther fait un rapport sur un travail de M. Guillot (du Havre), d'où il résulte que les images diverticulaires de l'estomac ne répondent pas toujours à la perte de substance de la paroi gastrique. Dans un cas de ce genre, où il y avait sténose du cardia, M. Guillot fit la gastrotomie, trouva un cancer du cardia étendu à la petite courbure et la grande courbure tout à fait indemne. Il ne faut pas conclure d'une image diverticulaire à une perte de substance de la paroi gastrique.

M. Hartmann a insisté sur ces faits et a conclu qu'il fallait préférer la radioscopie à la radiographie.

M. Delbet cite un fait où la réalité n'a répondu en rien à l'image radiographique.

Exstrophie de la vessie. — M. Gosset présente un jeune garçon qu'il a opéré avec succès d'une exstrophie de la vessie.

Hernie ombilicale. — M. Chaput présente une femme de soixante-trois ans qu'il a opérée d'une hernie ombilicale volumineuse. Il ne pouvait plus refermer le ventre. Il y est arrivé à l'aide d'un greffon de graisse.

Fracture bi-malléolaire. — M. Riche présente un homme de cinquante ans qui était atteint d'une fracture bi-malléolaire avec luxation du pied en arrière et en dehors, fragment marginal postérieur. A l'aide d'appareils plâtrés successifs et d'une suture au fil de bronze, M. Riche est arrivé à réduire complètement cette fracture.

Cancer de la vessie. — M. Auvray présente un malade qui est atteint d'un vaste néoplasme de la région inguino-crurale. Cet homme ne présentait aucun trouble vésical et cependant la cystoscopie a montré l'existence d'un néoplasme de la muqueuse dont la tumeur ganglionnaire inguino-crurale n'est que la conséquence.

Election. — M. Bazy est nommé, à l'unanimité, membre honoraire de la Société.

PRIX A DÉCERNER EN 1913

(Séance annuelle de janvier 1914).

Prix Marjolin-Duval, annuel (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1913.

Prix Laborie, annuel (1 200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Dubreuil, annuel (400 francs). — Prix destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Ricord, bisannuel (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre société.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés.

Prix Demarquay, bisannuel (700 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Gerdy, bisannuel (2 000 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Les manuscrits destinés au prix Laborie, au prix Gerdy et au prix Demarquay doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris 6e, avant le 1er novembre 1913.

PRIX A DÉCERNER EN 1914

(Séance annuelle de 1915).

Prix Dubreuil, annuel (400 francs). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Marjolin-Duval, annuel (300 francs). — A l'auteur

(ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1914.

Prix Laborie, annuel (1 200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Prix Jules Hennequin, bisannuel (1 500 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain.

Ce prix ne peut être partagé.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris 6e, avant le 1er novembre 1914.

ANALYSES

MÉDECINE

Infection générale par le bacille pyocyanique. (C. KLIENEBERGER. *Deut. med. Woch.*, 26 déc. 1912, n° 52, p. 2451.) — La propriété que possède le bacille pyocyanique de provoquer des infections générales ne peut plus maintenant être mise en doute.

On admet en général que ces infections partent de la peau ou des muqueuses superficielles. Peut-être le bacille pyocyanique peut-il pénétrer aussi au niveau des voies respiratoires et de l'intestin.

D'après les observations de Klieneberger les voies urinaires peuvent également servir de porte d'entrée à ce microbe. D'après ses observations les septicémies à pyocyanique ne surviennent pas seulement chez les sujets épuisés et cachectiques et elles ne comportent pas forcément un pronostic fatal.

Le diagnostic des infections à pyocyaniques se fait d'une part par l'hémoculture, d'autre part par la recherche de la réaction agglutinante. L'existence ou la non-existence de celle-ci sont du reste subordonnées au mode et à la durée de l'infection, et peut-être aussi à des particularités individuelles.

L'auteur rapporte un cas de septicémie à pyocanique survenue consécutivement à une infection ascendante des voies urinaires.

Il s'agit d'un homme qui, deux ans auparavant, avait subi une néphrotomie du côté gauche, pour des calculs du rein. Depuis cette époque, il conservait des urines troubles. Il fut pris brusquement d'un frisson avec température à 40°2. L'ensemencement immédiatement pratiqué de 15 centimètres cubes de sang donna 15 colonies de pyocyanique. Le même microbe fut trouvé en abondance dans l'urine purulente. Pendant les deux jours suivants de nouveaux accès de fièvre se produisirent. La température resta ensuite à la normale et la guérison survint.

A. LEMIERRE.

Radiodiagnostic de l'estomac biloculaire. (O. LEGROS. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, février 1912.) — L'estomac biloculaire est constitué par une subdivision *permanente* de l'estomac, en deux poches séparées par un rétrécissement. Le diagnostic de cette affection se fait surtout grâce à la radiographie qui permet la différenciation avec le spasme médiogastrique et l'estomac biloculaire par lésion organique.

Pour explorer l'estomac, on commence par faire absorber au malade 300 centimètres cubes de bouillie, panade, additionnées de 60 à 100 grammes de carbonate de bismuth; chez les sujets normaux, l'estomac représente un tube irrégulièrement calibré dans sa plus grande dimension verticale contenu dans l'hypocondre gauche, et recourbé vers la ligne médiane suivant un angle variable.

Dans le cas d'*estomac biloculaire typique*, l'opacité dessinée d'abord par le bismuth est celle de la poche supérieure; puis au bout d'un temps variable, le bismuth pénètre dans le trajet rétréci, enfin dans la poche inférieure. Un examen trop rapide peut faire méconnaître la biloculation, de même qu'un examen trop tardif peut faire méconnaître la poche supérieure. Il existe enfin des *estomacs biloculaires atypiques*, dont le diagnostic ne sera pas toujours aisé. Il faut enfin savoir avant d'affirmer qu'il s'agit bien d'un estomac biloculaire, que l'on ne se trouve pas en présence d'une *fausse biloculation*; les causes en sont assez nombreuses; l'une des plus fréquentes est la fausse biloculation par ptose; il faut encore signaler la *fausse biloculation* par *spasme médiogastrique*, quelquefois par distension gazeuse de l'estomac et du côlon; seules la radiographie et la radioscopie permettent ces divers diagnostics, en permettant ainsi d'apprécier s'il existe une lésion organique de l'estomac, une tumeur de voisinage, de la périgastrite. Il ne faudra pas manquer d'essayer, sous l'écran, de faire refluer le bismuth d'une poche dans l'autre.

B. GAYARD.

La maladie de Parkinson. (Ch. MIRALLIÉ. *Gaz. méd. de Nantes*, 4 janvier 1913.) — Après avoir relaté quelques observations de parkinsoniens, M. Mirallié étudie et discute les principaux symptômes de la maladie. Il fait d'abord remarquer qu'en principe la paralysie agitante manque de paralysie, les troubles moteurs faisant défaut chez les parkinsoniens, il y a raideur mais non paralysie. L'existence de phénomènes paralytiques doit faire penser plutôt à une complication, à une association qu'à un symptôme de la maladie.

Les relations de l'hémiplégie avec le parkinsonisme méritent d'être examinées de près. On a décrit des hémiplégiques vrais devenant ensuite parkinsoniens; des hémiplégiques avec tremblement parkinsonien. D'après M. Mirallié, ces deux groupes de faits sont à reviser. Pour le premier groupe, hémiplégiques devenant parkinsoniens, on peut se demander si ces malades ne sont pas simplement des parkinsoniens qui sont entrés dans la maladie par la rigidité seule, et dont le tremblement s'est fait attendre des années. Quant au tremblement parkinsonien pré-hémiplégique, il faut le considérer comme exceptionnel, quand ce diagnostic est porté, l'évolution des accidents fait reconnaître ensuite une maladie de Parkinson typique.

Le tremblement est, après la raideur, le symptôme le plus important de la maladie. D'abord segmentaire, il se généralise avec une extrême lenteur. Pour Charcot, le tremblement ne gagne pas la tête; il est aujourd'hui prouvé que la tête peut trembler; ce sont les muscles du menton et ceux des lèvres qui tremblent le plus souvent. Le facies figé, la propulsion en avant, la sensation de chaleur, le besoin incessant de déplacement complètent la symptomatologie. Quelquefois on observe des douleurs articulaires; elles sont même assez fréquentes, puisque M. Mirallié a noté 7 fois sur 40 observations personnelles, des douleurs et du gonflement dans les épaules, les genoux, des déformations des doigts; dans ces cas, les parkinsoniens ressemblent à des rhumatisants chroniques, et avant l'apparition de la raideur le diagnostic ne peut être posé. Au point de vue des réflexes tendineux, il est admis aujourd'hui qu'ils sont exagérés dans la maladie de Parkinson; cependant en dehors de cette exaltation de la réflectivité tendineuse, et en dehors des cas exceptionnels où l'on a observé le signe de Babinski, on ne décèle pas de signes manifestes d'une lésion du pyramidal.

Les théories pour expliquer la maladie de Parkinson sont nombreuses; c'est du côté du mésencéphale qu'il faut chercher le siège de la lésion, sans qu'on puisse le préciser exactement.

M. BRELET.

Tuberculose et malaria. (Tecon et Peyrat. *Rund. f. Med.*, nov. 1912.) — Les auteurs ont observé au sanatorium du Leysin chez deux tuberculeux palustres un cas d'accès pernicieux et un cas de fièvre quarte. Chez ces deux malades tuberculose et malaria ont paru évoluer d'une façon autonome; l'atteinte tuberculeuse peu prononcée n'a pas été aggravée du fait de l'attaque de paludisme intercurrent. Le paludisme a suivi son cours sans que la tuberculose ait paru en influencer l'évolution. B. GAYARD.

Angine pseudo-membraneuse à pneumocoques. (Reh. *Rund. f. Med.*, sept. 1912.) — Il existe un nombre très restreint d'amygdalites primitives à pneumocoques. Gabbi en rapporte un cas, Jaccoud deux, d'Espine un seul; Carlo deux cas, Reich et Schomerus dix; enfin Ducamp en relate trois observations associées à d'autres microbes, mais à prédominance des pneumocoques. La forme la plus fréquente de l'angine à pneumocoques serait l'angine érythémateuse sans grande dysphagie, sans retentissement ganglionnaire très accusé. Plus rare est la *forme pseudo-membraneuse*, avec production abondante de fausses membranes, trismus, engorgement ganglionnaire et pyrexie. La nature de cette angine ne peut être établie que par les cultures et les inoculations; elle peut en imposer pour la diphtérie. L'examen bactériologique décèle le pneumocoque en grande abondance mélangé à quelques streptocoques. L'inoculation à la souris se montra toujours positive. La fièvre est toujours élevée au début; elle atteint 40 assez rapidement et le malade présente de nombreux frissons. La défervescence est assez rapide. L'on observe le plus souvent la guérison. B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Paralysie des deux droits externes d'origine diphtérique. Traitement par la sérothérapie. Guérison. (F. Terrien. *Bull. soc. pédiat.*, février 1912.) — Les *paralysies diphtériques* de la musculature externe du globe oculaire et du releveur de la paupière sont très rares, aussi est-il intéressant de signaler l'observation suivante : il s'agit d'une paralysie bilatérale des muscles droits externes survenue peu de jours après une paralysie du voile du palais chez un enfant âgé de cinq ans et demi atteint six semaines auparavant d'une angine diphtérique de moyenne intensité; la guérison fut immédiate à la suite d'une injection de sérum. Cette paralysie des muscles droits externes est une rareté; il est intéressant de signaler le mode de début brusque de cette paralysie dans cette observation, et la guérison rapide et brusque également à la suite d'une injection de sérum antidiphtérique.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Résultats éloignés de la chirurgie de la vésicule biliaire. (E. Mc Donald Stanton. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LVII, n° 6, pp. 411-444); — **Facteurs hostiles au succès dans la chirurgie de la vésicule biliaire.** (B. B. Davis. *Ibid.*, pp. 444-447.) — Stanton analyse les résultats éloignés de 350 cas opérés qu'il a pu suivre. Dans la lithiase vésiculaire pure, il y a 90 p. 100 de guérisons, 4,6 p. 100 d'améliorations équivalant presque à une guérison, 4,6 p. 100 de légèrement améliorés et 0,8 p. 100 d'insuccès. Mortalité nulle. Dans les cas de calculs du canal cystique, il y a à peu près 10 p. 100 d'insuccès avec persistance de la douleur. Dans la lithiase du cholédoque, il y a 70 p. 100 de guérisons et 25 p. 100 d'améliorations. Dans l'empyème de la vésicule biliaire, les résultats sont uniformément bons. Dans les cas atteints de pancréatite chronique ou d'adhérences vésiculaires, on obtient encore 85 p. 100 de guérisons. Mais dans les cas compliqués de lésions pelviennes, il y a 36 p. 100 d'insuccès. La plupart des malades guéris l'ont été par la cholécystotomie. Rien dans la statistique de Stanton ne montre que la cholécystectomie soit l'opération de choix dans aucun cas, sauf ceux de lésions très avancées de la vésicule elle-même.

Dans la cholécystite sans lithiase, Stanton a vu 46 p. 100 de guérisons, 10 p. 100 d'améliorations notables, 23 p. 100 de légères améliorations et 20 p. 100 d'insuccès. Le traitement chirurgical ne donne guère mieux que le traitement médical.

Davis considère comme principales causes d'échec dans la chirurgie vésiculaire toutes les altérations des conduits biliaires susceptibles de causer de la stagnation. Le mécanisme d'évacuation de la bile est extrêmement délicat et facile à déranger. Un cholédoque épaissi, inélastique, un peu rétréci, où partie de la muqueuse a été détruite par le contact de calculs, ne peut suffire à la précision du mécanisme. Puis viennent les adhérences, de quelque origine qu'elles soient. Enfin, une mauvaise technique chirurgicale, et ici il ne s'agit pas de fautes lourdes, mais simplement d'insuffisance de finesse. Il faut faire une opération complète, mais avec un minimum de manipulations et un maximum de douceur. Sans cela, on produit de nombreuses adhérences et le résultat final est pire que la situation du début. Enfin, trop souvent, on abandonne le malade sitôt opéré. Il faut le faire traiter par un médecin.

F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Salvarsan chez un syphilitique tuberculeux pulmonaire. (Tecon, *Rund. f. Med.*, nov. 1912.) — Les injections de salvarsan ont été suivies chaque fois d'une diminution constante et considérable de l'expectoration. La dernière injection a été suivie d'hémoptysies fréquentes. Le sujet n'en avait jusqu'alors jamais présenté. Il est permis de se demander si le salvarsan qui est un vasodilatateur puissant ne les a pas provoquées ou tout au moins favorisées. B. GAYARD.

Etude pharmacologique et thérapeutique de la théobromine. (Robert Le Gallen. Thèse de Bordeaux, déc. 1912.) — Inspirée par M. le professeur Mongour et basée sur une expérimentation des plus minutieuses à laquelle M. le docteur Laguet, chef de laboratoire, a savamment collaboré, cette thèse est une parfaite « mise au point » de la question si importante du traitement théobrominique.

Tous les praticiens sont aujourd'hui unanimes à considérer la théobromine comme l'agent idéal de diurèse, tant en raison de sa constance d'effet que de son innocuité. Au contraire, ses dérivés « sont inutiles et peuvent même être dangereux ».

Cependant, il arrive souvent que la théobromine elle-même est mal tolérée et provoque des troubles auxquels M. le professeur Mongour a donné le nom de « théobromisme ». Ce sont ces accidents dont le docteur Le Gallen s'est appliqué à préciser exactement la cause. Or, il résulte de ses recherches qu'ils sont imputables, d'une part à une idiosyncrasie particulière que peuvent présenter certains sujets; d'autre part, aux impuretés de la médication, fait déjà bien mis en valeur par Huchard.

Aussi l'auteur insiste-t-il sur les très précieux avantages de la *santhéose*, produit complexe dont une diméthylxanthine irréprochablement pure, de composition fixe et de source toujours identique forme la base. Non seulement elle met à l'abri de tout accident toxique, mais elle est parfaitement tolérée dans les cas même où les théobromines ordinaires ont provoqué des accidents (le docteur Le Gallen relate, à ce propos, deux observations particulièrement typiques). De son côté, M. le professeur Mongour, qui utilise systématiquement la *santhéose*, a déclaré « n'avoir qu'à se louer de ce médicament dont l'emploi ne provoque pas de troubles et permet de continuer la médication théobromique lorsque apparaissent les accidents de théobromisme (*théobromisme gastrique, cérébral ou cérébro-gastrique*) ».

En présence de tels accidents, conclut le docteur Le Gallen, il convient donc de remplacer la théobromine par la *santhéose*.

Son emploi rendra bien des services en permettant de continuer l'action diurétique de la théobromine, sans avoir à craindre les phénomènes d'intolérance. L. GAYARD.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

GROSSESSE

On rend un réel service aussi bien à la mère qu'au fœtus en subvenant à leurs besoins en sels de chaux.

La Ternose (prescrite à la dose de trois cuillerées à café par jour) est un recalcifiant facile à prendre et à assimiler.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de l'Examen des crachats. Etude histo-chimique, cytologique, bactériologique et chimique (1), par F. BEZANÇON et S. I. DE JONG.

L'examen des urines, des selles, du sang et des sérosités, des crachats, a pris depuis quelques années une importance considérable; sans parler de l'intérêt scientifique qui s'attache à toutes les recherches de cet ordre pour élucider divers problèmes de pathogénie ou de pathologie générale, il est bien certain que la clinique demande souvent le secours du laboratoire, qui tantôt confirme, tantôt infirme le diagnostic; pour échapper à toute critique et pour être complètes, les observations de malades doivent aujourd'hui, dans un grand nombre de cas, s'accompagner de documents fournis par le laboratoire.

L'important *Traité de l'examen des crachats*, que MM. Bezançon et I. de Jong viennent de publier, est un volume de plus de 400 pages, orné de belles planches et très bien édité. Si la forme en est parfaite, le fonds ne l'est pas moins, car les auteurs ont une compétence particulière sur le sujet, puisqu'ils ont déjà apporté une importante contribution personnelle à l'étude des crachats. On trouvera donc dans ce volume les données les plus classiques et les données les plus récentes sur l'examen des crachats; une partie est l'œuvre personnelle des auteurs, toutes les autres ont été minutieusement vérifiées et critiquées. Après une première partie de technique et d'études générales sur les éléments des crachats, MM. Bezançon et de Jong exposent les caractères des crachats dans les différentes affections des voies respiratoires; toute une troisième partie est consacrée à l'étude du crachat tuberculeux. M. BRELET.

Traité de l'alimentation et de la nutrition à l'état normal et pathologique (2), par le docteur MAUREL (de Toulouse).

Ce quatrième volume est le couronnement d'une œuvre unique, extrêmement importante. Le professeur Maurel a consacré le premier volume de cet ouvrage à développer cette idée directrice que « le végétal organise et que l'animal minéralise ». Le second volume précise les quantités de chaque catégorie de matières organiques que nous devons minéraliser, pour que cette minéralisation se fasse dans les meilleures conditions. Le troisième volume est consacré à l'étude des aliments.

Dans ce quatrième et dernier volume M. le professeur Maurel étudie les modifications que les diverses maladies apportent à nos besoins; l'auteur fait ressortir le rôle important qui revient à l'alimentation dans le traitement de nombreuses affections; l'auteur a divisé cette étude en quatre parties. Dans la première partie, sont exposés les divers régimes suivant qu'ils comportent une diminution ou une exagération des matières organiques ou minérales, ou suivant qu'il s'agit d'un régime carné exclusif ou lacté pur. Dans la deuxième partie, l'auteur passe en revue les différentes maladies et les indications thérapeutiques qui en relèvent. La troisième partie est consacrée à l'étude des divers procédés d'alimentation par les voies anormales, le rectum en particulier. Enfin la quatrième partie est consacrée à l'étude des divers procédés d'organisation du service culinaire dans les hôpitaux.

Trois tables des matières sont annexées à ce volume; elles permettent de trouver rapidement dans l'ouvrage tout entier le point spécial que l'on désire connaître, et par cela même elles facilitent singulièrement une recherche sur les multiples questions qui se rattachent à la diététique.

B. GAYARD.

(1) Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8, quatrième et dernier volume de 850 pages. — Paris, O. Doin.

Traitement d'urgence des maladies des organes génito-urinaires (1), par J. et P. FIOLLE.

Nul spécialiste ne me contredira, je pense, si je déplore l'insuffisante instruction de nos jeunes confrères en matière de voies urinaires. La sonde de trousse a résisté à toutes les attaques et continue à jouer son rôle insuffisant ou dangereux dans les rétentions. Combien de praticiens en sont encore à supposer que, pour vider une vessie récalcitrante, la meilleure sonde est celle qui a le plus faible calibre. Le livre de J. et P. Fiolle est fait pour leur enseigner, entre autres choses, comment il convient de procéder en cette occurrence. Il vulgarise une foule de notions qui méritent d'être connues de tous les praticiens. Il indique sous une forme précise et simple, la conduite à tenir dans les divers cas d'urgence. De bonnes figures, dessinées par les auteurs, s'adaptent parfaitement au texte. En somme le livre de J. et P. Piolle rendra de grands services aux praticiens et puisque la mode est aux traités de médecine et de chirurgie d'urgence, il me sera permis de dire que nul ouvrage ne mérite mieux que celui-ci la faveur du public médical. LÉON IMBERT.

Causeries sur la Goutte (2), par le docteur Ch. LAVIEILLE (de Dax).

Les sous-titres de l'ouvrage indiquent dans quel esprit il a été composé : Origine de la goutte; Traitement; Prophylaxie. La faillite de l'acide urique. Les régimes anti-arthritiques; Traitements médicamenteux; Principes d'hygiène générale. Mais ce qu'ils ne disent pas, c'est l'esprit clinique et la clarté avec lesquels cette étude a été écrite.

Signalons, en passant, un chapitre auquel nous applaudissons sans réserve, c'est le dernier, intitulé : « Le Snobisme thermal. L'Helvétio-teutomanie »; on se rendra compte en le lisant qu'il est empreint de bon sens et de bon nationalisme.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Intervention médicale d'urgence dans les empoisonnements (*Consultations médicales françaises*, fasc. 48), par le docteur Lucien MAYET, ancien interne des hôpitaux, chargé de cours à l'université de Lyon. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

(1) In-8, Paris, J.-B. Baillière.

(2) Prix : 2 francs. — Dax, imprimerie Vieillè et Vargues.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges.
PARIS.
Sirop Roche
CH. WEISS
COMPRIMÉS ROCHE

N° 17. — MARDI 11 FÉVRIER 1913. 86e ANNÉE. MARDI 11 FÉVRIER 1913. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Courtois-Suffit, Bourcy, Barié, de Massary, Souques, Caussade, Le Gendre, Talamon, Picqué, qui acceptent; Balzer, Legry et René Marie, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 7 février (épreuve supplémentaire). — Question donnée : « Structure et physiologie du myocarde. — Arthropathie tabétique du genou. »

MM. Verdenal, 18, Bordet, 17; Belloir, 16.

Mme Pertat, excusée pour cause de maladie, n'a pas subi l'épreuve supplémentaire à laquelle elle devait participer.

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Verdenal, Bordet, Belloir, Mme Pertat, MM. Schulmann, Achard, Lefranc, Feldstein, Claude, Peltier, Hutinel, Braine, Paraf, Chatellier (Henri), Antoine, Mlle Athanassiu, MM. Oberlin, Vigot, Picard (Pierre), Binet (Léon),

21. Ceillier, Lascaux, Léger, Brun, Galland, Hartemann, Audain, Boyer, Carpanetti, Richard (André), Barbary, Huc (Georges), Masmonteil, Lascombe, Philardeau, Debray, Wilmoth, Monod (Lorenz), Lépine, Moulonguet,

41. Fitte, Brouet, Percepied, Goret, Lévi-Franckel, Colleville, Pilatte, Buquet, Truffert, Borel (Paul), Gardin, Grandjean, Libert, Bénit, Mathieu, Vallery-Radot, Baudet, Cousin, Meugé, Sénèque,

61. Mlle Denis, MM. Bréger, Costantini, Noël, Cambessédès, Parin, Scheikewitch.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Ramotier (Henri), Mozer, Huguet, Bourgeois (Maurice), Mlle Leven, MM. Jacob, Lamare, Lebrun (Maxime), Mlle Trélat, MM. Jamin, Nérut, Duponchel, Duter, Lesage, Evrard, Oliviéri, Cathala, Boirac, Weiss, Richoux,

21. Marcassus, Delotte, Bisson, Mazzoléni, Aubin, Auvigne, Bourdeaux, Bloch, Ecot, Bourgeois (Francis), Ruelle, Perrier (Léon), Durand (Jacques), Lantuéjoul, Daudet, Mlle Pommey, M. Humbert, Mlle Thivolet, MM. Eltrich, de Gaudart d'Allaines,

41. Michon, Barraud (Georges), Frédault, Wiart, Vallerant, Lambert, Philip, Trousset, Alajouanine, Marié, Salles, Mouquin, Mlle Armand, MM. Küss, Alibert, Delavierre, Lory, Lanos, Papillon, Périn (Lucien),

61. Drouet, Bordet (Daniel), Petit (Louis), Rouffiac, Poisvert, Marais, Mordret, Oulié, Monnot (Paul), Huc (Edouard), Brizard, Janet, Touchard, Pichon, Gerber, Prunier, Vincotte, Deron, Audebert, Blum,

81. Mlle Lang, MM. Rougeulle, Walther, Mlle Besson (Hélène), MM. Ollier, Penot, Tourneix, Le Gac, Millet, Kufnagel, Legras, Manne, de Léobardy, Duroselle.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — La chaire de physique biologique et électricité médicale est supprimée.

Il est créé une chaire de physique biologique et clinique d'électricité médicale.

— Nancy. — M. Vintemberger a été délégué, à partir du 1er janvier 1913, et jusqu'à la fin de l'année scolaire 1912-1913, dans les fonctions de préparateur des cours et des collections d'anatomie.

M. Gadel a été nommé préparateur de radiologie, en remplacement de M. Hamant, appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Dijon. — M. Deroye, professeur de clinique médicale, est nommé directeur, pour trois ans, à partir du 26 janvier 1913.

— Marseille. — M. Livon, professeur de physiologie, est nommé directeur, pour trois ans, à partir du 1er février 1913.

— Tours. — M. Villedieu, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé en outre, pendant l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de chef des travaux pratiques de physique et de chimie.

M. Villedieu, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours de chimie et toxicologie.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 7 février 1913, la liste des membres externes de la section technique du service de santé est arrêtée comme suit pour 1913 (art. 6 de l'instruction du 7 août 1912 réorganisant la section technique de santé) :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Ruotte, Bassères, Astier, Pech, Bergasse.

MM. les médecins-majors de première classe Bonnet, Friant, Georges, Destrez, Legrand, Thooris, Oberlé, Dercle, Hirtz, Le Roux, de Libessart, Rieux, Conte.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Le Tainturier de la Chapelle, Vennin, Hochwelker, Weitzel, Guilhaumon, Marland, Roudié, Pasteur, Raoul.

— Par décision ministérielle du 8 février 1913 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Février est nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice de Clermont.

Médecins-majors de première classe. — MM. Rostan passe à l'hôpital de Belfort; Malafosse, à l'hôpital militaire de Nancy; Massenet est affecté pour ordre aux salles militaires de l'hospice mixte de Nice.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Le Bihan pasee au 136e d'infanterie; Bonhomme, au 41e d'infanterie; Massol est affecté pour ordre aux salles militaires de l'hospice mixte de Châlons; Bordet, à l'hôpital de Marseille; Frizac passe au 1er dragons; Charrier, au 19e bataillon de chasseurs à pied.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Perret est désigné pour remplir par avance les fonctions de médecin-major de deuxième classe au 99e d'infanterie; Fayet passe à la direction du service de santé du 6e corps d'armée; Bertet, au 108e d'infanterie.

L'INDEMNITÉ DE PREMIÈRE MISE D'ÉQUIPEMENT DES MÉDECINS AUXILIAIRES. — M. le médecin-major Bonnette, qui vient de traiter cette question dans la *Presse médicale*, rappelle aux intéressés une circulaire ministérielle datée du 8 mai 1912 qui fixe d'une façon définitive les droits des intéressés. Voici le texte de cette circulaire :

« Le décret du 26 novembre 1911 attribue une indemnité de première mise d'équipement de 300 francs aux médecins et vétérinaires nommés en exécution de l'article 25 de la loi du 21 mars 1905, sous la réserve qu'ils ne pourront recevoir une nouvelle indemnité au cas où ils seraient ultérieurement nommés au grade d'aide-major ou d'aide-vétérinaire de réserve.

Cette allocation étant accordée en exécution de la loi des finances du 13 juillet 1911, c'est seulement à compter de la date de promulgation de cette loi (14 juillet 1911) que le rappel peut en être fait aux médecins et vétérinaires auxiliaires qui ont été nommés après cette date. »

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Chaumier (d'Issy-les-Moulineaux), Chéruy (d'Hautvillers), Léger (de Caen).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Dans la liste que nous avons publiée dans notre numéro du 6 février aurait dû figurer le nom de M. Marcel Lafay, interne en médecine à l'hospice général de Tours qui a reçu une médaille de bronze pour avoir contracté la diphtérie au chevet d'enfants malades dans le service de la crèche.

SOUSCRIPTION POUR LA FONDATION PAUL SEGOND. — Un groupe d'amis reconnaissants, de collègues et d'élèves du professeur Paul Segond ne pouvant se résoudre à voir s'éteindre un tel foyer d'activité bienfaisante, veut la continuer sous la forme d'une œuvre durable.

La fondation Paul Segond honorera comme elle le mérite la mémoire de ce chirurgien remarquable, si plein de talent et de cœur, en perpétuant les actes généreux que sa bonté prévoyante lui fit si souvent accomplir.

La rente du capital souscrit permettra à des internes, ayant fait leurs preuves, de continuer, et leurs recherches scientifiques, et la préparation de leurs concours. L'attribution des bourses sera faite par le Conseil de la Faculté de médecine de Paris.

La liste de souscription sera adressée ultérieurement aux donateurs et restera dans les archives de la fondation.

Le Comité a à sa tête MM. les professeurs Guyon, membre de l'Institut, et Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Les souscriptions sont reçues chez le trésorier, M. Pierre Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Pour les renseignements, s'adresser au docteur Olivier Lenoir, secrétaire, 47, rue de Verneuil, téléph. 750-30.

LA RÉPARTITION DES MÉDECINS A PARIS PAR QUARTIERS. — Le *Bulletin médical* publie une statistique du docteur Desesquelle sur la répartition des médecins à Paris, par quartiers en 1911.

Le quartier qui compte le plus de médecins par rapport à la population est celui de l'Europe où il y a un médecin pour 94 habitants. Celui qui est le moins fortuné est le quartier Saint-Fargeau où il existe un médecin pour 17 722 habitants, mais comme le fait remarquer M. Desesquelle il n'est pas dépourvu de soins médicaux car les médecins des quartiers limitrophes de Belleville et du Père-Lachaise avaient peut-être autant de clients dans le quartier Saint-Fargeau que dans leur propre quartier.

Remarquons que les quartiers du centre, Europe, Champs-Elysées, le Roule, Madeleine, Saint-Georges, Saint-Thomas d'Aquin, etc., qui comprennent le plus grand nombre de médecins, ne comprennent pas seulement des praticiens faisant de la médecine générale, mais un grand nombre de spécialistes et de médecins consultants. Il y aurait là une nouvelle statistique à faire pour établir la part exacte qui revient aux praticiens.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la cinquième semaine, 929 décès, au lieu de 951 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1057, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant. On remarque la rareté relative des affections de l'appareil respiratoire.

L'ASSISTANCE MÉDICALE EN INDO-CHINE. — Un examen pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indo-Chine s'ouvrira à Paris le mardi 8 avril 1913.

Les candidats sont invités à se faire inscrire au ministère des colonies (direction du personnel), en joignant à leur demande d'admission les pièces énumérées aux articles 3 et 4 de l'arrêté du 23 décembre 1909.

La liste d'inscription sera close le samedi 8 mars au soir.

Un avis adressé aux candidats admis à subir les épreuves dans les huit jours qui précèdent la date fixée pour l'examen leur fera connaître le lieu où ils doivent se réunir et l'heure à laquelle commenceront les épreuves.

Les candidats réunissant les conditions requises pour bénéficier de la majoration de points prévue à l'article 9 de l'arrêté du 23 décembre devront joindre à leur demande un certificat dûment légalisé ou un diplôme justifiant leurs titres.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Michel Cadène, ancien interne des hôpitaux et ancien prosecteur de l'école de médecine de Toulouse. Notre regretté confrère fut le premier docteur en médecine de la Faculté de Bordeaux en 1879.

CLINIQUE BAUDELOCQUE (125, boulevard Port-Royal). — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR PINARD. — M. Janselme, professeur agrégé, fera à la clinique Baudelocque, à dix heures du matin, le 14 février 1913 sa deuxième leçon sur le traitement de la syphilis « particulièrement chez les femmes enceintes ».

Sujet de la leçon : « Le 606. Posologie. Technique. Effet immédiat. »

HOPITAL DE LA PITIÉ. — MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX. (Service de M. le docteur JOSUÉ.) — Sous la direction du docteur Josué ont lieu dans le service, l'après-midi, des leçons d'exercices individuels sur les maladies du cœur et des vaisseaux. Les élèves sont exercés aux méthodes d'examen des malades, à la percussion, à la phonendoscopie, à l'auscultation, à la sphygmomanométrie, aux tracés du pouls veineux et artériel. Pour que ces leçons atteignent efficacement leur but, elles seront faites par séries de douze leçons et limitées à un nombre maximum de cinq élèves par série. La mise en série est faite à l'hôpital dans le service, le 1er de chaque mois, pendant toute l'année.

Chaque série dure approximativement un mois.

Le droit d'inscription pour la série de douze leçons est de 100 francs.

Il existe également dans le service une installation d'*électrocardiographie*, et des leçons spéciales seront faites relatives à cette nouvelle et si intéressante méthode graphique des contractions cardiaques.

Pour inscription et tous les renseignements, s'adresser à M. Henri Godlewski, interne des hôpitaux de Paris (hôpital de la Pitié), Paris.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 4, 25 janv. 1913.) BITTORF : L'électrocardiogramme chez l'homme et les animaux.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 4, 30 janv. 1913.) Abel GY : Diagnostic et traitement des ascites.

Bulletin médical. — (N° 11, 5 fév. 1913.) Aristide MALHERBE : Traitement des déviations de la cloison nasale par le morcellement sous-muqueux. — A.-F. PLICQUE : Les congestions stomacales. — DESESQUELLE : Répartition des médecins à Paris par quartiers en 1911.

Clinique. — (N° 6, 7 fév. 1913.) RUDAUX : De la mort subite pendant l'accouchement. — P. CLAISSE : L'opothérapie thyroïdienne du rhumatisme chronique. — KERAUDREN : Cholestéatome volumineux de la mastoïde. Mastoïdite de Bezold. Paralysie faciale. Evidement pétro-mastoïdien.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 3, 16 janv. 1913.) FŒRSTER : La méthode analytique du traitement compensateur par l'exercice dans le tabes dorsalis. — BRUNS : La circulation du sang dans les poumons respirant et atélectasiques. — BABINOWITCH : Recherches sur la question de la tuberculose. — BEHRENROTH : La névrose cardiaque sexuelle psychogène. — KULENKAMPFF : Diagnostic précoce de la perforation aiguë de l'estomac. — WOLFSOHN : Une modification du vaccin staphylococcique. — ERLACHER : Traitement de la blennorragie de l'homme, spécialement par le vaccin gonococcique de Menzer. — OPITZ : Recherche de l'acide chlorhydrique libre dans l'estomac sans sonde gastrique. — LŒB : Hémicanitie et hémiplégie. — PFISTER : Sur les éléments prostatiques dans l'uréthrorrée « exlibidine ». — VIRCHOW : Une préparation de la surface des valvules cardiaques. — SCHLESINGER : Erysipèle latent. — ELSÄSSER : Inhalation d'air chaud. — HENIUS : Etat actuel du diagnostic fonctionnel des reins. — (N° 4, 23 janv.) KLINGMÜLLER : Traitement des dermatomycoses. — MÖLLERS et WOLFF : Recherches expérimentales sur la préparation antituberculeuse de Zenner : tebesapin. — RŒPKE : Expériences avec le mesbé dans la tuberculose du poumon et du larynx. — MALIWA : L'ictère familial congénital. — BIERMANN : La névrite et la polynévrite pneumonique du plexus brachial. — SASAKI et OTSUKA : Contribution expérimentale à la connaissance de l'expectoration putride. — MELCHIOR : Augmentation du danger des pertes de sang opératoires dans l'étroitesse congénitale du système aortique. — SCHLISINGER : Sur la valeur de la réaction pupillaire et sur l'étendue du territoire pupillo-moteur de la rétine. — FRIED : Manifestations toxiques après injections répétées d'embarine. — LUCAS : La chirurgie du cœur. — LŒB : Guérison des verrues planes par le salvarsan. — MEYER : Syphilis de l'appareil génital interne de la femme.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 5, 30 janv. 1913.) Jules STEINHAUS : Deux cancers de structure différente chez la même personne avec métastases multiples provenant de chacun des deux cancers.

Journal médical français. — (N° 1, 15 janv. 1913.) E. LESNÉ et L. DREYFUS : L'anaphylaxie alimentaire. — Charles RICHET : De la délimitation de l'anaphylaxie. — GOUGEROT : L'anaphylaxie dans les maladies infectieuses. — E. LESNÉ et Charles RICHET fils : Les accidents sériques et leur traitement. — J. CASTAIGNE et F.-X. GOURAUD : Les applications de l'anaphylaxie à la médecine légale et au diagnostic.

Marseille médical. — (N° 3, 1er fév. 1913.) RANQUE et SÉNEZ : Vingt-cinq injections chez l'homme de vaccin antityphique iodé sans aucune réaction. Etude des réactions d'immunité. — Jules MONGES : Leçon d'ouverture du cours de médecine légale. — Em. WEILL : Myosite du droit antérieur de la cuisse consécutive à une appendicite.

Medizinische Blätter. — (N° 2, 18 janv. 1913.) SAISSI : Traitement des parties molles dans les fractures de jambe.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 52, 24 déc. 1912.) SCHULTZE et BEHAU : La pression négative dans les os longs du chien. — GREGOR et SCHILDER : Etudes musculaires avec le galvanomètre à corde. — VON DMEGERN : Diagnostic des tumeurs par la déviation du complément. — MÜLLER : Rapports entre l'appendicite chronique et les organes pelviens de la femme. — STOFFEL : Technique de mon opération pour la cure des paralysies spastiques. — KOTZ : Sur la guérison de la méningite otogène. — FRIEDIGER : Diméthylamidoazobenzol, réactif microchimique des graisses. Son emploi à l'étude microscopique du contenu gastrique et intestinal. — RÖDER : Aptitude militaire et entéroptose. — CRÉDÉ : Sur un nouveau médicament purgatif sous-cutané ou intramusculaire. — PICK : Diathèse hémorragique. — EICHLER : Intoxication arsenicale grave après injection de salvarsan. — RIECK : Contre et pour la pituitrine. — BRUCK : Sur le lavage de l'organisme dans les affections cutanées. — (N° 3, 21 janv. 1913.) STAÜBLI : Sur le traitement de l'asthme. — DEIGCKE et MUCH : Sur la tuberculine et l'hérédité tuberculeuse. — GEISSLER : Sur le sang dans le liquide céphalo-rachidien. — SCHUMACHER : Un groupe de 6 cas classiques de botulisme dans l'Eifel avec présence de bacillus botulinus. — SIMMOND : Hypophyse et diabète insipide. — BUTZENGEIGER : Expériences avec le mesbé dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. — SCHÜFFNER et VERWOORT : Sur l'huile de chenopode contre l'ankylostomiase. — HILDEBRAND : Traitement de la maladie par oxyure vermiculaire. — BAER : Le quantimètre à percussion. — BÜTTNER-WOBST : La cuti-réaction de von Pirquet au service de la prophylaxie de la tuberculose. — WERTHERN : Expériences sur la suture vésicale dans la taille haute chez l'enfant. — BOSSI : Psychiatrie et gynécologie. — HAYMANN : Pathologie et clinique des abcès otogènes du cerveau.

Pédiatrie pratique. — (N° 4, 5 fév. 1913.) KIRMISSON : Règles générales de traitement de l'appendicite. — Frédéric J. BOSC : Ce que doit être une consultation de nourrissons. — D'ASTROS et M. TEISSONNIÈRE : La réaction de Wassermann chez le nouveau-né et le nourrisson.

Presse médicale. — (N° 11, 5 fév. 1913.) A. BROCA : Disjonction des sutures craniennes par tumeur encéphalique chez l'enfant. — H. CHABANIER, L. ROLLIN et E. CHABANIER : Action du cuivre colloïdal.

Revue de la tuberculose. — (N° 1, fév. 1913.) F. BEZANÇON : Valeur séméiologique chez l'adulte de la diminution du murmure vésiculaire limitée des sommets. — GAUSSEL et A. CORONE : L'homogénéisation des crachats tuberculeux.

Semaine médicale. — (N° 6, 5 fév. 1913.) A. SÉZARY : Les syndromes surréno-musculaires.

TROIS CAS
DE
SUBLUXATIONS MÉNISCALES INTERNES
DE L'ARTICULATION DU GENOU

Par MM. H.-L. ROCHER,
Professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital des Enfants,
et CHARRIER,
Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Lorsqu'on étudie de près les faits de luxations des ménisques, on voit combien sont encore embrouillées les questions de mécanisme pathogénique et d'anatomie pathologique. De plus il est bien évident aujourd'hui, que le diagnostic souvent posé, d'entorse du genou, est souvent imprécis et trop simpliste et que, sous cette désignation, on confond toute une série de traumatismes à lésions, distinctes les unes des autres et variées comme le sont les moyens d'union de l'articulation du genou. Et c'est ainsi que successivement l'on a étudié les entorses du genou localisées aux ligaments latéraux externe et interne, puis les luxations des ménisques, enfin les déchirures des ligaments croisés. Les signes différentiels de ces affections ne sont pas toujours des plus nets, d'autant que souvent les lésions se superposent comme dans notre première observation (subluxation récidivante du ménisque interne et lésion du ligament croisé antérieur).

Dans ces derniers temps, de nombreux travaux sur les lésions méniscales ont montré, particulièrement à propos des luxations récidivantes, l'importance du traitement chirurgical (méniscopexie et surtout méniscectomie), ces malades atteints de telles lésions étant considérés comme de véritables infirmes. « J'ai constamment, dit W. Allingham, l'occasion de voir des malades qui me disent être depuis plusieurs années entravés par cette affection et avoir passé plusieurs périodes à l'hôpital et subi les traitements institués en pareil cas : applications de bandages, pointes de feu, compresssion. Quand, ainsi qu'il arrive souvent, ils n'ont tiré aucun bénéfice de tous ces traitements, on les envoie à un fabricant d'appareils qui essaie un appareil, quelquefois le résultat est bon, mais s'il y a échec le malade est condamné pour le reste de ses jours à conserver un genou douloureux et inutile. »

« Le port d'une genouillère, dit Dambrin, ou d'un appareil de contention constitue un moyen pénible pour le blessé et souvent inefficace. Nous le rejetons absolument à moins qu'il n'existe une contre-indication formelle à intervention. »

Evidemment ce ne sont et ce ne peuvent être que des considérations s'appliquant à la généralité des cas, car les lésions des ménisques sont très variables et nous ne croyons pas que toutes doivent relever du traitement sanglant, notamment les subluxations méniscales dont le traitement orthopédique a été jusqu'ici un peu trop radicalement jugé. Les deux cas que nous rapportons ci-dessous en sont la preuve puisque la première malade suivie depuis plus d'un an, malgré les nombreuses subluxations antérieures à notre traitement — sans avoir été opérée — se sert aujourd'hui de son genou pour tous les usages de la vie sans douleur et sans gêne. Le second malade probablement peu gêné par l'état de son genou, qui lui permet de produire à volonté la subluxation méniscale interne, n'a point été revu par le médecin auquel il demandait plutôt l'explication de sa lésion qu'une intervention chirurgicale.

Observation I (Rocher). — Mlle L..., trente ans, nous fait appeler le 13 septembre 1911 parce que la veille au soir à neuf heures et demie, en tirant un rideau de fer qui ferme une fenêtre de son appartement, elle a senti une vive douleur dans son genou droit et a constaté que son genou une fois de plus venait de « se cramponner ». En parlant ainsi, elle voulait nous dire que son genou à la suite de l'effort qu'elle avait fait et du déclanchement qu'elle avait ressenti dans son articulation était immobilisé en flexion à 145 degrés environ et qu'elle ne pouvait plus l'étendre. C'était là un fait nouveau pour elle, car, depuis cinq ans qu'elle s'était « déboité le genou » pour la première fois, sur les cinquante à soixante fois que cet accident s'était reproduit, jamais l'irréductibilité n'avait persisté si longtemps, et ses tentatives de réduction avaient toujours réussi plus ou moins rapidement à débloquer l'articulation.

L'accident initial se produisit dans les circonstances suivantes. Elle dansait, tout à coup son pied droit, en glissant, passe sur une portion de parquet non cirée, détrempée par de l'eau. Elle sent alors tout son corps effectuer, au-dessus de sa jambe et de son pied, qui reste collé au parquet, un mouvement de projection en avant et de rotation en dedans, qui se passe au niveau du genou droit.

La douleur l'immobilise quelque temps debout, la malade sent son genou gonflé, elle s'asseoit quelques instants, puis veut reprendre à danser. Elle peut bien en effet avancer le pied et glisser ainsi certaines danses, mais dans le mouvement de valse son genou refuse le service, car elle sent que dans le mouvement de rotation du corps, son genou se tord. Elle s'arrête donc. Pendant quinze jours, son genou reste faible et depuis cette époque elle se bande le genou avec un crêpe Velpeau.

Il est donc probable qu'à cette époque il s'est produit une entorse du genou portant sur le ligament latéral interne et sur les ligaments croisés. Le ménisque ne paraît pas en jeu, car l'articulation, lors de cet accident et lors des entorses qui se produiront consécutivement pendant trois ans, ne se bloque pas ; elle se tord simplement ; ce mouvement anormal s'accompagne de vive douleur mais l'articulation n'est pas immobilisée en attitude de flexion par interposition du ménisque.

Ce n'est que depuis deux ans que l'articulation du genou se bloque et cela à l'occasion d'un faux pas, de la descente d'un tramway ou d'un escalier, ou en butant de la pointe du pied contre un objet. Subitement le genou se dérobe sous elle, est le siège d'une vive douleur et ne peut être redressé. Ce bloquage de l'articulation en flexion dure le plus souvent quelques secondes et, par un réflexe de défense, la malade étend violemment la jambe comme si elle voulait donner un coup de pied ; un claquement se produit et tout rentre aussitôt dans l'ordre ; ou bien elle est obligée de prendre un point d'appui sur le sol avec son pied, de pousser avec sa main son genou en honne place, le résultat se fait plus ou moins attendre, mais déjà cette réduction tardive laisse un genou endolori, une jambe pesante, de l'incertitude dans la marche pendant quelques jours. Un des derniers bloquages, avant que la malade nous consultât, est survenu dans les condtions suivantes : elle était à genoux ; en voulant se relever, elle sent

son genou se cramponner et, de fait, son articulation est fixée à angle droit d'où impossibilité d'appuyer sur ce membre. Ce n'est qu'au bout de trois heures que sa sœur en étendant progressivement le genou arrive à produire le déclanchement caractéristique de la mise en place de l'articulation.

Quant au dernier accident de bloquage pour lequel Mlle L... nous fait appeler, voici ce qui s'est passé : pendant vingt minutes, elle est restée suspendue au bâton qui tire le rideau de fer, tellement la douleur était vive, ne pouvant bouger puis se tenant debout pour ne pas remuer jusqu'à onze heures du soir. Ne pouvant étendre le genou et désespérant de pouvoir marcher, elle monte son escalier jusqu'au premier à quatre pattes sur les genoux et les mains. Elle se couche en maintenant son membre inférieur droit éversé en dehors.

Nous la voyons le lendemain matin à dix heures ; l'histoire de la maladie, l'attitude du genou nous permettent de porter le diagnostic de subluxation récidivante du ménisque interne ; et devant les douleurs très vives qu'occasionne notre exploration, nous décidons de recourir à l'anesthésie au somnoforme. Mais au préalable nous l'adressons au professeur Bergonié pour avoir la radiographie de son genou. On verra plus loin son interprétation.

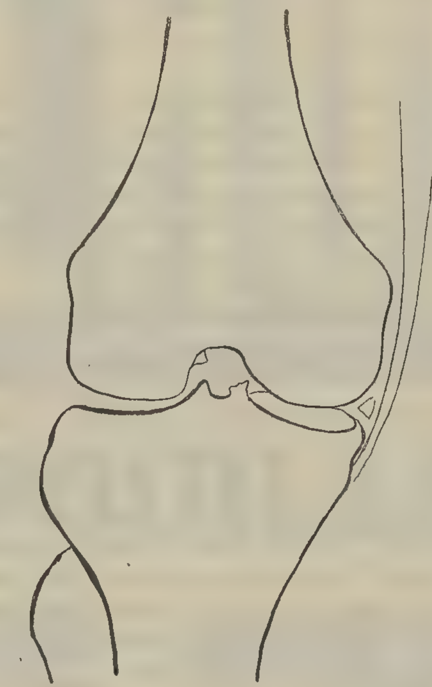
A l'examen, on constate que la jambe droite est en flexion de 145 degrés sur la cuisse, très légèrement subluxée en dehors par rapport au fémur et en rotation externe. Le genou est un peu gonflé, surtout au niveau de l'interligne articulaire, à sa partie interne. Pas d'ecchymose. Le quadriceps est diminué de volume. L'interligne, à sa partie interne et en avant du ligament latéral interne est douloureux. On ne sent pas de saillie méniscale. Les mouvements du genou sont impossibles à cause des douleurs qu'ils réveillent.

Examen et interprétation des radiographies faites par M. le docteur Spéder, assistant du professeur Bergonié : le premier cliché représente le genou droit en incidence externe, le condyle interne du fémur reposant sur la plaque et les rayons passant exactement au niveau de l'interligne articulaire ; il ne montre rien d'anormal.

Le deuxième cliché (pris en incidence postérieure, la rotule étant en contact avec la plaque et le rayon central passant au niveau des épines tibiales) permet d'observer des irrégularités osseuses au niveau des sommets de ces épines tibiales et surtout de l'interne. Au niveau de la fossette intercondylienne fémorale, le condyle externe présente une saillie angulaire anormale. « Cet aspect, nous écrit le docteur Spéder, est celui qui se présente d'ordinaire à la suite de lésions soit du ligament croisé antérieur, soit à la suite d'un arrachement ou d'une distorsion méniscale. » L'on sait en effet que le ligament croisé antérieur s'insère en haut sur le condyle externe dans la partie la plus postérieure de la face intercondylienne. L'épine osseuse que l'on voit en haut de la gorge intercondylienne sur son versant externe est due à un petit arrachement ostéopériostique par les fibres les plus élevées du ligament croisé antérieur à son insertion condylienne (1). L'on sait également que ce ligament s'insère en bas du côté du tibia, sur la surface triangulaire antérieure du tibia, en avant de l'épine interne, or celle-ci paraît comme tronquée, et cet aspect anormal coïncidant avec l'épine osseuse ci-dessus signalée, nous prouve qu'à la lésion *subluxation méniscale* est venue se superposer la lésion *entorse du ligament croisé antérieur* datant celle-ci d'un temps plus ou moins éloigné.

D'autant que si l'on considère d'autre part l'insertion antérieure du fibro-cartilage semi-lunaire interne, on comprend que le ligament de sa corne antérieure, qui se fait vers l'angle interne de la surface triangulaire antérieure, puisse dans les mouvements de distorsion du genou occasionnant la subluxation méniscale produire également de petits arrachements ostéopériostiques dans cette même région.

Cette radiographie montre encore que le tibia est très légèrement reporté en dehors au-dessous du fémur (1), et a subi au-dessous de lui comme un mouvement de tiroir dans le sens transversal. A la partie interne de l'interligne fémoro-tibial, on aperçoit nettement l'ombre triangulaire du ménisque et plus en dedans, longeant l'articulation, l'ombre d'un des tendons de la patte d'oie, probablement le droit interne qui s'insère sur le tibia.



Gaz. des hôpit. — 1003.

Enfin l'interligne fémoro-tibial est beaucoup plus large en dedans qu'en dehors (environ du double), la surface articulaire du plateau tibial interne s'aperçoit en raccourci, tandis que du côté du plateau tibial externe elle n'est pas visible. L'on a l'impression qu'à la partie antérieure de l'articulation, du côté interne, il y a quelque chose d'anormal qui fait bâiller l'interligne, qui bloque l'articulation et qui ne peut être que le ménisque interne du genou, augmenté du reste de volume, hypertrophié, comme semble l'indiquer la radiographie, de par les subluxations récidivantes antérieures (méniscite de Roux).

Anesthésie au somnoforme le 13 septembre 1911 à cinq heures du soir. Traction progressive sur le pied et la jambe en faisant un mouvement de rotation interne et de translation latérale interne du tibia par rapport au fémur, de manière à dégager le ménisque. Pas de claquement, cela dû probablement à la résolution musculaire et à la lenteur de nos manœuvres de traction. Le membre est ramené en rectitude complète et placé dans une gouttière en carton, rembourée d'ouate.

Immobilisation complète du 13 au 22 septembre. Le 15 septembre, apparition de l'hydarthrose ; épanchement moyen sous faible pression qui se résorbe peu à peu sous l'influence de la thérapeutique employée ; sa durée peut être évaluée à un mois et demi environ.

Le traitement qui a duré jusqu'à fin décembre 1911 a consisté en courant faradique rythmé pour les muscles de la cuisse qui s'étaient très atrophiés, en bains d'air chaud suivant la méthode de Bier, plus tard massages et bains sulfu-

(1) Cette constatation se retrouve dans plusieurs observations de déchirure du ligament croisé antérieur, notamment pour Köhler (*Deut. Zeitsch. f. Chirurgie*, août 1912).

(1) Sur le schéma radiographique, ce mouvement de subluxation latérale n'est pas indiqué aussi nettement qu'il l'est en réalité sur la radiographie originale.

reux. Port d'une genouillère élastique pour la marche.

La malade a commencé par venir chez nous en voiture le 25 septembre, le 14 octobre elle venait à pied, le 18, elle abandonnait sa canne.

Les progrès amenés par le traitement ont été rapides et depuis cette époque aucun autre accident aussi sérieux n'est survenu. Il s'est bien produit jusqu'à ce jour de petits pincements du ménisque, mais qui n'ont pas entraîné d'impotence durable, sauf cependant l'un d'eux au mois de juin.

Accident du 16 juin 1912. Etant au lit, dans la nuit, elle fait (voulant se retourner et son genou n'étant pas bandé) un mouvement brusque de rotation de la cuisse en dedans; vive douleur subite : le genou est cramponné; la malade fait instinctivement un mouvement de rotation externe, le genou se débloque. La douleur a été ressentie d'une façon spéciale et très localisée à la partie antérieure du ménisque interne et dans le creux poplité. Pas d'ecchymose à la partie interne de l'articulation. Le membre est lourd et est le siège d'irradiations douloureuses au niveau de la jambe.

Nous la voyons le lendemain matin le 17, et constatons que le genou à son attitude normale ne présente pas de liquide dans sa cavité; que le ménisque interne dans sa moitié antérieure, en avant du ligament latéral interne est douloureux au palper et fait une légère saillie transversale, donnant l'impression au toucher d'un petit cordon arrondi, d'un boudin de porte comme en mettent les tapissiers pour intercepter l'air. Les mouvements de flexion du genou sont douloureux surtout quand on dépasse 45 degrés. Les mouvements de latéralité interne du genou qui amènent le pincement du ménisque interne entre les surfaces tibiale et fémorale est particulièrement pénible pour la malade, que ces mouvements de latéralité soient imprimés le genou étant en extension, ou en demi-flexion.

Le 17, dans l'après-midi, apparaît de l'hydarthrose en petite quantité; toujours pas d'ecchymose. L'atrophie du quadriceps est plus accentuée qu'à l'état habituel. Sensation de lourdeur de toute la jambe, impossibilité de l'appuyer par terre à cause de la faiblesse extrême du genou (le genou paraît à la malade comme coupé en travers).

Dès le début, traitement institué : immobilisation ouatée dans une gouttière en carton, cataplasmes très chauds et fréquemment renouvelés, massage du quadriceps. Cinq jours plus tard, applications de teinture d'iode. Le 25 juin, elle recommence un traitement thermothérapique; à cette époque, elle vient chez nous en voiture, marche avec des cannes, descend très difficilement l'escalier, dans l'impossibilité où elle est de pouvoir fléchir sans douleur son genou droit. Le 18 juillet, elle se considère comme guérie de ce dernier accident, descend avec facilité les escaliers, marche assez longtemps et sans fatigue; elle porte toujours sa genouillère élastique. Au début de septembre, nous revoyons notre malade enchantée de l'état de son genou et qui nous dit avoir dansé le 5 septembre toute une journée et toute une nuit sans être fatiguée ou avoir souffert.

En résumé, il y a cinq ans, premier accident qui nous paraît avoir consisté en une distorsion du genou droit dans un mouvement de danse (entorse légère du ligament latéral interne, entorse plus importante des ligaments croisés attestée par l'épine osseuse du condyle externe dans la gorge intercondylienne et par l'irrégularité de l'épine tibiale interne). Répétition de ces petites entorses du genou : augmentation de la laxité capsulaire et ligamentaire de l'articulation, atrophie quadricipitale, préparant la luxation méniscale qui s'est produite la première fois il y a deux ans. Subluxation méniscale interne récidivante caractérisée par le pincement interfémoro-tibial du ménisque et le blocage de l'articulation en flexion, jusqu'au moment de la réduction se produisant d'abord spontanément, d'une façon réflexe, puis par les manœuvres de la malade, enfin dans ces derniers temps, ayant nécessité l'anesthésie et notre intervention. Subluxation méniscale récidivante s'accompagnant surtout pendant une période d'un mois suivant l'accident : 1° d'un épaississement du ménisque (méniscite traumatique); 2° de douleur spontanée au début mais surtout à la pression au niveau de la corne antérieure du ménisque interne c'est-à-dire en dedans du ligament rotulien et sur tout le pourtour du ménisque en avant du ligament latéral interne qui à aucun moment ne nous a paru douloureux à ses insertions; 3° d'hydarthrose s'installant lentement dans les douze heures qui suivent pour arriver à son maximum vers la quarante-huitième heure, hydarthrose sous faible tension; 4° d'atrophie quadricipitale. Traitement : immobilisation d'abord, puis air chaud, courant faradique rythmé, massage, port d'une genouillère élastique.

Obs. II (Charrier). — N..., vingt-trois ans, demeurant à Bordeaux, vient nous consulter pour douleur intermittente du genou droit apparue pour la première fois, il y a un an, et s'accompagnant chaque fois d'attitude vicieuse du membre.

Voici d'ailleurs ce que le sujet nous raconte. En jouant au football (janvier 1911) il heurta du bout du pied droit une touffe d'herbe et sentit au même instant un ressaut, une sorte de déclanchement se produire brusquement dans l'articulation du genou droit; une chute s'ensuivit, et voulant se relever il constata que sa jambe était légèrement déviée en dehors avec léger mouvement de rotation externe, très facilement constatable par la position du gros orteil; il fit néanmoins un effort pour prendre la position verticale, et en faisant ce mouvement il sentit de nouveau un petit craquement suivi de mise en place immédiate de l'articulation du genou déplacée; le lendemain et les jours suivants il eut un peu de gêne et de gonflement locaux et c'est tout.

Mais, quelques jours plus tard, heurtant encore un obstacle du bout du pied le même accident se reproduit : même douleur, même ressaut, même attitude et impossibilité de se lever. Se souvenant de la réduction spontanée qui s'était effectuée une première fois, le malade essaie de procéder de la même façon, et, se relevant, appuyant fortement avec la paume de la main sur la partie externe du genou, il réduit de façon semblable la déformation du membre.

C'est ainsi que depuis cette époque le même accident s'est reproduit un très grand nombre de fois (15 à 20 minimum); dans chaque circonstance, et lui-même, il a effectué la réduction du déplacement séance tenante. Espérant voir toujours cet accident disparaître, il a attendu longtemps avant de consulter un chirurgien; le retour trop fréquent de ces phénomènes l'amène chez nous.

Il se plaint tout d'abord d'une très grande incertitude de la marche, de claudication légère et d'amaigrissement de tout le membre.

A l'inspection, en effet, le membre est atrophié très nettement; l'articulation est néanmoins souple, sans craquement, mais on trouve un peu d'épanchement articulaire et d'épaississement du cul-de-sac sans quadricipital; c'est tout ce qui nous frappe. Pas de douleur au niveau de l'interligne articulaire, pas de dépression ni de saillie; par ailleurs, rien à signaler, le jeune homme est robuste, très musclé, pas de hernie, etc.

Il nous raconte tout de suite qu'il *peut à volonté reproduire le déplacement* en question, et, sous nos yeux, heurtant du bout du pied le pied de la table, il produit le ressaut caractéristique : le pied droit se met en rotation externe légère, la jambe est modérément fléchie sur la cuisse et tous les muscles du membre sont en contraction assez marquée; il reste dans cette situation assez pénible quelques secondes, puis, avec sa main droite, empaumant la partie externe du genou déplacé, fixant contre un point résistant la pointe de son pied, il effectue un mouvement et une pression en sens inverse du déplacement, et brusquement tout est rentré dans l'ordre.

Pendant ce temps très court, nous avons soigneusement palpé l'article et l'interligne surtout sans pouvoir rencontrer une saillie ou une dépression quelconque.

Tel est le phénomène assez particulier dont nous sommes le témoin, et auquel le malade demande un remède car il désire reprendre l'exercice des sports qu'il a dû abandonner et accuse une faiblesse marquée du membre atteint. Diagnostic : subluxation récidivante du ménisque interne du genou droit.

Nous revoyons une seconde fois ce jeune homme et demandons une radiographie, espérant lui appliquer non point une intervention chirurgicale mais bien d'abord de la mécanothérapie, du massage, etc., pour tonifier ses muscles, ses aponévroses et consolider ses ligaments articulaires.

Nous ne l'avons plus revu.

Obs. III (Rocher). — E. C..., vingt-cinq ans, en courant au poste de téléphone de son bureau, trébuche, heurtant le bord externe de son pied droit contre une petite marche en bois; au lieu d'avancer franchement en avant, il courait en effet de côté. Comme nous l'explique le malade, le bas de la jambe se trouva fixé contre la marche, et la masse de son corps projetée en dehors détermina une violente distorsion de son genou droit produite par la bascule de l'extrémité supérieure du tibia en dehors, au-dessous du fémur, par son glissement latéral en un mouvement de tiroir en même temps que le genou en légère flexion se portait en attitude de genu varum. Il n'y eut pas à proprement parler de mouvement de rotation au niveau du genou. Une vive douleur accompagnée d'un petit claquement très nettement perçu immobilisa aussitôt le blessé qui ne tomba pas cependant et put gagner le téléphone en se servant uniquement du membre inférieur gauche. L'accident se passait le 30 septembre 1912 à deux heures de l'après-midi. J'arrivai à deux heures et demie et constatai l'impotence du membre inférieur droit, l'impossibilité de tout mouvement actif et l'accroissement de la douleur sous l'influence de la mobilisation passive. La partie antérieure du ménisque interne était très douloureuse et exclusivement, surtout au niveau de sa corne antérieure. Le genou droit est bloqué en attitude de flexion de 140 degrés sans rotation externe. Pas d'ecchymose, pas de liquide dans l'articulation. Ni saillie, ni dépression au niveau du ménisque interne. Pas de douleur au niveau des insertions du ligament latéral interne.

Diagnostic : *subluxation méniscale interne.*

Réduction immédiate pratiquée sous anesthésie au moyen de la manœuvre suivante : extension progressive du genou par traction sur la jambe et appui sur la face antérieure du genou en imprimant une légère pression de dedans en dehors sur le condyle interne fémoral.

Très rapidement, mais sans claquement, l'extension du genou est obtenue; une sensation de bien-être est accusée par le blessé qui peut spontanément étendre et fléchir son articulation.

Immobilisation dans une gouttière en carton garnie d'ouate.

Dans la nuit, douleurs très vives dans tout le membre inférieur droit, mais particulièrement dans le genou et surtout la partie interne de l'interligne.

Le lendemain matin, gonflement du genou. L'hydarthrose augmente encore pendant trois jours; sa quantité reste stationnaire pendant quinze jours, puis rétrocède pour disparaître complètement au bout d'un mois. Atrophie très marquée du quadriceps; le blessé garde le repos pendant quatre jours.

Traitement : bains d'air chaud, immobilisation du genou par une bande crêpe Velpeau, puis par une genouillère élastique; courant faradique rythmé sur le quadriceps.

Actuellement, 29 décembre 1912, genou normal comme forme, comme étendue des mouvements; cependant la flexion complète (talon contre ischion) de même que l'hyperextension font apparaître une douleur toujours au même point : partie antérieure du ménisque interne.

L'adduction de la jambe, le genou étant en légère flexion, détermine de la douleur par pincement du ménisque.

Craquements articulaires, un peu d'endolorissement de l'articulation aux temps humides; diminution légère du volume du quadriceps. Le malade marche, court, fait de la bicyclette mais ne peut sauter. Tout effort demandé à l'articulation entraîne de la douleur.

Pas de récidive de luxation méniscale.

Lorsque l'on consulte les principaux travaux écrits sur les luxations des ménisques, notamment ceux de Dambrin dans la *Revue de Chirurgie*, 1907, et de Lévêque, en 1910, dans la *Gazette des hôpitaux*, on trouve peu de documents au point de vue des *subluxations récidivantes des ménisques* et, d'après la littérature que nous avons consultée, il semblerait que le nombre de ces cas en soit relativement restreint (Parono, Köcher, Mayo-Robson, Allingham, Michon, Jeannel et Dambrin, Biesiekierski).

Nous restons toutefois persuadés que cette lésion n'est pas si rare que cette constatation semblerait l'indiquer et la principale raison en est que cette lésion du genou est mal connue, ne suscite pas la curiosité du médecin qui porte le diagnostic d'hydartrose chronique ou d'entorse récidivante et juge rapidement la question par une thérapeutique souvent sans effet : pointes de feu, bandage en crêpe Velpeau, genouillère.

Nous ne croyons pas d'autre part comme Steinmann, Morison, Korber que les lésions des ménisques soient constamment constituées par des déchirures et des fissures des ménisques. La luxation et la subluxation méniscale ont bien une existence réelle.

La luxation simple des ménisques et par conséquent la luxation récidivante se rencontre surtout chez les sujets jeunes et vigoureux se livrant de préférence à l'exercice des sports violents. Dans d'autres circonstances, et surtout en ce qui concerne la subluxation méniscale, il s'agit souvent d'un traumatisme insignifiant : faux pas, danse, etc. Steimann croit pour les déchirures et fissures des ménisques à une prédisposition particulière chez certains sujets : il a du reste rencontré cette maladie chez des membres d'une même famille et nous-mêmes avons eu l'occasion de le constater chez la nièce de la malade de l'observation I qui, âgée de seize ans et très fortement constituée, s'est plainte à nous de distorsion du genou récidivante avec point douloureux très précis au niveau du ménisque interne.

Toujours est-il que, quelle que soit la violence du choc, le plus souvent à l'occasion d'un mouvement brusque de rotation externe de la jambe, le genou étant en flexion, le malade ressent une douleur subite très vive, quelquefois perçoit un claquement, tombe ou est obligé de s'accrocher à un meuble qui se trouve à sa portée et constate que sa jambe est légèrement déviée en flexion et en rotation externe, il veut se lever, marcher : la chose est impossible ; l'articulation est bloquée. Tel est le tableau clinique d'un accident de luxation méniscale qu'il s'agisse de l'accident primitif ou d'une des

nombreuses récidives qui peuvent le suivre comme dans l'observation I.

Que se passe-t-il alors ? Dans quelques circonstances le blessé essaie seul quelques tentatives de réduction, étend brusquement la jambe comme s'il voulait donner un coup de pied ou place son membre dans des dispositions diverses jusqu'au moment où il a la sensation subite d'un déclanchement ; il peut dans ces cas s'aider de ses mains en repoussant le genou en bonne place par un moyen qui est toujours le même (observation II). Tout est rentré dans l'ordre ; il peut marcher sans trop de difficulté le plus souvent avec un endolorissement et une gêne fonctionnelle qui s'atténuent plus ou moins rapidement. Dans d'autres cas la réduction doit être effectuée par le chirurgien et elle est pour lui plus ou moins facile, nécessitant dans certains cas, soit la réduction sous anesthésie soit l'intervention sanglante (fixation ou ablation du ménisque).

Après chaque accident de luxation méniscale, que la luxation soit réduite ou non, ce qui caractérisera la lésion, ce sera la douleur bien précise étendue tout le long de l'interligne articulaire en regard du ménisque luxé et localisée dans le cas de luxation du ménisque interne, le plus souvent à sa portion qui est en avant du ligament latéral interne.

Pendant l'état de luxation il ne faut pas compter sur l'existence d'une saillie ou d'une dépression correspondante au ménisque déplacé ; on ne sent rien d'anormal sur ce genou qui est bloqué en demi-flexion. Au contraire, lorsque la luxation sera réduite et surtout lorsqu'on se trouvera en présence d'une luxation récidivante, on constatera, le genou étant en extension, une saillie en bourrelet correspondant à la périphérie du ménisque ; le ménisque est épaissi parce qu'il est atteint de cette *méniscite traumatique* décrite par Roux.

Le traumatisme articulaire se traduit par un épanchement séreux d'apparition lente ne distendant jamais à bloc l'articulation ; cette hydarthrose apparaît dans les vingt-quatre à quarante-huit heures qui suivent la luxation méniscale, mais il se peut également fort bien que l'hydarthrose soit déjà existante lorsque se produit une nouvelle récidive de luxation méniscale ; en ce cas il y a accroissement de la quantité de liquide consécutivement à l'accident. L'atrophie musculaire, qui existe d'une façon permanente chez ces sujets à luxations récidivantes à des degrés divers suivant qu'ils se traitent ou non, augmentera après chaque accident et l'impotence du membre subit de ce fait, chaque fois, une aggravation plus ou moins grande faisant de ces blessés, de véritables infirmes. Cette atrophie musculaire, conséquence de ces traumatismes articulaires à répétition, la laxité capsulo-ligamentaire, résultant de ces poussées successives d'hydarthrose, le relâchement des moyens de fixation du ménisque soit au niveau de ses cornes, soit au niveau de son insertion périphérique à la capsule expliquent la faiblesse du membre, le défaut d'assurance du malade lors de son usage (marche, course, descente d'escalier) et l'apparition successive des luxations récidivantes.

Tel est donc l'aspect sous lequel se présente la subluxation et la luxation récidivante des ménisques, nous devons nous demander maintenant quel en est le *mécanisme* et quelles sont les *lésions anatomo-pathologiques* qui conditionnent de tels déplacements.

Il nous semble tout à fait inutile de retracer l'anatomie des deux ménisques que l'on trouvera avec tous ses détails dans les traités classiques d'anatomie ; nous rappelons simplement qu'ils ont tous deux des insertions antérieure et postérieure, que de ces deux insertions l'insertion antérieure est la plus fragile, que de plus ils contractent par leur face externe des adhérences avec la capsule renforcée elle-même par les expansions des vastes et les ailerons rotuliens, et doublée extérieurement par les ligaments latéraux, qu'enfin le ménisque interne subit des déplacements traumatiques beaucoup plus souvent que l'externe (Pauzat et Mouret). Il n'est pas sans intérêt de redire, après Dambrin, que ces luxations récidivantes reconnaissent pour causes principales, non seulement l'arrachement des insertions antérieure et postérieure, ou l'une des deux simplement, mais encore et surtout le *relâchement des attaches ligamentaires latérales, capsulaires* par conséquent. Cette assertion a été confirmée par les interventions chirurgicales pratiquées pour luxation récidivante, elle est bien établie dans divers mémoires, celui de Dambrin entre autres auquel nous renvoyons pour tout ce qui touche l'anatomie pathologique et le mécanisme en général.

Barker, dans une leçon sur « les dérangements du genou consécutifs aux entorses et aux contusions » (*The Lancet*, t. CLXXXII, n° 4620, p. 709), adopte également, pour expliquer la mobilité du ménisque et son déplacement vers l'intérieur de l'articulation, la désinsertion du ménisque à la capsule et au ligament latéral interne. L'isolement du ménisque par un accident unique serait, d'après lui, rare ; il serait habituellement provoqué par une série d'entorses ou d'efforts, de telle sorte qu'à la longue la face externe du ménisque serait complètement détachée de la capsule, et le ménisque n'étant plus fixé que par ses deux cornes on comprendrait ainsi la possibilité des luxations récidivantes du genou. Et si dans la luxation complète il faut admettre que le ménisque est à sa périphérie arraché complètement de la capsule, il est logique de supposer que dans les subluxations récidivantes cette déchirure ménisco-capsulaire n'est pas indispensable, et que la laxité seule de la capsule peut lui permettre de petits déplacements accompagnant le blocage de l'articulation. C'est du reste la pathogénie et le mécanisme qu'invoque Konjetzny (de Kiel) [*Münch. med. Woch.*, 28 mai 1912, t. LIX, p. 1217] à propos des luxations méniscales. Cet auteur a eu l'occasion d'observer et d'opérer huit cas de luxation du ménisque externe. Il admet qu'elle se produit dans un mouvement de rotation externe du genou, l'extrémité inférieure de la jambe ou le pied étant fixé, mouvement de rotation suivi d'une brusque et complète extension du genou. Par ce double mouvement le ménisque se trouve attiré vers l'intérieur de l'articulation, se coince entre le fémur et le tibia ; et si

la force de projection est suffisamment grande le ménisque est désinséré de la face profonde de la capsule et vient même se loger à l'intérieur de l'article. Dans les huit cas qui ont été opérés, les insertions antérieures et postérieures étaient intactes, toute la circonférence extérieure était désinsérée de la capsule et le ménisque luxé en dedans à l'intérieur de l'articulation.

Lorsqu'on est un peu documenté sur la question des luxations méniscales nous croyons qu'il est possible et facile de poser un *diagnostic*. La radiographie peut bien montrer l'ombre triangulaire d'un ménisque lorsqu'elle est faite de face comme dans l'observation I ; elle pourrait montrer également si le ménisque est hypertrophié (méniscite traumatique) ou bien s'il est déplacé, mais ce sont là des recherches délicates et qui demandent une instrumentation perfectionnée. Au reste la clinique suffira à elle seule ; ce qu'il faut savoir c'est que la luxation méniscale est une affection que l'on doit dépister et souvent il suffit d'y songer pour en reconnaître l'existence. En effet parmi les affections qui peuvent prêter à confusion il n'en est que deux que nous retiendrons car elles se rapprochent le plus par leur symptomatologie du tableau clinique des luxations méniscales et de plus elles sont observées fréquemment : ce sont l'*entorse du genou* et le *corps étranger articulaire*.

Dans l'entorse, l'épanchement articulaire est presque instantané et hématique, ceci à l'inverse de la subluxation où l'articulation ne se remplit que plus lentement et n'est atteinte que d'hydarthrose ; l'entorse est produite par la rupture d'un ligament, l'interne le plus souvent, comme l'a bien montré Gangolphe, et son insertion supérieure, son implantation osseuse même sont arrachés ; c'est là sur ce point précis d'arrachement que l'on trouvera une *douleur fixe, bien localisée* ; la subluxation, au contraire, s'accompagne de douleur uniquement *sur l'interligne articulaire* ; l'entorse enfin, et point la luxation, laisse dans l'extension de la jambe quelques mouvements latéraux, à moins que dans la luxation méniscale cette laxité articulaire ne soit fonction d'une hydarthrose chronique, d'une atrophie musculaire accentuée ou même de lésions surajoutées des ligaments latéraux ou croisés. Telle est la différence clinique qui sépare les deux affections ; dans certaines circonstances, comme nous venons de le dire, on pourra les rencontrer simultanément chez le même sujet, toutes deux produites par le même traumatisme et leurs signes se juxtaposeront.

En ce qui concerne le diagnostic avec les corps étrangers articulaires, l'erreur a été fréquemment commise, et il est arrivé à bien des chirurgiens de rencontrer une luxation de ménisque dans une intervention décidée pour corps étranger articulaire. En effet, l'enclavement du ménisque rappelle beaucoup la symptomatologie habituelle du corps étranger : douleur vive, sensation de craquement, impossibilité soudaine d'étendre le genou fléchi. Il semble cependant qu'il faille bien opposer la mobilité des corps étrangers (la souris articulaire), le déplacement des douleurs provoquées à la fixité et à la localisation de la souffrance à la pression dans les subluxations méniscales. En réalité, et dans la pratique journalière, il s'agit là d'un diagnostic difficile. Dambrin nous dit bien que la *notion du traumatisme antérieur* est un argument en faveur de la luxation du ménisque ; mais cette notion n'existe pas toujours, et lui-même nous rapporte des observations dans lesquelles toute l'histoire clinique permettait de penser à un corps étranger articulaire et où l'intervention démontra l'existence de déplacements méniscaux (cas de Mayo-Robson, de Poulsen, de Lauenstein). Il n'en serait peut-être pas de même de la constatation d'une saillie étroite, allongée au niveau de l'interligne et représentant le cartilage semi-lunaire toujours *senti, repéré au même endroit*, tandis que le corps étranger particulièrement mobile pourra être perçu dans ses différentes situations ; mais nous avons fait remarquer plus haut, après d'autres observateurs, que ce signe n'avait pas beaucoup de valeur et qu'un ménisque pouvait fort bien être déplacé sans que l'on reconnaisse une saillie ou une dépression au niveau de l'interligne articulaire. La radiographie, si le corps étranger est osseux, serait d'un précieux secours.

Le diagnostic de la subluxation méniscale sera complété par l'examen de la valeur fonctionnelle du membre notamment de l'état de la musculature toujours plus ou moins atrophiée. Par la recherche de la mobilité anormale soit *mobilité latérale*, le genou en extension, soit *mobilité antéro-postérieure*, le genou étant en flexion, on se rendra compte de l'état des ligaments latéraux et des ligaments croisés qui peuvent être intéressés en même temps ; car pour nous, cette laxité nous paraît être un facteur important dans la récidive de la luxation méniscale. On devra enfin explorer l'articulation et voir quel est le degré de synovite chronique qui rend ces malades très susceptibles aux changements de température et au froid et s'accompagne souvent de frottements articulaires, de synovite chronique avec ou sans épanchement.

La subluxation méniscale sera réduite le plus tôt possible, non seulement pour soulager le malade de douleurs très vives qui résultent du pincement méniscal, mais pour prévenir, par une rapide intervention, les altérations du ménisque et de tout l'appareil articulaire. Les procédés de réduction, qu'ils soient utilisés par le chirurgien ou par le blessé lui-même habitué à de tels accidents, dans le cas de subluxations récidivantes se réduisent à deux ordres de manœuvres : 1° exagération de la flexion du genou en même temps que l'on fait de la torsion en sens contraire à celui qui a déterminé l'accident, suivie d'une extension brusque de la cuisse sur la jambe ; 2° extension lente de la jambe sur la cuisse accompagnée de propulsion de l'extrémité inférieure du fémur de dedans en dehors combinée à un mouvement de rotation interne de la jambe (cette dernière manœuvre que nous avons employée dans deux cas de subluxation méniscale interne). La réduction s'obtient avec ou sans claquement et doit être suivie d'une période d'immobilisation suffisante de l'articulation pour permettre la consolidation des moyens

de fixation du ménisque; une reprise trop rapide des mouvements et de la marche pourrait au contraire faciliter la récidive. Ce qui ne veut point dire que, pendant toute cette période, l'immobilisation constituera le seul traitement; bien au contraire. Il faudra d'une part combattre la synovite traumatique, d'autre part lutter contre l'atrophie musculaire. Les bains d'air chaud quotidiens d'après la méthode de Bier et comme l'un de nous (Rocher) l'a préconisé faciliteront la résorption rapide de l'hydarthrose, sans qu'il soit nécessaire de recourir à la ponction. De plus la thermothérapie préviendra les lésions chroniques de l'articulation, cause d'impotence et atténuera rapidement les douleurs qui suivent l'accident. Contre l'atrophie musculaire, le massage et le courant faradique rythmé.

Pendant toute la période de convalescence, le malade devra bander son genou pour éviter de nouvelles récidives; il portera une genouillère élastique; comme le recommande Morison, on pourra faire marcher le malade, le pied en adduction, l'abduction favorisant la récidive.

Au bout d'un mois et demi à deux mois, la « consolidation » de la lésion sera obtenue; mais il pourra persister un peu de douleur au niveau du ménisque, un peu d'épaississement de celui-ci, de la synovite, de la raideur et de la gêne fonctionnelle de l'articulation avec douleurs irradiées dans tout le membre aux temps froids et humides.

Toutefois si le malade s'observe, s'il se soigne intelligemment, il pourra, quoique ayant présenté des subluxations récidivantes, éviter l'intervention chirurgicale à condition que, à défaut d'une solidité capsulo-ligamentaire normale, il ait le genou toujours soutenu par une simple genouillère élastique et surtout qu'il ait un bon quadriceps.

Si cependant malgré tout, les subluxations récidivantes du ménisque devenaient une cause d'infirmité, il faudrait opérer.

Kroiss (*Beit. z. klin. Chir.*, avril 1910) donne l'avantage à l'extirpation du ménisque et prétend qu'on obtient dans les luxations et déchirures méniscales, 60 p. o/o de guérison complète par cette méthode; bien entendu la persistance des douleurs s'expliquerait par l'état pathologique de l'articulation (synovite chronique).

Katzenstein (Congrès allemand de chirurgie, mars 1910), au contraire, reste partisan de la fixation à la capsule articulaire et au périoste tibial dans les cas de luxation simple du ménisque à moins que celui-ci ne présente des lésions marquées de méniscite traumatique.

Dambrin, dans son excellente Revue sur *les luxations des cartilages semi-lunaires*, 1907, conclut de même: « Il existe, dit-il, un certain nombre de faits justifiables de méniscopexie. Ce sont: 1° les déchirures partielles antérieures ou latérales; 2° le simple relâchement des insertions sans déchirure. Dans ces circonstances, une bonne fixation suffira à assurer le maintien du ménisque dans sa position normale. » Plusieurs observations de son mémoire confirment cette proposition (Allingham, Barker, Mayo Robson).

En résumé, il est bien évident pour nous, qu'à côté des lésions de déchirures et de fissures des ménisques articulaires du genou, il existe des luxations et des subluxations de ces organes. Leur existence, malgré leur fréquence moindre que les premières, ne peut laisser de doute et est démontrée par des constatations opératoires multiples. La subluxation méniscale que W. Biescekierski appelle avec raison *étranglement méniscal* en constitue le premier degré. Le ménisque se déplace et se coince entre les deux surfaces fémorale et tibiale à la suite d'une élongation de la capsule articulaire ou par le fait de la désinsertion ménisco-capsulaire, tout au moins dans sa partie antérieure au ligament latéral.

Cette subluxation se présente à l'observation sous le même tableau clinique, évidemment atténué et estompé de la luxation complète et de la fissure ou déchirure méniscale.

Ces subluxations peuvent récidiver, être provoquées volontairement, elles déterminent par leur répétition un épaississement douloureux du ménisque; la méniscite traumatique a, comme la subluxation méniscale dont elle est une conséquence, une existence indiscutable.

Les trois observations que nous rapportons, comme celles que nous avons rencontrées dans la littérature, concernent des subluxations du ménisque interne.

ACTUALITÉS

LA VISION ET L'AUDITION DANS L'INTOXICATION TABAGIQUE CHRONIQUE

Les modifications de la vision et de l'audition sous l'influence du tabagisme sont assez communes, et nous allons résumer ici l'intéressante étude qu'en fait le docteur Abel Gy, Chef de clinique de la Faculté, dans son récent ouvrage (1) L'*Intoxication par le tabac*.

L'action nocive du tabac sur la vision a été fort discutée, et tandis que certains auteurs admettaient l'existence d'une amblyopie tabagique, d'autres cliniciens soutenaient qu'elle est d'origine éthylique. Dans la pratique courante les deux poisons sont la plupart du temps associés, mais chacun d'eux peut, à lui seul, donner lieu à des troubles visuels. Galezowski a noté que sur 158 sujets 21 seulement présentaient de l'amblyopie tabagique pure, ailleurs il a relevé 151 cas d'amblyopie mixte alcoolo-tabagique. Fieuzal n'a constaté en onze ans, aux Quinze-Vingts, que 104 amblyopies nicotiniques sur 45986 individus.

Quoi qu'il en soit, cette amblyopie existe et affecte les caractères cliniques suivants. Elle apparaît surtout chez les fumeurs, et de préférence chez les fumeurs de cigares; rare chez les priseurs et les chiqueurs elle est exceptionnelle chez les ouvriers des manufactures de l'Etat. Presque spéciale à l'homme, l'affection se montre en général de quarante à cinquante ans et toujours chez des hypermétropes (de Lapersonne, Terson) à cause de la fatigue et de l'hyperémie papillaire et rétinienne dues à l'hypermétropie. Le terrain névropathique figure aussi parmi les causes prédisposantes.

Durant plusieurs mois le malade souffre de douleurs névralgiformes dans la région orbitaire, éprouve l'impression de brouillard ou de sphères brillantes, de mouches volantes;

(1) Paris, Masson et Cie, et chez Gauthier-Villars.

puis apparaissent trois signes révélateurs de l'amblyopie : éblouissement, asthénopie rétinienne, troubles dans la perception des couleurs.

L'éblouissement ou nyctalopie est assez rare chez le fumeur. L'amélioration de la vue en lumière faible explique pourquoi l'intoxiqué tabagique reconnaît mieux les objets au réveil et le soir au crépuscule; au contraire, un éclairage intense le fait souffrir. Terrien a signalé que les variétés d'amblyopie toxique à début brusque et à marche rapide ont été fréquemment précédées d'un éblouissement très marqué.

Dans l'asthénopie rétinienne, la vision rapprochée d'un objet n'est plus nette; entre l'œil et l'objet s'interpose une sorte de voile, et s'il s'agit d'un livre par exemple le trouble augmente si le malade tente de poursuivre sa lecture. Plus rarement, à l'asthénopie rétinienne vient s'ajouter de l'asthénopie accommodative. A cette période la vision lointaine seule est intacte.

En règle générale il y a de la dyschromatopsie. Le sens des couleurs est perverti par le fait que l'image colorée d'un objet persiste sur la rétine et que le sujet en perçoit la couleur complémentaire. Il en résulte, on le conçoit, de grossières erreurs : le malade donnera, par exemple, des pièces d'or pour des pièces d'argent, et des marins, des employés de chemins de fer ne sauront plus distinguer les signaux verts des rouges.

L'examen du champ visuel révèle l'existence d'un scotome central ou paracentral, pathognomonique de l'amblyopie toxique. Ce scotome se montre d'abord pour le vert, puis pour le rouge, enfin pour le bleu et le jaune; il devient absolu quand le blanc n'est plus perçu. Il est communément ovalaire à grand axe transversal, mais les distinctions qu'on a voulu établir sous ce rapport entre le scotome nicotinique et le scotome alcoolique sont artificielles. Le scotome, qui n'est reconnu que par l'oculiste, est toujours bilatéral et affecte également les deux yeux, ce qui a une grande importance diagnostique; par contre, le champ visuel n'est pas intéressé et peut être considéré comme normal dans le tabagisme.

L'acuité visuelle diminue assez vite, mais non parallèlement à l'étendue du scotome. Le malade ne peut lire les enseignes, les noms des rues, et en plein soleil ne peut plus se diriger, risquant ainsi les plus graves accidents sur les voies très fréquentées. Il suffit de supprimer l'usage du tabac pour que la vue revienne rapidement, mais la plus légère reprise de la plante toxique fait à nouveau diminuer très vite l'acuité visuelle.

En ce qui concerne l'état des pupilles chez les fumeurs, Rodier et Cans ont constaté l'existence fréquente du myosis, mais cependant beaucoup de sujets abusant du tabac offrent plutôt une légère mydriase.

Les paralysies oculaires d'origine nicotinique sont exceptionnelles.

Les déterminations oculaires du nicotinisme chronique comportent, par elles-mêmes, un pronostic bénin. Habituellement, comme nous l'avons vu plus haut, il suffit de supprimer le tabac pour amener la guérison, parfois en quelques semaines ou quelques jours, scotome fugace, plus souvent en quelques mois, forme chronique. Il y a lieu cependant, de faire des réserves, quand l'ophtalmologiste constate le rétrécissement du champ visuel, une diminution notable de l'acuité et la présence d'un scotome absolu et très étendu; cela surtout quand les lésions datent de six mois. La cécité n'est pourtant jamais totale et l'atrophie papillaire demeure incomplète.

Au point de vue des rapports du tabagisme avec l'audition, les médecins avaient signalé, voici longtemps, l'existence d'une otite secondaire à la pharyngite granuleuse du fumeur par catarrhe de la trompe d'Eustache.

Les recherches contemporaines ont montré que l'action du tabac sur l'ouïe se manifeste cliniquement par l'apparition assez rapide ou l'aggravation d'une surdité, avec bourdonnements de modes divers. Les vertiges, plutôt tardifs, sont plus ou moins fréquents selon les individus et ne persistent guère.

Dans les cas observés, l'examen objectif n'a pas fourni de renseignements. Les épreuves du diapason indiquaient avec le Rinne positif une altération de l'oreille interne.

Comme dans les autres névrites toxiques, les deux oreilles sont frappées simultanément et les accidents suivent une marche progressive et continue. L'affection se voit assez souvent au moment de l'adolescence, surtout quand l'audition a déjà été touchée. Il faut donc sévèrement interdire l'usage du tabac à toute personne dont les oreilles sont déjà lésées, et surtout aux scléreux et aux prédisposés à la sclérose.

La pathogénie de ces troubles n'est pas encore très bien connue. Pour Delie (d'Ypres) l'action de la nicotine se traduit toujours par une excitation du grand sympathique ; cette irritation qui met en jeu l'action vaso-constrictive du nerf, provoque l'anémie des rameaux terminaux du nerf auditif, lesquels sont contenus dans une coque osseuse où les échanges circulatoires rencontrent des conditions d'équilibre défectueuses. Cette influence s'exercerait surtout sur les cellules et fibres nerveuses de la branche cochléaire ou du limaçon.

Mais, dans l'explication des phénomènes, il faut aussi faire entrer en ligne de compte le rôle direct du tabac sur la vascularisation. Par ses propriétés mêmes, le tabac entraîne un défaut de nutrition des parties, et crée une véritable trophonévrose, d'où s'ensuit une névrite atrophique du nerf auditif.

Quant aux troubles que le tabac produit sur les sens, autres que la vision et l'audition, nous ne nous y arrêterons pas, car en dehors de l'anosmie constante chez le priseur, le tabac n'a guère d'action sur le goût et n'en a point sur la peau.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1913)

Valeur réelle et importance réciproque de quelques facteurs étiologiques de l'artério-sclérose. — L'enquête à laquelle s'est livré M. Pissavy, et qui porte sur 400 malades, confirme l'importance de l'âge et du sexe dans l'étiologie de l'artério-sclérose. Celle-ci se rencontre chez 5 p. 100 des individus âgés de vingt à quarante ans, chez 34 p. 100 des individus âgés de quarante et un à soixante ans, et chez 71 p. 100 des individus âgés de soixante et un à quatre-vingts ans.

Alors que le nombre moyen des cas d'artério-sclérose est de 30 p. 100 chez les hommes, il n'est que de 5 p. 100 chez les femmes.

Les états pathologiques les plus souvent incriminés dans l'étiologie de l'artério-sclérose sont la syphilis, l'alcoolisme, le saturnisme, le paludisme et l'intoxication par le tabac.

Chez les malades exempts de ces tares, l'artério-sclérose se rencontre dans la proportion de 11 p. 100. Chez les malades uniquement syphilitiques, elle se rencontre dans la proportion de 13 p. 100; chez les individus uniquement alcooliques, dans la proportion de 44 p. 100; chez les malades uniquement saturnins, dans la proportion de 40 p. 100; chez les malades uniquement paludéens, dans la proportion de 33 p. 100; chez les malades intoxiqués par le tabac, dans la proportion de 17 p. 100.

L'enquête de l'auteur confirme donc les idées généralement reçues, sauf en ce qui concerne la syphilis, dont l'in-

fluence paraît presque insignifiante : 13 p. 100 au lieu de 11 p. 100 chez les malades exempts de tares.

Un cas d'exostoses ostéogéniques multiples. — MM. F. Rathery et L. Binet rapportent une observation d'exostoses ostéogéniques multiples siégeant au niveau de l'extrémité supérieure des deux humérus, des deux plateaux tibiaux, des deux têtes péronières et de la partie inférieure du péroné droit. Ces exostoses sont de forme et de dimensions très variables, les unes de la grosseur d'une noix, les autres s'étendant sur une longueur de 7 centimètres et une largeur de 6 centimètres. Certaines de ces exostoses sont sessiles, d'autres comme pédiculées. Les deux têtes péronières, comme les plateaux tibiaux, présentent une hypertrophie en masse particulièrement marquée sur les têtes des péronés. On constate du côté où les exostoses sont les plus développées (sur le bras droit) un semblable raccourcissement du membre. La réaction de Wassermann est négative. Les auteurs discutent, à propos de ce cas d'exostoses ostéogéniques multiples, le mécanisme de formation de ces productions pathologiques.

Ingestion typhique prévaccinale. — MM. Thiroloix et Faisans. En faisant absorber, huit à dix jours avant la vaccination typhique classique aux candidats à cette vaccination, chaque jour un verre à bordeaux de culture typhique âgée de huit jours et stérilisée, ces auteurs disent avoir supprimé toutes les réactions qui suivent les inoculations.

Quelques cas de zonas réflexes chez les lithiasiques. — M. G. Bécus (de Vittel) relate trois observations de zonas consécutifs à des crises de coliques hépatiques et néphrétiques. Les névralgies et éruptions zostériennes présentent cette particularité intéressante d'être uniquement localisées sur les rameaux nerveux des zones d'hyperesthésie de Head correspondant à la vésicule et aux reins.

S'appuyant sur ces faits, sur d'autres observations analogues, sur celles de zonas post-opératoires, d'autre part, sur les cas de zonas traumatiques, il conclut à la possibilité de zonas de nature réflexe, tantôt d'origine interne, viscérale, tantôt d'origine externe, périphérique.

Maladie de Paget. — M. Lesné rapporte un cas de maladie de Paget avec réaction de Wassermann positive. La malade qui présentait des douleurs intenses des membres inférieurs fut très améliorée par le traitement mercuriel appliqué par voie hypodermique.

Contagion de la diphtérie par porteurs de bacilles à foyer méconnu. — MM. G. Caussade et E. Joltrain rapportent trois observations de malades qui furent contagionnés par des porteurs de bacilles diphtériques convalescents.

Une petite fille âgée de neuf ans, contaminée par un porteur de germes méconnu, reste elle-même après sa guérison, pendant un mois, avec du bacille de Klebs-Löffler dans la gorge, et contamine à son tour son jeune frère, alors qu'un examen bactériologique négatif avait fait cesser l'isolement.

Un docteur en médecine, contaminé en soignant un enfant, reste porteur de germes, alors que l'ensemencement de sa gorge ne permet pas la découverte du bacille. Il est ensuite atteint d'une diphtérie bronchique qui l'emporte.

Une troisième malade conserve dans sa gorge pendant deux mois des bacilles diphtériques après une légère angine guérie sans sérum, et est l'origine d'une petite épidémie d'école.

Les auteurs, en rapportant ces faits, insistent sur la nécessité de multiplier les examens bactériologiques, même après guérison complète, de pratiquer des prélèvements pour ensemencements, non seulement dans la gorge mais encore dans le nez et le naso-pharynx, de faire cette recherche à différentes reprises, à cause des intermittences et de ne rendre autant que possible à la vie commune, les diphtériques, qu'après la disparition complète des bacilles.

M. Thiroloix, pour éviter des faits analogues à ceux qu'ont rapporté MM. Caussade et Joltrain, a l'habitude de prescrire dans tous les cas de diphtérie des pastilles de sérum antidiphtérique d'Arloing.

M. Louis Martin insiste sur les dangers que peuvent faire courir aux malades la crainte de l'anaphylaxie. M. Thiroloix vient de rappeler que les pastilles de sérum peuvent être employées pour faire disparaître les bacilles persistants. Le plus souvent, les résultats sont en effet satisfaisants, mais les bacilles persistent malgré l'emploi du sérum chez les adénoïdiens et chez les enfants qui ont des lésions dentaires. Il fait observer, en outre, que les pastilles de sérum doivent contenir 1 ou 2 décigrammes de sérum sec. Toute autre formule n'est pas celle qu'il recommande.

On s'est étonné que l'Institut Pasteur ne mette pas dans le commerce les pastilles de sérum, MM. Roux et Martin craignent en effet que les pastilles de sérum n'arrivent à créer un état d'esprit fâcheux qui les fassent préférer aux injections. Or, il est impossible de donner de pareils conseils qui peuvent constituer un grand danger contre lequel M. Martin s'élève personnellement. Malgré toutes ses recommandations, pour éviter l'anaphylaxie, on a souvent recours au sérum en pastilles ou à l'attouchement.

Cette peur de l'anaphylaxie, qui a causé la mort du malade de MM. Caussade et Joltrain, est une phobie contre laquelle il faut réagir. M. Martin cite le cas d'une famille reçue hier à l'Institut Pasteur et dont un enfant est mort sans sérum et un autre arrrivé très malade n'avait pas reçu de sérum.

Pour quelques décès dus à l'anaphylaxie et d'ailleurs encore discutables, on risque de voir la mortalité diphtérique augmenter rapidement. Déjà à Paris, l'an dernier, de 8 p. 100 elle est montée à 10 p. 100.

Méfions-nous, dit M. Martin, nous allons cesser d'avoir les meilleures statistiques du monde, car jusqu'ici Paris et la France étaient la capitale et le pays où la mortalité par diphtérie était la plus faible.

De la signification à reconnaître aux inégalités de tension artérielle régionale. — M. P. Pagniez, à propos de la récente communication de MM. Barié et Colombe, dit avoir comme MM. Barié et Colombe, comme M. Ribierre observé assez fréquemment une tension de la pédieuse supérieure à celle de la radiale et même chez des sujets paraissant sains. L'inégalité de tension mesurée à l'oscillomètre de Pachon, est quelquefois très marquée et toujours à l'avantage de la tension du membre inférieur qui est la plus élevée, mais, et c'est là le point que désire mettre en lumière M. Pagniez, cette inégalité ne se remarque que pour la tension maxima. La tension minima dans la plupart des cas est égale et tel sujet qui donne un chiffre de 18 pour le poignet, de 24 pour la jambe, a ici comme là, une tension minima de 10,5. Le fait n'est d'ailleurs pas spécial aux sujets à aorte indemne et la fixité de la tension minima peut se rencontrer au moins chez certains aortiques. Il est possible que ces faits tiennent à des conditions instrumentales défectueuses puisqu'on a montré que la tension minima était donnée avec l'oscillomètre de Pachon avec une grande rigueur alors que les chiffres de tension maxima subissaient une autre estimation. En tout cas cette question des tensions locales paraît encore sujette à revision quant à sa signification exacte et à sa valeur séméiologique.

Dissociation de la sécrétion biliaire au cours de deux cas d'ictère catarrhal. Rétention isolée des pigments biliaires. — MM. A. Brault et H. Garban. L'étude quotidienne des matières fécales, des urines et des hémoconies, dans six cas d'ictère catarrhal, a permis aux auteurs de mettre en évidence, dans deux de ces cas, l'existence d'une dissociation prolongée

de la sécrétion biliaire. A la rétention biliaire complète pendant la période d'état de l'affection succéda, au décours, une rétention isolée des pigments biliaires persistant sept jours dans un cas, dix jours dans l'autre. Durant cette période, tandis que les matières restaient décolorées, que les pigments biliaires persistaient en abondance dans l'urine et dans les téguments, les sels biliaires avaient disparu complètement de l'urine et les hémoconies avaient reparu dans le sang. Ces faits viennent confirmer les observations antérieurement publiées et semblent bien montrer que nombre d'ictères catarrhaux sont la manifestation d'un trouble fonctionnel de la cellule hépatique.

ANALYSES

MÉDECINE

Les Albuminuries intermittentes irrégulières. (Pierre DE SAINT-AVID. Th. de Paris, 1912; G. Steinheil, édit.) — Cette thèse, faite sous la direction de M. Rathery, est une intéressante contribution à l'étude des albuminuries intermittentes irrégulières; celles-ci sont moins bien connues que les albuminuries intermittentes régulières (albuminuries orthostatique, intermittente, cyclique, digestive), et cependant elles sont plus fréquentes. Pour leur recherche, il faut recueillir séparément les urines émises au lever, les urines émises depuis le lever jusqu'au déjeuner, depuis le déjeuner jusqu'à quatre heures, depuis quatre heures jusqu'au dîner, depuis le dîner jusqu'au coucher, et enfin les urines de la nuit; il faut aussi, pendant plusieurs jours, mettre le malade à des régimes différents, le soumettre à des modes de vie variés (repos complet, travail ordinaire, fatigue). Les albuminuries intermittentes irrégulières ainsi étudiées se présentent sous des aspects très différents, le nombre des mictions albumineuses est variable; si l'albuminurie n'existe que dans certaines mictions et fait défaut en d'autres, on dira que l'intermittence est absolue; si l'albuminurie existe dans toutes les mictions, mais est plus intense à certaines d'entre elles, c'est l'intermittence relative.

On voit des malades qui présentent un jour une albuminurie intermittente et qui, les jours suivants et pendant un laps de temps variable, n'en ont aucune trace.

D'autres malades ont tantôt l'intermittence absolue et tantôt l'intermittence relative. L'influence de la fatigue sur l'excrétion de l'albumine est souvent inconstante; il en est de même pour l'orthostatisme.

Dans beaucoup d'observations, certains régimes font diminuer l'albuminurie; mais pour les unes c'est le régime lacté ou lacto-végétarien, pour les autres le régime ordinaire et même la suralimentation.

Les albuminuries intermittentes irrégulières sont tantôt la manifestation clinique d'une néphrite parfaitement constituée, tantôt la traduction de la débilité rénale. Aussi le pronostic en est-il variable; relativement bénin, s'il s'agit de débilité rénale, très grave si cette albuminurie se rencontre au cours d'une néphrite urémigène.

Dans certains cas, on doit songer à la possibilité d'une albuminurie prétuberculeuse.

Le traitement sera subordonné à chaque forme; en ce qui concerne par exemple le régime, il faut chercher par tâtonnements, mais méthodiquement, le régime approprié qui est différent avec chaque cas d'albuminurie. M. BRELET.

CHIRURGIE

Lésions sous-cutanées de la portion sus-claviculaire du plexus brachial sans lésions osseuses : relation d'un cas d'arrachement des racines médullaires antérieures et postérieures. (Charles H. FRAZIER et Penn GASKELL-SKILLERN. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LVII, nº 25, p. 1957-1963.) — A propos d'un cas personnel intéressant, les auteurs ont réuni vingt et un cas de rupture complète ou partielle du plexus brachial sans lésions squelettiques, la nature des désordres étant vérifiée à l'opération. Dans leur cas, il s'agissait d'un médecin, très nerveux de tempérament, de telle sorte que l'hystéro-traumatisme ne put être complètement éliminé, qui reçut sur l'épaule gauche, en passant dans la rue, le corps d'un homme tombant d'un quatrième étage. Il se développa une névralgie intense avec paroxysmes, avec paralysie flasque complète de tout le membre. Abolition totale des réflexes et atrophie. Laminectomie. Hypertension du liquide céphalo-rachidien. On trouve dans la dure-mère, du côté gauche, au niveau de la sixième cervicale et de la première dorsale deux trous nets du diamètre d'une pièce de 50 centimes. Les racines antérieures et postérieures des sixième, septième et huitième nerfs cervicaux gauches manquent complètement, évidemment arrachées au ras de la moelle. On coupa les racines postérieures de la cinquième cervicale et de la première dorsale pour améliorer la névralgie, ce en quoi l'on réussit assez bien. Le cas est longuement discuté et étudié; et, d'une comparaison avec les autres cas opérés, les auteurs concluent que leur cas est le premier où la nature intradurale de la lésion fut vérifiée à l'opération; l'avulsion partielle ou complète sans lésions osseuses concomitantes est rare; la traction est le mécanisme principal; jamais, jusqu'à présent, on n'a obtenu de retour complet de fonction. Sans opération, il n'y a guère d'espoir. Il faut opérer vite. S'il y a infiltration de la gaine du nerf, il faut inciser ladite gaine. Si l'on ne peut suturer, on peut faire une anastomose avec le plexus brachial du côté opposé. En cas de névralgie intraitable, recourir à la section intrarachidienne des racines postérieures.

F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Vingt régimes alimentaires en clientèle (1), par le docteur Ch. FIESSINGER, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Ce volume est le premier d'une série où le même esprit inspirera chaque ouvrage, à savoir : « Dire le nécessaire, éliminer tout ce qui n'est pas indispensable, laisser la seule place aux procédés de guérison qui ont fait leurs preuves. »

Les qualités de précision, de clarté et de sens clinique, dont M. Ch. Fiessinger a déjà maintes fois donné la preuve, se retrouvent dans l'excellent ouvrage que nous présentons aujourd'hui, et c'est à ces qualités autant qu'à l'importance considérable de la matière traitée que sera dû le succès du livre.

Il comprend *dix régimes généraux* : hydrique, lacté, de réduction de liquide, végétarien, carné, régimes chlorurés et sucrés des condiments et des fromages, régime des fruits, le vin et les boissons alcooliques, le régime déchloruré, les régimes de suralimentation. Puis viennent *dix régimes spéciaux* pour les albuminuriques, les maigres, les gras, ceux qui ne dorment pas, les jaunes et les terreux, les rouges et les bronzés, ceux qui ont soif, les constipés, les diarrhéiques, les cardiaques.

Il suffit, je pense, de cette énumération et de l'autorité qui s'attache au nom de M. Ch. Fiessinger pour faire comprendre les services que l'ouvrage pourra rendre aux praticiens, pour lesquels il est écrit. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 281 pages. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 18. — JEUDI 13 FEVRIER 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 13 FÉVRIER 1913. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Balzer, Courtois-Suffit, Bourcy, Barié, de Massary, Legry, Souques, Caussade, Le Gendre, René Marie, Talamon, Picqué.

COMMISSION SUPÉRIEURE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — La date d'ouverture de la première session de la Commission supérieure de l'enseignement médical, précédemment fixée au 7 février 1913, a été reportée au 13 du même mois.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le ministre de l'Instruction publique vient de décider que, si aucun désordre ne se produit à la Faculté d'ici au 1er avril prochain, les étudiants actuels de deuxième et de troisième année seront autorisés à prendre, à cette date et cumulativement : les premiers, les sixième et septième inscriptions ; les seconds, les dixième et onzième inscriptions.

DONATION DIEULAFOY. — La Faculté est autorisée à accepter la donation faite par Mme Bessaignet (Claire-Léonie), veuve Dieulafoy, de deux titres de rente de 500 francs chacun, dont les arrérages seront employés à fonder deux bourses annuelles de 500 francs qui, sous le nom de « Donation Georges Dieulafoy », seront destinées chaque année à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examens et d'impression de la thèse, deux étudiants français sans fortune ou peu fortunés.

DONATION VIVIER. — La Faculté est autorisée à accepter la donation faite par Mme Stevens (Catherine-Victoire-Hortense), veuve Vivier, d'une somme de 28000 francs, à charge d'en employer chaque année les revenus, suivant décision du conseil de cette Faculté, soit à doter l'une des cliniques médicales générales pour servir à leur développement scientifique, soit à distribuer des bourses ou missions à l'étranger, au point de vue médical, aux époques et de la manière fixées par ledit Conseil.

Cette fondation portera le nom de « Fondation de M. le docteur Henry Vivier ».

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. Moreau est nommé professeur de matière médicale et botanique à la Faculté de Lyon.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BEZANÇON. — M. Hyenne, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à dater du 12 janvier 1913.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ COLONIAL. — L'école d'application du service de santé colonial, qui assure aux médecins coloniaux un enseignement spécial et qui est pour eux ce qu'est le Val-de-Grâce pour les médecins de l'armée métropolitaine, a pris une importance considérable. En outre, l'hôpital militaire de Marseille reçoit les soldats coloniaux rapatriés; leur nombre est devenu beaucoup plus grand depuis l'occupation du Maroc. Le ministre de la guerre vient donc de décider que les salles coloniales de l'hôpital militaire de l'école d'application de Marseille seront inspectées annuellement par un médecin inspecteur général ou un médecin inspecteur des troupes coloniales.

Il est vraisemblable que les rapports auxquels donneront lieu ces inspections aboutiront à une réorganisation du service de santé militaire à Marseille.

L'INCIDENT MIRMAN-GAUCHER. — L'incident Mirman-Gaucher, que l'on croyait clos à la suite du dernier vote du conseil d'administration de l'Académie de médecine, a fait l'objet d'un nouveau débat en comité secret.

Le comité secret a, paraît-il, décidé que les rapports destinés aux pouvoirs publics seront dorénavant publiés et envoyés dix jours avant la discussion publique à tous les membres de l'Académie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre du mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Barbier et Beulaygue (de Paris), Trapenard (de Champs).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Arloing (de Lyon), Batailler (de Cette), Biais (de Limoges), Bonnet (de Romans), Bourganel, Bourgeois, Cohen et Deschamps (de Paris), Galinier (de Castres), Gentil (de Thonon), Houdoux

(de Château-du-Loir), Lemaire, Meyer, Poizat de Gérente, Reddon (de Paris), Remlinger (de Tanger), Thibaut (de Saint-Flavier), Wormser (de Paris).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies, ainsi que des mentions honorables, ont été décernées aux personnes dont les noms suivent :

COLONIES. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Rebout, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales, hors cadres, directeur local de la santé en Annam.

Médaille de vermeil. — M. le docteur Gallas, médecin-major de première classe des troupes coloniales, directeur de la santé de Pondichéry.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Amigues, médecin-major de deuxième classe du groupe colonial de l'Afrique orientale; Kerneis, médecin-major de deuxième classe, hors cadres, chef du poste de l'Ouesso (Moyen-Congo); Ringenbach, médecin aide-major de première classe des troupes coloniales à Brazzaville, hors cadres.

Médaille de bronze. — M. le docteur Hostalrich, médecin de quatrième classe de l'assistance médicale, chef de l'ambulance de Phantiet (Annam).

TUNISIE. — *Témoignage spécial.* — M. le docteur Vullien (de Tunis).

Médaille de vermeil — M. Bienassi, interne en médecine au lazaret de la Rabta.

Médaille d'argent. — M. le docteur Girardeau (de Tébourba).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Minvielle (de Nabeul), Poirson (de Medjez-el-Bab), Normand (du Kef), Provotelle (de Tunis).

M. Fraudet, interne à l'hôpital civil français et au lazaret de la Rabta.

M. Farhat Radhy, étudiant en médecine à Paris.

Mentions honorables, — MM. les docteurs Levy et Ortona (de Tunis), Bouquet (de Béja), Comte (de Sfax), Foulquier (de Bizerte), Tomasini (de Souk-el-Khemis), Massal (de Souk-el-Arba), Nadal (de Sousse).

DIMINUTION DU NOMBRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DANS LES UNIVERSITÉS ANGLAISES. — Malgré l'augmentation très sensible de la population en Angleterre, le nombre des étudiants en médecine diminue notablement depuis quelques années. Les chiffres suivants, que nous empruntons à la *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* (4 fév. 1913, n° 15) en font foi. En 1893 il y eut 1743 inscriptions et on accorda 1579 diplômes. Depuis lors la diminution a été constante, et l'année dernière il n'y a eu que 1232 inscriptions et 1042 diplômes décernés.

Plusieurs facteurs semblent avoir contribué à ce phénomène et, entre autres, le fait d'avoir porté de quatre à cinq ans la durée des études médicales. G. L. H.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — SÉANCE DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE DU 6 FÉVRIER 1913. — Deux décès, une admisssion.

Secours accordés à cette séance : 950 francs.

Secours accordés pendant l'année 1912 : 16597 francs.

Legs. — Le docteur Decori, sociétaire, décédé le 21 janvier 1913, lègue à la Société une somme de 500 francs dont le revenu servira à perpétuer sa cotisation.

Sociétés de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins. — Suivant les renseignements fournis par le docteur A. Watelet, le nombre des adhésions s'élève actuellement à 50. Les statuts sont soumis à l'approbation ministérielle et une assemblée générale sera prochainement convoquée.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La prochaine séance aura lieu à l'asile clinique (amphithéâtre de l'admission) le lundi 17 février, à trois heures et demie, très précises.

VOYAGE D'ÉTUDES EN ESPAGNE-PORTUGAL. — L'Association internationale de perfectionnement scientifique et d'enseignement médical complémentaire, patronnée par le gouvernement français, organise à l'occasion des vacances de Pâques 1913 un voyage en Espagne et Portugal. (Si tous les participants se mettent d'accord on organisera une excursion supplémentaire à Tanger.)

Demander le programme détaillé au siège de l'association, 12, rue François-Millet, Paris XVIe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les médecins inspecteurs Baudouin et Clavel, et de M. le docteur Palmiro Rodari, privat docent à l'Université de Zurich.

GYNÉCOLOGIE. — COURS DE PERFECTIONNEMENT. (Clinique gynécologique de l'hôpital Broca. Service de M. le professeur POZZI.) — M. le docteur G. Rouhier, chef de clinique, fera un cours de perfectionnement à la Clinique gynécologique (hôpital Broca), à partir du 26 février 1913. Les leçons auront lieu tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, à cinq heures du soir. Le cours sera complet en douze leçons.

PROGRAMME DU COURS. — Première leçon : Examen gynécologique des malades.

Deuxième leçon : Les voies de l'infection génitale chez la femme. Prophylaxie générale de cette infection. Vulvite et vaginite.

Troisième leçon : Les métrites et leur évolution. Traitement médical des métrites. Indications et technique du curettage. Indications du traitement opératoire dans les métrites.

Quatrième leçon : Complications des métrites. Salpingo-ovarites. Pelvi-péritonite et phlegmon du ligament large. Indications du traitement chirurgical dans les affections annexielles.

Cinquième leçon : Les déviations utérines. Causes générales. Indications du traitement non sanglant. De l'emploi du pessaire. Indications du traitement opératoire.

Sixième leçon : Déchirures du périnée et prolapsus génitaux. Traitement prophylactique. Indications du traitement chirurgical.

Septième leçon : Bartholinites. Kystes et tumeurs de la vulve et du vagin.

Huitième leçon : Types anatomiques et cliniques des fibromes utérins. Complications et diagnostic. Traitement palliatif et indications opératoires dans les fibromes.

Neuvième leçon : Anatomie pathologique. Signes et diagnostic des tumeurs malignes de l'utérus.

Dixième leçon : Indications et limites d'une intervention radicale dans les cancers utérins. Traitement palliatif des cancers inopérables.

Onzième leçon : Kystes de l'ovaire. Tumeurs solides de l'ovaire. Kystes et grossesse.

Douzième leçon : Grossesse extra-utérine : étiologie, signes et diagnostic. Rupture et hématocèle pelvienne.

Le droit à verser est de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement. — Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le docteur P. Le Noir, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le vendredi 14 février, à dix heures, salle Axenfeld, une série de conférences cliniques, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE L'ISOSÉROTHÉRAPIE CANINE

A la suite du compte rendu de la communication faite à la Société de pathologie comparée sur l'isosérothérapie canine par MM. E. et L. Lépinay et L. Beaussillon (*Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 6, p. 92), un certain nombre de demandes de renseignements ayant été adressées au laboratoire de pathologie comparée, on nous prie d'annoncer que le *laboratoire de pathologie comparée, avenue de Buzenval, à Rueil*, adressera à nos lecteurs les ampoules qu'il leur plaira de lui demander.

ESSAI DE TRAITEMENT
DE
L'ICTÈRE HÉMOLYTIQUE CONGÉNITAL
PAR LA RADIOTHÉRAPIE SPLÉNIQUE

Par MM. Jacques PARISOT,
Chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine,
et L. HEULLY,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy.

Grâce à des travaux de plus en plus nombreux, il est possible aujourd'hui de rapporter l'origine de bon nombre d'ictères hémolytiques à des facteurs pathogéniques bien déterminés. Dans tous ces cas, il s'agit essentiellement d'ictère hémolytique acquis, les processus pathologiques étant consécutifs à l'action globulicide d'hémolysines parasitaires ou bactériennes le plus souvent. Les méthodes biologiques, en décelant la présence d'hémolysines ou d'agglutinines spécifiques, en en fixant l'origine, permettent un diagnostic précis rendant ainsi possible l'application d'un traitement souvent efficace. Des exemples typiques en sont fournis par l'action de la quinine dans l'ictère hémolytique paludéen, par celle du traitement spécifique dans l'ictère sanguin d'origine syphilitique, par la suppression des poisons hémolytiques élaborés dans le tractus digestif que réalisent le régime diététique et l'antisepsie intestinale, etc.

Vis-à-vis de l'ictère hémolytique congénital, les méthodes thérapeutiques se montrent beaucoup moins efficaces.

On manque, en effet, des données étiologiques et surtout pathogéniques précises qu'il faudrait posséder pour instituer contre la cause même du processus hémolytique un traitement particulier capable de la supprimer, et l'on se trouve contraint de recourir à la *thérapeutique symptomatique*.

Celle-ci se résume en deux indications principales : augmenter d'une part la résistance des globules, par le chlorure de calcium en particulier ou la cholestérine; lutter d'autre part contre l'anémie qu'entraîne l'hémolyse exagérée. L'opothérapie sanguine sous ses différentes formes et surtout le traitement ferrugineux peuvent être utilisés avec un succès relatif; le traitement par le fer, considéré comme le plus actif, n'a fourni à divers auteurs comme à nous-mêmes que des améliorations légères et fugitives, moins nettes encore dans l'ictère congénital que dans l'ictère acquis.

*
* *

Ayant constaté au cours de l'ictère hémolytique congénital le peu d'efficacité des méthodes précédentes, nous avons songé, en nous basant sur certaines de nos recherches cliniques et expérimentales, à utiliser une nouvelle thérapeutique, la *radiothérapie splénique* (1).

(1) Parisot et Heully. Effets de la radiothérapie splénique dans l'ictère hémolytique congénital, *Soc. de méd. de Nancy*, janv. 1913.

Nous exposerons d'abord dans leurs détails les observations de deux malades ainsi traités.

Le premier cas concerne une jeune fille de dix-neuf ans, Marthe S..., dont nous avons déjà rapporté l'observation et qui présentait en effet les symptômes caractéristiques de l'ictère hémolytique congénital. Nous résumerons brièvement ici l'histoire de cette malade que nous suivons depuis près de trois années.

Etat primitif. — Les téguments, les conjonctives ont une teinte jaune très nette, et cette coloration persiste depuis longtemps déjà, l'*ictère* étant survenu *trois jours après la naissance*.

Cet ictère ne s'accompagne d'aucun symptôme d'intoxication biliaire; à intervalles variables, surviennent chez la malade des crises douloureuses localisées aux régions hépatique et splénique. Il existe une *splénomégalie considérable*; la rate dépasse en effet la ligne abdominale médiane et son bord interne a une hauteur de 20 centimètres. Il n'y a aucun signe ni général ni hématologique de leucémie ou de lymphadénie. Le foie n'est pas augmenté de volume.

Les muqueuses sont assez pâles, il existe un souffle mésocardiaque propagé dans les jugulaires.

Les urines ne renferment pas de pigments ni d'acides biliaires, mais on y trouve une quantité notable d'urobiline.

L'*étude du sang* fournit les indications suivantes :

1° *Anémie marquée :* 2376000 globules rouges; présence d'hématies granuleuses en abondance (35 à 40 p. 100). Globules rouges en formes anormales. Globules blancs normaux qualitativement et quantitativement.

2° *Retard notable de la coagulation du sang* qui se produit seulement au bout de vingt-huit à trente minutes.

3° *Diminution considérable de la résistance globulaire.* Par le procédé des hématies déplasmatisées, l'hémolyse initiale débute dans une solution de NaCl à 8g30 p. 1000, elle est totale à 3g40 p. 1000.

4° La *recherche des hémolysines* (auto et isolysines) reste absolument négative, de même que celle des auto et isoagglutinines.

5° Le sérum ne contient pas d'urobiline, mais des *pigments biliaires vrais*.

Ces altérations sanguines sont les caractéristiques de l'ictère hémolytique; l'existence de cet ictère depuis la naissance, les poussées douloureuses survenues, l'état général en somme satisfaisant permettent d'affirmer qu'il s'agit d'*ictère hémolytique congénital*.

De plus, cette malade présente des antécédents héréditaires hépatiques, sa mère étant également atteinte d'ictère et de lithiase biliaire. Nous retrouvons donc ici le lien signalé par MM. Gilbert et Lereboullet, Cade et Chalier, entre l'ictère hémolytique congénital et les ictères chroniques simples, la cholémie familiale.

Traitements institués. — On appliqua d'abord chez cette malade la *médication ferrugineuse* à laquelle on adjoint le *chlorure de calcium*. Cette méthode ne nous fournit pas de résultats bien nets pour l'anémie, ni bien durables pour la fragilité globulaire qui, après une courte amélioration, revint bientôt à son chiffre initial.

Nous décidons alors, en janvier 1911, d'utiliser la *radiothérapie splénique*, et voici très brièvement résumés les faits.

En l'espace d'une semaine, trois séances de quinze minutes chacune furent faites; à la suite de la dernière les manifestations suivantes se produisirent :

Douleurs extrêmement violentes, plus particulièrement localisées au flanc gauche. Toute la région splénique est sensible, la moindre pression intolérable; la température axillaire est de 37°4, la température locale sur le flanc gauche est de 38 degrés.

Le volume de la rate augmente notablement, l'organe dépasse de trois travers de doigt la ligne médiane.

L'ictère se fonce considérablement, les urines ont une teinte madère prononcée et l'urobiline y est très abondante. On y décèle des traces nettes d'*albumine* présentant les caractères de la *globine*.

Le nombre des globules rouges diminue d'un million, mais la résistance globulaire ne varie pas.

Après quelques jours, ces phénomènes s'atténuent.

En février, le traitement est repris. En une semaine, trois séances sont faites, mais seulement d'une durée moyenne de sept minutes chaque. Elles déterminent encore une réaction, élévation de la température locale, augmentation de l'urobiline, diminution du nombre des globules rouges; mais ces réactions ont bien moins d'ampleur; en particulier les phénomènes douloureux dans la région de la rate ont été presque nuls.

Après la sixième séance la rate a diminué de volume; elle reste à un travers de doigt de la ligne médiane qu'elle dépassait précédemment; sa hauteur n'est plus que de 16 centimètres au lieu de 20 centimètres. L'organe n'est plus douloureux à la palpation.

La résistance globulaire est accrue :

$H_1 = 76.$
$H_2 = 72.$
$H_3 = 34.$

Enfin, l'ictère a légèrement pâli.

Les choses restent ainsi jusqu'en mi-avril. A ce moment on recommence la radiothérapie en espaçant considérablement les séances (dix séances en six semaines), mais en leur conservant leur courte durée (huit minutes).

A la fin de cette période le nombre des globules rouges se maintient à 2 800 000.

La résistance globulaire a la valeur suivante :

$H_1 = 68.$
$H_2 = 62.$
$H_3 = 32.$

L'état général s'améliore, le volume de la rate diminue peu. Un mois de repos.

En juillet, huit séances sont faites; après la dernière, on note :

Nombre des globules rouges : 2 800 000.

Résistance globulaire :

$H_1 = 66.$
$H_2 = 60.$
$H_3 = 30.$

Trois semaines de repos. Fin août, trois séances de radiothérapie qui modifient ainsi la résistance globulaire :

$H_1 = 60.$
$H_2 = 54.$
$H_3 = 28.$

Du 5 au 9 septembre, une séance quotidienne de radiothérapie durant de douze à quinze minutes. Cette exposition quotidienne aux rayons X ne détermine aucun phénomène local douloureux ni aucun trouble général. La rate ne mesure plus que 14 centimètres de hauteur, son bord interne est à 2 centimètres en deçà de la ligne médiane.

Le 9 septembre on adjoint à la radiothérapie l'ingestion de sérum hémopoïétique (5 centimètres cubes deux fois par jour).

Résultats. — Le 17 septembre 1911, *on cesse tout traitement;* l'état est le suivant :

Nombre de globules rouges : 3 876 000.

Existence de formes nucléées.

Résistance globulaire :

$H_1 = 50.$
$H_2 = 46.$
$H_3 = 28.$

Coagulation en dix à treize minutes.

L'état général est très amélioré; la malade a été réglée normalement le 12 septembre, ce qui ne s'était pas produit depuis de longs mois. Les poussées douloureuses ont totalement disparu, la teinte subictérique des téguments s'efface, les urines ne renferment presque plus d'urobiline.

Cette amélioration s'est montrée durable. La malade a été revue plusieurs fois; elle a repris une vie active, elle est demeurée normalement réglée, son teint est coloré bien qu'un peu jaunâtre au fond, l'urobiline a disparu de ses urines et sa résistance globulaire reste à son chiffre de septembre 1911.

Si l'on condense cette longue observation, on distingue deux phases nettement tranchées dans l'action de la radiothérapie. Les premiers effets en furent très intenses et s'accompagnèrent, semble-t-il, d'un hyperfonctionnement de la rate. On observa, en effet, une augmentation notable du volume de cet organe, l'élévation de la température locale dans la région splénique; en même temps se produisait une importante destruction des globules rouges, l'urobilinurie et l'ictère augmentant considérablement.

Peu à peu, en utilisant les rayons X pendant une courte durée et avec des périodes de repos plus longues, on vit ces manifestations peu favorables faire place à des modifications très nettes de l'état hématologique, si bien que progressivement, au bout de huit mois, les séances de radiothérapie purent être faites quotidiennement et prolongées pendant un quart d'heure.

A l'issue de ce traitement, les globules rouges étaient au nombre de près de 4 000 000; la valeur de la résistance globulaire était passée de $H_1 = 83$ à $H_1 = 50$ et de $H_3 = 34$ à $H_3 = 28$; la coagulation du sang était redevenue normale. Bref, cette transformation de l'état hématologique s'accompagnait d'une amélioration notable de l'état général; et cette guérison se maintient aussi nette au bout de quatorze mois.

* * *

Dans une seconde observation, les résultats obtenus par ce traitement ont été aussi manifestes.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans, présentant depuis son enfance une légère teinte subictérique. Celle-ci a été constatée à l'âge de trois mois et notée par la mère de la malade avec d'autant plus d'attention qu'elle-même « a fréquemment le fond des yeux jaunes »; il n'y a cependant chez elle ni hépato ni splénomégalie, mais seulement des signes de *cholémie familiale* avec *lithiase biliaire* (émission de calculs), signes qu'on retrouve d'ailleurs plus loin encore, chez la grand-mère de notre malade.

Celle-ci a toujours été bien portante jusqu'à l'âge de douze ans, époque à laquelle s'établit la menstruation. Peu après, survinrent à de fréquents intervalles, tous les deux ou trois mois, souvent à l'occasion de fatigues, des crises abdominales douloureuses durant quelques heures accompagnées d'exagération du subictère, de modifications dans la coloration des urines (couleur madère foncé). Le traitement de la lithiase

biliaire (qu'on croyait en cause) fut appliqué sans succès. Cet état persiste dans les années suivantes, mais cependant des signes d'anémie se manifestèrent, essoufflement, pâleur, vertiges, etc.

En mars 1911, la malade se présente à nous avec l'aspect d'une *anémique* et d'une *ictérique*. L'ictère est léger, ne s'accompagnant d'aucun symptôme d'intoxication biliaire. L'examen de la rate et du foie, immédiatement pratiqué, permet de constater une étendue normale de la matité hépatique et une *notable hypertrophie splénique*; l'organe dépasse de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, il est légèrement sensible à la pression.

Les urines ne renferment pas de pigments biliaires vrais, mais une notable quantité d'urobiline. (Eliminations d'urée, phosphates et chlorures normales.)

Ces constatations, jointes aux notions fournies par les antécédents personnels et familiaux de la malade, permettaient de penser qu'il s'agissait là d'*ictère hémolytique congénital*, diagnostic d'ailleurs confirmé par l'étude hématologique.

Anémie. — Globules rouges : 2 900 000; anisocytose et polychromatophilie.

Hématies granuleuses : 20 p. 100.

Léger retard de la coagulation du sang (en vingt minutes).

Diminution de la résistance globulaire. — Hématies déplasmatisées.

$H_1 = 68.$
$H_2 = 60.$
$H_3 = 48.$

Absence d'hémolysines et d'agglutinines.

Pigment biliaire vrai dans le sérum sans urobiline.

Traitements institués. — Pendant deux mois (jusque mi-mai 1911) le *traitement ferrugineux* seul fut appliqué chez la malade. On constata une légère amélioration de l'état général, diminution de l'essoufflement; l'examen du sang fournissait :

Globules rouges : 3 200 000.
Hématies granuleuses : 25 p. 100.
Coagulation en vingt minutes.
Résistance globulaire :

$H_1 = 68.$
$H_2 = 58.$
$H_3 = 46.$

A partir de cette époque, on applique le *traitement radiothérapique* qui fut continué pendant huit mois consécutifs. Après la deuxième séance de radiothérapie splénique faite à quatre jours d'intervalle de la première (chacune d'une durée de cinq minutes) des phénomènes identiques à ceux signalés dans la première observation se produisirent quoique moins accentués.

Globules rouges : 2 000 000 (perte de 1 million 200 000).
Hématies granuleuses : 18 p. 100.

$H_1 = 70.$
$H_2 = 60.$
$H_3 = 48.$

On notait également : augmentation de l'ictère, de l'urobilinurie, apparition d'un peu d'albumine dans les urines (*globinurie*), douleurs dans la région splénique qui devient très sensible au palper, chaleur locale; la matité splénique a nettement augmenté d'étendue (quatre forts travers de doigt).

Tous ces symptômes disparus en cinq jours, on recommence l'irradiation splénique (séances de deux minutes de durée) à raison d'une séance par semaine. Depuis, aucun de ces phénomènes n'apparut.

A la fin de juin, la durée de l'exposition aux rayons est portée à cinq minutes deux fois par semaine, et depuis fin septembre jusqu'à janvier on fait deux séances par semaine (variant de cinq à douze minutes d'irradiation).

Voici quelques examens du sang aux diverses périodes.

20 juillet. Globules rouges : 3 000 000.
Hématies granuleuses : 20 p. 100.

$H_1 = 64.$
$H_2 = 56.$
$H_3 = 44.$

15 septembre. Globules rouges : 3 400 000.
Hématies granuleuses : 16 p. 100.

$H_1 = 60.$
$H_2 = 52.$
$H_3 = 44.$

3 novembre. Globules rouges : 3 100 000.
Hématies granuleuses : 20 p. 100.

$H_1 = 64.$
$H_2 = 52.$
$H_3 = 44.$

1er décembre. Globules rouges : 3 000 000.
Hématies granuleuses : 20 p. 100.

$H_1 = 60.$
$H_2 = 48.$
$H_3 = 40.$

A cette date on adjoint au traitement radiothérapique l'opothérapie sanguine (*sérum hémopoïétique* en ingestion, 20 centimètres cubes toutes les deux semaines).

20 janvier 1912. Globules rouges : 3 800 000.
Hématies granuleuses : 16 p. 100.

$H_1 = 52.$
$H_2 = 44.$
$H_3 = 36.$

Tout traitement est cessé le 10 février. A partir de cette époque la malade a pris environ toutes les quatre semaines 20 centimètres cubes de sérum hémopoïétique jusqu'en août 1912.

Examen du sang le 10 février 1912. Globules rouges : 4 300 000.
Hématies granuleuses : 10 p. 100.

$H_1 = 48.$
$H_2 = 40.$
$H_3 = 32.$

L'ictère a presque totalement disparu; il n'y a plus que des traces d'urobiline dans les urines (et à partir de mai plus rien pendant certaines périodes). La rate, encore perceptible, *ne dépasse plus* le rebord des fausses côtes, elle est indolore. La malade a gagné 6 kilos et se trouve remarquablement améliorée.

Depuis six mois, elle n'a eu aucune crise douloureuse, le chiffre des globules oscille entre 4 000 000 et 4 500 000, celui des hématies granuleuses entre 4 et 10 p. 100, enfin H_1 va de 46 à 50 et H_2 de 32 à 36. *Cet état persiste sans traitement.*

Comme dans l'observation précédente, chez cette jeune fille atteinte d'ictère hémolytique congénital on constate sous l'influence de la radiothérapie splénique une amélioration remarquable de l'état général. Après une première période de vive réaction de l'organisme (forte destruction globulaire, exagération du volume de la rate, chaleur locale, etc.), il se produit progressivement une atténuation du syndrome hémolytique, si bien qu'au bout de huit mois de traitement la résistance globulaire, très diminuée auparavant $H^1 = 68$ et $H^3 = 48$ redevient normale : $H^1 = 48$ et $H^3 = 32$; les globules rouges passent de 2 900 000 à 4 300 000; l'ictère disparaît presque tota-

lement: la rate diminue de volume d'une façon très notable. En un mot les effets observés sont des plus favorables, et, fait important, cet état persiste sans traitement depuis plus de six mois.

*
* *

Bien que ne possédant encore que deux observations de malades atteints d'ictère hémolytique congénital traités par la radiothérapie splénique, nous croyons qu'il est possible de discuter avec intérêt les résultats obtenus, non pas seulement parce que ceux-ci sont manifestes, mais parce que les malades ont été longuement suivis, et qu'il a été possible de voir l'amélioration persister alors que tout traitement était suspendu depuis plusieurs mois dans un cas, et plus d'une année dans l'autre.

Les modifications quantitatives et qualitatives des globules rouges, la diminution du volume de la rate méritent de retenir plus particulièrement l'attention.

Quelle interprétation peut-on donner de la destruction considérable des hématies (1 million à 1 500 000) survenue après les premières applications radiothérapiques, de courte durée cependant? On sait que l'exposition de la rate aux rayons X est, en général, suivie passagèrement d'une baisse légère dans le nombre des globules rouges. Soit chez l'animal (rayons à doses thérapeutiques), soit chez l'homme sain ou au cours d'affections diverses et surtout des leucémies, la plupart des auteurs parmi lesquels on peut citer MM. Aubertin, Beaujard, Ménétrier, Touraine, Wohler, Tatarsky, Decastello et Kiembock, Houdé, etc., ont constaté une hémolyse faible et ultérieurement une excitation de l'appareil érythropoïétique déterminant l'élévation du nombre des globules. Les phénomènes observés chez nos malades se différencient nettement des précédents par l'intensité de la crise hémolytique, l'exagération de la splénomégalie, la douleur, la chaleur locale, etc. Faut-il croire que dans ces cas les hématies ont été détruites par action directe des rayons X, et ce en nombre d'autant plus grand qu'elles étaient plus fragiles, l'augmentation du volume de la rate étant en somme l'effet d'une *hémolyse passive?* Ou doit-on penser au contraire que sous l'influence des premières applications radiothérapiques s'est produit une *stimulation* de l'organe irradié, la rate exagérant sa fonction hémolytique : *hémolyse active*, et détruisant un grand nombre de globules ? Dans la suite, l'action destructrice des rayons *diminuant progressivement l'activité splénique*, on s'expliquerait pourquoi les crises de déglobulisation font défaut. Par contre, si l'on repousse cette manière de voir pour se rallier à la première, on ne peut comprendre l'absence de la destruction globulaire à ce stade, puisque les globules sont encore fragiles et se trouvent par conséquent *en même situation* vis-à-vis des effets de la radiothérapie.

D'autres arguments nous engagent à penser que c'est par l'intermédiaire des modifications de la rate que la radiothérapie a exercé chez nos malades une influence sur les globules rouges. Les rayons X peuvent-ils modifier, par action directe, la résistance globulaire qui subit, comme on l'a vu, de si remarquables variations ? D'après les études faites à divers points de vue sur les effets de la radiothérapie, et d'après nos recherches personnelles, il semble qu'on puisse répondre par la négative. MM. Bergonié et Tribondeau (1) ont constaté que des globules rouges soumis *in vitro* et pendant plusieurs heures, à l'action des rayons X présentent, après comme avant, une même résistance aux solutions hypotoniques. MM. Baermann et Linser (2) étaient déjà arrivés à une conclusion analogue. Nous-même avons établi que, après irradiation, les hématies, soit déplasmatisées et en suspension dans une solution de NaCl à 9 p. 1000, soit en suspension dans le sérum sanguin normal (après simple défibrination du sang), ne présentent pas de modification nette de leur résistance. Les résultats observés à ce point de vue *in vivo* chez nos malades après une application de rayons plaident dans le même sens.

Au cours d'autres splénomégalies, en particulier chez les leucémiques, il est possible de déceler souvent un certain degré de fragilité globulaire; sous l'influence de la radiothérapie et de la diminution de volume de l'organe qu'elle entraîne, on peut, comme l'un de nous l'a montré (3), constater que la résistance est redevenue normale et même supérieure à la normale.

D'autre part, on est frappé par les transformations produites dans l'*état splénique*; la rate présente une diminution très considérable de son volume, sa palpation n'éveille plus la moindre sensibilité douloureuse, sa consistance devient ferme, dure; ce sont là des signes qui, sans doute, traduisent la diminution d'activité de l'organe.

En somme les faits cliniques et expérimentaux que nous avons observés engagent à conclure que dans ces deux cas d'ictère hémolytique congénital, l'amélioration survenue dans l'évolution du syndrome sous l'influence de la radiothérapie est due surtout à l'action exercée sur la rate par cette méthode thérapeutique. La théorie splénique des ictères par hyperhémolyse, défendue par M. Gilbert et ses élèves, trouve dans ces faits un nouvel argument; mais on y peut voir surtout une preuve en faveur de l'idée soutenue par M. Chauffard que l'ictère hémolytique congénital reconnaît une origine splénique, qu'il s'agit d'une *splénomégalie hémolysante*.

Les faits que nous venons d'exposer trouvent encore une confirmation dans les bons résultats qu'a donnés la splénectomie dans quelques cas d'ictère hémolytique.

On possède aujourd'hui plusieurs observations [réunies et commentées dans une étude récente de Banti (4)] dans lesquelles une véritable guérison s'est produite à la suite de l'ablation de la rate, la

(1) Bergonié et Tribondeau. Action des rayons X sur la résistance globulaire, *C. r. Soc. de biol.*, 1908, 26, p. 147.

(2) Baermann et Linser. *Münch. med. Woch.*, 7 juin 1904.

(3) J. Parisot. Etude sur les rapports de la rate, de l'ictère et de la fragilité globulaire, *C. r. Congrès français de méd.*, Lyon, octobre 1911.

(4) Guido Banti. La splénomégalie hémolytique, *Semaine méd.*, 5 juin 1912, p. 265.

fragilité globulaire et l'anémie disparaissant en quelques jours. A côté des faits de Banti, de Micheli (1), on peut en citer un plus récent d'Antonelli (2) dans lequel l'amélioration a été également remarquable.

Considérés dans leurs résultats, ces cas cliniques sont identiques; seule l'évolution antérieure du syndrome diffère, parfois il semble s'agir d'ictère hémolytique congénital; parfois d'ictère acquis, toutes ces formes morbides étant classées par les auteurs italiens sous le nom de splénomégalie hémolytique.

On doit rapprocher de ces tentatives thérapeutiques celles qui ont été faites au cours d'autres splénomégalies accompagnées d'anémie; avec un succès relatif dans l'anémie splénique de l'enfance et de l'adulte (Lewis, Herrick, Blackhaller, Stirling, Klemperer et Mühsam), avec des résultats plus encourageants dans la maladie de Banti, au moins à sa première phase (3).

En matière d'ictère hémolytique congénital, puisque c'est cette affection seule que nous avons envisagée dans cette étude, les indications opératoires ne découlent pas nettement de l'état même des malades. C'est les exposer, comme le dit M. Chauffard, « à un bien gros risque pour les guérir d'un état qui, pour eux, reste le plus souvent de peu de gravité » (4). Aussi croyons-nous que la méthode que nous venons d'étudier et qui nous a donné des résultats très encourageants peut être avec avantage substituée à la méthode chirurgicale. Sans doute l'amélioration ne se produit pas avec la même rapidité qu'après la splénectomie; mais il resterait toujours possible d'intervenir dans le cas d'insuffisance des résultats de la radiothérapie.

Il semble qu'on puisse considérer comme d'une innocuité complète l'action des rayons X dans ces cas, à condition de les utiliser, comme nous l'avons dit, avec précaution et sous le contrôle d'examens hématologiques fréquents. Par contre la splénectomie, en tant qu'opération, comporte une gravité plus grande encore chez des sujets anémiés et dont les globules fragiles sont détruits en nombre considérable, comme nous l'avons montré, sous l'influence des anesthésiques.

Ces considérations ne s'appliquent qu'à l'ictère hémolytique congénital; dans l'ictère hémolytique acquis, où le rôle de la rate paraît différent, il nous semble que la radiothérapie splénique pas plus que la splénectomie n'est capable de débarrasser l'organisme des substances hémolytiques décelées ou méconnues qui sont la cause première du syndrome. Cependant, dans certains cas dont la pathogénie reste obscure, et en dehors de toute autre indication thérapeutique, il y a possibilité d'utiliser la radiothérapie, et ce sont ces faits que nous envisagerons dans une étude ultérieure.

(1) MICHELI. *Giorn. dell' Accad. di med. di Torino*, 1911, LXXIV et *Wien. klin. Wochen.*, 7 sept. 1911.

(2) ANTONELLI. *XXIIe Congrès de la Soc. ital. de méd. interne*, Rome, octobre 1912, Anal. in *Sem. méd.*, 13 nov. 1912, p. 547.

(3) Voir à ce sujet en particulier l'art. SPLÉNOMÉGALIES in *Maladies du pancréas, de la rate et du mésentère* par Chavannaz et Guyot (*Nouveau Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet, Paris, Baillière, 1913).

(4) CHAUFFARD. *C. r. Congrès français de médecine*, Lyon 1911, t. II, p. 58.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1913)

Sur la fragilité du sexe mâle. — MM. A. PINARD et A. MAGNAN. Les statisticiens admettent actuellement comme démontré que, dans l'espèce humaine, les garçons meurent en plus grande quantité que les filles, aussi bien pendant la vie intra-utérine que pendant la vie à la lumière. Ce fait leur semble facile à expliquer par l hypothèse d'une plus grande fragilité du sexe mâle.

MM. Pinard et Magnan ont voulu rechercher la valeur de cette opinion en consultant les documents que possède la clinique Baudelocque et qui ont été recueillis de 1891 à 1911.

Ils sont arrivés à la conclusion qu'il ne meurt pas, *pendant la gestation* c'est-à-dire pendant la première vie, plus de garçons que de filles. Il meurt, par contre, beaucoup plus de garçons pendant l'accouchement et dans les quelques jours qui suivent, non parce que le sexe mâle est le plus fragile, mais par suite du plus gros poids des garçons qui ressentent de ce fait le traumatisme obstétrical de façon plus énergique. C'est contre ce trauma obstétrical que lutte depuis vingt ans M. Pinard, avec l'espoir, en raison des résultats déjà acquis, de l'amoindrir le plus possible.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1913)

Rajeunissement des cultures de ganglions spinaux. — M. MARIE communique sur ce sujet une note de MM. MARINESCO et MINÉA.

L'ankylose temporo-maxillaire étudiée au point de vue du diagnostic. — M. KIRMISSON. L'ankylose temporo-maxillaire intéresse surtout la chirurgie infantile. C'est dans l'enfance, en effet, que se rencontrent habituellement les circonstances qui lui donnent naissance. D'une part, les maladies infectieuses, telles que la scarlatine; d'autre part, les otites moyennes suppurées, qui déterminent des suppurations diffuses, se propageant à l'articulation temporo-maxillaire. La résection du condyle du maxillaire peut donner en pareil cas d'excellents résultats. C'est ce qui s'est passé chez deux petites malades que j'ai opérées, l'une à la fin de novembre aux Enfants-Malades, l'autre en novembre 1899 à l'hôpital Trousseau. Cette dernière a été présentée par moi complètement guérie, neuf ans après, à la Société de chirurgie.

Mais, pour obtenir de semblables succès, il faut de toute nécessité porter un diagnostic exact. La première question qui se pose est celle de savoir si l'on a affaire à une ankylose unilatérale ou bilatérale. Dans le cas où une seule articulation temporo-maxillaire est ankylosée, quel est le côté sur lequel porte la lésion? Des renseignements fort utiles sont tirés de l'étude des mouvements de déduction ou de latéralité. Dans le cas d'ankylose bilatérale, ces mouvements sont supprimés. Ils persistent, au contraire, dans l'ankylose unilatérale, le condyle du côté sain se déplace en avant, et semble décrire un arc de cercle autour de l'articulation ankylosée comme centre; le menton est nécessairement entraîné du côté de la mâchoire ankylosée.

Une autre considération très intéressante, en pareil cas, c'est celle qui est tirée de l'atrophie de la face. On dit généralement (et le fait est exact en ce qui concerne le squelette), que l'ankylose temporo-maxillaire se complique d'atrophie de la moitié correspondante de la face. Et cependant, quand on examine le malade, il semble au premier abord que l'atrophie corresponde au côté sain, tandis que la joue du côté ankylosé semble plus bombée, plus saillante. Le fait était très évident chez ma dernière petite malade; il était très net également chez une fillette que notre collègue M. Galippe voulut bien me présenter il y a quelques années. On le trouve expressément noté dans une observation publiée récemment par M. Chalier dans le *Lyon médical* de janvier 1913. Il y a là un véritable paradoxe, qui doit être bien connu et soigneusement interprété, faute de quoi l'on pourrait faire une erreur de diagnostic et conclure à l'existence de l'ankylose du côté qui est en réalité le côté sain. Il y a bien en effet atrophie de toute la moitié correspondante du maxillaire inférieur du côté ankylosé; au contraire, du côté sain, l'os continue à s'accroître normalement.

Il en résulte que la symphyse du menton est entraînée vers le côté malade. Dans ce mouvement, toutes les parties molles sont également entraînées; la joue paraît dès lors plus plate, tandis qu'au contraire la joue du côté malade encerclée dans un maxillaire plus étroit vient faire au dehors une saillie exagérée, ce qui pourrait, faute d'un examen complet et d'une interprétation exacte, induire en erreur le chirurgien sur le côté à opérer.

Sur un mode de précipitation de l'acide urique. — M. Galippe, comme suite à ses travaux publiés en 1886 sur le mode de production dans l'économie de concrétions cristallisées ou non (calculs biliaires, urinaires, salivaires, etc.), expose à l'Académie des recherches restées inédites, sur la présence de microorganismes dans les cristaux d'acide urique, déposés par l'urine dans les conditions habituelles.

La détermination de ces microorganismes par l'examen microscopique direct est assez difficile et M. Galippe montre à quels artifices il faut recourir pour les mettre en évidence. Le procédé de choix est l'ensemencement des cristaux dans des bouillons de culture.

Les microorganismes contenus dans les cristaux d'acide urique n'y sont point renfermés accidentellement, mais ont été des agents de phénomènes chimiques ayant provoqué la précipitation de ces cristaux.

Si on ensemence, en effet, ces microorganismes dans une urine normale, ceux-ci déterminent la précipitation rapide et considérable de cristaux d'acide urique, tandis que dans l'urine témoin cette précipitation se fait lentement et en petite quantité.

Les cristaux d'acide urique obtenus par l'addition à l'urine de 1 p. 100 d'acide chlorhydrique n'ont point permis de déceler dans ceux-ci la présence de microorganismes.

Election. — M. Carrel (de New-York) est élu membre correspondant national par 50 voix sur 59 votants.

— Il n'y aura pas de séance mardi prochain, en raison de l'installation du Président de la République.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1913)

Cas d'épilepsie partielle continue. — Mme Long-Landry et M. Quercy. Un malade atteint de paraplégie pottique présente, depuis décembre, une monoplégie flasque du membre supérieur droit, limitée au segment inférieur et vraisemblablement due à une plaque de méningo-encéphalite corticale. L'intérêt de ce fait est l'existence, depuis des semaines, de mouvements rythmés, à caractère variable, avec de temps à autre de petites crises convulsives, c'est-à-dire l'existence du syndrome de Kojevnikoff. — M. Sicard rappelle avoir présenté, l'an dernier, un paralytique général avec mouvements analogues de la face et du membre supérieur depuis plusieurs semaines. — M. Claude a autrefois publié un fait de même ordre; l'autopsie démontra une méningite avec petits foyers de méningo-encéphalite.

Le cœur dans la maladie de Thomsen. — MM. Souques et Routier apportent des cardiogrammes montrant l'intégrité du cœur dans cette affection.

Dissociation Babinski-raccourcisseurs et phénomènes d'automatisme médullaire. — MM. P. Marie et J. Thiers. Chez un malade atteint d'une paraplégie qui est devenue flasque après avoir été spasmodique, les auteurs mettent en évidence les faits suivants :

1° Il existe un réflexe d'extension croisée, de tout le membre inférieur opposé à celui sur lequel a été provoqué le phénomène des raccourcisseurs. Il s'agit là d'un réflexe d'automatisme médullaire du même ordre que le phénomène des raccourcisseurs, mais de sens inverse.

2° Au membre inférieur droit le réflexe de Babinski fait défaut tandis que le réflexe des raccourcisseurs se produit avec une grande force. Cette dissociation Babinski-raccourcisseurs paraît due à la diminution de la contractilité musculaire. Celle-ci est démontrée d'ailleurs par l'examen électrique qu'a pratiqué M. Huet et en outre par ce fait, que, au moment où l'on provoque le réflexe des raccourcisseurs, la flexion dorsale du pied ne se produit pas. Ce défaut d'association de la flexion du pied à celle des autres articulations du membre inférieur est également due au manque de contractilité des muscles extenseurs du pied grâce auxquels devait se produire, s'ils en étaient capables, le réflexe de Babinski.

3° Le phénomène des raccourcisseurs s'accompagne d'une sensation spéciale de contraction musculaire, qui est liée au mouvement des différents segments du membre inférieur et apparaît en même temps que ce mouvement.

Cette sensation spéciale est comparée par le malade à une crampe. Elle n'est pas sous la dépendance de l'excitation locale qui détermine le réflexe, car cette excitation n'est nullement perçue par le malade dont les deux membres inférieurs sont anesthésiques.

D'ailleurs, le malade éprouve la même sensation spéciale lorsque se produisent spontanément des mouvements de retrait des membres inférieurs sans qu'aucune excitation provoquée ait eu lieu.

Evolution des troubles oculaires du tabes. — M. Rochon-Duvigneaud a réexaminé seize tabétiques déjà vus à sept ans de distance. Au point de vue du tabes, les uns sont aggravés, d'autres stationnaires ou mieux. Chez tous, les troubles pupillaires sont restés ce qu'ils étaient au début : le signe d'Argyll et les irrégularités du contour pupillaire ne sont guère modifiés : la mydriase a une certaine tendance à s'accentuer, surtout s'il se développe l'atrophie pupillaire, qui, elle-même, a peu de tendance à dépasser un certain degré — ce que confirme M. Léri. En somme, les troubles oculaires du tabes paraissent précoces : ils atteignent rapidement une certaine intensité, puis restent stationnaires par la suite.

Vertige voltaïque expérimental par lésion labyrinthique. — MM. Babinski, Vincent et Barré, ayant détruit le labyrinthe postérieur chez le cobaye, démontrent que la recherche du vertige voltaïque détermine, chez l'animal en expérience, des modifications des mouvements des yeux et de la tête très nettes comprenant le côté opéré et le côté sain.

Syringomyélie unilatérale. — M. Thomas. Une femme de cinquante ans, albuminurique depuis dix ans, se plaint depuis

quelques mois de troubles sensitifs et moteurs du côté droit. On trouve des troubles de la sensibilité à caractères syringomyéliques et à limites radiculaires allant de D5 à L4-5 avec un peu d'atrophie musculaire et modifications des réactions électriques à peu près de même topographie. Cette localisation étendue et l'absence de douleurs ainsi que les caractères des troubles sensitifs font écarter le diagnostic de compression objecté par M. Marie, et rendent probable celui de syringomyélie unilatérale.

Section du nerf facial. Régénération. — M. SICARD montre un malade auquel on réséqua en 1908 un centimètre et demi du nerf pour cholestéatome de l'oreille. Or, trois ans après, la réaction de dégénérescence s'atténua, en même temps que la paralysie faciale devenait moins complète. Comment les fibres nerveuses de régénération ont-elles pu franchir la cicatrice? L'excitation électrique du nerf facial sain ne détermine pas de contractions du côté paralysé; on ne peut donc attribuer l'amélioration clinique à des anastomoses; l'auteur se demande s'il ne s'agirait pas des fibres motrices du trijumeau, suppléant au facial déficient?

Syndrome de Jackson par cholestéatome de l'oreille. — M. LEMAISTRE. L'évolution s'est effectuée en douze ans. Début par des phénomènes de compression de l'oreille moyenne; puis, il y a sept à huit ans, dysphonie et dysphagie. Actuellement, on trouve hémiplégie palato-facio-linguopharyngée avec participation de la corde vocale, du trapèze et du sterno-mastoïdien.

Clonus inverse. — M. J. THIERS, sous cette dénomination, décrit un clonus du pied provoqué, non par la flexion dorsale comme dans le phénomène ordinaire, mais par la flexion plantaire forcée. Les mouvements alternatifs sont alors dus à l'action des muscles extenseurs qui se contractent et se relâchent rythmiquement, tandis que les fléchisseurs sont entraînés passivement. Le clonus de cause et de sens contraires à ceux du clonus ordinaire est donc bien un clonus inverse.

M. Thiers a observé ce phénomène du côté droit au cours d'un coma avec hémiplégie gauche survenu après un ictus brusque chez une femme âgée de soixante-huit ans.

A l'examen anatomique, les lésions constatées ont été :

1° Un petit kyste hémorragique le long du bord externe du noyau lenticulaire droit; une petite lacune dans la moitié gauche de la protubérance; lésions anciennes.

2° Un gros ramollissement récent situé dans le lobe frontal et intéressant le corps calleux dans toute son étendue.

Un nouveau réflexe du membre supérieur. — M. LÉRI. La flexion forcée des doigts et du poignet détermine la flexion de l'avant-bras et du bras; ce mouvement n'est pas dû à la sensation douloureuse, car il peut exister alors que la douleur fait défaut; le réflexe manque dans les lésions du faisceau pyramidal; il existe en cas de lésion atteignant C7 et diminue si la lésion atteint C5.

La théorie des images motrices d'articulation. — D'après M. FROMENT, elle est une simple hypothèse, nullement nécessaire, et contraire aux données de l'auto-observation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1913)

La déviation du complément dans la coqueluche. — MM. Arnold NETTER et Mathieu-Pierre WEIL ont recherché à quel moment apparaissait, dans le sérum des enfants atteints de coqueluche, la sensibilisatrice vis-à-vis du bacille de Bordet et Gengou. Celle-ci manque toujours durant la période préquinteuse de la coqueluche normale, ainsi que durant le premier septénaire des quintes. C'est en général durant le deuxième septénaire, plus particulièrement durant la seconde moitié, qu'apparaît dans le sérum la sensibilisatrice spécifique. En tous cas, durant le troisième septénaire des quintes, et à plus forte raison durant la défervescence et la convalescence, ainsi que l'ont montré Bordet et Gengou, le sérum des malades, mis en présence du cocco-bacille isolé par ces auteurs, dévie toujours le complément. Mais cette déviation est somme toute trop tardive pour aider au diagnostic de la maladie, dans ses formes typiques du moins.

La déviation du complément par le bacille de Bordet et Gengou dans la coqueluche. — MM. Arnold NETTER et Mathieu-Pierre WEIL ont recherché pendant combien de temps persistait, dans le sérum des individus guéris de la coqueluche, la sensibilisatrice spécifique. En général, on peut la retrouver deux années après la maladie; dans un cas, les auteurs ont pu la mettre en évidence treize années après la guérison. Les récidives de coqueluche semblent ne pouvoir se produire que chez les sujets dans le sérum desquels manque cette sensibilisatrice. D'autre part, le sérum des coquelucheux atteints en même temps de rougeole au début de la période d'éruption ne dévie plus le complément en présence du bacille de Bordet-Gengou; c'est là un nouvel exemple de l'anergie morbilleuse.

Action de l'extrait filtré d'aspergillus fumigatus sur les bacilles tuberculeux. — M. VAUDREMER. Les bacilles tuberculeux humains virulents, après vingt-quatre heures de macération dans l'extrait filtré d'aspergillus fumigatus à la température de 39 degrés, ne sont plus pathogènes :

1° Pour le cobaye, sous la peau ou dans le péritoine;

2° Pour le lapin, dans les méninges.

Réaction simple et instantanée pour déceler l'urobiline et la bilirubine dans les fèces. — M. A. GRIGAUT décrit une nouvelle réaction ayant la même valeur que les réactions de Schmidt ou de Triboulet au sublimé, mais plus simple, plus marquée et instantanée. Les fèces délayées dans l'*eau bouillante* sont additionnées dans un tube à essai d'acide chlorhydrique pur et de Fe^2Cl^6 très dilué. Une coloration rose ou rose brun indique la présence d'urobiline, une coloration verte celle de la biliverdine. Outre son utilité en coprologie infantile et dans toutes les infections s'accompagnant d'une pigmentation anormale des fèces, cette réaction permet de suivre avec facilité l'intensité, la nature et l'évolution de l'élimination pigmentaire intestinale au cours des différents états ictériques et hépatiques. Elle est spécialement indiquée dans l'analyse des selles décolorées, où elle permet de dire si l'on a affaire à de l'embolie pigmentaire absolue ou si, *malgré la dépigmentation apparente, il existe néanmoins une notable proportion d'urobiline ou même de bilirubine.*

ANALYSES

MÉDECINE

L'opsiurie dans les maladies du foie. (GILBERT et LERE BOULLET. *Arch. des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, janvier 1912.) — L'*opsiurie* est un symptôme caractérisé par le retard de l'élimination aqueuse de l'urine. Normalement ce sont les urines digestives qui sont les plus abondantes; il y a opsiurie quand ce sont les urines les plus éloignées des repas qui sont au contraire les plus abondantes. Ce signe est un indice assez précoce de l'hypertension portale.

Nous n'insisterons pas ici sur le procédé employé par les auteurs pour étudier cette élimination de l'urine, nous contentant de renvoyer le lecteur aux pages consacrées à cette

exposition, car il est indispensable de bien se conformer à la technique décrite pour obtenir des résultats satisfaisants.

L'opsiurie a été fréquemment relevée dans les cirrhoses alcooliques, atrophiques ou hypertrophiques, avec ascite ou anascitiques ; elle a souvent été retrouvée dans les cirrhoses biliaires, accompagnées de polyurie ce qui rend le phénomène particulièrement net ; elle existe dans les cirrhoses pigmentaires, au cours des cirrhoses graisseuses, cardiaques, etc. ; elle s'observe aussi dans d'autres affections comme la lithiase biliaire, certains cancers du foie, kystes hydatiques, enfin même, quelquefois, dans le diabète. Il existe divers types d'opsiurie, suivant qu'il y a émission normale d'urine, polyurie ou oligurie.

L'*opsiurie avec polyurie* est la variété dont l'appréciation est rendue le plus facile.

L'*opsiurie avec diurèse normale*, est souvent moins nette ; il peut y avoir comme dans la forme précédente d'ailleurs deux ordres de faits : ceux où il y a seulement tendance à l'égalisation des émissions d'urine dans les diverses périodes, et ceux où il y a opsiurie manifeste avec abondance plus grande des urines dans les échantillons recueillis assez longtemps après le repas.

L'*opsiurie avec oligurie* permet également de distinguer deux catégories, suivant que l'oligurie s'accompagne de variations urinaires appréciables, d'anisurie, ou que celles-ci restent à peine marquées ou sont nulles.

En résumé le phénomène de l'opsiurie peut présenter quatre types :

1° Il peut y avoir seulement tendance à l'égalisation avec ou sans léger retard du maximum digestif, c'est l'*opsiurie larvée*.

2° Dans des faits plus accentués le maximum des urines émises est non dans les échantillons digestifs mais dans les échantillons subséquents ; il y a *anisurie horaire*.

3° L'opsiurie peut s'associer à l'oligurie ; ces faits sont en général observés dans des cas de cirrhose, avec gêne portale très accentuée.

4° Lorsque l'oligurie devient constante, il y a absence de maxima.

L'opsiurie est modifiée par les ponctions d'ascite, l'omentopexie, le massage du foie.

L'opsiurie est rarement observée comme un signe urinaire isolé. Elle coexiste souvent avec l'oligurie et avec l'anisurie, (c'est-à-dire les variations urinaires quotidiennes). Elle est souvent observée, associée à d'autres symptômes qui sont sous la dépendance manifeste de l'hypertension portale ; elle est donc liée dans sa production à l'existence au niveau du foie d'une véritable écluse pathologique, interposée sur le courant sanguin porto-cave. B. GAYARD.

Contribution à l'étude du pouls lent permanent d'origines congénitale et héréditaire. (Maurice JUIF. Thèse de Paris, 1912, G. Rousset, éditeur.) — L'auteur rappelle les travaux récents sur les bradycardies et le pouls lent permanent : thèse d'Esmein, travaux de Gallavardin, de Lian. Il relate une observation personnelle avec tracé du pouls jugulaire et tracé électro-cardiographique.

On doit distinguer deux formes du pouls lent permanent congénital, l'un relevant d'une dissociation auriculo-ventriculaire, l'autre qui correspond à une bradycardie totale. Le pouls lent congénital par dissociation auriculo-ventriculaire dépend d'une lésion du faisceau de His ; pour expliquer cette lésion deux hypothèses ont été faites, celle d'une myocardite fœtale et celle d'un arrêt de développement ; pour résoudre la question, les autopsies manquent encore à l'heure actuelle, mais, en faveur de la malformation, il existe un argument sérieux, c'est la coexistence avec la bradycardie congénitale d'autres malformations produisant à la fois et la bradycardie et une cardiopathie congénitale comme la maladie bleue. Le pouls lent congénital par lésion du faisceau de His s'accompagne ou non d'accidents nerveux ; le pronostic est très différent dans les deux cas, plus grave dès qu'il y a des accidents nerveux.

Le pouls lent congénital par bradycardie totale paraît avoir un caractère héréditaire et familial. Sa pathogénie est inconnue ; sans doute, on doit l'attribuer à une excitation du noyau bulbaire de la dixième paire ou du pneumogastrique lui-même ; peut-être existe-t-il des troubles des cellules ganglionnaires cardiaques. Dans cette variété de pouls lent, les accidents nerveux font habituellement défaut ; s'ils existent, ils n'ont ni la brusquerie, ni la gravité de ceux qu'on observe dans la maladie de Stokes-Adams.

Le diagnostic différentiel entre les deux formes de pouls lent permanent congénital ne peut être établi, dans un grand nombre de cas, que par les méthodes graphiques et électrocardiographiques. M. BRELET.

CHIRURGIE

Fracture du col du fémur chez les enfants et les adolescents. (WORMS et HAMANT. *Revue de chirurgie*, 10 septembre 1912.) — Les fractures du fémur dans l'enfance et l'adolescence sont plus fréquentes, qu'on ne le croit ; le plus souvent elles sont prises pour des décollements épiphysaires. Leur fréquence est égale à celle de ces derniers.

La fracture du col du fémur se produit aux deux extrémités de la vie : chez le vieillard et l'adolescent de dix à dix-huit ans ; la fracture est presque toujours de cause directe. Dans les fractures de cause indirecte, il faut incriminer surtout la position en grand écart, avec rotation en dehors ; souvent la cause est insignifiante c'est alors que gît la grande difficulté, pour faire le diagnostic d'une coxalgie.

La fracture de la base du col est la plus fréquente ; tantôt elle est complète, avec ou sans pénétration, très souvent elle est incomplète, et présente la forme « en bois vert » ou sous-périostée. La gravité des fractures complètes résulte tout entière dans leur consolidation vicieuse ; celle-ci aboutit au type de coxa vara trochantérienne, qu'il ne faut pas confondre avec la coxa vara essentielle et surtout cervicale. La pseudarthrose est exceptionnelle. Il est vraisemblable qu'un grand nombre de coxa vara essentielles sont dues à des fractures du col du fémur.

Les *symptômes* sont peu caractéristiques ; à la suite d'un traumatisme, le sujet se plaint de douleurs vagues dans la région de la hanche, douleur qui ne l'empêche pas de marcher ; il ne présente ni impotence, ni déformation ; la radiographie s'impose et c'est par elle que le diagnostic doit être posé. On constate parfois des ecchymoses au creux poplité, de la tuméfaction dans le triangle de Scarpa, de la douleur à la pression, au niveau du bord externe du couturier ; mais ces symptômes, généralement attirent peu l'attention ; la mobilité anormale n'existe pas dans la plupart des cas ; d'ailleurs il ne faut point la rechercher ; c'est donc toujours à la radiographie qu'il faut avoir recours pour poser le diagnostic.

Le *pronostic* est lié aux complications orthopédiques fréquentes, coxa vara, cals vicieux, exubérants (exceptionnels), etc.

Le *diagnostic* sera fait avec la contusion, le décollement épiphysaire, la luxation acquise, la luxation congénitale et la coxalgie ; c'est toujours la radiographie et l'existence des antécédents qui trancheront la question.

Le *traitement* est simple : il faut éviter la production de la coxa vara, immobiliser le sujet en extension et abduction avec rotation interne, ne pas le laisser lever trop tôt, sinon le cal encore mou supporterait mal le poids du corps ; la coxa vara secondaire se produirait.

Quand la fracture s'accompagne d'un certain déplacement avec déchirures de la capsule, la réduction n'est pas possible ; il faut faire une intervention sanglante (enchevillement du col ou arthrotomie).

Si la fracture est ancienne, c'est le traitement de la coxa vara qui se pose : le meilleur est l'ostéotomie sous-trochantérienne ; s'il se produit une pseudarthrose (Worms) on la traitera comme la pseudarthrose d'un adulte.

R. DE BUTLER D'ORMOND.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS PULMONAIRES DE LA GRIPPE

Par M. A. NISSAL.

Lorsque le professeur Peter disait que les grippés « guérissent les pieds sur les chenêts », il voulait dire seulement, ce qui est exact, que beaucoup de malades très légèrement atteints guérissent sous l'influence, pour ainsi dire exclusive, du repos au lit ou à la chambre, mais il n'entendait sans doute pas recommander l'expectation comme une formule de traitement applicable à toutes les formes de la maladie. En réalité, comme le fait remarquer G. Lyon, dans son excellent traité de clinique thérapeutique, le traitement doit être actif et s'adapter étroitement aux indications symptomatiques fournies par l'examen du malade. Or, parmi les localisations de la grippe, les plus fréquentes sont certainement celles qui atteignent l'appareil respiratoire. Aussi sera-t-il bon, dès que les premiers symptômes de grippe imposeront le diagnostic, d'ordonner un antiseptique pulmonaire, tel par exemple que le sirop Roche au thiocol (deux à quatre cuillerées par jour). Ce médicament en effet, dont les propriétés antiseptiques, eupeptiques et toniques sont aujourd'hui bien connues, permet non seulement de prévenir les infections broncho-pulmonaires, mais encore il exalte les fonctions digestives et stimule l'état général. On peut également donner des médicaments qui répondent aux indications urgentes ; c'est ainsi que l'aconit, la belladone, l'eau de laurier-cerise et surtout le pantopon (sirop) calmeront la toux si fatigante de la trachéite ; le benzoate de soude et l'acétate d'ammoniaque favoriseront l'expectoration ; la forme bronchoplégique (Graves) sera justiciable de la strychnine ; la congestion pulmonaire, parfois si insidieuse, sera victorieusement combattue par une révulsion systématique ; enfin la digalène, la caféine et le champagne rendront souvent des services et seront les compléments nécessaires d'un traitement qui doit avoir pour bases un repos absolu, une hygiène attentive et une surveillance constante des fonctions diverses de l'organisme.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique générale basée sur la physio-pathologie clinique (1), par le professeur GRASSET (de Montpellier).

Cet ouvrage, que l'auteur considère comme le complément naturel de son *Traité de physio-pathologie clinique*, doit comprendre deux volumes : le premier comprend les médications de la fonction antixénique en général ; le second qui paraîtra dans un an, sera consacré aux médications de la défense dans les divers appareils et aux médications de la défense à l'entrée. Dans le premier tome qui vient de paraître, l'auteur rappelle, dans une magistrale introduction, les différentes doctrines auxquelles a déjà donné lieu la thérapeutique générale, basée sur la physio-pathologie clinique ; il évoque les grandes figures de Barthez, d'Alibert, de Pasteur, et arrive aux travaux de ceux qui, selon l'expression classique, n'appartiennent pas encore à l'histoire. Il expose ensuite les classifications thérapeutiques données par les divers auteurs pour en proposer une nouvelle qu'il va développer, au cours des chapitres ultérieurs. La première partie est consacrée à l'étude des *médications agissant sur la fonction antixénique générale de l'organisme* et comporte un exposé extrêmement intéressant des grandes méthodes thérapeutiques actuellement à l'ordre du jour, sérothérapie, toxinothérapie, chimiothérapie, vaccination, médications spécifiques de poisons et des parasites non microbiens. Parmi les médications qui, au contraire des précédentes, agissent sur la défense non spécifique, il faut citer les antiseptiques, les émissions sanguines, les éliminations, les médicaments colloïdaux, les toniques, etc. Puis vient l'étude des médications agissant sur certains actes spéciaux de la défense générale : fièvre, inflammation.

Il est difficile de rendre compte, en quelques pages, d'un pareil traité, mais on ne saurait méconnaître, à moins d'évident parti pris, la hauteur de vues, la science, l'expérience du professeur Grasset et l'art consommé avec lequel il met à la portée de tous les sujets les plus ardus, comme les plus abstraits.

B. GAYARD.

(1) Paris, Masson et Cie ; Montpellier, Coulet et fils.

Vaccins, sérums et ferments dans la pratique journalière (1), par le docteur A. DARIER, ancien président de la Société d'ophtalmologie de Paris.

Ce livre rendra certainement de grands services en concentrant dans un seul ouvrage toutes les questions, éparses en maints ouvrages divers, sur la thérapeutique biologique. La genèse en est due à ce fait que l'auteur, ayant colligé pendant quinze ans de curieuses observations sur l'emploi du sérum de Roux dans certaines infections oculaires qui ne relevaient pas de la diphtérie, s'est mis à étudier tout ce qui se rattache à la sérothérapie.

Mais cette étude lui a pris un temps considérable, et c'est pour éviter le même travail aux praticiens qu'il a condensé, en un tout facile à lire et à comprendre, la quintessence pratique de ses longues et patientes recherches.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'URÉMIE (2)

DIAGNOSTIC DE L'URÉMIE NERVEUSE. — On sera mis en général sur la voie de l'urémie par la recherche dans les antécédents des petits signes de l'urémie par certaines particularités cliniques sur lesquelles nous reviendrons (syndrome urinaire, cardio-artériel, thermique) ; on sera guidé également par les antécédents spéciaux du malade, par la connaissance de l'affection en cours qui subitement se sera compliquée d'accidents urémiques ; enfin par l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien.

(1) In-8 de 472 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin et fils.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 12, p. 190, et n° 15, p. 238.

Nous avons signalé les principaux diagnostics à discuter suivant les formes observées, nous nous contenterons de rappeler les principaux diagnostics du *coma urémique*.

Le coma urémique se caractérise par le myosis, la paleur de la face, la respiration non stertoreuse, à type de Cheyne-Stockes, l'hypothermie; le coma de l'*hémorragie cérébrale* s'accompagne de facies vultueux, d'une respiration stertoreuse, de déviation conjuguée de la tête et des yeux, d'hyperthermie modérée, d'hémiplégie; l''existence de paralysies urémiques complique souvent le diagnostic; le *coma diabétique* se caractérise par l'odeur d'acétone, la respiration de Kussmaul, les réactions spéciales des urines; le *coma des intoxications, opium, belladone, alcool*, est parfois extrêmement difficile à diagnostiquer; on se base souvent alors, sur une recherche attentive de ces intoxications antérieures; le coma postépileptoïde se caractérise par la torpeur, la morsure de la langue, etc. (voir *Gaz. des hôp.*, diagnostic des comas, question d'internat, 1912, p. 494, 538, 586, 618).

B. **Urémie respiratoire.** — Les manifestations respiratoires urémiques reconnaissent deux causes distinctes.

Dans un cas, bien que l'attention du médecin soit attirée vers le poumon (en raison de la dyspnée, des crises de suffocation, de toux persistante, etc.), l'examen le plus attentif ne révèle aucune lésion de la plèvre ou du poumon; les manifestations respiratoires sont sous la dépendance d'un *trouble bulbaire* ou *cérébral* et relèvent en quelque sorte de l'urémie nerveuse.

Dans d'autres cas, on constate au contraire, des altérations incontestables du poumon, des plèvres, du larynx. Aux manifestations du premier groupe, appartiennent *toutes les dyspnées sine materia* qu'il est si fréquent d'observer chez les arthritiques, les artérioscléreux. La DYSPNÉE URÉMIQUE éclate surtout la nuit; légère au début, elle progresse rapidement si le malade n'est pas soumis au régime lacté; elle peut simuler de véritables *accès d'asthme*. Il s'agit de malades qui, pendant le jour, sont essoufflés au moindre effort, et qui, pendant la nuit, sont parfois la proie de véritables accès de suffocation.

Parfois la dyspnée urémique a un début brusque, dramatique, allant jusqu'à l'*orthopnée*, jusqu'à la syncope; la suffocation peut être telle, que le malade meurt pendant la crise.

La dyspnée revêt parfois le type *laryngé*, avec tirage sus et sous-sternal; elle peut nécessiter la trachéotomie. Le diagnostic de ces formes est à faire avec l'asthme vrai et surtout les pseudo-asthmes (asthme cardiaque, asthme tuberculeux, asthme ganglionnaire, asthme thymique).

Une autre variété de dyspnée très fréquente et très importante au point de vue pronostic, est la dyspnée de CHEYNE-STOCKES; la description en est classique: « On observe une série d'inspirations de plus en plus fortes, jusqu'à un maximum d'intensité, après lequel elles diminuent progressivement d'étendue et de force et finissent par une suspension en apparence complète de la respiration; puis une première inspiration faible, suivie d'une deuxième inspiration mieux marquée, commence une nouvelle série de mouvements inspiratoires analogues à ceux décrits. »

Pendant la pause on a constaté du myosis, de petits tressaillements convulsifs, de la bradycardie, avec hypertension artérielle.

Il était classique jusqu'à ces derniers temps, de proscrire absolument la morphine, au cours des dyspnées urémiques; des travaux récents de M. Vaquez ont montré que cet ostracisme était excessif, et qu'au contraire la morphine pouvait rendre de réels services.

Il est rare que l'on observe la dyspnée de Cheyne-Stockes à l'état isolé; le plus souvent elle apparaît au cours de l'une quelconque des formes cliniques de l'urémie; elle n'est pas d'ailleurs uniquement révélatrice de l'intoxication urémique; on l'observe au cours d'autres affections encéphaliques (tumeurs, méningites), et comme l'a bien montré Rabé, elle reconnaît à la fois une origine bulbaire et une origine cérébrale.

Parmi les manifestations urémiques qui dépendent de lésions anatomiques de l'appareil respiratoire, se rangent tout d'abord les réactions que Lasègue groupait sous le nom de BRONCHITES ALBUMINURIQUES.

Sous ce nom de *bronchites*, Lasègue comprenait surtout « les différentes formes sous lesquelles peuvent se présenter les états broncho-pulmonaires, chez des albuminuriques ».

Il peut s'agir soit de *bronchites* tenaces, à répétition, soit de *congestions*, plus localisées, s'accompagnant parfois de poussées fébriles, et qui par leur localisation souvent élective au sommet du poumon, peuvent en imposer, comme l'ont montré MM. Hirtz, Hutinel, Caussade, pour des lésions *tuberculeuses*, d'autant plus facilement d'ailleurs que ces poussées congestives s'accompagnent parfois d'*hémoptysies congestives, d'infarctus*.

Il peut s'agir, enfin d'*œdème aigu* du poumon dont la pathogénie (voir *Gaz. des hôp.*, œdème aigu du poumon, question, 1911) reconnaît à la fois une influence nerveuse, toxique et surrénale; il revêt soit le type *foudroyant*, avec *mort subite*, soit le type classique, avec expectoration mousseuse, abondante, rosée, riche en chlorures, sonorité paradoxale, et pluie de râles fins à l'auscultation, hypertension artérielle.

Il faut en rapprocher l'*œdème aigu de la glotte*. Signalons aussi l'*existence des pleurésies* en galette, de Lasègue, avec poumon sous-jacent, congestionné, d'*hydrothorax*, se caractérisant par leur bilatéralité, leur formule cytologique (liquide de transsudat), la coexistence d'épanchements d'autres séreuses (péricarde, péritoine), s'observant surtout au cours d'anasarque, ou de néphrites hydropigènes.

En raison des manifestations CARDIOPULMONAIRES, si fréquentes au cours de la néphrite urémigène, surtout en raison de l'hypertension, l'urémique pulmonaire, d'abord, deviendra ensuite un cardiaque, évoluant ainsi vers l'asystolie pulmonaire, puis vers l'asystolie confirmée.

Signalons en passant la fréquence, chez les urémiques lents, des réactions inflammatoires de la séreuse péricardique; la péricardite sèche, chez les brightiques, est loin d'être une rareté. (Kéraval.)

En résumé, ce qui domine l'histoire de l'urémie respiratoire, c'est, d'une part, l'existence des dyspnées sine materia et d'autre part la fréquence des manifestations cardio-pulmonaires, dont la traduction clinique la plus dramatique est l'œdème aigu du poumon; ici encore, le diagnostic de toutes ces manifestations s'établira surtout grâce à l'étude du syndrome urinaire, cardioartériel, et des commémoratifs.

C. **Urémie gastro-intestinale.** — La troisième forme que peut revêtir en clinique l'urémie est la forme gastro-intestinale.

On peut observer des accidents buccaux, pharyngés, gastriques, intestinaux. La langue est blanche au centre, rouge sur les bords; l'haleine est fétide, ammoniacale; il existe souvent une stomatite qui a été bien étudiée par Barié; cette stomatite, le plus souvent érythémato-pultacée, peut devenir ulcéreuse, elle s'accompagne d'un ptyalisme très abondant, avec présence d'urée dans la salive.

Richardière a signalé le gonflement des parotides. Il existe de l'inappétence, des nausées, des vomissements; ces *vomissements* peuvent devenir extrêmement abondants; ils contiennent de l'urée. (Les vomissements incoercibles de la grossesse relèveraient pour certains auteurs de l'urémie.) On observe de la *diarrhée*, dont Treitz a bien précisé les caractères; elle est tenace, récidivante, incoercible, souvent séreuse, quelquefois mucosanguinolente, ou dysentériforme; cette entérite urémique peut même s'accompagner d'*ulcérations*, de *perforations*, et être à l'origine de péritonites par perforation, d'*hémorragies* intestinales abondantes.

Ce qui frappe, lorsque l'on examine ces malades, c'est leur état de *cachexie*, d'*anémie*; l'anémie est telle parfois que l'on pense à l'anémie pernicieuse, ou au cancer de l'estomac. Ce qu'il faut retenir surtout c'est que le vomissement, comme le flux diarrhéique, est utile au malade, car il supplée à l'insuffisance fonctionnelle du rein. Aussi en présence d'un malade atteint d'une diarrhée rebelle, avant d'instituer un traitement d'arrêt de cette diarrhée, devra-t-on s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une diarrhée urémique, auquel cas, le seul régime qui convienne est, soit la diète hydrique, soit le régime lacté, combiné aux médicaments diurétiques. Pour M. Widal l'urémie digestive est dans la majorité des cas une urémie par azotémie.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Le Képhaldol merveilleux antinévralgique.

Il y a quelques mois nous avions le plaisir de présenter au corps médical un nouvel antipyrétique le Képhaldol découvert par le docteur Stohr (de Vienne). Cet antipyrétique a le mérite d'être également un excellent antinévralgique et un non moins excellent antisudorifique.

Les preuves de ces propriétés ont été faites depuis longtemps en Autriche, en Allemagne et en Grande-Bretagne. Les observations sont signées des noms des professeurs Von Noorden, Ortner, Stofella, Schlesinger de Glatz, des docteurs Haase, Stransky, etc.

Nous ne parlerons aujourd'hui que de la propriété antinévralgique.

Le Képhaldol calme promptement les douleurs, non seulement dans les cas de simples migraines ou de névralgies, mais encore dans les affections où les douleurs sont beaucoup plus violentes et plus tenaces comme dans la sciatique, le lumbago, l'arthrite blennorragique, le tabes, les névralgies de nature paludéenne, etc.

Le docteur F. Rosenthal, assistant du professeur Stofella a guéri une femme qui souffrait chaque mois, au moment de la menstruation, de migraines atroces avec troubles optiques et acoustiques. Tous les antinévralgiques habituels avaient été essayés en vain, le Képhaldol ordonné à la dose de 2 grammes par jour pendant les trois jours de l'accès a fait disparaître tous symptômes douloureux.

Dans un autre cas de douleurs très violentes causées par la syringomyélie, le docteur Hugo Einhorn a obtenu, en quelques heures, un soulagement considérable.

Le docteur Stransky a réussi à calmer avec le Képhaldol des crises douloureuses dues à une névralgie du plexus brachial, alors que les autres antinévralgiques et les agents curatifs physiques avaient échoué.

Cet expérimentateur n'hésite pas à déclarer que le Képhaldol est supérieur aux médicaments analogues parce qu'il est d'une fidélité constante et reste anodin malgré son usage prolongé.

Le Képhaldol n'est pas un simple mélange de produits chimiques mais une combinaison nouvelle résultant de la réaction dans certaines conditions de l'acide citrique et de l'acide salicylique sur les phénétidine et sur la quinine.

Il se présente sous la forme d'une poudre fine blanc jaunâtre, de saveur légèrement amère, qu'on a mis en comprimés dosés à 0g50 et légèrement enrobés de sucre.

La dose généralement suffisante contre la migraine et les névralgies simples est de 1 à 3 comprimés pris à un quart d'heure d'intervalle, mais la dose quotidienne peut aller jusqu'à 2 et même 4 grammes si l'intensité de la douleur le réclame.

Pour plus amples renseignements, s'adresser 3, rue Geoffroy-Marie, Paris.

N° 19. — SAMEDI 15 FÉVRIER 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 15 FÉVRIER 1913. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

COMMISSION SUPÉRIEURE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — La commission supérieure de l'enseignement médical, instituée il y a deux ans au ministère de l'instruction publique, s'est réunie jeudi matin, pour la première session ordinaire de l'année.

L'assemblée a commencé la discussion du statut de l'agrégation en médecine.

Il est bientôt apparu que, sur cette question, elle se divisait en deux camps. Des orateurs ont affirmé la nécessité, pour faire de bons professeurs de science médicale, de connaissances théoriques très étendues. Cette opinion a été défendue, notamment par MM. Weiss et Lucas-Championnière. D'autres orateurs au contraire — et parmi eux le professeur Widal — ont soutenu que pour la formation des futurs professeurs l'enseignement pratique et les recherches personnelles devraient avoir désormais le pas sur la théorie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'Académie a procédé dans sa dernière séance à l'élection de deux correspondants nationaux pour la section de médecine.

La section compétente avait classé les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne : M. Carrel (de Lyon), actuellement à New-York, à l'institut Rockefeller.

En deuxième ligne : M. Simond (de Constantinople).

En troisième ligne : MM. Arnozan (de Bordeaux); Brault (d'Alger); Hédon (de Montpellier) et Matignon (de Bordeaux).

Au premier tour de scrutin, M. Carrel a été déclaré élu à la presque unanimité des suffrages (50 sur 59 votants).

Le docteur Arnozan, professeur tour à tour de thérapeutique et de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, a été nommé, au deuxième tour, à la deuxième place de correspondant, par 45 voix contre 23 à M. Simond, directeur de l'Institut impérial de bactériologie à Constantinople.

DISTINCTION. — La Société des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille, vient de décerner à M. le docteur d'Halluin, professeur suppléant à la Faculté libre de médecine, une médaille d'or pour son travail intitulé : « La stéréoscopie en photographie et en radiographie; projections et illustrations en relief. »

NOMINATION. — M. le docteur Sablé (de Lille), chef de clinique médicale à la Faculté libre de médecine, vient d'être nommé médecin en chef de l'asile libre de Lommelet, en remplacement de M. le docteur Bouchaud, démissionnaire.

CONFÉRENCE. — Notre distingué confrère le docteur F. Helme, l'élégant et savant chroniqueur de la *Presse médicale* et du *Temps* faisait avant-hier une conférence sur la *Chronique médicale*.

Après avoir recherché dans le passé quelles sont les origines de cette branche spéciale de l'art d'écrire où il est passé maître, M. Helme a exposé avec beaucoup d'à-propos et de précision ce que doit être une bonne chronique médicale, la nature des sujets qui doivent y être traités et les points que l'on doit au contraire passer sous silence.

Le succès du docteur Helme a été très vif, et ses auditeurs ont voulu certainement applaudir à la fois l'intéressante conférence qu'ils venaient d'entendre, et les charmantes et suggestives chroniques qu'ils sont accoutumés à lire.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE TERRITORIALE. — La conférence de M. le professeur Vincent que nous avions annoncée la semaine dernière a eu lieu mercredi soir au cercle militaire devant un auditoire extrêmement nombreux.

Avec sa clarté habituelle, M. H. Vincent a exposé les résultats acquis par la vaccination antityphique dans les différentes armées, et il a montré les beaux résultats obtenus par le laboratoire du Val-de-Grâce dans la récente et typique épidémie

RENSEIGNEMENTS

d'Avignon. Il a terminé en invitant fort aimablement ses camarades des réserves à venir assister aux séances de vaccination qui ont lieu au Val-de-Grâce tous les lundis de neuf à onze. M. le professeur Walther, président de l'Union, s'est fait l'interprète de tous en adressant ses remerciements à l'éminent conférencier.

LA CRIMINALITÉ ET L'ALCOOLISME. — M. Lafont, maire de Firminy, qui a entamé avec les marchands de vin de sa ville une lutte retentissante, vient de faire à l'Ecole des hautes études sociales une conférence sur les rapports de l'alcoolisme et de la criminalité dont nous extrayons quelques statistiques (1).

Voici d'abord les chiffres communiqués au Congrès des médecins aliénistes de Bruxelles par MM. Ley et Charpentier, et relatifs aux arrestations policières dans l'Etat du Nord-Dakota (Etats-Unis). Ils sont bons à rappeler.

Neuf mois avant la prohibition de l'alcool :

	Six petites villes	Sept grandes villes
Ivresse	319	1.692
Coups, batailles	223	535
Autres causes	192	1.345
Totaux	734	3.572

Neuf mois après la prohibition :

Ivresse	66	302
Coups, batailles	60	435
Autres causes	108	699
Totaux	234	1.436

Voici maintenant l'État de Birmingham, où la prohibition a été adoptée en 1908 :

	1906	1907	1908
Ivresse	1.277	1.434	396
Outrages aux mœurs	1.147	912	602
Coups et blessures	792	738	463
Meurtres	56	65	29
Mendicité	31	17	2
Vol	653	618	537
Jeu	479	441	271
Vagabondage	361	398	267

Par contre, l'abandon des mesures prohibitives provoque immédiatement la recrudescence de la criminalité.

Dans l'Etat de New-Hampshire, après une période de prohibition, au cours de laquelle la population des asiles de correction était descendue au chiffre de 473, on reprend le régime de la licence : l'année suivante, la même population correctionnelle comptait 838 individus, et ce chiffre montait au total de 2 181 après quatre années de licence.

Après avoir communiqué ces chiffres à son auditoire, M. Lafont expliqua pourquoi l'on doit considérer les statistiques comme ne donnant du fléau de l'alcoolisme qu'une idée inférieure à la réalité. Il cita l'exemple du département de la Gironde pour lequel la consommation, par habitant et par an, d'alcool pur — le seul dont se préoccupe le fisc — est indiquée comme étant inférieure à 3 litres, tandis que si l'on tient compte de l'alcool de vin, cette consommation atteint 30 litres — dix fois plus ! Des exemples du même genre, ajouta l'orateur, pourraient être cités en matière de répression de l'ivresse : en France, la plupart des délits de cet ordre se trouvent transformés presque inévitablement en rébellion ou outrages aux agents de la force publique, tapage nocturne, etc.

C'est pourquoi, selon M. Lafont, le bon sens et la franchise permettent, mieux encore que l'examen des statistiques, de juger les progrès incessants de l'alcoolisme.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la sixième semaine, 888 décès, au lieu de 929 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1066, moyenne ordinaire de la saison.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Simonneau (de Nantes).

(1) *Le Temps*, 14 fév. 1913.

HOPITAL BEAUJON. — Service de M. le professeur Albert Robin. — M. le docteur Leredde fera le jeudi 20 février à dix heures du matin une leçon sur : « Le traitement du tabes par le sel d'Ehrlich et les accidents du salvarsan ».

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le docteur Broca recommencera le mercredi 5 mars, à onze heures du matin, ses leçons cliniques (avec projections) sur les maladies chirurgicales des enfants.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. DE BEURMANN. — *Conférences théoriques et pratiques.* — Une série de conférences théoriques et pratiques sur les affections cutanées et vénériennes est faite par MM. de Beurmann, R. Sabouraud, Dominici, Mouneyrat, Louis Ramond, Eugène Regnauld, Grandchamp, Egger, Degrais, Pestel, Tanon, Cottin, Noiré, Philibert, Chenet, Jean Pellot, Larroque, Labourdette.

Les leçons ont lieu les lundi, jeudi et samedi de chaque semaine, de dix heures à onze heures dans la salle des conférences de l'hôpital, à côté du musée et de la bibliothèque.

Lundi 17 février, à dix heures un quart, salle des conférences : « Pityriasis capitis », par M. Sabouraud.

Jeudi 20 février, à dix heures, salle des conférences : « Traitement des blennorragiques chroniques », par M. Eugène Regnauld.

Samedi 22 février, à dix heures, salle des conférences : « L'arsenothérapie dans la syphilis », par M. Mouneyrat.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 24 FÉVRIER AU 1er MARS 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 24 février, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re, 2e, 3e et 4e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 25 février, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec*.

5e (2e partie), *Laënnec*.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

Mercredi 26 février, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e.

3e (oral, 1re et 2e parties).

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec*.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Vendredi 28 février, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie).

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 1er mars, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries).

5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

THÈSES

Mardi 26 février, à une heure. — M. LIBERGE. Traitement des spina ventosa par les rayons de Röntgen. (MM. Marfan, président; Legueu, Pierre Duval et Zimmern.) — M. CALLOUST. Kystes hématiques de la rate. (MM. Legueu, président; Marfan, Pierre Duval et Zimmern.)

REVUE GÉNÉRALE

L'APPENDICITE CHEZ LA FEMME

Par MM. FERNAND ROUSSEAU et CASSARD,
Internes des hôpitaux de Paris.

Au cours de ces dernières années, l'appendicite est devenue une affection des plus fréquemment incriminées, aussi est-il intéressant d'envisager l'inflammation de l'appendice dans un cas particulier, où elle peut donner lieu à des difficultés de diagnostic et de traitement, chez la femme.

I

Division. — Les rapports que peut contracter l'appendicite avec les affections des organes génitaux de la femme sont aujourd'hui bien connus, mais encore très discutés.

Chez la femme adulte, en pleine période d'activité génitale, toutes les affections utéro-annexielles peuvent compliquer ou simuler l'appendicite.

Il est évident qu'à ce point de vue les infections de la trompe et de l'ovaire tiendront le premier rang.

Les tumeurs, les déviations utérines ont une moindre importance. Mais la grossesse normale ou anormale dans ses relations avec l'appendicite forme un chapitre important de la question.

Il est enfin nécessaire d'envisager l'allure particulière que peut revêtir l'appendicite chez la toute jeune fille, et les erreurs de diagnostic un peu spéciales auxquelles elle peut prêter dans le jeune âge.

APPENDICITE ET ANNEXITE. — Le mémoire de Barnsby, paru en 1888 sur l'appendicite et l'annexite, a servi de base à toutes les publications ultérieures, et montre bien l'importance à la fois anatomo-pathologique, pathogénique et diagnostique de ces relations.

II

Etiologie. — Autrefois on considérait l'appendicite comme plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Les recherches modernes ont montré qu'il n'en était rien. L'appendicite à évolution chronique se rencontre souvent dans le sexe féminin.

Les appendicectomies systématiques au cours des laparotomies ont montré des lésions histologiques beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pensait.

Sonnenburg trouve l'appendice malade dans 53 p. 100 des laparotomies, Pankow dans 56 p. 100. La proportion est extrêmement élevée, d'autant qu'il s'agissait d'opérations pratiquées pour des lésions quelconques mais autres que l'appendicite.

Cliniquement on pourrait, en examinant avec soin les malades « se plaignant du ventre », retrouver les symptômes de quelques-unes de ces appendicites. Quant aux autres, leur latence peut s'expliquer de deux façons : c'est parfois une autre affection, utéro-annexielle le plus souvent, dont l'importance a masqué les phénomènes appendiculaires souvent discrets ; dans d'autres cas, les crises d'appendicite ont eu lieu longtemps auparavant dans l'enfance et ont été confondues avec une gastro-entérite ou une colite.

III

Pathogénie. Anatomie pathologique. — Les théories tendant à expliquer cette fréquente coexistence des deux affections sont nombreuses.

Pour Bouilly, il n'y aurait eu qu'une simple coïncidence. Dhürssen, Hermes, Krüger, Price se contentent d'une constatation simple et se montrent très réservés au point de vue étiologique et pathogénique.

Clado et Treub incriminent au contraire les communications lymphatiques anatomiques entre l'appendice et la trompe, opinion déjà très discutée par Barnsby et Otto Sprengel.

Pour la majorité des auteurs actuels, ce serait la contiguïté des deux organes, qui expliquerait leurs relations pathologiques. On sait, en effet, la fréquence de la situation pelvienne de l'appendice (25 à 30 p. 100 des sujets). Parfois au cours de la grossesse, ce sont les annexes qui s'élèvent de la fosse iliaque vers l'appendice.

Des adhérences entre les deux organes peuvent alors se compléter de communications lymphatiques et sanguines, ce que sembleraient prouver les recherches bactériologiques de Schauta, Morax et Jayle, Hartmann, mettant en évidence, dans les annexites, des microbes d'origine intestinale.

Enfin cette simple constatation que la trompe droite est presque toujours frappée, alors que la gauche est au contraire le plus souvent atteinte en dehors d'une appendicite coexistante, prouve le rôle important, joué par la contiguïté.

Quant à la pathogénie des accidents, on pourrait avec Barnsby considérer deux degrés : dans le premier, les adhérences, la congestion créées par l'organe malade autour de l'organe sain, sont une véritable « cause occasionnelle » à l'infection, par l'état de moindre résistance où ils le mettent (cas de Lop [de Marseille] : appendice de longueur anormale ayant étranglé la trompe et déterminé l'apparition d'une salpingite suppurée). Dans le second, l'infection se propage par les adhérences, et la salpingite peut, par exemple, devenir « cause déterminante » d'une appendicite : appendicite d'origine annexielle de Barnsby. La réciproque peut être vraie ; l'infection se propager de l'appendice à la trompe.

Tels sont les deux aspects du flirt appendiculo-annexiel (Segond, Académie de médecine, 1911).

Parfois enfin, les organes ne sont pas en contiguïté. L'infection peut néanmoins se propager de l'un à l'autre.

Les communications s'établiraient alors pour certains auteurs (Hanger, Schmitt [de Berne], Bernex, Catz) par le tissu cellulaire. Le tissu sous-séreux du méso-appendice communique, en effet, avec le tissu rétropéritonéal de la fosse iliaque et du petit bassin. Une injection poussée du méso-appendice passe rapidement dans le tissu cellulaire du paramétrium

(Catz). Cliniquement du reste, les observations de Bernex rapportent des cas d'appendicite causés par des annexites, sans adhérence des deux organes, les relations s'étant établies par voie sous-péritonéale. Inversement Treub décrit des cas de paramétrite d'origine appendiculaire.

Quant à savoir lequel des deux organes est le plus souvent atteint en premier, la question est encore très discutée. Pour Otto Sprengel, l'appendicite serait rarement cause d'une salpingite. Cependant la fréquence de l'appendicite pelvienne explique facilement les cas de complications utéro-annexielles, bien que, dans ces faits, les lésions anatomiques consistent le plus souvent en périsalpingite laissant la muqueuse de la trompe saine.

L'appendicite d'origine annexielle peut se révéler soit le plus souvent par des phénomènes aigus, soit par des lésions chroniques scléreuses, avec oblitération plus ou moins complète de la lumière de l'appendice. Ajoutons que les lésions sont rarement muqueuses et folliculaires, qu'il y a plus périappendicite qu'appendicite vraie.

IV

Clinique. — Cliniquement, l'appendicite chez la femme peut revêtir toutes ses formes habituelles (appendicite aiguë, colique appendiculaire, appendicite avec abcès, forme péritonéale généralisée d'emblée ou secondairement, forme toxique, etc.). Ce qui doit ici attirer spécialement l'attention, c'est l'importance diagnostique de la coexistence ou de la non-coexistence des deux lésions appendiculaire et annexielle, et, dans le premier cas, de la lésion initiale, appendicite ou annexite.

Y A-T-IL APPENDICITE OU ANNEXITE ? — Le plus souvent dans les cas typiques le diagnostic semble assez facile. L'interrogatoire de la malade montrera que c'est l'appareil génital ou l'appareil digestif qui est intéressé. Le début par un écoulement gonorrhéique ou après un accouchement, des antécédents de métrite ou d'endométrite orienteront le diagnostic vers une annexite. Par contre, les troubles digestifs antérieurs (vomissements, douleur abdominale, vite localisée à droite, signes d'occlusion inflammatoire) donnent aux crises l'allure typique d'appendicite.

L'aspect de la crise elle-même est important : la brusquerie du début en faveur de l'appendicite alors que, dans les annexites, on observe plutôt des exacerbations au cours d'accidents chroniques (observations de Krüger, Dormoy, Barnsby, Leroy, etc.) ; le siège de la douleur et du point maximum de la résistance musculaire a une réelle valeur, relative toutefois (Richelot, Doléris), car on sait que les péritonites et les abcès pelviens peuvent appartenir à l'appendicite. Cependant la présence d'accidents à droite est plutôt en faveur de l'appendicite, les infections purement annexielles ont une tendance manifeste à se localiser à gauche. Enfin le toucher et la palpation bimanuelle permettront la constatation d'une salpingite ou d'une cellulite pelvienne ou au contraire isoleront un plastron ou un abcès dans la fosse iliaque droite en dehors de toute atteinte annexielle.

Le diagnostic sera donc en général facile dans les cas subaigus ou bénins, où l'examen physique conserve sa valeur; des plus difficiles au contraire dans les cas compliqués d'emblée de péritonite généralisée. Seuls alors, les anamnestes, la brusquerie du début, l'acuité des symptômes orienteront le diagnostic plutôt vers l'appendicite que l'annexite.

COEXISTENCE DES DEUX AFFECTIONS. — Du reste, il faudra toujours penser à la coexistence possible des deux lésions. Dans ce cas, le tableau clinique semble différer selon que l'appendice ou la trompe aura été le premier atteint par l'infection.

Pour Ochsner, l'appendice est en général le premier pris. Sur 56 cas d'appendicite et annexite coexistantes, 41 fois l'infection paraissait être d'origine appendiculaire : cas de Deaver, Brooks, Coe, Krütcher, Ochsner, relatés par ce dernier.

Dans ces cas, les symptômes revêtent une forme un peu particulière. L'appendicite est souvent pelvienne d'emblée, le début s'en fait brusquement par des troubles digestifs : vomissements, constipation, météorisme, par une douleur diffuse qui bientôt se localise à la partie inférieure de l'abdomen. La résistance musculaire est maxima en bas et à droite, en général au-dessous du point de Mac Burney, sur la ligne unissant les deux épines iliaques antéro-supérieures (point de Lanz), quelquefois même plus bas. On note souvent de la dysurie, mais le toucher montre des annexes gauches saines ; l'utérus est resté mobile, non douloureux; dans certains cas même, on sent que la tuméfaction droite est indépendante de la matrice. C'est seulement plus tard, au cours de l'évolution, alors que les annexes droites ont été intéressées, qu'apparaissent les troubles génitaux : dysménorrhée, sensibilité utérine, parfois écoulement leucorrhéique.

Au contraire, dans les cas d'appendicite greffée sur une annexite, le début se fait en général par une poussée de pelvi-péritonite aiguë puerpérale ou gonococcique. Après cessation de cette crise aiguë, alors que la femme a repris ses occupations, on remarque au moment des règles ou après une fatigue, un écart de régime, des troubles amenant de nouveau la femme à consulter. Il s'agit de douleurs pelviennes prédominant du côté droit accompagnées de troubles digestifs dont les caractères s'accentuent à mesure que les crises se répètent.

Les annexes gauches étant, en général, atteintes d'une façon prédominante, on comprend l'importance de cette localisation des symptômes fonctionnels et physiques à droite indiquant une participation probable de l'appendice.

Du reste, le diagnostic causal peut devenir très compliqué ; c'est ainsi qu'un abcès du Douglas peut être dû aussi bien à une appendicite qu'à une salpingite ; les anamnestes seuls pourront éclairer le clinicien (cas de Tixier : appendicite avec abcès pelvien, colpotomie, *Lyon médical*, 1910).

D'autres fois, il existe une salpingite double suppurée, les troubles digestifs passent au second plan

et c'est seulement au cours de l'intervention que l'on reconnaît la participation de l'appendice (cas de Jacomet et Chifoliau : appendicite et salpingite double).

Enfin parfois le diagnostic devient presque impossible, comme dans le cas de Rickets où la vésicule biliaire, l'appendice et les annexes des deux côtés étaient malades.

A côté des erreurs de diagnostic dues aux lésions inflammatoires, il faut envisager divers troubles qui peuvent simuler l'appendicite et dépendent en réalité d'une tumeur ou d'une malformation de l'appareil génital de la femme.

Tumeurs et déviations utérines. — Les tumeurs ne peuvent guère embarrasser le clinicien que par leurs complications aiguës, en particulier, par leur torsion : la participation du péritoine rendant difficile à ce moment l'interprétation de l'examen physique.

Les nombreux cas relatés dans les observations de Neumann, Sonnenburg, Fowler, Werder, Legueu, Wells, Tixier, O. Sprengel se rapportent tous à des kystes de l'ovaire à pédicule tordu.

Dans ces cas, on est en présence d'un syndrome abdominal : début soudain par des douleurs violentes, aiguës, bientôt généralisées à tout le ventre, s'accompagnant de vomissements alimentaires et bilieux. Le pouls est rapide, le faciès se grippe. Cependant la température reste basse ou modérée, tant que la réaction péritonéale ne s'est pas encore faite. Cet élément de diagnostic important d'ailleurs demande à être discuté puisque certaines péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaire (formes toxiques, adynamiques) peuvent évoluer de façon apyrétique ou même hypothermique.

C'est dire que dans les cas rares de coexistence des deux accidents, appendicite aiguë et torsion de kyste, le diagnostic ne pourra qu'être soupçonné et ceci grâce aux anamnestes ou à un examen physique antérieur.

Les troubles chroniques auxquels donnent lieu, soit les tumeurs, soit les déviations utérines ne deviennent d'un diagnostic délicat, que lorsqu'ils paraissent être rattachés à une appendicite chronique. Les fibromes utérins et les kystes de l'ovaire sont, en général, indolents ; l'apparition de la douleur doit faire penser à une complication : appendicite coexistante ou suppuration de la tumeur.

Cette infection secondaire a même été rapportée dans certains cas à des lésions appendiculaires antérieures (observations de Sonnenburg, Fraenkel qui trouvent un appendice malade et adhérant à la tumeur).

On peut de même se demander avec Landau si les troubles digestifs et les douleurs violentes observés au cours de certaines rétroversions et déviations utérines ne peuvent pas être rattachés à une appendicite évoluant de façon chronique. Il est assez fréquent en effet de trouver au cours des interventions pour déviations utérines, un appendice malade ou anormal ou même des adhérences pelviennes.

Enfin Paukow (*Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. XIII) dans une observation croit pouvoir faire dépendre la stérilité de sa malade de lésions périsalpingiennes dues à une appendicite pelvienne.

V

Pronostic. — De ce qui précède, on peut conclure que le pronostic de l'appendicite coexistant à une affection génitale est toujours grave. Le pronostic vital est assombri par la possibilité de complications aiguës et de généralisation péritonéale alors que la salpingite seule a presque toujours tendance à la localisation.

Le pronostic local est aggravé par les complications et les difficultés opératoires (adhérences intestinales, épiploïques, abcès à distance, septicité du milieu, longueur de l'intervention).

Quant au pronostic de l'appendicite isolée, il reste le même dans l'un et l'autre sexe.

Cependant il devra toujours être réservé chez la femme, au point de vue de l'influence ultérieure que l'appendicite pourra exercer sur l'appareil génital.

VI

Indications thérapeutiques. — Quant aux indications thérapeutiques, elles varient essentiellement avec la forme clinique à laquelle on s'adresse.

On peut cependant dire avec la majorité des chirurgiens que toute intervention doit supprimer d'abord autant que possible la cause de l'infection péritonéale (appendice, trompe), répondre ensuite aux indications secondaires spéciales (drainage, évacuation d'abcès et, dans ce cas chez la femme, la colpotomie sera d'un utile secours contre les abcès du Douglas).

Enfin, préventivement, il sera bon au cours d'une laparotomie quelconque de pratiquer l'appendicectomie ou de vérifier l'état des annexes, à condition que l'intervention n'en soit ni compliquée, ni trop prolongée.

Appendicite et grossesse normale. — Chez la femme enceinte, l'appendicite semble avoir préoccupé spécialement les auteurs au cours de ces dernières années. Les complications appendiculaires intéressent particulièrement le pronostic et le traitement au cours des grossesses normales, le diagnostic au cours de la grossesse extra-utérine.

A côté des *causes locales* qui peuvent favoriser la production de l'appendicite (ascension de l'utérus ; compression de l'intestin ; cæcum et appendice, par l'utérus gravide), on sait la fréquence et la gravité des *infections généralisées* au cours de la grossesse. Ces infections sont le plus souvent colibacillaires (Bar) et l'appendicite n'en est alors qu'une localisation spéciale au même titre que la pyélonéphrite ou l'infection hépatique.

Le streptocoque ne peut guère être incriminé que dans les suites de couches ou en cas de salpingite préexistante (cas de Poncet rapporté par Thévenot et Vignard).

Le *diagnostic* se fait en général rapidement ; la crise appendiculaire, survenant presque toujours

avant le cinquième mois, se différenciera bien des troubles digestifs de la femme enceinte (Pinard). Au besoin, un examen physique précis pratiqué sous anesthésie chloroformique (Mundé et Fraenkel), tranchera le diagnostic. Au début du travail, ce diagnostic sera parfois plus délicat à cause des premières douleurs. Enfin, pendant les suites de couches, la date d'apparition (quarante-huit premières heures, Brindeau), la localisation de la douleur, l'absence de symptômes du côté de l'appareil génital, éclaireront le diagnostic.

Celui-ci devra être aussi précoce que possible; car, de la rapidité du traitement dépendra le *pronostic*, qui est particulièrement grave au cours de la grossesse et de ses suites.

Pour la mère, la mortalité atteint un chiffre très élevé : 43 p. 100 (Pinard, 1898). Elle serait due à la généralisation péritonéale très fréquente et à la septicémie.

Pour le fœtus, le pronostic est également très sombre ; l'avortement est fréquent (33 p. 100 dans les cas les plus bénins).

C'est pourquoi, l'*intervention* devra être aussi précoce et aussi radicale que possible (Pinard, Abrahms, Fraenkel, Mundé). Pour Brindeau, il y aurait avantage à instituer un traitement d'attente quand la crise est très légère et le diagnostic incertain, ou si les phénomènes se localisent nettement dans la fosse iliaque droite.

Au point de vue obstétrical, pendant la grossesse, il faudra d'abord s'opposer à l'avortement (opium, morphine, lavements laudanisés). Pendant le travail, on n'interviendra que si le fœtus est viable, et, dans ce cas, on hâtera l'accouchement par les voies naturelles; au besoin, la césarienne vaginale de Dührssen pourrait être utilisée.

APPENDICITE ET GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — La grossesse extra-utérine peut donner lieu à trois sortes d'erreurs possibles, suivant le moment où on l'envisage.

Il est rare d'observer une grossesse extra-utérine évoluant dans la fosse iliaque droite; la tuméfaction ainsi formée peut être prise pour un plastron appendiculaire, d'autant que les symptômes de grossesse (suppression des règles, signes sympathiques) ne sont souvent que très relatifs (cas de Linder, Pozzi, Témoin, Legueu, Launay).

Par contre, le diagnostic se pose fréquemment entre la crise aiguë appendiculaire et la rupture d'une grossesse. D'habitude, les tableaux cliniques diffèrent sensiblement. Dans l'appendicite, prédominent les signes de réaction péritonéale : température élevée dès le début, symptômes digestifs accentués, localisation de la douleur à droite avec irradiations à l'ombilic et au creux épigastrique, s'installant progressivement et par poussées (Gasbarrini).

Dans la rupture de grossesse extra-utérine, la scène est dominée par des symptômes de shock et d'hémorragie ; apparition soudaine de la douleur (en coup de poignard), pâleur, tendances syncopales, pouls de plus en plus rapide et faible, alors que dans l'appendicite non compliquée, sans péritonite généralisée, il est rapide mais plein. L'infection péritonéale ne se révèle que secondairement. Enfin les symptômes physiques, ramollissement du col, augmentation de volume de l'utérus, parfois écoulement sanguin, avec expulsion de caduque, imposeront le diagnostic.

Celui-ci deviendra plus délicat dans les formes d'appendicite avec péritonite généralisée d'emblée ou dans les formes hypertoxiques. Dans ces cas, en effet, il y a peu ou pas de contracture abdominale, le ventre est souvent souple ; peu ou pas de douleur ; le facies est livide, plombé ; le pouls rapide, mais surtout mou et mal frappé. Le diagnostic devra être posé non sur tel ou tel symptôme isolé, mais sur l'ensemble des signes et sur l'évolution de la maladie observée d'instant en instant. Sonnenburg a même proposé l'examen du sang comme élément de différenciation ; sans résultat nettement positif puisque lui-même a trouvé dans un cas d'avortement tubo-abdominal 26000 leucocytes.

Enfin le diagnostic de coexistence d'une rupture de grossesse tubaire et de crise appendiculaire devient pratiquement impossible.

Quant au troisième cas, hématocèle enkystée suppurée, on la différenciera d'un abcès appendiculaire par les antécédents et l'histoire de la maladie : l'hématocèle d'une part pouvant donner lieu à des abcès latéro-utérins, pelviens ou iliaques ; l'appendicite causant fréquemment des abcès pelviens (abcès du Douglas).

Du reste, les deux affections, grossesse extra-utérine, appendicite, peuvent influer l'une sur l'autre et l'on a essayé d'élucider les rapports qu'elles peuvent contracter.

L'appendicite chronique avec adhérences pourrait couder ou obturer la trompe, empêcher la migration normale de l'ovule et favoriser le siège extra-utérin de la grossesse. Les tiraillements exercés sur la trompe pourraient causer occasionnellement la rupture. Enfin une infection d'origine appendiculaire pourrait atteindre une hématocèle enkystée en voie de résorption (cas de Mond).

APPENDICITE CHEZ LA JEUNE FILLE. — Chez la femme n'ayant pas encore atteint la période d'activité génitale, deux cas se présentent, intéressant surtout le diagnostic : le premier avec des affections aiguës péritonéales, le second avec les troubles gastro-intestinaux chroniques qui accompagnent souvent sa puberté.

Chez la toute jeune fille, l'appendicite revêt le plus souvent une forme typique et l'absence habituelle d'antécédents génitaux permet alors un diagnostic facile. Cependant, deux affections du jeune âge, de beaucoup plus fréquentes dans le sexe féminin (Brun, Broca), la péritonite à pneumocoques d'une part, la péritonite gonococcique d'autre part, peuvent donner le change.

APPENDICITE ET PÉRITONITE A PNEUMOCOQUES. — La péritonite à pneumocoques dans sa forme normale prête cependant peu à confusion; à la suite d'une

affection pulmonaire (pneumonie, broncho-pneumonie), le début brusque avec vomissements alimentaires et bilieux, avec douleurs vives péri-ombilicales, coïncide en général avec de la diarrhée. A ce moment, les symptômes péritonéaux sont relativement peu accentués ; malgré l'élévation thermique à 39, 40 degrés, le pouls est bien frappé, le facies reste souvent coloré, la langue humide. De plus, rapidement, en quelques jours, se constitue un épanchement parfois assez mobile pour simuler une ascite, et le diagnostic est imposé par l'évolution ultérieure : déplissement, puis saillie de l'ombilic dont la peau rougit, s'amincit, s'ulcère si l'on n'intervient pas. Mais en dehors de ces cas typiques, on observe des formes généralisées (formes diffuses graves de Broca) où l'on ne trouve pas de tendance marquée à l'enkystement ; où les symptômes généraux, fièvre, petitesse et rapidité du pouls, tendance au collapsus, rappellent les appendicites avec péritonite généralisée d'emblée, fréquentes chez l'adolescente. Le diagnostic ne pourra être soupçonné que grâce aux antécédents pulmonaires, à l'évolution par crises successives, à la faiblesse relative de la défense musculaire de l'abdomen qui plaident en faveur de la péritonite à pneumocoques.

Appendicite et péritonite a gonocoques. — La péritonite à gonocoques revêt souvent une allure analogue à celle de la péritonite à pneumocoques au moins au début : vomissements, douleur abdominale généralisée, diarrhée, fièvre, pouls rapide à 120-140, facies péritonéal ; mais ces phénomènes aigus initiaux cèdent rapidement pour reprendre du reste quelques jours après et l'évolution se fait soit vers la guérison spontanée, fréquente, soit vers l'épanchement péritonéal. Mais dans ces cas, l'allure irrégulière, rémittente de l'affection, et surtout la coexistence ou plutôt la préexistence d'un écoulement vulvo-vaginal verdâtre, abondant, où l'examen bactériologique décèle le gonocoque, orienteront le diagnostic.

Appendicite chronique. — Au moment de la puberté, ou chez la jeune fille, c'est l'appendicite chronique dont les manifestations embarrasseront le plus souvent le clinicien.

On sait que cette affection atteint surtout les sujets jeunes et les femmes ; elle se révèle par des troubles généraux : amaigrissement, asthénie, courbature, douleurs souvent thoraciques exagérées par le moindre effort, dyspepsie amenant la malade à réduire son alimentation ; ascensions thermiques modérées. Ces symptômes, accompagnés parfois de toux fréquente sans expectoration (Faisans), peuvent égarer le diagnostic. On pense à la tuberculose pulmonaire confirmée, semble-t-il, par l'existence de signes stéthoscopiques légers [diminution du murmure vésiculaire, râles sous-crépitants (Faisans)]. Mais l'examen systématique de la malade révèle une douleur persistante et de la défense musculaire dans la fosse iliaque droite, bien localisée au point de Mac Burney. Du reste, l'appendicectomie est dans ces cas la meilleure preuve de l'origine appendiculaire de ces phénomènes ; ils disparaissent après l'intervention (cas de Walther).

Dans d'autres cas, l'affection semble avoir débuté avec les premières règles. Depuis, chaque période menstruelle se signale par des douleurs intenses dépassant parfois la sphère génitale. Ces troubles gastro-intestinaux nécessitent le repos au lit ; le diagnostic est alors délicat. S'agit-il du « syndrome lié à l'évolution des règles et susceptible de s'accompagner d'hyperthermie » (obs. III et IV de Leven). Dans la majorité des cas, la douleur provoquée dans la fosse iliaque droite, des antécédents de colite ou de typhlite dans l'enfance ; parfois même la préexistence de véritables crises d'appendicite viendront trancher le diagnostic.

C'est l'appendicite menstruelle (Jalaguier et Mac Rae) à qui Soupault et Gouast ramènent la plupart des cas de dysménorrhée avec accidents digestifs graves.

BIBLIOGRAPHIE

Barnsby. *Appendicite et annexite*, Th. de Paris, 1898. — *Congr. de chir.*, 1902.

Otto Sprengel. Appendicitis, *Deut. Chir.*, 1908.

Pankow. *Beitr. z. Geburt. und Gynäk.*, 1908, Bd. XIII. — *Mediz. Klin.*, 1908, n° 40.

Catz. L'appendicite chez la femme et ses rapports avec les maladies des annexes, *La Clinique*, janv. 1909.

Kaiser. *Die Appendicitis in der Gynäkologie Frauenartz*, Leipzig 1910.

Treub. Appendicite et annexite, *Revue de gynécol. et chir. abdom.*, mars-avril 1897.

Krüger. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1897, Bd. XLV.

Esnault. *Appendicite à siège pelvien*, Th. de Paris, 1897.

Segond. *Acad. de méd.*, mars 1911.

Bernex. *Appendicite causée par annexite*, Th. de Bordeaux, 1905.

Mlle Ponsard. *Appendicite et annexite*, Th. de Montpellier, 1907.

Rickets. Cholécystectomie. Appendicectomie et double oophorectomie, *Lancette clin. Cincin.*, 1911.

Merklen, Jacomet, Chifoliau. Salpingite double et appendicite, *Soc. anat.*, 1897.

Péraire et Bender. Péritonite appendiculaire et salpingo-ovarite survenues pendant la lactation, *Soc. anat.*, 1904.

Dartigues et Mircouche. Appendicite aiguë, fibrome et kyste intraligamentaire droit, *Soc. de méd. de Paris*, juin 1911.

Pillet. Fibrome à pédicule tordu avec appendice adhérent, simulant une appendicite pelvienne, *Ann. gynécol. et obstét.*, avril 1909.

Lockwood. Appendicitis and relations to deases of the female pelvic organes, *Praktit.*, London 1911.

N. Iarca. *Contribution à l'étude de l'appendicite pendant les suites de couches*, Th. de Paris, 1898.

Brindeau et Jeannin. Appendicite gangreneuse pelvienne chez une femme enceinte, *Ann. gynécol. et obstét.*, avril 1910.

H. Lindner. Appendicitis und gravidität, *Arch. f. Gynäkol.*, Berlin 1907.

Brindeau. *Revue génér. de clin. et de thérap.*, Paris 1910.

Wiener. Appendicitis und gravidität, *Klin. Wochen.*, nov. 1908.

Pénard. *Appendicite chez la femme enceinte*, Th. de Paris, 1911.

P. Delbet. Grossesse et appendicite, *Paris chir.*, 1910.

Lance. Grossesse et appendicite, *Paris chir.*, 1910.

Launay, Séguinot. Diagnostic entre la grossesse tubaire et l'appendicite, *Revue de chir.*, avril 1911.

Fesq. *Grossesse extra-utérine et appendicite : diagnostic différentiel et coexistence*, Th. de Paris, 1911.

Gasbarini. Diagnostic entre la grossesse tubaire rompue et la péritonite appendiculaire, *Journ. de chir.*, mars 1910.

Lop (de Marseille). Pseudo-appendicite aiguë, *Gaz. des hôpit.*, sept. 1911.

A. VENOT. Grossesse tubaire et appendicite, *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, avril 1912.
A. BROCA. *Cliniques.*
LEVEN. Les erreurs de diagnostic dans l'appendicite, *Clinique*, juin 1911.
SILHOL et WALTHER. Appendicite chronique, *Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 1651.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1913)

De l'interprétation des radiographies de l'estomac. — M. RICARD montre la radiographie d'un estomac qui paraît nettement biloculaire. Or, en opérant la malade qui portait cet estomac, M. Ricard trouva, non pas un estomac biloculaire, mais un estomac dont l'un des bords présentait une légère déviation correspondant à la présence d'un petit ulcère cicatrisé. La biloculation, si nettement représentée sur la radiographie et reproduite toujours identique depuis trois ans, par une série de radioscopies, n'était donc, dans ce cas, que le résultat d'un spasme gastrique, au niveau d'un ulcère, produit par le passage du lait bismuthé. Il résulte de ce fait que la radioscopie, pas plus que la radiographie, ne donnent pas toujours la clef absolue de la lésion.

Rapprochant ce fait de ceux qui ont été présentés par M. Guyot sous le nom de diverticules gastriques, M. Ricard pense qu'il a pu y avoir, au moins dans quelques-uns de ces faits, des erreurs d'interprétation. Le vrai diverticule est caractérisé par une saillie nette, unique. Or, un petit ulcère de l'estomac dont la cavité se remplit de bismuth, à l'épreuve radio-bismuthée, peut donner lieu à cette erreur et être pris pour un diverticule.

M. MAUCLAIRE cite le cas d'une malade qui présentait tous les signes d'un ulcère du duodénum. A l'opération, on trouva une déformation de l'estomac. Le pylore, l'ulcère duodénal et la vésicule biliaire ne formaient qu'un seul bloc fixé par des adhérences. M. Mauclaire détacha ces adhérences et fit une gastro-entérostomie postérieure. Là encore la radiographie avait été trompeuse.

Des blessures des sinus longitudinaux. — M. MORESTIN, résumant la discussion qui vient d'avoir lieu sur ce sujet, constate que tous les orateurs se sont trouvés d'accord pour préconiser le tamponnement comme le meilleur moyen d'arrêter les hémorragies provenant de la blessure des sinus. M. Morestin estime qu'il ne faut pas comparer les blessures traumatiques du sinus par balle de revolver avec les blessures faites au cours d'une trépanation mastoïdienne. Il a eu surtout en vue, dans sa communication, les blessures traumatiques par balles. Or, il était bon que la Société de chirurgie fît connaître son avis sur le meilleur moyen d'arrêter les hémorragies provenant de ces blessures. Le tamponnement a rallié à peu près tous les suffrages. Ce n'est cependant pas le seul moyen que le chirurgien ait à sa disposition, et, suivant les cas, il peut aussi avoir recours à la ligature ou à la suture du sinus lésé.

Troubles méningitiques ou cérébraux consécutifs aux anciennes otites. — M. SIEUR fait un rapport sur une observation adressée par M. Venin (de Lyon). Il s'agit d'un jeune soldat, atteint d'une ancienne otite suppurée, qui fut pris de vertiges et de titubation. Ayant été envoyé en permission, il ne rentra pas à son corps et fut recherché par les gendarmes. Le trouvant ainsi atteint de vertiges, de titubation, de troubles psychiques, les gendarmes le conduisirent à l'hôpital dans le service de M. Venin. Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, et devant l'apparition de nouveaux symptômes tels que la céphalée, l'inclinaison du corps du côté opposé à l'oreille malade, le nystagmus, le ralentissement du pouls, etc., M. Venin pensa qu'il avait affaire à un abcès du cervelet. Il fit d'abord la trépanation mastoïdienne, et comme le malade eut des phénomènes de syncope il s'arrêta. Deux jours après, il fit une incision cruciale sur la dure-mère, ne trouva rien, enfonça un troquart qui ne donna rien, puis une sonde cannelée qui amena du pus. Les accidents s'amendèrent. Mais les troubles duraient depuis longtemps et le malade avait maigri de 17 kilos. L'analyse des urines qui avant l'intervention avait montré une très grande pauvreté dans le taux de l'urée, des phosphates et des chlorures, montra, au contraire, après l'intervention, un excès des mêmes éléments. Puis le malade a fini par guérir.

M. Venin est intervenu, dans ce cas, en deux temps, M. Sieur estime qu'il vaut mieux aller d'emblée et tout droit à l'abcès cérébral.

De ce fait, M. Sieur rapproche une observation de M. Lapointe. Jeune femme de vingt et un ans, otite purulente de l'oreille droite, phénomènes méningitiques consécutifs, ponction lombaire louche, trépanation; on trouve d'abord un abcès extradural, on dénude la dure-mère, on arrive sur un abcès intracérébral. Dans ce cas, dit M. Sieur, M. Lapointe a bien fait de brûler les étapes.

Autre observation. Un jeune soldat, atteint de mastoïdite, est trépané. Surviennent des accidents méningés. On fait deux ponctions lombaires blanches. Il y a de l'empâtement de la fosse temporale droite. La température qui était tombée remonte. Il y a de la céphalée, de la raideur de la nuque. Nouvelle ponction lombaire négative. Nouvelle aggravation des symptômes, élévation de la température. M. Sieur intervient et met les méninges à nu. Le malade succombe deux jours après. L'autopsie montra une méningite suppurée de la base et un abcès gros comme une noix.

Autre fait que nous résumons aussi brièvement que possible. Un cavalier est atteint d'otite moyenne gauche. Il y a un polype dans le conduit auditif. L'oreille est soigneusement nettoyée. Le malade allait bien quand, dans la nuit, il est pris d'une violente douleur frontale avec vomissements, sans paralysies. Des applications froides amènent une amélioration passagère. Puis le malade tombe dans le coma, a la respiration de Cheynes-Stockes et meurt. A l'autopsie, abcès cérébral.

M. Sieur conclut de ces faits que chez les malades atteints de vieilles otites suppurées qui présentent des complications du côté du cerveau, il faut aller tout de suite et tout droit à la recherche de ces complications, la temporisation, dans ces cas, pouvant être dangereuse.

M. SÉBILEAU déclare nettement n'adopter en aucune façon la conclusion de M. Sieur. Il y a, dit-il, des abcès cérébraux latents dont le diagnostic peut échapper pendant longtemps. Cette variété d'abcès cérébraux est exceptionnelle. Dans la plupart des cas, on peut faire le diagnostic en se basant sur certains symptômes, la céphalée, l'abrutissement, une fatigue générale, l'amaigrissement, etc. M. Sieur dit : il faut alors trépaner la mastoïde et aller droit à l'abcès. M. Sébileau dit au contraire : il ne faut pas aller tout de suite à la recherche de la complication encéphalique. Lorsque vous avez des signes vous donnant la certitude de la présence d'un abcès, allez à la recherche de cet abcès. Mais quand vous n'avez que des signes de méningisme, d'états méningitiques ou encéphaliques, attendez. Trépanez la mastoïde, nettoyez bien le foyer local, bornez-vous à cette action locale et attendez ; dans la grande majorité des cas, ces complications méningées ou cérébrales disparaîtront d'elles-mêmes. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'ouverture de la dure-mère, dans ces cas de vieilles suppurations otiques, comporte toujours un danger.

De la sigmoïdoscopie dans les hémorragies intestinales. — M. TUFFIER communique l'observation d'un homme de

trente et un ans, plombier, qui était atteint d'hémorragies intestinales. Cet homme rendait souvent un demi-verre de sang rouge pendant la défécation. On pensa à des hémorroïdes, à un ulcère du gros intestin. Cet homme présenta ainsi ces accidents, avec des alternatives de bien et de mal, pendant six ou sept ans. Il était tombé dans une grande anémie et présentait l'aspect d'un vieux brightique. Cet homme, dans le service de M. Robin, fut soumis à de multiples examens de sang qui n'apprirent rien. On fit la rectoscopie qui ne décela que quelques petites hémorroïdes insignifiantes. Enfin, M. Tuffier fit la sigmoïdoscopie et trouva à 20 centimètres de l'anus, sur la paroi antérieure de l'S iliaque, une petite tuméfaction recouverte de petits caillots. Les hémorragies continuant, M. Tuffier fit une laparotomie in extremis et le malade succomba quarante-huit heures après.

L'autopsie fut faite aussi complètement que possible, et tous les organes furent examinés avec le plus grand soin. On ne trouva pas d'autres causes à ces hémorragies que ce petit angiome de la région sigmoïdienne du gros intestin.

On peut diviser ces lésions en deux variétés : 1° les varices vraies siégeant sur l'estomac, l'intestin grêle ou le gros intestin, plus fréquemment sur l'intestin grêle; 2° les angiomes ou tumeurs caverneuses, présentant la même topographie que les varices, plus fréquents qu'elles. L'évolution peut être très lente; ces tumeurs restent généralement petites. Quelquefois elles grossissent au point d'obstruer l'intestin. Au point de vue de l'origine, on admet généralement qu'elles sont congénitales.

Cliniquement ces angiomes peuvent être muets, ils peuvent donner lieu à une mort immédiate par hémorragie (un cas de Laboulbène) ou conduire les malades à une cachexie anémique, comme dans le cas cité par M. Tuffier. Dans ce cas, on aurait pu guérir le malade par une intervention plus précoce.

M. HARTMANN a observé deux cas d'angiomes du tube digestif. Premier cas : jeune femme vingt-cinq ans, hémorragies par l'anus attribuées à des hémorroïdes; mais le sang sortait de l'intestin avant les selles, signe à retenir, rectoscopie; deux angiomes cautérisés au galvano-cautère, guérison. Deuxième cas : hématémèses répétées chez une hypochlorhydrique, donc pas d'ulcère; laparotomie : angiomes multiples de l'artère coronaire stomachique, ligature, guérison.

M. QUÉNU fait observer que, dans ces cas, les hémorragies peuvent survenir indépendamment et en dehors des selles. C'est là un caractère important.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1913)

Des intoxications intestinales surajoutées à l'appendicite. — M. CAZIN insiste sur l'importance de l'examen du sang au cours de l'appendicite aiguë dans les cas où il y a hésitation sur l'opportunité d'une intervention immédiate.

Traitement de la goutte. — M. BOULOUMIÉ. Tous les goutteux sont des suralimentés absolus ou relatifs et des intoxiqués par les déchets nutritifs.

Avec tous les cliniciens, et fort d'une expérience aujourd'hui séculaire, M. Bouloumié affirme l'utilité de la cure de désintoxication par les eaux minérales, contrairement à M. Guelpa qui leur préfère le jeûne et les purgations à outrance; de plus, à chaque goutteux convient tel ou tel régime, et il est dangereux de dire avec M. Guelpa que le régime des goutteux est le régime carné.

Goutte et cellulite. — MM. DAUSSET et P. DURAND. Certains goutteux ont des altérations du tissu cellulaire et présentent sous la peau des crépitations neigeuses ou des nodosités douloureuses pouvant faire croire à de véritables sciatiques ou lumbagos. Cette cellulite doit être traitée par le malaxage de la peau, associé aux bains de lumière et d'air chaud et aux exercices physiques bien dosés.

M. BOULOUMIÉ. La cellulite est beaucoup plus fréquente qu'on ne le signale généralement; on peut même dire qu'elle n'est pas assez connue et assez recherchée; on la constate souvent chez les arthritiques et, grâce au traitement interne et externe combinés, les améliorations sont manifestes et habituelles.

M. KLOTZ. La cellulite existe en dehors de la goutte. M. Morel-Lavallée a décrit une cellulite sous-pleurale; l'auteur a dernièrement traité avec succès par le mercure un malade atteint de cellulite depuis seize ans, et par l'aconitine un torticolis postgrippal causé par de la cellulite; chez les hypothyroïdiens, il existe des névralgies qui sont, sans aucun doute, causées par des lésions myxœdémateuses circonscrites.

Traitement de l'entérite. — M. GALLOIS. On attribue habituellement l'entérite à une infection microbienne qui n'est nullement démontrée et on a, par suite, tendance à appliquer à cette maladie une thérapeutique néfaste où dominent les antiseptiques intestinaux, les purgatifs et les grands lavages de l'intestin. Or, dans l'entérite, il faut avant tout supprimer toute thérapeutique irritante pour l'intestin; l'auteur indique les régimes et les traitements médicamenteux relativement simples avec lesquels on vient facilement à bout de cette maladie considérée comme rebelle et interminable.

M. MAZERAN donne aussi la première place aux entérites d'origine dyspeptique; l'entérite se développe sur le terrain dyspeptique lorsque putréfient les albuminoïdes par une insuffisance glandulaire ou lorsque fermentent les hydrocarbonées. C'est à ces deux facteurs qu'il faut s'adresser pour combattre rationnellement l'entérite; aussi, doit-on conseiller avant tout le régime alimentaire et la cure hydrominérale.

Les huîtres et la fièvre typhoïde à Paris. — M. P. VINCEY montre l'influence de la consommation des huîtres dans le développement collectif de la fièvre typhoïde à Paris; le quart environ des décès typhoïdiques serait occasionné par l'alimentation ostréaire de septembre à avril seulement.

Les bassins de stabulation, récemment imaginés par M. Fabre-Domergue, seraient efficaces et économiques pour débarrasser des germes nocifs les mollusques provenant de parcs insuffisamment protégés contre la contamination digestive.

M. DIGNAT, après avoir discuté les chiffres fournis par la statistique, fait observer que dans les expériences sur lesquelles on s'appuie pour recommander la stabulation, il n'est question que du bacterium coli et non du bacille d'Eberth. De plus, les huîtres suspectes lui paraissent dangereuses surtout pour ceux qui ne font pas usage de vin, dont les propriétés bactéricides sont aujourd'hui démontrées.

M. H. GILLET. La fièvre typhoïde par les huîtres est plus fréquente qu'on ne le pense; les cas isolés ne peuvent être démontrés, mais l'an dernier, dans six familles médicales ayant reçu le même jour des huîtres du même parc, 4 cas de fièvre typhoïde et 2 cas de troubles intestinaux se sont développés, l'origine ne pouvait être niée.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur un cas de cirrhose compliquée d'anémie pernicieuse. (BABONNEIX et TIXIER. *Gaz. méd. de Nantes*, 25 janvier 1913.) — Les rapports de l'anémie pernicieuse avec les néphrites, et particulièrement les néphrites chroniques, sont depuis longtemps connus, tandis que les relations qui unissent les

cirrhoses à la maladie de Biermer sont à peine mentionnées. MM. Babonneix et Tixier relatent l'observation d'une femme alcoolique, chronique, atteinte, depuis plusieurs années, de cirrhose hypertrophique, chez laquelle survint, comme épisode terminal, une anémie grave du type pernicieux. Cette coexistence de la cirrhose et de l'anémie pernicieuse est exceptionnelle ; quelques cas seulement ont été publiés en France et en Italie. MM. Babonneix et Tixier attirent également l'attention sur ce que, dans leur observation, il ne s'agissait pas de tuberculose; ni l'aspect macroscopique des organes à l'autopsie, ni les examens histologiques n'ont permis de faire intervenir la tuberculose à laquelle les classiques actuels attribuent un rôle si important dans la production des cirrhoses. M. BRELET.

MÉDECINE INFANTILE

Le lait sec dans l'alimentation des nourrissons. (AVIRAGNET, BLOCH-MICHEL, DORLENCOURT. *Bull. de la Soc. de pédiatrie*, 13 février 1912.) — Il existe trois variétés de lait sec : le lait plein, qui contient la totalité des éléments du lait, sauf l'eau ; le lait demi-plein, provenant d'un lait écrémé à moitié ; enfin le lait complètement écrémé. Il suffit pour s'en servir de le faire dissoudre dans de l'eau chaude et d'y ajouter un peu de sucre.

Les auteurs ont employé ce lait sec, dans l'alimentation de nombreux dyspeptiques dont ils rapportent les observations, et leur conclusion est que le lait sec paraît être l'aliment de choix dans nombre de dyspepsies infantiles, et que son usage peut en être prolongé indéfiniment. La préparation du lait sec ne modifie aucunement le sucre du lait, ni la graisse, mais par contre elle modifie profondément la caséine. D'une part, il semble que sa coagulabilité soit augmentée, et d'autre part, que les albumines de ce lait soient moins toxiques que celles du lait cru.

La *posologie* de ce lait sec peut être ainsi réglée; il faut commencer par des doses très faibles pour tâter la susceptibilité de l'enfant ; de une à trois cuillerées à café de poudre de lait dans 60 à 100 grammes d'eau sucrée ou non, suivant la marque de poudre employée et cela toutes les trois heures. Puis on augmente graduellement si la poudre est bien supportée, en contrôlant régulièrement le régime par de fréquentes pesées. Il faut bien savoir d'ailleurs que tous les procédés théoriques et a priori sont défectueux. La méthode empirique du tâtonnement est la seule qui donne de bons résultats, à condition de se baser sur de fréquentes pesées. Généralement lorsque les accidents dyspeptiques ont disparu on peut reprendre l'alimentation par le lait ordinaire. Il faudra toujours réhabituer l'enfant progressivement au lait, en commençant par de petites doses, alternées avec des biberons de poudre de lait. B. GAYARD.

Invagination intestinale chronique prise pour une dysenterie. (COMBY. *Archives de médecine des enfants*, janvier 1912.) — Il s'agissait d'une fillette de quatre ans, qui, au cours d'une diarrhée récente, avait présenté tous les symptômes de la dysenterie. A l'autopsie on trouva une invagination du côlon, qui n'avait jamais pu être sentie par le toucher rectal. Les autres diagnostics discutés dans ce cas avaient été l'appendicite et la péritonite tuberculeuse. B. GAYARD.

Pneumonie du sommet droit prolongée vingt jours, état typhoïde, mutisme, guérison. (COMBY. *Arch. de méd. des enfants*, février 1912.) — Cette pneumonie extrêmement grave s'est accompagnée de phénomènes ataxo-adynamiques très inquiétants, avec hyperthermie, état vésanique, réactions méningées. La défervescence n'a eu lieu qu'au vingtième jour. D'autre part, l'état vésanique est exceptionnel dans la pneumonie, et s'il a été signalé à plusieurs reprises chez l'enfant au cours de la fièvre typhoïde, il ne l'a presque jamais été dans la pneumonie. Or chez cet enfant les troubles intellectuels étaient très marqués, allant jusqu'au mutisme absolu.

La guérison se fit par une défervescence brusque, et tous les phénomènes observés disparurent sans laisser aucune séquelle. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Traitement du décollement traumatique de l'épiphyse inférieure du fémur. (DESMAREST. *Revue de chirurgie*, 10 octobre 1912.) — Le décollement épiphysaire simple est réduit par traction et guéri par l'immobilisation ; mais on observe parfois des complications vasculaires et nerveuses avec ou sans plaie extérieure. Desmarest pense que les cas ne sont pas exceptionnels où de fausses réductions, manifestées tardivement, produisent des désordres graves du côté de la croissance du membre inférieur ; il ne croit plus alors à l'efficacité de la réduction en extension, que cette extension soit immédiate ou continue ; la méthode en flexion avec immobilisation serait préférable ; mais elle est mal supportée, et ses résultats sont imparfaits. L'ostéosynthèse se trouve alors indiquée ; celle-ci consiste en une incision latérale, réduction des fragments, puis coaptation de ceux-ci à l'aide de plaques fixées par des vis.

R. DE BUTLER D'ORMOND.

Greffe de muscle pour un coup de feu de l'épaule. (Benjamin B. CATES, *Ann. surg.*, vol. LIV, n° 5, p. 679-681.) — Il n'est probablement pas de chirurgie qui taxe plus l'esprit d'initiative du chirurgien que la réparation des grands traumatismes des membres, où il s'agit de ne pas sacrifier un membre où il reste encore nombre d'organes utiles, mais où il en manque aussi un bon nombre. Mais avec de la patience, du soin et de l'imagination, on obtient des résultats utiles sinon esthétiquement beaux.

Le malade opéré par Cates avait reçu à bout portant, accidentellement, une décharge de fusil de chasse qui lui avait emporté toute la paroi antérieure de l'aisselle, les insertions du grand pectoral et le tiers supérieur du biceps, et causé une fracture oblique du col chirurgical de l'humérus. Après détersion, après la fin de la période d'hémorragies secondaires, Cates avait le problème suivant à résoudre : recouvrir les vaisseaux et nerfs de l'aisselle à nu, suppléer au biceps qui manquait jusqu'au milieu du bras, arranger l'humérus fracturé au niveau du col et dont la tête était ankylosée avec la cavité glénoïde. Il réséqua la tête et trois centimètres de la diaphyse; le raccourcissement ainsi obtenu lui permit de suturer la moitié inférieure restante du biceps au coraco-brachial et au faisceau antérieur du deltoïde désinsérés de leurs attaches humérales. Puis il recouvrit l'aisselle à l'aide d'un lambeau thoracique. L'opéré a maintenant un bras parfaitement utile; la seule gêne est causée par des mouvements associés ; quand il fléchit l'avant-bras, il soulève l'épaule et *vice versa*.

F. GARDNER.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE L'AGRÉGATION

M. Barthe, député, a posé le 7 février 1913 à M. le ministre de l'instruction publique une série de questions écrites à propos de l'agrégation de médecine. Dans une première question il lui rappelait les droits acquis par les admissibles au concours de 1906-1907 et lui demandait de ne pas refuser la création des nouvelles sections spéciales depuis si longtemps reconnues nécessaires.

Le ministre vient de lui adresser la réponse suivante :

« Le statut du 16 novembre 1874 ne prévoyait pour l'agrégation des facultés de médecine que quatre sections. L'arrêté du 21 juillet 1909, rendu après avis du conseil supérieur de l'instruction publique, a modifié différentes dispositions du statut de 1874, et notamment l'article 38, qui subdivise au-

jourd'hui l'agrégation des facultés de médecine en seize sections spéciales. Cette subdvisision répondait aux vœux des différentes facultés de médecine. »

COMMISSION SUPÉRIEURE DES ÉTUDES MÉDICALES. — M. Barthe a également demandé au ministre de lui indiquer : 1° quels sont les travaux effectués par cette commission qui devait présenter son rapport dans le plus bref délai; 2° quel a été le nombre des séances tenues par cette commission.

Le ministre a fait la réponse suivante :

« La commission supérieure de l'enseignement médical instituée par décret du 30 janvier 1912 a tenu en 1912 deux sessions.

Dans sa première session ouverte le 21 février, la commission a tenu cinq séances.

Dans cette session :

Elle a élu la sous-commission permanente prévue par l'article 5 du décret du 30 janvier.

Elle a ensuite étudié les modifications à apporter au décret du 29 novembre 1911 portant réorganisation des études en vue du doctorat en médecine.

Les modifications qu'elle a proposées ont été adoptées par le conseil supérieur de l'instruction publique et ont fait l'objet du décret du 29 juillet 1912.

Enfin, elle a nommé une sous-commission chargée d'examiner les réformes à apporter au concours d'agrégation des facultés de médecine et les diverses questions intéressant le statut des agrégés, et de lui en faire rapport.

1° Dans sa deuxième session, qui s'est ouverte le 25 juin, la commission a tenu six séances.

Elle a examiné les différentes propositions qui lui étaient soumises par la sous-commission et tendant à une réforme du concours de l'agrégation.

Un certain nombre de propositions ont été adoptées par elle. D'autres ont été renvoyées à la sous-commission en vue d'une nouvelle étude.

Puis la commission a adopté un projet concernant le statut des agrégés.

2° La commission supérieure est convoquée pour le 13 février courant.

La réforme de l'agrégation est inscrite à l'ordre du jour de cette nouvelle session (la première de 1913) » (1).

LA FORME DU PROCHAIN CONCOURS D'AGRÉGATION. — Sur une nouvelle question de M. Barthe qui demandait si le concours annoncé pour le 5 mai 1913 aurait lieu dans la forme du décret provisoire qui a provoqué de vives protestations il y a deux ans, le ministre fait connaître que « les concours d'agrégation qui doivent s'ouvrir en 1913 auront lieu nécessairement conformément aux dispositions de l'arrêté du 21 juillet 1909, le seul actuellement en vigueur ».

L'ADMISSIBILITÉ A L'AGRÉGATION. — M. Barthe rappelait enfin à M. le ministre de l'instruction publique : 1° le décret du 25 juillet 1906 sur la réorganisation des études médicales qui a été rapporté le 20 février 1907; 2° les déclarations officielles indiquant que les candidats au concours de 1906-1907 conserveraient l'admissibilité; 3° les décrets du 20 février 1907 et du 28 juillet 1908, portant que « le bénéfice de l'admissibilité reste définitivement acquis », et demandait au ministre quelle sera, par rapport au concours du 5 mai 1913, la situation des candidats déclarés admissibles en 1906-1907.

Voici la réponse :

« L'arrêté du 28 juillet 1908 accordait (art. 23) aux candidats admissibles dans les concours d'agrégation antérieure au 1er novembre 1907 le bénéfice de l'admissibilité. Cette disposition n'a pas été maintenue par l'arrêté du 21 juillet 1909, lequel d'ailleurs a rapporté purement et simplement l'arrêté du 28 juillet 1908. »

(1) Voir aux NOUVELLES la première séance de la session de 1913.

FORMULAIRE

DYSPEPSIE ATONIQUE

Extraits fluides de kola, coca, quina..	ã̃ã̃ã̃	10 grammes
Glycérophosphates de Ca et Na.......	ã̃ã̃	10 —
Arséniate de Na................		0g10
Sulfate de strychnine..............		0g03
Sirops de menthe et vanille.........	ã̃ã̃	60 grammes
Teinture d'orange .... Q. s. p.		1000 cent. cubes

(RUMMO.)

Filtrer vingt-quatre heures après le mélange. Un verre à liqueur avant chaque repas.

Donner à la fin du repas de pepsine un peu de papaïne (cachets ou élixir de Trouette-Perret).

LIVRES NOUVEAUX

Microbiologie de la syphilis (1), par A. SÉZARY.

L'auteur a condensé dans ce travail très clair et précis l'ensemble des connaissances actuelles de l'infection syphilitique.

Décrivant d'abord avec soin la morphologie des tréponèmes, il étudie les différents procédés de coloration parmi lesquels se distinguent surtout la méthode au Giemsa, celle de Ravaut à la largine et celle de Hecht et Vilenko à l'encre de Chine. Sézary rapporte les intéressantes recherches sur la culture du tréponème faites par Noguchi sur le milieu ascite-agar-tissu humain. Un chapitre est consacré aux formes atypiques du tréponème : formes en Y, en V, en O, formes étirées aux extrémités, formes fragmentées, granuleuses, rétractées, épaissies, droites, annulaires, etc.

Le diagnostic est soigneusement décrit d'avec le spirochæte refringens, dentium, ceux de l'angine de Vincent, de la fièvre récurrente et du Pian.

L'auteur retrace rapidement l'histoire de la syphilis expérimentale du singe, du lapin, chien, brebis, cobaye... Il étudie ensuite la distribution des tréponèmes dans les lésions syphilitiques, acquise, héréditaire et expérimentale. Envisageant la pathologie générale de l'infection spécifique, Sézary schématise l'évolution du tréponème dans l'organisme et est amené à parler de sa conception personnelle des affections parasyphilitiques au sujet desquelles il rejette avec, peut-être, un peu trop de vivacité, les opinions de Babinski, Nageotte, Ravaut.

Un intéressant chapitre contient la description des méthodes de diagnostic microbiologique : recherches du tréponème, inoculation aux animaux; réactions d'agglutination et de Wassermann. L'auteur montre enfin comment toutes les données fournies par les examens de laboratoire doivent servir de base et de directions à la thérapeutique antisyphilitique.

P. GASTINEL.

(1) In-8, de l'Encyclopédie des aide-mémoire, 22 fig., 156 pages. — Paris, Masson et Cie.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 1, janv. 1913.) BÉRILLON : Le Baphomet, l'idole androgyne des Templiers. — VERNEAU et Paul RICHER : Le crâne de Descartes est identifié. — GORCEIX : Saint Léonard accoucheur; les vertus de ses reliques. — FILASSIER et VINCHON : Les anciennes maisons de fous. — DARTIGUES : L'union scientifique des races latines. — GUIART : Le macabre dans l'art. — X. : Un viel album de Madame Lafarge.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 1, janv. 1913.) L. BROCQ et L. M. PAUTRIER : L'angio-lupoïde (4 fig.) — J. ABADIE, G. PETGÈS et I. DESQUEYROUX : Polynévrite sensitivo-motrice avec troubles psychiques à la suite d'une injection intraveineuse de salvarsan. — L. DANEL : Sclérodermie en bande du front. — P. BERNADOT : Syphilis, salvarsan, intoxication, mort.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 350, 25 janv. 1913.) Cl. REGAUD et Th. NOGIER : Les effets produits sur la peau par les hautes doses de rayons X sélectionnés par filtration à travers 3 et 4 millimètres d'aluminium. Applications à la röntgenthérapie. — H. MARQUÈS, J. MADON et L. PECH : L'ion zinc dans la thérapeutique des infections localisées. Considérations sur son mode d'action. — G. CERESOLE : Premier essai de traitement ambulatoire des teigneux par la röntgenthérapie dans un pays de campagne. — MORRIS : Emploi d'une batterie tampon en dérivation sur un réducteur de potentiel.

Archives de médecine des enfants. — (N° 2, fév. 1913.) E. LESNÉ : Anaphylaxie alimentaire aux œufs. — Alcuio ROUGET : Rapport entre la tuberculose et l'asthme dans l'enfance. — Mello LEITAO : Pression artérielle chez l'enfant. — I. DAVID : La diphtérie paralysante. — A. BROCA : Opération précoce pour fracture supra-condylienne de l'humérus à grand déplacement. — J. COMBY : Trois cas de scorbut infantile. — J. COMBY : Infantilisme rénal.

Archives générales de chirurgie. — (N° 1, 25 janv. 1913.) L. DELBET : Les formations pathologiques branchiogènes du cou. — J. DOAZAN : Étiologie, symptômes et traitement chirurgical des hémorragies méningées du nouveau-né. — MAUCLAIRE : Panaris superficiel par le bacille du rouget de porc.

Archives générales de médecine. — (Janv. 1913.) J. FERRAN : La nouvelle bactériologie de la tuberculose dans ses relations avec le diagnostic, la thérapeutique spécifique et la prophylaxie vaccinale de cette maladie.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 1, janv. 1913.) H. HAMEL : Étude pratique sur la syphilis maternelle et le traitement des femmes syphilitiques enceintes. — E. CHAMBARD : Le problème de l'anesthésie. — MORICHAU-BEAUCHANT : L'insuffisance surrénale.

Biologica. — (N° 25, 15 janv. 1913.) Louis MOREL : Les parathyroïdes. — M. LANDRIEU : Les maladies à inclusions.

Bulletin médical. — (N° 10, 1er fév. 1913.) PECH : Antisepsie rationnelle des plaies. Traitement curatif des dermomycoses par un procédé nouveau. Traitement des otites moyennes suppurées. — PLICQUE : Le traitement des aménorrhées. — (N° 11, 5 fév.) Aristide MALHERBE : Traitement des déviations de la cloison nasale par le morcellement sous-muqueux. — A.-F. PLICQUE : Les congestions stomacales. — DESESQUELLE : Répartition des médecins à Paris par quartiers en 1911. — (N° 12, 8 fév.) CHAUFFARD : Etude d'un cas d'intoxication oxycarbonée.

Echo médical du Nord. — (N° 5, 2 fév. 1913.) G. POTEL et Et. VERHAEGHE : Sur les infections non spécifiques de la glande sous-maxillaire. — BETTREMIEUX : La diplopie binoculaire hystéro-traumatique existe-t-elle?

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 janv. 1913.) P. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, G. PÉREZ et D. WALSCH : A propos du traitement de la fièvre typhoïde par la teinture d'iode.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 4, 25 janv. 1913.) Numéro consacré à la mémoire du professeur H. Desplats. — (N° 5, 1er fév.) WILLIATTE : A propos d'un cas de leucodermie en taches, généralisée.

Montpellier médical. — (N° 3, 19 janv. et n° 4, 26 janv. 1913.) F. J. BOSC : Ce que doit être une consultation de nourrissons; compte rendu de la consultation de nourrissons de Montpellier (années 1908-1912).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 2, 14 janv. 1913.) BRÜCK et GLÜCK : Action des injections intraveineuses de cyanure d'or et de potassium dans la tuberculose et la syphilis externe. — KLAUSNER : Le traitement de la syphilis par la contraluisine. — SCHLAYER : Sur les sources de l'élévation durable de la tension sanguine. — HAYMANN : Pathogénie et clinique des abcès otogènes du cerveau. — KIENBÖCK : Sur l'anse sigmoïde mobile. — JOSEFSON : Recherches expérimentales sur la possibilité de la transmission de la paralysie infantile par les objets inanimés et les mouches. — HŒHL : Action du néosalvarsan sur la kératite parenchymateuse. — PÜRCKHAUER : Blessures des ligaments croisés du genou. — FLATH : Sur la rupture du foie. — GROSSER et SCHAUB : Pathogénie de la maladie de Banti. — HARMSEN : Cyclisme avec participation active d'une jambe avec ankylose du genou. — HERZOG : Sur le raccourcissement de la conduction osseuse dans l'ouïe normale.

Pédiatrie pratique. — (N° 3, 25 janv. 1913.) HUTINEL : Les réactions méningées au cours de la poliomyélite. — D'ASTROS et M. TEISSONNIÈRE : La réaction de Wassermann chez le nouveau-né et le nourrisson. — (N° 4, 5 fév.) KIRMISSON : Règles générales de traitement de l'appendicite. — Frédéric J. BOSC : Ce que doit être une consultation de nourrissons. — D'ASTROS et M. TEISSONNIÈRE : La réaction de Wassermann chez le nouveau-né et le nourrisson.

Presse médicale. — (N° 10, 1er fév. 1913.) G. ROUSSY et P. AMEUILLE : Introduction à l'étude histo-pathologique du poumon. Lésions élémentaires (*1re partie*). — BONAMY et DARTIGUES : Technique opératoire de la génitoplastie masculine externe. — Léon TIXIER et Carle RŒDERER : Sur une dystrophie ostéomusculaire avec nanisme récemment décrite par M. HUTINEL. Étude clinique de quelques nouveaux cas. — Maurice LETULLE : Dilatation kystique des voies biliaires. Cholangiectasies congénitales. — (N° 11, 5 fév.) A. BROCA : Disjonction des sutures craniennes par tumeur encéphalique chez l'enfant. — H. CHABANIER, L. ROLLIN et E. CHABANIER : Action du cuivre colloïdal. — (N° 12, 8 fév.) Camille LIAN et Etienne MARCORELLES : La bradycardie de la colique de plomb. — P. SIKORA : Les lymphorragies et leur traitement. — Aroldo LEITA DA CUNHA : Appareil pour sutures artérielles et veineuses.

Semaine gynécologique. — (N° 4, 28 janv. 1913.) FUNCK BRENTANO : De la fécondation artificielle. — H. ROULLAND : Les vaginites.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 2, 30 janv. 1913.) P. BLUM : Vomissements périodiques préataxiques non douloureux.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 4, 23 janv. 1913.) BUETTNER : Quelques questions de physiologie et de pathologie de la digestion et de la résorption à la lueur des doctrines sérologiques modernes. — KREN : Rapport sur nos expériences sur le salvarsan. — BARANY : Sur un cas de retour complet de l'ouïe, après surdité absolue datant d'un an environ au cours d'un syndrome de Barany. — GUZMANN : Atrophie des nerfs optiques héréditaire et familiale. — BORDACH : Sur un spectre de la phénolphtaléine et son influence sur l'examen spectroscopique de l'urine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — M. Raymond Poincaré, président de la République, visitera l'hôpital Saint-Antoine mercredi matin.

— Concours de l'internat. — La liste des internes et internes provisoires admis après le concours de 1912, que nous avons publiée, vient d'être complétée par l'adjonction de onze nouveaux internes provisoires, dont voici les noms :

MM. Bonnard, Chevalley, Errard, Guieste, Kahn (Georges), Langle, Lévesque, Mulet (Louis), Parcheminy, Richon, Turnesco.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Libourne. — Un concours pour deux places d'internes titulaires pour les hospices civils de Libourne s'ouvrira le 14 mars 1913 à l'hôpital Saint-André à Bordeaux, à huit heures du matin.

Les candidats doivent déposer les pièces exigées dans le bureau du contrôleur général de l'hôpital Saint-André huit jours avant le concours.

La durée de l'internat est de trois ans.

Les internes nommés à la suite de ce concours entreront en fonctions huit jours après la clôture du concours.

— Nantes. — Un concours pour une place de chirurgien suppléant des hospices sera ouvert, à l'hôtel-Dieu, le lundi 23 juin 1913.

Le registre d'inscription sera définitivement clos quinze jours avant l'époque fixée pour le concours.

COMMISSION SUPÉRIEURE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — La Commission vient de terminer ses travaux. On annonce que désormais l'agrégation des Facultés de médecine ne comprendra plus que vingt sections au lieu de vingt-deux. Elle comportera des épreuves d admissibilité du premier degré, consistant en « une épreuve écrite anonyme » et une épreuve orale.

Toutes les épreuves écrites seront lues devant le jury par le même lecteur.

Sur la proposition du professeur J. Teissier, de la Faculté de Lyon, appuyé par MM. Lucas-Championnière et Debove, la commission a décidé que chaque jury comprendrait un membre désigné par l'Académie de médecine. Ce témoin impartial, pris en dehors de l'Université, donnera une garantie de plus à tous ceux qui accusaient de favoritisme les jurys d'agrégation.

Tout candidat ayant obtenu quinze points sur vingt sera déclaré admissible. Il pourra, pendant « quatre » concours successifs, se présenter aux épreuves d'admission. Enfin il ne sera délivré ni diplôme, ni certificat correspondant aux épreuves d'admissibilité.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — Dans sa dernière séance, le Conseil de la Faculté a présenté pour la chaire de pathologie générale et interne : en première ligne, M. Etienne, agrégé libre, chargé du cours de clinique complémentaire des maladies des vieillards; en seconde ligne, M. Zilgien, agrégé libre, chargé du cours complémentaire de thérapeutique et matière médicale; en troisième ligne, M. Louis Spillmann, agrégé libre, chargé du cours de clinique complémentaire des maladies syphilitiques et cutanées.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Sont nommés internes titulaires en pharmacie des asiles d'aliénés de la Seine, MM Daniel, Dufraisse, Hubert, Le Brazidec, Rignauld.

ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Un concours pour la nomination à douze places de médecin de l'assistance médi-

cale à domicile sera ouvert le mardi 13 mai 1913, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de dix heures à trois heures, du mardi 1er avril 1913 au samedi 26 du même mois inclusivement.

GUERRE. — Est inscrit d'office à la suite du tableau d'avancement de 1913 :

Pour le grade de médecin-major de première classe. — M. Normet, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, en service au Maroc : depuis son arrivée au Maroc en mai 1911, a fait preuve, en toutes circonstances, du plus grand dévouement et d'une science professionnelle étendue. S'est particulièrement distingué au mois de septembre 1912 au cours de la colonne en pays Zaer dans les deux combats meurtriers d'El-Fedj et de Sidi-Kacem.

— SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 15 février 1913 :

M. le médecin-major de deuxième classe Dickson passe au 115e d'infanterie (service) et remplira par avance les fonctions de médecin-major de première classe.

M. le médecin-major de deuxième classe Pernin passe au 4e cuirassiers (service).

BUREAU D'HYGIÈNE DE TOULOUSE. — Le directeur du bureau d'hygiène de la ville de Toulouse étant admis à faire valoir ses droits à la retraite, son emploi va dans quelques jours être déclaré vacant conformément à la circulaire ministérielle du 23 mars 1906.

Le traitement attribué au directeur est de 7000 francs.

ŒUVRE PARISIENNE DE SECOURS IMMÉDIAT ET D'ASSISTANCE A LA FAMILLE MÉDICALE. — Cette œuvre qui rend de si grands services aux confrères dans l'infortune vient de tenir son assemblée annuelle. Elle a reçu en 1912 sous la forme de cotisations ou de dons une somme de 10973 fr. 12. Elle a distribué 7697 fr. 35 de secours.

Rappelons que la quotité des cotisations n'est pas fixée, qu'elle peut être aussi minime qu'on le désire.

Adresser ces cotisations au trésorier, M. le docteur Butte, 40, rue Saint-Placide, Paris.

LES ŒUVRES D'ASSISTANCE MATERNELLE. — Notre confrère, le docteur Peyroux, député d'Elbeuf, vient d'adresser une demande écrite à M. le ministre de l'intérieur le priant de faire connaître le nombre et l'effectif des œuvres d'assistance maternelle, des sociétés de secours mutuels qui assurent des secours en cas d'accouchement, sans prévoir statutairement le repos de quatre semaines et notamment dans le cas où un repos de trois semaines seulement est imposé.

UN INSTITUT PASTEUR A RABAT. — Un arrêté résidentiel vient de décider la création à Rabat d'un institut Pasteur et d'un parc vaccinogène. Ce nouveau service, qui dépendra de la direction de l'assistance médicale indigène à la résidence générale, aura pour mission de préparer le vaccin jennérien, d'assurer le traitement de la rage et des diverses maladies infectieuses ou épidémiques. Il procédera en outre à toutes les analyses bactériologiques; analyses d'eaux, études de ferments, etc., soit pour les services publics, soit pour les industries privées. Son personnel comprendra un médecin directeur, un médecin adjoint, deux infirmiers européens et deux indigènes.

LA TROUSSE DES MÉDECINS MILITAIRES ALLEMANDS. — Notre excellent confrère *Le Caducée* indique le contenu de la trousse que doit posséder tout officier du corps de santé allemand en vertu d'une ordonnance du 16 février 1912 (1) :

1. Un bistouri large.
2. Un bistouri pointu.
3. Une lancette.
4. Une pince anatomique.
5. Deux pinces à forcipressure, dont une pouvant servir pour tenir une aiguille.
6. Une paire de ciseaux.
7. Une spatule abaisse-langue.
8. Une sonde cannelée.
9. Une sonde fine.
10. Aiguilles de diverses grosseurs et de force différente.
11. Soie à sutures.
12. Thermomètre à maxima avec certificat de vérification.
13. Un mètre ruban.
14. Un marteau.
15. Stéthoscope.
16. Seringue de 1 centimètre cube avec aiguille creuse.
17. Tablettes de 0,50 centigrammes d'acide acétylo-salicylique.
18. Tablettes de 0,75 centigrammes d'acide tartrique.
19. Tablettes de 1 gramme de bicarbonate de soude.
20. Tablettes de 0,50 centigrammes de sublimé.
21. Tablettes de 0,20 centigrammes de calomel.
22. Tubes de verre renfermant 0,20 centigrammes de caféine et de salicylate de soude en solution dans 1 centimètre cube d'eau.
23. Tubes de verre de 0,02 centigrammes de chlorhydrate de morphine en solution dans 1 centimètre cube d'eau.
24. Teinture d'opium simple.
25. Teinture de valériane éthérée.
26. Emplâtre à l'oxyde de zinc de 2 centimètres et demi de largeur en rouleau.

(Nos 20 à 24 : *Sous clef.*)

(1) Vo TOBOLD. *Deut. milit. Zeit.*, 20 août 1912.

LA VENTE DE L'OPIUM. — Deux pharmaciens qui avaient vendu de l'opium sans ordonnance ont été condamnés, sur appel, chacun à 1 000 francs d'amende.

NÉCROLOGIE. — Nous avons appris avec un vif regret la mort tragique de notre confrère le docteur don Manuel E. Araujo, président de la République du Salvador, qui vient d'être assassiné à San Salvador.

Homme d'une haute conscience professionnelle et d'une grande charité, le docteur Araujo s'était adonné particulièrement à l'étude de l'ophtalmologie d'abord, puis à celle des maladies des voies urinaires. Il dirigea pendant plusieurs années le service de cette dernière spécialité à l'hôpital Rosales, de San Salvador.

Citons parmi ses travaux un procédé de suture pour la cure du ptérygion, un procédé de traitement du staphylome cicatriciel de la cornée, une méthode de restauration de l'urètre chez l'homme et une autre pour la résection des canaux déférents. Le docteur Araujo était aussi l'inventeur de divers instruments et appareils, un, entre autres, pour vider les abcès hépatiques.

Nous prions le corps médical du Salvador, et notamment le docteur J. Max Olano, consul général de cette République en France, d'agréer l'expression de notre confraternelle sympathie en présence de la mort dramatique du docteur Araujo.

G. L. H.

— Nous avons également le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gorsse, médecin principal en retraite; Isaac, ancien député de la Guadeloupe; Lafforgue, médecin-major de première classe au 115e d'infanterie à Mamers, mort victime du devoir professionnel, et Lortat-Jacob, ancien médecin principal de l'armée.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE. (Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal. Professeur : M. PINARD.) — M. Jeanselme, professeur agrégé, fera à la Clinique Baudelocque, à dix heures du matin, le 21 février 1913, sa troisième leçon sur le traitement de la syphilis, « particulièrement chez les femmes enceintes ».

Sujet de la leçon : « Indications et contre-indications. »

HOPITAL BEAUJON. — SERVICE D'OPHTALMOLOGIE, le docteur F. TERRIEN, professeur agrégé. — Lundis et jeudis, à dix heures : Opérations (pavilllon Dolbeau).

Mardis et samedis, à neuf heures et demie : Consultation expliquée, avec présentation de malades.

Mercredis et vendredis, à dix heures : Leçons et exercices de technique ophtalmologique.

HANCHE A RESSORT

Par MM. R. HORAND,
Chef de laboratoire de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon,
et G. COUDRAY,
Élève de l'Ecole du service de santé militaire.

Depuis la revue générale, publiée dans la *Gazette des hôpitaux* par l'un de nous, le 26 septembre 1908, les mémoires et les travaux sur la hanche à ressort se sont beaucoup multipliés; mais on n'est pas encore d'accord sur la pathogénie de cette affection, dont un résumé a été donné à la Société de médecine de Lyon, le 11 décembre 1911. C'est pourquoi nous avons cru intéressant de publier ces deux nouvelles observations.

Observation I. — « *Hanche à ressort* » *chez une paralytique infantile. Rhumatisme tuberculeux.* — M. S., vingt-cinq ans, couturière, née à Villeneuve-de-Merk (Isère), salle Sainte-Anne (service du docteur Gouilloux), lit n° 2, hôpital Saint-Joseph.

La malade entre à l'hôpital Saint-Joseph pour affection de la hanche gauche.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler. Père et mère bien portants.

Antécédents collatéraux. — Quatre frères et deux sœurs bien portants, ne présentant pas d'affection similaire.

Antécédents personnels. — Rougeole et convulsions dans la première enfance; à dix mois *paralysie infantile ayant touché le membre inférieur gauche* et le membre supérieur droit. Cette paralysie aurait duré trois semaines.

Est déjà entrée dans le service du docteur Gouilloux le 20 juin 1912 pour kyste de l'ovaire; ovariotomie le 7 juillet 1912, sortie le 24 juillet 1912.

Histoire de l'affection. — Depuis le mois de février 1912, la malade ressentait des douleurs persistantes au niveau de la hanche gauche, ainsi qu'au niveau de la cuisse et de la jambe de ce côté. A ce moment, à part ces douleurs, rien d'anormal du côté de la hanche gauche n'attirait l'attention de la malade. Ce n'est que cinq mois plus tard, le 23 juin 1912, que la malade s'aperçut d'un craquement qui se produisait au niveau de la hanche gauche à la faveur de certains mouvements de la cuisse et pendant la marche. Ce craquement s'accompagnait d'une légère douleur, qui était accrue par la position debout longtemps prolongée et par la marche. La malade déclare n'avoir jamais eu de traumatismes du côté des membres inférieurs, ni du côté du bassin.

Signes généraux. — Température supérieure à la normale : 38°, due à une imprégnation bacillaire des sommets. Un peu d'amaigrissement depuis l'intervention chirurgicale.

Symptomes fonctionnels. — A noter ces légères douleurs provoquées par la marche et s'irradiant parfois du côté de la cuisse. Pas de limitation des mouvements de la hanche gauche, pas de raideurs articulaires. Cependant la malade accuse une légère impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche, depuis l'apparition de ces craquements.

1° Examen couché. — a. *Jambe en demi-flexion sur la cuisse.* — La flexion de la cuisse sur le bassin ne cause pas le bruit; au contraire l'*extension* amène le craquement. Pas de bruit dans l'extension de la cuisse dans la position de l'abduction ; en *adduction* l'extension cause le bruit.

Rotation du pied en dedans : pas de craquement dans l'extension de la cuisse; rotation du pied en dehors : craquement dans l'extension de la cuisse.

Pour qu'il y ait bruit, il faut que la cuisse, fléchie sur le bassin, soit violemment étendue en adduction.

Si l'on demande à la malade de produire le craquement maximum dans la position couchée, elle immobilise la jambe en demi-flexion, porte la cuisse en adduction, et l'étend violemment; ou bien encore, immobilisant toujours la jambe en demi-flexion et portant la cuisse en adduction, elle appuie fortement le talon sur le lit et provoque le bruit en élevant fortement le côté gauche du bassin au-dessus du plan du lit, ce qui a pour effet de contracter les muscles de la fesse et de la face postérieure de la cuisse. C'est dans cette deuxième position que le craquement est le plus intense.

b. *Jambe étendue.* — On obtient le bruit dans les mêmes positions, mais beaucoup plus atténué.

2° Décubitus latéral du côté sain. — Le poids de la jambe amène l'adduction de la cuisse et le bruit se produit assez violemment quand la malade étend la cuisse. Il faut pour cela que la jambe soit fléchie et que la malade cherche à l'étendre brusquement en projetant violemment la cuisse en arrière. C'est ainsi qu'elle agit spontanément lorsqu'on lui dit de produire le bruit maximum.

L'abduction de la cuisse et l'extension dans cette position n'est pas suivie de craquement.

En passant de la position couchée à la position assise, la malade produit ordinairement le bruit.

3° Examen debout. — a. *Station hanchée du côté sain.* — Extension de la cuisse en forte abduction : pas de bruit. En abduction moyenne : bruit. Extension de la cuisse en adduction : bruit plus intense. Extension de la cuisse avec rotation interne : pas de bruit. Extension de la cuisse avec rotation externe : bruit.

Le bruit dans ces différents mouvements est plus fort jambe fléchie que jambe étendue.

b. *Station hanchée du côté lésé. — Le bruit est beaucoup plus fort.* Il n'a pas lieu quand la pointe du pied est en dedans. Le pied étant pointe en dehors, le bruit est très accentué.

Si l'on dit à la malade de produire le craquement maximum dans la station debout, elle se place en position hanchée du côté lésé, la pointe du pied en dehors, la jambe légèrement fléchie sur la cuisse; puis, prenant un solide point d'appui sur le sol, elle contracte violemment les muscles de la fesse et de la face postérieure de la cuisse par une brusque ascension du bassin.

Le bruit ne peut plus se produire dans les divers mouvements précédents lorsque la malade fléchit latéralement le tronc du côté lésé. *Il se fait au contraire très violemment dans ces mouvements, quand le tronc est fléchi latéralement du côté sain.*

On obtient le bruit quand, de la position assise, la malade passe à la position debout. Bruit intense quand, s'étant accroupie, elle se relève brusquement.

4° Marche. — La marche est hanchée du côté malade. Claudication considérable (rappelant la claudication de la luxation congénitale unilatérale de la hanche). La malade a toujours boité; la cause en est à cette paralysie infantile ancienne.

Le bruit se fait entendre dès que la malade, ayant posé à terre le pied du côté lésé, elle redresse le bassin de ce côté.

Si l'on demande à la malade de marcher sans produire le bruit, elle pose à peine à terre le pied du côté lésé et ne redresse pas le bassin; elle reste alors continuellement dans la position hanchée du côté sain; elle tourne la pointe du pied en dedans. Lorsqu'elle veut produire le bruit maximum, elle cherche aussitôt à se mettre en position hanchée du côté lésé et redresse violemment le bassin. Le bruit est involontaire pendant la marche normale du sujet.

Caractères du bruit. — Sa production est involontaire, mais son exagération et sa diminution sont sous l'influence de la volonté, grâce à des contractions plus énergiques des muscles de la fesse et de la cuisse, la position hanchée du côté malade. C'est un bruit intense, sec, s'entendant à distance. Il peut être décomposé en deux où trois bruits secondaires, qui, lorsque

le mouvement est brusque, se fusionnent pour déterminer un craquement unique.

Signes physiques. — Pas de déformation de la hanche gauche, pas de différence appréciable entre les deux trochanters. A noter un abaissement du pli fessier du côté lésé. La percussion du trochanter gauche n'est pas douloureuse. On ne sent pas la tête fémorale dans le triangle de Scarpa. Le sommet du grand trochanter est sur la ligne de Roser-Nélaton. Si l'on fait passer la malade de la position couchée à la position assise, et de cette dernière à la position debout (station hanchée gauche ou droite) on ne remarque aucune ascension du grand trochanter.

La palpation révèle sur le grand trochanter la présence d'une bandelette qui passe à frottement rude sur la surface osseuse et produit le craquement; mais les déplacements de la bandelette sont masqués à la simple inspection par la présence de graisse assez abondante dans le tissu cellulaire. La main palpant cette bandelette sent passer sur le trochanter plusieurs faisceaux de fibres, et à chaque faisceau qui passe correspond un bruit.

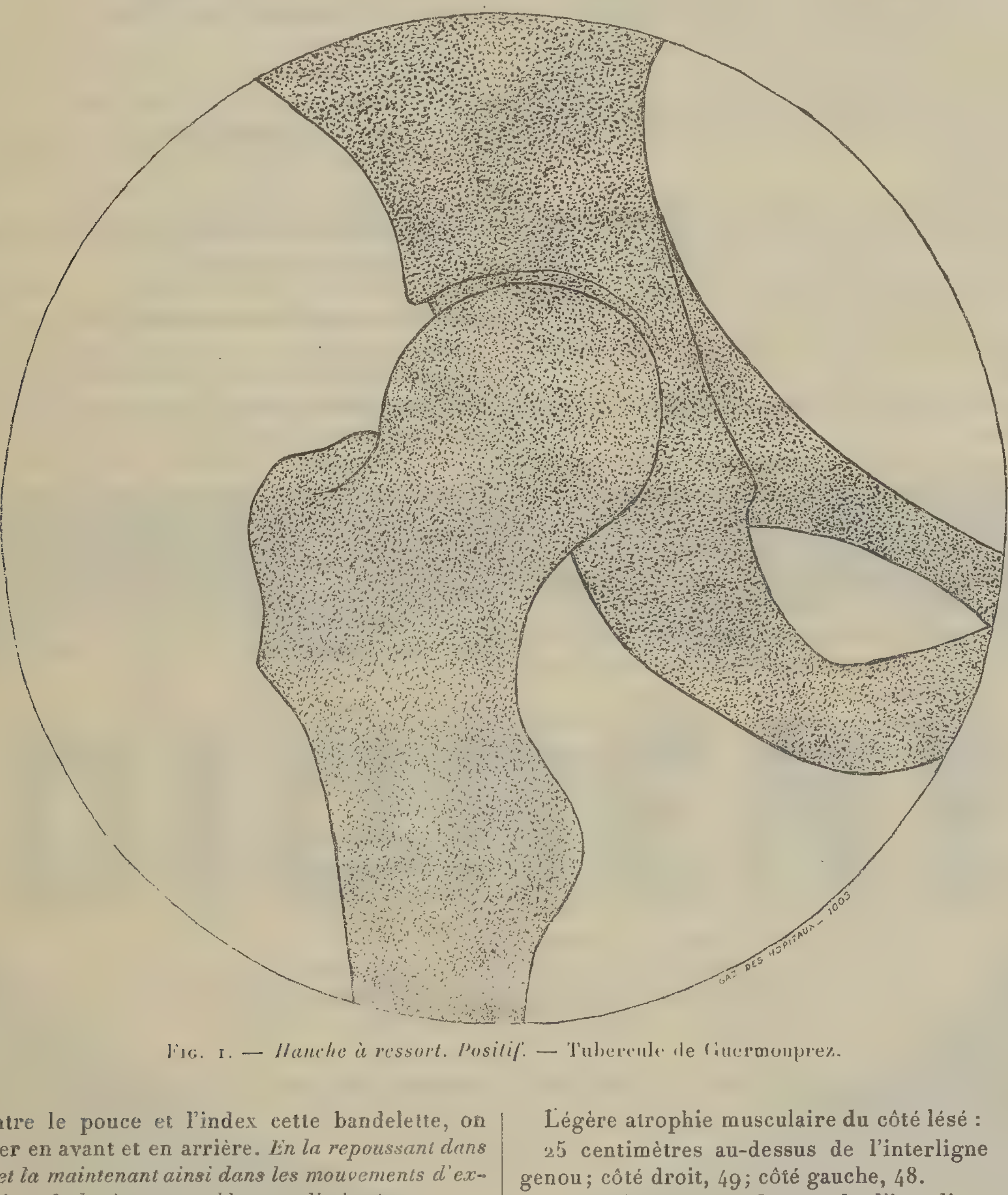


Fig. 1. — *Hanche à ressort. Positif.* — Tubercule de Guermonprez.

Saisissant entre le pouce et l'index cette bandelette, on peut la mobiliser en avant et en arrière. *En la repoussant dans ces deux sens, et la maintenant ainsi dans les mouvements d'extension de la cuisse, le bruit est notablement diminué.*

A signaler au niveau de la hanche gauche une *laxité articulaire assez nette*; la malade peut toucher le rebord costal avec son talon gauche, ce qu'elle ne peut faire avec le talon droit.

Radiographie du bassin (faite par M. le docteur Arcelin). — Angle du col avec la diaphyse plus ouvert du côté malade. Légère atrophie squelettique du bassin et du fémur du côté lésé. Le grand trochanter est plus aplati du côté lésé que du côté sain. Tubercule de Guermonprez assez net.

Examen du membre inférieur gauche. — Diminution d'un centimètre de longueur du membre inférieur gauche.

Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole interne : côté droit, 81; côté gauche, 80.

Légère atrophie musculaire du côté lésé :

25 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou; côté droit, 49; côté gauche, 48.

10 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou; côté droit, 40; côté gauche, 38,5.

Pieds bots et creux.

Légère hyperesthésie de la cuisse gauche, pas de zones d'anesthésie.

Diminution marquée de la force musculaire du membre inférieur gauche. Réflexe rotulien considérablement diminué à gauche, presque aboli.

Troubles vaso-moteurs à gauche; le membre est plus froid, la jambe devient parfois violette quand la malade se lève le matin.

Autres articulations. — Rien à signaler. Pas de laxité anormale.

La malade signale quelques craquements dans l'épaule droite (craquements d'arthrite sèche).

EXAMEN GÉNÉRAL. — Souffle à la pointe du cœur.

A signaler de la camptodactylie bilatérale plus marquée à droite.

Pas de sensation de boule, pas de zones d'anesthésie, pas de douleur à la pression du vertex; à noter une anesthésie pharyngée complète, de l'anesthésie cornéenne. Aérophagie très nette.

OBS. II. — *Luxation pathologique de la hanche. Ressaut trochantérien.* — P. V..., vingt-sept ans, née à Philippeville. Entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Jaboulay, pour affection de la hanche droite.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Parents vivants et bien portants.

ANTÉCÉDENTS COLLATÉRAUX. — Rien à signaler.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Rien à signaler dans l'enfance. Mariée à vingt-deux ans. En mai 1908, elle accouche d'un enfant vivant. Cet enfant meurt au bout de quinze jours de maladie bleue. Quelques jours après l'accouchement, la malade est prise de fièvre puerpérale. De nombreuses complications surviennent. En fin juin 1908, phlegmon du ligament large (côté droit) traité par la colpotomie à l'hôpital de Sétif. Devant la persistance du pus, on fait quelque temps après, à l'hôpital de Mustapha, une incision sous-péritonéale de Pozzi, incision qui donne issue à une quantité considérable de pus. Pendant l'intervention, on ouvre la vessie : fistule urinaire qui dura dix-sept mois. Le drainage par cette voie fut fait pendant huit mois.

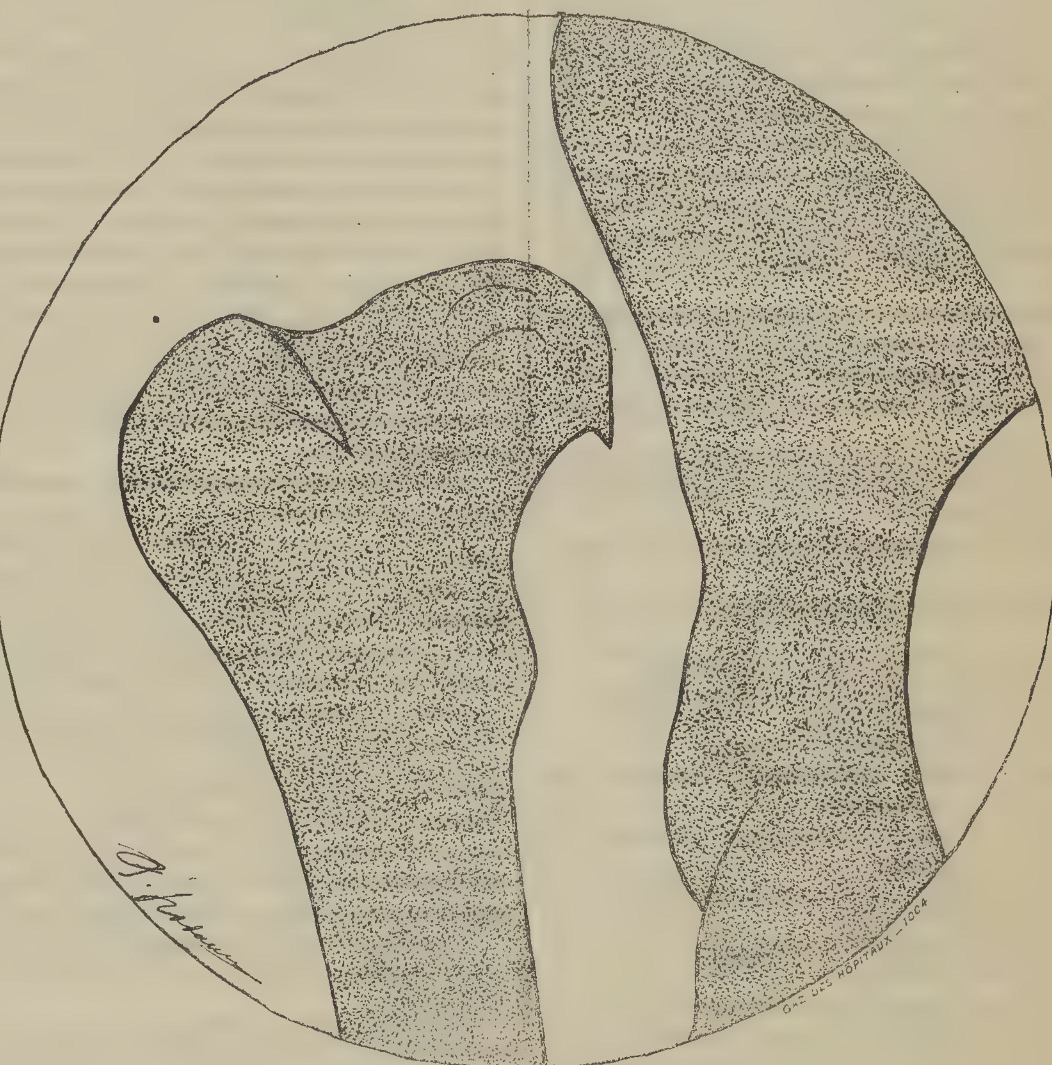


FIG. 2. — *Luxation pathologique de la hanche. Négatif.*

Un mois et demi après l'intervention abdominale, arthrite purulente de la hanche droite. Dans une clinique d'Alger on fait l'arthrotomie et on draine. Le drainage dura six mois. Puis se font de multiples abcès, l'un dans le tissu cellulaire de la face externe du genou droit, un autre au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure gauche, un autre enfin au niveau du grand trochanter gauche. Ces abcès sont incisés et guérissent rapidement.

On constate alors une luxation de la hanche droite. La malade sort de la clinique. Elle ne peut marcher autrement qu'avec des béquilles.

Il y a deux ans, en juillet 1910, on fait un essai de réduction sanglante de la luxation de la hanche et l'on fait de l'extension continue pendant vingt-cinq jours. Le résultat est excellent. Pas de raccourcissement notable du membre inférieur droit après le traitement. Les deux talons sont à peu près au même niveau.

Un mois après l'intervention, la malade accuse une impotence fonctionnelle totale du pied droit qui est alors en varus équin. On fait la ténotomie du tendon d'Achille.

La malade sort de la clinique en septembre 1910. L'amélioration dans l'état du membre inférieur droit n'est pas sensible au point de vue fonctionnel. La malade boite toujours et la claudication s'accroît de plus en plus.

En juillet 1911, accouchement normal. L'enfant est actuellement en bonne santé.

Examen de la malade. — Etat général : la malade n'accuse pas d'amaigrissement notable. Pas de température.

Signes fonctionnels. — Pas de douleur au niveau de la hanche. La malade ne marche qu'avec des béquilles ou à l'aide d'une chaise qu'elle pousse devant elle. Etant couchée, il lui est impossible de lever le talon au-dessus du plan horizontal. Elle peut fléchir la jambe sur la cuisse, mais ce mouvement ne dépasse pas l'angle droit. L'articulation coxo-fémorale droite est extrêmement lâche et permet des mouvements passifs très étendus.

Signes physiques. — *a*. Examen couchée : on constate sur l'abdomen la présence dans le flanc droit d'une cicatrice profonde, curviligne, à concavité supéro-interne, à un travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope, s'étendant sur une longueur de 20 centimètres environ. Au niveau de la hanche droite, on remarque deux cicatrices profondes, l'une de 23 à 24 centimètres de longueur, curviligne à concavité antérieure, passant en avant du grand trochanter et ayant sa partie moyenne au niveau de cette apophyse; l'autre de 20 centimètres environ, convexe en avant, rétro-trochantérienne, et présentant sa partie moyenne au niveau du trochanter.

Le membre inférieur droit est en adduction et en rotation interne. La hanche est déformée, le grand trochanter fait une saillie anormale. Il y a élargissement de la fesse du côté malade, abaissement du pli fessier. Le pli inguinal n'est pas déformé.

On constate un raccourcissement considérable du membre inférieur droit. Les épines iliaques antéro-supérieures étant au même niveau, on obtient :

De l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe : 78 à droite.

De l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe : 87 à gauche.

Donc raccourcissement de près de 10 centimètres.

On constate, de plus, une atrophie considérable des muscles de la cuisse et de la jambe droites.

La mensuration donne les résultats suivants :

10 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou, côté gauche : 37 centimètres.

10 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou, côté droit : 35 centimètres.

20 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou, côté gauche, 42 centimètres.

20 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou, côté droit : 36 centimètres.

La longueur des deux jambes, prise de l'interligne articulaire du genou à la malléole externe, est sensiblement la même. Le raccourcissement tient donc au segment supérieur du membre inférieur.

Une ligne droite, menée de l'épine iliaque antéro-supérieure au premier espace interdigital, passe plus en dedans à droite qu'à gauche.

Le grand trochanter droit est facilement perceptible sous les téguments : il semble à fleur de peau. Son bord supérieur se trouve à trois travers de doigt au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton. Il y a un raccourcissement de 3 centimètres de la distance qui sépare le trochanter droit de l'épine iliaque antéro-supérieure par rapport au côté gauche.

La percussion sur le grand trochanter n'est nullement douloureuse. Le trochanter gauche est extrêmement mobile. On peut l'attirer en avant, en arrière, en haut, en bas. On peut propulser le membre inférieur en appuyant fortement sur le grand trochanter. On ne perçoit pas la tête fémorale dans le triangle de Scarpa. Il est impossible de la sentir en d'autres points.

Sur le grand trochanter droit, on perçoit une bandelette rectiligne qui, dans certains mouvements, passe à frottement assez rude sur la surface osseuse.

Les mouvements actifs du membre inférieur droit sont très peu étendus; la malade ne peut faire qu'une hémiflexion du genou, le talon restant toujours sur le plan du lit. La flexion de la cuisse sur le bassin ne dépasse pas l'angle droit. L'abduction et l'adduction actives sont très limitées.

Mais on peut donner une extension très considérable aux mouvements passifs. On peut faire la flexion complète de la cuisse sur le bassin; le membre paraît ballant et l'on peut amener de l'abduction et de l'adduction plus considérables que du côté sain. La rotation externe est facile à produire, la rotation interne peut être extrême.

On a l'impression qu'il n'existe plus de tête fémorale et qu'il ne reste plus de la partie supérieure du fémur que le grand trochanter. Ce trochanter subit un mouvement d'ascension considérable lorsqu'on appuie fortement sur le genou dans la direction du fémur. Il remonte d'environ 4 à 5 centimètres. En tirant fortement sur le pied dans l'axe du membre, le trochanter descend de 3 à 4 centimètres.

Dans certains mouvements que l'on imprime au membre inférieur, en particulier lorsque de la rotation interne on passe à la rotation externe, on entend très nettement un craquement perçu par la malade. Ce craquement est la synthèse de deux bruits qui se passent, l'un au niveau du col fémoral, l'autre plus intense au niveau de la face externe du grand trochanter. Si l'on met la main sur cette face et que l'on imprime à la cuisse de la rotation externe, on voit que le bruit perçu coïncide avec le ressaut de la bandelette dont il a été question plus haut.

Ce bruit peut être exagéré quand la malade contracte violemment ses muscles.

b. Examen debout : α. Station hanchée du côté sain. Le pied de la malade se trouve à une dizaine de centimètres du sol, en léger varus équin. La malade ne peut produire qu'un bruit très faible par certains mouvements du membre inférieur, en particulier en projetant la jambe en arrière. Léger ressaut de la bandelette correspondant au bruit.

β. Station hanchée du côté malade. La malade peut se tenir debout, mais avec peine. Elle fléchit en même temps le genou gauche pour pouvoir appuyer le pied droit à terre, ce pied d'ailleurs ne repose que par la pointe.

On constate une ascension considérable du grand trochanter (4 à 5 centimètres); cette apophyse se trouve alors sur une ligne horizontale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure et à trois travers de doigt en arrière.

Le signe de Trendelenburg n'est pas très net.

L'épine iliaque du côté sain est cependant abaissée dans ce mouvement.

Lorsque la malade fait des mouvements de redressement du bassin, on perçoit très nettement le bruit. Ressaut brusque de la bandelette. C'est dans cette attitude que le craquement est maximum.

Marche. — Difficile. Claudication extrême. La malade appuie la pointe du pied droit par terre et pose presque aussitôt son pied gauche.

Bruit et ressaut de la bandelette.

Bruit. — Il est, dans ce cas particulier, peu intense. Il est involontaire, mais peut être accru par de brusques contractions musculaires. Il est causé par le passage de la bandelette fascia lata sur le grand trochanter, bandelette qui passe à frottement rude et produit une salve de petits bruits qui se fusionnent en un seul.

Radiographie. — La tête fémorale est complètement détruite, le col se termine par un moignon conique sectionné franchement qui vient frotter contre la fosse iliaque externe au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure.

L'angle d'inclinaison est manifestement redressé.

Examen a distance. — La malade accuse de l'hypoesthésie au niveau de la face interne de la cuisse droite et de la jambe droite. Pas de troubles vasculo-nerveux de ce côté.

Rien à signaler au niveau des autres articulations.

Au niveau de la hanche gauche cependant, on perçoit dans certains mouvements du membre inférieur un craquement sourd, articulaire, qui coïncide avec un brusque soulèvement en avant de la tête fémorale, que l'on sent très bien en mettant la main au niveau du triangle de Scarpa.

Conclusions. — *Dans le premier cas* il s'agit bien d'un nouveau cas de hanche à ressort. Mais c'est un cas complexe. Cette hanche à ressort est superposée à une arthropathie due à une paralysie infantile. Telle est, du moins, l'opinion du professeur Jaboulay, notre maître. De plus, elle est survenue chez une malade atteinte de paralysie infantile, avec laxité articulaire de la hanche gauche, ayant des stigmates non douteux de tuberculose inflammatoire (bronchite, sommet droit suspect, amaigrissement, température, *camptodactylie*, cardiopathie, rhumatisme avec arthrite sèche). Le rhumatisme tuberculeux du professeur Poncet peut être ici mis en cause, car à lui seul il explique ces néoformations, ces rugosités du trochanter, fréquentes dans la hanche à ressort et dont le tubercule de Guermonprez n'est peut-être qu'un mode. L'arthrite concomitante, l'épaississement du tendon du grand fessier ou tractus cristo-femoralis, ou bandelette de Maissiat en sont les conséquences. Quoi qu'il en soit, ici il faut être éclectique et tenir compte de plusieurs facteurs pathogéniques :

1° Du ressaut du tractus cristo-femoralis ou bandelette de Maissiat;

2° De son épaississement;

3° Des rugosités du trochanter et du « tubercule de Guermonprez »;

4° De l'arthropathie paralytique infantile avec laxité articulaire.

Dans le second cas, la hanche à ressort n'est qu'ébauchée. Il s'agit en réalité d'un ressaut trochantérien superposé à une luxation pathologique de la hanche. Il sera intéressant de suivre cette malade et de voir ce que deviendra le ressaut trochantérien si on parvient à réduire la luxation de la hanche.

ACTUALITÉS

MÉNINGITES AIGUES ET RÉACTIONS MÉNINGÉES DES POLIOMYÉLITES

Dans deux très récentes leçons cliniques (1), le professeur Hutinel vient d'étudier quelques cas de méningite aiguë, bénigne, épidémique et de montrer leurs relations avec les réactions méningées au cours des poliomyélites. Ces observations ont un grand intérêt pratique, car, en pareil cas, un diagnostic et un pronostic exacts sont difficiles à établir; elles sont aussi très instructives, dans leurs rapports avec la pathologie générale des méninges et des centres nerveux.

Un enfant est en bonne santé, il ne présente ni les malaises, ni les troubles de la nutrition qui caractérisent la phase prodromique de la méningite tuberculeuse. Un jour, sans cause appréciable, il est pris de fièvre; la maladie débute parfois par un léger coryza, un peu d'angine, une légère otite sans suppuration, ou bien par des troubles digestifs, qui ressemblent à un embarras gastrique, à une poussée d'entérite, ou encore par des douleurs mal localisées qui font penser à du rhumatisme articulaire. Mais voici que les symptômes se précisent : des nausées et des vomissements surviennent; de la constipation; presque toujours de la céphalalgie, frontale, occipitale ou sous-occipitale, fréquemment une douleur cervicale assez pénible, et aussi des douleurs dans les membres s'accompagnant d'un certain degré d'hyperesthésie. La température monte au-dessus de 39; le pouls est rapide, instable, souvent inégal, la respiration fréquente, entrecoupée. L'enfant, agité, anxieux, a quelquefois du délire; on constate comme troubles moteurs des contractures, avec raideur de la nuque, signes de Kernig et de Brudzinski, l'inégalité pupillaire et le strabisme sont fréquents, la raie vaso-motrice existe souvent. Cliniquement il s'agit donc bien d'une méningite aiguë; pour avoir un diagnostic plus précis et plus complet, on fait une ponction lombaire ; le liquide céphalo-rachidien est clair, contient à peine quelques légers flocons fibrineux, il renferme une forte proposition d'albumine; à l'examen microscopique du culot de centrifugation on trouve de très nombreux lymphocytes et quelques globules rouges, on ne voit pas de microbes. Cette méningite aiguë, qui rappelle par ses caractères cliniques la méningite cérébro-spinale, a donc une formule cytologique de méningite tuberculeuse; mais si l'on inocule le liquide céphalo-rachidien à des cobayes, ces animaux ne sont pas tuberculisés. L'évolution d'ailleurs n'est pas celle d'une méningite tuberculeuse, car, au bout de quelques jours, la température baisse, le délire cesse, l'enfant reprend sa gaieté, tous les symptômes s'atténuent progressivement; quand l'enfant se lève et commence à marcher, il est souvent affaibli et présente même des parésies plus ou moins nettes, mais ces troubles moteurs disparaissent assez vite et la guérison se fait d'une façon définitive.

Dans quelle classe faut-il ranger ces réactions méningées? Un grand nombre d'infections peuvent s'accompagner de syndrome méningé avec leucocytose du liquide céphalo-rachidien : infections pulmonaires, infections digestives aiguës ou subaiguës, oreillons, fièvre typhoïde; il faut aussi ne pas oublier la syphilis, mais dans tous les cas de M. Hutinel, la réaction de Wassermann était négative et on ne trouvait aucune des infections que nous venons de citer. Un cas de poliomyélite avec méningite, recueilli à la même époque que les observations de méningites aiguës bénignes, permit de rattacher celles-ci aux accidents méningés des poliomyélites; il s'agissait d'une fillette de six ans qui présenta brusquement des signes de méningite avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien; au bout de quelques jours, le syndrome méningé avait disparu, mais on constatait une paralysie flasque du membre inférieur droit, avec légère atrophie du quadriceps et réaction de dégénérescence. C'était une poliomyélite, ayant débuté par une réaction méningée; l'action du virus ne s'était pas limitée aux méninges, la moelle avait été atteinte, d'où paralysie avec atrophie musculaire. Les méningites aiguës, bénignes, observées en juin-juillet 1912, avaient un caractère épidémique; ces méningites accompagnées parfois de troubles paralytiques à la convalescence devaient donc être classées dans le groupe des accidents méningés des poliomyélites.

Le professeur Hutinel rappelle les observations semblables publiées en France dans ces dernières années. A l'association française de pédiatrie (juillet 1910), Netter et Tinel rapportent neuf cas de poliomyélite ayant débuté par des accidents méningés. C'est ensuite une série de communications faites à la Société médicale des hôpitaux de Paris. MM. Laubry et Parvu (1) décrivent un syndrome méningé d'origine indéter-

(1) V. Hutinel. Méningites aiguës, bénignes, épidémiques, *Paris méd.*, 28 décembre 1912; — Réactions méningées au cours des poliomyélites, *Paris méd.*, 25 janvier 1913.

(1) Laubry et Parvu. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, année 1910, t. XXX, p. 236.

minée avec lymphocytose rachidienne; ils en présentent trois observations ; les malades avaient été frappés, en pleine santé apparente, d'une affection débutant à la façon d'une grippe mais prenant vite l'allure d'une méningite, tous trois guérirent complètement. MM. Rist et Rolland (1) étudient les méningites bénignes d'allure épidémique, dont ils ont observé cinq cas chez de jeunes garçons; cytologiquement les liquides céphalo-rachidiens étaient caractérisés par de la lymphocytose.

A la suite de cette communication, M. Netter aborde la question des méningites aiguës indépendantes aussi bien de la méningite cérébro-spinale que de la méningite tuberculeuse; ces méningites ne sont pas rares au cours de diverses infections, mais, pour les cas de M. Rist, il faut songer à une infection « procédant souvent avec une symptomatologie méningitique. Je veux parler de cette poliomyélite épidémique, maladie de Heine-Medin, qui sévit actuellement sur une grande partie du monde. » M. Netter attire l'attention sur les deux cas qui peuvent se produire : poliomyélite antérieure aiguë débutant par des accidents méningés, mais se traduisant ensuite par de la paralysie avec atrophie; forme fruste de poliomyélite, avec accidents méningés, sans paralysie consécutive. Pour ces derniers cas, qui ne sont pas suivis de paralysie, M. Netter expose divers arguments en faveur du diagnostic de poliomyélite à forme fruste. Quelques semaines plus tard M. Netter (2) fait une étude d'ensemble des paralysies infantiles à début méningitique et des formes méningitiques de la maladie de Heine-Medin; il montre que depuis l'été 1909 les paralysies infantiles ont présenté une fréquence insolite et qu'un certain nombre d'entre elles ont été accompagnées pendant la période initiale de symptômes qui amenaient à porter le diagnostic de méningite cérébro-spinale ou de méningite tuberculeuse ; la ponction lombaire donne un liquide clair renfermant surtout des lymphocytes. A côté de ces cas d'accidents méningitiques suivis de paralysie durable, M. Netter note les observations où la paralysie a été de courte durée et peu marquée; ce sont des formes atténuées et frustes de poliomyélite, dans lesquelles le tableau clinique se borne à la symptomatologie méningée.

Le professeur Hutinel admet cette interprétation pour les méningites aiguës bénignes épidémiques qu'il a observées ; et à ce propos, il passe en revue l'histoire des réactions méningées qui se produisent au cours des poliomyélites. Ces manifestations ont été très étudiées en Suède, en Amérique, en Allemagne et en Autriche ; il faut citer en France les thèses de Mme Tinel-Giry et de M. Schreiber. La poliomyélite, dans sa forme épidémique et même dans sa forme sporadique c'est-à-dire dans la forme habituelle de la paralysie infantile, est due à un germe qui appartient comme celui de la rage à la classe des virus filtrables et qui a une prédilection toute spéciale pour le système nerveux; c'est le *médullovirus* que l'on ne peut pas apercevoir au microscope et dont, par conséquent, on ne connaît pas les caractères. Au lieu de se localiser exclusivement sur les cellules des cornes antérieures de la moelle, l'infection diffuse davantage et atteint souvent les enveloppes des centres nerveux. A l'autopsie d'un sujet ayant succombé au cours d'une poliomyélite, on trouve un certain degré d'irritation des méninges, visible à l'œil nu ou facile à découvrir avec le microscope. Dans la maladie de Heine-Medin, les accidents méningés, cliniquement reconnaissables, peuvent manquer complètement; dans certains cas, au contraire, ils sont au premier plan de la symptomatologie; dans d'autres enfin, ils marchent de pair avec des paralysies plus ou moins durables et plus ou moins étendues. Presque toujours les réactions méningées de la poliomyélite sont bénignes, la guérison a lieu, rapide et complète; mais on cite quelques cas de méningites mortelles (Oppenheim, Zappert), et il faut aussi mentionner certaines paralysies à début méningitique qui tuent rapidement. Ces paralysies débutent par les membres inférieurs, puis elles envahissent le tronc, les membres supérieurs et gagnent le bulbe, ce qui détermine des troubles de la respiration et de la circulation; les malades meurent asphyxiés.

Le diagnostic des méningites aiguës bénignes et de leurs relations avec les réactions méningées des poliomyélites est souvent délicat. Quand une paralysie apparaît à la suite d'accidents méningitiques, deux hypothèses sont à discuter. S'agit-il d'une poliomyélite ayant débuté par une réaction méningée, ou d'une méningite avec séquelle paralytique ? Si l'on constate des parésies ou paralysies douloureuses, étendues, flasques, avec abolition des réflexes, et non une paralysie limitée à l'un des nerfs craniens, il y a bien des chances pour que la maladie de Heine-Medin soit en cause (Hutinel). En cas de méningite aiguë, avec lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, et sans paralysies consécutives, on tiendra compte de la discordance entre l'examen clinique qui fait penser à une méningite cérébro-spinale et l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien qui donne la formule de la méningite tuberculeuse; mais pour éliminer la méningite tuberculeuse à début brusque on ne peut se baser que sur l'évolution de la maladie et les résultats négatifs de l'inoculation du liquide céphalo-rachidien à des cobayes.

Un enseignement se dégage encore de ces faits; voici des cas où l'examen du liquide céphalo-rachidien donne, en ce qui concerne la lymphocytose, absolument les mêmes résultats que dans la méningite tuberculeuse; et cependant il s'agit de réactions méningées curables, dans lesquelles la tuberculose n'est pour rien. Ceci montre bien qu'il faut toujours y regarder de près en examinant les malades, associer les résultats fournis par l'observation clinique et les résultafs des examens microscopiques, et ne jamais baser un diagnostic sur une formule à laquelle on aurait attribué la précision des équations algébriques.

M. BRELET.

(1) RIST et ROLLAND. *Soc. méd. des hôp.*, t. XXX, p. 245.

(2) NETTER. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1910, t. XXX, p. 444.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1913)

Un cas de pneumonie à pneumobacilles de Friedlander avec septicémie. — MM. MOSNY et PRUVOST rapportent l'observation d'une femme qui fut prise un mois avant son entrée à l'hôpital d'un point de côté droit suivi de toux et d'expectoration banale, mais qui continua son travail; trois jours avant son entrée elle fut prise d'un point de côté au même niveau, mais plus intense, avec dyspnée qui nécessita son entrée à Saint-Antoine. Elle présentait alors des signes de pneumonie dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, peu à peu son état s'aggrava et elle mourut quatre jours après. On avait trouvé des pneumobacilles dans les crachats, dans le sang, et dans le suc pulmonaire retiré par une ponction faite au niveau du foyer. Les points caractéristiques de cette observation sont les suivants.

Au point de vue clinique : début moins brutal que d'ordinaire, absence de grand frisson, absence d'herpès, crachats hémorragiques et non rouillés, évolution lente au début, très rapide à la fin, terminaison fatale.

Au point de vue anatomique, macroscopiquement il s'agissait d'une pneumonie multilobaire, nécrosante avec exsudat épais, gluant, surface lisse et non granuleuse des coupes, friabilité très marquée du parenchyme pulmonaire.

Microscopiquement la tendance nécrosante est le point capital avec desquamation complète des alvéoles et débris cellulaires en très grande abondance, pas d'hémorragie, présence de fibrine dans quelques alvéoles comme dans les pneumonies à pneumocoques; l'absence de fibrine dans un bon nombre d'alvéoles paraissant tenir à la nécrose rapide des tissus.

Un cas de méningite à paraméningocoque traitée et guérie par le sérum antiparaméningococcique. — MM. H. Méry, H. Salin et Wilborts rapportent l'histoire d'uue fillette de trois ans qui présenta au début les signes classiques de la méningite cérébrospinale et chez laquelle le sérum antiméningocoque ne produisit aucune amélioration. M. Dopter put identifier, par l'agglutination, le paraméningocoque et la malade guérit grâce à l'emploi du sérum antiparaméningococcique.

Les auteurs insistent sur les points suivants :

Faible action curative au début du sérum antiméningococcique sur les germes, puis bientôt action franchement nocive due à la production de violentes réactions méningées, sériques surajoutées à la méningite en évolution.

Absence d'accidents anaphylactiques.

Action merveilleusement rapide du sérum antiparaméningococcique malgré la gravité des symptômes et le retard apporté à son emploi. Celui-ci, tant que la malade est à la période d'état, n'amène que l'amélioration marquée des symptômes sans réaction locale ou générale.

Persistance d'une séquelle, surdité complète d'origine labyrinthique. Les auteurs pensent qu'il faut faire rentrer dans le cadre des méningites à paraméningocoque un certain nombre de ces formes avec séquelles.

La connaissance de la méningite cérébrospinale à paraméningocoque permet d'expliquer certain cas d'insuccès du sérum et contribue par conséquent à diminuer dans une certaine mesure la gravité du pronostic de la méningite cérébrospinale.

Sur la morbidité et la mortalité par diphtérie. — M. Louis Martin rapporte des statistiques prouvant que jusqu'ici la ville de Paris et la France présentaient la plus basse mortalité par diphtérie. Dans ces quatorze ans qui ont précédé la sérothérapie la mortalité moyenne à Paris a été de 1721 décès, dans les quinze ans qui ont suivi la sérothérapie elle a été de 348. Dans les années mauvaises il y a eu 1 décès au lieu de 5. Dans les années excellentes, 1 décès au lieu de 7, rapport correspondant à 6 pour 100000 habitants. Après la communication de M. Roux à Budapesth, Paris profita largement de la sérothérapie. En 1895, la mortalité tomba à 97 pour 100 000 habitants alors que la même année elle était de 55,6 à Londres, 60,1 à Berlin, 90,6 à Saint-Pétersbourg, 47,5 à Vienne. Les objections élevées contre l'emploi du sérum élevèrent un peu la mortalité, l'usage des injections préventives passant dans la pratique courante au contraire l'abaissa à 27,6 décès pour 100 000 habitants. Cette confiance persista, les chiffres de décès diminuèrent jusqu'à 6 pour 100 000 habitants. Actuellement, il tend à s'élever, et c'est un danger car les décès qu'il faudra attribuer aux craintes que fait naître l'emploi du sérum ne sauraient être compensés par ceux qu'on doit lui attribuer, qu'il s'agisse d'accidents précoces (anaphylaxie) ou d'accidents tardifs (rénaux, cardiaques ou généraux). La Belgique et la Hollande sont les seuls pays qui combattent la diphtérie avec le même succès que nous parce qu'ils ont des organisations hygiéniques qui fonctionnent avec une grande méthode. Pour conserver nos statistiques et ne pas les voir baisser : 1° il faut créer ou conserver une bonne prophylaxie, c'est pour cela que Lille et le Havre ont les meilleures statistiques, et les hygiénistes de ces villes ont le droit d'être fiers des résultats obtenus; 2° il faut aider cette prophylaxie par les injections préventives de sérum; 3° il faut enfin ne jamais hésiter à injecter du sérum antidiphtérique à un cas qui cliniquement est une diphtérie possible ou probable.

M. Courmont croit que l'augmentation de la mortalité par diphtérie à Lyon dans ces dernières années n'est pas due à une sérothérapie insuffisante ou défectueuse, mais à la fréquence des broncho-pneumonies et des complications.

Les conditions hygiéniques hospitalières sont encore déplorables à Lyon, mais bientôt seront telles qu'on est autorisé à espérer prochainement des statistiques meilleures.

A propos du traitement arsenical de la chorée. — M. H. Triboulet, dans 350 cas de sa statistique personnelle, constate 335 cas de guérison sans emploi de l'arsenic, soit 97 p. 100, et pense que ces résultats ne diffèrent pas de ce qui se voit en général. Il signale l'illusion thérapeutique si facile pour une affection dont on ne peut prévoir l'intensité (observations ultralégères), dont on ne peut fixer la date précise de début, ce qui permet de se tromper sur les relations chronologiques entre le traitement et la guérison.

Un traitement vraiment efficace de la chorée devra faire ses preuves à l'égard des formes graves et récidivantes de l'affection. Que donne l'arsenic dans ces cas? Ce traitement devra être inoffensif : primo non nocere; or, la liqueur de Boudin a pu donner de la paralysie arsenicale.

L'auteur tient à répéter ce qu'il a dit dans une séance antérieure : la chorée de Sydenham peut guérir avec l'arsenic et malgré l'arsenic; mais il est bon de rappeler qu'elle guérit de même toute seule.

Inefficacité de la sérothérapie antidiphtérique par voie digestive. — MM. Lesné et Dreyfus. L'inefficacité de la sérothérapie antidiphtérique par voie digestive évidente en clinique est facile à démontrer expérimentalement. Injecté même à fortes doses dans l'estomac ou dans le rectum de cobayes soit en une fois soit plusieurs jours de suite, le sérum antidiphtérique est complètement inactif, il ne protège pas les animaux contre les doses minimes mortelles injectées sous la peau. L'antitoxine est devenue inactive sous l'influence des sucs digestifs, du suc pancréatique en particulier et aussi par action du foie. Seule donc est efficace l'injection sous-cutanée de sérum antidiphtérique.

Signification de l'épreuve de Proust-Lichteim-Déjerine. — MM. J. Froment et O. Monod confirment par des arguments empruntés à la clinique et à la psychologie l'interprétation de MM. G. Ballet et Laignel-Lavastine qui admettent que pour passer cette épreuve l'aphasique moteur peut utiliser les images visuelles verbales. Ils montrent que l'homme normal doit nécessairement pour compter les lettres et les syllabes d'un mot, en évoquer l'image visuelle verbale, étant donné l'existence de lettres et de syllabes muettes qu'ignore ou que néglige la prononciation habituelle et qui sont en dernière analyse de simples conventions graphiques. L'évocation des images visuelles est, plus que toute autre, nécessaire à cette épreuve. On doit admettre donc qu'à défaut d'une évocation normale des images auditives ou auditivo-motrices, le jeu des images visuelles verbales et leur intégrité peuvent tout au moins permettre, dans certains cas, à l'aphasique moteur de passer avec succès l'épreuve de Proust-Lichteim-Déjerine.

Chancres simples extragénitaux par auto-inoculation. Chancre simple phagédénique. Traitement par les rayons X. — MM. Queyrat et Bouttier présentent deux malades. Le premier atteint de chancres simples de la verge s'est fait à la faveur de lésions de grattage (gale) une auto-inoculation au niveau du mollet droit. L'examen bactériologique a montré au niveau de ce chancre simple d'un diagnostic clinique difficile et d'une localisation rare l'existence de chancres de Ducrey

et l'inoculation pratiquée au niveau du bras a été positive. La réaction de Wassermann a été négative.

Le second malade porteur également d'un chancre simple génital s'est fait à la faveur d'un furoncle fessier une inoculation qui a amené la production d'un chancre simple phagédénique atteignant les dimensions de la paume de la main, cet accident était depuis six mois rebelle à toutes les thérapeutiques; seule l'application des rayons X a amené depuis trois semaines une amélioration considérable de l'état local.

Les auteurs insistent donc sur l'intérêt des lésions banales de la peau chez les malades porteurs de chancres simples et sur les bons effets que peut produire, dans certains cas de chancres simples rebelles à toutes les thérapeutiques habituelles, le traitement par les rayons X.

Méningite cérébrospinale à forme cachectisante due au paraméningocoque, traitée et guérie par le sérum de Dopter. — MM. H. Salin et J. Redly rapportent l'histoire d'un petit malade du service de M. Richardière, entré pour une méningite cérébrospinale. Dans une première période, la méningite évolua normalement, et le sérum semblait agir lentement. Dans une seconde période, ne tardèrent pas à apparaître des signes de cachexie, amyotrophie très marquée, pigmentation cutanée, état de torpeur intellectuel. Tous ces signes rappellent le type isolé par Debré sous le nom de méningite cérébrospinale prolongée à forme cachectisante.

M. Dopter montra qu'il s'agissait non pas de méningocoque, mais de paraméningocoque, et le sérum spécifique injecté aussitôt, d'abord par voie sous-cutanée, puis par voie intrarachidienne, amena en trois jours la guérison complète.

Ces faits ont une grande importance pratique, car il est possible qu'un certain nombre de ces formes cachectisantes soient dues au paraméningocoque, ce qui modifierait complèment leur pronostic jusqu'à présent grave. Sans doute, la connaissance de la méningite à paraméningocoque ne suffit pas à expliquer tous les insuccès du sérum, mais permettra en tout cas d'en éviter quelques-uns.

JURISPRUDENCE

BREVETS D'INVENTION ET APPAREILS MÉDICAUX

Le Conseil d'Etat a rendu le 8 février dernier un arrêt de principe en ce qui concerne le brevet d'invention d'un appareil médical. Le ministre du commerce a-t-il le droit de rejeter la demande formée par un médecin à fin de délivrance d'un brevet relatif à un appareil d'hygiène? Non, a décidé la haute assemblée, même si cette invention est estimée par le ministre immorale et contraire aux bonnes mœurs.

Le docteur B... avait imaginé un perfectionnement des dispositifs employés pour se protéger des maladies vénériennes, et qui contribuent nécessairement à la dépopulation. Lorsque le médecin fit sa demande en remplissant les formalités prescrites par l'arrêté du 11 août 1903, le ministre du commerce la rejeta, alléguant que l'invention était contraire aux bonnes mœurs et ne pouvait par suite donner lieu à la délivrance d'un brevet. Déférant cette décision devant le Conseil d'Etat, celui-ci l'annula, en se basant sur le principe d'un non-examen préalable qui domine notre législation des brevets.

Les brevets dont la demande a été régulièrement formée sont, en effet, aux termes de la loi du 5 juillet 1844, délivrés *sans examen préalable, aux risques et périls des demandeurs et sans garantie.* On se méprend souvent sur le véritable caractère du brevet d'invention; ce n'est pas un titre délivré par le gouvernement qui garantit au public une invention et la recommande par une sorte d'investiture officielle; c'est un simple certificat d'enregistrement délivré, sans aucune garantie, dans l'intérêt de l'inventeur qui a droit, pendant un certain temps, à la jouissance pleine et entière de sa découverte et dans l'intérêt de la société, après l'expiration de ce privilège. L'administration est tenue de le délivrer sauf dans deux cas formellement exceptés par l'article 3 de la loi du 5 juillet 1844 : celui où il s'agit de compositions pharmaceutiques ou de remèdes de toute espèce et celui où il s'agit de plans et combinaisons de crédit ou de finances.

Le ministre est tenu de délivrer le brevet qui lui est demandé, *quels que soient la nature et le caractère de l'invention.*

Mais ce principe du non-examen en matière de brevet a une contre-partie nécessaire; c'est le pouvoir qui appartient aux tribunaux d'annuler les effets de la délivrance dans un assez grand nombre de cas prévus par l'article 30 de la loi de 1844 et parmi lesquels figure celui où l'invention serait reconnue par les tribunaux contraire aux bonnes mœurs (§ 4), et ce à la requête de toute personne intéressée ou sur réquisitoire du ministère public.

La loi en effet a entendu que l'administration ne pût pas être juge en cette matière. L'intention du législateur s'est manifestée clairement par le rejet d'un amendement qui tendait à autoriser le ministre à refuser lui-même la délivrance des brevets dans le cas où il jugerait l'invention immorale.

Le ministre du commerce ne pouvait donc pas refuser au docteur B... la délivrance du brevet qu'il avait régulièrement demandé, car on ne saurait assimiler une invention destinée à prévenir la propagation de certaines maladies contagieuses à un remède qui, aux termes de l'article 3 de la loi de 1844, ne serait pas brevetable.

Ainsi donc le ministre du commerce ne pouvait se faire juge de cette question, et sans avoir à rechercher si, en fait, l'invention du docteur B... était contraire ou non à la morale, le Conseil d'Etat a annulé la décision ministérielle qui lui était déférée.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Dosage simple et rapide de l'amylase fécale. (R. Goiffon et Tallarico. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, janv. 1912.) — Il existe deux méthodes de dosage de l'amylase fécale, l'une est celle d'Enriquez, Ambard et Binet, basée sur le dosage du sucre formé au contact d'amidon et de fèces en un temps donné, l'autre est celle de Wohlgemuth qui consiste à mettre, en une série de tubes contenant de l'amidon, des quantités décroissantes de liquide fécal, et à déterminer au bout de vingt-quatre heures dans quel tube la digestion de l'amidon est achevée. Mais ces deux méthodes ont pour but de connaître l'absence ou la présence de l'amylase dans des évacuations obtenues par purgatifs; il peut être intéressant de doser rapidement la quantité d'amylase que contiennent des fèces évacuées spontanément.

La méthode que préconisent les auteurs pour réaliser rapidement cette analyse est une modification de celle de Robert et de Strassbrüger; elle consiste à constater au bout de combien de temps un mélange de quantités données de dilution de fèces et d'une solution d'amidon perd le pouvoir de se colorer en bleu par l'iode.

Il faut se servir d'une solution d'amidon à 1 p. 100 et d'une dilution de fèces à 10 p. 100 neutralisée et filtrée, dans la méthode de Strassbrüger; les auteurs préfèrent obtenir une légère acidité, 0,55 p. 100 et remplacent la filtration par le simple repos de la dilution.

La technique est la suivante : 5 centimètres cubes de matières fécales sont diluées dans de l'eau à raison de 20 centi-

mètres cubes d'eau par centimètre cube de matières. On prépare une solution de lugol et d'amidon à 1 p. 100. On se sert de la solution acide suivante :

Solution normale d'Hcl	10 cent. cubes
NaCl....................	5 grammes
Eau.............. Q. s. p.	1000 cent. cubes

Dans un tube à essai on met 2 centimètres cubes de solution d'amidon, 5 centimètres cubes de solution acide, on réchauffe à 39 degrés, on ajoute 2 centimètres cubes de solution fécale et on met au thermostat à eau à 40 degrés. De temps en temps on prélève une goutte du mélange et on laisse tomber sur une goutte de solution iodo-iodurée jusqu'à ce que toute coloration bleue puis rouge ait disparu. On note alors le temps de la digestion.

Pour étudier l'amylase des fèces il faut savoir que des putréfactions peuvent modifier le pouvoir amylolitique et qu'il faut éliminer le contact de l'urine qui annihile rapidement l'amylase.

En résumé, cette méthode a pour but de répondre rapidement à cette question qui se pose de plus en plus en coprologie clinique : « Cette selle contient-elle peu ou beaucoup d'amylase? » Avec cette méthode, plus une selle contient de diastase, plus rapidement les résultats sont obtenus; contrairement aux autres méthodes ou quelle que soit l'intensité du pouvoir amylolitique, le résultat ne peut s'obtenir qu'au bout d'un temps déterminé. B. GAYARD.

Un livre sur les maladies des nouveau-nés, écrit vers 1472. (APERT. *Archives de médecine des enfants*, janvier 1912.) — Il faut louer le docteur Apert d'avoir fait profiter de ce livre très curieux les lecteurs des *Archives de médecine des enfants.* Il faut également le louer d'avoir su traduire en un français agréable, le latin « très déplorable » en lequel le livre est écrit. La lecture du résumé que présente aux lecteurs le docteur Apert est extrêmement intéressante : on est frappé d'y trouver, à côté de formules qui prêtent à rire, des remarques extrêmement judicieuses, et d'excellentes classifications. B. GAYARD.

Pleurésie hémorragique chez une fillette de deux ans et demi. (COMBY. *Arch. de méd. des enfants*, février 1912.) — La pleurésie hémorragique est assez exceptionnelle chez l'enfant; le plus souvent elle est en rapport avec un néoplasme du poumon ou de la plèvre. Dans l'observation rapportée, elle était liée à l'existence d'une tumeur du médiastin antérieur, tumeur sarcomateuse, ayant vraisemblablement le *thymus*, pour origine.

Cette pleurésie s'accompagnait d'une dyspnée formidable, que les ponctions ne soulageaient pas, et qui provenait de la compression de la trachée par la tumeur ; ce fut cette compression qui précipita l'issue fatale en déterminant l'asphyxie. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Lésions traumatiques des cartilages semi-lunaires. (MARTIN. Lésions des cartilages semi-lunaires. *The Lancet*, 19 oct. 1912.) — D'après Martin, cette maladie s'observe surtout chez les mineurs obligés de travailler à genoux et renversés dans cette position qui favorise le relâchement de l'articulation, chez les joueurs de foot-ball, etc. Les lésions portent surtout sur le cartilage semi-lunaire interne (95 p. 100), tantôt il y a une simple fente longitudinale, tantôt la portion arrachée se trouve retroussée entre les condyles et n'est plus adhérente que par ses deux extrémités, tantôt on constate une fistule horizontale dédoublant ainsi le ménisque dans son épaisseur, la moitié inférieure pouvant s'engager entre les surfaces articulaires. Dans les lésions traumatiques, il y a peu de symptômes ; toutefois il faut noter l'arrêt brusque du mouvement du genou qui peut se produire au moment d'un danger, en traversant une rue par exemple, ce qui rend l'affection dangereuse et menace l'individu dans son existence. Il faut donc toujours recourir au traitement chirurgical qui donne d'excellents résultats; le repos combiné au massage ne donne rien. Dès que l'intervention est décidée, après l'accident, il faut d'abord patienter dix jours pour que la réaction inflammatoire se calme; ensuite il faut opérer de la façon suivante :

a. Incision horizontale sur la face interne du genou se terminant au niveau du bord interne du tendon rotulien;

b. L'articulation étant ouverte, découvrir le cartilage, le réséquer en entier;

c. Fermeture de l'articulation en deux plans;

d. Pansement compressif que le malade garde sept à huit jours.

Le sujet sort de l'hôpital au bout de dix jours et reprend ses occupations au bout de deux mois. R. DE BUTLER D'ORMOND.

L'innervation des muscles de l'abdomen et leur importance chirurgicale. (Jean P. HOGUET. *Ann. Surg.*, vol. LIV, n° 2, p. 153-159.) — **Hernies inguinales directes à la suite d'appendicectomies.** (Du même, *Ibid.*, n° 5, p. 673-676.) — Les chirurgiens ne font guère attention à l'innervation de la paroi abdominale qu'ils incisent si souvent. Pourtant chacun des filets nerveux a son territoire musculaire, localisé, il est vrai, mais dont l'énervation cause la paralysie avec tendance à la hernie et à l'éventration. L'incision habituelle pour les interventions sur la vésicule biliaire, l'incision dorso-lombaire pour les calculs du rein, l'incision de Mc Burney ou celle sur le bord externe du droit dans l'appendicite coupent tous des filets nerveux importants si l'on n'y prend garde. Une éventration ne se produit pas fatalement : témoin le cas de Chevassu après son opération pour cancer du testicule, mais elle se produit assez souvent. Hoguet a vu huit cas de hernies directes apparaissant chez des sujets normaux très peu de temps après une appendicectomie (sur 250 opérations), ce qui représente évidemment un minimum, car beaucoup de malades ne sont pas revus. Il a vu aussi un cas de hernie paralytique après une opération pour calcul rénal.

Une des raisons de la supériorité de l'opération sous anesthésie locale pour les hernies est précisément que l'opérateur, pour ne pas avoir un malade récalcitrant, est obligé de faire attention à tous les nerfs. Il ne sert de rien de chercher des méthodes plus perfectionnées pour la suture des muscles et de l'aponévrose si on commence, dans l'incision cutanée, par les énerver. F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Cryologie. Applications du froid à l'hygiène, aux recherches de laboratoire, à la thérapeutique (1), par le docteur LORTAT-JACOB, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.

La cryologie est une science toute nouvelle, et le docteur Lortat-Jacob est dans notre pays un des premiers médecins qui ait entrevu son importance. Dans ce petit volume, il résume les connaissances utiles à connaître au médecin dans cette nouvelle voie ouverte à son activité.

L'hygiéniste y trouvera des chapitres très intéressants sur la glace alimentaire, la conservation des viandes, légumes, poissons, du lait, par le froid, ainsi que les méthodes de rafraîchissement de l'habitation. L'homme de laboratoire y verra la nomenclature des applications de la réfrigération au laboratoire (conservation des pièces, coupes, cryostat, cryosco-

(1) In-12 de la collection des Aides-mémoire Léauté. — Paris, Masson et Cie et Gauthier-Villars.

pie, etc.). L'étude de la conservation des cadavres indispensable à l'anatomiste, au médecin légiste, y est également exposée.

Le biologiste verra le rôle que le froid peut jouer pour retarder la germination des graines, le développement des cultures microbiennes, enfin sur la toxicité des sérums, des extraits organiques. Enfin un chapitre encore bref, mais qui sera peut-être appelé à un développement inattendu un jour donné, nous montre les bases de la cryothérapie : cryothérapie générale, ou le refroidissement dans les maladies générales, cryothérapie locale (congélation par l'air liquide, l'acide carbonique neigeux).

Enfin le froid est encore employé indirectement en médecine pour la préparation des eaux minérales, certains appareils respiratoires, la conservation des greffes chirurgicales, des vaccins, des sérums.

L'abondance des matières ne manque pas, on le voit, et tout médecin parcourra ces pages avec un grand intérêt.

M. LANCE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 24 FÉVRIER AU 1er MARS 1913

THÈSES

Samedi 1er mars, à une heure. — M. LAPLUME. Alimentation de la ville de Saint-Brieuc en eau potable. (Distribution publique). (MM. Chantemesse, président; Gilbert, Widal et Ricbaud.) – M. BRAILLON. Contribution à l'étude des injections hypodermiques purgatives. (MM. Gilbert, président; Chantemesse, Widal et Richaud.) — M. LEGOUT. Contribution à l'étude de l'aortite abdominale. (MM Widal, président; Chantemesse, Gilbert et Richaud.) — M. BASSIM. Complications broncho-pulmonaires consécutives à l'adénoïdectomie et à l'amygdolectomie. (MM. Pozzi, président ; Bar, Ribemont-Dessaignes et Okinczyc.) — M. LAURENT. Rapports entre le poids du placenta et le poids du fœtus. (Statistiques de la clinique Tarnier). (MM. Bar, président ; Pozzi, Ribemont-Dessaignes et Okinczyc.) — M. MARTIN. Contribution à l'étude des lois de la formation des sexes. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Pozzi, Bar et Okinczyc.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 5, 2 fév. 1913.) M. CHARBONNEL : Le traitement moderne des ankyloses des membres. — (N° 6, 9 fév.) PETIT DE LA VILLÉON : Méningocèle sous-lambdatique (spina bifida cranien). Opération. Guérison (2 fig.). — J. ORAISON : Graphique pour le calcul rapide de la constante d'Ambard. — LAFOND GRELLETY : Statistique personnelle d'électrolyse des canaux. — H.-L. ROCHER : Désinsertion traumatique du tendon inférieur du biceps brachial. — FAIVRE : Sycosis naso-labial entretenu par des irritations gingivo-dentaires chez un tacchyphage arthritique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 6, 2 fév. 1913.) H.-L. ROCHER : Fracture simultanée des deux cols fémoraux; coxa vara trochantérienne double ; redressement non sanglant; restitution *ad integrum* pour la hanche droite; coxa vara à 90 degrés à gauche, compliquée secondairement de coxa vara cervicale. — H. PERRENS : A propos de la responsabilité atténuée. — (N° 6, 9 fév. 1913.) G. DROUIN : Hernio-laparotomie pour suppuration du sac d'origine péritonéale. — PRINCETEAU, ABADIE et DESQUEYROUX : Paralysies du membre supérieur après emploi de la bande d'Esmarch. — M. FERRON : Note sur la constitution des parois du sinus caverneux et les rapports des nerfs oculomoteurs et trijumeaux, avec ses parois externe et supérieure.

Journal des praticiens. — (N° 5, 1er fév. 1913.) DEBOVE : Goitre exophtalmique et asystolie. — A. RAVRY : Diabète arthritique : à une grippe banale succèdent des complications pulmonaires, hépatiques, rénales, des accidents diabétiques très graves, acidose avec état subcomateux prolongé, plaies gangréneuses. Guérison. Un cas de diabète conjugal. Conclusions. — (N° 6, 8 fév.) GILBERT-BALLET : Un cas de confusion mentale, hallucination prolongée. — G. SARDOU : La vaso-dilatation des membres inférieurs.

Lyon chirurgical. — (N° 1, 1er fév. 1913.) O. FOERSTER : Les indications et les résultats de la résection des racines postérieures. — E. VILLARD et L. TAVERNIER : Résections articulaires sans drainage (4 fig.). — P. PETRIDIS : Sérodiagnostic des tumeurs malignes (réaction de von Dungern). — A. CHALIER et E. PERRIN : Résultats immédiats et éloignés de l'opération combinée dans le cancer du rectum. — P. MAZEL et J. MURARD : Etude expérimentale de la néphrite aiguë par le sublimé et de son traitement chirurgical (2 fig.) (*fin*).

Lyon médical. — (N° 5, 2 fév. 1913.) MOREAU : Histoire de la guérison d'un aveugle-né. — (N° 6, 9 fév.) P. COURMONT et J. FROMENT : Septicémie et méningite cérébro-spinale à méningocoques chez un syphilitique héréditaire à lésions articulaires et viscérales.

Paris médical. — (N° 9, 1er fév. 1913.) P. LEREBOULLET : Les maladies des voies respiratoires et la tuberculose en 1913. — F. BEZANÇON : Les cavernes tuberculeuses de la base du poumon. — Léon BERNARD : Etat actuel de la thérapeutique dite spécifique de la tuberculose. — R. BRUNON : La tuberculose et la vie de collège en France. — RIBADEAU-DUMAS et R. DEBRÉ : Etude diagnostique sur la tuberculose pulmonaire de la première enfance. — GAUSSEL : Les voies d'administration des sérums antituberculeux. — GRIVOT : Traitement de la dysphagie des tuberculeux par les injections anesthésiantes du nerf laryngé supérieur ou par sa résection. — (N° 10, 8 fév.) COMBE : Traitement de la dyspepsie albumineuse. — Rudolf KREFTING : Deux cas de réinfection syphilitique chez des personnes traitées par le salvarsan et quelques remarques sur le traitement abortif de la syphilis. — René MARIE et H. ROUÈCHE : Hémoglobinurie chez un enfant. Injections de sérum antidiphtérique. Guérison. — LAFFORGUE : Infection mixte à bacille d'Eberth et à entérocoque simulant une mélitococcie. — GOUGEROT : Les bains médicamenteux réducteurs dans le traitement des dermatoses non irritables (psoriasis, lichen, etc.).

Province médicale. — (N° 5, 1er fév. 1913.) RAPPIN (de Nantes) : Action exercée par les diastases de quelques espèces saprophytes sur la tuberculose expérimentale du cobaye. — JULLIEN (d'Amiens) : De l'hystérectomie totale dans les présentations vicieuses négligées.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie — (N° 5, 1er fév. 1913.) P. JACQUES : Projectile enclavé dans la base du crâne extrait par la voie bucco-pharyngée.

Revue médicale de l'Est. — (N° 1, 1er janv. 1913.) P. SIMON : Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale. — BERNHEIM : Sommeil et somnambulisme (*fin*). — A. PARIS : Manie aiguë d'un époux occasionnant un accès de manie chez l'autre. (Enseignements découlant de ce double fait.) — R. DRIOUT : La mort post-opératoire par embolie pulmonaire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont promus de la deuxième à la première classe : MM. les professeurs Gilbert Ballet et Marfan.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont promus :

De la deuxième à la première classe : MM. les professeurs Lambling (Lille), Caubet (Toulouse) et Vuillemin (Nancy).

De la troisième à la deuxième classe : MM. les professeurs Ville (Montpellier), Denigès et Bergonié (Bordeaux), Wertheimer (Lille).

De la quatrième à la troisième classe : MM. les professeurs Guiart (Lyon), Guilhem (Toulouse), Collet (Lyon), Dupouy (Bordeaux), Hoche (Nancy), Morel (Toulouse), Auché et Cassaët (Bordeaux), Audebert, Soulié et Frenkel (Toulouse), Lagrange (Bordeaux), Gaudier (Lille), Paviot et Pic (Lyon), Rauzier (Montpellier).

— Montpellier. — M. Sarda, professeur de médecine légale, est nommé assesseur du doyen.

M. Mestrezat, docteur en médecine, licencié ès sciences, chargé des fonctions de préparateur et de la direction des travaux pratiques de chimie biologique, est nommé, du 1er février au 31 octobre 1913, chef du laboratoire des cliniques (hôpital général), en remplacement de M. Florence, démissionnaire.

Pendant la durée du congé accordé sur sa demande à M. le docteur Maillet, chef de clinique médicale infantile, M. Gueit, interne des hôpitaux, a été chargé de la suppléance.

— Toulouse. — M. Saint-Ange, professeur de thérapeutique, est nommé assesseur du doyen.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Tours. — Un congé, du 10 janvier au 31 mars 1913, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Pitard, professeur d'histoire naturelle.

M. Menuet, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé, en outre, du 10 janvier au 31 mars 1913 (durée du congé accordé à M. Pitard), d'un cours d'histoire naturelle.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Delépine, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé, à partir du 1er mars 1913, professeur de minéralogie et hydrologie à ladite école.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur Fernand Widal, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Alexis Carrel, chef du département de médecine expérimentale à l'Institut Rockfeller; Merle, à Casablanca; Fumey, médecin de l'hôpital français à Tanger; Gabriel Delamare, médecin sanitaire de France à Constantinople; de Lacombe, chirurgien en chef de l'hôpital français de Constantinople.

LES PRIX DU XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. — A l'occasion de la réunion du XVIIe Congrès international de médecine à Londres seront décernés le prix de Moscou, le prix de Paris et le prix de Hongrie.

Le *prix de la ville de Moscou*, institué en commémoration du XIIe Congrès international de médecine, d'une valeur de 5000 francs, sera décerné pour le meilleur travail sur la médecine ou l'hygiène, ou pour des services éminents rendus à l'humanité souffrante.

Le *prix du XIIIe Congrès international de médecine de Paris*, d'une valeur de 4000 francs, sera donné à une seule personne

RENSEIGNEMENTS

pour une découverte ou un ensemble de travaux originaux qui ne remonteront pas à plus de dix ans et qui porteront sur la médecine, la chirurgie, l'obstétrique ou les sciences anatomiques ou biologiques, dans leurs applications aux sciences médicales.

Le *prix de Hongrie*, institué en commémoration du XVIe Congrès international de médecine, d'une valeur de 3 000 couronnes, sert à récompenser un ouvrage rentrant dans le domaine des sciences médicales et ayant paru dans l'intervalle de deux Congrès internationaux.

Le bureau de la commission permanente des congrès internationaux de médecine prie les collègues de bien vouloir lui nommer les savants qu'ils jugent les plus dignes d'être couronnés. Il sera possible de présenter sa propre candidature.

La présentation d'une candidature doit être accompagnée de l'envoi d'un exemplaire de l'ouvrage sur lequel la candidature est fondée.

Chaque candidature présentée après le 1er juin ne pourra être prise en considération.

Les prix seront décernés pendant la réunion du Congrès de Londres en août 1913.

Adresse du bureau de la commission permanente : La Haye, Hugo de Grootstraat, 10, Pays-Bas.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE (CONGRÈS DE 1913). — La prochaine réunion de la Société française d'ophtalmologie aura lieu le lundi 5 mai, à huit heures et demie précises du matin, à la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain, Paris.

On est prié d'envoyer au secrétaire général, M. le docteur Duboys de Lavigerie, 23, rue de Madrid, Paris, avant le 15 mars au plus tard, le titre des communications en indiquant en même temps si la communication comporte des projections.

Rappelons le titre du rapport de cette année :

« Nystagmus », par M. Coppez fils (de Bruxelles).

CERCLE DES MÉDECINS DE NICE. — Le docteur Bonta (de Nice) nous prie de signaler le cercle des médecins de Nice (place Sasserno, villa Belge, téléphone 14-16) qui est un modèle du genre et rend des services précieux à tous les confrères de la région. Il comprend des salles de réunion, d'escrime, d'hydrothérapie, une salle de lecture avec bibliothèque abonnée à une centaine de publications médicales, artistiques ou littéraires françaises et étrangères.

Les médecins français et étrangers, de passage à Nice, sont invités par leurs confrères niçois à fréquenter le cercle à titre gracieux.

LA BAGUETTE DE COUDRIER DES SOURCIERS. — Dans la correspondance destinée à l'Académie des sciences, M. Darboux, secrétaire perpétuel, a trouvé une lettre dont l'auteur signale plusieurs nouveaux cas de découverte des sources attribués à la prétendue divination de la baguette de coudrier. M. Darboux, tout en faisant les réserves sur la réalité scientifique de faits de cette nature et sur le soi-disant pouvoir que s'attribuent les sourciers qui s'aident de la fameuse baguette, M. Darboux, disons-nous, estime que la question mérite d'être étudiée sérieusement. Aussi, après que M. Armand Gautier eût fait observer que, voici près d'un demi-siècle, Chevreul avait consacré une étude spéciale aux recherches des sourciers, l'Académie des sciences a-t-elle décidé la création d'une commission chargée d'étudier ces faits étranges. Cette commission est composée de MM. Armand Gautier, Dastre et Douville.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Patoir (de Lille).

HOPITAL BEAUJON (service de M. le professeur Albert ROBIN). — Le jeudi 6 mars, à dix heures, dans l'amphithéâtre de la Faculté, M. A. Trillat, de l'Institut Pasteur, fera une conférence sur « l'adaptation de la théorie miasmatique aux idées pastoriennes ; de l'influence des émanations telluriques et organiques sur le développement des germes ; applications de ces notions à l'hygiène et à la thérapeutique ».

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. DE BEURMANN. — *Conférences théoriques et pratiques.* — Une série de conférences théoriques et pratiques sur les affections cutanées et vénériennes est faite par MM. de Beurmann, R. Sabouraud, Dominici, Mouneyrat, Louis Ramond, Eugène Regnauld, Grandchamp, Egger, Degrais, Pestel, Tanon, Cottin, Noiré, Philibert, Chenet, Jean Pellot, Larroque, Labourdette.

Les leçons ont lieu les lundi, jeudi et samedi de chaque semaine, de dix heures à onze heures dans la salle des conférences de l'hôpital, à côté du musée et de la bibliothèque.

Lundi 24 février, à dix heures un quart, salle des conférences : « Emploi de la haute fréquence et de l'électrolyse en dermatologie », par M. Pestel.

Jeudi 27 février, à dix heures, salle des conférences : « Iritis syphilitique et kératite interstitielle », par M. Louis Chenet.

Samedi 1er mars, à dix heures, salle des conférences : « L'ultramicroscope et ses applications pratiques », par M. Cottin.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — COURS DE VACANCES (douzième année). — L'Association organise, chaque année, deux séries de cours de vacances. Dans ces cours de revision et de perfectionnement, les médecins praticiens et les étudiants trouveront les éléments essentiellement pratiques des méthodes cliniques et thérapeutiques spéciales aux principales branches de la médecine et de la chirurgie. Les deux séries ont lieu : l'une à Pâques (quinzaine de Pâques), l'autre, à la fin des grandes vacances (dernières semaines de septembre).

La prochaine série aura lieu du lundi 17 mars au samedi 23 mars 1913 avec le programme suivant :

A huit heures et demie : M. Bourguignon (cabinet d'électrothérapie, 2, square du Croisic et hospice de la Salpêtrière). L'électricité dans les maladies du système nerveux : électrodiagnostic, électrothérapie, radiothérapie.

A huit heures et demie : M. Caboche (clinique, 31, rue Ballu). Examen, diagnostic et thérapeutique des maladies du nez, du larynx et de l'oreille. — M. Menier. *Cours de septembre.*

A neuf heures et demie : M. Audistère (hôpital Beaujon). Etude clinique des maladies du cœur et du poumon.

A dix heures : M. d'Herbécourt (clinique, 31, rue Ballu). Examen, diagnostic et traitement des affections gynécologiques.

A dix heures et demie : M. Civatte (hôpital Saint-Louis). Dermatologie et syphiligraphie.

A onze heures : M. Lavenant (clinique, 76, quai des Orfèvres, Pont-Neuf). Maladies des voies urinaires. — M. Pasteau. *Cours de septembre.* — M. Rousseau-Decelle (Sociétés savantes, 28, rue Serpente). Stomatologie.

A quatre heures : M. Barbarin (clinique, 76, quai des Orfèvres). Clinique chirurgicale des maladies infantiles. Orthopédie. — M. Judet. *Cours de septembre.*

A cinq heures : M. Dubrisay (Sociétés savantes, 28, rue Serpente). Accouchements. Présentations et positions. Hémorragies. Infection. Opérations et manœuvres obstétricales. — M. de Font-Réaulx (clinique, 31, rue Ballu). Méthodes de diagnostic et de traitement des principales affections oculaires.

A six heures : M. Agasse-Lafont (Sociétés savantes, 28, rue Serpente). Maladies de l'appareil digestif.

Le cours de M. Delherm (électrothérapie, radiothérapie et applications indirectes de l'électricité) aura lieu en *septembre 1913.*

S'inscrire : 1° par correspondance auprès de M. Mouly, 28, rue Serpente (Sociétés savantes) ; 2° auprès du professeur lors de la première leçon.

Le droit d'inscription est de 25 francs pour chaque cours qui comprendra de huit à onze leçons. Tous les cours commenceront le lundi 17 mars aux heures indiquées, et seront terminés le samedi 29 mars.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Mouly, 28, rue Serpente. Envoi du programme détaillé sur demande.

PHLEGMON GANGRÉNEUX DE LA LOGE PÉNIENNE

CHEZ LES DIABÉTIQUES

Par M. J. BRAULT,

Professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées à la Faculté de medecine d'Alger.

Il est une forme de phlegmon gangréneux que nous avons rencontrée deux fois dans ces dernières années chez des gens âgés et diabétiques.

Dans leur mémoire Tédenat et Martin (1) divisent les inflammations gangréneuses du pénis en trois catégories; les cas, que nous visons ici, appartiendraient assez bien au type numéro deux, envisagé par les auteurs, sous le nom de *phlegmon péri-caverneux*.

La forme que nous avons en vue peut se voir en dehors du diabète; de toutes façons, elle est rare, et nous voyons plus fréquemment, soit le phlegmon gangréneux superficiel avec sphacèle des téguments, soit la gangrene totale avec sphacèle complet du pénis, que nous avons rencontrée chez des adultes tarés, et aussi chez de tout jeunes gens; l'un d'eux avait quinze ans à peine et avait vu la chose survenir à la suite de son premier coït avec une Mauresque.

Je reviens à l'objet de ce mémoire : le *phlegmon sphacélique de la loge pénienne, chez les diabétiques*.

Dans les 2 cas que nous avons observés chez ces derniers, il s'agissait d'un phlegmon gangréneux de toute la loge pénienne consécutif à des gangrènes partielles de la verge.

Voici comment les choses se sont présentées chez nos deux malades :

L'affection débute par une gangrène plus ou moins étendue de la verge, entamant assez fortement le gland, l'escarre une fois tombée et la réparation faite, une fistule reste sur la partie dorsale du pénis. Les malades indociles ne prennent pas garde à ce reliquat de l'infection, ils se soignent plus ou moins eux-mêmes, échappant à la surveillance médicale. Une fusée de plus en plus profonde s'établit sous le fascia pénis et gagne enfin toute la loge pénienne.

Lorsque, après débridement dorsal, on vient à explorer la poche purulente, on sent dans cette dernière les corps caverneux disséqués mais intacts, l'urètre détaché flotte au-devant d'eux, comme la corde d'un arc débandé.

Au moment où l'affection bat son plein, le pénis est gros, enflammé; un pus abondant, grisâtre, d'une fétidité extrême, charriant des détritus sphacéliques, s'écoule par la fistule dorsale, les bourses à leur partie inférieure sont rouges tuméfiées; lorsqu'on presse sur elles, l'écoulement purulent augmente d'intensité (1); malgré cela, on sent bien que ce n'est pas dans leur intérieur que se trouve le pus, mais en arrière d'elles. Enfin au périnée, mais assez haut, tout près de la racine des bourses, on trouve un peu de gonflement mais sans tension véritable.

Quand l'affection est prise tardivement, malgré le drainage d'outre en outre, de la face dorsale de la verge au périnée (2), on peut voir survenir du sphacèle de toute la partie inférieure des bourses.

Il s'agit là en somme d'une forme très sévère de phlegmon gangréneux. Malgré mes recherches, je n'ai pu retrouver l'observation détaillée de mon premier malade qui a été prise il y a déjà quelques années.

Voici maintenant l'observation de notre deuxième sujet :

Observation. — D. C..., soixante-cinq ans, célibataire, né à Constantine, ayant toujours habité l'Algérie, entre le 5 décembre 1912 à la clinique.

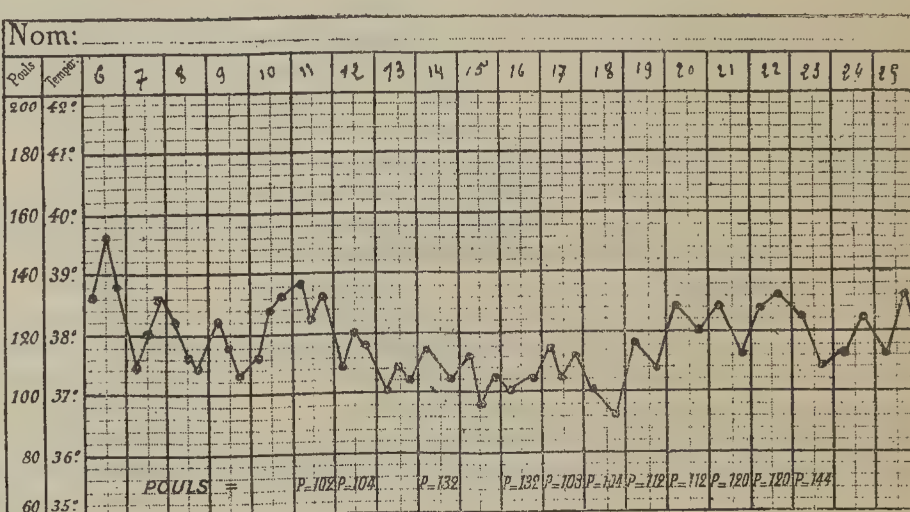
Ce qui nécessite son entrée, c'est une fistule de la face dorsale de la verge donnant beaucoup de pus à odeur très fétide et un gonflement douloureux de la partie inférieure des bourses.

Ce malade a fait déjà un séjour dans le service, en été, durant les vacances, j'étais absent, mais, d'après les renseignements que j'ai pu obtenir, cet individu s'était présenté le 17 juillet dernier avec une gangrène du gland et avait séjourné dans nos salles jusqu'au 23 août.

A la suite du traitement institué, la gangrène s'était limitée à une partie du gland, toutefois, quand le malade sortit sur sa demande expresse, le 23 août, il restait une fistule à la partie dorsale de la verge.

Le malade indocile et insouciant se soigna irrégulièrement à partir de cette époque. Il ne revient à la consultation que le 5 décembre, nous le faisons entrer immédiatement.

A ce moment D. C... présente, comme nous l'avons dit, une fistule pénienne dorsale donnant beaucoup de pus et une infiltration des bourses rouges et un peu tendues à leur base; en arrière de ces dernières, au périnée nous constatons un léger gonflement (3), le pénis est lui-même, bien entendu, le siège d'un gonflement marqué.



Dès l'arrivée du patient nous débridons sur la face dorsale

(1) Tédenat et Martin. *Arch. gén. de chir.*, 25 août 1909.

(1) Cette pression est douloureuse.

(2) La seule intervention rationnelle en pareil cas.

(3) Mais on sent bien qu'il n'y a aucune collection à ce niveau.

de la verge et nous drainons la fusée qui s'y trouve; le lendemain, la suppuration continuant à rester très abondante et semblant venir d'une poche profonde, nous agrandissons notre incision de la face dorsale de la verge. Nous pouvons ainsi explorer du doigt toute la loge pénienne envahie dans sa totalité et drainer notre collection dans toute son étendue, en incisant le périnée à la racine des bourses. Dans la loge, nous sentons les corps caverneux à nu et, au-devant d'eux, l'urètre qui en est séparé, ce dernier ne présente aucune solution de continuité, ainsi que nous pouvons nous en assurer par le cathétérisme, les urines sont claires.

A partir de ce moment, la suppuration diminue; malgré cela, le malade dont l'état général est précaire, qui urine dans ses pansements et qui compte 41gr2 de sucre au litre, présente le 9 décembre un sphacèle de la partie inférieure des bourses.

En dépit du mauvais état général de notre malade, l'escarre se détache bientôt, laissant une plaie qui a bon aspect et a de la tendance à bourgeonner; en outre, la poche drainée a de la tendance à se combler.

Malheureusement de nouvelles complications surviennent progressivement, c'est tout d'abord une escarre sacrée, puis des escarres aux fesses, aux pieds et aux genoux.

Le malade s'affaiblit de plus en plus et succombe le 1er janvier 1913, à midi (1). Pour la température, voir la courbe cidessus.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE
ET DE SES COMPLICATIONS
PAR LE NÉOSALVARSAN

PAR MM. LES DOCTEURS
JULES JANET et ALFRED LÉVY-BING.

Dans un travail qu'il a fait paraître sur le néosalvarsan, dans la *Deutsche medizinische Wochenschrift* (n° 21, 23 mai 1912), le docteur Stühmer attire, en passant, l'attention sur ce fait que, lorsqu'il injectait par voie intraveineuse du néosalvarsan à des syphilitiques atteints en même temps de blennorragie, il observait un arrêt de l'écoulement pendant la durée du traitement.

Le docteur Heuck, dans les *Therapeutische Monatshefte* (fascicule II, nov. 1912), signale qu'il a remarqué, comme le docteur Stühmer, que les écoulements blennorragiques disparaissent pendant le traitement par le néosalvarsan chez les syphilitiques blennorragiques.

Sur ce même sujet, on trouve quelques indications dans l'article du docteur Kall, paru dans la *Münchener medizinische Wochenschrift* (n° 31, 1912), intitulé « Erfahrungen mit Neosalvarsan ».

Les résultats obtenus par ces auteurs dans la blennorragie sont tous consécutifs au traitement de sujets syphilitiques par la voie intraveineuse.

Mais il n'existe aucun travail sur les applications locales de solutions de néosalvarsan dans l'urètre et la vessie et nous nous sommes demandés s'il était possible d'employer le néosalvarsan en grands lavages dans le traitement de la blennorragie de l'appareil génito-urinaire.

(1) Le corps a été enlevé par la famille, l'autopsie n'a pu être faite.

Nous avons d'abord étudié la tolérance des muqueuses pour le néosalvarsan; elle est extrêmement grande et après une période de tâtonnements nous avons pu, sans le moindre inconvénient et sans aucune irritation, utiliser une solution aqueuse de néosalvarsan à 2 p. 100. Ces essais ont été faits, depuis octobre 1912, dans le service de l'un de nous, à Saint-Lazare, avec l'aide de M. Gerbay, notre interne.

Nous avons traité un certain nombre de femmes atteintes de blennorragie, soit de l'urètre, soit du vagin, soit du col de l'utérus.

Les examens bactériologiques étaient faits journellement, avant, pendant et après le traitement et nous avons constaté une disparition très rapide des gonocoques. Il faut préparer la solution extemporanément, au moment de s'en servir; on pourrait peut-être utiliser une émulsion huileuse, plus stable.

Pour la blennorragie de l'urètre, nous avons employé soit les grands lavages au bock de tout l'urètre et de la vessie, soit le ramonage de l'urètre avec une tige enroulée d'ouate et imbibée d'une solution de néosalvarsan à 2 p. 100; au bout d'une huitaine de jours, on ne pouvait plus déceler de gonocoques.

Pour le vagin, nous faisions des irrigations (un litre par jour, en deux fois) et dans quelques cas nous laissions des tampons d'ouate bien imprégnés de la solution de néosalvarsan. Nous agissions de même pour le col de l'utérus, et sur les ulcérations du col nous appliquions une pommade de néosalvarsan à 1 p. 10.

Dans tous les cas nous assistions à une rapide disparition des écoulements et en même temps nous remarquions l'absence de gonocoques, surtout facile à établir dans les examens portant sur l'urètre.

Nous n'avons pas encore essayé les grands lavages au néosalvarsan dans le traitement de la blennorragie chez l'homme, mais nous allons maintenant les expérimenter et nous ne doutons pas qu'ils ne soient parfaitement tolérés et ne conduisent aux mêmes conclusions satisfaisantes. Nous avons préféré commencer nos essais par la femme, chez laquelle il était plus facile de surveiller l'action du médicament sur les muqueuses.

Mais où le néosalvarsan nous paraît devoir donner les résultats les plus remarquables, c'est dans les *complications de la blennorragie*, complications sanguines généralisées, complications articulaires ou rhumatismales. Et l'on s'explique très facilement cette action, si l'on admet d'une part que le néosalvarsan agit sur le gonocoque, comme semblent le démontrer nos premiers essais de traitement local et si d'autre part l'on réfléchit que l'injection intraveineuse met directement le médicament en contact avec les gonocoques ou les toxines qui ont passé dans la circulation générale et causé une infection sanguine. Nous venons, à ce point de vue, d'observer un cas presque typique.

OBSERVATION. — M. X..., âgé de vingt-huit ans, est atteint, pour la première fois, d'une blennorragie au début de décembre 1912; l'incubation a été de onze jours. Le début du traitement a lieu au bout de trois jours : lavages de l'urètre

antérieur au permanganate de potasse, 0,25 à 0,35 p. 1000, un lavage par jour, pendant huit jours. Le malade part alors en voyage, fait un lavage lui-même, puis cesse le traitement. Il revient à Paris après cinq jours d'absence; l'écoulement semble arrêté. L'épreuve de la bière ne provoque aucune rechute et le malade est considéré comme guéri.

Mais, huit jours plus tard, reprise de l'écoulement, sans aucun coït intermédiaire. Gonocoque total. On fait des lavages de tout l'urètre et de la vessie au permanganate de potasse, à 0,25 p. 1000, pendant quatre jours.

A ce moment, c'est-à-dire le 5 janvier 1913, apparition d'une *myosite blennorragique* de l'avant-bras droit, prédominant au tiers supérieur du groupe des fléchisseurs, myosite accompagnée d'un fort gonflement avec rougeur des téguments. Les mouvements sont absolument impossibles, et l'avant-bras est immobilisé en demi-flexion. Toute la région du coude et de l'avant-bras est extrêmement douloureuse à la palpation même la plus légère, les doigts peuvent à peine remuer et le malade, qui a beaucoup maigri et présente un facies pâle et infecté et de la température, se plaint de douleurs excessives empêchant tout sommeil.

On laisse le malade au repos pendant trois jours, sans lavages, mais on ordonne du santal.

Au bout de ces trois jours, le malade est revu le 9 janvier 1913, toujours dans le même état; l'écoulement persiste. Mais on découvre dans le sillon balano-préputial, tout près du frein, un petit chancre érosif, légèrement induré, qui peut dater tout au plus de cinq à sept jours; à l'ultramicroscope on constate des tréponèmes typiques, mais la séro-réaction de Wassermann, faite avec l'antigène à la cholestérine, donne un résultat encore négatif (H^8).

Le 10 janvier, au matin, injection intraveineuse de 0,30 centigrammes de néosalvarsan, dans le bras gauche, très bien supportée. Le malade continue à souffrir horriblement du bras droit et, pour le soulager un peu, on fait pendant la nuit une application locale de boues radio-actives. Deux jours après l'injection, le malade est déjà très soulagé, il a pu dormir toute la nuit et le 16 janvier il remue l'avant-bras droit, sans aucune douleur.

La séro-réaction de Wassermann, faite à nouveau, reste négative.

Le 17 janvier, deuxième injection intraveineuse de 0,60 centigrammes de néosalvarsan dans le bras gauche. Deux jours après cette nouvells injection, le bras droit est redevenu absolument normal, ne présentant ni raideur, ni atrophie musculaire, ni la moindre douleur soit spontanée soit provoquée; l'état général est excellent.

Le chancre était déjà cicatricé lors de la deuxième injection de néosalvarsan.

Quant à la blennorragie, elle est parfaitement guérie et pourtant, depuis le 5 janvier, le malade n'a plus eu de traitement; il a pris, pendant quelques jours seulement, des capsules de santal.

Vers le 27 janvier, on commence les injections mercurielles.

Cette observation est des plus intéressantes, car elle montre l'action extraordinairement rapide d'une injection intraveineuse de néosalvarsan sur l'une des complications les plus douloureuses et les plus persistantes de la blennorragie, complication contre laquelle nous nous trouvons le plus souvent désarmés.

LA CUPRASE DANS LE CANCER INOPÉRABLE

Par M. H. ROZIÈS,

Interne des hôpitaux de Montpellier.

Dans une brochure, intitulée *De la décancérisation*, le docteur J. Gaube (du Gers) recommande dans le traitement des épithéliomas, en particulier inopérables, l'emploi d'un médicament nouveau : la cuprase. La cuprase est un colloïde de protoxyde de cuivre hydraté. Le docteur Gaube l'a choisi : 1° parce que les eaux de Saint-Christau, riches en cuivre, se sont montrées de tout temps efficaces contre les cancers de la langue ou autres cancers de la peau ; 2° parce qu'il entre « comme élément de constitution dans l'une quelconque des variétés animales » ; il est l'élément dominant de la matière minérale contenue dans la matière colorante du sang de poulpe ; 3° parce qu'il n'est pas toxique. Il se présente sous forme d'un liquide incolore conservé dans des ampoules de verre jaune, d'une capacité de 5 centimètres cubes ; chaque ampoule contient 0g00121 de cuivre pur. Il est directement injectable. Il présenterait les avantages suivants : 1° il ne provoquerait aucune réaction générale ou locale ; 2° il permettrait le relèvement progressif de l'état général ; 3° il aurait une double influence sur le cancer : il diminuerait très rapidement et d'une façon très appréciable les douleurs ; de plus, il provoquerait la diminution de volume, puis la fonte progressive de la tumeur. Son action curative serait plus lente sur les cancers opérés et récidivés. A l'appui de sa thèse le docteur Gaube apporte quatorze observations de cancers traités par les injections de colloïde de cuivre, avec quatre guérisons définitives, six presque complètes et quatre améliorations.

Dans la *Berliner klinische Wochenschrift* du 22 juillet 1912, MM. C. Neuberg, W. Caspari et H. Lœhe recommandent, dans le traitement du cancer, l'emploi de certains composés organiques de toute une série de métaux lourds, plomb, vanadium, cobalt, argent, cuivre, en raison de l'action destructive qu'ils exerceraient, en injections intraveineuses, sur le cancer des souris. Cette action serait à rapprocher de celle de l'éosine-silénium de A. von Wassermann et de la choline de Werner.

De plus dans la *Deutsche medizinische Wochenschrift* du 7 novembre 1912, le docteur Arthur Strauss publie trois observations d'épithéliomas guéris par les sels de cuivre.

Enfin, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, dans sa séance du 12 juillet 1912, M. Borde a rapporté l'observation d'un cas d'épithélioma inopérable de la joue qu'il avait traité par l'injection de dix-huit ampoules de cuivre colloïdal. Et, à ce propos, un débat a été ouvert sur la cuprase. Quatre points principaux paraissent avoir été mis en question : 1° la technique de l'injection ; 2° son influence sur les douleurs ; 3° son action sur la tumeur ; 4° la valeur des observations jusque-là publiées sur cette médication nouvelle. — 1° En ce qui concerne la technique de l'injection, c'est le lieu d'injection qui peut être discuté. Dans sa brochure, le doc-

teur Gaube disait : « Elles se pratiquent dans la région lombaire ou plus bas ». M. de Boucaud préfère la face externe de la cuisse ; MM. Borde et Lobeau ont pratiqué l'injection à 1 ou 2 centimètres de la tumeur. Peut-on faire la piqûre dans la tumeur ? MM. Durodié et Micheleau ne le pensent pas, d'après la théorie du cancer adoptée par l'inventeur de la méthode, le cancer étant considéré comme une maladie générale à manifestations locales, l'injection loco dolenti serait inutile ; ajoutons cependant qu'en fait rien ne s'y oppose. — 2° MM. Borde, Lobeau ont vu, chacun dans un cas, diminuer très sensiblement les douleurs. D'autre part, M. J. L. de Boucaud, traitant par la cuprase un épithélioma de la langue, a vu, dès la cinquième injection, apparaître des douleurs d'oreille. — 3° Aucun membre de la Société n'a constaté la régression ou l'arrêt d'une tumeur cancéreuse sous l'influence du colloïde de cuivre. — 4° Enfin l'opinion générale paraît que les observations jusqu'ici produites, n'ayant jamais été suivies d'examens microscopiques, ne sont pas suffisamment probantes. Personne n'a parlé de l'influence sur l'état général.

Dans le service de M. le professeur Tedenat, nous avons eu l'occasion de traiter par la cuprase quatre cancéreux inopérables. L'injection a été faite tous les quatre jours ; la dose injectée était d'une ampoule. L'injection a été intramusculaire, à la fesse. Les quatre cas observés se décomposent en : 1° un épithélioma du rectum ; 2° deux épithéliomas du col utérin ; 3° enfin un épithélioma du pharynx avec énorme adénopathie cervicale secondaire. En voici, résumées, les observations.

I. Mme M. B..., cinquante ans, à N... Entre le 5 mai 1912, salle Paulet, pour constipation opiniâtre. Rien du côté des antécédents héréditaires ou personnels. Réglée à seize ans, régulièrement. Mariée à dix-sept ans. A dix-neuf ans, une grossesse normale avec accouchement normal ; un enfant vivant et bien portant. Début il y aurait deux ans par constipation, s'installant par périodes de cinq à six jours, cédant difficilement aux purgatifs ; alternant avec des débâcles pseudo-diarrhéiques. A plusieurs reprises les selles consistaient en abondantes glaires sanguinolentes. Jamais de melæna véritable. Depuis un à deux mois, douleurs sacrées d'abord intermittentes, à l'heure actuelle continues et très vives. Examen : anus anormal ; à 3 centimètres au-dessus, on trouve une tumeur à grosses bosselures obturant presque complètement la lumière rectale ; le doigt n'y peut pénétrer et revient rougi. Par le palper abdominal, on sent la masse néoplasique volumineuse et assez étendue. Elle adhère au sacrum sur les parties latérales. En avant, elle pousse vers la vessie et l'on est étonné que la malade n'urine que trois à quatre fois par jour. Ganglions inguinaux.

Diagnostic : épithélioma du rectum inopérable. Le 8 mai, première injection de cuprase dans le tiers supérieur de la fesse droite ; injection douloureuse ; la douleur persiste, irradiée dans la cuisse, une à deux heures. Aucune réaction de la température ou du pouls. Ni céphalée, ni vomissements. Les 12, 17, 22, 29 mai, nouvelles injections, sont douloureuses, comme la première. Les douleurs sacrées persistent ; l'appétit reste très diminué. Au toucher, la tumeur a le même volume. Le 2 juin, poussée diarrhéique sanguinolente ; accélération du pouls. On interrompt le traitement. La malade sort le 6 juin, emmenée par sa famille.

II. Mme A. G..., ménagère, quarante-quatre ans, à G... Entre le 15 mai 1912, salle Paulet, pour hémorragies utérines. Rien du côté des antécédents héréditaires ou personnels. Réglée à treize ans ; régulièrement, règles moyennement abondantes, durant trois à quatre jours, non douloureuses, sans caillots. Mariée à vingt-deux ans. A vingt-trois, vingt-sept, trente ans, trois accouchements normaux, à terme, sans complications ; trois enfants vivants et bien portants. Début il y aurait six mois ; les règles deviennent plus irrégulières et plus abondantes, peu douloureuses, mais avec caillots ; elles durent six à sept jours. Pas de pertes blanches. Depuis un mois, pertes fétides, tachant le linge et ayant déterminé de l'érythème des cuisses ; douleurs lombaires irradiées dans la fesse du côté droit. Appétit diminué ; teint jaune paille. Depuis six mois, la malade aurait maigri de 4 kilogrammes. Au toucher : col utérin remplacé par une masse bourgeonnante ayant envahi les culs-de-sac latéraux du vagin, absolument fixée ; molle et friable, elle s'ulcère et saigne sous le doigt qui l'explore. Diagnostic : épithélioma inopérable du col. Le 17 mai, première injection de cuprase ; injection douloureuse ; la douleur s'irradie jusque dans le mollet et persiste une à deux heures. Le 20, 25 et 30 mai, nouvelles injections. La malade demande à sortir le 1er juin. Les douleurs, les pertes sont aussi abondantes qu'à l'entrée ; la tumeur n'a ni augmenté, ni diminué.

III. Mme J. M..., ménagère à M...., trente-cinq ans ; entre le 21 mai 1912, salle Fournier, lit n° 8, pour douleurs abdominales, pertes rouges et pertes blanches. Rien dans les antécédents. Réglée à treize ans, régulièrement ; règles moyennement abondantes ; durant trois à quatre jours, peu douloureuses, sans caillots. Mariée à vingt ans. A vingt-deux et vingt-quatre ans, deux grossesses normales ; accouchements à terme, pénibles ; travail long par inertie utérine ; pas d'application de forceps. Suites normales. Début il y aurait un an et demi ; les règles se prolongent, durant sept à huit jours. Depuis huit mois, douleurs vives hypogastriques, lombaires et sacrées sous forme de tiraillements très pénibles. Depuis six mois, pertes fétides, sanguinolentes, peu abondantes, mais continuelles. Depuis trois mois, la malade n'a pas quitté le lit. Pollakiurie ; constipation opiniâtre. Pâleur extrême ; la malade aurait maigri de 12 kilogrammes en six mois. Examen. Epithélioma du col à forme rongeante, ayant envahi le col utérin et le paramètre, absolument immobile ; cul-de-sac vaginal droit partiellement pris. On fait à la malade quatre injections de cuprase, espacées de quatre jours, intramusculaires, à la fesse, en alternant à chaque piqûre. Injections très douloureuses ; douleurs persistant quatre à cinq heures, irradiées dans la cuisse. Aucune réaction générale ou locale.

La malade sort le 15 juin, emmenée par sa famille. La tumeur a encore progressé ; les pertes sont toujours continuelles ; cependant les douleurs se seraient légèrement atténuées.

IV. Jean B..., cinquante-neuf ans, cafetier à R... Entre le 31 mai 1912 pour tumeur du cou. Rien dans les antécédents. Pas de syphilis. Début il y aurait trois à quatre mois par l'apparition un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire, du côté droit, d'une petite tuméfaction du volume d'une grosse noix. Cette masse était mobile et indolore. Elle a depuis progressivement augmenté de volume, pour acquérir, à l'heure actuelle, les dimensions du poing. Depuis un mois environ, douleurs très vives au niveau de la tumeur avec irradiations dans l'oreille droite. Légère dysphagie. *Examen :* tumeur cervicale, droite, remontant en haut jusqu'à la mastoïde, descendant ensuite obliquement en avant et en dedans jusqu'à deux ou trois travers de doigt de la clavicule arrondie, avec un point plus saillant à la partie moyenne ; de consistance dure. La peau est violacée au niveau de la tumeur, mais encore libre. La tumeur est mobilisable sur les plans profonds ; mais il est difficile d'apprécier tout ce que l'on mobi-

lise avec elle. L'amygdale droite est plus saillante que la gauche, légèrement ulcérée, à base élargie et douloureuse. Diagnostic : épithélioma inopérable à point de départ amygdalien. Avant son entrée à l'hôpital, la malade avait reçu quatre injections de cuprase. Une piqûre avait fait un abcès. La malade prétend souffrir davantage, il aurait noté en outre une augmentation de volume de la tumeur. On continue la cuprase ; une injection de 5 centimètres cubes, tous les quatre jours ; aucune réaction. Le 12 juin, la malade quitte l'hôpital ; la tumeur paraît avoir augmenté encore ; les douleurs d'oreille persistent très vives.

En résumé, injections intramusculaires, à la fesse, de 5 centimètres cubes de cuprase, tous les quatre jours, nous ayant permis de noter les résultats suivants :

1° Dans trois cas, au moins, elles ont été douloureuses ; les douleurs ont persisté, irradiées à la cuisse, plusieurs heures après la piqûre. Nous n'avons jamais observé l'érythème signalé par Gaube au niveau du point piqué.

2° Nous n'avons jamais observé de réaction générale ; il n'y a eu dans aucun cas de la fièvre, avec une accélération du pouls, jamais de céphalée, ni de vomissements.

3° Dans trois cas, les douleurs n'ont nullement été influencées par la cuprase ; dans un seul cas (obs. III) elles paraissaient atténuées.

4° Les sécrétions et pertes fétides ont persisté après les injections comme avant.

5° Nous n'avons jamais observé l'arrêt ou la régression de la tumeur.

Nous n'avons jamais eu l'occasion de continuer longtemps l'emploi de la cuprase ; et c'est pourquoi nous n'avons jamais pu observer son influence sur l'état général du malade.

Qu'en conclurons-nous ? La cuprase est un médicament trop nouveau et expérimenté depuis trop peu de temps pour qu'il soit possible de porter sur lui un jugement définitif. Il serait cependant intéressant d'observer si, par lui, on ne pourrait pas obtenir, chez les cancéreux, ce qui a été souvent noté chez les tuberculeux en particulier (Gaussel, *Progrès médical*, 2 décembre 1911) à propos de l'électrocuprol, le relèvement de l'état général et la régression de la cachexie.

BIBLIOGRAPHIE. — GAUBE (du Gers). *De la décancérisation* (Rousset, édit., 1912) ; — *Soc. méd. des prat. de Paris*, 5 fév. 1912 ; — *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, séance du 12 juillet 1912, discussion. — C. NEUBERG, W. CASPARI et H. LŒHE. Essais de chimiothérapie antinéoplasique, *Berlin. klin. Woch.*, 22 juillet 1912. — Von Dr. Artur STRAUSS in BARMEN. Epitheliombehandlung mit Kapfersalzen, *Deut. med. Woch.*, 7 nov. 1912.

FORMULAIRE

TEINTURE D'IODE TÉTRACHLOROCARBONÉE (1)

Iode	2 parties
Tétrachlorure de carbone	98 —

Préconisée (comme les teintures benzénique et chloroformique) comme succédané de la teinture alcoolique d'iode, notamment pour la stérilisation préopératoire de la peau.

(1) *Bull. de la Soc. des pharm. du Loiret.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1913)

Adrénaline et glycémie. — Mlle Lucie FANDARD. La *glycémie physiologique* se mesure par la quantité de *sucre libre* contenu dans le sang artériel ; sensiblement fixe pour une espèce animale donnée, elle est indépendante des régimes alimentaires, de l'état de repos ou de travail, et exprime l'état d'équilibre entre la production et la dépense de l'organisme en sucre.

En outre du *sucre libre* directement réducteur, on rencontre dans le sang du *sucre combiné*.

Il est possible, en suscitant des troubles dans l'équilibre de la nutrition, de faire varier la glycémie chez l'animal. Mlle Fandard relate aujourd'hui les variations consécutives à l'injection d'adrénaline.

A la suite d'injection d'adrénaline dans la cavité péritonéale, le taux du sucre libre augmente considérablement dans le sang, l'hyperglycémie s'établit progressivement, elle atteint son maximum vers la troisième ou quatrième heure qui suit l'injection. L'hyperglycémie consécutive à l'injection intraveineuse atteint plus vite son maximum, mais elle peut néanmoins se maintenir pendant trois et même quatre heures. Les jeunes chiens sont particulièrement sensibles à l'action de l'adrénaline. Parallèlement au sucre libre, le sucre combiné varie beaucoup plus lentement.

Il résulte des expériences de Mlle Fandard que le mécanisme qui règle l'hyperglycémie et la glycosurie n'est pas aussi simple qu'on l'admettait jusqu'ici.

Il semble qu'une partie du sucre libre versé en excès dans le sang puisse entrer plus ou moins rapidement en combinaison sans être perdue pour l'organisme, et que le surplus seul passe dans l'urine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1913)

Uraturie paroxystique. — MM. ROGER et P. CHEVALLIER ont eu l'occasion d'observer un syndrome qui n'a pas encore été décrit et peut être mis en parallèle avec l'hémoglobinurie paroxystique. Il est essentiellement caractérisé par des crises d'uraturie survenant sous l'influence du froid. Les deux manifestations peuvent d'ailleurs se succéder. Leur malade avait eu autrefois, en 1906, de l'hémoglobinurie paroxystique. Six ans plus tard, il entre à l'Hôtel-Dieu pour des crises qui débutent d'une façon analogue ; après une exposition au froid, surviennent des malaises, des frissons, une ascension thermique. Bientôt l'urine rendue, au lieu d'être brune, comme dans l'hémoglobinurie, est au contraire blanche, jumenteuse et lactescente. Elle renferme des urates déjà précipités, qui se déposent par le repos, formant au fond du vase une couche assez épaisse. Après quelques heures, ce trouble cesse, et l'urine reprend son caractère normal. Le dosage démontre la nature uratique du précipité, la quantité d'acide urique qui est, par exemple, à 3 p. 1000 en temps normal, s'élève au moment des crises à 6‰ et même à 1 gramme.

Frappés des analogies cliniques qui existent entre l'hémoglobinurie et l'uraturie paroxystique, les auteurs se demandent s'il ne faut pas invoquer, dans les deux cas, une action cytolytique du sang ; dans l'hémoglobinurie, la destruction porte sur les globules rouges ; dans l'uraturie, elle porterait sur les globules blancs.

Les deux états morbides semblent justiciables du même

traitement. Le malade des auteurs ayant eu quelques douleurs articulaires, ils lui avaient prescrit du salicylate de soude.

A leur grande surprise, les crises uratiques disparurent et le malade put s'exposer impunément au froid. Ils ont alors essayé le même traitement sur un hémoglobinurique ; le résultat a été semblable. Aucun accès ne s'est produit tant que le malade a pris le médicament.

Perfusion intestinale chez l'animal vivant. — MM. P. Carnot et R. Glénard ont réalisé sur l'animal vivant une circulation artificielle dans une anse intestinale qui n'est plus reliée à l'organisme que par ses nerfs, ce qui permet de faire le départ entre certaines actions nerveuses et humorales. Ils ont observé : 1° que la section des nerfs centraux provoque une exagération des mouvements péristaltiques de l'intestin, perfusé ou non, ainsi qu'une sécrétion paralytique abondante ; 2° que, dans cette expérience avec conservation des relations nerveuses centrales, l'injection intraveineuse de sulfate de soude, qui exagère beaucoup le péristaltisme des anses voisines irriguées par le sang, n'influence pas, par contre, les mouvements de l'anse perfusée.

L'action péristaltogène du purgatif ne se transmet donc pas sur les nerfs d'origine centrale.

Si l'on établit tardivement la communication à plein canal des anses irriguées par le sang et de l'anse perfusée, il se produit, au niveau de cette dernière, des mouvements péristaltiques intenses.

Il est donc vraisemblable que, après injection intraveineuse de sulfate de soude, une substance péristaltogène est fabriquée par l'organisme et éliminée par l'intestin, car l'excrétion de très petites quantités de purgatifs est incapable d'expliquer cette action.

Sur le pouvoir d'absorption de la vessie. — M. M. Nicloux et Mlle Victoire Nowicka ont repris l'étude de ce problème en se servant de l'alcool comme substance d'étude en raison de sa faible toxicité et de l'extrême facilité avec laquelle on le dose dans le sang et dans l'urine même à l'état de traces infimes.

Dans une première série d'expériences les auteurs font ingérer de l'alcool à des lapins et étudient comparativement les éliminations pulmonaire et urinaire ; alors que la première est à peu près constante, la seconde présente des variations énormes : elle est d'autant plus grande que les mictions ont été plus fréquentes et abondantes et réciproquement. A n'en pas douter, ces variations sont uniquement dues à une réabsorption de l'alcool au niveau de la paroi vésicale plus ou moins forte suivant la durée du séjour de l'urine dans la vessie.

Dans une seconde série d'expériences les auteurs ont étudié l'absorption de l'alcool introduit directement dans la vessie : l'absorption est notable, en une heure elle atteint 16 p. 100, en deux heures, 25,8 p. 100, en trois heures, 41,3 p. 100 ; elle varie avec la concentration et le temps.

Insuffisance surrénale et curarisation. — MM. J. Camus et R. Porak ont étudié la sensibilité au curare de lapins décapsulés complètement ou partiellement. Ils ont observé que la privation d'une partie des capsules surrénales modifie la sensibilité des animaux au curare, parfois en la diminuant, souvent en l'exagérant.

La décapsulation totale diminue toujours la résistance à la curarisation.

Le rapport azoturique dans les sérosités de l'organisme. — M. A. Javal a dosé comparativement l'azote uréique et l'azote total dans plus de 200 liquides organiques, en suivant la même technique que MM. Widal et Ronchèse, technique qui lui a toujours donné d'excellents résultats.

M. Javal a vu que, si l'on fait au même instant chez un même malade plusieurs ponctions de sérosités différentes (sérum, liquide céphalorachidien, œdème, hydrothorax ou ascite), on trouve un rapport azoturique sensiblement le même dans toutes ces humeurs.

Puisque le rapport azoturique est intéressant à étudier dans les maladies du foie, il n'est pas sans utilité de savoir qu'on peut l'établir aussi bien avec le liquide d'ascite qu'avec le sérum sanguin.

Etudes sur la poliomyélite aiguë épidémique. — Les faits épidémiologiques recueillis en Suède par MM. Kling et Levaditi concordent avec l'hypothèse de la transmission de la maladie par contact humain (direct ou indirect) formulé par M. Wickmann.

Cette transmission est assurée par des cas de poliomyélite typique, et surtout par des cas abortifs, lesquels peuvent rester facilement méconnus, par conséquent non isolés, et qui, souvent, constituent la majorité.

Dans un foyer épidémique restreint et isolé, la maladie apparaît d'une façon brusque, s'étend rapidement, fait en peu de temps tout ce qu'elle peut faire, pour s'éteindre ensuite complètement.

L'incubation peut être de très courte durée (deux, trois jours).

Les malades paraissent être contagieux pendant la période d'incubation qui précède l'éclosion des phénomènes prémonitoires.

La poliomyélite peut évoluer en deux phases, séparées par une période d'accalmie de quelques jours, voire même de quelques semaines. Pendant cette période, le sujet, qui paraît bien portant, peut infecter son entourage.

L'expérimentation ne leur a pas permis de découvrir le virus de la poliomyélite en dehors du corps humain. Ils ne peuvent confirmer l'hypothèse de la transmission de la paralysie infantile par l'intermédiaire de l'*eau*, du *lait*, de la *poussière*, des *punaises*, des *moustiques*. L'homme est l'unique dépositaire du virus. Le virus peut être contenu dans les sécrétions naso-pharyngées et trachéales, et dans le contenu intestinal des sujets atteints de paralysie infantile : on n'a pas pu déceler sa présence dans la même sécrétion des sujets atteints de la forme abortive de la maladie ou chez les porteurs de germe. Le sérum de certains sujets qui restent intacts au milieu d'un foyer épidémique neutralise, partiellement ou totalement, le virus de la poliomyélite.

Modifications subies par les éléments figurés du sang dans le saturnisme. — Dans cette note, le docteur E. Maurel, en s'appuyant sur des faits cliniques et expérimentaux, arrive à ces conclusions : que dans le saturnisme le nombre des hématies est diminué, et celui des leucocytes augmenté. De plus, il insiste sur ce point que ces modifications précèdent l'action du plomb sur les autres éléments anatomiques et notamment sur la fibre lisse.

Sporulation des Aspergillus niger et fumigatus. — M. Sauton. Tous les éléments du liquide de Raulin, sauf le zinc, concourent à la formation des spores. La sporulation est d'autant plus rapide que le milieu contient moins de phosphore, et d'autant plus lente qu'il renferme plus de magnésium.

Culture du bacille de Koch en milieu chimiquement défini. — MM. Armand-Delille, Mayer, Schaeffer et Terroine. On peut obtenir un milieu extrêmement favorable au bacille de Koch en donnant l'azote sous deux formes chimiquement définies et simples : un acide monoaminé, le glycocolle ; un acide diaminé, l'arginine. Ce milieu peut être substitué avantageusement au bouillon peptoné.

Sur l'action cardio-vasculaire de certains extraits d'hypophyse. — MM. H. Claude, R. Porak, D. Routier. Les injections intravasculaires d'extraits hypophysaires délipoïdés et purifiés déterminent chez l'homme une tachycardie

de trente à cinquante secondes suivie d'une phase de ralentissement cardiaque d'une minute trente secondes environ.

Le pouls veineux jugulaire devient plus net après ces injections.

En dehors de leur action hypotensive, les extraits d'hypophyse délipoïdés et purifiés ont donc une action importante sur l'appareil circulatoire; mais cette action est trop éphémère pour être utilisée en thérapeutique.

Y a-t-il des albuminuries d'origine vésicale? — M. Fernand Lévy. La question des albuminuries d'origine vésicale a été à maintes reprises discutée et résolue par la négative, or il semble qu'on doive à nouveau agiter ce problème à l'occasion de l'emploi thérapeutique de l'urotropine. Depuis longtemps on a signalé comme incidents de l'albuminurie, de l'hématurie et du ténesme. Or l'auteur a observé dans deux cas un syndrome urologique transitoire assez curieux qui, lorsqu'il est au complet, est constitué : au point de vue chimique, par une pseudo-albuminurie des plus nettes, une albuminurie très légère avec traces de sérine et quantité plus appréciable de globuline; au point de vue cytologique, par des cellules vésicales, des globules rouges intacts, plus ou moins nombreux. La pseudo-albuminurie constitue l'élément basal du syndrome et persiste la dernière. Jamais il n'existe de troubles fonctionnels ou organiques du côté du rein; jamais l'examen microscopique n'a fait constater ni cylindres, ni cellules rénales, ni globules blancs. Si l'on rapproche ces observations des cas de Crowe (cas de méningites graves terminées par la mort) où après administration de l'urotropine survint de l'hématurie, et où l'autopsie montra uniquement une forte congestion de la muqueuse vésicale à l'exclusion de lésions des reins, on est tenté d'admettre l'origine vésicale de cette albuminurie bénigne à type surtout pseudo-albumineux.

Un nouveau tube à centrifuger. — MM. A. Baudouin et H. Français présentent un tube à centrifuger à fond plat et mobile construit de manière à remédier aux inconvénients de la méthode ordinairement employée pour le cyto-diagnostic.

Le fond de ce tube est constitué par une rondelle de verre sur laquelle la centrifugation applique directement les éléments qui seront secondairement fixés et colorés. On introduit dans ce tube un centimètre cube du liquide à examiner que l'on centrifuge pendant un temps suffisant.

Le liquide est ensuite retiré à la pipette, remplacé par du liquide de Bouin qu'on laisse cinq minutes pour fixer les éléments.

Le tube à centrifuger est alors démonté, et la coloration est faite directement sur le disque à l'aide du triacide appliqué dix minutes. Les cellules ne subissent ainsi aucune des altérations pouvant résulter de la dessiccation.

ANALYSES

MÉDECINE

Colite ulcéreuse hémorragique; syndrome dysentériforme, septicémie, péritonite généralisée par propagation. (Bret et Blanc-Perducet. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, 6 juin 1912.) — A côté des colites ulcéreuses d'origine dysentérique avérée, et des colites ulcéreuses tuberculeuses, a pris place la colite ulcéreuse sans épithète. Les auteurs rapportent en détail une observation de colite ulcéreuse, d'étiologie vague et imprécise, sur la nature de laquelle, il leur est presque impossible de se prononcer; la malade qu'ils eurent l'occasion d'observer eut pendant près de six mois des troubles intestinaux, assez bien supportés d'abord. Puis apparurent des épreintes, des troubles nerveux, des douleurs, de l'herpès, et des localisations toxi-infectieuses intradermiques (érythème polymorphe, érythème noueux). La gorge fut envahie également d'ulcérations, à tendance nécrotique. Les selles devinrent hémorragiques, puis survint une péritonite, sans perforation intestinale, probablement par propagation. A l'autopsie l'on découvrit encore une endocardite mitrale et aortique, qui ne fut pas diagnostiquée malgré plusieurs examens pendant la maladie.

La cause de l'affection est difficile à préciser; il ne s'agissait sûrement pas de lésions typhiques, pas davantage d'ailleurs d'ulcérations tuberculeuses; s'agissait-il là d'une dysenterie bacillaire, qui respecte en général les plaques de Peyer, et dont les ulcérations ne vont en général pas au delà de la sous-muqueuse, comme cela existait dans l'observation rapportée? Les auteurs n'osent se prononcer en l'absence du séro-diagnostic qui ne put être fait, mais il semble bien que ce soit là leur diagnostic, car ils éliminent la colite ulcéreuse sans épithète de Zweig, en raison de l'absence dans les antécédents d'une poussée aiguë initiale à laquelle le processus chronique aurait succédé.

B. Gayard.

MÉDECINE INFANTILE

Les variations du périmètre sus-ombilical sous l'influence de la ration alimentaire chez les nourrissons atteints d'ectasie abdominale. (Variot et Morancé. *La Clinique infantile*, 15 mars 1912.) — L'ectasie abdominale se rencontre chez des enfants atrophiques, en retard pour la taille et le poids sur les enfants normaux de leur âge. Ces nourrissons hypoalimentés ont l'intestin et surtout le côlon distendus par des gaz.

Ces enfants doivent recevoir de fortes rations alimentaires parce qu'ils ont un retard de croissance dû à l'hypoalimentation, parce qu'ils utilisent bien ces fortes rations, enfin parce qu'ils perdent par rayonnement beaucoup de chaleur. La ration doit être calculée d'après leur âge et non d'après leur poids. Grâce à ces fortes rations, l'ectasie abdominale diminuée, dans des proportions notables, en quelques jours de 5 à 6 centimètres. Si la dilatation du côlon ne diminue pas, il faut supposer que l'aérophagie n'est pas supprimée complètement. On remarquera enfin que ces variations peuvent se faire rapidement, presque d'un jour à l'autre, ce qui témoigne d'une distension gazeuse de l'intestin, surtout du gros intestin, due vraisemblablement à l'aérophagie.

B. Gayard.

Le livedo annularis chez l'enfant. (Jourdanet. *Arch. de méd. des enfants*, février 1912.) — On donne ce nom à des marbrures de la peau, constituées par un mélange des parties colorées en rouge violacé, dessinant un véritable réseau, et d'autres où la peau a une coloration plus ou moins normale. Les parties colorées correspondent aux aires de circulation maxima de Renaut, celles non colorées aux zones de circulation minima. Si les phénomènes sont poussés plus loin, on a affaire à l'asphyxie. Il existe un *livedo transitoire*, et des *livedos durables*, dont un type a reçu de Balzer le nom de *livedo érythémato-inflammatoire*. Dans l'observation rapportée par l'auteur, il ne s'agissait pas seulement d'une réaction vasomotrice, mais aussi d'une véritable inflammation, se traduisant par l'extravasation avec pigmentation consécutive, le tout évoluant chez un scrofuleux, avec *acro-asphyxie*. Cette extravasation n'est pas suffisante cependant pour faire penser au purpura.

Le traitement est celui du lymphatisme, en général. M. Comby a prescrit avec succès la thyroïdine. Peut-être pourrait-on administrer ultérieurement l'adrénaline, en raison des troubles circulatoires et pigmentaires.

B. Gayard.

CHIRURGIE

Traitement des luxations anciennes de la rotule. (Mériel. *Toulouse méd.*, août 1912.) — La rotule sous l'influence d'un traumatisme rompt ses ailerons et se luxe en dehors (cas habi-

tuel) ou en dedans. Dans quelques cas au lieu de se déplacer par glissement latéral, elle tourne sur elle-même de façon à ce que l'un de ses bords appuie sur la rainure intercondylienne : c'est la luxation verticale.

Pour réduire la luxation de la rotule, on fléchit la cuisse sur le bassin et on étend la jambe sur la cuisse; les doigts peuvent ainsi ramener l'os à sa place.

En cas de luxation récidivante, il faut intervenir chirurgicalement, découvrir l'aileron relâché, puis le plisser à l'aide de catgut. L'intervention est insignifiante, sans danger et facile.

Dans les luxations anciennes, non réduites, comme dans le cas signalé par Mériel, il faut intervenir chirurgicalement; alors on fera comme lui une incision ayant pour but d'isoler une bande longitudinale, correspondant au revêtement fibreux externe de la capsule du genou. Cette bande sera détachée tout en restant fixe à ses deux extrémités; cette sorte de jugulaire verticale formera un lambeau flottant, sorte de bourrelet qui passera en sautoir sur les bords supérieur et externe de la rotule ramenée à sa place, et sera fixée ensuite, par une suture, aux masses ligamentaires prétibiales. Cette sangle musculaire fut ensuite fixée par son bord juxtarotulien aux débris de ligament latéral externe pour éviter que la rotule ait tendance à repasser au-dessous et à s'échapper de nouveau. La mobilisation sera commencée vers le quinzième jour, et les mouvements seront de plus en plus prononcés.

R. DE BUTLER D'ORMOND.

Résections étendues de l'intestin grêle. (J. DAWSON WHITALL. *Ann. surg.*, vol. LIV, n° 5, pp. 669-672.) — A propos d'un cas personnel, où, à la suite d'accouchements avec curettage, l'auteur trouva l'intestin grêle désinséré sur une longueur de 3 mètres 20 centimètres qu'il réséqua, et où cette résection étendue ne fut suivie d'aucun symptôme d inanition, il cite les 17 cas réunis par Park en 1903 où plus de deux mètres d'intestin furent réséqués. Il y eut 14 guérisons et 3 morts, les deux cas (von Eiselsberg, Obalinski) tenant la tête de la liste avec 3m50 et 3m70 étant parmi ces morts. Parmi les cas publiés depuis, il y a celui de Werelius, avec 3m60, terminé par la guérison.

Il semble donc que ces résections étendues n'aient point un aussi mauvais pronostic qu'on l'a dit. Parmi les facteurs qui influencent ce pronostic se trouvent la longueur variable de l'intestin grêle et la hauteur à laquelle la résection est faite, le danger étant d'autant plus grand que l'on commence plus près de l'estomac.

F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude des injections anté-opératoires de pantopon. (TOURNEUX et GINESTY. *Province médicale*, 11 janv. 1913.) — A l'exemple de M. Leroche (de Lyon), de M. de Rouville (de Montpellier), M. le professeur Mériel emploie, dans sa clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, le pantopon, en injections anté-opératoires, avec toute satisfaction ; remarquons tout de suite qu'avec le chloroforme les effets sont moins frappants, mais avec l'éther les résultats sont tout à fait excellents.

Lorsque l'éther était donné avec le masque de Chalot, la période initiale d'angoisse, cette sensation d'étouffement qu'ont habituellement les malades était considérablement diminuée ; la période d'excitation était très réduite et la résolution musculaire obtenue très rapidement. La respiration était calme et profonde, le pouls fort, régulier, bien frappé. La dose d'anesthésique était considérablement diminuée et parfois les deux doses massives initiales de 25 grammes suffisaient pour une opération de peu de durée.

« Mais c'est surtout avec l'éther donné goutte à goutte que l'injection anté-opératoire de pantopon nous a donné les meilleurs résultats. La période d'excitation était tellement diminuée que, la plupart du temps, on pouvait la considérer comme totalement supprimée ; l'anesthésie complète était obtenue au bout de cinq à dix minutes et il nous est même arrivé d'obtenir, chez certains sujets, une anesthésie complète en trois minutes et cela sans aucune secousse musculaire, sans que le malade cherchât à se défendre. Dans ces derniers cas, la quantité d'anesthésique employée était extrêmement réduite et il suffisait de 30 grammes d'éther environ pour obtenir l'anesthésie complète pendant une demi-heure. De plus, avantage très appréciable de cette dernière méthode, les malades une fois rapportés dans leur lit se réveillaient très facilement, rapidement et sans souffrances ; nous n'avons jamais noté d'accidents sérieux ; tout au plus avons-nous observé une légère paresse vésicale.

Nous avons également combiné le pantopon avec l'anesthésie locale ; l'anesthésique employé était une solution de stovaïne à 1 p. 100. Les résultats ont été également bons. La perte de la sensibilité était ainsi obtenue plus rapidement et de façon plus complète que d'ordinaire. »

De cette courte étude, on peut conclure avec les auteurs, que par ses multiples propriétés, action antispasmodique, influence sur le tonus cardiaque, action analgésique et anesthésique, action sur les sécrétions bronchiques, etc., le pantopon est un adjuvant des plus utiles pour le chirurgien.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Le Rôle de l'urée en pathologie (1), par Ch. ACHARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Dans ce très intéressant fascicule, le professeur Achard met au point une question à l'ordre du jour, le rôle de l'urée en pathologie. Il rappelle d'abord les propriétés physico-chimiques et biologiques de l'urée, en indiquant quelles sont les meilleures méthodes pour en faire le dosage dans l'urine et dans le sang; M. Achard expose ensuite l'étude physiologique de l'urée, sa formation dans l'organisme et son élimination. Ces notions sont indispensables pour aborder l'étude pathologique de l'urée : dans certains cas, la formation de l'urée peut être accrue ou diminuée par la maladie; dans d'autres, on note des troubles qualitatifs du métabolisme azoté, avec variations pathologiques du rapport azoturique; mais ce sont surtout les troubles de l'élimination de l'urée qui ont pris récemment en pathologie une importance nouvelle; M. Achard étudie très complètement la rétention d'urée, son étiologie, ses symptômes qui constituent le syndrome de l'azotémie. Un dernier chapitre est consacré aux applications thérapeutiques : emploi médicamenteux de l'urée, traitement des troubles de l'uréogénie, traitement de la rétention de l'urée.

M. BRELET.

Le Livret de la Famille (2), par le docteur G. SCHREIBER, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique infantile adjoint de la Faculté.

L'épigraphe, qui apparaît en rouge sur la couverture de cet original petit ouvrage : « Pour conserver la santé. Pour améliorer la race », traduit trop clairement l'intention de l'auteur pour qu'il soit utile d'insister. D'ailleurs, comment analyser un travail de ce genre ? Le mieux à faire, car il est éminemment clair et pratique, c'est d'en aider la diffusion dans tous les milieux sociaux.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8. Fascicule n° 70 de l'Œuvre médico-chirurgical. — Paris, Masson et Cie.

(2) Paris, Masson et Cie.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'HYPOSYSTOLIE.

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 4 ou 5 jours. Interrompre 8 à 15 jours, puis reprendre. Les doses de 1/10 de milligramme poursuivies 10 jours et interrompues 10 jours sont encore préférables.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Fév. 1913.) REMLINGER : Les maladies vénériennes et la prostitution au Maroc. — COURTOIS-SUFFIT : Etude des améliorations hygiéniques à apporter dans l'industrie des poudres et explosifs (*fin*). — H. VIRY : Les viandes frigorifiées. — J. LECLERCQ, A. GUÉNEY et C. NOAILLES : Les pistolets automatiques au point de vue médico-légal.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 12, déc. 1912.) JACQUES : Le bougirage à demeure dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. — BLANLUET : Le chloroforme en oto-rhino-pharyngologie. — CESTAN et BOURGUET : Trépanation pour angiome de la pie-mère situé au niveau de la fosse de Sylvius gauche et de la moitié inférieure du Rolando. — LEDOUX : Remarques diagnostiques et thérapeutiques sur un cas de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. — KOWLER : Abcès rétro-pharyngien opéré. Mort subite. — Robert LEDOUX : Paraffinothermothérapie dans le traitement de l'ozène.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 35, 10 fév. 1913.) Cl. REGAUD et Th. NOGIER : Les effets produits sur la peau par les hautes doses de rayons X sélectionnés par filtration à travers 3 et 4 millimètres d'aluminium, applications à la röntgenthérapie. — H. MARQUÈS : Radiothérapie et scarifications dans le lupus. — G. RÉCHON : Une préparation bismuthée pour examen radioscopique de l'estomac. — Henri CHAOUL : Dispositif de haute fréquence permettant d'obtenir des secousses musculaires analogues au choc de Morton.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 1, janvier 1913.) — MAROTTE et MORVAN : La Filariose au bataillon de Sénégalais d'Algérie. — BASSERÈS et COSTE : Particularités cliniques de la fièvre typhoïde. — TERSEN : Epidémie de fièvre typhoïde de la caserne Schomberg.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 1, janv. 1913.) Marcel LABBÉ et BITH : Action des divers régimes sur le diabète avec dénutrition : les résultats jugés avec la clinique et par l'urologie. — GOIFFON : La localisation coprologique du point de départ d'une diarrhée. — DE ROUVILLE et ROGER : Ulcérations et perforations multiples de l'intestin grêle et du cæcum, par toxi-infection intestinale suraiguë post-opératoire.

Archives internationales de neurologie. — (Fév. 1913.) PARHON et TUPA : Recherches anatomocliniques sur un cas d'infantilisme. — A. MARIE : Un manicome sur la lagune Ermakov. L'épilepsie hystérique.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVIII, n° 4, 23 janvier.) Robert W. LOVETT : Travaux du comité de santé de l'Etat de Massachusetts. Recherches sur la polyomyélite épidémique. — Edward H. RISLEY : Sur le shock. Une revue des théories et des recherches expérimentales jusqu'à ce jour. — Frederick E. CHENEY La lutte contre l'ophtalmie des nouveau-nés dans les Massachusetts avec la proposition de modifications à apporter aux mesures actuelles — Roger I. LEE : Le typhus fébrile (maladie de Brill) au Massachusett general hospital dans l'espace de dix années (1er octobre 1902 au 1er octobre 1912), (un tableau). — Joel E. GOLTHWAIT : Une explication anatomique de beaucoup de cas de dos faibles et douloureux, ainsi que de beaucoup de paralysies des membres inférieurs (avec 18 fig.). — (N° 5, 30 janv.) William BARTLETT : Une considération sur 66 opérations dans lesquelles on employa les attelles métalliques pour fractures de Lasa. — P. E. TRUESDALE : L'hématurie unilatérale dans la néphrite chronique (avec 1 fig.). — Walter B. SWIFT : Etudes sur les troubles du langage. I. Le bégaiement, observations et traitement. — Charles Unter DUNN : Etudes cliniques sur l'alimentation dans l'athrepsie des nourrissons. — Alexander C. EASTRUAN : Hémorragie intraventriculaire du nouveau-né. — W. E. LADD . Toxicité de la bile. Description d'un cas rare.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 fév. 1913.) MONTEUUIS : L'hérésie du pain blanc et son remède.

Bulletin médical. — (N° 13, 12 fév. 1913.) KIRMISSON : L'ankylose temporo-maxillaire étudiée au point de vue du diagnostic. — A. F. PLICQUE : Les injections sous-cutanées d'émétine contre les hépatites et contre la dysenterie.

Clinique. — (N° 7, 14 fév. 1913.) Georges LUYS : Le cathétérisme des canaux éjaculateurs. — G. LEVEN : Le traitement de la goutte chronique. — A. BAILLON : Essai de thérapeutique organique, auto-sérothérapie. — André THOMAS : A propos d'un cas de paralysie ischémique de Wolkmann.

Echo médical du Nord. — (N° 6, 9 fév. 1913.) Henri DAMAYE : L'orientation moderne de la psychiatrie. — G. POTEL et Et. VERHAEGHE : Sur les infections non spécifiques de la glande sous-maxillaire.

Gazette des praticiens. — (N° 440, 1er fév. 1913.) LEMOINE : La méningite cérébro-spinale à méningocoques.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 5, 1er fév. 1913.) Henri LERAT et E. ERTAUD : Hernie crurale étranglée. — (N° 6, 8 fév.) A. PASQUIER : L'hypertrophie mammaire.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 fév. 1913.) L. KENDIRDJY : Cure radicale des hémorroïdes. Technique de l'anesthésie locale et technique opératoire. — VERNIER : Traitement de la fièvre typhoïde par la teinture d'iode. — VARIOT : Micromastie avec lactation abondante chez une nourrice.

Journal de médecine interne. — (N° 4, 10 fév. 1913.) B. POZZI : Vie autonomome d'appareils viscéraux séparés de l'organisme, d'après les nouvelles expériences de M. Alexis Carrel.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 6, 8 fév. 1913.) A. BONNET-LABORDERIE : A propos du traitement des hémorragies rétro-placentaires. — L. FRAISSAINT : Occlusion intestinale par étranglement interne au cours d'une scarlatine.

Presse médicale. — (N° 13, 12 fév. 1913.) Ch. ACHARD, Ch. FOIX et H. SALIN : Les propriétés hémolytiques des extraits d'organes.

Tunisie médicale. — (N° 13, janv. 1913.) GOBERT : Esquisse du tempérament arabe. — EICHMULLER : Réflexion à propos de deux cas de lèpre observés à Tunis. — COUDRAY : Luxation totale de l'astragale simulant une fracture sus-malléolaire du péroné. Astragalectomie. Guérison.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'URÉMIE (1)

D. **Formes d'après l'évolution et la cause.** — *a.* Évolution suraiguë. — L'urémie suraiguë débute brusquement sans prodrome par des convulsions, de l'œdème aigu, une crise d'asthme, ou plus souvent encore par le coma. Cette forme est extrêmement grave presque toujours fatale.

b. Évolution aiguë. — Il s'agit alors de manifestations urémiques observées au cours d'une affection rénale confirmée, le plus souvent au cours d'une *néphrite* aiguë, scarlatineuse, diphtérique, etc. Il existe des prodromes : diminution, ou suppression des urines, augmentation de la matité cardio-hépatique, de la tension artérielle, bruit de galop; augmentation du poids, du sujet, ce qui traduit la rétention interstitielle de liquide; *apparition d'œdèmes* fugaces, localisés à la face, ou au contraire généralisés. L'urémie, dans ces cas, revêt le plus souvent la forme éclamptique, quelquefois la forme dyspnéique,plus rarement la forme gastro-intestinale ; la mort peut en être la terminaison ; la guérison peut s'observer cependant, si une intervention énergique est tentée rapidement.

c. Évolution chronique. — Le type en est réalisé par la néphrite chronique (néphrite urémigène). Cette évolution s'observe également, au cours de l'urémie, par compression lente des uretères, par tumeur du petit bassin (fibromes, kystes, cancer de l'utérus) ; on retrouve les signes de la petite urémie. Les premiers symptômes révélateurs de l'urémie confirmée sont surtout les troubles dyspnéiques, gastro-intestinaux et oculaires.

L'évolution est lente, progressive, fatale et revêt souvent le type de l'urémie digestive ; la mort est la conséquence de la cachexie extrême, et de l'azotémie. Parfois des phénomènes aigus apparaissent : les malades finissent dans le coma, les convulsions.

d. Urémie par anurie. — La plus intéressante de ces formes est l'*anurie calculeuse* ; bien connue surtout depuis les travaux de Merklen. Elle s'observe souvent à la suite d'une colique néphrétique, elle évolue en trois périodes, une période de tolérance, qui dure sept à huit jours, et pendant laquelle le malade n'accuse aucun trouble, sauf qu'il n'urine pas; une période intermédiaire de courte durée, pendant laquelle apparaissent les premiers symptômes de l'intoxication urémique; puis une troisième période caractérisée très rapidement par l'apparition des accidents terminaux, tressaillements des muscles, myosis, hoquet, Cheyne-Stockes, mort, quelquefois sans convulsions ni coma.

E. **Formes suivant le terrain.** — Chez l'*enfant*, on observe plus souvent les formes *convulsives*. Dans les formes suraiguës, il s'agira souvent d'accidents apparaissant au cours de néphrites méconnues (scarlatineuses surtout). Ces formes seront le plus souvent mortelles. Le pronostic des autres formes de l'urémie infantile est évidemment toujours sérieux, mais la guérison s'obtient encore assez souvent. M. Hutinel insiste sur l'importance, chez l'enfant, des troubles cardiaques et hépatiques. MM. Nobécourt et Tixier sur l'importance de la tension artérielle.

Chez le *vieillard*, on assistera plutôt à l'apparition de formes *comateuses* brutales ou de formes gastro-intestinales.

Chez la *femme enceinte*, l'urémie prendra le masque de l'éclampsie. Chez les individus, dont le rein a été antérieurement lésé, l'urémie s'observera à l'occasion des causes les plus variées, écarts de régime, excès alcooliques, médications intempestives (cantharide, vésicatoire). L'apparition d'une infection aiguë quelconque précipitera l'éclosion d'une crise urémique, ou transformera une urémie lente en urémie aiguë. Signalons avec Teissier la rareté relative de l'urémie chez les tuberculeux, soit qu'ils bénéficient de l'hypotension propre à la tuberculose, soit que leurs lésions tuberculeuses les emportent avant que ne soit réalisée l'urémie.

Signes communs à toutes les formes cliniques d'urémie. — Ces symptômes peuvent être groupés sous plusieurs chefs : syndrome urinaire, syndrome cardio-artériel et sanguin, syndrome thermique.

Syndrome urinaire. — Dans les urémies aiguës à début brusque, la sécrétion urinaire peut tomber à 100 ou 200 grammes d'urine, en vingt-quatre heures ; les urines sont *albumineuses*, souvent hématuriques. La *rétention chlorurée* est très considérable. Il existe des cylindres dans l'urine. Au cours de certaines urémies lentes l'élimination urinaire peut paraître normale, en quantité, mais la *densité* des urines est alors diminuée (1010) ; l'urée est excrétée en faible quantité, l'urine est *hypotoxique ;* le bleu de méthylène est éliminé d'une manière intermittente, prolongée; il existe un léger louche d'albumine ; l'absence d'albumine n'autorise pas d'ailleurs dans ces cas à nier l'urémie ; son existence se révèle alors, par les autres éléments du syndrome. Rappelons encore parmi les procédés servant à l'exploration des fonctions rénales, l'épreuve de la chlorurie alimentaire, de l'azoturie alimentaire, de l'élimination provoquée, la cryoscopie, la recherche de la constante d'Ambard, etc. (rapport entre le taux de l'urée dans le sang et l'élimination de l'urée dans l'urine). Chez un individu normal K, la constante oscille autour de 0,065 à 0,070 (constante urémique).

Syndrome cardio-artériel et sanguin. — Ce syndrome consiste essentiellement en la constatation de l'*hypertension artérielle*, de la dilatation du ventricule gauche, du bruit de galop du cœur gauche. L'examen du sang présente un intérêt capital, aussi grand que celui de la recherche de l'albumine, pour M. Widal. Il permet de préciser s'il s'agit de l'urémie chlorurémique avec œdème, dilution sanguine, ou de l'urémie sèche, azotémique. Le *dosage de l'urée* dans le sérum a montré que la rétention azotée pouvait s'élever jusqu'à 4 et 5 grammes par litre. La constatation d'une rétention azotée supérieure à 2 grammes et ne se modifiant pas malgré le régime lacté, entraîne un pronostic fatal à brève échéance. Le taux de la rétention azotée dans le liquide céphalo-rachidien est parallèle à celui du sérum. La rétention azotée est pour M. Widal à l'origine de la rétinite albuminurique, du prurit, de la torpeur, etc.

La *rétention chlorurée* se juge par le degré de la dilution sanguine appréciée par la mesure de l'*indice réfractométrique du sérum* (Vaucher), la constatation des œdèmes, les modifications du poids, les échanges chlorurés, etc.

Signalons encore la fréquence du *sérum lactescent* au cours de l'urémie, l'abondance de la *cholestérine* jusqu'à 8 grammes (Chauffard), l'anémie, quelquefois l'hyperleucocytose, etc.

Syndrome thermique. — L'urémie est *hypothermisante* dans la grande majorité des cas (urémies chroniques, lentes, spécialement). Il est d'assez nombreux cas, où l'urémie est au contraire *fébrile*, spécialement dans les formes convulsives, au cours des néphrites aiguës.

Traitement. — En présence d'accidents aigus, saignée abondante, diurétiques, diète hydrique.

S'il s'agit d'urémie lente, on évitera les saignées en raison de la cachexie, qu'elle détermine, on constituera un régime basé sur la nature de la rétention constatée, régime déchloruré s'il s'agit de rétention des chlorures avec œdème, régime lacté, s'il s'agit de rétention azotée. On a conseillé l'injection de sérum de la veine rénale, l'opothérapie rénale, etc.

Signalons encore la néphrostomie, la décapsulation du rein, au cours des néphrites chroniques, le cathétérisme des uretères, au cours d'anurie calculeuse, l'ablation des tumeurs comprimant les uretères, etc.

La ponction lombaire calme considérablement la céphalée, comme certaines manifestations délirantes et convulsives.

Bibliographie. — Charcot-Debove. *Maladies des reins.* — Castaigne, Hutinel. *Maladies des enfants*, t. III. — Lépine. Existe-t-il une méningite urémique, *Semaine méd.*, 1907, p. 361. — Chauffard. Urémie aiguë et polynucléose rachidienne, *Semaine méd.*, 1907, p. 541. — Caussade et Willette. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 24 juillet 1908. — Cawadias. *Urémie convulsive et comateuse*, Th. de Paris, 1910. — A. Le Play, Chloruration et éclampsie, *Semaine méd.*, 3 août 1910. — *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 50, 53, 56. — Widal. *Journ. méd. français*, janv. 1911. — *Presse méd.*, juin 1912.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 12, p. 190; n° 15, p. 238, et n° 18, p. 285.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 22. — SAMEDI 22 FEVRIER 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 22 FÉVRIER 1913. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le Président de la République est venu, comme nous l'avons annoncé, visiter les malades de l'hôpital Saint-Antoine. Partout le Président a été accueilli avec le plus grand respect et la plus grande reconnaissance.

Il est toutefois à regretter qu'une véritable nuée de photographes, renouvelant le scandale de la veille à l'hôpital Saint-Martin, ait été autorisée à envahir les salles des malades, précédant de quelques mètres le président, masquant les lits des malades et transformant la visite présidentielle en une véritable séance cinématographique.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Un concours pour une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 7 avril 1913, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, de dix heures à trois heures, du lundi 3 mars au mercredi 19 mars 1913 inclusivement.

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées pour services rendus à la mutualité aux docteurs dont les noms suivent :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Barbier (de Paris), Deshayes (de Rouen), Francon (de Paris), Montais (de Romainville), Pennel et Violet (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Bouët [Mme] (de Paris), Chazet (de Bagnolet), Desgranges (de Marchenoir), Dubrueil (de Paris), Laurent (de Noisy-le-Sec), Lecœur (de Paris), Tuefferd (de Montbéliard) et Virey (de Paris).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Balata (de Marseille), Chaudoye, médecin-major de deuxième classe, à Vincennes; Escaffre (de Gentilly), Karam (de Pointe-à-Pitre), Magnin et Parisse [Mme] (de Paris), Philippou (de Toulouse), Pointin (d'Amiens) et Thomas (de Saint-Saëns).

COURS D'INSTRUCTION DU SERVICE DE SANTÉ. — Le premier cours d'instruction du service de santé s'est ouvert mercredi matin.

On sait qu'à partir de cette année les cours, au lieu d'avoir lieu en une fois au mois de juin, auront lieu en quatre séries : janvier (exceptionnellement février pour 1913), mars, octobre et novembre (v. *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 7, p. 97).

Le cours se compose d'un certain nombre de conférences réparties sur neuf jours. Le programme des cours étant identique, les médecins qui en font la demande pourront scinder leurs périodes d'instruction de la manière suivante : trois jours en janvier, trois jours en mars, trois en octobre ou novembre, ces jours étant choisis de façon à entendre toutes les conférences.

En avril auront lieu, dans la région de Versailles, des exercices qui dureront quatre jours et auxquels devront prendre part les médecins bénéficiant des périodes fractionnées.

Voici le programme des conférences élaboré comme de coutume, avec le plus grand soin, par M. le médecin principal de première classe Boisson, médecin en chef de l'Ecole de guerre, directeur technique.

Conférences déjà faites. — 19 février. Organisation générale de l'armée, par M. le capitaine Oudry, breveté d'état-major.

— Organisation générale du service de santé en campagne, par le directeur technique.

20. L'état-major et les services, par le capitaine d'état-major.

— Les organes du service de santé de l'avant, par le directeur technique.

21. Notions sur le combat, par le capitaine d'état-major.

— Les organes du service de santé de l'arrière, par le directeur technique.

Prochaines conférences. — 22 février. Val-de-Grâce. 10 h. Notions sur la mobilisation. Mesures à prendre par les officiers du service de santé, par M. le médecin-major de deuxième classe Guilhaumon.

Gare Montparnasse, train de 13 h. 45. Départ pour Clamart. Exercice sur la carte.

— Vanves. 15 h. Démonstration du matériel de l'ambulance et de la section d'hospitalisation, de l'hôpital d'évacuation. Le matériel, l'organisation et le fonctionnement des trains sanitaires et l'utilisation des divers moyens d'évacuation automobiles, par le directeur technique.

23. Repos.

24. Val-de-Grâce. 10 h. L'alimentation et le ravitaillement en campagne, les réquisitions, les réapprovisionnements, par M. l'officier d'administration de première classe Buisson.

— 16 h. Fonctions du médecin chef et rôle des médecins traitants dans une formation sanitaire, par M. le médecin-major de deuxième classe Cahuzac.

25. Val-de-Grâce. 10 h. Les évacuations des malades et des blessés, par le directeur technique.

— 14 h. L'hospitalisation dans la zone de l'intérieur et dans la zone des armées, par le directeur technique.

26. Vieux fort de Vincennes, 13 h. 45. Manœuvres d'un groupe de brancardiers.

27. Val-de-Grâce. 10 h. Le théâtre des opérations, la ligne d'évacuation, par le directeur technique.

28. Val-de-Grâce. 10 h. Explication sur la carte d'après un cas concret du fonctionnement général du service de santé pendant la bataille, par le capitaine d'état-major et le directeur technique (carte au 80 millième, Rouen, quart S.-E.).

— 14 h. L'organisation du champ de bataille, par le capitaine d'état-major et le directeur technique.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Les lundi 17 et mardi 18 mars 1913, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Asile d'aliénés du Rhône, à Bron, un concours public pour la nomination de deux internes titulaires et quatre internes suppléants, appelés à assurer les services de médecine, à dater du 1er avril 1913.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Asile, avant le 7 mars prochain inclusivement.

LES RESSOURCES D'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — M. le ministre de l'Intérieur, en réponse à une question écrite posée par M. Fourment, député, vient de faire connaître que les ressources des services d'assistance médicale gratuite se sont élevées, en 1910, pour les services départementaux, à 16 003 039 francs, et pour les services autonomes, à 8 791 397 francs, soit un total de 24 794 436 francs.

Le montant des ressources applicables à l'année 1911 ne peut encore en être déterminé, l'apurement des comptes de cette année n'étant pas terminé.

Quant à la part qui correspond, dans ces ressources, au produit des droits des pauvres et des concessions funéraires, elle ne ressort ni des documents que possède le ministère de l'Intérieur, ni de la statistique annuelle des institutions d'assistance dressée par le ministère du Travail et de la prévoyance sociale.

LES ADMINISTRATIONS DE L'ÉTAT ET LE RESPECT DE L'HYGIÈNE. — Les administrations de l'État donnent rarement le bon exemple. Un député, M. Crolard, vient d'en donner un exemple bien typique à M. le ministre du Travail en lui exposant qu'à l'heure actuelle on nettoie les façades des cours intérieures de la préfecture de police au moyen de la brosse à main, d'où résultent des nuages de poussière que les ouvriers sont obligés de respirer, alors que ce travail devrait être exécuté avec de l'eau ou des appareils à vide.

L'ALCOOLISME AU MAROC. — M. le docteur Doisy, député, vient d'écrire à M. le ministre des Affaires étrangères pour lui demander quelles mesures il compte prendre pour enrayer les progrès de l'alcoolisme au Maroc, où, de 1909 à 1910, l'importation des boissons alcooliques a doublé et où, rien qu'à Casablanca, le nombre des délits a passé de 6 à 161 depuis 1907.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Francis Potier (de Paris) et Thomas, médecin-major de première classe en retraite, au Pradet (Var).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉFORME DU CONCOURS D'AGRÉGATION

Nous avons indiqué il y a quelques jours les grandes lignes de la réforme adoptée par la commission supérieure des études médicales. Le *Journal des Débats* publie dans son numéro du 21 février un article dans lequel M. le professeur Grasset (de Montpellier) expose avec sa grande autorité l'historique de la question et le sens dans lequel la commission est parvenue à résoudre le problème qui lui était posé.

Après avoir rappelé les difficultés d'ordre scientifique et d'ordre professionnel qui devaient être surmontées par la commission, M. le professeur Grasset précise l'économie du projet adopté à la quasi-unanimité par la commission supérieure :

« Les épreuves du concours d'agrégation sont de deux ordres : épreuves du premier et épreuves du second degré. Celles-ci (sur lesquelles il n'y a pas de discussion) sont spécialisées dans chaque section et sont terminées par un classement des candidats, qui, dans la limite des places mises au concours par le ministre, sont nommés agrégés dans la section pour laquelle ils ont concouru.

Les épreuves du premier degré, sur des sujets généraux (anatomie, physiologie, pathologie générale) sont subies devant un jury distinct pour les sciences médicales, pour les sciences chirurgicales et obstétricales, pour les sciences biologiques (anatomie, physiologie, physique et chimie). *Tout candidat qui aura obtenu une moyenne de points de 15/20 sur l'ensemble de ces épreuves du premier degré pourra, pendant quatre concours successifs, se présenter aux épreuves du second degré. Il ne sera délivré ni diplôme ni certificat correspondant aux épreuves du premier degré.....*

Les candidats à toutes les sections d'agrégation prouvent leurs connaissances générales ; mais ils les prouvent *une fois pour toutes* (car la possibilité de concourir pendant douze ans, après les premières épreuves, équivaut, en fait, à la permanence de cette admissibilité). Les candidats ne sont donc plus condamnés à se tenir, pendant toute leur vie, au courant des *questions générales* ; ils peuvent se consacrer à leurs travaux personnels, se spécialiser utilement sans être alourdis par la préparation de l'admissibilité.

D'autre part, il n'y a rien dans ces dispositions qui puisse rappeler, même de loin, un doctorat ès sciences médicales ou un certificat d'études médicales supérieures. Après les épreuves du premier degré on ne donne au candidat ni diplôme ni certificat ; il n'y a rien à mettre sur les cartes de visite ; on ne donne au candidat qui a réussi que le droit de se présenter aux épreuves du second degré, et encore pendant quatre concours consécutifs seulement.

En fait, nos collègues praticiens non universitaires n'ont soulevé aucune objection contre ces dispositions, au sein de la commission supérieure.

Voilà ce qu'il y a de plus important dans notre projet de réforme. Je n'ai pas besoin d'insister pour montrer que, s'il y a quelque chose de neuf dans la proposition, c'est uniquement la forme et l'expression de l'idée, qui était depuis bien longtemps dans tous les esprits.

Il y a une autre nouveauté dans le projet, qui paraîtra peut-être plus importante à beaucoup de médecins qu'à nous-même.

On se préoccupe énormément, dans ces derniers temps, d'assurer ou d'accroître l'impartialité des jurys. Dans cet ordre d'idées, l'arrêté du 21 juillet 1909 a institué le tirage au sort pour la formation et la constitution des jurys, pour lesquels le ministre nomme seulement le président (parmi les membres déjà désignés par le sort) ; le même arrêté prescrit aussi la publication, à la fin de chaque séance, des notes attribuées à chacun des candidats...

Dans le même sens, le nouveau projet de la commission supérieure contient deux innovations.

1° A chaque jury (du premier et du second degré) est adjoint (comme il y a quarante ans, quand j'étais de l'autre côté de la table) un membre de l'Académie de médecine (tiré au sort sur une liste, de cinq membres au moins, présentée par l'Académie).

2° La composition écrite (prévue dans les épreuves du premier degré et portant sur les sciences anatomiques et physiologiques), au lieu d'être lue en séance publique par le candidat, sera anonyme ; le jury en prendra connaissance sans savoir le nom de l'auteur.

Il faut rendre hommage à ce nouvel effort fait pour obtenir une impartialité qui ne sera jamais idéalement réalisée, tant que les jurys seront composés d'hommes. »

La formule définitive est-elle trouvée ?

M. Grasset ne s'illusionne pas à ce sujet, il constate simplement que le nouveau projet marque un grand progrès sur ceux qui l'ont précédé, et nous devons nous en féliciter avec lui.

REVUE GÉNÉRALE

LA TEMPÉRATURE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par L. BOVIER et J. F. MARTIN,
Internes des hôpitaux de Lyon.

De toutes les maladies à marche cyclique dont la courbe thermique reflète l'allure générale, il n'en est peut-être pas où l'étude de la température acquière une importance aussi grande que dans la fièvre typhoïde.

S'agit-il de porter le diagnostic de cette affection, de prévoir dans la mesure du possible la marche de la maladie, d'instituer un traitement, le thermomètre est indispensable.

Quelque accident survient-il exigeant une intervention immédiate, une orientation différente du traitement, c'est encore la courbe thermique qui nous renseigne.

Enfin pour affirmer la guérison, pour dépister les complications tardives qui évoluent souvent à bas bruit, pour atteindre les rechutes dès leur début, il faut encore s'en rapporter au tracé thermométrique.

« La fièvre domine la situation », dit Griesinger; et d'ailleurs pour se convaincre de cette importance ne suffit-il pas d'observer le soin que l'on apporte à prendre et à noter la température des typhiques huit fois par jour, de voir le médecin traitant consulter longuement la feuille avant même d'examiner le malade et prêter à ses indications toute l'attention que mérite sa valeur.

La typhoïde a une marche cyclique; elle évolue assez semblable à elle-même dans bien des cas : cependant la netteté et l'intensité de ses symptômes peuvent varier, et il importe de les connaître dans leurs moindres variations.

C'est pourquoi, à côté de la *température évoluant d'une façon normale et prévue*, nous étudierons les *types anormaux* de température dans la fièvre typhoïde.

Il faut connaître aussi la valeur des *perturbations* que l'on peut rencontrer sur un tracé jusque-là normal; nous verrons ensuite quelle est la *valeur diagnostique* et *pronostique* de ce symptôme et nous exposerons en terminant les relations qui unissent de façon étroite *la température et le traitement*.

Voyons donc quelle est la marche de la température dans une typhoïde normale.

I

Marche habituelle de la température dans la typhoïde normale. — La typhoïde, avant d'arriver à sa période d'état, avant même de manifester son invasion par des frissons, des vomissements, de la diarrhée, comporte une période d'*incubation* latente pendant laquelle la température subit des modifications peu considérables et peu connues. En effet les quelques prodromes que ressent le malade ne l'incitent point à faire usage du thermomètre.

Néanmoins les cas intérieurs observés dans les hôpitaux, et quelques malades pris tout au début, montrent que dès cette période dont la durée peut être fixée de huit à douze jours, il se produit un léger mouvement thermique. C'est une élévation insignifiante, vespérale le plus souvent, parfois aussi matutinale, peu marquée, atteignant à peine 37°6, 37°7, 37°8, sans jamais dépasser 38 degrés.

C'est alors que s'installent progressivement la céphalée, l'anorexie, la courbature, l'insomnie nocturne, la somnolence diurne.

Puis ces phénomènes subissent une recrudescence assez brusque et c'est alors l'invasion marquée par le frisson, la diarrhée, parfois le vomissement.

La température s'élève — ce n'est point un bond à 39°5 ou 40 degrés, mais une ascension nette à 38°5 le soir — et dès lors la fièvre ne fera que monter et se maintenir.

Car pendant les quatre ou cinq jours suivants, qui constituent le stade des *oscillations ascendantes*, le tracé ne cesse de s'élever progressivement gagnant chaque soir quelques dixièmes sur la température correspondante de la veille, avec le matin une rémission qui reste aussi de quelques dixièmes au-dessus du chiffre observé le matin précédent.

Il en résulte un tracé en escalier qui au quatrième jour atteint 39 ou 40 degrés, 39°5 en moyenne et se maintient à ce niveau pendant toute la période d'état.

Au cours de ce stade ascendant les symptômes se complètent, céphalée intense, prostration, diarrhée, langue saburrale, abdomen météorisé et douloureux, grosse rate, etc.

Le *stade d'état* constitué, voyons ce que va devenir la température pendant cette période dont la durée classique est de deux septénaires.

Le caractère principal de cette température est sa fixité.

Si nous examinons la feuille des températures moyennes il est à remarquer que la rémission matinale qui ne fait jamais défaut (exception faite pour le type inverse que nous étudierons tout à l'heure) est toujours peu accentuée : 6, 8 dixièmes, rarement plus d'un degré. De telle sorte que la courbe pendant cette période figure des dents de scie régulières et peu profondes puisque les températures vespérales s'écartent peu de 39° 5 et que celles du matin sont toutes voisines de 39 degrés.

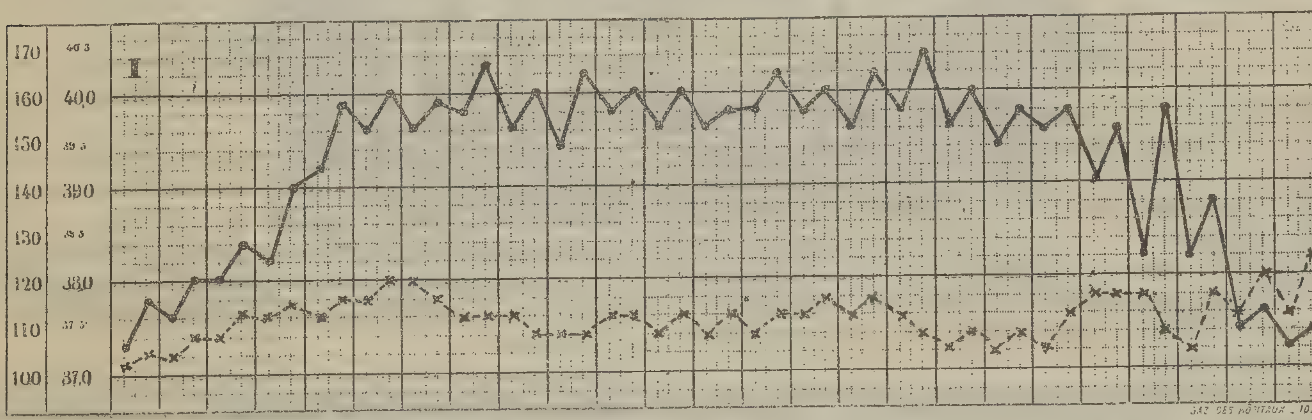
Cependant parfois, tout au début de cette période, on peut voir une chute assez considérable de la température. Signalée par Wunderlich, par Jaccoud, cet abaissement simule une fausse rémission, elle est toujours très transitoire, ne dépassant jamais douze ou dix-huit heures, elle n'influe aucunement sur la marche de la maladie, mais présenterait une valeur diagnostique assez grande. Très rapidement donc après cet incident le tracé reprend son niveau primitif.

Si nous descendons à un examen plus minutieux de la température pendant cette période d'état, et si nous prenons la feuille où sont notées les températures toutes les trois heures, le même caractère de fixité observé précédemment nous frappe. Après les bains, 5, 6, 7 dixièmes de moins qu'avant, 1 degré d'écart au plus du matin au soir, c'est là tout ce que nous relevons, si bien que l'on a pu dire à juste titre

le « plateau » de la typhoïde en désignant le fastigium.

Cette fixité de la température est tellement la règle que le clinicien se méfie des abaissements trop considérables, qu'ils soient spontanés, ou produits par la balnéation ou les médicaments.

La fixité pendant un temps assez long, la résistance à la médication hypothermisante, sont donc, nous ne saurions trop le redire, le principal caractère de la fièvre dans la typhoïde.



Tracé n° 1. — *Tracé normal.* — Stade amphibole. — Le pouls en pointillé.

Il faut cependant signaler au cours de cette période une modification assez curieuse qui se produit parfois au milieu du fastigium.

Le plateau, unique dans la majorité des cas, paraît se diviser en deux plateaux, d'une semaine chacun, le second évoluant un peu au-dessus ou un peu au-dessous du premier. Les symptômes évoluant de façon parallèle, il semble qu'il se produit là, soit un début de rémission, soit au contraire une légère aggravation.

Pendant cette période d'état, les symptômes sont à leur maximum, nous ne saurions reprendre leur énumération. Il en est un cependant sur lequel nous voulons insister à cause de sa singularité, c'est l'état du pouls.

En effet, tandis que le malade est un véritable « fébrile », fébrile par son aspect, son facies vultueux, fébrile surtout par le chiffre de sa température, son pouls reste lent, il y a dissociation marquée entre ces symptômes qui partout ailleurs marchent de pair.

Ce pouls bat régulièrement à 80, 90 ou 100, alors que, d'après la température, il devrait atteindre 120, 130 ou 140. Dès le début et pendant toute la durée de la maladie, cette dissociation s'observe; ce n'est qu'à la convalescence que le parallélisme revient et parfois il arrive même qu'à ce moment il se produit une dissociation inverse, c'est-à-dire pouls trop rapide pour la température correspondante. Ce phénomène n'est d'ailleurs absolument pas constant, l'instabilité extrême caractérisant le pouls du typhique convalescent.

Mais voici qu'après avoir présenté le plateau que nous venons de décrire la température commence à baisser. Il survient une rémission matinale un peu plus accusée que celle de la veille, le même soir la température est moins élevée que la veille au soir et peu à peu, par un tracé exactement inverse à celui des oscillations ascendantes, la courbe thermique est ramenée à 37 degrés. C'est le stade des oscillations descendantes qui dure lui aussi de quatre à cinq jours, c'est la descente rassurante en lysis, véritable « escalier de sortie » de la fièvre typhoïde.

Parallèlement à la chute de la température les symptômes s'amendent, la crise urinaire se produit, le malade semble renaître, il sort de sa torpeur, s'intéresse à son état, il a faim et en quelques jours on assiste à une véritable transformation.

Enfin si nous suivons la température et qu'aucune complication ne vienne altérer le tracé nous verrons l'apyrexie se maintenir quelques jours, puis l'hypothermie apparaître. Cette hypothermie est la règle. Légère elle reste à 36°7, 36°8, elle peut cependant être beaucoup plus intense surtout chez les vieillards, les débilités, les convalescents de fièvres longues, et atteindre 36 degrés et même 35°5. Puis au bout de quelques jours l'alimentation est reprise et la température revient au chiffre normal qu'elle occupe chez l'individu sain. Ou bien si le malade doit mourir de sa fièvre, le stade des oscillations descendantes ne se produit pas ; plus ou moins loin sur le cours du fastigium, la température s'élève, dépasse 40 degrés, atteint ou dépasse 41 degrés et la mort arrive avec des phénomènes d'intoxication profonde; plus rarement on observe une chute considérable de la température, et la mort dans le collapsus.

En résumé, jetons un coup d'œil d'ensemble sur cette courbe de température dont la durée normale est de 4 septénaires. Abstraction faite de la période d'incubation où le thermomètre n'accuse que des élévations insignifiantes, nous voyons que cette courbe se décompose en trois segments :

Le stade des oscillations ascendantes ;

Le plateau ou fastigium ;

Le stade des oscillations descendantes.

Et nous avons ainsi un trapèze dont la base inférieure est représentée par la ligne du 37 et dont les trois autres côtés sont formés par le tracé thermique.

Tel est le schéma classique assez exact d'ailleurs et souvent vérifié d'une courbe de typhoïde normale.

Avant de passer à l'étude des types anormaux nous voulons indiquer quelques *modalités différentes* suidant lesquelles commence ou finit parfois la courbe. Le début n'est pas toujours aussi progressif que nous l'avons décrit.

Il arrive, et cela surtout chez les enfants, chez les surmenés, ou encore dans les cas de pneumotyphus, pleuro-typhus, etc., que le stade des oscillations ascendantes est supprimé.

Très rapidement la température saute de 37 à 40 degrés simulant ainsi l'invasion de la pneumonie. C'est le « début brutal » de Hirtz, la maladie « fait explosion » suivant l'heureuse expression de Guéneau de Mussy.

On conçoit combien le diagnostic se trouve compliqué de ce fait. En tous cas il ne semble pas constituer un élément de gravité, car si ces formes sont considérées comme plus graves par Vincent, par Senester, elles sont jugées plus bénignes par Widal.

De même la défervescence peut se faire brusquement supprimant le stade des oscillations descendantes.

C'est encore avec la pneumonie que la comparaison s'impose. Ces cas sont d'ailleurs beaucoup plus rares que les précédents et ne confèrent pas au diagnostic la même difficulté que le début brusque.

Enfin il est une terminaison un peu spéciale bien décrite par Wunderlih, par Jaccoud, c'est le *stade amphibole*. Celui-ci commence à la fin du plateau. Il est constitué par des oscillations de la température, parfois considérables comme désordonnées ; c'est une véritable « hésitation » qui fait se succéder des températures franchement fébriles et d'autres franchement hypothermiques. Ce stade ne dépasse guère trois ou quatre jours. Il peut néanmoins se prolonger bien au delà. Finalement tout rentre dans l'ordre et la défervescence se termine comme nous l'avons indiqué.

II

Types anormaux. — Mais pour fréquente que soit cette courbe normale, il ne faudrait pas croire que le tracé thermique soit toujours celui que nous venons de décrire.

En effet, les types anormaux ne sont pas rares et les altérations du tracé normal peuvent porter sur l'intensité, la durée, les caractères de la fièvre.

A. L'INTENSITÉ. — L'intensité peut être *augmentée* ou diminuée.

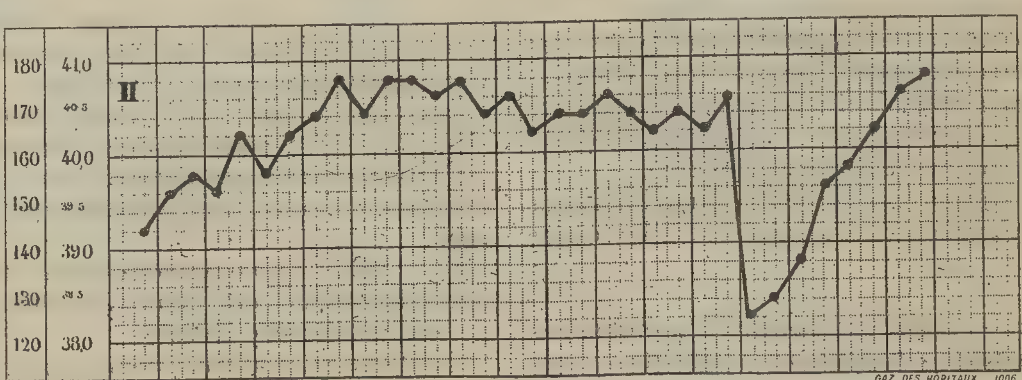
Nous avons dit que le plateau normal se passait aux environs de 39°5. Il n'est pas rare de le voir atteindre 40 degrés ou même évoluer au-dessus de ce chiffre. Il est deux cas surtout où cette modification s'observe : chez les enfants, et dans les formes graves, nerveuses, ataxo-adynamiques de l'adulte.

Dans le premier cas il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent et la typhoïde n'est qu'un cas particulier de la loi générale qui fait réagir ces malades d'une façon intense sous le rapport de la température.

Il ne faut donc pas s'étonner de voir alors un stade d'oscillations ascendantes abrégé. La température monte assez rapidement à 40 degrés et s'y maintient longtemps sans que pour cela les symptômes abdominaux ou généraux soient plus marqués ou plus inquiétants. Il existe même une certaine discordance entre cette température exagérée, et le peu de torpeur, le peu d' « état typhoïde » que l'on constate. Les symptômes évoluent d'une façon normale, le malade ne paraît pas abattu, supporte bien ses bains, point de défaillance cardiaque, pas de complications pulmonaires, pas de phénomènes nerveux. En somme tout se passe bien et la convalescence survient presque toujours, car nous le répétons cette hyperthermie n'est pas un élément d'aggravation du pronostic généralement bénin chez les enfants.

Chez l'adulte jeune et vigoureux, l'hyperthermie ne saurait être considérée non plus comme un symptôme de haute gravité en l'absence de phénomènes nerveux ou de complications. Ce sont des malades qui réagissent fortement, qui « défendent bien leur fièvre » et qui peuvent faire les frais d'une température aussi élevée.

Il n'en est pas de même lorsque à cette hyperthermie s'ajoutent des phénomènes graves, particulièrement des phénomènes nerveux, surtout s'il s'agit d'adultes ayant dépassé la trentaine.



TRACÉ n° 2. — *Forme hyperthermique*. — Températures inverses. — Perforation et mort.

Le plateau du tracé évolue à 40 degrés ou au-dessus. L'organisme est sidéré, la torpeur extrême, voisine du coma, ou bien ce sont des délirants, qui chantent, qui s'agitent, les membres sont contracturés, le tremblement est continu, parfois il existe rétention ou incontinence des réservoirs. Les symptômes

propres à la typhoïde sont au maximum : grosse rate, syndrome abdominal, diarrhée profuse, enfin complications diverses, escarres, hémorragies, bronchopneumonie, myocardite, pour ne citer que les principales. De pareils malades sont exposés à la kyrielle des complications immédiates ou tardives. Ils peuvent faire des perforations, des infections secondaires, des accidents cardiaques et c'est par là qu'ils meurent. Ils sont toutefois susceptibles de guérison ; mais en tous cas la maladie sera toujours longue, la convalescence pénible, entrecoupée de rechutes d'accidents osseux, périostiques ou vésiculaires, etc.

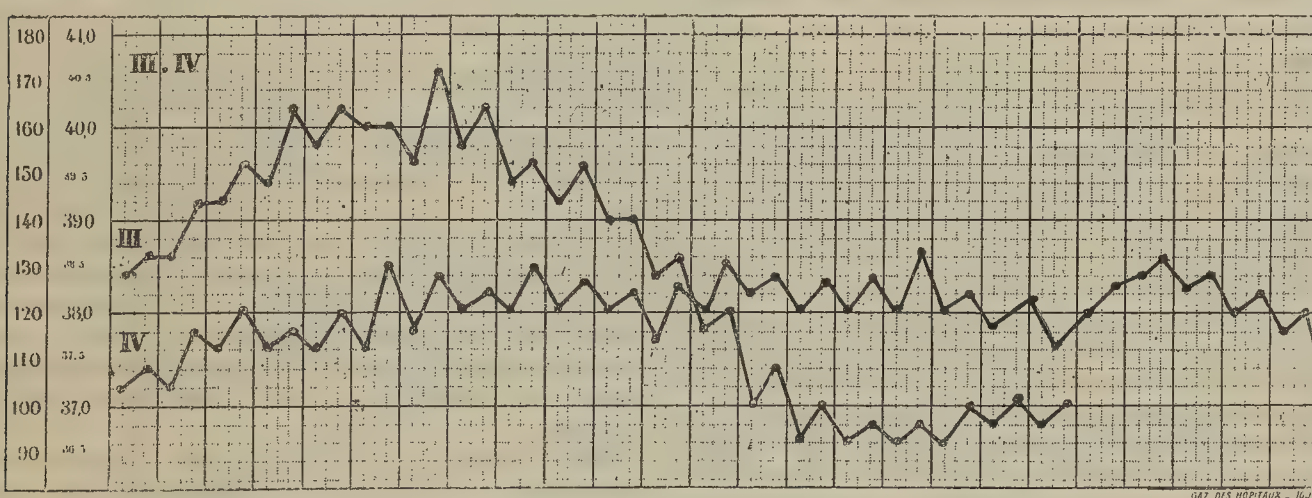
A côté de ces formes hyperthermiques, il faut décrire les cas, plus nombreux peut-être, où la température est au contraire *diminuée* dans son intensité.

Ce sont tout d'abord les *fièvres légères*, le typhus levissimus, les fièvres muqueuses, véritables typhoïdettes, où tous les symptômes sont atténués ; l'état général est bon, tout se passe sans complication.

Quant à la température elle est peu élevée, évolue en plateau à 38 degrés, 38°5. Au début, le diagnostic hésite, on pense à un embarras gastrique fébrile, mais les taches rosées apparaissent, le séro-diagnostic devient positif et la maladie est confirmée. Ces formes légères ont cependant une durée normale de trois ou quatre septénaires et se différencient en cela des fièvres abortives que nous étudierons tout à l'heure.

Il nous faut faire mention de formes exceptionnelles à la vérité, mais existant néanmoins : les formes *apyrétiques* de la fièvre typhoïde.

L'apyrexie n'est pas simplement relative, elle est absolue, et ce sont des malades qui, avec un tableau complet de dothiénentérie, ont une température de 37 degrés, 37°5 pendant toute l'évolution de leur maladie.



TRACÉS nos 3 et 4. — III. *Forme abortive*. — IV. *Fièvre légère*. — Typhoïdette.

Cette apyrexie ne signifie pas bénignité, car à côté des formes légères il existe des formes graves et des formes mortelles. C'est donc l'absence d'hyperthermie qui constitue leur seule particularité clinique, mais nous le répétons ce sont des formes rares qu'il est exceptionnel de rencontrer.

Enfin, disons un mot de la fièvre typhoïde *hypothermique* rencontrée et signalée par Potain.

Il s'agissait d'un cas de typhoïde dans lequel, les symptômes étant au complet, la température s'abaissa de 37 à 36 degrés, 36°2 où elle se maintint jusqu'à la convalescence pour remonter à ce moment à 37 degrés. C'est en somme le trapèze renversé.

Nous serons brefs sur les autres modifications intéressant la durée et le caractère de la courbe thermique.

B. LA DURÉE. — Peut être réduite à quelques oscillations ascendantes, un plateau de quelques jours, une défervescence écourtée ; c'est la caractéristique des fièvres *abortives*. La température peut être très élevée, les symptômes alarmants, puis la maladie tourne court, et en quelques jours le malade est guéri. C'est donc une forme toute différente du typhus levissimus.

Il s'agit souvent, disons-le en passant, de cas soignés dès le début. Sans doute le terrain s'y prête, sans doute aussi la virulence, le génie épidémique interviennent dans cette question des fièvres abortives, mais il est certain que le traitement appliqué dès le début peut modifier d'une façon heureuse la durée de la maladie.

Ces formes abortives, pour bénignes qu'elles soient généralement, ne sont cependant exemptes ni de complications ni de rechutes.

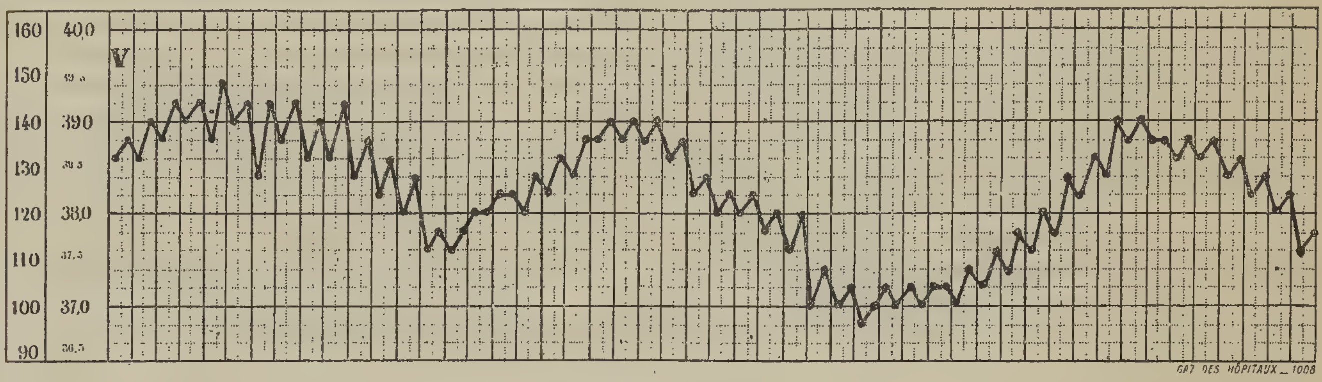
Le tracé au lieu d'être écourté peut, au contraire, être *prolongé* et cela de deux façons.

Ou bien ce sont des formes dont le plateau s'éternise trois, quatre, cinq septénaires, parfois davantage.

Il s'agit le plus souvent de ces formes sévères hyperthermiques que nous avons décrites plus haut, nous ne saurions y revenir.

Ou bien ce sont des formes prolongées par des reversions ou des rechutes. Dans le premier cas la température remonte avant d'avoir touché 37 degrés. Dans le second il y a eu un intervalle plus ou moins long d'apyrexie. Reversion ou rechute la signification est la même, et c'est le cas de ces malades qui font une ascension progressive avec un nou-

veau plateau d'un ou de deux septénaires, avec une recrudescence des symptômes typhiques, avec une nouvelle poussée de taches rosées. Pour prévoir ces rechutes, l'observation rigoureuse de la période d'apyrexie relative intercalée entre les deux poussées est capitale, et à ce sujet il faut distinguer avec Devic les cinq figures spéciales que présente cette période intercalaire en cas de rechute.



TRACÉ n° 5. — *Forme prolongée.* — Une reversion. — Une rechute.

1°. La période intercalaire présente une apyrexie absolue avec des températures normales et régulières. Rien ne semble faire prévoir une rechute.

2° La période intercalaire montre une apyrexie absolue, mais avec des températures irrégulières (écarts) et anormales (type inverse).

3° La période intercalaire se passe toujours dans l'apyrexie absolue, sauf cependant une ou deux températures vespérales qui poussent leur clocher au-dessus de 38 degrés.

4° Il n'y a plus dans cette période qu'une apyrexie relative, les températures vespérales sont au-dessus de 38 degrés, et de plus la courbe est très irrégulière.

5° Enfin, il y a encore une apyrexie seulement relative, mais les températures, tout en restant au-dessus de 38 degrés, sont parfaitement régulières.

Deux remarques à propos de ces rechutes. Une première doit en laisser prévoir d'autres. Les poussées successives sont en général plus bénignes et plus courtes que l'atteinte primitive.

C. LES CARACTÈRES. — Le tracé thermique peut être altéré dans ses caractères principaux.

On peut avoir des fièvres qui, au lieu de présenter un plateau soutenu, fixe, évoluent avec des températures oscillantes. Les dents de scie du plateau se creusent, on note un degré et demi, parfois 2 degrés d'écart du matin au soir; on a généralement affaire à des sujets d'un certain âge, souvent débilités, peu résistants, nerveux.

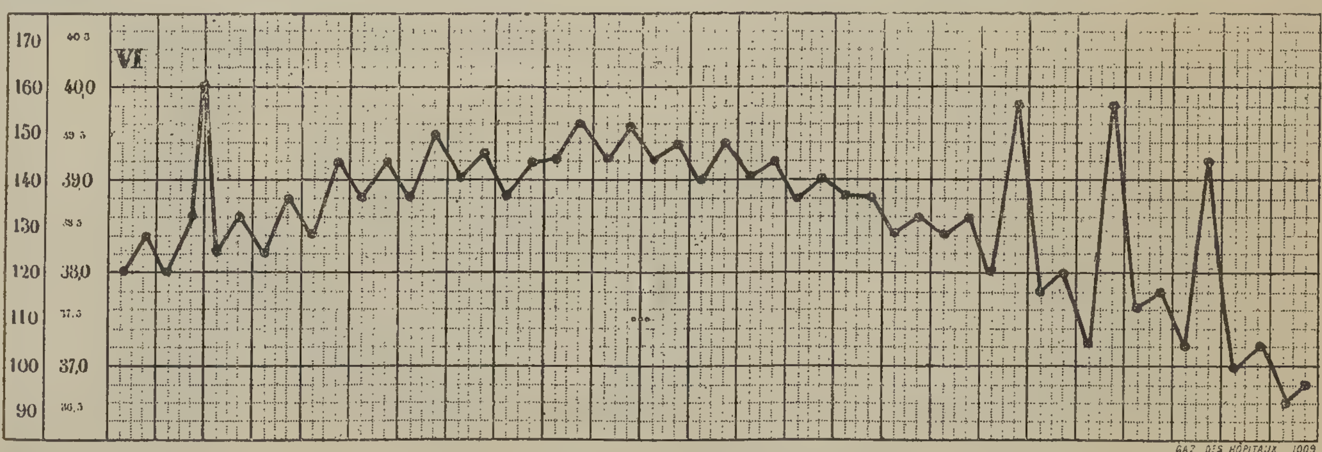
Ce sont encore de pareils malades qui font parfois des températures franchement irrégulières et dont la courbe rappelle aussi peu que possible celle d'une typhoïde.

Ce sont enfin des débilités, souvent des tuberculeux, qui impriment à leur courbe le caractère *inverse* avec des températures matutinales dépassant les températures vespérales.

Enfin, toutes les *maladies associées* peuvent modifier plus ou moins le tracé thermique.

L'appendicite survenant au début ou à la convalescence supprime les stades d'oscillations. Survenant au cours même de la dothiénentérie elle donne peu de modifications de la température, à moins qu'une perforation ne produise l'abaissement thermique bien connu.

La malaria, dont la coexistence a été notée assez souvent pour qu'on puisse décrire une typho-malaria, vient intercaler ses accès fébriles au début ou au déclin de la courbe, rarement sur le plateau.



TRACÉ n° 6. — *Typho-malaria.*

Elle peut procéder comme lorsqu'elle évolue pour

son propre compte et prendre la forme quotidienne, tierce, quarte, irrégulière.

La tuberculose peut donner des températures inverses. Survenant à la convalescence elle peut arrêter la défervescence autour de 38 degrés, et prendre ensuite une marche aiguë.

Nous ne pouvons passer en revue toutes les affections capables de coexister avec la fièvre typhoïde et de retentir sur la marche de la température.

C'est ainsi que l'on a signalé la coexistence de fièvre typhoïde et de fièvre de Malte, d'infection puerpérale, de tuberculose aiguë, de grippe, etc.

Il va sans dire que chacune de ces affections imprime un caractère spécial, des modifications plus ou moins considérables au tracé thermique.

Aussi bien ces associations sont rares, « la typhoïde choisit ses sujets ».

III

Des perturbations apportées à la courbe. — Telles sont les principales formes de courbes thermiques que l'on peut observer au cours de la dothiénentérie, et cependant si nous examinons quelques tracés nous remarquons que certains d'entre eux sont plus ou moins accidentés, qu'il s'agisse d'un clocher traduisant une hyperthermie passagère, qu'il s'agisse au contraire d'un V reflétant un abaissement brusque.

A. Accidents hyperthermisants. — Au début une élévation brusque de la température est rare, elle peut reconnaître une infection secondaire au niveau de la gorge, une maladie surajoutée (grippe, érysipèle, fièvre éruptive, diphtérie), ce sont là choses rares sur lesquelles nous ne voulons pas insister. Au cours de la fièvre, en pleine période d'état une élévation rapide trouve presque toujours son explication au poumon, il s'agit de bronchite intense ou plus souvent de bronchopneumonie avec foyers d'auscultation variables d'un jour à l'autre, parfois dissimulés sous les gros ronchus de ce poumon qui siffle de toutes parts.

Les escarres peuvent aussi amener une recrudescence de la fièvre non pas tant par elles-mêmes que par la source d'infections secondaires dont elles sont le siège.

Dans le même ordre d'idées nous rangerons les suppurations qui peuvent se manifester du côté de la peau et du tissu cellulaire, furoncles, abcès consécutifs aux injections, etc., toutes choses qui démontrent la sensibilité extrême de la peau du typhique.

Signalons encore la phlébite qui se manifeste avec son cortège symptomatique habituel.

Plus tard à la convalescence les hyperthermies sont plus fréquentes encore.

C'est tout d'abord une prolongation anormale de la période fébrile. Alors que les symptômes s'amendent, que les malades se sentent mieux, la courbe thermique ne fléchit point. C'est, ainsi que l'a dit Bernheim, une véritable « survie fébrile » de la maladie.

Ce fait est-il dû à ce que le bacille d'Eberth continue à évoluer dans l'économie ?

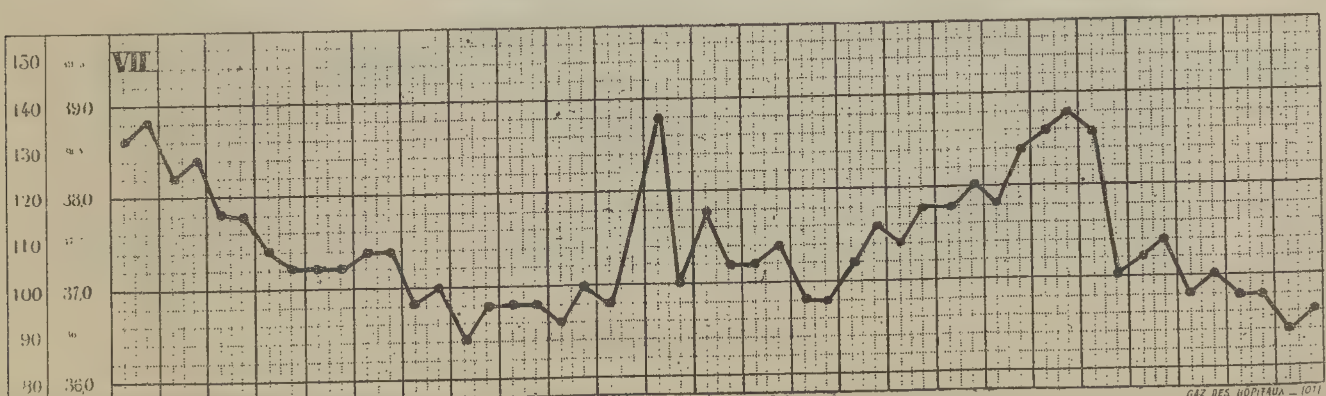
Est-ce parce que l'organisme est imprégné de toxines ?

Ou bien existe-t-il encore des lésions intestinales ? Toujours est-il que cette prolongation s'observe et dure parfois fort longtemps, elle n'est en général pas grave, et soit spontanément, soit sous l'influence d'antithermiques (pyramidon, cryogénine) la courbe finit par céder et regagner l'apyrexie.

Mentionnons encore une hyperthermie relative, celle qui est due à la dénutrition. Il s'agit d'un malade ayant fait une fièvre longue et pénible, qui s'est considérablement amaigri et chez lequel la défervescence paraît s'arrêter à 37°5, 38 degrés. On attend quelques jours, la température se maintient, on donne des antithermiques, ils abaissent momentanément la température qui remonte dès qu'on cesse leur administration. Si de guerre lasse on commence à alimenter prudemment ces malades on voit la température descendre à 37 degrés et même au-dessous comme dans toute convalescence normale.

Toute différente est l'hyperthermie due à l'infection des voies biliaires, cette infection est la règle, mais souvent elle ne se traduit par aucun phénomène thermique. Souvent aussi et surtout à la reprise de l'alimentation on voit une brusque poussée de température à 38°5, 39 degrés, avec point douloureux vésiculaire, parfois teinte subictérique; on remet le malade à la diète, tout disparaît ou bien on voit évoluer une cholécystite, une angiocholite, tous accidents graves qui altèrent pour un temps plus ou moins long la courbe thermique.

De même les accidents périostiques ou osseux élèvent la température et ce sont aussi des accidents



Tracé n° 7. — *Convalescence.* — Clocher biliaire. — Périostite.

de la convalescence. Ils n'affectent pas en général une allure aiguë ; c'est progressivement que la température remonte. On pense à une rechute, jusqu'à ce que le malade accusant un point douloureux au niveau de son tibia ou d'une côte ou de tel autre point de son squelette, on trouve un peu de rougeur et de la fluctuation. Ce sont là le plus souvent des ostéo-périostites bénignes.

Enfin l'otite, la phlébite de la convalescence peuvent encore élever la température, il en est de même de la simple indigestion. Il est certain que la température du convalescent est très instable et que le moindre accident ou incident, tels le retour des règles chez la femme, la constipation, peut s'accompagner de poussée thermique.

Signalons un accident rare mis en lumière par Bouveret. Il s'agit de grands accès fébriles survenant au cours de la convalescence.

Alors que la défervescence a commencé, que les symptômes s'amendent, survient un brusque clocher sur le tracé thermique, la température monte à 40 degrés ou au-dessus pendant qu'un frisson violent et prolongé secoue le malade ; puis succède une période de sueurs profuses, suivie bientôt d'une chute brusque de la température à 37 degrés ou même au-dessous ; parfois cependant le thermomètre se maintient quelques jours à 39 degrés.

Cet accès survenu sans prodromes ne trouve son explication ni dans une complication, ni dans une septicémie, moins encore dans une pyohémie.

L'état général est satisfaisant, le malade reste un peu abattu après l'accès. On dirait d'un accès paludéen intercalé sur la courbe d'une typhoïde.

Le plus souvent plusieurs accès se succèdent très irrégulièrement puis tout rentre dans l'ordre.

Le pronostic n'en est pas grave. Quant à l'explication peut-être faut-il la chercher dans une décharge brusque de toxines partie des follicules de l'intestin en voie de cicatrisation. Ou bien est-ce seulement une cause minime passée inaperçue qui se traduit, chez le typhique convalescent dont la température est très instable, par une poussée véritablement désordonnée.

Nous ne reviendrons pas à propos de ces accidents hyperthermisants sur les rémissions et les rechutes que nous avons étudiées avec les formes prolongées.

B. Accidents hypothermisants. — A côté de ces accidents qui élèvent la température il en est d'autres qui agissent de façon inverse en l'abaissant parfois considérablement.

Nous éliminons de cette étude l'hypothermie de la convalescence, celle que l'on peut voir au cours du stade amphibole ou de la défervescence brusque. Nous rappellerons seulement la fausse rémission du septième jour de Wunderlich très transitoire et sans signification importante.

Signalons aussi chez les malades d'hôpital l'abaissement dû au transport, véritable bain d'air, le « luftbad » des Allemands.

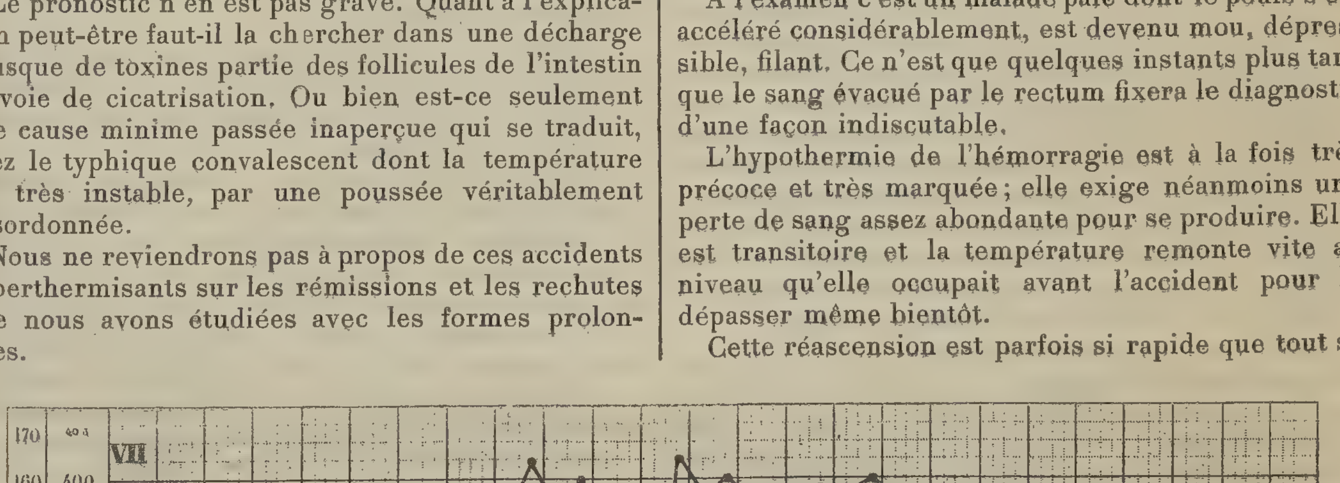
Enfin nous serons brefs sur les crises hypothermiques légères ou graves, se produisant à un moment quelconque et que l'on a voulu expliquer par un trouble des centres thermorégulateurs imprégnés de toxine typhique. Ces crises s'accompagnent outre l'abaissement de température, de faiblesse cardiaque, de dyspnée, de sueurs. Elles guérissent toujours par un traitement approprié, le cœur et le pouls se relèvent, la température remonte. Ces crises hypothermiques sont rares, elles ont été bien observées cependant par Chantemesse, Lamy, Tissot, Monnier. Mais parmi les causes abaissant brusquement la température trois sont surtout à mettre en relief et à bien retenir, ce sont : l'hémorragie intestinale, la perforation, la myocardite.

Dans le premier cas il s'agit d'un malade arrivé généralement au troisième septénaire qui brusquement présente une température de 37 degrés alors que quelques heures avant il était à 39° 5. De plus il est oppressé, se sent mal à l'aise, angoissé, se plaint de nausées, de malaise abdominal, présente des tendances à la syncope.

A l'examen c'est un malade pâle dont le pouls s'est accéléré considérablement, est devenu mou, dépressible, filant. Ce n'est que quelques instants plus tard que le sang évacué par le rectum fixera le diagnostic d'une façon indiscutable.

L'hypothermie de l'hémorragie est à la fois très précoce et très marquée ; elle exige néanmoins une perte de sang assez abondante pour se produire. Elle est transitoire et la température remonte vite au niveau qu'elle occupait avant l'accident pour le dépasser même bientôt.

Cette réascension est parfois si rapide que tout se



Tracé n° 8. — *Deux hémorragies.* — Descente en lysis.

passe entre deux prises de température et que l'abaissement peut, de ce fait, passer inaperçu. Dans la majorité des cas toutefois il est observé et l'on conçoit combien sa constatation est importante puisque c'est un signe précoce et qu'il importe au plus haut point d'instituer rapidement une thérapeutique énergique.

On ne confondra pas cette hypothermie de l'hémorragie avec celle de la *perforation*.

Là, l'abaissement est plus durable, la courbe se relève beaucoup moins vite, paresseusement, n'atteint pas le niveau qu'elle occupait auparavant.

De plus, la douleur abdominale est violente, des signes de péritonite se manifestent : douleur localisée, plastron, pouls accéléré, petit, météorisme, paralysie du diaphragme et des réservoirs, hoquet, vomissements.

On se souviendra toutefois que la perforation typhique évolue sourdement, souvent avec une latence extrême, et qu'il faut savoir faire le diagnostic sur un minimum de signes.

Notons que parfois l'abaissement thermique manque dans la perforation, et que même on a pu observer de l'hyperthermie.

Enfin il est un troisième ordre de faits susceptibles d'abaisser brusquement la température, c'est la faiblesse cardiaque, la *myocardite* typhique.

Il s'agit d'un malade, souvent un obèse, un vieillard, qui, dans la majorité des cas, fait une forme grave.

Depuis quelques jours déjà son premier bruit s'est assourdi, un petit souffle systolique est apparu, parfois un redoublement de ce premier bruit : on a donné une médication toni-cardiaque.

Puis brusquement il fait un abaissement de température à 38 degrés, puis 37°5, 37 degrés, en même temps son pouls s'accélère, devient irrégulier ; au cœur les deux bruits se sont assourdis ; on note de l'embryocardie, parfois un galop, un dédoublement du second bruit, ou un souffle d'insuffisance fonctionnelle. Ces cas sont graves, il faut agir sans perdre de temps, supprimer les bains, réchauffer le malade et appliquer une médication toni-cardiaque intense ; le cœur se relève, la température remonte, les phénomènes s'amendent, ou bien au contraire le cœur s'affole, bat en salve, la température continue à baisser, et le malade meurt dans le collapsus.

Telles sont les principales causes qui font baisser la température du typhique ; à côté de celles-ci il en est une multitude d'autres qu'en raison de leur peu d'importance et de leur rareté nous nous contenterons d'énumérer simplement : ce sont les hypothermies thérapeutiques, celles qui succèdent à des diarrhées profuses, à des escarres étendues, celles qui sont commandées par des néphrites graves, des érythèmes variés.

La gangrène pulmonaire, la perforation de la vésicule, la dégénérescence hépatique, certains états méningés peuvent aussi s'accompagner d'hypothermie.

Ce sont là accidents trop rares pour que nous puissions faire autre chose que les mentionner.

Nous voulons cependant signaler une particularité qu'a observée Weil (de Lyon). Il s'agit d'abaissement thermique brusque et très marqué s'accompagnant du cortège symptomatique de la myocardite et dû à la déshydratation chez des enfants. De pareils sujets présentent du pharyngisme et ne boivent pas ; si on les hydrate d'une façon ou de l'autre les accidents cessent rapidement.

IV

Température et diagnostic. — Est-il besoin de faire ressortir toute l'importance de la température dans le diagnostic de la typhoïde ? On connaît l'aphorisme de Wunderlich :

« Toute fièvre qui atteint 40 degrés avant la fin du deuxième jour n'est pas une typhoïde. »

« Toute fièvre qui n'atteint pas 39°5 le quatrième jour n'est pas une typhoïde. »

Cette loi bien que trop absolue et inexacte dans les cas à début brusque conserve néanmoins une grande valeur.

Il est certain qu'en l'absence de phénomènes nettement caractérisés, alors que depuis trois ou quatre jours on note une température de 38°5-39 degrés que rien n'explique par ailleurs, c'est à la typhoïde qu'il faut songer.

Inversement c'est avec la plus grande réserve que le clinicien acceptera ce diagnostic chez un malade qui, en l'absence de température, présenterait au grand complet les symptômes de dothiénentérie.

Il est cependant un certain nombre d'affections dont la symptomatologie et même la courbe thermique rappellent de près celles de la typhoïde.

L'étude de la température peut-elle dans ces cas donner d'utiles indications ?

Dans la fièvre de Malte, il s'agit d'une courbe en général moins élevée, moins soutenue, dont les angles s'arrondissent.

A la première poussée succède une seconde, puis une troisième, une quatrième, la courbe devient véritablement sinusoïdale, ondulante, et c'est là la caractéristique de la maladie.

Dans la tuberculose aiguë (méningite, granulie, typho-bacillose de Landouzy), les différences sont moins nettes. Cependant on ne voit pas en général une température aussi régulière, aussi fixe que dans la typhoïde. La courbe fléchit un jour pour se relever le lendemain, parfois on observe des températures inverses. En général la balnéation donne des résultats paradoxaux ou désordonnés, ascension après le bain, ou abaissement disproportionnés.

Mais hâtons-nous de le dire, malgré ces différences, somme toute légères, ce sont les recherches de laboratoire et l'examen clinique approfondi, plus que la température, qui permettront de trancher le diagnostic.

Il y a encore la question des paratyphoïdes ; mais là la ressemblance est si frappante à tous les points de vue que seul le diagnostic bactériologique est possible. Peut-être est-il possible de noter seulement une élévation plus rapide de la courbe thermique.

En somme nous ne saurions trop le répéter, en face d'un malade fébrile le diagnostic de typhoïde doit être un diagnostic d'élimination à moins qu'il

ne soit imposé par quelque symptôme ou complication évidents.

Et pour ce diagnostic, le véritable criterium pratique est l'étude de la température avec son élévation progressive, avec son plateau continu.

Enfin il convient de rappeler l'importance de la température pour le diagnostic des complications et pour l'affirmation de la guérison.

V

Température et pronostic. — Nous avons vu ce qu'il fallait penser des formes hyperthermiques. Rappelons que chez les jeunes l'hyperthermie n'est pas d'un mauvais pronostic, que chez les malades âgés et présentant des phénomènes nerveux, elle acquiert au contraire une signification fâcheuse.

Cependant lorsque le thermomètre atteint un degré trop élevé, il traduit évidemment un état grave et un danger imminent : au-dessus de 41°5 le pronostic serait fatal.

Ces cas mis à part, il semble bien que la simple inspection d'une courbe ne permette pas de tirer au point de vue du pronostic des conclusions précises, la typhoïde en effet est une maladie perfide dont on ne saurait trop se défier.

Cependant l'évolution normale de la courbe telle qu'elle doit être est rassurante, l'absence d'irrégularités, d'accidents, est d'un bon pronostic.

De même pendant la période d'état, les rémissions matinales marquées atteignant 7 à 8 dixièmes, ou même un degré, seraient d'un bon pronostic. Par contre une courbe tendue à peine brisée, presque linéaire, indiquerait une évolution fâcheuse.

On se méfiera des fièvres évoluant trop rapidement, de celles qui se terminent par une défervescence brusque : trop souvent elles s'accompagnent de rechutes.

Enfin nous avons vu en cours de route l'heureuse signification de l'hypothermie de la convalescence, nous avons appris à nous méfier des températures subfébriles persistant à ce moment, souvent suivies de rechutes ou d'éclosion d'une tuberculose à marche rapide.

Renon a pu dire : « Il serait aussi inexact de juger de l'intensité de la fièvre typhoïde d'après la température que de la gravité de l'érysipèle d'après la rougeur de la peau. »

Il semble néanmoins que, pour le médecin habitué à lire un tracé, la feuille de température donne parfois pour le pronostic d'utiles indications.

VI

Température et traitement. — C'est la température qui règle le traitement; c'est elle qui commande l'administration des bains et des antithermiques; c'est elle qui permet la reprise de l'alimentation.

Toute la méthode de Brand repose sur elle. Chaque fois que le thermomètre atteindra ou dépassera 39 degrés le typhique sera baigné.

Non seulement elle règle le nombre des bains, mais elle fixe encore leur durée et leur température. En effet actuellement, presque partout la méthode de Brand a été adoucie; on cherche à obtenir l'abaissement optimum de 5 à 7 dixièmes et dans la majorité des cas il est obtenu par le bain de dix à quinze minutes à 22 ou 26 degrés.

Cette action favorable du bain sur la température n'est pas toujours obtenue. Certains malades, les obèses et les nerveux, présentent parfois au contraire une élévation. L'action de cette méthode ne s'exerce pas seulement sur les températures prises isolément, toute la courbe s'en ressent et fléchit dès le début du traitement.

Tripier et Bouveret ont remarqué que les températures après l'application de la méthode n'atteignaient jamais le niveau qu'elles occupaient avant.

De plus, la durée de la maladie semble abrégée et la fièvre tend d'autant plus à se rapprocher de la forme abortive que le traitement a été institué plus tôt.

Divers antithermiques tels que le pyramidon, la cryogénine, ont donné de bons résultats et ont agi favorablement sur la température, il semble cependant que leur action soit moins constante et qu ils impriment à la courbe un caractère oscillant que ne lui donne pas la balnéation.

Enfin à la convalescence c'est encore l'étude de la température qui règle l'alimentation.

Généralement, avant de permettre des aliments solides, il est bon d'attendre que l'hypothermie se soit franchement manifestée et soit durable. On commencera alors sous le contrôle rigoureux du thermomètre, prêt à suspendre à la moindre poussée fébrile, à administrer la quinine s'il s'agit d'accès paludéen, l'urotropine si des accidents vésiculaires se déclarent.

Nous croyons avoir été à peu près complet et c'est dans ce but que nous avons étudié tous les aspects possibles que pouvait prendre la courbe thermique dans la typhoïde.

Mais si ces aspects sont multiples, s'ils sont parfois très différents les uns des autres ils ont toujours pour le médecin la même importance primordiale.

C'est sous le contrôle du thermomètre qu'il sera permis d'affirmer le diagnostic, c'est la régularité de la courbe qui rassurera le médecin et lui permettra d'instituer ou de modifier le traitement, c'est l'apyrexie et l'hypothermie qui autoriseront l'alimentation et seront le gage le plus sûr de la guérison définitive.

BIBLIOGRAPHIE

ARNOUD. In *Dictionnaire Dechambre*.

BENAZET. *Etude de la température dans la défervescence de la fièvre typhoïde*, Th. de Lyon, 1907. — BERNARD. Formes anormales et rares de fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1901. — BERNHEIM. Formes abortives de la fièvre typhoïde, *Revue méd. de l'Est*, 1901; — *Leçons de clinique médicale*, Paris 1877. — BOUTTEVILLE. *Cryogénine et fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1904. — BOUVERET. Des grands accès fébriles dans la convalescence de la fièvre typhoïde, *Lyon méd.*, 1892. — BROTHIER. *De la forme apyrétique de la dothiénentérie*, Th. de Paris, 1882. — BROUARDEL et THOINOT. *Traité de médecine*. — BRU. *La phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde*, Th. de Montpellier, 1904.

CADET DE GASSICOURT. *Leçons cliniques*, Paris 1884. — CHANTEMESSE. In *Traité* Bouchard et Brissaud. — COLLIGNON. *Convalescence normale de la fièvre typhoïde*, Th. de Lyon, 1908.

DEVIC. *Les rechutes dans la fièvre typhoïde*, Th. de Lyon, 1886.

EGGLI. *Traitement de la fièvre typhoïde par le pyramidon*, Th. de Lyon, 1903.

GIROUD. *Fièvre typhoïde apyrétique*, Th. de Lyon, 1897. — GORDON MARTINES. *Formes atténuées de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1889. — GRANDCHAMP. *La typhobacillose de Landouzy*, Th. de Paris, 1907. — GRIESINGER. *Traité des maladies infectieuses*. — GUÉNEAU DE MUSSY. *Cliniques médicales*, Paris 1884.

HOCQUETTE. *Manifestations appendiculaires au début de la typhoïde*, Th. de Lille, 1905. — HOMOLLE. In *Dictionnaire Jaccoud*.

JACCOUD. *Pathologie interne*, 1883; — Fièvre typhoïde ambulatoire, *Leçons de clinique médicale*, 1885.

LAFFORGUE. Typho-bacillose de Landouzy, *Presse méd.*, 1911. — LANGLOIS. *Convalescence normale dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1906. — LAYRÉ-DUFAU. *Typhoïde sudorale à forme bénigne*, Th. de Montpellier, 1899. — LIEBERMEISTER. *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie vorm Ziemssen*, Leipzig 1874.

MARDAT. *Typho-malaria*, Th. de Paris, 1900. — MOLVEAUX. *L'appendicite comme complication de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1907. — MURCHISON. *Traité de la fièvre typhoïde*, 1878.

ORTIZ. *Fièvre typhoïde apyrétique*, Th. de Paris, 1894.

PATEAU. *Contribution à l'étude des crises hypothermiques dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1909. — PAUL (Constantin). *Union méd.*, 1870. — PERRONNE. Appendicite et fièvre typhoïde, *Revue de chir.*, 1907. — PIC et BONNAMOUR. *Maladies des vieillards*, Lyon 1912. — PIPET. *Tuberculose et fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1906. — POTAIN. Fièvre typhoïde sans fièvre, *Tribune méd.*, 1891; — Fièvres typhoïdes atténuées, *Gaz. des hôpit.*, 1880.

RAYMOND. Typhus ambulatoire, *France méd.*, 1881. — RILLIET et BARTHEZ. *Traité des maladies de l'enfance*. — ROUSSEAU-LANGWELT. *Contribution à l'étude de la fièvre de Malte*, Th. de Paris, 1909.

SAINTON. *La fièvre typhoïde chez le vieillard*, Th. de Paris, 1901.

TABET. *Fièvre typhoïde abortive*, Th. de Montpellier, 1900. — TEISSIER. Pyrexies apyrétiqnes, *Lyon méd.*, 1894. — TISSOT. *Des abaissements insolites et brusques dans la fièvre typhoïde*, Th. de Montpellier, 1911. — TRIPIER et BOUVERET. *La fièvre typhoïde traitée par les bains froids*, Lyon 1886. — TROUSSEAU. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, Paris 1882.

WEILL. *Traité des maladies infantiles*. — WEILL et MOURIQUAND. La typhobacillose de Landouzy, *Presse méd.*, 1909. — WORMSER. *Du début brusque de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1901. — WUNDERLICH. *De la température dans les maladies*.

ZERLAND. *Fièvre typhoïde abortive*, Th. de Lille, 1899.

FORMULAIRE

ANOREXIE

Vanadate de soude 0g04
Eau distillée .... 150 grammes

Une cuillerée à café avant le repas.

Remédier à l'alimentation insuffisante avec un peu de poudre de viande de Trouette-Perret et utiliser ses propriétés peptogènes en la donnant deux ou trois heures avant un repas, il est rare qu'elle ne réveille pas l'appétit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pour l'évaluation des incapacités, accidents du travail, par Léon IMBERT, agrégé des Facultés, correspondant de la Société de chirurgie, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, et C. ODDO, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, P. CHAVERNAC, ancien aide de clinique ophtalmologique à la Faculté de Montpellier, médecins-experts près le tribunal civil de Marseille. Préface de M. VIVIANI, ancien ministre du Travail. Un vol. in-8° de VIII-946 pages, avec 88 figures dans le texte, cartonné toile. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Problème physiologique du sommeil, par Henri PIÉRON, directeur du Laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne. Un vol. gr. in-8°, de XVI-520 pages avec figures. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Guide Rosenwald (27e année, 1913), *annuaire de statistique médicale et pharmaceutique*. — Docteur L. Rosenwald, éditeur, 77, rue du Rocher, Paris 8e. — Téléph. 560-70.

La Triple hérésie du pain blanc et son remède, par le docteur MONTEUUIS (de Nice, Saint-Antoine). Broch., 60 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Maloine; Nice, Visconti; Bruxelles, Lamertin.

La Cure de recalcification, sa technique, ses indications, ses résultats (*Consultations médicales françaises*, fasc. 47), par le docteur Emile SERGENT, médecin de l'hôpital de la Charité. In-16 de 32 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 MARS 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 mars, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 4 mars, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mercredi 5 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries).

Jeudi 6 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

Vendredi 7 mars, à une heure. — 3e (oral, 1re partie).
4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 8 mars, à une heure. — 3e (oral, 1re partie).
4e.
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 5 mars, à une heure. — M. CHAMAILLARD. Etude sur l'anonychie. (Absence congénitale des ongles.) (MM. Gaucher, président; Legueu, Pierre Duval et Gougerot.) — Mlle NOWICKA. Contribution à l'étude de la perméabilité et du pouvoir absorbant de la veine. (MM. Legueu, président; Gaucher, Pierre Duval et Gougerot.)

Jeudi 6 mars, à une heure. — M. JAILLET. Pathogénie du faux rétrécissement mitral dans l'insuffisance aortique et la symphyse du péricarde. (MM. Chantemesse, président; Albert Robin, Richaud et Carnot.) — M. HANRIOT. Contribution à l'étude d'une des manifestations de l'arthritisme « La cellulite ». (MM. Albert Robin, président; Chantemesse, Richaud et Carnot.) — M. LABOURDETTE. Gros placentas et syphilis. (MM. Bar, président; Lejars, Brindeau et Okinczyc.) — Mlle PARISSE. Contribution à l'étude de l'étiologie des rétro-déviations utérines chez les vierges et les nullipares. (MM. Bar, président; Lejars, Brindeau et Okinczyc.) — M. LIEBAULT. Rétrécissement de la région cardiaque de l'œsophage d'origine inflammatoire. (MM. Lejars, président; Bar, Brindeau et Okinczyc.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 23. — MARDI 25 FEVRIER 1913. 86e ANNÉE. MARDI 25 FÉVRIER 1913. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Questions données : « Anatomie pathologique et bactériologie des thromboses veineuses. — Formes cliniques de la gangrène pulmonaire. »

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 21 avril 1913, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration (bureau du personnel médical), de dix heures à trois heures, du jeudi 20 mars au samedi 5 avril 1913 inclusivement.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. Etienne, agrégé libre, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur de pathologie générale et pathologie interne à cette Faculté.

— Alger. — M. Sambuc, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours de chimie biologique à la Faculté de médecine d'Alger, est nommé professeur adjoint à cette Faculté.

MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Sont réinvestis dans leurs fonctions de médecin de l'assistance médicale à domicile, pour une période de trois années, les 51 docteurs en médecine actuellement en fonctions et dont les noms suivent :

1er arrondissement : Mme le docteur Schultz, précédemment en congé.
2e arrondissement : MM. Sebillote, Lamouroux.
3e arrondissement : MM. Viancin, Dupuy, Wateau.
4e arrondissement : MM. Gerson, Malbec, Fourrier.
5e arrondissement : MM. Kortz, Noir, Joly.
6e arrondissement : MM. Martin, Chaumont, Dorison, Netter, Batisse, Lobligeois, Lévy.
7e arrondissement : MM. Mercereau, Champion, Housquains.
8e arrondissement : M. Paul-Boncour.
9e arrondissement : M. Narboni.
10e arrondissement : M. Mathieu.
11e arrondissement : M. Bidel.
12e arrondissement : M. Gourichon.
13e arrondissement : MM. Huard, Morin, Froment, Meurisse, Besson, Chevé, Mallet, Dezille, Oguse.
15e arrondissement : MM. Fachalte, Acheray, Bertrandon.
17e arrondissement : M. Bourdin.
18e arrondissement : MM. Tournier, Delarue, Bois, Haury, Serré, Arnoux.
19e arrondissement : MM. Sangline, Pinard, Braunberger, Dailly.
20e arrondissement : MM. Sainmont, Robert.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Un concours pour l'admission successive à cinq emplois de médecin adjoint au dispensaire de salubrité aura lieu à la préfecture de police (salle du Conseil d'hygiène), le lundi 7 avril, à midi, et se continuera les jours suivants, soit à la préfecture de police, soit à la maison de Saint-Lazare.

Les candidats admis à concourir recevront, le 3 avril au plus tard, avis de la décision les concernant.

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — Dans sa récente assemblée générale, l'association a procédé au renouvellement de son bureau pour 1913.

Notre cher et éminent collaborateur, M. le professeur Antonin Poncet (de Lyon), a été élu président de l'association ; M. le professeur Doumer (de Lille) et M. le docteur R. Blondel (de Paris), vice-présidents ; M. le docteur Laumonier, secrétaire général ; M. le docteur H. Bouquet, secrétaire général adjoint.

Rappelons que l'association compte à l'heure actuelle 155 membres. Les adhésions sont reçues par le docteur Laumonier, 18, rue Le Verrier, à Paris.

A. P. M. VOYAGE D'ÉTUDES EN ESPAGNE (PAQUES 1913). — Le voyage d'études de la dixième session de l'Association

internationale de perfectionnement scientifique et médical (A. P. M.), patronnée par le gouvernement français, aura lieu du 22 mars au 14 avril 1913 en Espagne et au Portugal.

Concentration à Perpignan. Itinéraire : Barcelone, Saragosse, Madrid, Tolède, l'Escurial, Cordoue, Grenade, Gibraltar, Tanger, Algésiras, Cadix, Séville, Lisbonne, Coïmbre, Porto, Salamanque, Burgos, Bilbao, Saint-Sébastien. Dislocation à Biarritz.

S'adresser, avant le 10 mars, 12, rue François-Millet, Paris XVIe.

STATISTIQUES. — Voici la statistique officielle des médecins, pharmaciens, sages-femmes et dentistes français pour l'année 1911, la dernière contrôlée par la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques du ministère de l'intérieur.

Médecins	20.809
Pharmaciens	11.589
Sages-femmes	13.066
Dentistes	2.848

— Le service de la statistique municipale de Paris a compté, pendant la septième semaine, 981 décès, au lieu de 888 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1066, moyenne ordinaire de la saison. Les maladies de l'appareil respiratoire ont continué à être rares. On remarque un nombre de rougeoles un peu plus élevé que précédemment.

ŒUVRE DES SANATORIUMS MARITIMES POUR ENFANTS. — Un concert aura lieu le 28 février 1913 à la salle Gaveau, 45-47, rue de La Boétie.

Prix des places : loges, 12 francs ; fauteuils-balcon, 10 francs ; autres places, 5 francs.

S'adresser pour les billets, à M. Grandry, secrétaire général de l'œuvre, 62, rue de Miromesnil.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Benoît (de Royan).

LES NOTIONS RÉCENTES SUR LES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE. — COURS DE VACANCES ET DE PERFECTIONNEMENT. (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, professeur : M. A. GILBERT.) — Quelques modifications ayant été apportées au programme que nous avons publié dans notre numéro du 21 janvier, nous le publions à nouveau.

PROGRAMME DU COURS. — *Lundi 17 mars.* — Leçon inaugurale de M. le professeur A. Gilbert.

Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Jomier : Exploration physique du foie. Palpation. Percussion. Interrogatoire d'un hépatique. Exploration fonctionnelle du foie. Les symptômes de l'hyperfonctionnement et de l'insuffisance hépatique.

Le soir, à trois heures. M. Deval : Exploration fonctionnelle du foie. Recherche des pigments et des sels biliaires dans les urines. Hypoazoturie et hyperazoturie. Coefficient azoturique. Ammoniurie expérimentale. Indicanurie. La glaucurie intermittente (élimination polycyclique du bleu de méthylène).

Mardi 18 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Herscher : Cholémie physiologique et pathologique. Cholémimétrie. Recherche, dosage et valeur séméiologique de l'urobiline et de la stercobiline.

Le soir, à trois heures. MM. Guilleminot, Durey, Dausset : Les agents physiques dans l'exploration et le traitement des maladies du foie, de la rate, du pancréas.

Mercredi 19 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Herscher : Le syndrome ictère. Etude clinique et thérapeutique des ictères choluriques.

Le soir, à trois heures. M. le docteur E. Chabrol : La résistance globulaire dans les ictères. (Ictères par rétention. Ictères par hyperhémolyse.)

Jeudi 20 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Herscher : Etude clinique et thérapeutique des ictères acholuriques simples et des cirrhoses biliaires.

Le soir, à trois heures. M. le docteur E. Chabrol : Les hémolysines dans leurs rapports avec les anémies, les ictères et les hémoglobinuries. Leur recherche dans le sang circulant. L'épreuve de Donath et Landsteiner. Diagnostic spectroscopique des hémoglobinuries

Vendredi 21 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Maurice Villaret : Le syndrome d'hypertension portale : étude physiologique, anatomique et histologique. L'intestin, le pancréas, la rate et le rein dans les affections du foie.

Le soir, à trois heures. M. le docteur E. Chabrol : Le liquide ascitique. Etude chimique, cytologique, bactériologique. La réaction de Rivalta. L'inoculation aux animaux.

Mardi 25 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Maurice Villaret : Le syndrome d'hypertension portale ; étude clinique et thérapeutique. Les cirrhoses alcooliques.

Le soir, à trois heures. M. le docteur Lippmann : Le microbisme biliaire normal et pathologique. Etude clinique et thérapeutique des angiocholites, des cholécystites, du cancer des voies biliaires.

Mercredi 26 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Jomier : Les acquisitions cliniques et thérapeutiques récentes sur les glycosuries et le diabète.

Le soir, à trois heures. M. Deval : Exploration fonctionnelle du foie et du pancréas appliquée à l'étude du diabète et des affections pancréatiques. Glycosurie alimentaire spontanée et provoquée. Diagnostic de l'insuffisance pancréatique par l'étude du chimisme gastrique et du chimisme intestinal. (Dosage des graisses, épreuve de Schmidt, recherche de l'amylase fécale.) La réaction de Cammidge.

Jeudi 27 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Lippmann : Etude clinique et thérapeutique du foie dans les infections. Le foie dysentérique. Les abcès du foie.

Le soir, à trois heures. M. le docteur Bénard : La dysenterie. Le paludisme. Les maladies parasitaires dans leurs rapports avec les hépato-splénites.

Vendredi 28 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Lippmann : Etude clinique et thérapeutique de la lithiase biliaire et de ses complications. La colique hépatique. La cholestérinémie.

Le soir, à trois heures. M. Deval : Résultats fournis par l'examen clinique du sang dans les affections du foie. La glycémie. L'azotémie. La cholestérinémie. La cholémie et son dosage. La lipémie alimentaire. Valeur de la recherche des hémoconies à l'ultramicroscope.

Samedi 29 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Paul Descomps : Etude clinique et thérapeutique des pancréatites et du cancer du pancréas.

Le soir, à trois heures. M. le docteur Jomier : Etude clinique et thérapeutique du syndrome d'hypertension sus-hépatique. Foie cardiaque.

Lundi 31 mars. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Paul Descomps : Etude clinique et thérapeutique des kystes hydatiques du foie et des suppurations périhépatiques.

Le soir, à trois heures. M. le docteur Bénard ; Diagnostic de la syphilis hépatique. La réaction de Wassermann. Les réactions de Porgès et de Noguchi. Recherche du spirochète sur les coupes de foie syphilitique. Examen du liquide hydatique. Recherche de l'éosinophilie sanguine. La réaction de Weinberg.

Mardi 1er avril. — Le matin, à dix heures et demie. M. le docteur Maurice Villaret : Etude clinique et thérapeutique du foie syphilitique et du foie tuberculeux.

Le soir, à trois heures. M. le docteur Paul Descomps : Etude clinique et thérapeutique du cancer du foie, des cirrhoses graisseuses, de l'ictère grave.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. DE BEURMANN. — *Conférences théoriques et pratiques.* — Une série de conférences théoriques et pratiques sur les affections cutanées et vénériennes est faite par MM. de Beurmann, R. Sabouraud, Dominici, Mouneyrat, Louis Ramond, Eugène Regnauld, Grandchamp, Egger, Degrais, Pestel, Tanon, Cottin, Noiré, Philibert, Chenet, Jean Pellot, Larroque, Labourdette.

Les leçons ont lieu les lundi, jeudi et samedi de chaque semaine, de dix heures à onze heures dans la salle des conférences de l'hôpital, à côté du musée et de la bibliothèque.

Lundi 3 mars, à dix heures un quart (cette leçon comportant des manipulations aura lieu au laboratoire municipal) : « Technique de préparation des vaccins de Wright », par M. Noiré.

Vendredi 7 mars, à dix heures, salle des conférences : « Les alopécies iodopathiques », par M. Sabouraud.

Samedi 8 mars, à dix heures, salle des conférences : « Technique de la réaction de Wassermann », par M. Louis Ramond.

LIVRES NOUVEAUX

Remèdes d'autrefois [2e série] (1); — **Légendes et curiosités de l'histoire** [2e série] (2), par le docteur Cabanès.

Il y a quelques jours, en rentrant chez moi, j'y trouve un nouveau volume de Cabanès, celui des *Légendes et curiosités de l'histoire*. Tournant la première page, j'y lis cette dédicace : « Apprêtez-vous, cher ami, à recevoir le choc ; c'est le vingt-huitième et ce n'est pas le dernier ! »

J'ai reçu le choc et ne m'en suis pas trouvé trop mal, bien qu'il ait réveillé chez moi un léger remords, celui de n'avoir pas encore entretenu les lecteurs de la *Gazette* d'un autre volume de Cabanès, *Remèdes d'autrefois*, paru il y a quelques semaines.

Dans ce volume, bourré de documents historiques les plus curieux et les plus bizarres, on trouvera la preuve qu'il n'y a vraiment rien de nouveau sous le soleil, et que certaines méthodes thérapeutiques, très à la mode en ce moment, telles par exemple que la médecine vibratoire, ne sont que de vieilles histoires.

Très intéressant et peu connu le premier chapitre sur les *rois guérisseurs*. Nous y voyons défiler successivement des rois botanistes, thérapeutes, alchimistes, chimistes, apothicaires.

Que de miracles accomplis sous l'influence du *toucher royal* et quel joli chapitre de psychothérapie ! Que de cures d'écrouelles par ce simple attouchement de la main royale ! Il est bon de noter ici que bien souvent, en particulier pour le traitement des scrofuleux si nombreux à diverses époques, le roi se faisait aider par le chirurgien.

La *musique dans les maladies* nous met en présence de vieilles connaissances, telles que Saül, David, Hermès, Amphyon, Ulysse, Celse, Galien, Démocrite et bien d'autres qui n'avaient peut-être pas tout à fait tort d'accorder à la musique une influence salutaire sur certains états névropathiques. Mais c'est une arme à deux tranchants ; elle peut aussi pousser à l'excitation et même à la folie certaines natures trop impressionnables. Cabanès nous en fournit des exemples.

Passons sur les *processions dansantes*, si curieux qu'en soit l'historique, sur la *médecine vibratoire* à la portée de tous aujourd'hui grâce à l'autobus, sur le trémoussoir de l'abbé Saint-Pierre, etc., pour arriver à la *santé par le rire*, chapitre dont nous ne saurions trop recommander la lecture à toute la gente hypocondriaque, mélancolique et neurasthénique.

Le *mal d'amour et ses remèdes*, voilà un chapitre pour les jeunes. Passons. Nous ne ferons que mentionner la *poudre de sympathie*, les parfums, *médicaments et poisons*, l'*influence des odeurs*, des *couleurs*, la *médecine dans les temples*, le *culte des pierres*, *des arbres et des eaux*, pour arriver aux *miracles de Jésus*.

La curiosité scientifique de notre ami Cabanès l'entraîne à tout étudier, tout scruter, tout discuter. Sachons-lui gré de le faire ici de façon à ne choquer aucune susceptibilité. Mais peut-être y a-t-il des sujets qu'il vaut mieux laisser enveloppés de leur mystérieuse auréole.

Il me resterait maintenant à parler du vingt-huitième volume, les *Légendes et curiosités de l'histoire*. La place nous manque pour analyser ce nouvel ouvrage comme il le mériterait, car ici c'est un éloge sans réserve qu'il convient d'adresser à l'auteur. Depuis le *masque de l'empereur* jusqu'à la *tragédie de Mayerling* en passant par un *mariage royal à la Cour impériale*, une *mort d'impératrice*, une *grossesse historique*, *Louis-Philippe est-il le fils d'un geôlier?*, la *mort de l'aiglon*, *Marie-Louise est-elle morte empoisonnée?*, un *illustre pied bot frère d'empereur*, *comment périssent les prétendants* (le prince impérial, le comte de Chambord), l'*appendicite de Gambetta*, tout est à lire, tout est intéressant.

Qu'on veuille bien nous permettre, à propos de la *maladie du comte de Chambord* et de l'*appendicite de Gambetta*, si bien étudiées par Cabanès, de rappeler ici deux petits souvenirs personnels. Ce n'était pas Vulpian qu'on avait demandé en consultation à Frosdorf, mais bien Potain. Celui-ci, à ce moment, passait presque tout son temps auprès de son ami Parrot très gravement malade. Il ne voulut pas le quitter, et c'est lui-même qui désigna Vulpian pour le remplacer auprès du comte de Chambord.

Quant à l'appendicite de Gambetta, voici ce qui se passa. Gambetta avait pour ami intime Fieuzal, qui lui-même était très lié avec Péan. Il insista beaucoup auprès de Gambetta et de son entourage pour qu'on appelât Péan en consultation. Je ne sais pourquoi, on s'y refusa. Qui sait si la hardiesse chirurgicale si souvent heureuse de notre maître n'eût pas sauvé le grand tribun !

A. Brochin.

(1) Paris, Maloine.
(2) Paris, Albin Michel.

Travaux sur la bactériologie de la tuberculose dans ses rapports avec l'hygiène et la thérapeutique spécifiques de cette maladie (1), par le docteur J. Ferran.

Cet intéressant travail résume les recherches par lesquelles le docteur Jaime Ferrán s'efforce depuis une quinzaine d'années de démontrer que le bacille acido-résistant de Koch dérive de bactéries non acido-résistantes découvertes par notre éminent confrère de Barcelone ; ces bactéries très répandues dans la nature, de culture facile et douées d'aptitudes saprophytiques, produisent selon lui la tuberculose spontanée.

Convenablement inoculées à des cobayes, elles perdent par adaptation leur facile cultivabilité, deviennent tuberculigènes et se transforment en bacilles acido-résistants de Koch, parfaitement isolables. Même quand elles sont complètement avirulentes, on parvient à déterminer avec elles une tuberculose spontanée ; lorsqu'elles sont virulentes elles provoquent les formes aiguës de la tuberculose.

Comme c'est précisément des obscurités entourant encore la biologie du bacille acido-résistant de Koch que proviennent les difficultés de toutes sortes auxquelles on se heurte pour résoudre le grave problème de la prophylaxie de la tuberculose et de sa guérison spécifique, le docteur Jaime Ferrán estime qu'il convient de modifier l'orientation imprimée aux investigations effectuées jusqu'à présent dans ce but. Fort des résultats obtenus par lui, il s'offre d'ailleurs à fournir aux biologistes, de façon toute désintéressée, le matériel et les documents nécessaires pour contrôler et poursuivre ses recherches expérimentales.

A. Gaullieur l'Hardy.

Les Préjugés en art dentaire (2), par le docteur E. Charézieux.

Cet intéressant petit volume fait partie d'une série d'ouvrages, où des spécialistes autorisés étudieront les préjugés relatifs à chacune des branches de la médecine.

Le docteur Charézieux a mené à bien la tâche qui lui avait été répartie, à savoir les *Préjugés en art dentaire*, et c'est avec beaucoup de plaisir et de profit qu'on lira ces pages écrites d'une plume alerte et bien documentée.

A. Gaullieur l'Hardy.

(1) 1 vol. de 175 pages. — Barcelone. Imprimerie « La Renaixensa ».
(2) Paris, A. Maloine.

LES INJECTIONS INTRATRACHÉALES

DANS

LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

Par M. C. GUEIT,

Interne des hôpitaux de Montpellier,
Chargé des fonctions de chef de clinique médicale infantile.

L'introduction de produits médicamenteux dans la trachée et dans les bronches était restée l'apanage des seuls spécialistes qui ne tendaient à modifier, par cette voie, qu'un état local d'infection laryngé ou trachéal.

Les recherches de Guisez et Stodel (1) au point de vue expérimental ont montré que les injections ainsi faites par la voie transglottique pénètrent dans tout l'arbre aérien et imprègnent le parenchyme pulmonaire.

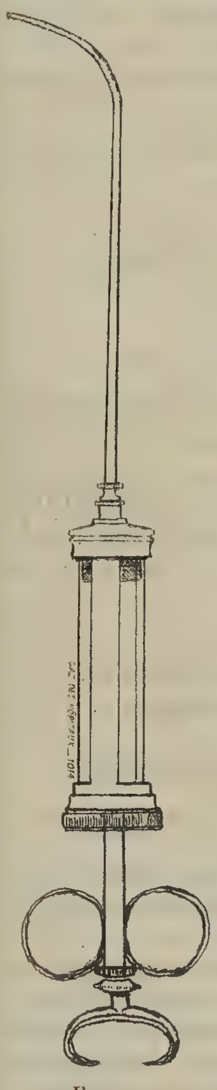


FIG. 1.
Seringue de Béhag.

L'innocuité absolue et la simplicité parfaite de la technique de ces injections permettent à tous les praticiens de les employer.

Les instruments nécessaires à cette petite intervention se résument en l'emploi d'une seringue spéciale de Béhag, dite seringue laryngée de 2 à 5 centimètres cubes et d'un miroir laryngien n° 5 ou 6. Même si l'on en croit Mendel (2) la seringue seule suffit, car pour se guider on peut se servir d'un doigt de la main gauche, introduit au fond de la gorge, comme pour pratiquer un tubage.

Nous ne discuterons pas ici les avantages de telle ou telle technique dans l'application de la méthode.

Nous tâcherons d'établir, au moyen de celle que nous avons employée, son bilan thérapeutique dans le traitement des affections des voies respiratoires.

Pour pratiquer les injections intratrachéales nous nous sommes servis de la méthode de Rosenthal, dont le docteur Wicart a donné récemment une description très précise (3). Les premiers expérimentateurs, Mendel, Rosenthal, Lajarrige, Hubbard, Watsan n'injectaient que des doses minimes. Guisez et Stodel conseillent d'employer des doses massives, 15 à 20 centimètres cubes. Avec Wicart nous croyons mieux de nous en tenir aux doses moyennes de 3 à 5 centimètres cubes, quitte au besoin à répéter l'injection tous les jours ou deux fois par jour.

Le malade étant assis en face de l'opérateur, assis aussi, la tête immobilisée par une aide, on lui pratique quelques minutes avant l'intervention une anesthésie légère à la cocaïne (solution de chlorhydrate à 1 p. 100), pour prévenir le réflexe pharyngé. Cela fait et muni des instruments et solutions nécessaires, qu'il dispose sur une table à portée de la main, le médecin utilise pour s'éclairer la lumière d'un bec de gaz muni d'un manchon Auer, ou la lumière électrique dont on dispose le foyer lumineux près de l'oreille du patient et un peu plus haut.



FIG. 2.

L'opérateur portant devant l'œil droit un miroir frontal qui renvoie les faisceaux lumineux dans l'arrière-gorge du malade, introduit alors le miroir laryngien. Pour éviter la buée qu'y déposerait l'air de la respiration il a légèrement chauffé au-dessus de la flamme la surface réfléchissante de ce miroir avant de le porter dans la gorge.

Cette introduction est facilitée par le badigeonnage préalable à la cocaïne.

La bouche largement ouverte le malade tient l'extrémité antérieure de sa langue dans les plis d'une compresse.

Cela fait et l'épiglotte et la glotte étant repérées sur le miroir, le médecin qui tient de la main droite la seringue chargée introduit sa canule dans la bouche et dans le larynx sous le contrôle du miroir. Profitant d'une inspiration lente et régulière il pousse légèrement l'injection et retire les instruments.

Il faut recommander au malade de respirer lentement et avec calme et de ne point avoir peur. Si le malade suspend sa respiration il ferme sa glotte et l'injection ne peut plus passer.

Suivant la quantité de liquide que l'on veut introduire on peut y revenir à deux ou trois reprises en suivant la même technique.

Le liquide injecté peut ne pas tout entrer directement dans la trachée, par suite d'une faute de tech-

(1) GUISEZ et STODEL. *Quinzaine thérapeutique*, 1912, p. 468

(2) MENDEL. Injections intratrachéales dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, *Gaz. des hôpit.*, 1905, p. 567.

(3) WICART. L'injection laryngo-trachéale, *Revue mensuelle du praticien*, octobre 1912, p. 115.

nique, ou d'un mouvement du malade. On le prie alors de cracher pour éviter l'irritation qui pourrait résulter de l'ingestion de certains produits médicamenteux.

Avec un peu de patience et d'habitude de la part du patient et du médecin, celui-ci arrivera à de meilleurs résultats.

En général les malades supportent très bien ces injections et ne présentent dans les débuts qu'une légère quinte de toux qui ne se reproduit plus lors des séances ultérieures, à moins que le liquide injecté ne soit trop irritant par lui-même. En aucun cas on ne voit, par ces quintes de toux, le liquide injecté refluer dans la bouche.

Toutes les affections des voies respiratoires se trouvent bien de cette méthode thérapeutique (1). Elles agissent, comme l'indiquent Viollet et Wicart, comme topiques sur les ulcérations, sur les plaies infectées, sur les surfaces irritées et congestionnées ; elles y limitent leur action à celle des instillations. Elles relèvent là des petites doses poussées lentement. Dans les bronches on injecte les doses moyennes ou fortes contre les gangrènes, les dilatations bronchiques. « Elles sont antiseptiques, et, comme telles, diminuent et suppriment les sécrétions muco-purulentes et purulentes ; elles désinfectent les voies aériennes et délivrent les malades de l'odeur nauséabonde des gangrènes bronchiques ou pulmonaires ; elles modifient le rythme respiratoire en augmentant l'amplitude des inspirations et la puissance de l'hématose. » (Wicart.)

Dans la tuberculose pulmonaire nous avons employé la voie trachéale comme voie d'administration de médicaments spécifiques (2) et d'huiles médicamenteuses (3).

Par cette voie les médicaments agissent de même, et influent déjà sur l'état général du sujet en combattant l'infection, en relevant les moyens de défense de l'organisme.

Cinq malades ont reçu pendant un temps variable des injections de sérum de Marmorek, une injection tous les deux jours à la dose de 3 centimètres cubes chaque, par la voie laryngo-trachéale (4).

Nous n'avons observé aucun accident d'anaphylaxie chez ces malades ainsi traités. Mais les résultats n'ont point été aussi encourageants qu'avec les huiles médicamenteuses.

Un malade atteint de tuberculose ulcéro-caséeuse a eu après 5 injections une poussée congestive intense s'accompagnant d'hémoptysie abondante. Il a succombé. Les autres se sont plaints de sensations pénibles de sécheresse de la toux et d'irritation bronchique plus marquée.

Les injections médicamenteuses d'huile eucalyptolée ou goménolée nous ont donné de meilleurs résultats. Plusieurs malades y ont été soumis. Deux n'ont pu les continuer à cause des réflexes nauséeux que la simple introduction de la canule déterminait chez eux, malgré la cocaïnisation préalable. Les autres en ont reconnu les bons effets.

Ceux-ci ont porté sur l'état local et sur l'état général. Localement diminution des sécrétions et de la fétidité de l'haleine, diminution notable des quintes de toux. Chez certains, la dysphagie due à des lésions pharyngo-laryngées a été diminuée. Les vomissements occasionnés par la toux se sont espacés.

Dans l'état général diminution de la fièvre, nettement toxi-infectieuse dans ces cas, et amélioration de l'appétit.

Il est certain qu'il y a là dans le traitement des affections des voies respiratoires une voie d'administration utile à employer qui respecte en même temps l'intégrité des voies digestives.

Comme excipient on emploie l'huile d'olive stérilisée et lavée à l'alcool.

Wicart propose la formule suivante dont nous avons expérimenté les bons effets.

Eucalyptol	1 gramme.
Gaïacol	2 grammes.
Camphre	1g50
Huile d'olive stérilisée et lavée à l'alcool	30 grammes.

(Une injection de 3 à 5 centimètres cubes tous les jours.)

L'huile mentholée de 2 à 10 p. 100 a été conseillée. Nous avons employé aussi l'huile goménolée à la dose de 5 p. 100, on peut aller jusqu'à 10 p. 100.

Nous formulons :

Goménol	2g50
Gaïacol	2 grammes.
Camphre	1 gramme.
Huile stérilisée et lavée à l'alcool	50 grammes.

(Une injection de 3 centimètres cubes tous les jours.)

Guisez conseille parfois l'adjonction au goménol de 20 à 25 centigrammes d'iodoforme pour 20 centimètres cubes d'huile.

Quoi qu'il en soit de ces formules dont on peut suivant les besoins faire varier la teneur en substances actives et le poids, il y a par cette méthode des résultats heureux à espérer, dans le traitement des affections des voies respiratoires, sur lesquels nous tenions à attirer l'attention.

(1) P. Viollet. Injections intratrachéales dans les affections pulmonaires, *Gaz. des hôpit.*, 1905, p. 255.

(2) Berthelon (M. C.). *Société d'étude scientifique sur la tuberculose*, 11 juillet 1912. — Gaussel et Gueit. *Société des sciences médicales de Montpellier*, 17 janvier 1913.

(3) Wicart. Loc. cit. — Castaigne et Gouraud. La tuberculose, *Le Livre du médecin*, Poinat 1912.

(4) C. Gueit. *Traitement de la tuberculose pulmonaire par les sérums spécifiques*, Th. de Montpellier, 1913.

ACTUALITÉS

A PARTIR DE QUEL AGE PEUT-ON ENTREPRENDRE LE TRAITEMENT DE LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE ?

Il y a une dizaine d'années les orthopédistes étaient à peu près unanimement d'accord pour attendre l'âge de quatre ans dans les luxations unilatérales, et celui de trois ans dans les bilatérales, pour pratiquer leur réduction. L'âge favorable à la réduction s'étendait de trois à six ans pour les bilatérales, quatre à neuf ans pour les unilatérales.

Depuis cette époque une tendance presque générale s'établit en faveur de la réduction plus précoce, et à commencer le traitement à deux ans, ou même à un an.

Certains orthopédistes comme M. le professeur Kirmisson, MM. Broca, Ducroquet, Savariaud sont restés fidèles à la limite d'âge de trois ou quatre ans. M. Broca cependant a tenté un certain nombre de cas de réduction à l'âge de deux ans avec traitement par l'appareil de Le Damany. D'autres comme MM. Nové-Josserand, Redard et Badin, Piéchaud et Denucé, Mencière, en France, Lorenz, Joachimsthal, Bradford et Lovett à l'étranger, ont admis deux ans comme limite d'âge inférieure. Enfin on a même été plus loin, et des tentatives nombreuses ont été faites pour effectuer le traitement dès que le diagnostic peut être posé, c'est-à-dire dans certains cas à dix-huit, seize, quatorze mois, exceptionnellement plus tôt. Telle est l'opinion de MM. Le Damany (de Rennes), Frœlich (de Nancy), Calot, Mayet, Judet, Petit de la Villéon, opinion que nous avons adoptée et mise en pratique parce qu'elle nous semble actuellement justifiée par un faisceau important de faits.

Nous allons d'abord exposer les arguments que l'on fait valoir contre la réduction précoce des luxations congénitales de la hanche, et comment ces arguments peuvent être réfutés.

Nous verrons ensuite quels avantages on peut trouver à opérer dès que le diagnostic est fait au lieu d'attendre. Nous verrons enfin les résultats que donne la réduction pratiquée chez les tout petits.

D'une manière générale, tous les arguments soulevés contre la réduction de la luxation congénitale chez le nourrisson peuvent se ranger en deux groupes :

1° Arguments d'ordre anatomique.
2° Arguments tirés de la malpropreté des nourrissons.

Les objections d'ordre anatomique peuvent s'énoncer ainsi : la réduction de la tête fémorale dans le cotyle n'est pas solide et stable chez le nourrisson parce que les moyens de contention sont très faibles : 1° parce que le cotyle est peu profond ; 2° parce que la capsule articulaire agrandie se rétracte, se rétrécit peu après la réduction. Donc la reluxation sera très fréquente.

Chez le nouveau-né, la cavité du cotyle est très petite (Ducroquet, Broca, Le Damany), de plus, elle est plane, « elle ne prend guère sa forme sphérique qu'après l'âge de trois ans. A un mois, à peine un tiers de la tête se trouve engagé dans le cotyle, vers trois à cinq ans au contraire, la tête fémorale se trouve à peu près complètement engagée » (Ducroquet).

L'objection est de valeur ; mais en réalité le cotyle osseux ne joue pas un rôle exclusif dans la contention de la tête fémorale. Le bourrelet cartilagineux joue aussi un rôle extrêmement important. M. Nové-Josserand l'a bien démontré récemment par l'étude de la régénération du cotyle après la réduction de la luxation. Il montre que l'insuffisance du cotyle osseux dans sa partie supérieure et postérieure, qui joue un rôle si grand dans la production de la luxation, met des années à se combler après la réduction, et pendant ce temps, c'est au bourrelet cartilagineux reformé qu'incombe, avec la tension des ligaments, le rôle capital dans le maintien de la solidité articulaire.

La radiographie ne montre pas le bourrelet cartilagineux, mais le ressaut produit dans la réduction, et des reluxations volontaires permettent d'en étudier l'épaisseur. Elle est grande chez le nouveau-né ; comme l'a bien vu M. Le Damany, lorsque l'on réduit une luxation congénitale chez un nourrisson, on n'a pas le claquement osseux brusque, mais un ressaut très petit, doux, velouté, qui indique le retour de la tête dans le cotyle. La tête n'a pas franchi un talus osseux élevé, mais un talus cartilagineux de moindre hauteur ; mais si le bourrelet du cotyle est surtout cartilagineux et peu élevé, chez le nourrisson qui n'a pas marché il est intact. Au lieu d'être éculé à la partie postéro-supérieure par le passage de la tête fémorale qui l'écrase et le détruit à la longue, le bourrelet est à peu près régulièrement conservé chez le tout petit qui n'a pas encore marché.

M. le professeur Kirmisson invoque aussi la brièveté du col chez le nouveau-né. Si cette brièveté peut être un obstacle sérieux à la réduction chez l'enfant âgé, par suite de l'absence d'un bras de levier osseux assez long, pour faire franchir à la tête fémorale un bourrelet osseux élevé, pour désinsérer, déchirer une capsule rétractée, cette brièveté du col ne gêne en rien la réduction toujours si facile chez le nourrisson.

Avec l'emboîtement des extrémités osseuses, le deuxième mode de contention de la réduction, consiste dans le travail de rétraction qui se fait sur la capsule et les ligaments allongés par la luxation, rétraction favorisée par les attitudes spéciales que l'on donne au membre dans l'appareil plâtré. Or « cette rétraction, qui se produit avec vigueur chez l'enfant âgé, n'offre au contraire qu'une faible résistance chez l'enfant qui n'a pas encore atteint trois ans, aussi les risques de reluxation sont-ils alors considérables » (Ducroquet).

Cette constatation est certaine. Mais si la rétraction capsulaire est très lente à se faire chez le nourrisson, elle existe cependant. On arrivera à une contention suffisante en maintenant dans l'appareil le nourrisson beaucoup plus longtemps que l'enfant plus âgé.

La contention de la réduction chez le tout petit présente donc, en raison des conditions anatomiques qui existent à cet âge, des obstacles indéniables, mais ils ne sont pas insurmontables. Ils obligent seulement à modifier la technique employée chez des sujets plus âgés.

Voici les précautions indispensables à prendre.

Une fois la réduction obtenue, il est parfois difficile de maintenir la tête en place pendant la confection du plâtre, si l'enfant n'est pas absolument immobilisé on risque de voir la luxation se reproduire à ce moment, et le fait peut passer inaperçu.

Pour immobiliser absolument l'enfant, il est indispensable :

1° D'employer l'anesthésie générale. Bien que la réduction se fasse parfois facilement sans anesthésie, celle-ci est donc indispensable pour obtenir l'immobilité.

2° De fixer l'enfant dans la position de réduction sur une table orthopédique. Dans ce but la table orthopédique de M. Ducroquet nous a toujours semblé un appareil parfait. Le membre est placé dans le membre en abduction et rotation externe extrême et, s'il est nécessaire, en flexion rapprochant le genou de l'aisselle.

Il est indispensable de faire faire une radiographie dans le premier plâtre pour s'assurer que la tête est bien en place. En abduction et flexion marquées la tête doit être dans le bas du cotyle, au-dessous du cartilage en Y, mais en restant cependant dans le cotyle et non au-dessous, si la tête était placée trop élevée, ou trop bas, il ne faudrait pas hésiter à couper le plâtre circulairement à la racine de la cuisse et à augmenter ou diminuer l'abduction et la flexion selon l'un ou

l'autre cas; on fixerait la nouvelle attitude par un tour de bande plâtrée.

Le malade doit être maintenu dans cette position pendant cinq à six mois selon la valeur du cotyle constatée à la réduction. On changera le plâtre au bout de deux ou trois mois si cela est utile et on replacera le malade dans la même position.

M. Frœlich se contente, pour les nourrissons, de cette seule position en abduction et rotation externe, et après cinq mois de contention, il enlève tout appareil et laisse l'enfant se mobiliser lui-même.

Nous pensons qu'il est indispensable, au moins dans les cas où il existe de l'antéversion de la tête du fémur à un degré marqué, et ces cas existent chez le tout petit, M. Le Damany l'a bien montré, de placer le membre dans deux ou trois appareils successifs pour l'amener en rotation interne forcée. C'est seulement de cette manière qu'on obtiendra par la suite la détorsion fémorale spontanée et la guérison anatomique complète.

L'immobilisation en appareil plâtré est donc longue, très longue, huit, dix mois, dans les mauvais cas. Nous pensons que si beaucoup d'auteurs ont des reluxations chez les enfants traités très jeunes, c'est parce qu'ils leur appliquaient les mêmes formules de traitement qu'aux sujets âgés et ne les maintenaient pas assez longtemps en appareil.

On objectera combien ce séjour prolongé dans le plâtre est néfaste pour la vitalité du membre, en particulier à quel degré de décalcification osseuse on arrivera, si bien que les fractures seront fort à craindre à la sortie du plâtre. On les évitera en laissant à ce moment le petit malade se mobiliser lui-même au lit, sans chercher à le mettre sur ses jambes. Des massages, des bains chauds, l'ingestion de sels calcaires, aideront à cette reconstitution osseuse qui est rapide. Au bout d'un mois, six semaines seulement, le petit malade tentera les premiers pas avec des béquilles qui supporteront le poids de son corps, avec ces précautions les fractures seront évitées.

Comme conclusion, nous croyons que l'on peut obtenir chez le nourrisson une stabilité suffisante de la réduction moyennant les précautions que nous avons indiquées.

La deuxième objection faite à la réduction chez les tout petits est qu'il est impossible de les maintenir propres dans un appareil constamment imbibé par l'urine et les matières fécales. Les escarres, les infections cutanées sont inévitables, et forceront à enlever le plâtre, à interrompre le traitement.

En principe, l'objection est réfutable. En effet, il y a des enfants qui sont atteints d'incontinence nocturne d'urine jusqu'à cinq, six, huit ans. Les laissera-t-on dépasser l'âge où la réduction est possible parce qu'ils sont malpropres?

Il ne faut donc pas s'arrêter à cette difficulté, mais y remédier. On s'est ingénié à rendre les plâtres des tout petits imperméables, au moyen de solutions et de vernis divers. Le résultat ne peut être très bon, car l'imperméabilité du plâtre, même sur ses deux faces, n'empêchera pas l'urine de couler entre le plâtre et la peau et d'irriter cette dernière.

D'autres auteurs (Mayet) emploient chez les nourrissons un appareil en cuir moulé, articulé au niveau de la hanche.

En réalité, la solution est simple et réside en deux points :

1° La manière de faire le plâtre;

2° La position dans laquelle on tient les enfants pendant la nuit et le jour.

Les enfants font des escarres sur le sacrum et le bas de la colonne vertébrale, des infections de la peau au périnée et aux plis inguino-cruraux. Ces régions doivent à tout prix ne pas être couvertes par l'appareil plâtré, et cependant celui-ci doit bien immobiliser le bassin et le membre luxé dans leurs rapports réciproques.

Nous pratiquons l'appareil de la façon suivante.

Le genou fléchi à angle droit, la cuisse en position voulue sur le bassin, on fait un plâtre circulaire depuis le mollet jusque sous les aisselles, comme l'a recommandé Petit de la Villéon. Le plâtre est bien modelé autour du genou, des crêtes iliaques, surtout du côté opposé à la lésion.

Au contraire un large espace est ménagé entre la cuisse et l'abdomen, au niveau du pli génito-crural (Mayet). Il suffit pour cela de mettre plusieurs compresses entre les deux jerseys dans le pli inguinal et de les retirer quand le plâtre est sec.

Le plâtre est largement échancré en bas : au pourtour des organes génitaux, dans le pli de l'aine; en haut on pratique une vaste encoche arrondie au niveau de toute la partie supérieure de l'abdomen jusqu'à l'ombilic, mais on garde point d'appui sur les côtes par deux valves latérales. Dans le dos, on enlève résolument dans toute la hauteur du plâtre tout ce qui recouvre la colonne vertébrale et le sacrum. On a ainsi un plâtre qui n'est plus circulaire, il est interrompu au niveau du dos sur un quart de la circonférence du corps environ. Pour rétablir sa solidité, voici comment on procède. On met sur le sacrum un coussinet de son, et on roule par-dessus le plâtre et le coussin des circulaires de tarlatane amidonnée. Quand le coussin est souillé on l'enlève, et on change coussin et tours de bande.

De cette manière on peut mettre à l'abri des pressions tout le bas du dos, tenir propres et secs périnée et plis génito-cruraux et l'on a un plâtre maintenant la réduction suffisamment stable. Chez de très gros enfants où le modelage du bassin du côté opposé à la luxation était impossible, dans la crainte de voir l'appareil se déplacer, nous avons usé du stratagème suivant : nous avons pris la jambe saine dans le plâtre, faisant à l'enfant un appareil identique à celui d'une luxation double.

Voici pour la confection de l'appareil. Il reste encore à prendre de grands soins pour éviter que l'enfant ne se souille.

Comme le veulent Le Damany, Judet, l'enfant doit toujours être fixé sur un petit bassin, métallique, plat, que l'on attache à son appareil plâtré, et qui reçoit les déjections. Pendant la nuit on maintient l'enfant demi-assis sur ce bassin en le calant avec un oreiller et l'attachant au dos du lit par sa brassière, afin qu'il ne glisse pas. La pression du bassin n'est aucunement pénible, car c'est le bas de l'appareil et le coussin de son qui sont en contact et non la peau.

Pendant le jour, on maintient l'enfant verticalement, assis à califourchon sur un petit tabouret, ou sur une chaise percée, attaché par une ceinture pour qu'il ne glisse pas, ou calé en avant par un petit pupitre de bois cloué à la chaise. Les excréments tomberont directement dans un bassin placé sous la chaise.

Au total la propreté du petit malade dépend et de la façon dont le plâtre a été construit, et surtout des soins des parents. Dûment avertis par le médecin des précautions indispensables à prendre, qu'il est bon de leur laisser sous forme de note écrite, ils arrivent facilement à maintenir l'enfant dans un état parfait de propreté.

Nous voyons donc que les obstacles au traitement de la luxation chez le nourrisson ne sont pas insurmontables. Ils demandent de la part de l'orthopédiste un redoublement de précautions et de soins, mais il sera largement payé de sa peine, car les avantages du traitement sont multiples et considérables.

Tout d'abord la réduction de la luxation est toujours possible. L'irréductibilité n'existe guère à cet âge. Dans sa thèse récente sur ce sujet, Thomassin cite bien quelques cas d'irréductibilité par antéversion extrême du col et orientation en avant du cotyle, par malformation capsulaire, par absence complète du cotyle, mais ces cas sont absolument exceptionnels. D'ordinaire la réduction se fait sans effort, à main levée. Parfois on l'obtient sans anesthésie par la simple abduction forcée avec propulsion du trochanter, ou traction sur le genou. Donc les complications de la réduction, les déchirures musculaires, les hématomes, les paralysies, le

shock ne sont pas à craindre. Donc facilité de la réduction, pas d'irréductibilité résultant de l'ascension considérable de la tête fémorale, des déformations secondaires du fémur, de la rétraction de la capsule en sablier qu'on observe chez les luxés âgés, et trop souvent même chez des luxés à trois ans et demi ou quatre ans. C'est ainsi que, dans un cas, M. Frœlich a réduit une luxation chez un enfant de dix mois qui avait déjà 4 centimètres de raccourcissement, il fait remarquer justement qu'à trois ans la réduction eùt été certainement impossible.

Les changements de position sont très faciles, l'articulation ne présente pas l'enraidissement rapide qui est à craindre chez les sujets âgés, et qui peut conduire à l'ankylose. La rotation interne se fait facilement sans effort pouvant occasionner une fracture de la diaphyse fémorale ou un décollement épiphysaire.

Le traitement consécutif après la sortie du plâtre est nul ; au lit, les mouvements de l'enfant reviennent très vite. Chez les enfants plus âgés, les mouvements sont souvent difficiles à obtenir, la hanche est enraidie et nécessite un traitement de mobilisation long et parfois difficile.

Le rétablissement fonctionnel est complet, sans boiterie aucune, ce qu'on observe rarement chez les sujets âgés même si la réduction semble fonctionnellement parfaite. Chez le luxé âgé il persiste souvent de la limitation des mouvements et un peu de boiterie ; l'enfant a boité pendant plusieurs années, et a pris de mauvaises habitudes dont on ne parvient à le débarrasser qu'avec une véritable rééducation de la marche. Chez le nourrisson qui n'a pas encore marché, rien de semblable.

Un autre avantage sérieux est celui-ci : alors que chez les enfants au-dessus de trois ans, il vaut mieux dans les luxations doubles effectuer le traitement de chaque côté l'un après l'autre, de peur d'avoir de grandes difficultés, lors de la mobilisation des articulations, chez le tout petit, cette difficulté n'existant pas, on peut traiter les deux côtés à la fois, ce qui raccourcit le traitement de moitié.

L'enfant sera guéri beaucoup plus jeune, son traitement sera au total moins long et plus facile à faire accepter à la famille. En effet, si le diagnostic de la luxation est fait de bonne heure, à seize mois par exemple, et il l'est de plus en plus maintenant que les médecins connaissent bien l'affection, si l'on veut attendre l'âge de trois ans, trois ans et demi, quatre ans pour réduire, il ne faut pas croire qu'on laissera le malade sans traitement jusque-là. « Dès que la luxation est reconnue, dit le professeur Kirmisson, j'engage à coucher les malades dans la gouttière à abduction, à les faire marcher dans un appareil à tuteurs latéraux prenant point d'appui d'une part sur un corset en cuir moulé, d'autre part sur le soulier, de façon à maintenir le membre dans l'abduction jointe à la rotation en dehors. »

Ce traitement préventif sera-t-il exécuté, accepté par la famille? Dans le milieu hospitalier, il est impossible et se borne à la prescription de tenir le malade au lit. Si la prescription n'est pas suivie, la marche aggravera l'affection, fera apparaître des déformations secondaires, rendra la réduction bien plus difficile, voire impossible, et compromettra le résultat fonctionnel définitif. Si elle est suivie, on allonge ainsi de deux années un traitement déjà bien long. S'il faut aliter le malade ou le tenir dans un appareil, pourquoi ne pas le réduire? En plus le repos, le séjour au lit ou dans une petite voiture, l'immobilisation dans un appareil plâtré pendant de longs mois sera bien plus facilement acceptée par la famille et supportée par le malade quand il s'agit d'un bébé que d'un enfant de trois ou quatre ans.

Enfin, chez le nourrisson, il existe une catégorie de luxations encore incomplètes de la hanche qui guérirait par un simple traitement préventif, alors qu'après la marche la luxation sera complète et demandera un traitement complet. Il s'agit des faits décrits par M. Le Damany et Saiget sous le nom de hanche luxable du nouveau-né. Si l'on prend une radiographie de la hanche, le membre étant en abduction, la tête fémorale est située dans le cotyle; mais si la radiographie est prise en adduction, la tête fémorale s'écarte notablement du fond de la cavité cotyloïde. Hoffmann, dans sa thèse récente, a rapporté 4 cas d'enfants de dix à seize mois, où M. Frœlich a fait disparaître cette luxation en puissance par un traitement préventif très simple, qui consiste à maintenir tout le temps le membre en adduction (à cheval sur un genou, le bras, la hanche, un coussin entre les jambes, assis à califourchon sur un tabouret, un chevalet, etc.).

Au total, on voit combien sont considérables les avantages du traitement précoce.

D'ailleurs, les faits sont là pour prouver l'excellence de la méthode.

M. Frœlich a traité 63 enfants au-dessous de deux ans sans aucun ennui et avec des résultats supérieurs à ceux que l'on obtient chez les luxés plus âgés. MM. Petit de la Villéon, Mayet (10 cas), Judet (6 cas), Calot (une dizaine), ont publié des résultats analogues. Nous-même, pendant les années 1911 et 1912, sur 76 luxations de la hanche que nous avons réduites tant dans le service de M. Ombrédanne à Bretonneau qu'en ville, nous comptons 11 cas chez des enfants au-dessous de deux ans; chez les 8 de ces malades dont le traitement est terminé depuis plusieurs mois, les résultats ont été de tout point excellents.

La question nous semble donc jugée, et nous pensons que le traitement de la luxation de la hanche doit être entrepris dès que le diagnostic est fait, même avant l'âge de deux ans. On aura ainsi, moyennant les précautions que nous avons indiquées, les chances d'obtenir un résultat fonctionnel parfait.

M. LANCE,
Assistant d'orthopédie à l'hôpital Bretonneau.

BIBLIOGRAPHIE

1908. PIÉCHAUD et DENUCÉ. *Précis de chirurgie infantile.*

1911. PETIT DE LA VILLÉON. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 5 fév. 1911. — KIRMISSON. *Précis de chirurgie infantile*, 2e édit. — DUCROQUET. *Traitement de la luxation congénitale de la hanche.* (Actual. médico-chir.) — MAYET. *Paris chirurg.*, mai, p. 408. — JUDET. *Soc. des chir. de Paris*, 2 juin; — *Paris chirurg.*, juin, p. 534. — VUILLAUME. Th. de Nancy, juillet. — HOFFMANN. Th. de Nancy. — FRŒLICH. *XXIVe Cong. de l'Assoc. franç. de chir.*, Paris, 2-9 oct. — THOMASSIN. Th. de Nancy, 29 nov.

1912. CALOT. *Orthopédie indispensable*, 6e édit. — LE DAMANY. *La luxation congénitale de la hanche.* — BRADFORD et LOVETT. *Orthopedic surgery*, 2e édit. — BROCA et MOUCHET. *Revue franç. de méd. et de chir.*, nos 13-14, 10 et 25 juillet. — JOACHIMSTHAL. *Deut. med. Woch.*, t. XXXVIII, n° 33, 15 août, p. 1541.

1913. NOVÉ-JOSSERAND. Orthopédie, in *Traité des maladies des enfants.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1913)

Ictère hémolytique congénital d'origine hérédo-syphilitique. — MM. Ed. FOURNIER et Ed. JOLTRAIN ont observé un cas d'ictère hémolytique congénital d'origine hérédo-syphilitique probable. Il s'agit d'un malade âgé de quarante-trois ans, présentant, avec une splénomégalie considérable, un ictère congénital assez foncé. Cet ictère est acholurique et ne s'accompagne d'aucun des symptômes habituels de l'intoxication biliaire. L'examen du sang révèle une anémie considé-

rable, de la fragilité des globules rouges et de nombreuses hématies granuleuses.

Il s'agit donc d'un ictère hémolytique congénital tel que l'a décrit M. Chauffard. Ce qui constitue l'intérêt de cet ictère, c'est son origine hérédo-syphilitique. Il coïncide, en effet, avec des ulcérations syphilitiques récidivantes, apparues dans l'enfance et qui guérissent par le traitement mercuriel. Ce traitement semble agir en même temps, mais d'une façon transitoire, sur l'anémie hémolytique.

M. Chauffard se demande si l'on doit affirmer l'origine syphilitique de cet ictère hémolytique congénital, le traitement mercuriel n'ayant pas fait diminuer la fragilité globulaire.

Il pourrait s'agir d'une simple coïncidence d'ictère congénital familial et d'hérédo-syphilis au cours de la syphilis secondaire. Il existe des ictères hémolytiques, comme l'ont montré MM. Gaucher et Giroux; mais, dans ce cas, le traitement spécifique fait disparaître la fragilité globulaire.

Hémichorée syphilitique. — MM. Dufour, Thiers et Charron rapportent l'observation d'un jeune homme âgé de vingt et un ans, atteint depuis deux ans d'hémiehorée évoluant avec des alternatives d'aggravation et de rémission : la réaction de Wassermann est positive, la lymphocytose nette dans le liquide céphalo-rachidien (5 éléments par millimètre cube à la cellule de Nageotte).

En l'absence de toute infection antécédente rhumatismale ou autre, les auteurs considèrent cette hémichorée comme une manifestation de la syphilis héréditaire. Ils rappellent qu'en décembre 1911 l'un d'eux a présenté à la Société de neurologie le cas tout à fait comparable au cas actuel d'une malade guérie d'ailleurs très rapidement par le 606.

MM. Dufour, Thiers et Charron estiment donc qu'à côté de la maladie de Sydenham il faut reconnaître l'existence de certaines formes de chorée qui, elles, sont toujours liées à des signes de syphilis héréditaire et sur lesquelles ils ont été les premiers à attirer l'attention.

Pathogénie des paralysies urémiques. — M. Henri Dufour, depuis de nombreuses années, ayant cherché à déterminer la nature des lésions trouvées à l'autopsie des malades succombant au mal de Bright et ayant présenté des paralysies transitoires dites urémiques, est arrivé à cette conclusion que ces paralysies relèvent toujours d'un ramollissement ou de petits foyers hémorragiques d'origine cérébrale et non d'un trouble purement fonctionnel des centres moteurs. Cette conception, qui fut défendue par Lasègue avec cependant quelques modifications se trouve démontrée par des faits expérimentaux dus à Pierret et par les faits anatomo-cliniques. Les poisons de l'urémie ne font que mettre en évidence des manifestations cliniques relevant d'une altération permanente des centres nerveux. Une observation recueillie récemment entre beaucoup d'autres vient étayer cette pathogénie.

Un homme de trente-sept ans, brightique, est atteint d'une hémiparésie transitoire avec signe de Babinski. Tous les symptômes disparaissent par le traitement de la néphrite. Quelques semaines plus tard des phénomènes urémiques éclatent de nouveau, l'hémiparésie reparaît avec le cortège des signes notés antérieurement. Le malade succombe et l'on trouve à l'autopsie un foyer hémorragique de petite dimension datant de la première attaque de paralysie et localisé dans le noyau lenticulaire.

Un cas de méningite cérébro-spinale à paraméningocoque. — MM. Menetrier et Legrain rapportent un cas de méningite cérébro-spinale à paraméningocoque chez une femme de vingt-neuf ans. Cette méningite à début brusque et état général grave fut d'abord traitée pendant la première semaine avec du sérum antiméningococcique. Devant l'échec de cette thérapeutique et l'aggravation des symptômes le sérum antiparaméningococcique fut employé à doses importantes puisque le malade reçut 150 centimètres cubes de sérum intrarachidien.

Amélioration du liquide céphalo-rachidien à proportion plus grande des lymphocytes, disparition des microbes. Mais malgré cela le malade mourut le quinzième jour d'une complication pulmonaire, broncho-pneumonie suppurative et gangréneuse. Les lésions méningées étaient relativement limitées, le sérum ayant vraisemblablement empêché une diffusion de l'infection locale. Il faut probablement faire intervenir pour expliquer cet échec l'alcoolisme chronique et les tares multiples que présentait la malade : début de cirrhose, sclérose rénale et lésions importantes du système nerveux, épaississement fibreux des méninges et hyperphasie névroglique de la surface des hémisphères. Enfin le sérum antiparaméningococcique ne fut employé que tardivement.

Méningite purulente à pneumocoques. — MM. Monier-Vinard et Donzelot rapportent un cas de méningite purulente à pneumocoques, à la fois cérébrale et spinale, au cours de laquelle la ponction lombaire donna un liquide extrêmement riche en pneumocoques et dénué d'éléments cellulaires.

L'autopsie montra un épais exsudat fibrinoleucocytique sur toute l'étendue des méninges. De plus, le poumon droit présentait une hépatisation associée à un œdème considérable.

Le défaut de réaction cellulaire dans le liquide rachidien pourrait être expliqué ici par l'association, aussi bien au poumon qu'aux méninges, d'un processus, la fluxion séreuse à la réaction régulière fibrino-leucocytique, la ponction recueillant par décantation l'exsudation œdémateuse et les pneumocoques, les leucocytes restent emprisonnés dans la trame fibrineuse.

Pneumococcie et réactions intestinales. — M. H. Triboulet. Dans les maladies infectieuses, les réactions intestinales, constipation ou diarrhée, ne se font pas au hasard.

La pneumonie normale, à part quelques épiphénomènes, ou quelques phénomènes critiques, ne comporte pas de réactions diarrhéiques.

La persistance d'une diarrhée, après la phase pneumonique, doit faire soupçonner une durée insolite de l'infection et faire craindre des complications (pleurésie purulente, péritonite, otite à pneumocoque).

S'agit-il de virulence exceptionnelle du germe, ou de déchéance organique ? Les pneumococcies secondaires de la rougeole parlent dans ce dernier sens.

La rougeole normale n'a pas d'histoire intestinale clinique : chez un nourrisson sevré, chez un petit enfant au régime mixte, les selles normales sont alcalines. La présence d'une diarrhée neutre, ou surtout acide, au début d'une rougeole, implique généralement, l'idée d'une infection à pneumocoque concomitante. Dans ce cas, la rougeole confère, grâce peut-être à un catarrhe bilio-duodénal spécifique, une intensité extrême à la pneumonie secondaire.

Obésité et gymnastique électrique. — M. Marcel Labbé présente un malade obèse atteint de spondylose rhizomélique qui fut considérablement amélioré par la méthode de Bergonié (gymnastique électrique).

Par la combinaison de ce traitement avec la réduction de régime on a pu en quelques mois diminuer son poids de 16 kilogrammes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 19 février 1913)

Lavage de la cavité abdominale à l'éther. — M. Souligoux rapporte l'observation d'une malade atteinte d'obstruction intestinale avec perforation, opérée seulement quarante-huit heures après les premiers signes de la perforation intes-

tinale, dans les plus mauvaises conditions, dont la cavité abdominale fut lavée à l'éther et qui, contre toute attente, guérit.

De ce fait, M. Souligoux rapproche un certain nombre de cas de laparotomies d'urgence, pour appendicite, rupture de grossesse extra-utérine ou salpingites suppurées, qui furent pratiquées, dans son service, par M. Marcille et dans lesquelles fut employé, avec un succès très fréquent, un lavage de la cavité péritonéale à l'éther. M. Souligoux conclut de ces faits que l'éther constitue un excellent moyen de désinfection de la cavité abdominale.

M. Cunéo croit que les succès obtenus par M. Souligoux et par M. Marcille sont dus surtout à la précocité de l'intervention. Il est tellement convaincu de l'importance de cette précocité de l'intervention que même dans des cas d'appendicite perforante, avec suppuration, chaque fois qu'il peut enlever l'appendice et intervenir dès le début, M. Cunéo ne draine même plus.

Abcès cérébelleux. — M. Broca, à propos de la discussion sur ce sujet, rappelle qu'il a enseigné et écrit les mêmes règles que celles qu'a indiquées M. Sebileau, savoir qu'il faut faire le plus tôt possible la trépanation mastoïdienne, aller droit à l'abcès cérébral si on a pu le diagnostiquer d'une façon certaine, attendre, au contraire, quand il n'y a que des phénomènes de méningite diffuse.

Le corps de santé de l'armée serbe. — M. Walther fait un rapport sur une communication très intéressante du médecin en chef de l'armée serbe. L'auteur commence par exposer les dispositions générales qui ont été prises par le corps de santé de l'armée serbe, l'organisation de l'hôpital de Belgrade, etc. Il se loue des bons résultats qui ont été obtenus. Il attribue ces résultats à ce premier fait que les premiers pansements ont toujours été pratiqués avec grand soin et une grande rigueur antiseptique.

Les plaies gravement infectées ont été très rares. Sur sept mille blessés, il n'y a eu que 14 cas de tétanos et quelques cas d'érysipèle. Les effets de la balle turque ont été généralement assez bénins. Dans bon nombre de cas, sur des soldats qui combattaient couchés, on a vu des balles pénétrer par la tête ou les épaules pour sortir par le périnée et ces blessés guérir. Beaucoup de blessures du crâne et du cerveau ont été guéries par la trépanation. Toutes les blessures de la moelle ont été suivies de mort. Beaucoup de blessures des nerfs ont guéri sans intervention. La plupart des plaies du poumon, avec emphysème et pneumothorax ou hémothorax ont guéri sans intervention. Il n'en est pas de même des blessures de l'abdomen avec péritonites purulentes qui n'ont été guéries que par la laparotomie. La conservation a donné, par contre, de très bons résultats dans les blessures des membres.

Dans certains cas de blessures des artères et des veines, d'anévrisme traumatique artério-veineux, la ligature a donné des résultats favorables ; dans quelques cas, cependant, elle a été suivie de la gangrène du membre et de la nécessité de l'amputation ultérieure.

Comme désinfectant de la peau, on s'est servi avec succès de la teinture d'iode. On s'est toujours appliqué à toucher le moins possible aux plaies.

Les deux principales conditions de succès sont, d'une part, la bonne asepsie du premier pansement et, d'autre part, le transport des blessés aussi rapide et aussi confortable que possible. D'une façon générale les plaies par balles de fusil turc sont bénignes. En revanche les blessures par les projectiles de l'artillerie sont terribles.

Ces faits sont absolument d'accord avec ceux qu'a observés et décrits M. Le Fort (de Lille).

Perforations intestinales d'origine paratyphique. — M. Schwartz fait un rapport sur une observation de M. Chevrier. Il s'agit d'un homme de quarante et un ans qui arrive, à pied, à l'hôpital Cochin avec tous les signes d'une fièvre typhoïde. Cependant, le séro-diagnostic est négatif. Ce malade fut pris d'une douleur abdominale violente, sa température restant à 38°8 et son pouls à 84. Mais le ventre était ballonné, il y avait de la contracture des muscles de la paroi, un syndrome péritonéal qui engagea M. Chevrier à intervenir immédiatement. Il fit la laparotomie médiane, trouva des anses intestinales portant des plaques de Peyer. L'une de ces plaques était perforée. M. Chevrier extériorisa cette anse, sur une longueur de 10 à 12 centimètres, fit une petite incision de chaque côté pour assurer le drainage. On fit au malade des injections de sérum, des lavements de sérum, des injections d'huile camphrée. Le séro-diagnostic, qui avait été négatif avec le bacille typhique, fut positif avec le bacille paratyphique. Il s'agissait donc d'une perforation intestinale paratyphique. Les perforations sont très rares dans la paratyphoïde. Il s'agissait aussi d'une perforation très précoce dans une forme ambulatoire de la maladie. Le malade se remit peu à peu, mais il dut subir ensuite quatre interventions successives pour la réparation de l'extériorisation de son intestin. Il a fallu réséquer 1m34 d'intestin grêle, puis remédier ensuite à une éventration. Cet homme est aujourd'hui complètement guéri.

Cette observation vient à l'appui de l'extériorisation de l'anse ulcérée, dans ces cas, et des conclusions de la thèse d'Emile Duval ainsi que d'un article de Lance paru dans la *Gazette des hôpitaux* (1913, n° 2, p. 24).

L'extériorisation de l'intestin doit-elle être, dans ces cas, la méthode de choix? Sans oser l'affirmer, M. Schwartz pense qu'elle peut donner de meilleurs résultats que la suture de l'ulcération avec réduction ou même avec fixation de l'intestin à la peau. Des insuccès trop fréquents de cette méthode sont nés l'entérostomie et l'extériorisation de l'intestin.

Autre cas. Un homme de quarante-sept ans a une fièvre typhoïde avec 40 degrés de température et 120 pulsations. Une douleur brusque et une contracture des muscles abdominaux font penser à une perforation intestinale. M. Chevrier intervient aussitôt; il trouve, en effet, une anse perforée, l'amène au dehors, deux incisions de chaque côté, drainage. Mais quelques points lâchèrent, l'épiploon fit hernie par la plaie. Le malade succomba.

Il faut, dans ces cas, opérer le plus tôt possible et le plus vite possible. L'entérostomie est une bonne méthode mais elle nécessite parfois plusieurs opérations complémentaires, plus ou moins graves par elles-mêmes. Il faudrait arriver à simplifier le plus possible ces opérations complémentaires.

Sarcome primitif de la rate. — M. Témoin (de Bourges) communique l'observation d'une femme de vingt-sept ans, sans passé pathologique, qui portait une grosseur dans l'hypocondre gauche, cette grosseur augmenta notablement au cours de deux grossesses successives, puis disparut après l'accouchement; cependant peu à peu elle se remit à grossir. En 1912, après une grippe, elle augmenta sensiblement. L'état général s'altéra. Le teint devint jaune paille. C'est alors qu'elle fut adressée à M. Témoin avec le diagnostic de tumeur du rein. Cette tumeur remplissait alors l'abdomen, était de consistance molle et devenait douloureuse. M. Témoin pensa avoir affaire à une affection de la rate. Il intervint par une incision latérale, trouva des adhérences épiploïques, eut beaucoup de peine à libérer la tumeur, qui d'ailleurs pesait 3k325 grammes. Il parvint à l'extérioriser, trouva le pédicule qu'il lia, après torsion, par un procédé spécial et sectionna. Il mit un drain, et fit faire des injections de sérum et d'huile camphrée. Le malade guérit.

L'examen du sang avait montré une augmentation des globules blancs. L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un sarcome endothélial primitif de la rate. La rate elle-même avait disparu et était remplacée par le tissu néoplasique. Au point de vue chirurgical, l'ablation de ces tu-

meurs est moins grave que l'ablation de rates simplement hypertrophiées.

Anesthésie lombaire. — M. CHAPUT depuis trois ans a fait avec ses internes 991 anesthésies lombaires avec 2 cas de morts dont on ne peut pas rendre l'anesthésie responsable :

162 laparotomies avec 14 p. 100 d'échecs, 35 appendicites avec 57 p. 100, 252 hernies avec 6 p. 100, 161 opérations ano-rectales avec 2 p. 100, 137 opérations vulvo-vaginales avec 2 p. 100, 47 opérations péno-scrotales avec 4 p. 100, 197 opérations sur le membre inférieur avec 2 1/2 p. 100.

Il n'a pas observé de syncopes, ni de céphalées rebelles, ni de paralysies. La fréquence des échecs pour les appendicites paraît occasionnée par le régime inanitiant qui rend le système nerveux plus excitable.

En 1912 la statistique de son service des femmes fournit les chiffres suivants : 175 cas, 0 morts.

67 laparotomies avec 5,6 p. 100 d'échecs, 5 appendicites avec 0 p. 100, 25 hernies avec 7,4 p. 100, 45 opérations sur le vagin avec 0 p. 100, 14 opérations sur le vagin avec 0 p. 100, 15 opérations sur l'anus avec 0 p. 100, 18 opérations sur le membre inférieur avec 0 p. 100.

L'anesthésie lombaire est contre-indiquée chez les nerveux, les intoxiqués, les jeunes enfants, pour les malades très épuisés, pour les opérations supra-xiphoïdiennes. Elle échoue souvent pour les appendicites; elle demande une grande expérience pour les laparotomies et les hernies ; elle paraît être l'anesthésie idéale pour le membre inférieur et la région ano-génitale, réserve faite des contre-indications précédentes.

Résections du tarse et du cou-de-pied par l'incision médiane dorsale. — M. CHAPUT. L'incision médiane dorsale du pied qu'il a décrite en 1902 part du deuxième espace interosseux et se dirige vers le milieu de l'espace bimalléolaire. Elle ne sacrifie aucun vaisseau, aucun nerf, aucun tendon. Elle permet d'enlever à la gouge maniée à la main les lésions osseuses tuberculeuses du tarse et du cou-de-pied.

Elle peut servir à exécuter l'ablation d'une partie ou de la totalité du tarse antérieur, la résection subtotale du tarse (moins la moitié postérieure du calcanéum); la résection totale du tarse, l'ablation isolée de l'astragale, la résection tibio-tarsienne complète.

M. Chaput a exécuté ces opérations 21 fois; quelques malades ont été amputés tardivement à cause des lésions des parties molles.

L'incision dorsale est plus simple et ne sacrifie pas d'organes importants, à l'inverse des procédés des autres auteurs (procédé d'Ollier à quatre incisions, procédé de Connor à deux incisions latérales, procédé d'Oberlinski avec fente verticale du pied dans toute son épaisseur, procédé de Delbet : désarticulations temporaires du tarse, avec section des tendons suivie de suture).

MM. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et QUÉNU rappellent qu'ils pratiquent depuis longtemps la même incision dorsale que M. Chaput.

Ectopie testiculaire. — M. GOSSET présente un enfant chez lequel il a pratiqué la cure de l'ectopie testiculaire par le procédé de Katjenstein (de Berlin).

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1913)

Sarcomes multiples du névraxe. — M. DURUPT. Il s'agit de sarcomes multiples (variété à myéloplaxes) ayant déterminé cliniquement des troubles surtout cérébelleux, d'une interprétation difficile.

Aphasie par lésion de l'hémisphère gauche chez un gaucher. — M. LONG. Les circonvolutions de la région de Broca et la substance blanche sous-jacente étaient largement détruites par un ramollissement, l'hémisphère droit étant indemne. Or, le malade était gaucher, son aphasie était purement sensorielle.

Syndrome de Weber. Phlébite des sinus. Ramollissement cérébral. — M. CROUZON. Un mois après une phlebite du membre inférieur consécutive à un avortement, la malade présenta une hémiplégie avec paralysie de la troisième paire. L'autopsie démontra qu'il ne s'agissait pas du syndrome de Weber, mais que l'hémiplégie relevait d'un ramollissement de l'insula, dû à une phlébite des sinus qui déterminait la paralysie du moteur oculaire commun. Dans les veines malades existait un caillot envahi par une prolifération leucocytique, mais dans lequel nul microbe ne put être décelé.

Sclérose en plaques avec lymphocytose céphalo-rachidienne. — M. FOIX. L'auteur insiste d'abord sur la multiplicité des foyers, et estime que la lymphocytose est expliquée par l'existence de lésions épendymaires avec prolifération considérable de la névroglie, qui, par la méthode de Lhermitte, atteint 10 fois son étendue normale.

Sclérose cérébrale en foyers symétriques. — MM. MARIE et FOIX. Cliniquement et anatomiquement, ce fait est d'interprétation difficile. A treize ans, le sujet avait eu des crises convulsives dont la nature n'est pas bien établie ; à dix-huit, il fut pris d'une quadriplégie progressive en quinze jours, qui s'améliora ensuite et resta prédominante du côté gauche avec intégrité de la face et du membre supérieur droit, les trois membres atteints définitivement étant en état de spasticité. L'autopsie montra, de chaque côté, un foyer de sclérose atteignant symétriquement la région occipitale, et les fibres du corps calleux, avec intégrité de l'écorce et des fibres sous-corticales. Histologiquement il s'agit d'une sclérose ressemblant assez à celle de la sclérose en plaques ; les cylindraxes y sont en grande partie conservés, ce qui explique l'absence de troubles visuels. La bilatéralité des lésions, leur symétrie, leur topographie étendue à tout le territoire de la cérébrale postérieure font penser qu'il s'agit d'un processus inflammatoire ancien.

Injections d'encre de Chine dans le liquide céphalo-rachidien du chien. — M. FOIX. Quinze jours après une série d'injections, on trouve les grains d'encre au-dessus, en arrière de la moelle, et inclus dans des leucocytes; d'autres sont également dans l'épendyme. Chez l'homme, au contraire, l'injection forcée sur le cadavre dans les espaces sous-arachnoïdiens montre l'encre autour de l'épendyme, dans les gaines périvasculaires. — M. GUILLAIN rappelle avoir antérieurement constaté l'ascension de l'encre de Chine dans les espaces sous-arachnoïdiens. — M. FOIX pense qu'il existe une circulation allant de la moelle aux espaces sous-arachnoïdiens.

Trois cas de crises gastriques avec lésions des cordons postérieurs prédominant dans la région dorsale. — MM. DÉJERINE et TINEL. Les crises étaient très intenses chez les trois malades. Dans le premier cas, il n'y avait pas d'autre signe de tabes que l'abolition des réflexes rotuliens ; les lésions des cordons postérieurs prédominent de la deuxième à la sixième dorsale. Il en est de même pour le deuxième, où les réflexes étaient conservés; dans le troisième, les lésions occupaient aussi la région lombaire, mais y étaient moins intenses que dans la région dorsale. Les splanchniques présentent seulement la diminution des petites fibres à myéline signalée par J.-C. Roux. Les auteurs croient pouvoir attribuer les crises gastriques à l'irritation systématisée des racines postérieures dorsales.

Pachyméningite tuberculeuse. — M. TINEL. Cliniquement, le tableau était celui de la sclérose en plaques : tremblement intentionnel, troubles de la parole, spasticité. La

pachyméningite s'étend du bulbe à la sixième dorsale et s'accompagne d'une grosse démyélinisation marginale. L'abolition du réflexe olécranien droit est expliquée par la présence d'un tubercule un peu au-dessous de C 7. Dix ans avant la malade avait présenté les signes d'une méningite tuberculeuse dont elle avait guéri en quelques semaines.

Tubercules et syndrome de Brown-Séquard. — M. Jumentié. Un gros tubercule détruisant la partie antérieure des quatrième et cinquième segments dorsaux de la moelle, avait déterminé un syndrome de Brow-Séquard avec perte des sensibilités superficielles et profondes. Dans un deuxième cas, un tubercule lombo-sacré unilatéral déterminait l'atrophie des muscles antéro-externes de la cuisse avec troubles croisés de la sensibilité dans le domaine des racines, quatrième, cinquième lombaires et première sacrée.

Tumeur intradurale. — MM. Babinski, Jumentié et Enriquez. Depuis six ans, le malade souffrait de crises névralgiques intercostales, auxquelles s'ajoutèrent des accès de paralysie du membre inférieur, avec troubles croisés de la sensibilité, puis la paralysie envahit les deux membres inférieurs, avec troubles sensitifs remontant jusqu'à D 8 et troubles des réflexes cutanés de défense remontant jusqu'à D 11. On trouva un sarcome à petites cellules rondes, étendu de D 8 à D 11.

Méningite diffuse avec kyste cérébral volumineux. — M. Dufour. Peut-être s'agit-il de lésions syphilitiques anciennes. Le malade, âgé de vingt cinq ans, était idiot, hydrocéphale avec atrophie musculaire des membres, crises épileptiformes, Wassermann positif.

Tumeur cérébrale opérée. — MM. de Martel et Velter complètent leur communication de janvier (voir *Gaz. des hôp.* 1913, p. 124), l'aphasie a disparu, il ne reste plus qu'un peu de raideur de la main droite ; la tumeur est histologiquement un endothéliome.

ANALYSES

MÉDECINE

Un renseignement de plus pour le diagnostic du cancer gastrique. (Alonso Medina. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, n° 6, juin 1912.) — Müller et Lewin ont démontré l'existence dans les tissus de quelques épithéliomes d'un ferment peptolytique semblable à la trypsine pancréatique ou mieux encore à l'érepsine intestinale qui seule est capable de conduire l'hydrolyse protéique jusqu'à la mise en liberté d'acides aminés.

Fischer et O. Neubauer ont utilisé cette particularité, pour la recherche du diagnostic de cancer gastrique. L'auteur a poursuivi ces recherches et indique quelques causes d'erreur à éviter. Les digestions pratiquées avec du suc gastrique provenant de malades atteints de cancer de l'estomac se comportent, non pas comme les digestions faites avec la pepsine, mais comme celles obtenues avec des ferments intestinaux et pancréatiques, c'est-à-dire qu'elles déterminent la formation d'acides aminés.

L'auteur conseille tout d'abord d'écarter de ces recherches, tout suc gastrique contenant de la bile et par conséquent du suc intestinal, ou contenant du sang. Il faut employer pour essayer l'action du suc gastrique, le *glycil-tryptofane, mais fraîchement préparé.* On dose le tryptofane, mis en liberté, après vingt-quatre heures de digestion : la mise en évidence de ce corps est simple : on traite le produit de l'hydrolyse par de l'eau et des vapeurs de brome et l'on obtient une coloration rouge, d'autant plus intense que la quantité d'acide aminé mise en liberté est plus grande. L'auteur aurait trouvé la réaction toujours très positive en vingt-quatre heures dans 28 cas de cancer gastrique. B. GAYARD.

Sclérème adipeux en plaques. (Triboulet, Ribadeau-Dumas et Debré. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, 14 mai 1912.) — L'observation rapportée avec le plus grand soin par les auteurs est un cas très caractéristique de cette affection rare qu'est le *sclérème adipeux*. La lésion essentielle est la persistance ou la néoformation de masses adipeuses sous-cutanées volumineuses ; les autres caractères principaux sont les suivants : naissance à terme de parents bien portants, après un accouchement laborieux en état de mort apparente et constatation des placards, dès les premiers jours de la vie. Disposition du sclérème, en placards infiltrés et en nodosités isolées, et relativement symétriques. Structure spéciale de ces masses adipeuses ; éosinophilie locale et éosinophilie sanguine. L'origine et la nature de ce syndrome sont totalement inconnues. B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

La pneumonie lobaire de la première enfance. (D'Espine. *La Clinique infantile*, 15 février 1912.) — Un axiome de pathologie infantile est réalisé par la fréquence de la broncho-pneumonie dans les deux premières années de la vie, et la rareté de la pneumonie pendant cette même période.

En réalité la pneumonie serait assez fréquente sous la forme de pneumonie rudimentaire ; cette maladie est souvent méconnue et prend des noms très variés, fièvre éphémère, synoque, éclampsie fébrile et même méningite, quand le retentissement de l'infection pneumonique sur le système nerveux est très accentué.

La pneumonie rudimentaire se distingue de la pneumonie commune par la prédominance des symptômes généraux, et l'état fruste des symptômes locaux. La maladie débute par de la fièvre, de l'agitation nerveuse allant quelquefois jusqu'aux convulsions, rarement des vomissements ; peu de symptômes pulmonaires, exception faite pour de la toux. La fièvre revêt deux types, soit la forme continue, soit la forme rémittente, quelquefois intermittente. Le premier signe donné par l'auscultation du sommet est la diminution ou la disparition du murmure vésiculaire, puis la bronchophonie, enfin le souffle qui revêt rarement le caractère tubaire. La percussion montre une zone de matité au niveau de la fosse sus-épineuse.

La pneumonie lobaire massive, du premier âge, est assez différente du type précédent ; le pronostic en est d'abord plus grave, il existe plus de fièvre et de symptômes nerveux ; la dyspnée est toujours plus accentuée ; il existe un gros souffle tubaire. Les complications sont fréquentes.

Souvent à la pneumonie s'associe la broncho-pneumonie. C'est la forme intermédiaire signalée par Hénoch. Il s'agit assez souvent dans ce cas d'une pneumococcie généralisée, retentissant sur tous les organes et déterminant, au niveau du poumon, l'aspect d'une pneumonie franche avec complication broncho-pneumonique. B. GAYARD.

De la péricardite purulente chez les enfants et quelques considérations sur la péricardite traumatique. (V. Imerwal. *Arch. de méd. des enfants*, février 1912.) — La péricardite primitive est toujours très rare ; on observe en général plutôt la péricardite secondaire ; elle est due ainsi que cela est bien établi, en premier lieu au rhumatisme, à la chorée, à la tuberculose, à l'ostéomyélite, aux infections pulmonaires, etc. Il faut ajouter à cette liste des causes provocatrices, le rôle du traumatisme.

Il n'existe que peu d'exemples de péricardite traumatique dans la littérature : Brouardel en signale quelques exemples dans ses cours à la morgue, Steffen (de New-York) en rapporte un cas, Kerchensteiner un second dans le *Medical Journal* de 1877. Dans ces deux dernières observations la guérison fut obtenue grâce à l'intervention chirurgicale.

L'auteur rapporte une nouvelle observation très intéressante de péricardite traumatique, traitée avec succès par la péricardotomie qui donna issue à 250 grammes de pus.

Pour l'auteur, la pathogénie est la suivante : il est difficile d'admettre une péricardite infectieuse primitive; la porte d'entrée de l infection se fait par la muqueuse bronchique, et la transmission au péricarde par voie sanguine. Le rôle du traumatisme a consisté à modifier le terrain en produisant des troubles vasomoteurs, en déterminant quelques ruptures vasculaires et épithéliales au niveau des tissus traumatisés. C'est là un mécanisme analogue à celui qui est invoqué par Max Schuller pour les arthrites traumatiques, par André Petit et Charrin, dans la pneumonie traumatique.

B. GAYARD.

SYPHILIGRAPHIE

Récidive « in situ » d'un chancre syphilitique sous la forme de syphilide chancriforme vingt jours après la fin d'un traitement par le salvarsan et le mercure. Confusion possible avec une réinfection. (P. RAVAUT. *Ann. de derm. et de syphil.*, déc. 1912, p. 716.) — Le sujet, présentant un chancre typique, avec Wassermann positif, est traité par le salvarsan associé à des injections endoveineuses de cyanure de mercure. La cicatrisation du chancre est obtenue ainsi que la diminution des ganglions.

Trois mois et demi plus tard, après un nouveau coït, le malade revient avec une ulcération phagédénique superposée à l'ancien chancre.

L'examen microscopique ne montre pas de bacille de Ducrey, mais décelle des spirochètes typiques, mais rares. On fait deux injections d'huile grise, le résultat est lent; la lésion rétrocède ensuite après injection de salvarsan. Il s'agit donc d'une récidive in situ qui aurait pu passer pour une réinoculation. Ce fait montre que des accidents peuvent se produire peu de temps après la cessation du traitement et qu'il est important de ne pas négliger la thérapeutique locale du chancre. Ce cas est à rapprocher des faits de neurorécidives représentant eux aussi des accidents déterminés par le réveil de lésions antérieures.

P. GASTINEL.

CHIRURGIE

Sur le traitement des tumeurs de la vessie par le courant de haute fréquence de Oudin. (Edwin BEER. *Ann. surg.*, vol. LIV, n° 2, pp. 208-226.) — Beer est le premier à avoir appliqué cette méthode endoscopique du traitement des papillomes vésicaux, qui diffère beaucoup de la méthode de fulguration de Keating-Hart. Il publie les résultats éloignés de trois cas : le premier, gros papillome chez une femme de quatre-vingt-un ans, huit traitements, guérison complète vérifiée cystoscopiquement, maintenue depuis juin 1910; le second, papillome, femme de soixante-six ans, quatre traitements, guérison depuis juin 1910; le troisième, homme de cinquante-quatre ans, papillome sessile énorme, destruction en neuf séances; le malade a augmenté de 15 kilos. Une guérison dans les papillomes primitifs de la vessie est donc possible. Avec les cas de Keyes (voir *Gaz. des hôp.*, 1912, n° 34, p. 492), de Buerger et Wolbarst et de Mac Carthy et quelques autres (communications personnelles), cela fait 38 cas traités qui permettent d'affirmer que le traitement intravésical par la haute fréquence va devenir un rival dangereux des méthodes opératoires dont les résultats sont, de l'avis de tous, médiocres.

F. GARDNER.

Etiologie du genu valgum chez l'adolescent d'après l'étude radiologique. (BRAÜNIG. *Beitr. zur klinis. Chir.*, sept. 1912.) — Braünig a examiné les causes du genu valgum, par des examens radiographiques; l'état des cartilages de conjugaison au niveau du genou malade, au niveau des autres os longs, donne des renseignements précieux. On trouve, en effet, au niveau du fémur et du tibia, des altérations de la ligne diaphyso-épiphysaire ; c'est une irrégularité du trajet et de l'épaisseur de la ligne qui correspond au cartilage de conjugaison. Tandis que chez les individus normaux de quinze à seize ans elle devient indistincte et disparaît à dix-huit ans, on voit encore chez des adolescents de vingt ans atteints de genu valgum la ligne diaphyso-épiphysaire marquée et sans trace d'ossification. Chez ces mêmes sujets on retrouve cet aspect radiographique des régions épiphysaires des autres os longs. Il s'agit donc d'un trouble d'évolution osseuse, un arrêt de l'ossification étendue à tout le squelette.

R. DE BUTLER D'ORMOND.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal médical de Bruxelles. — (N° 6, 6 fév. 1913.) BUYS : Contribution à l'étude du nystagmus de la rotation.

Progrès médical. — (N° 5, 1er fév. 1913.) André DUFOURT : Autolysines et isolysines. Leur rapport entre elles et avec la résistance globulaire. — E. ÉTIENNE et A. AIMES : Phlegmon grave du membre supérieur. Exanthème infectieux scarlatiniforme. — (N° 6, 8 fév.) LAFFORGUE : La notion d'insuffisance surrénale ; quelques applications cliniques. — P. GODIN : Conséquences physiologiques et pathologiques du caractère embryogénique de la puberté. — LEGUEU : Indications et contre-indications opératoires dans les reins.

Province médicale. — (N° 6, 8 fév. 1913.) M. DURAND, J. NICOLAS et M. FABRE (de Lyon) : Lymphogranulomatose inguinale subaiguë d'origine génitale probable peut-être vénérienne.

Revue de chirurgie. — (N° 2, 10 fév. 1913.) O. JACOB : Des rapports de la branche motrice du nerf radial avec l'articulation radio-humérale, envisagés au point de vue de la chirurgie opératoire du coude (2 fig.). — CLERMONT : Sur la disjonction tibio-péronière et les fractures du cou-de-pied (essai de classification) [10 fig. et 7 plans]. — Enrico MARTINI : Sur les altérations du corps thyroïde dans différents états expérimentaux et cliniques (4 fig.). — A. CATZ : L'invagination rétrograde de l'intestin (6 fig.). — A. CHALIER et P. BONNET : Les tumeurs mélaniques primitives du rectum.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie — (N° 6, 8 fév. 1913.) J. MOURET : Réflexions sur quelques cas de mastoïdite ; « périostites et ostéites » de la surface extérieure de la région mastoïdienne.

Semaine gynécologique. — (N° 5, 4 fév. 1913.) DE ROUVILLE : Kystes du vagin.

Semaine médicale. — (N° 7, 12 fév. 1913.) F. LEJARS : Les ostéomes pré-coxaux.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Questions données : « Anatomie pathologique et bactériologie des thromboses veineuses. — Formes cliniques de la thrombose pulmonaire. »

Questions restées dans l'urne : « Signes et diagnostic du coma diabétique. — Signes et diagnostic de la symphyse du péricarde. » — « Anatomie pathologique et bactériologie de la tuberculose rénale. — Anatomie pathologique et bactériologie des suppurations du foie. »

Il a été remis 87 copies.

Le jury s'est divisé en deux sections pour la lecture des copies :

1° Symptomatologie : MM. Le Gendre, Courtois-Suffit, Balzer, de Massary, Bourcy et Barié.

2° Anatomie pathologique : MM. Talamon, Picqué, Legry, Caussade, René Marie et Souques.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — M. Charmeil, professeur de clinique des maladies cutanées, est nommé assesseur du doyen.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Tours. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale sera ouvert le mercredi 9 juillet 1913, à neuf heures du matin.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'Ecole, jusqu'au samedi 5 juillet à quatre heures du soir.

— Amiens. — M. Sauné, suppléant des chaires de physique et de chimie, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à dater du 7 mai 1913.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Mutations : *Médecins principaux de deuxième classe.* — MM. Munschina passe à l'hôpital d'Amélie-les-Bains; Braun, à la section technique du service de santé (secrétaire de la commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires).

Médecin-major de première classe. — M. Collet passe à l'hôpital Villemanzy à Lyon.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Jodry passe au 22e d'infanterie; Dickson, au 145e d'infanterie; Angué, au 115e d'infanterie; Sorel est réintégré dans les cadres et désigné pour l'Algérie; Demard passe au 30e bataillon de chasseurs à pied; Planques, au 11e hussards.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Bovier-Lapierre passe au 22e d'infanterie; Delacroix, au 161e d'infanterie; Claret, au 30e d'infanterie; Bressot est désigné pour l'infirmerie-hôpital de la Valbonne.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes dont les noms suivent, à l'occasion de diverses épidémies qui ont sévi sur l'armée :

Médailles d'or. — MM. les médecins-majors de deuxième classe J. Louis, au Val-de-Grâce, et Vignon, à Casablanca.

Médaille d'argent. — M. le médecin-major de deuxième classe Azémar, à Casablanca.

MÉDAILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Il a été attribué, pour services exceptionnels rendus à l'assistance publique, les récompenses ci-après :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Drouineau (de la Rochelle), Hallade (de Colombes).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Philip (de Grasse), Bron (de Crazannes), Faneuil (de Saujon), Charuel (de Châlons), Gueillot (de Reims), Vigouroux (de Paris), Lasserre (de Bordeaux), Durand (de Saint-Bris).

L'INCIDENT MIRMAN-GAUCHER. — Le bureau de l'Académie de médecine composé de MM. Chauveau, président, Perier, vice-président, Jaccoud, secrétaire perpétuel, Blanchard, secrétaire annuel, et Hanriot, trésorier, a proposé à l'Académie d'adopter une résolution « rendant hommage à l'activité et au dévouement des administrateurs de l'hygiène publique en France et reconnaissant la sincérité du rapport du professeur Gaucher ».

Cette résolution qui donne raison à M. Gaucher sans donner tort à M. Mirman a été adoptée par les académiciens réunis en comité secret sans discussion. Elle sera inscrite au procès-verbal et publiée dans le Bulletin de l'Académie.

BUREAU DE BIENFAISANCE DE GRENOBLE. — Le lundi 21 avril 1913, à neuf heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de deux médecins titulaires et deux médecins adjoints, pour le service d'assistance médicale gratuite à domicile.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat du bureau de bienfaisance, avant le 6 avril 1913.

HOPITAL CIVIL DE PHILIPPEVILLE. — Un concours pour

un emploi de chirurgien adjoint à l'hôpital civil de Philippeville sera ouvert à Alger le 20 octobre 1913.

Les candidats devront se faire inscrire à la préfecture de Constantine, avant le 20 septembre 1913.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 27 février au siège de la Société, 12, rue de Seine. A cinq heures et demie du soir, conférence de M. le docteur Monprofit : « D'Athènes à Belgrade par Salonique et Uskub », avec projections.

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE. — Le *Journal officiel* du 18 février publie une question écrite, remise à la présidence de la Chambre, le 17 février 1913, par M. Violette, député, exposant à M. le ministre de la Justice qu'aujourd'hui l'officine du pharmacien n'est le plus souvent qu'une sorte de magasin de vente au détail s'approvisionnant à des magasins de gros qui sont interdits par la loi de germinal, car toutes ces grandes pharmacies appartiennent à des sociétés comprenant des pharmaciens et des non-pharmaciens, mais que toutes ne sont pas poursuivies, et demandant au ministre ou de prescrire une instruction générale contre toutes les sociétés de pharmacie constituées au mépris de la loi, ou de faire suspendre les poursuites contre toutes jusqu'au vote de la loi en préparation.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Dugué (de Vallorbe).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Pâques.* — A l'occasion des fêtes de Pâques, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 13 mars 1913, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 3 avril, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

VARIÉTÉS

UNE AMBULANCE BELGE A CONSTANTINOPLE

M. Depage vient de rendre compte à l'Académie royale de médecine de Belgique, de sa mission comme chef de l'ambulance belge à Constantinople pendant la guerre des Balkans. Cette ambulance avait été organisée sous les auspices du Comité bruxellois de la Croix rouge de Belgique qui avait pris l'initiative de recueillir des fonds et d'envoyer des secours aux belligérants.

L'ambulance de Constantinople comprenait, outre son chef, un chirurgien adjoint, le docteur Neumann, deux chirurgiens en second, les docteurs Le Boulangé et de Nève, quatre infirmières et un brancardier. Elle emportait une quantité suffisante d'objets à pansement pour soigner approximativement 200 blessés pendant un mois, un arsenal complet d'instruments, tous les accessoires nécessaires à la stérilisation, aux analyses de microscopie et de chimie clinique.

La mission quitta Bruxelles le 15 novembre et arriva à Constantinople via Constanza le 18. A ce moment, l'armistice n'était pas encore conclu ; d'autre part, le choléra sévissait dans l'armée turque et s'était répandu parmi les émigrés qui avaient envahi Stamboul.

Le docteur Depage, dès son arrivée à Constantinople, se mit à la disposition du Croissant rouge ; faute de locaux disponibles, il dut attendre quelques jours avant de s'installer. Il mit à profit ce court loisir pour visiter les hôpitaux et les ambulances en activité. Il voulut également se rendre compte de l'étendue de l'épidémie cholérique, afin de faire prendre par son personnel les mesures de prudence que comportait la situation et l'on peut comparer utilement ses observations à ce sujet avec celles de nos confrères Simond et Pasteur Vallery-Radot (*Gaz. des hôp.*, 1913, n° 8).

Les malades suspects ou contagieux avaient été parqués dans les mosquées de Stamboul. Celles-ci donnaient asile à plus de 8000 cholériques. Sainte-Sophie seule en abrita plus de 3000. Les cadavres étaient évacués la nuit; les rues de Stamboul étant désertes à partir de huit heures du soir, on put procéder régulièrement à cette lugubre besogne sans que la population fût mise au courant. En un jour il est mort à Constantinople 2 700 cholériques, affirme M. Depage. Une épidémie qui s'annonçait aussi terrible a pu être heureusement enrayée grâce au bon sens du préfet de la ville, Djemil pacha, qui, dans des circonstances aussi graves, sut prendre des mesures énergiques sans porter le désarroi dans la population. La vie suivit son cours normal dans la cité sans que personne se doutât de l'étendue du désastre.

M. Depage se rendit avec sa mission à San Stefano où réglementairement les soldats atteints de choléra devaient être expédiés, puis transbordés sur la côte d'Asie. Dans cette localité se trouvaient environ 4000 cholériques, dont 3000 parqués dans une plaine.

L'ambulance belge s'installa dans la caserne de Tach-Kichla ; on mit à sa disposition deux salles de 70 lits chacune et une salle de garde dans laquelle il fallut improviser une salle d'opération.

M. Depage rend compte à l'Académie de la façon dont fut organisée l'ambulance.

Au point de vue chirurgical, il a constaté, ainsi que bien d'autres d'ailleurs, la différence de gravité entre les blessures par balles de fusil et celles dues au shrapnell. La balle du fusil Mannlicher traverse le corps d'outre en outre, en ne laissant, la plupart du temps, qu'un trajet aseptique sans gravité; les blessures produites par cette balle ne sont dangereuses que si elles intéressent un gros vaisseau ou un centre nerveux de la base. Les fractures osseuses guérissent généralement sans suppuration, sous l'effet d'un bandage ou de l'extension continue ; les perforations de l'estomac, de l'intestin, de la vessie, guérissent souvent spontanément.

Le shrapnell provoque des plaies anfractueuses qui généralement suppurent et laissent comme conséquence des infirmités sérieuses.

Prévenir l'infection immédiate ou ultérieure des plaies, dans la mesure du possible, doit être l'une des principales préoccupations, non seulement des chirurgiens sur le champ de bataille, mais de tous ceux qui interviennent dans l'organisation des secours aux armées.

A ce point de vue, ajoute M. Depage, il est à souhaiter de voir :

1° Proscrire les shrapnells des guerres modernes. Un vote a été émis à la Société impériale ottomane de médecine, tendant à créer dans tous les pays civilisés une campagne médicale pour la suppression de cet engin dont l'emploi provoque des blessures analogues à celles des balles dum-dum;

2° Réduire à leur strict minimum les interventions pratiquées aux avant-postes mobiles sur le champ de bataille;

3° Engager les autorités militaires à veiller à l'hygiène du soldat à tous points de vue;

4° Prévenir le soldat des dangers auxquels il s'expose en ne protégeant pas sa plaie contre les souillures du sol; lui apprendre à se servir lui-même des compresses qui, réglementairement, doivent se trouver dans son sac.

Le docteur Depage insiste sur l'importance de l'analyse microscopique du sang dans le diagnostic des suppurations cachées. La formule leucocytaire donne à ce point de vue un complément d'informations extrêmement précieux.

Il attire également l'attention sur la gangrène des pieds qui a été très fréquente pendant la guerre balkanique, et qui paraît due, au moins dans certains cas, à la constriction de la jambe par les bandes molletières.

M. Depage a évité, dans la mesure du possible, les interventions ; il s'est attaché à faire de la chirurgie conservatrice.

Il termine sa communication en émettant le vœu de la construction d'un hôpital belge permanent à Constantinople.


Argan — Au diable leurs clystères, Coquine !.. je ne puis aller !...
Toinette — Eh ! pour "aller„ Monsieur, prenez de la THAOLAXINE !.
MOLIERE. le Malade Imaginaire"
Nouvelle Edition DURET & RABY. Marly le Roi. S & O.

LE
BILAN ALCOOLIQUE D'UN CANTON DE LA MANCHE

Par Pierre-Jean MÉNARD,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

Bien qu'il semble que tout en ait été dit et redit, on n'a sur l'alcoolisme qu'une notion très imprécise. Les études dont il a été l'objet sont trop vastes pour être vraiment compréhensibles. Mais quand on s'approche des individus pour se faire une idée quasi individuelle de l'alcoolisation les faits se précisent singulièrement, et l'on comprend mieux la convenance des épithètes alarmantes dont on qualifie communément l'alcoolisme. C'est ce que j'ai cherché à faire pour ce petit canton de la Manche. Je l'ai pris de préférence parce que j'en avais le loisir — que je le connais mieux — et que dans cette région de la France le défaut d'exportation rend les recherches numériques plus aisées.

L'absorption de l'alcool ne commence guère à proprement parler que vers onze ou douze ans. Jusqu'à cet âge (en règle générale) les enfants vont à l'école tenus par la préparation du certificat d'études et de la communion. Ce n'est pas à dire cependant qu'ils soient complètement sevrés d'alcool. Il est une coutume à laquelle les commères dérogent rarement et qui consiste à verser quelques gouttes d'alcool dans la bouche du nouveau-né au sortir du baptême, afin, disent-elles, de lui en faire goûter. Il n'est pas rare que des nourrices donnent de l'alcool et du café dans le biberon aux nourrissons « pour chasser les vers ». Et fréquemment, aux enfants qui passent la journée à l'école, emportant leurs provisions, les mères donnent au fond du panier un flacon de café et d'eau-de-vie.

Mettre aux enfants une cuillerée à café d'alcool dans le café de midi est une pratique courante, et si l'on n'en met pas davantage, c'est peut-être qu'on est retenu par cette notion courante dans ces régions que l'alcool empêche de grandir les petits enfants.

Mais après onze à douze ans, l'enfant quitte l'école et se met à apprendre un métier. Dès lors, progressivement il va s'adonner aux dieux du foyer, le café et l'alcool, et c'est chose navrante de voir des jeunes gens de seize, dix-sept ans, absorber avec cette facilité des alcools de cette force.

Le maximum d'alcoolisation semble être atteint entre vingt-cinq et trente ans. A trente ans, en général, un palais peut affronter les alcools les plus forts et demande à être « gratté » énergiquement.

J'ai vu tel ouvrier absorber par erreur un verre de vinaigre et ne pas s'en apercevoir.

A partir de trente ans l'habitude s'enracine, se fixe et souvent s'aggrave — jamais en tout cas ne décroît — à plus forte raison ne s'efface.

L'alcool est absorbé sous multiples formes : vin, cidre, eaux-de-vie, liqueurs, apéritifs.

Le vin et les liqueurs sont peu recherchés du peuple qui les considère plutôt comme boissons de luxe, trop coûteuses pour entrer dans la consommation journalière.

Les apéritifs et toutes les boissons alcooliques rangées sous le nom de vins de liqueur (malaga, quinquinas, byrrh, vermouth) dont use abondamment la classe intermédiaire (patrons, fonctionnaires, petits rentiers) sont également peu absorbés par les ouvriers et pour la même cause. Il faut en excepter cependant les *quinquinas* dont la pratique commence à se répandre dans le peuple de la ville et des champs sous couleur de toniques.

L'absinthe n'est également consommée qu'en très faible quantité et seulement à la ville.

Restent donc *les alcools à proprement parler et le cidre*. Avec le café, les alcools et le cidre sont considérés comme éléments indispensables à la vie, sans lesquels elle est insipide et le travail impossible.

Le cidre constitue la boisson courante. Trop dilué pour pouvoir être conservé, il est absorbé totalement dans l'année. Une infime quantité de « pur jus » mise en bouteilles est conservée pour faire du cidre bouché.

Le cidre pèse en moyenne 3 degrés, il se boit pur. On peut compter qu'un adulte en absorbe : à la ville, en hiver, 2-3 litres, en été, 3-4 litres ; à la campagne, en hiver, 3-4 litres, en été, 6-8 litres.

Mais il en est qui dépassent de très loin ces limites moyennes.

Le cidre s'absorbe à jeun, pendant et entre les repas, à tout moment, à propos de tout et de rien.

A jeun cependant, le cidre est désagréable, on lui préfère le vin blanc ou l'alcool.

Le café et l'alcool marchent généralement de concert et ne semblent pas pouvoir être séparés. Le café est le plus souvent détestable — d'ailleurs il n'est en réalité qu'un prétexte à absorption d'alcool — aussi peu importe qu'il soit faible ou fort, le tout est que ce soit du café, car jamais il n'est pris pur.

Si le café pur ne se conçoit pas, l'alcool pur sans café ne se conçoit guère non plus. Ce n'est pas qu'on s'en prive absolument certes, et maints ouvriers pressés prennent un « petit verre » le matin ou dans la journée. Mais on a un certain respect humain à boire de l'alcool ou mieux de l'eau-de-vie purs — et dans ce pays la coutume du « trou » au milieu du repas est peu répandue.

Donc l'absorption d'eau-de-vie pure est assez peu abondante. Dans le café c'est tout autre chose.

Entrez dans une auberge et examinez les consommateurs. Le plus souvent chacun a devant lui une tasse contenant de 70 à 80 centimètres cubes de café et une mesure remplie d'alcool. Cette mesure est pour les uns un *décilitre*, pour les autres un *demi-décilitre* que par ironie, sans doute, on appelle « une demoiselle ».

Quand il s'agit d'alcools supérieurs on les prend par petits verres contenant 10 à 15 centimètres cubes et que l'on fait remplir plusieurs fois en variant (calvados, rhum, kirsch).

La tasse à demi vidée de café est sitôt remplie d'alcool, et la même manœuvre se répétant plusieurs fois de suite, le café n'est plus en définitive que de l'alcool bruni.

Beaucoup qui prennent une « demoiselle » la font remplir plusieurs fois — il en est qui en usent de même avec le décilitre.

Vienne un arrivant ou se prolonge la conversation, on fait apporter à nouveau de l'eau-de-vie pour le toujours même café — ou bien servir des alcools supérieurs : cognac, eaux-de-vie de cidre, mêlés (mélanges d'alcools divers : cognac, rhum, kirsch, etc.).

Et cela peut se prolonger très longtemps ainsi ou se répéter maintes fois dans nombre de cafés. Il en est qui de la sorte peuvent absorber une quantité de « cafés » inimaginable, sans préjudice des autres consommations. Quelques « traîneurs de banquettes » demeurent ainsi jusqu'aux approches du repas et en profitent pour prendre apéritifs ou quinquinas.

Au mois d'août, un charcutier en tournée à bicyclette vint se jeter sous une automobile qui l'écrasa — il avait, m'a-t-on dit, absorbé 27 « cafés » dans la journée !

Dans cette classe intermédiaire dont j'ai déjà parlé et composée de patrons, de fonctionnaires, de petits rentiers et de tous les plus ou moins oisifs, l'alcoolisation se fait moins par absorption d'alcool pur que par usage d'apéritifs ou rafraîchissants. On les voit aux approches des repas s'acheminer par groupes vers leurs cafés habituels. Chacun paye « sa tournée » de sorte qu'il en est qui prennent 5-6 apéritifs consécutivement.

Mais l'alcoolisation ne se fait pas seulement à l'auberge ou au café. Il y a l'alcoolisation à domicile et ce n'est certes pas la moindre.

Sur un livre de comptes d'un modeste débit j'ai relevé ainsi quelques chiffres édifiants pris au hasard :

Un ménage de chaussonniers composé du père, de la mère et d'un enfant de neuf ans, achète *tous les jours un demi-litre d'eau-de-vie*. Souvent les autres jours et toujours *le samedi, un litre*.

Une femme seule achète journellement dans la même maison un demi-litre d'eau-de-vie.

Un ménage composé du père, de la mère et d'un enfant de trois ans, achète un demi-litre d'eau-de-vie tous les deux jours, le samedi, un litre.

Un ménage composé de l'homme et de la femme achète tous les trois jours un litre. Mais l'homme va en journée et ne rentre que le soir.

Un ménage composé de l'homme et de la femme achète un litre tous les quatre jours, mais l'un et l'autre sont employés et nourris au dehors et ne sont à la maison que le matin et le soir.

Un autre ménage dans les mêmes conditions dépense un demi-litre d'alcool tous les deux jours.

Les chiffres sont assez frappants par eux-mêmes. Si l'on songe que le coût moyen de cette eau-de-vie est de 2 francs le litre on arrive à cette conclusion que le premier ménage dépense 1 franc d'alcool par jour, soit 365 francs par an au minimum. On conçoit que ces ouvriers soient à mal pour se nourrir et se vêtir !

Mais nous n'avons vu que l'alcoolisation « à la ville ». Peut-être est-elle moindre « à la campagne », « à la ferme ». Erreur !

Avant 1906, l'imposition des bouilleurs de cru, mettant, malgré la fraude, un certain frein à la fabrication de l'eau-de-vie, les fermiers n'en faisaient qu'une quantité modérée et buvaient plus volontiers l'alcool industriel ; ils préféraient vendre leur cidre ou leurs pommes.

Mais aujourd'hui l'eau-de-vie leur coûte un prix très minime : — le bois ? ils n'ont qu'à le ramasser — le cidre ? ils prennent les « lies ». Ils n'ont donc à payer que le bouilleur — quand ils n'ont pas eux-mêmes une « bouillerie ». De sorte que maintenant même ils préfèrent fabriquer du mauvais cidre et distiller plus d'alcool. Comme ce cidre est trop faible pour être vendu et qu'ils absorbent tout leur alcool, il en résulte non seulement une perte matérielle, mais une alcoolisation plus intensive.

De plus, aujourd'hui que les marchands de café sèment dans la campagne ces petites roulottes qui vont partout porter à domicile café, sucre et primes, les paysans restent chez eux pour boire, ne viennent à la ville que les jours de marché et consomment plus parce qu'à meilleur marché.

Et c'est ainsi que chaque dimanche et chaque fête les jeunes gars se réunissent alternativement dans chaque ferme pour jouer aux cartes, fumer, danser jusqu'à fort avant dans la nuit en buvant cidre, café, eau-de-vie.

Or, sait-on ce que pèse cette eau-de-vie ? En moyenne 60 degrés ! L'eau-de-vie industrielle de la ville en pèse 45.

Et les soirs encore, tout est prétexte à beuveries, sans compter les cafés ou le cidre, absorbés à tout propos couramment.

C'est d'ailleurs le seul moyen qu'aient actuellement les fermiers de tenir leurs employés !

Il faut compter qu'en moyenne une grande ferme dépense 100 à 150 litres d'alcool par an.

Grâce à l'amabilité du receveur du lieu, j'ai pu avoir communication des registres de la régie et établir les quantités de boissons déclarées dans la sphère du canton. Ces chiffres sont intéressants au premier chef à connaître pour la question qui nous occupe en cet article, mais il ne faudrait pas leur attribuer plus qu'ils ne valent. Les quantités de boissons déclarées ne répondent pas en effet aux quantités totales absorbées ou fabriquées ; elles n'en représentent guère *que la moitié*.

Au contrôle de la régie échappent : les boissons (vins, cidre, spiritueux) envoyées libérées de tout droit — il en est ainsi pour la majeure partie du vin — le cidre fabriqué à domicile et destiné à être consommé sur place, *l'alcool obtenu par distillation du cidre chez les propriétaires et restant chez eux*.

Cette dernière partie a une importance capitale depuis la suppression de l'impôt sur les bouilleurs de cru (février, mars 1906), qui fait que l'on n'a sur la quantité d'alcool distillé que des renseignements très incomplets, soit : les quantités que veulent bénévolement déclarer les bouilleurs.

Si incomplets qu'ils soient, ces chiffres donnent néanmoins une idée assez exacte de l'alcoolisation globale du pays.

Les boissons sont groupées sous quatre chefs : vin, cidre, spiritueux et vins de liqueur.

Les *spiritueux* comprennent les alcools, alcools proprement dits et liquides à base d'alcool.

Les *alcools proprement dits* sont eux-mêmes de quatre ordres :

Alcool industriel (alcool de grains, de betterave, etc.) ou trois-six pesant 90-95 degrés;

Rhum;

Kirsch;

Eaux-de-vie à proprement parler comprenant : l'*eau-de-vie de cidre* (60 degrés en moyenne); l'*eau-de-vie de vin* (45-50 degrés); l'*eau-de-vie du commerce*, pesant en moyenne 45 degrés et fabriquée avec du trois-six ramené à 40-45 degrés auquel on ajoute un « bouquet », alcool concentré de vin, de cidre, etc.

Les *liquides à base d'alcool* sont essentiellement : l'absinthe (65-68 degrés); le kummel (50-60 degrés); la chartreuse, la bénédictine (43-45 degrés), etc.

Les *vins de liqueur* enfin, comprennent les apéritifs, digestifs, vins sucrés, quinquinas. Ils pèsent de 16 à 19 degrés.

La quantité globale moyenne d'alcool déclarée par an, établie sur un exercice de six années (1905 inclus à 1911 exclus), est de **81492 litres en alcool à 100 degrés.**

La quantité moyenne annuelle de *spiritueux, en alcool pur* oscille entre **600 et 750 hectolitres.**

La quantité moyenne annuelle des *vins de liqueur*, en *alcool pur*, oscille autour de **28 hectolitres.**

La *quantité de vin* **déclarée** varie entre *800 et 900 hectolitres*. Mais une grande partie du vin n'est pas déclarée dans le canton.

La *quantité de cidre* déclarée est extrêmement variable avec l'état de la récolte. La majeure partie du cidre fabriqué n'est d'ailleurs pas déclarée. Aussi est-il impossible de donner de moyenne.

La quantité d'alcool de cidre distillé déclarée est aussi très variable et pour les mêmes causes. La moyenne annuelle des six dernières années est de *176 hectolitres*.

Mais je répète que ce chiffre est bien loin de la réalité. Il suffit pour en juger de se rappeler qu'une grande ferme fabrique pour *son propre compte* de *100 à 150 litres d'alcool par an*.

En moyenne, les quantités annuelles de boissons pour le canton comprenant environ 8251 habitants sont donc :

Alcools. Total .. (en alcool à 100 degrés).....	81.492 litres	*Détail en alcool à 100 degrés* : *Alcools proprement dits*, 600-760 hectolitres. *Vins de liqueur*, 28 hectolitres. Alcool distillé, 176 hectolitres.
Vin.....	800-900 hectolitres.	
Cidre ...	x	

Le détail mensuel de 1910 s'établit comme suit :

MOIS	VIN	CIDRE	SPIRITUEUX	VINS de liqueur.
Janvier......	73^{h}30	478^{h}75	74^{h}97	2^{h}59
Février......	53^{h}40	687^{h}50	49^{h}82	1^{h}87
Mars.........	46^{h}60	723^{h}75	56^{h}69	2^{h}44
Avril........	84^{h}	836^{h}25	58^{h}36	2^{h}41
Mai..........	76^{h}60	805^{h}	67^{h}25	2^{h}44
Juin.........	73^{h}30	765^{h}	51^{h}55	2^{h}45
Juillet......	78^{h}30	973^{h}75	57^{h}	1^{h}85
Août.........	78^{h}30	914^{h}43	60^{h}48	3^{h}75
Septembre...	78^{h}	1093^{h}75	65^{h}81	3^{h}49
Octobre.....	144^{h}	891^{h}25	65^{h}73	2^{h}78
Novembre...	70^{h}30	2307^{h}50	62^{h}79	1^{h}45
Décembre...	78^{h}30	2667^{h}50	57^{h}91	2^{h}62
Totaux......	932^{h}67	13672^{h}50	728^{h}35	29^{h}73

Il faut joindre à ces chiffres, pour l'année, *145 hectolitres* d'alcool distillé déclaré en alcool à 100 degrés.

Le *cidre pesant en moyenne 3 degrés*, aux 13672^{h}50 ci-dessus correspondent 41017^{l}50 d'*alcool à 100 degrés*.

De sorte que la quantité totale d'alcool à 100 degrés des boissons déclarées [vin mis à part] (1) est pour 1910 de : **131325 litres.**

En 1909, les quantités correspondantes furent :

Vin........................	698^{h}10
Cidre......................	12650^{h} soit 37950^{l} en alcool à 100°.
Spiritueux et vins de liqueur en alcool à 100 degrés....	683^{h}38
Alcool distillé en alcool à 100 degrés..............	214^{h}

Soit au total, 127678 litres d'alcool à 100 degrés.

L'année 1911 ne le cède en rien à ses devancières, tout au contraire.

Voici d'ailleurs le tableau détaillé des sept premiers mois :

MOIS	VIN	CIDRE	SPIRITUEUX	VINS de liqueur.
Janvier......	80^{h}	1071^{h}25	81^{h}59	0^{h}32
Février......	53^{h}33	810^{h}	61^{h}91	1^{h}86
Mars........	63^{h}33	1938^{h}75	63^{h}63	2^{h}74
Avril........	64^{h}	871^{h}25	55^{h}47	2^{h}60
Mai..........	52^{h}66	1127^{h}50	72^{h}14	2^{h}75
Juin.........	70^{h}66	1222^{h}50	55^{h}17	3^{h}04
Juillet......	66^{h}66	1441^{h}25	58^{h}15	3^{h}07
Totaux......	450^{h}	8482^{h}50	448^{h}06	16^{h}38

Alcool distillé en alcool à 100 degrés... 123^{h}

Aux 8482^{h}50 de cidre correspondent **25447** *litres d'alcool à 100 degrés.*

La quantité totale d'alcool en alcool à 100 degrés est donc pour les sept premiers mois de 1911 de **84191** *litres* dont **58744** litres venant des spiritueux, vins de liqueur et alcool distillé.

Comparons avec les quantités correspondantes dans le même temps pour 1909 et 1910 :

ANNÉES	ALCOOL du cidre en alcool à 100°.	SPIRITUEUX et vins de liqueur.	ALCOOL distillé.	TOTAUX en alcool à 100°.	TOTAUX moins l'alcool du cidre.
1909..	18468^{l}	39110^{l}	11900^{l}	69479^{l}	51010^{l}
1910..	15710^{l}	43169^{l}	9300^{l}	68179^{l}	52469^{l}
1911..	25447^{l}	46444^{l}	12300^{l}	84191^{l}	58744^{l}

Voici enfin un tableau comparatif des quantités en alcool à 100 degrés des spiritueux et vins de liqueur pour les 7 premiers mois de 1910 et de 1911 :

ANNÉES	SPIRITUEUX	VINS de liqueur.	TOTAUX
1910..........	41564^{l}	1605^{l}	43169^{l}
1911..........	44806^{l}	1638^{l}	46444^{l}

Si l'on fait abstraction du cidre dont les quantités déclarées sont, nous l'avons vu, trop variables, on peut voir déjà que, à part quelques exceptions, chaque année marque un progrès sur celle qui la précède. Le fait est plus frappant encore quand on jette un coup d'œil d'ensemble sur les quantités d'alcool déclarées pour un exercice de plusieurs années. Mais il faut pour cela tenir compte de l'abrogation du droit sur les bouilleurs de cru en 1906 qui fait que l'alcool

(1) On ne saurait tenir compte du vin. Son degré alcoolique étant trop variable.

distillé déclaré en 1906 ne l'était pas en 1907. Ceci s'accuse en effet par un état stationnaire en 1906 et par un fléchissement en 1907 donnant 55.611 litres contre 71.217 en 1905.

Telles sont les quantités d'alcool en alcool à 100 degrés, comprenant l'alcool des spiritueux — des vins de liqueur — et de l'alcool distillé, de 1905 à 1910 :

1905....	71217l
1906....	71368l + x (tout l'alcool distillé ne fut pas déclaré).
1907....	55611l + x
1908....	76074l + x
1909....	68328l + 21400l = 89728l
1910....	75808l + 14500l = 90308l

Comme nous l'avons vu 1911 doit hautement accentuer ce progrès. La comparaison des quantités d'alcool des spiritueux et des vins de liqueur montre que l'augmentation porte sur les deux groupes :

ANNÉES	SPIRITUEUX	VINS de liqueur.
1905..............	617h69	24h48
1906..............	686h80 + x	26h88
1910..............	758h08	29h73

La population du canton étant estimée pour ces 5 années par la régie à *8251 habitants*, il est aisé d'établir une proportion par tête et par an. On arrive ainsi aux résultats suivants toujours exprimés en alcool à 100 degrés :

1905..	8l34
1909..	10l87
1910..	10l94

Pour 1911, si l'on en juge d'après les 7 premiers mois, la proportion oscillera entre *11 et 12 litres*.

Or, dans ces chiffres n'est compté que l'alcool des spiritueux, des vins de liqueur et de l'alcool distillé. Il faudrait y ajouter l'alcool du cidre. Mais pour les raisons que nous avons exposées il vaut mieux ne le pas faire. Encore ! serait-on loin de la vérité !

On conçoit qu'un pays, où l'alcool est en tel honneur, soit assez fleuri de débits de boissons. Il l'est en effet. On compte pour le canton environ 150 débits et pour le seul chef-lieu de canton 45, SOIT 1 DÉBIT POUR 52 HABITANTS.

La question de l'alcoolisme présente un regain d'intérêt pour le médecin quand on la porte sur le terrain des conséquences individuelles et sociales, immédiates ou tardives.

Nous étudierons successivement ainsi la natalité, la mortalité et la morbidité dans la petite sphère sociale que nous avons prise comme champ d'études.

La population du chef-lieu de canton est d'après le dernier recensement (1911) de 2347 habitants. Elle était de 2218 en 1906, de 2157 en 1901, soit une augmentation numérique de 190 têtes en dix ans, dont 61 de 1901 à 1906 et 129 de 1906 à 1911.

Cette dernière augmentation est toute fictive, car entre 1906 et 1911 de nombreux étrangers sont venus se fixer dans le pays, et une usine importante y a été créée comprenant en majeure partie des ouvriers d'une ville voisine. L'estimation numérique globale est donc nécessairement fausse en tant que moyen d'appréciation du mouvement de la population. La fiction de cet accroissement apparaît nettement quand on fait le bilan comparatif des naissances et des décès.

Le nombre des naissances depuis 1901 a été respectivement pour chaque année :

De 48................................	en 1902
46................................	1903
45................................	1904
45................................	1905
38................................	1906
55................................	1907
58................................	1908
48................................	1909
52................................	1910

Soit un total de 435 naissances en neuf années, ce qui donne environ 48 par an pour une population moyenne de 2250 habitants, soit 2,13 naissances pour 100 ; 21,3 p. 1000.

La moyenne des naissances, de 1873 à 1902, est à peu de chose près la même, sauf pour la période décennale de 1873 à 1883 où elle est plus élevée (50). Le nombre annuel des naissances est même en croissance depuis 1907 (même en tenant compte de l'accroissement de la population), et le total des naissances de 1907 à 1910 (213) marque une plus-value de 39 naissances sur celui des quatre années précédentes 1903-1906 (174).

En résumé donc, natalité faible, mais en somme correspondant à la moyenne de la natalité en France ou même légèrement supérieure à celle-ci (20 p. 1000).

Le nombre des mort-nés est appréciable (3 à 4 par an). Celui des avortements, encore très faible, semble en croissance.

La mortalité globale, dans le chef-lieu de canton, a été de 163 pour 1908, 1909, 1910 et le premier trimestre de 1911. Ces 163 décès se répartissent ainsi suivant l'âge :

	MORT-NÉS	— 1	1-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-70	+ 70	TOTAUX
1908.	4	10	2	4	7	2	2	8	8	47
1909.	3	8	7	1	5	1	3	14	8	50
1910.	1	9	7	1	6	4	3	13	13	56
1911.	0	1	1	1	1	0	1	2	3	10
Tot..	8	28	17	7	19	7	9	37	32	163

L'année 1911 comprend seulement le premier trimestre.

Soit au total :

Mort-nés.......	8	4,90 p. 100
— 1..........	28	17,17
1-10..........	17	10,42
10-20..........	7	4,29
20-30..........	19	11,65
30-40..........	7	4,29
40-50..........	9	5,52
50-70..........	37	22,69
+ 70..........	32	19,62

Le pourcentage des décès, en prenant pour la population de 1908 à 1911 la moyenne des recensements de 1906 et de 1911, c'est-à-dire 2282, est de 2,19 p. 100 ; 21,9 p. 1000 : moyenne équivalente à celle de la mortalité totale de la France.

Cette statistique nous permet de constater que la mortalité est surtout nombreuse avant dix ans et après cinquante. Avant dix ans, en effet, le nombre des décès est de 53, soit 32,51 p. 100. Après cinquante ans, il est de 69 soit 42,32 p. 100. De sorte

que le pourcentage global pour ces deux périodes extrêmes est de 74,83 p. 100, alors que de vingt à cinquante ans il n'est que de 25,73 p. 100.

Voici d'autre part détaillés dans le même temps les décès au-dessus de soixante ans :

60-70	16	9,81 p. 100
70-80	22	13,49
80-90	11	6,74
+ 90	0	—
Totaux	49	30,04 p. 100

On en peut conclure déjà que la moyenne de la vie est généralement assez élevée.

Ceci appert mieux encore quand on étudie le détail des recensements dont nous extrayons ce qui concerne les individus de plus de soixante ans :

Rec. 1906	Popul. totale	2218	+ 60	= 317
1911	—	2347	—	= 310

Donc, bon an, mal an, 18,11 p. 100, 181 p. 1000 individus pour une population moyenne de 2282 habitants atteignent ou dépassent soixante ans. C'est là certes un beau chiffre, et les chiffres des villages sont encore plus beaux.

Moins consolant est le rapprochement numérique des naissances et des décés. Nous avons vu, en effet, que la moyenne des naissances est de 21,3 p. 1000, or, celui des décès est de 21,9 p. 1000.

Si l'on compare seulement les trois années 1908, 1909, 1910, on a les chiffres suivants :

	DÉCÈS	NAISSANCES	EXCÉDENTS
1908	47	58	Naissances + 11
1909	50	48	Décès + 2
1910	56	52	Décès + 4
Totaux	153	158	Naissances + 5

Soit donc un accroissement global de 5 individus en trois ans, mais en réalité un équilibre pour ne pas dire une décroissance réelle.

Faut-il voir là une influence de l'alcoolisme? Je ne crois pas. Ce ne sont pas les plus alcoolisés qui sont le moins riches en enfants, et les causes de la dépopulation ou du stationnement de la population sont ailleurs, nombreuses et beaucoup plus efficientes, comme il serait aisé de le démontrer.

L'alcoolisme n'est facteur ni d'avortement, ni de stérilité, ni même de frigidité, partant il doit bien peu valoir pour la limitation des naissances. Je connais nombre d'alcooliques géniteurs de nombreux enfants (1). Aussi bien n'est-ce pas encore le peuple qui reproduit le plus? Or c'est également lui qui boit le plus d'alcool.

On serait tenté de croire que du moins l'alcoolisation des parents engendre des enfants mal venus, malingres, athrepsiques, et l'on ne manque pas dans nos grandes villes de mettre souvent la malfaçon des enfants sur le compte de l'éthylisme familial. Eh bien! cela aussi semble très exagéré quand on interroge la campagne. La majorité des enfants du peuple dans mon petit canton sont forts et bien venus — et cependant ils sont élevés à la diable par des parents alcooliques. Si la mortalité infantile est assez élevée, il faut beaucoup mieux incriminer l'hygiène le plus souvent déplorable. D'ailleurs cette mortalité n'est pas tellement élevée, puisque sur 158 enfants nés en 1908-1909-1910, il n'en est mort dans l'année de leur naissance que 27, soit 17,09 p. 100.

L'influence de l'alcoolisme sur la natalité et la mortalité, EN TANT QUE FACTEUR ISOLÉ, *semble donc très minime.*

L'étude de la morbidité nous fournit également des données très intéressantes. Il est malheureusement impossible faute d'observations personnelles suffisantes de l'étudier de très près et dans tous ses détails.

Je passerai sous silence toutes les affections d'un intérêt secondaire et que l'alcoolisme ne saurait influencer.

L'artério-sclérose est naturellement très commune, souvent précoce et cause assez fréquente de gangrènes sèches.

Le rhumatisme déformant atteint fréquemment des sujets très jeunes. Le cancer est relativement fréquent, le cancer de l'estomac surtout : fait déjà noté d'ailleurs.

Quant à la syphilis, elle est trop rare pour qu'on puisse statuer sur son évolution.

Les pyrexies (sauf la pneumonie) ont leur évolution normale.

Il en est ainsi en particulier de la *fièvre typhoïde* et des infections gastro-intestinales analogues d'une extrême fréquence, qui bien que souvent compliquées se terminent rarement par la mort.

Ici comme partout, la tuberculose sous toutes ses formes, mais particulièrement la tuberculose pulmonaire fait le plus de ravages. Dans la règle, elle évolue fatalement tantôt rapidement surtout chez les jeunes — plus souvent en un, deux, trois ans, chez les adultes et dans l'âge mûr. Les formes fibreuses n'existent guère.

La *pneumonie* est très meurtrière et cette gravité semble bien en rapport avec l'alcoolisation. Son évolution est fréquemment marquée en effet par des accès de delirium tremens. Elle affecte souvent une allure adynamique rapidement très grave. Quand la mort survient, elle est précoce, s'observant surtout vers le sixième jour.

Restent les trois ordres de troubles dont classiquement on accuse l'alcoolisme :

Troubles gastriques. Troubles nerveux. Troubles hépatiques.

Les *troubles gastriques* sont habituels tellement que le plus souvent les gens ne s'en plaignent même plus. Ce sont : *la gastrite à proprement parler*, forme banale de la gastrite éthylique avec dyspepsie, anorexie, gastrosuccorrhée, pituites matinales, et la *dilatation gastrique* presque constante chez les buveurs de cidre et qui semble être surtout d'origine mécanique en rapport avec les très grandes quantités de cidre habituellement absorbées. Peut-être y a-t-il un rapport entre la fréquence de ces gastrites chroniques et celles du cancer de l'estomac.

Les troubles nerveux sont aussi très fréquents. Il faut en excepter toutefois la *polynévrite* tellement exceptionnelle qu'elle est quasi inconnue. Les névralgies sont par contre assez communes, la sciatique en particulier.

(1) Je connais tel couple d'alcooliques invétérés qui eut dix-sept enfants.

Mais ce qu'on observe surtout, ce sont des troubles mentaux. Ils sont très variables, de modalité et d'intensité. Tantôt ils consistent en une diminution progressive des facultés intellectuelles, marquée surtout par de la perte de la mémoire, et allant à la longue jusqu'à l'hébétude ou à l'abrutissement le plus complet. Tantôt, c'est une excitation et une agitation excessives. Tantôt et *très souvent* il s'agit de véritables crises de *delirium tremens*. Chez le même individu on peut observer un état habituel d'excitation ou de dépression avec par intermittences des accès de delirium tremens.

Quoi qu'il en soit, le délire alcoolique est d'une extrême fréquence. Il y a au chef-lieu de canton un hospice d'aliénés recélant 675 malades — 271 sont du département de la Manche. La majorité d'entre eux sont des délirants alcooliques et, fait particulièrement intéressant, des *gens du peuple*, de la ville et de la campagne, ouvriers, cultivateurs, domestiques, hommes et femmes.

Fréquent encore, mais tardif apanage des alcooliques invétérés gravement intoxiqués, est un état de raideur, de rigidité permanentes, avec projection de la tête et du tronc en avant, s'accompagnant d'incertitude de la marche et de talonnement rappelant assez la démarche tabétique.

A la fréquence classique des troubles gastriques et des troubles nerveux s'oppose la rareté des cirrhoses hépatiques.

La *cirrhose atrophique avec ascite*, le type cependant des cirrhoses dites alcooliques, la plus facile cliniquement à dépister, est particulièrement rare. En cherchant avec un confrère, je n'en ai guère relevé que 3 ou 4 cas, au maximum, observés depuis plusieurs années dans tout le pays, c'est-à-dire dans une zone empiétant sur plusieurs cantons. Ces cas concernaient tous des habitants du chef-lieu, gens aisés absorbant peu d'eau-de-vie, mais beaucoup de vins de liqueur. *Jamais* le confrère, dont la clientèle est pourtant étendue, et qui connaît bien le pays, n'en a observé dans le peuple de la ville ni de la campagne.

Quant à la cirrhose hypertrophique elle semble rare aussi, toutes réserves faites au sujet de son diagnostic nécessitant une plus minutieuse investigation clinique. Comme la cirrhose atrophique, elle ne s'observe qu'à la ville, dans cette catégorie d'individus que j'ai signalée, buveurs de vins de liqueur, non d'eau-de-vie. J'en ai relevé ainsi *trois cas*. Ils concernaient deux femmes, tenancières de débits et un homme, riche fermier, grand buveur d'apéritifs. Mais comment ne pas opposer à ces trois individus, la masse des autres dans une région où *tous* à de très rares exceptions près peuvent être considérés comme alcoolisés et chez lesquels le foie apparemment ne réagit pas, pas assez en tout cas pour troubler leur santé. Sans doute la question demanderait à être serrée de plus près, plus systématiquement, pour ce qui est de la cirrhose hypertrophique du moins.

Mais il reste cependant que la *cirrhose atrophique* est *certainement rare* et que la *cirrhose hypertrophique semble bien l'être aussi*, au moins la cirrhose hypertrophique cliniquement appréciable. Il convient enfin de faire remarquer encore, que les rares cas observés l'ont été seulement parmi le petit clan des buveurs de vins de liqueur, jamais parmi la grande masse des buveurs d'eau-de-vie.

Cette rareté des cirrhoses du foie, de la cirrhose de Laënnec surtout, ne laisse pas que d'étonner beaucoup, et le fait qu'elles affectent seulement les buveurs de vins de liqueur incite à se demander si les essences de ces apéritifs (vermouth, byrrh, etc.) n'ont pas sur le foie une influence plus néfaste que l'alcool lui-même. C'était d'ailleurs l'opinion de Potain et de Cyr.

L'action de l'alcool sur l'état général n'a rien ici de bien particulier. Pendant longtemps, surtout à la campagne, l'alcoolique que nous venons d'étudier, alcoolisé par « l'eau-de-vie », porte gaiement son alcoolisme. Vient un temps cependant où il fléchit, frappé d'une obésité prématurée, de mauvais aloi, faite de « mauvaise graisse », comme disent les gens du pays. L'abdomen proéminent, le menton rebondi, une bouffissure particulière des paupières qui, avec un certain vague du regard, donne au facies un air mal éveillé. Une calvitie précoce fréquente, une enluminure du nez et des joues, plus tardivement une raideur guindée de la démarche lui donnent un aspect spécial. Bruyant, exubérant au dehors, il est maussade et violent chez lui.

On ne saurait évidemment tirer de conclusions formelles d'un travail aussi modeste. Il suggère cependant quelques réflexions légitimées par le fait de l'absorption exclusive, par le peuple du moins, de l'*eau-de-vie*, réalisant ainsi une alcoolisation quasi expérimentale.

L'alcool *seul* et *pris dans les conditions ordinaires d'absorption ne tue pas*, il ne diminue pas la natalité, il atteint peu la progéniture.

Il apparaît surtout *comme facteur de décrépitude physique et de déchéance morale*.

De toute évidence, il agit sur l'estomac, organe récepteur, action directe — sur les centres nerveux, action toxique à proprement parler — et sur la nutrition générale (sénescence plus précoce, diminution de la résistance à certaines infections), action peut-être résultante des deux premiers ordres de troubles.

Son action sur les autres organes ou systèmes, sur le foie surtout, semble beaucoup moins certaine.

Tel est le « bilan alcoolique » de mon canton. Celui des cantons voisins et de la région entière ne serait pas moins chargé, peut-être même le serait-il plus, comme le démontrent les chiffres qui m'ont été aimablement fournis pour l'arrondissement. Il n'est donc pas une exception.

Il serait intéressant de le comparer avec les résultats fournis par l'étude d'une région où l'alcoolisation est différente (pays de vignobles par exemple). On pourrait en tirer sans doute des enseignements précieux sur le rôle de l'*alcool* (1) dans la pathogénie de certains accidents qui lui sont peut-être trop exclusivement rapportés.

(1) De l'alcool à proprement parler.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1913)

Formation de l'urée par les végétaux supérieurs. — M. R. FOSSE. Les animaux ne sont pas les seuls êtres vivants capables de produire l'urée, la cellule végétale possède aussi cette faculté, ainsi qu'en témoignent quelques champignons et de nombreuses plantes d'organisation élevée. M. Fosse a précédemment établi que l'*Aspergillus niger* et le *Penicillum glaucum* créent de l'urée en culture pure à partir du sucre et de l'ammoniac ; aujourd'hui il démontre que le même corps prend également naissance, mais avec plus d'abondance, lorsque le *blé*, l'*orge*, le *maïs*, le *pois*, le *trèfle*, la *fève* consomment les matériaux de réserve de leur graine pendant le phénomène de la germination.

De l'immunisation contre le staphylocoque pyogène par voie intestinale. — MM. Jules COURMONT et A. ROCHAIX. L'introduction de cultures tuées de staphylocoque pyogène dans le gros intestin du lapin adulte lui confère un certain degré d'immunité qui se manifeste par une survie assez prolongée. D'autre part, l'infection est profondément modifiée dans ses caractères; au lieu de se traduire par des abcès des reins ou du cœur, elle se localise plus volontiers sur les synoviales, sur le tissu osseux, sur les séreuses; bien que due à des microbes virulents elle se comporte comme une affection atténuée.

Une théorie de la vision. — M. TSCHERNING.

Sur l'asymétrie du corps ciliaire et sur son importance dans l'accommodation astigmique et les mouvements du cristallin. — M. Jacques MAWAS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1913)

Chirurgie de guerre en Bulgarie. — M. DELORME fait un rapport sur un travail de M. le professeur Laurent (de Bruxelles) qui a dirigé, en Bulgarie, un hôpital de 300 lits et qui y a soigné plusieurs centaines de blessés.

Traitement de la dysenterie amibienne par l'émétine. — M. CHAUFFARD a communiqué une très remarquable observation de traitement de la dysenterie amibienne, la cure d'émétine, récemment préconisée par Léonard Rogers (de Calcutta), et qui vient de lui donner, pour la guérison d'un abcès dysentérique du foie, ouvert dans les bronches, le plus beau résultat.

Rogers avait montré dès 1907 que l'ipéca à hautes doses est capable de prévenir l'apparition des abcès dysentériques du foie, ou de les enrayer au stade présuppuratif.

Par les injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine, à la dose de 3 à 4 centigrammes une à deux fois par jour pendant quatre à cinq jours, on obtient, d'après Rogers, la guérison presque immédiate de la dysenterie amibienne. Il s'agit là d'une vraie action spécifique, car expérimentalement une solution d'émétine à 1 p. 10000 tue instantanément les amibes, et, à 1 p. 100000, en quelques minutes.

Chez le malade de M. Chauffard, la fistule hépato-bronchique durait depuis cinq mois et il était rendu par jour, avant le traitement, 200 à 250 centimètres cubes de pus rougeâtre; une ulcération dysentérique existait dans le rectum, la température oscillait entre 37 et 38 degrés, l'état général était très médiocre ; l'examen radiologique montrait une opacité étendue de la base du poumon droit se confondant avec l'obscurité hépatique.

Du 21 au 25 décembre, on pratique 6 injections de 4 centigrammes chacune de chlorhydrate d'émétine. Elles sont parfaitement supportées, sans trouble physiologique quelconque.

L'expectoration, de 200 centimètres cubes, passe le premier et le second jour à 150 centimètres cubes, à 60 le troisième jour, à 45 le quatrième jour, le cinquième jour il n'est rendu que 3 crachats, et depuis lors l'expectoration est restée nulle.

En même temps, la température tombe au-dessous de 37 degrés et s'y maintient. La leucocytose descend de 49000 à 19800, la polynucléose de 77 à 63. L'ulcération rectale se cicatrise. La base du poumon droit redevient claire.

Le malade est depuis lors pleinement guéri et a engraissé de près de 6 kilos.

Une telle guérison, et si rapide, ne peut se comprendre que par une action spécifique de l'émétine sur les amibes. On comprend toute l'importance d'un tel fait, et combien sont désirables des recherches de contrôle. La méthode de Rogers nous donnerait pour la dysenterie amibienne ce que la sérothérapie a fait pour les dysenteries bacillaires.

L'avenir des néphrectomisés. — M. BAZY estime que les personnes qui ont subi l'ablation d'un rein se comportent, si l'autre rein est sain, comme si elles possédaient leurs deux reins.

La façon dont elles supportent, plus ou moins longtemps après la néphrectomie, des actes opératoires importants, constitue un criterium de l'intégrité de la fonction.

Onze ans après une néphrectomie pour tumeur, il a enlevé l'utérus et les annexes à une dame qui a supporté cette importante intervention comme une personne non néphrectomisée.

Au point de vue de la nature du mal qui a nécessité la néphrectomie, il faut établir trois catégories : tumeurs, tuberculose, suppuration.

1° L'ablation des tumeurs, pour les cas que M. Bazy a pu suivre lui a donné des résultats très encourageants; il a suivi des malades bien portants pendant quatorze ans, onze ans, huit ans, cinq ans, trois ans; il ne parle pas des cas plus récents. Et il n'a pas pu retrouver tous ceux qu'il a opérés.

2° L'état des néphrectomisés pour tuberculose rénale dépend beaucoup de l'état de la vessie : ceux dont la vessie est indemne ont une santé parfaite; ceux dont la vessie est atteinte voient leur état s'améliorer d'autant mieux et plus rapidement que les lésions de la vessie sont moins anciennes et moins accentuées, d'où la nécessité des interventions précoces.

Les néphrectomisés pour suppurations simples recouvrent complètement la santé; ceux chez lesquels l'urine du rein sain contenait de l'albumine voient cette albumine disparaître dès que la suppuration a été supprimée, c'est-à-dire après la néphrectomie.

Il y a donc intérêt à supprimer le plus tôt possible les reins détruits par la suppuration et qui sont en état de rétention.

Chirurgie en hystérie. — M. PICQUÉ, poursuivant ses intéressantes études sur les interventions chirurgicales chez les aliénés et les nerveux, a étudié le rôle de la chirurgie dans les affections se produisant chez les hystériques, en particulier dans l'appendicite. Il estime que, lorsque l'affection a des caractères subjectifs bien nets et lorsqu'on a éliminé les cas où un traumatisme risquerait d'aggraver l'état mental, l'opération s'impose et peut, non seulement supprimer le mal, mais encore le retentissement qu'il a pu entraîner du côté du système nerveux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1913)

Recherche de l'insuffisance glycolytique par la mesure du quotient respiratoire. — MM. ACHARD et DESBOUIS ont recherché la combustion du glycose chez l'homme en étudiant les échanges respiratoires au moyen de l'appareil très simple de Haldane qui permet de doser, au lit du malade, les gaz de la respiration et de répéter les examens dans un espace de temps assez court.

On sait par les recherches de M. Hanriot (1893) que le quotient respiratoire ne s'élève pas chez les diabétiques après ingestion d'hydrates de carbone, parce que l'inutilisation du sucre qui caractérise le diabète n'augmente pas l'acide carbonique exhalé. D'autre part les travaux de MM. Achard et Emile Weil (1898) ont montré, par la glycosurie consécutive à l'injection sous-cutanée de 10 grammes de glycose, que cette insuffisance glycolytique existe aussi en dehors du diabète chez certains malades et notamment à la période d'état des maladies aiguës.

La recherche du quotient respiratoire, après l'injection de glycose a, sur celle de la glycosurie provoquée, l'avantage de distinguer entre la simple mise en réserve du glycose et sa destruction dans les tissus.

Chez le sujet sain, il suffit d'injecter sous la peau 4 à 6 grammes de glycose pour voir s'élever l'exhalation d'acide carbonique, dans la proportion de 0,5 à 1 p. 100 et même parfois un peu plus. Or chez trois diabétiques, MM. Achard et Desbouis n'ont vu se produire aucune augmentation. De même dans 2 cas de pneumonie, 1 de pleurésie, 5 de fièvre typhoïde, 1 d'appendicite, 1 d'abcès du sein.

Cette insuffisance glycolytique n'est pas liée à la température fébrile, car elle existait dans une pleurésie apyrétique et manquait chez des malades ayant de la fièvre dans un cas d'infection puerpérale, 1 de phtisie cavitaire et 1 de fièvre typhoïde, deux jours, il est vrai, avant l'apyrexie.

Elle faisait défaut chez un malade atteint de perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde, avec chute de la température.

On sait que les troubles de la combustion de glycose sont indépendants de ceux de la combustion des autres sucres assimilables. Or la recherche du quotient respiratoire a montré que chez trois diabétiques, deux typhiques, un pleurétique, une femme atteinte d'abcès mammaire, qui n'utilisaient pas le glycose, l'injection de 4 grammes de lévulose augmenta l'exhalation d'acide carbonique. L'épreuve a donc confirmé ce fait, étudié déjà par MM. Achard et Emile Weil, que l'insuffisance glycolytique ne s'accompagne pas d'insuffisance lévulolytique.

Action de la toxine diphtérique sur la vie des cellules hors de l'organisme. — MM. LEVADITI et MUTERMILCH ont étudié l'action de la toxine diphtérique sur la vie des cellules in vitro. Lorsqu'on se sert de la méthode d'Harrisson modifiée par Carrel (plasma, fragments d'organes) pour examiner la survie des cellules d'embryons de poulet hors de l'organisme, on constate : avec les organes hématopoïétiques (rate, moelle osseuse) une sortie cellulaire intense qui s'effectue en quelques heures; avec le cœur, le rein ou la moelle épinière, l'apparition de nombreuses cellules fusiformes disposées radiairement autour du fragment de tissus.

La toxine diphtérique empêche complètement cette apparition de cellules fusiformes autour des fragments de cœur ou de rein, tandis qu'elle ne s'oppose nullement à la sortie des éléments leucocytaires de la rate. La toxine agit après une période d'incubation, son action toxique est atténuée par le chauffage et complètement neutralisée par le sérum antidiphtérique. Le poison diphtérique permet de dissocier la contractilité de fragments de cœur in vitro de l'apparition de cellules fusiformes autour de ces fragments.

Insuffisance surrénale et sensibilité à la strychnine. — MM. J. CAMUS et R. PORAK après avoir étudié les rapports de l'insuffisance surrénale et de la curarisation ont examiné la sensibilité à la strychnine des lapins, privés expérimentalement de leurs capsules surrénales. Ils concluent que les lapins décapsulés en totalité sont nettement plus variables à la strychnine que les animaux normaux.

Les lapins privés de capsules surrénales présentent de l'hyperexcitabilité avec des doses de strychnine qui n'impressionnent pas les lapins normaux. Les lapins décapsulés meurent en crises convulsives sous l'influence de doses qui donnent seulement de l'hyperexcitabilité passagère à des lapins normaux.

Arrêt de la polypnée thermique par l'apomorphine. — M. J. CAMUS dans un précédent travail a noté que l'apomorphine après paralysie du centre des vomissements non seulement ne produit plus le vomissement, mais donne une accélération du rythme respiratoire. Par contre dans le cas de polypnée thermique, l'apomorphine détermine un arrêt immédiat de la polypnée. Cette action inhibitrice se manifeste aussi bien dans la polypnée réflexe produite chez l'animal normal placé quelques instants dans un endroit chauffé que dans la polypnée centrale d'un chien anesthésié dont on élève la température centrale par chauffage prolongé.

Action du bicarbonate de soude à dose moyenne sur l'élimination rénale provoquée. — MM. LE NOIR et THÉRY ont étudié l'action du bicarbonate de soude aux doses moyennes de 5 grammes sur l'élimination du bleu de méthylène injecté sous la peau ou administré par la voie buccale; ils ont constaté que le bicarbonate de soude troublait cette élimination, en diminuait l'intensité, en modifiait la marche qui devient polycyclique et cela aussi bien chez les sujets porteurs de lésions rénales que chez ceux qui en paraissent indemnes.

L'action du bicarbonate de soude sur l'élimination du bleu de méthylène est donc manifeste avec les doses moyennes comme avec les doses fortes. Par contre au-dessous de 5 grammes l'influence suspensive du sel alcalin n'a pas été appréciable.

Elévation du rapport azoturique humoral chez les azotémiques. — M. A. JAVAL. Le rapport entre l'azote uréique et l'azote total est sensiblement le même dans toutes les sérosités de l'organisme lorsqu'elles sont ponctionnées au même moment. En moyenne ce rapport est de 0,75.

Sur 200 dosages, 28 fois nous l'avons trouvé supérieur à 0,90 et dans tous ces cas, sauf trois, nos malades avaient de l'azotémie nettement confirmée comme en témoignait l'analyse des humeurs

La loi de Widal et Ronchise se trouve donc confirmée : l'augmentation du rapport azoturique est la règle chez les azotémiques; bien plus cette augmentation ne se rencontre pour ainsi dire jamais en dehors de l'azotémie.

Sur la perméabilité de la vessie. — M. NICLOUX et Mlle NOWICKA ont démontré les deux faits suivants :

1° Après ingestion d'alcool, la vessie remplie d'urine normalement sécrétée, renfermant une quantité déterminée de cette substance, la laisse passer à travers sa paroi; ce passage se fait d'autant mieux que la différence entre les teneurs en alcool du sang et de l'urine est plus grande.

2° Si on lie les uretères et si on fait ingérer ensuite de l'alcool, l'alcool passe néanmoins dans la vessie; la proportion dans l'urine d'abord très éloignée de celle contenue dans le sang augmente progressivement et après douze heures elle peut arriver à l'égaler.

De ces expériences et de celles communiquées dans la précédente séance les auteurs concluent à la perméabilité et à un

pouvoir d'absorption considérable de la vessie pour l'alcool. Peut-on généraliser et conclure de ces expériences à une réabsorption possible par le sang de toutes les substances contenues dans l'urine? Les auteurs ne le pensent pas et en donnent les raisons.

Action vaso-dilatatrice pénienne de l'extrait prostatique. — MM. HALLION, MOREL et PAPIN. Des extraits de prostate, provenant soit de l'animal, soit de l'homme, déterminent de façon constante une vaso-dilatation pénienne, mise en évidence par la méthode pléthysmographique. Il s'agit d'une vaso-dilatation active, car, dans le même moment, d'autres organes explorés comparativement (muqueuse nasale, rein) montrent une diminution de volume, et la pression artérielle s'abaisse.

Recherches chromométriques dans l'intoxication saturnine. — Dans cette note, MM. CARCANAGUE et MAUREL résument leurs recherches expérimentales faites sur des lapins dans les conclusions suivantes :

1° Les injections hypodermiques d'acétate de plomb de 0g08 à 0g17 par kilogramme d'animal et par jour ont fait baisser la valeur en hémoglobine d'une manière sensible.

2° Cette diminution a été rapide.

3° Elle a été d'autant plus marquée que la dose a été plus élevée.

Election. — M. RATHERY est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1913)

A propos de la désinfection. — Rapport de M. DIGNAT au nom de la Commission. En réponse à une demande d'avis adressée à la Société de médecine de Paris par le docteur Guiraud, député de Lavaur et rapporteur devant la Chambre du « Projet du gouvernement portant modification de la loi sur la protection de la santé publique », la Société a formulé le regret que le projet porte modification seulement de l'article 7. Elle espère que la modification proposée est un acheminement vers une réforme plus en rapport avec les vœux du corps médical.

A l'unanimité, elle a émis l'avis d'apporter les modifications suivantes au projet de loi présenté à la Chambre des députés :

1° La désinfection devra être obligatoire pour les cas de maladies déclarées en exécution des articles 4 et 5. Il devra être procédé de droit à la désinfection après tout décès.

2° En ce qui concerne l'application des mesures de désinfection, l'industrie privée pourra, dans les mêmes conditions que l'administration, procéder à la désinfection.

Les huîtres et la fièvre typhoïde à Paris (*suite*). — M. GILLET dépose un vœu à transmettre aux pouvoirs publics en vue d'assurer la sécurité des consommateurs d'huîtres contre la fièvre typhoïde.

Les intoxications intestinales surajoutées à l'appendicite. — M. PERAIRE est d'avis que l'on ne doit pas attendre les intoxications graves de l'appendicite pour intervenir. L'opération immédiate est le traitement idéal de l'appendicite aiguë. Il cite un cas s'étant manifesté à la troisième crise par des lésions viscérales des plus accentuées : insuffisance hépatique, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, lésions des centres nerveux. Il l'intitule appendicite hypertoxique quoique apyrétique avec ictère, œdèmes, asystolie et anurie.

M. Raymond BONNEAU est tout disposé à rechercher l'hyperleucocytose dans les cas douteux et, sous quelques réserves, à lui attribuer une réelle importance. Il estime que ce moyen de diagnostic confirmera l'indication opératoire dans les cas d'appendicite suppurée avec typhlite aiguë, cas dans lesquels la cæcostomie doit compléter l'appendicectomie.

Familles thyroïdiennes et dysendocriniennes. — M. LÉOPOLD-LÉVI choisit quatre familles comme types de l'instabilité thyroïdienne familiale à prédominance d'hypothyroïdie, d'hyperthyroïdie, sans prédominance à autres troubles endocriniens accentués. De l'analyse approfondie des 19 cas, qui composent ces familles, il conclut que le neuro-arthritisme familial dans ces accidents et son tempérament, répond à l'instabilité thyroïdienne, aux instabilités ovarienne, surrénalienne, parathyroïdienne, et que les divers accidents qui s'y rattachent, s'améliorent par les traitements glandulaires.

M. CASTEX, après avoir émis l'idée que la communication de M. Léopold-Lévi est très intéressante au point de vue de l'hérédité familiale, signale les lois de Mendel concernant l'hérédité qui s'appliquent de façon générale à toutes ces questions.

Influence du spasme de l'urètre dans les paralysies vésicales d'origine neurasthénique. — M. D. COURTADE étudie l'influence du spasme de l'urètre dans la pathogénie des paralysies vésicales d'origine neurasthénique et indique la technique du traitement électrique.

Transformisme et pathologie. — M. KLOTZ, après avoir tenté de faire un essai sur l'anatomie de la terre ou géozoaire, expose ses idées sur la physiologie terrestre.

Nouveaux accidents par l'arsenobenzol (gingivite ulcéreuse nécrosante). — M. H. BULLIARD. Aux divers accidents provoqués par l'arsenobenzol, l'auteur ajoute la gingivo-stomatite ulcéreuse nécrosante dont il a observé 3 cas. Deux cas furent particulièrement graves et mirent en danger la vie des malades.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Revue de médecine. — (N° 2, 10 fév. 1913.) Marcel LABBÉ : Syndrome de désintoxication aiguë par diarrhée cholériforme et vomissements incoercibles d'origine toxique. — G. VITRY et A. SÉZARY : Phénomènes critiques de la résorption de l'ascite cirrhotique (cas traité par l'autosérothérapie) [1 tracé]. — Julien GOLDBERG et Richard HERTZ : L'élimination des chlorures dans la polyurie simple et l'influence du bicarbonate de soude sur cette élimination. — A. SÉZARY et G. SALÈS : Eléphantiasis bacillaire (1 fig.). — COUSTAING et FILDERMAN : De l'érosion dentaire envisagée au point de vue de la pathologie générale. Etude clinique. — Ascamio RODRIGUEZ : Vues nouvelles sur le diabète. — Antonin DUMAS : Accidents nerveux de nature syncopale ou épileptiforme, au cours des troubles du rythme cardiaque.

Revue neurologique. — (N° 2, 30 janv. 1913.) ALEXANDRE-A. LAMBRIOR : Un nouveau cas de maladie de Friedreich avec autopsie (*fin*).

Revue de pathologie comparée. — (N° 89, janvier 1913.) Rubiaô MEIRA et Ulysse PARANHOS : L'ankylostomiase au Brésil. — PIETTRI : Sur la putréfaction des viandes de boucherie. — L. et E. LÉPINAY : Contribution à l'étude des ferments lactiques en médecine vétérinaire. — BELIN : Un nouveau bacille coagulant le lait après chauffage à 100 degrés. — HARDY : Note sur l'emploi des sérums dans le traitement des hémorragies et des iritis.

Revue de psychothérapie et de psychologie appliquée. — (N° 7, janv. 1913.) P. JOIRE : Un instrument de diagnostic des maladies nerveuses. — PLANTIN : Les rescapés en médecine. — LEHMANN : Le pressentiment de la mort.

Toulouse médical. — (N° 2, 1er fév.) A. DE VERBIZIER : Note sur un cas intéressant de pyo-pneumothorax sous-phrénique.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYPHILIS MÉDULLAIRE

GÉNÉRALITÉS. HISTORIQUE. — L'histoire de la syphilis médullaire est de date relativement récente; son existence fut, en effet, longtemps niée (Hunter, Broussais), et il faut arriver aux travaux de Fournier, Lancereaux, Charcot, Heubner, pour qu'elle soit reconnue. Parmi les recherches plus récentes qui ont permis une étude anatomique et clinique complète, il faut citer les travaux de Gilbert et Lion, d'Erb, de Lamy; plus près de nous, l'article de Nageotte et Riche, le traité de Milian sur la syphilis nerveuse, et les recherches de MM. Widal, Ravaut, Jeanselme, sur les méningites syphilitiques.

ÉTIOLOGIE. — La syphilis médullaire est beaucoup moins fréquente que la syphilis cérébrale; elle s'observe dans l'hérédo-syphilis, soit immédiatement à la naissance, soit très tardivement (hérédo-syphilis tardive). Dans la syphilis acquise, elle s'observe surtout dans les trois premières années qui suivent la contamination. Elle est rare après la huitième ou la dixième année. On la rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme, de préférence entre vingt et quarante ans. Les causes prédisposantes sont inconnues; on invoque cependant le rôle du froid, une hérédité nerveuse, le surmenage intellectuel, etc. La cause déterminante est incontestablement le tréponème; cependant, si quelques auteurs ont signalé sa présence dans le liquide céphalo-rachidien au cours de méningites syphilitiques ou d'accidents nerveux syphilitiques (Gaucher et Merle), bon nombre d'auteurs (Ravaut, Jeanselme, Sézary) ne l'ont par contre jamais rencontré. Insistons néanmoins sur le fait qu'au cours de ces manifestations le liquide céphalo-rachidien présente un *Wassermann* très souvent *positif*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La syphilis touche la moelle, tantôt dans ses enveloppes, tantôt dans le parenchyme lui-même; ces deux lésions coexistent d'ailleurs le plus souvent. Le début des lésions médullaires se fait en général par les méninges; les recherches récentes de MM. Ravaut, Jeanselme ont, en effet, bien montré la fréquence des lésions méningées au cours de toutes les périodes de la syphilis, spécialement dès la période secondaire, en dehors même de tout syndrome clinique traduisant une réaction méningée.

A. LÉSIONS DES MÉNINGES. — Nous commencerons cette description des lésions méningées syphilitiques par l'étude des lésions d'acquisition récente dont les travaux modernes ont bien montré l'importance et la fréquence.

Signalons tout d'abord la *méningite syphilitique latente* (Widal, Ravaut) décelée uniquement par la ponction lombaire (albumine, lymphocytose, plasmazellen); elle s'observe au cours de la période secondaire et coïncide le plus souvent avec des *accidents cutanés*; rappelons le rôle que l'on fait jouer à cette méningite latente dans la réalisation tardive des accidents parasyphilitiques, le tabes en particulier (Nageotte, Vincent, Sézary, etc.).

Citons ensuite la *méningite aiguë syphilitique* (Achard, Gaujoux, Miriel); elle se caractérise anatomiquement par la présence, à côté des lésions cérébrales, de lésions de la moelle consistant en une infiltration embryonnaire intense, disséminée sur toute la hauteur des espaces sous-arachnoïdiens et pie-mériens rachidiens; on y observe surtout des lymphocytes, quelques polynucléaires et quelques plasmazellen. Les vaisseaux spinaux, veines et artères, sont le siège de péri ou d'endovascularite. Les racines sont recouvertes de cette même infiltration embryonnaire, mais elles n'en sont pas pénétrées. La capsule des ganglions est épaissie. Il n'existe pas de lésions du parenchyme médullaire.

Citons encore les *radiculites* (Erb, Mme Déjerine, Lortat-Jacob) qui sont fréquentes au cours de la syphilis médullaire. Elles consistent en l'inflammation des racines des nerfs, spécialement de la portion du nerf et des méninges qui va de l'émergence de l'axe cérébro-spinal au trou de conjugaison; la racine tuméfiée présente une infiltration leucocytique dissociant les fascicules nerveux. On peut enfin trouver des lésions isolées de la *queue de cheval*, parfois une *symphyse méningo-radiculaire*.

A côté de ces lésions, dont la connaissance est de date récente, il faut étudier les types anatomiques classiques bien connus depuis les mémoires de Lamy, de Gilbert et Lion; tout d'abord la *pachyméningite interne* assez souvent secondaire à des lésions du rachis; elle consiste en la soudure et l'épaississement des enveloppes spinales entre elles; il s'agit, tantôt d'infiltration gommeuse diffuse, tantôt de gommes disséminées; cette pachyméningite est surtout marquée en arrière, surtout à la région cervicale; elle réalise souvent la *symphyse méningo-médullaire*; histologiquement, il s'agit d'une *méningite fibreuse* constituée par un type conjonctif dense.

Les *méningo-myélites* (Gilbert et Lion), la *lepto-myélite* (Lamy) comprennent toute une série de lésions, les unes seulement histologiques, les autres macroscopiques qui peuvent intéresser la pie-mère, les artères, les veines, la moelle et que nous allons maintenant successivement passer en revue.

La *lepto-méningite* consiste en un épaississement des méninges molles; la pie-mère est dépolie; elle est reliée à l'arachnoïde par des tractus conjonctifs; on peut observer de petits nodules embryonnaires avec au centre parfois des *cellules géantes* sans caséification, rarement le syphilome diffus; il faut insister sur l'importance, au niveau des méninges, des PHLÉBITES; la forme la plus ordinaire est l'infiltration de la paroi veineuse par des lymphocytes et des plasmazellen qui dissocient les feuillets de cette paroi. La *forme oblitérante* est plus rare; les lésions des artères sont moins fréquentes; au niveau des méninges, lorsqu'elles existent, elles ont l'aspect de l'artérite syphilitique.

B. LÉSIONS DE LA MOELLE. — Les altérations médullaires sont limitées, le plus souvent, à un foyer; plus rarement, on constate plusieurs foyers; nous étudierons successivement l'artérite médullaire, les gommes, les myélites proprement dites.

a. L'*artérite médullaire syphilitique* jouerait, pour Lancereaux, un rôle égal à celui de l'artérite cérébrale. La myélite aiguë centrale des syphilitiques ne serait pas autre chose, pour cet auteur, qu'une forme de ramollissement lié à l'artérite de l'artère spinale antérieure; elle correspondrait à la forme hyperémique et nécrobiotique de Gilbert et Lion.

b. Les *gommes* sont rares, elles sont parfois multiples; elles siègent en plein tissu médullaire; elles ont le volume d'une noisette. La substance médullaire environnante paraît saine, ou au contraire est ramollie, vascularisée. La gomme est de consistance ferme, de couleur jaunâtre ou blanc bleuâtre.

(*A suivre.*)

COURS ET CONFÉRENCES

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. Pierre MARIE.) — LES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE APPLIQUÉES A LA CLINIQUE. — MM. Gougerot, agrégé, et P. Abrami ont commencé une série de quinze démonstrations et exercices pratiques, mercredi 26 février 1913, à trois heures trente, au laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie de l'Ecole pratique (premier étage, porte à gauche), et les continueront aux mêmes heures, les lundis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis suivants.

Programme. — Les sérodiagnostics : agglutination de Widal. — Les réactions de fixation : réaction de Wassermann. — Diagnostic biologique des pleurésies et des ascites, des méningites (cytodiagnostic). — Ictères hémolytiques. — Insuffisance hépatique. — Examen des crachats. — Examen du suc gastrique. — Vaccins de Wright et opsonines. — Fonctions rénales : urémie, chlorurémie, cryoscopie, per-

méabilité rénale, albumines, peptones. — Azotémie. — Diabète.

Le droit à verser pour cette série est de 60 francs.

Sont admis tous les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés. Des certificats seront délivrés à la fin des exercices.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) de midi à trois heures.

Deux séries de démonstrations sont faites chaque année : l'une en octobre-novembre, l'autre en mai-juin, soit avant, soit après les démonstrations de diagnostic bactériologique.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE. (Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal. Professeur : M. PINARD.) — M. Jeanselme, professeur agrégé, fera à la Clinique Baudelocque, à dix heures du matin, le 28 février 1913, sa quatrième leçon sur le traitement de la syphilis, « particulièrement chez les femmes enceintes ».

Sujet de la leçon : « Critique et contrôle des résultats. »

COURS COMPLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE. — M. Okinczyc, agrégé, commencera ce cours complémentaire le lundi 3 mars 1913, à trois heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : « Affections chirurgicales du thorax et de l'abdomen. »

CONFÉRENCES DE PHARMACOLOGIE. — M. Tiffeneau, agrégé, commencera ces conférences le mardi 4 mars 1913, à trois heures (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet des conférences : « Modificateurs du système nerveux central et périphérique (anesthésiques, hypnotiques, antipyrétiques, médicaments cardio-vasculaires, etc.). »

CONFÉRENCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. Gustave Roussy, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le mercredi 5 mars 1913, à six heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique (escalier B, troisième étage).

Programme des conférences du lundi et du mercredi : Anatomie pathologique de l'appareil urinaire, des organes génitaux, de l'appareil cardio-vasculaire et des organes hématopoïétiques.

Le vendredi : Etude au moyen de projections de préparations microscopiques, des principales biopsies de la pratique médico-chirurgicale et revision des lésions des organes ou des appareils qui n'ont pas été étudiés dans l'année.

CONFÉRENCES D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE. — M. R. Grégoire, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 7 mars 1913, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : « Tête, cou, rachis. »

CONFÉRENCES DE PHYSIQUE BIOLOGIQUE. — M. A. Zimmern, agrégé, commencera ses conférences d'électricité médicale et optique physiologique, le lundi 10 mars à six heures (amphithéâtre de physique) et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

Objet du cours : étude des différentes sortes de courants :

1° Electrodiagnostic et électrothérapie, électrocardiographie, etc.

2° Radiologie, radiodiagnostic et radiothérapie, ultra-violet et photothérapie, radium.

(Ces conférences auront lieu avec présentation de malades.)

3° Optique physiologique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 25. — SAMEDI 1er MARS 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 1er MARS 1913. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LES FRAIS DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE. — Le conseil supérieur de l'instruction publique a décidé d'augmenter les droits à percevoir pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine. Avec le régime actuel, qui remonte à 1893, ces drois s'élèvent à 1395 francs. Le projet actuel les accroît de 245 francs, soit au total 1 640 francs, dont 950 francs au profit des universités et 600 francs au profit du Trésor.

D'ATHÈNES A BELGRADE PAR SALONIQUE ET USKUB. — Notre éminent confrère, M. le professeur Monprofit (d'Angers), faisait hier soir devant la Société de l'internat une conférence sur son séjour dans les Balkans.

On connaît la mission chirurgicale dont fut chargé notre confrère dans les ambulances grecques de Salonique. Il nous a déjà appris d'autre part le grand rôle joué par les méthodes françaises et la médecine militaire française chez nos amis de Grèce.

Il a fait hier revivre le beau voyage qu'il vient de faire en insistant avec émotion sur l'accueil enthousiaste qui était là-bas réservé aux Français.

Une des choses qui frappa le plus le docteur Monprofit fut le résultat merveilleux dû, sur les champs de bataille, à l'emploi généralisé des « paquets de pansement ».

« Il faudrait éduquer le soldat français sur ce point, dit le conférencier, lui démontrer avec insistance l'utilité de cette petite chose, à laquelle il n'attache peut-être pas d'importance à l'heure actuelle, et qui, au moment d'une guerre, peut lui sauver la vie. J'estime à 80 p. 100 les guérisons obtenues dans les Balkans grâce à l'emploi des paquets de pansement. »

Les effets des projectiles qu'il a pu observer concordent avec ceux déjà signalés par lui-même, par de Lacombe, Lucas-Championnière, Depage, Laurent, etc.

Parlant ensuite des effets des balles « humanitaires », le docteur Monprofit surprend son auditoire par les exemples qu'il cite, et lui-même avoue que les cas qu'il eut à examiner l'étonnèrent souvent. La préoccupation qu'on eut de tendre les trajectoires et d'augmenter la vitesse des balles de fusil a donné ce résultat, imprévu bien sûr, de diminuer la gravité de certaines blessures.

Dans les masses molles, les balles de fusil passent généralement sans causer de grands troubles : la plaie, presque imperceptible, se cicatrise en quelques jours. Des quantités de soldats, atteints à la poitrine, guérissent en quinze jours, même après une perforation des poumons.

De nombreux cas aussi de guérison, pour des soldats ayant eu la tête transpercée par une balle de fusil, qui avait traversé la matière grise. Les blessures de l'abdomen sont, par contre, plus dangereuses; mais le foie et parfois la colonne vertébrale ont été transpercés sans conséquences graves.

Par contre, le feu de l'artillerie est terrible. Les balles des shrapnels brisent les os, écartent les chairs, causent d'épouvantables ravages.

La belle conférence de M. Monprofit constituera un document de plus pour l'histoire médico-chirurgicale de la guerre des Balkans. Inutile de dire l'accueil attentif et sympathique qui lui fut réservé par ses anciens collègues de Paris.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — Dans une contestation d'honoraires, le président du tribunal de Senlis, à la date du 15 octobre 1912, a rendu un jugement dont le corps médical s'est ému à bon droit.

Certains considérants méritent de retenir l'attention :

« Attendu que le fait d'extraire les membranes de l'utérus, de procéder au lavage de celui-ci, de recoudre les lèvres des plaies du vagin et du périnée, rentrent dans la compétence d'une sage-femme...

Sans qu'il soit besoin de recourir à une enquête rendue d'ores et déjà inutile par les éléments de la cause, ou à une expertise dont les résultats sont des plus problématiques... »

Le conseil du Syndicat médical de Paris, dans sa dernière séance, a voté l'ordre du jour suivant :

Le Syndicat médical de Paris, ayant entendu son rapporteur au sujet du jugement du tribunal de Senlis, proteste contre les considérants de ce jugement et estime :

1° Qu'un médecin est seul juge de savoir s'il doit appeler ou non un confrère en consultation dans un cas donné, après avoir pris avis de la malade et des parents proches de celle-ci;

2° Qu'un médecin ne relevant que de sa conscience est seul capable d'estimer s'il doit procéder lui-même à une intervention chirurgicale ou appeler un spécialiste pour la faire;

3° Qu'aux termes de la loi une sage-femme n'est autorisée à exécuter aucune intervention instrumentale au cours de l'accouchement ou des suites de couches;

4° Que dans le cas particulier une sage-femme n'avait aucune qualité pour faire un écouvillonnage, une périnéorraphie, opérations qui réclament de la part de celui qui les fait des connaissances approfondies de l'art des accouchements;

5° Proteste énergiquement contre la prétention singulière et assurément inattendue de ce magistrat qui substitue son incompétence, très apparente en l'espèce, à un expert qualifié.

MUTUELLE MÉDICALE FRANÇAISE DE RETRAITES. — Nous rappelons à nos lecteurs cette œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'Association des médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après cinquante ans d'âge et vingt ans de participation), soit proportionnelle (après cinq ans de participation) — dans tous les cas la pratique médicale étant abandonnée — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er janvier dernier, le nombre des sociétaires (hommes et femmes) s'élevait à 964, l'avoir social à 318396 fr. 93.

La Société compte aujourd'hui cinq retraités qui reçoivent annuellement : le premier, 375 francs; le deuxième, 600 francs; le troisième, 825 francs; le quatrième, 900 francs; le cinquième, 375 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, docteur Terrien, à Varennes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS A PARIS. — Une séance publique de démonstration d'enseignement de la parole aux sourds-muets aura lieu, le dimanche 9 mars prochain, à neuf heures et demie du matin, dans la salle des fêtes de l'Institution nationale des sourds-muets, 254, rue Saint-Jacques, avec le concours des professeurs de l'établissement.

MM. les médecins sont invités à y assister.

Les dames seront admises à cette séance.

SIMPLE QUESTION. — Nous recueillons dans un journal l'information suivante, qu'il publie sans en indiquer la source.

« MICROBISME LATENT ET CONTAGION TYPHIQUE. — A Hanovre, en Allemagne, 228 hommes d'un bataillon du régiment des chemins de fer n° 3 ont eu une atteinte de fièvre typhoïde. Les sous-officiers ont tous été préservés. Une enquête a démontré que le germe de cette épidémie de caserne avait été propagé par une femme, qui, depuis le mois de novembre, était en service dans la cantine du bataillon susdit. *Son service consistait à peler des pommes de terre.* Or, cette femme, qui avait eu la fièvre typhoïde, douze années auparavant, excrétait d'une façon continue des bacilles d'Eberth. »

Nous serions curieux de savoir si les bacilles typhiques allemands résistent à la cuisson ou si les soldats de S. M. le Kaiser sont nourris avec des pommes de terre crues ?

G. L. H.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 14, 15 fév. 1913.) Léon BÉRARD : Le traitement des fractures du crâne. Ponction lombaire et trépanation précoce. — Louis MARTIN : Sur la morbidité et sur la mortalité par diphtérie. — A.-F. PLICQUE : La théocine et l'adonis vernalis comme diurétiques et toni-cardiaques.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 2, 25 janv. 1913.) ARDIN-DELTÉIL, M. RAYNAUD et DEVRIEN : Ostéomyélite vertébrale aiguë avec épidurite purulente. — L. ROUSSEL : Une fièvre typhoïde antérieure n'immunise pas contre la fièvre paratyphoïde et réciproquement. — SOULIÉ et BUGEY : Méningite cérébro-spinale paludéenne. — J. HÉRAIL : Traitement des plaies traumatiques, en particulier du scalp total par les greffes d'Ollier-Thiersch. — V. GARDON : Sur le fonctionnement de la crèche Marengo en 1912.

Echo médical du Nord. — (N° 7, 16 fév. 1913.) BÉCUS : Valeur du zona lombo-abdominal en pathologie rénale.

Gazette des praticiens. — (N° 441, 15 fév. 1913.) LEMOINE : Le régime hypocholestérinique. — GÉRARD et DELABY : Contribution à la composition chimique des lipoïdes. — HERVÉ : De quelques accidents possibles au cours du pneumothorax artificiel.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 7, 16 fév. 1913.) A. BAUDRIMONT : Sur un cas d'ectrodactylie (monodactylie du membre inférieur. — J. CASTAIGNE : Les indications et les résultats du traitement médical de la tuberculose rénale.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 10 AU 15 MARS 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 10 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mardi 11 mars, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec*.

Mercredi 12 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e (1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie).

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec*.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Jeudi 13 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral, 1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries).

4e.

Vendredi 14 mars, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 15 mars, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 12 mars, à une heure. — M. HIBLOT. Du pronostic éloigné, l'albuminurie chez les femmes enceintes. (MM. Pinard, président; Delbet, Legueu et Couvelaire.) — M. GAUCHON. Du pronostic chez les éclamptiques. (MM. Pinard, président; Delbet, Legueu et Couvelaire.) — M. THEOHARIDE. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'inversion utérine récente et ancienne d'origine puerpérale. (MM. Pinard, président; Delbet, Legueu et Couvelaire.) — M. CADENOT. Traitement des luxations et des fractures externes de la clavicule. (MM. Delbet, président; Pinard, Legueu et Couvelaire.) — M. SALMONT. Contributions nouvelles au traitement des calculs vésicaux. (MM. Legueu, président; Pinard, Delbet et Couvelaire.) — M. REGNARD. Contribution à l'étude anatomo-clinique des monoplégies d'origine corticale (Monoplégies totales et monoplégies partielles). (MM. Déjerine, président; Roger, André Jousset et Lœper.) — M. CORRE. Contribution à l'étude clinique des médiastinites syphilitiques et particulièrement des médiastinites avec oblitération de la veine cave supérieure. (MM. Roger, président; Déjerine, André Jousset et Lœper.)

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES CHEFS DE CLINIQUE
DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1913-1914

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le professeur Gilbert; chef de clinique : M. Jomier; chefs de clinique adjoints : MM. Villaret et Descomps; interne : M. Dumont; externes : MM. Marie, Liberge, Martin de Laulerie, Ich Wall, Cochez, Odinet.

2. Médecin : M. Petit; interne : Mlle de Jong; externes : MM. Clément (Robert), Loré, Besse, Vasselle.

3. Médecin : M. Chantemesse; internes : MM. Cambessédès et Parcheminey ; externes : MM. Hamonic, Chantemesse, Grille, Renaux, Perrin, Bougenot, Mlle Zarjewski, M. Dartiguenave.

4. Médecin : M. Roger; interne : M. Porak; externes : M. Chabanier, Mlle Hartmann, MM. Doumer (Arm.), Mérine.

5. Médecin : M. Dalché; interne : M. Barbary; externes : MM. Pinalie, Anazievicz, Boiteux, Cerf, Baye.

6. Médecin : M. Caussade; interne : M. Lévy-Franckel; externes : MM. Mouzon, Viard, Fris-Larrouy, Blamoutier.

7. Chirurgien : M. le professeur Reclus; chef de clinique : M. Kendirdjy; chef de clinique adjoint : M. Poupardin; internes : MM. Maurer, Kahn (Georges), Errard, Malet (Louis); externes : M. Bonner, Mlle Deromps, M. Hérisson, Mlle Brailovsky (E.), MM. Mornard, Coriat, Vernant, François-Julien.

8. Chirurgien : M. Potherat; internes : MM. Lambert, Papillon; externes : MM. Rouffiat, Flammarion, Favereau, Vidal (Ulysse), Alliot, Raynal.

9. Chirurgien : M. le professeur de Lapersonne; assistant : M. Coutela; chef de clinique : M. Cerise; chefs de clinique adjoints : MM. Chenet, Velter; internes : MM. Monbrun, Bollack; externes : M. Fauconnier, Mlles Brailowsky (Z.), Friedmann, MM. Royole, Hervouet, Jacquemin (Guillaume), Nazim.

10. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Lereboullet; suppléant : M. Chabrol; interne provisoire : M. Mazzoléni; externes : MM. Foubert, Apard (Lucien), Bouchet, Trifaud.

11. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Descomps; suppléant : M. Picot; externes : MM. Chauvel, Morin (Herbland), Weil (René).

B. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. Babinski; interne : M. Gauthier; interne provisoire : M. Mozer; externes : MM. Broca, Benoist, Wurtz, Fournier (Jacques), Leroux (H.-L.-M.), Mlle Posnel de Verneaux.

2. Médecin : M. Lion; interne : M. Duval; externes : MM. Barrès, Dubois (Henri), Delort, Mlles Spanovsky, Jacob, M. Deguignand.

3. Médecin : M. Claisse; interne : M. Pignot; externes : MM. Lelong (Henri), Giraud (Albert), Courtois, Collin, Yacoël, Monpin.

4. Médecin : M. Thiroloix; interne : M. Bardon; externes : Mlle Denniel, MM. Grellety-Bosviel, Moutier, Labarraque, Xoudis, Cassan.

5. Médecin : M. Enriquez; interne : M. Sédillot ; externes : MM. Misrachi, Ramadier (F.), Ernst, Roullaud, Dufraisse, Dupuy (Henri), Stiassnie, Enriquez.

6. Médecin : M. Josué; interne : M. Belloir; externes : MM. Pouey, Binard, Mlle Labeaume, MM. Abrial, Dauptain, Bernard (Pierre), Greder, Morice (René).

7. Chirurgien : M. Walther; assistant : M. Baumgartner; internes : MM. Richard (Georges), Besset, Mossé; interne provisoire : M. Ramadier (Henri) ; externes : MM. Wickham, Charbonnier, Langlois, Bagou, Dammaguiz, Lavier, de Brun du Bois Noir (Roger).

8. Chirurgien : M. Arrou; internes : MM. Leroy (Maxime), Rougier, Escudié; externes : MM. Schlesser, Poussard, Pradal, Bonnet, Aurousseau, Kœchlin, Briand, Seguin.

9. Chirurgien : M. Thiéry; internes : MM. Ruelle, Rougeulle, Lanos; externes : MM. Boileau, Leflaive, Basset, Dubarry, Bona, Dubs, Gory, Tierny.

10. Accoucheur : M. Potocki; internes : Mme Pertat (1er sem.), M. Couinaud (2e sem.); externes : MM. Coffin, Bertaux (André), Monprofit, Cléret, Rongier, Richard (G.).

11. *Consultation.* (*Ophtalmologie.*) — Ophtalmologiste : M. Monthus; suppléant : M. Monnet; externes : MM. Chéron, Moricand.

12. *Service d'oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Bourgeois ; suppléant : M. Poyet; externes : MM. Reinhold, Denoyelle (Lucien).

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Delherm; suppléant : M. Laquerrière; externes : MM. Loyer, Chrétien.

14. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Michel; suppléant : M. Jacob; interne provisoire : M. Boirac; externes : MM. Schmutz, Tribout, Bureau (Louis).

15. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Alglave; suppléant : M. Bloch; externes : Mlle Kuntz, MM. Genin, Langlais.

C. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. Moutard-Martin; interne : M. Wilbort; externes : MM. Guédon, Chopinet, Chambas, Bousquet, Haridi.

2. Médecin : M. Legry; interne : M. Bel; externes : MM. Gouriou (Paul), Chenain, Constantin, Cojan.

3. *Service temporaire de médecine.* — Externe : M. Ulmann.

4. Médecin : M. Belin; interne : M. Dedet; externes : MM. Daspres, Laurent (Marcel), Feuillié, Paris.

5. Médecin : M. Bezançon; internes : M. Moreau (1er sem.); Bruhl (2e sem.); externes : MM. Chaperon, Gallois, Florand, Schlemmer, Thierry (Jacques).

6. Médecin : M. M. Labbé; interne : M. Baumgartner; externes : MM. Gras, Lévi-Alvarès, Furet, Thierry (Henri), Remilly.

7. Médecin : M. Sergent; interne : M. Nadal (1er sem.), Mignot (2e sem.); externes : MM. Charpin, Hissard, François (Elie), Broussin (Pierre).

8. Chirurgien : M. Mauclaire; internes : MM. Picard, Carpanetti, Chatellier (Henri); externes : MM. Leroy (M.), Boppe, Viel, Pinto, Mlles Dévé, Nemerowsky.

9. Chirurgien : M. Souligoux; internes : MM. Cassard, Charrier, Durand (Gustave); externes : MM. Ferrier (Pierre), Longepierre, Romieux, Héraut, Schlatter, Girard (Jean), Reyt.

10. Accoucheur : M. Tissier; interne : Mlle Blanchier (1er sem.), M. Luquet (2e sem.); externes : MM. de Galard, Haddad, Mlle Giboulot, M. Dautheuil.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Castaigne; suppléant : M. Sauphar; externes : MM. Logeais, Laloux, Bardet (Henri), Pichancourt.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Lardennois; suppléant : M. Liné; externes : MM. Simard, Ach.

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Turchini; suppléant : M. Lomon; externe : M. Privé.

D. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le professeur Chauffard; chef de clinique : M. Laroche; suppléant : M. Flandin; internes : MM. Routier, Huber; externes : MM. Charon, Lavat, Andral, Doumer (Ed.), Festal.

2. Médecin : M. Siredey; interne : M. Mathieu; externes : MM. Pérol, Lautmann, Ferriot, Mlle Popelin, M. Mordagne.

3. Médecin : M. Béclère; interne : M. Gassier; externes : Mme Schechter, Mlle Le Bouédec, MM. Magnillat, Thébaut, Waisberg, Chabert.

4. Médecin : M. Vaquez; interne : M. Donzelot; interne provisoire : M. Jacob; externes : MM. Thoyer, Crocquefer; Marceron, Modiano, Loyauté, Theodoresco.

5. Médecin : M. Jacquet; interne : M. Claude; externes : MM. Schoux, Orphanidès, Raout, Borel (A.), Doulcet.

6. Médecin : M. Le Noir; interne : M. Gardin; externes : MM. Lucchini, Léonet, Rousse, Brossier, Quartier, Jay y Ruiz.

7. Médecin : M. Mosny; interne : M. Grandjean; externes : MM. Ohier, Guillemin (A.), Sédillot, Pidoux.

8. Médecin : M. Mathieu; interne : M. Delort; externes : Mlle Harel, MM. Vives, Guérin, Bouchard, Dugué.

9. Médecin : M. Claude; interne : M. Rouillard; externes : MM. Ratel, Boutilier, Robinson, Ledoux.

10. Médecin : M. Lermoyez; assistant : M. Hautant; internes : MM. Ramadier, Sourdille; externes : MM. Vautrain, Frucht, Woillez, Gébard, Persillard.

11. Chirurgien : M. Lejars; internes : MM. Vielle, Gatellier, Bergeret; externes : MM. Maire, Moniot, Laplane, Roubakine, Lewinsohn, Gaillard.

12. Chirurgien : M. Ricard; assistant : M. Labey; internes : MM. Garcin, Paris, Pizon; externes : MM. Simon (Serge), Favrel, Fafalio, Ladroitte, Delattre, Sigrist.

13. Accoucheur : M. Doléris; assistant : M. Cathala; interne : Mlle de Pfeffel; externes : MM. Calvet, Guillaume, Toupance, Pigney (Georges).

14. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Ramond; suppléant : M. François; interne provisoire : M. Durand (Jacques); externes : MM. Chicandard, Jeanjean.

15. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Wiart; suppléant : M. Giret; externes : MM. Houlbert, Frémond, Boussi, Mlle Doléris.

16. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps; assistant : M. Joseph; externes : MM. Sebald, Pierrot.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Barth; interne : M. Colombe; externes : MM. Davila, Pollet, Caracache, Daban, Schutzenberger.

2. Médecin : M. Hirtz; interne : M. Gauchery; externes : MM. Clouzeau, Saupault, Funck, Rivalier, Mlle Mille.

3. Médecin : M. Achard; interne : M. Lelanc; externes : MM. Bonnerot, Gaume, Kermorgant, Leduc.

4. Médecin : M. Rénon; interne : M. Desbouis; externes : M. Récamier, Mlle Urion, MM. Barbier (G. C. P.), Boissier (R. C.).

5. Chirurgien : M. le professeur Delbet; chef de clinique : M. Bréchot; chef de clinique adjoint : M. X...; internes : MM. Le Grand, Madier, Bloch (André); externes : MM. Villetard de Prunières, Descaves, Duval-Arnould, Lancesseur, Chastang, Dubois (René), Dupouy.

6. Chirurgien : M. le professeur Legueu; chef de clinique : M. Papin; chef de clinique adjoint : M. Di Chiara; internes : MM. Bougot, de Berne-Lagarde, Huyghues de Beaufond; externes : MM. Leroy (Paul), Bardy, Bourdillon, Bonnamour, de Carvalho (Pedro), Guilmoto, Guillet, Deroche, Godard (Louis), Poussin.

7. Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Besnard, Achard; externes : MM. Martinet, Bocgner, Mlle Chauveau, MM. Clément, Delpérier.

8. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Pissavy; suppléant : M. Paisseau; interne provisoire : Mlle Thivolet; externes : MM. Eloy, Roullé.

9. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Chevassu; suppléant : M. Hautefort; externes : MM. Vacher, Sebenq.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. le professeur Widal; internes : MM. Jacquet, Vallery-Radot (Pasteur); externes : MM. Périer, Lebée, Iscovesco, Jacquet, Viala, Mlle Romme, M. Deschamps, Mlle Le Conte, M. Gasiglia.

2. Médecin : M. Œttinger; internes : M. Morancé; externes : MM. Le Poittevin, Chatellier, Guillaume (André), Vallet, Besson (H.), Minvielle (Martin), Levent.

3. Médecin : M. Gandy; interne : M. Daudet; externes : M. Piédelièvre, Mlles Gillot, Zvigoul, MM. Decrop, Colanéri, Galliot.

4. Chirurgien : M. le professeur Quénu; chef de clinique : M. Mathieu; chef de clinique adjoint : M. X...; internes : MM. Legal-Lassalle, Gautruche, Hartemann; externes : MM. Cumenge, Arcé, Couturier, Mora, Cocault-Duverger, Milet, Crozat, Gellé.

5. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Lascombe, Percepied; externes : Mlle Kozanoff, M. Cunault, Mlle Klein, MM. Girard (André), Maigre, Perrochaud.

6. Chirurgien : M. Faure; internes : MM. Ecalle, François; externes : MM. Dehau, Le Chaux, Arsac, Daubert, de Massary.

7. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Ribierre; adjoint : M. Duvoir; interne provisoire : M. Weiss; externes : MM. Lefèvre (Paul), Caron.

8. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Chevrier; suppléant : M. Français; externes : MM. Para, Jacquemard, Caillet (André), Pareux.

8. *Radiologie.* — Radiologiste : M. Ménard; assistant : M. Varet; externe : M. Baby.

G. Hôpital Cochin annexe. — 1. Médecin : M. Queyrat; interne : M. Mouquin; externes : MM. Chanut, Touchard (Pierre), Chabrol, Auguste, Sirota, Arion.

2. Médecin : M. Fournier; interne : M. Lesage; externes : MM. Baude, Mitton, Besson (Fernand), Mirot, Eusèbe.

3. Chirurgien : M. Michon; interne : M. Eudel; interne provisoire : M. Barraud (Georges); externes : MM. Piot, Narboni, Mallah, Terrasse, Charpentier, Vallée (Emmanuel).

4. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cantonnet; suppléant : M. X...; externes : MM. Deschamps, Lignac.

H. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le professeur Debove; chef de clinique : M. Esmein; chefs de clinique adjoints : MM. Lian, du Castel; interne : M. Françon; externes : MM. Bernard (Eugène), du Souich, Morice (André), Boissier (Georges), Bertrand, Gur.

2. Médecin : M. le professeur A. Robin; chef de clinique : M. Fiessinger; chefs de clinique adjoints : MM. Gawadias, Lyon-Caen; interne : M. Broussolle; externes : MM. Laurent (Louis), Bourdier (Louis), Mlle Roudowska, M. Veaux.

3. Médecin : M. Oulmont; interne : M. Perrier (Léon); externes : Mlle Lévy (G.), MM. Rivet, Uzan, Esseca.

4. Médecin : M. Faisans; interne : Mlle Athanassiu; externes : M. Brunon, Mlle Bruyère, MM. Camino, Cernet, Imbert (Jean).

5. Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Prigent, Schoofs; externes : MM. Ducuing, Mugel, Murga, Dascalopoulos, Gerdil, Merklen, Mlle Boudard.

6. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Alibert; externe : M. Roubeau.

7. Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Bontemps, Pollet; externes : MM. Boissier (R.), Lucas, Grenier, Lestocquoy, Bartet, Mlle Hartmann (A.).

8. Chirurgien : M. Michaux; internes : MM. de Cumont, Lœwy; externes : MM. Renard (Jacques), Vidy, Couput, Sakka, Playoust.

9. Accoucheur : M. le professeur Ribemont-Dessaignes; chef de clinique : M. Willette; chef de clinique adjoint : M. Lecointe.

10. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Jousset; suppléant : M. Gaultier; interne provisoire : M. Lantuéjoul; externes : MM. Langagne, Suyeur, Zivy.

11. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Marcille; suppléant : M. Planson; externes : MM. Girardin, Delmas.

12. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Terrien; assistant : M. X...; externes : MM. Selter, Gauchon, Hiblot.

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Desternes; suppléant : M. Baudon; externe : M. David.

I. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Brault; interne : M. Pilatte; externes : MM. Lorain, Jourdain-Corneille, de Peretti della Rocca (V.), Martin (Joseph), Chirol, Reynauld de la Soudière.

2. Médecin : M. Galliard; interne : Mlle Pouzin; externes : MM. Ill, Phocas, Salanier, Adam, Lefort (Robert), Claverie, Gillard.

3. Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Koechlin; externes : MM. Mérigot de Treigny, Binet, Samoyeau, Mlle Vinckour, MM. Lipschitz, Boulay, Designole.

4. Médecin : M. Launois; interne : M. Pernet; externes : MM. Barois, Grimbert, Vicente, Mlle Le Soudier, MM. Gourdin, Gallerand.

5. Médecin : M. Florand; interne : M. Girault; externes : MM. Bardon, Ramijean, Renard (J.-F.), Gaumet, Proust (Jacques), Couinaud.

6. Chirurgien : M. Reynier; internes provisoires : MM. Ecot, Bardet (Daniel), Penot; externes : MM. Germain, Poiré, Delord, Lecarpentier-Dubosc, Thin, Augustin, Mlle Cayron.

7. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Hufnagel; externes : MM. Anderson, Mlle Gaetz.

8. Chirurgien : M. Chaput; internes : MM. Bruel, Marchak; externes : MM. Mangini, Calamy, Chauvenet, Deguéry, Bureau, Simeray.

9. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Roy, Bloch (René); externes : MM. Jarrige, Beaudequin, Delcamp, Prévot, Burnaud, Hyvernaud.

10. Chirurgien : M. Marion; assistant : M. Eliot; internes : MM. Rousseau (Fernand), Delivet; externes : Mlle Grégoriantz, MM. Lapidus, dell' Amore, Gelin, de Butler d'Ormond, Arbassier, Parisi, Lebrun.

11. Chirurgien : M. Sebileau; assistant : M. Halphen; internes : MM. Miégeville, Dufourmentel; externes : MM. Meyer, Vivier, Maliniak, Lavaux, Chenet (Henri), Apard (Ed.), Dognon.

12. Ophtalmologiste : M. Morax; assistant : M. Landrieu; adjoint : M. X...; internes : MM. Rousseau (Ferd.), Wiart; externes : MM. Bergès, de Carvalho, Vigouroux, Mouriès, Bortnowiki.

13. Accoucheur : M. Boissard; interne : M. Vaudescal; externes : MM. Simon (Léon), Vallée (Ch.), Pénoyée, Tiphine.

14. *Service d'électrothérapie.* — Médecin : M. Hischmann; externes : MM. Blondet, Abbas.

15. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Sainton; suppléant : M. Faroy; interne provisoire : M. Eltrich; externes : MM. Grisoni, Guillaumont, Bavachi, Exintaris.

16. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Chifoliau; suppléant : M. Sénéchal; externes : MM. Péroni, Mathelin, Cretté.

J. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Avezou; externes : MM. Brétégnier, Boucher, Raison, Duclos, Guillaume (Alex).

2. Médecin : M. Klippel; interne : M. Feldstein; externes : MM. Latour, Yoyotte, Dardanne, Cornet (Pierre).

3. *Service temporaire de médecine.* — Externes : Mlle Halpern, M. Couvreux.

4. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Dubois (Robert); externes : MM. Duneau, Poitrinal, Laburthe-Tolra, Berteaux (René), de Pontich, Loiseau.

5. Médecin : M. Gouget; interne : M. Pierret; externes : MM. Durand (René), Laranget, Lebossé, Epstein.

6. Médecin : M. Macaigne; interne : M. Théry; externes : MM. Prieur, Borrien, Mlle Herment, MM. Farragia, Bertin-Mourot.

7. Médecin : M. Carnot; interne : M. Turquety; externes : MM. Oddo, Dalsace, Desfarges, Cornil, Lenoir, Lefort (Alix).

8. Médecin : M. Laffitte; interne : M. Feil; externes : MM. Guilhamon, Texier, Coulaud, Demarne.

9. Médecin : M. Lesné, interne : M. Léchelle; externes : MM. Polonowski (Pierre), Viollet, Béthoux.

10. Chirurgien : M. Riche; internes : MM. Bénit, Cousin, Bourgeois (Maurice); externes : MM. Sibot, Buffet (Jacques), Le Coq, Ledrain, Renaud (Jean).

11. Chirurgien : M. Robineau; internes : MM. Dupradeau, Latil, Masselot; externes : MM. Lefèvre (Gaston), Nantet, Pignol, Vachet, Brochère, Mlle Feygin.

12. Chirurgien : M. Lenormant; internes : MM. Petit-Dutaillis, Oberlin; interne provisoire : M. Lebrun; externes : Mlle Kouriansky, MM. Fouquet, Renard (J.-P.-V.), Thuau, Guillard.

13. Accoucheur : M. Bouffe de Saint-Blaise; interne : Mlle Feltier; externes : MM. Chéronnet, Nast, Gauthier.

14. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Rathery; assistant suppléant : M. David; interne provisoire : M. Olivieri; externes : MM. Denoyelle, Morlot, Guillemet.

15. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Mocquot; suppléant : M. Delaunay; externes : MM. Dohen, Ganachaud, Gay.

16. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Legros; externe : M. Michaniewski.

K. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. le professeur Landouzy; chef de clinique : M. Sézary; chef de clinique adjoint : M. Richet; interne : M. Borel (Paul); externes : MM. Jeannet, de Rohan-Chabot, Plotkine, Mme Ménard, M. Omont.

2. *Crèche et femmes tuberculeuses.* — Interne : Mlle Trélat; externes : MM. Manceau, Alardo, Durand (Jean), Laemmer.

3. Médecin : M. Barié; interne : Mlle Leven; externes : Mlles Stock, Dons-Kaufmann, Schapiro, M. Wallon (Alb.).

4. Médecin : M. Bourcy; interne : M. Durand (Albert); externes : MM. Andréoli, Cardot, Vignard, Mlle Romanet.

5. Médecin : M. Thoinot; interne : M. Barat; externes : MM. Cabouat, Fischer, Roberti, Raoul.

6. *Quartier spécial de tuberculeux.* — N° 1. Médecin : M. Bernard; interne : M. Paraf; externes : MM. Ruppe, de Brun du Bois Noir (Pierre), Koerner, Soret, Mineur, Bertrand (André).

7. *Quartier spécial de tuberculeux.* — N° 2. Médecin : M. Rist; interne : M. Larroque; externes : MM. Deglaire, Brabander, Mlle Cramer, MM. Marx, Joanny, Frelezeau, Barreau (P.), Perrin (Henri).

8. *Dispensaire antituberculeux ou dispensaire Léon Bourgeois.* — Médecin : M. le professeur Landouzy; assistants : MM. Bernard, Rist; externes : MM. Rousseau (Jean), Colombet, de Peretti de la Rocca (M.), Merlier, Grunberg (Arthur), Sternmann.

9. Chirurgien : M. Hartmann; internes : MM. Caudrelier, Gouverneur, Virenque; externes : MM. Proust (Roger), Leray, Metzger, Thalheimer, Huet, de Gennes (Lucien).

10. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Rochon-Duvigneaud; assistant : M. Faure-Beaulieu; adjoint : M. X...; interne : M. Ducamp; externes : MM. Giraud (Pierre), Salinières, Jouisse.

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — Oto-rhino-laryngologiste : M. Lombard; assistant : M. Le Mée; interne : M. Moulonguet (André); externes : MM. Doumenge, Heurtel, Dietz, Anglés d'Auriac.

12. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Laubry; suppléant : M. Gy; externes : Mlle Ber, M. Lidy.

13. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Lecène; suppléant : M. Burgaud; externes : MM. Farhat, Popesco-Pascano.

14. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Maingot; suppléant : M. Darbois; externe : M. Didry.

L. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Talamon; interne : M. Rouffiac; externes : MM. Bocage, Dellac, Favary, Mlle Dvoretzky.

2. Médecin : M. Bruhl; interne : M. Bue; externes : Mme Caussé, MM. Lefèvre (Pierre), Delattre (Raoul), Parat.

3. Chirurgien : M. Morestin; internes : MM. Bonnet (Flavien), Clap, Monod (Raoul); externes : MM. Pernet, Tournay, Desgranges, Bouvet, Duval, Denoël, Aumont, Trolard.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Coyon; assistant suppléant : M. Lasnier; interne provisoire : M. Janet; externes : MM. Faurel, Vazeux.

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Guibé; suppléant : M. Gasne; externes : MM. Netter (Fernand), Rouché.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Beaujard; suppléant : M. Desmoulins; externe : M. Chevallier.

M. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Bergé; interne : M. Barthélemy; externes : MM. Mégret, André (Louis), Bordier, Martin (Ch.), Lozès.

2. Médecin : M. Dufour; interne : M. Thiers; externes : MM. Cavaillès (Roger), Le Hello, Muller (Paul), Moreau, Coty.

3. Chirurgien : M. Auvray; internes : MM. Thibierge, Huc (Georges); externes : MM. Forgeron, Crantin, Deflol, Azoulay, Lamarche, Migot.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Pagniez; suppléant : M. Feuillié; externes : Mlle Bredel, M. Réglade.

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Desmarest; suppléant : M. Lutaud; externes : MM. Kahn (Maurice), Trémolières.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Bonniot; suppléant : M. Ledouy-Lebard; externe : M. Riffaud.

N. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Letulle; interne : M. Lépine; interne provisoire : M. Salles; externes : MM. Solente, Chevrolet, Wroczynski, Socquet, Mélik-Parsadaniantz, Le Basser, Féron, Auquier.

2. Chirurgien : M. Demoulin; internes : MM. Vinay, Luquet; externes : MM. Leclerc, Lepelletier, Dossin, Tisserand, Vauzanges, Guennou, Vigneron, Bideaux.

3. Accoucheur : M. Lepage; assistant : M. Rudaux; interne :

MM. Couinaud (1er sem.), Ducastaing (2e sem.); externes : MM. Benoiste-Pilloire, Garnier (Louis), Brunot (Jean).

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Lœper; suppléant : M. Auburtin; interne provisoire : M. Mordret; externes : MM. Maupoix, Think.

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Dujarier; suppléant : M. Ehrenpreis; externes : MM. Jouet, Faveret, Réau, Mlle Bouderlique.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Aubourg; suppléant : M. Lebon ; externe : M. Colombier.

O. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Gaucher ; chef de clinique : M. Giroux; chefs de clinique adjoints : MM. Bory, Brun ; internes : MM. Weissenbach, Hiselmann; externes : M. Boulanger, Mlle Troszynska, MM. Altermann, Larrousse, Reynaud, Neau, Mlle Patte.

2. Médecin : M. Balzer; internes : Mlles Landesmann (1er sem.), Peltier (2e sem.), M. Bourgeois (Francis); externes : MM. Schilmann, Rabut, Parturier, Rabeau, Picard (René).

3. Médecin : M. de Beurmann ; internes : MM. Maréchal, Trousset; externes : MM. Brachat, Fritz, Le Rochais, Balizeaux, Radenac.

4. Médecin : M. Brocq; internes : MM. Maurel, Desaux; externes : Mlle Konichowsky, MM. Rabreau, Jacquelin (Ch.), Surun, Blot, Chavasse, Toupet.

5. Médecin : M. Thibierge; interne : M. Marcorelles; externes : MM. Pépin, Morel (Paul), Serrand, Malasscz, Gallas.

6. Médecin : M. Darier; interne : M. Tzanck; externes : MM. Thibon de Courtry, Piémont, Robin (André), Imbert (Georges), Pelbois, Apchin.

7. Chirurgien : M. Rochard; internes : MM. Viel, Villechaise, Bonnet (Emile); externes : MM. Marmier, Chamorro, Balteau, Borrien, Mme Arramoff, M. Caracostea.

8. Chirurgien : M. Beurnier; internes : MM. Audain, Costantini, Richoux; externes : MM. Jorand, Morin (Al.), Morin, Jalband, Creuzot, Lange.

9. Chirurgien : M. Rieffel; internes : MM. Coppin, Gouguet de Girac, Guelfucci; externes : MM. Malon (Ch.), Peuret, Sraer, Quenardel, Lefai, Chavany, Dubranle, Gayet.

10. Accoucheur : M. Demelin ; interne : M. Vigot; externes : MM. Chalet, Girod, Popoff, Cornet (André).

11. *Consultation.* (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Mouchet; suppléant : M. Martin; externes : Mme Liacre, MM. Fouchard, Goubert.

12. *Service d'ulcères variqueux.* — M. Beurnier; interne provisoire : M. Jamin ; externes : MM. Sartre, Cavaillon.

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Gastou; suppléant : M. Pestel; externe : M. Valiadis (Jean).

14. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Renault; interne : M. Mairesse; externes : MM. Malgat, Bechmann, Mlle Cabiale, MM. Bartement, Chalut, Lépinay.

15. Chirurgien : M. Baudet; internes : MM. Brun, Galland, Fitte; externes : M. Bruker, Mlle Mendelssohn, MM. Majnoni d'Intignano, Valiadis (Nestor), Paturet, Leroux, Ardillier.

P. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Jeanselme; internes : M. Noël; externes : Mlle Chauvet, MM. Pierquin, Pinard, Pasquier, Deville, Meyerson, Vidal (Jean), Doubière.

2. Médecin : M. Hudelo; internes : M. Michon (1er sem.), Mlle Blanchier (2e sem.); externes : MM. Mouton, Marqueste, Mme Honnoré, Mlle Blechmann, M. Forestier, Mlle Mioche, MM. Mollet, Montlaur, Patriarche.

3. Chirurgien : M. le professeur Pozzi; chef de clinique : M. Rouhier; chef de clinique adjoint : M. X... ; internes : MM. Petit (Henri), Goret, Buquet; externes : MM. Portes, Ebrard, Sagot, Lafond, Gervais, Adrian, Berrut.

Q. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit; interne : M. Rousselot; externes : MM. Fornayron, Deschildre, Gand, Adler, Béhague.

2. Médecin : M. Brouardel; interne : M. Philip ; externes : MM. Moore, Morigny, Giroux.

3. Chirurgien : M. Launay; internes : MM. Paley, Rudelle, Vincent (Max); externes : MM. Carrière, Konteschveller, Bigot, Touchard (Georges), Lefèvre (Bernard), Boutarel, Dupret, Hébert.

4. Chirurgien : M. Cunéo; internes : MM. Dufour, Bloch (J. C.); externes : MM. Rémonit, Philippes de la Marnierre, Périsson, Ferrier (Louis), Dramez, Sedan.

5. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Bouchacourt; suppléant : M. Charlier; externe : M. Dariau.

R. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel; chef de clinique : M. Harvier; chefs de clinique adjoints : MM. Milhit, Schreiber; interne : M. Philippon; externes : MM. Tassigny, Malherbe, Laget, Vesselle, Mme Piness, M. Plait.

2. Médecin : M. Comby ; interne : Mlle Condat; externes : MM. Vincent (H.), Picard (Joseph), Arbeit, Gaujard.

3. Médecin : M. Richardière; interne : M. Mercier; externes : MM. Crétin, Jousseaume, Andréoli, Morlot (Hubert), Chasseray.

4. Médecin : M. Marfan ; internes : MM. Chauvet (1er sem.), Porak (2e sem.); externes : MM. Nora, Kahn, Bigot (Ch.), Barabeau.

5. Médecin : M. Méry ; internes : MM. Heuyer (1er sem.), Gutmann (2e sem.); externes : Mlle Caesar, MM. Semelaigne, Sabadini, Castera, Chick.

6. Médecin : M. Aviragnet; interne : M. Gillard; externes : MM. Calderon, Jacquelin (André), Mlle Moiroud, MM. Goudet, Schwarzfeld.

7. *Crèche.* — Médecin : M. X... ; interne provisoire : M. de Gaudart d'Allaines.

8. *Service de la sélection.* — Interne provisoire : M. Perin (Lucien).

9. Chirurgien : M. le professeur Kirmisson; chef de clinique : M. Perrin; chefs de clinique adjoints : MM. Bailleul, Monsaingeon; internes : MM. Vinçotte, Duroselle, Tournaix; externes : MM. Piguet, Habibollah, Garlopeau, Le Normand, Yannopoulo, Mlle Avachian, MM. Lelong, Vasilesco.

10. Chirurgien : M. Broca; assistant : M. Phélip ; internes : MM. Galop, Tartois; interne provisoire : M. Lamare; externes : MM. Khalil, Tétard, Manteau, Chabrut, Chomette, Mlle Franck, MM. Lebel, Delebecque.

11. Enfants chroniques. — Médecin : M. Broca ; interne provisoire : M. Huc (Ed.); externes : MM. Paumelle, de Montalent, Dalibert, Julien (René).

12. *Service ophtalmologique.* — Ophtalmologiste : M. Poulard; assistant : M. Offret; adjoint : M. X... ; internes : MM. Dantrelle (1er sem.), Cousin (2e sem.); externes : M. Mallet, Mlle Badilquès, MM. Beau, Charlot.

S. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Netter; interne : M. Durand (Henri), externes : MM. Mage, Lavergne, Imbert (M.), Mlles Samet, Chnerson, Rosenblum.

2. Médecin : M. Triboulet; interne : M. Godlewski; externes : M. Fournier (Prosper), Mlles Moulard, Smichowska, Safontzeff, MM. Guillouet, Gardères.

3. *Service de la diphtérie.* — Interne provisoire : M. Cathala; externe : M. Minvielle (Paul).

4. Chirurgien : M. Savariaud; internes : MM. Colleville, Plaisant, Léger; externes : MM. Marquand, Jeannest, Dupuy (Lucien), Duvelleroy, Auclair, Vincentelli, Mme Vérillotte, MM. Flot, Eisenstein.

5. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Guillemot; suppléant : M. Chéné ; interne provisoire : M. Vérut; externes : MM. Chapotel, Pierson (René), Lemoussu.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Weil (Albert); suppléant : M. Blanche ; externe : M. Morel.

T. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. Variot; assistant de puériculture : M. Grenet ; internes : MM. Monod (Lorenz), Amaudrut; externes : MM. Peignaux, Longevialle, Lempérière, Clémenceau, Fliniaux, Bozonet.

2. Chirurgien : M. Jalaguier; assistant : M. Veau; internes : MM. Weber, Jumon; externes : MM. Lebègue, Bucquet, Mlles Jardin, Marçais, MM. Rival, Duhazé, Enot.

3. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Barret; externe : M. Cayla.

U. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Apert; interne : M. Le Maux (René); externes : MM. Colson, Guillaumot, Michalowski, Klébanski.

2. Médecin : M. de Massary; interne : M. Chatelin (Philippe); externes : MM. Pautet, Younès, Barry, Fatou.

3. *Consultation.* — Assistant : M. Comte ; suppléant : M. Boudon ; interne provisoire : Mlle Armand ; externes : MM. Aulagnier, Vinit.

V. HOSPICE DE BICÊTRE. — 1. Médecin : M. Souques; internes : MM. Legrain, Mignot.

2. Chirurgien : M. Duval; internes : MM. Duponchel, Duter, Evrard.

Service des aliénés. — 3. Médecin : M. Roubinovitch ; interne : M. Touchard; interne provisoire : M. Deron.

4. Médecin : M. Riche (André) ; interne : M. Humbert; interne provisoire : M. Delavierre.

5. Médecin : M. Vurpas; interne : M. Cellier ; interne provisoire : M. Alajouanine.

6. Médecin : M. Maillard; interne : M. Gineste; interne provisoire : M. Turnesco.

X. HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — 1. Médecin : M. le professeur Déjerine; chef de clinique : M. Jumentié; chefs de clinique adjoints : M. Pélissier, Mme Long; internes : MM. Krebs, Cleisz, Salès ; externes : M. Patrikios, Mme Krebs, MM. Estabial, Mandras, Bouthillier.

2. Médecin : M. le professeur Pierre Marie ; internes : MM. Bouttier, Robert ; externes : Mlle Demadières, MM. Thomas, Marquézy, Mlle Lecocq, M. Hemmerdinger, Mlle Verrier.

3. Chirurgien : M. le professeur X... ; chef de clinique : M. Sauvé; internes : MM. Desplas, Monod (Rob.), Lucas-Championnière; externes : MM. de Nabias, Fogt, Payen, Leroux (Roger), Mlle Domasson, M. Bonnet.

4. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Séglas ; interne : M. Lévy (Alf.); externes : MM. Devaux, Dagnan-Bouveret.

5. Médecin : M. Chaslin; interne : M. Quercy ; externes : M. Laffaille, Mlle Zvibak.

6. Médecin : M. Nageotte ; interne : M. Huguet ; externes : MM. Dubuisson, Valade.

7. *Vaccination antityphique du personnel hospitalier.* — Interne provisoire : M. Richon.

8. *Electroradiothérapie.* — Médecin : M. Huet ; suppléant : M. Bourguignon.

Y. HÔPITAL BRETONNEAU. — 1. Médecin : M. Guinon; interne : M. Malarte ; externes : MM. Delahaye, Mercier (Jacques), Caussé, Touflet, Mlles Simon, Sériot.

2. Médecin : M. Boulloche ; interne : M. Pruvost ; externes : Mlle Besson (M.), MM. Decléty, Babalian, Mlle Halperson, MM. Saint-Yves Ménard, Lowenthal.

3. Chirurgien : M. Ombrédanne ; internes : MM. Quénu, Alary, Morisson-Lacombe ; externes : MM. Dayras, Ravina, de Siéramsky, Lauret, Duchamp de Lageneste, Mlle Fremte, M. Maufrais.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Weill (B.) ; suppléant : M. Vigneron d'Heucqueville ; interne provisoire : Mlle Pommay; externes : MM. Gerschenovitsch, Rosset, Boucheron.

5. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Lobligeois, suppléant : M. Tison; externe : M. Chemin.

Z. HOSPICE DES INCURABLES (IVRY). — 1. Médecin : M. Sicard; interne : M. Reilly; interne provisoire : M. Aubin ; externe : M. Lermoyez.

2. Chirurgien : M. Gosset; internes : MM. Langle, Bonnard; externe : Mlle Halberstadt.

Aa. HÔPITAL DE LA MATERNITÉ. — 1. Accoucheur : M. Bonnaire; assistant : M. Jeannin; accoucheur adjoint : M. Brindeau; internes : MM. Vignes, Delotte.

2. Médecin : M. Garnier; interne : Mme Hovelacque; externes : MM. Forget, Winter, Mlle Reichenecker, M. Thibault.

Ab. HÔPITAL HÉROLD. — 1. Médecin : M. Barbier; interne : Mlle Denis; externes : M. Lannes, Mlle Kaufmann, MM. Lacourbas, Stavropoulo, Pecker, Berthon, Mlle Hourvitz.

2. Médecin : M. Lesage; interne : M. Bodineau ; externes : MM. Kleimann, Toutey, Guiollot, Mlle Hochberg, Mme de Tannenberg, M. Béon.

3. Service de la garde et de la sélection. — Internes provisoires : MM. Bourdeaux, Bloch.

Ac. HÔPITAL CLAUDE-BERNARD. — 1. Médecin : M. Teissier ; internes : MM. Meaux Saint-Marc, Girard, Dubois (Jean) ; externes : MM. Quesnel, Durand (Marcel), Peyre, Codet, Boyau, Resmond, Ribeton, Chatenoud.

Ad. HÔPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS (TARNIER). — 1. Accoucheur : M. le professeur Bar ; chef de clinique : M. Lemeland; chefs de clinique adjoints : MM. Metzger, Levant; externes : MM. Roussillon, Bazert, Gornonec, Grünberg (Charles), Amabilis.

Ae. CLINIQUE BAUDELOCQUE. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Lévy; chef de clinique adjoint : M. Eudes ; externes : MM. Petit (Ch.), Powilewicz, Saxe, Ohanianz, Steibel, Magnan.

Af. HOSPICE DES MÉNAGES (ISSY). — 1. Médecin : M. Wurtz ; interne : M. Chevalley ; interne provisoire : M. Levesque ; externe : M. Queyroi.

Ag. HOSPICE DEBROUSSE. — 1. Médecin : M. Milian; interne : M. Schulmann.

Ah. BASTION 29. — 1. Médecin : M. Auclair; interne : M. Libert ; externes : MM. Allot, Labrue, Romain, Moing.

2. Médecin : M. Papillon ; interne : M. Marcassus ; externes : MM. Granet, Poissonnier, Berthomieu-Lamer, Hartglass.

Ai. INSTITUTION SAINTE-PÉRINE ET MAISONS DE RETRAITE CHARDON-LAGACHE ET ROSSINI. — 1. Médecin : M. Morel-Lavallée ; interne : M. X...

Aj. MAISON DE RETRAITE DE LAROCHEFOUCAULD. — 1. Médecin : M. Dupré ; interne : M. Gutmann ; externe : M. Joffroy.

Ak. HÔPITAL DE BERCK-SUR-MER. — 1. Chirurgien : M. Ménard; chirurgiens adjoints : MM. Calvé, Andrieu; internes : MM. Héricourt, Duthcilhet de Lamothe, Ducastaing, Croissant, Lefranc.

2. *Radiologie.* — Radiologiste : M. Calvé; suppléant : M. Andrieu.

Al. HOSPICE DE BRÉVANNES. — 1. Médecin : M. René Marie ; adjoints : MM. Clément, Carton, Ferrand; internes : MM. X...

Am. ASILE SAINTE-ANNE. — 1. Médecin : M. le professeur Gilbert Ballet; chefs de clinique : MM. Kahn, Lévy-Valensi; chefs de clinique adjoints : MM. Collin, Mallet.

An. FONDATION VALLÉE. — 1. Médecin : M. Roubinovitch ; interne : M. Gerber.

Ao. SANATORIUM D'ANGICOURT. — 1. Médecin : M. Küss.

Ap. SANATORIUM D'HENDAYE. — 1. Médecin : M. Camino; internes : MM. Achard, Camino.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° CHEFS DE SERVICE (MÉDECINS, CHIRURGIENS, ACCOUCHEURS, SERVICE DES CONSULTATIONS) ; 2° CHEFS DE CLINIQUE (MÉDECINE, CHIRURGIE, ACCOUCHEMENTS) ; 3° INTERNES TITULAIRES ; 4° INTERNES PROVISOIRES ; 5° EXTERNES.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Quénu, Y-3 = Y. Hôpital Bretonneau, 3. Service de M. Ombrédanne.

MÉDECINS
et assistants de consultation.

Dalché, A-5.
Darier, O-6.
Debove, H-1.
Déjerine, X-1.
Dufour, M-2.
Dupré, Aj-1.
Enriquez, B-5.
Faisans, H-4.
Ferrand, Al-1.
Florand, I-5.
Fournier, G-2.
Galliard, I-2.
Gandy, F-3.
Garnier, Aa-2.
Gaucher, O-1.
Gilbert, A-1.
Gouget, J-5.
Grenet, T-1.
Guillemot, S-5.
Guinon, Y-1.
Hautant, D-10.
Hirtz, E-2.
Hudelo, P-2.
Hutinel, R-1.
Jacquet, D-5.
Jeanselme, P-1.
Josué, B-6.
Jousset, H-10.
Klippel, J-2.
Küss, Ao-1.
Labbé (Marcel), C-6.
Laffitte, J-8.
Landouzy, K-1 et K-8.
Laubry, K-12.
Launois, I-4.
Le Gendre, I-3.
Legry, C-2.
Le Noir, D-6.
Léreboullet, A-10.
Lermoyez, D-10.
Lesage, Ab-2.
Lesné, J-9.
Letulle, N-1.
Lion, B-2.
Læper, N-4.
Macaigne, J-6.
Maillard, V-6.
Marfan, R-4.
Marie (R.), Al-1.
Marie (P.), X-2.
Massary (de), U-2.
Mathieu, D-8.
Ménétrier, J-1.
Méry, R-5.
Michel, B-14.
Milian, Ag-1.
Morel-Lavallée, Ai-1.
Mosny, D-7.
Moutard-Martin, C-1.
Nageotte, X-6.
Netter, S-1.
Œttinger, F-2.
Oulmont, H-3.
Pagniez, M-4.
Papillon, Ah-2.
Parmentier, J-4.
Petit, A-2.
Pissavy, E-8.
Queyrat, G-1.
Ramond (F.), D-14.
Rathery, J-14.
Renault (J.), O-14.
Rénon, E-4.
Ribierre, F-7.
Richardière, R-3.
Riche (A.), V-4.
Rist, K-7 et K-8.
Robin, H-2.
Roger, A-4.
Roubinovitch, V-3 et An-1.
Sainton, I-15.
Séglas, X-4.
Sergent, C-7.
Sicard, Z-1.
Siredey, D-2.
Souques, V-1.
Talamon, L-1.
Teissier, Ae-1.
Thibierge, Q-5.
Thiroloix, B-4.
Thoinot, K-5.
Triboulet, S-2.
Vaquez, D-4.
Variot, T-1.
Vurpas, V-5.
Weill-Hallé (B.), Y-4.
Widal, F-1.
Würtz, Af-1.

CHIRURGIENS

assistants et suppléants.

Alglave, B-15.
Andrieu, Ak-1.
Arrou, B-8.
Auvray, M-3.
Baudet, O-15.
Baumgartner, B-7.
Bazy, H-5.
Beurnier, O-8 et O-12.
Broca, R-10 et R-11.
Calvé, Ak-1.
Chaput, I-8.
Chevassu, E-9.
Chevrier, F-8.
Chifoliau, I-16.
Coutela, A-9.
Cunéo, Q-4.
Delbet, E-5.
Demoulin, N-2.
Descomps, A-11.
Desmarest, M-5.
Dujarier, N-5.
Duval (Pierre), V-2.
Eliot, I-10.
Faure, F-6.
Gosset, Z-2.
Guibé, L-5.
Halphen, I-11.
Hartmann, K-9.
Jalaguier, T-2.
Kirmisson, R-9.
Labey, D-12.
Lardennois, C-12.
Launay, Q-3.
Lecène, K-13.
Legueu, E-6.
Lejars, D-11.
Lenormant, J-12.
Mareille, H-11.
Marion, I-10.
Mauclaire, C-8.
Menard, Ak-1.
Michaux, H-8.
Michon, G-3.
Mocquot, J-15.
Morestin, L-3.
Mouchet, O-11.
Ombrédanne, Y-3.
Picqué, I-9.
Potherat, A-8.
Pozzi, P-3.
Quénu, F-4.
Reclus, A-7.
Reynier, I-6.
Ricard, D-12.
Riche, J-10.
Rieffel, O-9.
Robineau, J-11.
Rochard, O-7.
Routier, E-7.
Savariaud, S-4.
Schwartz, F-5.
Sebileau, I-11.
Souligoux, C-9.
Thiéry, B-9.
Veau, T-2.
Tuffier, H-7.
Walther, B-7.
Wiart, D-15.

ACCOUCHEURS

et assistants.

Bar, Ad-1.
Boissard, I-13.
Bonnaire, Aa-1.
Bouffe de Saint-Blaise, J-13.
Brindeau, Aa-1.
Cathale, D-13.
Demelin, O-10.
Doléris, D-13.
Jeannin, Aa-1.
Lepage, N-3.
Pinard, Ae-1.
Potocki, B-10.
Ribemont-Dessaignes, H-9.
Tissier, C-10.
Rudaux, N-3.

OPHTALMOLOGISTES

et assistants.

Cantonnet, G-4.
Coutela, A-9.
Dupuy-Dutemps, D-16.
Faure-Beaulieu, K-10.
Joseph, D-16.
Landrieu, I-12.
Lapersonne (de), A-9.
Monnet, B-11.
Monthus, B-11.
Morax, I-12.
Offret, R-12.
Poulard, R-12.
Rochon-Duvigneaud, K-10.
Terrien (F.), H-12.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

et assistants.

Bourgeois, B-12.
Lombard, K-11.
Le Mée, K-11.
Poyet, B-12.

ÉLECTROTHÉRAPEUTES ET RADIOLOGISTES

Aubourg, N-6.
Barret, T-3.
Beaujard, L-6.
Bonniot, M-6.
Bouchacourt, Q-5.
Delherm, B-13.
Desternes, H-13.
Gastou, O-13.
Hischmann, I-14.
Huet, X-8.
Labbé (D.), C-14.
Lebon, N-6.
Legros, J-16.
Lobligeois, Y-5.
Maingot, K-14.
Ménard, F-9.
Turchini, C-13.
Weil (A.), S-6.

SUPPLÉANTS

de consultations.

MÉDECINE

Auburtin, N-4.
Boudon, U-3.
Chabrol, A-10.
Chené, S-5.
David, J-14.
Duvoir, F-7.
Faroy, I-15.
Feuillié, M-4.
François, D-14.
Gaultier, H-10.
Gy, K-12.
Hautefort, E-9.
Jacob, B-11.
Lasnier, L-4.
Sauphar, C-11.
Vigneron d'Heucqueville, Y-4.

CHIRURGIE

Bloch, B-12.
Burgaud, K-13.
Chevassu, E-10.
Delauney, J-15.
Ehrenpreis, N-5.
Français, F-8.
Gasne, L-5.
Giret, D-15.
Liné, C-12.
Lutaud, M-5.
Martin, O-11.
Picot, A-11.
Planson, H-11.
Sénéchal, I-16.

RADIOLOGIE

Baudon, H-13.
Blanche, S-6.
Bourguignon, X-8.
Charlier, Q-5.
Darbois, K-14.
Desmoulins, L-6.
Laquerrière, B-13.
Ledoux-Lebard, M-6.
Lomon, C-13.
Pestel, O-13.
Tison, Y-5.
Varet, F-9.

CHEFS DE CLINIQUE

Bréchot, E-5.
Cerise, A-9
Esmein, H-1.
Fiessinger, H-2.
Giroux, O-1.
Harvier, R-1.
Jomier, A-1.
Jumentié, X-1.
Kahn, Am-1.
Kendirdjy, A-7.
Laroche, D-1.
Lemeland, Ad-1.
Lévy, Ae-1.
Lévy-Valensi, Am-1.
Mathieu, F-4.
Papin, E-6.
Perrin, R-9.
Rouhier, P-3.
Sézary, K-8.
Villette, H-9.

Adjoints et aides.

Bailleul, R-9.
Bory, O-1.
Brun, O-1.
Cawadias, H-2.
Chenet, A-9.
Colin, Am-1.
Descomps, A-1.
Di Chiara, E-6.
Du Castel, H-1.
Eudes, Ae-1.
Flandin D-1.
Lecomte, H-9.
Levent, Ad-1.
Lian, H-1.
Long (Mme), X-1.
Lyon-Caen, H-2.
Mallet, Am-1.
Metzger, Ad-1.
Milhit, R-1.
Monsaingeon, R-9.
Pélissié, X-1.
Poupardin, A-7.
Richet, K-8.
Schreiber, R-1.
Velter, A-9.
Villaret, A-1.

INTERNES

Achard, Ap-1.
Alary, Y-3.
Alibert, H-6.
Amaudrut, T-1.
Athanassiu (Mlle), H-4.
Audain, O-8.
Avezou, J-1.
Barat, K-5.
Barbary, A-5.
Bardet (Daniel), I-6.
Bardon, B-4.
Barthélemy, M-1.
Baumgartner, G-6.
Bel, C-2.
Belloir, B-6.
Bénit, J 10.
Bergeret, D-11.
Berne-Lagarde (de), E-7.
Besnard, E-8.
Besset, B-7.
Blanchier (Mlle), (1er sem.), C-10; (2e sem.), P-2.
Bloch (André), E-5.
Bloch (J.-C.), Q-4.
Bodineau, Ab-2.
Bollack, A-9.
Bonnard, Z-2.
Bonnet (Emile), O-7.
Bonnet (Flavien), L-3.
Bontemps, H-7.
Borel (Paul), K-1.
Bougot, E-7.
Bourgeois (Francis), O-2.
Bourgeois (Maurice), J-10.
Bouttier, X-2.
Broussolle, H-2.
Bruel, I-8.
Bruhl (2e sem.), C-5.
Brun, O-15.
Buc, L-2.
Buquet, P-3.
Camino, Ap-1.
Cambessédès, A-3.
Carpanetti, C-8.
Cassard, C-9.
Caudrelier, K-9.
Cellier, V-5.
Charrier, C-9.
Chatelin (Philippe), U-2.
Chatellier (Henri), C-8.
Chauvet (1er sem.), R-4; (2e sem.), A-4.
Clap, L-3.
Claude, D-5.
Cleisz, X-1.
Colleville, S-4.
Colombe, E-1.
Condat (Mlle), R-2.
Coppin, O-9.
Costantini, O-8.
Couinaud (1er sem.), N-3; (2e sem.), B-10.
Cousin (1er sem.), J-10; (2e sem.), R-12.
Croissant, Ak-1.
Cumont (de), H-8.
Dantrelle (1er sem.), R-12.
Daudet, F-3.
Dedet, C-4.
Delivet, I-10.
Delort, D-8.
Delotte, Aa-1.
Denis (Mlle), Ab-1.
Desaux, O-4.
Desbouis, E-4.
Desplas, X-3.
Donzelot, D-4.
Dubois (J.), Ac-1.
Dubois (Rob.), J-4.
Ducamp, K-10.
Ducastaing (1er sem.), Ak-1; (2e sem.), N-3.
Dufour, Q-4.
Dufourmentel, I-11.
Dumont, A-1.
Duponchel, V-2.
Dupradeau, J-11.
Durand (Albert), K-4.
Durand (Gustave), C-9.
Durand (H.), S-1.
Duroselle, R-9.
Duter, V-2.
Dutheilhet de Lamothe, Ak-1.
Duval, B-2.
Ecalle, F-6.
Ecot, I-6.
Errard, A-7.
Escudié, B-8.
Eudel, G-3.
Evrard, V-2.
Feil, J-8.
Feldstein, J-2.
Fitte, O-15.
Fournier (Jacques), X-4.
Françon, H-1.
Galland, O-15.
Galop, R-10.
Garcin, D-12.
Gardin, D-6.
Gassier, D-3.
Gatellier, D-11.
Gauchery, E-2.
Gauthier, B-1.
Gautruche, F-4.
Gerber, An-1.
Gillard, R-6.
Gineste, V-6.
Girard, Ac-1.
Girault, I-5.
Godlewski, S-2.
Goret, P-3.
Gouguet de Girac, O-9.
Grandjean, D-7.
Guelfucci, O-9.
Gutmann (1er sem.), Aj-1; (2e sem.), R-5.
Hartemann, F-4.
Héricourt, Ak-1.
Heuyer (1er sem.), R-5.
Hischmann, O-1.
Hovelacque (Mme), Aa-2.
Huber, D-1.
Huc (Georges), M-3.
Hufnagel, I-7.
Huguet, X-6.
Humbert, V-4.
Huyghues de Beaufond, E-7.

Jacquet, F-1.
Jong (Mlle de), A-2.
Jumon, T-2.
Kahn (Georg.), A-7.
Koechlin, I-3.
Krebs, X-1.
Lambert, A-8.
Landesmann (Mlle), (1er sem.), O-2.
Laugle, Z-2.
Lanos, B-9.
Larroque, K-7.
Lascombe, F-5.
Latil, J-11.
Leblanc, E-3.
Léchelle, J-9.
Lefranc, Ak-1.
Legal-Lassalle, F-4.
Léger, S-4.
Legrain, V-1.
Legrand, E-5.
Le Maux (René), U-1.
Lépine, N-1.
Leroy (M.), B-8.
Lesage, G-2.
Leven, K-3.
Lévy (Alfred), X-4.
Lévy-Franckel, A-6.
Libert, Ah-1.
Loewy, H-8.
Lucas-Championnière, X-3.
Luquet (1er sem.), N-2; (2e sem.), C-10.
Madier, E-5.
Mairesse, O-14.
Malarte, Y-1.
Malet (Louis), A-7.
Marcassus, Ah-2.
Marchak, I-8.
Marcorelles, O-5.
Maréchal, O-3.
Masselot, J-11.
Mathieu, D-2.
Maurel, O-4.
Maurer, A-7.
Meaux-Saint-Marc, Ac-1.
Mercier, R-3.
Michon (1er sem.), P-2.
Miégeville, I-11.
Mignot (1er sem.), V-1; (2e sem.), C-7.
Monbrun, A-9.
Monod (Lorenz), T-1.
Monod (Raoul), L-3.
Monod (Rob.), X-3.
Morancé, F-2.
Moreau (1er sem.), C-5.
Morisson-Lacombe, Y-3.
Mossé, B-7.
Moulonguet (André), K-11.
Mouquin, G-1.
Nadal (1er sem.), C-7.
Noël, P-1.
Paley, Q-3.
Papillon, A-8.
Paraf, K-6.
Parcheminey, A-3.
Paris, D-12.
Peltier (Mlle), J-13; (2e sem.), O-2.
Penot, I-6.
Percepied, F-5.
Pernet, I-4.
Perrier (Léon), H-3.
Pertat (Mme), (1er sem.), B-10.
Petit (Henri), P-3.
Petit-Dutaillis, J-11.
Pfeffel (Mlle de), D-13.
Philip, 92.
Philippon, R-1.
Picard, C-8.
Pierret, J-5.
Pignot, B-3.
Pilatte, I-1.
Pizon, D-12.
Plaisant, S-4.
Pollet, H-7.
Porak, A-4 (1er sem.), R-4 (2e sem.).
Pouzin (Mlle), I-2.
Prigent, H-5.
Pruvost, Y-1.
Quénu, Y-3.
Quercy, X-5.
Ramadier, D-10.
Reilly, Z-1.
Richard (Georges), B-7.
Richoux, O-8.
Robert, X-2.
Rouffiac, L-1.
Rougeulle, B-9.
Rougier, B-8.
Rouillard, D-9.
Rousseau (Ferdin.), I-12.
Rousseau (Fernand), I-10.
Rousselot, Q-1.
Routier, D-1.
Rudelle, Q-3.
Ruelle, B-9.
Salès, X-1.
Schoofs, H-5.
Schulmann, Ag-1.
Sédillot, B-5.
Sourdille, D-10.
Tartois, R-10.
Théry, J-6.
Thibierge, M-3.
Thiers, M-2.
Touchard, B-3.
Tournaix, R-9.
Trélat, K-2.
Trousset, O-3.
Turquety, J-7.
Tzanck, O-6.
Vallery-Radot (Pasteur), F-1.
Vaudescal, I-13.
Viel, O-7.
Vielle, D-11.
Vignes, Aa-1.
Vigot, O-10.
Vilbort, C-1.
Villechaise, O-7.
Vinay, N-2.
Vincent (Max), Q-3.
Vinçotte, R-9.
Weber, T-2.
Weissenbach, O-1.
Wiart, I-12.

NOTA. — *Dans la liste ci-dessus figurent quelques internes provisoires qui occupent des places habituellement réservées aux titulaires.*

INTERNES PROVISOIRES

Alajouanine, V-5.
Armand (Mlle), T-3.
Aubin, Z-1.
Barraud (Georges), G-3.
Bloch, Ab-3.
Boirac, B-14.
Bourdeaux, Ab-3.
Cathala, S-3.
Delavierre, V-4.
Deron, V-3.
Durand (Jacques), D-14.
Eltrich, I-15.
Gaudart d'Allaines (de), R-7.
Huc (Ed.), R-11.
Jacob, D-5.
Jamin, O-12.
Janet, L-4.
Lamare, R-10.
Lantuéjoul, H-10.
Lebrun, J-12.
Levesque, Af-1.
Mazzoléni, A-10.
Mordret, N-4.
Mozer, B-1.
Olivieri, J-14.
Perin (Lucien), R-7.
Pommay (Mlle), Y-4.
Ramadier (Henri), B-7.
Richon, X-7.
Salles, N-1.
Thivolet (Mlle), E-8.
Turnesco, V-6.
Vérut, S-5.
Weiss, F-7.

EXTERNES

Abbas, I-14.
Abrial, B-6.
Ach, C-12.
Adam, I-2.
Adler, Q-1.
Adrian, P-3.
Alardo, K-2.
Alliot, A-8.
Allot, Ah-1.
Alterman, O-1.
Amabilis, Ad-1.
Anazievicz, A-5.
Anderson, I-7.
Andral, D-1.
André (Louis), M-1.
Andréoli, R-3.
Andréoli, K-4.
Anglès-d'Auriac, K-11.
Apard (Ed.), I-11.
Apard (Lucien), A-10.
Apchin, O-6.
Arbassier, I-10.
Arbeit, R-2.
Arcé, F-3.
Areillier, O-15.
Arion, G-1.
Arramoff (Mme), O-7.
Arsac, F-6.
Auclair, S-4.
Auguste, G-1.
Augustin, I-6.
Aulagnier, U-3.
Aumont, L-3.
Auquier, N-1.
Aurousseau, B-8.
Avachian (Mlle), R-9.
Azoulay, M-3.
Babalian, Y-2.
Baby, F-9.
Badilquès, R-12.
Bagou, B-7.
Balizeaux, O-3.
Balteau, O-7.
Barabeau, R-4.
Barbier (G.-C.-P.), E-4.
Bardet (Henri), C-11.
Bardy, E-6.
Bardon, I-5.
Barois, I-4.
Barreau (P.), K-7.
Barrès, B-2.
Barrieu, O-7.
Barry, U-2.
Bartement, O-14.
Bartet, H-7.
Basset, B-9.
Baude, G-2.
Bavachi, I-15.
Baye, A-5.
Bazert, Ad-1.
Beau, R-12.
Beaudequin, I-9.
Bechmann, O-14.
Béhague, Q-1.
Benoist, B-1.
Benoiste-Pilloire, N-3.
Béon, Ab-2.
Ber (Mlle), K-12.
Bergès, I-12.
Bernard (Eug.), H-1.
Bernard (P.), B-6.
Berrut, P-3.
Bertaux (A.), B-10.
Bertaux (R.), J-4.
Berthomieu-Lamer, Ah-2.
Berthon, Ab-1.
Bertin-Mourot, J-6.
Bertrand (André), K-6.
Bertrand, H-1.
Besse, A-2.
Besson (F.), G-2.
Besson (H.), F-2.
Besson (Mlle Marianne), Y-2.
Béthoux, J-9.
Bideaux, N-2.
Bigot, Q-3.
Bigot (Ch.), R-4.
Binard, B-6.
Binet, I-3.
Blamoutier, A-6.
Blechmann (Mlle), P-2.
Blondet, I-14.
Blot, O-4.
Bocage, L-1.
Boegner, E-7.
Boileau, B-9.
Boissier, H-1.
Boissier (R.), H-7.
Boissier (R.-C.), E-4.
Bolteux, A-5.
Bona, B-9.
Bonner, A-7.
Bonnamour, E-6.
Bonnerot, E-3.
Bonnet, K-3.
Boppel, C-8.
Bordier, M-1.
Borel (Alph.), D-5.
Borrien, J-6.
Bortnowski, I-12.
Boucher, J-1.
Bouchet, A-10.
Boudard (Mlle), H-5.
Bouderlique, N-5.
Bougenot, A-3.
Boulanger, O-1.
Boulay, I-3.
Bourdier (Louis), H-2.
Bourdillon, E-6.
Bousquet, C-1.
Boussi, D-15.
Boutarel, Q-3.
Boutelier, D-8.
Bouthillier, X-1.
Bouvet, O-6.
Boyau, Ac-1.
Bozonet, T-1.
Brabander, K-7.
Brachat, O-3.
Brailovsky (Elka) [Mlle], A-7.
Braïlowsky (Z.) [Mlle], A-9.
Bredrel (Mlle), M-4.
Brétignier, J-1.
Briand, B-8.
Broca, B-1.
Brocheré, J-11.
Brossier, D-6.
Broussin (P.), C-7.
Brucker, O-15.
Brun du Bois Noir [de] (Pierre), K-6.
Brun du Bois Noir [de] (Roger), B-7.
Brunon, H-4.
Brunot (Jean), N-3.
Bruyère (Mlle), H-4.
Bucquet, T-2.
Buffet, J-10.
Bureau, I-8.
Bureau (Louis), B-14.
Burnaud, I-9.
Butler d'Ormond (de), I-10.
Cabiale (Mlle), O-14.
Cabouat, K-5.
Caesar (Mlle), R-5.
Caillet (André), F-8.
Calamy, I-8.
Calderon, R-6.
Calvet, D-13.
Camino, H-4.
Caracache, E-1.
Caracostea, O-7.
Cardot, K-4.
Caron, F-7.
Carrière, Q-3.
Carvalho (de), I-12.
Carvalho Pedro (de), E-6.
Cassan, B-4.
Castera, R-5.
Caussé, L-2.
Caussé, Y-1.
Cavaillès (Roger), M-2.
Cavaillon, O-12.
Cayla, T-3.
Cayron (Mlle), I-6.
Cerf, A-5.
Cerné, H-4.
Chabanier, A-4.
Chabert, D-3.
Chabrol, G-1.
Chabrut, R-10.
Chalet, O-10.
Chalut, O-14.
Chambas, C-1.
Chamorro, O-7.
Chantemesse, A-3.
Chanut, G-1.
Chaperon, C-5.
Chapotel, S-5.
Charbonnier, B-7.
Charlot, R-12.
Charon, D-1.
Charpentier, G-3.
Charpin, C-7.
Chasseray, R-3.
Chastang, E-5.
Chatellier, F-2.
Chatenoud, Ac-1.
Chauveau (Mlle), E-7.
Chauvel, A-11.
Chauvenet, I-8.
Chauvet (Mlle), P-1.
Chavany, O-9.
Chavasse, O-4.
Chemin, Y-4.
Chenain, C-2.
Chenet (H.), I-11.
Chéron, B-11.
Chéronnet, J-13.
Chevallier, L-6.
Chevrolet, N-1.
Chicandard, D-14.
Chick, R-5.
Chirol, I-1.
Chnerson (Mlle), S-1.
Chomette, R-10.
Chopinet, C-1.
Claverie, I-2.
Clémenceau, T-1.
Clément, E-7.
Clément (Robert), A-2.
Cléret, B-10.
Clouzeau, E-2.
Cocault-Duverger, F-3.
Cochez, A-1.
Codet, Ac-1.
Coffin, B-10.
Cojan, C-2.
Colaneri, F-3.
Collin, B-3.
Colombet, K-8.
Colombier, N-5.
Colson, U-1.
Constantin, C-2.
Coriat, A-7.
Cornet (A.), O-10.
Cornet (P.), J-2.
Cornil, J-7.
Coty, M-2.
Couinaud, I-5.
Coulaud, J-8.
Couput, H-8.
Courtois, B-3.
Couturier, F-4.
Couvreux, J-3.
Cramer (Mlle), K-7.
Crantin, M-3.
Crétin, R-3.
Cretté, I-16.
Creuzot, O-8.
Crocquefer, D-4.
Crozat, F-3.
Cumenge, F-4.
Cunault, F-5.
Daban, D-1.
Dagnan-Bouveret, X-4.
Dalibert, R-11.
Dalsace, J-7.
Dammaguiz, B-7.
Dariau, Q-5.
Dardanne, J-2.
Dartiguenave, A-3.
Dascalopoulos, H-5.
Daspres, C-4.
Daubert, F-6.
Dauptain, B-6.
Dautheuil, C-10.
David, H-13.
Davila, E-1.
Dayras, Y-3.
Decléty, Y-2.
Decrop, F-3.
Defiol, M-3.
Deglaire, K-7.
Deguéry, I-8.
Deguignand, B-2.
Dehau, F-6.
Delahaye, Y-1.
Delattre, D-12.
Delattre (R.), L-2.
Delcamp, I-9.
Delebecque, R-10.
Dellac, L-1.
Dell'Amore, I-10.
Delmas, H-11.
Delord, I-6.
Delort, B-2.
Delpérier, E-7.
Demadières (Mlle), X-2.
Demarne, J-8.
Denoël, L-3.
Denoyelle, J-14.
Denoyelle (Lucien), B-12.

Denniel (Mlle), B-4.
Deroche, E-6.
Deromps (Mlle), A-7.
Descaves, E-5.
Deschamps, F-1.
Deschamps, G-4.
Deschildre, Q-1.
Desfarges, J-7.
Desgranges, L-3.
Designole, I-3.
Devaux, X-4.
Devé, C-8.
Deville, P-1.
Dietz, K-11.
Dognon, I-11.
Dohen, J-15.
Doléris, D-15.
Domasson (Mlle), X-3.
Dons-Kaufmann, K-3.
Dossin, N-2.
Doubière, P-1.
Doulcet, D-5.
Doumenge, K-11.
Doumer (Armand), A-4.
Doumer (Ed.), D-1.
Dramez, Q-4.
Dubarry, B-9.
Dubois (H.), B-2.
Dubois (R.), E-5.
Dubranle, O-9.
Dubs, B-9.
Dubuisson, X-6.
Duchamp de Lageneste, Y-3.
Duclos, J-1.
Ducuing, H-5.
Dufraisse, B-5.
Duhazé, T-2.
Duneau, J-4.
Dupouy, E-5.
Dupret, Q-3.
Dupuy (Henry), B-5.
Dupuy (Lucien), S-4.
Durand (Jean), K-2.
Durand (Marcel), Ac-1.
Durand (René), J-5.
Du Souich, H-1.
Duval, L-3.
Duval-Arnould, E-5.
Duvelleroy, S-4.
Dvoretzky (Mlle), L-1.
Ebrard, P-3.
Eisenstein, S-4.
Elloy, E-8.
Enot, T-2.
Enriquez, B-5.
Epstein, J-5.
Ernst, B-5.
Esseca, H-3.
Estabial, X-1.
Eusèbe, G-2.
Exintaris, I-15.
Farhat, K-13.
Farrgaia, J-6.
Fafalio, D-12.
Fatou, U-2.
Fauconnier, A-9.
Faurel, L-4.
Favereau, A-8.
Faveret, N-5.
Favory, L-1.
Favrel, D-12.
Féron, N-1.
Ferrier (Pierre), C-9.
Ferrier (Louis), Q-4.
Ferriot, D-2.
Festal, D-1.
Feuillié, C-4.
Feygin, J-11.
Fischer, K-5.
Flammarion, A-8.
Fliniaux, T-1.
Florand, C-5.
Flot, S-4.
Fogt, X-3.
Forestier, P-2.
Forgeron, M-3.
Forget, Aa-2.
Fornayron, Q-1.
Foubert, A-10.
Fouchard, O-11.
Fouquet, J-12.
Fournier (Jacques), B-1, X-4.
Fournier (Prosper), S-2.
Franck (Mlle), R-10.
François (Elie), C-7.
François-Julien, A-7.
Frelezeau, K-7.
Frémond, D-15.
Fremte (Mlle), Y-3.
Friedmann (Mlle), A-9.
Fris-Larrouy, A-6.
Fritz, O-3.
Frucht, D-10.
Funck, E-2.
Furet, C-6.
Gaetz, I-7.
Gaillard, D-11.
Galard (de), C-10.
Gallas, O-5.
Gallerand, I-4.
Galliot, F-3.
Gallois, C-5.
Ganachaud, J-15.
Gand, Q-1.
Gardères, S-2.
Garlopeau, R-9.
Garnier (Louis), N-3.
Gasiglia, F-1.
Gauchon, H-12.
Gaujard, R-2.
Gaume, E-3.
Gaumet, I-5.
Gauthier, J-13.
Gay, J-15.
Gayet, O-9.
Géhard, D-10.
Gelin, I-10.
Gellé, F-3.
Genin, B-15.
Gennes (Lucien de), K-9.
Gerdil, H-5.
Germain, I-6.
Gerschenovitsch, Y-4.
Gervais, P-3.
Giboulot (Mlle), C-10.
Gillard, I-2.
Gillot (Mlle), F-3.
Girard (André), F-5.
Girard (Jean), C-9.
Girardin, H-11.
Girard (Albert), B-3.
Giraud (Pierre), K-10.
Girod, O-10.
Giroux, Q-2.
Godard (Louis), E-6.
Gornonec, Ad-1.
Gory, B-9.
Goubert, O-11.
Goudet, R-6.
Gourdin, I-4.
Gouriou (Paul), C-2.
Granet, Ah-2.
Gras, C-6.
Greder, B-6.
Grégoriantz (Mlle), I-10.
Grellety-Bosviel, B-4.
Grenier, H-7.
Grille, A-3.
Grimbert, I-4.
Grisoni, I-15.
Grunberg (Arthur), K-8.
Grunberg (Charles), Ad-1.
Guédon, C-1.
Guennou, N-2.
Guilbamon, J-8.
Guillard, J.-12.
Guillaume, D-13.
Guillaume (Alex.), J-1.
Guillaume (André), F-2.
Guillaumont, I-15.
Guillaumot, U-1.
Guillemet, J-14.
Guillemin, Ad-7.
Guillet, E-6.
Guilmoto, E-6.
Guiollot, Ab-2.
Guillouet, S-2.
Gur, H-1.
Habibollah, R-9.
Haddad, C-10.
Halberstadt, Z-2.
Halpern (Mlle), J-3.
Halperson (Mlle), Y-2.
Hamonic, A-3.
Harel (Mlle), D-8.
Haridi, C-1.
Hartglass, Ah-2.
Hartmann (Mlle A.), H-7.
Hartmann, A-4.
Hébert, Q-3.
Hemmerdinger, X-2.
Héraut, C-9.
Hérisson, A-7.
Herment (Mlle), J-6.
Hervouet, A-9.
Heurtel, K-11.
Hiblot, H-12.
Hissard, C-7.
Hochberg (Mlle), Ab-2.
Honnoré (Mme), P-2.
Houlbert, D-15.
Hourvitz (Mlle), Ab-1.
Huet, K-9.
Hyvernaud, I-9.
Isch-Wall, A-1.
Iscovesco, F-1.
Ill, I-2.
Imbert (Georges), O-6.
Imbert (Jean), H-4.
Imbert (Maurice), S-1.
Jacob (Mlle), B-2.
Jacquelin (André), R-6.
Jacquelin (Ch.), O-4.
Jacquemard, F-8.
Jacquemin (Guillaume), A-9.
Jacques, J-10.
Jacquet, F-1.
Jalband, O-8.
Jardin (Mlle), T-2, S-4.
Jarrige, I-9.
Jay y Ruiz, D-6.
Jeanjean, D-14.
Jeannest, S-4.
Jeannet, K-1.
Joanny, K-7.
Joffroy, Aj-1.
Jorand, O-8.
Jouet, N-5.
Jouisse, K-10.
Jourdan-Corneille, I-1.
Jousseaume, R-3.
Julien (René), R-11.
Kahn, R-4.
Kahn (Maurice), M-5.
Kaufmann (Mlle), Ab-1.
Kermorgant, E-3.
Khabil, R-10.
Klébansky, U-1.
Kleimann, Ab-2.
Klein (Mlle), F-5.
Kœchlin, B-8.
Kœrner, K-6.
Konichowsky (Mlle), O-4.
Kontesckweller, Q-3.
Kouriansky (Mlle), J-12.
Krebs (Mme), X-1.
Kuntz (Mlle), B-15.
Labarraque, B-4.
Labeaume (Mlle), B-6.
Labrue, Ah-1.
Laburthe-Tolra, J-4.
Lacourbas, Ab-1.
Ladroitte, D-12.
Laemmer, K-2.
Laffaille, X-5.
Lafond, P-3.
Laget, R-1.
Laloux, C-11.
Lamarche, M-3.
Lancesseur, E-5.
Langagne, H-10.
Lange, O-8.
Langlais, B-15.
Langlois, B-7.
Lannes, Ab-1.
Lapidus, I-10.
Laplane, D-11.
Larangot, J-5.
Larrousse, O-1.
Latour, J-2.
Laurent (Louis), H-2.
Laurent (Marcel), C-4.
Lauret, Y-3.
Lautmann, D-2.
Lavat, D-1.
Lavaux, I-11.
Lavergne, S-1.
Lavier, B-7.
Le Basser, N-1.
Lebée, F-1.
Lebègue, T-2.
Lebel, R-10.
Lebossé, J-5.
Le Bouédec (Mlle), D-3.
Lebrun, I-10.
Lecarpentier-Dubosc, I-6.
Le Chaux, F-6.
Leclerc, N-2.
Le Conte (Mlle), F-1.
Lecocq (Mlle), X-2.
Le Cocq, J-10.
Ledoux, D-8.
Ledrain, J-10.
Leduc, E-3.
Lefai, O-9.
Lefèvre (Bernard), Q-3.
Lefèvre (G.), J-11.
Lefèvre (Paul), F-7.
Lefèvre (Pierre), L-2.
Leflaive, B-9.
Lefort (Alix), J-7.
Lefort (Robert), I-2.
Le Hello, M-2.
Lelong, R-9.
Lelong (Henri), B-3.
Lempérière, T-1.
Lenoir, J-7.
Lenormand, R-9.
Léonet, D-6.
Lepelletier, N-2.
Lépinay, O-14.
Le Poittevin, F-2.
Leray, K-9.
Lermoyez, Z-1.
Le Rochais, O-3.
Leroux, O-15.
Leroux (H.-L.-M.), B-1.
Leroux (Roger), X-3.
Leroy (M.), C-8.
Leroy (Paul), E-6.
Le Soudier (Mlle), I-4.
Lestocquoy, H-7.
Levent, F-2.
Lévi-Alvarès, C-6.
Lévy (G.), H-3.
Lewinsohn, D-11.
Liacre (Mme), O-11.
Liberge, A-1.
Lidy, K-12.
Lignac, G-4.
Lipschitz, I-3.
Logeais, C-11.
Loiseau, J-4.
Longepierre, C-9.
Longevialle, T-1.
Lorain, I-1.
Loré, A-2.
Lowenthal, Y-2.
Loyauté, D-4.
Lozès, M-1.
Luca, H-7.
Lucchini, D-6.
Mage, S-1.
Magnan, Ae-1.
Magnillat, D-3.
Maire, D-11.
Maigre, F-5.
Majnoni d'Intignano, O-15.
Malassez, O-5.
Malgat, O-14.
Malherbe, R-1.
Maliniak, I-11.
Mallah, G-3.
Mallet, R-12.
Malon (Ch.), O-9.
Manceau, K-2.
Mandras, X-1.
Mangini, I-8.
Manteau, R-10.
Marçais (Mlle), T-2.
Marceron, D-4.
Marie, A-1.
Marmier, O-7.
Marquand, S-4.
Marqueste, P-2.
Marquezy, X-2.
Martin (Ch.), M-1.
Martin (Joseph), I-1.
Martin de Laulerie, A-1.
Martinet, E-7.
Marx, K-7.
Massary (de), F-6.
Mathelin, I-16.
Maupoix, N-4.
Mégret, M-1.
Mélik-Parsadaniantz, N-1.
Menard (Mme), K-1.
Mendelssohn (Mlle), O-15.
Mercier (J.), Y-1.
Mérigot de Treigny, I-3.
Mérine, A-4.
Merklen, H-5.
Merlier, K-8.
Metzger, K-9.
Meyer, I-11.
Meyerson, P-1.
Michalowski, U-1.
Mickaniewski, J-15.
Migot, M-3.
Milet, F-3.
Mille (Mlle), E-2.
Mineur, K-6.
Minvielle (Martin), F-2.
Minvielle (Paul), S-3.
Mioche (Mlle), P.-2.
Misrachi, B-5.
Mirot, G-2.
Mitton, G-2.
Modiano, D-4.
Moing, Ah-1.
Moiroud (Mlle), R-6.
Mollet, P-2.
Moniot, D-11.
Monpin, B-3.
Monprofit, B-10.
Montalent (de), R-11.
Montlaur, P-2.
Moore, Q-2.
Mora, F-4.
Mordagne, D-2.
Moreau, M-2.
Morel, S-6.
Morel (Paul), O-5.
Moricand, B-11.
Morice (André), H-1.
Morice (René), B-6.
Morigny, Q-2.
Morin, O-8.
Morin (Alex.), O-8.
Morin-Herbland, A-11.
Morlot, J-14.
Morlot (Hubert), R-3.
Mornard, A-7.
Moulard (Mlle), S-2.
Mouriès, I-12.
Moutier, B-4.
Mouton, P-2.
Mouzon, A-6.
Mugel, H-5.
Muller (Paul), M-2.
Murga, H-5.
Nabias (de), X-3.
Nantet, J-11.
Narboni, G-3.
Nast, J-13.
Neau, O-1.
Nemerowsky (Mlle), C-8.
Netter (Fern.), L-5.
Nora, R-4.
Oddo, J-7
Odinet, A-1.
Ohanianz, Ae-1.
Ohier, D-7.
Omont, K-1.
Orphanidès, D-5.
Para, F-8.
Parat, L-2.
Pareux, F-8.
Paris, C-4.
Parisi, I-10.
Parturier, O-2.
Pasquier, P-1.
Patte (Mlle), O-1.
Patrikios, X-1.
Patriarche, P-2.
Paturet, O-15.
Paumelle, R-11.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1913)

Les lavements de sérum en chirurgie. — M. POTHERAT fait un rapport sur un travail de M. Caillaux (de Monte-Carlo) dans lequel l'auteur vante les avantages des lavements de sérum avant et après les grandes opérations.

Pour M. Caillaux, tous les opérés sont des intoxiqués par le chloroforme ou tout autre anesthésique, par la maladie et même par l'émotion.

Chez eux, les émonctoires naturels fonctionnent imparfaitement. M. Caillaux a eu l'idée de remplacer les injections de sérum artificiel par la méthode de Murphy, c'est-à-dire les irrigations rectales à raison de 200 à 220 centimètres cubes de liquide par heure, ce qui représente 3, 4 et 5 litres de liquide en vingt-quatre heures. Il a recours à ces irrigations avant et après les grandes opérations.

Sous l'influence de ces irrigations, la tension artérielle se relève, la diurèse augmente, le facies est bon, les conjonctives sont blanches, le pouls est régulier et bien frappé. Les malades ne vomissent pas ou vomissent peu. Ils ne se plaignent pas de la soif et ont la langue humide.

M. Caillaux a successivement essayé l'eau simple, le sérum artificiel, la solution d'eau de mer isotonique. C'est à cette dernière qu'il donne la préférence.

Son expérience repose sur 30 malades ayant subi de grandes opérations. Tous ont guéri et ont retiré de ces irrigations les avantages qui viennent d'être signalés.

Traumatisme cranien. — M. AUVRAY fait un rapport sur une observation de M. Julliard (de Genève) ayant trait à un traumatisme intracranien suivi d'accidents graves, d'épilepsie jacksonnienne, trépanation, kyste traumatique, guérison.

Il s'agit d'un garçon de douze ans, qui, à l'âge de deux ans, reçoit une lourde boîte sur la tête. On constate un enfoncement assez étendu du crâne en arrière, de l'aphasie et une hémiplégie droite.

L'état de l'enfant semble s'améliorer peu à peu, on n'intervient pas. Sept ans après, il présente de l'épilepsie jacksonnienne. Les crises se multiplient. Enfin les crises revenant sans cesse après des interruptions passagères, on amène l'enfant à M. Julliard qui constate les traces de l'enfoncement du crâne, un reste d'hémiplégie, l'arrêt de développement du côté paralysé du corps et des crises d'épilepsie jacksonnienne. M. Julliard décide d'intervenir. Il trépane à la gouge et au maillet, trouve la dure-mère épaissie, lèse légèrement celle-ci d'un coup de maillet et il sort aussitôt un flot de liquide kystique. M. Julliard incise la dure-mère qui est très épaissie, vide la cavité kystique et place un drain et une mèche par derrière. Les jours qui suivent, il s'est fait un écoulement abondant de liquide dans les pièces du pansement. Le drain et la mèche sont retirés le troisième jour. Les suites sont bonnes. Cependant reparaissent des crises d'épilepsie très graves, M. Julliard fait une ponction et tire environ 50 gram-

mes de liquide qui s'était reformé. L'état s'améliore, l'enfant se remet peu à peu, mais présentait encore quelques crises de temps à autre. Voilà trois ans maintenant que l'opération a été pratiquée. M. Auvray fait suivre cette observation de quelques réflexions. D'abord, dit-il, on a eu tort de ne pas opérer cet enfant immédiatement après le traumatisme. Le défaut de développement du côté paralysé prouve l'action trophique du cerveau. Les kystes traumatiques peuvent être obstétricaux, par suite d'application du forceps ou même d'un traumatisme sur le ventre de la mère. Ils présentent une évolution très variable ; ils peuvent se produire très peu de temps après le traumatisme ou ne survenir que de longues années après. M. Auvray cite un cas où le kyste n'est apparu que vingt-trois ans après le traumatisme. Ils peuvent être extraduriens ou intraduriens. Ils peuvent être multiples. Quelle est la nature du liquide ? Il est généralement albumineux. La constitution de la paroi de ces kystes est variable. Elle peut faire complètement défaut ou n'être formée que par la substance cérébrale elle-même.

Au point de vue pathogénique, ces kystes sont des reliquats d'hémorragies ou des résultats d'un foyer d'arachnoïdite ou d'un foyer de ramollissement. Hémorragie, arachnoïdite ou ramollissement, telles sont les trois causes d'où ces kystes peuvent dériver.

Comme traitement il faut, selon les cas, choisir entre la ponction et l'incision.

Dans le cas de M. Julliard, les drains ont été retirés trop tôt; le drainage a été insuffisant. Enfin il faut opérer le plus tôt possible les malades qui présentent des enfoncements du crâne.

M. Lucas-Championnière dit que la pathogénie de ces kystes reste obscure. Très souvent les opérations pratiquées dans ces cas sont importantes ou incomplètes. Il faut extirper jusqu'aux moindres parcelles de tissu cicatriciel, il ne faut pas craindre de faire, dans ces cas, des opérations très complètes et de drainer pendant assez longtemps.

M. Tuffier pense que ces kystes ne sont le plus souvent que des processus de réparation définitive des parties de substance cérébrale. Il rapporte l'observation d'un malade qui avait reçu une balle dans la région temporale. M. Tuffier fit une trépanation peu étendue, le malade guérit. Deux ans après ce malade présente des crises d'épilepsie jacksonnienne. La radiographie montre qu'il reste un fragment de balle dans le cerveau. En intervenant de nouveau, M. Tuffier a trouvé un véritable myxome à mailles très larges; il l'a fendu et a trouvé un kyste gélatineux. Il faut ici, comme dans les poumons, arriver à l'accolement des parois.

Traumatisme du coude. — M. Ombrédanne relate l'observation suivante : un enfant de quatorze ans fait une chute sur le coude. Il éprouve une vive douleur; l'avant-bras est en demi-flexion sur le bras, il y a du gonflement à l'articulation et une légère ecchymose sur la face interne du bras. Les mouvements sont possibles, mais très diminués. Le maximum de la douleur à la pression est au niveau de l'épithroclée. La radiographie montre qu'il n'y a pas de luxation du coude en dehors. Il y a simplement une sorte d'engagement de l'épithroclée dans l'interligne articulaire.

M. Ombrédanne par une incision postérieure en U à concavité supérieure a coupé l'olécrane à la base et a été chercher l'épithroclée au fond de la tranchée humérale. L'enfant se remet bien et ses mouvements ont déjà plus d'amplitude.

Pyélonéphrite appendiculaire. — M. Proust communique un cas de guérison de pyélonéphrite après l'ablation de l'appendice.

Gastrectomie. — M. Potherat présente un malade chez lequel il a enlevé une volumineuse tumeur de l'estomac par une gastrectomie partielle. L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Œttinger. Il s'agissait d'un sarcome alvéolaire à grandes cellules. L'état de ce malade est des plus satisfaisants.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

BRONCHITE SIMPLE

Le traitement doit surtout combattre la sécrétion bronchique, assurer l'antisepsie pulmonaire, stimuler l'appétit ainsi que la nutrition générale.

Prescrire en conséquence, au milieu de chaque repas, de 2 à 4 des capsules suivantes : Gouttes Livoniennes, un flacon.

LIVRES NOUVEAUX

Formulaire Astier. Vade mecum de médecine pratique (médecine, chirurgie, obstétrique, thérapeutique et pharmacologie [1]).

Cet ouvrage, très soigné et d'un format commode, pourra rendre de grands services au praticien dans la clientèle journalière.

Dans une première partie, *Thérapeutique*, on trouve l'exposé, pour chaque affection, des traitements médicaux préconisés par les maîtres autorisés. Hygiène générale, régimes, traitement hydro-minéral, traitement des complications, prophylaxie, etc., tout y est examiné successivement.

Une seconde partie, véritable aide-mémoire de *chirurgie d'urgence*, de *gynécologie*, d'*obstétrique*, d'*oto-rhino-laryngologie*, d'*ophtalmologie* comprend, dans une série d'articles condensés et précis, la conduite à tenir dans chaque cas et l'indication des interventions utiles.

Le *Formulaire des médicaments*, objet de la troisième partie, résume, dans une série de paragraphes courts, les notions utiles à la prescription de chaque drogue. On y trouve, à côté de formules judicieusement choisies, les renseignements pharmacodynamiques indispensables et les meilleures formes médicamenteuses à adopter.

Enfin une quatrième partie complète l'ouvrage en groupant, dans des chapitres spéciaux détaillés, tout ce qui concerne la *médication hypodermique*, l'*opothérapie*, les *eaux minérales* et enfin les *empoisonnements*.

On se rendra facilement compte, quand on aura consulté quelquefois cet ouvrage, qu'il ne fait pas double emploi avec les nombreux formulaires déjà existant.

A. Gaullieur l'Hardy.

Traité de l'examen des crachats. Etude histo-chimique, cytologique, bactériologique et chimique, par Fernand Bezançon, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de la Charité, et S. I. de Jong, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Paris, ancien interne lauréat des hôpitaux. In-8 de xx-412 pages avec 8 planches hors texte dont 7 en couleurs. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Biologie synthétique, par Stéfane Leduc. Brochure de 217 pages avec 118 figures dans le texte. — Paris, Poinat.

(1) In-16 de xx-1086 pages. Relié peau souple. Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Noms des candidats.* — MM. Capette, Barbier, Berger, Gasne, Mercadé, Rouhier, Mathieu (Paul), Olivier, Basset, Bazy, Martin (J.-J.), Toupet, Küss, Bréchot, Muret, Okinczyc, Gernez, Picot, Sauvé, Roux, Français (R.), Kendirdjy, Bailleul, Deniker, Guimbellot, Piquand, Monsaingeon.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le lundi 7 avril 1913, à une heure précise, il sera ouvert, à l'asile clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif, Maison-Blanche, Moisselles et l'infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures, du 6 au 20 mars 1913 inclusivement.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 26 février 1913 sont promus au grade de médecin aide-major de première classe :

Pour prendre rang du 16 janvier 1913 :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Accaolas, Gabrielle, Guibert, Saulnier, Roshem, Ollé, Marc, Guilmain, Lacaze, Nain, Buisson, Vermelin, Bernard, Russo Maire, Blondel, Bonjean, Birat, Mathiot, Naudet, Séry, Rotlier, Rémy, Drouet, Galey, Touranjon, Razou, Abécassis, Maux, Achard.

Pour prendre rang du 27 janvier 1913 :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Sonlag, Goursolas, Le Bourdelles, Sieur, Aubriot, Lèques, Nivière, Bertet, Vialatte, Theveney, Gauthier, Raux, Liégeois, Amsler, Séchan, Bonnefoy, Giacardy, Delrieu, Lafaix, Maury, Houlez, Détis, Rome, Sarrat, Hanin, Ehringer, Noël, Fabre, Roux, Renoux.

Pour prendre rang du 28 janvier 1913 :

M. le médecin aide-major de deuxième classe Aveline.

Pour prendre rang du 29 janvier 1913 :

M. le médecin aide-major de deuxième classe Chagnaud.

Pour prendre rang du 15 janvier 1913 :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Coïc, Schneider, Camo-Seine, Delpy, Longuet, Gosswiller, Raymondaud, Brusset, Tronyo, Sarrazin, Ballet, Jourdan, Violet, Le Landais, Guillaume, Chappet, Mireaux, Maix, Dubois, Risser, Muller, Chenolot, Chapuis, Mulot, Talpain, du Laurens de la Barre, Landret, Gourdon, Georges, Mouzels, Marty, Frilet, Maniel, Albaret, Collilieux, Laffont, Fauqué, Chauvin, Robert, Odinot.

Pour prendre rang du 26 janvier 1913 :

M. le médecin aide-major de deuxième classe Barboni.

ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours s'ouvrira le 24 juin 1913 (épreuves écrites) pour l'admission en 1913 à l'école du service de santé militaire, de 120 élèves, savoir :

75 élèves candidats concourant avec quatre inscriptions ;
30 élèves candidats concourant avec huit inscriptions ;
15 élèves candidats concourant avec douze inscriptions.

Les inscriptions seront reçues dans les préfectures du 2 au 10 mai au soir.

Les épreuves écrites comporteront :

a. Pour les candidats concourant à quatre inscriptions : 1° Une composition sur un sujet de physiologie et chimie biologique; 2° Un thème de langue allemande.

b. Pour les candidats concourant à huit inscriptions : 1° Une composition sur un sujet de physiologie et anatomie ; 2° Un thème de langue allemande.

c. Pour les candidats concourant à douze inscriptions :

RENSEIGNEMENTS

1° Une composition sur un sujet de pathologie générale;
2° Une composition sur un sujet de parasitologie.

Les épreuves orales auront lieu du 28 juillet au 30 août.

Le programme, arrêté le 27 janvier 1913 donnant les conditions du concours, sera inséré au Bulletin officiel du ministère de la guerre (partie supplémentaire).

Les candidats sont informés qu'ils ne sont pas autorisés à concourir pour une catégorie inférieure à leur scolarité.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — Le Syndicat médical de Paris ayant pris connaissance des considérants du jugement concernant le cas du docteur Delherm et en particulier de celui portant que : « Le médecin a le devoir absolu d'avertir le client des conséquences et des dangers de l'intervention médicale dont il va être l'objet », proteste énergiquement contre l'affirmation d'un tel principe.

En effet si le médecin était obligé, toutes les fois qu'il va accomplir un acte médical, d'avertir le malade des dangers que présente cet acte, il est certain que devant l'énonciation des dangers possibles le patient ne manquerait pas de se refuser à subir les soins nécessaires.

Il est scientifiquement démontré que l'intervention médicale la plus courante, telle qu'une injection hypodermique, comporte des dangers, qui ne se produisent cependant que dans une proportion infime.

Si donc le médecin était tenu d'adopter cette façon de procéder, les conséquences sociales en seraient graves, les malades effrayés à tort par l'exposé de tous les aléas possibles, en arriveraient parfois à refuser les soins qui leur sont nécessaires, des vies humaines seraient ainsi sacrifiées, et la responsabilité en retomberait tout entière sur ceux qui auraient établi semblable jurisprudence.

LES ŒUVRES D'ASSISTANCE MATERNELLE. — Notre confrère le docteur Peyroux, député d'Elbeuf, avait adressé le 14 février 1913 une question écrite à M. le ministre de l'Intérieur le priant de lui faire connaître le nombre et l'effectif des œuvres d'assistance maternelle, des sociétés de secours mutuels qui assurent des secours en cas d'accouchement, sans prévoir statutairement le repos de quatre semaines et notamment dans le cas où un repos de trois semaines seulement est imposé.

Le ministre de l'intérieur vient de lui répondre qu'il ne connaît pas toutes les œuvres d'assistance maternelle et de secours mutuels, mais seulement celles qui lui demandent une subvention sur le crédit spécial inscrit à son budget.

Le *Journal officiel* du 16 janvier 1913 a publié la liste des œuvres qui ont participé à la subvention de l'Etat en 1912.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale de Paris a compté, pendant la huitième semaine, 1012 décès, au lieu de 981 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1066, moyenne ordinaire de la saison. Les maladies de l'appareil de la respiration, sans doute sous l'influence du froid, sont devenues moins rares qu'elles ne l'étaient précédemment.

UN NOUVEAU TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE. — Le *Journal de médecine de Bordeaux* signale un bien singulier traitement de la blennorragie.

« On reproche aux auteurs américains de découvrir quelquefois la Méditerranée, ils sont cependant souvent très originaux, mais d'une originalité parfois un peu excessive et surprenante. On peut citer à ce titre le nouveau traitement de la blennorragie proposé par Charles Duncan dans le *Medical Record* du 30 mars 1912.

Il a remarqué que des chiens guérissent leurs plaies suppurant en les léchant. Il y voit une application de la vaccinothérapie de Wright par l'ingestion de la totalité du virus. Il a en conséquence traité toutes sortes d'affections suppuratives : furoncles, abcès, infections puerpérales, en faisant ingérer aux malades leur propre pus. Il en a obtenu d'excellents résultats.

Passant à la blennorragie, et après avoir constaté que la blennorragie buccale est rare, et que par conséquent l'infection buccale est peu à craindre, il fait absorber aux malades de l'un ou l'autre sexe un écoulement tout frais.

Le pus urétral ou vaginal est mélangé à du sucre en poudre ou délayé dans de l'eau et ainsi dégluti. On peut même placer le pus tel que sur la langue.

Plusieurs observations sont rapportées où ce traitement a fait avorter en deux ou trois jours des blennorragies débutantes ou guéri en quatre ou cinq jours des blennorragies en pleine activité. Le traitement réussit moins bien pour les blennorragies chroniques.

L'auteur fait remarquer la facilité, la simplicité et le bon marché de ce traitement.

Il prévoit des objections d'ordre moral, mais les repousse du pied avec mépris et attend avec confiance les objections sérieuses qui peuvent lui être faites. »

CONGRÈS NATIONAL DE LA PROTECTION DU PREMIER AGE (BORDEAUX 6-11 mai 1913). — *Première question.* — « Le Sevrage. » — Rapporteurs : MM. le professeur André Moussous et le docteur Leuret (de Bordeaux).

Deuxième question. — « La loi Roussel : des améliorations à apporter au contrôle de l'élevage, assuré par elle. » — Rapporteurs : Mme Viel-Picard (de Paris), le Contrôle moral; MM. les docteurs Sergent (de Levallois-Perret), le Contrôle administratif, et Paterne (de Blois), le Contrôle médical.

Troisième question. — « De l'élevage du nourrisson dont la mère travaille à l'usine ». — Rapporteurs : MM. les docteurs Decherf (de Tourcoing), Filhoen (de Roubaix) et Mercier (de Bordeaux).

M. le sénateur P. Strauss, président de la Ligue, fera une conférence publique sur la « Puériculture en France ».

Secrétariat général, 7, rue Hustin, Bordeaux.

EXPOSITION MÉDICALE HISTORIQUE (LONDRES 1913). — Parmi les objets médicaux historiques qui figureront à l'Exposition médicale historique, organisée par M. Henry S. Wellcome, pour le Congrès médical international de l'été prochain, se trouvent beaucoup de souvenirs personnels de Jenner, l'auteur de la découverte de la vaccination. On y verra entre autres les lancettes et scarificateurs originaux dont il se servait au cours de ses premières expériences, sa trousse médicale et son livre de comptes, sa tabatière, son armoire pharmaceutique et beaucoup d'autres objets intéressants. Une collection d'un grand nombre de lettres autographes de Jenner dont certaines d'un intérêt unique ont été également prêtées et forment un ensemble avec le fauteuil de son cabinet d'étude dans lequel il mourut. Différents objets encore se rattachant à la vie de Jenner seront également exposés ainsi qu'une grande variété de portraits de valeur de lui et de sa famille, tous peints à différentes époques ; des épîtres enluminées qui lui furent présentées avec et y compris les droits de cité des villes de Londres et de Dublin, ainsi que des médailles et autres documents d'un intérêt particulier.

Un grand nombre de souvenirs concernant l'histoire de l'anesthésie se trouveront exhibés tels que notamment l'autographe original du journal et manuscrits de Henry Hill Hickman, l'auteur de la découverte de l'application des principes de l'anesthésie par inhalation lors des opérations chirurgicales, principes qu'il démontrait d'ailleurs en 1823 par des expériences positives sur des animaux. Des souvenirs personnels de sir James Simpson, et certains genres d'appareils primitifs pour administrer le chloroforme et l'éther constitueront une Exposition offrant un grand intérêt.

Les personnes possédant des objets se rattachant à l'histoire de la médecine, qui seraient disposées à les prêter, sont priées de vouloir bien se mettre en rapport avec le secrétaire, 54, Wigmore Street, Londres W., Angleterre, qui se fera un plaisir d'adresser le catalogue illustré complet.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. (Directeur : M. Pierre SEBILEAU, agrégé de la Faculté, chirurgien de Lariboisière.) — SEMESTRE D'ÉTÉ DE 1913. — Exercices de médecine opératoire spéciale. — Premier cours du 5 au 15 mars 1913 : « Chirurgie d'urgence » (en dix leçons), par M. le docteur R. Toupet, prosecteur.

Le cours aura lieu tous les jours à deux heures.

Le droit d'inscription est de 60 francs. Le nombre des élèves est limité à 15.

Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

LES INFECTIONS PARATYPHOIDES

ET LEURS LOCALISATIONS VISCÉRALES PRIMITIVES

Par M. BOURDINIÈRE,

Chef de clinique médicale à l'École de médecine de Rennes.

Signalées d'une façon exceptionnelle il y a une dizaine d'années, les infections paratyphoïdes sont devenues un peu partout d'une grande fréquence. Il n'est pas douteux que leur extension soit en voie de progression rapide : c'est là un fait de constatation clinique et non la résultante due uniquement à l'orientation de recherches spéciales concernant ces infections. Dans certaines régions, leur nombre égale presque celui des infections typhiques. La statistique de l'année 1912 nous donne le chiffre de vingt-sept cas d'infections paratyphiques contre celui de trente-six cas d'infections typhiques.

La dissémination de la maladie peut se faire par des voies nombreuses. On a constaté la présence du bacille paratyphique dans les eaux d'alimentation, dans le lait ; on l'a rencontré sur des légumes et à l'intérieur de pâtisseries. Les porteurs sains ont un rôle important dans la transmission du germe et la contagion interhumaine a aussi sa part. L'origine alimentaire de la maladie demeure la plus fréquente, mais chaque poussée épidémique semble reconnaître, en dehors des influences atmosphériques, une étiologie spéciale qui le plus souvent échappe aux recherches toujours difficiles.

Contrairement à certains auteurs, comme Netter, qui ont signalé la présence fréquente du bacille paratyphique A au cours de certaines épidémies, nous l'avons rencontré, depuis cinq ans, d'une façon exceptionnelle. Dans la presque totalité des cas, l'infection relève du bacille paratyphique B. Souvent l'hémoculture nous a révélé sa présence dans le sang ou bien l'agglutination à un taux élevé du paratyphique B par le sérum du malade à l'exclusion des autres paratyphiques et du bacille d'Eberth nous autorisait à considérer cet agent comme la cause déterminante de l'affection.

La clinique reste le plus souvent impuissante à différencier l'infection paratyphique d'une dothiénentérie et elle n'a pu trouver ni dans « la brusquerie fréquente du début, la prédominance des troubles nerveux dans les premiers jours, les particularités de la courbe thermique, la rareté de la diarrhée, l'hypertrophie constante du foie, la présence du liseré gingival érythématopultacé, la rapidité de l'évolution » (1), ni dans l'absence ou l'apparition des taches rosées, des moyens de diagnostic ferme en faveur de l'une ou l'autre maladie. Ces remarques de Chevrel sont demeurées vraies et les présomptions en faveur de l'une ou l'autre affection ne reposent sur aucune base solide. En effet, si la forme légère de l'infection paratyphique, type embarras gastrique fébrile, est la forme clinique que l'on observe dans la majorité des cas, la forme grave, dite typhoïde, est loin d'être exceptionnelle.

Par contre, l'observation clinique a mis en relief deux caractères importants de l'infection paratyphique : la rareté des complications et la bénignité du pronostic.

Une seule fois, nous avons vu une septicémie paratyphique se compliquer de rechutes, et un abcès musculaire profond d'où fut isolé le bacille paratyphyque B est la complication la plus grave que nous ayons observée. Jamais l'affection n'a entraîné la mort.

Il n'en est pas toujours ainsi comme l'ont établi des observations déjà anciennes et comme des observations récentes sont venues le rappeler. Il n'en demeure pas moins vrai que les complications sont exceptionnelles et que l'évolution de la maladie est particulièrement favorable dans la forme habituelle de l'infection paratyphique qu'on pourrait appeler la forme intestinale, forme de tous points superposable à la dothiénenthérie ordinaire, bien qu'elle n'en présente presque jamais les ulcérations caractéristiques.

Mais le tableau de l'infection paratyphique peut être bien différent de celui de l'embarras gastrique ou d'une fièvre continue. Le bacille paratyphique, comme le bacille typhique, peut porter directement son atteinte sur un autre organe que l'intestin. Suivant une loi de microbiologie générale, ces localisations viscérales primitives se font de préférence sur l'organe surmené ou déjà affaibli. Elles sont moins rares qu'on ne le pense.

Récemment Widal rapportait à l'Académie de médecine une observation remarquable de localisation directe du bacille paratyphique B sur l'appendice.

Les deux cas suivants, que nous avons observés simultanément il y a quelques mois au cours d'une poussée épidémique, présentent un certain intérêt clinique.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de vingt-six ans qui exerce la profession de femme de chambre.

Elle a eu la rougeole dans son jeune âge et depuis quelques années a ressenti dans l'abdomen des douleurs assez violentes qui l'obligeaient parfois à s'aliter, qui duraient quelques heures et se terminaient par des vomissements bilieux. Ces phénomènes douloureux surviennent à intervalles éloignés sans que rien ne puisse les faire prévoir. Bien que la malade n'ait jamais présenté d'ictère consécutif à ces crises ni constaté la présence des calculs dans les selles, il est vraisemblable d'admettre que ces douleurs doivent être rapportées à des coliques hépatiques.

La malade soignait depuis quinze jours deux jeunes gens atteints de fièvre continue légère, lorsqu'elle fut prise à la fin d'avril 1912 de lassitude et de courbature générale s'accompagnant de céphalée et de douleurs lombaires. Dès le début, la malade perdit l'appétit et eut de l'insomnie. Elle présenta quelques légers épistaxis et fut prise d'un peu de diarrhée. Néanmoins elle se lève chaque jour pendant quelques heures. La température oscillait entre 38 et 39 degrés.

(1) Chevrel, *Bacilles paratyphiques et infections paratyphoïdes*, Th. de Paris, 1906.

Très rapidement elle dut garder le lit et on la fit entrer à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Le Damany.

La veille de son entrée, elle a des vomissements abondants et éprouve des douleurs abdominales qui, d'abord sourdes, atteignent une grande acuité. La température est de 40 degrés.

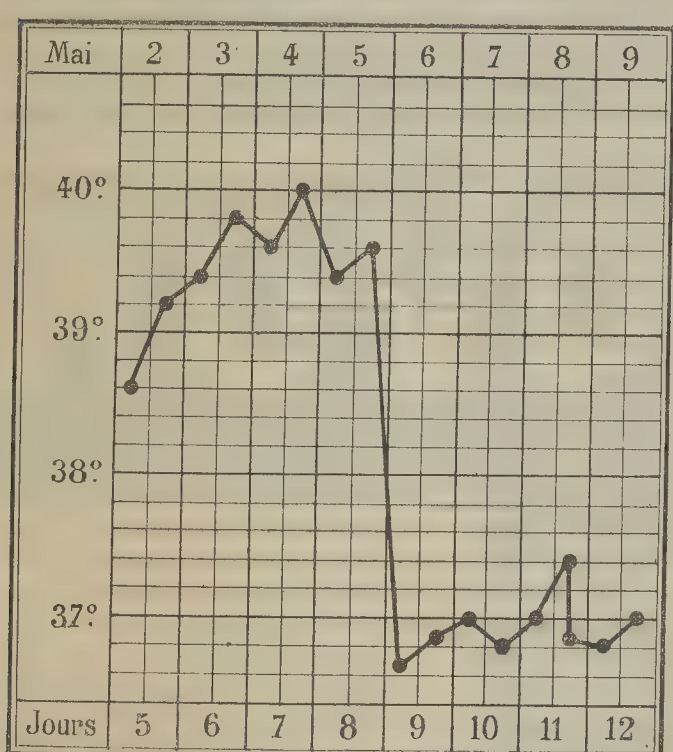
A l'examen, la malade, de constitution robuste, au teint très blond, tempérament lympathique, est abattue, prostrée ; le visage accuse la souffrance.

La langue est sèche, rôtie; les lèvres sont desséchées. La diarrhée a disparu et les selles ne sont pas décolorées. La paroi abdominale est légèrement distendue et il n'existe pas de taches rosées lenticulaires.

La malade attire elle-même l'attention sur le côté droit du ventre. La moindre pression réveille une douleur extrêmement vive dans la région située à droite de l'ombilic qui correspond à l'hypocondre droit. Le maximum de la douleur siège sur le bord externe du grand droit dans la région cystique. Toute palpation profonde est impossible.

La rate est hypertrophiée.

La tachycardie ne s'accompagne d'aucune lésion valvulaire ni d'insuffisance cardiaque. Il existe quelques râles secs dans la poitrine. Les urines sont légèrement albumineuses.



Cholécystite primitive à bacille paratyphique B.

Le diagnostic porté est celui de dothiénentérie commençante probable avec cholécystite.

Des applications de glace sont faites sur la région douloureuse.

Dès le lendemain la douleur s'est atténuée et la palpation plus facile permet de sentir sous le rebord costal une petite tumeur arrondie, mate, de consistance élastique, de la forme et du volume d'une grosse poire allongée qui ne peut être que la vésicule biliaire distendue.

La diminution de la douleur s'accentue les jours suivants et on peut constater avec plus de facilité encore la tumeur arrondie dont la grosse extrémité atteint le voisinage de l'ombilic et dont l'autre va se perdre dans la région sous-hépatique.

Elle conserve ces dimensions pendant quatre à cinq jours, puis diminue peu à peu et finit par disparaître.

En même temps les phénomènes généraux s'amendent. Dès le troisième jour la température subit une défervescence brusque et tombe à la normale. La langue se nettoie rapidement, la tachycardie et les râles disparaissent.

Nul doute chez notre malade : l'infection s'est localisée dès le début sur la vésicule biliaire déterminant une cholécystite aiguë qui a évolué pour son propre compte. La preuve en est dans la localisation spéciale de la douleur dès les premiers jours de l'affection, dans la réaction péritonéale qui l'a accompagnée, dans la distension de la vésicule biliaire, dans la température qui n'est semblable en rien à celle de la septicémie paratyphique ordinaire, à forme intestinale.

Les recherches bactériologiques permettent de rapporter au bacille paratyphique B la nature de la cholécystite aiguë observée chez notre malade. L'hémoculture pratiquée le premier jour de l'entrée à l'Hôtel-Dieu est demeurée négative ; l'ensemencement des selles a révélé le coli-bacille et un coccus, agents ordinaires de la flore intestinale ; l'ensemencement des urines n'a donné aucun résultat. Le sérum de la malade agglutinait le bacille paratyphique B au 1/100 à l'exclusion du bacille d'Eberth et des autres paratyphiques. Cette agglutination était positive au 1/400 lors de la sortie de la malade, négative pour les autres au 1/50.

Roger et Demange (1) ont rapporté une observation sensiblement analogue chez une femme qui présenta une cholécystite primitive due au bacille paratyphique B. La maladie dura un certain temps, s'accompagna de violents frissons et de grandes oscillations de température permettant de croire à la suppuration de la vésicule. L'intervention chirurgicale fut refusée et la malade guérit.

Cette femme avait eu des coliques hépatiques.

Le second cas concerne une femme de trente-trois ans entrée dans le service de M. le professeur Le Damany avec tous les symptômes de l'ictère infectieux.

Cette femme, fatiguée par des grossesses répétées et l'allaitement, fut prise à la fin d'août de douleurs dans la région abdominale, accompagnées de vomissements alimentaires. Au bout de quelques jours, survint une légère coloration de la peau et des muqueuses. Très rapidement l'ictère atteignit une grande intensité et l'état général fut profondément altéré.

Le 3 septembre la température atteint 40° 6. La malade est très abattue, plongée dans une stupeur profonde, répond avec difficultés, est subdélirante.

(1) Roger et Demanche. Sur un cas de cholécystite à bacille paratyphique B, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1908.

La langue est sèche, rôtie ; les vomissements sont rares, les selles fréquentes et décolorées. Le ventre est ballonné, on ne constate pas de taches rosées lenticulaires. L'hypertrophie du foie est considérable, sa palpation réveille de vives douleurs, notamment le long de son bord inférieur qui déborde de cinq centimètres environ le rebord costal. Rien n'indique que la vésicule biliaire soit distendue.

La rate est augmentée de volume. Les urines sont rares et contiennent un peu d'albumine. La réaction de Gmélin n'est pas en rapport avec l'intensité de l'ictère et n'est pas franchement nette.

Le pouls est rapide : 145 pulsations à la minute ; aucun souffle cardiaque.

L'état de la malade reste grave pendant plusieurs jours : la température oscille entre 38° 5 et 39° 5, l'abattement est profond, l'ictère intense, le foie reste douloureux et gros.

Aucun incident notable ne vient traverser le cours de la maladie. Au bout d'une quinzaine de jours, l'ictère diminue d'intensité ; la température s'abaisse légèrement mais persiste. Lentement l'ictère finit par disparaître et longtemps après la température tombe à la normale. La convalescence fut longue. Le foie n'est plus douloureux, a diminué de volume mais reste hypertrophié.

Les troubles digestifs qui avaient précédé l'ictère, son apparition dès le début de la maladie, la douleur hépatique, l'hypertrophie du foie, les signes généraux imposaient le diagnostic d'ictère infectieux avec angiocholite.

La nature de cet ictère fut recherchée par l'hémoculture qui resta négative. Il en fut de même de la séro-réaction au début. Mais vers le milieu de la maladie, l'agglutination devint positive pour le bacille paratyphique B et resta négative pour le bacille d'Eberth et les autres paratyphiques. Il y a quelques semaines le taux d'agglutination s'élevait à 1/500 pour le même bacille et demeurait nul à 1/50 pour les autres.

Comme les précédentes malades, cette femme présentait dans ses antécédents des coliques hépatiques.

Cette variété d'ictère infectieux a été signalée, il y a plusieurs années, par Sacquépée qui a montré que cet agent pouvait déterminer non seulement des ictères infectieux avec état typhique comme chez notre malade mais qu'on devait lui attribuer l'apparition d'un grand nombre d'ictères de gravité moindre sévissant parfois à l'état épidémique et que, dans beaucoup de cas, le simple ictère catarrhal n'avait pas d'autre étiologie.

Les localisations primitives de l'infection paratyphique peuvent se faire sur d'autres appareils. Jusqu'ici il ne semble pas qu'on ait signalé de méningites aiguës dues aux bacilles paratyphiques. Mais ce que nous savons sur la dissémination de ces infections, sur la toxicité de ces agents nous autorise à penser que leur existence peut être une réalité. Il en a été ainsi des méningites éberthiennes dont l'existence, niée au début, a été démontrée au cours des dernières années. A ce point de vue Sacquépée a émis une hypothèse des plus intéressantes. On sait qu'il existe des états méningés à évolution fruste observés à Paris notamment par Guillain et Richet et rencontrés un peu partout dont la nature n'a pu être déterminée. Pour lui, ces états méningés reconnaissent vraisemblablement comme cause déterminante les bacilles paratyphiques. L'analogie qui existe entre ces états méningés et les ictères légers, conséquence de l'infection paratyphique, vient à l'appui de cette affirmation.

Non moins importante à connaître est la localisation primitive du bacille paratyphique sur l'appendice iléo-cæcal. Widal et ses élèves ont eu le mérite d'en faire la preuve tout récemment (1). Le 22 octobre dernier, ils communiquèrent à l'Académie de médecine un cas d'appendicite aiguë au cours de laquelle ils ont reconnu la présence du bacille paratyphique B dans le sang de la malade et ont réussi à le colorer en masses dans les parois mêmes de l'appendice. Ils ont démontré ainsi que l'appendicite n'avait pas toujours sa cause déterminante dans l'intestin, quelque ingénieuse que soit la théorie qu'on invoque ; ils ont fait la preuve de l'origine hématogène de l'appendicite. La malade succomba à la gangrène de l'appendice causée par cette « typho-appendicite qui n'était pas une complication secondaire et accessoire, mais une détermination même de la septicémie paratyphique et l'unique détermination intestinale de cette septicémie ».

Comme on le voit, il existe des localisations primitives en quelque sorte extra-intestinales de l'infection paratyphique qui sont plus fréquentes qu'on ne semble le croire et dont la fréquence ne peut qu'augmenter à mesure que se fait la dissémination de ces infections. La part du bacille paratyphique B est particulièrement importante dans la détermination des angiocholites bénignes ou graves et des cholécystites. Il importe de le rechercher au cours des méningites aiguës ou des états méningés de nature indéterminée. On peut prévoir que nombre d'appendicites peuvent le reconnaître comme cause déterminante et outre l'intérêt clinique qui s'attache à pareilles recherches, s'ajoute un intérêt pronostique de premier ordre pour savoir si l'infection paratyphique conserve son caractère de bénignité remarquable au cours de ses localisations appendiculaires, comme on l'observe en général au cours de ses localisations hépatiques et probablement méningées.

(1) WIDAL, en collaboration avec ABRAMI, BRISSAUD et WEISSENBACH. Origine hématogène de certaines appendicites aiguës, *Acad. de méd.*, 22 oct. 1912.

FORMULAIRE

CONTRE LES PIQURES D'INSECTES

Toucher les piqûres avec :

Menthol	1 gramme.
Ether	10 grammes.

ONCTION INTRA-ANALE CONTRE LES OXYURES

Acide acétique cristallisable	0g20
Vaseline	30 grammes.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

ACTUALITÉS

LA DESTRUCTION PRATIQUE DES MOUSTIQUES SOUS LES TROPIQUES

(L'organisation sanitaire de Panama. Les résultats acquis.)

Il nous arrive de croiser dans la rue ou en villégiature des gens à l'allure languissante, harassée, au teint plombé, aux traits tirés dont la tournure dénote immédiatement le colonial. Nous sommes pris d'un sentiment de pitié pour ces gens qui, après une convalescence plus ou moins longue, retournent affronter les chaleurs, les maladies tropicales dont ils seront fatalement la proie, et nous ne pouvons nous empêcher d'admirer l'insouciance avec laquelle ils côtoient aussi placidement le danger.

Nous avons été effrayés pour notre compte des ravages de la tuberculose, en France le cri d'alarme a été poussé et toutes les mesures de prophylaxie propres à enrayer le mal sont actuellement l'objet des discussions les plus passionnées.

Nous savons le lourd tribu que payent les Blancs au paludisme, mais insouciants nous ne faisons actuellement rien ou à peu près pour eux.

Et pourtant les Américains nous ont donné à Panama un très bel exemple de persévérance et nous montrent aujourd'hui ce que l'on peut obtenir avec de la méthode et des bonnes volontés dans l'organisation d'un service d'hygiène.

Nous avons en général des idées assez vagues sur la topographie de Colon et de Panama, mais ce que nous savons bien c'est que lors des travaux du canal quiconque se rendait à Panama y risquait sa vie et que l'hécatombe fut terrible. En 1851, dès la construction du chemin de fer entre Colon et Panama, on fit venir 1000 travailleurs nègres de la côte occidentale d'Afrique, toujours résistants et habitués aux rigueurs tropicales, tous moururent dans les six premiers mois de leur arrivée. On s'émut, la Chine n'était pas loin, 1000 Chinois arrivèrent sur les chantiers, six mois après tous étaient morts, et le nom de Matachin donné au village rappelle aujourd'hui l'endroit où ces malheureux tombèrent presque tous.

Vers 1881, les Français arrivèrent, et l'ingénieur en chef des travaux, M. Digler, vit mourir rapidement de fièvre jaune sa femme et ses trois enfants. Un autre ingénieur arriva avec soixante-dix jeunes gens tous vigoureux, le premier mois de leur arrivée tous furent décimés par la fièvre jaune.

La Supérieure des Sœurs d'Ançon arrive avec 25 religieuses, 24 Sœurs moururent rapidement, et cette liste lugubre va tous les jours en s'allongeant. Résumons-la en disant seulement qu'avec une armée de 10200 travailleurs par an les Français perdirent en neuf ans 22169 ouvriers, ce qui fait une moyenne de 240 p. 1000 et par an!...

Pouvions-nous déjà faire mieux à cette époque? Peut-être; bien que les grandes découvertes de Laveran, Marchou, Salimbeni, Simon, en médecine tropicale aient surtout été faites entre l'occupation française et l'occupation américaine. Mais, enfin, lors de leur arrivée à Panama les Américains avaient une mortalité de près de 50 p. 1000 et par an, de 820 malades de malaria p. 1000 et par an, ils sont actuellement tombés à 187. En neuf ans, avec 33000 hommes par an, ils en perdaient seulement 4000, réduisant ainsi la mortalité à 7,50 p. 1000. Et pourtant la tâche à accomplir était difficile, et il a fallu la science, le dévouement et l'énergie du médecin en chef, le colonel W. C. Gorgas, pour mener à bien cette belle œuvre qu'est l'organisation sanitaire à Panama. Tout était contre lui, climat, température, terrain, voisinage, toutes conditions éminemment favorables au développement des moustiques.

A Panama, il fait très chaud, la température est constante toute l'année et il pleut quatre mois par an, pluies de peu de durée mais extrêmement abondantes, un tiers du trajet du canal est en pleins marécages et on a vraiment l'impression dans le trajet de Colon à Panama que l'on traverse la région la plus favorable non plus aux développements des miasmes, mais des anophèles et des stegomia fasciata. Dans la région montagneuse du canal il y a tellement de ruisseaux et de rivières à courant lent que si l'on n'est plus surpris de l'effrayante mortalité qui a donné à cette région sa triste réputation sanitaire on reste néanmoins étonné de voir 5000 travailleurs répartis en quarante camps ou villages si bien protégés contre la malaria et la fièvre jaune.

Il a fallu détruire l'habitation des moustiques à la période larvaire, détruire tout ce qui pourrait servir à abriter le moustique adulte, protéger l'habitant contre ses atteintes. Des mesures basées sur la connaissance des mœurs des moustiques ont été appliquées par le colonel Gorgas et ses assistants, dont l'un s'occupe surtout de la vie et des mœurs des moustiques, l'autre est un ingénieur technique et le troisième est chargé de la surveillance et de l'exécution des travaux. Les 500 milles carrés représentant la superficie du canal ont été divisés en 17 districts et chaque district a à sa tête un inspecteur avec 40 ou 50 ouvriers : cantonniers, charpentiers ou menuisiers, 1 à 2 dispensateurs de quinine qui s'occupent de la distribution à tous ceux qui en font la demande d'une dose prophylactique, et veillent à ce qu'il y en ait toujours une provision dans les camps et les mess ouvriers. Chaque jour le chef du district envoie un rapport sur l'état sanitaire de sa circonscription. Ces rapports sont centralisés et si, à la suite d'une enquête faite sur les causes de l'augmentation de la morbidité dans une région, un chef de district est reconnu coupable de négligence il est puni. Les mesures sanitaires sont, comme on va le voir, en somme assez simples. Tout est dans la façon de les exécuter.

Il a fallu d'abord supprimer tout milieu favorable au développement des larves d'anophèles. Pour cela on a dû niveler le terrain, le dessécher par tous les procédés de drainage. On a employé successivement les fossés ouverts auxquels on a dû vite renoncer; sur les bords la végétation poussait d'une façon tellement intense, que rapidement ils étaient encombrés d'algues et d'herbes, qui ralentissaient le courant de l'eau, abritaient ainsi merveilleusement les larves et rendaient à peu près inutiles les poissons chargés de leur destruction. Il fallait nettoyer ces fossés très souvent et le procédé devenait par cela même extrêmement coûteux. On tenta les canaux cimentés, plus pratiques, mais le ciment se fendille, après les orages la terre s'y dépose dans le fond, les algues et les herbes y poussent, on retombe dans les inconvénients des fossés ouverts, le nettoyage doit en être fait chaque quinzaine, et si l'on songe au nombre de ces canaux et à leur longueur l'entretien reste coûteux. Le seul procédé adopté actuellement, chaque fois que cela est possible, est le drainage du sous-sol par des canalisations en briques ou en tuiles recouvertes de pierres et de cailloux permettant à l'eau de s'infiltrer jusqu'à eux sans être en contact avec la partie supérieure. Les résultats sont excellents et le prix de revient minime. Lorsque pour une raison ou pour une autre ce procédé de drainage n'est pas possible, on utilise les précédents, on brûle alors les herbes et les algues ou on les arrose de sulfate de cuivre ou de larvicide en tâchant de détruire le moins possible, dans les rivières, le petit poisson appelé « Million ». Dans les régions tropicales il se reproduit avec la plus grande facilité et a donné dans la destruction des larves d'insectes les meilleurs résultats, mais là seulement où on ne peut employer le larvicide, beaucoup plus actif évidemment. Pour les étangs, les mares, les flaques d'eau on a d'abord employé les huiles grasses et le pétrole. Sur les bords des routes des réservoirs sont installés et les cantonniers chargés également des travaux sanitaires portent sur le dos un appareil analogue à celui employé par nos paysans pour le soufrage des

vignes, ils en versent dans tous les endroits où la femelle est susceptible de déposer ses œufs.

Chaque mare, chaque poche d'eau stagnante est examinée au moins une fois par semaine et recouverte à nouveau du larvicide si nécessaire. Pour les ruisseaux ou les étangs, un tonneau d'arrosage ordinaire est traîné par un cheval et le larvicide est par un tuyau déversé immédiatement dans la partie où l'on veut détruire les larves.

Le larvicide qui donne les meilleurs résultats est un mélange de résine, d'acide phénique et de soude caustique. Son action antiseptique est telle qu'il suffit de l'employer à 1 p. 5000. On l'utilise prudemment du reste, car là-bas le cours des ruisseaux change souvent, il faut veiller aux infiltrations et ne pas souiller les réservoirs d'eau potable.

Les résultats de cette méthode prophylactique complétée par la destruction du moustique adulte ont justifié toutes les espérances. Hangars, wagons en cours de route sont désinfectés par la fumigation, la poudre de pirèthre est la plus employée. Autour de chaque camp on brûle les algues, les herbes, les plantes à larges feuilles qui en temps de pluie peuvent être d'excellents petits réservoirs où la femelle viendrait pondre. Si l'on doit faire au camp un séjour prolongé on nivèle le terrain, sème du gazon que l'on maintient tondu très ras et l'on construit ensuite le futur village. Les plans de chaque village, de chaque maison doivent être approuvés par l'autorité sanitaire.

Les maisons seront élevées sur pilotis à 40 centimètres audessus du sol, ainsi pas de rats par-dessous (prophylaxie contre la peste), pas de flaques d'eau ménagère possible, sans attirer l'attention de la police qui dresse immédiatement une contravention. Cette maison en bois n'est pas inélégante, elle est économique et confortable, c'est un vaste moustiquaire dans lequel on peut vivre au grand air, complètement à l'abri de l'anophèle alors que dans nos colonies l'habitation indigène est une maison aux portes et aux fenêtres closes, avec moustiquaire indispensable à l'intérieur. Toute la maison est entourée d'une toile métallique qui en interdit l'entrée aux moustiques. Les agents charpentiers surveillent l'état des treillis, qui avec un peu d'entretien durent facilement cinq ou six ans.

Enfin les malheureux moustiques sont encore pris soit à la main, soit au piège. Pour les prendre à la main on se sert de tubes de verre contenant un peu de coton imbibé de chloroforme que l'on pose sur le moustique endormi ou de simples filets à papillons ordinaires. Dans les treillis, près des ouvertures on installe des pièges à moustiques, sorte de tubes contenant un antiseptique, permettant de prendre les anophèles soit à l'entrée soit à la sortie de l'habitation.

Ces mesures sont complétées par une lutte journalière contre la fièvre jaune. Depuis mai 1906 pas un seul cas de fièvre jaune n'a été signalé à Panama et actuellement un stegomia adulte est considéré comme une curiosité et l'on voit très rarement des larves de stegomia dans la zone du canal, et pourtant il y a constamment des cas de fièvre jaune dans les régions voisines au Vénézuéla, en Colombie et à l'Equateur.

A quatre jours de Bilbao, port d'entrée du canal du côté du Pacifique, se trouve la ville de Guayaquil, où la peste est endémique. Panama en est préservé par l'application stricte des mesure de quarantaine et par une constante destruction des rats. On fait usage pour cela de pièges et de poisons. Les pièges-cages ordinaires donnent les meilleurs résultats, les pièges doivent être nettoyés et changés souvent, car sans cela les rats les reconnaissent et ne se laissent plus prendre. Comme poison, le plus employé est la pâte phosphorée. Tous les produits biologiques ont donné des mécomptes. Puis les rats pris ou empoisonnés sont plongés dans le bain de larvicide à 3 p. 100 et envoyés au laboratoire pour être examinés; alors, s'il y a lieu, on renforce les mesures de destruction. Une des dernières mesures adoptées contre eux est l'élévation des bords des puits pour les empêcher d'y pénétrer, les maisons sont, comme nous l'avons dit, bâties en surélévation du sol et ainsi aucun abri ne leur est laissé.

Si l'on ajoute à cela un examen fréquent de l'eau potable, on ne sera pas surpris des bons résultats obtenus dans la lutte contre la dysenterie et la fièvre typhoïde à Panama.

Et tout cela n'a pas coûté très cher, 20 centimes environ par jour et par habitant. Mais ces dépenses n'ont-elles pas été largement compensées par les résultats que nous donnons au début de cette étude! En 1906, le nombre de malades était de 6,83 p. 100 par mois, ce qui faisait environ 3237 malades constamment par mois. En 1910, la morbidité était descendue à 1,55, c'est-à-dire à 743 cas constamment par mois avec une diminution de 2503 par mois sur l'année 1906. Si l'on estime à cinq jours le degré d'incapacité de travail pour chaque individu, nous avons un gain de 150163 journées de travail, à 3 dollars par jour en moyenne, un bénéfice de 450491 dollars!

Contre tout danger de contamination venant de l'extérieur, le service sanitaire maritime fonctionne très bien, aucune mesure vexatoire ou inutile de quarantaine, mais une application raisonnée des règlements plus sévères que chez nous.

« La commission sanitaire a pleins pouvoirs pour interdire l'entrée de la zone du canal et de toute partie de la République où s'exerce la juridiction des Etats-Unis aux personnes suivantes : idiots, tarés, épileptiques, pauvres, criminels, mendiants de profession, personnes atteintes d'affections répugnantes ou contagieuses, agitateurs, ceux que la commission jugerait pouvoir troubler l'ordre ou la santé publics.

Les émigrants ou les étrangers, dans les conditions ci-dessus désignées, n'auront pas l'autorisation de débarquer et le prix de leur séjour à bord sera supporté par le bateau qui les aura transportés.

Pour toute personne débarquée clandestinement, la personne responsable de cette infraction aux règlements sera passible d'une amende de 200 à 800 dollars. »

Ainsi donc prophylaxie sanitaire et morale contre les dangers extérieurs, dangers signalés par une patente délivrée dans chaque ville où réside un consul américain par le consul *assisté d'un médecin américain* assermenté chargé d'enquêter sur l'état sanitaire du pays où il réside et de délivrer des patentes.

Cette mesure simple en apparence est excellente en soi; les patentes devraient être données par des médecins assermentés et adjoints aux consulats, et non par les agents consulaires seuls.

A mon retour de Colon le chargé d'affaires de France au Vénézuéla, qui habite Caracas et ne vient à la Guerra que pour y délivrer ses patentes, M. Doyeux, à qui je demande la patente du paquebot « Martinique » le 29 novembre 1912, me délivre pour ce jour une patente portant 4 cas de fièvre jaune, deux décès, cas, dit-il, signalés en ville. Or, la veille, 26 novembre, toutes les patentes hollandaises, anglaises, américaines, costa-riciennes, colombiennes délivrées aux navires quittant la Guerra étaient nettes, ce même jour le « Berbice » sous pavillon anglais accoste au quai et repart pour les colonies anglaises avec une patente nette.

Je fais une enquête, j'apprends que le médecin américain conteste le diagnostic du seul cas de fièvre jaune signalé par les autorités locales. Malgré les réclamations nous partons avec une patente française brute, mais nous nous munissons d'une patente anglaise nette, nous permettant de faire du charbon sans ennui à Sainte-Lucie, colonie anglaise, au lieu d'être en quarantaine à Fort-de-France, colonie française. A l'aller, le 14 novembre 1912, le même agent consulaire nous délivrait une patente nette, alors que le médecin américain signalait déjà un cas douteux de fièvre jaune et le service sanitaire de Colon fit subir, à l'arrivée, aux passagers venant de la Guerra, les mesures de quarantaine, ne se fiant pas à la teneur de la patente française. Ces faits sont préjudiciables à tous points de vue, pour les compagnies de navigation, pour les passa-

gers ensuite et aussi, disons-le, pour notre prestige national. Il serait à souhaiter que nos consuls s'ils restent chargés de donner seuls des patentes nettes ou brutes, puisqu'ils sont incompétents sur ce sujet, s'entourent au moins de renseignements auprès des personnes qualifiées pour cela et conservent ainsi aux patentes leur valeur et leur importance. Et ce fait n'est pas isolé. Sur cette ligne il se reproduit très fréquemment, et ce n'est pas la seule, je pourrais signaler des faits analogues sur la ligne du Levant. Tout cela est profondément regrettable, les mesures sanitaires que l'on juge devoir prendre sont jugées inutiles, arbitraires très souvent non seulement par les passagers, mais par les commandants de navire, et leur juste application en devient très difficile.

Puisque nous sommes en colonies françaises attirons l'attention sur l'hygiène de la Martinique et de la Guadeloupe : quelles critiques nombreuses, hélas! justifiées, l'on trouve à faire au retour de Colon !

A Fort-de-France, partout en ville, des canaux avec de l'eau stagnante par flaques devant les habitations, une rivière sale et marécageuse, et tout un quartier, près de l'hôpital, est vraiment dans un état de malpropreté repoussante.

A la Pointe-à-Pitre pas d'égouts, deux longs canaux ouverts, pleins d'eau de vidanges et de détritus de toutes sortes sans la moindre pente, sans le moindre écoulement, de l'eau sale partout autour des habitations, des cabanes en bois baignant littéralement dans la boue ; et tout cela serait si facile à modifier si les administrations locales permettaient aux médecins chargés du service de faire appliquer les mesures qu'ils prescrivent et ajoutaient une sanction à chaque infraction aux règlements, mais hélas! dans nos colonies la politique de couleurs s'en mêle, un médecin zélé est vite découragé par les complications que l'on suscite autour de lui, et s'il ne l'est pas, il est rappelé à d'autres fonctions ! Aussi quel tribut paient les Européens au paludisme, à la fièvre typhoïde, à la tuberculose dans ces deux colonies !

Ce que les Américains ont fait à Panama au milieu de difficultés inouïes, pourquoi ne pas le faire dans la plupart de nos colonies, où la nature du terrain, le régime des pluies, la température, la végétation sont en notre faveur. Songeons au nombre incalculable de journées de travail perdues, au prix de revient de nos fonctionnaires coloniaux à qui nous devons donner de longs congés de convalescence, au nombre d'existences perdues tous les ans. Si nous songeons que la République de Panama, la région la plus malsaine connue, est devenue actuellement presque un « health ressort », si nous avons ainsi la preuve que les Européens peuvent parfaitement vivre sous les tropiques sans courir plus de danger qu'en Europe, quelle terrible responsabilité nous encourons par l'indifférence avec laquelle nous envisageons ces grands problèmes d'hygiène coloniale ! Faisons quelque chose pour la santé de nos coloniaux. Utilisons toutes les bonnes volontés, les mesures d'hygiène et les frais nécessités pour leur application seront largement compensés par les résultats, nous ferons ainsi véritablement de la bonne économie politique : en travaillant pour la santé de nos coloniaux tout en rendant service à nos nationaux nous travaillerons pour la prospérité de nos colonies et la grandeur du pays.

Dr PAUL FERREYROLLES
(de La Bourboule),
Médecin sanitaire maritime.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1913)

Nouveau cas de gangrène pulmonaire bilatérale guérie par la méthode des injections intrabronchiques. — M. GUISEZ rapporte le cas d'un malade atteint de gangrène bilatérale à forme particulièrement grave et qu'il a soigné, avec M. Main, par la méthode des injections intrabronchiques. La guérison a été complète, malgré l'étendue des lésions. C'est le septième cas de ce genre que l'auteur guérit par cette méthode, qui a pour objet essentiel l'envoi par la trachée et les bronches, jusqu'au poumon, de doses massives (20 centimètres cubes) de solutions huileuses goménolées, gaïacolées, réalisant ainsi un véritable pansement intrapulmonaire. Des expériences précises, faites sur le chien avec M. Stodel, ont démontré en effet qu'un liquide colorant injecté par le larynx et la trachée imbibait immédiatement tout le parenchyme pulmonaire. Comme tous les cas soignés par cette méthode ont guéri, il semble que l'on soit en présence d'un traitement véritablement spécifique de la gangrène pulmonaire.

Ménorragies et troubles de coagulation sanguine. — M. P. Emile WEIL rapporte l'histoire d'une femme de quarante-cinq ans, dont les règles reviennent, depuis vingt ans, tous les quinze jours, et durent chaque fois huit jours. Cette femme n'a aucun antécédent hémorragipare, héréditaire ou personnel. L'examen des différents viscères les montre normaux; l'appareil génital est sain. Seul, une lésion dyscrasique du sang peut expliquer cet état hémorragipare : le sang veineux se coagule avec un retard notable (trente minutes) et le sérum est jaune foncé.

Cette observation est importante, car elle montre que de grandes ménorragies ou métrorragies isolées peuvent, comme celles qui s'accompagnent d'autres hémorragies, relever de troubles dysendocriniques (dans l'espèce, cholémie et hyperthyroïdie); le chaînon intermédiaire entre les troubles dysendocriniques et ces hémorragies étant les anomalies sanguines.

La conclusion qui s'impose est la suivante : en cas de pertes profuses, il faut procéder d'abord à un examen du sang, puis on traitera ces cas médicalement, en poursuivant la correction des lésions sanguines et des troubles dysendocriniques, sans s'occuper de l'utérus, qui est habituellement sain.

Effets comparés du bicarbonate de soude et du chlorure de sodium sur l'hydratation de l'organisme. — Chez une femme atteinte de cirrhose avec ascite, dont l'épanchement diminuait graduellement sous l'influence du régime lacté, MM. ACHARD et RIBOT ont comparé les effets de l'ingestion de chlorure de sodium et de bicarbonate de soude donnés pendant trois jours chacun avec six jours d'intervalle entre les deux. La dose totale de chlorure fut de 45 grammes, celle de bicarbonate de soude de 75 grammes, donnant respectivement $17^{g}73$ et $20^{g}17$ de sodium.

Pendant les trois jours de chloruration, il y eut rétention de 49 p. 100 du sodium, qui s'élimina presque entièrement ensuite pendant les six jours d'intervalle.

Pendant les trois jours de bicarbonate, le sodium du bicarbonate fut retenu dans la proportion de 55 p. 100; il y eut, en outre, une petite rétention de sodium à l'état de chlorure.

Chaque fois le poids remonta, mais plus avec le chlorure (2 kilos) qu'avec le bicarbonate (700 grammes). Chaque fois aussi il redescendait après; mais, tandis que la déshydratation qui suivit la cessation du chlorure se fit avec élimination du chlorure retenu, celle qui suivit la cessation du bicarbonate se fit malgré la rétention persistante du sodium du bicarbonate.

Les auteurs rapprochent ce résultat de ceux qu'ils avaient obtenus antérieurement en injectant diverses substances dans des ascites. L'injection de chlorure de sodium était suivie d'accroissement du poids et d'augmentation de l'épanchement, tandis que celle de glycose ou d'urée, tout en provoquant une rétention locale de chlorure de sodium, d'ailleurs faible et transitoire, était suivie de l'élimination de la substance injectée et ne provoquait pas le même effet hydropigène que l'injection de chlorure.

Dans une seconde observation, qui concerne un homme atteint de néphrite scléreuse avec rétention d'urée sans œdème, MM. Achard et Ribot ont aussi comparé les effets du bicarbonate et du chlorure donnés chacun pendant trois jours, avec trois jours d'intervalle. Or le sodium du bicarbonate fut retenu dans la proportion de 60 p. 100, et celui du chlorure seulement dans la proportion de 29 p. 100. Néanmoins le poids, qui baissait avant l'expérience par suite d'un régime insuffisant, descendit encore de 1500 grammes pendant le bicarbonate et remonta au contraire de 2 kilos pendant le chlorure. D'ailleurs, le bicarbonate n'avait provoqué qu'une rétention très légère de chlorure (3g20), tandis que la rétention du chlorure ingéré s'était élevée à 12g50.

En somme, l'hydratation produite par le chlorure de sodium est plus forte que celle due au bicarbonate, et la déshydratation consécutive s'accompagne de l'excrétion du sodium retenu à l'état de chlorure, mais non toujours de celle de sodium retenu à l'état de bicarbonate. C'est en provoquant une rétention secondaire de chlorure de sodium que le bicarbonate exerce principalement ses effets hydratants.

Les œdèmes bicarbonatés chez les diabétiques. — MM. Marcel Labbé et Guérithault ont étudié, chez trois diabétiques avec dénutrition et acidose, le métabolisme du chlore et du sodium et l'évolution du poids à la suite du traitement par le bicarbonate de soude.

Ils concluent que les diabétiques avec dénutrition présentent le plus souvent, après absorption de fortes doses de bicarbonate, des augmentations de poids et des œdèmes. Ces augmentations de poids sont dues à l'hydratation de l'organisme, ainsi que le prouve l'étude du coefficient de diurèse.

L'étude du métabolisme numéral montre que la rétention chlorée est inconstante. Par contre, une rétention de sodium plus ou moins considérable se produit toujours. Elle est suivie d'une expulsion correspondante de sodium après la cessation du traitement bicarbonaté, même s'il y a rétention chlorée, la rétention de sodium non chloré est plus importante que la rétention de sodium chloré.

L'hydratation de l'organisme peut tenir à des facteurs divers : rétention de chlore, rétention de sodium à l'état de bicarbonate ou bien sous forme d'autres combinaisons dont la nature nous est inconnue.

Les hydratations dues à la rétention de sodium non chloré sont parfois abondantes, mais elles sont fugaces; les hydratations dues à la rétention de chlorure de sodium sont plus persistantes.

L'équilibre minéral présente chez les diabétiques avec dénutrition une instabilité remarquable. Spontanément, sans aucune intervention diététique ou thérapeutique, on les voit faire de la déminéralisation ou au contraire de la reminéralisation.

Ces variations d'équilibre expliquent l'instabilité du poids des malades et les résultats différents du traitement bicarbonaté suivant les sujets et suivant la période à laquelle on l'institue. Elles nous font comprendre la variété des résultats obtenus par les auteurs qui ont étudié cette question.

Technique et indications de la laparoscopie. — M. Louis Rénon présente un appareil inventé par Jacobaeus (de Stockholm) et destiné à explorer la cavité abdominale. Cet appareil se compose d'un cystoscope droit n° 12, d'un trocart, d'une grande gaine pourvue d'une soupape métallique et d'une petite gaine intérieure qui, introduite dans la grande gaine, s'oppose à la fermeture de la soupape.

Quand le malade à examiner présente de l'ascite, on évacue d'abord le liquide, puis on insuffle de l'air stérilisé dans la cavité abdominale, et à l'aide du cystoscope on explore les modifications d'aspect et de couleur du foie, du péritoine pariétal, du péritoine viscéral et de l'intestin. Cette méthode donne des renseignements intéressants dans les cirrhoses hépatiques, dans le foie cardiaque, la syphilis et le cancer du foie, ainsi que dans les péritonites tuberculeuses et cancéreuses.

Grâce à une nouvelle technique indiquée par M. Rénon, il semble possible d'appliquer sans danger la méthode s'il n'existe pas d'ascite, et de pouvoir explorer toute la région abdominale en élargissant le cadre actuel de la laparoscopie.

Syndrome d'infection secondaire au cours des états broncho-pneumoniques de la première enfance. — MM. Ribadeau-Dumas, Philbert et Mme Wolfrom. On peut observer chez le nourrisson à la suite d'une infection de l'arbre respiratoire un syndrome grave toujours identique à lui-même et dont l'apparition annonce une mort rapide. Les enfants prennent rapidement de la manifestation infectieuse primitive qui peut être une broncho-pneumonie, une bronchite, une rhinite ou un simple rhume, mais on voit bientôt survenir des vomissements, des selles liquides, de nouveaux signes pulmonaires. Le thermomètre marque une température très élevée et le petit malade meurt après avoir présenté quelques signes cérébraux ou cérébro-méningés.

Il est peu probable que ce syndrome soit l'expression de la détermination d'une complication infectieuse sur un organe isolé. A l'autopsie on trouve en effet des lésions diffuses, dégénératrices, œdémateuses et congestives. Une seule fois la ponction lombaire a été positive et a montré un envahissement massif du liquide céphalo-rachidien par le pneumocoque. C'est également ce microorganisme qui a été constaté dans les exsudats étudiés où il abondait. On peut se demander si, dans ces faits, il ne s'est pas produit de réactions spéciales de l'organisme analogues à celles qui ont été signalées dans les réinfections et on serait porté à admettre que dans les faits observés le nourrisson sensibilisé par une première atteinte se trouvait en état d'hyperergie, l'une des expressions de cet état étant une pullulation microbienne extraordinaire.

Quatre cas de fièvre récurrente observés à Saloniqne. — MM. Coryllos et Perakys rapportent quatre cas de fièvre récurrente observés par eux à l'hôpital de la Croix-Rouge hellénique à Salonique. Ce sont les premiers cas de fièvre récurrente constatés en Macédoine. Ces quatre cas ont évolué d'une façon classique.

L'un d'eux traité par une injection intraveineuse de salvarsan a guéri en moins de vingt-quatre heures.

Etude d'une crise de grande azotémie. — MM. Mosny et Javal ont observé un saturnin brightique qui a fait une crise de grande azotémie (4g 22 d'urée dans le sérum). Après une période de coma sa rétention uréique est descendue à 1g50. Pendant quinze mois sa rétention uréique oscilla entre 1 et 2 grammes. Son état ne cessa d'être précaire et il mourut de cachexie azotémique en état de cécité complète par rétinite azotémique. La longue durée de cette azotémie après une crise aussi aiguë pourrait paraître paradoxale si l'autopsie n'en avait donné l'explication. Ce malade qui, au début de sa crise, avait eu une hémorragie méningée, avait fait consécutivement un foyer d'hémorragie cérébrale que l'on retrouva à l'autopsie. Ces deux hémorragies (méningée et cérébrale) ont provoqué chez cet homme antérieurement brightique une poussée d'azotémie aiguë, simple exagération de son azotémie antérieure. Après la résorption de ses hémorragies son azotémie est retombée à ce qu'elle était avant, c'est-à-dire à

une rétention moyenne compatible avec une survie de quinze mois.

Des observations de grandes poussées azotémiques par barrage rénal temporaire ont déjà été rapportées, notamment par MM. Froin et Marie dans le choléra, par MM. André Weill et Wilhem dans la grossesse, par M. Widal dans l'anurie calculeuse.

Les auteurs rapportent six cas qui montrent que, lorsque survient l'anurie ou même seulement l'oligurie au cours de l'éclampsie, de l'œdème pulmonaire ou de la colique saturnine, la rétention uréique des humeurs peut augmenter momentanément. Ces azotémies le plus souvent assez légères témoignent d'une défaillance rénale qui n'est que transitoire. Il est important au point de vue du pronostic de les distinguer des azotémies des maladies rénales constituées et la distinction est d'autant plus facile que les symptômes cliniques sont différents. En cas de doute il suffit de faire deux dosages successifs d'urée dans les humeurs à quelques jours d'intervalle.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNE MAISON MÉDICALE

Projet soumis à l'Association générale par le docteur SARLES (*de Marseille*).

Un de nos confrères vient de soumettre à l'Association générale des médecins de France un projet qui peut paraître au premier abord d'une réalisation difficile, mais qui présente de tels avantages qu'il y aurait lieu de l'étudier avec le plus grand soin.

Après avoir fait remarquer combien est modeste le siège de la plus importante association des médecins français, le docteur Sarles (de Marseille), membre lui-même du Conseil général, se demande si l'on ne pourrait pas constituer à Paris une Maison des médecins, non au sens de maison de retraite, suivant la formule si heureusement réalisée déjà, mais comme une sorte d'hôtel qui ouvrirait aux médecins de passage à Paris, comme à ceux qui y résident, un lieu de réunion, une maison d'exposition, etc.

Dans l'esprit de notre confrère, il s'agirait d'un immeuble d'une certaine importance et qui pourrait du reste s'agrandir par la suite. Le rez-de-chaussée serait une exposition permanente de tout ce qui pourrait intéresser le médecin : produits chimiques, pharmaceutiques, antiseptiques, instruments de chirurgie et d'orthopédie, d'électrothérapie et physiothérapie, accessoires, librairie médicale, etc. L'idée sourirait beaucoup, je pense, à nos confrères des départements qui perdent si aisément un temps précieux à courir d'un fournisseur à l'autre. J'ai pour ma part gardé le souvenir plutôt amer de quelques matinées gâchées ainsi; l'une d'elles fut en particulier consacrée à découvrir dans la direction du Temple l'ingénieux et trop modeste constructeur de l'instrumentation de de Martel pour la trépanation. Depuis quelques années les organisateurs du Congrès annuel de chirurgie ont organisé une exposition qui groupe les principaux fabricants et qui se développe sans cesse, attirant maintenant les exposants étrangers. Chacun, je crois, a trouvé son compte à cette innovation et je puis dire que le Congrès lui-même y gagne un certain nombre d'assistants supplémentaires. Ce qui se fait ainsi pour quelques jours, ne pourrait-on l'organiser d'une façon durable ?

Le comité médical de Marseille a réalisé une idée analogue sur des bases beaucoup plus modestes lorsqu'il a décidé de mettre à la disposition des spécialités pharmaceutiques qui en feraient la demande des vitrines dans lesquelles sont exposées les principales nouveautés thérapeutiques. Là encore les confrères ont fait le meilleur accueil à cette innovation.

Le docteur Sarles désirerait du reste que la Maison des médecins rendît encore d'autres services. Le premier étage pourrait être le véritable siège de l'Association générale; il se composerait d'une bibliothèque, d'un laboratoire, d'un musée de moulages, de collections anatomo-pathologiques et bactériologiques, de salles de correspondance et surtout d'une vaste salle de conférences où nos jeunes confrères se feraient un honneur de venir de temps en temps exposer à leurs confrères de province les questions nouvelles.

Enfin les étages supérieurs seraient occupés par un hôtel qui aurait une clientèle toute faite et serait ainsi assuré de rémunérer les capitaux que l'on engagerait dans cette combinaison.

Je crois que l'Association générale serait bien inspirée en étudiant ce projet en vue d'une réalisation qui apparaît sinon facile, au moins très possible.

LÉON IMBERT.

ANALYSES

MÉDECINE

Contribution à l'étude de la diphtérie nasale. (Mme Mathilde DE BIEHLER et BODGAN KORYBUT-DASKIEWICKZ. *Arch. de méd. des enfants*, nov. 1911.) — De cet intéressant travail, très documenté, nous retiendrons les principales conclusions suivantes : la diphtérie primaire du nez n'est pas rare chez les enfants âgés de moins d'un an; à côté d'un catarrhe rebelle, avec des petites oscillations de température, la maladie n'a rien de caractéristique pour être reconnue sans examen bactériologique; il faut donc toujours y penser. Seul le traitement par le sérum est rationnel. La diphtérie du nez chez l'enfant envahit rarement le pharynx, le larynx. Il faut faire un examen bactériologique du mucus du nez chez tout enfant plus âgé, auquel on voudrait faire une opération sur la muqueuse nasale. B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

La méningite cérébro-spinale épidémique chez les enfants. La sérothérapie antiméningococcique. (A. PAPANAGIOTU. *Arch. de méd. des enfants*, nov. 1911.) — Ayant eu l'occasion d'observer à Athènes une épidémie de méningite cérébro-spinale, l'auteur tire de ses vingt observations personnelles un certain nombre de conclusions. Tout d'abord, en ce qui concerne la contagiosité, l'auteur pense qu'il ne s'agit pas de contagion par contact direct, et qu'il n'y a rien d'analogue entre la contagiosité de cette affection et celle de la rougeole, de la varicelle, etc.

Le début fut, suivant les cas, très variable, très brusque, ou très insidieux ; les symptômes les plus constants furent les contractures, l'hyperesthésie, la tension des fontanelles. La mortalité après traitement par le sérum fut de 7,14 p. 100. En terminant cette excellente étude, l'auteur étudie successivement l'influence du sérum, sur certaines formes, sur les complications et les accidents consécutifs à l'usage du sérum.

B. GAYARD.

La butyro-réaction de Noguchi-Moore dans la poliomyélite antérieure aiguë. (MELLO LEITAO. *Arch. de méd. des enfants*, nov. 1911.) — Cette réaction consiste en la recherche de la globuline à l'aide d'un réactif spécial, dans le liquide céphalo-rachidien. Noguchi et Moore l'ont appliquée au diagnostic des affections métasyphilitiques du système nerveux. Flexner et Clarke l'ont constatée dans la poliomyélite épidémique expérimentale du singe. L'auteur l'a recherchée au cours d'une épidémie de poliomyélite antérieure aiguë. Ses

conclusions sont les suivantes. A la période préparalytique, l'épreuve est fortement positive, et elle reste nettement positive dans les deux premiers mois de la paralysie. Cette épreuve donne donc de précieux renseignements pour le diagnostic étiologique de la paralysie récente, permettant de distinguer la paralysie infantile, de la paralysie hystérique ou de la méningite transverse. Seule la méningite tuberculeuse donne également une réaction positive. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Traitement des ankyloses du genou. (PAYR. *Arch. für klin. Chir.*, octobre 1912.) — L'ankylose du genou sera, sauf contre-indication, traitée par la méthode sanglante. L'intervention est délicate, les indications sont difficiles à poser; les soins consécutifs exigent de la patience de la part de l'orthopédiste et du patient.

Les CONTRE-INDICATIONS sont les suivantes :

a. *Inflammation.* — Il faut opérer bien à froid, un an au minimum après l'extinction complète de toute réaction inflammatoire (traumatique ou infectieuse). Pendant cette période d'attente, empêcher l'atrophie musculaire par le massage.

b. *Fistules, ulcération, plaie* qui prédisposent à l'infection.

c. *Périarthrite*, infiltration péri-articulaire.

d. *Age trop avancé* (cinquante ans et au-dessus).

e. *Atrophie musculaire trop marquée.*

f. *Mauvais état général* (obésité, tuberculose, asthénie).

g. *Mauvais état mental*, apathie, inintelligence, mauvais vouloir par espoir d'une rente, etc.

Le TRAITEMENT PRÉ-OPÉRATOIRE comprendra : le massage, l'électrisation pour éviter l'atrophie des muscles, quelquefois la myoplastie du quadriceps, la ténotomie ou allongement des fléchisseurs en cas de flexion marquée du genou ; redressement du genou après ostéomie en cas d'ankylose en position vicieuse. En un mot s'organiser avant d'opérer pour que le membre soit susceptible de permettre une marche parfaite et correcte.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — A. *Ankyloses fibreuses.* — *a.* Incision de Kirschner. Longue section verticale en dehors de la rotule se recourbant en dedans à sa partie inférieure, passant en dessous de la tubérosité antérieure du tibia, et aboutissant à la face interne du tibia.

b. Section de la tubérosité antérieure du tibia à l'ostéotomie ; relèvement du ligament rotulien et de la rotule. La capsule est tranchée transversalement d'un ligament latéral à l'autre, au niveau de l'interligne articulaire.

c. Débridement de tous les tissus fibreux, qui empêchent la découverte de l'articulation elle-même. Couper toute la capsule y compris les ligaments latéraux ; ceux-ci seront soigneusement conservés, car ils devront être reconstitués.

d. Résection des parties molles : capsule, ligaments croisés, paroi postérieure de la capsule, masses fibreuses intra-articulaires néoformées, etc. C'est surtout en arrière de l'articulation, là où la capsule est très épaisse, qu'il faudra soigner cette excision fibreuse. On est souvent obligé de disséquer les vaisseaux poplités, surtout lorsqu'il y a eu suppuration. C'est là le conseil donné par Payr. Les fibro-cartilages seront excisés ; il est nécessaire quelquefois d'enlever une couche osseuse de 1 centimètre d'épaisseur en ayant soin de donner à la surface de section une convexité régulière.

B. *Ankyloses osseuses.* — Faire deux incisions latérales arciformes qui ne comprennent pas l'appareil extenseur ; les os sont ruginés de façon à exposer l'interligne.

L'opérateur sectionne l'os du côté du fémur et du côté du tibia. La portion fémorale sera taillée convexe ; celle du tibia concave. On luxera les deux extrémités osseuses, pour exciser les parties fibreuses comme précédemment dans les ankyloses fibreuses.

Que l'ankylose soit fibreuse ou osseuse ; il faut pour la guérir faire une *interposition*, et c'est là que le procédé de Payr est utile. Ce dernier fait une longue incision remontant jusqu'au grand trochanter (30 centimètres). Cette incision s'unit à l'incision de la résection ; puis il taille un lambeau aponévrotique aux dépens du fascia lata; lambeau dont la largeur est de 8 centimètres environ ; il comprend le tissu adipeux sous-cutané, là où il se montre adhérent. Le lambeau est rabattu autour de sa base inférieure, amené entre les deux os de façon à recouvrir la face cruentée du fémur, la face postérieure des os; il est fixé en arrière par quelques points de catgut au périoste de la face postérieure du fémur et aux muscles du creux poplité. Il faut éviter toute tension du côté du lambeau. Avant de faire cette interposition, il faut être certain, que la résection a été suffisante, pour que l'article se mette facilement à angle droit. L'hémostase doit être parfaite ; quand l'interposition est terminée, on suture la peau, et on fait un pansement compressif.

Les *soins consécutifs* sont très importants. Pendant la première semaine, le membre est immobilisé en extension continue à l'aide d'un clou (Naguel-extension), on utilise un poids de 10 à 12 kilogrammes, de façon à produire entre les surfaces osseuses un écart de 2 centimètres, constaté à la radiographie. S'il existe un hématome, l'opérateur l'évacuera par une ponction. Au bout de dix à douze jours, alors que la plaie sera guérie, on commencera la mobilisation du genou ; on veillera surtout à éviter toute rotation et tout mouvement de latéralité. Au bout de trois semaines le sujet commencera des mouvements avec l'appareil pendulaire de Bonnet. Ces mouvements seront pratiqués à la dose de *six heures par jour*. Le malade sera en même temps pourvu d'un appareil de marche destiné à soulager le genou du poids du corps. Pendant toute cette période de convalescence qui durera six mois à un an le sujet sera constamment surveillé ; des radiographies seront faites ; parfois des interventions complémentaires seront nécessaires, pour empêcher les néoformations osseuses, les néoformations fibreuses, des vices de position, la reproduction de l'ankylose, etc.

R. DE BUTLER D'ORMONT.

LIVRES NOUVEAUX

La Tuberculose du larynx et des voies respiratoires supérieures (1), par F.-J. COLLET, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

La « Bibliothèque de la tuberculose », qui doit comprendre 25 volumes in-18 jésus, vient de voir naître un de ses enfants dont l'aspect très séduisant dénote une solide et vigoureuse constitution. Nul doute qu'il fasse brillamment son chemin dans le monde médical et qu'il trouve particulièrement un excellent accueil dans la famille déjà nombreuse des laryngologistes.

Ce volume, dû à la plume du professeur Collet (de Lyon), atteint près de 900 pages. La lecture en est facile; une centaine de figures, dont 16 planches hors texte et 8 en couleur, ajoutent d'une façon expressive à l'intérêt du texte. Tout en étant une œuvre didactique, construite sur un plan très clair autant que très approfondi, ce travail garde une note caractéristique qui plaira au lecteur. Malgré la division classique des chapitres et des sous-titres, le docteur Collet donne une large place à la clinique. Bien peu de descriptions symptomatiques ou de données pronostiques qui ne s'accompagnent de faits vécus dont plus de la moitié ont été observés par l'auteur. Il semble que nous parcourions une vaste salle d'hôpital dans laquelle les malades auraient été groupés suivant leur physio-

(1) Paris, O. Doin et fils.

nomie clinique. L'agencement du livre ne fait que voiler d'une façon très imparfatie ce qui n'est au fond qu'un enseignement clinique magistral.

Le laboratoire n'y est pas oublié : études histologiques, nombreuses expérimentations, viennent compléter l'examen au lit du malade.

L'auteur divise son travail en trois parties. La première est de beaucoup la plus importante; elle concerne la tuberculose du larynx et de la trachée. Y sont analysées, en une série de chapitres bourrés de choses et de faits, les causes, les lésions macroscopiques et microscopiques de cette terrible affection. Puis c'est l'étude minutieuse des troubles fonctionnels, le tableau des diverses formes cliniques, un diagnostic différentiel très complet, que rendent souvent difficile les associations pathologiques. Au cours des méthodes thérapeutiques, je signalerai particulièrement la thérapeutique de la douleur et de la dysphagie, la cure d'héliothérapie, et le traitement chirurgical à l'occasion duquel le nom du docteur Héryng vient mettre un rayon de soleil dans le si sombre pronostic de cette maladie.

La première partie se termine par des chapitres spéciaux : sur la tuberculose laryngée dans la grossesse et chez l'enfant, sur le lupus du larynx et sur la tuberculose de la trachée.

Dans la seconde partie, le docteur Collet passe en revue les lésions tuberculeuses du pharynx, en s'étendant sur l'emprise amygdalienne. Dans la troisième enfin, après une discussion sur les rapports du lupus et de la tuberculose, il suit le bacille de Koch dans les fosses nasales, jusque dans les sinus voisins.

A la fin de ce volume le lecteur trouvera une quarantaine de pages d'index bibliographique qui lui permettront de se reporter facilement aux articles originaux qu'a provoqués cette question si importante de la tuberculose laryngée.

Il en trouvera l'historique en tête de l'ouvrage. Nous croyons pouvoir assurer l'auteur que cette étude historique, à laquelle il semble craindre d'avoir donné un trop grand développement, ne paraîtra fastidieuse à aucun de nous. Suivre l'évolution des idées est souvent la meilleure préparation pour se mouvoir à l'aise dans le champ des réalités pratiques.

J. FOURNIÉ.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 25 janvier 1913.*) L. Debrez : Sur la composition du liquide d'hydrocèle comparée à celle du plasma sanguin. — Brouha : La création d'un vagin artificiel avec la relation d'un cas de transplantation vaginale de l'intestin grêle (opération de Baldwin). — Lauwers : Sarcome à métastases du ligament large, associé à un fibromyome de l'utérus. — Depage : L'ambulance belge à Constantinople.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 7, 15 fév. 1913.) R. Gauducheau : Diagnostic clinique et radiologique de la tuberculose médiastine et périhilaire.

Lyon médical. — (N° 7, 16 fév. 1913.) Moreau : Histoire de la guérison d'un aveugle-né (*suite*). — (N° 8, 23 fév.) Jaboulay : La substance granuleuse des sarcosporidies dans les tumeurs épithéliales bénignes. — Pic et Blanc-Perducet : Un cas de myasthénie grave progressive bulbo-spinale. Syndrome de Erb-Goldflam.

Presse médicale. — (N° 14, 15 fév. 1913.) Ch. Achard, Ch. Foix et H. Salin : L'origine des hémolysines. — S. Bonnamour et A. Imbert : De la recherche en clinique de l'acétone et de l'acide diacétique. — (N° 15, 19 fév.) H. Roger : Quelques considérations sur le rôle de la bile. — (N° 16, 22 fév.) H. Triboulet et Fernand Lévy : Les injections sous-cutanées d'urotropine dans le traitement de la fièvre typhoïde. — J. Abadie : Sur les perforations multiples tuberculeuses de l'intestin. — (N° 17, 26 fév.) Déjerine et E. Gauckler : Compréhension de la neurasthénie.

Progrès médical. — (N° 7, 14 fév. 1913.) A. Mougeot : De l'origine goutteuse non syphilitique de quelques cas d'aortite chronique. — E. Savini : Le type constitutionnel sympathique ou vaso-moteur. — (N° 8, 22 fév.) Daniel : Hernies de l'appendice iléo-cæcal.

Province médicale. — (N° 7, 15 fév. 1913.) J. Grasset (de Montpellier) : La sérothérapie spécifique. — (N° 8, 22 fév.) P. Savy et G. Florence (de Lyon) : Épithélioma ectodermique du corps thyroïde. — G. Pélissier (d'Alger) : Le masque ecchymotique par compression abdomino-thoracique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 7, 15 fév.) H. Piaget : Malformation des pavillons de l'oreille avec paralysie faciale congénitale. — André Nepveu : Appareil de photothérapie oto-rhino-laryngologique. — (N° 8, 22 fév.) G. Frey : Labyrinthite post-opératoire. — H. Caboche : Un cas de réinfection du sinus maxillaire après cure radicale par mortification de la dent de sagesse.

Revue médicale de l'Est. — (N° 2, 15 janv. 1913.) E. Gelma : Les tremblements séniles parkinsoniens et le tremblement rythmé oscillatoire de Demange. — André Boeckel : De l'exclusion de la vessie dans la tuberculose réno-vésicale (*fin*).

Revue neurologique. — (N° 3, 15 fév. 1913.) Aloysio de Castro : Sur le signe de Negro dans la paralysie faciale périphérique (3 phot.). — A. Rochon-Duvigneau et Jean Heitz : De l'évolution des troubles pupillaires chez les tabétiques à la période d'état.

Semaine gynécologique. — (N° 6, 11 fév. 1913.) Duvergey : Des indications de l'intervention d'urgence dans les péritonites aiguës par perforation salpyngiennes. — (N° 7, 18 fév.) P. Dalché : Accidents de la puberté : céphalée, albuminurie, cardiopathie.

Semaine médicale. — (N° 8, 19 fév. 1913.) J. Parisot et L. Heully : Le traitement des ictères hémolytiques.

Toulouse médical. — (N° 3, 15 fév. 1913.) Ed. Garipuy : Considérations sur les dacryocystites. — Rispal, Pujol et Lavau : Sur un cas d'ictère hémolytique. — G. Serr et Laporte : Observation clinique d'un malade présentant un syndrome thalamique.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 10 AU 15 MARS 1913

THÈSES

Jeudi 13 mars, à une heure. — M. Adeline. Contribution à l'étude de l'origine syphilitique de la maladie de Little. (MM. Hutinel, président; Albert Robin, Chauffard et André Broca.) — M. Leroy. L'intoxication fongique (ses causes, ses effets, son traitement). (MM. Albert Robin, président; Hutinel, Chauffard et André Broca.) — M. Nuytten. La méthode de Bergonié. Gymnastique électrique généralisée. (MM. Chauffard, président ; Hutinel, Albert Robin et André Broca.) — Mlle Sokoloff. L'ablation du corps jaune au début de la grossesse expose-t-elle à l'avortement? (MM. Bar, président; Lejars, Brindeau et Okinczyc.) — M. Larrieu. De la cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale. (MM. Lejars, président; Bar, Brindeau et Okinczyc.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 27. — JEUDI 6 MARS 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 6 MARS 1913. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Tuffier, Ricard, Rieffel, Peyrot, Michon, Morestin et Garnier.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Le jury est définitivement composé de MM. Léger, Héret, Guinochet, Couroux et Loiseau.

COMMISSION DE LA DÉPOPULATION. — La section de puériculture vient de conclure à la création urgente d'une chaire d'hygiène infantile à la Faculté de médecine de Paris.

On annonce que M. le docteur Variot sera candidat à cette chaire nouvelle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'Académie a accepté le legs qui lui a été fait par le docteur Marc Sée, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et ancien membre de la Compagnie, de la somme nécessaire pour constituer une rente de 500 francs, avec mission de fonder un prix de la valeur de 1000 francs, destiné à récompenser tous les deux ans l'auteur du meilleur ouvrage ayant trait à l'anatomie et à la physiologie.

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret en date du 1er mars 1913, a été promu au grade ci-après, et par décision ministérielle du même jour a reçu l'affectation suivante :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de deuxième classe Normet, en service au Maroc ; maintenu provisoirement.

— M. le médecin inspecteur Vaysse, des troupes coloniales, a été nommé, à dater du 8 mars 1913, membre du comité consultatif de santé, en remplacement de M. le médecin inspecteur Primet, maintenu à la disposition du ministre des colonies.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Leicknam et Mallet (de Paris).

SERVICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — Le Conseil général de la Seine vient de modifier comme suit le taux des honoraires alloués aux médecins en ce qui concerne les enfants assistés de un jour à treize ans :

Enfant de un jour à un an : 50 francs par an et par enfant pour 20 visites obligatoires (une tous les dix jours pendant les quatre premiers mois, une visite mensuelle ensuite) et soins en cas de maladie;

Enfants de un à deux ans : 18 francs par an et par enfant pour 6 visites obligatoires et soins en cas de maladie.

Enfants de deux à quatre ans : 12 francs par an et par enfant pour 4 visites obligatoires et soins en cas de maladie.

Enfants de quatre à six ans : 10 francs par an et par enfant pour 2 visites obligatoires et soins en cas de maladie.

Enfants de six à dix ans : 7 francs par an et par enfant pour une visite obligatoire et soins en cas de maladie.

Enfants de dix à treize ans : 2 francs par an et par enfant pour une visite obligatoire, plus 1 fr. 50 par visite pour les soins en cas de maladie.

Ce tarif nouveau est en vigueur depuis le 1er janvier de cette année.

CONGRÈS INTERCORPORATIF. — Les différentes associations corporatives d'étudiants en médecine tiendront les 27, 28 et 29 mars un congrès intercorporatif, dans le but d'étudier en commun les questions les intéressant exclusivement.

L'ANTISEPSIE SUR LE CHAMP DE BATAILLE. — Le docteur J. Antoniu, médecin colonel dans l'armée roumaine, émet dans le *Caducée* le vœu que, « en temps de guerre, tout le personnel sanitaire régimentaire, et par conséquent, aussi les brancardiers, soient munis de teinture d'iode dans des flacons compte-gouttes, et qu'on donne des instructions pour que, sans toucher à la plaie, on verse, goutte à goutte, sur et autour de la plaie, de la teinture d'iode et puis qu'on applique un ou deux pansements individuels, ou d'autres pansements stérilisés d'avance et portés par le personnel de santé régimentaire ».

Le procédé du compte-goutte pour l'emploi de la teinture d'iode est employé depuis longtemps par le docteur Antoniu dans son service de chirurgie de l'hôpital militaire de Craïova. « Par ce procédé, dit l'auteur, on gagne du temps, n'importe quel aide peut nous verser la teinture d'iode, pendant qu'on fait les pansements ; on n'a besoin ni de l'ouate, ni d'un porte-ouate, et aussi nous sommes sûrs de l'antisepsie réalisée. »

LES APPAREILS « TUE RATS » DE LA MARINE AMÉRICAINE. — Cet appareil dont nous trouvons la description dans

les *Archives de médecine navale* est composé d'un morceau de bois sec, d'un demi-pouce d'épaisseur, de deux pouces de largeur et assez long pour occuper la largeur d'une porte en reposant sur le seuil. Sur ce morceau de bois sont vissées deux lames de cuivre, épaisses de 3/8 de pouce et distantes d'un pouce l'une de l'autre. Ces lames sont reliées, l'une au pôle positif, l'autre au pôle négatif des fils d'éclairage électrique.

Lorsqu'il entre dans une chambre le rat doit naturellement passer d'une plaque de cuivre à l'autre, et ce faisant, provoque le court-circuit fatal.

Afin d'être efficace, cet appareil demande l'emploi d'un courant de 110 volts.

ŒUVRE PARISIENNE DE SECOURS IMMÉDIAT ET D'ASSISTANCE A LA FAMILLE MÉDICALE. — DEMANDES D'EMPLOI. — 1° Veuve de médecin, quarante-cinq ans, ayant dirigé cinq ans administration, désire direction maison de santé ou situation dame de compagnie. Paris et centre de la France.

2° Veuve de médecin, cinquante-cinq ans, brevet simple, sachant faire pansements, piqûres, désire situation infirmière ou secrétaire; la journée seulement.

3° Fille de médecin, quarante-six ans, brevet simple, ayant dirigé jeunes enfants, désire situation gouvernante, dame de compagnie. Province et étranger.

4° Veuve de confrère, cinquante ans, bonne santé, dactylographe ayant été cinq ans dans une banque, voudrait situation commerciale, dame de compagnie, musicienne; désire rentrer le soir chez elle.

5° Veuve de médecin, quarante-cinq ans, connaissant petite comptabilité, demande place caissière, accompagnerait des jeunes filles; désire rentrer le soir chez elle.

6° Fille de médecin, trente ans, sténo-dactylographe, possédant machine à écrire, désire situation commerciale, gouvernante, soignerait personne âgée, neurasthénique.

7° Filles de médecin faisant aquarelles, miniatures, désirent leçons, objets de vente de charité.

8° Fille de médecin, quarante ans, bonne éducation, distinguée, dirigerait intérieur, soignerait neurasthénique. Paris et province.

9° Fille de médecin, reçue au salon, désire leçons, dessins, miniatures, enluminures.

10° Veuve de médecin, quarante ans, cinq ans infirmière dans un dispensaire, désire situation infirmière, gouvernante, soignerait neurasthénique, désire rentrer le soir chez elle.

11° Famille de docteur, habitant le centre, prendrait comme pensionnaires fillettes à partir de cinq ans; jeune fille de vingt ans, s'occuperait de l'instruction, donnerait leçons piano. Prix modéré.

12° Filles de docteur habitant province, font objets en étain repoussé, pyrogravure pour magasins, ventes de charité, étrennes. Prix modérés.

S'adresser à Mme Berruyer, 117, boulevard Saint-Germain.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charles Edward Cormack (d'Hyères) et Devémy (de Valenciennes).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Régates internationales de Nice, Cannes, Menton. Vacances de Pâques, Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classes, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice, Monaco, Monte-Carlo et Menton, délivrés du 13 mars au 6 avril 1913.

Ces billets sont valables vingt jours (dimanches et fêtes compris); leur validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours (dimanches et fêtes compris), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe : 182 fr. 60; 2e classe : 131 fr. 50.

Excursions en automobile sur la Côte d'Azur et aux environs de Nice (Nice-Menton, Nice-San Remo, Nice-Saint-Raphaël, etc.). — Les billets sont délivrés, jusqu'au 15 mai 1913, dans les gares de Saint-Raphaël, Cannes, Antibes, Nice, Monaco, Monte-Carlo et Menton.

Les voitures partent de l'Agence des wagons-lits, 2, avenue Masséna (près de la place Masséna), à Nice.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique. T. XVI : *Maladies de l'estomac* (1), par MM. G. HAYEM et G. LION.

Nous avons tous connu la première édition de ces articles. C'est là que nous avons appris l'ulcère et le cancer de l'estomac, les sténoses pyloriques, les diverses variétés de gastrites; c'est là que nous nous sommes familiarisés avec l'étude du chimisme, que nous avons fait la connaissance des gastronévroses, que nous nous sommes fait une idée de la séméiologie gastrique, si complexe, si difficile, si importante à bien posséder. Depuis l'époque où a paru cette première édition, près de vingt ans se sont écoulés, les rayons X ont fait leur apparition, les méthodes de laboratoire se sont perfectionnées, la recherche du sang dans les selles a rendu à la clinique d'incalculables services, les examens hématologiques ont, plus d'une fois, fixé un diagnostic hésitant. Les travaux sur la pathologie gastrique se sont multipliés. Pour présenter, des maladies de l'estomac, une étude complète et véritablement intéressante, il fallait éviter, à tout prix, de verser dans une aride énumération bibliographique. C'est ce qu'ont bien compris MM. Hayem et Lion. Ils nous enseignent surtout, dans leurs articles, ce qu'ils ont vu; leur expérience consommée, la légitime autorité qu'ils se sont acquise en matière de pathologie gastrique leur permettent de juger avec impartialité les nouveaux procédés d'exploration et de montrer que l'on doit, avant tout, recourir aux résultats fournis et par l'examen du malade et par le chimisme gastrique. Leur magistrale étude mérite d'être donnée en exemple aux auteurs qui se proposent d'unir la simplicité à l'exactitude, et la clarté à la concision. B. GAYARD.

Hygiène de l'enfance. *L'enfant bien portant. L'enfant malade* (2), par le docteur APERT, médecin de l'hôpital Andral.

Si l'on en croit le vénérable Lancelot, dont le *Jardin des racines grecques* est aujourd'hui bien délaissé, le terme ὑγιής signifie sain, dans la vigueur. C'est dire que les règles de l'hygiène consistent à maintenir dans la santé les individus et les peuples. Jamais on ne s'est tant occupé d'hygiène. Hygiène des locaux, des professions, hygiène navale, militaire, sociale constituent des sujets de prédilection pour ceux qui s'occupent plus particulièrement des adultes. Mais ne croyez pas qu'il n'y a rien à dire sur l'hygiène de l'enfance, ni que ses préceptes sont tellement élémentaires qu'ils ne méritent pas de faire l'objet d'une étude spéciale! Qu'il s'agisse du nouveau-né, du nourrisson, de l'alimentation, de l'habillement, de la toilette des enfants sains, des petits soins à donner aux enfants malades, de prophylaxie, des maladies infectieuses ou d'hygiène collective, que de notions importantes à vulgariser, que de données intéressantes à exposer! C'est l'impression que nous éprouvions en parcourant le livre du docteur Apert, sûr qu'il sera avantageusement médité par tous ceux, médecins, instituteurs, parents, qui ont affaire à l'enfance. B. GAYARD.

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8 de 416 pages avec 81 figures. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

SUR

LES INJECTIONS NEUROLYTIQUES

DANS LA NÉVRALGIE FACIALE

Par M. F. CORSY,

Chef des travaux anatomiques à l'École de médecine de Marseille.

Nous avons entendu dire par M. J.-A Sicard, qu'il ne connaissait pas de moyens sûrs, tout à fait précis, pour atteindre avec l'aiguille les branches du nerf trijumeau à la sortie des trous du crâne.

« Chacun doit se faire sa méthode plus ou moins modifiée extemporanément suivant l'architecture osseuse du sujet », dit M. Sicard. Cependant ayant examiné de nombreux crânes, ayant pratiqué sur le cadavre de nombreuses injections, il nous a paru que l'on pouvait, sinon formuler des règles certaines, mathématiques, du moins donner des moyens suffisamment précis.

Enfin il est des causes d'insuccès que les auteurs n'ont point encore, nous semble-t-il, assez bien indiquées et qu'il serait utile de mettre en relief.

Nous avons limité notre étude aux notions purement anatomiques, nous ne saurions mieux faire pour le reste, diagnostic, thérapeutique de la prosopalgie, nous ne saurions mieux faire que de renvoyer aux excellents travaux de Sicard (1), Lévy et Baudoin (2), Chevrier (3), Chevalier (4).

I. Branche ophtalmique. — *Nerf sus-orbitaire.* — Ce nerf se dirige obliquement en avant et un peu en dedans, appliqué contre le périoste de la paroi supérieure de l'orbite. Il sort de la cavité orbitaire, accompagné de l'artère qui est en dedans et un peu en avant, en passant par le trou adipeux supérieur de Charpy. Au niveau de l'arcade le nerf se réfléchit pour se diriger en haut : quelques-unes de ses fibres



Fig. 1. — *Nerf sus-orbitaire.* — Coupe verticale.

perforant le muscle sourcilier sont rapidement superficielles, les autres restent profondes, contre le périoste.

Avant de sortir de l'orbite le nerf sus-orbitaire donne une branche interne qui se sépare du nerf à angle aigu, bien en avant de la fente sphénoïdale et qui devient superficiel en passant par une échancrure, peu profonde, rarement convertie en un trou.

Voies d'abord :

A. Par l'échancrure sus-orbitaire. Le nerf en se réfléchissant au niveau de l'arcade laisse sur l'os une gouttière, convertie parfois en échancrure profonde, cette échancrure devient assez souvent un trou grâce à un petit pont fibreux. Ce pont fibreux se calcifiant transforme l'échancrure en véritable trou.

Autant l'injection est facile lorsque l'on sent l'échancrure, autant elle est difficile lorsque l'on manque de ce repère précieux.

Or, Lotze (1876, in Testut) trouva sur :

208 arcades	Trou sus-orbitaire.......	103
	Echancrure.............	105

et nous sur :

110 arcades	Trou..................	44
	Gouttière large.........	16
	Echancrure à bords nets, perceptibles	50

On ne peut donc guère espérer rencontrer un repère précis que dans 45 p. 100 des cas. Or, si l'on admet avec Sicard que les orifices sont plus étroits à gauche et surtout que l'une des pathogénies des névralgies faciales est l'étranglement du nerf dans son canal, on peut donc dire que dans une grande partie des cas l'échancrure n'est pas perceptible.

Il est donc nécessaire de posséder un autre moyen, par exemple la mensuration sur une ligne horizontale tangente au rebord orbitaire. Cette ligne passe sur la glabelle :

Poirier donne 25 à 30 millimètres.

Nous-même avons trouvé comme chiffre le plus fréquent : 25 millimètres mais avec des variations de 17 à 31 millimètres. Schwegel (in Poirier) a trouvé comme distance minima 13 et maxima 40 millimètres. Enfin le trou sus-orbitaire est situé quelquefois bien au-dessus de l'arcade orbitaire, à 9 millimètres dans un de nos crânes.

La mensuration ne donnant aucune précision, il nous paraît préférable de ponctionner simplement au-dessous du rebord orbitaire en un point situé à la jonction du 1/3 interne et du 1/3 moyen de l'arcade. On enfonce l'aiguille obliquement en arrière et très légèrement en dehors; on traverse, après la peau et les plans superficiels, les muscles sourcilier et orbiculaire, on arrive dans la graine orbitaire contre le périoste du plafond ; à 15 à 20 millimètres de profondeur on injecte. A ce niveau on a chance de rencontrer le nerf non encore bifurqué.

Danger : l'artère sus-orbitaire est en avant et en dedans.

B. Par l'angle externe de l'orbite. Lévy et Baudoin ont proposé d'atteindre le nerf frontal et lacrymal à la fois, en passant par l'angle supéro-externe de l'œil, tout contre le périoste, au-dessus de la glande lacrymale, à une profondeur de 35 à 40 millimètres ; ce procédé nous paraît dangereux, car souvent dans les arcades obliques en bas et en dehors la paroi externe de l'orbite est peu étendue et

(1) Brissaud, Sicard, Tanon. Névralgie du trijumeau et injection profonde d'alcool, *Soc. méd. des hôpit.*, 1906. — Brissaud et Sicard. *Congr. de méd. de Paris*, oct. 1907 ; — *Rev. de neurol.*, déc. 1907. — Sicard. Traitement de la névralgie faciale par l'alcoolisation locale, *Presse méd.*, 1908 ; — La névralgie faciale essentielle et son traitement par les injections neurolytiques, *Bull. méd.* 1909 ; *Monde méd.*, 1910 ; *Consult. méd. franç.*, 1910 ; *Paris méd.*, 1912.

(2) Lévy et Baudoin. *Presse méd.*, 1906.

(3) Chevrier. *Bull. méd.*, 1909.

(4) Chevalier. Th. de Paris, 1908.

l'on risque de piquer, dans la fente sphénoïdale, le pathétique, ou d'injecter le liquide neurolytique autour du nerf optique.

II. Nerf maxillaire supérieur. — 1° *Nerf sous-orbitaire.* — Le canal sous-orbitaire, qui contient la portion terminale du maxillaire supérieur présente un coude au niveau de son 1/3 antérieur. Il en résulte un trajet courbe à concavité interne. Dans la portion postérieure le nerf va d'arrière en avant et légèrement de dehors en dedans; dans sa deuxième portion il va toujours en avant; mais exagérant la direction en dedans, il va, de plus, un peu en bas.

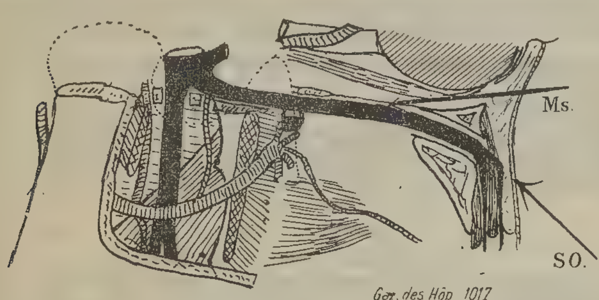


Fig. 2. — *Nerf maxillaire supérieur, sus-orbitaire, nerf maxillaire inférieur.*

Il en résulte que : α) on ne peut injecter le trou grand rond par le canal sous-orbitaire; β) la direction donnée à l'aiguille doit être très oblique en haut et en dehors.

Le nerf sous-orbitaire à sa sortie se dirigeant en bas, façonne le trou sous-orbitaire de façon telle, que ce dernier est une gouttière à bord mousse dans sa portion postéro-interne, à bord tranchant dans sa portion antéro-externe.

Peut-on à travers les tissus repérer le trou sous-orbitaire? Quelquefois oui. Il est environ à 1 millimètre au-dessous d'une petite saillie qui forme sur l'arcade orbitaire l'articulation du malaire avec le maxillaire supérieur (environ à la jonction du 1/3 interne et du 1/3 moyen du rebord de l'arcade).

Lorsque ce point de repère manque, Sicard propose de tracer une ligne allant du trou sous-orbitaire (qu'il faut sentir) au trou mentonnier (que l'on ne sent pas); le trou se trouve sur cette ligne à 1 centimètre du rebord orbitaire. Cette ligne difficile à tracer passe quelquefois en dedans du trou. Nous proposons une ligne allant de l'angle inférieur du malaire à un point médian situé au niveau du bord inférieur des os propres du nez. Le trou est en moyenne situé aux 2/5 de cette ligne à partir de l'angle malaire. L'avantage de cette ligne est le suivant : si l'os malaire se modifie, devient moins haut par exemple, l'apophyse horizontale se rétrécit et le trou sous-orbitaire se rapprochant ainsi de l'arcade la ligne est toujours exacte. Nous l'avons trouvée juste même dans un cas où le trou sous-orbitaire n'était qu'à 1 millimètre à droite, 2 millimètres à gauche au-dessous du rebord orbitaire.

Le chiffre 10 millimètres sous l'arcade orbitaire en moyenne admis par Sicard est trop élevé : Poirier ne donne que 6 à 10 millimètres; pour nous, il s'est trouvé le plus grand nombre de fois à 8 millimètres (60 fois sur 110); mais étant donnée la direction du trou sus-orbitaire, j'estime qu'il y a avantage même à compter plus d'un centimètre, nous avons en effet trouvé 2 fois 11 millimètres.

Une cause d'échec, heureusement rare, est la possibilité de ne rencontrer qu'un trou tout petit, suppléé qu'il est par 1 et même 2 orifices supplémentaires (Frohse, Poirier).

En résumé le repère étant fixé il faut piquer la peau un peu en bas et en dedans, puis après avoir traversé obliquement 3 à 4 millimètres de tissu (peau, tissu cellulo-graisseux, muscle releveur de la lèvre) on pénètre dans le canal; à ce moment la direction de l'aiguille est telle qu'elle vient couper la portion médiane de la lèvre supérieure (Chevrier) fortement oblique en haut et en dehors. On pénètre de 5 à 6 millimètres, il faut se méfier, les parois peuvent être déhiscentes et l'on peut injecter le liquide dans l'antre d'Higmore en bas (Sicard), dans l'orbite en haut. Le nerf est accompagné d'une fine artériole. La veine faciale passe au-dessus et en dehors de l'orifice, l'artère au-dessous et en dedans.

2° *Trou du maxillaire supérieur.* (*Trou grand rond.*) — Nombreuses sont les voies que les auteurs ont tour à tour préconisées.

A. *Voie buccale.* (Ostwald, *Ac. de méd.* 1905.) — Il s'agit de faire pénétrer une aiguille coudée en baïonnette en arrière de l'alvéole de la dent de sagesse. On enfonce l'aiguille normalement au plan de la voûte palatine, jusqu'à une profondeur de 3 centimètres, on butte alors sur le plafond de la fosse zygomatique : pour atteindre le nerf, il faut, en poussant le pavillon de l'aiguille en arrière, faire cheminer l'aiguille en avant de quelques millimètres; on est dans la fosse; le nerf est à 3 ou 4 millimètres au-dessus.

Cette voie est anatomiquement difficile à utiliser. On manque souvent de ce repère, la dent de sagesse, de plus la saillie de la tubérosité du maxillaire supérieur, parfois considérable, ferme la fosse en bas et gêne son abord. Enfin cette voie est dangereuse : on peut embrocher l'artère maxillaire interne et même pénétrer dans l'orbite.

Ajoutons qu'Ostwald se sert du même procédé pour neurolyser le maxillaire inférieur au trou ovale et l'ophtalmique dans la fente sphénoïdale.

B. *Voie zygomatique.* — *a.* Voie basse. C'est la voie la plus fréquemment employée : la voie de Lévy et Baudoin, Sicard, Chevalier.

Tout contre le bord antérieur de l'apophyse coronoïde (bouche fermée) au ras de l'apophyse zygomatique, on enfonce profondément l'aiguille qui traverse la peau, les quelques fibres du temporal, la portion supérieure de la boule graisseuse de Bichat et on butte contre l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde; on fait avancer son aiguille de quelques millimètres et on tombe dans la fosse ptérygo-maxillaire. Pour atteindre le nerf on fait pénétrer de 2 à 3 millimètres l'aiguille.

Cette voie est-elle toujours praticable? Non, dans certains cas, chez les dolichocéphales la fosse ptérygo-maxillaire est très étroite, c'est le type en cornue de Chipault.

Cette voie est-elle exempte de dangers ? Il ne nous paraît pas possible de piquer la maxillaire interne qui est toujours sur un plan inférieur dans la fosse zygomatique. Dans cette fente ptérygo-maxillaire les branches de terminaison de l'artère sont sur plan toujours légèrement inférieur et plus en dehors et peuvent être atteintes dans quelques rares cas. Mais il ne nous paraît pas utile de neurolyser le ganglion sphéno-palatin, qui est immédiatement en dedans et au-dessous du nerf.

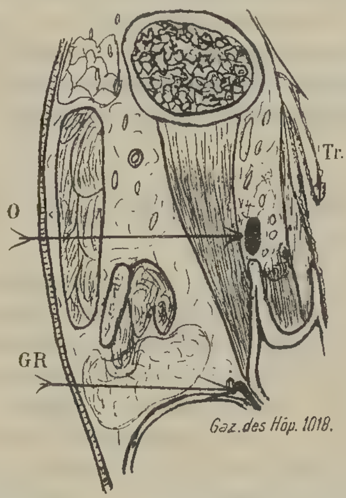


Fig. 3. — *Nerf maxillaire supérieur et inférieur à l'origine.* — Coupe horizontale passant au niveau du condyle du maxillaire.

b. Voie haute. Elle n'a été proposée que par Poirier, au point de vue purement chirurgical cet auteur admettait que la voûte zygomatique était au-dessus d'un plan tangent au bord supérieur de l'arcade zygomatique de 2 à 6 millimètres, prétendait-il ; or, nous avons constaté qu'il n'en était pas toujours ainsi et qu'assez souvent le plan passait au-dessus de la fosse. De plus, l'aiguille bridée en bas par l'arcade zygomatique ne peut pas, après avoir pénétré dans la fosse ptérygo-maxillaire, remonter jusqu'au trou grand rond. Ces temps derniers MM. Sicard et Sénèque ont vanté les mérites de cette voie. Sans doute il n'y a plus de paralysie oculaire, mais arrive-t-on toujours sur le nerf ?

C. Voie orbitaire.— Chevrier, en 1909, propose d'atteindre le nerf maxillaire supérieur au niveau de la fente sphéno-maxillaire en passant par la cavité orbitaire.

Un peu en dedans de l'angle inféro-externe de l'œil, en protégeant le globe oculaire avec le doigt de la main gauche, cet auteur enfonce son aiguille en la maintenant en contact intime avec la paroi inférieure de l'orbite. Lorsqu'il sent le sol manquer il enfonce la pointe un peu en bas et pique le nerf.

D'exécution facile, sans crainte de dangers bien réels, cette voie nous paraît réellement utile. Cependant il serait bon de savoir à quelle profondeur il faut aller pour tomber sur le nerf. Nos mensurations nous ont donné des chiffres très variables : de 18 millimètres à 28 millimètres avec comme chiffre le plus fréquemment trouvé 25 millimètres. En outre cette voie est-elle toujours praticable, ou du moins ne présente-t-elle pas certaines difficultés, causes d'échec ? Il nous a semblé que dans certains cas, dans les crânes, dont le quadrilatère formé par les arcades orbitaires est très oblique en bas, en dehors et un peu en arrière, l'angle inféro-externe d'abord est sur un plan nettement inférieur au plan horizontal passant par la fente sphéno-maxillaire ; autrement dit l'aiguille étant obligée d'aller en arrière et en haut manque le nerf et peut aller se promener dans la fente sphénoïdale (plus rapprochée dans ces cas).

On peut, semble-t-il, parer à cette cause d'échec, de danger, en ponctionnant en dedans, à peu près sur la ligne verticale passant par le nerf sous-orbitaire. L'aiguille toujours poussée sur le plan osseux, menaçant la racine de l'apophyse mastoïde, sent le sol manquer et pénètre dans le nerf, quelquefois en avant de la fente sphéno-maxillaire. Si l'on manque le nerf, on butte contre la paroi externe de l'orbite (paroi toujours épaisse), on retire un peu l'aiguille et on enfonce en bas en tâtonnant : une douleur caractéristique signale l'atteinte du nerf.

La profondeur est d'environ 24 millimètres, elle oscille entre 20 et 31 millimètres, ajoutons que le point de pénétration de l'aiguille domine toujours la fente sphéno-maxillaire.

3° *Nerfs palatins* (Sicard).—Avec une aiguille courbe dans le trou palatin postérieur, un peu en avant de la ligne ostéo-fibreuse, à la partie postérieure de la voûte palatine rasant l'arcade dentaire, à peu près vers la partie moyenne de l'alvéole de la dent de sagesse, on pénètre d'un centimètre. Sicard aurait pu neurolyser par cette voie le nerf maxillaire lui-même. Ce canal est en général volumineux et dans bien des cas il semble s'ouvrir en avant, en entonnoir, se présenter en quelque sorte à l'aiguille. Le seul inconvénient c'est de pénétrer dans un des deux canaux accessoires et de manquer ainsi le nerf palatin principal, l'antérieur.

III. Nerf maxillaire inférieur. — 1° *Nerf mentonnier.* — Le nerf dentaire se bifurque en nerf incisif et nerf mentonnier. Ce dernier sort par le trou mentonnier, c'est à ce niveau que l'on peut pratiquer la neurolyse.

Etant donné que les fibres sensitives montent et s'épanouissent en éventail au niveau de la lèvre inférieure, le canal mentonnier se dirige très obliquement en haut, en dehors et en arrière de façon telle que l'aiguille devra se diriger très obliquement en avant, menaçant un point situé sur la ligne médiane

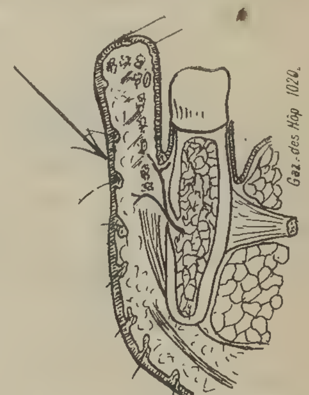


Fig. 4. — *Nerf mentonnier.* — Coupe verticale passant par la deuxième prémolaire.

à un centimètre au-dessous et un peu en arrière de l'angle symphysien.

Le plan de l'orifice regarde en dehors et un peu en avant et présente un rebord tranchant très net dans sa demi-circonférence antéro-inférieure.

Repère : Sicard fait remarquer à juste titre que l'on ne peut, chez un prosopalgique, compter sur le repère classique : la deuxième prémolaire. Il faut donc se contenter de mensurations.

Le trou est distant de la symphyse de :

Pour Poirier, 25 à 30 millimètres.
Pour Chevrier, 30 millimètres.
Pour nous (sur 110 trous), de 21 à 33 millimètres, dans le 1/3 des cas environ à 28 millimètres.

La distance du rebord inférieur de l'os est en moyenne 14 millimètres (40 p. 100 des cas de maxillaires d'hommes adultes) ; il est évident que chez la femme cette moyenne est bien inférieure (12 millimètres en moyenne).

Nous admettons volontiers le chiffre de 4 centimètres en dehors de la symphyse que recommande Sicard, étant donnée la direction oblique en avant et en bas qu'il faut donner à l'aiguille. Mais nous ne comprenons pas le chiffre de « un centimètre au-dessus du bord inférieur du maxillaire inférieur ». Car, si nous ajoutons à notre chiffre l'épaisseur de la peau comprise dans la mensuration (2 à 3 millimètres en moyenne chez un individu maigre), la distance nécessaire pour pénétrer facilement dans ce canal oblique en arrière (2 millimètres environ) soit $14 + 2 + 2 = 18$ millimètres au-dessus du rebord de la mâchoire.

Les dangers sont nuls : une artériole s'échappe du canal avec le nerf.

2° *Nerf maxillaire inférieur au trou ovale.* — Rappelons pour mémoire le procédé buccal d'Ostwald. Les prosopalgiques ouvrent difficilement la mâchoire.

A. Voie génienne : Schloesser met un doigt dans la bouche du patient et repère l'apophyse ptérygoïde : il ponctionne alors la joue à ce niveau et se dirigeant au contact de l'os, la pointe en arrière et en haut, il atteint le nerf.

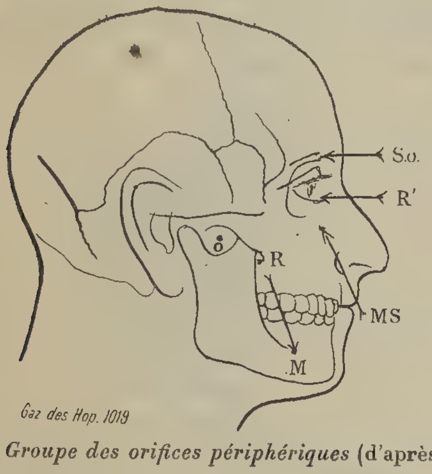


Fig. 5. — *Groupe des orifices périphériques* (d'après Sicard).

B. Voie précondylienne : *a.* Lévy et Baudoin enfoncent leur aiguille à 2 centimètres et demi en avant du heurtoir de Farabeuf, normalement ou très légèrement en arrière et à 4 centimètres de profondeur atteignent le nerf.

b. Brissaud et Sicard s'inspirent du repère profond de Schloesser, ponctionnent dans l'aire de l'échancrure sigmoïdienne du maxillaire inférieur, au ras de l'apophyse zygomatique ; normalement et même légèrement en avant et en haut, ils poussent leur aiguille jusqu'à ce qu'elle butte sur la branche externe de l'apophyse ptérygoïde à 4 centimètres de profondeur en moyenne ; il ne leur reste qu'à se diriger, toujours au contact de l'os, en arrière et en haut ; l'aiguille tombe dans un précipice et pique le nerf.

Ce procédé est excellent. Nous avons cependant rencontré dans nos examens trois causes d'échec qu'il nous faut signaler.

α. Le trou ovale est sur un plan supérieur à celui passant par le plafond de la fosse zygomatique ; au risque de manquer le nerf déjà bifurqué.

β. L'orifice du trou ovale est parfois protégé par une épine plus ou moins saillante, quelquefois même une vraie crête prolongeant en arrière, vers l'épine du sphénoïde, l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde et ce dans 8 à 10 p. 100 de nos crânes d'adultes vigoureux.

γ. Le trou ovale peut être sur une ligne passant en arrière du heurtoir de Farabeuf ; ce qui peut gêner pour atteindre le nerf.

Il n'y aurait, nous semble-t-il, qu'à ponctionner un peu au-dessous du bord inférieur du zygoma et se diriger en haut.

La profondeur du trou est assez variable en moyenne du bord du zygoma au bord externe du trou, nous avons trouvé 38 millimètres comme maximum de fréquence ; de 32 à 44 millimètres, un peu moins que le tiers du diamètre bizygomatique, en ne tenant pas compte de l'épaisseur du plan superficiel cutané (assez mince).

D'ailleurs ces dimensions n'ont point grand intérêt, si l'on se limite au plan osseux de l'apophyse ptérygoïde. Mais lorsqu'il s'agit, après avoir dépassé le rebord de l'aile, de piquer le nerf, il ne faut pas aller en dedans, de plus de 2 à 3 millimètres ; car : α. cela n'est pas utile, le trou ovale étant toujours sur le prolongement du plan osseux ; et β. de plus, cela est dangereux ; car chez les dolichocéphales, chez les femmes, nous avons trouvé des trous ovales n'ayant pas plus de 3 à 4 millimètres de diamètre transversal. Or le pharynx, la trompe d'Eustache sont immédiatement en dedans.

L'aiguille n'évolue pas dans une zone dangereuse ; l'artère maxillaire interne est plus bas. L'artère petite méningée qui accompagne le nerf est en arrière et en dedans. Le ganglion otique est en dedans. Le nerf est dans une sorte de tissu caverneux très vasculaire, très dense qui gêne un peu l'excursion de l'aiguille.

Ainsi, en résumé, nous n'avons pu, évidemment, trouver un moyen, qui, à tous coups, permît d'atteindre le nerf visé, mais nous estimons qu'avec des notions anatomiques précises, s'il est indispensable de se faire soi-même sa méthode, nous estimons que l'on peut très rapidement réussir une bonne partie des injections que l'on entreprend.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1913)

Action des combinaisons arseno-aromatiques (606 et néo-salvarsan) sur l'hémoglobine du sang. — M. R. DALIMIER.

1° Le *dioxydiamido-arsenobenzol* ou « 606 » paraît dépourvu de toute action sur l'hémoglobine du sang, aussi bien *in vitro* qu'*in vivo*.

2° Le *dioxydiamido-arsenobenzol-mono-méthylène-sulfoxylate de soude* ou *néo-salvarsan* a une action assez marquée sur l'hémoglobine.

In vitro, il *hémolyse* le sang dans des proportions très importantes et il *réduit* l'oxyhémoglobine. Il y a tout lieu de penser que ces deux propriétés lui viennent de la présence du groupe « sulfoxyle » ajouté par Ehrlich au salvarsan dans un but de solubilisation plus facile du produit et qui, d'une manière générale, est chimiquement un réducteur actif.

In vivo, la *réduction* ne se produit pas et l'hémolyse est extraordinairement fugace. Néanmoins, il y a lieu de supposer que, chez certains malades présentant de la fragilité globulaire ou de l'ictère hémolytique, l'utilisation du néo-salvarsan pourrait avoir des inconvénients ; ses propriétés hémolysantes et réductrices pourraient entrer pour une part plus ou moins grande dans la genèse des accidents qu'on a signalés à l'actif du néo-salvarsan.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 MARS 1913)

Cette séance a été particulièrement intéressante et même, à un certain point de vue, réconfortante ainsi qu'on en jugera plus loin par les déclarations qu'a faites M. Delorme.

La chirurgie de guerre dans les Balkans. — M. DELORME, dans la dernière séance, avait fait un rapport sur un travail de M. Laurent (de Bruxelles). Nous tenons à y revenir.

M. Laurent a constaté la rareté extrême des blessures graves de l'abdomen dans les hôpitaux et de la laparotomie ; la fréquence relative des anévrismes et surtout des blessures des nerfs ; l'extrême fréquence des fractures par éclatement des os des membres et surtout de la main, l'innocuité de la balle traversant, en séton, dans l'immense majorité des cas, et l'extrême rareté des déformations de la face, la rareté des amputations qui est inférieure à 1 p. 100, et la fréquence relative des trépanations ; le grave danger d'une seconde opération sous chloroforme, chez un sujet blessé infecté.

La proportion des blessures a été, dans son service, pour la main, 22 p. 100, les plus rares à l'abdomen 1 p. 100. Comme signe d'innocuité de la balle moderne, M. Laurent présente la photographie d'un blessé bulgare de M. le docteur Michaïlowski, qui a été atteint de sept balles (une au crâne, deux à la poitrine, une au bassin, une au coude gauche, deux à la cuisse gauche), aujourd'hui bien portant. Des 9 trépanations, un cas fort intéressant est celui de la blessure du centre optique droit et du sinus longitudinal supérieur ; le blessé est en excellent état.

M. Laurent a extrait une balle de la première vertèbre lombaire après résection de la douzième côte et de deux apophyses transverses, mais la blessure datait de six semaines et l'état du blessé resta précaire six semaines après cette opération. M. Laurent a trépané le bassin dans un cas de balle pénétrante.

La chirurgie la plus dramatique est celle des anévrismes à cause de la grande étendue de la tumeur et du grand nombre de ligatures à pratiquer pour hémorragie. M. Laurent a opéré 5 cas d'anévrisme avec une mort (anévrisme du cou), une désarticulation (anévrisme axillaire), 3 succès (une axillaire, deux huméraux) ; la ligature est le seul procédé, la suture vasculaire est presque toujours impossible, et semble inutile tout au moins.

M. Laurent a opéré 9 nerfs blessés : 3 fois le sciatique, 3 fois le médian, 1 fois le radial, 1 fois le cubital ; l'incision doit être peu étendue, et l'engainement en manchon, à l'aide d'un lambeau d'aponévrose emprunté au voisinage ou à distance (à la cuisse), semble améliorer les résultats.

Les fractures des os à grand fracas, par explosion, sont très fréquentes, mais la suture est très rarement indiquée ; M. Laurent a suturé seulement le cubitus et l'os hyoïde.

M. Laurent conserve 200 radiographies environ effectuées par M. le docteur Schmigallsky.

M. MONPROFIT aujourd'hui nous apporte les résultats des observations qu'il a faites à Athènes, à Salonique, à Uskub et à Belgrade. Nos lecteurs connaissent déjà une partie de ces observations par le résumé que nous avons donné de la conférence qu'a faite M. Monprofit à la Société de l'internat (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 25, p. 385).

Nous ne reviendrons donc pas sur les merveilleux résultats de pansement individuel, sur le peu de gravité des blessures par balles de fusils turcs, sur l'extrême gravité, par contre, des blessures par le feu de l'artillerie.

M. Monprofit constate tout d'abord la parfaite concordance des observations des divers chirurgiens français, anglais et belges, etc., qui sont allés aux Balkans.

Au point de vue de la chirurgie sur les champs de bataille, on peut affirmer une fois de plus, après l'expérience qui vient de se faire dans les Balkans, qu'avec une bonne organisation, avec une préparation soigneuse et méthodique, les armées peuvent éviter à leurs blessés la plupart des complications qui ont emporté tant de malheureux dans les anciennes guerres.

Il est parfaitement possible de réduire la mortalité des blessures de guerre dans une proportion considérable. Pour cela, il faut certainement de l'argent et du matériel, mais il faut avant tout un personnel instruit de ce qu'il doit exactement faire, un personnel bien entraîné et naturellement très dévoué à ses devoirs.

M. Monprofit a pu constater les résultats de l'action si heureuse exercée en Grèce par notre mission française dirigée par M. le général Eydoux. Au point de vue militaire, on sait déjà quels ont été ses importants effets.

Au point de vue sanitaire, l'impulsion énergique donnée par M. le médecin principal Arnaud, directeur du service de santé, a produit des merveilles ; non seulement le personnel a été entraîné et parfaitement préparé à remplir sa tâche, mais un effort considérable a été fait en vue de réunir le matériel nécessaire pour les transports, pour la constitution des hôpitaux, pour les pansements, etc. Bref, on peut dire qu'au point de vue du matériel sanitaire, l'armée grecque a, grâce à l'activité du docteur Arnaud et de ses collaborateurs, été largement pourvue de tout ce qui était nécessaire.

Le poste de secours, a dit Rapp, doit être une usine d'emballage aseptique et un bureau d'expéditions sur l'arrière. Donc abstention complète sur le champ de bataille, sauf pour des cas exceptionnels, ligature urgente d'une artère, trachéotomie en cas de balle dans le larynx.

Nous n'insistons pas sur la différence dans la gravité des blessures par projectiles de fusils et par projectiles de canon. Pour les premières, la règle de conduite généralement adoptée a été l'abstention complète.

Les blessures par les shrapnells ont été terribles, aussi bien par leurs effets immédiats que par leurs effets éloignés. Des observations faites par divers chirurgiens, il résulte que

les canons des alliés ont été beaucoup plus meurtriers que ceux des Turcs.

Les blessés des nations alliées présentaient une résistance très notable aux blessures, aux interventions, à la douleur ; les montagnards grecs, sobres, végétariens, peu alcooliques, supportaient remarquablement les anesthésiques, et chez eux les plaies guérissaient merveilleusement. M. Soubbotich fait la même remarque pour les Serbes. Il en est de même pour les Bulgares.

Et puis ! ils étaient vainqueurs ! bonne condition pour guérir !

Il n'en était pas de même des Turcs déprimés, démoralisés, peu ou mal nourris, ce qui explique beaucoup les mauvais cas observés à Constantinople.

Puissions-nous faire de la chirurgie seulement avec une armée victorieuse !

« Les leçons que nous pouvons tirer de tous ces faits, dit M. Monprofit, sont précieuses pour l'avenir.

Nous devons persuader à tous que les armées modernes peuvent avec une bonne préparation diminuer dans une proportion considérable la mortalité des blessés.

L'asepsie appliquée sur le champ de bataille au moyen du pansement individuel a fait ses preuves une fois de plus.

Le paquet de pansement français a donné chez les Grecs de très bons résultats. Chez les Serbes et les Bulgares, le pansement hollandais d'Utermohlen a prouvé ses excellentes qualités : asepsie, application simple et facile.

L'abstention, sur le champ de bataille, de grandes interventions, a donné aux blessés graves les plus grandes chances de guérison. L'abstention dans les hôpitaux de seconde ligne a souvent aussi été la conduite la plus prudente et la plus bienfaisante. Nous avons été heureux de constater que les règles suivies généralement par l'école française étaient celles qui répondaient le mieux aux indications actuelles de la chirurgie de guerre. »

M. Reclus fait observer que les conclusions de l'intéressante communication de M. Monprofit confirment l'opinion qu'il a toujours soutenue, à savoir que l'abstention systématique dans les plaies de l'abdomen, en particulier, donnent de meilleurs résultats que l'intervention. Depuis 1880, M. Reclus mène une campagne en faveur de cette opinion. Il en est de même de l'abstention pour les plaies par balles de fusils. Les observations faites aux Balkans en sont une nouvelle confirmation. M. Reclus cite plusieurs exemples à l'appui de l'opinion qu'il soutient. Il insiste, en terminant, sur les merveilleux effets de la teinture d'iode, soit comme premier pansement, soit pour les pansements ultérieurs. On évite les altérations en employant de la teinture d'iode faite instantanément par un mélange de 1 gramme d'iode pour 25 grammes d'alcool à 95. La teinture d'iode du Codex est souvent trop forte.

M. Pozzi proteste avec énergie contre l'abstention systématique dans les plaies de l'abdomen. Il est entendu que cette abstention doit être la règle sur le champ de bataille. Mais une fois le blessé transporté dans un milieu préparé pour les opérations, on doit pratiquer la laparotomie dans les cas de blessures de l'abdomen.

M. Delorme a écouté avec une satisfaction rassurante l'exposé de M. Monprofit. Il le remercie surtout d'avoir fait ressortir le rôle important de nos médecins militaires français et, en particulier du médecin principal Arnaud, à qui revient le grand mérite d'avoir organisé le service de santé en Grèce. Or M. Arnaud n'a fait qu'appliquer les principes de la chirurgie militaire française. Si la France devait faire la guerre, on peut compter, demain, sur la compétence et le dévouement absolus de nos camarades de la médecine militaire, et on peut être assuré qu'ils se montreront à la hauteur de leur mission.

Nécessité de la création de sanatoriums marins pour les jeunes gens de quinze à vingt ans. — M. Kirmisson fait une communication très suggestive sur ce sujet. Après quinze ans, on ne peut plus obtenir la cure marine pour les tuberculoses externes. C'est là une lacune fort regrettable.

MM. Reynier, Netter et Bucquoy appuient, par de nombreux exemples, la communication de M. Kirmisson.

M. Mesureur, depuis longtemps frappé de cette lacune, espère, grâce à un legs important, pouvoir, avec l'appui du Conseil municipal, réaliser le vœu si légitime formé par M. Kirmisson.

M. Kirmisson, en effet, transforme en vœu la conclusion de sa communication. Ce vœu, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

— Nous ne pouvons que signaler, en terminant, les rapports de M. Mosny sur un travail de M. Moreau, de M. Achard sur un travail de M. Crénon, les lectures de M. Tuffier sur les **greffes ovariennes**, de M. Hartmann sur **deux cas de polyadénose de la première partie de l'intestin grêle opérés avec succès**, de M. Routier sur une **sténose cicatricielle du pylore, pylorectomie, guérison.**

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er MARS 1913)

Action du bicarbonate de soude sur l'élimination rénale provoquée. — MM. Le Noir, Théry, Verpy étudient l'action du bicarbonate de soude avec doses de 5 à 20 grammes, sur l'élimination des médicaments et la polyurie expérimentale. L'étude clinique de l'élimination dans les urines de KI et du salicylate de soude, confirmée par de nombreux dosages montrent que le bicarbonate est sans effet sur l'élimination de ces médicaments. De même son action semble douteuse sur le sulfate de quinine. Ces résultats négatifs s'appliquent aussi bien aux sujets sains qu'à ceux qui présentent des lésions rénales.

L'étude de la polyurie expérimentale montre que le bicarbonate n'a aucune action sur l'élimination de l'eau chez les sujets sains et les brightiques en équilibre. Chez les brightiques non compensés, il peut exercer une action empêchante, soit qu'il favorise la production d'œdèmes, soit qu'il conduise à l'urémie.

Influence de la marche et du sommeil sur la cholestérinémie physiologique. — MM. Rouzaud et Cabanis, étudiant l'influence de la marche et du sommeil sur la cholestérinémie physiologique, ont présenté les résultats de leurs recherches. Chez 9 sujets sains, examinés et soumis à une marche de 20 à 30 kilomètres en moyenne, sans repos, mais n'ayant entraîné aucune fatigue, le taux cholestérinémique n'a pas subi de modifications sensibles. De même, chez 9 sujets sains, l'influence du sommeil, sans cauchemars, a été nulle sur le taux de la cholestérinémie. Il semble donc, qu'à l'état physiologique, l'équilibre cholestérinémique ne soit pas rompu sous l'influence de la marche et du sommeil.

Insuffisance glycolytique hypophysaire et adrénalique. — MM. Achard et Desbouis ont étudié, par la méthode du quotient respiratoire, l'utilisation du glycose dans l'organisme soumis à l'action de l'extrait hypophysaire et de l'adrénaline.

Chez le chien normal, ces deux produits ont empêché la combustion du glycose, mais non celle du lévulose. Il en a été de même chez une femme convalescente de grippe et chez un cirrhotique, qui tous deux utilisaient bien le glycose injecté sous la peau à la dose de 6 grammes, dans les conditions ordinaires. Chez la première l'extrait hypophysaire et chez le second l'adrénaline empêchèrent l'utilisation de la même

dose de glycose, mais permirent celle de la même dose de lévulose.

Par conséquent l'extrait d'hypophyse et l'adrénaline déterminent une insuffisance glycolytique générale.

On a discuté le mécanisme des glycosuries hypophysaire et adrénalique. MM. Claude et Baudouin, qui les ont obtenues après ingestion de 150 grammes de glycose chez quelques malades qualifiés de prédiabétiques et d'arthritiques, admettent une insuffisance hépatique. Il est probable que, chez de tels sujets, la glycosurie s'obtient plus facilement que chez les sujets normaux sous l'influence de l'extrait d'hypophyse et de l'adrénaline, parce que ces substances viennent renforcer une insuffisance glycolytique déjà existante à un léger degré. La méthode du quotient respiratoire, plus sensible, permet de déceler, même chez le sujet normal, et avec de faibles doses de glycose, l'insuffisance glycolytique générale engendrée par ces deux substances.

La glycosurie phloridzique qui, contrairement aux glycosuries hypophysaire et adrénalique, ne s'accompagne pas d'hyperglycémie, ne s'accompagne pas non plus d'insuffisance glycolytique

L'emploi des hématies formolées dans la réaction de Wassermann. — MM. P. Armand-Delille et L. Launoy font remarquer, à propos d'un article publié par MM. Bernstein et Kaliski dans le *Zeistschrift für Immunitätsforschung* de 1912, qu'ils ont, dès juillet 1910, publié à la Société de biologie leurs recherches sur ce sujet, et que leur méthode est maintenant couramment employée dans de nombreux laboratoires.

A propos des anaphylatoxines. — M. P. Armand-Delille, à l'occasion des travaux récents de Doerr et Pick, contrôlés par Mutermilch, et de ceux de Bordet sur le mécanisme de l'anaphylaxie, rapporte des expériences dans lesquelles il a vu le sérum de cobaye devenir toxique en injection intracérébrale pour le chien, lorsqu'il a été mis en contact pendant vingt-quatre heures, à la glacière, avec une émulsion de cerveau de chien.

Sur l'anatomie pathologique des lésions de la diphtérie aviaire. — M. Fernand Arloing. La bactériologie a permis de classer en deux groupes les cas de diphtérie aviaire suivant qu'ils sont dus au bacille de Löffler ou à des microbes différents. Toutes ces formes cliniques peuvent à l'occasion contaminer l'homme.

L'étude anatomo-pathologique permet d'apporter quelque clarté parmi les faits encore très complexes et dans le processus pseudo-membraneux des affections diphtériques des oiseaux et de l'homme infecté par eux on peut grâce à elle individualiser deux variétés très distinctes :

1° La diphtérie vraie des oiseaux créée par le bacille de Klebs Löffler et caractérisée aussi bien cliniquement qu'expérimentalement par une vraie pseudo-membrane de nature fibrineuse ;

2° Le processus exsudatif pseudo-membraneux non diphtérique, le plus fréquemment rencontré, engendré par des microbes autres que le bacille diphtérique et constitué par une nécrose cellulaire, par une gangrène diphtéroïde sans réaction fibrineuse.

Etude de la vie et de la croissance des cellules in vitro, à l'aide de l'enregistrement cinématographique. — MM. Comandon, Levaditi et Mutermilch ont réussi à enregistrer au cinématographe ce qui se passe lorsqu'on conserve in vitro, dans du plasma de poule, des fragments de rate et de cœur d'embryon de poulet, d'après la méthode de Burrows-Carrel. Avec la rate on voit comment les cellules migratrices, leucocytes mono et polynucléaires, abandonnent le fragment pour se déplacer dans le plasma à l'aide de leurs pseudopodes. Certaines de ces cellules, après avoir pénétré loin dans le plasma environnant, reviennent en arrière par un autre chemin, pour rejoindre le fragment. Autour des fragments de cœur, les cellules fusiformes disposées radiairement glissent les unes sur les autres, augmentent de volume, se bifurquent, s'étalent ; certaines de ces cellules redeviennent brusquement rondes, émettent des pseudopodes et se divisent rapidement en deux cellules filles qui redeviennent fusiformes.

Influence de l'intoxication saturnine sur le poids chez le lapin. — MM. Carcanague et Maurel arrivent a ces conclusions : 1° Que cette intoxication a toujours fait baisser le poids dès son début, et que, par conséquent, il est probable que des pesées faites régulièrement sur le personnel qui y est exposé pourrait la faire reconnaître avant ses graves accidents.

2° Mais que cependant, quoique constante, la perte de poids sur leurs animaux n'a pas été en rapport avec les doses injectées.

3° Qu'il y a donc eu parmi leurs animaux des différences tenant à la résistance individuelle ; et qu'il est probable que c'est ainsi que l'on doit expliquer l'immunité relative de certains sujets à cette intoxication, et, au contraire, la facilité avec laquelle d'autres en sont victimes.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES INJECTIONS INTRATRACHÉALES

M. le docteur Joseph de la Jarrige (de Paris) nous adresse une lettre au sujet du récent article de M. Gueit (de Montpellier) [1].

Après avoir revendiqué la paternité de la méthode, M. de la Jarrige s'élève contre l'affirmation de M. Gueit que la méthode est à la portée de tous les praticiens et qu'elle est sans danger.

« Dans mes derniers articles du « Concours médical » en date du 30 juin et du 7 juillet 1912, écrit-il, on verra par les images schématiques qui y sont incorporées, que l'accès intraglottique présente des difficultés que seul un long apprentissage peut surmonter.

Le docteur Rosenthal qui a été mon élève pendant près de quatorze mois avec le docteur Bayard, a mis près d'un an avant de se rendre maître des miroirs ainsi que le docteur Bayard, malgré leur adresse manuelle et mes conseils, qui, je crois, ont diminué sensiblement leur temps d'apprentissage, et pourtant, ils venaient presque chaque jour à mon cabinet où ils pouvaient s'exercer sur de nombreux malades.

Voilà du reste, ce que m'écrit un de nos plus distingués confrères, rédacteur en chef d'un de nos plus grands journaux : « Et moi-même, étant externe de Gugenheim en 1891 et 1892, j'ai fait pendant un an des injections dans le larynx des malades fort nombreux qui venaient à la consultation de Lariboisière; mais je dois reconnaître que, malgré une certaine habileté acquise par la pratique continuelle des pansements intralaryngés, malgré l'emploi continuel du miroir laryngoscopique, l'injection était faite contre l'épiglotte et ne pénétrait pas dans la trachée. »

A ces preuves s'ajoutent celles plus objectives fournies par les agents d'obturation glottique ; pour peu qu'on ait l'habitude des miroirs, on peut constater que, si un corps étranger quel qu'il soit (dont le bec de l'instrument) prend contact avec le larynx, celui-ci se met en défense et les cordes soumises synchroniquement à un double mouvement de latéralité et de postéro-antériorité, se comportent de telle sorte que la glotte, espace libre en fonction de respiration, sillon linéaire en fonction de phonation, n'est plus en fonction de défense qu'une *fissure* sans longueur ni largeur que, pour la pénétration sous-glottique, le bec de l'instrument doit *déplisser*.

Il en résulte donc l'obligation pour l'intervention sous-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 23, p. 357.

glottique, de voir la glotte et de la pénétrer, faute de quoi le liquide sera soumis au voyage œsophagien.

Or, si voir la glotte est une difficulté, la pénétrer en est une autre qui, s'ajoutant à la première *en la compliquant*, nécessite une longue pratique.

Tout cela est indiscutable parce que c'est un fait et qu'un fait prouvé ne se discute pas.

Voilà pour l'*erreur*, certaine et indiscutable, passons au danger.

Tous les impedimenta de pénétration devaient évidemment provoquer des recherches tendant à trouver des simplifications. On n'y a pas manqué. Je me garderai bien de les citer toutes, il me suffira de citer celle qui a joui d'une grande vogue et même d'une sanction officielle. La voici :

Elle est basée sur la différence anatomo-physiologique de l'œsophage et de la trachée. Les parois de l'œsophage étant molles, le conduit œsophagien est fermé par leur rapprochement, tandis que les parois de la trachée restent écartées parce que rigides, donc inutile de voir la glotte ; qu'on déverse le liquide dans le caveau laryngo-pharyngien et voilà le liquide en route pour les régions aériennes ! On peut du reste faciliter le voyage trachéal au moyen d'une forte inspiration, la colonne d'air pousse le flot liquide devant elle et si le liquide se dérobe à cette chasse, c'est que vraiment il y met une bien mauvaise volonté. Toutes les autres théories sont de cette force.

Il m'est impossible de m'étendre autant qu'il le faudrait sur ce point, mais une ligne suffira, parce qu'elle est une synthèse, elle est de Guisez : « La *technique de l'injection intratrachéale ne comporte pas de simplification.* » (Gazette des hôpitaux, 10 février 1910.) Je l'avais dit sous une forme moins claire et moins concise vingt ans avant lui.

On objecte aussi que si la pénétration directe et sous-glottique est le procédé de choix, on peut, étant donnée sa difficulté, la remplacer par un autre imparfait, sans doute, mais très facile et en somme efficace, parce que si la totalité du liquide ne pénétre pas dans la trachée parce qu'une partie se déverse dans l'œsophage, il arrive qu'une partie notable suit la direction trachéale. C'est là, je crois, l'argument essentiel invoqué pour justifier cette simplification.

Or, voici ce que dit Guisez (10 février 1910) : « Dans quelles conditions l'injection intratrachéale doit-elle être faite pour être efficace, c'est-à-dire pénétrer réellement dans la trachée? Elle doit être faite sous le contrôle du miroir directement par la fente glottique *sinon elle pénètre presque invariablement dans l'œsophage.* »

Plus loin : « Si on n'a pas la précaution de dépasser avec la canule l'espace glottique, la presque totalité de l'injection gagne l'œsophage, et les injections intratrachéales faites dans le pharynx sont presque toujours œsophagiennes. Ce procédé ne souffre pas pareille modification. » Et enfin, il s'agit d'un jeune homme laryngotomisé : « Nous étant servi d'un liquide coloré, nous avons constaté qu'*une fois sur trois* il pénétrait dans le larynx *quelques gouttes de solution*, et même, lorsque l'*injection semblait réussir*, lorsqu'on injectait directement dans le pharynx, elle ne pénétrait que partiellement, et sur quatre centimètres, il n'en pénétrait guère qu'un ou deux, c'est-à-dire juste de quoi imbiber les parois laryngées, mais *certes pas de quoi aller dans les bronches*, nous avons fait les mêmes constatations chez les trachéotomisés chez qui l'injection poussée dans le pharynx passait *partiellement et une fois sur trois dans la glotte.* »

Toutes ces choses, je les avais dites en 1893 au Congrès de la tuberculose, à la Société de biologie en 1893 (18 février), au Congrès de la tuberculose en 1905, au Congrès de Lille, à l'hôpital de la Charité devant le professeur Bouchard, mais si je les avais vues avec mes miroirs, je ne les avais pas prouvées et Guisez, avec une autorité que certes je n'ai jamais eue, a à son actif le grand mérite de les préciser et de les démontrer.

Cela fait il restait à combler deux lacunes, car, il ne suffisait pas d'indiquer la vraie technique, mais il était nécessaire d'en signaler la difficulté; or on a le droit de s'étonner qu'aucun des auteurs qui ont traité cette question n'en ait jamais parlé.

On voit sans peine les inconvénients graves de cette omission ; le médecin séduit par la perspective d'une intervention efficace qu'il croit facile *parce qu'on ne lui a pas dit qu'elle était difficile*, pratique avec la meilleure foi du monde les procédés simplifiés qui sans qu'il s'en doute amènent le liquide dans l'estomac.

Je ne crois pas qu'il y ait en France dix médecins pratiquant et connaissant la bonne technique, il y en a des milliers qui pratiquent la mauvaise, et alors l'injection sous-glottique endossant les méfaits de l'injection œsophagienne s'en va lentement vers la faillite.

Lorsqu'on pratique l'injection il est indispensable de connaître son trajet, faute de quoi on ne saura pas dans quel conduit le liquide aura été déversé, parce que ce *n'est que très rarement que l'opérateur le plus exercé peut voir le bec de l'instrument enferré dans la trachée.* Depuis vingt-cinq ans, je ne l'ai pas vu vingt fois sur des milliers de malades, et alors le traitement restera sans base et sans précision.

Il faut donc un témoin. Ce témoin, je crois l'avoir signalé le premier, *c'est le réflexe qui accompagne toujours l'injection trachéale et jamais l'injection œsophagienne. Ce témoin est infaillible, et il ne manque jamais.* Ce réflexe, Rosenthal l'a appelé le réflexe tussigène, on ne l'oublie pas lorsqu'on l'a entendu, étant donnée sa tonalité spéciale. On peut donc *affirmer carrément que lorsqu'il vient à manquer l'injection aura été stomacale.*

Voilà donc les deux desiderata, les deux lacunes indiquées; si cet article parvient à les combler, j'estimerai n'avoir perdu ni mon temps ni ma peine, et je garderai l'espérance qu'on pardonnera à un pauvre comme moi d'avoir, une fois de plus, réclamé son bien. »

Dr JOSEPH DE LA JARRIGE.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE L'ASYSTOLIE

L'asystolie est l'aboutissant des lésions mitrales non compensées et de la dégénérescence scléreuse ou parenchymateuse du muscle cardiaque. Elle indique par conséquent l'affaiblissement du cœur qui entre en asystolie lorsqu'il devient incapable de régulariser la circulation par des systoles suffisamment énergiques. L'asystolie se traduit par des stases veineuses et des œdèmes, par de la dyspnée, de l'insomnie, de la diminution des urines, de l'arythmie cardiaque et un pouls intermittent.

Indications thérapeutiques. — 1° Renforcer et régulariser les systoles cardiaques. Le médicament employé le plus souvent est la digitale. Elle réussit admirablement lorsque le cœur est encore suffisamment bon. Au contraire elle augmente l'arythmie et amène la gêne précordiale et la sensation de suffocation quand les fibres musculaires du cœur sont trop malades pour réagir sous son impulsion.

On donne l'infusion de poudre de feuilles de digitale de la façon suivante. Faire infuser :

Poudre de feuilles de digitale...... 1g20

dans :

Eau bouillante.................. 100 grammes.

ajouter après avoir filtré :

Sirop d'écorces d'oranges amères.. 50 grammes.

En donner cinq cuillerées à soupe le premier jour, trois le second et deux le troisième. Puis cesser et reprendre quelques jours après.

Contre-indications de la digitale. — Faiblesse du cœur se traduisant par des battements peu perceptibles, pouls très intermittent, grande dyspnée, albumine dans les urines.

Indications de l'Adonis. — Dans ces cas, renoncer nettement à la digitale et la remplacer par de l'adonis vernalis qui donne les mêmes résultats qu'elle et présente l'énorme avantage de ne jamais s'accumuler et de ne donner aucun accident. L'adonidine est souvent infidèle, l'infusion de feuilles d'adonis est difficile à prendre à cause de son mauvais goût. Don-

ner la préférence au diurène ou extrait total d'adonis vernalis. En donner de 4 à 6 cuillerées à café par jour chaque fois dans un demi-verre d'eau sucrée en deux ou trois prises.

Sous l'influence de ce médicament, les battements du cœur retrouvent leur énergie en trois ou quatre jours; les urines augmentent de quantité, la dyspnée et les œdèmes diminuent. Cette médication peut être continuée pendant plusieurs semaines sans interruption.

Quand on suspendra l'emploi du diurène, le remplacer par de la caféine (0g50 à 1 gramme) ou de la théobromine (1g50 à 3 grammes par jour).

2° Décongestionner le foie. — Le foie est souvent gros, congestionné. Il est essentiel de le dégager, car cet état crée la stase du système porte et l'ascite. Donner des purgations salines fréquentes, éviter le calomel qui trouble les fonctions intestinales. Donner deux lavements froids (15 degrés) par jour (méthode de Krüll).

3° Soutenir la circulation périphérique. — Agir sur les artérioles et les capillaires par de l'ergotine à petites doses (0g25 à 0g40 par jour), ou encore par de la strychnine (1 à 3 milligrammes par jour). Faire des frictions et du massage doux sur les membres, toujours en remontant vers leurs racines.

4° Décongestionner les reins. — Placer des ventouses sèches sur les reins. Instituer la diète hydrique. Se souvenir qu'il est inutile de donner ici des boissons abondantes. Au contraire, il faut instituer la réduction des liquides prescrite par Huchard et Fiessinger et donner tout au plus en vingt-quatre heures un litre de liquide au malade (lait écrémé ou eau minérale).

Complications. — Pendant les périodes d'asystolie extrême, injections multiples de caféine, d'huile camphrée et de strychnine.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique médicale infantile (149, rue de Sèvres). — — Programme du cours de perfectionnement (17 mars-5 avril 1913). — *17 mars.* — Dix heures et demie : M. Nobécourt. Alimentation des nourrissons. Lait. — Cinq heures : Hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx.

18 mars. — Dix heures et demie : M. Tixier. Colites. — Cinq heures : M. Nobécourt. Technique de l'allaitement.

19 mars. — Dix heures et demie : M. Tixier. Tuberculose du nourrisson. — Cinq heures : M. Milhit. Coqueluche.

20 mars. — Dix heures et demie : M. Tixier. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde. — Cinq heures : M. Lemaire. Endocardites aiguës.

21 mars. — Dix heures et demie : M. Lemaire. Endocardites chroniques. — Cinq heures : M. Milhit. Adénopathies trachéo-bronchiques.

22 mars. — Dix heures et demie : M. Darré. Diagnostic des angines aiguës. — Cinq heures : M. Harvier. Diagnostic clinique des méningites.

25 mars. — Dix heures et demie : M. Darré. Diagnostic des laryngites aiguës. Traitement de la diphtérie. — Cinq heures : M. Nobécourt. Les troubles digestifs des nourrissons.

26 mars. — Dix heures et demie : M. Schreiber. Scarlatine. Varicelle (diagnostic, complications, traitement). — Cinq heures : M. Milhit. Diagnostic et traitement des pleurésies.

27 mars. — Dix heures et demie : M. Schreiber. Rougeole. Erythèmes toxi-infectieux. — Cinq heures : M. Nobécourt. Traitement des troubles digestifs des nourrissons.

28 mars. — Dix heures et demie : M. Ferrand. Erythèmes, impétigo, eczéma des nourrissons. — Cinq heures : M. Milhit. Diagnostic et traitement de la pneumonie et des bronchopneumonies.

29 mars. — Dix heures et demie : M. Ferrand. Diagnostic et traitement de l'hérédo-syphilis. — Cinq heures : M. Harvier. Ponction lombaire. Traitement des méningites.

31 mars. — Quatre heures : M. Paisseau. Rachitisme. — Cinq heures M. Harvier. Paralysie infantile.

1er avril. — Quatre heures : M. Babonneix. Encéphalopathies infantiles. — Cinq heures : M. Lemaire. Cardiopathies congénitales. Traitement des cardiopathies.

2 avril. — Quatre heures : M. Paisseau. Purpuras. Maladie de Barlow. Hémophilie. — Cinq heures : M. Babonneix. Chorée. Tétanie.

3 avril. — Quatre heures : M. Paisseau. Anémies. Leucémies. — Cinq heures : M. Babonneix. Epilepsie.

4 avril. — Quatre heures : M. Paisseau. Hypertrophie du thymus. Myxœdème. — Cinq heures : M. Babonneix. Albuminuries. Diagnostic et traitement.

5 avril. — Quatre heures : M. Lemaire. Péricardites. — Cinq heures : M. Harvier. Tumeurs cérébrales.

Tous les matins, à neuf heures, visite dans les salles et présentation de malades.

Conférences de pathologie interne. — M. le docteur J. Castaigne, agrégé, commencera ces conférences le jeudi 6 mars 1913, à six heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Objet des conférences : « Maladies du tube digestif. »

Conférences d'histologie. — M. A. Branca, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 7 mars 1913, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il étudiera le tissu musculaire, l'appareil vasculaire, le système nerveux et les organes des sens.

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Pierre Teissier commencera le cours de pathologie interne le vendredi 7 mars 1913, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : « Affections de l'appareil respiratoire (affections des bronches, du poumon et de la plèvre). »

Conférences de physiologie. — M. Jean Camus, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 7 mars 1913, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Sujet des conférences : « Les fonctions de nutrition (digestion, circulation, respiration, sécrétions). »

Conférences de pathologie externe. — M. Maurice Chevassu, agrégé, commencera les conférences de pathologie externe le samedi 8 mars 1913, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Programme : « Maladies des voies urinaires et des organes génitaux de l'homme et de la femme. »

Hopital Saint-Louis. — Service de M. de Beurmann. — *Conférences théoriques et pratiques.* — Une série de conférences théoriques et pratiques sur les affections cutanées et vénériennes est faite par MM. de Beurmann, R. Sabouraud, Dominici, Mouneyrat, Louis Ramond, Eugène Regnauld, Grandchamp, Egger, Degrais, Pestel, Tanon, Cottin, Noiré, Philibert, Chenet, Jean Pellot, Larroque, Labourdette.

Les leçons ont lieu les lundi, jeudi et samedi de chaque semaine, de dix heures à onze heures dans la salle des conférences de l'hôpital, à côté du musée et de la bibliothèque.

Lundi 10 mars, à dix heures un quart, salle des conférences : « La pelade », par M. Sabouraud.

Jeudi 13 mars, à dix heures, salle des conférences : « La sporotrichose de de Beurmann », par M. Louis Ramond.

Samedi 15 mars, à dix heures, salle des conférences : « L'eczéma marginatum de Hebra », par M. Sabouraud.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYPHILIS MÉDULLAIRE [1]

C. MYÉLITES. — Elles sont aiguës, subaiguës ou chroniques, diffuses ou circonscrites, à foyer unique ou à taches disséminées. Elles siègent surtout à la région dorsale, tantôt au voisinage du renflement cervical, tantôt du renflement lombo-sacré. Nageotte et Riche distinguent quatre variétés au point de vue de la répartition en largeur : 1° envahissement uniforme de la surface de section; 2° début central avec extension centrifuge (myélites aiguës); 3° début périphérique à progression centripète; 4° foyers multiloculaires épars sur la coupe.

Myélites aiguës et subaiguës. — Dans certains cas, le *processus hyperhémique*, nécrobiotique, l'emporte; il existe alors un seul grand foyer central à limites diffuses; la moelle, à son niveau, est augmentée de volume; sa consistance est diminuée; après fixation au formol le foyer est opaque, blanc rosé; la myéline a disparu et il existe de nombreux corps granuleux; les vaisseaux sont gorgés de polynucléaires; il existe un exsudat abondant, interfasciculaire; les cellules de la névroglie sont gonflées, puis détruites; dans d'autres cas, ce qui domine c'est, soit une *infiltration lymphoïde annulaire* du tissu nerveux et des vaisseaux, soit l'oblitération des vaisseaux réalisant un ramollissement ischémique; les veines et les artères sont lésées très profondément, les veines au niveau des méninges où elles forment des cordons noueux, les artères au niveau de la moelle.

Myélites chroniques. — Nageotte et Riche en décrivent deux variétés : les myélites en régression succédant aux précédentes, les myélites en évolution, primitives ou secondaires, liées à des lésions plus ou moins aiguës.

Les *myélites en régression* sont caractérisées par l'épaississement hyalin des parois vasculaires, la prolifération de la névroglie, la transformation scléreuse des foyers myélitiques et l'apparition de dégénérescences secondaires; c'est le type de la *myélite transverse* avec taches scléreuses irrégulières, raréfaction des tubes nerveux, dégénérescence hyaline des vaisseaux avec au-dessus et au-dessous des dégénérescences fasciculaires secondaires, et souvent *atrophie* de tout le névraxe.

La *myélite en évolution* se présente suivant deux formes : une forme spasmodique et une forme amyotrophique. La *forme spasmodique*, qui correspond à la forme la plus fréquente des paraplégies syphilitiques, est anatomiquement une *myélite chronique diffuse* avec dégénérescence des faisceaux longs de la moelle. Il existe une sclérose du faisceau pyramidal, surtout dans le segment inférieur, et une sclérose des faisceaux ascendants (faisceau de Goll, cérébelleux direct, faisceau de Gowers). Il est impossible de trouver un foyer de myélite transverse expliquant cette dégénération. Il s'agit donc bien d'une véritable myélite. La *forme avec amyotrophie* est représentée par des foyers de méningo-myélites diffuses répartis dans toute l'épaisseur de la moelle, prédominant au niveau des cornes antérieures et se distinguant de l'atrophie musculaire, type Aran-Duchenne, par les lésions considérables des vaisseaux et de la pie-mère.

Signalons enfin le rapport de causalité établi par Long Ladame, entre la myélite syphilitique et la sclérose en plaques.

HÉRÉDO-SYPHILIS. — Les lésions hérédo-syphilitiques de la moelle sont encore mal connues. Jurgens a rencontré la pachyméningite spinale, Bartels, une gomme chez un enfant qui avait présenté une paralysie des quatre membres. On a signalé également des exostoses vertébrales coexistant avec des lésions méningées.

SYMPTOMATOLOGIE. — **I. Méningites spinales et cérébro-spinales syphilitiques; radiculites.** — Nous n'insisterons pas longuement ici sur les méningites syphilitiques dont la connaissance est d'ailleurs, pour la plupart d'entre elles, de date relativement récente, car cette question a déjà été traitée (voir, Symptômes et diagnostic des méningites syphilitiques, Notes pour l'internat, *Gaz. des hôpit.*, déc. 1912). On décrit tout d'abord une *méningite syphilitique latente*, très fréquente à la période secondaire; elle coexiste, en général, avec des accidents cutanés; elle ne se révèle par aucun symptôme clinique, mais uniquement par la constatation d'une lymphocytose avec plasmazellen du liquide céphalo-rachidien; elle disparaît parfaitement par le traitement spécifique longtemps prolongé; l'importance de cette méningite latente réside dans le fait qu'elle serait, pour certains auteurs, le point de départ, le *primum movens*, des accidents tardifs parasyphilitiques, spécialement du tabes et même de certaines myélites.

On décrit encore une *méningite aiguë syphilitique* dont l'existence est bien admise à l'heure actuelle, avec céphalée surtout nocturne, insomnie, rachialgie, vomissements, signe de Kernig, etc. Elle apparaît d'une manière précoce, surtout dans le courant de la première année; elle revêt, soit un type analogue à la méningite tuberculeuse, soit un type comateux. Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu, albumineux; il présente une lymphocytose qui va jusqu'à 100 lymphocytes par millimètre cube comptés à la cellule de Nageotte. La *réaction de Wassermann est positive* avec le liquide céphalo-rachidien. Le traitement spécifique amène une amélioration rapide, mais la lymphocytose persiste très longtemps; l'on a signalé même souvent (Miriel, Jolivet) des *séquelles* (abolition des réflexes rotuliens, signe d'Argyll, etc.) qui peuvent faire redouter le passage à la chronicité.

Le *diagnostic* de cette méningite aiguë doit être fait avec la méningite tuberculeuse, la méningite cérébro-spinale, toutes les réactions méningées en général; il est facile s'il existe des accidents cutanés syphilitiques ou si le chancre est de date récente; il faudra toujours penser à la syphilis et rechercher la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien, si les symptômes sont peu accusés et sujets à des oscillations. Chez les *hérédo-syphilitiques*, d'après MM. Milian et Ravaut, bon nombre d'accidents encore mal définis relèveraient sans doute également de processus méningés spécifiques.

L'on a décrit enfin des *méningites chroniques tertiaires*, les unes spécifiques, les autres non franchement spécifiques, sur lesquelles nous n'insisterons pas davantage ici.

Avant d'aborder l'étude symptomatique des méningo-myélites syphilitiques proprement dites, il nous reste à décrire la *pachyméningite cervicale* et les *radiculites syphilitiques*.

Dans certains cas la syphilis réalise un complexus symptomatique très analogue à celui de la *pachyméningite cervicale hypertrophique* de Charcot et Joffroy. Il s'agit, en réalité, d'une méningo-myélite à laquelle participent souvent les méninges de la base du cerveau. On observe successivement une première période où dominent les phénomènes douloureux siégeant dans la région cervicale, la nuque, les épaules, les membres supérieurs, puis une deuxième période, dite paralytique avec paralysie atrophique des mains, des avant-bras, puis des bras. La main prend une *attitude en griffe*. S'il existe des compressions de la moelle, il se produit une paralysie spasmodique des membres inférieurs, des troubles des sphincters, des escarres. Le diagnostic peut être posé par la ponction lombaire et l'épreuve du traitement.

Les *radiculites syphilitiques* se traduisent par des troubles moteurs et sensitifs. Les troubles sensitifs consistent en douleurs sourdes, avec paroxysmes, surtout à l'occasion de la *toux* et de l'*éternuement*, en anesthésie, à répartition radiculaire, enfin en troubles moteurs et en modifications des réactions électriques; il faut signaler spécialement, en raison de leur fréquence et de leur importance, les *sciatiques radiculaires syphilitiques* améliorées uniquement par le traitement spécifique; citons encore un *syndrome syphilitique de la queue de cheval* avec anesthésie du rectum, de la vessie, paralysie de la région fessière, des fléchisseurs de la jambe, troubles vésicaux (ischurie paradoxale de Dufour), fonctions génitales abolies; on a décrit aussi une *paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial* avec syndrome oculo-pupillaire de Mme Déjerine; nous n'insisterons pas sur les multiples diagnostics que soulèvent ces diverses manifestations cliniques. En général, la réaction de Wassermann et le traitement spécifique suffiront à trancher le diagnostic. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 24, p. 382.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 28. — SAMEDI 8 MARS 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 8 MARS 1913. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — M. Raymond Poincaré, président de la République, inaugurera prochainement le nouvel hôpital de la Pitié.

— Lors de la récente visite faite par M. le président de la République à l'hôpital Lariboisière, on a remarqué avec étonnement l'absence de la plupart des médecins chefs de service.

La note ci-jointe, adressée par les médecins de Lariboisière au Président, démontre que la responsabilité de cette incorrection ne saurait leur être imputée.

« *A M. le président de la République française,*

Les soussignés, médecins et chirurgiens de l'hôpital Lariboisière, regrettent de ne pas avoir été prévenus de la visite de M. le président de la République à l'hôpital Lariboisière. Ils auraient été heureux de le remercier de l'intérêt qu'il témoigne aux malades et au corps médical des hôpitaux et de lui présenter l'hommage de leur respectueux dévouement.

H. CHAPUT, PICQUÉ, LAUNOIS, LE GENDRE, MORAX, BOISSARD, FLORAND, MARION.

4 mars 1913. »

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Ricard et Rieffel (qui acceptent), Tuffier, Peyrot, Michon, Morestin et Garnier (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 1er avril 1913, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi *15 mars* inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1913.

— CONCOURS POUR LE PROSECTORAT. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 7 avril 1913, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi *15 mars* inclusivement.

— COURS D'ANATOMIE. — Malgré l'avis affiché il y a quelques semaines pour inviter les étudiants au calme, le cours de M. le professeur Nicolas, qui recommençait jeudi, a été troublé à nouveau par des manifestations tumultueuses.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. J. Courmont, professeur d'hygiène, est nommé assesseur du doyen.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — Sont promus, à partir du 1er janvier 1913, les préparateurs ci-après désignés :

De la quatrième à la troisième classe : M. Collet, préparateur de toxicologie et analyse chimique.

De la cinquième à la quatrième classe : M. Gillot, préparateur de pharmacie.

LA LOI DE TROIS ANS ET LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Voici les articles réglant les conditions dans lesquelles les étudiants en médecine feront leurs trois années de service :

« ART. 10. — L'article 25 de la loi du 21 mars 1905 est remplacé par les dispositions suivantes :

Les docteurs ou les étudiants en médecine, munis de douze inscriptions, qui ont subi avec succès à la fin de leur première année de service, l'examen de médecin auxiliaire sont nommés à cet emploi et accomplissent leurs deuxième et troisième années de service comme médecins auxiliaires.

Les jeunes gens pourvus de diplôme de vétérinaire civil, ou admis en quatrième année, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de vétérinaire

auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leurs deuxième et troisième années de service comme vétérinaires auxiliaires.

Les jeunes gens visés aux deux alinéas précédents qui auront pris l'engagement d'accomplir trois périodes supplémentaires d'instruction pendant leur séjour dans la réserve et qui auront subi avec succès à la fin du troisième semestre les épreuves d'un concours pour le grade d'aide-major ou d'aide-vétérinaire de réserve, sont nommés aspirants dans la limite des besoins et accomplissent en cette qualité leur quatrième semestre de service.

Ces aspirants sont nommés aides-majors et aides-vétérinaires de réserve, à l'expiration du quatrième semestre, et accomplissent en cette qualité leur troisième année de service dans l'armée active.

ART. 11. — Le paragraphe 4 de l'article 26 de la loi du 21 mars 1905 est remplacé par les dispositions suivantes :

Ceux qui n'obtiendraient pas le grade d'aide-major ou d'aide-vétérinaire, ou qui ne réaliseraient pas l'engagement sexennal, accomplissent leurs deuxième et troisième années de service dans les conditions prévues à l'article précédent. »

— Au sujet de la loi de trois ans, l'*Association corporative* nous communique la note suivante :

« Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine, réuni extraordinairement le 6 mars, après avoir pris connaissance de la décision ministérielle de rétablir le service militaire de trois ans sans dispenses, considérant que la nouvelle loi militaire, qu'il regarde comme un fait accompli, imposera aux étudiants en médecine français des sacrifices très lourds que ne supporteront pas les étudiants étrangers, estime que le moment est venu de régler définitivement la question toujours pendante des étudiants étrangers, et d'interdire à ces derniers l'exercice de la médecine en France.

Le Comité de l'A. C. s'engage à défendre ce point de vue au Congrès de la Fédération des étudiants en médecine qui aura lieu les 27-28-29 mars. »

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société aura lieu le deuxième mercredi de mars (12 mars 1913), au Cercle militaire, à neuf heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Rôle de l'aviation dans le service de santé », par M. le sénateur Reymond, vice-président de l'Union fédérative, chirurgien de la Maison départementale de Nanterre et aviateur.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur François Edouard (de Châtillon-sur-Charonne) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il sera ouvert, le lundi 21 avril 1913, au ministère de l'intérieur, salle des Fêtes, un concours pour l'internat de l'asile national des convalescentes du Vésinet (Seine-et-Oise).

Ce concours est ouvert seulement aux étudiantes en médecine.

On trouvera au secrétariat de l'asile (tous les jours non fériés, de neuf heures à midi et de deux heures à cinq heures), et chez le concierge de la Faculté de médecine des exemplaires de l'arrêté ministériel qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE MARÉVILLE (Meurthe-et-Moselle). — Il sera ouvert, le lundi 7 avril, à huit heures et demie du matin, à la Faculté de médecine de Nancy, un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'asile de Maréville et services annexes, auquel pourront prendre part les étudiants en médecine âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions au doctorat, au moins.

Les candidats devront se faire inscrire à la préfecture de Meurthe-et-Moselle (deuxième division) jusqu'au 25 mars inclus.

EXERCICE ILLÉGAL. — M. Tortat, juge d'instruction, a ordonné l'arrestation du docteur Z..., médecin diplômé de la Faculté de Montpellier, demeurant 57, boulevard Haussmann.

Le docteur Z... est inculpé de complicité d'escroquerie dans l'affaire du docteur Macaura.

Pour sa défense, il prétend avoir acquis, moyennant la somme de dix mille francs, la licence de Macaura. L'enquête a établi que Z... n'est que l'homme de paille de Macaura.

En conséquence, tous deux sont poursuivis sous la même inculpation.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 31 MARS AU 5 AVRIL 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 31 mars, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 1er avril, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 2 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

2e.

3e (oral, 2e partie).

4e.

Jeudi 3 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e.

3e (oral, 2e partie).

4e.

Vendredi 4 avril, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 5 avril, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Jeudi 3 avril, à une heure. — M. LEPRÉVOST. Le cancer du col de l'utérus avant trente ans. (MM. Pozzi, président; Pierre Marie, Chauffard et André Broca.) — M. TALENT. Du traitement de la chorée de Sydenham par le salvarsan et le néosalvarsan. (MM. Pierre Marie, président; Pozzi, Chauffard et André Broca.) — M. PIMPANEAU. Du radio-diagnostic du cancer de l'estomac. (MM. Chauffard, président ; Pozzi, Pierre Marie et André Broca.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de clinique thérapeutique chirurgicale. Indications pratiques en pathologie externe, par le docteur Louis BILLON, ancien chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Marseille. Grand in-8 raisin, cartonné toile, de 1220 pages. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin et fils.

L'Ophtalmologie indispensable au praticien. *Sémiologie, diagnostic, traitement*, par le docteur A. PICHON, médecin-major de première classe. Un vol. in-8° de 448 pages, avec 107 fig. et des tableaux schématiques. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire des médications nouvelles pour 1913, par le docteur H. GILLET, ancien interne des hôpitaux de Paris. 8e édit. Un vol. in-18 de 300 pages, avec figures, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'Intoxication par le tabac, par le docteur GY, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8° de 184 pages. (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*). — Prix : broché, 2 fr. 50 ; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LE CARDIOSPASME

Par Henri VIGNES,
Interne des hôpitaux de Paris.

Sous le nom de cardiospasme, on décrit une contracture permanente du cardia. La permanence de cette sténose, bénigne dans sa nature, constitue l'élément de gravité qui a permis à certains auteurs de la dénommer spasme grave du cardia. Le terme de spasme idiopathique, par lequel on l'oppose aux spasmes secondaires, comporte une moindre exactitude, car il semble bien que, dans la plupart des cas, le spasme soit secondaire à une affection latente ou éloignée.

Cruveilhier, dans son atlas, a figuré un rétrécissement du cardia « sans altération organique des parois » qui était dû vraisemblablement à une « contraction spasmodique permanente ».

D'autres cas furent publiés ultérieurement.

Ziemssen et Zenker, en 1878, se fondant sur des constatations d'autopsie, ont décrit la dilatation idiopathique de l'œsophage. L'emploi du mot idiopatique au lieu de tout autre qualificatif provisoire a contribué à faire de ces ectasies une entité morbide, pour laquelle de nombreuses pathogénies ont été proposées, entre autres celle du cardiospasme. Mickulicz en 1882 individualisa le cardiospasme et lui appliqua une thérapeutique encore employée dans les cas rebelles. Dans ces dernières années les perfectionnements de l'œsophagoscopie ont permis de compléter le tableau clinique et de pratiquer le traitement mécanique. Gottstein en Allemagne, Plummer en Amérique, Guisez en France, entre autres, ont publié de beaux travaux sur ce syndrome. Les examens endoscopiques pratiqués systématiquement, à l'occasion de toute dysphagie grave, en ont fait constater la fréquence.

En 1908, Gottstein en relève 150 cas publiés depuis le mémoire de Mickulicz et en rapporte 33 cas personnels. Le deuxième travail de Plummer contient 40 observations. En 1911, Guisez sur une série de 930 œsophagoscopies trouve 40 spasmes œsophagiens dont 29 au niveau du cardia (650 cancers, 60 sténoses cicatricielles, 54 corps étrangers, etc.).

Toute lésion œsophagienne peut se compliquer de spasme, à quelque niveau qu'elle siège. Le spasme primitif ou mieux cryptogénétique ne s'observe qu'aux orifices. Ces orifices en effet ont un fonctionnement et une innervation particulière et se contractent isolément en réponse à certaines excitations. L'œsophage, qui sur le vivant est béant, est normalement fermé à son extrémité supérieure ou bouche par un sphincter, à son extrémité inférieure par un dispositif sphinctérien : le cardia en effet est fortement cravaté par les fibres musculaires obliques de l'estomac et il est obturé par la valvule que forme son insertion oblique sur l'estomac. Il est innervé par des ganglions autonomes et par le pneumogastrique qui contient des fibres cardio-inhibitrices à côté des fibres œsophagomotrices (Openchowsky). Une excitation œsophagienne le dilate, une excitation stomacale exagère sa contraction tonique.

Le cardiospasme s'observe dans l'un et l'autre sexe (18 hommes, 22 femmes, Plummer) et presque toujours à l'âge adulte (âge moyen vingt-neuf ans, minimum dix-sept, maximum cinquante-neuf, Plummer). Les malades le rapportent à une cause occasionnelle : émotion ou série d'émotions — traumatisme de la région thoracique — effort — et le plus souvent à un incident œsophagien, tel que déglutition d'un os, d'une arête, d'une grosse bouchée, d'un aliment trop chaud ou trop froid. Ces circonstances ont un rôle dans la genèse du spasme ou du moins le révèlent en l'exagérant.

Les malades sont presque toujours des tachyphages et des gloutons, avaleurs de bols mal mastiqués ou trop volumineux. La grossesse a été signalée par plusieurs auteurs : le tableau clinique s'était développé en trois étapes, correspondant à trois grossesses dans un cas de dilatation publié par M. Lion. Chez une malade de Meltzer, les phénomènes avaient débuté au moment d'une période menstruelle — chez une malade d'Erdmann, au contraire, la dysphagie diminuait à chaque période. Le tabagisme a été souvent noté. Enfin, dans un grand nombre de cas, on a incriminé la névropathie. Ces malades sont souvent très émotifs ; on leur trouve parfois des stigmates d'hystérie. On conçoit que le psychisme pithiatique puisse bloquer le cardia, comme la volonté peut ouvrir en permanence la bouche œsophagienne (boire à la régalade). Il convient toutefois de ne retenir cette étiologie qu'avec réserve — et en tout cas de n'y voir qu'un élément du complexus causal.

A côté des causes occasionnelles et du tempérament spasmophile, il faut faire à l'élément réflexe une place plus importante que celle que jusqu'ici les auteurs lui ont faite. Notons d'abord que dans un petit nombre de cas le cardiospasme est dû à des lésions œsophagiennes. M. Guisez a rapporté un cardiospasme secondaire à une sténose goitreuse. Mais le plus souvent les lésions qu'on a invoquées, l'œsophagite, les fissures sont secondaires à la stase. Beaucoup plus intéressants et sans doute beaucoup plus fréquents sout les réflexes dont le point de départ est en aval du cardia.

Nous savons que le cardia se ferme en réponse à des excitations stomacales ; Bechterew note que la contraction tonique de cet orifice augmente quand l'estomac est rempli de nourriture. Un malade de Plummer avait un estomac en sablier d'origine syphilitique, trois autres avaient un cancer de l'estomac. Un malade de Jüngerich se faisait jusqu'au début de l'affection des lavages d'estomac journaliers. Mollière parle de cancers de la petite courbure qui déterminaient alternativement du cardiospasme et du pylorospasme pour se terminer par une sténose pylorique.

Nous connaissons un cas inédit de cardiospasme dû à la lithiase biliaire. Schlesinger a décrit récemment le gastrospasme total au cours de la cholélithiase. Les troubles de la dyspepsie biliaire que

MM. Cotte et Bressot ont étudiés récemment reconnaissent parfois comme cause une perturbation de la circulation porte : or, dans un cas de M. Abrand, le cardiospasme coexistait avec des varices œsophagiennes cirrhotiqués.

M. Cotte dans un cas d'œsophagisme supérieur a incriminé des ulcérations intestinales tuberculeuses; Andral, puis Guéneau de Mussy ont décrit le spasme du cardia consécutif aux ulcérations intestinales de la dothiénentérie. Divers auteurs accusent l'helminthiase. Erdmann signale un cas secondaire à une intervention pour hémorroïdes. D'autre part, on sait que le spasme de la bouche œsophagienne est souvent causé par des lésions pharyngées ou nasales [rhinite, amygdalite, amygdalectomie (Joal), ozène (Ilurré)].

Si maintenant nous récapitulons les excitations susceptibles de déterminer du spasme œsophagien (excitations pharyngées, œsophagiennes, stomacales, intestin enflammé, utérus fécondé, coliques hépatiques), nous voyons que ce sont exactement celles qui dans d'autres conditions provoquent le vomissement. En somme le canal œsophagien, se défendant contre toute irritation en amont et en aval, se comporte d'une façon toute différente du réservoir stomacal. Celui-ci emprisonne par le pylorospasme le mal qu'il contient; par le pylorospasme encore il protège le duodénum ulcéré contre l'arrivée du chyme (de même que normalement la fermeture du pylore est réglée par la neutralisation du chyme); enfin, il protège le duodénum en tolérant le reflux du contenu intestinal, puisque les substances susceptibles de produire un excès de sécrétine sont les plus exposées à refluer (Cathcart) en sorte que l'estomac est le sacrifié dans ses rapports avec l'œsophage et avec l'intestin.

Le spasme réflexe ainsi produit, d'abord transitoire, devient définitif suivant des lois que nous ne connaissons pas. Dès ce moment, il se complique de dilatation qui devient très rapidement considérable : les constatations œsophagoscopiques font foi de cette rapidité. Cette ectasie serait primitive pour certains auteurs. A M. Souligoux qui interprétait de la sorte son cas, Poirier fit observer que l'usage de la belladone faisait disparaître le spasme et que la dilatation était secondaire aux pressions formidables réalisées pendant des années pour forcer le passage. Il n'est d'ailleurs pas besoin de ces pressions pour déterminer la dilatation : les conditions différentes du péristaltisme, le trouble grave de l'innervation de l'œsophage entraînent l'atonie des parois, ce que démontre la précocité et l'ampleur de la dilatation comparée à ce qui se passe dans des cancers même serrés où la poche précancéreuse est minime et encore n'est guère formée que par un clapier (Hartmann).

La modification de la motricité supprime l'action du péristaltisme sur le bol alimentaire. C'est alors la pesanteur (mesurée par la hauteur de la colonne d'aliments liquides) et l'accroissement de la pression œsophagienne qui permettent aux aliments de gagner l'estomac.

Les lésions observées donnent peu de renseignements. Le cardia contracté forme un anneau saillant. La musculeuse est hypertrophiée, et spécialement les fibres circulaires. La muqueuse est épaisse, indurée, ecchymotique, œdématiée, papillomateuse, érosée, ulcérée, abcédée. La dilatation progresse à partir de l'extrémité supérieure, et cesse brusquement au rétrécissement en sorte qu'il est classique de la comparer à une bouteille.

Le cardiospasme le plus souvent a un début brusque en rapport avec une émotion ou un incident de déglutition. En général on relève des spasmes passagers qui ont précédé la contracture permanente, Le malade de Souligoux à dix-neuf ans avait eu un étouffement en avalant une mie trop volumineuse. Une malade d'Erdmann depuis trois ans percevait un bruit à chaque déglutition. Un client d'Abrand avait pendant dix ans, à l'occasion d'émotions ou de fatigues, présenté des sensations de boule de pain qui ne veut pas descendre.

Quand la contracture est devenue permanente, on observe quatre symptômes subjectifs principaux : dysphagie, douleurs, régurgitations, sialorrhée.

La dysphagie consiste en une sensation d'arrêt à l'extrémité supérieure de l'œsophage ou plus souvent localisée exactement au cardia. Elle est d'abord intermittente et persiste seule pendant un temps plus ou moins long. M. Guisez note qu'au début elle est plus accentuée pour les liquides que pour les solides et que, devenue permanente, elle est plus marquée pour les solides comme dans les sténoses organiques. Cet arrêt ne s'accompagne ni de dégoût ni d'inappétence. Il est plus accentué pour certains aliments, fruits crus et surtout pommes (Gottstein), et moins accentué pour les aliments bien cuits et sans parties résistantes. Les malades cherchent à franchir l'obstacle en augmentant la pression; l'aérophagie est le moindre de leurs moyens; l'absorption énergique, abondante et rapide d'eau vient ensuite; le malade de Souligoux, le corps cambré, la tête renversée envoyait l'eau dans son œsophage avec une pompe. Un client de Plummer (obs. XXXVIII du mémoire de 1908) avalait d'abord des solides jusqu'au moment où il était menacé de régurgitation; — alors à la fin d'une inspiration, il avalait une grande quantité d'eau d'un seul trait. Le passage ainsi obtenu est annoncé quelquefois par une sensation de secousse à l'épigastre — de trappe qui s'ouvre (Starck). La gêne peut d'ailleurs être prolongée du fait d'une véritable indigestion d'eau.

Le trouble de la déglutition prend ensuite le caractère douloureux. Jüngerich insiste sur les vives douleurs rétro-sternales; Erdmann sur les douleurs sous-mammaires; Gottstein décrit de violentes douleurs épigastriques simulant (?) l'ulcus ou la lithiase biliaire. Plusieurs des malades de Guisez se plaignaient uniquement de douleurs à la base du cou occasionnées par le spasme de la bouche œsophagienne qui toujours accompagne le spasme du cardia.

Les régurgitations ramènent des aliments non modifiés, avec beaucoup de mucosités. Elles sont en général indolores, sans effort et sans nausées — rarement dyspnéisantes. Les aliments n'ont pas le goût et l'odeur désagréable du contenu gastrique et souvent

le patient les mastique et les déglutit à nouveau, réalisant une véritable rumination. Elles se produisent d'abord pendant les repas ou aussitôt après — d'autres fois quand le malade s'incline — souvent dès qu'il est couché — ou encore il se réveille le nez plein d'aliments (10 malades sur 40, Plummer), aussi arrive-t-il à ne dormir qu'avec plusieurs oreillers — enfin il a souvent des régurgitations matutinales de mucus et de salive. Ces diverses modalités sont en rapport avec le degré du spasme, et Plummer distingue le spasme sans régurgitation, le spasme avec régurgitations immédiates et le spasme avec régurgitations irrégulières ; on est alors à la période de dilatation et le plus souvent il n'y a plus de dysphagie ni de douleur.

On observe enfin, en même temps que ces trois signes d'imperméabilité, une très abondante salivation réflexe.

Les signes physiques sont de trois ordres : on constate la sténose, la rétention, la dilatation. L'aspect œsophagoscopique du cardia, le cathétérisme, l'étude de la pression nécessaire pour ouvrir l'orifice, l'auscultation de cet orifice, le mode de pénétration dans l'estomac renseigneront sur le premier point. La rétention sera le signe principal puisqu'elle est le signe de la chronicité, elle précède la dilatation et la douleur de même que dans l'hypertrophie prostatique la rétention précède la distension et la cystite.

Enfin, la dilatation se traduira par la rétention, l'auscultation et l'endoscopie de la poche, les résultats de l'examen radiologique. Nous allons donc passer en revue l'inspection, l'auscultation, le cathétérisme, la radioscopie, l'œsophagoscopie.

Si on examine le malade après lui avoir fait ingérer une certaine quantité de liquide, il peut arriver qu'au bout d'un temps variable on constate une série de secousses à l'épigastre ou une saillie brusque et qu'on perçoive à distance un bruit spécial.

L'auscultation du cardia normalement perméable, pratiquée à l'union du rebord costal gauche et du sternum permet d'entendre un bruit au moment précis de la déglutition et un second sept à dix secondes après. Si le cardia est rétréci, le second bruit est retardé, ou se fait en plusieurs temps; il est complètement absent s'il y a dilatation. Dans ce dernier cas en auscultant le malade à jeun, on entend de plus un bruit spécial dans les alternatives de pression thoracique.

Le cathétérisme évacuateur simple décèlera l'existence d'un résidu alimentaire, présentant tous les caractères du liquide régurgité. Chez certains malades et dans certaines circonstances, Gottstein, Plummer ont pu pratiquer l'évacuation de l'estomac et comparer lss deux liquides. Le plus souvent la sonde molle se recourbe et on croit à tort être dans l'estomac. L'absence d'acide chlorhydrique et de produit de décomposition des albuminoïdes, la présence de sucre due à l'action prolongée de la salive feront faire le diagnostic. La quantité de liquide est variable ; chez le malade de Souligoux elle mit vingt-deux ans pour passer de trois quarts de litre à deux litres.

Les sondes dures passent mieux que les sondes molles ; on se servira de boules de 15 millimètres. Si on introduit le cathéter et qu'on l'applique patiemment au niveau de la résistance, on peut arriver à passer, du moins dans les cas bénins, comme ceux de Jüngerich, et on sent peu à peu le spasme se relâcher. Les sondes grosses passent mieux que les petites. Lorsqu'il y a dilatation, il devient très facile de s'égarer et de manquer l'orifice. L'exploration devient dangereuse, du fait de l'œsophagite. Plummer enseigne que l'explorateur bien appliqué sur l'orifice détermine toujours et à tous les degrés l'ouverture et que cette ouverture est brusque ; la sensation de relâchement progressif est due au glissement de l'olive sur un obstacle précardial créé par la dilatation.

La sonde de Mickulicz montre que la pression initiale nécessaire pour ouvrir l'orifice est moins forte que celle qu'il faut pour le maintenir ouvert, à l'inverse de ce qui se passe normalement.

L'examen radiologique se pratiquera après ingestion d'un lait bismuthé ou d'une purée de pommes de terre bismuthée (Makkas) ou après introduction d'un ballon qu'on remplit de bouillie bismuthée (Plummer). Il pourra être avantageux de placer le sujet de trois quarts (Erdmann). On verra ainsi la forme de la dilatation : fusiforme avec déviation en S, — cylindrique — en bouteille que termine en bas une ligne horizontale diaphragmatique — on en mesurera le degré : trois travers de doigts sur une hauteur allant de la troisième dorsale à la douzième chez une malade de Makkas, et chez une autre, cinq centimètres en haut, huit en bas. Gottstein fait avaler de l'eau et deux pilules bismuthées de densité différente : l'une touchant au cardia et l'autre surnageant, Guisez a vu après radioscopie se produire l'accumulation de bismuth au niveau de l'orifice qui est ainsi complètement bouché ; il donne donc le conseil de laver la poche après l'examen. Ce moyen de diagnostic comporte certaines causes d'erreur, car il n'indique que la dilatation ; dans un cas qui était déjà ancien, le diagnostic clinique de cardiospasme fait par Erdmann fut rejeté, parce que la radiographie ne le confirmait pas et on fit au patient une opération grave et inutile, portant sur l'estomac qui n'était pas en cause.

L'œsophagoscopie, chez un sujet normal, montre. faisant suite à l'entonnoir pharyngien, la bouche œsophagienne fermée sur une longueur de deux centimètres par l'accolement du cricoïde à la paroi postérieure — puis la portion thoracique béante et rose — enfin le cardia fermé en entonnoir avec les lèvres plissées, peu mobile avec les mouvements respiratoires et laissant refluer de temps à autre des mucosités stomacales. Il s'ouvre graduellement sous une pression légère exercée dans la bonne direction.

L'examen sera pratiqué après radioscopie, et la poche étant vidée et lavée. Le malade sera un peu incliné en arrière. On emploiera un tube de 11 millimètres (Starck), 13 (Guisez).

On constatera d'abord que la bouche œsophagienne est toujours plus ou moins contracturée en cas de cardiospasme (la réciproque est d'ailleurs très rare). Généralement le cathétérisme n'a pas permis

de reconnaître cette première sténose, car la résistance qu'elle offre s'était confondue avec les mouvements de défense du malade. Le plus souvent, on passe facilement, surtout après cocaïnisation. On arrive alors dans la cavité, très large, en général régulière. On note les lésions d'œsophagite : rougeur, macérations, végétations papillomateuses, dilatations veineuses, petites escarres grises. Enfin, on voit le cardia qui se présente sous deux aspects décrits par Guisez : à un premier degré, la forme en entonnoir est conservée, mais l'accolement est extrême, les plis sont multipliés, le cardia n'est pas mobile avec les mouvements respiratoires, il n'y a pas de retours de mucosités ; l'obstacle est difficilement franchissable. Au deuxième degré, on voit la contracture : le bourrelet sphinctérien fait saillie sous la muqueuse ; malgré la cocaïnisation, il est impossible de passer.

Quelquefois la dilatation est extrême, irrégulière, multidiverticulaire. Il devient très difficile de trouver l'orifice.

Le cardiospasme a une évolution assez irrégulière. Le plus souvent la maladie ne s'installe qu'après plusieurs accidents de spasme aigu et passager, durant deux, trois ou cinq jours : c'est la phase de spasme pur ou d'œsophagisme de M. Guisez. Puis la contraction devient permanente et détermine rapidement la dilatation. Enfin la stase amène l'œsophagite, dont la douleur est le signal-symptôme, et cette œsophagite détermine un rétrécissement cicatriciel formé de tissu blanc, dur, lisse. La plupart des rétrécissements dits spontanés reconnaissent cette pathogénie ; on les observe en général aux lieux d'élection des spasmes ; leur lumière est alors centrale, contrairement aux cicatrices de brûlures et d'ulcères.

Quel que soit le degré de la sténose, elle permet pendant longtemps l'alimentation. La plupart des malades restreignent leur nourriture, telle une cliente d'Erdmann qui était ainsi tombée de 180 livres à 125. Ils sont donc exposés à souffrir d'une cause passagère de dénutrition due soit à un spasme absolu, soit à une affection déterminant de l'anorexie. Certains malades arrivent ainsi rapidement ou progressivement à la cachexie.

Une complication intercurrente de médiastinite ou de septicémie peut les emporter.

Enfin on peut observer la transformation cancéreuse. M. Guisez en a publié quatre cas, dont un chez un malade de soixante-dix ans qui depuis l'âge de dix-huit ans avait des symptômes qu'on ne pouvait rapporter qu'à un spasme.

Les symptômes et les signes des sténoses œsophagiennes — les symptômes propres au spasme — son évolution caractérisée par le début brusque, par la gêne d'abord marquée aux solides, par la rapidité de la dilatation, par la longue durée et par le maintien relatif d'un bon état général, l'aspect endoscopique enfin permettront un diagnostic aisé. Quelquefois l'épreuve de la belladone (Lacassagne cité par Souligoux) pourra fournir des indications ; on sait qu'Eppinger et Schwartz la préconisent dans le gastrospasme.

A vrai dire, il existera une cause d'erreur possible dans ce fait qu'on peut ne pas rapporter les renvois alimentaires et la sténose du tube digestif à l'œsophage ; — et en effet on a confondu le cardiospasme avec le gastrospasme, la linite plastique, l'estomac biloculaire, voire même le pylorospasme — et réciproquement. Le malade de la troisième observation d'Erdmann fut trois fois opéré pour une lésion stomacale qui n'existait pas. Toutes ces affections graves nécessitent un examen physique complet qui montrera l'erreur.

On éliminera aisément les compressions œsophagiennes par l'existence de signes médiastinaux — par la radioscopie qui montre la déviation du bismuth contournant l'obstacle — et par l'œsophagoscopie qui fait voir une sténose non régulière.

Les autres sténoses organiques sont parfois plus difficiles à différencier. Certaines seront même d'un diagnostic impossible, tel un rétrécissement congénital avec apparition tardive des symptômes ou une obliquité anormale de l'embouchure de l'œsophage. Les diverticules sont rares et siègent plus haut que le cardia, la sonde de Leube permet de percevoir leurs caractères. Les sténoses cicatricielles ont un aspect spécial. La tuberculose sténosante est exceptionnelle, de même que l'abcès chronique. La syphilis tertiaire quoique rare et surtout à ce niveau a causé plusieurs erreurs. Un des malades de M. Guisez soigné par le mercure avait subi du fait de la salivation une recrudescence des régurgitations ; chez un autre on avait fait une gastrostomie. L'aspect endoscopique particulier, la biopsie au besoin trancheront le diagnostic. Plus souvent encore on a pris le cardiospasme pour un cancer du fait de la dénutrition progressive. La longue durée, le maintien de l'état général malgré la dysphagie, les rémissions, l'absence de sang dans les régurgitations, et après les explorations d'une part, d'autre part, la recherche des ganglions, l'ombre radioscopique de la tumeur, l'aspect endoscopique des bourgeons, le retour de mucosités feront faire le diagnostic sauf dans les cas où le cancer se greffe sur un spasme.

Il faudra peut-être aussi penser à une hypertrophie musculaire essentielle. Il est vraisemblable que les cas décrits sous ce nom d'après des constatations nécropsiques étaient des cardiospasmes. Ils siègent au même niveau que les spasmes œsophagiens (les deux cas d'Audry, le cas de Fontan) et l'analogie qu'établit Audry entre cette lésion et un myome utérin est critiquable du fait de la régularité de cet anneau.

Plus délicat sera le diagnostic des troubles de la motricité œsophagienne. L'atonie œsophagienne se caractérise par la progression difficile des ingesta de consistance molle et de volume moyen, par la toux au moment de la déglutition, par la persistance d'une traînée de bismuth, par la facilité du cathétérisme. Quant à la dilatation idiopathique il semble qu'entre la dysphagie atonique et la dysphagie spasmodique il n'y ait plus de place pour elle. Enfin le spasme symptomatique d'une lésion du pneumogastrique mérite de retenir l'attention, car si le réflexe inhibiteur ou l'inhibition paralytique ont les mêmes effets, il n'en est pas moins important de retrouver

une lésion complémentaire pour établir les indications opératoires.

Nous avons assez insisté sur l'évolution pour ne pas nous étendre sur le pronostic. Le cardiospasme est en général bénin quoad vitam tant qu'il n'est pas compliqué, mais les complications s'installent facilement. D'autre part il ne faut pas compter sur la guérison spontanée. Il faut donc le plus vite possible faire céder la contracture et dans le plus grand nombre des cas la dilatation par la voie naturelle y suffira.

On ne s'attardera pas, même s'il s'agit d'un spasme récent à chercher la guérison spontanée par des moyens palliatifs (repas nombreux, peu abondants et bien mastiqués et usage des boissons effervescentes- — ni par les bromures ou la belladone qui a pourtant si bien réussi au malade de Lacassagne et Souligoux — ni par les courants de haute fréquence).

Le traitement de choix est la dilatation par la voie naturelle ou en cas d'insuccès par voie rétrograde, poussée assez loin pour que l'extension forcée du sphincter en amène la paralysie. On la fera précéder de cathétérismes évacuateurs et de lavages alcalins.

En cas de spasme récent, sans ectasie, on a recours à des bougies de calibre croissant, jusqu'au n° 60 qui donne une dilatation de 2 centimètres. Ce procédé sera continué pendant des semaines. On pourra également y avoir recours en cas d'ectasie mais alors on opérera sous le contrôle de l'œsophagoscope.

M. Abrand a inventé un instrument qui consiste en lames métalliques élastiques autour d'une tige, fixées par un bout à un capuchon qui termine la tige et par l'autre bout à un tube mobile sur la tige grâce à un pas de vis. En rapprochant leurs deux extrémités, les lames s'arquent et prennent une forme ovoïde. Trois séances espacées de quinze jours permettent d'atteindre la dilatation nécessaire de trois centimètres.

Le meilleur instrument est le ballon de Gottstein. Il est composé d'une enveloppe en caoutchouc, d'une enveloppe de soie renforcée en son équateur et d'une enveloppe de caoutchouc. Quand on le gonfle, après introduction dans l'estomac, il devient rapidement inextensible. Cette incompressibilité le force à agir mécaniquement sur le cardia à l'opposé des ballons de caoutchouc, trop plastiques. De plus l'étranglement en forme de sablier répond au cardia ce qui fixe le ballon. Cent vingt à deux cents centimètres cubes d'eau donnent une dilatation de 4 à 5 centimètres. On se guidera sur la douleur pour arrêter la dilatation; d'ailleurs la marge entre la pression nécessaire pour paralyser le sphincter et celle qui amènerait la rupture du cardia est assez grande. On recommencera quatre ou cinq jours après. A la troisième séance, la guérison est en général complète. Toutefois la durée du traitement est quelquefois plus grande. Le critérium de guérison objective est l'absence de résidu alimentaire pendant une période de dix jours — il y a en effet des guérisons subjectives avec persistance de la stase. Plummer a par cette méthode obtenu 29 guérisons définitives sur 40 cas. Les récidives sont possibles, toutefois après deux ans elles sont rares. Le poids des malades augmente très rapidement, même de ceux qui semblaient en bon état de nutrition. Cette méthode échoue dans les cas sans dilatation; la portion supérieure ne peut avoir toute son expansion et la portion intrastomacale se comporte alors comme un coin qui entraîne le tout en bas.

Si le malade arrive dans un état de dénutrition grave, on essaiera de le remonter par l'alimentation avec la sonde et les lavements alimentaires — sinon on pratiquera la gastrostomie. On pourra alors à l'exemple de Mickulicz introduire par voie stomacale une pince à mors garnis et dilater l'orifice jusqu'à 6 centimètres. A côté de cette indication d'urgence, la gastrostomie a une indication d'opportunité dans les cas rebelles; cette technique est assez dangereuse d'ailleurs pour ne pas être employée de prime abord.

Signalons que Willy Meyer, dans deux cas d'insuccès de la dilatation par voie naturelle puis par voie rétrograde, a pratiqué, après thoracotomie, une œsophagoplicature.

Enfin au stade cicatriciel, la sténose est justiciable des divers modes de dilatation qu'ont étudié MM. Sargnon et Alamartine dans la *Revue de chirurgie* et MM. Moure et Guisez au dernier congrès de chirurgie, tels que dilatation à la bougie, cathétérisme sans fin après gastrostomie et dans certains cas rares, œsophagotomie interne.

LISTE DES TRAVAUX CONSULTÉS

GOTTSTEIN. *Allegem. med. centr. Zeit.*, 1908, n° 38, p. 563. — *Arch. f. klin. Chir.*, 1908, t. LXXXVII, p. 497. — *Centralbl. f. Chir.*, 1908, n° 35, p. 88.

PLUMMER. *The Journ. of the amer. med. assoc.*, 15 août 1908, p. 549. — *The Journ. of the Minnesota state med. assoc.*, 10 oct. 1906, p. 419.

GUISEZ. *Soc. méd. des hôpit.*, 1909, p. 976; 20 mars 1908, p. 407. — *Progr. méd.*, 5 mars 1910, p. 131. — *Bull. de laryngol.*, janv. 1911. — *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, sept. 1910, p. 275. — *Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, 1908. — *Presse méd.*, 18 mars 1911. — *Rev. de chir.*, juillet 1909, p. 23. — *XIe Congr. franç. de méd.*, oct. 1910. — *Gaz. des hôpit.*, 1910, p. 223. — *Arch. int. de laryngol., otol. et rhinol.*, mai-juin 1910, p. 746.

ABRAND. *Soc. méd. des hôpit.*, 1909, p. 375 et 378 (et collaboration avec Guisez). — ALBRECHT. *Soc. de laryngol. de Berlin*, 15 mars 1912. — AUDRY. *Bull. méd.*, 4 avril 1888, p. 451. — ALBU. *Soc. méd. de Berlin*, in *Berl. klin. Woch.*, 8 juillet 1908.

CATHCART. *Journ. of phys.*, 1911. — COTTE. *Soc. de méd. de Lyon*, 20 mai 1912, in *Lyon méd.*, n° 29, 21 juillet 1912, t. CXIX. — COTTE et BRESSOT. *Rev. de chir.*, 10 août 1912, p. 125. — CRUVEILHIER. *Traité d'anat. pathol.*, t. II, p. 85 et *Anat. pathol. du corps humain*, t. II, pl. VI.

ERDMANN. *Surg., gyn. and obstet.*, mars 1912, vol. XIV, n° 3. — EPPINGER et SCHWARTZ. *Wien. med. Woch.*, 7 oct. 1911.

FONTAN. *Soc. anat.*, 1865, p. 686.

HAUSSMANN. In *Arch. int. de laryngol., otol. et rhinol.*, juillet-août 1912, p. 306. — HOLZKNECHT et OLBERT. In *Arch. des mal. de l'appareil digestif*, mai 1911.

ILURRÉ. *Clin. y laboratorio*, juin 1911.

JOAL. *Etude étiologique sur l'œsophagisme*, 1889. — JÜNGERICH. *Med. klin.*, 27 août 1911, p. 1347.

LION. *Soc. méd. des hôpit.*, 1906, p. 401.

MAKKAS. *Deut. med. Woch.*, 29 juillet 1909, p. 1306. — MEYER (Willy). *The Journ. of the amer. med. assoc.*, 20 mai 1911, p. 1437. — MEYER (Jesse). *Med. Rec.*, 15 juin 1912, p. 1164. — MOLLIÈRE (A.). *Rev. prat. des connaiss. méd.*, 10 août 1912, p. 467.

SOULIGOUX. *Soc. de chir.*, 1902, p. 233. — SARGNON et

ALAMARTINE. *Rev. de chir.*, 10 août 1912, p. 146. — SCHLESINGER. In *Semaine méd.*, 4 sept. 1912, p. 428.
RIVET. *La Clinique*, 4 déc. 1908, p. 769 et 11 déc. p. 789 (revue générale sur la dilatation idiopathique).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 MARS 1913)

Complications méningées d'origine otique. — M. SIEUR résume la discussion qui a été soulevée sur ce sujet par sa communication. M. Sébileau lui a reproché d'avoir préconisé l'intervention d'une façon trop systématique dans les complications méningées chez de vieux otorrhéiques.

M. Sieur rappelle les propres termes dont il s'est servi et s'applique à démontrer qu'il a fixé les indications de l'intervention d'une façon aussi nette que possible. Il rappelle également et prouve, avec des pièces anatomiques à l'appui, qu'avec une symptomatologie au minimum du côté de la mastoïde on trouve dans le cerveau les lésions les plus graves chez de vieux otorrhéiques. Un malade de son service, qui présentait ainsi très peu de symptômes, est mort subitement. A l'autopsie on a trouvé un vaste abcès du cerveau. Il faut donc tenir grand compte de certaines lésions mastoïdiennes au point de vue de l'existence possible d'une lésion méningée. Or, dans ces cas, une intervention pratiquée à temps et avec prudence peut éviter aux malades les plus grands dangers.

La cholécystectomie d'arrière en avant. — M. GOSSET expose, au nom du docteur Desmarest et au sien, un travail sur la cholécystectomie d'arrière en avant basé sur 32 cas personnels. Les auteurs ont remarqué, et c'est le point capital de leur travail, que deux fois sur trois, même dans les cas avec inflammation et adhérences très marquées, la portion tout à fait terminale du canal cystique reste normale ou à peu près. Cette intégrité des derniers millimètres du canal cystique permet la cholécystectomie par section première du cystique et décollement d'arrière en avant. Grâce à cette section du cystique, la ligature du pédicule vasculaire devient des plus simples, l'hémostase est rapide et complète, et le décollement de la vésicule se fait dans le bon plan de clivage, sans entamer le tissu hépatique, donc sans suintement sanguin notable. Leurs trente-deux opérés ont tous guéri.

M. QUÉNU a eu recours à ce procédé, mais il lui a semblé que la friabilité excessive du péritoine et l'infiltration œdémateuse de la région rendaient quelque peu difficile l'application de ce procédé.

M. ROUTIER a eu recours tout récemment à ce procédé sans savoir que M. Gosset l'employait systématiquement. Il a eu quelques difficultés à trouver les vaisseaux.

La chirurgie aux Balkans. — M. MONPROFIT fait à la Société de chirurgie la communication qu'il a faite la veille à l'Académie. Il s'étend plus particulièrement sur des questions nettement chirurgicales, la conduite à tenir, par exemple dans les plaies de l'abdomen par armes à feu, dans les plaies de poitrine. C'est la tendance à l'abstention qui semble rallier le plus de suffrages.

M. SOULIGOUX, en ce qui concerne les plaies de poitrine, fait observer que si le projectile a lésé un vaisseau important le malade est tué sur le coup ou à peu près. Si, au contraire, la balle a traversé les tissus en séton, il n'en résulte pas d'accidents. Mais il ne faut pas dire qu'on ne doit jamais intervenir pour des plaies de poitrine. Il est des cas où l'intervention s'impose.

Fractures du cou-de-pied. — M. QUÉNU fait un rapport sur un travail de M. Destot relatif à l'étude de 170 cas de ces fractures.

Elections. — La Société procède à l'élection de la commission d'élection d'un membre titulaire.
Sont nommés : MM. Lejars, Hartmann et Poncet.

ANALYSES

MÉDECINE

De l'utilité de la réaction de fixation pour le diagnostic bactériologique du choléra. (LAGRIFFOUL. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, séance du 17 janvier 1913.) — M. Lagriffoul appelle l'attention sur l'utilité que peut présenter la réaction de fixation pour le diagnostic bactériologique des vibrions cholériques, en particulier au début des épidémies, où de la réponse donnée dépend souvent la mise en vigueur de mesures prophylactiques des plus sévères. Chargé des diagnostics bactériologiques de choléra dans l'Hérault et les départements voisins lors de la petite épidémie de 1911, il a pu constater l'existence de cette réaction de fixation chez les 18 vibrions cholériques isolés alors qu'elle faisait défaut chez les pseudo-cholériques. L. GAYARD.

Embarras gastrique fébrile à tétragènes. (Jean ANGLADA. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 17 janvier 1913.) — Un tétragène fut isolé par hémoculture chez une malade atteinte d'embarras gastrique fébrile. Le tétragène isolé était agglutiné par le sérum de la malade, alors que les séro-réactions avaient été négatives par l'Eberth, les paratyphiques, le micrococcus melitensis.

C'est donc seulement l'ensemencement du sang qui permit d'identifier la nature du syndrome infectieux. Il s'agissait d'une infection gastro-intestinale d'origine tétragénique par conséquent assez exceptionnelle. De plus, au point de vue pathogénie générale, cette observation est intéressante en ce qu'elle montre au cours du syndrome digestif l'existence d'une infection du sang. Il est donc permis de considérer les troubles gastro-intestinaux comme la manifestation secondaire et la localisation d'une infection généralisée et primitive. Cette observation peut donc se rapprocher de ce que nous savons actuellement sur le mécanisme de certains processus infectieux comme la dothiénentérie, la pneumonie, les hépatites ictérogènes et quelques autres.

L. GAYARD.

Cancer primitif de la plèvre. (H. ROGER et LAPEYRE. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, séance du 24 janvier 1913.) — Un malade de cinquante-neuf ans, après quelques mois de troubles respiratoires, et, apparemment guéri de ceux-ci depuis deux mois, se plaint de douleur dans le membre inférieur droit. L'examen thoracique révèle une matité et une obscurité absolues de l'hémithorax gauche : une ponction exploratrice donne issue à un liquide brun, hématique, avec cellules cancéreuses. L'évolution cachectique ultérieure confirme le diagnostic de pleurésie cancéreuse.

Ce qui fait la particularité du cas, ce sont la localisation pleurale primitive et sa limitation à la plèvre (jamais de crachats gelée de groseille) ; la latence d'une maladie habituellement si douloureuse et si dyspnéisante, nécessitant des ponctions multiples (ni douleur, ni dyspnée pendant les quatre derniers mois, deux seules thoracentèses) ; la douleur du membre inférieur droit, qu'il faut vraisemblablement attribuer à une radiculite cancéreuse. L. GAYARD.

CHIRURGIE

Nouvelles recherches sur l'anesthésie par insufflation intratrachéale d'air et d'éther. (Charles A. ELSBERG. *Ann.*

of surg., vol. LIII, n° 6, pp. 749-753.) — Elsberg a employé la méthode intratrachéale dans près de 100 cas; son appareil est simple et facilement transportable. Commencer toujours par la méthode ordinaire et n'introduire le tube trachéal que lorsque le malade est endormi, car l'introduction avant causerait beaucoup de toux spasmodique. Pour la majorité des malades, un n° 24 Nélaton suffit. Il semble qu'avec la méthode intratrachéale il soit impossible d'administrer trop d'éther au malade. S'il y a un excès, il s'échappe immédiatement le long du tube. Pour une anesthésie ordinaire, 50 à 75 p. 100 d'éther sous une pression de 20 millimètres sont assez. Si le malade se réveille, on met l'éther au maximum et on élève la pression à 40 millimètres en tournant un robinet. Pour le laisser se réveiller, fermer simplement l'éther. Il n'y a pas d'incidents post-anesthésiques. Les vomissements sont rares après le réveil et il n'y en a jamais pendant l'anesthésie. Pas de symptômes laryngés non plus. Un seul insuccès chez une malade réfractaire à l'éther qui ne put être endormie qu'au chloroforme. F. GARDNER.

Trépanation pour apoplexie cérébrale. (John D. MILLIGAN. *Journ. Amer. med. assoc.*, vol. LVI, n° 24, pp. 1803-1804.) — La liste des maladies incurables diminue de jour en jour, grâce à une chirurgie plus entreprenante. Dans l'hémorragie cérébrale, pourquoi simplement attendre une résorption qui peut très bien ne pas se produire, ou se produire irrégulièrement, laissant une aphasie et hémiplégie permanente se développer ? Milligan trépana la région rolandique droite et trouva, douze jours après l'accident, un caillot piriforme dans la région de l'artère de l'hémorragie cérébrale de Charcot. Il l'enleva, en ayant bien soin de laisser un petit caillot lenticulaire qui faisait bouchon sur l'artère. Guérison progressive et complète. A l'exception d'un peu de névrite optique, le malade est complètement normal et a repris son métier d'employé de chemin de fer. F. GARDNER.

Infection hématogène aiguë du rein. (Frédéric J. COTTON. *Ann. Surg.*, vol. LIV, n° 5, pp. 577-584.) — Brewer a démontré l'existence d'une infection hématogène aiguë localisée à un rein, sans autre manifestation pyémique, et se traduisant par la production dans la glande d'infarctus hémorragiques plus ou moins étendus. Pour lui, le seul traitement est la néphrectomie. Brewer a publié 13 cas personnels, Cobb, 8 ; Cotton en ajoute 3 et soupçonne qu'il en a méconnu d'autres ; pour les gens avertis l'affection n'est pas rare. Les cas de Cotton semblent indiquer la possibilité d'une relation entre ces infarctus septiques et une mobilité anormale qui naturellement apporte un trouble notable à la circulation intrarénale. Deux de ses cas se rapportaient à des reins mobiles. Ils démontrent aussi ce que l'on peut obtenir d'un traitement conservateur quand l'on opère tôt. Deux de ces cas guérirent après simple incision des infarctus. En contraste est le troisième cas, infection du rein avec phénomènes généraux de septicémie, terminée par la mort.

F. GARDNER.

Kyste dermoïde du raphé périnéal. (ETIENNE et AIMES. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, séance du 24 janvier 1913.) Les auteurs rapportent une observation de kyste dermoïde du raphé périnéal chez un garçon de douze ans dont ils montrent la photographie. Il s'agit d'un kyste dermoïde, à peu près pédiculé et siégeant très exactement en arrière des bourses, en avant de l'anus et indemne de toute complication. La structure de la paroi (tapissée intérieurement par un épithélium pavimenteux pluristratifié non corné) et le contenu étaient ceux que l'on observe habituellement dans les tumeurs de cet ordre. Ce fait est intéressant par la rareté de la localisation, et par la pathogénie, l'inclusion se faisant au cours de la formation de l'urètre antérieur. L. GAYARD.

THÉRAPEUTIQUE

Action du sérum de cheval dans un cas de suppuration osseuse. (MAURIAC. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 fév. 1913.) — L'auteur a présenté, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, un jeune homme de vingt ans qui, au mois de septembre 1911, eut un gonflement du genou droit bientôt suivi d'une suppuration osseuse très petite. Les traitements les plus variés : trépanation, injections de chlorure de zinc, de teinture d'iode, de permanganate de potasse, avaient été tentés sans résultat. Le docteur Mauriac employa à son tour le sérum de cheval, l'hémostyl, en applications et en injections, une amélioration très rapide se produisit. Des cinq trajets fistuleux, trois sont fermés, un autre suppura faiblement; la fétidité extrême a disparu.

Cette communication a été suivie d'une discussion dans laquelle le professeur Desmons et le docteur J. Carles, qui connaissaient le malade, soulignent le beau résultat obtenu par le docteur Mauriac.

Le docteur Courtin se propose d'employer le sérum de cheval dans les cas de suppuration osseuse.

Le docteur Mongour tient à faire ressortir que les premiers essais de sérothérapie locale ont été faits par lui à l'occasion d'une épidémie grave de conjonctivite diphtérique à l'hôpital des Enfants.

Le docteur Cruchet rapporte le cas d'un malade atteint d'hémorragies gingivales au cours d'une fièvre typhoïde grave avec phlébite qui s'arrêtèrent après l'emploi d'hémostyl appliqué en lavement tous les deux jours; le malade reçut six lavements d'hémostyl; dès le second, les suffusions sanguines de la bouche disparurent complètement, et au bout du cinquième et surtout du sixième, les phénomènes infectieux s'étaient atténués; la fièvre d'origine phlébitique était entièrement tombée. L. GAYARD.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE SANS LAIT

Le *Bulletin médical* rapporte comment MM. Johnson et Watt (1) ont organisé le traitement diététique de soixante-cinq typhiques qu'ils ont eu à soigner à l'hôpital de Germantown.

L'alimentation se composa uniquement de potages, de farines d'orge, de riz, d'avoine, d'œufs, de sucre de lait et de beurre. Le lait ne fut donné qu'au moment de la convalescence. La gélatine fut donnée en grande abondance, presque *ad libitum*. D'après Kemp, l'ingestion de 7,5 p. 100 de substances nécessaires pour la nutrition de l'organisme, sous forme de gélatine, remplace 23 p. 100 des albuminoïdes. Un homme de 154 livres, ayant besoin de 2800 calories (Chittenden), il en résulte que 210 calories sous forme de gélatine sont nécessaires (1 gramme de gélatine renferme 4,1 calories), ce qui représente 50 grammes de gélatine. Celle-ci, mise à dissoudre dans un demi-litre d'eau, donne une solution à 5 p. 100, que l'on peut aromatiser avec du citron, de la vanille, de l'orange, ou sucrer avec du sucre de lait, et qu'il est possible de faire prendre en plusieurs fois pendant la journée, dans l'intervalle des autres aliments. La gélatine a, en outre, l'avantage de diminuer la tendance aux hémorragies, ce qui s'est vérifié dans la pratique des auteurs. S'il se produit de la thrombose veineuse, il suffit de suspendre l'emploi de ce produit.

Les farines peuvent être employées plus ou moins épaisses, mais il est bon de commencer par une farine légère et de

(1) *New-York med. Journal*, n° 5.

l'épaissir dans la suite, si elle est bien supportée. Pour la farine d'orge, légère, on emploiera une cuillerée à soupe de farine pour un demi-litre d'eau. Pour la même farine, épaisse, deux cuillerées à soupe. Pour les farines de riz et d'avoine, les proportions seront les mêmes. Chez l'adulte, on ajoutera aux farines les jaunes de quatre œufs et une cuillerée à entremets de sucre de lait. Chez l'enfant, deux jaunes d'œuf et la moitié de cette quantité de lactose. Il est permis d'ajouter un peu de beurre à ces potages.

Voici le schéma de l'alimentation d'une journée :

Six heures. — Farine d'orge, sucre de lait, un jaune d'œuf.
Huit heures. — Gélatine.
Onze heures. — Gélatine.
Midi. — Farine de riz, sucre de lait, un jaune d'œuf.
Deux heures. — Gélatine.
Trois heures. — Farine d'orge, sucre de lait, jaune d'œuf.
Cinq heures. — Gélatine.
Six heures. — Farine de riz, sucre de lait, jaune d'œuf.
Huit heures. — Gélatine.

Les auteurs estiment qu'ils doivent à ce mode d'alimentation d'avoir observé exceptionnellement de la diarrhée, du tympanisme, des hémorragies et des perforations intestinales.

UN DISPOSITIF PRATIQUE POUR DES INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES DANS LES FISTULES TUBERCULEUSES

Ce n'est pas tout de faire des injections médicamenteuses au niveau d'une fistule, il faut encore que l'injection pénètre jusqu'à la lésion située plus ou moins loin de l'orifice. Ceci n'est pas toujours facile.

L'injection poussée par la seringue nue laisse refluer le liquide vers l'extérieur et n'atteint pas son but.



La sonde molle déchire le trajet, effraie l'enfant et se butte dans le premier méandre qu'elle rencontre. M. le docteur Guillemin, chirurgien de l'asile des Frères de Saint-Jean de Dieu, a eu l'heureuse idée d'utiliser une seringue toute en verre, de stérilisation parfaite et simple, et d'appliquer sur l'embout une sorte de ventouse, une façon d'ombrelle qui s'appliquant sur l'orifice externe de la fistule l'emboîte totalement.

Tout liquide qui sera contenu dans la seringue et poussé avec pression ne pourra quitter le réservoir de la seringue que pour pénétrer dans la fistule. Choisissez dès lors une seringue suffisamment grande pour contenir le liquide jugé suffisant. Appuyez sur l'embout-ventouse assez fortement pour que le reflux soit impossible et vous aurez porté l'antiseptique à l'extrémité de la fistule. Le liquide, remplissant son rôle de cicatrisant et de désinfectant, tarira rapidement la suppuration par suppression de la cause.

LE THYMOL CONTRE LE TÆNIA

Le docteur S. Artault de Vevey, dans une récente communication à la *Société de thérapeutique* (1), expose qu'il a depuis de nombreuses années abandonné les anthelminthiques ordinaires, pelletiérine, extrait éthéré de fougère, en raison de leur difficulté d'administration, d'accidents plus ou moins sérieux, et surtout de l'incertitude de leur action, car les récidives sont fréquentes. Pendant un temps, il avait donné la préférence à la semence de courge, dont l'amande pulpée est certainement supérieure aux médicaments précédents. Mais elle présente elle-même certains inconvénients : d'abord le volume de la masse à absorber, augmenté du véhicule liquide où elle s'émulsionne, bol volumineux que tous les malades ne peuvent absorber d'un trait, et qui est lourd et écœurant, d'autant plus que le goût, qui n'est pas désagréable à petite dose, est très nauséeux en grande quantité; de plus, la teneur en matières grasses de la pâte la rend indigeste, et si on y ajoute l'ingestion d'un purgatif l'effet est complet. L'auteur a vu des porteurs de tænia horriblement malades toute une journée. On comprend que ces malades redoutent de recommencer une pareille opération, qui ne les met d'ailleurs pas à l'abri des récidives.

C'est précisément à la suite d'accidents gastro-intestinaux sérieux, à la suite d'administration de semences de courge, que le docteur Artault a résolu, devant la récidive d'un tænia, d'essayer d'un moyen plus pratique, et que l'idée de traiter le tænia par le thymol comme d'autres helminthes, lui est venue. Devant la promptitude du résultat et la facilité d'administration du médicament, il est resté à cette méthode et depuis 1907 il administre systématiquement à tous les porteurs de tænias, le thymol cristallisé, pris *en cachets de 25 centigrammes* le matin à jeun, pendant quelques jours. Le tænia est en général expulsé vers le troisième ou le quatrième jour, mais, par précaution on continue l'emploi du thymol pendant une huitaine de jours, de façon à assurer l'expulsion totale de l'animal, dont le scolex passe souvent inaperçu.

Le procédé est si simple, la tolérance des malades si parfaite, les inconvénients en sont si absolument nuls, que l'auteur n'hésite pas à le préconiser comme le *procédé de choix;* il a à l'heure actuelle 23 cas de tænias expulsés de façon définitive, sans avoir observé de récidive, et il est persuadé que le jour où les praticiens le connaîtront ce traitement se généralisera, en raison de sa bénignité, et surtout de l'absence de tout dérangement pour le malade, qui n'a d'autre obligation que de s'abstenir pendant le traitement de boissons alcooliques.

(1) Séance du 22 janvier 1913.

LIVRES NOUVEAUX

De quelques avatars de la Neurasthénie et de son traitement moral (1), par le docteur F. Ruch. Préface du docteur J. Auclair, médecin des hôpitaux de Paris.

L'auteur n'a pas eu la prétention d'étudier dans ce petit volume le nervosisme sous ses différents aspects. Il s'est borné à en examiner les manifestations les plus fréquentes, s'attachant de facon spéciale aux faux malades de l'estomac, aux constipés et aux impuissants. L'ouvrage débute par des généralités sur le nervosisme, avec la façon dont on doit, d'après l'auteur, le prévenir et le guérir.

De la Dépopulation en France en 1912 (2), par E. Fournier.

Dans cet opuscule, empreint d'un patriotisme très élevé, l'auteur cherche à démêler les causes multiples de la dépopulation de la France, crise sociale qui est à son paroxysme à l'heure actuelle, et cherche également à en indiquer le remède.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTE DE PRATIQUE

Fournir, à l'organisme des enfants lymphatiques et des prétuberculeux, des sels de chaux rendus assimilables par association avec des substances ternaires, soit trois cuillerées à café par jour de Ternose, très agréable au goût et bien acceptée des enfants.

(1) 1 vol. de 136 pages. — Paris, A. Maloine.
(2) 1 vol. de 120 pages. — Paris, Vigot frères.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. (Professeur : M. GILBERT.) — M. le professeur Gilbert commencera son enseignement clinique à l'Hôtel-Dieu le 8 mars, à neuf heures du matin.

Sa première leçon à l'amphithéâtre Trousseau aura lieu le samedi 8 mars, à dix heures et demie, et les leçons ultérieures auront lieu dans le même amphithéâtre, à la même heure, les mercredis (présentation de malades; consultation thérapeutique) et les samedis (leçon magistrale).

Visite et examen des malades, tous les matins, à neuf heures (salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne).

Consultations externes pour les maladies de l'estomac, de l'intestin, du foie, du pancréas, le jeudi, à neuf heures (salle Saint-Christophe).

Enseignement complémentaire. — Propédeutique et sémiologie, par MM. Herscher, Lipmann, Jomier, Maurice Villaret, Paul Descomps, Chabrol, Deval, etc.

Anatomie pathologique et bactériologie, par M. Chabrol.

Thérapeutique, par MM. Deval, Jomier, Maurice Villaret, Paul Descomps, Guilleminot, Durey, Dausset.

Cours de physiothérapie pratique, par MM. Guilleminot, Durey et Dausset, les 11 et 18 mars, 1er, 8, 15, 22 et 29 avril, 6, 13, 20 et 27 mai, 3, 10, 17 et 24 juin.

CLINIQUE MÉDICALE DE SAINT-ANTOINE (Professeur : M. A. CHAUFFARD). — ETUDE CLINIQUE ET BIOCHIMIQUE DES GRANDS SYNDROMES HÉPATIQUES, SPLÉNIQUES, RÉNAUX ET SURRÉNAUX : DIAGNOSTIC, PRONOSTIC, MÉTHODES PRATIQUES D'INVESTIGATION CLINIQUE. — Cours de perfectionnement, par MM. Guy Laroche et Flandin, chefs de clinique; Rivet, ancien chef de clinique, et MM. J. Troisier, Grigaut et Ronneaux, chefs de laboratoire.

1° Les méthodes d'examen clinique des organes de la cavité abdominale;

2° Le foie et le pancréas;

3° Les reins;

4° Les surrénales.

Ce cours est réservé aux docteurs français et étrangers et aux étudiants titulaires de 16 inscriptions. Il sera complet en 20 leçons environ. Des certificats seront délivrés à la fin des exercices. Au cours de chacune de ces leçons, des malades, en rapport avec le sujet traité, seront montrés aux élèves qui seront individuellement exercés à l'examen clinique et aux démonstrations pratiques des méthodes de dosage ou des recherches biologiques et cytologiques.

Le cours commencera le lundi 31 mars 1913 et aura lieu tous les jours, à quatre heures, sauf le dimanche.

Le droit à verser est de 100 francs. Le nombre d'élèves est limité.

Les inscriptions seront reçues, dès à présent, au secrétariat de la Faculté (guichet no 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas). — Professeur : M. P. BAR. — VACANCES DE PAQUES. — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. Lequeux, professeur agrégé; Devraigne et Chirié, anciens chefs de clinique; Lemeland, chef de clinique; Metzger et Levant, chefs de clinique adjoints; assistés de MM. Roullier, Pellissier, Brisson, Siguret, Wilhelm, Didier et Sabaté, moniteurs; réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers régulièrement inscrits à la clinique.

Le cours commencera le 17 mars 1913. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à neuf heures du matin, à trois heures et à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Pour renseignements et inscription, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Le droit à verser est de 50 francs.

ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE (15e année). — COURS DE VACANCES, par le docteur A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jours de la semaine avant Pâques, du dimanche 16 mars au samedi 22 mars.

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie, simple et stéréoscopique, des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le *dimanche 16 mars*, à dix heures du matin, dans le laboratoire de radiologie médicale du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs; ils auront lieu à partir du lundi 17 mars. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

LABORATOIRE D'HYGIÈNE (Professeur : M. CHANTEMESSE). — *Enseignement de la technique bactériologique appliquée à l'hygiène.* — Sous la direction de M. Macaigne, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie (fondation Lemonnier), une série de vingt séances de travaux pratiques sera faite au laboratoire d'hygiène, à partir du mardi 8 avril 1913, à deux heures.

Les travaux pratiques auront lieu les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de deux heures à cinq heures.

Programme des travaux. — 1° Technique générale. Stérilisation ; milieux de culture ; coloration des microbes dans les cultures et dans les tissus ; isolement, etc.

2° Analyses bactériologiques de l'eau et des produits pathologiques (urine, matières fécales, crachats, sang, etc.).

3° Diagnostic des principales espèces pathogènes : tuberculose, diphtérie, coli-bacillose, dysenterie, fièvre typhoïde, choléra, charbon, tétanos, peste, fièvre ondulante, etc. ; intoxications alimentaires; mycoses; paludisme; maladie du sommeil; syphilis, etc.

4° Etude des réactions biologiques des sérums (agglutination, hémolyse, bactériolyse, réaction de Bordet, de Wassermann, etc.).

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série des conférences.

Seront admis, les docteurs français et étrangers et les étudiants titulaires de 16 inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 3), les mardis, jeudis et samedis.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

Le droit à verser est de 50 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. (Directeur : M. Pierre SEBILEAU, agrégé de la Faculté, chirurgien de Lariboisière.) — SEMESTRE D'ÉTÉ DE 1913. — Exercices de médecine opératoire spéciale. — Deuxième cours du 1er au 11 avril 1913 : « Chirurgie gastro-inteatinale » (en dix leçons), par M. le docteur J.-L. Roux-Berger, prosecteur.

Le cours aura lieu tous les jours à deux heures.

Le droit d'inscription est de 60 francs. Le nombre des élèves est limité à 15.

Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

HOPITAL NECKER. — CONSULTATION DE MÉDECINE, docteur A. PISSAVY. — Tous les matins, à partir de neuf heures et demie, les élèves sont individuellement exercés à l'examen des malades et à la rédaction des ordonnances. Cet enseignement est spécialement destiné aux étudiants de première année. Leur nombre est rigoureusement limité à cinq.

Prière de se faire inscrire à la consultation.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies vénériennes. — (N° 2, fév. 1913.) Pierre Théodoresco : L'albuminurie syphilitique précoce (avec une observation personnelle). — Armando Businco : Sur la contagiosité du sperme syphilitique. — Desmoulière : L'antigène dans la réaction de Wassermann. — Lévy-Bing et Louis Durœux : Un cas d'hyperostoses syphilitiques héréditaires tardives des os longs. — Burnier : Vingt-trois nouveaux cas de mort en six mois par le salvarsan et le néosalvarsan.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 2, fév. 1913.) S. Nicolau : Contribution à l'étude du soi-disant « eczéma marginatum » de Hebra (12 fig.). — R. Sabouraud : Nouvelles recherches sur l'étiologie de la pelade (11 schémas). — Ch. Audry : Arsenobenzol et hémoptysie. Psoriasis et tuberculose. — Schmitt et Hanns : Un cas d'érythème infiltré à plaques géantes.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 352, 25 fév. 1913.) C. M. Roques : Radiothérapie des néoplasmes. Exposé pratique des indications et de la technique. — Chinton : Traitement des engelures par le courant galvanique. — Th. Nogier : Emploi des rayons X extrêmement peu pénétrants en radiographie. — J. Bergonié : Accidents causés par l'électricité. Rapports médico-légaux sur deux accidents presque identiques terminés, l'un par la mort, l'autre par des brûlures sans gravité. — Malaquin et Dutertre : Un nouveau compresseur pour radiographie.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 1, janv. 1913.) Gazeau : Relation médicale de l'explosion de la *Liberté.* — Vallery : Application de l'indice de Koettstorfer à l'évaluation des résines et factices dans les caoutchoucs manufacturés. — A. Bonnefoy : Notes sur l'épidémie de rubéole de la *Bretagne* (janvier, février et mars 1912). Contribution à l'étude des rubéoles (*fin*). — Hesnard : Un cas de paralysie générale progressive postinsolatoire.

Archives médicales d'Angers. — (N° 2, 20 fév. 1913.) A. Boquel : A propos d'un cas de grossesse extra-utérine à terme opérée au cours du travail. Questions de traitement. — P. Travaillé : Sur deux cas de simulation d'ictère et leur révélation par l'analyse urinaire. — J. Gaudin : Nouvelle étude du bacille typhique dans l'eau. — Olivier Couffon : Les cours d'accouchement en Anjou à la fin du XVIIIe siècle.

Bulletin médical. — (N° 15, 22 fév. 1913.) E. Apert et M. Rouillard : Un cas d'épanchemement de sang pur dans la plèvre survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. — Ed. Laval : A propos du traitement de la dysenterie par les injections de chlorhydrate d'émétine. — (N° 16, 26 fév.) Chauffard : Abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches. Guérison rapide par l'émétine. — Bazy : L'avenir des néphrectomisés.

Echo médical du Nord. — (N° 8, 23 fév. 1913.) René Le Fort : Une visite en Serbie et en Bulgarie aux blessés de la guerre des Balkans.

Encéphale. — (N° 2, 10 fév. 1913.) M. Obregia, C. Parhon et C. Urechia : Recherches sur les glandes génitales, testicules et ovaires dans la démence précoce. — René Masselon : Psychoses constitutionnelles et psychoses associées. Les associations de la psychose maniaque dépressive et de la parausia. — E. Duhot, R. Pierret et Verhaeghe : Névrites périphériques par ischémie. — A. Austregésilo, Mario Pinheiro et Eduardo Marques : Sur un cas de syndrome pluriglandulaire endocrinique (4 planches hors texte dont 2 en couleur). — Paul-Louis Ladame : Névroses et sexualité.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 7, 16 fév. 1913.) Charbonnel et Parcelier : Résection et ostéoplastie dans le traitement des pseudarthroses (15 obs., 7 fig.). — Creyx : A propos du calcul de la constante d'Ambard. — (N° 8, 23 fév.) Dupérié : Spirochètes pâles dans les viscères d'un nouveau-né dont la mère a reçu pendant la gestation une injection intraveineuse de 606. Septicémie à streptocoques chez un nourrisson hérédo-syphilitique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 8, 23 fév. 1913.) E. Ginestous : Topographie et hygiène oculaire.

Journal de médecine de Paris. — (N° 8, 22 fév. 1913.) G. Vitry : Traitement de la constipation.

Journal de médecine interne. — (N° 5, 20 fév. 1913.) Hallopeau : Nouvelles données comparatives sur le traitement abortif et curatif de la syphilis par le salvarsan et par l'hectine.

Journal des praticiens. — (N° 7, 15 fév. 1913.) Variot : Laissons les bébés au sein téter suivant leur appétit. Les abus de la balance dans le contrôle de l'allaitement. — Gaucher : Le lupus érythémateux ; diagnostic et traitement. — A. Mougeot : Un signe très facile à chercher de l'azotémie.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 7, 15 fév. 1913.) Max Poissonnier : Un cas de sarcomatose généralisée. — L. Danel : Sclérodermie en bande du front.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 7, 13 fév. 1913.) G. Bécu : Sur l'existence d'un zona de nature réflexe. — (N° 8, 20 fév.) Edgard Zung : Sur les synergies et les associations médicamenteuses.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Janv. 1913.) Faivre : Du pronostic en médecine. — Latronche : Kyste dermoïde du mésentère.

Marseille médical. — (N° 4, 15 fév. 1913.) Ranque et Sénez : Une méthode de dosage des sensibilisatrices chez les vaccinés par le vaccin antityphique iodé. — Clément et Calloust : Monoplégie brachiale gauche. Trépanation. — Vayssière : Un cas de rétrécissement du bassin. Opération césarienne mutilatrice. — Em. Weill : Fracture du bassin par enfoncement en coin du sacrum entre les deux os iliaques; troubles nerveux consécutifs. — G. Bertrand : Grossesse extra-utérine, intervention précoce.

Montpellier médical. — (N° 5, 2 fév. 1913.) Frilet et Revel : Deux observations de fracture de la voûte cranienne. — (N° 6, 9 fév.) H. Guibert : Les maladies de l'utérus et de ses annexes à Balaruc-les-Bains.

Pédiatrie pratique. — (N° 5, 15 fév. 1913.) Nobécourt : La cyanose dans les affections congénitales du cœur chez les enfants. — Bonnet-Laborderie : Considérations nouvelles sur la mort subite des enfants hérédo-syphilitiques immédiatement après la naissance. — R. Couétoux : Forme rare de tuberculose pulmonaire chez une fillette de quatre ans et demi. Amélioration inespérée. — J. Comby : Etats méningés curables chez les enfants. — (N° 6, 25 fév.) Milian : La nature syphilitique de la chorée de Sydenham.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 3, J.-B. Langlet : Les combats de boxe.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges.
PARIS.
Sirop Roche
Ch Weiss
Cachets Roche de Thiocol
Comprimés Roche

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Tuffier, Ricard, Rieffel et Michon (qui acceptent), Quénu, Morestin et Rénon (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

— Concours de dentiste adjoint. — Un concours pour la nomination à deux places de dentiste adjoint des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 15 mai 1913, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au service du personnel de l'administration de l'assistance publique, de dix heures à trois heures, du lundi 14 avril 1913 au samedi 26 avril inclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Toulon. — Le samedi 5 avril 1913, à huit heures du matin, sera ouvert aux hospices civils de Toulon un concours pour quatre places d'interne provisoire en médecine et en chirurgie.

Les internes provisoires seront titularisés selon leur rang d'admission au fur et à mesure des vacances qui se produiront parmi les internes en exercice.

Pour être admis à concourir les candidats devront se faire inscrire, au moins huit jours avant la date fixée pour le concours, au secrétariat des hospices.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 8 mars 1913 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Rémy est nommé médecin chef de l'hôpital de Marseille.

Médecins-majors de première classe. — MM. Galland est nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Vannes; Teissier, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Germain.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Chassin passe au 5e d'infanterie; Jeannin est placé hors cadres aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

Médecin aide-major de première classe. — M. Lafaix passe aux troupes d'occupation du Maroc oriental.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — M. Delbet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, a été nommé membre de la commission consultative d'invalidité.

LE RÉTABLISSEMENT DE L'INSTITUT DE PUÉRICULTURE. — On annonce que le conseil de surveillance de l'Assistance publique, sur l'initiative de M. Paul Strauss, sénateur, vient de donner mission au docteur Barth de faire un rapport sur la question. Ce rapport sera présenté jeudi au conseil de surveillance. Il conclura au rétablissement de l'institut de puériculture dirigé par le docteur Variot qui pourra ainsi reprendre son enseignement dans les conditions où il le faisait antérieurement.

L'arrêté qui rétablira l'institut de puériculture du docteur Variot créera un autre institut à la Maternité, dans le service du docteur Bonnaire qui fera un cours pour accoucheurs. Il sera, en effet, stipulé que le titre d'institut ne pourra être attribué qu'à des services ayant à la fois un cours de puériculture et une clinique.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale de Paris a compté, pendant la neuvième semaine, 1071 décès, au lieu de 1012 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1066, moyenne ordinaire de la saison. Les maladies de l'appareil respiratoire ont une fréquence moyenne. La rougeole dépasse un peu la moyenne dans les quartiers pauvres de la périphérie.

RENSEIGNEMENTS

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SERVICE DE TROIS ANS ET LES ÉTUDES MÉDICALES

Comment peut-on concilier les exigences de la défense nationale et celles des études médicales. Telle est la question que M. le doyen Landouzy étudie dans le *Temps* avec sa haute autorité.

« Le rétablissement du service de trois ans paraissant indispensable, dit M. Landouzy, surgit pour l'Université le devoir de concilier les intérêts de la défense nationale avec ceux de la haute culture de notre pays. De celle-ci dépendent également la grandeur et la force de la France.

Aussi, dans la répercussion du service de trois ans sur les études et la carrière médicale, est-il un autre point de vue à considérer que le point de vue professionnel. S'il est indispensable, pour l'hygiène et la santé publiques, de former en cinq ans (limites imposées par les nouveaux décrets) des praticiens avertis, il est non moins indispensable de laisser à une élite le loisir et la curiosité des recherches scientifiques. Il nous faut donc trouver le moyen de ne pas tarir la source des fortes études qui, dans les sciences biologiques aussi, mènent aux découvertes et aux inventions. Nous avons besoin d'une pépinière d'hommes qui ne pratiquent et n'enseignent pas seulement la médecine d'hier et d'aujourd'hui, mais qui puissent faire la science de demain.

Cette conciliation des intérêts de l'armée et de la science apparaîtra peut-être moins difficile à réaliser pour la médecine que pour les autres disciplines de l'enseignement supérieur. La raison en est simple : de tous les élèves des grandes écoles incorporés dans l'armée, les étudiants en médecine et en pharmacie sont les seuls à retrouver à la caserne, à l'infirmerie régimentaire, dans les camps et dans les hôpitaux militaires, l'application immédiate de leur apprentissage scientifique. Dans les huit grandes villes sièges de facultés, dans les trois garnisons sièges d'écoles de plein exercice (Marseille, Nantes et Rennes), dans les douze villes qui possèdent des écoles préparatoires de médecine, nos étudiants ne pourront-ils pas avoir toute facilité pour reprendre leur scolarité durant la deuxième et la troisième année de service militaire ? Certaines villes qui ont consenti des dépenses considérables pour obtenir des garnisons, seront amenées à faire les sacrifices nécessaires pour élargir les amphithéâtres et les laboratoires des écoles préparatoires. Celles-ci ne recevront-elles pas en plus grand nombre les étudiants en médecine, que le recrutement enverra dans les casernes et dans les hôpitaux militaires à construire ?

Assurément le service de trois ans pèsera sur la carrière médicale comme sur les autres carrières libérales ; mais il ne faut pas qu'il en résulte aucune faiblesse pour l'éducation scientifique des futurs médecins. Ce qui importe, c'est de concevoir et de réaliser telles possibilités d'organisation, tels accommodements qui soient le moins possible incompatibles avec une forte éducation professionnelle et scientifique de nos étudiants. Ne trouverait-on pas, dans le jeu de l'un et de l'autre des deux statuts suivants (que je ne signale qu'à titre d'exemples, car d'autres modaliiés peuvent être cherchées), le moyen de perturber dans la moindre mesure possible les études médicales, tout en constituant un cadre de médecins de réserve pourvus d'une éducation technique complète ?

Je rédigerais ainsi les schémas du premier de ces deux statuts nouveaux :

A dix-huit ans, notre bachelier s'inscrit dans une Faculté des sciences, en vue de l'obtention du certificat P. C. N. A dix-neuf ans, pourvu de ce certificat, il prend sa première inscription de doctorat en médecine. Première année d'études ; travaux pratiques, stage et examen de fin d'année dans une faculté ou école ; quatre inscriptions. A vingt ans, il se trouve en seconde année d'études médicales, et prend ses huit inscriptions. (Il peut être externe.) A vingt et un ans, il est en troisième année d'études médicales, peut concourir pour l'internat, être interne ou posséder ses douze inscriptions. A vingt-deux ans, il est incorporé ; il passe la première année d'incorporation comme soldat de deuxième classe. A vingt-trois et à vingt-quatre ans, ayant le titre d'interne, obtenu au concours dans une ville ayant Faculté de médecine ou école de plein exercice, ou étant muni de ses douze inscriptions, il a la situation de médecin auxiliaire, solde d'adjudant, facilités de loger en ville, et reprend sa scolarité. A vingt-cinq ans, il rentre dans la vie civile ; son titre d'externe lui permet de concourir à l'internat, et suivant qu'il arrive à l'internat tôt ou tard, peut faire quatre années d'internat et se trouver, au plus tard, docteur à trente ans.

Le second projet de statut — celui-ci comprenant des sursis prolongés — peut se résumer ainsi :

Tout étudiant inscrit au P. C. N. en vue d'études médicales, comme tout étudiant immatriculé dans une école de médecine ou une faculté de médecine, serait, dès son entrée au P. C. N., dans une faculté ou dans une école, susceptible d'obtenir un sursis d'incorporation jusqu'à ce qu'il ait conquis son diplôme de docteur en médecine, pourvu qu'il puisse être incorporé, muni de ce diplôme, à vingt-huit ou vingt-neuf ans, par exemple. Avec ce statut, la plupart des médecins commençant leur P. C. N. à dix-huit ou dix-neuf ans, pourraient entrer dans la pratique civile entre vingt-huit et vingt-neuf ans, et ceux qui auraient passé par l'internat pourraient être libérés vers trente ans, en fournissant ainsi le meilleur appoint à la médecine militaire de réserve. Ainsi l'étudiant, pourvu de son diplôme de docteur en médecine, serait incorporé pour une période de trois ans, qu'il accomplirait de la façon suivante : 1° pendant un an, comme soldat de deuxième classe ; 2° pendant la deuxième année, comme médecin auxiliaire, avec solde et facilités de loger en ville ; 3° pendant la troisième année, comme médecin aide-major de deuxième classe, servant à constituer le cadre des officiers de santé, médecins du cadre de réserve, désormais pourvus d'une éducation technique complète ; pendant cette troisième année, solde de sous-lieutenant.

Nos étudiants pourraient ainsi avoir le choix entre deux combinaisons de ce genre : la première pourra paraître la meilleure à plusieurs points de vue. Ne replace-t-elle pas l'étudiant en médecine, à peu de chose près, dans la condition où il était hier ? Ne se retrouve-t-il pas en suspension de scolarité pendant la première année d'incorporation ? Sa première année de soldat terminée, la deuxième et la troisième années, toutes militaires qu'elles soient, ne lui permettent-elles pas la continuation des études médicales et sa libération vers la vingt-cinquième année ? Ainsi lui sont rendus possibles l'externat, l'internat, le prosectorat, etc., durant lesquels il recevra le meilleur de son éducation professionnelle et scientifique ? Ainsi serions-nous mis à même de fournir au recrutement des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, aussi bien qu'au recrutement du personnel enseignant.

Il convient d'ajouter, à propos des concours et notamment du concours de l'internat de Paris, que certaines dispositions nouvelles deviendront nécessaires : n'en arriverons-nous pas, en toute équité, à handicaper telles catégories d'étudiants en médecine (étrangers, etc.) non astreints au service de trois ans ?

Vous le voyez, la solution des divers problèmes que posent les nécessités nouvelles de la défense nationale n'est nullement impossible à trouver ; la conciliation des multiples intérêts en présence est faisable, par exemple par les moyens que je vous ai brièvement indiqués. Bien entendu, dans ce rapide exposé, il ne faut voir qu'un schéma, qu'une esquisse se prêtant à bien d'autres combinaisons dans le temps et dans la forme. Du moins reconnaîtra-t-on que de tels projets ne comportent aucun privilège pour les étudiants en médecine, bien que parmi les étudiants des diverses facultés, ce soient eux qui soient appelés à rendre à la défense nationale le plus de services.

La collaboration du corps de santé, à tous ses échelons, n'est-elle pas des plus actives, et cela aussi bien en temps de paix et de manœuvres qu'en temps de guerre ? Pour combien, souvent, la force de résistance d'une troupe n'a-t-elle pas dépendu de la science, de l'expérience et de la valeur morale de son corps de santé ? »

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL

ET

ÉPANCHEMENT MÉNINGÉ PURIFORME ASEPTIQUE

A POLYNUCLÉAIRES INTACTS

Par MM. Pierre MARIE et H. GOUGEROT.

Il y a quelques années à peine on croyait que tout épanchement d'aspect purulent formé de polynucléaires était un pus microbien septique, et lorsque la ponction ramenait de la plèvre et surtout des méninges un tel liquide on portait le plus sombre pronostic. Widal a eu le mérite de distinguer, en 1906, parmi ces liquides d'aspect purulent, les épanchements purulents septiques à polynucléaires altérés et les épanchements « puriformes » aseptiques à polynucléaires intacts.

Les premiers, plus ou moins riches en microbes, sont formés de polynucléaires altérés, on peut y déceler les germes pathogènes soit par les examens directs, soit par les cultures, soit par les inoculations.

Les seconds, épanchements puriformes aseptiques, identiques macroscopiquement aux précédents, sont caractérisés microscopiquement par l'impossibilité de déceler aucun germe microbien et par l'intégrité des polynucléaires : d'où le nom d'épanchements puriformes aseptiques à polynucléaires intacts. L'intégrité des polynucléaires est le signe facile à constater et qui pratiquement permet de faire le diagnostic immédiat d'épanchement puriforme avant que des examens plus délicats, plus longs, recherche directe des microbes, cultures, etc., aient confirmé la nature aseptique du liquide.

Cette distinction entre épanchement purulent septique et épanchement puriforme aseptique a non seulement un intérêt de pathologie générale, mais encore une importance pratique, pronostique et thérapeutique. En effet Widal et ses élèves Lemierre, Boidin (1), Gougerot (2), Philibert (3) ont montré que l'épanchement puriforme aseptique se résorbe et guérit, alors que l'épanchement purulent microbien entraîne un pronostic grave souvent mortel. Depuis trois ans de nombreuses observations présentées à la Société médicale ou à l'Académie sont venues confirmer l'importance de ces faits (4) et dernièrement encore Widal et Etienne Brissaud publiaient un nouveau cas d'épanchement puriforme méningé terminé par une guérison rapide.

(1) Widal, Lemierre et Boidin. Liquide céphalo-rachidien puriforme au cours de la syphilis des centres nerveux. Intégrité des polynucléaires, *Soc. méd. des hôpit.*, 22 juin 1906.

(2) Widal et Gougerot. Pleurésies puriformes aseptiques. Intégrité des polynucléaires de l'épanchement, *Soc. méd. des hôpit.*, 27 juillet 1906; — Pleurésies puriformes aseptiques avec polynucléaires intacts chez les pneumoniques et les cardiaques, bénignité du processus, *Acad. de méd.*, 9 juillet 1907.

(3) Widal et Philibert. Epanchement puriforme aseptique des méninges avec polynucléaires intacts, bénignité du pronostic, *Acad. de méd.*, 30 avril 1907.

(4) Widal. Revue critique, *Revue mens. de méd. int. et de thérap.*, avril 1909.

L'observation, que nous résumons ici, est un nouvel exemple d'épanchement puriforme méningé aseptique à polynucléaires intacts; cet épanchement a été observé au cours d'un ramollissement cérébral qui rapidement a emporté le malade; cette association d'encéphalomalacie et de polynucléose aseptique soulève des discussions pathogéniques.

Observation. — Le malade, un vieillard jusque-là assez robuste, a été surpris par un ictus le 1er janvier 1909. Il entre à l'infirmerie de Bicêtre le 2 janvier 1909.

Il est dans un subcoma inconscient, ne répondant à aucune question et ne comprenant aucune de nos demandes, le regard est vague et rien ne parvient à attirer son attention. Il est frappé d'*hémiplégie droite totale* avec *hémiparalysie faciale* correspondante et atteinte très marquée du facial supérieur; la paupière supérieure droite est atone et se laisse ouvrir sans la moindre résistance, les membres du côté droit, lorsqu'on les soulève, retombent lourdement sur le plan du lit, alors qu'à gauche les membres ont conservé une certaine tonicité. Les réflexes tendineux sont forts, plus à droite qu'à gauche; le gros orteil du côté droit est en extension (signe de Babinski). Il y a *hémiagnosie droite* (1) : du côté gauche, le malade localise la sensation de pincement sans grand retard et sa main gauche cherche à écarter les doigts qui le pincent; du côté droit, côté hémiplégié, le pincement est senti avec retard, la figure se crispe et la main gauche s'agite, preuves que la sensation douloureuse est perçue, mais le malade ne cherche pas à porter la main gauche sur le point endolori, il n'arrive pas à localiser. L'*hémianopsie droite* semble certaine, car le doigt approché brusquement des yeux détermine du clignement dans toutes les positions, sauf dans la moitié droite du champ visuel.

A cette hémiplégie et hémianopsie droites s'ajoute une raideur bi-latérale qui rend le malade difficile à mobiliser; on ne peut dire s'il existe un signe de Kernig. En raison de l'apparition brusque du syndrome hémiplégique et de cette raideur diffuse, on penche vers le diagnostic d'hémorragie cérébrale avec inondation secondaire des méninges, c'est-à-dire d'hémorragie cérébro-méningée.

La ponction lombaire est pratiquée aussitôt : elle donne issue à un liquide trouble, d'apparence séro-purulente, sans reflet rosé.

Cette constatation surprend : s'agit-il d'une méningo-encéphalite, d'une méningite, d'un ramollissement compliqué de méningite purulente? L'examen cytologique va bientôt fixer nos doutes.

Le culot de centrifugation est formé de polynucléaires intacts; ces éléments restent distincts les uns des autres; leur protoplasma, limité par un contour arrondi et net, est normal, granuleux; leur noyau a conservé toute sa délicatesse de structure; aux polynucléaires s'ajoutent quelques rares mononucléaires et de grands macrophages endothéliaux. Sur lames, il est impossible de déceler aucun germe; les cultures faites avec le culot dilué dans le liquide de centrifugation et l'inoculation sous-cutanée à la souris restent négatives. Le

(1) Faisons remarquer que l'hémianesthésie signalée par les classiques dans les lésions encéphaliques unilatérales semble exceptionnelle. Les hémiplégiques paraissent hémianesthésiques au premier abord, mais en réalité ils ne le sont pas, ils sentent le pincement et les piqûres; même dans les hémiplégies avec aphasie totale et déficit intellectuel prononcé, même dans le subcoma, l'expression de douleur du visage et souvent le retrait du membre prouvent que le malade perçoit la sensation ; mais il y a retard de perception et confusion de sensation, le malade ne perçoit que la sensation de douleur, il ne peut dire par quel mécanisme la douleur est produite (piqûre, pincement); à ces troubles s'ajoute souvent une impossibilité de localiser la sensation : ce n'est donc pas une hémianesthésie, mais une hémiagnosie.

liquide de centrifugation, qui est parfaitement limpide et incolore, ne donne pas de caillot fibrineux; sa teneur en albumine ne semble pas augmentée et la proportion de sucre paraît normale. Il n'y a donc aucune des réactions habituelles aux méningites microbiennes.

Le malade meurt dans le coma le 3 janvier.

AUTOPSIE (formolage avant l'autopsie).

Cœur dilaté et aorte athéromateuse. Reins légèrement atrophiés et scléreux tachetés de trois petits infarctus. Foie rétracté, petit. Rate entourée de périsplénite et marbrée de plusieurs infarctus. Poumons indemnes sans foyer bronchopneumonique.

Les lésions encéphaliques sont intenses : ramollissement blanc de toute la partie moyenne de l'hémisphère gauche par oblitération du tronc de la sylvienne à sa naissance. Dès qu la dure-mère est enlevée, on voit les méninges épaissies et affaissées sur l'hémisphère gauche, le doigt a une sensation de mollesse qui contraste avec la fermeté de l'hémisphère opposé; au niveau du ramollissement, les méninges molles sont tachetées de placards louches puriformes qui dessinent dans les sillons des circonvolutions, d'étroites traînées blanchâtres. A la coupe, l'aspect est celui du ramollissement blanc récent, classique, avec sur les bords un pointillé rouge. Les artères encéphaliques, notamment le tronc basilaire, sont atteintes d'artério-sclérose.

Les méninges, en dehors de la zone de ramollissement, semblent indemnes, et l'on ne découvre pas de lésions macroscopiques dans les autres segments du névraxe.

HISTOLOGIE. — Des fragments de cerveau recouverts des méninges molles sont prélevés en différents points : en dehors du foyer de ramollissement, à la limite de ce foyer, en plein foyer.

En dehors du foyer d'encéphalomalacie. — La pie-mère est un peu épaissie, constituée de fibrilles collagènes, moyennes et fines, ondulées ; les cellules endothéliales sont parfois multipliées et forment même en certains points des traînées linéaires entre les fibrilles collagènes; il n'y a pas d'infiltration cellulaire ; les vaisseaux sont atteints d'artériosclérose, leurs parois sont épaissies fibreuses hyalines; parfois un gros vaisseau est oblitéré entièrement scléreux ; parfois une artériole scléreuse est thrombosée sans qu'il y ait organisation du caillot ni réaction de l'endartère, le tissu nerveux encéphalique ou médullaire sous-jacent est normal.

Il n'y a ni réaction aiguë, ni œdème, ni infiltration cellulaire, ni polynucléose, ni vascularites aiguës.

Ces lésions sont donc assez banales, ce sont celles des méninges épaissies des vieillards artérioscléreux.

A la limite du foyer de ramollissement. — La polynucléose apparaît. De petites artérioles sont remplies de polynucléaires, le plus souvent les parois de ces petits vaisseaux sont intactes ou fibreuses. Exceptionnellement les cellules endothéliales desquament et se mêlent aux polynucléaires sans toutefois provoquer la précipitation d'un caillot. D'autres vaisseaux, fines artérioles et gros capillaires, congestionnés ou remplis de polynucléaires, sont entourés de polynucléaires; ces vaisseaux pénètrent avec leur adventice bourrée de leucocytes à l'intérieur du tissu cérébral. Les parois de ces petits vaisseaux ne sont pas le siège d'altérations inflammatoires récentes. Enfin çà et là on découvre de petites traînées de polynucléaires infiltrés dans la pie-mère et accolés à la surface de la substance grise, il n'y a pas d'inflammation méningée à ce niveau, pas de réaction endothéliale, pas d'œdème. Quelques polynucléaires isolés sont en migration dans le tissu cérébral sous-jacent.

En plein foyer de ramollissement. — L'infiltration des méninges par les polynucléaires n'existe pas sur toute la zone de ramollissement, elle se localise en certains points, surtout dans les sillons qui séparent les circonvolutions, mais souvent une partie de ces sillons est seule atteinte, il faut donc noter le contraste entre l'étendue, l'intensité de la lésion cérébrale, et le faible degré, l'éparpillement des lésions méningées.

Dans tous les points atteints les lésions méningées sont à peu près identiques :

Le sillon est élargi, infiltré d'un peu de sérosité, les polynucléaires sont très irrégulièrement disséminés ; ici ils sont agglomérés en placards; là ils forment de petits nodules et de minces traînées; plus souvent encore ils sont éparpillés un peu partout, de larges aires méningées en sont dépourvues, il est rare qu'ils pénètrent jusqu'au fond du sillon; il est impossible de leur assigner un groupement périvasculaire constant. Il faut insister sur l'intégrité de ces polynucléaires épanchés : même au centre des placards les plus denses, ils restent intacts, nettement distincts les uns des autres. La réaction des éléments fixes des méninges est presque nulle, à peine note-t-on de la tuméfaction et desquamation des cellules endothéliales. Les figures de macrophagie sont exceptionnelles.

Les vaisseaux sont ou congestionnés ou thrombosés, leurs parois présentent les lésions chroniques parfois intenses d'artériosclérose relevées dans les autres territoires encéphaliques. On ne voit pas de lésion de vascularites aiguës sur des rares vaisseaux : à peine l'endothélium est-il tuméfié, sans pourtant desquamer, sur les vaisseaux thrombosés, le caillot n'est pas infiltré de cellules. En deux points seulement il nous a été possible de découvrir de l'infiltration cellulaire des parois des vaisseaux ; une veinule, située à la surface d'une circonvolution ramollie et plongée dans un espace sous-arachnoïdien infiltrée de polynucléaires, a ses parois parsemées de nombreux polynucléaires en migration; dans une scissure qui est restée indemne d'infiltrat polynucléaire, une petite artériole pleine de polynucléaires et une grosse artère non oblitérée ont leur espace sous-endothélial infiltré de polynucléaires, l'endothélium est resté indemne et continu, les parois moyennes et externes semblent normales et ne sont pas infiltrées de polynucléaires.

La réaction méningée se borne donc à une infiltration de polynucléaires intacts, il n'y a pas de lésions phlegmasiques des méninges et pas de vascularite aiguë (1).

Au-dessous des méninges s'étend le vaste ramollissement blanc; ses lésions sont celles des ramollissements récents : nécrose complète ou incomplète permettant encore de reconnaître l'ombre floue de quelques cellules pyramidales, nécrosées, vacuolées ou non, le treillis granuleux du réseau névroglique tuméfié avec ou sans dilatation des capillaires, avec ou sans hématome, avec ou sans macrophages et corps granuleux.

Les seuls points à retenir sont la diapédèse et l'infiltration des polynucléaires. Dans les capillaires congestionnés (et si dilatés en certains points qu'ils paraissent multipliés) les polynucléaires sont souvent nombreux; quelquefois un capillaire est entouré d'un manchon de polynucléaires; mais ces vaisseaux ne sont pas atteints d'inflammation aiguë; la seule lésion que l'on remarque est la nécrose totale de leur paroi, nécrose qui s'observe sur des artérioles ou gros capillaires, remplis de globules rouges et envahis de polynucléaires. Dans le tissu cérébral ramolli les polynucléaires sont très irrégulièrement disséminés, presque toujours très rares et éparpillés, il est exceptionnel de les voir s'agglomérer en petits placards.

Tantôt la substance grise, nécrosée et amincie, a conservé sa continuité, mais au-dessous la substance blanche est entièrement détruite ou vacuolée, un infiltrat de mononucléaires

(1) L'infiltration cellulaire des parois des vaisseaux que nous venons de signaler en deux points peut s'interpréter aussi bien comme une simple diapédèse aseptique de polynucléaires que comme le début d'une vascularite aiguë.

(corps granuleux) et de polynucléaires plongés dans les débris nécrosés remplace la zone sous-corticale. Parfois cet infiltrat sous-cortical perfore le manteau de substance grise nécrosée et se déverse dans les méninges molles ; en ces points il n'y a que peu ou pas de polynucléaires infiltrés dans les méninges, ceux que l'on rencontre proviennent précisément de ces amas sous-corticaux.

Tantôt la limite entre le cortex nécrosé et la méninge est encore nette, les polynucléaires forment dans la méninge une bordure plus ou moins serrée, ils sont rares dans le tissu cérébral.

Tantôt la surface des circonvolutions nécrosées s'effrite : on ne reconnaît plus de délimitation entre la substance grise et les espaces méningés qui sont remplis d'un magmat flou, les polynucléaires se mélangent à ces débris nécrosés.

Donc en aucun point du tissu cérébral sain ou nécrosé, on ne découvre d'inflammation phlegmasique, il n'y a ni œdème, ni exsudat fibrineux, ni artérite aiguë, et toujours les polynucléaires infiltrés sont remarquables par leur intégrité.

Quelle qu'ait été la coloration, aucun microbe n'a pu être décelé ni dans les amas de polynucléaires intacts méningés, ni dans les vaisseaux.

Il y a quelques années une telle observation n'aurait guère prêté à discussion et l'on n'aurait pas hésité à conclure à un ramollissement cérébral banal compliqué de méningite purulente due à une infection secondaire. Peut-être pourtant aurait-on pensé à une méningo-encéphalite infectieuse. Aujourd'hui, grâce aux travaux de Widal, il nous semble qu'on peut donner de cette observation une tout autre interprétation.

Plusieurs raisons nous font repousser le diagnostic d'encéphalite. L'apparition brusque du syndrome, l'étendue de la zone ramollie, la courte durée de la maladie qui a tué le malade en trois jours, l'aspect classique du ramollissement blanc éliminent l'hypothèse d'encéphalite infectieuse et affirment l'encéphalomalacie par oblitération artérielle ; on a vu la sylvienne gauche oblitérée, la constatation d'infarctus emboliques dans les reins, dans la rate, confirment l'hypothèse d'une embolie cérébrale.

De nombreux arguments nous font rejeter le diagnostic de méningite suppurée et d'infection secondaire. L'intégrité des polynucléaires, l'absence de germe à l'examen sur lames, à la culture et à l'inoculation, la teneur normale en albumine et en sucre, l'absence de fibrine, font repousser l'hypothèse d'une méningite microbienne compliquant un ramollissement banal. L'étude du liquide céphalo-rachidien, au point de vue bactériologique, cytologique et chimique, prouve en un mot qu'il n'y a aucune des réactions des méningites aiguës microbiennes. Ce n'est pas là d'ailleurs un fait isolé : de nombreux examens antérieurs ont démontré que des épanchements puriformes à polynucléaires intacts sont aseptiques. Histologiquement les lésions ne sont pas celles des méningites aiguës cocciennes : les traînées de polynucléaires sont minimes, localisées à certains sillons ; les polynucléaires sont intacts ; on ne voit pas de microbes ; il n'y a ni œdème, ni exsudat fibrineux méningé ; il n'y a pas réaction marquée des cellules endothéliales pie-mériennes et sous-arachnoïdiennes, il n'y a pas de figures de macrophagie ; les vaisseaux, atteints de vascularite chronique, ne sont pas le siège de lésions aiguës récentes : on dirait un simple afflux de polynucléaires dans les méninges légèrement scléreuses d'un vieillard, sans inflammation phlegmasique méningée. Enfin la stricte localisation de la polynucléose dans la zone de ramollissement, le contraste entre le faible degré des lésions méningées et l'intensité de la destruction encéphalique, l'absence de tout foyer infectieux à l'autopsie dans les poumons, les voies biliaires, les voies urinaires, sont des raisons nouvelles pour conclure contre l'hypothèse d'une méningite microbienne d'infection secondaire.

C'est le processus embolique qui a produit à la fois le ramollissement cérébral et la réaction méningée polynucléaire aseptique. On sait en effet que l'oblitération artérielle qui entraîne la nécrose d'un territoire cérébral amène à la périphérie de la zone ischémiée une congestion vasculaire marquée : les dilatations des vaisseaux, les petites hémorragies dans les zones nécrosées, la transformation du ramollissement blanc en ramollissement rouge en sont témoins. En même temps que se produit cette « fluxion rouge », il est logique de penser que parallèlement apparaît une « fluxion blanche », c'est-à-dire un afflux de polynucléaires. Mais les globules rouges, étant peu mobiles, ne traversent pas les parois vasculaires et ne se déversent pas dans les méninges. Au contraire les globules blancs, doués de mouvements amiboïdes, peuvent traverser les parois vasculaires, filtrer à travers les méninges et s'accumuler dans le liquide céphalo-rachidien. Le liquide céphalo-rachidien, ne contenant que des polynucléaires, prend un aspect louche puriforme, sans teinte rosée. Les polynucléaires, n'ayant eu à subir aucune agression microbienne, restent intacts, identiques à ceux du sang circulant. Cette hypothèse est la réédition de celle proposée par Widal et Gougerot, en 1906, pour expliquer les épanchements puriformes pleuraux au cours des infarctus pulmonaires. Il s'agit donc d'une loi générale qui s'applique aussi bien aux embolies pulmonairCS qu'aux embolies cérébrales. Peut-être aussi, mais ce n'est qu'une hypothèse, les produits de nécrose du tissu nerveux ont-ils une action chimiotactique positive sur les polynucléaires.

Quelle que soit l'explication qu'on en donne, l'association de ramollissement et d'épanchement puriforme aseptique à polynucléaires intacts mérite d'être connue. Des ponctions lombaires faites systématiquement chez les hémiplégiques au début montreront si cet afflux polynucléaire est exceptionnel ou fréquent au cours des grands ramollissements cérébraux ; mais déjà on peut supposer que la constatation d'épanchements puriformes aseptiques à polynucléaires intacts sera un signe précieux pour le diagnostic différentiel entre le ramollissement et les autres lésions causes d'hémiplégies.

FORMULAIRE

FORMULE DE DEADERICK DANS LA MALARIA

Chlorhydrate de quinine	1 gramme
Eau distillée....................	10 cent. cubes

(*Bull. méd.*)

ACTUALITÉS

LA SÉROTHÉRAPIE ANTIDIPHTÉRIQUE

L'emploi du sérum antidiphtérique date déjà de vingt ans, et cependant son étude reste toujours d'actualité, car malgré tous les travaux, toutes les statistiques montrant l'efficacité vraiment spécifique du sérum, la conviction profonde manque encore à quelques médecins, tandis que d'autres, plus convaincus, n'injectent pas les doses nécessaires parce qu'ils redoutent beaucoup trop les accidents sériques. Avec les notions nouvelles d'anaphylaxie, cette crainte est devenue, suivant l'heureuse expression de L. Martin, « une phobie contre laquelle on doit réagir ». Tout récemment Aviragnet et Hallé déploraient que longtemps après la découverte du sérum « son application soit souvent si mal comprise par un grand nombre de praticiens ».

Il ne semble donc pas inutile d'ajouter encore quelques lignes à tout ce qui a été écrit sur la sérothérapie antidiphtérique et en particulier d'établir les trois propositions suivantes :

Les injections sous-cutanées de sérum antidiphtérique ont complètement modifié le pronostic de la diphtérie; aucune autre méthode de traitement n'a donné les mêmes résultats; les accidents sériques sont peu dangereux et l'anaphylaxie grave est exceptionnelle.

Que la sérothérapie ait amélioré le pronostic de la diphtérie, que la morbidité par diphtérie soit en décroissance par suite de l'emploi du sérum à titre préventif, que la mortalité ait diminué depuis 1894, c'est ce qui ressort nettement de toutes les statistiques. Dès 1899 Bayeux, dans sa thèse, et quelques années plus tard Comby, dans un rapport au Congrès de Madrid (1903) ont nettement prouvé que, depuis l'application de la sérothérapie, la mortalité de cette maladie a baissé dans des proportions considérables. Sevestre et Martin (1) rapportent une statistique de la Société américaine de pédiatrie; elle porte sur des malades observés en ville, ce qui élimine les influences de milieu et d'encombrement; sur 5 794 cas, on compte 713 morts soit 12,3 p. 100, mais si l'on retranche 218 cas, concernant des enfants mourants au moment de l'injection ou morts dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection, il reste 3 776 cas avec une mortalité de 8,8 p. 100. Sevestre et Martin citent encore une statistique établie par Baginsky et tenant compte de la date de la maladie à laquelle fut commencée la sérothérapie antidiphtérique.

ÉPOQUE DU TRAITEMENT	MORTALITÉ p. 100.
Premier et deuxième jours	0
Troisième et quatrième jours	6,06
Cinquième, sixième et septième jours	12,73
Huitième et neuvième jours	10,53
Après le dixième jour	18,52

Voici quelques autres chiffres, empruntés à un article de Nobécourt (2). A l'hôpital des Enfants-Malades de Paris, la mortalité était de 51,71 p. 100 en 1890-1893; en 1894, Roux, Martin et Chaillou, avec le sérum, abaissent la mortalité à 24,5 p. 100. De 1895 à 1905, la mortalité n'a été que de 15,72 p. 100. A Vienne, de 1886 à 1894, la mortalité de la diphtérie était, dans les hôpitaux d'enfants, de 41 à 49 p. 100; de 1895 à 1900, elle oscille entre 14 et 22 p. 100. La statistique de la ville de Paris est aussi très démonstrative (3) : dans les quatorze ans qui ont précédé la sérothérapie, la diphtérie a fait mourir chaque année en moyenne 1721 sujets; dans les quinze ans qui ont suivi, la moyenne annuelle des décès par diphtérie n'est plus que de 348 ; mais, comme le remarque très justement L. Martin, on devrait arriver à des résultats meilleurs encore et surtout il ne faut pas hésiter à injecter du sérum antidiphtérique dans un cas qui, cliniquement, est une diphtérie possible ou probable. Si l'on est trop timoré, si l'on est hanté par la crainte de l'anaphylaxie, la statistique s'en ressentira; L. Martin a fait par exemple, en étudiant les statistiques de la ville de Paris, des remarques très instructives : en 1895, la mortalité avait bien diminué ; en 1896, elle augmente, et voici l'explication de ce fait : le 5 juillet 1895, Moizard communique à la Société médicale des hôpitaux un cas d'angine non diphtérique traitée par le sérum suivi de mort; cette communication eut un grand retentissement aussi bien dans le public que dans le corps médical; on fit moins d'injections de sérum, la mortalité augmenta. Plus récemment, depuis les nombreuses publications sur l'anaphylaxie et les accidents sériques, la mortalité par diphtérie à Paris est montée de 8 à 10 p. 100. Si l'on n'y prend pas garde, si l'on ne remet pas la question au point, il y a là un véritable danger. La mortalité de la diphtérie a donc des alternatives de baisse et de hausse qui dépendent sans doute des épidémies, qui sont influencées par plusieurs facteurs, tels que l'encombrement hospitalier, mais qui correspondent aussi à la manière plus ou moins rationnelle dont est pratiquée la sérothérapie. Dans l'ensemble, il résulte de toutes ces statistiques que le sérum exerce sur la diphtérie une action curative telle que la mortalité par diphtérie est beaucoup moindre actuellement qu'avant 1894.

D'autres méthodes de traitement pourraient-elles donner les mêmes résultats ? La preuve n'en a pas été faite jusqu'à ce jour. Tous les chiffres que nous venons de rappeler se rapportent à des cas traités par le sérum antidiphtérique en injections sous-cutanées. On s'est demandé si le sérum ne pourrait pas être administré par d'autres voies; sans parler des injections intraveineuses, dont la technique est relativement assez délicate, dont les inconvénients sont plus grands que ceux des injections sous-cutanées, et qui doivent être exceptionnellement employées dans des cas très graves et traités tardivement (L. Martin, Courmont), on a proposé l'emploi local du sérum antidiphtérique, soit en badigeonnages de la fausse membrane, soit en pastilles; on a préconisé aussi l'injection intrarectale de sérum. C'est évidemment une bonne pratique que de badigeonner la fausse membrane amygdalienne avec un tampon imbibé de sérum antidiphtérique ou de faire sucer au malade des pastilles de sérum sec. En effet, les pastilles de sérum sec paraissent avoir une certaine action bactéricide; Dopter en a recommandé l'emploi pour détruire plus rapidement les bacilles dans la gorge des malades et pour prévenir les paralysies diphtériques. Mais il faut se rappeler que le sérum de Roux est avant tout et presque exclusivement un sérum antitoxique; en badigeonnant la fausse membrane avec ce sérum, on peut donc chercher à détruire sur place la toxine diphtérique avant que ce poison ne pénètre dans le sang, mais il serait illusoire de prétendre obtenir, par ce seul moyen, l'immunité que donne la sérothérapie en injection sous-cutanée. A la Société médicale des hôpitaux, L. Martin a expliqué pourquoi l'Institut Pasteur de Paris ne fabrique plus de pastilles de sérum. M. Roux et lui ont étudié la question, et, si l'Institut Pasteur ne met plus dans le commerce les pastilles de sérum, c'est que M. Roux craignait de voir les pastilles remplacer les injections sous-cutanées de sérum. Pour ce qui est de l'emploi du sérum antidiphtérique en lavement, Mouriquand (1) en a fait une intéressante étude; il

(1) SEVESTRE et MARTIN. Art. DIPHTÉRIE, *Traité des maladies de l'enfance*, t. I, 1904.

(2) NOBÉCOURT. Traitement de la diphtérie, *Thérapeutique des maladies infectieuses*, Bibliothèque de thérapeutique, Gilbert et Carnot, 1913.

(3) L. MARTIN. Quelques statistiques concernant la mortalité de la diphtérie, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, février 1913, p. 381.

(1) MOURIQUAND. Les injections intrarectales de sérum antidiphtérique, *Journ. des praticiens*, 2 mars 1912.

relate plusieurs cas dans lesquels cette méthode lui a donné de bons résultats, mais M. Mouriquand a bien soin d'ajouter qu'il ne faut pas considérer l'injection intrarectale de sérum comme suffisante dans la majorité des cas, que c'est seulement une méthode d'attente à employer en attendant les résultats de l'examen bactériologique, et que, si la bactériologie permet d'affirmer la diphtérie, l'on doit faire alors une injection sous-cutanée. Notons encore que, d'après Lesné et Dreyfus (1), la sérothérapie antidiphtérique par voie digestive serait inefficace; si bien que, tout au moins à l'heure actuelle, l'injection sous-cutanée de sérum n'a pas de rivale dans le traitement de la diphtérie. Nous avons cependant à mentionner les recherches de Robert Rendu, que connaissent bien les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* (2), sur le traitement rationnel de la diphtérie par la chaleur; on sait que les cultures en bouillon de bacille diphtérique sont tués par un chauffage de quelques minutes à + 58 degrés; R. Rendu a eu l'idée d'appliquer à la thérapeutique cette notion expérimentale. Il a d'abord cherché quelle était l'action de la chaleur sur une fausse membrane diphtérique fraîchement expulsée et a pu constater que le bacille de Loeffler était tué dans une fausse membrane chauffée soit à 50 degrés pendant quinze minutes, soit à 60 degrés pendant dix minutes, soit à 70 degrés pendant deux minutes, soit enfin à 80 degrés pendant une minute. M. Rendu a ensuite essayé de faire à des malades atteints d'angine diphtérique des inhalations d'air chaud au moyen d'un appareil électrique; ces inhalations d'air à 60 degrés sont facilement supportées et les trois malades, soignés par cette méthode concurremment avec le sérum, ont guéri sans complication. M. Rendu note que la thermothérapie n'exclut pas l'emploi du sérum, seul capable de neutraliser les toxines ayant passé dans la circulation. Le traitement de la diphtérie par la chaleur ne sera donc qu'un adjuvant de la sérothérapie (3).

Puisque le sérum antidiphtérique améliore considérablement le pronostic de la diphtérie, puisque aucune autre méthode ne peut actuellement être mise en parallèle avec la sérothérapie, il ne faut donc pas hésiter à injecter du sérum, il ne faut pas avoir « la phobie » des accidents sériques et de l'anaphylaxie. On a écrit des volumes sur ces accidents, sur leur pathogénie ; au point de vue purement clinique, une excellente mise au point en a été faite par MM. L. Martin et H. Darré (4), d'après 1400 observations personnelles, dont la plupart ont trait à la sérothérapie antidiphtérique employée soit à titre curatif, soit à titre préventif ; quelques observations se rapportent aux autres sérothérapies antitétanique, antistreptococcique ou antiméningococcique. Martin et Darré distinguent, comme il est maintenant classique de le faire, les accidents sériques succédant à une première injection ou à une série d'injections et les accidents qui succèdent à une réinjection : 1327 de leurs malades recevaient du sérum pour la première fois ; 186 ont présenté des accidents, soit environ 14 p. 100 ; ce furent des éruptions simples, plus rarement des éruptions avec arthralgies, fièvre, albuminurie passagère ; ces manifestations diverses ont été « presque toujours extrêmement bénignes, parfois pénibles, très rarement sévères, jamais graves »; 83 autres sujets avaient déjà reçu une première injection de sérum, plusieurs semaines, plusieurs mois ou plusieurs années avant le moment de la nouvelle injection ; ils se trouvaient donc dans les conditions où apparaissent les manifestations de l'anaphylaxie sérique. Sur ces 83 sujets, Martin et Darré ont observé 41 fois des manifestations d'anaphylaxie sérique, soit 48 p. 100 environ. Mais il faut distinguer ceux qui ont présenté des accidents tardifs et ceux qui ont eu des accidents immédiats. Les accidents tardifs ont été identiques à ceux qu'on observe communément chez les sujets soumis à une première injection de sérum de cheval; ils n'étaient pas plus intenses, mais leur apparition était beaucoup plus précoce ; ils survenaient presque toujours dans les quatre ou cinq premiers jours après l'injection de sérum. Jusqu'ici donc, rien de bien grave, rien qui puisse être de nature à restreindre la pratique de la sérothérapie. Dans quelques cas seulement, Martin et Darré ont observé les accidents précoces qui paraissent particuliers aux sujets sensibilisés par une première injection ; huit fois, Martin et Darré ont noté, au niveau même de l'injection, une réaction inflammatoire violente, accompagnée souvent d'une éruption débutant au voisinage de la région enflammée et se généralisant avec une grande rapidité. Ces réactions inflammatoires disparaissent en un ou deux jours. Une seule fois, la réaction fut très violente, avec œdème considérable, plaque purpurique et menace de sphacèle ; puis survint un abcès aseptique qui guérit après évacuation par ponction ; mais, dans ce cas, l'injection avait été poussée dans le derme et il est vraisemblable que cette faute de technique contribua à exagérer la réaction inflammatoire. Martin et Darré n'ont jamais observé les phénomènes généraux de l'anaphylaxie sérique décrits par certains auteurs; leur conclusion est que, chez les malades réinjectés, les accidents d'anaphylaxie sérique présentent une certaine fréquence, mais n'ont aucune réelle gravité. Les accidents généraux immédiats ont seuls de l'importance, parce qu'ils peuvent, dans des conditions d'ailleurs exceptionnelles, se terminer par la mort ; mais ils sont très rares chez l'homme et encore se terminent-ils favorablement dans l'immense majorité des cas.

Cet important travail de Martin et Darré, basé sur une expérience très grande de la sérothérapie, montre donc bien qu'il ne faut pas exagérer la crainte de l'anaphylaxie. A supposer même que de temps en temps survienne un accident grave, il faudrait le déplorer, redoubler de précautions dans la pratique sérothérapique, mais continuer son emploi, tout comme les chirurgiens n'ont pas cessé de donner du chloroforme à leurs opérés, alors cependant qu'ils connaissent et redoutent les dangers de l'anesthésie.

C'est dans ce sens que MM. Aviragnet et Hallé (1) ont conclu après avoir relaté quatre cas de nécrose hémorragique et de gangrène de la paroi abdominale chez des enfants réinjectés : « Ces faits tout à fait exceptionnels ne peuvent en rien modifier les règles de la sérothérapie antidiphtérique. » Aviragnet et Hallé considèrent cette nécrose hémorragique au point d'inoculation du sérum comme phénomène d'Arthus gangréneux; mais, d'après M. Jousset (2), ce n'est pas à proprement parler le phénomène d'Arthus; celui-ci est une suppuration aseptique consécutive à des injections répétées d'un

(1) Lesné et Dreyfus. *Soc. méd. des hôp.*, fév. 1913, p. 380.

(2) R. Rendu. *Lyon méd.*, 21 janvier 1912.

(3) Robert Rendu a poursuivi ses essais et relaté (*Lyon méd.*, janv. 1913) [v. *Gaz. des hôp.*, 1913, n° 14] les résultats cliniques obtenus avec les inhalations d'air chaud dans 33 cas de diphtérie. La mortalité a été de 15 p. 100, la même que chez 33 malades traités par le sérum antidiphtérique. Rendu conseille d'associer les deux traitements qui se complètent, le sérum étant surtout antitoxique, l'air chaud surtout bactéricide. Il ajoute que l'air chaud « pourra être employé isolément, soit chez les tuberculeux que la sérothérapie aggrave, soit surtout chez les malades injectés antérieurement au sérum de cheval et susceptibles de présenter des accidents anaphylactiques ». Cette dernière conclusion me paraît prématurée ; c'est prendre une décision très grave que de ne pas injecter le sérum antidiphtérique à des malades atteints de diphtérie sous prétexte qu'ils ont déjà été injectés au sérum de cheval.

(4) Louis Martin et Henri Darré. L'anaphylaxie en sérothérapie, *XIIIe Congrès français de médecine*, Paris, octobre 1912, et *Bull. méd.*, 9 nov. 1912.

(1) Aviragnet et Hallé. Le phénomène d'Arthus gangréneux dans la diphtérie, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 24 janv. 1913, p. 237.

(2) Jousset. *Soc. méd. des hôp.*, 31 janv. 1913, p. 269.

sérum hétérogène; or, dans les cas de MM. Aviragnet et Hallé, il s'agit d'une gangrène septique sur un terrain débilité; c'est donc une manifestation métastatique infectieuse banale provoquée par une injection irritante. Dans une communication de MM. Caussade et Joltrain (1) on peut voir aussi à quels dangers expose la crainte de l'anaphylaxie; ces auteurs rapportent l'observation d'un confrère qui fut contagionné par un enfant atteint de diphtérie; il refusa de se laisser pratiquer des injections de sérum et mourut de diphtérie bronchique.

Ainsi donc, le traitement de la diphtérie par le sérum, la prophylaxie de la diphtérie par les injections préventives dans certains cas (en particulier chez les jeunes enfants, dans les épidémies d'écoles, dans les hôpitaux) doivent inspirer toute confiance aux médecins, et ce serait un bien regrettable recul que d'en restreindre l'emploi par crainte d'accidents presque toujours bénins, très exceptionnellement graves. L'application de la sérothérapie antidiphtérique est aujourd'hui bien réglée; le grand principe à retenir pour avoir les meilleurs résultats est qu'il faut injecter le plus tôt possible le sérum antidiphtérique, qu'il faut en injecter des doses fortes. Pour éviter l'anaphylaxie, plusieurs moyens ont été préconisés; on diminue le nombre et la gravité des accidents sériques en prenant les cinq précautions suivantes (2) : employer les sérums chauffés; administrer au malade du chlorure de calcium; pousser l'injection très lentement; injecter de grosses doses rapprochées; si le malade a subi des injections antérieures, faire, dans les heures qui précèdent l'injection massive, des injections préalables d'abord petites, puis de plus en plus fortes (c'est l'antianaphylaxie par vaccination subintrante de Besredka). M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 MARS 1913)

Erythrémie avec syndrome d'obstruction portale. — MM. A. CHAUFFARD et Jean TROISIER communiquent l'observation d'une érythrémie datant de l'enfance présentant les caractères classiques de la maladie (érythrose, dilatations veineuses, splénomégalie, polyglobulie sans concentration du sang, leucocytose avec polynucléose, hyperviscosité du sang, augmentation du sédiment globulaire, réaction myéloïde, etc.) et accompagnée d'un syndrome d'obstruction portale.

En discutant la pathogénie de cette complication, les auteurs font la part d'une pyléthrombose adhésive rendue très vraisemblable par les caractères cliniques, l'analyse de l'ascite, la coagulabilité du sang et la part d'une cirrhose hépatique diagnostiquée par la palpation du foie. Cette cirrhose rentre peut-être dans le cadre des cirrhoses consécutives aux splénopathies. De plus, le malade présentait un ictère pléiochromique avec cholalémie, bilirubinémie et polycholie manifestement lié à une érythrolyse exagérée.

Soumis au citrate de soude (7 grammes) pendant un mois le malade présenta une amélioration progressive de son état hématologique. Peu à peu les hématies tombèrent de 8 700 000 à 5 120 000, et le sédiment globulaire diminua. Les auteurs discutent la pathogénie de cette érythrolyse secondaire, d'origine sans doute médicamenteuse, car la polyglobulie a reparu (6 600 000) cinq jours après la suppression du citrate de soude.

M. VAQUEZ a eu l'occasion de voir le malade de MM. Chauffard et Troisier. Il représente un type défini d'érythrémie avec une complication rare, la thrombose porte.

On a dit que cette affection était assez rare. Or, si on consulte la thèse Lutembacher on en trouve 150 à 160 cas. Pour sa part, M. Vaquez en a vu 10 cas. Il rapporte l'observation d'un malade chez lequel l'affection s'est développée dans son service et qui a présenté un syndrome douloureux particulier à cette maladie et sur lequel il a insisté au Congrès de Lyon avec M. Laubry.

MM. Chauffard et Troisier ont constaté en outre, dans leur cas, une viscosimétrie du sang augmentée. Déjà chez le premier malade qui a servi de type à la description de cette affection M. Vaquez avait noté ce fait. La pression artérielle est cependant normale dans ces deux cas, et jamais pour sa part M. Vaquez n'a constaté de rapport net entre la viscosimétrie et la pression artérielle.

M. LUTEMBACHER présente deux malades atteints de maladie de Vaquez. L'un d'eux, en raison d'une symptomatologie gastrique (melæna et vomissements), avait été primitivement considéré comme atteint d'un cancer de l'estomac.

M. VAQUEZ insiste sur les erreurs de diagnostic possibles au début, et sur la nécessité en cas de doute de pratiquer un examen hématologique.

M. JACQUET se demande si les malades présentant de l'érythro-couperose ne seraient pas souvent atteints de cette affection.

M. LAUBRY ne le croit pas, mais il a vu des érythromélalgies qui présentaient tout le syndrome de la maladie de Vaquez.

Traitement de l'hémispasme facial essentiel par les injections locales de sels de magnésie. — MM. CLAUDE et Fernand LÉVY rappellent que le traitement du spasme facial par injection d'alcool (méthode de Schloener) au niveau du tronc de la septième paire ou de ses branches de division donne des résultats intéressants mais le plus souvent transitoires. Il ne doit être pratiqué qu'avec la plus extrême prudence puisqu'il s'adresse à un nerf moteur et agit toujours en produisant une paralysie.

Les auteurs à la suite de Heltzer et d'Auer, ont étudié les remarquables propriétés des sels de magnésie dont l'action inhibitrice sur le système nerveux est des plus évidentes. Ils ont pensé à en faire diverses applications dans la thérapeutique des phénomènes spasmodiques ou hyperkinétiques d'origine centrale et périphérique.

Ils présentent une malade atteinte d'hémispasme facial depuis 1910 et entrée à Saint-Antoine le 12 décembre 1912. Il lui fit d'abord pendant trois semaines quatorze injections de sulfate de magnésie à 25 p. 100 au bord postérieur du grand zygomatique; le nombre des crises diminua notablement sans cependant qu'on obtînt leur disparition complète. Le 1er février on pratiqua à l'émergence du facial au niveau du trou stylo-mastoïdien une injection de 2 centimètres cubes d'une solution de chlorure de magnésium à 50 p. 100. Quelques jours après toute manifestation spasmodique avait disparu.

Même si la guérison des spasmes n'est pas définitive c'est là un résultat fort appréciable parce que les sels de magnésie ne peuvent provoquer la paralysie faciale qui suit l'injection d'alcool et il n'y a par conséquent aucun inconvénient à rechercher l'infection magnésienne autant que cela sera nécessaire.

Réaction puriforme, puis hémorragique du liquide céphalo-rachidien au cours d'un ramollissement cérébral embolique. — MM. P. ABRAMI, C. GAUTIER et R.-J. WEISSENBACH

(1) CAUSSADE et JOLTRAIN. Trois cas de contagion de diphtérie par des porteurs de bacilles à foyer méconnu, *Soc. méd. des hôp.*, 7 fév. 1913, p. 371.

(2) LESNÉ et Ch. RICHET fils. Les accidents sériques et leur traitement, *Journ. méd. français*, 15 janvier 1913.

rapportent un nouvel exemple de ces réactions méningées contemporaines des ramollissements corticaux de l'encéphale, que MM. Babinski et Gendron ont signalés récemment. Dans le cas actuel où il s'agissait d'un ramollissement étendu consécutif à une embolie secondaire, à un rétrécissement mitral pur, la réaction méningée a présenté une intensité et une évolution tout à fait particulières. Pendant les deux jours qui ont suivi l'ictus, le liquide céphalo-rachidien était absolument puriforme. A ce premier stade succéda une phase d'hémorragie méningée après laquelle une lymphocytose persista pendant plusieurs jours. La ponction lombaire semble donc avoir réalisé en pareil cas une véritable biopsie de la lésion cérébrale, le stade initial de leucocytose correspondant à la congestion vasculaire contemporaine du ramollissement blanc, le stade ultérieur d'hémorragie méningée traduisant l'infarctus du ramollissement rouge.

Médication sérumthérapique. — M. Morel-Lavallée. Le cheval plusieurs fois saigné fournit un sérum qui, chauffé à diverses températures, produit sur l'homme des effets très caractéristiques. Tel l'hémostyl qui est hémostatique et hémopoïétique. Chauffé à un plus haut degré, il lui a permis : 1° de faire disparaître en cinq jours une ostéoarthrite sous-claviculaire suppurée aiguë tuberculeuse ; 2° de transformer en douze jours une tumeur blanche du genou en une hydarthrose d'aspect rhumatoïde aphlegmasique et indolente. Au troisième jour de la cure une zone soufflante apparut au poumon droit. Huit jours après, le poumon était redevenu normal. C'est ainsi que le sérum préparé est pour M. Carnot, non seulement un stimulant ostéomédullaire mais aussi un stimulant général des diverses fonctions. La médication qui entre ses mains a pu avec cette foudroyante rapidité triompher de tuberculomes osseux articulaires et pulmonaires (M. Morel-Lavallée allait dire aussi cutanés) comprenait d'ailleurs, fait à noter, l'administration parallèle de deux substances : le sérum équin, et une solution de lécithine et de nucléine végétales provenant d'une décoction de céréales.

Voici comment procède M. Morel-Lavallée : il fait prendre au malade une ampoule de sérum avec égale quantité d'eau bouillie tiède, le matin au réveil, en lavement de préférence, sinon à la même heure par voie buccale. A l'autre extrémité de la journée, l'extrait de céréales qu'il donne en ville, un quart d'heure avant le dîner, additionné de jus de citron ou bien de sirop de grenadine et d'un peu d'eau gazeuse. Le deuxième jour repos. Le traitement est repris les troisième, quatrième et cinquième jours. Ici deux jours de repos (sixième et septième). Les deux dernières doses géminées de la série sont administrées les huitième et neuvième jours. L'expérience n'a pas été poussée au même degré dans ces divers cas. Pour la tumeur blanche du genou, le traitement a été interrompu au moment où, n'ayant plus devant lui qu'une hydarthrose à point de départ osseux (décalcification, rayons X), M. Morel-Lavallée allait recommencer l'emploi du sérum. Un confrère l'a éliminé par substitution et a mis le malade dans un appareil de celluloïd pour un an, a-t-il dit. Mais pour l'abcès froid phlegmoneux aigu claviculaire, l'expérience a été totale, concluante, puisque la gué rison, absolue, s'est maintenue intacte depuis dix mois.

En résumé, les expériences de ses collègues de Bordeaux et les siennes prouvent que : 1° pour ce qui est de la tuberculose osseuse l'efficacité du sérum de cheval est démontrée, tant en application locale qu'en usage interne ; 2° il ne se regarde comme armé contre les tuberculomes des divers organes qu'en associant au sérum telle autre médication, encore à l'essai, appropriée à combattre la tuberculose ; 3° enfin jusqu'à nouvel ordre, pas d'injection sous-cutanée.

Intoxication saturnine par des couverts en étain. Imperfection des règlements sanitaires pour les objets de ménage en étain. — MM. Meillère, Apert, Rouillard rapportent deux observations d'intoxication saturnine, chez le mari et chez la femme, due à l'usage de couverts en étain. L'analyse du métal a montré 10 p. 100 de plomb. De tels couverts peuvent impunément être mis dans le commerce sans que les règlements permettent d'en interdire la vente. Les règlements sont très rigoureux en ce qui concerne la composition de l'étain d'étamage, c'est-à-dire recouvrant un autre métal, fer ou cuivre, ils fixent le maximum de plomb à 1/2 p. 100. Mais en ce qui concerne les ustensiles entièrement en étain, les mêmes règlements tolèrent 10 p. 100 de plomb soit 20 fois plus. Il y a là une anomalie inexplicable puisque les ustensiles servent aux mêmes usages que les précédents et sont aussi dangereux s'ils dépassent la teneur en plomb tolérée pour ces derniers.

M. Siredey insiste sur la nécessité de rechercher attentivement les antécédents de ces maladies de façon à ne pas attribuer à une intoxication professionnelle des phénomènes peut-être accidentels.

Il a pu ainsi observer un directeur d'imprimerie qui présentait des signes d'intoxication saturnine. Il ne s'agissait nullement d'une maladie professionnelle comme on pouvait le croire, mais le malade, peintre amateur, avait pour mauvaise habitude de sucer ses pinceaux remplis de gouache.

Irrégularité pupillaire et réaction de Wassermann. — MM. Prosper Merklen et Legras se sont demandés si la connaissance de la réaction de Wassermann et les notions qui en découlent pour le diagnostic de la syphilis n'étaient pas de nature à modifier la doctrine aujourd'hui généralement admise de l'origine syphilitique de l'irrégularité pupillaire.

Ils ont étudié la réaction de Wassermann chez 25 sujets atteints d'irrégularité pupillaire. La syphilis était évidente et le Wassermann positif dans 12 cas ; la syphilis semblait faire défaut, mais le Wassermann était positif dans 7 cas; le Wassermann était négatif dans 6 cas, dont 2 cependant se rapportaient à des syphilitiques avérés.

La réaction de Wassermann, pratiquée dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien, se montra donc positive 19 fois sur 25, ce qui constitue une proportion importante. Dans 10 de ces 19 cas, la clinique permettait de dépister une atteinte syphilitique des centres nerveux ; dans 9 autres cas, ils étaient indemnes.

L'irrégularité précède le signe d'Argyll. Quand elle est encore à l'état isolé, elle constitue déjà une présomption très sérieuse de syphilis et il n'en faut jamais négliger la recherche.

Gros abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches : guérison par le traitement chirurgical et les injections d'émétine. — MM. Flandin et René Dumas. A la suite d'une dysenterie contractée à Madagascar en juillet 1910, une femme est atteinte d'un abcès du foie qui se manifeste cliniquement en décembre et s'ouvre par vomique le 3 décembre 1910. Prise pour une tuberculeuse et soignée comme telle, la malade n'est vue par l'un d'eux qu'en juillet 1912. L'examen clinique et la radiographie montrent un énorme abcès du foie communiquant avec les bronches. L'opération amène une transformation de l'état général, mais une nouvelle collection doit être ouverte en septembre 1912. L'état général devient mauvais et, après l'échec des traitements médicaux habituels, la malade est soumise à quatre injections d'émétine à partir du 28 décembre 1912. Le résultat est merveilleux : la toux, les crachats sanglants disparaissent, le pus hépatique cesse d'être sanglant et diminue du tiers, la fièvre tombe du jour au lendemain. Après une nouvelle série d'émétine et la preuve radiologique de la guérison, on laisse se fermer la plaie et la malade guérit complètement.

Cette observation, qui paraît être le premier cas français d'abcès du foie ouvert chirurgicalement et guéri par l'émétine, confirme la valeur de ce médicament récemment signalé par

M. Chauffard. Dans certains cas, le traitement par l'émétine pourra éviter l'intervention chirurgicale, dans les gros abcès où l'évacuation chirurgicale du pus est une indication d'urgence, l'émétine, en détruisant les amibes dans l'organisme, assurera la guérison.

M. Dopter a eu l'occasion, dans un cas très grave de dysenterie amibienne qui avait eu beaucoup de peine à guérir par le traitement habituel et qui avait récidivé, d'essayer la thérapeutique par le chlorhydrate d'émétine.

Il a été frappé de la très rapide amélioration observée après deux injections de 0,04 centigrammes d'émétine. Le malade est actuellement guéri, et M. Dopter ne croit pas qu'il soit exagéré de conclure, comme M. Chauffard, que l'émétine pourrait être à l'amibe ce que la quinine est à l'hématozoaire.

La courbe thermique dans la fièvre récurrente. — M. Lafforgue rappelle, à propos de la communication de MM. Corylos et Perakis, que la courbe thermique de la fièvre récurrente est souvent atypique. Sur 22 cas observés par lui en Tunisie — les premiers décrits dans la Régence — 8 avaient à ce point de vue une allure anormale. Seul, l'examen bactériologique du sang est le critérium décisif du diagnostic.

ANALYSES

MÉDECINE

Le diabète bronzé. (Marcel Labbé. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, juillet 1912.) — A l'occasion d'un cas récemment observé, M. Labbé publie une étude très complète de cette affection en somme assez rare. La maladie affecte presque toujours l'homme ; elle est caractérisée par la triade symptomatique : pigmentation, cirrhose, diabète. A signaler le fait intéressant que la pigmentation peut *toucher les muqueuses*, le foie est gros, et l'on constate des symptômes de cirrhose (ascite, veine sous-cutanée). Les troubles digestifs sont assez marqués ; la glycosurie, par rapport à l'ingestion alimentaire est très élevée; l'acidose complète le tableau et explique la faiblesse, l'inappétence, la déchéance rapide. La mort survient au bout de plusieurs mois, soit par tuberculose pulmonaire, soit par infection intercurrente.

Anatomiquement on constate une sclérose intense du foie et du pancréas, plus légère des reins, de la rate et du corps thyroïde et une accumulation de pigment dans tous les viscères.

La *pathogénie* a soulevé de nombreuses discussions. Pour Hanot et Chauffard, sous l'influence combinée de l'hyperglycémie, de sa cause et de l'endartérite diabétique, la cellule hépatique devient le siège d'une hypergénèse pigmentaire, qui se répand ensuite dans tout le corps, par voie embolique. Letulle et Brault admettent que la destruction de l'hémoglobine, et la formation du pigment se fait dans tout l'organisme. En réalité cette phase de pigmentation est précédée d'une phase d'*hémolyse*, résultant d'un *toxique* dont la cause nous échappe, toxique qui est capable également de conditionner la cirrhose. Le diabète n'est point la cause de la cirrhose ni de la pigmentation. Il survient comme conséquence de ces deux lésions. B. GAYARD.

Lithiase biliaire : bacilles typhiques vivants trouvés dans les calculs trente-deux ans après la fièvre typhoïde. (Charles N. Dowd, *New-York Surg. Soc.*, 22 mars 1911.) — Les symptômes de lithiase biliaire remontaient à plus de vingt ans. Dowd enleva deux gros calculs et plusieurs petits. De l'intérieur d'un des gros calculs, on obtint des cultures typiques de bacille d'Eberth. La longue survie de ceux-ci n'est pas rare chez les porteurs de bacilles. On a trouvé récemment à New-York un cas remontant à quarante-sept ans et Lenz en a trouvé un où la fièvre typhoïde avait eu lieu quarante-deux ans auparavant. F. GARDNER.

A propos du diagnostic radiologique de l'estomac biloculaire. (Cerné et Delaforge. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, n° 6, juin 1912.) — L'estomac biloculaire est une malformation congénitale ou une déformation acquise de l'estomac, dans laquelle cet organe est étranglé circulairement par un rétrécissement le divisant en deux poches superposées et situé de telle sorte qu'il en résulte des troubles spéciaux de fonctionnement. L'estomac biloculaire en dehors des malformations congénitales n'a pas d'autre pathogénie, en résumé, que la sténose d'origine ulcéreuse aggravée, fixée par des brides et des adhérences ; à titre exceptionnel, on pourra le rencontrer avec un ulcérocancer.

Le critérium de certitude de la sténose médiogastrique est la présence d'un bas-fond formé en amont de l'obstacle aux dépens de la poche supérieure. Le bord externe de ce bas-fond est parcouru par des ondulations ; l'orifice de déversement est situé peu au-dessus du bas-fond.

La biloculation radiologique ne correspond pas d'ailleurs très exactement à la réalité anatomique. L'examen en station verticale exagère le mécanisme de la biloculation. Il faudra tenir compte de ces deux facteurs dans l'interprétation du degré de la biloculation. B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Emphysème généralisé. (Hutinel. *La Pédiatrie pratique*, 5 août 1912.) — Le plus souvent l'emphysème généralisé médical est provoqué par la coqueluche; dans beaucoup d'autres cas, c'est la rougeole qui est en cause ; les quintes de toux ne sont pas seules agissantes ; la fissure du poumon se produit aisément surtout parce que ces deux affections se compliquent de broncho-pneumonie qui rendent le parenchyme pulmonaire beaucoup moins résistant. L'emphysème généralisé a été constaté aussi à la suite d'une laryngite striduleuse, d'une bronchite simple, il est plus rare au cours d'une pneumonie; on a pu l'observer à la suite d'une ponction de la plèvre; il s'observe encore comme complication de tubercule sous-pleural, d'adénopathie trachéo-bronchique.

Ces emphysèmes sous-cutanés d'ordre médical, s'observent spécialement chez l'enfant, sans doute à cause de la laxité toute spéciale du tissu cellulaire sous-cutané. A l'autopsie on note, en même temps que l'emphysème sous-cutané, un emphysème vésiculaire.

Les symptômes sont au début des plus frustes; on constate tout d'abord une infiltration de la partie inférieure du cou; puis, l'infiltration gagne le cou, les joues, les bras, le tronc; elle menace enfin les membres inférieurs. L'auscultation est gênée par la crépitation gazeuse du tronc. Le diagnostic est toujours très facile. Le pronostic n'est pas très sévère; l'emphysème le plus généralisé disparaît au bout de huit à dix jours; ce n'est pas de lui que meurent les malades, mais de l'affection causale. Jamais l'on n'observe d'infection des tissus provenant de germes apportés par l'air septique.

Le seul traitement consiste à calmer la toux; il ne faut pas abuser des ponctions et des aspirations d'air. B. GAYARD.

Un cas de tache bleue mongolique avec examen histologique. (R. Porak. *Soc. de pédiat.*, 15 janvier 1912.) — Voici les conclusions de l'auteur à ce sujet : « Il est intéressant d'insister sur les rapports intimes des cellules pigmentaires avec les vaisseaux; si le vaisseau est coupé longitudinalement les cellules pigmentaires rampent à sa surface, si le vaisseau est coupé transversalement il se forme un véritable manchon de cellules pigmentaires placées bout à bout. Cette disposition est si fréquente que l'on a été tenté d'admettre l'origine vasculaire des pigments qui s'accumulent dans ces cellules, théorie qui toute séduisante qu'elle est n'est pas encore démontrée. B. GAYARD.

L'agar-agar comme véhicule en thérapeutique intestinale. (Max Eixhorn. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, janvier 1912.) — L'agar contenant un médicament absorbera d'abord du liquide, puis plus tard émettra les substances actives grâce à l'osmose. Le processus se produit ainsi lentement, et de cette façon une surface considérable de l'intestin sera en contact avec l'agent médicamenteux qui s'échappera de l'agar par osmose.

Une autre qualité avantageuse de l'agar est sa propriété de retenir les liquides et de grossir le volume des selles et de les ramollir.

L'agar médicamenteux est employé dans les affections les plus variées de l'intestin (constipation, diarrhée, antéralgie).

Les principales associations médicamenteuses étudiées par l'auteur sont celles de l'agar avec la phtaléine et la rhubarbe, le colombo, le tannin, l'ipéca. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Vésicule biliaire double enlevée au cours d'une opération (James Sherren. *Ann. surg.*, vol. LIV, n° 2, août 1911, pp. 204-205.) — Il ne s'agit point ici de bifidité du fond de la vésicule biliaire, anomalie déjà rare, mais dont on connaît plusieurs exemples, mais d'une duplicité complète, avec deux canaux cystiques, anomalie dont le seul autre exemple connu est une pièce anatomique. Elle fut enlevée par Sherren au cours d'une opération pour lithiase biliaire.

F. GARDNER.

Trois cas de greffe graisseuse. (Etienne et Aimes. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 31 janv. 1913.) — MM. Etienne et Aimes rapportent trois cas de greffe graisseuse tentée dans des cavités d'ostéomyélite. Malgré les précautions d'asepsie et malgré une vigoureuse antisepsie des cavités osseuses les résultats furent peu favorables : deux fois l'échec fut complet et un cas peut être considéré comme douteux.

Les auteurs qui ont relevé tous les cas publiés montrent que presque toujours le greffon est éliminé, car sa nutrition est mal assurée, il est constitué par un tissu qui se défend mal, enfin la désinfection de la cavité osseuse est extrêmement difficile. L. GAYARD.

Correction opératoire du prognathisme. (William M. Harsha. *Journ. Amer. med. assoc.*, vol. LIX, n° 23, 7 déc. 1912, pp. 2035-2038.) — Dans un cas de prognathisme extrême, du type réversif, avec mâchoire asymétrique, et absence des dents de sagesse, Harsha réséqua, par voie extrabuccale, 15 et 18 millimètres d'os respectivement, à l'angle de la mâchoire. L'os fut suturé et le résultat fut bon, au point de vue esthétique, quoique le traitement post-opératoire n'ait pu être suivi aussi longtemps qu'il l'aurait fallu.

Les opérations pour prognathisme restent rares. Les premières sont celles de Hullihen en 1848, et de Blair en 1897. Babcok et Ballin ont opéré plusieurs cas.

Dans la discussion qui suivit, on fit remarquer qu'il peut y avoir des cas dont l'aspect sera amélioré par une opération, mais ils sont très rares ; car il y a toujours hypoplasie du maxillaire supérieur, aucune opération ne peut donner un ajustement satisfaisant des dents, et souvent, il y a un développement insuffisant des voies respiratoires, particulièrement des fosses nasales, toutes lésions qui sont beaucoup plus importantes à considérer et à traiter que l'apparence esthétique seule. C'est ce qui explique pourquoi l'opération souvent aggrave la déformation, au lieu de l'améliorer. La voie extrabuccale est meilleure que l'endobuccale, avec laquelle il y a toujours risque d'infection de l'os. La section du nerf dentaire inférieur n'a aucune importance; elle n'amène pas la mort de la pulpe dentaire.

F. GARDNER.

PRATIQUE MÉDICALE

COMMENT DIRIGER L'ALIMENTATION DES TUBERCULEUX

L'alimentation des tuberculeux tient toujours une des premières places dans les préoccupations des praticiens. La question est plus que jamais à l'ordre du jour ; diverses publications et travaux en font même un sujet d'actualité.

Naguère, la suralimentation était considérée comme une panacée. Aujourd'hui il en va autrement. Seulement, par suite du conflit des diverses théories, une période de malaise s'est établie : le praticien paraît hésiter sur les principes qui devront le guider dans l'alimentation de ses malades tuberculeux. (Nous n'avons pas à parler ici de la zomothérapie, méthode intéressante et généralement efficace, car elle se propose, non pas d'alimenter le tuberculeux, mais de stimuler ses résistances organiques.) Pour sortir de cette hésitation, il faut nous reporter aux résultats publiés par M. Laufer, à la suite de ses recherches sur les besoins nutritifs du tuberculeux. Ils nous enseignent qu'un homme sain au repos complet a besoin de 30 à 35 calories par kilogramme, et de 36 à 39 quand il se livre à un exercice modéré, tandis que le tuberculeux a besoin de 45 calories dans ce dernier cas. Le tuberculeux use davantage. Pour être maintenue en équilibre, sa provision d'azote doit être plus abondamment renouvelée (ce qui prouve en passant ce qu'il y a de vrai dans la conception de la suralimentation). Il faut au tuberculeux, comme le demande M. Rénon, une *alimentation supplémentaire raisonnée.* Voyons comment nous procéderons pour donner au tuberculeux les 20 p. 100 de calories qui lui sont nécessaires en sus de la ration alimentaire normale chez l'homme sain.

Une première règle s'impose : c'est de ne pas dépasser la mesure, de ne pas courir, par une exagération de la quantité de matériaux ingérés, à une intoxication azotée.

En second lieu, la grande préoccupation du praticien doit être de respecter les fonctions digestives de son malade. Le tuberculeux est presque toujours un dyspeptique, d'autant plus dyspeptique que souvent il s'est bourré de drogues soi-disant fortifiantes qui ont achevé d'annihiler sa puissance d'assimilation. La chose est si réelle que de nombreux médecins préfèrent, pour rétablir l'estomac de leur malade, le soumettre à une véritable diète, au risque de le voir maigrir et perdre ses forces. Pourtant cet homme a besoin de manger pour réparer les pertes qui sont plus considérables chez lui que chez l'homme sain. Quel régime instituer ? Il est clair que, si le patient pouvait ingérer et surtout digérer de bons biftecks bien saignants en quantité suffisante, le problème serait vite résolu. Mais le malheureux n'a pas faim. Non seulement il ne pourra pas digérer, mais il n'aura pas le courage de mastiquer et d'avaler la dose alimentaire prescrite. Le mieux sera donc de le laisser manger à son faible appétit, puis de lui ordonner une ration supplémentaire qui, sous une forme à déterminer, ne demandera pas plus d'effort à sa bonne volonté pour être ingérée que, pour être digérée, à son estomac — un estomac hypopeptique le plus souvent. Cette forme idéale de ration supplémentaire nous l'avons avec la poudre de viande, et surtout avec la poudre de Trouette-Perret, agréable au goût, d'une division extrême, diastasée, facilement assimilable, riche en matières azotées et contenant en outre des hydrocarbones, ce qui en fait un aliment complet. Remède infaillible de l'anorexie, elle peut être donnée quelques heures avant un grand repas (par exemple au petit déjeuner et à quatre heures), et son pouvoir peptogène est tel que le malade sentira son appétit renaître à l'heure du repas suivant. Grâce à elle on peut faire de l'alimentation supplémentaire scientifique, raisonnée, sans aucun danger pour les fonctions digestives. G. C.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 1, janv. 1913.) L. BALDENWECK : Les crises vertigineuses dans les insuffisances labyrinthiques chroniques. Etats labyrinthiques avec syndrome de Ménière sans inflammation suppurée.

Archives de médecine des enfants. — (N° 3, mars 1913.) HUTINEL et NOBÉCOURT : Des colites aiguës chez les enfants. — Mathilde DE BIEHLER : Anémie à type chlorotique chez l'enfant. — A. LESAGE et GIRAULT : Sarcome de l'ovaire chez le nourrisson. — J. COMBY : La fièvre typhoïde chez les nourrissons.

Archives générales de médecine. — (Fév. 1913.) LAGARDE : Prothèse paraffinique et difformités nasales. — MATHIEU : De la méthode de Kuhn et de l'emploi de son masque aspirateur.

Biologica. — (N° 26, 15 fév. 1913.) Félix LE DANTEC : Assimilation physique et assimilation fonctionnelle. — E. HÉDON : Les rapports du pancréas avec le diabète.

Bulletin général de thérapeutique. — (N° 6, 15 fév. 1913.) A. ROBIN : Recherches sur la composition chimique du cancer du foie, les principes inorganiques. — (N° 7, 23 fév.) Lucien RIVET : La conception actuelle de la paralysie infantile au point de vue clinique et thérapeutique. — (N° 8, 28 fév.) Lucien RIVET : La conception actuelle de la paralysie infantile au point de vue clinique et thérapeutique. La maladie de Heine-Medin (*suite*).

Clinique. — (N° 8, 21 fév. 1913.) POTHERAT : Suppuration pelvienne. Hystérectomie vaginale. — LEBON : Action de diverses substances purgatives sur l'estomac et l'intestin. — Gaston LYON : Les entérospasmes permanents. — (N° 9, 28 fév.) Marcel LABBÉ : Examen clinique et traitement d'un brightique. — L. PLISSON : Un cas de fractures spontanées multiples à forme spéciale, maladie de Lobstein. — E. EMERY : Observations sur les accidents du néosalvarsan. — A. VIGOUROUX : Les criminels et les délinquants à responsabilité atténuée.

Echo médical du Nord. — (N° 9, 2 mars 1913.) R. PIERRET et E. DUHOT : Le syndrome paraplégie avec contracture en flexion à type cutanéo-réflexe de Babinski.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 8, 22 fév. 1913.) Ch. MIRALLIÉ : Résultats du traitement de l'épilepsie par le bromure et le régime achloruré. — R. THOMAS : Appendicite et morphine. — (N° 9, 1er mars.) FAVREUL : La péritonite biliaire sans perforation des voies biliaires.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 9, 2 mars 1913.) MAURIAC : Les lipoïdes, leur rôle en biologie et en thérapeutique. — VERGER et DESQUEYROUX : Aphasie complexe et syndrome pariétal persistant. Ramollissement de F_2, F_3 et du tiers inférieur de FA (hémisphère gauche). Atrophie scléreuse de la zone pariétale inférieure. Etat lacunaire de la région lenticulo-striée.

Paris médical. — (N° 11, 15 fév. 1913.) ROLLIER : La pratique de la cure solaire de la tuberculose externe et ses résultats cliniques. — REMLINGER : Les progrès de l'alcoolisme au Maroc. — L. GRUYER, R. LIENHART et G. THIRY : Un cas de myase intestinale à *musca domestica*. — (N° 12, 22 fév.) C. ODDO : Les névroses et les accidents du travail. — GUISEZ : Traitement par le radium du cancer de l'œsophage. — RIEUX : La stérilisation de l'eau. Ses applications dans le milieu familial.

Presse médicale. — (N° 18, 1er mars 1913.) BERTOLOTTI : Contribution à l'étude de l'achondroplasie. Nanisme familial par aplasie chondrale systématisée. Mésomélie et brachymélie métapodiale symétrique. — Paul RAVAUT : Nouveau procédé d'injection intraveineuse du néosalvarsan. — (N° 19, 5 mars.) C.-H. LEMOINE : Injections hypodermiques de quinine. — Henri DE GAULEJAC : Du rôle de la toxicité des sécrétions glandulaires dans la physiologie pathologique de l'occlusion intestinale.

Progrès médical. — (N° 9, 1er mars 1913.) H. ROZIER et M. ARRIVAT : L'air chaud en thérapeutique (aérothermothérapie). — GRENIER : Paratyphoïde B avec perforation intestinale.

Semaine gynécologique. — (N° 8, 25 fév. 1913.) DUCUING et FLORENCE : De la valeur de la ponction exploratrice du cul-de-sac de Douglas dans un cas de rupture d'une branche de l'artère mésentérique chez une femme enceinte. — H. ROULLAND : Les vaginites (*fin*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — L'INAUGURATION DE LA PITIÉ. — Le président de la République a reçu avant-hier MM. Galli, président du Conseil municipal, et Gay, syndic, venus l'inviter officiellement à assister à l'inauguration du nouvel hôpital de la Pitié qui aura lieu le 19 mars.

M. Poincaré a accepté cette invitation.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Tuffier, Ricard, Rieffel, Quénu, Michon, Morestin et Rénon.

— LES SŒURS DANS LES HÔPITAUX. — M. de Puymaigre va saisir le Conseil municipal de Paris d'une proposition tendant à reprendre les Sœurs dans les hôpitaux de Paris. M. de Puymaigre fait cette proposition en vue de l'extension prochaine des services hospitaliers et de la création subséquente de nouveaux emplois d'infirmières. Tout en rendant hommage au dévouement et au savoir des élèves de l'école des infirmières sorties de l'école de la Salpêtrière il fait remarquer que leur nombre sera insuffisant et que l'adjonction des Sœurs permettrait une économie importante.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Battandier, professeur, est promu, à dater du 1er janvier 1913, de la deuxième à la première classe.

— LILLE. — Un congé, du 1er mars au 31 mai 1913, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Dubar, professeur de clinique chirurgicale.

M. Potel, agrégé, est chargé, en outre, du 1er mars au 31 mai 1913 (durée du congé accordé à M. Dubar), d'un cours de clinique chirurgicale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un congé, du 15 janvier au 14 juillet 1913, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Lop, chargé d'un cours complémentaire d'accouchements.

M. le docteur Vayssière est chargé, du 15 janvier au 14 juillet 1913 (durée du congé accordé à M. Lop), d'un cours complémentaire d'accouchements.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — Après concours, M. le docteur Delépine est nommé chef de clinique chirurgicale et M. le docteur Fiévet chef adjoint de clinique chirurgicale.

LA LOI DE TROIS ANS ET LES ÉTUDIANTES EN MÉDECINE. — Les étudiants en médecine soumis à la loi de trois ans vont, comme le faisait si bien remarquer M. le professeur Landouzy (1), se trouver *handicapés* vis-à-vis des *étudiantes* et des *étrangers* dans les concours de l'internat et de l'externat.

M. Calmette (de Lille) propose, dans le *Bulletin médical*, une solution au sujet des *étudiantes* qui, dit-il, devraient être astreintes à faire *trois ans de service comme dames infirmières* dans les hôpitaux militaires.

Au moment où l'autorité militaire manque de personnel féminin dans les salles de malades, à une époque où nous voyons des pays étrangers, comme l'Autriche-Hongrie, penser à l'incorporation des femmes dans ses services auxiliaires, la proposition de M. Calmette paraîtra certainement digne d'être examinée.

LIGUE FRANCAISE POUR L'HYGIÈNE SCOLAIRE. — La Ligue française pour l'hygiène scolaire, que préside M. le docteur Albert Mathieu, tiendra, le dimanche 16 mars, dans l'après-midi, à la Faculté de médecine, une assemblée générale sous la présidence de M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, pour célébrer le dixième anniversaire de sa fondation.

Des membres du Congrès d'éducation physique et des délégués de nombreuses sociétés assisteront à cette réunion, qui contribuera à resserrer les liens de solidarité déjà existant entre la Ligue et les Associations qui poursuivent un but similaire.

La Ligue a décidé de faire suivre d'un banquet cette assem-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 29, p. 451.

blée générale. Ce banquet qui sera présidé par M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, sera servi dans les salons du restaurant Foyot.

Les souscriptions pour le banquet ont été fixées à 12 francs. Prière d'en adresser le montant, le plus tôt possible, au docteur Bonnet, trésorier de la Ligue, 13, rue de Turin, Paris 8e.

EXPOSITION DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET DES SPORTS (17 au 26 mars 1913). — L'exposition de l'éducation physique et des sports, installée à la Faculté de médecine et dans la rue de l'Ecole-de-médecine, recouverte d'une grande tente, sera inaugurée par le président de la République. Elle sera ouverte au public du 17 au 26 mars inclus. Elle renferme, indépendamment d'une section scientifique des plus complètes et des plus instructives, une section artistique, une section rétrospective et une section industrielle.

La salle des pas perdus, revêtue de tapisseries qui comptent parmi les plus belles de celles du mobilier national, renferme l'œuvre de Rodin et des antiques de sa célèbre collection. La cour d'honneur de la Faculté, transformée en jardin d'hiver, renferme une importante exposition d'artistes contemporains et des tapisseries, des gravures, des estampes, des armes en très grand nombre que des collectionneurs ont bien voulu exposer pour quelques jours. On peut citer particulièrement les collections de MM. Bernard Franck, de Lesseps, Faure Le Page, marquis de Montaigu, Léo Delteil, etc.

Pendant toute la durée de l'exposition, deux fois par jour dans l'après-midi, le cinématographe Gaumont projettera des scènes sportives et des films donnant des démonstrations des méthodes d'éducation physique.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La prochaine séance aura lieu à l'Asile clinique (amphithéâtre de l'admission) le lundi 16 mars, à trois heures et demie, très précises.

LES TRAINS DE SECOURS BADOIS. — L'Etat badois vient de mettre en service plusieurs trains de secours comprenant, outre des voitures d'outillage et du personnel, un wagon-ambulance fort bien compris.

Ce wagon est muni d'une double paroi garnie de liège pour préserver du froid et amortir le bruit du roulement; le chauffage est assuré par la locomotive, et l'éclairage par du gaz comprimé. Deux terrasses situées aux extrémités et des portes à deux larges vantaux permettent de laisser passer les civières et les brancards.

L'intérieur est divisé en deux compartiments : un dortoir renfermant 8 civières munies de lits complets et placées deux à deux l'une au-dessus de l'autre, deux chaises longues et quatre pliants pour les blessés, et une salle d'opérations pourvue de tous les appareils nécessaires. Chaque wagon-ambulance revient à 25 000 francs environ.

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. — M. le docteur Lecène, agrégé, chargé du cours, fait son cours de médecine opératoire les vendredis, mercredis et lundis à quatre heures (grand amphithéâtre de l'école pratique).

Objet du cours : « Opérations sur les os et les articulations. »

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Pierre Sébileau, professeur agrégé, chargé du cours de clinique annexe d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté, assisté de MM. Fernand Lemaître et Maurice Grivot, oto-laryngologistes des hôpitaux, commencera le mercredi 2 avril 1913, à dix heures, dans son service de l'hôpital Lariboisière une série de leçons qui se poursuivra les mercredis suivants à la même heure.

HOTEL-DIEU. — LEÇONS DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUES. — M. P.-Emile Weil, médecin des hôpitaux, fait tous les lundis, à dix heures et demie du matin, amphithéâtre Trousseau, une série de leçons de clinique et de thérapeutique pratiques.

— GYNÉCOLOGIE MÉDICALE. — M. Paul Dalché commencera ses leçons cliniques sur les « Maladies des femmes », le jeudi 10 avril, à dix heures et les continuera les jeudis suivants (salle Sainte-Marie).

HOPITAL LAENNEC. — Le docteur E. Rist fait, dans son service de l'hôpital Laënnec, avec la collaboration de MM. les docteurs Ameuille, Armand-Delille, Léon Kindberg et Maingot, de mars à juillet, une série de conférences théoriques et pratiques sur l' « Exploration de l'appareil pulmonaire » et sur la « Tuberculose ». L'enseignement s'est réparti chaque semaine de la manière suivante :

Le lundi à dix heures et demie, alternativement policlinique au dispensaire Léon Bourgeois, et leçon clinique dans le service sur le « diagnostic et le traitement des diverses formes de la tuberculose pulmonaire », avec présentation des malades.

Le mercredi à dix heures et demie, interprétation de radiographies, examens radioscopiques.

Le jeudi à dix heures et demie, conférence théorique.

Aux conférences du jeudi, les sujets suivants sont traités :

M. Rist. Histoire, théorie et pratique de la percussion thoracique (5 leçons). Le pneumothorax thérapeutique.

M. Armand-Delille. Le bacille de Koch : histoire, caractères morphologiques, colorations, cultures, inoculations, poisons du bacille de Koch, réactions humorales des tuberculeux (4 leçons).

M. Ameuille. Anatomie pathologique élémentaire de la tuberculose pulmonaire (3 leçons).

M. Léon Kindberg. La dégénérescence amyloïde; le rein des tuberculeux, le tube digestif des tuberculeux.

M. Maingot. Les principes de l'exploration radiologique du thorax.

CONFÉRENCES SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS. — Le docteur Leredde commencera le dimanche 6 avril, à dix heures et demie, une série de conférences sur le *Traitement de la syphilis* et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

PROGRAMME. — Première conférence : Gravité de la syphilis. Mortalité. Infirmités dont elle est la cause.

Deuxième conférence : Les frontières de la syphilis. Syphilis viscérale, oculaire, auriculaire, ostéo-articulaire, nerveuse, mentale.

Troisième conférence : Les frontières de la syphilis (*suite et fin*).

Quatrième conférence : Diagnostic de la syphilis. Séro-réaction. Syphilis nerveuse. Examen du liquide céphalo-rachidien.

Cinquième conférence : Technique du traitement mercuriel. Accidents du mercure.

Sixième conférence : Technique du traitement par le salvarsan.

Septième conférence : Petits accidents du salvarsan. Accidents mortels.

Huitième conférence : Traitement des accidents. Traitement de l'infection.

Neuvième conférence : Traitement de l'infection (*suite et fin*).

Dixième conférence : Syphilis nerveuse.

Onzième conférence : Traitement du tabes et de la paralysie générale.

Douzième conférence : Syphilis cardio-vasculaire. Syphilis rénale.

Treizième conférence : Syphilis de la femme enceinte. Syphilis du nouveau-né.

On est prié de se faire inscrire, 31, rue La Boëtie, (Tél. 564-18).

A. P. M. — En raison des congrès qui se tiennent en France pendant la seconde quinzaine de mars, le départ du voyage d'études en Espagne, Maroc, Portugal est définitivement fixé au 1er avril, au lieu du 22 mars. Le dernier délai pour l'inscription est le 22 mars (et le 25 mars pour les sociétaires). Bureau de l'A. P. M., 12, rue François-Millet, Paris, 16e (mercredi et samedi de quinze à seize heures).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

HÉMATÉMÈSES

PAR

ARTÉRIOSCLÉROSE GASTRIQUE

Par MM. Emile BITOT,
Médecin des hôpitaux, chef de service à l'hôpital Saint-André.
et Pierre MAURIAC,
Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Parmi les hémorragies qu'elle est susceptible de provoquer, l'artériosclérose peut compter les hématémèses. Et ces hématémèses, lorsqu'elles s'accompagnent de dyspepsie douloureuse déjà ancienne, de vomissements alimentaires, d'amaigrissement, d'anémie générale et de pertes des forces peuvent en imposer pour un ulcère ou pour un cancer de l'estomac.

Nul besoin d'insister sur les conséquences, tant médicales que chirurgicales, d'une erreur de diagnostic étiologique.

Pour les éviter il faut, après avoir éliminé l'ulcère et le cancer de l'estomac, les états hépatiques et rénaux, faire grand cas de la brusquerie et de l'abondance d'emblée du sang rejeté, lorsque l'examen clinique révèle les signes subjectifs ou objectifs classiques de l'artériosclérose.

Enfin, si les circonstances le permettent, l'examen du chimisme gastrique, la radioscopie et la gastroscopie fourniront des données de contrôle de premier ordre.

Ce mode d'hémorragie n'est pas des plus fréquents puisque la littérature médicale permet d'en compter quinze seulement, y compris les deux observations qui furent de notre part l'objet de travaux en 1909 et en 1912 (1).

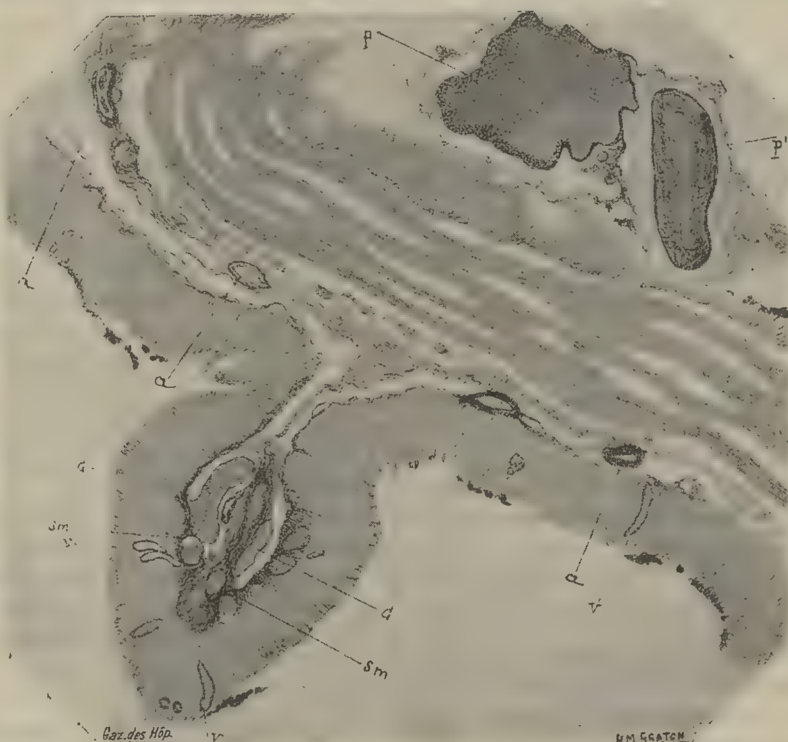
Nous venons, aujourd'hui, l'enrichir d'un cas suivi dans notre service de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, et qui porte, avec l'autopsie, la sanction de l'examen microscopique des parois de l'estomac et de l'intestin grêle, les seules présentant de l'intérêt.

Nous répondrons ainsi aux regrets exprimés, avec juste raison, d'ailleurs, dans certaines analyses de notre travail sur les « Hématémèses par artériosclérose gastrique » où, après avoir accepté nos idées, on aurait voulu l'examen microscopique à côté des résultats de l'autopsie.

Il ne manque plus rien, maintenant, à la question qui nous occupe.

M. L..., trente-six ans, boulanger, qui eut jusqu'à l'âge de trente ans une belle santé, contracta à cette époque la syphilis (chancre, plaques muqueuses, roséole); il se soigna de façon très insuffisante pendant une année.

Cinq ans plus tard, apparaissent les premiers signes de la maladie qui, en quelques semaines, l'amène à l'hôpital : douleurs localisées à la région épigastrique avec vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux.



Coupe portant sur une portion hémorragique de la paroi gastrique.
(Oc. 2. Obj. 4.)

V, V, vaisseaux de la muqueuse distendus. — Sm, sous-muqueuse aplatie ou tiraillée par les vaisseaux dilatés. — G, G, veines de la celluleuse gorgées de sang. — *a*, *a*, artères de la celluleuse distendues et dont les parois sont hypertrophiées. — P, Veine pariétale obstruée par un caillot. — P', artère pariétale, présentant à un fort grossissement des lésions évidentes de sclérose.

Ces phénomènes digestifs semblent fortement influencés par l'alimentation, car ils s'amendent beaucoup, lorsque le malade se soumet à un régime léger, et reviennent après des excès alimentaires.

Lors de son premier séjour dans un des services de l'hôpital Saint-André, il se trouve dans un état général lamentable : pâleur intense, refroidissement des extrémités, soif dévorante; dès le lendemain se déclare une *hématémèse abondante* qui se répète les jours suivants en moindre quantité. On le soumet au régime de la diète avec glace intus et extra, injection d'huile camphrée, lavements nutritifs. Peu à peu, l'état s'améliore, et, au bout de quinze jours, on prescrit des laitages et des purées. Diagnostic : gastrite hyperchlorhydrique avec ulcérations.

Bientôt l'évolution ultérieure de la maladie fit penser à un tabes incipiens. On constata, en effet, le signe d'Argyll-Robertson et l'abolition des réflexes tendineux, les crises gastriques se dessinèrent très nettes, souvent accompagnées d'*hématémèses*, quelquefois minimes, d'autres fois très abondantes. Sorti pendant quelque temps de l'hôpital, L... y retourne, passant de service en service, connu bientôt de tout l'établissement pour un tabétique et pour un morphinomane.

Aux signes de tabes réunis au grand complet, vient s'ajouter un état psychopathique que le professeur Régis mit bien en évidence lors du séjour de notre malade à l'isolement.

En juin 1912, devant l'aggravation progressive de l'état

(1) E. Bitot et P. Mauriac. Hématémèses par artériosclérose gastrique, *Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux*, 15 nov. 1909. — E. Bitot et F. Papin. Les hématémèses par artériosclérose gastrique, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 21 juillet 1912.

général, on se décide à recourir au traitement chirurgical, et l'opération de Forster (résection des septième, huitième, neuvième racines postérieures) est pratiquée par M. le docteur Charbonnel (1).

Durant un mois parut se produire une amélioration partielle : les douleurs persistèrent, mais les vomissements disparurent.

Au mois d'août une *abondante hématémèse* survint; en même temps la parésie des membres inférieurs s'accentua, et le malade ne put plus marcher qu'avec des béquilles; c'est alors qu'on le transporta dans le service de M. le docteur Bitot, le 15 novembre 1912.

A partir de ce jour, l'état général s'aggrave progressivement; confiné au lit, il s'alimente de moins en moins, car les crises s'accentuent tous les jours; à plusieurs reprises il *vomit du sang*, et par deux fois très abondamment; les douleurs se rapprochent, et le malade réclame des doses de plus en plus fortes de morphine, poussant des cris et des gémissements, si on les lui refuse.

Quatre jours avant sa mort, il a de nouveau trois *hématémèses* assez abondantes. Il meurt le 13 décembre 1912 dans un état d'anémie et d'amaigrissement extrêmes.

En résumé, un homme ancien syphilitique a présenté, durant un an, des hématémèses abondantes et répétées.

L'évolution clinique nous fit écarter toute idée d'ulcération de la muqueuse et de cancer de l'estomac, et nous optâmes pour le diagnostic « d'hématémèses par artériosclérose gastrique » en nous basant sur la sinuosité des temporales, le cercle sénile et le retentissement du deuxième temps à l'auscultation de la crosse de l'aorte.

AUTOPSIE. — EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE (2).— *Appareil digestif.* — A l'ouverture de l'abdomen on est frappé par l'arborisation très riche que forme le système vasculaire de l'estomac et de la première portion de l'intestin grêle; la stase sanguine est évidente.

A. *Estomac.* — Les vaisseaux pariétaux sont très dilatés, ils sont durs, roulent sous le doigt, et, à la coupe, apparaissent obstrués par des caillots.

La paroi gastrique a une consistance ferme et résiste aux ciseaux; elle est nettement augmentée d'épaisseur (5 à 8 millimètres).

La muqueuse est sillonnée de plis longitudinaux tellement exagérés qu'ils évoquent l'idée d'une vessie à colonnes. En plusieurs points, et surtout dans les régions pyloriques et de la grande courbure, on note une infiltration hémorragique disposée par placards; à ces niveaux la muqueuse est rouge violacé.

On constate le même aspect dans la première portion du duodénum; les autres parties de l'intestin grêle semblent normales.

L'œsophage est parcouru par des veines très dilatées; la muqueuse ne présente pas d'érosions.

Examen microscopique d'une portion hémorragique de l'estomac. — *Muqueuse.* — Les tubes glandulaires paraissent élargis. Les vaisseaux sont très dilatés et gorgés de sang; certains à la base sont obstrués par des bouchons fibrineux. En plusieurs points on constate leur rupture et l'on voit l'inondation sanguine envahir le tissu glandulaire.

L'infiltration hématique bouscule les cellules qui ne présentent plus de disposition régulière et sont atteintes de dégénérescence à tous les degrés.

Dans les points où la muqueuse a conservé son aspect normal, la même congestion intense des vaisseaux existe, mais sans épanchement sanguin, et les cellules ont conservé leurs insertions normales.

(1) CHARBONNEL. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1912.

(2) L'examen microscopique des centres nerveux fera l'objet d'un travail en préparation.

Muscularis mucosæ. — En maints endroits, cette couche se trouve aplatie, repoussée par des vaisseaux nombreux et dilatés. Le tissu musculaire y semble rare; le tissu de sclérose paraît au contraire hypertrophié, envahissant même en certains points la partie basale de la muqueuse.

Sous-muqueuse. — Elle n'est plus formée que par des bandes de tissu conjonctif disloqué par les veines dilatées. On n'y constate pas d'infiltration hémorragique. Dans certaines régions cette couche s'épaissit considérablement et forme les deux tiers de l'épaisseur totale de la paroi.

Dans les vaisseaux distendus et gorgés de sang, on voit par endroits la dégénérescence fibrinoïde s'installer et les polynucléaires peu nombreux envahir le caillot.

Les artérioles ont leurs parois nettement hypertrophiées, l'adventice surtout est épaissie; on note aussi des lésions d'endartérite rétrécissant la lumière du vaisseau. Un caillot infiltré de leucocytes complète souvent l'obturation.

Musculeuse. — Cette couche a subi par places une atrophie évidente; les faisceaux musculaires sont aplatis et les vaisseaux présentent les mêmes lésions que ceux de la couche celluleuse, mais à un moindre degré.

Les *artères pariétales* sont atteintes de lésions athéromateuses typiques : prolifération de l'endartère, foyers athéromateux, infiltration de l'adventice, etc.; veines et artères sont gorgées de sang.

B. *Intestin.* — Au niveau du duodénum les mêmes lésions se retrouvent, mais moins accentuées. Le jéjuno-iléon a une constitution normale.

C. *Système circulatoire.* — Les lésions de sclérose y sont très limitées, les radiales ne sont pas dures. Sur l'aorte, on relève deux petites plaques d'athérome. Les coronaires sont manifestement athéromateuses sur tout leur parcours.

En résumé, les artères de la paroi et de la couche celluleuse de l'estomac présentaient des lésions très nettes de sclérose.

Dans la muscularis mucosæ et la muqueuse, les artérioles et les veinules étaient dilatées à l'extrême et gorgées de sang. L'hémorragie envahissait la zone glandulaire.

Absence complète d'érosion.

*
* *

Dans les divers cas d'hématémèses précédemment connus, et assez rares d'ailleurs, portant mention de l'autopsie avec examen histologique, on a relevé presque toujours des anévrismes miliaires, avec ou sans petites ulcérations. Gallard (1), Sachs (2), Hirschfeld (3), Levinne (4) ont à cet égard publié des observations complètes.

Le rapprochement de notre examen anatomo-pathologique avec ceux de ces auteurs nous invite à conclure qu'il n'en est pas toujours ainsi, puisque nous n'avons rencontré ni dilatation anévrismale, ni ulcération, ni exulcération simple.

Le mécanisme de l'hémorragie a trouvé son explication, chez notre malade, dans la rupture vasculaire, conséquence d'une dilatation et d'un engorgement exagéré des vaisseaux dont les parois, friables, cédaient à une forte pression.

Quant à l'abondance de l'hémorragie, on la com-

(1) GALLARD. *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Clermont 1876; — *Soc. méd. des hôpit.*, 1884.

(2) SACHS. *Deut. med. Woch.*, 19 mai 1892.

(3) HIRSCHFELD. *Berl. klin. Woch.*, 30 mai 1904.

(4) LEVINNE. *Roussk. Vratch.*, 1907, n° 19, p. 633-636.

prend fort bien par la propagation étendue à toute une zone de la dilatation, puis de la rupture des artères. Elles frappaient, en effet, toutes les couches de la muqueuse et ne portaient pas sur une seule artère seulement. D'où l'hémorragie ne se localisa pas en un point.

L'observation de Hayem et Lion (*Traité de médecine* Gilbert et Thoinot, t. XVI, p. 160) se rapproche davantage de la nôtre : la muqueuse présentait une zone étendue d'infiltration hématique généralisée, mais surtout prononcée à la surface où la nappe, en suintant, avait détaché l'épithélium.

Enfin, nous rappellerons que Levinne signale que la sclérose des vaisseaux gastriques peut être très accentuée, tandis que l'aorte et les gros vaisseaux en sont indemnes ou à peine touchés. Le même contraste se rencontre dans notre observation où, seules, les artères coronaires étaient franchement athéromateuses.

FIBROME DE LA FACE DORSALE DE LA MAIN

CONSÉCUTIF A UN TRAUMATISME

Par R. DUCASTAING,
Interne des hôpitaux de Paris.

Observation. — En *janvier 1910*, C..., âgé de vingt ans, reçoit un violent coup de poing sur la face dorsale de la main gauche. Le choc a porté principalement sur le tiers inférieur du quatrième métacarpien et la racine de l'annulaire : douleur vive et impotence fonctionnelle à peu près totale de ce doigt. Ces symptômes s'atténuent bientôt; une simple gêne dans les mouvements persiste. Mais, au bout d'une huitaine de jours, C... remarque l'apparition d'une « grosseur » entre le quatrième et le cinquième métacarpien. Elle s'est développée progressivement, absolument indolente; au bout de quinze jours, elle cesse d'augmenter de volume.

Ce n'est que plus d'un an après (*mars 1911*) que C... se présente à la visite. La gêne fonctionnelle est alors assez peu marquée; cependant, il demande à être débarrassé de cette tumeur disgracieuse qui n'a aucune tendance à disparaître.

A l'inspection nous constatons, en effet, l'existence d'une saillie de forme régulièrement arrondie, du volume d'une noisette, qui soulève en une bosse fort peu esthétique l'extrémité inférieure du quatrième espace intermétacarpien. La peau est de coloration normale; souple et mobile sous la pression, elle glisse facilement au-dessus de la tumeur. Profondément, au contraire, celle-ci adhère au tendon de l'annulaire dont elle suit les mouvements; lorsque le malade fléchit les doigts, elle descend et vient se placer exactement entre les têtes des quatrième et cinquième métacarpiens; s'il serre le poing, elle s'immobilise avec le tendon extenseur. Lorsque les doigts sont étendus, on la mobilise facilement dans le sens transversal.

Sa consistance ferme, mais élastique, donne l'impression d'une cavité kystique à parois épaissies, à contenu liquide.

Il n'y a pas d'adénopathie ni sus-épitrochléenne ni axillaire. L'état général est excellent : pas de fièvre, aucune trace de bacillose. Rougeole et fièvre typhoïde sont les seules maladies antérieures.

Le *26 avril*, après anesthésie à la cocaïne, nous incisons la peau. Nous trouvons une petite tumeur dure, d'aspect fibreux, sans aucune trace de liquide. Dans la profondeur, elle fait corps avec le tendon dont nous la détachons péniblement. A l'extrémité tout inférieure du quatrième espace, nous n'arrivons pas à dégager un petit fragment fortement adhérent, et le malade accusant de vives douleurs nous ne pouvons pratiquer qu'une extirpation incomplète.

La cicatrisation se fait normalement; au bout de quelques semaines, C... reprend son service. Mais, dès les premiers jours, un nodule fibreux se développe à la partie inférieure du quatrième espace. Nous constatons, en même temps, une anesthésie de la face dorsale de l'annulaire qui, peu à peu, fait place à une simple diminution de la sensibilité du dos de la première phalange.

Six mois après (*octobre 1911*) nous revoyons le malade. Il se plaint de douleurs sourdes occasionnant une certaine gêne des mouvements de flexion du doigt.

La tuméfaction atteint maintenant le volume d'une petite noix. Douloureuse à la pression, elle est de consistance dure et n'a pas la rénitence particulière qui en avait imposé au début pour un kyste. La peau tendue a toujours sa coloration normale; au niveau de la cicatrice, elle adhère à la tumeur. Celle-ci est plus difficile à délimiter; toujours étroitement solidaire du tendon du quatrième, elle semble avoir diffusé; lorsque les doigts sont étendus, elle se mobilise plus difficilement qu'autrefois.

Un mois après (*novembre 1911*), nous constatons une augmentation sensible de son volume avec adhérences légères au tendon du cinquième doigt, ce qui nous paraît être une indication opératoire plus que suffisante.

Opération. — M. le médecin-major Duval pratique, sous chloroforme, une large incision elliptique. La peau épaissie sur la ligne médiane par le processus de cicatrisation est soudée à la tumeur. Le tissu néoformé est de coloration blanchâtre, homogène, plus dur cependant au centre ; il crie sous le bistouri. Son aspect macroscopique est nettement fibreux. La tumeur s'est creusée en une petite cupule qui coiffe la quatrième articulation métacarpo-phalangienne. Elle a atteint le tendon du cinquième doigt assez facile à libérer; mais l'adhérence est intime avec celui de l'annulaire qui est envahi sur environ 2 centimètres. Pour que l'extirpation soit complète, il faut à ce niveau réséquer toute une moitié du tendon dans le sens longitudinal ; le reste peut être conservé. Après désinfection et cautérisation des points suspects au thermo, les deux extrémités de la portion tendineuse sectionnée sont réunies par une anse de catgut, et la plaie est refermée.

La main est immobilisée dans un petit appareil qui la maintient en légère flexion dorsale.

Les suites opératoires immédiates laissent à désirer. La cicatrisation est assez lente. Le *4 décembre*, quelques gouttes de pus souillent le pansement; la suture cutanée cède à la partie supérieure, et l'exploration au stylet révèle un décollement très superficiel. Lavages quotidiens à l'eau oxygénée et introduction d'une petite mèche. Au bout de quelques semaines, la guérison semble complète; la tumeur a disparu; la cicatrice est assez peu apparente. C... reprend son service. Pourtant une certaine gêne persiste, et de temps à autre nous constatons qu'une gouttelette de pus vient sourdre par un mince pertuis sous-cutané. Sans preuve, nous incriminons le catgut.

Notre supposition se vérifie. Le *3 mai 1912*, en examinant attentivement l'orifice très étroit si long à se fermer, nous apercevons un point blanc : c'est l'extrémité du fil de catgut qui, n'ayant pu se résorber, s'élimine; nous l'attirons au dehors avec une pince et débarrassons la plaie de ce corps étranger qui entretenait l'infection depuis plusieurs mois. A partir de ce moment la guérison est complète : ni douleur, ni trouble fonctionnel, ni tuméfaction.

Examiné pour la dernière fois, en *octobre 1912*, C... nous paraît définitivement guéri.

L'*examen histologique* de la tumeur n'a été pratiqué qu'à la suite de la seconde intervention. La pièce, fixée et préparée par les procédés habituels, est examinée au laboratoire de

l'hôpital militaire de Bordeaux. « Rien à retenir du côté de la peau. Il s'agit d'une tumeur conjonctive... *Fibrome* que l'on pourrait par places redouter d'être sarcomateux, n'était l'opération antécédente. »

Si la nature de la tumeur *semble* ainsi confirmée par l'examen microscopique, par contre son *point de départ* est bien difficile à déterminer. S'agit-il d'une tumeur tendineuse primitive, ou d'un fibrome de la main qui a envahi secondairement les tendons? Est-ce une prolifération de la fibre tendineuse ou de sa gaine, ou encore une néoformation dérivée des éléments fibro-élastiques du derme? Un examen clinique pratiqué tout au début aurait peut-être pu préciser le siège exact du nodule initial et ses rapports avec les tendons. Mais, plus d'un an après, le contraste est encore frappant entre l'implantation directe et profonde de la tumeur sur l'extenseur de l'annulaire, avec lequel elle fait corps, et l'intégrité de la peau. Et plus tard, lors de la deuxième poussée évolutive postopératoire, les téguments sont encore intacts et mobiles, sauf au niveau de la cicatrice, et l'examen microscopique ne signale aucune altération cutanée. Il nous semble donc logique d'admettre qu'il s'agit bien d'une tumeur dérivée du tendon extenseur lui-même ou de sa gaine.

Quoi qu'il en soit de son point de départ, il s'agit d'une *tumeur fibreuse* de la main, et les observations analogues sont fort rares. Les traités classiques (1) se bornent à signaler, sans les discuter, les cas de Wordsworth, Nélaton, Demarquay, Sendler (1887), Kirmisson (1884). D'une façon générale, on considère le fibrome comme moins exceptionnel que les autres néoformations tendineuses, lipomes, cancer primitif (2); au contraire, s'il siège à la main et aux doigts, c'est « la tumeur que l'on rencontre le plus rarement après le fibro-lipome » (3).

Mais en outre de sa rareté, la tumeur que nous avons observée a une *étiologie* particulièrement intéressante. En effet, le rôle remarquable du traumatisme dans la genèse des tumeurs de la main, a été bien mis en évidence par Durant dans sa thèse, qui réunit les principales observations de fibromes, lipomes et fibro-lipomes de la main et des doigts. Cependant, les plus typiques, à ce point de vue, des 18 fibromes qu'il a pu rassembler, se développent lentement sous l'influence discutable de traumatismes professionnels, tels que « la pression continuelle d'un manche de charrue » (4).

Dans le cas rapporté par Villar (5), de tumeur du petit doigt survenue sept mois après « le pincement de ce doigt entre les deux battants d'une porte », il s'agissait d'un fibro-lipome.

Dans le cas rapporté par Lejars (6), le malade avait ressenti une douleur sur le dos de la main gauche « en maniant une perche »; la tuméfaction apparut quinze jours après. Il s'agissait « d'inflammation chronique ayant déterminé un bloc de sclérose » (Rubens Duval).

(1) Le Dentu et Delbet. T. III.
(2) *Idem.* « Le fibrome seul, en somme, est incontestable. »
(3) Durant. Th. de Bordeaux, 1892-93.
(4) *Idem.* Obs. XII (Amandale).
(5) Villar. *France méd.*, 20 avril 1886.
(6) Lejars. *Soc. de chir.*, 14 juin 1909 (obs. de Sénéchal). « Inflammation chronique des gaines synoviales des tendons extenseurs de la main gauche, simulant un fibro-sarcome ».

Dans le cas rapporté par Nidergang (1) il s'agissait d'un fibrome fasciculé de la main droite chez un enfant de treize ans; mais l'histoire du mode de début de l'affection manque totalement.

Dans les lipomes, le rôle du traumatisme est beaucoup mieux constaté à la main comme dans les autres régions.

Il est aussi des plus nets, dans l'observation classique de Verneuil (2) qui a rapporté un cas de sarcome à myéloplaxes chez un homme de vingt-cinq ans. Ce malade ayant reçu un coup de règle sur le tendon extenseur du médius gauche, vit, huit jours après, se développer en ce point une petite tumeur. Fritsch (3), récemment, a rapporté deux observations de sarcomes à myéloplaxes, dont l'un se développa lentement chez un individu de soixante-dix ans, qui aurait eu le pouce gauche assez sérieusement contusionné.

Or, voici *une observation de fibrome où le rôle du traumatisme* (4) *est incontestable* : C... reçoit un violent coup de poing, et huit jours après, à l'endroit frappé apparaît une « grosseur ».

Intéressant au point de vue étiologique, ce fibrome l'est encore par certains caractères cliniques.

1° Son *siège*. — Sur 10 cas de fibromes de la main réunis par Durant, nous ne trouvons indiquée nettement qu'une seule fois la localisation dorsale (5). Et, en outre, dans ce cas, le malade « ne se rappelait rien qui ait pu faire naître la tumeur ».

Le fibrome de la main, observé par Nidergang (6) du volume d'une petite orange, « recouvrait la face dorsale du métacarpe droit surtout du côté cubital ».

2° Sa *consistance*. — Souple et rénitente au début, elle nous fit poser le diagnostic de kyste ténosynovial. Plus tard, la tumeur récidivée était, au contraire, assez dure au toucher.

Il est curieux de rappeler que Notta (7), en présence d'une « tumeur fibreuse de la paume de la main » porta le diagnostic de « kyste séreux hydatifère », à cause d'un « bruit de frottement particulier ».

3° Son *évolution*. — Dans une première phase, elle fut lente, et, sur ce point, notre cas est conforme à la règle. (Dans l'observation de Nidergang, le début remontait à sept ans.)

Puis, à la suite de la première intervention incomplète, il y eut une récidive (8); mais alors la marche

(1) Nidergang. *Soc. anat.*, 1er déc. 1911.
(2) Verneuil. *Soc. anat.*, 1885. — Heurtaux. Myélome des gaines tendineuses, *Arch. méd.*, janv. et fév. 1891.
(3) Fritsch (Breslau). Le sarcome à myéloplaxes des gaines tendineuses, *Beitr. z. klin. chir.*, 1908, oct., t. LX.
(4) Nous ne nous arrêtons pas à la possibilité d'une « tumeur tuberculeuse »; voir « ... la forme hypertrophique pseudo-néoplasique de la tuberculose des gaines tendineuses » (Forgues et Massabuau. In *Presse méd.*, 23 oct. 1909). Rien, dans notre cas, n'autorise pareille hypothèse.
(5) Obs. I (Sanson. *Lancet fr.*, 1828).
(6) Nidergang. *Soc. anat.* (loc. cit.).
(7) Notta. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1877.
(8) Dans le cas de Nidergang, il y eut aussi une récidive; d'où la nécessité de l'extirpation totale et précoce de la tumeur.

s'accéléra, la tumeur devint douloureuse, diffuse, et forma de nouvelles adhérences (1). Ces adhérences restèrent d'ailleurs superficielles et tendineuses; le squelette métacarpien était intact (2). La tumeur aurait peut-être pu « subsister encore longtemps sans dégénérer; il n'était pas prudent de courir une telle chance... » (3).

L'examen histologique semble avoir justifié notre manière de voir. Il montre, encore une fois, la difficulté d'établir un diagnostic anatomique différentiel. Entre la synovite chronique inflammatoire scléreuse de Lejars et le sarcome typique, il existe peut-être tous les intermédiaires. La question des tumeurs inflammatoires « soulève une des plus grosses questions, celle des rapports de l'inflammation et du néoplasme » (4).

(1) Notons que la « diffusion » de la tumeur est pour Lejars (*Soc. de chir.*, 14 juin 1909) avec la « fièvre » et la « douleur » le symptôme qui permet d'orienter le diagnostic vers les tumeurs inflammatoires.

(2) Dans le fibrome de Nidergang, au contraire, « les tendons extenseurs des doigts glissaient facilement sous la tumeur creusée de sillons », mais la résection du quatrième et cinquième métacarpien dut être pratiquée (*Soc. anat.*, loc. cit.).

(3) SANSON. Loc. cit.

(4) LEJARS. *Soc. de chir.*, 14 juin 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 MARS 1913)

Activité des centres nerveux et catabolisme azoté de la substance nerveuse. — M. L.-C. SOULA. Tous les agents qui augmentent l'activité des centres nerveux déterminent également un accroissement de la désassimilation azotée dans la substance nerveuse.

Cet accroissement est, d'une façon générale, proportionnel à l'augmentation d'activité des centres. Inversement, tous les facteurs qui diminuent l'excitabilité du système nerveux abaissent l'intensité de la désintégration protéique.

Il résulte également des expériences de M. Soula que la source d'énergie à laquelle puisent les centres nerveux pour leur travail physiologique est constituée au moins par les principes azotés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 MARS 1913)

A part la lecture de deux rapports, la séance de l'Académie de médecine a été occupée tout entière mardi par une discussion très vive sur la **vaccination antityphoïdique.** M. CHANTEMESSE a fait connaître les renseignements adressés récemment à M. le ministre des Affaires étrangères par notre ambassadeur à Washington au sujet du vaccin utilisé dans l'armée américaine contre la fièvre typhoïde. Voici les principaux passages de la communication de M. Chantemesse.

« Vous savez qu'en 1909 les officiers et les hommes de troupe de cette armée furent engagés à se faire vacciner, sans y être obligés. Cette vaccination a été, en mars 1911, rendue obligatoire pour une division de l'armée, et en septembre 1911 pour toute l'armée fédérale.

Les résultats de cette pratique se sont manifestés d'une manière d'autant plus décisive que la vaccination a été étendue à un plus grand nombre de soldats.

Dès la première année (1909) où cette prophylaxie fut instituée, la morbidité typhoïde dans l'armée américaine tomba à 173 cas, dont 16 mortels. L'année suivante (1910) on ne compta plus que 142 cas dont 10 mortels. En 1911 le nombre des cas ne s'éleva qu'au chiffre de 44 dont 6 morts. Enfin, en 1912 (dans les huit premiers mois) on n'enregistra dans l'armée que 9 cas de fièvre typhoïde dont un seul mortel.

Présenté ainsi, le tableau précédent est déjà éloquent, mais sa caractéristique se dévoile encore plus nettement quand on sait que, parmi les 368 cas de fièvre typhoïde mentionnés plus haut, 18 seulement se montrèrent parmi les soldats vaccinés et qu'aucun de ces 18 vaccinés typhoïsants ne mourut.

Bien mieux, pendant les huit premiers mois de l'année 1912 où la vaccination antityphoïde fut obligatoire, c'est-à-dire où un très petit nombre de soldats échappèrent à cette vaccination, ces quelques évadés fournirent 6 exemples de fièvre typhoïde, y compris le seul cas mortel de cette maladie constaté dans l'armée américaine en 1912.

Voilà les faits remarquables que fait connaître l'ambassadeur de la République française à Washington, afin, dit-il, qu'on les utilise en France pour lutter contre la fièvre typhoïde au Maroc et dans les services de l'hygiène publique. »

M. Chantemesse a rappelé alors ce qui a été fait au Maroc, puis il a fait remarquer que le vaccin employé en Amérique avec tant de succès est une culture pure monovalente de bacilles typhiques stérilisés par le chauffage, « c'est-à-dire le vaccin utilisé dans les armées anglaise, allemande, japonaise, celui dont l'efficacité a été établie en France, expérimentalement et pour la première fois il y a un quart de siècle. C'est aussi celui que j'ai fourni aux équipages de la flotte l'an dernier, et où pas un des 3000 vaccinés ne contracta la fièvre typhoïde, tandis que cette maladie frappait cruellement les non-vaccinés. »

M. NETTER a pris alors la parole pour exposer la différence qui sépare le vaccin employé en Amérique, et chauffé à 52 degrés, de celui qu'emploie M. Chantemesse, et qui est chauffé à 120 degrés.

La discussion est devenue très vive sur la question de priorité quant à l'origine de la découverte du vaccin antityphoïdique, et M. VINCENT est monté lui aussi à la tribune pour expliquer que les résultats fournis par l'emploi d'un vaccin antityphique doivent être éclairés par des renseignements relatifs à l'index épidémique des pays où les vaccinations sont effectuées. C'est ainsi qu'aux Etats-Unis la fièvre typhoïde est infiniment plus rare que dans l'Afrique du Nord, et il convient de faire entrer très sérieusement cette donnée en ligne de compte si l'on veut comparer l'action des divers vaccins.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 8 MARS 1913)

Action antagoniste de quelques alcaloïdes sur la polypnée thermique. — M. Jean CAMUS poursuivant ses recherches sur les modifications de la polypnée thermique sous l'influence des alcaloïdes, a observé in vivo des actions antagonistes des plus nettes.

L'injection de pilocarpine est suivie d'un ralentissement du rythme polypnéique; si pendant ce ralentissement, on injecte de l'atropine, la polypnée reprend son rythme primitif.

De même l'ésérine ralentit la polypnée et l'atropine neutralise l'effet de l'ésérine. Il est possible, chez le même animal, de mettre plusieurs fois de suite en évidence ces antagonismes.

Diminution du rapport azoturique humoral dans différents états pathologiques. — M. A. JAVAL. Sur 200 dosages de sang et de sérosités pratiqués chez des malades atteints d'affections diverses, 20 fois nous avons trouvé le rapport azoturique abaissé au-dessous de 0,50.

Différents auteurs ont soutenu récemment que l'élévation du chiffre de l'azote résiduel indique une lésion de la cellule hépatique. Nous n'avons pas recherché systématiquement le rapport azoturique des hépatiques, mais en examinant les saignées faites dans un but thérapeutique chez des cardiaques asystoliques et chez des emphysémateux aigus, nous avons constaté que dans ces cas le rapport azoturique était souvent abaissé.

La diminution du rapport azoturique ne nous paraît donc pas être l'apanage exclusif de l'insuffisance hépatique.

La glycosurie hypophysaire chez les tuberculeux. — MM. CLAUDE, BAUDOUIN et PORAK montrent que, chez l'homme tuberculeux, l'injection du lobe postérieur d'hypophyse ne provoque pas de glycosurie. Ils ont vu, chez des lapins présentant, à l'état normal, de la glycosurie hypophysaire, celle-ci disparaître après tuberculisation expérimentale de l'animal. Ils concluent de leurs recherches que l'imprégnation de l'organisme par les poisons tuberculeux fait disparaître la faculté de présenter de la glycosurie hypophysaire.

Effets de bicarbonate de soude et du chlorure de sodium sur l'excrétion chlorurique et uréique. — MM ACHARD et RIBOT, en étudiant les effets comparés du bicarbonate de soude et du chlorure de sodium sur l'hydratation de l'organisme, ont recherché les modifications que pouvaient subir le coefficient uréo-sécrétoire et le seuil d'élimination rénale du chlorure de sodium.

Chez un malade atteint de sclérose rénale avec rétention d'urée, sans œdème, le bicarbonate n'avait pas empêché le poids de descendre de 1500 grammes, tout en déterminant une rétention de 60 p. 100 du sodium ingéré; puis le chlorure éleva le poids de 2 kilos en provoquant une rétention de 29 p. 100 du sodium ingéré. Le taux de l'urée sanguine diminua pendant les deux périodes d'ingestion de bicarbonate et de chlorure, et le coefficient uréo-sécrétoire, notablement supérieur à la normale (indice d'une imperméabilité rénale), s'est un peu abaissé pendant le bicarbonate pour monter au contraire pendant le chlorure. Quant à la chlorémie, qui dépassait la moyenne, elle n'a que peu diminué pendant le bicarbonate, et le seuil d'élimination du chlorure n'a cessé de descendre graduellement au cours des deux épreuves successives, de sorte que ses variations paraissent indépendantes de l'hydratation saline produite par la chloruration.

Chez un malade dont les reins paraissaient sains et qui, atteint de cancer gastrique, était quelque peu déshydraté par suite d'une alimentation restreinte, pendant chacune des deux périodes de bicarbonate et de chlorure, le poids monta de 1 kilo pour redescendre ensuite. Le taux de l'urée sanguine et le coefficient uréo-sécrétoire sont restés à peu près fixes. Le bicarbonate a fait un peu baisser la chlorémie, sans presque modifier le seuil du chlorure, et l'ingestion du chlorure de sodium a relevé à la fois la chlorémie et le seuil.

En somme, il n'y a pas eu de parallélisme entre l'hydratation de l'organisme et les variations de la constante uréo-sécrétoire et du seuil d'élimination chlorurique.

Etiologie du pied de Madura. — M. REMLINGER. Le pied de Madura n'est pas exceptionnel au Maroc. *Discomyces Maduræ* Vincent se cultive facilement non seulement sur les divers milieux végétaux en usage dans les laboratoires, mais encore sur les tiges et feuilles de palmier, de cactus, d'aloès; sur les branches de figuier, de mimosa, de caroubier et jusque sur du bois mort à condition que les ensemencements soient effectués en milieu humide. Comme, d'autre part, le parasite est très peu difficile au sujet des conditions de température nécessaires à sa croissance, il est vraisemblable que, dans les pays chauds et humides, *Discomyces Maduræ* vive à la surface d'un grand nombre de végétaux et détermine la maladie à la faveur d'une effraction causée par eux dans les téguments du pied.

Sur la sidérose viscérale. — MM. CHALIER, NOVÉ-JOSSERAND et BOULUD. Quand il y a sidérose viscérale, il y a toujours sidérose splénique, et souvent, comme chez les tuberculeux, cette sidérose splénique est exclusive. Quand la sidérose est polyviscérale, le foie est toujours, avec la rate, le siège des dépôts pigmentaires et ferrugineux. Plus rarement, d'autres viscères, pancréas, corps thyroïdes, ganglions, sont aussi pigmentés, mais moins. Le rein reste absolument indemne. En ce qui concerne le foie, ce n'est pas son état anatomique qui règle l'abondance des dépôts pigmentaires de cet organe.

Sur les résultats de la néphrotomie chez le lapin. — M. J. MURAND. La néphrotomie chez le lapin entraîne des lésions considérables. Si l'on pratique une néphrotomie double, l'animal succombe, à moins que l'incision ne soit pas menée de pôle en pôle, et en profondeur ne dépasse pas la rate corticale. Ces faits ne sont pas applicables à l'homme.

Modifications de la formule d'Arneth sous l'influence du radium. — MM. REBATTU, BRISSAUD et RICHARD. 1° L'émanation du radium à faibles doses provoque constamment une augmentation de la lobulation des polynucléaires neutrophiles. La formule d'Arneth est donc nettement déplacée vers la droite. 2° Cette modification coïncide avec la guérison ou l'amélioration des malades ainsi traités.

ANALYSES

MÉDECINE

De la microgastrie. (Roger GLÉNARD et JAUGEAS. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, avril 1912.) — Les auteurs ont employé de préférence, dans leurs recherches, la *radioscopie*, avec *tracés orthodiagraphiques* ; ils n'ont retenu pour leur étude, que les estomacs réunissant à la fois le caractère d'être petit et de présenter quelque autre anomalie, telle qu'une déformation des contours de l'organe, une insuffisance pylorique, des adhérences, ou quelque trouble dans le fonctionnement.

Il importe tout d'abord d'éviter certaines causes d'erreur qui pourraient faire prendre pour petit un estomac à peu près normal ; pour les éviter, il faut examiner à l'écran le malade debout ; il faut donner des doses suffisantes de préparation bismuthée, environ 250 grammes ; enfin il faut prolonger quelque peu l'examen devant l'écran.

Il est des cas de microgastrie où le diagnostic étiologique se fait d'emblée : ce sont ceux dans lesquels l'estomac est rétracté en masse, avec insuffisance du pylore (*linite plastique*) ; une telle constatation contre-indique une intervention chirurgicale, car l'estomac est alors atteint d'une infiltration néoplasique diffuse. Cette forme de l'estomac est presque toujours accompagnée de phénomènes *dysphagiques*.

Si l'examen radioscopique montre une simple encoche sur l'estomac ; et si l'examen clinique laisse supposer l'existence d'un néoplasme, l'opération pratiquée à ce moment aura toutes chances de succès. La diminution de volume de l'estomac peut être encore causée par un ulcère, une cicatrice, des adhérences, des compressions.

Il est une variété de microgastrie encore peu connue, qui concerne un petit estomac de forme normale, mais d'activité contractile très exagérée, par hyperfonctionnement compensateur d'une sténose pylorique au début. B. GAYARD.

De l'excitation à distance de la motricité colique, applications à la physiologie et à la pathogénie. (SURMONT et DUBUS. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, avril 1912.) — Les auteurs rapportent tout d'abord les expériences qui leur ont démontré l'existence de réactions coliques motrices consécutives à des excitations à distance ; nous ne pouvons résumer ici ces expériences, qui sont illustrées de nombreux graphiques en noir, très intéressants (18), et nous nous contenterons de signaler les conclusions de ce travail.

Expérimentalement le côlon est un organe doué d'une sensibilité exquise, non seulement aux excitations qu'on lui connaissait déjà, mais à une série d'autres excitations. De ces excitations les unes viennent de la partie supérieure de l'appareil digestif; d'autres viennent d'autres organes abdominaux : vésicule biliaire, uretère, trompes; d'autres viennent des nerfs périphériques ou de diverses régions cutanées ou muqueuses ; les dernières de la sphère psychique. En conséquence il faut prendre l'habitude de chercher l'origine des réactions côliques, non seulement dans le côlon lui-même ; mais encore dans toute une série d'organes, que l'on aura souvent la surprise et la satisfaction de trouver à l'origine de réactions côliques, considérées jusque-là comme primitives.

B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Etude de l'action diurétique de la digitaline et de la théobromine chez l'enfant. (P. NOBÉCOURT et G. PAISSEAU. *Arch. de méd. des enfants*, fév. 1912.) — Chez les cardiaques, des doses très faibles de digitaline ont une action diurétique des plus nettes ; il suffit de donner une goutte de la solution au millième pendant cinq à dix jours, ou deux gouttes pendant le même laps de temps pour voir le volume des urines, ainsi que le taux des chlorures, augmenter et le poids diminuer, et cela surtout chez les malades en état d'asystolie lorsque les urines sont rares, pauvres en chlorures, et qu'il existe une infiltration des tissus se traduisant par des œdèmes et une augmentation de poids. Avec la dose d'une goutte, l'influence ne s'en fait sentir que vers le troisième ou le quatrième jour. La persistance de l'action diurétique dépend surtout de la gravité de l'état des malades. L'élimination des chlorures se comporte d'une manière assez exactement parallèle.

Dans les néphrites aiguës, de petites doses du médicament peuvent aider la diurèse à s'amorcer. Dans les néphrites chroniques œdémateuses, la digitaline ne semble pas fournir de résultats bien évidents.

Avec la théobromine, les effets observés ont été les mêmes avec des doses de 40 centigrammes qu'avec des doses d'un gramme ; c'est surtout dans les néphrites plus que dans les cardiopathies que s'observent les résultats les plus démonstratifs.

Il importe de retenir le fait que, pour ces deux médicaments, il y a intérêt à n'employer que des doses faibles ; leur emploi doit souvent être en effet assez prolongé; or, on ne peut le faire sans inconvénients qu'à condition de ne les prescrire qu'à doses réduites.

B. GAYARD.

Hérédo-syphilis. Anémie hémolytique acquise à tendance ictérique. (SABLÉ et DANEL. *La Pédiatrie pratique*, 5 fév. 1912.) — A côté des ictères hémolytiques, il faut décrire des anémies hémolytiques qui ont une tendance vers l'ictère et constituent ainsi de véritables formes frustes de l'ictère hémolytique.

Dans l'observation rapportée par les auteurs, il s'agissait d'une jeune hérédo-syphilitique qui, au cours d'accidents ostéo-périostés, présenta un état hémolytique acquis, sans ictère véritable, véritable état intermédiaire entre l'anémie et l'ictère par hémolyse.

Pourquoi ce processus hémolytique, qui était assez accusé (globules rouges, 2000000), n'a pas abouti à l'ictère ? Il est difficile de répondre.

On sait que MM. Chauffard, Guillain et Troisier ont admis l'intervention de la rate et du foie dans la production des ictères hémolytiques. Peut-être que dans le cas observé le foie et la rate ont suffi à transformer et à éliminer les produits de la destruction globulaire, ce qui laisse supposer dans la pathogénie de l'ictère hémolytique l'intervention d'un facteur autre que le seul processus hémolytique.

La syphilis se trouvait ici à l'origine de tous ces accidents, aussi sous l'influence d'une injection de 606 le taux des hématies se relevait de 2 700 000 à 4 000 000, la résistance globulaire devenait normale et les hématies granuleuses disparaissaient ainsi que l'urobiline des urines.

B. GAYARD.

Chorée et infection. (J. ROUX [de Canne]. *Bull. Soc. Péd.* 23 avril 1912.) — Un enfant de onze ans fait d'abord, en décembre 1911, une angine, puis, au mois de janvier, il présente des symptômes de colite, un peu plus tard du rhumatisme subaigu, enfin le 24 février apparaît la chorée. L'auteur se demande s'il ne s'agit pas dans toutes ces manifestations morbides d'un seul microbe, en l'espèce le bacille de Koch, surtout parce que l'enfant eut plus tard des crises d'asthme, affection que MM. Landouzy, Piery rapportent à la tuberculose. Quoi qu'il en soit, cette succession de phénomènes morbides aboutissant à la chorée valait d'être signalée. Ce cas est une observation de plus à l'appui de la thèse du professeur Hutinel, pour lequel la chorée reconnaît le plus souvent une origine infectieuse.

B. GAYARD.

La pathogénie de la maladie de Riga-Fede (subglossite diphtéroïde de Comby). (Alphonse LABBÉ. *La Pédiatrie pratique*, 15 fév. 1912.) — C'est une maladie rare ordinairement bénigne. Les symptômes sont variables. Dans les cas bénins, l'ulcération constitue presque le seul symptôme. En Italie, on a cependant décrit des cas graves caractérisés par des processus généraux ; la peau est jaune ; l'amaigrissement est extrême; le pouls est petit, lent ; souvent il existe de la diarrhée ; ce qui domine d'ailleurs dans les cas très graves c'est un catarrhe gastro-intestinal.

L'affection est en général rare avant sept mois. Les auteurs invoquent pour en expliquer la pathogénie une raison mécanique (choc contre les incisives inférieures). Or, dans le cas rapporté, il s'agit d'un bébé de dix-huit jours.

Peut-on invoquer une théorie infectieuse ? La plupart des auteurs ont échoué dans leurs tentatives de culture. Néanmoins, toujours dans cette observation, l'auteur aurait isolé au niveau de la fausse membrane des coccus en tétrades, et en raison de cette constatation il se demande si ce tétragène ne peut venir se greffer sur une petite lésion banale, donner lieu ensuite à une ulcération d'abord pseudo-membraneuse puis papillomateuse, et dans les cas graves se généraliser, déterminant une septicémie avec aspect athrepsique. Dans l'observation qu'il rapporte, l'auteur signale en effet que le pus de petits abcès présentés par l'enfant était un pus à tétragènes à peu près identiques à ceux constatés au niveau de l'ulcération.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Anastomoses artério-veineuses. (Bertram M. BERNHEIM. *Ann. Surg.*, vol. LV, n° 2, fév. 1912, p. 195 ; *Journ. Amer. Med. Assoc.*, vol. LX, n° 5, 1er fév. 1913, pp. 360-362.) — **Nouvelles contributions à la question de la réversibilité du courant sanguin.** (H. COENEN, *Münch. med. Woch.*, vol. LIX, n° 29, 16 juil. 1912, pp. 1585-1588.) — Bernheim dans son premier article publie 6 cas, ce qui porte à 52 le nombre total de faits publiés. Sur ces 52 cas, 15 seulement ont été couronnés de succès ; Coenen critique vivement l'opération et ne la croit pas justifiable au point de vue physiolo-

gique. D'après ses expériences sur les animaux, les cas où l'on a pratiqué le soi-disant renversement de la circulation sans lier les collatérales et qui ont été suivis de succès ne prouvent pas du tout que le renversement se soit produit, mais seulement qu'une circulation collatérale s'est établie par les collatérales non liées. De même, la cessation des douleurs sur laquelle on s'est basé pour défendre le succès de l'opération dans la plupart des cas heureux ne prouve absolument rien, car cette sédation des douleurs, ainsi que Oppel l'a montré, est simplement due à la congestion veineuse et s'obtient tout aussi complètement par ligature de la veine poplitée, par exemple, dans les cas de gangrène du pied. Bref, il nie la possibilité physiologique du renversement de la circulation et cite l'opinion de nombreux auteurs qui sont de son avis.

Ce à quoi Bernheim répond que les 52 opérations publiées sont dues à *trente et un* différents opérateurs, ce qui montre qu'aucun n'a eu le loisir de développer sa technique, et la plupart n'avaient point le long apprentissage expérimental indispensable à qui veut bien faire de la chirurgie vasculaire. Certains des échecs mis en avant par Coenen sont indiscutablement dus à des fautes de technique grossière (cas de Luxembourg). Il relate un de ses cas, celui d'une jeune femme de vingt-six ans, atteinte de maladie de Raynaud, chez qui il pratiqua, en février 1911, l'anastomose artério-veineuse fémorale sur la jambe gauche ; en mai 1911, l'opération semblable sur la jambe droite ; en janvier 1912, l'anastomose artério-veineuse sur le bras gauche ; enfin, en mars 1912, à la demande instante de la malade, sur le bras droit. Il s'est servi de l'anastomose latérale avec ligature du bout central de la veine, sans section de l'artère, ce qui donne au sang artériel deux chenaux au lieu d'un et n'interrompt pas la continuité de l'artère. Le résultat de chaque opération fut splendide. Les pulsations sont senties dans la veine bien au-dessous de l'anastomose. Donc le renversement de la circulation est possible, quoi qu'on en ait dit, et qu'on en dise à l'avenir.

F. GARDNER.

Le traitement des tumeurs papillaires de la vessie avec le courant de haute fréquence de Oudin. (Edwin Beer. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LIX, n° 20, 16 nov. 1912, p. 1784-1785) — Beer a adressé un questionnaire à tous les chirurgiens génito-urinaires d'Amérique et à beaucoup d'Europe. Jusqu'en juin 1912, 183 cas de tumeurs de la vessie avaient été traités, ce qui amène le nombre des tumeurs à plus de 200, car plusieurs étaient multiples. Il y a unanimité complète sur la supériorité de cette méthode, au point de vue de la simplicité et de l'efficacité, sur les méthodes antérieures.

Au point de vue technique, Beer considère les électrodes de cuivre comme meilleures que celles d'acier, et le fil primitivement employé comme meilleur que le fil plus gros maintenant employé. Il y a peut-être des métaux qui sont encore meilleurs que le cuivre : c'est un point à déterminer par l'expérience. Le courant unipolaire (Oudin) est plus efficace que le bipolaire (d'Arsonval), car celui-ci cautérise et électrolyse moins.

Le gaz produit pendant la fulguration est probablement de l'hydrogène ; Beer n'a jamais pu en recueillir, mais une fois il obtint une explosion endovésicale assez forte (sans fâcheux résultats d'ailleurs) tout à fait comparable à celle que l'on obtient en allumant le gaz qui se dégage d'un tube à essai dans lequel on fulgure de la viande.

Les cas de papillome avec cystite rebelle sont très difficiles à guérir tant que la cystite n'est pas guérie. Les cas de tumeurs malignes ne doivent pas être traités par la haute fréquence. Il est donc très important de faire un diagnostic précoce. On peut souvent obtenir par centrifugation des urines après le premier traitement, ou le long du câble qui sert d'électrode, des fragments suffisants pour un examen histologique. Sinon, il faut prélever un fragment à la pince coupante de Young.

F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique clinique, infantile (1), par le professeur Bosc.

M. le professeur Bosc, dont on connaît la grande compétence, en matière de pédiatrie, a eu l'heureuse idée de rédiger un précis pratique de thérapeutique des maladies infantiles. Elaguant systématiquement toute discussion théorique, tout exposé qui ne conduit pas à des réalisations immédiates, il a réservé ses soins et ses efforts pour les détails qu'il est indispensable au praticien de connaître, s'il veut éviter de funestes erreurs. Enseignement pratique ne veut d'ailleurs pas dire enseignement terre à terre. Ce serait faire injure au lecteur de le croire incapable de s'intéresser aux idées générales ; ce serait rabaisser notre art au rang de l'empirisme le plus grossier. Aussi M. Bosc a-t-il eu soin de rappeler, à propos de chaque maladie, les notions théoriques fondamentales, celles qui fixent le diagnostic, assurent le pronostic, dictent la thérapeutique et la prophylaxie. Grâce à ces précautions, le lecteur pourra instituer un traitement efficace au lieu de se cantonner à cette thérapeutique réflexe qu'a si justement condamnée le professeur Landouzy. En parcourant l'ouvrage de M. Bosc, il est aisé de se rendre compte que son auteur est au courant de toutes les difficultés de la thérapeutique infantile. C'est pourquoi il insiste sur le régime de transition à instituer après la période aiguë des gastro-entérites infantiles ; c'est pourquoi il expose d'une façon très judicieuse les indications opératoires au cours de l'appendicite, de l'épilepsie, des diplégies spasmodiques, etc., etc. La lecture de son livre rendra les plus grands services à ceux qui ignorent tout de cette science, mais elle sera loin d'être inutile à ceux qui en possèdent déjà des notions étendues. Il nous semble qu'il est difficile de faire de ce livre un plus grand éloge.

B. GAYARD.

Thérapeutique des maladies infectieuses [Bibliothèque de thérapeutique Gilbert et Carnot] (2), par MM. Garnier, Nobécourt, Noc et P. Lereboullet.

MM. Gilbert et Carnot continuent de faire paraître avec régularité les différents volumes qui forment leur belle bibliothèque de thérapeutique. C'est aujourd'hui le tome consacré à la thérapeutique des maladies infectieuses que nous avons le plaisir de présenter à nos lecteurs. Il commence par des considérations générales dues à M. le docteur Garnier, et où cet auteur expose avec clarté tout ce que nous savons aujourd'hui sur les médications anti-infectieuses, qu'elles soient étiologiques, physiologiques ou symptomatiques, et sur l'hygiène générale et la prophylaxie. M. Nobécourt justifie la réputation de pédiatre expérimenté qu'il s'est déjà acquise en étudiant d'une façon très complète et très méthodique le traitement des maladies infectieuses chez les enfants. M. Noc, médecin des troupes coloniales, s'est chargé du traitement des maladies infectieuses exotiques. Son article dispensera le lecteur de recourir aux traités spéciaux et de rechercher dans une foule de publications éparses les renseignements pratiques dont il peut avoir à tout moment besoin. A M. P. Lereboullet est échue la tâche difficile de fixer le traitement de la tuberculose et de nous dire ce qu'il fallait penser de la sérothérapie, de la tuberculinothérapie, de l'opothérapie, de la recalcification. Il a su tirer le meilleur parti possible d'un rôle difficile et montrer exactement ce qu'à l'heure actuelle il

(1) 1 vol. — Paris, Masson et Cie ; Montpellier, Coulet et fils.
(2) 1 vol. — Paris. J.-B. Baillière et fils.

convient de faire, ce qu'il convient d'éviter. Enfin M. Garnier a traité avec beaucoup de compétence les maladies infectieuses des adultes. Ce nouveau volume, soigneusement imprimé, et enrichi de figures, mérite de figurer en bonne place à côté de ceux qui l'ont déjà précédé.

B. GAYARD.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 17, 1er mars 1913.) PECH : Autour du tabes. — A.-F. PLICQUE : Le traitement médicamenteux de la lithiase biliaire. — (N° 18, 5 mars.) QUÉNU : Des symptômes d'occlusion intestinale dans la colique néphrétique. — E. KIRMISSON : De la nécessité de créer au bord de la mer des sanatoriums pour les jeunes gens de quinze à vingt ans atteints de tuberculose externe.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 5, 30 janv. 1913.) KASSOWRTZ : Pathogénie et étiologie du rachitisme. — M. JOSEPH : Le traitement de Wassermann par l'histopine en dermatologie. — ZWEIG : Traitement de la furonculose et du sycosis par le vaccin staphylococcique. — HERZBERG : Recherches cliniques avec les substances actives isolées de l'hypophyse. — ZUBRZIKI et WOLFSGRUBER : Hémaglutinine normale dans le lait de femme : son passage chez l'enfant. — BAUMM : Expériences sur la césarienne extrapéritonéale. — JAROSCH : Le Mesbé dans la tuberculose pulmonaire. — HOLMGREN : Influence des globules blancs sur la viscosité du sang. — ELLERMANN : Réaction de précipitation quantitative dans la syphilis. — KREDEL : Traitement du bec-de-lièvre. — DOBBERTIN : Longueur de l'incision, lavage du ventre, prophylaxie de la paralysie intestinale dans l'appendicite. — LÖDERS : Otite moyenne syphilitique. — DUTOIT : Tuberculose du corps thyroïde.

Gazette des praticiens. — (N° 442, 1er mars 1913.) KIRMISSON : Ostéomyélite chronique du fémur.

Journal de médecine interne. — (N° 6, 28 fév. 1913.) F. TERRIEN, L. BABONNEIX et DANTRELLE : Atrophie optique postnévritique et atonie musculaire acquise.

Journal des praticiens. — (N° 8, 22 fév. 1913.) A. BOISSARD : A propos des avortements criminels. — A. MATHIEU : Cancers de l'anse pelvienne. — CHAUFFARD : Kyste suppuré du foie, abcès dysentérique amibien du foie terminé par vomique. — KIRMISSON : Les hernies de l'appendice chez l'enfant. — (N° 9, 1er mars.) LAFFORGUE : La chylurie. — HUTINEL : Les hémorragies méningées de l'enfance. — LEGUEU : L'épingle à cheveux dans la vessie. — Louis RÉNON : La percussion quantimétrie. — Pierre MAUREL : Anémies et tuberculose.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 8, 22 fév. 1913.) L. DANEL : Un cas de sporotrichose gommeuse. — Jules DEHÉE : Sur un cas de hernie directe.

Marseille médical. — (N° 5, 1er mars 1913.) TEISSONNIÈRE : La réaction de Wassermann; technique; valeur au point de vue du diagnostic et du traitement de la syphilis (*à suivre*). — L. D'ASTROS : Hérédo-syphilis des nourrissons et réaction de Wassermann. — L. GASQUET : Un cas de persistance du trou de Botal chez l'adulte.

Medizinische Blätter. — (N° 3, 1er fév. 1913.) JAKOB : L'action de l'acide carbonique dans le bain est-elle physique ou chimique?

Montpellier médical. — (N° 7, 16 fév. 1913.) H. GUIBERT : Les maladies de l'utérus et de ses annexes à Balaruc-les-Bains. — (N° 8, 23 fév.) H. HÉDIN : La question du lait à Montpellier.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 4, 28 janv. 1913.) VON BERGMANN : L'ulcus peptique spasmogène. — STURSBERG et SCHMIDT : Mesure de la tension sanguine après le travail corporel ; sa signification pour évaluer la capacité de travail. — STOPPEL : Contribution à une chirurgie nerveuso-rationnelle. — BRUEGEL : Mouvements de l'estomac malade d'après des recherches radiographiques. — REICHMANN : Courte communication sur une intoxication aiguë par l'acide sulfurique et le sulfate de cuivre. — EICHMANN : Taxicodermies de la grossesse guéries par la solution de Ringer. — HÆRTEL : Le salvarsan dans la chorée des femmes enceintes. — SCHILLING : Sur la nouvelle évolution du parasite de la syphilis d'après Ross. — ESCH : Sur la recherche du bacille tuberculeux par recherche accélérée chez l'animal. — MARESCH : Sur la teneur en lipoïdes du carcinome appendiculaire. — DEICKE et MUCH : Sur la tuberculine et l'immunité tuberculeuse.

Normandie médicale. — (N° 5, 1er mars 1913.) A. CERNÉ : Faut-il réduire les fractures de l'extrémité inférieure du radius?

Pédiatrie pratique. — (N° 7, 5 mars 1913.) HUTINEL : Tétanos céphalique. — FREDET et L. TIXIER : Sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson. Gastro-entérostomie à l'âge de treize jours. Guérison. — René PORAK : Complications pulmonaires de la scarlatine. I. Abcès multiples du poumon et pyopneumothorax; II. Infarctus du poumon par thrombose; — Bronchopneumonie hémorragique. Ulcérations gangréneuses de l'intestin, péritonite aiguë.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 9, 1er mars 1913.) E. ESCAT et J. BONZOMS : Ostéome de l'ethmoïde opéré par le procédé de Moure.

Revue médicale de l'Est. — (N° 3, 1er fév. 1913.) HANNS : Deux cas d'albuminurie intermittente. — CONSTANT : L'uricémie et l'artériosclérose.

Semaine médicale. — (N° 9, 26 fév. 1913.) C. FRUGONI : Contribution expérimentale à l'étude des rapports entre l'hyperfonctionnement viscéral et la morbidité du réseau vasculaire correspondant. — F. LEJARS : La fracture supracondylienne du fémur atrophié. — (N° 10, 5 mars.) R. DE BOVIS : La question du curettage dans les avortements fébriles. L'application de l'opération césarienne aux utérus infectés.

Tunisie médicale. — (N° 2, fév. 1913.) CONOR et CONSEIL : La méningite cérébro-spinale en Tunisie. — POROT : Etats méningés et paludisme. — BLAIZOT : La réaction de Wassermann à l'Institut Pasteur en 1912.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYPHILIS MÉDULLAIRE (1)

II. **Méningo-myélites et myélites.** — Dans 70 p. 100 des cas, la syphilis médullaire se révèle en clinique par une PARAPLÉGIE. Aussi pouvons-nous adopter la description classique et décrire successivement des paraplégies aiguës, des paraplégies chroniques et quelques formes cliniques plus rares.

A. PARAPLÉGIES AIGUËS. — Il faut en décrire deux variétés : une grave, une curable.

La *paraplégie aiguë grave* correspond en général, soit à une

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 24, p. 382 et n° 27, p. 430.

méningo-myélite diffuse, soit à une endartérite avec nécrose et ramollissement aigu; c'est en général une variété précoce. Elle est précédée de *prodromes* dont l'un des principaux est la claudication intermittente de la moelle; il s'agit de crampes, fourmillements, rachialgie qui cessent par le repos et s'exagèrent par l'exercice.

On observe ensuite de la céphalée, des vertiges, de la diplopie. Les troubles des réservoirs et des organes génitaux sont fréquents, parfois ce sont les troubles moteurs qui ouvrent la scène. La paraplégie peut s'installer progressivement ou débuter par le coma; on a noté quelquefois la *mort subite*. Le tableau clinique est celui d'une *myélite aiguë dorsale*; il s'agit d'une paraplégie flasque avec abolition des réflexes, troubles des sphincters, modifications de la sensibilité objective, surtout de la sensibilité thermique, troubles trophiques, escarres, etc. La marche est aiguë, le sujet peut être emporté en quelques jours; il peut mourir plus tard de complications, surtout de broncho-pneumonie. Le traitement spécifique est ici sans action : le diagnostic est très difficile, pour ne pas dire souvent impossible, avec toutes les myélites aiguës, l'hématomyélie, les compressions brusques de la moelle; il peut être posé lorsque ces symptômes évoluent en même temps que des accidents secondaires syphilitiques.

Il existe une forme de *paraplégie syphilitique aiguë curable* qui ressemble à son début à la forme précédente, et qui, cependant, est susceptible d'amélioration rapide sous l'influence du traitement spécifique; cette forme est importante à connaître, car elle réclame, aussitôt diagnostiquée, un traitement énergique; elle rappelle d'assez près la forme précédente, mais la paraplégie est incomplète, les troubles des sphincters beaucoup moins accusés; l'amélioration obtenue est momentanée; les *rechutes* sont en effet fréquentes.

B. PARAPLÉGIES CHRONIQUES. — 1° La forme de beaucoup la plus fréquente et qui constitue d'ailleurs un type clinique bien individualisé est la PARALYSIE SPINALE SYPHILITIQUE SPASMODIQUE D'ERB; elle débute le plus souvent dans le cours des trois premières années de l'infection syphilitique, exceptionnellement après la neuvième année. La maladie s'établit progressivement dans le cours de plusieurs semaines à plusieurs mois.

Elle est annoncée par de légères douleurs, des engourdissements dans les membres inférieurs, une sensation de fatigue, de faiblesse passagère. La faiblesse du sphincter vésical existe dès le début et peut donner le change pour une affection urinaire.

Plus tard apparaît la *rigidité spasmodique* des membres inférieurs; elle est d'abord transitoire, puis permanente. Au repos, la tonicité des muscles n'est pas en rapport avec le degré apparent du spasme pendant la marche qui présente au contraire, au grand complet, l'allure spasmodique; par contre, les réflexes rotuliens sont exagérés au plus haut degré; on observe l'extension de l'orteil et le clonus du pied. La force musculaire des membres inférieurs est considérable; la gêne de la marche est donc plus le fait du *spasme* que d'une *paralysie*; cependant P. Marie a montré qu'il existait un certain nombre de manifestations paralytiques (paralysie constante des fléchisseurs, diminution de l'action du psoas et des adducteurs des cuisses). Les troubles des sphincters sont très particuliers; il n'y a pas, en effet, incontinence réelle d'urine, mais il manque au malade le pouvoir de se retenir devant les envies impérieuses d'uriner qu'il ressent. Il existe, enfin, des phénomènes sus-paraplégiques : paresthésies, affaiblissement musculaire des membres supérieurs, réflexes du poignet exagérés; les malades présentent, en outre, une émotivité exagérée, de la tendance au rire et au pleurer spasmodique.

La sensibilité objective est peu modifiée; il existe quelques troubles subjectifs; l'impuissance sexuelle est fréquente. Il n'existe pas de troubles trophiques, pas de modifications électriques.

La mort est exceptionnelle dans cette forme; au contraire, l'amélioration s'obtient, dans plus de la moitié des cas, sous l'influence du traitement spécifique; cependant, parfois, ou bien le malade conserve des raideurs, ou bien l'état reste absolument stationnaire.

Anatomiquement, Nonne et Nageotte rattachent cette variété clinique à une sclérose systématisée combinée portant à la fois sur les faisceaux pyramidaux et cérébelleux directs et sur celui de Goll. Pour Erb, il ne s'agirait pas d'une systématisation aussi exclusive; on observerait tantôt des lésions isolées, tantôt des lésions combinées, tantôt même des lésions transversales, en plaques plus ou moins complètes.

Le *diagnostic* de cette variété clinique est en général assez facile, en raison de l'allure spéciale de cette paraplégie avec phénomènes spasmodiques, s'atténuant au repos, troubles génito-urinaires peu accusés et très caractéristiques, absence de troubles trophiques, tendance à l'amélioration par le traitement; on peut, au début, à la période des douleurs et des troubles vésicaux, penser au *tabes*; plus tard on pensera aux *compressions lentes de la moelle*, au *mal de Pott*, etc., à la forme médullaire de la maladie du sommeil (voir Symptômes et diagnostic des compressions de la moelle, Question d'internat, *Gaz. des hôpit.*, déc. 1912); enfin à l'HYSTÉRIE (Souques).

2° Il existe une *deuxième forme de paraplégie syphilitique chronique*; elle correspond aux cas décrits par Charcot sous le nom de *myélite transverse syphilitique*.

Cette paraplégie spinale syphilitique, avec contractures, évolue en deux phases successives; au début elle simule parfois une paraplégie aiguë; dans d'autres cas, elle s'annonce par une phase prémonitoire de phénomènes méningés et cérébraux (douleurs, fourmillements, céphalée, diplopie) qui peuvent durer de quelques jours à plusieurs semaines; puis la paraplégie s'installe, soit subitement, soit progressivement.

La paraplégie est d'abord flasque, avec abolition des réflexes, mais assez rapidement la spasmodicité apparaît; la marche redevient possible au début; mais bientôt les mouvements volontaires ne se font qu'avec une raideur spasmodique qui va bientôt faire place à la contracture permanente; les jambes sont dans l'extension, appliquées l'une contre l'autre, rarement dans la demi-flexion, le pied en équinisme. Il existe de véritables crises de contracture. Les réflexes tendineux sont exagérés au point que tout attouchement provoque une trépidation de tout le membre qui peut se propager au côté opposé. La trépidation est inépuisable; on observe également l'extension des orteils. Les sphincters sont presque toujours touchés.

Le plus souvent il existe de l'hypoesthésie, parfois de l'hyperesthésie; les troubles trophiques sont fréquents (ESCARRES). Les réactions électriques sont normales.

Il existe rarement de l'atrophie musculaire; il est important de signaler des oscillations dans l'allure de l'affection, des variations dans l'intensité des phénomènes paralytiques, quelques modifications sous l'influence du traitement spécifique.

Dans les cas les plus graves, la mort survient entre seize et dix-huit mois; le plus souvent, la mort est le fait de complications infectieuses intercurrentes (complications urinaires, pulmonaires); une survie de dix et vingt ans a été observée.

La *lésion anatomique* est, le plus souvent, une méningomyélite scléreuse, transverse, diffuse, avec dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux (Charcot, Lamy, Sottas).

Le *diagnostic* est à faire avec toutes les *myélites transverses vulgaires* et avec certaines *formes frustes de sclérose en plaques* qui peuvent se traduire, au début, par une paraplégie spasmodique pure; pour aider au diagnostic, on signale l'asymétrie des phénomènes paralytiques, l'existence d'améliorations suivies de rechutes; en réalité, les seuls éléments de diagnostic résideront dans les commémoratifs et la recherche des accidents syphilitiques concomitants; comme dans la variété précédente, enfin, on devra au début faire le diagnostic avec le tabes, plus tard avec les compressions lentes de la moelle et l'hystérie. (*A suivre.*)

Manuel pratique de kinésithérapie, fasc. 6, par le docteur L. DUBEY. *Les traumatismes et leurs suites*. Un vol. in-8° avec 32 fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BROMOTHÉRAPIE PHYSIOLOGIQUE — Remplace la médication bromurée, sans bromisme

BROMONE ROBIN

BROME PHYSIOLOGIQUE ASSIMILABLE

Première combinaison directe et absolument stable du Brome avec la Peptone.

DÉCOUVERTE EN 1902 PAR M. Maurice ROBIN, déjà auteur des *Combinaisons Métallo-peptonique de Peptonate et de Fer* (Comm. à l'Acad. des Sciences par BERTHELOT en 1885).

Le BROMONE est la seule solution titrée du Bromopeptone jusqu'à ce jour

BROMONE. — Thèse faite sur ce produit à la Salpêtrière dans le service du professeur RAYMOND, intitulée : « *Les Preparations organiques du Brome* », par le Dr M. MATHIEU, F. M. P., en 1906. — Communication à l'Académie de Médecine par le Professeur BLACHE, séance du 26 mars 1907.

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES TRAITEMENT DE L'INSOMNIE NERVEUSE

40 gouttes agissent comme 1 gr. de Bromure de Potassium. — Demander *Bromothérapie Physiologique*, Laboratoires ROBIN, *13, Rue de Poissy, PARIS.*

BROMONE INJECTABLE Chaque ampoule est dosée à raison de 0,05 cgr. de brome par centimètre cube.

LABORATOIRES ROBIN, *13, Rue de Poissy, PARIS.*

Sirop de Digitale de LABELONYE

TITRÉ

suivant sa teneur en DIGITALINE CRIST.

"Mode le plus sûr et le plus rationnel de l'emploi de la Digitale."

DOSE NORMALE : 3 cuillerées à bouche en 24 heures.

LABÉLONYE & Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS



CORSET-SANGLE

du Dr BOSSARD

le corset hygiénique et rationnel par excellence de la Femme et de la Jeune Fille

Entièrement fini au métier en un nouveau tissu élastique ajouré, indéformable avec partie abdominale formant ceinture, faisant partie integrante du corset et n'occasionnant aucune épaisseur. Procure une contention idéale de la région abdominale, et est spécialement indiqué pour les ptosiques, ainsi que pour les dames souffrant d'affections abdominales, rein mobile, maladies de l'estomac et de l'intestin, suites de grossesse, suites d'opérations, etc.

Notice illustrée et Feuilles de mesures spéciales franco à MM. les Membres du Corps médical.

Etablissements A. CLAVERIE, 234, Faubourg Saint-Martin, PARIS

Dans les ***CONGESTIONS*** *et les* ***Troubles fonctionnels*** *du* ***FOIE***, *la* ***DYSPEPSIE ATONIQUE***, *les* ***FIÈVRES INTERMITTENTES***, *les* ***Cachexies*** *d'origine* ***paludéenne*** *et consécutives au long séjour dans les pays chauds*

On prescrit dans les hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 a 100 gouttes par jour de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : VERNE, Professeur à l'École de Médecine de GRENOBLE (FRANCE)

Et dans les principales Pharmacies de France et de l'Étranger.

PHOSPHOPINAL JUIN

Reconstituant général, aussi énergique qu'inoffensif, est au phosphore ce que le cacodylate est à l'arsenic

Liquide, Capsules, Ampoules. - LITTÉRATURE, ECHANTILLONS : Laboratoire, 39, Rue d'Amsterdam, PARIS.

STIMULANT DE LA NUTRITION GÉNÉRALE

OVO-LÉCITHINE BILLON

NEURASTHÉNIE
PHOSPHATURIE
ANÉMIE CÉRÉBRALE
SURMENAGE
CONVALESCENCE
ETC.

DRAGÉES à 0 gr. 05 — 6 par jour

GRANULÉ à 0 gr. 10 par cuill. à café — 3 par jour

AMPOULES pour inj. intr.-musc.

Echantillon & Littérature sur demande
LES ETABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
92, Rue Vieille-du-Temple, PARIS

PIPERAZINE MIDY

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination : 1° à trois places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à une place d'interne en médecine à la fondation Chardon-Lagache; 3° à deux places d'interne en médecine à l'asile pour enfants de la Ville de Paris à Hendaye (Basses-Pyrénées), pour entrer en fonctions le 1er mai 1913, sera ouvert le jeudi 17 avril 1913, à midi dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'administration centrale (service du personnel), à partir du jeudi 20 mars jusqu'au mardi 1er avril, de dix heures à trois heures.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — L'arrêté du 30 octobre 1912 rattachant à la section de chimie biologique et médicale M. Laborde, agrégé de la section des sciences physiques (pharmacie), aura son effet à dater du 1er janvier 1913.

M. Laborde, agrégé, est chargé en outre, du 1er janvier au 31 octobre 1913, des fonctions de chef des travaux de chimie.

M. Maurin, docteur en médecine, pharmacien de première classe, préparateur de chimie, est chargé, du 1er janvier au 31 octobre 1913, des fonctions d'agrégé (section de pharmacie).

M. Maurin, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé en outre, du 1er janvier au 31 octobre 1913, des fonctions de chef des travaux de pharmacie.

STATISTIQUE DES TITRES UNIVERSITAIRES DÉLIVRÉS EN 1912. — Université de Paris. — Doctorat de l'Université de Paris : médecine, 58; pharmacie, 11; diplôme de médecine légale, 10; diplôme de médecine coloniale, 20; diplôme de pharmacien, 1.

Université d'Aix-Marseille. — Diplôme d'études médicales coloniales, 7.

Université d'Alger. — Doctorat, mention *pharmacie*, 3.

Université de Bordeaux. — Diplôme de médecin colonial, 9; doctorat, mention *pharmacie*, 3.

Université de Lyon. — Doctorat de l'Université de Lyon : médecine, 4; pharmacie, 4; certificat d'études d'hygiène, 16.

Université de Montpellier. — Doctorat : mention *médecine*, 18; mention *pharmacie*, 7.

Université de Nancy. — Doctorat, mention *médecine*, 2; diplôme de chirurgien-dentiste, 11; diplôme de pharmacien, 1.

Université de Toulouse. — Doctorat : mention *médecine*, 1; mention *pharmacie*, 3.

LA TAXE SUR LES EAUX MINÉRALES. — La Chambre des députés a repoussé la taxe sur les eaux minérales que proposait cette année, comme de coutume, quelques députés des régions viticoles.

CONTRE L'ALCOOLISME. — La Chambre, en revanche, a adopté un très important amendement de M. Joseph Reinach ainsi conçu :

L'article 9 de la loi du 17 juillet 1880 est complété par l'alinéa suivant :

« Le préfet, le conseil général entendu, aura le même droit dans l'étendue du département. »

Que dit cet article 9? En voici le texte :

« Les maires pourront, les conseils municipaux entendus, prendre des arrêtés pour déterminer, sans préjudice des droits acquis, les distances auxquelles les cafés et débits de boissons ne pourront être établis autour des édifices consacrés à un culte quelconque, des cimetières, des hospices, des écoles primaires, collèges ou autres établissements d'instruction publique. »

En termes énergiques et très applaudis, M. Chéron, rapporteur général, a appuyé l'amendement, et il a rappelé qu'avec quelque courage il avait appliqué à Lisieux, où il était maire, il y a quinze ans, l'article 9. L'intérêt national passe avant l'intérêt électoral, et l'alcoolisme après l'avenir de la race qu'il tarit à sa source.

L'amendement a été adopté.

En résumé, c'est aux assemblées départementales et non pas aux préfets que sera confié le soin de limiter l'alcoolisme. Ce n'est pas ce que demandait M. Reinach qui aurait voulu laisser aux préfets ce droit intact. On peut se demander si les conseillers généraux seront plus courageux que les maires et oseront se servir de la loi de 1880.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Allocations d'ancienneté. — Une commission est nommée, chargée d'étudier les voies et moyens propres à assurer le service de ces allocations, sans diminuer autant que possible le chiffre des secours donnés aux veuves et aux enfants de sociétaires. Trois allocations de droit de 360 francs sont accordées cette année. On cherchera à en attribuer davantage les années prochaines, soit en prenant modèle, comme le demande M. Mercereau, sur les œuvres créées par le baron Taylor, soit par d'autres moyens.

Congrès de la mutualité de 1913. — La commission nomme une délégation pour assister au Congrès à Montpellier. Cette délégation aura pour mandat de réclamer le libre choix et la rémunération à la visite.

Société de secours mutuels pour femmes et enfants de

MÉDECINS. — Cette société a été constituée dans une assemblée générale. Un bureau a été formé et les statuts sont soumis à l'approbation ministérielle. Dès maintenant les adhésions sont reçues pour toute la France au siège social de l'A. G., 5, rue de Surène.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous avons reçu le premier numéro de la *plus grande France*, nouvel organe colonial qui paraîtra sous la direction de notre distingué confrère, le docteur Lucien Graux, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*. Nos meilleurs vœux à ce nouveau journal.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE (Gand, 20-26 août 1913). — Voici le programme du Congrès qui doit se réunir sous la présidence de MM. Crocq et Glorieux.

I. RAPPORTS. — a. *Neurologie*. — M. le professeur Marinesco (Bucarest) : Sur la structure colloïdale des cellules nerveuses et ses variations à l'état normal et pathologique.

M. le professeur Sachs (New-York) : Syphilitic spondylitis and allied conditions.

M. le professeur d'Abundo (Catane) : La fonction du nucleus lentiformis.

M. le docteur Mendelssohn (Paris) : Valeur diagnostique et pronostique des réflexes.

M. le professeur Dustin (Bruxelles) : Le mécanisme de la régénération dans le système nerveux : régénération normale et pathologique. Neurocladisme.

MM. les docteurs Laruelle et Deroitte (Bruxelles) : Diagnostic et localisation précoce des tumeurs intracraniennes.

b. *Psychiatrie, psychopathologie et assistance*. — MM. les professeurs von Wagner et Pilcz (de Vienne) : Ueber die Behandlung der Progressive Paralyse.

MM. les docteurs Sérieux et Lucien Libert (Paris) : Les psychoses interprétatives aiguës.

M. le docteur Smith Ely Jeliffe (New-York) : The growth and developpment of the psychoanalytic movement in the United States.

M. le docteur Parhon (Bucarest) : Les glandes à sécrétion interne dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie mentale.

M. le docteur Sollier (Paris) : Les états de régression de la personnalité.

M. le docteur Ed. Willems (Bruxelles) : Anatomie pathologique des psychoses séniles.

MM. les docteurs A. Ley et Menzerath (Bruxelles) : La psychologie du témoignage chez les normaux et les aliénés.

M. le professeur Ferrari (Bologne) : La colonisation libre des enfants anormaux et des jeunes criminels.

M. le docteur van Deventer (Amsterdam) : L'organisation de l'assistance et de l'inspection des aliénés hors des asiles y compris les psychopathes.

MM. les docteurs Claus (Anvers) et Meeus (Gheel) : Le patronage des aliénés.

M. le docteur Decroly (Bruxelles) : L'examen mental des anormaux.

James Mac Donald (Ecosse) : Sujet réservé.

II. COMMUNICATIONS. — Les membres du congrès peuvent présenter des communications originales ayant trait à un sujet quelconque des sciences neuropsychiatriques. Ils sont priés d'envoyer le titre de ces communications avant le 1er mai 1913 et un court résumé, destiné à la presse, avant le 1er juillet 1913.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES. — Le congrès se compose de membres effectifs et de membres associés ; la cotisation est de 20 francs pour les membres effectifs et de 10 francs pour les membres associés ; les premiers ont seuls le droit de prendre part aux délibérations du congrès.

Les rapports seront imprimés et distribués avant l'ouverture de la session.

Les langues admises sont le français, le néerlandais, l'allemand et l'anglais.

L'exposition internationale de Gand offrira un attrait tout particulier pour les congressistes ; des renseignements leur seront fournis concernant les logements.

Prière d'adresser les adhésions et le montant des cotisations au docteur Deroitte, trésorier du Congrès, avenue Albert, 192, Bruxelles.

Pour les rapports, communications et tous autres renseignements, s'adresser au docteur F. d'Hollander, secrétaire général du Congrès, 110, boulevard Dolez, à Mons. (Tél. 255.)

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE (149, rue de Sèvres). — Professeur M. HUTINEL. — *Cours de vacances*. — Sous la direction de M. Nobécourt, agrégé, un cours de perfectionnement commencera le 17 mars 1913, à dix heures et demie. Il sera terminé le samedi 5 avril, et comprendra 34 conférences cliniques et pratiques.

Un horaire et un programme des leçons seront distribués aux auditeurs.

Les conférences seront faites par MM. Nobécourt, agrégé ; Babonneix, médecin des hôpitaux ; Darré, Marcel Ferrand, Harvier, Jules Lemaire, Paisseau, Milhit, Schreiber, Léon Tixier, chefs de clinique et de laboratoire.

Seront admis : 1° les étudiants, inscrits comme stagiaires à la clinique, qui en feront la demande ; 2° les docteurs et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 50 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le cours d'été commencera le mardi 19 août 1913.

FORMULAIRE

DIGESTIONS LENTES, PÉNIBLES. INSUFFISANCE GASTRIQUE (HYPOPEPSIE)

Prescrire après chaque repas un verre à liqueur d'élixir ou 4 à 6 comprimés de Trouette-Perret à la Papaïne.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 7 AU 12 AVRIL 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 7 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique. — 2e.

3e (oral, 1re partie).

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 8 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

1er (oral).

3e (oral, 2e partie). — 4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 9 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

1er (oral). — 2e.

3e (oral, 2e partie).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec*.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 10 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

1er (oral, 1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie). — 4e.

Vendredi 11 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e. — 3e (oral, 1re et 2e parties).

Samedi 12 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

1er (oral, 1re, 2e et 3e séries). — 3e (oral, 2e partie).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

REVUE GÉNÉRALE

LA RACHIANESTHÉSIE

Par M. P. GORSE (de Lille).

La rachianesthésie n'est connue que depuis une date relativement récente, et c'est à Corning que revient le mérite d'avoir le premier analgésié un homme par la voie rachidienne. Mais Corning était un neuropathologiste et non un chirurgien; il a vu l'analgésie et les phénomènes qui l'accompagnent, mais ne l'a pas utilisée dans un but pratique; au début même, il injectait la cocaïne dans l'espace intervertébral par crainte de léser la moelle, et ne se décida que plus tard à injecter la cocaïne dans le canal rachidien.

En 1891, Quincke invente la ponction lombaire, et en montrant son innocuité, fait entrer la question de l'analgésie par voie rachidienne dans une phase nouvelle. En 1898, Sicard (Soc. de biologie, 30 avril 1898) tenta après des expériences préliminaires sur les animaux d'injecter dans la cavité rachidienne de certains malades des liquides thérapeutiques, mais il nous faut arriver jusqu'à Bier pour trouver le véritable auteur de la rachianesthésie, car c'est lui qui, le premier, pratiqua une intervention chirurgicale après une analgésie obtenue par une injection intrarachidienne; il injecta du chlorhydrate de cocaïne dans le canal rachidien de six malades atteints d'affections des membres inférieurs et put intervenir sans incident.

En 1899, Tuffier commence à employer dans son service de l'hôpital Beaujon, la méthode nouvelle dont il s'est toujours montré un très zélé défenseur.

Depuis cette époque la rachianesthésie a eu des partisans convaincus et de nombreux détracteurs: certains chirurgiens ont voulu la considérer comme une méthode absolument inoffensive, donnant des résultats parfaits et destinée à remplacer complètement la narcose par inhalation; d'autres au contraire ont eu des accidents très sérieux qui les ont fait renoncer complètement à cette méthode.

Mais peut-être la rachianesthésie ne mérite-t-elle « ni cet excès d'honneur, ni cette indignité ». Il faut d'abord dans les cas malheureux faire la part des accidents qui sont dus aux malades ou à des erreurs de technique; il faut également, dans l'étude des statistiques de rachianesthésies, examiner séparément les résultats obtenus avec les diverses substances employées, le choix de l'analgésique ayant une importance capitale.

Nous nous proposons dans cette étude, après avoir examiné rapidement par quel mécanisme peut agir une substance médicamenteuse injectée dans le canal rachidien, d'exposer les diverses techniques préconisées pour la rachianesthésie et d'étudier les résultats obtenus avec les divers analgésiques employés; nous essaierons d'en déduire les indications de la méthode.

I

Mode d'action de l'injection intrarachidienne. — Lorsqu'on injecte dans le canal rachidien d'un malade une dose de 1cg5 à 2 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne en solution à 2 p. 100, on constate les effets suivants: au bout d'un laps de temps variant de quatre à huit minutes, le malade ressent quelques fourmillements, puis peu à peu la sensibilité à la douleur disparaît, tandis que la sensibilité au contact persiste; il existe de l'analgésie et non de l'anesthésie; cette analgésie commence par les extrémités inférieures et remonte peu à peu le plus habituellement jusqu'au thorax; elle a en moyenne une durée de une heure à une heure et demie, mais il y a de grandes variations suivant les sujets. Au bout de ce temps, la sensibilité reparaît progressivement de haut en bas. L'encéphale reste indemne.

L'injection intrarachidienne entraîne de légères perturbations dans le fonctionnement de l'appareil circulatoire. Le pouls devient plus rapide et un peu mou: Tuffier et Hallion ont montré que la cocaïnisation intrarachidienne abaisse la pression artérielle; les pulsations cardiaques deviennent plus fréquentes, mais sans qu'il y ait aucun trouble du rythme du cœur.

L'appareil respiratoire n'est que peu influencé par la rachicocaïnisation; l'appareil digestif l'est davantage; les opérés présentent souvent des nausées et des vomissements, et parfois une sensation de soif, principalement à la fin de l'anesthésie. En outre l'insensibilité du rectum et l'atonie du sphincter anal consécutives peuvent entraîner de l'incontinence passagère des matières fécales, mais il n'existe aucun trouble de la miction.

Après la fin de l'analgésie, les malades ont souvent des vomissements, mais ils ont surtout une céphalée, parfois très violente, qui existe dans près de la moitié des cas et peut persister quelques jours; souvent ils présentent un mouvement hyperthermique particulier durant de douze à quatorze heures et pouvant atteindre 39 degrés et 39°5.

Ces quelques données sur les phénomènes dus à la rachicocaïnisation étant connus, nous allons étudier comment l'injection intrarachidienne de cocaïne peut entraîner l'anesthésie.

Certains auteurs ont pensé, et parmi eux nous devons citer en première ligne Bier, que l'action analgésique était due simplement aux troubles circulatoires intrarachidiens provoqués par l'injection, sans action chimique de la substance injectée.

Mais de nombreuses expériences sont venues apporter la preuve du contraire; Sicard, Monod, Sabadini ont montré que des solutions dépourvues d'action analgésique n'ont absolument aucun effet.

Tuffier a repris ces expériences et a montré que « l'anesthésie causée par l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne ne tient ni à la variation introduite dans la quantité du liquide céphalo-rachidien, ni à une adultération banale de sa composition qualitative ». On est donc obligé de conclure à une action spécifique de l'anesthésique injecté, action

« qui se porte d'une façon très prépondérante, sinon exclusive sur les racines rachidiennes ».

Il existe donc une action spécifique de la substance employée, qui rend la rachianesthésie efficace; toutefois on a noté de nombreux insuccès; aussi est-il indispensable, pour les éviter dans la mesure du possible, d'avoir une technique rigoureusement réglée lorsqu'on pratique une injection intrarachidienne ; c'est cette technique que nous allons maintenant étudier.

II

Technique de l'injection intrarachidienne. — La technique de l'injection intrarachidienne a été parfaitement fixée par Tuffier, qui attache une grande importance à ses moindres détails. Nous laisserons de côté, pour le moment, dans cette étude de la technique, la nature et le titre de la solution injectée, nous proposant de revenir sur ce point capital lorsque nous étudierons les diverses substances chimiques employées et leurs effets respectifs.

Le sujet à anesthésier doit être assis et « faire le gros dos » en se penchant en avant. Après un badigeonnage de la région à la teinture d'iode, les crêtes iliaques repérées (la ligne transversale qui les réunit correspondant à l'apophyse épineuse de la quatrième lombaire), on pique sur cette ligne à droite de la colonne vertébrale, à 1 centimètre environ de de la ligne épineuse, tout contre le bord de l'index qui repère l'apophyse.

Dès qu'on a pénétré dans le canal rachidien, il se produit une issue de liquide céphalo-rachidien. Ce liquide s'écoule de façon variable ; tantôt il sort en bavant, tantôt, au contraire, il sort en jet. La plupart des auteurs estiment que plus la tension intrarachidienne est élevée, plus l'anesthésie est simple.

Si le liquide s'écoule trop lentement, on tâtonne en enfonçant un peu l'aiguille, puis en la retirant et en tournant le pavillon de l'aiguille entre ses doigts.

S'il s'écoule du sang plus ou moins pur, c'est qu'une veine pariétale a été lésée ; on enfonce ou on retire un peu l'aiguille ; si l'écoulement sanguin continue, on fait la ponction dans un autre endroit.

S'il n'y a pas d'écoulement, on fait d'autres piqûres d'abord dans le même espace, puis, si c'est nécessaire, dans les espaces voisins (Chaput, *Journal de chirurgie*, août 1912).

On fera usage, pour cette opération, d'une aiguille en platine iridié à biseau moyen. Cette condition du biseau moyen est indispensable; en effet si le biseau est trop long, l'aiguille peut se trouver à cheval sur la dure-mère, une extrémité étant dans le liquide et l'autre en dehors; le liquide céphalo-rachidien peut ne pas sortir et une partie du liquide peut se répandre dans l'espace péridural.

Au contraire, si le biseau est trop court, la lumière peut être facilement obstruée par de la graisse ou des débris musculaires. La pointe de l'aiguille doit être bien acérée, car une aiguille mousse pourrait refouler le sac lombaire sans le pénétrer.

La plupart des chirurgiens n'ont pratiqué des ponctions et injections que sur la partie du canal rachidien ne contenant plus de moelle, mais certains auteurs ont voulu généraliser la méthode et l'appliquer aux interventions hautes aussi bien qu'à celles faites sur la partie inférieure du corps. Jonnesco en particulier s'est montré un fervent partisan des rachianesthésies hautes.

Au Congrès de Bruxelles de 1908, Jonnesco indiqua quatre points du rachis où la ponction pouvait être faite pour obtenir l'anesthésie de la région à opérer. Il préconisa notamment la ponction médio-cervicale et la ponction médio-dorsale (entre la septième et la huitième dorsales), qu'il a abandonnées ensuite, la première comme trop dangereuse en raison de l'action trop directe du liquide anesthésiant sur le bulbe, la deuxième comme inutile, l'anesthésie parfaite du segment inférieur du thorax pouvant être obtenue par une ponction faite moins haut.

Dans ses travaux les plus récents, Jonnesco décrit seulement deux points où peuvent se pratiquer les ponctions.

1° La ponction dorsale supérieure entre la première et la deuxième vertèbres dorsales, à utiliser pour les opérations sur la tête, le cou, les membres supérieurs et le thorax.

2° La ponction dorso-lombaire entre la douzième vertèbre dorsale et la première lombaire, donnant une anesthésie de tout l'abdomen et du segment inférieur du corps.

Mais la majorité des chirurgiens n'admettent pas la rachianesthésie haute ; c'est ainsi qu'au Congrès de la Société allemande de chirurgie de 1909, Bier conclut au rejet de la méthode de Jonnesco, et Rehn (de Francfort) vint montrer, par des expériences sur les animaux, le danger considérable d'injections faites au-dessus de la région lombaire. La piqûre de la moelle, que Jonnesco considère comme sans danger, et le voisinage du bulbe sont les deux écueils auxquels se heurte cette méthode.

Toutefois il faut reconnaître que les statistiques de Jonnesco sont très satisfaisantes. Dans la *Presse médicale* du 13 octobre 1909, Jonnesco ajoute une statistique de 398 rachianesthésies (dont 103 dorsales supérieures) aux 617 qu'il avait communiquées au Congrès de Bruxelles de 1908 (dont 14 supérieures). Ces deux statistiques réunies comprennent donc 117 cas de rachianesthésies hautes sans aucun cas mortel et sans aucun accident important pendant ou après l'anesthésie. Jiano et Nasta ont employé la méthode de Jonnesco, le premier dans 114 cas dont 20 ponctions supérieures et le deuxième dans 95 dont 19 supérieures, sans aucun incident.

Dans un nouvel article paru dans la *Presse médicale* le 6 janvier 1912, Jonnesco apporte encore à l'appui de sa méthode une statistique beaucoup plus complète de 5.151 cas dont 635 rachianesthésies hautes. Dans cette dernière catégorie, il signale deux décès, qu'il attribue à de graves erreurs de technique, à une injection contenant une trop forte quantité d'alcaloïdes et considère par suite comme ne pouvant être imputés à la méthode.

Enfin, en octobre 1912, au XXVe Congrès français de chirurgie, Jonnesco a apporté une statistique totale de 8.119 rachianesthésies, dont 809 hautes et

7.310 basses. Sur 5.436 anesthésies faites depuis 2 ans, il n'a eu ni mortalité, ni complications immédiates ou tardives.

Mais au début de 1912, deux chirurgiens roumains C. Angelescu et N. Atanasescu (de Bucarest) ont publié leur statistique portant sur 320 cas de rachistovaïnisation (*Gazeta med.*, n° 5, 1er janv. 1912) avec, dans tous les cas sauf dix, injection d'un demi-milligramme de strychnine au début et 1 milligramme plus tard : il y eut 14 échecs et 99 cas de complications, dont 3 morts ; dans un cas il s'agissait d'une injection haute faite entre la troisième et la quatrième dorsales ; la malade succomba 4 ou 5 minutes au plus après l'injection : c'était la seule ponction haute faite par ces auteurs.

Quoi qu'il en soit, malgré les statistiques favorables de Jonnesco, la plupart des chirurgiens sont d'accord pour rejeter la ponction haute, en raison de l'action trop directe du médicament sur le bulbe et de la piqûre possible de la moelle, quoique pour Jonnesco la moelle même piquée ne se trouve nullement gênée. Pour s'en convaincre, il suffit de constater que sur les 635 rachianesthésies hautes rassemblées par Jonnesco au début de 1912, toutes sauf 23 ont été faites par des chirurgiens roumains ; ces 23 sont dues en majeure partie à des chirurgiens anglais et italiens.

III

Des substances analgésiques employées dans la rachianesthésie. — Nous n'avons jusqu'ici considéré que la technique générale de la rachianesthésie, en faisant provisoirement abstraction de la substance injectée ; mais tous les chirurgiens qui ont utilisé cette méthode ont insisté d'une façon particulière sur la substance à employer, sur le titre de la solution et sur la quantité à injecter. Il semble d'ailleurs que l'on puisse distinguer dans l'histoire de la rachianesthésie trois périodes distinctes au point de vue de la substance analgésiante employée ; au début on utilise la cocaïne, puis après une période de réaction, où la rachianesthésie perd du terrain, d'autres auteurs la reprennent en utilisant non plus la cocaïne, mais la stovaïne ; enfin après une nouvelle période de réaction consécutive principalement aux discussions qui eurent lieu à la Société de chirurgie de Paris, en 1908, une reprise semble se dessiner ces derniers temps en faveur de la rachianesthésie, mais avec un nouveau produit, la novocaïne. Sans doute d'autres produits, l'eucaïne, la tropacocaïne ont été employés, mais principalement à l'étranger ; il semble que les chirurgiens français n'aient employé presque exclusivement que les trois alcaloïdes d'abord mentionnés : cocaïne, stovaïne, novocaïne. Nous examinerons successivement l'action de ces diverses substances chimiques, leurs avantages et leurs inconvénients.

RACHIANESTHÉSIE A LA COCAÏNE. — Tuffier, qui a bien précisé la technique de la rachicocaïnisation, a employé après plusieurs essais la solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 0/0, la solution à 1/200 ou 1/100 lui ayant donné une analgésie insuffisante comme durée et comme étendue. Après la ponction, dès que le liquide céphalo-rachidien s'écoule, l'injection doit être pratiquée très lentement pour modifier le moins possible la tension intrarachidienne. Mais malgré cette précaution, on a souvent des accidents consécutifs ; les uns, fréquents, consistent dans les vomissements et la céphalée postérieure à l'opération ; les autres, plus graves, parfois suivis de décès, consistent surtout dans des accidents nerveux. Ces complications graves, considérées par certains comme exceptionnelles, par d'autres, au contraire, comme fréquentes, nous arrêteront longuement.

Vomissements. — Les vomissements pendant l'opération sont très fréquents et existent dans près de la moitié des cas ; Chaput (Soc. de Chir., 24 avril 1901) mentionne que, sur 48 cas, ils ont été notés 20 fois ; ils sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme (9 fois sur 17 cas).

Après l'opération, ils sont plus rares, mais existent encore dans environ 1/5 des cas ; leur durée est très variable, mais chez certaines femmes il y a eu de véritables vomissements incoercibles. Quoi qu'il en soit, ces vomissements sont ordinairement de courte durée ; lorsqu'ils surviennent pendant l'opération, on est frappé de la pâleur que les malades présentent à ce moment ; ils ont des sueurs froides, la pupille dilatée, mais ces vomissements sont généralement peu intenses ; parfois cependant ils ont été une gêne au cours de l'intervention.

Céphalée. — La céphalée post-opératoire est très fréquente. Elle est parfois très pénible, durant plusieurs jours avec sensation de martellement et douleur violente au niveau de l'occiput. Elle est signalée par tous les auteurs : pour Legueu elle existerait à des degrés divers dans plus de la moitié des cas.

Tous ces troubles sont dus à des altérations des fonctions nerveuses, car la cocaïne touche les seuls conducteurs de la sensibilité à la douleur dans les racines rachidiennes. En effet le cœur n'est jamais touché que dans son rythme, et encore rarement ; on ne trouve pas de traces d'altérations de l'appareil respiratoire, et le filtre rénal est toujours respecté, plus qu'avec aucun autre anesthésique.

Mais des accidents plus graves, quelques-uns même suivis de décès ont été signalés. C'est ainsi que des cas de « méningisme » ont été publiés, et si le mot « méningisme » a donné lieu à discussion, il semble néanmoins que l'on ne puisse désigner autrement une complication caractérisée (il en existe deux observations de Reclus) par une céphalée violente, des nausées et des vomissements répétés, de la constipation, de la photophobie, de la raideur des muscles de la nuque et du dos, des douleurs en ceinture, du ralentissement du pouls, le ventre en bateau, la raie méningitique et même le signe de Kernig.

Quelques décès ont été attribués à la rachicocaïnisation ; au début de 1901, il en existait 6, dont plusieurs discutables, et suivant l'opinion qu'ils avaient de la méthode, les auteurs attribuaient ces décès à l'anesthésie, ou au contraire les considéraient simplement comme la conséquence de la maladie dont les sujets étaient atteints. On s'accordait toutefois, en 1901, à admettre que la rachicocaïnisation ne pouvait entraîner de mort immédiate, lorsque deux

décès sur la table d'opérations furent communiqués à la Société de chirurgie à la fin de 1901, par Legueu. Déjà, peu de temps auparavant, Prouff (de Morlaix) avait communiqué l'observation d'une femme décédée quelques minutes après une rachicocaïnisation, mais comme cette malade s'était levée immédiatement après l'injection, la mort semblait pouvoir être attribuée à cette faute de technique.

Bientôt les cas malheureux, se terminant par décès ou par de graves complications nerveuses, se multiplièrent.

Walther présenta à la Société de chirurgie (séance du 22 février 1905) un malade qui depuis 8 mois était en traitement dans un service de médecine pour une méningo-myélite avec paraplégie consécutive à une injection lombaire de cocaïne.

Nélaton vit trois mois après une rachicocaïnisation un de ses opérés devenir paraplégique, et succomber après avoir présenté de l'incontinence d'urine et des matières fécales. Guinard a vu également deux malades rachicocaïnisés présenter de la parésie des membres inférieurs, puis du gâtisme et mourir en quelques mois.

A côté des accidents à terminaison fatale, soit immédiate, soit au bout d'un temps plus ou moins long, il y a eu des alertes très graves avec imminence de mort, signalées par Anderson, Willis, Mac Donald, Kocher, Sorel, Goïlav, Reclus, Reynier.

A la suite de ces accidents, la rachicocaïnisation était définitivement condamnée.

La cocaïne n'a pas été dès le début la seule substance analgésique qui ait été employée ; l'eucaïne β et la tropacocaïne ont été utilisées, mais comme l'ont montré Reclus, Pouchet et Legrand, l'usage de ces substances n'est pas à recommander, car elles ont les mêmes inconvénients que la cocaïne, mais avec un pouvoir analgésique moins considérable.

Pourtant Legueu (Soc. de chir., 22 mai 1901) a utilisé la solution à 1/100 d'eucaïne en se basant sur sa moindre toxicité comparativement à celle de la cocaïne ; mais il n'en a retiré aucun bénefice réel ; il n'y a eu « aucun avantage incontestable, ni aucune infériorité notoire ». Vincent (d'Alger) a essayé la tropacocaïne deux fois et une fois l'anesthésie a fait défaut (Soc. de chir., 29 mai 1900). Cette substance fut reprise plus tard, surtout à l'étranger, nous aurons l'occasion d'y revenir.

Rachianesthésie a la stovaïne. — En juillet 1904, les communications de Pouchet et Reclus sur la stovaïne ont fait entrer la rachianesthésie dans une nouvelle phase : Chaput est le premier chirurgien qui pratiqua la rachistovaïnisation.

La stovaïne possède par rapport à la cocaïne les avantages suivants : sa faible toxicité, son action toni-cardiaque et une égale puissance anesthésique. Des recherches expérimentales sur les animaux, confirmées par l'usage entre les mains de certains chirurgiens de doses considérables, ont prouvé la faible toxicité de la stovaïne. L'action toni-cardiaque est bien connue des chirurgiens qui emploient la stovaïne ; le pouls, rapide au début, se régularise et reste excellent jusqu'à la fin de l'opération. Toutefois quelques chirurgiens allemands reprochent à la stovaïne d'être plus toxique que la cocaïne et d'exercer une action paralysante sur les muscles respiratoires et aussi de provoquer quelquefois des paralysies uni ou bilatérales des muscles abducteurs de l'œil.

Quoi qu'il en soit, la stovaïne a été très employée pour la rachianesthésie, surtout à l'instigation de Chaput ; ce dernier a employé une solution de stovaïne à 4/100, rendue isotonique par adjonction de chlorure de sodium et additionnée de 10 p. 100 d'alcool, l'alcool d'après les recherches de Sicard, rendant la stovaïne plus active et mieux supportée. La dose de 4 centigrammes convient aux opérations sur l'anus et le membre inférieur, celle de 5 centigrammes pour les hernies ; 6 centigrammes sont nécessaires pour les laparotomies, et 8 à 9 pour les opérations élevées (sein, membre supérieur, tête). [*Presse méd.*, 1er fév. 1908.] Chaput évacue une quantité importante de liquide pour éviter les maux de tête, 10 centimètres cubes pour les opérations basses, 20 centimètres cubes pour les opérations abdominales, 30 centimètres cubes pour les opérations hautes.

Les premiers résultats obtenus furent satisfaisants et Kendirdjy pouvait en 1907 (*Presse méd.*, 11 mai 1907) rapporter une statistique globale de 625 cas sans aucun accident sérieux, le seul fait digne d'être noté étant une rétention d'urine ayant duré 21 jours.

Mais à mesure que la pratique de la rachistovaïnisation se propage, les résultats sont moins satisfaisants, et des accidents graves sont signalés. Dans un article du 20 novembre 1907 (*Presse méd.*) Chaput relate 6 cas de mort (Hildebrandt, Sonnenbourg, Anonyme, Chaput, Deetz, Freund) ; mais à son avis ces décès sont peu démonstratifs et ne peuvent être mis sans contestation au passif de la stovaïne ; ces six décès correspondent à un total de 3.174 rachistovaïnisations. En mars 1908 Birnbaum (de Gottingen) en relate un nouveau (*Münch. med. Wochen.*, 1908, n° 3).

En 1908 les résultats de la rachistovaïnisation sont longuement discutés à la Société de chirurgie de Paris et de nombreux auteurs viennent relater des accidents graves relevant de cette méthode.

Ces discussions ont eu une telle influence sur l'avenir du procédé que nous croyons devoir y insister d'une façon particulière.

A propos des communications de Chochon-Latouche et de Meslay (de Gijon), dont Chaput fut le rapporteur, Hartmann signala deux cas de mort survenus au moment où on soulevait le bassin, au cours d'une prostatectomie et d'une intervention pour volvulus, et Le Dentu, Rochard, Schwartz, Reynier, signalèrent des cas assez nombreux de paralysies d'ordres divers.

Nélaton signala le cas d'un malade ayant présenté, trois mois après, de la paraplégie, de l'incontinence d'urine et des matières fécales suivies de mort ; Legueu relata l'observation d'un homme de soixante-dix ans qui eut à la suite d'une rachianesthésie des vomissements, de la céphalée, puis de l'incontinence, de la parésie des membres inférieurs, accidents qui durèrent six semaines et se terminèrent par la mort.

Les cas de mort se multiplièrent; la même année au Congrès de Bruxelles, Brüning relatait trois cas de mort, l'un par paraplégie avec pyélonéphrite ascendante, un deuxième par arrêt respiratoire, le décès s'étant produit sur la table d'opérations, et le troisième par hémorragie cérébrale. Il nous est impossible de préciser la proportion exacte des décès, certains chirurgiens n'ayant communiqué que leurs accidents sans donner leur statistique totale; mais nous en avons déjà signalé 14 qui correspondent très approximativement (pour les raisons que nous venons de signaler) à 6.500 rachianesthésies à la stovaïne environ, soit une moyenne de 2 p. 1000, ce nombre d'anesthésies ayant été obtenu en additionnant les diverses statistiques publiées. Mais à côté des décès il y a eu, nous l'avons vu, d'autres accidents graves, les uns se produisant immédiatement, les autres un temps plus ou moins long après la rachistovaïnisation. Nous allons étudier successivement les accidents immédiats et les accidents consécutifs.

Accidents immédiats. — Plusieurs auteurs ont signalé des syncopes très graves, non suivies de décès, mais ayant duré longtemps et ayant donné des inquiétudes. Legueu mentionne en particulier le cas d'un enfant resté deux jours en état syncopal.

Les vomissements sont très fréquents; on les trouve dans environ 7 à 10 p. 100 des cas, mais avec des gravités fort différentes; toutefois s'ils peuvent constituer une gêne au cours de l'intervention, ils ne sauraient jamais être considérés comme un accident grave. Ils s'accompagnent le plus souvent de pâleur de la face, de sueurs, et il est presque de règle d'avoir au cours de la rachistovaïnisation un état nauséeux particulier, ressemblant au mal de mer. Cet état nauséeux et cette pâleur de la face cèdent le plus souvent à une injection de caféine ou à une injection d'huile camphrée.

La céphalée post-opératoire mérite également une mention spéciale en raison de son extrême fréquence; elle existe à un degré léger chez la plupart des rachistovaïnisés, mais dans 2 p. 100 environ des cas elle est persistante et atteint une grande intensité.

Un autre inconvénient qui, sans être à proprement parler un accident, mérite néanmoins d'être signalé, est l'échec de l'anesthésie: assez souvent, le malade n'est pas anesthésié à la suite de la piqûre rachidienne, mais il existe des différences très considérables à ce point de vue suivant les statistiques des divers auteurs; si nous prenons la statistique de Chaput, en 1907 (*Soc. de chir.*, 1908), nous voyons qu'il n'y eut que 2 échecs sur 435 rachistovaïnisations; par contre, Boeckel a eu 16 échecs complets sur 156 cas. Il semble que la question de la technique ait tout d'abord une grande importance sur la proportion des succès, et nombre de chirurgiens ont eu dans leurs premières tentatives beaucoup d'insuccès, tandis qu'ultérieurement, lorsqu'ils ont été familiarisés avec la technique, qui malgré sa simplicité apparente a besoin d'être appliquée avec beaucoup de minutie, ils n'ont eu qu'une proportion absolument minime d'échecs.

Accidents consécutifs. — Les accidents consécutifs de beaucoup les plus intéressants sont les paralysies qui ont été constatées maintes fois dans un délai plus ou moins long après la rachianesthésie.

Des paralysies des membres inférieurs, partielles ou totales, ont été souvent observées. Les premiers cas signalés sont les deux de Trantenroth (*Deut. med. Woch.*, 1906), les deux d'Hildebrandt, ceux de Lang (*Deut. med. Woch.*, 1906) et de König (*Münch. med. Woch.*, 1906). En 1908 Reynier signala à la Société de chirurgie un cas de paralysie complète des quatre membres; puis un cas de Nélaton, un de Legueu, six de Delbet, dont deux légers et quatre graves, un de Brüning et beaucoup d'autres vinrent grossir le contingent de ces paralysies.

Ces paralysies peuvent n'être que passagères, et le plus souvent elles guérissent en quelques semaines, toutefois plusieurs se sont terminées par la mort après une période plus ou moins longue de gâtisme et de ramollissement. Dans le cas de König, entre autres, la paraplégie persista plusieurs mois avant que ne se produisît l'issue fatale : à l'autopsie on trouva des adhérences épaisses à la surface de la moelle.

Des paralysies viscérales (paralysies de la vessie, incontinence des matières fécales), ayant une durée plus ou moins longue, ont été également maintes fois mentionnées.

On a signalé aussi des accidents méningés qui ont pu en imposer au début pour des méningites; Legueu en particulier a eu dans ses malades quatre cas de réactions méningées intenses pendant 4 à 6 jours, avec céphalée violente, contracture de la nuque, signe de Kernig et polynucléose abondante.

Des accidents très curieux et difficilement explicables ont été notés du côté de la sixième paire; six cas en étaient déjà signalés à la fin de 1907 par Lœser, Scholer, Feilchenfeld, Vossius, Blanluet et Caron (Blanluet et Caron, *Annales d'obstétrique*, 1907). Rochard, Chaput, Boeckel (*Soc. de chir.*, 1908) en signalèrent chacun un cas; Sonnenbürg, sur une statistique de 1.117 rachistovaïnisations, eut 3 paralysies passagères du moteur oculaire externe.

L'année 1908, à cause des nombreux accidents publiés, allait marquer un recul de la rachianesthésie; la même année, l'expérimentation venait corroborer les faits cliniques et montrer l'action nocive de la stovaïne sur le tissu nerveux. Ces expériences dues à Spielmeyer (*Münch. med. Woch.*, 4 août 1908) ont été faites sur l'homme, le chien et le singe.

Les recherches faites sur l'homme ont porté sur 13 sujets, sur lesquels 7 ont reçu une injection intrarachidienne de 5 à 7 centigrammes de stovaïne, et 6 une injection intrarachidienne de 10 à 12 centigrammes; un de ces derniers a succombé quarante heures après par paralysie respiratoire, les autres dans un temps variable des suites naturelles de leur maladie. L'examen des pièces a montré que dans 9 cas (parmi lesquels tous ceux où l'injection avait été de 5 à 7 centigrammes), il n'y avait aucune lésion caractéristique; les pièces des 4 autres présentaient des lésions manifestes; chez le malade mort quarante

heures après l'injection, toutes les cellules ganglionnaires étaient malades, mais dans les trois autres cas, il existait nettement des lésions spécifiques dues à la stovaïne, portant sur les grandes cellules polygonales des cornes antérieures de la moelle; ces cellules subissent une hypertrophie cellulaire particulière, tandis que les granulations s'émiettent et se dissolvent; le noyau se déplace vers la périphérie, tandis que la membrane nucléaire se plisse et disparaît.

Les mêmes lésions ont été reproduites expérimentalement chez le chien et le singe, et l'expérimentation a montré, fait d'une importance capitale, que la nocuité de l'injection ne provient pas de son action mécanique, mais de la stovaïne agissant comme poison.

Sur un chien et trois singes, Spielmeyer constata une dégénérescence étendue, portant sur le cordon postérieur de la moelle et sur le cordon latéral, fait qui doit donner à réfléchir aux partisans de la rachistovaïnisation.

En résumé, les recherches expérimentales de Spielmeyer ont prouvé :

1° Que la stovaïne produit des lésions très graves sur les cellules nerveuses, ce qui contre-indique la rachistovaïnisation.

2° Que les lésions sont dues à l'action toxique de la stovaïne et non à l'action mécanique de l'injection intrarachidienne.

A la fin de 1908, la rachicocaïnisation et la rachistovaïnisation étaient abandonnées par la plupart des chirurgiens.

Rachianesthésie a la tropacocaïne. — Après les premiers accidents dus à la rachistovaïnisation, les chirurgiens ont essayé d'utiliser d'autres produits pour l'anesthésie par voie lombaire, en particulier la tropacocaïne qui fut surtout employée en Allemagne, et qui avait déjà été l'objet de quelques essais au début de la méthode.

Au Congrès de Bruxelles de 1908, quelques statistiques de rachianesthésie à la tropacocaïne furent apportées; Kümmel a fait un total de 1.400 anesthésies soit à la stovaïne, soit à la novocaïne, soit à la tropacocaïne; il considère cette dernière substance comme moins toxique, mais aussi moins active que les autres.

Alessandri employa 32 fois la tropacocaïne; il eut une proportion d'échecs de 9,38 p. 100.

Au Congrès de Berlin d'avril 1909, Bier apporta une statistique de 500 cas avec usage de la tropacocaïne-adrénaline à la dose de 0,05-0,06. Sur ces 500 cas il n'y eut aucun accident sérieux, mais simplement environ 5 p. 100 de vomissements et 6 p. 100 de céphalalgie.

Kader communiqua au même congrès une statistique de 1.950 rachianesthésies, dont 1.853 faites avec a tropacocaïne; c'est la statistique la plus importante relative à cet alcaloïde; la dose injectée était de 0g07 pour les interventions au-dessous de la ligne biliaque, 0g12 pour les interventions abdominales, 0g16 pour les opérations sur le cou.

Les incidents ou accidents relatés ont été les suivants :

Morts brusques	4
Arrêts de la respiration ayant cédé à la respiration artificielle	8
Vomissements	9
Echecs de l'anesthésie	81
Céphalalgie	4,5 p. 100
Parésie de l'oculo-moteur interne	2
Parésie de l'oculo-moteur externe	1

Chiarugi (de Sienne) [*La clinica chirurgica*, 30 mars 1911] a publié les résultats de 1.500 cas personnels avec emploi de divers anesthésiques; dans 1.200 il a utilisé la tropacocaïne en solution dans le sérum physiologique, à la dose de 3 à 7 centigrammes au maximum. Il insiste sur la constance de son action, son inaltérabilité et sa faible toxicité. Dès ses premiers essais, il a vu disparaître la céphalée, les vertiges et les vomissements durant l'opération.

Enfin le professeur Monzardo, à l'hôpital de Montagnana (*La clinica chirurgica*, 1912, n° 3) a pratiqué 267 rachianesthésies lombaires à la tropacocaïne, et n'aurait eu qu'à se louer de son emploi aussi efficace qu'inoffensif; avec une dose de 4 à 7 centigrammes, il obtint une analgésie complète au bout de dix à quinze minutes.

Borchardt (de Berlin), très partisan de la rachianesthésie à la tropacocaïne, a eu pourtant une mort brusque due à l'injection rachidienne au cours d'une prostatectomie.

En somme, la tropacocaïne, que sa moindre toxicité paraissait rendre très supérieure à la stovaïne, ne semble pas donner des résultats sensiblement supérieurs ; le nombre des décès est trop élevé pour que cet alcaloïde puisse être recommandé.

Des expériences ont été tentées en Allemagne, mais sans grand résultat, pour essayer de diminuer la toxicité de l'alcaloïde en mélangeant au liquide anesthésique des substances mucilagineuses; Klapp a fait des essais dans ce sens; Erhardt (de Königsberg) a utilisé des solutions gommeuses et dit avoir obtenu de bons résultats. Néanmoins cette méthode n'est plus employée. En un mot, les résultats généraux obtenus avec la tropacocaïne, quoique très dissemblables, suivant les auteurs, n'ont pas été de nature à relever la rachianesthésie. Celle-ci ne pouvait être relevée que par l'emploi d'un produit encore moins toxique.

Rachianesthésie a la novocaïne. — C'est la novocaïne qui a fait entrer la rachianesthésie dans une phase nouvelle. A l'étranger, la novocaïne était déjà employée par quelques chirurgiens, dès 1908, et au Congrès de Bruxelles, cette même année, les premières statistiques furent apportées comme nous l'avons vu plus haut. En France, elle a été employée par Chaput, dès 1909, mais c'est surtout à l'instigation de Forgue (de Montpellier) que la novocaïne a été utilisée pour la rachianesthésie. Fervent partisan de l'anesthésie lombaire à la novocaïne, il a montré les avantages de ce produit (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 4 juillet 1911; XXIVe *Congrès français de chir.*, 7 oct. 1911). « Elle n'est peut-être pas encore, dit cet auteur, le produit définitif, mais elle représente un progrès incontestable comme offensivité minima;

elle possède une faible toxicité immédiate, une faible action irritante sur les tissus, les méninges et les centres nerveux, une faible toxicité secondaire. »

Forgue utilise la novocaïne « Creil » en solution à 5 p. 100, renfermant par ampoule de 3 centimètres cubes 15 centigrammes de novocaïne et un quart de milligramme de suprarénine synthétique, celle-ci ayant pour but de retarder l'absorption de l'anesthésique par la vaso-constriction qu'elle entraîne. La dose injectée est de 8 centigrammes pour les interventions sous-ombilicales compliquées, de 9 à 10 centigrammes pour les opérations plus hautes : l'anesthésie est ordinairement complète en cinq à dix minutes.

Chaput, qui dans un article récent (*Journ. de chir.*, août 1912) a bien précisé la technique de la rachinovocaïnisation, conseille l'emploi de la solution à 4 p. 100; il injecte 6 centigrammes pour le membre inférieur et le périnée, 8 centigrammes pour les hernies et les laparotomies (soit 1cm³5 et 2 centimètres cubes de la solution à 4 p. 100). Il rejette l'addition d'adrénaline comme exposant aux syncopes et aux escarres du sacrum ou de la paroi abdominale et considère l'addition de strychnine comme nuisible.

Des recherches expérimentales ont été faites également à Montpellier pour montrer la toxicité moindre de la novocaïne et son innocuité pour le système nerveux.

C'est ainsi que Riche et Chauvin (*Soc. de biol. de Paris*, 8 juil. 1911) ont examiné les urines de 23 malades soumis à la rachinovocaïnisation; sur ces 23 malades, 20 avaient des urines normales et 3 des traces d'albumine. Pour chaque malade on fit une analyse quotidienne depuis le deuxième jour avant l'opération jusqu'au cinquième après; chez 5 malades à urines normales, l'albumine s'est montrée 3 fois le premier jour après l'intervention, 2 fois le deuxième: dans 4 cas elle était à l'état de traces; dans un cas elle a atteint 2 grammes. La durée de ces albuminuries fut toujours éphémère et dura 2 fois un jour, 2 fois deux jours, 1 fois trois jours.

Chez les 3 opérés dont les urines contenaient avant l'opération des traces d'albumine, il n'y eut aucune modification dans un cas; les traces s'accentuèrent dans le deuxième; dans le dernier seulement elles devinrent dosables et restèrent d'ailleurs à 50 centigrammes pendant deux jours seulement, pour repasser à l'état de traces le quatrième jour. En résumé, la novocaïne rachidienne ne donne que dans 1/4 des cas des albuminuries très légères et très fugaces.

Ces résultats sont intéressants à rapprocher de ceux que l'on obtenait avec la cocaïne et la stovaïne dans les mêmes conditions : la cocaïne et la stovaïne en effet avaient une action particulièrement irritante sur les tissus et sur les parenchymes du foie et du rein; la stovaïne en particulier donnait des albuminuries avec cylindres, à la fois massives et persistantes, qui pouvaient atteindre 6 à 7 grammes et duraient jusqu'à vingt jours; la novocaïne a donc pour les reins beaucoup moins d'inconvénients que la stovaïne.

Les recherches de Riche et Mestrezat sur le liquide céphalo-rachidien (*Soc. de biol.*, 1911) ont montré, d'autre part, qu'il n'y avait après la rachianesthésie à la novocaïne qu'une congestion très légère de la moelle se traduisant par une diminution des chlorures et l'augmentation du sucre dans le liquide céphalo-rachidien ainsi que par l'apparition de quelques rares lymphocytes.

Ces résultats s'accordent avec les recherches anatomo-pathologiques et expérimentales d'Ogata et Fijiomura (1910) qui, après soixante-douze et cent quarante-quatre heures, ne trouvèrent plus trace de l'injection et conclurent à l'absence, dans la rachinovocaïnisation, de lésions durables de la moelle. La cocaïne, au contraire, donnait dans les mêmes conditions des liquides très troubles.

Au Congrès français de chirurgie de 1911, Forgue a rapporté 400 observations de rachianesthésie à la novocaïne sans le moindre accident imputable à la novocaïne; au Congrès de 1912, Forgue et Riche sont venus apporter une nouvelle statistique de 250 rachianesthésies à la novocaïne, ce qui porte le total de leurs observations à 650, dont 232 pour interventions abdominales et 8 pour opérations sur la base du thorax, sans autres inconvénients que quelques accidents passagers (une paralysie unilatérale du moteur oculaire externe, une paraplégie passagère). Gayet a apporté une statistique de 100 interventions favorables chez des urinaires; Sabadini (d'Alger) et Brunswick Le Bihan (de Tunis) sont venus également communiquer les bons résultats qu'ils ont obtenus avec cette méthode.

Chaput, dans l'article mentionné plus haut, dit n'avoir jamais observé avec la novocaïne ni paralysies des membres, ni paralysies oculaires, ni rétention d'urine en dehors des opérations sur l'abdomen ou le périnée.

Les résultats obtenus avec la novocaïne semblent donc très intéressants et remettent à l'étude la rachianesthésie qui, en 1908, paraissait définitivement condamnée; sans doute il serait prématuré de proclamer dès maintenant l'innocuité absolue de la novocaïne car des accidents tardifs peuvent encore apparaître pour les observations toutes récentes mentionnées dans les statistiques, mais il n'en est pas moins vrai que l'on a un produit très supérieur à la stovaïne, d'une toxicité beaucoup moindre et suffisamment peu toxique pour que la méthode puisse être tentée sans arrière-pensée.

Mais dès maintenant il est deux questions que nous devons nous poser : la rachianesthésie est-elle moins dangereuse que l'anesthésie générale? Est-elle applicable dans des cas où l'anesthésie générale est contre-indiquée.

Le fait que la rachianesthésie présenterait des dangers ne saurait être, en effet, une raison suffisante pour la rejeter; ce qu'il importe de savoir c'est si elle est moins dangereuse que la narcose par inhalation.

La narcose par le chloroforme, qui malgré les progrès de l'éthérisation est encore la plus employée, présente des dangers bien connus. Il y a d'abord à craindre les syncopes au début et au cours de l'anesthésie, fait tellement classique que nous nous bor-

nerons à le mentionner, mais il y a aussi les morts consécutives connues depuis moins longtemps et signalées surtout dans la littérature médicale allemande, où il en existe un nombre assez considérable d'observations. Les lésions d'autopsie portent en particulier sur le foie, les reins et le cœur. En dehors des accidents mortels, nombre d'accidents moins graves, en particulier d'accidents hépatiques, ont été signalés, ce qui rend le chloroforme plus dangereux qu'on ne le croyait il y a quelques années.

L'éther présente également des dangers, quoique à un degré moindre, et les complications pulmonaires à la suite de cette anesthésie sont trop connues de tous pour que nous y insistions.

Si nous rappelons ces données classiques, c'est uniquement pour montrer qu'il n'y a pas d'anesthésie générale anodine, et que par suite la rachianesthésie ne serait une méthode à rejeter que si elle était plus dangereuse que l'anesthésie générale. Or, jusqu'ici la novocaïne paraît avoir donné des résultats très satisfaisants; l'absence d'incidents ou d'accidents graves signalés permet à l'heure actuelle de considérer la rachianesthésie à la novocaïne comme moins dangereuse que la narcose par inhalation.

En outre la rachianesthésie à la novocaïne a pu être utilisée chez des malades qui n'auraient pas pu supporter une anesthésie générale; Forgue rapporte notamment l'histoire de quatre malades qui manifestement n'auraient pu supporter une chloroformisation ou une éthérisation. Le shock est beaucoup moins considérable et c'est ce qui doit faire préférer cette méthode chez les malades âgés et artérioscléreux, particulièrement exposés aux accidents d'intoxication chloroformique.

D'après Forgue, c'est dans la chirurgie abdominale que la rachinovocaïnisation donne les meilleurs résultats; après avoir pratiqué avec ce mode d'anesthésie 232 opérations abdominales, cet auteur conclut qu'il permet de faire toutes les interventions sur l'abdomen, même les plus complexes, et en outre qu'il est supérieur à l'anesthésie générale par le « silence abdominal », qui est complet tant que dure l'anesthésie; les anses grêles suivent à peine les mouvements d'une respiration calme et régulière et peuvent être facilement maintenues.

La rachianesthésie a donc l'avantage d'être applicable dans des cas où l'anesthésie générale serait impossible, et de faciliter les interventions abdominales par le « silence abdominal » qu'elle provoque; toutefois elle paraît difficilement applicable chez les sujets trop nerveux et présentant une émotivité considérable, chez lesquels d'ailleurs il y a à signaler une proportion assez forte d'échecs de l'anesthésie.

D'autre part, il serait imprudent de croire que la rachianesthésie puisse être employée sans danger chez tous les sujets. Sans doute, chez les vieillards, chez les artérioscléreux, la rachianesthésie à la novocaïne est moins dangereuse que le chloroforme, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle peut présenter chez ces sujets des dangers très sérieux. Il faudra éviter de l'employer chez les sujets épuisés et cachectiques; il y a chez eux contre-indication à la fois pour la rachianesthésie et l'anesthésie générale; l'anesthésie locale seule sera possible. L'albuminurie et le diabète doivent également être considérés comme une contre-indication; il faudra de même ne pas l'employer chez les sujets porteurs de tares nerveuses ou d'affections des centres nerveux, en raison de leur prédisposition à présenter des accidents paralytiques, et toujours rechercher, lorsque les malades sont suspects de lésions médullaires, l'intégrité pupillaire et le signe d'Argyl-Robertson.

Enfin, la rachianesthésie paraît contre-indiquée chez les enfants en raison de leur extrême émotivité.

Elle est en somme particulièrement indiquée chez les sujets affaiblis qui ne supporteraient pas l'anesthésie générale, lorsque l'anesthésie locale est insuffisante; chez les individus porteurs de lésions de l'appareil respiratoire, du cœur, du foie, des voies biliaires et de l'appareil génital; enfin elle trouve une indication spéciale lorsqu'on manque d'assistance et qu'il est indispensable d'obtenir une anesthésie parfaite.

IV

Conclusions. — 1° La rachianesthésie avec la cocaïne et la stovaïne doit être définitivement condamnée; elle mérite au contraire d'être reprise en utilisant la novocaïne.

2° Elle pourra être employée pour les opérations siégeant sur les membres inférieurs, le bassin et l'abdomen. Les opérations sur des régions plus élevées exigeraient soit une ponction haute (procédé de Jonnesco), rejetée à peu près unanimement par les chirurgiens, soit une trop grande quantité d'alcaloïde qui pourraît être nocive. La ponction et l'injection devront être faites exclusivement à la région lombaire.

3° Elle sera surtout indiquée chez les sujets adultes et âgés; chez les sujets très affaiblis, elle sera moins dangereuse que la narcose par inhalation, mais présentera néanmoins des dangers qui devront lui faire préférer l'anesthésie locale, chaque fois que celle-ci sera possible. Il faudra éviter de l'employer chez les gens trop émotifs, les enfants et les malades atteints d'affections du système nerveux.

4° Elle rendra de grands services dans la chirurgie abdominale, en raison du « silence abdominal », qu'elle provoque; grâce à lui, le chirurgien n'est pas gêné au cours de l'intervention par les anses grêles.

5° La novocaïne n'a pas présenté jusqu'ici les graves accidents observés dans la rachianesthésie à la cocaïne et à la stovaïne; les malades ont quelquefois des céphalées et des vomissements sans gravité; il n'y a eu jusqu'ici, du fait de la novocaïne, ni décès, ni paralysies graves.

6° La rachinovocaïnisation paraît donc à l'heure actuelle pouvoir être recommandée, surtout pour les opérations abdominales; peut-être trouvera-t-on encore un produit moins toxique, mais actuellement la novocaïne est le seul analgésique avec lequel la rachianesthésie puisse être recommandée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 MARS 1913)

Chirurgie d'armée. — M. FERRATON communique les résultats d'observations qui ont été prises à Salonique, dans l'armée turque, par M. Dreyfus. Il passe rapidement sur les blessures par armes blanches, par la baïonnette française, par le sabre baïonnette étranger, véritable couteau de chasse, le couteau des Bulgares que les Turcs craignaient beaucoup. Il étudie ensuite les divers projectiles, les balles de gros calibre tout en plomb, de 11 millimètres, la balle Lebel de 8 millimètres, balle cuirassée; ces balles sont employées par les Serbes, les Bulgares et les Turcs; les balles de petit calibre, de 7 à 8 millimètres, ce sont les balles des Italiens et des Grecs, balles cuirassées; la balle française actuelle D, pointue, allongée, toute en laiton. Cette dernière n'est pas cuirassée; enfin la balle pointue allemande, plus courte, mais complexe, cuirassée. C'est cette dernière qu'emploient les Turcs. Les lésions produites par la balle pointue sont graves. Ces balles fantaisistes se retournent et pirouettent sur elles-mêmes. Elles pénètrent à l'intérieur des membres, M. Ferraton montre ces divers modèles de balles et les déformations en crochets qu'elles subissent après avoir traversé les os. Ces balles, pouvant être dites humanitaires quand elles traversent des parties molles, ne méritent plus ce nom quand elles atteignent les os où elles produisent des délabrements considérables.

Passant aux obus, M. Ferraton passe en revue les obus à balles des shrapnells, obus constitués par une enveloppe contenant des balles qu'il lance en gerbes en éclatant en l'air. Ces enveloppes elles-mêmes et les balles tout en plomb nu qu'elles contiennent produisent des blessures terribles. Toutes les plaies qu'elles font s'infectent et suppurent. Il y a aussi les obus destructeurs d'obstacles, obus se fragmentant en forme de lames de couteaux, de scies, dont les effets sont terribles.

Chemin faisant, M. Ferraton étudie plusieurs types de fractures comminutives produites par ces éclats d'obus. Il y a souvent des esquilles libres, détachées dans des foyers aseptiques, ces esquilles sont très bien tolérées; il est inutile de chercher à les enlever.

Pour donner une idée des blessures produites par la balle pointue française D, M. Ferraton rappelle une expérience de M. Venin qui tira une de ces balles sur les deux genoux du même cadavre. La balle traversa le premier genou sans y produire de blessure grave; en revanche, elle commit dans le second genou des désordres considérables.

A propos du traitement, M. Ferraton estime que celui du début doit éviter, autant que possible, toute exploration, toute intervention, tout lavage, toute incision, toute introduction de mèches dans les plaies. Pansement à la teinture d'iode et pas de pansement au bichlorure de mercure par-dessus l'iode. Le pansement individuel ou mieux le pansement tout préparé des formations sanitaires doivent suffire.

Quant aux plaies viscérales, qu'il s'agisse du crâne, du cœur, de la poitrine, si la blessure est très grave, rien à faire. Si le blessé a pu être transporté à l'hôpital, intervenir le moins possible. Dans les cas de trajets tangentiels, nettoyer, enlever les esquilles. Pour les plaies du cœur, ne tenter le

volet et la suture, jamais sur le champ de bataille, mais à l'hôpital et seulement dans certains cas déterminés. Pour les blessures de l'abdomen, l'intervention, de règle en chirurgie générale, doit être l'exception en chirurgie de guerre. Toutes les statistiques sont en faveur de l'abstention. Dans certains cas, le traitement de Murphy, petite laparotomie inférieure, drainage et instillation continue de sérum dans le rectum, pourra être employé avec avantages.

Réfection du vagin. — M. Quénu fait un rapport sur deux observations, l'une présentée par M. Schwartz, l'autre par M. Renon (de Niort). Dans le cas de M. Schwartz, il s'agissait d'une jeune fille de vingt-trois ans à laquelle M. Chaput avait tenté sans succès une vaginoplastie. Dans une première tentative, M. Schwartz fit une opération de Baldwin. Voici en quoi consiste cette opération : décollement périnéal entre la vessie et le rectum, aussi haut que possible; introduction par la brèche ainsi formée d'une longue pince; laparotomie; recherche d'une anse d'intestin grêle, résection de cette anse, suture bout à bout ou latéro-latérale de l'intestin, prise du milieu de l'anse réséquée dans la pince introduite par le périnée, attraction de cette anse en canon de fusil dans la plaie, fixation; puis section de la séparation de façon à transformer en un seul canal le canon de fusil. Morri a apporté à ce procédé une modification qui consiste dans la manœuvre suivante : au lieu de prendre la pince au milieu de l'anse réséquée, Morri va chercher l'un des bouts de l'anse de façon à l'attirer, dans toute sa longueur et ne formant qu'un seul canal, dans la plaie préalablement constituée.

Le résultat obtenu par M. Anselme Schwartz fut très satisfaisant. Il se produisit seulement un léger rétrécissement qu'il fallut dilater ultérieurement. Cette jeune fille, depuis l'opération, s'est mariée et les rapports conjugaux s'accomplissent à la satisfaction des deux conjoints.

Dans le cas de M. Renon, il s'agit d'une jeune fille de vingt ans présentant une oblitération complète du vagin. Même opération que pour la précédente, avec cette différence qu'au lieu de prendre l'anse intestinale réséquée par son milieu, la pince la prit au voisinage de l'un de ses bouts, de telle sorte qu'on avait un canon de fusil inégal. Le résultat fnt également satisfaisant.

M. Quénu fait suivre ces deux observations de l'historique de l'opération de Baldwin et de la modification qu'y a apportée Morris. Ce fut en 1904 que Baldwin conçut cette opération. C'est en 1907 qu'il l'exécuta pour la première fois dans un cas de destruction complète du vagin par suite de gangrène d'origine puerpérale. Il y avait double salpingite. Baldwin enleva l'utérus et ses annexes et pratiqua son opération. Un chirurgien allemand en revendiqua, à tort, la priorité. En 1910, Baldwin fit de nouveau deux opérations pour des cas d'absence complète du vagin. M. Grégoire, dans un mémoire, a réuni neuf cas. Depuis, M. Quénu en a trouvé trois autres, ce qui porte à quatorze le nombre des opérations pratiquées, toutes avec un succès immédiat. Il n'y a pas eu de mortalité. Dans plusieurs de ces cas, les résultats éloignés ont été également satisfaisants : maintien parfait du calibre du néovagin qui est extensible, souple, continuité utéro-néovaginale. Mais, dans plusieurs de ces cas, il y avait absence d'utérus ou utérus rudimentaux. Quelquefois, il y eut sécrétion exagérée du néovagin.

M. Quénu fait ressortir les services que rend cette opération à ces malheureuses femmes insexuées. La comparant à tous les autres procédés qui ont été mis en œuvre, il croit qu'on doit lui donner la préférence.

M. Auvray communique un fait qui lui est commun avec M. Lardennois. Il s'agissait d'un cas d'absence complète du vagin, M. Lardennois fit une opération séreuse, type Dreyfus. Le vagin ainsi constitué se rétracta. Ce fut un échec. M. Auvray est revenu alors au procédé suivant : il fit une cure radicale de hernie et pendant ce temps M. Lardennois creusa de nouveau chez sa malade un trajet dans lequel M. Auvray introduisit le sac herniaire qu'il venait de réséquer et de recueillir dans du sérum chaud. On appliqua ensuite un gros tube dans ce sac et une mèche. Les bords du sac avaient été suturés aux bords de la vulve avivée. On obtint un résultat partiel. Il se fit une rétraction dans la profondeur du néovagin. Toutefois il reste un vagin de 4 à 5 centimètres suffisant pour le coït.

Eventrations post-opératoires et corset abdominal : deux observations. — M. Faucher rappelle les résultats qu'il a communiqués à l'Académie de médecine dans les cas de ptoses et de hernies ombilicales.

Aujourd'hui il présente les observations de deux malades ptosiques portant des éventrations post-opératoires auxquelles il a appliqué son corset avec des résultats satisfaisants.

La première avait subi la laparotomie il y a huit ans pour un fibrome. Il y avait eu suppuration dans la paroi, désunion de la peau et cicatrisation lente. Au bout d'un an, la cicatrice avait commencé à se distendre et le ventre à augmenter de volume. Marche douloureuse et difficile. L'éventration forme un chapelet de tumeurs de la grosseur d'une noix quand, il y a dix mois, on applique le corset. Aujourd'hui le ventre est remonté et considérablement diminué de volume. La tumeur que formait l'éventration est réduite de moitié. La rétraction paraît devoir continuer.

La seconde malade, obèse, sujette à des crises hépatiques, très ptosée et portant une volumineuse hernie ombilicale, avait été opérée en janvier 1910 pour un étranglement irréductible de sa hernie. En avril 1912, crise hépatique avec vomissements violents; la cicatrice profonde cède sur une longueur de 12 centimètres, déterminant une volumineuse hernie pariétale intestino-épiploïque que peut bientôt réduire le docteur Pied. Le surlendemain, la malade se lève et la hernie se reproduit; mais on ne peut la réduire cette fois qu'en partie; il reste une masse épiploïque. Sur la demande de M. Pied, M. Faucher fait une application de son corset. Réduction immédiate de la masse irréductible. La malade peut s'alimenter et reprend sa vie habituelle.

En juin 1911, sous l'influence du corset porté pendant deux mois, l'éventration est réduite à 5 centimètres. Aujourd'hui, elle a disparu, sauf encore à l'angle supérieur où, quand la malade a toussé et marché sans corset, on retrouve un petit orifice qui n'admet qu'à peine l'extrémité du doigt auriculaire.

LIVRES NOUVEAUX

Etudes d'endocrinologie (1), par Naamé.

Ce petit volume est destiné à démontrer que l'opothérapie antimicrobienne, l'endocrinologie nerveuse et fonctionnelle, triomphant de certaines préventions, auront leur droit de cité en médecine. L'auteur soumet sans crainte ses travaux au bon sens clinique des chercheurs, car il est convaincu que des essais thérapeutiques, faciles à tenter, lèveront rapidement le doute. A. Gaullieur l'Hardy.

Manuel pratique de kinésithérapie, fasc. 7, par le docteur Hirschberg. *La rééducation motrice.* Un vol. in-8° avec 36 fig. — Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

(1) Une brochure de 74 pages. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Composition écrite.* — Question donnée : « Le pharynx buccal. — Diagnostic et traitement des gangrènes du membre inférieur. »

Questions restées dans l'urne : « Médiastin postérieur. — Astragale. » — « Symptômes, diagnostic et traitement des fistules pleurales. — Contusion du rein. »

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Tirage au sort du jury. — *Section de médecine générale* (concours du 5 mai 1913). — Neuf juges titulaires :

I. Deux professeurs de cliniques générales.

II. Deux professeurs de cliniques spéciales.

III. Un professeur de pathologie générale ou de thérapeutique.

IV. Un professeur de pathologie interne, d'histoire de la médecine et de la chirurgie, de médecine expérimentale, de médecine expérimentale et comparée, de pathologie expérimentale ou de pathologie expérimentale et comparée.

V. Un professeur d'anatomie pathologique.

VI. Un professeur de médecine légale.

VII. Un professeur d'hygiène.

Neuf juges suppléants : neuf agrégés (section de médecine, section d'anatomie pathologique).

Juges titulaires. — 1° Professeurs de cliniques générales : 1. Mossé (Toulouse), 2. Caubet (Toulouse), 3. Joseph Teissier (Lyon), 4. Rauzier (Montpellier), 5. Roque (Lyon), 6. Arnozan (Bordeaux), 7. Lemoine (Lille), 8. Landouzy (Paris), 9. Simon (Nancy), 10. Chauffard (Paris), 11. Pitres (Bordeaux), 12. Combemale (Lille), 13. Ardin-Delteil (Alger), 14. Spillmann (Nancy), 15. Gilbert (Paris), 16. Carrieu (Montpellier), 17. Debove (Paris).

2° Professeurs de cliniques spéciales : 1. Dubreuilh (Bordeaux), 2. Bézy (Toulouse), 3. Déjerine (Paris), 4. Haushalter (Nancy), 5. Nicolas (Lyon), 6. Weill (Lyon), 7. Mairet (Montpellier), 8. Audry (Toulouse), 9. Déléarde (Lille), 10. Baumel (Montpellier), 11. Moussous (Bordeaux), 12. Charmeil (Lille), 13. Gaucher (Paris), 14. Brault (Alger), 15. Robin (Paris), 16. Hutinel (Paris).

3° Professeurs de pathologie générale ou de thérapeutique : 1. Cassaët (Bordeaux), 2. Achard (Paris), 3. Pic Lyon), 4. Lesieur (Lyon), 5. Soulié (Alger), 6. Marfan (Paris), 7. Vires (Montpellier), 8. Grasset (Montpellier), 9. Carrière (Lille), 10. Etienne (Nancy), 11. Curtis (Lille), 12. Herrmann (Toulouse), 13. Saint-Ange (Toulouse).

4° Professeurs de pathologie interne, d'histoire de la médecine et de la chirurgie, de médecine expérimentale, de médecine expérimentale et comparée, de pathologie expérimentale ou de pathologie expérimentale et comparée : 1. Pierre Teissier (Paris), 2. Ferré (Bordeaux), 3. Letulle (Paris), 4. Etienne (Nancy), 5. André (Toulouse), 6. Bardier (Toulouse), 7. Widal (Paris), 8. Le Dantec (Bordeaux), 9. Paul Courmont (Lyon), 10. Collet (Lyon), 11. Surmont (Lille), 12. Roger (Paris), 13. Ducamp (Montpellier).

5° Professeurs d'anatomie pathologique : 1. Hoche (Nancy), 2. Tapie (Toulouse), 3. Marie (Paris), 4. Sabrazès (Bordeaux), 5. Paviot (Lyon), 6. Curtis (Lille), 7. Bosc (Montpellier), 8. Poujol (Alger).

6° Professeurs de médecine légale : 1. Guilhem (Toulouse), 2. Sarda (Montpellier), 3. Parisot (Nancy), 4. Lacassagne (Lyon), 5. Thoinot (Paris), 6. Crespin (Alger).

7° Professeurs d'hygiène : 1. Crespin (Alger), 2. Jules Courmont (Lyon), 3. Morel (Toulouse), 4. Macé (Nancy), 5. Chantemesse (Paris), 6. Calmette (Lille), 7. Bertin-Sans (Montpellier), 8. Auché (Bordeaux).

Juges suppléants. — Agrégés en exercice : 1. Rathery (Paris), 2. Carnot (Paris), 3. Léri (Paris), 4. Ingelrans (Lille), 5. Vedel (Montpellier), 6. Martin (Lyon), 7. Raviart (Lille), 8. Macaigne (Paris), 9. Labbé (Paris), 10. Breton (Lille), 11. Cade (Lyon), 12. Lœper (Paris), 13. Perrin (Nancy), 14. Nobécourt (Paris), 15. Abadie (Bordeaux), 16. Jousset (Paris), 17. Mouriquand (Lyon), 18. Cestan (Toulouse), 19. Richon (Nancy), 20. Minet (Lille), 21. Bernard (Paris), 22. Euzière (Montpellier), 23. Cruchet (Bordeaux), 24. Balthazard (Paris), 25. Guillain (Paris), 26. Arloing (Lyon), 27. Baylac (Toulouse), 28. Sicard (Paris), 29. Lagriffoul (Montpellier), 30. Roussy (Paris), 31. Gaussel (Montpellier), 32. Dalous (Toulouse), 33. Castaigne (Paris), 34. Gougerot (Paris), 35. Leenhardt (Montpellier), 36. Petges (Bordeaux), 37. Verger (Bordeaux), 38. Carles (Bordeaux), 39. Claude (Paris).

Nous publierons la composition du jury des autres sections dans notre prochain numéro.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Darquier, maire de Cahors, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

CHOSES D'ESPAGNE

Un souffle bienfaisant d'entente amicale passe en ce moment sur l'Espagne et la France, et des deux côtés des Pyrénées on sent se réveiller les vieilles affinités de race, qui reprennent toujours leurs droits tôt ou tard. Les rapports cordiaux entre les deux pays se multiplient chaque jour, et le prochain voyage de notre ministre de l'Instruction publique, si favorablement envisagé en Espagne, en est la preuve la plus éclatante.

M'intéressant beaucoup, et depuis fort longtemps, aux choses d'Espagne, et convaincu que les médecins sont les agents les plus parfaits pour le rapprochement et la pénétration intellectuelle réciproque de deux nations, je proposais récemment au directeur de ce journal d'aller me rendre compte par moi-même à Madrid des dispositions réelles de nos confrères envers nous. Je sais, grâce à quelques groupements tout nouvellement organisés en France, groupements *quorum pars fui* sinon *magna* au moins *activa*, je sais, dis-je, combien sont nombreux les médecins français que pousse vers les pays de langue latine, et notamment l'Espagne, une sympathie profonde. En est-il de même chez nos voisins et la réciprocité de pareils sentiments existe-t-elle? Voilà ce que je désirais savoir et ce dont je suis allé m'assurer de mes propres yeux.

J'avoue que la réalité a dépassé mes espérances et je ne m'attendais pas à l'accueil sympathique, chaleureux, fraternel que j'ai reçu de nos *compañeros* madrilènes. Aussi, avant d'exposer à nos lecteurs quelques-unes des choses qui m'ont le plus intéressé dans la capitale de l'Espagne, avant surtout de leur mettre sous les yeux quelques travaux écrits à leur intention par des médecins espagnols et relatifs à des points particuliers de la vie médicale de leur pays, je tiens à dire en quelques mots comment j'ai été reçu et à remercier de tout cœur ceux qui ont contribué de façon plus particulière à rendre mon trop court séjour agréable et charmant.

Mais je dois d'abord exprimer ma gratitude à M. Théodore Steeg, ministre de l'Instruction publique, qui a bien voulu me recommander à M. Geoffray, ambassadeur de France à Madrid, actuellement à Paris; et je remercie également M. Geoffray qui m'a permis de trouver auprès de M. Vieugué, chargé d'affaires de France à Madrid, un accueil extrêmement aimable et gracieux dont je demeure à celui-ci infiniment reconnaissant.

Sans relations personnelles à Madrid et désirant profiter de mon séjour pour exposer de vive voix à nos confrères ce que quelques amis et moi avons fait ici pour multiplier et resserrer nos relations avec eux, je m'étais adressé tout naturellement au délégué général de l'UMFIA en Espagne, à Don Luis Ortega Morejón, membre de la Royale Académie de médecine. Je ne saurai jamais traduire ma reconnaissance envers ce très sympathique et distingué confrère pour l'amical dévouement dont il a fait preuve vis-à-vis de moi. Délaissant ses propres affaires, il a consacré la plus grande partie de son temps, pendant mon séjour à Madrid, à me guider, à me conduire là où il y avait quelque chose d'intéressant à voir ou à entendre au point de vue professionnel. C'est grâce à son initiative que j'ai pu parler à nos confrères dans la magnifique salle de l'Ayuntamiento (Hôtel de ville) où se tiennent les séances de l'*Ateneo-médico-farmacéutico*, dont il est le président, et c'est sur sa recommandation que j'ai eu le très grand honneur de voir ma conférence sur *Les Médecins et l'Entente intellectuelle franco-espagnole* présidée par l'éminent alcalde de Madrid, don Joaquín Ruiz Giménez. Les trop aimables et trop flatteuses paroles avec lesquelles celui-ci m'a présenté à mes auditeurs, la sympathie confraternelle que je sentais chez ces derniers ont rendu plus facile ma téméraire entreprise de faire une conférence en castillan dans la capitale même de la Castille. J'ai au début sollicité la bienveillante indulgence de ceux qui m'écoutaient, je les remercie aujourd'hui encore une fois de me l'avoir accordée.

Je ne reviendrai pas ici sur ce que j'ai exposé là-bas, à savoir l'organisation et le but de cette UMFIA, dont je suis le parrain puisque je lui ai donné ce nom, mais dont l'idée première appartient exclusivement et en propre à mon vieil ami Louis Dartigues, puis aussi le projet de réunir à Paris en 1914 un Congrès des sciences médicales en langue espagnole, et celui que caresse depuis si longtemps Bandelac de Pariente, d'élever à Paris un hôpital espagnol pour les indigents appartenant à la nation voisine et aux républiques sud et centro-américaines. Je signalerai surtout ici que j'ai insisté dans ma conférence sur ce point, que nos confrères espagnols trop modestes ne font pas assez connaître leurs travaux en France, d'où il suit qu'on ne les y prise peut-être pas à leur réelle valeur.

S'il me fallait citer tous ceux de qui j'ai reçu un très confraternel et sympathique accueil il me faudrait énumérer trop de noms. Je dois cependant une mention particulière au docteur Don Enrique de Isla, « doyen du Corps médical de la Beneficiencia provincial de Madrid », qui m'a fait visiter, avec une parfaite bonne grâce, l'admirable salle d'opérations installée par ses soins à l'Hópital général, au docteur Gutierrez, comte de San Diego, chirurgien de la Real Cámara et membre de la Royale Académie de médecine, qui m'a guidé de façon charmante à travers les nombreux services du très remarquable Instituto Rubio qu'il dirige avec une habileté devant laquelle tout le monde s'incline.

A la Société d'hygiène, où j'ai pris également la parole en faveur des idées d'entente et d'union intellectuelles et professionnelles, j'ai été présenté de très gracieuse façon par don Angel Fernandez Caro y Nouvílas, Inspecteur général de santé de la Marine, et sénateur.

Grâce à l'érudit Don Rafael Altamira y Crevea, Directeur général de l'Enseignement, dont on applaudissait récemment une conférence à la Sorbonne, j'ai eu l'honneur d'être reçu par S. Ex. M. Lopez Muñoz, ministre de l'Instruction publique en présence de don Fernando Lopez Monís, secrétaire de la Chambre des députés. Grâce aussi à notre éminent confrère, Don Angel Pulido, orateur réputé, membre de la Royale Académie de médecine et sénateur inamovible, j'ai pu obtenir d'être présenté également à S. Ex. M. Navarro Reverter, ministre des Affaires étrangères. Il m'a été ainsi donné d'exposer à ces deux hommes d'État le but de ma venue à Madrid, et j'ai eu la très grande joie de recevoir, avec leur approbation, la promesse formelle de leur appui pour nos groupements.

Puisque j'ai parlé du docteur Angel Pulido, je le remercie bien vivement des choses aimables que le *Siglo Médico*, dont il est un des propriétaires, a dites de la *Gazette des hôpitaux* et de son envoyé.

Enfin, je n'oublierai pas que, la veille de mon départ, l'alcalde D. Joaquín Ruiz Giménez me faisait l'honneur de me convier à un déjeuner où j'avais le plaisir de rencontrer quelques médecins éminents de Madrid.

Certes, comme je l'ai dit là-bas, tant de prévenances et d'honneurs étaient excessifs à ne considérer que ma modeste personnalité, mais je n'ai eu garde de croire qu'ils s'adressaient à elle seule. C'est aux idées d'entente intellectuelle et de communion dans le travail, idées dont j'étais le porte-parole occasionnel chez nos confrères d'Espagne, qu'allaient les égards dont je fus comblé chez eux. Et je m'en réjouis sincèrement, car seules les idées comptent, si humble que soit celui qui les propage, et dans l'accueil chaleureux que j'ai reçu à Madrid et dont je conserverai ineffaçable le reconnaissant souvenir, je suis heureux de voir un présage très net de triomphe pour nos projets d'entente fraternelle entre Latins.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

UN CAS D'ANÉMIE PERNICIEUSE PROGRESSIVE
A TYPE APLASTIQUE

Par MM. J. BAYLAC,
Agrégé, médecin des hôpitaux, chargé du cours de clinique médicale,
et M. PUJOL,
Chef de clinique à l'Université de Toulouse.

L'anémie pernicieuse progressive décrite par Bierner en 1868 comme une entité morbide a été démembrée par les recherches modernes de laboratoire et ne constitue plus à l'heure actuelle qu'un syndrome clinique dû à des causes morbides variées mais définies pour la plupart. Cependant de même que dans le syndrome épilepsie ou hémoglobinurie il reste encore place pour un type essentiel, de pathogénie inconnue, de même il est un type d'anémie pernicieuse progressive qui reste élevé au rang de maladie. C'est là un cadre encore nécessaire mais très probablement provisoire, car les récentes découvertes hématologiques dénient à cette formule d'anémie pernicieuse une formule sanguine spécifique.

Pour l'anémie symptomatique comme pour l'anémie cryptogénétique, des divisions basées sur les réactions des organes hématopoïétiques permettent de décrire une anémie plastique, hypoplastique ou aplastique suivant que les réactions sanguines existent, manquent ou demeurent rudimentaires.

La forme plastique est la plus fréquente. Le pronostic en est grave mais non désespéré et on peut voir la guérison se produire. Dans la forme aplastique, si l'absence de réaction hématopoïétique persiste le pronostic est au contraire toujours fatal. L'anémie pernicieuse aplastique se caractérise par l'abaissement considérable du nombre des hématies contrastant avec une valeur globulaire élevée, par de la leucopénie, de la diminution du nombre des hématoblastes, l'absence complète d'hématies nucléées et de réaction myéloïde, et par l'irrétractilité du caillot.

Voici l'observation que nous venons de relever dans notre service; elle est comme on pourra le voir intéressante à plusieurs égards.

Observation. — La nommée Anita X..., trente-sept ans, ménagère, de nationalité espagnole, demeurant à Toulouse depuis un an, rue du Ravelin, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Germaine, lit n° 1, le 6 décembre 1912.

Ses *antécédents héréditaires* ne nous révèlent rien d'intéressant; son père est mort à cinquante-quatre ans des suites d'un ictus apoplectique; sa mère est morte à cinquante ans subitement. Elle a une sœur âgée de trente-deux ans qui habite l'Espagne, a plusieurs enfants et se porte bien.

Elle ne peut donner des renseignements précis sur sa première et sa deuxième enfance, sinon qu'elle a eu vers quatorze ans des « pâles couleurs ». Elle appartient à une famille très pauvre qui la place à treize ans comme domestique. Elle est réglée à seize ans et se marie la même année avec un homme âgé de trente-sept ans, actuellement en traitement à l'Hôtel-Dieu pour troubles gastriques. Elle a eu trois grossesses, une à dix-sept ans, une à vingt et un ans, et enfin elle vient d'accoucher il y a deux mois seulement pour la troisième fois. Elle n'a pas fait de fausses couches, a eu des accouchements normaux et a nourri ses enfants au sein en s'aidant rapidement de bouillies et de panades.

La malade mène une vie très régulière; en outre des soins de son ménage elle travaille dans une fabrique de balais. Elle se nourrit assez mal, car son mari gagne peu; elle mange le plus souvent des légumes, rarement un peu de viande de porc et boit rarement du vin. Son logement est assez vaste, mais humide et peu éclairé; il ne reçoit jamais le soleil.

Sa dernière grossesse a évolué normalement pendant sept mois environ. A ce moment elle a commencé à vomir après le repas et à avoir de la diarrhée sitôt après l'ingestion d'aliments solides. Elle a perdu rapidement les forces, a pâli plus que de coutume en même temps que son appétit disparaissait.

Elle affirme n'avoir jamais eu ni hématémèses, ni melæna.

Les derniers jours de sa grossesse ont été particulièrement pénibles, les vomissements ont redoublé et les évacuations diarrhéiques se reproduisaient jusqu'à six fois en vingt-quatre heures.

Le 5 novembre 1912, sensiblement à terme, elle a accouché spontanément d'une fillette de 2k500 après quelques minutes de douleurs seulement. Immédiatement après l'accouchement elle a été prise d'une hémorragie très abondante et telle que la sage-femme qui l'assistait crut devoir faire appeler notre confrère, le docteur D. Mais quand celui-ci arriva tout était terminé. Les métrorragies ne se sont pas reproduites, et la malade très affaiblie a essayé cependant de se lever le quatorzième jour. Ne pouvant se tenir debout et les vomissements et la diarrhée qui avaient cessé ayant reparu elle se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Examen général. — L'attention est immédiatement attirée par la pâleur cireuse et même cadavérique de la peau avec une légère pigmentation jaunâtre du tour des yeux et de la bouche. La malade n'est pas amaigrie; elle présente au contraire un état de bouffissure de la face et surtout des membres inférieurs assez caractérisé. Il s'agit d'une femme petite, chétive, ridée, paraissant plus âgée qu'elle ne l'est en réalité.

Dès son entrée à l'hôpital, nous nous apercevons qu'elle est incapable de continuer son allaitement qu'elle conduisait tant bien que mal en s'aidant d'un peu de lait de vache. Son nourrisson présente un peu de diarrhée verte et un aspect hypotrophique manifeste. Dans ces conditions, nous nous hâtons de le faire porter à la maison dépositaire des Enfants-Assistés où, confié à une nourrice, il se développe bien et régulièrement depuis.

A l'examen des divers appareils nous constatons :

Du *côté du tube digestif*, bouche en mauvais état avec une denture presque complètement cariée. Pâleur excessive de la muqueuse des joues, des lèvres et du voile. La malade vomit fréquemment, mais non régulièrement après les repas, des matières filantes et bilieuses. Le matin à jeun elle n'a pas de clapottage gastrique, et ses vomissements alimentaires examinés à plusieurs reprises ont fréquemment montré une très petite quantité, mais nette d'acide chlorhydrique libre. Les tubes de Mette restent à peu près inattaqués cependant. Les selles sont diarrhéiques d'une manière à peu près constante. Examinées fréquemment, *elles n'ont jamais présenté de sang ni d'œufs de parasites*. L'examen microscopique y montre de l'amidon en quantité notable, des noyaux musculaires et une assez grande quantité de graisse colorée au Sudan. La digestion est donc très défectueuse. La traversée digestive se fait en trente-six heures environ.

L'*examen de l'appareil respiratoire* est négatif. Hormis un peu de polypnée (26) nous ne constatons rien d'anormal. Les sommets sont sains et une cuti-réaction à la tuberculine demeure négative (14 décembre).

A l'examen du cœur nous constatons que la pointe bat dans le cinquième espace intercostal et qu'il existe une tachycardie modérée. A la pointe, souffle mésosystolique, bruit de diable très net aux jugulaires. La tension artérielle est abaissée à

13-10 à l'oscillomètre de Pachon, à 100 millimètres au sphigmo-signal de Vaquez.

Du côté du foie, rien à signaler, sauf peut-être une hypertrophie légère. La matité sur la ligne mamelonnaire est de 12 centimètres; la rate paraît également en légère hypertrophie, mais la palpation ne permet pas de la sentir.

Au niveau du squelette, et en particulier des tibias, douleurs légères survenant par intermittences.

Du *côté du système nerveux*, nous ne relevons aucune particularité. Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière. Au niveau du fond de l'œil on ne relève pas d'hémorragies, cependant la vue de la malade a légèrement baissé. L'intelligence est intacte, notre malade est gaie et plaisante volontiers.

Du côté des organes génitaux, rien n'est à signaler. Le col de l'utérus est normal, la malade n'a pas de pertes, l'utérus est d'un volume normal. Depuis son hémorragie du moment de la délivrance, elle n'a plus constaté une seule goutte de sang.

L'examen des urines est pratiqué avec le plus grand soin par M. Valdiguié, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, ancien élève de l'institut Pasteur de Paris. Voici les résultats obtenus :

Pigments scatoliques	Grande quantité.
Sucre	Néant.
Pseudo-mucine	Présence.
Albumine vraie	Traces indosables.
Albumoses et peptones	Néant.
Albumine acéto-soluble	Néant.
Pigments biliaires	Néant.
Urobiline	Néant.
Indican	Traces normales.

Urines du 14 décembre :

Volume des 24 heures				285cc
Densité				1016
Réaction				acide
Azote total	7^{g}	par litre	$1^{g}99$	par 24 h.
Urée	11^{g}	—	$3^{g}35$	—
Acide urique	$1^{g}218$	—	$0^{g}347$	—
Chlorures	$3^{g}510$	—	1^{g}	—
Phosphates	$1^{g}136$	—	$0^{g}523$	—
Azote uréique	$5^{g}49$	—	$1^{g}56$	—
Rapport azoturique				0,78
$\frac{\text{Acide urique}}{\text{urée}}$				0,103
$\frac{\text{Acide phosphorique}}{\text{urée}}$				0,096

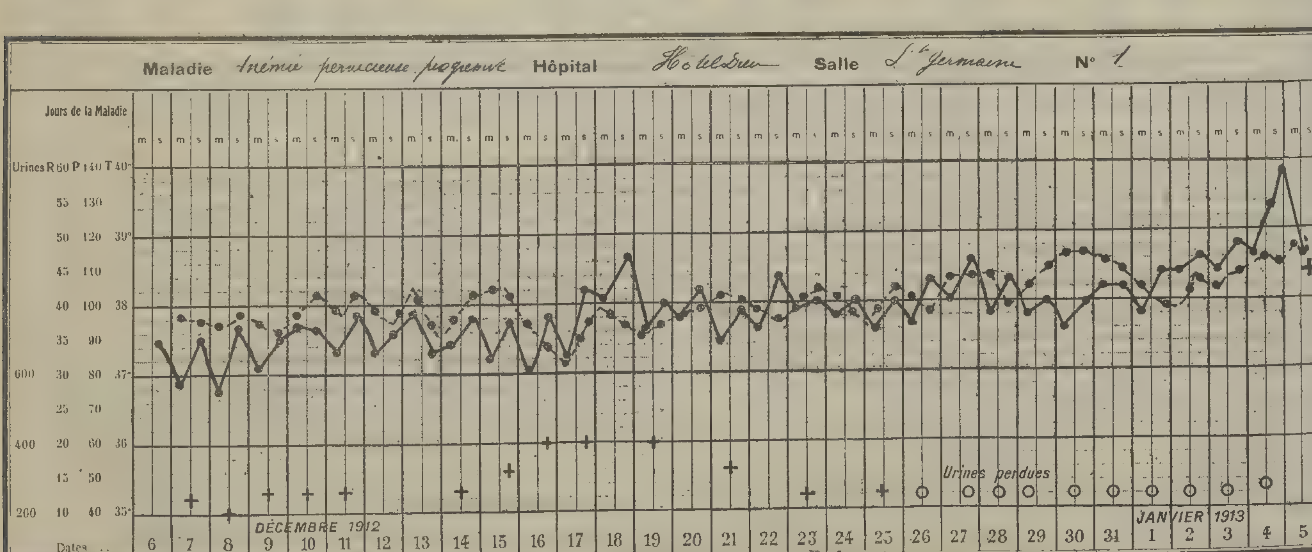
Urines du 15 décembre :

Volume des 24 heures				312cc
Densité				1014
Réaction				acide
Azote total	$6^{g}86$	par litre	$2^{g}14$	par 24 h.
Urée	$11^{g}65$	—	$3^{g}63$	—
Acide urique	$1^{g}20$	—	$0^{g}39$	—
Chlorures	$2^{g}92$	—	$0^{g}91$	—
Phosphates	$1^{g}113$	—	$0^{g}347$	—
Azote uréique	$5^{g}439$	—	$1^{g}69$	—
Rapport azoturique				0,79
$\frac{\text{Acide urique}}{\text{urée}}$				0,109
$\frac{\text{Acide phosphorique}}{\text{urée}}$				0,097

Urines du 16 décembre :

Volume des 24 heures				280cc
Densité				1016
Réaction				acide
Azote total	$6^{g}48$	par litre	$1^{g}81$	par 24 h.
Urée	$9^{g}86$	—	$2^{g}76$	—
Acide urique	$1^{g}136$	—	$0^{g}31$	—
Chlorures	$3^{g}685$	—	$1^{g}03$	—
Phosphates	$1^{g}096$	—	$0^{g}29$	—
Azote uréique	$4^{g}60$	—	$1^{g}28$	—
Rapport azoturique				0,71
$\frac{\text{Acide urique}}{\text{urée}}$				0,115
$\frac{\text{Acide phosphorique}}{\text{urée}}$				0,10

Evolution de la maladie. — La malade est mise d'abord au régime lacté à la fois pour combattre sa diarrhée et aussi pour permettre la recherche du sang dans les selles. Mais elle en prend une si faible quantité qu'on doit rapidement y adjoindre des purées et des pâtes. On lui fait en outre chaque jour des injections hypodermiques de cacodylate de soude et on lui fait prendre des cachets de phytine, protoxalate de fer, noix vomique; on lui donne enfin un peu d'opium pour modérer sa diarrhée. Sous l'influence de ce traitement et du repos au lit, la diarrhée s'amende légèrement, la diurèse se rétablit et les vomissements cessent; le nombre des globules rouges paraît même augmenter et les forces semblent être un peu plus grandes. Mais cette amélioration est d'assez courte durée et la diarrhée devient incoercible. Successivement tous les moyens thérapeutiques (tannigène, bismuth, astringents, sulfate d'hordenine) sont mis en œuvre mais ne donnent que des succès de courte durée.



Pouls -•---•---•--   Urines + + + + +

L'administration de l'hémostyl per os reste sans résultat.

L'état général de la malade baisse de plus en plus, le muguet apparaît et elle est constamment en proie à de la somnolence. Les œdèmes augmentent et il se produit un peu de subdélire tranquille. Malgré tous nos conseils, la famille se refuse à la laisser à l'hôpital et elle l'emporte le 5 janvier. Mais elle a succombé dès son arrivée à son domicile; les fatigues du déplacement ont hâté le dénouement fatal.

Nous n'avons pu procéder à aucune vérification nécropsique.

Examen du sang :

Le 17 décembre :

Globules rouges	1.200.000
Globules blancs	3.500
Hématoblastes	75.000 (?)
Polynucléaires neutrophiles	66 p. 100
Lymphocytes	30 —
Mononucléaires	4 —
Hémoglobine au Talqwist.... 60 à	70 —

Le 26 décembre :

Globules rouges	1.350.000
Globules blancs	3.990
Hématoblastes	»
Polynucléaires neutrophiles	70 p. 100
Lymphocytes	25 —
Mononucléaires	5 —
Hémoglobine au Talqwist	60 —

Le 2 janvier :

Globules rouges	1.080.000
Globules blancs	5.250
Hématoblastes	26.000 (?)
Polynucléaires neutrophiles	58 p. 100
Lymphocytes	32 —
Mononucléaires	9 —
Hémoglobine au Talqwist	»

Réaction de Wassermann négative.

Les hématies examinées à l'état frais dans le sérum de Hayem sont très isolées et ont assez peu de tendance à s'empiler comme à l'état normal. Sur des préparations desséchées et colorées au Pappenheim (May-Grünwald et Giemsa) on peut voir à un degré assez marqué l'anisocytose ou inégalité du diamètre des hématies et une polychromatophilie légère. *Nous n'avons rencontré aucune hématie nucléée*, mais par contre un nombre assez grand d'hématies géantes.

La numération des hématoblastes n'est pas aisée; nous avons essayé de la faire en prenant des moyennes par rapport au nombre des globules rouges. Nous ne donnons point pour certains les chiffres avancés; il n'est pas douteux cependant que le nombre des hématoblastes est sensiblement au-dessous de la moyenne et qu'il nous a paru diminuer progressivement. Le caillot cependant se rétractait rapidement et la coagulation était toujours très rapide.

En ce qui concerne les leucocytes, un premier fait s'impose tout d'abord, c'est la leucopénie extrême et le chiffre peu élevé du taux des polynucléaires neutrophiles.

Malgré toute l'attention que nous avons apporté sur ce point le sang de cette malade ne présente aucune trace de réaction de la moelle osseuse. Il n'y a pas de myélocytes. Les polynucléaires éosinophiles sont très rares. Il n'y a pas d'éléments embryonnaires.

En résumé, les principaux caractères hématologiques de notre observation conduisent à en faire une anémie du type aplastique.

Seules les conditions de la coagulation et de la rétractilité du caillot sont anormales par rapport au nombre de globules, mais les travaux d'Aubertin, d'Aynaud ont montré que le fait se rencontrait assez souvent. Ce type aplastique de notre anémie a persisté à tous nos examens et s'est encore accentué progressivement.

En ce qui concerne l'hémoglobine nous avons fait deux examens, et la valeur globulaire s'est montrée élevée.

La résistance globulaire examinée par le procédé de Vaquez se montre très légèrement augmentée, l'hémolyse commence seulement au tube 38 au lieu du tube 42 (sérum à 7 p. 100), elle se répartit sur un nombre sensiblement plus élevé de tubes.

L'épreuve de Donath et Landsteiner est négative; le sérum de la malade ne contient pas d'hémolysine pour les globules rouges d'un sujet normal. La goutte de sang étalée sur le papier buvard de Talqwist s'entoure d'un large liséré aqueux (signe de Sabrazès).

En résumé, il s'agit d'un cas d'anémie à évolution rapidement fatale survenue vers le 7e mois de la grossesse avec des troubles gastro-intestinaux graves chez une femme multipare, mal nourrie et vivant dans des conditions hygiéniques très mauvaises; cette anémie n'a été améliorée en aucune façon par l'accouchement.

L'examen hématologique montre ici deux groupes importants de signes :

(*a*) Des signes de déglobulisation intense ; (*b*) l'absence de réaction des organes hématopoïétiques; (*c*) accessoirement les signes non spécifiques de toutes les anémies graves : modifications de la formule leucocytaire, présence de globules rouges géants, polychromatophilie, élévation de la valeur globulaire. L'origine de cette anémie est inconnue, et l'examen de tous les organes est négatif.

Nous pouvons affirmer qu'il s'agit d'une anémie pernicieuse progressive à forme aplastique, type correspondant surtout à la description clinique de Biermer et antérieurement déjà signalé par Trousseau. Un point nous arrêtera tout d'abord, c'est le rapport possible mais non certain de cette anémie avec la grossesse.

Notons que notre malade a été une chlorotique dans son enfance, qu'elle vit dans de mauvaises conditions hygiéniques du logement et de l'alimentation, et que ni l'accouchement, ni le sevrage n'ont eu une influence heureuse sur l'évolution de l'anémie.

L'influence possible de la grossesse sur le développement des anémies graves a été scientifiquement envisagée pour la première fois par l'allemand Gusseron en 1871. Les auteurs italiens, peut-être pour des raisons locales qui nous échappent, ont fourni sur ce point un riche matériel d'observations.

Garipuy et Claude, Dulous et Audebert, Bar ont publié en France un certain nombre de cas intéressants, mais leurs conclusions sont singulièrement discordantes. Pour les uns, entre la grossesse et l'anémie il n'y aurait qu'une simple coïncidence et la grossesse ne jouerait que le rôle de prédisposition banale ; pour les autres, il y aurait en réalité relation de cause à effet et l'anémie pernicieuse de la grossesse cesserait ainsi d'être cryptogénétique pour devenir symptomatique.

L'évolution dans notre observation peut-elle nous permettre de nous ranger à telle ou telle conclusion ? Nous ne le pensons pas ; d'ailleurs dans les diverses observations publiées l'accouchement ou l'avorte-

ment thérapeutique ont abouti, suivant le cas, à des résultats très différents. Parfois il y a eu amélioration considérable et même guérison ; mais le plus souvent l'anémie a continué son évolution fatale. Il en est ainsi dans le cas de Garipuy et Claude et dans le nôtre : la situation s'est aggravée surtout depuis l'accouchement, peut-être à cause d'une violente hémorragie de la délivrance que l'anhématopoïèse ne pouvait arriver à combler.

Est-il permis dans ce cas de penser à une anémie pernicieuse d'origine digestive ? Cette pathogénie a été invoquée par de nombreux auteurs et la gravité et la persistance des troubles gastro-intestinaux permettent d'affirmer chez notre malade l'existence de lésion profonde de la muqueuse intestinale. Mais rien ne nous autorise à faire de ces lésions la cause plutôt que l'effet de la maladie.

Notre observation présente encore deux points du plus haut intérêt : le caractère aplastique de l'anémie et l'absence de troubles de la rétractilité du caillot.

L'anémie pernicieuse à forme aplastique est particulièrement rare et d'après Ribierre il existe à peine dans la science une douzaine de cas authentiques où ce syndrome soit montré d'une manière constante.

D'autre part, malgré la très grande diminution des hématoblastes, le caillot était très rétractile et la coagulation s'est faite dans le temps normal. Or dans une étude récente (*Presse médicale*, janvier 1913), Pagniez a essayé de montrer que la plaquette sanguine est considérée sinon comme productrice de la coagulation comme l'avait avancé Hayem, du moins comme régulatrice de la rapidité de la coagulation ; Achard et Aynaud s'étaient naguère il est vrai élevés contre le rôle attribué à l'hématoblaste. Dans notre observation où la très grande diminution du nombre des hématoblastes est incontestable la coagulation a été absolument normale et le fait mérite certainement de retenir l'attention.

LE CONGRÈS DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE

(Paris, 17-20 mars 1913.)

Le 17 mars 1913, la Faculté de médecine de Paris a ouvert ses portes aux Congrès d'éducation physique, comme elle les a ouvertes, quelques années auparavant, aux Congrès de physiothérapie, et comme elle les ouvrira bientôt aux Congrès d'eugénique. C'est ainsi qu'elle répond à ceux qui lui reprochent de s'enfermer en des formules surannées et de maintenir immobile, au milieu du tourbillon qui emporte les sciences modernes en une course rapide et vers des buts changeants, la tour d'ivoire infrangible et close des traditions séculaires. Obéissant sans effort à la main habile de son jeune doyen, la vieille Faculté a fait volte-face, et entend bien aujourd'hui que tout ce qui est nouveau se passe chez elle.

N'est-ce pas, en effet, le professeur LANDOUZY qui nous a dit, en ouvrant un Congrès de physiothérapie, que la pharmacopée était morte, ou peu s'en faut, et que tout l'avenir était aux physiothérapeutes ? Nous n'en demandions pas tant ! — N'est-ce pas lui encore qui, à la récente réunion, en Sorbonne, où se fonda la première Société française d'eugénique, nous déclara que l'eugénique, l'éducation physique, etc., n'étaient autre chose que la médecine de l'avenir ; et, reprenant le mot et l'idée que MAUREL (de Toulouse) et moi-même, avions proposés en des Congrès précédents, il rebaptisa *Hominiculture* l'ensemble de ces sciences nouvelles, et les réclama pour les médecins. Là encore, notre doyen bienfaisant semble avoir été plus loin que le plus avancé d'entre nous, car, s'il convient désormais que les jeunes médecins reçoivent, à la Faculté, non seulement des notions de clinique et de thérapeutique chimique, comme par le passé, s'il devient nécessaire qu'on leur apprenne un peu de thérapeutique physique, qu'on leur donne des notions d'élevage humain, qu'on les prépare à surveiller la procréation, la puériculture, et l'hygiène scolaire, à diriger l'éducation physique des adolescents et des jeunes filles, à contrôler l'exercice des adultes et des vieillards, etc., s'il faut, pour cela, qu'ils aient quelques connaissances pratiques de ces sujets (et non pas seulement une matière à développements littéraires), l'on ne peut cependant point demander que tous les médecins soient, au sortir de la Faculté, capables de remplir les délicates et multiples fonctions que suppose l'exercice de ces spécialités. Au surplus, les problèmes de l'eugénique, de l'élevage humain, etc., touchent à trop de questions sociales pour être résolus par les médecins seuls. Il y faudra, sans doute, des médecins spécialisés dans l'étude de ces connaissances, mais aussi des sociologues, des légistes, des hommes politiques, etc. De même, l'éducation physique exigera toujours des *praticiens*, auxquels le médecin le mieux doué ne pourra se substituer. Si donc il est nécessaire, dans l'intérêt de l'éducation physique comme dans l'intérêt des médecins, que ceux-ci y prennent la place qu'ils n'avaient point su, voulu, ou pu prendre jusqu'à ces dernières années, s'il est sage que la Faculté se préoccupe de préparer ses élèves et l'opinion à cette évolution, il ne faut pas cependant perdre de vue que les questions d'éducation physique ne sont pas seulement des questions médicales, et qu'il leur serait préjudiciable d'être entre les mains des seuls médecins.

Ainsi donc, ceux de nos Maîtres, qui ont choisi l'heure présente pour faire entrer l'éducation physique à la Faculté de médecine, ont fait montre d'un opportunisme averti et d'un sens très pratique de l'actualité. Mais, maintenant qu'ils vont avoir sous les yeux un ensemble d'éléments qui leur permettra de mieux connaître des questions avec lesquelles ils n'étaient peut-être pas, jusqu'ici, assez familiarisés, ils devront se faire une idée plus juste et plus complète de la place qui convient à chaque profession, ainsi qu'à chaque homme et à chaque chose. En ceci, comme en tout, l'harmonie, la proportion, la coordination constituent la meilleure garantie de succès, pour des efforts qui ne peuvent être que collectifs.

*
* *

Ce nouveau Congrès a pour caractéristiques (en outre de sa présence à la Faculté) son éclectisme et l'extension remarquable donnée au programme de ses travaux. Il n'y a pas bien longtemps, l'éducation physique, pour tout le monde, c'était simplement la gymnastique, et toute la question de l'éducation physique semblait se résumer en une dispute entre les différentes gymnastiques. Il y a deux ans à peine, au moment où commençait la préparation du présent Congrès, ses premiers protecteurs ne virent précisément en lui que l'occasion d'une scène favorable, où se hausserait cette dispute. En des articles de grande presse, autant que de presse médicale, ils lui offrirent un patronage, que les organisateurs trouvèrent trop bruyant pour être désintéressé. Il parut à ceux-ci qu'organiser une lice pour faire triompher la gymnastique suédoise aux dépens de la gymnastique allemande (à moins que la gymnastique japonaise ne les supplantât toutes les deux) était un but insuffisant pour leur ambition. Ils craignirent ces querelles, d'ailleurs amusantes pour les spectateurs désintéressés, mais qui risquaient de ridiculiser quelque peu leur entreprise

Pleins d'une juste sollicitude pour l'avenir de l'enfant qu'ils allaient mettre au monde, ils s'écartèrent bien vite de ces parrains dangereux et, dans l'excès de leur zèle, bannirent même ceux qui leur avaient signalé le danger! En même temps, ils s'assuraient la bienveillance facile de tous ceux, fort nombreux, que les idées modernes d'amélioration de la race, d'éducation sportive, de perfectionnement militaire, ne laissent jamais indifférents. Voilà pourquoi, dans la brochure explicative et annonciatrice du Congrès, qui compte 33 pages (dont 3 1/2 consacrées au programme des travaux, et 8 au règlement), il n'y a pas moins de 21 pages 1/2 pour énumérer l'Etat-major qui sauvegarde le jeune Congrès des alliances compromettantes, et le défend contre la main-mise des collaborateurs trop zélés.

Nous n'en avons que plus de regrets de n'y point voir les noms des bons ouvriers qui ont préparé et rendu possible l'évolution actuelle! Depuis dix ans et plus, ils ont lutté sans gloire, mais non sans peine, et l'œuvre d'aujourd'hui n'est que la conséquence de l'œuvre d'hier. Le premier Congrès international de l'éducation physique a été tenu à Paris, en 1900, sous la présidence de M. le professeur BOUCHARD. Il a été organisé par M. DEMENY, le secrétaire général, qui sut grouper, à cette occasion et depuis, une pléiade de bons collaborateurs. Deux autres Congrès ont été tenus, ensuite, l'un à Liége, l'autre à Bruxelles, et pour ces trois premiers Congrès, le choix de la ville et du moment avait été inspiré simplement par l'existence des expositions internationales au même lieu et au même moment. Du premier Congrès était née une commission permanente qui assura l'organisation et le succès des deux suivants, et groupa, dans chaque pays, des hommes de bonne volonté qui surent préparer à l'éducation physique l'ère nouvelle où elle va entrer. En 1912, une quatrième session de ces Congrès internationaux devait se tenir à Rome : la guerre italo-turque, celle des Balkans, sont venues ajourner d'abord, puis renverser ce projet. C'est précisément à ce moment que la Faculté se mit en mesure d'organiser le Congrès de 1913. Les membres de la Commission permanente des Congrès précédents pensèrent donc qu'il était préférable de ne pas chercher, pour l'instant, à fixer la date et le lieu de leur suivante session, qui risquerait de faire double emploi avec le Congrès de la Faculté. Ils estimèrent qu'il serait profitable au contraire de fusionner les deux organismes, et de faire en sorte que le Congrès de la Faculté, continuant les Congrès précédents, ne bénéficiât pas seulement des idées et des travaux qui en étaient issus, mais aussi de l'expérience et de la bonne volonté des hommes qui les avaient organisés. C'est pourquoi, au moment même où débutait la préparation du Congrès de 1913, ils proposèrent une fusion : mais elle ne fut point acceptée.

On trouvera, dans les comptes rendus des trois premiers Congrès (Paris, Liége, Bruxelles), toutes les idées qu'il appartient maintenant au nouveau Congrès de Paris de classer et de coordonner. A cet égard, son organisation est supérieure à celle des précédents. Il est divisé en sept sections. La première a pour objectif l'étude des exercices physiques au point de vue physiologique, les mesures de la résistance et de l'entraînement, le classement des types humains, les rapports de l'alimentation et du travail musculaire, la réglementation des mesures de contrôle pour l'éducation physique et les sports, l'emploi de la photographie et de la radiographie pour le même but. Dans la deuxième section, on parlera cinésithérapie, ce qui n'est peut-être pas très en place. Il est, cependant, des questions d'éducation physique, qui sont tout à fait du domaine des cinésithérapeutes; mais il conviendrait vraiment de fixer les éducateurs physiques sur les frontières qui les séparent des thérapeutes. C'est à quoi aurait pu servir une section de cinésithérapie dans un Congrès d'éducation physique. Son œuvre n'aurait point été inutile, puisque la plus grande partie des éducateurs physiques qui exercent en France leur profession (notamment les Suédois) ne font guère, sous ce nom, que de l'exercice illégal de la médecine. En inscrivant simplement au programme du Congrès une section de cinésithérapie, paraissant être, comme les autres sections, une simple partie d'un tout, l'éducation physique, on tend donc à renforcer une erreur qui est, depuis longtemps, préjudiciable aux malades, aux médecins et aux éducateurs physiques. La troisième section a pour objectif l'éducation scolaire, et c'est là, en réalité, celle qui a la plus lourde tâche et qui peut faire l'œuvre la plus utile. C'est au collège, où passent tous les enfants (et non à la caserne où l'on a bien autre chose à faire), qu'il faut donner, à la nation, l'éducation physique qui fera le citoyen robuste, bien portant, et sain d'esprit. La quatrième section, qui a pour objet la préparation militaire, la gymnastique et les sports de combat, nous montrera, d'ailleurs, qu'entraîner un soldat ou élever un enfant sont deux choses différentes, et que si les écoles militaires devaient se proposer comme objectif de soigner des malingres, et de faire de paisibles citoyens, elles ne pourraient plus former des combattants. La cinquième section a la tâche la plus facile avec l'étude des jeux et des sports. La sixième section se propose d'étudier les rapports des différentes variétés de tourisme (aérien, maritime, terrestre) avec l'éducation physique. Enfin, la septième section a la tâche la plus neuve : l'éducation physique de la femme.

Aux travaux des sections, se joindront des démonstrations pratiques qui seront, certainement, le principal attrait du Congrès. M. le commandant BOBLET, de la célèbre école de Joinville, fera manœuvrer ses élèves militaires. M. DEMENY nous montrera ce qu'il a déjà réalisé dans les lycées de jeunes filles de la Ville de Paris. Son élève, le lieutenant HÉBERT, montrera aussi les très remarquables résultats qu'il a obtenus chez les marins par l'application d'une éducation simple et rationnelle, qu'il a lui-même conçue et réglée d'après les principes du cours d'éducation physique de la Ville de Paris. M. le médecin-major THOORIS nous apprendra à classer les hommes au point de vue de leur rendement et d'après leur morphologie. Enfin, M. le docteur TISSIÉ montrera ce qu'il obtient, depuis longtemps déjà, dans le sud-ouest de la France qui est comme le pays d'élection et d'origine du réveil sportif français.

A ces démonstrations, qui seront vraiment les clous du Congrès, se joindront diverses manifestations sportives, ainsi que leur étude physiologique au laboratoire spécial du Parc des Princes, créé jadis pour MAREY et DEMENY. Enfin, la vaste exposition qui est annexée au Congrès comprend une section artistique, une section scientifique, une section industrielle, ainsi qu'une section rétrospective, qui n'en sera pas le moindre attrait.

MAURICE FAURE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 MARS 1913)

Guérison par l'émétine d'un abcès du foie d'origine dysentérique. — M. CHAUFFARD apporte un nouveau fait qui vient confirmer ses publications antérieures et prouver la remarquable influence exercée par l'émétine sur la dysenterie amibienne et ses complications. Comme dans le cas rapporté par MM. Flandin et Dumas, il s'agissait d'un abcès du foie qui fut opéré et dont la guérison fut exceptionnellement rapide après l'introduction de 3 doses de 4 centigrammes sous la peau et de 8 centigrammes dans la poche. Homme de quarante ans, sans aucun antécédent colonial, atteint de dysenterie en juillet 1912, ayant eu depuis la guérison plusieurs poussées d'hépatite amibienne aiguë, entre à l'hôpital avec des signes manifestes d'abcès du foie (foie hypertrophié,

œdème de la paroi, circulation collatérale, subictère, leucocytose, immobilisation du diaphragme à la radioscopie, etc.). La thoracotomie est pratiquée par M. Labey, il s'écoule un pus chocolat stérile, et dans un fragment de la paroi de l'abcès on trouve des amibes. Il s'agit donc d'un cas de dysentérie nostras analogue à ceux qui ont été signalés par MM. Gaussade et Gaillard, et il semble qu'on doive désormais, même dans nos pays, penser toujours à la possibilité de la dysenterie amibienne. Le second point intéressant de cette observation, c'est qu'après le traitement par l'émétine l'écoulement du pus par la plaie se tarit, et onze jours après, la guérison est complète et paraît définitive.

M. Rouget cite le cas d'un malade atteint d'un abcès du foie à forme torpide évoluant sans fièvre depuis 1905. Chaque année le malade avait des poussées douloureuses du côté du foie. Le diagnostic était resté longtemps en suspens, mais récemment la radioscopie, et une ponction exploratrice montrent la présence d'un abcès du foie. Instruit par M. Chauffard du rôle de l'émétine, M. Rouget, les jours suivants, se contente d'une ponction simple, retirant 200 centimètres cubes de pus et introduit sous la peau 8 centigrammes d'émétine. L'amélioration a été extraordinairement rapide et le malade paraît guéri.

M. Chauffard, à une demande de M. Milian, déclare que la toxicité de l'émétine s'est montrée très faible expérimentalement, et que la toxicité est nulle aux doses employées, et qui ont paru suffisantes jusqu'ici chez l'homme pour amener la guérison.

Contrôle et mise en valeur par les méthodes graphiques de quelques phénomènes stéthoscopiques dans deux cas de bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire complète. — MM. G. Clarac et C. Pezzi ont suivi et signalé, au cours de nombreuses révolutions cardiaques successives, les bruits produits par les contractions des oreillettes et les modifications apportées à ces bruits par la variation de leurs rapports avec les systoles ventriculaires.

Les auteurs attirent, d'autre part, l'attention sur la grande fréquence des souffles tricuspidiens et mitraux au cours de la dissociation auriculo-ventriculaire complète et pensent que, dans un grand nombre de cas, il s'agit d'insuffisances fonctionnelles dues surtout à la perturbation apportée au jeu des valves par l'action discordante des systoles auriculaires et ventriculaires. Cela serait surtout vrai au début de la dissociation auriculo-ventriculaire, la lésion orificielle tendant à se titulariser à la longue.

M. Josué fait remarquer que les bruits auriculaires qu'on entend à la région précordiale, chez les malades atteints de pouls lent, ont été décrits depuis longtemps sous le nom de *systoles en écho*.

L'auscultation de la jugulaire permet de faire le diagnostic de dissociation auriculo-ventriculaire et de bradycardie totale.

Il insiste enfin sur ce point que très souvent l'on trouve le rhumatisme articulaire aigu à l'origine et des lésions mitrales constatées et de la dissociation auriculo-ventriculaire.

Pneumothorax artificiel et emphysème du médiastin. — M. L. Galliard. Est-il possible de réaliser l'emphysème du médiastin par piqûre des espaces interlobulaires et insufflation d'azote sans lésion des vésicules du poumon? La chose paraît douteuse. Si l'accident se produisait, ce serait aux dépens du pneumothorax artificiel.

Lorsque celui-ci a été effectué avec succès, l'emphysème médiastinal peut se produire de trois façons différentes :

1° Par effraction sous-pleurale des vésicules de l'un ou l'autre poumon sous l'influence de la toux quinteuse, absolument comme chez les coquelucheux, alors l'emphysème serait rapidement cervico-sous-cutané et généralisé. Il n'entraînerait pas la disparition du pneumothorax artificiel.

2° Par infiltration, entre les côtes et le feuillet pariétal de la séreuse, du gaz injecté dans la plèvre et s'échappant par le trajet béant du trocart.

3° Par effraction de la plèvre viscérale et des espaces interlobulaires sans lésions des vésicules du poumon (blessure par l'aiguille ou par le trocart), ou par effraction de la plèvre médiastinale (rupture d'adhérences).

Dans ces deux dernières variétés, les éléments de l'infiltration étant fournis uniquement par le gaz injecté dans la plèvre, l'emphysème ne peut se généraliser; il demeure limité au cou et aux régions avoisinantes. Il entraîne la suppression des signes du pneumothorax. Il est incompatible avec l'emphysème sous-cutané au siège de la piqûre.

L'auteur a supposé une effraction médiastinale secondaire chez une femme de vingt-cinq ans qui, ayant subi, sans dommage apparent, l'opération du pneumothorax artificiel à gauche eut, au bout de deux heures, à la suite de violentes quintes de toux, une vive douleur rétro-sternale suivie d'emphysème sous-cutané à la base du cou, à droite. Cet emphysème ne dépassa pas les régions cervicale, scapulaire, axillaire et mammaire du côté droit; il disparut au bout de cinq jours. Il a noté l'absence d'emphysème sous-cutané au siège de la piqûre et la disparition rapide des signes du pneumothorax artificiel. Pas d'autre incident jusqu'au départ de la malade qui voulut quitter l'hôpital quelques jours plus tard.

Contribution au diagnostic radiologique de l'anévrisme de l'aorte. — MM. Letulle, Dujarier et Aubourg apportent un grand nombre de radiographies d'anévrisme de l'aorte et insistent sur deux points importants : la fréquence des anévrismes latents qui ne peuvent être diagnostiqués que par cette méthode, et ne se révèlent par aucun signe classique; la difficulté même, lorsque la tumeur ne bat pas, de faire le diagnostic différentiel entre l'adénopathie et l'anévrisme. Les auteurs citent un cas où l'on pensait à une tumeur du médiastin alors qu'il s'agissait d'un anévrisme de la cime de l'aorte.

Gigantisme eunuchoïde. — M. Clerc présente un malade atteint de gigantisme eunuchoïde, avec cryptorchidie.

M. Poncet insiste sur le rôle de la toxi-infection bacillaire, héréditaire, dans la production de cette affection.

Sur le coefficient azoturique du sérum dans diverses maladies. — MM. Jules Courmont, Boulud, Savy et Gaté apportent 22 nouvelles observations de malades divers chez lesquels on a recherché le coefficient azoturique du sérum. En premier lieu l'alimentation ne paraît pas avoir une influence notable sur le chiffre du coefficient. Dans beaucoup de maladies, pneumonie, cancer, tuberculose avancée, ictère hémolytique congénital, diabète, le coefficient monte à mesure que le sucre diminue dans les urines sous l'influence du régime.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 MARS 1913)

Amyotrophie Aran-Duchenne avec exagération des réflexes. — M. Souques. L'amyotrophie est très marquée, les réflexes exagérés aux quatre membres avec signe de Babinski; le malade est un ancien syphilitique avec Wassermann positif et lymphocytose céphalo-rachidienne; l'auteur pense à une poliomyélite chronique antérieure; l'absence de troubles sensitifs exclut la syringomyélie, la longue durée (dix-huit ans) écarte la sclérose latérale amyotrophique, ce que combat M. Déjerine, la durée de cette affection pouvant être anormalement prolongée. — M. Marie qui connaît bien le malade a porté le diagnostic de compression de la moelle cervicale. — M. Souques objecte l'absence de douleurs.

Hérédo-ataxie cérébelleuse et atrophie papillaire héréditaire. — M. DIDE. L'association de l'hérédo-ataxie, dont les signes sont ici au complet, avec l'atrophie papillaire frappant plusieurs membres de la famille avec scotome central et vision périphérique mieux conservée, n'a été signalée par personne jusqu'ici.

Amyotrophie de la main et décalcification osseuse. — M. THOMAS. Après une fracture du petit doigt, mis dans un plâtre pendant dix jours, une femme présenta l'immobilisation des doigts et du poignet avec amyotrophie des muscles correspondants, actuellement améliorée par les bains galvaniques et décalcification des os de la main. Les réflexes sont exagérés, il n'y a pas de douleur à la pression des nerfs. M. Thomas se demande quelle est la participation du système nerveux dans la genèse des accidents. — MM. SICARD, DÉJERINE et MARIE pensent qu'il s'agit de névrite ascendante. — M. LÉRI voit dans l'aspect radiographique une similitude avec celui du rhumatisme, mais, objecte M. Thomas, il n'y a d'arthrite qu'au poignet non aux phalanges.

Quatre cas de sections nerveuses. — M. SICARD. Un nerf cubital sectionné depuis deux ans, avec réaction de dégénérescence complète, ayant été suturé, la sensibilité revint le jour même; la restauration fonctionnelle est complète deux ans après l'intervention. Dans un autre cas de section du cubital datant de six mois la suture amena l'amélioration progressive. Chez ces deux malades, l'hypothermie locale, d'une dizaine de degrés, a cédé rapidement, la radiographie montre l'absence de décalcification. Par contre, dans deux autres cas où il y avait de la décalcification osseuse et où l'hypothermie ne s'améliora pas rapidement, la suture des nerfs sectionnés n'amena pas la même amélioration; il y aurait donc là deux signes importants pour le pronostic. — M. CLAUDE se demande si le nerf cubital n'aurait pas un rôle de trophicité spéciale, étant donnée l'importance de la décalcification après sa section; l'immobilité ne joue-t-elle pas un rôle dans la genèse de l'hypothermie locale? — M. SICARD fait remarquer qu'elle était dans ses cas limitée au domaine du cubital.

Vertige voltaïque expérimental chez le cobaye. — MM. BABINSKI, VINCENT et BARRÉ. Sur le cobaye sain, non immobilisé, la tête s'incline vers le pôle positif d'autant plus que le courant est plus intense; sur le cobaye dont le labyrinthe est détruit d'un côté, lorsqu'on place le pôle positif du côté de la lésion, l'inclinaison se fait comme normalement, mais exagérée; le pôle positif étant placé du côté opposé à la lésion, l'animal se redresse; ceci pourrait expliquer comment chez l'homme la recherche du vertige voltaïque tantôt aggrave et tantôt soulage les troubles; cette différence tient peut-être à la manière dont sont placés les pôles par rapport à la lésion. Enfin, en cas de destruction labyrinthique double, la tête de l'animal se redresse et la partie antérieure du corps présente seule des mouvements, le train postérieur restant immobile, contrairement à ce qui se passe normalement. Le vertige peut donc être produit sans l'intervention du labyrinthe : une expérience de Lewandowski semble montrer que celle de l'acoustique n'est pas davantage nécessaire. Enfin, dans les expériences actuelles, les électrodes sont placées derrière les oreilles; en les mettant dans le conduit auditif on provoque de l'hypersensibilité, et les résultats diffèrent.

Laminectomie pour syndrome de Brown-Séquard. — MM. GUILLAIN et P. DUVAL. La malade présentée à la séance de novembre (voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, p. 1847) et atteinte d'un syndrome de Brown-Séquard a subi la laminectomie, mais le chirurgien n'a rencontré, à l'endroit où les symptômes semblaient localiser la lésion, ni tumeur, ni adhérences, ni lésions d'aucune sorte. La malade est néanmoins améliorée. — M. SICARD rappelle que souvent il s'agit en pareil cas de méningite séreuse sur laquelle Horsley a beaucoup insisté en indiquant comme facteurs principaux la gonococcie et la syphilis. — M. GUILLAIN estime que dans son cas la lésion doit siéger plus haut que ne l'indiquaient les symptômes.

Syndrome de Brown-Séquard par méningo-myélite syphilitique. — MM. DÉJERINE et PÉLISSIER. Trois ans après l'infection syphilitique survinrent des douleurs en ceinture puis une paraplégie qui s'améliora de manière à laisser actuellement le syndrome de Brown-Séquard.

Syndrome de Brown-Séquard avec dissociation de la sensibilité. — M. SOUQUES. A la suite d'un violent traumatisme, il y a quatre ans, survint instantanément une paraplégie. Actuellement, on trouve le syndrome de Brown-Séquard avec exagération bilatérale des réflexes rotuliens, clonus, réflexes de défense peu marqués. L'anesthésie présente la dissociation syringomyélique, ce qui est intéressant pour l'interprétation des divers modes de la sensibilité.

Tabes avec mal perforant buccal. — M. SOUQUES. En quelques jours les dents sont tombées, le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur s'est résorbé et la voûte palatine s'est largement perforée. On trouve l'anesthésie complète de tout le trijumeau.

Syndrome de Brown-Séquard traumatique. — MM. LONG et JUMENTIÉ. En juin 1910, le malade reçut dans la région lombo-sacrée un coup de couteau qui sectionna un grand nombre de racines sacrées laissant une anesthésie à topographie radiculaire avec douleurs fulgurantes et une paralysie flasque qui s'améliora quatre mois après. Actuellement est apparue l'ébauche du syndrome de Brown-Séquard avec exagération du réflexe achilléen et signe de Babinski et troubles croisés de la sensibilité.

Syndrome occipital par balle de revolver. — MM. DE LAPERSONNE et VELTER. Le projectile entré par l'orbite, déterminant l'éclatement de l'œil, alla se loger dans le lobe occipital, comme le montre la radiographie. L'état général très précaire les premiers jours fut remonté par deux ponctions lombaires, ce qui permit l'énucléation de l'œil. Il est resté une grosse obnubilation intellectuelle avec désorientation dans le temps et l'espace, amnésie pour tous les faits, aphasie spécialement pour l'évocation des substantifs sans surdité verbale avec un certain degré de cécité verbale. Hémianopsie en quadrant avec rétrécissement concentrique du champ visuel sans la réaction hémiopique de Wernicke.

Clonus continu de la main. — M. TRÉNEL. Le syndrome de Kojewnikoff est ici limité à l'annulaire de la main gauche. La parole est légèrement embarrassée avec un peu de parésie faciale, les réflexes sont forts sans Babinski, lymphocytose insignifiante dans le liquide céphalo-rachidien, grand éthylisme. L'auteur pense à un début de paralysie générale.

Syndrome de Benedikt par tubercule. — M. THOMAS. Une fillette de quatre ans, présentant des gommes tuberculeuses, est atteinte d'une légère hémiplégie infantile avec tremblement intentionnel du membre supérieur et parésie de l'œil de l'autre côté. Wassermann négatif, légère lymphocytose céphalo-rachidienne. L'inoculation du liquide au cobaye fut négative.

Un cas de syringomyélie améliorée par le radium. — MM. ROBIN et CAWADIAS. Dans un cas datant de six ans, avec Wassermann négatif, après échec de la radiothérapie, quatre applications de radium (un centigramme et demi pendant trois à dix heures à trois semaines d'intervalle entre deux séances) amenèrent l'amélioration des troubles moteurs et régression des limites de l'anesthésie.

Névrite ascendante traumatique. — MM. ROBIN et CAWADIAS. Après une longue suppuration du pied apparurent les douleurs ascendantes et la décalcification osseuse.

Myotonie avec amyotrophie. — Mme LONG-LANDRY. L'atrophie, à caractères myopathiques, atteint surtout la racine des membres supérieurs avec développement exagéré des mollets sans réaction de dégénérescence ni contractions fibrillaires, les réflexes sont abolis. La flexion et l'extension de la main se font comme dans le Thomsen avec réaction myotonique.

Crises gastriques tabétiformes sans tabes dans un cas d'ulcus pylorique. — MM. BABINSKI, CHAUVET et GASTOU. Le malade souffrait de crises gastriques subintrantes avec intervalles de santé parfaite. L'examen montra l'absence de tabes et un peu de dilatation de l'estomac avec sensibilité de la région pylorique, sans autre signe d'ulcus. La gastro-entérostomie, pratiquée par M. de Martel, amena une amélioration. L'autopsie permit de reconnaître l'existence d'un petit ulcus juxta-pylorique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 7 MARS 1913)

Un cas d'hystérectomie abdominale angiotripsique par pincement temporaire pour fibromes utérins multiples compliqués de grossesse et de kyste hématique de l'ovaire. — M. DARTIGUES. Il s'agit d'une femme de trente-deux ans chez laquelle l'auteur avait pensé à un gros fibrome avec concomitance de grossesse extopique. Comme il s'agissait d'un cas difficile chez une malade dont l'état général était mauvais, l'auteur pratiqua l'hystérectomie abdominale qu'il a appelée « angiotripsique par pincement temporaire » et qui n'a duré que vingt minutes en tout. Cette opération dispense de ligatures et se borne à l'exérèse en laissant les pinces. C'est, dit l'auteur, « une hystérectomie vaginale renversée ». Faisant la part des cas sur lesquels tout le monde s'accorde, où l'on doit se borner au traitement médical symptomatique, l'auteur affirme que le traitement du fibrome doit être purement chirurgical; les autres thérapeutiques sont illusoires, sont exercées à l'aveugle sur des lésions hypothétiques dont on ne peut connaître la disposition topographique que par la laparotomie. D'après lui, le pourcentage de la mortalité par abstention chirurgicale est plus élevé que celui de l'opération. Le radium n'est pas sans danger et a déterminé des phlébites graves. La castration bilatérale par l'ancienne opération de Battey n'ayant rien donné jadis, M. Dartigues ne voit pas pourquoi la stérilisation artificielle problématique des ovaires par le radium donnerait des résultats meilleurs.

M. DUBRISAY considère que les fibromes de l'utérus peuvent constituer un des accidents les plus graves de la puerpéralité. Tout d'abord, les fibromes ne sont pas une cause de stérilité car il y a des quantités de femmes enceintes qui sont porteurs de fibromes. En ce qui concerne la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, les fibromes de l'utérus soit par leur volume, soit par leur dissémination au milieu du muscle peuvent apporter un obstacle mécanique à la sortie de l'enfant et, d'autre part, provoquer des accidents d'inertie utérine pouvant mettre en danger la vie de la femme.

La buée de la respiration est une solution saline et non de l'eau pure. — M. A. COURTADE. La vapeur d'eau exhalée par la respiration est une solution de sels divers, comme l'auteur l'a indiqué en 1910. Quand on examine au microscope le résidu laissé par l'évaporation de quelques gouttes de buée, on constate que ce résidu est constitué par des cristaux dont la forme correspond à ceux de l'urée et éventuellement à ceux de l'acide urique, de l'urate de soude et du chlorure de sodium; les réactions chimiques de la buée liquide démontrent la présence de ces corps et principalement de l'urée.

La réaction de Moriz-Weisz (ou épreuve du permanganate) **dans l'urine des tuberculeux, sa valeur pronostique.** — M. C. VITRY. La réaction au permanganate (ou de l'urochromogène) consiste à ajouter dans un tube d'urine diluée au tiers quelques gouttes d'une solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000. Elle est positive quand il se développe une couleur jaune d'or. Cette réaction s'observe dans toutes les maladies graves; en particulier dans la tuberculose, elle est l'indice d'un mauvais pronostic. Sa simplicité la rend supérieure à la diazo-réaction d'Ehrlich; les résultats qu'elle fournit, concordent le plus souvent avec ceux que fournit la cuti-réaction à la tuberculine.

Appareils orthopédiques en une substance légère et ininflammable. — M. Carle ROEDERER présente des appareils orthopédiques amovibles qui ont tous les avantages du celluloïd sans en avoir les inconvénients de prix et d'inflammabilité. Son procédé permettrait à tous les praticiens de faire leurs appareils amovibles simples, eux-mêmes, comme ils font leurs appareils plâtrés.

Présentation. — M. BUTTE présente le compte rendu des rapports du premier Congrès des médecins scolaires de langue française.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA GRIPPE INFANTILE

Par M. FRIDAL.

Le traitement de la grippe chez l'enfant ne comporte pas d'indications bien spéciales, et il faut remarquer que dans le jeune âge la grippe est généralement bénigne et de courte durée. Le repos, la diète lactée, la quinine, le sirop Roche au thiocol contre la bronchite font en général tous les frais du traitement.

On redoute, à juste titre d'ailleurs, la broncho-pneumonie chez les enfants grippés. Mais celle-ci n'existe que dans les épidémies graves. Cependant, lorsqu'on aura lieu de la redouter, on utilisera un traitement préventif.

Ce traitement est le suivant :

Bains chauds répétés, cataplasmes sinapisés, la terpine, et s'il y a déjà un léger catarrhe des voies aériennes une à quatre cuillerées à café de sirop Roche au thiocol. Par ce moyen, on réalise une antisepsie bronchopulmonaire suffisante et on tonifie l'état général. On a encore indiqué, pour prévenir la congestion pulmonaire, l'ipéca ainsi formulé :

Racine d'ipéca..........	10 à 20 centigr.
Eau bouillante...............	200 grammes

Passez et ajoutez :

Sirop de capillaire	30 grammes
Acétate d'ammoniaque........	1 —

Donner deux cuillerées à dessert par année d'âge.

Chez les enfants nerveux et issus de parents arthritiques on observe parfois des accès de toux quinteuse pouvant simuler la coqueluche; le bromure, l'antipyrine et mieux le Pantopon (sirop) calmeront ce symptôme.

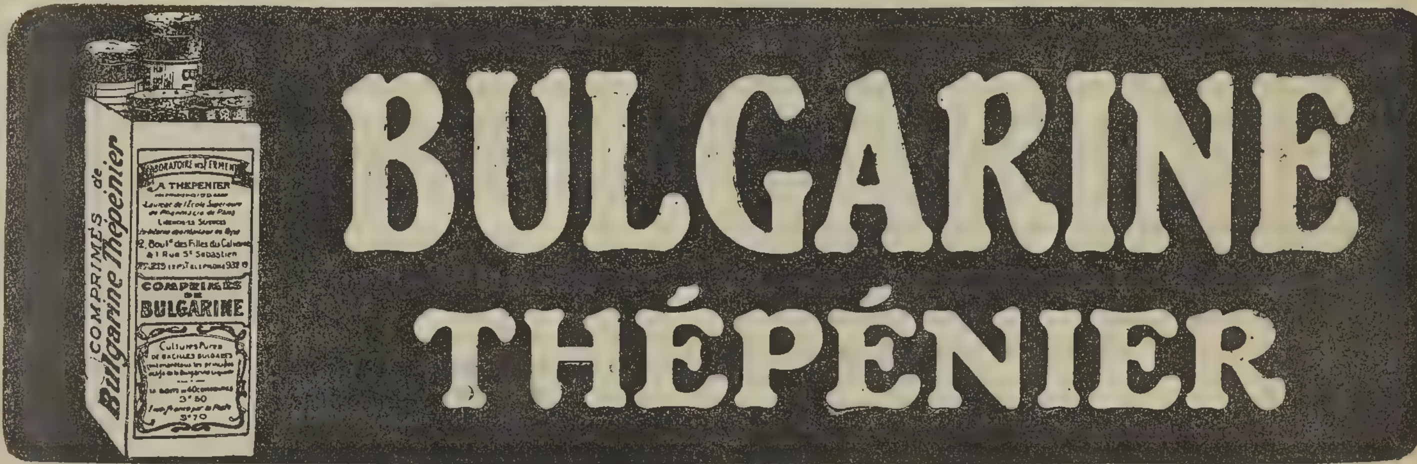
Bien que, chez les enfants, on ait été longtemps sobre de la médication opiacée, on sait aujourd'hui qu'ils la tolèrent fort bien. Le Pantopon Roche, d'ailleurs, opium total soluble, a moins d'inconvénients que tel ou tel alcaloïde de la plante, et à raison d'une à quatre cuillerées à café, sous forme de sirop, il est très actif chez l'enfant.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GINGIVO-STOMATITES
GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS

DYSENTERIES
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

Prophylaxie de la **FIÈVRE TYPHOÏDE** *et du* **CHOLÉRA**



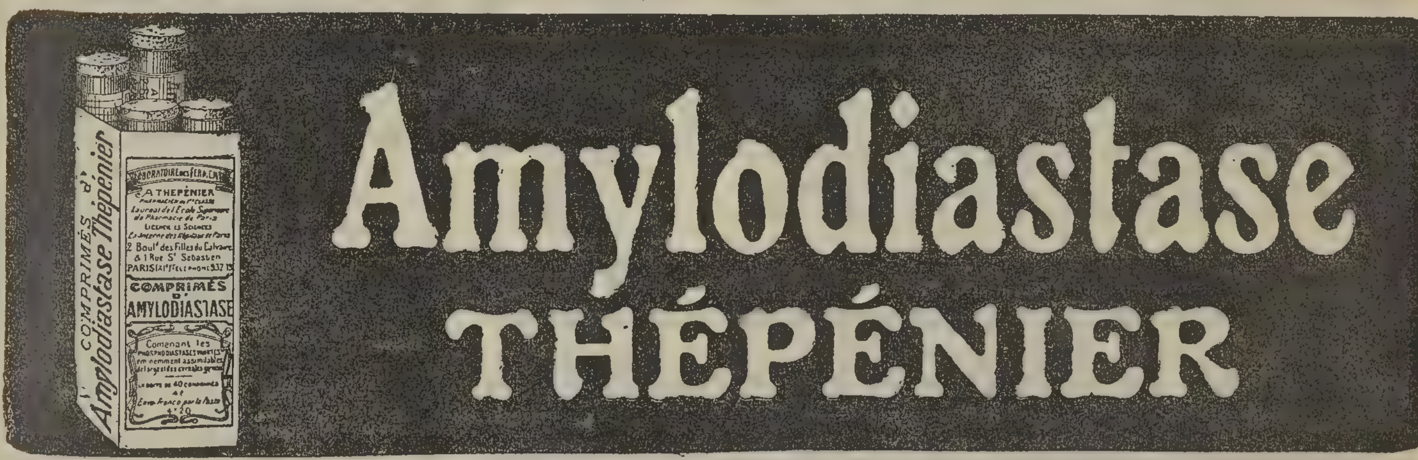
Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* **DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*
Préparation des **BOUILLIES MALTÉES**
PALPITATIONS *d'origine digestive*

TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES
SURALIMENTATION

DIGESTION RAPIDE *des* **FECULENTS**



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le " Laboratoire des Ferments " A. THÉPÉNIER, 12, rue Clapeyron, PARIS

LIVRES NOUVEAUX

La Dyspepsie. Grands symptômes et grands syndromes dyspeptiques (1), par Gabriel LEVEN.

Le docteur Gabriel Leven traite, dans ce volume, certaines questions de pathologie gastrique qui méritaient une revision partielle ou des développements nouveaux. L'auteur dédie son travail à la mémoire du docteur Leven père qui a consacré de nombreuses publications aux maladies de l'estomac et qui a mis en évidence le rôle du plexus solaire dans la pathologie gastrique. D'autre part, les recherches de radioscopie gastrique que G. Leven et G. Barret poursuivent depuis plusieurs années ont transformé un certain nombre de données classiques et ont apporté des notions nouvelles très utiles pour le diagnostic et la thérapeutique. Le livre du docteur Leven est donc rempli d'aperçus originaux; je signale particulièrement les chapitres sur le symptôme douleur, sur l'asthme, la dyspnée et la toux gastrique, sur l'aérophagie, sur l'amaigrissement et l'engraissement des dyspeptiques; ce sont des études cliniques très fouillées dont on peut tirer des renseignements d'un grand intérêt pratique.

M. BRELET.

FORMULAIRE

RÉGIME DES DIABÉTIQUES

Le régime lacté est souvent ordonné aux diabétiques maigres à dénutrition azotée. Le lait n'est pas toujours toléré et donne souvent soif.

C'est alors que d'excellents résultats ont été obtenus avec le « Képhir Salières » champagne lacté, sans sucre, riche en levures, à la dose d'une canette par jour.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 2, fév. 1913.) FAROY : Résultats du traitement chirurgical de 69 cas de cancers et ulcéro-cancers gastriques. — NORERO : Diabète gras au cours d'une pancréatite aiguë partielle. — CADE : Colites infectieuses aiguës chez l'adulte.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 2, fév. 1913.) DIONIS DU SÉJOUR : Des inconvénients et des dangers des laminaires. — M. CHATON : Grossesse extra-utérine et appendicite. — SAVIN : Examen de la trachée et des bronches. — E. CHAMBARD : Le problème de l'anesthésie (*fin*). — J. RAILLIET : Le lait condensé.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 3, 10 fév. 1913.) CRESPIN et CECCALDI : Corticalite fibro-caséeuse tuberculeuse. — CRESPIN et BERNARD : Aphasie et paralysie faciale transitoire au cours d'une tuberculose pulmonaire. — G. PÉLISSIER : Anévrisme traumatique de la carotide externe au niveau de la portion parotidienne. — J. HÉRAIL : Reconstitution de conduit muqueux par les greffes d'Ollier Thiersch. — COCHEZ : Un cas de mort par le Kélene-chloroforme au cours d'une anesthésie.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 9, 2 mars 1913.) Maurice CREYX : Méthode et clinique. — BRAU-TAPIÉ : Kyste dentaire chez un enfant de onze ans. Extirpation, guérison.

(1) In-8 avec figures. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Journal médical français. — (N° 2, 15 fév. 1913.) L. GALLAVARDIN : Pouls alternant et cœur alternant. — Ch. ESMEIN : La tachycardie d'après les données nouvelles. — Camille LIAN : L'épreuve de l'atropine et le diagnostic clinique et graphique des bradycardies. — Paul RIBIERRE : L'influence de la digitale sur le rythme cardiaque, ses indications et contre-indications dans les diverses arythmies. — GOURAUD et PAILLARD : L'origine syphilitique de certaines arythmies et leur traitement spécifique.

Lyon médical. — (N° 9, 2 mars 1913.) F. MOUISSET et J. GATÉ : Péritonite tuberculeuse avec rétrécissement des voies biliaires. — MOREAU : La guérison d'un aveugle-né.

Paris médical. — (N° 13, 1er mars 1913.) G. MILIAN : La syphiligraphie en 1913. — R. SABOURAUD : Les streptococcies épidermiques. — SPILLMANN, THIRY et BENECH : La gangrène spontanée des organes génitaux chez l'homme et chez la femme. — CARLE : Prophylaxie antivénérienne. — BALINA : Remarques sur les dermopathies de quelques Etats sud-américains. — E. BODIN : Traitement des phtiriases.

Province médicale. — (N° 9, 1er mars 1913.) G. BÉCUS : Zona et lithiase biliaire et rénale; déductions pathogéniques et cliniques. — Angela DE DOMINICIS (de Milan) : La diascopie des traces de sang.

Revue de pathologie comparée. — (N° 90, février 1913.) E. LARIEUX : Du mécanisme de l'hérédité.

Semaine gynécologique. — (N° 9, 4 mars 1913.) LÉGER : De l'origine habituellement névropathique des vomissements graves dits incoercibles de la grossesse et de leur traitement par la psychothérapie.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 4, 28 fév. 1913.) E. LUTON : Le traitement de la tuberculose par les sels de cuivre en France et à l'étranger (1885-1912).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 5, 30 janv. 1913.) ULMANN : Sur la parasitotropie et la toxicité du salvarsan. — BREUS : Etiologie et genèse de la protension du fond de la cavité cotyloïde. — SCHWARZ : Irrigoradioscopie directe du côlon. — BAUMGARTNER : La carie dentaire, une streptomycose. — PACH : Nouvelle source de dangers pour les blessures de l'œil. — BROSCH : Traitement interne des sténoses du gros intestin. — (N° 6, 6 fév.) FREUND et KAMINER : Actions chimiques du traitement par les rayons Röntgen et le radium du carcinome. — EXNER : Expériences de chirurgie de guerre en Bulgarie. — HEYROWSKY : Expériences de chirurgie de guerre en Bulgarie. — A. FRÆNKEL : Expériences de chirurgie de guerre en Bulgarie. — ULMANN : La parasitotropie et la toxicité du salvarsan. — HAMBURGER : Quelques questions de physiologie et de pathologie de la digestion et de la résorption à la lueur des doctrines sérologiques modernes

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 7 AU 12 AVRIL 1913

THÈSES

Jeudi 10 avril, à une heure. — M. FISCHEL. Sur un cas d'hématomes spontanés chez une tabétique. (MM. Gilbert, président ; Bar, Carnot et Brindeau.) — M. WILHEM. Les hystérotomies vaginales en obstétrique. (MM. Bar, président; Gilbert, Carnot et Brindeau.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Le Képhaldol antisudorifique.

Les quelques médicaments usités jusqu'à ce jour comme antisudorifiques n'ont pas donné tous les résultats promis et de plus ils ne sont pas sans avoir quelquefois des répercussions fâcheuses sur l'estomac, le cœur ou les reins, organes souvent déjà en mauvais état.

Le Képhaldol a ceci de précieux, que tout en jouissant de propriétés antisudorales marquées, il agit également comme antipyrétique et ne produit aucun effet secondaire sur les organes digestifs ou circulatoires. On peut ainsi le prescrire même chez les cardiaques.

Le docteur Hans Frisch, assistant du professeur N. Ortner, fut l'un des premiers à l'essayer dans la tuberculose et à reconnaître la constance de son action.

Depuis, tous les expérimentateurs ont vérifié les bons effets de ce médicament dans les cas de sueurs nocturnes et leurs observations sont concluantes, telle celle-ci :

« N. F. F..., dix-huit ans. Bacillose pulmonaire au troisième degré, avec manifestations bacillaires localisées (spina ventosa à l'annulaire droit, état général mauvais, hyperthermie vespérale et sueurs nocturnes très pénibles, le tube digestif en mauvais état, se montrant particulièrement rebelle à l'administration des antithermiques et des antisudorifiques. Le Képhaldol est essayé à la dose d'un seul comprimé pris le soir vers huit heures. Résultat appréciable dès le premier comprimé. Nuit bonne sans sueurs. La malade accuse au réveil un bien-être manifeste. Le Képhaldol est continué pendant quinze jours à la dose d'un seul comprimé pris le soir et l'effet antisudoral est constant. Il y a lieu d'ajouter que le médicament n'a entraîné aucun trouble stomacal, même léger. »

Les sueurs diurnes, revenant à heures à peu près fixes, peuvent être prévenues par l'administration de 0g50 à 1 gramme de Képhaldol un quart d'heure avant l'apparition des sueurs.

S'il s'agit de sueurs nocturnes, le Képhaldol pris le soir supprime les sueurs, abaisse la température et procure le sommeil.

Le Képhaldol est inoffensif puisqu'il a pu, à titre d'essai, être prescrit à des doses quotidiennes de 4 et 5 grammes pendant des semaines sans inconvénient. La dose normale est de 0g50 à 2 grammes par jour.

On le trouve dans les pharmacies en tubes de 6 et 20 comprimés dosés à 0g50 chacun.

Littérature : Képhaldol, 3, rue Geoffroy-Marie, Paris.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR (MÉDECINE). — *Jugement des mémoires.* — Ont obtenu : MM. Brodin, Carrié, Chatelin, Saint-Girons, Chevallier, 30; Bloch, May, Bith, Thibert, 29; Logre, Maillet, 28; Clarac, Baron, Cain, 27; Lévy, 26; Baufle, 25.

Oral. — « Le cœur dans les affections du rein. » Ont obtenu : MM. Chatelin et Chevallier, 17; Brodin, Carrié, Saint-Girons, 18.

Composition écrite. — « Muqueuse duodénale. Tachycardie paroxystique. » Ont obtenu : MM. Chevallier, 29; Chatelin, 28; Saint-Girons, 29.

Classement des candidats. — Premier prix (médaille d'or), M. Saint-Girons; deuxième prix (médaille d'argent), M. Chevallier; troisième prix (accessit), M. Chatelin.

(CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS). — *Jugement des mémoires.* — Ont obtenu : MM. Brocq, 28; Leveuf, 27; Lorin, 26; Mélivet, 24; Mondor, 29.

Oral. — « Plaie du cœur. » Ont obtenu : MM. Leveuf, 17; Brocq, 17; Mondor, 29.

Composition écrite. — « Artère poplitée (anatomie, physiologie). Anévrismes artériels poplités. » Ont obtenu : MM. Leveuf, 27; Brocq, 28; Mondor, 26.

Classement des candidats. — Premier prix (médaille d'or), M. Mondor; deuxième prix (médaille d'argent), M. Brocq; troisième prix (accessit), M. Leveuf.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux de Lyon aura lieu le 17 novembre 1913.

Pour inscriptions et renseignements, s'adresser à l'Administration centrale des hospices civils, passage de l'Hôtel-Dieu, 56.

— Le concours de l'internat de l'hôpital de Villeurbanne s'est terminé par la nomination de MM. Ravon, Chabert des Nots, titulaires; Tournier, suppléant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Hartmann, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, à partir du 1er mars 1913, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Moussous, professeur de clinique médicale des maladies des enfants, est nommé assesseur du doyen.

— LYON. — Un congé, du 1er mars au 30 juin 1913, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Poncet, professeur de clinique chirurgicale.

FONDATION CARNEGIE. — La commission de la fondation Carnegie, réunie au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. Emile Loubet, a décerné :

Une médaille d'argent et 2000 francs à M. Carpentier, interne en médecine des hôpitaux de Rouen, qui, le 1er avril 1912, était frappé d'une angine diphtérique à forme des plus graves, contractée en procédant à plusieurs reprises au tubage du larynx sur un enfant atteint de diphtérie.

Après une longue et pénible convalescence, M. Carpentier reste atteint d'une claudication permanente et d'une atrophie de la jambe et de la main droites.

Une médaille d'argent au docteur Gallini, médecin à Sousse, qui mourut victime de son dévouement le 29 juin 1911. Il avait contracté le typhus au chevet des malades indigents qu'il soignait avec une inlassable activité à l'hôpital et à la prison.

Il est en outre attribué une allocation annuelle et renouvelable de 1000 francs à Mme Gallini, et une allocation annuelle et renouvelable de 200 francs à chacun de ses trois enfants jusqu'à l'âge de seize ans.

LA LIGUE FRANÇAISE POUR L'HYGIÈNE SCOLAIRE qui a pour président d'honneur M. Doumergue, sénateur, s'est réunie dimanche à la Faculté de médecine sous la présidence de l'inspecteur général Bellot, représentant le ministre de l'Instruction publique, pour fêter le dixième anniversaire de sa fondation.

Après une causerie du docteur Legendre et une allocution du président de la ligue le docteur Albert Mathieu, M. Ernest Lavisse, de l'Académie française, dans une charmante improvisation, raconta comment il comprend l'éducation physique intellectuelle et morale d'un jeune Français du vingtième siècle.

La Ligue française pour l'hygiène scolaire, désireuse de donner à son activité un essor nouveau, a décidé de tenir quatre fois par an une réunion ouverte à tous les membres de la ligue, où seront discutés les sujets annoncés à l'avance concernant l'hygiène des écoliers.

CONGRÈS DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — La Fédération des étudiants en médecine qui groupe les associations corporatives d'Alger, Bordeaux, Lyon, Paris, Marseille, Rennes,

Caen, Tours, organise un congrès qui se tiendra à Paris, les 27, 28, 29 mars 1913 dans la salle des fêtes de l'Institution nationale des sourds-muets, 254, rue Saint-Jacques.

Voici le programme des travaux du Congrès :

Jeudi 27 mars, neuf heures du matin : 1° Allocution inaugurale sur l' « Idée corporative », Paris ; 2° Les dispenses permettant l'accès aux études médicales, Caen ; 3° Admission des étrangers aux concours de l'internat, Marseille.

Deux heures du soir : Le décret de 1909, la réforme des études médicales et la liberté du stage hospitalier, Paris.

Vendredi 23 mars, dix heures du matin : 1° Le maintien des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, Caen. — 2° Faculté pour les internes des hôpitaux de province nommés au concours de se présenter à l'internat des hôpitaux de Paris sans passer par l'externat, Rennes. — 3° Représentation des étudiants au conseil de discipline, Bordeaux.

Deux heures du soir : 1° Question des étrangers, Paris. — 2° Etudiants en médecine et la nouvelle loi militaire, Bordeaux.

Samedi 29 mars, dix heures du matin : 1° L'externat obligatoire, Lyon. — 2° L'internat obligatoire, Alger.

Deux heures du soir : 1° Propagande corporative, Rennes. — 2° Modification aux statuts de la fédération, Alger. — 3° Ordres du jour du Congrès, Tours. — 4° Election du comité de la F. E. M. pour l'année 1913.

Tous les membres du corps médical, médecins et étudiants, sont invités à assister aux séances du Congrès. Seuls les membres des associations adhérentes pourront prendre part à la discussion.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs de Gouyon de Pontouroude, médecin principal de la marine en retraite; Henri Martin (d'Arras) et de Molènes-Mahon père, décédé à la Varenne-Saint-Hilaire.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — *Médecine générale.* — Docteurs Béclère et Decloux (hôpital Saint-Antoine). Enseignement clinique élémentaire à l'usage des débutants en médecine. Les étudiants en médecine désireux d'être initiés et exercés individuellement à l'examen des malades, aux divers modes d'exploration des organes internes, spécialement des organes thoraciques, et à la notation journalière des faits d'observation clinique, sont invités à se faire inscrire dans le service du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine (le nombre des inscriptions est limité).

Docteur André Bergé (hôpital Broussais, salle Lasègue). — Le mercredi, à onze heures du matin, conférences de thérapeutique pratique.

Tous les jours, à dix heures, enseignement clinique au lit des malades.

Docteur Am. Coyon (hôpital Bichat, service de la consultation). — Tous les matins, à neuf heures et demie, examen des malades.

Il sera fait chaque jour, avec la collaboration de l'interne du service, un cours de clinique élémentaire et de technique séméiologique.

Tous les vendredis, à dix heures et demie, courte leçon de thérapeutique élémentaire.

Cet enseignement, destiné aux élèves de première année, ne comprend qu'un nombre limité d'élèves.

Docteur Enriquez (hôpital de la Pitié). — Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition.

Les mardis et jeudis, à neuf heures et demie, consultation spéciale.

Les dimanches et lundis, à neuf heures et demie, examens radioscopiques des malades du service et de la consultation.

Les mercredis, examen clinique des malades dyspeptiques, dans les salles.

Au début du mois d'avril commencera, sous la direction de M. Enriquez, un cours pratique sur les maladies de l'appareil digestif.

Le programme et les heures des leçons seront indiqués par des affiches et dans les journaux médicaux.

VARIÉTÉS

INAUGURATION DU NOUVEL HOPITAL DE LA PITIÉ

La nouvelle Pitié a été inaugurée ce matin par M. le Président de la République. On sait que le nouvel hôpital édifié sur les plans du regretté Rochet et de M. Desbrochers des Loges se trouve sur un terrain compris entre le boulevard de l'Hôpital, la rue Jenner et la rue Bruant.

Une avenue centrale, qui a près d'un demi-kilomètre de long, part de la porte principale, boulevard de l'Hôpital, et parcourt ce terrain d'un bout à l'autre.

A gauche de cette avenue s'étendent les bâtiments où se donnent les consultations externes, constructions conçues très largement ; les galeries et les salles d'attente y sont assez vastes pour que l'encombrement propice aux contaminations ne soit jamais à craindre. D'ailleurs dès l'entrée on a disposé des boxes d'isolement pour les malades jugés contagieux à première vue par les élèves de garde.

Dans l'avenue principale on trouve ensuite, toujours à gauche, les locaux affectés à la direction et à l'administration, aux internes en médecine, à la pharmacie et à la lingerie. Au delà, l'avenue passe entre les services de médecine à gauche et ceux de chirurgie à droite.

A la différence de Boucicaut où les pavillons ne comprennent qu'un rez-de-chaussée — ce qui prend une place considérable — on a construit ici des édifices de trois étages. On est arrivé ainsi, tout en réservant d'assez vastes espaces libres sur les 61 000 mètres dont on disposait, à faire de la nouvelle Pitié l'un des trois grands hôpitaux généraux de Paris. Elle vient, en effet, avec ses 988 lits — sans compter, hélas ! les brancards qui déjà l'encombrent — tout de suite après Lariboisière et Tenon qui en comptent respectivement 1 200 et 1 020.

Les deux bâtiments occupés par la médecine comprennent chacun trois services, soit un par étage ; ils ont l'un et l'autre la forme d'un H dont les branches verticales perpendiculaires à l'avenue sont occupées par les malades, tandis que la branche transversale est occupée par les services généraux : office, lingerie, laboratoire du chef de service, etc. L'une des branches verticales est réservée aux hommes et comprend, par étage, 40 lits et trois chambres d'isolement ; l'autre est réservée aux femmes et comprend 32 lits et 8 chambres d'isolement.

Les bâtiments de la chirurgie, disposés symétriquement en face de la médecine, sont moins étendus. Ils ne comprennent que trois services. Chacun de ces services se subdivise, comme c'est actuellement devenu une règle absolue, en deux sections réservées l'une aux malades atteints de plaies septiques ou d'abcès, et l'autre aux malades atteints de tumeurs ou de fractures simples qui n'ont absolument rien de contagieux. Chacune de ces sections comporte une salle d'opérations et de pansement indépendante et pourvue de tous les perfectionnements modernes.

Au delà de ces bâtiments se trouve la maternité, qui possède une entrée spéciale rue Jenner, et qui constitue un service presque indépendant de l'hôpital. Elle comprend 85 lits. Plus loin, en retour sur la rue Bruant, on a édifié le bâtiment du personnel hommes, et plus loin encore celui du service des morts.

C'est, par rapport à l'avenue centrale, derrière les services de chirurgie qu'ont été installés les cuisines, les usines et les logements du personnel féminin.

Les infirmières ont à leur disposition uue salle de réunion munie d'un piano. Elles n'ont par conséquent presque plus rien à envier à leurs confrères d'outre-Manche, les « nurses » anglaises. Dans les cuisines, il y a seize marmites à vapeur. Les rôtis qu'on y prépare ont l'air fort appétissant. Par un procédé ingénieux, on a trouvé le moyen, tout en cuisant à la vapeur, de faire de véritables rôtis et non de la viande à l'étouffée comme avec les appareils dont on se servait autrefois.

Il faudrait encore citer les nombreux détails qui font de la nouvelle Pitié un des hôpitaux les plus modernes qui existent actuellement.

GYMNASTIQUE : ÉTIQUETTES & MÉTHODES

PROGRAMME GÉNÉRAL

Par MM. P. DE CHAMPTASSIN,
Chargé du service de mécanothérapie de l'hôpital Saint-Louis,
Lauréat de l'Académie de médecine et de l'Académie des sports,

et H. CASTAING,
Médecin-major de 1re classe de l'armée.

L'organisation de la gymnastique en France ne comporte plus le *statu quo*. Actuellement il n'y a pas chez nous de méthode suffisamment générale pour donner satisfaction en conduisant aux applications diverses de l'activité somatique. Tout le monde le sait, y compris ceux qui ont le plus affirmé leur attachement à d'anciennes méthodes, parmi lesquelles celle répandue plus ou moins fidèlement sous le nom de gymnastique suédoise tenait jadis un rôle prépondérant.

Le discrédit de cette dernière devient de plus en plus apparent. L'erreur de ses données physiologiques, son exécution purement analytique et, par suite, son adaptation insuffisante aux différentes fins somatiques et cinétiques ne permettent plus de la considérer aujourd'hui comme LA méthode universelle qu'on nous prônait encore il y a quelques années. Les Suédois eux-mêmes qui, pour leur plus grand bien, ont fait de la gymnastique une véritable institution aujourd'hui ancienne, ne se limitent plus depuis longtemps aux exercices classiques des purs disciples de Ling. A l'analyse de leur activité gymnastique concrète, ces exercices apparaissent comme une faible partie de leur programme actuel. Implicitement les Suédois reconnaissent le besoin de faire sinon mieux, *ce que, par esprit de tradition, ils veulent croire impossible*, tout au moins autre chose, car ils s'adonnent à tous sports et exercices cultivés ailleurs dans l'Europe entière. Les récents jeux olympiques de Stockholm n'avaient, comme chacun a pu le constater, rien d'un programme suédois, au sens couramment admis en gymnastique.

Aussi, en France, actuellement, sous le couvert d'étiquettes multiples, dont quelques-unes cherchent à se réclamer de la nouveauté des principes ou des applications, la gymnastique entretient l'attention d'un public de plus en plus nombreux.

Dans ces circonstances, médecins rapprochés par des idées communes sur cette question (1), qui depuis longtemps nous intéresse, théoriquement et pratiquement, à des titres distincts, nous croyons légitime et *opportun de résumer ici notre point de vue*.

A ce propos, après avoir rappelé quelques étiquettes gymnastiques dont beaucoup ne sont qu'une indication insuffisante ou font double emploi, il n'est pas superflu d'envisager très brièvement *en quoi consiste la gymnastique, quelle est sa méthode générale*, et d'indiquer *quels résultats elle devrait réaliser pratiquement* pour s'assurer une stabilité lui épargnant dans l'avenir ces critiques fondamentales, qui trop souvent ont entraîné des revirements d'opinion, révélant l'inanité des données admises et détruisant les organisations établies.

Nombreuses sont les étiquettes, sous lesquelles se présente la gymnastique : éducative, pédagogique, utilitaire, professionnelle, sportive, naturelle, physiologique, scientifique, empirique, oxydatrice, respiratoire, musculaire, neuro-centrale, glandulaire, viscérale, intégrale, sexlatérale, proportionnelle, aérienne, acrobatique, de poids lourds, de force, de développement, de coordination, de fonds, de vitesse, euphorique ou de santé, hygiénique, de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte, du vieillard, du sexe masculin ou féminin, sains ou malades, suédoise, allemande, française, belge, etc., de Ling, de Jahn, d'Amoros, d'Happel, etc., cinétique ou culturiste, etc. Tous ces qualificatifs mériteraient des commentaires qui n'ont pas leur place ici.

Quoi qu'il en soit, affranchie d'erreurs physiologiques avérées, toute gymnastique peut se réduire à quelques données fondamentales scientifiques et se résumer en une méthode générale qui conduit à la culture de tous les états somatiques favorables et à la réalisation de toutes les possibilités cinétiques, soit harmonisées en leur ensemble, soit spécialisées chez un ou plusieurs sujets, dans différentes conditions d'âge, de sexe, de santé et de milieu.

Si diverses qu'aient été les acceptions du terme *gymnastique* depuis l'antiquité, elles peuvent cependant se fondre en une idée constante et commune, qu'il semble opportun de préciser dans le passé, le présent et pour l'avenir.

Certaines gymnastiques recherchaient surtout la santé (Kong-Fou chinois, gymnastique suédoise), d'autres la force, l'agilité, d'autres la beauté (Grèce antique), d'autres les luttes de l'arène (jeux du cirque) ou les résultats militaires (armées romaines).

Au moyen âge, la gymnastique n'a jamais été organisée. L'organisation gymnastique suédoise fut la plus méthodique pendant la phase contemporaine. En France, il y a une quarantaine d'années, l'idée gymnastique était étroite. Etaient seuls considérés comme gymnastiques, les exercices pratiqués dans les locaux spéciaux appelés gymnases, de plain-pied ou aux agrès. Puis, l'idée gymnastique est devenue plus large, beaucoup trop large même. L'organisation des jeux, la diffusion des sports, et parallèlement au tourisme, au cyclisme, au motocyclisme, à l'automobilisme, à l'aviation tout récemment, l'athlétisme, l'éducation et la culture physiques nous ont montré la multiplicité des bénéfices somatiques et des possibilités cinétiques dont peuvent se réclamer les mouvements élémentaires et les exercices généraux sous des formes très différentes. De là une certaine confusion de l'idée gymnastique, qu'il importe de préciser.

En effet, s'il est banal de considérer que la gymnastique consiste dans les exercices du corps, il ne serait pas pour cela logique d'admettre la proposition réciproque en classant tous les exercices du corps

(1) P. DE CHAMPTASSIN. *La gymnastique scientifique*, Paris, O. Doin et fils, 1911. Communications diverses sur la *gymnastique*, 1909, 1910, 1911, etc. — H. CASTAING, médecin-major de 1re classe de l'armée. Mémoire inédit. Discussion sur la *gymnastique* et rapport d'ensemble à la Société de médecine militaire française, 1911 et 1912.

comme exercices gymnastiques. D'après nous, le terme de gymnastique doit comprendre exclusivement, en une même acception générale, toute activité cinétique, tous mouvements et toutes séries de mouvements, *tous exercices en un mot pratiqués non pas pour leur utilité immédiate, mais pour une fin éloignée consistant soit en un résultat somatique* (*développement, santé*), *soit en un résultat cinétique amélioré et précisé* (*adaptation ou complexité des coordinations, leur vitesse, leur durée, leur rythme, etc.*), *résultats toujours déterminés à l'avance.*

Quelques exemples fixeront les idées.

L'ouvrier accomplissant un labeur défini ne fait pas de gymnastique bien que son travail ait indiscutablement des conséquences somatiques et cinétiques déterminées suivant son métier; conséquences bien connues en hygiène professionnelle. L'ouvrier en question cherche à confectionner une pièce ou à accomplir une tâche professionnelle. Pour lui, l'adage « *fabricando fit faber* » s'applique à l'utilité extrinsèque du travail, non à un résultat somatique ou cinétique individuel éloigné. D'après nous *l'ouvrier en question ne fait pas de gymnastique.* De même *le facteur rural, le laboureur ne font pas de gymnastique, pas plus que le cheval de fiacre ne fait d'entraînement.* Le résultat extrinsèque est seul recherché dans ces cas pris comme exemples. On en peut donner comme preuve banale, que toutes les fois que cela est possible et avantageux, on remplace dans ces conditions le travail humain ou animal par le travail mécanique (cyclisme, motocyclisme, automobilisme, tracteurs mécaniques).

L'enfant qui, spontanément court, saute, grimpe, joue avec ses camarades *ne fait pas en cela de gymnastique.* De même le poulain qui gambade dans la prairie *n'est pas en cela soumis à l'entraînement.* Certes, l'enfant qui joue et le poulain qui gambade retireront un certain bénéfice intrinsèque de leurs exercices spontanés, surtout s'ils les répètent quotidiennement ou à intervalles rapprochés. Mais à proprement parler, ils ne font ni l'un de gymnastique, ni l'autre d'entraînement, parce que leurs ébats naturels ne sont ni choisis méthodiquement, ni imposés en préparation d'un résultat somatique ou cinétique éloigné et déterminé à l'avance. L'enfant s'amuse et le poulain se détend à son gré. En cela, *il n'y a ni gymnastique ni entraînement.*

Il en serait tout autrement si les exercices de l'enfant étaient *artificiellement* combinés, gradués, répétés sous la direction d'un instructeur pour obtenir certains résultats *contrôlables par des mensurations, pesées, chronométrages*, tous procédés *artificiels. L'enfant ferait alors de la gymnastique.* Par analogie, il y aurait entraînement pour le poulain, si préparé pour une ou plusieurs épreuves au galop, il galopait sur une distance et pendant une durée déterminées, sous un certain poids fixé par l'entraîneur, *méthodiquement*, à une date et à une heure précisées par rapport à une série d'autres galops, exercices, sorties, combinés dans des conditions d'alimentation choisie et d'hygiène générale bien différente de l'état de nature du congénère herbivore vivant en bête sauvage dans la prairie. D'après nous *pour l'homme faire de la gymnastique, comme pour le cheval être soumis à l'entraînement, c'est exécuter, dans des conditions envisagées solidairement avec l'organisme entier, et en une série de séances, des exercices par lesquels certains résultats somatiques ou cinétiques déterminés à l'avance doivent être obtenus à une certaine date ou conservés pendant un certain temps, soit éphémère, soit susceptible d'être prolongé pendant toute la vie* (par exemple : éphémère pour les compétitions sportives, durable pour les résultats somatiques de développement ou de santé).

Quelle distinction convient-il d'établir entre les termes de *gymnastique* et d'*entraînement ?* Il semble logique d'admettre que le terme d'*entraînement* diffère de celui de *gymnastique* parce qu'il peut s'appliquer à des résultats de nature très différente, soit psychique, soit somatique, tandis que le terme de *gymnastique* s'applique à proprement parler aux *résultats somatiques de développement ou de mouvement.* En tant que somatique, cinétique ou musculaire, le terme d'entraînement possède la même signification que le terme de gymnastique et peut lui être substitué indifféremment. Mais, pour l'homme le terme de gymnastique doit être préféré à celui d'entraînement, à moins qu'on ne veuille déterminer expressément la progression des exercices auxquels sont soumis un ou plusieurs sujets pendant une période de préparation déterminée.

Partant de l'acception générale que nous venons d'envisager dans son ensemble, il devient simple de l'appliquer aux multiples exercices dans leur variété et leur complexité, et facile de concevoir certaines directions constantes de la méthode gymnastique.

On peut multiplier à l'infini les résultats à envisager, et les conditions dans lesquelles ils sont à rechercher, cela ne change rien au principe directeur de toute gymnastique, qui est de *subordonner graduellement la nature, la qualité et la quantité du travail aux résultats cinétiques ou somatiques à obtenir ou conserver à une certaine date et pendant un certain temps.*

Ces résultats sont à grouper sous des chefs divers dont les plus indiqués sont : le développement solidaire de tous les organes et avant tout le développement du système musculaire, organe du mouvement molaire (gymnastique de force et de développement); l'acquisition et le maintien de la santé, l'étendue des mouvements dans tous les sens et l'obtention de certaines attitudes correctes et équilibrées, la coordination du mouvement dans toutes ses complexités (résultats que confondent ordinairement les auteurs gymnastiques), le fonds, la vitesse le cas échéant, le rendement optimum avec le minimum de fatigue, certaines adaptations somatiques et psychiques (courage, sang-froid) : cela en toutes conditions d'âge, de sexe, de profession et de milieu.

La santé seule ne saurait être considérée comme la finalité exclusive de toute gymnastique. S'il en était ainsi, ce qui concerne la coordination du mouvement, par exemple, serait tout à fait accessoire. Il est d'autre part notoire que certains exercices utilitaires, voire indispensables, doivent être recherchés

dans certaines professions. C'est ainsi que les exercices de plongée qui n'ont rien de naturel pour l'homme, si différent des amphibies, doivent être cultivés comme indispensables pour les professionnels du sauvetage à l'eau, et pour certaines peuplades qui gagnent leur vie, en l'abrégeant du reste, par les plongées répétées. Il n'est même personne auquel cet exercice ne puisse devenir indispensable pour soi-même ou pour autrui, en cas de chute à l'eau. Quoique condamnable par l'hygiène et inutile en dehors des conditions et circonstances précitées, le plonger peut donc être utilisé non comme moyen général d'entraînement, ce qui serait antiphysiologique pour l'homme, mais comme procédé éventuellement utilitaire à tous et professionnellement indispensable à quelques-uns.

Dans toute méthode gymnastique, il faut, bien entendu, tenir compte de l'état *initial du sujet à entraîner*, et *du résultat final objet de l'entraînement*, *savoir combiner la graduation*, *la répétition des séances et la division du travail*, *le tout étant réglé à l'optimum*. Il ne nous paraît pas indiqué de s'adonner aux méthodes concrètes qui prétendent tout faire à la fois en une même séance, et obtenir ainsi simultanément tous les résultats.

Sous quelle étiquette doit se présenter la méthode de choix? Cela importe peu à notre avis. Toutes les méthodes sont *artificielles par définition*. Mais elles sont artificielles plus ou moins habilement, plus ou moins scientifiquement. En cela, leur valeur est plus ou moins grande. *Toute méthode doit être pratique dans ses procédés, scientifiquement à jour dans sa théorie, et adaptée dans ses résultats*. Nous reviendrons sur ce sujet dans un prochain article.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 MARS 1913)

Sur la sécrétion des deux reins, comparée. — MM. R. Lépine et Boulud. On a maintes fois agité la question de savoir si la sécrétion rénale se fait des deux côtés simultanément, de même.

Les expériences de MM. Lépine et Boulud leur ont montré que chez le chien sain, dans le décubitus dorsal, l'un des uretères fournit généralement une urine moins abondante que l'autre et, le plus souvent, beaucoup moins riche en chlorures, tandis que, sauf dans des cas exceptionnels, l'urée est bien moins diminuée. En tout cas, le coefficient azoturique est le même des deux côtés.

Quant au sucre, les auteurs ont noté dans leurs expériences (où il était injecté assez largement dans le sang) que son pourcentage, relativement à l'autre côté, était plus élevé que celui des chlorures.

Les différences sus-indiquées entre les deux côtés sont dues sans doute, en partie, à une activité sécrétoire différente des deux reins; mais, elles s'expliquent *surtout* par des différences dans la résorption des divers éléments de l'urine dans les reins. Les éléments excrémentitiels ne sont pas résorbés. Aussi l'urée diffère-t-elle moins entre les deux côtés que l'eau et les chlorures.

Action du vaccin antityphoïdique polyvalent chez les sujets en incubation de fièvre typhoïde ou infectés au cours de l'immunisation. — M. H. Vincent. La durée de l'incubation de la fièvre typhoïde étant de deux à trois semaines et celle des opérations de vaccination étant de vingt et un jours, il arrive communément que, lorsque la typho-vaccination est opérée en période épidémique : *a*. les inoculations vaccinales sont faites chez des personnes déjà contagionnées et en incubation de leur maladie au moment où elles reçoivent les premières injections; *b*. la contagion typhoïdique peut se produire *au cours même* de la période de vaccination, alors que le sujet n'est évidemment pas immunisé.

Ces cas présentent une grande importance pratique et on peut se demander ce qui se passe en semblable occurrence.

S'appuyant sur des exemples, M. Vincent pense que, *le plus souvent*, les premières injections de typho-vaccin polyvalent, donnent une immunité suffisante pour protéger ceux qui sont déjà en incubation récente de fièvre typhoïde et ceux qui, éventuellement, peuvent être contagionnés pendant les trois semaines que nécessitent les inoculations.

En conséquence aussi, *il n'existe pas de phase négative et il n'y a aucun danger à vacciner pendant les épidémies*. Les injections exercent, au contraire, une influence favorable, qui se traduit par la rareté des atteintes typhoïdiques chez les sujets en incubation ou infectés au cours de l'épidémie, et par l'évolution bénigne de la fièvre typhoïde, lorsqu'elle survient dans les cas particuliers qui viennent d'être étudiés.

Influence du groupement aminé sur la pression artérielle. — MM. Desgrez et Dorléans.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 MARS 1913)

La vaccination antityphoïdique. — Au début de la séance, à propos du procès-verbal, une nouvelle discussion s'est engagée entre MM. Vincent et Chantemesse sur la priorité de cette vaccination, chacun restant sur ses positions.

Résultats éloignés d'opérations sur les ovaires. — M. Walther apporte sur les résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire, résection partielle ou ignipuncture, une statistique recueillie dans son service, à l'hôpital de la Pitié, de 1901 à 1912.

Sur 139 opérées, 98 ont pu être retrouvées. Dans 68 cas on a pu constater la guérison complète. Dans 12 cas on a constaté une sensibilité plus ou moins vive des ovaires à l'exploration bimanuelle, sans douleurs spontanées. Dans 6 cas les femmes souffrent encore, par moment, surtout pendant les règles. Dans 8 cas résultat thérapeutique nul, persistance des douleurs. Dans 4 cas une intervention nouvelle (hystérectomie) a été indiquée par récidive d'annexite.

La valeur fonctionnelle des ovaires partiellement réséqués est prouvée par le nombre des grossesses.

En supprimant de la liste générale des opérées les cas de résection partielle unilatérale avec autre côté sain et les cas de résection bilatérale des trompes avec conservation d'un ovaire, on ne trouve que 73 cas pouvant donner la preuve certaine de la valeur de l'ovaire réséqué (résection partielle bilatérale ou résection totale d'un côté, partielle de l'autre).

Sur ces 73 opérées, 18 ont eu des enfants, soit 24 p. 100 (16 ont eu un enfant, 2 en ont eu deux).

Ce pourcentage déjà satisfaisant est peut-être inférieur à la vérité, car il s'agit d'une statistique globale.

Dans un premier relevé établi en 1910, M. Walther avait constaté une proportion globale de 20,34 p. 100 et une proportion de 57 p. 100 en ne comptant que les opérées revues après plusieurs années.

En tous cas, la résection partielle de l'ovaire doit toujours être tentée chaque fois qu'elle est possible, c'est-à-dire quand la trompe est perméable, même quand l'ovaire semble altéré. M. Walther cite deux cas de femmes auxquelles il a réséqué les annexes d'un côté et laissé un minime fragment de l'autre ovaire et qui ont eu chacune trois enfants.

La crainte de rechutes, toujours possibles, nécessitant une nouvelle opération, ne doit pas arrêter. Ces rechutes sont rares, au moins sous une forme assez sérieuse pour indiquer

une opération puisque, sur 139 cas, l'auteur n'a observé que 8 fois la persistance d'accidents qui l'ont obligé, 4 fois, à une intervention secondaire. Et dans la détermination de la conservation elles ne peuvent être mises en opposition avec les résultats heureux, avec le rétablissement complet de la fonction ovarienne.

Les nouveaux procédés opératoires contre le glaucome. — M. F. de Lapersonne rappelle que dès 1906, Lagrange, par son iridosclérectomie, a cherché à obtenir un angle de fistulisation sous-conjonctivale destiné à remplacer d'une façon définitive l'angle de filtration oblitéré. On a beaucoup discuté sur le mode d'action de cette opération et sur son efficacité, qui n'est pas douteuse, à condition de ne pas lui demander plus qu'elle ne peut donner : on ne peut contester à Lagrange le mérite d'avoir provoqué le courant d'opinion qui tend de plus en plus à combattre l'hypertension intraoculaire par la production d'une fistule sclérale permanente. Dans cet ordre d'idées la trépanation de la sclérotique, par le procédé d'Elliot, a déjà réuni de nombreux partisans.

Les résultats obtenus à la clinique de l'Hôtel-Dieu sont encourageants ; il est cependant indispensable de bien distinguer les effets de cette opération suivant les variétés de glaucome pour lesquelles elle est pratiquée.

D'une façon générale, la trépanation de la sclérotique paraît avoir sur les autres procédés les avantages suivants : 1° elle est d'une exécution facile et ne fait subir à l'œil glaucomateux qu'un minimum de traumatisme ; 2° elle peut être associée ou non à l'iridectomie ; 3° sur les yeux déjà opérés, elle servira de complément à l'iridectomie ou à la sclérectomie et elle pourra être répétée plusieurs fois sans inconvénients ; 4° dans le glaucome absolu très douloureux, elle sera pratiquée au niveau de l'équateur de l'œil et se substituera à la sclérotomie postérieure ; 5° avec quelques précautions, elle pourra être tentée dans le glaucome hémorragique, où il n'est guère possible de faire l'iridectomie.

Mais, pas plus que les autres procédés, elle ne sera jamais qu'une opération palliative, puisqu'elle ne peut combattre les causes premières des états glaucomateux.

L'entraînement respiratoire par le procédé de la bouteille. — M. Pescher dit que ce procédé, par la grande facilité de sa technique, met la gymnastique respiratoire à portée de tous les praticiens ; il permet à chaque médecin de faire respirer ses malades à son gré et de formuler pour chaque sujet la dose d'exercice qu'il juge convenable.

Suivant une loi invariable de physiologie générale, l'entraînement développe et fortifie l'organe par l'exaltation progressive de sa fonction. L'entraînement respiratoire fortifie le poumon par l'augmentation réglée et progressive de la respiration ; et, par le procédé de la bouteille le malade se rend compte des progrès de son entraînement non seulement par les effets qu'il en ressent, mais en les observant *de visu* sur sa bouteille graduée.

Le procédé de la bouteille utilise le phénomène suivant de physique courante qui a sans doute été toujours connu, mais que Torricelli a été le premier à expliquer.

Un récipient quelconque, rempli d'eau, renversé dans un autre récipient contenant de l'eau, ne se vide pas, quoique débouché.

Pour éviter toute manipulation de liquide, de bouteille ou de cuvette, l'auteur a étudié et fait construire spécialement en vue de l'entraînement respiratoire un appareil qu'il a appelé le « spiroscope ».

L'entraînement respiratoire peut être employé dans un but purement hygiénique, dans un but prophylactique ou dans un but thérapeutique.

Au point de vue hygiénique, il compte parmi les meilleurs et les plus bienfaisants de tous les exercices puisqu'il contribue à améliorer l'hématose.

Au point de vue prophylactique, c'est un des plus puissants moyens à employer contre les maladies dystrophiques du poumon dont l'emphysème est le type ; contre la tuberculose qui envahit les poumons à respiration amoindrie ou ralentie ; contre toutes les affections dyscrasiques qui sont, par définition, les maladies des organismes affaiblis.

Au point de vue thérapeutique, il est toujours bon de faire respirer les malades, quelle que soit leur affection.

M. Pescher rapporte des observations de malades atteints d'affections les plus diverses et qui, tous, ont bénéficié d'une manière évidente de l'entraînement respiratoire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 MARS 1913)

Recherche de l'insuffisance glycolytique par l'ingestion de glycose. — MM. Achard et Desbouis ont recherché la dose minima de glycose qu'il est nécessaire de faire ingérer par la bouche pour obtenir l'élévation du quotient respiratoire. Ils ont constaté qu'avec 10 grammes on n'obtient pas de résultat, mais qu'avec 20 grammes les résultats sont très nets et semblables à ceux que donne l'injection de 5 grammes sous la peau.

Ils pensent que si cette dose de 20 grammes n'est pas arrêtée par le foie sain c'est qu'une partie en échappe à la traversée du foie en passant par les lymphatiques ou les veines collatérales. Chez le chien, ils ont constaté qu'une dose de 5 grammes injectée dans la veine mésaraïque n'augmente pas le quotient respiratoire tandis qu'une dose de 20 grammes introduite dans une anse intestinale isolée le fait monter.

La comparaison des résultats obtenus chez les mêmes sujets par l'injection de 5 grammes et par l'ingestion de 20 grammes montre une concordance parfaite. L'utilisation du glycose eut lieu, de ces deux manières, chez un convalescent de fièvre typhoïde, un ancien syphilitique, un cirrhotique sans glycosurie alimentaire, un alcoolique avec accidents aigus. Elle manqua chez deux pneumoniques à la période d'état, un alcoolique à gros foie, un cirrhotique avec glycosurie alimentaire, un goutteux en crise subaiguë et trois diabétiques.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire, faite avec 150 grammes de glycose, sauf chez les trois diabétiques qu'on ne crut pas devoir soumettre à l'absorption d'une pareille dose de sucre, donna des résultats tout à fait concordants avec l'épreuve du quotient respiratoire.

On peut donc utiliser l'ingestion de 20 grammes, plus pratique que l'injection de 5 grammes sous la peau, pour la recherche de l'insuffisance glycolytique par la méthode du quotient respiratoire.

Le temps de saignement expérimental. — M. P. Emile-Weil reprend l'étude du temps de saignement dont Duke a montré jadis l'intérêt. On fait une petite incision cutanée au lobe de l'oreille. Les gouttes de sang recueillies de demi-minute en demi-minute sur un papier buvard cessent de couler chez les gens normaux ou malades au bout de deux minutes et demie à trois minutes. Le temps de saignement est augmenté dans les anémies pernicieuses (cinq à dix minutes) et les maladies hémorragiques (dix à quatre-vingt-dix minutes).

M. P. Emile-Weil confirme ces faits et y ajoute des points nouveaux.

Certains individus peuvent avoir un temps de saignement beaucoup plus faible que la normale, ce sont les myxœdémateux et les hypothyroïdiens.

L'hémorragie présente aussi des anomalies qualitatives : ce sont des anomalies de volume, les gouttes étant excessives ou trop petites, des anomalies de terminaison (au lieu que les gouttes cessent brusquement l'hémorragie est minime et interminable), des anomalies de rythme (l'hémorragie diminue pour reprendre à plusieurs reprises au lieu de diminuer progressivement de son début à sa fin). Toutes ces anomalies s'associent habituellement au cas d'hémorragies prolongées.

Le mécanisme de la prolongation du saignement comme celle des anomalies n'est pas encore élucidé. La diminution des hématoblastes ne s'applique qu'à un certain nombre de cas. Il n'y a d'ailleurs aucun rapport entre la prolongation du temps de saignement et le retard de la coagulation du sang.

En tous cas, en clinique, la prolongation du temps de saignement est importante, car lorsqu'on la constate en cas d'hémorragies, il y a lieu d'avoir recours pour les arrêter aux

médications coagulantes. On obtient alors, en même temps que l'arrêt des hémorragies, le retour à la normale du temps de saignement (injection de sang, de sérum).

Nouveau milieu végétal pour cultures microbiennes (agar au jus de carotte). — M. A. Rochaix. Ce nouveau milieu (1 000 centimètres cubes de jus de carotte additionnés de 30 à 35 grammes de macération d'agar) favorise le développement de beaucoup de bactéries et surtout des champignons pathogènes qui donnent dans les vingt-quatre à quarante-huit heures des cultures appréciables, ou même dans certains cas très abondantes. Ce milieu est de préparation simple et économique. Il ne renferme pas de peptone, corps nuisible dans nombre de cas.

Nouveau caractère différentiel des bacilles du groupe coli-Eberth. — M. A. Rochaix. La production ou l'absence de gaz dans les cultures sur le milieu proposé par l'auteur, l'agar au jus de carotte, est un caractère différentiel qui, associé aux autres déjà connus, peut servir à la diagnose des bactéries du groupe coli-Eberth.

Action de la ricine sur la vie et la multiplication des cellules in vitro. — MM. Levaditi et Mutermilch. Jusqu'à présent on a étudié in vitro les propriétés des toxines, des toxalbumines, des venins et même des cytolysines sur des cellules arrivées à leur stade de maturité et destinées à une mort plus ou moins prochaine (hématies, leucocytes). La méthode de la survie et de la multiplication des éléments cellulaires in vitro permet au contraire de préciser le mode d'action de ces substances toxiques sur des cellules plus differenciées, en train d'évoluer et de se multiplier par voie directe ou indirecte. Les conditions expérimentales se rapprochent donc plus de ce qui se passe dans l'organisme vivant.

Les auteurs, après la toxine diphtérique, étudient à ce point de vue la ricine. Cette toxalbumine empêche la sortie et la prolifération des cellules fusiformes du cœur d'embryon de poulet et aussi la sortie des cellules amiboïdes de la rate. Elle agit à la dilution d'un degré 100/1000 et ses propriétés toxiques se détruisent par le chauffage à 100 degrés. La ricine se fixe très rapidement sur les éléments cellulaires et le temps exigé par la fixation (deux à cinq minutes) est inversement proportionnel à la concentration du poison, l'action exercée par la ricine permet de dissocier la contractilité des fragments de cœur, des propriétés proliferatives de cellules fusiformes. Il semble, d'autre part, que le poison qui agit sur ces cellules fusiformes est différent de l'agglutinine qui se fixe sur les hématies.

La sérothérapie antidiphtérique préventive et curative des éléments cellulaires à l'état de vie prolongée in vitro. — MM. Levaditi et Mutermilch montrent qu'on peut guérir des fragments de cœur, préalablement intoxiqués par la toxine diphtérique, en faisant agir ultérieurement de l'antitoxine sur ces fragments. La guérison est encore possible cinq à vingt minutes après le premier contact entre les tissus et le poison; plus tard, l'antitoxine ne peut plus déterminer cette guérison par suite de la fixation intime et définitive de la toxine sur les cellules.

D'un autre côté, des fragments de cœur, tout d'abord traités par l'antitoxine et lavés ensuite, acquièrent un degré appréciable d'immunité à l'égard du poison diphtérique. L'antitoxine se fixe donc sur les cellules. L'action préventive du sérum antidiphtérique ne se borne pas à une simple persistance de l'anticorps dans les humeurs; elle paraît également liée à une véritable fixation de cet anticorps sur les tissus, lesquels acquièrent ainsi un état réfractaire qui leur est propre.

Vaccinothérapie de la fièvre typhoïde par le virus sensibilisé de Besredka. — M. Boinet. La vaccinothérapie avec le virus sensibilisé de Besredka agit favorablement sur l'évolution de la fièvre typhoïde, en diminue la gravité, en abrège l'évolution; elle est d'autant plus active qu'elle est pratiquée plus tôt. Elle paraît agir en favorisant la production d'une abondante quantité d'anticorps et l'augmentation considérable du pouvoir bactériolytique chez les typhiques ainsi traités.

Hémolyse sidérogène. — MM. Chalier, Nové-Josserand et Boulud. La sidérose est due à un processus pathologique de destruction globulaire. Cette hémolyse se fait peut-être dans la rate.

Circulation pulmonaire au cours des hydro et pneumothorax. — MM. Binet, Desbouis et Langlois. Les épanchements pleuraux expérimentaux, même importants, n'entraînent aucune modification de circulation pulmonaire ni générale; c'est seulement lorsqu'ils deviennent incompatibles avec toute ventilation pulmonaire qu'il se produit un ralentissement asphyxique de la circulation aboutissant à la mort.

Rétention du chrome en technique histologique. — MM. Policard et Regaud. 1° Les tissus les plus divers sont aptes à retenir le chrome des fixateurs et des mordants. — 2° Les tissus qui retiennent le plus de chrome sont en premier lieu ceux où la chromatine nucléaire est la plus abondante (thymus), puis ceux où les lipoïdes et les mitochondries sont le plus abondants (testicule, zone corticale du rein). Le chrome est donc retenu principalement par la chromatine et par le chondriome. — 3° Les noyaux conservent leur aptitude à retenir le chrome même après qu'on les a traités par l'alcool dans l'intervalle des opérations de fixation et de mordançage. Dans ces mêmes conditions, les lipoïdes et les mitochondries semblent au contraire perdre l'aptitude à fixer le chrome. Le complexe organique chromo-cepteur des noyaux serait insoluble dans l'alcool, celui des lipoïdes et des mitochondries serait soluble. — 4° Ces premiers résultats confirment les conclusions déduites par l'un de nous et par Fauré-Frémiet de l'étude des procédés microtechniques, à savoir que les mitochondries sont très vraisemblablement constituées par un support protéique et par une matière lipoïde. Celle-ci soluble dans l'alcool est rendue insoluble au moins partiellement par un mordançage chromique convenablement exécuté; au cours de ce mordançage, il est très probable que la substance mitochondriale labile retient et fixe le chrome.

FACULTÉS DE MÉDECINE

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Tirage au sort du jury. — *Section de médecine générale* (voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 32, p. 497.)

Section d'anatomie et embryologie (concours du 5 mai 1913). — Cinq juges titulaires :

I. Quatre professeurs d'anatomie.
II. Un professeur d'histologie.
Cinq juges suppléants : cinq agrégés d'anatomie.

Juges titulaires. — 1° Professeurs d'anatomie : 1. Weber (Alger), 2. Soulié (Toulouse), 3. Debierre (Lille), 4. Nicolas (Paris), 5. Gentès (Bordeaux), 6. Ancel (Nancy), 7. Gilis (Montpellier), 8. Testut (Lyon).

2° Professeurs d'histologie : 1. Renaut (Lyon), 2. Viaut (Bordeaux), 3. Bouin (Nancy), 4. Vialleton (Montpellier), 5. Poujol (Alger), 6. Tourneux (Toulouse), 7. Laguesse (Lille), 8. Prenant (Paris).

Juges suppléants. — Agrégés en exercice : 1. Descomps (Lille), 2. Regaud (Lyon), 3. Rettérer (Paris), 4. Lucien (Nancy), 5. Rouvière (Paris), 6. Branca (Paris), 7. Princeteau (Bordeaux), 8. Grégoire (Paris), 9. Latarjet (Lyon), 10. Grynfeltt (Montpellier), 11. Mulon (Paris), 12. Aubaret (Bordeaux), 13. Collin (Nancy), 14. Gérard (Lille), 15. Dieulafé (Toulouse).

Section de physiologie (concours du 5 mai 1913). — Cinq juges titulaires :

I. Trois professeurs de physiologie.
II. Un professeur de physique.
III. Un professeur de chimie.
Cinq juges suppléants : trois agrégés de physiologie; un agrégé de physique; un agrégé de chimie.

Juges titulaires. — 1° Professeurs de physiologie : 1. Doyon (Lyon), 2. Abelous (Toulouse), 3. Morat (Lyon), 4. Meyer

(Nancy), 5. Richet (Paris), 6. Rey (Alger), 7. Hédon (Montpellier), 8. Pachon (Bordeaux), 9. Wertheimer (Lille).

2° Professeurs de physique : 1. Doumer (Lille), 2. Weiss (Paris), 3. Bergonié (Bordeaux), 4. Cluzet (Lyon), 5. Guilloz (Nancy), 6. Charpentier (Nancy), 7. Sigalas (Bordeaux), 8. Imbert (Montpellier), 9. Marie (Toulouse), 10. Guillemin (Alger).

3° Professeurs de chimie : 1. Lescœur (Lille), 2. Ville (Montpellier), 3. Hugounenq (Lyon), 4. Sambuc (Alger), 5. Lambling (Lille), 6. Garnier (Nancy), 7. Malosse (Alger), 8. Denigès (Bordeaux), 9. Morel (Lyon), 10. Desgrez (Paris), 11. Blarez (Bordeaux).

Juges suppléants. — Agrégés en exercice. Physiologie : 1. Camus (Paris), 2. Lambert (Nancy), 3. Dubois (Lille), 4. Bédart (Lille), 5. Busquet (Nancy), 6. Langlois (Paris).

Physique : 1. Guilloz (Nancy), 2. Zimmern (Paris), 3. Dufour (Nancy), 4. Nogier (Lyon), 5. Broca (Paris).

Chimie : 1. Robert (Nancy), 2. Maillard (Paris), 3. Derrien (Montpellier), 4. Laborde (Toulouse), 5. Nicloux (Paris), 6. Guillemard (Lyon), 7. Benech (Bordeaux).

Section de physique biologique et médicale (concours du 5 mai 1913). — Cinq juges titulaires :

I. Trois professeurs de physique.
II. Un professeur de chimie.
III. Un professeur de physiologie.

Cinq juges suppléants : trois agrégés de physique, un agrégé de chimie; un agrégé de physiologie.

Juges titulaires. — 1° Professeurs de physique : 1. Doumer (Lille), 2. Guilloz (Nancy), 3. Sigalas (Bordeaux), 4. Bergonié (Bordeaux), 5. Weiss (Paris), 6. Marie (Toulouse), 7. Guillemin (Alger), 8. Cluzet (Lyon), 9. Imbert (Montpellier), 10. Charpentier (Nancy).

2° Professeurs de chimie : 1. Morel (Lyon), 2. Lambling (Lille), 3. Garnier (Nancy), 4. Denigès (Bordeaux), 5. Desgrez (Paris), 6. Blarez (Bordeaux), 7. Hugounenq (Lyon), 8. Malosse (Alger), 9. Sambuc (Alger), 10. Ville (Montpellier), 11. Lescœur (Lille).

3° Professeurs de physiologie : 1. Abelous (Toulouse), 2. Hédon (Montpellier), 3. Doyon (Lyon), 4. Meyer (Nancy), 5. Wertheimer (Lille), 6. Pachon (Bordeaux), 7. Richet (Paris), 8. Morat (Lyon), 9. Rey (Alger).

Juges suppléants. — Agrégés en exercice. Physique : 1. Broca (Paris), 2. Dufour (Nancy), 3. Guilloz (Nancy), 4. Zimmern (Paris), 5. Nogier (Lyon).

Chimie : 1. Guillemard (Lyon), 2. Derrien (Montpellier), 3. Robert (Nancy), 4. Laborde (Toulouse), 5. Maillard (Paris), 6. Benech (Bordeaux), 7. Nicloux (Paris).

Physiologie : 1. Camus (Paris), 2. Lambert (Nancy), 3. Busquet (Nancy), 4. Bédard (Lille), 5. Langlois (Paris), 6. Dubois (Lille).

Section des maladies mentales (concours du 5 mai 1913). — Cinq juges titulaires :

I. Deux professeurs de pathologie mentale.
II. Un professeur de médecine légale.
III. Un professeur de clinique médicale générale.
IV. Un professeur de pathologie interne.

Cinq juges suppléants : cinq agrégés (section de médecine, section des maladies mentales).

Juges titulaires. — 1° Professeurs de pathologie mentale : 1. Régis (Bordeaux), 2. Lépine (Lyon), 3. Rémond (Toulouse), 4. Mairet (Montpellier), 5. Gilbert Ballet (Paris).

2° Professeurs de médecine légale : 1. Lacassagne (Lyon), 2. Thoinot (Paris), 3. Parisot (Nancy), 4. Crespin (Alger), 5. Guilhem (Toulouse), 6. Sarda (Montpellier).

3° Professeurs de clinique médicale générale : 1. Spillmann (Nancy), 2. Carrieu (Montpellier), 3. Debove (Paris), 4. Simon (Nancy), 5. Arnozan (Bordeaux), 6. Combemale (Lille), 7. Landouzy (Paris), 8. Ardin-Delteil (Alger), 9. Joseph Teissier (Lyon), 10. Chauffard (Paris), 11. Roque (Lyon), 12. Caubet (Toulouse), 13. Rauzier (Montpellier), 14. Mossé (Toulouse), 15. Gilbert (Paris), 16. Pitres (Bordeaux), 17. Lemoine (Lille).

4° Professeurs de pathologie interne : 1. André (Toulouse), 2. Surmont (Lille), 3. Pierre Teissier (Paris), 4. Le Dantec (Bordeaux), 5. Widal (Paris), 6. Collet (Lyon), 7. Etienne (Nancy), 8. Ducamp (Montpellier).

Juges suppléants. — Agrégés en exercice : 1. Castaigne (Paris), 2. Claude (Paris), 3. Gougerot (Paris), 4. Richon (Nancy), 5. Lagriffoul (Montpellier), 6. Cestan (Toulouse), 7. Léri (Paris), 8. Macaigne (Paris), 9. Jousset (Paris), 10. Breton (Lille), 11. Martin (Lyon), 12. Perrin (Nancy), 13. Gaussel (Montpellier), 14. Carnot (Paris), 15. Dalous (Toulouse), 16. Lœper (Paris), 17. Arloing (Lyon), 18. Euzière (Montpellier), 19. Cruchet (Bordeaux), 20. Nobécourt (Paris), 21. Vedel (Montpellier), 22. Balthazard (Paris), 23. Petges (Bordeaux), 24. Abadie (Bordeaux), 25. Labbé (Paris), 26. Ingelrans (Lille), 27. Mouriquand (Lyon), 28. Baylac (Toulouse), 29. Minet (Lille), 30. Raviart (Lille), 31. Guillain (Paris), 32. Bernard (Paris), 33. Carles (Bordeaux), 34. Verger (Bordeaux), 35. Laignel-Lavastine (Paris), 36. Cade (Lyon), 37. Rathery (Paris), 38. Leenhardt (Montpellier), 39. Sicard (Paris).

Section d'ophtalmologie (concours du 5 mai 1913). — Cinq juges titulaires :

I. Trois professeurs de clinique ophtalmologique.
II. Un professeur de clinique chirurgicale.
III. Un professeur de physique.

Cinq juges suppléants : quatre agrégés (section de chirurgie, section d'ophtalmologie), un agrégé de physique.

Juges titulaires. — 1° Professeurs de clinique ophtalmologique : 1. Cange (Alger), 2. Rohmer (Nancy), 3. Lagrange (Bordeaux), 4. Truc (Montpellier), 5. Frenkel (Toulouse), 6. de Lapersonne (Paris), 7. Rollet (Lyon), 8. Baudry (Lille).

2° Professeurs de clinique chirurgicale : 1. Poncet (Lyon), 2. Chavannaz (Bordeaux), 3. Delbet (Paris), 4. Forgue (Montpellier), 5. Tédenat (Montpellier), 6. Reclus (Paris), 7. Villar (Bordeaux), 8. Jaboulay (Lyon), 9. Quénu (Paris), 10. Lambret (Lille), 11. Vincent (Alger), 12. Weiss (Nancy), 13. Hartmann (Paris), 14. Gross (Nancy), 15. Jeannel (Toulouse), 16. Dubar (Lille).

3° Professeurs de physique ; 1. Guilloz (Nancy), 2. Sigalas (Bordeaux), 3. Charpentier (Nancy), 4. Marie (Toulouse), 5. Doumer (Lille), 6. Weiss (Paris), 7. Cluzet (Lyon), 8. Imbert (Montpellier), 9. Guillemin (Alger), 10. Bergonié (Bordeaux).

Juges suppléants. — Agrégés en exercice. Chirurgie et ophtalmologie : 1. Venot (Bordeaux), 2. Vanverts (Lille), 3. Potel (Lille), 4. Soubeiran (Montpellier), 5. Okynczyc (Paris), 6. Sencert (Nancy), 7. Chevassu (Paris), 8. Proust (Paris), 9. Tavernier (Lyon), 10. Thévenot (Lyon), 11. Gayet (Lyon), 12. Patel (Lyon), 13. Morestin (Paris), 14. Guyot (Bordeaux), 15. Terrien (Paris), 16. Lecène (Paris), 17. Massabuau (Montpellier), 18. Ombrédanne (Paris), 19. Duval (Paris), 20. Riche (Montpellier), 21. Binet (Nancy), 22. Lenormant (Paris), 23. Lefort (Lille), 24. Schwartz (Paris), 25. Laroyenne (Lyon), 26. Martin (Toulouse), 27. Rocher (Bordeaux), 28. Leriche (Lyon), 29. Gross (Nancy).

Physique : 1. Nogier (Lyon), 2. Dufour (Nancy), 3. Broca (Paris), 4. Zimmern (Paris), 5. Guilloz (Nancy).

Section de chirurgie générale (concours du 13 mai 1913). — Neuf juges titulaires :

I. Trois professeurs de cliniques générales.
II. Trois professeurs de cliniques spéciales.
III. Un professeur de médecine opératoire.
IV. Un professeur de pathologie externe.
V. Un professeur d'anatomie pathologique.

Neuf juges suppléants : huit agrégés de chirurgie, un agrégé (section de médecine, section d'anatomie pathologique).

Juges titulaires. — 1° Professeurs de cliniques générales : 1. Villar (Bordeaux), 2. Gross (Nancy), 3. Jaboulay (Lyon), 4. Lambret (Lille), 5. Delbet (Paris), 6. Chavannaz (Bordeaux), 7. Poncet (Lyon), 8. Tédenat (Montpellier), 9. Vincent (Alger), 10. Reclus (Paris), 11. Dubar (Lille), 12. Quénu (Paris), 13. Hartmann (Paris), 14. Weiss (Nancy), 15. Forgue (Montpellier), 16. Jeannel (Toulouse).

2° Professeurs de cliniques spéciales : 1. Curtillet (Alger), 2. Estor (Montpellier), 3. Pousson (Bordeaux), 4. Bégouin (Bordeaux), 5. Carlier (Lille), 6. Legueu (Paris), 7. Denucé (Bordeaux), 8. Gaudier (Lille), 9. Pozzi (Paris), 10. A. Pollosson (Lyon), 11. Rochet (Lyon), 12. Kirmisson (Paris), 13. Gervais de Rouville (Montpellier).

3° Professeurs de médecine opératoire : 1. Chrétien (Nancy), 2. Maurice Pollosson (Lyon).

4° Professeurs de pathologie externe : 1. Penières (Toulouse), 2. Lejars (Paris), 3. Carlier (Lille), 4. Vautrin (Nancy), 5. Vallas (Lyon).

5° Professeurs d'anatomie pathologique : 1. Marie (Paris), 2. Sabrazès (Bordeaux), 3. Hoche (Nancy), 4. Paviot (Lyon), 5. Tapie (Toulouse), 6. Curtis (Lille), 7. Poujol (Alger), 8. Bosc (Montpellier).

Juges suppléants. — Agrégés en exercice. Chirurgie : 1. Ombrédanne (Paris), 2. Martin (Toulouse), 3. Binet (Nancy), 4. Massabuau (Montpellier), 5. Schwartz (Paris), 6. Thévenot (Lyon), 7. Morestin (Paris), 8. Lenormant (Paris), 9. Vanverts (Lille), 10. Lecène (Paris), 11. Okinczyc (Paris), 12. Rocher (Bordeaux), 13. Gayet (Lyon), 14. Guyot (Bordeaux), 15. Leriche (Lyon), 16. Venot (Bordeaux), 17. Potel (Lille), 18. Duval (Paris), 19. Soubeiran (Montpellier), 20. Sencert (Nancy), 21. Laroyenne (Lyon), 22. Proust (Paris), 23. Patel (Lyon), 24. Tavernier (Lyon), 25. Riche (Montpellier), 26. Chevassu (Paris), 27. Gross (Nancy), 28. Lefort (Lille).

Médecine : 1. Carles (Bordeaux), 2. Cestan (Toulouse), 3. Ingelrans (Lille), 4. Abadie (Bordeaux), 5. Baylac (Toulouse), 6. Nobécourt (Paris), 7. Gaussel (Montpellier), 8. Mouriquand (Lyon), 9. Sicard (Paris), 10. Petges (Bordeaux), 11. Gougerot (Paris), 12. Macaigne (Paris), 13. Arloing (Lyon), 14. Raviart (Lille), 15. Lagriffoul (Montpellier), 16. Martin (Lyon), 17. Lœper (Lyon), 18. Roussy (Paris), 19. Labbé (Paris), 20. Dalous (Toulouse), 21. Jousset (Paris), 22. Castaigne (Paris), 23. Rathery (Paris), 24. Léri (Paris), 25. Bernard (Paris), 26. Leenhardt (Montpellier), 27. Minet (Lille), 28. Verger (Bordeaux), 29. Claude (Paris), 30. Balthazard (Paris), 31. Guillain (Paris), 32. Carnot (Paris), 33. Cruchet (Bordeaux), 34. Euzière (Montpellier), 35. Perrin (Nancy), 36. Breton (Lille), 37. Cade (Lyon), 38. Vedel (Montpellier), 39. Richon (Nancy).

Section d'histologie (concours du 19 mai 1913). — Cinq juges titulaires :

I. Quatre professeurs d'histologie.
II. Un professeur d'anatomie.
Cinq juges suppléants : cinq agrégés d'anatomie.

Juges titulaires. — 1° Professeurs d'histologie : 1. Tourneux (Toulouse), 2. Laguesse (Lille), 3. Vialleton (Montpellier), 4. Prenant (Paris), 5. Bouin (Nancy), 6. Viault (Bordeaux), 7. Poujol (Alger), 8. Renault (Lyon).

2° Professeurs d'anatomie : 1. Testut (Lyon), 2. Soulié (Toulouse), 3. Nicolas (Paris), 4. Debierre (Lille), 5. Gentès (Bordeaux), 6. Weber (Alger), 7. Gilis (Montpellier), 8. Ancel (Nancy).

Juges suppléants. — Agrégés en exercice : 1. Princeteau (Bordeaux), 2. Retterer (Paris), 3. Regaud (Lyon), 4. Branca (Paris), 5. Latarjet (Lyon), 6. Gérard (Lille), 7. Rouvière (Paris), 8. Dieulafé (Toulouse), 9. Grégoire (Paris), 10. Descomps (Lille), 11. Mulon (Paris), 12. Grynfeltt (Montpellier), 13. Collin (Nancy), 14. Aubaret (Bordeaux), 15. Lucien (Nancy).

Section de chimie biologique et médicale (concours du 19 mai 1913). — Cinq juges titulaires :

I. Trois professeurs de chimie.
II. Un professeur de physique.
III. Un professeur de pharmacologie.
Cinq juges suppléants : trois agrégés de chimie, un agrégé de physique, un agrégé de pharmacie.

Juges titulaires. — 1° Professeurs de chimie : 1. Garnier (Nancy), 2. Malosse (Alger), 3. Lambling (Lille), 4. Sambuc (Alger), 5. Hugounenq (Lyon), 6. Ville (Montpellier), 7. Lescœur (Lille), 8. Denigès (Bordeaux), 9. Blarez (Bordeaux), 10. Morel (Lyon), 11. Desgrez (Paris).

2° Professeurs de physique : 1. Cluzet (Lyon), 2. Marie (Toulouse), 3. Charpentier (Nancy), 4. Weiss (Paris), 5. Doumer (Lille), 6. Sigalas (Bordeaux), 7. Guilleminn (Alger), 8. Imbert (Montpellier), 9. Bergonié (Bordeaux), 10. Guilloz (Nancy).

3° Professeurs de pharmacologie : 1. Barthe (Bordeaux), 2. Ribaut (Toulouse), 3. Gérard (Lille), 4. Florence (Lyon), 5. Dupouy (Bordeaux), 6. Battandier (Alger), 7. Pouchet (Paris).

Juges suppléants. — Agrégés en exercice. Chimie : 1. Béhech (Bordeaux), 2. Derrien (Montpellier), 3. Robert (Nancy), 4. Maillard (Paris), 5. Laborde (Toulouse), 6. Nicloux (Paris), 7. Guillemard (Lyon).

Physique : 1. Nogier (Lyon), 2. Broca (Paris), 3. Dufour (Nancy), 4. Zimmern (Paris), 5. Guilloz (Nancy).

Pharmacie-pharmacologie : 1. Bretin (Lyon), 2. Vallée (Lille), 3. Barthe (Bordeaux), 4. Tiffeneau (Paris), 5. Richaud (Paris), 6. Labat (Bordeaux).

Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine (concours du 23 mai 1913). — Cinq juges titulaires :

I. Trois professeurs de sciences naturelles.
II. Un professeur de clinique médicale.
III. Un professeur de pathologie interne.
Cinq juges suppléants : trois agrégés de sciences naturelles ; deux agrégés de médecine.

Juges titulaires. — 1° Professeurs de sciences naturelles : 1. Blanchard (Paris), 2. Verdun (Lille), 3. Fockeu (Lille), 4. Guillaud (Bordeaux), 5. Lamic (Toulouse), 6. Granel (Montpellier), 7. Trabut (Alger), 8. Guiart (Lyon), 9. Vuillemin (Nancy), 10. Barrois (Lille).

2° Professeurs de clinique médicale : 1. Ardin-Delteil (Alger), 2. Spillmann (Nancy), 3. Rauzier (Montpellier), 4. Caubet (Toulouse), 5. Roque (Lyon), 6. Landouzy (Paris), 7. Mossé (Toulouse), 8. Combemale (Lille), 9. Gilbert (Paris), 10. Debove (Paris), 11. Carrieu (Montpellier), 12. Joseph Teissier (Lyon), 13. Chauffard (Paris), 14. Lemoine (Lille), 15. Arnozan (Bordeaux), 16. Pitres (Bordeaux), 17. Simon (Nancy).

3° Professeurs de pathologie interne : 1. Ducamp (Montpellier), 2. Le Dantec (Bordeaux), 3. Surmont (Lille), 4. Widal Paris), 5. André (Toulouse), 6. Collet (Lyon), 7. Etienne (Nancy), 8. Pierre Teissier (Paris).

Juges suppléants. — Agrégés en exercice. Sciences naturelles : 1. Brumpt (Paris), 2. Galavielle (Montpellier), 3. Mandoul (Bordeaux), 4. Cabannes (Montpellier), 5. Neveu-Lemaire (Lyon).

Médecine : 1. Claude (Paris), 2. Richon (Nancy), 3. Macaigne (Paris), 4. Guillain (Paris), 5. Raviart (Lille), 6. Arloing (Lyon), 7. Mouriquand (Lyon), 8. Gougerot (Paris), 9. Cade (Lyon), 10. Breton (Lille), 11. Petges (Bordeaux), 12. Perrin (Nancy), 13. Castaigne (Paris), 14. Cestan (Toulouse), 15. Bernard (Paris), 16. Lœper (Paris), 17. Abadie (Bordeaux), 18. Léri (Paris), 19. Jousset (Paris), 20. Nobécourt (Paris), 21. Cruchet (Bordeaux), 22. Dalous (Toulouse), 23. Martin (Lyon), 24. Euzière (Montpellier), 25. Carles (Bordeaux), 26. Leenhardt (Montpellier), 27. Lagriffoul (Montpellier), 28. Sicard (Paris), 29. Minet (Lille), 30. Ingelrans (Lille), 31. Rathery (Paris), 32. Verger (Bordeaux), 33. Carnot (Paris), 34. Balthazard (Paris), 35. Vedel (Montpellier), 36. Baylac (Toulouse), 37. Labbé (Paris), 39. Gaussel (Montpellier).

Section d'obstétrique (concours du 26 mai 1913). — Cinq juges titulaires :

I. Trois professeurs d'obstétrique.
II. Un professeur de clinique médicale.
III. Un professeur de clinique chirurgicale.
Cinq juges suppléants : trois agrégés d'accouchements ; un agrégé de médecine ; un agrégé de chirurgie.

Juges titulaires. — 1° Professeurs d'obstétrique : 1. Hergott (Nancy), 2. Oui (Lille), 3. Ribemont-Dessaignes (Paris), 4. Bar (Paris), 5. Fabre (Lyon), 6. Bouvier (Alger), 7. Puech (Montpellier), 8. Audebert (Toulouse), 9. Vallois (Montpellier), 10. Bué (Lille), 11. Pinard (Paris), 12. Lefour (Bordeaux).

2° Professeurs de clinique médicale : 1. Ardin-Delteil (Alger), 2. Pitres (Bordeaux), 3. Mossé (Toulouse), 4. Spillmann (Nancy), 5. Joseph Teissier (Lyon), 6. Chauffard (Paris), 7. Carrieu (Montpellier), 8. Rauzier (Montpellier), 9. Combemale (Lille), 10. Roque (Lyon), 11. Caubet (Toulouse), 12. Lemoine (Lille), 13. Debove (Paris), 14. Landouzy (Paris), 15. Arnozan (Bordeaux), 16. Simon (Nancy), 17. Gilbert (Paris).

3° Professeurs de clinique chirurgicale : 1. Tédenat (Montpellier), 2. Hartmann (Paris), 3. Lambret (Lille), 4. Jaboulay

(Lyon), 5. Gross (Nancy), 6. Jeannel (Toulouse), 7. Poncet (Lyon), 8. Reclus (Paris), 9. Dubar (Lille), 10. Vincent (Alger), 11. Quénu (Paris), 12. Villar (Bordeaux), 13. Chavannaz (Bordeaux), 14. Delbet (Paris), 15. Weiss (Nancy), 16. Forgue (Montpellier).

Juges suppléants. — Agrégés en exercice. Obstétrique : 1. Brindeau (Paris), 2. Jeannin (Paris), 3. Péry (Bordeaux), 4. Couvelaire (Paris), 5. Chambrelent (Bordeaux), 6. Commandeur (Lyon), 7. Voron (Lyon), 8. Delmas (Montpellier), 9. Lequeux (Paris), 10. Fruhinsholz (Nancy), 11. Garipuy (Toulouse), 12. Guéniot (Paris).

Médecine : 1. Rathery (Paris), 2. Cruchet (Bordeaux), 3. Gaussel (Montpellier), 4. Ingelrans (Lille), 5. Gougerot (Paris), 6. Cestan (Toulouse), 7. Balthazard (Paris), 8. Labbé (Paris), 9. Verger (Bordeaux), 10. Lagriffoul (Montpellier), 11. Bernard (Paris), 12. Lœper (Paris), 13. Breton (Lille), 14. Leenhardt (Montpellier), 15. Macaigne (Paris), 16. Castaigne (Paris), 17. Carnot (Paris), 18. Jousset (Paris), 19. Abadie (Bordeaux), 20. Baylac (Toulouse), 21. Mouriquand (Lyon), 22. Arloing (Lyon), 23. Martin (Lyon), 24. Claude (Paris), 25. Perrin (Nancy), 26. Dalous (Toulouse), 27. Minet (Lille), 28. Sicard (Paris), 29. Euzière (Montpellier), 30. Raviart (Lille), 31. Carles (Bordeaux), 32. Richon (Nancy), 33. Léri (Paris), 34. Cade (Lyon), 35. Vedel (Montpellier), 36. Petges (Bordeaux), 37. Guillain (Paris), 38. Nobécourt (Paris).

Chirurgie : 1. Massabuau (Montpellier), 2. Rocher (Bordeaux), 3. Potel (Lille), 4. Ombrédanne (Paris), 5. Leriche (Lyon), 6. Lefort (Lille), 7. Martin (Toulouse), 8. Proust (Paris), 9. Sencert (Nancy), 10. Patel (Lyon), 11. Guyot (Bordeaux), 12. Lecène (Paris), 13. Tavernier (Lyon), 14. Thévenot (Lyon), 15. Riche (Montpellier), 16. Binet (Nancy), 17. Duval (Paris), 18. Vanverts (Lille), 19. Schwartz (Paris), 20. Laroyenne (Lyon), 21. Lenormant (Paris), 22. Venot (Bordeaux), 23. Gross (Nancy), 24. Gayet (Lyon), 25. Morestin (Paris), 26. Chevassu (Paris), 27. Okinczyc (Paris), 28. Soubeiran (Montpellier).

Section d'anatomie pathologique (concours du 2 juin 1913). — Cinq juges titulaires :

I. Trois professeurs d'anatomie pathologique.

II. Un professeur de clinique médicale.

III. Un professeur de clinique chirurgicale générale.

Cinq juges suppléants : quatre agrégés (section d'anatomie pathologique, section de médecine); un agrégé de chirurgie.

Juges titulaires. — 1° Professeurs d'anatomie pathologique : 1. Marie (Paris), 2. Poujol (Alger), 3. Hoche (Nancy), 4. Paviot (Lyon), 5. Sabrazès (Bordeaux), 6. Curtis (Lille), 7. Bosc (Montpellier), 8. Tapie (Toulouse).

2° Professeurs de clinique médicale générale : 1. Caubet (Toulouse), 2. Spillmann (Nancy), 3. Carrieu (Montpellier), 4. Mossé (Toulouse), 5. Ardin-Delteil (Alger), 6. Roque (Lyon), 7. Chauffard (Paris), 8. Debove (Paris), 9. Arnozan (Bordeaux), 10. Combemale (Lille), 11. Lemoine (Lille), 12. Teissier [Joseph] (Lyon), 13. Simon (Nancy), 14. Gilbert (Paris), 15. Pitres (Bordeaux), 16. Landouzy (Paris), 17. Rauzier (Montpellier).

3° Professeurs de clinique chirurgicale générale : 1. Poncet (Lyon), 2. Chambret (Lille), 3. Delbet (Paris), 4. Jaboulay (Lyon), 5. Weiss (Nancy), 6. Forgue (Montpellier), 7. Vincent (Alger), 8. Quenu (Paris), 9. Gross (Nancy), 10. Villar (Bordeaux), 11. Jeannel (Toulouse), 12. Hartmann (Paris), 13. Tédenat (Montpellier), 14. Reclus (Paris), 15. Dubar (Lille), 16. Chavannaz (Bordeaux).

Juges suppléants. — Agrégés en exercice. Médecine. Anatomie pathologique : 1. Léri (Paris), 2. Carnot (Paris), 3. Euzière (Montpellier), 4. Labbé (Paris), 5. Castaigne (Paris), 6. Sicard (Paris), 7. Cestan (Toulouse), 8. Ingelrans (Lille), 9. Perrin (Nancy), 10. Macaigne (Paris), 11. Rathery (Paris), 12. Leenhardt (Montpellier), 13. Dalous (Toulouse), 14. Lagriffoul (Montpellier), 15. Gougerot (Paris), 16. Bernard (Paris), 17. Richon (Nancy), 18. Vedel (Montpellier), 19. Guillain (Paris), 20. Gaussel (Montpellier), 21. Carles (Bordeaux), 22. Cruchet (Bordeaux), 23. Jousset (Paris), 24. Martin (Lyon), 25. Breton (Lille), 26. Mouriquand (Lyon), 27. Verger (Bordeaux), 28. Arloing (Lyon), 29. Abadie (Bordeaux), 30. Nobécourt (Paris), 31. Cade (Lyon), 32. Claude (Paris), 33. Baylac (Toulouse), 34. Minet (Lille), 35. Loeper (Paris), 36. Raviart (Lille), 37. Balthazard (Paris), 38. Petges (Bordeaux), 39. Roussy (Paris).

Chirurgie : 1. Riche (Montpellier), 2. Gross (Nancy), 3. Leriche (Lyon), 4. Duval (Paris), 5. Proust (Paris), 6. Ombrédanne (Paris), 7. Tavernier (Lyon), 8. Laroyenne (Lyon), 9. Chevassu (Paris), 10. Soubeiran (Montpellier), 11. Sencert (Nancy), 12. Massabuau (Montpellier), 13. Guyot (Bordeaux), 14. Lenormant (Paris), 15. Binet (Nancy), 16. Okinczyc (Paris), 17. Vanverts (Lille), 18. Venot (Bordeaux), 19. Lecène (Paris), 20. Gayet (Lyon), 21. Patel (Lyon), 22. Lefort (Lille), 23. Rocher (Bordeaux), 24. Martin (Toulouse), 25. Morestin (Paris), 26. Thévenot (Lyon), 27. Schwartz (Paris), 28. Potel (Lille).

Section de pharmacie (concours du 9 juin 1913). — Cinq juges titulaires : I. Deux professeurs de pharmacie.

II. Un professeur de chimie.

III. Un professeur de botanique.

IV. Un professeur de matière médicale.

Cinq juges suppléants : Deux agrégés de pharmacie, un agrégé de chimie, deux agrégés (section d'histoire naturelle, section de matière médicale et pharmacodynamie).

Juges titulaires. — 1° Professeurs de pharmacie : 1. Gérard (Lille), 2. Barthe (Bordeaux), 3. Battandier (Alger), 4. Dupouy (Bordeaux), 5. Ribaut (Toulouse), 6. Florence (Lyon), 7. Pouchet (Paris).

2° Professeurs de chimie : 1. Morel (Lyon), 2. Sambuc (Alger), 3. Lescœur (Lille), 4. Garnier (Nancy), 5. Desgrez (Paris), 6. Blarez (Bordeaux), 7. Lambling (Lille), 8. Hugounenq (Lyon), 9. Malosse (Alger), 10. Denigès (Bordeaux), 11. Ville (Montpellier).

3° Professeurs de botanique : 1. Guiart (Lyon), 2. Guillaud (Bordeaux), 3. Moreau (Lyon), 4. Lamic (Toulouse), 5. Fockeu (Lille), 6. Blanchard (Paris), 7. Vuillemin (Nancy), 8. Trabut (Alger), 9. Granel (Montpellier).

4° Professeurs de matière médicale : 1. Fockeu (Lille), 2. Moreau (Lyon), 3. Broemer (Toulouse), 4. Vires (Montpellier), 5. Beille (Bordeaux), 6. Hérail (Alger), 7. Pouchet (Paris).

Juges suppléants. — Agrégés en exercice. Pharmacie, pharmacologie, matière médicale et pharmacodynamie : 1. Barthe (Bordeaux), 2. Tiffeneau (Paris), 3. Labat (Bordeaux), 4. Bretin (Lyon), 5. Vallée (Lille), 6. Richaud (Paris).

Chimie : 1. Benech (Bordeaux), 2. Nicloux (Paris), 3. Derrien (Montpellier), 4. Robert (Nancy), 5. Maillard (Paris), 6. Guillemard (Lyon), 7. Laborde (Toulouse).

Histoire naturelle : 1. Cabannes (Montpellier), 2. Neveu-Lemaire (Lyon), 3. Galavielle (Montpellier), 4. Brumpt (Paris), 5. Mandoul (Bordeaux).

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASYSTOLIE

Quatre granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou L gouttes de la solution au millième — ce qui représente 1 milligramme de digitaline — en une ou deux fois pendant un seul jour (1).

Ou : XX gouttes le 1er jour et X gouttes les 3 jours suivants.

Ensuite, on laisse reposer le malade quinze jours ou même moins lorsque le cœur est fortement touché. Après ce délai, la digitaline est donnée aux doses de 2 granules à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou X gouttes de solution au millième 4 jours de suite, de façon à maintenir l'action cardio-tonique.

(1) Si le myocarde est très altéré, il y a intérêt à donner des doses plus faibles.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYPHILIS MÉDULLAIRE (1)

C. FORMES CLINIQUES DIVERSES. — a. *Syndrome de Brown-Séquard.* — Le début de la paraplégie à type de syndrome de Brown-Séquard s'annonce par de vives douleurs pseudonévralgiques en ceinture; assez rapidement s'établit la paralysie, d'abord incomplète, puis complète et flasque d'un côté ou d'un membre inférieur seulement. Les réflexes sont diminués, la sensibilité est normale du côté paralysé; au-dessus du territoire paralysé il existe une bande horizontale de 2 ou 3 centimètres d'anesthésie complète, occupant la moitié du corps et due à la compression des racines à ce niveau. Du côté non paralysé, existent des troubles de la sensibilité : anesthésie totale thermique et douloureuse, conservation de la sensibilité tactile; c'est là la *dissociation syringomyélique* qui n'est jamais aussi nette que dans les hémiparaplégies syphilitiques. Au-dessus, il existe une zone d'hyperesthésie due à l'irritation des racines spinales. Les troubles des sphincters, constants dans les cas de traumatisme, ne s'observent dans la syphilis que s'il y a paralysie des deux membres inférieurs en cas de double syndrome de Brown-Séquard fort difficile d'ailleurs à identifier.

Anatomiquement, ce syndrome répond à une plaque de sclérose entourant une moitié de la moelle. On a signalé dans un cas l'existence d'une gomme avec méningo-myélite et lésions du faisceau latéral et de la corne postérieure.

Le traitement spécifique peut améliorer ce syndrome; souvent une rigidité spasmodique et quelques troubles sensitifs peuvent persister.

Le *diagnostic* est à faire avec un syndrome de Brown-Séquard *traumatique* ou par *hémicompression* de la moelle. Le diagnostic avec la *syringomyélie* se base surtout sur l'absence de troubles trophiques et sur la distribution spéciale des phénomènes.

b. *Méningo-myélite envahissante.* — Cette forme s'observe dès les premiers mois de l'infection syphilitique; elle s'annonce par des prodromes tels que fourmillements, douleurs; puis la paralysie s'installe d'abord dans les membres inférieurs, puis elle gagne les bras et elle envahit enfin le bulbe; la paraplégie a une marche progressive. Les réflexes sont variables, ils peuvent être complètement abolis. Les troubles de la sensibilité objective manquent; les sphincters sont généralement atteints. L'envahissement du bulbe s'annonce par des troubles de la déglutition, de l'oppression, de l'arythmie. La mort se produit dix à quatorze mois après le début des accidents. Cependant il est des formes curables.

Anatomiquement, il s'agit de la méningo-myélite embryonnaire (Gilbert et Lion).

Le *diagnostic* est à faire avec la *maladie de Landry* qui s'en distingue par le début brusque sans douleurs, l'inconstance des troubles des réservoirs, la marche rapide; il est à faire encore avec la *paraplégie spinale antérieure subaiguë de Duchenne* qui s'accompagne d'une atrophie musculaire telle que les membres semblent se momifier; il n'existe ni troubles des sphincters, ni escarres.

La *polynévrite aiguë généralisée* entraîne parfois aussi une paralysie ascendante, mais l'atrophie est rapidement très accusée, les troncs nerveux sont douloureux.

c. *Forme amyotrophique.* — Elle simule l'*atrophie musculaire progressive* par sa marche progressive, sa distribution, les crampes, etc.; elle débute par de la diplopie, des troubles de la sensibilité subjective, ce qui la distingue précisément de l'atrophie progressive, ainsi d'ailleurs que la succession inverse de la parésie et de l'atrophie. La polynévrite à forme amyotrophique s'accompagne d'abolition des réflexes, et la sensibilité objective y est intacte.

Anatomiquement, Raymond a signalé une méningo-myélite diffuse avec lésions considérables des cellules des cornes antérieures.

d. *Formes cérébro-spinales.* — Il en existe plusieurs variétés : tout d'abord une forme de *pachyméningite cervicale* déjà décrite et sur laquelle nous ne reviendrons pas; puis une forme dans laquelle les *symptômes cérébraux* s'associent aux troubles paraplégiques; enfin une forme de *syphilis cérébro-spinale disséminée* avec douleurs vives au niveau de la nuque, du dos, des bras, des troubles de la motilité, de l'exagération des réflexes, de l'inégalité pupillaire.

e. *Pseudo-tabes syphilitique.* — Sous ce nom, on a groupé un petit nombre de cas dans lesquels la syphilis réalise un tableau clinique plus ou moins analogue au tabes : paralysies oculaires, douleurs irradiées, troubles vésicaux, incertitude de la marche. Il s'agit là d'ailleurs de faits extrêmement rares.

f. *Syndrome de Guillain et Thaon.* — C'est un syndrome qui rappelle par certains côtés le tabes, la paralysie générale, la myélite syphilitique. Le début est variable; il se fait par des troubles oculaires, des douleurs, des phénomènes spasmodiques.

A la période d'état, les malades ont de l'ataxie, un Romberg positif, des réflexes rotuliens exagérés, le signe de Babinski positif, de l'inégalité pupillaire, de la névrite optique; quelquefois de la dysarthrie, enfin des phénomènes psychiques.

Les désordres anatomiques sont extrêmement variés; on constate des lésions méningées, de l'artérite, du ramollissement, de la sclérose des cordons latéraux.

Signalons, enfin, l'hypothèse soutenue par certains auteurs suivant laquelle la sclérose en plaques serait souvent d'origine syphilitique.

III. **Hérédo-syphilis médullaire.** — Nous avons déjà signalé l'existence de méningites hérédo-syphilitiques; quant aux manifestations médullaires proprement dites de l'hérédo-syphilis, elles sont assez mal connues; il faut encore rappeler que l'on peut observer chez l'adulte des paraplégies relevant de l'*hérédo-syphilis tardive*.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Telles sont les multiples formes cliniques que peut revêtir la syphilis médullaire.

Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic de chacune de ces formes; nous avons indiqué ce diagnostic à la suite de la description clinique de chacun des types cliniques énumérés; nous ne nous étendrons pas davantage sur le pronostic de chacune de ces variétés, puisque nous avons également signalé pour chacune des formes, et l'évolution spéciale et le pronostic.

D'une manière générale, nous pouvons dire que dans presque tous les cas le pronostic est toujours sérieux; il est à peu près toujours fatal dans les cas de paraplégies aiguës; il l'est beaucoup moins dans les cas de paraplégies chroniques, spécialement dans la forme d'Erb; mais le malade n'en reste pas moins souvent, même dans ces cas, un infirme confiné plus ou moins au lit et par cela même exposé à des complications intercurrentes. Nous n'insisterons pas à nouveau non plus sur la gravité du pronostic éloigné des méningites frustes, latentes, de la période secondaire.

TRAITEMENT. — Le traitement spécifique, en cas de méningites, de radiculites, de sciatiques, etc., devra être poursuivi aussi longtemps que persisteront, soit la réaction lymphocytaire dans le liquide céphalo-rachidien, soit la douleur et l'anesthésie à type radiculaire. En cas d'accidents médullaires, une fois l'étiologie spécifique établie par le Wassermann, ou même seulement soupçonnée, on devra instituer un traitement antisyphilitique énergique (cyanure de Hg intraveineux, calomel, huile grise, avec association d'iodure à assez haute dose); l'emploi du 606 est vivement conseillé par certains auteurs; il est déconseillé par d'autres auteurs qui redoutent, lorsqu'il s'agit de syphilis nerveuse, soit l'apparition d'accidents de neurotropisme, soit l'apparition d'accidents relevant du phénomène de Herxheimer.

BIBLIOGRAPHIE. — GILBERT et LION. In *Traité de médecine* Brouardel et Gilbert. — LAMY. In *Traité de médecine* Charcot-Bouchard. — MILIAN. *Traité de la syphilis nerveuse* (Collection Gaucher). — SOTTAS. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1894. — INGELRANS. Hérédo-syphilis nerveuse, *Gaz. des hôpit.*, 1904. — Question d'internat, *Gaz. des hôpit.*, déc. 1912.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 24, p. 382; n° 27, p. 430, et n° 30, p. 477.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. de Lapersonne, Morax, Rochon-Duvigneaud, Terrien, Poulard, Robin et Broca.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — M. Lambret, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours de clinique chirurgicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, à partir du 16 mars 1913, professeur de clinique chirurgicale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Tours. — Un concours s'ouvrira, le 10 novembre 1913, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le concours annuel pour les emplois de médecins adjoints des asiles d'aliénés, qui s'est ouvert au ministère de l'Intérieur le 3 mars 1913, vient de se terminer.

Vingt candidats s'étaient fait inscrire; quinze seulement se sont présentés aux épreuves.

Ont été reconnus aptes, par ordre de mérite, aux emplois de médecins adjoints des asiles publics :

MM. les docteurs Genil-Perrin, Terrien et Fasson (Faculté de Paris), Desruelles (Faculté de Lille), Mlle Lévêque (Faculté de Toulouse), M. Adam (Faculté de Lyon).

GUERRE. — Est inscrit d'office au tableau de concours pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur, M. Niéger, médecin-major de deuxième classe de réserve dans la 6e région; a fait partie de la mission du capitaine Niéger et s'est particulièrement distingué au cours de la traversée du Sahara et de la région du Tchad.

L'AFFECTATION DES MÉDECINS AIDES-MAJORS DE RÉSERVE. — Le *Journal officiel* du 19 mars 1913 publie une circulaire relative à l'affectation des officiers de réserve. Voici les dispositions spéciales au service de santé :

« Pour l'accomplissement de leur dernier semestre de service actif, les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve, provenant des médecins auxiliaires visés à l'article 25 de la loi du 21 mars 1905, sont affectés à un poste quelconque du territoire, dans les mêmes conditions que les médecins de l'armée active, compte tenu des prescriptions suivantes communes à tous les officiers de réserve.

Ils ne sont jamais affectés aux corps dans lesquels ils ont servi, soit comme hommes de troupe, soit comme élèves-officiers de réserve. Ils ne le sont pas non plusà des corps stationnés dans la garnison où se trouvent les unités précitées.

Il doit être tenu compte, dans la mesure du possible, et sous réserve des principes ci-dessus, des préférences exprimées au sujet de leur affectation par cette catégorie d'officiers de complément, suivant le numéro de classement obtenu par chacun d'eux aux examens de sortie du cours spécial.

Une fois libérés de leur service actif, les médecins sont affectés, ainsi que les médecins du cadre auxiliaire ayant une autre provenance, et les pharmaciens du cadre auxiliaire, dans les régions des corps d'armée où ils résident, et, faute de place, dans la région la plus rapprochée de leur résidence. Cette affectation est prononcée par le directeur du service de santé. »

LA PROTECTION DE LA CROIX-ROUGE. — Dans sa séance du 18 mars la Chambre des députés a voté un projet de loi portant application des articles 23, 27 et 28 de la convention internationale signée à Genève le 6 juillet 1906 pour l'amélioration du sort des blessés et malades dans les armées en campagne, et des articles 5, 6 et 21 de la convention internationale signée à La Haye, le 18 octobre 1907, pour l'adaptation à la guerre maritime des principes de la convention de Genève.

Signalons, parmi les articles votés, celui qui protège la Croix-Rouge contre les abus :

« **Titre premier.** — Article premier. — Conformément aux articles 23 et 27 de la convention pour l'amélioration du sort des blessés et malades dans les armées en campagne signée à Genève le 6 juillet 1906, *l'emploi, soit de l'emblème de la Croix-Rouge sur fond blanc, soit des mots Croix-Rouge ou Croix de Genève, est réservé, en tout temps, pour protéger ou désigner le personnel, le matériel et les établissements du service de santé des armées de terre et de mer, ainsi que des sociétés ou associations officiellement autorisées à lui prêter leur concours.*

En conséquence est interdit, en tout temps, l'emploi, soit

par des particuliers, soit par des sociétés ou associations autres que celles visées au paragraphe précédent, desdits emblèmes ou dénominations, notamment dans un but commercial par le moyen de marques de fabrique ou de commerce. »

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — La 54e assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le dimanche 6 avril, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Ordre du jour. — 1° Lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée générale du 21 avril 1912.

2° Allocution de M. Gaucher, président.

3° Rapport de M. Darras, trésorier général, sur les comptes de l'exercice 1912-1913 et sur la situation financière de l'Association à la fin de l'exercice.

4° Rapport de la commission de vérification des comptes (MM. Vimont et Fiquet, ce dernier rapporteur) sur la gestion financière du trésorier pendant l'exercice 1912-1913.

5° Approbation des comptes de l'exercice 1911-1912.

6° Elections. Un archiviste pour cinq ans : M. Depasse, soumis à la réélection. Neuf membres du conseil général (six pour cinq ans, deux pour deux ans, un pour un an). Cinq conseillers sortants : MM. Hirigoyen, Lutaud, Roudouly, Sarles et Thiéry sont rééligibles. Quatre nouveaux doivent être nommés : un pour cinq ans, en remplacement de M. Bousquet, démissionnaire, dont le mandat expire cette année; deux pour deux ans, en remplacement de MM. Jeanne et Noir, dont le mandat expirait en 1915 et qui demandent à se retirer, et un pour un an en remplacement de M. Dayot, démissionnaire, dont le mandat expirait en 1914. Ont fait acte de candidature : MM. Chapon et Créquy (de Paris), Decourt (de Mitry-Mory, Seine-et-Marne), et Noury (de Caen).

7° Rapport de M. Clauzel-Vialard sur les pensions viagères et les augmentations de pensions demandées à l'assemblée générale; discussion et vote des propositions.

8° Election de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1913.

9° Vote des subventions à allouer aux caisses annexes.

10° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'exercice 1912-1913, et rapport sur la question des allocations d'ancienneté soumise à l'examen des sociétés locales et sur les vœux présentés par elles, par M. Ch. Levassort, secrétaire général.

11° Résolution du conseil général du 18 novembre 1912, relative à la répartition annuelle des subventions sur la caisse des veuves et orphelins.

12° Question soumise à l'examen des sociétés locales pendant l'exercice 1912-1913. Les allocations d'ancienneté.

13° Nomination, durée des fonctions et révocation des médecins et chirurgiens des hôpitaux de province. Rapport Maunoury de 1909, modification Decourt de 1912.

Vœux émis par les sociétés locales pendant l'exercice 1912-1913 et soumis à l'assemblée générale :

14° Concours pour l'agrégation (Melun, Fontainebleau et Provins).

15° Concours à l'entrée de la carrière médicale (Melun, Fontainebleau et Provins).

16° Déclaration de la tuberculose (Centrale, Allier, Draguignan et Brignoles, Vendée, Yonne).

17° Experts médicaux en matière d'accidents du travail (Landes).

18° Pensions d'invalidité temporaire (Cher).

19° Fusion des caisses médicales de retraite (Finistère, Brest et Morlaix).

20° Société de secours mutuels pour femmes de médecins (Loir-et-Cher).

21° Syndicats médicaux et Association générale (Rochefort).

22° Proposition d'entente entre l'Union et l'A. G. pour réaliser la consultation du corps médical en ce qui touche les questions d'ordre professionnel.

23° Interprétation du paragraphe E de l'article 5 des statuts : « Le but de l'A. G. est... de donner aide et protection à ses membres. »

24° Service militaire des étudiants en médecine; loi de trois ans.

25° Questions diverses.

Le banquet aura lieu le même soir, à sept heures et demie, au Palais d'Orsay. S'inscrire, avant le 1er avril, auprès du docteur Darras, 5, rue de Surène, Paris.

V. E. M. 1913. — Le 13e voyage d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de France aura lieu du 25 août au 6 septembre 1913, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprendra les stations du sud-ouest de la France visitées dans l'ordre suivant :

Arcachon, Dax, Biarritz, Hendaye, Cambo, Salies-de-Béarn, Pau, Saint-Christau, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Argelès, Barèges, Saint-Sauveur, Gavarnie, Cauterets, Bagnères-de-Bigorre, Capvern, Barbazan, Siradan, Bagnères-Luchon.

Plusieurs bourses de voyage sont déjà offertes au V. E. M. de 1913 par : M. le professeur Henrot, les Sociétés des eaux minérales d'Evian-Cachat, Pougues, Vichy, Vittel-Grande source.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Carron de La Carrière, 2, rue Lincoln, ou au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Eugène Minarie (de Delle).

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

MALADES DIFFICILES A ALIMENTER

Que la difficulté de l'alimentation tienne à de l'anorexie, à l'état de l'estomac ou de la bouche ou à toute autre cause, il faudra recourir à la poudre de viande de Trouette-Perret donnée soit au repas, soit une heure avant pour utiliser son pouvoir peptogène, à la dose de deux à trois cuillerées à soupe délayées dans un verre d'eau sucrée.

LIVRES NOUVEAUX

La Physiothérapie du lupus (1), par DEKEYSER.

Les moyens physiques employables dans le traitement des lupus sont extrêmement nombreux, ils sont tous efficaces, mais à des degrés divers et dans des conditions à définir.

Si le diagnostic est établi précocement, toutes les méthodes sont bonnes, cependant l'auteur donne la préférence à l'excision chirurgicale qui est une méthode radicale et complète. Plus tard chaque procédé a ses indications générales :

L'*air surchauffé* convient à peu près à tous les lupus, la *photothérapie* s'applique surtout aux formes planes non ulcéreuses, les *rayons X et le radium* influencent les lupus ulcéreux, mous, végétants et exubérants, la *haute fréquence* est une bonne thérapeutique pour les petits lupus isolés ulcérés ou non; enfin, la *douche filiforme arsenicale*, la *lampe de Kromayer*, la *congélation* modifient favorablement le lupus érythémateux.

L'auteur recommande surtout d'être éclectique dans l'emploi et dans la succession des méthodes, également encore dans le choix des appareils producteurs d'un même agent.

Il n'existe pas un traitement unique des lupus. « Il faut individualiser les traitements et s'inspirer dans le choix, de la nature des lésions, de leur étendue, de leur âge, et enfin de la possibilité pour le malade de se soumettre au traitement institué. »

P. GASTINEL.

(1) In-8 de 123 pages. — Paris, Maloine; Bruxelles, Lamertin.

REVUE GÉNÉRALE

CONGESTIONS PULMONAIRES

Par MM. Victor AUDIBERT et Jules MONGES
(de Marseille).

Le diagnostic de congestion pulmonaire, si souvent porté au lit du malade, est loin d'évoquer, toujours, à l'esprit du médecin, une conception clinique bien précise; le groupe des congestions pulmonaires est, en effet, un des chapitres les plus confus de la pathologie du poumon. La cause en est, sans doute, dans les descriptions données par les classiques; ils ont élevé, à la hauteur d'entités cliniques, certaines formes de congestions pulmonaires, qui seraient des congestions essentielles primitives et l'on voit mal le lien qui les unit aux divers états congestifs, si fréquents dans les infections et les intoxications. En fait, pour le poumon, comme pour tout organe, la congestion est une réaction du tissu vasculaire, toujours secondaire, et la cause se ramène, invariablement, à une infection ou une intoxication, que cette cause soit locale (affection du poumon), ou générale (imprégnation de l'organisme par des toxines ou des poisons). C'est, dans cet esprit, nous semble-t-il, qu'il faut aborder l'étude des congestions pulmonaires.

Définition. — La congestion pulmonaire est constituée lorsqu'il existe une accumulation anormale de sang dans les vaisseaux du poumon.

Cet état pathologique se distingue de l'apoplexie pulmonaire qui s'explique par l'irruption du sang hors des vaisseaux. Il existe, entre les deux processus, la même différence qu'entre l'érythème et le purpura, le premier étant dû à l'accumulation du sang dans les vaisseaux de la peau, le second, à son irruption hors des vaisseaux.

Il faut, cependant, faire remarquer, qu'entre les deux, la barrière n'est pas infranchissable; on voit dans les fortes congestions pulmonaires, le sang sortir, par place, des vaisseaux; la congestion s'accompagne, alors, d'un certain degré d'apoplexie.

Il est aisé de comprendre la fréquence des congestions pulmonaires, si l'on songe à la riche vascularisation des poumons et au traumatisme constant qu'ils subissent, par suite de l'exposition, pour ainsi dire, à l'air libre du réseau capillaire respiratoire.

Mise au point. — Le chapitre congestion pulmonaire est pour l'étudiant et le médecin un des plus confus, parce que, comme dit Marfan, « on réunit sous ce nom, des processus morbides absolument distincts ». Il est, cependant, possible de se faire une idée claire de ce vaste groupe pathologique, si l'on veut bien admettre les propositions suivantes.

1° *La congestion pulmonaire est active ou passive.* — Elle sera dite active, lorsque, sous une influence quelconque, intéressant, directement, la vaso-motricité, il se produira un afflux inusité de sang dans les capillaires du poumon. Il est à peine utile d'ajouter que cette fluxion ne peut être que d'origine artérielle (artère pulmonaire, artère bronchique). Elle sera dite passive, lorsqu'une cause quelconque empêchera le sang de retourner au cœur (cardiopathies, compressions veineuses, thromboses). Cette congestion est à l'opposé de l'autre, d'origine veineuse (veines pulmonaires, veines bronchiques). Il ne saurait exister d'autres congestions pulmonaires.

2° *La congestion pulmonaire est toujours secondaire.* — Et c'est là le point qui a toujours prêté à confusion. Il n'existe pas de congestion pulmonaire primitive ou idiopathique, comme on l'a si souvent décrit. Une pareille division entretient une confusion regrettable et n'est pas scientifique. La congestion n'est que l'expression d'une cause agissant sur la circulation pulmonaire. *Donc, qu'elle soit active ou passive, toute congestion est secondaire.* Il est juste de faire remarquer, cependant, que si la congestion pulmonaire apparaît souvent au cours d'une maladie bien définie (typhoïde, rhumatisme, etc.), elle semble, quelquefois, constituer toute la maladie (pneumococcies).

3° *Toute congestion s'accompagne d'une réaction du parenchyme pulmonaire* (ballonnement des cellules, desquamation épithéliale, destruction, réactions du tissu conjonctif). — Un organe ne peut pas se trouver congestionné sans réagir au contact de la cause congestive. Il y a donc congestion et inflammation, le terme d'hyperémie pulmonaire conviendrait mieux que celui de congestion.

Cette réaction présente des degrés extrêmement minimes dans les formes passagères et légères, elle deviendra plus intense dans les processus aigus et prolongés. C'est ce qui expliquera les multiples manifestations cliniques des congestions pulmonaires et la persistance souvent indéfinie de certaines formes.

Division. — Il ressort donc des quelques notions précédentes qu'il faut éliminer la classification biologiquement fausse des congestions primitives ou secondaires, idiopathiques ou deutéropathiques.

Il ne faut pas songer, non plus, à diviser les congestions en aiguës et chroniques, puisqu'il peut exister des congestions actives aiguës, subaiguës et chroniques et que la confusion serait permise entre ces dernières et les congestions par stase, qui sont toujours plus ou moins chroniques.

Nous pensons donc qu'il n'est classification possible que la suivante :

1° Congestions pulmonaires actives.
2° Congestions pulmonaires passives.

I

Congestions pulmonaires actives. — Définition. — Nous le répétons, ce sont celles qui, brusquement, par un trouble vasomoteur, occasionnent, dans les vaisseaux du poumon, une accumulation anormale de sang. Brusquement ne veut pas dire à grand fracas, car la congestion active peut passer inaperçue, si elle est légère; ce terme signifie simplement que, du jour au lendemain, un poumon peut être congestionné, sans que rien ait pu faire prévoir

cette éventualité. Il existe donc une grande différence entre ce processus et celui de la congestion passive, dans laquelle, l'obstacle au cours du sang étant connu, le résultat est prévu d'avance.

Etiologie. — Les congestions pulmonaires actives se produisent sous l'influence de trois grandes causes : toxique, infectieuse, nerveuse.

1° *Congestions d'origine toxique.* — Le diabète, la goutte, l'albuminurie, l'éclampsie, l'arthritisme, l'alcoolisme peuvent s'accompagner de congestions des poumons. Il n'est pas prouvé que dans ces divers états, une infection à streptocoque, à pneumocoque, à colibacille, etc., ne soit pas la cause réelle de la congestion, la toxémie se bornant alors à préparer le terrain. Il semble, toutefois, qu'un toxique seul peut amener une fluxion pulmonaire, puisqu'on retrouve la congestion après introduction dans l'organisme du venin de serpent, après une intoxication par l'acide cyanhydrique.

2° *Congestions d'origine infectieuse.* — Les infections peuvent localiser leurs effets sur les poumons; il faudrait, pour être complet, citer toutes les maladies infectieuses ; nous ne mentionnerons que les principales.

Les pneumococcies sont des grands facteurs de congestion, à tel point que la maladie de Woillez, la spléno-pneumonie, la pleuro-pneumonie et la fluxion de poitrine ont servi de type descriptif pour la congestion pulmonaire active. Ces diverses affections ont été, en effet, considérées comme des congestions primitives dues à l'atteinte directe du poumon ; en fait, il faut les considérer comme des congestions secondaires au cours d'infections générales dues au pneumocoque et dont elles sont la manifestation principale au point de paraître constituer toute la maladie.

La tuberculose n'est-elle pas agent de congestion à toutes ses périodes et dans toutes les formes ?

Dans les fièvres symptomatiques telles que grippe typhoïde, rhumatisme, paludisme, érysipèle, etc., la congestion pulmonaire est d'une extrême fréquence. Dans ces cas, on la voit survenir, soit à la période de début, alors que, par l'intermédiaire du sang, le poumon réagit comme les autres organes, soit, à la fin, lorsque l'organisme épuisé n'a plus la force d'opérer, normalement, ses réactions vasomotrices ; il s'agit alors de congestion appelée hypostatique. C'est, en effet, dans les maladies fébriles, à tendance adynamique, que l'on note cette redoutable complication. Aussi, comprend-on qu'elle soit plus fréquente chez le vieillard que chez l'adulte, plus rare chez l'enfant.

Les infections colibacillaires se compliquent aussi de congestions pulmonaires. L'occlusion intestinale, les vieilles hernies la produisent souvent.

Mais les microbes agissent en réalité plus par leurs toxines que par leur présence, et c'est en définitive la *toxémie* qui est à la base de presque toutes les infections.

3° *Congestions d'origine nerveuse.* — Vaste groupe, un peu vague, qui englobe des états bien disparates. La congestion pulmonaire a été signalée fréquemment, dans les hémorragies, les ramollissements, les traumatismes, les tumeurs du cerveau, dans la paralysie générale, dans les encéphalopathies de l'enfance, dans les maladies de la moelle (sclérose en plaques, myélite), dans la paralysie agitante, l'épilepsie, le goitre exophtalmique.

Les congestions pulmonaires réflexes sont encore à noter ; on les observe dans les affections utéro-ovariennes, la colique hépatique, la colique néphrétique, la dyspepsie.

Si, dans la plupart de ces maladies, l'infection se surajoute pour produire la congestion, il n'en est pas moins vrai que le rôle du système nerveux seul est à retenir, puisqu'on retrouve la fluxion du poumon dans l'insolation, la fulguration, par exemple.

Pathogénie. — La pathogénie des congestions pulmonaires actives s'éclaire à la lumière de toutes ces causes.

Le poumon, irrigué par un réseau circulatoire d'une richesse extraordinaire, a sa circulation réglée par les vaso-moteurs qui régissent la tonicité, l'élasticité et la contractilité des vaisseaux. La congestion se produira toutes les fois qu'une cause quelconque modifiera cette vaso-motricité.

Ce sont les centres nerveux qui règlent la vasomotricité et c'est, en définitive, toujours par leur intermédiaire que se produira la congestion. Les centres encéphalo-médullaires ne commandent-ils plus, ou commandent-ils mal, il s'ensuivra des troubles vaso-moteurs ; c'est ce qui explique la fréquence des congestions dans les affections nerveuses. Sont-ils touchés à la faveur d'une cause toxi-infectieuse, les poisons microbiens ou autres agiront alors, directement, sur les nerfs vaso-moteurs.

Il est facile de comprendre pourquoi la congestion pulmonaire apparaît, si souvent, chez les vieillards, les adynamiques, après les traumatismes, les opérations graves. Dans tous ces cas, le système nerveux est déprimé, la vaso-motricité pulmonaire compromise ; la moindre toxi-infection produira la congestion.

Le mécanisme de la congestion active est donc le suivant : vaso-dilatation des vaisseaux du poumon par l'intermédiaire du système nerveux, sous l'influence d'une cause, la plupart du temps toxi-infectieuse.

Cette vaso-dilatation s'accompagne de parésie, le sang stagne plus ou moins et remplit les vaisseaux qui ne se vident plus.

Quelquefois ces phénomènes se succèdent avec une étonnante rapidité et la fluxion est très aiguë; d'autres fois, ils s'installent petit à petit ; la congestion est latente.

Ce n'est pas tout. Cette circulation ralentie, amène dans les tissus pulmonaires des troubles dans la vitalité des cellules ; elles s'altèrent, prolifèrent, desquament. Il s'ensuit des lésions de phlegmasie qui ajoutent leurs symptômes à ceux de la congestion proprement dite.

Anatomie pathologique. — En effet, un poumon congestionné présente de la fluxion et des altéra-

tions cellulaires qui se combinent dans des proportions variables.

A l'œil nu, les poumons augmentés de volume sont à l'étroit dans le thorax. Ils sont rouge violacé, ponctués de petites ecchymoses. Cette teinte rougeâtre est plus marquée sur les bords et en arrière.

Au point congestionné, le poumon est lisse et tendu, plus consistant qu'à l'état normal. Il crépite encore, mais mal.

A la coupe, la teinte est rouge foncé ; la surface est lisse sans granulations ; du sang s'en écoule, mélangé quelquefois à de la sérosité rosée et spumeuse, indice d'un œdème concomitant.

Au microscope les cloisons interalvéolaires sont extrêmement hyperémiées par distension des capillaires pleins de sang. Les noyaux de l'endothélium vasculaire sont plus nombreux que normalement. Les gros vaisseaux sont également gorgés de sang. La cavité alvéolaire est dilatée, l'épithélium altéré desquame et les cellules baignent dans l'alvéole avec les hématies et des leucocytes mononucléaires, éosinophiles, mastzellen.

La plèvre réagit quelquefois. Les bronches également. Il s'ensuit des lésions broncho-pleuro-pulmonaires qui ne tiennent pas à la congestion mais à la cause même qui l'a produite.

Évolution clinique. — La difficulté de l'étude des congestions pulmonaires réside, précisément, dans le mélange en proportions variables du processus congestif et inflammatoire pleural, bronchitique ou pulmonaire réalisant ainsi les types cliniques pleuro-pulmonaires, broncho-pulmonaires, broncho-pleuro-pulmonaires dont il est impossible de donner une description uniforme. *Il y a, du reste, dans les congestions pulmonaires toute une gamme d'intensité. Chaque forme est reliée à la voisine par de multiples chaînons qui ne se distinguent que par des nuances;* on est donc obligé, pour la commodité de l'étude clinique, de sérier en groupes plus ou moins schématiques aigus, subaigus, chroniques.

On comprend aussi que, suivant la virulence des agents producteurs, l'état sain ou malade du poumon, la résistance ou l'affaiblissement du terrain, il puisse se produire des congestions légères et d'autres graves, des congestions étendues et d'autres localisées, des congestions fugaces, et d'autres persistantes.

Quelle que soit la cause ou la variété de congestion pulmonaire, on constate toujours certains troubles fonctionnels et surtout des signes physiques dont l'ensemble constitue ce qu'on peut appeler le *syndrome congestif du poumon*.

A vrai dire les troubles fonctionnels, toux, dyspnée, douleur, sont très variables et dus beaucoup plus à l'étendue, au siège du foyer qu'à la congestion elle-même ; nous n'y insisterons pas. Mais il faut placer ici un signe tout à fait caractéristique, c'est l'*expectoration* ; les crachats d'origine congestive sont visqueux, peu aérés, de consistance gommeuse ; ils adhèrent au fond du crachoir, si bien qu'on le retourne sans crainte d'en renverser le contenu ; ils sont quelquefois teintés de sang ; d'autres fois ils sont moins caractéristiques et se trouvent mêlés à des sécrétions bronchiques qui sont plus fluides et beaucoup plus aérées.

Le syndrome physique est fourni par l'examen de la poitrine.

A la *percussion*, il existe une diminution de la sonorité au niveau de la lésion ; c'est une simple submatité et non la matité si nette de l'hépatisation, ou de l'épanchement pleural : les limites en sont vagues.

A la *palpation*, on constate que les vibrations thoraciques sont à peu près normales ; assez souvent pourtant elles sont diminuées.

L'*auscultation* donne les signes les plus précis, encore sont-ils variables : tantôt c'est une simple diminution du murmure vésiculaire qui parvient affaibli, quelquefois même ne parvient pas ; tantôt on perçoit, au contraire, un souffle doux superficiel, à tonalité basse, à la fois inspiratoire et expiratoire. Il n'est ni rude, ni intense comme dans la pneumonie ; ni voilé, ni lointain comme dans la pleurésie. De plus, il existe, assez souvent, des râles fins : ce sont des sous-crépitants qui n'ont pas la sécheresse du râle crépitant de la pneumonie. Enfin le souffle disparaît, brusquement, sans que l'on voie apparaître les gros râles sous-crépitants.

Tels sont les divers éléments du syndrome clinique de la congestion pulmonaire ; ce syndrome apparaît de façon bien différente et s'accompagne d'un état général très variable suivant les circonstances cliniques.

A. *Congestions pulmonaires aiguës.* — Ce sont celles qui surviennent sous l'influence d'une toxi-infection aiguë ; elles sont la manifestation principale d'un état infectieux, si bien que la congestion paraît être, à elle seule, toute la maladie. Le type en est fourni par les pneumococcies (fluxion de poitrine, maladie de Woillez, pleuro-pneumonie de Potain), le rhumatisme, le paludisme, la grippe, la tuberculose, etc.

Le début est brusque : subitement apparaît un frisson, de la fièvre, un point de côté, le tout accompagné de phénomènes généraux. L'auscultation révèle un point mat, du souffle d'abord léger, puis à timbre plus rude, mais jamais aussi intense que le souffle tubaire pneumonique ; les crachats sont gommeux, rougeâtres et sanguinolents. Au bout de cinq à six jours en général, tout rentre dans l'ordre, mais la matité et la rudesse respiratoire peuvent persister plus ou moins longtemps.

Tous ces signes sont fugaces, mobiles, n'ont pas la fixité des signes pneumoniques et surtout ne présentent pas l'évolution cyclique de neuf jours. Ils disparaissent quelquefois du jour au lendemain, puis reparaissent ensuite.

C'est là ce qu'on observe dans la maladie de Woillez, mais il y a des variantes suivant le type considéré.

Dans le type pleuro-pulmonaire de Potain, le début est le même, mais à la période d'état, on trouve une matité franche ; à l'auscultation le souffle a les mêmes caractères que dans le cas précédent, mais il y a des frottements pleuraux et si la résolution se fait sou-

vent assez vite, on voit quelquefois apparaître un épanchement pleural.

La fluxion de poitrine de l'école de Montpellier, décrite par Dupré, acceptée par Dieulafoy, est caractérisée par un complexus de signes locaux ; le point de côté est intense, il y a une sensibilité extrême de la paroi thoracique dont tous les plans sont atteints par le processus congestif, et, à l'auscultation, on perçoit des frottements pleuraux, en même temps que des râles sous-crépitants.

Dans la spléno-pneumonie de Grancher ou forme pseudo-pleurétique, on constate de l'ampliation de la paroi thoracique ; les vibrations sont complètement supprimées, la matité est très marquée ; le murmure vésiculaire est diminué ou aboli, et quelquefois remplacé par un souffle doux ; il y a de l'égophonie ; en somme tous les signes de la pleurésie existent, mais la ponction capillaire est négative.

B. *Congestions pulmonaires subaiguës.* — Ces congestions se produisent surtout à titre épisodique, au cours des infections généralisées bien déterminées, telles que la fièvre typhoïde, on les a appelées à tort, pour cette raison, secondaires.

Le début est moins brusque, le point de côté léger ou le plus souvent absent, la dyspnée est moins vive. Tous les symptômes sont atténués. Seules l'oppression, l'accélération des mouvements respiratoires doivent attirer l'attention. A l'auscultation on trouve moins du souffle que de la diminution du murmure vésiculaire.

Ce type congestif présente une allure moins franche que celui de la forme aiguë. Il est, en général, plus tenace. Il faut, cependant, établir une distinction entre la congestion du début des maladies infectieuses léger, transitoire, et celle de la période d'état qui persiste davantage.

Ces fluxions pulmonaires aggravent toujours le pronostic des maladies causales surtout s'il s'agit d'un vieillard.

C. *Congestions pulmonaires latentes.* — Dans celles-ci, le début passe inaperçu. Rien d'anormal ne semble s'être produit, pas de dyspnée, pas de douleur, pas de frisson. C'est par hasard, en auscultant le malade qu'on constate du souffle et des râles, en un point du poumon. Ces lésions évoluent silencieusement, persistent souvent fort longtemps, mais peuvent être éphémères.

On rencontre cette forme dans les toxi-infections généralisées.

Il faut ranger parmi elles, ce qu'on a appelé la *congestion hypostatique*, constante dans les fièvres à tendance adynamique, apparaissant, en général, au déclin de ces maladies. Les signes fonctionnels sont réduits au minimum ; un peu de toux et de gêne respiratoire. Quant aux signes physiques, ils consistent en une diminution du murmure vésiculaire ; on dit qu'il y a obscurité respiratoire ; quelquefois, même, il y a abolition complète de la respiration ; on note encore des râles plus ou moins fins, rarement du souffle.

Les caractéristiques de cette congestion hypostatique sont : la bilatéralité des lésions, leur siège à la base du poumon, les modifications possibles par le changement d'attitudes du malade et, surtout, la persistance des signes physiques.

Il est d'usage de décrire cette forme dans le chapitre des congestions passives. Marfan l'appelle passive aiguë. Nous pensons qu'il n'en saurait être ainsi. A l'origine de la congestion hypostatique, existe une toxi-infection agissant sur les vaisseaux pulmonaires ; que, secondairement, s'ajoutent comme causes prédisposantes, le décubitus, l'adynamie, la faiblesse du myocarde, c'est incontestable ; mais le processus est primitivement actif.

D. *Congestions pulmonaires chroniques.* — La plupart des formes latentes et spécialement la congestion hypostatique rentrent dans ce groupe. Quelques congestions aiguës passent aussi à la chronicité. La matité, le souffle, les râles persistent indéfiniment. Dans ce cas, la maladie a changé d'allure. La congestion a fait place à une réaction du parenchyme pulmonaire, et très souvent, il s'ensuit un travail de sclérose.

Formes étiologiques. — Les congestions pulmonaires actives présentent certains caractères particuliers, suivant les conditions dans lesquelles elles surviennent.

Nous passerons, rapidement, en revue, les congestions pulmonaires dans : 1° les infections générales ; 2° les dyscrasies ; 3° les intoxications ; 4° les maladies des voies respiratoires ; 5° les affections nerveuses ; 6° les cardiopathies ; 7° les maladies abdominales ; 8° les brûlures ; 9° les traumatismes. Enfin, nous dirons un mot de la congestion a vacuo.

1° *Congestions dans les infections.* — A la période initiale de tous les états fébriles un peu intenses (fièvre typhoïde, rougeole, diphtérie, érysipèle, etc.), on constate de la congestion pulmonaire. Elle siège en général à la base et se caractérise par de la diminution de la sonorité, de l'obscurité du murmure vésiculaire, une légère ampliation thoracique, et quelques râles fins. Cette congestion cède rapidement, mais dans les pyrexies graves, elle persiste dans la période d'état jusqu'à la fin ; c'est ce qu'on appelle alors la *congestion hypostatique*.

D'autres fois, la congestion pulmonaire apparaît comme un épiphénomène, au cours de la période d'état. C'est, alors, une véritable complication. Cette fluxion affecte le type aigu, subaigu ou latent.

Quelques congestions au cours des pyrexies offrent des allures cliniques spéciales qu'il est utile de connaître.

α. Dans les *pneumococcies*, nous l'avons vu, la congestion est souvent l'élément principal qui occupe toute la scène, congestion de Woillez, fluxion de poitrine, spléno-pneumonie, etc., nous n'y reviendrons pas.

β. Dans le *rhumatisme*, la congestion bien étudiée par Breton présente deux formes : pneumonique et œdémateuse.

La forme pneumonique précède souvent l'attaque articulaire ; d'autres fois elle lui est contemporaine. Son début assez semblable à celui de la pneumonie survient, brusquement, par de la dyspnée, un point de côté, de la toux. L'auscultation révèle des râles

divers, puis du souffle. Cependant, l'autopsie ne décèle pas de foyer d'hépatisation, mais de la simple fluxion. Ce qui caractérise, avant tout, cette forme, c'est la mobilité et la brièveté des signes physiques : la submatité domine, un jour, d'un côté, le lendemain de l'autre; le souffle apparaît, disparaît, change de place. Elle est, en général, peu grave.

La forme œdémateuse rappelle l'œdème aigu du poumon. Subitement, en pleine crise rhumatismale, le malade est pris de dyspnée extrême accompagnée d'une expectoration séro-sanguinolente abondante, et à l'auscultation de râles crépitants et sous-crépitants dans toute l'étendue des poumons. La mort est presque foudroyante.

γ. Dans la *grippe*, la congestion pulmonaire peut apparaître à titre épisodique au cours d'une pneumonie, d'une bronchite ou d'une broncho-pneumonie. Elle peut, au contraire, se montrer isolée, évoluant, alors, pour son propre compte. Elle prend, dans ce cas, le masque des pneumococcies atténuées.

Ferrand a décrit une forme de congestion grippale atélectasique. Son tableau clinique représente, en atténué, le type de la congestion pneumonique de Woillez : submatité, augmentation légère des vibrations, diminution du murmure vésiculaire, crépitants. Dans une de ses parties, quelquefois dans sa totalité, le poumon serait plus dense, moins perméable. Cette forme est peu grave.

Il existe encore une forme asphyxique décrite par Graves et Huchard qui l'a appelée bronchoplégique. C'est une complication grave, qui se caractérise par une anhélation extrême, en désaccord avec les signes physiques qui ne présentent qu'une matité relative et de la diminution du murmure vésiculaire. Huchard pense que la toxinfection grippale agit sur le pneumogastrique ; celui-ci se trouve inhibé, « sectionné », d'où congestion et paralysie bronchique.

δ. Dans le *paludisme*, sous le nom de pneumo-paludisme, il faut comprendre une forme de congestion pulmonaire à type pneumonique qui semble être en relation directe avec le poison malarique. Ses caractères sont assez particuliers.

Elle peut accompagner un accès, mais débuter, aussi, en dehors de toute crise palustre. On croit à une maladie respiratoire banale, mais la fièvre prend le type tierce ou quotidien, et l'apyrexie est complète, entre les accès. Le processus semble ne progresser que pendant les accès : fièvre, crachats rouillés, souffle, dyspnée, douleur, toux, sont au maximum. Dans leur intervalle, les crachats deviennent muqueux, le souffle s'atténue, la dyspnée, la toux et la douleur disparaissent. Lors de l'accès suivant, les phénomènes réapparaissent plus nets. A ce caractère intermittent des signes locaux et généraux s'en joint un autre précieux pour le diagnostic : la guérison de la fièvre et de la lésion pulmonaire par la quinine.

La congestion paludéenne du sommet, bien étudiée par de Brun, ressemble à s'y méprendre à la congestion tuberculeuse : matité, augmentation des vibrations, souffle à timbre tubaire, exagération de la voie, bronchophonie. Mais, dit de Brun, il n'y a aucun râle au niveau de la lésion. La toux pénible ne revient qu'au moment des accès de fièvre, tous les deux ou trois jours. La quinine fait disparaître cette congestion en vingt-quatre heures.

Dans les formes chroniques, la difficulté est grande pour éliminer la tuberculose. Il est à noter, cependant, que la congestion chronique paludéenne s'atténue à mesure que s'effacent les autres symptômes hépatiques et spléniques du paludisme. Dans quelques cas le poumon réagit par la carnification et la sclérose ; les signes sthétoscopiques persistent alors indéfiniment.

2° *Congestions dans les dyscrasies.* — De grandes réserves sont à faire pour les congestions pulmonaires dites *arthritiques*. Le chapitre de l'arthritisme subit, en effet, un remaniement complet, dans lequel la toxémie tuberculeuse semble revendiquer la première place.

Lebreton avait décrit trois formes de congestions arthritiques : une forme hémoptoïque caractérisée par des hémoptysies survenant en pleine santé et disparaissant sans laisser de trace apparente; une forme dyspnéique caractérisée par des accès d'oppression, suivis d'expectoration revenant chaque nuit; enfin, une forme latente caractérisée par une douleur et un râle assez semblable à un frottement pleural. Talamon pense, avec juste raison, semble-t-il, que la forme hémoptoïque n'est autre qu'une tuberculose latente, la forme dyspnéique un accès d'asthme (anaphylaxie tuberculeuse de Landouzy), la forme latente, une pleurite.

La *goutte*, d'après Barié, occasionne des poussées congestives (toux, dyspnée, matité, respiration soufflante) alternant avec les crises du gros orteil. Ici, encore, il faut penser à la tuberculose.

Le *diabète* est à peu près dans les mêmes conditions. Les poussées sont mobiles et aboutissent souvent à la tuberculose.

L'*albuminurie* s'accompagne de congestions pulmonaires. Il s'agit fréquemment d'œdème pulmonaire survenant par accès nocturnes et se manifestant par de la dyspnée, des râles crépitants, du souffle, une expectoration sanguinolente, le tout évoluant sans température anormale.

Lasègue avait décrit ces congestions sous le nom de *bronchites albuminuriques*, mais sa description est tellement complexe, qu'elle a fait dire à Lécorché et Talamon : « Il y a de tout, dans la bronchite de Lasègue : de l'œdème, de la congestion, de l'apoplexie, de la broncho-pneumonie aiguë ou subaiguë, de la pleurésie séro-fibrineuse. »

3° *Congestions dans les intoxications.* — L'alcool, le froid, le coup de chaleur provoquent des congestions subites des poumons, appelées, par certains, le coup de sang pulmonaire, entraînant habituellement la mort subite. Pour produire cet état congestif, il faut en général l'association du froid et de l'ivresse.

Voici comment les choses se passent. Un ivrogne passe la nuit, à la belle étoile; brutalement, il est pris de congestion intense et généralisée : il meurt asphyxique. A l'autopsie, suivant Lacassagne, les poumons congestionnés sont souvent apoplectiques et ressemblent à deux énormes caillots. Ces faits ont une grande importance en médecine légale.

A propos du coup de sang pulmonaire, il faut citer la curieuse observation de Weill : congestion pulmonaire paroxystique. Un jeune homme est pris chaque mois, sous l'influence du froid, d'hémoptysies accompagnées de dyspnée et de râles fins. Tout comme pour une crise d'hémoglobinurie paroxystique, le froid seul semble suffire pour la production de ces crises. La mort survint dans l'une d'elles. L'autopsie décela une violente congestion, sans trace de tuberculose.

Le *venin des serpents* détermine des congestions œdémateuses intenses.

Dans les *asphyxies*, quelle qu'en soit l'origine, il se produit des congestions avec foyers hémorragiques, c'est-à-dire des congestions actives très intenses.

La *pneumonie* débute par de la congestion, à quoi succède, très rapidement, l'engouement. Autour du foyer d'hépatisation, peut se montrer une fluxion plus ou moins accentuée et s'étendant plus ou moins loin, exagérant, alors, les signes sthétoscopiques, en particulier le souffle qui devient très intense, très rude. D'après Duflocq, cette pneumonie congestive est moins grave, mais en revanche plus longue. Enfin, la congestion peut se développer loin du bloc hépatisé, quelquefois du côté opposé. Dans ce cas, le souffle ne présente pas la même intensité.

Dans la *broncho-pneumonie* les poussées congestives sont fréquentes. Elles sont en général courtes, très mobiles, sujettes à des recrudescences. Chaque poussée accroît la dyspnée et fait monter la température de 1 à 2 degrés. Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, la poussée s'éteint, la température revient au chiffre antérieur.

La *pleurésie* s'accompagne presque toujours de congestion. Mais la plupart du temps c'est une congestion latente, impossible à déceler. D'autres fois au contraire, elle acquiert une importance bien mise en évidence par les travaux de Potain, Duflocq, Serrand et Grancher.

Très souvent (type pleuro-pulmonaire Potain) la congestion précède l'épanchement : le diagnostic est alors facile, mais les deux processus peuvent être concomitants ; la congestion est, alors, masquée par l'épanchement. On la reconnaîtra, cependant, avec un peu d'attention, en se souvenant qu'on constatera tous les signes d'un grand épanchement sans beaucoup de liquide : la dyspnée est très intense (un épanchement même abondant entraîne habituellement peu de suffocation) mais la ponction ne retire que 500 à 900 grammes de liquide. Le souffle à timbre rude, bronchitique est étalé : il occupe les 2/3 inférieurs de la poitrine, dépassant de beaucoup, en haut et en bas, le niveau de la matité absolue. Les vibrations thoraciques ne sont pas toujours complètement abolies ; le foie et le cœur ne sont guère déplacés : l'espace de Traube reste sonore.

Il ne faut pas se hâter de pratiquer la thoracentèse dans ces formes-là : outre que liquide fait office de pansement humide protecteur, il comprime le poumon. La décompression brusque peut exagérer une congestion en voie de disparition.

Lorsqu'au cours d'une pleurésie la congestion se trouve localisée au sommet, il faut penser à la tuberculose. Dans ce cas les signes sthétoscopiques sus-liquidiens répondent au schème, 2, de Grancher dont voici la formule : P + ; V + ; R — ; ce qui signifie : percussion et vibrations augmentées, mais respiration diminuée, par suite de la congestion qui affaiblit le murmure vésiculaire, en empêchant le déplissement des alvéoles pulmonaires.

La *bronchite*, chez l'adulte, est, rarement, suivie de congestion pulmonaire. Une exception est à faire, toutefois, pour la bronchite capillaire qui donne lieu à de la broncho-pneumonie et confond alors ses signes avec ceux de cette affection. Chez l'enfant, suivant Cadet de Gassicourt, la bronchite la plus légère se complique, fréquemment, de congestion des poumons ; on voit, alors, survenir, au cours d'une bronchite, une dyspnée brusque, avec fièvre élevée de 39-40 degrés et au delà ; vers la base thoracique, apparaît de la submatité, du souffle et des râles crépitants. Le diagnostic paraît sombre ; on pense à la broncho-pneumonie, mais tout disparaît en un jour ou deux. Il ne s'agissait que de congestion.

L'*embolie pulmonaire* s'accompagne de congestions et d'œdème, elle apparaît secondairement à l'infarctus, siège autour de lui, et les signes physiques de l'infarctus se confondent avec ceux de la congestion concomitante.

La *tuberculose* est un grand facteur de congestion. Une congestion localisée au sommet est fonction de tuberculose pulmonaire. Elle se traduit, généralement, par des hémoptysies plus ou moins abondantes et fréquentes, survenant en pleine santé apparente sans que rien ait pu les faire prévoir. On trouve, à l'examen, de la matité, de l'exagération des vibrations, de la diminution du murmure vésiculaire. Ces formes congestives évoluent par poussées. Dans leur intervalle, la santé paraît bonne et se maintient ainsi pendant des années. C'est la forme hémoptoïque de la tuberculose.

Au cours d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse, des hémoptysies se produisent encore, traduisant souvent des poussées congestives.

4° *Congestions dans les maladies du sytème nerveux.* — Schiff et Brown-Séquard ont démontré, qu'expérimentalement, les lésions des corps optostriés et de la couche optique déterminaient des congestions pulmonaires. Il en est de même pour le bulbe, la protubérance, la moelle cervicale, et quand on sectionne le pneumogastrique.

La congestion résulte d'un trouble vaso-moteur conséquence de la perturbation nerveuse. Fr. Franck a montré que le centre vaso-moteur pulmonaire était situé au niveau de la moelle cervicale.

Il n'est donc pas étonnant qu'on rencontre des phénomènes congestifs du côté du poumon, dans une foule d'affections nerveuses, telles qu'hémorragie cérébrale, ramollissement, traumatisme du crâne, paralysie générale, sclérose en plaques, maladies de la moelle, hystérie, épilepsie, paralysie agitante, goitre exophtalmique. Dans les lésions cérébrales unilatérales, la congestion est croisée par rapport à la lésion, ce qui prouve bien l'importance du système nerveux.

Toutes ces congestions pulmonaires sont, la plu-

part du temps, latentes; elles demandent à être recherchées.

5° *Congestions dans les cardiopathies.* — Il ne s'agit pas ici des congestions par stase de l'asystolie; nous n'avons en vue que les poussées hyperémiques qui se produisent, d'une façon active, au cours des affections artérielles, chez des artérioscléreux atteints d'aortite et de coronarite. Ce sont, en général, des crises fugaces, mobiles, unilatérales et qui guérissent. Le malade est toujours pris pendant la nuit (pseudo-asthme) d'un accès de suffocation subit; la face se cyanose, l'angoisse est grande; puis, sans que l'auscultation ait rien révélé que quelques râles fins, tout se calme, au bout de quelques instants, après l'expulsion de crachats sanguinolents. D'autres fois, les phénomènes persistent plus intenses, plus prolongés, le pronostic est sérieux. Il s'agit d'œdème aigu.

6° *Congestions dans les maladies abdominales.* — L'*entérite* chez les enfants, la *colique hépatique*, la *hernie* amènent des congestions pulmonaires dites réflexes. Il se produit, dans ces cas, une hypertension pulmonaire due à un trouble vaso-moteur d'origine réflexe.

Ces phénomènes sont fréquents après des opérations de hernie étranglée. On admet que le réflexe vaso-moteur, parti de l'intestin étranglé, prédispose l'organe qui se laisse envahir par le colibacille associé au pneumocoque.

Dans les *dysménorrhées*, apparaissent, quelquefois des accidents d'hyperémie pulmonaire accompagnés d'un petit épanchement liquide. De grandes réserves doivent être faites sur la nature de ces congestions.

Les hémoptysies au cours de la *grossesse* que Peter attribuait à la pléthore gravidique, sont souvent de nature tuberculeuse. Le pronostic de ces hémoptysies est, ordinairement, peu grave, la santé se rétablit dans leur intervalle; mais le pronostic lointain est à réserver.

Quant aux accidents gravido-cardiaques étudiés par Peter, ils surviennent dans les grossesses compliquées de cardiopathies. Ils sont graves. Voici leur marche : subitement, vers le cinquième ou septième mois, éclate une dyspnée violente, avec cyanose et pouls petit, menace d'asphyxie; on entend dans le poumon de nombreux râles sous-crépitants fins, disséminés; l'expectoration est rosée. La mort est fatale, si l'on n'intervient pas, par une saignée.

Enfin, les *congestions supplémentaires* des menstrues absentes chez des soi-disant névrosées, ne sont autres que des fluxions chez des tuberculeuses latentes. Entre chaque hémoptysie, l'état général est bon.

7° *Congestions dans les brûlures.* — Dans les brûlures étendues les congestions sont fréquentes. Il s'agit, très probablement, d'une infection microbienne favorisée par un trouble vaso-moteur réflexe.

8° *Congestions dans les traumatismes.* — Le traumatisme prédispose grandement à la congestion pulmonaire; nous avons vu, ailleurs, qu'on notait souvent un traumatisme à l'origine de la maladie de Woillez. La fluxion se localise, souvent, du côté qui a subi le choc.

9° *Congestions a vacuo.* — Elles surviennent après une thoracentèse; la brusque disparition du liquide amène la décompression soudaine des vaisseaux capillaires qui se remplissent de sang.

Au *cours des ascensions* de hautes montagnes ou en ballon, on constate des congestions pulmonaires qui semblent dues à la diminution de la pression barométrique. Jourdannet et P. Bert pensent que les accidents tiennent à la désoxygénation et à la déglobulisation du sang.

Traitement. — Le traitement doit varier suivant l'acuité du processus.

La *congestion aiguë* infectieuse doit être traitée comme la pneumonie; on se souviendra cependant que la congestion est un degré de moins que l'hépatisation. Elle guérit presque toujours.

Le coup de sang pulmonaire est justiciable de la saignée. Il en est de même des accidents gravido-cardiaques.

Quant aux congestions prémenstruelles tuberculeuses il faut peu s'en inquiéter et instituer un traitement général après la disparition de l'hémoptysie.

La congestion subaiguë et latente, si fréquente au cours des infections, sera combattue par la strychnine et l'huile camphrée en injections sous-cutanées (1 à 5 milligrammes de strychnine, 50 centigrammes d'huile camphrée par jour); on surveillera le cœur qu'on soutiendra par des injections de spartéine. Il en sera, surtout ainsi, pour la congestion hypostatique.

II

Congestion pulmonaire passive. Œdème chronique du poumon. — Définition. — Lorsque le retour du sang au cœur est gêné par une cause quelconque, il y a stase dans le poumon; la congestion est dite passive. Elle est essentiellement chronique. Le mot stase traduit d'ailleurs très bien le processus, par opposition au mot fluxion dont nous nous sommes servi pour les congestions actives et qui indique un processus aigu. La stase est d'origine veineuse, la fluxion d'origine artérielle.

Etiologie et pathogénie. — Les compressions veineuses, les tumeurs du médiastin, les anévrismes de l'aorte, les thromboses veineuses (rares du reste), peuvent amener de la congestion passive. Mais la cause la plus fréquente, c'est la défaillance du myocarde se produisant au cours et à la fin des affections valvulaires. La congestion pulmonaire de l'œdème chronique qui lui fait suite constituent les lésions fondamentales du poumon cardiaque. Ils s'observent encore dans les affections rénales à la phase dite cardiaque.

Le mécanisme de cette congestion est des plus simples. Soit un rétrécissement mitral; par suite de la sténose, une partie du sang ne passe pas dans le ventricule au moment de la diastole; l'oreillette gauche s'hypertrophie puis se dilate, une régurgitation se produit dans les veines pulmonaires, puis dans le poumon. La congestion est établie. Ce n'est pas tout, par suite de cette stase de plus en plus importante, l'artère pulmonaire ne peut déverser la

totalité de son contenu dans le poumon, que grâce à un surcroît de travail du ventricule droit. Tant que celui-ci suffit à la tâche, l'équilibre circulatoire se maintient, s'il fléchit la stase se répercutera dans tout le système veineux général; la congestion pulmonaire deviendra de plus en plus grande. C'est l'asystolie définitive.

Tout cela n'est pas spécial au rétrécissement mitral. La congestion se produira chaque fois que le ventricule droit deviendra insuffisant.

Il est aisé de comprendre la chronicité d'un pareil processus. La congestion s'installe lentement et ne cède pour ainsi dire jamais, sauf si l'asystolie est parfaitement réductible. A la congestion s'ajoute l'œdème interstitiel; de la sérosité s'épanche; celle-ci plus ou moins toxique irrite le parenchyme pulmonaire qui se défend en produisant des réactions conjonctives et de la sclérose.

Ainsi donc, congestion, œdème et sclérose, tels sont les trois stades de la congestion dite passive.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie, d'ailleurs on retrouve schématisées ces trois périodes :

1° *Période de congestion.* — Le poumon est tendu, lisse, volumineux, résistant à la pression, moins crépitant. Sa coloration est rouge lie de vin violacé et même bleuâtre. A la coupe, la surface est plane, lisse; on y voit sourdre du sang noir. Ces lésions sont bilatérales, plus accentuées aux bases, et s'accompagnent d'hydrothorax.

Les capillaires sont gorgés de sang; ils forment des bourrelets dans l'intérieur des alvéoles. Les cellules épithéliales sont gonflées, vésiculeuses, granuleuses. Elles se chargent d'hémoglobine, puis de pigments dérivés, jaune, rouge ou noir. Ce sont des cellules dites cardiaques qui se détachent et tombent dans l'alvéole avec des leucocytes.

2° *Période de congestion avec œdème, splénisation.* — Ici la congestion est moins intense, mais l'œdème et les réactions cellulaires dominent.

Le poumon moins dur garde l'empreinte du doigt; moins congestionné, sa couleur est plus jaunâtre, pâle par place. A la coupe, il s'écoule plus de sérosité rosée que de sang; néanmoins les lésions congestives sont par endroits très marquées constituant de véritables foyers hémorragiques, se dégradant insensiblement sur leurs bords par des nappes d'œdème, et ressemblant à de la gelée de groseille.

Histologiquement, les capillaires sont encore gorgés de sang, et la cavité remplie d'un liquide non fibrineux mais coagulable.

Les lésions cellulaires sont très marquées et constituent la splénisation. Sur la paroi alvéolaire existe une ligne formée par des cellules aplaties, granuleuses, par des cellules cubiques. Quelques cellules de forme indifférente nagent dans l'alvéole. En outre, il se fait des infiltrations embryonnaires de petites cellules dans le tissu connectif entourant les bronches terminales. Les lymphatiques sont développés, remplis de leucocytes. La membrane vitrée des bronches a triplé de volume.

En même temps l'œdème devient diapédétique. Les leucocytes abondent dans l'exsudat alvéolaire, les globules rouges y sont aussi plus nombreux.

Enfin, les capillaires bourgeonnent. La paroi alvéolaire revient à l'état jeune, les fibres élastiques diminuent, des cellules géantes apparaissent, la pigmentation augmente. Les lésions s'organisent et la sclérose s'ensuit.

3° *Période de sclérose* (nous n'insisterons pas). — A ce stade, les lobules pulmonaires se délimitent très nettement par des tractus grisâtres. Le poumon devient dur, d'aspect spongioïde, et comme il est pigmenté, c'est l'induration brune. Les lésions histologiques consistent en une infiltration embryonnaire de petites cellules, puis en une organisation du tissu conjonctif.

Étude clinique. — Prenons comme type de description un rétrécissement mitral, affection qui produit, le plus rapidement, l'asystolie.

Pendant longtemps, lorsque la lésion est bien compensée, c'est-à-dire, tant que le myocarde se contracte bien, rien d'anormal ne se produit. Cependant, même en bonne santé, la congestion pulmonaire s'annonce par des hémoptysies franches et répétées. Il faut se méfier, à cette période, de l'association d'une lésion mitrale avec la tuberculose pulmonaire latente.

A cette phase de compensation, toutefois il est possible de soupçonner la congestion pulmonaire à la dyspnée d'effort passagère, il est vrai, mais qui se répète à la moindre fatigue. Elle traduit la gêne du myocarde en présence de l'obstacle dû à la stase pulmonaire. L'auscultation, peu importante, ne laisse entendre que quelques râles bronchitiques.

Un peu plus tard, le cœur ne peut suffire à sa tâche. Alors des œdèmes fugaces apparaissent aux malléoles, la dyspnée augmente, la toux est fréquente. Le malade est obligé de se reposer. En l'auscultant, on constate aux deux bases de la submatité, quelquefois de la matité, une grande obscurité de la respiration et des râles fins. C'est une atteinte d'asystolie qui peut guérir par un traitement approprié.

Mais le danger n'a été que conjuré, la congestion s'accentue; les phénomènes se renouvellent et s'aggravent. La dyspnée est continuelle et les œdèmes plus importants. Les nuits sont mauvaises : assis sur son lit, le cardiaque ne peut s'allonger, sous peine de suffocation. La matité et les râles pulmonaires sont plus accentués.

Enfin, à la longue, le cœur est au-dessous de sa tâche, l'asystolie est irréductible; les lésions deviennent définitives, l'œdème et la sclérose s'organisent. La guérison n'est plus possible. L'oppression est très grande (orthopnée), la toux pénible, asphyxiante. Les nuits sont insupportables, entrecoupées de paroxysmes éclatant brusquement sous forme de dyspnée plus intense (pseudo-asthme). A ce stade terminal, l'œdème n'est pas localisé au poumon. Il envahit tous les tissus et la plèvre. Il s'ensuit un épanchement thoracique (hydrothorax) plus ou moins copieux. Cet hydrothorax est bilatéral, se distinguant, par là, d'une pleurésie unilatérale.

L'expectoration est, souvent, caractéristique à cette

période d'hypostase définitive : on trouve, au microscope, des cellules cardiaques. Ce sont, nous l'avons vu, des grandes cellules renfermant des granulations de pigment.

La mort par asphyxie est l'aboutissement fatal des congestions passives.

TRAITEMENT. — C'est celui de l'asphyxie et de l'asystolie pulmonaire.

Au début, un traitement énergique par le repos, la digitale et les diurétiques, sauvera le malade.

Plus tard, la thérapeutique est moins active : on se trouvera bien des ventouses sèches appliquées, deux fois par jour, sur le thorax, en arrière. Quelquefois même, une petite saignée trouvera son utilité.

Le travail du cœur sera diminué grâce aux diurétiques et aux dérivatifs intestinaux drastiques (jalap, scamonée); son énergie soutenue par le strophantus et la caféine.

Enfin si l'asphyxie s'installe et devient menaçante, on aura recours aux injections sous-cutanées d'oxygène.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 MARS 1913)

Contre-indication de l'emploi des antiseptiques avec l'usage de la teinture d'iode sur la peau. — M. WALTHER, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Ferraton, insiste sur le danger qu'il y a à porter les antiseptiques sur les téguments qui ont été badigeonnés à la teinture d'iode. Il communique deux cas dans lesquels il a constaté des accidents de vésication pour avoir appliqué du stérésol sur des téguments qui avaient été iodés. D'une façon générale, il ne faut donc jamais appliquer des antiseptiques sur des téguments préalablement badigeonnés à la teinture d'iode.

La laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. ROCHARD, à propos de la même communication de M. Ferraton, revient sur cette question. Il proteste contre la théorie de l'abstention systématique défendue à l'Académie de médecine par M. Reclus. L'intervention dans les plaies pénétrantes de l'abdomen est devenue un dogme pour la chirurgie actuelle. A l'appui de ce principe, M. Rochard donne sa propre statistique qui porte sur 18 laparotomies pour des plaies pénétrantes de l'abdomen dans ces quatre dernières années et donne seulement 23 p. 100 de mortalité. Quant au drame de l'Hôtel-Dieu auquel a fait allusion M. Reclus, M. Rochard rappelle que la mort a été la conséquence de l'anurie résultant d'une plaie du rein et qu'il n'y avait pas trace de péritonite.

Hématométrie. — M. FAURE fait deux rapports sur deux observations adressées par M. Sikora (de Tulle). Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de soixante ans, ayant eu 3 grossesses normales, réglée jusqu'à cinquante ans et dont le ventre se mit à grossir. La tumeur avait toutes les apparences d'un fibrome, mais comme il y avait absence de vagin, M. Sikora pensa qu'il s'agissait d'une hématométrie. Il y avait eu une ulcération produite par un pessaire trop longtemps porté. M. Sikora fit une hystérectomie abdominale subtotale, trouva un utérus en apparence bifide, les trompes internes gorgées de sang, puis, passant ensuite au vagin, acheva l'opération dans un second temps. La malade a bien guéri. M. Faure pense qu'on aurait pu se contenter du second temps seul de l'opération.

Goitre volumineux, thyroïdectomie, anévrisme de l'aorte. — Dans la seconde observation de M. Sikora il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans, atteint d'un volumineux goitre qui gênait la respiration. Ablation partielle, suites simples, puis, peu de temps après, apparition d'un anévrisme de la carotide, se développant avec une grande rapidité.

Pour l'opération du goitre, M. Sikora avait endormi son malade, contrairement à la règle émise par les chirurgiens suisses qui, dans ces cas, ont recours à l'anesthésie locale. M. Faure approuve M. Sikora d'avoir eu recours à l'anesthésie générale. Il y a lui-même recours et n'a jamais eu à le regretter.

Quant à l'anévrisme de l'aorte, M. Faure pense qu'il devait exister avant l'opération du goitre.

M. ROCHARD est de l'avis de M. Faure sur l'utilité de l'anesthésie générale dans l'opération du goitre.

Ostéite chronique hypertrophique. — M. LEJARS montre une pièce intéressante. Il s'agit d'un cas d'ostéite chronique hypertrophique du tibia, sans abcès, sans nécrose; c'est là une affection encore peu connue et assez mal déterminée. Chez un adulte, sans traumatisme, sans aucune cause appréciable, un des os des membres s'épaissit, se déforme et peu à peu, en plusieurs mois ou même en plusieurs années triple de volume. Le diagnostic, dans ces cas, peut hésiter entre une maladie de Paget, un sarcome, une tumeur inflammatoire des os.

Dans le cas de M. Lejars, il s'agit d'un homme de trente-huit ans, un paysan vigoureux, qui se présente à lui avec une grosse jambe gauche; le tibia très augmenté de volume est bosselé, présente des nodosités osseuses, très dures. Le début de la maladie remonte à dix ans. Ce malade est devenu infirme et impotent par suite du poids considérable de sa jambe. La réaction de Wassermann s'est montrée négative. Il n'y a ni douleurs, ni fièvre; la peau est distendue mais pas rouge. M. Lejars a pensé d'abord à un sarcome ossifiant, à une ostéomyélite chronique d'emblée. Ce malade étant rendu complètement impotent, M. Lejars lui fit une amputation de cuisse basse, guérison parfaite.

L'examen de la pièce a montré un os compact, dur, sans nécrose, sans séquestre, sans foyers inflammatoires, sans traces de sarcome. Le diagnostic clinique est donc celui d'ostéite hypertrophique chronique.

L'examen histologique a montré des lésions inflammatoires chroniques avec, en certains points, un commencement de transformation en néoplasme.

Il ne s'agit donc, dans ce cas, ni d'une maladie de Paget, ni d'une ostéite fibreuse avec kystes, ni d'une ostéomyélite chronique d'emblée. Il s'agit bien d'une ostéite chronique hypertrophique, avec tendance à la transformation maligne. L'amputation seule est indiquée.

Tétanos malgré l'injection préventive du sérum antitétanique. — M. POTHERAT communique le fait suivant. Un homme de cinquante-huit ans entre dans son service le 1er février. Il a été happé par un autobus et sa jambe gauche s'est trouvée prise entre la voiture et le trottoir, d'où fracture de jambe oblique à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs et issue du fragment inférieur à travers la peau, nettoyage de la plaie, appareil de Scultet, le lendemain injection de 10 centigrammes de sérum antitétanique. Le surlendemain, température 39, pas de suppuration, seulement léger sphacèle de la peau, incision, drainage. La température persiste le cinquième jour, le malade ne peut facilement déglutir, trismus, raideur de la nuque, la nuit menace d'asphyxie, l'interne de garde fait une saignée; tétanos confirmé,

Les convulsions s'accentuent et se multiplient, le septième jour, le malade succombe.

Dans ce cas deux méthodes s'imposaient pour prévenir le tétanos, l'antisepsie soignée de la plaie et le sérum antitétanique. Ces deux méthodes ont été, ici, mises en œuvre. Le sérum antitétanique n'a, dans ce cas, ni empêché, ni retardé ni même atténué le tétanos. Voilà le fait clinique.

M. Thiéry a déjà plusieurs fois exprimé son opinion bien arrêtée sur l'inefficacité absolue, selon lui, de la sérothérapie antitétanique. Il rapproche du fait de M. Potherat le fait suivant. Un homme s'entre une épine dans la main, on enlève l'épine et on fait une injection de sérum antitétanique, tétanos, mort. M. Thiéry ne fait jamais et ne fera jamais d'injections de sérum antitétanique.

Procédé d'opération du testicule ectopié. — M. Souligoux décrit un procédé opératoire fort ingénieux, et il montre un jeune garçon qu'il a opéré, avec un beau succès, par ce procédé. Deux forces concourent à s'opposer à la descente et à la fixation du testicule ectopié au fond de la bourse : la tendance à la rétraction du cordon et la contraction de la bourse elle-même. Pour combattre ces deux forces, M. Souligoux, après avoir incisé largement et bien attiré le testicule au fond de la bourse, fixe par un fil le cordon au niveau de l'anneau et le fixe également en bas au fond de la bourse.

M. Walther trouve très beau le résultat obtenu par M. Souligoux chez cet enfant; mais il préfère encore à ce procédé celui qu'il a proposé et qui consiste à faire passer dans l'autre bourse, à travers la cloison, le testicule ectopié et abaissé. La cloison refermée sur le testicule passé dans la bourse opposée est encore le meilleur moyen d'empêcher la remonte de ce testicule et d'assurer sa fixation au-dessous du testicule sain.

Pleurésie purulente fistuleuse. — M. Souligoux présente une jeune fille qu'il a opérée d'une pleurésie purulente fistuleuse par une large résection costale. Il restait un grand vide à combler entre la plèvre et la peau. M. Souligoux a comblé ce vide avec deux ou trois tubes de catgut. Le résultat a été parfait.

— Il n'y aura pas de séance mercredi prochain.

PRATIQUE MÉDICALE

LA RAISON DE CERTAINES INCONSTANCES THÉRAPEUTIQUES

Quand on parcourt la littérature médicale on est surpris de voir combien sont variables les résultats obtenus par les auteurs avec le même médicament et l'on se demande à quoi peuvent tenir les incertitudes et les dangers signalés.

L'aspirine par exemple, universellement employée aujourd'hui, amène parfois des troubles toxiques. Packard en signale un cas, Christone et Lapresa en signalent d'autres et insistent même sur une irritation rénale provoquée par ce médicament.

Or, nulle part on ne mentionne d'inconvénients survenus avec l'Aspirine Vicario (granulés ou comprimés). Cela tient à la pureté chimique absolue de celle-ci, tandis que souvent les aspirines commerciales sont bien comme elle l'acide acétylsalicylique, mais impur et rendu toxique par la présence d'acide salicylique libre. Or, c'est cet acide qui provoque l'irritation vésicale observée par Christone et Lapresa.

Les mêmes faits d'inconstance thérapeutique et de toxicité sont observés également, et pour les mêmes raisons, avec d'autres médicaments; aussi devient-il nécessaire pour le médecin moderne qui escompte des effets constants et sans nocivité, d'ordonner les remèdes sous leur nom spécialisé.

Nous parlons ici pour les jeunes médecins, car pour les autres l'expérience leur a depuis longtemps appris cette notion de pratique courante.

Dr H. R.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — CLINIQUE ANNEXE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (service de M. P. Sébileau, professeur agrégé, chargé du cours de clinique annexe oto-rhino-laryngologique à la Faculté). — *Semestre d'été.* — Un cours complémentaire de perfectionnement commencera le lundi 31 mars. Ce cours comprendra :

a. Des conférences d'anatomie chirurgicale spéciale : ces conférences auront lieu les lundi 31 mars, mercredi 2 avril et vendredi 4 avril, à deux heures trente de l'après-midi, à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

b. Un cours de médecine opératoire et opérations spéciales : ce cours commencera à deux heures trente, le lundi 7 avril, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, et se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants. Il durera jusqu'à fin avril.

c. Des conférences sur l'acoumétrie et l'examen fonctionnel du labyrinthe : ces conférences auront lieu le matin, à neuf heures, à la clinique oto-laryngologique de Lariboisière, les 2, 3 et 5 mai 1913.

d. Des conférences théoriques et pratiques de broncho-œsophagoscopie : ces conférences auront lieu le matin à l'hôpital Lariboisière les mardi 6, mercredi 7 et jeudi 8 mai 1913 et l'après-midi, à deux heures, à l'amphithéâtre des hôpitaux le vendredi 9 mai.

e. Des conférences d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'usage des spécialistes : ces conférences auront lieu à partir du 14 mai 1913, les lundis, mercredis et vendredis à deux heures au laboratoire de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Le droit à verser pour l'enseignement complémentaire de perfectionnement est de 150 francs.

On peut s'inscrire pour un seul cours moyennant le versement d'un droit de 60 francs, sauf pour le cours de médecine opératoire dont le droit est de 80 francs.

Des certificats d'assiduité pourront être délivrés aux élèves.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — *Médecine générale.* — Docteur Edgard Hirtz (hôpital Necker). — Tous les matins, de neuf heures et demie à dix heures et demie, enseignement des étudiants bénévoles de première année. Premières notions de clinique. Procédés pour l'examen des malades.

Le lundi matin, leçons cliniques par les candidats aux hôpitaux, anciens élèves du service. Argumentation par le chef du service.

Le jeudi matin, examen méthodique de tous les consultants externes; maladies du cœur et des veines.

Le vendredi matin, leçon clinique sur les malades entrants. Discussion du diagnostic. Traitement; formules.

Docteur Josué (hôpital de la Pitié, boulevard de l'Hôpital). — Maladies du cœur et des vaisseaux.

Tous les matins, à neuf heures et demie, visite des malades, méthodes spéciales d'examens, électrocardiographie, etc.

Le vendredi, à neuf heures et demie, consultation spéciale, avec démonstrations cliniques et thérapeutiques.

Le mardi, à dix heures, leçon clinique. Le début des leçons sera annoncé par une affiche spéciale.

Travaux pratiques de clinique thérapeutique cardiovasculaire (examen des malades, traitement, rédaction d'ordonnances, consultation), par l'interne et les anciens internes du service, sous la direction du chef. Les élèves sont groupés par cinq et les séries sont de douze leçons. S'inscrire auprès de l'interne du service.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 35. — MARDI 25 ET JEUDI 27 MARS 1913. 86e ANNÉE MARDI 25 ET JEUDI 27 MARS 1913. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le lundi 19 mai 1913, à midi précis, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale (service du personnel), de onze heures à trois heures, du lundi 14 avril au samedi 3 mai inclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Versailles. — Un concours pour la nomination de trois internes en médecine sera ouvert les 24 et 25 avril 1913.

Les candidats au concours devront se faire inscrire au secrétariat, à l'hôpital civil. Le registre d'inscription sera clos le 21 avril 1913.

Tout candidat doit être de nationalité française ou naturalisé Français. Il devra justifier qu'il a subi avec succès les deux premiers examens (anatomie et physiologie) et produire :

1° Un extrait de son acte de naissance; 2° un certificat de bonne vie et mœurs récemment délivré.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée pour la clôture du registre ne sera point accueillie.

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires au cabinet du directeur, à l'hôpital civil, de neuf heures à onze heures du matin et de deux heures à quatre heures du soir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Lecène, agrégé, est chargé, en outre, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1912-1913, d'un cours d'opérations et appareils.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Poujol, professeur d'anatomie pathologique et histologie à la Faculté de médecine d'Alger, est nommé, à partir du 1er avril 1913, professeur d'anatomie pathologique à ladite Faculté.

— Lyon. — M. Leriche, agrégé, est chargé, en outre, du 1er mars au 30 juin 1913 (durée du congé accordé à M. Poncet), d'un cours de clinique chirurgicale.

M. Chavassieu, pharmacien de première classe, préparateur de chimie organique, est nommé, du 1er mars au 31 octobre 1913, chef des travaux de pharmacie, en remplacement de M. Moreau, appelé à d'autres fonctions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Composition des commissions de prix pour 1913. — Prix de l'Académie (MM. Landouzy, Gilbert, Achard), — Alvarenga (Bucquoy, Benjamin, Jalaguier), — Apostoli (Gariel, Béclère, Brault), — Argut (Robin, Peyrot, Balzer), — Barbier (Troisier, Benjamin, Capitan), — Boggio (Debove, Gilbert, Lucet), — Bourceret (Duguet, Gley, Roger), — Buignet (Le Dentu, Pouchet, Weiss, Moureu, Pierre Marie, Léger), — Buisson (Landouzy, Netter, Widal), — Chevillon (Lucas-Championnière, Reclus, Pierre Marie), — Civrieux (Hutinel, Kirmisson, Netter), — Clarens (Vallin, Wurtz, Delezenne), — Daudet (Laveran, Letulle, Sebileau), — Desportes (section de thérapeutique), — Falret (Déjerine, de Fleury, Ballet), — Godard (Richelot, Kirmisson, Schwartz), — Guzman (Chauffard, Gilbert, Brault), — Herpin [de Genève] (Déjerine, Pierre Marie, Ballet), — Jacquemier (Pinard, Ribemont-Dessaignes, Bar), — Laborie (section de chirurgie), — Larrey (Fernet, Chantemesse, Vaillard), — Laval (Landouzy, Widal, Prenant), — Lefort (Pouchet, Moureu, Meillère), — Lorquet (Magnan, Richet, Thoinot), — Mege (Duguet, Gley, Gilbert), — Meynot (Gariel, Weiss, Quénu), — Monbinne (Laveran, Blanchard, Vaillard), — Portal (Henneguy, Letulle, Achard), — Ricord (Hallopeau, Balzer, Gaucher), — Roger (Hutinel, Kirmisson, Netter), — Tarnier (Pozzi, Richelot, Champetier de Ribes), — Tremblay (Guyon, Reynier, Widal), — Vernois (Vallin, Chantemesse, Mosny).

CONGRÈS D'ORTHOPÉDIE DE BERLIN. — M. le professeur Antonin Poncet (de Lyon), invité par le président du Congrès d'orthopédie ouvert à Berlin le 25 mars, fera aujourd'hui une conférence sur le « Rhumatisme tuberculeux ».

Nous sommes particulièrement heureux de l'hommage rendu à la science française en la personne de notre éminent collaborateur.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Baraduc (de Châtel-Guyon), Barré (de Vitry-sur-Seine), Bernard, Berthelot et Brodier (de Paris), Bruneau (d'Epernon), Carcy (de Toulouse), Carlier, médecin principal de première classe; Cernéa et Cohen (de Paris), Cordier (de Saint-Omer), Coulonjou (de Bassens), Coupé et Cousteau (de Paris), Danet (de Rennes), Disser et Dreyfus (de Paris), Ducrocq (de Wic-

quinghem), Feuillié (de Paris), Girard (de Veules-les-Roses), Gourin (de Paris), Gourmaud (de Langon), Craille (de Corrèze), Grenet (de Maisons-Laffite), Guillet (de Paris), Guiol (d'Hyères), Heureux, Huard, Légier et Lévi-Franckel (de Paris), Mallet (de Neuilly-sur-Seine), Malon (du Teilleul), Marciguey (de Paris), Mariani (de Propriano), Martin (de Paris), Mérop (d'Audierne), Monteli (de Bordeaux), Naudet, Nogué et Renault (de Paris), Reniac (d'Aurillac), Rocca (de Marseille), Rollin et Roussel (de Paris), Roussy (de Marseille), Saint-Ange Roger (de Paris), Teissier, médecin-major de première classe; Tixier (de Paris), Vernet (d'Alençon) et Wisner (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Aillet (de Cahors), Bourlier (d'Alger), Boutin et Bouvier (de Paris), Bréavoine (de Bois-Colombes), Brucker (de Paris), Brun (d'Arcachon), Burnier (de Paris), Cabanes (d'Alger), Caillard (d'Arras), Camoin (de Marseille), Cazamian, médecin de première classe de la marine; Chaber (de Royan), Chollet (de Mesterrieux), Chuffart (de Marquette-en-Ostrevent), Claisse (de Biarritz), Cornu (de Paris), Cousin (d'Epaignes), Daussat, médecin-major de première classe; Delval et Deniker (de Paris), Derrien (de Saint-Servan), Descloux (de Néris-les-Bains), Dreyfus (de Paris), Duché, médecin aide-major de deuxième classe de réserve; Dupont, Dupuy et Eudes (de Paris), Fabre (de Dun-sur Auron), Facdouel (de Paris), Ferreyrolles (de La Bourboule), Filippi (de Ghisoni), Fillon-Roux (de Baignes-Sainte-Radegonde), Forterre (d'Ypart), Frenel (de Crillon), Gardon (d'Alger), Gillard (de Tours), Grandjean (de Paris), Grapin (de Saint-Valéry-en-Caux), Guibert (du Perreux), Guillaud (de Lyon), Hénault, médecin-major de première classe; Hourmouziadès (de Paris), Keim, médecin-major de première classe; Lasnier (de Paris), Lebreton (d'Avranches), Lemoine (de Brest), Levêque-Lacroix (de Paris), Lubac (d'Alger), Massard (de Saint-Sulpice-les-Feuilles), Mercier (d'Angoulême), Meyzonnet (de Mallemort), Monnier (de Saint-Servan), Murit (du Bourget), Nègre (de Marseille), Nicolas (de Lamoricière), Oulié (de Paris), Parlier (d'Allanche), Paterne (de Neuil-sous-Passavent), Pécher (de Peuvenan), Perrenot (de Soliès-Pont), Ponthieu (de Marseille), Quenée (de Béthune), Rambaud (de Pausiers), Raulin (de Paris), Rebulet (de Bourghteroulde), Reynders (de Neufchâteau), Rigaud (de Paris), Robert (d'Arbois), Robbaz (de Marseille), Roche (de Boen-sur-Lignon), Rogier, Roulland, Roussel et Salathé (de Paris), Salutrinsky (de Genillé), Sené (de Pauillac), Spanelly (de Routot), Teulières (de Bordeaux), Thébault (de Paris), Thibault (de Lille), Trepsat (de Paris), Trombert (d'Evian-les-Bains), Utéza (de Blois), Vabre (de Villefranche), Vézian (d'Oran), Vincent et Violle (de Paris), Wagner (de Déville-les-Rouen) et Weill (de Valenciennes).

DISPENSAIRE DE SALUBRITÉ. — Le jury du concours pour l'admission successive à cinq emplois de médecin adjoint au dispensaire de salubrité, qui s'ouvrira le 7 avril prochain, est constitué comme suit :

Président : M. Hallopeau, membre de l'Académie de médecine.

Membres : MM. Darier, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Descouts, médecin en chef du dispensaire de salubrité; Butte, Gillet, Le Noir, médecins principaux au dispensaire de salubrité; Le Pileur, médecin de la Maison de Saint-Lazare.

Membre suppléant : M. Marty, médecin principal au dispensaire de salubrité.

LIGUE MÉDICALE FRANÇAISE. (Déclarée conformément à la loi du 1er juillet 1902.) — **APPEL AUX MÉDECINS ET ÉTUDIANTS EN MÉDECINE FRANÇAIS.** — Le Comité de la Ligue fait appel à tous les médecins et étudiants en médecine français pour leur demander leur adhésion.

Ces dernières années en effet, le nombre des étudiants étrangers venus s'installer ou occuper des postes officiels en France a augmenté d'une façon inquiétante. Or, aucune loi ne protège le médecin ou l'étudiant français contre cet envahissement des étrangers. Justement ému d'une telle situation si préjudiciable aux intérêts français, le conseil attire l'attention des intéressés sur les points suivants :

1° L'étudiant étranger le plus souvent s'inscrit à la Faculté de médecine sans avoir son diplôme de bachelier d'université française.

2° Son diplôme obtenu, l'étudiant étranger en passant simplement les épreuves du baccalauréat a le droit de s'installer définitivement en France.

3° Après une naturalisation suffisamment tardive pour le soustraire aux obligations de la loi militaire, l'étudiant étranger n'hésite pas à solliciter la nomination à des postes officiels en France.

4° Enfin pendant ses études médicales l'étudiant étranger a pu participer aux concours des hôpitaux (internat, externat, etc.) aux mêmes titres que l'étudiant français.

Cet état de choses s'est encore aggravé depuis le vote de la loi militaire de 1905 qui pendant deux années consécutives éloigne les étudiants français des écoles et facultés, alors que l'étudiant étranger continue son travail, et se présente ainsi dans les meilleures conditions aux différents concours et examens de l'Assistance publique ou de la Faculté.

C'est pourquoi il a paru nécessaire à un certain nombre de médecins et d'étudiants en médecine français, de fonder une ligue pour la défense de leurs intérêts si profondément compromis.

Cette ligue, qui a ainsi un but précis et uniquement professionnel, présente dès maintenant à ses adhérents trois groupes de revendications qu'elle s'efforcera avant tout de faire aboutir.

1° Délivrance du diplôme de médecin, valable en France, uniquement : *a.* aux étudiants français; *b.* aux naturalisés français avant l'âge de vingt-quatre ans (dans ce cas l'étudiant naturalisé serait intégralement soumis aux obligations de la loi militaire).

Comme corollaire de cette disposition, impossibilité absolue de transformer un diplôme d'université, ne permettant pas d'exercer en France, en diplôme d'Etat, donnant seul le droit d'exercer.

2° Suppression des équivalences pour l'entrée à la Faculté de médecine.

3° Modifications dans l'admission des étrangers aux concours de tous les hôpitaux (internat, externat, etc.), et d'une façon générale à tous les emplois publics.

Fermement convaincu que ces premières réformes ne sauraient laisser indifférents les médecins et étudiants français, le Conseil fait un pressant appel à tous ceux qui avec lui pensent qu'il est temps de défendre leurs intérêts.

Pour le Comité :

VINAY, président, interne des hôpitaux,
99, rue de Longchamp.
Docteur ROL, vice-président,
82, boulevard de Grenelle.

N. B. — Le projet de loi déposé par le gouvernement, rétablissant le service de trois ans, mettrait, dans l'état actuel des choses, l'étudiant étranger dans une situation encore plus privilégiée.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale de Paris a compté, pendant la onzième semaine, 1045 décès, au lieu de 1124 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1030, moyenne ordinaire de la saison. Les maladies de l'appareil respiratoire continuent à dépasser légèrement la moyenne.

LE MANTEAU GRIS BLEUTÉ POUR LES MÉDECINS MILITAIRES. — Un manteau gris de fer bleuté est à l'étude au ministère de la Guerre pour les officiers d'infanterie et les médecins. M. Raoul Méquillet, député, vient de demander au ministre de la guerre, si dans le cas de l'adoption il ne serait pas possible que la capote en drap de troupe du temps de guerre fut fournie aux officiers subalternes.

Le ministre a fait la réponse suivante :

Le manteau « gris de fer blenté », actuellement à l'étude remplacerait le manteau noir dit « bleu foncé » actuellement réglementaire, et servirait à la fois pour le temps de paix et pour le temps de guerre.

Les officiers devant s'habiller à leurs frais, il n'y a pas à envisager la possibilité de leur délivrer gratuitement un effet réglementaire.

LE CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE
EN ESPAGNE

Par M. NEMESIO FERNÁNDEZ-CUESTA Y PORTA,
Médico Major de la Armada.

Sollicité par le docteur Gaullieur L'Hardy d'exposer aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* l'historique et le fonctionnement actuel du « Cuerpo de Sanidad de la Armada en España », je ne puis qu'accéder à cette demande qui m'honore grandement, bien que d'autres fussent peut-être plus dignes d'y satisfaire, et je réclame dès l'abord la bienveillance de mes lecteurs.

Il est hors de doute que les équipages de nos antiques *Naos* et *Carabelas* possédèrent une assistance médicale, mais il est certain également que jusqu'au XVe siècle l'existence de cette dernière ne ressort nettement d'aucune donnée historique authentique. C'est en effet dans la dixième des *condiciones* stipulées entre les Rois catholiques et l'amiral de la « mer Océane », Don Cristobal Colón (Christophe Colomb), et signées en la ville de Santa Fé de Granada le 17 avril 1492 (1), que sont spécifiées pour la première fois des nominations de médecins de marine. Le premier auquel échut cet honneur fut le docteur Don Diego Alvarez Chanca, lequel fut aussi médecin de la Princesse, fille aînée des Rois catholiques (2).

Postérieurement, une ordonnance royale du 6 janvier 1501, signée à Séville, invite l'amiral Colón à nommer les médecins nécessaires pour son escadre, et en 1506 une autre Ordonnance royale, en date du 20 février, autorise le « Capitan general del Océano », Don Alvaro de Bazán, premier marquis de Santa Cruz, à procéder aux nominations des médecins de la Armada, comme représentant du Roi.

Lorsque fut créée la fonction de « Proto-Médico General de las Galeras de España » ce fut le docteur Don Cristobal Perez de Herreras qui l'obtint, en l'an 1580. Ce dernier, en dehors de sa grande réputation professionnelle, fut un des personnages les plus notables de son époque. Pour récompenser ses exploits, Philippe II l'autorisa à inscrire sur ses armes cette devise : *Non armis obstant literæ*, et il obtint en 1592 le titre de « Médico de Cámara », c'est-à-dire médecin de la Chambre royale, charge qu'il remplit sous Philippe II, Philippe III et Philippe IV.

Les *Chroniques* de cette époque font mention spéciale de l'influence considérable dont jouissait ce médecin en la « Cámara Real », et elles notent que cette influence fut constamment appliquée au service du bien. C'est ainsi qu'il arriva à obtenir des retraites et des décorations pour les militaires devenus inaptes au service, et qu'il créa la caserne des Invalides, le premier hôpital pour les indigents qui existât à Madrid et qui porte aujourd'hui le nom d'Hôpital général, le Collège des abandonnés, la Maison de réclusion et de correction d'Alcalá et les premiers bagnes criminels. Son souci constant pour secourir l'infortune et servir au bien de l'humanité étaient si connus que le roi Philippe III, avec les « Cortes », lui accorda le titre de « Père et Protecteur général de tous les établissements charitables d'Espagne », et le premier rang parmi les médecins espagnols.

C'est en 1728 que commence la véritable organisation du corps de santé de la « Armada » constitué en tant que corporation par le petit nombre des chirurgiens militaires de la « Real Armada », et à la tête duquel était placé le chirurgien-major D. Juan Lacomba.

Ultérieurement, le docteur D. Pedro Virgili, chirurgien-major militaire de la « Armada », forma le projet de fonder un séminaire pour l'enseignement scientifique professionnel; il acquit à cet effet la protection du ministre D. Zénon de Somodevilla, marquis de la Ensenada, et obtint du Roi D. Fernando VI la Cédule royale de création du « Collège de chirurgie de la marine à Cádiz ». Ce collège, dénommé de S. Fernando, fut le premier de ce genre fondé en Espagne (1748); il en sortit des maîtres remarquables et illustres qui, après avoir complété leurs études dans les Universités de Paris, Leyde et Bologne, organisèrent ensuite de façon ferme et solide l'enseignement scientifique dans les collèges de médecine fondés à Barcelone en 1764 et à Madrid en 1780.

Le docteur Virgili dirigea en personne l'organisation du Collège de chirurgie de la marine de Cádiz; il y introduisit tous les perfectionnements basés sur l'état du progrès scientifique de l'époque, et cela en vertu de l'Ordonnance royale du 11 novembre 1748.

A ce moment le Collège de S. Fernando comptait soixante élèves qui plus tard atteignirent le nombre de cent; promus seconds médecins chirurgiens de la Armada à la fin de leurs études, ils constituaient le personnel dont étaient dotés les navires de guerre. Le régime intérieur de ce Collège est décrit dans l'Ordonnance royale du 13 novembre 1791.

Parmi les médecins et chirurgiens célèbres qui en sortirent, il faut citer entre autres Maureta, Jordán, Lubét, Velasco, Villaverde, Navas, Arrícruz, Ferreros, Canivell, Lacaba, Rodriguez, Arejúle, Fernandez Solano, Reinoso, Castillejo, Florez, Gonzalez, Benjúmeda, Porto y Arboleya, etc. Tous, sauf quelques exceptions, furent les premiers à écrire des œuvres classiques, les questions dont traitent ces œuvres ayant été étudiées de leur temps. Certaines même ont une réputation si solidement établie, comme le *Traité de la fièvre jaune* d'Arejula, le *Traité d'accouchements* de Navas, le *Traité des armes à feu et des bandages* de Canivall, le *Traité des opérations* de Villaverde, le *Traité d'anatomie* de Lacaba, celui d'*Anatomie pathologique* de Porto et celui des *Maladies des gens de mer* de D. Pedro Maria Gonzalez, qu'ils sont encore consultés par ceux qui s'attachent spécialement à ce genre d'études.

En 1828 seulement, par ordonnance royale du

(1) *Archivo Real de Indias*, en Sevilla. Registro general en tres tomos, desde 1492 à 1512. Estante 152. Cajón 1°. Tomo 1°.

(2) Lettres autographes de D. Fernando et de Da Isabel à ce médecin.

9 décembre, le Collège de San Fernando subit une première modification, et par suite d'une autre ordonnance du 31 octobre 1831 il passa sous la dépendance, en ce qui concerne les études, de la « Junta gubernativa de las Facultades reunidas », le Corps des médecins de la Armada et le Collège devenant désormais distincts.

Le premier a été soumis depuis au règlement du 8 janvier 1840, au règlement provisoire du 22 avril 1841, à ceux des 7 août 1847, 8 avril 1857, 2 septembre 1865. Le règlement du 17 juillet 1869, avec des modifications apportées successivement est à l'heure actuelle toujours en vigueur. Citons encore la loi du 7 janvier 1908, le décret royal du 16 du même mois et celui du 21 juin 1909 complétant la loi du 12 du même mois et de la même année. Enfin, par décret royal du 28 septembre 1910, fut créé le *Centre statistique sanitaire de la Armada*, grâce à l'initiative du savant docteur D. Angel Fernandez-Caro, alors inspecteur général du « Cuerpo de Sanidad de la Armada ».

***

Actuellement, le corps de santé de la Armada est constitué par cent vingt-quatre personnes, qui en forment les diverses catégories, et qui sont réparties de la façon suivante :

1 inspecteur général (chef du Corps),
2 inspecteurs,
7 sous-inspecteurs de première classe,
7 sous-inspecteurs de deuxième classe,
31 médecins-majors,
41 médecins en premier,
28 médecins en second.

Les limites d'âge pour quitter le service actif sont respectivement soixante-huit, soixante-six, soixante-quatre, soixante-deux, soixante, cinquante-six et cinquante-deux ans. L'inspecteur général et les deux inspecteurs, qui ont rang de vice-amiral et de contre-amiral, passent lorsqu'ils ont atteint l'âge réglementaire de soixante-huit ou soixante-six ans dans la « Escala de Reserva », et si le gouvernement le juge nécessaire, sans cesser d'appartenir à cette « Escala », ils peuvent jouer un rôle actif dans des commissions, des inspections spéciales, des assemblées, etc. Cela ne se réalise guère dans la pratique, mais le gouvernement possède ainsi une faculté qu'il peut utiliser quand il le trouve convenable.

L'entrée dans le corps de santé ne peut être acquise que par un concours public, et l'ascension aux divers grades, jusqu'à l'emploi d'inspecteur, se fait rigoureusement à l'ancienneté après avoir rempli les conditions réglementaires à chaque degré. L'élévation au grade d'inspecteur et d'inspecteur général se fait par élection, à laquelle procède la « Junta Superior de la Armada ».

Les médecins nouvellement admis ne peuvent être embarqués qu'après un an, qu'ils doivent passer dans les services hospitaliers comme médecins de garde et auxiliaires dans les laboratoires de bactériologie et de radiographie.

Le fonctionnement du corps de santé de la Armada a son centre et sa régulation au ministère de la Marine, et dans les trois postes du Ferrol, de Cádiz et de Cartagena en plus des « Comandancias de Marina » des ports de Barcelone, Vigo, Bilbao et Cádiz.

Au ministère de la Marine fonctionne la « direction des services sanitaires » ayant à sa tête un inspecteur du corps de santé. Cette direction (jefatura) comprend trois bureaux (negociados) : matériel, personnel, pharmacie. Le chef du premier bureau est un sous-inspecteur de première classe, celui du second un sous-inspecteur de deuxième classe, celui du troisième un pharmacien-major. Au premier et au second bureaux est attaché en outre, à titre auxiliaire, un médecin-major pour chacun d'eux. Un autre médecin-major remplit la charge de secrétaire de la direction du service sanitaire.

L'inspection générale de santé possède également un médecin-major comme secrétaire de l'inspecteur général.

De cette inspection générale dépend le centre de statistique sanitaire, administré par un sous-inspecteur de première classe avec un médecin-major comme auxiliaire.

En ce qui concerne l'assistance médicale du personnel de la marine vivant à Madrid, deux médecins en premier ont été désignés pour y subvenir, et au Ministère de la marine il existe une infirmerie, transformée en 1911 avec tous les perfectionnements modernes du matériel, de façon à pouvoir y pratiquer comme il convient les traitements d'urgence qui viendraient à s'imposer.

***

Dans les postes du Ferrol, de Cádiz et de Cartagena, le personnel du corps de santé est dirigé par un sous-inspecteur de première classe. Dans chacun de ces ports existe un hôpital de la marine dont le directeur est un sous-inspecteur de première classe aidé d'un chef des services qui est sous-inspecteur de deuxième classe. Des médecins-majors sont chargés des différentes cliniques. Le service de garde est assuré par des médecins en second. Dans chaque hôpital existent des laboratoires de bactériologie et de radiographie à la tête de chacun desquels se trouve un médecin-major assisté de deux médecins en second.

Dans chacun des trois ports considérés il y a un arsenal où le service médical est rempli par un sous-inspecteur de deuxième classe, comme chef, avec deux médecins en premier comme auxiliaires et pour assurer le service de garde.

Le corps des pharmaciens de la Armada est l'auxiliaire du corps de santé, et s'acquitte des fonctions particulières qui lui sont dévolues.

Le corps des élèves (practicantes) de la Armada est placé sous les ordres du corps de santé et remplit les diverses charges de sa classe dans les hôpitaux, sur les navires et dans les arsenaux.

***

Telle est, à grands traits et décrite seulement au courant de la plume l'histoire très succincte du Corps de santé de la Armada. J'entends son histoire régle-

mentaire, matérielle et bureaucratique, œuvre traditionnelle que conservent bibliothèques et archives, et condensée dans les lois et règlements.

Son autre histoire, celle de l'accomplissement de son auguste mission et de son évolution spirituelle et scientifique, je ne puis l'écrire et elle ne tiendrait pas dans les étroites limites d'un article.

Servir la Patrie et faire le bien a toujours été le constant idéal du corps de santé de la Armada d'Espagne. Aussi, parmi les faits mémorables qu'enregistre l'histoire de notre marine nationale, que ce soit dans la gloire ou dans l'adversité, il tient une place d'honneur et possède sa propre et glorieuse histoire.

Au courant des progrès scientifiques mondiaux, il prodigue largement sa charité et sa science avec l'abnégation la plus absolue. Il est l'espérance du marin dans les combats, et porte la consolation dans les infirmeries des vaisseaux et auprès des lits des hôpitaux, car, ainsi que l'a dit un classique, « l'homme qui se rapproche le plus de la divinité c'est le médecin » (1).

DIURÈSE ET TENSION ARTÉRIELLE

Par M. Louis-Albert AMBLARD
(de Vittel)
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien assistant de la consultation des maladies du cœur à l'hôpital Necker.

De récents travaux ont attiré l'attention sur les rapports qui unissent, en clinique, l'élimination rénale et la tension artérielle. La vogue justifiée des cures hydrominérales diurétiques dans nombre d'affections, et notamment l'artériosclérose, n'a pas été sans influence sur la mise en lumière de ces rapports qui ont été diversement interprétés, et dont on a tiré des conclusions qui dépassent, croyons-nous, l'état de nos connaissances actuelles sur la question.

Aussi, exerçant à Vittel, station de cure diurétique par excellence, croyons-nous devoir apporter les résultats de nos expériences poursuivies pendant plusieurs années, chez nombre de malades atteints d'affections diverses, mais plus particulièrement d'artério-sclérose avec hypertension artérielle. Nous nous excusons d'avance de ne pas être toujours en accord avec les précédents observateurs.

Il n'est pas inutile d'insister sur ce que nous n'aurons en vue que l'élimination quantitative d'urine, et que nous étudierons la tension artérielle suivant la seule méthode rationnelle en tenant compte des tensions maxima et minima, dont la notation simultanée est indispensable pour se rendre un compte exact des conditions dans lesquelles se fait la circulation artérielle. Bien qu'à la suite de nos recherches publiées sous la direction de notre regretté maître Huchard cette étude des tensions maxima et minima se soit substituée à celle de la tension systolique seule notée jusqu'alors en France, au point que les dénominations que nous avons proposées sont actuellement entrées dans le langage médical courant, nous croyons devoir en rappeler rapidement la signification.

La tension artérielle est la résultante de deux éléments antagonistes qui s'équilibrent : 1° la force de contraction du ventricule gauche qui tend à chasser le sang du centre vers la périphérie; 2° la résistance à l'écoulement du sang par le resserrement plus ou moins accentué des petits vaisseaux périphériques. L'un de ces facteurs, la résistance à l'écoulement, n'est susceptible que de minimes variations d'un instant à l'autre, mais l'autre facteur, la force de propulsion ventriculaire, ne se manifeste au contraire que d'une façon intermittente, pour accroître la masse du sang contenu dans l'arbre artériel. La valeur de la pression à laquelle est soumise la paroi artérielle varie donc constamment, s'accroissant sous l'influence de la pénétration de l'ondée sanguine jusqu'à un maximum, la tension maxima, T.Mx, assez rapidement atteinte, et diminuant ensuite durant le temps qui sépare cette ondée d'une ondée consécutive, jusqu'à un minimum, tension artérielle minima, T.Mn. La tension artérielle maxima est donc le reflet de l'effort ventriculaire, et la tension minima, celui de la résistance à l'écoulement. L'écart entre les deux pressions, la tension variable, est de 60 millimètres de Hg environ, et les chiffres de pressions normales, de 120 à 140 millimètres de Hg pour la tension maxima, de 70 à 85 millimètres de Hg pour la tension minima. Que l'un des deux facteurs, contraction cardiaque, ou écoulement périphérique se modifie, il s'ensuit des modifications dans les chiffres que nous avons précédemment indiqués. S'ils varient ensemble, dans le même sens, une conclusion s'impose, la valeur de la tension a bien varié également dans le même sens; s'ils varient en sens contraire, aucune conclusion ne peut plus en être immédiatement tirée, touchant la modification apportée de ce fait à la valeur de la pression artérielle, c'est dire qu'il est absolument indispensable de toujours noter, pour évaluer la pression artérielle d'un sujet, et le chiffre de la pression maxima, et celui de la pression minima.

Que la résistance à l'écoulement s'accroisse par spasme des petits vaisseaux périphériques, ce que traduit l'hypertension minima, il en résulte nécessairement une hypertension maxima dont le degré se règle de telle sorte, que l'écoulement sanguin soit encore possible dans des conditions assez satisfaisantes. L'hypertension artérielle permanente est donc caractérisée par l'hypertension minima et par l'hypertension maxima, aussi longtemps que le ventricule peut avoir une valeur fonctionnelle suffisante pour maintenir cette hypertension maxima. Car à la phase ultime des cardiopathies artérielles le cœur peut se montrer insuffisant, et la tension minima étant toujours élevée ou même s'élevant davantage, la tension maxima s'effondrera sans que pour cela le sujet puisse être considéré comme un hypotendu.

La mesure de la tension artérielle comporte donc nécessairement l'évaluation de la tension maxima et

(1) Traduction de M. A. Gaullieur L'Hardy.

celle de la tension minima. Mais l'importance est telle des conclusions que l'on peut tirer de sa connaissance qu'il faut que sa mesure soit aussi précise que possible. Tous les appareils où l'appréciation est subjective doivent, croyons-nous, céder le pas à ceux où elle est objective, indépendante des qualités d'examen de l'observateur. C'est cette considération qui nous a amené à construire notre « sphygmométroscope » où la mesure est fournie avec une exactitude telle que le chiffre de la tension maxima est noté à 1 millimètre près, et en dehors de toute appréciation individuelle. L'usage de notre appareil montre bien que des chiffres de tensions Mx de 210 millimètres de Hg, T.Mn de 130 millimètres et T.V. de 80 millimètres par exemple, chiffres fournis par bien d'autres appareils, comme étant presque normaux, constituent en réalité une anomalie très sérieuse; qu'une pression de 250 millimètres de Hg est déjà très exceptionnelle; car il faut bien penser qu'un système circulatoire chargé d'assurer la distribution du sang sous une pression qui normalement, dans les artères de moyen calibre, est, comme nous l'avons indiqué plus haut, de 80 à 90 millimètres pour la T.Mn, de 120 à 140 millimètres pour la T.Mx, et de 50 à 60 millimètres pour la T.V. ne saurait, sans une cause très importante, se voir dans la nécessité de fournir un travail double en triple (1).

Le rein étant considéré comme un filtre et une glande, son fonctionnement se trouve lié au débit sanguin, à la pression sous laquelle le sang lui parvient. Quelques principes sont actuellement admis par les physiologistes touchant les rapports entre la quantité d'urine émise et la pression artérielle.

La quantité d'urine augmente chaque fois qu'il se produit une hausse de la pression aortique, ce qui est aisé à mettre en évidence par une ligature de l'aorte au-dessous des artères rénales. Elle baisse chaque fois que la pression aortique baisse, pour cesser lorsque celle-ci tombe au-dessous de 40 millimètres de Hg.

La sécrétion rénale est d'autant plus active que la circulation est plus rapide. Elle diminue lorsque la circulation rénale se trouve entravée. Mais, il faut bien remarquer qu'à côté des modifications de pression générale dans l'aorte, l'état local des vaisseaux du rein joue un rôle considérable. A une hausse de la pression aortique correspond bien une augmentation de la pression urinaire, mais à la condition que cette hausse de pression ne soit pas due à une action vasomotrice entraînant le resserrement des vaisseaux du rein (Ludwig, Eckard, Traube). La piqûre dite diabétique provoque la polyurie sans cependant modifier la pression aortique, parce qu'elle agit directement sur les vaisseaux du rein qu'elle dilate. Les conditions de la déplétion veineuse sont aussi à considérer, et bien que les nerfs spécifiques sécrétoires du rein n'aient pas encore été découverts, l'influence du système nerveux sur la sécrétion rénale est considérable. Enfin le rôle de la composition du sang est capital.

La notation plus précise de la tension artérielle devait appeler l'attention des cliniciens sur les rapports qui la relient à la sécrétion urinaire quantitative, et le principe physiologique d'une augmentation de la quantité d'urine correspondant à une augmentation de pression aortique fut rapidement admis en pathologie : hypertension, polyurie et inversement. « Dans la néphrite chronique, tout se passe comme si le filtre rénal encrassait progressivement ses appareils glomérulo-tubulaires, écrit Gallavardin, et demandait, pour suffire à la dépuration urinaire quotidienne, une pression plus élevée du sang qui traverse les vaisseaux. Il semble que le rein demande pour fonctionner une pression très supérieure de la normale, mais qu'il soit capable de fonctionner parfaitement tant que le cœur répond à la demande. » Dans le cas où le cœur ne peut suffire à maintenir une tension maxima suffisamment élevée l'organisme peut, du moins, « maintenir la pression minima à un niveau élevé, au-dessous duquel la circulation rénale serait sans doute difficilement utilisable pour la sécrétion urinaire. Cette hypertension diastolique compensatrice est réalisée passivement par la stase veineuse droite, activement par la tachycardie, et surtout, sans doute, par un spasme vasomoteur périphérique plus ou moins généralisé. »

Il est vraisemblable, en effet, que les troubles vasculaires locaux du rein aboutissent, pour une pression aortique identique, à une diminution du débit urinaire ; d'où pour obtenir une élimination urinaire suffisante, une augmentation nécessaire de la pression artérielle et plus particulièrement de la pression variable. Si bien qu'il est possible d'établir un rapport de probabilité entre l'existence d'une lésion rénale et certaines variations respectives des chiffres de diurèse quotidienne et de la pression variable. On a été jusqu'à admettre que le diagnostic de sclérose rénale pourrait être posé avec une quasi-certitude quand le quotient du débit urinaire quotidien par la pression variable est inférieur à 1/5 de litre, le degré de la sclérose rénale étant d'autant plus accentué que le chiffre ainsi obtenu est plus faible.

On aimerait voir ainsi résolus par quelques équations et formules très simples les multiples problèmes de la clinique. N'est-il cependant pas très courant de noter une tension artérielle normale, T.Mx = 140, T.Mn = 80, T.V. = 60 millimètres de Hg, chez un sujet, plus particulièrement chez un sujet féminin, éliminant en vingt-quatre heures, et d'une façon habituelle, 800 grammes d'urine. Faudra-t-il donc du fait que le débit quotidien divisé par la tension variable donne un quotient de 133 grammes bien inférieur au 1/5 de litre, conclure à l'existence chez ce sujet d'une néphrite très grave, alors que manifestement il n'y a aucun symptôme d'intoxication par insuffisance rénale? Inversement, un autre sujet présentant T.Mx = 220, T.Mn = 140, T.V. = 80 millimètres de Hg, sujet indiscutablement très hypertendu, et urinant 2 litres par jour, doit-il être considéré comme indemne de sclérose rénale parce que le quotient de son débit journalier

(1) Toutes les notations de la tension artérielle obtenue directement chez l'homme, par introduction de canules dans les artères sont d'accord pour accorder à la tension maxima une valeur n'excédant pas 130 millimètres de Hg.

par la tension variable donne un quotient supérieur au 1/5 de litre?

Il n'est pas non plus sans intérêt de faire remarquer que chez les malades atteints de sclérose rénale la polyurie est souvent bien plus apparente que réelle, la sécrétion étant presque exclusivement nocturne. Or, tel scléreux qui dans la journée, en dehors de tout traitement, urine environ 400 grammes avec une pression variable de 100 millimètres de Hg (T.Mx = 240, T.Mn = 140), émet la nuit 1600 grammes d'urine avec une pression variable de 80 millimètres (T.Mx = 210, T.Mn = 130). A une pression variable plus faible et une pression aortique plus basse correspond justement la sécrétion urinaire la plus forte.

Mais l'étude de la polyurie provoquée est également fertile en renseignements intéressants, car elle permet d'apporter une modification à l'un des facteurs et d'en observer la répercussion sur le second.

A Vittel, nous avons pu réunir de très nombreux documents concernant les rythmes éliminatoires chez les sujets à tension normale et chez les hypertendus.

1° *Polyurie provoquée chez les sujets à tension normale.* — Il faut d'abord signaler la fixité relative des chiffres de tension chez le sujet normal. Sans doute il existe des individus à circulation assez instable chez qui les émotions, les mouvements brusques, une digestion pénible, etc., peuvent provoquer quelques variations notables de la pression vasculaire. Mais le plus souvent, dans des conditions les plus diverses, les variations sont insignifiantes et se maintiennent dans les limites d'un centimètre de Hg environ autour des chiffres habituels. Les variations énormes que l'on a parfois signalées d'un instant à l'autre chez des sujets considérés comme normaux sont, croyons-nous, le plus souvent le fait d'évaluations erronées de la pression.

Que se passe-t-il donc si l'on soumet un sujet, à tension normale, à une crise de polyurie provoquée : absorption d'une certaine quantité d'eau diurétique le matin à jeun? A la condition de faire ingérer l'eau à 20 degrés, lentement, en quantité modérée, à intervalles suffisamment éloignés, par doses fractionnées de 200 à 300 grammes, on ne provoque aucune modification de la tension artérielle ni avant, ni après l'absorption. Mais si cette ingestion ne modifie en rien le premier facteur étudié, la pression artérielle générale, par contre elle influence considérablement l'élimination urinaire. Une demi-heure environ après l'ingestion de l'eau, une crise urinaire se manifeste, et en trois à quatre heures la quantité d'urine éliminée dépasse, de plusieurs centaines de grammes parfois, la quantité d'eau absorbée ajoutée à celle que normalement, les jours précédant l'expérience, le sujet émettait pendant cette même période.

Par conséquent, aucune variation parallèle de la pression artérielle générale et de l'élimination urinaire chez un sujet normal.

2° *Polyurie provoquée chez les hypertendus.* — Si l'on expérimente de façon identique chez des malades manifestement hypertendus, on peut noter, soit, cas de beaucoup le plus fréquent, une remarquable fixité de la pression, soit, mais rarement, une chute de la pression de 1 à 2 centimètres de Hg (chute également notée par E. Feuilliée); soit, enfin, une ascension de la pression de 1 à 3 centimètres de Hg, ces derniers chiffres ayant été relevés par nous sur des malades absorbant des doses variables d'eau, souvent exagérées, à des intervalles quelconques en dehors de toute direction médicale.

L'élimination de l'eau ingérée est extrêmement irrégulière. Quatre cas peuvent se présenter :

α. En général il y a opsiurie; le début de l'élimination est reporté à deux, trois ou quatre heures après le début de l'ingestion et se prolonge jusqu'au soir. Il n'y a pour ainsi dire pas de crise diurétique nette. Mais si l'on fait rester le sujet couché dans le lit pendant et après l'ingestion l'élimination est rapide, complète et absolument normale.

β. Cette précaution de laisser le malade couché reste dans quelques cas sans effet, et la crise diurétique est absente. Ce n'est que la nuit suivante, entre minuit et quatre heures du matin, que l'élimination a lieu.

γ. Mais, en général, si chez ces derniers sujets l'on fait absorber l'après-midi, vers quatre heures, une dose d'eau, même très réduite, 300 grammes par exemple, on déclanche une crise diurétique violente. Toute l'eau absorbée le matin pendant l'épreuve de polyurie est immédiatement éliminée ainsi que celle ingérée au déjeuner et l'après-midi. Fait très important, il n'y a aucune modification de la pression artérielle.

δ. Enfin, il est d'autres cas où, malgré les lésions cardio-rénales les plus nettes et l'hypertension la plus accentuée, l'élimination se fait d'une façon absolument normale; le rythme urinaire reproduisant complètement celui du sujet le plus manifestement indemne de toute lésion rénale.

Comme conclusion, la cure de polyurie provoquée chez les hypertendus, ou bien élève la tension artérielle, ou l'abaisse, ou le plus souvent ne la modifie en rien pendant et immédiatement après l'ingestion de l'eau.

Elle détermine des modifications très variables du rythme urinaire sans aucun rapport fixe avec le degré d'hypertension et la gravité des lésions cardio-rénales, mais, en général, dominées par ce fait que la position couchée favorise la rapidité d'apparition de la crise diurétique et en augmente l'intensité. C'est le changement de position et nullement la pression artérielle qui intervient, du moins la pression générale la seule qui puisse être évaluée cliniquement par les divers appareils en usage.

Bien plus, il semblerait que cette loi de la physiologie, à une pression plus élevée, élimination urinaire quantitative plus considérable, serait ici en défaut; car, c'est au moment où ce malade est couché, et par conséquent où la pression est la plus basse, que l'élimination est la plus rapide et la plus abondante. Mais il faudrait pour conclure ainsi que toutes choses restassent égales d'ailleurs, et il n'en est rien. Quels phénomènes circulatoires locaux

amène le changement de position, l'arrivée d'un sang modifié par l'administration de l'eau, etc.? On est réduit aux conjectures.

Ce qui est bien certain, cependant, et vient encore à l'encontre des théories faisant dépendre directement la polyurie de l'hypertension artérielle, c'est cet autre fait indiscutable ; au cours d'une cure de polyurie provoquée continuée pendant un certain temps, trois semaines par exemple, durée ordinaire des séjours dans les stations hydrominérales, le rythme urinaire et la pression artérielle se modifient, mais en sens inverse. Le malade urine d'autant plus et d'autant plus vite que la pression artérielle s'est abaissée davantage. Tel sujet dont l'élimination présentait les troubles les plus accentués, lorsqu'à l'arrivée dans la station, et au début de la cure, la tension artérielle était très élevée, voit son rythme urinaire se rapprocher du rythme normal à mesure que, sous l'action désintoxicante et modificatrice de la cure, sa tension artérielle s'est abaissée d'un nombre de degrés parfois considérable.

Que la pression artérielle influe sur la diurèse et qu'un rythme urinaire anormal accompagne l'hypertension artérielle, le cas est très fréquent. Mais il n'y a là rien d'absolu. Tel sujet dont le rein est très atteint présente le rythme le plus normal; tel autre indemne de toute lésion cardio-artérielle et rénale présente les troubles de ce rythme à leur maximum. Et nous ne pouvons à ce propos que répéter une de nos anciennes conclusions, en l'affirmant encore : *on ne peut baser une étude de la valeur fonctionnelle du rein sur l'épreuve de la polyurie provoquée.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 MARS 1913)

Sur le traitement de la tuberculose par les microorganismes marins. — M. Raphaël Dubois. En 1900-1901, l'auteur avait retiré de « jambonneaux » pêchés sur la plage d'Hyères, des perles et de la poche renfermant ces perles des *micrococcus* qu'il cultiva dans un bouillon fait avec une décoction de « chien de mer » (*scyllium canicula*, Cuv.), de la gélatine, de la peptone et 3 p. 100 de sel.

Douze cobayes furent inoculés avec des cultures de bacilles de la tuberculose; tous les cobayes eurent des ganglions ; ils étaient tous infectés. On leur inocula le micrococcus en question au moment où tous avaient des ganglions. Dix mois après ils étaient tous bien vivants sauf un qui était mort.

Ces expériences sont intéressantes à rappeler au moment où des auteurs allemands, comme le docteur Friedmann (de Berlin), annoncent des cas de guérison de tuberculose au moyen des bacilles de la *tortue de mer*.

M. Raphaël Dubois a repris ses expériences il y a trois ans, il les continue et en fera prochainement connaître les résultats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 MARS 1913)

Des remarquables effets de l'ipéca à toutes petites doses dans certains troubles digestifs tenaces de l'enfance (inappétence, constipation, atonie, dyspepsie, entérite ancienne, intoxication, etc.). — M. Rousseau Saint-Philippe (de Bordeaux) fait sur ce sujet une communication dont voici les conclusions :

1° Il existe chez les enfants de dix-huit mois à deux ans, trois ans et même quatre ans et plus, des troubles digestifs qui, par leur allure, leur durée et leur résistance arrivent à constituer une véritable maladie : ce sont la constipation, l'atonie intestinale, l'inappétence, la dyspepsie et l'apepsie, avec leurs conséquences, l'intoxication, la dénutrition, l'anémie, la dystrophie et l'atrophie.

2° Ces troubles de second plan offrent un type morbide à peu près uniforme et des symptômes accusant à la fois la souffrance des voies digestives et la souffrance de l'organisme. Ils sont primitifs ou secondaires; mais, quelle qu'elle soit, la cause disparaît pour faire place à un syndrome caractérisé par la triade bien connue de l'anorexie, de la stase fécale et de l'évacuation intermittente plutôt que régulière de matières muco-membraneuses. Ils sont souvent entretenus par une thérapeutique et un régime erronés.

3° L'amélioration purement momentanée ou même l'insuccès complet des méthodes d'antisepsie chimique et de transformation de l'ambiance démontrent l'inutilité des efforts tentés dans ce sens.

4° L'expérience prouve, au contraire, que les troubles en question sont dus en grande partie à l'arrêt du fonctionnement du foie et au déficit de la sécrétion biliaire, qui retentissent fâcheusement sur la digestion et la nutrition, qu'ils entravent et dépravent. C'est donc de ce côté qu'il faut agir.

5° Les cholagogues, et en première ligne l'ipéca, semblent bien être le traitement de choix pour combattre ces accidents. C'est à la teinture qu'il faut avoir recours, à petites doses, régulièrement progressives, et prolongées jusqu'à parfaite guérison.

En même temps, et grâce à ce puissant modificateur de l'action digestive, il conviendra de modifier le régime, d'en diminuer la sévérité, en le variant et en l'augmentant de façon rationnelle.

Opération de l'appendicite chronique. — M. Dupuy de Frenelle insiste sur la nécessité de radiographier l'appendice pour être certain de son siège avant de prendre le bistouri pour l'opération de l'appendicite chronique.

Il présente une instrumentation munie de lampes électriques, qui lui permet d'éclairer vivement le champ opératoire au moment de l'opération. Cette instrumentation permet à l'opérateur de passer par la voie sus-pubienne latérale pour aller chercher l'appendice et de ne laisser aucune trace apparente de l'opération, la cicatrice restant masquée sous la repousse des poils qui recouvrent normalement la région.

Traitement de l'ataxie locomotrice progressive et du tabes dorsal. — M. Eugène Dupuy rappelle que l'on considère l'ataxie locomotrice progressive ou le tabes dorsal comme rebelle à tout traitement curatif, et non sans raison le plus souvent. Depuis que l'on a admis que la syphilis est toujours la cause de cette maladie, les guérisons ne sont pas devenues fréquentes, malgré le traitement spécifique intensif au mercure; pour sa part, il a eu l'occasion de connaître de véritables désastres qui avaient été le résultat du traitement intensif. S'il est avéré que les tabétiques sont, dans l'immense majorité, entachés de syphilis acquise, il n'est pas moins vrai qu'ils ne le sont pas tous. Dans ces dernières années, M. Dupuy a revu des malades atteints d'ataxie locomotrice ou tabes qu'il avait soignés il y a longtemps aux Etats-Unis, en Angleterre et en France même, et qui sont rentrés, pour la plupart, dans la vie ordinaire, n'ayant plus aucun symptôme de leur maladie. Il en a compté dix-sept, parmi lesquels il y en a deux qui n'ont jamais été syphilitiques ni n'en ont porté aucune trace héréditaire.

M. Dupuy relate plusieurs observations à l'appui de cette opinion.

La première condition de succès dans le traitement de ces malades consiste à établir un régime alimentaire qui assure une nutrition normale et des fonctions régulières des organes gastro-intestinaux. Tous les malades qu'il a eu à soigner étaient des dyspeptiques avérés, à des degrés divers et sous des formes différentes. Une fois le régime établi et les conditions normales obtenues, il a toujours prescrit l'iodure de potassium, à doses plus ou moins élevées suivant l'indication; au bout de quatre, cinq ou six semaines, il remplace l'iodure de potassium par l'arsenic.

Lorsque les douleurs sont fortes et fréquentes, comme c'est malheureusement trop souvent le cas, il faut les calmer; mais il faut éviter aussi longtemps que possible l'emploi de la morphine, et quand on est contraint d'en faire usage, il faut s'astreindre à faire les piqûres soi-même, car tout malade du système nerveux qui se fait des piqûres lui-même est fatalement voué à la morphinomanie à bref délai, et alors il n'est plus possible de le soigner; je me suis servi avec succès contre les douleurs de l'exalgine, de l'antipyrine, du cannabis indien sous forme de la teinture anglaise ou de l'extrait indien pur, de l'aconitine cristallisée. Ces médicaments, convenablement maniés, suffisent le plus souvent. Mais le remède par excellence contre les douleurs est le phosphore; quelquefois il suffit d'une ou deux doses de la potion phosphorée de Soubeiran pour arrêter les crises douloureuses.

Les pointes de feu sont, de toute nécessité; il faut les appliquer au moins deux fois par semaine; on les met des deux côtés de l'épine dorsale, à l'aide d'un cautère terminé par une petite olive qui doit être chauffée à blanc. Si elle est seulement rouge, même rouge cerise, son contact avec la peau ne produit pas l'état sphéroïdal et elle y adhère, la brûle et la détruit et la douleur s'ensuit et aussi la plaie, tandis que chauffée à blanc l'application bien faite n'est point douloureuse, ne produit pas d'escares, mais elle est très efficace néanmoins.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Les morts subites chez les enfants (à l'exclusion des morts dites thymiques). (LANZA. *La Pédiatrie pratique*, 15 mai 1912.) — On observe assez souvent la mort subite au cours des dermatoses; Muller, Concetti, les expliquent par des lésions rénales de nature infectieuse; dans d'autres cas, il s'agit de septicémie ou de toxémie à marche rapide, et MM. Hutinel et Rivet, Marfan, en ont publié de très intéressantes observations. Pour Rehn il s'agirait d'une dégénérescence graisseuse du cœur.

Cet accident s'observe en général lorsque l'enfant est soumis à un traitement énergique; et souvent aussi lorsqu'il est hospitalisé, ce qui augmente ses chances d'infections secondaires. Il faut invoquer dans certains cas l'intoxication par des pommades à base de plomb, d'acide salicylique. Pour Hutinel la pathogénie de ces accidents doit être recherchée dans les infections générales d'origine cutanée; selon cet auteur l'état d'anaphylaxie dans lequel se trouveraient les enfants vis-à-vis de germes pathogènes, hôtes habituels de leur peau, permettrait le développement de ces infections générales graves et rapidement mortelles.

La mort subite peut encore s'observer au cours de lésions de l'appareil respiratoire. Simmonds décrit un cas de mort subite chez un enfant atteint de coryza pneumococcique; Schlemmer a observé 18 morts subites au cours des bronchites aiguës. La cause la plus fréquente est la bronchite capillaire. Hénoch, Comby l'ont observée au cours de la pneumonie. Elle a été signalée au cours de la tuberculose pulmonaire (hémoptysie des cavernes, ouverture de ganglions trachéo-bronchiques dans les bronches, compression du pneumogastrique, du récurrent); enfin, comme chez l'adulte, on peut observer la mort subite à la suite d'un réflexe, au cours d'une ponction pleurale.

Dans les lésions du système nerveux, la mort subite s'observe assez souvent; il faut signaler d'abord la méningite tuberculeuse, la méningite cérébro-spinale, les hémorragies méningées, les tumeurs du cerveau et du cervelet, elle n'est pas une exception au cours de l'épilepsie, et même de la chorée.

La mort subite est plus rare au cours des maladies de l'appareil digestif; elle s'observe au cours de l'abcès rétropharyngien, soit par hémorragie, soit par obstruction des voies respiratoires, soit par inhibition nerveuse.

L'ulcère de l'estomac et du duodénum peuvent être la cause d'hémorragies foudroyantes; la mort subite s'observe encore dans l'occlusion intestinale, l'appendicite.

Les vers intestinaux pourraient également la provoquer selon Bouchut.

Dans les maladies de l'appareil respiratoire, elle s'observe encore assez souvent, spécialement au cours de la péricardite, des lésions aortiques, parfois même des anévrismes de l'aorte.

Les lésions des reins et des capsules surrénales déterminent aussi fréquemment la mort subite; elle s'observe dans les néphrites, la maladie d'Addison, dans les hémorragies des capsules surrénales.

Elle n'est pas exceptionnelle non plus au cours de certaines infections aiguës; très rare dans la rougeole et la scarlatine, la fièvre typhoïde, elle l'est beaucoup moins dans la diphtérie; Heubner la signale 6 fois chez des coquelucheux, soit par hémorragie méningée, soit par spasme glottique.

Barthélemy, Fourmis signalent la mort subite dans la syphilis; les causes en sont multiples (lésions du foie, des reins, des capsules surrénales, de la rate, du corps thyroïde).

Dans le diabète, la mort subite a été signalée par Moizard; elle succéderait souvent à une intervention chirurgicale (cataracte). B. GAYARD.

Un cas de gangrène embolique d'un membre consécutive à une angine diphtérique maligne. (AVIRAGNET, BLECHMANN et HUBER. *Arch. de méd. des enfants*, mai 1912.) — Les accidents emboliques au cours et surtout pendant la convalescence des angines diphtériques, s'observent le plus souvent au niveau des poumons; il est rare d'observer l'oblitération des gros troncs vasculaires des membres, c'est pourquoi les auteurs rapportent en détail le cas observé dans leur service. A l'occasion de cette observation, les auteurs signalent en un historique très complet les différents cas qui figurent dans la littérature médicale, et parmi lesquels il faut surtout retenir ceux de Marfan (1904), de Leblond (1904), de Rolleston (qui en 1910 en réunit 10 cas), enfin celui de Ransom et Cornes en 1911.

D'après leur évolution on peut classer en trois groupes ces cas d'embolie des membres. Dans un premier groupe rentrent ceux où la gangrène a évolué et conduit à l'exérèse. Le second groupe comprend les observations où la circulation s'est rétablie dans les jours qui ont suivi; dans le troisième groupe, la mort est survenue trop vite pour laisser à la gangrène le temps de se constituer et les troubles cardiaques ont pris le pas sur les accidents périphériques.

Leur date tardive d'apparition les fait rentrer dans le syndrome secondaire de la diphtérie maligne; ils coexistent d'ailleurs souvent avec une paralysie précoce du voile, de l'albuminurie, de la tachycardie avec hypotension.

B. GAYARD.

Chorée de Sydenham avec symptômes nerveux organiques. (GRENET et LOUBET. *Bull. Soc. de Pédiat.*, 23 avril 1912.) — Il s'agit d'une petite fille de huit ans qui présentait une chorée, prédominant à droite; les symptômes nerveux que l'on constatait de ce même côté furent les suivants : une diminution notable de la force musculaire; une hypotonie musculaire, très facilement mise en évidence aux membres supérieurs, mais nette également aux membres inférieurs. Le réflexe cutané plantaire se fait des deux côtés en flexion, mais l'extension de l'orteil est obtenue à droite par la manœuvre d'Oppenheim. Le signe de Grasset et Gaussel est positif à droite : le malade soulève avec peine ses deux membres inférieurs ensemble, l'élévation de la jambe droite étant difficile. Le signe de la flexion combinée de la cuisse et du tronc est très manifeste du côté droit. Il existe des syncinésies, l'adiadococinésie est plus marquée du côté droit. Les réflexes tendineux (rotuliens et achilléens) sont très diminués, presque abolis des deux côtés.

Cependant il ne faut pas attacher une extrême importance à l'adiadococinésie, aux erreurs de toucher, chez les choréiques, en raison de la difficulté de leur recherche chez ces malades.

Lorsque chez un choréique on recherche les symptômes nerveux organiques, il faut attacher une valeur particulière aux signes d'irritation pyramidale (hypotonie, signes de Babinski, d'Oppenheim, flexion combinée de la cuisse et du tronc, syncinésie). Quant aux signes de l'irritation cérébelleuse (dysmétrie, troubles de la diadococinésie) leur recherche peut être faussée par l'adjonction de mouvements involontaires.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Section de la colonne antéro-latérale de la moelle pour douleurs rebelles et continues dues à des métastases cancéreuses comprimant les nerfs. (Edwin BEER. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LX, n° 4, 25 janv. 1913, pp. 267-269.) — Cette opération a été proposée par Spiller et exécutée par Martin (voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 130, p. 815). Dans le cas ici rapporté, il s'agissait d'une récidive pelvienne d'un cancer utérin opéré seize mois auparavant. Une injection préliminaire de stovaïne dans le canal rachidien donna un soulagement complet, ce qui est fort important au point de vue indications, car là où l'injection de stovaïne ne fait pas cesser les douleurs, l'opération ne peut rien non plus.

Laminectomie (neuvième et dixième dorsales). Un crochet à strabisme fut passé autour d'une racine postérieure, de manière à pouvoir amener la colonne antéro-latérale en vue. Un autre crochet fut placé devant la moelle pour immobiliser celle-ci pendant la section qui commença à peu près à 2mm5 en avant de l'émergence des racines postérieures et fut portée en avant sur une longueur de 2mm5 également et à une profondeur égale. L'hémorragie fut insignifiante. Suture des méninges et de la plaie.

L'amélioration au point de vue douleur fut immédiate et remarquable. La malade, qui ne pouvait marcher qu'en boitant fortement avant l'opération, marchait normalement douze jours après. Naturellement, la grosse masse carcinomateuse pelvienne continua à évoluer. Au bout de deux mois survinrent des douleurs plus haut situées, mais non dans la région anesthésiée, et la mort survint par cachexie cinq mois après l'opération.

Mais celle-ci est facile et soulage considérablement les derniers mois de la vie de ces malheureux. La question de savoir s'il ne vaudrait pas mieux faire une section plus haut, de manière à anticiper sur la croissance de la tumeur, sera résolue par l'expérience.

F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Étude expérimentale du fer colloïdal électrique. (B.-G. DUHAMEL et G. REBIÈRE. *Presse méd.*, 15 fév. 1913.) — Il est pratiquement impossible d'utiliser en hypodermothérapie le fer colloïdal obtenu par voie chimique. Mais il y a grand intérêt toutefois à faire bénéficier la médication ferrugineuse des propriétés thérapeutiques générales que présentent les corps à l'état colloïdal. C'est dans ce dessein que les auteurs ont mis à l'étude un fer colloïdal obtenu par voie électrique, au moyen de la méthode de G. Rebière.

Ce colloïde, qui a reçu le nom d'électromartiol, est stable, isotonique, et contient 1 gramme de fer pour 1 000. Son injection sous la peau ou dans les muscles est complètement indolore et ne donne jamais lieu à des nodosités.

Les auteurs ont étudié avec soin l'action de l'électromartiol sur l'organisme; ils ont pu constater que ce colloïde est complètement dépourvu de toxicité, même pour des doses fortes et prolongées, doses auxquelles le citrate de fer, par exemple, se montre nuisible et même toxique. Ils ont observé que, sous l'action des injections d'électromartiol, la régénération globulaire chez les animaux anémiés expérimentalement, se produit beaucoup plus rapidement qu'avec les autres composés ferrugineux. Ce fer colloïdal électrique, introduit dans l'organisme, est retenu dans certains tissus (foie, rate, sang), et utilisé; l'excès en serait éliminé par les urines. L'électromartiol agit favorablement sur la nutrition générale. Il peut être introduit dans les veines. Son expérimentation clinique, actuellement en cours, justifie toutes les données du laboratoire.

Indiqué dans tous les cas de syndrome anémique, l'électromartiol, fer colloïdal injectable et actif, permet de considérer comme résolu le problème de la médication ferrugineuse abortive.

L. GAYARD.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

LIVRES NOUVEAUX

Les Préjugés en art dentaire (1), par le docteur E. CHARÉZIEUX.

Comme toutes les branches de la médecine, celle qui a trait aux maladies de la bouche et des dents doit lutter contre de nombreux préjugés, fortement enracinés dans l'esprit du public. Il était donc intéressant de réunir en une étude simple et claire ces divers préjugés, d'en montrer la fausseté et les conséquences plus ou moins sérieuses.

C'est ce qu'a très bien fait le docteur Charézieux, et s'il est vain d'espérer qu'il a détruit les préjugés, du moins est-il permis de croire qu'il les a efficacement combattus. Les praticiens ont donc tout intérêt à lire le petit ouvrage que nous leur présentons aujourd'hui, afin d'être mieux armés contre les croyances erronées du populaire.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un volume de 120 pages — Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

LA VARIOLE

DÉFINITION. GÉNÉRALITÉS. — La variole est une fièvre éruptive, inoculable, épidémique et contagieuse, caractérisée par l'apparition de papules, qui se transforment rapidement en vésicules, puis en pustules ; celles-ci, lorsque l'évolution est favorable, suppurent, puis se dessèchent laissant après elles des cicatrices gaufrées indélébiles; lorsque l'évolution est fatale, la suppuration persiste avec fièvre très élevée. La variole revêt, dans certains cas, une *forme hémorragique*, particulièrement sévère. La variole humaine appartient au groupe général des *varioles*, qui comprend la vaccine, le horse pox, le cow-pox, la clavelée. Nous verrons plus loin, à propos de cette parenté morbide, les discussions relatives à la transformation de la variole en vaccine (*variolo-vaccine*).

PARASITOLOGIE. — Le parasite de la variole est encore inconnu : il appartient, sans doute, au groupe des *virus filtrants*, mais l'existence de ce virus filtrant est elle-même difficile à affirmer, en raison de la difficulté qu'il y a à réussir des inoculations. De nombreux microbes ont tour à tour été incriminés comme agents spécifiques de la variole. Ainsi Le Dantec a invoqué le streptocoque, Marotta un coccus banal, etc.

Plus intéressantes sont les recherches relatives aux éléments existant dans la pustule variolique et vaccinale. Ces éléments ont été décrits par Guarnieri (*corps de Guarnieri*), puis étudiés à nouveau, par Borrel, Roger et Weill, etc. ; tantôt il s'agit de corpuscules en forme de points chromatiques de 4 à 5 μ, logés au niveau des noyaux ; tantôt ces corpuscules prennent un aspect plasmodique et se présentent sous la forme de granulations ; leur signification est encore discutée, certains auteurs veulent y voir, des parasites, des protozoaires, d'autres simplement des débris cellulaires.

Inoculations. — L'inoculation à l'homme de la sérosité des vésico-pustules, est très souvent positive. C'est la variolisation. L'inoculation aux animaux ne réussit réellement bien que sur le singe et encore elle nécessite, pour être suivie de succès (Teissier), des inoculations cutanées, avec de la lymphe fraîche, hyaline. L'inoculation aux autres animaux est à peu près toujours suivie d'insuccès.

Cependant bon nombre d'auteurs affirment avoir inoculé avec succès la variole à d'autres animaux et avoir ainsi réussi, par une série de passages successifs, spécialement sur la génisse, la transformation de la variole en vaccine.

Cette question de la *variolo-vaccine* est encore très discutée. En Allemagne, Voigt et Kuhn affirment la réalité de cette transformation. Ces auteurs admettent l'identité de la vaccine ordinaire et de la variolo-vaccine obtenue par passage sur la génisse ; cette identité serait parfaite après le troisième passage sur l'animal. En France, Chauveau, puis Kelsch, Teissier et Camus, n'ont jamais obtenu jusqu'ici cette transformation variolo-vaccinale ; par contre, ces auteurs ont observé souvent des cas de *contagion vaccinale*, après inoculation à blanc, chez des animaux, qui vivaient dans une étable vaccinifère ; cette constatation leur a fait suspecter les résultats positifs de variolo-vaccine obtenus dans les Instituts de vaccine, où la contagion vaccinale est si facile à se réaliser.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces expériences contradictoires. Signalons cependant encore le fait que la variolisation d'un animal ne l'immunise pas contre la vaccine (Roger), surtout si cette variolisation n'a pas été réalisée par une pustule (inoculation cutanée).

ÉTIOLOGIE. — Le germe de la variole se transmet par *contact direct;* il s'agit d'un germe très résistant, d'où la possibilité de contagions indirectes, survenant parfois longtemps après une première épidémie. La variole s'attaque à tous les âges ; elle s'observe en toutes saisons, chez toutes les races. Dans les grands centres, elle existe à l'état endémique, mais elle procède plutôt par épidémies, réapparaissant assez régulièrement tous les sept ou huit ans. La variole est fréquente, dans les armées en campagne, au cours des famines; en résumé, dans tous les cas où sont associées la misère, la fatigue et les mauvaises conditions d'hygiène.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — PUSTULE VARIOLIQUE. — L'étude histologique de la pustule variolique a été bien faite, par Cornil, Renault et récemment par Borrel. On voit au niveau des papilles situées au centre de la pustule une infiltration inflammatoire très importante. Cette lésion est suivie d'une réaction épithéliale avec prolifération des cellules et vésiculation rapide. La lésion caractéristique est la formation d'énormes vacuoles au centre du réseau de Malpighi. Tout autour de cette vésicule centrale, comme dans la clavelée ou la vaccine, les cellules deviennent hydropiques, le noyau vésiculeux. Dans les couches superficielles on constate la présence de nombreuses granulations éléidiniques ; ces granulations d'un diamètre de 5 à 6 μ se déposent dans les cellules; elles se colorent par toutes les couleurs d'aniline, et ce sont elles qui, souvent, ont été prises pour des parasites. Les glandes sébacées sont souvent lésées.

Au moment de la suppuration, le réticulum qui maintient tous ces éléments se ramollit, puis les cellules se désagrègent, du pus se forme contenant surtout des leucocytes mononucléaires, quelques rares myélocytes et quelques microbes d'infection secondaire. Il faut, en résumé, retenir le début de formation de la pustule, par la papille, alors qu'à ce moment les cellules superficielles sont intactes.

ORGANES HÉMATO-POÏÉTIQUES. — La moelle (Roger, Josué) présente une grande activité fonctionnelle ; elle est rose, rouge. Il y a prédominance des mononucléaires ; on y trouve aussi des myélocytes, des formes d'irritation de Turck. La rate est, elle aussi, en suractivité; elle contient des mononucléaires volumineux, des plasmazellen et, dans les varioles hémorragiques, des globules rouges nucléés. Le *sang* (Roger et Weill) présente d'importantes modifications. Hayem et Bensaude ont signalé dans les formes hémorragiques la non-rétractilité du caillot et l'absence de sérum.

Il existe une hyperleucocytose qui peut aller à 30 000 ; c'est une hyperleucocytose à mononucléose (50 à 60 p. 100); les grands mononucléaires sont augmentés. Le sang contient encore des myélocytes et dans les formes hémorragiques, des globules rouges à noyaux. Il est fréquent de constater de l'hypertrophie ganglionnaire.

Parmi les autres lésions observées au cours de la variole, il faut signaler des lésions viscérales assez banales retrouvées au cours de toutes les maladies infectieuses ; le foie est jaune pâle ; il existe de la dégénérescence graisseuse, parfois de l'hépatite hémorragique ; les reins présentent des lésions de néphrite diffuse ; l'intestin est congestionné, œdématié ; il en est de même des poumons ; le myocarde est souvent lésé. L'*orchite* est assez fréquente ; le testicule est enflammé dans son ensemble, avec au centre une zone de nécrose.

(A suivre.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Scoliose et son traitement, par le docteur Gabriel BIDOU (de Grenoble); préface du docteur DURET, ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Lille, associé de l'Académie de médecine. Un vol. in-8, orné de 52 pl. hors texte. — Prix : 6 francs. — Paris, A. Maloine.

La Dyspepsie. Grands symptômes et grands syndromes dyspeptiques, par le docteur LEVEN. Un vol. de 256 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. de Lapersonne, Morax, Rochon-Duvigneaud, Terrien, et Poulard (qui acceptent), Carnot et Kirmisson (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

HOPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — Le concours d'externat vient de se terminer par la nomination de MM. Mægerlin, Fruchaud, Sarazin, de la Brunière, Moreau.

Le concours d'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de M. Emeriau.

— Nantes. — Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. de Oliveira, Nicolle, Guéguen et Deschamps.

Internes provisoires : Mlle Pineau, MM. Nicoulaud, Hervouet des Forges.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — M. Minet, agrégé, est chargé, en outre, du 1er mars au 31 octobre 1913, d'un cours de médecine légale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rennes. — Un congé, du 1er avril au 30 octobre 1913, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bertheux, professeur de clinique médicale.

M. Le Damany, professeur d'hygiène et de médecine légale, est autorisé à faire, aux lieu et place de son enseignement, un cours de clinique médicale, du 1er avril au 30 octobre 1913 (durée du congé accordé à M. Bertheux, professeur).

M. Chevrel, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, du 1er avril au 30 octobre 1913 (durée de la délégation de M. Le Damany dans la chaire de clinique médicale) d'un cours d'hygiène.

— Rouen. — M. Duval, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bolognesi et Baraton (du Mans), Barincou (de Talence), Martin (d'Arras), et de M. Julliot, étudiant à Marseille.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (rue de Sèvres, 149). — M. P. Nobécourt, agrégé : Conférences sur l'hygiène et la protection des enfants du premier âge, les lundis à dix heures et demie.

I. 7 avril : Mortalité et morbidité des enfants du premier âge. Hygiène et protection.
II. 14 avril : Allaitement maternel. Assistance des mères.
III. 21 avril : Allaitement artificiel. La question des laits destinés aux nourrissons.
IV. 28 avril : Consultations de nourrissons et gouttes de lait.
V. 5 mai : Crèches.
VI. 19 mai : Nourrices mercenaires. Placement des enfants à la campagne : enfants assistés. Pouponnières.
VII. 26 mai : Assistance des enfants malades : crèches hospitalières, pouponnières de plein air.
VIII. 2 juin : Prophylaxie des maladies infectieuses : tuberculose, syphilis, etc.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — Docteur Le Noir (hôpital Saint-Antoine). — 1° Tous les vendredis, leçon clinique à dix heures, salle Axenfeld. Une série de leçons sera consacrée aux maladies de l'estomac.

2° Six places de bénévoles seront disponibles pendant le second semestre.

Docteur Lesné (hôpital Tenon). — Tous les matins, à dix heures, visite des malades.

Les mardis et vendredis, examen des entrants, discussion du diagnostic et du traitement.

Le samedi, à dix heures, consultation d'enfants; hygiène et maladies du premier âge.

Docteur E. Mosny (hôpital Saint-Antoine). — Dans le courant de l'année scolaire 1912-1913, MM. Pruvost et Grandjean, internes du service, feront plusieurs séries d'un cours pratique sur la symptomatologie et le diagnostic des maladies des voies respiratoires, ainsi que sur les déductions thérapeutiques et les recherches de laboratoire les concernant.

Pour s'inscrire, s'adresser à M. Pruvost et à M. Grandjean, internes à l'hôpital Saint-Antoine.

Docteur Pissavy (hôpital Necker, consultation de médecine). — Enseignement spécial destiné aux étudiants de première année :

1° Chaque jour, à partir de neuf heures et demie, les étudiants sont individuellement exercés à l'examen des malades et à la rédaction des ordonnances.

Leur nombre est rigoureusement limité à cinq. Prière de se faire inscrire.

Docteur Paul Ribierre (hôpital Cochin, consultation de médecine). — Tous les matins, à dix heures, examen et présenta-

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique générale basée sur la physiopathologie clinique, par le docteur GRASSET. Tome I. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie; Montpellier, Coulet.

Précis de chirurgie journalière, par Maurice PATEL, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien des hôpitaux. Préface du professeur JABOULAY. In-18 grand jésus, cartonné toile, de 780 pages avec 400 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Actualités médico-chirurgicales. Conférences faites à la polyclinique H. de Rothschild. Recueillies et publiées par le docteur Henri DE ROTHSCHILD. Deuxième série par BORREL, E. EMERY, Edmond PERRIER et S. POZZI. Grand in-8 jésus de 136 pages avec 33 figures dans le texte et 7 planches hors texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Thérapeutique infantile, par le professeur BOSC. In-8 de 597 pages. — Paris, Masson et Cie. — Montpellier, Coulet.

Petite chirurgie, par ARDIN-DELTEIL et SOUBEYRAN. In-8 de 953 pages et 476 figures dans le texte. — Paris, Masson et Cie; Montpellier, Coulet.

tion de malades. Discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques. Rédaction d'ordonnances.

La consultation du vendredi matin est particulièrement consacrée aux maladies du cœur et des vaisseaux.

Docteur Emile SERGENT (hôpital de la Charité). — Tous les matins à dix heures, exercices de médecine pratique au lit des malades.

Le vendredi matin, examen des malades nouveaux.

Le samedi matin, consultation spéciale sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires (interrogation; discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques; manière de formuler et de rédiger une ordonnance).

Le mardi matin, à partir d'une date qui sera fixée ultérieurement, conférences cliniques avec présentation de malades, portant particulièrement sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires.

Dermatologie et syphiligraphie. — Docteur THIBIERGE (hôpital Saint-Louis). — Visite tous les matins, à neuf heures.

Mardi, à neuf heures (salle Alibert), examen des malades de la policlinique et conférences cliniques.

Mercredi, à neuf heures et demie (salle Alibert), traitement chirurgical des dermatoses.

Vendredi, à neuf heures et demie (salle des consultations), conférences cliniques sur les malades de la consultation.

Docteur HUDELO (hôpital Broca, Lourcine). — Les lundis, mercredis, vendredis, à neuf heures et demie du matin, policlinique syphiligraphique et dermatologique (salle de la consultation).

Les mardis, jeudis, samedis, à neuf heures et demie, visite des salles Cullerier, N. Guillot, Vidal, Bouley.

Le mardi, à neuf heures et demie (salle Vidal), petite chirurgie dermatologique (scarifications, raclage, galvanopuncture).

Le jeudi, à neuf heures et demie (laboratoire du docteur Hudelo), technique des injections de salvarsan et de néosalvarsan.

Maladies du système nerveux. — Docteur BABINSKI (hôpital de la nouvelle Pitié). — Tous les lundis de l'année, sauf pendant les vacances de Pâques et pendant les mois d'août et de septembre, de dix heures à midi, examen de malades et conférence clinique sur les maladies du système nerveux, dans le cabinet de consultation,

De plus, pendant les mois de mai, juin et juillet, tous les samedis, à dix heures et demie, leçon clinique dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

M. Babinski insiste surtout, dans son enseignement, sur la séméiologie et la méthode qu'il faut suivre dans l'examen des malades.

Radiologie médicale. — Docteur A. BÉCLÈRE (hôpital Saint-Antoine). — I. L'enseignement des notions théoriques et techniques, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie, de la radiothérapie et de la radiumthérapie, est donné annuellement en deux cours de vacances, d'une durée de huit jours, l'un dans la seconde quinzaine d'octobre, l'autre immédiatement avant Pâques.

Ces cours, librement ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine, sont complétés par des exercices pratiques de radioscopie et de radiographie, auxquels donne accès un droit d'inscription de 100 francs.

II. En dehors des cours de vacances, les applications de la radiologie au diagnostic et à la thérapeutique sont l'objet de conférences annoncées par des affiches spéciales, et, à quelque moment de l'année que ce soit, l'enseignement pratique de la radiographie est donné par le chef du laboratoire à tout étudiant ou docteur en médecine qui acquitte un droit d'inscription de 100 francs.

III. L'enseignement clinique de la radiologie médicale est donné journellement.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — PROGRAMME DES CONCOURS. — *1911-1913.* — Recherches expérimentales sur les transplantations d'organes.

Prix : 1.000 francs. Clôture du concours : 15 juillet 1913.

1911-1913. — Déterminer le rôle de l'hérédité dans l'étiologie du cornage chronique chez le cheval en s'appuyant autant que possible sur des observations personnelles; établir les déductions qui en résultent au point de vue de la zootechnie.

Prix : 600 francs. Clôture du concours : 15 juillet 1913.

1912-1914. — Etudier les conditions de nutrition et de prolifération des éléments histologiques normaux dans les cultures in vitro.

Prix : 1000 francs. Clôture du concours : 15 juillet 1914.

1912-1914. — Contribution à l'étude d'un glucoside.

Prix : 800 francs. Clôture du concours : 15 juillet 1914.

1913-1914. — Prix fondé par le docteur da Costa Alvarenga : Aux termes du testament de M. Alvarenga, « l'intérêt du capital constituera un prix annuel qui sera appelé *Prix d'Alvarenga de Piauhy* (Brésil). Ce prix sera décerné, à l'anniversaire du décès (21 juillet 1883) du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine, lequel ouvrage sera jugé digne de récompense, après que l'on aura institué un concours annuel et procédé à l'examen des travaux envoyés selon les règles académiques (1). »

Prix : 800 francs. Clôture du concours : 15 janvier 1914.

1913-1917. — Prix Melsens : Par une clause de son testament, Mme Melsens, veuve de M. le professeur Louis Melsens, lègue « une somme de 10000 francs, dont les intérêts accumulés seraient consacrés à la fondation d'un « Prix Melsens » à décerner tous les quatre ans à l'auteur belge qui aurait soumis au jugement de l'Académie un ouvrage remarquable sur l'hygiène professionnelle (2) ».

Prix : 1400 francs. Clôture du concours : 20 janvier 1917.

Conditions des concours. — Les membres titulaires et les membres honoraires de l'Académie ne peuvent point prendre part aux concours.

Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, franco de port, au secrétaire de l'Académie royale de médecine, palais des Académies, à Bruxelles.

Les auteurs des mémoires de concours ne sont pas tenus à l'anonymat; mais, dans le cas où ils désirent le garder, leurs mémoires porteront une épigraphe reproduite sur un pli cacheté qui renfermera l'indication du nom et de l'adresse des auteurs. Il est défendu de faire usage d'un pseudonyme.

L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations, ainsi que la mention de l'édition et de la page du texte original.

Sont exclus des concours les mémoires qui ont déjà été soumis à l'appréciation d'autres corps savants ou de jurys universitaires, ou qui ne rempliraient pas les conditions précitées.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le président en séance publique.

Lorsque l'Académie n'accorde qu'une récompense à un mémoire de concours accompagné d'un pli cacheté, celui-ci n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai de six mois. Après l'expiration de ce délai, la récompense n'est plus accordée.

Le manuscrit envoyé au concours ne peut pas être réclamé; il est déposé aux archives de la Compagnie. Toutefois l'auteur peut, après la proclamation du résultat du concours, obtenir à ses frais une copie de son travail faite par un des employés du secrétariat de l'Académie.

L'Académie accorde gratuitement à l'auteur du mémoire dont elle a ordonné l'impression cent exemplaires tirés à part, et lui laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à ses frais.

(1) L'Académie a décidé, dans le comité secret de la séance du 26 décembre 1891, que l'article 119 (actuellement 120) du règlement de la Compagnie ne sera pas applicable aux mémoires manuscrits qui prendront part à ce concours. Cet article est ainsi conçu : « Les travaux couronnés et ceux qui ont mérité une distinction peuvent être publiés dans le recueil des mémoires en vertu d'un vote pour chaque mémoire. »

(2) Dans sa séance du 30 novembre 1901, l'Académie a décidé que le prix ne peut être partagé et que les mémoires qui seront envoyés à ce concours doivent être écrits en français, en flamand ou en allemand.

REVUE GÉNÉRALE

LES OBLITÉRATIONS DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE

Par P. HÉBRARD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique. — Les oblitérations de la veine cave inférieure ont été rarement étudiées. Morgagni, dans ses *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies* cite un cas d'œdème provoqué par l'oblitération de la veine cave. Hodgson, dans son *Traité des maladies des artères et des veines*, insiste sur le développement de la circulation collatérale dans les oblitérations du tronc de la veine cave inférieure. Haller publie une observation en 1768, Reynaud de même, dans le *Journal hebdomadaire*, en 1829. On trouve dans le dictionnaire de Jaccoud et dans celui de Dechambre des notes intéressantes sur ce sujet et en 1862 Sappey et Dumontpallier étudient avec grands détails le rétablissement de la circulation dans l'oblitération de la veine cave (*Gaz. méd. de Paris*, 1862).

En 1877, le professeur Hutinel fait, dans sa thèse, une étude des thromboses veineuses chez l'enfant. Parmi les travaux d'ensemble, parus sur cette question, nous citerons la thèse de Bloch (Iéna, 1880), la thèse de Vimont qui donne en 1890 une mise au point de la question, et la thèse de doctorat de Lombardini, en 1896.

Dans ces dernières années, de nouvelles observations ont été publiées. Parmi elles, celles de Beaudoin (*Bull. soc. anat.*, 1904) est intéressante à comparer à celle du docteur Saundby (*Brit. med. journ.*, 1898) parce que ces deux observations permettent de préciser l'étude de la circulation collatérale dans les cas d'oblitérations haut situées, cas peu étudiés jusqu'ici. De plus les recherches expérimentales de M. le professeur agrégé Gosset, exposées dans la *Tribune médicale*, en 1904, montrent dans quels cas l'oblitération chirurgicale (par ligature) de la veine cave inférieure est légitime. Enfin quelques observations semblent indiquer que, parmi les causes d'oblitération, il faut probablement faire une place à la syphilis. Il serait à désirer qu'à l'avenir l'on recherche méthodiquement la spécificité dans toute oblitération de la veine cave.

II

Etiologie. — Les oblitérations de la veine cave inférieure ne sont *pas absolument exceptionnelles*. Vimont a pu en réunir 112 cas dans sa thèse de doctorat. En consultant la bibliographie de ces vingt dernières années, nous avons facilement retrouvé une trentaine d'observations. Et il est très vraisemblable que bien des cas ont pu passer inaperçus, masqués par les symptômes de l'affection causale. Les *deux sexes* sont également atteints, et l'oblitération peut se voir *à tout âge*. M. le professeur Hutinel a bien montré que chez les jeunes enfants les thromboses veineuses siègent souvent dans les veines rénales, d'où elles peuvent se propager à la veine cave. C'est surtout chez les enfants athrepsiques âgés de moins de deux mois que cela s'observe. Il y a des oblitérations *congénitales*.

En 1897, Cavasse en a apporté un cas à la Société anatomique de Paris. Nous en trouvons un autre dans les mémoires de l'hôpital John Hopkin en 1911. Mais c'est là l'exception. Dans la règle l'oblitération est acquise, et peut relever de trois grandes causes : 1° une *obstruction* de la veine ; 2° une *compression* par un organe voisin augmenté de volume ; 3° un *rétrécissement* du vaisseau.

L'*obstruction* peut être due à une *embolie* : on a vu, au cours d'une fièvre typhoïde, par exemple, un malade présenter une phlegmatia alba dolens, puis le thrombus qui avait gagné la fémorale a pu détacher un fragment qui a été dans la veine cave provoquer une thrombose secondaire. On a cité aussi un cas d'embolie venue d'une phlébite variqueuse. C'est exceptionnel. En général l'obstruction est due à une thrombo-phlébite de la veine cave inférieure, elle-même, soit qu'il s'agisse d'une phlébite primitive de la veine cave, soit que, et c'est le cas habituel, il s'agisse d'une phlébite propagée, qui a gagné de proche en proche depuis les veines du bassin (phlébites puerpérales) ou depuis les veines des membres inférieurs. Toute l'étiologie de la phlegmatia alba dolens pourrait trouver sa place ici ; notons seulement que les phlébites tuberculeuses se propagent assez souvent à la veine cave et que les traumatismes des membres inférieurs ont pu donner des phlébites remontant jusqu'à la veine cave inférieure.

Plus fréquente est l'oblitération de la veine par compression. On le devine si on considère l'étendue et l'importance des rapports anatomiques de la veine cave avec les organes de l'abdomen. Toutes les tumeurs abdominales ou à évolution abdominale peuvent plus ou moins comprimer la veine cave : ostéo-sarcomes du bassin, tumeur de la prostate agissant par l'intermédiaire des ganglions lymphatiques hypertrophiés (Comby, *Médecine moderne*, 1892), abcès ossifluent de la colonne vertébrale (Förster), adénopathies tuberculeuses ou cancéreuses des ganglions rétro-péritonéaux lombaires ou des ganglions mésentériques, fibromes de l'utérus, kystes de l'ovaire, anévrisme de l'aorte descendante (Holmes), cancer de la tête du pancréas, cancer du rein, cancer de la capsule surrénale et toutes les tumeurs du foie, notamment les kystes hydatiques du foie, kystes de la paroi abdominale (Bornet). Il est à noter que les cancers des organes voisins non seulement compriment la veine cave, mais encore envahissent sa paroi et envoient dans sa cavité des bourgeons sur lesquels va se déposer la fibrine et qui amorceront ainsi la thrombose. Ils oblitèrent donc la veine par un mécanisme double, par compression et par obstruction, et la thrombose se fera d'autant plus facilement qu'il s'agit d'un malade cachectique. Chez un tel malade en effet, le ralentissement de la circulation périphérique favorise la formation du caillot. Ce ralentissement est dû lui-même à la diminution de la force du cœur au cours des cachexies ; le sang est ainsi lancé avec

moins d'énergie dans les vaisseaux. La contractilité de ceux-ci est elle-même affaiblie, il y a tendance à la stase et cette tendance jointe aux modifications du liquide sanguin lui-même est un facteur de coagulation. Celle-ci se produira avec la plus grande facilité dès que la paroi veineuse présentera la moindre altération. Donc parmi les causes d'oblitération, nous retenons, comme des plus importantes, la compression par un cancer d'un organe voisin. Quant au néoplasme primitif de la veine cave, il a été observé, mais d'une façon tout à fait exceptionnelle (sarcomes de la veine cave inférieure). Reste l'oblitération par *rétrécissement* ; elle n'est pas fréquente ; on a cité un cas où le calibre avait pu être effacé par un anneau fibreux, cicatrice du foie après guérison d'une gomme syphilitique.

En *pratique ce qui est à retenir*, c'est que l'oblitération de la veine cave inférieure relève de *deux grandes causes* : une *thrombo-phlébite* ascendante à point de départ crural ou pelvien et une *compression*, le plus souvent néoplasique. L'étiologie de la phlébite est celle de toutes les phlébites, mais il faut faire une grande place aux phlébites tuberculeuses et aux phlébites puerpérales. On connaît ces phlébites à bascule des nouvelles accouchées : un membre inférieur se prend, puis quelques jours après l'autre est atteint à son tour. Que s'est-il passé ? C'est que la thrombose dans sa marche ascendante a atteint la partie inférieure de la veine cave, puis est redescendue dans le membre sain jusque-là.

Nous insisterons aussi sur un fait fréquent dans l'étiologie de ces phlébites. Souvent les observations signalent que le germe qui a provoqué la thrombose n'est pas l'agent principal de la maladie ; c'est souvent un *germe d'infection secondaire*, streptocoque ou staphylocoque qui a pénétré au niveau d'une caverne pulmonaire ou d'une surface cancéreuse ulcérée. Enfin, il semble que parmi les phlébites il faille accorder une place à la phlébite syphilitique.

III

Anatomie pathologique. — En cas de thrombo-phlébite de la veine cave inférieure, les lésions ne diffèrent pas de celles des autres phlébites ; nous n'avons donc pas à les étudier. S'il s'agit d'une compression on peut voir tantôt la veine soulevée comme une corde sur un chevalet, tantôt les parois sont simplement rapprochées l'une de l'autre et accolées par une thrombose secondaire. Parfois la veine fait en quelque sorte partie de la tumeur ; on ne peut la détacher qu'en la sculptant dans la gangue néoplasique qui l'entoure de toute part. La tunique externe est d'abord détruite par substitution. La tunique interne est alors refoulée vers la lumière de la veine, puis elle ne tarde pas à être détruite en même temps que la fibrine se dépose par couches stratifiées. Et ces masses formées par des bourgeons néoplasiques recouverts de fibrine pourront se pédiculiser puis se détacher, donnant lieu à des embolies cardiaques ou pulmonaires.

Les différents *viscères* présentent à l'autopsie certaines modifications : la stase veineuse a provoqué chez eux de la *congestion* et des *hémorragies interstitielles*.

Le *foie* a souvent l'aspect du foie cardiaque : c'est un foi muscade, formé de deux substances, l'une rouge, l'autre jaune. Mais ici les marbrures rouges sont dues à des hémorragies interstitielles. En ces points les cellules hépatiques ont complètement disparu.

La *rate* est souvent augmentée de volume ; de couleur lie de vin avec de petits infarctus sanguins.

Les *reins* sont congestionnés, mous, violacés, faciles à décortiquer. Il y a des hémorragies interstitielles. Les veines sont très dilatées, notamment les veines sous-capsulaires. Le *tube digestif* présente aussi de la congestion. Il y a parfois de l'*ascite*. Le *cœur* peut être hypertrophié, et dilaté. Certains auteurs admettent qu'au début de l'affection le cœur s'hypertrophie pour lutter contre la résistance apportée à la circulation. Puis, à mesure que la circulation collatérale se développe, le retour du sang veineux devient plus facile : alors le cœur cesserait d'être hypertrophié. Donc on aurait d'autant plus de chances de trouver un cœur hypertrophié que l'on pratique l'autopsie plus près du début de la maladie. Les *poumons* sont généralement congestionnés ; parfois ils présentent un peu d'œdème, et l'on peut trouver des caillots dans l'intérieur de l'artère pulmonaire.

IV

Pathogénie. Physiologie pathologique. — Si on lie la veine cave inférieure sur le cadavre et si l'on pousse une injection dans le segment inférieur le liquide arrive au cœur sans trop de résistance. Et cela, quelle que soit l'étendue de l'obstruction. Nous lisons en effet dans le dictionnaire Jaccoud : « Une ligature étant placée sur le tronc de la veine cave inférieure, le liquide injecté par l'une des iliaques externes arrive avec la plus grande facilité jusqu'au cœur. Si l'on place deux ligatures, à dix centimètres d'intervalle, même résultat. Si l'on en place trois, quatre, cinq, le résultat reste encore le même et telle est l'ampleur des voies anastomotiques suppléant ce tronc veineux qu'on pourrait le rendre imperméable sur toute son étendue, l'anéantir en un mot, sans que les liquides injectés cessent de parvenir facilement jusqu'à l'oreillette droite. » De même in vivo, en cas d'obstruction de la veine cave, le sang revient au cœur facilement grâce aux anastomoses. Et comme la sténose s'est installée *progressivement*, les anastomoses ont eu le temps de se dilater, si bien que, lorsque l'oblitération est devenue complète, les anastomoses déjà dilatées pouvaient suffire à rétablir le cours du sang. Nous verrons plus loin combien cette dilatation *progressive* des anastomoses est importante : elle explique que dans les ligatures chirurgicales qui sont des oblitérations *brusques*, les choses ne se passent pas tout à fait de la même façon.

Suivant la portion de la veine cave qui est oblitérée on observe *différents types de circulation collatérale*. Pour bien les comprendre il est nécessaire de se rappeler très exactement quelles sont les *branches* collatérales de la veine cave inférieure et quelles sont

les *anastomoses* que ces branches contractent avec la veine cave supérieure d'une part, et avec le système porte d'autre part.

La veine cave inférieure reçoit des branches pariétales et des branches viscérales.

Les branches pariétales sont la sacrée moyenne, les lombaires unies par des arcades anastomotiques formant la veine lombaire ascendante, et les diaphragmatiques inférieures. Quant aux branches viscérales, les unes viennent des organes génito-urinaires, les autres des organes digestifs. Au premier de ces groupes appartiennent les veines spermatiques ou utéro-ovariennes, les veines rénales et les capsulaires moyennes; au second, les veines sus-hépatiques et les veines hépatiques accessoires.

L'étude de ces branches collatérales montre que l'oblitération de la veine cave aura une symptomatologie et un pronostic variables suivant le siège de l'oblitération, suivant que le cours du sang sera gêné dans telle ou telle branche collatérale.

Il n'est pas moins important de bien connaître les anastomoses qui existent entre le système de la veine cave inférieure et celui de la veine cave supérieure, puisqu'en cas d'oblitération c'est par ces anastomoses que le courant sanguin se rétablira.

Il y a des anastomoses avec la veine cave supérieure et il y a des anastomoses avec la veine porte.

Les *anastomoses cave-caves* se font sur la paroi abdominale antérieure par les veines sous-cutanées abdominales et épigastriques qui s'anastomosent avec les mammaires internes et externes; sur le diaphragme par l'union des diaphragmatiques inférieures et supérieures; enfin sur la paroi abdominale postérieure par l'intermédiaire de trois systèmes : système des veines azygos, des veines intrarachidiennes et des veines intrarachidiennes postérieures.

Quant aux *anastomoses porto-caves*, les unes mettent la veine porte en relation avec la veine cave supérieure, tandis que les autres communiquent avec la veine cave inférieure. Ces anastomoses porto-caves inférieures se font sur la paroi abdominale (veines du ligament suspenseur, groupe paraombilical, veine ombilicale et canal d'Aranzi); sur le tube digestif (veines du cardia, hémorroïdales supérieures système de Retzius); enfin sur l'appareil génito-urinaire (anastomoses porto-rénales, porto-capsulaires, porto-spermatiques, porto-utérines, porto-vésicales). Mais ce n'est pas tout : à l'état pathologique des anastomoses nouvelles peuvent se créer par adhérences entre le péritoine et la paroi, réalisant spontanément ce processus d'omentopexie que l'on cherche à produire dans l'opération de Talma.

Connaissant les branches de la veine cave et leurs anastomoses avec les autres systèmes veineux il nous est maintenant facile de comprendre les divers types de circulation collatérale que l'on peut observer en cas d'oblitération cave.

1° *S'agit-il d'une occlusion du tiers inférieur de la veine cave?* — On observe des courants antérieurs, latéraux et postérieurs. Un *courant antérieur superficiel* naît de la partie supérieure de la saphène interne. Au niveau de l'ombilic il se divise en deux branches : l'une grosse, va se jeter dans la mammaire interne sous l'appendice xiphoïde, l'autre petite, se porte sur la partie latérale du thorax, dans le courant latéral.

Le *courant antérieur profond* suit les veines épigastriques et à l'épigastre se continue avec les veines mammaires internes, très dilatées.

Les *courants latéraux superficiels* naissent de la terminaison de la saphène interne et du courant superficiel antérieur. En montant il communique avec chaque veine intercostale pour se jeter finalement dans les veines axillaires.

Les *courants latéraux profonds* suivent les veines circonflexes iliaques.

Enfin, le *courant postérieur* forme au-devant de la colonne vertébrale un plexus qui communique avec l'origine des azygos et avec les courants latéraux. Ajoutons à cela que les *anastomoses porto-caves inférieures* permettent à une partie du sang de passer par la veine porte.

De même les *branches de l'hypogastrique* s'anastomosant avec les veines spermatiques ou utéro-ovariennes dériveront une part importante du sang.

2° *S'agit-il maintenant d'une oblitération de la veine cave inférieure dans son tiers moyen au niveau de l'embouchure des veines rénales ?* — La circulation rénale se rétablit surtout par le canal réno-azygo-lombaire de Lejars et le sang du rein revient au cœur par la veine cave supérieure.

Quant à la circulation de la veine cave inférieure en pareil cas, elle se fait surtout par la voie postérieure pariétale, c'est-à-dire par les plexus rachidiens. Mais s'il y a en même temps oblitération de la partie inférieure de la veine cave, on aura en plus toute la circulation superficielle comme dans le cas d'une oblitération au tiers inférieur.

3° *Reste le cas d'une oblitération portant sur le tiers supérieur de la veine cave.* — Dans ces cas, dit Vimont, l'étude de la circulation supplémentaire est plus incomplète. Le sang revient au cœur par les veines azygos et par les veines rachidiennes. La veine porte aide également au retour du sang. « Il se passe alors, nous dit Vimont, quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans la circulation collatérale au cours de la cirrhose du foie, mais les *faits sont trop peu nombreux pour qu'il soit possible de rien affirmer.* »

Depuis lors, de nouvelles observations d'oblitération de la veine cave on été publiées. Parmi ces observations il en est deux qui sont particulièrement instructives. La première, présentée par Baudoin à la Société d'anatomie, en 1904, se rapporte à une femme de trente-cinq ans qui, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte à l'autopsie, présentait une oblitération de la veine cave inférieure telle que la la veine était transformée en un cordon fibreux sur une longueur de 1 centimètre et demi, immédiatement sous le diaphragme, *au-dessus des veines sus-hépatiques et rénales* (phlébite de cause inconnue). Or, l'oblitération de la veine cave avait été méconnue; on avait porté successivement les diagnostics de péritonite tuberculeuse, puis de *cirrhose atrophique* et la *circulation collatérale était abdominale.*

L'autre observation est publiée par le docteur

Saundby dans le *British medical journal* de 1898.

Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans qui présentait une thrombose de la veine cave inférieure telle qu'à l'autopsie on trouva cette veine *complètement oblitérée depuis son origine jusqu'aux veines sus-hépatiques*. Or, chez cette malade on avait noté une *circulation collatérale très développée* sur les *deux jambes*, l'*abdomen* et le devant de la poitrine. *Nous concluons* que, si l'oblitération est *limitée au tiers supérieur* de la veine cave inférieure, il y a un réseau veineux abdominal qui ressemble à celui de la cirrhose du foie, mais si l'*oblitération atteint en même temps les deux tiers inférieurs* de la veine cave, il y a alors la grande circulation superficielle qui existe lorsque l'oblitération porte sur le tiers inférieur de la veine.

Ces notions de physiologie pathologique sont nécessaires pour pouvoir faire le diagnostic d'une oblitération de la veine cave inférieure et pour en préciser le siège.

V

Symptomatologie. — Il est des oblitérations *latentes* qui constituent une trouvaille d'autopsie. C'est là l'exception. En général l'affection a une symptomatologie qui en permet facilement le diagnostic.

Le *début* de la maladie est très variable suivant les cas. Il est en rapport, on le conçoit, avec la cause de l'oblitération, avec la rapidité plus ou moins grande suivant laquelle elle s'est installée. Ce début peut être *brusque*. « Le malade est pris d'un point de côté violent sur la partie latérale droite du tronc au niveau du dixième espace intercostal, avec angoisse extrême, menace de suffocation; point de côté spécial que j'ai retrouvé au début de plusieurs cas d'oblitération de la veine cave inférieure et que je signale particulièrement à l'observation des praticiens » (de Beauvais, *Gaz. des hôp.*, 1875). En même temps il peut y avoir des signes généraux graves : de la fièvre, du délire, un état ataxo-adynamique, de l'ictère, des abcès à distance, signes d'infection générale au cours d'une phlébite. Mais ce début à grand fracas est moins fréquent qu'un début lent, insidieux, *progressif*. C'est peu à peu, en général, que l'on voit s'installer un œdème des membres inférieurs. Lorsque la veine cave se trouve comprimée par le développement d'une tumeur. Dans d'autres cas cependant c'est la circulation collatérale qui est le premier symptôme.

A la période d'état, lorsque l'oblitération est constituée, on peut trouver *deux grands symptômes*, qui sont l'*œdème de la moitié inférieure du corps et la circulation veineuse collatérale*. A ces signes s'ajouteront des symptômes en rapport avec le siège de l'oblitération et des signes dus à la maladie causale.

En général l'oblitération a pour première conséquence un épanchement de sérosité dans la moitié inférieure du corps. Puis, plus tard, si la mort n'est pas survenue rapidement, on voit peu à peu se développer un lacis veineux de circulation supplémentaire. Alors l'œdème commence à se résorber. Et si l'affection dure encore quelque temps il ne restera plus d'œdème mais un réseau veineux extrêmement développé. *On pourrait donc, il nous semble, décrire shématiquement trois périodes dans l'histoire de la maladie* : 1° période de début ou d'œdème; 2° période d'œdème avec circulation collatérale; 3° période de circulation collatérale sans œdème.

L'œdème débute par les malléoles, mais il envahit bientôt, en remontant de bas en haut comme dans l'asystolie, la jambe, la cuisse, le scrotum et la verge chez l'homme, les grandes lèvres chez la femme, la paroi abdominale et la région lombaire. Il va rester limité à la moitié inférieure du corps. Dans quelques cas cependant on l'a vu remonter plus haut et l'on a expliqué ces cas en admettant que le retour par la veine cave supérieure d'une quantité de sang supérieure à la quantité qu'elle doit normalement transporter, pouvait suffire à provoquer une gêne dans le domaine de la circulation cave supérieure. Parfois l'œdème est d'abord unilatéral, il envahit un membre inférieur, remonte jusqu'à sa racine puis s'étend au membre opposé. Cela n'est pas rare dans les plegmatia alba dolens puerpérales.

L'abondance de l'œdème dépend de la rapidité avec laquelle s'est faite l'oblitération, beaucoup plus que de l'étendue de cette oblitération. Dans les cas d'obstruction rapide, réalisée en peu de temps, l'œdème peut être très considérable. Si au contraire l'obstruction s'est produite lentement, l'œdème sera peu abondant, parfois même absent parce que la circulation supplémentaire a eu le temps de se développer et compense l'oblitération. D'autres conditions peuvent intervenir pour modifier l'abondance de l'épanchement. Si la tumeur comprime non seulement la veine cave mais aussi l'aorte, l'œdème peut être très modéré. En ce cas, en effet, l'apport sanguin est diminué au-dessous de l'obstacle (cas de Legueu et d'Elliot).

Mais en général l'œdème est abondant. La peau est lisse, luisante, tendue, amincie. Elle est pâle, translucide, parfois cyanosée. La température locale peut être abaissée. Au début la peau est dépressible, mais bientôt le doigt ne peut plus former le godet caractéristique de l'œdème, les tissus ne se laissent plus déprimer, la sérosité a infiltré les aréoles du derme aussi bien que le tissu cellulaire. Le malade présente un aspect des plus typiques : l'accroissement de la moitié inférieure du corps contrastant avec la maigreur (apparente mais souvent réelle) de la partie supérieure du corps.

Cet œdème va persister pendant quelques mois jusqu'à ce que vienne se montrer la circulation collatérale. Alors l'œdème va se résorber et l'on verra une sorte de balancement entre la diminution de l'œdème et l'augmentation de la circulation collatérale. Si celle-ci arrive à compenser suffisamment l'œdème il disparaîtra totalement. Mais il pourra reparaître par la fatigue (la circulation complémentaire devenant alors insuffisante). On peut voir également survenir à la fin de la maladie un œdème cachectique à caractères différents, œdème mou, prédominant aux parties déclives mais ayant une tendance à la généralisation.

Le *deuxième grand symptôme c'est la circulation collatérale*. Elle atteint souvent des proportions

énormes, ce qui est tout à l'avantage du malade. On voit peu à peu des veines se montrer sous la peau de la partie supérieure des cuisses, de l'abdomen et du thorax. Ces veines deviennent de plus en plus dilatées, de plus en plus flexueuses. Les plus grosses ont le volume d'une grosse plume d'oie, parfois même le volume du petit doigt. La date d'apparition de la circulation complémentaire est assez variable ; tantôt elle est précoce, tantôt tardive. Elle dépend de la rapidité avec laquelle s'est établi l'obstacle et de l'état du myocarde qui est plus ou moins capable de rétablir la circulation. Voici d'après Vimont comment se présente en général le malade : « Il existe cinq réseaux principaux, trois antérieurs et deux latéraux. Les premiers sont l'un médian partant de l'ombilic, il va se jeter dans un réseau semi-circulaire situé dans le creux épigastrique. Les deux autres nés de la partie interne et moyenne du pli de l'aine vont se jeter dans les branches latérales du réseau épigastrique. Les deux réseaux latéraux nés de la portion externe du pli de l'aine serpentent le long de l'abdomen et du thorax et vont s'aboucher au creux de l'aisselle dans les veines axillaires. A ces cinq réseaux il convient d'ajouter deux réseaux postérieurs qui sont formés de veines montant de chaque côté de la colonne vertébrale. Ces sept réseaux principaux sont largement réunis entre eux par de riches anastomoses, dirigées en tous sens, qui forment des plexus nombreux et variés sur la paroi abdominale. Quelquefois les réseaux secondaires sont si développés qu'ils prennent l'aspect d'une plaque ecchymotique. Ils peuvent aussi former de véritables angiomes se présentant sous la forme de taches d'un rouge sombre ne disparaissant pas à la pression. »

Le volume des veines dilatées va généralement en diminuant de bas en haut. Il est souvent plus prononcé à droite qu'à gauche.

Le sang circule dans ces veines de bas en haut ; il est facile de s'en rendre compte en vidant une veine entre deux doigts. La veine se remplit instantanément si le doigt inférieur cesse sa compression. Si les deux doigts supérieur et inférieur maintiennent quelque temps la compression, on voit peu à peu la veine se remplir lentement. Cela indique que chaque segment veineux superficiel est en relation avec des anastomoses venues de la profondeur.

Ces veines dilatées n'ont pas perdu leur contractilité, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par une excitation mécanique (chiquenaude), physique (électricité) ou chimique (injection d'ergotine dans leur voisinage).

L'auscultation des veines dilatées permettrait d'entendre un bruit de thrill (Mansell, Moulin, Turner).

Cette circulation veineuse collatérale tend à diminuer par le repos dans le décubitus horizontal, à augmenter au contraire par la station debout, l'effort, l'expiration (Kahler). La circulation collatérale peut manquer complètement, soit que la compensation se fasse par les veines profondes (veines azygos et veines rachidiennes), soit que le malade cachectique n'ait pas un myocarde suffisant pour forcer les voies de dérivation. Elle peut s'accompagner de *varicocèle.*

Œdème à topographie spéciale, *circulation* collatérale à topographie spéciale, tels sont les deux grands symptômes dans l'oblitération de la veine cave inférieure.

Mais pour être moins importants il est d'autres symptômes que l'on ne doit pas négliger de rechercher. Tout d'abord les *douleurs* que nous avons signalées au début de la maladie *peuvent persister*, localisées soit dans la région lombaire, soit dans l'abdomen, soit dans les membres. Cette douleur peut présenter des paroxysmes constituant de véritables crises. M. Robin a insisté sur ces faits (*Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1874).

Dans d'autres cas le malade peut éprouver une *impotence fonctionnelle* presque absolue de ses membres inférieurs, en rapport avec l'abondance et la rapidité de formation de l'œdème. Cette parésie ne persiste guère et la motilité ne tarde pas à redevenir normale.

Aux signes physiques que nous avons déjà étudiés nous ajouterons que dans certains cas on a pu par le *palper* percevoir la veine cave thrombosée. Moulin trouva dans un cas « au-devant de l'abdomen une masse mal limitée siégeant devant la colonne vertébrale, faisant saillie en face de l'ombilic, se prolongeant à droite suivant une ligne le long de laquelle on pouvait constater des pulsations, un frémissement et un bruit systolique ».

L'auteur croit que la tumeur de l'abdomen était la veine cave inférieure oblitérée, entourée de tissus œdématiés. Inutile de dire avec quels ménagements il faudrait rechercher un pareil symptôme que d'ailleurs on ne trouve pas en général.

D'autres symptômes sont en rapport avec les troubles que l'oblitération de la veine cave apporte dans les organes dont la circulation de retour est tributaire de cette veine cave. Il en est ainsi de la *circulation hépatique*. Aussi on peut observer tous les signes d'une congestion du foie : hypertrophie de l'organe qui descend au-dessous des fausses côtes et même peut se développer vers l'hypocondre gauche, sensibilité à la pression dans la région hépatique, subictère pouvant aller jusqu'à l'ictère franc.

Cet état congestif du foie peut s'accompagner de signes indiquant une gêne dans la circulation de la veine porte : l'*ascite* n'est pas rare ; on conçoit, en effet, que lorsque l'oblitération est située au-dessus du point d'abouchement des veines sus-hépatiques dans la veine cave, la circulation porte est aussi gênée que dans les cirrhoses du foie. De plus, la veine porte sert, grâce à ses anastomoses, à faire passer du sang de la veine cave inférieure dans la veine cave supérieure lorsque celle-là est oblitérée. Elle se trouve alors surchargée, et le résultat de cette circulation porte défectueuse peut se traduire par de l'ascite. Dans d'autres cas, l'ascite est provoquée par la maladie causale elle-même et due à des lésions du péritoine.

L'ascite, comme l'œdème, est en raison inverse du développement de la circulation superficielle.

Parmi les *troubles digestifs* qui peuvent accompagner l'oblitération de la veine cave inférieure on peut noter l'existence de *vomissements* et de *diarrhée*

quelquefois violente et persistante, d'*hématémèses* et de *melæna*, signes qui sont en rapport avec la stase sanguine au niveau du tube digestif. On a vu des malades qui mouraient de ces hémorragies intestinales, comme en cas de cirrhose du foie on peut observer des hémorragies abondantes du tube digestif.

Les *hémorroïdes* peuvent se développer, complétant l'analogie qui peut exister avec un cirrhotique. Enfin, la *rate* est souvent hypertrophiée.

Lorsque l'oblitération porte sur le segment rénal de la veine cave, un symptôme important se montre qui aide à préciser le siège de l'obstruction; ce symptôme c'est l'*albuminurie*.

Expérimentalement, M. Reynaud a lié la veine cave au-dessus de l'abouchement des rénales : peu d'heures après, l'urine contenait une énorme quantité d'albumine. Dans une deuxième expérience il liait la veine cave au-dessus et au-dessous des veines rénales : une heure après, il y avait de l'albuminurie. Enfin, en liant au-dessous de la veine rénale, l'urine contenait des traces légères d'albumine. En *clinique*, l'observation montre que l'*albuminurie n'est pas constante dans les oblitérations de la veine cave inférieure*. Sa présence ou son absence sont subordonnées à plusieurs facteurs. Tout d'abord au *siège de l'oblitération*; il n'y a pas d'albuminurie si l'oblitération siège au-dessous des veines rénales, il y a de l'albuminurie et de la cylindrurie si l'oblitération intéresse le segment rénal de la veine cave.

Mais, même dans ce dernier cas, la présence d'albumine dans les urines n'est pas absolument constante : sans doute si l'obstruction s'est faite rapidement on peut voir de l'anurie, de l'oligurie, de l'hématurie, de l'albuminurie, parce que la circulation collatérale n'a pas eu le temps de s'établir, mais si l'obstruction a été progressive, la circulation collatérale a pu empêcher la congestion du rein et par suite l'albuminurie. Dans certains cas il y a de l'albuminurie au début de la maladie, puis elle disparaît dans la suite : cela indique bien l'effet compensateur de la circulation collatérale lorsqu'elle a eu le temps de se développer. Si l'albuminurie est au contraire persistante on pourra en conclure que la circulation de suppléance ne suffit pas, ou bien qu'il s'est installé des lésions rénales, des lésions de néphrite. Dans leurs expériences, Lecorché et Talamon ont montré que la ligature des veines rénales pouvait entraîner à sa suite des lésions qui aboutissaient à la constitution d'une véritable néphrite interstitielle. Krebs et Rosenstein également ont observé que la congestion chronique du rein pouvait entraîner la prolifération du tissu conjonctif interstitiel.

Le professeur Verneuil a émis une hypothèse intéressante pour expliquer l'albuminurie dans les oblitérations de la veine cave inférieure. Son hypothèse a eu comme point de départ trois observations se rapportant, l'une à une phlegmatia alba dolens suite de couches, l'autre à une phlébite gagnant le membre gauche à la suite d'une plaie par arme à feu de la veine fémorale droite, et la troisième à une phlébite variqueuse spontanée partant d'un côté et gagnant l'autre peu de temps après.

La première malade a succombé, les deux autres ont guéri et l'albuminurie a cessé. Voici la théorie de M. le professeur Verneuil exposée dans une leçon clinique faite en 1887 à l'hôpital de la Pitié et résumée dans cette note remise à M. Vimont par Verneuil lui-même : « Normalement à chaque systole auriculaire la veine cave inférieure est distendue par le reflux centrifuge du sang qui s'étend non seulement jusqu'au bout des veines iliaques, mais encore aux veines sus-hépatiques et rénales dont l'embouchure dans la veine cave n'est défendue par aucune valvule.

Dans les cas de circulation tranquille l'ampliation de tous ces gros vaisseaux est peu prononcée et la distension n'atteint pas le réseau capillaire du foie et du rein. Si le reflux est plus violent, la dilatation est plus grande, mais ses effets fâcheux sont aussitôt conjurés par le fait que le sang s'échappe par les voies de dérivation et en particulier par deux gros canaux de sûreté qui naissent d'habitude des veines iliaques pour se jeter dans les veines azygos, ou les veines rachidiennes (ces canaux de sûreté qui sont constants sont bien figurés dans la thèse de Walther). Les choses se passent tout autrement quand la thrombose, partie des veines des membres inférieurs ou des veines pelviennes, gagne la veine iliaque ou le bout correspondant de la veine cave. Les canaux de sûreté sus-nommés sont alors obturés, la voie de dérivation n'existe plus et alors la distension se fait sentir non seulement dans la veine cave, mais encore dans les veines hépatiques et rénales. Pour ne parler que du rein, il en résulte une gêne plus ou moins considérable dans sa circulation. Les capillaires de l'organe pris entre deux courants, l'un venant des artères, l'autre dû au reflux dans les veines, sont congestionnés, distendus, le sang s'en échappe, d'où l'hématurie qui précède l'albuminurie. »

« La seule autopsie faite par M. le professeur Verneuil, ajoute Vimont, a pleinement confirmé l'hypothèse en montrant la thrombose s'étendant dans les canaux de sûreté iliaco-rachidiens. On peut objecter il est vrai que la phlegmatia alba dolens double est commune et que les lésions rénales consécutives sont rares, que d'ailleurs elles sont temporaires puisque les deux autres malades de M. Verneuil ont guéri; à quoi l'on peut répondre que la dérivation peut se rétablir par des voies nouvelles jouant le rôle de canaux de sûreté. »

Tels sont les symptômes de l'oblitération de la veine cave inférieure; il faut y joindre parfois des signes généraux qui sont en rapport avec la maladie causale.

VI

Complications. — De même, parmi les complications, il en est qui résultent de maladies intercurrentes tandis que d'autres appartiennent en propre à l'oblitération cave : plaques érythémateuses, ecchymoses, ulcères de jambe, gangrène des membres inférieurs ; il est vrai que dans ce dernier cas les auteurs admettent qu'il faut en même temps une lésion artérielle. Mais les complications les plus redoutables sont l'embolie cardiaque ou pulmonaire, l'urémie, l'asystolie.

VII

Formes cliniques. — Suivant le siège de l'oblitération, on peut observer des formes cliniques assez différentes les unes des autres. L'*oblitération du tiers inférieur* de la veine donne quelquefois, en plus des signes que nous avons décrit, quelques troubles de la marche, un certain état parétique des membres inférieurs, causé par l'infiltration œdémateuse.

L'*oblitération du tiers moyen*, segment rénal de la veine cave, donne de l'albuminurie avec, en général, une urine abondante et de faible densité. Il y a parfois des douleurs lombaires. L'état général peut être excellent avec une albuminurie parfois considérable. C'est une albuminurie par stase veineuse, qui disparaît souvent temporairement sous l'influence du repos, sauf dans certains cas où il se développe des lésions rénales.

L'*oblitération du tiers supérieur* ou segment sus-hépatique de la veine cave inférieure donne de la congestion du foie, de la rate, des reins, du tube digestif. La rate est grosse, il y a de la diarrhée avec selles très colorées. Les urines sont albumineuses, foncées, hémaphéiques. Il y a du subictère conjonctival, parfois de l'ictère généralisé. La stase porte donne de l'ascite quand celle-ci n'est pas déjà provoquée par des lésions du péritoine. Il y a peu de circulation collatérale superficielle si l'oblitération est limitée aux parties sus-hépatique ou rénale de la veine cave.

Ainsi donc les formes cliniques de la maladie dépendent en grande partie de la localisation de la lésion. On pourrait aussi décrire un certain nombre de formes en rapport avec l'étiologie. Il existe une *oblitération congénitale* de la veine cave inférieure. M. le professeur Chauffard a pu en diagnostiquer un cas (vérifié par l'autopsie) en 1897 (Cavasse, *Soc. anat.*, 1897). Et plus récemment nous avons lu une observation analogue dans les *Johns Hopkins Hospital Reports*, de 1911. Les sujets, dans ces deux cas, supportaient bien leur infirmité.

On voit tantôt une forme *phlébitique* avec fièvre, délire, adynamie ou ataxie, ictère, abcès métastatiques; tantôt une forme *néoplasique* à évolution lente où domine la cachexie et l'œdème. En opposition, en quelque sorte, avec ces formes médicales on peut placer l'*oblitération obstétricale* survenant chez une jeune femme, après un accouchement laborieux. Elle a présenté pendant quelques jours des lochies fétides, un peu de fièvre. On a fait des lavages intra-utérins, un écouvillonnage et malgré cela le pouls reste rapide indiquant que l'infection n'est pas calmée. Puis vers le quinzième jour après l'accouchement apparaît une phlegmatia alba dolens; la jambe est lourde et douloureuse, il y a un œdème blanc, dur et douloureux qui remonte jusqu'à la cuisse puis, dans certains cas, va atteindre l'autre membre inférieur. Le caillot a remonté dans les veines iliaques, la thrombose a atteint la veine cave inférieure.

Une autre forme bien intéressante c'est l'*oblitération chirurgicale*, nous entendons par là celle qui est produite par le chirurgien. Le 13 janvier 1904, à la Société de chirurgie, M. le professeur Hartmann a rapporté un cas de ligature de la veine cave inférieure au-dessous du hile du rein droit, nécessitée par une déchirure de ce vaisseau au cours d'une néphrectomie transpéritonéale; le malade guérit. M. Hartmann ajoute à sa communication : « Il me semble qu'en présence d'une déchirure latérale de la veine cave inférieure la pratique de la ligature du tronc au-dessus et au-dessous est la meilleure ligne de conduite, une fois que l'on est assuré que ces ligatures ne portent pas sur la région du pédicule rénal. Il est évident que si la déchirure correspond à l'implantation de la veine rénale on ne peut agir ainsi, car on supprimerait du même coup la circulation du seul rein existant et qu'alors il faudrait tenter la suture latérale de la déchirure. » Le docteur Tuffier répondit que peut-être la ligature pourrait être tentée au niveau des veines rénales grâce aux veines collatérales de suppléance. Le docteur Gosset a mis au point cette question par des expériences très nettes sur le chien dont le système cave inférieur offre une disposition tout à fait comparable à celui de l'homme.

Dans une première série d'expériences (fig. 1) il lie

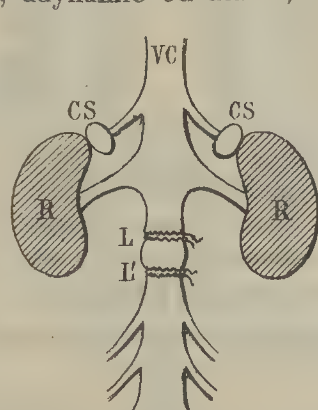


Fig. 1.

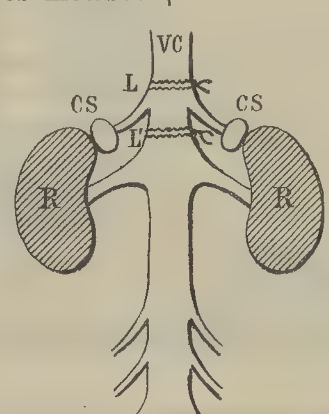


Fig. 2.

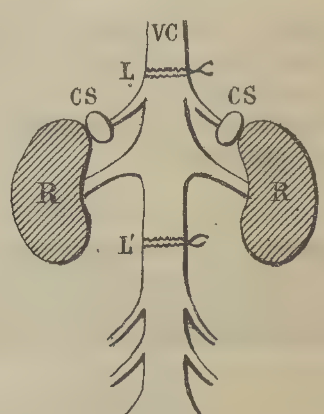


Fig. 3.

la veine cave au-dessous de l'abouchement des rénales; il n'en résulte aucun phénomène pathologique.

Dans une deuxième série d'expériences (fig. 2) il lie la veine cave au-dessus de l'abouchement des rénales : il en résulte des lésions graves du rein avec **anurie et mort rapide.**

Enfin la ligature portant à la fois au-dessus et au-dessous des rénales (fig. 3) donne les mêmes résultats. — Tels sont les effets des *ligatures brusques* (En clinique l'oblitération par phlébite ou par compression se fait plus lentement et l'on conçoit que les résultats soient différents.)

Donc si au cours d'une néphrectomie droite la veine cave inférieure est déchirée au-dessous de l'embouchure des veines rénales, le plus sûr est de faire une double ligature de ce vaisseau. Si au contraire la déchirure s'est produite au niveau ou au-dessus de l'abouchement des veines rénales, il faut à tout prix éviter une ligature totale de la veine cave et pratiquer soit la ligature latérale soit la suture de la veine.

Telles sont les formes cliniques que l'on peut décrire en se plaçant au point de vue étiologique.

VIII

Evolution. — L'oblitération de la veine cave peut avoir en clinique une évolution rapide, mais en général celle-ci est lente. Précédée le plus souvent par les symptômes de la maladie causale, l'oblitération s'annonce par l'œdème. Cet œdème va en augmentant, puis reste stationnaire, puis diminue en même temps que se montre la circulation collatérale, et si le malade survit il pourra fort bien voir son œdème disparaître complètement ou presque, mais il gardera des veines superficielles extraordinairement dilatées. Il aura l'aspect d'un grand variqueux avec des jambes souvent rongées par des ulcères ou tout au moins couvertes par une peau eczémateuse. Il pourra dans quelques cas heureux vivre de longues années sans être trop gêné par son infirmité. Une embolie pulmonaire, l'urémie ou l'asystolie pourront cependant abréger parfois son existence.

Mais le sujet ne supporte pas toujours aussi bien l'oblitération de la veine cave inférieure et nombre de ces malades succombent par suite des progrès de la maladie causale, soit parce que leur myocarde n'a pas eu la force de lutter contre l'obstacle nouveau.

IX

Pronostic. — Le pronostic dépend donc de la cause de l'oblitération, de son siège et de l'état du cœur. Il dépend aussi de la rapidité avec laquelle s'est constituée la lésion, d'autant plus grave que celle-ci a évolué plus vite.

X

Diagnostic. — L'œdème par sa topographie est assez caractéristique. On ne peut le confondre avec l'œdème cachectique, très mou, limité aux parties déclives, chez un malade au facies amaigri, qui présente souvent du muguet, de la diarrhée.

L'œdème, mou également, des asystoliques sera reconnu par l'examen du cœur. Beaucoup plus difficile est l'œdème des rénaux, non pas ces œdèmes fugaces des néphrites interstitielles mais l'œdème précoce, fixe, durable des néphrites hydropigènes. Il débute par les malléoles, remonte le long des membres inférieurs, mais il tend à aboutir à l'anasarque. De plus, le doigt déprime les tissus en godet tandis que, en cas d'oblitération cave, le doigt ne peut rien déprimer, on dirait qu'il touche un membre infiltré de graisse.

En somme, l'œdème de l'oblitération cave est facile à reconnaître : il a débuté par les malléoles, a envahi de bas en haut toute la moitié inférieure du corps, et c'est un œdème pur.

De même, il est aisé de distinguer la circulation collatérale de l'oblitération cave d'avec la circulation collatérale de la cirrhose atrophique, excepté dans les cas où l'oblitération porte uniquement sur le territoire sus-hépatique de la veine cave. Ces paquets variqueux énormes qui, au nombre de quatre, montent du pli de l'aine vers la région thoracique, ne peuvent qu'indiquer une oblitération de la veine cave. Ajoutons que dans ce cas le sang chemine de bas en haut, tandis que dans la cirrhose de Laënnec il va de haut en bas d'après Sappey.

XI

Traitement. — Il peut être *prophylactique* et consister en une asepsie minutieuse lors d'un accouchement; *symptomatique* : pour diminuer l'œdème on conseillera le repos au lit, les purgatifs, les diurétiques ; quelques mouchetures produiront parfois un excellent résultat, sous la réserve d'une asepsie parfaite, car on devine quelle pourrait être la gravité des complications inflammatoires survenant sur un pareil terrain.

Peut-il y avoir un traitement *curatif?* M. le professeur Bar pense que dans la phlegmatia puerperalis, lorsque l'on suppose que le caillot vient d'atteindre l'origine de la veine cave, il faut faire pratiquer la ligature chirurgicale de la veine cave, au-dessous des rénales, pour empêcher la marche ascendante du caillot.

Quant au traitement médical il pourrait peut-être limiter la thrombose (?) si l'on donnait du citrate de soude qui diminue la coagulabilité du sang, mais nous pensons que dans certains cas il pourrait peut-être enrayer la phlébite. Dans quelques-unes des observations qui ont été publiées la syphilis figure parmi les antécédents de quelques malades. Malheureusement la plupart de ces observations sont incomplètes en ce qui concerne les anamnestiques. Il serait désirable qu'à l'avenir on recherche systématiquement la syphilis chez les sujets qui présentent une oblitération de la veine cave. Et peut-être rendrait-on service à quelques-uns de ces malades en leur administrant un traitement spécifique.

NOTE DE PRATIQUE

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Le goudron créosoté convient admirablement aux formes torpides, et même à certaines formes fébriles mais peu hémoptoïques, à condition de le suspendre pendant les poussées aiguës.

On peut en attendre le relèvement des forces et de l'appétit, et une stimulation réelle de la lutte de l'organisme contre le bacille, dont l'évolution se trouve retardée. Donner la préférence aux Gouttes Livoniennes, qui, prises en mangeant, respectent les fonctions digestives.

LE CONGRÈS DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE

[*Paris, 17-20 mars 1913* (1).]

Le Congrès d'éducation physique qui vient de se terminer à Paris a présenté un intérêt considérable, inespéré même.

La preuve est faite que les Français ont enfin compris l'importance, la nécessité impérieuse de la culture physique comme facteur de santé et de développement dans les deux sexes, aussi bien que comme agent essentiel dans la préparation militaire chez l'homme.

On ne peut que remercier la Faculté de médecine d'avoir ouvert toutes grandes ses portes aux congressistes. Ils ont répondu en grand nombre à l'invitation du comité, et il est heureux de constater que cette fois les médecins sont sortis de l'apathie et du manque d'initiative qu'on leur reproche si souvent, pour prendre résolument la tête du mouvement.

Le Congrès, dans ses grandes lignes, comprenait trois manifestations bien distinctes les unes des autres :

1° Des séances plénières et des séances de sections où étaient discutés les rapports, séances qui avaient lieu à la Sorbonne ou à la Faculté.

2° Des démonstrations des différentes méthodes de gymnastique par des groupes d'élèves, présentées au vélodrome d'hiver ou en différents endroits (piscine de l'Automobile Club, gymnase Huyghens, Sorbonne, caserne des sapeurs-pompiers, etc.).

3° Une exposition de l'éducation physique et des sports dans les locaux de la Faculté de médecine.

Il est impossible de donner un compte rendu détaillé d'un programme aussi vaste, de séances multiples ayant lieu à la fois à des endroits différents, de la discussion de vingt-sept rapports formant un volume de 462 pages.

Nous nous bornerons à signaler ici ce qui peut intéresser spécialement le monde médical, ce qui semble avoir le plus vivement intéressé le public du Congrès.

Pour la division de son travail, le Congrès s'était divisé en quatre groupes : un groupe scientifique, un groupe pédagogique, un groupe d'application et un groupe féminin.

Les travaux du premier groupe (section des exercices physiologiques et section de kinésithérapie) nous retiendront particulièrement.

Le rapport du docteur Savornin, ancien médecin-major de l'école de Joinville, *Mesures de la résistance et critères de l'entraînement*, était attendu avec impatience. Il n'a pas été présenté. Une discussion sur ce sujet important a pu cependant être ouverte, et M. le professeur Pachon a montré les résultats que l'on pouvait attendre de la recherche de l'état cardio-vasculaire, et notamment en fonction de la constance de la pression minima. Des fiches dynamométriques, des mensurations péri-thoraciques sont en effet des critères insuffisants, et c'est aux réactions circulatoires que l'on peut apprécier la valeur et la direction d'un entraînement.

M. le professeur Aloys Strasser (Vienne) a lu son rapport sur « l'entraînement à la résistance au froid », étude toute d'actualité au moment où certaines méthodes préconisent le retour à la nudité antique. Le rapporteur, au sujet de l'adaptation au froid et de l'aguerrissement, conclut que « sans compter la différence dans les opinions des savants il s'agit d'une qualité qui, tout en étant établie sur une base organique, *présente les plus grandes diversités* et ne conserve pas la même forme pendant toute la vie du même individu ».

MM. Ménard (Paris) et Cyriax (Londres) présentant chacun un rapport sur « la gymnastique médicale considérée comme prélude à l'éducation physique des enfants arriérés » concluent à la nécessité de stimuler mécaniquement le cerveau et la moelle épinière par les divers procédés de la gymnastique médicale, et de lutter en particulier contre les multiples troubles de la croissance et des fonctions de relation. Dans tous ces cas la gymnastique pédagogique est insuffisante, et il y a lieu de mettre en œuvre toutes les ressources de la physiothérapie.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 32, p. 504, l'article de début du docteur Maurice Faure qui, par erreur, ne figurait pas au sommaire.

De très nombreuses communications ont suivi la discussion de ces rapports.

Notons celles du docteur Marejo Perros (Chili) : Bases de l'éducation physique.

Docteur Bucy (Vienne) : Action musculaire et fatigue.

Docteur Bourdeaux (Amiens) : Contribution à la physiologie de l'entraînement.

Docteur Bœets : De l'action des exercices physiques sur la circulation, la fonction cardiaque et le volume du cœur.

Professeur Maurel (Toulouse) : L'alimentation dans les exercices physiques.

Professeur Hans Spitzy (Graz) : Les relations entre la respiration et la position du corps.

Comte Nitot (Pau) : Etude sur le cheval de selle et de course.

Notons encore à la section de kinésithérapie, les communications suivantes :

Docteur Cortois (Amiens) : Sur la gymnastique respiratoire.

Docteur Grungerard (Nancy) : Déviations du rachis et gymnastique pédagogique.

Docteur Sperts (Vienne) : Base et but de la gymnastique chez les enfants.

— A la troisième section, éducation physique scolaire, signalons le rapport de M. le professeur G. Weiss : *Sur la situation de l'éducation physique dans l'enseignement secondaire en France.*

Rapport du docteur Méry (Paris) et de M. Devos (Gand) : *La part de la gymnastique, des jeux, et du travail manuel dans l'enseignement secondaire des garçons.*

Parmi les communications :

Docteur Roussy (Marseille) : Education physique par les travaux manuels.

Docteur Léon Weber-Bauler (Genève) : La gymnastique rythmique de Jaque Dalcroze dans l'éducation.

Docteur Morax Manchego (Lisbonne) : La croissance des enfants.

— A la quatrième section : Préparation militaire, gymnastique militaire, équitation, tir et sports de combat, il importe de signaler l'important rapport du lieutenant-colonel Boblet, commandant l'école normale de gymnastique et d'escrime de Joinville-le-Pont, dont nous retiendrons les conclusions : « A toutes les bonnes volontés groupées pour un idéal commun de vigueur et de beauté morales et physiques, *il manque la doctrine*. Le Congrès doit émettre le vœu formel de voir enfin des *règles identiques et des principes communs présider à l'organisation d'une éducation physique basée sur la science et sur l'expérience*. Dans la voie dès lors nettement tracée, les énergies nationales pourront se donner libre cours pour assurer le perfectionnement de la race et contribuer à la grandeur de la Patrie. »

— Les cinquième et sixième sections : Jeux et sports, tourisme, alpinisme, aéronautique, yachting et canotage ont fait également l'objet de nombreux rapports et communications. Il convient de remarquer tout particulièrement le rapport de M. Pierre Fauvel sur le *Cyclisme dans ses rapports avec l'éducation physique*. Excellente monographie, comportant une mise au point très nette des particularités, avantages et inconvénients de ce sport si populaire. (*A suivre.*)

Dr Lance. Dr P. de Champtassin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 37. — MARDI 1er AVRIL 1913. 86e ANNÉE. MARDI 1er AVRIL 1913. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés dans les corps de sapeurs pompiers des départements :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le docteur Mollaret, à Grenoble.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le docteur Bosredon, à Brives.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Escalier, à Alais, et Veyrune, à Lédignan.

BANQUET ANNUEL DE L'INTERNAT EN MÉDECINE (1913). — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 26 avril, à sept heures et demie, à la galerie des Champs-Elysées, 55, rue de Ponthieu, sous la présidence de M. le docteur Maunoury (de Chartres).

Le prix de la souscription est fixé à 20 francs pour les anciens internes et à 12 francs pour les internes en exercice.

LE VOLEUR DES MÉDECINS. — Voici un nouveau voleur que nous signale le docteur de Lannoise (de Paris).

Il s'agit, nous écrit notre confrère, « d'un individu, qui sous prétexte de présenter un produit pharmaceutique, s'introduit aux jours de consultations, pour se meubler à nos dépens.

L'homme est grand, maigre, brun avec une petite barbiche, vêtu d'un pardessus gris clair, chapeau melon, aspect convenable.

Hier, ajoute notre confrère, après être resté quelques instants dans le salon, il est sorti prétextant ne pouvoir attendre plus longtemps. Le tour était joué, et deux brûle-parfums avaient disparu.

Attention ! confrères. »

UNE ORDONNANCE SUR UN VOLET. — La *Chronique médicale* rapporte une jolie histoire que l'on prête au docteur Vaullegeard qui exerçait au début du XIXe siècle à Condé-sur-Noireau.

Vaullegeard fut, on le sait, un précurseur de l'ovariotomie. Il publia en 1848 dans la *Gazette des hôpitaux* la relation de la première ovariotomie faite en 1847 dans sa petite ville de Normandie, quinze ans avant que l'immortel Kœberlé précisât les indications et la technique de cette opération.

Voici l'histoire. Appelé, de nuit, près de paysans misérables, illettrés, il ne put trouver de quoi écrire son ordonnance ; alors il prit dans l'âtre des morceaux de braise et écrivit, *sur le volet*, sa prescription, en recommandant au paysan de faire venir le lendemain l'instituteur, qui lui transcrirait la formule.

Le paysan était impatient d'attendre. Le docteur Vaullegeard parti, il démonta le volet et vint à Condé, où il eut beaucoup de mal à faire comprendre au pharmacien le motif de ce genre de déménagement. L'ordonnance fut pourtant exécutée. On ne dit pas si la « feuille d'ordonnance » fut conservée par le pharmacien ; mais, du moins, la pharmacie existe toujours à Condé, rue du Vieux-Château.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Philippe Hahn, ancien résident supérieur de l'Indo-Chine, et Julien Godfrin, directeur de l'école supérieure de pharmacie de Nancy.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — *Gynécologie médicale.* — Docteur Paul Dalché (hôpital de l'Hôtel-Dieu). — Lundi neuf heures, examen des malades de la salle Sainte-Marie.

Mercredi, neuf heures, consultation externe.

Jeudi, dix heures, leçon clinique sur les maladies des femmes, à partir du jeudi 10 avril.

Médecine infantile. — Docteur Variot (hôpital des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). — Tous les matins, à dix heures, visite des malades.

Chirurgie infantile. — Docteur Broca (hôpital des Enfants-Malades). — Mercredi, dix heures et demie, leçon clinique.

Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures, opérations.

Mardi, jeudi, samedi, consultations (interrogatoire des malades par les élèves).

Mercredi, à onze heures, leçons cliniques avec projections.

VARIÉTÉS

L'UNION MÉDICALE FRANCO-IBÉRO-AMÉRICAINE (UMFIA)

Il y aura un an à la fin de mai que fut fondée l'*Union médicale franco-ibéro-américaine*, si heureusement conçue par le docteur Louis Dartigues, et beaucoup plus connue sous le nom d'UMFIA que je lui ai personnellement donné. A ceux qui pourraient soutenir qu'elle n'a encore rien produit de pratique, je répondrai qu'ils ne se doutent guère du temps, de la peine et des efforts constants qu'il faut dépenser pour mettre simplement sur pied une œuvre pareille. Qu'on veuille bien réfléchir, en effet, qu'elle s'adresse non seulement à des médecins résidant en France, mais encore à des confrères d'Espagne et du Portugal, ce qui complique déjà la question, et enfin à des médecins de l'Amérique du Sud et du Centre avec lesquels il est extrêmement long d'échanger une correspondance.

Quoi qu'il en soit, on jugera tout à l'heure, par la liste que je vais donner, si nous avons bien employé ce temps de gestation organisatrice et institué un groupement profitable aux intérêts latins. Mais auparavant, je tiens à rappeler à grands traits le but que se propose l'UMFIA et les moyens qu'elle compte employer pour y parvenir.

Je n'ai pour cela qu'à transcrire ici l'article premier de nos statuts qui dit que « l'UMFIA a pour but : 1° d'établir des relations entre les docteurs en médecine installés à Paris et en province et parlant l'espagnol ou le portugais ; 2° de créer un centre, un office de renseignements pour les médecins de langue espagnole ou portugaise venant à Paris pour s'instruire ou se perfectionner ; 3° de créer un bureau permanent, qui s'assurera tous les concours et toutes les ressources possibles d'enseignement et d'instruction dans la France entière ».

Ce style forcément concis et sec d'un article de statuts, je vais le vivifier en reproduisant en partie les paroles éloquentes, avec lesquelles mon ami Dartigues exposa sa conception lors de la première assemblée du groupement qui devait, peu de temps après, devenir l'UMFIA. « J'ai pensé, dit-il, que nous ne pouvions rester étrangers, nous, médecins, à ces puissants courants d'intellectualité, de mentalité et de moralité, à ce formidable mouvement de labeur et de création qui anime le Nouveau Monde. C'est pourquoi je projetai une union, à Paris, des forces que notre milieu médical peut réunir, en groupant tous ceux qui parmi nous parlent la langue espagnole. Je m'ouvris de ce projet à mon ami Gaullieur L'Hardy, et tous deux nous prîmes l'initiative de l'association que nous venons vous proposer de fonder. Le succès a été tel, qu'à peine éclose notre idée prenait tout à coup un développement que nous ne pouvons nous empêcher, par analogie, de comparer à ces exubérantes poussées de sève et de végétations tropicales de ce Nouveau Monde où nous voulons précisément étendre la gloire de la pensée, de la mentalité et de la cordialité latines.

Permettez cette comparaison humoristique : de même que Pompée n'avait besoin que de frapper la terre pour en faire surgir des légions armées, de même je n'ai eu qu'à prendre une bonne plume trempée à l'espagnole, une bonne plume de Tolède si vous voulez, pour faire se lever à mon appel tous ceux d'entre nous pour qui la langue de Cervantes, de Lope de Vega et de Perez Galdos peut se mettre au service des belles idées modernes et latines de solidarité, d'amitié, de travail et d'échanges d'idées, qui nous sont chères. »

Et en vue de cette union féconde avec nos frères latins nous avons déjà, quoi qu'il y paraisse, travaillé pratiquement depuis que l'UMFIA existe. Nombreux, par exemple, sont les médecins qui se sont mis à apprendre l'espagnol pour pouvoir appartenir à notre groupement; et d'autre part je rappelle, sans y insister pour l'instant, qu'il existe deux comités formés de membres de l'UMFIA et travaillant, l'un à préparer un vaste Congrès des sciences médicales à Paris, en *langue espagnole*, pour mai 1914, l'autre à étudier l'organisation à

Paris d'un hôpital uniquement réservé aux indigents de langue espagnole. Ce sont là projets grandioses sans doute, mais l'UMFIA est jeune et la jeunesse ne doute de rien, ce qui lui permet souvent de briser les obstacles, de vaincre les difficultés.

C'est dans cet espoir que nous appelons les Latins à l'aide, c'est pour cela que nous tendons nos mains largement ouvertes à nos frères de race, à ceux dont l'idiome natal provient comme le nôtre de la langue superbe et merveilleusement éducatrice dont les chefs-d'œuvre ont formé notre jeunesse! Et, je le déclare, nous le faisons dans un but *individuellement désintéressé*.

Si parmi nous il s'en est glissé qui aient escompté de leur adhésion un profit immédiat et uniquement matériel, ils se sont trompés. Comme le disait très bien Dartigues dans le discours que je citais tout à l'heure : « Ce n'est que dans le désintéressement et par le désintéressement que se font les grandes choses! », et c'est parce que nous étions tout un groupe d'amis à penser comme lui que nous avons répondu à son appel et que nous avons décidé de travailler à ce but auquel on voit concourir aujourd'hui tant de nobles efforts : l'union des races latines.

Or, ce but, nous pouvons, nous médecins, y travailler plus et mieux que n'importe qui. Certes, nous sommes les premiers à admirer les recherches et les études de spéculation pure; nous reconnaissons toute la noblesse des travaux archéologiques, historiques, linguistiques suscités, par exemple, grâce au « Centre universitaire d'études franco-hispaniques » de la Sorbonne, et nous nous enorgueillissons, comme tout Français doit le faire, de la toute récente inauguration, à Madrid, d'un Institut somptueux destiné à des travailleurs français. Mais ce genre d'études plane au-dessus de l'immense majorité des individus, tandis que la médecine, si elle est un art divin par son essence, est un art absolument humain dans son application. Chacun de ses progrès dans l'ordre pratique, seul tangible pour les masses, fait de la médecine un moyen d'action plus puissant sur elles. C'est pourquoi, de l'union, de l'entr'aide constante des médecins de sang latin, communion de travail où chaque peuple recevra et donnera alternativement, sortira un bénéfice immense en faveur des intérêts communs si nombreux et si variés de nos nations respectives. Et c'est en vue de cette œuvre, en vue de cette participation large et désintéressée des médecins à la grandeur des races latines que nous avons fondé l'UMFIA.

Celle-ci se compose, j'y arrive maintenant, d'un Comité d'honneur, de membres actifs et de membres correspondants, et je vais pour la première fois donner la liste complète, mais non limitative tant s'en faut, des uns et des autres. Qu'il me soit permis tout d'abord de remercier ici, au nom de notre Union tout entière, les hautes personnalités du monde diplomatique et du monde médical qui ont bien voulu faire partie de notre comité d'honneur et prêter ainsi l'influence de leur notoriété à l'œuvre essentiellement, uniquement française et latine, que nous entreprenons.

Comité d'honneur. — CORPS DIPLOMATIQUE. — S. E. l'ambassadeur d'Espagne, à Paris. — LL. EE. les envoyés extraordinaires, ministres plénipotentiaires, à Paris, des Républiques suivantes : Argentine, Bolivie, Chili, Costa-Rica, Equateur, Guatémala, Mexique, Panama, Portugal, Uruguay.

CORPS MÉDICAL. — *France*. — Les professeurs : Landouzy, doyen de la Faculté de Paris; Pinard, Albert Robin, Pozzi, Charles Richet, Bar, Pierre Marie, Fernand Widal, R. Blanchard, Chantemesse; MM. Roux, directeur de l'Institut Pasteur, Vaillard, président du Conseil supérieur de santé de l'armée, H. Vincent, médecin inspecteur de l'armée, membres de l'Académie de médecine; Professeur Legueu, Pierre Bazy; Bergonié, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Moure, de Bordeaux; Branly, membre de l'Institut; J.-L. Faure, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Espagne. — D. Julian Calleja, comte de Calleja, doyen de

la Faculté de médecine de Madrid, président de la Royale Académie de médecine; D. Angel Fernández-Caro y Nouvilas, ancien inspecteur général du Corps de santé de la marine, membre de la Royale Académie de médecine; D. Santiago Ramón y Cajal, professeur à la Faculté de médecine, membre de la Royale académie de médecine; D. Angel Pulido y Fernandez, secrétaire de la Royale Académie de médecine, directeur général de Santé; D. Carlos Maria Cortezo y Prieto, ex-ministre de la Couronne, membre de la Royale Académie de médecine; D. Amalio Gimeno y Cabañas, ministre de la marine, ancien ministre de l'Instruction publique, professeur à la Faculté de médecine, membre de la Royale Académie de médecine; D. Eugenio Gutierrez y Gonzalez, comte de San Diego, médecin de la Chambre royale, membre de la Royale Académie de médecine, chirurgien en chef de l'Institut Rubio; D. Luis Ortega de Morejón, membre de la Royale Académie de médecine, délégué général de la « Umfia », en Espagne; D. Francisco de Cortejarena y Aldebó, vice-président de la Royale Académie de médecine, ancien directeur général de Santé; D. Antonio Espina y Capo, membre de la Royale Académie de médecine; D. José Rodriguez Carracido, doyen de la Faculté de pharmacie, membre de la Royale Académie de médecine, médecin de la Chambre royale; D. Eloy Bejarano, membre de la Royale Académie de médecine, inspecteur général de Santé intérieure; D. Manuel Martín de Salazar, inspecteur général de santé extérieure.

Portugal. — D. José de Padua, sénateur, Lisbonne; D. Ricardo Jorge, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lisbonne, directeur de l'Institut général d'hygiène et directeur général de la Santé.

Amérique. — Drs Pedro Arata, président du Conseil national d'hygiène, professeur à l'Université de Buenos-Aires (Argentine); Manuel Cuellar, de Sucre (Bolivie); Henrique de Figueiredo Vasconcellos, de l'Institut Oswaldo Cruz, de Rio-Janeiro (Brésil); Guillermo del Sol (Chili); Aristides Agramonte, président de la Commission des maladies infectieuses (Cuba); Liceaga, président du Conseil de santé (Mexique); Risquez, ancien recteur de l'Université de Caracas (Venezuela).

Membres actifs. — Alquier, Vichy; Alvarez Cañas, Paris; Amoëdo y Valdez, Paris; Armengaud, Toulouse et Cauterets; Arnaud, Vanves et Paris; d'Ayrenx, Babonneix, de Backer et Bandelac de Pariente, Paris; Baradat, Cannes; Barbellion, Paris; Barrié (Jean), Luchon; Beltrami, Paris; Bernarbeig, Nice et Aix-les-Bains; Bernard (J.), Biarritz; Bienfait, Vichy et Cannes; Bigot, Paris; Binet, Vichy; Binet du Jassonneix, Paris; Blanc (L.-G.), Aix-les-Bains; Boissier, La Malou; Boix, La Preste; Calot, Berck-sur-Mer; Cany, La Bourboule; Carbonnell (Marcelin), La Preste; Carcassonne, Amélie-les-Bains; Carra, Castaigne et Cathala, Paris; Cauvy, La Malou; Cayla, Neuilly-sur-Seine; Cayrol, Paris; Cazaux, Eaux-Bonnes; Chabrol et Charnaux, Vichy; Chervin, Paris; Colombel (Mont-Dore); de Coma del Prat, Saint-Denis; Coriat, Paris; Cotar, Vichy; Crouzon, Dartigues, Delamare (V.), Delaunay (Eugène), Delaunay (Victor), Paris; Doisy, député des Ardennes; Durrieux, Barcelonne-du-Gers; Enriquez (Edouard), Paris; Esmonet, Châtel-Guyon; Estrada, Paris; Faure (Maurice), La Malou; Fernandez de Armenteros, Asnières; Forestier (H.), Aix-les-Bains; Foucaud, Châtel-Guyon; Fouquet (Ch.), Paris; Françon, Aix-les-Bains; Garcia, Paris; Gardette (Victor), Châtel-Guyon; Garnier (Marcel), Gaullieur L'Hardy, Gourc et Mlle Grunspan, Paris; Guérin de Sossiondo, Mont-Dore; Guillemot (Albert), Helme, Houlié (R.), Jaworski, de Keating-Heart, Paris; Kent-Monnet, Nice; Kolbé, Châtel-Guyon et Paris; Kresser, Labbé (Marcel), La Bougle, Lacaille, Paris; Lafourcade, Bayonne; Lamouroux, Paris; de Langenhagen (Maurice), Plombières; Lardennois, Laroche (Guy), Laumonier, Lebar, Le Fur, Le Mée, Lévy-Bing, Lippmann (A.), Lœper, Lourdin, Lovenzo, Lubet-Barbon, Lucas-Championnière (P.-H.), Luyt, Manrique, Martinet et Mathé, Paris; Mazeran, Châtel-Guyon; Ménétrel, Paris; Menier, Decazeville; Meurisse (Paul), Arcachon; Milian, Mircouche, Monier-Vinard, Morado, Morel (Louis),

DU PROCÉDÉ

DE LA

DÉCOLLATION ANTÉRIEURE

DANS L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

Par M. A. RICARD,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Lorsque des lésions annexielles, ayant nécessité l'extirpation de l'utérus, sont facilement accessibles; lorsque la main du chirurgien peut en explorer plus ou moins facilement les contours, le procédé d'*hystérectomie par incision continue transverse* est le procédé de choix. C'est le procédé imaginé par Howard A. Kelly, dit procédé américain. C'est celui qui s'impose comme le plus simple, le plus régulier et le plus facile. A cet égard, tous les gynécologues expérimentés sont d'accord.

Mais il est des cas où les lésions annexielles sont graves et étendues, où les organes du petit bassin sont maçonnés pour ainsi dire et perdus au milieu d'exsudats inflammatoires, d'adhérences et de productions kystiques formant un magma inextricable. Dans ces cas, la recherche et la découverte de l'utérus constituent souvent un temps opératoire long et délicat.

C'est pour ces cas exceptionnellement graves et difficiles que le chirurgien a besoin d'être spécialement armé et doit avoir, à sa disposition, une série de procédés qu'il saura adapter à la variété des cas particuliers.

Parmi ces procédés, il en est un excellent, c'est le procédé d'*hémisection utérine*, procédé de J.-L. Faure. J'y ai eu recours maintes fois dans des cas où il paraissait impossible au chirurgien de se guider avec quelque sécurité au milieu des masses inflammatoires qui encombraient la cavité pelvienne. Un seul point de repère suffit alors : c'est le fond de l'utérus. C'est le procédé de prédilection de J.-L. Faure. On le trouvera magistralement décrit, par cet auteur, dans son *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*.

A côté de ce procédé, et parallèlement à lui, je place le procédé de *décollation antérieure* imaginé également par J.-L. Faure, mais un peu dédaigné par lui et relégué à l'état de procédé d'exception. Je crois qu'il y a rarement recours; et c'est peut-être à tort. Car, à mon avis, la décollation antérieure s'applique heureusement à presque tous les cas de lésions annexielles complexes.

Si nos deux opinions sont divergentes au sujet de la valeur réciproque de ces deux procédés, cela tient peut-être à un simple détail. Pour bien exécuter la « décollation antérieure », il me paraît nécessaire que l'opérateur se place à droite de l'opérée. Aussi, je dirai volontiers que l'opérateur qui se place à gauche aura recours à l'hémisection; celui qui se place à droite donnera sa préférence à la décollation antérieure.

Pour pratiquer la décollation antérieure de l'utérus, il faut que la malade soit placée en position de Trendelenburg, fort inclinée; l'intestin nettement refoulé et protégé; un large écarteur placé de façon à ce que le champ pelvien soit largement accessible à l'œil et au doigt. Il est utile de descendre l'incision abdominale bas jusque sur le pubis. Plus l'incision est basse, plus l'accès sur la face antérieure de l'utérus est aisé.

Le fond de l'utérus est bien saisi par une pince de Museux à dents fortes et larges. L'utérus est ainsi tiré sur la région ombilicale par la main gauche de l'opérateur. La traction doit être *faite dans l'axe utérin* sans inclinaison, ni torsion.

La face antérieure de l'utérus est alors nettement repérée, déblayée de ses adhérences à l'aide d'une compresse qui frotte et refoule, aidée ou non du bistouri. Ce temps est essentiel; il est de toute nécessité que le cul-de-sac vésico-utérin soit net, la vessie abaissée et la face antérieure de l'isthme utérin bien visible.

Le bistouri trace alors une incision transversale qui sectionne le péritoine et permet à la compresse de décoller et repousser encore la vessie et de dénuder la face antérieure du col utérin.

A ce moment, avec une pince de Museux ordinaire, ou mieux, mais cela n'a rien d'indispensable, avec une pince à mors recourbés, l'opérateur fait une bonne prise transversale au-dessus de l'isthme utérin qu'il cherche à attirer à lui perpendiculairement au plan de l'utérus. L'effort de cette pince tend : 1° à présenter au chirurgien le point où va porter son bistouri; 2° à décoller l'utérus de ses adhérences postérieures.

Sous la traction de cette pince l'utérus se plie, fait le « gros dos ». C'est alors que, juste au-dessous de la prise de la pince, la main droite du chirurgien, tenant le bistouri ferme (fig. 1), bien perpendiculairement au plan utérin, plonge la lame un peu en dedans du bord utérin gauche de façon à ménager l'utérine, et par des mouvements de va-et-vient, se dirigeant de gauche à droite, sectionne perpendiculairement le col utérin et s'arrête avant le bord droit de l'utérus, c'est-à-dire avant l'artère utérine droite.

Ce mouvement transversal du bistouri doit être répété plusieurs fois jusqu'à ce que la main gauche de l'opérateur, fortement amarrée sur la pince, sente que l'utérus cède, que la plaie utérine s'écarte.

Le bistouri est alors posé et remplacé par l'index droit qui fouille la plaie (fig. 2) pendant que la main gauche continue à exercer une traction forte et régulière, cherchant à faire bâiller la plaie utérine; et, si je ne craignais pas d'exagérer pour me bien faire comprendre, essayant d'arracher le corps de l'utérus de ce qui l'attache encore avec le col.

Tout d'un coup, l'index sent la voie s'ouvrir devant lui, la plaie s'écarte, devient béante. Le doigt passe derrière l'utérus où grâce à la traction en avant de la pince une sorte de vide s'est créé; la décollation est effectuée.

Ce temps de la traversée utérine est le temps délicat du procédé. Au début, il est préférable à l'opérateur inexpérimenté d'avancer plus timidement et en



Fig. 1.



Fig. 2.

tâtonnant; mais, l'habitude et l'expérience s'acquièrent vite et l'opérateur sait reconnaître facilement s'il faut lâcher le bistouri pour effondrer le fond de la plaie avec le doigt, ou s'il est nécessaire de sectionner encore.

La décollation s'étant effectuée, immédiatement il se produit une véritable ascension du corps utérin, tiré en haut par la pince, la plaie devient largement, très largement, béante.

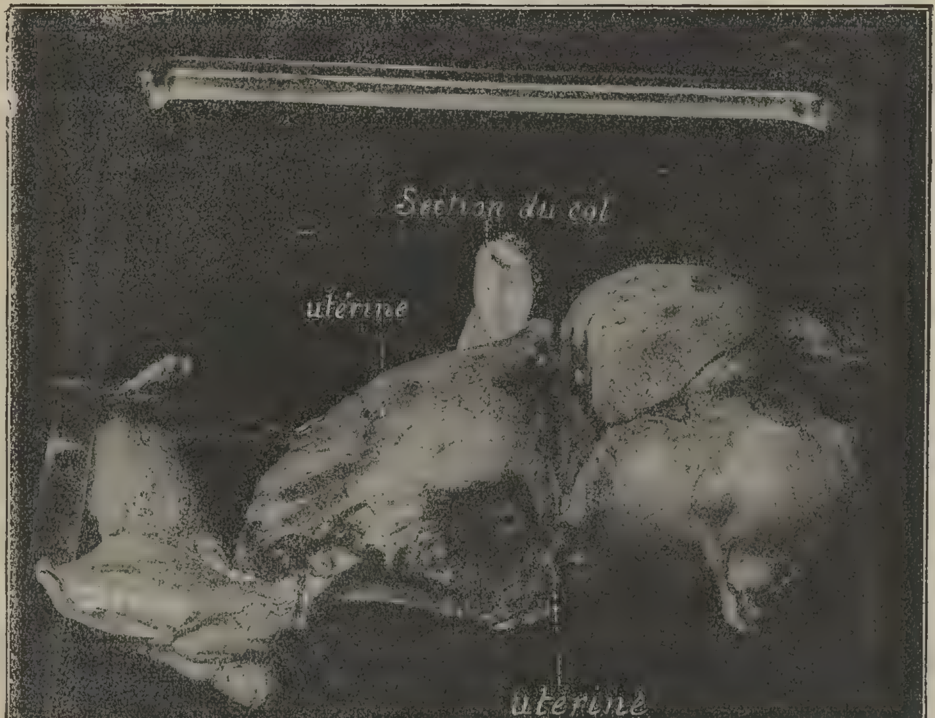


Fig. 3.

(Ces figures ont été extraites d'un mémoire que mon interne Faix a publié dans le journal de *Gynécologie*.)

Si les artères utérines ont été respectées, rien n'est facile comme de les sectionner entre deux pinces. Les artères liées et sectionnées, la béance produite par la décollation augmente encore; il est alors facile d'introduire les doigts à travers la plaie, et d'aller décoller — car c'est là l'essence même du procédé — les annexes adhérentes dans le fond du Douglas et les amener à la surface du champ opéra-

toire. Ce décollement des annexes *de bas en haut* permet la section facile du ligament rond, le pincement et la ligature du pédicule utéro-annexiel. A ce moment, le chirurgien a les masses annexielles dans sa main, décollées du fond, libérées de leur pédicule, et il extrait d'un seul bloc toute la masse utéro-annexielle (fig. 3).

L'opération surprend, par son élégance et sa rapidité, ceux qui ne l'ont point encore vu exécuter.

Sa bénignité égale sa facilité. Les dangers qu'on pourrait lui reconnaître sont tout théoriques.

Il ne saurait être question de blesser la vessie. Il faut *voir* le cul-de-sac utéro-vésical avant d'inciser, c'est une précaution élémentaire. Quant aux uretères, ils sont bien trop en dehors, très écartés par le mouvement de traction qui désenclave l'utérus.

La blessure des artères utérines avant que la décollation soit terminée est un accident, ou plutôt un incident, plus fréquent. Si l'utérine est blessée au début de l'incision et saigne abondamment, il faut laisser le bistouri, et dans l'angle de l'incision, là où sort le jet artériel, une pince se place vite et bien, en général du premier coup. L'artère encore fixée ne peut fuir et n'échappe pas aux mors de la pince.

Ne pas couper les utérines avant la terminaison de l'opération est plus élégant. Les couper est chose insignifiante, et sans aucune importance, l'hémostase en étant des plus aisées et des plus rapides.

On a reproché au procédé de la décollation de menacer le rectum, au moment où la pointe du bistouri traverse la paroi postérieure de la plaie. J'avoue n'avoir jamais eu cet accident à déplorer, et, en voici les raisons.

Ou bien, le Douglas est libre en partie et, dans ce cas, une longue pince insinue au-devant du rectum une épaisse mèche de gaze. Ou, ce qui est la règle, le Douglas est rempli de masses annexielles qui s'interposent entre le rectum et l'utérus. Dans ce cas, si l'on combine bien les tractions de la pince, avec la marche du bistouri, l'opérateur sent nettement le fond de la plaie se déchirer et s'écarter avant que le bistouri ne l'ait franchi. Dès que la plaie s'écarte sous les efforts de la traction, il faut poser le bistouri et terminer avec le doigt.

Cette courte note n'a pour but que d'appeler l'attention sur un procédé, peu utilisé, qui permet d'opérer avec *facilité* les cas *difficiles*.

C'est un procédé dont il n'est possible que d'indiquer les lignes générales de la technique. Vouloir l'enserrer dans des règles rigides et compliquées, de libération méthodique des ligaments, de dénudation préalable des artères, c'est ne pas comprendre le caractère de ce procédé qui, comme tous les procédés de nécessité, ne peut qu'être indiqué dans ses grandes lignes, et dont le chirurgien précise les détails et les approprie à chaque cas particulier.

En terminant, je dirai : aux cas simples, l'opération de Kelly; aux cas complexes, quand le fond seul de l'utérus est perceptible, l'hémisection de Faure; mais, quand la face antérieure de l'organe utérin est visible, c'est la décollation antérieure qui doit avoir les préférences du chirurgien.

CLINIQUE MÉDICALE

LES RÉACTIONS COLIQUES

Par M. ALBERT MATHIEU (1),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Préambule. — Les réactions coliques ont déjà été l'objet de plusieurs publications. C'est un sujet que nous étudions depuis plusieurs années. Mon ancien interne, M. Marre, a exposé les résultats de nos recherches à propos des réactions coliques, dans une thèse fort intéressante (1910) et que je vous engage à lire.

Deux études sur ce sujet ont encore été publiées dans les *Archives de l'appareil digestif*. La première par MM. A. Mathieu et Millon; la deuxième par MM. Millon et Marre.

Mais ces réactions qui se rencontrent avec une fréquence très considérable, avec une variabilité très grande dans leurs symptômes sont encore si peu connues, si peu estimées à leur valeur, même peut-être par ceux qui fréquentent ici, qu'il nous a paru nécessaire de reprendre cette question.

Je désire surtout vous mettre en présence de faits cliniques probants, caractéristiques, puis je chercherai à dégager des observations citées un élément commun, qui nous mènera à établir la physiologie pathologique du syndrome et à présumer sa genèse. Nous étudierons ensuite les formes cliniques des réactions coliques, leur diagnostic différentiel, et nous arriverons enfin à discuter leur traitement.

Faits cliniques. — CRISES DE RÉACTION COLIQUE AU DÉBUT D'UN CANCER DU CÔLON. — Il y a quelque temps on m'adressait, de province, un homme de près de soixante-dix ans. Grand, robuste, fortement charpenté et dont la santé avait été parfaite jusqu'aux environs du mois de juin dernier. A ce moment, une série de troubles survinrent les uns concernant l'état général, les autres concernant l'appareil digestif; sa santé fut si ébranlée que son médecin habituel songea à l'évolution d'un cancer probablement gastrique, mais dont il ne pouvait démontrer l'existence.

Ce malade avait été envoyé en mission à l'étranger pendant plusieurs mois. La nourriture qu'il avait dû prendre pendant cette période était très différente de celle à laquelle il était habitué et surtout de qualité très inférieure. Au bout de quelques mois, des troubles intestinaux étaient survenus. Ses digestions étaient longues et pénibles, et surtout il souffrait de crises périodiques plus accentuées depuis son retour en France.

Chacune de ces crises était marquée par des vomissements, et c'est le vomissement qui avait surtout frappé le malade et son médecin.

De temps à autre, il était pris de crises douloureuses sur le caractère desquelles nous aurons à revenir. Ces douleurs s'accompagnaient d'un état nauséeux, allant parfois jusqu'au vomissement. Ce

(1) Conférence recueillie par M. BELOUX, interne provisoire.

fait se produisait tantôt pendant plusieurs jours de suite, tantôt douleurs et état nauséeux ne duraient que pendant une seule journée et, la crise terminée, tout rentrait dans l'ordre. Mais au bout d'un temps variable, quinze jours, huit jours, une nouvelle crise se produisait, avec les mêmes caractères.

En présence de ces accidents, on avait pensé surtout à l'évolution de quelque lésion grave du tube digestif, et on avait été amené à réduire de façon très notable l'alimentation du malade. Aussi l'amaigrissement s'était-il produit assez rapidement. Cet amaigrissement augmenta encore les craintes de ses médecins et on devint de plus en plus sévère et pour le régime et pour le pronostic.

Je vis ce malade, il y a un mois environ. Il venait d'avoir depuis deux mois une série de crises se reproduisant de dix jours en dix jours.

Je pus constater qu'il était amaigri, mais qu'il ne présentait nullement l'aspect cachectique ni le teint cancéreux.

En l'interrogeant, je fus frappé par le caractère intermittent que présentaient les crises. La crise passée, il était parfaitement bien, et rien n'attirait l'attention sur son appareil digestif. J'appris ainsi que les choses se passaient de la façon suivante : la crise terminée, le malade reprenait de l'appétit et de l'entrain, tout en gardant la sensation d'un affaiblissement général. Au bout de quatre à cinq jours, la constipation devenait de plus en plus marquée. Il restait trois à quatre jours sans aller à la selle. A ce moment, il ressentait un malaise vague, se plaignait d'un état nauséeux, puis, un beau jour, la crise douloureuse apparaissait. La douleur était localisée vers la partie moyenne de l'abdomen, au voisinage de l'ombilic; elle s'accompagnait d'une sensation de barre transversale très pénible.

Ces explications, qui m'avaient été fournies spontanément par le malade, me parurent de la plus haute importance et je pensai immédiatement que le côlon devait être mis en cause.

La suite du récit du malade vint encore appuyer cette hypothèse. En effet bientôt se produisait une débâcle diarrhéique, quatre à cinq selles étaient rendues dans le courant de la journée. La première était une selle solide avec quelques portions ramollies à la fin. Les suivantes étaient molles, puis diarrhéiques. Habituellement le vomissement se produisait après la dernière selle, vomissement alimentaire quand le malade avait mangé peu de temps auparavant, glaireux, muqueux, dans les autres cas.

En somme, ni les signes fonctionnels que je viens de vous exposer, ni non plus l'examen physique qui ne me révéla rien d'anormal, ne permettaient de caractériser l'existence du cancer de l'estomac soupçonné; c'étaient simplement des crises de réaction côlique qu'il y eût ou non derrière eux une tumeur de l'intestin en évolution. Il ne s'agissait en tout cas pas encore d'accidents d'occlusion intestinale (1), puisqu'il n'y avait, au moment des crises, ni ballonnement abdominal, ni vomissements fécaloïdes.

Réaction colique. Colique chronique. Surmenage cérébral. — Il y a quelque temps j'ai été consulté par un jeune médecin qui avait fourni récemment un travail intellectuel considérable, qui s'était surmené en préparant un concours.

Depuis quelques semaines il n'avait pas sa facilité de travail habituelle, et il attribuait son état à des troubles intestinaux; il se plaignait de malaise, de coliques et de diarrhée. La diarrhée l'avait frappé le plus, mais en réalité il présentait encore des vertiges, des étourdissements. Ces différents troubles se produisaient pendant quelques jours de suite, diminuaient progressivement pour disparaître totalement pendant plusieurs jours.

Je me suis enquis tout de suite de savoir si cette diarrhée était permanente ou s'il ne s'agissait pas de débâcles consécutives à des périodes de constipation. J'appris ainsi qu'elle se produisait toujours après une constipation de plusieurs jours. Mais le malade ne se sentant gêné que par elle ne prenait nul souci de sa constipation. J'appris encore que les vertiges, les étourdissements avaient lieu au moment des selles quand survenait la débâcle.

J'ai soumis ce jeune confrère à un régime végétarien mitigé sans lait, sans œufs. Je lui ai fait prendre de petits laxatifs salins, et les vertiges n'ont pas tardé à disparaître. Il n'est pas encore absolument guéri, mais l'amélioration considérable obtenue par le traitement montre bien qu'il s'agissait de troubles secondaires à la constipation et de crises de réaction colique liées à des débâcles.

Crise de réaction colique par diarrhée mélænique. — J'ai été appelé dimanche dernier auprès d'un malade âgé de cinquante-sept ans. Il présentait des signes légers d'artériosclérose, quelques intermittences cardiaques, un peu de pollakiurie, rien d'autre.

Vers le mois d'octobre il commença à éprouver un peu de faim douloureuse vers la fin de l'après-midi. Malgré cela il se livra largement aux plaisirs de la chasse. On attribua aux fatigues de la chasse et à l'alimentation restreinte donnée au malade en raison de son artériosclérose un amaigrissement peu considérable d'ailleurs, 2 kilogrammes à 2 kilogrammes et demi.

Vers le milieu du mois de novembre, il se plaignit de quelques malaises, l'appétit était diminué, il avait la sensation constante d'avoir mal au cœur. Cet état durait depuis quelques jours déjà quand, une après-midi, en se présentant à la garde-robe, il eut une syncope. Quand il revint à lui, il rendit par la bouche un peu de liquide noirâtre et il eut en même temps une selle mélænique peu abondante. Son médecin, qui est d'ailleurs un de mes anciens élèves, traita très bien cette gastrorragie par nos procédés habituels.

Mais, quelques jours plus tard, une nouvelle crise se produisit, avec état nauséeux et tendance aux lipothymies, et le malade rendit deux cuillerées à

(1) L'évolution de la maladie a montré du reste qu'il s'agissait réellement d'accidents attribuables à un cancer du côlon.

bouche de sang noir et fétide. Il n'eut pas de selle mélænique à ce moment mais seulement des coliques. On le mit alors à la diète hydrique, on le laissa au lit, et c'est dans ces conditions que je fus appelé à le voir. Le médecin avait prévenu la famille qu'il s'agissait d'un cas très grave : ulcère, cancer, érosion vasculaire, et que la situation était très sérieuse.

Une personne de la famille me posa la question suivante : « Docteur, il faut que notre malade ait perdu beaucoup de sang pour qu'une syncope se soit produite ? » Je répondis que rien ne permettait de supposer une hémorragie abondante et que, à mon avis, la syncope n'avait pas du tout été produite par la quantité de sang perdu, mais par la digestion du sang, qui avait provoqué des troubles intestinaux.

Réaction colique par débacle intestinale simple. — La femme du malade me dit alors qu'elle comprenait fort bien la relation possible des troubles intestinaux et des syncopes, car il lui était arrivé à plusieurs reprises de perdre connaissance en allant à la selle, principalement au moment d'une débâcle consécutive à une période de constipation.

De ces faits en apparence disparates, émerge un élément commun, c'est la débâcle. Elle prouve la révolte de l'intestin, elle explique ses contractions douloureuses et nous permet d'entrevoir une relation étroite entre les phénomènes coliques, les vertiges, les lipothymies, les étourdissements, les syncopes, les états nauséeux, les vomissements.

J'ai suivi une marche descendante au point de vue parité en présentant ces quelques cas de réactions coliques, mais nous allons maintenant suivre une marche ascendante, et je montrerai qu'il peut y avoir des réactions coliques très graves, et que certaines peuvent se terminer par la mort subite.

Mort par réaction colique au cours d'une colique saturnine. — Voici un cas caractéristique qui date du mois de mai dernier. Un peintre en bâtiments était entré dans le service du professeur Gaucher, à Saint-Louis, pour des syphilides ulcéreuses. Il avait eu autrefois à plusieurs reprises des coliques de plomb. Au cours du traitement, une crise de coliques saturnines éclata, qui paraissait d'intensité moyenne. Elle se caractérisait par de la constipation, des douleurs abdominales, mais sans vomissements. Par la palpation on provoquait une douleur très vive au niveau de l'attache des muscles de la paroi abdominale. En tout cas, le malade reconnaissait parfaitement le type des crises douloureuses dont il avait déjà souffert autrefois.

14 *mai*. Le malade se plaint beaucoup; il se roule de douleur sur son lit. La température est normale, le pouls est léger et bien frappé. Il n'y a pas d'albumine dans l'urine. La matité hépatique est peu considérable. Le ventre tout entier est douloureux à la palpation.

On fait dans la journée deux injections de morphine d'un centigramme chacune, et on lui donne 15 grammes de sirop de nerprun avec 15 grammes d'eau-de-vie allemande.

15 *mai*. Après une nuit très agitée le malade continue à se plaindre et demande de la morphine.

Il a une selle constituée par quelques matières dures.

On lui donne x gouttes de trinitrine dans un julep, un centigramme de nitrite de soude. Il reçoit un gramme de chloral pour la nuit.

16 *mai*. Il continue à souffrir. On constate qu'il est très pâle. On le laisse au lait exclusivement. Il prend 30 grammes d'huile de ricin. Puis, la purgation n'ayant pas fait d'effet le soir, il reçoit un lavement simple.

17 *mai*. Même état. Le malade est prostré. On ne constate rien au niveau du cœur. Il n'y a pas de bruit de galop.

Il prend 25 grammes d'huile de ricin. Il ne se plaint plus du ventre, mais souffre dans la région lombaire. On pose à ce niveau 30 ventouses simples.

La purgation commence à agir vers trois heures de l'après-midi. Il rend plusieurs bassins de selles liquides avec des scyballes dures.

A cinq heures, il a une première syncope. On lui injecte de l'huile camphrée, de la caféine, on pratique des tractions rythmées de la langue. Il reprend connaissance. Il a ensuite une deuxième syncope consécutive à une selle, constituée par des matières liquides, jaunes, très fétides.

On lui fait alors des injections de strychnine. De nouveau il se trouve mieux. Il a ensuite une nouvelle selle suivie de syncope. Mais alors tous les efforts deviennent inutiles, le malade est mort.

Le hasard fit que, en raison du concours du bureau central dont j'étais juge, je me trouvais dans le service du professeur Gaucher au moment de cette mort qui étonna et émut le chef de service.

J'émis alors pour expliquer cette mort l'hypothèse d'une syncope par réaction colique. Ce malade avait eu une débâcle, une première syncope et une seconde mortelle.

Le professeur Gaucher voulut bien me permettre de faire l'autopsie de ce malade. Elle fut pratiquée le lendemain par mon collaborateur, le docteur Moutier. L'examen attentif de tous les organes, y compris du cerveau et du bulbe, ne nous fit découvrir aucune lésion, ce qui nous fortifia dans l'idée que ce malade était mort au cours d'une syncope due à un réflexe d'origine intestinale.

Ce n'est pas le seul exemple que nous possédions de faits analogues.

J'ai eu l'impression que le père d'un de mes amis était mort dans des conditions semblables. Voici le récit qui m'a été fait par son fils.

Ce vieillard, âgé de quatre-vingt-huit ans, resté gai et bien portant, avait été très heureux de recevoir la visite de son fils. Il s'était couché en très bonnes dispositions, puis pendant la nuit il avait ressenti un malaise, des coliques, et une débâcle s'était produite. A ce moment il appelle. On vient, on essaie de le soulever sur son lit, il a une syncope et il meurt. Après la mort la débâcle continua dans son lit.

Cette continuation de la débâcle après la mort s'observe quelquefois. Nous l'avons trouvée citée dans plusieurs observations.

Deux faits de mort rapide attribuable à des réactions coliques ont été publiés par le docteur Journeau dans les *Archives de médecine* (3 janvier 1905). Il s'agit de deux femmes atteintes de colite mucomembraneuse.

La première âgée de soixante-douze ans avait pris le matin une purgation saline qui resta sans effet pendant toute la journée. On la trouva morte dans son lit dix-huit heures après l'ingestion du purgatif. On l'avait vue quelques heures auparavant un peu affectée, ne présentant pas d'œdème, ni de dyspnée, ni de signes d'angine de poitrine.

La deuxième était une femme de cinquante-trois ans, dyspeptique, constipée, et qui souffrait depuis longtemps d'une colite glaireuse. Un lavement purgatif lui occasionna des douleurs abdominales violentes, elle rendit quelques matières dures et un paquet de pseudo-membranes, présentant en somme une poussée de colite.

Douze heures plus tard, son pouls était irrégulier; elle avait une série de syncopes, puis mourait.

Bien que ces observations soient incomplètes, il est très possible qu'elles concernent des cas de mort rapide par réactions coliques.

Nature et mécanisme physiologique des réactions coliques. — Voilà une série de faits qui sont, je crois, très impressionnants. Ils sont loin d'être exceptionnels. Les faits analogues sont au contraire très fréquents. On en trouve des quantités quand on se donne la peine de les chercher.

Je puis à ce propos citer un article de Potain dans la *Semaine médicale* de 1887 et les faits curieux signalés par de Langenhagen. Villemin (de Vichy), dans l'article Constipation du *Dictionnaire de Dechambre*, signale la syncope consécutive à une débâcle chez les constipés. Il explique ce fait par la production du vide au niveau de l'intestin. Le sang se trouverait attiré dans l'abdomen par la déplétion rapide de l'intestin et il se produirait ainsi une anémie bulbaire susceptible d'amener la syncope.

Cette explication nous semble bien peu satisfaisante et il nous paraît bien plus légitime d'expliquer les accidents de ce genre par l'intoxication et les réactions coliques.

Toutefois, pour que les accidents que nous venons de signaler se produisent, il faut qu'une série de conditions se réalisent.

D'abord il faut que le malade soit prédisposé et qu'il soit en état d'opportunité, et, enfin, que la crise soit déclanchée.

La prédisposition des malades est évidente en certains cas. Ces accidents se montrent surtout chez des névropathes, de naissance, des neurasthéniques. Rien d'étonnant à ce que leur système nerveux réagisse volontiers quand il s'agit d'une irritation partie du domaine du grand sympathique. L'intoxication est due à la constipation; les matières dures sont peu toxiques, il n'en est pas de même quand elles sont délayées, elles abandonnent alors leurs toxines.

Le malade doit se trouver en état d'opportunité. On comprendra facilement que la crise aura d'autant plus de facilité à apparaître qu'il s'agira d'un malade plus fatigué, plus surmené.

Enfin, le déclanchement de la crise est produit par la cause même de la débâcle.

Si les rapports des débâcles diarrhéiques après constipation et des réactions coliques sont absolument manifestes, évidents, d'autres faits nous montrent que le côlon à lui seul peut réagir et être la cause de réactions coliques.

Certains malades présentent des vertiges, des troubles nerveux à la suite d'un lavement.

Enfin ces réactions peuvent naître au niveau de l'anus, témoin le malade de Leube, auquel on ne pouvait pratiquer le toucher rectal sans provoquer une crise de vertige.

Ne sait-on pas que les chirurgiens redoutent toujours l'anesthésie chloroformique chez les malades auxquels on fait la dilatation forcée de l'anus. Plusieurs cas de mort subite dans ces conditions sont connus.

Une autre particularité est à signaler : si l'on palpe l'abdomen peu de temps après la production d'une de ces crises, on fait naître souvent une douleur plus ou moins marquée le long du côlon, surtout du côlon descendant, et quelquefois du côlon transverse; on constate alors que le côlon est contracturé. On trouve par la palpation la corde colique douloureuse, et c'est une indication sur le point de départ des accidents que l'on vient d'observer.

Mon opinion est que la crise de réactions coliques est le résultat d'un réflexe. Partie du gros intestin l'excitation remonte vers le bulbe qui commande aux diverses manifestations énumérées plus haut. Pour faire naître ce réflexe, la mise en mouvement du gros intestin paraît indispensable. Les contractions douloureuses, les coliques qui en sont les contractions en font foi, et ce qui provoque ces manifestations et ces douleurs c'est, dans les cas les plus caractéristiques, la mise en route d'une selle, et surtout d'une débâcle.

Certains sujets sont prédisposés aux accidents qui constituent le syndrome réaction colique, en particulier les nerveux atteints de constipation et surtout d'alternatives de constipation et de diarrhée. L'auto-intoxication semble mettre leur système nerveux en un état d'excitabilité qui contribue à faire que le réflexe d'origine colique déclanche la crise bulbaire.

Nous connaissons de même une série d'états d'intoxication chronique au cours desquels des crises peuvent apparaître à la suite d'une excitation réflexe. L'urémie en fournit des exemples fréquents. Dans le domaine digestif, la tétanie nous montre bien l'importance de cette combinaison. Les crises de tétanie, on le sait, s'observent surtout chez des malades atteints de grande dilatation gastrique par sténose pylorique d'origine ulcéreuse.

Elles apparaissent volontiers au moment même où on passe la sonde pour pratiquer un lavage de l'estomac. Longtemps on accusa seulement le passage de la sonde et le réflexe parti de l'œsophage comme cause de crise, c'est la théorie réflexe pure. Actuellement, on est d'accord pour admettre que la tétanie

est due avant tout à l'intoxication chronique. Ses crises caractéristiques sont elles-mêmes déclanchées par des causes différentes : action du froid, efforts de vomissements, passage de la sonde, etc. Ce qui est vrai pour la tétanie est vrai encore pour les réactions coliques; leur mécanisme est très analogue, bien que, chez certains nerveux, le réflexe d'origine colique puisse sans doute produire les accidents nerveux sans imprégnation toxique préalable.

Formes cliniques de la réaction colique. — Il nous reste maintenant à étudier les différents aspects cliniques que peut avoir le syndrome réaction colique.

Certaines manifestations peuvent être considérées comme des équivalents : telles sont certaines crises simulant l'*angor pectoris*. Ce furent même les premières manifestations étudiées. Ce sont elles qui furent l'objet du travail publié par Potain dans la *Semaine médicale*, en 1887. Ce sont elles encore que de Langenhagen (de Plombières) a étudiées. Pour ma part, j'ai observé plusieurs fois des malades se plaignant de crises de palpitation, ou encore de crises d'angoisse, et surtout d'angoisse nocturne, chez lesquels la crise se terminait par l'émission d'une selle.

Certaines crises douloureuses peuvent simuler les douleurs de l'*ulcère gastrique*, et, chez certains malades ayant véritablement présenté un ulcère, on peut quelquefois être très embarrassé pour décider s'il s'agit de douleurs gastriques ou de douleurs réflexes à point de départ intestinal.

Les crises de réactions coliques peuvent revêtir le *type de l'indigestion*, et il semble bien que si les réactions coliques, si fréquentes, si importantes, ont été méconnues par les médecins du siècle dernier cependant si bons cliniciens, c'est qu'elles ont été souvent rangées dans le cadre des indigestions.

Souvent les symptômes de la forme à type d'indigestion s'observent la nuit. Le malade se réveille avec une sensation de malaise, d'angoisse, il a des coliques vagues, des nausées. Il se plaint de vertiges; il est pâle, son corps est couvert de sueur. L'entourage s'affole, la mort semble proche, et c'est dans ces conditions qu'on vient appeler en hâte le médecin vers les deux ou trois heures du matin. La crise se termine par une débâcle instestinale et des vomissements. Assez souvent il n'y a qu'une débâcle sans vomissements, et le calme revient immédiatement après l'évacuation abdominale. C'est elle qui marque vraiment la fin de la crise. Après elle tout est fini.

Parfois les accidents se produisent peu de temps après un repas, et c'est surtout dans ces conditions que l'on pense immédiatement à l'indigestion gastrique. Mais il ne faut pas oublier que le repas peut mettre en mouvement un intestin sensible, surtout quand il s'agit de malades atteints de colite chronique. Chez eux, il n'est pas rare que les selles se produisent immédiatement après un repas. Des réactions coliques peuvent se manifester dans les mêmes conditions.

Ce qui caractérise les crises de ce type c'est leur début par des maux de tête, souvent hémicraniques. Ce qui les caractérise encore c'est la survenue de la débâcle intestinale.

L'accès peut donc revêtir le *type migrainoïde*. Vomissements, céphalée, débâcles peuvent se produire chez des sujets migraineux de longue date, et souvent ce n'est que vers l'âge de quarante-cinq à cinquante ans que les crises revêtent cette forme un peu spéciale avec débâcles. Mais des crises migraïnoïdes très analogues peuvent survenir aussi chez des sujets n'ayant jamais présenté de migraine vraie auparavant.

Il est des *formes cliniques plus complexes* par association avec la *colite chronique*, ou avec des *troubles névropathiques très variables*.

Les malades, au lieu de n'avoir qu'une débâcle isolée et des crises très espacées, peuvent présenter des périodes de fausse diarrhée durant huit, dix, quinze jours et aboutir à la colite chronique. Il peut s'agir de colite muqueuse, ou muco-membraneuse, soit avec constipation, soit avec alternatives de constipation et de diarrhée. Le gros intestin est douloureux en permanence; mais de temps à autre des crises paroxystiques se produisent, et ces paroxysmes peuvent s'accompagner de réactions coliques variées.

Le tableau clinique se complique encore quand il existe en même temps un état nerveux plus ou moins accentué, et le fait est fréquent. Il s'agit le plus souvent de neurasthéniques impressionnables, déprimés; le matin, au réveil, ils se plaignent de fatigue, de mal de tête; incapables d'un effort suivi physique et surtout intellectuel, ils accusent des vertiges, quelquefois même des lypothymies. Ils présentent encore quelquefois des crises à type angineux, surtout nocturnes, et ce sont ces malades que de Langenhagen a surtout observés parmi les colitiques de sa clientèle à Plombières. Leurs troubles gastro-intestinaux les amènent souvent à s'alimenter insuffisamment et cela augmente encore leur nervosisme. Chez les malades de ce genre, si complexes, vous pouvez souvent retrouver les signes de réactions coliques, et, de la multitude intriquée des troubles qu'ils présentent, détacher des états nauséeux, des vomissements, des céphalées, des vertiges, des lipothymies, qui coïncident avec des débâcles diarrhéiques, ou quelquefois même simplement avec des coliques. N'est-il pas légitime de les rattacher aux réactions coliques ?

Chez les malades atteints d'*ulcère gastrique ou duodénal*, on peut observer une perte de connaissance se produisant au moment où se prépare ou se produit une selle mélænique. On a jusqu'à présent interprété les vertiges, les syncopes par l'abondance de l'hémorragie. Mais, dans bien des cas, cette explication n'est pas valable. Une quantité même peu considérable de sang déversé dans l'intestin peut amener ces troubles. En effet, le sang est toujours très difficilement digéré, et ainsi peuvent être provoquées des réactions coliques par indigestion intestinale. Ces mêmes phénomènes peuvent se produire encore en cas d'*affection organique* de l'intestin et en partilier dans les cas de *sténose progressive du gros intestin*. Au début, l'intestin liquéfie de temps à autre les

matières qui l'encombrent; il les liquide en les évacuant brusquement, mais encore il les délaie, et de ce fait met en liberté les toxines contenues dans les matières. On voit donc apparaître des séries de débâcles, et, à ce moment, peuvent se produire des réactions coliques, parfois intenses. J'en ai cité un cas typique au début de cette étude. Débâcles et réactions coliques se répètent ainsi une série de fois jusqu'au jour où apparaissent des signes nets d'occlusion intestinale caractérisée par la suspension des selles, le ballonnement du ventre et les vomissements fécaloïdes.

La répétition de semblables crises, leur résistance au traitement approprié doivent donc parfois faire penser à la production d'une sténose progressive et, plus particulièrement encore, d'une sténose néoplasique du gros intestin.

Les réactions coliques peuvent encore se produire à la suite de différents états morbides. J'ai eu l'occasion de rapporter l'an dernier l'histoire d'un cas intéressant. Il s'agissait d'une tabétique chez laquelle on pouvait à première vue faire le diagnostic de crise gastrique du tabes très prolongée, puisque à la suite d'une crise gastrique franche elle avait présenté des vomissements quotidiens pendant cinq ou six semaines. En l'étudiant de plus près, on put reconnaître qu'elle avait présenté d'abord une crise gastrique nette, avec intolérance gastrique complète et, à la suite, des vomissements quotidiens survenant toujours le matin en même temps que des coliques et suivis d'une selle. Pendant le reste de la journée elle était bien et pouvait s'alimenter normalement.

Une des associations les plus curieuses des réactions coliques, c'est celle qu'on rencontre avec l'*appendicite chronique*. Je vais y revenir plus loin, à propos du diagnostic différentiel.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — J'ai dit tout à l'heure que certainement les réactions coliques avaient été confondues par les anciens cliniciens avec les *indigestions*. C'est là, en effet, un diagnostic parfois difficile, on n'hésitera pas à faire le diagnostic d'indigestion en présence de troubles succédant à un repas trop copieux, quand il s'agira d'intoxication par des aliments avariés, et surtout quand plusieurs compagnons de table se trouveront atteints en même temps. Dans les cas d'indigestion gastrique, le symptôme débâcle diarrhéique manque. Au contraire, en faveur de la réaction colique primitive, nous aurons la débâcle, l'évacuation d'une masse considérable de matières fécales dures ou moulées et encore la tendance des accidents à se reproduire de temps en temps, dans des conditions analogues.

On pourrait confondre encore des *accidents bulbaires graves* avec des réactions coliques. La thèse de Marre renferme une observation, de M. J.-Ch. Roux, intéressante à ce point de vue. Un malade avait subi la prostatectomie. A sa première levée, en allant à la selle, il est pris d'une syncope prolongée. Le chirurgien, appelé en hâte, formula un pronostic des plus sombres et considéra la mort comme imminente; il songeait en effet à une hémorragie bulbaire. M. Roux, appelé d'urgence, pensa qu'il s'agissait, malgré les apparences, d'un accident bénin, d'une crise de réaction colique; et en effet, après la selle, tous les accidents disparurent sans laisser de trace.

Il n'est pas impossible, du reste, que la mort survienne au cours d'une crise de réaction colique.

Dans le cas observé à Saint-Louis dans le service du professeur Gaucher, l'autopsie pratiquée par M. Moutier ne permit de trouver aucune trace d'hémorragie, ni cérébrale, ni bulbaire.

Nous savons que les *crises épileptiques* s'accompagnent souvent de l'émission involontaire des matières fécales. Ce fait peut se retrouver dans certaines formes d'épilepsie larvée et en particulier dans le *vertige comitial*. Mais ici le tableau est bien différent des réactions coliques, le malade présente une pâleur subite, il a un air égaré, il n'entend ni ne comprend ce qu'on lui dit, puis, la crise passée, il n'en garde aucune souvenance.

En d'autres cas, on peut avoir à discuter entre des crises de *colique hépatique* et de réaction colique. Il y a peu de temps, j'avais devant moi un malade de quarante-cinq ans qui se plaignait de douleurs très intenses, se produisant par crises, siégeant au creux épigastrique, mais irradiant un peu vers la droite, ces crises duraient une heure environ. Elles s'accompagnaient parfois de vomissements, mais parfois aussi la fin de la crise était marquée par l'émission d'une selle. Je pus voir ce malade immédiatement après une crise. Il existait un point cystique douloureux caractéristique. Dans ce cas il s'agissait de crises de colique vésiculaire, lesquelles étaient suivies d'une selle peu de temps après leur terminaison.

Mais ici, ce n'était pas la selle qui marquait la fin de la crise : elle survenait alors que la crise douloureuse avait pris fin déjà depuis une heure ou deux.

Je ne reviendrai pas sur le diagnostic des cas complexes où les réactions coliques se surajoutent à des *hémorragies du tube digestif*, à des *colites*, à des *états névropathiques*. Mais j'insisterai davantage sur les rapports de l'*appendicite chronique* et des réactions coliques. On peut avoir à faire le diagnostic différentiel entre les deux syndromes, ou le diagnostic de leur superposition. Dans ces derniers temps, l'appendicite chronique a été étudiée principalement par MM. Siredey, Walter. M. Siredey a montré que l'appendicite chronique pouvait, chez les enfants principalement, s'accompagner d'un état de dénutrition marquée, de vomissements tantôt aqueux, tantôt biliaires, de diarrhée soudaine, d'alternatives de diarrhée et de constipation, de crises de pâleur subite, de lipothymies, accidents qui pouvaient survenir soit en dehors des selles, soit en même temps qu'elles. C'est là un tableau presque identique à celui que je vous ai tracé de certains cas de réaction colique. Est-ce à dire que M. Siredey ou moi nous nous soyons trompés ? Il me semble plus exact d'admettre que l'appendicite chronique et les réactions coliques peuvent non seulement se ressembler, mais même se superposer. Parfois cependant on peut différencier la réaction appendiculaire pure de la réaction colique. La crise de réaction colique se produit à propos de débâcles ou tout au moins à l'occasion d'une selle, on ne constate pas de douleur appendi-

culaire, pas de point de Mac Burney. Dans l'appendicite chronique, au contraire, nous trouvons une série de petites crises douloureuses, sans rapport avec les selles. Les douleurs spontanées sont marquées dans la fosse iliaque droite; le point de Mac Burney existe.

Mais, je le répète, on peut trouver chez le même malade des crises de réaction colique et des crises dues à l'appendicite chronique. Ce fait n'a vraiment rien d'étonnant, et, pour ma part, je crois que l'appendicite chronique est une des causes de la constipation et la constipation, conséquence de l'appendicite chronique, peut secondairement amener des débâcles et des crises de réaction colique.

Il est très important de noter que, dans certains cas, l'appendice a été enlevé chez des malades ne présentant en réalité que le syndrome réaction colique. Après l'opération, les crises ont reparu comme avant, avec la même fréquence, la même intensité, le même caractère. Des cas typiques de ce genre ont été cités dans la thèse de Marre. J'ai vu, récemment encore, un jeune lycéen, opéré dix mois auparavant et qui souffrait d'accidents identiques à ceux qui avaient amené à enlever l'appendice. Il présentait des alternatives de constipation et de diarrhée, et à ce propos, des malaises, des nausées et un état vertigineux, et ces troubles le gênaient beaucoup pour ses études. De temps en temps, il présentait des paroxysmes au moment où il allait à la selle : maux de cœur, lipothymies, syncopes. Il a guéri complètement par le régime végétarien mitigé avec de petites purgations espacées.

Traitement. — Je dois me contenter ici de quelques indications générales, relativement au traitement.

Il faut en premier lieu empêcher les débâcles diarrhéiques de se produire, donc combattre la constipation.

Quand il y a un état de mal permanent; il faut instituer un régime alimentaire sévère et prolongé. Ce sera le régime végétarien absolu, ou mitigé avec un peu de viande de jambon, de la volaille, du poisson (100 à 120 grammes en tout). On supprimera le lait et les œufs. Autrefois j'agissais un peu différemment; à ces malades, je supprimais entièrement la viande en leur laissant les œufs et le lait. Mais je crois par ma méthode actuelle être arrivé à des résultats plus rapides.

Souvent il sera nécessaire de traiter la colite chronique par les moyens appropriés. Enfin le séjour aux eaux pourra être très utile, quand il s'agira de malades atteints simultanément de colite et de neurasthénie, de ces malades qui font le désespoir des médecins. Il faudra ici tenir grand compte de la névropathie, la combattre tout en s'efforçant d'empêcher la stase fécale et les débâcles qui en sont la conséquence. Je suis pour plus amples détails forcé de renvoyer à une publication antérieure (1).

(1) A. Mathieu et J.-Ch. Roux. *Pathologie gastro-intestinale*, 3e et 4e séries.

LES LOCALISATIONS DOULOUREUSES DE LA LITHIASE BILIAIRE (1)

Par H. MAUBAN (de Vichy),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Autant il est facile de diagnostiquer la colique hépatique lorsqu'elle se manifeste avec l'ensemble souvent dramatique de ses accidents douloureux, car elle réunit dans un même temps et chez un même individu tout un complexus de symptômes morbides physiques et fonctionnels qui ne laissent entre eux que bien peu de place à l'incertitude, autant il est difficile de caractériser la lithiase biliaire lorsqu'elle n'est encore qu'à ses débuts, car elle ne se manifeste que par des signes isolés intermittents fugaces, souvent trompeurs.

Lorsque l'on interroge un malade chez lequel la lithiase biliaire a été auparavant nettement caractérisée, on retrouve bien, à vrai dire, des symptômes même nombreux qui antérieurement aux crises révélatrices auraient pu permettre un diagnostic anticipé, mais ces symptômes contemporains de la lithiase au début n'ont malheureusement qu'une valeur rétrospective. Avant le moment où la lithiase s'est définitivement révélée, ils étaient trop frustres pour attirer l'attention du malade, trop légers pour l'inciter à consulter un médecin, trop variés enfin et trop mal associés entre eux pour ne pas induire en erreur, et la lithiase a pu ainsi passer inaperçue.

Aujourd'hui où la thérapeutique préventive, l'hygiène et la diététique prennent en médecine une si grande place, et où la chirurgie des voies biliaires donne de si beaux résultats, surtout quand elle peut intervenir avant la phase des complications graves, il est nécessaire de réunir et de grouper systématiquement tous les signes susceptibles de fournir les éléments d'un diagnostic précoce de la lithiase biliaire.

Là où un symptôme accentué mais isolé n'a qu'une valeur relative et très problématique, plusieurs autres, même de minime intensité, auront une importance bien plus grande s'ils sont groupés et forment un tout pouvant orienter vers un diagnostic précis. Alors que le premier laissera localiser la douleur ou le trouble fonctionnel sur un organe voisin, touché seulement par irradiation douloureuse, les seconds par leur cohésion pourront former un faisceau de preuves minimes, il est vrai, mais ayant une signification diagnostique indéniable.

Parmi ces petits signes nous pourrions citer : des troubles digestifs fréquents peu améliorés par l'hygiène alimentaire ou la thérapeutique gastrique habituelle en pareil cas, des indigestions répétées, du gonflement épigastrique après les repas, souvent une sensation angoissante de distension gastrique qui provoque des crises d'aérophagie intermittente, des poussées fébriles avortées ne donnant lieu qu'à un frisson passager, des signes légers d'insuffisance hépatique provoqués par une sorte d'inhibition momentanée du foie, souvent même un peu de douleur vague du flanc droit; mais aucun de ces signes ne peut avoir de signification bien nette s'il n'est accompagné d'un ou de plusieurs des points douloureux qui caractérisent la lithiase biliaire. Nous

(1) Documents recueillis aux *leçons de clinique médicale* de M. le professeur Chauffard, hôpital Saint-Antoine, 1912-1913.

avons toujours entendu M. le professeur Chauffard insister sur l'importance souvent très grande de ceux-ci; dernièrement encore, dans son cours de clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, il consacrait plusieurs leçons à la symptomatologie de la lithiase biliaire, et citait les points douloureux spontanés ou provoqués comme un des éléments essentiels d'un diagnostic précoce. Nous nous sommes inspiré d'une de ces leçons pour résumer ces quelques pages (cours du 16 janvier 1913).

Pour qu'un de ces points douloureux puisse avoir une valeur sémiologique, il faut qu'il réunisse plusieurs conditions indispensables.

Il faut d'abord qu'il soit très nettement localisé à une région invariable pour ne pas être confondu avec une réaction provoquée par un trouble fonctionnel d'un organe voisin; d'ailleurs les rapports anatomiques de la vésicule biliaire et des canaux cystique et cholédoque nous font dès maintenant entrevoir la difficulté de cette localisation. Appendice, pôle inférieur du rein, bassinet, uretère supérieur, pylore, duodénum, pancréas, ne sont pas loin, et la confusion serait bien facile, entre le point douloureux de la lithiase biliaire et celui dont un de ces organes pourrait être la cause, si, pour une région aussi richement pourvue que celle-ci d'organes souvent sensibles, une précision presque mathématique n'était de rigueur.

Il faut aussi qu'un point douloureux ne soit pas éphémère. Son intensité n'a qu'une valeur très relative; sa persistance au contraire équivaut déjà à une demi-certitude. Souvent en effet, à la palpation de l'abdomen, on détermine brusquement une douleur très forte comme si le doigt avait touché un organe irrité, mais, en insistant quelque peu, toute douleur s'évanouit bientôt et la palpation profonde et même un peu énergique ne donne plus de sensibilité. Le point douloureux pathognomonique doit être persistant; pendant un même examen on doit le retrouver plusieurs fois de suite toujours au même endroit. Il n'a même toute sa valeur que s'il est retrouvé à plusieurs examens se succédant à quelques jours d'intervalle.

Enfin le point révélateur ne doit pas être recherché pendant une crise spontanément douloureuse, car il signifie beaucoup plus lorsqu'il est révélé par la palpation. Si le malade est en crise et souffre, toute la région est douloureuse et très sensible et les irradiations rendent une localisation exacte presque impossible. La palpation dans ces conditions est donc inutile sinon nuisible et le mieux est d'attendre un jour ou deux l'atténuation de la douleur spontanée.

Il faut encore, pour qu'une notion exacte de diagnostic puisse être valablement tirée de la connaissance du point douloureux révélateur, que celui-ci ne soit pas unique s'il reste localisé au même endroit. Deux points douloureux de la lithiase biliaire constituent déjà une forte présomption, mais avec trois points douloureux ou davantage sans même compter les autres symptômes fonctionnels on a une quasi-certitude.

Enfin il ne faut pas oublier que certains sujets particulièrement nerveux ressentent la douleur plus que d'autres, et que chez ceux-là les irradiations douloureuses sont à la fois plus nombreuses, plus intenses et plus variées; toutes conditions qui rendent le diagnostic très délicat si l'on ne se base que sur la seule constatation du symptôme fonctionnel douleur. Ces malades sont aussi d'ailleurs éminemment suggestionnables et il faut éviter en les examinant d'attirer trop fréquemment leur attention sur les régions où la constatation de la douleur provoquée doit avoir la valeur sémiologique recherchée.

Les points douloureux de la lithiase biliaire sont au nombre de huit principaux : point épigastrique, point cystique, point pancréatico-cholédocien, point de la douzième côte, point phrénique, point du moignon de l'épaule, point scapulo-apexien, points vertébraux.

Point épigastrique. — On peut citer celui-ci le premier, bien qu'il ne soit ni le plus constant ni le plus intense, parce que c'est le plus souvent par lui que la lithiase commence à se manifester. Il existe avec deux formes distinctes : une forme spontanée et une forme provoquée.

La forme spontanée, de beaucoup la plus importante au point de vue du diagnostic, correspond à cette gastralgie intense survenant brusquement et sans cause appréciable deux ou trois heures après un repas; elle se manifeste par une sorte de crampe, de torsion accompagnée d'une sensation très pénible de ballonnement gastrique. Bientôt surviennent des vomissements d'abord alimentaires puis muqueux et teintés de bile; mais assez fréquemment aussi cette sensation de plénitude gastrique pousse le patient, s'il est tant soit peu nerveux, à faire effort pour rendre des gaz par lesquels il se croit ballonné, et ainsi s'amorce une crise d'aérophagie. D'après une statistique personnelle, 25 à 30 p. 100 des lithiasiques biliaires seraient ainsi aérophages au moment des crises douloureuses. Si la constatation de la gastralgie intermittente, isolée, non accompagnée de dyspepsie, a déjà une valeur diagnostique très grande, elle en a bien plus encore à notre avis lorsque la gastralgie s'associe chez un sujet nerveux à des crises d'aérophagie passagère qui disparaissent en même temps que la gastralgie qui en a été la cause.

Comme son nom l'indique, le point douloureux épigastrique siège dans l'angle formé par la réunion des cartilages costaux à l'appendice xyphoïde (fig. 1). Ce n'est pas un point seulement c'est toute une zone de 5 à 6 centimètres de haut sur une dizaine de centimètres de large où la douleur est plus manifeste que partout ailleurs.

Sous sa forme de douleur provoquée le point épigastrique se manifeste de deux manières : le plus habituellement il apparaît comme une douleur vive à la pression au niveau ou un peu au-dessous de l'angle de réunion des côtes sous l'appendice xyphoïde, mais sous cette forme il manque d'intérêt car il est dû à une sensibilité toute spéciale du plexus solaire qui n'offre d'ailleurs aucune valeur diagnostique puisqu'on peut la mettre en évidence dans toutes ou presque toutes les grandes affections à retentissement douloureux abdominal.

Mais quelquefois encore le point douloureux épigastrique, sous sa forme de douleur provoquée par la pression, peut se montrer avec l'apparence d'une bande horizontale d'hyperesthésie cutanée qui s'étend quelque peu à droite et à gauche témoignant ainsi que dans les plans sous-jacents se trouve un organe profondément irrité.

D'ailleurs la question se pose de savoir si, dans ces réactions douloureuses épigastriques, il s'agit seulement d'une irradiation douloureuse partie de la vésicule et atteignant l'estomac, ou si l'estomac

ne réagirait pas à la douleur par des phénomènes sécrétoires ou moteurs qui pourraient être mis en évidence. Cette hypothèse est celle que soutient, en Allemagne, Schlessinger (1), qui serait arrivé à constater à l'écran radioscopique un gastro-spasme caractéristique dans tous les cas où la douleur abdominale se manifeste d'une façon intense et brusque comme dans la lithiase biliaire, la lithiase rénale, l'appendicite et la pancréatite aiguë. Cette hypothèse, en France tout au moins, n'a pas encore pu

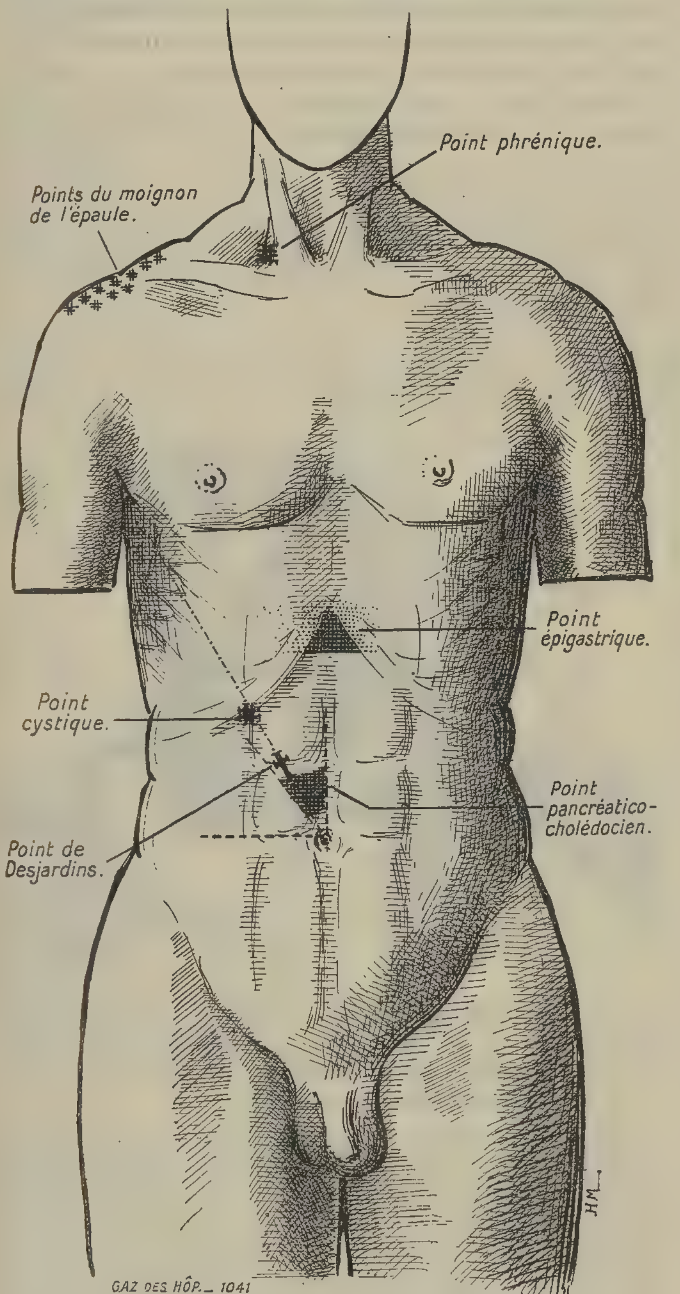


Fig. 1.

être contrôlée; les résultats obtenus ont été douteux sinon négatifs, et jusqu'à plus ample informé on peut considérer l'épigastralgie comme une irradiation douloureuse provoquée par une irritation des voies biliaires, irradiation assez forte cependant pour être la cause de phénomènes sécrétoires réflexes dont l'estomac est le siège et qui provoquent suivant les sujets tantôt le vomissement, tantôt l'aérophagie.

Le point épigastrique a une importance capitale, car sous sa forme de douleur spontanée il est en général le premier à apparaître comme accident douloureux de la lithiase biliaire, il peut donc servir à cataloguer celle-ci dès son début, alors qu'en cas contraire le diagnostic s'égare vers une intoxication alimentaire ou même vers une dyspepsie qu'une thérapeutique uniquement gastrique s'efforcera en vain d'améliorer.

Point cystique. — Le point cystique, qui, dans la chronologie des accidents douloureux, succède habituellement au point épigastrique, est sans conteste le plus constant et de beaucoup le plus intense. Comme le précédent il peut revêtir l'allure d'une douleur spontanée, de même qu'il peut être recherché par la palpation.

La douleur spontanée et atroce de la colique hépatique est trop connue pour que nous ayons besoin d'y insister beaucoup. Son moment d'apparition quelques heures après un repas, ses caractéristiques de torsion, de déchirure, d'écrasement, de broiement, la sensation de gonflement et d'ampliation douloureuse de tout le foie auquel elle donne lieu, ses paroxysmes épouvantables et ses rémissions, les attitudes qu'elle impose au malade, l'état nauséeux et les vomissements qui font suite sont trop caractéristiques pour qu'on n'en puisse reconnaître rapidement l'étiologie.

Par contre, la douleur provoquée est intéressante à rechercher au point cystique, car elle peut presque à elle seule indiquer une lithiase biliaire encore mal caractérisée. Il faut la rechercher en dehors de toute crise de douleur spontanée en un point qui correspond à peu près à l'union du bord externe du muscle grand droit avec le rebord des fausses côtes (fig. 1). La palpation doit se faire avec un seul doigt qu'on enfonce perpendiculairement au plan de la surface abdominale. Il faut procéder lentement, doucement, mais avec progression et cesser dès que la pression provoque la douleur.

Le point cystique doit être recherché dans les périodes intermédiaires aux crises douloureuses. On le rencontre aussi bien dans la lithiase au début qu'après les crises de colique hépatique; il précède celles-ci de quelques jours, et il se manifeste encore avec netteté plusieurs jours après la disparition de la douleur spontanée.

Point pancréatico-cholédocien. — Le point pancréatico-cholédocien a été signalé dès 1906 par M. le professeur Chauffard (1) à propos de la lithiase du cholédoque dont ce point est un signe pathognomonique, mais depuis cette époque il l'a recherché systématiquement chez tous les malades atteints de colique hépatique, et il a pu se convaincre que sa fréquence était très grande aussi dans la lithiase biliaire dont il devient ainsi un signe diagnostique d'une haute valeur (Clinique médicale de Saint-Antoine, cours du 16 janvier 1913).

Le point pancréatico-cholédocien correspond à la partie intrapancréatique du cholédoque, et sa projection sur la paroi abdominale peut être indiquée par des points de repère très exacts. En 1905, Desjardins (2) avait bien indiqué dans sa thèse la zone de projection de la tête du pancréas sur la paroi abdominale. Ce point pancréatique serait situé d'après lui à 5, 6 ou 7 centimètres de l'ombilic sur une

(1) Schlessinger. *Berl. klin. Woch.*, 24 juin 1912, p. 1223.

(1) A. Chauffard. La lithiase du cholédoque, *Semaine méd.*, 10 janv. 1906.

(2) Desjardins. *Etudes sur les pancréatites*, Th. de Paris, 1905.

ligne axillo-ombilicale droite. Mais d'après M. le professeur Chauffard, et à la suite des constatations nombreuses de Rivet sur le cadavre, il appert que le point de Desjardins est situé trop haut et trop en dehors; et la zone que le professeur Chauffard appelle « pancréatico-cholédocienne » doit être ainsi délimitée : « Prenons, dit-il, comme point de repère l'ombilic, et de ce point menons une verticale et une horizontale formant un angle droit dont le sommet correspond à l'ombilic, puis traçons la bissectrice de cet angle. La zone pancréatico-cholédocienne est comprise entre la verticale et la bissectrice de l'angle, sans dépasser par en haut une hauteur de 5 centimètres sur la bissectrice, sans atteindre en bas tout à fait jusqu'à l'ombilic (fig. 1). Chez certains lithiasiques, l'exploration méthodique de cette région décèle un point douloureux très net et très circonscrit, sans qu'il soit du reste possible de préciser la part respective, dans la pathogénie de cette douleur, du pancréas et du cholédoque. »

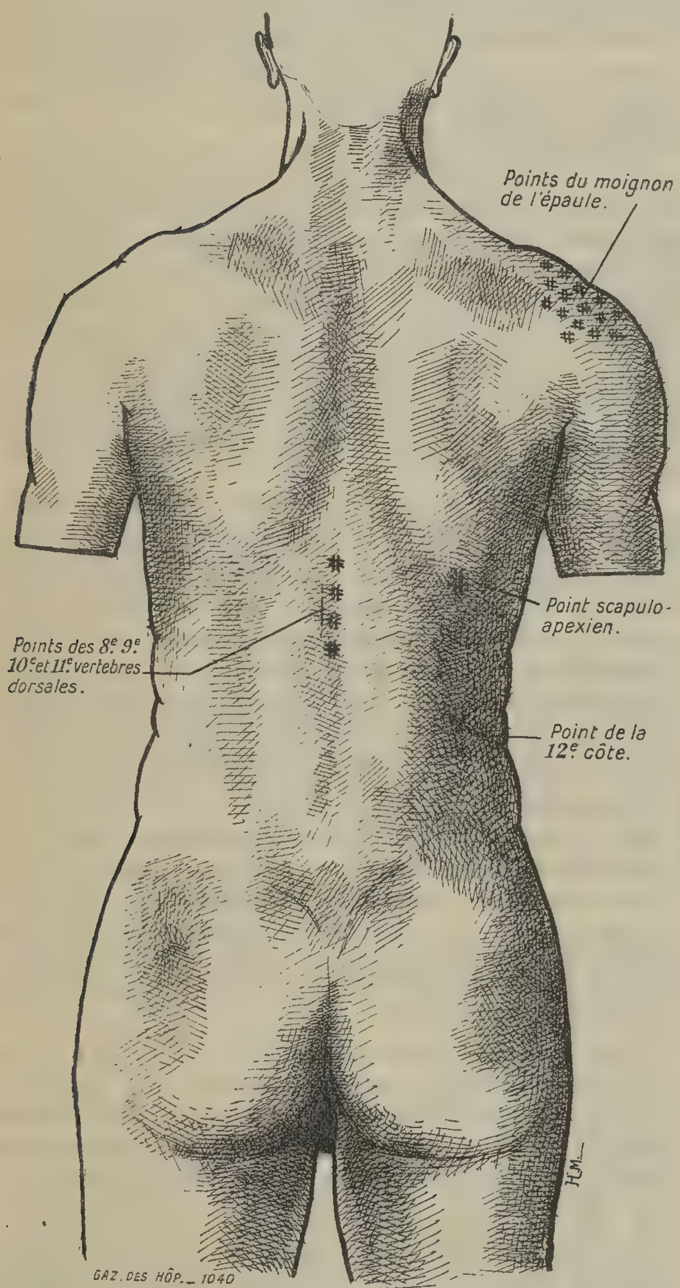


Fig. 2.

On n'est pas encore fixé, en effet, sur la signification exacte de ce point douloureux. Est-il le témoin d'un processus de pancréatite aiguë causé par la lithiase, comme semblerait le prouver l'induration de la tête du pancréas souvent constatée par le chirurgien au moment d'une intervention, et la persistance de la douleur à ce niveau longtemps après l'opération chirurgicale qui a débouché le cholédoque, en un mot existe-t-il une pancréatite lithiasique ? Les preuves histologiques nous manquent pour l'affirmer, aussi peut-on considérer plus simplement le point pancréatico-cholédocien de Chauffard comme une irradiation à distance d'une douleur dont le point de départ serait à la vésicule biliaire, au canal cystique ou au cholédoque.

Point de la douzième côte. — Ce point qui a été signalé à plusieurs reprises siégerait vers l'extrémité libre de la douzième côte (fig. 2). Il serait, en réalité, bien plus un point latéral qu'un point postérieur. Nous avons pu l'observer quelquefois, malheureusement il est inconstant, et n'a par conséquent pas la valeur diagnostique des autres localisations douloureuses.

Point phrénique. — Le point phrénique droit a été signalé récemment par M. le professeur Chauffard (1). Il serait à peu près constant. On le recherche

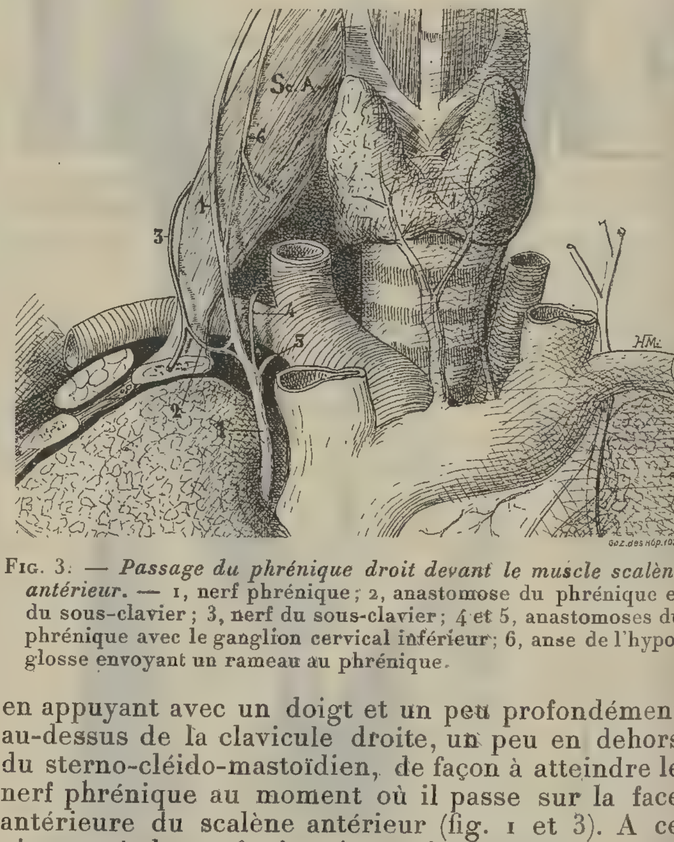


Fig. 3. — *Passage du phrénique droit devant le muscle scalène antérieur.* — 1, nerf phrénique; 2, anastomose du phrénique et du sous-clavier; 3, nerf du sous-clavier; 4 et 5, anastomoses du phrénique avec le ganglion cervical inférieur; 6, anse de l'hypoglosse envoyant un rameau au phrénique.

en appuyant avec un doigt et un peu profondément au-dessus de la clavicule droite, un peu en dehors du sterno-cléido-mastoïdien, de façon à atteindre le nerf phrénique au moment où il passe sur la face antérieure du scalène antérieur (fig. 1 et 3). A ce niveau où le nerf phrénique s'anastomose, d'une part avec le nerf du sous-clavier, d'autre part avec l'anse de l'hypoglosse et avec le grand sympathique, il est relativement superficiel (fig. 3), et le doigt qui palpe peut l'atteindre assez facilement. Chez le lithiasique biliaire, au moment des crises, aussi bien dans les quelques jours qui précèdent que dans les quelques jours qui suivent, il est rare que la pression du phrénique à ce niveau ne détermine pas une douleur vive, d'autant plus facile à mettre en évidence que la même palpation au niveau du phrénique gauche reste toujours indolore.

(1) A. Chauffard. *Clinique médicale de Saint-Antoine*, 16 janv. 1913.

M. le professeur Chauffard attache à la constatation du point phrénique une importance capitale dans le diagnostic de la lithiase biliaire au début. Ce signe ne manque pour ainsi dire jamais lorsque la vésicule biliaire est irritée ; il est un des premiers que l'on puisse mettre en évidence lorsque la lithiase commence à se révéler; il siège en un point du corps d'accès facile et où les points de repère sont nombreux; enfin, et ce n'est pas là son moindre avantage, alors qu'il sert à préciser une affection à siège abdominal, il se trouve dans une région fort éloignée du point de départ de la douleur et dans l'impossibilité d'être confondu avec une douleur occasionnée par un des organes voisins de la vésicule biliaire.

La sensibilité du phrénique est sans doute provoquée par l'irritation de ceux de ses rameaux terminaux qui avant de se perdre dans le tissu musculaire du diaphragme cheminent sous le péritoine au niveau du bord libre du foie, au voisinage de la vésicule biliaire irritée. L'irradiation douloureuse suit donc le nerf phrénique et remonte jusqu'au plexus cervical où des anastomoses nombreuses le mettent en rapport avec les nerfs qui se rendent au moignon de l'épaule (fig. 4). Ceci d'ailleurs peut expliquer pourquoi dans la lithiase biliaire on constate si souvent de la sensibilité de l'épaule droite.

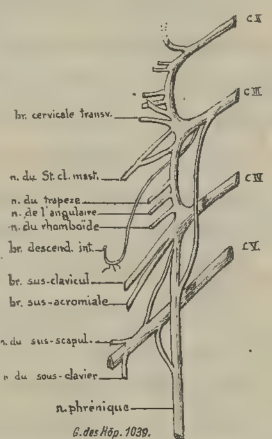


Fig. 4. — *Racines du nerf phrénique au plexus cervical.*

Points douloureux de l'épaule droite. — Il ne faut pas confondre les points douloureux de l'épaule droite avce le point douloureux de la pointe de l'omoplate. Celui-ci est constant, ceux-là sont seulement très fréquents. Il est impossible de leur assigner une localisation très exacte, car ce sont des irradiations douloureuses venues probablement par les anastomoses des racines du phrénique avec le plexus cervical. On sait que dans la lithiase ce dernier nerf est le siège d'une sensibilité toute spéciale mise en évidence par la constatation du point phrénique droit de Chauffard. Or l'anatomie nous renseigne bien sur les anastomoses du nerf phrénique avec l'hypoglosse et le sous-clavier (fig. 3), mais elle ne saurait éclaircir complètement ce qui se passe au niveau de ses racines. On sait qu'il provient des troisième, quatrième et cinquième paires cervicales (fig. 4), mais comme toutes ces branches sont largement anastomosées entre elles, et que de ces anastomoses partent les rameaux nerveux qui notamment se rendent à l'épaule, on se rend compte qu'une irradiation douloureuse puisse venir jusqu'à ce point pourtant fort éloigné en suivant le phrénique et ses anastomoses avec les nerfs du moignon de l'épaule.

Quoi qu'il en soit, la plupart des lithiasiques sont très catégoriques quand on leur demande dans quelle région de l'épaule ils ont souffert au moment de la crise, car ils indiquent avec la main la région deltoïdienne qui recouvre en haut et en arrière l'articulation scapulo-humérale droite (fig. 1 et 2).

Point scapulo-apexien. — Tandis que le point pancréatico-cholédocien, le point de la douzième côte, et le point phrénique sont presque exclusivement le siège d'une douleur provoquée par la palpation, le point douloureux de la pointe de l'omoplate que l'on peut dénommer aussi « scapulo-apexien » est surtout spontané au moment des paroxysmes douloureux de la lithiase. Il siège assez exactement à la pointe même de l'omoplate (fig. 2), et comme il est situé en arrière du foie sur un plan horizontal et vertical sensiblement le même que celui de la vésicule biliaire, quelques malades comparent la sensation qu'ils éprouvent à une sensation de transfixion, d'embrochement assez semblable à celle de l'ulcus gastrique, avec cette différence que la douleur serait ici fortement déportée sur la droite.

Le point scapulo-apexien est constant dans sa forme spontanée, mais la palpation peut aussi le déceler, soit au moment des crises douloureuses de la lithiase, soit encore pendant quelques jours après la crise.

Points vertébraux. — De même qu'il existe à la face antérieure de l'abdomen une zone ou bande horizontale d'hyperesthésie facilement mise en évidence par la sensibilité cutanée à la région épigastrique, de même il existe en arrière une zone semblable, et c'est sur la ligne médiane le long de la colonne vertébrale qu'on peut le mieux la constater. A ce niveau la pression des apophyses épineuses et des tissus périvertébraux est nettement douloureuse, et James Mackensie (1), qui a étudié particulièrement les localisations vertébrales douloureuses en rapport avec les affections thoraciques et abdominales, signale les huitième, neuvième, dixième et onzième vertèbres dorsales comme étant celles qui sont régulièrement les plus douloureuses lorsqu'il s'agit d'une affection hépatique (fig. 2). C'est donc au niveau des apophyses épineuses de ces vertèbres qu'il faut chercher la sensibilité particulière survenant à l'occasion de la lithiase biliaire.

Les points douloureux des huitième, neuvième, dixième et onzième vertèbres dorsales sont fréquents, mais ils ne sont pas constants; leur valeur diagnostique est donc de second ordre.

Nous pourrions citer encore d'autres localisations douloureuses de la lithiase biliaire. Tels malades par exemple se plaignent pendant leurs crises d'une douleur atroce à la nuque, tels autres à l'hypocondre gauche ou à l'épaule gauche, mais bien qu'il ne soit pas très difficile en somme de réunir plusieurs observations dans lesquelles la douleur se serait à plus d'une reprise manifestée ainsi d'une façon un peu spéciale, ces cas sont plutôt une exception et ne méritent pas une mention particulière.

En résumé, dans la lithiase biliaire, le symptôme douleur avec ses localisations bien précises peut suffire dans bien des cas à faire un diagnostic ou à le confirmer s'il est encore hésitant.

Certains de ces points douloureux sont spéciaux à la lithiase biliaire ; avec un peu d'habitude, si l'on sait bien les situer pour éviter la confusion, ils doivent permettre dans certains cas un diagnostic anticipé de la plus haute utilité.

Sous leur forme spontanément douloureuse, le point épigastrique, le point cystique, le point scapulo-apexien, sont les plus importants et les plus constants ; mais bien avant qu'ils ne se manifestent, les points douloureux provoqués par la palpation peuvent déjà intervenir utilement et révéler une lithiase

(1) James Mackensie. *Symptoms and their interpretation*, Londres 1909.

latente, c'est donc surtout à la constatation de ceux-ci que l'on doit s'appliquer pour faire œuvre utile. Le point phrénique et le point pancréatico-cholédocien de Chauffard, le point cystique, sont ceux qu'il faut rechercher avant tous les autres, car ils sont pour ainsi dire constants et leur valeur diagnostique est considérable.

ACTUALITÉS

LE PIED PLAT CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE

Lorsque l'on parle de pied plat, c'est immédiatement au pied plat valgus douloureux, à la tarsalgie des adolescents de Gosselin que l'on pense. Cependant le pied plat n'est pas l'apanage de l'adolescence et il peut débuter à n'importe quel âge de la vie. Il se produit toutes les fois qu'il y a insuffisance du véritable soutien de la voûte du pied, les muscles jambiers et plantaires.

Le pied pourra donc s'aplatir aussi bien chez l'enfant, l'adulte, le vieillard, que chez l'adolescent; sa fréquence chez l'enfant est même plus grande que dans l'adolescence.

Mais selon les différents âges on rencontrera des types cliniques très différents. Ceux-ci ont été bien mis en lumière par des travaux récents. Parmi eux nous citerons ceux de M. Ducroquet (conférences faites à Beaujon et à la polyclinique de Rothschild, *Manuel de kinésithérapie*), Epstein, Brandenstein, Horwitz, etc.

Laissant de côté tout ce qui a trait au pied plat congénital (talus valgus), aux pieds valgus de la paralysie infantile (paralysie des extenseurs et des supinateurs du pied), aux pieds plats traumatiques consécutifs à des fractures malléolaires ou au décollement épiphysaire du tibia, voyons les différents types cliniques de pied plat que nous rencontrons chez l'enfant et chez l'adulte.

Chez le tout petit enfant on observe une variété qui a été bien étudiée par MM. Ducroquet, Horwitz, Epstein. C'est le pied faible (weak ankle) du petit enfant.

La mère vient trouver le médecin parce que son enfant a du retard de la marche, il reste assis, ou rampe sur le derrière. Si on l'examine couché, on ne trouve rien de particulier; mais si on le place debout, on constate que les genoux s'infléchissent en recurvatum ou en valgum, que les pieds sont déjetés en dehors et que, si on ne le soutient pas, l'enfant s'effondre. Si on la recherche, on trouve alors une hypotonie musculaire généralisée permettant, sans douleur, des mouvements exagérés de toutes les articulations. Le traitement général, les bains de sels, le repos au lit, les massages constitueront la médication.

Parfois la mère amène son enfant parce qu'il marche les pieds en dedans, ce qui la désole, car les mères ont une tendance déplorable à inviter leurs enfants à tourner la pointe des pieds en dehors. L'enfant marche sur son bord externe du pied. Il s'agit encore d'un pied faible, mais que l'enfant, plus vigoureux, hypercorrige instinctivement. Ce défaut est très difficile à redresser, comme le fait remarquer M. Ducroquet : si on leur met une voûte, ils souffriront et tourneront encore plus le pied en dedans ou ne marcheront pas. Il faut mettre une voûte et surélever le bord externe de la chaussure, ou les traiter par le repos et le traitement général.

Parfois encore une maman amène son bébé au médecin parce que son pied lui semble plat, il ne présente pas de voûte. Il ne faut pas s'y laisser prendre, chez le tout petit, surtout s'il est gras, la voûte osseuse est comblée entièrement par un coussinet graisseux épais.

Dans le courant de la deuxième enfance, le pied plat est d'une fréquence considérable. Le plus souvent il s'agit d'une déformation indolore, plus rarement de tarsalgie. Le premier groupe est dû presque exclusivement au rachitisme. Le rachitisme peut occasionner le pied plat par hypotonie musculaire et ligamentaire comme pour le petit enfant; comme chez lui, il est toujours indolore; chez l'enfant, les ligaments très élastiques, se laissent étirer. Lorsque le pied ne supporte pas le poids du corps, il a sa forme normale. Lorsqu'on met l'enfant debout, on voit se produire un tremblement des muscles de la jambe, puis au bout de quelques minutes, le pied s'affaisse.

Le rachitisme peut entraîner aussi la formation de pieds plats statiques dus aux déformations des divers segments osseux du membre inférieur. On peut en décrire 5 types principaux. L'incurvation en dedans des membres inférieurs (jambes en O), entraîne le pied dans un varus qui rendrait la marche impossible. L'enfant est obligé de porter son pied en valgus pour que la plante repose sur le sol. Ce valgus est indolore, il tend à corriger l'écartement des genoux. Il faut le respecter, et s'adresser à la cause, l'incurvation des tibias.

L'incurvation en arrière du tibia en lame de sabre, parfois très marquée à la partie inférieure de l'os, oblige l'enfant à maintenir le pied en flexion forcée pour que la plante repose sur le sol; dans cette attitude le pied s'étale et se porte en dehors. La correction est en général complétée par une flexion des genoux.

Les tibias rachitiques présentent parfois une déviation brusque en dehors à leur partie inférieure. Le pied en entier est basculé en dehors et la marche est très difficile. L'enfant s'efforce alors de ramener le pied en dedans, il marche sur son bord externe, le gros orteil porté en dedans et séparé des autres doigts. Encore une attitude corrective qu'il ne faut pas chercher à effacer, car l'enfant ne pourrait plus du tout marcher. Mais ici la cause de la déviation est vite découverte. Il n'en est pas toujours de même dans le genu valgum, s'il est léger. La mère amène un enfant parce qu'elle remarque qu'il marche la pointe du pied tournée en dedans, le gros orteil surtout se séparant des autres doigts se rapproche le plus possible de la ligne médiane (c'est le « intoeing » ou « pigeon-toc » des auteurs américains). Il s'agit encore d'une attitude d'hypercorrection : dans le genu valgum, le tibia est tourné en dehors, le pied est emmené en valgus. Mais le centre de gravité du corps ne tombe plus sur la voûte plantaire, mais en dedans d'elle, il en résulte une gêne de la marche, et pour y remédier, instinctivement, l'enfant tend à amener le talon antérieur sur la ligne médiane. Inutile d'ajouter que ce n'est pas contre cette attitude corrective, mais contre le genu valgum lui-même qu'il faut lutter.

Enfin la coxa vara par la rotation externe du membre amène la formation d'un pied plat valgus. On peut rapprocher de ce dernier cas les déviations du pied en dehors, dues à une rotation exagérée en dedans du fémur, comme l'ont décrit Bossi, et plus récemment C. L. Lowman. Dans ces cas, le centre de gravité tombe très en dedans du pied, projeté en dehors. Dans 75 p. 100 de ces cas Lowman a trouvé les garçons porteurs de phimosis ou opérés récemment de circoncision.

Le pied plat douloureux est beaucoup plus rare chez l'enfant, et il faut dans ces cas le plus souvent chercher une lésion osseuse ou articulaire. On éliminera les ostéites tuberculeuses des os du tarse (scaphoïde, tête de l'astragale qui forment la clef de voûte plantaire), ou les arthrites légères que peuvent occasionner la scarlatine, les oreillons, la fièvre typhoïde, les amygdalites. On recherchera la vulvite blennorragique chez les petites filles, car elle peut entraîner de la périostite du calcanéum avec tarsalgie comme Horwitz en cite des exemples.

Enfin une forme très curieuse du pied plat douloureux de l'enfant a été décrite dacs ces dernières années par Köhler, puis Lomon, Hänisch, Schultze.

Il s'agit d'enfants de six à neuf ou dix ans, dont les pieds se tournent en dehors en même temps que la marche devient douloureuse. La douleur exagérée par la fatigue, mais subsistant au repos, siège sur le bord interne du pied au niveau du scaphoïde. En ce point il y a un peu de tuméfaction, au bout de deux ou trois ans l'affection guérit spontanément. La radiographie a montré à Köhler que dans ces cas le noyau osseux du scaphoïde était diminué des deux tiers environ, aplati, de contour irrégulier, les travées osseuses mal ordonnées et de teinte bien plus foncée. Pour Köhler, Stieda, Lomon il s'agirait, sans doute, d'arrêt de développement. Hänisch et Schultze ont récemment défendu l'opinion qu'il s'agit de fractures méconnues du scaphoïde, fracture fréquente. Leur argumentation n'est pas très convaincante. L'origine de cette curieuse lésion reste donc très obscure.

On voit donc que chez l'enfant le pied plat, loin de consti-

tuer une rareté, est une lésion très fréquente ; il est vraisemblable que chez les sujets qui ont été frappés dans l'enfance persiste une prédisposition, une faiblesse du pied, et quand surviendront les causes de fatigue de l'adolescence, croissance, développement génital, travaux pénibles, la talalgie se produira sur un terrain tout préparé. Il ne faut donc pas négliger les déviations du pied chez le jeune enfant et combattre tout ce qui peut les favoriser. Les auteurs américains insistent sur le rôle du soulier trop étroit (souliers-corset) dans la pathogénie du pied faible. Dans le Traité d'orthopédie de Bradford et Lovett une série de figures montre bien l'importance du libre jeu des articulations du pied pour la conservation de la musculature. Il faut donc donner aux enfants des souliers larges, à talons très bas. Il faut s'élever contre la mode des hauts talons pour les fillettes, et lorsqu'un enfant se présente avec des pieds faibles, qui tournent, au lieu de l'enfermer dans des souliers résistants, montant le plus haut possible et lacés énergiquement, il faut le plus possible le faire marcher pieds nus. La marche, les exercices pieds nus, constituent le meilleur moyen de fortifier la musculature du pied. Enfin on a récemment conseillé, comme un excellent exercice de correction, la pratique des échasses, qui constitue une véritable méthode de traitement du pied plat.

Chez l'adulte, le pied peut s'aplatir toutes les fois qu'il y a une rupture de l'équilibre entre la musculature jambière, et la charge qu'elle a à supporter. Tantôt c'est la charge qui augmente, tantôt la musculature qui s'affaiblit.

Le type du pied plat par surcharge est celui qui se forme chez les amputés qui s'appuient toujours plus sur leur pied que sur leur pilon. C'est au contraire la musculature qui cède lorsque le pied s'aplatit dans la convalescence de longues maladies. Mais c'est surtout chez la femme, moins musclée, plus sédentaire que l'homme que l'on voit survenir le pied plat.

Chez la femme enceinte, il n'est pas exceptionnel d'observer un certain degré d'affaissement de la voûte plantaire, tant à cause de la surcharge, que du relâchement qu'on observe sur tous les tissus et en partie sur le ligament articulaire (articulations du bassin).

MM. Tissier et Gautiez font aussi remarquer que pendant la grossesse, à cause du déplacement du centre de gravité, les femmes sont forcées de marcher sur le talon et non sur toute la plante, il en résulte un endolorissement au niveau du calcanéum. Or, les fléchisseurs courts de la plante s'insèrent sur cette région douloureuse, ils se contractent moins, se relâchent, d'où l'affaissement de la voûte plantaire.

En tout cas les femmes se plaignent peu de cet inconvénient pendant leur grossesse, sans doute parce qu'elles marchent peu et sont plus préoccupées de l'approche de l'accouchement. Mais après l'accouchement, elles se plaignent souvent de la difficulté qu'elles éprouvent du fait de cette déviation (Tissier et Gautiez, Demelin).

Parfois la simple obésité survenant chez la femme à trente ans suffit pour entraîner l'apparition d'une tarsalgie parfois très pénible. La principale caractéristique du pied plat de l'adulte est en effet que l'élément douleur y est bien plus important que l'aplatissement du pied. A l'inverse de l'enfant les ligaments ne se laissent pas étirer, ils résistent à l'affaissement et leurs tiraillements causent des douleurs très vives. Pour éviter les douleurs et l'affaissement de la voûte, les muscles se contracturent, et le malade marche avec un pied raide, d'une seule pièce avec la jambe. De plus, de véritables poussées d'arthrite, de synovite, viennent compliquer le tableau et augmenter les douleurs.

En l'absence d'un affaissement net de la voûte le diagnostic sera donc difficile, il faudra éliminer le tabes, le mal perforant, la névrite plantaire, les diverses ostéites, ténosites, inflammations des bourses séreuses et exostoses du calcanéum. Pour cela, la localisation précise de la douleur est un signe capital. Il faut retenir que dans la talalgie si la douleur siège sur le bord interne, et même parfois sur le bord externe, son maximum qui constitue un point bien limité d'une sensibilité exquise est au milieu du bord interne, sur la face plantaire, au niveau même de l'articulation astragalo-scaphoïdienne et de son ligament inférieur renforcé, en dedans par l'insertion du jambier postérieur, en dehors par la branche interne du ligament en Y.

La même douleur est réveillée si, empoignant l'avant-pied, on cherche à lui faire subir un mouvement de torsion sur l'arrière-pied.

Chez la femme au moment de la ménopause, chez le vieillard par affaiblissement général, on peut voir s'installer une talalgie avec aplatissement du pied. Le pied plat a tendance alors à s'accompagner de lésions d'arthrite déformante; il coexiste alors souvent aussi avec des lésions vasculaires (oblitération, calcification, épaississement des petites artères).

Brandenstein a récemment attiré l'attention sur la fréquence de la coexistence de la claudication intermittente et du pied plat, en particulier sur les sujets âgés. Cette claudication intermittente survenant par crises douloureuses de tout le membre s'accompagne de troubles circulatoires de tout le membre (cyanose, refroidissement).

On voit donc les multiples variétés que le pied plat peut affecter, depuis le pied faible indolore des petits enfants jusqu'à la tarsalgie sans affaissement notable de l'adulte et du vieillard, et quels services leur connaissance peut rendre au praticien s'il veut amener la disparition des troubles présentés par le malade.

M. LANCE,
Assistant d'orthopédie à l'hôpital Bretonneau.

BIBLIOGRAPHIE

1908. KÖHLER. Sur une maladie fréquente, frappant isolément certains os chez l'enfant et paraissant inconnue jusqu'à ce jour, *Münch. med. Woch.*, n° 37.

1909. DUCROQUET. Art. in *Traité de kinésithérapie* de la Bibliothèque de thérapeutique Gilbert et Carnot.

1910. La talalgie des accouchées, *Soc. d'obst. de Paris*, séance du 27 mai 1909 (Tissier et Gautiez, Demelin, Boissard). — *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril, p. 240.

1911. LOMON. Atrophie du scaphoïde et pied plat, *Bull. et mém. de la Soc. de radiol. méd. de Paris*, juin, n° 26, p. 217. — Sigmund EPSTEIN. Le pied plat chez la femme et l'enfant, *The med. Record*, 29 juillet, vol. LXXX, n° 5, p. 222. — MUSKAT. Prophylaxie du pied plat chez les enfants, *Arch. f. Kind.*, 22 déc., t. LVII, fasc. 1-3.

1912. C. L. LOWMAN. Relation entre les muscles de la cuisse et de la jambe et les déviations du pied, *Boston med. and surg. Journ.*, 18 janv., vol. CLXVI, n° 3, p. 90. — BRANDENSTEIN. Claudication intermittente et pied plat, *Berl. klin. Woch.*, 21 oct., t. XLIX, n° 43.

1913. Alex. E. HORWITZ. Le pied faible chez les enfants, *Int. med. Journ.*, fév., vol. XX, n° 2. — HANISCH, E. O. P. SCHULTZE. Les déformations du scaphoïde tarsien, analysé in *Semaine méd.*, 5 mars, n° 10, p. 115.

PRATIQUE MÉDICALE

LE PANTOPON DEVANT L'OPINION MÉDICALE

Par M. Raym. PARRAT.

Les multiples communications parues sur le pantopon nous mettent dans l'obligation absolue d'étudier les indications principales de cet opium total injectable.

D'ailleurs beaucoup de nos maîtres ont pris parti dans cette importante question thérapeutique et le moment est venu d'écrire une revue générale sur ce produit, auquel M. Martinet consacrait tout dernièrement un long travail particulièrement documenté (1).

« Le pantopon Roche, écrit dans sa thèse Souty (2), représente la totalité des alcaloïdes de l'opium, ce n'est ni un dérivé de l'opium, ni un succédané de la morphine, c'est l'opium total lui-même, sous une forme *soluble* et *injectable.* »

Ce médicament est toujours identique à lui-même et Bardet (3) a pu dire : « C'est un opium complet, épuré, invariable. »

« Il est acquis, dit P. Trotain (4) dans sa thèse, que le Pan-

(1) MARTINET. Pourquoi il faut prescrire le pantopon, *Presse méd.*, 25 déc. 1912.
(2) SOUTY. Th. de Lyon, 1910.
(3) BARDET. *Bull. de la Soc. de thérap.*, 13 avril 1910.
(4) TROTAIN. Th. de Paris, 1911.

topon est moins toxique que l'opium et surtout que la morphine. Il est mieux toléré, n'occasionnant, quelle que soit la voie par laquelle on l'administre, ni nausées, ni vomissements. Il ne provoque pas d'accoutumance, très peu d'euphorie, et, se substituant aux injections de morphine, il fait perdre le besoin et l'habitude de cet alcaloïde. »

Les effets sédatifs, soporifiques, analgésiques, antisécrétoires (diarrhée, crachats, sueurs) sont affirmés par la physiologie (expériences sur des chiens) et par la clinique (1).

Ainsi, au point de vue chimique et physiologique, la nouvelle préparation s'annonce comme pratiquement supérieure. De constitution fixe et invariable, elle permet d'injecter sous l'épiderme l'*opium total soluble*, et, avec des propriétés sédatives, hypnotiques, antisécrétoires au moins égales à celles de n'importe quel opiacé, elle n'en a pas les inconvénients.

Dans les cas où l'on veut agir vite et sans dangers pour l'organisme, l'injection de pantopon remplace celle de morphine et, quand on veut calmer la toux, amener le sommeil, arrêter la diarrhée, les comprimés ou le sirop de Pantopon remplacent avantageusement le laudanum, l'extrait thébaïque, la codéine, etc.

Vouloir passer en revue les indications cliniques de ce médicament serait ouvrir un chapitre trop long. Il suffit de savoir que, dans tous les cas où l'opium et ses dérivés sont utilisés, le pantopon peut leur être substitué avec avantage. Chez les névropathes et chez les malades atteints d'affections douloureuses chroniques, il offre la supériorité d'une action sédative immédiate par la voie hypodermique, sans que l'on ait à redouter la morphinomanie. De même, contre la dyspnée, quelle que soit son origine, il paraît plus actif que les divers opiacés. A ce sujet, je dois signaler les effets antidyspnéiques puissants du remède dans l'urémie, et le docteur Brintet, de Lyon, dans la pleurésie avec épanchement, l'a utilisé avec le plus grand succès.

Les affections pulmonaires sont essentiellement tributaires de cette médication et ce n'est pas seulement la toux qui est calmée rapidement dans la tuberculose, les bronchites, les pneumopathies, mais on a constaté aussi que l'expectoration diminue et que le sommeil reparaît. Dans le service du professeur A. Robin, on utilise, dans ces cas, soit l'injection hypodermique, soit le sirop, soit les comprimés ; dans le service du professeur Landouzy, plusieurs cas de toux spasmodique ont été rapidement arrêtés et les observations insistent sur ce fait que « le remède a toujours été bien toléré ». Cette tolérance facile chez le tuberculeux est encore remarquée par le docteur Laffite, médecin de l'hôpital Tenon, et de même, la guérison de la toux, de l'insomnie, de la diarrhée. Le docteur Morel-Lavallée, dans son service de Lariboisière, a remarqué que le pantopon est un « sédatif de la toux et un narcotique égal à la morphine et calme sans euphorie, sans accoutumance appréciable ».

A Lyon, le professeur Courmont montre que « les inconvénients bien connus de l'opium chez les tuberculeux, ne se manifestent pas avec le Pantopon ». et le docteur Petitjean, médecin de l'hôpital de Dijon, a noté la cessation de vomissements alimentaires causés par les quintes de toux.

Dans la thérapeutique psychiatrique, chez les agités maniaques, les anxieux, les obsédés, les alcooliques, dans les états mélancoliques et aussi chez les tabétiques aux douleurs fulgurantes, l'usage du remède tend à prendre la première place (Sicard, Rémond, Salin, Voivenel, Azémar, etc.).

Notons également l'utilisation du pantopon, sous forme de comprimés, de sirop ou d'ampoules, dans les cancers utérins (Le Bec, Hallé, Chapon, Leriche, Bouchard), en gynécologie, en obstétrique, dans les coliques hépatiques et néphrétiques (services A. Robin, Landouzy), dans les entérites [Laffite, Sancey, Brintet (2), etc.].

(1) Prof. POUCHET. *Acad. de méd. de Paris*, séance du 18 oct. 1910. — Prof. agr. SICARD et Dr MOREL-LAVALLÉE. *Soc. méd. des hôpit.*, juillet et nov. 1911. — CLARET et GY, POTTIER, SALIN et AZÉMAR. *Soc. méd. psych.*, déc. 1910, etc.

(2) Voir SONCOURT. Th. de Nancy, 1912. — COT et LE CALVEZ. Th. de Montpellier, 1912. — MOURLAN et BIGOU. Th. de Toulouse, 1913, etc. — Prof. RÉMOND. *Soc. méd. psych.*, déc. 1910. — Prof. agr. GAUSSEL. *Soc. sc. méd.*, 15 déc. 1911. — Prof. agr. RÉNON. *Journ. des prat.*, 1912, p. 825. — Prof. VIRES. *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 46, etc.

En chirurgie, l'utilisation du Pantopon est de plus en plus intense : les maîtres des hôpitaux s'accordent à l'appeler le « sédatif chirurgical parfait », car pour la période postopératoire il est de beaucoup supérieur à l'opium, à la morphine et à tous leurs dérivés. Aussi Leriche, de Rouville et Mériel, ainsi que bien d'autres chirurgiens, parmi lesquels on peut citer le professeur Pauchet (d'Amiens) et le professeur Monprofit (d'Angers), ont-ils pris l'habitude de pratiquer une injection de 1 à 3 centimètres cubes de Pantopon une demi-heure avant l'anesthésie par l'éther; ils obtiennent ainsi des résultats surprenants (1).

Notons, avant de finir, les emplois nombreux du Pantopon dans les spécialités, en oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, urologie (car il ne boucle pas les reins), etc.

Terminons, enfin, en faisant remarquer qu'un centigramme de Pantopon agit comme un demi-centigramme de morphine et comme 2 centigrammes et demi d'extrait thébaïque, mais pour être sûrs des résultats à obtenir il convient d'employer les trois formes spécialisées de ce médicament : Pantopon Roche, sirop, comprimés ou ampoules. C'est sous ces formes que le produit a été expérimenté et qu'il est de plus en plus utilisé dans tous les hôpitaux.

LIVRES NOUVEAUX

Entretiens dermatologiques à l'école Laillier (hôpital Saint-Louis) (2), par R. SABOURAUD.

L'auteur résume dans cet ouvrage une série d'articles de dermatologie pratique déjà publiés, et qui condensent en grande partie l'enseignement donné par ce maître au laboratoire de l'école Laillier à Saint-Louis. Ce livre est écrit pour les praticiens, qui sans être spécialistes, ont à traiter les dermatoses journalières. Aussi l'auteur ne veut-il aborder dans son enseignement que les points d'intérêt pratique immédiat. Les matières traitées sont divisées en chapitres, eux-mêmes subdivisés en des paragraphes très courts, ce qui augmente encore la facilité, on peut dire l'agrément de ces articles.

Le premier chapitre est consacré aux affections séborrhéiques principales, le deuxième traite des alopexies et de la pelade, le troisième des épidermites parasitaires. Les pyodermites de toute origine et de toutes formes font l'objet du quatrième chapitre. Le cinquième envisage les différentes questions relatives à l'eczéma et aux prurigos.

Enfin l'auteur consacre d'intéressantes pages aux médicaments dermatologiques usuels et aux procédés de petite chirurgie à la portée de tous les médecins.

La lecture de cet ouvrage si clair, et si simple sera d'une précieuse utilité à tous ceux qui ont à s'occuper de dermatologie.

P. GASTINEL.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICATION PRÉVENTIVE DE L'ASYSTOLIE

A la dose quotidienne d'un dixième de milligramme, la digitaline cristallisée Nativelle peut être prescrite, sans crainte d'accumulation, pendant des mois et même des années (Huchard, Mayor, Henrijean, etc.).

(1) Prof. agr. LERICHE. *Lyon chir.*, 1911, p. 200. — Prof. PONCET et LERICHE. *Soc. de chir.*, 4 juin 1912. — Prof. adj. DE ROUVILLE. *La Gynécologie*, 1912, n° 3. — Prof. adj. MÉRIEL (in TOURNEUX et GINISTY). *Province méd.*, 11 janv. 1913, etc.

(2) 1 vol. de 512 pages avec 42 figures. Paris, O. Doin et fils.

et Morlet, Paris; Mossé (Prosper), Perpignan; Mouchotte, Paris; Nollet, Bougival; Parès, Montpellier; Parturier, Vichy; Perpère, Mont-Dore; Peyroux, député d'Elbeuf; Porge, Saint-Nectaire; Potelet, Prost et Reinburg, Paris; Reynes, Vichy; Richez, Riu, Robert-Simon, Roux (Jean-Charles), Saint-Cène et Saint-Hilaire, Paris; Salignac, Vichy; Salva-Mercadé, Paris; Sanchez de Silvera, Nantes; de Sard, Paris; Serane, Saint-Nectaire; Stepinski, Suarez de Mendoza, Terrien (Félix) et Toledano, Paris; de Torres Mendiola, Luchon; Vève, Paris; Vidal (Edmond), Vichy; Vignaux, Luchon; Mlle Volovatz, Weill-Hallé et Zadok, Paris.

Bureau de l'UMFIA. — MM. les docteurs Dartigues, président; Manrique, E. Delaunay, Bandelac de Pariente, vice-présidents; Gaullieur l'Hardy, secrétaire général; Mazeran, secrétaire adjoint; Kolbé, trésorier; Stepinski, trésorier adjoint; Toledano, archiviste.

Membres correspondants. — *Espagne.* — Drs D. Arturo Cubells (Albacete), D. Esteban Sanchez Santana (Alicante), D. Leon Carrasco (Almeria), D. Domingo Aniel y Quiroga (Avila), D. Angel Butron (Baléares), D. Rafael Rodriguez Mendez, D. Antonio Gonzalez Prats (Barcelone), D. Domingo Pascual (Bilbao), D. Pedro Gomez Carcedo (Burgos), D. Andrés Duran Lopez (Caceres), D. Leonardo Rodrigo Lavin (Cádiz), D. Veremundo Cabrera, de Santa Cruz de Tenerife (Canarias), D. Clará (Castellón), D. José Gomez Alcazar (Ciudad Real), D. Manuel Villegas (Cordoba), D. Narciso Llach (Gerona), D. Julian Muñoz Atiensa (Guadalajara), D. José Pareja Garrido (Granada), D. Enrique Crespo (Huelva), D. Aniceto Bercial (Huesca), D. Gabriel Bonilla (Jaen), D. Juan Llorens (Lérida), D. Leopoldo Perez Ordoyo (Logroño), D. Emilio Dominguez (Lugo), D. Luis Ortega de Morejón, délégué général (Madrid), D. Francisco de Reyna (Malaga), D. Laureano Albaladejo (Murcia), D. Francisco Bécares (Orense), D. Fernando Gonzalez Valdés (Oviedo), D. Fermín Lopez de la Molina (Palencia), D. Manuel Gimeno (Pamplona), D. Celestino Lopez de Castro (Pontevedra), D. Hipolito Rodriguez Pinilla (Salamanca), D. Mariano Morales (Santander), D. Leopoldo Moreno (Segovia), D. Tomas Maiz, Dr Lerembourg (San Sebastian), Dr Vela (Sevilla), D. Joaquin Febrel (Soria), D. José Viejobueno (Tarragona), D. Venancio Ruano (Toledo), D. Ramón Comas Perez (Ujo), D. Manuel Candela (Valencia), D. Roman Garcia Duran (Valladolid), D. Celestino de la Hoz (Zamora), D. Juan E. Iranzo, Dr Lozano, Dr Roncales Moneo (Zaragoza).

Portugal. — Dr Henrique Bastos (Lisboa).

Maroc. — Dr Sokoloff (Tanger).

Amérique. — Drs Juan B. Señorans, de Buenos-Aires, Francisco Cobos (Argentine), Sampaio Vianna, Gudin, Francisco F. Gomes Pinto, de Rio de Janeiro (Brésil), Joaquin Lopez de Pomareda, de Bogotá, Raimundo Rodriguez, de Fakalativa (Colombie), Casseus (Haïti), Luis E. Migone, d'Asunción (Paraguay), Escomel, d'Arequipa (Pérou), Matanzo (Puerto-Rico), Max J. Olano (Salvador), Diego Carbonell, de Caracas, Parra Picón, de los Andes, Hugo Para Perez, Picón Febres, Juan Pablo Franco, de Merida, Pino Pou, de Caracas (Venezuela).

Telle est pour l'instant la composition de l'UMFIA, mais c'est là, j'en ai le fervent désir et l'absolue conviction, une liste provisoire destinée à s'accroître très promptement dans des proportions considérables. En attendant, je remercie de tout cœur la *Gazette des hôpitaux* de m'avoir permis de la publier intégralement pour la première fois.

A. GAULLIEUR L'HARDY,
Secrétaire général de l'UMFIA.

FORMULAIRE

VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE

Adrénaline Clin à 1/1000e...... 10 grammes.

x gouttes, deux fois par jour. (REBAUDI).

(Nouveaux remèdes.)

ANALYSES

MÉDECINE

Pigmentation de la muqueuse buccale en dehors de la maladie d'Addison. (ALEXEIEFF. Th. de Paris, 1913.) — La pigmentation de la muqueuse buccale qui existe à l'état physiologique dans certaines races, Nègres, Hindous, Tziganes, Roumains, peut, en dehors de la maladie d'Addison, à laquelle elle doit toujours faire songer, exister dans certains états pathologiques.

Les saturnins, surtout les chroniques, présentent souvent une traînée gris bleuâtre sur le bord libre des gencives, au niveau du collet des dents (liseré de Burton), qui, dans certains cas, mis en évidence par Grisolle, Gubler, se décalque sur la muqueuse des lèvres et des joues, formant une raie noirâtre qui reproduit exactement les sinuosités du liseré; quelquefois aussi ils présentent, mais plus rarement, des plaques ardoisées diffuses.

Dans le diabète bronzé, la pigmentation buccale existe environ dans un cinquième ou un sixième des cas, d'après Gouget, consistant en petites taches brunes, de la dimension d'une lentille à la face interne des lèvres, des joues et sur les bords de la langue.

Elle peut se présenter chez les tuberculeux, également sous forme de taches brunâtres de mêmes dimensions; mais elle semble alors liée à une insuffisance surrénale légère curable par l'opothérapie. Enfin on l'observe dans certains cas de phtiriase, où elle se présente en même temps que la mélanodermie particulière à cette affection.

L'auteur a négligé de mentionner d'autres cas de pigmentation buccale ; les plaques jaunâtres que l'on rencontre, très rarement il est vrai, dans l'ictère ; les taches brunâtres des anciennes plaques leucoplasiques, indice d'une kératinisation plus avancée avec dépôts pigmentaires; la coloration gris brun foncé, avec l'aspect pileux caractéristique de la « langue noire »; enfin le tatouage gris bleuâtre produit par la pénétration, dans la muqueuse, de parcelles de poudre de charbon à la suite d'excoriations que peuvent faire les brosses à dents; ce tatouage est relativement fréquent chez les personnes faisant usage de poudres dentifrices à base de poudre de charbon. C'est un liseré irrégulier, et les parcelles introduites pouvant cheminer dans le tissu gingival, il peut se former des plaques bleuâtres en divers points de la muqueuse.

Il y a donc lieu de ne pas considérer d'une façon trop absolue la pigmentation buccale comme un signe pathognomonique de la maladie d'Addison, et en particulier de ne lui accorder qu'une valeur relative au point de vue du diagnostic différentiel entre cette affection et le diabète bronzé.

A. HERPIN.

MÉDECINE INFANTILE

Rhumatisme cérébral à forme choréique chez une fillette de quatorze ans. (MÉRIGOT DE TREIGNY et MESLAY. *La Pédiatrie pratique*, nov. 1912.) — Il s'agit d'une fillette qui présenta au mois d'octobre une légère angine, puis quelques douleurs d'allure rhumatismale.

Au bout de huit jours apparut une congestion pulmonaire intense, et trois jours plus tard se montrèrent des mouvements choréiques bientôt suivis de manifestations nerveuses très graves, agitation, délire, hyperthermie, convulsions. La mort survint rapidement malgré le salicylate et la balnéation.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Technique opératoire de la génitoplastie masculine externe. (*Presse méd.*, 12 février 1913.) — MM. BONAMY, chirurgien de l'hôpital Gouïn, et DARTIGUES, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, président de l'Union médicale franco-ibéro-américaine, viennent de décrire un nouveau procédé opératoire qu'ils ont imaginé, et qu'ils ont appliqué dans un cas de lymphangiome total à forme éléphantiasique de l'appareil génital de l'homme. Ce procédé a le grand avantage

d'éviter l'émasculation totale préconisée en pareil cas par de nombreux chirurgiens. L'opération, qui à l'exérèse unit la plastique, comprend la formation de nouvelles bourses et d'un nouveau revêtement pénien. Elle comporte les temps suivants. D'abord la décortication péno-scrotale ou scalp génital externe. Pour cela, on incise au bistouri un vaste quadrilatère encadrant toute la face antérieure des organes génitaux; puis vient la décortication du pénis, une bougie de Hégar formant mandrin, par rabattement de la peau sur les côtés et en dessous; ensuite décortication de la face antérieure du scrotum et dégagement suivi d'exploration des cordons spermatiques et des testicules.

Le second temps consiste dans la néoformation d'un scrotum et d'un orifice raphi-scrotal pour le passage du pénis. Dans ce but on rabat le bord inférieur du scrotum sur le ventre, la verge passant entre lui et le bord pubien de l'incision; à 4 ou 5 centimètres au-dessous, sur le raphé scrotal, on pratique un orifice longitudinal de 5 à 6 centimètres et on saisit par cette fente la verge qu'on attire au dehors et en bas pour sa place définitive.

Le troisième temps est constitué par la néovagination du pénis au moyen d'un lambeau scrotal bilatéral.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

THÉRAPEUTIQUE

La théocine et l'adonis vernalis comme diurétiques et tonicardiaques. (*Bulletin méd.*, 15 février 1913.) — Dans une intéressante étude, M. A. Plicque met en lumière les qualités diurétiques de la *théocine*, remarquable par son intensité d'action, et de l'*adonis vernalis* dont l'action est régulière et continue.

La théocine est peut-être le plus puissant des diurétiques, mais elle demande à être maniée avec une extrême prudence; elle constitue, à la dose de 75 centigrammes pendant deux ou trois jours avec trois semaines d'arrêt, un moyen exceptionnel quand il faut agir vite et fort.

Au contraire, l'adonis vernalis présente, d'après le professeur Lemoine (de Lille), les cinq avantages suivants : tolérance parfaite de l'appareil digestif, tolérance du système nerveux, absence d'accumulation dans l'organisme, effet utile à la période aiguë des péricardites, des myocardites et des endocardites, enfin l'adonis vernalis n'augmente pas la tension artérielle et peut être donné dans l'artériosclérose, dans les néphrites avec hypertension. Son action diurétique, indéniable cependant, provient de ce que la diurèse résulte moins de la tension que de la vitesse du courant sanguin.

On pourra utiliser l'infusion de 4 à 8 grammes de feuilles et tiges sèches dans 250 grammes d'eau, fractionné en six prises dans les vingt-quatre heures; la teinture et l'alcoolature se donnent à la dose de 2 à 5 grammes, en potion, fractionnée également. Les extraits aqueux et alcooliques sont beaucoup plus actifs : 50 centigrammes à 1 gramme par jour en dix pilules. L'adonidine, poudre amorphe, est très active à la dose de 10 à 20 milligrammes par jour.

En somme, excellent diurétique et tonicardiaque, l'adonis vernalis pourra être prolongé longtemps dans son emploi sans le moindre inconvénient.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. de Lapersonne, Morax, Rochon-Duvigneaud, Terrien, Poulard, Carnot et Kirmisson.

— Concours d'aide d'anatomie. — Un concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux vacantes, l'une au 1er novembre 1913, l'autre au 1er juin 1914, sera ouvert le lundi 9 juin 1913, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'Administration centrale (service du personnel) à partir du lundi 28 avril, jusqu'au samedi 17 mai inclusivement, de onze heures à trois heures.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Le conseil de l'université a, dans sa dernière séance, décerné le prix Falcoux et le prix Crouzet aux professeurs agrégés Mouriquand et Leriche.

Le montant de ces prix doit être affecté à une mission d'études à l'institut Rockefeller de New-York et dans les grandes universités américaines.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 28 mars 1913 :

M. le médecin-major de deuxième classe de réserve Schmerber est désigné, sur sa demande, pour les troupes d'occupation du Maroc occidental.

— Par décision ministérielle du même jour :

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Cochois passe au 173e d'infanterie; Janot, au 169e d'infanterie; Lorentz, au 165e d'infanterie; Picqué, à l'hôpital militaire Saint-Martin, Paris; Prat, au 17e d'infanterie; Massol, au 12e bataillon de chasseurs à pied; Bruas, au 168e d'infanterie; Sibille, au 170e d'infanterie; Vermullen, à l'hôpital militaire de Maubeuge; Morisot, au 167e d'infanterie; Jeanty, au 166e d'infanterie; Turcan est nommé surveillant à l'école du service de santé militaire; Maillard passe au 165e d'infanterie; Perdrizet, au 164e d'infanterie; Rayot, au 171e d'infanterie; Lannes-Dehore, au 172e d'infanterie.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Roussel est désigné pour l'Algérie; Delacroix passe au 164e d'infanterie; Garnier, au 127e d'infanterie; Trabaud, au 173e d'infanterie; Theveney est placé hors cadres aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

— Sont nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve, à compter du 1er avril 1913, et par décision ministérielle du même jour sont affectés aux postes ci-après (service) pour y accomplir leur dernier semestre de service actif, les médecins auxiliaires dont les noms suivent qui remplissent les conditions prévues par l'article 25 de la loi du 21 mars 1905.

MM. Piganeau, au 15e dragons; Boulagnon, au 2e bataillon de chasseurs à pied; Jamyot de la Haye, au 47e d'infanterie; Picheire, au 141e d'infanterie; Baroncelli, au 17e d'infanterie; Gottis, à la 20e section d'infirmiers (Algérie); Correges, au 1er dragons; Gentilhe, au 1er chasseurs à cheval; Fresnel, à la 19e section d'infirmiers (Algérie); Turc, au 46e d'artillerie; Greze, à la 20e section d'infirmiers (Algérie); Schwab, au 11e chasseurs à cheval; Noguiès, au 2e chasseurs à cheval; Divet, au 115e d'infanterie; Ayme, au 29e dragons; Duret, au 168e d'infanterie; Attal, au 4e zouaves (Algérie); Raynaud, au 133e d'infanterie; Lasfargues, au 171e d'infanterie; Reynaud, au 12e hussards; Gardey, au 164e d'infanterie; Legillou, au 73e d'infanterie; Duffieux, au 165e d'infanterie; Gayraud, au 166e d'infanterie; Courouble, au 167e d'infanterie; Perrier, au 169e d'infanterie; Labat, au 172e d'infanterie; Meyer, au 170e d'infanterie.

MINISTÈRE DES COLONIES. — Les candidats dont les noms suivent ont été admis à prendre part à l'examen pour l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance en Indochine qui aura lieu le 8 avril 1913 :

MM. Estève, Laplanche, Le Nestour, Le Quang-Trinh et Thouvenin.

LES VEUVES ET ORPHELINS DES MÉDECINS MILITAIRES VICTIMES DU DEVOIR PROFESSIONNEL. — Parmi les nombreuses causes de la crise que traverse depuis plusieurs années le service de santé militaire, il en est une à la fois matérielle, morale et professionnelle qui devait être plus particulièrement signalée. C'est l'insuffisance des pensions d

retraite et surtout des pensions de veuves lorsque leurs maris meurent victimes du devoir professionnel.

Il y a là une injustice dont les conséquences sont souvent navrantes. Pour la réparer MM. le docteur Peyroux, A. Leblond et Joseph Denais, députés, viennent de déposer un projet de loi dont voici la teneur :

« *Article unique.* — Les veuves et orphelins des médecins militaires succombant par suite d'une maladie épidémique ou contagieuse contractée dans leur service d'hôpital ou d'ambulance se verront accorder les mêmes pensions et secours que si la mort avait été causée par des événements de guerre. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale de Paris a compté, pendant la douzième semaine, 1025 décès, au lieu de 1045 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1030, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Thore Fries, le célèbre botaniste de l'université d'Upsal.

HOPITAL BEAUJON. (Service du professeur ROBIN.) — M. Calot (de Berck) fera le jeudi 10 avril, à dix heures du matin, une conférence sur le sujet suivant : « Le devoir des médecins en présence des tuberculoses externes. Comment les praticiens pourraient éviter les 9/10 des morts et des infirmités causées par la tuberculose externe. » Avec projections et présentation de malades.

HOPITAL NECKER. — Le docteur L. Rénon, professeur agrégé, commencera le vendredi 18 avril, à dix heures et demie du matin, amphithéâtre Laënnec, une série de quatre conférences pratiques consécutives sur le « pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ».

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant.

Vendredi 18 avril : Place du pneumothorax artificiel dans la phtisiothérapie. Valeur théorique et valeur pratique. Résultats. Indications et contre-indications.

Samedi 19 avril : Technique opératoire du pneumothorax artificiel avec l'appareil de Küss.

Dimanche 20 avril : Réalisation pratique du pneumothorax artificiel (première insufflation et insufflations suivantes), salles Henri Huchard et Trousseau, à neuf heures et demie du matin.

Lundi 21 avril : Conduite de la cure. Contrôle radioscopique et radiographique. Accidents. Complications.

CLINIQUE CHIRURGICALE. (Hôpital Laënnec. Professeur : M. Henri HARTMANN). — M. le professeur Hartmann commencera son cours de clinique chirurgicale le jeudi 3 avril 1913, à l'hôpital Laënnec (amphithéâtre), à dix heures et demie.

Programme de l'enseignement. — Lundi, neuf heures et demie : opérations par le professeur.

Mardi, dix heures et demie : examens cliniques à l'amphithéâtre par le professeur.

Mercredi, neuf heures et demie : opérations par le professeur (pavillon Récamier). Les portes du pavillon seront fermées à neuf heures et demie.

Jeudi, dix heures : leçon clinique à l'amphithéâtre par le professeur.

Vendredi, neuf heures et demie : opérations par le professeur.

Samedi, neuf heures et demie : visite dans les salles par le professeur.

Enseignement complémentaire. — Le mercredi à onze heures, conférence par M. Sauvé, chef de clinique, ancien prosecteur. Le lundi et le vendredi, à onze heures, conférences sur les notions élémentaires indispensables à tout médecin sur l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la radiologie, la gynécologie, l'urologie, l'examen méthodique des maladies ostéo-articulaires, par MM. Rochon-Duvignaud, ancien chef de clinique de la Faculté, ophtalmologiste des hôpitaux; Okinczyc, agrégé; Cruet, aide d'anatomie; Roux-Berger, prosecteur. Une affiche, posée dans le service, indiquera chaque samedi les conférences de la semaine suivante.

Le jeudi à onze heures, après la leçon clinique, exercices de laboratoire et présentation de pièces par M. le docteur Renaud, chef de laboratoire.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — *Chirurgie infantile.* — Docteur SAVARIAUD (hôpital Trousseau). — Tous les jours, à neuf heures et demie, consultation.

Le jeudi, à dix heures, consultation d'orthopédie, visite des salles.

Les lundis, mardis, mercredis, vendredis, à dix heures et demie, opérations.

Samedi, à onze heures, à partir du samedi 21 octobre, leçon clinique.

Chirurgie des voies urinaires. — Docteur BAZY (hôpital Beaujon). — Mercredi et samedi, à neuf heures et demie, examen des nouveaux par les élèves du service et conférences cliniques.

Lundi, jeudi, samedi, consultation des voies urinaires.

Mardi, vendredi, opérations gynécologiques et urinaires.

Docteur MICHON (Hôpital Cochin-annexe). — Maladies des organes génitaux et des voies urinaires.

Mercredi, à dix heures, examen des malades.

Samedi, à dix heures, opérations.

CORRESPONDANCE

POUR UN CONFRÈRE AMPUTÉ

Le *Bulletin médical* publie la lettre suivante que lui a adressée, au nom du Syndicat médical de Lot-et-Garonne, notre confrère le docteur Louis de Gaulejac (d'Agen). Nous nous faisons un devoir de la reproduire.

« Agen, le 22 mars 1913.

Mon cher confrère,

Comme suite à notre conversation de l'autre jour, j'ai l'honneur de vous exposer les faits suivants.

Le docteur Molinéry (de Fumel), après avoir ouvert un panaris à l'un de ses clients, se blessa, en montant en automobile, avec le bistouri qui venait de lui servir. L'articulation du genou fut ouverte, et quelques millimètres de la lame de l'instrument se brisèrent dans la plaie.

En quelques jours, malgré les soins les plus attentifs et les plus dévoués, l'infection fit des progrès tellement rapides que l'un des anciens maîtres de notre confrère, le professeur Jeannel, fut obligé, très douloureusement ému, d'amputer la cuisse malade.

Aujourd'hui la guérison est assurée, et dans quelques jours notre confrère sera complètement rétabli; mais — et c'est la plus terrible conséquence de cet accident professionnel — il ne peut reprendre le poste qu'il occupait dans une petite ville située sur les confins de l'Agenais.

A Fumel, le docteur Molinéry, jeune, actif, intelligent, aimé de ses malades, avait su se créer une fort belle situation, mais cette situation ne peut être conservée sans une très grande activité.

Aussi, le bureau de notre Syndicat a-t-il pensé que nous devions venir en aide à notre malheureux ami en nous adressant par la voie de la presse médicale française à tous nos confrères.

Le docteur Molinéry va s'installer à Barèges, la célèbre station pyrénéenne si efficace dans le traitement des articulations malades. (Les deux médecins qui étaient établis depuis fort longtemps à Barèges viennent de mourir.)

Nous avons pensé que tous les médecins français viendront au secours de notre malheureux confrère en lui adressant ceux de leurs clients qui ont besoin d'un traitement aux eaux de Barèges.

Que demandons-nous ? un peu de bonne volonté, un acte de bonne confraternité bien facile à accomplir. Aidons le docteur Molinéry à se créer une situation convenable, et nous aurons la joie de réparer une cruelle injustice du sort.

Le docteur Molinéry, ancien interne des hôpitaux, mérite du reste — et le Syndicat médical de Lot-et-Garonne tout entier s'en porte garant — la confiance des médecins et des malades.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels et tous mes remerciements pour ce que vous voudrez bien faire pour notre confrère.

Dr LOUIS DE GAULÉJAC. »

LES DÉFENSES PHYSIOLOGIQUES

CONTRE LA DÉNATIONALISATION

Par M. J. LAUMONIER.

On se préoccupe actuellement beaucoup, en France, des pénétrations étrangères, conséquence de la dépression démographique produite par le ralentissement progressif de la natalité ; mais tandis que la plupart des auteurs s'inquiètent de ces pénétrations en raison de leurs répercussions économiques, d'autres y pensent trouver un moyen de pallier, dans une certaine mesure, à notre dépopulation. Toutefois, à cette dernière manière de voir, quelques personnes opposent l'argument de la dénationalisation, craignent, en d'autres termes, que, par suite des unions contractées entre indigènes et immigrants, notre population ne perde peu à peu ses caractéristiques propres et son individualité, dont l'atténuation, naturellement plus marquée dans certaines provinces, pourrait un jour justifier les revendications des nationalismes étrangers. C'est cet argument, de la dénationalisation par métissage, que je me propose d'examiner ici, étant donné l'intérêt particulier que la mise en valeur de certains faits peut présenter pour le médecin.

*
* *

Je n'ai pas besoin de rappeler que le nombre des étrangers en France est très élevé ; on en compte actuellement 1 200 000 environ ; encore ce chiffre, dans lequel ne figurent que les *résidants*, est-il au-dessous de la réalité, car bon nombre de domestiques et d'employés, surtout femmes, omettent de faire leur déclaration (1). Je laisse de côté, bien entendu, les hôtes de passage dont le rôle presque exclusivement économique ne nous intéresse pas.

Parmi les étrangers résidants, il faut distinguer ceux qui restent célibataires et qui, le plus souvent, s'en retournent dans leur pays d'origine, en emportant le pécule qu'ils ont amassé au détriment de nos nationaux, de ceux qui contractent mariage avec des indigènes et demeurent ensuite en France avec leur famille. Ce sont de ces derniers seulement dont nous avons à apprécier le rôle, car si les premiers laissent assez fréquemment une descendance illégitime, il est très difficile de la suivre et d'en déterminer l'évolution. Bornons-nous donc à résoudre cette question : comment se comportent les descendants des unions mixtes ?

La reproduction de l'homme étant trop lente pour se prêter à une longne observation et presque impossible d'ailleurs à contrôler rigoureusement, les documents relatifs à l'hérédité humaine sont assez rares. En dehors de la généalogie de la famille Mempel, étudiée par rapport à l'hérédité hémophilique, de Max Fukes et de Jonathan Edwards, des essais incomplets de Jacoby et de V. Gallippe, portant sur d'anciennes familles régnantes, de quelques phylums récemment établis par D. F. Weeks, pour l'épilepsie, par F. W. Mott, pour la folie, etc., les renseignements relatifs à l'hérédité des caractères et notamment des ressemblances sont peu nombreux et ne s'étendent pas sur une série assez longue de générations pour être vraiment probants. M'inspirant de la méthode de F. Galton, j'ai tenté, il n'y a pas loin de vingt ans, de combler une petite partie de cette lacune, en étudiant méthodiquement les résultats des métissages entre Français d'une part, Allemands, Arabes et Indochinois d'autre part et entre Anglais et Hindous. Ces recherches (1) m'ont donné beaucoup de mal et cependant c'est à peine, si j'ai pu recueillir une centaine d'observations dont trois seulement englobent quatre générations. Néanmoins, devant la constance remarquable des résultats obtenus, je considère comme démontré que les races humaines obéissent, dans leurs croisements, à la *loi du retour au type* ou réversion. On sait, en effet, que, quand on croise deux individus d'espèces différentes fertiles entre eux, les produits ont tendance, au bout d'un nombre de générations parfois minime, à revenir à l'un des types qui leur ont donné naissance. C'est pourquoi les éleveurs, voulant maintenir par exemple une race nouvelle avec les caractères avantageux qu'elle peut présenter, sont obligés d'exercer une sélection rigoureuse et de renouveler le métissage primitif. A cet égard, les races humaines se comportent exactement comme des espèces, et leurs métis reviennent rapidement à l'un des types qui ont concouru à leur formation. Ce phénomène, qu'il est de plus en plus aisé de constater grâce à la photographie, et avec un peu de patience, a cependant passé presque inaperçu, si bien que les anthropologistes, et de Quatrefages à leur tête, ont soutenu qu'il n'y avait plus guère aujourd'hui, à la surface du globe, que des races métisses, parce qu'ils ne se sont jamais préoccupés de savoir ce que deviennent les innombrables métis dont on constate effectivement l'existence.

Mais, fait bien plus important et inattendu, le retour au type, dans les familles humaines, obéit, d'après ce que j'ai pu observer, à une curieuse loi de dominance. Voilà, par exemple, un Français qui épouse une Annamite (ou *vice versa*) ; s'il est en Annam et y demeure, ses enfants lui ressembleront beaucoup moins qu'à sa femme ; ce serait le contraire s'il se mariait en France et continuait d'y habiter. On constate les mêmes résultats s'il s'agit de l'union d'un Français avec une Allemande ou une Arabe, ou d'un Anglais avec une Hindoue. On peut donc dire, par conséquent, que les produits d'unions mixtes ressemblent plus au parent, quel que soit son sexe, dans le pays d'origine (aire de convenance *optima*) duquel ils naissent et se développent, qu'à l'autre. Il résulte de là, et c'est une conclusion que les recherches en cours vérifieront, que les unions d'étrangers immigrés et de Français donnent, en France, des enfants

(1) Cf. J. Laumonier. Les Etrangers en France (*Correspondant*, 10 nov. 1887). Les chiffres que contient cet article ont été utilisés au moment de la discussion, devant la Chambre des députés, des projets de taxation.

(1) Cf. pour les statistiques : Les procédés de défense des races humaines : homogénésie et dégénérescence des métis (*Rev. nation.*, 1896-1897).

présentant en majorité des caractères *français*.

Que signifie cette expression *majorité des caractères?* On établit d'ordinaire la ressemblance par la méthode des photographies composites de Galton. Cette méthode s'applique principalement aux traits du visage, mais je l'ai étendue au corps entier et j'ai pu ainsi constater récemment que le type morphologique, tel qu'il a été défini par Sigaud et Vincent, Chailloux et Mac-Auliffe, suit également les règles de la dominance. On calcule la ressemblance par comparaison avec le type (père, grand-père, etc.) dont on veut étudier la descendance; cette ressemblance est maxima quand toutes les lignes homologues coïncident : c'est celle de deux jumeaux de même sexe; elle diminue à mesure que les lignes homologues cessent de coïncider et s'écartent davantage. Or, les mariages entre Français et étrangers donnent, en France, à la première génération, 60 p. 100 environ de lignes coïncidantes, ce que l'on peut exprimer d'une autre manière en disant que, sur trois enfants, deux ont la ressemblance du parent français, un seul celle du parent étranger. A la seconde génération, la coïncidence ou *degré homogénétique* (1) oscille autour de 70 p. 100, et à la troisième, il peut atteindre 80 p. 100; le retour au type du parent français est donc sensiblement accompli, au moins en ce qui regarde les caractères somatiques et expressifs. Nous devons par suite considérer la réversion comme un procédé de défense des races humaines, maintenant énergiquement leur fixité, et grâce auquel les grands types ethniques ont pu se perpétuer, à travers les vicissitudes de l'histoire, jusqu'à nos jours. Et, en effet, l'Egyptien des bas-reliefs de Thèbes et de Philœ se retrouve aujourd'hui dans le fellah du Nil, le Gaulois du musée de Saint-Germain ressemble étrangement à un cultivateur beauceron et les bustes romains des galeries vaticanes ont encore leurs modèles parmi les paysans du Transtévère. Comment ces survivances seraient-elles possibles si la race ne savait pas se défendre efficacement contre les immigrations et métissages étrangers?

De ce qui précède, nous pouvons conclure que, pratiquement, les mariages de Français avec des étrangers résidant en France ne peuvent être un facteur réel de dénationalisation, puisque leurs enfants font finalement retour à la source indigène. Pour ces enfants, la naturalisation devrait même être obligatoire ; en revanche, elle ne pourrait être accordée au père étranger qu'à partir du moment où un de ses garçons a accompli son service militaire. Mais il faudrait modifier l'article 8 de la loi du 25 janvier 1889, qui, accordant beaucoup trop de facilités aux étrangers, surtout aux célibataires, leur permet de bénéficier de tous les avantages reconnus aux citoyens français tout en échappant aux plus lourdes des charges personnelles qui leur incombent.

* * *

A côté de la réversion et la complétant, il existe un autre procédé de défense des races : la dégénérescence des métis. En France, Boudin, Davot, Sistach et surtout G. Lagneau ont attiré l'attention sur ce phénomène et montré que les départements métissés sont ceux où les infirmités héréditaires, l'idiotie, la folie, la criminalité, la mortinatalité, sont de beaucoup les plus fortes (1). Les mêmes constatations ont été faites, notamment par Corre et par Wise, en ce qui concerne les populations métisses des colonies tant françaises qu'étrangères. Il n'en saurait d'ailleurs être autrement. Dans tout métissage, un des parents au moins est transplanté. Or, le changement de milieu entraîne une tendance à la variation, qui ne peut en l'occurrence que diminuer la résistance vitale (2), puisque l'individu a passé d'un milieu (le milieu originel), auquel il était parfaitement adapté, à un autre, dont les conditions lui sont nécessairement moins favorables. De ceci nous avons une preuve dans la fréquence de la tuberculose chez les immigrés. A Paris, en 1884, sur 10.974 décès par tuberculose, 7.629 sont afférents aux immigrés: de même, à Reims, où les immigrés, bien moins nombreux qu'à Paris, donnent, d'après A. Bocquet, 66 p. 100 des décès tuberculeux. L'individu transplanté perd donc ou, du moins, voit s'amoindrir quelques-unes de ses qualités, et c'est pourquoi aussi son pouvoir d'imprégnation héréditaire, son *homogénésie*, faiblit.

Par suite, ceux de ses enfants qui gardent sa ressemblance présentent plus d'aptitudes pour les maladies, les infirmités, les tares morales; plus souvent que les autres, ils deviennent impropres à leur tâche sociale, sont inféconds ou meurent avant l'âge de la reproduction. Il ne peut y avoir de doute en ce qui regarde la criminalité, puisque plus est forte, dans un département, la proportion des étrangers, plus est élevée celle des délinquants et des criminels; en ce qui regarde les naissances illégitimes et par suite la mortalité infantile précoce, des observations analogues peuvent être faites (3). De telle sorte que, en général, le croisement avec ressemblance du parent transplanté constitue une prédisposition aux diverses formes de la dégénérescence physique et mentale. Les métis « étrangers » sont ainsi peu à peu éliminés, mais non, à la vérité, sans avoir coûté fort cher au pays qui les héberge.

* * *

En résumé, la race dispose de procédés de défense assez efficaces pour se protéger contre le danger de la dénationalisation par les pénétrations étrangères, même abondantes. Ces dernières ne peuvent devenir redoutables que quand la dépression démographique est très forte dans le pays envahi, ou bien qu'il néglige de les canaliser, car si les mariages mixtes « résidants » sont utiles et fournissent un

(1) De ὅμος, le même. Broca désignait sous le nom d'*homogénésie* l'affinité sexuelle entre races différentes.

(1) Cf. Boudin. *Traité de géographie et de statistiques médicales*, t. II. — Devot. Th. de Paris, 1855. — Sistach. *Gaz. méd. de Paris*, 1863. — G. Lagneau. *Répartition géographique de certaines infirmités en France*, 1871.

(2) Lors de la polémique, ouverte à ce propos dans *Paris*, le *Journal*, la *Justice* et la *Dépêche de Toulouse*, en 1896, M. Clemenceau m'objectait que toute variation adaptative est progressive; quoique médecin, il oubliait la régression parasitaire. Cf. Demoor, Massard et Vandervelde. *L'Evolution régressive*, Paris, 1897.

(3) Cf. Les Etrangers en France, loc. cit.

appoint occasionnel à la population indigène, les étrangers « à retour extérieur » sont des plus indésirables ; non seulement ils concurrencient les nationaux, abaissent les salaires, exportent notre argent, mais encore ils nous imposent la charge très lourde de punir les nombreux délinquants et criminels qu'ils comptent parmi eux et d'entretenir et de soigner leur descendance illégitime trop souvent tarée. C'est donc contre la pénétration de ces étrangers parasites qu'il faut multiplier les obstacles, obligation de la déclaration, taxes élevées, cartes de légitimation, etc., que le gouvernement ne sait pas exiger, si nous ne voulons pas gaspiller en pure perte d'importantes ressources judiciaires et hospitalières qu'il serait infiniment plus juste de consacrer à l'amélioration du sort des Français sains et vigoureux.

LA PSYCHIATRIE

Par M. R. BENON,
Médecin de l'Hospice Général, Quartiers d'hospice, à Nantes.

La psychiatrie sortira des asiles ou elle ne sera pas. Son évolution est sous la dépendance étroite de ce fait unique qui certainement se réalisera, car il est possible et il s'impose (1).

Il est possible. En effet la psychiatrie n'est pas l'aliénation mentale. Celle-ci relève du domaine de la médecine légale et elle n'est même pas toute la médecine légale psychiatrique ; partant elle n'est pas à définir cliniquement ; elle doit l'être pratiquement, socialement. Sans doute on a pu soutenir qu'il existe un trouble prépondérant du jugement à la base de l'aliénation mentale, puisque les sujets atteints ne se rendent pas compte de leur maladie. Mais d'abord cela n'est pas toujours exact et d'autre part qu'importe ce trouble, s'il ne s'accompagne pas de réaction dangereuse. *En fait l'aliénation mentale ne doit pas être considérée comme une maladie; c'est simplement la qualité d'un individu devenu un danger pour les autres ou pour lui-même en raison de ses troubles intellectuels et émotionnels.* L'hôpital spécial plus ou moins fermé et pour un temps plus ou moins long, devient une nécessité ; il réalise à la fois l'assistance rationnelle du sujet et la protection légitime de la société. L'état d'aliénation mentale entraîne une mesure propre, hospitalière et sociale ; cela est tout différent de la psychiatrie. Le mot « folie », bien défini par le public qui devrait seul en faire usage, est pour nous synonyme d'aliénation mentale.

Qu'est-ce donc que la psychiatrie ? La psychiatrie, c'est, dans la pathologie de l'encéphale, l'*étude clinique spéciale des sensations, des représentations, des idées, des émotions, des passions et des actes morbides*; c'est l'étude de toutes les manifestations psychopathologiques ; c'est la pathologie mentale et plus encore la pathologie émotionnelle. Sans doute ces phénomènes-là ne sont que des phénomènes subjectifs, presque toujours dynamiques, constatés par l'intermédiaire du langage, mais ces phénomènes subjectifs morbides « du cœur et de l'esprit » ont une valeur réelle, positive, absolue, par leur forme propre, par leur enchaînement rigoureux, par leur évolution certaine. Les signes somatiques qui accompagnent ces troubles essentiels, rentrent dans la médecine générale et n'offrent aucun caractère particulier, ce qui ne veut point dire qu'ils sont négligeables. Non, mais si la psychiatrie est une science d'observation spéciale, c'est en raison des faits cliniques psychiques, c'est parce qu'elle est la psychopathologie. La *méthode d'observation*, la méthode d'examen n'est plus ici celle de la médecine habituelle. Le psychiatre enregistre des sensations, note des représentations ou idées, observe des émotions, des passions, remarque des actes ; il analyse la succession des états psychiques ; il compare avec l'état normal ; il voit souvent moins de différences qu'on suppose entre l'état normal et l'état pathologique.

Le champ de la psychiatrie est immense. En dehors des maladies mentales et émotionnelles plus ou moins nettement définies, il n'est pour ainsi dire pas d'état dit « névrosique » qui ne soit réellement du ressort de la psychiatrie. Les neurologistes en ont le sentiment confus ; en tout cas pratiquement, à ce jour, ils n'ont qu'à s'en louer et ce n'est pas un mal. Mais certes la neurasthénie, l'hypocondrie, la mélancolie minor, les obsessions, le syndrome asthénique, l'hystérie (les crises hystériques), l'épilepsie, la maladie des tics, l'aphasie, etc., sont des types d'affections appartenant à la psychiatrie. Que valent en effet les signes physiques dans ces états morbides ? Comment arrive-t-on au diagnostic, sinon par les sensations, représentations, émotions, exprimées par ces malades ? Les phénomènes somatiques, quand il y en a, sont ici toujours accessoires, souvent même ils apparaissent bien après les altérations mentales et émotionnelles. En fait, ils ne sont d'aucun secours dans la discussion et la précision du diagnostic. D'autre part, combien de maladies des organes périphériques, surtout de maladies chroniques, s'accompagnent de petits troubles du caractère, importants à connaître pour l'organisation de la vie familiale du sujet : le médecin qui les ignore ou qui les néglige, est un médiocre praticien. La douleur elle-même encore, quelle qu'en soit la cause générale, la douleur, source de la médecine, apparaît manifestement par ses sensations et par ses réactions sthéniques et émotionnelles, comme particulièrement psychiatrique.

La psychiatrie, pathologie des sensations, des idées et surtout pathologie des émotions et des passions, peut prendre son droit essor vers la cité vivante. Son domaine est plus vaste au dehors qu'au dedans des asiles puisqu'il est possible d'écrire : *toute maladie qui ne s'accompagne pas de signe somatique est d'ordre psychiatrique.*

Non seulement la psychiatrie peut secouer le joug ancien et serré des aliénistes, mais *elle le doit.* Cloî-

(1) Ce travail formera une partie de la préface d'un livre de l'auteur, *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques*, qui paraîtra prochainement chez Steinheil, éditeur.

trée dans les asiles, gardée par les aliénistes, elle ne vivra que d'une vie anémique et presque végétative, en partie parce que « fonctionnarisée ». Dehors, au grand air, au grand jour, développée, précisée, elle ne sera pas seulement une psychiatrie d'amateurs, éprise tout à coup comme il y a quelque temps de choses plus ou moins exotiques; elle pénétrera de son influence précieuse, grâce à sa valeur clinique, les milieux scientifiques, juridiques, sociologiques, philosophiques, littéraires, etc. Elle conquerra une place considérable parce qu'on a besoin d'elle, parce qu'elle permet de connaître un peu plus les secrets de l'esprit humain tant à l'état normal qu'à l'état morbide. Dans de nombreuses questions d'actualité, notamment dans les problèmes angoissants de criminologie infantile ou juvénile, elle ne tarderait pas, si elle était forte, vigoureuse, entreprenante, à jouer un rôle au premier rang, rôle élevé de témoignage, de consultation, sinon de démonstration. Qu'elle abandonne sans regret aux magistrats les séquestrations et les préjugés qui leur font un triste cortège, qu'elle limite son activité à l'observation clinique positive qui la spécialise seule, et l'avenir est certain, quoique l'horizon reste éloigné.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 MARS 1913)

Au sujet des toxoplasmes du lapin et du gondi. — MM. A. Laveran et M. Marullaz.

Cinématographie des cordes vocales et de leurs annexes laryngiennes. — Mlle L. Chevroton et M. F. Vlès.

Sur la formation de la graisse aux dépens des matières albuminoïdes dans l'organisme animal. — M. G. Lafon.

Conditions de respirabilité des particules virulentes obtenues par la pulvérisation liquide. — M. P. Chaussé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er AVRIL 1913)

Des enseignements médicaux de la guerre des Balkans (campagne de Thrace). — M. Delorme, dans un exposé lumineux, précis, richement documenté, fait l'histoire de cette campagne. Il raconte les victoires successives remportées par les Bulgares sur les Turcs dans la première semaine d'octobre 1912, à Mustapha-Pacha, à Kir-Kilissé, à Burgas. La marche a été foudroyante et héroïque. M. Delorme ne manque pas de faire observer que l'étude des enseignements de la guerre des Balkans est pleine d'intérêt au point de vue chirurgical, puisque les blessures observées sur les Bulgares sont identiques à celles qu'en cas de conflit européen nos chirurgiens auraient à soigner : les projectiles employés par l'armée turque étant ceux en usage dans l'armée allemande.

M. Delorme s'attache à tirer de cette campagne les enseiments qu'elle comporte sur le rôle des évacuations des blessés et leur influence générale sur la marche des blessures. La formule adoptée jusqu'ici, c'est-à-dire l'évacuation intensive à grande distance des blessés, a été, dans cette campagne, préjudiciable aux Bulgares comme aux Turcs.

Après cette marche victorieuse des dix premiers jours de la campagne, il fallut compter avec la dysenterie et le choléra, aussi bien qu'avec un nombre énorme de blessés. M. Delorme raconte ici les difficultés, les lenteurs de l'évacuation, plus de 300 kilomètres séparant les troupes bulgares des premières organisations hospitalières. Il fallut aussi compter avec les pluies torrentielles et continues. On voit ce que fut l'évacuation dans ces conditions, et c'est ainsi que de grands blessés ne trouvèrent les secours dont ils avaient besoin que quinze ou vingt jours après le combat.

Les Turcs, plus favorisés, se trouvèrent cependant en proie aux mêmes difficultés, la voie unique du chemin de fer qu'ils possédaient étant encombrée par le ravitaillement en vivres et en munitions.

Le résultat de ces dispositions est que des blessés graves arrivent à l'hôpital infectés, avec des accidents de suppuration, lymphangites, gangrène, etc., qui auraient pu être évités s'ils avaient été secourus à temps.

Lorsqu'on n'examine pas seulement les résultats obtenus dans certains hôpitaux éloignés, où on rencontre surtout des cas légers et de guérison facile, mais qu'on suit les blessés du champ de bataille sur la ligne d'étapes jusqu'aux territoires nationaux, on constate que le tableau optimiste qu'on nous a dépeint est loin d'être exact. La formule « Pansement immédiat et évacuation intensive à distance », en usage dans les armées, n'est pas de réalisation toujours aussi pratique et aussi avantageuse pour les blessés qu'on l'admet communément. La guerre de Thrace le démontre bien.

Avec l'autorité qu'il possède, M. Delorme tire déjà de l'expérience de cette campagne les déductions suivantes qui lui sont personnelles :

1° Quand, comme dans l'armée turque, le service de santé sur le champ de bataille éprouve de trop grandes difficultés pour assurer le traitement primitif des blessures, il est indispensable qu'au point de concentration des blessés, au nœud des routes ou sur la voie ferrée, à distances et à temps voulus, il établisse des échelons d'arrêt dans lesquels le service des postes de secours et des ambulances sera repris.

2° Quand la lenteur de l'évacuation sur route qui précède celle sur voie ferrée, quand le long temps et les difficultés de cette dernière, surtout en cas de recul, forcent à prolonger l'évacuation pendant la période d'infection suppurative des plaies, il est très dangereux de continuer cette évacuation sans assurer aux blessés infectés les soins que réclame leur état, soins qui peuvent s'étendre jusqu'au renouvellement de la plupart des pansements. Ces renouvellements ne pouvant être exécutés dans les wagons, c'est dans les gares ou à proximité des gares, dans des centres de pansement abondamment pourvus de personnel et de matériel de pansement qu'il doit s'exécuter. Le nombre de ces centres sera en rapport avec la lenteur des trajets. Il y a lieu, dans ces cas, de discuter l'opportunité d'évacuations à courte distance, partielles ou totales sur des centres urbains, d'évacuations par échelons successifs, d'évacuations à distance avec arrêt aux centres de pansement ce qu'on n'a pas fait jusqu'ici. Si le transport marche mal, la plaie évolue toujours, des accidents sont à craindre que des soins appropriés apportés à temps peuvent juguler. La chirurgie des plaies compliquées doit avoir les mêmes exigences dans la pratique de la chirurgie de guerre que dans un service d'hôpital, dans la chirurgie journalière.

3° Quand, comme dans l'armée bulgare, la ligne d'évacuation sur route est d'étendue considérable et que les circonstances rendent le transport très lent et difficultueux, il y a lieu d'installer sur la ligne d'étapes, à chaque deux ou trois étapes, tout au moins, des centres de pansement, où les pansements si nécessaires pendant la période intermédiaire suppurative (troisième au neuvième jour) seront non seulement surveillés mais repris, renouvelés, sinon des centres, à la fois, d'hospitalisation et de pansement. Le repos des malades et des blessés n'entre pas assez dans les préoccupations de ceux qui règlent les évacuations.

4° La conception qui, en vue du « déblaiement » d'un champ de bataille, transforme les postes de secours et les ambulances en « ateliers d'emballage et d'expédition » et qui considère l'évacuation massive à grande distance, du plus grand grand nombre des blessés, comme la suite de cette première œuvre, est une conception d'un mécanisme administratif et non chirurgicale, dans laquelle n'entre ni assez de cœur ni assez de pitié. Elle ne tient pas compte des difficultés de la tâche à remplir ou de ses aléas.

M. le médecin inspecteur général Delorme s'est jusqu'ici toujours élevé contre cette conception cruelle. L'expérience de la guerre bulgare confirme la justesse de ses idées.

5° A entendre répéter sans cesse que, sous un premier pansement aseptique, la guérison des blessures de guerre est facile, sûre et constante, on a fini par faire croire que le transport d'un blessé n'était guère autre que celui d'un homme valide et à faire oublier les soins qu'il réclame pendant ce transport. Des chirurgiens ont ainsi contribué à faire méconnaître là, l'intelligence, la délicatesse et la portée de notre rôle à tel point que des personnalités étrangères aux choses médicales ont cru pouvoir se charger entièrement des évacuations, les diriger pour le malheur des blessés.

6° Le service des évacuations des blessés sur route n'aura sa souplesse et n'offrira toutes garanties, d'une façon générale, qu'autant que le service de santé disposera de ses moyens de transport à lui et que le sort des blessés ne sera pas lié à la marche rétrograde de voitures administratives dont le retour rapide aux centres de ravitaillement de l'avant est une condition recherchée.

7° L'évacuation en malades et blessés de plus de la moitié de l'effectif des armées combattantes est une charge écrasante. Elle l'a été pour l'armée victorieuse bulgare forte de 250 000 hommes. Elle le serait bien davantage s'il s'agissait d'armées de plus d'un million d'hommes.

Dans de prochaines communications, M. Delorme étudiera les blessures observées dans cette campagne.

L'angine de poitrine tabagique. — M. FIESSINGER. C'est une opinion accréditée que d'imputer à l'action du tabac des accidents graves d'angine de poitrine. Rien n'est moins certain.

Certaines névralgies angineuses sont produites par le tabac. Elles demeurent bénignes et guérissent avec la suppression de l'agent toxique.

Quand la mort s'ensuit, un autre élément est en cause et c'est la syphilis.

L'auteur cite l'histoire de trois malades atteints de troubles angineux graves attribués au tabac. En réalité la réaction de Wassermann a montré qu'il s'agissait de syphilis méconnues. Le traitement mercuriel, chez ces sujets, qui avaient, sans succès, épuisé toutes les médications, a amené une amélioration immédiate.

Il ne convient pas de porter le diagnostic d'angine de poitrine tabagique grave, d'angine scléro-tabagique, comme l'appelait Huchard, sans avoir écarté soigneusement l'idée de syphilis.

La voie paralatéronasale dans le traitement de la variété nasale des fibromes naso-pharyngiens. — M. SIEUR, dans la variété franchement nasale des fibromes naso-pharyngiens, quand les sinus sont envahis par la tumeur ou sont le siège d'une suppuration chronique, estime que la voie paralatéronasale donne les plus grandes facilités pour exécuter une opération complète sans défigurer le malade.

En prolongeant dans le sourcil la partie supérieure de l'incision, on explore facilement le sinus frontal, les cellules ethmoïdales et le sphénoïde.

En contournant l'aile du nez et au besoin en fendant sur la ligne médiane la lèvre supérieure, on peut réséquer toute la paroi antérieure du sinus maxillaire et même se créer une brèche à travers sa paroi postérieure pour atteindre un prolongement ptérygo-maxillaire.

En réunissant avec soin les lèvres de l'incision cutanée, la cicatrice est à peine apparente et la face conserve son aspect normal puisqu'on a respecté les principales saillies destinées à supporter les parties molles.

En cas de récidive, on peut sans inconvénient recourir à la même voie sans aggraver en quoi que ce soit l'état de l'opéré.

Explication théorique des données du galvanomètre d'Einthoven dans le traitement des maladies du cœur. — M. LESAGE fait une communication sur ce sujet.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

(VIIe SESSION, LILLE 25-28 MARS 1913.)

PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR POZZI

A la première séance du Congrès, beaucoup de notabilités parisiennes : les professeurs BAR, PINARD, POZZI; MM. J.-L. FAURE, SIREDEY, WALLICH, WALTHER; un certain nombre de médecins de la province ou de l'étranger : MM. AUDEBERT (de Toulouse), L. BARNSBY (de Tours), FABRE (de Lyon), DE LANGENHAGEN (de Luxeuil), MENCIÈRE (de Reims), MURET (de Lausanne), VERDELET (de Bordeaux), etc. Beaucoup de dames en fraîches toilettes. Trois discours seulement, tous trois excellents : un adroit, de M. POZZI, président; un élégant, de M. DELESALLE, maire de Lille; un spirituel, de M. OUI. Puis M. BAR lit un rapport sur le projet d'une *Association des obstétriciens et des gynécologues de langue française*. La pédiatrie s'est peu à peu isolée; l'obstétrique se rapproche de plus en plus de la gynécologie; l'heure est donc venue de modifier la formule ancienne. Dorénavant les congrès d'obstétrique et de pédiatrie ne comprendront plus de pédiatrie; par contre, ils s'efforceront de grouper tous les gynécologues et obstétriciens de langue française. Cette motion, mise aux voix par M. le président, est adoptée à l'unanimité. Les objections, s'il y en a, seront examinées plus tard.

Les congressistes se divisent alors en deux groupes. Le premier part visiter l'hôpital de la Charité, où M. OUI a sa maternité. Singulière maternité! Elle est située au second étage, et, pour y accéder, les femmes à terme doivent commencer par gravir soixante-dix marches. Il n'y a, en effet, pas d'ascenseur. La pression étant insuffisante, on est obligé de stériliser l'eau dans les sous-sols et, au moyen d'appareils spéciaux, de la refouler au second. Attenant à la salle de travail, des water-closets. Pas d'eau chaude pour baigner les nouveau-nés. Deux bassins seulement dans la salle commune : l'un pour les infectées, l'autre pour les non-infectées. Aucune sage-femme; des infirmières auxquelles, malgré toute leur bonne volonté, on ne peut rien demander. Ces imperfections scandalisent à juste titre le professeur PINARD qui, s'adressant à l'administrateur présent, lui exprime en termes véhéments sa surprise et son indignation. M. l'administrateur en reste tout pantois. Il se ressaisit bien vite, d'ailleurs. Le voilà convaincu de la nécessité d'apporter des améliorations au fonctionnement de la maternité. Désormais, les médecins n'auront pas de meilleur avocat que lui. Il va faire le nécessaire pour que les demandes urgentes formulées par M. OUI, il y a quatorze mois, et qui, depuis, moisissent dans quelque carton, n'y dorment pas leur dernier sommeil...

Mêmes fâcheuses constatations à l'hôpital Saint-Sauveur où le deuxième groupe de congressistes a été visiter les services de chirurgie. Pas de salle d'isolement; pas de salle de bains; la cuisine installée en pleine salle de malades; une seule salle d'opérations mal éclairée, munie d'une ouverture unique; les patients empilés les uns sur les autres, exposés à toutes les intempéries; un personnel insuffisant. Notez que la ville de Lille est riche, très riche même. Mais il paraît qu'elle n'a d'argent que pour les incurables...

Le mercredi 26 commence le véritable travail. Le congrès se divise en deux sections : l'une, de gynécologie et d'obstétrique, l'autre, de pédiatrie.

Section de pédiatrie. — Le 26, à quatorze heures, le professeur GAUDIER (de Lille) ouvre la séance. Physiquement, il rappelle beaucoup Brissaud ; est-ce pour accentuer cette ressemblance qu'il porte une lavallière aux larges plis ? Du maître parisien, il a aussi la bonne grâce, l'entrain et la verve primesautière. M. GAUDIER souhaite la bienvenue aux *douze* congressistes présents. Il leur annonce que, pour la dernière fois, à Lille, obstétrique et gynécologie d'une part, pédiatrie, de l'autre, se trouvent réunies. Dorénavant, la pédiatrie sera seule. Divorce par incompatibilité d'humeur ? Non, mais plutôt tendances différentes. Et pourtant, chacune de ces spé-

cialités n'avait-elle pas intérêt à connaître les progrès effectués par l'autre ?

Les **communications** commencent. Sur *onze* orateurs inscrits, *trois* sont absents, *cinq* sont de Lille même. Nous ne savons pas si la pédiatrie a été à la peine, mais elle n'est guère à l'honneur. Cependant, M. OUI se multiplie : tout le monde l'assaille : il donne satisfaction aux demandes les plus diverses : bousculé parfois, pressé souvent, aimable toujours. Ce diable d'homme est doué du don d'ubiquité. C'est lui l'âme du congrès. Il pénètre dans notre salle pour gourmander M. Larchevêque. Contrairement à ce que vous pourriez croire, nous ne sommes point à la Faculté catholique de Lille. M. Larchevêque est un honorable appariteur qui, avec sa barbe de patriarche, a fort bon air. Mais il a laissé les fenêtres ouvertes. Une chape de glace tombe sur nos épaules. M. DELÉARDE voudrait épargner à ses hôtes la fâcheuse fluxion de poitrine. Tous ses efforts restent vains. Les cordons de tirage ne fonctionnent pas. Le calorifère est nickelé. Enfin l'on va chercher une échelle. Les fenêtres sont fermées avec fracas. La séance continue...

Au sujet d'un travail envoyé par M. DOCHE (d'Arcachon) sur l'*immobilisation des arthrites tuberculeuses et l'héliothérapie*, s'engage une discussion intéressante. M. VERDELET (de Bordeaux) ne nie pas les résultats très favorables de l'héliothérapie, mais il considère cette méthode comme simplement adjuvante : elle ne dispense pas d'appliquer des appareils plâtrés, de suralimenter les malades, etc., etc. Pour M. Edmond VIDAL (de Vichy) lorsqu'on traite, dès le début, une tuberculose chirurgicale par la seule héliothérapie, on obtient de meilleurs résultats que par la simple immobilisation. L'essentiel est d'agir progressivement : on laissera l'enfant au soleil d'abord un quart d'heure, puis une demi-heure, pour arriver jusqu'à huit heures par jour. M. DELÉARDE note que l'héliothérapie comporte aussi des indications médicales; dystrophies diverses, rachitisme. M. FROELICH rappelle qu'un chirurgien viennois avait constaté, il y a quelque vingt ans, que les coxalgiques de la classe pauvre, qui venaient à l'hôpital sans appareils, avec de simples béquilles, guérissaient mieux que ceux de la classe aisée, qui, cependant avaient été immobilisés dès le début. Ne sait-on pas, d'ailleurs, que Lorenz ne met plus d'appareils plâtrés ? Pour M. MENCIÈRE, ce qui ne convient en aucun cas aux tuberculeux, c'est l'entassement dans des maisons sordides, c'est l'air des agglomérations urbaines. Construisez donc, en dehors de la ville, des baraquements légers, où vous installerez vos tuberculeux, et vous aurez des résultats excellents. Les cures à Arcachon sont bonnes, mais non indispensables : l'air et la lumière se trouvent partout. M. GAUDIER observe que, dans les guérisons attribuées à l'héliothérapie, il peut y avoir, dans certains cas, une part de bluff. Un spécialiste de cette méthode lui a fait visiter son service, mais ne lui a montré que quelques malades. Défense de les interroger. Défense d'examiner les autres. Bien plus : certains enfants atteints d'arthrites tuberculeuses avaient des jointures souples, mais simplement par destruction des extrémités articulaires. Une ankylose en bonne position n'eût-elle pas été préférable ?

M. GORSE (de Lille) présente un cas de *lymphangiome kystique de l'abdomen*. Il s'agissait d'un enfant de quatre ans, chez lequel, on avait, à un premier examen, porté le diagnostic de hernie inguinale droite. En réalité, l'opération montra que l'on avait affaire à une volumineuse tumeur rétropéritonéale, kystique, dont le liquide ne contenait ni crochets, ni spermatozoïdes, et qui, histologiquement, se révélait comme étant de nature lymphatique. La littérature contient peu de ces cas, dont la pathogénie reste très obscure.

Les *cas d'hérédo-contagion tuberculeuse* ont été divisés par Péhu et Chalier en deux catégories, suivant qu'à l'autopsie on trouve ou non des lésions bacillaires. Les cas de la seconde catégorie sont exceptionnels. M. DELÉARDE en rapporte un, observé chez un bébé né d'une femme phtisique. Bien que le contact entre la mère et l'enfant ait été très court, ce dernier succomba rapidement à la cachexie. A l'examen des organes, aucune lésion tuberculeuse ne fut relevée, mais les frottis de rate décélèrent la présence d'innombrables bacilles, et l'inoculation, à deux cobayes, de pulpe de foie et de rate, donna des résultats positifs. Il s'agit probablement, dans ce cas, de contagion fœtale.

De tous côtés, on expérimente la *vaccination antityphique*. MM. ARDIN-DELTEIL et RAYNAUD s'étaient adressés au vaccin de Besredka qui leur avait donné, sur 37 cas, 37 guérisons. MM. DELÉARDE et LEBORGNE (de Lille) ont été moins heureux. Sur les six enfants typhiques soumis à cette méthode, ils n'ont eu qu'une guérison vraie. Deux décès, deux rechutes, tel est leur bilan. Le vaccin n'a exercé aucune influence favorable sur les phénomènes d'adynamie; il n'a pas empêché l'apparition d'une parotidite, il n'a pas abrégé la durée totale de la maladie. Jusqu'à nouvel ordre, il convient donc de s'en tenir aux méthodes classiques.

Dans le *traitement des paralysies radiculaires obstétricales*, on se contente habituellement des moyens simples : massage, électricité. M. MENCIÈRE (de Reims) ayant remarqué que ces méthodes ne font pas disparaître la rotation interne, propose de faire tourner l'avant-bras d'un quart de tour, après ostéotomie effectuée à la partie inférieure de l'humérus, de façon à mettre la main en supination. M. GAUDIER demande si, après ostéotomie, la consolidation ne donne jamais d'ennuis. Pour M. FROELICH, la paralysie est due, moins à des arrachements des racines du plexus brachial qu'à des tiraillements, ou à des compressions par des extrémités osseuses déplacées ou fracturées. L'essentiel est de mettre, le plus tôt possible, le bras en abduction et rotation externe, attitude dans laquelle la contracture ne peut se faire. Si cela ne suffit pas, on essaiera successivement la ténotomie des pectoraux, l'ostéotomie, les transplantations nerveuses, qui ne paraissent pas donner de bien brillants résultats; les transplantations musculaires, qui réussissent plus souvent. Il est indispensable de savoir, par l'examen électrique, quels sont les muscles paralysés. M. GAUDIER croit avec raison que tous les cas ne sont pas superposables, et que le traitement est ici, plus que jamais, une question d'espèces. Les transplantations nerveuses, dans l'aisselle, sont entourées de difficultés techniques presque insurmontables; viennent-elles à échouer, elles laissent le malade dans une situation pire que celle à laquelle on s'était proposé de remédier. Les transplantations musculaires ne donnent pas de résultats durables. M. MENCIÈRE fait remarquer que la même cause produit simultanément fractures ou luxations et paralysies radiculaires.

M. TRIDON fait une communication sur les *manifestations péritonéales que l'on peut observer au cours des vulvo-vaginites*. Relativement fréquentes, puisque l'auteur les a constatées dans un quart des cas, elles se caractérisent surtout par la brusquerie de leur début, le ballonnement précoce de l'abdomen, leur évolution rapide et presque toujours favorable. Conclusion pratique : rechercher systématiquement la vulvovaginite chez toute petite fille qui est atteinte de phénomènes péritoniques soudains.

Les *manifestations pseudo-tuberculeuses de la syphilis héréditaire* ont été l'objet, dans ces dernières années, de nombreux travaux. M. LE FORT (de Lille) en cite quelques cas intéressants. Des adénites cervicales, des ulcérations cutanées, des arthropathies qui paraissaient nettement bacillaires, étaient d'origine hérédo-spécifique, comme le montrèrent l'étude des antécédents héréditaires, les recherches de laboratoire, les résultats du traitement. Il faut savoir, cependant, que celui-ci ne réussit pas toujours, la tuberculose venant parfois se greffer sur de vieilles lésions syphilitiques. Sous l'influence de la cure iodo-mercurielle, seules, rétrocèdent les altérations syphilitiques.

La communication de M. LE FORT devient le point de départ d'une importante discussion. M. Tridon observe que, dans les sanatoriums de Berck, on pense, toujours, en présence des lésions tuberculeuses en apparence les plus typiques, à l'hérédo-syphilis. *A fortiori*, quand on voit des ulcérations cutanées, profondes, térébrantes, des lésions osseuses d'abord destructrices, puis proliférantes, des hydarthroses de la seconde enfance qui, malgré l'immobilisation, s'éternisent. Dans tous les cas suspects, on essaye, de parti pris, le traite-

ment spécifique, souverain s'il s'agit de syphilis, inoffensif si c'est la tuberculose qui est en jeu. M. COURTELLEMONT émet quelques doutes sur un certain nombre de ces faits. Le critérium thérapeutique est-il suffisant? Il faudrait toujours faire des inoculations au cobaye et procéder à la réaction de Wassermann. On doit quelquefois, d'après M. FROELICH, penser à l'actinomycose. M. Edmond VIDAL (d'Alger) soumet systématiquement au mercure les enfants indigènes porteurs de lésions cutanées, articulaires, osseuses, et obtient, avec ce *modus faciendi*, d'excellents résultats. M. GAUDIER a vu des cas compliqués d'abcès, de fistules, de lésions ostéo-articulaires, et où ni la tuberculose, ni la syphilis n'étaient en cause. Les recherches de laboratoire les plus diverses, particulièrement celles d'ordre mycologique, n'ont rien donné. Il y a donc des ostéo-arthropathies, cliniquement très voisines des tumeurs blanches et des syphilides héréditaires, et dont la nature véritable est encore inconnue.

M. VERDELET (de Bordeaux) étudie les *kystes hydatiques chez l'enfant*. Il en a observé trois cas : un, paranéphrétique, consécutif à un traumatisme; un localisé à la région cervicale, et reconnu seulement à l'opération; un dernier, où l'abdomen ne contenait pas moins de douze kystes : trente-six heures après l'opération, la mort survint au milieu des symptômes propres à l'intoxication hydatique. D'une manière générale, on peut dire que les kystes hydatiques sont rares chez l'enfant; ils s'expliquent et par le voisinage des chiens, et aussi, par la contagion directe. Plus souvent notés, peut-être, chez le petit garçon, ils n'affectent pas une prédilection marquée pour le foie. Leur diagnostic se fonde sur les méthodes de laboratoire et, un peu aussi, sur des considérations d'ordre géographique. A Bordeaux, on connaît la fréquence de la maladie hydatique dans les Landes. Cette fréquence, qu'expliquent certaines conditions géologiques, et la contamination des eaux superficielles, a d'ailleurs bien diminué depuis que l'on a commencé à creuser des puits artésiens. Le pronostic est grave. En ce qui concerne la thérapeutique, s'abstenir dans les kystes hydatiques du poumon; pour les autres, intervenir en multipliant les précautions pour éviter l'échinococcose secondaire.

MM. GAUDIER et FROELICH signalent l'extrême rareté de la maladie dans le Nord et l'Est de la France.

MM. SWYNGHEDAUW et SIAUVE (de Lille) présentent un cas de *fractures spontanées chez un enfant rachitique*. La particularité intéressante de leur observation consiste dans la complète latence des fractures, indépendantes de tout traumatisme, et dans leur réparation par du tissu d'origine périostique, l'histoire de la maladie, l'étude des antécédents, les radiographies et les examens histologiques permettant d'attribuer au rachitisme ces curieuses altérations osseuses.

Le *traitement hydro-minéral des gastro-entérites infantiles des pays chauds* a été étudié par M. Edmond VIDAL (de Vichy). Les cures d'air, habituellement conseillées, ne suffisant pas à produire des résultats durables, il faut envoyer à Vichy les petits malades, que l'on peut ranger en trois catégories suivant qu'ils ont encore de l'entérite; qu'ils n'ont plus que des phénomènes d'intoxication; qu'il leur reste simplement du rachitisme. A ceux de la première catégorie, conviennent l'eau de Chomel et les douches sous-marines; aux seconds, les eaux de Chomel et de la Grande-Grille. Quant aux derniers, ils bénéficieront d'autant plus de la cure de Vichy qu'ils y auront été envoyés plus tôt.

Le 28 mars, lorsque M. CRUCHET prend la parole pour résumer le rapport qu'il a fait, avec M. FROELICH, sur l'*évolution de la tuberculose chez le nourrisson*, il y a juste en séance, le président, l'orateur, *un* journaliste et *un* sténographe. M. FROELICH, co-rapporteur, représente, à lui seul, le public. L'effort de nos deux collègues méritait mieux. A M. FROELICH a incombé l'étude de la *tuberculose chirurgicale*. Celle-ci présente, chez le nourrisson, quelques caractères particuliers. Beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, elle apparaît de très bonne heure, fait qui peut être invoqué en faveur de l'hérédité directe. Sa porte d'entrée est presque toujours l'appareil respiratoire (HUTINEL). Elle atteint surtout les os et les articulations, accessoirement, le péritoine et les organes génitaux et ne s'associe qu'exceptionnellement au rachitisme. Parmi les tuberculoses **osseuses**, il faut signaler surtout : 1° le *mal de Pott*, à localisation lombaire, produisant, non une gibbosité angulaire, mais une voussure élargie, et restant inaperçu jusqu'à l'apparition de la paraplégie; son pronostic est bénin, son traitement délicat; 2° la *coxalgie*, qui affecte deux formes : une *hypertrophique*, où les fongosités, d'aspect pseudo-néoplasique, fondent et s'évacuent rapidement au dehors, une *sèche*, celle-ci aboutissant à la luxation et devant être différenciée soit des arthrites subaiguës de la hanche, soit des luxations congénitales; 3° les *tumeurs blanches du genou*, pouvant évoluer sous la forme aiguë; cette forme, due à une infection associée, comporte un pronostic favorable; 4° la *tuberculose du cou-de-pied*, habituellement fongueuse; 5° la *tuberculose des petits os longs de la main et du pied*, ou spina ventosa, tuberculose *diaphysaire*, qui constitue par excellence, la chirurgie journalière du nourrisson. A noter l'association fréquente de syphilis, et aussi la possibilité de *tuberculoses osseuses à foyers multiples* plus graves que les autres, mais guérissant à condition de s'abstenir de tout traitement actif. Les tuberculoses **ganglionnaires** à siège cervical évoluent parfois d'une manière aiguë. Pour les guérir, attendre que le ganglion soit ramolli et laissant des cicatrices peu apparentes évacuer la collection purulente par un séton ou fil de soie ou par ponction. Des tuberculoses **cutanées**, la plus habituelle est la gomme.

Quant aux tuberculoses **viscérales**, elles se localisent presque toujours au péritoine. La péritonite tuberculeuse du nourrisson, bien étudiée par WEIL et PÉHU, se présente ordinairement sous la forme caséeuse, exceptionnellement, sous la forme ascitique, ou fibro-caséeuse. Il ne faut pas oublier non plus la fréquence de l'orchite tuberculeuse, laquelle évolue avec rapidité, et résiste trop souvent aux efforts de l'art. D'une manière générale, « la rapidité de l'évolution de la tuberculose chirurgicale du nourrisson, la tendance à la fonte des fongosités, à leur évacuation ou à leur résorption doivent rendre le chirurgien éminemment conservateur ».

M. CRUCHET étudie la tuberculose *médicale* du nourrisson. Ce qui la distingue des autres tuberculoses, c'est sa latence presque absolue; c'est aussi le rôle effacé que joue la localisation primitive dans la marche de l'affection, qui a une tendance remarquable, quelles que soient ses manifestations originales, à se diffuser, à se généraliser. Deux formes principales : une *aiguë* granulique, qui débute par des accidents mal caractérisés et aboutit à la méningite; une *subaiguë* ou *chronique* dont le début, obscur, revêt l'une des formes suivantes : *anémique*; *abdominale*, à type entéritique, péritonéal ou athrepsique; notons, à ce sujet, que les hypertrophies spléno-hépatiques et ganglionnaires sont loin d'avoir la valeur qu'il est classique de leur attribuer; *respiratoire*, d'interprétation longtemps difficile; *ganglionnaire*, qui peut se localiser aux ganglions mésentériques, trachéo-bronchiques ou aux ganglions périphériques; cette dernière (micropolyadénopathie) est un symptôme d'ordre banal que l'on peut observer en dehors de la tuberculose; *cutané*, qui consiste en gommes d'abord sous-dermiques, puis dermiques. Le diagnostic étant presque toujours insoluble de par les seules ressources de la clinique, il faut recourir aux méthodes de laboratoire, et surtout à l'ophtalmo-réaction, à la cuti-réaction et à l'intradermo-réaction qui sont souvent négatives chez les nourrissons tuberculeux âgés de moins de trois mois. Les réactions positives auraient beaucoup plus de valeur. La radioscopie, même dans les mains de spécialistes particulièrement compétents, est loin d'être démonstrative et seule la constatation de bacille de Koch dans les tumeurs doit être considérée comme un élément de certitude.

A la période d'état, le diagnostic est aussi malaisé. L'adénopathie trachéo-bronchique elle-même est loin de ressortir toujours à la tuberculose. L'origine des troubles pulmonaires est très difficile à déterminer. Les signes cavitaires, qui ne sont pas exceptionnels, passent presque inaperçus. Aussi est-il indispensable, ici encore, de recourir aux méthodes de laboratoire, et particulièrement à la recherche du bacille de Koch dans les selles, selon le procédé de MM. CRUCHET et LESAGE, et à l'inoculation au cobaye. A cette période, l'examen radiologique fournit des renseignements précieux. La

maladie se termine habituellement par méningite. La guérison peut pourtant s'observer. De longues rémissions ont été notées au cours de la pie-mérite bacillaire. Le pronostic, tout en étant grave, n'est pas absolument fatal.

Peut-on expliquer l'évolution si spéciale de la tuberculose du nourrisson? Bien que M. Cruchet soit plutôt partisan de la théorie soutenue par M. Calmette, on doit admettre que les caractères particuliers de la tuberculose, chez le nourrisson, s'expliquent avant tout par les réactions propres à cet âge, où la tuberculose tend à se généraliser.

Dans la discussion qui suit, M. Gaudier insiste à son tour sur la latence de la tumeur blanche chez le nourrisson; en ce qui concerne le diagnostic, il a, comme M. Froelich, abandonné l'ophtalmo pour la cuti-réaction. Lui aussi a vu des lésions mixtes, à la fois tuberculeuses et syphilitiques, qui lui ont paru comporter un pronostic fort grave. Il a retiré quelquefois de bons résultats de la méthode de Bier dans les arthrites du jeune enfant. Pour ce qui est du mal de Pott, chez le nourrisson, il en signale le caractère insidieux, et, pour le traiter, applique des corsets à courroies postérieures que les enfants ne peuvent défaire. Resterait à discuter l'origine intestinale ou pulmonaire de la tuberculose. Or, M. Gaudier fait à ce sujet de curieuses remarques. Un chirurgien anglais, Lane, persuadé que la porte d'entrée de la tuberculose, chez l'homme, c'est le gros intestin, pratique systématiquement, chez tous ses malades, l'exclusion unilatérale de tout le gros intestin en abouchant l'iléon à la partie tout inférieure de l'S iliaque. A la suite de cette opération, le gros intestin se transforme en un cordon fibreux, l'intestin grêle se dilate et s'hypertrophie, mais surtout l'état des patients s'améliore d'une façon surprenante. Ils reprennent de l'appétit et des forces, ils engraissent; leurs lésions rétrocèdent. La méthode peut être employée dans les tuberculoses viscérales, mais c'est surtout dans les tuberculoses ostéo-articulaires qu'elle donne les plus éclatants succès.

(A suivre.)

LE CONGRÈS DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE

[*Paris, 17-20 mars 1913* (1).]

Après cet exposé, nécessairement sommaire, des travaux du Congrès, nous voulons revenir sur la section de kinésithérapie, dans laquelle de nombreux médecins avaient répondu à l'appel de M. Lucas-Championnière, instituant une enquête sur le *Traitement actuel de la scoliose*.

Bien qu'une telle discussion, purement médicale, fût peu à sa place dans un congrès d'éducation physique, elle nous valut d'intéressantes communications de M. Mencière sur le traitement des scolioses par son corset modelant, de M. Badin sur la prophylaxie de la scoliose, des projections par M. G. Monod (de Lyon), R. Mesnard (de Paris) sur leur technique de traitement de la scoliose, de M. Desfosses sur le massage. Mais le principal attrait de la réunion devait être la démonstration de sa méthode de redressement des scolioses fixées par le docteur Abbot (de New-York). Depuis quatre années le docteur Abbot est arrivé à obtenir la mise en hypercorrection, dans des corsets plâtrés, de scolioses anciennes, considérées jusqu'alors comme inguérissables. Depuis deux ans il a publié sa méthode et ses résultats. Elle a été expérimentée aux Etats-Unis, au Canada, en Angleterre et aussi chez nous comme en témoignent les communications de MM. Calvé et Lamy, Ombrédanne et Lance, à la Société de Pédiatrie et à la Société de l'Internat, en novembre 1912. Annoncée même par la presse politique, la communication du docteur Abbot avait attiré un nombreux public. Il a été fort intéressé par la projection des photographies de malades qui leur ont été présentées; mais, invité par plusieurs membres du congrès à faire une démonstration publique de sa méthode sur le malade, dans un hôpital parisien, le docteur Abbot s'est récusé. La démonstration avait eu lieu, en particulier, dans une clinique de Berck, avant le congrès. Il est regrettable qu'une méthode de cette importance, dont la valeur nous paraît certaine bien que discutée par des orthopédistes en renom, prenne l'allure d'un remède secret. La discussion qui a suivi la communication du docteur Abbot et à laquelle ont pris part les docteurs Badin, Spitzy (de Graz), Lance, Calvé, Calot, Rœderer, perdait ainsi la plus grande partie de son intérêt scientifique.

Les démonstrations pratiques du vélodrome d'hiver ont été suivies par une foule énorme, composée non seulement des gens du métier, professeurs, officiers, médecins, instituteurs (malgré les efforts faits, nous a-t-on assuré, par l'Administration pour les empêcher d'y assister), mais aussi par du vrai public, et combien intéressé et enthousiaste. C'est un succès pour l'éducation physique et aussi, on doit le dire, un succès patriotique.

Que dire de ces démonstrations pratiques? Au premier abord on est un peu étonné de la disparité apparente des exercices auxquels on assiste; y a-t-il donc tant de méthodes d'éducation physique?

Nous croyons que de tout ce qu'on nous a présenté il faut faire deux groupes bien distincts : la gymnastique suédoise, les autres méthodes.

La gymnastique suédoise nous a été présentée d'une façon impeccable, réellement impressionnante par les 22 Danois de M. Knudsen. Puis aussi par le groupe du major Sellen de l'Institut royal de Stockholm, les gymnastes belges de M. de Genst, les moniteurs de Joinville-le-Pont, un groupe de Danoises (M. Knudsen), des Italiennes de Turin (M. Monti), des jeunes filles belges (M. de Genst).

Les Suédois et les Danois étaient de merveilleux athlètes, sélectionnés avec soin, entraînés à la perfection, arrivant à exécuter lentement, sans commandement, avec la précision d'automates, leurs exercices.

Mais ne nous pouvons admettre qu'un pareil développement athlétique puisse être obtenu par la seule méthode de Ling. Déjà bien des exercices des Danois (sauts, sauts périlleux) s'écartaient singulièrement des exercices de Ling; et les jeux olympiques nous ont révélé que ces athlètes pratiquaient couramment tous les sports de force, de fonds et de vitesse en usage dans l'Europe entière, et nous sommes autorisés à conclure que c'est de cette pratique qu'ils tirent leur développement athlétique. Par ailleurs, l'un de nous (1) a montré par des preuves mathématiques, expérimentales et cliniques, que la véritable méthode suédoise, celle de Ling, est une méthode sans bases scientifiques et incapable de produire les résultats escomptés.

Donc, au point de vue de la gymnastique éducative, une pareille exhibition ne nous prouve rien.

Quant aux autres groupes leur exécution de la leçon de gymnastique suédoise s'écartait singulièrement de la leçon classique de Ling. Les moniteurs de Joinville, hommes sélectionnés, entraînés, disciplinés militairement, l'exécutent tout à fait à leur manière, à la française. Cela n'a plus qu'un rapport éloigné avec les Danois de Knudsen.

La gymnastique de Ling, introduite chez nous il y a encore peu d'années, et qui a cherché à se substituer à la gymnastique aux agrès ou méthode d'Amoros qui existait seule à ce moment, a eu le grand mérite de nous montrer l'importance des mouvements élémentaires, du travail musculaire dissocié, qui conduit à la gymnastique respiratoire, dont on a d'ailleurs exagéré l'importance et dénaturé les conditions d'application, et au développement systématique des muscles du dos, de l'abdomen, trop sacrifiés jusqu'alors au développement musculaire des membres, et qui ne bénéficiaient de la gymnastique que par surcroît.

Mis à jour selon les principes de la physiologie, certains exercices dissociés de la méthode suédoise constituent entre les mains des médecins un instrument favorable pour le traitement des insuffisances musculaires et des déviations du tronc.

Mais constitue-t-elle la gymnastique éducative idéale? Admettons-le pour les Suédois, puisque par esprit de tradition ils veulent croire impossible de faire mieux, alors qu'implicitement ils font autre chose, mais pour les Français assuré-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 32, p. 504, et n° 36, p. 574.

(1) P. de Champtassin. *La Gymnastique scientifique*, O. Doin édit., 1911.

ment non. Même en ne voulant pas tenir compte des réserves formulées plus haut, elle ne peut convenir à notre tempérament national. Les enfants l'exécutent mal, sans la conviction, la correction des Suédois. Cette gymnastique qui ne laisse pas de place à l'individualisme, à l'émulation, les ennuie.

Aussi les résultats sont-ils médiocres.

En dehors de la gymnastique suédoise, les présentations qui furent faites se divisent naturellement en deux groupes : les hommes et les femmes.

C'est la première fois, croyons-nous, que l'on voit chez nous un effort se manifester pour créer une gymnastique adaptée spécialement à la femme.

A côté des Danoises, des Italiennes, des jeunes filles belges pratiquant une gymnastique suédoise déjà modifiée, même avec apparition de danses pour les dernières, des groupes de jeunes filles ont exécuté des leçons de gymnastique rythmique : les jeunes filles de Dresde (Jaque DALCROZE), les Anglaises de Mlle HART aux évolutions rythmées fort intéressantes. Mais il faut surtout retenir les jeunes filles de Femina sport (M. PAYSSE) présentant des mouvements de danses tirées de l'antiquité grecque par M. DUNCAN, à allure fort plastique, et enfin les enfants des lycées de Paris présentées par M. DEMENY. Sur le rythme lent de danses de Rameau, on a vu exécuter avec grâce et précision les mouvements lents, complets, arrondis, que recommande la méthode, puis des pas rythmés, avec jeux d'adresse comme le lancer de la balle. Si l'on y joint que ces fillettes portaient un costume charmant et des minois bien parisiens, c'en est assez pour justifier l'ovation faite à M. Demeny, à Mlle Karl et à sa phalange.

Cependant, si nous souscrivons très volontiers à l'agrément du spectacle qui nous a été ainsi présenté, et si nous avons bien vu l'extrémité des membres décrivant des courbes dans l'espace, il n'est pas possible de trouver dans ces mouvements une nouvelle « manière » et de les qualifier de « mouvements arrondis », car ils sont, comme les autres, des mouvements angulaires.

C'est en tout cas un effort vers une adaptation de la gymnastique aux aptitudes physiques spéciales de la femme.

Chez les hommes, deux groupes se placent immédiatement en vedette : l'école de Joinville et les élèves du lieutenant Hébert.

L'école de Joinville, école officielle de gymnastique, puisqu'elle forme les instructeurs de l'armée et les instituteurs, professe une gymnastique éclectique. A côté de la gymnastique éducative présentée par les élèves arrivés il y a deux mois à l'école, comprenant la leçon conforme au règlement de 1910, puis la gymnastique d'application spéciale au soldat et pratiquée en tenue de campagne, les moniteurs nous ont montré la gymnastique de sélection qui comprend la pratique de tous les sports. C'est une encyclopédie du muscle qui contient les éléments épars de la vieille gymnastique française, sportive et athlétique, où l'on pourrait trouver les éléments d'une gymnastique rationnelle, facilement adaptable aux nécessités individuelles et aux résultats somatiques et cinétiques à rechercher, selon les conditions d'âge, de sexe et de milieu.

Avec les pupilles de la marine et les fusiliers marins nous voyons la démonstration de la « gymnastique naturelle » du lieutenant HÉBERT, maintenant réglementaire dans l'armée navale.

Cette manifestation ayant constitué le « clou » de la section pratique du Congrès, et sans vouloir discuter ici les principes de la méthode et surtout son appellation de « naturelle » (il n'y a pas par définition de gymnastique naturelle), nous pensons que des commentaires présenteront quelque intérêt.

La méthode naturelle s'inspire de l'exemple de la nature et des procédés naturels des primitifs et des animaux. Marcher, courir, sauter (de toutes les manières), faire des efforts athlétiques : lutter, lever des poids, grimper, se hisser à des agrès (corde lisse, muraille), etc., tels sont les exercices de la méthode. Tout cela n'est évidemment pas très nouveau, quoique naturel. Il y a longtemps que, dans toutes les gymnastiques, on marche, court, saute, grimpe, etc., et le but des méthodes gymnastiques a consisté justement dans des essais de réglementation de ces efforts, en quantité et en qualité, et sous des aspects variés.

Mais l'innovation de la méthode peut se résumer sous deux chefs :

1° Travail le *corps nu* (avec un léger caleçon allant de la taille aux genoux).

2° Travail *intensif et concret*, faisant tout dans la même séance et sans arrêt.

Pour le travail nu, il serait facile d'ironiser. Si l'indigène de l'Afrique centrale préfère être nu, même pour ne rien faire, le citoyen du Groënland préfère la fourrure, même pour faire de l'exercice. Simple question de latitude, et sans sortir de notre France, au climat dit tempéré, il paraît certain que la nudité ne conviendrait pas aussi bien aux habitants de Nancy qu'à ceux de Toulouse.

En ce qui concerne le travail intensif, il peut se concevoir à la rigueur pour des hommes jeunes et vigoureux comme les marins, à titre surtout de gymnastique d'application, c'est-à-dire pour des hommes qui doivent réaliser à tout instant le maximum d'entraînement. Il ne saurait en être de même pour des enfants, à titre de gymnastique de développement, pas plus que pour des adultes, femmes ou vieillards, comme gymnastique d'entretien.

On dira que cet entraînement *nu et intensif* est cependant très bien supporté par les fusiliers marins, qui ne constituent pas une sélection puisqu'ils représentent les malingres de la flotte. Malingres si l'on veut, mais néanmoins part de l'élite du pays, puisque choisis par la conscription. Qui nous renseignera d'ailleurs sur les déchets (affections pulmonaires, pleurales, cardiaques, etc.) que nous n'avons évidemment pas vus.

Dans la succession des exercices qui composent la leçon type journalière de la méthode Hébert, nous ne trouvons qu'une sélection d'exercices déjà connus et utilisés dans la gymnastique française, sportive et athlétique, mais *exécutés violemment, à toute allure, sans le moindre repos*, et aussi sans ensemble rigoureux, chacun faisant de son mieux.

Si cette manière brutale et peu méthodique se rapproche davantage des procédés du sauvage, nous ne saurions nous y rallier. Ce ne sont pas les procédés dits naturels qui donnent les plus beaux spécimens de force ou de fond. L'élevage, la nourriture et l'entraînement artificiels donnent des produits très supérieurs aux congénères vivant en liberté dans la prairie ou la forêt. De même l'homme primitif, le plus près de la nature, est celui qui se défend le moins bien, toutes choses égales d'ailleurs, contre les causes de maladie et de mort, et c'est chez les peuples non civilisés qu'on trouve la mortalité et la morbidité les plus grandes.

L'*imitation servile de la nature n'a d'ailleurs jamais conduit à rien*. Ce n'est pas en imitant la course que l'homme a inventé la bicyclette, pas plus qu'il n'a réalisé l'aéroplane en regardant le vol des oiseaux.

Ces critiques fondamentales et nécessaires exposées, nous aurions mauvaise grâce à ne pas reconnaître que l'exhibition des pupilles, mousses et fusiliers de la marine a été accueillie avec enthousiasme.

Sentiment patriotique d'abord, importance du groupe de participants, *exaltation de l'idée de force* par la vue inaccoutumée de tous ces torses nus, bronzés, dépouillés de graisse et bien musclés, marchant, courant, travaillant sans cesse pendant une heure et en perpétuel déplacement, pour finir sur une « Marseillaise » vigoureusement enlevée, tels sont les éléments variés qui ont, pour la plus grande part, légitimé le succès de cette présentation.

De l'ensemble du Congrès, nous allons résumer nos impressions personnelles.

Au point de vue purement scientifique, le Congrès a marqué une mise au point de tous les systèmes utilisés actuellement en Europe, avec présentation de résultats sélectionnés. Mais il ne paraît pas avoir réalisé de progrès véritables, en ce qui concerne la théorie et l'unification des méthodes.

Il apparaît bien, en effet, que chaque méthode produite comporte *une série* de mouvements et d'attitudes, sans ordre logique, sans but physiologique avéré, avec souvent le seul souci de l'originalité, et donnant l'impression que chaque méthode, pour la plupart, représente avant tout un « système » entièrement arbitraire et fréquemment exclusif.

Il importe cependant de constater à nouveau la participation importante prise par le Corps médical à la mise en œuvre de l'éducation physique, prélude de l'ère scientifique qui va s'ouvrir à la suite de cette trop longue période d'empirisme et de tâtonnements.

On a parlé tour à tour de méthode suédoise, française, danoise, italienne, etc., méthode de la guerre, méthode de la marine, etc. Il ne doit y avoir place en réalité que pour *une seule méthode*, la méthode scientifique, basée sur les connaissances *actuellement mises à jour* d'anatomie, de physiologie et de mécanique biologique, et il en résulte que, si l'*application* de la gymnastique, sous le contrôle médical, doit bien être l'œuvre des éducateurs à des titres divers, instituteurs, officiers, professeurs de gymnastique, etc., l'*élaboration d'un programme* ne peut être réalisée que par les médecins et plus particulièrement parmi eux par les physiologistes.

Si diverses qu'aient été précédemment les acceptations du terme *gymnastique*, celle-ci peut en réalité se réduire à quelques données fondamentales scientifiques et se résumer en une méthode générale qui conduit à la culture de tous les états somatiques favorables et à la réalisation de toutes les possibilités cinétiques. Ces données fondamentales correspondent avant tout au *développement du système musculaire*, soit spécialisé, soit harmonisé en coordinations élémentaires.

Ce développement du système musculaire doit être recherché, en fonction des périodes de l'évolution somatique, par les procédés qu'indiquent le laboratoire et l'expérimentation, et qui concernent le mode de contraction du muscle, le rythme, la fréquence, la durée, etc. Et comme suite à ce développement musculaire systématique pourront se réaliser, *dans l'infinie complexité des coordinations musculaires*, toutes adaptations pour une utilisation professionnelle, sportive, eutrophique ou artistique, en toutes conditions d'âge, de sexe, de santé et de milieu.

Ceci est l'œuvre de demain. Mais l'immense intérêt porté à cette belle manifestation, tant par le public spécialisé que par la masse elle-même, nous est un sûr garant que la gymnastique française va renaître, sur des bases renouvelées, et que va enfin se réaliser la parole de Ling : « Quand la France s'occupera de gymnastique, il en sortira quelque chose de grand. »

— A l'issue du Congrès, des vœux, résumant les desiderata des diverses sections, ont été émis. Nous les donnons, résumés, dans l'ordre de leur émission.

1° En ce qui concerne la femme : organisation de l'éducation physique intégrale dans les établissements d'enseignement féminin sur une base scientifique et avec sanction aux examens. Cette organisation comprendra la pratique de la gymnastique, de la natation, des jeux et des sports, de l'hygiène et de la puériculture.

2° La section médicale émet le vœu que les médecins et éducateurs civils et militaires déterminent à l'avenir des critères dynamiques fonctionnels d'entraînement.

Vœu tendant à ce qu'une inspection spéciale complémentaire des établissements scolaires soit organisée à Paris, cette inspection devant être faite par des médecins.

3° La section des sports à l'école a demandé que l'éducation physique soit rendue effectivement obligatoire dans les établissements de l'enseignement primaire et secondaire et qu'elle soit prévue dans l'horaire général, au même titre que les autres matières de l'enseignement.

Comme corollaire, vœu tendant à la substitution de la responsabilité de l'Etat à celle du professeur ou de l'instituteur en cas d'accident au cours de la pratique d'un sport ou d'une leçon de gymnastique.

Demande d'une note spéciale dans les examens scolaires en ce qui concerne l'éducation physique, de façon à ce que celle-ci ne soit pas séparée de l'éducation intellectuelle et morale.

4° Rapport général, et vœu de M. Hébrard de Villeneuve, en vue d'exonérer les associations sportives et d'éducation physique des lois fiscales qui régissent les cercles.

Nous ne pouvons que signaler en quelques mots l'exposition ouverte dans les locaux de la Faculté. A côté des stands commerciaux où toutes les industries du sport s'étaient donné rendez-vous, à côté des expositions plus scientifiques des méthodes de développement physique, on trouvait une section rétrospective de documents intéressant la gymnastique et les sports, et une section artistique. Le clou de celle-ci était l'exposition du sculpteur Rodin, dans la salle des pas perdus de la Faculté, comprenant la collection d'antiques du maître alternant avec ses propres œuvres, sculptures et dessins. Les grands maîtres de la médecine, dont les bustes étaient restés là sur leurs socles, paraissaient bien un peu étonnés de se trouver encadrés par des esquisses de nu d'une audace et d'un mouvement parfois déconcertants; on ne dessinait pas ainsi « de leur temps ». (*A suivre.*)

Dr Lance. Dr P. de Champtassin.

NOTE DE PRATIQUE

La recalcification est nécessaire non seulement aux tuberculeux, mais aussi aux convalescents de pyrexies, aux surmenés, neurasthéniques, lymphatiques. Leur prescrire de préférence la Ternose, granulé où les sels de chaux sont associés aux matières ternaires qui assurent leur assimilation. Trois cuillerées à café par jour suffisent.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie du crâne, du rachis, du bassin et des membres, orthopédie (1), par MM. Denucé, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et Nové-Josserand, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Confié à la rédaction de MM. Denucé (de Bordeaux) et G. Nové-Josserand (de Lyon), ce nouveau volume de la pratique des maladies des enfants ne pouvait être placé en des mains plus autorisées. Il répond surtout à ce besoin de plus en plus exprimé par les praticiens d'avoir dans un même volume la chirurgie osseuse et l'orthopédie qui jusqu'ici, et bien à tort, avaient été séparées l'une de l'autre dans les ouvrages et les manuels.

M. Nové-Josserand étudie successivement le membre supérieur et le membre inférieur, et à propos de chacun d'eux passe en revue les affections traumatiques, inflammatoires, paralytiques, les malformations congénitales et les déformations acquises. Les descriptions sont d'une remarquable clarté et constituent autant de mises au point pleines de bon sens clinique et d'honnêteté chirurgicale. Il faut signaler en particulier les chapitres sur l'ostéomyélite du tibia, la coxalgie et la déformation congénitale de la hanche, qui présentent ces questions délicates et toujours d'actualité sous la forme la plus synthétique et la plus propre à être saisie par le médecin et l'étudiant.

M. Denucé traite de la chirurgie et de l'orthopédie du crâne, du rachis, du thorax et du bassin en une série de chapitres du plus grand intérêt. Les malformations congénitales, en particulier la spina-bifida, qui soulèvent des discussions pathogéniques compliquées, sont simplifiées et clarifiées; le mal de Pott et ses variétés, les divers torticolis sont l'objet d'une étude soignée, au point de vue orthopédique surtout, qui plaira beuacoup aux lecteurs. Signalons aussi les chapitres sur la spondylitis, l'insuffisance vertébrale, qui paraissent pour la première fois dans un traité pratique; les déviations du rachis (cyphose, lordose et scoliose principalement) qui n'avaient pas encore jusqu'ici donné lieu à un travail de cette envergure dans lequel la forme de vulgarisation excelcellente ne doit pas faire oublier les idées directrices originales.

En ajoutant que ce volume abondammsent illustré ne contient pas moins de 287 figures, qu'il est écrit d'un bout à l'autre avec le désir de présenter la chirurgie infantile et l'orthopédie sous la forme la plus succincte et la plus pratique possible, qu'il est néanmoins au courant des dernières nouveautés morbides ou thérapeutiques concernant la spécialité considérée, on s'explique pourquoi il ne peut qu'être accueilli avec succès par le public médical. L. Gayard.

(1) Grand in-8 de 574 pages avec 287 figures. — Prix : broché, 14 francs; cartonné, 15 fr. 50. — Paris. J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

LA VARIOLE (1)

SYMPTOMATOLOGIE. — L'allure clinique de la variole est assez variable suivant les épidémies d'abord, la forme observée ensuite. Or, ce qui est surtout facteur de gravité au cours de la variole, c'est l'importance de l'éruption ; c'est pourquoi, suivant l'abondance de l'éruption, on décrit d'une manière distincte, une variole confluente, une variole cohérente, une variole discrète. Nous avons déjà signalé, d'autre part, la forme spéciale que représente la variole hémorragique.

Nous prendrons comme type de description une variole d'intensité moyenne, et nous lui décrirons plusieurs périodes successives, d'incubation, d'invasion, d'éruption, de suppuration et de dessiccation.

a. **Incubation.** — Lorsque l'on inocule à un sujet du pus pris sur une pustule variolique (variolisation), l'incubation est en général de sept à huit jours. Cette période dure jusqu'à quatorze jours, chez les sujets qui contractent la variole accidentellement ; elle est alors très rarement inférieure à huit jours.

Cette période est généralement silencieuse ; tout au plus, dans certains cas, peut-on signaler un léger malaise, quelques frissons. Cependant dès la période d'incubation, le sang est envahi par le virus variolique ; la preuve en est fournie par les résultats positifs de l'inoculation, obtenus par Schaper, dès cette période, avec le sang du sujet.

b. **Invasion.** — Le début est brusque le plus souvent ; il se fait par un grand frisson, de la fièvre, de la céphalée, de la rachialgie, des vomissements et par une extrême dépression générale.

Le *frisson* est très souvent violent, prolongé, rarement il s'agit de petits frissons répétés. Très rapidement la fièvre atteint 39, 40, 41 degrés même. Le pouls bat à 120, 140 ; la respiration s'accélère, devient très rapide.

La CÉPHALÉE rappelle celle des méningites ; elle est frontale, occipitale ou diffuse ; elle est extrêmement pénible et persistante, et elle arrache des cris aux malades. La RACHIALGIE est très souvent le symptôme dominant, celui sur lequel le malade attire immédiatement l'attention du médecin ; cette rachialgie, sourde ou lancinante, est tantôt localisée au niveau des reins, tantôt irradiée tout le long de la colonne vertébrale ; elle s'accompagne fréquemment de troubles de la miction, de rétention tout particulièrement. Il n'est pas rare d'observer de vives douleurs gastriques avec *vomissements ;* l'anorexie est absolue, la soif vive.

La face est vultueuse, les yeux sont injectés ; il y a souvent du délire, chez l'enfant on observe des convulsions. Les symptômes nerveux peuvent devenir prédominants avec délire, excitation, ou au contraire coma.

La durée de cette période d'invasion varie de un à cinq jours ; les varioles graves ont une invasion très courte ; les varioles moyennes ou légères ont une invasion supérieure à trois ou quatre jours.

La fin de cette période est marquée par le début de l'éruption, mais très souvent il existe, avant l'éruption proprement dite, des exanthèmes variés qui demandent une description spéciale, ce sont les RASHES.

RASHES. — La fréquence de ces exanthèmes est très variable suivant les épidémies ; dans les formes sévères, ils s'observeraient jusque dans 40 à 50 p. 100 des cas. Ils apparaissent dès le deuxième jour de l'invasion. Il en existe plusieurs variétés : le plus fréquent est le rash *scarlatiniforme* : il apparaît d'abord sous forme d'un pointillé très fin, puis d'une large plaque rouge, au niveau des régions inguinales, crurales ; puis il envahit l'abdomen ; rarement il se généralise ; le *rash astacoïde* se présente sous la forme d'une rougeur intense couvrant tout le corps et donnant au malade l'aspect de homard cuit ; cet exanthème persiste pendant toute la durée de l'éruption ; pour certains auteurs le rash astacoïde ne serait pas à proprement parler un rash variolique, et se rapprocherait de la catégorie des exanthèmes infectieux postéruptifs.

Le *rash morbilliforme* est plus rare ; il en est de même du *rash ortié* qui s'accompagne de prurit, du rash érysipélateux. Nous étudierons les *rashes hémorragiques purpuriques* en décrivant les symptômes de la variole hémorragique. L'apparition des rashes semble liée à une altération du système nerveux, peut-être à une lésion du sympathique. Il faut encore signaler le fait que parfois les rashes se répartissent suivant une distribution rappelant celle du zona.

c. **Eruption.** — Le début de l'éruption est marqué par deux phénomènes très importants : l'apparition des macules et l'atténuation de la fièvre et des symptômes généraux de la période précédente. La température s'abaisse à 37°5 dans les formes moyennes ; elle reste cependant à 38°5, 39 degrés, dans les formes graves.

La céphalée, la rachialgie diminuent d'intensité, ou disparaissent même. La respiration est moins précipitée.

L'éruption se fait quelquefois par poussées successives, surtout au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds ; elle débute par la face, puis gagne les membres supérieurs, le tronc, les membres inférieurs. L'élément éruptif passe par les quatre phases successives, de macule, papule, vésico-pustule et pustule.

La *macule* est constituée par une simple tache rouge, arrondie, disparaissant par la pression ; en quelques heures elle fait place à la *papule*, élevure plus résistante au doigt, entourée d'une aréole rouge. Vers le deuxième jour de l'éruption l'on voit apparaître, sur les premiers éléments, des *vésicules* contenant un liquide clair. Les vésicules augmentent de volume jusqu'au sixième jour ; elles restent relativement petites chez les sujets qui ont antérieurement été vaccinés ; elles sont au contraire très développées chez les sujets qui ne l'ont jamais été. Elles sont très nettement *ombiliquées*, ce qui est un caractère très important.

Vers le cinquième ou le sixième jour, le liquide qu'elles contiennent perd sa transparence, se trouble, devient louche : c'est la phase de vésico-pustule et de suppuration qui s'installe progressivement.

Les éléments éruptifs, les vésico-pustules que nous venons de décrire, se rencontrent fréquemment sur les muqueuses : on les trouve sur la voûte palatine, les piliers du voile ; il peut en exister aussi sur les muqueuses pharyngée, nasale, conjonctivale, laryngée, trachéale, anale, vulvaire.

Nous avons insisté déjà sur l'atténuation de la fièvre et des symptômes généraux au début de cette période d'éruption. Cette atténuation, très nette dans les formes bénignes avec éruption très discrète, est à peine indiquée dans les formes sévères, confluentes, avec éruption généralisée à tout le corps. Pendant les quatre à cinq jours que dure cette période d'amélioration, les troubles digestifs persistent ; on observe encore de l'anorexie, la langue est saburrale, il y a des vomissements et quelquefois de la diarrhée ; les urines restent albumineuses, et il n'est pas rare de noter déjà, surtout dans les formes graves, des symptômes de défaillance cardiaque, de la congestion pulmonaire, etc.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 35, p. 558.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPR[illegible]RIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 39 — SAMEDI 5 AVRIL 1913. 86e ANNÉE SAMEDI 5 AVRIL 1913. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le jury est ainsi composé : président, M. Reclus; juges, MM. Lejars, Gosset, Lenormant, Prenant, Rouvière, Langlois; suppléants, MM. Branca, Schwartz (Anselme), Camus.

La composition écrite aura lieu le 7 avril, à midi et demi.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Le jury est ainsi composé : président, M. Nicolas; juges, MM. Hartmann, Legueu, Proust et Camus.

Questions données : « Artères mésentériques. — Physiologie des nerfs vaso-moteurs. »

Séance du 2 avril. — MM. Monod, 25; Le Grand, 24; Gouverneur, 26.

— M. Pouchet, professeur de pharmacologie et matière médicale est nommé assesseur du doyen.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. Le Fort, agrégé libre à dater du 1er novembre 1913, est chargé, à partir de la même date, d'un cours complémentaire de médecine opératoire.

— NANCY. — M. Coiffard (Henri), agent comptable de l'Institut français d'archéologie orientale du Caire, est nommé secrétaire de la Faculté de médecine et de l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy, en remplacement de M. Lambert des Cilleuls, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

LE NOMBRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE EN FRANCE EN 1913. — Le *Bulletin administratif du ministère de l'Instruction publique* publie la statistique des étudiants des différentes facultés et écoles d'enseignement supérieur au 15 janvier 1913.

Les Facultés de médecine avaient à cette époque 8247 étudiants; hommes 7400 dont 803 étrangers; femmes : 847 dont 358 Françaises et 489 étrangères.

Les écoles de médecine comptaient 1497 étudiants; hommes : 1287 dont 29 étrangers; femmes : 210 dont 9 étrangères.

Si nous comparons ces chiffres à ceux de 1912 publiés dans la *Gazette des hôpitaux* (1912, n° 40, p. 573), nous voyons que le nombre des étudiants des Facultés est sensiblement le même, la proportion de femmes et d'étrangers est la même. Nous remarquons un léger fléchissement du nombre des étudiants des écoles, ce qui est regrettable.

Les Facultés viennent dans l'ordre suivant d'après le nombre des *étudiants inscrits au 15 janvier 1913.*

Paris 4211 (contre 4170 en 1912), Lyon 1055, Bordeaux 751, Montpellier 699, puis viennent Toulouse 346, Nancy 306, Lille 285, Alger 156.

Parmi les écoles, Nantes tient la tête avec 255 inscrits, puis viennent Marseille 245, et Rennes 148; ces chiffres sont sensiblement ceux de 1912. Les autres écoles ont un nombre d'élèves allant de 52 (Limoges) à 20 (Grenoble).

Les étrangers les plus nombreux restent toujours les Russes 831, dont 585 à Paris et 132 à Montpellier, puis viennent les Turcs 85, dont 68 à Paris et 11 à Montpellier.

Les Bulgares 67 dont 20 à Lyon, 28 à Montpellier, 12 à Nancy.

Les Roumains 59, dont 54 à Paris, 5 à Montpellier.

Notons encore parmi les nationalités qui sont presque toutes représentées : les Anglais, 13 à Paris; les Hellènes, 24 à Paris; les Républiques de l'Amérique du Sud, 22 à Paris.

Les Japonais seuls comme l'an dernier continuent à briller par leur absence et à nous préférer l'Allemagne.

Les *étudiants en pharmacie* sont au nombre de 1312 dans les écoles supérieures et facultés mixtes.

Paris 623, y compris 17 étrangers et non compris 38 femmes.

Les écoles ont 253 étudiants dont 247 Français hommes, 3 Françaises, 3 étrangers. Ces chiffres sont absolument comparables à ceux de 1912.

NÉCROLOGIE. — Mme veuve Debrousse, la dernière représentante d'une famille à laquelle les pauvres de Paris doivent tant de libéralités, vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-six ans.

Associée à sa belle-fille la baronne Alquier et à son fils M. Jean-Hubert Debrousse pour la création de ce magnifique asile de vieillards qu'est l'hospice Debrousse, et qui compte aujourd'hui 400 lits, Mme Debrousse avait encore créé ces dernières années, à Lyon, une nouvelle maison pour recevoir 200 vieillards.

Elle meurt en laissant toute son immense fortune à l'Assistance publique de Paris dans le but d'assurer encore le repos

RENSEIGNEMENTS

des vieux jours à un certain nombre de vieillards malheureux.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société aura lieu le deuxième mercredi d'avril (9 avril 1913), au Cercle militaire, à neuf heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Un mois chez les artilleurs (notes d'un non combattant) », par le docteur Dubois, médecin aide-major de première classe de réserve.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical à sept heures et demie précises (tenue de ville, prix : 5 fr. 50).

HOTEL-DIEU. (Service du docteur CAUSSADE.) — Le docteur G. Leven fera une leçon sur la syphilis gastrique et son traitement médico-chirurgical, le jeudi 10 avril, à 10 h. 45, salle Sainte-Monique.

CONGRÈS

PREMIER CONGRÈS DE LA FÉDÉRATION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Ce Congrès, qui s'est tenu la semaine dernière ainsi que nous l'avions annoncé, a voté un certain nombre de vœux qui sont d'autant plus intéressants que seuls les étudiants ont pris part à leur discussion.

Un premier vœu demande qu'en principe les *fonctions d'interne des hôpitaux soient réservées à nos nationaux*. Il admet, dans une seconde partie, que dans certaines régions il puisse intervenir des accords entre les pouvoirs publics et les groupements professionnels, prévoyant l'accession des étrangers à quelques places et sous certaines conditions. Un second vœu, qui vise les équivalences du baccalauréat, demande que le *baccalauréat continue à être exigé* pour l'inscription dans les facultés de médecine et déclare s'opposer à toute mesure qui tendrait à accorder à ce sujet des dispenses.

Le Congrès a encore demandé que le *stage hospitalier fût libre*, ou tout au moins étendu à des services autres que ceux qui admettent officiellement les stagiaires, de façon à obvier à la pléthore dans ces derniers et à l'inutilisation des matériaux cliniques des autres. Un second vote a insisté, à propos des travaux pratiques, sur la *prédominance* qui devra toujours être accordée *aux sciences médicales* proprement dites sur les sciences accessoires à la médecine et sur la fixation défectueuse de la date de quelques-uns de ces travaux pratiques par rapport aux années d'études. La date des examens, que le décret prévoit devoir être subis tous à une époque unique, demanderait aussi, d'après le Congrès, à être modifiée, cette fixation étant à la fois incommode et impraticable. Les examens cliniques, de l'avis des congressistes, devraient être augmentés de nombre au préjudice des théoriques, trop nombreux.

Enfin, le Congrès a émis le vœu que la *commission supérieure des études médicales* fût modifiée dans sa composition dans le sens proposé par le Congrès des praticiens et l'Union des syndicats médicaux de France.

Au sujet des *Ecoles préparatoires de médecine*, le Congrès a émis le vœu qu'un contrôle soit établi et des modifications apportées à la composition de leurs jurys d'examen, de façon que soient unifiés le niveau des études et la valeur des examens dans les écoles et les facultés.

Abordant ensuite la question de l'*internat des hôpitaux*, il a demandé que les internes en médecine des villes possédant des écoles et des facultés puissent se présenter au concours d'internat de Paris sans être tenus d'acquérir la situation préalable d'externes.

Le Congrès a réclamé, en outre, la *représentation des étudiants dans les conseils des facultés et aux conseils de discipline* de l'Assistance publique. Enfin, il a émis le vœu que dans les concours d'internat hospitalier la valeur des candidats ne soit appréciée que par des membres du corps médical.

Passant à la question du *service de trois ans* et de sa répercussion sur les études médicales les congressistes ont demandé des garanties contre la concurrence des médecins étrangers qui s'établissent en France sans avoir à supporter les charges militaires.

Le Congrès rejeta ensuite une proposition demandant le droit pour les étudiants en médecine de poursuivre leurs études dans une ville de faculté pendant leur troisième année de service. On demanda par contre que les dispositions actuellement acquises et permettant de passer des examens correspondant au nombre d'inscriptions possédées soient maintenues, et que celles qui interdisent aux étudiants sous les drapeaux de se présenter aux concours de l'internat hospitalier soient abrogées.

De plus, le Congrès a émis le vœu que les étudiants en médecine soient affectés aussitôt que possible au service de l'infirmerie, où ils se mettront au courant de ce qui sera leur véritable affectation en temps de guerre; que les étudiants munis de douze inscriptions fassent leur deuxième et leur troisième année comme médecins auxiliaires et aides-majors; que les sursis soient maintenus et la période permettant de les obtenir prolongée jusqu'à vingt-sept ans; enfin que la loi n'ait pas d'effet rétroactif pour les étudiants actuellement en sursis.

Le Congrès a enfin étudié la question de l'*internat obligatoire* demandant que le stage de la dernière année soit fait obligatoirement par les étudiants, comme internes, dans un des nombreux hôpitaux de France, mais en dehors des villes d'écoles et de facultés de médecine. Fait comme interne, ce stage sera ainsi plus utile et ne léserait pas les étudiants promus internes au concours dans les villes de facultés ou écoles.

Le vœu ajoute : « Le Congrès, en ne dissimulant pas les difficultés d'application d'une telle réforme, demande qu'une étude sérieuse soit faite d'accord avec les pouvoirs publics, les groupements professionnels, les commissions d'hospices, etc. »

Une autre réforme, d'une application plus immédiate, est demandée : la *participation réelle des élèves stagiaires au service médical* dans les hôpitaux. Trop souvent, l'étudiant est obligé de se contenter d'écouter son maître qui disserte auprès du lit du malade. Il n'ausculte ni ne palpe lui-même. Un vœu réclame une part plus effective à la consultation et, en outre, la répartition des étudiants dans un plus grand nombre de services.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 AVRIL 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 14 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 2e partie).

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 15 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 16 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

2e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec.*

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 17 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

4e.

REVUE GÉNÉRALE

FRACTURES DU PÉRONÉ

Par MM. LUQUET et DEDET,
Internes des hôpitaux de Paris.

Les fractures du péroné sont extrêmement fréquentes. Avec les fractures de côtes et de l'extrémité inférieure du radius ce sont celles qu'on observe le plus souvent.

Les auteurs qui s'en sont occupés se sont efforcés d'en établir avec soin le pourcentage par rapport aux solutions de continuité des os prises dans leur ensemble. Le relevé des grandes statistiques donne les chiffres suivants : pour Dupuytren, une fracture du péroné sur trois fractures observées ; pour Malgaigne, une sur quatre. Ces chiffres semblent un peu exagérés et la proportion sèche des fractures du péroné paraît devoir être ramenée à 14 ou 15 p. 100 des fractures en général.

Il s'agit ici, tout aussi bien des fractures de cause directe que de celles de cause indirecte, mais ces dernières sont incomparablement plus fréquentes que les premières.

L'étude des fractures du péroné de cause directe est banale et ne nous retiendra pas longtemps ; celle des fractures de cause indirecte est très délicate surtout en ce qui concerne celle du quart inférieur du péroné (malléole et les 8 centimètres de la diaphyse qui lui font suite), car elles sont associées dans la plupart des cas à des lésions de la mortaise tibio-tarsienne, et il en est de même, ainsi que nous le verrons plus loin, mais exceptionnellement, pour certaines fractures de l'extrémité supérieure du péroné, et parfois même du tiers supérieur de sa diaphyse.

Il est impossible d'étudier les fractures indirectes du péroné sans parler des lésions de la mortaise tibio-péronière et cela d'autant plus que les récentes discussions de la Société de chirurgie (année 1912) ont fait de ces lésions une question d'actualité.

Division. — Comme toutes les fractures, celles du péroné se divisent ainsi que nous venons de le dire en :

a. Fractures directes.
b. Fractures indirectes, de beaucoup les plus connues.

Suivant leur siège il est classique de les diviser en :

a. Fractures de la diaphyse.
b. Fractures de l'extrémité supérieure.
c. Fractures de l'extrémité inférieure.

Il est à remarquer que les fractures de la diaphyse sont à peu près exclusivement de cause directe tandis que les fractures des extrémités sont surtout de cause indirecte.

I

Fractures directes. — L'étude des fractures directes du péroné n'offre que peu d'intérêt ; ces fractures diffèrent essentiellement suivant les cas et ne répondent à aucun type déterminé.

Elles varient suivant la nature, la violence, le point d'application du traumatisme.

Elles peuvent siéger sur toute la hauteur de l'os, mais c'est surtout, comme nous venons de le dire, au niveau de la diaphyse, principalement dans son tiers moyen, qu'on les rencontre et c'est au chapitre des fractures directes qu'il convient d'étudier les fractures de la diaphyse péronière.

Fractures directes de la diaphyse péronière. — Causes. — Elles résultent d'un traumatisme violent portant sur la face externe de la jambe : coup de pied, coups de bâton, chute sur un corps dur et anguleux comme une bordure de trottoir ; passage d'une roue de voiture ; exceptionnellement projectile d'arme à feu.

Anatomie pathologique. — *Ces fractures peuvent être complètes*. Elles sont alors tantôt transversales ; tantôt obliques ; tantôt et assez souvent comminutives ; enfin et quelquefois doubles, une portion de la diaphyse péronière étant isolée par deux traits de fractures situés à quelque distance l'un de l'autre, et « on a dit que quelques fractures à fragment moyen succèdent à une double violence directe et indirecte mais le fait n'est pas prouvé » (Rieffel).

Dans tous ces cas le déplacement est peu ou pas marqué parce que, d'une part, le tibia intact forme attelle au chevauchement suivant la longueur, et parce que, d'autre part, le péroné est entouré par les muscles péroniers latéraux qui prennent sur lui de solides insertions. Pour qu'il y ait déplacement il faudrait des lésions graves des articulations péronéo-tibiales supérieure ou inférieure rompant les connexions entre le tibia et le péroné.

Parfois cependant par suite de la direction de la violence il peut y avoir déplacement d'un des fragments vers l'espace interosseux.

Les fractures incomplètes ont été étudiées par Cloquet et Bruns qui ont décrit des inflexions du péroné.

Signes et diagnostic. — Les signes fonctionnels sont à peu près nuls.

L'interrogatoire du malade ne révèle que les circonstances du traumatisme qu'il a subi. Généralement il a pu continuer à marcher.

Les signes physiques sont plus importants.

L'inspection révèle : un *gonflement* inconstant de la jambe ; une *ecchymose* le plus souvent, c'est du reste un signe sans grande valeur puisqu'il y a eu choc direct.

La palpation donne plus de renseignements : la *douleur à la pression* existe mais est assez difficile à localiser.

La *crépitation* n'est pas facile à constater d'ordinaire. On peut la faire naître parfois, en imprimant au pied des mouvements de rotation et d'adduction, ou en appuyant sur les extrémités du péroné. La *mobilité anormale* n'est bien évidente qu'en cas de fracture double ou comminutive ; à peine sent-on d'ordinaire un peu de dépressibilité anormale de la région péronière.

Pour Rieffel il existe un signe pathognomonique mais pas toujours facile à constater. « Appuyez, dit-il, sur la partie supérieure ou inférieure de l'os, vous reconnaîtrez dans certains cas qu'elles sont anormalement dépressibles, qu'elles ne modifient pas simultanément leur position lorsqu'on fait exécuter au pied un mouvement de rotation. Cette même manœuvre réveille parfois la crépitation ou une douleur en un point toujours le même. »

En résumé le tableau clinique est assez fruste et le *diagnostic avec la contusion simple* serait souvent impossible sans la *radiographie* qui montre la présence du trait de fracture, son siège, et le déplacement des fragments quand il existe.

Du reste il faut reconnaître qu'une erreur de diagnostic entre les deux affections n'a pas gros inconvénient.

Pronostic. — Ces fractures ne présentent *aucune gravité*. Leur consolidation s'effectue d'ordinaire en trois semaines, un mois.

Traitement. — Le *massage* est le seul traitement à employer. L'immobilisation stricte est inutile.

Un peu de compression au début pourra être appliquée de façon à faire disparaître le gonflement.

Fractures directes des extrémités du péroné. — Les fractures directes de l'extrémité supérieure et inférieure du péroné ne s'observent qu'exceptionnellement. Leurs symptômes sont les mêmes que ceux des solutions de continuité de la diaphyse.

II

Fractures indirectes. — Ce sont avant tout les fractures des extrémités :

Fractures de l'extrémité supérieure.
Fractures de l'extrémité inférieure.

Fractures de l'extrémité supérieure. — Les fractures de l'extrémité supérieure du péroné sont très rares. On en décrit deux variétés :

1° *Les fractures de la tête* de ces os.

2° *Les fractures de l'extrémité supérieure de la diaphyse* dites *par diastasis de Maisonneuve*.

A. Fractures de la tête du péroné. — Les premières études sur ces fractures remontent à Hergott, Weber, Muller, en 1854. Leur connaissance est donc de date assez récente. Depuis elles ont été reprises par Lotzbeck, Callender (1870), Duplay, Perrin, Terrier (1880). Signalons aussi les thèses de Tisserand (1880), de Couette (1881), surtout celle de Dumollard (1882) et enfin les travaux de Levrat (1882), Gérard Marchant (1888), Damaye et Blin (1888), Weir (1888), Mac Cosh (1890), Pierson (1894), Tietze (1894), Sjoberg (1894).

Étiologie. — Autrefois on attribuait toujours les fractures de la tête du péroné à un arrachement de cette tête par le tendon du biceps.

Actuellement on a reconnu, surtout à la suite des expériences de Dumollard, que la question était beaucoup plus complexe et que le mécanisme variait suivant les cas.

a. Tantôt la fracture survient par *combinaison d'une adduction forcée de la jambe, d'une traction musculaire énergique et d'une violence extérieure.* C'est le cas, par exemple, d'un cavalier tombant avec son cheval et ayant la jambe prise sous sa monture.

L'association de ces facteurs semble indispensable. C'est ainsi que Dumollard, dans ses expériences, n'a pu produire de fracture par adduction forcée simple sans un choc direct concomitant sur l'extrémité supérieure de l'os. A vrai dire ces expériences sont peu probantes puisque la contraction du biceps ne peut être remplacée.

b. Tantôt il s'agit d'une *fracture par arrachement :* soit par le ligament latéral externe du genou, ce qui n'a été vu qu'expérimentalement, n'a reçu aucune confirmation clinique et qui du reste se comprend mal; soit, et le plus souvent, par le tendon du biceps. « Un individu, sur le point de tomber, s'appuie énergiquement pour éviter une chute sur le sol; dans cet effort musculaire, le biceps peut, en se contractant, arracher la tête du péroné et il le fera d'autant mieux que la jambe est légèrement fléchie. Dans cette attitude, en effet, il agit presque perpendiculairement à la ligne du péroné. » (Rieffel.)

Le biceps peut aussi se contracter pour lutter contre un mouvement d'adduction forcée, comme dans le cas de Sjoberg, dans le cas de Weir.

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomiques que l'on peut observer sont variables. C'est ainsi que l'on voit :

a. Des *fractures du col du péroné* avec lésions ou non du périoste auxquelles on peut rattacher les *arrachements isolés de l'apophyse styloïde du péroné*, ceci surtout dans les fractures par arrachement.

b. Rieffel décrit des *fractures à trois fragments* dont le plus volumineux reste adhérent à l'agent de traction, ligament latéral externe ou tendon du biceps suivant le cas. Mais il ne s'explique pas sur la situation du troisième fragment. Cette forme s'observerait surtout dans les fractures relevant de la combinaison de contraction violente et adduction.

Symptomes. — Les caractères de la fracture de la tête du péroné sont en général assez faciles à constater cliniquement.

On se trouve en général en présence d'un individu qui, à la suite d'une contraction brusque pour éviter une chute, a ressenti à la partie externe du genou un *craquement* et surtout une *douleur vive*.

Il attire immédiatement l'attention à ce niveau.

Si on pratique l'examen local :

A l'inspection, on constate une *augmentation de volume du genou* qui est gros, globuleux, par suite d'un épanchement sanguin intraarticulaire.

A la palpation, on trouve une *dépression* à la place de la saillie nette que forme d'ordinaire la tête du péroné.

Au-dessus de cette dépression, à la partie supéro-externe du creux poplité, on sent une *petite tumeur* dure sous la peau. Très mobile, elle se rapproche du péroné pendant la flexion de la jambe sur la

cuisse, pour s'en éloigner plus ou moins pendant l'extension. C'est le fragment formé par la tête arrachée et restée adhérente au biceps.

En palpant le corps du péroné on peut arriver à sentir l'extrémité supérieure de la diaphyse et à lui imprimer des mouvements anormaux.

La pression au niveau de la solution de continuité provoque la *douleur exquise* habituelle des fractures. Si les deux fragments ne sont pas écartés, ou s'il existe plusieurs fragments, on peut sentir de la *crépitation osseuse*.

De plus, par suite de l'arrachement du point osseux d'insertion inférieure du ligament latéral externe du genou, on peut faire exécuter des *mouvements anormaux de latéralité* à la jambe en extension.

Enfin, dans les heures qui suivent, peut apparaître une *ecchymose*, signe sans grande valeur puisque le plus souvent il y a eu association de trauma.

Mais ce qui donne à cette fracture un caractère particulier ce sont les *troubles que l'on observe du côté du nerf sciatique poplité externe*. Ces troubles sont extrêmement fréquents, et même pour certains auteurs, Sébileau en particulier, ils seraient constants. Ceci se comprend facilement si l'on songe à l'intimité des rapports qui existent entre le nerf sciatique poplité externe et la tête du péroné.

C'est à l'atteinte du nerf en question qu'il faut attribuer les *violentes douleurs* dont se plaignent d'ordinaire les malades immédiatement après l'accident, douleurs siégeant sur la face antéro-externe de la jambe et sur la face dorsale du pied.

A l'examen local on constate une *paralysie des muscles de la loge antérieure de la jambe*, c'est-à-dire des extenseurs, et une *paralysie des muscles de la loge externe*, c'est-à-dire des long et court péroniers latéraux. L'attitude est caractéristique : le pied est abaissé, la plante regarde en dedans, le bord externe étant plus rapproché du sol que l'interne, tous symptômes dus à la prédominance d'action du triceps sural et du jambier postérieur. L'extrémité des orteils est tournée en bas par prédominance d'action des fléchisseurs des orteils. Les mouvements d'adduction de la pointe et surtout ceux d'abduction, le pied étant en extension, sont presque impossibles.

On constate également une *abolition de la sensibilité*, plus ou moins complète sur toute la face dorsale du pied, moins une petite bande interne, ainsi que sur la face externe, la moitié de la face antérieure et les deux tiers de la face postérieure de la jambe.

Tantôt ces troubles surviennent immédiatement, soit par élongation du nerf, soit par contusion ou compression par le trauma, cause de la fracture, par une esquille osseuse, par interposition nerveuse interfragmentaire, exceptionnellement par section complète.

Tantôt, au contraire, ils n'apparaissent que secondairement, le sciatique étant englobé dans le cal ou comprimé par un cal exubérant.

Évolution. — Tous les symptômes vont en s'amendant, et la fracture consolide par un cal osseux d'ordinaire.

Les troubles nerveux, dans certains cas, peuvent régresser ou au contraire persister, et s'il en est ainsi le malade, lorsqu'on n'intervient pas, reste avec un pied en varus équin et steppe quand il marche.

Pronostic. — Le pronostic de la fracture en elle-même n'est pas grave. *C'est surtout la lésion nerveuse qui entre en cause.* On peut, en effet, voir se développer par la suite des *troubles névritiques* très marqués, avec tout leur cortège symptomatique, qui assombrissent beaucoup le pronostic.

Diagnostic. — Il ne faudra pas confondre une fracture de l'extrémité supérieure du péroné avec :

1° Une *contusion simple du genou*, ainsi que pourrait le faire supposer le gonflement de la région et l'ecchymose.

2° Les *hémarthroses* de causes variables que l'on observe au niveau de l'articulation du genou.

3° Une *entorse du genou*. Outre qu'elle siège le plus souvent en dedans, on ne trouve la petite tumeur osseuse mobile.

4° Une *fracture du tibia* surtout unicondylienne externe. Mais il existe une localisation spéciale de la douleur et de la mobilité du fragment osseux. La jambe est fréquemment en valgus.

5° Une *rupture du tendon du biceps*. On ne sent pas alors la petite tumeur dure qui se déplace formée par la tête détachée.

Enfin, dans le cas de *paralysie ancienne du sciatique poplité externe* il faudra savoir faire le *diagnostic rétrospectif* d'une fracture de l'extrémité supérieure du péroné et diagnostic d'un cal comprimant secondairement le nerf.

Traitement. — Le traitement doit répondre à deux indications :

1° Traiter la fracture;
2° Traiter la lésion nerveuse.

1° *Traitement de la fracture.* — Il existe divers procédés :

a. On peut *essayer de réduire* en abaissant le fragment supérieur et tentant de le maintenir en place « par un bandage que l'on inventera suivant les circonstances » (Ricard et Demoulin).

Si on ne réussit pas il faut opérer à ciel ouvert.

b. On peut se contenter de *sectionner le tendon du biceps*.

c. Il est préférable de mettre à nu le foyer de fracture et de recourir à une *suture osseuse*. Avec l'asepsie actuelle et l'habitude que l'on commence à avoir de la chirurgie osseuse, ce semble être le traitement de choix, d'autant qu'il permet de répondre à la deuxième indication.

2° *Traitement de la lésion nerveuse.* — Si on constate les signes d'une paralysie du sciatique poplité externe, il *faut intervenir*, car on ne peut pas dire s'il s'agit d'une contusion simple du nerf, de sa rupture ou de sa blessure par les fragments péroniers, et selon le cas on aura à enlever des esquilles qui lèsent le nerf, à dégager ce nerf pris entre deux fragments, à le suturer au besoin.

A la suite de ce traitement, même bien mené, les

troubles nerveux ne disparaissent que lentement et rarement d'une façon complète.

Le résultat est encore plus aléatoire dans les vieilles fractures quand on est obligé de libérer le nerf d'un cal exubérant. Et il ne faut pas oublier que dans deux cas rapportés par Callender les troubles névritiques étaient si marqués que l'on fut obligé de recourir à l'amputation de cuisse.

On voit combien le pronostic d'une fracture banale et sans gravité en apparence, peut être modifié.

B. Fractures de l'extrémité supérieure de la diaphyse. — Ce sont les *fractures par diastasis de* Maisonneuve.

La première étude de cette variété de fracture remonte à 1840, époque de l'apparition du mémoire de Maisonneuve (*Archives générales de médecine*). Cet auteur avait déduit ces fractures par diastasis du résultat de ses expériences, sans pouvoir jamais en donner la confirmation clinique.

Aussi leur existence a-t-elle été longtemps niée. « Cette fracture, dit Malgaigne, n'a jamais été observée sur le vivant. » Plus près de nous Rieffel dans le *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet cite à peine cette fracture « dont la réalité, dit-il, est actuellement niée par la plupart des chirurgiens ».

Depuis cependant que la radiographie permet une étude plus exacte des fractures on en a signalé plusieurs cas. Nous ne citerons que ceux rapportés par le professeur Quénu et M. Destot.

Ce sont malgré tout des fractures exceptionnelles.

Mécanisme. — Maisonneuve a montré dans ses expériences que, lorsqu'on porte avec force la pointe du pied en dehors, l'astragale tend à tourner dans sa mortaise et à repousser en arrière et en dehors la malléole externe. Si les ligaments péronéo-tibiaux inférieurs cèdent, le péroné est écarté du tibia, subit un mouvement combiné d'abduction et de rétropulsion. Il est comme tordu sur lui-même et se brise à son tiers supérieur, plus ou moins près de la tête.

Tel est le *mécanisme de la torsion* adopté par Maisonneuve.

Ce n'est donc pas, comme le fait remarquer le professeur Quénu, celui de « la cassure par introduction en coin de l'astragale, entre le tibia et le péroné » ainsi que le voudraient plusieurs auteurs.

Anatomie pathologique. — D'après Maisonneuve « cette fracture est plutôt oblique que transversale, les ligaments péronéo-tibiaux inférieurs ainsi que les fibres du ligament interosseux sont arrachés. La malléole externe écartée du tibia est repoussée en dehors et en arrière. Le ligament annulaire offre des éraillures nombreuses. Les fibres antérieures du ligament latéral interne sont brisées. »

Parmi toutes ces lésions les plus discutées sont celles de l'articulation péronéo-tibiale inférieure.

Pour Maisonneuve et la majorité des auteurs le diastasis tibio-péronier existe.

Pour Destot le diastasis est la condition sine qua non de cette fracture. C'est « ce qui lui donne son individualité ».

Pour Quénu au contraire le diastasis est fréquent, mais non constant. Et de fait sur les 4 cas qu'il rapporte de fractures de Maisonneuve, deux fois le diastasis manquait complètement. Mais d'une part dans ces 2 cas, il y avait coexistence de fracture marginale postérieure du tibia, ce qui, pour le professeur Quénu, serait peut-être l'équivalent d'un arrachement du ligament péronéo-tibial postérieur et inférieur. D'autre part, d'après le même auteur, il faut bien distinguer diastase et entorse. Au moment du traumatisme il se peut que la rupture des ligaments péronéo-tibiaux permette grâce à un écartement temporaire la torsion du péroné et sa fracture haute, et que, une fois la fracture produite, les surfaces péronéo-tibiales reviennent à leur contact normal. On ne peut donc pas dire qu'il y ait eu dans ces cas diastasis qui est « un déplacement permanent des surfaces articulaires, appréciable sur des radiographies » (Quénu).

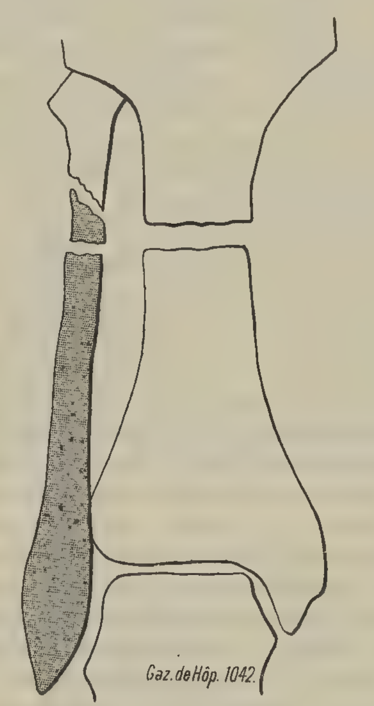


Fig. 1. — *Fracture par diastasis de Maisonneuve* (schéma).

En somme cette discussion montre qu'il faut s'entendre sur la façon dont on prend le mot diastasis, et qu'en tout cas tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'*il faut des lésions graves* permanentes (*diastasis*) ou transitoires (*entorse*, avec *rupture des ligaments* puisque les deux os se sont écartés) de l'articulation péronéo-tibiale inférieure pour permettre à la fracture haute du péroné de se produire.

On a vu qu'aux lésions décrites par Maisonneuve s'ajoutait parfois un arrachement de la marge postérieure du tibia (*fractures tibio-margino-péronières hautes* de Quénu). Destot l'a rencontré 1 fois sur 4, et le professeur Quénu 3 fois sur 4.

Une lésion de la malléole interne peut également remplacer l'arrachement du ligament latéral interne (*fractures géni-péronières hautes* de Quénu).

Mais il faut remarquer que, dans le vrai type décrit par Maisonneuve, il n'y a aucune lésion du côté du tibia.

Signes et Diagnostic. — D'après Maisonneuve on observerait les symptômes suivants :

C'est d'abord une *douleur vague* autour de la malléole externe remontant à la partie externe de la région tibio-tarsienne et envahissant aussi la face externe de la jambe.

Il existe également un *écartement des malléoles* et une *déviation du pied en dehors*.

La *crépitation* et la *mobilité anormale* sont faciles à constater au niveau du foyer de fracture.

Il faudra toujours songer à explorer la partie interne de l'articulation tibio-tarsienne pour vérifier l'état du ligament latéral interne, et de la malléole interne.

Le *diagnostic* n'est donc pas difficile et l'*examen radiographique* lèverait les doutes en cas de besoin.

Complications. — La plus redoutable est l'*atteinte du nerf sciatique poplité externe*, dans le cas de fracture haut située, entraînant tous les inconvénients signalés plus haut à propos des fractures de la tête du péroné.

Traitement. — Le traitement devra *s'adresser au diastasis tibio-péronier* par un des procédés sur lesquels nous reviendrons plus tard.

« Quant à la fracture, *il n'est guère besoin de s'en occuper*, les fragments ont peu de tendance à chevaucher et leur coaptation n'est pas ici d'une haute importance. » (Maisonneuve.)

Le traitement devra être particulièrement sévère en cas de fracture concomitante de la malléole interne ou de la marge postérieure du tibia. Nous y reviendrons.

Fractures de l'extrémité inférieure. — Les fractures de l'extrémité inférieure du péroné sont beaucoup plus importantes que celles de l'extrémité supérieure. On peut les diviser :

1° *En fractures de la malléole proprement dites.*

2° *En fractures de l'extrémité inférieure de la diaphyse.*

A. **Fractures malléolaires proprement dites.** — Les fractures isolées de la malléole externe sont très fréquentes, puisque le professeur Quénu sur 146 fractures du cou-de-pied en rapporte 40 cas certains, sans compter 17 cas douteux dans lesquels la radiographie n'a rien montré de probant.

On en considère d'ordinaire trois variétés :

a. Les *fractures parcellaires de la pointe.*

b. La *fracture dite transversale* de la malléole externe.

c. La *fracture marginale antérieure* du péroné.

« La plupart de ces fractures ont pour caractère commun de ne présenter aucun déplacement, nombre d'entre elles sont des fractures incomplètes ou des fractures dans lesquelles le périoste est peu ou pas déchiré. » (Quénu.)

A ces trois variétés nous en ajouterons une quatrième :

d. Les *fractures malléolaires basses avec déplacement*, de Destot (1).

Fractures parcellaires de la pointe. — Nous n'y insisterons pas. Leur histoire relève surtout de celle de l'entorse. *Ce sont des entorses plutôt que des fractures du péroné.*

Causes et mécanisme. — Elles surviennent à la suite de faux pas, dans une ornière par exemple, entraînant un *mouvement forcé du pied en dedans.*

Anatomie pathologique. — Elles consistent *en arrachements* de la pointe ou des bords de la malléole externe par les ligaments distendus.

Symptômes. — Elles revêtent la physionomie clinique de l'entorse.

Sous le *gonflement* qui envahit tout le cou-de-pied, on pourra exceptionnellement percevoir le *déplacement* d'un petit fragment sous le doigt, avec *douleur vive* en un point très limité.

L'articulation pleine de liquide épanché pourrait parfois permettre de trouver un *choc astragalien* analogue au choc rotulien (Destot).

Les mouvements de torsion du pied sur son axe sont très douloureux.

Diagnostic. — Hormis quelques cas rares le diagnostic avec l'*entorse simple* est à peu près impossible sans la radiographie. Mais, il faut bien savoir que la lecture d'un cliché dans ces conditions est très délicate. Les fractures parcellaires du péroné « sont difficiles à voir parce que l'os se projette sur le tibia dont l'ombre masque les contours » (Destot).

Pronostic. — Parfois difficile à préciser, point important en pratique. Il peut persister en effet pendant de longs mois des *douleurs* et des *raideurs articulaires.*

Traitement. — Le traitement consistera en *massage et mobilisation rapide*, succédant ou non à une compression ouatée de deux ou trois jours. On le complétera par des *bains* et des *douches de vapeur.*

D'ordinaire la guérison complète survient en une vingtaine de jours.

Fracture dite transversale de la malléole externe. — On l'appelle encore *fracture par arrachement.*

Etiologie. Mécanisme. — Cette fracture résulte d'*un mouvement d'adduction forcée* du pied.

Voici comment Tillaux en explique le mécanisme. Dans l'adduction forcée, les ligaments latéraux externes de l'articulation tibio-tarsienne sont distendus. Ils peuvent alors se rompre donnant lieu à une entorse. D'autres fois ils résistent et, en exerçant ainsi des tractions sur la malléole externe, ils

(1) M. Chaput, dans une classification récente des fractures du péroné (*Bull. de la Soc. de chir.* du 22 oct. 1912), divise les fractures de la malléole en *fractures par adduction* et en *fractures par abduction.*

Les fractures par adduction comprennent :

Les *fractures horizontales de la pointe* de la malléole, au niveau du plafond de la mortaise.

Les fractures par abduction comprennent :

Les *fractures du corps de la malléole externe* avec diastasis partiel ;

Les *fractures de la pointe* sans diastasis ;

Les *fractures obliques du corps et de la pointe* ;

Les *fractures marginales antérieures* du péroné.

peuvent l'arracher dans les divers points de sa hauteur, plus souvent à sa base.

Un degré de plus, on aurait la fracture bimalléolaire par adduction de Tillaux.

Anatomie pathologique. — Pour les *classiques*, cette fracture est *transversale*, le périoste est généralement conservé et il n'existe ni déplacements des fragments, ni déviation du pied.

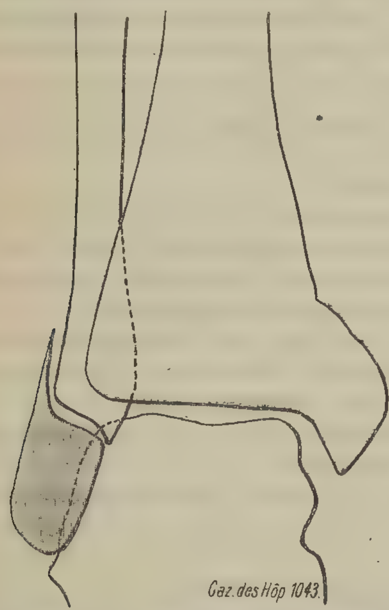


Fig. 2. — *Fracture dite transversale de la malléole externe.* Vue de face (collection du docteur Demoulin).

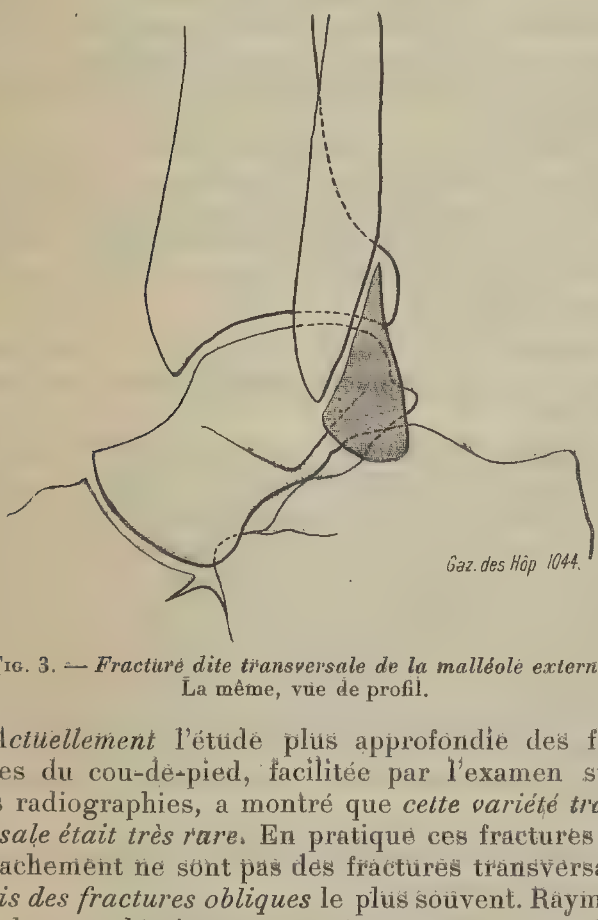


Fig. 3. — *Fracture dite transversale de la malléole externe.* La même, vue de profil.

Actuellement l'étude plus approfondie des fractures du cou-de-pied, facilitée par l'examen suivi des radiographies, a montré que *cette variété transversale était très rare.* En pratique ces fractures par arrachement ne sont pas des fractures transversales *mais des fractures obliques* le plus souvent. Raymondaud en a décrit un cas très nettement en 1883. C'est un fait sur lequel M. Demoulin insiste depuis longtemps en apportant à l'appui de nombreux documents radiographiques. C'est aussi l'avis du professeur Quénu et de bien d'autres. « Je crois, dit le professeur Quénu, que la plupart des fractures géniennes intéressant la malléole au voisinage du plafond de la mortaise sont des *fractures obliques.* Sur les radiographies vues de face, elles paraissent bien transversales, cependant on peut déjà remarquer que le trait se relève le long du bord externe de la silhouette péronière (*trait en équerre*), mais si on interroge en outre une radiographie de profil de la même fracture, l'obliquité du trait devient manifeste, cette obliquité se fait de haut en bas et de dehors en dedans; le trait commence à 3 centimètres et demi, 4 centimètres ou même plus haut, au-dessus de l'interligne articulaire, mais au lieu d'aboutir en dedans à cet interligne il s'abaisse à 15 ou 17 millimètres empiétant par conséquent sur la face cartilagineuse de la malléole. »

Symptômes. — Le tableau clinique est souvent assez frustre.

Le malade raconte qu'il a fait un *faux pas*, sans pouvoir préciser le plus souvent dans quel sens son pied a tourné.

D'ordinaire il a pu marcher, car il est à remarquer que dans cette forme de fracture l'impotence fonctionnelle est souvent moins marquée que dans l'entorse simple.

Il se plaint d'une *vive douleur* dans la région malléolaire externe.

A l'examen local, à l'*inspection*, on voit que le pied a, dans l'ensemble, conservé ses rapports normaux avec la jambe. Un *léger gonflement* siège au niveau du cou-de-pied. Il est plus accusé à la partie externe.

Si le trauma remonte déjà à quelques heures on note la présence d'une *ecchymose*. Cette ecchymose pour les classiques dans le cas de fracture horizontale de la base serait linéaire, transversale, en regard du trait de fracture. En réalité, elle est d'habitude plus diffuse occupant plus ou moins toute la région malléolaire externe et postérieure.

A la *palpation*, et pour ce faire, il convient de placer la jambe en demi-flexion sur la cuisse pour obtenir le relâchement musculaire, le malade accusera une *douleur exquise* soit au niveau de la base, soit sur la face externe de la malléole. Ajoutons qu'on peut également provoquer cette douleur en percutant le corps du péroné dans le voisinage de la malléole.

En appuyant alternativement sur les deux fragments de l'os on pourra parfois faire naître de la *mobilité anormale*, s'accompagnant ou non de *crépitation.* Le plus souvent, et ceci surtout dans les fractures obliques, en fait de mobilité anormale, on ne percevra qu'un peu de *dépressibilité* en pressant sur la partie postéro-externe de la malléole externe.

On a dit également qu'en portant le pied en adduction forcée on pouvait souvent sentir dans le cas de fracture complète une *rainure* répondant à la solution de continuité de l'os. Ceci peut être vrai dans le cas de fracture transversale, mais dans les obliques ce doit être un signe bien délicat à retrouver en raison des irrégularités naturelles de la surface malléolaire externe.

Deux signes sont assez spéciaux à la fracture oblique de la malléole externe : cette malléole est *élargie dans le sens antéro-postérieur*, ce dont on pourra s'assurer en palpant, par comparaison, le côté sain. De plus en suivant avec le doigt le bord postérieur de la malléole, on sentira fréquemment une *petite encoche* au point où le trait de fracture vient rejoindre le bord postérieur du péroné.

Evolution. — Rapide dans ces fractures sans déplacement. La consolidation a lieu d'ordinaire en *trois semaines* environ.

Pronostic. — Le pronostic est *bénin*. Il peut cependant persister pendant quelques mois de la douleur et de la gêne à la marche.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile quand tous les signes de cette variété de fracture sont au complet, quand on a la chance de constater de la mobilité anormale, de la crépitation et la rainure correspondant au trait de fracture.

Il peut être au contraire difficile quand ces signes ne sont pas évidents. Et dans ces cas, si on n'a pas l'aide de la radiographie, on peut facilement laisser passer inaperçue la lésion et croire à une *entorse tibio-tarsienne simple.* On se rappellera que dans le cas de fracture la douleur siège sur l'os, tandis que dans l'entorse elle siège au niveau du ligament rompu. De plus dans l'entorse, les mouvements provoqués dans la tibio-tarsienne sont en général plus douloureux que s'il y a fracture. La *luxation des tendons des péroniers latéraux*, affection rare, pourrait en imposer, parfois, pour une fracture par la douleur qu'elle cause au niveau de la malléole externe, mais la saillie des tendons que l'on voit et que l'on sent sur la malléole, saillie que l'on peut réduire facilement dans la gouttière rétromalléolaire, ne laisseront pas de doute.

Enfin la localisation exacte des signes observés permettra d'éliminer la *fracture marginale antérieure* du péroné et l'*entorse tibio-péronière inférieure*.

Traitement. — Peu compliqué, le traitement consistera à laisser le malade au lit, *au repos*, pendant une quinzaine de jours durant lesquels on pratiquera des *massages* en maintenant dans l'intervalle le pied par une bande.

Le malade commencera à marcher au bout de quinze jours ou trois semaines et la guérison sera d'ordinaire complète en un mois.

Fracture marginale antérieure. — Signalée pour la première fois par Wagstaffe en 1875, la fracture marginale antérieure du péroné, dite encore *verticale par arrachement de la malléole externe*, a été surtout bien étudiée par Le Fort en 1886 et son élève Leroy en 1887. C'est une fracture très rare. On en connaît 2 cas de Wagstaffe, 9 de Le Fort, 1 de Chaput, 1 de Schwartz, et Destot en donne une reproduction sur l'origine de laquelle il ne s'explique pas.

Causes et mécanisme. — D'après Leroy *c'est une fracture par arrachement*, arrachement produit par le ligament péronéo-astragalien antérieur et surtout par le ligament péronéo-tibial antérieur et inférieur. Il faut accessoirement faire intervenir les pressions que l'astragale peut produire sur la partie antérieure de la malléole externe.

Cette fracture se produit « surtout dans l'adduction combinée avec la rotation de la plante du pied en dedans, ou bien dans l'abduction combinée avec l'extension. Elle se produira exceptionnellement dans l'abduction directe et encore plus rarement dans l'adduction directe » (Leroy).

Anatomie pathologique. — Wagstaffe à la suite d'une autopsie avait décrit une fracture verticale de la malléole externe siégeant à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes, associée à une fracture transversale de la base de la malléole, l'ensemble des deux traits de fracture donnant l'aspect d'un T. Leroy dans ses expériences a retrouvé cette variété.

Mais *dans le cas type* décrit par cet auteur « le trait de fracture naît en haut, immédiatement au-dessus de l'insertion du faisceau antérieur du ligament péronéo-tibial inférieur et descend à peu près verticalement pour aboutir au niveau de la pointe de la malléole externe ».

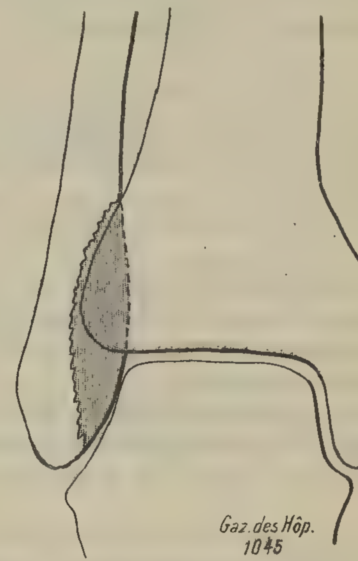


Fig. 4. — *Fracture marginale antérieure du péroné* (schéma).

Leroy décrit encore d'autres formes. C'est d'abord une *forme incomplète non intraarticulaire*, dans laquelle le trait vertical s'arrête à mi-hauteur de la pointe. C'est ensuite une forme qu'il appelle *verticale postérieure* dans laquelle le trait de fracture siège à l'union des trois quarts antérieurs avec le quart postérieur.

Quant à la dernière variété qu'il signale, dans laquelle le trait part au-dessous du ligament péronéo-tibial antéro-inférieur pour remonter oblique en haut en arrière vers le bord postérieur qu'il rejoint à 7 centimètres au-dessus de la pointe malléolaire, il ne semble guère logique de la faire rentrer dans les fractures marginales antérieures du péroné.

Ajoutons du reste que la fracture marginale antérieure, comme on le voit, « n'est pas strictement limitée à la portion génienne, mais qu'elle empiète au-dessus et qu'elle peut même affecter la malléole externe tout entière » (Quénu).

Symptômes. — C'est un individu qui à la suite

d'un faux pas a ressenti une *vive douleur* dans le cou-de-pied. Parfois il a pu faire quelques pas au prix de souffrances marquées.

Il attire immédiatement l'attention au niveau de l'extrémité inférieure de sa jambe.

A l'inspection, on constate un *gonflement* de la région malléolaire externe, beaucoup plus marqué en avant de la malléole et tendant à gagner le dos du pied. Si l'accident remonte à quelques heures on aperçoit simultanément une *ecchymose* occupant à peu près les mêmes limites que le gonflement et ne gagnant pas le bord externe du pied sous la malléole (Leroy).

A la palpation, on mettra en évidence une *douleur à la pression* siégeant suivant une ligne le plus souvent verticale, parallèle au bord antérieur. L'exploration au moyen d'une pointe de crayon sera d'ordinaire très utile pour bien déterminer ce signe, capital d'après Leroy. Ce moyen d'exploration permettra exceptionnellement de sentir une *rainure* correspondant au trait de fracture.

La *mobilité anormale* est difficile à constater. La *crépitation* manque le plus souvent.

A la mensuration on peut trouver parfois une *augmentation* de la malléole externe dans le sens antéro-postérieur.

Evolution. — Cette fracture guérit d'ordinaire en un mois et le malade marche en général aussi bien qu'avant s'il n'y a pas un trop grand déplacement du fragment antéro-interne.

La douleur est le symptôme qui persiste le plus longtemps.

Pronostic. — Ce n'est donc pas une fracture grave. Il n'y a que dans le cas où le fragment antérieur se consolide en position vicieuse qu'on note une gêne considérable dans la marche.

Diagnostic. — Le diagnostic de fracture marginale antérieure se fera d'après l'ensemble des signes que nous venons de voir et que l'on recherchera attentivement.

On ne confondra pas ainsi cette fracture avec les *fractures dites par arrachement de la base de la malléole* que nous avons étudiées plus haut, ce qui est facile.

L'*entorse tibio-tarsienne* se reconnaîtra à ce fait que la malléole externe elle-même est indolore, tandis que la douleur siège sur le ligament péronéo-astragalien antérieur.

L'*entorse tibio-péronière* est d'un diagnostic très difficile avec la fracture marginale antérieure. Il faudra rechercher avec soin la localisation de la douleur. Le Fort et Leroy indiquent un moyen empirique. L'entorse guérit rapidement par le massage, tandis qu'il n'améliore en rien l'état du malade en cas de fracture. L'*arrachement de la pointe de la malléole externe* présente un point douloureux spécial localisé à la pointe de la malléole, l'ecchymose entoure en croissant la partie inférieure de la malléole. En tous cas la radiographie permettra de faire le diagnostic exact.

Traitement. — D'après Le Fort et Leroy, le massage doit être banni du traitement de la fracture verticale. Dans le cas de fracture simple, sans déplacement, on se contentera du *repos au lit*, le cou-de-pied maintenu par un bandage roulé.

Le malade se lèvera du quinzième au trentième jour, suivant le degré de la douleur et de la gêne de la marche.

Mais quand le fragment détaché a subi un grand déplacement, sa réduction est difficile à obtenir. Il faut essayer de le maintenir au moyen de *tampons d'ouate* exerçant une pression modérée combinée à une attitude du pied relâchant le ligament péronéo-tibial antéro-inférieur.

Fracture malléolaire basse avec déplacement. — Ainsi nommée par Destot. C'est la dernière variété de fractures de la malléole que nous ayons à étudier.

Causes. Mécanisme. — Elles sont tantôt associées à des lésions de la malléole interne (*fractures bimalléolaires*, *fractures bigéniennes de Quénu*), tantôt au contraire elles existent seules.

Elles relèvent de mouvements d'abduction ou d'adduction forcée et sont caractérisées par un déplacement transversal du pied. Ce déplacement peut avoir lieu en varus, c'est exceptionnel. Dans l'immense majorité des cas le pied se porte en valgus, et Destot explique ainsi la raison de ce déplacement en dehors : « L'attelle péronière cassée, dit-il, le centre de pression étant plus voisin du bord externe que de l'interne, fatalement le pied est entraîné en dehors, quel que soit d'ailleurs le mécanisme de la fracture. »

Anatomie pathologique. — *Du côté du péroné* le trait de fracture peut être transversal, plus souvent il est oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant, le trait aboutissant au-dessous du niveau du plafond de la mortaise (Quénu). La malléole externe est rejetée en dehors, tantôt sans déplacement, tantôt avec un déplacement amenant les pointes des malléoles au même niveau.

Du côté de la malléole interne, quand il y a lésion de la partie interne de la mortaise tibio-tarsienne, on observe tous les degrés depuis le simple arrachement du ligament deltoïdien jusqu'à la rupture complète ou incomplète de la base de la malléole.

Le déplacement avec translation du pied peut être poussé très loin, le fragment péronier pouvant parfois se trouver placé presque horizontalement.

Symptômes. — Rien de bien spécial. Le malade se plaint de *douleur* et d'*impotence fonctionnelle.*

A l'examen de la région on note : un *déplacement* du pied, en valgus le plus souvent, un *gonflement* du cou-de-pied et surtout un *élargissement transversal* de la mortaise, ce dont on pourra, en dehors de la vue, s'assurer par la mensuration de l'espace intermalléolaire. C'est le signe caractéristique de ces fractures avec déplacement.

Quelquefois l'examen de la partie postérieure du cou-de-pied montrera une *augmentation de la concavité du tendon d'Achille* indice d'un déplacement du pied en arrière. Cette chute du pied est d'ordinaire peu considérable; jamais elle n'a lieu en avant.

Enfin on notera une *ecchymose* à la partie externe.

A la palpation, outre la *douleur provoquée* au niveau du trait de fracture on constatera de la *mobilité*

anormale et fréquemment de la *crépitation osseuse*. En prenant le pied à pleine main et en cherchant à imprimer à l'astragale des mouvements de latéralité, suivant les règles, on percevra le plus souvent un *ballottement astragalien* net, ceci quand la malléole interne est intacte. Nous reviendrons plus loin sur la valeur et l'interprétation de ce dernier symptôme.

La mensuration montrera rarement une *diminution de longueur* de la jambe.

Evolution. Pronostic. — La consolidation a lieu d'ordinaire en trente-cinq à quarante jours. Le pronostic est favorable quand cette fracture est bien traitée.

Diagnostic. — Facile d'ordinaire. L'*entorse tibio-tarsienne* ne donne pas de déplacement du pied. Les *fractures malléolaires sans déplacement* ne causent pas de translation du pied et n'amènent pas d'élargissement de la mortaise.

Il faudra toujours explorer le système malléolaire interne qui est souvent lésé.

Enfin, la *radiographie* permettra de constater l'état des fragments de la forme exacte des déplacements.

Traitement. — Doit être surveillé de très près. Il faut lutter contre la déviation postéro-externe, pour éviter consécutivement un pied plat traumatique.

Après un *repos* de quelques jours sous un appareil ouaté compressif de façon à amener une diminution du gonflement il convient de pratiquer une *réduction* soignée, aussi complète que possible et de maintenir cette réduction par un *appareil plâtré*. Le plâtre est laissé une vingtaine de jours environ, puis on le rend amovible pour permettre l'usage du *massage*, des *bains* et des *douches*. On laissera le malade se lever au bout de cinq à six semaines.

B. **Fractures de l'extrémité inférieure de la diaphyse péronière.** — On décrit à ce niveau une variété de fracture, c'est la fracture de l'extrémité inférieure du péroné siégeant à 5 ou 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe, sans lésions ni du côté de la malléole interne ni du côté du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne.

Elle a été décrite en 1840 sous le nom de *fracture par divulsion* par Maisonneuve qui en a précisé le mécanisme et l'anatomie pathologique dans son *mémoire*, puis par Malgaigne qui l'appelle *fracture par abduction*, puis par Nélaton. Elle est admise également par Richet. Enfin M. Demoulin, à l'instigation du professeur Duplay, en a repris l'étude en 1897 (*Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus).

Depuis, son existence a été mise en doute et même niée. C'est ainsi que nous voyons récemment le professeur Quénu écrire à ce sujet : « Quant au type de fracture par divulsion il faut bien savoir que Maisonneuve l'a non pas ajouté aux autres, mais substitué au type de l'abduction de Dupuytren, aussi n'est-ce pas sans étonnement que nous voyons dans certains traités didactiques, classées et décrites l'une à côté de l'autre mais dans un chapitre différent la fracture par abduction et la fracture par divulsion. » (*Revue de chirurgie*, 1912.)

En réalité ces deux types doivent se distinguer. Car si, d'une part, certaines fractures de Dupuytren sont des fractures par divulsion, il est indéniable, d'autre part, qu'il existe des fractures par divulsion qui ne sont pas des fractures de Dupuytren, puisque le système malléolaire interne est intact. La confusion vient de cette dénomination de fracture par divulsion que Maisonneuve applique tantôt à la fracture isolée du péroné, tantôt à une fracture reproduisant le type de Dupuytren. « Après nous avoir montré, dans une première partie, la fracture isolée du péroné, par divulsion, comme un type bien net, nous ne trouvons plus, dans la symptomatologie, les signes qui correspondent à ce type anatomique. Il n'est question ici que de déchirures du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne ou de la fracture de la malléole interne accompagnant la fracture par divulsion. » (Demoulin.)

Etiologie. Mécanisme. — Cette fracture, d'après Maisonneuve, se fait par *déviation forcée du pied en dehors*. Tantôt c'est le pied qui se dévie la jambe restant fixe, tantôt au contraire c'est le pied qui reste immobile et le corps avec la jambe exécute le mouvement de rotation. C'est suivant ce dernier mécanisme qu'A. Cooper ayant le pied pris entre deux morceaux de glace se fractura le péroné.

Durant cette déviation en dehors l'astragale tend à tourner autour d'un axe vertical se confondant avec celui de la jambe. Ses deux extrémités, antérieure et postérieure, se déplacent en sens inverse de sorte que sa face interne presse sur la partie postérieure de la face externe de la malléole interne et sa face externe sur le bord antérieur de la malléole externe, brisant le péroné si l'effort est suffisant.

Un degré de plus, on aurait des lésions du côté interne de la mortaise tibio-tarsienne, donc une fracture de Dupuytren, ce qui n'arrive, dit Malgaigne, que si le blessé marche après la rupture du péroné.

Anatomie pathologique. — Le trait de fracture

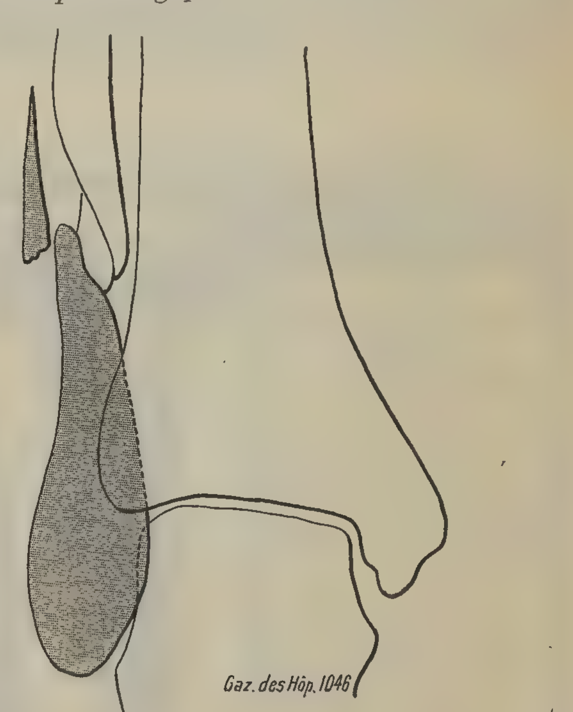


Fig. 5. — *Fracture du péroné par divulsion de Maisonneuve.* — A remarquer le mouvement de torsion que semble avoir subi le péroné pour se fracturer. (Collection du docteur Demoulin.)

péronier siège, comme nous l'avons dit, à 5 ou 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole. Il est presque toujours *oblique en bas et en avant*.

D'après Maisonneuve le fragment inférieur est porté en dehors et en arrière, le fragment supérieur faisant ainsi saillie en avant, de sorte que l'on observerait une véritable déformation en coup de hache, comme dans la fracture de Dupuytren.

Pour Malgaigne au contraire ce déplacement n'est pas fatal. Cette variété de fracture peut s'observer sans aucun déplacement des fragments.

Du côté de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, on observe généralement une rupture des ligaments tibio-péroniers. Et de fait, comme le fait remarquer M. Demoulin, on conçoit mal la possibilité d'une fracture de l'extrémité inférieure du péroné, par torsion, sans diastasis tibio-péronier.

Il n'existe, nous le répétons, aucune lésion du côté de la malléole interne, ni du côté du ligament deltoïdien, et c'est là le caractère distinctif de cette forme de fracture.

Symptômes. — Les signes de cette fracture isolée du péroné ont été bien mis en évidence par Malgaigne.

Dans les cas où il n'y a pas de déplacement des fragments on constate, à l'inspection, qu'il existe un *gonflement* nettement localisé au-dessus de la malléole péronière et qu'il existe aussi, si la fracture remonte à quelques jours, une *ecchymose* présentant comme caractère particulier d'être dirigée suivant la ligne de solution de continuité de l'os.

A la palpation, on localise une *douleur exquise* au niveau du trait de fracture, douleur que l'on peut provoquer à distance en pressant à la partie supérieure du péroné.

En immobilisant la jambe d'une main tandis que de l'autre main on porte la pointe du pied en dehors on obtient un *écartement des deux malléoles*, ce qui, semble-t-il, est bien un symptôme de diastasis tibio-péronier. Parfois, à l'occasion de ce mouvement, on perçoit de la *crépitation* au niveau du foyer de fracture.

Dans les cas où il y a déplacement des fragments, le tableau clinique rappelle assez bien le syndrome de Dupuytren.

A l'inspection, les *malléoles sont écartées*, le pied est en *abduction* et cette abduction porte surtout ou même exclusivement sur la pointe du pied. Au-dessus de la malléole externe, il existe une sorte d'angle rentrant, le *coup de hache* de Dupuytren.

En explorant le péroné de haut en bas, on sent une *saillie* formée par l'extrémité inférieure du fragment supérieur. Au-dessous de cette saillie, le doigt s'enfonce dans une *dépression* correspondant à l'espace interfragmentaire, dépression variant dans ses dimensions avec les mouvements de rotation que l'on imprime à la pointe du pied.

Parfois enfin, on voit et on sent la saillie que fait la malléole interne intacte sous la peau.

Dans tous les cas, qu'il y ait déplacement ou non des fragments, on peut observer du *ballottement astragalien*, signe très important sur lequel nous reviendrons plus loin en détail.

Evolution. Pronostic. — Des plus bénins, surtout quand il n'y a pas déplacement. La consolidation a lieu en trente jours environ.

Diagnostic. — Le diagnostic varie suivant le cas.

Quand il n'y a pas de déplacement on pourrait confondre la fracture isolée du péroné par divulsion avec la *fracture par arrachement* de la malléole externe. Mais dans ce cas le siège de la douleur du gonflement et de l'ecchymose situés plus bas permettra de faire le diagnostic.

Quand il y a déplacement, le diagnostic est à faire avec la *fracture de Dupuytren* qui se reconnaîtra à son déplacement plus marqué du pied en dehors et en arrière, et surtout à ses signes de lésions de la partie interne de la mortaise.

Traitement. — Dans la variété sans déplacement le *repos* et le *massage* formeront la base du traitement.

Dans la variété avec déplacement, on immobilisera la jambe dans un *appareil plâtré* pendant quinze jours à trois semaines.

On voit combien cette forme de fracture que nous venons d'étudier en dernier lieu a de points communs avec la fracture de Dupuytren. Tous les intermédiaires relient ces deux variétés. Et il semble difficile de terminer cette étude des fractures du péroné sans parler de la fracture de Dupuytren, bien qu'au sens exact des termes cette dernière ne fasse pas partie des fractures du péroné proprement dites.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

LIVRES NOUVEAUX

Essai historique sur les épidémies en Bourgogne depuis l'établissement des Burgondes en Gaule jusqu'à la Révolution (1), par le docteur Henri BON.

Dans cet ouvrage, fruit d'un labeur qui apparaît comme considérable, l'auteur a voulu donner un aperçu de l'histoire sanitaire de la Bourgogne, et d'autre part montrer à quel point les archives départementales et municipales peuvent fournir de documents intéressants au point de vue de l'histoire de la médecine. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un volume de 186 pages. — Prix : 3 francs. — Dijon, imprimerie P. Berthier.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 40. — MARDI 8 AVRIL 1913. 86e ANNÉE. MARDI 8 AVRIL 1913. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 4 avril. — MM. Basset, 19; Bazy et Barbier, 26; Toupet, 24; Berger, 21.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — Séance du 4 avril. — MM. Madier, 23; Caudrelier et François, 25; Gatellier, 28.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — Bourses de voyage autour du monde. — Ces bourses, fondées par M. Albert Kahn, près l'Université de Paris, seront en 1913 au nombre de quatre : deux pour les hommes, deux pour les femmes.

En principe, elles sont destinées soit à des agrégés des lycées de garçons et des lycées de filles, soit à des membres de l'enseignement supérieur ou à des étudiants déjà avancés dans leurs études qui se destinent à l'enseignement. Mais elles peuvent exceptionnellement être attribuées à des personnes qui, sans appartenir à l'enseignement, ont concouru ou peuvent concourir utilement à l'éducation nationale, soit par leurs écrits, soit par leur activité.

Les voyages dont il s'agit ne doivent être ni des voyages d'agrément, ni des voyages pour l'étude à l'étranger d'une question déterminée, mais des voyages d'observation. Le fondateur a pensé que la comparaison des mœurs et des institutions nationales avec les mœurs et les institutions politiques, religieuses, sociales et économiques des pays étrangers était de nature à élargir les esprits, à les élever et à rendre les maîtres et les maîtresses de la jeunesse française plus aptes à remplir leur tâche d'éducation.

Pour les hommes, le voyage est de quinze à seize mois au minimum. Il doit comprendre, outre l'Europe, l'Amérique et les pays d'Extrême-Orient.

Pour les femmes, il est d'un an, et comprend nécessairement l'Amérique du Nord et divers pays d'Europe.

Dans sa demande, chaque candidat doit indiquer les pays qu'il se propose de visiter. Il s'engage à n'être, pendant la durée du voyage, correspondant d'aucun journal. Mais à son retour il devra adresser au vice-recteur de l'Académie de Paris une relation de son voyage, manuscrite ou imprimée, d'une cinquantaine de pages. Enfin le boursier devra se tenir à la disposition du vice-recteur pour faire à Paris ou en province deux ou trois conférences sur son voyage.

Le montant des bourses est de 16500 francs pour les hommes, y compris 1500 francs pour achat de souvenirs et de livres.

Il est de 8500 francs pour les femmes.

Les demandes de bourses doivent être adressées avant le 1er mai au vice-recteur de l'Académie de Paris, à la Sorbonne, avec tous les renseignements de nature à en permettre l'appréciation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. Weiss, professeur de clinique chirurgicale, est nommé assesseur du doyen.

Un congé d'inactivité, du 1er février au 30 avril 1913, est accordé, sur sa demande, à M. Parisot, chargé des fonctions d'agrégé.

— Montpellier. — M. Mestrezat, docteur en médecine, licencié ès sciences, préparateur chargé de la direction des travaux pratiques de chimie biologique, est chargé en outre, du 1er février au 31 octobre 1913, des fonctions de chef du laboratoire des cliniques (hôpital général), en remplacement de M. Florence, démissionnaire.

Sont rapportées les dispositions contraires de l'arrêté du 31 janvier 1913 concernant M. Mestrezat.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Grenoble. — M. Picaud, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er janvier 1913.

M. Offner, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, est nommé, pour neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— Besançon. — M. Marceau, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, chargé en outre des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle, est prorogé dans ces doubles fonctions pour trois ans, à partir du 7 mars 1913.

— Marseille. — Un congé, du 16 mars au 31 octobre 1913, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Heckel, professeur d'histoire naturelle.

M. Cotte, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé en outre, du 16 mars au 31 octobre 1913 (durée du congé accordé à M. Heckel), d'un cours d'histoire naturelle.

— Rouen. — M. Richard, suppléant des chaires de physique et de chimie, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à partir du 24 novembre 1913.

— Tours. — M. Villedieu, pourvu du diplôme supérieur de pharmacien, suppléant des chaires de physique et de chi-

mie, est nommé, à partir du 16 mars 1913, professeur de chimie et toxicologie.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Lepoutre, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale, est nommé chef des travaux anatomiques pour une période de trois ans, à dater du 1er octobre 1913.

UNE NOUVELLE MISSION MÉDICALE FRANÇAISE DANS LES BALKANS. — A la demande de la Croix-Rouge bulgare, la Société française de secours aux blessés militaires vient de faire partir pour les Balkans une nouvelle mission médicale composée de MM. Caillé, Ceillier et Luquet qui resteront à Sofia et de M. Rebreyend qui se rendra à Andrinople.

CONFÉRENCES FRANÇAISES A BARCELONE. — Sur l'invitation de la Société espagnole de pédiatrie présidée par M. le professeur Martinez Vergas, le docteur Bérillon, professeur à l'Ecole de psychologie de Paris, a fait le 29 mars et le 2 avril, à la Faculté de médecine de Barcelone, deux conférences sur la « psychothérapie des enfants anormaux », sur les « applications de la méthode hypno-pédagogique ».

Le docteur Bérillon a fait également au Collégio-medico, devant les membres de la Société de psychiatrie et de neurologie de Barcelone présidée par M. le docteur Galceran Granès, une conférence sur les « conceptions actuelles de la psychothérapie et de l'hypnotisme ».

Ces conférences, accompagnées par des projections et par des démonstrations pratiques, ont été suivies par des auditeurs extrêmement nombreux. Les sentiments les plus sympathiques pour la science française ont été exprimés au cours de ces réunions.

DOCTORESSES, MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — On annonce qu'une doctoresse, miss Macdonald, vient d'être nommée médecin sanitaire à bord d'un navire d'une compagnie de navigation. Ce n'est pas la première femme qui remplit ces fonctions. Déjà Mlle le docteur Broïdo (de Rabat, Maroc), qui collabora avec une grande distinction à la *Gazette des hôpitaux*, avait navigué comme médecin sanitaire maritime à bord d'un navire français de 1903 à 1904 et de 1907 à 1909.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale de Paris a compté, pendant la treizième semaine, 956 décès, au lieu de 1025 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1030, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

CONFÉRENCES D'HISTOLOGIE. — M. le docteur Retterer, agrégé, commencera une série de 15 conférences sur les modifications structurales et évolutives des tissus, le mardi 8 avril 1913, à quatre heures, à l'amphithéâtre Vulpian, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Epithéliums (glandes, follicules clos tégumentaires). — Tissu conjonctif (ganglions lymphatiques, lymphe, sang). — Cartilage (os).

JURISPRUDENCE

L'ANESTHÉSIE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Un jugement rendu le 14 janvier 1913 par la 10e Chambre du Tribunal correctionnel de la Seine a tranché un point de droit intéressant. Les chirurgiens-dentistes diplômés sous le régime de la loi du 30 novembre 1892 ont-ils le droit de pratiquer l'anesthésie générale sans l'aide et l'assistance d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé? Ne commettent-ils pas, lorsqu'ils ne s'en tiennent pas à l'anesthésie locale, un exercice illégal de la médecine ?

« C'est une question toute nouvelle que je demande au Tribunal de trancher. Rien dans la loi n'indique si les chirurgiens-dentistes ont le droit de faire de l'anesthésie générale », a déclaré M. le substitut Lafon qui soutenait la prévention.

Le Tribunal, présidé par M. Hubert du Puy, a jugé qu'il ne pouvait y avoir aucun doute. Les chirurgiens-dentistes ne peuvent être assimilés à des dentistes, et le diplôme qu'ils ont acquis sous le régime de la loi de 1892 leur permet de pratiquer l'anesthésie locale aussi bien que l'anesthésie générale.

« Attendu que la prévention reproche à D..., et à M..., d'avoir pratiqué l'anesthésie générale de leurs clients pour l'extraction des dents sans être assistés d'un docteur ou officier de santé;

Attendu que ces deux prévenus ont obtenu leurs diplômes de chirurgiens-dentistes postérieurement à la loi du 30 novembre 1892, ainsi que cela est établi par les documents de la cause ;

Attendu que la prohibition qui fait l'objet du deuxième paragraphe de l'article 32 de cette loi ne s'applique qu'aux dentistes se trouvant alors dans les conditions marquées au premier paragraphe de cet article, c'est-à-dire aux dentistes qui étant déjà inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ont conservé le droit d'exercer leur profession sans se munir de l'un des diplômes exigés par la loi nouvelle ;

Que cette interprétation d'un texte clair par lui-même est conforme à l'intention des législateurs manifestée au cours de la discussion de ce projet de loi; qu'elle est adoptée par la doctrine notamment par le docteur Brouardel dans son traité *Les Médecins et le charlatanisme ;*

Attendu qu'il est donc certain que les chirurgiens-dentistes diplômés sous le régime postérieur à cette loi ayant ainsi fait des études spéciales appropriées à la pratique délicate de la chirurgie ont la faculté d'employer l'anesthésie pour leurs opérations sans l'assistance obligatoire d'un docteur ou officier de santé et que la loi ne fait pas de distinction à cet égard entre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale, mais que bien entendu cette faculté leur impose en retour des devoirs étroits de prudence dont ils ne sauraient se départir sans engager gravement leur responsabilité au point de vue civil et pénal... »

Le Tribunal a jugé sainement. Il ne pouvait d'ailleurs faire autrement. En effet, les dentistes non diplômés, exerçant dans les conditions de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892, n'ont pas le droit de pratiquer seuls l'anesthésie. Ils doivent être assistés d'un docteur ou d'un officier de santé. La sanction est celle du paragraphe 3 dudit article 32. En outre, les mêmes dentistes n'ont pas droit au titre de chirurgiens-dentistes. Ils commettent un acte de concurrence qui peut donner lieu à une action civile. En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes diplômés, ils ont le droit de faire de l'anesthésie générale comme de l'anesthésie locale. Un jugement du Tribunal de Montbéliard, du 30 janvier 1896, rapporté au *Dalloz juridique*, 1896, 2e partie, page 168, ne laisse aucun doute à cet égard. Le cas, on le voit, n'était pas si nouveau, comme le prétendait l'honorable organe du ministère public.

« Attendu, dit ce jugement, qu'il ressort des travaux préparatoires (discussion au Sénat, séance du 22 mars 1892) que la législation a entendu prohiber l'anesthésie locale aussi bien que l'anesthésie générale aux dentistes non munis de diplôme. »

D'ailleurs, si on se reporte aux travaux préparatoires on constate que le projet n'exigeait l'assistance d'un docteur que pour la pratique de l'anesthésie générale ; c'est sur la demande de M. Ollivier et de M. le commissaire du gouvernement que ces mots du projet furent, au Sénat, remplacés par celui d'anesthésie seulement, et les paroles de M. le commissaire du gouvernement prononcées à ce sujet ne laissent aucun doute sur la portée d'une pareille modification.

« Lorsque les dentistes auront fait des études leur permettant de pratiquer l'anesthésie, il leur est permis, après avoir ainsi obtenu un diplôme, de pratiquer l'anesthésie générale et locale. » (V. *Dalloz*, 1893, 4, p. 18, note 4.)

Ainsi donc, il résulte de ce nouveau jugement que s'il est prescrit par la loi du 30 novembre 1892, aux dentistes inscrits à la patente avant 1892, de ne pratiquer l'anesthésie qu'assistés d'un docteur ou d'un officier de santé, cette prohibition ne s'applique pas aux chirurgiens-dentistes diplômés sous le régime de la loi de 1892. Ils ont le droit de pratiquer l'anesthésie locale comme l'anesthésie générale. Ils ne peuvent donc commettre un exercice illégal de la médecine.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

UN CAS
DE
CHYLURIE NOSTRAS CLINOSTATIQUE

Par MM. R. CESTAN,
Professeur agrégé, chargé du cours de clinique médicale
à l'Université de Toulouse,

et PUJOL,
Chef de clinique médicale à la même Université.

La chylurie nostras, c'est-à-dire la chylurie non filarienne, est déjà, de par sa nature même, une bien curieuse affection, d'ailleurs fort rare; mais le caractère de clinostatisme qu'elle peut revêtir et les données toutes récentes que fournit le cathétérisme uretéral sur sa source d'origine viennent encore singulièrement augmenter l'intérêt de son étude clinique et de sa pathogénie.

Voici une observation que nous venons de recueillir qui en fournira une suffisante démonstration.

Le nommé Jules C..., originaire de l'Aveyron, se présente en mai 1912 à notre consultation de l'Hôtel-Dieu de Toulouse porteur d'un flacon d'urines blanchâtres comme du lait et demande pour ce motif son admission dans nos salles, car l'apparition de ce symptôme remonte déjà à trois mois. A cette époque, sans cause apparente manifeste, sans fièvre, sans traumatisme, le malade voit un matin au réveil, que ses urines ressemblent à du lait et dès les premiers jours, il remarque que, si les urines de la nuit sont lactescentes, les urines de la journée s'éclaircissent au contraire progressivement pour devenir à peu près transparentes dans l'après-midi; elles redeviennent à nouveau lactescentes pendant la nuit.

Depuis cette époque, ce singulier rythme ne s'est pas modifié, urines lactescentes la nuit, urines claires dans la journée, et cela sans autres troubles que de vagues douleurs dans la région lombaire droite, douleur dont nous verrons plus loin l'importante signification.

Le médecin traitant a cru d'abord à l'existence d'une pyurie tuberculeuse; c'est qu'en effet les antécédents personnels du malade sont singulièrement chargés. Il est le neuvième d'une famille de 15 enfants dont 4 seulement sont vivants actuellement, il n'a jamais quitté le département de l'Aveyron. En juin dernier, une sœur, qui cohabitait avec lui, est morte de péritonite tuberculeuse.

Marié à trente ans, il a joui d'une bonne santé jusqu'à cette époque, mais, à la suite d'une coqueluche très grave, il est sujet à des bronchites à répétition tenaces, voire même, en septembre 1911, au cours d'une bronchite plus intense, il a expectoré quelques crachats sanglants, a maigri et perdu ses forces. A l'hôpital de Montpellier, où il a été consulter, on l'a donc considéré comme un tuberculeux initial. A cette époque toutefois l'examen des urines n'a rien révélé d'anormal.

C'est qu'en effet le trouble urinaire remonte seulement au mois de février 1912, comme nous l'avons dit, il s'est installé spontanément, sans fièvre, sans traumatisme. Il consiste en ceci.

Les urines de la nuit ont un aspect blanchâtre, chyliforme; cet aspect diminuant progressivement dans la position verticale, elles deviennent limpides dans l'après-midi, et cela lorsque le malade mène une vie normale, c'est-à-dire en position clinostatique la nuit, en position orthostatique le jour, et suit le régime alimentaire normal, sans excès par suite de corps gras. Nous avons procédé à l'examen comparatif: 1° des urines émises de minuit à six heures du matin; 2° de celles émises de six heures à deux heures de l'après-midi; 3° enfin des urines émises dans l'après-midi.

	1° Urines de la nuit.	2° Urines de la matinée.	3° Urines de l'après-midi.
Réaction	acide	acide	acide
Odeur..........	aromatique	aromatique	normale
Densité	1023	1026	1025
Urée............	18^{g} p^{r} litre	$21^{g}25$ p^{r} litre	$19^{g}44$ p^{r} litre
Phosphate.......	$0^{g}838$ —	$1^{g}239$ —	$1^{g}148$ —
Chlorures.......	$11^{g}817$ —	$11^{g}700$ —	$11^{g}583$ —
Albumine	$3^{g}80$ —	néant	néant
Matières grasses.	$1^{g}760$ —	néant	néant
Sucre..........	néant	néant	néant

Donc, sans nul doute, de par l'acidité des urines, la faible teneur des phosphates, l'examen chimique et microscopique des urines, notre malade est bien atteint non de phosphaturie ou de pyurie, mais bien de chylurie.

Le 5 mai, le malade prend dans la matinée 60 grammes de beurre et un litre de lait en supplément de son régime. La matière grasse monte aussitôt dans l'urine à $4^{g}50$, au point de former à la surface du bocal une couche crémeuse qui, dissoute dans l'eau, donne à celle-ci un aspect très nettement opalescent.

Les acides azotique et acétique à chaud donnent un précipité, mais l'urine n'est pas éclaircie. On agite l'urine avec le liquide d'Adam; elles sont très peu éclaircies et une centrifugation rapide ne produit qu'un léger dépôt au fond du tube. Ce culot examiné au microscope est riche en leucocytes; on ne voit pas de corpuscules graisseux très nets, même après coloration avec le Sudan III; la graisse est par suite complètement émulsionnée. Abandonnées à l'air, les urines fermentent très lentement et, malgré la chaleur de la saison (mois de juin), ne deviennent alcalines que le cinquième jour.

De même qu'un régime riche en corps gras augmentait l'intensité de la chylurie, de même en sens inverse le jeûne éclaircit les urines de la nuit, mais ces urines ne sont cependant jamais limpides.

Nous avons étudié l'action des diverses positions et vérifié que d'une manière certaine le facteur d'apparition de la chylurie est la position horizontale; l'urine est claire l'après-midi dans la position orthostatique, le malade vient-il dès lors à se coucher, bientôt l'urine émise est chyliforme. Au surplus, le cathétérisme uretéral pratiqué par le docteur Clermont a permis de contrôler exactement le phénomène.

L'examen cytoscopique montre une vessie absolument normale; le cathétérisme des uretères fait voir que l'urine venant du rein *droit* est chyliforme et d'odeur aromatique et renferme $2^{g}80$ de graisse par litre, tandis que le rein *gauche* donne une urine très limpide et sans graisse. On fait alors lever le malade quelques instants, et on remarque aussitôt que le changement de position, que la position orthostatique ont rendu les urines du rein *droit* limpides. On peut donc affirmer que les urines chyliformes viennent exclusivement du rein droit et n'apparaissent que dans la position clinostatique. Inoculées à deux cobayes, les urines du rein droit ne les ont pas tuberculisés.

Cependant la valeur fonctionnelle des reins est normale et nous n'avons point trouvé de signes d'insuffisance rénale. Le rein droit n'est ni gros ni abaissé, mais la palpation y provoque une légère douleur avec irradiations le long de l'uretère, tandis que le rein gauche au contraire est normal et non douloureux. Il existe une légère pollakiurie nocturne, le jour la miction est normale et nous avons constaté l'intégrité de la vessie (examen cystoscopique), de la prostate et des testicules.

L'état général est en somme assez satisfaisant; le malade est de taille au-dessus de la moyenne, le teint frais, les cils et le système pileux assez développés. Il a légèrement maigri et est atteint d'une petite toux quinteuse sans expectoration d'ailleurs. Au sommet droit, nous avons trouvé des signes de

tuberculisation discrète, avec inspiration rude, retentissement de la voix, submatité, souffle bronchique dans la région du hile.

Le diagnostic de chylurie s'impose donc chez notre malade. L'acidité des urines, persistant au surplus pendant trois ou quatre jours le bocal exposé à l'air, le non-éclaircissement des urines par les acides ou le formol, l'examen et chimique et microscopique éliminent la phosphaturie. On pourrait également écarter et la galacturie puisqu'il s'agissait d'urines, et au surplus d'un homme, ne réduisant pas la liqueur de Fehling, et la lipurie puisque les urines de notre malade, qui n'était ni un diabétique, ni un obèse, ne renfermaient pas de vésicules graisseuses.

Le diagnostic différentiel des urines chyleuses d'avec les urines chyliformes est plus délicat. Une urine purulente dont le pus proviendrait d'un abcès ouvert dans les voies urinaires peut prendre en effet un aspect chyliforme. M. le professeur agrégé Jousset a bien montré dans sa thèse qu'une ascite ou une pleurésie deviennent lactescentes par deux processus : soit passage direct du chyle dans ces séreuses, ce qui constituera des épanchements chyleux, soit transformation des produits purulents résiduaux, dégénérescence graisseuse des éléments figurés, ordinairement des leucocytes venus par diapédèse, ce qui constituera des épanchements chyliformes.

On peut donc très bien admettre l'ouverture dans les voies urinaires d'une poche purulente dont le contenu aurait subi cette transformation de cytolyse leucocytaire et donnerait aux urines un aspect chyliforme. Mais l'examen microscopique montrerait des leucocytes altérés, ce qui n'était pas le cas chez notre malade. D'ailleurs chez lui l'épreuve de Strauss a été nettement positive. En 1886, Strauss peut étudier un homme âgé de soixante ans atteint d'ascite chyliforme. Strauss analyse ce liquide puis soumettant son malade à un régime très riche en beurre, voit d'une part les matières grasses de l'épanchement passer du simple au triple, constate d'autre part la présence de butyrine dans l'épanchement. Cette épreuve indiquait donc l'existence de communications entre les chylifères et la cavité abdominale, et en effet, à l'autopsie, Strauss met en évidence des perforations sur des chylifères dilatés par des nodules cancéreux les comprimant.

Or cette expérience de Strauss a été nettement positive chez notre malade : un régime riche en beurre a augmenté dans de très notables proportions les matières grasses de l'urine, tandis que la diète hydrique éclaircissait cette dernière, constatation qu'au surplus le malade avait déjà spontanément faite avant son entrée à l'hôpital. Cette épreuve nous permet donc d'affirmer l'existence d'une fistule entre les voies lymphatiques du chyle et les voies urinaires.

L'examen chimique des urines vient d'ailleurs contrôler cette expérience de physiologie pathologique. La composition du chyle est évidemment variable avec le temps de la digestion pendant lequel est opéré le prélèvement de chyle ; d'une manière générale cependant, le chyle renferme environ 3 fois plus d'albumine (36 grammes par litre) que de corps gras (13 grammes). Or, c'est bien dans cette proportion que dans les urines de notre malade les albumines (3g80 par litre) l'emportaient sur les corps gras (1g76).

Le liquide d'Adam n'avait d'ailleurs éclairci que d'une façon partielle les urines, montrant ainsi la nature mixte de la lactescence déterminée en partie par les éléments de la série grasse, en partie par les éléments de la série nucléo-albumine, comme l'a démontré Jousset dans sa très remarquable thèse sur les humeurs opalescentes de l'organisme.

Il en avait été de même de la centrifugation pratiquée pendant trente minutes à 3500 tours environ, démontrant ainsi combien fixe était l'émulsion qui déterminait la lactescence.

Or, non seulement nous pouvons dire que l'aspect lactescent de l'urine de notre malade provient du passage du chyle dans l'urine, mais encore le cathétérisme uretéral nous permet d'affirmer avec autant de certitude que la vessie est intacte, que le rein gauche est normal et que par suite la fistule siège à droite, soit au niveau du bassinet, soit au niveau de l'uretère.

Mais la chylurie de notre malade présente un caractère particulier : elle est clinostatique, le chyle passe dans la position horizontale, la fistule se ferme dans la position verticale ; cette action de la position est d'ailleurs assez prompte, assez rapide, pour que le cathétérisme uretéral nous ait permis de la vérifier et de la localiser exactement au rein droit.

Or, cette influence de la station sur l'intensité de la chylurie a été déjà remarquée par plusieurs auteurs. Tantôt la chylurie prend le caractère d'une chylurie clinostatique, c'est-à-dire provoquée par le décubitus horizontal, tantôt au contraire, mais plus rarement il est vrai, la chylurie est orthostatique, provoquée ou exagérée par la position verticale.

Comme exemple de la première variété, nous signalerons les observations de Barboux (1879) [in Th. Monvenoux, p. 299], de Boissard (1882) [in Th. Monvenoux, p. 305], de Brieger (1882) [Th. Monvenoux, p. 308], de Franck (Congrès d'urologie, 1908), de Magnus Lévy (1908), du professeur agrégé Marion qui a fait une étude remarquable de la chylurie dans ses leçons de chirurgie urinaire (1912).

Au contraire, les faits rapportés par Jones en 1850 et Ackermann en 1863 sont des exemples plus rares de chylurie orthostatique. En outre, on avait déjà entrevu la possibilité de l'origine unilatérale de la chylurie puisque Ackermann analyse d'une manière très précise l'influence du décubitus latéral : son malade, âgé de quarante ans, avait fait un séjour de deux ans au Brésil où il avait été atteint d'hydrocèle ; de retour en Europe il présente de la chylurie, or lorsqu'il reste couché sur le côté droit les urines deviennent claires tandis qu'elles sont chyleuses lorsqu'il garde deux ou trois heures le décubitus latéral gauche, toujours d'ailleurs la position horizontale ayant pour effet de diminuer la chylurie. De nos jours, le cathétérisme uretéral vient nous permettre non seulement d'affirmer l'unilatéralité du phénomène, mais encore de reconnaître avec certitude le côté lésé, problème que ne pouvait évidem-

ment résoudre le simple examen clinique. Or, il est à noter que la chylurie provenait uniquement du rein droit dans les cas de Franck (1908), de Marion et dans notre observation personnelle.

L'hypothèse d'une fistule faisant communiquer les voies lymphatiques abdominales avec les voies d'excrétion urinaire peut seule nous expliquer ce rôle si curieux de la position, l'unilatéralité de l'affection, voire même l'intermittence si bizarre de l'intensité de la chylurie que signale par exemple Ackermann chez son malade. « Il arrivait souvent qu'à travers une série prolongée de mictions chyleuses il s'en interposait une normale, et les occupations du malade ne fournissaient pas toujours une explication plausible à cette brusque variation. » Le plus souvent, la chylurie est clinostatique, disparaît dans la situation verticale. On est donc tout porté à admettre que la situation verticale doit probablement déterminer une légère ptose rénale, ptose d'autant plus vraisemblable qu'elle atteint le rein droit, et que sous cette influence une traction ou une coudure se produit au niveau de la fistule, véritable système de soupape qui empêche momentanément le passage du chyle ou de la lymphe. La même explication s'applique d'ailleurs aux modifications déterminées par tel ou tel décubitus latéral (observation d'Ackermann). Certes nous connaissons bien l'influence de la position sur les troubles sécrétoires du rein, dont l'albuminurie orthostatique est le meilleur exemple, mais dans ce dernier cas c'est l'orthostatisme et non le clinostatisme qui est le facteur nocif, c'est-à-dire qu'en somme on observe le contraire de ce qui se passe le plus souvent dans la chylurie ; d'autre part, l'épreuve de Strauss si nettement et si rapidement positive semble bien indiquer qu'il ne saurait s'agir de chylurie sécrétoire au niveau du parenchyme rénal, mais bien du passage du chyle sur un point des voies d'excrétion urinaire.

Ces nombreuses raisons nous font admettre l'existence d'une fistule lympho-urinaire. Cette fistule est de faible dimension. Il suffit, en effet, d'une très faible quantité de chyle pour rendre l'urine lactescente. D'ailleurs l'analyse chimique décèle par litre d'urine 1g76 de matières grasses et 3g80 de matières albuminoïdes, ce qui indiquerait le passage d'environ 100 grammes de chyle par litre d'urine, si l'on accepte toutefois les chiffres d'Hoppe Seyler, c'est-à-dire par litre de chyle 37 grammes d'albumine et 16 grammes de matières grasses.

Peut-on préciser alors exactement le siège de cette fistule ? Siège-t-elle au niveau de l'uretère, dans sa portion pelvienne ou élevée, ou au niveau du bassinet? Cette fréquence de l'unilatéralité droite dépend-elle d'une disposition anatomique des voies lymphatiques de ce côté ou bien le rôle de la ptose rénale plus fréquente et plus intense du côté droit est-il le principal facteur ? Les ouvrages d'anatomie n'ont pu nous renseigner, et en définitive ce sont là des hypothèses que seule l'autopsie de notre malade nous aurait peut-être permis de vérifier.

De même l'autopsie seule nous aurait permis de reconnaître la nature de cette chylurie, le mécanisme de cette fistulisation. Certes le simple examen clinique nous permet d'éliminer certaines causes de chylurie. En premier lieu, nous avons recherché les signes d'une filariose, car, qu'elle soit d'origine filarienne ou non, on comprend fort bien, puisqu'il s'agit toujours d'une fistule lympho-urinaire, que l'unilatéralité de la lésion et le caractère clinostatique ne peuvent différencier une chylurie nostras d'une chylurie filarienne, comme le démontre d'ailleurs la lecture des observations de la thèse de Monvenoux. Mais notre malade n'a jamais quitté le Rouergue, enfin et surtout des examens répétés du sang ne nous ont jamais montré de microfilaires que le sang ait été recueilli la nuit ou le jour, pendant ou dans l'intervalle des intensités maxima de la chylurie. Dans le cas actuel nous pouvons donc éliminer la chylurie filarienne ou chylurie des pays chauds pour diriger nos recherches du côté des causes de la chylurie nostras, mieux dénommée non filarienne, ainsi que le fait remarquer le professeur Marion, puisque dans les pays à filaire on peut observer des chyluries non filariennes,

On a signalé tout à fait exceptionnellement des chyluries parasitaires autres que la filarienne créée, en effet, par le Distomum hœmatobium ou le strongle, mais l'examen microscopique des urines ne nous a pas montré des œufs, signe révélateur de ces parasites. Des tumeurs, lymphangiomes ou même cancer abdominal, peuvent évidemment donner naissance par compression à des distensions des voies lymphatiques qui s'ouvriront chez tel malade dans le péritoine pour créer une ascite chyleuse, ainsi que le prouve le cas classique précité de Strauss, chez tel autre malade à la faveur d'adhérences ou d'un siège spécial dans le bassinet ou l'uretère pour donner naissance ainsi à une chylurie. Mais l'état général de notre malade n'était pas celui d'un cancéreux, et un examen attentif ne nous a pas permis de trouver une tumeur abdominale.

Toutes ces causes éliminées, il en reste cependant une autre possible, nous dirons même vraisemblable, la tuberculose. Le professeur agrégé Marion fait en effet remarquer que toujours la tuberculose est signalée comme concomitante à la chylurie ; son malade, atteint de chylurie tout à fait comparable à notre cas, avait maigri de 10 livres et présentait des antécédents personnels très suspects de bacillose puisqu'il avait eu une pleurésie ; l'inoculation de ses urines avait donné cependant un résultat négatif. Dans notre cas, nous relevons de même une bronchite [chronique avec crachats sanglants, un amaigrissement, des signes de tuberculisation discrète des sommets du poumon; sa sœur est morte de péritonite tuberculeuse. Certes l'inoculation des urines au cobaye nous a également fourni des résultats négatifs, mais on n'en reste pas moins très impressionné par l'histoire clinique, et, sans être absolument affirmatif, on peut admettre l'existence d'une tuberculose.

Dès lors, en effet, tout peut s'expliquer aisément; le malade était porteur d'une adénite abdominale tuberculeuse ; des adhérences ont réuni cette adénite aux voies excrétoires du rein droit; il y a eu formation d'une fistule qui, par des causes mécaniques,

produit une chylurie à caractère clinostatique.

Cette fistule est minime, et de plus intermittente. On peut estimer de 80 à 100 grammes la quantité de chyle auquel elle livre passage. Cette chylurie ne s'accompagne pas de troubles vésicaux et l'amaigrissement tient non tant à la fistule qu'à sa nature même tuberculeuse puisqu'il a précédé l'apparition de la chylurie.

Aussi avons-nous conseillé au malade, non une intervention chirurgicale pour cette légère infirmité, mais bien un traitement général dirigé contre la nature vraisemblable de la chylurie, c'est-à-dire la tuberculose.

ACTUALITÉS

LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE LA PONCTION LOMBAIRE

Pendant l'année scolaire 1911-1912, quatre thèses ont été soutenues devant la Faculté de médecine de Montpellier sur la ponction lombaire et le liquide céphalo-rachidien. Les auteurs ont fait une intéressante mise au point des renseignements que pouvait fournir l'examen de ce liquide et de l'emploi thérapeutique des ponctions lombaires. La thèse de Mestrezat (1) est un travail considérable de 700 pages sur le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique, sur la valeur clinique de son examen chimique ; cette thèse contient de nombreuses recherches personnelles, mais je ne puis que la signaler, n'ayant pas à aborder aujourd'hui la séméiologie du liquide céphalo-rachidien. Chossut-Peret (2) a étudié les accidents de la ponction lombaire chez les paralytiques généraux; ces accidents peuvent être très bénins : accès de céphalalgie, douleurs ou crampes dans les membres inférieurs, nausées et vomissements, vertiges et tendance à la syncope; dans d'autres cas, on observe, dans les jours qui suivent la ponction lombaire, un syndrome de méningisme ou même une véritable méningite ; parfois des accidents mortels sont survenus. Chossut-Peret relate l'observation suivante : à un paralytique général, on fait une ponction lombaire, le soir il a une crise épileptiforme, suivie de plusieurs autres et le malade meurt le lendemain matin, sans avoir repris connaissance. Pour expliquer les accidents, plusieurs théories ont été proposées; Chossut-Peret retient surtout celles de Maystre et de Martin; Maystre insiste sur la congestion ex vacuo et les hémorragies susceptibles d'en être la conséquence. Martin adopte la théorie du choc bulbaire, des phénomèmes vasomoteurs intenses amenant des lésions histologiques graves des cellules des centres bulbaires ; le syndrome arrêt complet de la respiration et persistance des battements du cœur est dû au choc bulbaire. Pour prévenir ces accidents, qui d'ailleurs ont été signalés chez d'autres malades que les paralytiques généraux, Chossut-Peret rappelle les diverses précautions à prendre quand on pratique une ponction lombaire ; le malade sera ponctionné couché; on retirera très lentement une petite quantité de liquide; après l'opération, le malade restera pendant plusieurs heures couché dans son lit, la tête basse.

Deux autres thèses traitent de la valeur thérapeutique des ponctions lombaires ; c'est la thèse de de Parades (3) qui a bien étudié les indications de ces ponctions dans les divers comas ; c'est surtout le très important travail de Baumel (1) sur le bilan thérapeutique de la ponction lombaire. On y trouve, avec une bibliographie complète, l'exposé méthodique de tous les résultats obtenus en utilisant la ponction lombaire dans le traitement d'un grand nombre d'affections.

Baumel passe d'abord en revue les cas dans lesquels on fait simplement une ponction lombaire pour retirer une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, puis les cas de ponction suivie d'une injection médicamenteuse sous-arachnoïdienne. La ponction simple a été conseillée pour faire disparaître la céphalée violente qui est un symptôme fréquent des maladies infectieuses aiguës ; par ce moyen, on diminue l'hypertension céphalo-rachidienne et on soustrait un liquide chargé de produits toxiques; sitôt après la ponction, il se produit parfois un paroxysme douloureux, mais, peu après, la céphalalgie est calmée ; ce soulagement est très souvent le prélude d'une disparition totale du symptôme; sinon, on fera les jours suivants d'autres ponctions lombaires, en retirant chaque fois 10 centimètres cubes de liquide et même davantage. Oddo et Monge, Baumel et Roger ont ainsi pratiqué des ponctions à des typhiques, à des grippés, se plaignant d'une céphalée très pénible et ils ont toujours obtenu des résultats favorables.

Faire systématiquement la ponction lombaire dans tous les états infectieux aigus s'accompagnant de maux de tête, est-ce une méthode thérapeutique à préconiser ? Je ne le pense pas ; il me semble que la ponction lombaire, dont l'emploi mérite certes d'être vulgarisé, ne doit pas devenir une de ces petites interventions médico-chirurgicales que l'on fait tous les jours, ne doit pas être placée au même rang qu'une piqûre de morphine ou d'huile camphrée, qu'une saignée. Si la céphalée de la grippe ou de la fièvre typhoïde s'accompagne d'autres phénomènes nerveux réalisant un syndrome méningé, la ponction lombaire est alors d'une utilité incontestable, moins peut-être pour le traitement que pour le diagnostic de ce syndrome; car il importe d'être fixé au plus vite sur l'intensité de la réaction méningée. Mais, en dehors de ce cas, la ponction lombaire ne me paraît pas devoir entrer dans la pratique journalière pour le traitement de la céphalée des maladies infectieuses aiguës.

La ponction lombaire peut avoir une influence sur l'évolution de certains processus méningés; dans la méningite tuberculeuse, ce n'est qu'un palliatif, mais qui fait momentanément disparaître les contractures, le délire, la céphalée; le bien-être constaté après l'évacuation de quelques centimètres cubes ne persiste pas et dure quelques heures, une journée au maximum; dans les cas douteux, où l'examen du liquide précisera le diagnostic, dans les cas bien nets, où la ponction lombaire ne pourra être qu'un moyen thérapeutique palliatif, il ne faut donc pas hésiter à faire la ponction ; car, comme le remarque très justement Baumel, les familles ont parfois entendu parler de cette intervention dans les méningites, et comme elles ne font aucune différence entre la méningite bacillaire et les autres méningites, elles « ne pardonneraient pas au médecin qui la rejetterait de prime abord ». A l'appui de cette remarque, je pourrais citer deux cas dans lesquels la famille demanda que la ponction lombaire soit faite, alors que le diagnostic de méningite tuberculeuse avait été affirmé. Dans les méningites cérébro-spinales et les autres méningites aiguës, la ponction simplement évacuatrice constitua pendant quelques années une bonne méthode de traitement, qui avait amélioré notablement le pronostic de ces affections; on complète aujourd'hui le traitement par des injections de sérum antiméningococcique ou par des injections de métaux colloïdaux, nous y reviendrons.

(1) MESTREZAT. Th. de Montpellier, déc. 1911.

(2) CHOSSUT-PERET. Th. de Montpellier, juin 1912.

(3) DE PARADES. *Du coma et de la ponction lombaire; indications thérapeutiques*, Th. de Montpellier, juillet 1912.

(1) BAUMEL. *Le bilan thérapeutique de la ponction lombaire*, Th. de Montpellier, juillet 1912.

En ce qui concerne l'hydrocéphalie, il faut distinguer l'hydrocéphalie congénitale et l'hydrocéphalie acquise. La première n'est presque jamais améliorée par la ponction lombaire ; seul Grober a obtenu, deux fois, un résultat assez favorable. Au contraire, dans l'hydrocéphalie acquise en évolution, quelle qu'en soit la cause, la ponction lombaire est très efficace; on retirera une quantité plus ou moins considérable de liquide, jusqu'à 50 centimètres cubes dans les cas extrêmes; la ponction sera répétée assez fréquemment, lorsque l'amélioration obtenue par la ponction précédente disparaît.

Dans les hémorragies méningées la ponction lombaire a une grande valeur thérapeutique ; dès 1905 (*Presse médicale*, 16 avril), Devraigne a montré toute son importance pour le diagnostic et le traitement des hémorragies méningées sous-dure-mériennes chez les nouveau-nés; il s'agit habituellement d'enfants extraits par une application de forceps ou par une version après un accouchement long et laborieux, ou d'enfants s'étant présentés soit par le siège, soit par la face ; ils naissent en état de mort apparente, on parvient à les ranimer, mais dans les heures qui suivent, le nouveau-né a de la cyanose et des convulsions, du coma, des contractures et, fréquemment, une élévation de température ; la rachicentèse a comme premier avantage celui d'affirmer un diagnostic hésitant; de plus, au point de vue thérapeutique, elle diminue la compression des centres nerveux, retire de l'espace sous-arachnoïdien une certaine quantité de sang qui y était contenu et facilite ainsi la résorption du reste; elle diminue la possibilité d'infections secondaires. Deux ou trois extractions de 3 à 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien en plusieurs jours pourront amener la guérison, dans des cas qui, sans ponction lombaire, conduiraient presque fatalement à la mort. Chez les adultes, le pronostic des hémorragies méningées a été aussi amélioré depuis l'emploi des ponctions lombaires (Chauffard, Froin et Boidin).

Dufour, Dopter, de Massary et Lion ont montré que les symptômes nerveux de l'insolation, torpeur, coma, délire, convulsions sont heureusement influencés par la ponction lombaire, qui évacue de 15 à 20 centimètres cubes de liquide chaque fois et qui doit être renouvelée tous les trois ou quatre jours, plus souvent si cela est nécessaire (1). En examinant les liquides céphalo-rachidiens ainsi extraits, Dopter a trouvé, dans les cas bénins, un liquide simplement hypertendu, dans les cas graves, un liquide renfermant du sang, de l'albumine, ou des polynucléaires; c'est donc qu'il existe alors une réaction méningée.

Chez les malades atteints de tumeurs cérébrales, il convient d'être très prudent, car la ponction lombaire a provoqué des accidents, la mort immédiate, ou la mort après quelques heures, le plus souvent par paralysie respiratoire. D'après Sicard la ponction lombaire n'est presque jamais nocive, dans les cas de tumeur cérébrale, si on a soin de l'entourer de certaines précautions et si on sait la refuser lorsque le malade atteint de néoplasie voit ses troubles fonctionnels augmenter par le décubitus horizontal. En dehors de cette exception on pourra toujours la pratiquer, mais le malade sera tenu au lit vingt-quatre heures avant la ponction; au moment de l'opération, il sera placé dans le décubitus latéral, la tête n'étant pas soulevée et même se trouvant parfois en position de Trendelenburg ; on ne retirera que lentement une petite quantité de liquide, sans dépasser 12 à 15 centimètres cubes chez un adulte ; après la ponction, le malade devra rester couché, la tête non soulevée, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Mais la ponction lombaire est-elle vraiment utile en cas de tumeur cérébrale ? Baumel montre bien qu'on ne doit pas fonder sur elle de grandes espérances ; l'amélioration, lorsqu'elle est obtenue, est tout à fait fugace. On ne peut que calmer certains symptômes dus à l'hypertension.

Baumel étudie ensuite les résultats obtenus dans le traitement des traumatismes du crâne et du rachis, de certains troubles auriculaires et oculaires; toutes ces questions sont aujourd'hui devenues classiques et il est inutile d'y insister. Puis c'est la valeur de la ponction lombaire dans les états convulsifs aigus et chroniques où les effets sont très variables ; dans l'urémie, dont certains symptômes comme les convulsions, la torpeur, le coma, peuvent être heureusement influencés ; dans l'encéphalopathie saturnine, avec un succès de Seegelken et les résultats négatifs de Mosny et Malloizel ; dans le rhumatisme cérébral, deux cas favorables de Tarrade. Baumel rappelle enfin les travaux de Thibierge et Ravaut sur le traitement de diverses affections cutanées prurigineuses par les ponctions lombaires.

La deuxième partie de la thèse de Baumel est consacrée à l'examen des cas dans lesquels la ponction lombaire est suivie d'une injection médicamenteuse sous-arachnoïdienne. Ici encore, les travaux publiés sur ce sujet sont extrêmement nombreux et beaucoup de substances ont été injectées pour le traitement d'affections diverses et pour l'anesthésie chirurgicale. De la multiplicité de ces essais thérapeutiques, Baumel dégage une première conclusion, c'est que la cavité sous-arachnoïdienne est extrêmement tolérante pour les substances médicamenteuses ; mais il ne faudrait pas croire que l'introduction de médicaments par cette voie n'est jamais dangereuse; il est en effet des cas où l'injection intrarachidienne est formellement contre-indiquée, car, si on la pratique, elle peut amener les conséquences les plus graves ; ce sont les cas de coagulation massive du liquide céphalo-rachidien, c'est-à-dire les cas où ce liquide se coagule spontanément in vitro, par suite de la présence d'une quantité considérable d'albumine; dans ces conditions, la solution médicamenteuse injectée après ponction lombaire produit des effets nocifs, parce qu'elle n'est pas résorbée et parce qu'elle reste en contact prolongé avec les centres nerveux, déterminant ainsi une extravasation leucocytaire tout à fait anormale. On n'injectera donc jamais aucune substance active lorsqu'on constatera le syndrome de coagulation massive; il faudra prévoir ce syndrome en présence d'un état xanthochromique du liquide céphalo-rachidien, d'un écoulement lent et difficile et toutes les fois que les symptômes cliniques pourront faire supposer une compression d'origine médullaire, méningée ou osseuse, limitant une poche dans laquelle la tension céphalo-rachidienne est abaissée.

En dehors de cette circonstance, les injections médicamenteuses intrarachidiennes déterminent souvent quelques accidents, parce qu'elles provoquent une réaction méningée, une méningite aseptique se traduisant par une diapédèse plus ou moins intense de polynucléaires, puis de mononucléaires, avec congestion méningée qui prédomine au niveau du lieu de ponction et remonte en s'atténuant, quelquefois jusqu'à la région cervicale ; cette réaction peut, si elle est très intense, se traduire cliniquement par un tableau de méningite : élévation de la température, céphalée, rachialgie, nausées, ébauche de Kernig; ces troubles ne durent généralement pas plus de quarante-huit heures. Il est donc indispensable qu'après toute injection intrarachidienne le malade reste au lit pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. D'autres précautions sont encore à prendre pour diminuer les accidents consécutifs; on n'injectera jamais de substances médicamenteuses dans le liquide céphalo-rachidien lorsque la ponction évacuatrice pratiquée avant l'injection ramène un liquide teinté de sang par piqûre d'un vaisseau; on retirera toujours une quantité de liquide légèrement supérieure au volume de l'injection qui va suivre; l'injection sera faite très lentement; on emploiera autant que possible des solutions isotoniques; tout ce qui doit entrer dans la cavité sous-arachnoïdienne sera d'une

(1) Voir GASTINEL et MEAUX SAINT-MARC. *Gaz des hôpit.*, 1911, n° 104, p. 1507.

asepsie parfaite; si les accidents consécutifs à l'introduction des substances médicamenteuses étaient intenses, le meilleur traitement consisterait à pratiquer une évacuation pure de liquide céphalo-rachidien.

De toutes les injections faites par voie intrarachidienne, beaucoup n'ont eu qu'une vogue éphémère; celles qui ont acquis droit de cité dans la thérapeutique sont, au premier rang, les injections de sérum antiméningococcique, en cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques, puis les injections de sérum antitétanique dans le tétanos, de métaux colloïdaux dans les méningites aiguës. Baumel cite également comme devant être tentées les injections d'électro Hg, de mercure ou de sérum simple dans les affections syphilitiques ou parasyphilitiques du névraxe; les injections de novocaïne dans les états douloureux de la région sous-diaphragmatique du corps; les injections de sulfate de magnésie dans les chorées, les myoclonies, les contractures, les états douloureux rebelles à la novocaïne. A propos des injections intrarachidiennes de sulfate de magnésie, Baumel signale toutefois que ces injections ont provoqué dans certains cas des réactions très intenses, des accidents graves et même mortels; il croit qu'on peut éviter ces derniers en ne faisant pas d'injections trop fortes et en utilisant des solutions aussi pures que possible. Une dernière remarque est encore à faire, concernant les injections intrarachidiennes de sérum antiméningococcique, antitétanique, etc., c'est que, dans ces cas, peuvent survenir les accidents particuliers qui rentrent dans le cadre de la maladie du sérum ou de l'anaphylaxie. Baumel les étudie, un peu rapidement peut-être; il convient de les bien connaître, et de se mettre dans les meilleures conditions pour les éviter autant que possible, malgré la sérothérapie intensive qui est souvent nécessaire, en particulier dans la méningite cérébro-spinale (1). M. BRELET.

(1) On trouvera une excellente étude de ces accidents dans un travail de HUTINEL et DARRÉ, *Journ. méd. français*, 15 sept. 1910. Voir aussi la revue générale de LECLERCQ et CULOT sur les maladies du sérum, *Gaz. des hôp.*, 26 oct. 1912.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1913)

Lésions traumatiques des ménisques intraarticulaires du genou. — M. LEJARS fait un rapport sur ce sujet. Dans un historique de la question, il rappelle que depuis une discussion qui eut lieu, en 1906, à propos d'un rapport de M. Chaput sur une observation de M. Mignon, cette question n'a plus été traitée. Un mémoire de Daudin réunit 122 observations sur lesquelles il n'y en a que neuf françaises et tandis qu'en effet, en France, les observations de ce genre sont extrêmement rares, les pays étrangers et en particulier l'Angleterre nous fournissent des statistiques considérables. A New-Cait, Martin, en dix ans, a recueilli, dans sa pratique personnelle, 449 cas de lésions des ménisques traitées par l'opération. Cela tient-il à ce qu'il s'agit d'un pays minier et que les mineurs sont plus exposés que d'autres à des lésions traumatiques du genou? Cela tient-il aussi à ce qu'en Angleterre le jeu du foot-ball est très en honneur? On ne sait. Toujours est-il qu'il y a un contraste frappant entre la fréquence de ces lésions à l'étranger et leur extrême rareté en France.

M. Dejouany, médecin-major à Tunis, a adressé une observation intéressante : il s'agit d'un cavalier qui à la suite d'une chute de cheval présente du gonflement du genou, des douleurs, de l'hydarthrose. Après quelques jours de repos, il reprend son service. Nouvelle chute, nouveaux accidents. M. Dejouany voit ce malade à l'hôpital et diagnostique une subluxation du ménisque interne du genou. Il fait une incision sur le bord interne du genou, découvre le ménisque après avoir ouvert la synoviale, le trouve désinséré et replié en deux sur lui-même. Il en pratique l'extraction, il réunit l'articulation sans drainage, immobilise le genou pendant quelque temps, puis fait de la mobilisation et du massage. Guérison complète. Ce cavalier a pu reprendre son service. C'est là un résultat excellent et la guérison se maintient déjà depuis plus d'un an.

A ce fait, M. Lejars en ajoute deux autres qui lui sont personnels. Dans le premier, il s'agissait d'une jeune fille qui souffrait d'un point bien limité au côté gauche du genou; le ménisque intraarticulaire de ce côté faisait une saillie nette dans la flexion. M. Lejars diagnostiqua une subluxation de ce ménisque et proposa l'opération qui ne fut pas acceptée. Dans un second cas, beaucoup plus récent, datant de trois semaines, il s'agit d'une femme de trente-six ans qui, depuis une chute de bicyclette datant de deux mois et demi, souffre du genou en un point bien déterminé, et présente, dans la flexion, une certaine saillie que M. Lejars attribue à un déplacement du ménisque. Il intervient, trouve ce ménisque mobile, d'une laxité considérable, il en enlève les deux tiers antérieurs. Les suites de l'opération furent simples; mais elle est encore trop récente pour juger de ses résultats. Ce sont là les deux seuls faits que M. Lejars a pu observer dans sa carrière déjà longue. Quel contraste avec les statistiques anglaises!

Il y a deux types de lésions traumatiques des ménisques: un type caractérisé par la laxité anormale, la désinsertion d'une des extrémités du ménisque et un autre type caractérisé par la rupture du ménisque en long ou en travers. Le diagnostic repose sur la douleur bien localisée et des troubles dans la flexion de la jambe sur la cuisse. On peut confondre cette affection avec de l'hydarthrose fongueuse, des corps étrangers intraarticulaires.

Au point de vue thérapeutique, l'ablation d'un ménisque lésé est le meilleur traitement ainsi que le prouvent, d'ailleurs, les nombreux cas publiés en Angleterre.

M. THIÉRY a vu trois malades atteints de luxation des ménisques intraarticulaires du genou. C'est un diagnostic difficile. Il rappelle une revue qui a paru dans la *Gazette des hôpitaux* (1), sur ce sujet. Il faut différencier ces cas de ceux dans lesquels il y a déchirure d'un des ligaments croisés ou de certaines formes de genou à ressort, telles que celle dont était atteint le professeur Léon Le Fort.

M. SAVARIAUD insiste sur le rôle, dans ces cas, de la laxité ligamenteuse. Il se souvient d'avoir observé un cas de subluxation du ménisque intraarticulaire du genou, qui était caractérisé par des poussées d'hydarthrose à répétition.

M. JACOB fait observer que cette affection est assez fréquente dans l'armée. Il en a observé lui-même 3 cas, soit de luxation, soit de subluxation des ménisques. Il attache de l'importance au signe du genou à ressort. Comme traitement, mieux vaut faire l'ablation totale que l'ablation partielle: dans 3 cas d'extirpation totale, il a eu 3 guérisons.

M. DEMOULIN a eu l'occasion d'observer des entorses du genou, des subluxations des ménisques; surtout après l'exercice du saut de bas en haut. Certains jeunes gens se luxent, dans ces cas, le ménisque interne. Il faut distinguer plusieurs variétés dans ces cas. Il est des cas dans lesquels l'immobilisation et la compression suffisent pour enrayer les accidents. Il y a aussi des faits de simple laxité du ménisque dans lesquels une simple fixation suffit. Enfin dans les cas de fracture avec luxation en dehors ou de luxation vraie des ménisques, c'est à l'extirpation qu'il faut recourir. Ces questions n'ont pas été suffisamment étudiées en France et méritent de l'être.

M. MICHON rappelle que, dans son observation, le malade présentait une impotence fonctionnelle complète et des douleurs telles qu'on lui avait proposé l'amputation, croyant à une tumeur blanche du genou. M. Michon finit par faire, chez ce malade, le diagnostic de subluxation du ménisque articulaire externe. Il fit une incision allant du ligament rotulien au ligament latéral externe et put extraire le ménisque. La lésion datait de douze ans. M. Michon était parti avec l'idée de faire la fixation ou l'ablation. Il fit une ablation partielle, l'ablation

(1) Ch. LEVÊQUE. Les lésions traumatiques des ménisques de l'articulation du genou, Revue gén., *Gaz. des hôp.*, 1910, n° 124, p. 1683.

complète présentant d'assez grandes difficultés dans ces cas. La guérison a été parfaite. La portion du ménisque qui est restée n'a jamais causé aucune gêne.

M. ROUTIER est très frappé de l'abondance des statistiques anglaises, car, dans sa carrière déjà longue, il n'a eu qu'une fois l'occasion d'observer un cas de ce genre qui a guéri par le repos et la compression.

M. ARROU indique un moyen de faciliter l'ablation; une fois qu'on a fait l'incision longitudinale entre le tendon rotulien et le ligament latéral interne, il faut faire une flexion exagérée de la jambe sur la cuisse; dans ces conditions vous pouvez facilement agir sur l'articulation.

M. KIRMISSON s'associe aux observations de M. Lejars. Comme lui il est frappé de l'extrême rareté des lésions des ménisques articulaires en France. Il insiste sur les signes qui caractérisent cette affection et communique plusieurs cas de rapprochement de ceux qu'a donnés M. Lejars et qui ont guéri par l'immobilisation et la compression.

— La discussion se continuera dans la prochaine séance.

Occlusion intestinale au cours des péritonites tuberculeuses. — M. KIRMISSON rappelle la communication qu'il a faite le 5 février dernier, relative à un enfant de deux ans, atteint de volumineuses hernies, qui fut pris de phénomènes d'occlusion intestinale. On fit la laparotomie, on sectionna une bride et les hernies disparurent d'elles-mêmes. Cet enfant présenta, après une otite suppurée, des troubles de la muqueuse buccale, fit de la broncho-pneumonie et succomba avec 41 degrés de température. Il s'agissait d'une tuberculose des ganglions bronchiques. Il n'y avait plus d'occlusion, plus de hernies. Le mécanisme de la disparition de ces deux volumineuses hernies reste obscur.

De ce fait, M. Kirmisson rapproche deux autres cas antérieurs plus normaux. Il s'agit d'intervention chirurgicale pour péritonite tuberculeuse. Une jeune fille atteinte de cette variété de péritonite est prise d'occlusion intestinale. Laparotomie. L'intestin est criblé de granulations tuberculeuses. Une bride péritonéale est sectionnée puis une seconde bride, guérison complète. Autre cas : une jeune fille de quatorze ans est opérée par le chef de clinique de M. Kirmisson pour une occlusion au cours d'une péritonite tuberculeuse. Il s'agissait d'une occlusion par brides, guérison. Cette question jusqu'ici n'a pas été traitée d'ensemble. Elle mérite une nouvelle étude.

M. LEJARS a publié, dans la *Gazette des hôpitaux* (1891, n° 142), une revue sur l'occlusion intestinale par brides dans les cas de péritonite tuberculeuse. Il y a aussi l'occlusion paralytique dont il faut tenir compte. Depuis cette publication M. Lejars a rencontré plusieurs cas de ce genre. Il cite plusieurs exemples. Dans un cas, il a trouvé une bride du pylore; dans un autre cas, il n'a trouvé aucune lésion, autre que la tuberculose, et la laparotomie a suffi pour faire cesser tous les accidents. Il a également observé des formes à allure appendiculaire. Le malade présentait tous les signes d'une appendicite aiguë, on opère, on trouve un gros épiploon parsemé de granulations, de l'ascite claire et un appendice sain, semé de granulations tuberculeuses comme le reste de l'intestin, drainage, guérison.

Des exemples de ce genre ne sont pas rares et M. Lejars pourrait en citer de nombreux. C'est là une très grave question qui mérite d'être étudiée à nouveau.

M. QUÉNU a observé des cas analogues. Il rapporte le cas d'une jeune femme qu'il a opérée d'une salpingite double adhérente par les voies abdominale et vaginale. Cette jeune femme guérit de cette opération. Quelque temps après elle est prise de phénomènes d'occlusion intestinale. M. Quénu incise la fosse iliaque droite et trouve une péritonite tuberleuse. Il n'y avait pas de brides. Il laisse le ventre en partie ouvert. La malade guérit. Il avait méconnu, chez cette femme, la nature tuberculeuse de la salpingite.

Une jeune fille de treize ans présente tous les signes d'une crise suraiguë d'appendicite. Laparotomie, péritonite, appendicite sain; les phénomènes d'occlusion disparaissent; l'enfant semble se remettre quand peu de temps après elle succombe à une méningite tuberculeuse.

— La discussion sera reprise dans la prochaine séance.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

[VIIe SESSION, LILLE, 25-28 MARS 1913 (1).]

Section de gynécologie et d'obstétrique. — MM. VANVERTS et PUECH étudient, dans un rapport aussi clair que documenté, les *rapports des tumeurs de l'ovaire avec la grossesse*. Pour M. VANVERTS, toute la question est de savoir quelle conduite tenir lorsqu'une grossesse survient chez une femme atteinte de tumeur ovarienne. Faut-il intervenir? Faut-il attendre? Pour résoudre le problème, envisageons deux cas. S'agit-il de *tumeur abdominale* reconnue dans la première moitié de la grossesse, les uns conseillent l'expectative, la gestation évoluant presque toujours sans accident. Opinion inexacte, puisqu'en relevant les observations on trouve très souvent notées des complications : torsion du pédicule (17 p. 100 des cas), rupture, suppuration, hémorragie, et que, 12 fois sur 100, la grossesse se termine par avortement. D'autre part, les statistiques montrent que, dans de tels cas, l'ovariotomie abdominale n'est pas plus grave que lorsqu'on la pratique en dehors de la grossesse, et que, d'une manière générale, les résultats de cette opération sont bons pour le fœtus. Dans la *première moitié* de la grossesse, l'intervention, effectuée à titre préventif, s'impose donc absolument. Dans la *seconde moitié*, tout le monde est d'accord pour attendre, en surveillant attentivement la femme, si rien ne presse. Mais s'il survient des phénomènes de compression? Impossible, ici, de donner des lois générales, la grossesse pouvant continuer normalement malgré l'existence de phénomènes de compression accentués. Passons aux tumeurs *pelviennes*. Leur traitement variera suivant que la tumeur : 1° est bien tolérée; 2° provoque des phénomènes de compression ou présente une évolution rapide; 3° est le siège d'accidents. Dans le premier cas, on peut s'abstenir jusqu'à l'accouchement; dans les autres, il faut intervenir.

En ce qui concerne la technique, beaucoup d'auteurs rejettent l'ovariotomie bilatérale qui rendrait l'avortement inévitable. Il n'en est ainsi que dans les deux premiers mois. Le mieux est donc, si possible, d'attendre le troisième ou le quatrième mois. L'essentiel de l'acte opératoire est de voir ce que l'on fait. Plus d'incisions trop petites qui ont permis la ponction d'un utérus gravide, pris à tort pour un kyste! Du jour, beaucoup de jour! Si le pronostic s'est tant amélioré depuis quelques années, il le doit surtout aux perfectionnements de la technique.

M. PUECH étudie surtout les *rapports des tumeurs ovariennes avec l'accouchement et les suites de couches*. Souvent le travail n'est en aucune façon troublé. Pour qu'il y ait dystocie, il faut que la tumeur réalise certaines conditions : 1° de siège, les kystes pelviens sont ceux qui donnent le plus d'accidents; 2° de nature, plus les kystes se rapprochent des tumeurs solides, plus grandes sont les chances de dystocie. Diverses éventualités sont d'ailleurs possibles : procidence du cordon, fréquente; inertie utérine, exceptionnelle, douteuse même; plus souvent, rupture utérine ou encore laminage ou déplacement de la tumeur, celle-ci pouvant, soit remonter dans l'abdomen, soit faire saillie au dehors. La rupture du kyste et son issue hors du vagin sont graves : la mortalité est de 50 p. 100 dans le premier cas, de 25 p. 100 dans le second. Si la délivrance se fait presque toujours normalement, les suites de couches, par contre, sont souvent compliquées, et c'est surtout à cette période qu'on observe la rupture et la suppuration du kyste.

Quelle doit être, dans ces diverses circonstances, la conduite à tenir? Le travail est-il facile, il n'y a qu'à attendre; traîne-t-il, on aura recours à une opération simple pour l'abréger; survient-il des phénomènes d'ordre dystocique, on aura le choix entre de multiples interventions : la meilleure consiste à enlever le kyste par la voie abdominale, puis à laisser l'accouchement se terminer tout seul. En agissant ainsi, on ne touche pas à l'utérus, on ne va point à l'aveuglette, on

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 38, p. 617.

ne s'expose pas aux accidents qu'une incision vaginale favorise au cours des suites de couches. Mais cette opération n'est pas toujours de mise. Elle ne convient qu'aux cas où la tumeur est libre et peut être dégagée sans violence. Dans les autres tumeurs profondes, enclavées, qu'on ne peut aborder qu'en faisant basculer l'utérus ou lorsque la vitalité du fœtus est compromise, on préférera la césarienne. Il faut rejeter systématiquement toutes les autres opérations, sauf, dans certains cas rares, le refoulement doux de la tumeur au-dessus du détroit supérieur ou la ponction du kyste par le vagin.

La discussion commence. M. BARNSBY (de Tours) est d'avis de n'attendre que dans deux cas : 1° tumeurs abdominales chez des femmes arrivées au huitième mois de la grossesse et ne présentant aucune complication; 2° tumeurs pelviennes adhérentes. Dans toute autre circonstance, il faut intervenir dès que le diagnostic est posé. En ce qui concerne la technique, quatre conditions indispensables : 1° ouvrir largement pour voir très clair et opérer très vite ; 2° manipuler l'utérus le moins possible; 3° lier le pédicule le plus loin possible de cet organe ; 4° refaire une bonne paroi. Cette façon de faire lui a valu dans 22 cas 22 succès. — M. DE FOURMESTRAUX (du Mans) apporte sa statistique portant sur 31 cas et insiste sur les difficultés du diagnostic des tumeurs ovariennes avec une grossesse à l'orée comme au crépuscule de la vie génitale, d'où la nécessité d'un examen complet sous chloroforme. — M. JULLIEN (d'Amiens) relate quatre cas personnels où l'opération a été nécessaire. — M. MURET (de Lausanne) mentionne l'erreur possible de l'isthme utérin flaccide et hypertrophié avec un kyste de l'ovaire, et préfère à l'ovariotomie, dangereuse dans les derniers mois de la grossesse, le refoulement manuel. Ce refoulement réussit-il, il transforme la tumeur pelvienne en tumeur abdominale qui ne gêne pas l'accouchement; a-t-il échoué, on recourra d'emblée à la césarienne. D'autre part, pendant le travail, l'ovariotomie vaginale, précédée de la ponction du kyste et suivie d'une suture soignée, donne souvent de très bons résultats. — M. LENOUÈNE (du Havre) est au contraire partisan de l'ovariotomie abdominale qui lui a donné, dans un cas, un beau succès. — Mme JOKELMANN (de Kieff) conseille l'intervention systématique qui doit, presque toujours, consister en une ovariotomie abdominale. — M. JAYLE (de Paris) tient moins à la largeur qu'au siège de l'incision. Pour les sutures, il suit les règles indiquées par M. POZZI, emploie des catguts très fins, non résorbables, et procède à une suture en trois plans. — M. HENROTAY conclut, lui aussi, à l'inutilité absolue des grandes incisions. Il réserve la ponction aux kystes cachés derrière le segment inférieur et se demande si la technique de PFANNENSTIEL ne permettrait pas d'éviter les éventrations postopératoires. — Pour le professeur PINARD, les énormes progrès réalisés depuis vingt-cinq ans sont dus, et à l'avènement de l'ère antiseptique et à une éducation obstétricale plus complète que jadis. Ils autorisent M. Pinard à se montrer encore plus radical que les rapporteurs et à conseiller l'intervention dans tous les cas, quel que soit le siège et la nature de la tumeur, à moins que l'on ne soit aux deux derniers mois. Bien que le refoulement et la ponction soient parfois indiqués, c'est presque toujours à l'ovariotomie abdominale qu'il faudra recourir en ayant soin de faire l'incision médiane, de voir clair et d'aller vite. Les ponctions intravaginales conseillées par M. MURET exposent à l'infection. La technique de PFANNENSTIEL n'a pas de raison d'être, les éventrations étant tout à fait rares chez les femmes opérées à l'aide des techniques habituelles. — M. WALTHER rejette également l'incision courbe sus-pubienne qui ne donne pas un jour suffisant sur la tumeur lorsque celle-ci remonte avec l'utérus. La suture à trois plans recommandée par M. POZZI suffit toujours à donner une paroi solide. — M. ORKHAN-TASHIN (de Lausanne) trouve la ponction facile et commode en bien des cas. — M. VANVERTS, répondant aux divers orateurs, rejette au contraire cette méthode qui favorise l'inoculation du péritoine, et, comme la plupart de ses collègues, préfère l'incision classique à celle de PFANNENSTIEL.

Deux très bons rapports sur le *chorio-épithéliome malin*. Le premier, consacré à leur *étude anatomo-pathologique et pathogénique*, est dû à MM. R. PROUST et X. BENDER. Les chorio-épithéliomes sont des tumeurs développées aux dépens du chorion fœtal et caractérisées par la présence d'éléments spéciaux, dits cellules de Langhans et masses plasmodiales. Ce sont des embryomes développés aux dépens des annexes embryonnaires, et dans lesquels les éléments fœtaux envahissent l'organisme maternel. Le plus souvent, leur apparition est liée à l'existence d'une grossesse, quelquefois ils surviennent sans fécondation préalable aux dépens de germes embryonnaires inclus dans les glandes génitales et rentrent alors dans la classe des tératomes. D'où deux grandes divisions.

I. CHORIO-ÉPITHÉLIOME EN RAPPORT AVEC LA GESTATION. — On sait qu'à l'état normal, les villosités choriales sont revêtues par une bande homogène de protoplasma granuleux (*syncytium*), au-dessous de laquelle se trouvent, par places, de volumineuses cellules claires (*cellule de Langhans*). Syncytium et cellule de Langhans sont des éléments fœtaux, le premier est produit par la coalescence des seconds. Ces éléments sont normalement doués d'un pouvoir envahissant des plus curieux; on peut retrouver des cellules de Langhans dans la sérotine, dans la muqueuse utérine, dans la musculaire même (*cellulles migratrices syncitiales*) ; on a vu assez souvent des villosités choriales pénétrer dans les veines utérines ; on a même signalé des cas d'entraînement à distance d'éléments placentaires dans le courant circulatoire. Le placenta ne peut plus donc être considéré comme un simple organe intermédiaire à la mère et au fœtus ; c'est une néoformation fondamentalement destructive et envahissante. Et le chorio-épithéliome n'est autre que l'exagération pathologique d'un processus normal.

Le chorio-épithéliome de l'*utérus* est le plus fréquent. Etudié d'abord par Sänger (1888) sous le nom de *déciduome malin métastasiant*, puis confondu avec les sarcomes, il a été bien individualisé par Marchand qui en fait une tumeur maligne ectodermique de la sphère placentaire. Durante en fait un épithélioma, Marchand propose le nom de *chorio-épithéliome*, aujourd'hui universellement adopté. On peut donc, pathogéniquement parlant, définir le chorio-épithéliome une « tumeur maligne ectodermique, épithéliale, d'origine fœtale, à la genèse de laquelle participent les deux éléments constitutifs du revêtement des villosités choriales, le syncytium et les cellules de Langhans ». En ce qui concerne son anatomie macroscopique, voici les points les plus importants : augmentation de volume de l'utérus ; déformation de l'organe par des bosselures; envahissement rapide, par la tumeur, de toute la cavité utérine ; coloration gris rougeâtre, semée de taches ecchymotiques, de consistance molle, surface de section marbrée ; infiltration de la musculeuse par des prolongements de la tumeur. Suivant les cas, on peut distinguer des formes : circonscrite, végétante, ulcéreuse, interstitielle. Bientôt, la tumeur se propage aux organes voisins, à la vessie, à l'intestin, qu'elle perfore.

Histologiquement, le chorio-épithéliome est caractérisé par deux sortes d'éléments associés en proportions variables : masses plasmodiales polynucléées et cellules polyédriques claires. Les premières sont constituées, tantôt par de grands éléments plasmodiaux, tantôt par des cellules géantes syncytiales ou par des cellules syncytiales migratrices; quant aux secondes, elles dérivent des cellules de Langhans. Ces éléments se groupent de façon diverse. Mais toujours le chorio-épithéliome est dû à la greffe dans les tissus maternels, des éléments placentaires ayant subi une anormale prolifération. L'élément envahissant est représenté par la cellule syncytiale migratrice, qui pénètre dans les vaisseaux et produit, par son accroissement désordonné, soit des bourgeons cancéreux de l'utérus, soit des noyaux métastatiques. Ces premiers sont dus à l'envahissement de proche en proche ; les seconds, à la généralisation par voie sanguine. Le diagnostic peut être fait par l'examen histologique des débris que ramène un curettage prudent. Mais il faut savoir que des figures identiques à celles que donne le chorio-épithéliome le plus typique ont parfois été fournies par des coupes provenant de simples métrites. Les conclusions fondées sur les résultats des recherches microscopiques devront donc être toujours bien réservées.

Nous ne ferons que signaler le chorio-épithéliome de la *trompe*, du *vagin*, etc., tout à fait exceptionnel.

II. Plus intéressante est l'étude des CHORIO-ÉPITHÉLIOMES

DANS LES TÉRATOMES. Indépendants de toute grossesse, et développés chez des jeunes filles vierges, chez des femmes d'un âge avancé et même chez l'homme. Ils peuvent prendre naissance en divers points de l'organisme, mais principalement dans les glandes génitales. S'agit-il de chorio-épithéliomes vrais, développés aux dépens des éléments ectodermiques des membranes ovulaires rudimentaires d'un tératome ou de simples formations chorio-épithélioïdes ? L'identité complète de ces tumeurs avec les chorio-épithéliomes plaide en faveur de la première hypothèse.

L'*étude clinique du chorio-épithéliome malin* a été confiée à MM. POLLOSSON et VIOLET. Ces auteurs posent d'abord en principe que tout chorio-épithéliome est précédé d'une grossesse; on peut le voir à la suite d'un accouchement anormal, d'un accouchement prématuré, d'un avortement ou d'une môle. De ces diverses éventualités, la dernière est aussi fréquente que toutes les autres réunies. La fréquence de la tumeur ne croît pas avec le nombre des grossesses. Elle atteint son maximum de vingt-cinq à trente-cinq ans alors que le cancer du corps s'observe surtout autour de la cinquantaine. Le début de l'affection suit de près l'accouchement, l'avortement ou l'expulsion de la môle, mais il est difficile à fixer, les symptômes qui le caractérisent se confondant plus ou moins avec ceux des suites de couches pathologiques. Ces symptômes consistent surtout en hémorragies, parfois en tumeurs de la paroi vaginale, exceptionnellement en phénomènes d'ordre métastatique. A la période d'état, il y a lieu d'étudier séparément les symptômes fonctionnels, les signes physiques, les formes cliniques.

Des *symptômes fonctionnels*, le plus fréquent, ce sont les *hémorragies* généralement peu abondantes, mais anormales par leur durée et leur facilité à réapparaître au moindre effort. Elles apparaissent le plus souvent pendant le premier mois. Beaucoup plus rarement, elles sont très abondantes. Entre ces deux types extrêmes, tous les intermédiaires sont possibles. Ces hémorragies se répètent à intervalles égaux ou inférieurs aux espaces intermenstruels. Il s'y associe souvent des *écoulements séreux*, parfois fétides. Les *douleurs* sont beaucoup plus rares. Constante, par contre, est l'*anémie*. On a noté une albuminurie précoce, de pathogénie obscure. L'apyrexie est la règle. Les hémorragies intrapéritonéales ont été quelquefois signalées. Les métastases vulvo-vaginale, pulmonaire, cérébrale sont mentionnées par tous les auteurs. Les *signes physiques* révèlent l'augmentation de volume de l'utérus qui a acquis une consistance toute particulière, les nodosités multiples à sa surface, les masses bourgeonnantes à l'intérieur de la cavité utérine, et disposées de telle sorte que l'on peut engager le doigt entre la paroi utérine et elles. L'examen gynécologique révèle parfois l'existence de tuméfactions latéro-utérines.

Plusieurs *types cliniques*. Tantôt il s'agit d'accidents précoces survenant à la suite d'une môle, tantôt on se trouve en présence d'accidents précoces, que l'on rattache à une rétention placentaire. Le chorio-épithéliome peut encore simuler le néoplasme du corps chez une femme jeune, se manifester. au début, par des métastases vulvo-vaginales, affecter le type infectieux, et être alors confondu avec une septicémie puerpérale. Le diagnostic est encore plus difficile si les phénomènes apparaissent tardivement; on pense alors à un fibrome ou à un cancer. N'oublions pas non plus les formes médicales, et particulièrement celles où l'on porte le diagnostic de syphilis ou de tumeur cérébrale.

Abandonné à lui-même, le chorio-épithéliome a une évolution fatale; la plupart des décès s'observent du quatrième au septième mois après l'accouchement. Cependant, on a beaucoup parlé, dans ces dernières années, de guérisons spontanées. Un certain nombre de ces cas concerne de simples embolies de villosité molaire sans autre malignité. Dans d'autres, il s'agit de végétations chorio-épithéliales bénignes qu'il est difficile de distinguer histologiquement des végétations chorio-épithéliales bénignes.

Le *traitement* peut être *prophylactique* : il consiste à éviter les rétentions placentaires, les débris de môle, etc., et à examiner systématiquement, au point de vue microscopique, tous les débris du curettage ; *palliatif* : on arrêtera les hémorragies, on drainera et on pansera à plat les clapiers ; *curatif* : c'est l'hystérectomie, qui donne des résultats favorables, si elle est suffisamment hâtive : en somme, *diagnostic précoce; intervention immédiate*. Les métastases autres que les métastases vulvo-vaginales constituent, naturellement, autant de contre-indications formelles.

Dans la *discussion* qui suit, M. WALLICH demande que, dans l'étude du chorio-épithéliome, on tienne compte des réactions déciduales, lesquelles marquent la défense du tissu maternel contre l'envahissement embryonnaire. Suivant qu'elles sont ou non suffisantes, l'envahissement chorial gardera un caractère bénin, ou, au contraire, acquerra une gravité marquée. MM. CURTIS et OUI (de Lille) présentent une *môle disséquante ayant nécessité l'embryotomie*, et montrent le rôle capital joué, dans le processus d'affection, par les cellules de Langhans, qui pénètrent dans les vaisseaux, où elles provoquent des coagulations, opposant ainsi leur action à celles du syncytium, qui sont antithrombiques. La môle peut guérir spontanément par enclavement et nécrose des villosités. Mais comme elle peut aussi se transformer en chorio-épithéliome, le mieux est de l'enlever au plus tôt. M. BÉGOUIN (de Bordeaux) a opéré avec succès deux cas de chorio-épithéliome; le diagnostic doit attacher la plus grande importance aux antécédents de môle. Pour M. VIOLET (de Lyon), l'examen histologique donne des renseignements décisifs ; l'intégrité de l'axe conjonctif de la villosité veut dire tumeur bénigne; la disparition et la prolifération du syncytium signifient tumeur maligne. M. PROUST (de Paris) insiste sur l'importance d'un traitement prophylactique ; le danger est grand d'abandonner, dans l'utérus, des débris placentaires qui peuvent subir la transformation maligne; il est plus grand encore en cas d'avortement de grossesse tubaire, qui laissent fréquemment, dans la cavité du salpinx, les germes d'un chorio-épithéliome. Pratiquement, si les résultats de l'examen histologique ne sont pas nets et si les hémorragies se renouvellent, l'hystérectomie est indiquée. M. BENDER répond aux orateurs précédents ; à M. WALLICH, il fait remarquer qu'il n'a pas négligé l'étude des réactions déciduales, puisqu'il considère la grossesse comme un chorio-épithéliome dont l'organisme maternel a triomphé. Contrairement à M. CURTIS, il ne croit pas que cellules de Langhans et syncytium jouissent de propriétés différentes. Enfin il insiste encore sur la valeur capitale des données cliniques pour l'établissement du diagnostic. M. KEIFFER (de Bruxelles) regrette que nos connaissances sur les modifications physiologiques de l'œuf soient encore si mal connues. La discussion est close.

M. ROULLAND rapporte *deux observations* de *septicémies puerpérales graves guéries à l'aide du sérum antistreptococcique* dans des conditions particulièrement intéressantes. Alors que l'électrargol et les moyens ordinaires de défense avaient échoué, on fit le vingt-huitième jour dans un cas, le cinquante-troisième dans un autre, un premier abcès de fixation qui ne prit pas. Pendant trois jours, on administra 60 centimètres cubes de sérum antistreptococcique de Roux et on fit un deuxième abcès de fixation qui, cette fois, prit avec violence dans les deux cas.

Depuis longtemps PINARD a conseillé le sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur comme préventif et comme curatif de l'infection puerpérale.

Dans les deux observations de Roulland, il semble qu'il y ait là une démonstration qui a la force d'une véritable expérimentation. On attache généralement une importance très grande à l'abcès de fixation au point de vue pronostic ; on considère comme fatal le cas où l'abcès ne prend pas. L'abcès prenant après trois jours d'administration de sérum prouve l'action puissante de cette médication.

Enfin dans les cas qui paraissent désespérés on pourra unir les deux méthodes : abcès de fixation et sérum.

M. LE MASSON (de Paris) se déclare également très partisan de cette méthode qui lui a valu un succès éclatant dans un cas désespéré.

M. J.-L. FAURE (de Paris) fournit quelques indications relatives au traitement opératoire du cancer du col utérin. Suivant l'état du col, trois cas : 1° forme *végétante*, beaucoup plus bénigne qu'on ne le croit habituellement; 2° forme *infiltrante* déjà plus grave, mais relevant encore de l'intervention opératoire ; 3° forme *cavitaire* où la tumeur paraît minime et

qui envahit pourtant d'une façon très précoce le ligament large ; l'intervention y est presque toujours inefficace. L'invasion des culs-de-sac par la néoplasie a également une grande importance, mais elle ne constitue pas dans tous les cas une contre-indication absolue. Il en est de même de l'envahissement localisé de la vessie ou de l'uretère. Enfin, il est classique de dire que, lorsque le ligament large est envahi et l'utérus immobilisé, la tumeur n'est plus opérable. Ce critérium n'est pas absolu, l'immobilisation de l'utérus pouvant tenir à des causes inflammatoires : annexite, pelvi-péritonite. Par contre, l'existence d'une douleur intense et continue doit faire hésiter le chirurgien à intervenir. Le cancer opérable est indolore.

En ce qui concerne la technique, M. J.-L. FAURE suit la voie abdominale et pratique, presque toujours, l'opération de Wertheim. Cependant, chez les femmes très obèses ou très affaiblies, la voie vaginale et l'opération selon la méthode de SCHAUTA peuvent trouver leurs indications. — M. JAYLE ajoute aux causes d'immobilité utérine la paramétrite chronique scléreuse; d'autre part, la douleur est quelquefois liée à la compression des uretères. Enfin, contrairement à l'opinion de beaucoup, le cancer des femmes âgées, même lorsqu'il a provoqué des lésions étendues, est parfaitement curable par l'intervention. — M. POLLOSSON accepte la plupart des conclusions de M. Faure, mais réserve l'hystérectomie vaginale aux cas où il faut faire une opération palliative. — M. VIOLET note que ce ne sont pas les cancers les plus volumineux qui sont toujours les plus redoutables. — Répondant à M. POLLOSSON, M. FAURE dit que, s'il préfère la voie vaginale chez les femmes obèses, c'est parce que celles-ci dorment mal au cours de l'hystérectomie abdominale, et, consécutivement, font des accidents d'intoxication que l'on n'observe guère dans l'hystérectomie vaginale, beaucoup plus courte.

(A suivre.)

XIIe CONGRÈS
DE LA
SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

(Berlin, 24-25 mars 1913.)

Le Congrès allemand d'orthopédie, auquel nous venons d'assister à Berlin, présentait cette année un intérêt tout particulier. En dehors des questions orthopédiques variées, deux discussions importantes ont occupé la plus grande partie des séances.

La première concernait l'arthrite déformante surtout dans sa forme juvénile, dont la nature reste encore très obscure (communications de Axhausen, Frédéric Krauss, A. Poncet (de Lyon), Ibrahim, Wollenberg, Schanz, Werndorff, Becher, Peter Bade).

La deuxième, d'une portée pratique beaucoup plus étendue, avait trait au traitement des scolioses graves par la méthode d'Abbot.

Depuis quatre années le professeur Abbot (de Portland [Maine, U. S. A.]) traite les scolioses graves, inguérissables jusqu'alors, par la correction et hypercorrection de la déviation en flexion du tronc au moyen d'un appareillage spécial, mise en corset plâtré dans cette position pour un temps variable, mise en corset de celluloïd et gymnastique après la sortie du plâtre.

Très discutée en Amérique depuis deux ans, cette méthode a pénétré chez nous depuis plusieurs mois (communications de Calvé et Lamy, Ombrédanne et Lance à la Société de pédiatrie, et de l'Internat, en novembre 1912). Elle a été l'objet d'une discussion au Congrès d'Education physique, à Paris, auquel le professeur Abbot assistait (voir *Gazette des hôpitaux*, n° 38, p. 620) ; mais la discussion qui eut lieu à Berlin, et à laquelle prirent part tous les grands noms orthopédiques d'Allemagne, eut une autre ampleur. Dans une première séance nous voyons la démonstration de la méthode avec projections par le professeur Abbot, et les chirurgiens allemands qui l'ont appliquée (Böhm, Joachimsthal de Berlin, Spytzy et Erlanger de Graz, Vulpius de Heidelberg). Dans une deuxième séance la méthode fut longuement discutée par Biesalski, A. Wolf, Bibergeil, Schanz, Lorenz, Vulpius, Spitzy, Calvé (de Berck), Petersohn, Wülstein, Ridinger, etc.). Dans une troisième séance enfin, nous avons pu assister ainsi que d'autres chirurgiens français (MM. Ménard et Calvé [de Berck], Lamy), à une démonstration pratiquée à l'hôpital de la Charité, et mise en appareil d'une malade par le professeur Abbot. La conclusion de cette discussion est que la méthode sort victorieuse des critiques théoriques qu'elle a essuyées de la part de ceux qui ne l'ont point pratiquée. Tous ceux qui l'ont employée sont unanimes à constater qu'elle constitue un progrès considérable en orthopédie. S'il semble certain que la méthode a des limites (le professeur Abbot l'avoue très loyalement), et qu'il faut choisir ses cas, il est certain qu'avec elle on peut arriver à redresser dans un temps relativement court (trois à cinq mois) des scolioses considérées jusqu'alors comme incurables. Ces conclusions confirment ce que notre expérience personnelle de la méthode, déjà vieille de plusieurs mois, nous avait permis de constater.

M. LANCE,
Assistant d'orthopédie à l'hôpital Bretonneau.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 AVRIL 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 18 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie).

4e.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 19 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Mercredi 16 avril à une heure. — M. GEOLKVER MORDOUKH. Conséquences du rapprochement sexuel pendant la gestation. (MM. Pinard, président; Legueu, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. PENA. De la valeur de l'hématurie rénale immédiatement consécutive à une néphrectomie pour tuberculose. (MM. Legueu, président; Pinard, Pierre Duval et Couvelaire.) — M. ANDRIEU. Contribution à l'étude clinique des signes et accidents nerveux dans la maladie du sommeil. (MM. Blanchard, président; Reclus, Proust et Brumpt.) — M. MAURANGES. Contribution à l'étude des fractures verticotransversales de l'astragale. (MM. Reclus, président; Blanchard, Proust et Brumpt.)

Jeudi 17 avril, à une heure. — M. BRAYE. Tuberculose et érythème noueux. Ce qu'il faut penser des relations qui paraissent exister entre ces deux affections. (MM. Hutinel, président ; Ribemont-Dessaignes, Nobécourt et Jeannin.) — M. GEOLKVER MOVCHA. Etude statistique des méningites observées chez les enfants à la clinique médicale de l'hôpital des Enfants-malades en 1907-1912. (MM. Hutinel, président; Ribemont-Dessaignes, Nobécourt et Jeannin.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

SUC GASTRIQUE PUR
du porc vivant

DYSPEPTINE du Dr HEPP

AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

Laboratoire de Physiologie du Puits d'Angle LE CHESNAY (S.-et-O.)



Dépôt pour PARIS CARRION & Cie 54, Faubg Saint-Honoré

LES CORSETS DE A. CLAVERIE — PARIS

Corsets Médicaux

CORSETS-CEINTURES -:- CORSETS RÉFORMATEURS

Nouveaux modèles brevetés, de coupe rigoureusement anatomique, recommandés pour les dames atteintes de maladies de l'estomac, du cœur, de l'appareil respiratoire, névralgies, affections abdominales, ptose, entéro-colite, rein mobile, déviation ou déformation de la colonne vertébrale et des hanches, etc.

Modèles spéciaux, établis sur les indications de MM. les Membres du Corps Médical.

Établissements A. CLAVERIE, 234, Faubourg Saint-Martin, Paris

Tél. Nord 3.71 *Album franco.*

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge et Phies.

QUASSINE FRÉMINT = APPÉTIT

1 à 2 pilules avant chaque repas. — **6, Rue Abel, PARIS.**

GYNÉCOLOGIE, DERMATOLOGIE
TUBERCULOSE
AFFECTIONS RHUMATISMALES

ICHTHYOL
MARQUE DÉPOSÉE

PRESCRIRE **ICHTHYOL**
Exiger le Produit authentique.
MONOGRAPHIES ET FORMULAIRE :
Société française de Produits sanitaires,
35, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

H. CARRION & Cie
54, Faub. St-Honoré, Paris
Téléph. 136-64 - 136-45

Lipoïdes H. I.

$\frac{\text{Lipoïdes H. I.}}{\text{Organes}} = \frac{\text{Alcaloïdes}}{\text{Plantes}}$

EN AMPOULES INJECTABLES DE :

GYNOCRINOL — **Lipoïde spécifique de l'ovaire** (Dysménorrhées, Hypo-ovarie, Infantilisme, Aménorrhée, Chlorose, Troubles de la ménopause, Sénilité, etc.)

GYNOLUTEOL — **Lipoïde spécifique extrait du corps jaune** (Accidents de la grossesse, Vomissements, Suites de couches, Lactation, Certaines aménorrhées, Troubles de la castration.)

ANDROCRINOL — **Lipoïde spécifique du testicule** (Asthénie masculine, Impuissance, Frigidité, Hypertrophie de la prostate, Infantilisme masculin, Sénilité, etc.)

HÉMOCRINOL — **Lipoïde spécifique hémopoiétique du globule rouge** (Anémies primitives et secondaires, Chlorose, etc.)

THYROL A — **Lipoïde homostimulant de la thyroïde.**

NÉPHROCRINOL — **Lipoïde homostimulant extrait du rein.**

ET DE TOUS LES ORGANES

Envoi Echantillons et Bibliographie sur demande

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE... 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 7 avril. — MM. Mercadé, 27; Bréchot, 24; Muret, 20; Rouhier, 18.

— Concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lepage, Tissier, Macé, Bar, Brindeau et Cunéo.

— Concours de l'internat de Brévannes. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sainton et Mocquot (qui acceptent); Crouzon (qui n'a pas encore fait connaître son acceptation).

HOPITAUX DE PROVINCE. — Libourne. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Teyssandier et Bertin.

— Lyon. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux de Lyon aura lieu le 17 novembre.

S'inscrire à l'administration centrale des hospices civils, passage de l'Hôtel-Dieu, 56.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — Questions écrites : « Anatomie : Veines jugulaires. — Histologie : Structure des veines. — Physiologie : Circulation veineuse (non compris la circulation pulmonaire). — Pathologie : Anévrismes artério-veineux. »

Candidats : MM. Barbet, Sorel, Métivet, Moure, Pascalis, Wolfromm, Brocq, Cruet, Mondor, Mornard, Mock, Leveuf et Lorin.

Première séance, 10 avril, à cinq heures.

GUERRE. — Service de santé. — Par décret, en date du 1er avril 1913, ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Winkler, Fonsagrives et Ferras.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active démissionnaires Brillou et Perrier.

Au grade de médecin principal de première classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de première classe de l'armée active retraité Boucher.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Moreau.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active retraité Privat.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe des troupes coloniales retraité Bonain.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales démissionnaire Popp.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Bajac, Sassy, Creuzé, Rigollot-Simonnot, Lutaud, Guibert, Lemière, Stodel, Neveu, Weil, Paul-Boncour, Lasnier, Sainte-Colombe, Gaubert, Guille, Rafinesque, Lamouroux, Lefrançois, Gaujoux, Duval, Saglier, Chaigneau, Cassard, Richet, Fourrière, Demonchy, Morel, Petit, Bricout, Leblanc, Boulay, Touraine, Berger, Marcou, Maurin, Augistrou, Molinié, Galvaing, Coulet, Fesq, Castex, Lanes, Juif, Portret, Didier, Aubouin, Collet, Guéret, Pujol, Dujarric de la Rivière, Gauthier, Alzieu, Rosenwald, Depierre, Floquet, Israël, Baumel, Bon, Altenbach, Soulière, Prel, Fournié, Remy, Gardies, Bil-

RENSEIGNEMENTS

bault, Granger, Le Pannetier de Roissay, Chardon, Pasquier, Dalle, Noël, Hubac, Paris, Le Page, Debrade, Nicolau, Drouot.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Huguier, Devillars, Jaillard, Salsac, Crinon, Pasturaud, Rivet, Peyronnie et Bloch.

CONGRÈS DU ROYAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALT (Paris, 15-19 mai 1913). — Le Royal Institute of Public Healt de Londres tiendra à Paris, du 15 au 19 mai prochain, un Congrès anglo-français d'hygiène auquel le gouvernement français a accordé son patronage.

Les comités français, présidés par les professeurs Landouzy et Gariel et dont font partie toutes les sommités de la médecine et de l'hygiène, font un pressant appel à tous pour les aider à assurer le plein succès de cette manifestation anglo-française et pour que la réception des savants de la nation amie soit digne de Paris et de la France au point de vue scientifique aussi bien qu'au point de vue matériel. Secrétariat général : F. Marié-Davy, 5, avenue d'Orléans, Paris.

Le prix d'admission au Congrès est de 20 francs. Les congressistes auront une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer. Des fêtes et excursions auront lieu à l'occasion du Congrès.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. — *Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux.* — M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 26 avril 1913, à dix heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

— HÔPITAL TROUSSEAU. — Pendant les mois d'avril, mai et juin, le docteur Savariaud, chirurgien de l'hôpital Trousseau, fera tous les samedis, à dix heures trois quarts, des leçons cliniques sur des sujets courants de chirurgie infantile et d'orthopédie.

Les leçons s'accompagneront, autant que possible, de présentations de malades et d'appareils. La première leçon aura lieu le samedi 12 avril.

— HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — Le docteur Emile Sergent recommencera ses conférences cliniques sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires le mardi 22 avril, à dix heures et demie (amphithéâtre Potain) et les continuera les mardis suivants à la même heure.

Sujet de la prochaine conférence : « Tuberculose et grossesse. »

COURS D'OPHTALMOSCOPIE (service ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière. Docteur V. MORAX). — Le docteur Landrieu, assistant du service, fera pendant les mois d'avril et mai un cours d'ophtalmoscopie à l'usage des étudiants et docteurs désirant se spécialiser en oculistique : ce cours commencera le samedi 12 avril à quatorze heures et se continuera les dimanches matin et mardis, jeudis et samedis après-midi suivants.

Programme sommaire. — I. Examen fonctionnel de l'œil et examen ophtalmoscopique ; l'œil normal. — II. Troubles des milieux (cornée, chambre antérieure, pupille, cristallin, vitré). — III. Choroïdites et choriorétinites. — IV. Rétinites. — V. Lésions vasculaires de la rétine. — VI. Décollement de la rétine. — VII. Glaucome. — VIII. Névrites et atrophies optiques. — IX. Stase papillaire et syndromes cérébraux. — X. Amblyopies et cécité ; demi-voyants et aveugles.

Les leçons seront accompagnées de présentations et d'examens de malades et les élèves seront exercés le matin aux examens cliniques.

Pour le programme détaillé, ainsi que pour les inscriptions s'adresser au service ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière : le droit à verser est de 80 francs.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 17 avril 1913, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

ORCHESTRE MÉDICAL. — Le samedi 3 mai, à huit heures trois quarts du soir, l'Orchestre médical donnera avec le concours d'un grand nombre d'artistes des principaux théâtres de Paris et des sociétés chorales « Le Choral Parisien » et la « Cœcilia », une grande soirée de gala dans la salle des fêtes du palais du Trocadéro, au profit de l'Œuvre de la tuberculose humaine.

Le programme de cette belle soirée est tout à fait remarquable et comprend entre autres la *Rébecca* de César Franck et le 3e acte de l'*Arlésienne*.

Le prix des places est ainsi fixé : loges, la place, 4 francs ; fauteuil d'orchestre (1re série), 4 francs ; (2e série), 3 francs ; fauteuil de balcon, 3 francs ; d'amphithéâtre, 2 francs ; tribune, 1 franc.

Prière de retenir les places dès maintenant au siège social de « l'Œuvre de la tuberculose humaine », 9, rue de Bellefonds (IXe). Les places prises à l'avance sont garanties.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Aimé Henry, de l'Ecole de médecine de Reims ; MM. les docteurs Carlopino (de Verneuil-sur-Avre) et Jean-Marc André (de Paris).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

M. Emile MAGNIEZ, député, vient d'exposer à M. le ministre de la Justice qu'il est aujourd'hui impossible aux pharmaciens d'exercer leur profession, en observant les prescriptions de la loi de germinal qui interdit le débit, sans ordonnance, d'une drogue composée quelconque, telle que la pommade camphrée, les fleurs pectorales, le sirop d'iodure de fer, etc., ainsi que la vente des remèdes secrets, c'est-à-dire des spécialités pharmaceutiques, et demande, en conséquence, au ministre quelle décision il compte prendre jusqu'au vote de la loi en préparation.

Le garde des sceaux a fait la réponse suivante :

« Jusqu'à ce qu'un nouveau texte législatif ait remplacé l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, il ne saurait appartenir au ministre de la Justice de s'opposer à l'application d'une disposition pénale.

En admettant d'ailleurs que le ministère public s'abstienne de mettre en mouvement l'action publique, les parties lésées n'en conserveraient pas moins le droit de saisir la juridiction répressive par voie de citation directe. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 AVRIL 1913

THÈSES

Jeudi 17 avril 1913, à une heure (suite). — M. ABDEL HAMID EL CHAFÉI. Contribution à l'étude des pleurésies purulentes tuberculeuses de l'enfant. (MM. Hutinel, président ; Ribemont-Dessaignes, Nobécourt et Jeannin.) — M. LEFÈVRE. La transfusion du sang et ses applications en obstétrique. (MM. Ribemont-Dessaignes, président ; Hutinel, Nobécourt et Jeannin.) — M. ABBATUCCI. Du syndrome hémoglobinurique des pays chauds, sa pathogénie, son traitement. (MM. Gilbert, président ; Widal, Lejars et Terrien.) — M. GOTLIB. Les kératoses blennorragiques. (MM. Widal, président ; Gilbert, Lejars et Terrien.) — M. DIVARIS. Recherches sur l'appendicite. (MM. Widal, président ; Gilbert, Lejars et Terrien.) — M. RAULT. Etude des écoulements de liquide céphalo-rachidien et de matière cérébrale par le conduit auditif et les fosses nasales à la suite des fractures de la base du crâne. (MM. Lejars, président ; Gilbert, Widal et Terrien.)

LE IVe CONGRÈS INTERNATIONAL

DE

PHYSIOTHÉRAPIE

A BERLIN

Le IVe Congrès international de physiothérapie a eu lieu à Berlin, du 26 au 30 mars dernier.

Rompant avec leurs habitudes, les Français sont venus en assez grand nombre se grouper autour de la délégation officielle, qui avait à sa tête l'éminent doyen de la Faculté de Paris, M. le professeur Landouzy.

On y remarquait le professeur d'Arsonval, le professeur Bergonié (de Bordeaux), le professeur agrégé Vaquez, le professeur agrégé Zimmern (de Paris), le professeur agrégé Nogier (de Lyon), le docteur Béclère, délégué par l'Académie de médecine; les docteurs Aubourg, Chuiton, Degrais, Ray. Durand-Fardel (de Vichy), Gariel, Gunsett, Hirschberg, Heitz (de Royat), Kauffmann, du Keating-Hart, Ledoux-Lebard, délégué de la Société de radiologie de Paris; Delherm, délégué de la Société française d'électrothérapie et de radiologie médicale; Linossier (de Vichy), Mencière, Quiserne, Roux (d'Avignon), Vitry, Ménard et Calvé (de Berck).

Le professeur His (de Berlin), président du Congrès, après avoir remercié le prince Auguste Guillaume d'avoir bien voulu patronner le Congrès, exposa dans son discours « que la science médicale est arrivée à mettre, au service de ses desseins, les forces auxiliaires naturelles, et que l'importance de la physiothérapie croît de jour en jour.

La Science prend la lumière, s'en sert sous forme de bain de soleil; la décomposant en ses éléments, elle enseigne à empêcher la suppuration par la lumière rouge, à soulager les douleurs par la lumière bleue, à tuer les bactéries par la lumière ultraviolette.

La physique et la chimie lui apportent de nouveaux genres de rayons et elle se les approprie; les ondes électriques, les courants de haute fréquence, les rayons de Roentgen, les effets émanant des boues radio-actives ont trouvé en quelques années des emplois multiples.

D'un autre côté, les règles empiriques de la diététique ont fait place à une construction doctrinale de la valeur en énergie des éléments, de leurs bénéfices et de leurs préjudices pour les personnes saines et pour les malades. »

En terminant, le professeur His rappelle que le professeur Landouzy, au Congrès de Paris, avait dit « qu'il fallait placer la physiothérapie sur des bases scientifiques, étudier ses méthodes, développer ses techniques, demander à la clinique de contrôler ses résultats et qu'il espère qu'à ce point de vue le quatrième Congrès international de physiothérapie ne produira pas moins de résultats que le précédent ».

Les chefs des délégations prirent ensuite la parole, au nom de leurs gouvernements; et le professeur LANDOUZY, en un superbe et émouvant discours, dit qu'il venait de la patrie d'Ampère, de Claude Bernard, de Charcot, de Bouchard, de Oudin, de Curie, de Branly, de Becquerel, etc., au pays de Helmoltz, de Virchow, de Remak, de Bier, de Roentgen, de His, avec de nombreux confrères, pour répondre à l'invitation faite il y a trois ans et qu'il remet au Comité allemand le flambeau de la physiothérapie, que, lui-même, a reçu, à Rome, des mains de Guido Bacelli.

Après avoir rapidement esquissé les principales acquisitions de la physiothérapie et montré quelle variété infinie la thérapeutique physique apportait au praticien; après avoir esquissé les avantages de la finsenthérapie, les résultats obtenus par la radiothérapie, les merveilles de la d'arsonvalisation, de la diathermie, de la péranianthérapie, les avantages d'une diététique rationnelle et d'une crénothérapie judicieusement instituée, de la thalassothérapie et de l'héliothérapie, il conclut que cet ensemble de médication marchait de paire avec la pharmacopée galénique.

« Certes, il y a beaucoup encore à creuser, c'est là l'œuvre précisément des Congrès, ce qui permettra, aux médications physiques, véritables thérapeutiques préventives, de faire une race plus forte, une vieillesse plus tardive et une mort plus douce. »

Cette péroraison fut couverte d'applaudissements unanimes.

***

La séance d'ouverture comportait comme question générale « le traitement physique des troubles de l'appareil circulatoire ».

MM. WIDE (de Stockolm), O. H. MULLER (de Tubingen), et M. VAQUEZ avaient été chargés des rapports.

M. Vaquez a envisagé surtout « le régime alimentaire dans l'artériosclérose et l'hypertension artérielle. »

Puisqu'il peut y avoir hypertension sans lésions rénales, le régime des hypertendus peut être parfois différent de celui des néphritiques.

Au point de vue pathogénique l'alcool paraît avoir un rôle considérable, il n'en est pas de même des aliments qui ont une grande teneur en chaux; la calcification des artères n'est pas une lésion mais bien une réaction dégénérative.

A la période d'insuffisance, il faut étudier l'élimination urinaire (chlorures, corps azotés, liquides, etc.), quand il y a dyspnée toxi-alimentaire supprimer la viande, le sel. A la période d'adaptation on se bornera à prescrire un régime modéré en quantité, et à surveiller la qualité.

***

Les séances ordinaires du Congrès ont eu lieu à l'hôpital de la Charité; quatre sections fonctionnaient simultanément:

1° L'électro-radiologie et la radiumthérapie, sous la présidence des professeurs Cassirer, Bickel et Lévy-Dorn;

2° La balnéothérapie et la climatothérapie, sous la présidence du professeur Brieger;

3° La diététique, sous la présidence du professeur Strauss;

4° La kinésithérapie, sous la présidence du professeur Goldscheider.

***

A la *section d'électrologie, de radiologie et de radiumthérapie*, le professeur BERGONIÉ a présenté un très intéressant rapport sur l'action thermique des courants de haute fréquence, leurs applications et leurs résultats cliniques.

L'auteur rappelle que de l'expérience, qui consistait à allumer une lampe dans un circuit fermé, par Cornu et Marey, et où les deux académiciens sentirent d'une façon très nette l'échauffement de leurs poignets, ont découlé presque toutes les applications de la haute fréquence, utilisée si largement dans tous les pays et dont le professeur von Zeynek (de Prague), co-rapporteur, vient de montrer les bons effets qu'on a obtenus en Allemagne.

L'auteur montre que dans toutes les applications de la d'arsonvalisation, l'action de la diathermie entre en jeu et que la haute fréquence peut contribuer, non seulement à soigner et à guérir un très grand nombre d'affections, mais encore à apporter un appoint calorique dans diverses affections et à maintenir l'homéothérapie.

Le professeur D'ARSONVAL avait été invité à faire une conférence sur quelques « vieilles » expériences de haute fréquence. Avec sa bonhomie habituelle, il eut vite fait de conquérir son auditoire : il répéta une série des expériences qu'il fit il y a vingt ans, et qui constituent la base physique et physiologique du courant de haute fréquence. En particulier, si la thermopénétration n'est entrée que tardivement dans la

thérapeutique, son existence a été physiquement démontrée, dès 1883, par l'auteur, puisque l'appareil avec lequel il expérimentait à ce moment pouvait débiter 20 ampères, brûler rapidement un fil de fer, rougir un fil de platine.

Dès ce moment, d'Arsonval avait pu mettre en évidence l'action analgésique du courant de haute fréquence, la production d'une dilatation vasculaire périphérique, accompagnée de chute de la pression locale, des phénomènes de sueur, la production de chaleur, et qu'en augmentant le débit on pouvait produire la destruction des tissus.

Avec le professeur Charrin, il a pu montrer que ces courants produisent l'atténuation du bacille pyocyanique et qu'à la dose de 500 à 600 milliampères ils constituent un agent actif de modification de l'organisme. D'Arsonval ajoute que, quoique les phénomènes de l'action diathermique des courants de haute fréquence aient été, ainsi qu'il vient de le démontrer, mis en évidence par ses premières recherches, elle a été peu utilisée en thérapeutique jusqu'à ces dernières années. On a surtout utilisé le courant de haute fréquence, soit sous forme d'action locale, soit sous forme de cage ou de lit condensateur; il est heureux de voir qu'en Allemagne, aussi bien qu'en France, les cliniciens poursuivent de nouvelles recherches précisément avec cette action thermique.

Ce fut un très gros succès pour le professeur d'Arsonval, les congressistes lui firent une chaleureuse ovation, et tous les Français furent heureux d'enregistrer cet hommage spontané fait aux idées scientifiques du maître et à la médecine française.

En effet, jusqu'à ces dernières années, les médecins allemands s'occupaient peu ou pas d'électricité médicale, alors qu'actuellement ils s'y intéressent d'une façon particulière et plus spécialement à la d'arsonvalisation, qui est le mot sous lequel on comprend, maintenant, en Allemagne, toutes les applications de haute fréquence.

Après que BUCKY eut montré des dispositifs nouveaux pour pratiquer la thermopénétration, le professeur NAGELSCHMIDT dit qu'il avait pu obtenir, par ce procédé, une vaso-dilatation très intense et qu'il était parvenu à perméabiliser des artères sclérosées.

Le professeur Ludwig MANN (de Breslau) insista sur l'action anesthésique de la haute fréquence.

Le professeur SCHNÉE montra l'avantage qu'il y a parfois à utiliser des courants de tension et parfois des courants de quantité.

Enfin, le professeur LIBOTTE insista sur l'action de l'effluvation de haute fréquence dans les palpitations, les troubles congestifs, les vertiges consécutifs à certaines affections non valvulaires du cœur.

M. LEDOUX-LEBARD a fait une communication sur l'action du mésothorium dans les tumeurs malignes.

MM. WICKAM et DEGRAIS (de Paris) ont présenté un rapport sur les modifications histologiques des tissus sains et pathologiques sous l'influence des divers rayonnements.

En ce qui concerne les tumeurs malignes, l'analogie des modifications histologiques occasionnées par les rayons X et le radium se poursuit; cellules épithéliales et sarcomateuses meurent après avoir présenté une hypertrophie monstrueuse de leurs éléments. Tout différent, par contre, est le processus de la régression si remarquable des angiomes et des chéloïdes sous l'influence du radium; il consiste en un rajeunissement du tissu sans destruction directe et immédiate des éléments néoformés qui constituent la tumeur.

Dans le lupus, les modifications observées, tant avec les rayons X ou le radium qu'avec les rayons de Finsen, varient suivant la méthode d'irradiation employée, élective ou destructive.

M. DEGRAIS expose le traitement du rhinophyma par le radium.

L'étude des modifications de l'épiderme soumis aux rayons du radium nous apprend que les glandes sébacées s'atrophient, et l'étude des angiomes irradiés nous montre que les nombreux capillaires gorgés de sang n'existent plus qu'à l'état de vestiges sous forme de fentes étroites.

M. DE KEATING-HART (de Paris) fait deux communications successives.

Dans la première, il montre, en projections, de nombreux cas de cancers graves ou récidivés traités avec succès par la *fulguration*, qu'il recommande de n'employer que pour le cancer encore opérable.

Dans la seconde, il a exposé un nouveau procédé de radiothérapie avec sensibilisation des tumeurs par la chaleur, et insensibilisation de la peau par le froid, méthode qu'il appelle la *thermo-radiothérapie*, et qui lui donnerait des résultats très supérieurs à la radiothérapie simple dans le traitement des cancers inopérables.

MM. POTOCKI, DELHERM et LAQUERRIÈRE présentent une note sur « la radiographie en série du fœtus in utero ».

Le petit nombre des auteurs ayant obtenu des épreuves radiographiques de la grossesse montre la difficulté de ces explorations.

Avec une installation puissante on obtient des résultats pour ainsi dire constants et sans difficultés. Dans les derniers mois de la grossesse, on obtient une image très nette, non seulement de la colonne vertébrale et de la tête, mais encore des côtes, des membres, des mains et des doigts; mais on peut mieux avoir encore, puisque les auteurs sont parvenus à radiographier, non seulement des fœtus de cinq mois, mais un de quatre mois et demi, et ils croient être les premiers.

Il est facile d'envisager toute l'importance que peut présenter la radiographie fœtale pour la position du fœtus, sa présentation, les grossesses multiples, les études de quelques anomalies.

(*A suivre.*) LOUIS DELHERM.

LE CONGRÈS DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE

[*Paris, 17-20 mars 1913* (1).]

EXAMEN CRITIQUE DES MÉTHODES GYMNASTIQUES PRÉSENTÉES AU CONGRÈS DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE

Ainsi que nous l'avons fait prévoir au moment de l'inauguration du Congrès (2), l'intérêt principal de celui-ci fut dans les démonstrations organisées en dehors de la Faculté avec le concours des sociétés sportives et des écoles d'éducation physique. Cette exposition animée semble, d'ailleurs, avoir exactement répondu au programme des organisateurs du Congrès; par les discours d'ouverture, nous avons été avertis, en effet, que les savants et l'opinion publique désiraient faire un choix entre les différentes gymnastiques, ou, plus généralement, entre les diverses méthodes d'éducation physique; qu'à cette occasion, rien ne pouvait être meilleur que d'examiner les principes et les résultats de chacune d'elles, et que le Congrès allait les exposer tant par la voie oratoire des rapports et des discussions, que par les démonstrations pratiques données par les maîtres et les élèves eux-mêmes. Cette seconde partie devait, tout naturellement, entraîner l'opinion, beaucoup plus facilement que la première, d'abord parce qu'elle agissait sur un plus grand nombre de specta-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 32, p. 504; n° 36, p. 574, et n° 38, p. 620.

(2) Successivement M. Maurice FAURE, MM. LANCE et DE CHAMPTASSIN ont exposé ici *le but* du Congrès de l'éducation physique et *les travaux* des sections. M. Maurice Faure nous expose maintenant dans *une vue d'ensemble* les *conclusions* que l'on doit tirer de ce Congrès.

teurs, ensuite parce qu'en cette matière il est infiniment plus facile de montrer que d'expliquer, et que les exposés verbaux ou écrits (outre qu'ils sont quelquefois tendancieux) ne peuvent jamais, quel que soit le talent de leur auteur, avoir la force de la démonstration pratique.

Nous allons donc examiner les résultats des fort instructives exhibitions qui, en raison de l'importance qu'elles ont prise relativement aux travaux des sections, et de l'état des esprits, ont fait, de la réunion qui vient de finir, un concours plutôt qu'un congrès.

Mais, signalons d'abord l'abus évident qui est fait du mot « méthode ». Il n'est, dans les exhibitions mondaines, à l'occasion des assauts d'armes et de boxe, etc., professeur de gymnastique, de danse, ou de maintien, qui, après avoir dégourdi quelques adolescents sympathiques, ne nous les donne en exemple et ne nous propose sa manière, érigée en méthode d'éducation physique. Il existe des traditions, des techniques, des habitudes, qui se transmettent ainsi dans les écoles d'éducation physique, et qui n'ont rien de méthodique. Il y a aussi, en dehors des écoles et comme en toutes choses, des fantaisistes, des amateurs, qui recherchent les procédés originaux et personnels, et s'efforcent d'en généraliser l'emploi. Mais de méthodes, c'est-à-dire d'idées directrices basées sur des faits scientifiquement observés, accompagnées de données techniques suffisantes pour reproduire ces faits, à volonté, avec une parfaite connaissance des moyens employés dans ce but, il en existe, en réalité, excessivement peu.

D'autre part, plusieurs des importants groupements qui nous ont été présentés au Congrès, bien qu'appartenant à des nationalités différentes, appliquent manifestement la même technique, avec quelques variantes inhérentes à leur caractère national ou au goût de leurs instructeurs. Ces différences, pour appréciables qu'elles soient à l'œil, ne peuvent, évidemment, nous faire illusion.

Enfin, d'autres encore, manifestement à la recherche de leur voie, additionnent ou mélangent des exercices empruntés à différentes techniques, de sorte que le spectacle qu'ils présentent offre un polymorphisme, qui déroute au premier abord. Mais il est possible de décomposer cette apparente complication en ses éléments simples, et de reporter chacun d'eux dans la catégorie à laquelle il appartient réellement.

Grâce à ces fils conducteurs, nous allons très facilement nous orienter dans le labyrinthe des démonstrations gymnastiques qui viennent de nous être présentées.

* * *

Une *première catégorie* comprend les exercices callisthéniques et rythmiques, dont MM. DUNCAN et DALCROZE ont réglé deux techniques différentes, que nous pouvons, toutes les deux, prendre comme type. Ces exercices conviennent particulièrement bien aux jeunes filles, et ne constituent, à proprement parler, ni une gymnastique, ni une éducation physique. Ils sont plutôt dans le cadre de la danse, du maintien, de la figuration théâtrale, et, à ce titre, pourront être utilisés comme art d'agrément, ou même s'adjoindre utilement à des spectacles mondains ou autres.

Ce que M. Duncan nous indique comme sa méthode est fort simple. Il a étudié les figures des bas-reliefs antiques, des fresques, des poteries, et en ajoutant ces figures immobiles les unes aux autres, en les reliant par des mouvements de passage, il croit avoir reconstitué la chorégraphie grecque, et pense l'enseigner à ses élèves. Comme assurément jamais aucune danseuse de l'Hellade ne reviendra pour le contredire; comme les corps gracieux des ballerines d'Alexandrie et d'Antinoë, que nos archéologues ont retrouvés, sont à jamais figés dans l'éternel repos ; comme nul n'animera les danseuses de pierre et de terre que M. Duncan a tant regardées; nous ne saurons jamais ce que furent exactement les danses grecques, et rien ne nous prouve, d'ailleurs, qu'il soit souhaitable de les imiter. En tout cas, la tentative de M. Duncan peut être (et est certainement) une œuvre d'art estimable, mais elle ne constitue, à aucun titre, une méthode scientifique d'éducation physique.

La méthode de M. Dalcroze n'est pas plus compliquée. Pour lui, la musique suffit à donner le rythme. Toute musique est génératrice de mouvements rythmés. Apprendre à ses élèves à se mouvoir sur la cadence d'un air et à exprimer, par leurs attitudes, le sentiment musical que cet air leur inspire, est le but de ses efforts. Là encore, il s'agit d'une idée artistique, dont nous ne pouvons que féliciter l'auteur, mais qui ne répond point à l'objet de nos recherches actuelles. Nous n'avons donc à conserver de cette première catégorie, qu'un gracieux souvenir.

* * *

Dans une *deuxième catégorie*, nous pouvons ranger, à la fois, d'une part, les élèves de la Ligue de l'éducation physique, belge et française, et les jeunes filles de l'institut de Turin et, d'autre part, les équipes de gymnastes danois et suédois. En effet, la ligue de l'éducation physique (sous l'inspiration de M. le docteur TISSIÉ en France, et de M. le commandant LEFEBURE, en Belgique) n'a fait (comme l'institut de Turin) que copier les exercices suédois. Et s'il fallait un exemple de plus pour prouver à ceux qui ont des yeux et ne veulent point voir, que l'on ne peut transporter aisément une technique de gymnastique d'un pays dans un autre, et obtenir partout les mêmes résultats, nous pourrions trouver cet exemple dans la comparaison des équipes belge, italienne et française, avec les équipes suédoise et danoise. Dans l'intérêt même des premières, il vaut mieux ne pas parler d'elles. Et si l'on songe que nous avons failli nous laisser imposer, en France, à l'école de Joinville (et par elle dans toutes les écoles primaires et secondaires) cette même gymnastique, l'on ne peut s'empêcher de frémir en songeant au sort qui nous attendait, si nous n'avions eu à présenter, à côté des admirables équipes scandinaves, que leur insuffisante imitation! Il est vrai qu'il existe en France beaucoup de bons apôtres de l'éducation physique, qui eussent été fort satisfaits d'éviter le déplaisir d'entendre triompher des noms français!

Par conséquent, nous prendrons exclusivement comme type de cette seconde catégorie les beaux athlètes danois, hommes et femmes (surtout les premiers), qui ont dépassé l'équipe suédoise elle-même et nous ont véritablement enchantés. Il est impossible de concevoir une plus merveilleuse précision, un automatisme plus parfait, une régularité plus grande. Ce ne sont plus des hommes, ce sont des mécaniques qui ont atteint à la perfection.

Mais il faut bien dire que l'on ne nous a présenté qu'une sélection, et que nous ne pouvons rien conclure, après avoir vu ces spécimens magnifiques, touchant les résultats de la même technique appliquée à tout un peuple. Tout ce que l'on a dit à cet égard a d'ailleurs été reconnu inexact et tendancieux. Ce n'est point la gymnastique suédoise qui a fait augmenter la taille, diminuer la myopie et la morbidité dans le peuple suédois : c'est la réglementation sévère de la vente de l'alcool. Ce n'est pas davantage cette gymnastique qui est la cause du développement humain en force, en beauté, en santé que nous nous plaisons à reconnaître dans les meilleurs exemplaires de la race scandinave : ce sont le froid, les sports d'hiver, l'adaptation d'une race à un climat rigoureux, ce sont ces causes naturelles, agissant de tout temps, qui ont fait la race scandinave bien avant la gymnastique suédoise.

Mais, en admettant même que cette gymnastique convienne à merveille aux Scandinaves et leur permette d'être tous semblables aux quelques douzaines de spécimens admirablement choisis que l'on nous a présentés, en fallait-il conclure, comme on l'a fait il y a quelques années, que nous devons

implanter en France leur gymnastique? Rationnellement, on pourrait déjà répondre non. Mais l'expérience s'est chargée de trancher la question d'une manière non douteuse. Lisez le rapport du docteur Lachaud, député, à la commission de l'armée, au sujet de l'application de la méthode suédoise à l'école de Joinville, et vous serez fixés. D'autres essais, faits dans les casernes, les lycées, les écoles, ont donné le même résultat. Et le Congrès, en permettant de comparer les équipes danoise, suédoise, italienne et belge exerçant cette même gymnastique, vient simplement de rendre cette erreur évidente à tous. Bon gré, mal gré, il faudra donc que ses derniers partisans se résignent à accepter ce qu'ils ne peuvent plus empêcher (1).

La question étant ainsi réglée au point de vue pratique, examinons-la au point de vue théorique. On nous dit : « La gymnastique suédoise représente vraiment une méthode et même la seule méthode scientifique. Alors que les autres gymnastiques se traînent encore dans un grossier empirisme, celle-là a trouvé les lois scientifiques du mouvement et a codifié leur application. » Il est facile de montrer que ces affirmations sont entièrement inexactes. La gymnastique suédoise est une technique composée d'une série de mouvements très bien réglés, mais purement conventionnels. Ceux que l'on vient de nous exhiber, avec un succès très mérité d'ailleurs, sont modernisés, car la gymnastique suédoise a beaucoup changé depuis dix ans, et plus encore depuis vingt ans. L'on sent que ceux qui ont pour mission de l'enseigner, en Suède et en Danemark, sont des hommes très avertis, qui savent fort bien prendre, dans le mouvement éducatif et sportif contemporain, ce qui leur convient, et l'adapter à leur propre tempérament. Et si on leur demande d'expliquer et de justifier ces mouvements assez disparates légués par la tradition ou empruntés à la gymnastique contemporaine des autres pays, ils nous fournissent toujours des explications ayant une tournure scientifique; tel mouvement a pour objet l'hyperextension de la colonne dorsale; tel autre allonge l'aorte; celui-ci permet l'élévation des bras sans mobilisation de l'omoplate; celui-là réalise l'équilibre sur une jambe sans modification corollaire de la position du bassin et du tronc, etc. Or, tout cela est impossible, et toutes ces explications sont fausses! Ce n'est point ici la place de les discuter, nous l'avons fait ailleurs, et il est très facile, pour toute personne de bonne foi ayant les notions de physiologie et d'anatomie que peut facilement posséder de nos jours un médecin instruit, de se rendre compte que les bases scientifiques de la gymnastique suédoise ont été établies par des hommes ayant l'instruction que l'on pouvait acquérir à leur époque et dans leur catégorie, et se préoccupant, après coup, de justifier des mouvements déjà entrés dans leur pratique. Tout cela ne saurait plus nous arrêter aujourd'hui, où il nous est loisible et facile, comme nous le verrons plus loin, de construire, au contraire, nos mouvements éducatifs d'après leur but physiologique et leur représentation exacte, au lieu de construire des explications physiologiques fantaisistes et des représentations anatomiques inexactes d'après des mouvements préalablement conçus et réglés. Ce n'est point la faute des maîtres de la gymnastique scandinave s'ils n'ont pu mieux faire, car ils n'avaient pas les moyens d'investigation et les connaissances que nous avons aujourd'hui. Mais leur « science », en éducation physique, ne saurait abuser que des ignorants.

(1) La gymnastique suédoise comprend, en réalité, trois parties distinctes formant presque trois gymnastiques : l'éducative, la militaire et la médicale. C'est seulement la gymnastique éducative que nous avons en vue ici. Au reste, personne n'a jamais songé à nous proposer comme exemple la gymnastique militaire suédoise. Quant à la gymnastique médicale, il faudrait une étude spéciale pour en parler, et ce n'est pas le sujet qui nous occupe aujourd'hui.

Quant aux idées directrices de la méthode suédoise, ce que l'on nomme les principes de Ling ce sont simplement les principes de tous les hommes pleins de bonnes intentions qui se sont occupés depuis la seconde partie du XVIIIe siècle et pendant tout le XIXe des questions d'éducation physique. Ling, qui était d'ailleurs un poète et n'a rien écrit sur l'éducation physique et la gymnastique, avait à cet égard les mêmes idées que ses contemporains, et en plaçant dans sa bouche toutes les généralités qui ont été émises un peu partout, durant la période que nous venons d'indiquer, nos contemporains font œuvre littéraire peut-être, mais non point œuvre d'historiens.

Que pour examiner la « méthode suédoise », on se place donc au point de vue de ses idées directrices, de ses raisons scientifiques, de ses exercices traditionnels ou des exercices nouveaux que l'on y a ajoutés, on arrive aux mêmes conclusions : c'est simplement une technique choisie avec le souci d'une esthétique particulière et conventionnelle qui semble admirablement correspondre à la plasticité, à la motilité, à la mentalité des Scandinaves, et qui se recommande de certains principes généraux très vagues, semblables d'ailleurs à ceux dont se recommandent aussi les gymnastiques antérieures, contemporaines ou postérieures. S'il y avait une relation établie entre ces principes, les mouvements ou attitudes réalisés et les explications scientifiques que l'on en donne, cela pourrait paraître intéressant; mais cette relation n'existe pas. Notamment les figures explicatives données dans les manuels suédois comme une justification anatomique des positions recherchées sont inexactes.

* * *

Dans une *troisième catégorie*, nous allons ranger tous les anciens exercices, aujourd'hui quelque peu désuets, mais qui formèrent, il y a vingt ans, la gymnastique française officielle (1). Celle-ci se retrouve encore dans l'enseignement de la très intéressante Union des sociétés de gymnastique de France qui ne groupe pas moins de 500.000 membres (et l'on dit que les Français n'aiment pas l'éducation physique!) et dans les exhibitions des gymnastes professionnels. C'est elle aussi dont les moniteurs de Joinville conservent, parmi d'autres qualités, la tradition la plus vivante. Les exercices de cette ancienne gymnastique, nous les connaissons tous, parce qu'ils furent ceux de notre enfance. Les critiques qu'on leur a adressées, nous les connaissons aussi. Il y avait parmi eux des exercices de plancher, dits d'assouplissement qui, bien faits, eussent été utiles. Quant aux exercices aux agrès et à la barre fixe, ils exigent souvent une dépense de force trop rapide et trop violente pour être à la portée de tous. Mais, tels qu'ils sont, ces vieux exercices n'ont-ils pas formé des générations de merveilleux gymnastes? Nous avons été de ceux qui ont combattu énergiquement la généralisation de cette méthode d'éducation physique, parce qu'elle n'est et ne peut être qu'une méthode d'exception; mais nous restons aussi de ceux qui estiment qu'il faut conserver, précisément pour former des êtres exceptionnels, un grand nombre des éléments qu'elle contient. Vouloir suspendre toute une nation au trapèze et aux anneaux, avec la prétention de lui dispenser ainsi une éducation physique nécessaire et suffisante (voire même de soigner ses malingres et de développer ses retardataires par ce procédé) : cela ne peut se soutenir; mais proscrire tous les exercices acrobatiques de notre éducation physique, sous prétexte qu'ils ne conviennent pas à tous, cela est

(1) C'est pour plus de clarté que nous emploierons indifféremment, pour désigner cette gymnastique, les termes usuels d'ancienne gymnastique française, et de gymnastique acrobatique; mais ces appellations habituelles ne sont pas exactes; l'ancienne gymnastique française n'était pas purement française, et elle était bien loin d'être exclusivement acrobatique.

évidemment exagéré. La boxe, la lutte, l'escrime, ne conviennent pas non plus à tous; faut-il donc les proscrire? Et, en ce cas, il faudra proscrire aussi les arts, puisque la peinture, la musique, la sculpture ne peuvent être exercées par tous!

Prenons donc les réalités comme elles sont, et ne leur demandons pas autre chose que ce qu'elles peuvent donner. Notre ancienne gymnastique que d'aucuns disent allemande, parce qu'elle vient en partie de l'enseignement de JAHN; que l'on pourrait aussi bien dire espagnole, parce qu'elle vient surtout de l'enseignement du colonel AMOROS; que l'on pourrait également dire suisse puisqu'elle nous fut aussi enseignée par CLIAS, qui précéda d'ailleurs aussi MM. DUNCAN et DALCROZE dans l'enseignement de la callisthénie, n'est, comme la gymnastique suédoise, mais dans un genre tout à fait différent, qu'un groupement d'exercices pris un peu partout et mis dans une forme adéquate à notre tempérament. Ces exercices ont formé des athlètes merveilleux, d'une habileté incroyable, réalisant des numéros acrobatiques que nous avons tous admirés dans les concours et dans les music-hall. Et si, au lieu de présenter au Congrès, comme d'ailleurs dans les concours régionaux ou fédéraux de gymnastique, des masses plus ou moins bien éduquées de cette manière, l'on avait choisi, en France, 20 ou 30 athlètes possédant à fond cette technique, et en tirant tous les effets qu'elle permet, gageons qu'à côté d'un nombre égal de gymnastes scandinaves (qui sont aussi une sélection et présentent une gymnastique d'exception) nos athlètes auraient supporté très brillamment une instructive comparaison dans laquelle chaque groupe aurait soutenu au mieux la valeur de deux techniques absolument différentes!

Au point de vue des principes, il est facile de comprendre qu'il n'y a pas de discussion entre la gymnastique suédoise et l'ancienne gymnastique française, car les principes énoncés par le colonel AMOROS (dont se recommande plus particulièrement notre ancienne gymnastique) sont, comme ceux de Ling, semblables à ceux de tous les éducateurs de leur temps. Tous ont voulu les mêmes choses, tous les ont annoncées, et tous ont prétendu les réaliser. Ils n'ont point différé entre eux par leur intelligence des conditions du problème posé, ni par leur connaissance des exercices physiques tels qu'on pouvait les pratiquer à leur époque; mais, avec ce point de départ semblable, ils ont cependant parcouru des routes bien distinctes, parce que, dans la sélection qu'ils ont dû faire, ils se sont inspirés de goûts dissemblables et que leur œuvre a, depuis, subi l'influence de milieux très différents. Chacun d'eux a eu des disciples, des élèves, des successeurs, etc. Comme il ne s'agissait point de techniques inscrites sur le marbre ou sur l'airain, mais bien de traditions surtout verbales, souvent formulées dans des préceptes assez vagues, chacun, depuis, a apporté sa pierre à l'édifice, et il est vraisemblable que si Ling et Amoros revenaient aujourd'hui assister aux exercices des moniteurs de Joinville et des équipes de gymnastes scandinaves, ils seraient également surpris, l'un et l'autre, des enfants qu'on leur attribue, et ne les reconnaîtraient sans doute pas!

Il ne faut donc parler, ni de principes de Ling, ni de principes d'Amoros: nous sommes tous d'accord sur les principes; mais ils ne peuvent porter le nom de personne, parce qu'ils nous viennent de la civilisation gréco-latine, comme ils lui étaient venus, antérieurement, d'autres civilisations plus orientales.

Quant aux rapports unissant la gymnastique d'Amoros avec l'anatomie, la physiologie et l'observation scientifique, je crois superflu d'insister: elle n'y a jamais mis grande prétention (au contraire de la gymnastique suédoise) et tous les médecins savent ce qu'il faut penser des explications physiologiques des anciens professeurs de gymnastique.

Nous voici donc tout naturellement amené à une conclusion d'ensemble qui paraîtra à certains un peu osée, mais où ceux qui sont familiarisés avec ces études reconnaîtront l'expression d'une vérité, qu'il est d'ailleurs bien facile de contrôler dans les ouvrages spéciaux: l'ancienne gymnastique française, pas plus que la gymnastique suédoise contemporaine, ne constituent point des méthodes d'éducation physique. Ce sont des codes d'exercices, modifiés, revus, augmentés d'après les tendances du milieu, toujours formés par l'empirisme, pouvant certainement être utilisés pour apprendre certaines choses utiles à la masse ignorante, mais capables plutôt de servir à l'entraînement athlétique de certaines personnes, que l'on pourra offrir en exemple et en spectacle à leurs contemporains. C'est quelque chose sans doute, mais c'est peu si ceux qui les regardent n'ont guère d'autre bénéfice que de les admirer et de les applaudir!

* * *

Quatrième catégorie. — L'école de Joinville est, d'après son nom même, une école de gymnastique et d'escrime. Son but pratique est de former pour l'armée, des combattants et des dresseurs d'hommes. Elle y est merveilleusement entraînée. Ce fut donc une erreur, sur laquelle il serait superflu d'insister aujourd'hui, que de vouloir la transformer en école d'éducation nationale pour les simples citoyens. Certes, elle peut, à cet égard, jouer un rôle important, et trop d'articles ont été écrits, dans ces dernières années, sur ce sujet, pour qu'il soit nécessaire d'y revenir. Sous l'énergique et intelligente direction de M. le lieutenant-colonel BOBLET, elle s'efforce actuellement de remplir sa mission, et elle y réussit bien qu'elle souffre encore des perturbations apportées récemment dans le choix et l'organisation des exercices que l'on y enseigne. Mais qu'elle s'en tienne à cette mission, qui est simple et grande, et ne se préoccupe point outre mesure de régler une méthode pour laquelle elle n'est point faite, et qui n'est pas faite pour elle.

Les moniteurs et les élèves de cette école ont remporté au Congrès le succès qu'ils méritaient. Avec CHARLEMONT, avec nos épéistes et nos fleurettistes civils et militaires, l'école française des sports et des exercices de combat reste à la hauteur de sa vieille réputation et, sur ce terrain, nous n'avons pas de rivaux.

Enfin les exhibitions sportives ne nous arrêteront pas: les sports ont leur intérêt, leur utilité même, par l'éducation morale et physique qu'ils donnent; mais ils ne sont point une méthode et ne visent point à l'être. Certes, il faut se féliciter du mouvement contemporain qui entraîne vers eux la jeunesse, mais entre la pratique sportive et l'éducation physique d'une nation, il y a très loin. Les sports doivent servir de complément, de moyen de contrôle et d'entraînement, à côté de l'éducation physique proprement dite.

* * *

Cinquième catégorie. — Les essais intéressants faits dans les écoles, depuis quelques années, par les professeurs formés au cours supérieur d'éducation physique de la Ville de Paris contiennent des traces de l'ancienne gymnastique française, alliées à des exercices nouveaux empruntés à la gymnastique suédoise, au manuel du cours supérieur, et aux jeux classiques de l'adolescence. M. RACINE, l'un des professeurs de ce cours, nous a présenté les élèves de l'école de Clichy instruits par lui, suivant ces préceptes. Il y a là une tentative heureuse de conciliation, qui mérite d'être soulignée, et qui a remporté un vif succès. Nul doute que M. RACINE et ses collègues ne soient dans une bonne voie: l'éclectisme qui les guide marque évidemment une recherche consciencieuse de la vérité. On sent qu'ils possèdent à peu près tous les éléments pratiques pour construire une bonne méthode d'éducation pour la jeunesse; mais ces éléments devront être repris, refondus, et reliés avec les méthodes d'enseigne-

ment dont nous allons maintenant parler. Le tout, réuni et réparti en catégories distinctes et fondamentales, pourra donner enfin la solution parfaite du problème qui nous occupe.

* * *

Sixième catégorie. — Avec les élèves de l'école maritime de Lorient dirigée par M. le lieutenant de vaisseau Hébert, nous touchons à la démonstration d'une vraie méthode d'éducation physique. M. Hébert estime qu'il suffit de faire pratiquer aux jeunes garçons et aux jeunes adultes des exercices naturels : la course, le saut, la lutte, le lancement des poids, la natation, etc. C'est là une idée directrice très claire, très simple, et d'une vérification facile. On sait le succès magnifique qu'ont remporté ses élèves partout où M. Hébert les a montrés. Il est impossible de contester que leur enseignement a tenu ses promesses et que l'éducation physique de ces jeunes gens ne soit parfaitement accomplie. Ainsi donc, les conclusions de la méthode vérifient ses prémisses.

Que donneront le même principe directeur et la même pratique, appliqués dans d'autres milieux ? C'est ce qu'il faudra vérifier, surtout en les comparant à l'éclectisme de M. Racine.

Mais, d'ores et déjà, on peut admettre que M. Hébert a résolu le problème posé, pour ce qui concerne les jeunes garçons et les adolescents se préparant au service militaire. Nul doute que l'apprentissage des sports de combat et, au besoin, d'une certaine dose de gymnastique acrobatique utile aux soldats, tels qu'on les pratique à Joinville, ne les trouve admirablement préparés. La méthode de M. Hébert est donc appelée à servir d'éducation physique préparatoire au service militaire, pour tous les jeunes gens de France. Sur ce point, l'accord est fait, ou près de se faire, et il est inutile d'y insister davantage. Tout le monde a vu, tout le monde a compris. Mais il ne faut pas chercher là autre chose qu'une utilisation pratique de l'individu, méthodisée par un principe directeur et par une observation exacte de la nature. On peut aller plus loin, et c'est ce qu'a fait M. Demény.

* * *

Septième catégorie. — L'éminent directeur du cours supérieur d'éducation physique de la Ville de Paris, a laissé à ses élèves, MM. Hébert et Racine, le soin de montrer ce que l'on pouvait obtenir chez le jeune homme, soit en appliquant des exercices empruntés à différentes techniques soigneusement triés et mis au point (c'est ce qu'a fait M. Racine), soit en enseignant simplement les mouvements naturels (c'est ce qu'a fait M. Hébert). M. Demény s'est réservé personnellement la partie la plus délicate, et la moins fouillée jusqu'ici : l'éducation physique de la femme. Là, il a vraiment fait une œuvre entièrement nouvelle. Au lieu d'appliquer à la jeune fille des exercices extraits de la gymnastique masculine (comme l'ont fait les Danoises, les Suédoises, les Italiennes, que nous avons vues au Congrès), il a réglé pour elles une méthode différente de tout ce que nous avions connu jusqu'alors.

M. Demény a observé que, dans la nature, tous les mouvements étaient continus et arrondis (et non point des mouvements de va-et-vient, séparés par des points d'arrêt, tels que ceux qui composent toutes les gymnastiques). Il a étudié sur des sujets d'élite la combinaison de ces mouvements, et, les ayant décomposés en éléments simples, il a entrepris de les enseigner. Et il a abouti à ce résultat, qui serait incroyable s'il n'était réalisé, d'apprendre scientifiquement la grâce et l'adresse par des mouvements empruntés à des sujets gracieux ou adroits, et de transformer ainsi en créatures harmonieuses, souples, habiles, toutes les jeunes filles de deux lycées de Paris. Conduites par Mlle Karl, ces jeunes filles nous ont réellement charmés par la grâce et la facilité de leurs gestes. Il n'est pas un spectateur qui, les voyant, n'ait compris que c'était là la vraie gymnastique de la femme ; il n'est pas un savant qui, examinant un instantané pris pendant la classe de M. Demény, et le comparant à des instantanés pris sur des jeunes filles analogues, pendant une leçon de gymnastique suédoise, ne voie l'abîme qui sépare ces deux éducations.

Voilà donc une autre partie du problème, également résolue, à l'aide d'une idée directrice simple et juste, appuyée sur une expérimentation exacte, et ayant donné naissance à une méthode qui permet de reproduire en série, à volonté, et à coup sûr, les faits observés. Si M. Demény n'avait fait que cela, il mériterait déjà notre reconnaissance et notre admiration. Mais nous ne devons pas oublier que c'est lui qui, il y a trente ans, créait, avec Marey, la chronophotographie, qui nous a précisément fourni une base inébranlable pour l'étude des mouvements sur lesquels on ne pouvait avoir jusqu'alors que des idées hypothétiques et approximatives. C'est lui aussi qui, à la suite de ces recherches, a inventé la cinématographie (qui nous permet de recomposer le mouvement décomposé par la chronophotographie) et dont le premier appareil, construit par Gaumont bien avant les succès industriels de ces dernières années, resta un instrument de laboratoire, et laissa pauvre son inventeur. C'est lui encore que nous retrouvons à la création du laboratoire du Parc des Princes, qui aurait rendu tant de services à l'étude scientifique des sports, si on lui en avait laissé la direction. C'est lui enfin qui a installé la chronophotographie à l'école de Joinville et a mis en route des études qui auraient, depuis longtemps, abouti à la réglementation d'une éducation réellement scientifique du mouvement de l'adulte, si elles avaient été continuées. C'est lui toujours qui, aux ministères de l'Instruction publique et de la Guerre, modernise, depuis dix ans, les anciens manuels d'éducation physique. Enfin, c'est lui aussi qui, depuis la même époque, au Cours supérieur d'éducation physique de la Ville de Paris, assisté du docteur Jean Philippe, donne à la France l'impulsion qu'elle attendait, et forme des maîtres qui, se répandant de plus en plus nombreux dans les écoles et lycées, remplacent peu à peu les instructeurs d'une gymnastique surannée et acheminent notre pays vers la meilleure éducation, que tout le monde réclame aujourd'hui.

Ce n'est donc point par hasard que Demény a découvert l'éducation des mouvements de la femme. Celle-ci n'est qu'un chapitre de son œuvre, bâti avec le même soin artistique, la même conscience scientifique que les autres, et qui peut nous faire comprendre ce que ces autres chapitres eussent été, si l'auteur avait pu les achever. S'il a été, cette fois, jusqu'au bout de la réalisation, cela tient peut-être à ce qu'il a trouvé une tâche plus neuve et plus séduisante, mais c'est sans doute aussi parce que, sur ce terrain, il n'a pas rencontré les obstacles qu'il a rencontrés sur les autres. Car, si Demény, comme tous les grands éducateurs français, a été souvent secondé par des pouvoirs publics clairvoyants, il a été souvent aussi abandonné par eux, alors qu'au cours d'œuvres entreprises il rencontrait sur sa route les difficultés que font toujours naître l'initiative et le mérite. Nul doute que si un hasard heureux ne lui avait permis de réunir, depuis quelques années, les indispensables éléments que lui ont fournis Mlle Karl et quelques autres élèves de bonne volonté, si le Congrès n'avait pas été pour lui une occasion de montrer au grand public ses résultats à un moment opportun, sa découverte serait, comme d'autres qui l'ont précédée, restée à l'état d'essai admiré par quelques initiés, enterré ou gaspillé par quelques autres, ignoré du plus grand nombre, et dont tout le fruit aurait été perdu pour notre pays.

Vraiment n'est-il pas pénible de penser que des faits, si gros de conséquences pour nous tous, sont soumis à de telles chances ? Où trouvera-t-on les Mécènes qui permettraient de soustraire de tels hommes aux vicissitudes, aux convoitises, aux jalousies ? Supposez Demeny pourvu, il y a vingt ans, d'un institut privé lui permettant de poursuivre ses recherches sur la technique du mouvement et sur les moyens

de l'enseigner et de le faire reproduire à volonté. Nous aurions aujourd'hui, non seulement une méthode pour la gymnastique féminine, mais un appui scientifique solide pour tous les mouvements naturels d'HÉBERT, ainsi que pour tous les sports, et pour la gymnastique acrobatique et militaire. Nous aurions une gymnastique de l'adulte, du vieillard, du malingre, de l'arriéré. Et tout cela serait établi de telle sorte que, dans la plupart de ces voies, des progrès faciles et rapides auraient été déjà réalisés. Bref, au lieu de fragments intéressants, nous aurions un tout complet, et la question de l'éducation physique, au lieu d'être en discussion, serait résolue pour la partie mouvements (1).

C'est sur cette considération, que nous terminerons le récit de ces jeux; car si nous avons pris grand plaisir à ce Congrès, si nous en avons remporté un enseignement fort clair et de nature à permettre des réalisations très pratiques et très prochaines, il ne s'ensuit pas que ces réalisations s'effectueront. Mais, par contre, les disputes oratoires continueront certainement dans les sociétés, les comités et la presse; les professeurs de nos Facultés continueront à enseigner ce que l'on fait à l'étranger, et non point ce que l'on fait en France; des efforts rivaux continueront à se neutraliser, et des questions de personnes à stériliser les bonnes volontés; les Suédois continueront à alimenter nos journaux avec des articles inspirés, sur les immortels principes de Ling et les vertus de leur art, qui convient à tout et à tous, les maîtres d'écoles continueront à chercher leur voie, et M. DEMÉNY continuera à accompagner de son violon l'eurythmie de ses jeunes filles, en réglant des méthodes admirables, — sans que l'on se soucie vraiment plus de l'un que de l'autre!

MAURICE FAURE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 MARS 1913)

Sur la vaccination contre le charbon symptomatique. — MM. LECLAINCHE et VALLÉE apportent les résultats de trois années d'une large application de leur méthode.

De 1910 à 1913, 345844 animaux ont été vaccinés dans les conditions les plus diverses en France, en Allemagne, en Italie, en Espagne, en Algérie et dans la République Argentine.

Les résultats ont été partout identiques. Il semble qu'on ne puisse désirer une méthode de vaccination plus simple, plus inoffensive et plus certaine dans ses résultats. Le problème de la vaccination contre le charbon symptomatique dont MM. Leclainche et Vallée poursuivent l'étude depuis douze ans paraît donc résolu.

Recherches sur la flore intestinale. Sur la production possible de ptomaïnes en milieu acide. — MM. Albert BERTHELOT et D. M. BERTRAND.

(1) N'oublions pas, en effet, que l'éducation physique n'est pas seulement l'éducation des mouvements, mais aussi toutes les autres éducations, et notamment celles de l'alimentation, du travail, du repos, etc. Mais, pour l'instant, c'est le mouvement, l'exercice moteur, qui est la partie la plus en vedette de l'éducation physique. Ce sont seulement les problèmes qu'elle pose, dont nous avons à rechercher la meilleure solution, puisque les exhibitions du Congrès avaient pour objectif de nous en proposer plusieurs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1913)

La migraine d'origine ethmoïdale. — De même qu'il existe des migraines d'origine ophtalmique, dyspeptique, dues à des troubles oculaires, il existe également une variété de céphalée migraineuse d'origine nasale, ou mieux ethmoïdale.

M. GUISEZ a eu l'occasion, chez toute une série de malades, (près de 70), qui souffraient depuis de nombreuses années de crises de céphalée, qui avaient résisté à tous les traitements généraux médicamenteux, régime, résection des nerfs faciaux, de diagnostiquer, comme cause de ces migraines, certaines malformations bien définies à la partie moyenne et supérieure du nez, dans la région ethmoïdale.

Il est facile de reconnaître l'origine nasale de ces migraines, par ce fait que les crises commencent toujours près de la région fronto-nasale, au pourtour de la racine du nez ou immédiatement au-dessus des globes orbitaires, et souvent, de façon plus accusée d'un côté que de l'autre. Les douleurs se généralisent ensuite à toute la tête, mais restent toujours plus accentuées au niveau de la région frontale. Les crises durent souvent plus de vingt-quatre heures, s'accompagnant parfois de nausées et de vomissements, et dans certains cas relatés par l'auteur, ces troubles avaient amené le sujet à un état de déchéance organique profond.

L'examen du nez montre une hypertrophie de la tête du cornet moyen ou de la bulle ethmoïdale; hypertrophie osseuse, sorte de véritable bulle, qui est comme enserrée contre la paroi externe de la fosse nasale et la cloison. L'os propre du nez peut se trouver refoulé en dehors, d'où élargissement de la racine du nez. La muqueuse est parfois en dégénérescence myxomateuse et des polypes remplissent le méat moyen.

S'agit-il de phénomènes névralgiques dans la sphère du trijumeau, par l'irritation des ramifications que les nerfs maxillaires supérieurs, ophtalmiques, envoient à la pituitaire? Il semble qu'il s'agisse plutôt de phénomènes de vaso-congestion, de troubles de la circulation dans la région toute supérieure de la fosse nasale et en même temps dans les plexus orbitaires et ceux de la base du cerveau dont la circulation est connexe. Ce qui semble le prouver, c'est : 1° l'aspect de la muqueuse rouge violacé de la région supérieure de la fosse nasale; 2° le caractère gravatif de la douleur; 3° la cessation ou l'atténuation des crises par la cocaïnisation-adrénalisation de la portion malade.

Le traitement qui a guéri tous les malades chez lesquels le diagnostic d'origine naso-ethmoïdale a pu être établi de façon ferme, a consisté : en résection, sous anesthésie locale, de la tête du cornet moyen, de la bulle ethmoïdale, ablation de polypes, quand il y en avait; en un mot tout ce qui pouvait élargir la région des méats supérieur et moyen.

Si un examen systématique des fosses nasales était fait chez les migraineux dont les crises présentent les caractères indiqués plus haut, beaucoup seraient guéris de cette pénible affection par une intervention bénigne et simple.

Les dérivés actifs du thorium. — M. LEDOUX-LEBARD attire l'attention sur les dérivés radio-actifs du thorium et en particulier sur le mésothorium retiré des résidus de fabrication des manchons du bec Auer, et qui se présente, pour un grand nombre d'applications, comme un succédané du radium, mais en étant d'un prix moitié moindre.

En injections sous-cutanées ou intraveineuses, ce produit a donné à l'auteur des résultats palliatifs intéressants dans le traitement des tumeurs malignes inopérables. Il semble que, dans les tumeurs du sein en particulier, les douleurs soient souvent calmées et que, dans nombre de cas de ces affections si redoutables, l'état général se trouve amélioré.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1913)

Action de l'émétine dans le traitement de l'amibiase (dysenterie et abcès hépatiques d'origine amibienne). — M. DOPTER apporte de nouveaux faits concernant l'efficacité surprenante du chlorhydrate d'émétine dans un cas d'abcès du foie et de plusieurs atteintes de dysenterie amibienne.

Un malade rapatrié d'Indo-Chine entre au Val-de-Grâce pour un abcès du foie dont les premiers symptômes sont apparus en octobre dernier. A son arrivée, il est dans un état tellement grave qu'on est obligé de l'opérer rapidement. L'opération est pratiquée par M. Jacob; après l'incision de la peau, on remarque que l'abcès a fusé dans le tissu cellulaire sous-cutané sous la forme d'un bouton de chemise. Après ouverture de cet abcès sous-cutané, on touche dans une vaste poche hépatique d'où s'écoule environ un litre de pus chocolat caractéristique, où l'examen microscopique décèle la présence de quelques amibes dysentériques; l'examen d'un fragment de la paroi de ce kyste révèle de nombreux parasites semblables. L'abcès est drainé.

Le même jour, et les jours suivants, on injecte 4 centigrammes de chlorhydrate d'émétine sous la peau de la cuisse. Grâce à ce traitement, l'écoulement du pus hépatique qui, sans lui, eût assurément duré fort longtemps en raison du volume de l'abcès et de la gravité de l'atteinte, se tarit bientôt; au bout d'une semaine environ, le pansement n'était plus souillé. En même temps, l'état général, de précaire qu'il était, s'améliora rapidement, plus rapidement certes que si le traitement à l'émétine n'avait été pratiqué.

Enfin, M. Dopter rapporte trois nouveaux cas de dysenterie amibienne datant de plusieurs mois et l'un d'eux depuis deux ans, où l'émétine employée dans les mêmes conditions a rapidement fait disparaître les coliques, le ténesme, le caractère mucoso-sanglant des déjections; les selles n'ont pas tardé à recouvrer leur état normal; bref, la guérison s'est effectuée en quelques jours.

Il est véritablement remarquable de constater des résultats aussi rapides et de voir ainsi juguler en quelques jours une affection réputée si tenace et si rebelle aux traitements les plus énergiques. Ces nouveaux faits confirment pleinement la belle découverte de Vedder et de L. Rogers et les résultats si surprenants publiés par MM. Chauffard, Flandin et Dumas-Rouget.

L'emploi de l'émétine mérite d'être expérimenté largement dans nos colonies, en Indo-Chine et au Maroc notamment, où l'amibiase intestinale puis hépatique fait chaque année un grand nombre de victimes.

M. CHAUFFARD a guéri une dysenterie chronique avec 4 centimètres cubes d'émétine.

M. ROUGET (du Val-de-Grâce) cite deux cas analogues. Dans le premier cas il s'agissait d'un aumônier atteint de dysenterie chronique depuis de longues années. Dans le deuxième cas, d'un officier supérieur qui n'a jamais eu depuis douze ans de selles moulées. L'émétine dans les deux cas provoqua la guérison.

Reproduction expérimentale du diabète. — M. THIROLOIX montre un jeune chien dépancréatisé qui le lendemain de l'opération n'avait pas de sucre dans ses urines, mais rapidement le sucre montait pour atteindre 56 p. 1000. Il n'y eut jamais d'acidose. Il insiste sur le balancement acino-insulaire, la glycosurie résultant de la suppression des acini. Enfin l'ablation du pancréas ne paraît jouer aucun rôle sur le développement de l'animal.

Il suffit d'un minimum de glandes pour que les fonctions pancréatiques ne soient pas troublées.

A propos de l'hémispasme facial par les injections locales de sels de magnésie. — MM. SICARD et LEBLANC avaient étudié, il y a déjà plusieurs mois, comme MM. Claude et Lévy, l'action des sels de magnésie en injections locales sur le trajet du nerf facial dans le traitement de l'hémispasme de la face.

Mais les résultats obtenus sont d'une durée trop transitoire et ils sont restés fidèles à l'alcoolisation locale pratiquée avec des solutions méthodiquement graduées.

Quatre cas de pneumococcie pulmonaire prolongée. Signes pseudo-pleurétiques et pseudo-cavitaires. Syndromes d'œdème infectieux du poumon. — MM. G. CAUSSADE et B. LOGRE rapportent quatre observations de pneumococcie pulmonaire prolongée.

1. Infection pneumococcique pleuro-pulmonaire bilatérale avec point de côté abdominal; après disparition d'un double épanchement pleural, séméiologie pseudo-cavitaire au sommet droit, et pseudo-pleurétique aux bases, hypotension artérielle, cachexie, signes généraux et locaux pseudo-tuberculeux. Absence de bacille de Koch. Guérison après une évolution de quarante-cinq jours.

2. Pneumococcie pulmonaire, ayant simulé une broncho-pneumonie tuberculeuse et s'étant terminée après une évolution de cinquante et un jours par une endocardite pneumococcique mitro-aortique et tricuspidienne. Absence de bacille de Koch et de lésions tuberculeuses.

3. Pneumococcie pulmonaire simulant une localisation tuberculeuse subaiguë, signes pseudo-pleurétiques. R. S. V., souffle expiratoire, égophonie, mais avec adjonction de sous-crépitants. Au cinquante-cinquième jour débâcle de crachats séro-purulents à nombreuses cellules épithéliales pulmonaires, guérison après évolution de quatre-vingt-un jours.

4. Pneumococcie à forme pseudo-pleurétique. Après une absence à peu près complète et prolongée d'expectoration pseudo-vomique terminale de crachats séro-purulents : guérison après soixante-sept jours d'évolution.

Les auteurs insistent sur ces pneumococcies prolongées simulant parfois la tuberculose par les symptômes généraux, l'amaigrissement rapide et les sueurs profuses, et par des localisations pleuro-pulmonaires à allure subaiguë. A la pneumonie fibrineuse d'évolution brève et cyclique, ils opposent ces pneumococcies d'évolution traînante et capricieuse qui, en l'absence de fibrine, végètent sur l'œdème, comme les cultures prolongées obtenues, selon le procédé de MM. Gilbert et Fournier, par ensemencement sur milieu sanguin défibriné. Les auteurs n'ont pas, en effet, trouvé de fibrine dans les crachats, ni au niveau des lésions pulmonaires. Ils ont mis, au contraire, en évidence dans les crachats, une quantité notable de liquide séro-albumineux, expectoré souvent par débâcles pulmonaires, avec cellules épithéliales desquamées et enflammées; ils ont fait des constatations analogues sur le poumon, soit par ponction lombaire, soit par ponction exploratrice, soit après nécropsie.

Ces observations permettent d'isoler un syndrome susceptible de simuler surtout au sommet un ramollissement pulmonaire, une caverne tuberculeuse et un syndrome souvent aussi pseudo-pleurétique (R. S. V.-égophonie-souffle) surtout à la base, mais l'adjonction fréquente de sous-crépitants et la présence ordinaire d'expectoration séreuse continue ou paroxystique constituant un syndrome qu'on peut appeler liquidien achèvent de caractériser la forme clinique de l'œdème infectieux pulmonaire, dont la spléno-pneumonie classique n'est sans doute qu'un cas particulier.

On conçoit l'importance clinique et pronostique de ces œdèmes pulmonaires pneumococciques qu'il s'agit de différencier d'un ramollissement pulmonaire, d'une pleurésie et surtout d'une infection tuberculeuse.

Les auteurs ajoutent que l'inoculation à des souris et à des cobayes non seulement avec les crachats mais encore avec les liquides retirés par la ponction pulmonaire a montré la

nature pneumococcique des quatre cas présentés par eux et a permis d'éliminer nettement la tuberculose.

Sur la virulence des pneumocoques, ils ne se prononcent pas et ils ne peuvent affirmer s'ils sont plus exaltés ou plus atténués dans leurs cas que dans la pneumonie.

Des effets curatifs du sérum de cheval sur la tuberculose pulmonaire. — M. Morel-Lavallée rappelle les bons effets qu'il a obtenus dans le traitement des tuberculoses externes avec l'hémostyl. Il expose ensuite les remarquables résultats qu'il a constatés en traitant la tuberculose pulmonaire par un sérum de cheval, préparé pour lui par M. Roussel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 29 MARS 1913)

Fibromes utérins et électrothérapie. — M. Toledano a suivi un certain nombre de malades atteintes de fibromes utérins et n'a jamais constaté de guérison à la suite d'un traitement par l'électricité; il faut donner la préférence au traitement chirurgical.

Tuberculose et arthritisme. — M. Courtade montre expérimentalement que les solutions d'urée, d'acide urique et d'urate de soude favorisent la germination du bacille tuberculeux dans les tubes ensemencés, on peut en conclure que l'immunité relative de l'arthritique à l'égard de la tuberculose est due à des produits autres que ces sels qui caractérisent le tempérament arthritique.

Des intoxications graves surajoutées à l'appendicite. — M. Cazin insiste à nouveau sur l'utilité de l'examen du sang au point de vue de la numération des globules blancs dans les cas « douteux » d'appendicite aiguë. L'emploi de cette méthode aide singulièrement à faire le diagnostic dans certains cas difficiles, au début de la crise, et permet ainsi de recourir à l'intervention précoce, traitement idéal de l'appendicite aiguë. Grâce à la numération des globules blancs du sang, on peut aussi déceler l'existence d'abcès appendiculaires qui échappent à l'examen clinique, et l'on peut ainsi sauver des malades qui auraient succombé sans une opération rapide.

Considérations sur les urines albumineuses. — M. Guillaumin expose un certain nombre de considérations que lui a suggérées l'examen de plus de 5000 urines albumineuses. La plus grande prudence s'impose au chimiste appelé à formuler des conclusions dans le cas d'une urine ne semblant renfermer que des traces de pseudo-albumine. La présence des cylindres dans les urines albumineuses est d'autant plus fréquente que la teneur en albumine est plus élevée : dans les trois quarts environ des urines qui contiennent plus de 5 grammes d'albumine par litre on trouve des cylindres. Il y a grand intérêt pour les malades à ce que la règle suivante soit adoptée : toute analyse d'urine albumineuse doit comprendre l'examen microscopique.

Sur le traitement de la lithiase biliaire. — M. Monsseaux, étudiant les stations et les sources hydrominérales employées dans le traitement de la lithiase biliaire, les classe en cholagogues sécrétoires simples et en cholagogues excrétoires qui provoquent des contractions plus ou moins énergiques de la vésicule; cette double action jointe aux actions diverses exercées sur les voies digestives, sur la cellule hépatique, sur la désintoxication de l'organisme, répond à toutes les indications. Le traitement expulsif au moyen de sources très actives ne répond qu'à un très petit nombre de cas; par contre, il est souvent inefficace et même dangereux. Le traitement sédatif, par une action cholagogue douce et régulière, aboutit souvent plus sûrement à l'expulsion calculeuse, ou du moins, assure la tolérance de la vésicule et la guérison clinique. Enfin, le choix de la station ne se base pas uniquement sur ces considérations; il faut tenir compte aussi de l'état des voies digestives, de l'âge du sujet et de la coexistence d'autres affections ou d'autres indications.

M. Dedet conçoit de même façon le traitement hydrominéral de la lithiase biliaire et recommande de n'envoyer le malade aux eaux que loin de l'accès aigu, de plus, le traitement hydrominéral doit être suspendu en cas de crise aiguë survenant à la station.

FORMULAIRE

DÉSINFECTION DES APPARTEMENTS PAR L'AMMONIAQUE

On peut remplacer les procédés usuels de désinfection des pièces habitées (fumigation de formol ou de ses succédanés) par l'évaporation d'ammoniaque ordinaire placée simplement dans des vases plats (cuvettes de photographe, par exemple), au niveau du parquet. Le docteur Riegler, à l'Institut d'hygiène de Budapest, désinfecta ainsi une chambre de 100 centimètres cubes avec 1 kilogramme d'ammoniaque ordinaire; après une heure il s'était évaporé 200 grammes de liquide, après deux heures 250 grammes, après trois heures 300 grammes, après quatre heures 350 grammes, après cinq heures 390 et 450 grammes après huit heures. Naturellement la pièce doit être hermétiquement close.

Dans ces conditions, après examen de tissus imprégnés auparavant de microbes divers, on constate que les bacilles du choléra et de la typhoïde sont tués au bout de deux heures, la bactérie et les spores du charbon en moins de trois heures, le bacille diphtérique après huit heures. On voit que le procédé est efficace; en outre il est peu coûteux; enfin il n'altère ni les meubles, ni les tentures (1).

LIVRES NOUVEAUX

Maladie du rachis et de la moelle (2), (fasc. XIV du nouveau *Traité de chirurgie*), par Maurice Auvray, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux, et Albert Mouchet, chirurgien des hôpitaux.

Ce fascicule du traité de chirurgie est écrit par deux chirurgiens très documentés sur les questions qu'ils traitent.

Les articles de M. Auvray sur l'anatomie chirurgicale rachi-médullaire, la physiologie normale et pathologique de la moelle, les opérations qui se pratiquent sur la colonne vertébrale, les traumatismes rachi-médullaires fermés et ouverts, les tumeurs du rachis, les méningites et résections des racines postérieures dans les névralgies rebelles, paralysies spasmodiques, crises gastriques du tabes, constituent dans leur ensemble un traité très complet de chirurgie radiculo-médullaire, digne suite au très beau rapport du même auteur sur les traumatismes du rachis et de la moelle au congrès de chirurgie.

M. Mouchet dont on connaît la compétence en chirurgie infantile expose successivement l'histoire du spina bifida, de la scoliose congénitale, des déviations du rachis, de l'ostéomyélite vertébrale, du mal de Pott, des arthrites vertébrales, du mal sous-occipital, des spondylites syphilitique, mycosique.

Le volume est une mise au point des plus complètes de chacune de ces questions dont l'intérêt a augmenté singulièrement dans ces dernières années et qui ne peuvent laisser indifférent le praticien. M. LANCE.

(1) *La Nature*, 1er février 1913.
(2) In-8 broché de 528 pages avec 211 figures. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

LA VARIOLE (1)

d. **Suppuration.** — La suppuration débute environ vers le septième jour après le début de l'éruption; ce sont le plus souvent les vésico-pustules des muqueuses qui commencent à suppurer; cette suppuration s'accompagne de douleurs, surtout au niveau des muqueuses buccale, nasale et conjonctivale. La dessiccation des vésicules des muqueuses est assez rapidement effectuée.

Au niveau de la peau on constate l'agrandissement de la vésicule remplie de pus, puis sa transformation en pustule; cette transformation est très douloureuse au niveau du cuir chevelu, des mains et des pieds. La pustule s'entoure d'une zone inflammatoire et lorsque les éléments éruptifs sont très rapprochés, comme dans la forme confluente, la peau est œdématiée; à la face on constate un gonflement de tous les tissus.

Cette suppuration s'accompagne d'une recrudescence de tous les symptômes généraux, surtout dans les formes confluentes graves. La température remonte à 39-40 degrés, le pouls suit la température; la respiration s'accélère légèrement. Si les sujets ont été vaccinés, la reprise des phénomènes généraux est le plus souvent beaucoup moins accentuée.

Quoi qu'il en soit, pendant deux à trois jours, les vésico-pustules suppurent assez abondamment; dans les formes confluentes il existe de véritables nappes de pus et l'aspect du sujet est franchement horrible à voir. Lorsque le sujet doit guérir, on voit, vers le quatrième ou cinquième jour de la période de suppuration, la dessiccation commencer au niveau de la face, puis s'étendre à toutes les pustules.

Si le malade doit mourir, les pustules restent sanieuses, ne se dessèchent pas, les symptômes généraux s'aggravent, le coma, l'adynamie s'installent; les urines sont rares, la fièvre élevée, le pouls filiforme : la mort survient vers le douzième ou le quinzième jour.

e. **Dessiccation. Desquamation.** — La dernière phase de la maladie évoluant vers la guérison est la dessiccation des pustules; à la face, les pustules se déchirent et une concrétion les recouvre; au tronc les pustules se dessèchent sans se déchirer; la dessiccation est très lente à se faire à la paume des mains et à la plante des pieds. En même temps que se produit la dessiccation, les phénomènes généraux s'atténuent, puis disparaissent; le malade entre enfin en convalescence. La chute des croûtes a lieu entre le vingtième et le trentième jour; au-dessous des croûtes la peau est blanche, souvent gaufrée; il persiste bien souvent une cicatrice indélébile, soit blanche, soit pigmentée. L'ingestion de xylol pendant l'évolution de la maladie s'opposerait favorablement à l'apparition et à la pigmentation des cicatrices. Le malade doit être isolé aussi longtemps qu'il persiste des croûtes.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'évolution d'une variole normale; nous allons passer en revue, maintenant, un certain nombre de formes cliniques.

FORMES CLINIQUES. — La *variole confluente* est celle dans laquelle les éléments éruptifs sont très nombreux, très rapprochés. C'est une forme très grave. L'invasion est courte, deux jours en moyenne; les symptômes généraux en sont très accusés, les rashes très fréquents. L'éruption débute par une rougeur vive, généralisée, avec boursouflure de la peau; puis l'éruption se fait, les éléments éruptifs sont extrêmement abondants et se touchent les uns les autres; le malade meurt en général vers le quinzième jour, souvent comme un rénal, ou un cardiaque, parfois comme un pulmonaire, avec dyspnée. S'il ne meurt pas, la suppuration détermine au niveau des muqueuses et de la peau de vastes plaies rappelant le tableau des brûlures; pendant de longues semaines, il faudra lutter contre l'infection secondaire de ces plaies.

La *variole cohérente* débute souvent comme une variole de moyenne intensité, mais au moment de l'éruption, et surtout au moment de la suppuration, les vésico-pustules se rapprochent, confluent même, comme dans la forme précédente; le pronostic est cependant moins sévère, sauf dans les cas où il s'agit de sujets présentant dans leurs antécédents une tare (alcoolisme, syphilis, etc.). Le malade ne peut alors pas faire les frais de la phase de suppuration, et il meurt à la fin de cette période.

La *variole discrète* est une forme favorable qui guérit presque toujours.

La *varioloïde* est différemment comprise suivant les auteurs : il s'agit en général d'une forme qui débute avec les symptômes d'une variole assez grave, et qui subitement, soit avant l'éruption, soit au début de l'éruption, tourne court et guérit rapidement. Si l'éruption se fait, les vésicules sont très larges, mais très peu nombreuses, la fièvre de suppuration n'apparaît pas; et les vésicules se dessèchent rapidement. Pour la plupart des auteurs, il s'agirait là de varioles évoluant chez des sujets *antérieurement vaccinés*. C'est dans le même groupe qu'il faut ranger les *varioles atténuées*, observées d'ailleurs dans les mêmes conditions.

La *variole anormale* débute comme une variole discrète, mais l'éruption se fait mal; on observe des poussées successives; peu à peu apparaissent des symptômes inquiétants; les urines deviennent rares, la température est irrégulière, le pouls devient petit, irrégulier, et le sujet finit par mourir.

Variole congénitale. — Lorsque la variole évolue chez une femme enceinte, l'avortement a lieu, dès le début de l'affection, dans 60 p. 100 des cas; si l'avortement a lieu plus tard, le fœtus naît fréquemment avec des cicatrices ou des pustules. Si le fœtus est près du terme, il y a accouchement prématuré; l'enfant vit quelques jours, puis du sixième au dixième jour apparaissent des vésico-pustules, d'abord avec hypothermie, puis hyperthermie, et l'enfant meurt au début de la période de suppuration.

La *variole du premier âge* est très rare chez les enfants vaccinés; si elle survient, elle est en général bénigne, sauf s'il s'agit d'enfants débilités. Elle est extrêmement intense chez les enfants non vaccinés. La fièvre de suppuration atteint 40-41 degrés, les pustules sont gonflées en dôme, étalées, rappelant la goutte de cire des anciens auteurs. Néanmoins la guérison s'observe encore dans la moitié des cas.

La *variolo-vaccine* est la transformation en vaccine ordinaire du pus variolique par simple inoculation de ce pus à la génisse; la première inoculation donne une lymphe qui, inoculée à l'homme, détermine encore la variole, mais au troisième passage la pustule obtenue est une véritable pustule vaccinale, dont le pus peut servir à préparer la lymphe vaccinale ordinaire. Cette transformation variolo-vaccinale est contestée par la plupart des auteurs français; elle est admise sans discussion en Allemagne. Nous ne reviendrons pas ici sur la variole expérimentale.

Sous le nom de *variole blanche* on décrit une affection qui sévit au Brésil et dans l'Afrique occidentale et qui ressemble absolument à la variole; à la période d'éruption, les vésicules deviennent opaques et blanches; la peau apparaît comme arrosée de gouttes de lait de chaux; mais, fait important, *il n'existe pas d'ombilication de la vésicule*. La suppuration s'établit sans fièvre, et la dessiccation survient vers le neuvième jour, les cicatrices sont plus dentelées que dans la variole, elles sont plus superficielles. La vaccination immuniserait contre cette affection, l'inverse ne se vérifierait pas, ou plus exactement l'immunisation contre la vaccine ne dure que six mois. La formule hématologique semble normale; le pronostic est relativement bénin; la mortalité atteint 2 1/2 p. 100.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 35, p. 558, et n° 38, p. 623.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 42. — SAMEDI 12 AVRIL 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 12 AVRIL 1913. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE... 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 9 avril. — MM. Okinczyc, 27; Kendirdjy, 24; Sauvé, 26.

— Concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Bar, Cunéo (qui acceptent), Lepage, Tissié, Macé, Brindeau et Laffitte (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Epreuve écrite.* — Séance du 10 avril 1913. — MM. Barbet, 18; Sorel, 22; Metivet, 24.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Grenoble. — M. Perriol, professeur de pathologie chirurgicale et médecine opératoire, est nommé directeur, pour trois ans, à partir du 25 mars 1913.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 9 avril 1913 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Ferrand passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

Médecins-majors de première classe. — MM. Watrin est nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Bayonne; Bardot passe aux salles militaires de l'hospice de Langres (médecin chef); Zumbiehl, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Robin, à l'hôpital militaire de Bordeaux; Sourier, au 57e d'infanterie; Pignet est remis à la disposition du général commandant les troupes d'occupation du Maroc occidental; Rambaud passe au 144e d'infanterie; Job est affecté à l'hôpital militaire de Casablanca (bactériologie); Duchêne-Marullaz passe au 112e d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Clerc passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Spire, au 159e d'infanterie; Le Guélinel de Lignerolles, au 34e d'artillerie; Morel, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Miecamp, au 106e d'infanterie; Metoz, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Baurrier, au 2e dragons; Poutet, aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

ÉTUDIANTES ALLEMANDES ET FRANÇAISES. — Nous avons publié il y a quelques jours un résumé de la statistique des étudiants en médecine en France (voir *Gaz. des hôp.*, n° 39, 5 avril, p. 625). Le *Temps* publie aujourd'hui, d'après la *Revue internationale de l'enseignement supérieur*, une étude comparative entre les étudiantes allemandes et les étudiantes françaises. Cette statistique est intéressante à signaler.

La plupart des facultés allemandes ne sont ouvertes officiellement aux femmes que depuis 1908; depuis cette époque l'augmentation du nombre des étudiantes allemandes a été constante. Cette année 2795 étudiantes ont été inscrites comme élèves régulières. Les universités françaises dans la présente année scolaire comptent de leur côté 4056 étudiantes. Sur 100 étudiants allemands il y a 5 femmes; sur 100 étudiants français, il y a 9,8 femmes.

Les études médicales en Allemagne comme en France attirent beaucoup les femmes. En Allemagne on compte 582 étudiantes, contre 1057 en France (847 dans les facultés, 210 dans les écoles). Les étudiantes en pharmacie sont 8 en Allemagne contre 41 chez nous.

Notons que les auditrices bénévoles figurent dans la statistique allemande. Les chiffres français n'indiquent, au contraire, que les étudiantes réellement inscrites.

LA DIMINUTION DES NAISSANCES A PARIS. — Jamais les naissances n'ont été si peu nombreuses à Paris.

En 1861, avec 1 696 141 habitants on comptait 53 570 naissances. En 1912, pour une population de 2 870 000 habitants il n'y a plus que 48 230 naissances.

La proportion des naissances qui était en 1910 de 18 p. 1000 est tombée à 16,4 p. 1000 en 1912!

L'EXTINCTION DE VOIX DE BOILEAU. — On vient de vendre à l'hôtel Drouot une autographe de Boileau ; c'est une lettre, adressée à Racine le 21 juillet 1687, où il lui donne des nouvelles du traitement qu'il suivait à Bourbon pour soigner son extinction de voix...

« M. Bourdier, mon médecin, me remplit toujours de grandes espérances. Il n'est pas de l'avis de M. Fagon pour le bain et cite mesmes des exemples de gens non seulement qui n'ont pas recouvert la voix mais qui l'ont même perdue pour s'être baignés. Du reste, on ne peut pas faire plus d'estime de M. Fagon qu'il en faict et il le regarde comme l'Esculape de ce temps. »

Cette pièce a été adjugée 2 400 francs.

HOPITAL SAINT-LOUIS. (Service du docteur Brocq.) — Pen-

RENSEIGNEMENTS

dant les mois d'avril, mai et juin, les conférences suivantes auront lieu dans le service de M. Brocq :

Le lundi matin, à neuf heures, conférence clinique par M. Brocq : présentation de malades, discussion du diagnostic et du traitement, rédaction d'ordonnance.

Le vendredi matin, à neuf heures trois quarts, démonstration clinique et histologique par M. L. M. Pautrier : présentation de malades et projections de coupes histologiques s'y rapportant.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU DIPLOME D'UNIVERSITÉ DE CHIRURGIEN-DENTISTE.

M. le docteur Peyroux, député d'Elbeuf, vient d'adresser à M. le ministre de l'instruction publique trois questions écrites à ce sujet. Voici les questions et les réponses qui ont été faites :

1° M. Peyroux, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique de lui faire connaître si la Faculté de médecine et le conseil de l'Université de Nancy, si la section permanente du conseil supérieur de l'Instruction publique, qui ont formulé, les premiers, une proposition, la seconde, un avis, sur lesquels a été rendu l'arrêté du 19 novembre 1912, avaient connaissance des poursuites engagées à l'étranger contre de nombreux pseudo-dentistes.

Réponse. — La réponse ne peut être que négative.

Il y a lieu d'ailleurs de faire observer que la création par l'université de Nancy, à l'usage des étrangers, d'un diplôme spécial de chirurgien-dentiste ne conférant pas le droit à l'exercice de la profession en France, ne date pas du mois de novembre 1912 mais qu'elle remonte au mois de juin 1902. L'arrêté du 19 novembre 1912 n'a fait qu'apporter certaines modifications au règlement d'études en vue de ce diplôme. Ce règlement avait déjà été modifié en novembre 1909 en raison du décret du 11 janvier de la même année établissant un régime nouveau pour le diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste.

2° M. Peyroux, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique si l'arrêté du 19 novembre 1912 est limité à la Faculté de médecine de Nancy ; si, au contraire, il est étendu à toutes les Facultés de médecine de France ; enfin, s'il est limité à la faculté de médecine de Nancy, quelles sont les raisons pour lesquelles cette Faculté a été choisie de préférence aux autres.

Réponse. — L'Université de Nancy n'est pas la seule qui ait institué pour les étrangers un diplôme spécial de chirurgien-dentiste ne conférant pas le droit d'exercer en France.

L'Université de Lille et l'Université de Bordeaux ont également institué ce diplôme spécial. Les dispositions de l'arrêté du 19 novembre 1912 ne sont pas en fait limitées à la Faculté de médecine de Nancy, car elles sont identiques aux dispositions d'un arrêté du 17 mai de la même année modifiant le règlement d'études en vue du diplôme spécial de l'Université de Bordeaux. L'université de Nancy a demandé ce que l'Université de Bordeaux avait demandé et il a paru qu'il n'y avait pas lieu de refuser à l'Université de Nancy ce qui avait été accordé à l'Université de Bordeaux. Le règlement d'études en vue du diplôme spécial et de chirurgien-dentiste institué par l'université de Lille en novembre 1910 prévoit, lui aussi, des facilités d'études pour les étrangers candidats à ce diplôme.

3° M. Peyroux, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique de lui faire connaître le nombre des chirurgiens-dentistes étrangers qui, ayant obtenu leur diplôme universitaire, ont ultérieurement fait transformer celui-ci en diplôme d'Etat bien que n'ayant pas obtenu les grade, brevet ou certificat exigés par le décret du 11 janvier 1909.

Réponse. — Aucun étudiant de nationalité étrangère admis à postuler le diplôme universitaire de chirurgien-dentiste n'a été et ne sera autorisé à postuler le diplôme d'Etat sans justifier des grade, brevet ou certificat exigés par le décret du 11 janvier 1909. Si des étudiants étrangers ont été, sous le régime antérieur au régime établi par ce décret, autorisés à postuler le diplôme d'Etat, c'est que ces étudiants justifiaient soit du baccalauréat, soit du certificat d'études exigé des étudiants français par le décret du 25 juillet 1893 pour l'inscription régulière en vue de ce diplôme.

VARIÉTÉS

LA CRIMINOLOGIE MORBIDE

M. le professeur Gilbert Ballet a fait mercredi, à l'Ecole des hautes études sociales, une très belle conférence sur ce sujet, toujours, hélas ! d'actualité.

N'étant, dit-il, ni juriste, ni légiste, mais étant médecin, c'est au point de vue médical seul qu'il veut effleurer cette vaste question.

La criminologie morbide est l'histoire d'actes criminels commis par un malade sous l'influence de sa maladie.

Les maladies génératrices de crimes peuvent être acquises et transitoires, acquises et définitives ou congénitales et définitives. De toutes les causes morbides génératrices de crimes, celle qu'il faut mettre en première ligne est l'alcoolisme, depuis le simple délire alcoolique jusqu'à l'alcoolisme chronique et le delirium tremens.

Arrivant aux mesures à prendre contre ces dangereux malades, remontant, dans son historique, jusqu'à la Bastille, dont il détruit la fameuse légende, M. Ballet, tout en se félicitant de la disparition de cette prison et tout en fêtant le 14 juillet, s'applique à nous démontrer que la Bastille ne fut pas ce qu'un vain peuple pense. C'était bien un peu une prison politique, mais bien peu ; c'était surtout une prison pour les malfaiteurs et un asile pour les aliénés. On y mettrait aujourd'hui les alcooliques criminels.

Ici abondent les exemples de crimes commis par des malades plus ou moins conscients, plus ou moins responsables.

Il ne faut pas se dissimuler que les moyens de défense contre cette catégorie de criminels morbides laissent beaucoup à désirer. Si, sous l'influence de menaces, un malheureux vient prévenir le commissaire de police, celui-ci répond : « Je ne puis rien faire tant qu'il n'y aura pas eu un commencement d'exécution. Attendons ce commencement d'exécution. » Et on attend souvent jusqu'à ce que quelqu'un paye de sa vie cette attente...

Dans la conférence de M. Ballet se trouve un paragraphe vraiment touchant en faveur des cleptomanes. Il les défend de tout cœur et pour lui les véritables auteurs de la cleptomanie sont les grands magasins eux-mêmes qui passent pour leurs victimes. S'ils n'étaient pas si habiles pour étaler sous les yeux toutes les tentations, il n'y aurait pas tant de femmes impuissantes à résister à ces tentations. Poussant les choses jusqu'au paradoxe, M. Ballet ne serait pas éloigné de conseiller aux cleptomanes qui sont prises en flagrant délit de demander elles-mêmes une indemnité aux grands magasins qui sont cause à la fois et de leur maladie et de toutes les contrariétés qui en peuvent résulter.

Nous regrettons que le défaut de place nous empêche de suivre M. Ballet dans ses développements sur la responsabilité atténuée, sur l'inefficacité ou l'exagération des mesures prises contre ces criminels atténués, sur les causes premières de tous les crimes, l'alcoolisme, l'avarie, la nécessité de créer, non de nouvelles prisons, mais des asiles spéciaux dans lesquels on pourrait traiter ces malades capables de crimes et dangereux pour la société.

En terminant, il exprime l'espoir que nos parlementaires au lieu, selon le conseil qui leur a été donné, de tourner toujours leurs regards vers leur circonscription veuillent bien, de temps à autre, diriger leurs efforts vers les grands intérêts nationaux, en particulier vers l'hygiène sociale.

A. BROCHIN.

REVUE GÉNÉRALE

FRACTURES DU PÉRONÉ[1]

Par MM. LUQUET et DEDET,
Internes des hôpitaux de Paris.

FRACTURES DE DUPUYTREN. — La fracture de Dupuytren *type* est caractérisée :

a. *Anatomiquement* par une *fracture du péroné* siégeant de 7 à 9 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole externe avec une *fracture de la malléole interne* occupant presque toujours sa base. C'est là le type anatomique vrai de la fracture de Dupuytren. Mais la fracture de la malléole interne est quelquefois remplacée par la *déchirure du ligament latéral interne* de l'articulation tibio-tarsienne.

Dans l'un et l'autre cas, on observe fréquemment la présence d'un autre *fragment arraché de l'épiphyse inférieure du tibia* et, presque toujours, un *diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure*. Pour quelques auteurs le diastasis est la condition essentielle de la fracture de Dupuytren.

b. *Cliniquement* par une *déviation* du pied en dehors et souvent en arrière accompagnée d'une *déformation dite en coup de hache* située au niveau du point de fracture du péroné.

Suivant que le trait de fracture du péroné siège à un niveau plus ou moins élevé, entre 9 et 4 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe, on a affaire à la *variété haute* (type classique) ou *basse*, type sur lequel le professeur Quénu a récemment appelé l'attention.

Il y a, on le voit, dans la plupart des cas des lésions du tibia. Les fractures de Dupuytren sont donc théoriquement des fractures de jambe. Mais la lésion péronière primant la lésion tibiale, c'est pour cette raison qu'on les décrit comme étant des fractures du péroné, ou plus exactement des *fractures à type péronier* (Destot).

C'est également par un abus de langage que la plupart des auteurs les rangent dans les fractures malléolaires.

Etiologie. Fréquence. — Les fractures de Dupuytren sont très fréquentes. Ce serait même, d'après la récente statistique du professeur Quénu, les plus fréquentes du cou-de-pied puisque sur 146 cas il note 44 fractures de Dupuytren contre 40 fractures de la malléole externe venant en seconde ligne comme fréquence.

Parmi les fractures de Dupuytren, la variété basse, *géni-sus-génienne* de Quénu, est celle que l'on observe le plus souvent d'après la même statistique, 30 cas sur 44.

Causes générales. — Il n'y a pas à insister sur les causes générales, âge, sexe, maladies constitutionnelles, qui jouent ici le rôle accessoire qu'elles jouent dans toutes les fractures. Pour Destot cependant, il faudrait peut-être faire une part plus importante aux troubles de circulation du membre inférieur : varices, phlébite ancienne, « qui peuventavoir une influence fâcheuse, soit en favorisant les fractures, soit en retardant leur consolidation ».

Causes locales. — « Ces fractures résultent d'un faux pas, d'une chute sur la plante du pied, avec renversement de celui-ci en dedans ou en dehors. Souvent ce n'est pas le pied, mais la jambe, qui constitue la partie mobile. Il en est ainsi quand le pied reste fixé dans une ornière. On comprend que l'effet obtenu dans les deux cas soit identique. Quelquefois c'est en essayant par des mouvements de torsion de dégager son pied immobilisé, qu'un individu se brise les malléoles. » (Rieffel.)

Mécanisme. — Les discussions, les travaux et les expériences auxquels ont donné lieu le mécanisme des fractures de Dupuytren sont innombrables. Actuellement toutes ces théories ont perdu beaucoup de leur valeur, depuis qu'aux classifications pathogéniques des fractures du cou-de-pied on tend à substituer des classifications soit anatomo-pathologiques (Destot), soit anatomiques (Quénu). Aussi nous ne ferons que les rappeler très succinctement.

Boyer (1814) montre que dans l'abduction forcée du pied le péroné se casse par pression contre le calcanéum.

Dupuytren (1819), son élève, introduit la notion de l'arrachement par les ligaments latéraux. Pour lui quand le pied est porté en dehors il y a, soit rupture du ligament latéral interne, soit arrachement de la malléole interne, et, si l'effort continue, fracture du péroné à 2 pouces et demi au-dessus de la pointe de la malléole, par suite « du changement qui se fait dans la ligne de transmission du poids du corps. » (Malgaigne. *Fractures.*)

Maisonneuve (1840) montre que, lorsque le pied étant fléchi on porte la pointe en dehors, l'astragale tend à écarter les deux malléoles. Si les ligaments péronéo-tibiaux inférieurs résistent le péroné se brise à 5 ou 6 centimètres au-dessus de sa pointe « dans une direction constamment oblique de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans ». Si l'effort continue il y a secondairement rupture soit du ligament latéral interne, soit de la malléole interne. C'est là le mécanisme *dit de la divulsion*. D'où le nom de *fracture par divulsion de Maisonneuve* donné à la fracture de Dupuytren.

Bonnet (1845) à la suite de ses expériences insiste sur ce fait que jamais « la fracture de l'extrémité inférieure du péroné ne s'est produite au-dessus de son union avec le tibia dans un simple mouvement forcé d'abduction ou d'adduction et qu'elle avait lieu dans cet endroit dans les cas seulement où ce point de l'os était en contact avec le rebord de la table sur laquelle la jambe était fixée ». (Quénu, *Revue de chirurgie*, 1912.)

Huguier (1848) constate des résultats analogues à ceux de Maisonneuve. Mais, contrairement à ce dernier, il met en évidence ce fait qu'il peut y avoir diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure et néanmoins fracture du péroné à 3 pouces ou 2 pouces et demi, avec rupture de la malléole interne.

Tillaux (1872) dont les expériences sont restées

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 39, p. 629.

célèbres donne comme mécanisme à la fracture de Dupuytren l'abduction forcée. D'où le nom de *fracture par abduction de Tillaux*. D'après lui, les mouvements forcés en dehors amènent d'abord, soit une simple rupture du ligament latéral interne, soit, et le plus souvent, un arrachement de la malléole interne. Le pied se trouve rejeté en dehors, et l'astragale vient alors presser contre le péroné qu'il tend à écarter du tibia. « Quelquefois les ligaments péronéo-tibiaux inférieurs cèdent et il se produit une diastase de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, mais le plus ordinairement le péroné se brise au-dessus des ligaments à 6 ou 7 centimètres du sommet de la malléole et les ligaments eux-mêmes arrachent la portion de tibia sur laquelle ils s'implantent. » (Tillaux).

Honigschmied (1877) conclut de ses expériences que, dans le mouvement d'abduction forcée, ce sont d'abord les ligaments tibio-péroniers inférieurs qui arrachent un coin externe de tibia, le péroné se rompt ensuite, le trait de fracture de cet os étant en prolongement de celui du tibia comme le montre la pièce d'A. Cooper, reproduite, d'abord dans le *Traité de pathologie* de Vidal de Cassis, puis dans différents ouvrages parus depuis. Enfin, le ligament latéral interne ou la malléole interne cèdent en dernier lieu.

Souligoux (1846) reprend et confirme les expériences de son maître Tillaux. Il insiste, de plus, sur le rôle de l'astragale dont le bord externe tend à s'insinuer entre tibia et péroné pour les écarter et produire le diastasis tibio-péronier inférieur.

Telles sont les nombreuses théories touchant le mécanisme de la fracture de Dupuytren. Que faut-il en penser? Nous ne pouvons mieux faire que citer les paroles du docteur Quénu : « C'est que l'expérimentation est impuissante à reproduire exactement les lésions telles que nous les observons en clinique, elle nous donne un schéma, elle nous explique que tel mouvement forcé a des chances d'amener tel et tel dégât, elle ne peut être précise. »

Anatomie pathologique. — a) *Lésions osseuses*. — 1. *Péroné*. Le péroné est fracturé de 7 à 9 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole externe, au point, dit Destot, « où l'os devient sous-cutané et émerge des muscles de la jambe ». Le trait de fracture est presque toujours dirigé de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans.

Le fragment supérieur reste en place, et son extrémité inférieure fait saillie sous la peau. Le fragment inférieur se déplace en arrière, en dehors et fréquemment en haut.

On observe parfois une fracture comminutive du péroné (Quénu).

2. *Tibia*. Dans les cas où il y a lésion de la malléole interne on observe soit un simple arrachement de son bord inférieur, ce qui est exceptionnel, soit, et le plus souvent, une fracture transversale de sa base, beaucoup plus rarement de sa partie moyenne; cette fracture est presque toujours complète, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle est incomplète et dans ce dernier cas c'est sur la face interne de la malléole tibiale que se fait la rupture, sa face externe n'est pas divisée.

Telles sont les lésions habituellement décrites comme caractéristiques de la fracture de Dupuytren, mais le tibia présente souvent d'autres lésions.

Nous avons dit il y a un moment que pour Honigschmied, la première lésion en date dans la fracture de Dupuytren serait l'arrachement, par les ligaments péronéo-tibiaux inférieurs, d'un *coin externe* du tibia. Tillaux, à la suite de ses expériences, a insisté sur l'arrachement d'un fragment, outre la malléole interne, de l'extrémité inférieure du tibia, soit du *tubercule antérieur* de l'épiphyse, soit de son *tuber-*

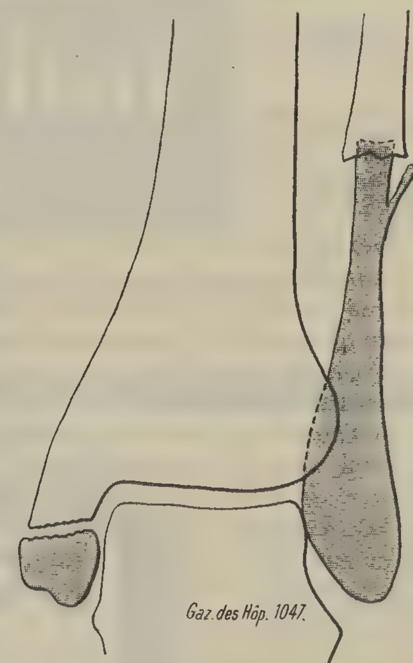


Fig. 6. — *Fracture de Dupuytren type*. — Vue de face. (Collection du docteur Demoulin.)

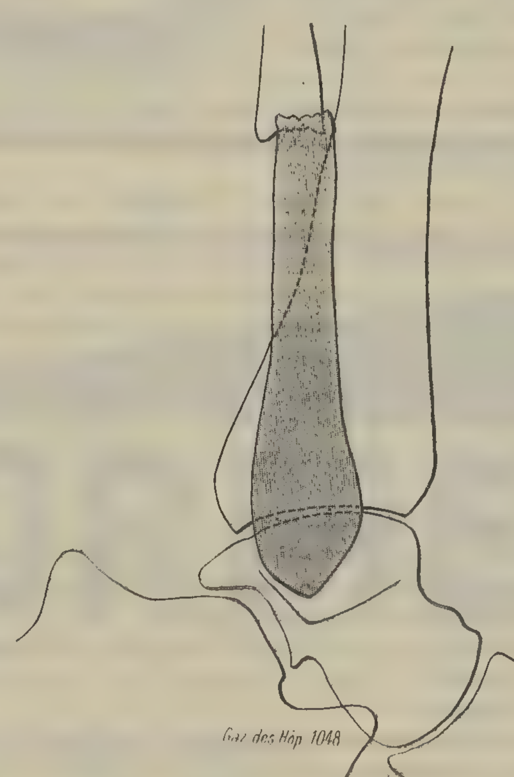


Fig. 7. — *Fracture de Dupuytren type*. La même, vue de profil.

cule postérieur; et, avant lui, Verneuil a signalé la présence dans les fractures vicieusement consolidées du cou-de-pied d'un *fragment externe* dont il n'a malheureusement pas laissé de description et qui n'a pas été exactement défini non plus dans les discussions qui ont eu lieu, en 1882, à la Société de chirurgie.

Il n'en reste pas moins vrai que l'existence dans la fracture de Dupuytren d'un fragment détaché de l'épiphyse tibiale inférieure, *fragment qui peut être externe, antérieur* ou *postérieur*, est connue depuis longtemps, et que ce fragment semble avoir été plus spécialement observé dans les cas où la fracture de Dupuytren s'accompagne de luxation du pied en arrière.

Depuis l'application de la radiographie à l'étude des fractures du cou-de-pied, on a constaté que les épreuves obtenues dans les fractures de Dupuytren, qu'elles soient hautes ou basses, montrent souvent l'existence d'un fragment arraché à la face postérieure de l'épiphyse inférieure du tibia, d'un arrachement de la marge postérieure de la surface articulaire tibio-tarsienne. C'est à cet arrachement que Chaput a donné le premier en 1908 le nom de *fracture marginale postérieure*, et il en a étudié les variétés dans son livre sur les fractures du cou-de-pied.

L'étude de cette fracture marginale postérieure a été reprise à la Société de chirurgie en 1912 et elle a duré près de trois mois. C'est le professeur Quénu qui a ouvert la discussion, prenant soin de rappeler que la fracture marginale postérieure avait été surtout bien étudiée au point de vue radiographique par M. Destot dans son livre intitulé *Traumatismes du pied et Rayons X*. Les différents orateurs qui ont pris part à la discussion ont montré par des documents bibliographiques et aussi par la présentation de pièces anciennes déposées au musée Dupuytren, que l'arrachement de la marge postérieure du tibia dans les fractures du cou-de-pied était connu depuis nombre d'années. MM. Demoulin et Souligoux ont rapproché la fracture de la marge postérieure du tibia, des arrachements signalés par Tillaux, Verneuil et se sont demandés, si ce qu'on a appelé fragment intermédiaire, fragment externe, ne serait pas dans quelques cas tout au moins la même chose que le fragment marginal postérieur. La chose est probable, et le mémoire du docteur Violet (d'Alger), (*Revue de chirurgie*, 1912) semble confirmer cette opinion.

Ce qu'il faut retenir c'est que, dans les fractures de Dupuytren, *il y a souvent sur le tibia, outre la fracture de la malléole interne, un arrachement d'une parcelle osseuse de l'épiphyse inférieure du tibia par les ligaments péronéo-tibiaux inférieurs, que ce fragment peut être antérieur, externe ou postérieur, et que l'arrachement d'un fragment postérieur paraît être de beaucoup le plus fréquent.* Quelques auteurs ont voulu voir, dans la production du fragment marginal postérieur, le résultat d'une fracture par compression, par éclatement. L'école de Paris reste fidèle à la théorie de l'arrachement par les ligaments péronéo-tibiaux inférieurs et M. Souligoux voit, dans cet arrachement, un diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, diastasis sans lequel, à son avis, la fracture de Dupuytren type ne saurait se produire.

b. *Lésions des parties molles.* — 1. *Ligament latéral interne.* — Quand la malléole interne est respectée, le ligament latéral interne est rompu. Il peut l'être dans sa totalité ou en partie, et dans ce dernier cas ce sont les fibres antérieures qui sont le plus atteintes.

D'autres fois ce sont les points d'insertion sur le calcanéum, l'astragale, le tibia surtout qui cèdent, les fibres ligamenteuses restant intactes.

2. *Ligament annulaire antérieur du tarse.* — Ce ligament, distendu quand il y a écartement des malléoles, est presque toujours rompu soit à sa partie moyenne, soit à l'une de ses extrémités. Il en résulte que les tendons extenseurs ne sont plus maintenus dans leur coulisse fibreuse et n'ont plus leur direction normale.

3. *Ligaments péronéo-tibiaux inférieurs.* — Ils sont d'ordinaire rompus quand ils n'arrachent pas leurs insertions tibiales. Cette rupture amène un *diastasis tibio-péronier* qui ici, comme dans la fracture de Maisonneuve, a donné lieu à des controverses.

Pour MM. Souligoux et Destot c'est *une condition essentielle* de la fracture de Dupuytren dans laquelle il existe toujours. Pour le professeur Quénu au contraire *on peut observer parfois son absence* même avec les déplacements caractéristiques de Dupuytren.

Néanmoins tous les auteurs sont d'accord pour insister sur *sa fréquence et son importance.*

4. *Lésions de la peau.* — Elle peut être coupée par le bord tranchant qui sépare le corps du tibia de la malléole interne arrachée : soit *primitivement*, soit *secondairement* par ulcération, si la déviation du pied n'est pas réduite. Exceptionnellement la peau de la face externe de la jambe est blessée par les fragments péroniers.

De toutes ces lésions, il résulte que *le pied est reporté en arrière et en dehors sans qu'il y ait pour cela luxation vraie de l'astragale.* Le déplacement en arrière serait d'autant plus marqué que le trait de fracture péronier siège plus haut. On dit aussi qu'il est particulièrement prononcé dans le cas de concomitance de fracture marginale postérieure du tibia. Cela n'est pas exact, car, avec une fracture marginale postérieure des plus nettes sur la radiographie, il n'y a souvent aucun déplacement du pied en arrière.

Telles sont les lésions que l'on observe dans la fracture de Dupuytren, dans sa variété haute, dans sa forme type.

Fractures de Dupuytren basses. — Ce sont les *fractures géni-sus-géniennes* de Quénu dans lesquelles le trait de fracture du péroné siège de 4 à 7 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole externe ; la fracture de la malléole interne étant du même type que dans la variété haute. Le déplacement est moins accentué que dans les fractures hautes et le diastasis tibio-péronier serait beaucoup moins fréquent.

Il faut cependant signaler une forme de diastasis particulière que l'on rencontre souvent dans ces fractures basses. Le trait de fracture du péroné partant en haut et en arrière vient aboutir oblique en bas et en avant, au niveau de l'interligne tibio-tarsien, « si bien que le fragment supérieur reste



FIG. 8. — *Fracture de Dupuytren basse avec arrachement marginal postérieur.* — Vue de profil. (Collection du docteur Demoulin.)



FIG. 9. — *Fracture de Dupuytren basse.* La même, vue de face.

fixé dans la gouttière du tibia, tandis que toute la malléole externe détachée constitue le fragment inférieur plus ou moins fixe et adhérent au ligament postérieur tibio-péronier » (Destot).

Symptômes. — Le tableau clinique de la fracture de Dupuytren est en général tout à fait caractéristique dans la variété type.

Le blessé peut parfois préciser qu'il s'est tourné le pied en dehors, qu'il a eu une sensation de craquement dans le cou-de-pied en même temps qu'il y ressentait une vive douleur. Mais bien souvent ses souvenirs manquent sur ce point d'exactitude. En général, s'il a pu se relever à grand'peine après l'accident, il lui a été impossible de marcher. Il y a donc *impotence fonctionnelle absolue* du membre blessé.

Une fois le malade couché, si on examine le membre atteint on constate immédiatement *que le pied est en valgus, que sa pointe est déviée en dehors, qu'il existe une saillie au niveau de la malléole interne et une dépression de 7 à 9 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole externe comme si le malade avait reçu en ce point un coup de hache.* Ce sont en effet les symptômes capitaux de la fracture de Dupuytren.

Malgré le *gonflement considérable* de tout le cou-de-pied, c'est le *coup de hache* de Dupuytren qui frappe tout d'abord. Il consiste en un angle plus ou moins profond ouvert en dehors siégeant, comme nous venons de le dire, à 7 ou 9 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole externe. Il est dû pour Dupuytren et pour Pott au déplacement en dedans du fragment inférieur, à son déplacement en arrière et en dehors pour Maisonneuve, le fragment supérieur immobile faisant saillie sous les téguments.

Le *pied est en valgus.* En effet, la pointe est située à 3 ou 4 centimètres en dehors du point qu'elle devrait occuper. La plante du pied a tendance à regarder en dehors. Par contre le talon est dévié en sens inverse de la pointe, il est dirigé en dedans. Il est à remarquer que, tout en étant en valgus, le pied est presque toujours *dans une légère extension* sur la jambe, ce qui augmente un peu la courbure à concavité postérieure du tendon d'Achille, et entraîne l'effacement des gouttières rétromalléolaires. Il résulte de cette déviation que l'*axe de la jambe* prolongé tombe en dedans du bord interne du pied au lieu de passer par le bord interne du deuxième métatarsien comme normalement.

A la face interne du cou-de-pied on voit à l'examen un *relief* formé par la malléole interne, ou par sa base si elle a été fracturée, et dans ce dernier cas cette base forme une crête tranchante sur laquelle les téguments sont tendus, prêts à se sectionner.

On constate enfin à l'inspection une *ecchymose* siégeant non seulement en dehors, mais encore en avant et en dedans, et des *phlyctènes* fréquemment. Ces dernières occupent surtout la face interne du cou-de pied.

Une palpation prudente de la région confirmera les renseignements fournis par la vue. On provoquera de la *douleur* au niveau du trait de fracture péronier, au niveau de la malléole interne si elle est brisée, au niveau du ligament latéral interne si elle est intacte.

Cet ensemble symptomatique doit permettre de faire le diagnostic de fracture de Dupuytren, mais comme dans ce cas on connaît la fréquence, la nécessité pour certains du *diastasis tibio-péronier*, on sera amené à en rechercher immédiatement les symptômes.

C'est d'abord une *douleur vive* à la pression sié-

geant au niveau de l'interligne tibio-péronier. C'est ensuite un *écartement* exagéré des malléoles. L'examen au compas d'épaisseur montrera que l'espace intermalléolaire est augmenté de 5, 6, 10 et même 15 millimètres par rapport à celui du côté opposé. C'est un signe infidèle et en tous cas bien difficile à chercher vu le gonflement habituel du cou-de-pied. C'est enfin le *signe du ballottement astragalien*. Pour rechercher ce signe il faut immobiliser la jambe d'une main, saisir l'astragale de l'autre main embrassant la concavité plantaire. On imprime au pied des *mouvements de latéralité et non de torsion*, et on perçoit le choc des faces latérales de l'astragale contre les parois de la mortaise. M. Demoulin, d'accord en cela avec Hennequin, s'élève contre cette façon clinique d'interpréter ce dernier symptôme. D'après lui, *pour que le ballottement astragalien puisse se produire il faut que la malléole interne soit intacte, ou, fait exceptionnel, que sa fracture soit incomplète. En effet, le péroné brisé suit fatalement le déplacement de l'astragale en dehors, mais quand on ramène le pied en dedans si la malléole interne est intacte on aura le choc de la face interne de l'astragale contre la face externe de la malléole interne. Si au contraire la malléole interne est divisée à sa base elle suivra forcément le déplacement en dedans du pied, puisqu'elle adhère à l'astragale et au calcanéum par ses ligaments. On n'aura alors ni choc, ni ballottement, mais un mouvement de translation du pied en dedans comme on l'avait précédemment en dehors*

Tels sont les signes cliniques si caractéristiques de la fracture de Dupuytren type.

Evolution. — Dans les cas à évolution ordinaire, la consolidation a lieu environ en six semaines. Le cal formé est en règle générale un cal osseux. Cependant du côté du péroné il se peut que dans certains cas la réunion soit fibreuse.

Formes cliniques. — a. *Fractures basses.* — Dans ces formes les symptômes sont moins accusés que dans la forme type : le coup de hache manque souvent. Le déplacement postérieur est peu marqué. Le pied est surtout porté en dehors.

b. *Fractures chez l'enfant.* — La fracture de Dupuytren revêt chez l'enfant un type spécial sur lequel ont insisté le professeur Kirmisson, MM. Broca, Dumoulin et Donay. Elle est caractérisée par une fracture du péroné à son tiers inférieur, s'accompagnant non pas d'une fracture malléolaire interne comme chez l'adulte, mais d'une disjonction diaphyso-épiphysaire du tibia.

Pour le professeur Quénu il est inexact de ranger cette forme dans les fractures de Dupuytren. Pour lui c'est une fracture sus-malléolaire de la variété tibio-supramalléolaire de sa nomenclature.

Pronostic. — Quoi qu'en ait dit Dupuytren le pronostic des fractures bimalléolaires par abduction est *toujours sérieux*. C'est l'avis de la majorité des chirurgiens ainsi qu'il ressort de la discussion soulevée par M. Chaput à la Société de chirurgie, en 1907. Elles sont graves « en raison de la tendance incessante que présente le pied à se placer en subluxation postéro-externe et des suites fâcheuses qu'entraîne ce déplacement lorsqu'il n'est pas corrigé, qu'il est méconnu ou mal traité. La fracture se consolide alors d'une façon défectueuse. La persistance d'un déplacement et d'une déformation, même très peu accusés, peut avoir et a en général les conséquences les plus funestes » (Rieffel).

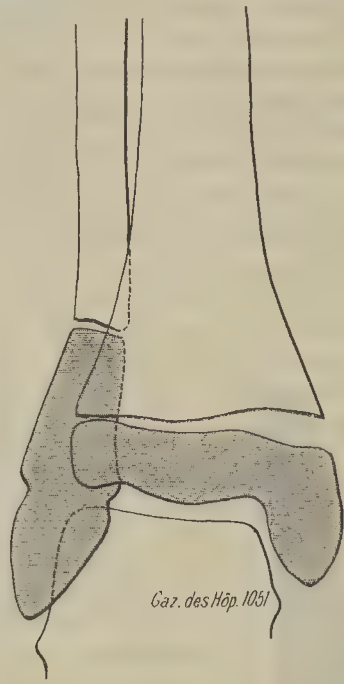


Fig. 10. — *Fracture de Dupuytren chez l'enfant.* — Vue de face. (Collection du docteur Demoulin.)



Fig. 11. — *Fracture de Dupuytren chez l'enfant.* — La même, vue par sa partie antéro-externe.

Le pronostic peut encore être aggravé par des complications diverses.

Complications. — Nous ne nous inquiéterons pas ici des complications telles que les embolies, l'œdème, les troubles trophiques, les douleurs persistantes, l'atrophie musculaire que l'on observe dans

toutes les fractures. Nous n'envisagerons ici que les complications spéciales à la fracture de Dupuytren.

On peut les diviser en *complications immédiates* et en *complications médiates*.

A. *Complications immédiates.* — a. *Plaie des téguments.* — Nous avons vu plus haut quelle était l'origine de ces plaies. Quand elles existent la fracture devient une fracture ouverte, et le malade, si on n'y remédie pas, est susceptible de présenter toute la série des infections locale et générale que l'on peut observer dans ce cas.

b. *Diastasis tibio-péronier.* — C'est plutôt un symptôme qu'une complication. Nous nous sommes précédemment expliqués sur lui et sur les signes qui

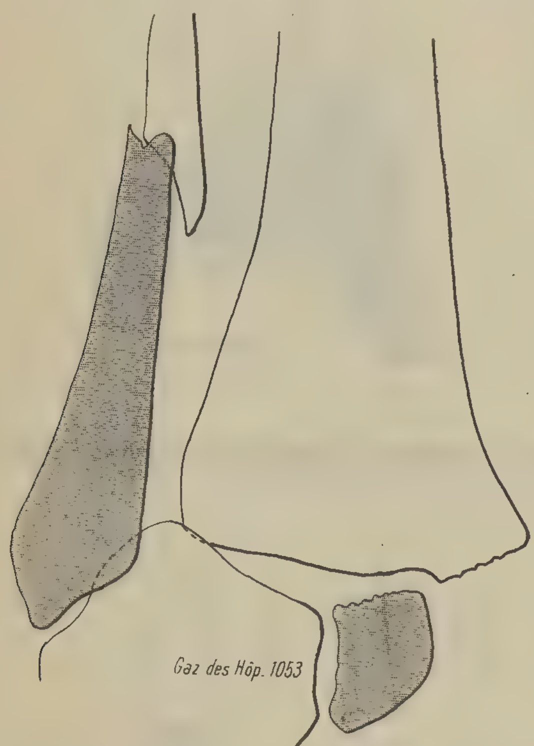


Fig. 12 — *Fracture de Dupuytren vue de face avec diastasis tibio-péronier énorme.* — On voit l'astragale qui tend à s'insinuer par son angle supéro-externe entre le tibia et le péroné pour les écarter l'un de l'autre conformément à la théorie de M. Souligoux. (Collection du docteur Demoulin.)

permettent de le reconnaître cliniquement. Ajoutons que seule la radiographie peut établir une certitude au sujet de son existence, en se rappelant bien à la lecture du cliché la situation normale du péroné par rapport au tibia, le tubercule antérieur de ce dernier empiétant de 1 centimètre environ sur le premier, comme l'a montré M. Chaput.

c. *Subluxation du pied en arrière.* — Objet de nombreuses discussions à la Société de chirurgie, en 1912, la subluxation du pied en arrière dans la fracture de Dupuytren serait due, pour le professeur Quénu, à la présence d'une *fracture marginale postérieure* concomitante, jointe à une *libération de la malléole externe* par rapport au tibia, et « cette libération est réalisée, dit-il, soit par un diastasis tibio-péronier, soit par le siège bas et l'obliquité de la fracture malléolaire externe, soit enfin par l'obliquité extrême du trait de fracture quand le siège de celle-ci est non plus la malléole, mais le péroné ». Pour M. Souligoux la présence d'un fragment marginal postérieur



Fig. 13. — *Fracture de Dupuytren avec luxation du pied en arrière* — Diastasis tibio-péronier, fracture marginale postérieure, dislocation de la mortaise tibio-tarsienne. (Collection du docteur Demoulin.)

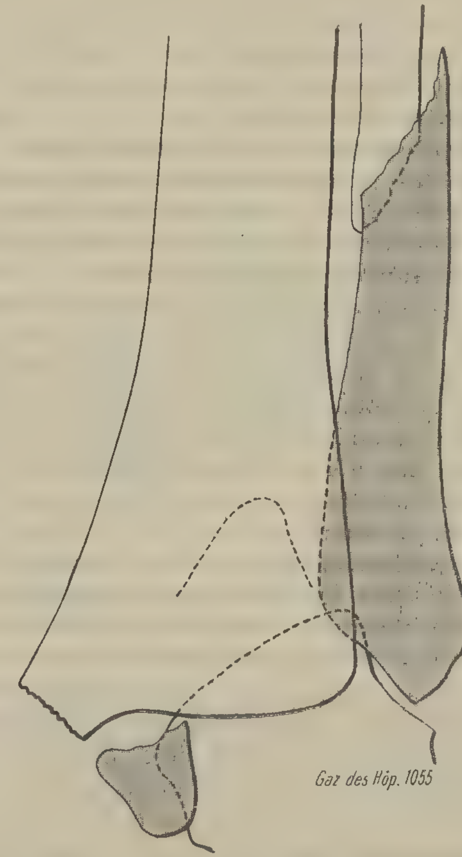


Fig. 14. — La même vue de face montrant la déviation du pied en dehors et le fragment marginal postérieur sous forme de delta. (Collection du docteur Demoulin.)

n'est pas la condition nécessaire de la subluxation, il faut pour lui qu'il existe une *dislocation* des articulations tibio-péronière inférieure et tibio-tarsienne. C'est également l'avis de M. Demoulin. Et de fait il existe de nombreux cas de fractures de Dupuytren avec subluxation du pied en arrière sans qu'il y ait coexistence de fracture marginale postérieure, à l'examen radiographique.

Cliniquement cette subluxation est caractérisée par un *raccourcissement du dos du pied* qui semble diminué de longueur. Les tendons extenseurs trop longs forment un *relief* derrière lequel on perçoit une *saillie* formée par le bulbe inférieur du tibia qui tend à se subluxer en avant et en dedans. Par contre à l'examen de la face postérieure du cou-de-pied, le talon est repoussé en arrière, ce qui se traduit par une *exagération très marquée de la concavité postérieure* du tendon d'Achille.

d. *Fracture marginale postérieure.* — C'est une complication fréquente. Est-il possible cliniquement de faire le diagnostic d'une fracture marginale postérieure? Cela semble impossible ou tout au moins bien difficile, car tous les signes donnés par le professeur Quénu, par M. Destot, s'appliquent à la fracture marginale postérieure isolée. Le seul signe, d'après le professeur Quénu, permettant de conclure à la présence d'un fragment postérieur dans la fracture de Dupuytren est la constatation d'une subluxation du pied en arrière. Or, nous venons de voir, il y a un instant, que fracture marginale postérieure et subluxation du pied en arrière ne sont pas forcément liés l'un à l'autre. En réalité c'est la *radiographie* seule qui pourra donner des renseignements à ce sujet.

B. *Complications médiates.* — Très bien étudiées par Destot qui leur consacre un long chapitre. Ce sont les *déformations tardives*, *secondaires* par opposition aux déformations primitives dues à un manque de réduction immédiate. Elles apparaissent un temps plus ou moins long après la levée de l'appareil.

On les a attribuées tour à tour : *a*) à la *prédominance d'action des muscles péroniers-latéraux*; *b*) à l'*insuffisance du cal*, cédant sous le poids du corps. le cal, en effet, dans ces cas serait fibreux ou incomplètement ossifié, ceci résultant de la petitesse des fragments, de leur trop faible vascularisation (Delbet), de troubles nerveux (Mailly et Richon), d'un défaut de nutrition de l'os par immobilisation prolongée (Lucas-Championnière); *c*) à la *permission donnée trop tôt au malade de marcher* (Sébileau et Blaise).

Pour Destot ces déformations secondaires « sont dues à un défaut primitif dans la réduction ». « Le processus ne se fait pas dans le cal, mais dans le pied. »

Dans la fracture de Dupuytren on observe deux variétés du déplacement : 1. le déplacement en dehors ; 2. le déplacement en arrière.

1. *Déplacement en dehors.* — Consécutif surtout aux lésions de la mortaise, à un défaut de réduction du diastasis tibio-péronier ou des arrachements osseux équivalents. Il donne lieu à un *pied plat valgus traumatique*, pouvant parfois s'accompagner d'équinisme, ou plus rarement d'un pied talus.

2. *Déplacement en arrière.* — Est très souvent, pour certains, la résultante d'une fracture marginale postérieure méconnue ou mal réduite compliquant la fracture malléolaire. Cependant, comme le reconnaît lui-même Destot, il se peut que dans certains cas le diastasis ait été suffisant pour laisser échapper le pied en arrière sans fracturer l'apophyse postérieure du tibia.

Très souvent ces deux déplacements s'associent et on a un *déplacement postéro-externe* dans lequel la déviation latérale est très considérable par rapport à la postérieure.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général très facile dans le type haut, car, comme le dit Trélat, la *fracture de Dupuytren crève les yeux par la grossièreté de ses signes.* Il est déjà plus délicat dans le type bas, le plus fréquent pour le professeur Quénu.

On éliminera tout d'abord les *fractures sus-malléolaires*, surtout la variété dans laquelle le trait est oblique en bas et en avant et qui simule une fracture de Dupuytren avec subluxation du pied en arrière. Mais dans ces cas un examen attentif montrera qu'il n'y a pas de déformation externe, que le coup de hache manque. La palpation révèle la présence du trait de fracture sur le corps du tibia et non sur la malléole interne. La *fracture par adduction* de Tillaux se reconnaîtra à l'absence de déformation en valgus, de coup de hache, l'histoire du malade qui pourra raconter parfois qu'il s'est tordu le pied en dedans.

Le diagnostic sera plus délicat quand la malléole interne n'aura pas été brisée, quand le déplacement du pied sera peu marqué ou anormal, ceci surtout dans les variétés basses. L'examen attentif de la région, l'aide de la radiographie permettront dans les cas douteux de poser le diagnostic de fracture de Dupuytren.

Il faut également savoir que le déplacement nul au moment de la fracture peut apparaître par la suite, soit brusquement au cours d'un examen clinique, soit lentement.

La fracture de Dupuytren reconnue, il faudra soigneusement rechercher s'il n'existe pas de complications, aggravant le pronostic et réclamant un traitement spécial telles que le diastasis ou une fracture marginale postérieure. Et à ce sujet, comme le fait remarquer M. Demoulin, il ne faudra pas confondre, semble-t-il, une petite fracture marginale postérieure, simple arrachement, postéro-externe le plus souvent, d'une parcelle du tibia compliquant une fracture de Dupuytren, avec une *fracture marginale postérieure étendue, fracture du tibia* remontant haut à 7 ou 8 centimètres au delà de l'interligne articulaire tibio-tarsien, refendant la malléole interne, compliquée de fracture de l'extrémité inférieure du péroné.

Enfin devant un pied plat traumatique il faudra savoir reconnaître comme cause une ancienne fracture de Dupuytren et ne pas le confondre avec les *déformations en arc* dues à une fracture sus-articulaire ; les *pieds plats congénitaux* ; les *pieds plats de l'adolescence* ; les *pieds plats consécutifs à des fractures de l'astragale.*

Traitement. — Le traitement de la fracture de Dupuytren est extrêmement important, on doit y apporter tous ses soins pour ne pas risquer de voir par la suite se développer des complications qui ont parfois un résultat funeste sur le fonctionnement du membre blessé. « Le chirurgien est ici responsable du résultat qu'il obtient. » (Berger.)

Nous envisagerons d'abord le cas d'une fracture de Dupuytren simple. Puis nous verrons comment on peut prévenir ou combattre diverses complications et enfin comment on peut traiter secondairement une fracture vicieusement consolidée.

Fracture de Dupuytren simple. — Il faut réduire la fracture et l'immobiliser de la façon la plus exacte.

1° *Réduction.* — Il est préférable quand on le peut de pratiquer l'*anesthésie générale*, surtout quand on redoute quelque difficulté.

La réduction se fait en général facilement. Il faut tirer sur le pied, le ramener dans l'axe de la jambe, l'attirer en dedans. « Souvent il est utile qu'un aide repousse en même temps l'extrémité de la jambe en dehors. » (Rieffel.) Pour que cette réduction soit bonne, elle doit corriger le valgus. « On ne doit jamais se contenter d'une réduction approximative et il faut à tout prix obtenir une correction parfaite. » (Rieffel.)

2° *Contention.* — Ceci fait, Destot conseille d'immobiliser le membre pendant huit jours dans un *appareil ouaté compressif*. Quénu pense que deux ou trois jours suffisent.

Quoi qu'il en soit la contention définitive doit être pratiquée au moyen d'un *appareil plâtré*, le plus usité étant la gouttière de Maisonneuve.

Pendant qu'on la prépare Destot recommande d'appliquer une *bande d'Esmarch* enroulée fortement sur le membre et qui « rendra les plus grands services pour réduire le diastasis et empêcher l'écartement des malléoles ».

On applique ensuite suivant les préceptes ordinaires la gouttière plâtrée qui doit maintenir le pied à angle droit, talon en varus. « Dans les manœuvres indirectes qui complètent la réduction directe, il faut s'abstenir de toucher à l'avant-pied pour éviter que la pointe du pied ne se mette en adduction, car ce mouvement entraîne la massue péronière en avant et détruit la déclinaison normale des os de la jambe en élargissant la pince malléolaire. » (Destot.)

3° *Soins consécutifs.* — L'appareil doit être très surveillé car les déformations peuvent se reproduire dans le plâtre. Il arrive en effet fréquemment qu'au bout d'une quinzaine de jours par suite de la disparition du gonflement de l'œdème et par suite de l'atrophie musculaire le membre joue dans sa gouttière. Il ne faut pas alors hésiter à en refaire une nouvelle.

Si on le peut il faudra vérifier de nouveau l'état des fragments par la radiographie pour faire en cas de besoin les retouches nécessaires.

Vers le vingt-cinquième jour on rendra la gouttière amovible pour frictionner et masser le membre. Ce n'est qu'au bout de cinq semaines qu'on enlèvera définitivement l'appareil après avoir au préalable reconnu l'état de solidité du cal.

Au bout de six semaines on permettra la marche avec des béquilles, et progressivement le malade reprendra l'usage de son membre.

Nous ne parlerons pas comme moyen de traitement de l'*attelle interne avec coussin* de Dupuytren. On ne peut actuellement que la considérer comme un appareil d'urgence.

Complications. — a. *Plaie des téguments.* Elles demandent une *réduction immédiate* de la fracture de Dupuytren. Elles guérissent d'ordinaire assez facilement sous l'action d'une asepsie rigoureuse, pourvu que cette désinfection soit hâtive.

Si le malade, quand on le voit, est déjà gravement infecté, présentant des phénomènes locaux et généraux marqués, il faut pratiquer l'*arthrotomie* de façon à drainer largement l'articulation. Dans des cas particulièrement intenses on peut être amené à pratiquer l'*astragalectomie* pour assurer un meilleur drainage.

Exceptionnels actuellement sont les cas où on est obligé de recourir à l'*amputation* du membre infecté.

b. *Impossibilité de réduction.* — Il est rare que sous anesthésie on n'arrive pas à réduire correctement une fracture de Dupuytren. Dans le cas où la réduction ne serait pas possible il ne faudrait pas hésiter à *ouvrir le foyer de fracture* pour constater et supprimer la cause d'irréductibilité. Certains en ont profité pour pratiquer dans ce cas la *suture primitive* des fragments (Houzel, Gangolphe). C'est le traitement dernièrement proposé par Riche.

c. *Diastasis.* — Exceptionnellement dans une fracture récente le diastasis sera difficile à corriger complètement. Il faut essayer de « réduire directement la massue péronière, ramener de force l'os dans sa gouttière tibiale, même avec un serre-joints de menuisier garni de caoutchouc » (Destot). Peut-être pourrait-on essayer de « resserrer les deux parties constituantes de la mortaise soit à l'aide d'une vis, soit à l'aide d'un boulonnage, peut-être y aurait-il intérêt à faire précéder ce serrage de la mortaise disjointe d'une exploration directe de l'articulation tibio-péronière inférieure afin d'enlever les débris parcellaires osseux ou périostique pouvant mettre obstacle à la réduction » (Quénu).

d. *Subluxation en arrière.* — Doit être corrigée avec le plus grand soin. Il faut dans ce cas, dit Destot, prendre le talon à pleine main et tirer directement en bas, solidement « comme qui arrache une botte » : « On voit au bout de quelques moments le pied, dont la pointe avait décrit un quart de cercle en dehors, exécuter spontanément une rotation analogue à celle d'une tête tournant dans le bassin pendant l'accouchement et brusquement la luxation tibio-tarsienne se réduit avec un véritable claquement, le coup de hache disparaît de lui-même. » (Destot.) Il faut alors s'assurer de la liberté de la flexion dorsale forcée et s'assurer que l'extrémité inférieure du tibia ne fait pas de saillie antérieure. On fixe alors le pied à angle droit par une attelle comme dans les cas simples.

e. *Fracture marginale postérieure.* — Quand le fragment est un peu volumineux il faut essayer de le faire descendre par la flexion dorsale forcée du pied.

Aussi faudra-t-il fixer, dans ce cas, par un appareil plâtré, le pied non pas à angle droit sur la jambe mais à angle aigu (Destot).

Fractures vicieusement consolidées. — Les traitements proposés sont innombrables. Une étude détaillée en existe dans la thèse de Froget. Nous ne pouvons ici qu'en faire une brève énumération : *traitement orthopédique*, *sections tendineuses*, *ostéoclasie*, *ostéotomies* simples ou doubles, linéaires, obliques, cunéiformes; *résections* typiques ou atypiques, *astragalectomie*.

Tous ces procédés ont donné à leurs auteurs de bons ou de mauvais résultats suivant les cas. Il faut en somme être éclectique.

Nous avons vu que le plus souvent le déplacement était postéro-externe avec prédominance tantôt de la déviation en dehors, tantôt de la déviation en arrière.

a. Si le déplacement en dehors prédomine, il semble assez logique de se conduire de la façon suivante :

1° Si la fracture est récente, datant de moins de deux mois on peut essayer l'*ostéoclasie simple manuelle* (Duplay, Demoulin, Junot), et redresser le pied.

2° Si cette méthode échoue on fera une *ostéotomie du péroné* qui permettra parfois à elle seule ce redressement (Kirmisson).

3° Sinon on ira voir du côté de la malléole interne, qui est souvent couchée sous le plateau tibial s'opposant ainsi à la réduction; il faudra *la dégager*, la refouler en dedans, *la suturer* si possible, au besoin *la réséquer*.

4° Quénu conseille d'aller toujours voir du côté de l'articulation péronéo-tibiale inférieure et d'*enlever la masse* formée par les ligaments arrachés présentant des ostéophytes néoformés, par les fragments osseux arrachés au tibia de façon à rétablir le lit du péroné, au besoin on fixera cet os par *un vissage*.

5° Si on n'obtient pas encore de résultat on essaiera de faire une *résection* transversale ou cunéiforme du plateau tibial.

6° Enfin si toutes ces manœuvres ont échoué on aura en dernier lieu recours à l'*astragalectomie*.

b. Si c'est le déplacement en arrière qui prédomine on pourra avec Destot suivre cette ligne de conduite :

1° « *Ostéotomie du péroné*, mobilisation, essai de réduction normale. »

2° Si on échoue, aller au moyen d'un ostéotome *abraser l'apophyse postérieure du tibia*, l'enlever et essayer de réduire de nouveau.

3° Si on échoue encore on passe par en avant. « On insinue entre le plateau tibial et la face supérieure de l'astragale le manche d'un davier de Farabeuf et on *abaisse ainsi fortement l'astragale* que l'on réduit facilement. »

On ne doit en aucun cas se contenter de réséquer la moue antérieure que forme l'extrémité inférieure du tibia subluxé en avant.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AUVRAY. *Soc. de chir.*, 1912.

BONNET. *Maladies des articulations*, 1845. — BOYER. *Traité des maladies chirurgicales*, 1814. — BROCA. *Soc. de chir.*, 1912.

CALLENDER. *St. Bartholomew's Hospital Report*, VI, 1870. — CHAPUT. *Soc. de chir.*, 1907, 1912, 1913; — *Fractures malléolaires du cou-de-pied*, 1908. — COUETTE. Th. de Paris, 1881.

DAMAYE et BLIN. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1888. — DELBET. *Cliniques chirurgicales*, 1899; — *Rev. de chir.*, 1902. — DEMOULIN. *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus; — *Manuel de diagnostic chirurgical* de Duplay, Rochard et Demoulin; — Th. Junot; — *Soc. de chir.*, 1912-1913. — DESTOT. *Traumatismes du pied et rayons X*; — *Rev. de chir.*, 1912; — *Congr. de chir.*, 1912. — *Dictionnaire Dechambre.* Paulet et Chauvel : « Pied ». — *Dictionnaire Jaccoud-Delorme* : « Pied ». — DUMOLLARD. Th. de Lyon, 1882. — DUPLAY. *Soc. de chir.*, 1880; — *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1900; — *Union méd.*, 1894. — DUPLAY et RECLUS. *Traité de chirurgie Dupuytren*; — *Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux et hospices civils de Paris*, 1819.

FROGET. Th. de Paris, 1910.

GANGOLPHE. *Lyon méd.*, 1890-1891. — GÉRARD-MARCHANT. *France méd.*, 1889.

HERGOTT. *Soc. méd. du Haut-Rhin.*, 1854. — HONIGSCHMIED. *Deut. Zeit. f. Chir.*, VIII, 1877. — HUGUIER. *Union méd.*, 1848.

JUNOT. Th. de Paris, 1893.

KIRMISSON. *Leçons sur les maladies de l'appareil locomoteur*, Paris, 1890; — *Soc. de chir.*, 1898, 1912.

LE DENTU et DELBET. *Traité de chirurgie.* — LE FORT. *Bull. gén. de thérap.*, 1886. — LEROY. Th. de Paris, 1887. — LEVRAT. *Lyon méd.*, 1882. — LOTZBECK. *Allg. milit. arztl. Zeitung*, 1866.

MAC COSH. *New-York med. Rec.*, 1890. — MAISONNEUVE. *Arch. de méd.*, 1840. — MALGAIGNE. *Traité des fractures et des luxations*, 1847. — MALLY et RICHON. *Rev. de chir.*, 1902. — MAUCLAIRE. *Soc. de chir.*, 1912. — MULLER. *Soc. méd. du Haut-Rhin*, 1854.

NÉLATON. *Éléments de pathologie chirurgicale.* — NEPVEU. *Soc. de chir.*, 1882.

PERRIN. *Soc. de chir.*, 1880. — PIERSON. *New-York med. Rec.*, 1890.

QUÉNU. *Rev. de chir.*, 1907, 1912; — *Soc. de chir.*, 1912-1913.

RAYMONDAUD. *Journ. de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne*, 1883. — RICARD et DEMOULIN. *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus. — RICHE. *Soc. de chir.*, 1913. — RICHET. *Union méd.*, 1875. — RIEFFEL. *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet.

SÉBILEAU et BLAISE. *Arch. gén. de méd.*, 1886. — SJOBERG. *Eira*, 1894, XVIII, 8. — SOULIGOUX. *Congr. de chir.*, 1896; — *Soc. de chir.*, 1912-1913.

TERRIER. *Soc. de chir.*, 1880. — THIBIERGE. *France méd.*, 1889. — TIETZE. *Arch. f. klin. chir.*, 1894. — TILLAUX. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1872; — *Gaz. hebd.*, 1872; — *Gaz. des hôpit.*, 1886; — *Traité d'anatomie topographique.* — TISSERAND. Th. de Paris, 1880.

VERNEUIL. *Soc. de chir.*, 1882-1884. — VIALET. *Rev. de chir.*, 1912. — VOILLEMIER. *Cliniques chirurgicales*, 1862.

WAGSTAFFE. *St. Thomas Hosp. Rep.*, 1875. — WEBER. *Soc. méd. du Haut-Rhin*, 1854. — WEIR. *New-York med. Journ.*, 1888.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1913)

Indépendance de la sécrétion uréique et de la sécrétion glycosique provoquée par la phloridzine. — MM. H. CHABANIER et OVELL ont recherché l'action de la glycosurie phloridzique sur la sécrétion de l'urée. Pour comparer le sang et l'urine, ils ont étudié les variations du rapport indiqué par Ambard et Moreno :

$$\frac{\text{Urée du sang}}{\sqrt{\text{Débit urée urine à 25 p. 1 000}}} = \text{constante uréo-sécrétoire.}$$

Chez six sujets à jeun (de façon à être dans des conditions

où la sécrétion rénale est sensiblement constante pendant un certain temps du moins), ils ont constaté que la constante uréo-sécrétoire ne présente pas de variations appréciables sous l'influence de la glycosurie phloridzique. Ambard et Weill ayant constaté la même indépendance de la constante uréo-sécrétoire vis-à-vis des variations du débit chloruré, il semble bien que la constante uréo-sécrétoire soit indépendante des diverses substances éliminées par le rein.

MM. Chabanier et Ovell ont également recherché l'action de la glycosurie phloridzique sur le seuil des chlorures : ils ont constaté des variations faibles (0gr10 environ) et non toujours dans le même sens; on ne peut donc conclure à une action nette de la sécrétion extemporanée du glucose sur le seuil des chlorures.

Ce fait peut présenter un certain intérêt en ce qui concerne le mécanisme de la glycosurie phloridzique; actuellement la plupart des auteurs admettent qu'elle relève d'un abaissement du seuil du glucose sans hyperglycémie.

Dans cette hypothèse on pouvait se demander s'il n'y avait pas abaissement simultané du seuil des chlorures, or, ce seuil bouge à peine, mais comme nous ignorons si les seuils des différentes substances peuvent ou non varier indépendamment les uns des autres, on ne peut actuellement rien conclure en ce qui concerne la nature de la glycosurie phloridzique.

Des corpuscules salivaires. — MM. RETTERER et LELIÈVRE. La salive fraîche des glandes muqueuses contient : 1° des lambeaux de cellules muqueuses; 2° des cellules libres. Dans la chambre humide, toutes les cellules de la salive deviennent libres et figurent des lymphocytes et des polynucléaires qui constituent les corpuscules salivaires. Ces déformations des cellules muqueuses sont dues à l'hydratation et à la fonte partielle du cytoplasma. L'amiboïsme des corpuscules salivaires n'est que l'expression du même phénomène régressif. Ces corpuscules salivaires proviennent des cellules de revêtement des glandes muqueuses; les leucocytes hématogènes ne prennent aucune part à leur formation.

Toxicité du cerveau dans le choc peptonique. — MM. ACHARD et FLANDIN ont constaté que, dans le choc peptonique, dont on connaît la grande ressemblance avec le choc anaphylactique, le cerveau était toxique pour l'animal neuf de même espèce, comme dans le choc anaphylactique.

Recherchant ensuite si la préparation d'animaux non carnivores (lapins et cobayes) par l'ingestion de viande crue, soit pendant un jour seulement, soit pendant vingt-cinq jours, pouvait influencer le choc peptonique, ils n'ont constaté aucune différence. Ils n'en ont pas trouvé davantage, selon que la peptone injectée avait été faite avec la viande de même espèce que celle dont les animaux avaient été nourris, ou avec la viande d'une autre espèce.

Des accidents de choc peuvent être produits par l'injection de sérum hétérogène et par celle d'antipyrine chez le cobaye. Mais dans ces cas, le cerveau ne s'est pas montré toxique.

C'est donc la peptone qui détermine les accidents les plus semblables à ceux du choc anaphylactique. Mais il ne s'ensuit pas qu'il faille identifier l'anaphylaxie à l'intoxication peptonique. Si le mécanisme du choc peut être le même dans les deux cas, les circonstances qui produisent l'anaphylaxie restent très spéciales; l'anaphylaxie existe en dehors du choc et peut se traduire par d'autres manifestations que le choc.

Existe-t-il une action désanaphylactisante propre aux eaux minérales? (Première note : recherches sur quelques eaux transportées.) — Des expériences récentes ont paru mettre cette action en évidence en ce qui concerne certaines eaux employées aux sources mêmes. MM. A. CHASSEVANT, J. GALUP et J. POIHOT-DELPECH ne l'ont pas trouvée pour les eaux transportées de quelques sources, qui cependant, par leur spécialisation particulière, agissent d'après une théorie récente, contre des états anaphylactiques. Aussi ces expériences seront-elles reprises, cet été, aux sources mêmes, car l'action désanaphylactisante des eaux se perd peut-être rapidement comme leur pouvoir radioactif.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 21 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 22 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
3e (oral, 2e partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mercredi 23 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
3e (oral, 1re partie).
3e (oral, 2e partie, 1re, 2e, 3e et 4e séries).

Jeudi 24 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries).

Vendredi 25 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (oral, 1re et 2e parties). — 4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 26 avril, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 23 avril à une heure. — M. HINTZY. Contribution à l'étude des lésions traumatiques de l'orbite chez le nouveau-né au cours de l'accouchement. (MM. Pinard, président; Reclus, Marfan et Couvelaire.) — M. LESCURAS. Le traitement des plaies par la teinture d'iode. (MM. Reclus, président; Pinard, Marfan et Couvelaire.) — M. SEGARD. Etude sur la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. Le diagnostic des formes latentes et frustes. (MM. Marfan, président; Pinard, Reclus et Couvelaire.) — M. GALLAS. De l'ulcère du duodénum chez le nouveau-né et chez le nourrisson. (MM. Marfan, président; Pinard, Reclus et Couvelaire.)

Jeudi 24 avril, à une heure. — M. FOURNIER. Les urétrocèdes chez l'homme. (MM. Pozzi, président; Widal, Nobécourt et Chevassu.) — M. POUPKO. Etiologie et pathogénie des fibromes. (MM. Pozzi, président; Widal, Nobécourt et Chevassu.) — M. LOGRE. Œdèmes infectieux du poumon. (MM. Widal, président; Pozzi, Nobécourt et Chevassu.) — M. GENDRON. Etude clinique des tumeurs de la moelle et des méninges spinales. Contribution à l'étude des localisations médullaires en hauteur. (MM. Widal, président; Pozzi, Nobécourt et Chevassu.) — M. LE SAVOUREUX. Contribution à l'étude des perversions de l'instinct de conservation : le spleen. (MM. Gilbert Ballet, président; Achard, Claude et Rathery.) — M. LUCAS. De l'homogénéisation des crachats et de son importance dans le diagnostic de la tuberculose. (MM. Achard, président; Gilbert Ballet, Claude et Rathery.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Tuberculose du larynx et des voies aériennes supérieures, par F.-J. COLLET, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux. Un vol. in-18 jésus, relié peau pleine, de 870 p., avec 94 fig. dans le texte et 16 pl. hors texte, dont 8 en coul. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin et fils.

N° 43. — MARDI 15 AVRIL 1913. 86e ANNÉE. MARDI 15 AVRIL 1913. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 11 avril. — MM. Roux, 27; Gasne, 21; Guimbellot et Capette, 23.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Composition écrite.* — Séance du 7 avril. — Question donnée : « Anatomie, histologie et développement du corps ciliaire. — Physiologie de l'humeur acqueuse. »

Séance du 9 avril. — Ont obtenu : MM. Coutelas, 29; Cerise, 27; Chenet, 26.

— Concours de l'internat de Brévannes. — Le jury est définitivement composé de MM. Sainton, Crouzon et Mocquot.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Epreuve écrite.* — Séance du 11 avril 1913. — MM. Moure, 24; Pascalis, 26; Wolfromm, 21.

Séance du 12 avril. — MM. Brocq, 19; Cruet, 25; Mondor, 20; Mornard, 22.

— Concours de l'adjuvat. — *Epreuve écrite.* — Séance du 12 avril. — MM. Bloch (René), 24; Bergeret et Maurer, 25.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Tours. — Un concours s'ouvrira, le 17 novembre 1913, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés dans les corps de sapeurs pompiers des départements :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le docteur Pierre Lemaistre, à Limoges.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Toxier à Plouha, Montier à Angers, Cretal à Arras.

MARINE. — M. le médecin de première classe Ployé, du port de Toulon, est désigné pour faire partie de la mission qui, sous la direction de M. de Payer, doit se rendre à l'archipel François-Joseph.

M. le médecin de première classe Fichet, du port de Lorient, en service au cinquième dépôt des équipages de la flotte, a été désigné pour être adjoint au professeur de bactériologie à l'école d'application de Toulon.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 9 avril 1913 :

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Couturier, à la direction du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée; Godeau, aux troupes d'occupation du Maroc oriental; de Saint-Vincent de Parois, à l'école militaire préparatoire de l'artillerie et du génie; de Kermabon, au 11e bataillon de chasseurs à pied; Hornus (P.), aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Grenier est désigné pour la Tunisie; Hornus (G.) passe au 8e dragons; Vincent, au 59e d'artillerie; Jandot dit Danjou, au 105e d'infanterie; Cristau est désigné pour l'Algérie.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Heuraux passe au 18e dragons; Médan, aux troupes d'occupation du Maroc oriental; Lescuyer, au 14e chasseurs à cheval; Lefebvre, au 9e bataillon de chasseurs à pied; Torresse, au 86e d'infanterie; Pitois, au 30e dragons; Gaud, au 4e d'infanterie; Mallet, au 66e d'infanterie; Péré, au 107e d'infanterie; Risser, au 30e dragons; Detis et Sarrat sont mis hors cadres aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Galou passe au 138e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Duché, Gromier et Métivier sont désignés, sur leur demande, pour les troupes d'occupation du Maroc occidental.

— Service de santé militaire. — Des concours seront ouverts, le 2 décembre 1913, à neuf heures du matin, à l'école d'application du service de santé militaire, pour l'admission à quarante emplois de médecin aide-major de deuxième classe et à trois emplois de pharmacien aide-major de deuxième classe, élèves à ladite école.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe ayant eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1913 et ayant satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étudiants en médecine [ou en pharmacie qui ne sont

pas encore en possession du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe sont également autorisés à concourir, sous réserve de l'annulation de leur admission s'ils ne sont pas reçus docteur ou pharmacien de première classe avant le 31 décembre 1913.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées au ministre de la guerre (7e direction, 1er bureau), avant le 15 novembre 1913.

Les programmes arrêtés le 5 avril 1913 donnant les conditions de ces concours sont insérés au Bulletin officiel du ministère de la guerre (partie semi-permanente).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Héry (de Paris) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES SOCIALES (16, rue de la Sorbonne). — M. le professeur Grasset (de Montpellier) fera le mercredi 16 avril, à cinq heures et demie, une conférence sur *le Crime*.

La conférence sera présidée par M. Jean Gruppi, ancien garde des sceaux.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — ENSEIGNEMENTS COLONIAUX. — La préparation des candidats aux diplômes d'études coloniales est faite à l'école de médecine et de pharmacie de Marseille depuis le 10 avril, les cours dureront jusqu'au 30 juin 1913.

Voici le programme des cours :

M. TREILLE, professeur de clinique des maladies exotiques : Maladies des professions maritimes et coloniales, maladies des marins, chauffeurs, mécaniciens, matelots de pont, etc., dans les mers chaudes, consécutives aux influences climatériques et aux milieux spéciaux des colonies. Maladies des résidents coloniaux, recherches cliniques sur le sang et les humeurs, dans les maladies tropicales parasitaires rapportées à Marseille.

M. GAUTHIER, chargé de cours de pathologie et de bactériologie des maladies coloniales, suppléé par M. Raybaud : Les maladies coloniales, technique microscopique, son application, diagnostic de ces maladies.

M. Jacob DE CORDEMOY, chargé de cours d'histoire naturelle coloniale : Les hématozoaires, leur biologie, leur rôle en pathologie exotique, les mycoses.

M. REYNAUD, chargé de cours d'hygiène coloniale et climatologie : Hygiène des pays chauds, épidémiologie des pays chauds.

LES EUNUQUES D'APRÈS ALDUL-HAMID. — L'ex-sultan Abdul-Hamid poursuit la publication de ses mémoires. Nous en extrayons, d'après le *Temps*, le passage suivant qui traite des eunuques :

« Je ne puis comprendre, écrit-il, que des Européens s'offrent pour le service d'eunuques au harem impérial. Il n'est pas arrivé, en une semaine, moins de trois lettres : d'un musicien de Paris, d'un pharmacien allemand et d'un commerçant saxon. Ce doit être un terrible dénuement qui amène ces gens jusqu'à ce point non seulement d'abjurer leur foi, mais encore de consentir à se prêter à la mutilation. Visiblement ces hommes n'ont pas conscience de la tristesse de ce sort : être eunuque. Et moins encore paraissent-ils savoir que je suis depuis longtemps d'avis de mettre fin chez nous à cette coutume barbare. Ne doit-on pas plaindre ces pauvres êtres que la cupidité des parents a vendus dès leur jeunesse pour les livrer à un triste dépérissement ? — A ce que m'a assuré Mavrogeny (1), environ 70 p. 100 succombent à la castration. — Il faut finir par supprimer cette institution des eunuques. De vieilles gens fourbus peuvent très bien faire le service du harem. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Tribaudeau (de Tunis).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. *Chirurgie générale.* — Docteur ARROU (hôpital de la Pitié). — Jeudi, opérations au pavillon Gerdy, de neuf heures à midi.

Lundi et vendredi, de dix heures à onze heures et demie, examen des malades au point de vue pratique exclusivement.

Docteur SOULIGOUX (hôpital de la Charité). — Les lundis et vendredis, examen des malades par les élèves.

(1) Mavrogeny pacha médecin particulier du sultan.

Le mercredi, leçon avec examen des malades.

Les mardis, jeudis et samedis, opérations.

Ophtalmologie. — Docteur DUPUY-DUTEMPS (hôpital Saint-Antoine). — Enseignement clinique d'ophtalmologie.

Le docteur Dupuy-Dutemps fera, tous les jeudis, à onze heures, une leçon clinique avec présentation des malades.

Les lundis, mercredis, jeudis, samedis, à neuf heures et demie, consultation et examen des malades.

Le jeudi, à dix heures, opérations; à onze heures, leçon clinique.

Docteur POULARD (Hôpital Beaujon). — Tous les matins, à neuf heures, examen des malades; jeudi, opérations.

Enseignement de l'ophtalmologie pratique aux médecins (un mois de présence).

Conférences d'ophtalmologie pratique. Elles sont gratuites. Pour faciliter l'organisation de ces conférences, s'inscrire auprès du docteur Canque, assistant d'ophtalmologie à l'hôpital des Enfants-Malades.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Ascension.* — A l'occasion des fêtes de l'Ascension, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 29 avril 1913, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 6 mai, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

— *Stations thermales desservies par le réseau P.-L.-M.* : Aix-les-Bains, Besançon, Châtelguyon, Évian-les-Bains, Fumades-les-Bains (Saint-Julien-les-Fumades), Genève, Menthon (lac d'Annecy), Royat, Thonon-les-Bains, Uriage (Grenoble), Vals, Vichy, etc.

Billets d'aller et retour collectifs (de famille), 1re, 2e et 3e classes, valables 33 jours avec faculté de prolongation, délivrés du 1er mai au 15 octobre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., aux familles d'au moins trois personnes.

Minimum de parcours simple : 150 kilomètres.

Prix : les deux premières personnes paient le tarif général, la troisième personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la quatrième et les suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Arrêts facultatifs aux gares de l'itinéraire.

Demander les billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

Nota. — Il peut être délivré à un ou plusieurs des voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt) à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille, entre le point de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

FORMULAIRE

DÉSINFECTION DES RASOIRS ET DES TONDEUSES (1). — Ces instruments peuvent transmettre, comme l'ont constaté un grand nombre d'hygiénistes, les maladies contagieuses de l'un à l'autre des clients d'un coiffeur. Aussi est-il recommandé de les désinfecter avant emploi par immersion dans un liquide antiseptique convenable. Au lieu des solutions phéniquées ou métalliques diverses, M. Périn préconise l'usage du liquide :

Essence de Wintergreen......	30 grammes.
Teinture de quillaya..........	6 grammes.
Eau........................	6 litres.

peut-être un peu coûteux, mais d'odeur agréable, non toxique, ni irritant. Quant aux propriétés antiseptiques, elles seraient particulièrement puissantes.

(1) *Journ. de pharm. et de chim.*, 16 mars 1913.

RADIOGRAPHIES D'OSTÉOMYÉLITES

Par MM. BROCA,
Professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades,
et PHILBERT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Le diagnostic d'une ostéomyélite, surtout s'il s'agit d'une forme chronique ou larvée, présente souvent de grandes difficultés; aussi très tôt on a songé à adjoindre à la clinique le précieux concours de la radiographie.

Il faut, bien entendu, que le processus ostéomyélitique, processus par excellence de destruction et de néoformation osseuse, dure déjà depuis un certain temps pour être décelable aux rayons Roentgen et les premières modifications appréciables de l'aspect radiologique auraient été notées à la fin du second septénaire. Nous n'avons pu vérifier cette assertion, nos radiographies ayant été faites au moins un mois après le début. Nous ne croyons pas, en effet, que la radiographie soit utile pour établir le diagnostic précoce d'une ostéomyélite aiguë. Le premier phénomène est, en effet, une raréfaction osseuse, dont nous donnerons quelques exemples; mais elle n'est pas appréciable au bout de deux à trois jours; or, il faut au chirurgien un diagnostic à peu près immédiat. Qu'il faille du temps pour que des modifications soient visibles, cela ressort de certains examens pratiqués, à distance du foyer initial et principal, sur des foyers secondaires, cliniquement suppurés même, sans que rien d'anormal apparaisse sur le cliché. Nous en relatons un exemple.



Fig. 1. — *Obs. I.*

La radiographie, néanmoins, sera souvent utile, pour nous faire reconnaître des foyers multiples. Et d'autre part, elle est d'un intérêt réel, dans les formes subaiguës ou chroniques, pour nous permettre de différencier les variétés anatomiques de l'ostéite suppurante, séquestrante, condensante ou hyperostosante, pour nous permettre de préciser le siège et l'étendue de ces différents processus et par suite pour servir souvent de guide à l'intervention. Dans les formes primitivement subaiguës ou chroniques, lorsque fait défaut le début aigu cliniquement caractéristique, elle permet certains diagnostics avec des lésions syphilitiques, tuberculeuses ou même néoplasiques.

Observation I. — Sch... Louis, dix ans, atteint depuis le 21 décembre 1912 d'ostéomyélite subaiguë de l'extrémité inférieure du tibia ayant déjà nécessité l'incision d'une collection prémalléolaire, entre dans le service le 23 janvier 1913. A l'examen, on constate un tibia épaissi dans toute sa hauteur et fistulisé au niveau de l'incision. La radiographie pratiquée le même jour nous offre une image typique de raréfaction osseuse étendue à toute la diaphyse tibiale. Non seulement la gaine de tissu compact qui entoure normalement la cavité médullaire est amincie, mais encore elle est détruite par endroits. Nous voyons en effet à la partie moyenne du bord interne du tibia une trépanation spontanée. En outre les fines stries que l'on aperçoit sur l'image d'un os sain empruntent ici un caractère de cannelures, de sillons plus ou moins profonds et plus ou moins obliques. On comprend facilement comment cette raréfaction osseuse peut donner lieu à des perforations, comment des lamelles osseuses peuvent, en se détachant, donner lieu à des séquestres lamellaires.

Mais à cette ostéite raréfiante s'ajoute encore une hyperostose claire et estompée parce qu'elle est jeune, plus épaisse en haut qu'en bas et à contour nettement irrégulier donnant à l'os l'aspect massif et bossué si caractéristique de l'ostéomyélite. Enfin la radiographie de l'avant-bras droit du même sujet est absolument négative, tandis que cliniquement on note au niveau du cubitus, tiers moyen, une périostose peut-être ramollie du volume d'une noisette.

Obs. II. — G... René, trois ans, est atteint le 30 décembre 1911 d'ostéomyélite subaiguë de l'extrémité supérieure du péroné. Le 3 janvier, incision à ce niveau d'une collection sous-périostée. Radiographié le 30 janvier, juste un mois après le début, nous apercevons (fig. 2) une raréfaction osseuse du tiers supérieur de la diaphyse péronière. La coque



Fig. 2. — *Obs. II.*



Fig. 2 *bis*. — *Obs. II.*

compacte qui entoure le canal médullaire est non seulement très amincie, mais même a disparu au niveau du bulbe. Par contre, on note déjà une hyperostose irrégulière bosselée, se prolongeant sur la diaphyse jusqu'à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Elle est surtout extrêmement marquée au niveau de la tête du péroné.

Obs. III. — M... Madeleine, neuf ans, radiographiée le 13 décembre 1911, un mois et demi après le début d'une ostéomyélite subaiguë de l'extrémité supérieure du péroné, ayant nécessité une première intervention en province. Nous voyons (fig. 3) une usure sous-périostée de la diaphyse péronière dans son quart supérieur, une clarté anormale du canal médullaire due à la raréfaction extrême de la couche compacte qui l'entoure. Cette couche compacte est d'ailleurs usée et détruite du côté interne. Enfin notons autour de la diaphyse péronière une hyperostose, qui commence vers le milieu de cette diaphyse. Cette hyperostose est formée par la superposition de couches périostiques qui se distinguent nettement grâce aux variations d'ombre; la plus jeune chronologiquement est la plus claire.

Sur le cliché de profil (fig. 3 *bis*), nous remarquons encore que la diaphyse péronière présente une ombre plus foncée



FIG. 3. — *Obs. III.*



FIG. 3 *bis*. — *Obs. III.*

dans sa partie moyenne; il semble donc qu'il y ait eu à ce niveau un processus d'ostéite condensante.

OBS. IV. — B... Marius, trois ans, atteint depuis juin 1911 d'ostéomyélite subaiguë de l'extrémité inférieure du tibia gauche, fut radiographié le 25 juillet 1911. Nous constatons (fig. 4) que les deux tiers supérieurs de la diaphyse tibiale sont frappés d'ostéite condensante, ostéite qui masque en partie la lumière du canal médullaire, tandis que le tiers inférieur de cette même diaphyse nous offre un aspect très net de raréfaction osseuse. On a absolument l'impression que l'opération pratiquée à ce niveau mettra à nu de nombreuses cavités remplies de pus et de fongosités et permettra d'extraire quelques séquestres lamellaires. Cette opinion se trouva d'ailleurs pleinement corroborée le 28 juillet 1911.

Signalons encore une hyperostose surtout très nette en bas mais se prolongeant néanmoins jusqu'à l'extrémité supérieure de la diaphyse.

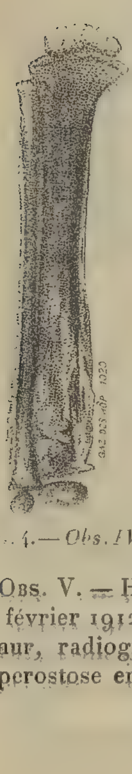


FIG. 4. — *Obs. IV.*



FIG. 5. — *Obs. V.*



FIG. 5 *bis*. — *Obs. V.*

OBS. V. — H... Raymond, six ans et demi, atteint depuis le 1er février 1912 d'ostéomyélite subaiguë du tiers inférieur du fémur, radiographié le 9 juillet 1912, présente (fig. 5) une hyperostose en massue du tiers inférieur du fémur, hyperostose qui laisse facilement reconnaître sur le profil (fig. 5 *bis*) les différentes couches de périostite qui la constituent. Sur la diaphyse ancienne se voit une zone de condensation osseuse, s'étendant environ jusqu'au sommet de la bifurcation de la ligne âpre, zone de condensation indiquée par la teinte foncée de l'ombre. Au-dessous de cette zone la diaphyse nous offre alternativement des petites aires compactes et raréfiées. Enfin signalons encore à la partie supéro-interne du tibia une périostose très nette. Cette périostose est séparée par une mince lame de tissu compact d'une zone claire ovalaire siégeant en plein tibia et indiquant un foyer purulent.

L'opération pratiquée le 12 juillet montra, au niveau du fémur, des fongosités, du pus et de petits séquestres. Le foyer tibial avait été évidé le 20 mai.

OBS. VI. — L... Jean, cinq ans et demi, atteint d'ostéomyélite prolongée de l'extrémité inférieure du tibia depuis décembre 1910, présente sur une radiographie (fig. 6), faite en décembre 1911, une hyperostose et une condensation du tibia contribuant toutes deux à voiler la lumière du canal médullaire à la partie supérieure. Au niveau du bulbe inférieur de l'os on aperçoit deux zones ovalaires de raréfaction osseuse, mais c'est surtout à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur que la radiographie décèle une zone claire ovalaire à grand axe parallèle à l'axe tibial, zone entourée elle-même d'une zone de tissu condensé et contenant à l'intérieur une ombre noirâtre, parallèle à l'axe tibial, indiquant un séquestre, et des ombres plus floues indiquant des fongosités.



FIG. 6. — *Obs. VI.*

OBS. VII. — B... Raymond, dix ans, atteint le 24 janvier 1912 d'ostéomyélite aiguë du tibia gauche *consécutive à une*



FIG. 7. — *Obs. VII.*



FIG. 7 *bis*. — *Obs. VII.*

fièvre typhoïde, nous offre à la radiographie (fig. 7), le 17 mai 1912, une zone ovalaire floue [illegible] is nettement plus claire

que celle des parties avoisinantes. Cette zone est située à l'union du quart moyen et du quart inférieur de la diaphyse. Sur le cliché de profil (fig. 7 *bis*), elle circonscrit dans une sorte de croissant en demi-lune un morceau de la crête tibiale, nous donnant là l'impression d'un séquestre, tant il semble détaché du reste de la diaphyse et noyé dans les fongosités. Cette interprétation correspondait d'ailleurs à l'examen clinique. Le stylet conduisait en effet sur un os sec et carié et l'ablation de ce séquestre et des fongosités qui l'entouraient pratiquée le 20 mai 1912 amena la guérison.

Nous ferons remarquer que le foyer de cette ostéomyélite typhoïdique est limité, diaphysaire et cortical.

Obs. VIII. — D..., Paul fut atteint d'ostéomyélite aiguë multiple à point de départ partie supérieure du tibia gauche en décembre 1909. Sur la radiographie (fig. 8), faite le 27 août 1910, nous voyons un tibia hyperostosé et atteint d'ostéite condensante manifeste dans ses deux tiers supérieurs. Cette ostéite masque complètement à ce niveau la lumière du canal médullaire. Mais ce qui est surtout intéressant, c'est une zone claire allongée suivant l'axe tibial, zone située entre l'ostéite condensante et l'hyperostose et qui n'est autre qu'une cavité séquestrale évidée chirurgicalement.

Il y a quelque analogie radiographique avec le cas précédent, mais la partie atteinte de la diaphyse est beaucoup plus longue, et il y a raréfaction certaine de la région bulbaire.







Fig. 8. — *Obs. VIII.* Fig. 9. — *Obs. IX.* Fig. 9 *bis.* — *Obs. IX.*

Obs. IX. — C..., atteint d'ostéomyélite chronique d'emblée du tibia montre à la radiographie (fig. 9) faite en septembre 1910 : 1° une hyperostose entourant l'extrémité supérieure du tibia, hyperostose plus développée en dehors ; 2° une zone claire centrale entourée elle-même d'une ombre noirâtre décelant de l'ostéite condensante.

Ce sont là les caractères typiques d'un *abcès ostéomyélitique*, l'évidement pratiqué en septembre 1910 permit d'évacuer un foyer purulent à staphylocoques et amena la guérison.

Obs. X. — Nous apercevons (fig. 10) la radiographie d'une ostéomyélite chronique d'emblée du grand trochanter et du col. Nous notons un épaississement en massue du tiers supérieur du fémur dû à une hyperostose marquée et à de l'ostéite condensante. Le contour décelé par les bords du grand trochanter est flou et irrégulier et l'ombre qui le révèle est plus ou moins noyée indistinctement dans celle des parties molles. Près du sommet du grand trochanter, on remarque une zone de raréfaction osseuse. Enfin signalons un degré assez marqué de coxa vara, le contour flou des bords supérieur et inférieur du col et quelques zones de raréfaction décelables à sa surface.



Fig. 10. — *Obs. X.*



Fig. 11. — *Obs. XI.*

Obs. XI. — Sch... Georges, quinze ans, atteint en 1902 d'ostéomyélite à foyers multiples ayant débuté par le calcanéum, revient le 14 août 1909 pour ostéomyélite larvée du cubitus gauche. L'histoire clinique est comparable à celle du sujet I, où l'on ne voit rien d'anormal au cubitus. Il est à noter que lors de la maladie initiale, sept ans auparavant, on avait constaté une douleur et du gonflement passager de la région. Radiographié le jour même, nous voyons (fig. 11) sur le cubitus à l'union du tiers moyen et du tissu inférieur une tache claire de la grosseur d'une noisette. Cette tache claire est située au milieu d'une virole d'ostéite condensante qui se prolonge assez loin en haut et en bas sur la diaphyse. La lame de tissu compact qui la sépare du périoste en dedans est assez mince et floue. Enfin faisons remarquer encore à ce niveau une légère hyperostose.

L'opération pratiquée le 16 août 1909 montra un périoste épaissi et au-dessous de lui un orifice communiquant avec la cavité centrale, orifice par lequel on fait sourdre du pus. La trépanation et le curettage de la cavité amenèrent la guérison.

De ces quelques observations avec opérations à l'appui il nous semble pouvoir déduire les faits suivants.

A une période assez rapprochée du début la radiographie d'une ostéomyélite subaiguë nous offre généralement une image de raréfaction osseuse. Cette dernière commence au niveau du bulbe, mais peut s'étendre plus ou moins loin sur la diaphyse, franchir même le cartilage de conjugaison, envahir l'épiphyse et par suite l'article.

A cette première phase succède le plus souvent une réaction de défense, qui se manifeste par deux processus : d'une part l'hyperostose, d'autre part l'ostéite condensante.

Or l'hyperostose qui est souvent massive, irrégulière, estompée quand elle est jeune, devient plus

nette et plus précise avec le temps. Elle peut parfois être boursouflée, conséquence d'un décollement périostique dû le plus souvent à la présence d'un abcès. D'autres fois elle présente un aspect stratifié indiquant ainsi des poussées successives d'ostéomyélite.

L'ostéite condensante se traduit radiographiquement par une opacité de la zone compacte, opacité qui peut aller jusqu'à masquer complètement la lumière du canal médullaire.

L'abcès au contraire se révèle à l'examen par une tache claire intradiaphysaire presque toujours juxta-épiphysaire. Il est le plus souvent unique et encerclé par une zone d'ostéosclérose qui est elle-même souvent doublée par de la périostite hypertrophiante.

Les fongosités se révèlent par des ombres peu marquées et floues. Les séquestres noyés dans ces fongosités sont parfaitement visibles sous forme de lames noires.

Enfin signalons encore que la difficulté du diagnostic radiologique sera d'autant plus grande que l'extension des lésions sera moindre et que ostéite et périostite seront moins accentuées.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

[VIIe SESSION, LILLE, 25-28 MARS 1913 (1).]

Communications diverses. — MM. WALLICH et ABRAMI étudient les *modifications du sang dans les anémies par hémorragies obstétricales.* En présence d'une femme ayant une métrite hémorragique, un placenta prævia, une question angoissante se pose : quand faut-il intervenir? Les auteurs, tout en reconnaissant la valeur classique de la tachycardie persistante (PINARD), proposent un nouveau critérium, fondé sur les résultats de l'examen du sang. Dans les hémorragies légères, il y a simplement anisocytose; l'hémorragie acquiert-elle une moyenne intensité, on voit, en plus, survenir la poïkilokytose; devient-elle grave, aux modifications précédentes s'ajoute l'apparition d'hématies nucléées. M. FABRE (de Lyon) a cherché à *inscrire la contraction utérine.* Sa méthode lui permet d'apprécier l'effet des médicaments ocytociques et des calmants; elle lui a montré qu'en cas d'infection survenant pendant les suites de couches les contractions utérines disparaissent. M. DE LANGENHAGEN (de Luxeuil) insiste sur l'*emploi abusif et inconsidéré des irrigations vaginales trop chaudes en gynécologie.* Certaines femmes prennent couramment et sans raison des injections à 50-52 degrés. Ces injections conviennent lorsqu'il s'agit de combattre des hémorragies liées aux fibromes, à la ménopause, etc., mais elles sont nuisibles aux neuro-arthritiques, excitables, sujettes à une poussée congestive, et qui ont des lésions mal éteintes.

A cette catégorie de malades, on recommandera les injections tièdes (38-42 degrés) qui ont une action sédative marquée. Le professeur PINARD rappelle que, dans les résultats des injections, la pression joue un rôle aussi important que la température et qu'il faut, non donner une douche, mais pratiquer la balnéation vaginale. M. JAYLE signale les dangers des canules à double courant qui facilitent la production de brûlures vaginales. M. HÉRAUD (de Luxeuil) conteste les chiffres fournis par M. de Langenhagen relativement à la température des eaux de Luxeuil. M. POZZI appuie les observations de M. PINARD.

M. H. BARNSBY (de Tours) étudie l'*hystérectomie par décollation antérieure*, procédé de choix dans l'ablation de ces volumineux pyo-salpinx qui remplissent le Douglas et rendent inaccessible la face postérieure de l'utérus.

En effet : 1° On taille dès le début un lambeau péritonéal antérieur qui servira ultérieurement à recouvrir les surfaces dénudées qui résultent du décollement des annexes très adhérentes. 2°. On lie les pédicules utérins avant d'aborder le décollement du pyo-salpinx. On fait ainsi l'hémostase préventive, c'est-à-dire une opération exsangue. 3° Toutes les difficultés siègent en arrière, et, pour opérer vite, il faut bien voir. Or, pour bien voir les annexes volumineuses remplissant le Douglas, la première chose à faire est de couper le col utérin. 4° Si l'on commence le décollement des adhérences par l'abdomen, on s'attaque d'abord à un diaphragme fibreux résistant et impénétrable; si l'on commence par en bas, on ne rencontre que des adhérences lâches et, quand on prend par-dessous ce diaphragme fibreux adhérentiel, on le voit s'effondrer rapidement. Les adhérences sont libérées avec une facilité extraordinaire. 5° En suivant cette méthode, on aura sur le petit bassin un accès excessivement large; on pourra très facilement décoller les annexes de bas en haut sans aucune crainte de rupture; si par hasard on ouvre une poche, on sera protégé par le diaphragme fibreux circonférenciel et on ne courra pas les grands risques d'infection de la grande cavité. On peut dire qu'on opère ainsi dans une cavité fermée.

De M. POZZI, une importante communication sur les *rétrécissements larges du col utérin.* Il s'agit d'un type clinique nouveau, comparable au rétrécissement large de l'urètre, et caractérisé par une sténose relative de l'orifice externe et par l'accumulation de mucus purulent dans la cavité cervicale dilatée. L'indication est de favoriser un drainage permanent par l'agrandissement de l'orifice externe insuffisant. La dilatation forcée échouant presque toujours, il faut recourir à la stomatoplastie, suivie d'application, sur la muqueuse cervicale, de teinture d'iode. M. POZZI a ainsi obtenu la guérison de métrites cervicales qui étaient demeurées rebelles à tout autre traitement.

Très applaudie aussi, la communication de M. SIREDEY sur le *diagnostic précoce du cancer de l'utérus.* Le plus souvent pour faire le diagnostic on se contente de l'examen clinique. Or, les signes physiques peuvent tromper. Les signes fonctionnels sont souvent tardifs. De ces derniers, le seul qui ait une valeur séméiologique, ce sont les hémorragies continues, mais si peu abondantes au début que les femmes ne leur attribuent aucune importance. Or, c'est à cette période qu'il faut faire le diagnostic. Que l'on soupçonne un cancer du corps ou du col, il est indispensable, dans tous les cas douteux, de dilater l'utérus, de faire un curettage et de procéder avec patience et méthode à l'examen histologique des débris ramenés par la curette. M. HARTMANN n'agit pas autrement, mais insiste sur la nécessité d'un curettage complet. En effet, s'il y a un petit nodule cancéreux, il pourrait passer inaperçu; s'il ne s'agit pas de cancer, on provoque la guérison. M. POZZI est partisan de la dilatation extemporanée, la dilatation lente avec une laminaire pouvant déterminer l'apparition de phénomènes septiques.

Pour M. MURET (de Lausanne) l'*incontinence d'urines* est fréquemment liée chez la femme au *prolapsus vaginal.* La paroi vaginale antérieure s'affaisse en entraînant avec elle la paroi postérieure de l'urètre dont la paroi antérieure reste fixée par des adhérences. Il en résulte une dilatation passive de l'urètre, d'où incontinence. Le traitement consiste, soit en application de pessaires spéciaux, soit en une colporraphie antérieure avec

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 38, p. 617, et n° 40, p. 651.

suture en T. M. Pozzi croit que la forme de l'incision dans la colporraphie antérieure ne doit pas être la même dans tous les cas, mais qu'elle doit varier selon les circonstances. Elle doit toujours être large, pour brider la paroi vaginale antérieure et resserrer la sangle qui soutient l'urètre. Il faut adjoindre une colporraphie postérieure. L'incision proposée par M. Muret n'est pas sans inconvénients, l'opérateur procédant à l'avivement dans une région voisine des uretères et pouvant produire involontairement une sténose des organes uretéraux, d'où phénomènes d'urémie temporaire.

M. Audebert (de Toulouse) a fait l'*étude histologique de la cicatrice utérine après la césarienne*. Pour M. Couvelaire, cette cicatrice est toujours conjonctive; les fibres musculaires ne se régénèrent pas. Si cette opinion est vraie, la césarienne doit être abandonnée, puisqu'elle laisse un utérus morcelé et exposé à se rompre lors d'une grossesse ultérieure. Dans un cas personnel, l'auteur a noté une régénération musculaire presque parfaite. Des faits analogues sont signalés par MM. Patel (de Lyon) et Pozzi.

Les *lésions de l'S iliaque au cours des affections gynécologiques* sont encore mal connues. M. Patel (de Lyon) en rapporte deux exemples : le premier cas avec un abcès intramésocolique survenu au cours d'un pyosalpinx; le deuxième, avec mésosigmoïdite rétractile au cours d'une annexite gauche. L'existence de lésions sigmoïdiennes au cours d'affections gynécologiques constitue une indication opératoire des plus formelles.

MM. Audebert et Fournier (de Toulouse) rapportent quatre observations de *grossesse compliquée de fibromes*. Dans ces quatre cas, par leur situation nettement « prævia », leur volume, leur consistance, ces fibromes semblaient devoir apporter à l'accouchement un obstacle infranchissable. Cependant, dans tous, l'accouchement fut spontané, et sans incidents opératoires. Ce fait, qui s'explique par l'ascension des fibromes, montre qu'en pareil cas il faut attendre avant d'agir et n'agir que si, malgré des contractions énergiques, la tumeur ne se modifie pas.

Les *réactions intersexuelles du sang, chez l'homme et chez le cheval*, ont été étudiées par MM. Le Lorier et Le Cointe. Pour ces auteurs : 1° le sérum de cheval entier agglutine les hématies de l'espèce cheval dans 24 p. 100 des cas; 2° le sérum de jument agglutine les hématies de l'espèce cheval dans 37 p. 100 des cas; 3° le sérum de cheval hongre agglutine les hématies de l'espèce cheval dans 27 p. 100 des cas; 4° d'une manière générale, les hématies de jument semblent plus prédisposées à l'agglutination que les hématies de cheval; 5° ces résultats peu nets sont à opposer à ceux, si typiques, que donne le sang humain.

Quelle doit être la vraie prophylaxie du cancer utérin? Grave question, à laquelle M. Bossi (de Gênes) consacre sa communication. Pour lui, si on intervient par de petites opérations, sur les lésions ulcératives chroniques du col, on empêche, d'une manière absolue, le développement de l'épithéliome du col. Le cancer de l'utérus a en effet son origine dans des lésions inflammatoires chroniques traitées longtemps avec les remèdes habituels, et surtout, avec les caustiques chimiques.

La *rupture spontanée des kystes de l'ovaire pendant l'anesthésie chirurgicale* n'est pas exceptionnelle. M. Patel (de Lyon) en rapporte deux cas authentiques. Dans les deux, la rupture ne peut pas être attribuée à l'anesthésie elle-même, mais au relâchement de la paroi abdominale au moment de l'anesthésie générale, d'où rupture d'équilibre entre les pressions intraabdominale et intrakystique.

M. Tourneux (de Toulouse) rapporte l'observation d'une jeune fille qui fut opérée de hernie inguinale; dans le sac de la hernie, on trouva la partie interne de la trompe de Fallope. Cette *hernie de la trompe de Fallope* est due sans doute à un vice d'insertion du ligament inguinal primitif au cours de l'évolution embryonnaire.

Mme Fabre (de Paris) fait une communication sur la *radiumthérapie comme adjuvant de l'exérèse des tumeurs cancéreuses* et rapporte une observation confirmative.

M. Sauvage (de Paris) a vu deux cas de *dystocie* par *œdème généralisé du fœtus*. Il existait, dans ces cas, des lésions inflammatoires des viscères fœtaux, et, dans l'un des deux, des lésions d'insuffisance rénale chez la mère. M. Pinard insiste, à ce sujet, sur l'importance du régime déchloruré au cours de la grossesse, lorsqu'on a quelque raison de redouter des troubles de l'élimination urinaire.

* * *

Le mercredi soir, *visite à l'institut Pasteur*. Le docteur Calmette nous fait les honneurs de ses beaux laboratoires, si bien agencés, nous montre comment on procède à la cueillette du venin et au gavage des cobras. Des vues cinématographiques mettent sous nos yeux des combats de serpents : la lutte se termine par le passage de l'un *in toto* dans le corps de l'autre. Devant cette « phagocytose » brutale, les dames poussent de petits cris.

* * *

Les distractions ne nous ont pas manqué. Le mardi, réception à l'hôtel de ville; le mercredi, soirée donnée par le professeur Pozzi; le jeudi, excursion aux mines de Lens et d'Aniche; le vendredi, visite au musée, sous la direction de l'aimable et érudit conservateur, M. Théodore. Tous les jours, festins de Lucullus. Professeur X..., quels vins généreux aviez-vous donc bus jeudi soir, pour vous retrouver, le lendemain matin, à Bruges? Mais, hélas! tout a une fin. Les congressistes vont se séparer. Le professeur Oui les félicite de leur assiduité; le professeur Pozzi leur donne rendez-vous à Lyon, dans deux ans. Puis c'est la dislocation, la fuite éperdue vers la gare, sous la pluie battante, sur le pavé gras...

* * *

Ainsi, entre gynécologie et obstétrique, d'une part, pédiatrie de l'autre, la séparation est désormais complète. La pédiatrie suivra seule son chemin, forte, suivant une expression célèbre, de sa vie puissante et de sa jeunesse éternelle. Mais pourquoi sa collaboration, après avoir été si longtemps sollicitée, est-elle aujourd'hui considérée comme « indésirable »? Pourquoi laisser croire que, pendant des années, on ne l'a admise dans la compagnie des autres que pour faire nombre?

B. GAYARD.

LE IVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE A BERLIN (1)

M. Delherm montre l'importance qu'il y a à rechercher la réaction tétanique chez les myopathiques, qui se produit surtout sur les muscles qui sont en apparence et cliniquement sains.

La fréquence de cette réaction est suffisante pour qu'on doive la rechercher systématiquement, car elle peut, dans certains cas, aider au diagnostic de l'affection.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 41, p. 661.

M. Delherm étudie l'action de la radiothérapie dans la sciatique.

L'irradiation a porté le plus souvent sur la région lombaire et aussi sur les points d'émergence du sciatique et les divers points douloureux, mais il semble que les résultats ne sont ni meilleurs, ni plus rapides que lorsqu'on irradie la région lombaire seule. Cependant, quand la détente ne se produit pas rapidement, on peut essayer de faire des applications sur le trajet du nerf.

M. le docteur Th. Nogier présente un radiochromoscope, appareil permettant l'estimation exacte et dans des conditions toujours comparables des doses de rayons de Roentgen.

Plus que jamais la mesure des doses de rayons X appliquées en thérapeutique est nécessaire. Cette mesure se fait actuellement à l'aide des trois instruments de Sabouraud-Noiré, de Bordier et de Holtzknecht qui sont tous trois basés sur le virage du platino-cyanure de baryum. Mais la lecture de ces instruments est faite dans des conditions trop aléatoires pour qu'ils puissent donner des indications exactes et même comparables. Nous avons insisté sur ce point dès 1911 avec le docteur Regaud au Congrès de Dijon.

Il est donc nécessaire de faire la lecture des chromoradiomètres avec une lumière *artificielle* et dans des conditions *bien définies*. C'est ce qu'on obtient au moyen du radiochromoscope de Nogier.

MM. Zimmern et Cottenot étudient l'action de la radiothérapie sur les racines des nerfs dans les cas ou il y a compression, irritation, inflammation; ils apportent un certain cas de sciatiques, de névralgies du plexus brachial, du trijumeau guéri par cette méthode.

Les mêmes auteurs ont étudié l'action des rayons sur la surrénale et sur la diminution de la tension artérielle.

***

Section de climatothérapie et de balnéothérapie. — MM. le professeur Landouzy et Heitz (de Royat) présentent un rapport sur le substratum scientifique de la balnéothérapie dont voici les conclusions :

La balnéothérapie, et surtout la crénothérapie balnéaire ont gagné à l'emploi des méthodes modernes d'exploration clinique.

La *thermométrie* a tranché d'une façon négative la question de l'existence d'une fièvre thermale.

La *balance* renseigne sur la manière dont l'organisme réagit au traitement, et sur le degré de fatigue provoqué par ce dernier.

Pour ce qui est du traitement balnéaire chez les malades atteints d'*affections nerveuses*, il ne pourra être basé scientifiquement que le jour où cette séméiotique se sera faite plus précise.

Pour le traitement des *affections du tube digestif* et de ses annexes (telles que le foie, le pancréas), pour le traitement des malades atteints dans leurs *fonctions de nutrition* (diabétiques, goutteux, etc.), une technique avertie dépendra d'études longuement suivies chez des sujets maintenus à une alimentation chiffrée en calories, et soumis à un genre de vie permettant de relever tous les éléments d'une observation complète.

Il en sera de la balnéothérapie comme de toutes les branches de l'art de guérir.

M. Linossier a traité « des cures de régime dans les villes d'eaux françaises ».

Les médecins français ont depuis longtemps demandé l'installation de tables de régime dans les hôtels des villes d'eaux; depuis quelques années ils ont vaincu la résistance des hôteliers. A Vichy, il existe trois menus différents : normal, diabétique, dyspeptique; le malade choisit dans le menu qui lui convient. L'auteur insiste sur la nécessité d'avoir des cuisiniers distincts pour chaque menu; il ne faut pas qu'il y ait possibilité de mettre de la farine pour le cuisinier des diabétiques, ni des épices pour celui des dyspeptiques. Ainsi installés ces régimes peuvent permettre aux malades d'être dans les meilleures conditions pour bénéficier de leur cure hydrominérale; mais les médecins français n'ont pas la prétention de faire une véritable cure de sanatorium dans leurs villes d'eaux.

Section de diététique. — Pour le traitement des diabétiques et de l'acidose en particulier M. von Noorden montra les résultats obtenus par la farine d'avoine; M. Blum, les bons effets obtenus par la cure de légumes verts.

M. Marcel Labbé corapporteur conclut :

Le régime mixte carné avec réduction des hydrates de carbone a l'avantage d'être bien supporté et de lutter contre l'hyperglycémie et la dénutrition azotée; mais il a l'inconvénient de conduire à l'acidose.

Le régime lacté, les cures de céréales, la cure de légumineuses sont utiles contre l'acidose, mais ont l'inconvénient d'augmenter l'hyperglycémie.

Ces cures paraissent agir surtout par la substitution à l'albumine carnée de l'albumine végétale, moins cétogène; des trois, la plus avantageuse et la mieux supportée est la cure de légumineuses.

Les cures de jeûne agissent favorablement sur l'hyperglycémie et sur l'acidose.

Les rapporteurs de la question de la goutte étaient M. Minkowski (de Breslau), A. Garrod (de Londres) et Le Gendre (de Paris).

M. Le Gendre exposa dans son rapport les idées de l'école française et du professeur Bouchard sur les diverses modalités de la goutte avec ces trois formes : digestive, angionéphrétique et neuro-arthritique héréditaire.

Il conclut qu'il n'y a pas un régime unique à appliquer aux goutteux et que ce régime doit varier suivant que le sujet est floride ou asthénique, qu'il présente ou non des tares viscérales. Les nouveaux essais de jeûne systématique appliqués aux goutteux ne semblent pas devoir donner des résultats dans tous les cas.

Pendant la période aiguë, il y a lieu de donner un régime liquide (lait, eau) et ensuite hydro-lacto-végétarien.

Section de kinésithérapie. — M. Calvé (de Berck) montre l'action de l'héliothérapie; Ménard, sur la physiothérapie des affections articulaires.

M. Maurice Faure (de Lamalou) fait deux communications sur les principes directeurs de l'éducation des mouvements et la méthode de rééducation motrice.

Ces deux communications résument, dans une vue d'ensemble, les recherches de l'auteur exposées dans les divers travaux qu'il a publiés durant ces dernières années.

M. le professeur O. Foerster, rapporteur, traite de la rééducation motrice en général, de la théorie et du principe de cette méthode kinésithérapique. Dans la deuxième partie de son rapport il s'occupe de l'application de la rééducation au traitement de l'ataxie tabétique, de l'ataxie cérébelleuse et des troubles moteurs de l'athétose.

M. le docteur R. Hirschberg (de Paris), corapporteur, traite de la rééducation motrice dans les paralysies et parésies posthémiplégiques et dans les mono et paraplégies flasques. Le traitement rééducateur dans l'hémiplégie organique cérébrale est un traitement tardif et ne doit venir qu'en dernier lieu, quand tout danger de fatigue cérébrale n'est plus à craindre.

Parmi les maladies systématisées du cerveau et de la moelle le rapporteur insiste particulièrement sur les séquelles de la poliomyélite antérieure. La rééducation n'a sa raison d'être que lorsque les autres moyens de traitement aussi bien médical que chirurgical ont placé le malade dans de telles conditions, que la rééducation pourra être [illegible]ilement employée.

Dans la *maladie de Little*, la rééducation doit au contraire intervenir de très bonne heure.

Le rapporteur étudie aussi l'application de la rééducation au traitement des crampes professionnelles.

***

Une exposition intéressante était adjointe au Congrès. Il y a lieu de signaler un électrocardiographe portatif, très pratique, de la maison Siemens; de nombreux appareils en radiographie rapide ou instantanée; un appareil de Bergonié, construit par Reiniger; un merveilleux régulateur d'ampoule de Bauer, etc.

A part quelques exceptions, en particulier celle de M. Danne, les constructeurs français brillaient naturellement par leur absence.

LOUIS DELHERM.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DU TORTICOLIS ET DU LUMBAGO.

Dans le troisième volume, qui vient de paraître (1), du célèbre *Traité de thérapeutique pratique* publié jadis sous sa direction et dont il dirige de nouveau à l'heure actuelle la réédition et la transformation, le professeur Albert Robin étudie personnellement entre autres questions celle du torticolis et du lumbago.

Pour lui, le traitement de ces affections repose sur ce fait, dont il a démontré la réalité en collaboration avec M. A. Londe, que leur siège n'est pas musculaire mais réellement articulaire ou périarticulaire. L'origine est presque toujours rhumatismale, et, dit M. Albert Robin, « qu'il s'agisse de torticolis ou de lumbago, le foyer de la douleur a une articulation ou des ligaments pour siège; l'attitude vicieuse ne peut s'expliquer par une contraction musculaire primitive, et cette contraction n'est qu'un phénomène réactionnel et secondaire destiné à immobiliser l'articulation douloureuse ».

Bien entendu il n'est question dans la présente étude ni du torticolis permanent chronique, ni du torticolis spasmodique, ni enfin du torticolis oculaire, ce dernier survenant chez des enfants dont les deux yeux sont de force inégale.

Contre le torticolis et le lumbago articulaires M. Albert Robin préconise d'abord l'emploi des agents médicamentaux, puis les procédés locaux visant directement l'articulation intéressée et les muscles qui l'immobilisent.

Parmi les premiers on peut essayer du *salicylate de soude* à la dose de 4 grammes par jour, mais si l'on n'obtient pas un résultat notable en quarante-huit heures il est inutile de persévérer. On aura recours alors au *sulfate de quinine*, très vanté, et qui à la dose de 0g60 à 1 gramme, en une seule prise, pendant trois à quatre jours, fait souvent merveille dans les cas aigus et récents.

L'*antipyrine*, à la dose de 2 grammes en deux fois à quelques heures d'intervalle, peut suppléer les deux médicaments précédents. M. Albert Robin préfère la formule complexe suivante à l'antipyrine pure, car elle permet d'obtenir des effets considérables avec des doses minimes :

Antipyrine	*àâ*	0g50
Bromure d'ammonium		
Chlorhydrate de cocaïne		0g01
Valérianate de caféine		0g05

M. S. A. Pour un cachet. En donner un second une heure après si la douleur ne s'est pas atténuée.

Cette préparation, qui convient aux formes très aiguës et douloureuses, ne doit pas être continuée en cas d'insuccès.

La *salipyrine* a quelquefois, elle aussi, une action palliative dans les formes très douloureuses, par exemple sous la forme suivante :

Salipyrine	0g60
Chlorhydrate de quinine	0g15
Caféine	0g05

M. S. A. Pour un cachet. Deux semblables dans les vingt-quatre heures.

M. Albert Robin regrette que le *jaborandi* n'ait pas eu la fortune qu'il méritait, car il réussit souvent dans les cas aigus et récents où les médicaments précédents ont échoué, et il convient d'autre part aux cas déjà anciens ayant tendance à la chronicité. Ce médicament aux actions multiples, introduit en 1875 dans la thérapeutique par M. Albert Robin, a malheureusement plusieurs contre-indications dont une surtout que l'éminent thérapeute établit ainsi : « Le jaborandi ne sera employé qu'avec la plus grande circonspection quand le rhumatisme se compliquera d'affection des valvules ou du muscle cardiaque. Il conviendra de cesser l'emploi du médicament si l'on voyait survenir des épistaxis ou si plusieurs fois de suite la quantité d'urine ne revenait pas à son taux antérieur après la diaphorèse. » Si le malade est tout à fait indemne du côté cardiaque, on fera macérer 4 grammes de feuilles de jaborandi pendant douze heures dans 10 grammes d'eau-de-vie; on verse alors sur le mélange 150 grammes d'eau bouillante, on laisse infuser pendant vingt minutes en vase clos, puis l'on décante. Le liquide décanté et chaud est absorbé d'un trait le matin à jeun. Au bout de dix minutes à une demi-heure apparaissent la salivation puis la diaphorèse qui durent une heure et demie ou deux heures. « Le malade devra résister autant que possible à la soif occasionnée par l'énorme déperdition de liquide qui s'opère par les glandes salivaires et la peau. Si la soif est trop vive, il prendra de toutes petites gorgées d'une infusion très légère de menthe ou de café. Il évitera aussi d'avaler sa salive. Les vomissements qui ont été signalés pendant l'action du jaborandi sont dus, le plus souvent, à des injections immodérées de liquide, ou à la déglutition de grandes quantités de salive.

Après la sudation, le malade, essuyé et changé, gardera encore le lit pendant deux heures environ. Quoiqu'il se plaigne parfois de la faim, car le jaborandi a des propriétés apéritives manifestes, on se gardera de lui donner à manger avant l'expiration de ce délai.

S'il s'agit d'enfants de huit à quinze ans, la dose du médicament sera de 1g50 à 2 grammes.

Le jour même de la sudation, quelquefois le lendemain seulement, le patient éprouve un certain soulagement; mais il importe de réitérer de trois à six fois l'emploi du jaborandi pour obtenir une totale disparition des douleurs. Si plusieurs administrations sont nécessaires, ce qui est la règle, on laissera un jour de repos entre chacune d'elles. »

A l'appui de cette méthode thérapeutique le professeur Albert Robin cite quelques observations, vraiment démonstratives, auxquelles nous renvoyons le lecteur.

Parmi les moyens locaux nous citerons d'abord les *liniments calmants*, palliatifs précaires. Soit par exemple la formule suivante :

Baume tranquille		40	grammes
Extrait thébaïque	*àâ*	2	—
— de belladone			
— de jusquiame			
Chloroforme		10	—

Le *massage* et la *mobilisation* tiennent le premier rang parmi les moyens locaux. Souvent, le massage employé dès le début des douleurs produit rapidement la guérison. On

(1) Un vol. de 936 pages, comprenant les maladies de la nutrition, des os et articulations, maladies infectieuses, parasitaires, intoxications, empoisonnements, maladies causées par les agents physiques. — Paris, Vigot frères.

doit pour cela faire une première séance de massage doux, et si la douleur s'exaspère il y a lieu de surseoir au traitement. Le massage ne paraît pas s'appliquer de façon générale aux cas récents, en pleine poussée inflammatoire ; il convient alors d'avoir recours aux liniments calmants, puis, dès que l'exploration est mieux supportée, commencer le massage. On recherchera les points articulaires douloureux qu'on massera successivement, et, fréquemment, après une seule séance, les mouvements spontanés deviennent plus faciles. Quand les articulations vertébrales commencent à être plus libres on peut alors adjoindre au massage de douces manœuvres de mobilisation.

L'adjonction du massage à la médication par le jaborandi est tout à fait indiquée.

L'*immobilisation*, après redressement sous chloroforme de l'attitude vicieuse et suivie de l'application d'un appareil, ne conviendra qu'aux cas très anciens lorsqu'on craindra des altérations osseuses.

L'électricité et le *stypage* sont, pour M. Albert Robin, inférieurs au massage. Il repousse les pulvérisations de chlorure de méthyle qui peuvent irriter la peau et gêner les manœuvres de massage.

L'électrisation s'adresse surtout aux atrophies musculaires observées dans certains cas à longue durée.

Parmi les *injections sous-cutanées*, la morphine trouvera exceptionnellement son emploi dans les douleurs suraiguës. L'antipyrine laisse trop souvent après elle des nodosités douloureuses. Le glycérophosphate de soude à la dose de 0g20 par centimètre cube, une à deux fois par jour, a donné à M. Albert Robin d'excellents résultats dans des lumbagos anciens.

« En résumé, employer le jaborandi toutes les fois qu'il sera possible de le faire et lui associer le massage doux, suivi de mobilisation prudente des articulations atteintes. Quand le jaborandi est contre-indiqué, tenter de suite le massage, tout en employant suivant les cas le sulfate de quinine, le salicylate de soude, l'antipyrine ou la salipyrine. Enfin, dans les lumbagos récents ou chroniques non justiciables du jaborandi et difficilement accessibles au massage, tenter les injections sous-cutanées de glycérophosphate de soude. »

Telle est la conduite thérapeutique que le professeur Albert Robin appuie de son expérience et de sa grande autorité, et que nous avons jugé intéressant d'exposer sommairement ici d'après lui. A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1913)

Lésions traumatiques des ménisques intraarticulaires. — M. QUÉNU apporte, au débat soulevé sur ce sujet par M. Lejars, plusieurs observations. Un homme de vingt-six ans, en jouant au foot-ball, fait une chute sur le genou gauche. Il ressent une douleur vive et ne peut marcher ; il y a du gonflement de l'articulation. Après quelques semaines de repos et de massage il va mieux et reprend sa vie habituelle. Mais de temps en temps il est repris de douleurs, de poussées d'hydarthrose et d'une sorte de déclanchement douloureux du genou. On fait le diagnostic de corps étrangers intraarticulaires. Ce ne fut que sept ans après le début de ces accidents que M. Quénu vit ce malade. Il fit le diagnostic de lésion traumatique du ménisque interne et en pratiqua l'excision partielle. Ce malade est resté guéri, et alors qu'il ne pouvait fléchir la jambe il peut maintenant porter son talon sur la fesse.

Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans qui, à la suite d'une chute sur le genou datant de cinq semaines, souffre et ne peut plus plier sa jambe sur la cuisse. Le diagnostic était difficile. Les mouvements de flexion étaient limités. Il y avait du gonflement du genou, un peu d'hydarthrose et une certaine résistance à l'extension. Après la résection du ménisque externe déplacé, quelques massages et de la mobilisation, tous les mouvements ont été récupérés. Voilà les deux observations de M. Quénu. Il fait observer, avec M. Lejars, que les traumatismes des ménisques peuvent être variables, et indique des traitements différents. Il peut y avoir luxation, fissure ou fracture ; quant à l'inflammation, elle est généralement secondaire. Le diagnostic est-il possible ? M. Quénu le croit possible dans bien des cas. L'impossibilité permanente d'étendre complètement le genou est un signe qui, à ses yeux, a beaucoup d'importance.

Il y a aussi l'absence d'hémarthrose. Au point de vue des renseignements que peut donner la radiographie, c'est une étude à faire. Jusqu'ici elle semble n'avoir pas donné de résultats bien appréciables. On a proposé, pour la rendre plus efficace, d'injecter de l'oxygène dans l'articulation.

Le traitement de choix paraît être l'extirpation totale. Toutefois, dans un certain nombre de cas, on peut se contenter de la résection partielle du cartilage semi-lunaire.

M. MAUCLAIRE croit qu'il y a des cas de méniscite traumatique, et d'autres cas où le traumatisme a été secondaire à un état pathologique. M. Mauclaire a pu recueillir dans sa pratique personnelle quatre cas où il a pu faire le diagnostic. Il n'est pas intervenu dans ces cas, soit par suite du refus des malades de se laisser opérer, soit parce que le repos et le massage ont suffi pour faire cesser les accidents. Dans un autre cas, c'est l'extension continue qui a donné un bon résultat. La radiographie n'a rien donné de bien net. Le diagnostic peut être facilité par la constatation d'une subluxation du tibia en arrière. M. Mauclaire croit que l'une des causes de la moins grande fréquence de ces cas en France qu'en Angleterre tient à ce qu'en France les chirurgiens ouvrent moins fréquemment les genoux qu'en Angleterre. Beaucoup de ces cas de lésions des ménisques doivent passer inaperçus.

M. LEJARS constate que ses collègues ont ratifié la plupart de ses conclusions. Il revient sur le cas de Le Fort qui raconte lui-même que c'est en se mettant dans la position accroupie pour une impérieuse nécessité qu'il s'est lésé le ménisque interne et en a conservé les symptômes pendant longtemps. M. Lejars constate, comme ses collègues, que la radiographie n'a jamais rien donné dans ces cas.

A quel moment ou sous l'influence de quel mouvement de l'articulation le ménisque déplacé fait-il saillie ? C'est là une question qui a été soulevée par M. Demoulin. La plupart du temps c'est dans le mouvement d'extension forcée que le ménisque fait saillie, étant attiré, au contraire, en dedans, dans le mouvement de flexion. Mais M. Lejars a constaté des faits contradictoires à ce point de vue. Quant au traitement, c'est à l'extirpation totale qu'il faut donner la préférence. Mais nous n'avons pas encore assez de faits d'intervention pour juger définitivement la question.

Occlusion intestinale au cours des péritonites tuberculeuses. — M. MORESTIN, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Kirmisson sur ce sujet, apporte plusieurs observations.

En 1897, étant chef de clinique de M. Le Dentu, il reçoit un jeune homme, jusqu'ici en bonne santé, qui a été pris brusquement d'une violente douleur dans le ventre. En très peu de temps son état s'aggrava, son facies s'altéra, il eut des vomissements fécaloïdes. A la palpation, on déterminait une douleur vive au niveau de la fosse iliaque droite. M. Morestin

pensa à une péritonite appendiculaire avec occlusion. Il fit une incision médiane; il trouva une péritonite tuberculeuse diffuse. En certains points, les anses intestinales étaient agglomérées. Il détacha des adhérences; sous ses yeux les gaz passèrent. Ce malade finit par guérir, mais il conserva à la partie inférieure de sa cicatrice une fistule intarissable qui résista pendant dix-huit mois à tous les traitements. Ce malade fut perdu de vue.

Dans un second cas, M. Morestin fut appelé à Louviers auprès d'une jeune femme qui avait des accidents d'occlusion. Ces accidents s'étaient développés avec une extrême rapidité. Le ventre était météorisé. L'état était grave. Il y avait des signes d'occlusion à plusieurs foyers. Se trouvant dans de trop mauvaises conditions pour opérer séance tenante, M. Morestin fit transporter la malade dans son service à la Maison Dubois. Mais le lendemain tous les accidents avaient disparu. Le diagnostic avait été celui de péritonite tuberculeuse. Il y eut récidive. M. Morestin fit la laparotomie et trouva une péritonite tuberculeuse, des anses intestinales soudées les unes aux autres. Il était très mécontent de son opération qu'il considérait comme inutile. Mais, contre toute attente, la malade guérit et resta guérie.

Dans un troisième cas, il s'agissait d'une jeune femme atteinte de péritonite tuberculeuse d'origine annexielle. Laparotomie difficile, lésions inenlevables, fermeture du ventre. Mort deux jours après.

Quatrième cas : péritonite tuberculeuse limitée au petit bassin, occlusion intestinale, anus artificiel d'attente. Mort quelques semaines après.

Cinquième cas : bloc tuberculeux amenant une occlusion au niveau de l'angle duodéno-jéjunal. Laparotomie simplement exploratrice. Guérison inespérée.

Les causes anatomiques de ces occlusions intestinales au cours des péritonites tuberculeuses sont très variables et souvent indéterminées. Quant à l'intervention chirurgicale, il est très difficile de savoir d'avance ce qu'elle donnera. A côté de cas où elle est tout à fait inutile, il y en a où elle donne des résultats tout à fait inespérés.

Le genou à ressort. — M. H. Billet (du Val-de-Grâce) lit un travail sur ce sujet, qui sera l'objet d'un rapport de M. Demoulin.

Autoplastie. — M. Morestin présente une série de malades des plus intéressants au point de vue des résultats merveilleux obtenus chez eux par divers procédés autoplastiques pour réparer de vastes pertes de substance de la face, nécessitées par l'ablation de tumeurs malignes plus ou moins étendues.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 3 avril 1913)

Diabète insipide avec infantilisme. — MM. Marie et Bouttier. Depuis les inondations, un jeune homme de seize ans, fils d'alcoolique, mais lui-même sans tare cérébrale apparente, s'est mis à boire abondamment et rend par jour 8 à 10 litres d'urine claire, sans albumine ni sucre, mais avec taux élevé des chlorures. Rien d'anormal dans le liquide céphalo-rachidien. C'est un infantile, grêle, à système pileux et organes génitaux peu développés. — Il faudrait, d'après M. Crocq, rechercher la dilatation de la selle turcique, indice d'une tumeur hypophysaire : la radiographie n'a pas encore été faite. — M. Meige estime que ce malade est un chétif plutôt qu'un infantile et parle de la polyurie des dégénérés. — M. Ballet pense que les soi-disant dégénérés sont des malades porteurs bien souvent de lésions des glandes à sécrétion interne.

Paralysie du plexus brachial par arrachement. — MM. Thomas et Jumentié montrent un enfant de neuf ans qui, violemment entraîné par la bride d'un cheval qu'il tenait enroulée à son bras, fit une paralysie du plexus brachial d'abord totale, puis prédominante dans les racines inférieures. La sensibilité est revenue progressivement de haut en bas. Il n'existe pas de signes indiquant la participation de la moelle. — M. Guillain a bien indiqué la prédominance habituelle de la paralysie dans les racines supérieures du plexus, mais seulement dans les cas de luxation de l'épaule où la tête humérale joue le rôle de poulie de réflexion. En cas d'écartèlement, on peut tout voir. — C'est ce que vient confirmer M. Huet pour les paralysies obstétricales qui peuvent prédominer dans le domaine des racines inférieures.

Syndrome bulbo-médullaire. — MM. Marie et Chatelin. Après un accouchement, une femme fut prise de vertiges, et, voici six semaines, tomba sans perte de connaissance, elle présente depuis une hémiparésie droite avec Babinski intermittent et hypoesthésie du trijumeau, et à gauche des troubles sensitifs à dissociation syringomyélique, le tact seul étant respecté. Pas de Babinski de ce côté. Ce syndrome qui s'améliore depuis quelques jours est peut-être dû à la syphilis : le liquide céphalo-rachidien présente une légère lymphocytose sans Wassermann. On peut localiser la lésion dans la partie inférieure du bulbe avec atteinte de la racine descendante du trijumeau.

Syndrome atonique d'astasie d'origine cérébrale. — MM. Thomas et Jumentié. L'enfant âgé de huit ans n'a jamais marché; il a eu des convulsions à trois semaines; son intelligence est bien développée; il ne peut que chuchotter à voix basse. Ses membres sont grêles; il exécute tous les mouvements mais ne peut garder aucune position à cause d'instabilité musculaire avec petits mouvements athétosiformes. — M. Marie se demande s'il ne s'agit pas d'athétose double plutôt que de paralysie ataxique asthénique. — M. Crocq se demande pourquoi on refuse d'admettre sa théorie de l'origine cérébrale du tonus puisqu'on admet bien l'atonie cérébrale.

Trophœdème crural. — M. Meige. Depuis dix ans, une femme de vingt-six ans était atteinte d'un trophœdème de la jambe droite qui disparut après l'alitement imposé par un accouchement. L'auteur insiste sur l'existence de sciatique étendue au petit sciatique, ce qui indique la localisation médullaire.

Les caractères du crâne dans la maladie de Paget. — M. Léri, sur une série de sept crânes, dégage les conclusions suivantes : l'épaississement osseux atteint la base alors même que la voûte est respectée; la partie moyenne s'enfonce dans le crâne dont les diamètres périphériques sont augmentés en tous sens.

Abcès cérébral. — M. Thomas. Un jeune homme de dix-huit ans, après un traumatisme de la région pariétale fin décembre dernier, ressentit le jour même des troubles moteurs et une céphalée violente, puis fit une hémihypoesthésie droite prédominante pour la main, atteignant toutes les sensibilités, superficielles et profondes, avec dysmétrie et apraxie motrice et idéatoire. Les réflexes sont exagérés à droite avec extension de l'orteil. Dans le liquide céphalo-rachidien on ne trouve pas d'albumine, mais du sucre en quantité exagérée, douze à treize lymphocytes à la cellule de Nageotte, pas d'hypertension. Stase papillaire surtout gauche. L'autopsie montra un volumineux abcès du lobe pariétal.

Pullulation microbienne et rareté des éléments leucocytaires dans le liquide céphalo-rachidien d'un cas de méningite pneumococcique suraiguë. — MM. E. Gros et A. Bauer signalent un cas de méningite pneumococcique sur-

aiguë ayant évolué en moins de trois jours chez une fillette de six ans. L'observation est surtout remarquable par le caractère du liquide céphalo-rachidien dans lequel le contraste était frappant entre la pullulation des pneumocoques, véritable culture microbienne et le petit nombre des leucocytes.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ENDOCARDITE ET LA PÉRICARDITE AIGUËS

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 2 à 5 jours (pour tonifier le cœur).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 2, fév. 1913.) DUPUICH : Des modes d'hémostase actuels dans les blessures des grosses artères par les armes à feu. — GARY : Des nouvelles méthodes de traitement de la péritonite aiguë. — WISSEMANS et RENAUD : Le service de santé en campagne dans le Maroc occidental. — PELLERIN : Comprimés pour la préparation extemporanée de la teinture d'iode.

Bulletin médical. — (N° 19, 8 mars 1913.) QUÉNU : Des symptômes d'occlusion intestinale dans la colique néphrétique (*fin*). — (N° 20, 12 mars.) HUTINEL : Le syndrome malin dans la scarlatine. — (N° 21, 15 mars.) E. KIRMISSON : De l'ostéomyélite dans la première enfance. — (N° 22, 19 mars.) Léon BÉRARD et Paul VIGNARD : A propos de l'appendicectomie sous-séreuse à froid.

Echo médical du Nord. — (N° 11, 16 mars 1913.) DELÉARDE et PELLISSIER : Un cas d'anémie infantile pseudoleucémique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 10, 9 mars 1913.) Ch. PERRENS : Une curieuse affection à manifestations vaso-motrices intermittentes (3 fig.).

Gazette médicale de Nantes. — (N° 11, 15 mars 1913.) H. MALHERBE : Réflexions sur la réinfection syphilitique. Traitements abortifs anciens et nouveaux.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 10, 9 mars 1913.) A. FRAIKIN : Quelques réflexions sur la pratique de la sérothérapie antidiphtérique. — H. FROMAGET : Un cas de myopie élevée traitée par l'extraction du cristallin transparent.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 9, 1er mars 1913.) Adrien BESSAR et Jean LEPLAS : De la désinsertion phalangettienne du tendon extenseur (six nouveaux cas).

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Fév. 1913.) H. DELAUNAY : L'ingestion de viande crue détermine-t-elle le passage dans la circulation d'albumines hétérogènes. — FAIVRE : Du pronostic en médecine (*suite*).

Lyon chirurgical. — (N° 3, 1er mars 1913.) A. POLLOSSON et H. VIOLET : Etude sur six cas de chorio-épithéliomes malins (5 fig.). — E. DESTOT : La troisième malléole. Fracture marginale postérieure (8 fig.). — A. CHALIER et E. PERRIN : Résultats immédiats et éloignés de l'opération combinée dans le cancer du rectum (*fin*). — H. MULLER : De l'insuffisance de l'anus cæcal pour assurer en permanence la vidange du gros intestin dans les cancers occlusifs du rectum et de l'S iliaque. — J.-A. SICARD : A propos des opérations rachidiennes chez les tabétiques. — R. LERICHE : L'opération de Franke et l'opération de Fœrster dans les crises viscérales du tabes.

Lyon médical. — (N° 10, 9 mars 1913.) FROMENT et MONOD : Existe-t-il à proprement parler des images motrices d'articulation. — (N° 11, 16 mars.) DESGOUTTES et OLIVIER : Rôle des lésions intestinales dans le pronostic opératoire des annexites tuberculeuses (lésions du grêle surtout). — MOREAU : Histoire de la guérison d'un aveugle-né.

Marseille médical. — (N° 6, 15 mars 1913.) TEISSONNIÈRE : La réaction de Wassermann; technique. Valeur au point de vue du diagnostic et du traitement de la syphilis (*fin*). — PLUYETTE et GAMEL : Un cas de kyste hydatique du rein. — F. PIÉRI : Kyste hydatique de la rate. — AUBERT et ROBIOLIS : Kystes hydatiques multiples du foie.

Montpellier médical. — (N° 9, 2 mars 1913.) H. HÉDIN : La question du lait à Montpellier (*fin*). — (N° 10, 9 mars.) ESTOR : L'héliothérapie.

Paris médical. — (N° 14, 8 mars 1913.) CARRIÈRE : Méningocèle spina bifida. — N. FIESSINGER et DURAND : La kératose blennorragique. Contribution à l'étude clinique et pathogénique. — Ch. LEVASSORT : A propos de l'enregistrement du diplôme.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 5, 4 fév. 1913.) HOFMEISTER : Contribution à la chirurgie du cholédoque. — SAATHOFF : Thyréose et tuberculose. — FLATOW et BRÜNELL : Méthode clinique simple de dosage de l'urobiline. — LINDEMANN : Simplification de la culture des anaérobies. — PLANT : Valeur de la réaction de Brendel-Müller. — BEYER : Bacilles diphtériques dans l'urine. — KÜSTER : Indications et résultats du tampon-drainage de l'abdomen. — HEGGAR : Sur la question de la stérilisation pour des raisons d'hygiène de la race. — FŒIBER et MARC : Lithotripsie ou lithotomie? — CHIARI : Sur la chondrodystrophie fœtale familiale. — RIGLER : Sur le néobornyval. — SCHIPP : Le don de préparations de radium par les établissements publics pour le traitement des malades privés.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 10, 8 mars 1913.) Joseph GIRARD et Pierre PIÉTRI : Etude d'un cas de rhinosclérome.

Revue neurologique. — (N° 4, 28 fév. 1913.) FROMENT et O. MONOD : Existe-t-il à proprement parler des images motrices d'articulation? — A. SHUNDA : Technique microscopique, imprégnation rapide (Bielschowski simplifié) et méthode régressive dans l'imprégnation.

Semaine gynécologique. — (N° 10, 11 mars 1913.) R. PICHEVIN : A propos de la rétrodéviation de l'utérus gravide.

Semaine médicale. — (N° 11, 12 mars 1913.) LEJARS : Le traitement des fractures de la rotule. — (N° 12, 19 mars.) L. BARD : Comparaison du pouls œsophagien et du pouls jugulaire dans un cas de tumeur primitive de l'oreillette gauche.

Toulouse médical. — (N° 4, 1er mars 1913.) BOURGUET : Nez disgracieux. Leur correction chirurgicale sans cicatrice extérieure. — BASSAL et SERR : Cancer du poumon, épithélioma pavimenteux lobulé. — J.-P. TOURNEUX : Sur un cas de kyste des petites lèvres.

Tours médical. — (N° 2, fév. 1913.) R. MERCIER : Diagnostic d'un kyste hydatique lombaire par les méthodes biologiques. — René HATRY : Les luxations du pied en arrière. — H. TRIBOULET : Traitement des pyodermites par les applications locales de fuschine de Ziehl.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — L'identification des copies et le relevé des points qui leur ont été attribués aura lieu le vendredi 18 avril à cinq heures trois quarts, 49, rue des Saints-Pères.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 11 avril. — MM. Mathieu, 29; Gernez, 27; Picot, 25, et Picquant, 22.

— Concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Tissier, Bar, Brindeau, Laffitte et Cunéo (qui acceptent), Doléris et Macé (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

HOPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Le jeudi 12 juin 1913, à sept heures et demie du matin, un concours aura lieu aux hospices de Tours pour la nomination de deux chirurgiens adjoints et d'un chirurgien ophtalmologiste adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Le registre d'inscription sera clos le 4 juin 1913, à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — *Epreuve orale.* — Séance du 14 avril. — MM. Monod, 13; Madier, 10; Caudrelier, 12; Bergeret, 15.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Argaud, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, chargé des fonctions d'agrégé mixte de médecine et de pharmacie à l'Université d'Alger, est nommé professeur d'histologie.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine a été élu lundi membre de l'Académie des sciences par 42 voix sur 55 votants.

Il remplace dans la section des académiciens libres le regretté Teisserenc de Bort.

Nous sommes particulièrement heureux d'adresser nos respectueuses félicitations à notre cher et éminent doyen.

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET LA LOI DE TROIS ANS. — L'*Association du personnel enseignant des écoles mixtes de médecine et de pharmacie de France* vient de voter à l'unanimité le vœu suivant :

« Tous les Français, sans exception, doivent participer à l'effort patriotique qui s'impose en ce moment à la nation, et accomplir, s'il en est ainsi décidé, trois ans de service actif.

Les étudiants en médecine et en pharmacie seront soumis, pendant un certain temps, au service militaire strict qui les rendra aptes à remplir, s'il y a lieu, le rôle de combattants.

Mais, étant donnée l'insuffisance reconnue du cadre de service de santé, déjà très préjudiciable en temps de paix, extrêmement grave en temps de guerre, l'Association estime que le plus tôt possible après cette première période, il y aurait intérêt pour l'armée à utiliser les aptitudes spéciales de ces jeunes gens.

Dans ce but, les étudiants en médecine et en pharmacie seront répartis dans les vingt-trois villes, sièges des facultés de médecine, des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Dans la mesure compatible avec leur service d'infirmiers, et sous le contrôle de l'autorité militaire, ils seront autorisés à continuer leur scolarité de façon à acquérir le plus tôt possible le titre et les fonctions de médecins ou de pharmaciens auxiliaires, tels que les définit la loi actuelle, complétant ainsi dans une proportion très importante le personnel du service de santé.

En émettant ce vœu, l'Association croit s'inspirer des véritables intérêts de la Défense nationale. »

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — Une société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins vient d'être créée à Paris, sous le patronage de la Société centrale.

Cette société, au cours de son Assemblée générale constitutive, a nommé Mme Butte, présidente; Mmes Coursier et Jayle, vice-présidentes; Mme Schmitt, trésorière; Mlle Dignat, secrétaire des séances; M. le docteur A. Watelet, secrétaire général.

Ses statuts sont approuvés et, grâce à des adhésions déjà nombreuses, elle commence à fonctionner.

Cette société se propose (art. 1er des statuts) :

1° De constituer à ses sociétaires participants des pensions de retraites, suivant les ressources disponibles;

2° De leur donner des allocations annuelles;

3° D'aider matériellement les membres participants, malades ou infirmes, ainsi que leur famille.

Le but principal de la Société est la constitution d'une retraite maxima de 360 francs (art. 23 des statuts). On peut cotiser pour le tiers seulement ou pour les deux tiers de la retraite obtenue à cinquante-cinq ans ou à soixante ans, sui-

vant l'âge choisi et les primes versées, ou après quinze ans de participation, si l'entrée dans la société a lieu après l'âge de quarante-cinq ans.

Les versements annuels, qui peuvent être effectués trimestriellement ou semestriellement, sont à capital aliéné ou à capital réservé. Dans ce dernier cas (capital réservé), les primes versées font toujours retour aux héritiers du décédé, que celui-ci soit retraité ou non au moment de son décès.

Adresser toutes demandes de renseignements, statuts, barème des primes annuelles, etc., etc., à M. le docteur A. Watelet, 5, rue de Surène, Paris.

XXIIIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (LE PUY, 1er-6 août 1913). — Président : Docteur ARNAUD ; vice-président : Professeur E. DUPRÉ.

PROGRAMME. — *Vendredi 1er août.* — Matin : Séance d'inauguration à l'hôtel de ville, à neuf heures et demie.

Après midi : Séance à treize heures et demie à la « Dentelle au Foyer », avenue de la Dentelle.

Premier rapport : « Les troubles du mouvement dans la démence précoce. » Rapporteur : M. le docteur Lagriffe (d'Auxerre).

Après la séance, excursion au rocher Corneille et à la Vierge.

Samedi 2 août. — Matin : Séance à neuf heures à la « Dentelle au Foyer ».

Deuxième rapport : « De l'anesthésie dans l'hémiplégie cérébrale. » Rapporteur : M. le docteur Monier-Vinard (de Paris).

Après midi : Séance à treize heures et demie à la « Dentelle au Foyer. » Communications.

A quinze heures, réunion du Comité permanent.

A seize heures, assemblée générale. Après l'assemblée générale : visite de la cathédrale, du musée religieux. Promenade dans la vieille ville.

Dimanche 3 août. — Excursion à la Chaise-Dieu (par autobus et automobile).

Départ du Puy à neuf heures du matin. Sur le parcours (aller 40 kilomètres), visite du château de la Roche-Lambert. Déjeuner à la Chaise-Dieu. Après le déjeuner, visite de l'abbaye et du cloître.

Départ à quatorze heures et demie. Retour par Bellevue, Vorey et la vallée de la Loire (50 kilomètres).

Arrivée au Puy à seize heures et demie environ.

Le soir, réception offerte par le président et les membres du Congrès.

Lundi 4 août. — Matin : Séance à neuf heures à la « Dentelle au Foyer ».

Troisième rapport : « Conditions de l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue thérapeutique et médico-légal. » — Rapporteur : M. le docteur Picqué (de Paris).

Après midi : visite de l'asile d'aliénés. Séance de communications à l'asile.

Mardi 5 août. — Excursion au Mezenc, au Gerbier-des-Joncs et au lac d'Issarlès (par autobus et automobile).

Départ du Puy à cinq heures et demie du matin. Arrivée aux Estables (32 kilomètres) [au pied du Mezenc) à huit heures environ. (La route suivie est celle décrite par George Sand dans *le Marquis de Villemer*.) Ascension du Mezenc (1754 mètres). Au retour de l'ascension, déjeuner aux Estables. Départ des Estables à onze heures et demie pour le Gerbier (10 kilomètres), par la Chartreuse de Bonnefoy. Arrivée au Gerbier à midi environ. Ascension du Gerbier (1550 mètres), visite à la source de la Loire. A treize heures environ, départ pour le lac d'Issarlès (18 kilomètres). Arrivée au lac à quatorze heures environ. Départ à quinze heures et demie.

Retour au Puy (50 kilomètres) par le Monastier. Arrivée au Puy à dix-huit heures environ.

Mercredi 6 août. — Excursion du lac du Bouchet (1200 mètres d'altitude) par autobus et automobile.

Départ du Puy à neuf heures du matin. (Arrêt à la Pépinière à 5 kilomètres du Puy pour admirer le panorama sur la vallée de la Loire.) Trajet par Solignac, le pont de Chadron, Goudet (35 à 40 kilomètres). Arrivée au lac à onze heures et demie. Déjeuner. Départ du lac à quatorze heures. Arrivée au Puy à quinze heures environ.

(Les congressistes désireux de se rendre à Londres pourront le même jour prendre le train partant du Puy à seize heures quarante-cinq, train qui leur permettra d'arriver en Angleterre dans la journée du 7 août.)

A partir du 7 août des excursions facultatives pourront être organisées pour les congressistes qui voudront visiter la région plus en détail.

Adresser la cotisation, 20 francs (ou 10 francs dames et étudiants associés) au secrétaire général, docteur Suttel, 8, boulevard Gambetta, au Puy (Haute-Loire) qui enverra tous les renseignements d'ordre pratique. Les titres des communications devront être adressés avant le 25 juin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE (service de M. le professeur Pierre MARIE). — *Conférences de neurologie* avec présentation de malades et projections, tous les lundis, à dix heures et demie du matin à l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières de la Salpêtrière.

Lundi 21 avril, M. O. Crouzon : La neurofibromatose (maladie de Recklinghausen).

Lundi 28 avril, M. Ch. Foix : La syphilis médullaire et son traitement.

Lundi 3 mai, M. Chatelin : Les tumeurs cérébrales (diagnostic et traitement).

Lundi 19 mai, M. J. Clunet : La maladie de Parkinson.

Lundi 26 mai, M. Ameuille : Les déformations thoraciques dans les affections médicales.

Lundi 2 juin, M. André Léri : La maladie osseuse de Paget.

Lundi 9 juin, M. Henry Meige : Les bégaiements.

Lundi 16 juin, M. Lhermitte : Les névrites.

Lundi 23 juin : M. G. Roussy : L'acromégalie et les syndromes hypophysaires.

Ces conférences sont gratuites et ouvertes à tous les étudiants et docteurs, français et étrangers.

COURS ET EXERCICES PRATIQUES D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — M. le docteur Castex, chargé de cours, assisté de MM. Collinet, Rabé et Paul-Boncour, commencera le lundi 5 mai 1913, à une heure et demie, à l'Ecole pratique, un cours de chirurgie spéciale pour les affections de l'oreille, du nez et du larynx. Il le continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves inscrits seront exercés aux diverses interventions opératoires de la spécialité.

Le cours sera complet en 12 leçons.

Le droit de laboratoire à verser est de cinquante francs.

Sont admis, tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de 16 inscriptions.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Un certificat d'assiduité est délivré aux élèves.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DIARRHÉE VERTE DES NOURRISSONS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Méthode de Guelpa (désintoxication de l'organisme), par l'AUTEUR. — Applications de cette méthode dans l'alcoolisme et les empoisonnements, par le docteur O. JENNINGS. In-8° carré de 350 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin et fils.

SUR LE PRIAPISME PROLONGÉ

ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par MM. G. WORMS,
Médecin-major de l'armée,

et A. HAMANT,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy.

Le priapisme constitue un syndrome pathologique curieux, dont la nature intime et le traitement sont insuffisamment déterminés. Nous voudrions exposer les réflexions qui nous ont été suggérées sur ces deux points de son histoire par l'observation d'un cas que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Michel, et la lecture de la plupart des observations parues jusqu'à ce jour.

Observation inédite (due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Michel). — C. K..., quarante-trois ans, employé de bureau, entre le 18 août 1912 à la clinique de M. le professeur agrégé Michel.

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires. Le malade a toujours été nerveux, instable. Jamais il n'a fait d'excès éthyliques. Il est marié, sans enfants.

Le 6 août, il prend part à un concours de musique avec la Société à laquelle il appartient. Durant la journée du 7, il joua du piston, presque sans arrêt et fut amené ainsi à faire maints efforts, assez fatigants; le soir, il commit une erreur conjugale et pratiqua une fois le coït.

Le lendemain matin il est réveillé par une douleur assez vive au niveau du bas-ventre et de la partie supérieure des cuisses; il est en érection complète, et devait y demeurer jusqu'au moment de l'intervention chirurgicale.

Le malade, en effet, dès son retour, le 8 août, se mit au lit, tant la douleur était violente; son médecin, mandé, lui conseilla l'application de compresses froides « loco dolenti », et lui prescrit du bromure. Cette médication n'ayant amené aucun résultat, il a recours à des ablutions chaudes, prend des pilules d'extrait thébaïque : aucune amélioration. Il épuise tour à tour les hypnotiques, use des ressources de l'hydrothérapie, sans plus de soulagement; entre temps, la douleur présentant des exacerbations, il tente de pratiquer le coït par deux fois, et à chaque essai les douleurs augmentent, bien que la pollution ait lieu. L'érection se maintient avec tous ses caractères du début. Las du coït, le patient se livre à la masturbation, qui ne fait encore qu'exagérer ses souffrances.

C'est dans un état pitoyable qu'il entre, de guerre lasse, à la clinique. Il ne peut marcher qu'avec la plus grande difficulté; il avance, courbé, à petits pas, tenant sa verge entre les mains pour éviter le moindre cahot; tout mouvement du pénis lui donne la sensation d'une rupture de l'organe.

Couché, il demeure les jambes repliées, les cuisses écartées, tout contact lui est pénible. Il continue à tenir sa verge de ses deux mains, et pour éviter la fatigue ses bras sont calés sur des coussins.

La douleur présente des exacerbations sans cause, arrache des cris au malade; ces accès sont assez fréquents et plongent le patient dans un véritable état de prostation, succédant à des crises d'excitation, au cours desquelles il a cherché à se suicider, préférant, disait-il, la mort à tant de souffrances.

De plus, ne voulant lâcher même pour un instant, si court soit-il, sa verge endolorie, il se nourrit très difficilement et ne prend qu'un peu de laitage; aussi son état général devient-il assez précaire.

A l'examen, on voit la verge en contact avec la paroi abdominale, et atteignant presque l'ombilic; d'après le malade, elle serait beaucoup plus volumineuse qu'au cours d'une érection normale. Il existe un léger œdème de l'enveloppe cutanée; ni le gland ni le corps spongieux ne sont turgescents. La miction s'est toujours effectuée facilement, sans douleurs particulières, sauf un peu de cuisson au début, mais pour uriner le malade est obligé de se pencher sur le côté.

Sous anesthésie par l'éther, l'érection ne disparaît pas; un examen plus complet est possible; on ne trouve aucune tare organique locale ni générale. La rate, en particulier, n'est pas perceptible. Nous prélevons, à ce moment, un peu de sang qui, examiné ultérieurement, a été reconnu normal.

Nous essayons tout d'abord le procédé de Dujon : incision de la racine du corps caverneux gauche, il s'écoule un peu de sang noir et visqueux, filant, mais, malgré l'expression, la verge reste turgescente.

Quatre jours après, nous incisons alors franchement le bord inféro-latéral de ce même corps caverneux, sur une longueur de 5 centimètres; il s'en échappe environ 30 grammes de débris noirâtres, composés de tissu fibreux nécrosé, nageant dans du sang poisseux.

Le côté droit demeurant turgescent, quatre jours après, nous répétons la même opération à droite.

La verge redevient flasque; nous exprimons soigneusement les corps caverneux par des pressions alternées d'arrière en avant, puis suturons à l'aide de quelques crins, sans drainage, la brèche ainsi pratiquée.

La verge est fixée contre le bas-ventre par un pansement qu'on refait tous les deux jours.

Réunion par première intention. La culture du sang prélevé aseptiquement au cours de l'intervention n'a donné aucun résultat.

Le malade sort guéri le douzième jour.

Trois mois plus tard il est revu; la verge est restée flasque; le malade n'a eu ni désirs, ni érections. Il a essayé à maintes reprises mais n'a pu pratiquer le coït, malgré l'usage d'excitants nombreux et variés, auxquels il était sensible autrefois.

Les faits de ce genre prêtent à des considérations intéressantes; ils sont encore mal connus; leur pathogénie est obscure et discutée; au point de vue thérapeutique, l'indication opératoire demande à être précisée.

Voyons d'abord rapidement les principales notions que nous possédons à l'heure actuelle sur le priapisme.

On sait qu'il s'agit là d'une érection excessive, prolongée, ne s'accompagnant d'aucune sensation de volupté ou de désir, mais s'associant plutôt à un état de conscience pénible.

C'est Neumann qui, en 1882, semble en avoir réuni les premiers cas, jusque-là épars. Après lui, Vörster (1887) reprend la question et envisage le traitement opératoire.

Raïchline (1901) traite du priapisme chronique nocturne et en rapporte trois exemples personnels. Puis Göbel et Margoulies (1904) discutent l'étiologie du priapisme aigu. Blum (1906) en recherche également l'origine et établit l'existence de trois types différents. Terrier et Dujarier (1905) lui consacrent dans la *Revue de chirurgie* un important mémoire, comprenant 45 observations.

Deux ans plus tard, Laurent et Nové-Josserand l'étudient dans une revue générale parue dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Legueu, enfin, en fait une esquisse rapide dans un chapitre de son *Traité d'urologie* (1910).

FORMES. — Le priapisme se présente sous différents aspects qui n'offrent pas tous le même intérêt pour le chirurgien.

1° Il existe un *priapisme accidentel*, *passager*, survenant sous forme d'accès répétés, mais de courte durée.

C'est le seul dont parlent Littré et Ricord dans les articles respectifs des dictionnaires. C'est le priapisme symptomatique, provoqué par divers états inflammatoires de la muqueuse urétrale (sondages, blennorragie), dont le plus fréquent est la chaude-pisse cordée.

Cette première variété, curable par des moyens médicaux, n'est ordinairement pas du ressort de la chirurgie.

2° Un deuxième type est représenté par le *priapisme chronique intermittent*, lié à un état irritatif, inflammatoire de la région prostatique, ou créé par des excès sexuels, apparaissant habituellement la nuit, pendant le sommeil profond, vers une heure du matin, et qui, pour cette raison, a reçu de Raïchline le nom de *priapisme nocturne*, et de Bouveyron, celui de *priapisme du sommeil*. Le caractère nocturne des crises n'est cependant pas essentiel, car certains malades les ont vues se produire dans le cours de la journée.

Ce priapisme chronique dont nous n'avons pu relever que huit observations (Raïchline 3 ; Pitres 2 ; Bouveyron 2 ; Blum 1) est un accident de l'âge mûr, et se montre particulièrement rebelle, puisque dans certains cas il a persisté pendant six, huit et dix ans. Il est parfois sous la dépendance de désordres médullaires, soit qu'il s'agisse de simples troubles circulatoires, ou encore de lésions organiques (tabes) entretenant un état d'éréthisme permanent du centre génito-spinal.

Son pronostic peut être sérieux, une fois les accès devenus quotidiens ; en face de ces cas, influant considérablement sur l'état général, créant de graves préoccupations hypocondriaques, l'indication d'une intervention chirurgicale peut se poser, ainsi que le montre l'observation suivante, que nous devons à notre ami, le docteur Gelly.

OBSERVATION. — A..., quarante-deux ans, employé.

Antécédents héréditaires : père mort à quarante-quatre ans, de tuberculose; mère vivante, soixante-douze ans.

Antécédents personnels : a eu plusieurs blennorragies, a vécu, il y a vingt ans, pendant un mois, avec une femme atteinte de syphilis.

A trente-cinq ans, fracture de la rotule droite, consolidée par cal fibreux.

Depuis quelques années, éprouvait de vagues douleurs dans les régions dorsale et sternale. Plus tard, elles se sont accentuées et ont pris nettement le caractère de douleurs fulgurantes. Puis apparurent des crises gastriques et intestinales, de la diplopie et de l'incontinence d'urine.

En 1896, constatation du tabes, à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille. Traitement par KI à hautes doses, puis par des injections de biiodure de Hg, à l'hôpital Beaujon, à Paris. A Bar-le-Duc, il y a quatre ans, nouvelle série d'injections mercurielles. A ce moment, fracture spontanée du col du fémur gauche guérie avec raccourcissement de 5 centimètres.

En octobre 1912, fracture du col du fémur droit, traitée par la traction continue et guérie sans raccourcissement.

Poussées fébriles au moment de chaque fracture.

Depuis trois mois, le malade est tourmenté d'érections continuelles, survenant surtout la nuit, et empêchant le sommeil.

Ejaculations rares. Aucune sensation sexuelle. Les bains de siège, l'usage du bromure, de l'opium sont sans effet. Les accès reviennent parfois cinq à six fois dans la même nuit, s'accompagnant de douleurs extrêmement pénibles. Miction normale en dehors des accès.

Examen. Homme amaigri, fatigué, préoccupé de ses érections. Affaiblissement considérable des réflexes rotuliens. Légère ataxie. Phénomène d'Argyll-Robertson. Inégalité pupillaire.

Devant l'échec de la thérapeutique médicale (hydrothérapie, anaphrodisiaques, bromures, opiacés) le malade est désespéré et voici dans quels termes il réclame une intervention : « Monsieur le docteur, permettez-moi de vous supplier à nouveau de me faire transporter, dès qu'il sera possible, à Nancy. Vos collègues pourront peut-être me faire cesser ces terribles érections qui me minent si mystérieusement la nuit ; je suis résolu à toute opération. »

3° Le *priapisme aigu prolongé*, *continu* constitue une troisième variété, bien plus fréquente que les précédentes, puisque dans notre statistique nous en comptons 57 cas sur le chiffre total de 66.

Il se caractérise par sa longue durée ; l'érection douloureuse peut se maintenir, sans intermittence aucune, pendant des jours et des semaines. On le rencontre surtout de vingt à cinquante ans, c'est-à-dire à l'âge où l'instinct génital s'exerce au maximum. Ne laissant aux patients ni trêve ni repos, il résiste à tous les médicaments, et le traitement chirurgical constitue, comme nous le verrons, la seule ressource qui permette de mettre un terme aux souffrances du malade.

SYMPTOMATOLOGIE. — Avant de s'installer franchement, le priapisme permanent peut être précédé d'érections prolongées, véritables attaques de priapisme passager. D'autres fois il s'annonce par une certaine gêne locale, quelques troubles vagues de la sensibilite du pénis, une douleur sourde au-dessus du pubis, un besoin fréquent d'uriner. Mais le plus souvent ces prodromes n'existent pas : le priapisme survient spontanément, brusquement, pendant la nuit ou le matin. Le malade se réveille, la verge en érection. La crise est parfois provoquée par une excitation légère, miction, frôlements du pénis, de la région pubo-scrotale, mais coït surtout.

Une fois établi, le priapisme s'accuse par une rigidité intense du pénis, collé contre l'abdomen : l'érection, toutefois, reste le plus souvent confinée au corps caverneux dont on sent les pointes à travers le gland flaccide et mou ; le corps spongieux est alors indemne. Les corps caverneux offrent une dureté de bois, ou même de fer. La peau du fourreau et du prépuce, d'abord normale les premiers jours, s'œdématie par la suite et prend une teinte rosée. Dans certains cas, l'érection peut se compliquer de paraphimosis (Vorster) : le prépuce trop étroit fait striction et menace d'entraîner la gangrène du pénis.

Si l'érection est limitée aux corps caverneux, la miction est possible; elle devient pénible, si tous les organes érectiles sont pris ; l'acte est long, le

jet est faible, s'arrête plusieurs fois ; le cathétérisme devient même nécessaire.

Le malade n'éprouve aucune excitation génésique, aucune sensation voluptueuse. Le coït est possible, mais ne soulage pas, ne fait qu'exaspérer la souffrance.

La douleur, en effet, est un symptôme habituel, qui peut revêtir une extrême violence ; elle est continue, avec des exacerbations sous forme d'accès, qui prennent un développement tel qu'ils résistent à tous les moyens ordinaires, même à la morphine, et qu'elle pousse les pauvres patients, c'est le cas de celui dont nous rapportons l'histoire, à rechercher le suicide.

Chaque petit mouvement est pénible et, au moindre signe d'attouchement du membre, le malade avec ses propres mains le défend de tout contact.

L'aspect du patient est celui d'un homme inquiet, angoissé. Il répond par monosyllabes, et suit de l'œil chaque mouvement de ceux qui l'entourent, dans la crainte d'un ébranlement. Il réclame à grands cris qu'on le soulage, qu'on fasse quelque chose.

Evolution. — Au bout de quelques jours, de quelques semaines, dans certains cas même de plusieurs mois, le priapisme s'apaise progressivement, l'érection disparaît, le malade retrouve le calme. Mais l'altération de la fonction sexuelle, très souvent abolie, indique un état anormal de l'équilibre nerveux. L'impuissance définitive, ainsi que des troubles divers d'ordre neurasthénique, intéressant plus spécialement la sphère génitale, sont la rançon presque constante de la guérison.

Enfin le priapisme peut entraîner une terminaison fatale (cas de Jadioux, de Terrier et Charcot).

Diagnostic. — Il est aussi facile de diagnostiquer le priapisme qu'il est délicat de reconnaître sa cause.

Parmi les syndromes occupant la sphère génitale, il en est trois qui pourraient à la rigueur prêter à confusion :

1° Le *satyriasis*, qui est une exaltation morbide de l'activité génésique, résultant d'une excitation du centre cortical du sens génital.

2° Le *pénitis*, ou *cavernite diffuse*, lié à la phlébite des corps caverneux, telle qu'on la rencontre au cours de certaines maladies générales infectieuses ; l'érection s'accompagne alors d'une rougeur et d'une tuméfaction œdémateuse du fourreau de la verge et du prépuce, et de phénomènes généraux (fièvre, frissons répétés) qui ne laissent aucun doute sur la nature infectieuse du syndrome. La suppuration ou la gangrène des corps caverneux en est habituellement la conséquence.

3° La *cavernite chronique* avec son aboutissant fréquent, l'*induration* plastique des corps caverneux, pouvant aboutir à une rigidité spéciale du pénis, mais ne réalisant pas une érection proprement dite.

Etiologie. — Le priapisme survient dans les conditions les plus diverses, que l'on peut ranger dans deux catégories :

A. *Conditions générales.* — Ce sont certains états diathésiques, dont le plus fréquemment invoqué est la *leucémie*. C'est même dans ce groupe qu'il faut faire rentrer la plupart des observations relatées de priapisme rebelle et tenace. C'est surtout au cours de la leucémie splénique que se montre le priapisme, et le plus curieux exemple de cette variété est ce malade de Knust, porteur d'une grosse rate et chez qui les douleurs et l'érection cessaient toutes les fois qu'on soulevait la rate.

Le priapisme peut même constituer un signe prémonitoire de cette affection (cas de Mathias).

Dans beaucoup d'autres cas, un tempérament nerveux ou arthritique est la seule cause appréciable que l'on puisse invoquer, si insuffisante que soit une pareille étiologie.

Parfois la prédisposition nerveuse est plus nettement accusée ; il en est ainsi du priapisme survenant chez les hystériques, les neurasthéniques, les psychasténiques ; le priapisme apparaît alors après un choc émotionnel et atteint d'emblée son maximum ; à la suite d'excès génésiques, de coïts répétés, l'idée d'érection se fixe dans l'esprit du malade, et son attention expectante l'entretient.

Un exemple de ce priapisme d'origine nerveuse est celui de ce jeune employé de bureau, cité par Peyer, qui souffrait de priapisme nocturne chaque fois qu'il travaillait tard dans la nuit.

La même influence se retrouve dans le fait curieux rapporté par Manasseine, de priapisme violent et pénible dont tout un régiment de soldats fut pris la veille d'une bataille et que le médecin-major eut l'heureuse idée de conjurer par l'administration d'une purgation.

Le fait que nous rapportons plus haut est également des plus probants en faveur de cette étiologie ; il s'agit d'un mari qui, après avoir fait une infidélité à son épouse, évoque les conséquences possibles de cet « accident », et, à la suite de cette vive émotion, est pris d'une érection insolite et persistante.

Certaines *intoxications* peuvent être incriminées parfois ; la cantharide, type des aphrodisiaques, est trop connue pour qu'il soit besoin d'insister.

Les *infections générales* sont rarement en cause ; on cite des cas où un priapisme aigu accompagna l'évolution d'une tuberculose aiguë, mais on trouva, à l'autopsie, une thrombose des corps caverneux, du corps spongieux et des plexus de Santorini. Il n'existe qu'un seul cas (Booth), où le priapisme aurait été lié à l'évolution de la syphilis. Parfois il apparaît à la suite d'une poussée rhumatismale, mais ces faits sont insuffisants pour qu'on puisse parler du rôle des infections générales dans les manifestations priapiques.

B. *Causes locales.* — Le priapisme, phénomène d'ordre essentiellement réflexe, comme nous le verrons, peut résulter d'irritations variées et multiples, placées sur un point quelconque du territoire génital, et même hors de lui.

Les inflammations superficielles de l'appareil urinaire sont le plus habituellement accusées, « en raison de la solidarité qui relie la muqueuse vésico-urétrale aux organes érectiles » (Ricord). On connaît les accès de priapisme dans la blennorragie aiguë,

dans les urétrites non gonococciques, celles, en particulier, qu'entretiennent des corps étrangers ou un polype urétral (cas de Jewsjenko), ou un traumatisme répété du canal (cas de Raïchline), dans la cystite simple, dans les calculs de la vessie (P. Delbet), chez les prostatiques rétentionnistes, dans les affections du rectum (hémorroïdes, oxyures vermiculaires). Cette variété est, il est vrai, le plus souvent, constituée par un priapisme passager, qui nous intéresse le moins.

Mais le réflexe peut naître en des points très divers.

Arthur G. Hobbes cite des cas de priapisme d'origine *nasale*, en particulier celui d'un homme de trente-trois ans, chez qui apparut un priapisme intense, rebelle à tous traitements, en même temps qu'une obstruction nasale par turgescence de la muqueuse des cornets. Hobbes rapproche ces faits des éternuements tout particuliers qu'une idée érotique provoque chez certaines personnes; il s'agit là de phénomènes purement réflexes, où la similarité de constitution histologique des corps caverneux et de la muqueuse pituitaire érectile joue certainement un rôle.

Dans une observation de Rosenthal c'est l'*appendice* qui est en cause, mais l'auteur donne de ce cas une explication qui nous semble peu logique; il s'agit d'un priapisme qui évolua parallèlement à une atteinte d'appendicite; il apparut et rétrocéda en même temps que l'inflammation du vermium, et Rosenthal en fait un priapisme infectieux. Nous serions tentés de le considérer comme une manifestation d'ordre nerveux, absolument comparable à ce cas de vaginisme intense et durable que tenait sous sa dépendance une appendicite chronique (Richelot).

N'est-ce pas, d'autre part, la *rate* qu'il faut considérer comme le point de départ du réflexe, chez ces splénomégaliques leucémiques, où le seul relèvement de l'organe hypertrophié suffit à faire cesser immédiatement le priapisme (cas de Viardin)?

Au lieu d'intéresser la périphérie, l'épine irritative peut siéger dans la *moelle*, soit au niveau du centre de l'érection lui-même, soit sur les voies qui le relient au centre cortical du sens génital.

C'est ainsi qu'il est banal d'observer le priapisme dans les traumatismes de la colonne vertébrale (hématomyélies), dans les myélites, dans la période initiale du tabes (Fournier, Raïchline), chez les victimes de la pendaison, dans la syphilis médullaire; tout récemment Clarke le signale chez un jeune homme de vingt et un ans, atteint de syphilis cérébro-spinale avec paralysies vésicale et rectale. On fit une laminectomie et on trouva une leptoméningite diffuse.

Pathogénie. — Nous venons de voir que le priapisme pouvait survenir dans les conditions les plus diverses : tantôt en rapport avec une modification dyscrasique (leucémie), tantôt sous la dépendance d'une inflammation du système vésico-urétral; tantôt relevant d'une affection médullaire ou d'un trouble cérébral.

Nous avons vu qu'il pouvait revêtir des aspects différents : parfois réduit à une manifestation passagère, simple épiphénomène peu important, il constitue souvent un trouble tenace, durable ou récidivant, dominant par son intensité et sa résistance le tableau clinique.

La variété des circonstances où le priapisme apparaît explique le nombre des théories imaginées pour éclairer son mécanisme. Terrier et Dujarier les ramènent à trois principales :

1° La *théorie de la thrombose*, surtout invoquée dans le priapisme des leucémiques, n'est pas soutenable. Elle explique mal la symétrie de l'érection, mais surtout s'oppose à cette constatation anatomique faite au cours des interventions opératoires, à savoir : l'absence de caillots au niveau des corps caverneux : le sang qui s'écoule à l'incision est épais, visqueux, mais non coagulé. C'est un sang de stase; on sait, d'ailleurs, que le sang des leucémiques se coagule difficilement.

2° La théorie de l'*hématome* comprimant les voies de retour pourrait à la rigueur s'appliquer à quelques cas, où l'opération révèle un petit hématome des corps caverneux (cas de Vorster). Mais cet hématome est loin d'être constant, et suivant la remarque de Terrier et Dujarier il ne rend pas compte de l'exclusion du corps spongieux des éléments participant au priapisme.

3° La *théorie nerveuse* ne saurait être acceptée, d'après Terrier et Dujarier, que pour les cas où il existe une lésion médullaire. Mais comment alors expliquer la résistance de cette érection pathologique à l'anesthésie générale, et parfois à la mort elle-même? Dans le cas de Tanzki (fracture du rachis), le priapisme subsista, en effet, plusieurs heures après la mort.

Nous reconnaissons que l'interprétation du phénomène est délicate; il est cependant possible de s'en faire une conception assez nette, si on l'analyse de près.

Quelle que soit la modalité sous laquelle il se présente, le priapisme trahit une origine nerveuse : il n'est, en somme, que l'exagération de l'érection normale, phénomène essentiellement réflexe, placé sous la dépendance du centre génito-spinal.

Pourquoi, dans certaines conditions, cette érection prend-elle ce caractère de ténacité, de violence qui fait qu'elle résiste même à l'anesthésie générale? C'est ici qu'intervient la nécessité de faire appel à nos connaissances sur le mécanisme intime de l'érection. On sait que cet acte physiologique résulte d'une véritable poussée congestive, intense, commandée par les nerfs moteurs vasculaires, vaso-dilatateurs, actifs, bien mis en évidence par Eckardt. Non seulement plus de sang pénètre dans les tissus de la verge, mais la circulation de retour se trouve ralentie par un mécanisme autoclave qui ferme les veines efférentes dans le corps caverneux au moment de cet afflux subit de liquide. Comme l'explique Eug. Boeckel dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, « les veines caverneuses, à leur origine, traversent très obliquement la tunique albuginée, de la même manière que les uretères débouchent dans la vessie; par consé-

quent, lorsque le sang se précipite dans les corps caverneux, cet espèce d'appareil valvulaire entre en fonction et arrête plus ou moins l'écoulement du liquide ». Il y a lieu de faire remarquer qu'au niveau du corps spongieux, pareille disposition n'existe pas; or, nous l'avons vu, le priapisme est limité aux corps caverneux dans la grande majorité des cas.

Qu'une cause quelconque (excitation périphérique, médullaire ou cérébrale) prolonge la vasodilatation artérielle, ou s'oppose à l'écoulement du sang par la voie de retour (augmentation des globules blancs dans la leucémie, tendance à la formation des amas leucocytaires), l'engorgement circulatoire s'ensuit, un véritable *bloquage* de la circulation intrapénienne s'établit : le priapisme est constitué.

Nous croyons donc que l'oblitération totale ou presque totale du système d'émission sanguine, unie à la persistance des causes d'hypervaso-dilatation artérielle explique le priapisme prolongé; c'est lorsque les voies efférentes sont très réduites, que la poussée vaso-motrice arrive à provoquer l'érection pathologique. Ainsi, le processus, déclanché par un mécanisme nerveux d'ordre réflexe, devient par la suite un trouble purement mécanique, d'ordre essentiellement local, un trouble par ralentissement de la circulation du système aréolaire pénien, d'autant plus facile à s'établir et à s'exagérer que la composition du sang est plus altérée (intoxication, leucémie, etc.).

C'est pourquoi, ainsi que nous allons le voir, toute détente opératoire large par incision des corps caverneux aboutit à la cessation du syndrome.

TRAITEMENT. — Certains cas de priapisme ont une tendance spontanée vers la guérison.

D'autres cèdent aux moyens médicaux qui constituent une ressource à laquelle on doit toujours recourir au début.

Ces moyens ont pour objet de combattre l'excitabilité du centre de l'érection qui domine de haut la genèse du priapisme, et parmi ces médicaments les anaphrodisiaques, le camphre, le lupullus, le bromure de potassium, le chloroforme, la morphine occupent le premier rang.

L'application de sangsues, de ventouses au périnée a parfois aussi amené d'heureux résultats.

Malheureusement, il est des cas où ces moyens échouent, et c'est alors que le chirurgien peut et doit intervenir.

Le patient lui-même, désespéré par la douleur, réclame cette intervention. C'est le cas des malades dont nous rapportons plus haut l'histoire.

Quelle opération pratiquer?

Velpeau, le premier, en 1852, fut amené dans un cas où il n'existait aucune cause appréciable, à ne faire cesser le priapisme qu'en traversant les corps caverneux avec un petit trocart explorateur.

Rose (cas de Vorster) guérit ses malades par des interventions dirigées contre des accidents concomitants (section de paraphimosis, urétrotomie externe).

Plus souvent on eut recours à l'incision franche des corps caverneux (1 cas de Brikett, 2 cas de Göbel, 1 cas de Sick, 1 cas de Halliot et Viardin, 1 cas de Terrier et Dujarier, 1 cas de Billaud).

Ce fut également la méthode suivie chez notre premier malade, et celle qui sera appliquée au second.

L'incision doit-elle être, dans tous les cas, pratiquée des deux côtés?

L'incision de Dujon, intéressant la racine du pénis, au niveau de l'ischiocaverneux, là où les deux corps caverneux communiquent ensemble, peut suffire. Il est rationnel de s'y tenir, si le priapisme vient à céder après un délai d'un ou deux jours.

Dans le cas contraire, et c'était celui de notre malade, il est nécessaire de procéder dans un deuxième temps à l'incision du corps caverneux opposé, opération indispensable à la régularisation de la circulation pénienne.

Rochet et Bouveyron conseillent la section d'abord unilatérale, puis bilatérale du nerf périnéodorsal de la verge; mais cette opération n'a pas reçu, que nous sachions, la sanction de l'expérience.

L'incision des corps caverneux apparaît jusqu'ici comme la méthode de choix à utiliser dans le traitement du priapisme prolongé, douloureux, et rebelle aux moyens médicaux. Terrier et Dujarier attendaient de nouvelles observations pour porter sur cette intervention un jugement définitif; les faits publiés depuis leur mémoire, et tout particulièrement celui de Billaud et le nôtre, sont entièrement favorables à cette conduite. Les dangers d'infection que certains auteurs ont signalés peuvent être facilement évités par la stricte observation des règles de l'asepsie au cours de l'opération et des pansements.

Mais pour exercer toute son action favorable, c'est-à-dire pour préserver l'intégrité de la fonction génitale en arrêtant l'évolution de lésions graves (perte de contractilité des aréoles, sphacèle des corps caverneux) cette intervention doit être faite en temps opportun. C'est un point sur lequel insistent déjà Terrier et Dufarier.

Le plus ordinairement la question de l'intervention, quand elle est soulevée, l'est trop tardivement. Le malade est d'abord soumis aux médicaments nervins, sous diverses formes, on s'acharne à ce traitement, enfin on reconnaît que les efforts de la thérapeutique médicale ont été stériles, et on songe à une opération. Mais la fonction est déjà compromise; les bénéfices que le malade pourra retirer de la chirurgie sont amoindris.

Il faut autant que possible satisfaire à ces deux conditions : ne pas pratiquer l'incision des corps caverneux avant de s'être assuré de l'insuffisance des moyens plus simples, et la faire cependant à la période où elle est capable de fournir les meilleurs résultats.

Terrier et Dujarier notent trois bons résultats fonctionnels après dix interventions, et trois guérisons intégrales seulement sur 38 cas non opérés.

Notre malade, au bout de quatre mois, n'a pas encore eu d'érection : c'est qu'il est venu au chirurgien trop tard, quand les lésions étaient déjà développées.

En résumé, les services que peut rendre l'intervention chirurgicale au cours du priapisme prolongé l'emportent notablement sur les inconvénients qu'elle peut avoir : elle calme la douleur, parfois violente, évite les cathétérismes pénibles, s'oppose aux altérations irrémédiables des tissus péniens distendus.

C'est à la connaissance plus étendue de ses indications que contribuera peut-être notre travail.

BIBLIOGRAPHIE

TERRIER et DUJARIER. Du priapisme prolongé, *Revue de chir.*, mai 1907, p. 913. — Ce mémoire contient un index bibliographique complet jusqu'en 1906.

BLUM. Ueber Priapismus, *Wien. klin. Wochen.*, 1906, t. XIX, p. 1133.

Arthur G. HOBBS. Priapisme d'origine nasale réflexe, *Indiana med. Journ.*, vol. XX, nº 4, oct. 1906, p. 142, analysé in *Gaz. des hôpit.*, 31 janv. 1907.

JABOULAY. Leucocythémie myélogène avec splénomégalie. Priapisme, *Bull. méd.*, 22 juin 1907.

Dalla FAVERA. Sur un cas de priapisme au cours d'une leucémie, *Monat. f. prakt. Dermat.*, 1er juillet 1908, t. XLVII, p. 3.

KNUST. Priapisme leucémique à pathogénie nerveuse, *Semaine méd.*, 1908, nº 4, p. 41 (*Med. Klin.*, 10 nov. 1907).

LAURENT et NOVÉ-JOSSERAND. Le priapisme, *Gaz. des hôpit.*, 1908, nº 101, 5 sept., p. 1203.

BOUVEYRON. Deux cas de priapisme chronique intermittent, *Soc. nat. de méd. de Lyon*, 28 juin 1909.

ROSENTHAL. Ueber postappendicitische Priapismus, *Berlin. klin. Woch.*, t. XLVII, p. 147, 24 janv. 1910.

LEGUEU. *Traité chirurgical d'urologie*, Paris 1910.

DUJON. Le priapisme prolongé en dehors des lésions nerveuses : procédé opératoire par incision de l'une des racines des corps caverneux, *Assoc. franç. de chir.*, 8 oct 1910, et *Ann. méd.-chir. du Centre*, 6 nov. 1910.

BILLAUD. A propos d'un cas de priapisme prolongé, *Gaz. méd. du Centre*, 1911, p. 274.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 AVRIL 1913)

Les sourciers et l'inscription des mouvements respiratoires au moyen de la main. — M. MARAGE. Quand on tient le bras le long du corps, l'avant-bras étant horizontal, le coude s'appuie sur les fausses côtes. Or chez les sujets qui ont le type de respiration diaphragmatique très développé, le mouvement des fausses côtes est très marqué ; ce mouvement se transmet à l'avant-bras et à la main, il est facile à inscrire. Pour cela, on tient entre le pouce et l'index la petite branche d'un levier horizontal du premier genre, dont la grande branche 50 fois plus longue inscrit une courbe sur une feuille de papier ; on obtient ainsi un tracé, dans lequel les mouvements d'inspiration (partie ascendante) et d'expiration (partie descendante) sont très nets.

Si le coude n'est plus en contact avec le thorax, les mouvements respiratoires sont beaucoup moins apparents mais ils existent encore, c'est la respiration thoracique supérieure qu'on inscrit.

Une application curieuse de ces faits est réalisée par les *sourciers*.

Ceux-ci, pour découvrir les cours d'eau souterrains, ont les deux bras appliqués le long du corps ; les mains, la paume en haut, tiennent la baguette qui est très élastique et toujours dans un état d'équilibre absolument instable ; la moindre modification dans le rythme respiratoire changera la position des mains et la baguette se mettra en mouvement.

Si l'expérimentateur emploie un pendule, le phénomène est aussi simple : il suffit, en effet, pour faire osciller le pendule, d'imprimer à la main des mouvements dont l'amplitude est du même ordre de grandeur que ceux produits par la respiration dans le premier cas.

Tous ces mouvements sont invisibles, ils n'ont pu être mis en évidence que par la méthode graphique.

Cette hypothèse semble confirmée par les faits suivants :

1º La baguette ne marche pas, ou marche mal, quand les coudes sont loin du corps, c'est-à-dire quand les membres supérieurs sont dans une position telle qu'ils ne peuvent transmettre à la main les mouvements des fausses côtes.

2º Le pendule ne marche jamais quand la main est fixée ou simplement appuyée sur un support rigide.

3º Les quatre sourciers examinés par M. Marage ont le type de respiration diaphragmatique.

M. Marage arrive donc à conclure que, *jusqu'à preuve du contraire, chez les sourciers on se trouve en présence d'un phénomène analogue à ceux que les neurologistes rencontrent en clinique.*

Il n'y a ni fluide spécial, ni rayon d'un nouveau genre ; la baguette et le pendule divinatoires ne sont que des pneumographes.

Cette explication n'enlève, du reste, rien à l'utilité des sourciers, ni à la réalité du phénomène.

Css recherches ont été commencées, il y a quinze ans, au laboratoire de Marey.

Etude sur les injections de sels de radium. — M. H. DOMINICI, Mme Simone LABORDE et M. Albert LABORDE. Des travaux antérieurs (1) ont démontré que les sels de radium insolubles injectés persistent dans l'organisme des animaux. Aujourd'hui M. Dominici compare la façon dont se répartissent respectivement dans l'organisme les sels solubles et insolubles lorsqu'ils sont injectés dans le tissu musculaire ou dans le système veineux. Ses expériences montrent que les sels solubles comme les insolubles séjournent longtemps dans l'organisme. On remarque notamment l'affinité du tissu osseux pour le radium à l'état de bromure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 AVRIL 1913)

Origine hématogène de certaines appendicites aiguës. — M. le professeur F. WIDAL fait un rapport sur un travail de M. Walther relatif à cette question.

M. Widal avait présenté à l'Académie des recherches prouvant l'origine sanguine de certaines appendicites aiguës, et M. Walther a rapporté un fait confirmatif de cette opinion. Dans les observations des deux auteurs c'est le bacille paratyphique B qui était en cause. L'existence constatée d'une infection paratyphique n'est donc pas une contre-indication à une intervention sur l'appendice, et l'ablation de celui-ci, s'il est infecté, ne peut avoir qu'une influence favorable sur la marche de l'infection générale.

Les dernières recherches sur l'homme quaternaire. Ses manifestations artistiques. — M. CAPITAN présente d'intéressantes reproductions, dessins ou moulages, des images d'animaux dues aux hommes préhistoriques de l'époque quaternaire. Cherchant à expliquer dans quel but ces représentations d'êtres vivants étaient faites. M. Capitan a repris une hypothèse émise en 1903 par M. Salomon Reinach, et d'après

(1) DOMINICI et FAURE-BEAULIEU. *C. R. Ac. des sc.*, mai 1908. — DOMINICI. *Presse méd.*, nº 22, 1912. — DOMINICI, PETIT et JABOIN. *C. R. Ac. des sc.*, mars 1910.

laquelle il s'agirait d'une sorte d'envoûtement. Avant de partir pour la chasse, l'homme préhistorique traçait l'image de la proie qu'il espérait rencontrer, et ce qui viendrait à l'appui de cette opinion c'est que sur certaines de ces figures on a trouvé des pointes de flèches en silex.

Un nouveau parasite de l'homme. — M. le professeur R. Blanchard expose qu'il convient de renoncer définitivement aux théories d'après lesquelles chaque espèce animale a ses parasites propres, et à ce propos il cite un ver assez semblable au ténia, le *Bertilla*, qu'il a découvert successivement chez les oiseaux, les marsupiaux, les lémuriens, les rongeurs, les singes de l'ancien et du nouveau continent. Or, ce parasite vient d'être retrouvé chez l'homme par un médecin de Port-Louis.

Des troubles digestifs d'origine cæco-colique et de leur traitement chirurgical. — M. le professeur Pierre Delbet a fait à ce sujet une longue communication où il établit que l'appendicite chronique, telle qu'on la conçoit à l'heure actuelle, est peut-être un peu trop compréhensive; elle existe, certes, de manière indubitable, mais elle n'explique pas toutes les douleurs de la fosse iliaque droite ni tous les troubles digestifs qui leur sont liés. Il est probable que la mobilité anormale du cæcum et son ectasie jouent un rôle considérable dans ces phénomènes.

C'est à l'étude de ces troubles cæco-coliques et à la description détaillée des procédés opératoires mis en œuvre contre eux que M. Pierre Delbet consacre son travail.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1913)

Radioscopie des anévrismes de l'aorte. — M. Em. Sergent, à propos de la communication de M. Letulle, rappelle qu'il a observé un cas dont il a publié l'observation en 1912 qui confirme le fait que l'examen radioscopique peut induire en erreur dans le diagnostic des anévrismes de l'aorte, lorsqu'ils ne donnent pas de battements constatables. Dans le cas de M. Sergent l'anévrisme était englobé dans une gangue de médiastinite syphilitique qui masquait les battements; ceux-ci furent constatés au cours d'un examen radioscopique fait ultérieurement après une cure hydrargyrique qui amena la disparition de la médiastinite.

Occlusion intestinale par calcul biliaire arrêté à la valvule iléo-cæcale. Reliquats d'une grossesse extra-utérine. — MM. H. Dufour, Desmarets et Legros présentent un calcul biliaire volumineux, véritable moule de la vésicule biliaire, d'une longueur de 6 centimètres sur 9 centimètres de circonférence, passé directement dans le duodénum par une ulcération faisant communiquer la vésicule biliaire avec l'angle duodénal sous-hépatique.

Ce calcul a fait sa migration jusqu'à la fin de l'iléon où il s'est arrêté, sans pouvoir franchir la valvule iléo-cæcale, il a produit à ce niveau une obstruction intestinale à laquelle a succombé la malade, malgré une intervention chirurgicale.

Celle-ci, dans l'ignorance où l'on s'est trouvé de la cause de l'occlusion, a consisté dans une appendicectomie jouant le rôle d'anus artificiel sous anesthésie locale.

En pareil cas il est préférable, quand l'état général le permet, d'aller délibérément rechercher la cause de l'occlusion par une laparotomie plutôt que de se contenter d'une opération palliative qui risque, comme dans le cas actuel, d'être insuffisante. Ce qui fait également l'intérêt de cette observation c'est qu'il s'agissait d'une femme de soixante et un ans qui, trente-six ans auparavant, avait été soignée pour des phénomènes de pelvipéritonite. Or, à l'autopsie on a trouvé le reliquat d'une grossesse extra-utérine sous forme d'un kyste à contenu muco-purulent dans lequel les auteurs ont rencontré sept petits os longs d'un centimètre environ. En dehors du kyste, on trouve une masse osseuse représentant la tête et la ceinture scapulaire. Ces parties supérieures étaient, en dehors du kyste, libres avec quelques adhérences péritonéales les rattachant à la face antérieure du sacrum.

Dysenterie intestinale amibienne et traitement par le chlorhydrate d'émétine. — MM. Dufour et Huers présentent un malade atteint de dysenterie amibienne contractée dans les Indes portugaises (fin novembre 1911). Cette dysenterie évolue par crises espacées survenant tous les deux ou trois mois sous forme de diarrhée sanguinolente, très abondante, contre laquelle divers traitements n'ont donné que des résultats très médiocres et temporaires. Entré à l'hôpital Broussais le 28 mars en période de crise avec fièvre, le malade a des selles remplies d'amibes, alors que le séro-diagnostic avait été négatif avec le bacille de Stuga. On le soumet au traitement des injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine, et il a reçu 30 centigrammes de ce médicament dans les huit premiers jours. Pendant les deux jours consécutifs il a absorbé chaque jour un lavement contenant 12 centigrammes d'émétine. A l'entrée du malade le nombre des selles était de seize par vingt-quatre heures, actuellement le malade n'a plus que deux selles, encore molles mais non sanglantes. L'amélioration a été si rapide par rapport au résultat obtenu par les thérapeutiques antérieures que les auteurs présentent ce malade comme un succès nouveau à l'actif du traitement par l'émétine.

M. Chauffard rapporte un nouveau cas de dysenterie contractée par un jeune ingénieur à Salonique, et qui fut guérie par l'émétine. Deux points étaient intéressants dans son observation : d'une part, l'erreur de diagnostic qui fut faite, l'absence d'amibes avait fait penser à une dysenterie bacillaire; d'autre part, l'échec complet de toutes les thérapeutiques antérieures, le khosam et le cimarouba ayant seuls déterminé une amélioration d'ailleurs passagère.

Fièvre typhoïde et vaccinothérapie. — MM. Thiroloix et Garsaux rapportent des observations de fièvre typhoïde dans lesquelles la vaccinothérapie, d'après la méthode de Wright, paraît avoir donné de bons résultats. L'inoculation d'un demi-centimètre cube de vaccin typhique (hétéro ou auto-vaccin) à midi et soir le premier jour, un demi-centimètre cube le lendemain chez les typhiques adultes, n'a que des avantages sans aucun inconvénient. Elle a semblé à ses auteurs abréger l'évolution, atténuer les symptômes, augmenter la diurèse, empêcher les récidives. Aussi les auteurs projettent ces inoculations dans tous les cas de possibilité d'infection éberthienne.

M. Netter a employé les mêmes vaccins chez les enfants chez lesquels la fièvre typhoïde sévit en ce moment plus que de coutume. Bien qu'il y ait peu de temps qu'il emploie cette méthode, il a observé des résultats heureux dans une forme grave.

MM. Le Noir et Théry ont étudié les variations de la perméabilité rénale sous l'influence du bicarbonate de soude en se servant du procédé de l'élimination provoquée.

Le bicarbonate de soude administré chez les brightiques a exercé une action considérable sur l'élimination du bleu de méthylène, action qui s'est traduite par un retard considérable dans l'apparition du bleu, par une diminution très marquée de la coloration des urines, et enfin par l'augmentation de la durée de l'élimination.

A la dose de 5 grammes le bicarbonate de soude a encore manifesté son influence de la façon la plus nette. Chez les sujets indemnes de tare rénale, l'action perturbatrice sur l'élimination du bleu se fait également sentir, mais cette action est beaucoup moins intense et plus variable dans sa modalité. Il faudra donc, dans l'étude de la perméabilité ré-

nale par l'épreuve du bleu, avoir soin d'éviter le trouble apporté par l'ingestion du bicarbonate de soude. Par contre, dans les mêmes conditions, l'élimination du salicylate de soude et de l'iodure de potassium n'a été nullement entravée. Le bicarbonate de soude a donc une action propre sur le rein et détermine une imperméabilité rénale passagère et élective. C'est vraisemblablement par ce mécanisme que se produisent les œdèmes bicarbonatés.

Traitement des hémoptysies par la pithuitrine. — M. Rist, après avoir essayé et étudié le mode d'action des divers traitements successivement proposés par les auteurs dans la thérapeutique des hémoptysies, a tenté de nouveaux essais avec un extrait hypophysaire, la pithuitrine. Lorsque, au cours d'une hémoptysie très abondante, on pratique une injection de 5 milligrammes de pithuitrine, on voit la face pâlir, le pouls s'arrête, puis tout rentre dans l'ordre et l'hémorragie ne se reproduit pas. Jamais l'auteur n'a eu d'accidents, et les effets thérapeutiques ont été remarquables.

M. Léon Bernard, instruit des essais de M. Rist, a également employé dans son service la même thérapeutique et en a pu observer les bons effets. L'état de la tension artérielle ne saurait guider la thérapeutique, étant des plus variables dans les hémoptysies tuberculeuses. Il a presque toujours trouvé une tension basse, et insiste sur l'intérêt que présente plutôt en pareil cas la différence entre la tension de la grande circulation et celle de la petite circulation. Enfin, il croit que l'anévrisme de Rasmussen, provoquant une hémoptysie foudroyante par sa rupture, est exceptionnelle.

M. Sergent croit surtout à l'intérêt d'une médication nouvelle si elle peut s'appliquer à tous les cas d'hémoptysies tuberculeuses. Pour sa part, après avoir essayé toutes les nouvelles méthodes, il est revenu à l'ipéca qui lui a encore donné les meilleurs résultats.

Emploi de l'émétine dans le traitement d'une hémoptysie tuberculeuse. — MM. Ch. Flandin et E. Joltrain ont eu précisément l'idée d'employer l'émétine dans les hémoptysies tuberculeuses si longtemps traitées par les auteurs classiques à l'aide de l'ipéca.

MM. Chauffard, Dopter, Rouget et Dufour, dans leurs observations, ont en effet tous signalé la rapidité avec laquelle l'emploi de l'émétine faisait disparaître l'aspect sanglant du pus des abcès du foie ou des selles dysentériques.

Sans vouloir conclure d'un seul fait, les auteurs rapportent l'observation d'un homme atteint d'une hémoptysie tuberculeuse très abondante, avec fièvre élevée, qui n'avait cédé à aucun des traitements habituels (glace, chlorure de calcium, ergotine). Une injection de 4 centigrammes de chlorhydrate d'émétine fit tomber la température de 40 degrés à 37°2, et l'hémoptysie s'arrêta brusquement pour ne plus se reproduire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1913)

Variations numériques et morphologiques des leucocytes de la poule au cours de l'infection par le spirochæta gallinarum. — MM. L. Launoy et M. Lévy-Bruhl ont observé d'une manière constante une augmentation assez faible du nombre total des leucocytes, et des variations très nettes de la formule leucocytaire : polynucléose précoce coïncidant avec l'infection, suivie, au moment de la disparition des spirilles, d'une courte phase de mononucléose. Ces résultats ne paraissent pas confirmer l'hypothèse de la nature spirillaire de la leucémie.

Paralysie expérimentale des centres respiratoires. — M. Jean Camus a pu, en injectant de petites doses de chloralose au niveau du bulbe, déterminer des dissociations importantes dans les actions des différents centres bulbaires. Les centres respiratoires sont précocement touchés et leur intoxication détermine l'arrêt respiratoire précédé de différents rythmes respiratoires entre autres du rythme de Cheyne-Stokes. Les centres respiratoires peuvent rester paralysés pendant plusieurs heures alors que d'autres centres sont intacts, par exemple les centres vaso-constricteurs et les centres inhibiteurs cardiaques. Pour s'en rendre compte, il suffit d'arrêter pendant quelques instants la respiration artificielle (nécessaire pour l'entretien de la vie), et l'on voit sous l'influence du sang asphyxique les centres vaso-constricteurs montrer leur intégrité par des ondulations de la pression artérielle et le cœur en se ralentissant établir la preuve de l'intégrité des centres inhibiteurs cardiaques.

Il y a là un procédé précieux pour l'étude des dissociations fonctionnelles des différents centres bulbaires.

Modifications des réactions anaphylactiques sous l'influence du traitement par les eaux minérales naturelles (Vichy). — MM. G. Billard et R. Grellety. Les états anaphylactiques peuvent être influencés d'une manière favorable ou défavorable par l'action des eaux minérales naturelles. C'est ce que nous avons déjà montré pour les eaux de Royat. Nos recherches actuelles portant sur les eaux de Vichy nous conduisent aux mêmes résultats.

Sur les formations mitochondriales dans les cellules néoplasiques des épithéliomes de la peau et des muqueuses dermo-papillaires. — MM. Favre et Cl. Regaud. 1° Dans les cellules des épithéliomas cutanés comme dans celles des néoplasmes les plus divers, carcinomes, sarcomes, on trouve des formations mitochondriales affectant les formes multiples connues en cytologie normale.

2° Ces formations mitochondriales diffèrent d'un groupe à l'autre de tumeurs, d'une tumeur à une autre tumeur du même groupe, même d'une variété à une autre variété de chondriosomes du même néoplasme, par de minimes différences de constitution chimique. Les mêmes différences se rencontrent, avec une infinie variété, dans les cellules normales.

Pour mettre en évidence complètement l'ensemble des formations mitochondriales dans un organe normal ou néoplasique un peu complexe, il est nécessaire de faire de nombreuses préparations au moyen de fragments soumis à des mordançages chromiques de durée croissante. Ainsi les filaments d'Herxheimer apparaissent toujours après un mordançage moindre que celui qui est nécessaire pour les mitochondries granuleuses.

3° La coexistence des formes granuleuses, filamenteuse banale, filamenteuse spiralée (filaments d'Herxheimer), et surtout les transitions entre ces diverses formes, dans les épithéliomas spino-cellulaires, imposent une fois de plus la conviction qu'il s'agit là de variétés morphologiques d'une même formation. Nous sommes donc fortifiés dans l'opinion que les filaments d'Herxheimer de l'épiderme normal sont des organites mitochondriaux, différenciés en vue de l'édification et de l'entretien des fibrilles épidermiques dont ils sont les racines.

4° Les formes granuleuses et bacilliformes, qui prédominent dans l'assise cellulaire périphérique des cordons et lobules épithéliomateux, et spécialement dans la région infranucléaire de la cellule, sont certainement les formes les plus jeunes du chondriome. En outre, elles nous paraissent être en rapport physiologique avec l'intussusception élective et la nutrition des cellules en voie de multiplication, indépendamment de l'élaboration de produits figurés qui dans ces cellules n'a pas lieu.

PHARMACOLOGIE

UTRACTOL

Barger et Dale ont prouvé dernièrement que les principales substances actives du seigle ergoté sont au nombre de trois : la Tyramine, l'Histamine et l'Ergotoxine, dont la dernière est dépourvue d'intérêt au point de vue thérapeutique, étant donné qu'elle détermine l'ergotisme gangréneux.

L'influence constrictive de la Tyramine ne s'exerce que sur l'utérus gravide. L'Histamine par contre provoque des contractions utérines sur l'organe normal aussi bien que sur l'organe gravide.

L'Utractol, la combinaison des deux substances, a été expérimenté cliniquement et son action pharmacodynamique a été trouvée tellement identique à celle du seigle ergoté qu'il peut être considéré comme renfermant la totalité de l'action thérapeutique du seigle ergoté.

L'Utractol peut être obtenu par des procédés chimiques ou plus simplement par fermentation d'un mélange de Tyrosine et d'Histidine.

Le nouveau produit est la première préparation renfermant l'action thérapeutique intégrale du seigle ergoté et garantissant un effet pharmacodynamique invariable.

LIVRES NOUVEAUX

Leitfaden der praktischen Kriegs-chirurgie. *Fils directeurs de la chirurgie de guerre* (1), par W. VON ŒTTINGEN.

L'auteur de cet ouvrage a acquis l'expérience de la chirurgie de guerre pendant la guerre russo-japonaise. Aussi son livre, quoique très court et très condensé, envisage toutes les éventualités en face desquelles peut se trouver le chirurgien militaire moderne. On en jugera d'après l'énoncé des chapitres généraux où sont successivement étudiés : les blessures de guerre envisagées d'après leur origine, la guérison aseptique des plaies et l'infection, l'asepsie, l'antisepsie et la désinfection, les pansements et appareils, la thérapeutique générale et la technique des opérations en campagne, l'anesthésie locale et générale en chirurgie de guerre, l'installation des blessés, la diététique, les transports et la statistique de guerre. Dans une dernière partie l'auteur traite successivement des blessures intéressant les différentes parties du corps et leur traitement spécial.

Chacun de ces chapitres est court, net et extrêmement clair. Il ne s'agit pas ici d'un ouvrage de compilation, mais d'un manuel pratique, œuvre d'un chirurgien averti.

A. LEMIERRE.

(1) Un volume de 361 pages avec 109 figures. — Dresde et Leipsig, Th. Steinkoff.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 22 février 1913.*) F. DAELS : Contribution à l'étude de l'invasion chorio-épithéliale bénigne dans la paroi de l'utérus et des trompes (2e partie.) — J. DEMOOR : A propos du mécanisme intime de la sécrétion.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mars 1913.) Jean ANGLADE et Henri FABRE : Polynévrites par ingestion d'un vin contenant de l'arsenic. — F. TERRIEN : L'éclairage rationnel des ateliers et le surmenage oculaire. — L. BARGERON : L'aspiration du fil aux navettes. — Jacques BLANC : L'hystérie au Maroc et en particulier au tabor de police franco-marocaine n° 9. Les idées actuelles sur cette névrose. — M. F. BUSSIÈRE : Utilité de la création de cliniques spéciales des écoliers.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 353, 10 mars 1913.) BERGONIÉ : La diathermie, ration d'appoint. — DOUARRE : Sur un cas de gastro-entérostomie spontanée décelée par la radiographie. — HIRTZ : Le service de physiothérapie de l'hôpital militaire du dey à Alger. — RÉCHOU : Un appareil pour la téléradioscopie s'adaptant à tous les chassis radioscopiques.

Archives générales de chirurgie. — (N° 2, 25 fév. 1913.) J.-P. TOURNEUX : Les tératomes de la région occipitale. — E. DUHOT, R. PIERRET et E. VERHAEGHE : Un cas de polynévrite des membres inférieurs après grande hémorragie et élévation prolongée des membres. — H. LEFÈVRE : Sur l'autoplastie de la région génienne.

Archives internationales de neurologie. — (Mars 1913.) Alex. PARIS : Paralytiques généraux condamnés et incarcérés. — G. VARENNE : Essai sur le « cafard ». — H. DAMAYE : L'ictus dans les maladies mentales. — A. RODIET : De la division des services à la colonie familiale de Dun-sur-Auron. — Varia KIPIANI : Ambidextrie.

Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. — (N° 2, mars 1913.) Ed. RETTERER : Histogenèse des amygdales et des végétations adénoïdes. — MOUNIER : Céphalées et névralgies faciales d'origine nasale. — Robert RENDU : Etude anatomique d'un cas d'atrésie bilatérale du conduit auditif externe avec pavillon rudimentaire et absence d'oreille moyenne. — LAROZIÈRE (d'Amiens) : Syphilis de l'oreille.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 mars 1913.) E. MAUREL : Contribution à l'étude analytique des complexus pathologiques. Des rôles différents des flux intestinaux dans ces complexus.

Clinique. — (N° 10, 7 mars 1913.) CASTAIGNE : Insuffisance surrénale au cours des néphrites chroniques. — F. TERRIEN : Les paralysies oculaires. — (N° 11, 14 mars.) LEGUEU : La prostatectomie en deux temps. — A. PISSAVY : Leucémie. — P.-R. JOLY : Deux modes d'emploi de l'eau dans le traitement des phlébites aiguës. — P. RUDAUX : Prolapsus de l'utérus gravide.

Echo médical du Nord. — (N° 10, 9 mars 1913.) MOTY : Diagnostic et traitement des rétrécissements dysentériques du côlon. — GALAND : Quelques considérations sur l'emploi de l'émétine.

Encéphale. — (N° 3, 10 mars 1913.) G. JACQUIN et L. MARCHAND : Myoclonie épileptique progressive (type Unverricht-Lundborg), avec 2 planches. — Oscar DE SOUZA et Aloysio DE CASTRO : Le phénomène de l'extension du gros orteil associée aux efforts musculaires (1 planche). — Charles COT et DUPIN : Insuffisance glandulaire et anormaux passifs dans l'armée. — Roger MIGNOT et F. USSE : Troubles mentaux observés chez un sujet morphinomane et chloralomane. — Ch. VALLON et René BESSIÈRE : Le véronalisme.

NOTES POUR L'INTERNAT

LA VARIOLE (1)

VARIOLE HÉMORRAGIQUE. — Nous décrivons tout à fait à part cette variété importante en raison de sa gravité toute spéciale et de son allure clinique très particulière; elle répond à la variole noire des anciens auteurs. Il faut distinguer cependant entre la variole hémorragique secondaire et la variole hémorragique primitive.

Les *varioles hémorragiques secondaires* apparaissent au cours de l'évolution de l'une quelconque des formes déjà décrites, surtout des formes graves. Les pustules confluentes se teintent de sang, des taches purpuriques apparaissent sur la peau, puis surviennent des épistaxis, des métrorragies; la fièvre atteint 40-41 degrés; le malade meurt souvent dans le collapsus. Quelquefois la guérison peut cependant être obtenue.

La *variole hémorragique primitive* est de beaucoup la forme la plus sévère de la variole. Elle est plus fréquente dans certaines épidémies; elle frappe de préférence les sujets de vingt à trente ans; la *grossesse*, l'*albuminurie*, les *altérations hépatiques* antérieures y prédisposent; on a signalé également sa fréquence dans les armées en déroute, au cours des sièges prolongés, etc.

La marche de la maladie peut être *foudroyante* : après un frisson violent, la température monte à 40-41 degrés; le malade a des douleurs très vives, de la céphalée, de la rachialgie, mais surtout de l'angoisse, de la dyspnée sine materia; la mort survient en vingt-quatre ou trente-six heures. La peau ne présente pas d'éléments éruptifs, elle est uniformément rouge et le diagnostic ne se fait que par la notion d'épidémie.

Dans d'autres cas, après une période d'invasion intense, mais très courte, on voit apparaître aux aines, un *rash purpurique*, lie de vin, qui bientôt se généralise, puis se couvre de taches purpuriques, hémorragiques, donnant à la peau une couleur ardoisée, enfin des phlyctènes sanguinolentes. La température est très élevée; il existe des infiltrations sanglantes sous-conjonctivales, des hémoptysies, des hématémèses, du melæna. Le sang contient des globules rouges nucléés. Le caillot n'est pas rétractile. Le malade succombe dans le collapsus. La guérison est exceptionnelle.

COMPLICATIONS. — A la période d'invasion, on peut observer de la laryngite catarrhale, de la conjonctivite intense, des métrorragies, souvent du délire, ou des phénomènes ataxo-adynamiques. A la période d'éruption, suivant la localisation anormale des vésicules, on aura du spasme de la glotte, des ulcérations de la cornée, avec fonte purulente de l'œil, des vulvites, etc.; ces complications pourront être évitées, grâce à des soins d'hygiène. C'est à la période de suppuration que surviennent les principales complications, occasionnées surtout par des infections secondaires. Ce sont les suppurations cutanées qui vont du furoncle à l'anthrax, aux phlegmons, aux escarres, etc. On peut observer aussi des adéno-phlegmons, un abcès latéro-pharyngien; au niveau des muqueuses, on constate de la gangrène, de l'œdème de la glotte, etc. Les suppurations à distance sont fréquentes (abcès pulmonaire, gangrène du poumon, pleurésies purulentes, *arthrites*, etc.). Il faut insister sur la fréquence et la gravité des *endocardites* et des *péricardites*, des néphrites et sur l'*orchite* avec vaginalite. Les complications nerveuses sont fréquentes : paralysies, en général, passagères, troubles intellectuels, psychiques, persistant assez longtemps après la convalescence. A la période de dessiccation, on voit assez souvent survenir l'érysipèle de la face. A la suite d'une variole grave guérie, il n'est pas rare de voir survenir des troubles nerveux ou généraux, liés aux reliquats des néphrites, des endocardites, etc. Enfin, la tuberculose frappe souvent ces sujets.

DIAGNOSTIC. — Le *diagnostic positif* de la variole, s'établit au début, grâce à l'intensité des phénomènes de l'invasion (frisson, céphalée, rachialgie, vomissements, dyspnée), plus tard, il se fait, grâce aux caractères de l'éruption, souvent précédée d'un rash, enfin grâce à la formule sanguine. Souvent ce diagnostic est d'ailleurs singulièrement facilité, par la notion d'épidémie.

Le diagnostic différentiel est à faire au début, avec toutes les pyrexies, spécialement avec la grippe à forme nerveuse, avec la scarlatine, la rougeole, la pneumonie, les néphrites aiguës, les myélites aiguës. En général, l'étude détaillée des symptômes permettra le diagnostic. A la période de *rash*, on pensera, suivant la nature du rash, à la scarlatine, à la rougeole, à la fièvre urticarienne, ou simplement encore à un érythème toxi-infectieux, ou même à un érythème sérique. Dès cette période, bien souvent, la constatation de vésicules sur la muqueuse buccale permettra le diagnostic, et d'ailleurs la localisation et la répartition des rashes varioliques sont assez spéciales, pour orienter rapidement le diagnostic.

Lorsque l'éruption maculeuse apparaît à la face, le diagnostic peut être discuté avec l'*érysipèle de la face* et la *rougeole boutonneuse*; c'est dans ces cas que l'examen hématologique sera d'un précieux secours.

Au moment de l'éruption, le diagnostic est en général facile; néanmoins un eczéma vésiculeux généralisé, un érythème vésiculeux, une varicelle très confluente, une vaccine généralisée, certaines éruptions médicamenteuses, bulleuses, prêteront à des erreurs de diagnostic. Ces erreurs seront surtout commises lorsqu'il s'agit de formes très atténuées, ou très modifiées. Un examen attentif du malade, les commémoratifs, permettront en général le diagnostic. Il faut signaler encore l'acné varioliforme, la syphilis varioliforme, l'herpès généralisé, ce sont là des diagnostics aisés. En résumé, le diagnostic est surtout à discuter, avec la rougeole boutonneuse et la varicelle.

Dans les formes hémorragiques, à allure suraiguë, le diagnostic est à peu près impossible, en dehors de la notion d'épidémicité. On ne confondra pas la forme aiguë avec les purpuras aigus hémorragiques ou les maladies infectieuses hémorragipares et les états hémorragiques.

PRONOSTIC. — Le pronostic varie considérablement avec les épidémies, il dépend surtout de l'état antérieur du sujet; si le sujet est sain, sans tare appréciable, le pronostic est relativement favorable. Si le sujet est alcoolique, syphilitique, cardiaque, le pronostic est presque toujours fatal. Le pronostic est également presque toujours fatal pour les nouveau-nés. Le facteur essentiel de bénignité est fourni par la notion de vaccination et de revaccination antérieure.

TRAITEMENT. — a. *Prophylactique.* — Tout individu qui peut être en contact avec un varioleux doit être vacciné; en cas d'épidémie, il faut prescrire les revaccinations en masse. Le malade sera isolé, et transporté à l'hôpital le plus tôt possible.

b. *Curatif.* — Le traitement consiste en soins de propreté de la peau; on baignera le malade très souvent dans des bains antiseptiques faibles, avant la phase de vésiculation; plus tard, on fera des pulvérisations, surtout sur le visage; les muqueuses seront désinfectées à l'eau oxygénée.

S'il y a des ulcérations, on appliquera de larges pansements secs, occlusifs; on a préconisé l'éclairage de la chambre à l'aide de lumière rouge; on donnera au malade de l'opium, de l'acide phénique, du xylol.

Auché, Landmann, Béchère ont essayé, sans grand succès encore, la sérothérapie.

La vaccination peut être tentée dès le début de l'invasion.

BIBLIOGRAPHIE. — HUTINEL. *Traité des maladies des enfants*, t. I. — DUVOIR. *La variolo-vaccine*, Th. de Paris, 1911. — MAX RUDOLPH. La variole blanche, *Münch. med. Woch.*, 1911, n° 6; *Gaz. des hôpit.*, 1906. — GRANDMAISON. *Variole hémorragique*, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1888.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 35, p. 558; n° 38, p. 623 et n° 41, p. 670.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 45. — SAMEDI 19 AVRIL 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 19 AVRIL 1913. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Séance du 16 avril. — MM. Martin, 27; Picot, 27; Olivier, 14.

— CONCOURS POUR UNE PLACE D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Tissier, Macé, Bar, Brindeau, Laffitte et Cunéo (qui acceptent), Demelin (qui n'a pas encore fait connaître son acceptation).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Epreuve orale.* — Séance du 16 avril. — MM. Le Grand, 15; Gouverneur, 16; Galettier, 18; Bloch (René) et Maurer, 16.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Epreuve écrite.* — Séance du 17 avril 1913. — MM. Mock, 22; Leveuf, 20.

— Par arrêté ministériel en date du 16 avril 1913 la chaire d'opérations et appareils de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — Par décret en date du 2 avril 1913, M. le professeur Guillemin est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er mai 1913, pour cause d'ancienneté d'âge et de services.

M. Guillemin est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1913.

— LYON. — Par décret en date du 2 avril 1913, M. le professeur Lacassagne est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 18 août 1913, pour cause d'ancienneté d'âge et de services.

M. Lacassagne est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1913.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Un décret en date du 17 mars dernier a autorisé l'Académie à procéder à l'élection de membres non résidant à Paris choisis parmi les savants de la province déjà correspondants de la Compagnie.

Une élection aura lieu dans la prochaine séance pour le premier de ces sièges. Parmi les candidats en ligne citons : MM. le professeur Sabatier (de Toulouse), titulaire du prix Nobel, Deperret (de Lyon) et Henri Fabre (de Sérignan).

PRÉFECTURE DE POLICE. — M. le docteur Dupré, médecin en chef adjoint de l'infirmerie spéciale du dépôt, est nommé médecin chef en remplacement de M. le docteur Legras, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin en chef honoraire.

M. le docteur de Clérambault, médecin adjoint de l'infirmerie spéciale, est nommé premier médecin adjoint.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La prochaine séance aura lieu à l'Asile clinique (amphithéâtre de l'admission) le lundi 21 avril, à trois heures et demie, très précises.

CONGRÈS D'HYDROLOGIE DE MADRID. — Le Congrès d'hydrologie, de climatologie et de géologie se tiendra à Madrid, sous le patronage de Sa Majesté le roi d'Espagne, du 15 au 22 octobre prochain.

Un grand nombre de rapports ont été déjà adressés au Congrès, qui comprendra des représentants officiels de tous les pays.

Les adhésions doivent être envoyées directement au docteur Rosendo Castells, 10, Encarnacion, à Madrid. Le prix de la cotisation est de 25 francs. Des renseignements concernant les logements, les excursions et les conditions spéciales de voyage, seront ultérieurement communiqués.

Une exposition importante complétera le Congrès, M. le docteur Victor Gardette, 3, rue Humboldt, commissaire pour la France, fournira tous les renseignements désirés aux personnes qui désireraient exposer.

Tous les rapports qui doivent être lus à ce Congrès devront être adressés avant la fin du mois de mai, dernier délai, au docteur Bardet, 21, rue du Cherche-Midi, à Paris. Il est rappelé à MM. les rapporteurs qu'aucun rapport ne devra occuper plus de 20 pages de volume du Congrès et que chacune des pages de ce volume comporte 42 lignes et la ligne 50 lettres environ.

ORCHESTRE MÉDICAL. — Comme nous l'avons déjà annoncé, une grande soirée de gala aura lieu au profit de « l'Œuvre de la tuberculose humaine » au palais du Trocadéro le samedi 3 mai à huit heures et demie.

L'Orchestre médical et les Sociétés chorales « le choral parisien, la Cœcilia » (250 exécutants) interpréteront l'oratorio de César Franck, *Rébecca*, avec Mlle Y. Dubel et M. Carbelly (opéra) sous la direction de M. H. Busser.

M. Antoine, le directeur de l'Odéon, a offert sa troupe qui jouera le troisième acte de l'*Arlésienne*.

Mme Ariane Hugon (danses esthétiques), Mlle Madeleine Roch (Comédie-Française) et Mlle Roussel (violon) prêteront le concours de leurs grands talents à cette belle fête de bienfaisance.

Au programme, ouverture du *Freischütz*, 1er concerto pour violon, de Max Bruch, danses de Grieg, etc.

On peut retenir ses places (1 à 5 francs) dès maintenant, sans augmentation pour la location, au siège social de l'Œuvre de la tuberculose humaine, 9, rue de Bellefond, Paris IXe,

LE DIPLOME FRANÇAIS DE DOCTEUR EN MÉDECINE

& LES CONDITIONS & FORMALITÉS A REMPLIR

POUR EXERCER A L'ÉTRANGER

Par le docteur Ch. DARRAS.

Ayant été consulté à plusieurs reprises par des confrères français au sujet des formalités requises pour exercer la médecine dans divers pays, il nous a paru intéressant de grouper dans un travail d'ensemble les renseignements recueillis à ce sujet.

Nous avons recherché si le diplôme français de docteur en médecine conférait à son titulaire le droit d'exercer dans d'autres pays, et, dans la négative, quelles étaient — pour obtenir l'autorisation d'exercer la médecine — les formalités à remplir au point de vue de l'enregistrement du diplôme, des examens à subir, des inscriptions à prendre, des droits à acquitter, de la naturalisation, etc.

Une telle étude ne peut avoir qu'une valeur documentaire et sa lecture se ressent des éléments dont elle est composée. Ce sont, en effet, des lois et règlements en langue étrangère que nous avons eus à notre disposition. La traduction se prête mal, en une pareille matière, à des interprétations qui auraient risqué d'en dénaturer le sens. Nous nous excusons de la forme aride de cet exposé.

Au moment où la question des étudiants étrangers semble devoir se poser à nouveau, nous croyons utile de publier ces documents qui concernent 64 pays. On verra que, à part quelques rares gouvernements, le protectionnisme à peine déguisé règne non seulement en Europe, mais encore dans les autres continents.

EUROPE

Allemagne. — D'après le paragraphe 29 de l' « Ordonnance sur les professions », il n'est pas besoin d'autorisation spéciale pour exercer en Allemagne la médecine, considérée comme métier régulier. Seules doivent solliciter une « approbation » les personnes qui veulent exercer en portant le titre de « médecin (arzt) » ou un titre équivalent, ainsi que celles qui veulent être reconnues comme médecins par un Etat ou une commune ou qui veulent exercer des fonctions médicales administratives officielles.

L' « approbation » comme médecin dans l'empire allemand est indépendante de la nationalité du postulant. Les étrangers peuvent — aussi bien que les Allemands — se voir décerner l'approbation pourvu qu'ils satisfassent aux conditions requises par l' « Ordonnance concernant la réglementation des examens de médecins » du 28 mai 1901. Cette approbation n'est délivrée qu'à la suite d'un examen spécial, obligatoire pour les étrangers comme pour les Allemands quels que soient les diplômes dont ils sont munis.

Il ne peut être fait d'exception que pour des personnalités notoires en vertu d'un pouvoir discrétionnaire du conseil fédéral. En effet, un certificat scolaire de maturité acquis à l'étranger, des semestres d'études dans des universités étrangères et un examen préparatoire passé à l'étranger peuvent être exceptionnellement reconnus comme suffisants pour être admis à se présenter à l'examen d'approbation. Par contre, il ne suffit pas d'invoquer un diplôme étranger pour obtenir l'approbation s'il ne s'agit pas d'un cas prévu par le § 29, alinéa 4, de l'ordonnance sur les professions (1).

L'équivalence des diplômes étrangers et des études faites à l'étranger n'est admise que pour dispenser de certaines conditions requises pour l'examen, telles que l'examen préparatoire.

Ces dispositions s'appliquent à toute l'étendue de l'Empire.

Des dispositions correspondantes n'ont pas encore été édictées dans les colonies allemandes.

Extraits de l' « Ordonnance concernant la réglementation des examens de médecins » du 28 mai 1901, avec modifications prévues par les « Avis » du 12 février 1907 et du 30 mars 1908.

I. Examen médical préalable. — § 6. — Pour se présenter à cet examen il faut produire le diplôme de maturité décerné par un gymnase allemand, un gymnase-réal ou par une école primaire supérieure allemande. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on accorde une dispense aux candidats produisant un diplôme de maturité qui a été conféré en dehors de l'empire allemand...

§ 7. — Il faut que le candidat à l'examen préalable ait suivi, au moins pendant cinq semestres, les cours de médecine d'une université allemande. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on tient compte — partiellement ou en totalité — du temps d'études passé dans une *université étrangère*.

II. Examen médical. — § 22. — Les dispenses accordées sont valables également pour l'examen médical. Un examen passé en dehors de l'empire allemand ne peut que par exception tenir lieu de l'examen préalable.

§ 58. — *Frais des examens*. — Le total des frais pour l'examen s'élève à 200 marks.

Ces frais se décomposent comme suit :

Pour la section I (anatomie pathologique et anatomie générale) : 16 marks (10 marks pour la première partie et 6 marks pour la seconde).

Pour la section II (examen médical) : 35 marks (25 marks pour la première partie et 10 marks pour la seconde).

Pour la section III (chirurgie) : 55 marks (25 marks pour la première partie, 10 marks pour la seconde, 10 marks pour la troisième et 10 marks pour la quatrième).

Pour la section IV (gynécologie) : 24 marks (12 marks pour la première partie et 12 marks pour la seconde).

Pour la section V (ophtalmologie) : 12 marks.

Pour la section VI (médecine mentale) : 12 marks.

Pour la section VII (hygiène) : 12 marks.

Pour les frais administratifs : 34 marks.

Lorsqu'un candidat recommence les épreuves, il paie pour la section en question ou une partie de la section, outre les frais indiqués, chaque fois 4 marks pour les frais administratifs.

Lorsqu'un candidat se retire ou est remis à une date ultérieure, il lui est restitué, les frais totaux pour les épreuves non encore commencées, et les frais administratifs en entier ou en partie suivant le cas.

Autriche. — Le diplôme français de docteur en médecine ne donne pas le droit d'exercer en Autriche.

Le règlement du 6 juillet 1850 du ministère des cultes et de l'enseignement énumère les conditions exigées pour l'exercice de la médecine en Autriche.

Le candidat doit s'adresser au collège médical des professeurs de l'université dont il désire obtenir un diplôme et présenter un certificat de fin d'études secondaires délivré par un lycée autrichien ainsi qu'un certificat d'études universitaires.

L'assemblée des professeurs apprécie si la durée et l'étendue des études sont suffisantes pour l'obtention du diplôme autrichien.

Le candidat peut être obligé à subir les 3 examens prescrits (Rigorosen) pour l'obtention du diplôme, mais il peut en être dispensé par autorisation du ministre des cultes et de l'enseignement.

Pour le premier examen, il y a un droit de 120 krones, pour le deuxième de 130 et pour le troisième de 140. Le droit de promotion est de 120 krones.

(1) Cet alinéa est ainsi conçu : « Le Bundesrath reste qualifié pour déterminer dans quelles conditions des personnes peuvent être dispensées exceptionnellement de l'examen prescrit en raison de leur mérite scientifique éprouvé. »

Si le candidat n'est pas encore en possession de la nationalité autrichienne, on ne peut, en vertu du règlement du 24 septembre 1854 du ministère des cultes et de l'enseignement, lui délivrer le diplôme de docteur qu'après qu'il s'est engagé à ne pas exercer la médecine avant l'obtention de la nationalité autrichienne.

L'obtention postérieure de cette nationalité lui confère alors immédiatement le droit d'exercer la médecine.

Bavière. — En principe, le diplôme français de docteur en médecine ne confère pas le droit d'exercer en Bavière.

Le titulaire de ce diplôme devrait se conformer aux prescriptions administratives d'Empire. (Voir Allemagne.)

Belgique. — Le diplôme français de docteur en médecine conférerait bien en principe le droit d'exercer la médecine en Belgique, mais avec des restrictions telles qu'on ne cite qu'un seul cas de médecin français ayant reçu l'autorisation de pratiquer dans ce pays.

La matière est régie par la loi du 10 avril 1890 (notamment l'article 50) modifiée par celle du 3 juillet 1891.

Le médecin muni d'un diplôme français et qui sollicite l'autorisation d'exercer en Belgique doit joindre à sa requête adressée au ministère royal de l'intérieur (service de santé et d'hygiène publique) une pièce constatant son élection de domicile en Belgique, à laquelle il lui faut joindre son diplôme et une attestation de son gouvernement constatant que ces documents comportent le droit d'exercer sa profession dans toute l'étendue du pays; ces pièces doivent être légalisées par la légation de Belgique à Paris.

Le médecin est alors appelé à passer un examen devant le jury, mais c'est une simple formalité entraînant un droit de 100 francs. Le diplôme est soumis à un droit d'enregistrement assez élevé. Ces formalités accomplies, l'autorisation définitive de pratiquer ne peut être accordée que par décret du gouvernement royal. Or, il est de pratique à peu près constante que le jury accepte le candidat, mais que le gouvernement royal refuse de lui accorder le décret lui permettant d'exercer sa profession en Belgique, et ceci par mesure de protectionnisme pour empêcher les médecins étrangers de venir faire concurrence aux médecins belges dans leur propre pays.

Bulgarie. — Les personnes ayant obtenu le diplôme de docteur en médecine d'une université française sont admises à pratiquer dans le royaume de Bulgarie.

Crète. — Tout médecin muni d'un diplôme étranger, quelle que soit sa nationalité, peut exercer sa profession en Crète après avoir subi un examen pratique devant le Conseil médical d'Athènes qui lui donne la permission d'exercer en Grèce.

Il doit ensuite présenter le certificat ainsi obtenu au conseiller crétois pour l'intérieur qui lui délivre l'autorisation définitive.

Danemark. — Aucun étranger n'est admis à exercer la médecine en Danemark s'il n'a subi, avec la mention très bien, l'examen de médecine et de chirurgie devant l'Université de Copenhague.

Le diplôme français de docteur en médecine ne peut donc pas être enregistré; il ne réserve à son titulaire aucune facilité pour passer l'examen imposé aux médecins en Danemark.

L'intéressé doit être bachelier, licencié ès lettres et avoir subi, avec la mention très bien, l'examen requis de médecine et de chirurgie.

Cet examen se compose de deux parties :

La première comprend une épreuve orale sur l'anatomie, la physiologie, la physique et la chimie, une dissection et une analyse qualitative de chimie inorganique. Le candidat doit également fournir un certificat constatant qu'il a suivi les cours de chimie physiologique et les travaux pratiques de physique.

La seconde partie comprend des épreuves écrites sur la pathologie générale, la médecine et la chirurgie, et des épreuves de clinique médicale et chirurgicale, des opérations chirurgicales, des épreuves orales de pathologie générale, d'anatomie pathologique, de médecine légale, de chirurgie, de médecine, d'obstétrique et de pharmacologie.

Le candidat doit, en outre, déposer des certificats attestant qu'il a suivi pendant six mois un cours de clinique : 1° de médecine; 2° de chirurgie; 3° de maladies cutanées et vénériennes; 4° d'ophtalmologie; 5° d'oto-laryngologie; 6° de maladies épidémiques; 7° de psychiatrie; 8° d'obstétrique et de maladies des enfants; 9° de bactériologie; 10° d'anatomie topographique; 11° de vaccination.

Les intéressés ne sont pas tenus de suivre des conférences déterminées, mais ils doivent avoir été assidus aux cours indiqués ci-dessus.

L'inscription à ces différents cours comporte des droits s'élevant au total à 60 kroners environ (70 francs). Il est payé également à l'inscription des candidats aux examens de médecine et de chirurgie 46 kroners pour la première partie et 20 kroners pour la seconde.

La naturalisation n'est pas de rigueur quand les étrangers se conforment aux prescriptions ci-dessus établies.

Espagne. — L'Espagne admet comme valable le diplôme français de docteur en médecine pourvu que ce diplôme soit légalisé par un consul d'Espagne en France, légalisé ensuite et traduit par le ministère d'Etat.

Une fois ces formalités accomplies, l'intéressé joint ces documents à une requête, sur papier timbré d'une peseta, qu'il adresse au ministre de l'instruction publique. Le dossier est soumis à l'avis du conseil de l'instruction publique, et en dernier lieu au ministre qui, usant de son pouvoir discrétionnaire, peut admettre ou refuser la validation. Dans l'affirmative, l'intéressé doit payer la somme de 555 pesetas contre la remise du titre qui autorise l'exercice de la profession.

Gibraltar. — Jusqu'ici, l'autorité britannique locale n'a imposé aucune formalité préalable aux médecins pourvus de diplômes étrangers. Bien plus, elle a admis à résidence quasi permanente, dérogeant ainsi à la règle générale, des médecins espagnols ayant étudié dans les universités de la Péninsule. Ce fait a, sans doute, été motivé par le grand nombre de résidents locaux d'origine espagnole.

En dehors des chirurgiens anglais des hôpitaux du gouvernement, autorisés à faire de la clientèle civile, il y a donc actuellement un certain nombre de médecins civils qui exercent librement leur profession, bien que pourvus de diplômes étrangers. L'un d'eux est docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Grande-Bretagne. — Le « General Council of medical Education and Registration of the United Kingdom », institution officiellement chargée de l'enregistrement des médecins qui sont légalement autorisés à pratiquer en Grande-Bretagne, n'admet sur ses listes que les personnes munies de diplômes anglais, de certains diplômes des colonies anglaises, et des diplômes délivrés par l'Italie et le Japon, seuls Etats qui, par réciprocité, admettent les médecins anglais à exercer leur profession sur leurs territoires.

Le diplôme français de docteur en médecine ne donne pas le droit d'exercer en Angleterre; mais ce diplôme permet d'obtenir assez facilement l'équivalence du diplôme anglais.

Le titulaire du diplôme français de docteur en médecine, qui veut exercer en Angleterre, doit fournir à l' « Examining Board » représentant les collèges royaux des médecins et des

chirurgiens (Examination Hall, Victoria Embankment, Londres) : 1° son diplôme de médecin français ; 2° ses inscriptions établissant qu'il a accompli ses études dans une faculté française pendant cinq années au minimum ; 3° un certificat établissant qu'il est, soit bachelier ès lettres, soit bachelier ès sciences ; 4° son acte de naissance ; 5° un certificat de capacité en vaccination délivré par un professeur anglais.

Ces différents documents doivent être transmis au secrétariat du Conseil de l' « Examining Board », quatorze jours au moins avant l'ouverture des périodes d'examen qui ont lieu quatre fois par an, en janvier, avril, juillet et octobre.

Le médecin français doit alors subir avec succès le dernier examen auquel sont soumis les candidats anglais (final examination). Cet examen une fois passé, il possède les mêmes droits que les médecins anglais et est soumis aux mêmes règlements.

Nos compatriotes ont donc à subir deux examens en Angleterre : 1° celui de vaccinateur, destiné à les autoriser à exécuter les règlements anglais concernant la vaccination ; 2° l'examen final qui porte uniquement sur la médecine légale.

Il est donc facile à des médecins français ayant une connaissance suffisante de la langue anglaise, d'obtenir le droit d'exercer en Angleterre.

Les formalités à accomplir demandent peu de temps ; quelques semaines pour le cours de vaccination, autant pour les examens. On peut estimer les droits d'examen à un peu plus de 1 000 francs.

La naturalisation britannique n'est pas exigée pour l'exercice de la médecine en Angleterre.

Grèce. — Jusqu'en 1912, tout docteur muni d'un diplôme étranger avait le droit d'exercer la médecine en Grèce à la double condition : 1° de subir un examen pratique de clinique, de thérapeutique et d'hygiène ; 2° de verser une somme de 450 drachmes à titre de droit scolaire. La naturalisation n'était pas exigée, pas plus que la langue grecque pour subir l'épreuve en question. Le diplôme conférant le grade de docteur devait être légalisé par l'autorité consulaire grecque du pays de provenance du candidat.

La loi du 20 février/4 mars 1912 règle l'exercice de la médecine en Grèce. D'après cette loi (1), il semble que toute personne munie d'un diplôme de docteur d'une faculté étrangère peut être admise à exercer la médecine en Grèce sans avoir à remplir de formalités ; il résulte cependant d'un autre article de la loi (2) qu'une autorisation est nécessaire pour exercer la médecine. Il est à prévoir que cette obligation sera imposée aux docteurs en médecine étrangers, et il est probable que l'obtention de l'autorisation en question sera subordonnée à une épreuve subie par les intéressés.

Italie. — La législation française n'accordant pas la faculté d'exercer la médecine en France aux titulaires d'un diplôme italien, les lois italiennes de leur côté ne permettent aux médecins munis d'un diplôme français l'exercice de la médecine en Italie qu'autant qu'ils ont obtenu un diplôme professionnel délivré par un Institut autorisé à le faire (loi du 10 juillet 1910).

Pour obtenir ce diplôme, l'intéressé qui ne veut ni suivre les cours ni passer les examens imposés aux étudiants peut présenter aux autorités de l'Université, de laquelle il veut obtenir le diplôme en question, les documents indiquant les études qu'il a faites, les examens qu'il a subis et les grades universitaires qu'il a obtenus dans son pays.

Sur le vu de ces documents, le Conseil académique décidera s'il y a lieu d'accueillir la demande et indiquera en outre si le postulant devra ou non suivre certains cours et subir certains examens.

Pour toutes ces formalités, l'intéressé devra payer la taxe d'immatriculation de 75 francs, la taxe de diplôme de 100 francs et la surtaxe de 50 francs pour l'examen de « lauréat ». En outre, si le Conseil lui a prescrit de suivre des cours ou de passer des examens, il aura à payer la taxe annuelle d'inscription de 155 francs et la surtaxe annuelle de 20 francs pour les examens spéciaux.

Muni du diplôme réglementaire, l'intéressé devra obtenir son inscription sur la liste des médecins et chirurgiens de la province dans laquelle il compte fixer sa résidence et pour cela présenter les documents prescrits.

Cette inscription est subordonnée au paiement d'une taxe de 60 francs, perçue au profit du Trésor et établie par la loi du 13 septembre 1874 et à la contribution annuelle aux dépenses occasionnées par le fonctionnement de la Chambre des médecins. Cette contribution est fixée par le Conseil administratif de la Chambre.

Aucune formalité n'est exigée en ce qui concerne la nationalité. La loi du 10 juillet 1910 admet l'inscription des étrangers parmi les médecins pourvu qu'ils jouissent de leurs droits civils.

Jersey (1), **Guernesey**. — Le diplôme français de docteur en médecine confère le droit d'exercer à Jersey, après autorisation de la Cour royale des Etats jersiais. Le droit à acquitter est de deux livres sterling, soit cinquante francs.

A Guernesey, l'autorisation est donnée par les Etats à toute personne qualifiée pour exercer la profession de docteur lorsqu'elle est enregistrée au « Medical register » d'Angleterre. Le droit à acquitter, en outre des honoraires dus à la Cour royale guernesiaise, est de une livre un shilling, soit vingt-six francs vingt-cinq centimes.

Luxembourg. — Les diplômes obtenus à l'étranger ne donnent aucun droit dans le grand-duché de Luxembourg (loi du 8 mars 1875, sur la collation des grades académiques). Toutefois, le souverain s'est réservé d'accorder, dans des cas spéciaux, à des étrangers de mérite, les prérogatives attachées au grade de docteur quant à leur spécialité.

D'autre part, la loi du 19 juillet 1901, sur l'exercice de la médecine (art. 2) prévoit que, sauf les exceptions déterminées par la loi ou les règlements, ne peut exercer la médecine que le Luxembourgeois qui a obtenu dans le grand-duché les diplômes prescrits par les lois et règlements et après que les diplômes ont été visés par le gouvernement.

La dispense prévue par l'article 3 de la loi du 4 mars 1875 en faveur d'étrangers de mérite ne pourra être accordée qu'à ceux des médecins qui sont admis à exercer dans les pays où ils sont diplômés, à la fois la médecine, la chirurgie et les accouchements.

La nationalité luxembourgeoise qui, en règle générale, est donc exigée des praticiens, peut être obtenue par la naturalisation. Celle-ci est conférée par le pouvoir législatif. Elle ne pourra être accordée à des étrangers, lorsqu'elle ne se concilie pas avec les obligations qu'ils ont à remplir envers l'Etat auquel ils appartiennent et qu'il pourrait en naître des conflits. Elle ne pourra non plus être accordée à ceux qui n'auront pas atteint l'âge de vingt-cinq ans, ni résidé au moins pendant cinq ans dans le grand-duché.

La résidence pendant cinq ans n'est pas obligatoire, lorsque

(1) Article premier. — Nul ne peut exercer la médecine en Grèce s'il n'est muni du diplôme de docteur en médecine de la Faculté de l'Université nationale ou *d'une autre faculté équivalente*.

(2) Art. 7. — Exerce illégalement la médecine toute personne *non munie de l'autorisation requise* pour exercer la médecine en Grèce et qui se charge de la guérison de maladies nécessitant ou non une opération...

(1) A Jersey, pour une population de 50 000 habitants environ, il y a près de 50 docteurs en exercice.

celui qui sollicite la naturalisation : 1° est né sur le sol luxembourgeois ; 2° a eu la qualité de Luxembourgeois et l'a perdue ; 3° a rendu des services signalés à l'Etat ; 4° est enfant majeur d'un étranger naturalisé pour services rendus.

La naturalisation pourra être gratuite toutes les fois qu'elle est accordée pour des services signalés rendus à l'Etat. Dans les autres cas, elle est assujettie à un droit d'enregistrement variant de 300 à 1.000 francs, à fixer par arrêté grand-ducal et qui pourra être abaissé à 50 francs s'il s'agit de personnes nées sur le territoire grand-ducal ou qui auraient été Luxembourgeois et auraient perdu cette qualité.

Quant aux Luxembourgeois, le grand-duché ne possédant pas d'Université, il sont libres de fréquenter les universités de leur choix.

La loi du 8 mars 1875 sur la collation des grades, règle, dans ses titres II et III, les inscriptions à prendre et les examens à subir par les médecins luxembourgeois. La Chambre des députés a, d'ailleurs, été saisie récemment d'un projet portant refonte de cette loi.

Malte. — L'obtention de l'autorisation d'exercer la médecine à Malte est réglée par les articles suivants de la « Seconde loi sanitaire de 1900 » : « Nul ne peut exercer la médecine ou la chirurgie sans une autorisation du gouvernement. Cette autorisation sera délivrée aux candidats produisant un certificat du Conseil médical (Medical Board) certifiant que ce Conseil a constaté que le candidat est sujet britannique, qu'il a l'âge exigé, et qu'il a obtenu de l'Université de Malte ou d'une autre université reconnue le diplôme de docteur en médecine et chirurgie, ou qu'il a été autorisé à exercer sa profession par un acte du Parlement impérial.

Un candidat qui n'a pas obtenu son diplôme à l'Université de Malte ou qui n'a pas été autorisé à exercer sa profession par un acte du Parlement impérial devra, pour obtenir l'autorisation, produire aussi un certificat de bonne conduite et d'identité.

Le gouvernement peut, après avis du Conseil médical, délivrer à des médecins ou chirurgiens étrangers, une autorisation temporaire. »

Monaco. — Le diplôme français de docteur en médecine confère à son titulaire le droit d'exercer dans la principauté de Monaco, mais *sous la condition expresse* d'une autorisation spéciale. Le nombre de docteurs à qui cette licence peut être accordée dépend uniquement du gouvernement princier et n'est pas spécifié dans l'ordonnance du 29 mai 1894, dont l'article premier est ainsi conçu :

« Nul ne peut exercer la médecine ou la chirurgie dans notre principauté sans autorisation de notre gouverneur général. Cette autorisation ne sera délivrée que sur le vu d'un diplôme *français* de docteur en médecine ou d'un titre universitaire équivalent. »

Monténégro. — Le diplôme français de docteur en médecine confère à son titulaire le droit d'exercer au Monténégro.

A vrai dire, la législation est muette sur ce point mais un médecin français désirant se fixer au Monténégro n'aurait qu'à présenter son diplôme et à établir son identité au ministère de l'intérieur du royaume.

Norvège. — L'examen de médecine définitif passé à l'université de Christiania donne, seul, le droit d'exercer la médecine en Norvège. Les examens passés à l'étranger ne donnent pas ce droit.

Les personnes qui n'ont pas passé l'examen de médecine définitif en Norvège, doivent (conformément à la loi du 29 avril 1871), avant de pouvoir exercer, avoir reçu l'autorisation du roi.

Dans les différents articles de la loi on ne mentionne pas ce qui est exigé pour obtenir cette autorisation. La décision est prise d'après les circonstances, dans chacun des cas. En général il est exigé que l'instruction du solliciteur soit la même que celle qui est fixée pour l'examen de médecine définitif à l'université de Norvège.

Depuis 1876, un tel droit a été accordé à un nombre minime de Norvégiens qui avaient passé leur examen de médecine définitif à l'étranger, et une seule fois, à un étranger, en 1889, dans des circonstances particulières.

Le droit d'exercer la médecine en Norvège semble devoir être de plus en plus difficilement accordé à ceux qui n'ont pas passé leur examen définitif dans le royaume.

Des Norvégiens, ayant passé l'examen dans des universités étrangères et fait la preuve que leur instruction était la même que celle exigée dans les examens norvégiens, ont été obligés cependant de se soumettre à un examen décidé par la faculté de médecine. En ce qui concerne les étrangers, on exigera probablement pour concéder le droit d'exercer la médecine un traitement de réciprocité (sans qu'aucun règlement soit d'ailleurs intervenu sur ce point).

Le droit d'exercer la profession de docteur est donné gratuitement. Les demandes doivent être adressées au département de la Justice.

Pays-Bas et colonies. — L'article 2 de l'arrêté royal du 26 mars 1895 stipule que, les personnes munies du diplôme de « docteur en médecine » obtenu conformément aux prescriptions de la loi sur l'exercice de la médecine du 30 novembre 1892 peuvent être admises à passer « l'examen théorique médical » et profiter de la dispense de produire la déclaration et le certificat décrits à l'article 2 de la loi du 25 décembre 1878.

Cette disposition s'applique également aux INDES NÉERLANDAISES, mais comme on n'y est pas à même de faire passer l'examen théorique médical dont il est parlé ci-dessus, l'inspecteur en chef du service civil médical peut autoriser les médecins étrangers titulaires des diplômes nécessaires pour l'exercice de la médecine dans leur pays à exercer leur profession, mais exclusivement au service des « œuvres des missions » et de la population indigène de la région où se trouve la « mission ».

Dans la colonie du SURINAM, le gouverneur, la commission médicale entendue, pourra accorder la permission d'exercer la médecine aux personnes autorisées à le faire dans un autre pays, soit dans toute la Guyane hollandaise, soit dans une région déterminée.

Dans la colonie de CURAÇAO, l'exercice de la médecine est autorisé pour les médecins qui ont obtenu leur diplôme dans une université étrangère compétente et après examen devant un comité médical.

Portugal. — Le diplôme français de docteur en médecine ne confère pas à son titulaire le droit d'exercer au Portugal.

Le postulant est tenu de passer devant les facultés de médecine portugaises les examens auxquels sont astreints les étudiants portugais, mais il est dispensé de suivre les cours.

Les droits à payer sont :

20000 reis pour le diplôme portugais ;

200000 reis pour le permis d'exercer une profession scientifique, si les cours ont été suivis dans une université ou une académie étrangère.

Roumanie. — Le diplôme français de docteur en médecine ne confère pas *de plano* le droit (soit pour un Roumain, soit pour un étranger) d'exercer en Roumanie. Plusieurs formalités sont nécessaires pour donner à ce diplôme la même valeur que celle qui est attribuée aux diplômes délivrés par les Facultés de médecine roumaines.

Les personnes qui ont obtenu un diplôme étranger sont

admises à exercer la médecine après un examen de libre pratique passé devant un jury spécial.

Ne sont admis toutefois à cet examen de libre pratique en Roumanie que les médecins qui sont en possession d'un diplôme leur donnant droit d'exercer la médecine dans le pays où ils l'ont obtenu. Les docteurs qui n'ont pas obtenu ce droit à l'étranger devront passer tous les examens de doctorat devant une Faculté de médecine roumaine.

L'examen d'admission à la libre pratique sera passé à la direction générale du service sanitaire devant un jury composé de deux membres du Conseil sanitaire supérieur et de trois professeurs à la Faculté de médecine.

Les candidats à la libre pratique de la médecine, comme docteurs en médecine sont soumis à une taxe de 300 francs.

Russie. — Le diplôme français de docteur en médecine ne confère pas à son titulaire le droit d'exercer en Russie.

Il est nécessaire, à cet effet, de subir l'examen russe de docteur en médecine pour toute la partie médicale, clinique, anatomique et physiologique.

Serbie. — Le titulaire d'un diplôme français (ou de toutes autres universités étrangères) de docteur en médecine ne serait autorisé à exercer en Serbie qu'à la condition qu'il soit Serbe ou naturalisé Serbe. Il devrait, en outre, faire un stage d'un an dans les hôpitaux et, enfin, passer un « examen d'Etat » qui serait, d'ailleurs, une simple formalité.

Les droits à acquitter seraient de 150 francs pour ledit examen et, en outre, de 500 francs lors de l'entrée en exercice dans la ville de Belgrade, de 200 francs dans les villes de plus de 10 000 habitants et de 100 francs dans les autres.

Suisse. — Toute personne qui veut pratiquer la médecine en Suisse doit produire un diplôme fédéral de médecin. Aucun diplôme étranger de docteur en médecine ne confère à son titulaire le droit d'exercer en Suisse.

Les examens fédéraux de médecine se divisent en trois sections principales :

1° Examen de sciences naturelles ; 2° examen d'anatomie et de physiologie ; 3° examen professionnel. Ils se subdivisent en examens pratiques, écrits et oraux.

Les examens peuvent être subis en français.

Tous les étrangers, sans aucune exception, qui désirent être admis aux examens fédéraux doivent préalablement subir l'examen de maturité. Les médecins qui ont reçu d'un Etat étranger un diplôme les autorisant à exercer leur profession sur le territoire dudit Etat sont exemptés du premier examen et n'ont plus qu'à subir les deux derniers.

Inscription. — Le candidat paie en s'inscrivant à chaque examen une taxe d'inscription de 10 francs. La demande d'inscription doit être accompagnée des certificats exigés.

Taxes d'examens. — Les taxes d'examens sont fixées comme suit : premier examen, 30 francs ; deuxième examen, 50 francs ; troisième examen, 120 francs. *Les étrangers paient le triple des taxes ordinaires.*

Pour être admis à subir les examens fédéraux, les étrangers et les citoyens suisses porteurs de certificats étrangers doivent adresser leur demande, accompagnée d'un *curriculum vitæ*, directement au président du comité-directeur des examens fédéraux, un mois au moins avant l'expiration du délai d'inscription.

Une fois admis par le comité-directeur à subir les examens fédéraux, ils n'ont plus qu'à s'inscrire, pour chaque examen en particulier, auprès d'un président local.

La somme à payer pour le diplôme qui est de 20 francs pour les nationaux est le triple pour les étrangers.

Il n'est pas prélevé d'autre droit d'exercice que le montant des menus frais de chancellerie afférant à l'enregistrement du diplôme par les autorités du canton dans lequel l'intéressé veut s'établir. Il n'y a aucun droit annuel à acquitter.

Pour plus amples renseignements sur les formalités à remplir s'adresser soit à M. le professeur Courvoisier, président du comité-directeur des examens fédéraux de médecine, à Bâle, soit au service sanitaire fédéral à Berne.

Turquie. — L'exercice de la médecine dans l'empire ottoman est toujours régi par la loi du 7 rebi-ul-akhir 1278 (11 octobre 1861). En vertu de cette loi, les médecins ottomans ou étrangers pourvus d'un diplôme autre que celui délivré par l'école impériale de médecine de Constantinople, qui veulent exercer leur profession en Turquie, sont tenus de passer l'examen du colloquium : cette formalité une fois remplie avec succès, un permis d'exercice leur est délivré. Suivant de nouvelles dispositions prises postérieurement à la loi précitée, les intéressés doivent s'adresser *directement* à la « présidence des affaires civiles médicales et de l'hygiène publique » : ils annexeront à leur requête leurs diplômes étrangers et acquitteront en même temps un droit de quinze livres turques. Dans le cas où ils subiraient avec succès l'examen du colloquium, ils auront encore à verser une somme de cinq livres turques pour l'enregistrement de leur diplôme et l'obtention d'un permis d'exercice.

Exercice de la médecine aux frontières. — En vertu de conventions diplomatiques passées entre la France et la Belgique, le 30 décembre 1910 (*Journal officiel*, 1er janvier 1911), entre la France et le grand-duché de Luxembourg, le 30 septembre 1879 (*Bulletin des lois*, n° 8.899), entre la France et la Suisse, le 29 mai 1889 (*Bulletin des lois*, n° 21.129), les médecins établis dans les communes limitrophes de l'un des Etats énumérés, c'est-à-dire touchant à la frontière, peuvent venir exercer l'art médical.

La convention franco-belge spécifie qu'ils ne peuvent exercer que dans les communes limitrophes *où il ne réside pas de médecin.*

Au mois de janvier de chaque année, les gouvernements de chacun des deux Etats contractants doivent se communiquer un état nominatif des praticiens établis dans les communes limitrophes de leur territoire respectif. Les médecins étrangers, exerçant en vertu desdites conventions dans les communes limitrophes de l'autre Etat, n'ont pas le droit de s'établir dans ces communes. Ils peuvent tout au plus y posséder un pied-à-terre aux frontières franco-luxembourgeoise et franco-suisse, mais pas à la frontière franco-belge.

A la suite du texte des trois conventions figure la liste des communes des pays contractants auxquelles s'appliquent ces conventions.

ASIE

Chine. — Aucun règlement ne vise l'exercice de la médecine en Chine par les étrangers. Ceux-ci peuvent donc se livrer à leur art sans rencontrer d'obstacle, si ce n'est ceux qui sont opposés à la libre circulation des non-chinois à travers le pays. Il semble toutefois que depuis le début de la révolution, à Canton notamment, les autorités locales aient tenté d'établir une obligation pour les docteurs français et les établissements hospitaliers français de se soumettre à une sorte d'enregistrement. Mais il n'a pas été répondu aux circulaires envoyées à ce sujet et il ne semble pas, jusqu'ici, que les autorités aient tenté d'insister.

Corée. — Aucun règlement tel que ceux en vigueur au Japon n'a été encore publié relativement à l'exercice de la médecine en Corée. Beaucoup de missionnaires protestants, la plupart de nationalité américaine, exerçaient librement la profession de médecin avant l'annexion. Depuis l'établissement du Gouvernement Général, ils n'ont été soumis à aucune réglementation et n'ont effectué aucune déclaration aux autorités.

Il y a lieu de remarquer toutefois que le titulaire d'un diplôme français de docteur en médecine qui se proposerait actuellement d'exercer sa profession en Corée devrait adresser une demande d'autorisation à cet effet au bureau de police du lieu de sa résidence; à cette demande devrait être joint son curriculum vitæ. L'accomplissement de cette formalité n'est d'ailleurs que l'effet d'une mesure générale de police destinée, en l'absence d'un règlement spécial, à sauvegarder la santé publique, et la valeur du diplôme français de docteur en médecine n'est pas pour cela mise en question.

Indes. — Il n'existe actuellement aux Indes, excepté à Bombay, aucun acte relatif à l'enregistrement en vigueur empêchant un docteur en médecine français d'exercer aux Indes.

Japon. — Le titulaire du diplôme français de docteur en médecine ne peut être autorisé à exercer au Japon, sans avoir au préalable subi un examen de capacité. Suivant la nationalité de l'intéressé deux cas sont à considérer :

1° Il est de nationalité japonaise. Dans ce cas, il doit prouver que, après avoir suivi pendant quatre ans au moins les cours d'une école de médecine française, il a pris ses grades ou qu'il a été autorisé à exercer en France la profession de médecin. Cependant, même en cette qualité, il ne peut se livrer à sa profession sans avoir obtenu du ministre de l'intérieur une autorisation qui ne lui est accordée qu'après une enquête à la suite de laquelle il a été reconnu capable.

2° Il est étranger. Ne peuvent être dispensés de l'examen préalable que les étrangers appartenant à un pays dans lequel les médecins japonais sont autorisés à se livrer à leur profession sans avoir à subir cet examen. Le gouvernement japonais s'est donc réglé sur le principe de réciprocité et n'a pu désigner jusqu'à présent que la Grande-Bretagne comme pays accordant à ses nationaux un traitement de ce genre. A l'exception des sujets britanniques qui cependant doivent être encore autorisés à exercer leur profession dans leur pays même et en être reconnus capables par le ministre de l'intérieur, les médecins étrangers sont tenus de passer des examens de pratique médicale auxquels ils ne peuvent d'ailleurs être admis que s'ils ont suivi, pendant quatre ans au moins, les cours d'une école de médecine étrangère.

Il existe deux sessions ordinaires d'examens par an s'ouvrant en janvier et juin. Mais à Tokyo, en particulier, une ou plusieurs sessions extraordinaires peuvent être tenues. Les lieux et dates d'ouverture de ces sessions sont publiés par notification du ministère de l'instruction publique. Les examens sont divisés en deux parties qui ne peuvent être subies en même temps excepté par les médecins étrangers autorisés à exercer dans leur pays.

La première partie de l'examen comprend la physique, la chimie, l'anatomie et la physiologie.

La seconde partie comprend la chirurgie, la pathologie médicale, la pharmacie, l'ophtalmologie, l'obstétrique, l'hygiène (y compris la bactériologie) et une épreuve clinique.

Le total des droits d'examen à payer varie de 40 à 50 francs.

Le médecin étranger qui désire subir l'examen doit adresser à l'administration locale (Chine-che) du lieu où la session doit s'ouvrir une demande à laquelle il joint :

1° Son curriculum vitæ accompagné de son diplôme de fin d'études;

2° Un extrait de son état civil auquel doit être joint sa photographie.

L'administration locale (à Tokyo, par exemple, la préfecture de Tokyo) décide, dans les quinze jours qui suivent l'envoi de la demande, s'il convient ou non de la transmettre au ministère de l'instruction publique qui, à son tour, convoque l'intéressé à la date fixée pour l'examen.

Le médecin étranger, après avoir subi avec succès l'examen de pratique médicale décrit ci-dessus, est alors qualifié pour obtenir du ministère de l'intérieur l'autorisation d'exercer. Il doit dans ce cas adresser une requête à cet effet au ministre intéressé par l'intermédiaire du gouverneur de la préfecture où il réside, requête écrite de sa main et indiquant son nom, son lieu de résidence, ses titres (son diplôme étranger et un certificat attestant qu'il a subi avec succès les épreuves de l'examen japonais de pratique médicale). Il doit y joindre un extrait de son état civil. Le nom du bénéficiaire de l'autorisation est, au cas où elle lui est accordée, inscrit sur le registre des médecins.

Perse. — Les titulaires du diplôme français de docteur en médecine — qu'ils soient Persans ou étrangers — ont le droit d'exercer en Perse sans être astreints à aucune formalité d'enregistrement, d'examen, de droits ou d'inscription.

L'exercice de la médecine n'est soumis en Perse à aucune réglementation et n'importe quel individu, même non diplômé, peut librement exercer la médecine.

Un essai de codification avait été entrepris par le docteur Georges en 1910, mais ce projet est resté lettre morte.

Siam. — L'exercice de la médecine étant libre à Bangkok, aucun diplôme n'est exigé de ceux qui s'y livrent.

Dans l'intérieur du pays, le gouvernement siamois aurait tendance à réglementer les professions de médecin, mais les diplômes étrangers seraient, dans tous les cas, reconnus par les autorités siamoises comme équivalents aux diplômes nationaux.

AFRIQUE

Congo belge. — Le diplôme français de docteur en médecine permet actuellement d'exercer au Congo belge après avis du gouverneur général à Boma ou du vice-gouverneur à Elisabethville.

Il est probable qu'ultérieurement il sera exigé des médecins de toute nationalité la possession d'un diplôme ou certificat attestant qu'ils sont au courant de la médecine tropicale.

Egypte. — Tout diplôme de docteur en médecine, délivré par une faculté reconnue, donne le droit au titulaire de ce diplôme, d'exercer la médecine en Egypte.

Les formalités à remplir pour obtenir l'autorisation gouvernementale sont les suivantes :

1° Produire le diplôme;

2° Adresser une demande au directeur général de l'administration de l'hygiène publique sur une feuille de papier timbré de 30 millièmes (78 centimes);

3° Joindre une autre feuille de papier timbré de 30 millièmes sur laquelle est libellée, s'il y a lieu, l'autorisation requise;

4° Produire un certificat de bonne vie, mœurs et identité, émanant de l'autorité dont relève le requérant.

Le titulaire du diplôme n'est soumis à aucun examen préalable pour l'obtention de l'autorisation d'exercer et n'a aucun droit de chancellerie à acquitter.

Libéria. — Le diplôme français de docteur en médecine confère à son titulaire le droit d'exercer dans la république de Libéria.

Transvaal. — Le diplôme français de docteur en médecine ne confère au Transvaal aucun droit à son titulaire. Celui-ci doit subir en Angleterre, ou même au Transvaal, l'examen d'ailleurs facile qui peut être préparé en trois mois et donne le droit de pratiquer la médecine en Angleterre et dans les colonies anglaises.

Pour se présenter aux examens anglais, les inscriptions prises à une faculté française sont valables.

La naturalisation n'est pas nécessaire.

La licence une fois obtenue est enregistrée à Prétoria moyennant un droit de 4 livres 4 shillings.

Zanzibar. — Le diplôme français de docteur en médecine confère à son titulaire le droit d'exercer librement et sans aucune formalité à Zanzibar.

AMÉRIQUE

Antilles (Possessions anglaises des). — D'après la législation en vigueur à la Trinité depuis 1898, il faut, pour être admis à exercer la médecine dans cette colonie, être titulaire d'un diplôme qui donne droit à faire partie du corps médical en Grande-Bretagne et en Irlande ; le diplôme français ne remplit pas cette condition. Le docteur Mary, de la Faculté de Paris, ayant exercé à la Martinique, a dû passer un examen d'aptitude à Londres avant d'être autorisé à pratiquer à Port of Spain (Trinité).

Il paraît que les règlements en la matière sont à peu près les mêmes dans les autres possessions anglaises des Antilles.

Argentine (République). — Les diplômes français ne confèrent dans la République Argentine le bénéfice d'aucune équivalence. Les candidats munis de ces diplômes ont à satisfaire, en tout état de cause, aux diverses épreuves auxquelles sont soumis les étudiants argentins et à subir, par suite, en langue espagnole, les trente-deux examens prévus pour le grade de docteur. Ces trente-deux examens correspondent à un cycle d'études se répartissant sur sept années pour les Argentins, mais ils ont lieu pour les étudiants étrangers à des dates non déterminées et dès qu'il se trouve un nombre suffisant de candidats pour justifier la réunion d'un jury. Dans ces conditions, l'ensemble des épreuves pourrait être subi dans un délai de deux ou trois ans environ.

Les frais de scolarité sont pour les Argentins de 200 piastres par an pendant sept ans, soit 1400 piastres. Les étrangers ont une surtaxe à payer.

Programme, par année, des matières enseignées à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres et pour chacune desquelles on exige un examen particulier.

Première année : Botanique ; — Zoologie (surtout parasitologie); — Anatomie descriptive (la moitié du programme) = 3 matières.

Deuxième année : Anatomie descriptive (la seconde moitié du programme) ; — Histologie ; — Chimie générale = 3 matières.

Troisième année : Physique ; — Chimie biologique ; — Physiologie ; — Bactériologie = 4 matières.

Quatrième année : Anatomie pathologique ; — Hygiène ; — Anatomie topographique ; — Séméiologie = 4 matières.

Cinquième année : Thérapeutique ; — Pathologie externe ; — Toxicologie ; — Médecine opératoire ; — Maladies de la peau, syphilis et maladies des voies urinaires = 6 matières.

Sixième année : Clinique chirurgicale ; — Clinique ophtalmologique ; — Pathologie interne ; — Epidémiologie ; — Clinique médicale = 5 matières.

Septième année : Clinique chirurgicale ; — Clinique obstétricale ; — Maladies des enfants ; — Clinique médicale ; — Gynécologie ; — Médecine légale ; — Maladies mentales ; — Maladies nerveuses = 8 matières.

Brésil. — La question de l'exercice de la médecine au Brésil est controversée et tranchée différemment par le pouvoir judiciaire et par le ministre de l'Intérieur.

Lors de la réforme de l'enseignement, en 1911, le ministre de l'Intérieur décréta que l'exercice de toutes les professions serait à l'avenir entièrement libre, c'est-à-dire que pourra être médecin, avocat, ingénieur, pharmacien, dentiste, etc., tout individu qui se jugera apte à exercer ces professions, et cela, même sans diplôme ni examen d'aucune sorte.

C'était une interprétation du paragraphe 24 de l'article 72 de la Constitution fédérale qui déclare libre l'exercice de toutes professions morale, intellectuelle, industrielle.

Jusqu'à ces derniers temps, en effet, tous ces professionnels, même munis de diplômes étrangers, excepté les professeurs de facultés, devaient subir des examens devant les écoles respectives du Brésil, afin d'avoir le droit d'y exercer leur profession. Un seul Etat faisait exception à cette loi, celui de « Rio Grande do Sul ».

La surprise causée par ce décret fut grande ; une partie du corps médical brésilien protesta et certains jugements des tribunaux sont en opposition avec l'esprit du décret ministériel.

Aussi, dans le cas où ce décret serait un jour rapporté, il est sage que les médecins se conforment aux anciens règlements.

L'enregistrement du diplôme doit et ne peut être fait à la Santé publique de Rio ou des Etats qu'avec le certificat, délivré par l'une des facultés du Brésil, Rio, Bahia, d'examens en langue portugaise, subis avec succès, des matières énumérées dans la composition ci-jointe des examens.

Droit à acquitter : le chiffre va jusqu'à 550 milreis. Celui qui figure sur la liste de renseignements est de 250 milreis.

Examen des médecins étrangers. — Les médecins étrangers qui désirent obtenir le certificat de sciences médico-chirurgicales doivent présenter à la direction de la Faculté : a. leur titre et leur diplôme ; b. le reçu de la taxe spéciale d'examen.

Ils doivent se soumettre aux examens requis pour tout l'enseignement des sciences médicales et chirurgicales des facultés nationales avec dispense seulement de l'examen préliminaire.

Dans aucun de ces examens il ne sera admis d'interprète, ni, pour les examinateurs et les candidats, l'emploi d'une autre langue que le portugais

Le candidat sera soumis à un examen principal et à un examen final.

Examen principal : Anatomie descriptive (première et deuxième partie) ; — Anatomie microscopique ; — Physiologie (première et deuxième partie) ; — Microbiologie.

Examen final : Pharmacologie ; — Anatomie et histologie pathologiques ; — Anatomie médico-chirurgicale avec opérations et instruments ; — Pathologie générale ; — Thérapeutique ; — Hygiène ; — Médecine légale et toxicologie ; — Clinique médicale et pathologie interne ; — Clinique chirurgicale et pathologie externe ; — Clinique obstétricale ; — Clinique psychiatrique et des affections nerveuses.

En outre des cliniques sus-mentionnées et qui sont obligatoires le candidat doit passer un examen sur deux cliniques spéciales choisies parmi les suivantes : Clinique ophtalmologique ; — Clinique oto-rhino-laryngologique ; — Clinique dermatologique et syphiligraphie ; — Clinique pédiatrique médicale et hygiène infantile ; — Clinique pédiatrique chirurgicale et orthopédie ; — Clinique gynécologique.

L'examen a lieu en mars (il pourrait avoir lieu en novembre) et l'inscription doit être prise dans la deuxième quinzaine de février.

Le diplôme du candidat doit être légalisé, après reconnaissance de son authenticité dans le pays de délivrance, par le ministère des affaires étrangères.

Les droits de l'examen principal sont de 100 milreis ; ceux de l'examen final de 150 milreis.

Le candidat doit demander d'abord son inscription à la direction de la Faculté en vue de son examen principal ; puis après succès, il aura à demander son inscription pour l'examen final.

A ajouter qu'il est à peu près impossible de subir avec succès la plupart de ces examens, sans prendre au préalable des cours particuliers *très onéreux*, à cause des préférences des professeurs pour une méthode, ou un procédé, ou une théorie souvent étrangers : français, allemand, anglais, italien, russe, parfois personnel. Cette connaissance est souvent une condition *sine qua non*. En sorte que les droits, minimes théoriquement, deviennent très lourds, en pratique.

La naturalisation n'est indispensable que pour occuper un poste public. Les examens suffisent pour exercer librement la profession, sauf les taxes variables suivant les Etats.

On voit dans quelles conditions difficiles, instables et précaires se présente, pour un médecin muni du diplôme français, l'exercice de sa profession au Brésil.

La quantité de guérisseurs et de charlatans qui prétendent exercer actuellement à Rio défie tout recensement.

Un seul médecin français exerce actuellement à Rio.

Canada. — Les lois, décrets et règlements régissant les études et l'exercice de la médecine au Canada ne ressortissent point à la législation fédérale; il existe une législation différente pour chacune des neuf provinces (Québec, Nouvelle-Ecosse, Nouveau-Brunswick, Ontario, Saskatchewan, Alberta, Colombie britannique, Manitoba, Ile du Prince-Edouard).

Le principe qui domine la législation des provinces du Canada en matière d'exercice de la médecine est que nul diplôme étranger — sauf le diplôme anglais — n'habilite par lui-même son titulaire à se livrer à cette profession. Le candidat à l'exercice de la médecine est tenu — après avoir présenté à un jury les diplômes dont il peut être détenteur — à subir un examen devant une commission spéciale qui, dans chaque province, se réserve le droit de délivrer le certificat d'aptitude à la pratique médicale.

Chili. — Le titulaire d'un diplôme français de docteur en médecine peut obtenir l'autorisation d'exercer au Chili en se soumettant aux conditions suivantes :

Présenter son diplôme au président de la Faculté de médecine de Santiago, aux fins d'enregistrement.

Subir un examen portant sur toutes les branches de l'art médical. Pour cet examen le candidat doit faire usage de la langue espagnole.

Il n'y a d'ailleurs pas lieu pour lui de prendre d'inscriptions à la Faculté de médecine; la seule taxe qu'il ait à acquitter est un droit de timbre dont le montant est de 20 piastres.

Ces conditions remplies, un médecin étranger peut exercer librement au Chili, tout en conservant sa nationalité.

Colombie. — Le décret n° 592, publié au *Diaro official de la république de Colombie*, le 8 juin 1905, reconnaît comme médecin et chirurgien « toute personne qui possède le titre de docteur en médecine et chirurgie délivré par une faculté nationale ayant un caractère officiel et par les facultés étrangères de notoriété bien établie ».

« Les médecins et chirurgiens étrangers qui remplissent ces conditions pourront exercer leur profession sur tous les points du territoire, sous la seule condition de faire légaliser leur titre par le représentant, en Colombie, de la nation à laquelle ils appartiennent. »

Costa-Rica. — Le titulaire d'un diplôme français de docteur en médecine qui veut exercer dans la république de Costa-Rica doit : 1° faire authentiquer son diplôme; 2° solliciter son inscription à la Faculté; 3° subir l'examen réglementaire.

Cuba. — La question de l'assimilation (incorporacion) et de la validité des diplômes étrangers à Cuba est réglée par les prescriptions de l'ordre militaire n° 90 en date du 23 juin 1899, rendu pendant la première intervention américaine.

Les diplômes étrangers de docteur en médecine doivent être présentés au département de l'instruction publique en vue de leur enregistrement par l'Université de la Havane, chargée d'en vérifier la régularité. Celle-ci une fois admise, le titulaire du diplôme étranger, avant d'être autorisé à exercer, doit subir un examen. Les personnes ne connaissant pas la langue espagnole peuvent avoir recours à un interprète. L'examen passé d'une façon satisfaisante, le candidat reçoit de l'Université un diplôme qui a la même force légale que ceux directement délivrés aux étudiants cubains qui ont suivi les cours universitaires à la Havane. Si l'issue de l'examen a été défavorable, le candidat peut se représenter une seconde fois, après un délai de dix mois ; en cas de second échec, son diplôme étranger ne pourra plus être enregistré et le candidat devra s'astreindre à suivre les cours en vue d'obtenir le diplôme cubain.

Les frais d'examen sont fixés à 35 dollars américains.

Il n'est pas nécessaire de se faire naturaliser cubain pour exercer la médecine.

Dominicaine (République). — Le diplôme français de docteur en médecine ne confère pas à son titulaire le droit d'exercer dans la République dominicaine. Cela paraît d'autant plus extraordinaire que le jury médical et les professeurs de la Faculté de Santo Domingo se font gloire d'avoir passé leurs examens en France, mais il faut y voir une mesure d'ordre plus général et destinée surtout à écarter du pays les diplômés de complaisance de certaines universités étrangères.

Voici quelles sont les formalités à remplir pour exercer dans la République dominicaine :

Présenter au secrétariat de l'Institut des études à Santo Domingo un diplôme légalisé par un consul dominicain accrédité en France. Le recteur de cet établissement convoque un jury composé de trois professeurs à l'effet de valider le diplôme et qui fait passer au requérant un examen en français. L'examen dure quatre heures. Le jury satisfait accorde un certificat qui, avec une demande d'autorisation d'exercer (coût : 5 dollars), est adressé au président de la République par l'intermédiaire du ministre de l'intérieur. Le président délivre un exequatur valable pour toute la République dominicaine.

Ces formalités n'ont rien d'exagéré et les deux docteurs français résidant actuellement dans le pays s'y sont conformés sans difficultés.

Etats-Unis. — L'admission à l'exercice de la médecine aux Etats-Unis est du domaine de la législation des Etats. Bien qu'on note une tendance qui s'accentue de jour en jour à l'uniformisation des conditions requises pour l'exercice de la médecine, ces conditions varient encore suivant les Etats.

Aucun étranger ne peut exercer la médecine dans un des Etats de l'Union s'il ne remplit pas les conditions exigées par la loi de cet Etat, mais un médecin muni du diplôme français doit pouvoir assez facilement se conformer aux exigences de ces diverses législations.

Guatémala. — La république de Guatémala n'ayant pas de traité avec la France, relatif au libre exercice des professions, le diplôme français de docteur en médecine ne confère pas à son titulaire le droit d'exercer à moins que celui-ci ne soit citoyen du Guatémala.

Le médecin français qui désire obtenir ce droit doit s'astreindre aux formalités suivantes : payer tous les droits d'inscriptions et d'examens qui atteignent 2.945 piastres, monnaie nationale ; subir deux examens de clinique (médicale et chirurgicale) à l'hôpital général; un examen de médecine opératoire; un examen général sur toutes les matières enseignées à l'École de médecine; enfin soutenir une thèse sur un sujet choisi par le candidat.

Haïti. — L'équivalence est donnée dans la république d'Haïti aux diplômes étrangers de docteur en médecine après vérification du diplôme par la Faculté de médecine de Port-au-Prince. Celle-ci soumet quelquefois le titulaire du diplôme à un colloquium devant un jury. Cette formalité n'est généralement pas imposée aux titulaires des diplômes français dont la valeur est très appréciée en Haïti. Le diplôme est alors enregistré et la licence est délivrée par le secrétaire d'État

de l'instruction publique sur l'avis conforme du jury médical central. Il n'y a aucun droit à payer pour ces diverses formalités.

Honduras. — Aucun traité n'existant entre la France et le Honduras sur la validité des titres et l'équivalence des études, on doit se baser sur les dispositions légales suivantes :

Les personnes qui ont obtenu un diplôme dans une faculté étrangère peuvent s'inscrire à la faculté correspondante pour exercer leur profession. On peut aussi obtenir la reconnaissance des études faites dans un autre pays. L'inscription et la reconnaissance se font suivant les dispositions stipulées dans les traités existant entre le Honduras et les autres pays.

S'il n'y a pas de traité sur l'inscription ni sur la reconnaissance des études, l'intéressé devra se présenter au recteur et lui demander par écrit à subir l'examen, en remettant son diplôme dûment légalisé.

Les personnes qui ont terminé leurs études médicales présenteront au doyen les certificats correspondants à leurs études théoriques et pratiques avec une demande de convocation pour l'examen.

Si les pièces du candidat sont en règle, le doyen lui indique un jour et nomme trois examinateurs.

L'examen dure trois heures et se divise en trois parties : la première consiste en un examen général; la seconde en une épreuve de clinique médicale ; la troisième en une épreuve de clinique chirurgicale.

Si le candidat est reçu, le doyen qui préside l'examen lui confère le grade de licencié de la Faculté de médecine et chirurgie.

Les personnes qui auront fait les études en vue du doctorat dans une faculté solliciteront du recteur de l'Université d'être examinés pour obtenir le titre, et joindront à leur requête leur titre de licencié et un certificat constatant qu'elles ont fait les études spéciales prescrites.

Si la requête est en règle, le recteur fixe la date pour le doctorat et nomme trois examinateurs.

L'examen dure deux heures et porte sur les matières d'études spéciales pour le doctorat; il comprend une thèse sur un sujet indiqué par le recteur.

Si le candidat est reçu, le recteur lui confère le grade de docteur de la Faculté.

L'inscription de docteur, lorsqu'il n'existe pas de traité qui en détermine les conditions se fera au moyen d'un examen qui s'effectuera sous la forme établie par le règlement.

Le droit du diplôme est de 50 pesos.

Le recteur exonérera du paiement des droits de titre les personnes qui prouveront par écrit, avec le témoignage de trois témoins dignes de foi, que leur situation ne leur permet pas d'effectuer le paiement prescrit.

Mexique. — Le diplôme français de docteur en médecine ne confère pas à son titulaire le droit d'exercer au Mexique.

Tout médecin français peut exercer la médecine dans l'étendue du territoire, non pas en tant que médecin, mais parce que l'exercice de toutes les professions est libre de par la constitution mexicaine. L'article qui établit la liberté des professions ajoute que le gouvernement pourra en réglementer l'exercice. Ce règlement n'a jamais été promulgué, mais la possibilité de cette réglementation reste toujours suspendue comme une menace pour les médecins étrangers établis dans ce pays.

Le droit d'exercer la médecine ne confère pas le droit de rédiger des actes officiels; par exemple, le médecin ayant un diplôme étranger (français ou autre) ne peut signer un acte de décès, ni un rapport médico-légal.

Le médecin français qui ne veut pas rester dans cette situation extra-officielle a deux choses à faire :

a. Faire revalider ses études, et il acquiert ainsi le titre de docteur en médecine de la Faculté de Mexico ;

b. Ou faire enregistrer son diplôme au Conseil supérieur d'hygiène, et il peut alors signer des actes officiels, mais n'a point le diplôme de la Faculté de Mexico.

Pour faire revalider ses études le diplômé français doit faire les démarches suivantes :

1° Présenter au ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, les certificats relatifs à ses études, et le diplôme qui en a été la conséquence, le tout dûment légalisé par les agents diplomatiques mexicains en France.

2° Joindre à ces documents une demande de revalidation, et un certificat délivré par le consul ou le ministre français à Mexico constatant l'identité du titulaire du diplôme.

3° S'il est prouvé que les études faites par le requérant sont équivalentes à celles exigées par les lois mexicaines pour obtenir le même diplôme, l'intéressé n'aura plus qu'à remplir les formalités que les mêmes lois établissent pour qu'un Mexicain, qui a terminé ses études, puisse recevoir son diplôme. Dans le cas contraire, il devra passer des examens sur les matières qui seraient dans les programmes des études au Mexique et qui n'auraient pas été l'objet d'un examen en France.

4° Ce règlement s'applique à tous les étrangers sauf aux Espagnols. Le Mexique a avec l'Espagne un traité de réciprocité qui fait que le docteur en médecine *espagnol* n'est tenu qu'à revalider son diplôme et non ses études.

6° Pour faire enregistrer son diplôme au Conseil supérieur d'hygiène publique, le docteur en médecine français doit le présenter dûment légalisé par les agents diplomatiques mexicains en France ainsi qu'un certificat d'identité délivré par le ministre ou le consul de France à Mexico.

Nicaragua. — Il n'existe pas de traité entre le Nicaragua et la France admettant *de plano* la validation des diplômes français de docteur en médecine quoique ces diplômes soient très appréciés au Nicaragua. Le titulaire d'un diplôme français désireux d'exercer au Nicaragua devra s'astreindre aux formalités suivantes :

1° Le diplôme devra être authentiqué par le consul de Nicaragua en France (du département);

2° Présenté à ce secrétariat pour authentiquer la signature du consul;

3° Présenté à la Faculté de médecine de la République de Nicaragua. Ces formalités remplies, on devra solliciter l'examen de la Faculté qui délivre l'autorisation correspondante pour l'exercice professionnel.

Les personnes ayant obtenu un diplôme dans une faculté étrangère qui désirent appartenir à la Faculté de médecine et pharmacie du Nicaragua doivent d'abord s'inscrire à cette Faculté. Elles se présenteront au Comité de direction en remettant leur diplôme dûment authentiqué; si le Comité l'accepte, il décrétera sa validité se conformant d'abord aux traités en cours, et à leur défaut, aux dispositions suivantes :

Les citoyens du Nicaragua naturels ou naturalisés, titulaires d'un diplôme d'une faculté étrangère, seront inscrits par une simple décision du Comité de direction, sur la seule vue du titre authentique et sans aucune contribution. Les étrangers, qui se trouvent dans les mêmes conditions, seront inscrits après avoir satisfait aux examens généraux prescrits par la loi et après paiement des droits exigés.

Les certificats d'études et d'examens obtenus dans des Facultés étrangères correspondantes confèrent à leur titulaire, après légalisation, le droit d'être examinés à n'importe quel moment dans lesdites branches.

Panama. — Les médecins pourvus du diplôme français de docteur ont le droit d'exercer la médecine à Panama à la condition de se soumettre à un examen qui n'est, en réalité, qu'une formalité fiscale.

En effet, les droits à payer pour obtenir l'autorisation nécessaire représentent environ 750 francs, auxquels il convient d'ajouter 25 francs d'honoraires par professeur examinateur, soit, pour neuf examens : 225 francs.

La plupart des médecins de Panama sont étrangers; tous ont fait leurs études dans des facultés étrangères des Etats-Unis ou d'Europe, le pays ne possédant pas de faculté de médecine.

Paraguay. — Le titulaire d'un diplôme français de docteur en médecine ne peut exercer au Paraguay qu'après avoir procédé à la validation de son diplôme.

Les formalités à remplir à cet effet sont les suivantes : l'intéressé doit adresser au ministre de l'instruction publique une demande en vue d'être autorisé à passer un examen d'aptitude. Cette requête est rédigée sur une feuille de papier timbré de la valeur de vingt piastres et accompagnée du diplôme régulièrement légalisé à la légation ou au consulat général de France à Paris.

Le candidat qui a subi avec succès l'examen est autorisé à exercer la médecine après avoir acquitté un droit fixe de mille piastres papier.

Pérou. — Le diplôme français de docteur en médecine ne confère à son titulaire le droit d'exercer au Pérou qu'après les formalités suivantes :

1° Le candidat doit adresser, au doyen de la Faculté de médecine de Lima, une requête accompagnée de son diplôme de médecin et d'un certificat d'identité délivré par le ministre ou par le consul de son pays ; ces documents doivent être dûment légalisés par le ministère des Affaires étrangères du Pérou.

2° Il a ensuite à verser à la caisse de la Faculté de médecine le montant des droits respectifs, savoir : une somme de 101 livres 300, valeur des inscriptions, droits d'examens et diplôme, dont l'équivalent est d'environ 2530 francs.

3° Il doit, aux jours, qu'il peut, du reste, fixer lui-même, passer, devant le jury nommé par le doyen de la Faculté de médecine, cinq examens en langue espagnole, sur les matières suivantes :

Premier examen. — *a.* Théorie : anatomie descriptive générale, normale et pathologique, histologie, physiologie générale et humaine ; *b.* pratique : préparation d'anatomie topographique faite sur un cadavre et accompagnée de la description respective.

Deuxième examen. — *a.* Théorie : pathologie générale et nosographie interne et externe ; *b.* pratique : exécution d'une ou de deux opérations chirurgicales sur un cadavre.

Troisième examen. — Examen théorique sur l'histoire naturelle médicale, la chimie médicale et la physique médicale.

Quatrième examen. — Examen théorique sur la thérapeutique, sur la médecine légale, la toxicologie et l'hygiène.

Cinquième examen. — Examen pratique comprenant l'examen d'un malade (médecine, chirurgie et accouchement ; diagnostic, traitement et histoire clinique).

Les examens sus-mentionnés doivent se passer à Lima.

L'exercice de la médecine par les étrangers au Pérou ne les oblige pas à la naturalisation.

San Salvador. — Il n'existe pas de traité entre la France et la république de San Salvador au sujet de la validité des titres professionnels. On doit donc appliquer la loi spéciale en la matière qui exige « qu'on s'astreigne à un examen privé et un autre public avec présentation de thèse et paiement des droits respectifs » qui sont de 100 piastres pour l'inscription.

Uruguay. — Le diplôme français de docteur en médecine ne confère pas le droit d'exercer en Uruguay.

Les diplômes délivrés par les universités étrangères ne sont valables qu'à la condition d'être revalidés au préalable devant le Conseil de l'enseignement secondaire et supérieur.

Pour que l'authenticité des diplômes soit reconnue, ceux-ci doivent être revêtus de la légalisation du consul de l'Uruguay compétent.

Celui qui sollicite la revalidation d'un diplôme devra justifier, avant tout, de son identité sur la déclaration de deux témoins dignes de foi.

Ces formalités remplies, le requérant devra verser à la trésorerie de l'université la somme de 240 pesos et passer un examen général. L'examen de la revalidation comprend quatre examens partiels :

1° Un examen de quarante-cinq minutes comprenant : *a.* une épreuve orale sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie générale et l'anatomie pathologique ; *b.* une épreuve pratique de dissection de deux heures ;

2° Un examen de quarante-cinq minutes comprenant : *a.* une épreuve orale sur la physique, chimie, histoire naturelle médicales et la chimie biologique ; *b.* une épreuve pratique consistant en une reconnaissance de plantes et de produits chimiques médicaux ;

3° Un examen d'une heure comprenant : *a.* une épreuve orale sur l'anatomie topographique et les opérations, la thérapeutique, l'hygiène et la médecine légale ; *b.* une épreuve pratique de médecine opératoire (une recherche anatomique et une ou deux opérations) ;

4° Un examen d'une heure sur l'obstétrique et la gynécologie, la pathologie médicale, la pathologie chirurgicale et les cliniques (examen de malades).

Ces examens ont toujours lieu en espagnol. Le candidat qui échoue dans l'une des matières de l'examen ne pourra en passer un nouveau que trois mois après au minimum.

Les diplômes présentés à la revalidation ayant été admis et les candidats ayant passé avec succès l'examen général, les diplômes sont inscrits sur un registre spécial portant le titre de « Registre d'inscription des diplômes et certificats étrangers ». L'inscription contient le nom du candidat, son âge, son lieu de naissance, et une copie intégrale du titre. Le diplôme original est rendu à l'intéressé avec une note signée par le recteur et le secrétaire constatant la revalidation.

Vénézuéla. — Le titulaire du diplôme français de docteur en médecine doit, pour pouvoir exercer sa profession au Vénézuéla, en demander la validation au recteur de l'Université en joignant à sa demande son diplôme dûment légalisé et traduit en castillan. Si le recteur trouve le diplôme conforme au droit, le candidat sera appelé à passer, l'un après l'autre, tous les examens de fin d'année comme les étudiants en médecine de l'Université de Caracas. Ces examens seront passés en langue castillane ; les frais sont d'environ 1800 francs. La naturalisation n'est pas demandée.

OCÉANIE

Australie méridionale. — Le diplôme français de docteur en médecine ne permet à son titulaire d'exercer en Australie méridionale qu'après l'accomplissement des formalités suivantes devant le « Medical Board » :

Le diplôme doit être visé et le porteur doit justifier de son identité.

Les frais d'immatriculation sont d'une guinée (26 fr. 25).

Il est surtout essentiel de prouver, à la satisfaction du « Board », que le diplôme produit a bien été obtenu par le postulant, après avoir étudié, pendant quatre années au moins, dans une école de médecine ou une université reconnues ; le requérant doit, en outre, fournir la preuve qu'il a bien le droit d'exercer la médecine dans le pays où il a obtenu son diplôme. La naturalisation est absolument facultative. Le « Medical Board » ne fait subir aucun examen.

Australie occidentale. — Nul ne peut exercer la médecine en Australie occidentale s'il n'est enregistré par le Conseil médical (Medical Board).

Pour obtenir cet enregistrement, il faut remplir certaines conditions. Voici celles qui peuvent intéresser le titulaire d'un diplôme français de docteur en médecine :

« Produire un diplôme justifiant que le grade de docteur en médecine a été obtenu, après examen régulier, dans une université reconnue.

Prouver qu'on est un praticien légalement qualifié, enregistré dans le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande.

Fournir un certificat de bonne vie et mœurs. »

Queensland. — Le titulaire d'un diplôme de docteur en médecine ayant le droit d'exercer en France, peut exercer également dans le Queensland. Les formalités à remplir sont les suivantes :

1° Etre un résident de Queensland ; 2° produire un diplôme prouvant sa qualité, ainsi qu'une photographie munie de sa signature légalisée ; 3° signer une déclaration ; 4° adresser une demande au « Medical Board », qui, *s'il est satisfait* par les titres produits, l'immatricule comme médecin exerçant dans le Queensland, aux termes du « Medical act » de 1867.

Il y a ni examen à passer, ni droits à payer, mais le « Medical Board » n'est pas *obligé* d'immatriculer les postulants.

Nouvelle-Galles du Sud. — Le titulaire d'un diplôme de docteur en médecine, s'il est de nationalité étrangère, doit prouver au « Medical Board » de l'État qu'il a suivi un cours régulier d'études médicales, qu'il a passé au moins cinq ans dans une école de médecine, et qu'il a reçu, après un examen officiel, d'une université, d'un collège, ou de tout autre corps dûment reconnu à cet effet dans son pays d'origine, un diplôme ou un titre qui lui permette d'exercer la médecine dans ledit pays.

Les formalités à remplir pour avoir la permission d'exercer sont les suivantes :

1° Adresser une demande personnelle au secrétaire du « Medical Board » cinq jours au moins avant une des réunions de ce corps. Faire sur un formulaire spécial une déclaration au sujet des études qu'on a faites. Le postulant doit ensuite se présenter en personne devant la Commission (Board), muni de son diplôme et de toutes les pièces susceptibles de prouver, d'une façon qui paraisse satisfaisante à ladite commission, qu'il a suivi le curriculum d'études nécessaires ; il doit fournir, en outre, sa photographie, signée de sa propre main.

2° Il n'y a pas d'examen à passer; cependant, le « Board » a le droit de faire passer un examen, s'il le juge nécessaire.

3° Il n'existe pas d'immatriculation, ni de droits à payer.

4° La naturalisation n'est pas exigée.

Nouvelle-Zélande. — Le diplôme français de docteur en médecine ne confère à son titulaire le droit d'exercer en Nouvelle-Zélande qu'après les formalités suivantes :

Un médecin français qui désire exercer sa profession dans ce pays doit avant toute chose s'adresser au gouvernement en vue d'obtenir l'enregistrement de son diplôme. Après examen de sa demande, le « gouverneur du Conseil » décide si l'université ou la faculté qui a délivré le diplôme en question peut être considérée comme égale au point de vue du statut à l'Université de la Nouvelle-Zélande. Pour que sa demande soit admise à l'examen susvisé, le requérant doit prouver qu'il a suivi un cours d'études médicales pendant cinq ans et qu'il est établi en Nouvelle-Zélande.

Toute demande est susceptible d'être écartée.

Lorsque la validité d'un diplôme est admise, le requérant n'a plus qu'à faire enregistrer cette pièce, formalité qui confère à son titulaire le droit d'exercer dans l'étendue de la colonie. Les divers droits à payer pour l'accomplissement de cette formalité s'élèvent à la somme de deux guinées (53 fr. 50).

Au cas où un diplôme émanant d'une faculté étrangère ne serait pas considéré comme suffisant, son titulaire n'aurait d'autre latitude que de se présenter en personne à l'Université de la Nouvelle-Zélande afin d'y subir l'examen final de docteur en médecine et s'il passait cet examen avec succès il serait admis à faire enregistrer son diplôme.

Les droits à payer dans ce dernier cas sont les suivants :

Droits d'examen : 5 livres 5 shillings, soit 133 fr. 90; droits d'enregistrement : 2 livres 2 shillings, soit 53 fr. 50. Total : 7 livres 7 shillings, soit 187 fr. 40.

Il n'est pas nécessaire d'être naturalisé pour exercer la médecine en Nouvelle-Zélande.

Tasmanie. — Toute personne pouvant exercer la médecine en Grande-Bretagne et Irlande peut exercer, aux mêmes conditions, en Tasmanie.

Un des articles du règlement stipule que tout praticien légalement qualifié, enregistré dans le Royaume-Uni de la Grande-Bretagne et d'Irlande et qui certifiera que son titre a été dûment obtenu dans une université reconnue sera autorisé à être enregistré comme médecin praticien légalement qualifié et recevra du Conseil un certificat de qualification.

Victoria. — Depuis 1898, il n'est plus nécessaire d'être sujet britannique (par naissance ou par naturalisation) pour être admis à pratiquer la médecine en Victoria. Tout titulaire d'un diplôme délivré par une faculté étrangère reconnue par l'Université de Melbourne et usant de réciprocité peut solliciter et obtenir son admission « ad eumdem gradum », c'est-à-dire l'assimilation de son diplôme à celui du même ordre que délivre cette université.

La demande doit être adressée au chancelier de l'université, qui la transmet pour l'examen au doyen de la Faculté de médecine; ce dernier, après avis du Conseil des professeurs accorde ou refuse l'équivalence. Le Conseil des professeurs est en droit d'exiger que le candidat subisse, à sa satisfaction, certains examens complémentaires.

Les frais d'admission « ad eumdem gradum » pour le diplôme de docteur en médecine s'élèvent à 10 livres 10 shillings.

VARIÉTÉS

LA RESPONSABILITÉ ATTÉNUÉE DES INCULPÉS

L'autre soir, à l'Ecole des hautes études sociales, éloquente conférence du professeur Grasset sur l'une des questions qu'il a le plus étudiées : la responsabilité atténuée des inculpés. On sait que, pour lui, entre les sains d'esprit et les fous, il y a place pour tout un groupe d'individus qui ne sont ni tout à fait fous, ni tout à fait normaux, et que, suivant les cas, on appelle déséquilibrés, fous lucides, fous intermittents, demi-fous. Ce sont incontestablement des malades : tous leurs actes le montrent. Or ils sont en marge du code. La loi ne les connaît pas. Lorsqu'il faut les juger, l'embarras est extrême. Les magistrats s'en prennent alors à la notion de responsabilité atténuée, qu'ils chargent de tous les péchés d'Israël. « Quand donc, s'écrient-ils avec M. P. Baudin, se décidera-t-on à ouvrir des asiles d'aliénés aux aliénistes et à n'admettre la psychiatrie au prétoire que dans ses rares intervalles de lucidité? »

Il est vrai qu'à la magistrale conception du professeur Grasset, les critiques n'ont pas fait défaut. Le mot de *responsabilité* a été particulièrement attaqué. Pour certains aliénistes, parler de responsabilité, c'est se lancer en pleine métaphysique, c'est « discuter avec minutie de l'inconnaissable ». Objection sérieuse, si la question de la responsabilité reste liée à celle du libre-arbitre, caduque, au contraire, si, avec l'auteur, on définit le mot médicalement, de façon à lui enlever tout parfum de moyen âge et d'inquisition. Est res-

ponsable, tout individu qui a le cerveau normal. Grâce à cette définition, on peut parler de responsabilité sans porter atteinte à la liberté de conscience de personne.

Le mot *atténué* n'a pas été plus épargné. Que d'assauts d'esprit en son honneur! M. Anatole France prête à un médecin les propos suivants : « Mes confrères légistes ont des procédés pour reconnaître les responsabilités pleines et celles auxquelles il manque un ou plusieurs quartiers. » — « On est responsable ou on ne l'est pas, déclare un autre, et il est difficile d'admettre qu'il y ait des tiers, des quarts ou des dixièmes de responsabilité, qu'il puisse y avoir des parts de responsabilité comme il y a des parts de sociétaire, à la Comédie-Française. » — « Si le demi-fou est condamné à mort, interroge cet autre, le guillotinera-t-on à moitié? » Tout doux, Messieurs, il faut que vous soyez bien à court d'arguments pour vous contenter d'aussi pauvres plaisanteries. Quoique vous en ayez, l'existence des demi-fous n'est pas niable, et vos sarcasmes ne prévaudront point contre elle.

Plus sérieuses sont les objections suivantes. 1° La détermination du degré de responsabilité ne concerne-t-elle pas plutôt les magistrats que les médecins? Non, parce que, pour juger en connaissance de cause, il ne suffit pas d'avoir des clartés de tout. Il est indispensable d'être en possession de connaissances que, seuls, les médecins ont acquises. 2° Si l'on accepte la notion de responsabilité atténuée, ne va-t-on pas l'étendre à l'excès? Non encore, si l'on confie l'examen mental des inculpés aux seuls médecins. En agissant ainsi, aucun empiétement d'attributions, aucune confusion de pouvoirs, mais plus de logique et d'équité. 3° La théorie de la responsabilité atténuée ne doit pas sortir du domaine médical : elle n'intéresse pas la société. C'est ce qu'exprime M. Faguet dans une plaisanterie toute saupoudrée de sel attique : « Les demi-fous, je m'en f..., ou, plutôt, je m'en demi-f...! » Objection injuste, cruelle en ses conséquences. Si la société ne tient pas compte de la responsabilité atténuée, si elle applique la loi commune à ces infirmes de l'esprit, elle méconnaît le premier de ses devoirs : l'assistance aux malades. Il ne lui reste plus qu'à ressusciter les pratiques abominables du passé, à jeter les avortons dans l'Eurotas, à étouffer les personnes enragées entre deux matelas, à laisser mourir les vieillards. 4° En admettant la théorie de la responsabilité atténuée, vous réservez toutes vos faveurs aux criminels. A eux toutes les sympathies, à eux toutes les manifestations de la plus généreuse pitié. Les victimes ne viennent qu'après. MM. les assassins commencent. Or, la société ne doit-elle pas, avant tout, se défendre? Mais c'est que justement, dans l'état actuel de la législation, elle n'est pas défendue! Car, de deux choses l'une : ou le magistrat déclare l'inculpé irresponsable et l'acquitte, ou il lui accorde le bénéfice des circonstances atténuantes et ne le condamne qu'à une courte peine. De ces deux solutions, la première est illégale; la seconde, avec sa « poussière de pénalité », insuffisante; la meilleure ne vaut rien.

Force est donc de compléter la loi, d'y introduire la notion médicale de responsabilité. Dans chaque cas, le médecin déterminera, autant que faire se peut, le degré de responsabilité, et, en cas de responsabilité atténuée, prononcera l'internement des inculpés dans des asiles spéciaux où ils seront gardés tout le temps nécessaire. Les ignorants ont raillé cette idée de l'asile-prison sans se rappeler le *multa renascentur* du poète. La Bastille était-elle autre chose qu'un lieu de « retraite » obligatoire pour déséquilibrés? Toutes les araignées n'y couraient pas sur les murs. N'y a-t-il pas là une idée dont la criminologie moderne pourrait faire son profit? En tout cas, que la Société se hâte! Elle ne peut se désintéresser plus longtemps de la question des irresponsables et des demi-responsables. Il importe qu'elle se défende contre eux, qu'elle les défende contre eux-mêmes. C'est pour elle un droit et un devoir.

B. GAYARD.

FORMULAIRE

RÉGIME DES DIABÉTIQUES

Le régime lacté est souvent ordonné aux diabétiques maigres à dénutrition azotée. Le lait n'est pas toujours toléré et donne souvent soif.

C'est alors que d'excellents résultats ont été obtenus avec le « Képhir Salières » champagne lacté, sans sucre, riche en levures, à la dose d'une canette par jour.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 28 AVRIL AU 3 MAI 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 28 avril, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 29 avril, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).
4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 30 avril, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).
3e (oral, 2e partie, 1re, 2e, 3e et 4e séries).

Vendredi 2 mai, à une heure. — 1er (oral, 1re et 2e séries).
2e.
3e (oral, 2e partie, 1re, 2e, 3e, et 4e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 3 mai, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e, 3e et 4e séries).
3e (oral, 2e partie).
4e.
5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 30 avril, à une heure. — M. NORY. Rupture du tendon du quadriceps. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Proust.) — M. MAJOUR. Contribution à l'étude des sarcomes aponévrotiques. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Proust.) — M. GRODVOLLE. Volvulus du cæcum. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Proust.) — M. Paul AUGUSTE. L'urétroscopie. (MM. Legueu, président; Reclus, Pierre Duval et Proust.) — M. GODARD. Etude sur la contamination des huîtres et l'action épuratrice de la stabulation. (MM. Roger, président; Delbet, Macaigne et Ombrédanne.) — M. LETNIKOFF. La tarsalgie des adolescents n'est pas une tuberculose atténuée. (MM. Delbet, président; Roger, Macaigne et Ombrédanne.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 46. — MARDI 22 AVRIL 1913. 86e ANNÉE. MARDI 22 AVRIL 1913. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hopitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Admissibilité.* — MM. Harvier, 14 + 14 = 28; Trémolières, 14 1/2 + 11 = 25 1/2; Courcoux, 13 1/2 + 11 = 24 1/2; Rivet, 11 + 13 = 24; Abrami, 13 + 11 = 24; Vincent, 11 + 13 = 24; Laederich, 12 1/2 + 11 = 23 1/2; Faure-Beaulieu, 14 + 9 = 23; Gougerot, 11 + 11 = 22; Paisseau, 11 + 10 = 21; Israëls de Jong, 9 + 12 = 21; Fiessinger, 13 1/2 + 7 = 20 1/2; Boidin, 12 + 8 = 20; Ameuille, 12 + 8 = 20; Brulé, 12 + 8 = 20; Lévi-Valensi, 11 + 9 = 20; Darré, 12 1/2 + 7 = 19 1/2; Armand-Delille, 10 + 9 = 19; Louste, 9 + 10 = 19; Baudoin, 8 + 11 = 19; Sézary, 7 + 12 = 19; Laroche, 11 + 8 = 19; Weil (M.-P.), 8 + 11 = 19; Villaret, 7 1/2 + 11 = 18 1/2; Milhit, 5 + 13 1/2 = 18 1/2; Chiray, 10 + 8 = 18; Monnier-Vinard, 9 + 9 = 18; Salomon, 13 + 5 = 18; Foix, 11 + 7 = 18; Malloizel, 9 + 8 = 17; Lemaire (H.), 9 + 8 = 17; Ramond, 9 + 8 = 17; Debré, 11 + 6 = 17; Esmein, 10 + 7 = 17; Lian, 13 + 4 = 17; Paillard, 8 + 9 = 17; Chabrol, 11 + 5 = 16; Faroy, 8 + 8 = 16; Halbron, 11 1/2 + 4 = 15 1/2; Tixier, 8 1/2 + 7 = 15 1/2; Voisin, 10 + 5 = 15; Froin, 6 + 9 = 15; Lipmann, 9 + 6 = 15; Lévi (F.), 9 + 6 = 15.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 18 avril. — MM. Guimbellot et Berger, 14; Sauvé, 13.

Dans la séance du 16 avril, M. Küss a obtenu la note 24.

Faculté de médecine de Paris. — Concours du prosectorat. — *Epreuve orale d'anatomie.* — MM. Barbet, 16; Sorel, 15; Métivet, 18; Moure et Pascalis, 17; Wolfromm, 16; Cruet et Mornard, 17; Mock, 15; Leveuf, 16.

Facultés de médecine. — Concours pour l'agrégation. — Sont nommés présidents des jurys des concours d'agrégation des Facultés de médecine qui s'ouvriront aux mois de mai et de juin 1913 :

Section d'anatomie : M. Debierre, professeur d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

Section de physiologie : M. Morat, professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Section de physique biologique et médicale : M. Sigalas, professeur de physique pharmaceutique, agrégé de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Section de médecine générale : M. Déjerine, professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Section des maladies mentales : M. Debove, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Section d'ophtalmologie : M. Lagrange, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Section de chirurgie générale : M. Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

Section d'histologie : M. Tourneux, professeur d'histologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Section de chimie biologique et médicale : M. Lambling, professeur de chimie organique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine : M. Blanchard, professeur de parasitologie et histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Section d'obstétrique : M. Ribemont-Dessaigne, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Section d'anatomie pathologique : M. Pierre Marie, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Section de pharmacie : M. Gérard, professeur de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

— *Liste des candidats admis à prendre part au concours.* — Section de physique biologique et médicale (3 places, 5 mai 1913). — Académie de Bordeaux : MM. Réchou, Roques, Spéder.

Académie de Montpellier : M. Marquès.

Académie de Toulouse : MM. Bernardin, Escande.

Section des maladies mentales (1 place; 5 mai 1913). —

Académie de Bordeaux : MM. Abadie, Anglade, Galtier, Perrens.

SECTION D'ANATOMIE ET D'EMBRYOLOGIE (3 places; 5 mai 1913). — Académie d'Aix : M. Corsy.

Académie de Bordeaux : MM. Ferron, Puyhaubert.

Académie de Paris : MM. Delmas et Picqué.

Académie de Toulouse : M. Bourguet.

SECTION DE PHYSIOLOGIE (4 places ; 5 mai 1913). — Académie de Bordeaux : MM. Delaunay, Moulinier.

Académie de Lille : M. Battez.

Académie de Lyon : MM. Sarvonat, Tournade.

Académie de Montpellier : M. Lisbonne.

Académie de Paris : MM. Dorlencourt, Lassablière, Le Play, Régnier.

Académie de Toulouse : MM. Lafon, Soula.

SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE (21 places; 5 mai 1913.) — Académie d'Alger : MM. Aubry (Alger), Gillot (Alger), Raynaud (Alger).

Académie de Bordeaux : MM. Creyx (Bordeaux), Desqueyroux (Bordeaux), Dupérié (Bordeaux), Lande (Bordeaux), Lautier (Bordeaux), Leuret (Bordeaux), Mauriac (Bordeaux), Micheleau (Bordeaux), Pierre-Nadal (Bordeaux).

Académie de Lille : MM. Leclercq (Lille), Pierret (Lille).

Académie de Lyon : MM. Bonnamour (Lyon), Bouchut (Lyon), Chalier (Lyon), Cordier (Lyon), Crémieu (Lyon), Dufourt (Lyon), Favre (Lyon), Froment (Lyon), Gardère (Lyon), Nové-Josserand (Lyon et subsidiairement toutes les autres facultés), Pallasse (Lyon), Piéry (Lyon), Rebattu (Lyon et subsidiairement toutes les autres facultés), Roubier (Lyon et subsidiairement toutes les autres facultés), Savy (Lyon), Thévenot (Lyon).

Académie de Montpellier : MM. Anglada (Montpellier et subsidiairement Bordeaux et Toulouse), Boudet (Montpellier), Gaujoux (Montpellier), Rimbaud (Montpellier), Roger (Montpellier et subsidiairement Toulouse et Bordeaux), Salager (Montpellier).

Académie de Nancy : MM. Gelma (Lille et subsidiairement toutes les autres facultés), Hanns (Nancy et subsidiairement toutes les autres facultés de province), Parisot (Nancy).

Académie de Paris : MM. Abrami (Paris), Aubertin (Paris), Armand-Delille (Paris et subsidiairement toutes les autres facultés), Babonneix (Paris), Baudouin (Paris), Benard (Paris), Boidin (Paris), Bory (Paris), Brulé (toutes les facultés), de Brunel de Serbonnes (Paris), Cawadias (Paris), Chabrol (Paris), Chiray (Paris), Claret (Paris), Clerc (Paris), Clunet (Paris), Crouzon (Paris et subsidiairement toutes les autres facultés), Darré (Paris), Debré (Paris), Descomps (Bordeaux), du Castel (Paris), Duvoir (Paris), Esmein (Paris), Fage (Alger), Faure-Beaulieu (Paris), Feuillié (Paris), Fiessinger (Paris), Flandin (Paris), Foix (Paris), Froin (Paris), Garnier (Paris), Gaultier (Paris et subsidiairement toutes les autres facultés), Giroux (Paris), Grenet (Paris), Halbron (Paris), Harvier (Paris), Herscher (Paris), Israëls de Jong (Paris), Joltrain (Paris), Jomier (Paris), Jumentié (Paris), Laederich (Paris), Lafforgue (Toulouse), Lagane (Paris), Laporte (Toulouse), Laroche (Paris), Lemaire (Paris), Lemierre (Paris), Lereboullet (Paris), Lévy (Paris), Lévy Franckel (Bordeaux et Toulouse), Lévy-Valensi (Paris), Lian (Paris), Lippmann (Paris), Lortat-Jacob (Paris), Margarot (Montpellier), Merklen (Paris), Milhit (Paris), Moutier (Paris), Paisseau (Paris), Philibert (Paris), Pinard (Paris), Ramond (Paris), Renaud (Paris), Ribierre (Paris), Salomon (Paris), Serr (Toulouse), Sezary (Paris), Tanon (Paris), Tinel (Paris), Tixier (Paris), Trémolières (Paris), Troisier (Paris), Villaret (toutes les facultés), Vitry (Paris), Voisin (Paris), Weil (toutes les facultés), Weill [A.-S.], (Paris), Weill [B.]; (Paris).

Académie de Poitiers : M. Mandoul (Alger et subsidiairement Bordeaux, Toulouse, Montpellier, Lille, Nancy).

Académie de Toulouse : MM. Azéma (Toulouse et subsidiairement toutes les autres facultés de province), Bassal (Toulouse et subsidiairement toutes les autres facultés de province), Nanta (Toulouse et subsidiairement toutes les autres facultés), Pujol (Toulouse et subsidiairement toutes les autres facultés de province), Sorel (Toulouse), de Verbizier (Toulouse), Voivenel (Toulouse).

— BORDEAUX. — M. le docteur Liébault est nommé aide de clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez en remplacement de M. le docteur Brindel, appelé à la direction du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital des enfants.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Gaussorgues (d'Anduze).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bing (de Paris), Bretonville (de Vincennes), Cogrel et Froussard (de Paris), Goldenberg (de Nîmes), Maraval (d'Oran), Moity (de Volvic), Mougin (de Paris), Salva (d'Adge) et Scheffler (de Saint-Etienne).

ASILE DE LOMMELET. — M. le docteur Sablé est nommé médecin en chef.

GUERRE. — Des médecins inspecteurs généraux ou médecins inspecteurs sont désignés pour procéder annuellement à l'inspection de l'Ecole du service de santé militaire et de l'Ecole d'application du service de santé militaire.

Le médecin inspecteur général ou médecin inspecteur, désigné pour inspecter l'Ecole du service de santé militaire, inspecte également l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon.

Le médecin inspecteur général ou le médecin inspecteur, désigné pour inspecter l'Ecole d'application du service de santé militaire, inspecte également l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; il préside, en outre, les jurys des examens de sortie des aides-majors élèves de l'école.

Le médecin inspecteur général Vaillard, président du comité consultatif de santé, est désigné pour procéder en 1913 à l'inspection de l'Ecole du service de santé militaire.

Le médecin inspecteur général Chavasse, membre du comité consultatif de santé, est désigné pour procéder en 1913 à l'inspection de l'Ecole d'application du service de santé militaire.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin inspecteur Delrieu est placé, à dater du 21 avril 1913, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs des troupes coloniales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Par décret le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, et sous bénéfice d'inventaire le legs universel fait par Mlle Morand (Louise-Berthe) à charge de distribuer l'actif de la succession, comme l'entendra l'Académie de médecine, aux sociétés ou œuvres s'occupant de traiter les enfants atteints ou menacés de la tuberculose.

SYNDICAT D'UROLOGIE. — Un syndicat d'urologie est en voie de formation sous les auspices de la *Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires*, de Lille, et a déjà reçu les adhésions provisoires de très nombreux confrères de tous les points de la France. Ce syndicat, qui se réunira à Paris, a l'intention de grouper tous les confrères qui s'intéressent à l'urologie, pour leur permettre de mieux se connaître et de discuter leurs intérêts professionnels. Les confrères qui n'auraient pas reçu la lettre circulaire annonçant la formation de ce syndicat sont priés d'envoyer leur adhésion provisoire au directeur de la *Revue* : docteur Gallois, 121, boulevard de la Liberté, à Lille (Nord), par le simple envoi de leur carte de visite. Ils recevront les projets de formation de ce syndicat.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Letessier (de Bordeaux) et Sayous (de Pessac).

LES

TROUBLES NERVEUX D'HYPEREXCITABILITÉ

OBSERVÉS DANS CERTAINS CAS DE LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

Leur influence au cours du traitement de la luxation,

Par M. J. GOURDON,

Directeur du service de massage et gymnastique orthopédique à l'hôpital des enfants de Bordeaux.

Parmi les hypothèses émises pour expliquer la pathogénie de la luxation congénitale de la hanche, celle de l'influence d'une affection primitive du système nerveux a été depuis longtemps abandonnée. Sans avoir l'intention de faire revivre la théorie soutenue par Chaussier, Delpech et Guérin, j'estime qu'il est des malades atteints de luxation congénitale de la hanche chez lesquels les manifestations du système nerveux sont telles que, si nous ne pouvons rattacher d'une façon probante la production de la malformation articulaire aux troubles nerveux observés chez eux, nous sommes, tout au moins, obligés de remarquer que ces troubles nerveux ont évolué parallèlement avec l'affection articulaire de la hanche.

Les symptômes d'origine nerveuse assez souvent observés chez les luxés congénitaux de la hanche se manifestent sous forme d'hyperexcitabilité, hyperexcitabilité se traduisant au point de vue général par de l'agitation, une émotivité exagérée, de l'instabilité d'humeur et, localement, par des états spasmodiques. Ces états spasmodiques locaux apparaissent avec une intensité très variable. Les plus graves se rencontrent chez les luxés de la hanche atteints de paraplégie spasmodique vraie : j'ai six observations personnelles d'enfants atteints de maladie de Little et de luxation congénitale de la hanche, bilatérale ; quelques autres cas semblables ont été signalés.

A côté de ces cas chez lesquels il est facile de reconnaître la double affection articulaire et nerveuse, il en est une série d'autres chez lesquels l'état spasmodique des membres inférieurs passe inaperçu parce qu'il est moins marqué et moins permanent et que l'on se préoccupe exclusivement de l'examen de l'articulation de la hanche.

J'ai observé des enfants atteints de luxation congénitale de la hanche dont les membres inférieurs abandonnés au repos dans la position horizontale étaient flasques, mais chez lesquels le contact des mains pour l'examen des cuisses provoquait des soubresauts musculaires, de même que l'appui des pieds sur le sol provoquait un état de raideur des diverses articulations des membres inférieurs. La constatation de cet état spécial d'hyperexcitabilité, dont les manifestations ne doivent pas être confondues avec l'état de défense musculaire constatée chez tout enfant que l'on examine, m'a donné l'idée d'étudier systématiquement chez les luxés congénitaux de la hanche le degré d'excitabilité des membres inférieurs, en particulier par l'examen des réflexes.

Cette étude commencée depuis deux ans a permis de faire les constatations suivantes : il y a des symptômes d'hyperexcitabilité dans 40 p. 100 environ des cas de luxation congénitale de la hanche, bilatérale, et dans 20 p. 100 environ des cas de luxation unilatérale. L'hyperexcitabilité se manifeste par de l'hyperesthésie cutanée, de la contracture musculaire, mais surtout par l'exagération des réflexes, en particulier du réflexe rotulien. Chez les luxés bilatéraux, l'exagération des réflexes est le plus souvent égale des deux côtés, quelquefois elle est plus accusée d'un côté que de l'autre, rarement trouve-t-on des réflexes normaux d'un côté et exagérés de l'autre.

Dans la presque totalité des cas de luxation unilatérale présentant des symptômes locaux d'hyperexcitabilité celle-ci était localisée sur le membre inférieur luxé, les réflexes étant normaux sur le membre sain.

L'excitabilité des réflexes, tout particulièrement du réflexe rotulien, semble plus marquée chez les malades à partir de l'âge de quatre ans, mais il y a lieu de faire ressortir qu'en raison de la difficulté de l'examen chez les tout jeunes enfants un certain nombre de résultats n'ont pu être enregistrés chez ces derniers.

On a moins souvent noté le réflexe de Babinski que l'exagération du réflexe rotulien ; on a provoqué rarement la trépidation épileptoïde.

J'ai relevé que les trois enfants atteints de luxation congénitale bilatérale qui avaient le degré le plus marqué d'hyperexcitabilité des deux membres inférieurs étaient aussi ceux chez lesquels le retard de la marche avait été le plus notable : ils avaient respectivement marché à vingt-cinq, vingt-quatre et vingt-deux mois.

L'intérêt de la constatation de ces troubles d'excitabilité nerveuse chez certains malades atteints de luxation congénitale de la hanche se complète par l'observation de l'influence que cet état paraît avoir sur la manière dont ces malades réagissent au cours du traitement et sur le retard dans l'apparition des résultats fonctionnels à la suite de la réduction de la luxation.

Deux faits sont à retenir : les luxés de la hanche ayant de l'excitabilité nerveuse réagissent plus vivement pendant et après l'intervention ; ils sont, aussi, plus prédisposés aux accidents paralytiques postopératoires.

On sait qu'à peu près tous les malades opérés de luxation congénitale de la hanche par la méthode de réduction non sanglante présentent, à la suite de l'intervention, une série de troubles tels que accélération du pouls, agitation, etc. Chez les luxés à manifestations nerveuses ces troubles sont plus accusés. La tendance aux accidents chloroformiques et au shock n'est pas douteuse. On a noté que le pouls, petit et accéléré au moment de la réduction, se maintenait précipité, atteignant parfois 160 à la minute, durant une huitaine de jours. L'agitation postopératoire est chez eux très grande, s'exagérant la nuit et obligeant, dans plusieurs cas, à attacher le mains de l'enfant pour éviter qu'il arrache ses

cheveux ou déchire sa figure. Quand ces enfants s'assoupissent ils ont, durant plusieurs jours, des soubresauts dans tous les membres inférieurs qui les réveillent brusquement. Chez eux, le délire passager n'est pas rare. Dans plusieurs cas, on a signalé des convulsions à formes plus ou moins graves mais, et ceci est à souligner, ne s'accompagnant pas d'élévation de température.

Ces divers symptômes apparaissent aussi bien chez les luxés jeunes que chez les luxés âgés, ils sont plus fréquents chez les malades opérés de luxation bilatérale et, en général, disparaissent dans l'espace de deux à huit jours après l'opération sous l'influence du repos, du bromure. Dans trois cas, cependant, on a enregistré la mort des malades ; il s'agissait toujours de filles atteintes de luxation bilatérale.

Les accidents paralytiques pouvant survenir à la suite de la réduction d'une luxation congénitale de la hanche ont été bien étudiés, ils se produisent, de préférence, dans le territoire du sciatique poplité externe, moins fréquemment dans celui du sciatique poplité interne, plus rarement encore au niveau du tronc du sciatique.

Les luxés à excitation exagérée des réflexes paraissent plus prédisposés à la paralysie : dans ces deux dernières années, j'ai constaté deux cas de paralysie du sciatique poplité externe et un cas de paralysie du sciatique poplité interne, ces paralysies se sont produites chez des enfants à réflexes nettement exagérés. Je n'ai constaté aucune tendance à la paralysie chez les malades à réflexes normaux bien que certains aient subi des manœuvres de réduction plus énergiques et plus prolongées.

Ces accidents paralytiques s'annonçaient par des phénomènes de vaso-constriction apparents au début au niveau du talon, s'étendant à la surface plantaire puis à tout le pied. Les tissus ont d'abord une couleur blanche qui se modifie peu à peu et se transforme en *teinte cireuse*. Quand cette teinte cireuse apparaît sur toute la surface plantaire, on doit redouter la paralysie et il est prudent d'interrompre les manœuvres de réduction et de laisser le membre inférieur au repos dans la station horizontale. Le *pied cireux*, comme on pourrait appeler ce signe précurseur de paralysie, apparaît habituellement au cours des mouvements d'abduction forcée de la cuisse.

L'hyperexcitabilité constatée chez quelques luxés de la hanche avant l'intervention ne se modifie pas après la réduction de la luxation, sauf bien entendu dans les cas où se produit une paralysie. Les réflexes conservent leur intensité et, le degré d'excitabilité du membre traité persistant, le traitement postopératoire est plus difficile : ces enfants se débattent davantage, ils présentent des raideurs par contracture pénibles à vaincre, ils marchent beaucoup plus tard et il est nécessaire pour obtenir une démarche normale de faire de la rééducation méthodique de la marche.

Dans les cas de luxation de la hanche compliquée d'hyperexcitabilité nerveuse certains moyens facilitent le traitement de la luxation. Quand les réflexes sont nettement exagérés et qu'il y a, en même temps, des soubresauts musculaires, le repos au lit, durant deux à trois jours avant l'opération, avec légère traction caoutchoutée des membres inférieurs est indiquée. L'usage à l'intérieur du bromure ou des valérianates, complété par les enveloppements du corps avec de la flanelle surchauffée contribuent à calmer les symptômes d'excitation postopératoire. Enfin, quand l'appareil plâtré est enlevé, l'usage quotidien des bains de valériane et de tilleul, chauds et prolongés, les bains d'air chaud à température élevée, la traction légère caoutchoutée exercée sur les membres inférieurs durant la nuit amènent peu à peu une détente nerveuse et facilitent l'apparition des résultats fonctionnels.

En résumé, on observe chez certains malades atteints de luxation congénitale de la hanche, double ou simple, des symptômes d'excitabilité nerveuse se traduisant au point de vue local par de l'hyperesthésie cutanée, de la contracture musculaire et surtout par l'exagération des réflexes des membres inférieurs, tout particulièrement du réflexe rotulien.

Ces malades sont prédisposés aux accidents généraux pouvant se produire au cours ou à la suite de la réduction de la luxation de la hanche : accidents chloroformiques ; troubles de la circulation ; excitation cérébrale ; convulsions, etc. Ils paraissent aussi plus prédisposés aux accidents paralytiques postopératoires survenant sur le membre opéré, en dehors de toute exagération dans l'intensité et la durée des manœuvres, et s'annonçant par des symptômes de vasoconstriction apparents d'abord sur le pied.

Les résultats fonctionnels entraînés par l'intervention apparaissent plus tardivement chez eux, leur apparition nécessite des soins plus délicats et plus prolongés, notamment une rééducation méthodique de la marche.

Ces symptômes d'hyperexcitabilité nerveuse méritent donc d'être recherchés dans tous les cas de luxation congénitale de la hanche en raison des indications que, suivant leur intensité, ils peuvent fournir sur la possibilité de complications opératoires et postopératoires, et sur l'apparition tardive des résultats fonctionnels à espérer.

LE CORPS DE SANTÉ MILITAIRE EN ESPAGNE

Par le docteur Manuel MARTÍN DE SALAZAR,
Inspecteur général de santé extérieure.

Désireux de résumer ici l'organisation du corps de santé militaire espagnol pour compléter l'article paru récemment à la même place sur le corps de santé de la marine en Espagne (1), nous nous sommes adressé à notre très distingué confrère D. Manuel Martin de Salazar, inspecteur général de santé extérieure au ministère « de la Gobernación ».

Avec une complaisance dont nous le remercions très vivement, il nous a communiqué les renseignements dont nous donnons ci-dessous la traduction. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Le personnel du corps de santé militaire se compose à l'heure actuelle, en Espagne, de 3 médecins inspecteurs de première classe, ayant grade de géné-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 35, p. 549.

raux de division; 5 médecins inspecteurs de deuxième classe, ayant grade de généraux de brigade; 21 médecins sous-inpecteurs de première classe, ayant grade de colonels; 55 médecins sous-inspecteurs de deuxième classe, ayant grade de lieutenants-colonels; 121 médecins-majors, ayant grade de commandants; 284 médecins en premier, ayant grade de capitaines; enfin de 151 médecins en second, ayant grade de lieutenants en premier.

Il convient d'ajouter 3 pharmaciens sous-inspecteurs de première classe; 15 pharmaciens sous-inspecteurs de deuxième classe; 21 pharmaciens-majors; 40 pharmaciens en premier et 35 pharmaciens en second.

Les nécessités du service, accrues par les contingents envoyés au Maroc, ont entraîné la nomination en certains points de la métropole, de médecins et de pharmaciens civils, attachés de façon transitoire et provisoire au corps de santé militaire.

Il existe en outre un cadre de réserve, rétribué pour les inspecteurs et gratuit pour les médecins et pharmaciens, auquel ces derniers doivent appartenir jusqu'à la fin de leurs douze années de service consécutives.

Les médecins ont accès au corps de santé militaire par voie de concours; ils s'y préparent en suivant comme élèves-médecins, ayant grade de lieutenants en second, les cours de l' « Academia Médico Militar ». Les pharmaciens débutent directement, par voie de concours, avec l'emploi de pharmacien en second. Ils ont grade de lieutenants en premier.

L'âge de passer à la réserve est de soixante-six ans pour les deux catégories d'inspecteurs, de soixante-quatre ans pour les sous-inspecteurs de première classe, de soixante-deux ans pour les sous-inspecteurs de seconde classe et les médecins majors, de soixante ans pour les médecins en premier et en second.

Les appointements sont les suivants :

Inspecteurs de première classe......	15000	pesetas.
Inspecteurs de deuxième classe......	10000	—
Sous-inspecteurs de première classe.	8000	—
Sous-inspecteurs de deuxième classe.	6500	—
Médecins et pharmaciens majors.....	5500	—
Médecins et pharmaciens en premier.	3500	—
Médecins et pharmaciens en second..	2500	—

Il existe un hôpital de première classe par chaque chef-lieu de région militaire, à la capitainerie générale de laquelle est rattachée l'inspection de santé militaire. Ces hôpitaux de première classe sont ceux de Madrid, Sevilla, Barcelona, Burgos, Valladolid et Coruña; il en existe aussi dans les places de Ceuta, Melilla où il y en a plusieurs groupes, Vitoria, Granada, Pamplona, Mallorca, Málaga et Santa Cruz de Tenerife.

Les hôpitaux de seconde classe se trouvent à Badajoz, San Sebastian, Algeciras, Cádiz, Lérida, Bilbao, Zaragoza, Córdoba, Alicante, Logroño et Mahón.

Les hôpitaux de troisième classe sont ceux de Guadalajara, Segovia, Alcalá de Henares, Las Palmas de Gran Canaria, Santoña, Gerona et Vigo.

Les établissements centraux sont : l'Institut d'hygiène militaire; le Parc de santé militaire; l'Académie de médecine militaire; le Laboratoire central des médicaments.

Il existe également un Musée de santé militaire à l'hôpital Carabanchel, de Madrid, et une Clinique militaire d'urgence.

La brigade de troupes de santé militaire, sous le commandement d'un médecin sous-inspecteur de première classe, se compose de huit compagnies dans la métropole, une ambulance montée à Madrid et une autre à Barcelona, trois ambulances de montagne à Madrid, Barcelona et Melilla. Il existe également une ambulance à Larache, des compagnies mixtes à Melilla et Ceuta, et des sections indépendantes dans les Baléares et les Canaries.

ACTUALITÉS

DIAGNOSTIC DES ÉPANCHEMENTS PÉRICARDIQUES

Les manuels de médecine consacrent plusieurs pages aux symptômes et signes physiques des épanchements péricardiques; les candidats à l'internat font tous la question Péricardites aiguës. Et cependant, 9 fois sur 10 d'après Jaccoud, la maladie est méconnue; le diagnostic se fait presque toujours sur la table d'autopsie. Si l'épanchement péricardique met ainsi en défaut la sagacité des cliniciens, c'est peut-être parce que trop souvent on ne le recherche pas avec assez de soin; mais il faut aussi reconnaître que, même après une exploration méthodique de la région précordiale, on hésite parfois à se prononcer, car les symptômes manquent de netteté dans un très grand nombre de cas ou ne correspondent pas complètement à ceux des descriptions classiques. M. Blechmann qui vient de faire dans sa thèse (1), sur les conseils de M. le professeur Marfan, une excellente étude des épanchements du péricarde a donc été heureusement inspiré en traitant ce sujet d'un grand intérêt pratique; il s'est attaché à prouver « que le diagnostic précoce de la péricardite avec épanchement est chose possible, et que la possibilité d'une guérison opératoire est étroitement subordonnée à la précocité du diagnostic ».

Plusieurs statistiques anglaises réunies par G. Blechmann montrent bien que la péricardite avec épanchement est assez fréquente; c'est ainsi que, sur 4892 autopsies pratiquées en quinze ans à Saint Bartholomew's Hospital, on trouva 133 fois du liquide en quantité appréciable dans le péricarde; une autre statistique de six hôpitaux de Londres donne pour une période de quinze ans un total de 485 cas de péricardite avec épanchement dont 220 chez des enfants.

La période de l'enfance comprend donc près de la moitié des cas de péricardite; et, chez ces enfants, plus de la moitié des épanchements péricardiques concernent des malades âgés de moins de cinq ans; par conséquent, la période de la vie qui s'étend entre la naissance et l'âge de cinq ans possède, à elle seule, le quart de la totalité des péricardites; il faut aussi retenir que la péricardite avec épanchement n'est pas exceptionnelle chez le nourrisson. A propos de l'étiologie, Blechmann insiste encore sur une notion très importante : la constance étiologique des péricardites suivant les périodes de la vie. En étudiant à ce point de vue les épanchements péricardiques, on peut former des groupes étiologiques homogènes; en effet, chez le nourrisson et durant la première enfance, l'épanchement péricardique reconnaît comme cause habituelle

(1) Germain BLECHMANN. *Les Epanchements du péricarde. Etude clinique et thérapeutique. La ponction épigastrique de Marfan*, Th. de Paris, 1913. — J.-B. Baillière et fils.

une broncho-pneumonie ou une pleurésie purulente; cet épanchement est le plus souvent purulent; presque toujours on y trouve le pneumocoque. « Méfions-nous de l'épanchement du péricarde au cours des affections pulmonaires et surtout pleurales de la première enfance ; on peut dire que chez l'enfant de moins de cinq ans, atteint d'empyème, on a environ une chance sur trois de voir survenir une péricardite habituellement purulente. » Entre cinq et quinze ans, c'est la grande fréquence de la péricardite rhumatismale; cependant, à partir de dix ans, la pneumonie commence aussi à jouer un rôle étiologique important; comme causes plus rares, on note les fièvres éruptives, l'ostéomyélite; à cet âge, 4 fois sur 5, l'épanchement est séro-fibrineux. De quinze à trente ans, rhumatisme et pneumonie se compliquent de péricardite avec une fréquence égale; la tuberculose et les affections osseuses doivent aussi être mentionnées. Après trente ans, le rhumatisme disparaît à peu près comme cause de péricardite; les affections pleuro-pulmonaires ne sont pas rares, mais, en avançant avec l'âge, c'est la néphrite chronique qui remplace progressivement les autres causes de péricardite; parfois une tumeur maligne est à l'origine de l'épanchement. Pendant cette période de la vie, l'épanchement est aussi souvent séro-fibrineux que purulent, mais on observe assez souvent la péricardite hémorragique.

Les signes physiques de la péricardite avec épanchement ont été soumis à une critique très minutieuse par G. Blechmann qui a été ainsi amené à modifier sur plusieurs points importants la symptomatologie classique. La première question à résoudre est celle des modifications de la matité cardiaque; mais il faut d'abord préciser les limites normales de cette matité. En percutant attentivement le bord droit du cœur on constate que la ligne de matité relative longe le bord droit du sternum et tend à rejoindre la matité hépatique par une courbe assez douce à convexité externe se terminant très près de l'encoche sterno-costale; la figure formée par la matité relative du cœur et la limite de la matité hépatique représente donc un angle aigu sur l'importance duquel Ewart insiste beaucoup; à l'état normal, bien que la moitié inférieure du sternum soit en contact avec le cœur, elle est plus ou moins sonore à la percussion, la matité absolue du cœur étant strictement limitée par le bord gauche du sternum; on retiendra aussi qu'au niveau de la pointe la matité cardiaque s'arrondit malgré la projection angulaire de l'extrémité de l'organe, et que la pointe du cœur est sonore par suite de son contact avec les résonances pulmonaire et gastrique; la pointe du cœur se trouve en dehors de la limite de la matité cardiaque.

L'une des conséquences les plus précoces de la péricardite est une dilatation générale du cœur (West, Poynton), ce qui vérifie la loi de Stokes : tout muscle sous-jacent à une séreuse enflammée se paralyse. Le début des péricardites sera donc marqué par une dilatation du cœur qui donnera à la percussion une augmentation de l'aire de matité. Puis le liquide se forme assez rapidement, et bientôt une nappe liquide occupe les culs-de-sac et replis séreux, baignant le cœur dans toute son étendue; car, contrairement à ce qui se passe dans la pleurésie, il n'y a pas, à proprement parler, de limite de l'épanchement, et tout l'espace antérieurement virtuel est occupé par du liquide; par conséquent, la matité absolue du cœur prend une extension importante, les culs-de-sac pulmonaires gauche et droit se séparent, perdant tout contact avec le sternum qui cesse d'être sonore à la percussion; mais cette disparition de la sonorité sternale, bien étudiée par Ewart, n'est pas un signe particulier à l'épanchement péricardique; on retrouve, en effet, la matité sternale dans l'hypertrophie et la dilatation du cœur. D'après Rotch, le signe le plus précoce de l'épanchement péricardique est l'apparition de la matité dans la partie la plus interne du cinquième espace intercostal droit; en faisant des expériences sur le cadavre, Rotch a constaté que la matité apparaît déjà en cette région après l'injection de 80 grammes de liquide dans la séreuse. La valeur du signe de Rotch a été confirmée par Ebstein qui décrit, comme signe très important de la péricardite, la matité absolue ou presque absolue du cinquième espace intercostal droit dans l'angle cardio-hépatique; cependant, il résulte d'une observation de Middleton que, dans certains cas d'hypertrophie avec dilatation considérable de l'oreillette droite, on peut trouver une matité débordant le sternum au niveau des cinquième et sixième espaces intercostaux droits; par conséquent, on doit conclure que le signe de Rotch possède une grande valeur pour le diagnostic de l'épanchement péricardique, mais que, s'il est isolé, il n'a pas la valeur absolue que certains auteurs ont voulu lui donner; pour rechercher ce signe, on placera de préférence le malade dans la position dite d'orthopnée, c'est-à-dire le tronc faisant avec les membres inférieurs un angle d'environ 120 degrés, car la position du malade influe sur les limites de la matité, et Rotch cite le cas d'un de ses malades chez lequel la position demi-assise faisait apparaître la matité dans le cinquième espace, tandis que celle-ci disparaissait dès que le malade passait à la situation horizontale. Du signe de Rotch, il faut rapprocher le « basic angle test » ou signe d'Ewart; nous avons vu que, à l'état normal, la matité relative du cœur rejoint, sur son bord droit, la matité hépatique par un angle aigu; mais quand le cinquième espace intercostal droit devient mat du fait de la présence d'un épanchement péricardique (signe de Rotch), la limite droite de la matité cardiaque ne forme plus une ligne courbe à convexité externe, elle descend obliquement en bas et en dehors jusqu'à la limite supérieure de la matité hépatique, rejoignant celle-ci à angle obtus (signe d'Ewart); plusieurs auteurs américains, en particulier Riesman, disent avoir constaté très nettement le signe d'Ewart; mais Blechmann, se basant sur les résultats des examens aux rayons X, remarque que l'ombre péricardique forme avec la coupole hépato-diaphragmatique un angle tantôt aigu, tantôt obtus, ce qui ne permet pas d'accorder une très grande importance au « basic angle test ».

En ce qui concerne la forme de la matité cardiaque, Blechmann montre que le péricarde distendu par un épanchement présente une forme à peu près symétrique, tantôt globuleuse, tantôt demi-sphérique ou conique suivant la quantité du liquide; par conséquent la forme de la matité péricardique est variable avec chaque épanchement et avec le moment où on l'étudie, mais elle présente deux caractères essentiels : la progression suivant un mode excentrique et la symétrie. Il y a trois directions où un épanchement péricardique peut être arrêté dans son développement : en haut, le péricarde étant fixé au pédicule broncho-vasculaire ; en avant, par suite du contact avec la paroi thoracique ; en bas, où le péricarde adhère au tendon central du diaphragme. Dans ces conditions, l'augmentation de matité sera habituellement plus marquée dans le sens transversal ; on constate ainsi une augmentation progressive de l'aire de matité cardiaque absolue, et le déplacement excentrique total de la matité mesure l'épanchement en voie de progression (Bovaird). De plus, cette matité est symétrique, car, à droite, le liquide déborde dans l'angle cardio-hépatique ; à gauche, il refoule le poumon en déterminant l'augmentation de la matité en dehors de la pointe du cœur ; en bas, il distend le péricarde dans l'angle formé par le diaphragme et la paroi sterno-costale, et, si l'épanchement augmente, le foie sera abaissé. Quant à la forme de la matité, nous avons vu qu'elle était très variable ; on peut cependant la décrire d'abord en dôme, plus tard globuleuse ou conique; l'axe du dôme, du globe ou du cône correspond à un plan passant par le bord gauche du sternum, et le sommet de la figure ainsi déterminée se trouvera sensiblement à gauche de l'axe du corps. L'examen radiologique confirme cette description.

Il n'a pas été question, jusqu'ici, de la matité en brioche et de l'encoche de Sibson, sur l'importance desquelles s'étendent longuement les auteurs classiques. Les recherches bibliographiques faites par Blechmann sur l'encoche de Sibson l'ont, en effet, conduit à cette découverte très curieuse, que Sibson n'a jamais signalé, parmi les signes physiques des péricardites, l'encoche qui porte son nom. Voici comment Blechmann explique la confusion faite à ce sujet : en décrivant le péricarde distendu par un épanchement, Sibson emploie à plusieurs reprises le mot « encroaches » qui signifie déborde; un lecteur inattentif aura sans doute traduit encroaches par encoche et, depuis, tous les cliniciens recherchent l'encoche de Sibson, discutent sa valeur pathognomonique! Blechmann fait encore une autre remarque : Sibson n'a jamais décrit l'encoche comme signe de péricardite avec épanchement, mais certains auteurs, en particulier Cassaët, ont observé des malades atteints d'épanchement pleural avec dilatation du cœur, chez lesquels on constatait, en recherchant la matité cardiaque, l'encoche dite de Sibson. Par conséquent, on peut rencontrer une matité précordiale présentant sur son bord gauche une encoche très nette et « nous irons jusqu'à prétendre que la présence de l'encoche suffit à éliminer le diagnostic d'épanchement du péricarde » (Blechmann). En résumé l'encoche indiquée par les auteurs classiques comme un signe de péricardite, sous le nom d'encoche de Sibson, n'a jamais été décrite par Sibson et n'est pas un signe d'épanchement péricardique. Du fait que l'encoche de Sibson n'existe pas lorsqu'un épanchement distend le péricarde, il résulte que la description de la matité en brioche est inexacte et que la forme de la matité péricardique ne rappelle en rien la brioche.

Poursuivant l'étude des signes physiques, Blechmann insiste sur la fréquence avec laquelle le frottement péricardique persiste après la formation de liquide dans la séreuse; c'est donc une erreur clinique d'écarter le diagnostic de péricardite avec épanchement, quand on entend un frottement (Giraudeau, Hugo, Hache). Il faut admettre que, même au cours des épanchements les plus importants, la face antérieure du cœur reste habituellement en contact médiat avec la paroi thoracique sur une étendue plus ou moins considérable. Comme l'a montré Steffen, le frottement absent peut apparaître lorsque le malade change de position; dans quelques cas, si le malade se penche en avant, les parois cardiaque et péricardique entrent en contact et un frottement se perçoit alors à la base; dans d'autres cas, lorsque le malade s'asseoit, le liquide reflue en avant, éloignant le cœur de la paroi et le frottement disparaît; si la persistance du frottement au cours d'épanchement péricardique est d'observation banale, ce fait ne concerne que la péricardite séro-fibrineuse et il est absolument exceptionnel dans la péricardite purulente.

L'affaiblissement du choc de la pointe et l'éloignement des bruits du cœur n'ont pas une très grande valeur comme signes de péricardite; dans les cas rares, où le cœur est séparé de la paroi thoracique par une quantité importante de liquide on peut les constater et alors un fait peut venir démontrer l'éloignement de la pointe : celle-ci redevient perceptible avec des battements plus forts, lorsqu'on fait asseoir le malade. En dehors de cette circonstance, l'affaiblissement du choc de la pointe et l'éloignement des bruits du cœur au cours d'un épanchement du péricarde sont des signes qui doivent être plutôt rattachés, soit à la myocardite sous-jacente, soit à la concomitance d'une endocardite. Dans certains cas, comme dans une observation de Hirtz, les bruits du cœur sont nettement perceptibles à l'oreille et cependant le péricarde contient une quantité considérable de liquide.

D'après certains auteurs, l'accumulation du liquide dans la partie inférieure du péricarde refoule le cœur vers les premiers espaces intercostaux et déplace la pointe au-dessus de sa limite normale. Blechmann considère cette théorie comme inexacte, car les expériences de Rotch ont montré que la pointe du cœur reste à peu près fixe; le cœur, par suite de sa densité, ne peut flotter au-dessus d'un épanchement et d'ailleurs il est fixé à la base du péricarde par l'insertion de la veine cave inférieure sur le diaphragme. L'extension de la matité péricardique au-dessous du niveau où bat la pointe du cœur constitue un meilleur signe qui présente même une valeur absolue pour écarter le diagnostic d'hypertrophie cardiaque, car, dans ce cas, les battements sont nettement perçus et la pointe bat à l'extrême limite de la matité et à son niveau le plus bas (Ewart). Mais, dans quelques cas de dilatation cardiaque considérable, la matité de l'organe dilaté dépasse très sensiblement la région où l'on peut percevoir le choc du cœur. Quant à la voussure précordiale, c'est un signe très inconstant, assez rare chez l'adulte, plus fréquente chez l'enfant jeune dont les cartilages costaux sont élastiques.

Après avoir examiné la région précordiale, on recherchera les signes extrapéricardiques de l'épanchement, en particulier les signes pseudo-pleurétiques de la base gauche, décrits par Pins, étudiés en France par Perret et Devic, Marfan : chez l'enfant et chez certains adultes à cage thoracique étroite, à paroi peu épaisse, il existe un signe extrêmement fréquent d'épanchement péricardique; c'est la présence de signes de pleurésie à la base gauche (matité, souffle pleurétique, broncho-égophonie); si l'on ponctionne, on ne retire pas de liquide; or il ne s'agit pas de pleurésie bloquée, car il suffit parfois, comme l'a montré Pins, de mettre les malades dans la position genu-pectorale pour voir disparaître les signes de pleurésie; le signe de Pins, dans son intégrité, c'est-à-dire le syndrome pseudo-pleurétique de la base gauche disparaissant dans la position genu-pectorale est pathognomonique de l'épanchement du péricarde.

Un autre signe extrapéricardique a été signalé par Essey Winter : signe de l'inhibition abdomino-phrénique, consistant en une abolition plus ou moins complète des mouvements respiratoires normaux de la paroi abdominale, au cours des péricardites sèches ou avec épanchement. L'immobilité de la paroi abdominale n'est due ni à la rigidité musculaire ni à une sensibilité particulière; elle est causée par l'inhibition du diaphragme; ces signes de parésie abdomino-diaphragmatique sont plus nets dans la péricardite sèche que dans la péricardite avec épanchement; ils donnent souvent lieu à des erreurs de diagnostic.

Parmi les symptômes fonctionnels des épanchements péricardiques, un des plus importants est la dyspnée; chez certains malades, la dyspnée est si intense qu'ils ne peuvent reposer ou dormir que dans certaines positions. Les uns se tiennent à moitié assis dans leur lit; les autres penchent le haut du corps en avant et même s'endorment la tête sur les genoux; chez quelques-uns, l'oppression est telle qu'ils sont obligés, pour respirer un peu, de se tenir accroupis sur les genoux et sur les coudes. Cette dernière attitude dite « de la prière mahométane » est vraiment caractéristique et l'on peut affirmer que la position genu-pectorale nécessitée par une dyspnée intense est un signe pathognomonique des péricardites à gros épanchement (signe de Hirtz). La distension permanente et immobile des veines jugulaires présente aussi un certain intérêt clinique; Cyril Ogle a insisté sur cette distension immobile qui se distingue, par l'absence de battements, du pouls veineux que l'on observe au cours des états asystoliques; elle indique un obstacle à l'entrée du sang dans le cœur par compression des oreillettes et de la veine cave supérieure. Quant au pouls paradoxal de Kussmaul, s'il peut se rencontrer dans la médiastino-péricardite chronique, il doit être retenu, dans la péricardite avec épanchement, pour l'un des éléments capitaux du diagnostic.

A toute cette symptomatologie des épanchements péricardiques, il convient d'ajouter l'examen radioscopique qui fournit « des renseignements incomparables ». Chez l'enfant,

l'examen radiologique doit être pratiqué systématiquement au cours de toutes les affections thoraciques d'évolution insolite. On pourra aussi faire la ponction exploratrice avec une certaine technique.

Le diagnostic différentiel de l'épanchement péricardique est à faire avec l'hypertrophie du cœur, avec une tumeur du médiastin, et surtout avec la dilatation cardiaque; la matité du cinquième espace intercostal droit, la forme globuleuse et symétrique de la matité qui dépasse nettement en bas et à gauche le siège de la pointe du cœur, voilà deux signes très importants en faveur de l'épanchement, à condition que leur présence soit simultanée. On notera aussi que le réflexe cardiaque d'Abrams ne se produit pas en cas de péricardite, tandis que les frictions énergiques exercées avec un instrument mousse au niveau de la région précordiale déterminent, lorsque le cœur est dilaté, une rétraction du myocarde et par conséquent une diminution de l'aire de matité cardiaque.

Reste enfin la question du diagnostic de la nature de l'épanchement; en dehors de la ponction exploratrice, ce diagnostic pourra se faire, dans certains cas, d'après l'étiologie de la péricardite.

Telle est la description donnée par Blechmann des symptômes et signes physiques des épanchements péricardiques; elle est bien documentée, et, sur plus d'un point, très nouvelle, très éloignée des schémas classiques. Après nous avoir appris à faire le diagnostic d'une péricardite avec épanchement, Blechmann nous enseigne comment il faut traiter cette affection. Dans un prochain article, nous terminerons l'étude analytique de la thèse de Blechmann, et nous verrons que la ponction péricardique peut être pratiquée par une méthode rationnelle, sûre, la ponction épigastrique de Marfan.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 AVRIL 1913)

Dextrocardie acquise, consécutive à une sclérose pleuro-pulmonaire droite, d'origine tuberculeuse. — MM. MACAIGNE et Lucien GIRARD rapportent l'histoire d'une malade qui, à la suite d'une tuberculose pulmonaire droite, évoluant depuis vingt-huit ans, présente une dextrocardie acquise, vérifiée à la radioscopie. Le cœur occupe l'hémithorax droit, sa pointe est dirigée à gauche; le poumon droit est opaque et excavé; le poumon gauche très emphysémateux est amplifié.

Conformément à l'opinion de Nicolaï, l'électrocardiogramme est positif; les crochets P. R. T. sont situés audessus de la ligne des abcisses, contrairement à ce qui se passe dans la dextrocardie congénitale, où l'électrocardiogramme est négatif.

Cette dextrocardie probablement consécutive à une pleurésie latente droite, refoulant le poumon droit, qui se serait sclérosé, est une complication survenant chez une malade, chez laquelle on peut considérer la sclérose pleuro-pulmonaire, comme étant un processus de guérison.

Si on rapproche ce cas des cas analogues déjà publiés on est frappé de voir qu'il existe un véritable syndrome clinique, situé à l'extrême limite dans l'évolution des scléroses pleuro-pulmonaires.

Variabilité du coefficient d'assimilation pour les hydrates de carbone dans le diabète simple. — MM. F. RATHERY et LIÉNARD. Le coefficient d'assimilation pour les hydrates de carbone, chez les malades atteints de diabète simple, subit très souvent des fluctuations manifestes. Il existe deux types de variations: celles à long terme, celles à court terme. Les auteurs insistent sur ces dernières. Ils rapportent toute une série de variations, soit avec des régimes absolument fixes, soit en faisant varier l'un quelconque des aliments: graisses, albuminoïdes, hydrates de carbone. Pour ces derniers, ils montrent que, dans certains cas, les variations ne se font pas toujours dans un rapport exactement proportionnel avec la quantité d'hydrates de carbone ingérés. Ils apportent toute une série d'observations concernant ces variations.

Etudiant le mécanisme pathogénique de ces fluctuations du coefficient, les auteurs montrent que la rétention de sucre dans les tissus explique bien quelques-unes de ces variations, mais cette rétention ne peut être calculée mathématiquement comme le proposent certains auteurs; il s'agit là d'un phénomène très complexe. En tous cas l'hypothèse de la rétention de sucre dans les tissus est incapable de faire comprendre toute une série de variations du coefficient hydrocarboné. Les auteurs discutent toutes les hypothèses qu'on peut faire valoir et concluent sur la pluralité des causes pouvant agir sur le coefficient hydrocarboné. La conclusion pratique est, d'une part, qu'on ne peut établir a priori sur le papier au moyen de tables le régime approprié à un cas déterminé de diabète et, d'autre part, qu'on doit être extrêmement prudent dans l'application des effets de tel ou tel aliment sur le coefficient d'assimilation hydrocarboné.

A propos du traitement des hémoptysies par la pituitrine. — M. P. S. WEILL ne s'étonne pas des résultats obtenus par M. Rist dans le traitement des hémoptysies par la pituitrine.

Avec Boye, il a montré que les extraits des deux lobes pituitaires ont une action différente sur le sang. Le lobe antérieur n'agit aucunement, tandis que le lobe postérieur a une action coagulante plus grande qu'aucun hémostatique. In vitro, l'extrait de lobe postérieur corrige les propriétés du sang des hémophiles et des hépatiques. Livon a confirmé ces résultats sur le chien par injection intraveineuse de lobe postérieur qui donne une telle coagulation que les canules se bouchent. Cette action coagulante du lobe postérieur des hypophyses montre bien le rôle hémostatique de la pituitrine et confirme les résultats expérimentaux obtenus par MM. Wiggers et Rist.

A propos du traitement des abcès du foie par l'émétine. — M. ROUGET communique l'observation d'un malade atteint d'abcès amibien du foie qui a été promptement guéri par une ponction évacuatrice suivie d'injections sous-cutanées d'émétine.

Il en conclut qu'on peut traiter avec succès par une thérapeutique purement médicale au moins certaines variétés de ces abcès et il estime que, lorsqu'il n'y a pas indication urgente à intervenir chirurgicalement, il paraît indiqué de tenter tout d'abord la méthode médicale, l'émétine grâce à son action spécifique ne pouvant avoir qu'un effet salutaire, au cas où l'on serait forcé d'opérer ultérieurement.

Abaissement du coefficient azoturique dans la fièvre typhoïde. — MM. MOREL et MARRIQUAND. Dans la fièvre typhoïde à la période d'état, l'abaissement du coefficient azoturique est fréquent, mais non assez constant pour servir au diagnostic. Cela tient à ce que l'abaissement du coefficient azoturique est un symptôme lié au métabolisme des matières protéiques et que l'on peut par suite rencontrer au cours des affections les plus diverses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1913)

Occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. — M. REYNIER, d'accord avec MM. Lejars et Morestin, estime que le diagnostic, dans ces cas, est souvent difficile.

Ces faits sont plus nombreux qu'on le croit généralement. M. Reynier a observé des cas d'occlusion par causes diverses, par brides, par parésie intestinale, par adynamie générale. Les mêmes causes qui produisent la dilatation aiguë de l'estomac peuvent produire la dilatation intestinale.

M. Reynier rapporte un fait qui a été suivi, dans son service, par M. Savariaud :

Il s'agissait d'une malade qui présentait des phénomènes d'appendicite grave avec occlusion ; pas de selles, pas de gaz, facies péritonéal, pouls rapide, température à 39 degrés, état grave. M. Savariaud fait la laparotomie, trouve des anses intestinales distendues, un appendice sain et referme le ventre. Après l'opération, il y a une débâcle intestinale ; les accidents d'occlusion sont conjurés. Mais quelques jours après, la malade tousse et présente une expectoration abondante. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse s'impose par ce fait, d'une façon rétrospective. La plaie se désunit et suppure, M. Reynier prescrit des compresses d'eau salée et fait faire des injections de cinnamate de soude. L'état s'améliore, la fièvre tombe et, trois mois après, cette malade présentait toutes les apparences de la guérison. M. Reynier a communiqué ce fait à l'Académie de médecine.

Autre cas. Un enfant de quatre ans est pris brusquement de douleurs dans le côté droit du ventre, on diagnostique une appendicite aiguë, on met de la glace sur le ventre, on prescrit la diète. Il y a une amélioration. Puis survient une nouvelle crise avec défense musculaire, empâtement dans la fosse iliaque droite. Croyant à un abcès, M. Reynier incise, trouve un peu de sérosité roussâtre, des brides épiploïques qu'il libère et referme le ventre. La température tombe brusquement, l'enfant rend des gaz et des selles. Seconde intervention, on trouve un appendice tuberculeux et une péritonite tuberculeuse. L'enfant guérit.

Dans un autre cas, on fait une laparotomie, on trouve de la péritonite bacillaire, on referme le ventre, l'état s'améliore puis, quelques semaines après, hémorragie pulmonaire grave, envahissement du sommet droit. Mort. Un autre malade présentant des phénomènes analogues meurt de granulie.

M. Reynier cite plusieurs faits de ce genre dans lesquels une péritonite tuberculeuse, avec ou sans phénomènes d'occlusion, est suivie de généralisation tuberculeuse. On ne saurait trop attirer l'attention sur ces faits. A côté d'eux, il en est, surtout chez les enfants, où la guérison est obtenue après une simple laparotomie.

M. POTHERAT a observé aussi plusieurs faits d'occlusion intestinale ou de pseudo-occlusion au cours de péritonites bacillaires. Il en cite trois cas : une jeune femme de vingt-trois ans, souffrant atrocement du ventre, vient chez lui à pieds, elle est prise de vomissements, le ventre est tendu, le pouls est petit. M. Potherat pense à une appendicite perforante. Il intervient dès le lendemain, trouve un liquide louche, sale, grumeleux. L'appendice est sain. Les anses intestinales sont rouges, couvertes de granulations. Il s'agit d'une péritonite tuberculeuse. Après l'opération la malade est encore très mal pendant quelques jours, puis l'état s'améliore et elle guérit.

Une femme de trente-cinq ans est prise de violentes douleurs dans le ventre, avec des vomissements noirs. On diagnostique une occlusion intestinale. L'examen radio-bismuthé ne donne rien. L'état s'aggrave. Laparotomie droite, écoulement abondant de liquide ascitique, anses dilatées, pas de brides, mort quarante-huit heures après l'opération.

M. Potherat cite plusieurs autres exemples analogues de péritonite tuberculeuse avec troubles d'occlusion intestinale.

Il pense que dans ces cas la laparotomie précoce est encore le meilleur moyen d'éviter, dans beaucoup de cas, une issue fatale.

M. THIÉRY, étant chef de clinique de Tillaux, a été appelé d'urgence auprès d'une malade qui présentait des phénomènes de hernie étranglée. Il opéra immédiatement et trouva des anses intestinales agglutinées parsemées de lésions tuberculeuses. Il n'y avait pas d'étranglement herniaire. M. Thiéry s'appliqua à libérer ces anses intestinales ; il draina et referma. Le soir, il y eut émission de gaz et de matières. Mais la malade succomba quarante-huit heures après, avec des phénomènes de péritonite tuberculeuse généralisée. C'est là un cas analogue à celui qu'a cité M. Kirmisson. M. Thiéry ne sait si ces cas de tuberculose herniaire sont très fréquents.

Hernie inguinale superficielle. — M. BROCA fait un rapport sur deux observations adressées par M. Tourneux (de Toulouse). Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans portant une hernie inguinale gauche étranglée. A l'opération, on vit qu'il s'agissait d'une hernie inguinale superficielle sans trace de ligament rond. Dans le second cas, il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, atteinte également de hernie inguinale directe étranglée. A l'opération, pas traces de ligament rond. M. Tourneux en conclut à une malformation. Ce n'est pas l'avis de M. Broca. Ce sont là simplement des variétés rares de hernies.

Complication rare de traumatismes craniens. — M. TUFFIER appelle l'attention sur une complication peu connue des traumatismes craniens. Il s'agit d'un hémispasme du côté gauche de la face pris pour une paralysie faciale du côté droit.

Un homme de trente-deux ans, monteur en métaux, fait une chute de 3 mètres de haut. Il a une hémorragie par l'oreille gauche, pas d'amnésie. Une ponction lombaire ne donne pas de sang. Il n'y a pas de paralysie, la face est symétrique. Il n'a qu'un peu de surdité du côté gauche. Diagnostic : fracture du conduit auditif osseux. Le blessé sort de l'hôpital six jours après l'accident. Il y revient dix jours après avec toutes les apparences d'une paralysie faciale, avec une perforation du tympan et une otite moyenne suppurée... Deux mois après, il revient, se plaignant de céphalée vive, de vertiges et avec une apparence de paralysie faciale droite. Mais en y regardant de plus près, on vit qu'il s'agissait d'une contracture permanente du côté gauche. Il s'agissait, en un mot, non d'une paralysie faciale droite, mais d'un hémispasme facial gauche d'origine traumatique. Ce diagnostic fut d'ailleurs confirmé par MM. Déjerine et Sicard.

L'électrisation du facial est normale, il n'y a pas de troubles sensitifs ; il y a seulement une légère congestion du côté du nerf optique. Du côté auditif, il y a un peu de vertige labyrinthique. Il n'y a pas de syphilis ; Wassermann négatif.

M. Tuffier n'a pu relever que trois faits analogues, deux d'origine traumatique, et un d'origine névropathique, dû à une lésion corticale.

Présentation de malades. — M. WALTHER présente plusieurs malades : un jeune garçon qui a été atteint de fracture du tibia avec intégrité absolue du péroné ; un malade traité avec succès d'une ostéite bacillaire du pied gauche par les injections de chlorure de zinc ; une jeune femme chez laquelle il a remplacé le radius réséqué pour sarcome par une portion du péroné ; l'opération remonte à trois ans. Le greffon n'a pas bougé.

M. JACOB présente un soldat revenant de la Nouvelle-Calédonie, qui est atteint de dilatation des lymphatiques. Il n'y a pas de filariose ; l'examen du sang est normal. C'est une récidive. Ce malade a déjà subi une résection de ses lymphatiques. Que faire ?

M. AUVRAY rapporte l'histoire d'un malade semblable, chez lequel l'application des rayons X a semblé donner un bon résultat.

M. DEMOULIN présente un malade chez lequel il a pratiqué l'œsophagotomie externe pour enlever un dentier ; suture, succès.

Election. — M. LENORMANT est élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ADONALIS VERNALIS

MÉDICAMENT DIURÉTIQUE ET TONI-CARDIAQUE

Les récentes recherches qui ont été entreprises sur l'Adonis vernalis par le docteur Chevalier, par Henri Jean (de Liége) et par Lemoine (de Lille) m'ont engagé à essayer moi-même ce produit. Je me suis d'abord servi de l'infusion de feuilles d'adonis mais j'ai dû renoncer à cette préparation car il faut en faire absorber au malade environ un demi-litre par jour et son goût est très désagréable. L'adonidine comme la plupart des alcaloïdes ou des glucosides ne possède que certaines des propriétés de la masse médicamenteuse totale et donne par conséquent des résultats incomplets. Je me suis alors adressé aux divers extraits ou teintures et mon choix s'est définitivement fixé sur un extrait total dénommé diurène dont la régularité et l'intensité d'action m'ont particulièrement séduit.

Les observations que nous avons recueillies sur toute une série de malades en nous servant de diurène, nous ont permis de contrôler ce fait qui a été avancé récemment par Lemoine (*Société médicale des hôpitaux*, 6 décembre 1912) à savoir que l'adonis n'augmente pas la tension artérielle et peut par suite être donné sans inconvénient dans l'artériosclérose, dans les néphrites avec hypertension. Bien que n'exagérant pas la tension artérielle, le diurène n'en exerce pas moins un effet puissant sur l'augmentation de la diurèse des chlorures et de l'urée. C'est que, comme l'a montré le professeur Pouchet, la diurèse résulte moins de la tension artérielle que de la vitesse du courant sanguin. En donnant de l'énergie au myocarde et en le régularisant l'adonis augmente cette vitesse.

Nous avons remarqué, ainsi que l'avait fait du reste le professeur Lemoine, que les résultats les plus favorables sont surtout obtenus.

1° Dans les affections chroniques du cœur, endocardites et myocardites, lorsqu'il n'y a pas compensation par fait de la lésion. Très rapidement, dans ces cas, l'adonis régularise le cœur sans provoquer les malaises gastriques qui sont si fréquents quand on emploie la digitale. On peut voir chez des malades asystoliques rendus bouffis par l'anasarque la respiration se régulariser, le pouls devenir meilleur et la quantité des urines augmenter considérablement. Les œdèmes se résorbent alors; d'autre part, il est à remarquer que l'action de l'extrait d'adonis, bien loin de s'épuiser au bout de peu de temps comme fait la caféine, se continue pour ainsi dire indéfiniment.

On peut le donner pendant des mois sans le moindre inconvénient. Les malades s'habituent à ses heureux effets et dans certains cas le prennent journellement en prévision des malaises qu'ils pourraient avoir et qui leur sont ainsi évités.

2° Les néphrites chroniques sont heureusement influencées par l'adonis surtout quand il s'agit des néphrites interstitielles avec troubles cardiaques comme sont celles qui accompagnent le type scléreux cardio-rénal.

Il se produit une diurèse très abondante qui exerce une action puissante sur les œdèmes, sur la dyspnée et même sur la tension artérielle qui se trouve ainsi abaissée.

3° Dans les affections aiguës provenant de l'éréthisme cardiaque, dans les myocardites transitoires des maladies infectieuses, dans certaines formes de tachycardie l'adonis remplace avantageusement la digitale dont les effets toxiques sont à craindre; par son action toni-cardiaque il rassure sur l'état du cœur et, par son action diurétique, il favorise l'élimination des toxines.

On voit par conséquent que ce médicament peut être d'un usage absolument courant. Il est très supérieur chez les cardiaques à la digitale car il n'a pour ainsi dire pas d'effets toxiques et il est beaucoup plus facile à manier que la théobromine chez les brightiques d'autant plus qu'il n'amène jamais ni maux de tête ni autres malaises.

LOUIS BIGNON.
(du Trayas).

CONGRÈS

XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES (LONDRES, 5-12 août 1913). — COMITÉ FRANÇAIS. — *Bureau.* — Président : M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Vice-présidents : M. le professeur Debove, doyen honoraire de la Faculté de médecine; M. le professeur Hayem, M. le docteur Lucas-Championnière, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Institut; M. le professeur Paul Reclus; M. le professeur Pinard.

Secrétaire général : docteur Raoul Blondel, secrétaire général de l'Association internationale de la presse médicale.

Trésorier : M. Pierre Masson, éditeur.

Comité de patronage. — MM. d'Arsonval, membre de l'Institut; Bergonié, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Bertrand, inspecteur général du service de santé de la marine; Bouchard, membre de l'Institut; Bucquoy, ancien président de l'Académie de médecine; Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille; Caubet, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse; Chauveau, membre de l'Institut; Combemale, doyen de la Faculté de médecine d'Alger; Delorme, inspecteur général du service de santé militaire; Demons, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; A. Fournier, Gariel, professeurs honoraires à la Faculté de Paris; Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Gross, doyen de la Faculté de médecine de Nancy; Guyon, professeur honoraire à la Faculté de Paris; Hérard, médecin honoraire des hôpitaux; Hugounenq, doyen de la Faculté de médecine de Lyon; Jaccoud, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; Kermorgant, inspecteur général du service de santé des troupes coloniales; Léon Labbé, membre de l'Institut; Le Dentu, professeur honoraire à la Faculté de Paris; Mairet, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Malherbe, directeur de l'Ecole de médecine de Nantes; Perrin de la Touche, directeur de l'Ecole de médecine de Rennes; Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux; Ranvier, professeur honoraire au Collège de France; Renaut, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Roux, directeur de l'Institut Pasteur; Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Vaillard, ancien directeur de l'Ecole d'application du service de santé.

Bureau des sections. — SECTION I. — *Anatomie et embryologie.* — Président : M. le professeur Prenant; vice-président : M. Rouvière; secrétaire : M. Mulon.

SECTION II. — *Physiologie.* — Président : M. le professeur Charles Richet; vice-présidents : M. le professeur Gley, M. le professeur Weiss ; secrétaire : M. Langlois.

SECTION III. — *Pathologie générale et anatomie pathologique.* — Président : M. le professeur Roger ; vice-présidents : M. le professeur Achard ; M. le professeur Letulle ; M. le professeur P. Marie ; secrétaires : M. Garnier, M. Roussy.

Sous-section d'anatomie pathologique : Président : M. le professeur Pierre Marie. — Comité : MM. Alezais, Bosc, Carnot, Courmont (Jules), Coyne, Curtis, Delezenne, Dopter, Etienne, Ferré, Gouget, Grasset, Hausshalter, Josué, Jousset, Lambling, Lafforgue, Legry, Lechainche, Le Gendre, Lemoine (G.-H.), Lesieur, Linossier, Ménétrier, Parisot, Paviot, Petit (Gabriel), Poujol, Rappin, Remlinger, Rodet, Sabrazès, Simond, Spillmann, Surmont, Tapie, Teissier (Pierre), Tuffier, Vaquez, Vergely, Vincent.

Sous-section de pathologie chimique : Président : M. le professeur Armand Gautier ; vice-présidents : M. Desgrez, M. Marcel Labbé ; secrétaire : M. le docteur Henri Labbé.

SECTION IV. — *Bactériologie et immunité.* — Président : M. le professeur F. Widal; vice-présidents : MM. les docteurs Borel, Louis Martin, Vincent; secrétaire :

M. le docteur F. Bezançon; secréaire adjoint : M. le docteur F. Philibert. — Comité : MM. Auclair. Bertrand, Besredka, de Beurmann, Burnet, Cohendy, J. Courmont, P. Courmont, Delezenne, Armand-Delille, Dopter, de Jong, Jousset, Gougerot, Lemierre, Lesné, Levadity, Mosny, M. Nicolle, Pinoy, Ravaut, Rist, Sabouraud, Salimbeni, de Serbonnes, Veillon, Würtz.

Cancer : MM. Brault, Dominici, Mme Girard-Mangin, MM. Herrenschmidt, Ledoux-Lebard, Masson, Ménétrier, G. Petit.

Section V. — *Thérapeutique, Pharmacologie.* — Président : M. le professeur Albert Robert ; vice-présidents : M. le professeur Marfan, MM. les docteurs Legendre, Hirtz, Mathieu, le professeur Pouchet (sous-section de pharmacologie), M. le professeur Bergonié (sous-section de physiothérapie), M. le professeur Garrigou (sous-section de balnéologie) ; secrétaire : M. le docteur Carnot. — Comité : MM. Barbier, Bardet, Barié, Castaigne, Dalché, Delherm, Guilleminot, Huet, Josué, M. Labbé, Linossier, Louis Martin, Martinet, Renon, Richaud, Vaquez (de Paris), Pic (de Lyon), Arnozan (de Bordeaux), Maurel, Saint-Ange (Toulouse), Vires (Montpellier), Calmette, Carrière (Lille).

Section VI. — *Médecine interne.* — Président : M. le professeur Gilbert ; vice-président : M. le docteur Brault ; secrétaire : M. le docteur Léon Bernard. — Comité : MM. Chauffard, P. Teissier, Barth, Faisans, Talamon, Barié, Hirtz, Petit, Galliard, Mathieu, Le Gendre, Vaquez, Launois, Lion, Le Noir, Arnozan (Bordeaux), Surmont (Lille), Roque (Lyon), Carrieu (Montpellier), Spillmann (Nancy), Caubet (Toulouse), Boinet (Marseille), Olive (Nantes), Henrot (Reims), Brunon (Rouen), Ardin-Delteil (Alger).

Section VII. — *Chirurgie.* — Président : M. le docteur Lucas-Championnière ; vice-présidents : M. le professeur Quenu, M. le professeur Delbet, M. le docteur Bazy ; M. J. L. Faure ; secrétaire : M. le docteur Grégoire.

Sous-section d'orthopédie : président : M. le professeur Kirmisson ; vice-présidents : M. le docteur Broca, M. le doctenr Redard ; secrétaire : M. le docteur Grisel.

Sous-section d'anesthésie générale et locale : président : M. le docteur Reynier ; vice-présidents ; M. le docteur Ricard, M. le docteur Ombrédanne ; secrétaire : M. le docteur Nicloux.

Section VIII. — *Obstétrique et gynécologie.* — Président : M. le professeur Pozzi ; vice-président : X... ; secrétaires : M. le docteur Bender, M. le docteur Brindeau.

Section IX. — *Ophtalmologie.* — Président : M. le professeur de Lapersonne ; secrétaire : M. F. Terrien. — Comité : M. A. Terson, Morax, Chailloux, Duboys de Lavigerie, Valude, Chevallereau, Rochon-Duvigneaud, Péchin, Galezowski, Landolt-Jocqs, professeur Lagrange (Bordeaux), Deschamps (Grenoble), Baudry (Lille), professeur Rollet (Lyon), Rohmer (Nancy), Diavoux, Teillais (Nantes), professeur Truc (Montpellier), Vacher (Orléans), Bourgeois (Reims), Petit (Rouen), professeur Frenkel, Terson père (Toulouse), Motais, Cosse (Tours).

Section X. — *Pédiatrie.* — Président : M. le professeur Netter ; vice-présidents ; MM. les docteurs Comby, Cruchet (Bordeaux) ; secrétaire : M. le docteur Guinon.

Section XI. — *Neuropathologie.* — Président : M. le professeur Dejerine ; vice-président : J. Babinski ; secrétaire : M. Henry Meige. — Comité : MM. Achard, Alquier, Gilbert Ballet, A. Bauer, P. Bonnier, A. Charpentier, H. Claude, Crouzon, Mme Dejerine, MM. Dufour, Ernest Dupré, Enriquez, Guillain, Hallion, Klippel, Huet, Laignel Lavastine, de Lapersonne, Lhermitte, Lejonne, A. Leri, Pierre Marie, de Massary, Paul Richer, Rochon-Duvignaud, F. Rose, G. Roussy, Sicard, Souques, A. Thomas, Parmentier, Courtellemont (Amiens), Pitres (Bordeaux), Duret (Lille), Jean Lépine (Lyon), Oddo (Marseille), Grasset (Montpellier), Etienne (Nancy), Mirallié (Nantes), Dutel (Nice), Halipré (Rouen), Cestan (Toulouse), Dumolard (Alger).

Section XII.— *Psychiatrie.* — Président d'honneur : M. le docteur Magnan ; président : M. le professeur Gilbert Ballet; secrétaire : M. le docteur Semelaigne ; secrétaire adjoint : M. le docteur Delmas. Comité : MM. Antheaume, Briand, Colin, Deny, Dupré, Klippel, Laignel-Lavastine, J. Lépine (Lyon), Mairet (Montpellier), A. Marie (Villejuif), Paris (Nancy), Raviart (Lille), Ritti, Rémond (Toulouse), Régis (Bordeaux).

Section XIII. — *Dermatologie et syphiligraphie.* — Président : M. le professeur Gaucher; vice-présidents : MM. les docteurs Hallopeau et Balzer; secrétaire : M. le docteur Gougerot.

Section XIV. — *Urologie.* — Président : M. le professeur Legueu; vice-présidents : M. le professeur Pousson (Bordeaux), MM. les docteurs Bazy et Desnos ; secrétaire : M. le docteur Marion.

Section XV. — *Rhinologie et laryngologie.* — Président : M. le docteur Lermoyez ; vice-présidents : MM. les docteurs Chatellier et Lubet-Barbon ; secrétaire : M. le docteur Bourgeois.

Section XVI. — *Otologie.* — Président : M. le docteur A. Castex ; vice-présidents : MM. les docteurs Guisez et Malherbe; secrétaire : M. le docteur Lombard. — Comité : MM. Bar (Nice), Bourgeois, Claoué (Bordeaux), Cuvillier, Depierris, Gaudier (Lille), Gellé, Grossard, Furet, Jacques (Nancy), Lannois (Lyon), Laurens, Levrand (Lille), Mahu, Moliné (Marseille), Moure (Bordeaux), Mouret (Montpellier), Moutier, Mignon (Nice), Raoult (Nancy), Texier (Nantes), Veillard.

Section XVII. — *Stomatologie.* — Président : M. Jules Ferrier; vice-présidents : MM. Chompret, Julien Tellier; secrétaires : MM. P. Gires, P. Nespoulous. — Comité : MM. Amœdo, Bacque (Limoges), Béal (Lille), Besson (Grenoble), Bloch, Rozo, Caillon (Lyon), Capdepont, Caumartin, Courchet (Cannes), Cruet, Davenport, Faré (Tours), Fargin-Fayolle, Gaillard, Galippe, Gaumerais, Gourc, Granjon (Marseille), Hugenschmidt, Lebedinsky, Mainguy (Nantes), Jean Monod (Bourg-la-Reine), Nogué, Nux (Toulouse), Nuys (Roubaix), Pitsch, Redier, P. Robin, Rodier, Rousseau-Decelle, Thésée, Vaysse.

Section XVIII. — *Hygiène.* — Président : M. le professeur Chantemesse; vice-présidents : MM. les docteurs Netter et Mosny; secrétaire : M. le docteur Macaigne.

Section XIX. — *Médecine légale.* — Président : M. le professeur Thoinot; vice-présidents : MM. les docteurs Balthazard et Vibert; secrétaire : M. le docteur Dervieux.

Section XX. — *Services sanitaires maritimes et militaires.* — Armée. Président : M. le médecin inspecteur Vaillard; vice-présidents : M. le médecin principal Dupard, M. le professeur Vincent; secrétaire : M. le professeur agrégé Vennin.

Marine. Président : M. le médecin inspecteur général Bertrand; vice-présidents : MM. les médecins de première classe Laugier et Girarp ; secrétaire : M. le médecin de première classe Dufourt.

Section XXI. — *Pathologie et hygiène tropicale.* — Président : M. le professeur Blanchard; vice-présidents : MM. les docteurs Jeanselme, Marchoux et Wurtz ; secrétaire : M. le docteur Brumpt. — Comité : MM. les professeurs Soulié (Alger), Reynaud (Marseille), Sabrazès (Bordeaux), docteur Sergent (Alger), professeurs Brault (Alger), Le Dantec (Bordeaux), docteur Levaditi, professeurs Th. Barrois (Lille), J. Guiart (Lyon), docteurs Neveu-Lemaire (Lyon), Simond (Constantinople), Remlinger (Tanger), professeur Bodin (Rennes).

Section XXII. — *Radiologie.* — Président : M. le docteur Béclère; vice-présidents : MM. les docteurs Guilleminot, Albert Weill, Zimmern; secrétaire : M. le docteur Haret; secrétaire adjoint : M. le docteur Leboux-Lebard; trésorier : M. le docteur Aubourg.

Rappelons, en ce qui concerne les communications, que leurs titres doivent être envoyés, avant le 30 avril, au président du Comité anglais (13, Hinde Street, Londres) en spécifiant la section à laquelle elles s'adressent, et au président de la section correspondante du Comité français. Les communications annoncées après cette date ne seront lues en séances du Congrès qu'après épuisement de l'ordre du jour imprimé, qui ne comprendra que celles que leurs auteurs auront annon-

cées en temps utile ; passé le 1er juillet, aucune communication ne pourra plus être admise. Le texte des communications, après leur lecture, sera remis aussitôt au bureau ; il devra être dactylographié. Le bureau du comité anglais se réserve d'écarter les communications qu'il ne jugera pas désirables (extrait du règlement).

Toutes les demandes de renseignements concernant l'organisation générale du Congrès doivent être adressées au docteur Raoul Blondel, 103, boulevard Haussmann.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 6, 6 fév. 1913.) GOTTSCHALK : Causes et traitement des écoulements génitaux chez la femme. — KORTE : Fracture typique du crâne facial. — KAUSCH : Expériences sur la tuberculine de Rosenbach. — BRAUN : Importance et réalisation de la prophylaxie dans le traitement précoce de la dyphtérie. — ZIEMANN : Sur l'évolution artificielle du parasite de la fièvre tierce. — WERNER : Trypanosomiase humaine avec symptômes de maladie du sommeil causée par le trypanosoma rhodesiense. — SIPPEL : Sur les difficultés de diagnostic en gynécologie. — JACOBSON : Diagnostic de la bronchosténose. — FRAENKEL : Sur la température normale du corps chez les enfants. — JOHANNESSOHN : Contribution clinique à l'emploi de l'uréabromine. — KEIBEL : Expériences avec l'Erystypticum de Roche. — GWEDEL : Technique de la cinématographie Rœntgen. — SCHURIG : Emploi thérapeutique des courants à haute fréquence. — MOMBURG : Les points d'appui du pied dans la marche et la station. — DUTOIT : Rapports entre la maladie de Basedow et l'hyperplasie thymique.

Gazette des praticiens. — (N° 443, 15 mars 1913.) DEBOVE : Relations du goitre exophtalmique avec la cardiopathie. — KAPLANSKY : Supériorité du procédé de Ziehl-Neelsen pour la recherche des bacilles de Koch dans l'expectoration. — G. LEMOINE : L'infarctus pulmonaire.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 11, 16 mars 1913.) DUPÉRIÉ : Les cellules d'irritation de Türk dans le sang des diphtériques avant et après le traitement sérique ; leur provenance et leur signification ; leurs variations au cours des accidents sériques et anaphylactiques.

Journal des praticiens. — (N° 11, 15 mars 1913.) H. CLAUDE : Epilepsie fruste et fugues. — GOUGEROT : Le lupus vulgaire et ses variétés non ulcéreuses. — CHAUFFARD : Sur un cas d'intoxication oxycarbonée volontaire. — DRESCH : Dystocie par viciation progressive du bassin dans les pays de grande déclivité.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 6, 11 fév. 1913.) LEHMANN : Les parties actives du café, avec mention spéciale du café sans caféine. — SCHLOSSMANN : L'économie dans les échanges du nourrisson. — LINDIG : Les actions fermentatives du sérum chez les femmes enceintes et les cancéreuses. — STOELTZNER : Le larosan, succédané simple d'albumine du lait. — HAMM : Un cas rare de pyohémie à colibacille. — SCHNEIDER : L'hérédité de l'athérome. — RETHI : Traitement électrolytique des névralgies du trijumeau. — V. NOORDEN : Indications et action de la boue de Homburg. — M. MÜLLER : Nécessité de l'obligation de la recherche de la réaction de Wassermann chez les prostituées ; son importance pour la prophylaxie générale de la syphilis. — VOLL : Délivrances sans douleur. — (N° 7, 18 fév.) ASCHOFF, KRÖNIG et GAUSS : Sur la question de l'action de l'énergie radiante sur les cancers profonds. — LESSER : La mobilisation du glycogène. — BACMEISTER : Présence de bacilles tuberculeux virulents dans le sang après l'injection diagnostique de tuberculine. — KAHN : Sur la recherche des bacilles tuberculeux dans le sang circulant. — KESSLER : Présence de bacilles tuberculeux dans le sang. — KAESTLE : Bioröntgenographie simplifiée de l'estomac. — BUCKY et FRANK : Opérations dans la vessie à l'aide de courants à haute fréquence. — KIRCH : La narcose à l'éther après injection préalable de pantopon-atropine. — FLATOW : Procédé pratique de dosage de l'acide urique et des corps puriques dans l'urine. — WAKLE : Deux cas d'intoxication par le néosalvarsan. — GOEBEL : Remplacement de phalanges des doigts et des orteils. — HEUBNER : Action des injections intraveineuses de cyanure d'or et de potassium. — LEHMANN : Les parties constituantes actives du café avec mention spéciale du café sans caféine. — (N° 8, 25 fév.) KUTSCHERA : Contre l'étiologie hydrique du goitre et du crétinisme. — BÖHUCKE : Observations de chemo-sérothérapie de l'infection à pneumocoques. — QUERNER : Présence de bacilles tuberculeux dans le sang circulant. — ROSENSERG : Sur la présence de bacilles tuberculeux dans le sang circulant. — MAGNUS : Traitement des blessures par le sucre. — WAGNER : Contribution au traitement par la saignée dans la polycytémie. — MÜLLER : Résultats durables des cures abortives par le salvarsan en 1910-1911. — HIRSCHKOWICZ : Froment grillé comme diétique. — OERI : Attaque d'asphyxie consécutive à l'ouverture d'un ganglion tuberculeux dans les bronches. — DANIELSEN : Péritonite purulente généralisée due à un tænia. — ABDERHALDEN : Action fermentative du sérum chez les femmes enceintes et les cancéreux. — KRÖNIG et GAUSS : Sur la question de l'influence de l'énergie radiante sur les cancers profonds.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 7, 13 fév. 1913.) KRAUS : Sur les précautions pour la lutte contre le choléra sur le territoire de guerre bulgare. — KOCH : Conditions d'apparition de la méningite tuberculeuse. — SLUKA : Contribution à l'étude de la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques, aux rayons Röntgen. — DIETL : Pathogénie de l'albuminurie lordotique. — SCHIFFMANN et VYSTAVEL : Recherches sur la sécrétion interne de la mamelle. — LUGER : Sur les constatations radiologiques au niveau de l'intestin dans les tumeurs de la région rénale. — (N° 8, 20 fév.) HAMBURGER : Traitement psychique dans l'enfance. — LEDERER : Tableau symptomatique nouveau de la diathèse spasmophile. — CHIARI : Contribution à l'étude de l'état des aponévroses fraîchement transplantées dans l'organisme humain. — HESS et FRISCH : Un phosphatide dans l'urine humaine. — ZARZICKI : Emploi des extraits acétoniques dans la réaction à la méiostagmine. — KÖHLER et LUGER : La méiostagmine réaction. — HOFBAUER : Cause et traitement des troubles consécutifs dans la symphyse pleurale.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Samedi 3 mai, à une heure. — M. LAUGIER. Vitesse d'excitabilité et courants indirects. Méthode nouvelle en électrodiagnostic. (MM. Ch. Richet, président ; Pozzi, André Broca et Mulon.) — M. GIBERT. De l'âge de l'apparition de la fonction menstruelle. (MM. Pozzi, président ; Ch. Richet, André Broca et Mulon.) — M. LERICHE. Abcès dysentérique du foie et apparition tardive. (MM. Gilbert, président ; Achard, Carnot et Gougerot.) — M. ANDRAUD. Le rein dans l'hémoglobinurie paroxystique. (MM. Gilbert, président ; Achard, Carnot et Gougerot.) — M. FONTANEL. Les microbes invisibles. (MM. Achard, président ; Gilbert, Carnot et Gougerot.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Tuberculose du larynx et des voies aériennes supérieures, par F.-J. COLLET, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux. Un vol. in-18 jésus, relié peau pleine, de 870 p., avec 94 fig. dans le texte et 16 pl. hors texte, dont 8 en coul. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — MM. Tixier, 20; Lian, 19; Halbron, 20.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 21 avril. — MM. Gernez, 18; Martin, 16; Mercade, 12.

— CONCOURS POUR UNE PLACE D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Tissier, Macé, Bar, Brindeau, Laffitte, Cunéo et Demelin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Epreuve de physiologie.* — MM. Sorel, 15; Métivet, Moure et Pascalis, 17; Wolfromm, 13; Cruet, 17; Mornard, 16; Mock, 14.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Dissection.* — « Nerf crural au-dessous de l'arcade crurale. » — Ont obtenu : MM. Maurer, 29; Gouverneur et Gatellier, 28; Caudrelier, 27; Bergeret et Monod, 26; Legrand, 25; Bloch, 24; Madier, 22.

Epreuve orale supplémentaire. — « Muscle psoas iliaque. » — Ont obtenu : MM. Bloch, 19; Legrand, Caudrelier et Monod, 18.

A la suite de ce concours, le jury a classé les candidats dans l'ordre suivant (5 places) : MM. Gatellier, Maurer, Gouverneur, Bergeret et Bloch (René).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Belgrand et Fouineau (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Badin (de Paris), Bar, médecin-major de deuxième classe; Coulon, de Croës, Danos et Durand [Léopold] (de Paris), Fœlhen (de Roubaix), Fouque (de Paris), Jouis (d'Andouillé), Lance, Lecomte, Legras [R.-Ph.] (de Paris), Lemire (de Saint-Lô), Maingot, Planton et Vigier (de Paris), Wavelet, médecin-major à Caen.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Yvon, membre de l'Académie de médecine.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — *Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux.* — M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 26 avril 1913, à dix heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — COURS PRATIQUE ET COMPLET DE DERMATOLOGIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE, du 2 mai au 3 juillet 1913 (premier cours), sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Bar, Balzer, Castex, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Milian, Terrien, Zimmern, Lacapère, Cathelin, Paris, Rostaine, Louste, Fouquet, Touchard, Desmoulière, Druelle, Claude et Ehrmann.

Le cours aura lieu du vendredi 2 mai au mercredi 2 juillet, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi, à deux heures et à trois heures et demie, ou le matin, à neuf heures, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique.

Ce cours sera essentiellement pratique et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, radiothérapie, photothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

PROGRAMME ET RÉPARTITION DES COURS. — M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Médication hydrominérale.

M. Bar. Syphilis et grossesse.

M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma.

M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille.

M. Hudelo. Gale. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis.

M. Morestin. Opérations esthétiques en thérapeutique cutanée.

M. Gastou. *Maladies parasitaires du cuir chevelu :* Teigne tondante et favus. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Carathés. Syphilis tertiaire de la langue. Ulcères de jambe et des pays chauds. Eléphantiasis. Morve; farcin. Actinomycose. Purpura.

M. Emery. Chancre mou. Traitement de la syphilis.

M. Milian. Histologie de la peau normale. *Syphilis tertiaire :* Syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes. Syphilis du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Hérédo-syphilis. *Parasyphilis :* Neurasthénie.

Paralysie générale. Tabes. *Laboratoire :* Treponema pallidum, examen ultra-microscopique.

M. Terrien. Syphilis oculaire.

M. Zimmern et Erhmann. Radiothérapie. Traitement par les courants de haute fréquence. Electrothérapie et électrolyse.

M. Lacapère. Chancre syphilitique. Pelade. Acnés. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvæ. Urticaire.

M. Cathelin. Blennorragie aiguë et chronique. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : Prostatites. Cystites. Abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement de la blennorragie. Traitement des rétrécissements de l'urètre.

M. Paris. Zona. *Laboratoire :* Sang, pus, cultures, inoculations. Examen microscopique des teignes et des parasites végétaux. Bacilles de la lèpre, de la tuberculose, du chancre mou. Sporotrichose et actinomycose. Bacille de la morve. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Séro-diagnostic de la syphilis, de la lèpre et du mycosis fongoïde.

M. Rostaine. Herpès. Végétations. Dermatoses congénitales. Phtiriase et mélanodermies. Bouton d'Orient. Lupus tuberculeux et tuberculoses cutanées typiques et atypiques. Pemphigus. Erythèmes. Alopécies. Folliculites suppurées. Dyshidrose.

M. Louste. Psoriasis. Séborrhée et eczéma séborrhéique. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. Complications médicales de la blennorragie. Balanoposthites et phimosis. Lupus érythémateux. Traitement du lupus.

M. Fouquet. Syphilis expérimentale. Syphilis secondaire. Syphilis du voile du palais. Sporotrichoses.

M. Touchard. Sclérodermie. Lèpre.

M. Desmoulière. Matière médicale dermatologique.

M. Druelle. Démonstrations pratiques de diagnostic. Petite chirurgie dermatologique.

M. Claude. Radiumthérapie. Photothérapie.

Deux cours semblables ont lieu chaque année ; le premier en mai, juin et juillet ; le second, en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis, les docteurs et étudiants français et étrangers, pourvus de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Pour renseignements complémentaires, s'adresser, le matin, à la clinique (hôpital Saint-Louis).

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. le docteur E.-C. Aviragnet, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le samedi 3 mai 1913, à neuf heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, sérothérapie, tubage et trachéotomie).

Tous les matins : visite; examen des malades. Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Programme des leçons. — Première et deuxième leçons : Généralités sur la diphtérie. Tubage. — Troisième leçon : Trachéotomie. — Quatrième leçon : Diagnostic bactériologique. — Cinquième et sixième leçons : Etude clinique de l'angine diphtérique. — Septième leçon : Etude clinique du croup. — Huitième leçon : Paralysie diphtérique. — Neuvième leçon : Sérothérapie. — Dixième leçon : Traitements adjuvants. Prophylaxie de la diphtérie.

Seront admis à suivre cet enseignement, MM. les étudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), tous les jours, de midi à trois heures.

Les élèves seront classés par série de quinze et pour une période de trois semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

M. le docteur Bloch-Michel, chef de laboratoire, et M. Bloch, interne du service, dirigeront les travaux pratiques.

NOTE DE PRATIQUE

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Gazette médicale de Nantes. — (N° 10, 8 mars 1913.) A. MALHERBE : Le secret médical. La déclaration obligatoire de la tuberculose. — A. ANDOUARD : L'impureté du sel alimentaire.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 11, 16 mars 1913.) CHAVANNAZ : Leçon d'ouverture du cours de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 mars 1913.) J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Thérapeutique par le mouvement. Les fractures et les traumatismes. Publications récentes. — BIDAULT : Le traitement de la fièvre typhoïde. — Emile SERGENT : Les pleurésies des syphilitiques.

Journal de médecine interne. — (N° 7, 10 mars 1913.) Paul VINCEY. Les huîtres et la fièvre typhoïde à Paris. — (N° 8, 20 mars.) BOTEANO : Observation d'un cas exceptionnel et grave d'artériosclérose chez un jeune homme.

Journal des praticiens. — (N° 10, 8 mars 1913.) P. RECLUS : Sur trois nouvelles observations d'angine de Ludwig. — L. RÉNON : Technique et indications de laparoscopie. — A. ROBIN : Les actions médicamenteuses.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 10, 8 mars 1913.) R. DESPLATS et BOSQUIER : L'ulcère de l'estomac aux rayons X. — WILLIATTET : Fracture de la base du crâne. Infection méningée, mort. — (N° 11, 15 mars.) DESPLATS et BOSQUIER : L'ulcère de l'estomac aux rayons X (*fin*).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 9, 27 fév. 1913.) H. WETTENDORF : La cure hélio-marine. — (N° 10, 6 mars.) CONSTANT : L'uricémie, le système nerveux et la neurasthénie. — H. WETTENDORF : La cure hélio-marine (*fin*).

Paris médical. — (N° 15, 15 mars 1913.) L. MOREL : L'insuffisance parathyroïdienne et son traitement. — F. SANDOZ : Les lotions, les frictions et les bains partiels. — GALLIOT : Traitement du cancer.

Progrès médical. — (N° 10, 8 mars 1913.) AUDRAIN : Les réactions de la lymphe et du tissu lymphatique. — DÉJERINE : La paraplégie syphilitique. — Jean PAKOWSKI : Traitement des kystes synoviaux du poignet par les injections de teinture d'iode.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 9, 27 fév.) HESS et WIESEL : Sur l'action de l'adrénaline dans les néphropathies expérimentales aiguës. — KRAUS, HOFER et ISHIWARA : Différenciation des bacilles lépreux à l'aide de la bactériolyse. — STEINER : Expériences de médecine militaire dans la zone d'avant. — JEHLE : Action de nouvelles tentatives de correction de la colonne vertébrale dans l'albuminurie orthostatique. — JEHLE : Contribution à l'hémoglobinurie de marche. — NAGY : Contribution au diagnostic de la pancréatite aiguë. — LAUGER : La réaction de Cammidje et son importance pour le diagnostic des affections pancréatiques.

DES ENSEIGNEMENTS

DE LA

GUERRE DES BALKANS

(CAMPAGNE DE THRACE, 1912)

BLESSURES PAR LES ARMES DE GUERRE

Par le médecin inspecteur général ED. DELORME,
Membre de l'Académie de médecine (1).

L'étude que je vais faire aujourd'hui des blessures observées pendant la campagne de Thrace ne serait point digne de l'attention de la haute assemblée qu'est la nôtre si des aperçus partiels et des descriptions anecdotiques elle ne s'élevait aux visions et conceptions générales (2).

Pendant la campagne de Thrace, les blessures par les armes blanches de la cavalerie ont dû être bien exceptionnelles. Il n'en est pas fait mention dans les écrits que j'ai consultés, c'est que les effectifs de la cavalerie bulgare étaient très réduits, qu'ils étaient utilisés à des raids; quant à la cavalerie turque elle fut peu employée.

Par contre, les blessures produites par baïonnettes ont atteint une proportion qui a surpris et ému les milieux militaires. Depuis lors, on parle beaucoup d'escrime à la baïonnette. Au chiffre de 1 p. 100 qui est habituel, certains ont opposé celui de 10 p. 100. C'est admissible, à condition que ce chiffre exprime la proportion de ces blessures observées dans certains épisodes des batailles (3).

En fait, dans cette campagne, les attaques de nuit furent relativement fréquentes; l'impétuosité bulgare les imposait et le peu de solidité de certains contingents turcs les rendit décisives. Or, la baïonnette en est l'arme. A Karakaja et à Karakoij, deux attaques de nuit préparèrent, dit-on, la défaite de Kirk-Kilissé ; à Turck-Bey, une attaque de nuit rompit la ligne de Lullé-Burgas; à Tchataldja, l'ouvrage n° 2 fut pris à la baïonnette.

Mais cette arme fut encore employée de jour, lors d'assauts de positions retranchées. Il n'y a pas eu, dit-on, de batailles où elle n'ait servi.

Indépendamment de l'impression morale extraordinaire que son emploi produisit, elle eut des effets vulnérants terribles. C'est le tronc, parce qu'il est volumineux et à portée, c'est l'abdomen en particulier, c'est la racine des membres inférieurs qui reçoivent surtout ses coups, et loin d'être la lame triangulaire fine et flexible que nous connaissons, laquelle traverse souvent l'abdomen sans blesser l'intestin, comme l'a montré il y a déjà longtemps le professeur Sieur, la baïonnette bulgare est un couteau large et court. Le cri de « Na Noge » (4) donnait à l'assailli la terreur d'une mort presque certaine. Bien des blessés atteints d'autres lésions en frémissaient encore dans les ambulances. Avec une pareille arme, dont les coups se multiplient encore au gré de l'assaillant, on ne peut plus dire que les blessures qu'elle détermine soient moins graves que celles dues aux projectiles. Elles sont les analogues de celles qu'on observe occasionnellement à la suite des plus terribles agressions. Elles ne sauraient ici donner matière à des considérations spéciales. Il n'en est pas de même des blessures produites par les petits projectiles, les balles, par les éclats et les balles des gros projectiles.

BLESSURES PAR LES BALLES. — Quelque perfectionnement que prenne l'artillerie dans les armées, quelque terrifiants et « efficaces » qu'en soient les effets, c'est toujours la balle de l'infanterie qui est, à la guerre, l'agent vulnérant principal parce que si l'infanterie, en général, ne commence pas la bataille c'est elle qui la prolonge et l'entretient. Pendant la campagne de Thrace il en fut ainsi; bien plus ce fut elle qui termina toujours la lutte.

Témoins de l'écoulement de colonnes de petits blessés à proximité du champ de bataille, des correspondants militaires nous ont dit que les blessures produites par les balles des fusils bulgares et turcs, Mannlicher et Mauser, étaient simples et bénignes; nous avons entendu les échos des chirurgiens qui ont visité ou pratiqué les hôpitaux des villes balkaniques ou de Constantinople. C'est la même note (1).

Il y a bien quelque dissonance. A Sofia, on parle, à un moment donné, de balles dum dum, et on nous dit que le gouvernement avait demandé, par voie d'avis, dans les hôpitaux, que les chirurgiens lui signalent l'emploi de ces balles s'il leur était donné d'en faire l'extraction.

Ce sont là histoires renouvelées de chaque guerre qui traduisent l'impression inattendue de coups de feu explosifs. Des radiographies de blessures considérées comme produites par des balles explosibles nous en donnent bien la preuve.

Dans le foyer d'une fracture tout à fait analogue à celui qu'on observe à très courte distance dans les tirs d'expérience, où l'on est sûr de la balle employée, on voit les fragments de l'enveloppe et du projectile usuel.

De ce qu'ont vu les chirurgiens des premières lignes, il n'est pas question, soit qu'ils aient jusqu'ici été trop occupés pour nous en parler, soit pour d'autres raisons, de sorte que subsiste surtout et toujours dans la mémoire du public, à quelque milieu qu'il appartienne, la notion bien arrêtée des effets *anodins* des balles, notion basée exclusivement sur la vision circonscrite, des petits blessés rencontrés à l'avant et revus dans les hôpitaux de l'arrière.

Quelque « humanitaire » que soit une balle de fusil de guerre, elle ne saurait être dite uniformément bénigne, pas plus d'ailleurs qu'uniformément dangereuse. Les balles de revolvers du commerce, qu'elles proviennent d'un revolver de pacotille ou d'un browning, tirées d'ordinaire à bout portant ou de très près, dans des conditions presque toujours identiques de tir, autorisent de la part du chirurgien qui en observe les effets des formules générales de bénignité ou de gravité, mais les balles des fusils de guerre ne leur sont pas comparables et, dans la même affaire, la même balle va se montrer très meurtrière, très mutilante, assez sévère ou anodine et, suivant les cas, ses blessures réclameront des secours élémentaires ou imposeront, au contraire, l'effort le plus rapide, le plus soutenu, le plus multiplié des chirurgiens de l'avant.

Dans la formule $F = \frac{MV^2}{2}$ qui exprime la force vive F d'une balle déterminée, il y a deux éléments : l'un inerte, toujours identique à lui-même, la masse M (ou le poids P par lequel on remplace souvent la masse M) et un élément actif la vitesse V, plus important comme le montre la formule. Or, cet élément actif est changeant, il se transforme suivant les distances de tir ou si l'on veut suivant les portées. Car à mesure qu'augmentent les portées, les distances de tir, s'accuse la déperdition de vitesse que le projectile subit du fait de la résistance de l'air.

Même en mettant dans la balance d'autres éléments qui influent sur la force de pénétration d'une balle, son diamètre, sa longueur, sa forme, la vitesse reste d'ordinaire prépondé-

(1) Communication faite à l'Académie de médecine le 22 avril 1913.

(2) Dans la séance du 1er avril 1913, M. le médecin inspecteur général Delorme a fait sur cette campagne une première communication dans laquelle il s'est attaché surtout à l'étude des évacuations (voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 38, p. 616).

(3) On est loin du chiffre de 400 blessures par baïonnettes observées pendant la guerre de Sécession qui dura quatre ans. Les Japonais avaient montré pendant la guerre de Mandchourie le rôle important d'une tactique de combat à la baïonnette. C'est grâce à l'arme blanche qu'ils triomphèrent pendant toute la campagne, en maints assauts, de leurs adversaires plus vigoureux et de taille plus élevée.

(4) Au couteau.

(1) La voici traduite dans cette phrase d'un correspondant militaire : « Les blessures sont en général légères, les projectiles modernes ne font que traverser les corps, à moins qu'ils ne rencontrent un os ou qu'ils ne lèsent le cœur. » (Major VON HŒCHTETER. *Au Feu avec les Turcs*, p. 62.) — Voici d'autre part la traduction des dires de chirurgiens de Constantinople, in *Au Chevet de la Turquie*, de Stéphane LAUZANNE : « La balle aseptique est tellement échauffée par la déflagration de la poudre que si aucun organe essentiel n'est atteint, le blessé a 95 chances pour 100 d'être guéri en huit jours... Tandis que sur une moyenne de dix soldats blessés par la balle du Mannlicher, neuf peuvent être guéris et remis sur pied, la proportion est inverse pour les blessés frappés par des shrapnels : 9 sur 10 sont perdus ou estropiés. »

rante; elle est d'ailleurs la raison d'être du but recherché : l'atteinte, aussi loin que possible, de l'adversaire afin de laisser à l'assaillant le temps de multiplier ses coups.

Lorsqu'on entend parler de portées qui se prolongent de 0 mètre à 3 kilomètres, de vitesses décroissantes à des distances si étendues, et qu'on est hanté par de fausses images des batailles en se figurant que tout y est mêlée, hasard et surprises, on peut rester confondu à la pensée de tentatives de systématisation des effets produits par les balles et de leur mesure approximative.

Mais quand l'on sait, au contraire, qu'envisagée d'ensemble l'image vraie du combat traduit des prévisions réglementées, méthodiques, suivies en général, la confusion cesse et la tentative ne paraît plus irrationnelle ou irréalisable. Le tir est réglé au combat, la tactique comporte ses distances, il y a ce qu'on appelle la discipline du feu, ce sont là des bases pour le chirurgien d'armée qui étudie expérimentalement — et c'est la seule voie, la voie nécessaire — les effets des projectiles. Les distances, les portées réglementées, il les connaît; les diminutions de vitesse, autrement dit les vitesses restantes aux différentes distances, sont inscrites dans les traités spéciaux; les charges nécessaires pour obtenir les vitesses restantes sont faciles à déterminer (1). En possession de ces moyens, il doit rechercher sur le cadavre les différences que présentent nos traumatismes aux distances des tirs de combat. Ceux qui ne peuvent tirer profit d'expériences personnelles ont pour eux l'expérience d'autrui, s'ils veulent se donner la peine de lire, de se renseigner.

Ces expériences, nos guides indispensables, nous ont appris :

1° Qu'au point de vue chirurgical les lésions produites par les balles sont, en général, avec la même balle, et abstraction faite des régions et des tissus traversés, en rapport avec la vitesse en tant qu'attrition et comminution.

Plus celle-ci est grande, plus ces lésions sont sérieuses, plus sur les os les fractures sont comminutives.

Plus elle est faible, plus la lésion se circonscrit pour les parties molles; moins elle est comminutive pour les os.

2° Qu'avec les balles actuelles, les plus récentes comme avec les anciennes, aux portées rapprochées, de 0 mètre à 300, 400, 500, suivant les projectiles, on peut observer des blessures des plus sévères dits *effets explosifs*.

3° Qu'aux portées moyennes, 400, 800, 1 000 mètres, les dégâts sont moyens, tout en subissant une gamme décroissante.

4° Qu'aux portées plus éloignées ils s'atténuent et qu'à partir de 1 500 mètres ils sont très peu graves (2).

Toute balle des armes de guerre actuelles produit donc toute une gamme de traumatismes différents d'étendue et de gravité : à côté de lésions insignifiantes, bénignes, surtout des parties molles, des blessures plus complexes, plus étendues, de gravité moyenne ou de haute gravité.

Quand on demande à un chirurgien des nouvelles de son service, de l'activité que celui-ci lui impose, il ne répond pas à son interlocuteur en faisant allusion à ses malades atteints de lésions insignifiantes ; il s'arrête, par contre, aux cas très graves ou de gravité moyenne qui exigent toute son action. Pourquoi en serait-il autrement, quand on parle des blessures produites par les projectiles et tient-on tant compte des blessures légères, presque insignifiantes? Alors même qu'il n'aurait pour se renseigner aucune donnée plus précise, un chirurgien averti ne pourrait penser que, avec la furie héroïque qui poussait les Bulgares à l'attaque de vive force de positions retranchées ou au maintien de positions conquises, sous une grêle de projectiles tirés à des distances rapprochées, les traumatismes graves ou moyennement graves par les balles n'aient pas été très fréquemment observés dans les ambulances ou les formations sanitaires plus ou moins rapprochées du champ de bataille.

Mais voici des précisions :

D'après un témoin oculaire, « le feu des Bulgares a été sagement conduit.

Aux grandes distances, les meilleurs tireurs seuls pouvaient user quelques cartouches et le reste ne tirait pas.

Le feu a été surtout employé aux distances moyennes.

Il n'a pas été rare de le voir poussé à 400 et 500 mètres (1). »

La conclusion est que les Bulgares ont infligé le plus souvent à leurs adversaires des blessures sérieures, graves et même très graves.

Est-ce là ce que nous avait dévoilé une vision circonscrite et imparfaite ?

Au début, les Turcs ont abusé du tir aux grandes distances. Ce tir était imprécis, comme on pouvait l'attendre de troupes mal exercées, aux cadres dégarnis, mal en mains; beaucoup tiraient sans viser. Les munitions épuisées dans le tir à grande distance manquaient souvent quand celui-ci eût pu devenir dangereux pour des adversaires qui, par bonds, se rapprochaient d'eux.

Lorsque ces troupes se ressaisirent, surtout à leur aile droite devant Viza et Bunar-Hissar et devant Tchataldja, le tir s'effectua le plus souvent aux distances moyennes et parfois à courte distance.

La conclusion est que les Bulgares ont bénéficié dans une certaine mesure, surtout au début, des tirs à longue portée qui ne produisent que des lésions légères ; les lésions habituelles ont été cependant les lésions moyennes et parfois très graves. Mais encore ici, ils ont tiré profit de l'action vulnérante moindre de la balle turque, atténuation due à son faible poids et à sa forme en pointe qui lui fait traverser les tissus plutôt que par le mécanisme de la ponction que par celui de l'emporte-pièce, de l'abrasion.

Avec un chapiteau corinthien un architecte reconstruit, par par la pensée, un temple grec, avec quelques données capitales, comme celles que je viens de rappeler, le chirurgien d'armée retrace l'histoire chirurgicale d'une guerre; bien plus, avec elles, à distance comme à proximité du champ de bataille, en quelques instants, il peut supputer la fréquence, la proportion des traumatismes graves ou moyens qui réclament les soins les plus étendus, les plus rapides et les plus complets, juger de l'opportunité de l'appel, de la concentration des formations sanitaires. En temps de paix il est bon qu'il y réfléchisse; ces notions doivent faire partie de ses kriegspiels, si je ne craignais de créer un mot nouveau je dirais : c'est de la *tactique chirurgicale*.

La balle du Mauser employée par les Turcs est la balle S que l'Allemagne a adoptée dès 1903. C'est un projectile cylindro-ogival de plomb durci entouré d'une enveloppe en acier doux plaqué de maillechort. Sa partie cylindrique ne dépasse guère le quart de sa longueur totale; quant à l'ogive, de 19 millimètres, très effilée, elle se termine par un méplat d'environ 1 millimètre. Cette balle ne pèse que 10 grammes au lieu des 14 à 15 grammes des projectiles dits anciens. De

(1) On admet qu'une diminution de poudre de 1 centigramme équivaut à une diminution de portée de 4 mètres.

(2) Les expériences cadavériques ne permettent pas seulement de déterminer les effets d'un projectile déterminé mais encore d'étudier comparativement ceux des projectiles d'une puissance et ceux d'un Etat avec lequel celle-ci pourrait être appelée à entrer en lutte.

Enfin, chose plus précieuse et conséquence bien autrement importante, elles peuvent et doivent guider dans le choix d'armes nouvelles proposées.

Avant de décider des changements d'un armement, ce qui représente des dépenses considérables, il est indispensable de rechercher si le projectile de cette arme remplit bien les conditions voulues non au point de vue tactique, mais au point de vue de son pouvoir vulnérant, et là le chirurgien d'armée a toutes qualités pour s'en bien rendre compte. L'expérience cadavérique ne saurait, sous ce rapport, se comparer à l'expérimentation sur des poutres, des madriers, des planches, des plaques métalliques, voire des animaux, des chevaux et des moutons. Cette conception n'a pas été acceptée tout d'abord; en France, comme à l'étranger, à l'heure actuelle, ces expériences sont réclamées. Saurait-on s'entourer de trop de garanties quand il s'agit du choix d'une arme à laquelle peut être lié le sort d'un pays? D'après ce que j'ai constaté les idées adoptées dans les milieux militaires sous le rapport de la gravité minimum des traumatismes produits par une balle en expérience sont peut-être exagérées dans le sens optimiste et les diminutions de calibre qu'on recherche encore dans les armées européennes semblent exagérées.

Je ne crois pas que ce soit un progrès de descendre au-dessous de 7 millimètres. Le diamètre d'un projectile a, au point de vue de ses capacités vulnérantes, une importance trop méconnue.

(1) Lieutenant DE PENENNERUN. *La Guerre des Balkans, campagne de Thrace, 1912.*

tous les petits projectiles actuels c'est celui qui a la vitesse initiale la plus élevée [860 mètres (1)].

De même diamètre que la balle ancienne du Mauser ($7^{mm}9$) elle est moins longue qu'elle. Cette diminution de la densité de section qui lui permettrait de dominer moins facilement la résistance de l'air est compensée par l'effilement de sa pointe. Sa trajectoire est très tendue, rasante, au point que sa flèche maximum atteint la hauteur d'un homme à 700 mètres au lieu de 550 mètres (balles 88).

Sa disposition en pointe a augmenté sa force de pénétration de près de moitié aux différentes portées, ce qui ne veut pas dire, comme on l'admet, que ses effets étudiés sur des corps inanimés soient supérieurs à ceux des balles ordinaires sur le corps humain. Par contre, c'est là une notion très intéressante pour le chirurgien d'armée : sa stabilité est bien moindre que celle des balles anciennes surtout aux distances dépassant 700 mètres. Enfin, à courte distance, son extrême vitesse faciliterait sa fragmentation contre le sol dans les ricochets qui comptent pour un tiers, dans ses effets vulnérants.

Avant cette campagne les effets de la balle S dérivée de la balle Hebler nous étaient connus, mais les connaissances qu'on en possédait étaient moins divulguées, moins généralisées qu'elles ne le sont aujourd'hui après l'expérience de cette campagne.

En 1897, alors que j'étais médecin chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons, j'avais, à l'instigation du commandant de l'école de tir du camp, M. le lieutenant-colonel Wanderscheirr, avec plusieurs officiers de cette école, expérimenté une balle pointue analogue à la balle S. En la tirant sur les points symétriques du corps nous l'avions comparée avec la balle du fusil Lebel pour toutes les distances de combat.

Les tirs d'épreuve, auxquels s'attachaient des solutions fort importantes, furent conduits avec la plus scrupuleuse attention. Pour des raisons faciles à comprendre, les résultats ne furent pas publiés, mais, à temps voulu, je les fis connaître à ceux qui pouvaient en tirer profit.

Voici quels avaient été nos résultats. Ils sont traduits sur les photographies présentées.

Aux COURTES DISTANCES, aux grandes vitesses, l'*ébranlement* était infiniment moindre qu'avec les anciennes balles, qu'avec la balle de fusil Lebel; presque nul, alors même que le projectile pointu atteignait des corps diaphysaires. Il était nul lorsqu'il traversait des parties molles.

Les *effets explosifs* s'observaient jusqu'à 350, 400 mètres; sur les grandes diaphyses, ils étaient moins fréquents et en général moins étendus que ceux qu'on observe à la suite des tirs avec la balle Gras et la balle Lebel. Les foyers de fractures « nettoyés » de leurs esquilles étaient exceptionnels.

Aux DISTANCES MOYENNES, les orifices et trajets parcourus dans des parties molles avaient les mêmes caractères qu'avec la balle Lebel, mais les orifices étaient plus étroits, les trajets de dimensions diamétrales moindres.

Les perforations des épiphyses étaient plus étroites que dans les tirs avec la balle du fusil Lebel. Elles étaient moins compliquées de traits fissuriques et, quand ceux-ci existaient, ils étaient sous-périostés, moins étendus, moins élargis.

Les fractures diaphysaires relevaient des types classiques que nous avons décrits (2); mais les types étaient en général moins complets, les traits fissuriques moins larges et moins étendus, sous-périostés; les solutions de continuité du membre moins fréquentes; les foyers esquilleux libres, près ou dans le canal de sortie, plus limités, avec esquilles moins nombreuses et moins projetées; les orifices de sortie moins agrandis.

Aux DISTANCES ÉLOIGNÉES, à partir de 1 200 à 1 500 mètres, les orifices et trajets devenaient plus étroits encore; ils étaient très inférieurs aux dimensions transversales du cylindre de la balle; les lésions épiphysaires étaient, elles aussi, plus étroites, inférieures aux dimensions diamétrales du projectile; les fissures devenaient rares; les fractures diaphysaires par perforation, tout en relevant toujours des mêmes types et présentant des fissures étendues sous-périostées, n'avaient plus, à la sortie osseuse, qu'un court foyer d'esquilles en grande partie adhérentes.

Les solutions de continuité du membre étaient plus rares.

Les lésions observées sur les organes centraux présentaient la même caractéristique décroissante, générale et pour toutes les distances, avec une atténuation par rapport à la balle Lebel. Les perforations et les plaies latérales des artères étaient les lésions habituelles.

Au contact des os, les déformations des projectiles recueillis dans les tissus ou des sacs de sciure de bois, après avoir frappé des diaphyses, consistant surtout en rebroussements de pointes et en étalements légers. Nous n'avons pas remarqué de bascules des balles ni de pénétrations obliques ou de travers.

Les blessures n'étaient pas compliquées par des fragments de vêtements.

En somme, les effets produits par cette balle pointue étaient notablement inférieurs à ceux de la balle M du fusil Lebel, et cela pour toutes les distances.

Après l'adoption de la balle S, le professeur Fessler avait pratiqué, sur des cadavres et des animaux, des expériences en vue de préciser son action à des distances variant de 10 mètres à 1500 mètres.

D'après lui (1), la balle S ne se fragmente qu'exceptionnellement; mais sa pointe, au contact d'un os, peut se courber. Avec son centre de gravité situé dans son tiers postérieur, lorsqu'elle éprouve une résistance même légère, elle pivote suivant un axe qui peut devenir oblique, vertical ou horizonto-transversal.

Plus la distance est courte et moins est grande la résistance nécessaire pour provoquer le pivotement du projectile; la paroi thoracique ou abdominale, à faible distance, le détermine.

La forme de la blessure dépend beaucoup plus de la position du projectile au moment du choc que de sa vitesse.

Les effets explosifs s'observent jusqu'à 700 mètres (au lieu de 400 pour la balle Mauser 1888, analogue à la balle Mannlicher).

Une balle qui progresse dans une position transversale à cette distance de 700 mètres, produit la même lésion. Elle pulvérise l'os, projette des esquilles dans les tissus et forme une cavité de la grandeur d'un œuf de canard rempli des tissus pulvérisés (effets explosifs).

Lorsque le projectile pénètre par la pointe dans les tissus mous, l'orifice d'entrée est petit; le trajet est plus large que le calibre de la balle. Les parois sont lacérées, les os durs et longs sont perforés avec formation d'un grand nombre de fissures et d'esquilles; à une faible distance les fragments minuscules sont les plus nombreux.

Les organes mous (le foie, la rate) sont labourés, les vaisseaux et les nerfs détruits; les orifices d'entrée dans l'estomac et l'intestin sont petits; ceux de sortie sont plus larges et laissent échapper le contenu de ces organes.

La gravité des blessures des os s'est beaucoup accrue; il faut s'attendre à pratiquer un assez grand nombre d'amputations.

Il faut prévoir une grande quantité de pansements moyens pour abriter les blessures relativement larges à la sortie provoquées par des balles frappant transversalement.

L'issue dans le péritoine du contenu de l'estomac et de l'intestin suivra fréquemment les blessures abdominales.

A 1500 mètres, un choc tangentiel détruit (?) l'os en produisant de grands fragments, mais les tissus sont moins altérés qu'à faible distance. La balle peut rester dans la blessure.

Les deux données les plus importantes qui ressortaient des expériences de cet observateur étaient : le grand recul de la limite des effets explosifs, constatés jusqu'à 700 mètres, ce qui est excessif, la facilité du pivotement de la balle même à courte distance et sous l'influence d'une résistance même légère.

(1) Cette vitesse est supérieure de 160 mètres à celle de la balle D française binaviculaire, mais comme celle-ci est plus lourde que la première, elle conserve mieux sa force vive dans l'air et elle est plus dangereuse à des distances auxquelles la balle S ne l'est plus, c'est-à-dire à plus de 1200 mètres. Il est question d'augmenter le poids de la balle S.

(2) DELORME. *Traité de chirurgie de guerre*, t. II. Paris, Alcan.

(1) FESSLER. La nouvelle balle allemande S, in *Der militärarzt*, et *Revue d'artillerie*, 1909; *Journal army medical corps*, 1910, p. 513, et *Arch. de médecine militaire*, 1911, p. 394.

L'atténuation de l'état comminutif à mesure que la portée augmente était un fait d'ordre général. Il est commun à tout projectile.

Ses conclusions pratiques, quant à la gravité des blessures des os et à la nécessité des amputations ne semblaient pas se justifier. Elles n'eussent pas été acceptées chez nous, en cas de guerre avec nos voisins de l'Est. Elles ont sans doute influencé les chirurgiens allemands qui ont pris part à cette campagne dans les hôpitaux de l'arrière.

En 1910, les expériences faites en Espagne, à Carabancel, avec la même balle avaient restreint au contraire la limite des effets explosifs et l'avaient reportée à 300, 400 mètres suivant les organes. Ces expériences avaient permis de reconnaître aussi le défaut de stabilité de cette balle, ses déviations faciles, la fréquence des coups obliques, des ricochets, d'où le danger d'infection des blessures par l'introduction de débris de vêtements et de terre. A la suite de ces épreuves cette balle ne fut pas adoptée, tout comme sa similaire n'avait pas été adoptée dans notre armée, et cette nation s'arrêta à une balle à double ogive analogue à la balle française actuelle.

L'épreuve de la guerre bulgaro-turque va, par un ensemble de faits massifs, nous fixer sur le degré de fréquence des déviations de ces balles avant leur pénétration dans les tissus, sur celle des ricochets; elle ouvrira un chapitre des lésions produites par un projectile auquel ses déviations donnent un impact bien plus large et tel qu'il diffère totalement de celui dont l'impact est normal.

Voyons maintenant quels ont été les effets de cette balle sur les blessés bulgares. Les narrations publiées, les photographies, les radiographies que nous possédons nous permettent d'en tracer déjà un tableau d'ensemble suffisant que des renseignements ultérieurs compléteront.

Des orifices et des trajets de dimensions diamétrales à peine supérieures à celles de la balle, ceux-ci très rétrécis au niveau des lames aponévrotiques, suivant une loi générale; des épiphyses traversées avec des traits fissuriques irradiés, ou réduites en fragments quand le tissu est plus compact, foyers de fractures diaphysaires très comminutives, telles sont les lésions des membres qui traduisent les effets de la balle S reçue à *courte distance.*

Les radiographies, qui reproduisent fidèlement les foyers de ces fractures, nous les montrent relevant, en général, des types devenus classiques, que nous avons décrits (1), surtout du premier, avec de grandes esquilles latérales très subdivisées, cependant adhérentes, sans qu'il existe toujours de solution de continuité du membre. Vers l'orifice de sortie, les esquilles adhérentes sont déhiscentes. En plus ou moins grand nombre, les esquilles subdivisées ont été projetées dans le canal de sortie. Subdivisée le plus souvent, la balle s'est séparée de son enveloppe fragmentée, des parcelles métalliques sous forme de grenaille de plomb sont disséminées loin du foyer.

La balle, au lieu de faire une perforation bien centrale, s'est-elle rapprochée de la circonférence de la diaphyse, l'effet comminutif porte surtout sur l'une des esquilles, l'autre étant moins subdivisée?

Mais à côté de ces types plus fréquemment observés de perforations, peuvent s'en trouver d'autres plus simples, bien connus, de même qu'on trouve des gouttières toujours moins sévères.

Traduisant des effets produits à des *distances moyennes*, on a vu, dans les parties molles, des orifices et des trajets de dimensions diamétrales un peu inférieures à la balle, des perforations épiphysaires ou des pénétrations de même diamètre, avec traits fissuriques d'étendue variable; dans la région épiphyso-diaphysaire des perforations esquilleuses avec les irradiations typiques, sous-périostées. Sur les diaphyses, à côté des perforations se rapprochant du premier type, le plus habituel, ceux relevant d'autres types. La fracture est, en général, simple, les subdivisions esquilleuses peu nombreuses, les fissures peu écartées, sous-périostées. Peu d'esquilles libres au niveau de l'orifice de sortie et pas de projection.

Cette absence de projection, la rareté relative des fragmentations et même des déformations importantes des balles rend compte de ce fait que l'orifice de sortie n'est que peu ou pas agrandi. Cette notion négative impose l'abstention.

Les gouttières, les perforations incomplètes c'est-à-dire d'une paroi, seraient loin d'être rares ainsi que certaines fractures produites par contact latéral.

Dans la catégorie des blessures déterminées par des balles ayant atteint le corps aux *grandes distances*, se rangent tout naturellement les pénétrations ou les perforations des parties molles avec orifices et trajets plus petits que les balles, la plupart des fractures simples, de types connus, avec adhérences des esquilles longues, tracées par des traits fissuriques peu larges, le tout ne se compliquant pas toujours de solution de continuité du membre; séjour fréquent du projectile intact.

Les pénétrations les plus simples, les plus régulières des épiphyses avec séjour de la balle, s'ajoutent à ces lésions diaphysaires.

Si maintenant nous passons des membres aux organes centraux, nous constatons que, sur la tête, nos confrères ont relevé des contusions osseuses, des fractures déprimées ou non; dans leurs descriptions nous retrouvons les pénétrations, les perforations de part en part, antéro-postérieures, bilatérales, ou obliques. Les plus graves de ces dernières lésions, accompagnées de dilacérations cérébrales explosives, sont restées sur le champ de bataille; d'autres presque aussi sévères ont dû être retenues dans les ambulances ou les hôpitaux de campagne jusqu'à la mort du blessé. Les plus légères, bien plus curieuses que nombreuses, produites surtout par des balles animées de moindre vitesse ont, par la symptomatologie atténuée qu'elles présentaient, la simplicité de leur marche, provoqué l'étonnement.

Déjà les dernières guerres, en particulier celle de Mandchourie, avaient montré une gravité décroissante des lésions et des conséquences des blessures de la poitrine par les balles; la guerre bulgaro-turque a confirmé, en l'accentuant encore, la bénignité relative des blessures qui n'atteignent pas les gros vaisseaux. En dehors de la zone explosive, avec la balle S, les ragades et les perforations pulmonaires sont encore plus simples, l'étroitesse des trajets rend moins fréquentes, parce que de production plus difficile, les complications d'emphysème, de pneumothorax, d'hémothorax, d'hémorragies extérieures. On s'explique ainsi le nombre plus grand de ces blessures observées à l'arrière, la surprise naturelle que devait provoquer l'arrivée, à pied, de nombreux blessés de cette catégorie dans les ambulances et plus encore leur exode dans les hôpitaux lointains.

Moins heureux ont été les blessés de l'abdomen. Des exemples curieux et impressionnants de guérisons faciles ne sauraient faire méconnaître leur gravité immédiate ou rapide, malgré les éclatements moins fréquents et moins prononcés des viscères sanguins, des organes creux à des distances relativement courtes. Déjà aux distances moyennes et plus encore aux longues distances, les perforations sont plus étroites, d'occlusion spontanée possible qu'elles portent sur l'estomac, l'intestin ou la vessie. Les chirurgiens de l'avant nous fourniront sur leur fréquence relative, leur gravité réelle, les renseignements nécessaires, mais ce serait une singulière erreur de croire que cette balle S puisse impunément traverser un abdomen comme ces guérisons heureuses en ont trop fait accréditer l'opinion. En fait les lésions abdominales ont été très rares dans les divers hôpitaux de l'arrière.

Les plaies latérales et les perforations des artères et des veines coïncidant avec des trajets plus étroits, ont, comme pendant la guerre de Mandchourie, rendu pendant la guerre bulgaro-turque, les hématomes artériels, les anévrismes artério-veineux fréquents, alors que sont plus rares les hémorragies extérieures. La balle S, plus étroite que la balle bulgare, devait encore multiplier le nombre des perforations.

Les érosions, les abrasions partielles des nerfs ont, sans doute, été plus fréquentes avec la balle S, les abrasions totales plus rares, les perforations possibles. Nous ne sommes pas fixés sur ces points.

En somme, tout en reproduisant les mêmes lésions que les balles cylindro-coniques dites anciennes, la balle conique S a, comme les expériences cadavériques l'avaient déjà montré et comme l'a confirmé cette guerre, atténué les lésions. Avec elle, l'ébranlement est nul, le traumatisme plus circonscrit dans les parties molles, les lésions osseuses moins complexes,

(1) DELORME, *Traité de chirurgie de guerre*, t. II. Paris, Alcan.

les fissures moins larges, les esquilles libres moins nombreuses, parfois inexistantes, les déformations des balles, au contact des os, moins fréquentes.

C'est que, en raison de sa forme en pointe, *la balle S agit plus par le mécanisme de la ponction que par celui de la contusion, de l'abrasion,* comme le fait la balle bulgare. Ce serait une erreur d'attribuer ce mécanisme à sa vitesse. Quoi qu'il en soit, il ne faudrait pas la croire humanitaire, pas plus qu'il ne faut faire un mérite de cette différence à ceux qui l'ont adoptée. Les considérations qui ont guidé dans son choix sont à tel point distantes de la préoccupation humanitaire qu'on cherche aujourd'hui à en augmenter les effets en augmentant son poids.

L'un des traits les plus curieux, les plus caractéristiques de cette balle c'est que, lorsqu'elle atteint des parties du corps de *plein fouet*, elle n'*entraîne pas d'ordinaire avec elle de fragments de vêtements*, condition éminemment favorable pour la guérison très facile d'un grand nombre de ces plaies; par contre leur complication par les fragments de vêtements est à craindre quand la balle a basculé ou ricoché, d'où la nécessité pour le chirurgien de s'arrêter à l'aspect des orifices d'entrée. Sont-ils réguliers et petits, il est à supposer que la plaie n'est point infectée. Sont-ils au contraire irréguliers et agrandis, cette infection est à craindre. Encore ici, mais indépendamment de toute question de vitesse et de région traversée, cette balle peut être inoffensive ou nocive.

Je n'ai eu jusqu'ici en vue que les effets des balles agissant de plein fouet, atteignant le corps sur le trajet d'une trajectoire rasante et directe, mais à côté de ces blessures il en est d'autres, celles produites par les *balles ricochées* agissant non plus de plein fouet, mais *obliquement*, ou *transversalement*, et celles que certaines attitudes du corps, certaines exigences du combat rendent plus ou moins fréquentes.

Sur un champ de bataille une balle qui ricoche n'est pas considérée comme perdue. Ne l'est guère que la balle tirée trop haut et qui dépasse ses buts; mais étant donnée la grande force vive des balles actuelles, non seulement on ne regrette pas les ricochets, mais on les recherche. On estime qu'un tiers des blessures est produit par des balles ricochées.

Il en fut ainsi en Thrace. Une balle ricochée perd la moitié de sa vitesse; les effets qu'elle détermine à toutes distances sont donc atténués; ils le sont encore davantage du fait de la résistance que le projectile, se présentant obliquement, ou transversalement, éprouve pour sa pénétration de la part des vêtements et des tissus du corps. Si la blessure est moins pénétrante, si les fractures sont en général moins comminutives, la plaie, par contre, est plus grave du fait des dimensions plus grandes de l'orifice d'entrée et du trajet, de la béance de la première, de la complication fréquente du séjour de la balle non déformée ou déformée, et surtout du transport des corps étrangers vestimentaires.

Les mêmes remarques s'appliquent aux balles qui atteignent le corps *obliquement* ou *transversalement*.

L'infanterie ne se présente plus aujourd'hui à l'ennemi comme autrefois; elle cherche à s'en rapprocher en profitant des moindres obstacles du terrain à parcourir; s'il n'en présente pas, elle s'en crée en creusant des fossés et des épaulements qu'elle quitte par bonds pour se coller contre le sol et en établir d'autres. Derrière ces abris, le corps du tireur est protégé, mais la tête et les membres supérieurs, surtout le membre supérieur droit, restent vulnérables, de là la grande proportion de leurs blessures. Le fait avait déjà été observé pendant la campagne de Mandchourie; il s'est renouvelé pendant celle de Thrace pour les Bulgares qui ont eu recours, d'une façon plus constante que leurs adversaires, à la fortification de campagne.

Dans la prise de vive force de positions élevées, à pentes rapides, ce qui eut lieu fréquemment au cours de cette campagne, l'assailli est atteint de longues plaies d'enfilade, plus ou moins axiles. La balle parcourt un long trajet, du cou au dos, du dos aux fesses, traverse la tête, la poitrine et l'abdomen, suit un membre inférieur dans toute son étendue, traverse sur une grande longueur deux segments de membres voisins étendus ou fléchis, une cuisse, une jambe. Dans ces derniers cas surtout, les lésions sont plus sévères si les os sont frappés.

Atteints au flanc, comme les Bulgares à l'une des batailles de la ligne de Tchataldja, les blessés présentent des trajets perforants transversaux du thorax et des membres supérieurs, de la tête, du cou, de l'abdomen et des membres inférieurs, c'est-à-dire des lésions plus complexes en raison de la variété des organes atteints, plus sévères quand la balle est animée d'une grande vitesse, parce que dans son long trajet elle a détaché plus de parcelles de tissus solides auxquelles elle a communiqué une partie de sa force vive. On nous a cité des exemples heureux de survie de ces blessures.

La balle bulgare était celle du Mannlicher autrichien modèle 1895. Formée d'un lingot de plomb dur comprimé dans une enveloppe à manteau d acier, elle pesait $15^{g}8$, était longue de $31^{mm}8$, du diamètre de $7^{mm}9$. Cylindro-conique à extrémité tronquée, arrondie et non effilée, elle avait une vitesse initiale de 600 mètres, diminuée déjà de près de moitié à 7 ou 800 mètres, de près des deux tiers à 1100 mètres. Elle etait cependant susceptible de mettre un homme hors de combat à plus de 2000 mètres.

Etudiée par Habart, Bogdanik, Wagner, possédant le même calibre, le même diamètre, le même poids, la même constitution que la plupart des balles cylindro-coniques adoptées par les puissances européennes, dont les effets bien connus, étudiés dans des guerres récentes, forment la base des descriptions de nos classiques, la balle bulgare ne pouvait, quant aux caractères des lésions qu'elle allait déterminer et quant à leurs suites, laisser la moindre surprise à des chirurgiens tenus au courant de nos descriptions.

C'étaient naguère, ce furent en Thrace, des orifices et des trajets un peu agrandis, sans dépasser beaucoup, même à courte distance, le diamètre de la balle; des lésions épiphysaires relativement simples; des lésions diaphysaires un peu plus accusées, mieux écrites qu'avec la balle S, aux esquilles plus subdivisées, moins adhérentes, aux fissures un peu plus larges, aux foyers esquilleux de sortie un peu plus étendus, moins adhérents, avec orifices de sortie souvent plus élargis. Le fait s'explique par la forme de la balle laissant mieux la trace de sa contusion, avant d'agir par le mécanisme de l'emporte-pièce.

Les lésions troncales furent un peu plus étendues qu'avec la balle S; l'ébranlement marqué, à courte distance, sans être important; la déformation et la fragmentation de la balle furent plus faciles parce que son impact était plus complet; les déviations furent moindres au sein des tissus en raison de sa plus grande stabilité sur la trajectoire; enfin les explosions constatées à des portées un peu plus grandes furent plus accusées. Le séjour de corps étrangers vestimentaires était plus habituel à courte et à moyenne distance. Tels étaient les différences que les chirurgiens turcs et ceux de Constantinople devaient s'attendre à trouver, en comparant au leur le projectile bulgare. Elles étaient d'autant moins de nature à donner à la chirurgie une orientation spéciale que c'étaient à semblable projectile surtout que s'adaptaient, je puis le redire, les études des devanciers.

Des conditions spéciales d'organisation, l'état général des blessés n'ont pas permis à la chirurgie turque de les faire évoluer avec la régularité habituelle et en ont compromis le pronostic. Les efforts que tendent actuellement toutes les puissances européennes pour abandonner ces projectiles enlèvent à la description de leurs effets une grande partie de son intérêt (1).

Les MITRAILLEUSES tiraient les mêmes cartouches et les mêmes balles que celles des fusils fixées sur des bandes métalliques ou des bandes de toile. On s'étonne, dès lors, qu'on ait pu différencier les effets des deux projectiles et rapprocher la balle de la mitrailleuse de ceux des projectiles de l'obus.

BLESSURES PRODUITES PAR LES GROS PROJECTILES ET LEURS ÉCLATS. — Les projectiles des pièces de 75 de l'artillerie de campagne bulgare (Creusot) étaient des *obus à balles* à fusée fusante surtout et des *obus explosifs* à fusée surtout percutante. L'une fait éclater le projectile en l'air, l'autre contre le sol.

(1) Actuellement les puissances, qui ne les possèdent pas, recherchent les projectiles pointus dont le poids oscille aux environs de 10 grammes et tendent à augmenter leur vitesse initiale en adaptant des poudres progressives sans recourir à une réduction de calibre.

Les obus des pièces de 75 de l'artillerie turque de campagne (Krupp), *obus à balles* et *explosifs*, étaient semblables aux premiers.

Les obus à balles ont été, comme c'est de règle, destinés aux buts animés; les explosifs à la destruction des abris et à l'atteinte des troupes dissimulées dans des bois d'où les balles des obus à balles ne pouvaient les déloger, enfin contre des troupes protégées par des retranchements (1).

L'emploi à la guerre de ces obus explosifs est réglementé depuis longtemps dans les armées européennes, c'est là une notion qui a été dans cette campagne ignorée de certains chirurgiens.

Des descriptions données, surtout au début de cette guerre, tendraient à faire admettre que les obus actuels agissent surtout par des éclats, par des masses énormes de fonte, ou d'acier, de là ces lésions affreuses dont on a parlé. Ces descriptions ne peuvent s'appliquer qu'aux cas exceptionnels, où les blessés sont frappés par l'ogive ou le culot de l'obus. Dans ces cinquante dernières années, en effet, l'obus de campagne a subi des transformations considérables, analogues à celles qu'ont éprouvées les balles et qui ont eu pour but, comme pour résultat, d'étendre ses effets vulnérants tout en *réduisant*, par la divisibilité de la masse, l'*élément actif à la quantité de métal juste nécessaire pour mettre un homme hors de combat*. Aux obus du premier Empire agissant par toute leur masse, aux fragments énormes et peu nombreux de l'obus éclaté dont nous avons vu les terribles effets d'attrition et d'arrachement, en 1870, a succédé l'*obus à balles*, le *shrapnel*, qui est le gros projectile fondamental des artilleries de campagne et dont la masse subdivisée est représentée par deux à trois cents balles et quelques gros fragments.

L'*obus à balles* est constitué par une coque métallique enveloppante, mince, adhérente, en arrière, au culot, terminée en avant par une ogive munie de la fusée qui s'en détache au moment de l'explosion. Une masse de balles remplit la coque.

Tantôt une gaine communique le feu de la fusée de l'ogive à une charge de poudre placée en arrière des balles; tantôt le feu se communique directement à la poudre disséminée dans la masse de ces balles.

La balle du shrapnel bulgare a 15 millimètres de diamètre, elle est ronde, faite de plomb mou, c'est-à-dire qu'elle est déformable et qu'elle serait de fragmentation facile si sa vitesse était autre. Elle est comme les similaires et, on ne saurait trop le retenir, l'*analogue des balles des anciens fusils lisses avec un plus petit diamètre*.

Lors de l'éclatement de l'obus, les balles qu'il renferme ont la vitesse restante du gros projectile à ce moment, augmentée de la force vive que leur communique la charge de poudre intérieure. Mais alors la balle n'a pas atteint son but. Elle a 100, 200, 300 mètres à parcourir dans l'air, et plus même si le tir est haut, si l'intervalle d'éclatement est trop grand. Dans ce trajet aérien, en raison de sa forme et de son grand diamètre, elle subit, du fait de la résistance de l'air, une grande déperdition de vitesse. Au contact du corps, elle n'a pas la moitié de la vitesse d'une balle, et quand elle pénètre dans les tissus, sa forme arrondie et large limite encore considérablement cette pénétration puisque la résistance des tissus est proportionnelle au carré des diamètres des projectiles.

Elle se présente là dans des conditions d'infériorité très grandes comparée aux balles cylindro-coniques et surtout aux balles pointues des fusils.

Restons aux données concrètes. La force vive d'une balle d'obus, de la balle des obus bulgares et turcs atteignant le corps directement et sans avoir subi des ricochets, n'était guère que la moitié de celle des balles de l'infanterie. Dans les tranchées le fantassin bulgare, du reste, évitait ces blessures en prenant la précaution, dès qu'il entendait le bruit que faisait l'obus en éclatant, de se protéger la tête avec sa pelle. De son côté le soldat serbe la défendait en faisant glisser sur elle de la terre du retranchement.

On savait, avant cette guerre, que le shrapnel turc était moins puissant que le shrapnel bulgare, non seulement parce qu'il semait ses balles sur un grand front, mais aussi parce que la vitesse initiale de l'obus qui est celle de ses éléments était moindre, étant de 465 mètres au lieu de 530 mètres. Les balles étaient aussi moins pesantes, conservaient moins leur vitesse que les balles des obus bulgares et avaient moins de puissance de pénétration. A ces causes s'ajoutèrent les tirs reconnus mal réglés, trop hauts, avec intervalles d'éclatement trop grands, et parfois, de ce fait, presque inefficaces. De ces données, certaines, on le conçoit, sont à retenir. Si dans une guerre européenne on n'observait plus vraisemblablement des tirs aussi mal réglés, par contre les autres causes de déperdition subsisteraient. Quoi qu'il en soit, de l'examen comparatif des effets des balles des obus, on peut affirmer : *que les lésions ont été, en général, moins graves chez les Bulgares que chez les Turcs.*

Que de part et d'autre, elles étaient en tant que dégâts, *moins graves que celles produites par les balles.*

Mais voici qu'entre en jeu un élément des plus importants, capital au point de vue chirurgical, dont nous reparlerons, la complication fréquente des corps étrangers, surtout des corps étrangers vestimentaires. C'est là surtout ce qui a fait et qui continuera à faire la gravité de ces blessures.

La direction de la gerbe des balles du shrapnel, *oblique de haut en bas* puisque la fusée fusante qui fait éclater l'obus en l'air est presque exclusivement employée, cette direction commande la proportionnalité des atteintes sur les différents segments du corps. La tête est la plus vulnérable, c'est la raison pour laquelle l'artilleur est muni d'un casque protecteur qu'à bon droit peut lui envier le fantassin, car ce dernier, pour en être moins souvent frappé, est loin d'échapper aux atteintes de la balle de l'obus, puis doivent venir, par ordre de fréquence, le haut de la poitrine, les membres supérieurs et inférieurs, en particulier le pied. Plus rares sont les blessures de l'abdomen.

La même direction exposerait aussi aux longs trajets obliques si les balles étaient animées d'une grande force vive, mais c'est ce qui n'est pas. Sur des hommes accroupis ou couchés, la nuque, le dos s'il n'est pas protégé par le sac, les lombes, les fesses, la face postérieure des membres inférieurs sont plus souvent atteints. Dans la description que nous donne le docteur Jacobivici des blessures qu'il a observées, je trouve relaté un nombre relativement élevé de contusions du dos avec paralysie des membres inférieurs. Ces contusions avaient vraisemblablement été produites par des balles d'obus.

Pour ce qui est du caractère des lésions, j'en reviens à ma donnée de tout à l'heure parce qu'elle représente une sorte de moyen mnémotechnique; les blessures des balles du shrapnel, différentes de celles des balles cylindro-coniques des fusils actuels, ressemblent à celles qu'observaient nos grands devanciers. Nous avons encore un autre motif de les comparer les unes aux autres, c'est que de cette comparaison ressortent, pour nous, des remarques à la fois historiques et pratiques.

Au degré le plus simple, les traumatismes consistaient dans des contusions limitées, contusions représentées par les impacts des tirs d'épreuve; les contusions entrent dans les 49 p. 100 des atteintes. Puis viennent les pénétrations, les plus fréquentes, et les perforations de part en part, moins nombreuses.

Les orifices des unes et des autres sont en général circulaires avec perte de substance; ils sont béants. Les bords en sont contus, dépourvus d'épiderme, voués au sphacèle superficiel ou total. Ces orifices sont de dimensions diamétrales inférieures à la balle ronde qui les a produits, puisque celle-ci est animée d'une vitesse relativement faible; ils sont supérieurs néanmoins à ceux des balles cylindro-coniques.

Les trajets sont agrandis dans les mêmes proportions que les orifices.

Si une épiphyse est pénétrée, la balle s'y arrêtera plus souvent que ne le fera la balle cylindro-conique ; le canal osseux sera inférieur comme dimensions diamétrales au projectile et les fissures sous-périostées ne seront pas rares. C'est ce qu'on a observé en Thrace.

Sur les diaphyses, la surface d'impact de la balle étant plus grande et sa vitesse moindre, suivant des lois générales que

(1) Les obus explosifs des *obusiers légers* ou *lourds*, aux dimensions des projectiles près, ont les mêmes effets et les mêmes destinations que les obus explosifs des canons. Les obus explosifs des canons lourds sont destinés à la destruction de fortifications fixes. L'artillerie turque possédait ces obusiers.

l'expérimentation a fait connaître il y a longtemps, les fractures seront moins comminutives que celles qui sont produites par des balles cylindro-coniques. Les esquilles latérales des *fractures par contact*, par perforations ou gouttière, ne seront pas ou seront moins subdivisées. Quelque longues qu'elles soient, celles-ci resteront adhérentes au périoste sur leurs surfaces comme sur leurs bords, condition favorable pour leur guérison, malgré la suppuration possible du foyer. C'est encore ce qu'on a observé.

La balle pénètre-t-elle la diaphyse, au lieu de la contondre, la *perforation incomplète* avec séjour du projectile au niveau de l'orifice qu'il aura déterminé ou dans l'intérieur du canal médullaire ne sera pas très rare. On n'oubliera pas que la perforation, en pareil cas, n'est qu'un incident dans un traumatisme simple, mais irradié par des fissures en X, le plus souvent.

J'ai vu de belles photographies de ces perforations incomplètes.

Dans les *perforations totales* qui relèvent de nos types classiques et qui sont là d'autant plus purs et plus caractéristiques que moins d'éléments viennent en troubler l'ordonnance, dans ces perforations totales, l'orifice d'entrée osseux est plus grand que celui des balles cylindro-coniques et surtout des balles pointues et, à l'orifice de sortie osseux, le foyer esquilleux est constitué par des esquilles assez longues, peu nombreuses, mal détachées, encore adhérentes, par conséquent à conserver.

Les gouttières diaphysaires ne peuvent être que rares. Nous avons à être renseigné sur ce point.

Comme lésions des grosses artères il y a lieu de s'attendre à rencontrer plus de contusions ou de sections que d'abrasions latérales et de perforations axiles avec pertes de substance à l'emporte-pièce, lésions qui sont les traumatismes habituels des balles cylindro-coniques frappant les artères. Ce point n'est pas fixé encore. En raison de l'ouverture plus large des trajets et des orifices, comme avec les balles anciennes, les hémorragies extérieures seront plus faciles et moins rares.

Moins circonscrites, les lésions nerveuses seront peut-être plus graves lorsqu'elles aboutissent à la section; par contre, les contusions seront plus faciles.

Dans tout le groupe des lésions cranio-cérébrales qui s'étendent de la contusion osseuse à la perforation de part en part, c'est la fracture avec dépression d'un foyer esquilleux, à l'étendue près analogue à celle qu'on observe dans la chirurgie commune, c'est la pénétration avec séjour du projectile qu'on a observé surtout.

Sur la face, les destructions sont plus larges bien que moins profondes.

Sur la poitrine, avec des lésions pénétrantes parenchymateuses plus larges, et des orifices extérieurs moins réduits et béants, les complications de pneumothorax, d'hémorragie extérieure ou interne, de corps étrangers métalliques et vestimentaires sont plus à craindre.

Sur l'abdomen, les blessures pénétrantes sont plus sérieuses.

Dans les masses charnues épaisses du dos et de la fesse, c'est la pénétration avec séjour du projectile.

Mais dominant toute la gamme de ces traumatismes, deux notions doivent être bien mises en évidence :

1° L'*absence des lésions explosives*, de ces vastes entonnoirs à base large, dilacérée au dernier chef qu'on observe avec les balles du fusil à des distances déterminées, rapprochées, de 0 à 300, 400 mètres;

2° La *présence fréquente du projectile dans la plaie et surtout l'infection habituelle par des fragments de vêtements.*

La large surface d'impact de la balle ronde, suivant sa vitesse et la nature des tissus de vêtements qu'elle traverse, dissocie, effiloche, ou à la fois dissocie, détache et transporte devant elle les surfaces des diverses couches qui s'opposent à elle.

Les parcelles effilochées essaiment le trajet; les parties abrasées forment une sorte de gâteau vestimentaire compact, arrêté là où les tissus, par leur résistance élastique ou rigide, coiffent, épousent étroitement la demi-circonférence aggressive de la balle, c'est-à-dire au niveau des aponévroses serrées, de l'orifice d'entrée osseux, circonstances utiles à connaître pour le chirurgien.

Voilà ce que les radiographies, ce que les descriptions isolées, altérées en partie du fait des transformations que les complications ou des processus de guérison ont fait subir aux plaies, ont appris, sans qu'on ait tiré de ces notions des déductions ou des raisons d'être, des formules de synthèse qui restent, il faut le reconnaître, l'apanage du chirurgien depuis longtemps spécialisé.

Bien différentes des blessures produites par les balles de shrapnel étaient les lésions produites par les éclats de l'obus explosif.

L'*obus explosif* est un projectile d'acier à paroi surépaissie au culot et à la pointe de l'ogive, muni d'une fusée percutante. Il est chargé de mélinite ou d'un explosif analogue.

Les éclats fournis par la paroi subdivisée, découpés, pour la plupart, en lamelles striées, sont projetés, lors de l'éclatement au contact du sol, perpendiculairement aux parois et forment trois groupes de gerbes : un antérieur dû à la subdivision de l'ogive, il est peu important; deux latéraux les plus garnis, le groupe arrière ou du culot, dont la gerbe renferme dix fois moins d'éclat que celle de la paroi cylindrique.

Il y a des intervalles entre les gerbes.

Si à très courte distance du point d'éclatement, ces éclats animés d'une vitesse considérable produisent des effets éminemment destructeurs, ils perdent très rapidement cette vitesse en raison de leur faible densité et de l'irrégularité de leurs formes et l'on estime que, *à moins de 20 mètres du point d'éclatement*, ils ne peuvent plus mettre un homme hors de combat.

Quoi qu'il en soit, nous ne devons pas perdre de vue ses effets terribles à courte distance, les plaies déchirées, étendues, saignantes, souvent multiples, qu'ont produit les longs fragments lamelleux, tranchants et irréguliers, les plaies plus petites également déchirées et saignantes dues aux éclats plus petits; la complication habituelle, au fond de ces plaies, du séjour d'un fragment que sa forme rend difficilement tolérable, les phénomènes de stupeur générale auxquels peut donner lieu l'éclatement d'un si terrible projectile et la toxicité des gaz dégagés.

L'artillerie bulgare comme l'artillerie turque a tiré beaucoup de ces projectiles. Dans les munitions des cinquante-six pièces abandonnées par l'armée turque après Kirck-Kilissé et Lullé-Burgas, les Bulgares ont compté autant d'obus explosifs que d'obus à balles, de shrapnels. A Kirck-Kilissé, sur la ligne de Lullé-Burgas, dans les terrains boisés de Bunar-Hissar et de Viza où la lutte dura trois jours incertaine et acharnée, Bulgares et Turcs en firent un fréquent usage ; sur la même ligne, à Turkey-Bey, il en fut de même; au centre de la ligne de Tchataldja où, dit-on, un effectif de 7000 hommes fut réduit à 700 ils aggravèrent les pertes des régiments bulgares du prince Boris et du grand-duc Constantin. Il semble qu'ils n'aient pas toujours été employés pour détruire des obstacles, mais qu'ils l'aient été également pour vaincre la résistance d'un ennemi impétueux. Des ambulances de la division engagée en éprouvèrent les terribles effets qui n'ont pas encore été l'objet de différenciations et de descriptions suffisantes. A distance on reconnaissait leur tir à la fumée noire qu'ils dégageaient et qui montait dans le ciel.

Nous ne savons pas encore quelles ont été les pertes exactes subies par le feu au cours de cette campagne, a fortiori les pertes déterminées par chaque espèce d'engin. Ce qu'on peut dire c'est que ces pertes n'ont pas été inférieures à celles des grandes guerres antérieures. Si à Kirck-Kilissé les Bulgares n'accusaient que 1500 tués et blessés; à Lullé-Burgas ils en ont eu 25000. Ils attribuaient aux Turcs une perte de 40000 hommes (?). A Tchataldja, les Bulgares ont eu, dit-on, 10000 tués et blessés; les pertes n'auraient guère été moindres du côté des Turcs.

80 p. 100, dit-on, des blessés de l'arrière ont pu reprendre leur place à l'avant, mais on ne nous dit pas la proportion des blessés morts sur les champs de bataille ou sur les lignes d'étapes; la proportion en aurait été considérable surtout sur le champ de bataille, effrayante même du côté turc. Elle doit singulièrement atténuer l'impression trop répandue et inexacte de la bénignité générale des blessures produites par les balles.

Tels sont les enseignements qu'il nous est possible de tirer

aujourd'hui de cette campagne au point de vue des blessures. Ils confirment ceux des dernières guerres en ajoutant un élément de plus, l'étude d'un projectile nouveau, de la balle ogivale, à extrémité pointue, dont toutes les armées européennes seront bientôt pourvues, et la connaissance des effets des obus à balles de campagne et des obus explosifs. Sur les derniers surtout nous attendons, avec quelque impatience, les travaux de nos confrères étrangers.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1913)

Présence du tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux. — MM. LEVADITI, MARIE (de Villejuif) et BAUKOWSKI ont examiné, par la méthode de Levaditi, vingt-quatre cerveaux de paralytiques généraux avérés. Ils y ont décelé deux fois le tréponème pâle, confirmant ainsi les constatations antérieures de Noguchi. Les parasites existent dans le cortex de la région frontale, en pleine substance grise.

Chez un des malades, la paralysie a évolué, avec fausses rémissions, pendant sept ans, et cependant il y avait encore de nombreux tréponèmes syphilitiques dans le cerveau. De plus les auteurs ont décelé le tréponème à l'ultramicroscope dans les préparations faites avec l'écorce cérébrale d'un troisième sujet atteint de paralysie générale et chez lequel la maladie a évolué très rapidement; les spirochètes étaient encore mobiles. Enfin, sur des frottis colorés par le procédé à l'encre de Chine et d'après la méthode de Fontaine-Tribondeau, les auteurs ont découvert le parasite de la syphilis. Ces derniers procédés donnent les meilleurs résultats, car ils excluent toute possibilité de confusion entre les spirochètes et les fibrilles nerveuses.

Influence de l'alimentation sur la cholestérinémie. — MM. ROUZAUD et CABANIS étudiant, chez douze sujets sains, l'influence de l'alimentation sur la cholestérinémie, ont trouvé qu'il n'existait pas de crise cholestérinémique après le repas, dans la composition duquel entrait d'ailleurs de la cholestérine. Les auteurs établissent un parallèle entre la glycémie et la cholestérinémie dont l'équilibre physiologique reste fixe. Ce parallèle doit se poursuivre sur le terrain pathologique et les auteurs laissent entrevoir que l'importance du régime doit être aussi grand dans les troubles cholestérinémiques que dans les troubles glycémiques.

Sur un bacille d'Eberth authentique non agglutinable. — MM. J. FROMENT et A. ROCHAIX ont isolé du sang d'un typhique, dont le diagnostic a été établi cliniquement et par la séroréaction, un microbe présentant tous les caractères du bacille d'Eberth, mais qui n'a pas pu être agglutiné par une série de sérums antityphiques.

Valeur comparée de la déviation du complément chez les tuberculeux avec la tuberculine brute et les antigènes de Calmette. — MM. ARMAND-DELILLE, RIST et VAUCHER, concluent de leurs expériences que l'antigène B^2 de Calmette et Massol, qui donne 92 p. 100 de résultats positifs chez les tuberculeux, possède une réelle valeur pour le diagnostic de la tuberculose.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LE CORYZA ET SON TRAITEMENT

Le coryza est une affection microbienne. Netter, van Besser, Strauss, Pardone ont isolé dans les sécrétions qu'il produit des microorganismes virulents; son traitement sera donc nécessairement antiseptique, et l'on utilisera dans ce sens les inhalations de menthol, acide phénique ou salicylique. Mais, en même temps qu'on remplit cette indication, il importe de lutter contre les troubles douloureux : céphalalgie, courbature, et parfois l'hyperthermie. D'autre part, on a remarqué que la sudation pouvait enrayer son évolution. L'antipyrine, le pyramidon pourront être essayés, mais ils doivent ici céder la place à l'*Aspirine Vicario* (comprimés ou granulés), qui provoque rapidement la disparition des douleurs frontales et amène une sudation générale. Le médicament ayant une pureté chimique absolue, et ne renfermant pas, comme beaucoup d'aspirines commerciales, de l'acide salicylique libre, peut être utilisé largement sans inconvénient. Deux grammes et même 3 grammes par jour seront parfois nécessaires. Y a-t-il également à considérer, dans son action chimique, des effets antiseptiques internes? On tend à l'admettre. Quoi qu'il en soit, ce médicament doit être essayé dès le début du coryza et fait partie du traitement dit abortif. M. B.

LIVRES NOUVEAUX

L'Intoxication par le tabac, par le docteur Abel GY (1), ancien interne des hôpitaux, chef de clinique à la Faculté de médecine.

Le but de cet ouvrage, où l'auteur a mis à profit ses recherches personnelles entreprises avec M. Guillain, est d'exposer les retentissements si nombreux que peut avoir sur l'organisme l'abus du tabac. Dans une première partie l'auteur précise la nature de l'intoxication et décrit les divers types de l'empoisonnement aigu. La seconde partie est consacrée au tabagisme chronique. On y trouvera notamment des détails sur l'étiologie du cancer de la langue, l'athérome aortique et les désordres nerveux d'origine tabagique.

L'auteur étudie ensuite la question de savoir si le tabac a par lui-même un pouvoir microbicide, et il fait connaître à ce sujet ses recherches personnelles. Enfin il tente d'établir quel degré de confiance on peut avoir dans les tabacs dénicotinisés.

La portée pratique de ce livre est donc, comme on le voit considérable. A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PLEURÉSIES TUBERCULEUSES

Les recherches anatomiques, bactériologiques, cliniques et expérimentales effectuées en ces dernières années, ont démontré d'une manière indiscutable l'extrême fréquence et la multiplicité des formes anatomo-cliniques des pleurésies tuberculeuses. Sans nous attarder à rappeler les discussions soulevées à propos de chacune d'entre elles, discussions qui n'ont plus maintenant, pour la plupart, qu'un intérêt historique, nous étudierons successivement, comme ressortissant

(1) Un vol. de 184 pages de l'*Encyclopédie des aide-mémoire*. — Paris, Masson et Cie et chez Gauthier-Villars.

à la tuberculose pleurale, des pleurésies sèches avec ou sans symphyse, des pleurésies séro-fibrineuses, des pleurésies purulentes, enfin des pleurésies hémorragiques (1).

I

LES PLEURÉSIES SÈCHES TUBERCULEUSES

Les pleurésies sèches peuvent être primitives, représentant la première et parfois la seule manifestation de la tuberculose pleurale; elles peuvent être secondaires, succédant le plus souvent alors aux pleurésies séro-fibrineuses, parfois à la tuberculose d'organes voisins.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Suivant l'importance des lésions observées à l'autopsie, on peut décrire : les épaississements simples, les adhérences, les symphyses. Les épaississements simples peuvent intéresser soit la plèvre pariétale, soit la plèvre viscérale, souvent les deux à la fois; les épaississements sont fréquemment localisés, soit au sommet du poumon, soit aux bases; les adhérences sont tantôt disséminées, lâches, entrecroisées, cloisonnant la cavité pleurale, tantôt localisées, surtout en avant (adhérences costo-diaphragmatiques [Jaccoud]), tantôt serrées, résistantes, retenant le poumon contre la paroi costale, réalisant alors une *symphyse*. On distingue avec Grancher une symphyse pleuro-viscérale, le plus souvent localisée au sommet, coiffant le poumon d'une calotte très adhérente et une symphyse pleuro-pariétale, succédant fréquemment à une pleurésie avec épanchement; à cette variété se rattachent les *tumeurs tuberculeuses fibreuses* et l'*infiltration calcaire* de la plèvre; parmi les symphyses localisées, il faut retenir la *symphyse phréno-costale*, de Jaccoud; on peut encore observer : des formes pleuro-péritonéales, pleuro-péricardites, la médiastino-péricardite calleuse de Küssmaul, etc.

Histologiquement, il s'agit le plus souvent d'une cicatrice fibreuse, avec fibrilles de cellules allongées, contenant quelques amas lymphocytaires; parfois la lésion paraît être en activité : on y constate la présence de traînées de cellules embryonnaires, de nodules, parfois même de véritables tubercules, se fondant dans le parenchyme pulmonaire sous-jacent; si le processus est très ancien, le tissu conjonctif s'infiltre de sels calcaires.

Expérimentalement, cette réaction fibro-plastique de la plèvre a été réalisée par Courcoux, en inoculant dans la plèvre de cobayes, de la chloroformobacilline : l'éthérobacilline ne provoque qu'une réaction minime; pour Rist et Ribadeau-Dumas, cette réaction fibroplastique de la séreuse, qu'elle soit primitive ou secondaire, se manifesterait surtout dans les cas où la virulence bacillaire serait atténuée.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous n'étudierons pas ici les pleurésies sèches qui précèdent l'apparition d'un épanchement pleural, mais les pleurésies sèches qui évoluent comme manifestation isolée, ou comme lésion pleurale secondaire à des altérations du poumon.

La pleurésie sèche primitive, relativement rare, se caractérise par un début assez brusque, avec point de côté, toux quinteuse, fièvre par l'immobilisation thoracique et par le FROTTEMENT. L'évolution peut se faire normalement vers la guérison définitive, mais bien souvent, plus ou moins longtemps après la disparition de ces symptômes, l'on peut voir survenir, soit une pleurésie séro-fibrineuse, soit une autre manifestation tuberculeuse. Il n'est pas rare de voir se répéter ces poussées de pleurite; pour Pierry il s'agirait alors de la *forme pleurale de la tuberculose inflammatoire de Poncet*; on perçoit dans ces cas, soit au sommet, soit à la base, soit au niveau des scissures interlobaires, de l'obscurité respiratoire, de petits bruits secs inconstants, des frottements-râles; une fois ces symptômes disparus, il reste à leur niveau de l'obscurité respiratoire, une submatité légère. Rendu a décrit la *pleurésie sèche diaphragmatique primitive*, se caractérisant au début par de la douleur au niveau des insertions diaphragmatiques, de la névralgie phrénique, des signes fonctionnels et généraux très accusés; cette forme est susceptible de guérison, ou d'évolution vers la symphyse.

Les pleurésies sèches secondaires sont très fréquentes; elles peuvent accompagner les spléno-pneumonies tuberculeuses; elles peuvent masquer des lésions pulmonaires subaiguës (les embolies bronchiques tuberculeuses de Sabourin), mais surtout, elles s'observent au cours des *lésions pulmonaires chroniques*; elles se localisent spécialement au niveau du sommet, c'est le frottement qui en est le signe pathognomonique; souvent on ne constate que la respiration saccadée, et l'affaiblissement du murmure vésiculaire associé à la diminution de la sonorité à la percussion (*transsonance du sommet*). On les retrouve encore au niveau des scissures interlobaires, de la plèvre diaphragmatique; elles ne se révèlent souvent alors que par de la douleur, ou elles ne sont constatées qu'à la *radioscopie*.

Lorsqu'une symphyse pleuro-viscérale est constituée, on observe la respiration *faible discordante* de Grancher, c'est-à-dire une ampliation thoracique très accusée, contrastant avec une inspiration, très diminuée; on note de l'atrophie de la région scapulaire; au niveau des bases, de la rétraction de la paroi thoracique; s'il s'agit d'une symphyse pleuro-pariétale épaisse, on note du rétrécissement de la poitrine, de l'atrophie musculaire, de la scoliose; il existe de la diminution de l'expansion thoracique; les vibrations sont abolies ou diminuées, le son est diminué, la respiration est affaiblie; le cœur peut être dévié.

L'*évolution* dépend de l'importance de la symphyse et des lésions pulmonaires. Les malades meurent parfois de mort subite, le plus souvent d'*asystolie*. Ces pleurésies s'associent à d'autres réactions fibreuses, on peut ainsi observer la médiastino-péricardite de Küssmaul, la cirrhose cardio-tuberculeuse de Hutinel.

Parmi les symphyses localisées, il faut retenir la symphyse diaphragmatique (Paillard), la médiastinite chronique (Nobécourt et Paisseau), évoluant vers l'asystolie. L'existence de ces symphyses doit être contrôlée par l'*examen radioscopique;* cet examen s'impose d'une manière absolue, lorsque l'on veut créer, chez un tuberculeux, un *pneumothorax artificiel*. La radioscopie révélera souvent des adhérences insoupçonnées; elle précisera le point libre d'adhérences, où le pneumothorax devra être amorcé.

DIAGNOSTIC. — Les pleurésies sèches, secondaires aux épanchements tuberculeux de la plèvre, sont d'un diagnostic relativement aisé. En cas de pleurésie sèche primitive, on peut, avec Grancher, discuter s'il ne s'agit pas d'emphysème pulmonaire du sommet, ou d'obstruction d'une bronche par un bouchon muqueux : si l'on hésite, l'examen radioscopique lève les doutes; Grancher distinguait encore de la symphyse localisée au sommet, la *tuberculose du sommet*; en réalité, lorsque l'on constate nettement les symptômes d'une symphyse d'un sommet, on doit conclure, presque à coup sûr, à la tuberculose et se demander s'il n'existe pas, au-dessous, des lésions latentes, cicatrisées, ou en évolution.

Le diagnostic des symphyses épaisses, coexistant avec d'autres *périviscérites*, est en général facile.

PRONOSTIC. — Les pleurésies sèches peuvent constituer une cicatrice de lésions définitivement guéries; dans ce cas, elles comportent un bon pronostic; dans d'autres cas, elles sont la traduction d'une évolution bacillaire, atypique, atténuée, le processus scléreux peut alors devenir un véritable danger pour le bon fonctionnement de l'hématose, et dans la *phtisie fibreuse* de Grancher, le malade évolue à peu près fatalement vers l'*asystolie*.

TRAITEMENT. — On préconise, pour éviter la formation des adhérences, l'application des révulsifs et la gymnastique respiratoire; contre les adhérences constituées, Küss préconise la révulsion, la médication iodique, les cures hydrominérales, la tuberculinothérapie, enfin la gymnastique respiratoire.

(A suivre.)

(1) Les descriptions qui vont suivre sont en majeure partie empruntées au livre récent de MM. CHANTEMESSE et COURCOUX, sur *les pleurésies tuberculeuses* (collection de la tuberculose).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique pratique, publié sous la direction de M. le professeur Albert ROBIN; secrétaire de rédaction P.-Emile WEIL, médecin des hôpitaux. Tome III. Un fort volume in-8 raisin de 1 000 pages. — Prix : broché, 18 francs; relié, 20 francs. — Paris, Vigot frères.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 avril. — MM. Paisseau, 16; Lévy-Valensi, 17; Salomon, 15.

La prochaine séance aura lieu à l'hôpital Beaujon, le 26 avril, à cinq heures.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 avril. — MM. Ockinczyc, 16; Picot, 13.

— Concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 23 avril. — MM. Lévy et Metzger, 14; Chirié, 15; Devraigne, 17.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Boulogne-sur-Mer. — Un concours pour une place de médecin, à l'hôpital Saint-Louis, aura lieu le 7 juillet 1913, à l'Hôtel-Dieu d'Amiens. Le candidat classé premier, par le jury, aura, de plein droit, le titre de médecin adjoint de l'hôpital Saint-Louis de Boulogne-sur-Mer, chargé du service des enfants et sera appelé à occuper, à sa vacance, le poste de médecin en chef de l'établissement.

Le registre d'inscription sera clos le 7 juin, à six heures du soir.

MARINE. — Prix de médecine navale. — Le prix de médecine navale a été attribué, pour 1912, au médecin de première classe Bellile (de Toulon) pour son rapport médical de fin de campagne du croiseur-cuirassé *Amiral-Charner*.

D'autre part, il est accordé :

Une mention honorable à MM. Defressine, médecin principal, et Cazeneuve, médecin de première classe, pour leur travail sur le « Choléra asiatique dans la marine à Toulon ».

Un témoignage officiel de satisfaction à MM. Bonnefoy, médecin principal (note sur l'épidémie de rubéole de la *Bretagne*); Goéré, médecin de première classe (choléra à Ferryville en 1911); Marcandier, médecin de première classe (étude préliminaire sur les applications possibles de l'ergrographie à l'étude de la résistance à la fatigue à bord des navires de guerre); Renault, médecin principal (transport et transmission des blessés à bord des navires modernes); Tribondeau, médecin de première classe (réaction de Wassermann); Branger, médecin de deuxième classe, Duchateau et Gaubin, médecins de première classe, pour leurs rapports d'inspection générale du *Kersaint*, du *Voltaire* et du *Mirabeau*.

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE fondée en 1833 par Orfila pour le soulagement des infortunes médicales a tenu dimanche sa quatre-vingtième assemblée annuelle sous la présidence de M. Félix Guyon.

Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 74748 francs dont 15730 francs fournis par les cotisations, 3657 francs par les dons et legs et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 4 sociétaires, 72 veuves ou familles de sociétaires, enfin 50 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, quatre pensions viagères de 1200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 56350 francs. Une somme de 13357 francs a été versée au fonds de réserve.

En remplacement de M. Félix Guyon nommé président honoraire sur sa demande, l'Assemblée a élu président, M. Henri Barth; d'autre part, elle a nommé vice-présidents, MM. Gilbert Ballet et Pierre Bazy; secrétaire général, M. Lesné; trésorier, M. Gaston Lacaze.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — *Séance de la Commission administrative d'avril 1913.* — Un décès, 3 admissions.

Une pension viagère de 800 francs attribuée à un membre de la Société; 3 allocations *de droit* de 360 francs attribuées aux numéros 2, 3 et 4 de la liste par ordre d'ancienneté.

Congrès de la mutualité tenu à Montpellier. — M. Levassort, secrétaire général de l'A. G., délégué au Congrès de Montpellier, donne lecture de la communication qu'il a faite à ce congrès pour démontrer l'insuffisance des cotisations dans les sociétés de secours mutuels.

Il donne, en outre, lecture des propositions faites par M. Mabilleau et de la déclaration lue par M. le docteur Lafontaine, au nom des médecins présents à Montpellier.

Société de secours mutuels pour femmes et enfants de médecins. — Par arrêté en date du 1er avril 1913, M. le ministre du Travail et de la Prévoyance sociale a approuvé les statuts et

RENSEIGNEMENTS


Argan — Au diable leurs clystères, Coquine !.. je ne puis aller !...
Toinette — Eh! pour "aller„ Monsieur, prenez de la THAOLAXINE !.
Nouvelle Edition DURET & RABY · Marly le Roi · S & O.
MOLIERE. le Malade Imaginaire

barêmes de cette société qui se trouve dès lors constituée définitivement.

L'ANCIENNETÉ DES MÉDECINS AIDES-MAJORS. — M. Etienne Rognon, député, vient de demander au ministre de la guerre : 1° pourquoi la loi du 6 juillet 1912 a été appliquée d'une façon restrictive par les décrets du 26 février dernier ; 2° pourquoi, lorsque les aides-majors ont fait leur année de service militaire, après leur admission au concours de l'école de Lyon, ils bénéficient du rappel de cette année de service, laquelle ne leur est pas comptée s'ils l'ont faite avant le concours.

Le ministre a fait la réponse suivante :

« 1° Il n'a été apporté à l'application de la loi du 6 juillet 1912, en ce qui concerne les médecins et les pharmaciens aides-majors, d'autres restrictions que celles prévues par la loi elle-même ;

2° Le bénéfice d'une majoration d'une année d'ancienneté dans leur grade a été accordé à tous les médecins aides-majors sortant de l'école de Lyon, ayant accompli une année de service militaire sous le régime de la loi du 21 mars 1905, soit avant, soit après leur admission à l'école. »

COURS PRATIQUE ANNUEL DE M. CALOT, du 11 au 17 août 1913, à l'Institut orthopédique de Berck (7e année). — En sept jours, de huit heures du matin à sept heures du soir, enseignement de l'*orthopédie* indispensable aux médecins et du traitement des *tuberculoses externes*, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, luxation congénitale de la hanche, déviations, maladies des os et des articulations, traitement de la scoliose par la méthode d'Abbott.

Chaque jour, cinq heures de démonstrations cliniques et techniques faites par M. Calot, et cinq heures d'exercices pratiques *individuels*, sous la direction et avec l'aide de M. Calot ou de ses assistants.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Pour l'inscription, le programme détaillé et le mode d'installation à Berck, s'adresser dès maintenant au docteur Fouchet, chirurgien assistant de l'Institut orthopédique, à Berck-Plage (Pas-de-Calais). — Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

VARIÉTÉS

LA GALE ET LES « FEMMES UTILES » DANS LES ARMÉES DE LA PREMIÈRE RÉPUBLIQUE

En 1794, le citoyen Jacques-Marie Dumaz, représentant du peuple pour le département du Mont-Blanc, et dont le petit-fils, le docteur Jules Dumaz, habite encore Chambéry, était délégué à l'armée des Alpes. Il écrivit le 27 germinal, an II, au comité de Salut public, une lettre dont nous extrayons le curieux passage suivant ; « La loi ne permet que quatre femmes par bataillon, comme blanchisseuses ; cette loi est exécutée ponctuellement, mais dans tous les bataillons que je viens de passer en revue on se plaint que ces quatre femmes ne peuvent suffire pour blanchir le linge de 1067 hommes qui pour la plupart se trouvent disséminés sur différents points fort éloignés les uns des autres ; ils attribuent au défaut de propreté des linges la quantité de galeux qui se trouvent dans chaque bataillon ; ils désirent avoir une femme utile par chaque compagnie, munie des certificats de bonne vie et mœurs ; je pense qu'il n'y aurait pas d'inconvénients à autoriser cette mesure ; il en résulterait, au contraire, un grand bien dans l'armée des Alpes où tous les bataillons sont dispersés en plusieurs détachements ; je n'ai cependant pas voulu l'autoriser parce qu'elle est contraire à la loi. C'est à vous, citoyens collègues, à y pourvoir. »

Cette lettre figure dans le *Recueil des actes du comité de Salut public* (Aulard, t. XII, p. 633).

Nous ignorons si « l'organisateur de la victoire » accorda les « femmes utiles » demandées. G. L'H.

LIVRES NOUVEAUX

Bulletin des travaux de la Fondation ophtalmologique Rothschild [année 1911 (1)].

On trouve dans cet intéressant recueil de travaux ophtalmologiques : du docteur Dupuy-Dutemps, la relation d'un cas de cysticerque sous-rétinien, opéré avec examen histologique, accompagnée de considérations d'ordre théorique et pratique et illustrée de belles planches et figures ; puis une observation de tuberculose choroïdienne à forme glaucomateuse, avec examen histologique et discussion du diagnostic.

Puis vient un mémoire de MM. Rochon-Duvigneaud et Onfray sur l'abrasion ignée des granulations de la conjonctivite trachomateuse basé sur 23 observations. Cette opération, qui a pour but de produire rapidement l'évolution scléro-cicatricielle de la conjonctivite trachomateuse, doit agir en surface et non en profondeur. Bien faite, elle ne détermine pas d'incurvation du tarse, ni d'entropion, ni de symblipharon si l'on a soin, pendant la cicatrisation, de parcourir quotidiennement le fond des culs-de-sac avec une baguette de verre mousse.

Les cornées saines ne sont pas influencées par l'abrasion ignée ; les kératites panneuses sont améliorées, les kératines ulcéreuses, superficielles, non vascularisées peuvent subir une aggravation temporaire, que des pansements soigneusement faits ont toujours limitée.

Indiquée à tous les stades de la conjonctivite trachomateuse l'abrasion ignée n'a que des contre-indications relatives (tendance à l'incurvation du tarse, état aigu récent des ulcérations cornéennes). Elle mérite donc d'être appliquée et complètement étudiée.

Les docteurs Rochon-Duvigneaud et Duclos étudient ensuite un sarcome choroïdien en nappe, le docteur Polack relate un fait de cécité maculaire avec conservation fonctionnelle du fond de la fovea.

Plus de la moitié de l'ouvrage (p. 88 à 226) est consacrée aux études histologiques du docteur Hawas :

I. Structure de la rétine ciliaire, son rôle dans la sécrétion de l'humeur aqueuse et la pathogénie des cataractes : l'auteur envisage ainsi le processus d'opacification du cristallin.

1° Lésions des corps ciliaires et surtout de la rétine ciliaire de causes diverses : générales (naphtaline, tétanie, diabète, etc.) ou locales (lumière, chaleur dans la cataracte des verriers, etc.) ;

2° Sécrétion d'une humeur aqueuse anormale, conséquence directe de l'altération de la rétine ciliaire ;

3° Altérations consécutives de la capsule et de l'épithélium du cristallin ;

4° Opacification du cristallin. Cataracte.

II. Granulations lipoïdes des cellules fixes de la cornée et de certaines cellules conjonctives des vertébrés, leur présence est normale et constante et ne doit pas être interprétée comme une dégénérescence lipoïde.

III. Sur la fonction sécrétoire et le rôle nutritif de l'épithélium pigmentaire de la rétine.

IV. Contribution à l'étude du rapport qui existe entre l'hétérochromie et la cataracte : les altérations de l'épithélium postérieur de l'iris des yeux cataractés.

V. Enfin, un important mémoire de 100 pages sur le développement du corps vitré et de la zonule chez l'homme (docteurs Hawas et Magitot).

D'origine névroglique, donc ectodermique, le corps vitré passe par les trois stades primordial, transitoire, définitif, que les auteurs décrivent en détail ; en somme à aucun moment, il n'y a de cavité oculaire, mais le globe oculaire est rempli par un tissu fibrillaire qui fait partie intégrante de la rétine ; le corps vitré n'est que de la névroglie rétinienne, son décollement n'est qu'un arrachement des prolongements filamenteux des cellules de soutien de la rétine. Les fibres zonulaires et celles du corps vitré ne sont que des formations exoplastiques. L. ALQUIER.

(1) 1 vol. de 226 p. avec fig. et pl. hors texte. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LES PLEURÉSIES HÉMORRAGIQUES

Par M. J. ROUILLARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Définition. — On appelle pleurésies hémorragiques celles dont l'épanchement contient de nombreux globules rouges. Le diagnostic s'en fait au simple examen du liquide, qui peut être rosé, rougeâtre ou brunâtre.

« J'appelle pleurésie hémorragique, disait Laënnec, la réunion d'une hémorragie ordinairement légère dans la plèvre, à l'inflammation de la même membrane. »

Nous laisserons donc de côté l'hémothorax traumatique, et les épanchements hémorragiques consécutifs à la rupture d'un anévrisme aortique; dans ces deux cas, la pleurite n'existe pas, ou du moins, elle n'est que secondaire.

Le liquide des pleurésies aiguës contient habituellement plusieurs centaines ou plusieurs milliers de globules rouges par millimètre cube; s'il en contient 5000 à 6000, il se colore faiblement en rose : c'est une *pleurésie histologiquement hémorragique* (Dieulafoy). Si le nombre des globules rouges est plus considérable, il s'agit vraiment d'une pleurésie hémorragique.

II

Historique. — Les premières observations de pleurésies hémorragiques sont fort anciennes. Broussais, en 1808, rapporte une autopsie où il découvrit un épanchement sanguinolent coexistant avec des tubercules de la plèvre. Laënnec en donne une description anatomo-clinique parfaite, à propos de Jean Edme, le malade qui lui fournit l'observation princeps de la cirrhose atrophique.

Plus tard Andral, Cruveilhier rapportent d'autres exemples de pleurésie hémorragique. Moutard-Martin, dans sa thèse (1878), les étudie au point de vue étiologique et clinique; Kelsch et Vaillard, en 1886, au point de vue anatomo-pathologique.

Dieulafoy y est revenu à maintes reprises, et c'est sur une leçon consacrée aux pleurésies hémorragiques que se ferme le sixième livre des *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*.

Enfin des recherches récentes ont éclairé la physiologie pathologique de ces épanchements.

III

Etiologie. — Les pleurésies hémorragiques sont assez rares (1 cas sur 8 pleurésies aiguës). Elles se divisent au point de vue étiologique, en quatre groupes d'importance inégale :

1° Les pleurésies hémorragiques d'origine *tuberculeuse*.

2° Les pleurésies hémorragiques d'origine *cancéreuse*.

3° Celles qui surviennent au cours de diverses *affections pulmonaires aiguës* (pneumonie, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie), dans divers *états pathologiques à tendance hémorragique* (fièvres éruptives, variole, purpura, scorbut, ictère grave, maladie de Basedow); dans la *cirrhose*, et le *mal de Bright*. On les a observées enfin dans la *fièvre typhoïde*, le *rhumatisme articulaire aigu*, la *syphilis*, au cours de l'*asystolie*, du *diabète*.

4° Enfin nous aurons à discuter la question encore obscure de l'*hématome pleural*.

IV

Anatomie pathologique. — Les lésions observées varient suivant le type étiologique.

Tuberculose. — Laënnec en donne la description suivante dans l'observation que nous citions plus haut : « La cavité de la plèvre gauche contenait au moins deux pintes d'une sérosité fortement sanguinolente. Le poumon était refoulé vers le médiastin et le sommet de la poitrine. L'écartement des plèvres était tapissé par une fausse membrane, dont la surface était uniformément teintée du rouge écarlate le plus vif. Une multitude de cloisons pseudo-membraneuses, plus ou moins larges, étaient tendues ou flottaient entre ses parois, comme des toiles d'araignée ; des lames semblables allaient çà et là de l'une à l'autre de ces cloisons.

On trouvait çà et là du sang noir liquide infiltré dans l'épaisseur des fausses membranes, ou épanché en caillots membraniformes, souvent très minces et très étendus.

La couche profonde de la plèvre était d'un gris jaunâtre ; son tissu était homogène et assez analogue à celui des fibro-cartilages dont il avait presque la consistance.

Cette couche contenait dans son épaisseur une quantité innombrable de tubercules grisâtres, dont la grosseur variait depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un grain de blé. »

Ainsi donc la congestion, l'épaississement des deux feuillets pleuraux qui perdent leur aspect transparent; la production de fausses membranes d'aspect villeux, en langue de chat, friables au début, épaisses et consistantes plus tard ; la vascularisation intense; la présence de caillots et d'hémorragies interstitielles; parfois un semis de granulations miliaires ou de tubercules, telles sont les lésions macroscopiques essentielles.

Au microscope, on note des lésions inflammatoires comparables à celles de toute pleurésie aiguë, caractérisées par une infiltration leucocytaire intense. Les villosités observées à la surface de la séreuse rappellent l'aspect des bourgeons charnus; les vaisseaux néoformés y sont extrêmement nombreux, et, de plus, ils présentent des lésions qu'ont étudiées Kelsch et Vaillard : « Presque tous les vaisseaux, sauf les plus volumineux, sont oblitérés ou en voie de l'être ; le thrombus est constitué tantôt par une masse vitreuse, homogène, réfringente, qui intercepte la lumière des vaisseaux, d'autres fois par un réticulum fibrineux. La paroi vasculaire participe à ces altérations et se confond avec le bouchon obturateur. A sa périphérie se déploient souvent

des masses fibrinoïdes réticulées, qui font corps avec elle. »

Plus récemment, Letulle et Nattan-Larrier, dans leur étude sur les *pachypleurites*, décrivent les altérations de la séreuse viscérale qui s'est plicaturée en même temps que le parenchyme pulmonaire, et forme des replis dont la dimension va de 40 μ à 1000 ou 1200 μ. Des adhérences fibroïdes passent directement à la surface de ces replis; par places, on voit des nodules caséeux conglomérés, et de nombreux vaisseaux, nés de la séreuse, qui s'enfoncent parmi les travées connectives; « ces vaisseaux saignent facilement, donnant lieu à de véritables petites apoplexies pleurales corticales (pachypleurites) histologiquement hémorragiques ».

Le *volume* de l'épanchement varie de quelques centaines de grammes à trois ou quatre litres.

L'*aspect* en est variable, rosé, rouge vif, rouge brun ou noirâtre, suivant que les hématies sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins altérées.

Il n'y a pas en général de caillots sanguins. Dans les pleurésies hémorragiques tuberculeuses, le liquide est riche en fibrine; il en contient peu au cas de cancer.

Quant à l'*évolution* le liquide peut n'être pas d'emblée hémorragique; il peut être d'abord séro-fibrineux, puis se teinter de rouge; parfois il apparaît hémorragique à une première ponction, et plus tard il devient séreux.

Cancer. — Il s'agit tantôt de cancers primitifs de la plèvre, sarcomes ou endothéliomes, qui ont l'aspect de végétations saillantes, molles, ou de placards de tissu lardacé; tantôt de cancers secondaires à un cancer du poumon, du rein ou de l'œsophage; et alors on note un épaississement diffus du feuillet séreux, ou des masses friables, saignantes, avec, parfois, des réseaux de lymphangite cancéreuse.

V

Etude biologique. — Cytologie. — La formule cytologique des épanchements d'origine tuberculeuse ne présente rien de remarquable, sinon la richesse en globules rouges (de 5000 à 6000 jusqu'à 3000000 par millimètre cube). On note dans tous les cas une lymphocytose abondante, les autres mononucléaires, les polynucléaires et les placards endothéliaux étant rares. Le nombre absolu des globules blancs est considérable, comme d'ailleurs dans toute pleurésie tuberculeuse. Froin pense que les globules rouges qui s'altèrent lentement dans l'épanchement tuberculeux pleural provoquent, par action chimiotactique, une diapédèse leucocytaire intense.

Dans la fièvre typhoïde, aux globules rouges sont associés des lymphocytes, des polynucléaires et de grandes cellules endothéliales isolées ou en placards, qui persistent pendant toute la durée de l'épanchement; ce dernier caractère serait lié à l'absence de fausses membranes.

Quant aux pleurésies d'origine rhumatismale, dans un cas rapporté par Dieulafoy, les frottis du culot sanguin avaient l'aspect de sang pur; les placards endothéliaux étaient très nombreux; environ 60 placards ou grandes cellules endothéliales pour 35 lymphocytes et 5 polynucléaires.

Dans le cancer, les renseignements fournis par la cytologie sont très importants, décisifs même pour le diagnostic. On trouve en effet, en plus des globules rouges, qui sont parfois presque aussi nombreux que dans le sang, et de quelques globules blancs (lymphocytes et polynucléaires), des cellules géantes, de 5 à 20 fois plus grandes qu'un leucocyte, rondes ou conformées en massue, souvent munies de prolongements; isolées ou réunies en placards de 3, 5, 10 cellules; elles présentent quelquefois des vacuoles ou des inclusions protoplasmiques, et leur noyau peut être en karyokinèse.

Dans le sarcome de la plèvre, on peut observer des cellules fusiformes analogues à celles du néoplasme.

Bactériologie. — Le bacille de Koch est rarement trouvé à l'examen direct; il vaut mieux rechercher sa présence par inoculation au cobaye.

Le bacille d'Eberth a été trouvé dans des pleurésies hémorragiques par Charrin et Roger, Kelsch, Achard, Souques, Lesné et Ravaut. Dans un autre cas, Widal et Merklen n'ont pu déceler sa présence; dans ce cas, le pouvoir bactéricide du liquide pleural était égal à celui du sérum sanguin, ce qui explique l'existence précaire du bacille.

Physio-pathologie. — Que devient le sang des épanchements hémorragiques?

Cette question touche de près à celle des hémothorax traumatiques; mais les conditions ne sont pas identiques, et l'on ne peut assimiler l'épanchement d'une pleurésie hémorragique à celui d'un hémothorax. Le premier est un épanchement inflammatoire, rendu hémorragique par l'afflux de nombreux globules rouges; le second est un épanchement de sang primitif dans une cavité séreuse, et le liquide pleural, au début, est tout simplement de la sérosité sanguine. La physiologie pathologique des hémothorax est aujourd'hui bien connue après les travaux de Froin, de Guillain et Troisier; celle des pleurésies hémorragiques a été beaucoup moins étudiée. Elles présentent de nombreuses analogies sans être exactement comparables.

D'une façon générale, l'opinion classique formulée par Dieulafoy, « le sang reste vivant », comporte des restrictions pour la pleurésie hémorragique comme pour l'hémothorax.

La coagulation du liquide pleural est inconstante; dans quelques cas elle est rapide ou même immédiate; dans d'autres cas, elle est nulle, et le liquide peut être conservé plusieurs mois sans coaguler; enfin parfois, elle est lente ou imparfaite.

Les globules rouges restent longtemps intacts dans l'épanchement, mais ils finissent par s'altérer; et de fait, nombre de pleurésies, hémorragiques au début, deviennent ensuite séro-fibrineuses.

Beaucoup d'hématies sont englobées et détruites par les leucocytes et les cellules endothéliales. La plupart disparaissent par dissociation de leurs éléments constitutifs : c'est le processus de la globulo-

lyse; des examens microscopiques montreront des globules rouges plus ou moins crénelés, pâles, et des débris protoplasmiques incolores qui représentent les résidus de la destruction globulaire.

Le sérum est souvent hémolytique. Bard, en 1901, avait reconnu les propriétés hémolytiques des épanchements d'origine cancéreuse; le liquide surnageant après centrifugation est toujours coloré en rouge par l'hémoglobine qui a diffusé; il hémolyse de même les globules rouges du sang du malade. Ce caractère serait spécial aux épanchements cancéreux et les distinguerait des épanchements d'origine tuberculeuse.

Dieulafoy, dans deux observations de pleurésie rhumatismale et de pleurésie récidivante devenue tardivement hémorragique, note qu'après centrifugation le liquide se partage en deux parties : l'une supérieure, nettement teintée de rose, l'autre, au fond du tube, est constituée par un amas d'hématies et de globules blancs.

Plus récemment, on a étudié la résistance globulaire dans les pleurésies hémorragiques. Lafforgue, dans deux pleurésies, l'une métapneumonique, l'autre rhumatismale, note qu'il y a des globules rouges plus résistants, et d'autres moins résistants que la normale.

La diminution de résistance de certaines hématies est due à une action adultérante du liquide pleural; ce dernier n'est pas hémolytique vis-à-vis des globules prélevés dans le sang du malade; mais si on laisse des globules pendant vingt-quatre heures en contact avec le liquide pleural, en éprouvant ensuite leur résistance au moyen de solutions de NaCl, on la trouve diminuée, ces hématies ont été sensibilisées.

D'autre part, l'augmentation de résistance de certaines hématies serait due à une substance protectrice; si on lave à plusieurs reprises les globules pleuraux dans l'eau physiologique, et si on éprouve de nouveau leur résistance, on voit qu'elle est devenue normale. La réimmersion après ce lavage dans le liquide pleural ne leur rend pas leur résistance antérieure.

J. Troisier obtient des résultats analogues : dans une pleurésie hémorragique récente, l'hémolyse débute à 0,46 (Rg normale), le douzième jour à 0,56 (Rg diminuée); dans une pleurésie hémorragique ancienne (trentième jour), $H_1 = 0,66$ (Rg diminuée).

Donc l'évolution de l'épanchement hémorragique est conditionnée à la fois par la diminution de résistance des hématies et par la présence dans le liquide pleural d'une hémolysine. Cette hémolysine est inconstante : ce qui peut s'expliquer par les expériences d'Ehrlich et Morgenroth qui montrent que les liquides s'appauvrissent en hémolysines au fur et à mesure que celles-ci se fixent sur les hématies.

L'hémoglobine, qui a diffusé du fait de la globulolyse, est transformée en pigments biliaires et en urobiline.

Hayem avait noté la présence d'hémoglobine et d'urobiline dans les liquides des épanchements hémorragiques des séreuses; mais il n'y a de pigments biliaires, d'après lui, que chez les malades ayant eu de l'ictère.

Mais les constatations de Milian, de Froin, de Troisier permettent d'affirmer la présence, dans certains cas, de pigments biliaires (biligénie extrahépatique).

Ce processus n'est pas constant. Lafforgue, dans deux cas, n'a trouvé ni hémoglobine ni pigments biliaires, pas plus que Troisier dans une pleurésie hémorragique récente.

Agglutination. — Le liquide d'une pleurésie typhoïdique hémorragique agglutine le bacille d'Eberth.

Toxicité. — D'après Mme Girard-Mangin, la toxicité des liquides des pleurésies cancéreuses est très grande par rapport à celle des pleurésies chroniques. En injection intraveineuse chez le lapin, la dose mortelle est de moins de 15 centimètres cubes par kilo d'animal; si la dose est trop faible pour déterminer la mort immédiate, elle provoque une cachexie qui aboutit à la mort après plusieurs semaines ou plusieurs mois.

VI

Pathogénie. — Dans les *cancers* primitifs ou secondaires de la plèvre, le caractère hémorragique de l'épanchement s'explique facilement, soit par saignottement continu dans la cavité pleurale, soit par production de fausses membranes, d'où la pleurite secondaire.

Les pleurésies *tuberculeuses* peuvent être hémorragiques pour des causes multiples : il faut incriminer tantôt la nécrose des parois vasculaires dans une plèvre chroniquement enflammée et épaissie, tantôt une rupture vasculaire survenant au cours d'un processus inflammatoire aigu. Broussais invoquait « la violence de la phlogose ». « Ces malades, dit Dieulafoy, font leur hémoptysie dans leur plèvre. » D'après certains auteurs, quand une pleurésie hémorragique succède à une pleurésie séro-fibrineuse, la présence du sang serait due aux frottements des fausses membranes qui viennent en contact après évacuation de l'épanchement. Enfin, dans quelques cas, on a invoqué à l'origine du processus hémorragique les altérations hépatiques si fréquentes au cours de la tuberculose pulmonaire (Duburque).

Des altérations angiohématiques sont probablement à l'origine des pleurésies hémorragiques dans les *cirrhoses*, le *mal de Bright* et certaines *fièvres éruptives*.

La question est plus complexe pour celles qu'on observe dans la *fièvre typhoïde*, Charrin et Roger ayant montré les tendances hémorragipares du bacille d'Eberth.

Dans beaucoup de cas, d'ailleurs, les pleurésies hémorragiques paraissent devoir être attribuées à la tuberculose qui se greffe facilement chez les sujets affaiblis par une affection hépatique ou rénale (Landouzy et Labbé).

Enfin, il reste à étudier la pathogénie des *hématomes pleuraux* ; sous ce nom on désigne « des pleu-

résies hémorragiques qui ne sont ni tuberculeuses, ni cancéreuses, dont le processus anatomique est en quelques points comparable à la vaginalite chronique, à la pachyméningite; c'est une pachypleurite hémorragique. » (Dieulafoy.)

Aujourd'hui on rattache la plupart de ces hématomes pleuraux à la tuberculose dont ils constituent des formes larvées. La fréquence des inoculations positives et des accidents pulmonaires ultérieurs vient à l'appui de cette conception, et Dieulafoy conclut après une critique serrée des observations : « Plus je vais, et plus je crois à la rareté de l'hématome pleural; c'est presque toujours de la tuberculose. »

Cependant on a rapporté plusieurs cas (Dieulafoy, Dufour) où l'absence de tout signe clinique de tuberculose, le résultat négatif des inoculations au cobaye, des cultures sur milieu glycériné, des réactions à la tuberculine ne permettent pas d'incriminer le bacille de Koch.

La plèvre est dans ces cas très épaisse, très dure, tapissée de fausses membranes richement vascularisées. Ces lésions rappellent celles de la pachyméningite, et l'on a pensé que l'alcoolisme pourrait jouer un rôle dans la pathogénie de la pachypleurite aussi bien que de la pachyméningite.

VII

Symptomatologie. — TUBERCULOSE. — Les pleurésies hémorragiques se présentent sous trois aspects cliniques.

La pleurésie aiguë à forme hémorragique est comparable à la pleurésie aiguë séro-fibrineuse, sauf les caractères mêmes de l'épanchement. Nous ne rappellerons pas une symptomatologie bien connue. Le début peut être insidieux ou brusque avec fièvre, dyspnée, point de côté. A la période d'état, on observe la matité avec skodisme sous-claviculaire, l'abolition des vibrations thoraciques, la diminution ou l'abolition du murmure vésiculaire, le souffle pleurétique, l'égophonie, le déplacement des organes (foie, cœur).

La pectoriloquie aphone manquerait d'après Bacelli; cependant Jaccoud l'a observée plusieurs fois.

La plupart de ces symptômes sont déjà décrits par Laënnec : « Le malade était habituellement couché sur le côté gauche, quelquefois sur le dos; il lui était impossible de rester quelque temps sur le côté droit... La partie gauche du thorax parut résonner plus mal que la droite... A gauche on entendait très peu la respiration au-dessous de la clavicule et à la racine du poumon et on n'entendait rien dans le reste de ce côté... L'égophonie avait lieu dans la fosse sus-épineuse gauche d'une manière très prononcée... Le thorax paraissait plus large à sa partie supérieure gauche que du côté opposé, tandis que dans la moitié inférieure gauche, il était un peu plus aplati et plus rentré que du côté droit. »

La fièvre est irrégulière, parfois nulle et sans rapport avec la marche de l'épanchement. On note souvent de l'œdème de la paroi thoracique, un amaigrissement rapide, une pâleur terreuse de la face qui rappellent le tableau clinique des pleurésies purulentes.

Ces pleurésies guérissent généralement après une ou plusieurs thoracentèses; mais elles peuvent être suivies d'accidents de tuberculose pulmonaire; elles ont donc le même pronostic que les pleurésies séro-fibrineuses.

Les pleurésies hémorragiques secondaires à la bacillose pulmonaire chronique sont le plus souvent insidieuses, apyrétiques, sans symptômes bruyants; elles peuvent aussi guérir après ponctions; leur pronostic est réglé par l'état des lésions pulmonaires.

Enfin, les pleurésies hémorragiques peuvent être associées à la tuberculose aiguë (granulie ou bronchopneumonie caséeuse); dans ce cas la fièvre est intense, la dyspnée est vive, continue, hors de proportion avec le volume de l'épanchement; la thoracentèse soulage à peine le malade, et la mort survient après quelques semaines.

CANCER. — Pour Trousseau, la pleurésie cancéreuse est presque toujours hémorragique; Dieulafoy pense que les épanchements séreux sont plus fréquents. D'ailleurs le liquide peut être séreux, puis hémorragique; ou bien hémorragique, puis séreux. Parfois il existe plusieurs poches contenant ici du liquide citrin, là du liquide sanguinolent.

Le début de ces pleurésies est généralement insidieux; elles s'accompagnent de dyspnée et de douleurs thoraciques très vives; elles se reproduisent avec rapidité, mais les ponctions soulagent à peine le malade dont la dyspnée est avant tout d'origine pulmonaire.

FIÈVRE TYPHOÏDE. — Les pleurésies typhoïdiques sont assez souvent hémorragiques, mais faiblement hémorragiques; elles évoluent assez souvent vers la transformation purulente; parfois, enfin, elles sont polymorphes; il existe deux ou trois poches contenant chacune un liquide différent.

Ces pleurésies surviennent tantôt à la période d'état, tantôt au déclin de la maladie; souvent insidieuses, elles doivent être recherchées systématiquement; mais dans d'autres cas elles s'accompagnent d'un point de côté et d'une recrudescence de la fièvre.

Les auteurs signalent presque constamment l'existence antérieure de bronchites ou de bronchopneumonies, et admettent que le bacille passerait du poumon à la plèvre. Le pronostic est généralement bénin.

SYPHILIS. — La pleurésie hémorragique est fort rare dans la syphilis. Balzer a observé une pleurésie sanguinolente chez un malade qui portait des gommes du poumon et du foie. Dieulafoy a guéri par le traitement mercuriel un syphilitique qui présentait un épanchement abondant de coloration rosée.

CARDIOPATHIES. — On observe parfois des hydrothorax hémorragiques qui débutent insidieusement, évoluent sans fièvre, sans point de côté et sont résorbés en même temps que les œdèmes périphériques.

Pleurésies a éosinophiles. — Ces pleurésies ont parfois le caractère hémorragique; elles sont peu abondantes et douées d'une grande toxicité. Cette variété est intéressante, car on a voulu établir un rapport entre l'apparition des éosinophiles et l'existence d'épanchements hémorragiques antérieurs.

Hématome pleural. — Beaucoup d'observations anciennes doivent être rejetées, car les recherches de laboratoire n'ont pas été faites.

Chez un malade de Dieulafoy, il s'agissait d'une pleurésie récidivante intarissable ayant nécessité cent ponctions en dix-huit ans.

En 1907, le liquide devint hémorragique, et il est resté tel depuis ce temps. Ce malade n'avait aucun signe de tuberculose ni aucune déformation thoracique.

Une observation de Dufour concerne un homme de vingt-huit ans qui, à la suite d'une contusion thoracique à droite, présenta une pleurésie bilatérale; à droite, un épanchement à polynucléaires, puis à lymphocytes; à gauche un épanchement plus abondant, d'abord séro-fibrineux, puis chyliforme, puis hémorragique. Une première ponction permit de retirer un liquide rougeâtre incoagulable, contenant 800 000 hématies par millimètre cube, et dont la sérosité possédait un pouvoir hémolytique considérable ; elle contenait beaucoup d'hémoglobine dissoute. Une deuxième ponction donna issue à un liquide, couleur jus de réglisse, qui contenait 400 000 hématies. L'épanchement était de 2 litres environ; il n'avait aucune tendance à la résorption spontanée et l'on dut pratiquer plusieurs thoracentèses. L'état général restait bon; il n'y avait aucun signe de tuberculose, aucune fièvre. L'inoculation au cobaye et l'ophtalmoréaction furent négatives.

Le malade guérit avec une rétraction thoracique considérable, symptôme souvent observé dans les hématomes pleuraux (Fernet, Moutard-Martin) comme d'ailleurs dans certaines pleurésies hémorragiques tuberculeuses.

Chez *l'enfant*, la pleurésie hémorragique est rare; on l'observe quelquefois après la coqueluche ou la pneumonie. Elle est un peu plus fréquente chez le nourrisson.

VIII

Pronostic. — Le pronostic des pleurésies hémorragiques dépend essentiellement de la cause; la présence du sang dans l'épanchement n'est pas grave par elle-même. Les pleurésies hémorragiques ne deviennent purulentes que s'il se produit de l'infection secondaire, tandis que les pleurésies histologiquement hémorragiques deviennent souvent purulentes.

Le pronostic, à réserver dans les pleurésies tuberculeuses aiguës, est très mauvais dans les épanchements cancéreux.

IX

Diagnostic. — Le caractère hémorragique d'une pleurésie est presque toujours une surprise de la ponction exploratrice; l'examen clinique permet bien de conclure à l'existence d'un épanchement pleural, mais rien ne permet de prévoir qu'il est hémorragique.

Muni de ce renseignement, on cherchera à résoudre le problème de l'étiologie. Ce diagnostic est facilement posé s'il s'agit d'un malade atteint de fièvre typhoïde, de pneumonie ou de rhumatisme; il n'en est pas toujours ainsi et le plus souvent on est amené à discuter deux hypothèses : cancer ou tuberculose.

Cliniquement on songera au cancer en présence d'un individu atteint d'un néoplasme cutané ou viscéral (estomac, œsophage, sein, utérus) ou d'un malade ayant dépassé la quarantaine et qui présente des symptômes pouvant faire penser à un cancer pulmonaire : dyspnée intense, angoissante, souvent paroxystique; douleurs névralgiques irradiées au bras, à l'épaule, au cou; signes de compression médiastine, toux coqueluchoïde, troubles vocaux, adénopathie trachéo-bronchique, ganglions sus-claviculaires, expectoration gelée de groseille.

On pensera plutôt à la *tuberculose*, au contraire, s'il s'agit d'un malade jeune ayant des antécédents tuberculeux ou présentant aux sommets des poumons des signes d'induration, de ramollissement; l'existence de la fièvre serait en faveur de la tuberculose.

Mais si le malade ne présente encore aucun symptôme de néoplasme pulmonaire non plus que de tuberculose, le diagnostic est très difficile, et pour le fixer, on s'aidera d'un examen radioscopique et l'on pratiquera les recherches usuelles de laboratoire :

Examen cytologique qui donne les plus précieux renseignements dans les cas de cancer;

Inoculation au cobaye, qui, d'après Netter, est positive plus souvent encore que dans les pleurésies séro-fibrineuses;

Culture sur milieux glycérinés;

Ophtalmo, cuti, intradermo-réaction, avec toutes les réserves que comporte chez l'adulte cette épreuve;

Enfin, la recherche des propriétés hémolytiques, de la toxicité, pourrait donner d'utiles renseignements.

X

Traitement. — Le traitement moderne des pleurésies hémorragiques consiste avant tout dans la thoracentèse. On devra la pratiquer d'urgence si le volume de l'épanchement atteint 2 litres ou si la dyspnée est très intense; on aura soin de ne pas pousser trop loin l'évacuation du liquide.

Chez les tuberculeux, on attendra, s'il est possible, que la température soit revenue à la normale; on se gardera de renouveler trop souvent les ponctions qui sont de véritables saignées pour les malades, et on instituera le traitement général de la tuberculose.

Chez les cancéreux, on est souvent obligé de répéter les ponctions tous les cinq ou six jours, en raison de la dyspnée que présentent ces malades ; l'évacuation du liquide ne leur apporte qu'un soulagement temporaire et incomplet, et la morphine reste, dans ces cas, la suprême ressource.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. Pleurésies typhoïdiques, *Semaine méd.*, 1898, et in LABICHE. *Pleurésies dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1899. — ACHARD et RAMOND. Eosinophilie pleurale, *Soc. méd. des hôpit.*, 1909.

BALZER, in JAQUIN. Th. de Paris, 1884. — BARD. *Soc. de biol.*, 1901. — BERGÉ. In *Traité de médecine.* — BÉRIEL. Pleurésie hémorragique au cours de la fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1906. — BRETON. Pleurésie hémorragique dans la maladie de Basedow, *Gaz. des hôpit.*, 1905. — BROUARDEL, CHARTIER et OPPERT. Pleurésie hémorragique au cours d'une cirrhose atrophique, *Arch. gén. de méd.*, 1903. — BURNET. *Eosinophilie pleurale*, Th. de Paris, 1904.

CHARRIN et ROGER. Présence du bacille d'Eberth dans les épanchements hémorragiques, *Soc. méd. des hôpit.*, 1891.

DIEULAFOY. *Gaz. hebd.*, 1887; — *Manuel de pathologie interne*, t. I; — *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, t. VI. — DUBURQUÉ. Th. de Paris, 1903-1904. — DUFOUR. Hématome pleural, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1909.

FERNET. Hématome pleural, *Mercredi méd.*, 1890. — FROIN. Hématolyse, pigments biliaires et cellule hépatique, *Gaz. des hôpit.*, 1906; — Diapédèse leucocytaire dans les pleurésies tuberculeuses, *Soc. de biol.*, 1907; — *Hématolyse et hématogénèse. Bactériolyse et bactériogénèse*, Paris, 1910.

GIRARD-MANGIN (Mme). Toxicité des épanchements cancéreux, *Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 1910. — GUILLAIN et TROISIER. Physiologie pathologique de l'hématome pleural, *Sem. méd.*, 1909.

HUTINEL. Pleurésies hémorragiques, *Journ. de méd. interne*, 1905.

JACCOUD. *Leçons de clinique médicale*, 1885.

KELSCH et VAILLARD. *Ann. de physiol.*, 1886. — KELSCH. *Soc. méd. des hôpit.*, 1892.

LABBÉ (M.). *Le cyto-diagnostic.* — LABBÉ (M.), DELILLE (A.) et AGUINAT. Cyto-diagnostic de la pleurésie sarcomateuse, *Soc. anat.*, 1902. — LAENNEC. *Traité de l'auscultation médiate*, édit. 1819. — LAFFORGUE. *Soc. de biol.*, 1910. — LANDOUZY et LABBÉ, in BROUARDEL et GILBERT. — LEMONNIER. *Pleurésie cancéreuse*, Th. de Paris, 1903. — LETULLE et NATTAN-LARRIER. Les pachypleurites, *Soc. anat.*, 1910.

MILIAN. *Le liquide céphalo-rachidien.* — MISSAKIAN. *Pleurésie hémorragique tuberculeuse*, Th. de Paris, 1908. — MOUTARD-MARTIN. *Pleurésies hémorragiques*, Th. de Paris, 1878.

NETTER, in BOUCHARD et BRISSAUD. — NORDMANN. Pleurésies dans la fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1907.

RIST et KINDBERG. Eosinophilie pleurale, *Soc. méd. des hôpit.*, 1909.

SOUQUES, LESNÉ et RAVAUT. Pleurésie typhoïdique hémorragique, *Soc. méd. des hôpit.*, 1900.

TROISIER (J.). Th. de Paris, 1910.

WIDAL et RAVAUT. Cytologie des épanchements pleuraux, *Soc. de biol.*, 1900. — WIDAL et MERKLEN. Pleurésies typhoïdiques, *Soc. méd. des hôpit.*, 1900.

CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(Tunis, 1913.)

XIIIe SECTION. — ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

Par MM. DELHERM et NUYTTEN.

La physiothérapie des blessés de guerre. — M. MIRAMOND DE LAROQUETTE. Les blessés de guerre guérissent habituellement très vite, mais il peut rester à la suite de lésions des troncs nerveux ou des articulations des atrophies ou des ankyloses dans lesquelles la physiothérapie rend les plus grands services. Dans les névrites et les atrophies l'auteur emploie le courant continu à haute intensité et en séances longues auxquelles il ajoute quelques minutes de courant galvanique rythmé. Pour les lésions articulaires il emploie le surchauffage lumineux associé à la mécanothérapie. Les épanchements articulaires chroniques sont aussi traités par la radiothérapie (5H, tous les quinze jours).

Un exemple de ce que peut l'électricité médicale pour parfaire l'œuvre du chirurgien. — M. GROS (d'Apt). Un amputé de la verge, dont la miction était rendue difficile en raison du rétrécissement cicatriciel de l'orifice urétral et de l'abondance des poils du pubis, fut traité par quelques séances de rayons X qui amenèrent l'épilation définitive et la fonte du tissu cicatriciel chéloïdien et donnèrent ainsi un orifice propre et non rétractible.

Une jeune femme enceinte avait depuis plusieurs années le mamelon de l'aréole du sein gauche transformé en un tissu dur, sec, lisse, semblable à du noyer poli. Quatre applications de rayons X poussées à la teinte II de Bordier pour la première, à la teinte I et demi pour la seconde et à la teinte I pour les dernières avec interposition d'une lame d'aluminium amenèrent la guérison.

Dilatation et ptose gastrique, facteurs mécaniques de constipation rebelle. Données radiologiques. — M. ADDA. Si l'on insuffle d'air le gros intestin préalablement vidé par lavement, l'examen de l'écran montre que l'anse splénique du côlon est toujours *très haut située*, voisinant avec la poche d'air gastrique sous-diaphragmatique, que, d'autre part, ce que les anatomistes appellent *côlon transverse* est figuré par un *boyau obliquement descendant* de haut en bas et de gauche à droite, l'*anse hépatique* qu'il rejoint étant toujours *plus bas située*.

Dans les cas de ptose et de dilatation gastrique, cette portion oblique du côlon est abaissée quelquefois jusqu'au pubis sous le poids de l'estomac ptosé. Elle épouse la forme de la grande courbure et présente une concavité dirigée vers l'ombilic.

La situation haute, dans l'hypocondre gauche, de l'anse splénique *ne varie pas* et cette *fixité* constitue avec la ptose gastrique un obstacle *mécanique* des plus importants influençant indirectement la migration des matières fécales.

Ces faits d'ordre purement mécanique, s'ils expliquent la constipation rebelle, peuvent aussi contribuer à éclairer la pathogénie des certaines colites, typhlites, pérityphlites, voire même appendicites (infections par stase, d'ordre secondaire).

Lésions osseuses dans la syringomyélie. — M. ADDA. Le malade qui a fait l'objet de ces recherches radiographiques présente cliniquement le syndrome syringomyélique au complet. Les lésions osseuses sont typiques; sur l'une des épreuves l'on note à la fois de l'atrophie des phalanges, des fractures qui ont dû se produire spontanément et même des subluxations phalango-phalangiennes. Le reste du squelette montre de la raréfaction au niveau du gros orteil constituant le terme ultime d'un mal perforant plantaire ayant déjà détruit les tissus sus-jacents.

Présentation d'une sonde pour radioscopie de l'œsophage. — M. ADDA. La sonde est calquée sur le modèle des sondes pour électrolyse des rétrécissements de l'œsophage; seulement elle est très souple, creuse, et ne renferme pas de tige centrale conductrice; à 2 centimètres environ de son extrémité terminale se trouve une bague métallique de forme cylindrique, et qui sert simplement d'index radioscopique. Le bout initial comprend un barillet mobile, se dévissant et permettant d'inclure dans l'intérieur de la sonde de la poudre de bismuth. Les examens radioscopiques en position oblique et latérale au moyen de cette sonde permettent de mensurer et de localiser les rétrécissements depuis les arcades dentaires.

Cancer buccal demeuré guéri quatre ans après fulguration. — M. DE KEATING-HART présente un malade atteint d'un

cancer volumineux ayant envahi les deux maxillaires. Une première exérèse sans fulguration fut suivie de récidive quatre ans après. Une seconde exérèse fut suivie de récidives partielles rapides. Celles-ci furent traitées sans grand succès par les rayons X et des applications d'étincelles. Enfin on fit l'exérèse de toute la partie cancéreuse suivie d'une fulguration énergique renouvelée quelques jours plus tard sur les points douteux. Pas de récidive depuis quatre ans.

Mesure radiographique des mouvements de l'épaule. — M. MIRAMOND DE LAROQUETTE. Les variations de l'angle huméro-scapulaire, c'est-à-dire de l'angle formé par l'axe de l'humérus et le bord externe de l'omoplate permettent de déterminer l'état fonctionnel de l'articulation.

On mesure très facilement cet angle au moyen de la radiographie mais il y a lieu dans les expertises d'envisager séparément l'angle de l'humérus avec la verticale et celui de la verticale avec le bord externe de l'omoplate. On arrive ainsi à des résultats beaucoup plus précis que par le seul examen clinique.

Expériences sur la nutrition par la chaleur. — M. MIRAMOND DE LAROQUETTE a mesuré la ration alimentaire de cobayes soumis à différentes températures et conditions atmosphériques, il a pu constater que cette ration diminue à mesure que la température augmente, le poids des cobayes étant stationnaire ou légèrement augmenté.

La radiographie du fœtus in utero. Indications techniques. — MM. POTOCKI, DELHERM et LAQUERRIÈRE. La radiographie du fœtus in utero n'est devenue possible que depuis peu, c'est-à-dire depuis les perfectionnements de l'instrumentation et de la technique, depuis surtout que l'on peut envoyer dans l'ampoule une intensité de 30 à 40 milliampères en deux ou trois cinquièmes de seconde.

L'appareillage qui a servi aux auteurs est le contact tournant Gaiffe.

Technique. — Après purgation et lavement évacuateur, la femme est couchée sur le dos, le siège et les lombes reposant sur une planche assez mince pour ne pas arrêter une portion appréciable de rayons. L'ampoule est sous la table, le châssis avec plaque et écran renforçateur sur le ventre maintenu par deux pinces latérales le comprimant quelque peu. On fait tomber le rayon normal perpendiculairement au milieu de la plaque, on obtient une image du fœtus en totalité et on est renseigné sur sa situation et sur son développement.

Se rappeler que l'on doit obtenir une image sans que la femme ait bougé ou respiré, sans que l'utérus ait présenté de contraction, sans que le fœtus ait remué.

Les auteurs joignent à leur communication une série de belles radiographies très démonstratives, permettant de diagnostiquer des présentations du sommet, de siège, des grossesses gémellaires.

Présentation d'une électrode pour électrolyse de solution médicamenteuse (sels radifères) dans l'utérus. — M. LAQUERRIÈRE. D'un calibre que peuvent admettre les utérus larges ou étroits, utilisant sans rien en perdre la totalité de la solution radioactive, isolant parfaitement le vagin et d'une manipulation facile, telles sont les qualités essentielles de cette électrode construite par Gaiffe, sur les indications de MM. Jaboin et Laquerrière.

L'appareil schématiquement se compose d'une électrode ordinaire d'Apostoli dont le calibre est assez réduit sur une certaine longueur pour pouvoir admettre une mèche de tissu hydrophile spécial qui porte la solution radioactive; un mince tube d'argent glisse sur la tige et permet de recouvrir complètement la mèche hydrophile et l'empêcher de se plisser; l'introduction est dès lors aisée; une manœuvre simple permet de découvrir la mèche et de la mettre en contact avec la muqueuse utérine; un gros tube d'ébonite sépare du vagin toute la partie de l'électrode inutilisée.

Importance de la connaissance des anomalies du squelette pour la radiographie. — M. LAQUERRIÈRE signale surtout les anomalies rares qui peuvent induire en erreur le radiographe et le conduire à une mauvaise interprétation, en présence d'un traumatisme du pied. L'os trigone peut faire croire à une fracture de l'astragale; le cinquième orteil peut présenter un sésamoïde qu'il ne faut pas prendre pour une fracture parcellaire; la sésamoïde du gros orteil peut se dédoubler; enfin l'os tibial apparaît sous deux modalités : libre, ou bien soudé avec le côté correspondant du scaphoïde; il constitue alors le tubercule du scaphoïde.

L'utilité d'une radiographie de l'autre pied est de la plus haute importance, car elle permet de déceler une anomalie symétrique et d'éviter toute erreur d'interprétation. Des épreuves radiographiques très démonstratives sont jointes à cette communication.

Apparence de réfraction des rayons X dans certaines radiographies obtenues avec un tube localisateur. — M. GROS (d'Apt) présente un cliché obtenu au moyen d'un tube localisateur en plomb et sur lequel on voit l'image du bras se continuer en dehors du localisateur, mais à un niveau différent, comme si les rayons avaient été réfractés en traversant le localisateur.

Contribution à l'étude de la thermothérapie. — M. FOVEAU DE COURMELLES. L'air chaud ou surchauffé obtenu par aspiration d'air, son passage large ou rétréci sur des résistances chauffées, donne des températures utiles de 50 à 60 degrés, de 600 à 700 degrés. Les lampes à incandescence produisent aussi de la chaleur, avec action des couleurs.

L'air chaud est merveilleux pour la cicatrisation rapide des plaies, il est un précieux adjuvant de la chirurgie. L'air surchauffé détruit les tissus, couche mince par couche mince; il est précieux comme le radium, contre les nævi, les cancroïdes.

Les bains de lumière limités à leur action calorifique, agissent comme l'air chaud, contre les névralgies, les rhumatismes, les douleurs de quelque origine qu'elles soient.

Les actions circulatoires de la méthode de Bergonié. — MM. LAQUERRIÈRE et NUYTTEN. La méthode de Bergonié (gymnastique électrique généralisée) permet d'obtenir toutes les actions circulatoires de la gymnastique musculaire, utilisées spécialement dans les myocardites chroniques. Mieux que la méthode d'Œrtel ou que toute autre, elle permet d'éviter complètement l'influence perturbatrice de l'effort et de l'attention, aussi cette action est-elle toujours favorable. Le mode et les conditions d'application expliquent suffisamment le ralentissement du pouls par les séances faibles et la technique de Hampson, qui cherche à obtenir le synchronisme entre le rythme cardiaque et les mouvements provoqués, semble basée sur une erreur d'interprétation.

XIIe SECTION. — SCIENCES MÉDICALES

Classification et traitement des contractures. — M. Maurice FAURE (Lamalou et Nice). La clinique nous montre deux catégories de contractures :

La première catégorie correspond à l'état spasmodique vrai, survenant d'emblée. La contracture apparaît d'ordinaire insidieusement, elle est précédée d'une sensation de lourdeur, d'une exagération des réflexes et de trépidations épileptoïdes. Elle va toujours en s'exagérant, jusqu'à la raideur absolue du membre en extension. Elle ne s'accompagne pas de véritable paralysie ou d'atrophie. Pour la vaincre, il faut déployer une force proportionnelle à la vigueur du muscle contracturé, et l'expérience montre que plus on la mobilise, plus elle s'assouplit. L'on peut arriver ainsi, avec du temps et de la patience, à venir à bout de contractures très

fortes, et qu'on pouvait croire invincibles. Il est facile ensuite de réapprendre progressivement au malade des mouvements, depuis longtemps perdus.

La deuxième catégorie de contractures se présente comme un état secondaire à la paralysie. Cette contracture ne frappe pas également tous les muscles, comme la précédente, mais se localise dans les muscles les moins paralysés, ou dans ceux qui, à égalité de paralysie, sont cependant restés les plus forts. Elle coïncide, en effet, avec un certain degré de paralysie et d'atrophie, et aboutit, à la longue, à la rétraction et à l'attitude vicieuse invincible, le plus souvent en flexion.

En mobilisant sans relâche les membres atteints de paralysie, on arrive à enrayer partiellement l'apparition de ces contractures et, plus tard, à rendre possible la restauration de certaines fonctions motrices, mais celles-ci restent incomplètes et précaires, parce que ce genre de contracture a une tendance constante à récidiver et à s'exagérer, malgré les efforts thérapeutiques. Au contraire, les contractures de la première catégorie, qui se constituent facilement lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, disparaissent aussi facilement, et complètement, lorsqu'elles sont convenablement traitées.

Il nous paraît vraisemblable que ces deux groupes cliniques de contracture correspondent à deux mécanismes physiologiques différents; mais l'état de nos connaissances relatives à la structure et aux fonctions des voies sensitivo-motrices et de leurs centres spinaux et encéphaliques, n'est pas assez avancé pour que nous puissions en donner l'explication avec certitude. Toutefois, il est vraisemblable que les contractures de la première catégorie (ou paralysies spasmodiques pures) proviennent de l'irritation des faisceaux pyramidaux et des cellules motrices par des lésions de voisinage, et que les contractures de la deuxième catégorie (ou contractures paralytiques secondaires) correspondent à des lésions variées et incomplètes des centres moteurs eux-mêmes et des voies qui en découlent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 AVRIL 1913)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort subite de M. Yvon, membre titulaire dans la section de pharmacie.

Quelques considérations sur la prophylaxie et le traitement spécifique de la fièvre typhoïde à l'occasion d'une épidémie survenue au cours de la campagne actuelle de l'armée serbe. — M. DEBOVE présente un travail de M. Petrovitch sur ce sujet.

L'intérêt de son travail résulte de ce fait que, dans un espace de temps relativement court, il a pu traiter par une méthode spécifique 460 malades atteints de fièvre typhoïde, alors que parallèlement 220 autres typhiques n'étaient soumis qu'à la balnéation.

Typho-vaccination : M. Petrovitch l'a pratiquée sur les personnes qui se trouvaient au contact des malades. Il a employé la substance vaccinante à petite dose pour éviter les dangers de la phase négative. Commençant par lui-même, il a pratiqué 100 vaccinations en injectant une dose de vaccin correspondant à 100 millions de bacilles, tués par la chaleur, dilués dans un centimètre cube de sérum physiologique. Deux de ces sujets ont été atteints de fièvre typhoïde bénigne.

Traitement spécifique : M. Petrovitch a fait usage du vaccin usité dans l'armée anglaise fait avec des cultures de bacille d'Eberth tués par la chaleur.

Le nombre des typhiques a été de 680 dont 460 ont été soumis à la bactériothérapie, les autres, c'est-à-dire 220 malades, ont préféré ne pas subir ce mode de traitement. Les sujets des deux groupes ont d'ailleurs été traités par les bains froids, selon la méthode usuelle. Si on fait abstraction des malades morts dans les premières vingt-quatre heures de leur entrée à l'hôpital, la mortalité a été de 2,9 p. 100 pour les malades traités par la bactériothérapie, de 12,8 p. 100 pour ceux traités exclusivement par les bains froids.

Ces chiffres ont une éloquence qui dispense de tout commentaire. La science a réalisé le problème de la vaccination antityphique; on peut prévoir qu'à brève échéance sera résolue la question du traitement des typhiques.

Il est à noter qu'il n'y a eu que très peu de malades (sauf les blessés) au cours des opérations militaires, tant que les soldats serbes, jeunes gens du peuple sobres et résistants, vécurent au grand air et couchèrent sous des tentes ou à ciel ouvert. Ce n'est que du jour où les troupes eurent la « bonne fortune » d'être logées dans des maisons et édifices des villes conquises que l'encombrement et la malpropreté combinés ont fait éclore des épidémies de dysenterie et de fièvre typhoïde.

M. Debove fait ressortir tout l'intérêt de ce travail.

Des enseignements de la guerre des Balkans (campagne de Thrace, 1912). Blessures par les armes de guerre. — M. DELORME. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 47, p. 757.)

Suture des nerfs. — M. MIGNON communique à l'Académie un certain nombre de cas de suture des nerfs du membre supérieur suivis de résultats thérapeutiques si différents que le pronostic de la suture chirurgicale des nerfs lui semble en général difficile à préciser, quelles que soient les conditions de l'opération. La suture a échoué dans des cas de plaie récente et a réussi alors que le nerf sectionné avait depuis longtemps son bout inférieur en apparence atrophié. De deux sutures du nerf radial après fracture de l'humérus, celle qui a été exécutée dans les conditions les moins favorables a été suivie de succès, tandis que l'autre a échoué. Et le meilleur résultat qui a été obtenu se rapporte à une suture du nerf radial au-dessus du coude pratiquée après un traumatisme qui avait intéressé le squelette et dans un champ opératoire incomplètement désinfecté.

La conclusion de M. Mignon se résume dans cette phrase : « Le chirurgien pratique la suture, et c'est la nature qui rétablit le courant nerveux. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1913)

Coliques hépatiques et hyperleucocytose (processus infectieux). — MM. LUTIER et SALIGNAT. Parmi les principaux symptômes de la cholécystite, l'hyperleucocytose paraît être le plus important. La recherche de l'hyperleucocytose a permis aux auteurs de démontrer que, conformément à l'opinion de M. E. Parmentier, le processus infectieux et la cholécystite sont souvent méconnus, bien qu'ils soient fréquents dans les coliques hépatiques. On trouve le plus souvent un chiffre de leucocytes variant entre 12000 et 15000. Cette hyperleucocytose persiste pendant un temps variable, mais souvent assez prolongé. Une hyperleucocytose modérée et peu persistante indique une cholécystite légère. Par contre une hyperleucocytose plus considérable et plus prolongée indique une cholécystite sévère.

On observe la disparition de l'hyperleucocytose à la suite du traitement médical de la cholécystite et des coliques hépatiques. L'étude de l'équilibre leucocytaire a démontré qu'avec l'hyperleucocytose apparaît une polynucléose semblable à celle des affections aiguës.

Corps étranger de l'avant-bras. — M. RAOULT-DESLONGCHAMPS rapporte l'histoire d'un corps métallique de l'avant-bras qui ne put être enlevé malgré sept radiographies et deux interventions prolongées sous le chloroforme et qu'il parvint à extraire en moins de deux minutes sous les rayons X grâce à son appareillage spécial.

M. MOUCHET croit que la radioscopie n'est pas la méthode de choix pour l'ablation des corps étrangers; pour sa part, il n'a recours qu'à des radiographies prises dans des plans différents et il est satisfait de ce procédé.

M. DUPUY DE FRENELLE. La radioscopie, à côté de la table d'opération, peut rendre de grands services pour repérer rapidement le siège du corps étranger par rapport à un point de repère placé dans le champ opératoire lorsqu'on ne trouve pas immédiatement le corps étranger là où on comptait le trouver en se basant sur la radiographie.

M. LAQUERRIÈRE a fait un grand nombre d'extractions et est d'avis qu'il faut toujours se servir de la radiographie. En particulier, quand il s'agit de corps étrangers profonds, la radioscopie conduit à risquer de blesser des organes importants. Par contre, la radioscopie doit être employée à titre exceptionnel quand il s'agit de trouver des corps très petits perdus dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané.

M. Albert WEIL. Il est inexact de dire qu'il ne faille extraire les corps étrangers que sous l'écran radioscopique. Cette méthode doit être l'exception, en raison de sa complexité et de ses dangers. Par des radiographies successives, on peut localiser géométriquement tous les corps étrangers. La radioscopie ne doit être employée que comme méthode préalable pour placer les repères.

La radiographie du fœtus in utero. — MM. POTOCKI, DELHERM et LAQUERRIÈRE. Grâce à l'installation radiographique très puissante de la nouvelle Pitié, les auteurs ont pu étudier d'une façon nouvelle la radiographie de la grossesse; jusqu'à présent, l'obtention d'une bonne image était un tour de force rarement réalisé. Ils ont pu au contraire obtenir d'une façon à peu près constante de bonnes images du fœtus aux huitième et neuvième mois et d'une façon fréquente aux sixième et septième mois. D'ailleurs, ils ont pu parfois avoir des résultats encore plus brillants puisque, par exemple, et ils croient avoir été les premiers à y arriver, ils ont un cliché de fœtus de quatre mois et demi. Ils exposent en détail la technique à laquelle ils sont arrivés et présentent une très nombreuse série de clichés.

M. Albert WEIL présente une série de clichés obtenus en des temps dépassant rarement une seconde et demie. On y constate que non seulement la tête, mais encore la colonne vertébrale, les côtes, les membres et même les viscères de l'enfant y sont vus nettement.

Traitement de la gangrène par l'air chaud. — M. BECUS rapporte un cas de gangrène du membre supérieur. M. DAUSSET montre les beaux résultats que donne le traitement par l'air chaud de cette affection et des gangrènes en général. M. DUPUY DE FRENELLE présente un nouveau mode d'anesthésier des troncs nerveux qui lui a permis d'amputer l'avant-bras sans endormir la malade. Il décrit sa technique nouvelle d'amputation des membres.

De l'urée en pathologie rénale chirurgicale. — M. CATHELIN insiste sur la valeur du taux de l'urée et des chlorures dans les urines divisées des deux reins, revient sur les lois de l'urée et des chlorures, et critique la valeur physiologique de la constante, tout au moins son application dans le domaine de la chirurgie rénale.

M. CARRION est d'avis que le chimiste n'a pas à savoir si le malade dont il examine les urines a une affection médicale ou chirurgicale.

La constante d'Ambard exprime une loi physiologique, comme le thermomètre sert à contrôler une loi physiologique. Cette loi est exacte et un écart de la constante doit correspondre à une viciation de la fonction uréosécrétoire.

M. Arthur LECLERC. M. Cathelin va un peu loin en fusionnant dans un même type les néphrites à rétention chlorurée et les néphrites à rétention urémigène car les premières ne peuvent être que ce qu'elles sont en raison de leur origine infectieuse. Quant à la constante d'Ambard, elle ne peut avoir qu'une valeur de simple contrôle, car ce qui intoxique les malades, ce n'est pas l'urée, mais les homologues supérieurs retenus dans l'économie par suite de l'insuffisance hépatique constante dans ces cas.

Recherches sur la pathogénie du cancer. — M. DE KEATING-HART étudiant les diverses théories parasitaires et cellulaires de la pathogénie du cancer, conclut à l'invraisemblance des premières. Parmi les secondes, il croit que la théorie de l'irritation locale prolongée peut s'adapter à tous les faits observés, mais elle lui semble incomplète si l'on n'y ajoute les conditions de la transformation de la cellule normale en cellule néoplasique et ces conditions, il les trouve dans la surnutrition prolongée à laquelle sont soumis les tissus situés autour des régions chroniquement enflammées, ce qui expliquerait l'hyperhémie des cancéreux et les rapports directs de l'évolution cancéreuse avec la nutrition locale et générale.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 3, mars 1913.) Ch. VIRY : L'école du service de santé militaire de Strasbourg (14 illustr.). — Ch. GUILBERT : La « voyance » (8 illustr.). — BOUQUET : Une science nouvelle, l'océanographie (10 illustr.). — Professeur GUIART : Le macabre dans l'art, troisième article (8 illustr.). — F. REGNAULT : Le corset dans l'art (4 illustr. dont 1 hors texte).

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 3, mars 1913.) PETGES et DESQUEYROUX : Tuberculose inflammatoire et psoriasis (3 fig.). — R. SABOURAUD : Pelade et goitre exophtalmique (2 fig.). — A. NANTA : Syphilis et lymphomatoses. — Ch. AUDRY : Résultats rapprochés du traitement de la syphilis par arsenobenzol et Hg. — Paul RAVAUT : Accident nerveux à type de névralgie intercostale chez un syphilitique traité par le salvarsan. Son origine méningée démontrée par la ponction lombaire.

Annales des maladies vénériennes. — (N° 3, mars 1913.) DUDUMI : Contribution au traitement de la syphilis par l'hectine. — TOUCHARD et MEAUX-SAINT-MARC : Sur un cas de poliomyélite antérieure aiguë apparue au cours de la période secondaire de la syphilis. — Robert A. BACHMANN : Un cas de paraplégie spastique deux mois après une injection intraveineuse de 606.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Avril 1913.) DUVOIR : Le tabes traumatique. — Et. GINESTOUS : L'assistance aux aveugles en France et à l'étranger,

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, mars 1913.) Maurice DIDE et G. CARRAS : Psychose périodique complexe. Délire d'interprétation, psychose excito-dépressive, obsessions et impulsions. — Serge SOUKHANOFF : Démence précoce et alcoolisme. — A. ALBÈS : De quelques particularités observées dans un état hallucinatoire chez un paralytique général. — Henry DAMAYE : La psychiatrie actuelle et la thérapeutique des affections curables. — Lucien LAGRIFFE : Contribution à l'étude des attentats simulés. Du ligotage.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 354, 25 mars 1913.) Carlos SANTOS fils : Sur le traitement de la blennorragie par la diathermie. — Mario PONZIO : Contribution à l'étude radio-diagnostique des pseudo-calculs du rein. — Th. NOGIER : Précautions pratiques pour éviter les interprétations erronées basées sur le seul examen des radiographies positives. — RÉCHOU : Un éclaireur simple pour diathermie. — (N° 355, 10 avril.) H. BORDIER : Action biochimique des radiations, et en particulier des radiations de Röntgen.

Archives de médecine des enfants. — (N° 4, avril 1913.) NOBÉCOURT, Léon TIXIER et MAILLET : Hématologie et altérations ostéo-médullaires dans la maladie de Barlow. — HUTINEL et NOBÉCOURT : Des colites aiguës chez l'enfant (*fin*). — GALLIOT : Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'enfant par la méthode de Ferrier. — LESAGE et GAUCHERY : Un cas d'hémispasme congénital de la face (Variot). — J. COMBY : Calculs de l'uretère chez les enfants.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 3, mars 1913.) GORSE : La sporotrichose au point de vue chirurgical. — MAISONNET et OLLÉ : Des péritonites dites généralisées dans le milieu militaire; leur traitement. — BACHON : Relations d'une épidémie de diarrhée d'origine hydrique. — (N° 4, avril.) SIMON : La fièvre typhoïde dans la garnison et la population d'Avignon de 1892 à 1912. — STUREL : La morphologie humaine. Ses principes généraux. Ses applications à l'armée. — BARAILHÉ et CRUZEL : Etude générale sur l'origine et le mode d'action des eaux thermales. — LE GUELINEL DE LIGNEROLLES : Brancard métallique pliant. — LE FORT : Le service de santé dans la guerre des Balkans.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 2, fév. 1913.) TRIBONDEAU : Coloration des tréponèmes du chancre syphilitique, son importance au point de vue du diagnostic et du traitement précoce de l'avarie. — VARENNE : Note sur un cas de quatrième molaire. — BONAIN : La désinfection en profondeur à bord des bâtiments. — FORGEOT : Hémoptysie foudroyante due à la déchirure de l'artère pulmonaire dans un cas d'adénopathie tuberculeuse trachéo-bronchique de l'adulte.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 3, mars 1913.) ROGER : Influence de la bile sur les putréfactions intestinales. — FRIEDEL : La dysenterie amibienne chronique et son traitement. — WASSERTHAL et GOIFFON : L'examen microscopique des fèces au polariscope. — MILLON : Des colites aiguës chez les enfants (résumé d'après les rapports de MM. Hutinel et Nobécourt). — MATHIEU : Les colites aiguës chez l'adulte et chez l'enfant.

Presse médicale. — (N° 20, 8 mars 1913.) BONNAIRE et G. DURANTE : Arrêt de développement limité des enveloppes cutanée et osseuse du crâne. — H. NOLHIA. L'emploi du sérum animal simple en chirurgie. — (N° 21, 12 mars.) ROUZAUD et CABANIS : Variations de la cholestérinémie au cours de la vaccination antityphoïdique (vaccin polyvalent de Vincent). — (N° 22, 15 mars.) A. GOSSET et E. DESMARET : De la cholécystectomie d'arrière en avant. — Léon BERNARD : Le pneumothorax des tuberculeux. — M. LETULLE : Diagnostic des anévrismes de l'aorte. — (N° 23, 19 mars.) P. RECLUS : Du traitement des blessures par balles de revolver et de fusils de guerre. — A. AINSES : L'héliothérapie dans les affections non tuberculeuses.

Progrès médical. — (N° 11, 15 mars 1913.) VILLANDRE : Circulation sanguine du rein. Anatomie. — E. BINET : Lithiase biliaire et lithiase intestinale. — Marcel LABBÉ : Les œdèmes chez les diabétiques.

Province médicale. — (N° 10, 8 mars 1913.) J. NICOLAS, H. MOUTOT et J. GATÉ (de Lyon) : Septico-pyohémie streptococcique avec éruption pemphigoïde. — E. ROUX (de Saint-Gervais) : Note sur le traitement de la coqueluche. — (N° 11, 15 mars.) E. MAUREL (de Toulouse) : Contribution à l'étude de l'eugénisme. Etat de la question, définition, ses caractères, ses principes. — E. ETIENNE (de Montpellier) : Sur la nature de la botryomycose. — Léon CLÉMENT (de Marseille) : Hernie propéritonéale étranglée consécutivement à une éventration.

Revue de chirurgie. — (N° 3, 10 mars 1913.) GORSE et DUPUICH : Le cancer de la langue chez les jeunes sujets (2 fig.). — G. COTTE et ALAMARTINE : La tuberculose inflammatoire. Ses manifestations chirurgicales. — Jules REGNAULT et BOURRUT-LACOUTURE : Anévrisme professionnel de l'arcade palmaire superficielle. — E. CHAUVIN et Sp. N. ŒCONOMOS : Recherches sur la nutrition des anesthésies et des opérés. — André CHALIER et Paul BONNET : Les tumeurs mélaniques primitives du rectum (*suite*).

Revue de médecine. — (N° 3, 10 mars 1913.) A. DE VERBIZIER : Nouvelles recherches sur la présence du bacille de Koch dans le sang circulant des tuberculeux. — E. JOB : Les infections à paratyphus B. Etude nosologique et épidémiologique (2e partie). — M. PIÉRY et A. MANDOUL : Contribution à l'étude de la tuberculose inflammatoire du gros intestin. Colites et péricolites tuberculeuses. — A. PIC : La tuberculose inflammatoire.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 11, 15 mars 1913.) R. GÈZES : Considérations sur la valeur diagnostique des déviations de la marche dans les otopathies. Recherches physiologiques préliminaires.

Revue médicale de l'Est. — (N° 4, 15 fév. 1913.) Maurice PERRIN : La déclaration de la cause du décès est contraire à la loi du secret professionnel. — BICHAT et JOB : Empalement. Plaies du rectum et de l'S iliaque. Laparotomie. Guérison.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 5 AU 10 MAI 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 5 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 6 mai, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).

3e (oral, 2e partie).

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 7 mai, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec*.

Jeudi 8 mai, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).

2e.

3e (oral, 2e partie).

4e.

Vendredi 9 mai, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 10 mai, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 avril. — MM. Courcoux, 20; Israëls de Jong, 18; Foix, 19.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 25 avril. — MM. Bazy, 16; Mathieu, 15; Bréchot, 14.

— Concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 25 avril. — MM. Lequeux, 17; Lacasse, 15; Guéniot, 16.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Epreuve de médecine opératoire.* — Questions données : « Désarticulation tibio-tarsienne par le procédé de Syme (côté droit). — Ligature de l'artère axillaire dans la clavicule (côté droit). »

MM. Pascalis et Mornard, 28; Sorel, Cruet et Moure, 27; Métivet, 26.

Epreuve orale de chirurgie. — Question donnée : « Luxations irréductibles de l'épaule. »

MM. Sorel, 18; Métivet, 15; Moure, 17; Pascalis, 19; Cruet et Mornard, 17.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Concours pour l'agrégation. — *Liste des candidats admis à prendre part au concours.* — Section d'histologie (5 places; 19 mai 1913). — Académie de Lille : MM. Debeyre, d'Hardiviller.

Académie de Lyon : MM. Dubreuil, Policard.

Académie de Paris : MM. Champy, Guieysse, Lefas, Segall.

Académie de Toulouse : M. Faure.

Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées a la médecine (5 places; 26 mai 1913). — Académie d'Alger : M. Viguier.

Académie de Bordeaux : M. Llaguet.

Académie de Lille : M. Bruyant.

Académie de Lyon : M. Garin.

Académie de Nancy : MM. Jannin et Thiry.

Académie de Paris : M. Blanc.

Académie de Toulouse : M. Gautié.

Section d'obstétrique (3 places; 26 mai 1913). — Académie de Bordeaux : M. Faugère (Bordeaux).

Académie de Lille : M. Paucot (Lille).

Académie de Paris : MM. Chirié (Paris et subsidiairement toutes les autres facultés), Devraigne (Paris et subsidiairement toutes les autres facultés), Dupont (toutes les facultés), Lacasse (Paris), Le Lorier (Paris), Lemeland (toutes les facultés), Levant (toutes les facultés), Lévy (Paris), Metzger (Paris et subsidiairement toutes les autres facultés), Rudaux (Paris), Sauvage (Paris), Wilhelm (Paris et subsidiairement toutes les autres facultés), Willette (Paris).

— Nancy. — M. Richon, agrégé, est chargé en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1912-1913, d'un cours complémentaire de clinique des maladies des vieillards, en remplacement de M. Etienne, appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLE DE MÉDECINE. — Limoges. — M. Eymeri, professeur de physiologie, est chargé, en outre, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

MARINE. — La médaille des épidémies en or est décernée à M. le médecin en chef de première classe Pfihl, directeur du service de santé du 3e arrondissement maritime.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE. — Le Congrès de 1913 s'ouvrira le lundi 5 mai, à huit heures et demie du matin, à la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain. Un rapport sur le *Nystagmus* sera lu par M. Coppez (de Bruxelles).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Jaccoud, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, professeur honoraire à la Faculté, médecin honoraire des hôpitaux, commandeur de la Légion d'honneur. Nous reviendrons, dans le prochain numéro, sur cette grande figure médicale.

Les obsèques auront lieu mardi 29 courant, à dix heures et demie, à l'Oratoire du Louvre, où on se réunira.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale de Paris a compté, pendant la seizième semaine, 947

décès, au lieu de 964 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1050, moyenne ordinaire de la saison.

On remarque le développement subit qu'a pris la fièvre typhoïde depuis deux semaines. Cette fièvre a causé 17 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente (la moyenne est 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 78 (au lieu de 71 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 34).

POUR SE PRÉSERVER DES MOUSTIQUES. — Un certain nombre de plantes ont la réputation de chasser les moustiques. L'une des plus connues est le ricin. On prétend qu'un seul pied de cette plante placé dans une chambre suffirait à écarter ces insectes.

M. Aubert signale dans le *Lyon médical* une deuxième plante qui jouirait des mêmes propriétés. C'est le basilic.

D'après les expériences faites par le major anglais Larrymore, il suffirait de placer dans un appartement deux pieds de cette labiée, dont les feuilles contiennent une essence d'odeur assez pénétrante, pour éloigner les moustiques. Le major en question ne dit pas quelle est la variété de basilic qu'il a expérimentée, il est possible que toutes les variétés de cette plante soient également efficaces. En tous cas, il est très facile de contrôler les résultats annoncés.

JURISPRUDENCE

CERTIFICATS MÉDICAUX ET SECRET PROFESSIONNEL

Un médecin peut-il révéler qu'il a soigné telle personne pour telle maladie, alors que cette maladie est parfaitement avouable, ou, en d'autres termes, y a-t-il un secret professionnel pour certaines maladies seulement et peut-il par suite délivrer à un tiers un certificat sans causer un préjudice certain ?

Saisie de la question, la première chambre du tribunal de la Seine, rendit, le 23 avril 1913, un jugement, dont voici les attendus essentiels, attendus qui sont quelques considérations intéressantes sur le secret professionnel des médecins :

« Attendu que le secret médical, sauf dans les cas limitativement spécifiés par la loi dans un but d'intérêt général et d'hygiène publique, doit être strictement et religieusement gardé, quelle que soit la maladie pour laquelle le praticien a été appelé à donner des soins;

Qu'on ne comprendrait pas que le médecin pût arbitrairement considérer comme révélables certaines maladies, alors que d'autres, d'après lui, restent cachées;

Que cette distinction ne lui appartient pas; qu'il peut se rencontrer telle circonstance qui transforme une maladie réputée bénigne et inoffensive en affection grave et de répercussion inquiétante et inattendue; que le médecin ne doit pas se faire juge de l'opportunité d'une révélation qui peut avoir pour la personne qui en est la victime de sérieuses et regrettables conséquences;

Qu'il importe, tant au point de vue de la dignité du corps médical qu'au point de vue de l'intérêt de tous ceux qui se confient aux médecins, que le secret le plus rigoureux soit observé par ces derniers aussi bien en ce qui concerne la nature de la maladie qu'en ce qui touche les circonstances qui ont accompagné les visites médicales.

Qu'il suit de là que le docteur X..., en délivrant inconsidérément, sans l'assentiment des époux Z... un certificat énumérant le nombre des consultations par lui données à la dame Z... et énonçant la nature de la maladie traitée par lui, a commis une faute dont le demandeur est en droit de se prévaloir. »

Estimant toutefois que la divulgation dans l'espèce était de nature à nuire, mais qu'elle n'avait en somme causé au demandeur qu'un minime préjudice, le tribunal lui a alloué 1 franc de dommages-intérêts et les dépens du procès.

Si le droit pour le médecin de délivrer des certificats n'est pas contesté en principe, soit par le Code civil, art. 81, soit par le Code d'instruction criminelle, art. 83 et 86, soit par le Code pénal, art. 160, soit par les lois du 30 juin 1838, art. 8, du 9 avril 1898, art. 11, etc., dans quelles limites pourra-t-il les délivrer ?

Aucune difficulté en ce qui concerne la délivrance à une personne qui s'adresse à un médecin, exclusivement consulté pour la circonstance. Le médecin a le droit et le devoir de révéler le résultat de son examen dans son certificat. Tel est le cas pour les médecins qui, attachés aux compagnies d'assurances sur la vie, sont envoyés par elles pour examiner les personnes désirant souscrire une police. Il en est de même si le malade s'adresse à son médecin habituel, en le priant de constater seulement un état dont il peut s'assurer par son examen actuel, et sans faire allusion à l'état et aux soins antérieurs.

Il en est autrement lorsqu'on sollicite du médecin la constatation, dans un certificat, des faits connus de lui au cours du traitement, et secrets de leur nature. C'est alors qu'entrent en jeu les principes du secret professionnel. Le médecin, sauf le consentement formel du malade examiné, ne peut délivrer à un tiers un pareil certificat : il violerait le secret professionnel. (Cass., 13 juillet 1897. S. 98. 1. 220; Trib. Fougères, 29 juin 1898; Besançon, 7 juin 1899. S. 01. 2. 108). Mais si les faits attestés n'ont rien de secret, le médecin peut le faire sans crainte (Cass., 18 juillet 1904. S. 05. 1. 233 et 30 avril 1907. *Sem. méd. suppl.* 5 juin 1907). Le médecin ne peut davantage remettre à un tiers même avec le consentement de la personne examinée, un certificat dont elle n'aurait pas connu les termes auparavant. Si le malade demande au médecin un certificat personnel, rien ne s'y oppose. Il a le droit de révéler à son malade son état de santé dans la mesure où cette communication lui paraît utile. Si le certificat nuit ensuite au malade, le médecin ne sera pas inquiété (Poitiers, 3 déc. 1895, S. 95. 2. 36). Le médecin peut remettre directement à un tiers un certificat relatant exclusivement les faits qu'il lui a été permis de révéler par une autorisation du malade: le médecin est considéré comme le mandataire de la personne examinée qui remet simplement le certificat (Trib. Bordeaux, 28 avril 1891, *La Loi*, 12 mai 1891).

Il est bien entendu que le consentement du client doit être donné en connaissance de cause. L'autorisation donnée d'une manière générale est insuffisante. Ainsi en a décidé la jurisprudence pour l'autorisation donnée par avance, dans une police d'assurance, par un contractant d'une assurance sur la vie, à un médecin quelconque qui devra le traiter dans sa dernière maladie et qui renseignera l'assureur par un certificat des causes du décès (Trib. de Besançon, 17 fév. 1887, S. 1887, 2, 94). Cette autorisation ne doit pas émaner des héritiers ou des tuteurs du malade. Il en a été jugé ainsi lorsqu'une compagnie d'assurance-vie refusait le paiement aux héritiers de l'assuré du montant de l'assurance sans un certificat du médecin du décédé relatant les causes de la mort (Trib. du Havre, 30 juillet 1887, *D. p.*, 1887, 3, 24).

Disons en terminant que le médecin traitant n'est pas tenu à donner à son malade ou à ses héritiers les certificats demandés par celui-ci. Il ne peut être poursuivi en délivrance de certificats exigés de lui pour le paiement d'une assurance sur la vie (Trib. de Besançon, 17 fév. 1887, précité).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

FORMULAIRE

FIÈVRE DE DIGESTION CHEZ LES ENFANTS

Régime sévère. Pas de viande faisandée, de vin, de sauces épicées. Prescrire pain grillé, panades, soupes épaisses, légumes secs, œufs, lait, fruits cuits.

Si l'enfant a la langue saburrale, donner par jour, quatre à cinq des paquets suivants :

Calomel.............. 0g01 à 0g03.
Lactose.............. 0g50 par paquet.
(Comby).

Après chaque repas, donner à l'enfant une à deux cuillerées à dessert de sirop de Trouette-Perret à la Papaïne.

L'USAGE DE L'ACIDE PICRIQUE EN THÉRAPEUTIQUE

Par M. Victor BRUN (1),
Ancien assistant de chirurgie de l'hôpital de la Reine-Marguerite à Turin,
Médecin de l'hôpital royal de Vigone.

Traduit de l'italien par M. POLONOWSKI,
Externe des hôpitaux,

Publié et annoté par M. Paul THIÉRY,
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

« *L'usage de l'acide picrique mérite d'être largement répandu dans la thérapeutique médicale, car tant par ses propriétés analgésiques et kératoplastiques, que par son pouvoir antiputride, désinfectant et astringent, il a donné d'excellents résultats en dermatologie, en chirurgie, dans les maladies vénériennes et en ophtalmologie.* »

Le traitement à base d'acide picrique date d'une époque assez reculée, mais la crainte des inconvénients possibles qui pouvaient en résulter en restreignit beaucoup l'usage; en 1879 il fut remis en honneur par Bufalini qni l'employa avec succès contre l'eczéma impétigineux : dès lors son application s'étendit de proche en proche dans les cas les plus divers, jusqu'à ce qu'en 1896 (2) Thiéry consacra à ce sujet deux brillants articles (3). Dernièrement Motolese s'est occupé du point de vue pharmaceutique et Fontana du côté pratique de la question. J'ai eu l'occasion, pour ma part, de voir appliquer ce traitement sur une large échelle durant mon séjour à l'hôpital de la Reine-Marguerite à Turin, dans le service de la chirurgie du docteur Annibale Nota, et je puis à présent exposer les brillants résultats que nous avons toujours obtenus.

Propriétés de l'acide picrique. — L'acide picrique a un pouvoir analgésique, kératoplastique, antiputride, désinfectant et astringent.

Appliqué sur les blessures il en calme rapidement la douleur; ceci se vérifie d'une façon particulièrement remarquable dans les cas de brûlures.

Son action kératoplastique est de première évidence dans toutes les lésions dermo-épidermiques, puisque sans aucune irritation on obtient une rapide régénération de la peau, avec une évolution que l'on peut résumer en trois phases : 1° conservation temporaire de la couche cornée, grâce à la propriété qu'a l'acide picrique de fixer et d'indurer les tissus [propriété que l'on utilise en histologie (1)]; 2° résorption des liquides exsudés et accollement de la couche cornée au derme sous-jacent; 3° activité néoformative dans cette même couche. Plus brièvement : 1° fixation et induration des tissus (2); 2° conservation de l'épithélium; 3° kératogenèse.

Le pouvoir antiseptique de l'acide picrique est remarquable, de beaucoup supérieur à tous les autres liquides antiseptiques employés dans le traitement des lésions superficielles de la peau qui ont lésé, sans la détruire, la couche de Malpighi (Ehrenfreid).

Motolese a remarqué que la solution aqueuse au 1/1000 a un pouvoir destructif sur les leucocytes qui perdent leur mouvement amiboïde et deviennent granuleux; tandis qu'une solution au 1/5000 ne provoque pas la coagulation des albuminoïdes, mais détermine une véritable dissolution du protoplasme dont elle est un poison : et ainsi s'explique l'action destructive de l'acide picrique sur les microorganismes. Fontana a expérimenté le pouvoir antiseptique de l'acide picrique en solution alcoolique (95 degrés) à 1/1000 : un terrain de culture du bacille pyogène contenant 1/15.000 à 1/20.000 d'une telle solution n'a donné lieu à aucun développement de bactéries; des morceaux de peau, désinfectés avec une solution semblable d'acide picrique, prélevés au début d'une opération et mis en terrain de culture, ne se montrèrent que très rarement souillés de microorganismes.

Quant au pouvoir astringent de l'acide picrique il est, d'après Motolese, supérieur à celui du sulfate de zinc, de l'alun, de l'acétate neutre de plomb, égal à celui de l'acétate basique de plomb mais inférieur à celui du tannin et du nitrate d'argent.

Les solutions d'acide picrique diffusent rapidement dans les tissus grâce à la propriété qu'a ce corps d'appartenir au groupe des électrolytes, c'est-à-dire des éléments présentant une dissociation moléculaire. Fontana a démontré histologiquement que le pouvoir de pénétration et de diffusion de la solution alcoolique d'acide picrique est supérieur à celui de la teinture d'iode (3).

On a beaucoup discuté au sujet de la toxicité de l'acide picrique, spécialement chez les enfants, qui se manifesterait par l'apparition de vomissements, de diarrhée, d'une couleur ictérique de la peau et de la sclérotique, de torpeur, et par la présence de ce médicament dans les urines; aussi quelques auteurs ont recommandé de n'employer la solution aqueuse saturée qu'avec la plus grande prudence chez les adultes et de l'exclure tout à fait dans la pratique

(1) Nous avons cru intéressant de traduire pour les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* ce mémoire paru dans la *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche* le 18 juillet 1912; ils y trouveront les différentes indications du pansement picriqué, un peu trop délaissé au profit de multiples topiques qui n'ont le caractère ni de simplicité ni d'efficacité de l'acide picrique; nous indiquerons, chemin faisant, les principales observations que nous a suggérées la lecture de cet important article.

(2) En réalité, et ainsi que nous l'indiquons dans la thèse de notre élève Filleul (Paris 1894) nous employons le pansement picriqué depuis 1886 et croyons avoir été le premier à en démontrer les avantages et les multiples applications; nos publications sur ce sujet et celles de nos élèves ont fait l'objet d'une vingtaine de mémoires; depuis nombre d'années nous consacrons tous les ans deux leçons cliniques à cette étude.

(3) *Gaz. des hôpit.*, 1896, nos 8 et 25; 1897, n° 104.

(1) C'est en utilisant ce pouvoir fixateur en histologie que nous avons eu l'idée dès 1886 (laboratoire du professeur A. Richet) d'appliquer l'acide picrique au traitement des brûlures.

(2) C'est grâce à cette propriété que nous avons pu étudier la lenteur de résorption du catgut picriqué, plus résistant que le catgut chromé quoique n'étant pas résorbé plus vite que lui.

(3) A notre avis le pouvoir de pénétration de la solution aqueuse est supérieur à celui de la solution alcoolique ainsi qu'en témoigne la décoloration plus difficile de la peau lorsqu'on a employé la solution aqueuse; c'est pour cette raison que nous donnons la préférence à la solution aqueuse saturée (12/1000) bien qu'ayant autrefois employé également la solution alcoolique.

infantile. Pour mon compte, je ne puis du tout me rallier à cette crainte exagérée (1), car dans le nombre considérable de cas que j'ai observés et qui dépasse certainement deux mille, chez les malades de toutes conditions et dans des états de santé les plus variés, je n'ai jamais constaté d'inconvénients provenant de ce remède que j'estime des plus recommandables à tous les points de vue. La meilleure preuve de cette innocuité est que l'acide picrique appliqué sur plus d'un tiers de la superficie totale du corps est très bien absorbé par la peau, que même la sclérotique prend une coloration jaune, sans toujours que cette imprégnation de l'organisme ne s'accompagne d'aucun accident toxique (2).

Emploi de l'acide picrique en thérapeutique. — L'acide picrique préside aux applications thérapeutique les plus variées que l'on peut, pour la clarté de l'exposition, réunir en quatre grands groupes : 1° dermatologie ; 2° chirurgie générale ; 3° affections vénériennes ; 4° ophtalmologie.

I. En dermatologie. — L'acide picrique s'emploie dans les affections variées que l'on peut énumérer ainsi, suivant leur importance :

1° Les *brûlures* (3) constituent la principale indication de la médication picriquée qui fut employée pour la première fois, sur une large échelle, en France, par Thiéry et qui, rapidement répandue, s'est imposée partout par ses excellents résultats. Je l'ai vu appliquer et l'ai appliquée moi-même pendant plus de cinq ans, à l'hôpital de la Reine-Marguerite à Turin, sur toutes les variétés de brûlures et sur un nombre considérable d'individus enfants et adultes, et spécialement chez ces derniers à la suite d'accidents de travail, et je dois dire que réellement les résultats furent toujours remarquables. La lésion est préalablement bien nettoyée à l'alcool et à l'éther ; on applique ensuite 4 à 5 couches de gaze aseptique imbibée d'une solution aqueuse saturée d'acide picrique (12/1000 à chaud, ou bien à froid après addition de 50 grammes d'alcool à 95 degrés) ; on la recouvre d'un peu de coton hydrophile, de manière à avoir un pansement sec. Lorsque c'est possible, dans les cas des brûlures des extrémités, il est bon d'immerger (4) directement la partie malade dans la solution, tiède autant que possible (1), et de la laisser cinq à dix minutes dans le bain (2) ; puis on fait le pansement comme précédemment (3).

Après peu de jours d'un tel traitement, quand la blessure commence à bien bourgeonner, quelquefois même dès le début, dans des lésions de moindre gravité, le docteur Nota, mon ancien chef, applique une pommade ainsi constituée (4) :

Lanoline, vaseline, glycérine neutre, amidon de riz, oxyde de zinc, solution alcoolique saturée d'acide picrique, à parties égales.

2° L'*érysipèle* fut traité par des badigeonnages quotidiens, répétés deux à quatre fois, d'une solution aqueuse saturée ou alcoolique au 2-5 p. 100, appliquée non seulement sur le foyer morbide, mais aussi en dehors du bourrelet de démarcation, pour limiter la diffusion du processus infectieux (Calvelli, Thiéry, Unna, Hallopeau, Chatelain, Gluck, Tassi, etc.). Les noms des deux éminents dermatologistes, Unna et Hallopeau, suffisent pour prouver l'efficacité de cette méthode de traitement dont j'ai pu voir moi-même d'excellents résultats (5).

3° *Eczéma.* — Déjà, à la fin de l'année 1879, Bufalini rapporte avoir employé avec grand succès l'acide picrique contre l'eczéma impétigineux ; plus tard, sur le même sujet, parut une publication de Cerasi suivie de beaucoup d'autres. J'ai pu en voir les résultats vraiment surprenants dans toutes les formes d'eczéma chez les enfants, depuis l'eczéma humide, idiopathique, ou dérivant d'une irritation chimique due aux fèces ou aux urines (région inguinale, périnéale) jusqu'à l'eczéma impétigineux ; et bien souvent on a obtenu par ce moyen, et en peu de temps, la guérison de formes rebelles à tout autre traitement, spécialement dans la forme chronique et diffuse du cuir chevelu (6).

4° Également citée contre l'*herpès*, contre le *zona* (7) [Griffau, Floquet, Gaucher, etc.] et contre le *pemphigus*.

---

(1) Nous avons démontré, dans la thèse de notre élève Vera Reveliotti, *L'Acide picrique est-il toxique* (Th. de Paris, 1899), que cette crainte était chimérique ; comme le docteur Brun, nous employons largement l'acide picrique sans nous inquiéter de sa toxicité, et nous n'avons jamais observé d'accidents à la seule condition d'employer les solutions aqueuse, éthérée et alcoolique, à l'exception des pommades picriquées qui d'ailleurs ne sont pas indiquées en raison de l'inconvénient des corps gras en kératogenèse et kératoplastie.

(2) On a confondu trop souvent les accidents toxiques dus aux brûlures étendues, diarrhée, vomissements, congestion hépatique, avec ceux qui pourraient provenir de l'application d'un topique.

(3) Les travaux publiés sur ce sujet sont extrêmement nombreux ; outre les autres mémoires signalés au cours de nos annotations nous voulons mentionner la thèse de notre élève J. Macdonald, *The Treatment superificial burns by picric acid solution*, Edinburgh 1898.

(4) C'est le mode d'application le plus efficace lorsqu'il est possible, aux extrémités par exemple ; il est bien entendu que ce pansement n'est « héroïque » que pour les trois premiers degrés de brûlure. A partir du quatrième degré le pansement picriqué est encore indiqué, mais comme il doit y avoir chute d'escarre il n'a plus qu'une valeur antiseptique et ses propriétés kératoplastiques sont reléguées au dernier plan.

(1) Ici nous différons d'opinion avec l'auteur : la solution chaude ou tiède réveille une certaine douleur ; la solution froide est au contraire analgésique.

(2) On doit prolonger le bain pendant vingt minutes au moins.

(3) Il y a intérêt à ne recouvrir la brûlure que par une faible épaisseur de compresses imbibées d'acide picrique (solution aqueuse saturée) ; nous n'appliquons qu'une faible couche d'ouate d'ailleurs non indispensable ; éviter avec soin toute application de taffetas imperméable.

(4) A notre avis toute adjonction de corps gras est formellement contre-indiquée ; les corps gras empêchent l'action kératogène et kératoplastique de l'acide picrique.

(5) Dans le traitement de l'érysipèle le badigeonnage avec l'éther picriqué à saturation donne le maximum d'efficacité.

(6) Il en est de même dans le traitement des érythèmes médicamenteux (voir Thèse de Pierrides, Paris 1898), ce qui prouve que l'acide picrique n'est pas irritant. Dans quatre cas seulement sur des milliers de pansements appliqués nous avons observé des érythèmes généralisés, mais chez des sujets chez lesquels l'application d'un topique quelconque produisait le même effet idiosyncrasique.

(7) Voir Thèse de Delebecque.

5° Dans les *excoriations* (1) et dans toutes les *blessures superficielles* de la peau, la médication picriquée trouve un emploi des plus rationnels, d'autant plus que le traumatisme produit une lésion semblable à celle d'une brûlure du deuxième degré ; et à ce titre elle touche de près la chirurgie militaire; elle est très bonne, par exemple pour les légères blessures dues aux bottines neuves ou à de longues marches, et pour les phlyctènes des pieds provenant de la station debout, surtout si celles-ci sont associées à une notable hyperhidrose; ces lésions banales et légères, chez les soldats comme chez les touristes, peuvent, si on les néglige, favoriser l'accès et le développement d'infections secondaires et provoquer aussi des complications graves, telles que la lymphangite, l'adénite ou l'adénophlegmon, etc. [Thiéry, Chaudère (2)].

Chairer dit avoir eu de bons résultats dans le traitement des fissures du sein chez les nourrices. Dans ces cas il est plus indiqué d'employer la solution alcoolique à 2-5 p. 100 à laquelle s'ajoute l'action désinfectante de l'alcool, et qui après évaporation sur la partie traitée ou bien encore par badigeonnage laisse une fine couche d'acide picrique en poudre.

6° Dans l'*hyperidrose plantaire*, surtout accompagnée d'érythème, nous venons de voir dans le paragraphe précédent son emploi comme moyen curatif et prophylactique. Après un bon bain de pied, on fait un badigeonnage quotidien d'une solution alcoolique d'acide picrique en insistant spécialement là où la peau est plus fine et dans les espaces interdigitaux. Le médecin-major Chaudère a amplement exposé les bons résultats qu'il a obtenus (3).

7° Les *engelures*, les *froidures* sont analogues aux brûlures au point de vue du processus anatomo-pathologique et trouvent également une ressource précieuse dans la médication picriquée (Charrier, etc.).

8° *Lupus et tuberculose osseuse.* — Spanocchi eut de bons résultats dans ces deux affections. Pour le lupus on procède avant tout à un large curettage, puis on saupoudre la surface cruentée d'acide picrique qui détermine une escarre qui tombe au bout de deux ou trois jours en laissant une bonne surface bourgeonnante : on termine la guérison avec une vaseline picriquée au 5-10 p. 1000 (4). Un traitement analogue est employé contre les fongosités tuberculeuses exubérantes qui se montrent à la suite d'une intervention chirurgicale.

II. Chirurgie. — 1° *Antiputride.* — La parfaite conservation des pièces anatomiques immergées dans une solution d'acide picrique et le pouvoir fixateur des tissus qui s'oppose par l'induration qu'elle provoque au développement et à la diffusion des germes, démontrent le pouvoir antiputride de l'acide picrique ; c'est grâce à cette propriété qu'on l'emploie contre la gangrène humide et aussi contre toutes les simples blessures ouvertes (Thiéry, Curie, etc.).

2° Comme *désinfectant* et en raison de sa grande et facile diffusion dans les tissus, Fontana, de la clinique chirurgicale de Camerino, l'a employé avec succès, de la même façon que la teinture d'iode pour la rapide désinfection des mains du chirurgien, du champ opératoire et de la blessure, en solution à 1 p. 1000 dans de l'alcool à 95 degrés. Cette méthode serait d'une grande utilité dans la chirurgie d'urgence, et notamment dans la chirurgie de guerre.

3° Dans les *greffes cutanées*, le docteur Notta l'a employé avec avantage, après l'accolement des lambeaux transplantés, pour favoriser et accélérer le processus de néoformation et de réparation.

4° Dans les *ulcères variqueux* de la jambe, l'acide picrique, en poudre, en solution aqueuse, alcoolique ou en pommade (1), est également capable de provoquer la détersion de la plaie, la formation d'un bon bourgeonnement, le processus d'épidermisation et enfin la guérison définitive de la blessure (Vaugrente, Bouglé, Thiéry, etc.).

5° Dans les *plaies* profondes dépassant la couche dermo-épidermique et dans les *blessures du troisième degré* l'acide picrique facilite la guérison par la formation d'un bon tissu de granulations : si la lésion est très étendue, son allure offre un excellent terrain pour la transplantation de greffes cutanées de Reverdin ou de Thiersch.

III. Affections vénériennes. — Dans les maladies vénériennes l'acide picrique vient d'être expérimenté et employé avec un grand succès dans les affections gonococciques de la femme. Vigneron, Papazoglou (2) ont obtenu une rapide guérison des infections gonorrhéiques de l'urètre et des organes génitaux, spécialement dans les formes chroniques en employant une solution aqueuse à 7 p. 1000. Siredey recommande la solution aqueuse saturée à chaud dans l'endométrite gonococcique, en faisant deux des crayons picriqués ou des injections parenchymateuses de glycérine ou d'éther picriqués serait beaucoup plus efficace que celui de la vaseline.

(1) Ici encore l'application d'un simple badigeonnage à l'éther picriqué à saturation permet de dessécher et momifier pour ainsi dire en quarante-huit heures les excoriations superficielles.

(2) Avec M. le professeur Raillet (d'Alfort) nous avons appliqué le pansement picriqué à la chirurgie vétérinaire; ce traitement a été couramment employé dans l'armée, à la Compagnie des omnibus et au Jardin d'Acclimatation (excoriations par les harnais, chez les chevaux couronnés, etc.).

(3) Le docteur Cassedebat qui a expérimenté l'acide picrique contre la sueur fétide des pieds chez les zouaves dit n'en avoir pas obtenu de bons résultats ; peut-être y a-t-il eu faute de technique ; le bain picriqué (solution aqueuse) est de rigueur; à noter la coloration rouge que prennent les pieds par suite de la formation d'un picramate d'ammoniaque.

(4) Nous n'avons pas très grande expérience de l'emploi de l'acide picrique en tuberculose, et il y a là un sujet intéressant de recherches que nous avons maintes fois indiqué aux candidats en mal de thèse ; mais en tout cas nous sommes d'avis que l'emploi

(1) Même observation que précédemment; nous déconseillons l'usage des pommades picriquées, surtout dans les brûlures et les ulcères de jambe après les avoir employées ; la glycérine picriquée ou la solution alcoolique nous paraît ici bien préférable.

(2) Voir la thèse de Papazoglou faite sous notre inspiration, *Traitement des brûlures par l'acide picrique*, Th. de Paris, 1896.

fois par semaine une injection intra-utérine de 3 à 5 centimètres cubes.

Dans tous les cas l'acide picrique, en outre de son innocuité, s'est montré un excellent analgésique et antiseptique, calmant la douleur, modifiant la sécrétion purulente et faisant rapidement disparaître le gonocoque.

IV. Ophtalmologie. — En ophtalmologie, l'acide picrique vient d'être indiqué et employé par Isidore et Fage dans la blépharite eczémateuse et impétigineuse en solution aqueuse (5-10 p. 1000) par application froide ou attouchement.

Fortunati a introduit et appliqué avec de merveilleux résultats le traitement picriqué dans tous les cas de brûlures chimiques de l'œil, notamment par la chaux : il dit que si le traitement est institué aussitôt après l'accident ou dans les premiers temps au moins que l'ulcération a apparu, on assiste à un phénomène surprenant. Après vingt-quatre heures à peine, un éclaircissement évident de la partie opacifiée de la cornée se produit. Il emploie la pommade au 2 p. 100 (acide picrique 20 centigrammes, vaseline neutre 10 grammes), qu'il applique deux fois par jour jusqu'à guérison complète du traumatisme (1).

Technique de l'emploi du traitement picrique. — Sur la technique même du traitement picriqué, les opinions ne sont pas encore uniformes (2), surtout sur l'usage de la solution aqueuse, glycérinée et de la pommade.

D'après Motolese, théoriquement la meilleure méthode d'administrer la solution serait la solution aqueuse à cause de la loi suivante : la diffusion d'une substance est en rapport inverse de sa viscosité, et l'action désinfectante d'une solution est en rapport direct avec son degré de dissociation (3). Or la solution aqueuse est la moins visqueuse (3 fois moins que la solution glycérinée) et au nom de la théorie de la dissociation électrolytique possède la force de dissociation maxima.

Selon d'autres (Unna, Thiéry, etc.) l'emploi de la pommade empêcherait l'action kératoplastique de l'acide picrique, parce que les graisses, en maintenant une atmosphère humide, auraient sur les tissus une action antikératogène et kératolytique.

Ceci, il est vrai, ne me paraît pas absolument juste non seulement d'après mes observations propres et répétées, mais encore parce que mon maître le docteur A. Nota qui a employé tant d'années la pommade picriquée dans les brûlures et les autres cas de lésions dermo-épidermiques s'en est toujours trouvé satisfait et n'a jamais observé aucun retard dans le processus réparateur des lésions cutanées (1).

Mais par contre il faut toujours et d'une façon rigoureuse proscrire les pansements humides d'acide picrique, qui ont réellement un effet kératolytique sur les lésions épidermiques ; l'on ne doit donc jamais appliquer de toile imperméable, de coton non hydrophile ; ni d'épaisses couches de coton hydrophile, mais simplement une légère couche de coton sur la gaze, afin de ne pas empêcher la transpiration des tissus (2).

A ce point de vue la pommade est étendue en une très mince couche sur la gaze, qui est exprimée à la main de façon à ne rester qu'imprégnée de ce médicament.

Inconvénients dus au pouvoir colorant de l'acide picrique. — La coloration jaune que l'acide picrique confère aux tissus animaux (peau, poils, laine, soie) et végétaux ne doit pas sérieusement préoccuper, car les taches du linge disparaissent à la lessive et celles des poils et des étoffes animales se lavent facilement avec une solution concentrée de lusoforme, avec une solution de carbonate de lithine ou bien encore avec du savon noir et de l'ammoniaque (3).

D'autre part, en face de ces inconvénients de minime importance, reste la grande utilité du traitement picriqué et le faible prix de revient de la matière première (4).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. Brun. Les brûlures chez les enfants, *Riv. Clin. pediat.*, 1911, n° 5.

2. Bufalini. Sur l'emploi thérapeutique de l'acide picrique, *Giorn. int. di sc. med.*, 1879.

(1) Ajoutons encore que sur nos conseils l'acide picrique a été employé dans la dénaturation des viandes suspectes saisies aux abattoirs et qui deviennent ainsi complètement inutilisables en raison de la coloration et de l'amertume de l'acide picrique.

Nous avons aussi démontré que l'acide picrique pouvait servir à la recherche de la glycose dans les urines (en milieu alcalin) car il y développe une coloration rouge cerise tournant au brun par le refroidissement. Il sert déjà à la recherche de l'albumine (réactif acéto-picrique). Pour les armées en campagne la multiplicité de ces usages n'est pas indifférente, puisque sous un faible volume le médecin a à sa disposition à la fois un réactif et un pansement dont le prix de revient est insignifiant.

(2) Voir les notes précédentes.

(3) C'est aussi notre avis.

(1) Voir nos notes précédentes en ce qui concerne les pommades picriquées ; la méthode du pansement picriqué, telle que nous l'avons instituée ; étant basée sur la biologie des épithéliums, il ne faut adjoindre à l'acide picrique aucun corps capable de neutraliser ses propriétés kératogènes et kératoplastiques : c'est le cas des corps gras et des pansements humides.

(2) Ces remarques judicieuses sont extrêmement importantes, et bien des chirurgiens n'ont dû leurs échecs qu'à l'application d'un taffetas gommé « ainsi que le recommande M. Thiéry » (*sic* !!!). C'est le contraire que nous avons toujours dit et écrit ; comme le fait remarquer M. le docteur Brun la siccité du pansement est une condition *sine qua non* de succès. (Voir le récent article de A. Plicque, in *Bulletin médical* du 19 avril 1913.)

(3) On peut, pour les mains de l'opérateur, employer les gants de caoutchouc. On peut également laver les tissus avec une solution faible de carbonate de lithine, mais le savon noir et l'ammoniaque donnent une décoloration plus complète.

(3) Nous sommes heureux de remercier M. le docteur Brun des éloges qu'il décerne à un procédé de pansement qui nous est particulièrement cher ; il faut ajouter que dans les usines où les brûlures sont fréquentes son emploi est peu coûteux ; le pansement est facile à préparer extemporanément, et la conservation de l'acide picrique est indéfinie ; certains industriels ont voulu jadis dénaturer l'aspect de la solution picriquée par l'addition de matières colorantes (teinture d'aloès par exemple), et se sont empressés de spécialiser leur produit ; c'était là une tentative bien inutile et qui ne peut que discréditer un procédé de pansement dont les principaux mérites sont la simplicité et l'emploi d'un corps chimique sans valeur intrinsèque, et à la portée du praticien éloigné des grands centres.

3. BUFALINI. Notes sur l'emploi thérapeutique de quelques médicaments, *Giorn. di clin. e terap.*, 1882.
4. CALVELLI. *Gaz. clin. ed osped.*, 1889.
5. CESARI. *Gaz. med. di Roma*, avril 1889.
6. CHAUDÈRE. *Journ. de méd. et chir. prat.*, 1908.
7. CURIE. De l'emploi de l'acide picrique dans le traitement des plaies, *Acad. des sc.*, 30 oct. 1876.
8. EHRENFREID. *Gaz. clin. ed osped.*, 1910, n° 61.
9. FAGE. L'acide picrique dans les blépharites, *La Clinique ophtal.*, 25-VI-1901.
10. FILLEUL. *Traitement des brûlures superficielles par l'acide picrique*, Th. de Paris, 1894.
11. FORTUNATI. Brûlures chimiques de l'œil, *Ann. di oftal.*, 1907.
12. FONTANA. *Riforma med.*, 1911, n° 35.
13. HALLOPEAU. *Bull. de la Soc. de dermat.*, Paris, 1892.
14. MOTOLESE. Propriétés de l'acide picrique, *Arch. di farmacol. sperim.*, 1910, fasc. 2.
15. PAPAZOGLOU. Th. de Paris, 1896.
16. SPANOCCHI. *Semaine méd.*, 1895.
17. VAUGRENTE. *Essai de traitement des ulcères de jambe*, Th. de Paris, 1894.
18. THIÉRY. Des applications de l'acide picrique à la thérapeutique des brûlures, *Gaz. des hôpit.*, 1896, n° 8 et 1910, n° 95.
19. THIÉRY. Des applications diverses du pansement picriqué à la thérapeutique chirurgicale, *Gaz. des hôpit.*, 1896 (1).

ACTUALITÉS

LES DIVERSES VARIÉTÉS D'ARRACHEMENTS DE LA TUBÉROSITÉ ANTÉRIEURE DU TIBIA

L'histoire des arrachements de la tubérosité du tibia par le tendon du quadriceps qui s'y insère, lors d'une contraction violente du muscle, était très courte jusqu'à ces dernières années.

C'est Aston Key qui en décrivit le premier cas en 1827 chez un adulte. Ces arrachements de toute l'épine du tibia chez l'adulte sont des raretés et on en rapporta depuis cette époque une dizaine de cas.

Puis, depuis vingt ans environ, on s'aperçut que chez l'adolescent de seize, dix-sept ans, le point osseux de la tubérosité, qui n'est pas encore soudé, peut subir un arrachement plus ou moins complet. Ces cas, bien que rares, sont déjà plus fréquents que la fracture de l'adulte. On trouvera ces observations réunies et bien étudiées dans le travail de Gaudier et Bouret.

L'apparition simultanée de deux publications d'Osgood en Amérique et de Schlatter (de Zurich) en 1903 vint changer la face de la question. A l'aide de la radiographie ils établissent l'existence d'un type clinique bien différent. Ils montrent qu'ici, comme on le voit à l'épaule pour les tubérosités de l'humérus, les traumatismes s'accompagnent souvent d'arrachements parcellaires méconnus, survenant chez l'adolescent, et se traduisant par des symptômes très minimes mais persistants. La fréquence en serait considérable. Pour Schlatter la plupart des cas décrits comme apophysite de l'adolescence à ce niveau ne seraient que des décollements incomplets de la tubérosité.

Cette description a été admise et reprise par beaucoup d'auteurs ; on la trouve dans le *Traité d'orthopédie* de Bradford et Lovett, classique en Amérique.

Mais l'opinion de Schlatter ne tarda pas à rencontrer des contradicteurs. En Allemagne surtout des polémiques s'élevèrent, les uns soutenant l'existence de la « maladie de Schlatter », les autres considérant ces cas comme d'authentiques ostéites apophysaires ou « maladie de Laub ».

(1) Il nous paraît inutile de compléter cette bibliographie, car plusieurs colonnes de ce journal ne suffiraient pas.

Jensen (de Copenhague), Haglund (de Stockholm), Cyril Nitch, Schlatter, dans de nouvelles publications, soutiennent avec radiographies à l'appui la réalité de l'arrachement. Jacobsthal (d'Iéna), Lanz, Bergemann (de Kiel), Alsberg (de Cassel), Kirchner, Likenheld, Matsuoka (de Tokio), Licini (de Gênes), Elmslie (de Londres) nient son existence ou tout au moins sa fréquence.

Chez nous, diverses observations ont été publiées récemment (Reblaud, Ozenne, Faucon, Masselot), et la question a été exposée longuement dans une Revue générale de Jacoulet dans le *Paris médical*.

C'est d'après ces travaux que nous allons essayer de résumer ce que l'on sait de cette affection.

Voyons d'abord le développement normal de la tubérosité du tibia.

D'après les classiques, il est très simple. A la partie supérieure de la diaphyse, tout près de l'angle diaphyso-épiphysaire, apparaît vers treize ans un point osseux complémentaire. Il se développe de bas en haut, se soude d'abord à l'épiphyse par son bord supérieur. Il figure alors une sorte de médaillon suspendu à la partie antérieure de l'épiphyse (Sappey). Ce point se soude au corps de l'os de dix-huit à vingt-quatre ans.

Ces données ont été modifiées par de nombreuses études radiographiques faites dans ces dernières années, en particulier par Schlatter, Jensen, Bergemann, Dunlop, Licini.

Le premier point mis en évidence est que la tubérosité se développe par un point particulier et non par un prolongement de l'épiphyse comme le voulaient Wilms et Sick, Ludloff.

Ce point apparaît, dans l'angle dièdre formé par le sommet de la diaphyse et la base de l'épiphyse, entre huit et quatorze ans, dix-huit mois environ plus tôt chez les filles que chez les garçons (Dunlop), plus tôt chez les Latins examinés par Licini que chez les Germains (Schlatter).

L'ossification est très variable. Le plus souvent il n'y a pas un noyau unique, mais deux ou trois noyaux (Bergemann, Dunlop, Licini). Licini en décrit un médian pour le bec de la tubérosité, un interne et un externe. Mais on note les plus grandes variétés d'un sujet à l'autre, et même d'un genou à l'autre du même sujet. Ceci est important; en cas de doute sur l'arrachement, la comparaison des radiographies des deux côtés perd la plus grande partie de sa valeur.

Ces noyaux se soudent entre eux, parfois tardivement. En même temps le noyau principal s'accroît rapidement vers le haut, à la rencontre d'un bec poussé sur l'épiphyse (Schlatter). La fusion avec l'épiphyse est très rapide. Elle se fait parfois en quelques mois (Jensen), ce qui a pu faire croire au point de départ épiphysaire de l'ossification.

Quant à la soudure avec la diaphyse, elle est beaucoup plus tardive : seize ans et demi à vingt-cinq ans (Quain), dix-sept à dix-huit ans (Licini).

Donc, entre huit et dix-huit ans, les arrachements constatés à ce niveau ne sont pas des fractures, mais des décollements apophysaires ; les noyaux étant multiples, on peut observer un décollement partiel.

C'est seulement après la soudure complète, de dix-sept à vingt-cinq ans, qu'on observera des fractures véritables par arrachement.

Ces fractures de l'adulte, nous l'avons déjà dit, sont très rares, exceptionnelles. Sinibaldi a rapporté un cas qui serait une fracture de cause directe.

Dans toutes les autres observations on a invoqué le mécanisme de l'arrachement par une contraction violente du quadriceps. Il s'agit le plus souvent de personnes qui en titubant cherchent à se retenir et à redresser violemment le tronc. Par ce mécanisme, dit Jensen, de douze à vingt ans il se produit un arrachement de la tubérosité antérieure du tibia, de vingt à quarante ans une fracture de la rotule, de quarante à soixante

un arrachement du tendon rotulien. C'est donc chez l'adolescent qu'on voit tout spécialement se produire le décollement de l'épine du tibia.

La séparation, dit Dunlop, se produit à l'âge où il reste juste assez de cartilage pour laisser un point faible, c'est-à-dire à la fin de l'ossification, vers quinze à dix-sept ans chez les garçons. Chez les filles, l'ossification étant ici plus précoce, l'arrachement semble se produire vers treize à quinze ans (Dunlop).

Le genou droit est plus souvent intéressé que le gauche (Dunlop), l'action musculaire étant plus intense de ce côté, où l'ossification plus précoce.

Le mécanisme de la production est presque toujours le même : arrachement par une contraction violente du quadriceps.

Le type est la chute sur le genou replié avec violent effort du tronc rejeté en arrière pour se redreeser. On l'a rencontré fréquemmment chez les jeunes gens s'adonnant aux sports, en particulier au foot-ball (chutes, action de donner un coup de pied), au ski, à la gymnastique athlétique. Jensen en conclut que les sports exposent particulièrement à cette fracture. C'est exact, mais il ne faut pas perdre de vue que ce ne doit pas être seulement parce que dans les sports on se sert souvent de son quadriceps, mais surtout parce que ces sports développent particulièrement les muscles des membres inférieurs, et que ceux qui s'y livrent, ayant une musculature très puissante, sont plus sujets que d'autres à faire des arrachements osseux par contraction musculaire.

D'ailleurs, nous verrons que dans certaines observations on n'a noté aucun traumatisme comme cause. Cette étiologie explique la rareté de l'affection chez la femme. M. Ozenne n'en connaissait que 2 cas, celui de Donoghue et le sien, et il s'agissait de filles bien musclées et sportives. D'autres observations d'arrachement chez des fillettes ont été publiées depuis, entre autres par Rhodes, Elmslie, sans qu'on ait noté cette particularité.

La symptomatologie de ces lésions paraît très complexe au premier abord. Elle se simplifie singulièrement si on y pratique une division indispensable. Il faut scinder cliniquement ces arrachements en quatre catégories bien séparées :

1° Arrachement total et complet de la tubérosité.
2° Arrachement partiel et complet.
3° Arrachement total et incomplet.
4° Arrachement partiel et incomplet.

Il suffit de bien distinguer que les termes complets, incomplets s'adressent à l'étendue du trait de fracture, à la séparation accomplie, et ceux de total, partiel, à l'étendue du fragment détaché par rapport à la tubérosité, pour saisir cette classification.

Ces diverses variétés sont d'une fréquence tout à fait inégale, mais bien établies en tant que types cliniques par les observations publiées.

La fracture par arrachement complet de la tubérosité dans sa totalité est le type le plus anciennement décrit et son tableau clinique a été décrit longuement par Gaudier et Bouret.

Au moment d'un coup de pied, d'une chute sur le genou fléchi avec un violent effort pour se redresser, le malade ressent une douleur très vive dans le genou, juste à l'extrémité de l'insertion du ligament rotulien. Il essaye de marcher mais ne peut y parvenir. Il présente l'impotence absolue des mouvements du quadriceps que donne l'arrachement du tendon rotulien ou la fracture de la rotule.

L'examen montre une ecchymose, un gonflement énorme entourant toute la partie inférieure du genou. Au bout de quelques heures ce gonflement rend la différenciation de l'arrachement avec les fractures de la rotule ou du tendon rotulien presque impossible. Le diagnostic est au contraire facile dans les premiers moments, ou au bout de quinze ou vingt jours quand le gonflement s'est résorbé.

Au premier abord, on pense à une fracture transversale de la rotule; on trouve en effet en avant du genou, 2 os séparés l'un de l'autre par un espace de 3 à 4 centimètres. Le premier correspond à la rotule remontée en général de 3 centimètres, parfois beaucoup plus (4 travers de doigt, Pitha, 10 centimètres, Sandberg). Plus bas, au niveau de l'emplacement de la rotule, on constate un deuxième fragment osseux de forme irrégulière. Mais un examen approfondi montre que la rotule est bien intacte, arrondie; qu'entre les deux fragments il existe un véritable tendon et non le fossé rugueux de la fracture de la rotule; que le fragment inférieur irrégulier peut être mobilisé vers le haut ce qui serait impossible pour le fragment inférieur de la rotule; enfin au-dessous de lui, au lieu de la saillie de la tubérosité tibiale, on trouve un véritable trou.

Ces observations sont très rares et presque exclusivement décrites chez l'adulte, ce sont donc des fractures. Cependant le décollement total complet de l'apophyse chez l'adolescent existe et peut donner des symptômes identiques comme dans le cas publié par Faucon (de Lille).

La conduite à tenir est ici tout indiquée : l'intervention s'impose si on s'abstient, en effet l'impotence du quadriceps persiste absolue et la marche reste difficile comme chez le malade de Faucon.

Dans les cas récents, il convient de fixer le fragment arraché au tibia soit par la suture des parties molles, ou, si cela ne suffit pas, par enclouage. Comme le cas était ancien, Faucon opéra autrement; il enleva le tendon rotulien et sutura ensemble le fragment tibial et la rotule avivés. Le résultat fut excellent.

Dans les arrachements partiels complets, l'aspect clinique est déjà différent, mais le diagnostic est encore facile et certain. Schlatter a publié un de ces cas (1909), M. Ozenne en a décrit récemment un cas typique.

A la suite d'une chute ou d'un effort violent, le malade ressent une douleur à l'insertion de son tendon et un gonflement apparaît en ce point. Le gonflement est cependant bien moins considérable que dans la variété précédente, l'impotence aussi et le malade continue à marcher. Au bout de quelques jours, lorsque le gonflement a diminué, on peut, de façon certaine, constater la présence au niveau du point douloureux d'un fragment osseux, mobile de bas en haut, en général plus ou moins immobilisé latéralement par l'insertion des ailerons fibreux du genou conservés. Ce fragment n'est pas remonté, il reste en place, son volume est parfois minime, de la grosseur d'un pois (Schlatter), il peut même exister plusieurs petits fragments (Schlatter). Si le malade ne fait aucun traitement, il persiste presque toujours de la gêne et une diminution de la solidité du membre. C'est pourquoi il vaut mieux proposer la suture du fragment détaché ou son enclouage, qui amèneront la guérison absolue.

Cette variété d'arrachement semble exceptionnelle et réservée à l'adolescence, c'est donc un décollement épiphysaire partiel.

Plus fréquents semblent être les cas de la troisième variété, les arrachements totaux incomplets.

Ici la tubérosité antérieure est soulevée en entier, en avant du tibia, mais sans se détacher de l'épiphyse.

Il y a un soulèvement portant surtout sur la pointe.

Ces cas peuvent se produire chez l'adulte comme le prouvent les observations de Will, et de Masselot. Mais on les voit surtout se produire dans l'adolescence (observation de Bowser, Thomson, Schlatter, Jensen, Reblaud, Rhodes), ce sont donc des décollements épiphysaires incomplets.

L'étiologie et les troubles fonctionnels restent les mêmes. Mais l'aspect local est différent.

« Le gonflement prend alors la forme d'un croissant; il est plutôt sous-articulaire qu'articulaire; l'ecchymose gagne rapidement les parties latérales, le dos de la jambe; elle est

plutôt jambière qu'articulaire, et peut gagner les deux tiers de la jambe. » (Gaudier et Bouret.) La palpation permet en suivant la crête tibiale de bas en haut de buter sur le bec soulevé du fragment, au-dessous duquel est une petite dépression. Parfois la pression sur le fragment l'abaisse, le plie légèrement.

L'aspect radiographique de la lésion est caractéristique. Dunlop fait remarquer cependant la difficulté d'obtenir une radiographie passant bien par le trait de décollement.

Ici le traitement consistera en immobilisation du membre avec compression du genou et massage du quadriceps. Habituellement il persiste un certain degré d'impotence par diminution de la force du quadriceps.

La dernière variété, l'arrachement partiel et incomplet est de beaucoup la variété la plus fréquente. C'est celle qui a été particulièrement décrite par Schlatter et qui porte le nom de « maladie de Schlatter ». Mais cette fréquence, l'existence propre même de ce type, sont fort discutées.

Voici comment se présente l'affection : un garçon vigoureux, de dix-sept à dix-huit ans, fait un effort violent, parfois même en apparence léger. Il ressent une douleur dans la jambe, douleur légère, passagère, mais il peut continuer à marcher et reprend ses occupations. On ne note pas de gonflement, ni de gêne de l'articulation. En présence de ces symptômes minimes, le plus souvent il ne va pas consulter le médecin, reprend ses occupations habituelles. Cependant il conserve une certaine gêne pour étendre la jambe, qui apparaît ou s'exagère après une marche prolongée ou un effort violent.

Il se décide alors à consulter. Le médecin constate alors un épaississement, un soulèvement comme s'il y avait une exostose au niveau de la tubérosité du tibia, la peau en ce moment est douloureuse. L'extension du genou est incomplète. Le malade marche bien mais se fatigue vite ou souffre s'il fait un effort.

La radiographie montre alors tantôt un soulèvement, arrachement incomplet de la pointe de la tubérosité, soit d'un ou de plusieurs petits fragments à la surface de l'apophyse, et même parfois, dans les cas anciens, une infiltration calcaire dans le tendon du quadriceps (Rhodes, Cyril Nitch). Ces cas sont extrêmement fréquents, Cyril Nitch en a vu 8 cas en cinq ans, Schlatter, 15 cas en quatre ans.

Mais les auteurs ne s'entendent pas du tout sur l'interprétation à donner à ce type clinique.

Alors que pour Schlatter et ses partisans, dans tous ces cas, il s'agit d'un arrachement épiphysaire partiel, et le traumatisme est tout, d'autres auteurs comme Alsberg s'inscrivent en faux contre cette interprétation. Pour eux tous les cas d'hypertrophie de la tubérosité tibiale ne sont autre chose que des apophysites de l'adolescence méconnues. Cette affection bien connue chez nous depuis les travaux de Marjolin, Gosselin, Lannelongue, semble en effet diagnostiquée bien plus rarement à l'étranger.

Pour trancher le différend et savoir si les cas de « maladie de Schlatter » sont dus à un traumatisme ou à une apophysite, on a trois facteurs principaux d'appréciation : l'examen des commémoratifs ; les radiographies ; les cas d'intervention opératoires.

Les commémoratifs montrent que s'il existe parfois un traumatisme, un effort indéniable au moment du début des accidents, dans d'autres cas ils font complètement défaut.

Le traumatisme est parfois nié par le malade malgré l'insistance du médecin et leur fréquence à cet âge (cas de Reblaud), sur les 3 cas que Bergemann a observés, l'un n'avait présenté aucun traumatisme ; les 2 autres invoquaient des traumatismes déjà anciens et dont l'influence sur la lésion était contestable. Jensen, Bowser rapportent de même des cas où il n'y a eu aucun traumatisme. Il en est de même dans 5 des observations de Schlatter.

Sur les trois malades dont l'observation est rapportée par Emslie, l'un était tombé sur le genou, l'autre avait reçu un coup sur le genou gauche mais présentait des lésions des deux genoux, le troisième qui n'avait reçu aucun coup présentait une lésion d'abord unilatérale, puis bilatérale. L'auteur considère les deux derniers cas qui présentaient l'aspect radiographique caractéristique de la maladie de Schlatter comme des ostéo-périostites syphilitiques.

L'interprétation des radiographies n'est pas plus probante que celle des commémoratifs. Dunlop fait remarquer la difficulté qu'il y a à avoir des clichés passant par le trait de décollement. Mais c'est surtout Licini qui a insisté sur l'impossibilité qu'il y a de poser un diagnostic d'après l'examen d'un cliché radiographique. De l'examen de 55 enfants de sept à dix-sept ans, il conclut à la grande irrégularité du développement de l'apophyse. Diagnostiquer arrachement d'un petit fragment parce qu'on voit un petit noyau superficiel qui n'existe pas de l'autre côté n'est pas probant, car on voit normalement ces différences d'un côté à l'autre. Il conclut à la rareté des arrachements partiels et pense que ces cas sont des poussées d'ostéo-périostites consécutives à des traumatismes.

Restent les cas d'intervention.

Matsuoka a opéré deux cas de maladie de Schlatter et n'a pas trouvé d'arrachement osseux. Emslie a opéré un cas ; il n'a pas trouvé de fragment séparé et une épiphyse entièrement cartilagineuse. La douleur et le gonflement ont persisté après l'opération.

Par contre, dans un cas, Cyril Nitch a trouvé un peu de liquide et de petits débris d'os dans le tendon rotulien. Il a abrasé ces débris et le malade a guéri.

On le voit, toutes ces constatations ne sont pas favorables à la théorie soutenue par Schlatter et de nombreux auteurs. Il est indéniable qu'il existe des arrachements partiels de la tubérosité tibiale, mais il est certain qu'on a exagéré leur fréquence et que beaucoup des cas d'hypertrophie de l'apophyse sont bien des apophysites méconnues.

D'ailleurs, l'erreur n'a guère qu'un intérêt théorique, car dans les deux cas la thérapeutique est la même ; on sait, en effet, que les apophysites de l'adolescence se terminent presque toujours par résolution et qu'il est inutile d'intervenir. Donc, dans les deux cas, le traitement consistera en repos, compression, massages du quadriceps.

L'immobilisation ne doit pas être prolongée trop longtemps, quinze, vingt jours suffisent en général. On reprendra ensuite la marche progressivement et prudemment.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

Le nombre des publications parues sur ce sujet est considérable. On trouvera la bibliographie des fractures complètes dans l'article de GAUDIER et BOURET, *Rev. de chir.*, 25e année, 10 sept. 1908, n° 9, p. 306 et pour les fractures incomplètes dans la Revue générale de JACOULET, *Paris méd.*, 17 août 1912, n° 38, p. 272.

Nous ne citons ici que les publications ne figurant pas dans ces deux articles ou parues depuis.

1908. — OSGOOD. *Boston med. and surg. Journ.*, 29 janv.

1909. — SINIBALDI. *La Clinica chirurgica*, 31 janv., n° 1, t. XVII. — HOHMANN. *Zeit. f. orthop. chir.*, t. XXIV, f. 1 et 2. — J. MOREAU. *Clinique de Bruxelles*, mars. — FRITSCH. *Assoc. silés. pour l'avanc. des sc.*, sect. de méd., 5 mars. — Th. REBLAUD. *Paris chir.*, mai, n° 4, t. I, p. 401. — OZENNE. *Idem*, p. 472.

1910. — FAUCON. *Soc. des sc. méd. de Lille*, 19 janv. (discussion), in *Journ. des sc. méd. de Lille*, 29 janv., n° 5, t. XXXIII, p. 117. — EMSLIE. *Soc. Roy. de méd. de Londres*, sect. clin., 3 mai (discussion). — DECREF. *Congr. Espagn. de chir.*, 9-13 mai. — KIENBÖCK. *Fortsch. auf dem gebiete der röntgenstr.*, 2 juin, t. XV, f. 3 (2 articles). — ELS. *Deut. Zeit. f. chir.*, sept., t. CVI, f. 4-6. — DECREF. *Congr. internat. de*

radiol. et d'électr. de Bruxelles, 13-16 sept., in *Arch. d'électr. méd.*, 25 sept., n° 294, t. XVIII, p. 785.

1911. — GIBSON. *Soc. de chir.*, New-York, 14 déc., in *Ann. of surg.*, mars, n° 3, t. LIII, p. 420. — TSCHUDI. *Soc. de méd. de Zurich*, 1910, in *Corresp. Blatt. f. Schweizer Aertze*, avril, n° 10, t. XLI, p. 409. — MARTENS. *Réunion libre des chir. de Berlin*, 8 mai; — *Deut. med. Woch.*, 14 sept., n° 37, t. XXXIII, p. 1719.

1912. — ALESSANDRI. *Arch. di orthop.*, 6 janv., t. XXVIII, f. 6. — HUSTIN. *Ann. de la Soc. Belge de chir.*, janv., n° 1, t. XII, p. 12 (discussion). — J. DUNLOP. *The amer. Journ. of orthop. surg.*, fév., n° 3, t. IX, p. 313. — LICINI. *Beitr. z. klin. Chir.*, avril, t. LXXVIII, p. 394, fasc. 2. — TUBBY. *The Practitioner*, juillet, n° 1, vol. LXXXIX, p. 56. — BULL. *Nork. magasin for Laegeri deuskaben* (Christiania), juillet, n° 7, t. LXXIII. — MASSELOT. *Gaz. des hôpit.*, 85e année, 13 août, n° 92, p. 1308. — RHODES. *New-York. med. Journ.*, 12 oct. — BRADFORD et LOVETT. *Traité de chirurgie orthopédique*, p. 142, London.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1913)

Sur la vaccinothérapie antityphoïdique. — MM. SACQUÉPÉE et CHEVREL ont soumis vingt-huit malades au traitement par le vaccin antityphique, par inoculation sous-cutanée de cultures stérilisées à 56 degrés, à doses de 100 à 700 millions de microbes.

Il est survenu deux décès, soit 7,1 p. 100, contre 10,5 p. 100 chez les malades traités par les méthodes habituelles.

Dans les cas heureux, le traitement vaccinal provoque une chute marquée de la température ; cette dernière se relève après deux ou trois jours, mais généralement à un niveau moindre qu'auparavant. La durée totale de la période fébrile a été abrégée de six jours en moyenne. Exceptionnellement, l'injection a provoqué une apyrexie définitive et une guérison extrêmement rapide.

Deux malades ont succombé, l'un à une hémorragie intestinale survenue trente-six heures après l'inoculation, l'autre à une série de complications (hémorragie, laryngo-typhus, etc.). Il ne paraît pas invraisemblable que le traitement ait été pour quelque chose dans la production des hémorragies.

Le traitement vaccinal procure parfois des succès d'une promptitude déconcertante, souvent des améliorations appréciables, mais il n'est pas certain qu'il soit toujours absolument inoffensif.

M. NETTER reconnaît que les différences entre la mortalité des malades non traités et des malades traités par la vaccinothérapie sont véritablement saisissantes. Une preuve difficile dans cette méthode c'est la portion de dose. Parmi les auteurs qui préconisent le plus la méthode les uns conseillent comme Petrowski de petites doses, d'autres comme Ardin-Delteil et Boinet emploient des doses très considérables (quatre jours de suite 2 milliards de bacilles). Quant aux hémorragies intestinales, M. Netter n'a pas remarqué qu'elles fussent plus fréquentes dans les cas qu'il a eu l'occasion d'observer.

Le réflexe oculo-cardiaque. — MM. LŒPER et MOUGEOT rappellent que ce réflexe consiste dans les modifications du rythme cardiaque provoquées par la pression sur les globes oculaires. Chez l'individu normal cette pression détermine immédiatement un ralentissement du pouls de six pulsations par minute. Etudié dans les cas de gastro-névroses, le réflexe est exagéré lorsque le complexus symptomatique donne le tableau de l'hypertomie du pneumogastrique, et au contraire il est inversé dans les cas dont l'ensemble des symptômes prouve une hypertomie du grand sympathique.

Un ralentissement énorme fut observé dans un cas d'ulcère de la petite courbure de l'estomac opéré et où l'examen histologique montrait une altération irritative des filets du pneumogastrique.

M. MILIAN rappelle à ce propos les recherches antérieures de M. Gautrelet qui avait décrit ce signe et l'avait étudié dans le goitre exophtalmique.

Dextrocardie dans la sclérose pleuro-pulmonaire. — M. GAILLARD montre que la sclérose pulmonaire est susceptible de créer une véritable rétraction des côtes, du diaphragme et du cœur. Ce processus est à son tour cause de la dextrocardie.

Un cas de mérycisme. — MM. VARIOT et PRUNIER rappellent qu'il n'existe qu'un nombre très restreint de mérycoles. C'est le nom qu'on donne aux individus atteints de mérycisme, phénomène de la rumination chez l'homme. Ils présentent une petite fille atteinte de cette affection qui a guéri par le citrate de soude, bien que l'hyperchlorhydrie ne joue aucun rôle dans la pathogénie du mérycisme, trouble fonctionnel sous la dépendance d'une susceptibilité nerveuse.

Ictère par rétention à la suite de sténose scléro-cicatricielle du cholédoque. — MM. BRAULT et GRÉGOIRE présentent une femme de quarante-huit ans n'ayant jusqu'à vingt ans présenté aucun phénomène du côté du foie. Elle éprouve des crises douloureuses ressemblant à des coliques hépatiques. Cet état a persisté pendant plusieurs années lorsqu'un jour à une crise intense succéda un ictère intense progressif avec vomissements. On hésitait entre la lithiase et le néoplasme. Après incision de Kerr on constata une vésicule petite, dure, pleine de cailloux et au-dessous un canal cystique fibreux. De nombreuses adhérences rendaient difficile le dégagement du pédicule hépatique, puis le cholédoque petit était imperméable atteint de sténose scléro-cicatricielle. On fit une anastomose cholidoco-intestinale. Les suites opératoires furent excellentes.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est la présence d'une sclérose sténo-cicatricielle rare.

Sur les lésions du pancréas dans le diabète. — M. Marcel LABBÉ, sans nier la valeur des lésions pancréatiques dans le diabète, ne croit pas qu'on doive, comme le prétend M. Gellé, les considérer comme spécifiques. Il rapporte plusieurs cas de diabète où les ions furent très variables, tantôt lésions scléreuses intenses, tantôt altérations des îlots de Langherans.

La sclérose ne peut jouer un rôle pour la production du diabète que lorsqu'elle a détruit une grande partie de la glande.

En étudiant des pancréas appartenant à des sujets morts d'affections les plus diverses on trouve des lésions de sclérose analogues sans qu'il y ait la moindre glycosurie. Ces lésions ne peuvent donc pas être considérées comme spécifiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1913)

L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. — M. BROCA, rappelant les observations présentées par MM. Kirmisson, Lejars et autres, revient sur le traitement chirurgical des complications de la péritonite tuberculeuse, sur la difficulté, dans certains cas, du diagnostic, sur la confusion si fréquente de ces complications avec l'appendicite. Parmi ces complications de la péritonite tuberculeuse, c'est surtout l'occlusion intestinale qui a été visée dans cette discussion. Le traitement de choix de ces complications, qu'il s'agisse d'occlusion, qu'il s'agisse d'ascite ou d'abcès, c'est la laparotomie ; et c'est en pratiquant cette laparotomie pour ces complications que le plus souvent on découvre l'existence de la tuberculose péritonéale. Bien mieux, en visant, par l'opération, le traitement de cette ascite, de cet abcès ou de cette occlusion, on guérit du même coup la péritonite tuberculeuse. Les exemples de ces guérisons sont assez fréquents, et M. Broca en apporte de nouveaux tirés de sa pratique personnelle. Les médecins aussi obtiennent parfois, par une thérapeutique purement médicale, l'amélioration et même la guérison de certaines de ces péritonites.

Chemin faisant, M. Broca passe en revue certaines formes de péritonites localisées, enkystées, de péritonites à pneu-

mocoques qui peuvent être confondues avec la péritonite tuberculeuse; certaines formes enkystées sont prises aussi pour des fibromes ou des kystes ovariques. D'autres formes à début dans la fosse iliaque droite sont prises pour des appendicites. Il y a donc des cas où le diagnostic est difficile, hésitant. M. Broca cite des exemples dans lesquels, croyant avoir affaire à une appendicite chronique, il a trouvé une péritonite tuberculeuse.

Quant aux faits d'occlusion intestinale, tels que celui qu'a cité M. Kirmisson et qui est devenu le point de départ de cette discussion, ils sont relativement assez rares. Ces crises d'obstruction peuvent être dues à une bride, à des coudures brusques de l'intestin. L'occlusion intestinale peut être aiguë. M. Broca est intervenu dans plusieurs cas de ce genre, a trouvé de la péritonite tuberculeuse et a vu les enfants guérir après l'intervention. Il cite deux faits précis, dont l'un s'est terminé par la mort. L'autre concernait un enfant de quatre ans et demi qui, deux ans auparavant, avait eu des phénomènes abdominaux. Il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse à marche lente. Puis survint une occlusion intestinale franche; M. Broca ouvre le ventre; il trouve l'S iliaque réduite à force de brides formant un véritable cordon fibreux inextricable. Il se contente de couper l'intestin au-dessus et au-dessous et de suturer à la peau, en canons de fusil, les deux bouts côte à côte. Cet enfant a guéri. Dans d'autres cas on aura des résultats déplorables. Dans quelles proportions se présentent ces cas heureux et ces cas malheureux? M. Broca ne saurait le dire. Il se contente de constater que les médecins obtiennent aussi des guérisons de la péritonite tuberculeuse dans une certaine proportion, et que, de leur côté, les chirurgiens peuvent aussi, dans un certain nombre de cas, obtenir de très bons résultats de l'intervention chirurgicale, soit qu'il s'agisse de péritonite tuberculeuse, soit qu'il s'agisse de complications de cette péritonite, complications dont quelques-unes, telles par exemple que l'occlusion intestinale, nécessitent absolument cette intervention.

M. Toussaint relate plusieurs cas de péritonite tuberculeuse qu'il a observés chez d'anciens coloniaux dysentériques à l'hôpital de Marseille. Il pense que dans certains de ces cas, avec complications d'occlusion ou autres, l'épreuve radiobismuthée pourrait donner de précieux renseignements. Il ajoute que dans certains cas compliqués de paludisme les injections sous-cutanées de sels de quinine ont donné d'excellents résultats, qu'enfin dans un cas particulier de cachexie dysentérique la thermothérapie a amené une prompte guérison.

De la colopexie dans le traitement du prolapsus du rectum. — M. Quénu fait un rapport sur une observation de M. Proust. Il s'agit d'une femme de quarante-huit ans qui était atteinte d'un prolapsus grave du rectum. Cette femme avait subi une hystérectomie subtotale pour fibrome. M. Proust fit une laparotomie et un amarrage de l'anse sigmoïde à ce qui restait du ligament rond de ce côté. Il a obtenu un bon résultat qui persistait encore trois ans après l'opération.

On peut se demander si l'ablation de l'utérus ne doit pas entrer pour une certaine part dans l'étiologie du prolapsus rectal. On a souvent constaté, d'autre part, la coïncidence du prolapsus génital et du prolapsus rectal, se produisant sous l'influence de la même cause, l'affaiblissement du plancher pelvien. M. Quénu rappelle l'important travail de M. Lenormant sur ce sujet. Pourquoi le prolapsus génital est-il plus fréquent que le prolapsus rectal? M. Quénu pense que c'est par suite du sphincter qui offre une certaine résistance à l'abaissement de la muqueuse rectale. Quoi qu'il en soit, en présence d'un prolapsus rectal, il faut s'enquérir de l'état de l'utérus et, comme traitement, il faut, dans bien des cas, joindre l'hystéropexie à la colopexie. M. Quénu cite diverses observations publiées par MM. Defontaine, Berger, Jeannel, Lenormant, sur cette combinaison de la fixation de l'utérus avec celle du rectum.

M. Quénu cite l'observation d'une femme de quarante-cinq ans qui se trouvait dans un état misérable, cachectique par suite d'un prolapsus rectal avec incontinence des matières fécales. Cette femme avait subi plusieurs opérations sans succès, rectopexie, cerclage du rectum, etc... M. Quénu fit une laparotomie, saisit dans un fil de lin l'anse sigmoïde de façon à tendre le rectum, et, à travers une petite ouverture au psoas, fixa cette anse sigmoïde, c'est là l'opération de Quénu et Duval. Le résultat fut très bon.

On a proposé bien d'autres modes de fixation, soit à l'utérus, soit au ligament rond, soit au vagin relevé par suite d'une hystéropexie. L'hystéropexie joue donc un grand rôle comme opération complémentaire de la colopexie. C'est là un fait trop peu connu, tant en France qu'à l'étranger.

Contusion du rein. Hémorragie intrapéritonéale, ponction du Douglas. — M. Michon fait un rapport sur l'observation d'une femme ayant fait une chute sur le flanc gauche; elle a de l'hématurie et présente tous les signes d'une contusion du rein : tuméfaction lombaire, submatité dans le flanc gauche. Les médecins font une ponction du Douglas par voie périnéale; ils tirent une assez grande quantité de sang. Ils proposent une laparotomie qui est refusée. Malgré cela la malade guérit. M. Michon fait observer que la laparotomie pouvait être indiquée dans ce cas; surtout après le résultat fourni par la ponction du Douglas qui ne pouvait plus laisser aucun doute sur la présence d'une hémorragie intrapéritonéale. Cette ponction du Douglas à travers le périnée peut donc être très utile au point de vue de la fixation du diagnostic. Elle est plus facilement applicable chez la femme que chez l'homme où elle doit se faire à une grande profondeur et non sans difficultés.

Tel n'est pas l'avis de MM. Broca et Morestin qui considèrent cette ponction comme dangereuse et inutile.

M. Tuffier proteste également contre l'emploi de cette ponction qui peut offrir des dangers et qui est inutile pour le diagnostic. Il vaut beaucoup mieux recourir d'emblée à la laparotomie.

M. Michon, en sa qualité de rapporteur, plaide quelque peu en faveur de cette ponction du Douglas.

M. Hartmann tient alors à joindre sa protestation à celles de MM. Broca, Morestin et Tuffier. L'indication de la laparotomie dans ces cas est des plus simples et il y a longtemps qu'il l'a fait connaître; s'il y a contracture, il faut faire la laparotomie; s'il n'y a pas de contracture, il faut s'abstenir. Quant à la ponction du Douglas à travers le périnée, c'est un procédé à délaisser.

M. Savariaud défend cette ponction et croit même à son utilité dans les cas d'inondation péritonéale par suite de rupture de grossesse extra-utérine. Dans certains cas de diagnostic hésitant, cette ponction peut être d'un réel secours.

M. Michon partage complètement l'avis de M. Hartmann sur l'importance de la contracture comme indication de la laparotomie. Mais il n'en croit pas moins à l'utilité dans certains cas de la ponction du Douglas.

Varices lymphatiques. — M. Auvray, à propos de la présentation faite dans la dernière séance par M. Jacob, montre un malade qui à l'âge de quinze ans a eu une poussée de lymphangite érysipélateuse sur la face antérieure du bras droit. Depuis il a eu plusieurs poussées analogues puis il s'est formé des varices lymphatiques qui ont été en augmentant. A vingt-sept ans, c'est-à-dire douze ans après le début des accidents, le malade entre à la Charité avec une nouvelle poussée érysipélateuse et une fistule lymphatique par laquelle s'écoulait une quantité considérable de lymphe. L'état général s'aggravait. Après avoir traité la poussée érysipélateuse par des enveloppements humides chauds, M. Auvray fit une opération qui consista à supprimer d'un seul coup toute la bande lymphatique et à curetter l'aisselle où il y avait des ganglions. Il y eut une réunion par première intention. Quelques mois après légère récidive qui a été traitée avec succès par M. Béclère à l'aide des rayons X. Ces faits sont très rares. M. Auvray engage M. Jacob à soumettre son malade à la radiothérapie.

Réduction des fractures malléolaires compliquées de luxation du pied. — M. Chaput. Les fractures les plus dangereuses sont celles qui semblent se réduire et qui ne se réduisent pas, et celles dont le déplacement se reproduit après la réduction.

Pour réduire correctement il faut anesthésier le blessé (anesthésie générale, locale ou lombaire), appliquer l'appareil

plâtré avant de réduire et réduire avant la prise du plâtre.

On réduira par le procédé du porte à faux qui consiste à placer le talon sur une boîte résistante et à peser avec force sur la région inférieure de la jambe, pour réduire le déplacement postérieur.

On réduira la luxation externe en plaçant le bord externe du pied sur une boîte et en pesant fortement sur les os de la jambe pour les porter en dehors.

On placera ensuite le pied en flexion à angle aigu et en adduction forcée, attitude qu'on maintiendra jusqu'à la prise du plâtre.

Certaines luxations s'accompagnant de fractures graves de l'épiphyse tibiale ne peuvent rester réduites; en pareil cas la flexion du pied à angle aigu atténuera les inconvénients de l'ankylose.

M. Routier, depuis que M. Delbet a proposé l'appareil de marche dans le traitement des fractures de jambe, n'en emploie plus d'autres.

M. Souligoux fait observer qu'il y a des cas où la réduction est très difficile et où l'appareil de M. Delbet ne donne peut-être pas lui-même tous les résultats voulus.

Arthrite syphilitique. — M. Mouchet présente des malades, avec leurs radiographies, qui étaient atteints de lésions des plus graves, les unes d'apparence tuberculeuse, les autres d'apparence cancéreuse; ces lésions, ainsi que l'a montré la réaction de Wassermann positive étaient des lésions d'hérédo-syphilis et ont guéri sous l'influence d'injections souscutanées de benzoate de mercure.

PRATIQUE MÉDICALE

RÉGIME DÉCHLORURÉ — UN SEL A PERMETTRE

Les travaux des professeurs Widal, Chauffard, Castaigne, Marcel Labbé et tant d'autres ont montré l'action nocive que le sel de cuisine, *le chlorure de sodium*, était capable d'exercer dans l'économie et particulièrement sur les reins dans les cas de néphrites aiguës ou chroniques et même dans les cas de « fragilité rénale ».

Le régime déchloruré, qui fait maintenant partie de la thérapeutique courante, fut la conséquence naturelle de leurs constatations cliniques et expérimentales.

L'effet de ce régime déchloruré est tel chez les « néphrétiques » que, à l'heure actuelle, aucun médecin n'hésite à l'imposer, malgré la répugnance du malade à se nourrir d'aliments privés de sel.

D'autre part, certains produits, certains sels de chaux en particulier, loin de présenter une action nuisible pour le rein, étaient proposés comme agents thérapeutiques pour les malades atteints d'albuminurie et de nombreux travaux ont été publiés à ce sujet.

Ces deux faits : la difficulté de supprimer de l'alimentation le *sel*, nocif pour les reins, et l'action bienfaisante des sels de chaux pour les reins et l'organisme en général, nous ont conduit à substituer, dans l'alimentation des néphrétiques et peut-être même de bien d'autres malades, ces sels de chaux au chlorure de sodium.

Le Sel Fros a résolu le difficile problème de présenter des sels de chaux et autres sous une forme qui rappelle celle du sel fin ordinaire de table et avec un goût qui peut en donner l'*illusion* (1).

Les albuminuriques, et en général les néphrétiques, ne seront donc plus privés d'un condiment indispensable à l'entretien de l'appétit et à la digestion. Au lieu d'un aliment nuisible, ils ajouteront à leur repas une certaine proportion de sels de calcium qui contribueront à *reminéraliser leur organisme débilité*.

(1) Je dis avec intention l'*illusion* du sel de table, car, évidemment, ce produit qui ne contient pas un atome de *chlorure de sodium* ne peut qu'en rappeler le goût; mais on s'habitue très vite à ce goût, au point d'arriver à prendre le Sel Fros avec un certain plaisir.

Mais cette reminéralisation, ce ne sont pas seulement les chlorurhémiques, les néphrétiques, qui en ont besoin, tous les malades, les convalescents, les neurasthéniques, tous ceux qui, par leurs urines chargées, éliminent leurs phosphates et leurs sels de chaux, ont besoin de se reconstituer, et cette reconstitution, cette reminéralisation, ils la réalisent tout en ménageant leurs reins, s'ils remplacent dans leur alimentation le sel de cuisine par le Sel Fros.

Il y a plus, le Sel Fros, association raisonnée de plusieurs produits, offre une ressource précieuse à tous les arthritiques, aux goutteux, aux graveleux, à tous ceux dont l'organisme chargé d'acide urique a besoin d'un *lavage* en même temps que d'un *apport de construction*. Et ce lavage le malade l'obtiendra de la manière la plus simple : en salant ses aliments avec le Sel Fros, qui est diurétique.

Enfin, le Sel Fros, dont l'action sur le rein et la puissance alimentaire sont si précieuses, a encore l'avantage non seulement d'une digestibilité parfaite, mais d'être un puissant adjuvant de la digestion. Nous savons, en effet, depuis les travaux d'Arthus, de Delezenne, de Frouin que la présence des sels de chaux active les ferments et spécialement les ferments digestifs.

Le Sel Fros apparaît ainsi non seulement comme un médicament destiné à devenir indispensable à tous les *chlorurhémiques*, à tous les fragiles du rein, mais encore un *aliment* précieux par ses qualités digestives, par ses qualités fortifiantes, par ses qualités diurétiques et d'élimination.

Pour l'employer, il ne faut pas le faire cuire avec les aliments, mais préparer ceux-ci sans sel et ajouter le Sel Fros à table et au moment de consommer lesdits aliments; il peut être employé par tous, en plus ou moins grande quantité, suivant le goût de chacun. E. LASNIÉE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 5 AU 10 MAI 1913

THÈSES

Mercredi 7 mai, à une heure. — M. Besançon. Des accidents toxiques post-anesthésiques. (MM. Reclus, président; Delbet, Legueu et Zimmern.) — M. Dauguet. Étude iconographique des explorations des ostéo-articulations du pied. (MM. Delbet, président; Reclus, Legueu et Zimmern.) — M. Caufment. L'anurie dans le cancer de l'utérus, ses formes cliniques, son traitement. (MM. Delbet, président; Reclus, Legueu et Zimmern.) — M. Abama. La pyélographie. Nouvelle méthode de diagnostic des affections rénales, (MM. Legueu, président; Reclus, Delbet et Zimmern.) — M. Passot. Méningite et états méningés, diagnostique. (MM. Roger, président; Teissier, Letulle et Léon Bernard.) — M. Zielinski. Le pouls jugulaire dans l'insuffisance tricuspidienne. (MM. Teissier, président; Roger, Letulle et Léon Bernard.) — Mlle Campergue. Contribution à l'étude de la cyanose congénitale. (MM. Letulle, président; Roger, Teissier et Léon Bernard.) — M. Pechin. Du danger des livres populaires de médecine. (MM. Letulle, président; Roger, Teissier et Léon Bernard.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 28 avril. — MM. Trémolières, 20; Darré et Chabrol, 17.

Séance du 30 avril. — MM. Ramond, 20; Froin, 18; Boidin, 20.

Séance du 1er mai. — MM. Harvier, 20; Laroche, 18; Voisin, 15.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 28 avril. — MM. Toupet et Kendirdjy 17; Küss, 12.

Séance du 30 avril. — MM. Barbier et Capette, 15; Roux-Berger, 14.

— Sont déclarés admissibles à la troisième épreuve les candidats suivants : MM. Gernez, 45; Mathieu, 44; Okinczyc et Martin, 43; Bazy, Kendirdjy, Roux-Berger et Toupet, 41; Barbier, 40; Mercadé, Capette et Sauvé, 39; Bréchot et Guimbellot, 38; Picot, 37.

— Concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 28 avril. — MM. Le Lorier, 18; Lemeland, 16; Dupont, 14.

Epreuve clinique. — Séance du 30 avril. — MM. Lequeux, 18; Guéniot, 13; Dupont, 12.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Epreuve de dissection.* — Question donnée : « Nerfs de la langue à partir de la base du crâne (d'un côté seulement). »

MM. Pascalis, 29; Mornard et Cruet, 28; Moure et Sorel, 27; Métivet, 26.

A la suite du concours, le jury a proposé MM. Pascalis et Cruet comme prosecteurs.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 24 avril 1913 :

Médecin principal de première classe. — M. Bernard passe à l'hôpital du Dey à Alger.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Trilhe est affecté, pour ordre, aux salles militaires de l'hospice mixte de Castres (médecin chef).

Médecins-majors de première classe. — MM. Keim passe aux salles militaires de l'hospice de Castres (médecin chef); Vitoux, à l'hôpital de Nancy; Maré est désigné pour la Tunisie; Le Mitouard passe à l'hôpital de Toul; Coullaud, au recrutement de la Seine et prison militaire de Paris.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Maître passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Poutet est désigné pour l'Algérie; Lecomte passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Barberousse est réintégré dans les cadres et désigné pour les troupes de l'armée de terre détachées en Indochine; Laurent passe au 16e chasseurs à cheval.

— Corps de santé des troupes coloniales. — M. le médecin inspecteur Simond, nouvellement promu, a été maintenu hors cadres dans les fonctions de directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople.

M. le médecin inspecteur Collomb, nouvellement promu, a été maintenu dans les fonctions de directeur du service de santé des troupes du groupe de l'Afrique occidentale française.

— Par décret du 19 avril 1913, les médecins aides-majors de première classe des troupes coloniales dont les noms suivent, nommés à ce grade pour prendre rang du 15 janvier 1913, prendront rang du 16 janvier 1912 :

MM. Henry, Bauvallet, Robert, Ledentu, Hervier, Sice, Granie, Pichon, Saporte, Léger, Blazy, Huot, Decomis, Franck, Gaudiche, Alexandre, Thiédu.

Les médecins aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales dont les noms suivent, nommés à ce grade pour prendre rang du 15 janvier 1912, prendront rang du 16 janvier 1911 et sont promus au grade de médecin aide-major de première classe, pour prendre rang du 16 janvier 1913 :

MM. Kervrann, Laurence, Suldey, Le Bris, Louarn, Labernadie, Bérard, Rault, Laborit, Pautet, Kérébel, Quémener, Moracchini.

Le pharmacien aide-major de deuxième classe des troupes coloniales dont le nom suit, nommé à ce grade pour prendre rang du 15 janvier 1912, prendra rang du 16 janvier 1911 et est promu au grade de pharmacien aide-major de première classe pour prendre rang du 16 janvier 1913 :

M. Papin.

Les médecins aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales élèves à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille dont les noms suivent, nommés à ce grade pour prendre rang du 31 décembre 1912, prendront rang du 16 janvier 1912 :

MM. Armand, Bonrepaux, Dejean, Eggimann, Gautron, Guillemet, Jardon, Landry, Laveau, Le Gallen, Peltier, Pons, Puncet, Rainaut, Ricou, Solier, Stéfani, Théron, Toullec.

LA GUERRE DES BALKANS ET LE CORPS DE SANTÉ. — Lundi dernier a eu lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris la réouverture des conférences d'été (série 1913) de l'Association internationale de perfectionnement scientifique et médical (A. P. M.), patronnée par le gouvernement français.

Le médecin inspecteur Troussaint, directeur du service de santé de l'armée, délégué officiellement et spécialement par le ministre de la Guerre, présidait la réunion qui fut des plus brillantes, entouré par MM. J.-A. Etienne-Bazot, président de l'association; général Michel, gouverneur militaire de Paris; conseiller d'Etat Deloncle, secrétaire général à la Guerre; professeur Armand Gautier, de l'Institut, membre du comité scientifique de l'association; inspecteurs généraux Chavasse et Robert; inspecteur général Vaillard, de l'Académie de médecine, membre du Conseil de l'association; intendant général Thouvenel; médecin inspecteur Mignon, directeur du Val-de-Grâce; plusieurs médecins inspecteurs et presque tous les professeurs et agrégés de l'Ecole d'application du service de santé, médecin principal Salètes, médecin chef du Val-de-Grâce; colonel Cordonnier; conseiller d'Etat Rousseau, ancien secrétaire général à la Guerre; de nombreux officiers supérieurs de toutes armes et affectations; Simonopoulo, secrétaire d'ambassade représentant le ministre de Grèce; vicomte de Nantois, secrétaire général de la Croix-Rouge française, et presque au complet les membres du Bureau et du Conseil central de l'Association parmi lesquels nous n'omettrons pas de citer à l'ordre du jour le dévoué trésorier, docteur A. Blind, et le très distingué secrétaire général, docteur Ghislain Houzel.

Après un éloquent discours du médecin inspecteur Troussaint et une allocution du président J.-A. Etienne-Bazot, le médecin-major de première classe Cousergue, attaché au ministère de la Guerre, tout récemment de retour de la mission dont l'avait chargé le gouvernement aux armées des puissances alliées, a fait une savante causerie, illustrée de nombreuses projections de photographies inédites prises par lui sur le théâtre des opérations militaires, et coupée maintes fois de vifs applaudissements, particulièrement lorsque le conférencier eut à prononcer le nom du médecin principal Arnaud, de la mission militaire française près le gouvernement de S. M. le roi de Grèce. L'orateur fit de ses constatations un exposé à la fois clair, rapide et complet : organisation du Service de santé de l'armée balkanique, son fonctionnement : relèvement des blessés sur la ligne de feu, évacuation, pertes sur le champ de bataille, poste de secours, ambulance et hôpital de campagne, etc.; appréciation et comparaison des méthodes et des résultats d'après les chiffres officiels; puis, étude des projectiles et des blessures de guerre, mortalité et morbidité; épidémicité : typhus, méningite cérébro-spinale, choléra; hygiène et assistance. En concluant, l'orateur insiste sur les quatre points suivants, d'importance capitale : 1° il est désirable de doter le combattant d'un casque à l'épreuve de la balle; 2° il est nécessaire d'améliorer le pansement individuel; 3° il est indispensable de pourvoir les unités d'un mode pratique d'épuration chimique des eaux en campagne; 4° il serait néfaste de laisser s'accréditer cette idée que l'évacuation à outrance et à longue distance doit être la règle en campagne.

Cette soirée, pour laquelle le grand amphithéâtre de la Faculté était littéralement comble, fut un succès complet et mémorable dont il convient de féliciter à la fois le Corps de santé tout entier dans la personne du conférencier et le Conseil, toujours à l'éveil du progrès à répandre, de la Société centrale de l'A. P. M., dont les prochaines conférences auront lieu les 5 mai, 8 juin et 7 juillet.

A. P. M. — CONFÉRENCE DU 5 MAI (PROJECTIONS). — La prochaine conférence de la Société centrale de l'A. P. M. aura lieu le lundi 5 mai, à neuf heures très précises du soir, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du professeur Raphaël Blanchard, de l'Académie de médecine, vice-président et membre du comité scientifique de l'Association.

Le docteur P. Nieger, membre de la Mission d'études du chemin de fer transafricain, fera une causerie, agrémentée de nombreuses projections, sur « La vie hygiénique au Sahara et aux Centre-Africain ».

Pour avoir des cartes d'entrée, écrire au président de l'A. P. M., 12, rue François-Millet, Paris XVIe (bureau ouvert les mercredis et samedis de quinze à seize heures).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. (Service de M. le professeur Pierre MARIE.) — CONFÉRENCES DE NEUROLOGIE. — Lundi 5 mai 1913, à la fin de la conférence de M. Chatelin sur le « Diagnostic et le traitement des tumeurs cérébrales », M. le docteur de Martel fera un court exposé des méthodes d'intervention chirurgicale sur le crâne et le cerveau.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

GROSSESSE

On rend un réel service aussi bien à la mère qu'au fœtus en subvenant à leurs besoins en sels de chaux.

La Ternose (prescrite à la dose de trois cuillerées à café par jour) est un recalcifiant facile à prendre et à assimiler.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 17 MAI 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 13 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie, 1re série), *Hôtel-Dieu*.
5e (1re partie, 2e série), *Hôtel-Dieu*.

Mercredi 14 mai, à une heure. — 2e.
3e (oral, 1re partie).
4e (1re série).
4e 2e série).
5e (chirurgie, 1re partie, 1re série), *Laënnec*.
5e (1re partie, 2e série), *Laënnec*.

Jeudi 15 mai, à une heure. — 1er (oral, (1re, série).
1er (oral, 2e série).
1er (oral, 3e série).
4e (1re série).
4e (2e série).

Vendredi 16 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie, 1re série), *Necker*.
5e (1re partie, 2e série), *Necker*.
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 17 mai, à une heure. — 5e (2e partie, 1re série), *Beaujon*.
5e (2e partie 2e série), *Beaujon*.
5e (2e partie, 3e série), *Beaujon*.
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Jeudi 8 mai, à une heure. — M. FELGEYROLLES. Traitement du rhumatisme blennorragique par le radium et les autres corps radioactifs. (MM. Debove, président; Hutinel, Chantemesse et André Broca.) — M. CHATAIGNON. Contribution à l'étude des méningites aiguës, bénignes, épidémiques. (MM. Hutinel, président; Debove, Chantemesse et André Broca.) — M. SEVIN. Purpura et tuberculose chez les enfants. (MM. Hutinel, président; Debove, Hutinel et André Broca.) — M. DOUZE. Contribution à l'étude des épanchements chyliformes du péritoine. (MM. Chantemesse, président; Debove, Hutinel et André Broca.) — M. BACHY. De la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire. Indications et résultats. (MM. Pozzi, président; Bar, Lejars et Jeannin.) — M. COHEN ADAD. Contribution à l'étude de l'embryotomie. Section thoracique en V dans les cas de tête dernière avec ou sans relèvement des bras. (MM. Bar, président; Pozzi, Lejars et Jeannin.)

REVUE GÉNÉRALE

L'AORTITE ABDOMINALE

Par M. J. COLOMBE,
Interne des hôpitaux de Paris.

« L'histoire de l'aortite abdominale formait comme une page blanche dans la nosographie médicale », lorsque Potain, en 1899, attira le premier l'attention sur ce syndrome. Contrairement à l'évolution habituelle des notions pathologiques, la description anatomique de l'aortite abdominale a précédé son avènement clinique ; depuis longtemps, la localisation fréquente de l'athérome sur le segment inférieur de l'aorte était connue. Sans doute, quelques auteurs, Corvisart, Leared, Léger, Bucquoy, Broadbent, avaient signalé l'existence de troubles gastro-intestinaux chez les aortiques. Mais c'est à Potain que revient le mérite d'avoir, en 1899, dans une magistrale leçon, mis en lumière la symptomatologie de l'aortite abdominale. Depuis cette époque, la description clinique a été développée et complétée, notamment par J. Teissier qui l'enrichit de signes objectifs importants et précisa l'étiologie. Les observations se multiplient, en France d'abord, puis à l'étranger, en Allemagne, en Angleterre, en Italie. L'anatomie pathologique a permis, malgré la rareté des autopsies, d'étudier, d'une manière assez complète, la topographie des lésions et d'envisager au moins diverses hypothèses capables d'expliquer les troubles gastriques ou intestinaux qui accompagnent l'aortite abdominale.

I

Etiologie. — I. Causes déterminantes. — L'inflammation de l'aorte sous-diaphragmatique s'observe dans des conditions très variées : tantôt, elle occupe seule le tableau clinique, et tous les symptômes dont se plaint le malade lui sont subordonnés ; tantôt elle ne constitue qu'un épisode au cours d'un état morbide antérieur qu'elle vient compliquer ou prolonger. Aussi convient-il de distinguer l'aortite abdominale primitive ou isolée, et l'aortite abdominale secondaire. Celle-ci serait, pour Potain, la forme la plus habituelle, la localisation sous-diaphragmatique directe et primitive étant exceptionnelle. Teissier admet, au contraire, que l'aortite primitive est moins rare qu'on ne le croit généralement et en cite plusieurs exemples.

1° *Aortite primitive.* — Un traumatisme, l'action du froid, un travail professionnel exagéré, un surmenage, telles sont les causes fréquentes de l'aortite abdominale primitive. Potain rapporte l'histoire d'un infirmier de la Charité atteint de cette affection, après un long travail, pendant lequel l'abdomen était resté exposé à un froid vif contre un carreau ouvert par mégarde. Teissier relate deux cas survenus, l'un à la suite d'un usage désordonné de la machine à coudre, l'autre chez une femme ayant lavé longtemps par un grand froid en appuyant violemment sa planche à linge sur le creux épigastrique. De même, un soldat couchant sous la tente après une marche forcée est atteint d'aortite sous-diaphragmatique.

Il est fort probable que ces facteurs mécaniques et climatériques n'ont qu'une influence occasionnelle sur l'apparition des crises d'aortite et ne servent qu'à fixer en cette région un élément pathogène préexistant. Très souvent, d'ailleurs, ils ne se rencontrent pas dans l'étiologie, et la maladie relève alors directement d'une infection « localisée en quelque sorte électivement » (Teissier) sur l'aorte sous-diaphragmatique.

Le rhumatisme articulaire aigu et la grippe jouent ici un rôle prédominant : assez souvent, les poussées articulaires alternent, dans le rhumatisme, avec les crises d'aortite et de périaortite ; dans la grippe, la complication vasculaire survient au moment de la convalescence ou, plus tard, quelques semaines ou plusieurs mois après la guérison.

L'origine tuberculeuse de certains cas d'aortite abdominale paraît également bien établie. Potain l'avait admise dans l'une de ses observations. Teissier en a démontré la légitimité par des faits cliniques, des recherches de laboratoire (séro-diagnostic tuberculeux positif) et des examens anatomiques (inoculations positives au cobaye de plaques d'aortite abdominale primitive). Il faut noter que ce ne sont pas les tuberculoses à marche rapide — forme granulique, forme ulcéreuse commune — qui s'accompagnent d'aortite sous-diaphragmatique, mais plutôt la tuberculose torpide, larvée, à évolution lente et à forme fibreuse, celle qui a de la « tendance aux irritations cardio-vasculaires (rétrécissement mitral) ».

D'autres infections sont encore susceptibles de donner lieu à cette forme d'aortite : l'infection puerpérale (Teissier), le paludisme, la syphilis (Teissier, Grossmann), la rougeole (Teissier), la fièvre typhoïde, la scarlatine (Minet), peut-être la variole. Mais l'importance étiologique de ces affections est beaucoup moindre que celle de la grippe, du rhumatisme, de la tuberculose.

Certaines intoxications et auto-intoxications, des états diathésiques divers ont pu également être incriminés : tels le saturnisme, la goutte, l'urémie où les crises d'aortite alternent quelquefois avec les accès dyspnéiques (Mathieu).

2° *Aortite secondaire.* — Les aortites abdominales secondaires apparaissent dans deux circonstances ; elles sont consécutives, soit à une aortite thoracique nettement caractérisée ou à une cardiopathie d'origine artérielle — aortites par extension, — soit à une affection abdominale antérieure, à une inflammation de voisinage — aortites par propagation.

L'aortite par extension relève des mêmes causes infectieuses ou toxiques que l'aortite primitive ; un facteur étiologique commun frappe le segment sous-diaphragmatique de l'aorte après avoir atteint le segment supérieur. La goutte, le rhumatisme, la syphilis, le paludisme sont le plus souvent en cause. Ces aortites extensives s'observent chez des artérioscléreux, des athéromateux, des sujets atteints d'insuffisance aortique d'origine artérielle, avec double

souffle à la base du cœur ou timbre dur et claqué du second bruit du cœur au foyer aortique, et tension artérielle élevée.

Mais plus souvent encore l'aorte abdominale est atteinte par propagation; l'inflammation des organes voisins gagne secondairement les tissus périaortiques et le vaisseau lui-même. En 1902, Teissier, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, attire l'attention sur la fréquence des signes d'aortite ou de périaortite abdominale dans l'entérocolite muco-membraneuse (26 p. 100 des cas). Exceptionnellement, l'aortite et l'entérocolite semblent n'avoir que des relations très lointaines et dépendre d'un même processus constitutionnel; rarement l'aortite a précédé les crises d'entérocolite; dans la grande majorité des faits, l'aortite paraît secondaire, soit aux tiraillements exercés sur le vaisseau par les viscères ptosés, soit à un travail irritatif de voisinage.

A côté de l'entérocolite, diverses affections abdominales, accompagnées de péritonite partielle, sont capables de donner naissance à une inflammation aortique ou périaortique : la pérityphlite, l'appendicite, la périgastrite, la péricholécystite. Teissier rapporte ainsi à l'aortite les accidents tenaces qui survivent pendant des mois ou des années à une cholécystite disparue. Le rôle des gastrites n'est pas admis sans contestation : tandis que Teissier croit la dyspepsie consécutive à l'aortite, Benech attribue à celle-ci une place secondaire, et pour lui, le plus souvent, les gastrites, surtout les gastrites aiguës hyperpeptiques de Hayem, avec périgastrite, engendreraient l'aortite au lieu d'en être précédées.

II. Causes prédisposantes. — L'âge ne semble pas avoir d'influence manifeste. Aucun cas cependant n'a été signalé dans l'enfance. Chez les adolescents, l'aortite sous-diaphragmatique s'observe à la suite d'une infection, d'une tuberculose torpide. A l'âge moyen, elle peut en outre être déterminée par une entérocolite muco-membraneuse, une gastrite, la lithiase biliaire avec cholécystite, une appendicite. Chez les individus âgés enfin, l'athérome, la maladie de Hodgson se compliquent parfois d'aortite abdominale.

L'affection se rencontre de préférence chez la femme qu'y prédisposent sans doute les ptoses viscérales, la lithiase biliaire, le retentissement des affections du petit bassin sur la région périaortique et les plexus avoisinants, enfin des habitudes professionnelles défectueuses (abus de la machine à coudre, pression de la planche à laver sur le creux épigastrique, etc.).

II

Symptômes. — Quelle que soit sa cause, l'aortite abdominale se manifeste par des symptômes à peu près identiques. Des phénomènes variés et nombreux peuvent attirer l'attention ; mais dans ce tableau, les douleurs et les troubles gastro-intestinaux occupent une place prépondérante. Quelques phénomènes secondaires complètent fréquemment ce groupe des symptômes accessoires ou indicateurs (Teissier). Mais seule la constatation des signes cardinaux ou essentiels permettra de s'arrêter à ce diagnostic.

I. Signes fonctionnels. — 1° *Douleur.* — La première manifestation de l'aortite abdominale est habituellement la douleur. Spontanée, elle siège le plus souvent à la région épigastrique ou à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. Quelquefois cependant la localisation est un peu différente, et l'aortite abdominale simule tantôt une crise de colique hépatique (Rénon, Hunter) ou néphrétique, d'hyperchlorhydrie, d'appendicite (Benech, Ortner), tantôt une perforation intestinale (Teissier) : les souffrances sont alors généralisées à tout l'abdomen.

Rarement limitée en un point, la douleur irradie généralement vers les fosses iliaques, en suivant le trajet des artères iliaques (cette irradiation est de grande importance pour le diagnostic, mais elle n'est pas constante), vers les membres inférieurs, les testicules, la base du thorax, la colonne vertébrale : une rachialgie intense est signalée dans plusieurs observations. Quelquefois les phénomènes douloureux revêtent les allures de la névralgie diaphragmatique.

Pendant un temps variable, d'ordinaire assez long, la douleur est sourde et intermittente, surtout chez les malades atteints d'aortite chronique, puis, assez rapidement, elle acquiert une vive intensité et présente des paroxysmes extrêmement pénibles, de véritables crises d'angor abdominale. C'est souvent à l'occasion de ces accidents aigus que les malades viennent consulter le médecin. Pendant la crise, les souffrances se caractérisent par leur acuité ; d'un point central, épigastrique ou péri-ombilical, elles iradient vers les régions voisines, vers le thorax, vers les membres inférieurs, frappés d'« une sorte de lassitude douloureuse simulant un véritable état parétique... et s'opposant à la marche comme à toute autre station debout prolongée ». Le malade est d'ailleurs retenu au lit, où il prend des positions diverses pour atténuer la douleur que le décubitus dorsal exaspère habituellement; le plus souvent, il fléchit le tronc en avant et appuie fortement ses deux mains sur l'épigastre ; parfois il se couche en chien de fusil, en particulier dans les crises rachialgiques (Teissier). La pâleur, la respiration superficielle et accélérée, l'angoisse, les sueurs froides et les tendances syncopales accompagnent généralement l'accès.

Sa durée varie de quelques minutes à plusieurs jours; le plus souvent il se prolonge pendant deux ou trois heures et se termine assez brusquement, laissant à sa suite un endolorissement abdominal sourd et profond. Les crises se répètent à intervalles irréguliers, chaque semaine, chaque jour, ou même plusieurs fois par jour ; elles réapparaissent à l'occasion d'une fatigue, d'une émotion, surtout d'un repas copieux, quelquefois sans cause apparente. Rarement constituées par les souffrances seules, elles sont ordinairement compliquées de troubles gastro-intestinaux.

2° *Troubles gastro-intestinaux.* — Ceux-ci sont constants, mais d'intensité et de caractères très variables. S'ils relèvent dans certains cas d'affections

antérieures, qui ont déterminé l'aortite abdominale (gastrite, entérocolite), ils sont généralement sous la dépendance de la lésion vasculaire elle-même. Leur coïncidence avec les crises douloureuses est habituelle, et leurs particularités ne changent guère chez le même malade.

Les symptômes gastriques s'observent plus fréquemment que les troubles intestinaux; l'accès gastralgique peut s'accompagner soit de nausées douloureuses (Montagnon), soit de vomissements alimentaires, que l'hypersécrétion gastrique réflexe contribue à rendre plus abondants. Ces vomissements apportent quelquefois au malade un soulagement notable.

L'étude des fonctions de l'estomac chez ces sujets a donné à Carrière les résultats suivants : la motricité gastrique est exagérée; le chimisme, à la suite d'un repas d'épreuve, correspond à celui de l'hypopepsie du second degré de Hayem; l'analyse des vomissements dénote de l'hypochlorhydrie. Certains auteurs, Teissier, Grossmann, signalent cependant de véritables crises hyperchlorhydriques.

Le ballonnement gastrique suivi d'éructations fréquentes (Schwyzer), les hématémèses (Neusser) sont exceptionnels.

Coïncidant rarement avec les phénomènes gastriques, alternant quelquefois avec eux, les troubles intestinaux s'observent d'ordinaire isolés. Tantôt la crise s'accompagne de constipation; celle-ci peut être assez opiniâtre pour simuler l'obstruction et même l'occlusion intestinale. Thorowgood rapporte l'histoire d'un malade dont le spasme intestinal fut assez accusé pour entraîner la mort par occlusion. Ortner a décrit sous le nom de « dyspragie intestinale intermittente » une forme particulière qui consiste en un ballonnement de l'abdomen, distendu uniformément ou seulement en certaines régions, ballonnement accompagné de constipation opiniâtre et d'une dyspnée pénible; ces crises de météorisme apparaissent deux ou trois heures après les repas, se reproduisent plusieurs jours ou plusieurs semaines, et cessent pendant une période variable, ordinairement assez longue.

Tantôt, au contraire, le malade se plaint de diarrhée. Une crise diarrhéique abondante, un flux intestinal aigu juge chaque crise douloureuse abdominale. Chez une jeune malade de Teissier, « les crises de paroxysmes douloureux s'accompagnent de flux diarrhéiques incoercibles, véritable entérorrhée » que l'auteur compare aux crises d'œdème aigu du poumon qui viennent parfois compliquer l'aortite thoracique. Un vieillard, observé par Lœper, était « pris de crampes intestinales, puis de diarrhée abondante qui se renouvelait jusqu'à sept ou huit fois dans les vingt-quatre heures et dura ainsi quatre mois avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration ». Plus tard, il présenta « une véritable diarrhée séreuse analogue à celle que signale Teissier et mourut en trois jours d'un anévrisme disséquant de l'aorte abdominale ».

Plus souvent peut-être, les troubles intestinaux se traduisent par des crises mucorrhéiques, des débâcles glaireuses et muco-membraneuses. « C'est l'entéro-colite muco-membraneuse, si fréquente comme élément provocateur de l'aortite abdominale, qui devient elle-même la conséquence nécessaire de la poussée d'aortite. » (Teissier.) Ces mucorrhées paroxystiques alternent chez quelques malades avec des crises d'angor coronarienne.

Les hémorragies intestinales sont exceptionnelles. Si elles existent, elles restent ordinairement assez peu abondantes pour que les réactifs chimiques seuls les puissent déceler. Abondantes, elles constituent une grave complication.

3° *Battements épigastriques.* — Les malades atteints d'aortite abdominale se plaignent souvent de battements douloureux, siégeant à l'épigastre, modérés ou énergiques, incommodes ou obsédants, exagérés sous l'influence de la marche, de la digestion ou d'une simple émotion. Un sujet observé par Minet éprouvait des battements généralisés à tout l'abdomen, très violents, et qu'il cherchait en vain à calmer en se tenant le ventre avec ses deux mains et en respirant superficiellement.

Certains malades accusent une sensation différente : ils perçoivent une sorte d'arrêt circulatoire, de suspension momentanée des battements cardiaques, au niveau de l'épigastre; puis un coup de bélier violent succède à cette pause, et la circulation se rétablit. Teissier, qui a signalé ce phénomène et l'a désigné sous le nom d'« intermittence ventrale », l'attribue à un « spasme passager du diaphragme au niveau de l'aorte enflammée, spasme qui entraînerait une sorte de pincement de l'aorte à ce niveau », d'où grosse augmentation de pression dans le segment thoracique, arrêt momentané du cœur, puis afflux brusque du sang dans l'aorte sous-diaphragmatique, le spasme une fois vaincu.

4° *Phénomènes réflexes.* — Ils sont extrêmement nombreux, extrêmement variables, et risquent par leur multiplicité même d'égarer le diagnostic. Les uns sont d'ordre cérébral, les autres d'ordre pulmonaire ou cardiaque.

Le vertige est fréquent; il revêt le plus souvent, d'après Teissier, le caractère de vertige neurasthénique et peut aller jusqu'à la chute. Les tendances lipothymiques s'observent aussi dans un grand nombre de cas : le malade est incapable de garder longtemps dans l'immobilité la station debout sans être sujet à une syncope. Quelques troubles réflexes sont, au contraire, exceptionnels : telle l'agoraphobie, telle encore la crise comitiale vraie dont Teissier rapporte plusieurs faits; les attaques épileptiformes apparaissent au cours ou à la suite des accès d'aortite, chez des sujets jusqu'alors indemnes de crises convulsives, mais pourtant prédisposés.

Parmi les réflexes habituels provoqués par l'irritation de l'aorte sous-diaphragmatique, on doit signaler la dyspnée, tantôt légère, tantôt très vive, allant jusqu'à l'orthopnée et accompagnée d'un certain degré de cyanose. Montagnon a vu cet état dyspnéique alterner avec les accès gastralgiques. Les palpitations, coïncidant ordinairement avec des intermittences cardiaques perçues par le malade, sont aussi phénomènes d'observation courante; il est vraisemblable qu'elles relèvent des manifestations

gastro-intestinales de l'aortite et s'expliquent par le mécanisme invoqué par Potain et Barié dans la pathogénie de l'insuffisance tricuspidienne fonctionnelle des hépatiques et des dyspeptiques.

Teissier et Neusser ont encore signalé, parmi les troubles réflexes, la sialorrhée.

Tendances syncopales, dyspnée, troubles cardiaques contribuent à entretenir chez le malade un état d'angoisse extrêmement pénible, qui dure autant que la crise d'aortite et en suit les diverses phases.

II. Signes physiques. — Si les phénomènes douloureux, les crises gastriques et intestinales permettent de soupçonner l'aortite sous-diaphragmatique, ils ne présentent cependant aucun caractère pathognomonique, et un diagnostic ferme ne peut s'appuyer que sur des constatations objectives. Celles-ci sont tirées, soit de l'exploration attentive et répétée de l'aorte elle-même, soit de la recherche de quelques phénomènes importants, abdominaux et périphériques.

A. *Signes locaux.* — Dans une leçon de la Charité, Potain a eu le mérite de démontrer à la fois l'individualité clinique de l'aortite abdominale et d'en indiquer les manifestations essentielles. Ces signes cardinaux sont les suivants : douleur, dilatation, déviation et mobilité de l'aorte.

1° *Douleur provoquée.* — La pression profonde de l'épigastre provoque, le long de l'aorte jusqu'à l'ombilic, une douleur aiguë, parfois intolérable, qui fait pousser un cri au malade, surtout si l'exploration est pratiquée au cours d'une crise gastro-intestinale. La douleur maxima siégerait, d'après Benech, à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic; en réalité, sa localisation est variable, et la pression la réveille depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à la bifurcation aortique. Essentiellement limitée à la paroi vasculaire, elle irradie avec une intensité décroissante vers les régions voisines et en particulier sur le trajet des iliaques, dont la palpation est aussi douloureuse, et quelquefois même des fémorales, « que l'on voit battre énergiquement, alors que souvent les vaisseaux du segment supérieur du tronc ne présentent aucune anomalie » (Teissier). Quelle que soit l'importance diagnostique de la propagation de la douleur au niveau des branches de bifurcation de l'aorte, elle n'est toutefois pas nécessaire, ni constante; elle manque dans une observation de Potain et dans une série de faits d'aortite abdominale dûment vérifiés. La recherche de la douleur aortique donne rarement naissance à des phénomènes réflexes inquiétants; c'est cependant au cours d'un examen que Teissier a vu apparaître, chez un sujet prédisposé, une crise épileptiforme sous l'influence du réflexe douloureux.

2° *Elargissement de l'aorte.* — Pour se rendre compte de la dilatation de l'aorte, on doit déprimer doucement les muscles abdominaux dans la zone sus-ombilicale et saisir, entre le pouce et l'index, ou le médius, le vaisseau; on en apprécie ainsi, par comparaison avec la sensation que donne une aorte normale chez un sujet de même âge, le degré d'élargissement. Cette exploration, aisée chez les malades amaigris et à travers une paroi souple, ne manque pas de présenter quelques difficultés si la paroi est résistante et la palpation douloureuse; en outre, l'appréciation du calibre de l'aorte exige une certaine habitude. Aussi un *examen radiologique* sera-t-il parfois d'une grande utilité : dans un cas de Lœper, une radiographie confirma l'existence d'une dilatation de l'aorte dans la traversée diaphragmatique et la région épigastrique.

L'élargissement aortique s'explique par la perte d'élasticité des tuniques artérielles consécutive à l'inflammation, et l'extension secondaire du vaisseau.

3° *Incurvation de l'aorte.* — Non seulement l'aorte est élargie, mais elle est déviée de sa situation normale, généralement à gauche de la colonne vertébrale ; elle décrit une courbe à concavité droite, regardant le rachis. Teissier a constaté sa présence dans la fosse iliaque, à trois travers de doigt de la ligne médiane. Excellent signe d'aortite abdominale pour Potain, cette déviation est aussi une conséquence de la perte d'élasticité des parois du vaisseau qui, « bloqué à ses deux extrémités et dans l'impossibilité de s'étendre dans le sens longitudinal, s'incurve naturellement sous l'influence de cet allongement » (Teissier). Benech remarque l'importance de sa recherche pour la localisation des phénomènes douloureux.

4° *Mobilité de l'aorte.* — La déformation de l'aorte peut d'ailleurs varier chez le même sujet; libérée, en effet, de ses moyens de fixité par l'irritation des tissus périvasculaires, l'artère se déplace aisément sous la pression des doigts; souvent même, cette laxité permet des déplacements spontanés : ainsi Teissier, après avoir senti le vaisseau, certain jour, dans la fosse iliaque gauche, le rencontre-t-il le lendemain à plusieurs centimètres à droite de la colonne vertébrale. Potain insiste également sur la valeur de ce signe qui autorise le diagnostic ferme d'aortite, car « l'aorte abdominale ne se libère de ses attaches qu'après s'être préalablement dilatée et enflammée ».

5° *Battements aortiques.* — Les battements dont se plaignent les malades sont facilement perceptibles par la palpation de l'épigastre. Tantôt limités à la paroi vasculaire, tantôt expansifs et rappelant les caractères des battements de l'anévrisme, ils constituent un phénomène banal, de minime valeur pour le diagnostic, et se rencontrent dans l'aortisme simple. Exceptionnellement, les mouvements respiratoires modifient leur rythme : les inspirations profondes augmentant notablement la pression dans l'aorte abdominale, donnent parfois, ainsi que l'a observé Teissier, au battement recueilli par le sphygmographe le type bigéminé.

6° *Souffles.* — L'auscultation de l'aorte abdominale fournit des résultats inconstants. Souvent on ne perçoit aucun souffle. Dans certains cas, on entend soit un souffle systolique, plus ou moins intense, dû pour Potain à la dilatation brusque de l'artère au-dessous du diaphragme, ou, au contraire, à un rétrécissement, — soit un double souffle systolique et diastolique, localisé ou se propageant jusque dans les iliaques et même les fémorales.

Les signes fournis par l'exploration directe de l'aorte dans la région sus-ombilicale ont une valeur absolue; mais très souvent une contracture réflexe gêne l'examen et en rend douteux les résultats. Cette *contracture vigilante* est parfois généralisée aux deux muscles grands droits; d'ordinaire, elle se limite à un seul muscle, le gauche, ou même à un segment de muscle, généralement le segment supérieur. Suivant les cas, elle offre à la palpation une résistance invincible ou elle cède à une pression patiente et continue. D'origine réflexe, elle constitue un phénomène de défense, habituellement permanent, qui s'exagère au moment des crises douloureuses et que réveille, dans leur intervalle, l'exploration de l'aorte, exceptionnellement rythmé, ainsi que Potain l'a observé.

On conçoit la difficulté que peut apporter au diagnostic cette contracture réflexe de la paroi abdominale et l'utilité de signes plus ou moins éloignés, en tout cas plus aisément perceptibles.

B. *Signes à distance.* — 1° *Exploration de l'estomac et de l'intestin.* — D'abord, on ne négligera pas d'examiner avec soin l'abdomen du malade, surtout au moment des crises douloureuses. Suivant la prédominance des troubles gastriques ou intestinaux, cet examen permettra de constater, soit une distension de l'estomac dont les ondulations péristaltiques sont quelquefois apparentes (Carrière), soit un spasme généralisé ou localisé du gros intestin.

2° *Signe de la splénique* (Lœper). — La palpation profonde de l'hypocondre gauche, au-dessous du rebord costal, découvre parfois, à une notable distance de l'aorte, une artère sinueuse qui n'est autre que la splénique, dont les battements sont énergiques et la consistance dure. Ce signe, appréciable seulement quand l'inflammation vasculaire s'est propagée jusqu'à cette artère, est révélateur de l'aortite abdominale.

3° *Hypertension de la pédieuse.* — Beaucoup plus important serait le symptôme sur lequel Teissier a, dès 1902, attiré l'attention : une irritation localisée à l'aorte sous-diaphragmatique produit, par action des vaso-constricteurs, une hypertension partielle dans la pédieuse. La tension de cette artère, normalement inférieure de 2 à 4 centimètres à celle de la radiale, la dépasse de 1, 2, 3 ou 4 centimètres dans l'aortite abdominale; une différence de 6 centimètres est plus rare; la simple égalité de pression constituerait déjà une présomption en faveur de l'aortite.

Non seulement l'hypertension de la pédieuse éclaire le diagnostic, mais elle donne sur l'intensité, la durée et le pronostic de l'affection les indications les plus utiles, et Teissier a mis en relief les conclusions suivantes : « 1° Le degré de l'irritation aortique est généralement proportionnel à l'importance de cette hypertension; 2° les oscillations dans la tension de la pédieuse rythment en quelque sorte les améliorations comme les aggravations des poussées inflammatoires au niveau de l'artère, une exagération marquée de cette tension répondant toujours à une recrudescence de l'irritation aortique; 3° enfin la disparition définitive de l'hypertension nous a toujours semblé correspondre à la disparition complète de la poussée aortique ou péri-aortique. »

Si l'on songe à la difficulté que présente la recherche des signes locaux de l'aortite, on comprendra de quel secours la constatation facile de l'hypertension pédieuse est au diagnostic. Quels que soient les troubles accusés par le malade, il sera prudent de n'affirmer l'existence d'une aortite sous-diaphragmatique que s'ils coïncident avec une augmentation relative de la tension artérielle dans la pédieuse ou la tibiale postérieure.

La valeur de ce signe est cependant contestée par plusieurs auteurs, car l'hypertension relative de la pédieuse peut s'observer non seulement dans l'aortite sous-diaphragmatique, mais dans une série d'autres affections et même chez des sujets normaux. Ribierre, Pagniez, Legout ont récemment signalé ces faits, et peut-être cette question des hypertensions locales mérite-t-elle d'être étudiée de nouveau. En tout cas, ces constatations diminuent considérablement l'importance séméiologique des différences entre les pressions systoliques locales, quelle qu'en soit la cause.

4° *Modifications de la température locale.* — Chez les sujets atteints d'aortite abdominale, on observe assez fréquemment, sous l'influence d'un effort, d'une émotion et surtout du travail digestif, une élévation notable de la température rectale sans variation parallèle de la température buccale ou axillaire. Cet écart entre les températures rectale et buccale ou axillaire est alors plus grand qu'à l'état normal et dépasse souvent 1 degré, 1°5. Parfois l'hyperthermie rectale persiste au-dessus de 38 degrés pendant des semaines ou des mois, sans aucune autre apparence de réaction fébrile; le pouls est peu accéléré par rapport à la température. Le même phénomène se produit d'ailleurs au cours de l'entérocolite muco-membraneuse; mais les malades atteints d'entérocolite à poussées fébriles transitoires sont précisément ceux chez lesquels l'aorte abdominale paraît plus particulièrement intéressée (Teissier). A quoi attribuer cette hyperthermie locale? O. Strjemetchna l'explique par un « travail vaso-moteur local sous la dépendance de l'éréthisme circulatoire de l'abdomen ».

III

Evolution. Formes cliniques. — Un facteur domine l'évolution de la maladie, c'est le terrain sur lequel elle évolue. Le plus souvent bénigne, si elle apparaît chez un sujet sain, à la suite d'un traumatisme, d'une infection ou d'une intoxication, l'aortite abdominale revêt au contraire une allure grave, une marche rebelle et progressive chez les athéromateux porteurs de lésions cardio-vasculaires. Il convient à ce propos de séparer nettement les aortites aiguës et chroniques. Dans des travaux récents, Minet, Leclercq et Holleau établissent la nécessité d'une distinction absolue entre ces deux séries de faits qu'on doit envisager, non pas comme deux formes cliniques d'une même maladie, mais bien comme deux maladies différentes n'ayant d'autres points communs que ceux dus à la similitude de localisa-

tion anatomique. Si l'analyse des symptômes ne nous a pas semblé justifier une telle démarcation, l'évolution et le pronostic n'en sont pas moins, en effet, entièrement différents dans l'un et l'autre cas.

Dans la forme aiguë, d'origine traumatique ou infectieuse, la marche de l'aortite est habituellement rapide ; en quelques jours, en quelques semaines, les phénomènes douloureux et les troubles gastro-intestinaux s'atténuent, puis disparaissent sans laisser de traces. Rarement la maladie se prolonge pendant deux ou trois mois. Plus rarement encore, après un temps variable où le malade était considéré comme guéri, surviennent brusquement de nouvelles crises, une véritable récidive ; une aortite rhumatismale peut ainsi se réveiller, sous l'influence d'une poussée articulaire ultérieure. Le passage à la chronicité est possible, mais semble peu fréquent, et jamais, à moins de complication, cette forme aiguë ne s'est terminée par la mort. Une guérison rapide et complète est la règle.

Il en est tout autrement dans la forme chronique. Il s'agit ici d'une aortite extensive (Teissier) : les symptômes d'aortite abdominale n'apparaissent qu'à une période tardive, chez des sujets atteints depuis longtemps d'insuffisance aortique, d'angine de poitrine ou d'aortite thoracique. Ils ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui caractérisent l'aortite aiguë ; et dans les cas que nous avons observés le tableau clinique était identique ; peut-être les signes locaux sont-ils plus difficiles à constater, et la mobilité de l'aorte sous-diaphragmatique est-elle moindre ; mais ces nuances n'établissent pas entre les deux formes des frontières très nettes. Ce qui les différencie vraiment, c'est l'évolution. L'aortite abdominale chronique n'a aucune tendance à la guérison ; les crises en sont fréquentes et de plus en plus rapprochées, alternant ou coïncidant avec des accès d'angor coronarienne ou d'aortite thoracique. L'état du cœur et du système artériel en règle la durée, et les malades succombent au bout d'un temps variable, soit subitement, au cours d'un accès angineux, soit par suite d'une complication cérébrale, rénale ou pulmonaire.

Entre ces deux formes, aiguë et chronique, existent les faits intermédiaires de poussées subaiguës au cours d'une aortite chronique.

IV

Complications. — Un nouveau facteur peut d'ailleurs modifier la marche et le pronostic de l'aortite abdominale aiguë ou chronique. Des complications nombreuses, en effet, ont été observées, qui relèvent, les unes, les plus habituelles, de l'extension aux branches collatérales du processus inflammatoire dont dépend l'aortite elle-même ; les autres, beaucoup plus rares, de l'oblitération par thrombose ou embolie des artères viscérales issues du tronc aortique.

On décrit souvent comme de véritables complications les crises gastriques ou intestinales qui apparaissent au cours de l'affection ou en constituent la manifestation initiale. Nous avons suffisamment insisté sur leur description en étudiant les troubles gastro-intestinaux de l'aortite, et la fréquence de ces accès paroxystiques est telle qu'ils peuvent être considérés comme des symptômes.

Un fait digne de remarque, et sur lequel insiste Teissier, c'est l'absence de retentissement de l'aortite sous-diaphragmatique sur le cœur. L'éloignement de cet organe le met à l'abri de la propagation des lésions et des fluctuations de tension de l'aorte abdominale. Si des signes d'insuffisance valvulaire, d'angine de poitrine, d'aortite thoracique sont constatés chez un sujet atteint d'aortite abdominale, ils ne sont pas secondaires à cette affection ; ils peuvent s'expliquer par un même processus inflammatoire et ont d'ailleurs, le plus souvent, précédé l'éclosion des troubles abdominaux.

La plupart des complications sont dues aux modifications apportées dans la circulation des viscères de l'abdomen par l'extension ou sous l'influence des lésions de l'aorte, et s'observent de préférence dans l'aortite chronique.

La *gastrite*, l'*entéro-colite muco-membraneuse* qui précèdent et déterminent si souvent l'aortite, apparaissent quelquefois après elle et traduisent dans ce cas la coexistence avec celle-ci d'artériosclérose gastrique ou intestinale. De nombreux auteurs, Cheinisse, Raulin, Montagnon, Grossmann, Buday, Lagane, ont signalé l'importance de ces manifestations d'artériosclérose parcellaire, la combinaison fréquente des symptômes de l'aortite abdominale et de l'artérite viscérale et la difficulté extrême de faire, dans ces formes hybrides, le départ de ce qui revient à l'une et à l'autre.

Un semblable mécanisme peut expliquer les crises d'*appendicite* survenues au cours d'une aortite abdominale chronique ; ces crises relèvent vraisemblablement d'une altération de l'artère appendiculaire qui entrave la nutrition des tissus et favorise l'infection. Ces cas paraissent exceptionnels.

Il en est de même de la *glycosurie* signalée par Teissier et attribuée par cet auteur au trouble apporté dans le fonctionnement du pancréas par les lésions vasculaires. Il s'agissait d'une glycosurie intermittente apparue à plusieurs reprises au moment des poussées péri-aortiques.

Plus fréquente sans doute est l'*albuminurie* Celle-ci peut être transitoire et due soit à la cause infectieuse ou toxique de l'aortite elle-même, soit à un simple trouble de la circulation rénale. Mais souvent elle est l'indice d'une néphrite subaiguë ; l'examen des urines permet de constater, outre l'albumine, la présence de leucocytes, de cylindres granuleux. L'évolution de cette néphrite est ordinairement simple et la guérison rapide ; quelquefois, cependant, une albumine résiduelle subsiste, et au bout de plusieurs mois ou années après les poussées d'aortite se manifeste une infériorité fonctionnelle plus ou moins accusée du rein. L'aortite abdominale constituerait ainsi, d'après Teissier, le trait d'union fréquent entre l'entéro-colite muco-membraneuse et l'albuminurie observée parfois au moment des crises intestinales.

Les *thromboses* ou *embolies* dans les branches de l'aorte sous-diaphragmatique sont relativement rares. Elles donnent habituellement lieu à un infarctus et

se traduisent cliniquement par une hémorragie, hématémèse ou melæna. L'hématémèse, signalée par Neusser, semble exceptionnelle. Les hémorragies intestinales sont plus fréquentes : il s'agit tantôt d'une diarrhée sanguinolente, intermittente, coïncidant avec les poussées douloureuses, tantôt d'une hémorragie grave, susceptible d'entraîner la mort. C'est presque toujours dans les aortites chroniques que ces complications ont été observées.

Il faut noter enfin deux accidents absolument exceptionnels. Potain, puis Roque et Corneloup ont signalé l'*asphyxie des extrémités*, surtout des pieds, avec menace possible de gangrène; ce phénomène est d'ordre réflexe. La *rupture de l'aorte* a été observée par Potain ; cette complication, d'une extrême rareté, peut terminer une crise d'angor abdominale.

V

Pronostic. — Le pronostic de l'aortite abdominale aiguë est presque toujours bénin, grâce à la tendance de la maladie à la résolution spontanée et à la rareté des complications. Cette variété se termine généralement par une guérison complète et durable et ne passe qu'exceptionnellement à la chronicité.

Tout autre est le pronostic de l'aortite chronique que de multiples conditions contribuent à assombrir : âge avancé et tares des malades, action prolongée et souvent indélébile des facteurs étiologiques, difficulté du traitement, fréquence des complications. Il semble notamment que l'apparition des signes de l'aortite sous-diaphragmatique chez des artérioscléreux, antérieurement atteints d'aortite thoracique avec ou sans insuffisance valvulaire, soit un élément de fâcheux présage, l'aortite abdominale se manifestant surtout dans les dernières semaines ou les derniers mois. L'évolution dans ces cas reste d'ailleurs subordonnée à l'état du cœur et de l'aorte thoracique. Plus les crises d'angor abdominale se rapprochent, plus le pronostic doit être réservé.

(*A suivre.*)

MAL PERFORANT PLANTAIRE ET AIR CHAUD

Par M. H. ROZIÈS,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

Décrit pour la première fois par Nélaton, en 1852, dénommé par Vézignié, le mal perforant plantaire, relativement assez commun dans la clientèle des villes et des campagnes et dans nos services d'hôpitaux, reste une de ces affections qui, par leur ténacité, la fréquence des récidives, le grand nombre des thérapeutiques qu'elles ont suscité et auxquelles elles sont restées rebelles, découragent le médecin, sont pour le chirurgien la source de bien des mécomptes et, par suite, comportent le plus souvent pour le malade un pronostic d'incurabilité. Maladie des pauvres auxquels le repos ne peut être raisonnablement conseillé, elle a vu se dresser contre elle, puis successivement échouer les méthodes les plus diverses et les thérapeutiques les plus ingénieuses.

L'air chaud expérimenté et bien connu depuis les travaux de Bier et qui a donné entre toutes les mains, dans le traitement des ulcères et plaies atones, de si encourageants résultats, n'avait jamais été opposé au mal perforant plantaire. Ses propriétés cicatrisantes, antiseptiques, modificatrices trouvaient a priori leurs indications dans la thérapeutique de cette affection.

Dausset, l'un des premiers, en fit l'essai, et au Congrès de physiothérapie de 1908 il pouvait apporter l'observation d'un mal perforant plantaire d'origine diabétique qu'il avait fermé en vingt jours sous l'influence de la douche d'air chaud. On trouvera ce cas rapporté dans la thèse de Marquis : *Applications chirurgicales de l'aérothermothérapie* (Paris, 1910).

A la Société de médecine de Paris, le 26 février 1910, Dausset pouvait encore rapporter trois cas de maux perforants plantaires, tous trois d'origine diabétique, traités avec succès par l'air chaud. Le premier datait de quatre mois; le second, de deux ans ; le troisième de six ans. Dans les trois cas, après un mois de traitement environ, la cicatrisation était obtenue. A noter que, chez l'un de ces malades, l'ablation du gros orteil avait été faite pour un premier mal perforant jugé inguérissable ; que chez le deuxième malade, l'intervention radicale avait été jugée nécessaire. L'air chaud a eu raison de ces deux cas.

A la Société des sciences médicales de Montpellier, dans sa séance du 16 décembre 1910 (voir *Bulletin de la Société*, 1910-1911, p. 45), J. Baumel et N. Lapeyre ont présenté trois observations de maux perforants plantaires cicatrisés par la douche d'air chaud obtenue à l'aide de l'appareil de Rovcourt. Le premier malade, tabétique, présentait trois ulcérations datant de huit, trois et un an. La cicatrisation fut obtenue en un mois et demi. Le deuxième présentait deux ulcérations datant de trois ans ; la guérison fut obtenue en trois mois. Enfin, en quatre mois et demi, se fermait l'ulcération offerte par le troisième malade et datant de dix mois. Les trois observations se trouvent rapportées dans la thèse montpelliéraine de Neyron (Montpellier, 24 déc. 1910 : *Contribution à l'étude du traitement des plaies atones et ulcères par la douche d'air chaud à faible température*).

A notre tour, dans le service du professeur Tédenat, nous avons eu l'occasion d'appliquer la méthode au traitement de quatre maux perforants.

En voici, très résumées, les observations.

Observation I. — E... (D.), quarante-deux ans, journalier à M... Entre le 4 février 1912 pour plaie du pied. Le début remonte à un mois, par un cor au pied au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit. Le cor s'est ulcéré et l'ulcération persiste, non douloureuse, peu suintante. A l'examen, il existe, à la région indiquée, une ulcération arrondie, du diamètre d'une pièce de 1 franc, à fond plat, à bords cornés et jaunâtres. Anesthésie de l'ulcère. Ongles striés, incurvés, déformés. Ni syphilis, ni diabète, mais éthylisme. Air chaud, sous forme de douche donnée par le Rovcourt, un quart d'heure tous les deux jours. L'ulcère se modifie rapidement; les bords se surélèvent, l'épidermisation se fait. Le malade sort guéri le 30 mars 1912. Durée du traitement : deux mois.

Obs. II. — D... (Louis), quarante ans, journalier à M... Entre le 24 septembre 1912, salle Bouisson 33, pour ulcération

du pied. Antécédents : éthylisme. A fait deux séjours dans le service pour la même raison. N'a encore jamais été traité par l'air chaud.

Début il y a deux ans. A l'examen, ulcération siégeant dans le premier espace interdigital, ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs, indolore, suintant légèrement. Anesthésie tactile, à la douleur thermique autour de l'ulcère. Air chaud à partir du 25 septembre. Le malade va et vient. Douche au Rovcourt, d'une durée de dix minutes, tous les deux jours. Cicatrisation très rapide Guérison complète le 6 octobre. Durée : 12 jours.

Obs. III. — Il s'agit d'un des malades dont Baumel et Lapeyre ont rapporté l'observation. Malade depuis trois ans, a fait plusieurs séjours dans le service. Lors de son dernier passage à l'hôpital a été traité et guéri par la douche d'air chaud. Deux ans après, récidive. A l'examen, il existe deux ulcérations, une dorsale, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit, ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs; la seconde plantaire au niveau du petit orteil; toutes deux indolores, peu suintantes, à bords cornés, mais profondes. Un stylet introduit par l'ulcération plantaire atteint l'os. Air chaud à partir du 1er août 1912. Progrès très lents. L'ulcération dorsale s'épidermise plus rapidement. La plaie plantaire beaucoup plus lentement. La douche d'air chaud, appliquée d'abord tous les deux jours. est employée bientôt quotidiennement. Quand le malade quitte le service, fin septembre, au bout de deux mois, il est très amélioré, la plaie dorsale étant complètement cicatrisée, mais il ne peut être considéré comme complètement guéri. L'ulcération plantaire, mal fermée, présente un petit trajet admettant un fin stylet.

Obs. IV. — Malade âgé, diabétique, cachectisé, fébrile, présentant un mal perforant plantaire à allures gangréneuses, très ancien, ayant entraîné un œdème énorme du pied et de la lymphangite de la jambe. N'a été en rien influencé par la douche d'air chaud. A subi l'amputation de la cuisse au tiers inférieur (M. le professeur agrégé Lapeyre). Cicatrisation rapide de la plaie opératoire. Sort guéri et en bon état.

En résumé : 1° mal perforant plantaire récent : guérison moyennement rapide et complète.

2° Mal perforant ancien et récidivé, n'ayant jamais été soumis à la douche d'air chaud : guérison complète et très rapide.

3° Mal perforant ancien, récidivé, profond, ayant été antérieurement traité et cicatrisé par l'air chaud : cicatrisation lente, guérison incomplète.

4° Mal perforant gangréneux avec complications infectieuses chez un malade à mauvais état général : aucun résultat.

Qu'en conclurons-nous au point de vue de l'efficacité de l'aérothermothérapie, dans le traitement des maux perforants plantaires ?

A. Cas favorables. — Les cas favorables à l'aérothermothérapie sont :

1° Les cas récents (Ex. : une observation de Dausset, notre observation I).

2° Les cas anciens, sans complications, ni altération grave de l'état général (Ex. : une observation de Baumel et Lapeyre, deux cas de Dausset).

3° Les cas récidivés, à condition que le traitement par l'air chaud soit institué pour la première fois (Ex. : observation II, deux observations de Baumel et Lapeyre).

B. Cas défavorables. — Mais l'aérothermothérapie échouera :

1° Dans les cas anciens et récidivés où l'air chaud a été déjà employé (obs. III). Et cette conclusion est à rapprocher de l'opinion de Durey au sujet des résultats obtenus par lui dans le traitement des ulcères variqueux par la douche d'air chaud : ici encore il semble que le traitement soit moins actif une seconde et une troisième fois qu'une première (Congrès de physiothérapie, Paris, 1909).

2° Dans les maux perforants ayant creusé en profondeur et entraîné des lésions des os et des articulations. Ces cas rentrent en effet dans la catégorie des ostéites et suppurations osseuses contre lesquelles la douche d'air chaud paraît impuissante (H. Roziès, *Gaz. des hôpit.*, 19 déc. 1912, p. 2054).

3° Dans les formes gangréneuses avec altération grave de l'état général et poussées de lymphangite à distance (obs. IV).

A ces cas-là l'aérothermothérapie ne saurait être opposée. Elle cédera alors la place à des interventions chirurgicales qui pourront être suivant les cas :

1° L'excision de l'ulcère avec abrasion des parties mortifiées, presque toujours suffisante.

2° Les amputations ou désarticulations d'orteils qui en général donnent de mauvais résultats et des récidives du mal perforant au niveau des cicatrices.

3° L'élongation des nerfs plantaires ou tibial antérieur (Chipault).

4° La dissociation fasciculaire du sciatique pratiquée pour la première fois dans le cas de mal perforant, par M. le professeur agrégé de Rouville (Société médicale de Montpellier, 30 nov. 1900; voir *Nouveau Montpellier médical*, 16 déc. 1900, p. 795).

5° Les anastomoses nerveuses préconisées par Mauclaire (*Gaz. des hôpit.*, 4 oct. 1910. p. 1542).

6° Enfin des interventions chirurgicales plus importantes, mais qui ne seront efficaces qu'à condition d'être pratiquées loin de l'ulcère et qui pourront être :

a. Dans les formes bien limitées à ulcères métatarso-phalangiens, la désarticulation médiotarsienne de Chopart.

b. Dans les formes à ulcères multiples avec œdème à distance et lymphangite de la jambe, l'amputation au tiers supérieur et même, comme cela fut jugé nécessaire dans un des cas que nous rapportons, l'amputation de cuisse au tiers inférieur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1913)

Quelques propriétés du virus trachomateux. L'immunité dans le trachome. — MM. Ch. Nicolle, A. Cuénod et L. Blaizot.

Téléphone physiologique intensif. — M. J. Glover.

Théorie mathématique de la loi géométrique de la surface du corps humain de dimensions proportionnelles quelconques. — M. B. Roussy.

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1913)

Des rapports entre l'anaphylaxie, l'immunité et l'autoprotéolyse des centres nerveux. — M. L.-C. SOULA. Il résulte des expériences de l'auteur que l'état d'anaphylaxie s'accompagne d'une augmentation marquée de l'autoprotéolyse des centres nerveux.

Par contre, si une fois l'état anaphylactique passé on fait une seconde injection d'antigène, cette injection ne détermine aucun accroissement de ces coefficients.

Des rapports existant entre l'anaphylaxie et l'immunité. — M. Marcel BELIN. Au point de vue théorique, l'auteur constate que les toxines sont facilement oxydables, on doit donc renoncer à employer les oxydants pour diminuer la quantité de toxogénine *in vivo*.

Au point de vue pratique, le procédé de traitement des maladies infectieuses indiqué par l'auteur, qui permet à l'aide de cinq injections seulement (colibacillose), de sauver un animal qui doit succomber quelques heures après, mérite certes bien d'attirer tout spécialement l'attention.

Sur le métabolisme des chlorures urinaires chez les cancéreux. — M. Albert ROBIN. Ni le fait du cancer, ni son siège n'exercent aucune influence sur l'élimination des chlorures urinaires et sur les rapports d'échange du chlore.

Les variations des chlorures et de leurs rapports reconnaissent comme condition principale le taux de l'alimentation; leur élimination urinaire peut donc renseigner sur la quantité de celle-ci.

La thérapeutique palliative peut tirer quelque profit de ces indications, puisqu'il en ressort, pour les sujets étudiés par M. Robin, l'utilité d'une alimentation mixte plus intense, aidée de la médication apéritive et des médications modératrices de la dénutrition azotée au premier rang desquelles figurent la quinine et les arsenicaux.

Election. — M. Sabatier est élu membre de la section des académiciens non résidants.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1913)

M. PERIER, vice-président, prononce l'éloge de M. Jaccoud, et en signe de deuil lève la séance.

M. Perier rappelle que M. Jaccoud fut le cinquième secrétaire perpétuel; ses prédécesseurs ont été Pariset, Dubois (d'Amiens), Béclard et Bergeron.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1913)

MM. J. BABINSKI et G. A. WEILL décrivent **un nouveau symptôme de déséquilibration et de désorientation, la déviation angulaire**.

Après occlusion des yeux on fait marcher le sujet dans une direction déterminée, en avant et à reculons sans interruption, six pas chaque fois et cinq fois dans chaque sens.

En cas d'anomalie on observe après plusieurs expériences une déviation constante que l'on désigne par le sens et l'amplitude de l'angle de déviation, c'est la *déviation angulaire spontanée*.

Sur un sujet normal, l'application bi-temporale d'un courant continu faible (un milliampère) pendant la marche provoque la déviation angulaire du côté du pôle positif; c'est la *déviation angulaire voltaïque*. On peut observer chez les sujets anormaux, soit l'absence de déviation voltaïque qui est remplacée par de la titubation et une latéropulsion vers l'anode, soit une déviation unilatérale ou à prédominance unilatérale; cette déviation voltaïque unilatérale vient généralement confirmer en l'exagérant une déviation spontanée précédemment observée.

Une injection d'eau froide produit la déviation angulaire dans le sens de l'oreille irriguée; l'eau chaude produit la déviation angulaire en sens inverse, c'est la *déviation angulaire calorique*.

Enfin la giration sur le fauteuil ou le plateau tournant détermine une déviation angulaire, tantôt dans le sens de la giration, tantôt en sens inverse; ce dernier mode paraît être le plus fréquent à l'état normal. Cette réaction prendra le nom de *déviation angulaire giratoire*.

Une déviation angulaire spontanée peut être exagérée ou corrigée à volonté par une excitation voltaïque, calorique ou giratoire appropriée.

Une déviation angulaire constante est une anomalie, et, surtout quand elle est confirmée par l'épreuve de la déviation galvanique calorique ou giratoire, elle indique une lésion ou un trouble fonctionnel de l'appareil statique.

Influence de la température de stérilisation sur la validité des vaccins antityphiques « chauffés ». — M. H. VINCENT rapporte le résultat d'expériences desquelles il résulte que le cobaye et la souris, à qui on a inoculé des cultures de bacille typhique stérilisées à 100 degrés, ne résistent pas à l'inoculation d'épreuve de bacille vivant avec injection simultanée, en un autre point, de solution hypertonique de chlorure de sodium. Ces animaux meurent avec multiplication abondante du bacille typhique. Ils ne sont donc pas immunisés par les cultures chauffées à 100 degrés et, a fortiori, à 120 degrés, bien que la quantité de culture injectée fût si élevée qu'elle correspondrait, chez l'homme, à trois quarts de litre de vaccin.

Pfeiffer et Kolle, Wright, ont les premiers proposé et appliqué la vaccination de l'homme par des cultures tuées à basse température. Harrisson, Leishman, Russell, ont vu que la température de 60 degrés atténue déjà sensiblement la validité du vaccin et qu'il est préférable de stériliser les cultures à 53 degrés ou à 56 degrés. Les expériences chez l'animal sont d'accord avec les résultats de l'observation, chez l'homme.

La buée de la respiration est une solution saline. — A. COURTADE. La buée de la respiration n'est point de l'eau pure mais une solution saline.

L'évaporation de quelques gouttes laisse un dépôt qui, examiné au microscope, se montre formé par des cristaux de formes variables.

Les réactions chimiques permettent de déceler la présence du chlorure de sodium dans certains cas et d'une façon permanente de l'urée; il existe bien d'autres sels que le microscope fait soupçonner mais que l'analyse chimique ne peut démontrer, étant données les faibles quantités de liquide sur lesquelles on agit.

La respiration, en dehors de sa fonction principale, est donc en même temps une voie d'excrétion de certains produits organiques; cette nouvelle fonction a une grande importance en physiologie normale et pathologique.

Recherche et caractérisation des acides biliaires dans l'urine. — M. G. MEILLÈRE, après avoir rappelé ses recherches antérieures sur ce sujet, étudie l'isolement des acides biliaires par entraînement dans un dissolvant non miscible à l'urine (éther, chloroforme, éther acétique, acétate d'amyle), et par divers modes de précipitation.

Il conseille l'emploi combiné de la précipitation par le sulfate d'ammoniaque et de la fixation par le noir animal.

Il indique une nouvelle technique de la réaction de Pettenkofer ainsi qu'une réaction nouvelle réalisée au moyen de l'acide sulfurique en présence de la vanilline.

Dosage de lipoïdes dans le sérum sanguin. — MM. Grimbert, M. Laudat et André Weill ont complété le procédé qu'ils avaient précédemment indiqué pour le dosage des lipoïdes dans le sérum sanguin. Ils séparent la cholestérine libre de ses éthers, ce qui permet une évaluation plus rigoureuse des graisses neutres et des acides gras.

Etude comparative du taux de la cholestérine libre et de ses éthers dans le sérum sanguin. — MM. F. Widal, André Weill et M. Laudat, grâce à la technique indiquée ci-dessus, ont étudié comparativement chez divers malades le taux de la cholestérine libre et de ses éthers.

Chez les brightiques, comme chez les normaux, la proportion de la cholestérine libre par rapport à la cholestérine totale est d'environ un quart à un cinquième.

Chez trois malades atteints de xanthème, la cholestérine libre atteignait environ un tiers de la cholestérine totale.

Enfin chez plusieurs malades atteints d'ictère par rétention de causes diverses, ils ont trouvé des proportions de cholestérine libre très augmentées, atteignant jusqu'à 7/8 de la cholestérine totale.

Ces faits font ressortir l'opposition entre la lipémie de brightiques, où l'augmentation porte d'une façon sensiblement proportionnelle sur les divers éléments, et celle des ictériques par rétention, où l'augmentation porte sur les lipoïdes et avant tout sur la cholestérine libre.

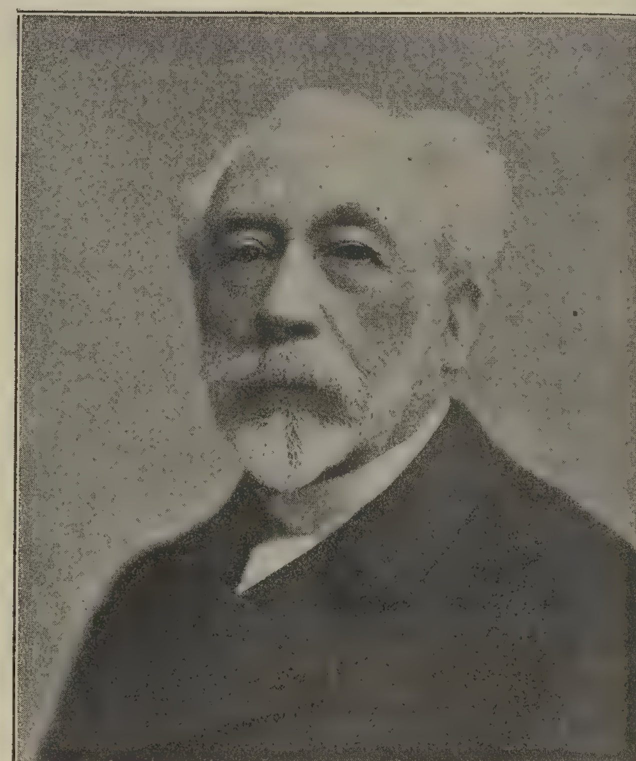
LE PROFESSEUR JACCOUD

L'Académie de médecine vient de perdre son secrétaire perpétuel et la science médicale un de ses anciens représentants les plus dignes et les plus éminents. M. le professeur Jaccoud vient de mourir.

Né à Genève en 1830, il eut des débuts difficiles et dut pendant quelque temps, tout en étudiant la médecine, demander à son grand talent de violoniste ses moyens d'existence. Doué d'une rare intelligence, d'une extraordinaire mémoire, d'une parole facile, élégante et éloquente, il passa tous ses concours de la façon la plus brillante. Externe des hôpitaux en 1854, interne en 1855, médaille d'or en 1859, docteur en 1860, après une thèse remarquable sur la *pathogénie de l'albuminurie*, il fut nommé médecin des hôpitaux en 1862, et professeur agrégé en 1863. Muni d'une instruction générale étendue, possédant plusieurs langues, il traduisit les cliniques de Graves, fut envoyé en mission en Allemagne, d'où il rapporta une connaissance parfaite de la science médicale allemande. Nommé, encore tout jeune, professeur à la Faculté, il publia un traité de pathologie interne qui fut dans toutes les mains, qui devint le livre vraiment classique, puis un dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques qui est encore consulté.

Ainsi muni de tous les grades universitaires, de tous les titres scientifiques les plus importants, de toutes les qualités les plus parfaites du professeur, de la plus impeccable éloquence, Jaccoud entra dans la carrière avec tous les éléments pour devenir le plus grand médecin de son époque. Il n'en fut rien. Fût-ce une question de caractère, peut-être d'un peu d'orgueil, il ne sut pas se concilier, auprès de ses confrères qu'il persistait à considérer un peu trop comme des élèves, cette confiance réciproque, cette confraternité, cette courtoisie dans les discussions et les conseils qui sont les premiers devoirs du consultant. Ces défauts de caractère furent bientôt connus et Jaccoud ne fut plus consulté. Peut-être chez lui cette façon d'être venait-elle d'un excès de conscience professionnelle et surtout d'un excès de confiance en son savoir et en sa perspicacité de clinicien; mais il se montrait vraiment un peu trop dur et trop raide à l'égard d'une erreur de diagnostic; et sous le masque du consultant perçait trop le professeur. Dans les rapports entre consultants et praticiens, il y a la manière, Jaccoud l'ignorait. Il en résulta chez lui une sorte de scepticisme chagrin qu'il conserva jusqu'à la fin de ses jours.

Lorsque l'Académie se transporta rue Bonaparte, les journalistes médicaux, par suite de la décision de M. le secrétaire perpétuel, furent parqués dans un coin d'où l'on n'entend rien, où l'on est très mal installé à tous les points de vue. Très respectueusement, nous allâmes lui confier nos doléances. Il nous reçut froidement et se retrancha derrière une décision inébranlable. Qui de nous n'a conservé un souvenir un peu pénible de cette attitude de M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine?



Cliché P. Petit.

LE PROFESSEUR JACCOUD

Peut-être trouvera-t-on dans cette attitude, que M. Jaccoud ne réservait pas uniquement aux journalistes, l'explication de bien des choses, en particulier de la pauvreté des ordres du jour à l'Académie, de l'absence de grandes discussions, l'abord de la tribune n'étant pas toujours facilité comme il devrait l'être. Quoi qu'il en soit, ces imperfections dans le caractère de Jaccoud n'apportent qu'une ombre légère à sa grande figure. Ce fut un clinicien de tout premier ordre, un professeur exceptionnel, un écrivain remarquable et surtout un orateur très brillant ou plutôt un diseur impeccable, car tous ces magnifiques éloges que chaque année Jaccoud prononçait à l'Académie, et dont le style était d'une perfection inattaquable, étaient des récits débités de mémoire avec un art parfait.

D'une taille moyenne, bien prise, d'un visage agréable, un peu pâle, d'une grande distinction, d'un abord un peu froid, doué d'une voix chaude et prenante, chaque fois qu'il prenait la parole, Jaccoud commandait l'attention, comme sa parfaite honorabilité, son grand savoir, la dignité de sa vie commandaient le respect et l'admiration.

A. BROCHIN.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR UNE PLACE D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 2 mai. — MM. Lévy, 12; Chirié, 13.

— CONCOURS DE DENTISTE ADJOINT DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Frey, Chomprey, Labbé (qui acceptent), Pitsch et Delbet (qui n'ont pas fait connaître leur acceptation).

— CONCOURS D'INTERNAT DE BRÉVANNES, CHARDON-LAGACHE et HENDAYE. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :
Chardon-Lagache : M. Gresset.
Brévannes : MM. Martin de Laulerie, Weill, Vincentelli.
Hendaye : M. Woillez.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Housquains, Iscovesco, Delmont-Bébet, Carpentier (qui acceptent) et Thébault (qui n'a pas fait connaître son acceptation).

HOPITAUX DE PROVINCE. — BOULOGNE-SUR-MER. — Un concours pour une place de médecin, à l'hôpital Saint-Louis, aura lieu le 7 juillet 1913, à l'Hôtel-Dieu d'Amiens. Le candidat classé premier par le jury aura, de plein droit, le titre de médecin adjoint de l'hôpital Saint-Louis de Boulogne-sur-Mer, chargé du service des enfants, et sera appelé à occuper à sa vacance, *qui se produira dans un délai de six ans au plus*, le poste de médecin en chef de l'établissement.
Le registre d'inscription sera clos le 7 juin, à six heures du soir.

— HOPITAL DE DIEPPE. — *Concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint.* — Le mercredi 8 octobre 1913, à neuf heures et demie du matin, un concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour la nomination d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Dieppe. Le concours est public, les fonctions de chirurgien adjoint sont gratuites. Délai d'inscription : 8 septembre 1913.
S'adresser, pour tous renseignements et conditions du concours, au secrétaire directeur des hospices civils de Dieppe.

— SAINT-ETIENNE. — Un concours public pour la nomination d'un accoucheur des hospices civils sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 1er décembre 1913.
Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue de la Badouillère, à Saint-Etienne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1912-1913, à la clinique des maladies des voies urinaires (Necker) :
MM. Verliac, docteur en médecine, chef du laboratoire de bactériologie; Morel, docteur en médecine, chef du laboratoire d'urologie expérimentale.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS POUR L'AGRÉGATION. — *Liste des candidats admis à prendre part au concours.* — SECTION DE CHIMIE BIOLOGIQUE ET MÉDICALE (2 places; 19 mai 1913). — Académie de Bordeaux : M. Chelle.
Académie de Lille : M. Blanchetière.
Académie de Montpellier : M. Mestrezat.
Académie de Paris : MM. Bernard, Labbé, Lanzenberg, Moog.

SECTION D'OPHTALMOLOGIE (1 place; 5 mai 1913). — Académie de Bordeaux : MM. Aubaret, Beauvieux, Ginestous, Teulières.
Académie de Paris : M. Fromaget.

SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE (8 places; 13 mai 1913). — Académie de Bordeaux : MM. Charbonnel (Bordeaux), Charrier (Bordeaux et subsidiairement toutes les autres facultés), Lacouture (Bordeaux), Lefèvre (Bordeaux), Parcelier (Bordeaux), Rabère (Bordeaux et subsidiairement toutes les autres facultés).
Académie de Lille : MM. Gorse (Toulouse), Leroy (Montpellier et Toulouse).
Académie de Lyon : MM. Alamartine (Lyon et subsidiairement toutes les autres facultés), Arnaud (Lyon et subsidiairement toutes les autres facultés), Bonnet (Lyon), Chalier (Lyon), Cotte (Lyon), Desgouttes (Lyon), Duroux (Lyon), Horand (Lyon et subsidiairement toutes les autres facultés), Lambert (toutes les facultés), Mazet (Lyon), Muller (Lyon et subsidiairement toutes les autres facultés), Olivier (Lyon et subsidiairement toutes les autres facultés), Perrin (Lyon et subsidiairement toutes les autres facultés), Rivière (Lyon).
Académie de Montpellier : MM. Etienne (Montpellier), Jourdan (Montpellier et subsidiairement toutes les facultés de province)
Académie de Nancy : M. Barthélemy (Toulouse et subsidiairement toutes les facultés de province).

Académie de Paris : MM. Alglave (Paris), Basset (Paris), Bouchan (toutes les facultés), Bréchot (Paris), Cadenat (Paris), Capette (Paris), Clermont (Toulouse), Deniker (Paris), Desmarets (Paris), Duvergey (Bordeaux), Gernez (Paris), Guibe (Paris), Guimbellot (Paris), Hallopeau (Paris), Heitz (Paris), Küss (Paris), Lardennois (Paris), Mathieu (Paris), Miginiac (Toulouse), Mocquot (Paris), Piquand (Paris, Bordeaux, Lyon, Montpellier et Toulouse), Rives (Montpellier et subsidiairement Toulouse, Bordeaux), Sauvé (Paris).

Académie de Toulouse : MM. Ducuing (Toulouse et subsidiairement toutes les autres facultés de province), Tourneux (Toulouse et subsidiairement Montpellier), Uteau (Toulouse et subsidiairement toutes les autres facultés).

SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (3 places; 2 juin 1913). — Académie de Lille : M. Gellé (Lille).

Académie de Lyon : MM. Bériel (Lyon), Bouchut (Lyon), Gardère (Lyon), Piéry (Lyon), Savy (Lyon).

Académie de Nancy : M. Fairise (Nancy).

Académie de Paris : MM. Ameuille (Lille, Lyon et Nancy), Clunet (Nancy, Lille et Lyon), Nathan (Lille).

Académie de Toulouse : M. Bassal (Nancy et subsidiairement toutes les autres facultés de province).

— ALGER. — M. Trabut, professeur d'histoire naturelle médicale et de parasitologie est nommé assesseur du doyen.

— GRENOBLE. — Un congé de deux mois, à dater du 8 avril 1913, est accordé, sur sa demande, à M. Girard professeur.

M. Bosquette, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, du 8 avril au 7 juin 1913 (durée du congé accordé à M. Girard), d'un cours de clinique chirurgicale.

— ROUEN. — M. Duval, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Un concours pour l'admissibilité à l'emploi de rédacteur dans les services de l'administration générale de l'assistance publique à Paris, sera ouvert le lundi 19 mai 1913.

Le nombre maximum des candidats à admettre est fixé à 10.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve du concours.

Ne pourront être admis à se présenter, en dehors des agents faisant déjà partie de l'administration, que les candidats de nationalité française qui, le 1er janvier 1913, auront atteint l'âge de vingt et un ans et n'auront pas dépassé l'âge de trente ans. Aucune dispense d'âge ne peut être accordée. Toutefois, pour les candidats ayant des services militaires, la limite d'âge est prorogée d'une durée égale à celle des services qui auront été accomplis pour satisfaire à la loi sur le recrutement, engagement non compris.

Les candidats étrangers à l'administration devront produire un diplôme de docteur en médecine, en droit, ès lettres ou ès sciences, de licencié en droit, ès lettres ou ès sciences, un diplôme de l'école des chartes, de l'institut agronomique ou de l'école des sciences politiques, ou une pièce attestant qu'ils ont satisfait aux examens de sortie des écoles polytechnique, Saint-Cyr, navale, normale supérieure, ou centrale.

Les inscriptions seront reçues au service du personnel de l'administration, 3, avenue Victoria, jusqu'au jeudi 8 mai 1913 inclusivement, dernier délai.

Les candidats inscrits devront s'adresser au service du personnel pour connaître les jours, lieux et heures où ils auront à se présenter pour subir les diverses épreuves.

Le programme des connaissances exigées des candidats est déposé au service du personnel et sera remis ou envoyé à toutes les personnes qui en feront la demande.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France constitue une fédération de 93 sociétés locales groupant plus de 10000 adhérents.

Elle a un conseil général qui se réunit à Paris tous les mois.

Dans sa séance d'avril, présidée par M. le professeur Gaucher, ce conseil a voté des subventions en faveur de confrères des départements de la Seine, de l'Aisne, des Bouches-du-Rhône, de la Haute-Garonne, du Gers, de l'Isère et du Nord.

Les pouvoirs nécessaires ont été donnés à M. le docteur Darras, trésorier général, pour la liquidation de la succession du regretté docteur Marfaing (de Saint-Mandé), qui a légué à l'Association la totalité de sa fortune s'élevant à plus de 400000 francs.

A propos d'un jugement d'un juge de paix qui, dans un procès banal en réclamation d'honoraires, a cru devoir accompagner son arrêt de considérants désobligeants, l'ordre du jour suivant a été voté : « Sans préjuger en rien du bien fondé de la cause du docteur X..., le conseil général estime qu'il n'est pas admissible qu'un juge se permette des appréciations de nature à nuire à un médecin qui s'adresse à sa juridiction et lui soumet un simple litige. Le docteur X... aurait tort de ne point faire appel, non pas tant pour obtenir une solution meilleure que pour voir infirmer des considérants dont le fond et la forme sont plus que contestables. »

Un médecin d'Algérie avait été l'objet d'un blâme de la part du maire de sa commune pour avoir dénoncé dans un bulletin de déclaration, comme « cause probable » d'une épidémie de fièvre typhoïde, la contamination des eaux. Le préfet, saisi de l'incident, écrivit officiellement à notre confrère, le félicitant de son attitude, reconnaissant la contamination des eaux et l'engageant à continuer à défendre la santé publique.

La question de l'exercice de la médecine par les étrangers demandant une solution à la veille du vote du service de trois ans, l'association décide de continuer l'étude de cette question.

M. Levassort, secrétaire général, fait remarquer l'intérêt qu'il y aurait à consulter individuellement tous les médecins sur les questions importantes, comme celle de la déclaration des maladies contagieuses. Il propose un accord avec l'Union des syndicats médicaux pour organiser un vaste referendum. Cette proposition sera mise à l'ordre du jour des prochaines séances du conseil général.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale de Paris a compté, pendant la dix-septième semaine, 982 décès, au lieu de 947 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1050, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde continue à dépasser la moyenne; elle a causé 14 décès (au lieu de 17 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 4).

La rougeole a causé 40 décès, au lieu de 23 pendant la semaine précédente (la moyenne est 26). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 404 (au lieu de 378 précédemment, et au lieu de la moyenne 460).

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 15 mai 1913, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

UNE PRESCRIPTION BIEN SUIVIE. — Nous garantissons l'authenticité absolue de l'anecdote qu'on va lire.

Un de nos confrères était appelé récemment auprès d'un enfant malade dans une famille d'ouvriers. Il rédige son ordonnance et donne à la mère des indications détaillées qu'il termine ainsi : « Vous donnerez à l'enfant toutes les deux heures une cuillerée de la potion pendant le jour, et vous la suspendrez pendant la nuit. »

Le médecin s'en va, revient le lendemain de bonne heure, et comme il s'informe si ses recommandations ont été bien suivies : « Oh! oui, monsieur le docteur, répond la mère, la potion est même encore suspendue. » Et elle montre à notre confrère sidéré, la fiole pharmaceutique se balançant au bout d'une ficelle!

G. L'H.

HOPITAL COCHIN-RICORD. — MALADIES VÉNÉRIENNES ET MALADIES DE LA PEAU. — M. le docteur Queyrat reprendra ses conférences, à l'hôpital Cochin-Ricord, le vendredi 9 mai, à dix heures et demie, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Les conférences auront lieu dans l'amphithéâtre du pavillon Hardy.

FIÈVRES TYPHOIDES ET PARATYPHOIDES
EN 1912
DANS UN SERVICE DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

Par MM. R. MESLAY,
Médecin de l'hôpital Saint-Joseph,
et R. COVILLE,
Interne du service.

Nous avons eu l'occasion d'observer, pendant l'année 1912, dans les pavillons Armand-Heine (hommes) et Saint-Vincent (enfants) un certain nombre d'infections du type éberthien. L'évolution clinique et les données du laboratoire nous ont permis de les répartir en deux groupes : 1° les fièvres typhoïdes; 2° les paratyphoïdes à bacille B.

Fièvres typhoïdes. — Nous avons soigné 80 adultes et 19 enfants, en tout 99 malades.

Presque toujours l'INVASION a été lente, ne présentant pas la brusquerie signalée par Widal, Wormser, Siredey et Petit, et que Schlesinger retrouve chez le tiers de ses malades; ce mode de début semble dépendre, soit de l'origine de l'infection, soit d'une diminution de résistance du sujet et varie, par suite, selon les épidémies. Il se retrouve aussi dans les formes anormales qui commencent soit par une néphrite hémorragique (Pissavy), soit par une méningite (Collet et Lesieur, Sacquépée, Trémolières et Touraine). Nous l'avons observé dans un cas de pneumotyphus où les signes initiaux d'une pneumonie franche s'effacèrent en quelques jours pour laisser la place à ceux de la dothiénentérie. Dans l'expectoration, nettement pneumonique d'aspect, nous avons trouvé à des examens répétés du pneumocoque presque pur. Il est très vraisemblable que cette pneumotyphoïde d'allure bénigne a été d'origine pneumococcique, mais nous ne pensons pas que tous les cas reconnaissent cette cause (Déhu). Il peut y en avoir qui sont dus au bacille d'Eberth, d'autres à l'association des deux bacilles (Bensis, Ribadeau-Dumas et Blanc). Ainsi s'opposeraient la pneumonie du début, variable dans son origine et la pneumonie de la période d'état qui, pour les auteurs récents (Joltrain, Caussade et Milhit), ne serait jamais due à un microbe d'infection secondaire.

Au cours de la PÉRIODE D'ÉTAT, le tuphos et les signes intestinaux ont toujours été intenses. La *diarrhée* a existé dès le début, dans une proportion de 60 p. 100; dans les autres cas, elle s'est installée dès le premier purgatif et, pourtant, dans les épidémies récentes, Schumacher constate dans plus de la moitié des cas une constipation opiniâtre.

Les *taches rosées* ont manqué chez les 2/5 de nos malades; elles ont été peu abondantes et d'apparition tardive. Quatre fois nous avons vu des *angines* de Duguet, dont la bénignité est connue (voir la revue de Trouillieur); 10 malades ont eu des *hémorragies intestinales*; elles se sont montrées au cours du troisième septénaire, une fois seulement à la fin de la période d'état (vingt-huitième jour). Elles ont toujours été multiples, augmentent d'importance à chaque reprise, et 3 typhiques ont succombé, dont l'un de *perforation consécutive*; un autre cas de perforation a été égalemnnt mortel, sans qu'on ait pu intervenir. Les observations récentes de Laignel-Lavastine, Guinon et Gendron montrent la fréquence des complications hépatiques et biliaires; sur nos 99 malades, un seul a présenté une *cholécystite* et ce cas s'est rapidement terminé par la mort.

Nous avons vu se produire 2 *congestions pulmonaires* bénignes, 1 *pleurésie sèche*, bien que le plus souvent il y ait du liquide épanché (Nordmann), 2 *myocardites* mortelles, 1 *péricardite sèche* qui a guéri après une longue convalescence. Nous avons noté la fréquence des *souffles extracardiaques* (12 p. 100) pendant la période fébrile. Quant à la pression artérielle, elle nous a paru, mesurée au Pachon, très légèrement abaissée pendant la période d'état. Deux *phlegmatia alba dolens* sont survenues très tardivement, comme dans les cas classiques (Bériel, Babonneix et Verdoux); elles ont été bénignes.

Un adulte et deux enfants ont succombé avec des signes de *méningite* très nets : raideur de la nuque, Kernig, exagération des réflexes, convulsions. Signalons encore 4 cas d'*albuminurie* fébrile et, chez un adulte, au cours de sa convalescence, une *orchi-épididymite* légère, ce qui est rare (Beardsley). Un autre a contracté une *otite* suivie de *mastoïdite*.

Nous terminerons en insistant avec Chauffard, Schlesinger, Schumacher sur la sensibilité de la peau des typhiques : 4 ont présenté des poussées de furoncles; 2, des abcès sous-cutanés multiples; 2, des escarres de décubitus; tous ont parfaitement guéri.

Avec les classiques Martin et Boyer, Pilven, nous remarquons que le CYCLE THERMIQUE de la plupart de nos malades a eu une durée de quatre semaines (vingt-six à trente et un jours). Jamais nous n'avons observé la défervescence brusque signalée par Bénazet; 4 fois des formes courtes ont duré de douze à quinze jours; 6 fois des formes prolongées et compliquées ont dépassé trente-six jours. Nous avons vu se produire 3 *rechutes*, 1 fois seulement après une période d'apyrexie complète.

87 de nos malades ont complètement guéri, après une CONVALESCENCE plus ou moins longue, qui fut souvent marquée par des phénomènes critiques. comme en signale Collignon. Nous remarquerons combien l'organisme de ces convalescents est délicat : un écart de régime (2 cas), une légère constipation (3 cas) suffisent à provoquer une élévation thermique. Pour Schumacher, il s'agirait souvent dans ce cas d'une décharge de bacilles dans l'intestin; il aurait observé des malades dont les matières fécales n'auraient contenu de bacilles d'Eberth qu'après ces poussées thermiques de la convalescence. Un de nos typhiques, porteur de larges escarres, a présenté à plusieurs jours d'intervalle, une hyperthermie en accès fébriles, passagers, non paludéens, dus très probablement à la résorption de toxines au niveau de ses plaies en voie de lente cicatrisation.

12 DÉCÈS sur 99 malades nous donnent une MORTALITÉ de 12 p. 100 alors que celle des classiques est de 15 à 18 p. 100 et celle, plus récente, de Schlesinger, 14 p. 100. Pour apprécier cette mortalité et établir le pronostic on doit envisager séparément les

enfants et les adultes : 2 enfants sur 19 ont succombé ; ce chiffre de 10 p. 100 conduit donc à envisager comme sérieuse la dothiénentérie infantile contrairement à l'avis de Moll et conformément à celui de Vogt, de Pater et Halbron. L'adulte semble résister assez bien à l'infection éberthienne jusqu'à trente-cinq ans. Passé cet âge et chez le vieillard (Sanitou) elle augmente de gravité. C'est ainsi que nous avons observé 1 cas mortel chez un homme de soixante-cinq ans et, sur 4 malades de plus de quarante ans qui ont passé dans notre service, nous avons eu 2 morts à enregistrer.

A côté de ce facteur, il faut aussi tenir compte de l'état antérieur. Le surmenage intellectuel et moral (2 de nos cas), l'alcoolisme, les maladies antérieures créent un terrain plus propice à l'évolution d'une forme grave et souvent mortelle, comme l'a écrit Pipet. Cependant chez 3 typhiques des foyers de tuberculose pulmonaire diagnostiqués antérieurement n'ont pas influé sur la marche de la dothiénentérie, pas plus que celle-ci ne leur a donné le coup de fouet classique. D'autre part, un petit aortique, dont l'observation a été publiée par l'un de nous, n'a eu aucun trouble cardiaque, malgré cette lésion.

Fièvres paratyphoïdes. — A la longueur d'évolution, à la fréquence et à la gravité des complications, à l'importance de la mortalité, s'opposent la durée minime, la bénignité des complications, la mortalité nulle des 26 cas de paratyphoïdes que nous avons eus sous les yeux. Nous ne pouvons entrer dans le détail de nos observations ; nous nous bornerons à insister sur les points importants.

Le DÉBUT a été *brusque* le plus souvent (17 fois sur 26) selon l'opinion classique (Sacquépée, Netter), analogue en cela aux paratyphoïdes A (Mercklen et Legros) et aux intoxications alimentaires. Plusieurs fois même, comme dans les cas de Bergeron et Heuyer, le malade a pu préciser le moment exact où il a été pris.

La fièvre s'est élevée rapidement et parfois, dès le premier jour, a atteint 39°5-40 degrés. Ce début pour Job ne serait pourtant pas la règle et ne s'observerait que dans les formes avec troubles gastro-intestinaux intenses. Pour notre part, deux fois seulement, nous avons observé une *invasion insidieuse*, ayant duré de sept à neuf jours.

L'*état nauséeux* et les *vomissements*, les *frissons* répétés, rares dans la fièvre typhoïde d'après Strumpell, ont existé chez huit de nos malades. Quant à la *constipation*, elle est très fréquente (16 fois sur 26) et bien que Job n'indique qu'une proportion de 10 sur 28, nous nous rangeons à l'opinion qui en fait un symptôme presque caractéristique. Chez certains typhiques, on observe bien de la constipation au début, mais elle cède à l'emploi du purgatif, tandis que celle des paratyphiques est plus persistante. Cependant 4 enfants sur 6 ont eu de la *diarrhée* dès le début.

Les autres symptômes rappellent ceux de la fièvre typhoïde : insomnie, brisement général, céphalée et parfois épistaxis.

L'aspect de nos malades, à la PÉRIODE D'ÉTAT, a été analogue à celui d'une typhoïde légère ; l'abattement et le tuphos sont beaucoup moindres, mais les signes abdominaux sont toujours accentués, particulièrement l'*hypertrophie de la rate*.

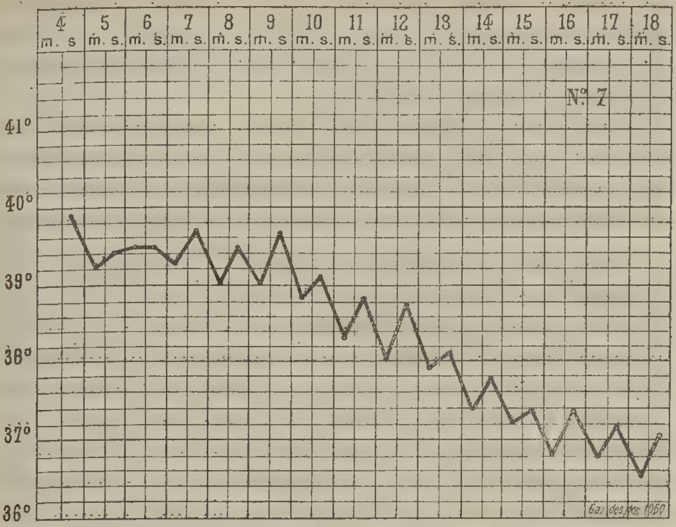
La *diarrhée* est d'évolution capricieuse ; plus aqueuse et plus fétide que celle des typhiques ; son apparition a été le plus souvent tardive (2 fois au dix-septième jour, 1 fois au quatorzième, 2 fois au douzième, 1 fois au onzième jour). Chez 3 sujets elle s'est déclarée après la chute de la température, chez d'autres elle n'a duré que deux, trois, quatre jours. Les *taches rosées* n'ont fait défaut que dans 6 cas ; le plus fréquemment elles ont été abondantes, parfois de siège anormal et ont presque toujours revêtu l'aspect *papuleux* noté par tous les auteurs et qui est rare dans la dothiénentérie. Elles peuvent apparaître tardivement du treizième au seizième jour ; une fois elles se sont développées au dix-huitième jour en pleine convalescence. Une forte éruption ne nous a pas paru correspondre à une forme plus sérieuse (voir l'article de Lesieur). Nous avons en outre observé de la *bronchite* banale, de la *bradycardie*, 4 fois des *souffles extracardiaques*, et dans 2 cas de l'*albuminurie fébrile*.

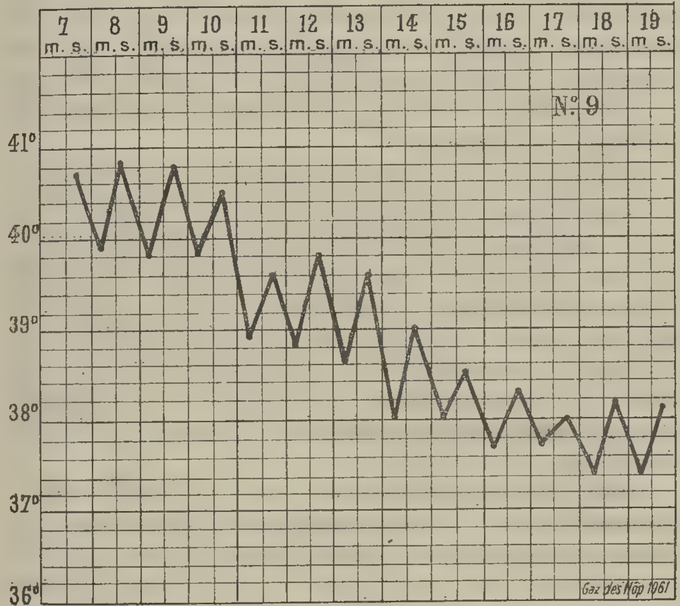
Nous n'avons pas eu de COMPLICATIONS INTESTINALES : si les perforations sont rares (cas récents de Chevrier et de Grenier), les hémorragies s'observent pourtant dans quelques formes. Deux fois se sont produits des *signes d'excitation méningée*, mais jamais de méningite véritable.

Un malade a eu une *congestion pulmonaire* bénigne, un autre une *stomatite* avec *angine de Duguet* qui n'est pas rare (Job, Rolly), mais tout aussi bénigne que dans la dothiénentérie. Les bacilles paratyphiques affectent une *prédilection pour les voies biliaires* (Demanche, Guinon, Job et Lévy, Lemierre, Sacquépée). Nous n'avons pas eu de cas analogues et pourtant un de nos malades dont le foie était touché par l'alcool et qui présentait des petits signes de cirrhose au début constituait un terrain favorable à l'évolution d'une complication hépatique. Ce même malade a présenté à deux reprises des épistaxis et du melæna, sans aucune répercussion sur l'état général et analogues à des hémorragies observées chez lui avant sa fièvre. C'est pourquoi nous avons pensé qu'il ne s'agissait pas là d'hémorragie intestinale paratyphique.

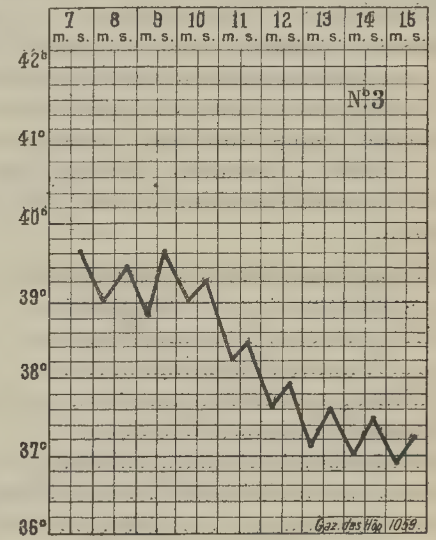
Remlinger, Lesieur, Poisot ont étudié les érythèmes infectieux se produisant au cours de la dothiénentérie. Deux de nos malades ont présenté un *érythème scarlatiniforme* avec abondante desquamation. Ces 2 cas, très bénins, s'opposent à la gravité des complications analogues de la fièvre typhoïde.

Vingt et une fois l'ÉVOLUTION CLINIQUE a été celle d'une fièvre typhoïde légère et écourtée. L'hyperthermie dure de quatorze à seize jours, comme l'indiquent les courbes paratyphiques n° 7 et n° 9, parfois moins, huit à douze jours (voir la courbe n° 3). Elle n'a dépassé vingt jours que dans 5 cas et 3 fois il s'agissait d'enfants. Montée rapidement à son maximum, la fièvre retombe progressivement ; ce n'est

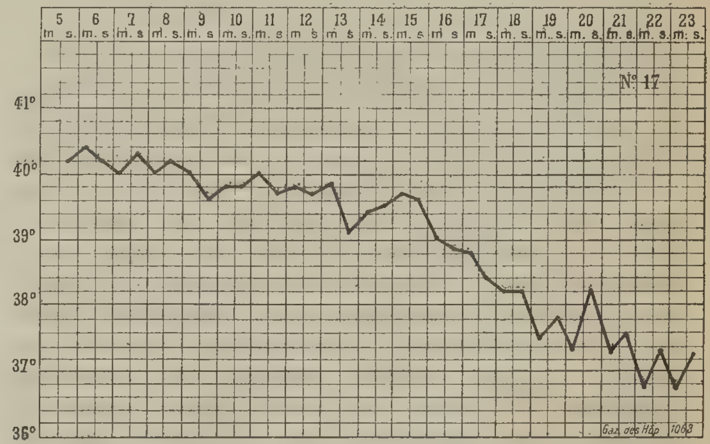




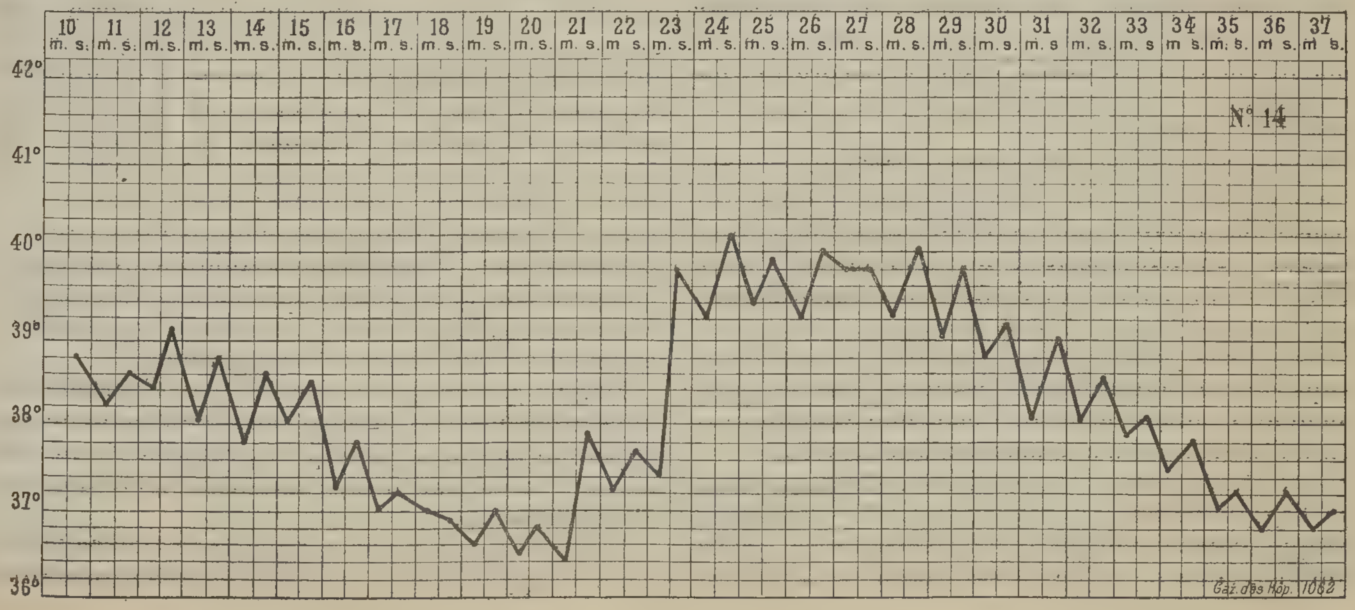
que dans quelques formes longues que l'on observe une sorte de plateau analogue à celui de la dothiénentérie (courbe n° 17). Cette forme, paratyphoïde abdominale de Freund, serait moins fréquente en Allemagne qu'en France. Dans le compte rendu sanitaire du royaume de Prusse pour 1907 (Job) elles sont dans la proportion de 328 cas sur 571 cas; elle serait encore moins fréquente pour Freund (8 cas



sur 70). Pour cet auteur, la majorité des paratyphoïdes évolue sous forme de gastro-entérite (50 cas sur 70). Une seule fois nous avons vu une évolution



de ce genre : température basse, vomissements, diarrhée abondante et très fétide (10-12 selles par jour), résistant à tout moyen médicamenteux.



A côté de ces types, s'en place un troisième pour Job et les auteurs français : c'est l'embarras gastrique fébrile, dont nous avons relevé 4 cas.

Lorsqu'elle se montre sous forme d'une typhoïde atténuée, l'évolution du paratyphus se fait parfois en deux poussées, séparées par un stade d'apyrexie relative (2 cas personnels) ou absolu (un cas, courbe n° 14). Il s'agit alors d'une véritable rechute d'évolution bénigne. Dans une autre observation, nous avons vu, comme l'indiquait Freund, Jacob, Rolly, la forme typhoïde succéder à une gastro-entérite paratyphique.

Aucun de nos malades n'a succombé, ce qui confirme la BÉNIGNITÉ des paratyphoïdes, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Pour les Allemands, le type paratyphoïde abdominal serait le plus bénin ; sous des allures moins bruyantes, la gastro-entérite aiguë donnerait la plupart des décès.

Et pourtant, dans toute paratyphoïde, il s'agit d'infection ayant profondément touché l'organisme et nécessitant une longue *convalescence* qui, comme celle des typhiques, peut être entrecoupée par des élévations fugitives de la température.

Si l'évolution clinique donne, comme le pensent Bringel et Baginski, des renseignements précieux et font songer à une infection paratyphique, elle ne suffit pas pour établir le DIAGNOSTIC et il faut recourir aux épreuves de laboratoire. Nous n'avons pas pu rechercher le bacille spécifique dans le sang, l'urine et les selles. L'hémoculture a été récemment critiquée ; elle serait presque toujours négative dans les formes atténuées (Bergeron et Heuyer) et toujours dans le type gastro-entérite. De plus, on a trouvé le paratyphique B chez des sujets sains (Rimpau) dans la rougeole, la tuberculose, la leucémie et un bacille analogue a été isolé dans l'intestin du porc (Schmidt). Cette ubiquité ne serait pas démontrée pour certains auteurs et n'enlèverait nullement la valeur de l'hémoculture lorsqu'elle concorde non seulement avec l'évolution spéciale mais encore avec une *séro-agglutination positive*. C'est à cette méthode que nous nous sommes adressés et nous en avons obtenu des résultats qui viennent confirmer notre diagnostic clinique, déjà bien caractéristique. Nous devons faire remarquer que la propriété agglutinante apparaît parfois tardivement. Quant à sa valeur discutée encore récemment (Meinecke, Rimpau), elle est réelle, mais dans certaines conditions.

D'après Sacquépée, Trémolières, Debove et Cain, il faut qu'il n'y ait pas de coagglutination par les bacilles des groupes voisins. C'est ce que nous avons constaté : 19 fois négative au 1/10 et au 1/50 à l'Eberth et au paratyphique A, notre agglutination pour le paratyphique B était positive au 1/50, 1/100 et 1/300. Dans 7 autres cas, nous avons eu, en même temps qu'une agglutination positive pour le paratyphique B, allant jusqu'au 1/500, une coagglutination à l'Eberth qui n'a jamais dépassé le 1/30.

Cette différence est appréciable ; de plus, alors que l'agglutination du paratyphique B s'effectuait presque immédiatement (trente secondes à quatre minutes), celle de l'Eberth se produisait lentement en vingt à trente minutes. Cette rapidité d'agglutination permettrait pour Netter, Zeipnick et Lenz un diagnostic ferme d'infection paratyphoïde, en l'absence d'hémoculture.

Nous avons utilisé, pour toutes nos épreuves, une race de bacilles paratyphiques B qui, comparée à des échantillons venus de laboratoires voisins, s'est montrée beaucoup plus résistante à l'agglutination.

Nous avons toujours recherché l'ORIGINE de nos paratyphus. Nos malades venaient de quartiers différents, comme pour Bergeron et Heuyer et même des environs de Paris, ce qui augmente la difficulté. Nous n'avons pas trouvé l'origine alimentaire (Fisher, Triboulet, Debré et Paraf) qui, pour une infection massive, donne une réaction intestinale intense analogue aux paratyphoïdes A et s'observe surtout en cas de gastro-entérite aiguë. Quatre fois nous avons pu penser à une infection hydrique, 2 fois à une contagion interhumaine. Nous citerons à ce sujet le fait suivant assez particulier : un père est soigné pour une paratyphoïde B, sa fille pour une dothiénentérie sérieuse, et les deux affections ont débuté à la même date.

Remarquons que ces paratyphoïdes se sont produites presque toutes dans les mois de mai, juin et juillet (quelques cas aberrants seulement en octobre et en novembre) alors que les cas de typhoïdes étaient rares. Ces poussées coïncident avec les remarques de Sacquépée et Netter qui constatent l'allure épidémique du paratyphus et sa prédilection pour l'automne. C'est aux mêmes époques que se produisaient les épidémies de paratyphoïde A (Frœscher et Roddy, Mercklen et Legros).

Nous remarquerons enfin que ce chiffre de 26 représente le 1/5 des infections éberthiennes que nous avons soignées pendant toute l'année ; le nombre des infections paratyphoïdes augmente en France, à mesure qu'on les recherche systématiquement et cette recherche a une utilité non seulement nosographique, mais encore pronostique, car elle permet de prévoir la bénignité d'une affection d'allure éberthienne.

Thérapeutique. — Chez tous les malades nous avons adopté la même thérapeutique au degré près. Nous estimons qu'une *diète rigoureuse* est nécessaire. En dépit des communications de Vaquez et de Morichau-Beauchant, nous n'avons alimenté nos typhiques qu'avec du bouillon de légumes et, le matin, une tasse de café au lait. Le lait pur et en grande quantité a toujours été mal toléré; aussi pensons-nous avec Johnson et Watt qu'on doit le proscrire à la période d'état. L'*alimentation* solide n'a été reprise qu'après huit à dix jours d'apyrexie sauf, et cela est à bien noter, dans les cas de formes traînantes où, 2 fois, elle a fait baisser la température.

Malgré les dangers signalés par Courtellemont nous avons usé des *laxatifs*, afin d'éviter toute constipation (Deléarde) mais avec prudence et en ayant surtout recours au *lavage intestinal* quotidien sous faible pression.

Des trois moyens que recommande Courtellemont contre l'hyperthermie, la *vessie de glace* précordiale

ne nous a donné aucun résultat; nous l'avons réservée pour les cas d'asthénie cardiaque, avec contre-indication des *bains*, Ceux-ci agissent bien à condition d'être donnés régulièrement, suffisamment froids; mais en cas d'hémorragie intestinale nous les avons suspendus et remplacés par une large application de vessies de glace sur le ventre.

Nous avons rencontré un certain nombre d'enfants qui supportaient mal le bain, pour lesquels il ne fallait pas descendre au-dessous de 32 à 30 degrés et, l'abaissement consécutif de température était presque nul.

Dans ces cas, il faut recourir aux *antithermiques* et faire un choix parmi tous ceux qui ont été signalés. Nous avons employé le pyramidon, associé ou non à la quinine, et nous n'avons pas vu les phénomènes critiques signalés par Rist, phénomènes capables de simuler une perforation intestinale (Philibert). Aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, la température s'est abaissée d'une manière constante de 1 degré à 2°5, avec sudation marquée et augmentation des urines. Ces bons résultats en légitiment l'emploi. Celui-ci est indiqué également à la fin de la période d'état, quand la défervescence ne veut pas s'achever (Rimbaud et Rives). Nous estimons avec Brault qu'il faut le manier avec prudence, en se méfiant des idiosyncrasies, en cessant au moindre phénomène d'intolérance et en faisant en même temps usage des toni-cardiaques. Contrairement à Courtellemont, nous l'avons donné à dose journalière de 0g25 (enfants) à 0g50 (adultes), prise à heure fixe et en une seule fois.

Dans les formes hyperthermiques et graves, l'électrargol nous a donné des résultats satisfaisants; nous l'avons administré en injections de 20 centimètres cubes, trois jours de suite; après quelques jours de repos, il a presque toujours fallu en administrer une nouvelle série.

Comme Hutinel et Sergent, dans les formes adynamiques avec hypotension, vomissement, nous avons donné l'adrénaline; sauf en un cas, nous n'en avons guère retiré de résultat appréciable, les cas ainsi traités étaient d'ailleurs particulièrement déplorables.

Nous devons signaler encore les bons effets de l'urotropine préconisée par Chauffard; nous l'avons employée souvent d'une façon systématique, comme Triboulet et Lévy, et nous pensons qu'elle est très utile et même indispensable en cas d'atteinte des voies urinaires.

BIBLIOGRAPHIE

BABONNEIX. Sur quelques cas de fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1910, p. 344 et 357. — BABONNEIX et VERDOUX. Sur quelques cas de fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1911, p 2065. — BIHOREL. *Traitement de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1893. — BÉNAZET. *Etude de la défervescence dans la fièvre typhoïde*, Th. de Lyon, 1907. — BEARDSLEY. Complications génito-urinaires de la fièvre typhoïde, *New-York med. Journ.*, 20 fév. 1909. — BENSIS (M.). Rapport sur un cas de pneumo-typhoïde, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1906, p. 503. — BERGERON et HEUYER. Une petite épidémie de paratyphoïdes à l'hôpital Boucicaut, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 juillet 1912. — BÉRIEL. De la phlébite des typhiques, *Soc. de méd. de Lyon*, 20 déc. 1909. — BOYER et MARTIN. La température dans la fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1913, p. 341. — BRAULT. A propos de la communication de M. Rist sur l'emploi du pyramidon dans la fièvre typhoïde, *Soc. méd. des hôpit.*, 11 juillet 1912.

CAUSSADE et MILHIT. Pneumonie congestive à bacille d'Eberth au cours d'une fièvre typhoïde, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1910, t. II, p. 802. — CHAUFFARD. Les infections pyogènes à la suite de bains dans la fièvre typhoïde, *Journ. des prat.*, 1906, p. 792; — L'urotropine dans le traitement des infections biliaires aiguës et de la fièvre typhoïde, *Semaine méd.*, 1911, p. 109. — CHEVREL. *Bacilles paratyphiques et infections paratyphiques*, Th. de Paris, 1906. — CHEVRIER. Un cas de perforation intestinale d'origine paratyphique. Opération. Guérison, *Soc. de chir.*, 19 fév. 1913. — COLLET et LESIEUR. Un nouveau cas de méningotyphus, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1911, t. II, p. 615. — COURTELLEMONT. Dangers des purgatifs et des laxatifs dans la fièvre typhoïde, *Congrès pour l'avancement des sciences*, août 1912; — Traitement de la fièvre typhoïde par le pyramidon, *La Clinique*, 1912, p. 716. — COLLIGNON. *Convalescence normale de la fièvre typhoïde*, Th. de Lyon, 1908.

DEBOVE, TRÉMOLIÈRES et CAÏN. Sept cas d'infections paratyphoïdes, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1911, t. II, p. 451. — DÉHU. *Etude sur le rôle du bacille d'Eberth dans les complications de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1893. — DELÉARDE. Traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant, *Echo méd. du Nord*, 1912. — DEMANCHE. *Infection paratyphique des voies biliaires*, Th. de Paris, 1908.

FISCHER. Paratyphus et infections alimentaires, *Presse méd.*, 1908, p. 65. — FREUND. Evolution clinique des infections dues au bacille paratyphique B, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1912, t. CVII, heft 4. — FRŒSCHER et RODDY. Sur quarante-huit nouveaux cas de paratyphoïde (type A), *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1909, vol. LII, p. 470.

GRENIER. Paratyphoïde B avec perforation intestinale, *Progrès méd.*, 1913, p. 114. — GUINON. Deux cas d'ictère infectieux bénin d'origine paratyphique observés simultanément chez deux enfants, frère et sœur, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1910, t. II, p. 684. — GUINON et GENDRON. Ictère infectieux avec fièvre typhoïde, *Soc. méd. des hôpit.*, 16 déc. 1910.

JACOB (L.). Epidémie de fièvre paratyphoïde, *Münch. med. Woch.*, 26 nov. 1912. — JOB. Les infections à paratyphus B (premier mémoire), *Revue de méd.*, 1913, p. 1. — JOB et RAYMOND. Le paratyphus B et son évolution clinique, *Progrès méd.*, 6 août 1910. — JOB et LÉVY. Infections des voies biliaires et paratyphus B, *Paris méd.*, 9 nov. 1912. — JOHNSON et WATT. Traitement de la fièvre typhoïde sans lait, *New-York med. Journ.*, 1913, n° 5.

KHOURY. Traitement des vomissements incoercibles de la convalescence de la fièvre typhoïde par les injections hypodermiques d'adrénaline, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 oct. 1912.

LAIGNEL-LAVASTINE. L'infection éberthienne biliaire aiguë, *Gaz. des hôpit.*, 1909, p. 955. — LEMIERRE. Ictère infectieux bénin d'origine paratyphique B, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1910, t. II, p. 561. — LESIEUR. De la fièvre typhoïde exanthématique chez l'adulte et des exanthèmes chez les typhiques, *Presse méd.*, 1906, p. 825.

MEINICKE. Le diagnostic du paratyphus, *Münch. med. Woch.*, 15 déc. 1908. — MERKLEN et LEGROS. Sur quelques cas de paratyphoïde A, *Soc. méd. des hôpit.*, 2 janv. 1913. — MESLAY. Un cas d'insuffisance aortique chez un enfant de quatorze ans, *Soc. de péd.*, 1912. — MOLL. Epidémie de fièvre typhoïde chez l'enfant, *Congrès de gyn., d'obst. et de péd.*, avril 1907. — MORICHAU-BEAUCHANT. Pour une diète plus libérale dans la fièvre typhoïde, *Arch. méd.-chir. de province*, 15 déc. 1909.

NETTER, GENDRON et RIBADEAU-DUMAS. Deux cas d'infection par le bacille paratyphique B, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1911, t. II, p. 501. — NETTER et SALOMON. L'argent colloïdal dans les infections, *Presse méd.*, 1903. — NETTER et RIBADEAU-DUMAS. Epidémie alimentaire due à des bacilles paratyphiques B. Précocité des accidents, *Soc. de biol.*, 3 avril 1907. — NORDMANN. Les pleurésies dans la fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1907, p. 675.

PATER et HALBRON. Du pronostic de la fièvre typhoïde chez

l'enfant, *Soc. de péd.*, 21 nov. 1905. — PHILIBERT. Les perforations intestinales de la fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 12 fév. 1910. — PILVEN. *Etude clinique de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1913. — PIPET. *Tuberculose et fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1900. — PISSAVY et GAUCHERY. Fièvre typhoïde à début brusque par néphrite hémorragique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1910, t. II, p. 633. — POISOT. *Erythèmes graves (syndrome érythémateux) principalement au cours de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1908.

REMLINGER. Contribution à l'étude des érythèmes rubéoliforme et scarlatiniforme de la dothiénentérie, *Revue de méd.*, 1900, p. 365. — RIBADEAU-DUMAS et BLANC. Fièvre typhoïde et pneumonie, *Soc. de péd.*, 15 oct. 1907. — RIBEREAU. *Contribution à l'étude de la fièvre paratyphoïde à Nantes et dans la région*, Th. de Paris, 1911. — RIMBAUD et RIVES. Sur une indication à l'emploi du pyramidon à la fin de la fièvre typhoïde, *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, avril 1908. — RIMPAU. Propagation du bacille paratyphique, *Arb. a. d. Kaiserl. Gesund.*, vol. XXX, n° 2; — Insécurité de l'agglutination pour le diagnostic du bacille paratyphique B, *Arch. f. Hyg.*, 1913, Bd. VII, h. 1. — RIST. Observation de plusieurs malades ayant eu une brusque chute de température après l'ingestion de doses légères de pyramidon, *Soc. méd. des hôpit.*, 4 juillet 1912. — ROBIN. Traitement de la fièvre typhoïde, *Journ. des prat.*, 1907, p. 97. — ROLLY. Sur les infections paratyphiques, *Münch. med. Woch.*, 14 mars 1911, n° 11.

SACQUÉPÉE. Sur les accidents méningés d'emblée de la fièvre typhoïde, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1911, t. I, p. 325; — Formes méningées des infections paratyphiques, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1910, t. II, p. 831; — Infection paratyphique B avec ictère par rétention et méningite bénigne, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1910, t. II, p. 598; — Infections paratyphoïdes, *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 1906-1907; — Procédés de diagnostic des infections paratyphiques, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1905, p. 980. — SANITOU. *La Fièvre typhoïde chez le vieillard*, Th. de Paris, 1901. — SERGENT. Insuffisance surrénale et fièvre typhoïde, *Soc. méd. des hôpit.*, 25 oct. 1912. — SCHUMACHER. Excrétion tardive des bacilles chez les convalescents de fièvre typhoïde, *Centralbl. f. Bakt.*, vol. LXVI, n° 7. — SIREDEY et PETIT. Fièvre typhoïde à début brusque, agglutination tardive, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1911, t. II, p. 321. — SCHMIDT. Sur la question de l'ubiquité des bacilles paratyphiques B, *Münch. med. Woch.*, 14 mars 1911, n° 11.

THOINOT et RIBIERRE. Fièvre typhoïde et infections paratyphoïdes, *Traité de médecine* Gilbert-Thoinot, 1912, fasc. 3. — TRÉMOLIÈRES et TOURAINE. Infection de laboratoire à paratyphique B, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1911, t. II, p. 326; — Fièvre typhoïde à début méningé, *Soc. méd. des hôpit.*, 16 déc. 1910. — TRIBOULET, DEBRÉ et PARAF. Empoisonnement familial alimentaire dû au bacille paratyphique B, *Soc. méd. des hôpit.*, 13 déc. 1912. — TRIBOULET et LÉVY. Les injections sous-cutanées d'urotropine dans le traitement de la fièvre typhoïde, *Presse méd.*, 1913, p. 145. — TROUILLIEUR. Des ulcérations buccales dans la fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1908, p. 207.

VAQUEZ. L'alimentation dans la fièvre typhoïde, *Acad. de méd.*, 9 mai 1911. — VOGT (H.). Contribution à l'étude clinique de la fièvre typhoïde chez l'enfant, *Jahrb. f. Kind.*, 4 avril 1911.

WIDAL. Fièvre typhoïde à début brusque, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1900, p. 726. — WORMSER. *Du Début brusque de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1901.

ACTUALITÉS

TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENTS PÉRICARDIQUES

Nous avons exposé récemment (1), d'après la thèse de Blechmann, les symptômes et signes physiques des épanchements du péricarde; il nous faut compléter cette étude clinique en abordant, avec le même auteur, la question du traitement. Au début des péricardites, la thérapeutique médicale ne doit pas être négligée; le salicylate de soude paraît avoir souvent arrêté l'évolution du mal, en cas de péricardite d'origine rhumatismale; les pointes de feu, les révulsifs, l'application permanente d'une vessie de glace sur la région précordiale rendent aussi des services; lorsque la péricardite survient au cours d'une infection septicémique, l'injection intraveineuse de collargol ou d'électrargol a parfois une certaine efficacité; les vaccins de Wright ont eu une action favorable dans un cas de Robin et Fiessinger. Mais lorsqu'on se trouve en présence d'un épanchement bien constitué, une intervention plus radicale s'impose, ponction ou péricardotomie, car s'il s'agit d'un épanchement séro-fibrineux, on risque, en attendant la résorption, de laisser le cœur s'engluer dans les exsudats péricardiques et d'aboutir à une symphyse cardiaque; si l'épanchement est purulent, la temporisation diminue les chances de survie du malade.

Avant de ponctionner ou d'inciser le péricarde, il convient de se demander quelle est la situation du cœur dans l'épanchement; les constatations opératoires, les recherches faites sur le cadavre en injectant des solutions concentrées de gélatine dans le péricarde ont montré que le liquide se collecte principalement en bas, au-dessus du diaphragme, en arrière, entre le cœur et les vertèbres, à droite et à gauche, mais non en avant du cœur; par conséquent, dans la grande majorité des cas, le cœur est derrière le plastron sterno-costal conservant ses rapports normaux, sa face antérieure recouverte seulement d'une mince couche de liquide.

Les divers procédés par lesquels on ponctionne le péricarde ont été imaginés pour éviter les vaisseaux mammaires, les culs-de-sac pleuraux et le cœur. Les principales méthodes sont la ponction extra-mammaire gauche (Dieulafoy), la ponction parasternale gauche (Delorme et Mignon), la ponction parasternale droite (Rotch). Dieulafoy conseille de pratiquer la ponction dans le cinquième espace intercostal gauche, à 6 centimètres environ du bord gauche du sternum; mais avec ce procédé, on risque de blesser soit le cœur, soit le poumon; d'autre part, on perfore la plèvre gauche dans tous les cas, ce qui peut infecter la plèvre, en particulier si l'épanchement péricardique est purulent; plusieurs observations ont été publiées, où la ponction ainsi faite fut suivie d'une pleurésie purulente. Le procédé parasternal gauche de Delorme et Mignon consiste à enfoncer l'aiguille au ras du bord sternal dans le sixième espace ou dans le cinquième; lorsqu'on a la sensation que la pointe de l'aiguille a dépassé le niveau du bord sternal, dont l'épaisseur est en moyenne de 8 millimètres, l'instrument doit être incliné très obliquement de dedans en dehors, de façon à conduire sa pointe parallèlement et bien au ras de la face postérieure du sternum; quand l'aiguille a ainsi parcouru un trajet de 1 à 2 centimètres, contre la face postérieure du sternum, elle ne peut plus intéresser le bord pleural; on relève alors légèrement son extrémité manuelle et on l'enfonce obliquement en dedans et en bas par un mouvement lent et continu jusqu'à ce que le liquide arrive dans la pompe aspiratrice (Delorme et Mignon). En employant ce procédé, on doit théoriquement ne pas atteindre la plèvre gauche, mais on n'est pas sûrement à

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 46, p. 743, Diagnostic des épanchements péricardiques; et la thèse de G. BLECHMANN, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1913.

l'abri de la blessure de la plèvre, car les rapports de la plèvre gauche avec le sternum sont très variables à l'état normal et peuvent être profondément modifiés par les altérations pathologiques du péricarde. De plus, par la ponction parasternale gauche, on risque d'atteindre le cœur ; dans un cas de Thayer, l'opérateur, employant le procédé de Delorme et Mignon, sentit très nettement le contact du cœur contre l'extrémité du trocart. Rotch a préconisé la ponction dans la partie la plus interne du cinquième espace intercostal droit ; ce procédé a été repris par plusieurs auteurs, en particulier par Gras qui a fait des expériences sur le cadavre ; en pénétrant dans le sixième espace intercostal droit, d'après Gras, la blessure du cœur ne serait pas à craindre, et, dans aucune de ses expériences, la plèvre n'aurait été atteinte ; mais Blechmann fait remarquer qu'avec cette méthode il faut craindre d'arriver avec le trocart sur l'oreillette droite dilatée.

De cette critique des procédés de ponction péricardique, Blechmann conclut : qu'elle soit faite à droite ou à gauche du sternum, en dehors ou en dedans des vaisseaux mammaires, la paracentèse du péricarde se résume trop souvent en une ponction pleurale ou une piqûre du cœur. Ce n'est donc pas en avant qu'il faut chercher l'épanchement, mais en bas dans le cul-de-sac antéro-inférieur qui constitue le point déclive, et pour y arriver on emploiera le procédé sous-xiphoïdien : l'aiguille partant de la pointe du sternum pénètre dans le sac péricardique en passant entre les insertions sternales du diaphragme ; c'est la ponction épigastrique de Marfan. L'idée d'aborder le péricarde par cette voie appartient à Larrey qui donna, dans sa *Clinique chirurgicale*, une technique de péricardotomie épigastrique ; l'opération de Larrey fut complètement oubliée pendant longtemps, puis reprise par Jaboulay, Cyril Ogle. Quelques tentatives furent aussi faites pour pratiquer la paracentèse du péricarde par la voie sous-xiphoïdienne ou par l'angle xipho-costal droit et gauche ; mais c'est le professeur Marfan qui fit la première ponction sous-xiphoïdienne en mai 1911 ; avec Blechmann, il eut à renouveler dix-sept fois cette opération sur un enfant atteint de péricardite purulente à pneumocoques ; pour en bien préciser tous les détails, le professeur Marfan et son interne Blechmann ont aussi longuement expérimenté sur des cadavres.

Comme instrument, on emploie le plus petit trocart de l'appareil Potain ; pour une ponction exploratrice ou pour l'évacuation d'un épanchement minime, on peut utiliser une aiguille à ponction lombaire montée sur une seringue de 20 centimètres cubes ; le malade est à demi-assis dans son lit ; la ponction peut être précédée d'anesthésie locale ; la main gauche de l'opérateur est appliquée sur la base du thorax, l'extrémité de l'index fixée sur le sommet de l'appendice xiphoïde ; on enfonce le trocart immédiatement au-dessous de cet appendice, sur la ligne médiane, d'abord obliquement de bas en haut sur une longueur de 2 centimètres pour raser la face postérieure de l'appendice xiphoïde et passer dans les interstices musculaires des insertions sternales du diaphragme ; après ce trajet de 2 centimètres l'instrument doit être dirigé un peu obliquement en arrière pour pénétrer dans le péricarde par sa base. Il faut veiller à ce que le trocart reste bien sur la ligne médiane ; en effet, la base du péricarde repose sur le diaphragme auquel elle adhère dans une zone ayant la forme d'un triangle curviligne dont les trois côtés seraient antérieur, droit et gauche ; le bord antérieur de ce triangle, convexe en avant, est au niveau de la ligne médiane tout proche de la paroi sterno-costale ; c'est là qu'il faut faire pénétrer le trocart ou l'aiguille ; on atteint ainsi le liquide au-dessous du cœur. Pour y arriver, le trocart doit être enfoncé à une profondeur variable suivant l'âge et la taille de l'individu : 4 centimètres environ chez les enfants au-dessous de cinq ans, 6 centimètres chez les adultes d'après les recherches de Marfan et Blechmann. Ce procédé est rationnel car il ponctionne au point où se collecte le liquide ; simple, avec sa technique précise, à la portée de tous les praticiens ; sûr, parce que l'instrument chemine dans du tissu cellulaire et parce que le fond du péricarde, refoulé par l'épanchement, est loin du cœur, le mettant ainsi hors d'atteinte. Blechmann signale toutefois deux contre-indications : quand l'abdomen est distendu par un tympanisme considérable on sent difficilement le repère xiphoïdien ; il faudrait alors enfoncer le trocart au jugé et on risquerait ainsi de perforer l'estomac ; on ne ponctionnera donc pas par voie sous-xiphoïdienne si l'abdomen présente un tympanisme excessif ; chez d'autres sujets, ce sont des déformations du sternum qui empêchent d'avoir un point de repère exact et qui, dans ce cas, mettent encore obstacle à ce procédé de paracentèse.

La voie sous-xiphoïdienne peut être utilisée soit pour une ponction exploratrice, soit pour une ponction évacuatrice. La ponction exploratrice a ses indications dans tous les cas d'épanchement péricardique ; elle confirme le diagnostic et renseigne sur la nature de l'épanchement, ce qui est d'une grande importance pour le traitement ultérieur. En effet, selon que le liquide est séro-fibrineux, hémorragique ou purulent, on se décidera tantôt à faire une ponction, tantôt à pratiquer la péricardotomie. En présence d'un épanchement séreux, il y a intérêt pour l'avenir du malade à pratiquer de bonne heure la ponction évacuatrice du péricarde et à la renouveler autant de fois qu'il sera nécessaire ; si cet épanchement est de nature tuberculeuse on peut hésiter entre la ponction ou la péricardotomie sans drainage. Les épanchements hémorragiques doivent, pour la majeure partie des cas, être évacués par ponctions ; au contraire, dans les épanchements purulents, c'est une péricardotomie qui doit être faite le plus tôt possible. Blechmann expose les divers procédés de péricardotomie et donne la préférence à la péricardotomie épigastrique (opération de Larrey). M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 MAI 1913)

Sur la nature du tremblement mercuriel. — MM. Georges GUILLAIN et Guy LAROCHE rapportent les observations de deux malades atteints de tremblement mercuriel qu'ils ont récemment observés. L'analyse clinique de ces tremblements montre qu'ils présentent les caractères des tremblements cérébelleux ; ils sont intentionnels, indépendants de la volonté du sujet, s'accompagnent de scansion de la parole, d'adiadococinésie, d'un certain degré d'ataxie à caractère cérébelleux, d'asynergie et, chez l'un des malades, de secousses nystagmiformes. Les auteurs ont déjà noté chez deux autres malades atteints de tremblement mercuriel des secousses nystagmiformes.

Ils ne croient pas, comme la plupart des auteurs, que le tremblement mercuriel soit un tremblement hystérique, un tremblement psychonévrosique ou pathomimique comme le soutenaient encore récemment MM. Lereboullet et Lagane.

Ils rappellent que MM. Raymond et Sicard ont décelé la présence du mercure dans le liquide céphalo-rachidien d'intoxiqués mercuriels qui tremblaient, que des troubles des réflexes tendineux s'observent parfois dans l'hydrargyrisme avec tremblement.

Ils pensent donc que le tremblement mercuriel est créé par une lésion toxique organique des centres nerveux et spécialement du cervelet ou des voies cérébelleuses. On sait que certains poisons ont une affinité spéciale pour certains territoires nerveux, se fixent plus spécialement sur certaines parties du névraxe ; tel doit être le cas du mercure. Les lésions

déterminées par ce toxique sont le plus souvent transitoires, elles guérissent avec la cessation de l'intoxication ; toutefois elles peuvent persister longtemps après la suppression du toxique, et ils ont observé des malades dont le tremblement existait encore plusieurs années après qu'ils eurent abandonné leur profession.

On ne s'explique nullement comment le tremblement mercuriel, si spécial et si constant dans sa symptomatologie clinique, serait de nature hystérique alors que beaucoup d'autres toxiques sont capables par eux-mêmes de déterminer des tremblements, et que certaines intoxications, comme l'intoxication par le manganèse, peuvent aussi créer des troubles de l'équilibre très particuliers.

Acromégalie avec diabète. — MM. Carnot, Rathery et J. Dumont rapportent l'observation clinique et anatomo-pathologique d'un diabète hypophysaire. Les déformations du squelette bien que typiques et complètes, sans gigantisme, sans autre signe d'hypertension cranienne que de la céphalée sont passées inaperçues de la malade et c'est seulement pour une glycosurie remontant à trois années qu'elle est entrée à l'hôpital. Cette glycosurie oscillant entre 30 et 300 grammes s'accompagnait de polydypsie et de polyphagie et, enfin, d'asthénie considérable avec T A normale.

La malade mourut brusquement au milieu de symptômes de gastro-entérite grave, très fébriles, accompagnés de diacéturie. L'autopsie a révélé une tumeur hypophysaire du poids de 14 grammes, épithélioma à cellules éosinophiles refoulant à la périphérie les vestiges des lobes glandulaires et névrogliques de l'hypophyse normale. Le corps thyroïde (65 grammes) présentait à côté de lésions kystiques des lésions hyperplasiques accentuées. Les parathyroïdes triplées de volume étaient formées presque uniquement de cellules acidophiles. Le pancréas, bien que scléreux, présentait de nombreux îlots de Langerhans sains ou sclérosés et des formes insulo-acineuses. Le foie, enfin, était atteint de dégénérescence graisseuse généralisée.

Ces lésions des glandes closes sont à rapprocher de celles qu'on observe chez presque tous les diabétiques et que MM. Carnot et Rathery ont déjà signalées au niveau du corps thyroïde. Elles sont d'autant plus intéressantes dans ce cas qu'aucune infection tuberculeuse ou syphilitique ne pouvait expliquer leur origine.

Un cas de surdité totale bilatérale d'origine centrale chez une accouchée albuminurique, avec amélioration sous forme de surdité verbale. — MM. Chantemesse, Pierre Kahn et Mercier. Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans albuminurique, ayant eu une hémiplégie gauche au sixième mois de sa grossesse, et qui le soir de son accouchement présente brusquement de la surdité totale, quelques troubles aphasiques et de la confusion mentale. Régression progressive des symptômes. Persistance d'un certain degré de surdité, et d'une surdité verbale complète.

Rapproché de cas semblables cette observation montre : 1° que les surdités totales bilatérales d'origine centrale peuvent avoir deux origines bien distinctes : d'une part des tumeurs ou des plaques de méningites comprimant les nerfs auditifs et dans ce cas elles s'accompagnent d'un syndrome cérébelleux, d'autre part de multiples lésions encéphaliques, se traduisant cliniquement par une série d'ictus; 2° les rapports étroits anatomiques et cliniques de la surdité et de la surdité verbale.

Un cas de dissociation auriculo-ventriculaire complète, influence des exercices musculaires. — MM. O. Josué et Henri Godlewski ont étudié l'influence de l'exercice musculaire sur le cœur, chez un malade atteint de dissociation auriculo-ventriculaire complète démontrée par les électrocardiogrammes. L'épreuve de l'atropine et l'épreuve du nitrite d'amyle avaient montré que le blocage du cœur était la conséquence d'une lésion matérielle du faisceau de His et non de l'excitation du pneumogastrique. En effet, les épreuves contrôlées par l'électrocardiographe déterminèrent l'accélération des oreillettes, sans modification du rythme des ventricules, la dissociation restant complète.

La marche en terrain plat a occasionné une accélération marquée des oreillettes et une légère accélération des ventricules, en laissant la dissociation complète.

Une première épreuve, consistant dans la descente et l'ascension d'un escalier de 81 marches, a déterminé une accélération considérable du rythme auriculaire, en même temps qu'une accélération légère et de l'irrégularité des contractions ventriculaires. De plus, la conductibilité s'est partiellemeut rétablie dans le faisceau de His et l'incitation contractile s'est propagée un certain nombre de fois des oreillettes aux ventricules, mais seulement par la branche gauche du faisceau de His, comme le démontrent les électrocardiogrammes.

Après une deuxième épreuve semblable, pratiquée aussitôt après, la tachycardie auriculaire est très marquée (123 à la minute) et les systoles ventriculaires irrégulières ont passé de 30 à 72. En outre, chaque contraction ventriculaire suit à 0 sec. 21 une contraction auriculaire.

Après une troisième épreuve la dissociation est redevenue complète, les oreillettes sont rapides, mais les ventricules ne battent que 37 fois par minute.

L'exercice musculaire agit sur le cœur par excitation du grand sympathique. Cette observation démontre donc que l'excitation de ce nerf est capable de rétablir la conductibilité du faisceau de His, même en cas de lésions, empêchant dans les conditions habituelles le passage de l'incitation contractile des oreillettes aux ventricules, pourvu cependant que les altérations ne soient pas trop profondes ou peut-être qu'elles restent cantonnées dans certaines portions des fibres musculaires du faisceau. L'influence du sympathique dans la dissociation auriculo-ventriculaire a été jusqu'ici négligée. Elle est certainement considérable, elle est antagoniste de celle du pneumogastrique dont l'excitation augmente la dissociation auriculo-ventriculaire, ou peut même la créer d'emblée.

Un nouveau cas de septicémie paraméningococcique avec épisodes méningés à répétition. — MM. Œttinger, P. L. Marie et Baron rapportent l'observation d'un malade, ancien paludéen, qui présenta d'abord, pour tous symptômes, des accès fébriles quotidiens semblables aux accès palustres et de la splénomégalie. Au bout de quinze jours éclata une méningite à localisation purement spinale. La ponction lombaire et l'hémoculture décelèrent un diplocoque présentant la morphologie et les réactions fermentatives du vrai méningocoque, mais n'agglutinant pas par le sérum antiméningococcique tandis que le sérum antiparaméningococcique l'agglutinait fortement. Il s'agissait donc d'un paraméningocoque, ce que confirmèrent l'épreuve du péritoine de Dopter et la réaction de fixation du sérum du malade, positive avec le paraméningocoque, négative avec le méningocoque vrai.

La méningite, contre laquelle le sérum antiméningococcique d'abord employé était resté inefficace, céda très vite au sérum antiparaméningococcique mais la septicémie persista, se traduisant par de violents accès fébriles à type quotidien, de l'hypertrophie de la rate, des éruptions de taches rosées lenticulaires, sans troubles graves de l'état général. Elle fut entrecoupée par deux nouvelles poussées de méningite spinale, vite jugulées par le sérum antiparaméningococcique qui resta cependant inefficace vis-à-vis de l'infection sanguine. Celle-ci guérit spontanément après avoir duré trois mois et demi. Cette septicémie prolongée doit être opposée à la forme suraiguë de paraméningococcémie observée en 1911 par MM. Carnot et P. L. Marie.

Pleurésies polymorphes. — M. L. Galliard, depuis ses publications de 1895 et 1899, ne cesse de répéter que le cloison-

nement de la plèvre (vertical, horizontal, oblique et irrégulier), qui permet à des collections de diverses catégories de voisiner dans la séreuse, nous réserve toujours des surprises.

Voici des exemples. Chez une femme de cinquante-neuf ans, la ponction exploratrice de la base droite fournit un centimètre cube de sérosité citrine; le lendemain, la thoracentèse, exactement au même point, donne 125 grammes de pus fétide. Pleurotomie d'urgence.

Une femme âgée de quarante-quatre ans, subit, à la base gauche, une ponction exploratrice avec l'aiguille fine, puis une thoracentèse qui donne 150 centimètres cubes de pus épais à pneumocoques. Le lendemain, pleurotomie exactement au même point; on ne voit s'écouler qu'un peu de sérosité citrine.

Une femme de trente-deux ans, opérée d'abcès sous-phrénique, porte un épanchement de la plèvre gauche. Première ponction sans résultat. La seconde ponction, un peu en arrière fournit de la sérosité. La troisième, un peu en avant, donne du pus à streptocoques.

Chez un homme de vingt-sept ans, ayant une vomique fétide, l'auteur découvre que l'empyème interlobaire est masqué par une collection séro-fibrineuse de la base gauche. Guérison rapide sans opération.

Le cloisonnement vertical de la plèvre gauche, chez un homme de quarante et un ans, crée deux loges : l'une dorso-axillaire contenant de la sérosité sanguinolente, l'autre antéro-axillaire et diaphragmatique contenant de la sérosité citrine. Guérison rapide.

Un homme de vingt-sept ans porte à droite une pleurésie à deux loges. La loge postérieure est le domaine de la pneumococcie : collection suppurée à pneumocoques. La loge antérieure est le domaine de la tuberculose (la tuberculose du sommet droit n'est pas douteuse) : sérosité citrine sans microbes, puis suppuration suivie de vomique. Pyo-pneumothorax antéro-axillaire nécessitant la pleurotomie. Le chirurgien constate nettement la cloison verticale qui a séparé les deux loges et qui finit d'ailleurs par se laisser forcer.

Influence de la viande sur la glycosurie dans le diabète simple. — MM. Rathery et Liénard ont étudié sur 17 malades l'influence de la viande sur la glycosurie, leurs observations concernent exclusivement des cas de diabète simple. Chaque malade a été soumis à une série d'examens. Chaque série se subdivisant en trois périodes, dans chacune de ces périodes le régime était absolument identique en graisse et en H de C; on faisait simplement varier l'alimentation carnée à la seconde période. Les auteurs concluent que sur 38 séries pratiquées chez 17 malades la suppression de la viande amenait, chez 9 malades sur 17 la cessation de la glycosurie, chez 10 malades sur 17 une diminution notable de la glycosurie, chez 8 malades sur 18 une baisse légère de la glycosurie. Par contre, chez 3 malades sur 17 la suppression de la viande a produit l'effet inverse.

Les auteurs concluent de leur travail que l'influence de la viande sur la glycosurie peut se retrouver fréquemment dans le diabète simple ainsi que l'admet Linossier et contrairement à l'opinion de M. Marcel Labbé. Cette influence n'est du reste pas constante elle est variable d'un malade à l'autre et même chez un même malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 30 avril 1913)

Le genou à ressort. — M. Demoulin fait un rapport sur un travail de M. Billet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, qui sera prochainement publié dans la *Gazette*. Aux observations de M. Billet, M. Demoulin ajouta une observation personnelle qu'on trouvera dans cette publication.

M. Arrou rapporte l'observation d'une grande fille de dix-huit ans qu'il a soignée pour une luxation congénitale de la hanche gauche. Il a obtenu un bon résultat, si bon même que cette jeune fille est actuellement danseuse au moulin de la Galette. Récemment, ayant revu cette jeune fille, M. Arrou a constaté chez elle l'existence d'un genu valgum à droite. En examinant ce genou, et en faisant des mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse, M. Arrou trouva un genou à ressort. L'examen le plus approfondi de ce genou ne révèle aucun autre symptôme que le craquement caractéristique. Il n'y a ni hydarthrose, ni atrophie musculaire, ni douleurs. C'est là un genou à ressort dont la propriétaire s'accommode fort bien. Ce fait, ajouté à d'autres, semblerait indiquer qu'il ne faut pas toujours se hâter d'intervenir.

Ulcère duodénal. Perforation aiguë. Laparotomie. Guérison. — M. Pauchet communique l'observation suivante :

M. H..., cinquante ans, dyspeptique, est pris brusquement sur le seuil de sa maison d'une douleur en coup de poignard à l'ombilic; il regagne son lit, plié en deux, en gémissant.

Le docteur Louis (de Moreuil), appelé d'urgence, constate le ventre en bois, la disparition de la matité hépatique; il pose le diagnostic d'ulcère duodénal perforant et conseille l'intervention d'urgence.

Laparotomie faite six heures après. Des gaz s'échappent de la plaie avec un liquide visqueux, grumeleux (contenu gastrique), dans lequel baignent les viscères.

Exploration de l'estomac et du duodénum; celui-ci présente un énorme ulcère (5 francs); au centre, trou à l'emporte-pièce, noirâtre, ecchymotique par où s'échappe le liquide visqueux en abondance.

Suture de la perforation impossible par suite de l'œdème et de la dureté des parois. Plicature de la petite tubérosité de l'estomac qui est suturée au duodénum sain, en aval de l'ulcère; suture consolidée par une plastique à l'aide d'un moignon épiploïque. Cette plicature supprime le libre écoulement du contenu gastrique vers le duodénum.

Gastro-entérostomie complémentaire. Essuyage, puis lavage du ventre à l'eau tiède, drain dans le Douglas. Fermeture du ventre en un plan au fil de bronze.

Soins consécutifs. Position demi-assise, instillation rectale d'eau salée continue. Pas de complication; le sujet se lève au bout de onze jours; il reprend ses occupations le seizième jour. Actuellement, il est non seulement guéri de sa plaie, mais il ne souffre plus des troubles dyspeptiques. Sa guérison complète est à mettre sur le compte de l'exclusion du pylore qui a été faite par nécessité et associée à la gastro-entérostomie.

a. S'agissait-il d'un ulcère latent? Il n'y a jamais d'ulcère latent; toujours la maladie se manifeste par un syndrome clinique, qualifié à tort d'hyperacidité (Reichmann), dyspepsie nerveuse; le diagnostic n'est pas fait, parce que les médecins recherchent les symptômes classiques de l'ulcère : vomissements, douleurs vives, hémorragies, qui sont des complications et non des symptômes. Si on interroge après l'accident les porteurs de ces soi-disant ulcères latents, on apprend qu'ils ont présenté des symptômes de l'ulcère duodénal : douleurs tardives trois ou quatre heures après les repas calmées par la prise de nourriture, régurgitations acides. La radiologie confirme le diagnostic : hypermotricité de l'estomac, encoche duodénale.

b. Le diagnostic de la perforation est facile : douleur atroce, subite, ventre en bois, conservation d'un bon état général pendant quelques heures.

c. Difficultés variables des opérations. Il est indispensable d'opérer les cas semblables à l'hôpital ou dans une maison de santé; il y a moins de danger à transporter le malade qu'à l'opérer sur place. Il n'y a pas de chirurgie qui nécessite plus de tact chirurgical, plus d'expérience, plus d'habileté, un meilleur matériel, un meilleur personnel, de meilleurs soins con-

sécutifs que la chirurgie d'urgence en général. Moins que toute autre, la chirurgie d'urgence, surtout la chirurgie abdominale, ne doit être faite sur place ; la question des ambulances a supprimé la difficulté du transport dans les neuf dixièmes des cas.

La suture de la perforation n'est pas toujours commode par suite de la rigidité des parois duodénales ; on arrive pourtant à bien l'obturer à l'aide d'un tampon d'épiploon; c'est alors toujours facile.

d. Choix de l'anesthésie. La rachianesthésie peut rendre service parce qu'elle assure aux parois une résolution complète ; toutefois la difficulté de la ponction lombaire provient de ce fait que le malade souffre pendant les mouvements du tronc.

Pauchet rapporte un cas où il opérait, en octobre 1912, un ulcère duodénal sous anesthésie lombaire (10 centigrammes de novocaïne) en présence du docteur Abadie (d'Oran) ; le sujet présenta un arrêt de respiration involontaire; on fut obligé pendant une heure et quart de prier le malade de souffler ou de parler, parce que son besoin de respiration était supprimé; le sujet néanmoins se leva au bout de cinq jours, quitta l'hôpital, guéri, au bout de onze jours; il y a là un danger à signaler. L'explication qui a été donnée à Pauchet par les physiologistes ne l'ont point satisfait.

e. Drainage et lavage. Faut-il drainer, faut-il laver? Les avis sont partagés; si le sujet a l'estomac chargé d'aliments; il est indispensable de laver la séreuse pour expulser les corps étrangers; s'il est à jeun, il suffit d'essuyer le péritoine. Il faut toujours drainer, mais un seul drain dans le Douglas suffit.

f. Soins consécutifs. Le sujet restera dans la position assise et soumis à l'instillation rectale continue.

En résumé, la perforation aiguë d'un ulcère duodénal n'est pas un cas dangereux, pourvu qu'il soit traité chirurgicalement quelques heures seulement après la production de l'accident. Ce diagnostic se fait par l'intensité extrême de la douleur et par les antécédents dyspeptiques du sujet; il est nécessaire de recueillir ceux-ci avec beaucoup de soins.

Le malade déclare souvent qu'il a toujours été en bonne santé.

M. Chaput pense que dans le cas cité par M. Pauchet, au point de vue de l'anesthésie, l'arrêt de la respiration a été dû à l'adjonction de l'adrénaline. Il a renoncé complètement à ce mélange et se contente maintenant de faire respirer aux malades un peu de chloréthyle avant la rachistovaïnisation.

M. Souligoux partage l'avis de M. Pauchet sur l'importance de la précocité de l'intervention dans ces cas d'ulcères duodénaux. Aussi serait-il à désirer que les médecins, de leur côté, fissent un diagnostic précoce et pussent ainsi envoyer plus tôt leurs malades aux chirurgiens.

M. Robineau, contrairement à M. Pauchet, croit à l'existence de l'ulcère latent de l'estomac. Il en cite un exemple. Comme M. Pauchet, il reconnaît les difficultés de la suture dans les cas d'ulcères à bords calleux. Il faut toujours y joindre un bouchon d'épiploon. M. Robineau insiste sur l'importance du signe tiré de la disparition de la matité hépatique par suite de la présence du gaz devant le foie. Enfin lorsque dans les cas de perforation d'un ulcère duodénal, on peut intervenir dans les six, huit ou dix heures après l'accident, on a beaucoup de chances d'avoir un succès. Cette chance diminue considérablement lorsqu'on n'intervient que vingt-quatre et trente-six heures après.

Appendicite. — M. Savariaud fait une importante communication sur l'appendicite aiguë. Il fournit une statistique de quatre années. Sur 363 malades atteints d'appendicite, il a compté 123 cas de péritonite aiguë. La mortalité générale a été de 15 p. 100. Il résulte des faits qu'il a observés qu'il est devenu de plus en plus interventionniste. Au début, il considérait la temporisation comme le traitement de choix pour les cas légers. Aujourd'hui, M. Savariaud renverse la formule et devient nettement partisan de l'opération précoce dans tous les cas de péritonite appendiculaire aiguë. Cette affection demande l'opération d'urgence, c'est-à-dire dans les premières heures.

En outre, M. Savariaud a observé un assez grand nombre de péritonites sec ndaires survenant au cours du refroidissement d'une crise aiguë d'appendicite. Sur 6 cas de ce genre, opérés, 5 sont morts. C'est donc là un des grands dangers de la temporisation. Ce sont ces accalmies traîtresses sur lesquelles insistait tant Dieulafoy. Il est bien certain que si ces cinq malades avaient été opérés au début de leur appendicite, ils ne seraient pas tous morts.

M. Savariaud est donc d'avis d'intervenir, dès le début, dans tous les cas d'appendicite simple avec troubles manifestes limités à la fosse iliaque droite. Il reproduit diverses statistiques, en particulier celle de M. Témoin qui, sur 778 opérations d'appendicites à chaud, n'aurait eu que 3 décès. C'est là évidemment une statistique exceptionnelle.

M. Savariaud fait connaître sa statistique personnelle et insiste plus particulièrement sur deux observations qu'il donne aussi complètement que possible.

Plusieurs orateurs se sont déjà fait inscrire pour prendre la parole. Voilà donc, sur la planche, une nouvelle discussion sur l'appendicite.

Fracture de l'extrémité inférieure du fémur. — M. Bazy présente un malade qu'il a traité d'une fracture de l'extrémité inférieure du fémur par la traction continue à l'aide de l'appareil de Hennequin. Le résultat obtenu est très satisfaisant. Donc sans nier les avantages de la suture osseuse dans certaines fractures, M. Bazy estime qu'un grand nombre de fractures peuvent être traitées avec succès par les appareils.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 12 AU 17 MAI 1913

THÈSES

Mercredi 14 mai, à une heure. — M. Dioudonnat. Du rôle de la restauration prothétique des arcades dentaires pour la guérison de certaines ulcérations linguales. (MM. Gaucher, président; Letulle, Zimmern et Gougerot.) — M. Gaymard. Des adénites iliaques chancrelleuses et de leur traitement opératoire. (MM. Letulle, président; Gaucher, Zimmern et Gougerot.)

Jeudi 15 mai, à une heure. — M. Fabre. Quelques modifications physiologiques dans le décubitus latéral. (Pression artérielle. Mouvement du diaphragme. Evacuation gastrique.) (MM. Debove, président; Pouchet, de Lapersonne et André Broca.) — M. Alliot. Cinq années d'observations et d'efforts d'un bureau d'hygiène. L'œuvre sanitaire française de demain. (MM. Pouchet, président; Debove, de Lapersonne et André Broca.) — M. Prelat. Opacité traumatique du cristallin (sans plaie pénétrante de membrane externe). (MM. de Lapersonne, président; Debove, Pouchet et André Broca.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 5 mai 1913. — MM. Faure-Beaulieu, 20; Monier-Vinard, 19; Malloizel, 16.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation.* — Séance du 2 mai. — MM. Toupet, 14; Mercadé, 17; Mathieu, 18; Guimbellot, 16.

Séance du 5 mai. — MM. Kendirdjy, 15; Barbier, 13; Sauvé, 16; Bréchot, 14.

— Concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 5 mai. — MM. Lemeland, 15; Devraigne, 19.

— Concours du prix de l'internat en pharmacie. — Le jury est composé de MM. Sommelet, Tiffeneau, Lafont, Béhal et Sevin.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours d'ophtalmologiste adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Aubaret.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Ordre de passage :

1. MM. Leuret, du Castel, Clerc, Giroux, Descomps, Chabrol, Sézary, Ribierre, Abrami, Fage,

11. Piéry, Babonneix, Pujol, Paisseau, Laederich, Chiray, Lagane, Bonnamour, Israëls de Jong, Milhit,

21. Brulé, Renaud, Vitry, Rimbaud, Raynaud, Desqueyroux, Gillot, Azéma, Bénard, de Verbizier,

31. Merklen, Lafforgue, Salager, Laroche, Anglada, Harvier, Bory, Garnier, Armand-Delille, Bassal,

41. Pinard, de Brunel de Serbonnes, Lortat-Jacob, Dupérié, Jumentié, Roubier, Lande, Foix, Feuillié, Leclercq,

51. Clunet, Gaujoux, Boudet, Favre, Troisier, Thévenot, Cawadias, Parisot, Froment, Hanns,

61. Nanta, Serr, Roger, Joltrain, Gardère, Voivenel, Creyx, Ramond, Chalier, Pierre Nadal,

71. Lautier, Baudouin, Lemaire, Esmein, Fiessinger, Lévy, Cordier, Villaret, Debré, Crémieu,

81. Gaultier, Crouzon, Pierret, Dufourt, Laporte, Lévy-Valensi, Lian, Margarot, Tixier, Moutier,

91. Flandin, Rebattu, Lévy-Franckel, Darré, Philibert, Duvoir, Boidin, Tanon, Micheleau, Lemierre,

101. Lereboullet, Tinel, Gelma, Mauriac, Nové-Josserand et Sorel.

Séances du 6 mai. — M. Leuret : « Les polynévrites infectieuses. » — Note : 17.

M. du Castel : « Diagnostic des angines pseudo-membraneuses aiguës. » — Note : 12.

M. Clerc : « Cancer des voies biliaires extrahépatiques. » — Note : 18.

M. Giroux : « Intoxication phosphorée. » — Note : 14.

M. Descomps : « Paralysies pseudo-bulbaires. » — Note : 16 1/2.

— Section de physiologie. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Ordre de passage :

1. MM. Delaunay, Soula, Lisbonne, Le Play, Lafon, Dorlencourt, Lassablière, Tournade, Battez, Régnier,

11. Moulinié, Sarvonat.

Séances du 6 mai. — M. Delaunay : « Association fonctionnelle des appareils respiratoires et circulatoires. » — Note : 15.

M. Soula : « Les colloïdes. Leur rôle dans l'organisme. » — Note : 15.

M. Lisbonne : « Rôle biologique du calcium. » — Note : 18.

— Section d'anatomie et embryologie. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Ordre de passage :

MM. Puyhaubert, Corsy, Ferron, Delmas, Picqué, Bourguet.

Séance du 6 mai. — Question : « Arrière-cavité des épiploons. »

MM. Puyhaubert, 6; Corsy, 9.

— Section des maladies mentales. — *Leçon orale de trois*

RENSEIGNEMENTS

quarts d'heure après trois heures de préparation. — Ordre de passage :
MM. Abadie, Perrens.
Séance du 6 mai. — Question : « Delirium tremens. »
MM. Abadie, 18 ; Perrens, 16.

— SECTION D'OPHTALMOLOGIE. — Ordre de passage :
MM. Aubaret, Beauvieux, Fromaget, Ginestous, Teulières.
Séance du 5 mai. — M. Beauvieux : « Complications oculaires du diabète. » — Note : 13.
M. Aubaret : « Affections congénitales de l'iris. » — Note : 19.

— SECTION DE PHYSIQUE BIOLOGIQUE ET MÉDICALE. — Composition écrite : « Le système veineux. — Anatomie et physiologie. »
Séances du 6 mai. — MM. Réchou, 12 ; Bernardin, 10 ; Escande, 17 ; Marquès et Roques, 12.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Un concours pour la place de chef de clinique d'accouchements sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le jeudi 26 juin 1913, à dix heures trente.
Un concours pour la place de chef de clinique ophtalmologique sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le jeudi 26 juin 1913, à dix heures trente.
Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au 18 juin 1913, à seize heures, en produisant leur acte de naissance et leur diplôme de docteur en médecine.

MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine :
Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Barthélemy.
Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Nollet.
Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Letrosne.
Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Cristol.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :
Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bailliart (de Saint-Cloud), Bricet (de Paris), Bulliod (de Bône), Danos (de Paris), Fruteau (de Neuilly-Plaisance), Grenier et Hamelin (de Paris), Melon (d'Ales), Nutte (de Montrouge), Piot (de Sainte-Barbe-du-Trélat) et Sandras, médecin-major au 17e d'artillerie.
Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bourgoin (de Paris), Brial (de Bordeaux), Brunel (de Paris), Dartigues (de Barika), Foulquier (d'Oran), Fumouze (de Paris), Laborderie (de Sarlat), Le Bihan et Levi-Bram (de Paris), Melliès, d'Aumale), Miquel (de Paris), Parrot (de Duzerville) et Vézian (d'Oran).

ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE. — Le prochain congrès des pédiatres de langue française aura lieu à Paris, les vendredi 3 et samedi 4 octobre 1913, sous la présidence de M. Netter.
Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :
Obésité chez les enfants. — Rapporteurs : MM. Le Gendre (de Paris), Mouriquand (de Lyon), Nathan (de Paris).
Tumeurs cérébrales dans l'enfance. — Rapporteurs : MM. A. Broca (de Paris), d'Astros (de Marseille), F. Terrien (de Paris).
PROGRAMME DES SÉANCES. — Vendredi 3 octobre. Séance du matin : Exposé et discussion des rapports sur la première question.
Séance de l'après-midi : 1° séance administrative ; 2° suite des rapports sur la première question. Communications afférentes à cette première question.
Samedi 4 octobre. Séance du matin : Exposé et discussion des rapports sur la deuxième question.
Séance de l'après-midi : Suite des rapports sur la deuxième question. Communications afférentes à cette deuxième question. Communications diverses.
Le soir : Banquet.
Aux termes des articles 7 et 15 des statuts, peuvent de droit prendre part au Congrès, outre les membres de l'Association française de pédiatrie, les membres titulaires et correspondants de la Société de pédiatrie de Paris, les membres des sociétés de pédiatrie de province ou de l'étranger, les membres de la Société internationale de pédiatrie ; ils versent une cotisation de 10 francs. Peuvent, en outre, participer au Congrès, les médecins, français ou non, ne faisant pas partie de ces groupes, présentés par deux parrains et agréés par le Bureau ; ils versent une cotisation de 15 francs. Les uns et les autres ont droit aux volumes de comptes rendus de la réunion.
Les confrères désireux de présenter des communications sont priés d'en adresser dès maintenant le titre au secrétaire, M. Apert, 14, rue de Marignan.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — (SEMESTRE D'ÉTÉ 1913.) — M. le docteur Bérillon, professeur à l'école de psychologie, médecin inspecteur des asiles d'aliénés, commencera le jeudi 8 mai, à cinq heures, 49, rue Saint-André-des-Arts, un cours de neurologie psychologique et de psychothérapie appliquée.
Objet du cours : *Les névroses et les psychonévroses. — L'hypnotisme et l'orthopédie mentale.*
Jeudi 8 mai, à cinq heures : Etiologie et causes sociales des névroses. — La prédisposition névropathique.
Enseignement pratique : Clinique de psychothérapie et Dispensaire médico-pédagogique, 49, rue Saint-André-des-Arts ; consultations, mardis, jeudis, samedis, de dix heures à midi, Les jeudis, à onze heures, leçon clinique et présentation de malades. (Les cours et leçons cliniques sont publics.)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de la Pentecôte.* — A l'occasion des fêtes de la Pentecôte, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 8 mai 1913, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 15 mai, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.
La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

VOMISSEMENTS CHEZ LES NOURRISSONS

Quand un enfant au sein, au biberon ou même sevré, vomit, on devra ajouter au traitement institué l'emploi du sirop de Trouette-Perret à la Papaïne ; le lait étant mieux digéré, le traitement agira avec une bien plus grande rapidité.

LIVRES NOUVEAUX

Etude historique et critique sur les générations spontanées et l'hétérogénie (1), par le docteur Hector GRASSET.

Dans cet ouvrage l'auteur tend à prouver que jamais la question des générations spontanées n'a été tranchée, malgré les travaux de Pasteur. Il déclare que ce travail qui a paru déjà dans une revue médicale, « après avoir d'abord étonné le monde savant, commence à le séduire », aussi le réédite-t-il. Il est basé sur les synthèses morphologiques de Stéphane Leduc, qui ont remué le monde scientifique et incité les chercheurs à se mettre à l'œuvre. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 190 p. — Prix : 4 francs. — Paris, J. Rousset.

LE POULS & LA TENSION ARTÉRIELLE

DE L'ENFANT ET DU NOUVEAU-NÉ

Par P. BALARD (de Bordeaux).

Le pouls et la tension artérielle du jeune enfant ne semblaient pas jusqu'à ces derniers temps avoir beaucoup attiré l'attention des pédiatres. Chez le nouveau-né, en particulier dans les premières heures de la vie, leur étude n'avait jamais préoccupé les accoucheurs. Seule la circulation fœtale, envisagée au point de vue de son trajet, de son mécanisme et de ses transformations, avait été élucidée. La cause de ce désintéressement apparent tenait, ainsi que je l'ai montré (1), à la difficulté extrême de poursuivre des recherches sur ce sujet. Longtemps les moyens d'investigation dont disposait le clinicien se réduisirent à la simple palpation. Or, la palpation ne fournit que des renseignements très précaires, surtout chez le nouveau-né, tant en raison de l'extrême mobilité du sujet que de l'épaisseur relativement considérable de son pannicule adipeux. Il a fallu qu'une instrumentation particulièrement sensible et exacte vînt nous permettre d'aborder avec fruit ces deux questions.

Les monographies concernant le pouls du nouveau-né et de l'enfant ne sont pas extrêmement nombreuses. L'une d'elles (2), relativement ancienne et très documentée, s'occupe principalement de l'étude du pouls chez le nouveau-né. Elle date de 1855 et a pour auteur Seux (de Marseille).

Après un historique détaillé de la question et l'énumération des principaux résultats obtenus jusqu'alors, Seux expose ses recherches. Il a surtout voulu étudier, plutôt que les chiffres moyens représentant le rythme normal du pouls chez le nouveau-né, les différentes causes susceptibles de modifier ce rythme. D'après lui le pouls du nouveau-né aurait un rythme assez régulier et ne serait influencé ni par le sexe de l'enfant, ni par sa constitution, ni par l'époque de l'année; enfin ses variations nycthémérales seraient à peine sensibles. Cependant, il tendrait à s'accélérer pendant la tétée ou lorsque l'enfant s'agite, et à se ralentir pendant le sommeil. Les variations qu'il subit en raison des cris, de l'agitation physique ou d'influences morales, sont telles qu'on ne pourrait tirer de son examen aucune conclusion à l'état pathologique, dans les cas, par exemple d'état fébrile de l'enfant. Très fréquent le premier jour, le pouls se ralentirait dès la deuxième journée sans éprouver de grandes variations jusqu'au deuxième mois. A partir de cette époque, le ralentissement serait de plus en plus marqué, mais se produisant d'une façon progressive, jusqu'à ce que le pouls atteigne le chiffre normal de l'adulte.

Depuis lors, le pouls chez l'enfant a été fort peu étudié et ses caractères ont été déduits par analogie des recherches poursuivies chez l'adulte.

Du reste, non seulement cette question ne semble pas avoir beaucoup retenu les observateurs, mais encore les tentatives faites sur ce sujet ne paraissent pas avoir donné de résultats bien nets.

Eminet (1), qui a essayé d'établir les moyennes du rythme du pouls aux divers moments de la croissance, n'a pu y parvenir, tant les variations étaient fréquentes d'un enfant à l'autre. Chez le même enfant, le pouls pouvait également subir d'importantes modifications selon le moment auquel était pratiqué l'examen.

Quant à l'étude de la tension artérielle, bien que faite avec un peu plus de persévérance, elle n'avait pas permis avant la période toute contemporaine d'obtenir des résultats meilleurs.

C'est Vierordt (2) le premier, qui, en 1855, l'évalue chez l'enfant à 110 millimètres de mercure.

Depuis lors, chaque appareil nouveau fait éclore une série de travaux qui, jusqu'à ces dernières années, n'ont donné que des résultats confus.

Von Basch (3) [de Vienne], en 1884, fait pour la première fois usage du sphygmomanomètre en médecine infantile. Sa technique, d'une *application compliquée* déjà chez l'adulte, le devient davantage chez l'enfant, en raison de la mobilité des jeunes sujets et du matelas adipeux qui entoure généralement l'artère. L'utilisation de son appareil chez le nouveau-né est quasi impossible; les difficultés, l'impossibilité même le plus souvent que l'on a de percevoir le pouls chez d'aussi jeunes sujets, ne permettent guère, même dans les rares cas favorables où l'on perçoit faiblement l'artère, de noter l'instant où la compression par la poire de caoutchouc amène l'extinction des battements artériels. Et d'ailleurs toute étude générale est par là même impossible. Aussi bien n'en a-t-on point pu faire, ni avec l'instrument de Basch ni avec celui de Potain.

L'appareil de Riva-Rocci remit à jour l'étude de la tension artérielle chez l'enfant, mais elle ne put être poussée à fond en raison des résultats différents que trouvait chaque expérimentateur et qui variaient, en particulier, avec la hauteur du brassard employé. En tout cas, *en obstétrique, la méthode est et reste absolument inapplicable au nouveau-né*, puisqu'elle exige la perception de la radiale, dont les battements sont le plus ordinairement imperceptibles. Au reste, chez l'enfant, l'application de cette méthode encourait les mêmes reproches que chez l'adulte. La diversité des résultats obtenus exigeait que chaque observateur commençât par établir une table de moyennes normales pour chaque appareil, et l'empêchait de comparer ses résultats avec ceux fournis par les appareils similaires. C'est ce qui explique comment il se fait que, malgré les travaux relativement nombreux parus sur cette question, on ne soit pas parvenu à dégager une notion nette d'ensemble.

Le professeur Pachon démontrait d'ailleurs l'erreur

(1) Balard. De l'application de l'oscillométrie à la fois à l'exploration du pouls et de la tension artérielle chez le nouveau-né, *C. R. Soc. biol.*, 16 avril 1912, t. LXXII, p. 687.

(2) Seux. Du pouls chez le nouveau-né. Travail présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris; rapport de H. Roger, 22 août 1855.

(1) Eminet. Influence du travail musculaire sur la tension sanguine chez les enfants, *Arch. f. Kinderh.*, 1906, t. XLVI.

(2) Vierordt. *Die Lehre von Arterienpuls*, 1855.

(3) Von Basch. *Arch. f. Kinderh.*, t. V, 1884.

du principe de la méthode de Riva-Rocci, et établissait que la méthode de choix pour évaluer la tension artérielle était la méthode des oscillations de Marey, à la condition toutefois, d'autre part, que cette méthode eût à sa disposition un appareil remplissant des conditions déterminées de sensibilité *maximale* et *constante*, et qu'il a précisément réalisé par l'*oscillomètre* sphygmométrique (1). C'est justement l'utilisation de cet instrument, qui devait permettre de rénover l'étude du pouls et de la tension artérielle chez l'enfant et plus encore chez le nouveau-né.

Mlle L. Koessler (2), en 1912, appliqua la première l'oscillométrie à l'étude de la tension artérielle de l'enfant. Cet important travail est le résultat de 541 observations portant sur des sujets normaux et sur des enfants malades. Dans une première partie, théorique, l'auteur insiste tout d'abord sur l'importance particulière de la *minima*, conformément aux données de Pachon, qui venait de préciser la signification exacte de cet élément de la pression artérielle et d'en marquer l' « intérêt primordial » au double point de vue cardiaque et vasculaire (3). L. Koessler s'attache, en outre, à montrer comment l'oscillométrie peut seule permettre de prendre une notion exacte de la valeur de la pression *minima* ainsi que de celle de la *maxima*, et partant du *Pulsdruck*, dont la connaissance importe pour apprécier la valeur fonctionnelle du cœur, comme l'ont si bien montré en particulier les travaux de Martinet (4).

Puis elle expose le résultat de ses recherches, et établit très judicieusement des moyennes de tension artérielle en fonction de divers facteurs susceptibles de l'influencer ; le sexe, l'âge, le poids et la taille des jeunes sujets. Ses observations ont surtout porté sur des enfants, et quelques-unes sur des nourrissons âgés de cinq à vingt et un jours. Les moyennes sont représentées dans une série de graphiques fort intéressants. Chez l'enfant normal, la tension artérielle suit une progression croissante depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte, aussi bien pour la *minima* que pour la *maxima*. Ces valeurs croissent également suivant le poids et la taille. La pression variable va également en croissant suivant l'âge, la taille et le poids. Mais ces progressions ne sont pas absolument régulières ; il y a de nombreux fléchissements tant dans la courbe de la *minima* que de la *maxima* et aussi, par conséquent, du *Pulsdruck*.

(1) V. PACHON. Sur l'erreur de principe de la méthode de Riva-Rocci, *C. R. Soc. biol.*, 12 juin 1909, t. LXVI, p. 955 ; — Sur la méthode des oscillations et les conditions correctes de son emploi en sphygmomanométrie clinique, *Soc. biol.*, 8 mai 1909 ; — Oscillomètre sphygmométrique à grande sensibilité et à sensibilité constante, *Soc. biol.*, 15 mai 1909.

(2) Mlle L. KOESSLER. *L'oscillométrie appliquée à l'étude de la tension artérielle chez les enfants*, Th. de Paris, 1912, Steinheil, éditeur.

(3) V. PACHON. La mesure de la pression artérielle par la méthode des oscillations. L'oscillométrie pratique, *Paris médical*, 1er juillet 1911. — Dans une publication récente, le professeur Pachon vient de revenir sur cette question : Une orientation nouvelle de la sphygmomanométrie. La pression minima, étalon sphygmomanométrique, *Presse méd.*, 22 mars 1913.

(4) A. MARTINET. *Pressions artérielles et viscosité sanguine.* 1 vol. Paris, Masson, 1912.

Ces variations sont beaucoup plus fortes, beaucoup plus fréquentes, chez le garçon que chez la fille. Ceci est surtout visible pour les courbes de *Pulsdruck*. M. le professeur Pachon estime que la cause en réside surtout dans de brusques variations de la maxima, plus fortes et plus fréquentes chez les garçons, en raison de la plus grande activité physique dont ils sont ordinairement coutumiers.

Enfin, dans un chapitre particulièrement intéressant, L. Koessler rapporte les observations détaillées d'un certain nombre de petits malades, chez lesquels elle a pratiqué des examens réguliers de la tension artérielle. Elle divise les affections de l'enfance en deux grands groupes de maladies *hypo* et *hypertensives*. Dans les premières elle fait rentrer la fièvre typhoïde, la tuberculose et le rhumatisme articulaire aigu ; et dans le second les diverses variétés de néphrites, aiguës et chroniques. Elle étudie en passant l'effet de la digitaline, dont l'action se fait sentir tardivement sur la tension artérielle et qui a surtout pour résultat d'amener une augmentation du *Pulsdruck*.

Peu après la publication de ces recherches, j'eus l'occasion de montrer tout le bénéfice qu'on pouvait tirer de l'oscillométrie chez le nouveau-né (1). La méthode des oscillations de Marey est, en effet, la seule qui nous permette d'étudier l'artère au niveau même du point où se fait la compression, sans avoir à explorer en aval la radiale qui n'est pas ordinairement perceptible, et je montrai que l'oscillomètre est le seul appareil dont la sensibilité fût suffisante pour transmettre d'aussi faibles variations de pression que celles qui se passent dans le système artériel du nouveau-né. A l'aide d'un petit brassard approprié (2), je pus établir que le lieu d'élection pour les observations chez l'enfant est le bras, non seulement en raison des battements plus amples de cette région, mais aussi parce que le segment de cylindre que représente le bras du nouveau-né s'adapte bien mieux au brassard que son avant-bras en tronc de cône. Il fut dès lors très facile de constater que l'exploration du pouls, le plus souvent impossible chez le nouveau-né à la simple palpation, devient une chose extrêmement facile et simple à l'aide de l'oscillomètre. Cet appareil donnant également dans des conditions faciles des résultats sphygmomanométriques constamment positifs, une *instrumentation unique* permet ainsi désormais à la fois l'exploration du pouls et la mesure de la tension artérielle chez le nouveau-né.

Récemment, s'inspirant de mes conseils, et sous ma direction, en ce qui concerne les nouveau-nés, M. Belot put très aisément pratiquer les observations publiées sur ce point dans sa thèse inaugurale (3). Ses recherches d'ensemble lui ont permis, d'autre part, de dresser des tables de croissance pour l'en-

(1) BALARD. *Loc. cit.*

(2) Pour la description de ce brassard, voir : BALARD. L'oscillomètre de Pachon, critère de la persistance de la circulation dans la mort apparente du nouveau-né, *Presse méd.*, 29 mars 1913, n° 26.

(3) BELOT. *Contribution à l'étude du développement physique de l'enfant (taille, poids, périmètre thoracique, rythme cardiaque et respiratoire, tension artérielle)*, Th. de Bordeaux, 1913.

fant normal jusqu'à quinze ans. Des moyennes qu'il a établies, pour la partie qui nous intéresse, il me semble qu'on peut tirer, tout d'abord au sujet du pouls, quelques conclusions intéressantes que je vais tâcher de dégager.

Le pouls, tant chez le petit garçon que chez la petite fille, subit une diminution passagère (vingt pulsations à la minute environ) au cours des deux premières journées de la vie, pour atteindre, vers le troisième ou le quatrième jour, un chiffre légèrement inférieur au rythme normal du pouls *in utero*, et qui conserve sensiblement la même valeur jusqu'à la fin de la première année. Dans les environs de la troisième année il se produit encore une diminution assez brusque, qui continue ensuite à se manifester progressivement jusqu'à l'âge adulte. D'après les chiffres de l'auteur, le pouls serait plus rapide chez les filles que chez les garçons jusqu'à la onzième année environ, pour devenir, dans la suite, plus lent que chez les garçons du même âge. Ces résultats paraissent en désaccord avec ceux constatés chez l'adulte, les auteurs assignant toujours une plus grande rapidité au pouls de la femme qu'à celui de l'homme. Mais ici encore la raison invoquée plus haut pour expliquer l'irrégularité de la maxima trouve peut-être une nouvelle application. Jusqu'à la dixième année, la différence des sexes n'entraîne pas une grande dissemblance dans l'activité physique du sujet. A partir de cet âge, les conditions vont complètement changer, et, en général, l'activité physique du petit garçon sera infiniment supérieure à celle de la petite fille. Aussi les dix minutes de repos que Belot fait prendre à ses enfants avant de les examiner, lorsque cette observation est pratiquée au moment d'une récréation, constituent un intervalle absolument insuffisant en raison duquel ses résultats se trouvent nécessairement faussés.

La tension artérielle subirait dans ses grandes lignes une courbe sensiblement inverse à celle du pouls. Et, ici, Belot s'est attaché à établir des moyennes de *minima*, de *maxima* et de *Pulsdruck*, et à en dresser des graphiques, mais seulement en fonction de l'âge et du sexe des enfants. De ces courbes il résulte que la *maxima* et la *minima* croissent progressivement avec l'âge et que la pression différentielle présente au contraire des oscillations assez marquées, mais en suivant une ligne en général nettement ascensionnelle. Bien que cette progression soit plus sensible pour les garçons, elle ne se fait qu'à la faveur de nombreuses irrégularités dont l'auteur n'a pu arriver à dégager la cause, mais qui me semblent ici encore facilement explicables par les variations individuelles d'activité physique des sujets observés.

D'ailleurs diverses réserves doivent être présentées sur la valeur absolue de telles moyennes.

Et d'abord, ces moyennes ne portent pas toutes sur un assez grand nombre de sujets. C'est ainsi que Belot évalue la tension artérielle chez les filles au moment de la naissance, à l'aide de 5 observations seulement. En outre, pour que les résultats fussent intercomparables, il faudrait que le nombre d'enfants examinés à chaque âge fût sensiblement le même et il y a parfois des écarts considérables. Ainsi, tandis que Belot n'a examiné que 5 filles au moment de la naissance, il examine par contre 61 garçons de cinq à six ans. Ces deux exemples montrent toute l'importance qu'il y a de réunir des matériaux d'une valeur absolument homogène.

En outre et surtout, certains des éléments sur lesquels portent de semblables recherches sont par essence trop variables, pour qu'il soit possible d'établir des moyennes valables, à l'aide d'un seul examen par sujet.

Seule, comme l'a justement montré l'oscillomètre, la pression *minima* présente une fixité remarquable, de telle sorte que chez un sujet normal un seul examen peut permettre de caractériser d'une façon très sensiblement exacte la valeur précise de la tension *minima* de son système vasculaire. Dès lors, un seul examen par individu va permettre d'établir des moyennes correctes.

Il n'en sera pas de même de la *maxima* et, partant, du *Pulsdruck*. On connaît, en effet, l'extrême variabilité de la maxima, telle que « *tout étalon fixe de pression maxima est arbitraire* » (Pachon). Dès lors toute moyenne devient également arbitraire et c'est là, sans doute, la cause simple des irrégularités, des fléchissements d'apparence paradoxale mis en évidence par les courbes de Belot.

Le pouls enfin présente des variations individuelles et même physiologiques beaucoup trop connues, pour qu'il soit utile de nous y appesantir. Aussi estimons-nous exacte l'assertion d'Eminet qui, essayant d'établir des moyennes de rythme du pouls aux divers moments de la croissance, n'a pu y parvenir en raison de son extrême variabilité chez un même sujet.

C'est dans cet esprit, et en observant ces principes généraux, que j'ai poursuivi mes recherches personnelles sur le pouls et la tension artérielle du nouveau-né, dans le service clinique de mon maître, le professeur Lefour (1).

Les examens ont été pratiqués sur les mêmes enfants d'une façon suffisamment fréquente pour que les moindres variations du phénomène aient pu être facilement décelées. On pourra suivre aisément l'évolution du pouls et de la tension artérielle chez le nouveau-né sur le graphique ci-contre, et qui représente une des observations les plus typiques que j'ai recueillies.

Si l'on considère tout d'abord les *modifications évolutives* du pouls, on voit que, dans la minute même qui suit la naissance, le nombre des pulsations est toujours un peu inférieur à ce qu'il était pendant la vie intra-utérine. Il *s'abaisse progressivement*, de

(1) BALARD. Des variations du pouls et de la tension artérielle chez le nouveau-né, étudiées comparativement à l'état de veille et pendant le sommeil par l'oscillométrie, *C. R. Soc. biol.*, t. LXXII, 4 juin 1912; — Des variations du pouls et de la tension artérielle chez le nouveau-né, étudiées comparativement pendant le repos et pendant la tétée par l'oscillométrie, *Ibid.*; — Modifications évolutives du pouls et de la tension artérielle chez le nouveau-né dans les premiers jours de la vie, étudiée par l'oscillométrie, *C. R. Soc. biol.*, t. LXXIII, 5 novembre 1912; — Sur la cause de la diminution de fréquence du pouls chez le nouveau-né dans les premières heures de la vie, *Ibid.*

150 pulsations à la minute environ, pour atteindre, entre la cinquième et la douzième heure, un chiffre voisin ou inférieur à 100. Dès le second jour ce nombre a de nouveau atteint le chiffre moyen de 150, autour duquel il continue à osciller. La cause de cette diminution passagère réside dans un *abaissement de température constant*, qui peut atteindre

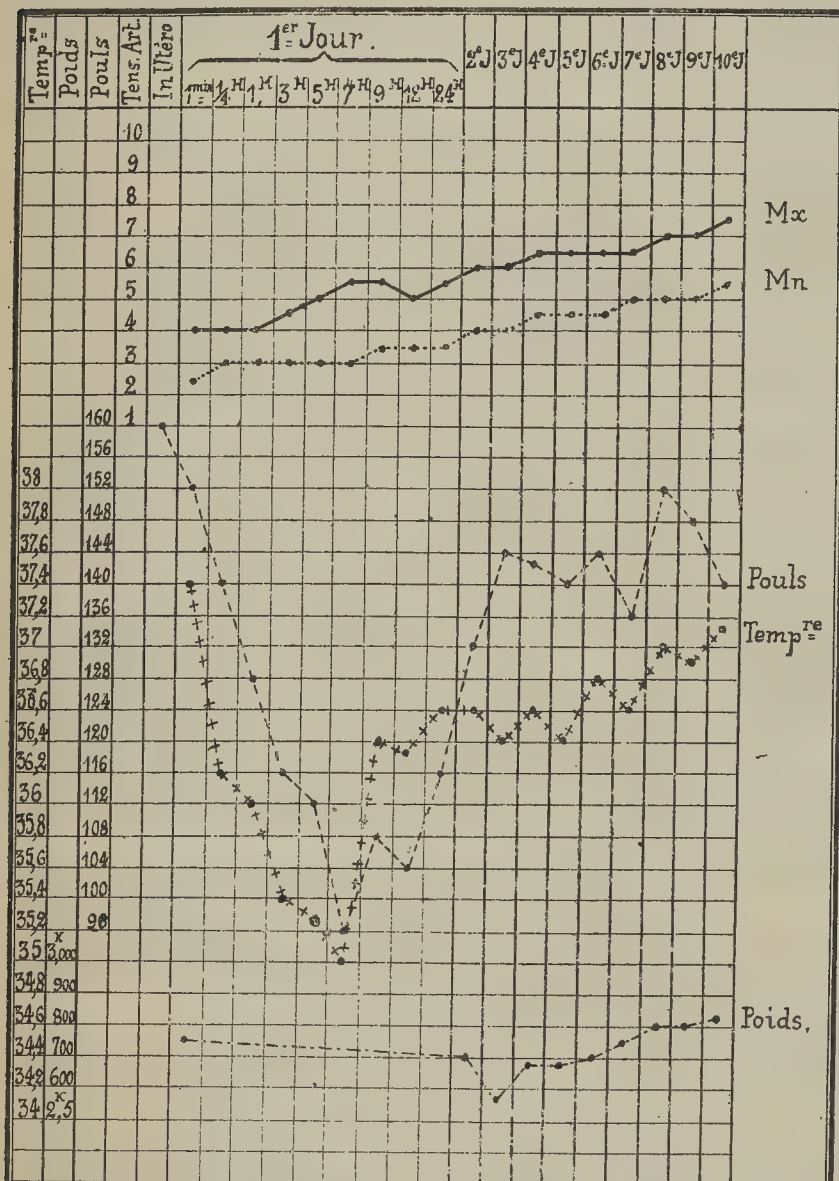


FIG. 1. — Courbe évolutive et concomitante de la température, du pouls et des valeurs *minimum* et *maximum* de la pression artérielle chez un *nouveau-né*.

35 degrés sans que le développement physiologique de l'enfant en soit aucunement troublé. La diminution de fréquence du pouls est, du reste, exactement parallèle à cet abaissement de température.

La pression artérielle n'est pas influencée dans les premiers jours de la vie par l'abaissement de température constaté régulièrement chez le nouveau-né. Elle ne subit chez le même sujet que des variations fort minimes et les *valeurs de* Mn *et* Mx *croissent régulièrement*. Des moyennes établies sur 40 observations, il résulte qu'à la naissance, avant l'intervention de tout facteur capable de les modifier, Mn est voisine de 3cm5 Hg et Mx de 5cm5 Hg. Il ne semble pas que les chiffres de pressions artérielles soient proportionnels au poids du nouveau-né.

En dehors des modifications évolutives du pouls et de la tension artérielle chez le nouveau-né, il nous a paru intéressant de rechercher les modifications éprouvées par ces deux éléments en fonction de certains états physiologiques bien déterminés. Cette étude chez le nouveau-né est toutefois forcément limitée. C'est ainsi que l'influence de la respiration ne peut être étudiée en raison de la trop grande rapidité et du peu d'amplitude des mouvements respiratoires. Il en est de même de la digestion; car, même en espaçant les tétées toutes les trois heures, il n'y a pas, entre chaque prise d'aliments, un temps suffisant pour séparer la période de digestion de la période de repos. Nous avons dû nous contenter d'étudier comparativement les variations du pouls et de la tension artérielle pendant le *sommeil* et pendant la *veille*, pendant le *repos* et pendant la *tétée*, examinant ainsi les différents degrés de l'*échelle d'activité physique* du nouveau-né, en partant du sommeil pour aller jusqu'à l'activité simple et l'activité avec effort.

Il nous a été possible de constater que le pouls augmente de fréquence pendant l'état de veille et pendant la tétée. Pendant l'état de veille l'augmentation de fréquence ne dépasse guère 6 ou 8 pulsations à la minute, tandis que pendant la tétée elle atteint fréquemment 15 ou 20 pulsations à la minute.

Quant à la *minima*, elle conserve une valeur sensiblement constante pendant l'état de veille et pendant la tétée, s'élevant seulement quelquefois au plus d'un demi-centimètre de mercure. La *maxima*, au contraire, *s'élève* dans ces deux cas d'*une façon constante* et surtout d'une façon plus considérable, ses variations pouvant atteindre fréquemment 1cm5 de Hg. Il s'ensuit que la pression variable est également augmentée, traduisant l'augmentation de l'activité cardiaque.

Ces résultats sont intéressants et portent un enseignement pratique important; ils démontrent combien les moindres phénomènes d'activité fonctionnelle, tels que ceux qui se passent chez le nouveau-né ont un critère apparent d'une extrême sensibilité dans les variations de la tension artérielle (1).

C'est dans cette direction, croyons-nous, que doivent être orientées les recherches sur le pouls et la tension artérielle de l'enfant, plutôt que vers l'établissement de moyennes, dont les éléments, comme nous l'avons vu, ne présentent pas toutes les conditions nécessaires d'homogénéité. L'oscillométrie, qui peut traduire chez le nouveau-né d'aussi

(1) Voir à ce sujet : V. PACHON. Education physique et critères fonctionnels. Les variations de la pression artérielle, critère d'entraînement, *C. R. Soc. biol.*, 21 mai 1910, t. LXVIII, p. 869-871.

faibles variations de pression que celles que nous avons indiquées, permettra en clinique de suivre remarquablement la *valeur de l'activité fonctionnelle* de l'enfant par la connaissance pratique et précise de ses *réactions cardio-vasculaires* à des conditions physiologiques ou à des états pathologiques déterminés.

L'OPOTHÉRAPIE BILIO-PANCRÉATIQUE DANS LES DYSPEPSIES

Par M. L. ALQUIER.

Depuis une dizaine d'années, j'utilise cette médication sous forme de pilules composées de bile, pancréatine et soufre à parties égales. Voici le résumé des résultats obtenus d'après environ 250 observations de dyspeptiques suivis par moi pendant au moins plusieurs mois, souvent des années.

Lorsqu'on veut interpréter une action thérapeutique, il convient, avant tout, d'apprécier aussi exactement que possible l'importance du coefficient psychothérapique dont aucun mode de traitement ne sera jamais exempt.

Ceci est particulièrement important en matière de dyspepsie; même chez les sujets normaux on sait combien souvent les émotions et les chagrins se traduisent par des troubles digestifs. Faut-il rappeler que, pour certains neurologistes et non des moindres, toute dyspepsie nerveuse, c'est-à-dire pratiquement le plus grand nombre des cas, est d'origine psychique et ne relève que de la psychothérapie. Malheureusement, celle-ci est, à elle seule, bien souvent insuffisante, et la majorité de ceux qui ont écrit sur la question reconnaît et affirme, sous des formes diverses, qu'il faut traiter la dyspepsie si l'on veut réellement améliorer d'une façon durable les troubles névropathiques. J'en suis bien persuadé, pour ma part, tout en reconnaissant l'extrême importance, dans les dyspepsies, de l'élément psychique et de la psychothérapie.

Pour connaître la valeur de la médication bilio-pancréatique, je l'ai surtout étudiée chez deux catégories de sujets : 1° en l'expérimentant sur moi-même et sur un certain nombre de médecins et de personnes appartenant au monde médical chez lesquels il était possible de réduire au minimum l'influence morale; 2° certains malades interprètent d'une façon erronée les troubles qu'ils présentent; en les traitant sans attirer leur attention sur la dyspepsie qu'ils ne croient pas avoir, on peut, semble-t-il, réaliser chez eux l'épreuve thérapeutique dans de bonnes conditions. Les autres observations viennent simplement confirmer les données ainsi acquises et en étendre la portée.

*
* *

Quelle est l'action thérapeutique de chacune des trois substances qui nous intéressent?

1° La bile agit sur l'intestin et sur l'organisme en général.

Dans l'intestin, elle décape la muqueuse, représente le principal facteur de l'élaboration intestinale des graisses, et possède de réelles propriétés antiputrides. Les bactériologistes ont démontré son pouvoir antiseptique; on connaît la fétidité des selles dans les cas d'insuffisance biliaire; dans son ouvrage sur l'opothérapie, Carnot (1) écrit : « On peut utiliser l'opothérapie biliaire dans certains cas où les fermentations intestinales sont anormales, et particulièrement dans les cas où les selles des sujets ont une odeur putride fortement marquée. Nous avons utilisé, maintes fois, cette médication, en particulier chez des sujets ayant des troubles intestinaux avec odeur fétide de l'haleine, fermentations putrides, dermatoses diverses, etc. On arrive à modifier ainsi rapidement l'odeur des selles et certains troubles liés à l'intoxication digestive. »

De plus, elle exerce sur la motricité intestinale une action prouvée par les expériences de Hallion et Nepper. Les tracés recueillis par ces auteurs montrent l'augmentation du péristaltisme intestinal après administration de bile. M. Nepper a même émis une théorie biliaire de la colite muco-membraneuse : la bile entraverait l'action coagulante qu'exerce sur le mucus intestinal le ferment découvert dans l'intestin par MM. Roger et Trémolières, et appelé par eux la mucinase. L'insuffisance biliaire permettrait la coagulation; l'ingestion de bile dans la colite muco-membraneuse détermine d'abord une sécrétion plus abondante du mucus, puis la sédation rapide des douleurs abdominales, la disparition des membranes, enfin plus tard la régulation des selles.

Depuis les travaux de Stadelmann, il est établi que la bile est le meilleur des cholagogues; ceci est aujourd'hui trop connu pour qu'il soit utile d'insister.

L'influence de l'opothérapie biliaire sur l'organisme en général est complexe. MM. Gilbert et Lereboullet ont parlé de son action tonique sur la musculature en général; divers auteurs ont signalé l'augmentation de la résistance aux infections et intoxications; la paratoxine de Lemoine et Gérard, extrait biliaire spécial, paraît bien avoir donné des succès chez les tuberculeux.

L'action bradycardisante de la bile a été utilisée dans certaines tachycardies. La cholestérine diminuerait la fragilité globulaire (2); enfin, l'opothérapie biliaire a donné des résultats non négligeables dans la lithiase biliaire et certaines dermatoses.

2° Le soufre, purgatif à hautes doses, est à doses faibles un stimulant de l'intestin et paraît agir en augmentant les sécrétions et en décongestionnant; mon maître, le regretté professeur Potain, vantait son action sédative dans la colite muco-membraneuse et le qualifiait volontiers de véritable spécifique de l'intestin. Les dermatologistes apprécient son action sur certaines dermatoses lorsqu'on l'emploie à l'intérieur.

3° La pancréatine a joui d'une certaine vogue, sur-

(1) Carnot. Un vol. de la Bibliothèque de thérapeutique Gilbert-Carnot, 1910, p. 233. — Paris, J.-B. Baillière.

(2) Vaquez et Ribierre. Citons à ce sujet les travaux tout récents de Parisot et Heully (*Semaine méd.*, 1913, p. 86) et de Pringsheim (v. anal. *Ibid.*, p. 114).

tout pour les dyspepsies des nourrissons. Le professeur Potain l'employait comme adjuvant à la digestion du lait. Aujourd'hui, on sait qu'elle n'a d'activité qu'en présence de la kinase et qu'elle est détruite dans l'estomac par la pepsine. M. Carnot (loc. cit., p. 233) préconise, dans l'ictère par rétention, l'association bile-pancréatine, « afin de renforcer par cette double action le pouvoir stéatolytique et l'absorption des graisses, en même temps que les pouvoirs amylolytique et protéolytique ».

* * *

On s'accorde généralement pour n'employer la pancréatine que sous un enrobage la soustrayant à l'action du suc gastrique, et la mettant en liberté dans l'intestin; les trois substances les plus ordinairement utilisées sont la cire, le gluten et la kératine. Mais ceci n'est pas sans inconvénients lorsqu'il s'agit de l'association bile-pancréatine-soufre.

Ce dernier est décomposé dans l'estomac en hyposulfites auxquels il doit certainement la plus grande partie de ses propriétés sur l'intestin.

D'autre part, les expériences de Poldyreff ont montré que, pendant la digestion gastrique, le pylore s'entr'ouvre à plusieurs reprises permettant le reflux dans l'estomac d'une petite quantité de liquide duodénal. Il en résulterait une série de petits arrêts de la digestion gastrique, et ce phénomène aurait une certaine importance sur la régulation de l'élaboration gastro-intestinale. J'ignore si ces données sont valables dans le cas présent, mais je puis affirmer qu'en prescrivant l'association bile-pancréatine-soufre sous forme de pilules se désagrégeant dans l'estomac on exerce sur ce dernier une très heureuse influence (1).

En pratique, les malades accusent au bout d'une dizaine de jours de traitement une amélioration des troubles dyspeptiques : les digestions sont moins paresseuses, les malaises qui les accompagnaient s'atténuent peu à peu ; l'appétit renaît, le sommeil devient plus régulier sans les cauchemars ni les malaises du réveil que déterminent si souvent les troubles intestinaux; peu à peu les selles deviennent plus faciles et plus régulières sans qu'il y ait d'action laxative à proprement parler; la céphalée et la fatigabilité physique et intellectuelle sont, elles aussi, sérieusement améliorées le plus souvent.

L'examen du malade montre des modifications de deux ordres :

1° Du côté du tube digestif la motricité de l'estomac et de l'intestin est nettement augmentée; le ballonnement gastro-intestinal disparaît avec tout son cortège de borborygmes et de gaz; l'estomac atone et clapotant tend à reprendre ses limites normales et semble se vider plus facilement; en même temps on constate l'atténuation progressive des gargouillements intestinaux. En particulier lorsque le gros intestin est distendu, faisant une saillie perceptible à la vue et au palper j'ai été souvent frappé de l'amélioration rapide, après échec d'autres traitements.

En somme, tout se passe comme si l'évacuation gastro-intestinale était accélérée par augmentation de la motricité; des expériences actuellement en cours nous fixeront, je l'espère, sur ce point.

2° Chez presque tous les dyspeptiques, on trouve de petits troubles hépatiques : subictère bucco-conjonctival avec tendance aux éruptions urticariennes ou eczématiformes; le foie est sujet à des poussées congestives au cours desquelles il devient douloureux (sensation de barre ou d'angoisse épigastrique avec irradiation œsophagienne, gêne de la respiration diaphragmatique, gêne précordiale ou palpitations de cœur, voire même les névralgies intercostales et les irradiations à l'épaule droite des coliques hépatiques).

A l'examen, la matité hépatique est augmentée, l'organe douloureux au palper, parfois même à la percussion, dans toute son étendue ou seulement au niveau de l'épigastre ou de la vésicule biliaire; les selles sont par moments décolorées, fétides. L'ensemble de ces troubles est rapidement amélioré par le traitement en question, et cela me paraît avoir une grande importance, car je crois bien que, très souvent, le foie est en réalité responsable des troubles gastro-intestinaux chez un grand nombre de malades.

Tels sont les résultats ; plusieurs fois l'augmentation du tonus musculaire général m'a paru évidente, mais il ne faut pas demander à ce traitement plus qu'il ne peut donner : ainsi, la douleur, quand elle existe, n'est pas influencée; l'augmentation de poids des sujets amaigris ne s'observe que dans quelques cas.

Après avoir éprouvé l'effet de cette médication chez les dyspeptiques hyposthéniques, je l'ai essayée timidement d'abord, puis plus hardiment, chez les hypersthéniques et les intestinaux spasmodiques, *lorsqu'elle était indiquée* chez ces malades, *c'est-à-dire toutes les fois qu'apparaissent*, chez eux, *la lenteur des digestions avec atonie motrice, fermentations et petits troubles hépatiques*, et je n'hésite pas à conclure que, *quel que soit l'état antérieur* (*pourvu bien entendu qu'il n'y ait pas de sténose trop serrée du pylore*), *lorsque se présentent les indications que nous venons d'énoncer, l'ingestion d'une pilule bile-pancréatine-soufre, vers la fin des deux principaux repas, produit le plus souvent, en trois semaines en moyenne, une amélioration remarquable.*

Malgré l'innocuité absolue du traitement, il est bon de l'interrompre lorsque l'amélioration est jugée suffisante : on peut, par exemple, le faire cesser dix jours par mois, même dans les cas rebelles, l'action thérapeutique persistant quelque temps après la cessation du remède. Les résultats m'ont paru bien supérieurs à ceux que donnent les médicaments usuels qualifiés de moteurs, stimulants ou antiseptiques des voies digestives, mais, encore une fois, ce traitement ne répond qu'aux indications soulignées plus haut. Il ne saurait suffire à toutes les dyspep-

(1) Il est préférable de faire enrober les pilules d'une substance facilement soluble dans l'estomac. Non enrobées, elles deviennent rapidement d'une dureté excessive, et, d'autre part, je ne suis pas bien sûr que l'extrait biliaire commercial ne subit pas, au contact prolongé de l'air, des oxydations susceptibles de nuire à l'action thérapeutique.

sies, ni remplacer, par exemple, les solutions sulfatées-bicarbonatées-phosphatées ou chlorurées dont M. Hayem a, si judicieusement, réglé l'emploi suivant les troubles sécrétoires, ni le kéfir si utile au cours de certains troubles intestinaux, au double point de vue digestif et tonique général.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 MAI 1913)

L'élection du secrétaire perpétuel, en remplacement de M. Jaccoud, aura lieu dans la séance du 10 juin.

Loi Roussel. — M. ACHARD fait un rapport sur les modifications qu'il y aurait lieu d'apporter à la loi Roussel.

Loi de 1838 sur les aliénés. — M. BALLET fait une critique du projet de revision de cette loi actuellement soumis au Sénat par une commission dont M. Paul Strauss est le rapporteur.

M. Ballet estime qu'on doit rapprocher le plus possible les asiles et maisons de santé pour aliénés des hôpitaux ordinaires, et il proteste contre certaines dispositions du projet qui tendent à les rapprocher des prisons. Une loi sur les aliénés doit être faite pour les malades et non pour les bien portants. Dans le projet soumis au Sénat se trouvent des formules très vexatoires pour les familles d'aliénés.

Au point de vue des dispositions à prendre, on peut diviser les aliénés en trois catégories : 1° les protestataires qui protestent constamment; 2° les protestataires intermittents; 3° les psychopathes qni forment les 80 centièmes des aliénés et qui doivent être traités comme des malades ordinaires.

M. Ballet voudrait, pour eux, plus de liberté que n'en accorde la loi de 1838 et le projet actuel propose, au contraire, plus de contrainte. Il constitue, non une loi médicale, mais une loi policière, non une loi de progrès, mais une loi de recul et, en outre, une loi antidémocratique, puisque les riches pourront, à la rigueur, s'y soustraire tandis que les pauvres ne le pourront pas.

Variations artificielles de l'activité du tissu conjonctif à l'état de vie autonome. — M. POZZI fait connaître de nouvelles expériences du docteur Alexis Carrel. M. Carrel avait déjà montré qu'un fragment de cœur de fœtus de poulet battait d'une façon normale plus de trois mois après son extirpation de l'organisme, et que des cultures de tissu conjonctif s'accroissaient rapidement au début du cinquième mois de leur existence in vitro. Ces expériences ont été continuées. Des colonies de cellules conjonctives provenant de ce même fragment de cœur extirpé il y a plus de quatorze mois se développent aujourd'hui avec une grande activité.

L'examen des tissus formés par ces colonies cellulaires montra l'existence d'un rapport constant entre la vitesse de leur croissance et la composition du milieu. Ce fait indiquait la possibilité de régler la rapidité de la prolifération des cellules conjonctives comme on modifie l'activité de cultures microbiennes.

Les expériences furent faites sur des colonies de cellules conjonctives qui vivaient depuis un an en dehors de l'organisme et se développaient avec une vitesse constante. On fit subir à ces tissus des passages plus ou moins fréquents dans du plasma de poulet adulte seul, ou dans du plasma de poulet adulte contenant des quantités variables de suc d'embryon. On sait que les sucs d'embryon et de certains tissus d'animal adulte ont la propriété d'activer de trois à quarante fois environ la rapidité de la croissance in vitro du tissu conjonctif. Après chaque passage le fragment primitif s'entourait rapidement d'une couronne plus ou moins large de nouveau tissu. La densité de ce nouveau tissu était à peu près constante dans les conditions de nos expériences. La largeur de l'anneau qu'il formait autour du fragment primitif était mesurée au micromètre ou bien une photographie de la culture était prise. Les examens et les mensurations étaient généralement pratiqués quarante-huit heures après un passage. Chaque expérience était rigoureusement contrôlée par une culture témoin.

M. Pozzi fait ici connaître, dans tous leurs détails, les nouvelles expériences de M. Carrel.

Cette grande augmentation de volume du tissu conjonctif prouvait que, dans ces expériences, il s'agissait non pas de phénomènes de survie analogues à ceux qui ont été observés avant le docteur Carrel par d'autres expérimentateurs, mais bien d'un fait nouveau : des cellules conjonctives vivant et se multipliant indéfiniment dans leur milieu de culture comme des microbes.

Ces expériences montraient donc que des colonies de cellules conjonctives, qui avaient vécu plus d'un an en dehors de l'organisme, avaient conservé la faculté d'augmenter beaucoup de volume et de donner naissance à des quantités d'autres colonies. Elles montraient aussi que la rapidité de la prolifération cellulaire pouvait être réglée aussi facilement que l'activité de microorganismes. Ces colonies cellulaires en état d'activité déterminée et constante faciliteront sans doute l'étude des facteurs physico-chimiques de la croissance des tissus et serviront peut-être un jour de réactif pour le diagnostic des propriétés dynamiques des tissus et des humeurs de l'organisme.

Blessures de guerre. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE revient sur la question de savoir s'il faut ou non intervenir dans les plaies par armes de guerre et, en particulier, dans les plaies de l'abdomen. M. Reclus s'est montré nettement partisan de l'abstention dans les plaies de l'abdomen. Cette conclusion est sans doute exagérée. Il est bien certain que beaucoup de blessés sont morts de leurs blessures et qu'ils auraient pu être secourus et sauvés par une intervention, si cette intervention avait été possible et avait pu être précoce.

Il y a longtemps que M. Lucas-Championnière a émis cette proposition : « La chirurgie de guerre sera antiseptique ou elle ne sera pas. » L'usage actuel de la teinture d'iode, qui s'est si vite généralisé, semble bien confirmer cette proposition. Jusque-là, M. Lucas-Championnière était resté fidèle à l'acide phénique, qui, lui aussi, est un puissant antiseptique et vaut encore mieux que la teinture d'iode altérée. M. Lucas-Championnière revient sur une opinion qu'il a souvent défendue, à savoir que la chirurgie antiseptique, surtout en temps de guerre, doit être préférée à la chirurgie aseptique. Toutefois, il reconnaît que le pansement individuel aseptique a pu rendre des services, mais il aurait préféré que ce pansement individuel fût antiseptique, on aurait évité plus d'infections secondaires. La chirurgie de guerre actuelle aura donc rendu service à la chirurgie ordinaire en démontrant les avantages de l'antisepsie sur l'asepsie. Pour ce qui est de la chirurgie osseuse, par exemple, jamais l'asepsie n'a pu donner les mêmes résultats que l'antisepsie.

Revenant à la guerre des Balkans, M. Lucas-Championnière, avec M. Delorme, estime qu'on a tiré des conclusions trop hâtives sur les effets de la balle soi-disant humanitaire, on n'a pas assez tenu compte des morts, ni des infections secondaires graves qu'on n'a pas eu le temps d'observer.

Quoi qu'il en soit on peut dire, d'une façon générale, que l'abstention doit être la règle pour les plaies par armes à feu. La plupart de ces plaies guérissent seules et l'intervention entraîne souvent des conséquences graves. Cela est vrai surtout pour les plaies de l'abdomen et aussi bien en chirurgie de guerre qu'en chirurgie ordinaire. Comme exemple, M. Lu-

cas-Championnière rappelle ce qui s'est passé au Transvaal. Les meilleurs chirurgiens anglais ont voulu intervenir dans les plaies de l'abdomen. Toutes leurs interventions ont été suivies de mort.

Il faut rappeler enfin que si les Bulgares se sont montrés si résistants, aussi bien au point de vue des fatigues qu'au point de vue des blessures, cela tient à ce qu'ils ne sont pas alcooliques. Supprimez donc l'alcool et nos blessés n'en guériront que mieux.

M. Reclus se confine plus spécialement dans le traitement des plaies de l'abdomen et il trouve, dans cette discussion, de nouveaux arguments en faveur de l'opinion qu'il a toujours soutenue, à savoir que, pour ces plaies, l'abstention est préférable à l'intervention.

— La place nous manque pour suivre M. Reclus dans ses intéressantes considérations. La discussion devant se poursuivre dans les séances ultérieures, nous y reviendrons.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 MAI 1913)

L'éosinophilie des prostatiques. — MM. L. Morel et H. Chabanier. Dans le sang des sujets atteints d'hypertrophie de la prostate on constate très fréquemment la présence d'éosinophiles en quantité supérieure à la normale (en moyenne 5 p. 100). Cette éosinophilie est indépendante des affections cutanées, parasitaires, etc., ainsi que des diverses médications. Elle est en rapport avec la présence dans l'organisme de la prostate hypertrophiée et disparaît au lendemain de la prostatectomie.

Contribution à l'étude comparée de quelques réactions destinées à différencier les transsudats des exsudats. — M. Maurice Villaret a étudié plus de 200 épanchements à l'aide de divers procédés parmi lesquels il signale particulièrement la réaction de Gaugi, la réaction de Rivalta, et surtout la réaction violette et la réaction du collargol.

La réaction violette au contact de l'acide chlorhydrique indique en général la présence d'hématies dans le liquide épanché.

La réaction du collargol repose en principe sur la précipitation du sel d'argent au contact de quelques gouttes du transsudat et sa non-précipitation lorsqu'il s'agit d'un exsudat. Chacune de ces réactions possède une réelle valeur. Les réactions de Rivalta et de Gaugi sont plus précoces, plus délicates que celles du collargol et que les résultats cytologiques; mais par contre la réaction du collargol persiste plus longtemps sans se modifier et peut faire établir le diagnostic rétrospectif de transsudat dans un épanchement secondairement inflammatoire.

Toutefois il est une sérosité à laquelle ces méthodes ne peuvent s'appliquer; c'est le liquide céphalo-rachidien, qui, contrairement aux autres épanchements et quelles que soient ses modifications pathologiques, cytologiques ou autres, donne lieu presque ainsi dire toujours à des réactions négatives.

L'examen chimique des ascites cirrhotiques à l'aide de quelques réactions destinées à différencier les transsudats des exsudats. — MM. A. Gilbert et Maurice Villaret, en se servant des réactions de Rivalta, de Gaugi et du collargol, ont vérifié les observations qu'ils avaient faites à l'aide de la cytologie, à savoir que les ascites cirrhotiques pures sont tout d'abord des transsudats dus à l'hypertension portale et ne se transforment en exsudat que lorsqu'une infection surajoutée vient compliquer le processus mécanique primitif, qui peut d'ailleurs persister indéfiniment.

Dosage du chlorure de sodium dans le sérum par la méthode de MM. Ambard et Weill. — MM. Chabanier et Lobo-Omell. La teneur en NaCl d'un sérum laissé au contact d'un caillot diminue progressivement avec une vitesse variable. En dosant le NaCl dans le sérum de quatre à cinq heures après la prise du sérum, les causes d'erreur du fait de la diffusion du NaCl du sérum dans le caillot sont presque nulles.

Observations sur la toxine ascaridienne. — MM. Weinberg et Séguin. Le sérum des chevaux porteurs d'ascarides renferme souvent des anticorps. Ces anticorps, qu'on peut déceler par la réaction de fixation, sont parfois en quantité suffisante pour neutraliser in vitro une certaine dose de toxine ascaridienne.

Leucocytose polynucléaire dans le thymus roentgenisé. — MM. Regaud et Crémieu. La polynucléose diapédétique, phénomène normal dans le thymus, extrêmement exagéré après l'action des rayons X, est en relation non point avec des actes de phagocytose, mais avec l'involution des cellules du stroma et leur transformation en éléments hassalliens : involution et transformation qui sont elles-mêmes très accentuées par l'action des rayons X. Il est permis de supposer que les leucocytes agissent là en mettant en liberté des substances inconnues, utiles au processus de transformation chimique des cellules.

L'action de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse sur la conductibilité auriculo-ventriculaire. — Dans de précédentes notes, MM. Henri Claude, René Porak et Daniel Routier ont montré l'action hypotensive et les modifications de l'allure du cœur obtenues chez l'homme par injection d'extrait hypophysaire, délipoïdé et purifié selon la méthode de MM. H. Claude et Baudoin. Poursuivant leurs recherches au moyen de l'électrocardiographie, ils montrent que chez le lapin les injections de ce même extrait déterminent des troubles de conductibilité constants ; dissociation a-v affectant le rythme 2:1, allongement considérable de l'intervalle P-R. En outre le cœur se ralentit et ce ralentissement est souvent considérable. Les réinjections d'extrait faites peu de temps après la première injection sont toujours sans effet.

Les troubles de conductibilité observés semblent tout à fait indépendants d'une action sur les vagues : les lapins vagotomisés réagissent de la même façon que les lapins intacts, ce qui permet aux auteurs de conclure que, parmi les différentes actions de l'extrait d'hypophyse qu'ils ont employé, il en existe une, élective sur les fibres de His, inhibitrice. Cette action est de courte durée, cinq à sept minutes, et ne se reproduit pas pour les réinjections trop précoces.

Etude physiologique des chloraloses mono et bidéchlorés. — MM. Regnier et Tiffeneau. 1° Nos expériences montrent que l'élimination successive d'un, puis de deux atomes de chlore dans le chloralose, entraîne la diminution, puis la disparition du pouvoir anesthésique. Comme au cours de cette dégradation chlorée, le noyau du chloralose est resté intact (Hanriot et Kling), il en résulte que ce noyau n'intervient pas essentiellement dans l'action anesthésique du chloralose et que ce n'est pas aux propriétés intrinsèques d'un tel noyau que le chloralose doit cette particularité remarquable d'être au moins huit fois plus actif que le chloral contenu dans sa molécule.

2° Tandis que pour les dérivés chlorés du méthane et de l'éthane, le pouvoir anesthésique paraît lié à la parité (Regnauld et Villejean) ou mieux encore à la dyssymétrie (Pouchet) des substituants halogénés, il n'en est plus de même pour les chloraloses et leurs dérivés déchlorés, puisque pour ces derniers l'activité anesthésique est nettement fonction du nombre des atomes du chlore. Sans exclure complètement l'hypothèse d'une action spécifique qu'exerceraient directement les halogènes sur la cellule nerveuse, il nous paraît plus vraisemblable d'admettre que ceux-ci interviennent indirectement en modifiant certaines constantes physiques (solubilité)

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 mai 1913. — MM. Chiray et Debray, 17; Milhit, 20.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation.* — Séance du 7 mai. — MM. Roux-Berger, 20; Gernez, 18; Capette, 14.

— CONCOURS POUR UNE PLACE D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 mai. — MM. Metzger, 17; Lacasse, 11.

— CONCOURS DE DENTISTE ADJOINT DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Frey, Chomprey, Marcel Labbé (qui acceptent), Pitsch et Delbet (qui n'ont pas fait connaître leur acceptation).

— CONCOURS DU PRIX DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sommelet, Tiffeneau (qui acceptent), Lafont, Grimbert et Sevin (qui n'ont pas fait connaître leur acceptation).

HOPITAUX DE PROVINCE. — LORIENT. — Un concours pour deux emplois de médecin suppléant des hôpitaux civils de Lorient s'ouvrira le 13 mai à neuf heures du matin à la Faculté de médecine de Paris.

Composition du jury : président, M. le professeur Landouzy, MM. Chauffard et Marcel Labbé; suppléant, M. Lœper.

Liste des candidats : MM. Grivot-Méheut et Roux.

— Un concours pour deux emplois de chirurgien suppléant des hôpitaux civils de Lorient s'ouvrira le 13 mai à neuf heures du matin à la Faculté de médecine de Paris.

Composition du jury : président, M. le professeur Reclus; MM. Lecène, A. Schwartz; suppléant, M. Okinczyc.

Liste des candidats : MM. Le Pipe, Saiget et Blanchard.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séances du 7 mai. — M. Chabrol : « Signes et diagnostic des kystes hydatiques du foie. » — Note : 16.

M. Sézary : « Syndrome d'Addison. » — Note : 17 1/2.

M. Ribierre : « Crises viscérales du tabes. » — Note : 19.

M. Abrami : « Œdème de la glotte. » — Note : 17 1/2.

M. Fage : « Formes cliniques du rhumatisme chronique. » — Note : 11.

Séance du 8 mai. — M. Piéry : « Symptômes et diagnostic des tumeurs du médiastin. » — Note : 16 1/2.

M. Babonneix : « Formes cliniques de la pneumonie lobaire aiguë. » — Note : 18.

— Par suite d'indisposition de l'un des membres du jury, les séances sont suspendues. Le concours reprendra mardi matin.

— SECTION DE PHYSIOLOGIE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séances du 7 mai. — M. Le Play : « Lutte contre l'élévation de température. » — Note : 4.

M. Lafon : « Désintégration des matières protéiques. » — Note : 19.

Séance du 8 mai. — M. Tournade : « Actions nerveuses d'arrêt. » — Note : 19.

M. Battez : « Zone visuelle sensorio-motrice de l'écorce visuelle. » — Note : 13.

— SECTION D'ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 7 mai. — Question : « Les voies lacrymales. »

MM. Ferron, 5; Delmas, 16.

Séance du 8 mai. — Question : « Formations choroïdiennes du cerveau. »

MM. Picqué, 9; Bourguet, 10.

— SECTION D'OPHTALMOLOGIE. — Séance du 6 mai. — M. Teulières : « Le gliome de la rétine. » — Note : 18.

Exposé des titres. — MM. Aubaret, 20 × 2 = 40; Beauvieux, 17 × 2 = 34, et Teulières, 17 × 2 = 34, sont admissibles aux épreuves définitives.

— SECTION DE PHYSIQUE BIOLOGIQUE ET MÉDICALE. — *Composition écrite.* — Séances du 8 mai. — M. Bernardin : « Prin-

RENSEIGNEMENTS

470. — **ÉTUDIANTE FRANÇAISE**, onze inscriptions, externe des hôpitaux, désire emploi l'après-midi. — Ecrire au journal.

cipes physiques de la photométrie. Eclairage des locaux habités. » — Note : 7.

M. Escande : « Coefficient de frottement interne des liquides. Ecoulement dans les tubes capillaires. » — Note : 16 1/2.

M. Roques : « Indices de réfraction. Réfractométrie. Application à l'étude des milieux de l'organisme. » — Note : 2.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — La chaire de médecine légale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — M. Zivy, agrégé des sciences physiques, est chargé, du 16 avril au 31 octobre 1913, des fonctions de suppléant de la chaire de physique.

M. Zivy, agrégé des sciences physiques, chargé, du 16 avril au 31 octobre 1913, des fonctions de suppléant de la chaire de physique, est chargé, en outre, pendant la même période de temps, des fonctions de chef des travaux de physique (P. C. N.).

— TOURS. — Un congé, du 1er avril au 31 octobre 1913, est accordé, sur sa demande, à M. Pitard, professeur d'histoire naturelle.

M. Menuet, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé, en outre, du 1er avril au 31 octobre 1913 (durée du congé accordé à M. Pitard), d'un cours d'histoire naturelle.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Leclainche, inspecteur général chef du service de l'inspection des services sanitaires au ministère de l'agriculture; Meumann, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Toulouse; Railliet, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de chevalier. — M. Texier, chargé du cours de laryngologie à l'Ecole de médecine de Nantes.

MM. Boucher, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon; Conte, vétérinaire départemental de l'Hérault; Even, directeur de la *Semaine vétérinaire*; Grollet, médecin vétérinaire à Paris, secrétaire général de la Société de pathologie comparée; Guibert, président honoraire de la Société vétérinaire de la Marne; Létard, président de la Société des vétérinaires de l'Orne; Lucet, assistant de pathologie comparée au muséum d'histoire naturelle à Paris, membre de l'Académie de médecine; Marange, vétérinaire départemental de Meurthe-et-Moselle; Mesnard, inspecteur général des services sanitaires du ministère de l'agriculture à Mansle; Mollereau, président du Syndicat des vétérinaires de la Seine; Ollivier, médecin vétérinaire à Aubagne; Petit, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, président de la Société de pathologie comparée; Porcher, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon; Rabieaux, inspecteur général des services sanitaires au ministère de l'agriculture.

MARINE. — ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE. — Le *Journal officiel* du 8 mai 1913 publie, page 3981 et suivantes, l'instruction relative à l'admission, en 1913, dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

LE SERVICE DE TROIS ANS ET LES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — La commission de l'armée a adopté hier l'article 8 du projet du gouvernement, modifié en ces termes, sur la proposition de MM. Treignier et Driant.

1° Les jeunes gens admis à l'Ecole de Saint-Cyr et à l'École de santé militaire entreront directement dans ces écoles pour y faire leurs deux années de service. Ils seront versés chaque année pendant deux mois dans un corps de troupe à la date du 1er août pour y servir, la première année comme soldats, la deuxième année comme sous-officiers et y participer aux grandes manœuvres.

Ces jeunes gens, en arrivant à l'École, devront contracter un engagement de huit ans..........................

3° Les élèves des écoles spéciales militaires et du service de santé militaire, qui n'ont pas satisfait aux examens de sortie et ceux qui ont quitté l'école pour une cause quelconque, sont incorporés dans un corps de troupe comme soldats et comme sous-officiers pour y accomplir le complément des trois années de service exigées par la présente loi. Ce complément ne pourra être inférieur à deux ans. Dans ce cas, l'engagement qu'ils avaient contracté est annulé.

LA DESTRUCTION DES MOUCHES. — La rédaction de la *Revue suisse de médecine* offre un prix de 200 francs à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : « La destruction des mouches. »

Les travaux ne devront pas comporter plus de vingt pages. Ils devront être écrits lisiblement et adressés en deux exemplaires à M. le docteur Taillens, privat docent, 1, avenue de la Gare, à Lausanne, ou à M. le docteur Christen, privat docent, Monbijon-Strasse, 6, à Berne.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Théophile Anger, chirurgien honoraire des hôpitaux, chevalier de la légion d'honneur.

Né le 17 décembre 1836, interne des hôpitaux en 1862, Théophile Anger, qui fut l'un des élèves favoris de Nélaton, avait été nommé chirurgien des hôpitaux en 1872.

Il était chirurgien de l'hôpital Beaujon lorsqu'il fut atteint par la limite d'âge en 1899.

Théophile Anger laissera le souvenir d'un homme courtois et bienveillant, en même temps que d'un parfait clinicien et d'un excellent chirurgien.

— Et celles de MM. les docteurs M. Cuttoli (de Saint-Cannat); Lequette (de Lens); Moinet, médecin-major (de Tours), Morrow (de New-York); Th. Perrin, privat docent d'urologie à la Faculté de Lausanne; Gabriel-Eugène Roux (de la Cadière).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 19 AU 24 MAI 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 19 mai, à une heure. — 4e (1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mardi 20 mai, à une heure. — 4e (1re, 2e et 3e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 21 mai, à une heure. — 4e (1re, 2e et 3e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec*.
5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 22 mai, à une heure. — 4e (1re, 2e, 3e et 4e séries).

Vendredi 23 mai, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 24 mai, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 21 mai, à une heure. — M. DONNAT. Des interventions chirurgicales chez les accidentés du travail. Etude médico-légale et juridique. (MM. Reclus, président; Delbet, Marcel Labbé et Laignel-Lavastine.) — M. LAPIERRE. Etude critique des observations d'échecs de la sérothérapie préventive antitétanique. (MM. Delbet, président; Reclus, Marcel Labbé et Laignel-Lavastine.)

Jeudi 22 mai, à une heure. — M. CHASSERAY. Syndrome myocarditique et insuffisance surrénale au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Bar, Brindeau et Nobécourt.) — M. SILVESTRE. Séméiologie et traitement des vomissements du nourrisson. (MM. Bar, président; Hutinel, Brindeau et Nobécourt.) — M. WEIDENBAOUM. Sur la guérison de l'endocardite infectieuse. (MM. Gilbert, président; Achard, Castaigne et Gougerot.) — M. GAUTRUCHE. Contribution à l'étude de la constante uréo-sécrétoire chez l'adulte et chez l'enfant. (MM. Achard, président; Gilbert, Castaigne et Nobécourt.)

REVUE GÉNÉRALE

L'AORTITE ABDOMINALE

Par M. J. COLOMBE (1),
Interne des hôpitaux de Paris.

VI

Diagnostic. — La variabilité des symptômes fonctionnels, la multiplicité des phénomènes réflexes, le polymorphisme habituel des accès rendent souvent très difficile le diagnostic de l'aortite sous-diaphragmatique. Ce diagnostic ne pourra être affirmé qu'après constatation des signes objectifs et élimination des autres causes, plus fréquentes, de crises douloureuses abdominales. Parmi ces causes très nombreuses, quelques-unes surtout prêtent à confusion; le diagnostic différentiel d'ailleurs doit être diversement envisagé selon les modalités et les irradiations de la douleur et selon la prédominance de tel ou tel trouble fonctionnel.

1° Il est quelquefois difficile de distinguer l'aortite abdominale d'une crise de *colique hépatique* ou de *colique néphrétique*, d'une *inflammation des voies biliaires*, d'une *affection utérine;* la douleur dont se plaint le malade peut avoir son maximum au niveau de la vésicule biliaire ou dans la région lombaire, avec irradiations dans les fosses iliaques ou vers la région génitale, s'accompagner de nausées et de vomissements. C'est par l'étude des anamnestiques, l'examen des selles et des urines, l'exploration méthodique du foie et de l'uretère, le toucher vaginal, la palpation de l'aorte que l'origine des phénomènes douloureux sera élucidée.

2° Si l'aortite se manifeste sous forme de crises gastriques, la confusion sera possible avec une série de gastropathies vraies : le siège de la douleur, la fréquence et la nature des vomissements, l'évolution paroxystique contribuent à égarer le diagnostic.

La *gastrite alcoolique*, l'*hyperchlorhydrie* se reconnaissent assez aisément grâce aux symptômes d'intoxication éthylique concomitants, à la moindre acuité des douleurs, à l'existence de troubles fonctionnels spéciaux, pyrosis, régurgitations acides, sensations de brûlure, assez rares dans l'aortite abdominale.

L'*ulcère* et le *cancer de l'estomac* sont, le plus souvent, faciles à éliminer, l'hématémèse et le melæna constituant dans l'aortite des symptômes exceptionnels. Cependant la rachialgie peut dans cette affection être assez intense pour ressembler à la douleur transfixiante de l'ulcus. Parfois aussi une tumeur pylorique soulevée par les battements artériels simulera les battements épigastriques violents de l'aortisme ou de l'aortite.

Ces causes d'erreur sont aisément évitées, et les crises gastriques susceptibles d'être confondues avec des accès symptomatiques d'aortite sont surtout les *crises tabétiques* et l'*urémie à forme stomacale*, d'autant que dans ces deux circonstances l'aorte sous-diaphragmatique est assez fréquemment altérée.

On recherchera avec soin les modifications des réflexes achilléens et rotuliens, le signe d'Argyll, la coexistence de douleurs fulgurantes, pour dépister l'ataxie locomotrice. Mais les accès gastriques peuvent en être une manifestation initiale et le diagnostic offrir de grandes difficultés; dans les deux cas, l'hypertension artérielle est de règle; la réaction de Wassermann elle-même n'apportera pas une solution, la syphilis occupant dans l'étiologie de l'aortite abdominale chronique une place prépondérante. Pal croit toutefois à la probabilité de l'évolution ultérieure du tabes chez les individus atteints de paroxysmes douloureux abdominaux et chez lesquels la réaction de Wassermann est positive, malgré l'absence de modifications des réflexes pupillaires et tendineux. On aura, enfin, recours à la ponction lombaire.

Mêmes hésitations se rencontrent pour distinguer l'urémie à forme gastrique et l'aortite sous-diaphragmatique. Dans les observations de Montagnon et de Mathieu, c'est à l'urémie que l'on songea d'abord. Le diagnostic d'insuffisance rénale se basera sur l'alternance habituelle des crises abdominales et des accès de dyspnée, avec ou sans rythme de Cheyne-Stokes, l'anorexie élective, l'aspect de la langue, l'intensité de la soif, la fréquence plus grande des vomissements faciles, abondants et renfermant de notables proportions d'urée ou d'ammoniaque, enfin sur l'exploration de la perméabilité du rein. Urémie et aortite peuvent, du reste, évoluer simultanément, ainsi que le fait a été constaté par Cade et Teissier.

Si les crises gastriques surviennent chez des cardiaques ou des aortiques, certaines causes d'erreur devront être envisagées avec soin avant d'attribuer les douleurs abdominales à l'aortite sous-diaphragmatique.

On songera chez ces malades à la possibilité d'*angine de poitrine vraie pseudo-gastralgique*, et on examinera avec soin le cœur et l'aorte thoracique avant de porter un diagnostic, auquel se lie la bénignité relative ou la gravité du pronostic.

Quelquefois, on se trouve, chez de tels malades, en présence de fausses gastropathies par *hyperémie du foie* que l'on reconnaîtra aux caractères spéciaux des souffrances, moins vives et plus continues que dans l'aortite, et à l'augmentation considérable de volume du foie, qui est lisse, résistant et douloureux à la pression.

Enfin les accès gastralgiques pourront avoir pour origine une médication intensive et prolongée; ces *gastrites médicamenteuses* des cardiaques et des aortiques, dues à la digitale, à la caféine, à la strophantine, aux iodures, s'accompagnent des autres signes d'intoxication par ces substances et s'améliorent ou cessent par la suppression du traitement. Elles ne risquent guère d'être longtemps confondues avec une aortite abdominale.

3° Le diagnostic différentiel aura pour but d'éliminer d'autres affections si l'inflammation vasculaire se caractérise principalement par des symptômes

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 50, p. 805.

intestinaux, météorisme, constipation, diarrhée, hémorragie.

L'*entérocolite muco-membraneuse*, dont la fréquence dans l'étiologie de l'aortite a été indiquée par Teissier, donne souvent lieu à de véritables accès entéralgiques, et il est parfois très difficile de reconnaître si ces accès sont liés uniquement à l'entérite ou s'ils traduisent l'apparition de lésions artérielles secondaires. La recherche de l'élargissement et de l'incurvation de l'aorte, de la localisation de la douleur aux parois du vaisseau permettront d'attribuer à l'aortite les phénomènes intestinaux.

Dans la *goutte*, dans l'*oxalémie*, les troubles digestifs rappellent parfois d'une manière assez précise le tableau de l'aortite abdominale : vomissements, météorisme, constipation, mucorrhée, ou même névralgies abdominales violentes, cœlialgies. Mais, dans un cas, l'existence dans les antécédents du malade, d'accès de goutte nettement caractérisés, la présence de dépôts uratiques, dans l'autre, la constatation des manifestations variées, nerveuses, urinaires, respiratoires, cutanées, de l'oxalémie, l'hypotension artérielle fréquente conduiront au diagnostic.

On songera à la possibilité d'une *appendicite* : douleurs vives, nausées, vomissements, constipation, contracture abdominale s'observant dans les deux maladies. L'exploration de l'aorte, le siège exact de la douleur, la température, l'évolution constitueront autant d'éléments de diagnostic. Mais celui-ci restera parfois hésitant, la douleur appendiculaire pouvant siéger et irradier en des régions anormales et l'appendicite compliquant, dans quelques cas, l'aortite abdominale (Benech).

Beaucoup plus rarement, l'aortite se manifeste par des symptômes assez dramatiques pour simuler une *perforation intestinale*. Teissier relate cependant l'histoire d'une malade chez laquelle l'intensité des souffrances, l'angoisse extrême, les tendances syncopales, la petitesse du pouls, le ballonnement et la tension du ventre, les nausées, avaient éveillé cette idée ; l'atténuation rapide de ces phénomènes alarmants ne tarde pas à permettre l'exploration de l'aorte et à faire attribuer le syndrome abdominal à sa véritable cause.

Il en sera de même dans les cas d'aortite, analogue à ceux de Thorowgood, de Ortner, où une constipation opiniâtre pourrait faire penser à l'*occlusion intestinale*.

4° Quelques affections sont encore capables de tenir le diagnostic en suspens. Les étroites relations qui unissent au plexus solaire les organes de la région cœliaque donnent aux inflammations et aux tumeurs qui s'y développent une symptomatologie plus ou moins analogue à celle de l'aortite sous-diaphragmatique.

L'apparition, à la période de déclin d'une maladie infectieuse, de douleurs abdominales, de vomissements et de diarrhée, indique quelquefois une *altération des capsules surrénales;* la confusion serait possible avec une aortite abdominale aiguë ou subaiguë post-infectieuse si le syndrome surrénal ne s'accompagnait d'hypotension artérielle et d'asthénie profonde.

Les mêmes signes permettront d'attribuer à leur vraie cause les phénomènes d'insuffisance surrénale qui apparaissent au cours de l'artériosclérose. Crespin a récemment développé les analogies qui rapprochent l'aortite sous-diaphragmatique et le syndrome d'insuffisance glandulaire et précisé les éléments du diagnostif différentiel.

Autre cause d'erreur, souvent facile à écarter : dans le *cancer du corps du pancréas*, on peut observer de violentes douleurs localisées à l'épigastre et à l'hypocondre gauche, et présentant des paroxysmes avec vomissements, comparables à la crise gastrique du tabes; les souffrances sont soulagées par la flexion du tronc en avant; enfin des troubles intestinaux variés complètent parfois le tableau clinique. Le diagnostic entre ce syndrome pancréatico-solaire (Chauffard) et l'aortite chronique se basera sur les éléments suivants : dans le cancer du pancréas, la douleur est plus accusée à gauche de la ligne médiane; une tumeur abdominale est quelquefois perceptible (mais si elle est pulsatile — forme pseudo-anévrismatique — ce signe favorise plutôt la confusion); l'amaigrissement est rapide, on constate, dans certains cas, de l'adénopathie sus-claviculaire. de la mélanodermie, de la glycosurie; enfin la marche progressive des lésions conduit en quelques mois le malade à la cachexie.

Plus difficile encore est la distinction entre l'aortite chronique et l'*anévrisme* de l'aorte abdominale ou du trépied cæliaque : s'il existe une tumeur animée de battements expansifs, l'hésitation ne sera pas de longue durée. Dans le cas contraire, l'ectasie se reconnaît à l'intensité des douleurs osseuses ou périphériques qui coïncident avec les douleurs viscérales, au retard et à l'affaiblissement du pouls fémoral, et l'examen radioscopique montre une ombre caractéristique.

Enfin on évitera de prendre pour une aortite sous-diaphragmatique de simples phénomènes d'*aortisme*, fréquents chez les sujets nerveux ou secondaires aux affections de l'abdomen, et on n'affirmera l'existence d'une inflammation aiguë ou chronique de l'artère qu'après avoir constaté les signes cardinaux de cette maladie : douleur localisée à la paroi vasculaire, dilatation, déviation et mobilité de l'aorte. Si un doute persiste, certaines épreuves thérapeutiques (nitrites, trinitrine, théobromine, strophantus) pourront, d'après leurs résultats, apporter au diagnostic une solution définitive.

VII

Anatomie pathologique et pathogénie. — 1° LÉSIONS VASCULAIRES. — L'histoire de l'aortite abdominale aiguë reste, jusqu'à présent, presque uniquement clinique; l'évolution favorable de l'affection et la bénignité habituelle des complications n'ont pas permis de pratiquer d'examens anatomiques. Hanot a cependant constaté, à l'autopsie d'un sujet atteint d'aortite rhumatismale, l'existence de plaques gélatineuses sur l'aorte abdominale; histologiquement, les lésions, limitées à la tunique interne, étaient con-

stituées par un amas de cellules sphériques à type embryonnaire et de grands éléments aplatis, à prolongements multiples et renfermant quelquefois deux noyaux.

On est, pour ainsi dire, réduit à supposer que les lésions qui caractérisent cette forme clinique ne diffèrent pas de celles des artérites aiguës ou subaiguës, que les tissus périaortiques participent à l'inflammation et que ces altérations régressent progressivement, en même temps que les phénomènes cliniques s'amendent, puis disparaissent sans laisser de traces. Peut-être dans certains cas, ces modifications anatomiques initiales sont-elles le point de départ d'une inflammation chronique ultérieure; cette évolution est vraisemblable, mais ne s'appuie actuellement sur aucune constatation précise. L'anatomie pathologique de cette variété d'aortite abdominale ne pourrait être établie que par des autopsies de sujets succombant, au cours de cette affection, à une maladie intercurrente.

Les lésions de l'aortite abdominale chronique sont, au contraire, assez bien connues.

Dans la majorité des cas, elles ne sont pas limitées à ce segment de l'aorte, mais se localisent en même temps, et souvent prédominent, sur la crosse et la portion thoracique. Fréquemment, elles s'associent à des lésions cardiaques siégeant de préférence à l'orifice aortique et dans le ventricule gauche (hypertrophie de la paroi ventriculaire, insuffisance aortique, avec ou sans sclérose des sigmoïdes).

Au niveau de l'aorte abdominale, on trouve des lésions d'artériosclérose en plaques et d'athérome. Les parois du vaisseau sont anormalement résistantes et épaissies; l'aorte est augmentée de volume et allongée; la dilatation est tantôt uniforme, tantôt plus marquée en certains points, donnant à la circonférence un aspect irrégulier. On sait l'importance clinique de ces modifications, qui, constatées par le palper abdominal et la radiographie, constituent des signes essentiels d'aortite sous-diaphragmatique. L'artère a en outre perdu sa souplesse et plusieurs régions résistent au doigt et donnent la sensation d'un tissu crétacé ou cartilagineux.

L'ouverture du vaisseau permet de se rendre compte de l'épaisseur anormale et de la dureté de la paroi, qui crie, par places, sous le couteau. La surface interne présente un aspect plus ou moins irrégulier; elle est parsemée de taches jaunâtres ou blanches, légèrement surélevées, disséminées sans ordre, de dimensions et de consistance extrêmement variables; les unes sont assez souples, non indurées et lisses au toucher; les autres sont de véritables plaques calcaires, souvent un peu déprimées en leur centre et qui, sur leurs bords, adhèrent de toutes parts au tissu avoisinant ou s'en détachent plus ou moins, présentant dans la lumière du vaisseau et au doigt qui les explore une arête tranchante, et permettant au sang de s'infiltrer entre leur face profonde et les tuniques vasculaires. Les deux variétés de plaques représentent deux stades successifs dans l'évolution de l'athérome; elles peuvent s'observer isolément sur l'aorte abdominale, mais habituellement on trouve à la fois des taches récentes blanchâtres, à peine rigides, et des foyers anciens, indurés, crétacés, et qui se brisent si l'on cherche à les infléchir.

Parfois ces plaques athéromateuses ou crétacées, très nombreuses, confluentes, ne laissent entre elles aucun intervalle de tissu sain, mais de simples sillons. L'aorte en est, pour ainsi dire, pavée. Plus souvent, les lésions athéromateuses sont plus discrètes et siègent de préférence au niveau des courbures et des éperons; ainsi les voit-on d'ordinaire au passage du diaphragme, sur l'angle de bifurcation des deux iliaques, et à l'orifice des branches collatérales. Cette localisation, quelquefois très nettement systématisée, peut rendre compte de l'allure clinique de la maladie. Carrière, à l'autopsie d'un sujet ayant présenté des accès gastralgiques violents a constaté « une plaque d'athérome à l'embouchure du tronc cœliaque dans lequel on ne pouvait passer qu'une aiguille à tricoter ». Dans une autopsie de Lagane, « on remarque que des plaques calcaires incomplètement détachées se placent au-devant de l'orifice du tronc cœliaque ». Même localisation élective dans deux cas que nous avons observés avec notre maître M. Barié : dans l'un, l'orifice du tronc cœliaque était froncé, rétréci, déformé, irrégulièrement triangulaire; sa lumière très réduite ne laissait pénétrer qu'avec difficulté l'extrémité d'une mince sonde cannelée; sur le bord droit de l'orifice, les plaques athéromateuses dessinaient une dépression, large comme une pièce de 50 centimes, à bords surélevés et épais, à fond résistant formé par une lamelle crétacée; dans l'autre, une plaque jaunâtre diminuait le calibre du tronc cœliaque dans lequel elle se prolongeait. Le point d'émergence des mésentériques peut de même être atteint; Ortner notamment en a rapporté un cas probant.

D'ailleurs, il n'est pas rare de voir se prolonger dans les collatérales les lésions d'athérome. L'aortite chronique évolue exceptionnellement à l'état isolé, et, dans la majorité des cas, elle s'accompagne d'artériosclérose des branches viscérales.

Les dimensions de plaques aortiques oscillent entre quelques millimètres et plusieurs centimètres. Elles sont allongées dans le sens du vaisseau, ou arrondies, ou de forme tout à fait irrégulière.

Les *lésions histologiques* de l'aortite abdominale n'offrent aucune particularité.

Les plaques jeunes sont localisées dans l'endartère et formées de lamelles de tissu fibreux très serrées, parallèles à la surface et entre lesquelles apparaissent quelques éléments cellulaires, cellules fixes ou leucocytes migrateurs. La limitante élastique interne est toujours nettement visible; les tuniques moyenne et externe sont indemnes.

Dans les plaques plus anciennes surviennent des lésions de dégénérescence, hyaline et graisseuse, jusqu'à ce que soient constitués des foyers d'athérome. Ceux-ci se forment toujours dans la partie profonde de l'endartère, au voisinage de la limitante élastique interne; ils renferment des amas granuleux provenant de la désintégration du tissu conjonctif, des cristaux d'acides gras, de la cholestérine, des globules blancs. Fréquemment la limitante

élastique interne a disparu et le foyer athéromateux se prolonge dans la couche musculaire, dont les fibres sont dissociées et quelquefois profondément modifiées.

Dans les zones calcifiées existent des amas de sels calcaires qui infiltrent les faisceaux de tissu conjonctif et pénètrent souvent dans la tunique moyenne.

Les *tissus périaortiques* sont le siège d'une réaction inflammatoire plus ou moins accusée. Le vaisseau est enveloppé d'une gaine de tissu rouge, fortement vascularisé et dont la laxité favorise sa mobilité et son expansion.

2° Lésions nerveuses. — Au milieu de ces tractus conjonctifs et vasculaires cheminent les filets nerveux du plexus périaortique. On conçoit le retentissement que peuvent avoir sur eux, ainsi que sur les ganglions semi-lunaires et le plexus solaire, les lésions inflammatoires. L'étude de ces altérations nerveuses, si importante pour la solution du problème pathogénique, est à peine ébauchée, et Carrière est le seul auteur qui, à notre connaissance, en ait jusqu'à présent fait mention : il n'a pas observé d'altération appréciable des filets nerveux du plexus solaire ni des ganglions semi-lunaires ; dans ceux-ci, en particulier, pas de modifications cellulaires, mais une dilatation considérable des capillaires sanguins qui étaient gorgés de sang.

Sur ces données anatomiques se sont édifiées les théories pathogéniques qui ont pour but d'expliquer les symptômes fonctionnels de l'aortite abdominale, et en particulier les crises viscérales. Parmi les nombreuses opinions émises à ce sujet, on peut distinguer deux tendances : les uns rattachent les crises douloureuses à un trouble profond de la circulation intra-abdominale ; les autres attribuent à l'irritation des filets nerveux périaortiques et du plexus solaire un rôle prépondérant.

a. Théories vasculaires. — 1. Frappés des ressemblances cliniques de la crise d'aortite abdominale avec l'angine coronarienne et la claudication intermittente des membres inférieurs, nombre d'auteurs ont invoqué, pour les expliquer, un mécanisme identique à celui qui détermine ces affections. Potain, Teissier, Carrière, Ortner, Montagnon, d'autres encore, considèrent les accès douloureux symptomatiques de l'aortite comme des phénomènes de méiopragie gastrique ou intestinale, liés à l'ischémie temporaire de ces organes. L'oblitération plus ou moins complète de leurs vaisseaux nourriciers provoque, soit par elle-même, soit par le spasme artériel qu'elle facilite, une véritable claudication intermittente de l'estomac ou de l'intestin.

Divers arguments plaident en faveur de cette hypothèse, et les meilleurs sont les constatations anatomo-pathologiques. Les autopsies ont, dans une certaine quantité de cas, montré le rétrécissement de l'origine du tronc cœliaque ou des mésentériques par une plaque athéromateuse, la propagation des lésions artérioscléreuses dans les branches de l'aorte sous-diaphragmatique, atteintes d'endartérite végétante, qui réduit considérablement leur calibre et les transforme parfois en cordon fibreux. Dans quelques faits, il existait même un parallélisme étroit entre les symptômes fonctionnels observés et les altérations anatomiques. « Tout dépend assurément, dit Teissier, de la localisation du processus artéritique et du vaisseau intéressé. »

Assez souvent les accès gastralgiques surviennent après les repas, surtout après les repas copieux ; c'est qu'alors l'estomac distendu ne possède plus une irrigation suffisante, et cette ischémie momentanée entraîne une crampe douloureuse de la musculature gastrique ; les crampes accélèrent la mobilité gastrique, l'ischémie diminue la chlorurie, faits confirmés par les observations de Carrière.

Une surcharge alimentaire peut de même être l'origine d'une crampe douloureuse de l'intestin avec paralysie transitoire de tel ou tel segment intestinal et météorisme, dus à une congestion secondaire ou même à des infarcissements légers. Lagane a réalisé expérimentalement chez le chien ce syndrome et ces lésions par ligature d'un certain nombre de vaisseaux intestinaux. Dans un cas tout à fait démonstratif relaté par Ortner, où les phénomènes douloureux étaient seulement accusés sur le territoire intestinal irrigué par la mésentérique supérieure, les deux artères mésentériques sont cependant sclérosées ; mais la mésentérique inférieure ne doit pas, d'après Litten, être considérée comme une artère terminale et, par suite, l'ischémie, cause de la claudication intermittente, n'y est pas réalisée aussi complètement.

Enfin il convient de remarquer que très souvent des altérations de l'aorte abdominale sont trouvées à l'autopsie, sans qu'aucun symptôme ait, pendant la vie, attiré l'attention sur ce point. La topographie des lésions a sans doute une importance primordiale et, quand elles respectent les orifices des branches viscérales, elles donnent peut-être lieu à des manifestations cliniques plus discrètes.

2. Pal tient aussi pour certaine l'influence des troubles circulatoires sur l'éclosion des crises gastro-intestinales ; cependant, d'après lui, il ne s'agirait pas d'ischémie par oblitération artérielle organique, mais de vaso-constriction des vaisseaux abdominaux et d'hypertension consécutive. La douleur provient de la distension secondaire des territoires vasomoteurs voisins. Athérome et hypertension sont d'ailleurs intimement liés et les deux mécanismes collaborent à la production des crises vasculaires.

3. Pour Nothnagel enfin, le paroxysme douloureux serait une véritable colique vasculaire, due à la contraction réflexe des tuniques artérielles sous l'influence de l'irritation de l'endartère, et entraînant une compression des terminaisons nerveuses du vaisseau. L'expérimentation contredit cette hypothèse et montre que la vaso-constriction produite par la nicotine n'est pas douloureuse.

b. Théorie nerveuse. — L'irritation des filets nerveux périaortiques et du plexus solaire a paru à d'autres auteurs plus importante à considérer que les troubles circulatoires, mécaniques ou spasmodiques. Max Buch, Grossmann, Lœper pensent que l'aortite abdominale se traduit cliniquement par des

accès de névralgie ou de névrite des plexus périaortiques.

Les irradiations de la douleur, l'hyperesthésie concomitante du plexus hypogastrique supérieur révèlent, d'après eux, que l'irritabilité ne se limite pas à la paroi artérielle, mais siège également sur les filets du grand sympathique qui l'entourent. Dans une série de faits cliniques où l'aorte n'est pas en cause, se réalise un syndrome douloureux plus ou moins analogue à celui de l'aortite sous-diaphragmatique (altérations des capsules surrénales, cancer du corps du pancréas, crises gastriques du tabes) et, par l'excitation du sympathique, on peut imiter la crise douloureuse aortique. Jaboulay a soulagé, par laparotomie, massage de la région des ganglions semi-lunaires et dénudation de la face antérieure de l'aorte et du tronc cæliaque, des malades présentant de l'angor abdominale.

L'expérimentation a reproduit, par excitation ou section du plexus solaire, la plupart des troubles gastro-intestinaux observés dans l'aortite sous-diaphragmatique.

Enfin les névrites d'origine vasculaire sont, depuis les travaux de Joffroy et Achard, de Dutil et Lamy, bien connues dans la claudication intermittente. Les filets nerveux qui entourent l'aorte ne peuvent-ils de même être le siège d'altérations légères ou accentuées, capables d'expliquer les troubles fonctionnels présentés par les malades ?

Il n'est pas besoin, du reste, de raisonner par analogie. L'inflammation périaortique englobe de nombreux filets nerveux qu'elle irrite. L'hyperémie des ganglions semi-lunaires a été constatée par Carrière. Laignel-Lavastine a trouvé, à l'autopsie de sujets, morts d'artériosclérose, d'asystolie, de néphrite chronique, coexistant parfois avec l'athérome aortique, une sclérose plus ou moins avancée des ganglions semi-lunaires, avec épaississement de l'enveloppe fibreuse et des travées conjonctives, infiltrées de petites cellules rondes, et congestion active ou passive.

La névrite n'est pas d'ailleurs indispensable à l'apparition des crises gastriques ou intestinales ; des lésions discrètes suffisent pour exciter le plexus abdominal et réaliser une névralgie solaire.

Sous une influence quelconque (émotion, effort, repas), se produit une dilatation forcée des vasa nervorum sclérosés, qui irritent les ganglions du sympathique abdominal antérieurement enflammés et déterminent l'hyperalgésie (Grossmann). Peut-être faut-il faire intervenir dans quelques cas, la compression du plexus solaire ou des ganglions semi-lunaires par l'aorte distendue.

Le siège de l'irritation nerveuse commanderait, d'après Lœper, la systématisation des troubles cliniques, les crises gastriques succédant à l'excitation des ganglions solaires, les crises douloureuses du côlon ascendant et de l'intestin grêle à l'excitation du ganglion mésentérique supérieur, les crises du côlon transverse et descendant à l'excitation du ganglion mésentérique inférieur.

Influence nerveuse et troubles circulatoires interviennent vraisemblablement dans chaque cas, et il convient de se montrer éclectique, car « on ne peut à la vérité différencier nettement ces états — processus artérioscléreux et irritation nerveuse ou spasme vasculaire — parce que les deux formes sont étroitement liées ; les phénomènes inflammatoires produisent, en effet, de l'hypertension, et l'hypertension ainsi que les spasmes vasculaires augmentent la sensibilité du territoire enflammé » (Pal).

VIII

Traitement. — Le traitement a pour objet d'abord de soulager le malade au moment des paroxysmes douloureux, puis d'empêcher, autant que possible, le retour de ces crises en combattant l'aortite elle-même et en diminuant l'hyperesthésie du patient.

1° Traitement de la crise. — Les moyens thérapeutiques préconisés pour atténuer les souffrances du malade pendant l'accès d'angor abdominale s'adressent au double élément, vasculaire et nerveux, qui le régit.

Le repos au lit doit être absolu. Le malade se couche en chien de fusil ou incline le tronc en avant si cette attitude calme la douleur. On applique sur le creux épigastrique des compresses chaudes ; une révulsion légère est souvent efficace.

Pour diminuer l'hypertension artérielle on emploie le nitrite d'amyle, en inhalation, la trinitrine, ou plus rarement le nitrite de soude. Ces agents apportent presque toujours au malade un soulagement considérable et rapide et constituent en même temps de véritables éléments de diagnostic.

En outre, les préparations bromurées et valérianiques sont utilisées avec fruit. Potain conseillait les lavements de bromure d'ammonium dans une infusion de valériane. D'autres accordent la préférence au bromure de strontium (1 ou 2 grammes par jour). L. Mayet recommande l'antipyrine ou le chloral administrés par voie rectale. Quelquefois il est nécessaire d'avoir recours à l'héroïne ou à la morphine.

2° Traitement de l'aortite. — Les indications thérapeutiques diffèrent selon qu'il s'agit d'aortite aiguë ou d'aortite chronique.

a. L'aortite aiguë ayant une tendance naturelle à la guérison, la révulsion (compresses chaudes, petits vésicatoires, pointes de feu) et les sédatifs (bains tièdes, lavements quotidiens de bromure d'ammonium ou d'antipyrine, préparations bromurées et valérianiques) seront le plus souvent suffisants.

Les frictions répétées avec la pommade mercurielle, le calomel à petites doses prolongées ont donné à certains auteurs de bons résultats.

Si l'aortite relève d'une cause évidente on ne négligera pas le traitement étiologique : salicylate de soude dans l'aortite rhumatismale, régime convenable dans l'aortite secondaire à une gastrite ou à l'entérocolite muco-membraneuse.

b. Le traitement de l'aortite chronique est souvent plus complexe et moins efficace.

Le malade doit porter d'une façon constante une sangle abdominale qui protège la paroi contre les traumatismes et le froid et s'oppose aux ptoses vis-

cérales et aux tiraillements vasculaires qui en résultent. La fatigue physique, les efforts, le surmenage sont rigoureusement interdits. L'alimentation modérée et légère, le repos dans le décubitus dorsal pendant les deux heures qui suivent les repas et des laxatifs fréquents assureront la régularité des fonctions digestives. On pratiquera sur la région épigastrique une révulsion intermittente ou continue.

L'usage des agents médicamenteux est combattu par Benech qui leur reproche leur action néfaste sur le tube digestif. La plupart des auteurs y ont cependant recours et conseillent les iodures à dose modérée et prolongée, l'arsenic (Potain), l'iode, le tanin, le mercure (Teissier), les sédatifs, valériane, bromures.

Lœper pense, enfin, que l'électrisation abdominale, par la méthode de Doumer aux courants de haute fréquence, convient à la fois à la lésion vasculaire et aux troubles intestinaux qui en résultent.

Les cures hydro-minérales de Royat, Plombières, Châtel-Guyon, Bourbon-Lancy, Néris trouvent, selon les cas, leurs indications et complètent le traitement.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

POTAIN. *Médecine mod.*, sept. 1899. — TEISSIER. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, janv. 1902; — *Congr. de méd. int. de Toulouse*, 1902; — *Semaine méd.*, 26 nov. 1902; — *Assoc. franc. pour l'avanc. des sc.*, Grenoble, 8 août 1904 (publié in *Bull. méd.*, 14 sept. 1904); — *Bull. méd.*, 23 nov. 1910.

BARIÉ. *Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte*, 3e édit., 1912. — BARIÉ et COLOMBE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 6 fév. 1913. — BENECH. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 6 et 13 mai 1906; — *Province méd.*, 19 mai 1906. — BESSON. Th. de Lyon, 1900. — BOINET. *Nouveau traité de méd. et de thérap.*, fasc. 24, 1907. — BRODIER et VIEL-DURAND. *Presse méd.*, 27 sept. 1899. — M. BUCH. *Med. Woch.*, 16 juillet 1901; — *Arch. f. Verd. krank.*, 1904, t. XX, nos 5 et 6. — BUDAY. *Beit. z. pathol. anat. und allg. Pathol.*, 1908, XLIV, 2. — BUREAU. Th. de Paris, 1893; — *Les Aortites*, 1895.

CARRIÈRE. *Gaz. des hôpit.*, 16 juin 1900. — CASTAIGNE et GOURAUD. *Journ. méd. franç.*, fév. 1912. — CHARCOT et BALL. *Dictionnaire Dechambre*, mal. de l'aorte. — CHEINISSE. *Semaine méd.*, 14 août et 11 déc. 1907. — CORVISART. *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur*, 2e édit., 1811, p. 134. — CRESPIN. *Province méd.*, 19 avril 1913.

DUTIL et LAMY. *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1893.

GROSSMANN. *Arch. des mal. de l'appareil digestif*, sept. 1908.

HANOT. *Presse méd.*, 1894. — HOLLEAU. Th. de Lille, juillet 1912. — HUCHARD. *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte.* — W. HUNTER. *Lancet*, 1912.

JOFFROY et ACHARD. *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1889.

LAGANE. Th. de Paris, 1911. — LAIGNEL-LAVASTINE. Th. de Paris, 1903. — LANCEREAUX. *Traité d'anatomie pathologique*, t. II, 1879. — Lauder BRUNTON et W.-E. WILLIAMS. *Lancet*, 6 avril 1912. — LEARED. *Med. Times and Gaz.*, 1867, t. I. — LÉGER. Th. de Paris, 1877. — LEGOUT. Th. de Paris, 1913. — A. LÉVINE. *Roussk. Vratch.*, 12 mai 1907. — LEWIN. *Arch. f. Verd. krank.*, 1909, XIV, fasc. 2 (rés. in *Province méd.*, 12 juin 1909). — LŒPER. *Bull. méd.*, 27 janv. 1909; — *Progrès méd.*, 10 déc. 1910; — *Leçons de pathologie digestive*, 2e série.

MATHIEU. *Province méd.*, 21 mars 1908. — L. MAYET. *Consultations médicales françaises*, fasc. 30. — MINELLA. *Gaz. degli Osped.*, 1902, n° 120. — J. MINET. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 18 juillet 1912. — J. MINET, LECLERCQ et HOLLEAU. *Echo méd. du Nord*, 13 oct. 1912. — MONTAGNON. *Livre jubilaire du professeur Teissier*, 1909. — A. MORICHEAU-BEAUCHANT. *Province méd.*, 29 août 1908. — MORITZ. *Petersb. med. Woch.*, 1901, s. 268.

NEUSSER. *Wien. klin. Woch.*, 1902, s. 965. — NOTHNAGEL. *Zeit. f. klin. Med.*, 1891.

ORTNER. *Wien. klin. Woch.*, 1902, s. 1166.

PAGNIEZ. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 fév. 1913. — PAL. *Les crises vasculaires*, trad. Bablon, 1907; — *Med. klin.*, 1908, n° 47. — F. PERUTZ. *Münch. med. Woch.*, 28 mai et 4 juin 1907.

RAFINESQUE. Th. de Paris, 1912. — RAULIN. *Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 30 août 1908. — REHM. Th. de Lyon, 1902. — RÉNON. *Soc. méd. des hôpit.*, 10 janv. 1902. — ROQUE et CORNELOUP. *Lyon méd.*, 1905, p. 1300. — ROSSBACH. *Münch. med. Woch.*, 11 mai 1909.

F. SCHWYZER. *New-York med. Journ.*, 6 avril 1907. — O. STRJEMETCHNA. Th. de Lyon, 1906.

THOROWGOOD. *Lancet*, fév. 1893.

ZAGARI. *Riforma med.*, 12 et 19 oct. 1908.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1913)

Étude sur l'élimination urinaire de la morphine injectée à l'animal neuf. — M. H. DORLENCOURT. La morphine injectée par voie intramusculaire, chez un lapin n'ayant jamais reçu d'injection antérieure, est toujours, mais pour une faible part éliminée par le rein, et la morphine dans ce cas est à l'état d'alcaloïde, n'ayant subi aucune transformation; c'est tout au plus si l'on trouve des traces d'oxydimorphine.

Election. — M. Georges GOUY, professeur de physique à la Faculté des sciences de Lyon, correspondant de l'Institut, est élu membre non résidant par 41 voix sur 51.

Cette élection couronne une longue carrière particulièrement bien remplie et qu'il est inutile de rappeler, les beaux travaux de M. Gouy sur l'optique, l'électricité et la thermodynamique étant aujourd'hui devenus classiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 MAI 1913)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Théophile Anger, ancien président de la Société, et, en signe de deuil, lève momentanément la séance, qui est reprise un quart d'heure après.

Hernie inguino-interstitielle chez la femme. — M. AUVRAY, à propos d'un rapport de M. Broca, rappelle un travail qu'il a publié, sur ce sujet, dans la *Gazette hebdomadaire*. Il y divisa ces hernies en deux variétés, la hernie simple et la hernie en bissac.

Ces hernies étaient peu connues jusqu'à ce travail et un travail ultérieur de M. Berger. M. Auvray apporte deux observations, une de chaque variété. Dans le premier cas, il s'agissait d'une hernie intrapariétale, qui avait été prise pour une tumeur du cæcum. M. Auvray opéra et trouva un volumineux sac herniaire avec étranglement au niveau du collet. Chez cette malade l'anneau inguinal était plus haut et plus en dehors qu'à l'état normal, et il était fermé par un bouchon muqueux.

Dans l'autre cas, il s'agissait, comme toujours, de phénomènes d'étranglement avec une tumeur en bissac dont une partie était dans la grande lèvre gauche et l'autre dans la paroi. L'étranglement s'était fait au niveau de l'orifice externe de l'anneau. M. Auvray fit la cure radicale; il y avait bien 7 à 8 centimètres d'intestin dans les deux parties du sac, la partie labiale et la partie intrapariétale. La malade, qui était dans un état très grave, succomba peu de temps après l'opération.

Dans les faits qu'il a pu réunir, M. Auvray a trouvé 16 hernies simples pour 9 en bissac. Dans presque tous les cas, il y avait de l'étranglement.

M. Broca pense qu'il faut établir une distinction entre la vraie hernie interstitielle qui ne franchit pas l'anneau et la hernie en bissac qui la franchit.

Colopexie. — M. Lenormant rappelle qu'il a déjà signalé, dans sa thèse, l'association du prolapsus rectal et du prolapsus génital. Dans les observations qu'il a citées, sur 8 femmes atteintes de prolapsus rectal, 3 avaient aussi un prolapsus génital. Cette association n'est donc pas obligatoire. Il ne semble pas y avoir de relation de cause à effet, l'insuffisance du périnée n'étant pas de nature à l'expliquer. Dans les colopexies qu'il a pratiquées, M. Lenormant a toujours constaté une mobilité anormale du côlon pelvien.

Le meilleur traitement est certainement la colopexie avec une bonne technique. Tous les anciens procédés sont insuffisants. Suivant les cas, il faut joindre à la colopexie une intervention sur le périnée. Le cerclage est un bon palliatif. Quels ont été les résultats obtenus? Sur 13 opérés il en est un certain nombre que M. Lenormant a revus après un temps plus ou moins long, après quatre, cinq et même huit ans. Tous sont restés guéris avec un peu de béance de l'anus. Il n'y eut aucune récidive. Un malade auquel M. Lenormant a pratiqué la résection du rectum est resté guéri. Il a eu également un succès avec l'opération de Delorme. Chez une femme de soixante-huit ans atteinte d'un gros prolapsus central et d'un prolapsus utérin, il a fait d'abord une hystéropexie, puis l'opération de Quénu et Duval. L'opération fut longue. La malade est restée guérie depuis cinq ans,

M. Lenormant n'est pas d'avis d'opérer, par la colopexie, les enfants ni les aliénés.

M. Savariaud, comme M. Lenormant, n'est pas partisan de l'opération chez les enfants. Il n'intervient avec l'opération de Delorme, ou le cerclage, que dans des cas de prolapsus total. Ces deux opérations lui ont donné de bons résultats chez l'enfant.

M. Mauclaire, dans trois cas, a pratiqué l'opération recommandée par M. Quénu, c'est-à-dire la colopexie complémentaire de l'hystéropexie. Dans un cas où la malade avait été hystérectomisée, il a fixé le côlon à la paroi antérieure. Le résultat a été excellent.

M. Ombrédanne a obtenu, dans 7 ou 8 cas, de très bons résultats du cerclage chez l'enfant. Il n'a eu qu'un cas de mort chez un enfant cachectique. Chez un autre, la guérison persiste.

M. Broca n'a trouvé qu'un seul prolapsus rectal chez l'enfant qui ait nécessité une intervention. Il a eu recours à la colopexie, aujourd'hui il préférerait le cerclage.

M. Monprofit a vu bien peu d'enfants qu'il ait jugé à propos d'opérer. Dans un seul cas où il s'agissait d'un prolapsus total, il a eu recours au cerclage avec succès.

La péricardotomie dans la péricardite tuberculeuse. — M. Jacob rappelle qu'il y a deux ans M. Rochard a fait un rapport sur un cas de péricardotomie pratiquée par M. Jacob et suivi de guérison. Il apporte un nouveau cas de péricardite tuberculeuse guéri par la péricardotomie sans drainage. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune soldat de vingt et un ans qui à dix-neuf ans, après de pénibles marches d'épreuve s'est trouvé très fatigué, avec un mauvais état général, une température à 39°3, un mauvais facies, un pouls à 120, une augmentation considérable de la matité cardiaque. On diagnostiqua une pleurésie tuberculeuse; on fit une ponction qui amena très peu de liquide. Les symptômes s'aggravèrent; le malade s'asphyxiait, on reconnut alors qu'il s'agissait d'une péricardite, M. Jacob opéra le 12 mars par le procédé de Delorme. Il incisa le péricarde; il s'écoula d'abord très peu de liquide. Il fit alors asseoir le malade et repoussa le cœur en haut avec le doigt. Il sortit alors 700 à 800 grammes de liquide. Quelques adhérences furent rompues. L'incision du péricarde fut laissée ouverte. Il ferma le muscle et la peau sans drainage. Le pouls tomba à 80. La guérison fut rapide et complète. La pointe du cœur bat dans le quatrième espace intercostal. Ce malade, que M. Jacob présente à ses collègues, est aujourd'hui complètement guéri de sa péricardite et de sa pleurésie.

M. Jacob ajoute qu'il faut beaucoup, dans ces cas, se méfier de la ponction et il cite un cas que lui a communiqué M. Mignon dans lequel une ponction amena un sang noir et spumeux. On retira aussitôt le troquart, mais le malade mourut sur la table d'opération. A l'autopsie on vit qu'il n'y avait pas d'épanchement péricardique. Quand on peut avoir un diagnostic certain, il vaut mieux recourir d'emblée à la péricardotomie; M. Jacob déconseille le drainage et est d'avis de laisser ouverte l'incision du péricarde. Il se résume en disant que le traitement de choix de la péricardite tuberculeuse est la péricardotomie avec persistance de l'ouverture du péricarde et sans drainage.

M. Delbet rapporte une erreur de diagnostic inverse à celle que vient de citer M. Jacob. Une jeune femme s'était tiré une balle de revolver dans le cinquième espace intercostal. Accidents graves, faisant croire à une pleurésie. Ponction de la plèvre sans résultat. M. Delbet penchait pour une péricardite malgré l'avis contraire des médecins. La malade mourut.

A l'autopsie on trouva un épanchement péricardique avec blessure de la pointe du cœur.

Greffes graisseuses dans la plèvre. — M. Tuffier montre un malade chez lequel il était resté une cavité intrapulmonaire considérable après une gangrène pulmonaire. Il y avait introduit une masse épiploïque énorme. Bon résultat éloigné.

— Une discussion s'engage sur ce sujet, à laquelle prennent part MM. Monprofit, Tuffier, Walther, Michaux et Delorme, discussion portant surtout sur la question de savoir si, dans ces cas, il vaut mieux recourir à la décortication pulmonaire de Delorme ou à la greffe de Tuffier.

La question reste à l'ordre du jour.

Rhinoplastie. — M. Morestin présente un très beau succès de la rhinoplastie avec lambeau frontal.

La gymnastique musculaire dans les cas de ptose abdominale. — M. Walther montre une malade chez laquelle il a obtenu une amélioration considérable par la gymnastique musculaire abdominale.

M. Lucas-Championnière insiste sur les avantages de cette gymnastique qu'il préconise depuis longtemps.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 26 avril 1913)

Corps étrangers et radiologie. — M. Raymond Bonneau, à propos des indications de la radiologie dans la recherche des corps étrangers, préconise deux manœuvres de perfectionnement : 1° l'immobilisation absolue de la région depuis le début de l'examen radioscopique jusqu'à la fin de l'opération; 2° l'emploi de l'aiguille indicatrice avec appareil de localisation permettant d'avoir un instrument conducteur pendant l'opération. Il insiste sur deux conditions d'une bonne opération : avoir un bon éclairage artificiel, éviter d'introduire dans la plaie le doigt qui ne peut que repousser le corps étranger dans la profondeur.

Colique hépatique et hyperleucocytose. — M. Monsseaux. L'hyperleucocytose constante, que MM. Lutier et Salignat ont décrite dans les crises de colique hépatique avec cholécystite, permet dans les cas difficiles de distinguer ces affections de la colique néphrétique. Mais dans les affections abdominales

douloureuses, cette hyperleucocytose n'est pas spécifique d'une appendicite ou d'une réaction péritonéale et ne permet pas d'éliminer les affections subaiguës des voies biliaires.

M. SALIGNAT s'associe entièrement aux considérations émises par M. Monsseaux au sujet des indications que peut fournir la recherche de l'hyperleucocytose dans les affections douloureuses de l'abdomen. Mais la recherche de l'hyperleucocytose montre que cette cause est plus fréquente qu'il ne l'avait indiqué précédemment.

Le médecin et la société. — M. GUELPA. Le rôle du médecin dans la pratique médicale actuelle, à part l'hygiène publique, est réduit surtout aux applications thérapeutiques pendant la maladie en évolution. Il ne peut à peu près rien pour l'éviter. Par contre, simplement par l'utilisation faite en temps des analyses biochimiques (sang, urine, etc.), il est dès à présent en mesure d'éviter grand nombre de maladies (goutte, diabète, asthme, eczéma, et probablement la tuberculose, etc.), à la condition que l'intéressé applique en temps et sérieusement les conseils hygiéniques que le médecin est aujourd'hui en mesure de lui donner. La médecine donc, dans l'avenir, sera surtout préventive et prolongera incontestablement la durée de la vie saine.

Traitement rationnel du cancer. — M. DE KEATING-HEART tire les conclusions thérapeutiques de sa théorie sur la pathogénie du cancer antérieurement exposée. Le néoplasme étant, d'après ses recherches, le résultat non d'une infection microbienne, mais d'une surnutrition locale prolongée d'un groupe cellulaire irrité par une cause quelconque, il en conclut que toutes les maladies provoquant des inflammations chroniques (arthritisme), des vaso-dilatations (hypertension), surcharges alimentaires (diabète) en sont des conditions prédisposantes, ainsi que toutes les causes locales d'irritation (parasites, traumatismes, poussières, etc.). Le traitement du cancer devra donc être général et, en l'état actuel de nos connaissances, local pour les manifestations. Palliatif dans les cas de généralisation, il pourra être curatif dans les autres cas. La chirurgie, qui a le tort d'ouvrir la voie aux métastases, devra être doublée de l'étincelage de haute fréquence (fulguration) qui les ferme et modifie la nutrition du terrain.

L'action bienfaisante du radium et des rayons X insuffisants dans le traitement des tumeurs inopérables profondes et des métastases devra être doublée de l'action concomitante de la chaleur (thermo-radiothérapie) par laquelle l'auteur sensibilise aux rayons les lésions profondes en même temps qu'il insensibilise les surfaces saines par le refroidissement.

VARIÉTÉS

L'ULCÈRE ROND DE L'ESTOMAC AU XVIIe SIÈCLE

C'est à Rokitansky et à Cruveilhier qu'au commencement du XIXe siècle l'on doit les notions anatomiques et cliniques, sur l'ulcère simple de l'estomac.

Cependant Scultet a publié la première observation d'ulcus rotundum.

Jean Scultet avait fait ses premières armes sous H. Fabrice d'Aquapendente. Il resta pendant sept ans, à Padoue, préparateur d'anatomie chez Adrien Spigel. Après avoir appris son métier, il exerça pendant dix ans, sous la direction de ce maître et s'établit ensuite à Venise; puis, il fut médecin et surtout chirurgien à Ulms pendant vingt ans.

C'est en 1622 au cours de ses études chez Spigel que Scultet eut l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un moine qui avait été atteint d'un ulcère de l'estomac.

Voici le titre et le texte de la curieuse observation de Jean Scultet :

L'érosion du ventricule guérie. — « L'an 1622, j'ouvris le cadavre (1) d'un moine de Padoue (que l'on disoit estre mort de douleur de colique) et en recherchant la cause de sa mort, je ne trouvay pas seulement le fonds du ventricule surpris d'inflammation, mais encor corrodé jusques à sa moyenne tunique. L'excellent Spigelius dit que pour guérir semblable inflammation et érosion du ventricule, il n'y avoit rien de si efficace comme la terre sigillée prise par la bouche, parce que adhérant fortement, à raison de sa viscosité aux tuniques corrodées de l'estomach, elle ne desseiche pas moins ces érosions, que le cerat diachalceteos applicqué sur un pied enflammé. J'ay du depuis expérimanté avec beaucoup d'admiration l'importance de cet advis en deux diverses occasions ou le ventricule souffroit des très grandes doulcurs, causées par l'érosion que l'on n'avoit peu appaiser, ny par les remedes pris par la bouche, ny par leur application, sinon en mettant en usage la terre sigillée dessoute avec le syrop de consolida major. »

La terre sigillée ou terre bolaire est le nom que donnaient les anciens à des terres argileuses qu'ils employaient comme des substances absorbantes, antiputrides, alexipharmaques ou antitoxiques.

Le sirop de grande consoude servait de véhicule.

Spigel et son docte élève Scultet connaissaient donc l'ulcère rond de l'estomac, dès l'année 1622.

Spigel avait institué un traitement efficace qui n'est pas sans analogie, avec celui que recommandent certains médecins modernes.

En faisant avaler aux malades de la terre sigillée avec du sirop de grande consoude, le chirurgien de Padoue avait pour but de mettre l'ulcus à l'abri des aliments solides et liquides, ainsi que des sécrétions gastriques. Il pratiquait un pansement interne et isolait la plaie de l'estomac.

Le sous-nitrate de bismuth que l'on administre maintenant à hautes doses ne produit-il pas le même résultat?

Malgré la publication de Scultet, l'érosion du ventricule resta lettre morte dans la science, pendant deux siècles, jusqu'aux travaux de Rokitansky et de Cruveilhier.

La lecture de l'*Arcenal de chirurgie* de Jean Scultet n'aurait-elle pas dû éclairer les médecins pendant ce long laps de temps? Mis au courant des faits révélés par le grand chirurgien d'Ulms, les hommes de l'art auraient pu soulager, guérir même de nombreux malades qui ont horriblement souffert de cette affection depuis l'époque où Scultet la signalait nettement jusqu'au travail de Cruveilhier. R. PICHEVIN.

NOTE DE PRATIQUE

La recalcification est nécessaire non seulement aux tuberculeux, mais aussi aux convalescents de pyrexies, aux surmenés, neurasthéniques, lymphatiques. Leur prescrire de préférence la Ternose, granulé où les sels de chaux sont associés aux matières ternaires qui assurent leur assimilation. Trois cuillerées à café par jour suffisent.

(1) *L'Arcenal de chirurgie de Jean Scultet, médecin et chirurgien de la République d'Ulmes, etc.*, mis en françois par messire François Deboze, docteur en médecine, etc. A Lyon, de l'imprimerie d'Antoine Galien, M.DC.LXXII. Observation LXXX : « L'érosion du ventricule guérie », p. 342.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives médicales d'Angers. — (N° 3, 20 mars 1913.) Louis BRIN : Diagnostic et traitement de la syphilis maligne précoce. — Jacques BARUK : Quelques considérations sur le traitement des maladies mentales. — L. BAROT : Le paludisme à Angers. — OLIVIER : Les cours d'accouchement en Anjou à la fin du XVIIIe siècle (*suite*).

Archives générales de chirurgie. — (N° 3, 25 mars 1913.) AUVRAY : Traitement des plaies des sinus veineux du crâne. — O. UFFREDUZZI et J. GIORDANO : Modifications à la gastro-jéjuno-œsophagostomie de Roux. — MAUCLAIRE : Gangrène superficielle avec phlyctène énorme. — H. LEFÈVRE et E. DUBOURG : Le lipome arborescent du genou.

Archives générales de médecine. — (Mars 1913.) VITAL-BADIN : Mesure et représentation des courbures dans les déviations de la colonne vertébrale. — E. LEURET : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode de Forlanini.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVIII, n° 6, 6 février 1913.) W. S. THAYER : Sur le fonctionnement des dispensaires libres. — Howard A. LOTHROP : La fermeture d'une fistule périnéale persistante à la suite d'opération pour rétrécissement urétral. La prophylaxie de ces fistules (1 fig.). — Hermann M. ADLER : Note sur une épidémie circonscrite de diphtérie (1 tabl., 1 fig.). — James A. HONEIJ : La tuberculose et la santé publique dans le Sud-africain. — J.-W. COURTNEY : Sur la nature des sentiments de l'irréel. — Charles GREENE CUMSTON : Description de deux cas de glandes mésentériques tuberculeuses de la région cæcale. — S.-J. BEACH : Un nouvel appareil à anesthésie par l'éther automatique (2 fig.). — (N° 7, 13 fév.) C. R. C. BORDEN : Maladies de l'oreille moyenne et des cellules mastoïdiennes. Etude basée sur l'examen de 455 autopsies et 2.232 cas de diphtérie, scarlatine et rougeole (2 tabl.). — J. G. WILSON : Le diagnostic de la faiblesse d'esprit chez les immigrants. — Irving SOBOTKY : Persistance de la respiration par la bouche après l'adénoïdectomie. — Charles GREENE CUMSTON : Note sur l'historique du cathétérisme rétrograde dans les ruptures de l'urètre. — SYMPORIUM : Sur les rapports de l'hygiène des dents et de la bouche avec la santé. — George H. WRIGHT : Les dents et leur relation avec le corps. — Herbert W. ADAM : Prophylaxie buccale (1 tabl.). — W. J. JALLIVAN : L'inspection des écoles et la carie dentaire (2 tabl.). — Timothy LEARY : Le but de l'infirmerie dentaire de Forsyth (1 grav., 1 tabl.). — Harold de WITT CROSS : Un mot sur le programme scientifique, économique et social de l'infirmerie dentaire de Forsyth. — Edward REYNOLDS : Rapports anormaux des ovaires avec le péritoine, causant une douleur aiguë. Description de 3 cas (3 fig.). — (N° 8, 20 fév.) E. H. BRADFORD : L'éducation médicale de l'école médicale de Harvard. — Horace D. ARNOLD : Le problème de l'instruction médicale. — Robert M. GREEN : La transfusion du sang dans le traitement de la grossesse tubaire rompue. — Mary LAWSON NEFF : Les symptômes mentaux associés à l'insuffisance rénale. — Henry COPLEY GREEN : L'ophtalmie des nouveau-nés : son contrôle administratif. — Frédérick L. JACK et CALVIN B. FAUNCE : Hemangioendothelioma de l'os temporal (4 fig.).

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 9, 1er mars 1913.) GOLUBOV : La septicémie comme hôte fréquent dans la famille des autres maladies infectieuses.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 7, 13 fév. 1913.) ISELIN : Désintoxication du foyer tuberculeux par les rayons Röntgen. — LANDAU : L'évolution de l'écorce des glandes surrénales. — FAUSER : Recherches sur le procédé de dialyse d'Abderhalden. — DRÜGG : Simplification du Wassermann d'après V. Dungern. — WACHTEL : Sur le traitement de la leucémie par le benzol. — HARTUNG : Sur l'action du luminal. — SCHUSTER : Sur la mélubrine. — MUTZFELDT : Sur l'éventration diaphragmatique. — SCHRICKER : Deux contributions aux blessures par coup de feu de l'abdomen. — HIRSCH : Le nystagmus sympathique dans l'érysipèle. — SEHRWALD : Brûlures par la benzine. — BRANDEBURG : Un nez cartilagineux d'une irrégularité excessive. — WEISZ : Gouttière simple pour l'extension et la flexion du genou. — KINDBORG : Prophylaxie et traitement des hémorroïdes. — HERSING : Un soutien du menton pour empêcher le ronflement. — (N° 8, 20 fév.) WYSS : Les bases pharmacologiques de la bromuration dans l'épilepsie. — ISELIN : Désintoxication des foyers tuberculeux par les rayons Röntgen. — PLEHN : Quelques cas rares d'affections des organes hématopoiétiques. — HOFFMANN : Néphrite syphilitique aiguë précoce. — SCHÖNE : Sur la recherche de l'antitoxine diphtérique dans le sérum sanguin. — SCHMIDT : Dosages par l'analyse capillaire de l'acide chlorhydrique libre dans l'estomac. — PIETRULLA : L'acitrine. — HAUSMANN : Recherche de l'urobiline par le sulfate de cuivre. — NORDMANN : Résection de la paroi thoracique avec insufflation de Meltzer. — SCHANZ : Modifications et lésions de l'œil par la lumière. — SCHILLING : Sur la couverture du ton du chant. — HALLE : L'extirpation des amygdales, les dangers et les moyens de les prévenir. — ZITRONBLATT : Clinique et histogénèse des adénomes. — BRÜCKNER : Sur la question de la signification de la mesure de la tension artérielle dans la diphtérie.

Riforma medica. — (N° 1, 4 janv. 1913.) Giuseppe RUGGI : Traitement chirurgical de certaines lésions périphériques portant sur les centres du système nerveux. — I. TANSINI et Giovanni MORONE : Splénomégalie avec cirrhose hépatique, en période ascitique. Splénectomie et opération de Talma. Contribution à l'étude et au traitement des splénomégalies chroniques splénothrombosiques. — Alberto EVANGELISTA : Un cas de syphilis spinale. Recherches cliniques et histopathologiques. — (N° 2, 11 janv.) Rosario SCALIA : L'albuminurie provoquée pour la confirmation des néphrites latentes. — TANSINI et G. MORONE : Splénomégalie, etc. (*suite*). — Alberto EVANGELISTA : Un cas de syphilis spinale, etc. (*suite*). — (N° 3, 18 janv.) Leoluca CHIARAVALLOTI : La cutiréaction de Pirquet. Importance diagnostique de la réaction générale. — Giuseppe PALAZZO : La résistance des artères au processus de suppuration. — TANSINI et G. MORONE : Splénomégalie, etc. (*suite*). — Alberto EVANGELISTA : Un cas de syphilis spinale, etc. (*suite*). — (N° 4, 25 janv.) Giovanni CAVINA : Les modifications du glycogène hépatique consécutivement aux injections endoveineuses de choline. — TANSINI et G. MORONE : Splénectomie, etc. (*fin*). — Leoluca CHIARAVALLOTI : La cutiréaction, etc. (*fin*). — Guiseppe PALAZZO : La résistance des artères, etc. (*suite*). — (N° 5, 1er fév.) Guido ARENA : Syndromes cérébelleux par malaria. — Aldo LORENZINI : Contribution à l'étude des tumeurs abdominales dans l'enfance. — Giuseppe PALAZZO : La résistance des artères, etc. (*suite*). — (N° 6, 8 fév.) V. DE BONIS et P. NATALE : Immunisation des cobayes par le nucléoprotéide des vibrions cholérigènes par la voie gastrique. — Giacinto GIORDONE : Courtes notes sur un cas d'anesthésie générale au moyen d'injections intramusculaires d'éther. — Luigi COCCO : Albuminurie transitoire déterminée par la séparation intravésicale des urines. — Giuseppe PALAZZO : La résistance des artères, etc. (*fin*). — (N° 7, 15 fév.) Torindo SILVESTRI : A propos d'un cas de pleurésie droite, bloquée, pulsatile. — Giovanni MORONE : Pour la cholitocolithotomie transpancréatique. — Carlo QUADRONE : Contribution clinique à la radiothérapie des glandes surrénales dans certains états d'hypertension. — (N° 8, 22 fév.) Domenico PANE : Vitalité du vibrion cholérique en contact avec les acides. — G. SPAGNOLIO : Leishmaniose interne, kala-azar, à Messine. Nouveaux exemples cliniques et coup d'œil d'ensemble. — Giovanni MORONE : Pour la cholédocolithomie transpancréatique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



N° 54. — MARDI 13 ET JEUDI 15 MAI 1913. 86e ANNÉE MARDI 13 ET JEUDI 15 MAI 1913. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 9 mai 1913. — MM. Villaret, 18; Gougerot et Rivet, 20.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation.* — Séance du 9 mai. — MM. Bazy, 18; Picot, 17; Martin, 15; Okinczyc, 14.

Sont admissibles aux épreuves définitives : MM. Gernez, Mathieu, Roux, Bazy, Martin, Okinczyc, Kendirdjy, Mercadé.

— Concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 9 mai. — M. Le Lorier, 19.

— Concours de dentiste adjoint des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Frey, Chomprey, Pitsch, Routier et Marcel Labbé.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Le jury est définitivement composé de MM. Thébault, Iscovesco, Housquains, Delmont-Bébet et Carpentier.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lorient. — *Composition écrite.* — Question donnée : « Goutte articulaire aiguë. »
MM. Lepipe, 16; Blanchard, 14; Saiget, 16.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — M. le professeur Déjerine vient de résigner ses fonctions de président du jury de la section de médecine générale pour raisons de santé. Il est remplacé par M. Pierre Teissier.

— M. le professeur Abelous (de Toulouse) vient de donner sa démission de membre du jury de la section de physiologie à la suite d'un désaccord avec la majorité de ses collègues.

— Section de médecine générale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 13 mai. — M. Pujol : « Les œdèmes pulmonaires. » — Note : 15.
M. Laederich : « Formes cliniques du ramollissement cérébral. » — Note : 18.
Deuxième séance du 13 mai. — M. Chiray : « Pneumonie caséeuse. » — Note 18.
M. Lagane : « De la sciatique. » — Note : 11.
M. Bonnamour : « Symptômes et diagnostic des épanchements séro-fibrineux de la plèvre. » — Note : 15.

— Section de chirurgie générale. — Composition du jury : président, M. Grosse; MM. Pousson, Bégouin, Paviot, Jaboulay, Pollosson, Pénières, Villar, Estor.
Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation. — Ordre de passage :
1. MM. Bonnet, Mathieu, Clermont, Alamartine, Mocquot, Charbonnel, Gernez, Cotte, Capette, Rivière,
11. Duverger, Denicker, Leroy, Uteau, Alglave, Guibé, Desmarets, Bréchot, Piquand, Olivier,
21. Rabère, Étienne, Tourneux, Lefèvre, Ducuing, Heitz, Rives, Duroux, Miginiac, Chalier,
31. Küss, Parcelier, Arnaud, Lambert, Sauvé, Horand, Gorse, Lardennois, Guimbellot, Perrin,
41. Lacouture, Charrier, Mazet.

— Section des maladies mentales. — *Exposé des titres.* — Séance du 7 mai. — MM. Perrens, $17 \times 2 = 34$; Abadie, $19 \times 2 = 38$.
Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation. — Séance du 9 mai. — M. Perrens : « Psychoses puerpérales. » — Note : 18.
M. Abadie : « Les fumeurs d'opium. » — Note : 20.
Epreuve clinique. — Séance du 10 mai. — M. Perrens, 20; M. Abadie, 20.
Le concours s'est terminé par la nomination de M. Abadie.

— Section d'ophtalmologie. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Séance du 9 mai. — M. Teulières : « Indications et valeur comparative des diverses méthodes de traitement du strabisme fonctionnel. » — Note : 19.
M. Aubaret : « Mycoses oculaires. » — Note : 15.
Séance du 10 mai. — *Epreuve clinique.* — MM. Aubaret, 18; Teulières, 19 1/2.
Le concours s'est terminé par la nomination de M. Aubaret.

— SECTION D'ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE. — *Exposé des titres.* — Séances du 9 mai. — MM. Corsy, 16; Ferron, 10; Puyhaubert, 18; Picqué, 36; Bourguet, 14; Delmas, 22.
Sont déclarés admissibles : MM. Delmas et Picqué.

— SECTION DE PHYSIOLOGIE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 9 mai. — M. Moulinié : « Influence des variations de la température sur les manifestations de la vie cellulaire. » — Note : 12.
M. Sarvonat : « La sécrétine. » — Note : 16.

— SECTION DE PHYSIQUE BIOLOGIQUE ET MÉDICALE. — *Leçon orale de trois quarts d'heures après trois heures de préparation.* — Séance du 7 mai. — M. Marquès : « Polarisation rotatoire. Polarimétrie. Application à l'analyse des liquides de l'organisme. » — Note : 2.
M. Réchou : « Sons harmoniques. Théorie physique des sons vocaux. » Note : 11.
Exposé des titres. — Séance du 9 mai. — MM. Marquès, $12,5 \times 2 = 25$; Réchou, $11 \times 2 = 22$; Bernardin, $12 \times 2 = 24$; Escande, $12,5 \times 2 = 25$; Roques, $12 \times 2 = 24$.
Sont admissibles aux épreuves définitives : MM. Bernardin, Escande et Réchou.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Des concours seront ouverts devant l'école de médecine et de pharmacie de Rennes : 1° Le 6 octobre 1913, pour un emploi de chef de clinique médicale ; 2° le 6 octobre 1913, pour un emploi de chef de clinique chirurgicale ; 3° le 13 octobre 1913, pour un emploi de chef de clinique obstétricale et gynécologique.
Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'école de plein exercice de médecine de Rennes, un mois avant l'ouverture du concours.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 9 mai publie un décret portant règlement sur le fonctionnement des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer.

LIGUE FRANÇAISE POUR L'HYGIÈNE SCOLAIRE. — Président : M. le docteur Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, 37, rue des Mathurins ; secrétaire général : M. le docteur Méry, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, 75, boulevard Malesherbes ; secrétaire général adjoint pour la région de Paris : M. le docteur Dinet, médecin inspecteur des écoles, 11 *bis*, rue Cernuschi.
Conférences de 1913. — (Amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine (métro Odéon), à huit heures et demie du soir). Jeudi 22 mai : « La valeur des méthodes scientifiques dans l'éducation physique », M. le docteur Weiss, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.
Jeudi 29 mai : « Les travaux manuels dans l'enseignement secondaire », M. Roubault, professeur agrégé de physique au lycée Lakanal.
Jeudi 5 juin : « Rôle de l'éducation physique au point de vue du développement moral », M. Le Verrier, professeur agrégé de philosophie.
Mercredi 18 juin : « Evolution de la gymnastique (histoire et critique) », M. Bougier, professeur agrégé d'histoire au collège Rollin, vice-président de la L. F. H. S.
Projections cinématographiques.
Pour tous renseignements, cartes d'invitation, brochures de propagande, spécimens du Bulletin « l'Hygiène scolaire », s'adresser au docteur Dinet, 11 *bis*, rue Cernuschi.
N. B. — Les membres de l'Enseignement sont admis à ces conférences sur simple présentation de leur carte.

XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES (LONDRES, 6-12 août 1913), — *Réduction des frais de voyage.* — Les personnes ayant envoyé leur adhésion au Congrès de Londres (siège : Hinde Street, 13, London W) et s'étant acquittées de leur cotisation, bénéficieront, à dater du 1er août, des avantages suivants pour le voyage de Paris à Londres :
1° Sur le réseau du Nord et l'Ouest-Etat, des billets d'aller et retour Paris-Londres, d'une durée de validité d'un mois et comportant 50 p. 100 de réduction sur le prix de l'aller et celui du retour, y compris le trajet en Angleterre et la traversée de la Manche, seront mis à la disposition des congressistes, sur simple présentation de la carte qui leur sera délivrée par le Congrès (carte blanche pour les messieurs, carte rouge pour les dames) aux guichets des gares suivantes :
Ouest-Etat : Paris-Saint-Lazare, Rouen.
Nord : Paris, Amiens, Armentières, Boulogne, Calais, Compiègne, Croix-Wasquehal, Dunkerque, Douai, Hazebrouck, Hirson, Laon, Lille, Roubaix, Saint-Omer, Saint-Quentin, Tourcoing.
2° Sur les autres réseaux (Est, Orléans, Midi, P.-L.-M.) un bon de réduction de 50 p. 100 pour l'aller et retour sera envoyé aux congressistes qui en adresseront la demande avant le 1er août au secrétaire général du Comité français, le docteur Blondel, 103, boulevard Haussmann, Paris (joindre un timbre de 0 fr. 10 pour l'expédition du bon). Sur présentation de ce bon, les congressistes obtiendront à la gare du lieu de leur domicile, un billet à demi-tarif pour se rendre à Paris, où ils pourront se procurer, aux gares de Paris-Nord et de Paris-Saint-Lazare, un billet d'excursion dans les conditions indiquées au § 1.
3e Les congressistes en provenance d'une localité du réseau de l'Ouest-Etat autre que Rouen obtiendront, dans les conditions du § 2, un bon de réduction de 50 p. 100 pour leur permettre de gagner Rouen ou Paris.
— *Nota.* — Les confrères qui désirent donner leur adhésion au XVIIe Congrès international de médecine (Londres, 6-12 août 1913) sont priés d'envoyer le montant de leur cotisation à l'adresse suivante : « The Treasurers of the XVIIth International Congress of Medicine, 13 Hinde Street, London W. », en désignant la section pour laquelle ils désirent s'inscrire et en y joignant une carte de visite indiquant leurs qualités et leur adresse précise.
Le montant de la cotisation est 20 shillings (25 francs ; 20 marks ; 5 dollars).
Les femmes et les filles des congressistes, désirant profiter des avantages qui leur sont accordés, doivent payer la demi-cotisation (10 shillings).
On est prié de ne pas tarder à envoyer sa demande d'admission, afin de recevoir les rapports en temps utile.
— La présidence de la section d'ophtalmologie étant devenue vacante par la mort regrettable de sir Henry Swanzy, a été acceptée par sir Anderson Critchett.

HOPITAL CIVIL DE TUNIS. — Un concours sera ouvert, au siège de la Faculté de médecine à Paris, lundi 23 juin 1913, à neuf heures du matin, pour un emploi de chirurgien accoucheur, chef de service à l'hôpital civil de Tunis.
Les candidats devront se faire inscrire à la direction de l'hôpital civil de Tunis avant le 14 juin 1913.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la dix-huitième semaine, 954 décès, au lieu de 982 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1050, moyenne ordinaire de la saison.
La fièvre typhoïde est en notable décroissance ; elle a causé 8 décès (au lieu de 14 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 52 (au lieu de 86 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 34) ; le seul quartier qui en ait un nombre notable est le *Jardin-des-Plantes*, qui compte 6 cas nouveaux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Baraton (du Mans) et Mallet, médecin aide-major de deuxième classe, tué au Maroc au cours d'un engagement de la colonne Mangin.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

GASTRO-ENTÉRITE INFANTILE

SECTION TRAUMATIQUE DU NERF CUBITAL
A LA FACE POSTÉRIEURE DU BRAS
SUTURE IMMÉDIATE

Rétablissement de la fonction 48 heures après la suture.
Persistance partielle de l'anesthésie.

ATROPHIE SECONDAIRE DES INTEROSSEUX & DE L'ÉMINENCE HYPOTHÉNAR
INTÉGRITÉ DES FLÉCHISSEURS
RÉSULTAT FONCTIONNEL SATISFAISANT

Par G. MIGINIAC,
Interne des hôpitaux de Paris.

A. M..., âgé de trente-quatre ans, Italien, reçoit au bras gauche un coup de couteau dans la nuit du 31 décembre 1912 au 1er janvier 1913. Le blessé est conduit à quatre heures du matin à l'hôpital Saint-Antoine et admis d'urgence dans le service de M. Ricard (salle Velpeau).

Le blessé est ivre, excité, semble avoir perdu beaucoup de sang car la face est très pâle et les lèvres sont décolorées. Le bras gauche est enveloppé dans un pansement compressif appliqué en ville par un pharmacien qui a bourré d'*amadou* une vaste plaie siégeant à la face postérieure du bras. Cette plaie semble faite par un rasoir ou un coutelas, plaie nette, linéaire, oblique de haut en bas et de dehors en dedans. En haut la plaie remonte au V deltoïdien et descend, en spirale, jusqu'à deux travers de doigt de l'épitrochlée en contournant la face postérieure du bras, toutes les parties molles sont sectionnées jusqu'à l'humérus qui n'est plus recouvert que par une mince couche musculaire. Le triceps est sectionné et son bout supérieur est rétracté, une artériole musculaire qui saigne abondamment est pincée immédiatement.

Il est impossible d'examiner la sensibilité et la motilité du membre en raison de l'état d'ivresse du blessé. Cependant le petit doigt semble immobile et ne se fléchit pas (??).

Nous nous proposons de suturer cette large plaie avec l'assistance de notre collègue André Moulonguet et le blessé est endormi au chloroforme.

Nous apercevons dans la plaie le bout supérieur du nerf cubital, sectionné très bas, libre, dénudé et flottant sur une longueur de 6 ou 7 centimètres. Le bout inférieur est invisible. Nous découvrons la cloison aponévrotique intermusculaire interne pour l'y rechercher et ne le voyons pas. Nous pratiquons alors une incision se dirigeant vers la gouttière épitrochléenne et nous y découvrons sous l'aponévrose le bout inférieur du nerf; ce bout a l'*aspect d'une veine* : il est *noir, violacé et infiltré de sang.*

Nous allons ensuite à la recherche du radial que nous découvrons dans la gouttière de torsion. Nous le voyons très bien, flanqué de l'artère humérale profonde. Le radial est intact.

Nous pratiquons la suture immédiate du cubital avec l'aiguille de couturière et trois points de catgut 00. Un point perforant rapproche et maintient au contact les deux bouts du nerf. Deux points latéraux, non perforants, suturent la gaine conjonctive du nerf.

Nous suturons ensuite le triceps sectionné obliquement par des points isolés au catgut 2 (points en U). Nous enfouissons le cubital sous un surjet au catgut reconstituant l'aponévrose superficielle et, après avoir placé un drain dans la profondeur, nous suturons la peau à la soie. Une injection de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique est pratiquée. Nous n'avons pas lavé la plaie à l'alcool et ne l'avons point « touchée » à la teinture d'iode en raison de la dénudation du cubital sur une assez grande longueur.

Dans la journée (1er janvier) le bras et la main sont enfermés dans un pansement solide.

Le 2 janvier nous changeons le pansement et nous constatons que le malade peut remuer le petit doigt, la main est toujours anesthésiée dans son territoire cubital.

Le 3 janvier nous avons le plaisir de constater la « restitutio ad integrum » complète et parfaite au point de vue de la motilité, et la sensibilité est revenue dans le territoire du cubital, sauf sur le petit doigt (cinquante heures après la suture).

Motricité (3 janvier). — Tous les muscles innervés par le cubital fonctionnent régulièrement et normalement :

1° La main n'est point déformée et ne présente pas la déformation classique de la griffe cubitale observée au cas de paralysie complète du nerf cubital (première phalange des doigts et pouce en extension, deuxième et troisième en flexion).

2° Les deux faisceaux internes du fléchisseur commun profond fonctionnent : le malade fléchit parfaitement toutes les phalanges des autres doigts.

3° Le muscle cubital antérieur incline la main sur son bord cubital avec autant de force et d'amplitude que du côté droit. La flexion de la main n'est point amoindrie.

4° Les muscles de l'éminence hypothénar ont recouvré tous leurs mouvements comme le montre l'agilité et la motilité du petit doigt.

5° L'adducteur du pouce oppose très facilement le pouce au cinquième doigt, sans gêne, ni lenteur, ni difficulté dans l'exécution de ce mouvement.

6° Enfin les lombricaux et les interosseux palmaires et dorsaux accomplissent très bien leurs mouvements, c'est-à-dire : flexion des premières phalanges, extension des deuxième et troisième phalanges, écartement latéral des doigts et rapprochement des doigts écartés.

Sensibilité (3 janvier). — Rappelons les limites du territoire cutané innervé par le cubital.

A la face palmaire : le cinquième doigt, la moitié cubitale du quatrième doigt; ce territoire se prolongeant jusqu'au talon de l'éminence hypothénar.

A la face dorsale : le cinquième doigt, le quatrième (sauf la moitié radiale des deux dernières phalanges), la moitié de la première phalange du troisième doigt, la moitié cubitale de la face dorsale de la main.

Chez notre blessé l'anesthésie persiste encore sous ses divers modes (tact, douleur et chaleur) sur les téguments du petit doigt et sur le bord cubital de la main; la piqûre est sentie sur le quatrième doigt, sur la paume et le dos de la main, mais le tact est aboli en ces régions ainsi que la sensation de froid et de chaud. Aucun trouble trophique, aucun trouble vaso-moteur, aucune douleur, pas de fourmillements. Cependant malgré le rétablissement presque normal des fonctions motrices, les muscles intéressés présentent, trente jours après le traumatisme, la réaction de dégénérescence à l'examen électrique. M. le docteur Claude, agrégé, médecin de Saint-Antoine, a bien voulu examiner le blessé et notre collègue Porak nous a donné les renseignements suivants : hypo-excitabilité galvanique et faradique des muscles avec lenteur et paresse de la contraction. Inexcitabilité des muscles à l'électrisation du nerf.

Ces résultats de l'examen électrique sont en contradiction avec l'examen clinique puisque le malade a tous les mouvements et peut écarter les doigts, fléchir les premières phalanges et étendre les deux dernières.

En février 1913, malheureusement une atrophie musculaire très nette apparaît, localisée aux muscles de l'éminence hypothénar, peau plissée, flasque, trop

large et, par comparaison avec le côté sain, effacement de la saillie normale de la région.

De plus le malade ne peut plus aussi facilement qu'en janvier écarter les doigts ; ces mouvements sont possibles, mais difficiles, lents, ainsi que les mouvements de flexion de la première phalange. Enfin, la main présente (au repos) un très léger degré, une ébauche de la griffe cubitale classique, localisée aux deux derniers doigts : la contraction volontaire la fait disparaître.

Mais les fléchisseurs des doigts sont intacts, leurs mouvements sont normaux, aussi la flexion des doigts, l'opposition du pouce ont conservé leur force, le malade a repris son travail et ne semble nullement gêné par les troubles que nous venons de signaler, peut se boutonner, travailler, rouler une cigarette.

Nous rappellerons qu'en 1884 Tillaux avait vu la fonction motrice du médian se rétablir vingt-six heures après la suture. Il en fut de même dans les cas de Berger, Lefort, Chaput.

Mais le plus souvent, dans les observations publiées les résultats ont été beaucoup plus tardifs : le douzième jour pour le médian et le cubital (Paget, 1883), le quatre-vingt-cinquième jour (cas de Nicaise). Dans un cas publié récemment par Girou (d'Aurillac), à la Société de chirurgie, de suture (tardive il est vrai) du nerf sciatique, la guérison ne fut obtenue partiellement qu'au bout d'un an et définitivement qu'au bout de deux ans.

Dans quelques observations (Tillaux, Lefort), la sensibilité reparut en quelques heures, et la motilité plus tard.

En général la sensibilité reparaît la première, puis la motilité, et seulement au bout de deux ou trois mois, quelquefois plus : six mois, un an (Lecène, Proust, Tixier, Path. chirurgicale). Dans notre cas il est évident que le nerf cubital n'est pas encore régénéré puisque la réaction de dégénérescence existe et que l'anesthésie persiste en partie. D'autre part, le nerf n'est point — physiologiquement — complètement annihilé, puisque les muscles ne sont point paralysés, et ne l'étaient pas le troisième jour. Il est fort regrettable que l'état d'ivresse du blessé ne nous ait pas permis de l'examiner avant la suture, et nous ignorons quels étaient, avant l'intervention, le territoire de l'anesthésie et l'état fonctionnel des muscles. Nous ne pouvons donc pas apprécier le rôle de la suture dans l'état actuel de la motilité et de la sensibilité et savoir s'il y a « conservation paradoxale » des mouvements par anastomose du cubital avec le médian en aval ou en amont de la section nerveuse.

CONTRE LA MIGRAINE

Alcool	5 grammes	
Glycérine	5	—
Extrait fluide de gelsemium sempervirens	2 à 4	—
Bromure de sodium	2 à 4	—
Bicarbonate de potasse	3	—
Eau distillée q. s. ad	60	—

Agiter avant de s'en servir ; une cuillerée à café trois fois par jour. (*Bull. gén. de thérap.*)

GYMNASTIQUE : ÉTIQUETTES ET MÉTHODES (1)

CULTURE ET ÉTAT DE NATURE

Par MM. P. DE CHAMPTASSIN,
Chargé du service de mécanothérapie de l'hôpital Saint-Louis,
Lauréat de l'Académie de médecine et de l'Académie des sports,
et H. CASTAING,
Médecin-major de 1re classe de l'armée.

Pratique dans ses procédés, adaptée aux résultats qu'elle vise et aux conditions du milieu professionnel ou social, fondée sur les données scientifiques les plus solidement établies et constamment tenues à jour, tels sont les caractères que doit présenter toute gymnastique dans les diverses conditions d'âge et de sexe.

Il est bien entendu, en effet, que toute méthode gymnastique doit avant tout être *pratique*. On conçoit bien facilement que, s'il avait fallu attendre le développement moderne des sciences physiologiques pour instituer la gymnastique, l'antiquité ne l'aurait pas cultivée ; si, pour l'enseigner professionnellement aujourd'hui, il fallait préalablement avoir acquis des notions techniques de physiologie, nombre de culturistes, instructeurs et entraîneurs spécialistes de métier seraient pratiquement incapables, alors que beaucoup d'entre eux possèdent des virtuosités reconnues.

Ces réserves n'excluent nullement le caractère scientifique qui donne les garanties indispensables à la gymnastique, comme le prouve la multiplicité des articles médicaux plus ou moins originaux sur lesquels elle cherche à s'étayer.

Nous ne croyons pas indiquée la tentative qui aurait pour objet de nous ramener, ne fût-ce que dans le décor momentané des séances publiques, à une gymnastique primitive de sauvages, en admettant comme exact que ces derniers pratiquent un entraînement quelconque.

L'état primitif n'est pas désirable pour les civilisés qui ont eu tant de peine à en sortir, et n'ont aucune bonne raison de préférer l'état de nature aux progrès de la civilisation. Qu'il s'agisse de l'homme ou des animaux domestiques, la supériorité des sujets cultivés est manifeste, sauf en ce qui concerne la rusticité, l'immunité acquise par les primitifs vis-à-vis de certaines maladies, et les tares résultant, soit de l'alcoolisme, soit d'une hygiène collective ou individuelle nuisible (sédentarité, habitations insalubres, industries diverses, etc., etc.). D'ailleurs, la fréquence de certaines affections endémiques ou contagieuses, notamment la syphilis, dans l'Afrique du Nord, ne permet pas d'attribuer aux primitifs ou semi-civilisés une supériorité physique d'ensemble par rapport aux civilisés. Les statistiques données par certains auteurs pour établir la supériorité des primitifs sur les civilisés ont besoin de commentaires pour autoriser des conclusions légitimes. Il a été avancé par exemple que la plus grande morbidité des effectifs métropolitains par rapport aux effectifs des troupes noires et indigènes opérant simultanément au Maroc indiquait la supériorité physique des primitifs sur les civilisés. Cette opinion ne nous paraît pas fondée. Si l'on veut bien considérer que

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 20 mars 1913, n° 33, p. 517.

les effectifs métropolitains sont composés de soldats de deux ans, âgés de vingt à vingt-deux ans dans l'ensemble, tandis que les effectifs indigènes sont fournis par des engagés et rengagés de quatre, huit, douze ans et plus même, vivant presque tous dans une région géographiquement très peu différente de leur pays d'origine dont ils n'ont pas à abandonner les mœurs, tirailleurs, spahis et goumiers apparaissent plutôt comme des « grognards » de l'Empire, que comme des recrues juvéniles. D'autre part, au Maroc, la mortalité et la morbidité élevées sont surtout données par la fièvre typhoïde, vis-à-vis de laquelle le plus grand nombre de ces indigènes sont devenus réfractaires, tandis que nos jeunes effectifs sont très vulnérables par cette dernière maladie, à moins d'immunisation naturelle ou par vaccination. Quant aux noirs, si souvent atteints de filariose, ils n'ont pas non plus la supériorité physique qu'on leur attribue. Les essais d'incorporation métropolitaine jadis tentés pour eux ont révélé leur grande susceptibilité de la poitrine à la tuberculose et aux affections aiguës. Rien ne prouve qu'on puisse recruter des athlètes plus facilement parmi les noirs que les blancs. A propos des contingents indigènes, l'un de nous a professionnellement eu l'occasion de constater l'automne dernier que le premier appel de la conscription indigène algérienne avait été suivi d'un déchet par réformes dont le pourcentage élevé ne présente pas d'équivalent dans les contingents métropolitains. Il serait facile de publier des photographies de dos ronds et de poitrines déformées prouvant que les conformations défectueuses ne sont pas l'apanage exclusif des civilisés. Au reste, ces résultats défavorables ne doivent pas nous étonner. Des statistiques du siècle dernier nous ont appris qu'en pays pauvre les conseils de revision ont souvent éprouvé la pénurie des recrues valides, tandis qu'aujourd'hui, sauf méfaits de l'alcoolisme, de l'insuffisance de natalité ou de l'hygiène industrielle, les contingents sont plus fournis et meilleurs. Cette supériorité est manifeste dans les vallées riches et pays de vignobles. Il n'y a donc pas à vanter l'état primitif ou la misère alimentaire des campagnes mal cultivées comme une condition de supériorité physique des races et des individus. Ne sait-on pas qu'à Paris les quartiers riches sont ceux qui présentent le moins de morbidité et le moins de mortalité. N'a-t-on pas reconnu que dans les villes la mortalité infantile était bien souvent inférieure à celle des campagnes où l'hygiène est par trop primitive. Malgré les bénéfices de la sélection naturelle, *qui n'épargne pas toujours les forts pendant le jeune âge*, nous ne pensons pas désirable de revenir à l'état primitif et au paupérisme, que tout progrès tend à faire disparaître.

Ce qui est vrai pour l'homme l'est aussi pour les animaux. Des chiens *domestiques* peuvent forcer des loups *sauvages*. Par méthode plus que par endurance physique, dira-t-on. Peut-être ?? Mais, le fait n'en doit pas moins être médité, quelle qu'en soit l'explication. La richesse de l'alimentation est, toutes choses égales d'ailleurs, une cause de supériorité, même pour les animaux sauvages. Les veneurs qui chassent le cerf à courre savent très bien que, dans les forêts pauvres en végétation de sous-bois ou de voisinage, les cerfs sont peu résistants, et que, dans une même forêt, pendant les saisons favorisant la végétation ou la production des glands de chêne, les mêmes animaux sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus difficiles à forcer.

Pour le cheval, dont la force musculaire est cultivée depuis de nombreuses générations, le degré de culture de cette force musculaire individuelle ou héréditaire est très important. Et ce n'est certes pas l'état sauvage qui favorise la qualité de la plus noble conquête de l'homme. Le coursier parcourant de longs espaces au galop sous le poids du cavalier et vivant de l'herbe des pampas est un mythe. Quand on voit de près des chevaux vivant de l'herbe sèche dont dispose l'indigène, en Afrique du nord par exemple, on constate qu'ils sont tout au plus bons pour faire des porteurs à l'allure du pas, et c'est à cet usage que ces fils du bled sont obligés de les réserver quand ils ne peuvent les nourrir plus confortablement.

D'ailleurs la pratique des achats de chevaux montre l'importance de la culture individuelle ou héréditaire du cheval, nourriture et entraînement compris. Le cheval de pur sang anglais dont l'hérédité est *artificiellement travaillée*, et dont l'entraînement est *artificiellement préparé* depuis de nombreuses générations d'un ensemble séculaire, est implicitement reconnu le plus résistant. En effet, la remonte de l'armée achète, à *quatre ans* les chevaux de pur sang anglais, à *cinq ans* les anglo-barbes et arabes, c'est-à-dire ceux dont l'hérédité mixte est partiellement cultivée par le régime et l'entraînement. Elle achète les autres à *six ans* seulement, parce que leur rendement est moindre comme utilisation avant l'âge adulte. Alors même que le cheval de pur sang anglais est moins rustique que ses congénères, il n'en est pas moins supérieur parce que *artificiellement nourri et travaillé* depuis de nombreuses générations. Inutile de multiplier les exemples et les comparaisons à l'appui de la supériorité de l'entraînement sur l'état de nature. Les essais tentés il y a une quarantaine d'années avec des chevaux de La Plata pourraient nous servir de thème. Ces chevaux importés dans les régiments de France ont donné de mauvais résultats.

Des observations de même ordre pourraient être détaillées à propos du « mehari » nourri et héréditairement travaillé, comparativement au vulgaire chameau vivant de ce qu'il rencontre sur sa piste. Tout prouve la supériorité du travail et des soins, sur l'état de nature ou sur la vie primitive.

D'ailleurs la rusticité et la frugalité ne sont pas a priori des facteurs de supériorité physique. S'il en était ainsi, il faudrait admettre que les oiseaux de proie sont inférieurs aux granivores dont ils vivent, parce que ces derniers se contentent du régime végétarien et peuvent se passer de la chair d'une victime.

Par cet exposé, nous voulons souligner que l'état de nature ne saurait être considéré comme une condition idéale pour la valeur physique des races ou des individus.

Il nous faudra déterminer que la science biologique et médicale consiste seulement en une observation étudiée de la nature, qui ne laisse ordinairement pas deviner ses secrets à première vue, comme le prouve, entre autres, l'échec fabuleux d'Icare, auquel une constatation naturiste banale ne permit pas de résoudre le problème de l'aviation. Nous traiterons ce sujet prochainement.

HOMOSEXUALITÉ

TRAUMATISME & MALADIE INFECTIEUSE

Par M. WITRY (de Metz).

Voici deux cas concernant des homosexuels, que je voudrais présenter à mes confrères, sans vouloir et pouvoir donner une explication sur cette transformation de la vie sexuelle; malgré le grand nombre de malades traités pour leur homosexualité pendant de longues années. Je serai très reconnaissant à mes confrères français, s'ils peuvent me communiquer de pareilles observations. Le premier malade avait trente-deux ans, était brillant officier de cavalerie, de vieille noblesse. Le grand-père était mort tabétique. Le jeune homme s'était normalement développé quant à sa vie sexuelle, fréquentait beaucoup les dames, était robuste et mâle et allait se fiancer à vingt-deux ans quand il fit aux courses une grave chute (fracture de la base du crâne) qui nécessita les soins d'un des plus grands maîtres de la chirurgie, pendant dix semaines. Il paraissait complètement guéri et rentra au régiment. Mais depuis cette chute sa vie sexuelle avait changé. Sans avoir une aversion contre le coït avec les femmes, il commençait peu à peu à fréquenter les milieux homosexuels et fut à la fin un des émules les plus robustes du prince d'Eulenbourg. Un jour, le scandale éclata, il fut arrêté avec un grenadier hétérosexuel crapuleux et crasseux dans un hôtel de premier rang. Son défenseur me choisit comme expert. Le jeune officier me raconta cette observation faite quant à la vie sexuelle. Le dossier personnel, qui me fut présenté aimablement par son colonel, concordait avec ses dires. Après un certain temps d'observation je concluais, contre le médecin légiste, à une démence précoce. De fait, il vécut encore deux ans en famille, la démence s'accentuant de plus en plus, et il mourut, il y a un certain temps, dans un asile.

La deuxième observation concerne un prêtre d'environ trente ans, qui présentait le type de l'homosexuel né, se développant normalement dans sa vie homosexuelle. (Je publierai plus tard ses lettres caractéristiques au plus haut point pour l'évolution d'un homosexuel.) Pas d'hérédité dans la famille. Un jour la catastrophe énorme se produisit. Le prêtre put fuir à temps et se réfugier aux antipodes. Nous sommes toujours en correspondance. Or, il y a quelques mois, il m'écrivit qu' « il avait derrière lui une fièvre typhoïde intense et qu'il sentait que sa vie sexuelle commençait à changer. Son aversion énorme contre tout être féminin avait disparu, son attraction pour le mâle cessait. Il était indifférent vis-à-vis du mâle maintenant, tandis que le trouble vis-à-vis de la femme, l'amour de la beauté féminine apparaissaient clairement chez lui ». Son médecin traitant m'a confirmé ses dires.

Voilà deux observations de changement de l'instinct sexuel après un traumatisme et après une fièvre typhoïde, les deux concernant l'homosexualité. Le secret médical me forçait de cacher le plus possible la personnalité de mes deux clients.

MÉDECINE PRATIQUE

L'OLIGOSIDÉRÉMIE DES JEUNES ENFANTS

M. le docteur Rist a fait récemment, à la clinique des Enfants malades, une très remarquable et suggestive leçon, que le *Bulletin médical* (5 avril 1913, n° 27) a reproduite *in extenso*, sur *la chlorose des jeunes filles et l'oligosidérémie des jeunes enfants;* comme cette dernière question est à l'ordre du jour, nous allons en résumer ici les points principaux.

Après avoir passé en revue les différentes théories émises pour expliquer l'étiologie de la chlorose, M. Rist leur reproche « d'ignorer délibérément ce qui fait la singularité nosologique de la chlorose, son apparition dans le seul sexe féminin et au seul âge de la puberté, sa guérison par un seul médicament, le fer ».

Or, voici qu'il y a dix ans, en étudiant les anémies du jeune âge, deux médecins français bien connus, MM. Hallé et Jolly, publièrent l'histoire d'un petit garçon de deux ans et demi qui avait eu quelques troubles digestifs, et qui présentait de la pâleur verdâtre des téguments avec un état particulier de tristesse, d'ennui et de lassitude. L'examen du sang fit constater un chiffre normal d'hématies avec une valeur globulaire très abaissée et une poïkilocytose prononcée. Pas d'hématies nucléées, rien d'anormal dans le nombre et la répartition des éléments de la série leucocytaire. Le traitement ferrugineux ayant amené une guérison rapide et complète, l'identité de cette « chlorose du jeune âge » avec la chlorose de la jeune fille était donc absolue.

Depuis, on a publié divers autres cas de cette affection à laquelle M. Rist a donné le nom d'oligosidérémie des jeunes enfants, et qu'il décrit de la façon suivante. Elle atteint presque toujours des enfants ayant dépassé le douzième mois; exceptionnelle chez le jeune nourrisson elle se rencontre rarement au delà du trentième mois. Ce qui frappe surtout, c'est la pâleur cireuse, généralisée à tout le tégument et qui présente souvent la teinte verdâtre de la chlorose des jeunes filles. Les muqueuses sont décolorées. Les petits malades sont bouffis sans avoir cependant d'œdème vrai; leurs muscles sont mous et flasques. « Ils se fatiguent vite à marcher et à courir. Et surtout ils sont tristes; leur tristesse est tantôt silencieuse, apathique, tantôt maussade et pleurnicheuse, mais elle est constante. Ces petits enfants ne rient jamais; ils refusent de jouer, de parler, de courir, de marcher, au point que parfois on croit à un arrêt de développement intellectuel. Il n'en est rien cependant, et leur équilibre mental est intact. Cette tristesse est avec leur pâleur verdâtre le caractère clinique le plus frappant de la maladie. »

L'auscultation peut révéler un souffle systolique au foyer de l'artère pulmonaire et un *bruit de diable* au niveau de la veine jugulaire. L'appétit est capricieux; les troubles digestifs, inconstants, sont modérés et facilement curables. La rate n'est pas grosse, et s'il y a du rachitisme ce n'est qu'à titre d'affection concomitante. « Si l'on examine le sang, on constate que le nombre des globules rouges est normal ou très voisin de la normale, alors que la quantité d'hémoglobine est considérablement diminuée, le plus souvent de plus de moitié. Il y a

de l'anisocytose, de la poïkilocytose, de la polychromatophilie. Il n'y a jamais d'hématies nucléées, fait très remarquable lorsqu'on songe à la facilité avec laquelle les normoblastes apparaissent dans le sang des enfants. Les globules blancs sont normaux tant au point de vue de leur nombre qu'à celui de leurs variétés. »

L'analogie avec la chlorose des jeunes filles est complétée par le fait que la médication ferrugineuse donne des résultats extrêmement rapides et brillants, surtout avec des doses élevées de 20 à 40 centigrammes de protoxalate de fer par jour.

Au point de vue étiologique, on constate que les enfants oligosidérémiques ne sont ni rachitiques, ni hérédo-syphilitiques, ni tuberculeux, ni arthrepsiques; ils se répartissent en trois classes : jumeaux, prématurés, enfants soumis au régime lacté exclusif trop au delà de la première année. Reste maintenant à expliquer pourquoi leur organisme est privé de fer. Bunge (de Bâle) et Hugounencq (de Lyon) ont démontré que « le nouveau-né apporte en venant au monde une réserve considérable de fer, contenue principalement dans la glande hépatique. Cette réserve, qui s'appauvrit pendant les premiers mois de l'existence extra-utérine, permet à l'organisme infantile de subvenir aux besoins de l'hématopoïèse pendant toute la période où l'alimentation est exclusivement lactée. Le lait est, en effet, un aliment excessivement pauvre en fer, tandis que les aliments que l'on a l'habitude de donner après le sevrage contiennent de ce métal une ration suffisante. M. Hugounencq a fait voir de plus que c'est pendant les trois derniers mois de l'existence fœtale que s'accumule surtout le fer dans le foie infantile ».

Si donc un enfant naît prématurément avoir d'avoir pu constituer toute sa réserve de fer, ou s'il a dû la partager avec un jumeau, cette réserve s'épuisera avant la fin de l'allaitement. D'autre part, une réserve suffisante pour un allaitement de durée normale cessera de l'être si le régime lacté exclusif est prolongé trop longtemps. « L'oligosidérémie constitue l'exemple le plus typique d'une maladie bien définie due à l'insuffisance dans les tissus et les humeurs de l'organisme d'un élément chimique déterminé, maladie qui guérit lorsqu'on restitue à l'organisme cet élément en quantité suffisante. »

En ce qui concerne la chlorose de la jeune fille, la pathogénie semble donc se ramener à cette question : pourquoi le fer manque-t-il dans le sang lors de la puberté? « Or, il est difficile d'admettre que la mère ne résorbe et n'assimile que pendant la grossesse la quantité considérable de fer qui constitue la réserve du nouveau-né. Il est plus probable qu'elle emmagasine le métal dans son foie et sa rate bien antérieurement, dès la maturité sexuelle, dès la puberté. Et de fait,... toutes les jeunes filles, même les mieux portantes, ont à l'âge de la puberté une teneur amoindrie du sang en hémoglobine. Il y aurait là une oligosidérémie en quelque sorte physiologique, dont la chlorose ne serait que l'exagération. Il n'est point improbable que la sécrétion ovarienne soit le régulateur de cette fonction; et l'on conçoit assez bien qu'une sécrétion ovarienne défectueuse, déviée en quelque sorte, puisse troubler ce processus de mise en réserve du fer. »

En terminant cette excellente leçon clinique, M. Rist a insisté avec juste raison sur l'importance primordiale des renseignements que fournit l'étude de la pathologie infantile, pour expliquer bien des points obscurs de celle de l'adulte.

A. GAULLIEUR L'HARDY

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 MAI 1913)

Transmissibilité de la tuberculose au moyen du brossage de vêtements souillés par les crachats bacillifères. — M. le professeur LETULLE a lu un rapport relatif à un travail de M. Chaussé sur ce sujet.

Rapport sur des demandes de création de stations hydrominérales ou climatiques. — M. le professeur POUCHET.

De la désinfection obligatoire, automatique pour tous les décès. Fréquence relative de la bacillo-tuberculose aux deux extrêmes de la vie. Formes frustes et larvées de la tuberculose du nourrisson et du vieillard. Nécessité d'étendre la désinfection à tous les décès, sans distinction d'âge; les bébés mourant de tuberculose méningée ou pulmonaire, « réactifs » d'ambiance tuberculeuse; les vieillards catarrheux, bronchiteux chroniques, emphysémateux, « agents » de diffusion de la bacillose familiale. — Continuant la discussion sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, M. le professeur LANDOUZY a fait une longue communication très documentée dont le titre ci-dessus résume nettement la teneur.

Le Gouvernement a en effet déposé un projet de loi stipulant la désinfection obligatoire, automatique, au domicile de tout décès survenu entre l'âge de deux ans et soixante ans, sauf, pour le médecin, à certifier que la cause de la mort n'est pas de nature à nécessiter la désinfection. Or, au nom de l'expérience clinique, M. Landouzy s'inscrit contre les deux limites d'âge proposées et surtout contre celle de soixante ans. Ce n'est qu'en imposant la désinfection pour tous les décès, sans exception d'âge, et quel que soit le lieu où s'est produit le décès, qu'on arrivera à obtenir l'hygiénisation.

Le dosage en cryothérapie locale. — MM. BÉCLÈRE et Henri BÉCLÈRE exposent que, lorsqu'on emploie le froid comme agent de destruction locale de la peau, trois facteurs principaux entrent en jeu : température plus ou moins basse, durée d'application, degré de la pression exercée sur la peau. Ce dernier facteur, très important, peut être mesuré très exactement à l'aide du cryocautère à indicateur de pression imaginé par M. Henri Béclère.

M. Béclère, parlant de la neige carbonique comme agent frigorifique, conseille de remplacer la neige carbonique solide par la neige carbonique en fusion dans l'alcool ou l'acétone, et de l'utiliser en badigeonnages sur les surfaces congelées.

Sur la transmission de la fièvre aphteuse des animaux à l'homme. — M. CADIOT retrace l'historique de cette question et montre que d'une façon générale les cas d'infection humaine sont non seulement rares mais bénins.

La stérilisation du lait par l'ébullition ou le chauffage aux environs de 100 degrés est un excellent moyen de préservation qui s'impose en tout temps à cause de la malpropreté du lait.

Stomatite aphteuse. — A propos de la communication de M. Cadiot, M. GALIPPE renouvelle les réserves qu'il a formulées en 1902 quant à l'existence de la stomatite aphteuse banale chez l'homme. Au sujet de la formation des aphtes, M. Galippe montre quelle influence exercent sur leur apparition les états généraux héréditaires ou acquis.

Élection. — Une élection a eu lieu dans la section de médecine opératoire. Les candidats avaient été classés dans

l'ordre suivant par la commission : MM. Pierre Bazy, Routier, de Lapersonne, Tuffier, Picqué, Walther.

M. Pierre Bazy a été élu au premier tour par 52 voix sur 60 votants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 MAI 1913)

Présentation de pièces. — M. LETULLE apporte les pièces d'une parotidite syphilitique.

Sextuple affection valvulaire du cœur. — M. LETULLE, à l'autopsie d'une femme ayant succombé avec asystolie, trouva au cœur une sextuple lésion. Il y avait non seulement une maladie mitrale, avec insuffisance et rétrécissement, constatée pendant la vie, mais encore une double lésion tricuspidienne et une double lésion aortique.

L'émétine. — M. DOPTER. Dans un rapport sur l'émétine de M. G. Levy, l'auteur se demande si ce médicament, dont les effets sont remarquables, agit sur l'amibe seulement ou s'il peut modifier aussi les lésions réactionnelles secondaires. M. Dopter a eu l'occasion d'observer un cas des plus démonstratifs à cet effet. Il s'agissait d'un malade atteint de dysenterie au Maroc; on avait constaté dans ses selles — qui d'ailleurs n'étaient pas sanglantes — la présence d'amibes; mais peu à peu celles-ci avaient disparu et le malade avait conservé une entérite banale. L'émétine, dont l'action n'est pas douteuse sur les lésions causées par l'amibe, ne produit dans ce cas aucun résultat.

Traitement de la trypanosomiase humaine. — MM. TANON et DUPONT apportent le résultat de leurs expériences dans le traitement de la maladie du sommeil par les nouveaux dérivés arsenicaux de Mouneyrat, le 1116 et le 1151. Leur étude est divisée en deux parties, une expérimentale, une clinique.

En ce qui concerne la maladie du sommeil, la disparition du trypanosoma gambiense se produit en trois heures chez l'homme ou chez les animaux avec une dose de 0g001 par 10 grammes de souris, et 0g008 par kilogramme chez l'homme. La disparition des spirilles est moins rapide, mais la spirillolyse (sp. Buttoni) est complète en six heures. Les auteurs décrivent toutes les phases de la destruction qu'ils ont suivies chez des souris, des rats, des singes et des chevreaux.

Au point de vue clinique, la guérison paraît assurée après quatre injections de 1116 ou de 1151, à raison de 0g008 à 0g0010 par kilogramme, lorsque les parasites n'ont pas envahi les centres nerveux.

Les auteurs, pour affirmer la maladie, ne se sont pas contentés seulement de l'examen clinique, mais ont fait aussi l'examen du suc ganglionnaire, du sang et du liquide céphalo-rachidien des malades qu'ils traitaient. Pour contrôler la guérison, ils se sont appuyés sur la disparition des ganglions, sur l'absence de trypanosomes du sang ou des ganglions et l'inoculation du sang et du liquide céphalo-rachidien au singe rouge, réactif de choix. Les observations qu'ils rapportent montrent que la guérison est possible, et que l'emploi du 1116 et du 1151 fera disparaître les trypanosomiases animales et la trypanosomiase humaine.

Influence de l'alimentation azotée sur le coefficient d'assimilation des hydrates de carbone dans le diabète simple. — MM. F. RATHERY et LIÉNARD avaient montré, dans leur précédent mémoire, que chez beaucoup de diabétiques simples l'ingestion de viande augmente la glycosurie. Ils ont étudié dans ce mémoire l'influence de l'alimentation azotée en général sur la glycosurie dans le diabète simple. Ils ont étudié comparativement l'alimentation hyperazotée carnée et l'alimentation hyperazotée végétale. Ils apportent les conclusions suivantes.

L'alimentation hyperazotée carnée abaisse le coefficient d'assimilation hydrocarbonée et élève la glycosurie. L'alimentation hyperazotée végétale n'a pas eu toujours constamment cet effet. Son influence est plus inconstante avec celle de la viande. Il semble exister une différence d'action entre les albumines animales et végétales au point de vue de leur action sur le coefficient d'assimilation hydrocarbonée. Parmi les albumines végétales, il semble bien que leur action varie avec les malades et que celle-ci n'est pas toujours sous la dépendance de leur teneur en azote. Un régime relativement pauvre en azote (pommes de terre) a amené parfois une glycosurie plus forte qu'un régime très fortement azoté (soja). Dans d'autres cas, il est vrai, l'effet a été inverse.

Ostéite juxta-épiphysaire tardive subaiguë de l'adulte. — M. MOREL-LAVALLÉE fait une communication sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 MAI 1913)

A propos de l'infection de laboratoire par le bacille typhique. — M. HAIBE signale le cas d'un jeune homme, garçon de laboratoire, qui aspira par mégarde un centimètre cube et demi d'une émulsion épaisse de bacille typhique vivant.

Vacciné deux jours plus tard avec le vaccin antityphique polyvalent de Vincent, ce jeune homme a échappé à la fièvre typhoïde. Son sang, après immunisation, avait un pouvoir bactéricide élevé.

M. VINCENT fait observer, à propos de cette communication, que c'est le *septième cas* connu d'infection de laboratoire prévenue par les injections de vaccin polyvalent (autolysat ou vaccin bacillaire). Il en résulte que l'on peut protéger, par ce moyen, s'il est appliqué d'une manière précoce, les personnes gravement infectées et en incubation de fièvre typhoïde.

Sur la toxicité des composés azotés de l'urine. — MM. H. CLAUDE et A. BLANCHETIÈRE. Au cours de recherches sur la toxicité urinaire chez les sujets atteints de troubles mentaux, nous avons pu recueillir d'une façon régulière les urines d'une femme hospitalisée pour mélancolie avec stupeur, qui conserva pendant des mois une immobilité absolue et fut soumise à une alimentation absolument constante. Nous avons utilisé ces urines pour fractionner les composés azotés et comparer la toxicité de ces différents composés avec la toxicité globale. Les urines de quarante jours, qui ont servi de matériel d'étude, ont fourni ainsi des bases créatiniques, des bases xanthiques, des substances dont les propriétés rappellent celles des acides carbopyridiques et carboquinéoliques, mais surtout d'assez fortes quantités de bases, telles que névrine, choline, polyméthylines, diamines, etc., ou des corps tels que l'oxyméthyline-amine, la méthyguanidine, etc.

La toxicité de l'urine totale fut de 9,6 urotoxies.

La toxicité des produits précipitables par l'acide phosphomolybdique a été sensiblement le tiers de la toxicité urinaire totale.

Cette toxicité des dérivés azotés n'est due qu'à deux fractions : portion précipitable par le sublimé et non précipitable par l'acétate de cuivre, mais surtout à la portion non précipitable par le sublimé.

Il est surtout important de remarquer que la somme des toxicités de ces deux fractions

$$1,32 + 31,55 = 32,87 \text{ urotoxies}$$

est sensiblement dix fois plus forte que la toxicité globale des composés azotés totaux. Il est bien évident que, si infidèle que soit le réactif vivant, l'augmentation de toxicité est telle que sa variation est au delà de toute erreur expérimentale, surtout

si l'on veut bien considérer que des résultats sensiblement constants ont été obtenus sur une série d'animaux.

En examinant nos tableaux, on voit que la fraction qui est notablement la plus toxique est la dernière, c'est-à-dire la fraction non précipitable par le sublimé et soluble dans l'alcool faible. Il semble donc que cette fraction B-*b* devient de plus en plus toxique au fur et à mesure qu'elle devient plus pure.

L'hypothèse la plus simple compatible avec ces constatations est que les autres substances azotées ont une action inhibitrice sur l'action toxique de la fraction B-*b*. Seule, l'étude détaillée du mécanisme de l'action toxique de ces diverses fractions est capable de nous renseigner à ce sujet. Faute de matière première nous n'avons pu l'entreprendre.

Présence constante du tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux. — MM. Levaditi, Marie et Boukowski rapportent six observations de paralysie générale, avec présence constante du tréponème dans l'écorce cérébrale. La méthode des coupes étant infidèle, à cause de l'imprégnation argentique des fibrilles nerveuses, les auteurs ont examiné le cerveau à l'état frais, par le procédé de l'ultramicroscope et par celui des frottis colorés à l'encre de Chine, à l'argent (Fontana) par la méthode de Lœffler. La quantité des parasites varie d'un cas à l'autre, ainsi que leur topographie. Ce qui est frappant, c'est la disposition des spirochètes, par foyers plus ou moins circonscrits. La prolifération des parasites paraît procéder par poussées successives. Il y a une analogie frappante entre ces poussées tréponémiques cérébrales, d'une part, et l'apparition périodique des manifestations spécifiques cutanées et nerveuses, d'autre part. Lorsqu'un foyer parasitaire se stérilise spontanément, après avoir engendré des lésions indélébiles, un autre se forme à côté, dans des circonvolutions encore intactes; cela explique pourquoi les zones cérébrales les plus lésées macroscopiquement ne sont pas toujours les plus riches en tréponèmes. Il paraît probable que l'ictus apoplectiforme correspond à ces poussées tréponémiques aiguës, surtout lorsque ces poussées sont localisées au niveau des zones motrices.

Recherches sur l'origine de la cholestérine biliaire. — MM. Chauffard, Guy Laroche et Grigaut. Au cours de leurs recherches successives sur la cholestérinémie, les auteurs ont essayé de préciser les rôles respectifs que jouent dans l'élaboration de la cholestérine circulante l'apport alimentaire, les glandes à sécrétion interne, en particulier les surrénales et le corps jaune; ils étudient maintenant la part qui revient au parenchyme hépatique et au tractus biliaire dans la sécrétion et l'élimination de la cholestérine. Chez six chiens normaux, ils ont trouvé trois fois des granulations bi-réfringentes colorables par le soudan dans tout l'arbre biliaire (canaux et canalicules et épithélium vésiculaire) mélangé à de nombreuses granulations monoréfringentes. D'autre part, chez six chiens ayant subi la ligature du cholédoque, ils ont trouvé quatre fois l'absence ou l'extrême rareté des granulations et deux fois au contraire leur extrême fréquence; mais chez ces deux derniers chiens existait un cholépéritoine abondant postopératoire qui avait par cela même supprimé toute stase de la bile sécrétée après une phase antérieure de rétention et d'ictère.

Ces faits montrent que la cholestérine et les graisses vues dans l'épithélium biliaire sont dues, non pas à une résorption comme le pense Aschoff, mais à une sécrétion qui semble trouver son siège d'élection au niveau des radicules biliaires et du voisinage de la cellule hépatique.

De l'action cardiovasculaire de l'extrait d'hypophyse dans les états d'insuffisance surrénale aiguë. — MM. Henri Claude et René Porak montrent que chez le lapin, après surrénalectomie double, l'extrait hypophysaire détermine sur la pression carotidienne un effet inverse de celui qu'il a chez les lapins normaux.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 8 MAI 1913)

A propos du traitement de l'hémispasme facial par les injections locales de sels de magnésie. — MM. Sicard et Reilly. L'action est la même que celle de l'alcool : parésie en rapport avec la quantité de liquide injecté et l'atteinte plus ou moins directe du nerf, sans effet inhibiteur spécial.

Deux cas de cécité verbale pure. — MM. Déjerine et Pélissier. Un homme de soixante-trois ans fit en 1911 un ictus avec perte de connaissance de trois heures, suivie d'hémianopsie et d'aphasie. Il garde actuellement une cécité verbale pure, écrit, copie l'imprimé en manuscrit, mais ne peut se relire, et n'a récupéré que certaines lettres. Une femme est atteinte depuis quelques mois d'une manière analogue, mais moins intense, et est très améliorée. Tous deux peuvent lire les chiffres.

L'état des réflexes dans l'atrophie Charcot-Marie. — M. et Mme Long présentent de nouveaux membres d'une famille atteinte de cette affection et déjà étudiée par MM. Déjerine et Sainton. L'exagération des réflexes constatée par les premiers auteurs se retrouve chez les nouveaux malades, et M. et Mme Long concluent que l'état des réflexes varie suivant chaque famille. C'est là un fait commun à toutes les maladies familiales, ajoute M. Marie.

Troubles psychiques dans la sclérose en plaques. — M. Lannois (de Lyon) apporte l'autopsie d'un malade dont il a publié l'histoire clinique en 1903. Il s'agit d'une sclérose en plaques avec idées de grandeur, croyance à la possession d'un fluide génital, etc., puis, déchéance mentale. L'auteur attribue ces troubles moins aux plaques cérébrales qu'aux petites lésions cellulaires de l'écorce (neuronophagie, chromatolyse, sans trace de méningo-encéphalite) conformément aux idées de M. Dupré sur ce point.

Laminectomie décompressive avec radicotomie pour paraplégie spasmodique. Variations de l'albumine rachidienne. — MM. Sicard et Desmarets montrent une malade qui a subi deux laminectomies, l'une de D. 3 à D. 8 et l'autre de D. 11 à L. 3, sans que la statique du corps en fût compromise, et la section des racines postérieures de L. 3 à S. 2 inclusivement. Le résultat fut une amélioration passagère des douleurs et de la spasmodicité, avec retour à l'état normal de l'albumine du liquide céphalo-rachidien, considérablement augmentée auparavant.

Un cas de syndrome de Brown-Séquard par coup de couteau. — MM. Babinski, Jarkowski et Chauvet. Au début, l'étude des troubles de la sensibilité et des réflexes cutanés de défense indiquaient bien, comme siège probable de la lésion, l'endroit où avait porté le coup de couteau (2e C.). — Actuellement les troubles sensitifs n'occupent plus guère que le membre inférieur : il y a là quelque chose de comparable à la conservation de la sensibilité dans le territoire des racines inférieures, au cours de certaines paraplégies. Comme signe de localisation, on ne trouve que l'exagération des réflexes tendineux du membre supérieur droit.

Un cas d'hydrocéphalie. — MM. Marie et Chatelin. Un garçon de onze ans présente, depuis deux ans, des signes d'hypertension intracranienne, avec stase et atrophie papillaires et augmentation de volume de la tête : les auteurs insistent sur l'existence de phénomènes cérébelleux, très marqués, l'inclinaison de la tête, le bruit de pot fêlé sur les régions antérieure et temporale, la lordose, l'existence de légère lymphocytose avec augmentation de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien, et se proposent de faire la ponction du corps calleux.

Syphilis cérébro-spinale avec symptômes ataxo-cérébelleux du type Friedreich. — MM. Claude et Rouillon. Un homme de vingt-huit ans présente depuis deux ans : ataxie, troubles de l'équilibre, abolition des réflexes tendineux, cypho-scoliose, pied creux, sans signe d'Argyll, avec affaiblissement intellectuel, tremblement de la langue, dysarthrie comme dans la paralysie générale, le Wassermann est positif dans le liquide céphalo-rachidien qui présente de la lymphocytose. Il s'agit probablement de lésions spécifiques diffuses.

Ponction lombaire à différents niveaux dans deux cas de compression de la moelle. — M. Foix. L'albumine était plus considérable au niveau de la ponction faite le plus bas.

Syndrome méningitique dans la sclérose en plaques. — MM. Dufour et Thiers. Un malade atteint de sclérose en plaques eut pendant huit jours des phénomènes de méningite aiguë fébrile avec légère augmentation des lymphocytes du liquide céphalo-rachidien, cet épisode aigu fut suivi d'une grosse amélioration.

Hémorragie cérébrale, dissociation cytologique. — Le liquide céphalo-rachidien ne présentait que 4 lymphocytes par millimètre cube, et restait limpide sans hématies.

Tumeur cérébrale prise pour un abcès du cerveau. — MM. de Massary et Chatelin. Depuis un an, un enfant présentait, à la suite d'une otite, un ensemble de signes qui en imposa pour un abcès d'origine otitique. Mort après deux ponctions intracérébrales. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une tumeur.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE

La dyspnée est un symptôme commun à un grand nombre d'affections, soit de l'appareil respiratoire lui-même (lésions du larynx, de la trachée ou des bronches, corps étrangers intratrachéaux, altérations du parenchyme pulmonaire, lésions des parois thoraciques, des plèvres ou du diaphragme), soit d'un trouble circulatoire, d'une altération du milieu sanguin, ou des centres nerveux qui règlent la respiration.

Formes cliniques. — On en distingue plusieurs types.

La dyspnée légère se rencontre dans les affections bronchiques, dans les lésions cardiaques compensées.

Les formes graves sont fonction de lésions profondes du poumon (broncho-pneumonie, tuberculose cavitaire, asthme ou affections cardiaques mal compensées).

On rencontre enfin les formes extrêmes dans l'œdème aigu des poumons, le pneumothorax, l'urémie, l'angine de poitrine, etc. Mais il ne faut jamais se baser sur elle seule pour porter un diagnostic, ni perdre de vue que seul le traitement causal peut en amener la sédation.

Traitement de l'accès de dyspnée. — On ouvrira largement les fenêtres pour assurer une bonne ventilation, en évitant toutefois de refroidir le malade. On l'assoiera dans son lit en lui soulevant le dos par des oreillers. On donnera du sirop d'éther, de la liqueur d'Hoffmann, de l'acétate d'ammoniaque. Si le pouls est faible, on fera des injections hypodermiques de caféine, d'huile camphrée, de strychnine; si, au contraire, il est tendu et vibrant, on fera soit une saignée au pli du coude (dyspnée urémique), soit de la révulsion sur le tronc et les membres.

Traitement causal. — 1° *Dyspnée par altération du milieu respiratoire.* — Si le mal tient à un vice du milieu respiratoire, on fera de l'aération dans la chambre du malade. Si l'asphyxie commence, la respiration artificielle et les soins en usage en pareil cas sont de rigueur.

2° *Dyspnée d'origine laryngo-trachéale.* — On cherchera s'il n'existe pas de compression par tumeur cervicale ou médiastine, amygdalite phlegmoneuse ou abcès rétropharyngien, pour lui appliquer, si possible, le traitement chirurgical. On traitera l'adénopathie trachéo-bronchique par les iodures et l'arsenic.

3° *Lésions du parenchyme pulmonaire.* — La dyspnée, si fréquente au début de la pneumonie et consécutive au point de côté, sera calmée par une injection de morphine ou par l'application de ventouses. Contre l'encombrement bronchique, on donnera un vomitif, si le sujet est résistant, et des potions expectorantes à base d'oxyde blanc d'antimoine (1 à 6 grammes chez l'adulte, 0g20 à 2 grammes chez l'enfant), de kermès ou d'acétate d'ammoniaque.

4° *Dyspnée d'origine mécanique.* — En cas de pleurésie, de fracture de côte, de péricardite ou d'ascite (par refoulement du diaphragme), on évacuera les épanchements liquides ou on appliquera un bandage compressif serré, s'il s'agit de fracture de côte.

5° *Dyspnée d'origine viscérale et hématique.* — En cas de néphrite chronique, faire de la révulsion sur les reins, favoriser la diurèse avec de la digitale, ou mieux de l'adonis vernalis qui a le grand avantage de ne pas s'accumuler. On le donnera sous forme de diurène à la dose de 3 à 6 cuillerées à café par jour. Faire une saignée générale, donner de l'éther à haute dose. Instituer le régime lacté absolu ou le régime déchloruré auquel on adjoindra des boissons diurétiques abondantes.

Si la lésion cardiaque est mal compensée, ou le cœur défaillant, on soutiendra celui-ci au moyen de diurène, de morphine à petite dose (1/4 de centigramme). L'alimentation sera légère, on surveillera les fonctions intestinales.

Il est rare que les dyspepsies d'origine bulbaire demandent un régime spécial. Quant à celle liée à l'anémie et à la chlorose, c'est en donnant des préparations stimulantes (quinquina, kola, coca), du fer, de l'arsenic, sous forme de liqueur de Fowler ou de cacodylates, qu'on les verra s'amender.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL DES ENFANTS ASSISTÉS. — Le conseil de surveillance de l'Assistance publique ayant voté le rétablissement de l'Institut de Puériculture de l'hospice des enfants assistés, le docteur Variot reprendra ses conférences publiques d'hygiène infantile le jeudi 15 mai, à dix heures et demie, au pavillon Pasteur, 74, rue Denfert-Rochereau.

Les conférences et les exercices pratiques auront lieu chaque jeudi, à dix heures et demie. Le cours complet, commencé en novembre, sera terminé à la fin de juin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. (Service de M. le professeur Pierre Marie.) — Les conférences du lundi interrompues par la Pentecôte reprendront le lundi 19 mai par une leçon sur la « Maladie de Parkinson » : le docteur Jean Clunet exposera ses recherches personnelles sur les lésions et la radiothérapie des glandes parathyroïdes dans cette affection.

HOTEL-DIEU. (Service du docteur Caussade.) — Le docteur G. Leven commencera des leçons sur les notions pratiques de pathologie et de thérapeutique gastriques le jeudi 29 mai, et les continuera les jeudis suivants.

Les leçons auront lieu à dix heures quarante-cinq, salle Sainte-Monique.

HOPITAL LAENNEC. — Service d'oto-rhino-laryngologie. — M. le docteur Et. Lombard, chef de service, avec le concours de MM. les docteurs J. Le Mée et Baldenweck, assistants du service, commencera le jeudi 22 mai, à neuf heures et demie, une troisième série de démonstrations et d'exercices pratiques portant sur les méthodes usuelles d'endoscopie des premières voies digestives et respiratoires (pharyngoscopie,

N° 55. — SAMEDI 17 MAI 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 17 MAI 1913. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : 4 fr. 50.	6 mois : 8 fr.	1 an : 15 fr.
UNION POSTALE	3 mois : 7 fr.	6 mois : 13 fr.	1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux. — *Oral.* — Séance du 15 mai. — MM. Metzger, 15; Lequeux, 19.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Etienne. — Un concours public pour la nomination d'un dermatologue des hospices civils de Saint-Etienne sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 15 décembre 1913.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue de la Badouillère, à Saint-Eienne.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 14 mai. — M. Israëls de Jong : « Goutte aiguë. » — Note : 16.

M. Milhit : « Erythèmes infectieux aigus. » Note : 16.

Deuxième séance du 14 mai. — M. Brulé : Phtisie laryngée. » — Note : 16 1/2.

M. Vitry : « Pneumothorax. » — Note : 14.

M. Rimbaud : « Formes et diagnostic de l'angine de poitrine. » — Note : 18 1/2.

Première séance du 15 mai. — M. Raynaud : « Cirrhoses biliaires. » — Note : 13.

M. Desqueyroux : « Ictère grave. » — Note : 13 1/2.

Deuxième séance du 15 mai. — M. Gillot : « Manifestations pleurales et pulmonaires de la fièvre typhoïde. » — Note : 16 1/2.

M. Azéma : « Les hémoptysies. » — Note : 15.

M. Bénard : « Insuffisance thyroïdienne. » — Note : 18 1/2.

— Section de chirurgie générale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 14 mai. — M. Bonnet : « Sarcome myéloïde des os longs. » — Note : 14.

M. Mathieu : « Fractures bimalléolaires. » — Note : 17.

Deuxième séance du 14 mai. — M. Clermont : « Plaies de l'intestin. » — Note : 11.

M. Alamartine : « Arthrite blennorragique. » — Note : 13.

M. Mocquot : « Kystes hydatiques du foie. » Note : 18 1/2.

Première séance du 15 mai. — M. Charbonnel : « Hématocèle de la tunique vaginale. » — Note : 12.

M. Cotte : « Anévrysme artériel poplité. » — Note : 15.

Deuxième séance du 15 mai. — M. Capette : « Tumeurs malignes du testicule. » — Note : 14 1/2.

M. Rivière : « Ostéomyélite du tibia. » — Note : 13.

M. Duverger : « Ulcère du pylore. » — Note : 18.

— Section de physiologie. — *Exposé de titres.* — MM. Lisbonne, 15; Tournade, 11; Soula, 14; Moulinié, 11; Lafon, 14; Sarvonat, 14; Battez, 11; Delaunay, 14.

— Section de physique biologique et médicale. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séances du 15 mai.

M. Escande : « Radio-activité. Radiumthérapie. » — Note : 15.

M. Réchou : « Excitation électrique du nerf et du muscle. Electrodiagnostic. » — Note : 11.

— Section d'anatomie et embryologie. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séance du 10 mai. — M. Picqué : « Les arcs aortiques et leur évolution. » — Note : 14.

M. Delmas : « La vessie urinaire et ses origines embryonnaires. » — Note : 11.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — M. le docteur Duverger est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Legs Le Piez. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux conditions imposées et sous réserve de l'usufruit établi, dans le testament susvisé, au profit de Mme Marie Crabié, veuve du testateur, le legs fait par M. Le Piez (Marie-Bernardin-Pierre-Aristide), consistant en une somme de 30 000 francs payable au décès de l'usufruitière et destinée à « fonder tous les ans ou tous les deux ans un prix accordé au meilleur mémoire sur un sujet de médecine ou de chirurgie, au choix de l'Académie ». Ce prix portera le nom de « Prix Le Piez ».

Les fonds provenant de ce legs seront placés en un titre de rente 3 p. 100 sur l'Etat français, immatriculé au nom de

RENSEIGNEMENTS

l'Académie, avec indication, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 9 mai 1913 :

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Vedel est affecté, pour ordre, aux salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier (médecin chef); Ricoux est nommé aux salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier (médecin chef).

Médecins-majors de première classe. — MM. Tersen est nommé aux salles militaires de l'hospice mixte de Douai (médecin chef); Sicard passe aux troupes d'occupation du Maroc oriental; Lanne, au 79e d'infanterie; Lamouroux au 66e d'infanterie; Ligouzat, à la légion de la garde républicaine.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Mandoul passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Loygue, à la section technique du service de santé; Rabaïoye, aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Jacquemart passe au 150e d'infanterie; Langlois est réintégré dans les cadres et affecté au 66e d'infanterie.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Colin est mis hors cadres aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

Pharmaciens-majors de deuxième classe. — MM. Chateau passe hors cadres aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Savary est affecté à l'hôpital de Nancy.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Besson, médecin-major de deuxième classe dans l'armée territoriale (8e région), est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La prochaine séance aura lieu à l'Asile clinique (amphithéâtre de l'admission) le lundi 19 mai, à trois heures et demie, très précises.

BAGNOLES DE L'ORNE. — SOCIÉTÉ MATIGNON. (Maison de convalescence destinée aux officiers des armées de terre et de mer.) — Il vient de se constituer à Bagnoles de l'Orne, sur l'initiative de Mme Abel Couvreux, une société ayant pour but de créer et d'organiser dans cette station une maison recevant à des conditions très avantageuses (analogues à celles du mont des Oiseaux) les officiers de terre et de mer en activité de service ou en congé de convalescence ayant besoin de faire une cure aux eaux thermales de Bagnoles de l'Orne.

La société a été constituée et déclarée selon les lois et règlements (*Journal officiel*, 1er mars 1913); elle met, à partir du 15 mai 1913, la villa Matignon à la disposition des officiers subalternes (jusqu'au grade de capitaine inclusivement) désirant en profiter.

Les médecins et officiers voulant recevoir des renseignements sur les conditions d'admission et les places disponibles n'ont qu'à s'adresser à M. le président de la société Matignon, villa Matignon, à Bagnoles de l'Orne.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Destelle et André Figuiera (de Nice) et Troyon (de Rethel).

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien des dispensaires de l'Assistance publique sera ouvert le jeudi 12 juin 1913, à deux heures, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration (3, avenue Victoria), de dix heures à trois heures, jusqu'au mercredi 28 mai 1913.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. (Directeur : M. Pierre SEBILEAU, agrégé de la Faculté, chirurgien de Lariboisière.) SEMESTRE D'ÉTÉ 1913. — *Exercices de médecine opératoire spéciale.* — *Chirurgie d'urgence*, par M. le docteur R. TOUPET, prosecteur.

1° Hernies étranglées, crurales, inguinales.
2° Hernie ombilicale étranglée, suture et résection intestinale.
3° Appendicite aiguë, péritonite aiguë, anus cæcal.
4° Anus iliaque, résection costale.
5° Plaie de poitrine, trachéotomie.
6° Colpotomie, rupture de grossesse tubaire, hystérectomie.
7° Rupture traumatique de l'urètre, cystostomie.
8° Ostéomyélite aiguë, arthrotomie.
9° Phlegmon des membres, amputation d'urgence.
10° Traumatisme des membres, fractures compliquées, sutures tendineuses, nerveuses, vasculaires.

Le cours commencera le lundi 19 mai 1913, à deux heures, et aura lieu tous les jours à la même heure jusqu'au jeudi 29 mai 1913.

Les élèves répéteront individuellement les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves est limité à 15. Droit d'inscription : 60 francs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 26 AU 31 MAI 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 26 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mardi 27 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Vendredi 30 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker*.

Samedi 31 mai, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 28 mai, à une heure. — Mlle BOUTEIL. Du phénomène dit « vertige voltaïque » et des nystagmus galvaniques, dans les lésions de l'oreille moyenne et du labyrinthe. (MM. Kirmisson, président; Reclus, Ombrédanne et Zimmern.) — M. BENASSY. Cancer bilatéral des seins (cancer double primitif, cancer double successif et récidive dans le sein opposé). (MM. Reclus, président; Kirmisson, Ombrédanne et Zimmern.) — M. GUILLEMET. Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose laryngée par la trachéotomie et la thyrotomie. (MM. Marfan, président; Desgrez, Marcel Labbé et Maillard.) — M. MAGUIN. Variation des éléments du sérum sanguin dans quelques états pathologiques. (MM. Desgrez, président; Marfan, Marcel Labbé et Maillard.)

Jeudi 29 mai, à une heure. — M. PAGE. Contribution à l'étude des kystes hydatiques pelviens chez la femme. (MM. Pozzi, président; Bar, Nobécourt et Okinczyc.) — M. GANNET. La protection des enfants du premier âge en France. (MM. Bar, président; Pozzi, Nobécourt et Okinczyc.)

REVUE GÉNÉRALE

LES ATROPHIES MUSCULAIRES PROGRESSIVES SYPHILITIQUES

LA « MYÉLITE SYPHILITIQUE AMYOTROPHIQUE »

Par André LÉRI,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
et A. LEROUGE.

I

Historique. — L'atrophie musculaire progressive a été décrite par Duchenne en 1849 et admise par Aran en 1850 comme une entité clinique ; en réalité il s'agissait d'un syndrome commun à une série d'affections très disparates, disjointes aujourd'hui sous les noms de myopathie primitive, de pachyméningite cervicale hypertrophique, de syringomyélie, de sclérose latérale amyotrophique, etc.

A cette dissociation résistaient un certain nombre de cas; c'étaient des amyotrophies progressives à « localisation Aran-Duchenne », débutant par les membres supérieurs, et à caractères cliniques et électriques révélant leur origine myélopathique, mais dégagées de tout symptôme paralytique ou anesthésique surajouté. Ces cas constituaient tout ce qui subsistait de la « poliomyélite antérieure chronique », considérée comme une entité anatomo-clinique et caractérisée par une lésion primitive et essentielle des cellules des cornes antérieures.

Mais le nombre des cas d'amyotrophie Aran-Duchenne authentique, en tant que poliomyélite antérieure chronique, s'était tellement réduit que l'existence même de cette entité morbide fut mise en doute par Pierre Marie (1); elle fut défendue par Déjerine (2) et par Jean Charcot (3).

Dans ce groupe une atteinte nouvelle avait été portée par Raymond en 1893 (4); une autopsie lui fit découvrir dans la moelle non pas une lésion isolée des cellules des cornes antérieures, mais une méningo-myélite vasculaire diffuse avec des lésions diverses de la substance blanche, des vaisseaux et des méninges. Cette méningo-myélite avait les caractères histologiques de la myélite syphilitique; de plus la syphilis était notée dans les antécédents. Raymond apportait en outre trois observations cliniquement analogues d'atrophie musculaire progressive survenue chez des syphilitiques avérés et qu'il rattacha hypothétiquement au même processus anatomique. Il avait en somme posé le premier la question « du rôle de l'infection, et en particulier de l'infection syphilitique dans le développement de certaines amyotrophies », rôle à peine soupçonné jusque-là par quelques auteurs, Hammond, Niepce, etc. Mais la méningo-myélite syphilitique restait une rareté parmi les causes déterminantes de l'amyotrophie Aran-Duchenne.

En 1903, l'un de nous (5) établit la fréquence relative de l'étiologie syphilitique dans cette affection : la majorité des cas de soi-disant « poliomyélite antérieure chronique », qui survivaient à la dislocation du groupe de Duchenne, étaient vraisemblablement des méningo-myélites syphilitiques.

(1) Pierre Marie. *Revue neurol.*, 1897.
(2) Déjerine. *Soc. de biol.*, 1895.
(3) J. Charcot. Th. de Paris, 1895.
(4) Raymond. *Soc. méd. des hôpit.*, 1893.
(5) André Léri. Atrophies musculaires progressives spinales et syphilis, *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Bruxelles 1903.

Il avait en effet observé personnellement six malades atteints d'amyotrophie Aran-Duchenne plus ou moins typique ; ils étaient *tous syphilitiques*. De plus, dans la littérature médicale il avait pu trouver plus de 30 cas où l'amyotrophie était survenue chez des syphilitiques avérés.

Le détail de tous ces cas, tant personnels qu'antérieurs, n'ayant pas encore été publié, nous croyons devoir le signaler ici. Nous parlerons ensuite de nombreux faits confirmatifs qui ont été publiés depuis 1903.

I. Pour ce qui est de nos *observations personnelles*, trois des sujets (obs. I, II et III) avouaient la syphilis ou des accidents syphilitiques. Un autre (obs. IV) niait la syphilis, mais présentait des symptômes dont le caractère syphilitique était presque certain : signe d'Argyll-Robertson, lymphocytose rachidienne, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Un des malades (obs. V) avait eu des plaques muqueuses buccales, des « dartres » à répétition sur les membres et une ulcération nasale d'une durée de deux ans, améliorée par le traitement spécifique. Un dernier enfin (obs. VI) ne reconnaissait pas la syphilis, mais l'examen anatomique révéla l'existence de la méningo-myélite syphilitique (1).

(1) Nous donnons ici un résumé très bref de ces observations encore inédites; elles paraîtront in extenso dans la thèse que l'un de nous doit soutenir prochainement.

Observation I. — Th. A..., boucher, quarante-cinq ans.

Syphilis en 1876, soignée pendant un an. En 1883, parésie et atrophie simultanée des muscles de l'épaule droite. En 1891, atrophie de l'éminence thénar gauche; en 1892, atteinte de l'épaule gauche. Progression croissante de l'atrophie. Douleurs légères au début dans l'épaule droite.

Sensibilité normale. Pas de contractions fibrillaires. Pupilles égales. Réflexe pupillaire très faible à droite. Réflexes rotuliens exagérés. Extension des orteils, surtout nette à gauche. La maladie évolue depuis dix-huit ans.

Obs. II. — B. P..., quarante-deux ans, journalier.

Syphilis il y a sept ou huit ans. Faiblesse dans les membres supérieurs depuis trois mois. Atrophie constatée il y a deux mois aux bras et aux épaules. Douleurs très légères au début dans les bras et les épaules. Marche progressive et rapide de l'atrophie; extension aux muscles des mains et des avant-bras.

Sensibilité normale. Réflexes rotuliens normaux. Pas de Babinski. Mort trois mois après le début par péritonite et méningite tuberculeuses.

A l'autopsie, lésions de méningo-myélite vasculaire diffuse.

Obs. III. — M..., homme, trente-huit ans.

Syphilis avouée. Atrophie des membres supérieurs en entier. Palpitations musculaires dans les muscles atrophiés. Sensibilité normale. Réflexes rotuliens forts. Pas de Babinski. Lymphocytose rachidienne. Réflexes pupillaires normaux.

Obs. IV. — T. C..., homme, cinquante ans.

Nie la syphilis, mais aurait eu des « plaques » à répétition sur le voile du palais. Cinq enfants, dont quatre morts en bas âge.

Début de l'affection il y a huit mois par la main gauche ; l'atrophie a gagné ensuite l'avant-bras gauche, puis six mois après la main et l'avant-bras droits. Puis extension aux bras, aux épaules et aux muscles du dos.

Sensibilité normale. Contractions fibrillaires. Réaction de dégénérescence partielle dans certains muscles. Réflexes rotuliens et achilléens normaux. Signe d'Argyll. Difficultés de la miction. Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Obs. V. — P..., cinquante-sept ans, couturière. Examen en 1901.

Mari tabétique. A présenté en 1886 des « dartres » à répétition au niveau des jambes ; en 1889, une ulcération nasale qui a duré deux ans et fut traitée avec succès par l'onguent napolitain et l'iodure de potassium. En 1898, « dartres » sur les avant-bras. Puis troubles de la marche. En septembre 1900, difficulté des mouvements du pouce droit et atrophie de la main droite. Atteinte

Donc, dans ces six observations personnelles, le diagnostic de syphilis pouvait être posé avec certitude de par l'anamnèse, les renseignements cliniques ou anatomiques.

II. Pour ce qui concerne les *observations recueillies dans la littérature jusqu'en* 1903, aux 30 cas recueillis par André Leri à cette date nous pouvons ajouter quelques cas analogues, antérieurs à 1903, récemment retrouvés par Lerouge à l'occasion de sa thèse.

L'ensemble de tous ces cas peut se répartir ainsi : *a.* 30 cas où la syphilis était expressément notée dans les antécédents, deux cas où elle était presque certaine et trois cas où elle était très probable de par les signes cliniques; *b.* un certain nombre de cas où l'épreuve du traitement spécifique fut nettement favorable ; *c.* un nombre assez considérable de cas où l'amyotrophie était associée à deux affections de nature essentiellement syphilitique, le tabes et la paralysie générale, et quelques cas survenus au cours de la syphilis héréditaire ; *d.* enfin de nombreux cas où, d'après certaines constatations cliniques ou anatomiques, on avait quelques raisons de penser à la syphilis.

a. La syphilis est mentionnée dans les observations de Graves (1), d'Aran [obs. II] (2), de Rodet (3), d'Eisenlohr (4), d'Hammond (5), de Schmaus (1883), de Schultze (6), de Rumpf, de Seeligmüller (1887), de Gilbert (7), d'Alzheimer (8). Elle est explicitement signalée aussi dans les quatre observations de Raymond citées plus haut, dans celles de Goldflam (1893), de Lamy (obs. III et VII : thèse de Paris 1892-1893), de Clarke (1894), de Jean Charcot (9), de Déjerine, de Minerbi (1895), dans celles de Raichline, de Vizioli (1897), de Pal, de Riegel, de Wallenweber (1898), enfin dans celles de Japha, de Scherb (1899), de Gilbert et Lion (1901).

La syphilis était presque certaine chez le malade de Lannois et Lévy (cicatrice de glossite gommeuse, orchi-épididymite améliorée par le traitement spécifique, surdité unilatérale gauche par otite labyrinthique, inégalité pupillaire, abolition des réflexes rotuliens) et chez le malade de Babinski et Nageotte (10) [signe d'Argyll-Robertson, lymphocytose céphalo-rachidienne].

---

de la main gauche trois mois après. Pas d'atrophie des autres segments.

Sensibilité normale. Réaction de dégénérescence aux muscles de l'éminence thénar droite. Contractions fibrillaires. Réflexes rotuliens normaux ; achilléens abolis. Extension des orteils. Pupilles égales ; réflexes pupillaires normaux.

Obs. VI. — M..., homme, soixante-six ans.

Syphilis non reconnue, pas de stigmates. A eu six enfants dont quatre sont morts à un âge peu avancé.

Fatigue du bras droit et gène dans les mouvements de l'écriture depuis seize ans. Début de l'atrophie par les mains. Flexion progressive des doigts depuis trois ans. Puis atrophie des avant-bras, des bras et des épaules, ainsi que des quadriceps fémoraux.

Sensibilité normale. Réflexes rotuliens très faibles. Réflexes crémastérien et massétérin abolis. Réflexe pupillaire à la lumière très faible. Pupilles très inégales. Arythmie cardiaque. Mort.

Autopsie : Méningo-myélite vasculaire diffuse, surtout cervico-dorsale, présentant les caractères ordinaires de la méningo-myélite syphilitique.

(1) Graves. *Clinical Lectures*, 1795.
(2) Aran. *Arch. de méd.*, 1850.
(3) Rodet. *Union méd.*, 1859.
(4) Eisenlohr. *Arch. f. Psych.*, 1878.
(5) Hammond. *Traité des maladies du système nerveux*, 1879.
(6) Schultze. *Berl. klin. Woch.*, 1883.
(7) Gilbert. *Soc. méd. des hôpit.*, 1890.
(8) Alzheimer. *Arch. f. Psych.*, 1871.
(9) J. Charcot. Th. de Paris, 1895 (obs. II).
(10) Babinski et Nageotte. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1901.

La syphilis était très probable dans les cas de : Strümpell (1) [irido-choroïdite double et récidivante, mort par ramollissement cérébral thrombosique]; — de Buck et Demoor (2) [inégalité pupillaire, troubles de la miction, signes de spasmodicité, exagération des réflexes rotuliens, clonus à gauche ; à l'autopsie, méningite pie-mérienne, endopériartérite méningo-médullaire]; — Remak (inégalité pupillaire, pupille gauche immobile à la lumière).

b. Chez certains malades affectés d'atrophie musculaire progressive, l'administration du *traitement spécifique* avait été suivie des plus heureux effets et avait pu amener, soit un arrêt dans la marche de l'affection (Graves, Hammond, Lannois et Lévy), soit une amélioration notable (Niepce, Scherb), voire même une guérison totale et définitive (Goldflam, Rodet, Seeligmüller, Clarke). Dans les cas de Goldflam, Graves, Hammond, Scherb, Lannois et Lévy, Rodet, Seeligmüller, la syphilis était reconnue, l'efficacité du traitement vint confirmer l'origine syphilitique des accidents. Chez le malade de Niepce, la nature de l'affection fut révélée de façon inattendue par les effets d'une cure thermale.

c. L'association de l'amyotrophie progressive au tabes est notée dans les observations de Charcot et Pierret (3), de Cuffer (1875), de Leyden (1877), de Condoléon (4), de Braun (5), de Koch et Pierre Marie (6). Plus récemment Schaffer (7), Whiting [2 cas] (8), Chrétien et Thomas (9), Schultz (10), Boinet (1901), Raymond et Philippe (1902, 3 cas), etc., ont observé des atrophies musculaires à marche progressive associées à des symptômes de tabes plus ou moins complet et leur ont attribué une origine spinale; dans presque tous ces cas, d'ailleurs, l'autopsie a permis de constater l'atrophie et la disparition des cellules radiculaires antérieures.

L'amyotrophie Aran-Duchenne n'a pas été rencontrée moins fréquemment *au cours de la paralysie générale.* Déjà Ball en 1856 (11), Jolly (12) et Mac Dowald (13) en 1872 avaient signalé la concomitance d'amyotrophie progressive et de troubles mentaux dans lesquels nous reconnaissons aujourd'hui la paralysie générale. Liouville (14) trouva plus tard à l'autopsie de deux femmes atteintes de paralysie générale, dont l'une était amyotrophique, des lésions de méningo-myélite vasculaire diffuse. A citer également les deux observations de Voisin et Hanot (15), celles de Westphal, de Tambroni [1887] (16), de Köppen, de Neisser, de Rendu (1893), de Hoche (1894, 2 cas), de Riebeth, de Schuster (1895).

Une amyotrophie progressive survint chez des malades observés par Raymond, par Henoch, par Gilles de la Tourette, par Gardié (17) [4 cas] *au cours d'une hérédo-syphilis :* presque tous furent nettement améliorés par le traitement spécifique. Vurpas

---

(1) Strümpell. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1888.
(2) De Buck et Demoor. *Belgique méd.*, 1897.
(3) Charcot et Pierret. *Soc. de biol.*, 1871.
(4) Condoléon. Th. de Paris, 1887.
(5) Braun. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1888.
(6) Koch et Pierre Marie. *Revue de méd.*, 1888.
(7) Schaffer. *Monat. f. Psych. und Neurol.*, 1898.
(8) Whiting. *Brain*, 1898.
(9) Chrétien et Thomas. *Revue de méd.*, 1898.
(10) Schultz. *Charité Ann.*, 1899.
(11) Ball. *Union méd.*, 1856.
(12) Jolly. *Arch. f. Psych.*, 1872.
(13) Mac Dowald. *Journ. of ment. sc.*, 1872.
(14) Liouville. *Progrès méd.*, 1874.
(15) Voisin et Hanot. *Soc. de biol.*, 1872.
(16) Tambroni. *Neurol. Centralbl.*, 1888.
(17) Gardié. Th. de Paris, 1899.

et Marchand (1) ont signalé aussi l'association de paralysie générale et d'amyotrophie chez une jeune fille présentant des signes manifestes de syphilis héréditaire.

d. Enfin, dans certains cas, seuls les résultats fournis par l'*examen anatomique* ont permis d'affirmer qu'il ne s'était pas agi d'une pure poliomyélite antérieure chronique; quelquefois ils ont pu autoriser à porter avec quelque vraisemblance le diagnostic rétrospectif de syphilis. Il en était ainsi par exemple dans certains cas rapportés par Reverchon (1883), Jean Charcot (observations II et IV), Etienne (2), Bielchowsky, Williamson, Ewald, qui tous décrivent, en dehors de la dégénérescence et de l'atrophie des cellules des cornes antérieures, des altérations vasculaires, des lésions de sclérose périvasculaire et souvent des dégénérescences des cordons blancs de la moelle.

En résumé, si même nous faisons abstraction de tous les cas douteux, tous ces faits portent *à 45 environ, en dehors de nos 6 observations personnelles, le nombre des cas où la syphilis était sûrement en cause et où l'atrophie musculaire était le seul syndrome clinique observé. Si l'on ajoute les observations où l'amyotrophie progressive était associée au tabes ou à la paralysie générale, ce chiffre s'élève aux environs de 75.*

Cette statistique acquiert toute sa valeur quand on l'oppose aux observations nombreuses où la syphilis n'a pas été recherchée ou a été insuffisamment recherchée, par le seul fait qu'elle ne rentrait pas dans les causes reconnues d'amyotrophie progressive. Ainsi sur onze observations publiées dans le mémoire d'Aran, il en est neuf où la syphilis est complètement passée sous silence.

D'ailleurs les cas où la syphilis a été recherchée et n'a pas été retrouvée n'ont évidemment pas toujours une valeur décisive. Le malade peut ignorer sa syphilis ou ne pas l'avouer, et n'en présenter aucun symptôme. Nous rappellerons à ce propos que le malade de notre observation VI niait la syphilis, que certains signes cliniques permettaient à peine de la soupçonner, et pourtant les lésions de méningo-myélite syphilitique étaient dans ce cas d'une netteté saisissante.

Enfin nous n'insistons pas sur le peu de valeur qu'il faut attacher, au point de vue du diagnostic étiologique, aux cas qui ont précédé la dissociation des amyotrophies progressives par les myopathies, la syringomyélie, la sclérose latérale amyotrophique, etc.

Si l'on tient compte de ces remarques, on est frappé du nombre considérable des cas d'amyotrophie progressive spinale où la syphilis est en jeu et du très petit nombre de cas où elle ne paraît pas en cause.

III. Depuis 1903, de nombreuses *observations confirmatives* ont été publiées. Dans les unes, la syphilis était explicitement signalée dans les antécédents d'amyotrophiques ou était révélée par certaines manifestations cliniques ou certaines épreuves de laboratoire dont les relations avec la syphilis ont été récemment établies (signe d'Argyll-Robertson, lymphocytose céphalo-rachidienne, réaction de Wassermann). Dans d'autres, la syphilis était rendue bien probable par les résultats du traitement spécifique ou même par des examens anatomiques.

Dans un certain nombre de cas encore, la syphilis n'a pas été systématiquement recherchée, parce qu'on n'a pas encore pris partout l'habitude de la considérer comme une des causes les plus fréquentes de l'atrophie musculaire progressive spinale. Mais le nombre des cas où elle a été soigneusement recherchée et n'a pu être décelée est des plus restreints; de plus en plus les cas de poliomyélite antérieure chronique essentielle et systématisée deviennent exceptionnels, si tant est qu'il en existe de bien authentiques.

Au contraire les observations d'amyotrophie Aran-Duchenne d'origine syphilitique se sont considérablement multipliées au cours de ces dernières années. Nous les diviserons comme plus haut en plusieurs catégories distinctes :

a. Cas où la syphilis est explicitement mentionnée ou rendue presque certaine par les signes cliniques;

b. Cas avec lésions anatomiques présentant les caractères des altérations syphilitiques;

c. Cas où le traitement spécifique fut efficace;

d. Cas survenus au cours de la syphilis héréditaire et cas associés au tabes ou à la paralysie générale.

a. *La syphilis est notée* dans les observations de Lambrior (1905), de Lannois et Porot (1), d'Apostolidès (2), de P. Merle (3), d'Hoffmann (4), de Nonne [2 cas] (5), de Harris (2 cas, 1909), de Vix [2 cas] (6), de Baudouin et Bourguignon (7).

Dana (8) a publié une statistique intéressante basée sur 72 observations assez disparates. Quarante-huit de ces cas paraissent se rapporter à des amyotrophies progressives, associées ou non à des symptômes bulbaires ; or, dans ces 48 observations, la syphilis fut retrouvée 19 fois, c'est-à-dire dans 40 p. 100 des cas.

Deux malades de Spiller (9), atteints d'amyotrophie Aran-Duchenne typique, étaient des syphilitiques avérés. Souques et Pasteur-Vallery-Radot ont présenté dernièrement à la Société de neurologie (mars 1913) un cas d'amyotrophie progressive très accentuée des extrémités supérieures, avec exagération des réflexes et signe de Babinski, chez un syphilitique; l'affection datait de dix-huit ans.

Nous avons eu nous-mêmes l'occasion de voir à plusieurs reprises des cas d'amyotrophie plus ou moins progressive chez des syphilitiques, et tout récemment l'un de nous a pu observer dans le service de M. Babinski un syphilitique avéré, atteint d'atrophie musculaire progressive des extrémités supérieures à type Aran-Duchenne. L'un de nous rapportera dans sa prochaine thèse un nouveau cas de début d'amyotrophie Aran-Duchenne d'origine syphilitique dans lequel le traitement spécifique fit régresser l'atrophie d'une façon presque complète.

Dans quelques cas les *signes cliniques constatés* permettent presque d'affirmer la syphilis : cas de Ugo Lippi (10) [signe d'Argyll], cas de Spiller (inégalité pupillaire, signe d'Argyll, Wassermann positif), cas de Souques et Bollack (12) [Wassermann

(1) Vurpas et Marchand. *Ann. méd.-psychol.*, 1901.
(2) Etienne. *Nouv. Iconogr. de a Salpêtrière*, 1899.

(1) Lannois et Porot. *Revue de méd.*, 1906.
(2) Apostolidès. *Presse méd.*, 1908.
(3) P. Merle. *Revue neurol.*, 1909.
(4) Hoffmann. *Neurol. Centralbl.*, 1909.
(5) Nonne. *Syphilis du système nerveux*, 1909.
(6) Vix. *Arch. f. Psych.*, 1910.
(7) Baudouin et Bourguignon. *Revue neurol.*, 1910.
(8) Dana. *Journ. of nerv. and ment. diseases*, 1906.
(9) Spiller. *Journ. of nerv. and ment. diseases*, 1912.
(10) Ugo Lippi. *Gaz. deg. osped. e delle clin.*, 1906.
(11) Souques et Bollack. *Soc. de neurol.*, 1912.

positif, insuffisance aortique, hémianopsie bitemporale probablement par lésions syphilitiques du chiasma).

b. D'autres fois c'est l'aspect des *lésions anatomiques* qui fit porter un diagnostic rétrospectif probable de syphilis. Il en fut ainsi dans un cas de Spiller, qui constata à l'autopsie de son malade de l'infiltration lymphocytaire et de l'épaississement des parois des vaisseaux. De même dans les cas de Léopold (1), de Medea (2) : dans ce dernier cas l'examen des viscères permit de constater en plus l'existence concomitante d'une gomme syphilitique dans la paroi gauche du cœur. Bochroch et Gordon, Alquier et Touchard (3) ont signalé aussi des cas où la poliomyélite était associée à des lésions de nature très probablement syphilitique.

c. Dans d'autres cas le *traitement spécifique* a été suivi d'un arrêt de l'atrophie (Nonne) ou d'une amélioration notable des mouvements (Vix).

d. Nonne a rapporté en 1909 un cas d'amyotrophie progressive *au cours d'une syphilis héréditaire* : l'administration d'iodure de potassium arrêta la marche des accidents et cet arrêt s'est maintenu pendant onze ans.

Nombreux aussi sont les cas publiés d'atrophie musculaire progressive *au cours du tabes*. Sans rappeler ici les longues discussions sur l'origine médullaire ou névritique des amyotrophies dans le tabes, nous pouvons dire qu'il n'y a aucune raison a priori pour attribuer une pathogénie différente à l'amyotrophie Aran-Duchenne quand elle se présente au cours d'un tabes ou quand elle évolue isolément, dès le moment qu'elle présente la même localisation, la même évolution progressive, les mêmes contractions fibrillaires, la même réaction de dégénérescence. Il y a en revanche un motif important de lui attribuer une même pathogénie, c'est que la cause du tabes est précisément celle que nous avons vu si fréquemment être à l'origine des amyotrophies spinales progressives, la syphilis.

C'est ainsi que l'ont compris la plupart des auteurs en rapportant leurs observations, et spécialement Collins (1903, 3 cas), Raymond et Huet, Dana, Oddo (1906), Raymond et Rendu, Souques (1907), P. Merle (4), Vix, Mosny et Barat (5), Rose et Rendu (6), Anfimoff, Livingston Hunt (1910), etc. Dans de nombreux cas d'ailleurs, l'autopsie est venue confirmer le diagnostic clinique en montrant des lésions des cellules des cornes antérieures (Carl. Camp, 1905, 2 cas; Wilson, 1908, 2 cas; Tooth et Howel, 1912, 2 cas), associées ou non à des lésions méningées et vasculaires d'origine syphilitique, prédominant au segment antéro-externe de la moelle cervicale (Spiller, Lapinski) ou lombaire (Chrétien et Thomas).

L'un de nous, dans sa prochaine thèse, publiera une nouvelle observation inédite, prise dans le service du professeur Pierre Marie, d'amyotrophie Aran-Duchenne survenue au cours du tabes et justiciable de la même interprétation.

Vigouroux et Laignel-Lavastine (7) ont aussi observé une atrophie musculaire progressive *chez un paralytique général* à l'autopsie duquel ils trouvèrent les lésions ordinaires de la méningo-myélite syphilitique.

Ainsi, dans ces dernières années les observations d'amyotrophies progressives rapportées à la syphilis ont atteint une fréquence extrême. *Depuis 1903 seulement, le chiffre de ces observations s'élève à 30 pour les amyotrophies pures et à plus de 60 si l'on y comprend les amyotrophies associées au tabes et à la paralysie générale.* Encore n'avons-nous englobé dans cette statistique ni nos observations personnelles, ni les 19 cas dans lesquels Dana a rencontré la syphilis à l'origine de l'atrophie musculaire progressive.

Nous arrivons donc à un total de *plus de 80 observations publiées d'amyotrophies progressives spinales d'origine syphilitique* (plus de 140 en y comprenant les tabétiques et les paralytiques généraux) et nous pouvons dire que *cette affection reconnaît comme sa principale cause, sinon comme son unique cause, la méningo-myélite syphilitique.*

En résumé, l'amyotrophie Aran-Duchenne, dissociée d'avec la sclérose latérale amyotrophique, les myopathies primitives et la syringomyélie, a suivi au point de vue étiologique la même évolution qui s'est produite pour le tabes :

1° Dans une première période, l'amyotrophie Aran-Duchenne n'a pas été signalée comme ayant un rapport quelconque avec la syphilis.

2° Dans une seconde période, la syphilis fut signalée dans les antécédents de quelques amyotrophiques (Aran, Rodet, etc.), mais il s'agissait d'une simple coïncidence; seuls quelques rares auteurs [Hammond (1), Niepce] soupçonnèrent la possibilité d'une relation entre les deux affections.

3° Dans une troisième période, la relation de cause à effet fut vraiment établie par Raymond en 1893.

4° Enfin dans une quatrième période, qui date de la communication de l'un de nous au Congrès de Bruxelles en 1903, la notion de la fréquence et de l'intimité des relations entra en ligne de compte et reçut depuis de nombreuses confirmations : l'amyotrophie progressive spinale d'origine syphilitique n'était plus une exception, c'était la règle presque générale.

II

Etude clinique. — Ce n'est pas le lieu de décrire ici en détail l'amyotrophie Aran-Duchenne; on désigne ainsi une atrophie localisée d'abord aux petits muscles de la main, gagnant ensuite les avant-bras, les bras et les épaules, s'étendant parfois aux muscles de la nuque, du tronc et des membres inférieurs et pouvant se terminer exceptionnellement par des symptômes bulbaires. Ce qui caractérise cette forme d'amyotrophie, c'est la marche progressive et la déformation ordinaire de la main en « main de singe ». Les régions atrophiées présentent les caractères que l'on considère comme plus ou moins symptomatiques des amyotrophies d'origine spinale : contractions fibrillaires dans les muscles, réaction de dégénérescence, diminution ou abolition des réflexes tendineux, absence ordinaire de troubles sensitifs et sphinctériens. L'évolution de la maladie se fait d'ordinaire en quatre ou cinq ans, mais elle peut durer dix, quinze ans et même davantage.

Telle est, en quelques mots, la description de la forme classique, et c'est celle que revêt le plus

(1) Léopold. *Journ. of nerv. and ment. diseases.*
(2) Medea. *Revue neurol.*, 1911.
(3) Alquier et Touchard. *L'Encéphale*, 1909.
(4) P. Merle. *Revue neurol.*, 1909.
(5) Mosny et Barat. *Revue neurol.*, 1910.
(6) Rosé et Rendu. *Semaine méd.*, 1910.
(7) Vigouroux et Laignel-Lavastine. *Bull. soc. anat.*, 1904.

(1) Hammond. *Traité des maladies du système nerveux*, 1879.

habituellement l'atrophie musculaire d'origine syphilitique.

Le début, la marche et la distribution de l'atrophie peuvent présenter certaines variations : début par les épaules [obs. I de Léri, obs. II de Jean Charcot, obs. de Spiller, de Riebeth (1)]; évolution ascendante, descendante, « erratique », etc.; distribution à type scapulo-huméral [Boinet (2)], participation des membres inférieurs (Schuster, Merle, Spiller) ou de la nuque (Raïchline), localisation hémiplégique (3) (Charcot et Pierret, Rodet), etc. Mais ces variations n'ont rien de spécial à l'amyotrophie syphilitique.

Il est au contraire plusieurs symptômes particuliers qui paraissent être en rapport plus ou moins net avec l'origine syphilitique de l'amyotrophie et permettent d'en faire le diagnostic. De plus, l'atrophie peut se trouver associée à d'autres syndromes dépendant eux-mêmes de la syphilis et donnant par leur combinaison un cachet spécial à l'affection. C'est sur ces deux groupes de faits que nous allons insister.

A. SYMPTÔMES PARTICULIERS AUX AMYOTROPHIES D'ORIGINE SYPHILITIQUE. — L'étiologie syphilitique imprime-t-elle à l'affection des caractères particuliers?

Raymond et Poussard (4) en ont admis trois : l'existence de douleurs précédant et accompagnant l'atrophie, la parésie la précédant, la rapidité de l'évolution. Aucun de ces 3 signes ne nous paraît avoir une importance réelle. La méningo-myélite peut parfois prendre une *allure subaiguë* (obs. II de Léri), mais elle peut aussi évoluer sous les allures les plus chroniques et les plus lentement progressives (seize ans dans notre cas VI, plus de dix-huit ans dans notre cas I).

La *parésie* précède parfois assez nettement l'atrophie (cas de Mosny et Barat, peut-être cas d'Apostolidès, Baudouin et Bourguignon, Scherb, Lannois et Lévy, Merle, Vizioli), mais c'est l'exception : presque toujours c'est seulement la gène fonctionnelle qui a attiré l'attention et il est impossible de savoir exactement si elle était due à la parésie ou à l'atrophie. L'atrophie peut d'ailleurs acquérir un degré considérable sans que le malade s'en aperçoive, comme il en fut chez notre malade VI dont les mains étaient pourtant presque squelettiques.

Des *douleurs* existent dans un assez grand nombre de cas (Vulpian, Raymond, Vizioli, Scherb (5), Lannois et Lévy, Merle, Médéa, etc.); elles paraissent en rapport avec l'existence de la méningite, parfois plus ou moins proportionnées à l'intensité de cette méningite, et notamment très violentes dans certaines pachyméningites hypertrophiques (Lamy, Lannois et Porot). L'existence de douleurs est certainement en faveur de la méningo-myélite, mais certains cas indiscutables de méningo-myélite syphilitique amyotrophique évoluent pourtant sans aucune douleur, à la façon de la classique « poliomyélite antérieure chronique »; deux de nos malades seulement sur six avaient quelques douleurs; Rose et Rendu, Vix, etc., ont observé aussi des cas sans douleurs.

Le début par les épaules, qui nous avait paru fréquent, nous semble en rapport bien plus avec les mouvements professionnels du sujet qu'avec la nature de la lésion spinale.

Il est cependant un signe sur la fréquence duquel il est peut-être bon d'appeler l'attention, c'est la prédominance de l'atrophie sur les muscles extenseurs, au bras comme à l'avant-bras; ce caractère se retrouve en effet dans la plupart des observations.

Trois signes nouveaux, étudiés dans ces dernières années, quoique sans rapport direct avec les caractères ou la localisation de l'amyotrophie, sont cependant susceptibles de faire soupçonner ou même de permettre d'affirmer l'origine syphilitique de cette amyotrophie; nous voulons parler du signe d'Argyll-Robertson, de la réaction de Wassermann, de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Le *signe d'Argyll-Robertson* n'est plus considéré, depuis les recherches de Babinski et Charpentier, comme un signe de tabes ou de paralysie générale, mais comme un signe, souvent précoce et parfois unique, de syphilis nerveuse. Or, il a été trouvé dans un certain nombre de cas d'amyotrophie progressive (cas de Ugo Lippi, de Babinski et Nageotte, Spiller, etc.), et dans plusieurs de nos cas personnels, sous sa forme complète ou incomplète, unilatérale ou bilatérale (observations IV, VI, I).

Il nous paraît avoir dans ces cas une grande valeur en faveur du diagnostic de syphilis. Mais son absence n'est aucunement un motif pour éliminer ce diagnostic; le signe d'Argyll ne s'observe pas dans toutes les syphilis nerveuses, qu'il s'agisse ou non d'une forme amyotrophique; et dans plusieurs de nos cas personnels d'amyotrophie syphilitique notamment (observations III, V), les réflexes pupillaires étaient normaux, bien que la syphilis ait été certaine.

La *réaction de Wassermann* paraît avoir une valeur de plus en plus solidement établie pour diagnostiquer la syphilis. Mais sa découverte est encore toute récente, et dans de rares cas seulement elle a été pratiquée, soit avec le sérum sanguin, soit avec le liquide céphalo-rachidien, au cours d'amyotrophies progressives isolées (Spiller, Souques et Bollack) ou associées au tabes (Rose et Rendu, Mosny et Barat).

Certainement elle rendra des services dans certains cas de diagnostic étiologique douteux ; mais il ne faut pas oublier que, si une réaction positive est considérée comme un signe presque certain de syphilis, une réaction négative n'a aucune signification.

La constatation nette d'une *lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien* prouvera une participation de la méninge à un processus chronique ; au cours d'une amyotrophie progressive à caractères myélopathiques, la lymphocytose prouvera que le processus morbide n'atteint pas seulement les cornes antérieures, mais encore la méninge, qu'il n'y a pas une pure « poliomyélite chronique antérieure », mais bien une méningo-myélite. Or, on

(1) RIEBETH. *Münch. med. Woch.*, 1895.

(2) BOINET. *Revue neurol.*, 1901.

(3) Dans certains cas, la localisation de l'atrophie est plus étroite, et l'on peut dire qu'il y a tous les degrés et toutes les variétés entre les amyotrophies les plus diffuses et les amyotrophies les plus localisées qui n'ont que deux points communs, une étiologie syphilitique et une lésion spinale [cas de Hoffmann, de de Massary (*Revue neurol.*, 1911), Prunet (Thèse 1902), Kalischer, Pfeiffer, Raymond (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1907), Foix (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1913)], etc.

A toutes ces formes n'appartient sans doute pas le caractère progressif propre à l'amyotrophie Aran-Duchenne. Les lésions anatomiques semblent peut-être aussi un peu spéciales dans certains cas (Foix), mais elles sont toujours de même ordre et rattachables à la syphilis.

(4) POUSSARD. Th. de Paris, 1893.

(5) SCHERB. *Revue neurol.*, 1899.

ne connaît guère de méningo-myélite chronique qui détermine une amyotrophie progressive en dehors de la syphilis. La constatation, même isolée, d'une lymphocytose céphalo-rachidienne importante au cours d'une amyotrophie progressive sera donc d'un très grand poids pour la rapporter à une étiologie syphilitique. On a constaté une lymphocytose nette dans les cas de P. Merle, Vix, etc. et dans nos observations personnelles III et IV (elle n'a pas été recherchée dans nos autres cas).

Mais il en est de ce signe comme des précédents ; quoique plus constant qu'eux, il ne paraît pas absolument obligatoire pour qu'on puisse croire à la méningo-myélite syphilitique ; dans certains cas bien avérés, la lymphocytose paraît pouvoir être très discrète ou même manquer complètement. On s'explique fort bien cette absence quand on examine les coupes de certaines moelles : on peut voir en effet, parfois aux différents niveaux d'une même moelle, toutes les transitions entre la méningite du début, active pour ainsi dire, marquée par une énorme infiltration de leucocytes extravasés, et la méningite plus tardive, passée à l'état de cicatrisation et représentée seulement par une plus ou moins épaisse bande scléreuse, plus ou moins vascularisée, mais tout à fait dépourvue d'éléments leucocytaires. On comprend fort bien que dans la première période seule des lymphocytes puissent se disséminer dans le liquide spinal ; plus tard la lymphocytose peut disparaître sans que pour cela on en puisse conclure qu'elle n'a pas existé, que le processus n'a pas atteint les méninges et que par conséquent il ne s'agissait pas d'une méningo-myélite syphilitique.

B. Associations de l'amyotrophie avec d'autres syndromes médullaires. — De même que la lymphocytose céphalo-rachidienne indique une diffusion du processus morbide à la méninge, de même certains signes cliniques indiquent l'atteinte de certaines régions de la moelle autres que les cornes antérieures, comme le cordon latéral ou le cordon postérieur.

La lésion du cordon latéral indique seulement qu'il ne s'agit pas d'une « poliomyélite antérieure » étroitement localisée aux cellules radiculaires, mais bien d'une myélite plus diffuse ; par ce seul fait, étant donnée la fréquence de l'étiologie syphilitique des myélites diffuses qui se traduisent par le syndrome d'Aran-Duchenne, elle constitue une forte présomption en faveur de la myélite syphilitique. Quand il y a des signes de lésion scléreuse des cordons postérieurs, il y a un motif bien plus important pour admettre l'étiologie syphilitique de l'amyotrophie, c'est que cette sclérose du cordon postérieur se traduit précisément par la symptomatologie d'une maladie aujourd'hui universellement reconnue comme syphilitique, le tabes. Il en est d'ailleurs de même quand à l'amyotrophie progressive spinale se joignent les signes de la polioencéphalite diffuse, de la paralysie générale.

Or, fort nombreux sont les cas où au syndrome d'Aran-Duchenne se sont trouvés associés les syndromes soit d'une sclérose latérale, soit d'un tabes, soit d'une paralysie générale.

a. Deux symptômes révèlent, en l'absence d'une paralysie véritable, une *lésion scléreuse des faisceaux latéraux* : l'exagération des réflexes avec ou sans trépidation épileptoïde et l'extension des orteils. Or l'*exagération des réflexes* a été constatée nettement par Raymond en 1893 chez le malade dont il a publié l'observation, et, à son autopsie, il a trouvé en effet une dégénérescence très nette du faisceau pyramidal croisé. Plusieurs auteurs ont vu aussi les réflexes s'exagérer chez des amyotrophiques depuis plus ou moins longtemps atteints (Gilbert, Raichline, Apostolidès, Scherb, etc.), et nous-mêmes avons constaté également une exagération manifeste des réflexes chez plusieurs de nos malades. Chez deux d'entre eux, nous avons observé en outre de l'*extension des orteils*, signe net, ainsi que l'a montré Babinski, d'une lésion du faisceau pyramidal ; l'extension des orteils a été constatée aussi chez d'autres malades (cas de Souques et Vallery-Radot, etc).

Ces signes associés, amyotrophie progressive et exagération des réflexes avec ou sans extension des orteils, indiquent l'adjonction à une lésion des cornes antérieures d'une lésion du cordon latéral. Mais ce sont précisément ces deux lésions combinées qui caractérisent une tout autre maladie, la maladie de Charcot, la sclérose latérale amyotrophique. Aussi la symptomatologie de ces cas rappelle absolument le tableau de la sclérose latérale amyotrophique. Dans cette affection le syndrome spasmodique l'emporte souvent en importance, il est vrai, au début du moins, sur le syndrome amyotrophique, alors que au contraire l'amyotrophie est généralement précoce et prédominante dans la « myélite syphilitique amyotrophique » ; pourtant dans une statistique portant sur 18 cas de sclérose latérale amyotrophique avec autopsie, Raymond et Cestan (1) ont trouvé 9 fois, c'est-à-dire dans 50 p. 100 des cas, une forme amyotrophique, à élément spasmodique peu intense, sans trépidation épileptoïde et sans signe de Babinski, où l'exagération des réflexes rotuliens était le seul symptôme de la sclérose du cordon latéral. Si l'on pense que la syphilis a été parfois signalée à l'origine de la maladie de Charcot [Raymond et Cestan (1), Nageotte, Oppenheim, Florand, Dana], et que Nageotte et Spiller ont trouvé à l'autopsie des lésions de méningite avec infiltration lymphocytaire, on se rendra compte que le diagnostic peut être parfois très délicat, sinon impossible, et que dans bien des cas sans doute le diagnostic a été erroné. Il en est ainsi notamment dans certains cas où une sclérose latérale amyotrophique se serait prolongée pendant de nombreuses années ; et il est probable que bien des cas de soi-disant sclérose latérale amyotrophique à évolution très prolongée sont en réalité des méningo-myélites syphilitiques, caractérisées surtout par l'atteinte du segment antérieur de la moelle, cornes antérieures et faisceaux pyramidaux.

b. L'association de l'atrophie musculaire au tabes et à la paralysie générale crée des tableaux cliniques complexes, mais en somme d'interprétation pathogénique simple ; il s'agit d'une diffusion du processus syphilitique à divers étages ou segments de la moelle, du cerveau et des méninges.

Pour la *paralysie générale*, on constate une superposition au tableau clinique de l'atrophie musculaire de troubles mentaux, de tremblement de la langue, de troubles de la parole, etc. Les deux syndromes évoluent d'ordinaire simultanément, mais l'atrophie peut précéder les troubles mentaux (Köppen, Schuster) ou apparaître au cours d'une paralysie générale confirmée (Vigouroux et Laignel-Lavastine).

De même, l'amyotrophie, quand elle s'associe au *tabes*, peut précéder, accompagner ou suivre les pre-

(1) Raymond et Cestan. *Revue neurol.*, 1905.

miers symptômes. L'amyotrophie fut « prétabétique » dans les cas de Baudouin et Bourguignon, de Merle, de Rose et Rendu, et dans notre observation IV. Chez le malade de Mosny et Barat, l'amyotrophie sembla marcher de pair avec l'établissement des symptômes tabétiques. Dans certains cas, comme ceux de Charcot et Pierret, et dans un cas que Lerouge publiera bientôt dans sa thèse, l'amyotrophie progressive évolua chez des tabétiques plus ou moins avancés. Parfois enfin (cas de Chrétien et Thomas), le tabes, qui ne s'était manifesté par aucun symptôme clinique, apparut très avancé à l'examen de la moelle.

Ces cas cliniques dissemblables, formant pour ainsi dire une gamme ininterrompue, semblent montrer que tabes et amyotrophie sont deux affections indépendantes l'une de l'autre, qu'elles sont simplement la traduction d'une lésion à la fois des cellules des cornes antérieures et des cordons postérieurs, et qu'elles dépendent toutes deux d'un même processus, qui est la méningo-myélite syphilitique.

En résumé, à l'aide des données précédentes, nous pouvons assigner à l'amyotrophie progressive d'origine syphilitique le tableau clinique suivant :

Le début de l'affection se fait en général de sept à quinze ans après le contage syphilitique. Mais il existe des formes précoces (Rodet, Gilbert, Apostolidès) et des formes tardives, comme dans le cas de Merle où l'atrophie survint vingt ans après l'accident primitif.

La symptomatologie reproduit dans son ensemble les caractères classiques de l'amyotrophie Aran-Duchenne d'origine myélopathique, c'est-à-dire la marche progressive, la localisation aux membres supérieurs, la présence des contractions fibrillaires et de la réaction de dégénérescence, l'absence de troubles de la sensibilité et des sphincters. Comme cette amyotrophie Aran-Duchenne classique, elle est susceptible de variations assez nombreuses dans le mode de début, la répartition et la marche de l'atrophie musculaire.

Le diagnostic étiologique, et par conséquent anatomique, de ces amyotrophies progressives se fera souvent très facilement, quand on aura pris l'habitude de songer toujours à la syphilis et quand on se donnera la peine de la rechercher. Le plus souvent dans l'interrogatoire ou dans l'examen du malade, dans la constatation d'accidents ou de stigmates spécifiques, dans l'association des signes de tabes ou de paralysie générale, on aura la preuve que la syphilis est en jeu.

A défaut de troubles cliniques syphilitiques évidents, la recherche du signe d'Argyll-Robertson et de la réaction de Wassermann fournira souvent une démonstration presque aussi certaine. L'existence d'une lymphocytose céphalo-rachidienne nette ou de signes de sclérose latérale (exagération des réflexes, signe de Babinski) montrera qu'il ne s'agit pas d'une poliomyélite antérieure pure, mais bien d'une myélite ou d'une méningomyélite diffuse, dans la détermination de laquelle la syphilis ne joue sans doute pas le rôle de simple coïncidence, mais fort probablement de cause déterminante. L'existence de douleurs dans les membres en voie d'atrophie sera aussi en faveur de la méningo-myélite syphilitique, et plus encore les résultats parfois favorables d'un traitement spécifique.

Mais il ne faut pas perdre de vue qu'aucun de ces signes n'est constant dans la méningo-myélite syphilitique amyotrophique ; les douleurs manquent souvent totalement, la lymphocytose céphalo-rachidienne peut exceptionnellement faire défaut et plus fréquemment les signes d'une lésion médullaire latérale ou postérieure, le signe d'Argyll peut être absent et même la réaction de Wassermann peut être négative, sans que pour cela on soit autorisé à nier l'origine syphilitique de l'amyotrophie : il est des cas où l'examen anatomique a prouvé qu'on aurait eu tort.

Ces signes sont pourtant dès maintenant assez nombreux pour que, méthodiquement recherchés, ils soient bien rarement tous absents ; dans la plupart des cas, le *diagnostic clinique peut aujourd'hui se faire ;* il suffit d'avoir toujours présente à l'esprit, en face d'une amyotrophie progressive qui n'est ni une myopathie, ni une sclérose latérale amyotrophique, ni une syringomyélie, l'idée qu'elle peut être due à la syphilis, qu'elle peut être la conséquence d'une méningo-myélite syphilitique.

Nous ajoutons que ce diagnostic *doit* se faire, car nous verrons que presque seules, parmi les nombreuses amyotrophies, les amyotrophies syphilitiques sont susceptibles d'un traitement efficace, s'il est soigneusement et précocement appliqué.

III

Etude anatomique. — Ce qui caractérise anatomiquement la lésion médullaire de l'amyotrophie progressive spinale, c'est l'atrophie et la disparition des cellules des cornes antérieures ; cette lésion ne manque dans aucune amyotrophie myélopathique, quelle que soit son origine ; c'est elle seule qui existe constamment dans la « poliomyélite antérieure chronique » se manifestant par l'amyotrophie Aran-Duchenne, telle qu'on la décrit classiquement.

Dans l'amyotrophie syphilitique, d'autres lésions s'y joignent d'une façon constante, car ces lésions paraissent être la cause même de l'atrophie des cellules radiculaires ; il ne s'agit plus seulement d'une poliomyélite antérieure, mais d'une *méningo-myélite vasculaire diffuse*, c'est-à-dire qu'on trouve toujours des lésions des vaisseaux, des méninges et de portions plus ou moins étendues de la moelle en dehors des cornes antérieures.

La méninge molle est épaissie, parfois même d'une façon apparente à l'œil nu, toujours nettement au microscope, mais à un degré variable suivant les niveaux. Elle est ordinairement abondamment infiltrée de lymphocytes, surtout nombreux au pourtour des vaisseaux ; plus rarement elle est épaisse, fibreuse et plus ou moins vascularisée. Dans la moelle même, les vaisseaux sont très nombreux et généralement congestionnés ; leur paroi est épaissie et le plus souvent entourée de manchons lymphocytaires. Les cellules des cornes antérieures sont atrophiées, pigmentées, en grande partie disparues par places, notamment au niveau du renflement cervical. La lésion peut être plus ou moins nettement prédominante au niveau des cornes antérieures, mais elle n'y est jamais étroitement localisée ; on voit des vaisseaux épaissis et engainés de lymphocytes dans des parties diverses de la substance blanche, notamment sous la méninge, et l'on trouve très fréquemment des lésions dégénératives de cette substance blanche, lésions variables suivant les cas et siégeant soit sous la méninge, soit au pourtour des cornes antérieures, soit à égale distance de la périphérie et de la substance grise, soit dans le faisceau pyramidal, soit dans le cordon postérieur. Nous aurons à revenir sur les variétés de ces lésions.

a. Le premier examen anatomique d'amyotrophie syphilitique est celui de Raymond (1893) qui trouva

des lésions de méningo-myélite vasculaire diffuse typique, avec dégénérescence du faisceau pyramidal croisé à la région lombaire.

Dans un cas (obs. VI) que nous avons pu examiner anatomiquement, les lésions étaient semblables à celles constatées par Raymond : gros épaississement méningé, infiltration lymphocytaire de la pie-mère cervico-dorsale, sclérose de la pie-mère dorso-lombaire; atrophie des cellules radiculaires antérieures, surtout dans les régions supérieures, avec gaines lymphocytaires péri-vasculaires; sclérose annulaire et sclérose légère des cordons de Goll.

Dans un second cas examiné anatomiquement (obs. II), bien que les pièces n'aient pu être prélevées que dans des conditions défectueuses, nous avons pu constater manifestement des lésions méningées et vasculaires de même ordre, en dehors de l'atrophie des cellules radiculaires antérieures.

Nous avons eu, en outre, l'occasion d'examiner des coupes de moelle faites par un éminent histologiste d'Allemagne et étiquetées « poliomyélite antérieure chronique, atrophie musculaire Aran-Duchenne ». Or, nous y avons trouvé de la façon la plus évidente un épaississement énorme de la pie-mère avec infiltration lymphocytaire et des lésions grossières de la paroi des vaisseaux. Bien que nous n'ayons sur ce cas aucun renseignement clinique, nous pouvons presque faire à coup sûr le diagnostic rétrospectif de « méningo-myélite syphilitique ». Ce diagnostic avait été tout à fait méconnu.

La constatation des altérations vasculaires dans l'amyotrophie Aran-Duchenne n'est d'ailleurs pas nouvelle; elles avaient été remarquées à une époque où l'on ignorait leur rapport possible avec la syphilis. Déjà, en 1869, Hayem notait « une vascularisation anormale avec dilatation et sclérose des artérioles comme des grands capillaires ». De semblables constatations ont été faites par Charcot et Joffroy, par Luys, par Lockardt-Clarke, par Cornil et Lépine, par Dreschfeld, etc.

Des lésions vasculaires et périvasculaires analogues (épaississement, infiltration lymphocytaire), de la prolifération névroglique, de la pie-mérite et plus rarement de la pachyméningite ont été signalées dans toutes les observations plus récentes, où la syphilis était reconnue (cas de Lannois et Porot, Lamy, Merle, Médéa, Spiller, Léopold, Oppenheim, etc.).

b. Comme toutes les lésions d'origine vasculaire du système nerveux central, la myélite syphilitique amyotrophique n'est pas étroitement systématisée; *elle n'atteint pas seulement les cornes antérieures, mais aussi des zones très diverses de la substance blanche*, notamment les cordons antéro-latéraux. Souvent la zone atteinte est le « faisceau supplémentaire », décrit par Pierre Marie, qui, situé entre la corne antérieure et la périphérie de la moelle et à distance de chacune d'elles, donnerait passage aux fibres de cordon nées des cellules de la corne antérieure, des « cellules du cordon latéral ». Mais dans bien des cas aussi la sclérose porte, soit sur toute l'étendue du faisceau fondamental antéro-latéral, en prédominant autour des vaisseaux radiculaires antérieurs, soit au pourtour immédiat des cornes antérieures, soit enfin, et le plus souvent, à la périphérie de la moelle, au contact de la méninge (Charcot et Dutil, Charcot et Gombault, Strumpell, Oppenheim, Darkschewitch, Alzheimer, Moleen et Spiller, Cassirer et Maas, etc.). Toutes ces lésions cadrent bien avec l'existence de la méningite et des lésions vasculaires; par contre leurs relations seraient difficiles à établir avec l'atrophie simple et isolée des cellules des cornes antérieures, telle que la conçoivent certains auteurs.

Dans notre cas, entre autres, une zone de sclérose annulaire occupait la périphérie de la moelle dans les régions lombaire et dorsale inférieure, régions où l'inflammation ancienne des méninges s'était terminée par leur sclérose; plus haut où la lésion était encore en évolution, le cordon de Goll présentait seul une sclérose assez nette.

Cette sclérose du cordon de Goll a été rencontrée dans un bon nombre d'observations (Raymond, Hammond, Vigouroux et Laignel-Lavastine, etc.) : elle était peu marquée et l'on ne pouvait parler de tabes, mais il est certain que cette lésion ne différait en rien d'essentiel des lésions tabétiques vraies au début et que ces cas marquent comme une sorte de transition avec ceux, dont nous parlerons plus loin, où la lésion des cornes antérieures s'accompagnait de grosses lésions tabétiques.

Une autre lésion tire son intérêt principal du fait qu'elle crée un tableau clinique se rapprochant de celui de la sclérose latérale amyotrophique, c'est la dégénérescence du faisceau pyramidal croisé. Cette lésion a été rencontrée anatomiquement dans un certain nombre de cas (Raymond, Bielchowsky, Moleen et Spiller, Aoyama, Grunow, Vix, Spiller, etc.). Elle présente souvent des variations d'intensité suivant les divers étages de la moelle; elle prédominait à la région cervicale dans le cas de Vix, à la région dorsale dans celui de Lamy, à la région lombaire dans celui de Raymond.

Les lésions se combinent parfois d'une façon encore plus complexe; des dégénérescences à la fois des cordons postérieurs et latéraux, parfois d'autres faisceaux comme le faisceau de Gowers, se trouvent associées à l'atrophie des cellules radiculaires; il en résulte des « scléroses combinées » avec amyotrophie progressive (cas de Spiller, de Hammond, de Souques).

c. Les lésions sont-elles différentes quand l'amyotrophie est associée au tabes ou à la paralysie générale?

Pour ce qui est de la *paralysie générale*, la question n'est pas discutée; les différents auteurs (Liouville, Voisin et Hanot, Vigouroux et Laignel-Lavastine) ont trouvé d'une façon constante des lésions, semblables à celles que nous venons de décrire, de méningo-myélite vasculaire.

Les amyotrophies dans le *tabes* sont un peu plus discutées. Nageotte leur attribue parfois une origine radiculaire; cette théorie a pour elle quelques faits sans doute probants, mais qui demeurent l'exception. Déjerine (1) les rattache plutôt à des névrites périphériques, mais celles-ci ne tiennent guère sous leur dépendance que certaines atrophies musculaires plus ou moins localisées ou disséminées, notamment celles des membres inférieurs. La majorité des auteurs s'accordent à considérer l'origine centrale comme seule admissible pour l'amyotrophie progressive à localisation Aran-Duchenne qui précède ou complique le tabes.

Cette opinion a pour elle les constatations déjà anciennes de Charcot et Pierret, Leyden, Condoléon, complétées par de nombreuses observations plus récentes où, chez des tabétiques amyotrophiques, on trouvait de l'atrophie des cellules radiculaires avec

(1) Déjerine. *Soc. de biol.*, 1889.

des altérations méningo-vasculaires importantes. Lapinski (1) fait dépendre nettement l'atrophie des cellules ganglionnaires de l'insuffisance de la circulation artérielle. Dans les observations de Chrétien et Thomas, ds Schmaus, de Spiller, etc., on voit de même, chez des tabétiques, une atrophie des cellules radiculaires antérieures sous la dépendance des lésions vasculaires.

Donc, au point de vue anatomique comme au point de vue clinique, aucune différence n'existe entre les amyotrophies progressives syphilitiques isolées et celles qui sont associées au tabes. Et, à part peut-être quelques observations où le processus paraît limité aux cornes antérieures (Minerbi, Déjerine, Wilson), les altérations poliomyélitiques et tabétiques ont ceci de commun qu'elles s'accompagnent presque toujours de lésions vasculaires. Les méninges ne sont elles-mêmes touchées que parce qu'elles sont un lacis de vaisseaux; les lésions sont prédominantes au pourtour des parois vasculaires, au moins quand on saisit le processus au début; plus tard les altérations diffusent dans l'épaisseur des méninges et des cloisons conjonctives. C'est dans la vascularite, lésion essentielle de toute manifestation syphilitique, que la méningite et la myélite semblent trouver leur origine commune.

Les dissemblances que l'on observe dans les différents cas tiennent en grande partie à l'âge de la lésion. Au début, la substance blanche et la substance grise, comme les méninges et les vaisseaux, se trouvent abondamment infiltrées de lymphocytes (Raymond, Vix), parfois même sous forme de petits amas, de véritables gommes miliaires (Lannois et Porot). Plus tard, les lymphocytes n'existent plus que dans la méninge et au pourtour des vaisseaux; dans la substance médullaire il n'y a plus que de la réaction névroglique (cas de Spiller, Léopold, André Léri). Plus tard encore, les lymphocytes peuvent disparaître complètement : on ne constate plus que l'atrophie des cornes antérieures et une endopériartérite sans caractère spécifique, avec sclérose des méninges et parfois des cordons blancs. Particulièrement instructifs à cet égard étaient le cas de Merle où un seul vaisseau, entouré de lymphocytes, fut trouvé portant la signature de la syphilis, et notre cas où les deux phases précédentes du processus furent observées à deux niveaux différents de la même moelle.

Ainsi, tardivement, les lésions méningo-vasculaires deviennent plus discrètes, l'atrophie des cellules radiculaires devient seule bien apparente; la lésion se rapproche du type de la poliomyélite chronique antérieure essentielle. Et c'est peut-être à des cas de ce genre qu'ont eu affaire Schaffer, S. A. K. Wilson (2), Tooth et Howell, qui, chez des tabétiques atteints d'amyotrophie progressive, ont trouvé des lésions vasculaires si minimes qu'ils considèrent la lésion des cellules radiculaires comme primitive et due sans doute à l'action directe du virus syphilitique.

d. En somme, tous ces cas complexes, cliniques et anatomiques, nous paraissent d'interprétation pathogénique claire et précise, car sous ces dehors de complexité se cache un facteur étiologique unique, la syphilis, et un mode d'action également unique, l'inflammation vasculaire; les lésions anatomiques varient par leur localisation seule. Les signes cliniques varient dans le même sens que les signes anatomiques; chaque localisation de la syphilis sur la moelle, tant en hauteur qu'en largeur, crée un syndrome particulier. La localisation à la méninge et aux cordons postérieurs donne les signes cliniques du tabes. La dégénérescence du cordon latéral donne lieu à des symptômes de spasticité (contracture, exagération des réflexes, clonus, Babinski). L'atrophie des cornes antérieures tient sous sa dépendance l'atrophie musculaire. Dans certains cas la diffusion des îlots de sclérose a pu simuler la sclérose en plaques (Catola, Claude, etc.).

Toutes ces lésions des cellules, des fibres, des méninges se combinent entre elles pour former des syndromes anatomo-cliniques variés et complexes, mais cette complexité, loin de nous égarer, nous éclaire, et derrière la multiplicité et la diversité des syndromes nous reconnaissons l'unité et l'invariabilité du processus : la méningo-myélite vasculaire d'origine syphilitique.

IV

Traitement. — Quelques observations probantes, encore trop rares jusqu'ici, montrent qu'il est d'importance capitale au point de vue thérapeutique de rapporter à sa vraie cause une amyotrophie progressive syphilitique.

Le traitement spécifique, sous forme de mercure et plus souvent d'iodure, a en effet assez fréquemment donné des résultats indiscutablement favorables (1). Il n'en a pas été toujours ainsi sans doute (cas de Raymond, de Rendu, etc.), et il semble avoir d'autant plus de chances d'efficacité qu'il est institué plus tôt, Mais, en tout cas, il n'a jamais été nocif et ne semble pas pouvoir l'être, sauf peut-être dans quelques cas

(1) Lapinski. *Arch. f. Psych.*, 1905.
(2) Wilson. *Semaine méd.*, 1908.

(1) Voici les principaux résultats signalés :

Graves : Officier, soixante ans. Atrophie musculaire datant de cinq ans, d'abord localisée à la main droite, puis progressant à l'avant-bras et au bras; arrêt par traitement mercuriel.

Niepce : Médecin, quarante-deux ans. Amyotrophie des membres supérieurs, du tronc, du cou et de la nuque. Une éruption de syphilides au cours d'une cure à Allevard « lui fit découvrir la vraie cause de cette terrible affection ». Amélioration considérable par l'iodure de potassium; en un an l'atrophie avait diminué de moitié

Hammond : Arrêt d'une amyotrophie progressive par traitement ioduré intense et prolongé.

Seeligmüller : Guérison rapide d'une amyotrophie progressive par traitement spécifique.

Rodet : Amyotrophie progressive six mois après le chancre; mercure sans action, guérison par KI en moins d'un an.

Scherb : Rétrocession rapide d'une amyotrophie par le traitement spécifique, reprise d'amyotrophie pendant une suspension de traitement.

Lamy : Amyotrophie des deux membres supérieurs, surtout gauche, avec ptosis et douleurs; disparition des douleurs et du ptosis et régression de l'atrophie par traitement mixte intensif.

Goldflam : Etudiant, vingt-cinq ans. Amyotrophie progressive subaiguë quinze mois après une syphilis floride; *restitutio ad integrum* en quelques mois par le traitement antisyphilitique.

Michell Clarke : Homme, trente ans. Amyotrophie progressive des deux mains, rapidement disparue par traitement mixte; récidive un an après, rapidement guérie par une nouvelle cure mixte.

Lannois et Lévy : Arrêt simple d'une amyotrophie.

Lannois et Porot : Amélioration rapide par huile grise et énésol.

Fournier : Deux cas; arrêt et même rétrocession d'une amyotrophie progressive par traitement spécifique.

Vix : Amélioration nette des mouvements de l'épaule par traitement.

Nonne : Trois cas (dont un hérédo-syphilitique); arrêt prolongé du processus atrophique par l'iodure.

Raymond, Hénoch, Gardié : Amélioration de plusieurs cas d'amyotrophie progressive chez des hérédo-syphilitiques.

Lerouge : Grosse atrophie de l'éminence thénar droite et des extenseurs de l'avant-bras; guérison presque complète en quelques mois par le mercure.

où au syndrome amyotrophique se joignent quelques signes de spasmodicité. Et comme, d'autre part, il est le seul qui dans des amyotrophies progressives paraisse avoir fourni quelques succès durables, il nous paraît devoir être toujours conseillé dans ces cas.

Il sera appliqué de façon longtemps prolongée, quand la syphilis sera vraisemblablement en jeu; il sera donné à titre de traitement d'épreuve même quand tout antécédent reconnu ou tout stigmate de syphilis fera défaut, en tenant compte de l'extrême fréquence de l'étiologie syphilitique des amyotrophies progressives spinales.

Les différents traitements jusqu'ici en honneur, médicamenteux (strychnine, etc.) et surtout physiques (massage, électricité, etc.), plus symptomatiques que réellement curatifs, ne devront pourtant pas être négligés. Leur association au traitement spécifique donnera parfois les résultats les meilleurs et les plus inespérés dans une affection sur laquelle la thérapeutique avait jusqu'ici si peu d'action.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 MAI 1913)

Le fluor dans l'organisme animal. — M. Armand GAUTIER et Paul CLAUSMAN. Le fluor, comme le phosphore et le soufre, se trouve partout dans les organes de la plante ou de l'animal, mais il y est très spécialement condensé dans quelques organes. M. Armand Gautier consacre un premier mémoire, à la peau et ses appendices et il montre que le fluor accompagne le phosphore et augmente avec lui, pour les mêmes organes, sans lui être cependant proportionnel. Il semble plus abondant à l'âge adulte, dans la peau humaine que dans celle des animaux.

Dans l'épiderme et l'émail dentaire, on voit diminuer le fluor à mesure que l'âge avance. Il diminue de même dans les cheveux blancs et décroît en même temps que le phosphore.

M. Armand Gautier poursuivra prochainement son intéressante étude en faisant connaître ce qui est relatif à l'os, au cartilage et au tissu élastique.

Sur la rétention des chlorures dans le foie et le sang chez les cancéreux. — M. Albert ROBIN. Il n'y a pas de rétention des chlorures dans le foie d'un cancéreux à marche lente, mais cette rétention a lieu chez un cancéreux à marche rapide. Cette rétention reconnaît probablement comme l'une de ses conditions l'hydratation plus grande du tissu cancéreux à marche rapide. Mais elle peut aussi entrer en ligne de compte pour expliquer le taux si bas auquel tombent parfois les chlorures urinaires chez les cancéreux à marche rapide qui ne s'alimentent plus.

Il paraît démontré que dans les cancers du tube digestif il y a tendance à une rétention chlorurée dans le sang, rétention qui s'exprime surtout par l'élévation des rapports du chlore à l'azote total et au résidu inorganique du sang. Les mêmes caractères se rencontrent également dans les cas de gastrite chronique, ce qui leur enlève toute valeur de spécificité. Il est rationnel de les mettre en rapport avec la diminution ou avec la suppression de la sécrétion chlorhydrique de l'estomac.

Comme l'a avancé Moraczewski, il est permis de supposer que l'anémie joue un rôle dans cette rétention chlorurée puisqu'elle est encore plus marquée dans les cas de gastrite chronique s'accompagnant d'anémie à type pernicieux ou d'anémie grave.

Recherches sur la sexualité des naissances. — MM. A. PINARD et A. MAGNAN apportent des documents recueillis à la clinique Baudelocque qui montrent nettement l'excédent constant des naissances masculines.

La pression et la thermométrie en cryothérapie. — M. Henri BÉCLÈRE.

Sur les relations osmotiques des globules rouges avec leur milieu; rôle de l'état électrique de la paroi. — M. Pierre GIRARD.

La transmission du ver macaque par un moustique. — M. Jacques SURCOUF.

Action des oxydants en général et des persulfates alcalins en particulier sur la toxine tétanique. — MM. A. LUMIÈRE et J. CHEVROTTIER montrent l'action bienfaisante des persulfates sur les accès spasmodiques si douloureux provoqués chez les tétaniques par les moindres excitations externes. Tous les malades soumis au traitement ont, en général, été guéris quand on n'a pas eu affaire à des formes avec hyperthermie exceptionnelle, durée d'incubation très courte, évolution extrêmement rapide et lorsque l'application du traitement n'a pas été trop tardive.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE

Favoriser la résistance de l'organisme au bacille, l'évolution scléreuse des lésions et le retour des forces par l'emploi de la Ternose, granulé recalcifiant dont on prescrira une cuillerée à chaque repas.

LIVRES NOUVEAUX

Guide de médecine pratique. Pathologie interne et diagnostic (1), par le docteur R. HYVERT.

Ce volume n'est pas gros, mais il contient beaucoup de choses; je dirai même qu'il en contient presque trop, car il faut le lire mot à mot, chaque ligne renfermant plusieurs notions à retenir. Si Dieulafoy, dans sa pathologie interne, est le Cicéron de la médecine, le docteur Hyvert, dans ce guide, en est le Tacite; mais celui qui voudra faire une lecture attentive de l'ouvrage du docteur Hyvert y trouvera un excellent résumé de pathologie interne et de diagnostic.

Pour chaque question, l'auteur expose rapidement l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique: il insiste davantage sur la symptomatologie, le pronostic et le traitement, qui ont, dans la pratique médicale, un intérêt plus considérable. Nous avons particulièrement remarqué, en parcourant ce guide, que l'auteur y donne la plupart des signes récemment décrits et des traitements préconisés depuis peu; l'ouvrage du docteur Hyvert est donc bien mis au point et tient compte des derniers progrès de la science médicale. M. BRELET.

(1) Un volume de 438 pages. — Prix : 5 francs. — Paris 1913, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 14 mai 1913. — MM. Lemaire, 16; Baudoin et Fiessinger, 17.

Séance du 15 mai. — MM. Ameuille, 19; Paillard, 20; Brulé, 15.

Séance du 16 mai. — MM. Vincent, Weill et Louste, 20; Levy (F.), 17.

Séance du 17 mai. — MM. Vincent, Weill et Louste, 20; Lévy (F.), 17.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve de médecine opératoire.* — « Carotide externe. — Désarticulation du poignet. » — Séance du 16 mai. — MM. Roux-Berger, 30; Okinczyc, 29; Gernez et Mercadé, 28; Mathieu, 27; Kendirdjy, 24; Martin, 23; Bazy, 18.

Concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux. — *Oral.* — Séance du 17 mai. — MM. Le Lorier et Devraigne, 18; Guéniot, 19; Chirié, 18.

— Concours de dentiste adjoint des hôpitaux. — *Composition écrite.* — Question donnée : « Diagnostic des ulcérations de la langue. »

Séance du 15 mai. — MM. Izard, 28; Ponroy, 20; Cavaroz, 23; Vaysse, 25; Coustaing, 24.

Epreuve clinique. — Séance du 16 mai. — M. Waysse, 15.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Le jury est définitivement composé de MM. Sommelet, Tiffeneau, Lafont, Grimbert et Sevin.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 16 mai. — M. de Verbizier : « Le Muguet. » — Note : 15.

M. Merklen : « Syphilis hépatique non congénitale. » — Note : 17.

Deuxième séance du 16 mai. — M. Lafforgue : « Cachexie palustre. » — Note : 18 1/2.

M. Salager : « L'entérite tuberculeuse. » — Note : 13.

M. Laroche : « Les endocardites malignes. » Note : 17 1/2.

Première séance du 17 mai. — M. Anglada : « Les congestions aiguës primitives du poumon. » — Note : 16 1/2.

M. Harvier : « Formes cliniques de la tuberculose péritonéale. » — Note : 18 1/2.

Deuxième séance du 17 mai. — M. Bory : « Pleurésies hémorragiques. » — Note : 13 1/2.

M. Garnier : « Diagnostic des anémies. » — Note : 17 1/2.

M. Armand-Delille : « Rein cardiaque. » — Note : 17.

— Section de chirurgie générale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 16 mai. — M. Denicker : « Cancer du col utérin. » Note : 15 1/2.

Deuxième séance du 16 mai. — M. Alglave « Lymphosarcome du cou. » — Note : 17.

M. Guibé : « Rupture de l'urètre. » — Note : 15.

— Section de physique biologique et médicale. — *Epreuve pratique.* — Séance du 16 mai. — 1° « Détermination des deux verres d'une paire de lunettes destinée à la correction d'un amétrope. Formuler la prescription qui a servi à la confection de cette lunette.

2° Examen de la réfraction d'un sujet amétrope (malade de la consultation de l'Hôtel-Dieu).

3° Déterminer la capacité d'un condensateur médical. Exprimer le résultat en microfarads. Calculer la capacité d'un condensateur plan.

4° Examen électrique des nerfs et des muscles du membre supérieur droit. Indiquer les points moteurs correspondant au numéro du schéma dessiné de ce membre supérieur.

MM. Escande, 13; Réchou, 15.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Escande et Réchou.

— Section d'anatomie et embryologie. — *Epreuve pratique.* — Séance du 17 mai. — 1° « Préparation du nerf grand hypoglosse.

2° Examen et détermination de deux coupes d'embryons. »

MM. Delmas, 18; Picqué, 13.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Picqué et Delmas.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont-Ferrand. — Un concours s'ouvrira, le 19 novembre 1913, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de phy-

siologie à l'école préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Composition écrite.* — Question donnée : « Diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale. — Signes et diagnostic clinique de l'ascite. »

Ordre de passage des candidats. — MM. Fenard, Lourier, Renault, Boyer, Wallemann, Tribes, Boivin, Kahn, Lehmann, Pillot, Hubac, Mme Bruwinghaus, MM. Gontier, Petit, Doucet, Chazal, Duclaud, Finot, Garmer, Beloux, Rouyé.

Séance du 15 mai. — MM. Fénard, 8 + 12 = 20; Lourier, 4 + 8 = 12; Renault, 11 + 15 = 26.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté, pendant la dix-neuvième semaine, 913 décès, au lieu de 954 pendant la semaine précédente, et au lieu de 963, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a cessé d'être fréquente; elle n'a causé que 5 décès (au lieu de 8 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 61 (au lieu de 52 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 38); le 5e arrondissement (Panthéon) compte 9 cas, le 14e arrondissement (Observatoire), 11, les autres beaucoup moins.

THÉRAPEUTIQUE

ACCIDENTS DU SEVRAGE

Si les changements de régime que comporte le sevrage entraînent des troubles gastro-intestinaux, intolérance gastrique, vomissements, entérites, il y a lieu d'instituer un traitement énergique en faisant appel au plus puissant digestif connu, la papaïne, soit sous forme de sirop de Trouette-Perret, dont on donnera une ou deux cuillerées à café après chaque repas, soit de comprimés de Trouette-Perret à la papaïne, à la dose de deux à quatre suivant la gravité.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Service de M. le docteur Albert Mathieu.) — LEÇONS SUR LES MÉTHODES D'EXPLORATION APPLIQUÉES AU DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — Sous la direction de M. le docteur Albert Mathieu, une série de leçons sur la valeur séméiologique des méthodes d'exploration et sur les indications thérapeutiques qu'elles fournissent commencera le lundi 2 juin 1913.

Chaque leçon comportera des exercices pratiques.

Les leçons théoriques auront lieu dans la *salle de consultation, de onze heures à midi, les lundi, mercredi, jeudi et vendredi, et à neuf heures et demie le mardi.*

Les exercices pratiques auront lieu *chaque après-midi, de deux heures à quatre heures.*

S'inscrire au service de la consultation, tous les matins de huit heures à midi, 22, rue de Citeaux.

Les leçons théoriques et les exercices pratiques auront lieu dans l'ordre suivant :

1° *Lundi 2 juin.* — Onze heures. L'examen extérieur de l'abdomen, par M. J.-Ch. Roux.

2° *Mardi 3 juin.* — Neuf heures 1/2. L'examen du suc gastrique; les méthodes d'analyse, par M. Taillandier. — Deux heures. Travaux pratiques : Repas d'épreuve, son extraction. Recherches qualitatives : acide chlorydrique libre, acide chlorydrique combiné, acides de fermentation (lactique, butyrique, acétique), pepsine, lab-ferment, par M. Taillandier.

3° *Mercredi 4 juin.* — Onze heures. La sécrétion gastrique; ses viciations. Le chimisme normal et pathologique, par M. Taillandier. — Deux heures. Travaux pratiques : Acidité, son dosage. Dosage chlorométrique, méthode de MM. Hayem et Winter, par M. Taillandier.

4° *Jeudi 5 juin.* — Onze heures. Le transit stomacal; appréciation de ses troubles, par M. Laboulais. — Deux heures. Travaux pratiques : Variations de la concentration. Méthode de mesure du volume total du contenu gastrique (méthode Mathieu-Rémond); le transit stomacal, son appréciation, par M. Taillandier.

5° *Vendredi 6 juin.* — Onze heures. Applications cliniques et thérapeutiques des notions ainsi obtenues, par M. J.-Ch. Roux. — Deux heures. Travaux pratiques : Transit stomacal (*suite*). Examen microscopique du contenu gastrique à jeun; recherche du sang, par M. Taillandier.

6° *Samedi 7 juin.* — Onze heures. La digestion intestinale (physiologie), par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Produits de la digestion gastrique des matières albuminoïdes et des matières amylacées. Dosage de la pepsine et du lab-ferment, par M. Taillandier.

7° *Lundi 9 juin.* — Onze heures. L'examen histologique des selles, par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Préparation du régime d'épreuve. Examen extérieur des selles, examen microscopique après trituration (mucus, tissus conjonctifs et musculaires, débris végétaux), par M. Goiffon.

8° *Mardi 10 juin.* — Onze heures. L'examen clinique et biologique des selles, par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Examen microscopique des selles : fibres musculaires, amidon, cellules végétales, graisses neutres, acides gras, savons, levures, parasites, par M. Goiffon.

9° *Mercredi 11 juin.* — Onze heures. La motricité intestinale, ses troubles, par M. Moutier. — Deux heures. Travaux pratiques : Matières fécales, examen chimique, réaction, pigments biliaires, stercobiline, sang. Epreuve de la fermentation (putréfactions intestinales), par M. Goiffon.

10° *Jeudi 12 juin.* — Deux heures. Travaux pratiques : Etude des pièces anatomiques macroscopiques, par M. F. Moutier.

11° *Vendredi 13 juin.* — Onze heures. L'application de la coprologie à la clinique, les grands syndromes coprologiques, par M. J.-Ch. Roux. — Deux heures. Travaux pratiques : Examen complet des selles, par M. Goiffon.

12° *Samedi 14 juin.* — Onze heures. Le massage et l'électricité dans les affections du tube digestif, par M. Friedel. — Deux heures. Travaux pratiques : Etude des coupes histologiques intéressant les principales maladies de l'appareil digestif, par M. F. Moutier. — Chaque élève recevra une série de coupes comportant les types essentiels des affections de l'estomac et de l'intestin.

13° *Mardi 16 juin.* — Onze heures. La rectoscopie, cours théorique et exercices pratiques, par M. Friedel. Deux heures. Technique coprologique, par M. Goiffon.

14° *Mardi 17 juin.* — Neuf heures 1/2. Exercices de rectoscopie, par M. Friedel. — Deux heures. Suite de l'étude des coupes histologiques, par M. F. Moutier.

15° *Mercredi 18 juin.* — Onze heures. L'examen de l'urine, du sang et du sérum dans les maladies du tube digestif, par M. Moutier.

16° *Jeudi 19 juin.* — Onze heures. Méthode d'exploration de l'œsophage, par M. Laboulais. — Deux heures. Travaux pratiques : Procédés d'examen du sang, par M. F. Moutier.

17° *Vendredi 20 juin.* — Onze heures. Exercices de rectoscopie, par M. Friedel.

18° *Samedi 21 juin.* — Onze heures. Méthodes d'exploration radioscopique de l'estomac et de l'intestin, par M. Laboulais. — Deux heures. Travaux pratiques : Diagnostic hématologique du cancer : anémie, leucocytose, résistance globulaire, pouvoir antitryptique, par M. F. Moutier.

HOPITAL MARITIME DE BERCK. — COURS DE VACANCES. — Douze conférences sur la tuberculose des os et des articulations du 21 juillet au 2 août 1913 par les docteurs Ménard, chirurgien en chef, Andrieu et Calvé, chirurgiens assistants.

Droit d'inscription : 50 francs.

Se faire inscrire par lettre adressée au docteur Calvé ou au docteur Andrieu à l'hôpital maritime de Berck-Plage (Pas-de-Calais).

SUR

UN CAS D'ATAXIE AIGUE AVEC GUÉRISON RAPIDE

Par MM. RISPAL,
Médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté,

et M. PUJOL,
Chef de clinique médicale à l'Université de Toulouse.

Le syndrome d'ataxie aiguë est connu et décrit de longue date puisque les premières observations en ont été publiées et discutées par Leyden et Westphall en 1868 et 1872. Mais en France tout au moins, les cas observés sont restés assez rares, et le syndrome lui-même était considéré comme aussi obscur dans sa nature que dans son étiologie. Il s'agit là cependant d'une entité morbide des plus intéressantes tant par les problèmes anatomo-pathologiques qu'elle soulève, que par les rapports qu'elle paraît affecter avec des affections chroniques du système nerveux comme la sclérose en plaques.

Si nous laissons de côté la littérature étrangère assez importante sinon riche sur cette question et que l'on trouvera résumée dans l'article de Davidenkoff (*Encéphale*, 1910), c'est surtout aux communications de MM. Claude et Schæffer, de Guillain et Laroche, de Marchand, à la Société médicale des hôpitaux, que l'on doit d'avoir attiré à nouveau l'attention des observateurs sur ces faits.

Pour Westphall il s'agit d'une myélite aiguë disséminée, susceptible d'intéresser également le bulbe et dont le tableau symptomatique est celui de la sclérose en plaques, à laquelle d'ailleurs elle serait susceptible d'aboutir après une marche aiguë ou subaiguë entrecoupée d'aggravations et de rémissions. Plus tard ce sont les troubles d'ataxie cérébelleuse qui paraissent dominer la scène morbide dans les observations publiées; parfois aussi les troubles polynévritiques (Déjerine et Egger). Enfin, le passage à l'état chronique sous forme de sclérose en plaques n'a pu être prouvé dans aucun cas contrairement à l'affirmation de Pick. La rapidité habituelle de la guérison signalée par Guillain et Laroche après d'autres auteurs n'est d'ailleurs pas pour venir à l'appui de cette opinion.

Voici l'observation que nous venons de recueillir ; elle nous paraît intéressante à plus d'un titre.

OBSERVATION. — *Jeune femme de tempérament nerveux jusque-là bien portante. Est atteinte d'une infection indéterminée. Peu après, ataxie considérable des quatre membres, troubles de la parole; tremblement intentionnel. Conservation de la force musculaire. Intégrité de l'intelligence et des sphincters. Au bout de dix jours amélioration rapide.* — Le 2 mai 1913, l'un d'entre nous est appelé en ville très tard dans la soirée, auprès de la nommée C... Jeanne, âgée de vingt-cinq ans, exerçant la profession de tailleuse. Cette malade alitée depuis quatre jours est depuis la veille absolument incapable de se tenir sur ses jambes. Son entourage nous affirme qu'elle est souffrante depuis huit jours environ, a présenté de la fièvre et a vomi à plusieurs reprises; des troubles de la parole et des douleurs dans les jambes se seraient manifestés en même temps. Nous conseillons à la famille le transfert à l'hôpital qui est accepté et la malade entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, lit n° 13.

Ses antécédents héréditaires ne présentent pas grand intérêt. Son père a quarante-huit ans et il serait albuminurique depuis quinze ans. Sa mère, remariée avec un homme atteint de syphilis, présente à l'heure actuelle des signes indubitables de tabes. Deux frères, tous du premier lit, sont morts l'un et l'autre en bas âge, le premier d'entérite avec convulsions, le second de débilité congénitale.

Ses antécédents personnels sont assez chargés. Nourrie au sein par une mercenaire, elle a présenté de très bonne heure de l'entérite qui a persisté depuis et se manifeste dès le moindre écart de régime par des vomissements, de la diarrhée, des douleurs abdominales. A cinq ans, notre malade a eu la fièvre typhoïde. Elle a été réglée à quatorze ans assez péniblement, et a présenté à plusieurs reprises des crises de chlorose.

Notre malade s'est mariée il y a quatre ans, à vingt-deux ans; devenue enceinte peu après elle a accouché normalement d'une fillette qui se porte bien. Elle n'a pas fait de fausses couches. C'est une nerveuse, une émotive; avant son mariage elle a présenté à plusieurs reprises, pour de menues contrariétés, des accidents hystériformes. Elle n'a jamais bu d'alcool.

Depuis un an, elle ressent, par intervalles, des douleurs dans les mollets qui ont augmenté surtout depuis un mois et se sont accompagnées de douleurs dans les reins. Le 27 mars, au réveil elle a été prise d'une violente céphalée frontale avec vomissements, de douleurs généralisées à tout le corps et en particulier au niveau des jointures des membres inférieurs. Les 28, 29 et 30 mars, les douleurs et la céphalée persistent mais les vomissements s'arrêtent. La malade a de la fièvre, surtout la nuit, avec des cauchemars très pénibles. Le 31 mars, les vomissements apparaissent à nouveau ; ils suivent l'ingestion des aliments et se font facilement sans douleurs gastriques. Le 1er avril, la malade absorbe une purgation qu'elle rend aussitôt. Ce même jour, alors qu'elle avait pu se lever quelques instants les jours précédents, elle est obligée de garder le lit car ses jambes se dérobent sous elle; les membres supérieurs refusent également tout service et on est obligé de la faire manger. Le 2 avril, la situation s'est sensiblement aggravée et la malade s'exprime avec les plus grandes difficultés. La céphalée a cependant presque complètement disparu. La température est de 38 degrés. Le 4 avril, nous pratiquons une ponction lombaire. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une hyperalbuminose et une lymphocytose des plus nettes. La réaction de Wassermann est négative dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sérum sanguin. L'ensemencement du liquide céphalo-rachidien en milieux variés n'a donné aucune culture.

L'examen de la malade pratiqué ce même jour donne les résultats suivants :

Malade assez maigre ; l'état général paraît cependant assez bon. Quand on l'interrroge elle répond avec la plus parfaite lucidité tant sur les faits anciens que sur l'histoire de sa maladie, mais on est immédiatement frappé par les troubles de la parole. La parole est explosive, scandée, cahotante par instants et simule complètement celle de la sclérose en plaques; il y a du tremblement des lèvres avant l'émission des mots et une certaine hésitation pour lancer les premiers sons.

Du côté des membres supérieurs la force musculaire est sensiblement conservée ; elle correspond assez bien à la force moyenne d'une femme, mais l'incoordination empêche l'exécution correcte de tout mouvement volontaire. Si l'on commande à la malade de porter rapidement son doigt au lobule du nez on constate qu'elle se met assez bien dans la direction de cet organe, mais décrit bientôt des oscillations à droite et à gauche pour se poser finalement sur la joue. Si on veut lui faire porter un verre plein d'eau à la bouche elle renverse rapidement tout le liquide. L'adiadococinésie est des plus nettes. Les réflexes tendineux sont exagérés. Il n'y a pas

de troubles de la sensibilité objective, mais la pression des masses musculaires est un peu douloureuse.

Du côté des membres inférieurs les signes que nous venons d'indiquer sont au complet et encore plus marqués. La malade ne peut porter son talon gauche sur son genou droit et réciproquement. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Il est impossible de provoquer le signe des orteils. Le signe d'Oppenheim est négatif. Les réflexes cutanés, anal et abdominal, sont abolis. Il n'y a ni tremblement, ni vertiges.

Si l'on essaie de faire marcher la malade, on constate qu'il n'y a pas tant de la parésie que de l'incoordination. La démarche, avec double soutien sous les bras, est nettement tabéto-cérébelleuse ; le signe de Romberg est négatif. Au lit, la malade conserve longtemps ses deux jambes élevées perpendiculairement au plan du corps. L'écriture est absolument impossible. Il s'agit en somme surtout d'ataxie cinétique.

Les organes des sens paraissent normaux ; les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a pas de nystagmus. Pas de troubles de la vision. L'intelligence et l'émotivité sont normales. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Le 6 avril la situation est sans changements notables ; il semble cependant que l'incoordination est moins marquée et que la malade parle plus distinctement.

Le 8 avril, tous les signes sont en voie d'amélioration ; la malade peut marcher avec un seul aide et remonter toute seule dans son lit. Elle arrive à manger toute seule à condition d'appuyer son assiette contre son thorax.

Le 18 avril, la parole est presque normale ; la malade marche seule, mais l'incoordination est encore manifeste quand on lui commande brusquement de faire un demi-tour ; elle chancelle et on est obligé de la retenir pour éviter une chute.

L'incoordination est presque disparue au niveau du membre supérieur. L'état général de la malade est si bon qu'elle se propose de demander son exeat un de ces jours. Le retour complet à l'état normal ne nous paraît faire aucun doute.

En somme, il est dans notre observation un élément qui domine la scène morbide ; c'est l'ataxie qui offre ici les traits de l'ataxie cérébelleuse et non de l'ataxie locomotrice. Chez une prédisposée par son hérédité nerveuse et par son tempérament nerveux personnel, une infection amène rapidement des troubles qui attirent l'attention sur la région ponto-cérébelleuse. Ces troubles régressent rapidement.

Des observations analogues à la nôtre ne sont pas très rares ; celle de MM. Guillain et Guy Laroche en particulier lui est absolument superposable. Dans la plupart d'entre elles on trouve l'intégrité de la force musculaire et de la sensibilité, le tremblement surtout intentionnel, souvent des mouvements choréiformes. Dans certaines observations enfin, se surajoutent des troubles psychiques ; il en était ainsi dans une observation de Marchand.

Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, la scène morbide est susceptible de varier ; nous venons de parler des troubles mentaux ; il est des observations où les douleurs font songer à la polynévrite ; il en est d'autres où les troubles sphinctériens imposent le diagnostic de myélite.

C'est dire que l'anatomie pathologique du syndrome est des plus variées. Elle est encore assez mal connue car la maladie guérit le plus souvent. Une seule autopsie complète existe, celle de Davidenkoff ; elle a révélé surtout des lésions de la corticalité cérébrale. Mais il est probable, qu'à ce point de vue on peut distinguer à côté des formes cérébrales, des formes myélitiques, des formes ponto-cérébelleuses, des formes polynévritiques même (Schwarz de Riga).

L'origine infectieuse de l'ataxie aiguë n'est pas douteuse. L'évolution de la maladie, les réactions des humeurs, les constatations anatomo-pathologiques sont là, même en l'absence de toute étiologie précise, pour le démontrer. Mais souvent à l'origine de l'ataxie aiguë, on peut incriminer la rougeole, la diphtérie, la pneumonie et bien d'autres infections. N'est-ce point peut-être le même germe qui la produit le plus habituellement ? A cet égard et à bien d'autres un rapprochement avec la poliomyélite épidémique s'impose. Les rapports de l'ataxie aiguë avec la sclérose en plaques mériteraient une longue discussion. A l'origine de la sclérose disséminée des centres nerveux, bien des auteurs voient aujourd'hui l'infection et le début de cette maladie se ferait par l'ataxie aiguë. Il serait à l'heure actuelle bien présomptueux celui qui oserait trancher cette question. En ce qui concerne notre malade, il nous paraît s'être agi de lésions des plus fugaces, probablement d'ordre congestif plus que dégénératif et son avenir nous paraît pouvoir être envisagé favorablement.

L'HÉMOTHORAX SECONDAIRE FOUDROYANT

Par M. G. LARDENNOIS,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

L'hémothorax qui s'aggrave lentement dans les trois ou quatre jours qui suivent l'accident soit par hémorragie faible mais persistante, soit par petites poussées successives, n'est pas exceptionnel. Témoin les cas classiques de Quénu, Forgue, Delbet. Il est beaucoup plus rare de voir un hémothorax d'abord médiocre et demeuré stationnaire plusieurs jours après l'accident, augmenter brusquement et avec intensité. Riche a vu pourtant un blessé mourir au quinzième jour d'hémothorax secondaire, service de Tillaux, comme il le rapportait à la Société de chirurgie du 10 mai 1911.

Ayant observé un cas de ce genre d'*hémothorax secondaire* foudroyant, je crois devoir le faire connaître car il est fertile en enseignements.

Le 19 août 1911 à quatre heures du soir j'étais appelé d'urgence en qualité de chirurgien de garde à l'hôpital Tenon. Je suis conduit par MM. Moure, Viel et Charrier, internes en chirurgie, salle Seymour, n° 15 *bis*. Je trouve un homme de trente-trois ans sans connaissance, agonisant, livide, les extrémités froides, une respiration rapide et irrégulière, un pouls incomptable.

Rapidement on m'explique qu'il s'agit d'une plaie de poitrine par balle de revolver, dont on voit la trace dans le troisième espace intercostal droit, un peu en dehors de la ligne du mamelon. La plaie date du 14 août à neuf heures du soir. Le blessé est entré le même soir un peu avant minuit.

A ce moment les accidents généraux et locaux

étaient peu accusés. Les jours suivants le malade a été vu par M. le docteur Alglave, chef de service intérimaire, et suivi avec soin (courbe de température, pouls et urines).

Le 16 on a constaté la présence d'un épanchement de quatre travers de doigt avec une température allant de 37°9 à 38°2, un pouls à 90. Le 17, le 18 aucune aggravation, le malade a bonne apparence, il est d'excellente humeur, son pouls bat de 85 à 90, sa température oscille autour de 38.

Le 19, brusquement, vers la fin de la matinée, le tableau change, le blessé jusque-là plutôt gai et insouciant est pris de dyspnée progressive, il est haletant, couvert d'une sueur froide, la face livide, le pouls devient rapide, 120 puis 130.

A trois heures les internes du service constatent que le cœur est refoulé à gauche; pour soulager le malade, ils pratiquent une thoracentèse et retirent 120 grammes de sang rouge et mousseux. Voyant qu'il s'agissait d'une hémorragie thoracique grave ils demandent le chirurgien de garde et installent en attendant une injection de sérum artificiel.

Transporté en toute hâte à la salle d'opération le mourant s'éteignit, malgré l'injection intraveineuse de sérum, pendant que, sans anesthésie, je pratiquais un volet de thoracotomie sterno-costale droite à charnière sterno-chondrale gauche.

Le *massage du cœur* resta sans résultat.

Je pus constater la distension énorme de la cavité pleurale droite, foie abaissé, médiastin refoulé, par un épanchement hémorragique récent et d'une abondance extrême. Aucune intercostale n'avait été atteinte par le projectile. Le cœur et les gros vaisseaux de la base étaient intacts, l'hémorragie venait du poumon droit que la balle avait traversé de part en part.

L'autopsie médico-légale pratiquée par M. le docteur Balthazard montra que la balle de fort calibre avait traversé le poumon et était venue se fixer dans le disque intervertébral III-IV sans rencontrer de gros vaisseaux.

Il résulte de cette observation qu'une plaie du poumon peut donner d'abord une hémorragie de faible intensité, puis brusquement au cinquième jour une *hémorragie secondaire rapidement mortelle*.

La cause de l'hémorragie secondaire dans notre cas n'apparaît pas clairement.

On ne saurait incriminer la ponction faite deux heures avant l'intervention, car à ce moment l'hémothorax était déjà énorme.

On n'a reconnu aucune manifestation précise d'infection pleurale. Faut-il admettre qu'un mouvement intempestif ou un effort brusque ou une crise de toux a détaché le caillot obturateur ? Ou bien s'agit-il d'un vaisseau contusionné par la balle et qui s'est ouvert cinq jours après? L'autopsie ne l'a pas révélé.

Cette observation montre combien est dangereuse la formule bien connue : « Les plaies de poitrine sont de deux ordres, les plaies graves qui tuent tout de suite, les plaies bénignes qui guérissent toutes seules et sans encombre. » On ne saurait évidemment, de faits si exceptionnels tirer argument sérieux en faveur de l'intervention chirurgicale systématique. Mais ils viennent nous rappeler la nécessité, en cas de plaie de poitrine, de la *prudence* dans le *pronostic*, de la *vigilance armée* dans la *surveillance* du blessé.

ACTUALITÉS

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DE LA CHORÉE DE SYDENHAM

La chorée de Sydenham est habituellement classée au rang des névroses; cependant, dès 1896, en discutant sa pathogénie, Huet (1) mentionnait la possibilité « d'une irritation ou d'altérations dynamiques des centres nerveux ».

Les recherches de Babinski, d'André Thomas, ont profondément modifié nos idées sur la nature de cette maladie, car il résulte de leurs travaux qu'on trouve assez souvent chez les choréiques les signes cliniques propres aux affections organiques du système nerveux. D'autres arguments peuvent encore être invoqués en faveur de la théorie qui fait de la chorée une maladie organique du système nerveux; cette théorie a été adoptée et soutenue par Hutinel et Babonneix (2), Mirallié et Cassard (3), Mlle Gatow-Gatowski (4), Grenet et Loubet (5).

Ce n'est guère sur l'anatomie pathologique que l'on doit se baser pour affirmer la nature organique de la chorée, car, actuellement, malgré l'accumulation d'examens macroscopiques et microscopiques des centres nerveux, les lésions propres à la chorée sont encore très mal connues. On sait seulement qu'il ne s'agit pas de grosses lésions macroscopiques et que seul l'examen histologique, avec les méthodes les plus récentes et les plus délicates, permet de trouver parfois quelques altérations cérébrales, médullaires ou méningées. C'est ainsi qu'on a signalé des lésions de l'écorce cérébrale (Turner, Silvestri et Daddi), des lésions cellulaires à toutes les hauteurs du névraxe, mais particulièrement au niveau des corps opto-striés (Méry et Babonneix), des altérations portant sur les divers groupes cellulaires de la moelle (Richon), des lésions méningées (Murri, Delcourt). Certains auteurs ont même décrit des éléments spéciaux, *Choreakörperchen*, qui seraient pathognomoniques de la chorée et qui consistent en masses arrondies, anhistes, ne donnant pas les réactions de l'amyloïde, situées au voisinage des vaisseaux.

La valeur des *Choreakörperchen* paraît des plus médiocres; pour les autres lésions, il faut retenir qu'elles affectent deux sièges de prédilection, l'écorce et les corps opto-striés, mais en réalité l'histologie pathologique de la chorée reste à faire presque tout entière (Hutinel et Babonneix). Dans le liquide céphalo-rachidien des choréiques, on constate parfois de la lymphocytose, ce qui témoigne un certain degré d'irritation méningée. Une preuve indirecte de l'existence des lésions nerveuses dans la chorée résulte peut-être de la notion, aujourd'hui bien établie, qu'il y a des chorées symptomatiques; au cours de diverses affections, s'accompagnant de lésions encéphalo-méningées, surviennent parfois des mouve-

(1) Huet. Article Chorée. *Manuel de Médecine*, t IV.

(2) Hutinel et Babonneix. *Les Maladies des enfants*, t. V.

(3) Cassard. *Considérations sur la chorée de Sydenham, maladie organique*. Th. de Paris, 1910; — *Gaz. méd. de Nantes*, 25 mars et 1er avril 1911.

(4) Mlle Gatow-Gatowski. *Signes de lésions organiques dans la chorée*. Th. de Paris, 1910.

(5) Grenet et Loubet. Les signes organiques de la chorée de Sydenham. *Revue neurol.*, 15 déc. 1912. — Loubet. *Considérations sur la chorée de Sydenham*. Th. de Toulouse, mai 1912. — Grenet. *Le Monde Médical*, 25 avril 1913.

ments choréiformes. On a signalé ces mouvements dans la paralysie générale, dans la maladie du sommeil, dans les tumeurs cérébrales et surtout dans la méningite tuberculeuse (1); on peut tirer, de l'étude des chorées symptomatiques, un argument en faveur de la nature organique de la chorée. D'après Gonnet, les mouvements choréiformes se rencontrent dans les tumeurs intéressant la calotte pédonculo-protubérantielle, les couches optiques; ils sont rares en cas de tumeur occupant le noyau lenticulaire et l'écorce rolandique, exceptionnels dans les tumeurs du cervelet, du lobe frontal et des autres régions du cerveau.

Au point de vue clinique, on remarquera que parfois les mouvements choréiques restent localisés à un côté du corps (hémichorée), que, très souvent, ils sont plus prononcés d'un côté que de l'autre, qu'ils peuvent se compliquer de paralysies, d'amyotrophie; l'aphasie a été observée et elle paraît surtout fréquente lorque les troubles moteurs prédominent à droite. Mais les signes les plus importants de la chorée de Sydenham, maladie organique, sont fournis par la recherche du syndrome pyramidal et du syndrome cérébelleux, qui donne assez souvent des résultats positifs. Parmi les signes d'irritation pyramidale observés chez les choréiques, l'hypotonie musculaire est surtout facile à constater quand la chorée est unilatérale on prédomine d'un côté; on remarque alors, au membre supérieur du côté atteint, l'abaissement de l'épaule, la flexion exagérée de l'avant-bras, l'hyperextension de l'avant-bras; on peut aussi mettre en évidence le signe de la main (Babinski), et le signe de la pronation (André Thomas) : pour le signe de la main, on applique, paume contre paume, les deux mains du malade et on les abandonne doucement à elles-mêmes; la main du côté le plus atteint retombe plus rapidement que l'autre. Le signe de la pronation dépend de ce que l'hypotonie musculaire prédomine sur les supinateurs de l'avant-bras, la tonicité des pronateurs restant au contraire sensiblement normale; on le recherche de la manière suivante : les bras pendant le long du corps ou les membres supérieurs étant élevés verticalement de chaque côté de la tête, la main du côté sain prend une position intermédiaire à la pronation et à la supination, tandis que la main du côté le plus atteint se place en pronation. L'hypotonie musculaire est un symptôme organique de grande importance, lorsqu'elle est très nette, mais chez le jeune enfant il existe, à l'état normal, un certain degré d'hypotonie; c'est seulement lorsque la chorée prédomine d'un côté, que l'on peut, par comparaison, bien apprécier l'hypotonie musculaire et lui attribuer une véritable valeur (Grenet et Loubet). La flexion combinée de la cuisse et du tronc est le premier symptôme organique qui ait été signalé dans la chorée par Babinski en 1905; elle existe dans un quart des cas de chorée et a une signification indiscutable. Un autre signe a été décrit par Grasset et Gaussel; le malade étant couché, on lui demande de soulever l'un après l'autre les deux membres inférieurs, il ne peut exécuter qu'avec peine ce mouvement du côté malade, le membre inférieur de ce côté retombe sur le plan du lit plus rapidement que du côté sain. A. Thomas a étudié les syncinésies ou mouvements associés chez les choréiques; pendant l'occlusion de la main saine, par exemple, la main du côté malade ébauche un mouvement analogue; l'inverse ne se produit pas. Aux membres inférieurs, le même phénomène a été signalé : la cuisse du côté sain étant en abduction, le malade la ramène en adduction et alors on voit le membre inférieur du côté malade présenter un mouvement d'adduction associée. Pour ce qui est des réflexes tendineux, leur état a été très discuté, sans doute parce qu'il est très variable; certains auteurs (Joffroy, Oddo, Nicollet) admettent que le plus souvent ils sont diminués ou abolis; pour d'autres ils restent normaux, dans les cas légers exempts de parésie ou de paralysie (Leroux); sur 21 cas, Babonneix (1) a trouvé 7 fois les réflexes tendineux normaux, 5 fois une exagération, et 2 fois un affaiblissement marqué de ces réflexes. Plus intéressante pour la théorie de la chorée maladie organique est l'étude du réflexe plantaire des orteils, du signe de Babinski; on sait que l'extension du gros orteil provoquée par le chatouillement de la plante du pied est une preuve certaine d'une perturbation du faisceau pyramidal; or, ce signe a été trouvé assez souvent dans la chorée de Sydenham, d'abord par Charpentier, puis par Babonneix, A. Thomas, Cassard; sur un total de 74 observations, rassemblées par Grenet et Loubet, il existait 19 fois. On le recherchera surtout au début de la maladie, car, en général, il disparaît assez rapidement (Cassard). Du signe de Babinski, il faut rapprocher le signe d'Oppenheim (extension du gros orteil provoquée par une friction exercée de haut en bas sur la peau de la région antéro-externe de la jambe, en dehors de la crête tibiale), le signe de Gordon (extension du gros orteil par compression des muscles du mollet) et le signe de Schœffer (même extension à la suite du pincement du tendon d'Achille); le signe d'Oppenheim a été constaté dans la chorée; les signes de Gordon et de Schœffer font le plus souvent défaut.

Après avoir recherché le syndrome pyramidal chez les choréiques, on notera s'il existe quelques symptômes cérébelleux. Ces symptômes se résument dans des troubles de la synergie, de la coordination. Mais ces signes de perturbation cérébelleuse sont quelquefois difficiles à déceler, car les mouvements choréiques gênent l'examen du malade. De plus les signes évidents comme les troubles de la marche (démarche ébrieuse), les grands troubles du cérébelleux dans la station debout et dans la position assise (vertiges, titubations, grandes oscillations) ne sont jamais rencontrés (Cassard). La participation du système cérébelleux à la chorée de Sydenham ne peut donc être révélée que par de petits signes qu'il faut rechercher systématiquement et dont Babinski, A. Thomas ont montré l'importance; ce sont des troubles de la synergie et de la diadococinésie. Voici comment Cassard conseille d'examiner les choréiques à ce point de vue : pour les membres supérieurs, on dit au malade de mettre l'index sur le bout du nez, le doigt ne s'arrête pas au but, le dépasse, oscille plus ou moins, heurte la joue avant de parvenir au nez; il y a donc erreur de toucher. Pour prendre un objet, la main et les doigts se mettent en hyperextension, avant de se fléchir et de saisir l'objet; c'est la dysmétrie, le défaut de mesure. Cette dysmétrie apparaît encore quand on dit au sujet de tracer une ligne sur une feuille de papier et de s'arrêter à un point désigné; le crayon franchit la limite fixée. Dans quelques cas, il y a décomposition des mouvements : pour porter le doigt au bout du nez, le malade commence par rapprocher le coude du tronc, l'avant-bras en flexion sur le bras, la main en extension, puis il fléchit le poignet, tandis qu'à l'état normal tous ces mouvements sont synchrones. Les troubles de la diadococinésie, c'est-à-dire l'impossibilité d'exécuter des mouvements alternatifs à succession rapide, sont de constatation assez difficile, lors de mouvements choréiques très prononcés; cependant on les recherchera en disant au malade de faire des mouvements successifs et alternatifs de pronation et de supination des poignets; du côté atteint, ces mouvements sont difficiles ou impossibles. Pour l'examen du syndrome cérébelleux aux membres inférieurs, on place d'abord le malade debout, on lui dit de poser le pied sur une chaise, il le soulève plus qu'il est nécessaire; on lui fait lever, puis poser le pied à terre, du côté malade, le pied se pose plus brusquement et le talon frappe le sol; pour des-

(1) GONNET. Th. de Lyon, nov. 1909. — BABONNEIX et PAISSEAU. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 148. — BRELET et CHEVILLARD. *Gaz. méd. de Nantes*, 1912, n° 40.

(1) BABONNEIX. Les réflexes dans la chorée de Sydenham. *Arch. de méd. des Enfants*, 1908, n° 12, p. 816.

cendre et monter un escalier, les mouvements sont encore démesurés. Lorsque le malade est couché, on lui prescrit de porter le talon du côté malade sur le genou du côté sain ; le talon dépasse le but en arrière pour revenir ensuite au genou et on remarque, comme aux membres supérieurs, une décomposition des mouvements.

Les troubles de la synergie et surtout les troubles de la diadococinésie sont très fréquents dans la chorée ; ils ont été notés les premiers, 25 fois, les seconds, 43 fois, sur 74 observations, mais leur interprétation est délicate (Grenet et Loubet). On tiendra compte en effet des mouvements choréiques surajoutés aux mouvements volontaires et ce n'est qu'après un examen très attentif qu'on pourra se prononcer. Ce syndrome cérébelleux a d'ailleurs moins d'intérêt que le syndrome pyramidal, car André Thomas, après avoir pensé que les troubles de la synergie et de la diadococinésie relèvent d'une perturbation cérébelleuse (altération du cervelet ou des voies unissant l'écorce au cervelet), A. Thomas estime aujourd'hui qu'il faut plutôt les rattacher à une lésion du système pyramidal, et ces troubles dépendraient de modifications du tonus musculaire. C'est donc aux signes d'irritation pyramidale qu'il faut attacher le plus de valeur, lorsqu'on recherche les symptômes organiques chez un choréique ; ces signes existent dans la plupart des cas ; parfois ils font complètement défaut, il en était ainsi dans trois observations de Loubet, mais cependant les résultats négatifs ne permettent pas de conclure à l'absence de toute altération nerveuse, car la présence ou l'absence des signes organiques dépend sans doute de la localisation des lésions, celles-ci pouvant siéger en dehors du faisceau pyramidal ou de la zone motrice corticale (Grenet et Loubet). On remarquera encore, avec Mirallié et Cassard, que les symptômes organiques observés dans la chorée se modifient rapidement, qu'ils sont surtout fréquents au début de la maladie et qu'ils disparaissent vite. Cette évolution parallèle à la maladie, cette disparition, lorsque celle-ci guérit, plaident encore en faveur de la théorie organique de la chorée ; cela permet de supposer que la présence du syndrome pyramidal correspond à des lésions nerveuses légères, facilement réparables, compatibles avec un retour complet à l'état normal. « Tout concorde donc pour contribuer à faire sortir la chorée du cadre des névroses, pour en faire un accident d'origine infectieuse répondant à une lésion organique du système nerveux, survenant chez des prédisposés. » (Cassard.)

Prédisposition nerveuse et infection, ces deux causes résument, en effet, les notions classiques sur l'étiologie de la chorée. Et comme infection, il est également classique de mettre au premier rang le rhumatisme. Mais voici que, tout récemment, l'étiologie de la chorée a été remise en discussion à la suite des travaux de Milian qui expulse le rhumatisme de la place qu'il occupait et y installe la syphilis. La première communication de Milian sur ce sujet fut faite le 28 juin 1912 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, à propos d'un cas de chorée survenue chez une hérédo-syphilitique et guérie par le traitement spécifique ; quelques mois plus tard, la question fut reprise par Milian avec plus d'ampleur (1), une importante discussion s'engagea et, depuis, plusieurs travaux ont été publiés pour ou contre la nature syphilitique de la chorée de Sydenham. Les observations de Milian sont très complètement étudiées ; pour chaque choréique il recherche les stigmates ou les antécédents syphilitiques, il pratique la réaction de Wassermann, le père et la mère sont examinés, on fait aussi leur Wassermann ; parallèlement, on recherche chez les choréiques le rhumatisme et les cardiopathies. Sur 13 cas de chorée dans lesquels la réaction de Wassermann a été pratiquée elle fut huit fois positive ; les stigmates de syphilis ont été relevés d'une manière à peu près constante chez 15 choréiques examinés à ce point de vue ; quatre fois le père du malade put être examiné et, dans ces 4 cas, la syphilis était certaine ; la mère fut examinée dans 5 cas, il n'y avait pas de signes cliniques de syphilis et, lorsque la réaction de Wassermann put être pratiquée (3 cas), elle fut négative. En résumé, sur 15 choréiques, Milian trouve 11 syphilitiques certains, 2 probables et 2 douteux. Dans cette statistique, le rhumatisme n'est presque jamais noté ; une fois seulement l'enfant a eu quelques douleurs dans les genoux ; un autre petit malade présente des signes de rhumatisme déformant. Par contre, Milian se retrouve d'accord avec les classiques pour noter la fréquence des cardiopathies chez les choréiques ; sur ses 15 sujets, 7 ont des lésions mitrales, mais il ajoute que cette fréquence des cardiopathies n'est pas une preuve de la nature rhumatismale de la chorée, car les cardiopathies dues à la syphilis sont très communément observées. Enfin Milian fait encore remarquer que le meilleur traitement de la chorée, c'est l'arsenic, spécifique de la syphilis, que le 606 a été employé plusieurs fois avec succès dans la chorée ; cette action thérapeutique de l'arsenic s'explique parfaitement si l'on admet la nature syphilitique de la chorée. A cette théorie, de nombreuses objections ont été faites ; l'argument tiré de l'action thérapeutique de l'arsenic a été discuté et jugé peu démonstratif par Nobécourt, Hallé, Triboulet ; Guillain a fait remarquer que les signes oculaires, si fréquents dans la syphilis du névraxe, manquent dans la chorée de Sydenham, que les examens du liquide céphalo-rachidien pratiqués chez les choréiques donnent des résultats tout à fait différents de ceux que l'on obtient en examinant le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. Mais ensuite, d'autres travaux ont été publiés en faveur de la théorie de Milian ; Babonneix (1) retrouve la syphilis héréditaire dans les antécédents de certains choréiques (25 p. 100 des cas, environ) et il ajoute que toute la question est de savoir si, dans l'étiologie de la chorée, la syphilis joue un grand rôle prédisposant ou déterminant, et de fixer le nombre des cas dans lesquels elle intervient. Grenet et Sédillot (2) relatent l'observation d'une chorée survenue chez une fillette de onze ans présentant des accidents oculaires de syphilis héréditaire en évolution, fillette indemne de toute autre maladie infectieuse ; Apert et Rouillard (3) ont examiné une jeune fille hérédo-syphilitique atteinte de chorée grave, mais cette chorée s'accompagnait d'endocardite et a été améliorée par le salicylate de soude ; Chevron (4) publie deux cas de chorée syphilitique. De toutes ces observations, de toutes ces discussions, que peut-on conclure actuellement ? La question nécessite de nouvelles études, une statistique plus considérable, il faudra désormais songer à la syphilis chez les choréiques et les examiner à ce point de vue ; l'opinion exprimée par Grenet nous paraît la plus judicieuse : la syphilis n'est pas en cause aussi souvent que le dit Milian ; au même titre que le rhumatisme et que d'autres maladies infectieuses, la syphilis peut être quelquefois une cause de chorée ; mais il serait dangereux de généraliser.

M. BRELET.

(1) MILIAN. La nature syphilitique de la chorée de Sydenham, *Soc. méd. des hôpit.*, 29 nov. 1912.

(1) BABONNEIX. *Soc. méd. des hôpit.*, 6 déc. 1912.
(2) GRENET et SÉDILLOT. *Soc. méd. des hôpit.*, 17 janv. 1913.
(3) APERT et ROUILLARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 14 fév. 1913.
(4) CHEVRON, *Soc. méd. des hôpit*, 4 avril 1913.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 MAI 1913)

La gymnastique céphalique dans le traitement de l'érythrose faciale. — MM. Lucien JACOB et DEBAT. La contraction musculaire est, à titre général, le meilleur agent de régulation circulatoire et thermique. Les muscles peauciers surtout gouvernent, pour ainsi dire, le fonctionnement des téguments, cutanés ou muqueux, qui les recouvrent. Aussi les auteurs ont-t-ils eu l'idée d'ajouter la mobilisation rythmée des muscles céphalo-cervicaux, externes et internes, aux autres éléments de la méthode bio-kinétique, déjà si efficace dans le traitement des dermatoses subaiguës et chroniques de la face.

Cette gymnastique spéciale est mise en œuvre par séries de contractions d'énergie croissante, à plusieurs reprises quotidiennes, durant de cinq à quinze minutes.

Le patient mobilise ainsi, successivement, les muscles du cuir chevelu et des oreilles, des sourcils, des yeux et de la paupière supérieure, du nez, de la paupière inférieure, des lèvres, des joues, du menton, du cou, du voile palatin, de la langue.

Le temps consacré à chaque groupe musculaire varie naturellement suivant les cas.

La gymnastique céphalique doit toujours être employée concurremment avec les autres agents de la méthode bio-kinétique; c'est-à-dire la recherche soigneuse et la correction des diverses viciations vitales et le massage plastique.

Ainsi utilisée, sa puissance est grande et l'on peut guérir des états cutanés considérés plutôt comme des caractères constitutionnels invariables que comme des dermatoses; telle la rougeur simple ou érythrose de la face.

La malade dont furent présentées les photochromies comparatives, par exemple, était érythrosique depuis l'adolescence. La rougeur faciale permanente subissait, comme à l'ordinaire, des paroxysmes prandiaux, psychiques, thermiques, pendant lesquels elle devenait cramoisie.

En trois mois de traitement, elle fut délivrée de l'érythrose permanente et prandiale. Elle rougit encore, mais moins violemment que naguère, sous l'influence des émotions vives.

En outre son visage s'est remarquablement affiné, comme il est habituel dans la cure bio-kinétique.

Empyème à pneumocoques chez un phtisique. Guérison sans pleurotomie. — M. L. GALLIARD. Un homme âgé de trente-neuf ans porteur d'une caverne tuberculeuse très spacieuse du sommet gauche arrive à l'hôpital avec une collection suppurée de la plèvre du même côté. La température s'élève un soir à 40°7. La première thoracentèse fournit un demi-litre de pus à pneumocoques. Six jours plus tard, M. L. Galliard n'obtient plus que 30 centimètres cubes de pus : il pratique une injection intrapleurale de 15 centimètres cubes de solution de collargol à 1 p. 100. Cette opération est renouvelée ensuite à trois reprises. Six semaines après l'admission à l'hôpital, la pleurésie est guérie; la fièvre n'existe plus. La tuberculose pulmonaire, qui est manifeste à la base comme au sommet gauche, continue à évoluer bien que l'état général semble meilleur.

Six observations de côtes cervicales. — MM. Pierre-MARIE, CROUZON ET CHATELIN relatent six observations de côtes cervicales chez l'homme, avec présentation de malades et de radiographies. Les troubles observés étaient des phénomènes paresthésiques, des atrophies musculaires, de l'abolition des réflexes radiaux et tricipitaux.

Les adiographies ont permis de constater diverses variétés de côtes cervicales que les auteurs désignent sous le nom de : type cunéiforme, type unciforme, type horizontal, type court, type en équerre. Les auteurs insistent en outre sur la fréquence de cette anomalie, dont ils ont pu recueillir six exemples en quelques semaines à la Salpêtrière.

Guérison rapide d'une escarre sacrée par des applications d'air chaud. — MM. MOSNY et PRUVOST ont fait traiter par des applications d'air chaud une escarre sacrée survenue chez un jeune homme longtemps alité pour une broncho-pneumonie accompagnée de thrombo-phlébite double des membres inférieurs. Cette escarre, apparue alors que le malade était presque guéri, s'aggravait tous les jours malgré les traitements classiques employés. Quarante-huit heures après que le traitement par l'air chaud fut institué, la température tomba progressivement de 39 à 37 degrés, l'état local de la plaie s'améliora considérablement ; le vingtième jour, l'escarre était guérie. Il est intéressant de noter l'action rapide et efficace des douches d'air chaud dans le cas d'escarre de ce genre. De cette intervention thérapeutique dépendra souvent la vie des malades, toujours la rapidité de leur guérison.

L'émétine. — M. CHAUFFARD rapporte l'histoire d'une jeune femme de vingt-huit ans, ayant contracté au Dahomey une affection caractérisée par des accès diarrhéiques sans apparence dysentérique, avec selles glaireuses sans tenesme ni épreintes.

Au bout de deux mois elle rentre en France à peu près guérie quand le 5 mai 1912 elle est prise de douleurs violentes du côté droit de l'hypocondre avec irradiations vers l'épaule, température à 39 degrés et mauvais état général. Le lendemain elle est prise de violentes quintes de toux, sensation de déchirure, et a une vomique d'un pus verdâtre. Pendant le mois de juin elle a de petites hémoptysies qui font craindre la tuberculose pulmonaire, mais sans aucun autre signe et elle paraît guérie. Le 15 février 1913, une nouvelle vomique apparaît, de pus couleur chocolat, et pendant un mois, elle exspectore des crachats purulents et sanglants. Elle entre à l'hôpital Saint-Antoine le 17 avril avec des signes d'abcès du foie et l'on porte le diagnostic d'abcès dysentérique. A l'aide de l'aspirateur Potain, on retire 650 centimètres cubes d'un liquide jaunâtre, présentant la réaction de Gmelin, et dans lequel on ne trouve pas d'amibes. La malade reçoit 24 centigrammes d'émétine, dose qui est bien supportée, et qui fait descendre la température. M. Chauffard pense qu'il y a eu ouverture successive dans les bronches de deux abcès dysentériques, et qu'actuellement elle présente un abcès granulo-graisseux, la bile ayant eu un rôle stérilisant. Ces faits paraissent venir à l'appui de l'opinion exprimée par M. Dopter que l'émétine agit seulement sur les amibes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 MAI 1913)

Ethérisation de la cavité abdominale. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une note de M. Témoin (de Bourges) dans laquelle l'auteur vante les bons effets de l'éthérisation de la cavité péritonéale au cours d'opérations plus ou moins graves.

M. MORESTIN a eu recours aussi à ce procédé et y trouve un moyen de désinfection utile et intéressant. Des faits qu'il a observés, il résulte que cette éthérisation, même abondante, n'a aucun inconvénient.

M. AUVRAY rapporte l'observation d'un homme de cinquante-neuf ans qui entra dans son service avec des phénomènes péritonéaux graves. Cet homme portait une hernie à gauche, mais la péritonite, encore circonscrite du côté droit, semblait plutôt d'origine appendiculaire.

M. Auvray intervint immédiatement; il trouva du pus, des fausses membranes. Le point de départ de la péritonite était une petite perforation latérale d'une anse d'intestin qui avait dû se trouver étranglée avec la hernie. Il sutura cette perforation et fit verser ensuite dans la cavité abdominale un litre d'éther. Il essuya le Douglas avec des compresses et referma en laissant deux drains. Le malade, dont l'état était extrêmement grave guérit très rapidement après une petite élévation de température.

M. DELBET n'a aucune expérience de l'éthérisation abdominale, mais il a fait des expériences chez les animaux avec des injections d'alcool dans la cavité abdominale et il a constaté que ces injections étaient toujours très rapidement mortelles.

M. SOULIGOUX, depuis le rapport qu'il a fait sur les observations de M. Marcille, a employé cette éthérisation d'une façon constante dans toutes les laparotomies pour péritonites ou salpingites suppurées; il en a toujours obtenu les meilleurs résultats.

M. THIÉRY pense qu'il pourrait y avoir un certain danger à refermer complètement l'abdomen après ces injections. Il rappelle que, dans un cas d'abcès de la fosse iliaque, Verneuil a pratiqué une injection d'éther iodoformé et qu'il y a eu chez ce malade une distension énorme de l'abdomen et des accidents de péritonitisme assez graves. Il a cependant fini par guérir et de son péritonitisme et de son abcès.

Luxation simultanée des deux hanches. — M. DELBET communique le cas d'une femme qui, dans une chute, s'était fait une luxation de la hanche droite. Elle fut réduite. Puis elle se plaignit du côté gauche et on reconnut que cette hanche était également luxée, réduction, guérison.

Orchite aiguë primitive des enfants. — M. OMBRÉDANNE fait une communication sur un syndrome clinique peu connu d'orchite primitive aiguë chez l'enfant, affection unilatérale, à début brusque, caractérisé par la douleur, le gonflement et la rougeur, se terminant, soit par suppuration, soit par atrophie du testicule. M. Ombrédanne écarte de cette description tous les faits de tuberculose ou de gonococcie. Il n'entend parler que de l'orchite aiguë des masturbateurs, décrite par Gosselin. Dans les deux dernières années, sur un nombre considérable d'enfants, puisque la consultation de Bretonneau est extrêmement chargée, M. Ombrédanne en a rencontré 7 cas. Il a opéré ces 7 malades; chez 4 d'entre eux, il a constaté une torsion du cordon extra ou intravaginale.

Le premier cas a trait à un garçon de treize ans, masturbateur avéré, qui entra à l'hôpital avec une orchite aiguë primitive. Pendant huit jours, M. Ombrédanne tenta la résolution. N'ayant rien obtenu, il opéra ce garçon; il trouva un testicule noir, ouvrit un abcès à son centre et trouva une torsion du cordon qu'il détendit et fixa le testicule au fond du scrotum. Cet enfant guérit. Il resta à la place de son testicule une petite masse dans laquelle il doit rester bien peu de tissu glandulaire. Dans le second cas, enfant de quatorze ans, masturbateur; à l'opération, testicule noir, torsion intravaginale. Troisième cas, garçon de douze ans, masturbateur, pas de torsion, fermeture, guérison. Quatrième cas, opéré de hernie droite, pas d'ectopie testiculaire, masturbateur avéré, douleur brusque surtout marquée au niveau d'un point du canal déférent. M. Ombrédanne fait un diagnostic ferme de torsion; il incise, trouve une vaginale blanche; il remonte le long du cordon, jusqu'au niveau de l'anneau externe; il y avait une torsion à ce niveau; la vaginale fut fixée au scrotum, guérison. Cinquième cas, garçon de treize ans, masturbateur; testicule triplé de volume, scrotum infiltré, pas de torsion; il y avait du liquide dans la vaginale, fermeture, guérison. Sixième cas, quatorze ans et demi, nie la masturbation; opération, torsion intravaginale, fermeture. Un point suppure, fistule persistante, sphacèle, testicule frappé de mort. Septième cas d'orchite primitive aiguë, lié à un œdème du cordon remontant jusque dans l'anneau externe, lésion œdémateuse de la queue de l'épididyme et du cordon, pas de torsion, opération, guérison.

En résumé, en deux ans, sur plus de 36 000 enfants qui sont passés par la consultation de Bretonneau, M. Ombrédanne n'a pu trouver que 7 cas d'orchite primitive aiguë. Les symptômes sont nets : douleur vive apparaissant brusquement au niveau du canal déférent, épaississement œdémateux du scrotum, Le diagnostic est difficile entre les cas d'orchite aiguë primitive simple et les cas de torsion. Il y eut 4 cas de torsion sur les 7 observés par M. Ombrédanne.

M. Ombrédanne cherche une explication de la torsion dans l'habitude de la masturbation, question de congestion des vaisseaux qui portant plus d'un côté que de l'autre entraînerait la torsion.

Quand il y a réellement torsion, dont les conséquences peuvent être l'atrophie, la gangrène du testicule, il faut opérer. Si l'on tombe sur un cas franc d'orchite aiguë primitive, sans doute l'opération n'est pas absolument nécessaire, mais elle n'est pas nuisible. Il vaut donc mieux, dans le doute, risquer d'opérer inutilement une orchite aiguë primitive que de ne pas opérer un cas d'orchite avec torsion.

M. KIRMISSON insiste sur l'intérêt de cette communication dans laquelle il a été traité deux questions :

1° L'orchite aiguë primitive, non tuberculeuse, que M. Kirmisson connaît bien, qui est rare, qui se traduit généralement par des symptômes modérés et s'observe plus particulièrement chez les masturbateurs. M. Kirmisson n'a jamais vu de cas assez graves pour nécessiter une intervention.

2° Les cas dans lesquels il y a torsion, sur lesquels M. Ombrédanne vient très justement d'appeler l'attention, M. Kirmisson ne les a pas vus ou n'a pas su les voir. Il retiendra donc les faits de M. Ombrédanne.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 MAI 1913)

Sur les vaccins de Wright. — M. René GAULTIER, en présentant son ouvrage sur les opsonines et la thérapeutique opsonisante par les vaccins de Wright, rappelle les bases de la méthode, montre sa posologie et ses indications, puis expose les bons résultats qu'il en a obtenus dans le traitement de la furonculose, de l'acné suppurée et de la blennorragie; dans la furonculose, il eut des guérisons rapides et durables; dans la blennorragie, les effets, inconstants dans l'urétrite, sont bons dans les complications locales et souvent excellents dans les complications générales, comme le rhumatisme.

Les aspects radiologiques de la tumeur blanche du genou. — MM. Albert WEILL et Carle ROEDERER estiment que dans un très grand nombre de cas la tumeur blanche du genou évolue presque sans signes radiologiques. Les irrégularités du cartilage dia-épiphysaire, le flou de l'interligne, les taches sombres dans les épiphyses sont de constatation exceptionnelle au début; plus tard, on remarque des fontes plus ou moins considérables frappant surtout un des plateaux tibiaux; mais surtout, c'est la décalcification et l'apparence trabéculaire qui caractérisent la tumeur blanche du genou ancienne. A la période de convalescence, la radiographie renseigne sur l'état des cartilages de conjugaison et sur la forme et la valeur de l'ankylose; elle permet aussi de comprendre les processus de déformation secondaires : genu valgum ou varum, subluxation, genu recurvatum de Sonnenberg.

M. MOUCHET. On ne saurait se montrer trop prudent dans l'interprétation de l'aspect radiographique des cartilages de conjugaison : l'irrégularité des surfaces osseuses adossées au cartilage est souvent un phénomène normal, non pathologique.

La trachéofistulisation. — M. Georges Rosenthal reprend l'étude de cette méthode imaginée en 1901 avec la collaboration de M. G. A. Weill. Par une trachéotomie en miniature, faite à l'anesthésie locale, ou par ponction sous anesthésie à la novocaïne, il laisse à demeure une canule étroite de 2 millimètres de diamètre, de longueur d'une canule à trachéotomie d'adulte, montée sur plaque mobile et munie d'un mandrin. Par cette canule, le médecin traitant pourra, sans connaissance spéciale, injecter l'huile goménolée, l'électrargol ou le cyanure d'or pour la cure des pyrexies pulmonaires. L'instrumentation actuelle marquera la mise définitive en pratique de cette méthode unique de traitement local des bronchopneumonies graves.

De plus, la trachéofistulisation réalise l'alimentation et la suralimentation pulmonaires et permet la mise au repos complet du tube digestif dans les hémorragies gastro-intestinales.

M. Castex. Les injections par piqûres dans la trachée sont toujours mieux supportées que les injections transglottiques, parce que la trachée est physiologiquement plus tolérante que le larynx; mais chez les gens obèses, il semble difficile de piquer directement la trachée; encore, faudra-t-il employer une canule très longue.

La kérithérapie. — M. Barthe de Sandfort propose de donner le nom de kérithérapie à une balnéation nouvelle dans laquelle l'eau est remplacée par la paraffine liquide. Malgré la température paradoxale de 50 degrés, ces bains ne causent aucune impression congestive et sont très bien supportés; le visage reste calme, et à la sortie du bain la peau du corps est à peine rosée; elle ne devient rouge que pendant le repos consécutif et c'est alors, après la cessation de l'application du calorique, que la sudation devient plus abondante. Cette vasodilatation cutanée secondaire s'explique par la contractilité de la cire qui exerce une compression très sensible sur toute la périphérie; la tension, à ce moment, est généralement abaissée de 2 à 3 centimètres.

La kérithérapie donne de très bons résultats dans toutes les formes polyarticulaires de l'arthritisme, dans les névralgies sciatiques, les états variqueux ou phlébitiques anciens et en général dans tous les ralentissements de la nutrition, puisqu'elle active et régularise la circulation générale.

M. Schmidt ne pense pas qu'il puisse s'agir de phénomènes de caléfaction, il admet plus volontiers que l'état d'humidité de l'épiderme empêche un contact étroit et immédiat de la cire avec la peau et permet à cette dernière de s'habituer peu à peu à une température relativement élevée. En tous cas, les heureux résultats du traitement semblent dus à la compression et à la chaleur.

Séparation de l'urée et de l'ammoniaque. Dosage des acides aminés. — M. L. Lematte expose d'une façon schématique comment on peut comprendre la désintégration de l'albuminoïde qui passe de l'état insoluble à l'état soluble et cristallisable sous forme d'acides aminés; l'organisme prend ces corps pour reconstituer les albuminoïdes de l'individu. L'auteur décrit ensuite ses méthodes qui permettent de séparer et de doser l'urée, l'ammoniaque et les acides aminés de l'urine.

PRATIQUE MÉDICALE

La médication iodique est une des plus fréquemment indiquées dans la pratique thérapeutique. Ses modalités sont extraordinairement nombreuses. Encore est-il nécessaire d'en connaître, ne fût-ce qu'approximativement, la valeur respective.

Les préparations iodotanniques, excellentes à n'en pas douter, à certains points de vue : sirops iodotanniques, sirop de raifort iodé, vin iodé, sont, le fait est hors de constestation, des solutions d'acide iodhydrique libre. Ce ne sont à proprement parler, ni des préparations iodurées, ni des préparations iodo-organiques.

Les iodures alcalins n'agissent, en tant que iodiques, qu'après leur décomposition intraorganique et leur combinaison aux albuminoïdes circulantes (Pouchet). D'où l'idée déjà fort ancienne de réaliser la médication iodique sous la forme élective et définitive de combinaisons iodo-organiques.

Une idée simpliste, erronée d'ailleurs quoique encore fort répandue, consiste à croire que l'on réalise extemporanément cette combinaison iodo-organique par addition de teinture d'iode à du vin ou à du lait. En fait, comme pour les préparations iodotanniques précitées, l'iode est, dans ces conditions, intégralement transformé en acide iodhydrique (très irritant pour l'estomac) et la mixture obtenue ne renferme pas trace d'iode organique.

Restent en dernière analyse les peptones iodées commerciales, mais il faudrait bien se garder de croire qu'elles soient pratiquement interchangeables et cliniquement équivalentes. Il est très évident que leur activité pharmacodynamique est en une certaine mesure proportionnelle à leur teneur en iode organique; quelques-unes d'entre elles, préparées comme il a été dit plus haut par addition de teinture d'iode à une solution organique, sont de simples solutions d'acide iodhydrique ne renfermant pas trace d'iode organique et constituent, suivant l'expression vigoureuse, mais exacte d'un auteur contemporain, de « véritables faux »; la plupart n'en renferment que des quantités négligeables, quelques centièmes, 3 à 8 p. 100 au plus.

La médication iodo-organique et partant iodique vraie est rigoureusement réalisée par l'*Iodogénol*, la meilleure des peptones iodées actuelles, renfermant 25 p. 100 de son iode sous forme iodo-organique. Très agissante, elle possède toutes les indications aujourd'hui bien établies des médications iodées et iodurées sans présenter à aucun degré les inconvénients de cette dernière, sans exposer en particulier aux dangers si redoutables de « rétention iodurée » actuellement bien connus.

L'*Iodogénol* se prescrit à la dose de quarante gouttes par jour en deux fois, dans un peu d'eau pendant le repas. Cette dose extrêmement agissante ne représente cependant que 0gr02 d'iode. La dose quotidienne infantile est de dix gouttes (un demi-centigr. d'iode) à vingt gouttes (un centigr. d'iode).

Ce qui démontre péremptoirement l'efficacité clinique de l'*Iodogénol* c'est ce fait qu'à la dose quotidienne de cent à cent vingt gouttes (0gr05 à 0gr06 d'iode) il s'est montré très actif contre les manifestations syphilitiques.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel pratique de kinésithérapie. Fascicule II : *Gynécologie* (1), par le docteur H. Stapfer. — Fascicule III : *Maladies respiratoires. Méthode de l'exercice physiologique de la respiration* (2), par le docteur G. Rosenthal.

Grâce à la division du travail on peut arriver à la publication rapide de traités considérables, et c'est ce qui se passe en particulier pour l'important *Manuel pratique de kinésithérapie* qui paraît à l'heure actuelle en fascicules, sous la signature de spécialistes à notoriété bien assise.

Le premier fascicule, dû à MM. F. Wetterwald et E. Zander traitait du rôle thérapeutique du mouvement et des maladies de la circulation.

Dans le deuxième fascicule M. H. Stapfer résume ses

(1) Un volume de 226 pages, avec 12 figures dans le texte. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) Un volume de 320 pages, avec 50 figures dans le texte. Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

recherches et ses expériences de vingt années, et pose en détails au point de vue pratique les règles de la *kinésithérapie gynécologique* que Bralant a appelée « méthode de Brandt-Stapfer ».

Dans le troisième M. Georges Rosenthal expose les méthodes essentielles ou accessoires, basées sur le mouvement, « qui ont pour but de favoriser le développement anatomique et physiologique de l'appareil respiratoire à l'état de santé, de maintenir dans son intégrité et de ramener à l'état normal cet appareil au cours des maladies générales ou locales, de combattre les différentes localisations morbides qui peuvent affecter ce système au cours des affections aiguës ou chroniques ».

Des ouvrages de ce genre échappent forcément à l'analyse. Bornons-nous donc à signaler l'apparition du *Manuel pratique de kinésithérapie* et à indiquer que les fascicules suivants seront consacrés : le quatrième à l'orthopédie, par M. René Mesnard; le cinquième aux maladies de la nutrition et de la peau, par MM. Wetterwald et R. Leroy ; le sixième aux traumatismes et à leurs suites, par M. L. Durey ; le septième enfin à la rééducation motrice, par M. Hirschberg.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LES PALPITATIONS ET LA TACHYCARDIE

(Symptomatiques d'insuffisance du muscle cardiaque et de désordres nerveux, plus rarement du goitre exophtalmique.)

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième pendant 10 jours.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVIII, n° 6, 27 fév. 1913.) Sir Th. CLOUSTON : L'argument pour le grand hôpital de fous par État. — J. Dellinger BARNEY : La symptomatologie des tumeurs rénales : étude de 74 cas observés au Massachusetts general hospital. — Arthur L. CHUTE : Le diagnostic précoce des tumeurs de la vessie. — R. F. O'NEIL : Observations sur des cas récents de tumeurs de la vessie au Massachusetts general hospital avec une référence spéciale à la technique opératoire. — Horace BINNEY : La valeur de la cautérisation par haute fréquence dans le traitement des papillomes de la vessie. — (N° 10, 6 mars.) H. W. MARSHALL : Une collection de faits, idées et théories au sujet des divers éléments qui contribuent au succès du traitement des maladies des articulations (*à suivre*). — Joseph STANTON : La diverticulite. — Isaac GERBER : Un cas d'infection par le tænia nana, le plus petit des vers solitaires. (1 fig.). — Mark H. ROGERS : Sur l'anatomie pathologique de la spondylite typhique (2 fig.). — Charles H. DUNCAN : L'autothérapie dans le rhumatisme articulaire aigu. — Maurice VÉJUX TYRODE : Tuberculose des glandes mésentériques simulant l'ulcère de l'estomac.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 9, 27 fév. 1913.) ULENLUTH, MULZER et HUGEL : Action chemothérapeutique des préparations d'antimoine dans les affections à spirochètes et à trypanosome. — PAL : Action de l'opium, de ses composés et de ses succédanés. — EMALD : Thrombose des veines spléniques avec hémorragie gastrique mortelle. — DORNER : Fistule bronchoœsophagienne dans un anévrisme de l'aorte. — SACKUR : Sur l'action de l'hormonal. — ROTHSCHILD : Influence de la médication iodée sur la phagocytose des tuberculeux. — STERN : Sur les propriétés autolytiques du sérum de cobaye et les erreurs qu'elles engendrent dans le Wassermann. — STUMPKE : Traitement combiné de la syphilis. — LANG : La question du salvarsan en otiatrie. — HESS : Expériences sur le spasme du pylore et les ferments pancréatiques chez les nourrissons au moyen d'un cathéter duodénal simple. — MEYER : Sur l'origine et la prophylaxie de la maladie de Hirschprung. — — DSCHUNKOWSKY : La fièvre récurrente en Perse.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 12, 23 mars 1913.) Et. GINESTOUS : L'éclairage du lycée de Bordeaux. Recherches de photométrie scolaire (3 fig.). — Ch. PERRENS : Note sur un cas de congestion isolée de l'arachnoïde chez un paralytique général. — (N° 13, 30 mars.) MATIGNON : Contribution à l'étude du petit entérocolisme. Troubles intestinaux « post coïtum » chez certaines femmes entérocolitées. — Louis VERDELET, FOUQUET et NARD : Statistique du service de chirurgie de l'hôpital des enfants.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 12, 22 mars 1913.) E. VIGNARD. Un cas d'estomac biloculaire diagnostiqué par la radioscopie et opéré par le procédé de la gastro-anastomose. — (N° 13, 29 mars.) A. MALHERBE : La déclaration obligatoire de la tuberculose. — BLANCHARD : Kyste séreux du rein.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 12, 23 mars 1913.) DESQUEYROUX : Sur un cas de torticolis spasmodique tonicoclonique. — LEFÈVRE : L'occlusion intestinale par rétrodéviation d'un utérus normal. — (N° 13, 30 mars.) CHARRIER et PARCELIER : A propos d'un cas de récidive tardive d'un cancer du col de l'utérus.

Journal de médecine de Paris. — (N° 12, 22 mars 1913.) GULDJOGLOU : Conduite à tenir dans la procidence du cordon ombilical.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 mars 1913.) DE LAPERSONNE : Valeur diagnostique des exophtalmies. — BOVIER-LAPIERRE : Technique et instrumentation des injections sous-cutanées d'oxygène dans les états infectieux asphyxiques d'origine pulmonaire.

Journal de médecine interne. — (N° 9, 30 mars 1913.) F. TERRIEN : Des œdèmes aigus récidivants des paupières. — HERGOTT : Vomissements incoercibles et rétroversion de l'utérus gravide. — Ch. FOUQUET : Traitement de la gale.

Journal des praticiens. — (N° 12, 22 mars 1913.) Paul SAINTON : La maladie de Parkinson et sa pathogénie. — BOULANGER : Traitement de l'impuissance par les injections épidurales. — (N° 13, 29 mars.) André CASTEX : Bourdonnements dans la neurasthénie. — GAUCHER : Traitement du lupus. Valeur des anciennes méthodes et de quelques procédés plus récents. — SABOURIN : Les bruits pleuro-pulmonaires à rythme cardiaque. — René LE ROY : Les principales causes de l'empoisonnement par les champignons.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 13, 29 mars 1913.) Jean VILLETTE : Ablation des végétations adénoïdes. Indications et technique opératoire. — DESSAUVAGES : Quatre observations de torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.

Lyon médical. — (N° 12, 23 mars 1913.) JAUBERT : Des conditions qui favorisent la pratique de l'héliothérapie. — (N° 13, 30 mars.) MOUISSET et FOLLIET : De l'épilepsie dans le cours de la fièvre typhoïde.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 19 mai 1913. — MM. Sézary, Armand-Delille et Esmein, 20.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale de pathologie externe.* — « Tarsalgie des adolescents. » — Séance du 20 mai. — MM. Mathieu et Okinczyc, 19; Mercadé, 18; Roux-Berger, 17; Gernez, 16.

— CONCOURS POUR UNE PLACE D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve opératoire.* — « Désarticulation du coude par la méthode elliptique. — Ligament de l'artère fémorale dans l'arcade de Hunte. » — Séance du 19 mai. — MM. Lequeux, 16; Devraigne, 15 1/2; Le Lorier et Guéniot, 14 1/2; Chirié, 17; Metzger, 8.

Sont déclarés admissibles : MM. Lequeux, Devraigne, Le Lorier, Guéniot et Chirié.

— CONCOURS DE DENTISTE ADJOINT DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique générale.* — Séance du 16 mai 1913. — M. Waysse, 15.

Séance du 19 mai. — MM. Cavaroz, 14; Coustaing, 17; Izard, 19.

Epreuve clinique dentaire. — Séance du 20 mai. — MM. Coustaing, 17; Waysse, 18.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 19 mai. — M. Bassal : « Syndrome de Basedow. » — Note : 14 1/2.

M. Pinard : « Des bradycardies. » — Note : 15 1/2.

Deuxième séance du 19 mai. — M. Lortat-Jacob : « Urticaire. » — Note : 17 1/2.

M. Dupérié : « Stomatite mercurielle. » — Note : 18.

M. Jumentié : « Poliomyélite aiguë de l'enfance. » — Note : 17.

Première séance du 20 mai. — M. Roubier : « Hémorragies méningées. Pathogénie, signes et diagnostic. » — Note : 17 1/2.

M. Lande : « Adénopathie trachéo-bronchique. » — Note : 15.

Deuxième séance du 20 mai. — M. Foix : « Coqueluche. » — Note : 18.

M. Feuillée : « Néphrite scarlatineuse. » — Note : 16 1/2.

M. Leclerc : « Les déterminations pulmonaires du paludisme. » — Note : 16 1/2.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 19 mai. — M. Bréchot : « Mal de Pott dorsolombaire. » — Note : 16 1/2.

M. Piquand : « Fractures du rocher. » — Note : 16.

M. Olivier : « Phlegmons du plancher de la bouche. » — Note : 7.

Première séance du 20 mai. — M. Rabère : « Pied plat valgus douloureux. » — Note : 16.

M. Etienne : « Orchi-épididymite tuberculeuse. » — Note : 18.

Deuxième séance du 20 mai. — M. Tourneux : « Perforations de la voûte palatine et du voile du palais. » — Note : 11.

M. Lefèvre : « Rein polykystique. » — Note : 16.

M. Ducuing : « Kystes para-ovariens. » — Note : 17.

— SECTION DE PHYSIOLOGIE. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séance du 17 mai.

RENSEIGNEMENTS

— M. Soula : « Principe de la conservation de l'énergie chez les êtres vivants. » — Note : 11.

M. Delaunay : « Le sens musculaire, rôle des impressions cinesthésiques. » — Note : 13.

Première séance du 19 mai. — M. Tournade : « Rôle biologique du phosphore. » — Note : 19.

Deuxième séance du 19 mai. — M. Lafont : « Hématose pulmonaire. » — Note : 10.

M. Sarvonat : « Rapports urologiques, leurs relations avec l'équilibre sanguin. » — Note : 17.

Séance du 20 mai. — M. Lisbonne : « Sécrétion lactée. » — Note : 19.

M. Moulinié : « Action de la lumière sur la rétine. » — Note : 13.

— SECTION D'HISTOLOGIE. — Composition du jury. — Président : M. Tourneux; MM. Testut, Vialleton, Laguesse, Prenant.

Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation. — Ordre de passage :

MM. d'Hardivillier, Guieysse, Champy, Policard, Faure, Lefas, Segall, Dubreuil, Debeyre.

Séance du 20 mai. — M. d'Hardivillier : « Phénomène histologique de la fécondation. » — Note : 4.

M. Guieysse : « Les éléments musculaires du cœur. » — Note : 11.

GUERRE. — Par ordre du ministre de la guerre, les directeurs du service de santé ainsi que les chefs d'état-major des corps d'armée se réuniront le 26 mai à Paris au ministère de la guerre, sous la présidence d'un sous-chef d'état-major de l'armée, en vue de la mise au point de toutes les questions afférentes au service de santé sous le régime de la loi de trois ans.

EXPOSITION UNIVERSELLE ET INTERNATIONALE DE GAND 1913. — Première conférence publique sur les stations thermales et climatiques de France, salle des conférences de la section française, lundi 2 juin à trois heures et demie : « Les cures de diurèse dans les stations thermales françaises », par le docteur F. Baup, médecin directeur de l'établissement thermal d'Evian-les-Bains, membre de la Société de médecine de Paris.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Un concours pour l'admission à huit places d'internes en médecine et en chirurgie qui seront vacantes le 1er octobre prochain s'ouvrira le 1er juillet 1913.

Ce concours comprend quatre épreuves :

Une épreuve portant sur deux questions, l'une de pathologie interne, l'autre de pathologie externe ou d'obstétrique.

Une épreuve de médecine opératoire.

Une épreuve de clinique médicale.

Une épreuve de clinique chirurgicale.

Les internes titulaires reçoivent un traitement de 1800 francs et une indemnité de logement de 300 francs.

Les inscriptions sont reçues du 20 mai au 14 juin (dimanches et fêtes exceptés) de dix heures à quatre heures, à la Préfecture de police (secrétariat général, personnel, quai du Marché-neuf n° 2), où le programme sera remis aux candidats.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES STOMATOLOGISTES FRANÇAIS. — Le Syndicat général des docteurs médecins dentistes français, fondé en 1907, vient de décider le changement de son titre en celui de Syndicat général des stomatologistes français. En France, comme à l'Étranger, les termes « stomatologie » et « stomatologistes » sont désormais les seuls utilisés pour désigner les groupements scientifiques ou professionnels de spécialistes des maladies de la bouche et des dents uniquement composés de docteurs en médecine à l'exclusion de tous dentistes, chirurgiens-dentistes, etc., non docteurs en médecine.

A PROPOS DE LA RÉCENTE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE DE PARIS. — UNE AMENDE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — Lorsqu'on rechercha les causes de la petite épidémie de fièvre typhoïde dont souffrit il y a quelques semaines un quartier de la rive gauche, on découvrit qu'à l'intérieur même de la Faculté de médecine des conduites d'eau de rivière avaient été mises en communication avec des conduites d'eau de source.

Pour que pût se produire le mélange des eaux, il avait fallu qu'on brisât les cachets spéciaux apposés sur deux conduites d'eau de rivière par le service municipal. Or, un arrêté du préfet de la Seine en date du 22 septembre 1891 interdisait sous peine d'amende à la Faculté de briser elle-même ces cachets de garantie.

Cette défense n'ayant pas été respectée, M. Delanney, préfet de la Seine, vient, après avis conforme du service du contentieux, de frapper la Faculté de la double amende de 1000 francs prévue par le règlement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Castet (de la Brède); Henri Gaye (de Pau); Frédéric de Koranyi, membre de la Chambre des magnats, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Budapest; Langlois (d'Eaubonne).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVIII, n° 11, 13 mars 1913.) Benjamen TENNEY : L'obstruction de l'uretère. — Charles M. GREEN : Le traitement conservateur de la toxémie de la grossesse avec convulsions (éclampsie). — Robert B. OSGOOD : La prophylaxie du pied faible et forcé (2 fig.). — J. Herbert YOUNG : La vaccination typhique. — Benjamen BRABSON CATES : Une nouvelle méthode de soigner le tic douloureux de la face en agissant sur les branches périphériques du cinquième nerf cranien. — H. W. MARSHALL : Une collection de faits, idées et théories au sujet des divers éléments qui contribuent au succès du traitement des maladies des articulations (*à suivre*). — L. L. ALBERT : Un nouvel appareil à valve formée par une bille pour l'administration de salvarsan (3 fig.).

Policlinico. — (Mai 1913, fasc. 4.) *Section médicale.* F. SCORDO et G. RIZZUTI : Considérations cliniques et recherches bactériologiques à propos d'une épidémie d'ictère infectieux à Tripoli. — Giovanni ANTONELLI : A propos des ictères hémolytiques. — Abele TADINI : Nouvelles observations sur l'immunisation active contre les substances pyrogènes contenues dans l'anaphylatoxine typhique. — Fernando MORELLI : Contribution à l'étude du mécanisme d'action des exsudats aggressiniques et des sérums antiaggressiniques.

Riforma medica. — (N° 9, 1er mars 1913.) CASTELLINO : Physiopathologie des capsules surrénales en rapport avec la maladie d'Addison et les syndromes surrénaux. — Carlo CROWTHER : Sur un cas de strume aberrante de la loge sous-maxillaire. — G. DALL LAGO : L'artériosclérose gastrique. Un cas d'hématémèse artérioscléreuse. — (N° 10, 8 mars.) DE RENZI : Scorbut. Hémophilie et anémie pernicieuse progressive. — P. CASTELLINO : Physiopathologie des capsules surrénales en rapport avec la maladie d'Addison et les syndromes surrénaux. — Ermanno CEDRANGOLO : Sur le syndrome de Brown-Séquard. — Antonio FAGIUOLI : Observations et considérations sur la présence de bacilles acido-résistants dans le sang.

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDE CLINIQUE SUR

L'OCCLUSION LENTE ET PROGRESSIVE DE L'INTESTIN GRÊLE

Par M. ALBERT MATHIEU (1),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

J'ai l'intention de parler aujourd'hui de l'occlusion intestinale chronique et progressive de l'intestin grêle : cette forme d'occlusion est encore mal connue et les médecins ne se doutent pas en général suffisamment du danger menaçant qu'il y a à attendre que l'occlusion soit très accentuée pour provoquer l'intervention chirurgicale. Il arrive du reste que les chirurgiens eux-mêmes soient hésitants, ne sachent pas assez nettement ce qu'ils doivent faire ni comment ils doivent le faire ; il y a là une œuvre de collaboration médico-chirurgicale à laquelle je demande à prendre part.

Depuis plus d'un an, nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas d'occlusion pour lesquels l'intervention opératoire a dû être provoquée et les cas que je vais relater sont instructifs par eux-mêmes et par leur comparaison.

OCCLUSION LENTE DU JÉJUNUM. — Nous avons eu dans le service au mois d'octobre dernier un malade âgé de cinquante-huit ans, dont les accidents intestinaux remontaient à plusieurs années.

Il avait éprouvé depuis bientôt trois ans des douleurs presque continues avec paroxysmes nocturnes; il avait alors une tendance marquée à la constipation, une diminution de l'appétit sans dégoût spécial pour les aliments. Il avait maigri de 20 kilos.

Les accidents s'étaient exagérés depuis deux ans et ils devinrent tellement intenses que le malade abandonna son travail, peu fatigant d'ailleurs puisqu'il était horloger. Lui-même avait observé, au moment de ses crises, des contractions se montrant sous forme de saillies visibles au pourtour de l'ombilic.

Les douleurs étaient tellement vives qu'il prit l'habitude de se faire plusieurs fois par jour des injections de morphine et il devint ainsi un petit morphinomane. Les vomissements étaient plutôt rares ; à trois ou quatre reprises depuis le début des accidents, il présenta des vomissements alimentaires provenant de ses repas, d'un volume de trois quarts de litre environ.

La constipation était légère et jamais il ne se produisit de débâcle diarrhéique.

A son entrée dans le service, il était amaigri, pâle, d'aspect cachectique, sans avoir cependant le facies typique d'un cancéreux.

En le découvrant, à certains moments, par crises, on apercevait au niveau de l'abdomen, autour de l'ombilic, des contractions péristaltiques très visibles dessinant plusieurs globes juxtaposés, se produisant de gauche à droite, s'accompagnant de douleurs vives et se terminant par un gargouillement. Les contractions venaient aboutir à droite de l'ombilic et l'on pouvait déterminer à cet endroit un point fixe très douloureux.

Je dois ajouter que, pendant que se produisaient ces saillies, lorsqu'on pratiquait la succussion digitale, on percevait un clapotage analogue à celui qui se constate au niveau d'un estomac très dilaté.

En présence de ces symptômes, on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas là d'une sténose pylorique avec grande dilatation de l'estomac et contractions péristaltiques exagérées.

Contre l'hypothèse de la dilatation gastrique, il y avait la localisation exclusive de la saillie et des bruits à la partie inférieure de la région épigastrique et l'aspect plurilobaire des ondes péristaltiques donnant l'idée beaucoup plutôt de mouvements se passant au niveau de la partie supérieure de l'intestin grêle que de l'estomac.

Nous avions un moyen simple de contrôler cette impression, la radioscopie.

Cet examen pratiqué par M. Béclère et son aide M. Jaugeas montra un petit estomac oblique de gauche à droite ne correspondant nullement à la zone où se montraient les contractions et le clapotage. On remarquait des dépressions presque permanentes siégeant sur la grande courbure, dépressions dues sans doute à la compression de l'estomac par les anses intestinales distendues. Il s'agissait donc certainement d'une dilatation de la partie supérieure de l'intestin grêle et non d'une dilatation gastrique.

Nous avions affaire à une dilatation de la première partie de l'intestin grêle causée par une sténose incomplète, chronique et progressive portant sur le jéjunum.

Nous retrouvons dans cette observation un syndrome presque pathognomonique des sténoses de l'intestin grêle, c'est le syndrome de Kœnig : douleurs à type de coliques, contractions péristaltiques visibles et, à la fin de la crise, gargouillement indiquant le passage de gaz et de liquides comprimés à travers un orifice rétréci.

Malgré l'état précaire du malade, nous avons décidé avec M. le professeur Lejars d'entreprendre une intervention qui, à notre avis, aurait dû être pratiquée longtemps auparavant, à une époque où elle eût été beaucoup moins grave.

Voici la note qui nous fut remise après l'intervention par le professeur Lejars : laparotomie sus-ombilicale médiane; on trouve les anses intestinales grêles dilatées, d'une largeur de trois travers de doigt, épaissies, avec plaques blanchâtres, pas de contenu liquide appréciable ; au point douloureux, sténose annulaire, scléreuse, blanchâtre, adhérente, d'aspect squirrheux; on trouve quelques petits ganglions.

On pratique l'anastomose latéro-latérale. Le lendemain, le malade mourait de shock opératoire.

Voilà donc un type d'occlusion incomplète, chro-

(1) Conférence recueillie par M. Girault, interne du service.

nique, siégeant sur la partie supérieure de l'intestin grêle.

Quelle en était la nature? L'autopsie n'a pu être faite, mais il semblait bien s'agir dans ce cas d'un squirrhe en anneau et la longue durée de l'évolution ne doit pas nous faire rejeter ce diagnostic. Le point intéressant en est la marche lente et progressive et le fait de sa localisation.

Diagnostic de la sténose du jéjunum et de la sténose mésogastrique. — Il se présente des cas où le diagnostic est difficile non pas avec la sténose pylorique, mais avec certains faits de sténose médiogastrique; il y a une dizaine d'années nous avons eu à l'hôpital Andral une malade qui présentait un cas typique de ce genre. On constatait chez elle un vaste clapotage abdominal paraissant limité à l'estomac; le lavage ne put cependant retirer qu'une petite quantité de liquide. Dans ce cas particulier, à une époque où l'examen radioscopique n'était pas encore en usage, le diagnostic était très difficile entre une sténose mésogastrique et une sténose siégeant sur le tiers supérieur du jéjunum. Grâce à la radioscopie, le diagnostic est devenu extrêmement facile.

Sténose lente et progressive de la partie terminale de l'iléon. — Voici un autre fait se rapportant à un cas où la sténose lente, progressive, siégeait à 20 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale.

Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-huit ans, vigoureux, autrefois palefrenier, maintenant chauffeur d'automobile.

A l'occasion d'un coup de pied de cheval dans l'abdomen, il ressentit une douleur atroce et perdit connaissance. Il put reprendre son service quelques jours après. Six mois après, toutes les semaines environ, il ressentait une douleur violente, à crier, occupant tout le ventre et se terminant par un vomissement; pendant la crise, l'émission des gaz intestinaux était suspendue. Cet état dura environ trois mois, puis les phénomènes s'atténuèrent, et, pendant dix-huit mois, il ne ressentit plus rien d'anormal.

Puis les crises revinrent : en janvier 1911, il en présenta une de cinq jours, puis en juin une nouvelle qui dura huit jours. En octobre, une nouvelle crise s'accompagna du vomissement d'une gorgée de sang, probablement due à la rupture de quelque capillaire. Le 15 octobre, une crise violente fut suivie d'un vomissement à caractère fécaloïde. A ce moment, le malade entra dans le service de M. le professeur Lejars qui voulut bien nous le faire examiner.

A l'examen, on trouve un ventre souple, un clapotage intestinal marqué et on provoque le phénomène de la fausse ascite.

En effet, en pratiquant la succussion digitale sur l'abdomen, on détermine un clapotage diffus et très marqué. Quand on fait coucher le malade d'un côté, il y a de ce côté de la matité déclive et de la sonorité du côté opposé; si le malade se couche sur le côté opposé, les phénomènes se montrent inversement disposés. Et pourtant ce malade n'a pas d'ascite; nous avons pu de suite l'affirmer en raison du bruit de succussion et de clapotage intestinal.

Au bout de quelques jours, la crise se calme et le malade sort de l'hôpital, n'ayant plus aucune douleur.

Quelques jours après, nouvelle crise qui se termine par une débâcle diarrhéique.

Il revient dans notre service le 4 décembre avec une crise durant depuis la veille : coliques, vomissements alimentaires; il a une selle sous l'influence d'un lavement, et j'insiste sur ce fait que nombre de médecins eussent été à tort rassurés par la présence de cette selle.

Nous trouvons encore le signe de la fausse ascite et du clapotage intestinal et, pendant quelques minutes, nous constatons des contractions péristaltiques en étages au-dessous de l'ombilic. Le lendemain, la crise est terminée.

L'examen radioscopique ne nous donne pas de renseignements nets. Un lavement au bismuth s'arrête à l'angle droit du côlon, mais ceci ne nous suffit pas pour porter le diagnostic d'occlusion du côlon.

Le malade sort de nouveau de l'hôpital. Il y revient quelques jours après, après une nouvelle crise, et, cette fois, l'opération conseillée est acceptée; elle est heureusement pratiquée dans l'intervalle de deux crises. On peut être en effet obligé d'intervenir au moment des accidents aigus, mais c'est chose regrettable, et mieux vaut beaucoup, en cas semblable, intervenir entre deux poussées d'occlusion.

Le 9 décembre, M. Lejars pratique la laparotomie latérale droite; il trouve, à 20 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale, l'intestin grêle très dilaté, blanchâtre; la dilatation s'arrête au niveau d'un rétrécissement annulaire autour duquel se montrent des plaques inflammatoires blanchâtres. L'entéro-anastomose est pratiquée entre les parties sus et sous-jacentes au rétrécissement.

Depuis ce moment, le malade que nous avons revu souvent est en excellente santé.

Ce cas est curieux par la cause de la sténose : traumatisme ayant déterminé une sclérose d'une portion de l'intestin grêle; mais ce n'est que huit ans après le traumatisme abdominal qu'on fut amené à intervenir en raison de la répétition de crises d'occlusion qui trahissaient sûrement l'existence d'un rétrécissement permanent et progressif, et le malade reste sans nulle manifestation pendant six mois. Il s'agit donc là d'un fait rare.

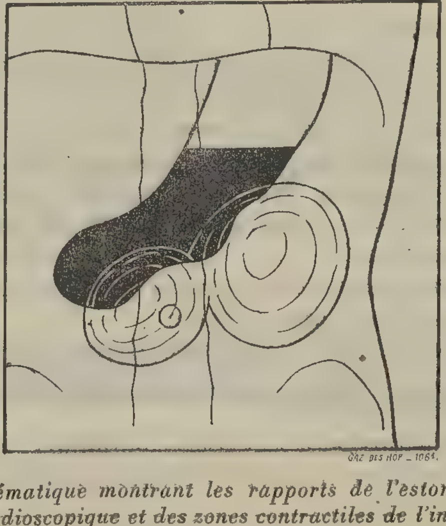


Figure schématique montrant les rapports de l'estomac vu sur l'écran radioscopique et des zones contractiles de l'intestin relevées directement sur l'abdomen.

Diagnostic difficile de l'occlusion lente de l'iléon et du côlon ascendant. — Dans la troisième des observations que je vais rapporter pour terminer cet exposé, il s'agissait, il est vrai, d'une sténose du coude droit du côlon ; mais, avant l'ouverture de l'abdomen on avait été amené à penser à un rétrécissement de la partie terminale de l'iléon. Ce fait montrera nettement la grande difficulté de ce diagnostic différentiel.

Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans, instituteur, dans les antécédents duquel on relève une bronchite, avec hémoptysies et périodes fébriles pour lesquelles il fut soigné pendant près d'un an avant son service militaire.

La maladie actuelle débute en mai 1912 par des alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques avec réaction côlique sous forme d'état nauséeux. A la fin de septembre, il reste vingt jours sans selles après une crise où il constata des ondulations péristaltiques visibles suivies de bruits musicaux. Il restreint son alimentation et maigrit. Il évacue quelques billes après un lavement d'huile.

Le 28 novembre, il est repris d'une nouvelle crise, le ventre est ballonné, les anses intestinales sont dilatées, superposées en étages et douloureuses. On constate un bruit de flot très net à la succussion. En pleine crise, on trouve dans la fosse iliaque droite deux anses superposées plus dilatées et plus fixes que les autres. Je n'ai pu résoudre le problème de savoir si l'inférieure était le cæcum dilaté, ou s'il s'agissait de deux anses grêles distendues ; j'ai essayé de trancher la question par l'examen radioscopique. On vit le cæcum se remplir par un lavement bismuthé ; on pouvait en conclure qu'il était situé en aval du rétrécissement, et que celui-ci devait siéger sur la partie terminale de l'iléon. Il n'en était rien.

En effet, lorsque le professeur Lejars pratiqua la laparotomie, il trouva les anses grêles et le cæcum dilaté; la sténose siégeait au coude droit du côlon, elle était causée par un petit anneau blanchâtre, scléreux.

L'examen extérieur et l'examen radioscopique nous avaient donc induits en erreur, le lavement bismuthé était parvenu jusque dans le cæcum malgré la sténose du coude droit du côlon.

L'anus cæcal fut pratiqué et nous attendrons que le malade soit suffisamment remonté pour provoquer une opération complète : il s'agira alors d'établir une anastomose entre l'iléon et le côlon transverse, puis ultérieurement peut-être, de réséquer la zone sténosée.

Il y aurait donc ici trois temps opératoires successifs :

1° Etablissement d'une bouche cæcale destinée à remédier aux accidents graves d'occlusion ;

2° Anastomose iléo-transverse ou iléo-sigmoïdienne contournant l'obstacle ;

3° Ablation de l'anneau rétréci si la lésion paraît carcinomateuse, ou même si elle paraît être une lésion tuberculeuse en évolution.

Valeur clinique de la fausse ascite. — En 1885, von Litten en rapporta le premier un cas intéressant. Chez un jeune homme, avait été porté le diagnostic de péritonite tuberculeuse avec ascite : à l'autopsie, on ne trouva pas de liquide dans le péritoine, mais il existait six grosses poches comparables à un estomac dilaté. Elles étaient développées dans l'iléon et limitées par des rétrécissements successifs.

En 1897, Pierre Delbet, qui ne connaissait pas cette observation, constata chez deux malades ce phénomène de la fausse ascite (1). Il remarqua chez ses malades que la matité ne se limitait pas par une ligne horizontale, mais par une série d'échancrures. Il en avait conclu à la présence de liquide dans des anses intestinales différentes et non dans une grande cavité libre.

En 1898, Nothnagel décrit le syndrome complet. Depuis on a ajouté à la séméiologie de ces sténoses incomplètes de l'intestin grêle un symptôme nouveau constatable à la radioscopie.

Examen radioscopique : les tuyaux d'orgue. — Dans les cas de ce genre, quand on examine des malades en état d'occlusion, on trouve des anses intestinales très dilatées, et dans l'intérieur du liquide à des niveaux différents. Elles ont suivant l'expression de M. Béclère l'aspect de tuyaux d'orgue juxtaposés. Le niveau du liquide varie suivant les contractions de l'intestin. Çà et là un godet de bismuth se trouve rassemblé dans la partie inférieure des anses dilatées ; nous avons pu, avec mon collègue et ami Béclère, en observer plusieurs cas typiques.

Nothnagel se représentait que les anses intestinales tombent quand le malade se couche sur le côté opposé; mais il semble bien plutôt que le liquide lui-même s'écoulant dans les anses, tombe dans leur partie la plus déclive.

Conclusion. — On voit combien est intéressante la notion de ces sténoses incomplètes, progressives, combien il est nécessaire de les dépister de bonne heure ; elles ne présentent pas le tableau de l'occlusion intestinale totale ; mais, tel qu'il est, l'ensemble symptomatique doit nous amener très vite au diagnostic de la sténose incomplète et à l'intervention chirurgicale, bien avant qu'il se soit établi des accidents permanents de sténose. L'idéal est ici, comme toujours, d'opérer à froid, entre deux crises ; c'est beaucoup moins dangereux que d'intervenir d'urgence en pleine occlusion. Qu'il me soit permis de dire, en terminant, que ce que je sais de plus utile à ce sujet, je le dois à mon ami le professeur Quénu.

(1) Pierre Delbet. *Leçons de clinique chirurgicale*, XVe leçon. — Paris 1899, Steinheil, édit.

ACTUALITÉS

LA RÉACTION D'ABDERHALDEN ET LE DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

Reconnaître si une femme est enceinte au moyen d'une réaction de laboratoire, voilà certes une chose à laquelle on n'eût pas songé voici quelques années, et qui eût provoqué le sourire et même la plaisanterie. Et cependant il semble bien que ce résultat surprenant soit acquis et il y a là une nouvelle conquête du laboratoire dont l'importance est considérable, tant au point de vue biologique qu'au point de vue des conséquences pratiques en pouvant découler.

Un certain nombre de travaux ont été publiés sur ce sujet, depuis quelques mois, et nous allons essayer d'en résumer les données principales. Notre tâche est d'ailleurs facilitée sur bien des points par une étude parue récemment dans *Il Morgagni* (parte II, Rivista, 11 avril 1913, n° 21).

C'est à Abderhalden qu'on doit l'idée de reconnaître la gravidité par une méthode biologique, et son premier travail sur la question, signé de lui et de Kiutsi, date de 1912 (*Zeits. f. physiol. Chem.*, LXXIV, 4). Il nous faut d'ailleurs, pour pouvoir exposer utilement le procédé extrêmement délicat auquel il a recours, rappeler de façon sommaire certaines données biologiques dont cette méthode dérive.

On sait que les albuminoïdes absorbées sous forme d'aliments subissent dans le tractus gastro-intestinal l'action dissolvante des ferments protéolytiques, ou, comme le veut Bayliss, des protéoclastes qui divisent les molécules d'albumine à structure compliquée en groupes atomiques plus simples. Ceux-ci peuvent alors, à travers les parois gastro-intestinales, pénétrer dans le torrent circulatoire et aller participer à la série des phénomènes métaboliques. Normalement en effet, aucune molécule albuminoïde entière ne peut traverser la paroi gastro-intestinale, et elle doit nécessairement être fragmentée pour cela. Il était donc curieux de rechercher comment se comporte l'organisme lorsque la molécule albuminoïde à l'état d'intégrité y est introduite, non plus par la voie gastro-intestinale, mais par une autre voie, sous-cutanée par exemple. C'est Weinland qui, en 1906, entreprit à l'Institut de physiologie de Münich les premières recherches sur ce point. Il injecta sous la peau, à des chiens, du saccharose dont les molécules sont plus petites que celles de l'albumine ; or chez le chien l'invertine n'existe normalement que dans l'intestin seul, et cependant Weinland put constater que de la dextrose circulait dans le sang après l'injection et il en conclut logiquement qu'il existait de l'invertine dans le sang. D'autre part Heilner, grâce à des recherches sur les gaz de la respiration, constata que la seralbumine injectée sous la peau est décomposée et oxydée par un ferment protéolytique spécifique prenant naissance *ad hoc*. Il y a donc là identité entre ce ferment et les substances protectrices formées dans le sérum au cours de l'immunisation contre les processus infectieux. Heilner appela donc ces ferments des « Immunferments », car leur rôle primordial est de protéger l'organisme contre les éléments étrangers, et secondairement d'utiliser ces éléments comme matériaux de nutrition.

C'est alors qu'intervint Abderhalden, qui permit d'observer directement l'action des immunferments. Etant donné en effet que l'introduction d'albuminoïdes étrangères à l'organisme par une voie autre que la voie gastro-intestinale provoque la formation de ferments protéolytiques, il se demanda quel sort subiraient, dans les mêmes conditions, des albuminoïdes appartenant à l'organisme lui-même mais étrangères à celles du sang. Or, chez la femme enceinte ces conditions sont précisément remplies par la pénétration dans le torrent circulatoire d'éléments chorio-épithéliaux. Ces éléments, qui revêtent les villosités placentaires et qui ont une composition et une structure spéciales, pénètrent dans le sang par un procédé purement mécanique sur lequel il n'est pas inutile d'insister. En effet, le sang, qui circule dans les espaces intervilleux, après avoir baigné les villosités les refoule vers l'entrée des veines où il se dirige, et au cours de ces oscillations des villosités, quelques-unes de leurs cellules épithéliales se détachent de temps à autre et pénètrent dans la circulation. Et cela n'est point une simple vue de l'esprit, car Schmorl, en 1893, à l'autopsie de femmes enceintes rencontra dans les artères pulmonaires des éléments syncitiaux volumineux. Ces femmes étant mortes éclamptiques, il voulut même établir une relation de cause à effet entre les deux phénomènes, mais ultérieurement Veit et d'autres auteurs firent les mêmes constatations en dehors de l'éclampsie. Il s'agit là en somme d'une sorte de métastase cellulaire qui a donné lieu à de nombreuses discussions.

Quoi qu'il en soit, Abderhalden a démontré que cette métastase provoque la formation de ferments protéolytiques spécifiques dans le sang des femmes enceintes, et il l'a démontré par la méthode optique et par la méthode de la dialysation. Pour la méthode optique il peptonise du tissu placentaire et mélange 1 centimètre cube de solution à 5 p. 100 de cette peptone avec 1 centimètre cube de sérum sanguin d'une femme enceinte. Il suit alors au polarimètre l'action des ferments du sérum sur la peptone placentaire. Le contrôle s'obtient en faisant le même mélange mais en employant cette fois du sérum sanguin de femme non enceinte; les deux mélanges sont alors maintenus à 37 degrés centigrades dans un thermostat, et l'on suit d'heure en heure leur pouvoir de déviation sur la lumière polarisée. Or, et c'est là le point caractéristique de la réaction d'Abderhalden, avec le mélange où le sérum provient d'une femme qui n'est pas enceinte, on n'observe aucune variation du pouvoir rotatoire ; au contraire, avec le mélange à sérum de femme enceinte une variation notable apparaît rapidement. Donc, dans ce dernier mélange, la peptone placentaire subit des transformations chimiques sous l'action de ferments protéolytiques contenus dans le sang de la femme enceinte.

La méthode par dialysation est basée sur cette notion expérimentale que les albuminoïdes ne sont pas diffusibles à travers les membranes animales ou le parchemin, leurs molécules étant trop grosses pour les pores de ces membranes; mais une fois peptonisées par les ferments protéolytiques, les molécules, beaucoup plus petites, traversent les membranes et pénètrent dans le liquide adjacent où on peut les mettre en évidence, notamment par la réaction du biuret. Or, dans le cas qui nous occupe, si l'on mélange une solution d'albumine placentaire à du sérum sanguin de femme non enceinte d'une part, à du sérum de femme enceinte de l'autre, on constate qu'il n'y a pas dyalyse dans le premier cas, qu'il y en a une très accusée dans le second.

Cette importante réaction a été contrôlée par divers expérimentateurs. C'est ainsi que Petri, de la Clinique gynécologique et obstétricale de Münich, a constaté récemment les mêmes faits sur 23 femmes enceintes. On trouvera dans le *Centralblatt für Gynäkologie* (1913, n° 7) les modifications de technique par lesquelles cet auteur croit avoir perfectionné la méthode d'Abderhalden par dialysation. Schlimpert et Hendry ont étudié eux aussi la réaction sur 79 femmes à la Clinique de Krönig, à Fribourg, et toujours avec des résultats positifs. Ils donnent également des conseils techniques pour la méthode par dialysation (*Münch. med. Woch.*, 1er avril 1913). William et Pearce (*Surg., gyn. and obst.*, t. XVI, n° 4, avril 1913) obtiennent des résultats positifs chez 28 femmes enceintes et 8 accouchées; la réaction manque constamment en dehors de la grossesse. Enfin, à la séance du 25 avril dernier, à la Société des médecins de Vienne, Ekler a rapporté avoir pratiqué la réaction d'Abderhalden dans le service de Fleischmann chez 66 femmes. Parmi elles, 41 étaient enceintes, et le résul-

tat fut toujours positif; 25 ne l'étaient pas et le résultat fut constamment négatif. Parmi les 41 cas positifs il convient de noter, ce qui est du plus haut intérêt pratique, qu'il y avait des grossesses très récentes, des grossesses extra-utérines et des cas d'un diagnostic très difficile. Contrairement aux autres expérimentateurs que nous avons cités plus haut, Ekler conseille de suivre rigoureusement les indications d'Abderhalden (*Semaine médicale*, 30 avril 1913, n° 18, p. 216).

Fait très important, et qui devra être soigneusement précisé, ne fût-ce qu'au point de vue médico-légal, la réaction peut rester positive quelques jours et même jusqu'à deux semaines après l'accouchement ou l'avortement. D'autre part il faut se demander à partir de quel moment après la fécondation la réaction permet de poser le diagnostic de grossesse. Or, d'après les auteurs, les ferments spécifiques peuvent être décelés dans le sang pendant le premier mois de la gestation, et Petri affirme que le diagnostic peut être fait dès les premiers jours qui suivent l'imprégnation.

Pour comprendre comment cela est possible il importe de se remémorer certaines données, et tout d'abord que la production des immunferments spécifiques se fait dans quelques cas avec une grande rapidité. C'est ainsi que celui qui transforme le saccharose injecté, apparaît dans le sang au bout de sept à huit heures si l'injection a été sous-cutanée, au bout de quinze minutes si elle a été endoveineuse. Par ailleurs, les recherches faites sur l'implantation de l'œuf, et en particulier celles de Peters qui a pu observer un cas où cette implantation ne datait que de trois jours, ces recherches, disons-nous, ont montré que l'ovule fécondé s'enfouit directement dans la paroi utérine et que les cellules ectoblastiques du nouvel être, c'est-à-dire le trophoblaste, se détruisent en partie vers la périphérie de celui-ci, sous l'action corrodante du sang maternel qui vient battre contre lui. Dans ces conditions, de nombreux noyaux du trophoblaste circulent dans les lacs sanguins et pénètrent ainsi dans le torrent circulatoire. Il faut donc admettre que ces fragments de cellules, même avant que le syncitium se soit achevé, ont la faculté de provoquer l'apparition d'immunferments spécifiques comme le feront plus tard les éléments chorio-épithéliaux complexes entrant eux aussi en circulation. Cette propriété appartiendrait donc à toutes les substances albuminoïdes provenant du produit de la conception, et c'est seulement ainsi que l'on peut concevoir comment, dans le sang de la femme enceinte, les ferments protecteurs contre le placenta existent et circulent dès le début de la grossesse et pendant toute sa durée.

Quoi qu'il en soit de ces délicates interprétations, la découverte d'Abderhalden est du plus haut intérêt, et nous avons tenu à résumer ici sans tarder ce que l'on sait à l'heure actuelle au sujet de cette question appelée sans doute à acquérir au point de vue théorique et au point de vue pratique une importance de premier ordre. A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 MAI 1913)

Le fluor dans l'organisme animal : squelette, cartilages, tendons. — MM. Armand GAUTIER et P. CLAUSMANN. Dans un précédent mémoire (*Gaz. hôp.*, 1913, n° 55, p. 894) les auteurs ont fait connaître les résultats de leurs recherches du fluor dans la peau et ses annexes chez l'homme et quelques animaux. Aujourd'hui MM. A. Gautier et Clausmann étudient au même point de vue l'os, les dents, les cartilages et les tendons. Ils nous montrent que, chez l'animal arrivé à son ossification complète, la diaphyse peut contenir, considérée à l'état sec, cinq fois plus de fluor que l'épiphyse du même os, probablement parce que celle-ci reste toute la vie, en partie au moins, cartilagineuse. Les os plats, pris à l'état sec, sont plus pauvres en fluor que les diaphyses des os longs.

Jusqu'à l'âge adulte, le fluor paraît augmenter progressivement dans les os à mesure que ceux-ci se complètent, et cela aussi bien dans les diaphyses que dans les épiphyses.

La dentine, ou os dentaire, par sa constitution, comme par sa richesse en fluor, doit être rapprochée du tissu osseux diaphysaire.

De tous les tissus examinés jusqu'ici par les auteurs, les os et l'émail dentaire sont les plus riches en fluor ; les cartilages et les tendons sont les plus pauvres.

Méthodes à employer pour réaliser la tuberculose expérimentale par inhalation. — M. P. CHAUSSÉ. Les premiers expérimentateurs qui ont tuberculisé des animaux par inhalation ont employé des doses considérables de virus et multiplié les épreuves; Tappeiner fit subir à ses animaux de 54 à 140 séances d'inhalation, Bertheau 2 à 10, Veraguth 8 à 14, Thaon 14.

En faisant des pulvérisations de virus frais par voie humide M. Chaussé a toujours obtenu l'infection en une seule fois.

La pulvérisation de virus desséché amène l'infection en toute certitude pendant les premiers jours seulement de la dessiccation.

En résumé les expériences de M. Chaussé montrent que la tuberculose d'inhalation est un mode d'infection extraordinairement efficace chez toutes les espèces réceptives; toutefois, ce n'est pas sur cette seule conclusion expérimentale qu'on peut se baser pour soutenir l'origine respiratoire de la phtisie chez l'homme et chez le bœuf, mais sur les données pathogéniques générales et nécropsiques.

Dosage du glycogène dans les muscles. — M. H. BIERRY et Mme Z. GRUZEWSKA.

L'adaptation organique dans les états d'attention volontaires et brefs. — M. J.-M. LAHY.

Résistance comparative du chien et du lapin aux injections intraveineuses d'acide carbonique. — M. R. BAYEUX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 JUIN 1913)

Vaccination antityphoïdique. — M. VINCENT rappelle qu'une grave épidémie de fièvre typhoïde a éclaté en 1912 à Paimpol. Le maire de cette ville a demandé du vaccin antityphoïdique au ministère de la Guerre. Or, aucune des personnes vaccinées avec ce vaccin n'a contracté la fièvre typhoïde. De plus, après ces vacccinations, l'épidémie s'est brusquement arrêtée. Une même expérience a été faite à Puy-l'Evêque.

Jusqu'ici 70000 personnes ont été vaccinées par le vaccin de M. Vincent, le vaccin agit en amenant la stérilisation du terrain sur lequel le bacille est susceptible de s'ensemencer.

M. CHANTEMESSE rappelle que la première idée de vaccination antityphoïdique remonte à un quart de siècle et revient à Roux qui se basait, pour l'admettre, sur des expériences faites par Chantemesse et Widal sur des souris. De ces expériences sont sorties deux méthodes thérapeutiques chez l'homme, la première consistant à employer le sérum des animaux vaccinés, la seconde s'adressant directement à l'agent de la vaccination introduit dans l'organisme après stérilisation. M. Chantemesse a particulièrement étudié la première méthode, l'a employée sur une large échelle et en a obtenu de bons résultats, résultats très analogues à ceux qu'a obtenus M. Potzewich et qu'a rappelés M. Debove dans l'une des dernières séances.

Ces bons résultats sont obtenus à certaines conditions dont les principales sont les suivantes : application précoce du vaccin, le plus près possible du début de la maladie, emploi de doses faibles, représentant environ le sixième des doses employées comme vaccin préventif.

M. NETTER rappelle le jugement porté sur cette méthode de vaccination par Wright en 1906.

Déclaration obligatoire de la tuberculose. — M. DUGUET, comme rapporteur de la commission chargée d'étudier cette question, rappelle les diverses discussions, rend hommage au rapport important de M. Letulle et résume ainsi l'opinion de la Commission : « L'Académie de médecine pense que la déclaration obligatoire de la tuberculose est scientifiquement désirable; mais que le moment n'est pas encore venu d'en faire l'application. »

Cette conclusion sera soumise à la discussion de l'Académie dans quinze jours.

Salies-de-Béarn. — M. DAVID (de Salies-de-Béarn) étudie les effets des eaux chlorurées sodiques chez les diabétiques et les albuminuriques et les échanges nutritifs des sujets qui ne tolèrent que de faibles doses.

La conclusion thérapeutique des recherches de M. David est qu'il vaut mieux insister sur la durée du traitement que de recourir à de hautes doses.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 MAI 1913)

Le dosage de l'urée dans le sang. — MM. HUGOUNENQ et MOREL ont employé le réactif de Fosse (xanthydrol) pour le dosage de l'urée dans le sang et les différents liquides de l'économie. La méthode consiste essentiellement à précipiter l'urée à l'état de dixanthylurée, à filtrer et à peser le précipité dont le 1/7 représente le poids de l'urée. Les expériences de contrôle démontrent une précision très grande de la méthode, qui par ailleurs mettant en jeu une réaction spécifique de l'urée présente de ce fait un intérêt évident.

Appendicite et arythmie : bradycardies et extrasystoles. — M. René BÉNARD. La bradycardie appendiculaire, qui n'a d'ailleurs pas la signification clinique fâcheuse que d'aucuns lui avaient attribuée, se présente sur les tracés comme une bradycardie sinusale totale, analogue aux bradycardies toxiques, ictérique, saturnine, ourlienne.

On peut également observer des extrasystoles, extrasystoles auriculaires dans le cas rapporté.

Ces diverses variétés d'arythmie disparaissent complètement après l'opération.

Utilisation dans la réaction de Wassermann des hématies du caillot. — M. René BÉNARD indique le procédé de technique suivant qui peut rendre service dans les laboratoires peu outillés, pour remédier à la difficulté qu'il peut y avoir à se procurer des hématies fraîches. Après séparation du caillot et du sérum, on agite énergiquement le caillot dans du sérum physiologique, et c'est avec les hématies lavées ainsi obtenues et du sérum hémolytique anti-humain, qu'on pratique la réaction. De plus l'étude de la résistance globulaire de ces hématies a montré que, au bout d'une semaine, cette résistance n'était que très légèrement diminuée, et en tous cas que ces hématies, même dans ces conditions, sont encore susceptibles d'être utilisées.

Le dosage de l'urée par l'hypobromite. — MM. GRIMBERT et LAUDAT, poursuivant leurs expériences sur le dosage de l'urée par l'hypobromite, montrent que pour avoir un rendement constant en azote il est nécessaire d'opérer sur le mercure en faisant intervenir une agitation énergique. Dans ces conditions, le rendement maximum s'élève à 96 p. 100, en tenant compte bien entendu de la correction qu'ils ont signalée dans leur note précédente. Avec les uréomètres à eau, les rendements sont des plus variables, ils peuvent même tomber à 49 p. 100. Ces appareils ne peuvent donc servir à des dosages délicats.

Pour traduire en urée le volume d'azote observé, on ne saurait non plus faire usage de tables toutes faites qui sont généralement calculées pour un rendement théorique de 92 p. 100. Il est préférable d'opérer comparativement avec une solution d'urée d'un titre connu; dans ce cas, comme le montrent les auteurs, les résultats sont d'une précision remarquable.

Sur la cholécystite typhique. — M. HAIBE, en raison de la difficulté d'isolement du bacille dans les fèces, a étudié le pouvoir bactéricide du sang chez ces malades, et chez des sujets guéris de fièvre typhoïde. Chez l'une des malades atteinte de cholécystite, le pouvoir bactéricide était intense à 1/2000 et considérable à 1/8000. Chez l'autre, il était net à 1/1000. Le phénomène de Neisser et Wechsberg est très accentué. Le titre agglutinant a été de 1/400 et 1/100.

Une action bactéricide notable pour le bacille d'Eberth, chez un cholécystique, peut faire présumer qu'il est porteur de germes.

Chez le sujet guéri depuis trois mois de fièvre typhoïde, le sang n'est plus bactéricide.

Influence de l'adrénaline associée au chlorure de calcium sur les échanges minéraux au niveau des os. — MM. BONNAMOUR, SARVONAT, Albert BADOLLE et ESCALLON. L'association de l'adrénaline et du chlorure de calcium produit sur le squelette du lapin :

1° Une augmention de la teneur en eau ;

2° Une diminution du poids des cendres, par rapport au poids frais, mais non par rapport au poids sec ;

3° Une diminution de la chaux par rapport au poids frais, au poids sec et aux cendres ;

4° Pas de modifications nettes du côté de la magnésie et du phosphore.

Echanges respiratoires en milieux chauds. — MM. LANGLOIS et SOCON. Le déclanchement signalé vers la centième minute dans l'activité des échanges, chez les animaux normaux placés en milieu chaud, humide et ventilé, ne se reproduit plus quand, toutes les autres conditions étant les mêmes, on introduit dans l'atmosphère de faibles quantités de gaz d'éclairage.

D'autre part, chez les animaux morphinés, un centigramme par kilogramme, ce déclanchement se trouve non seulement en milieu ventilé, mais également en milieu non ventilé.

Lésions des organes à sécrétion interne dans l'intoxication vermineuse. — M. S. Philipps BEDSON. 1° De tous les organes à sécrétion interne, c'est la capsule surrénale qui présente les lésions les plus importantes au cours de l'intoxication vermineuse aiguë ou chronique. Le corps thyroïde réagit également, mais surtout dans l'intoxication subaiguë et chronique. Les autres glandes à sécrétion interne (hypophyse, pancréas, ovaire et testicules) ne présentent en général que fort peu de lésions.

2° L'importance des lésions de la capsule surrénale et du corps thyroïde est plutôt en rapport avec le nombre d'injections et la durée de l'intoxication qu'avec la quantité de toxine injectée.

3° Les lésions sont absolument les mêmes, que le produit vermineux provienne d'ascarides ou d'une espèce quelconque de tænia.

4° La réaction de l'animal en expérience à la toxine vermineuse est individuelle ; dans certains cas, la capsule surrénale se remet rapidement de la première atteinte (première injection de toxine) et présente même au bout de quelque

temps des signes évidents d'une hyperfonction. Par contre, dans d'autres cas, la capsule surrénale lutte difficilement contre l'action de la toxine et reste en hypofonction.

Quant au corps thyroïde, il réagit en général fort peu à l'intoxication aiguë; on y trouve généralement des lésions de sclérose très étendues après quelques semaines d'intoxication.

5° Les organes à sécrétion interne réagissent à l'action des toxines vermineuses de la même façon que vis-à-vis des toxines microbiennes ou de produits chimiques nuisibles.

Autres communications :

Sur un accident particulier du cardiogramme humain. M. Pezzi.

La « couche marginale interne » de la couche annulaire, dans le muscle moteur intestinal (couche d'Albini). — M. G. Dubreuil.

Anaphylaxie hydatique expérimentale. — MM. Weinberg et Auca.

Moyen de reconnaître le tréponème en culture pure. — M. Noguchi.

Action des sels de terre rares sur la coagulation du lait par la présure. — MM. Frouin et Mercier.

ANALYSES

CHIRURGIE

Rachistovaïnisation. Résultats de 400 anesthésies pratiquées à l'hôpital Cambridge, à Aldershot. (J.-W. Hougton. *Journal of the royal army medical corps*, t. XX, n° 1, janvier 1913.) — **503 cas de rachianesthésie par la méthode du professeur Jonnesco.** (MM. Dimitriou et Saghinesco. *Presse médicale*, n° 28, 5 avril 1913.) — Voici deux statistiques qui montrent combien la méthode française de la rachistovaïnisation est justement appréciée à l'étranger. Il n'est pas mauvais de le constater après les jugements hâtifs et forcément injustes que l'on a souvent porté sur la méthode. Le travail de Hougton dont nous trouvons une excellente analyse de Picqué dans le *Journal de chirurgie* (t. X, n° 3) porte sur 400 cas réunis depuis cinq ans et comprenant 212 interventions abdominales et 188 opérations non abdominales. Dans aucun des cas Hougton n'a observé une absence d'anesthésie, il n'a jamais eu le moindre incident ou accident.

Comme dans la statistique roumaine qui va suivre les malades étaient pour la plupart de jeunes soldats.

Deux fois seulement la rachistovaïnisation dut être complétée par l'anesthésie générale.

Hougton recommande la solution de stovaïne et de glucose selon la formule de Barker, car, selon lui, il faut utiliser une substance ayant une densité supérieure à celle du liquide céphalo-rachidien. Or, le poids spécifique de la solution est de 1,023 et celui du liquide céphalo-rachidien 1,007. Dans ces conditions, en élevant plus ou moins le bassin du malade avant l'injection, on peut localiser l'action de la stovaïne à n'importe quel segment de la moelle épinière, la solution suivant la déclivité de la colonne vertébrale. On peut donc déterminer à volonté l'étendue de l'analgésie.

Une injection de 9 centimètres cubes de la solution contenant 4 centigrammes et demi de stovaïne donne une anesthésie qui se maintient pendant quarante-cinq minutes. On peut du reste augmenter la dose de stovaïne. Avec 6 centigrammes de stovaïne Hougton put pratiquer une gastro-jéjunostomie avec une anesthésie parfaite.

Les phénomènes postanesthésiques se sont bornés à quelques nausées, quelques vomissements (7 p. 100). Dans 40 p. 100 on observa une céphalée peu tenace, dans 55 p. 100 des cas les malades n'éprouvèrent pas le moindre malaise. Notons l'absence complète de shock opératoire après anesthésie à la stovaïne.

— C'est à la suite des travaux de Jonnesco (*Presse méd.*, 1909) que la rachianesthésie générale a été introduite par M. Dimitriou dans le service chirurgical de l'hôpital militaire de Jassy (Roumanie) en décembre 1909. La technique suivie fut celle du professeur Jonnesco : rachi-strychno-stovaïnisation. De décembre 1909 à décembre 1912, MM. Dimitriou et Saghinesco ont réuni 503 cas dont 501 cas de rachianesthésie inférieure et 2 cas de rachianesthésie supérieure.

La cause de ce petit nombre de cas de rachianesthésie supérieure est le petit nombre des interventions sur le cou et la tête dans la chirurgie d'armée journalière. Néanmoins pour s'édifier de visu sur les résultats de la rachianesthésie supérieure l'un des auteurs a pu observer à la clinique du professeur Jonnesco des résultats vraiment étonnants dans des interventions de grande chirurgie, craniectomies, extirpations de tumeurs de la tête et du cou faites à la rachi-strychno-stovaïnisation supérieure.

Depuis le moment où MM. Dimitriou et Saghinesco ont commencé leur statistique, c'est-à-dire depuis 1909 jusqu'à aujourd'hui, rien n'est venu changer leur conviction que la méthode est vraiment supérieure et qu'elle unit d'une façon merveilleuse les exigences d'une bonne anesthésie à celles d'un bon acte opératoire..

Les auteurs ont pu donner à leur statistique la consécration du temps. Comme militaires, ils ont eu en effet toutes les facilités pour suivre leurs opérés ; de leurs recherches il résulte que rien de fondé n'existe à propos des prétendus troubles (paralysies, escarres, impuissance, etc.), dont on a chargé la rachistovaïnisation. On a pu leur objecter que leurs opérés étaient jeunes et forts.

« Cette objection est vraie à un certain point de vue, disent-ils, mais nous répondons que le vrai secret dans la rachianesthésie est de ne pas perdre un moment de vue ce que le professeur Jonnesco dit et écrit continuellement depuis quatre années : *Examinez bien votre malade; proportionnez la dose de l'anesthésique à son état général ou aux lésions organiques constatées, et vous aurez toujours une anesthésie parfaite, sans incidents ni accidents et sans contre-indications.*

« A côté de toutes ces choses, comme première condition du succès, c'est la connaissance parfaite de la technique et la pratique de la méthode d'une façon suivie et avec conviction, mais non pas avec des appréciations et des idées préconçues.

« De même, il ne faut pas oublier que, dans la rachianesthésie, comme dans la chloroformisation, *le succès implique toujours l'expérience de la méthode.*

« — Vous ne savez pas donner du chloroforme », dit habituellement le chirurgien au chloroformisateur débutant, mais le même chirurgien est prêt à dire, sans trace de réflexion, dans les cas où il n'obtient pas de bons résultats avec la rachianesthésie : méthode infidèle, incertaine..., tandis que *la vraie vérité est qu'il ne sait pas la pratiquer, il ne sait pas la faire, faute de la technique, et même ne veut pas la voir pratiquer là où elle se pratique avec succès.* » L. Gayard.

Anévrisme thoracique traité au moyen du fil d'or et de la galvanisation. (William C. Lusk. *Ann. of Surg.*, vol. LV, n° 6, juin 1912, pp. 789-803.) — Lusk a appliqué la méthode de Moore-Corradi à quatre anévrismes de la crosse de l'aorte, et du tronc brachio-céphalique et l'a étudiée expérimentalement sur 151 aortes de chiens. Un cas est rapporté : anévrisme thoracique datant d'un traumatisme, huit mois auparavant ; homme de cinquante-cinq ans; fracture spontanée récente du milieu du sternum. L'introduction de 3 mètres de fil d'or et platine, suivie de l'application de 75 milliampères, puis 50 milliampères, puis 40 milliampères, enfin 30 milliam-

pères, chaque intensité étant maintenue pendant quinze minutes, amena une amélioration très considérable (cinq mois et demi).

L'idée fondamentale est de cercler l'intérieur du sac par des cerceaux de fil en contact avec l'endartère sur la plus grande étendue possible. Pour cela, il faut un fil spécial. Lusk, qui a étudié tous les détails avec sa minutie coutumière, a trouvé qu'un fil (n° 29 de la filière) composé de 62,9 p. 100 d'or, 17,9 p. 100 d'argent, 13,4 p. 100 de platine et 5,8 p. 100 de cuivre est supérieur au fil employé par Finney (7,5 p. 100 de cuivre) parce que ce dernier n'est pas élastique et se corrode sous l'action du courant. Les cerceaux de fil doivent être attachés à l'endartère par de la fibrine et former autant d'arches de soutien pour la poche. Cela dépend d'une légère brûlure de l'endartère qu'il est nécessaire d'obtenir dès le début de la séance. Aussi conseille-t-il d'élever rapidement (en deux minutes) à 100 milliampères, puis, de quinze en quinze minutes, de baisser à 50, 40 et 30 milliampères. Le roulage du fil, de manière à ne point faire de nœuds, et la manière de l'introduire dans l'aiguille sont fort importants. Il faut introduire l'aiguille dans la partie épaisse de l'anévrisme, plutôt que dans la partie amincie. Il n'y a pas à craindre d'hémorragie du point piqué. Le pôle positif doit être au fil et le pôle négatif dans le dos.

F. GARDNER.

MÉDECINE

Un cas d'estomac biloculaire diagnostiqué par la radioscopie et opéré par le procédé à la gastro-anastomose. (VIGNARD. *Gaz. méd. de Nantes*, 22 mars 1913, p. 221.) — L'auteur relate l'observation d'une jeune fille de vingt-deux ans, qui souffrait de l'estomac depuis l'âge de neuf ans; elle présenta d'abord des symptômes d'ulcère, avec des rémissions plus ou moins longues ; depuis quelques mois des signes de sténose, en particulier des vomissements tardifs, étaient apparus. Le diagnostic de sténose médio-gastrique, d'estomac biloculaire put être porté avec précision à la suite d'un examen radiographique ; on voyait très nettement deux poches distinctes, l'une supérieure et verticale, la poche cardiaque, l'autre, inférieure et horizontale, la poche pylorique ; entre elles, un étroit et long canal de jonction. Il s'agissait donc d'une sténose médio-gastrique cicatricielle, résultant d'un ancien ulcère de la petite courbure. La malade fut opérée ; on pratiqua une gastro-gastrostomie, avec anastomose entre les faces antérieures des deux poches ; depuis l'opération, la malade n'a pas souffert une seule fois, elle mange de tout sans être gênée, ne vomit pas et son état général est devenu très satisfaisant.

M. BRELET.

Des causes qui influent sur le pronostic de la diphtérie. (L. MARTIN. *La Clinique infantile*, 15 mai 1912.) — Les règles générales qui doivent être présentes à l'esprit de tout médecin traitant un diphtérique par le sérum, en ce qui concerne les facteurs de pronostic, sont les suivantes :

1° Importance du moment de l'intervention : une des conditions essentielles du succès est la précocité de cette sérothérapie; la mortalité est de 5 à 7 p. 100 lorsque l'injection est pratiquée le premier ou le deuxième jour; après le troisième jour elle atteint 28 p. 100.

2° Age du malade : la mortalité est très grande chez les enfants de moins de deux ans, en raison de la rapidité de l'évolution et des complications broncho-pulmonaires.

3° Croup opéré : toute intervention (tubage ou trachéotomie) rend le pronostic beaucoup plus sévère.

4° Importance de l'épidémicité : la diphtérie est infiniment plus grave lorsqu'il existe une poussée épidémique; elle est plus grave encore lorsque son début est insolite, en raison du retard qui, de ce chef, est apporté à pratiquer l'injection de sérum.

5° Associations morbides : toutes les associations morbides constituent de sérieux éléments d'aggravation du pronostic, spécialement la scarlatine, la rougeole et la tuberculose.

B. GAYARD.

PRATIQUE MÉDICALE

LA GASTRO-ENTÉRITE DES NOURRISSONS

Dans cet aperçu rapide sur la gastro-entérite du jeune âge nous la considérerons non seulement dans ses conséquences immédiates, mais encore dans ses suites éloignées.

Lors des accidents du début, alors même que ceux-ci revêtent une forme grave, il ne faut pas, comme on le croit trop souvent, s'en tenir à la diète hydrique, sans prescrire aucune médication active. Il est clair qu'il serait dangereux, en cas de diarrhée, d'encombrer le tube digestif de produits insolubles, magnésie ou salicylate de bismuth qui, par leur accumulation, peuvent, dans la suite, provoquer des désordres; mais, en pareille circonstance, il est heureusement à notre disposition d'autres moyens de traitement au premier rang desquels nous plaçons la papaïne. L'un des premiers effets de la papaïne est de déterminer une sédation de l'intestin ce qui l'a fait considérer — bien à tort — par certains médecins comme un véritable sédatif à la manière du bromure de potassium par exemple. Erreur d'interprétation, mais non de fait. La papaïne n'est pas un sédatif. Elle est plus et mieux que cela. Son action immédiate s'étend aussi à l'estomac; elle triomphe des vomissements. Enfin, en suppléant aux sécrétions gastriques absentes ou insuffisantes, en peptonisant les matières albuminoïdes, elle permet d'alimenter les petits malades dans une sage mesure et leur donne, par conséquent, la force de résister aux infections qui les assaillent.

Si nous considérons les suites éloignées des gastro-entérites, nous devons noter qu'il se produit très fréquemment un affaiblissement fonctionnel des organes digestifs, une sorte d'*apepsie*. Frank Woodbury (de New-York) a particulièrement insisté sur les bons effets de la papaïne en pareil cas. Chez l'enfant l'apepsie, c'est-à-dire le défaut relatif ou absolu de sécrétion de suc gastrique, l'absence de la sécrétion chlorhydrique, n'est pas due, comme chez l'adulte alcoolique par exemple, à la destruction des glandes gastriques. Elle peut être victorieusement combattue.

Notons que chez les enfants allaités artificiellement la papaïne agit — contrairement à la pepsine — en l'absence de tout acide, et peptonise très rapidement le lait de vache en précipitant sa caséine non pas sous forme de gros caillots, mais sous forme de flocons microscopiques de tous points semblables à ceux que donne le lait maternel soumis au suc gastrique naturel. Inutile d'insister sur les conséquences de ce fait : facilité considérable donnée à l'action des sucs intestinaux et par suite digestion parfaite.

Woodbury recommande également le sirop de papaïne dans toutes les maladies infectieuses de l'intestin où il se produit des fermentations anormales. Les entérites catarrales de l'enfance, accompagnées de ces fermentations avec production d'acides gras, donnent lieu à des troubles généraux et à des éruptions dont la marche est plus ou moins chronique. Or, sous l'influence des préparations de papaïne on voit les dermatoses s'amender à mesure que s'améliore l'entérite. Il était intéressant de signaler le parti qu'on peut tirer de la papaïne dans la plupart des troubles gastro-intestinaux de l'enfance alors qu'à cet âge la pepsine est assez mal supportée et assez inefficace pour qu'on n'y ait pas recours. La dose, chez le tout jeune enfant, est de une demi à une cuillerée à café de sirop de Trouette-Perret à la papaïne, donnée avec chaque tétée ou biberon. Le traitement médicamenteux ne dispense pas d'ailleurs d'observer les prescriptions hygiéniques essentielles.

G. C.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PLEURÉSIES TUBERCULEUSES [1]

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic positif s'établit, en outre des signes déjà décrits, par la *ponction exploratrice*, par l'*examen radioscopique* et la *radiographie*.

L'examen à l'écran est particulièrement utile en cas de pleurésie enkystée.

L'obscurité constatée à l'écran doit être distinguée de celle de l'hydrothorax, de l'hydropneumothorax, des œdèmes de la base, du kyste hydatique du poumon et du foie (voir Signes et diagnostic du kyste hydatique du foie, Question d'internat, *Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 186, 229 et 277).

Cliniquement, le diagnostic sera à discuter avec la pneumonie, les congestions pulmonaires, la spléno-pneumonie de Grancher, la pleuro-pneumonie de Potain, le kyste hydatique du poumon, la péricardite à forme pleurétique. Nous ne pouvons que signaler ces diagnostics sans nous attarder à les discuter longuement.

Nous n'insistons pas non plus sur le diagnostic des pleurésies enkystées, diagnostic longuement discuté dans la Revue générale de Paillard déjà citée.

Le diagnostic doit être complété par l'évaluation de la *quantité du liquide* épanché; cette évaluation est basée sur l'exploration physique, le déplacement des organes, la recherche de la tension intrathoracique, la méthode des pesées, la méthode colorimétrique (Achard).

Il faut enfin être en mesure d'affirmer la *nature tuberculeuse* de l'épanchement; on peut rechercher directement le bacille de Koch dans le liquide, ou mieux le révéler par l'*inoscopie* de Jousset, en s'assurant que l'on ne colore pas des bacilles acido-résistants; la méthode de choix est l'inoculation intrapéritonéale faite au cobaye, que l'on sacrifie quatre à six semaines plus tard. On peut enfin essayer la culture du liquide. Signalons à nouveau le cyto-diagnostic, de pratique courante, le séro-diagnostic, enfin les procédés indirects, comme les épreuves à la tuberculine.

Lorsqu'il s'agit de pleurésies associées, il faudra surtout faire le diagnostic avec les transsudats (épreuve de Rivalta, examen cytologique).

Toutes ces recherches permettront le diagnostic avec les pleurésies séro-fibrineuses non tuberculeuses (traumatique, pneumonique, rhumatismale, typhoïdique, syphilitique); cette dernière très discutée ces dernières années.

PRONOSTIC. — Le pronostic immédiat est relativement bénin; le pronostic éloigné doit toujours être réservé, à cause des récidives et surtout à cause de la tuberculose pulmonaire consécutive; la guérison définitive, sans récidive tuberculeuse, a cependant été signalée dans un assez grand nombre de cas.

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 47, p. 764; n° 52, p. 846 et n° 54, p. 877.

TRAITEMENT. — Nous insisterons seulement sur l'indication absolue de la thoracentèse si l'épanchement est très abondant; sur l'abstention, si l'épanchement paraît se résorber tout seul; signalons l'autosérothérapie, l'injection de gaz dans la plèvre, la révulsion; rappelons enfin que le pleurétique doit être surveillé pendant de longues années.

III

LES PLEURÉSIES PURULENTES TUBERCULEUSES

Il ne faut entendre sous ce nom que les pleurésies dont le pus est fonction du bacille de Koch, et nullement les pleurésies purulentes banales qui peuvent survenir chez des tuberculeux, sans que le bacille de Koch intervienne. Aussi le véritable type de la pleurésie purulente tuberculeuse est-il l'*abcès froid pleural*; il est cependant d'autres variétés de pleurésie purulente tuberculeuse : ainsi une pleurésie séro-fibrineuse peut se transformer en pleurésie purulente; il en est de même d'une pleurésie hémorragique; il s'agit le plus souvent alors de l'adjonction de microbes d'infection secondaire aux bacilles de Koch; mais au bout d'un temps c'est le bacille de Koch qui seul est en cause.

Anatomiquement, l'épanchement peut être *libre* (*abcès froid pleural*) ou *enkysté*; la plèvre est épaissie, transformée en une véritable coque souvent en voie de calcification, si la pleurésie évolue depuis longtemps.

Dans l'abcès froid pleural, la plèvre viscérale paraît formée d'un enduit mou, gélatineux, hérissé de villosités grisâtres, jaunâtres; au-dessous se détache la néo-membrane lardacée, dure, fibreuse, semée de grains grisâtres (nodules tuberculeux). Le poumon est rétracté; les lésions macroscopiques sont minimes; on observe quelques granulations; si l'inflammation siège à gauche, le péricarde pariétal est épais, infiltré de nodules tuberculeux. La plèvre pariétale est toujours beaucoup plus atteinte; il existe souvent une poche qui communique avec la cavité thoracique (empyème de nécessité). *Histologiquement*, la paroi de l'abcès pleural est caractérisée par la présence d'une couche superficielle qui se caséifie progressivement et qui repose sur une néo-membrane fibreuse semée de nodules tuberculeux à divers stades.

Les lésions sont à peu près les mêmes dans les pleurésies enkystées ou cloisonnées; l'extension du processus de caséification peut s'arrêter; la guérison peut s'observer; il se fait une réaction fibro-plastique intense; la coque fibreuse qui en résulte s'infiltre de sels calcaires. Parfois l'épanchement devient *chyleux*.

Le liquide de l'abcès froid est séro-purulent, sans fibrine; le dépôt que l'on observe par centrifugation est fait de noyaux cellulaires, d'hématies, de macrophages.

L'épanchement chyleux peut être opalescent ou lactescent: il contient le plus souvent de la graisse, de la cholestérine (Barjon et Cade). On a rencontré des liquides gélatineux, etc.

(*A suivre.*)

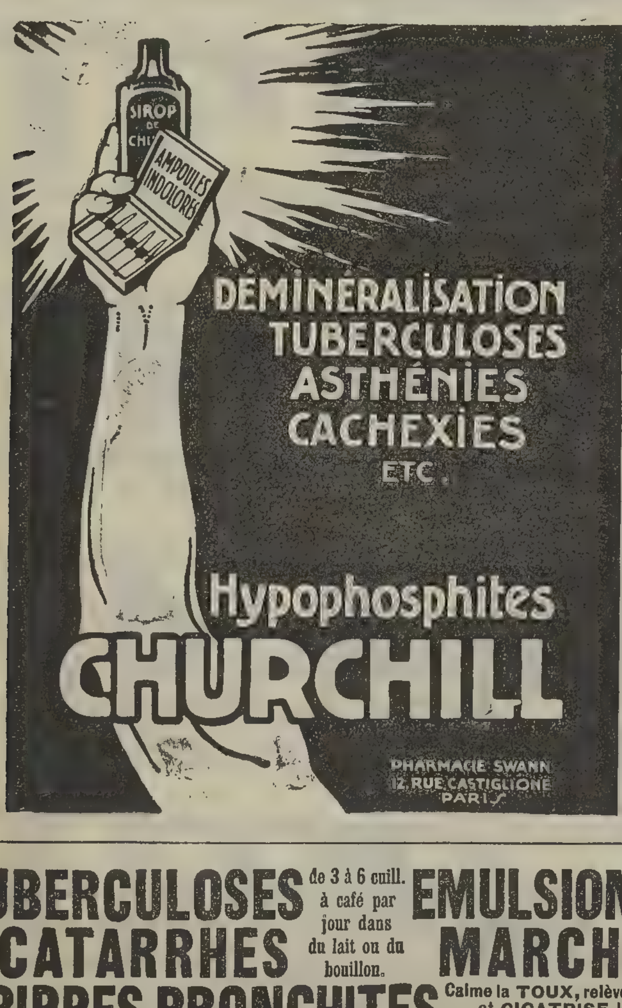
Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Dyspepsies gastro-intestinales · Dysfonctions du Foie ·
PILULES ELKIN
BILE PANCRÉATINE SOUFRE ORGANIQUE
Pharmacie LAFARGE : 6, Rue de Babylone, Paris

Dyspepsies gastro-intestinales · Dysfonctions du Foie ·
PILULES ELKIN
BILE PANCRÉATINE SOUFRE ORGANIQUE
Pharmacie LAFARGE : 6, Rue de Babylone, Paris

Dyspepsies gastro-intestinales · Dysfonctions du Foie ·
PILULES ELKIN
BILE PANCRÉATINE SOUFRE ORGANIQUE
Pharmacie LAFARGE : 6, Rue de Babylone, Paris


SIROP DE CHU
AMPOULES INDOLORES
DÉMINÉRALISATION
TUBERCULOSES
ASTHÉNIES
CACHEXIES
ETC.
Hypophosphites
CHURCHILL
PHARMACIE SWANN
12, RUE CASTIGLIONE
PARIS

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE...... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 21 mai 1913. — MM. Abrami et Faroy, 20; Laederich, 18.

— Epreuve d'admissibilité. — MM. Harvier, Trémolières, Courcoux, Rivet, Abrami, Vincent, Faure-Beaulieu, Gougerot, Laederich, Boidin, Armand-Delille, Louste, Israëls de Jong, Sézary, Ameuille.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — A la suite d'une note attribuée à un candidat, et qui lui paraissait injustifiée, M. Rieffel a donné sa démission de membre du jury.

— CONCOURS POUR UNE PLACE D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Epreuve de consultation.* — Séance du 21 mai. — MM. Lequeux, 16; Devraigne, 18; Guéniot, 15; Chirié, 17; Le Lorier, 19.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LORIENT. — Le concours pour deux emplois de médecin suppléant des hospices civils de Lorient s'est terminé par la nomination de MM. Méheux et Grivot.

— Le concours pour deux emplois de chirurgien suppléant des hospices civils de Lorient s'est terminé par la nomination de MM. Saiget et Le Pipe.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 21 mai. — M. Clunet : « Syphilis cérébrale. » — Note : 15 1/2.
M. Gaujoux : « Les embolies pulmonaires. » — Note : 16.
Deuxième séance du 21 mai. — M. Boudet : « Emphysème pulmonaire. » — Note : 17,
M. Favre : « Paralysie faciale. » — Note : 14.
M. Troisier (Jean) : « Zona. » — Note : 15.
Première séance du 22 mai. — M. Thévenot : « Symptômes et complications de la dysenterie. » — Note : 18.
M. Cawadias : « Les hémorragies intestinales. Causes, signes et diagnostic. » — Note : 15 1/2.
Deuxième séance du 22 mai. — M. Parisot : « Les tumeurs du cervelet. » — Note : 18.
M. Froment : « La maladie bleue. » — Note : 19.
M. Hanns : « Asphyxie et gangrène des extrémités. » — Note : 15.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 21 mai. — M. Rives : « Les polypes utérins. » — Note : 15 1/2.
M. Duroux : Le piosalpinx. » — Note : 17.
Deuxième séance du 21 mai. — M. Miginiac : « Cholécystite calculeuse. » — Note : 10.
M. Chalier : « Abcès froids de la paroi thoracique. » — Note : 18.
M. Küss : « Luxations traumatiques de la colonne cervicale. » — Note : 17.
Première séance du 22 mai. — M. Parcelier : « Phlegmon périnéphrétique » — Note : 15.
M. Arnaud : « Phlegmons de la paume de la main. » — Note : 11.
Deuxième séance du 22 mai. — M. Lambert : « Tumeurs malignes du maxillaire supérieur. » — Note : 9.
M. Sauvé : « Rétrécissement de l'urètre. » — Note : 17.
M. Horand : « Abcès du foie. » — Note : 12.

— SECTION D'HISTOLOGIE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 21 mai. — M. Champy : « Les leucocytes granuleux. » — Note : 17.
M. Policard : « Structure de l'ovule. » — Note : 14.
Séance du 22 mai. — M. Faure : « Organe de Corti. » — Note : 14.

— SECTION DE CHIMIE BIOLOGIQUE ET MÉDICALE. — Composition du jury. — Président : M. Lambling; Weiss, Bretin, Barth, Garnier.
Composition écrite. — Séance du 20 mai. — Anatomie : « Le foie. » — Physiologie : « La sécrétion biliaire et la bile. »
Lecture des copies. — Séance du 21 mai. — MM. Blanchetière, 13,5; Moog, 12,5; Mestrezat, 11; Lanzenberg, 12,5; H. Labbé, 15,5; Chelle, 12,5; Bernard, 8.
Leçon orale de trois quarts d'heure. — Ordre de passage :
MM. Lanzenberg, Labbé, Moog, Mestrezat, Chelle, Blanchetière, Besnard.

— SECTION DE PHARMACIE. — Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris le 9 juin 1913.
Académie de Montpelllier : M. Florence.
Académie de Toulouse : M. Arnaud.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture des copies.* — Séance du 20 mai. — MM. Boyer, 11 + 12 = 23; Wallimann, 11 + 13 = 24; Tribes, 7 + 12 = 19; Kahn, 7 + 13 = 20.
Prochaine séance, 24 mai, à quatre heures et demie, Hôtel-Dieu.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Une médaille d'argent vient

d'être décernée à M. Randon, médecin-major de deuxième classe aux troupes d'occupation du Maroc oriental.

MINISTÈRE DU COMMERCE. — MM. le docteur Langlois, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et O. Doin, éditeur, sont nommés pour une nouvelle période de deux ans, rapporteurs techniques près le comité consultatif des arts et manufactures.

DIPLOMES D'ÉTUDES MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES COLONIALES. — Il est rappelé que l'examen pour l'obtention de ces diplômes (deuxième session de l'année scolaire courante) aura lieu à l'École de médecine et de pharmacie de Marseille, fin juin.

TROUPES COLONIALES. — Un concours pour l'admission de 18 docteurs en médecine et de 3 pharmaciens de première classe à des emplois de médecin et pharmacien aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales s'ouvrira le 1er décembre à la Faculté de médecine de Bordeaux, le 8 décembre à l'hôpital Desgenettes, à Lyon, et le 15 décembre à l'hôpital du Val-de-Grâce et à l'Ecole de Marseille. Le *Journal officiel* du 14 mai 1913 publie, page 4127, tous les renseignements relatifs à ce concours.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 2 AU 7 JUIN 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 2 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques.
3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 3 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique, (1re et 2e séries).
2e.
3e (oral, 2e partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

Mercredi 4 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re et 2e partie)s.
5e (chirurgie (1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Laënnec*.
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Jeudi 5 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique (1re et 2e séries).
1er (oral).
2e.
3e (oral, 1re, partie).

Vendredi 6 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques.
3e (oral, 1re et 2e parties).
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

REVUE GÉNÉRALE

LES ACCIDENTS NEURO-MÉNINGÉS PRÉCOCES ET TARDIFS DU 606

MÉNINGO-NEURO-RÉCIDIVES OU MÉNINGO-NEURO-RECHUTES SYPHYLITIQUES THÉRAPEUTIQUES

Par M. Henri ROGER (de Montpellier).

Depuis l'emploi du 606 dans le traitement de la syphilis, l'attention a été attirée sur une série d'accidents nerveux, précoces ou tardifs, apparaissant plus ou moins longtemps après le traitement arsenical. Ces accidents, englobés sous le nom de neuro-récidives, ont été l'objet d'un nombre considérable de travaux, tant en France qu'à l'étranger.

C'est à leur occasion que s'est allumé et que se ravive chaque jour le conflit, toujours aigu, qui divise les partisans et les adversaires du 606, Ehrlich, Benario, Wechselmann, Gennerich, Emery, Milian, d'une part, Gaucher, Finger, Burnier, d'autre part, pour ne citer que les principaux auteurs de travaux sur cette question des neuro-récidives. Le néosalvarsan, qui avait un moment calmé par son apparition la plupart des inquiétudes médicales, ne met pas lui-même à l'abri de ces accidents (Darier, Troisfontaine, Escande, Emery). Les accidents nerveux sont-ils d'ordre toxique, dus au salvarsan? Sont-ils liés à l'évolution de la syphilis? Tel est le problème qui domine la « querelle du 606 ».

Les auteurs français, en particulier Sicard, Ravaut, Bayet et Desneux, ont, les premiers, prouvé, grâce à la ponction lombaire, l'origine plus méningée que nerveuse de ces troubles; d'où le nom de méningo-récidive, méningo-neuro-récidive, qu'ils leur ont donné. Jeanselme préfère le terme de méningo-rechute; la récidive comporte la guérison de la maladie, la rechute, la guérison de la seule poussée évolutive; or la syphilis est, comme le paludisme, un type de maladie à rechutes. Cet auteur distingue la méningo-rechute vraie, rechute de la syphilis se faisant sur des méninges jusqu'alors saines, éventualité tout à fait exceptionnelle, et la fausse méningo-rechute, rechute d'une méningite syphilitique préexistante, cas beaucoup plus fréquent. Les accidents neuro-méningés du 606 ne sont le plus souvent, en effet, que la reviviscence, le « réchauffement » (Emery et Bourdier) de méningites syphilitiques plus ou moins latentes. Leur histoire se rattache à celle des méningites syphilitiques (1).

Il y aurait lieu de distinguer, tant au point de vue clinique que pathogénique, les accidents nerveux précoces, des accidents tardifs, auxquels devrait être plus particulièrement réservé le nom de méningo-neuro-récidives ou rechutes. Mais cette distinction, qui éclairerait la question assez ardue des troubles nerveux du 606, est difficile à établir : la plupart des auteurs n'ont pas spécifié, dans leurs observations ou leurs théories, la catégorie des cas qu'ils envisageaient.

(1) H. Roger. Les méningites syphilitiques. Méningites cliniques : cérébrales et spinales, aiguës et chroniques. Méningites latentes : secondaires et tertiaires. Méningites parasyphilitiques. Revue générale, *Paris médical*, 19 avril 1913.

I

Etude clinique. — Les accidents nerveux précoces surviennent quelques heures ou quelques jours après l'injection de salvarsan. Ils consistent en céphalée, allant depuis la simple lourdeur de tête jusqu'à la sensation d'éclatement, vertiges, vomissements et diarrhée, élévation thermique à 38-39 degrés, avec ou sans frissons, parfois crises épileptiformes ou apoplectiformes. Quelques-uns sont de peu d'intensité et se résument en trois symptômes, céphalée, vertiges et bourdonnements d'oreilles, véritable triade qui caractérise le neurotropisme ou mieux *méningotropisme d'alarme* de Sicard. D'autres, plus graves, aboutissent au coma et à la mort en quelques heures, en trois ou quatre jours au plus. Gaucher a particulièrement insisté sur ces *morts par le 606*. En France, Queyrat, Balzer, Rouget, Beurmann, Caraven, etc., en ont publié quelques cas; Burnier vient d'en réunir 25, pour la plupart précoces, dus au salvarsan ou au néosalvarsan et recueillis dans la littérature des six derniers mois. On y trouve presque toujours un élément nerveux ou méningé prédominant. Quelques cas de névrite des péroniers, des membres inférieurs, de polynévrites ont été publiés par Gaucher, Abadie, Petges et Desqueyroux; Péchin a observé uue paraplégie brusque chez une hérédo-syphilitique.

Les troubles tardifs, les plus intéressants, véritables méningo-neuro-rechutes, surviennent au bout de deux ou trois mois, plus rarement après deux ou trois semaines. On les rencontre généralement chez les sujets qui ont déjà présenté, immédiatement après l'injection, les symptômes du petit méningotropisme. Ils comprennent surtout des paralysies, isolées ou associées, des nerfs craniens.

Le *début* est rarement brusque. Il est précédé, de quelques jours au moins, sinon de quelques semaines, par quelques prodromes, en particulier par une céphalée violente ou même atroce. Cette céphalée, profonde, est généralisée à tout le crâne; quand elle est unilatérale, elle est localisée du côté où apparaîtra plus tard la neuro-récidive; les exacerbations nocturnes ne sont pas aussi marquées que dans la céphalée syphilitique habituelle. Une sensation de malaise et d'abattement, des douleurs dans la nuque, le dos, les articulations ou les muscles des membres, de l'insomnie, de légers troubles intellectuels complètent ce tableau prodromique.

L'atteinte nerveuse est le plus souvent limitée à un nerf cranien; ce sont, par ordre de fréquence, l'auditif 44.5 p. 100, l'optique 30,2 p. 100, le moteur oculaire 7,4 p. 100, le facial 7 p. 100, suivant une statistique de Benario réunissant 210 cas. La méningo-neuro-rechute est monosymptomatique : *oto ou ophtalmo-rechute*.

La branche vestibulaire ou la branche cochléaire du nerf acoustique peuvent être séparément frappées : bourdonnement, hallucinations auditives, surdité uni ou bilatérale, vertiges légers, rarement vomissements. Dans certains cas, la symptomatologie est tout à fait fruste. Seules, des épreuves spéciales permettent à un otologiste de distinguer les troubles labyrinthiques.

Névrite optique, neuro-rétinite, rétinite, névrite avec stase de la papille : tels sont les aspects que l'on constate par l'examen du fond d'œil. Les troubles subjectifs ne sont pas toujours en rapport avec l'intensité des lésions.

Le strabisme, le ptosis, les troubles pupillaires traduisent l'atteinte des nerfs moteurs oculaires (troisième, quatrième et sixième paires). La paralysie faciale (Dubreuilh et Petges), la névralgie du trijumeau sont plus rares. Celle du pneumogastrique a été incriminée dans quelques cas de mort subite.

Ces névrites sont plus souvent unilatérales que bilatérales, en particulier pour le facial et l'acoustique. Quand un nerf cranien est sérieusement touché, il est rare que les nerfs voisins soient complètement indemnes; les paralysies oculaires accompagnent la névrite optique, la paralysie faciale coexiste souvent avec les troubles auditifs. Dans d'autres cas, une série de nerfs sont frappés, non seulement en même temps, mais avec la même intensité.

Parfois on voit survenir, après le salvarsan, une paralysie des membres inférieurs, une hémiplégie, une névralgie intercostale (Ravaut), un zona (Sainz de Aja). Dans les *cas graves*, les paralysies des nerfs craniens s'accompagnent de céphalée, de vomissements, de convulsions, d'un état de torpeur très marqué.

L'*évolution* est, d'une façon générale, favorable : 83 p. 100 de guérisons, d'après Benario. La plupart des désordres oculaires ou labyrinthiques rétrocèdent. Parfois persistent quelques séquelles indélébiles (surdité, cécité). Un nombre encore trop considérable de cas, caractérisés durant leur évolution par des phénomènes graves, aboutissent plus ou moins rapidement à la mort dans le coma.

Si on analyse bien les divers faits cliniques, on retrouve, au cours des neuro-récidives, soit un véritable trépied méningitique, soit un *syndrome méningé* fruste dans lequel la céphalée atroce est au premier plan. Même dans les oto ou ophtalmo-rechutes monosymptomatiques, on constate, en les cherchant bien, soit un déficit intellectuel, diminution de la mémoire, changement de caractère, indifférence, soit un trouble de la sensibilité ou des réflexes, soit une légère raideur de la nuque ou une ébauche de Kernig.

Les autopsies décèlent, à côté de la congestion des divers viscères, une congestion intense du cerveau et de ses enveloppes, allant depuis le piqueté hémorragique jusqu'à l'hémorragie véritable.

Dans tous les cas, la *ponction lombaire* montre une réaction méningée manifeste ; hypertension, parfois aspect trouble, réaction cytologique intense 40-60, souvent 200 à 300 et jusqu'à 2 000 leucocytes par millimètre cube (Assmann, Dreyfus) à type mononucléaire (lymphocyte ou grand mono), hyperalbuminose (phase I de Nonne), réaction de Wassermann positive.

Il existe un *méningotropisme latent*, une *méningo-récidive ou rechute histologique* (Sicard, Ravaut), uniquement caractérisés par les changements du liquide céphalo-rachidien (hypertension, pleiocytose, hyperalbuminose), sans symptômes cliniques appréciables. Ces modifications peuvent être très accentuées, 210 à la cellule de Nageotte dans un cas de Levy-Bing, Durœux et Dogny, et persister plusieurs mois, résister à tous les traitements. La réaction de Wassermann fait défaut dans les méningites histologiques.

Pareilles réactions méningées latentes sont fréquentes à la période secondaire de la syphilis (1), en dehors de toute action thérapeutique. Aussi ne peut-on parler de méningo-rechute histologique que dans les cas où la ponction lombaire, faite avant et après l'injection d'arsenobenzol, révèle une aggravation de l'état préexistant. Ce fait est assez rare ; le salvarsan améliore souvent ces états méningés, diminue l'hypertension du liquide céphalo-rachidien (Altmann et Dreyfus).

(1) H. ROGER. Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis et la parasyphilis nerveuses, *Presse méd.*, 26 avril 1913.

II

Lésions anatomiques. — Dans les cas de mort précoce par le 606, l'autopsie montre une congestion intense du cerveau et des méninges, encéphalite et méningite hémorragiques. Les hémorragies peuvent être ponctiformes au voisinage des capillaires ou parfois collectées en foyer. Dans quelques cas, il y a des thromboses vasculaires et des altérations dégénératives de la substance grise.

Dans les morts tardives, cette tendance hémorragique est moins nette : ce sont les lésions de méningite, diffuse ou localisée, rarement de pachyméningite, plutôt de leptoméningite, avec participation des couches voisines de l'encéphale. Il s'agit de plaques englobant les nerfs de la base, le chiasma et les voies optiques, dans lesquelles prédominent l'infiltration plasmatique et les lésions vasculaires. Ces altérations se rapprochent beaucoup des lésions syphilitiques; dans quelques-unes on y a même trouvé le tréponème.

En même temps que l'encéphalo-méningite, on rencontre des lésions, récentes ou anciennes, souvent graves, des viscères importants : foie, rein, cœur.

III

Etiologie. — Les accidents neuro-méningés du salvarsan ne frappent presque jamais les malades traités au début de leur chancre. Ils sont exceptionnels chez les vieux syphilitiques tertiaires et dans la parasyphilis nerveuse (tabes, paralysie générale). Ils surviennent presque exclusivement à la période secondaire (95 p. 100) et dès le début de cette période. Pour Trummer, ils apparaissent entre la huitième et la onzième semaine, époque où se produirait une « véritable crise » marquant la lutte entre le 606 et le tréponème. En réalité, ils sont ou plus précoces, ou presque toujours plus tardifs, deux à trois mois et demi après le salvarsan.

Les sujets, porteurs de syphilides cutanées confluentes ou hypertrophiques, et par suite atteints de syphilis grave, y sont plus exposés ; de même ceux qui sont entrés dans la vérole par un chancre extra-génital, en particulier par un chancre céphalique.

Il est assez curieux qu'une atteinte antérieure des centres nerveux, syphilis ou parasyphilis du névraxe ou de ses enveloppes, ne crée pas à leur niveau un locus minoris resistentiæ : les auteurs allemands font, de l'immunité de la syphilis nerveuse vis-à-vis des neuro-récidives, un argument contre leur origine toxique. Mais cette opinion d'Alt et Nonne cadre mal avec nos connaissances de pathologie générale sur la prédisposition locale; certains faits cliniques sont en contradiction avec elle. Il est probable, au contraire, que les accidents neuro-méningés du salvarsan ont été précédés d'une réaction méningée intense, mais latente, qu'aurait pu révéler une ponction lombaire pratiquée avant le traitement.

La FRÉQUENCE globale des accidents nerveux varie

suivant les auteurs, mais n'est jamais très élevée. Signalons le chiffre, donné par Ehrlich, de 14 neuro-récidives pour 4400 cas, le pourcentage de Benario, 0,9 p. 100 sur un ensemble de 14 000 cas, et, comme statistiques personnelles, celles de Arning 0,2, Weintraud 0,9, Schreiber 0,09, Neisser 0,1, Wechselmann 0,37, Klingmüller 0,31, portant chacune sur au moins un millier de faits personnels. D'une façon générale la proportion ne dépasse guère 1 p. 100 dans les statistiques allemandes ; en France elle paraît un peu plus forte. Le pourcentage de 10 p. 100 observé par Finger à Vienne reste exceptionnel. Le nombre tend à diminuer depuis que le traitement par le salvarsan est mieux réglé.

IV

Pathogénie. — Un grand nombre de théories ont été émises pour expliquer les accidents neuro-méningés consécutifs à la salvarsanothérapie. Elles peuvent se classer en trois groupes : action toxique du médicament seul, action infectieuse de la syphilis seule, action combinée de la syphilis et du 606.

A. Théorie toxique : action du 606. — Les accidents sont uniquement dus à l'injection de salvarsan (Gaucher, Lévy-Bing, Fayr, Nicolas et Moutot, Finger).

Quelques-uns sont attribuables à des *fautes de technique*, alcalinité insuffisante, tonicité imparfaite de la solution, dissolution incomplète du 606, impureté de l'eau distillée. Quelques cas de mort subite sont attribués par Mouneyrat à une embolie déterminée par le pouvoir coagulant des solutions peu diluées d'arsenobenzol. Wechselmann, Yakimoff, Almkvist, Gonder, Ehrlich ont attiré l'attention sur les accidents produits par la présence des albumines et des bactérioprotéines dues aux microorganismes vivants ou à l'état de « cadavre » dans l'eau distillée ancienne. Emery a insisté sur le rôle pathogène des impuretés minérales, silicates, plomb provenant des appareils de distillation : le plomb ne peut-il pas déterminer des états méningés, comme l'ont montré les recherches cliniques de Mosny et Malloizel et les expériences de Camus ? Fleig, Marchalka ont indiqué le rôle toxique du chlorure de sodium ; Castelli a montré l'oxydation rapide du néosalvarsan et sa transformation en substance toxique et neurotrope.

Pour Milian, les accidents nerveux immédiats et mortels ne sont pas dus au 606, mais à une série de produits toxiques dérivés, qui proviennent d'une insuffisante alcalinité de la solution initiale et qu'il appelle para 606 (peut-être l'acidité ou l'insuffisante basicité des humeurs des malades pourrait, à elle seule, produire le para 606, avec une solution de 606 bien préparée). Le para 606 occasionne deux sortes d'accidents : pendant l'injection, du côté de la face une vaso-dilatation énergique, désignée par Milian sous le nom de *crise nitritoïde* (par analogie avec la vaso-dilatation que détermine une forte dose de nitrite d'amyle), — après l'injection, du côté des méninges, une congestion intense, aboutissant à l'*apoplexie séreuse*. « C'est le même produit qui fait au cerveau ce qui se passe au visage » ; d'où la conclusion prophylactique d'employer une solution suffisamment alcaline et d'alcaliniser au préalable les humeurs des malades ; d'où la conclusion thérapeutique d'injecter de la soude pour faire disparaître le para 606, reconstituer le 606 sodique.

Les erreurs de technique ne doivent pas être toujours incriminées ; on voit encore survenir des accidents nerveux avec les techniques les mieux réglées, et, dans une même série d'injections faites le même jour, avec le même matériel et la même méthode, ne frapper qu'un seul sujet.

Le professeur Gaucher en France, Finger en Allemagne attribuent à l'intoxication arsenicale les accidents du 606, surtout les encéphalites et méningites mortelles. Entre autres arguments, ces auteurs rapprochent les hémorragies cérébro-méningées constatées à l'autopsie, de celles qu'on peut expérimentalement produire chez les animaux, en particulier chez le lapin. On objecte que les accidents neuro-méningés du salvarsan n'offrent pas le tableau clinique de l'intoxication par l'arsenic inorganique, mélanodermie, troubles trophiques des ongles, kératose plantaire et palmaire, paralysie atrophique des nerfs périphériques avec ataxie et troubles sensitifs, ni les lésions de l'intoxication par les arsenicaux organiques, dégénérescence du nerf vestibulaire et atrophie optique simple bilatérale. Le processus inflammatoire de la névrite optique salvarsanique diffère complètement de l'atrophie optique de l'atoxyl, de l'arsacétine, comme l'ont bien montré Lapersonne, Coutela, Sulzer et Abadie, Rochon-Duvignaud, Geronne et Guttmann, Schanz, Tobias. Même les cas de polynévrite après 606 ne ressemblent pas cliniquement aux polynévrites arsenicales. On peut toutefois se demander, avec Abadie, Petges et Desqueyroux, si le salvarsan ne pourrait produire des accidents toxiques un peu différents de l'intoxication arsenicale habituelle.

Le 606 a-t-il une affinité particulière pour le système nerveux et les méninges (méningotropisme), comme il en a probablement pour le foie (hépatotropisme) ? Pour Mouneyrat, le dioxydiaminoarsenobenzol, grâce à ses deux groupements basiques, se fixe avec prédilection sur les cellules nerveuses, riches en composés nucléiniques, les plus aptes à saturer ses fonctions basiques ; d'où une lutte entre le médicament et la cellule nerveuse, qui aboutit, après plus ou moins de temps, à la mort de la cellule. Mouneyrat a expérimentalement montré la fixation de l'arsenic sur la substance nerveuse isolée de l'organisme. Mais qui dit accolement ne dit pas nécessairement absorption ; Fleig n'a-t-il pas montré après Ehrlich, que l'arsenobenzol circule dans le sang à l'état de base insoluble difficile à incorporer ? Bech n'a pu déceler le 606 dans les nerfs craniens, en injectant des doses considérables à la souris blanche. Ulmann a signalé la présence d'arsenic dans le cerveau de ses animaux en expérience. Wechselmann, Doinikow n'ont observé aucune modification de l'encéphale en utilisant des doses proportionnellement bien supérieures aux doses thérapeutiques. La question du méningo-neurotropisme du 606 n'est donc pas expérimentalement tranchée.

En clinique, il reste établi qu'employé à doses *trop fortes* (Renault) ou chez des individus à idiosyncrasie particulière (Tissier) l'arsenobenzol peut à lui seul produire des accidents neuroméningés graves.

Ravaut, Hoffmann et Jaffé, Brückler ont décrit des accidents particuliers, survenant trois à cinq jours après la deuxième injection, caractérisés par de l'agitation, des nausées, des vomissements, de l'élévation de température, des phénomènes congestifs cutanés et muqueux ; ils les rattachent à l'*anaphylaxie*. Lesné et Dreyfus contestent leur nature ana-

phylactique, car ils n'ont pas pu reproduire expérimentalement l'anaphylaxie au 606 chez le lapin. Ils les attribuent à l'idiosyncrasie.

La théorie toxique s'applique mieux aux accidents immédiats qu'aux accidents tardifs, qu'aux vrais méningo-neuro-récidives.

B. ACTION DE LA SYPHILIS. — Les troubles nerveux sont dus à la localisation de la syphilis sur les centres nerveux et les méninges; celle-ci est indépendante de l'action thérapeutique ou, plutôt, se produit malgré elle.

On a trop oublié, depuis la salvarsanothérapie, la fréquence des réactions neuro-méningées, légères ou graves, dans la syphilis non traitée ou traitée par d'autres méthodes.

Une des meilleures preuves, que le salvarsan n'est point spécialement, ou en tout cas uniquement, en cause dans les neuro-récidives, nous est fournie par l'apparition d'accidents analogues au cours du traitement mercuriel (Thulmann). Benario a pu rapidement réunir 121 cas postmercuriels dans la littérature ou d'après les observations qui lui ont été communiquées. Hjelmann signale une proportion de 1,5 à 2,5 p. 100 dans le traitement hydrargyrique, alors que, avec le salvarsan, bien des statistiques restent au-dessous de 1 p. 100. De plus les neuro-récidives mercurielles atteignent les mêmes nerfs, et dans la même proportion. Avant l'arsenobenzol, Büll observe des lésions oculaires dans 50 p. 100 des cas, Schnabel et Schenkl dans 25 à 35 p. 100. Fehr, examinant les yeux de tous ses malades, avant de leur injecter du 606, les trouve atteints dans 8,3 p. 100 des cas; il y a parfois névrite optique sans aucun symptôme subjectif. Wilbrand et Strelin insistent sur la fréquence du rétrécissement du champ visuel concentrique ou avec scotome paracentral. En ce qui concerne le nerf acoustique, Zambacco, Mauriac avaient signalé, dans la syphilis secondaire, la fréquence des troubles auriculaires pouvant aller jusqu'à la surdité. Pour Politzer, les lésions labyrinthiques existent dans 48 p. 100 des cas. Hutchinson, Mayer, Frey, Fordyce, Knick, Möller, Habermann, Rosenstein considèrent les lésions vestibulaires comme communes.

En dehors des atteintes isolées ou associées des nerfs craniens, ne connaissons-nous pas l'ancienne « syphilis à virus nerveux » de Fournier pour expliquer les cas plus graves de méningo-rechutes? Nous avons, dans notre étude sur les méningites syphilitiques, trop longuement énuméré, pour y revenir ici, les multiples aspects de la syphilis cérébro-méningée, depuis la forme latente, mono-symptomatique, jusqu'aux formes cliniquement constituées.

Les accidents neuro-méningés du 606 portent la signature de la syphilis dans leurs *modalités cliniques*. Comme elle, ne frappent-ils pas, avec prédilection et parfois uniquement, le nerf acoustique, le nerf optique et les autres nerfs craniens, souvent même dans des proportions tout à fait identiques, avec les mêmes symptômes et les mêmes lésions? Ne provoquent-ils pas les mêmes *modifications du liquide céphalo-rachidien :* même réaction lymphocytaire avec plasmazellen, dont seule peut-être l'intensité diffère (une réaction plus forte étant spéciale aux neuro-récidives d'après Assmann), même hyperalbuminose avec phase I de Nonne, même réaction de Wassermann positive? Pour affirmer l'origine syphilitique, il ne manque que la constatation des tréponèmes; mais ceux-ci sont exceptionnels même dans les méningites spontanées.

Les méningo-récidives offrent les mêmes *particularités étiologiques* que la syphilis nerveuse. Elles ont la même prédilection pour le début de la période secondaire : sur 305 cas de syphilis cérébrale, Naunyn en trouve 20 p. 100 dans le courant de la première année après l'infection. Comme la syphilis cérébro-spinale (Mauriac, Fournier), les accidents du 606 apparaissent surtout chez l'homme, plus particulièrement dans les syphilis avec surabondance de manifestations cutanées ou dans les syphilis d'origine extragénitale (1).

Les lésions anatomiques des neuro-récidives offrent souvent le même *type histologique* que la syphilis dans ses manifestations méningo-vasculo-cérébrales. Les tréponèmes y ont été constatés.

L'*efficacité de l'épreuve thérapeutique* est encore plus concluante : un certain nombre de méningo-rechutes rétrocèdent par une cure mercurielle ou une nouvelle injection de 606 (Werther, Geronne et Guttmann, Davids, Dœseker, Sieskind, Schartz, Leredde, de Lapersonne, Milian, Emery, etc.). Les troubles auriculaires disparaissent 5 fois sur 8 par une seconde injection de salvarsan (Wechselmann). Finger a cependant réuni une série de méningo-récidives résistant au traitement antisyphilitique; mais, si celles-ci sont plus rebelles, n'est-ce pas parce qu'elles appartiennent à des formes de syphilis plus grave que les méningites spontanées ou les méningo-récidives après traitement mercuriel (Dreyfus)?

On ne peut tirer d'objection de la réaction de Wassermann du sang, fréquemment négative (47,5 p. 100) au début de la neuro-récidive; la syphilis cantonne souvent son action sur les méninges; d'ailleurs la recherche de cette réaction dans le liquide céphalo-rachidien est presque toujours positive. La brusquerie des accidents a été invoquée contre leur nature syphilitique; mais combien de syphilis cérébrales ou médullaires ont en apparence un début subit?

Une série d'arguments, qui combattent la théorie toxique, a été fournie en faveur de l'origine syphilitique : le long intervalle qui s'écoule entre l'injection de 606 et les accidents tardifs, l'atteinte unilatérale des nerfs, l'extension du processus se propageant progressivement à plusieurs nerfs à la façon d'une plaque de méningite, toutes raisons qui paraissent exclure l'intoxication, car celle-ci frappe plus vite, atteint les deux côtés à la fois et les divers nerfs simultanément. Dans les empoisonnements massifs par l'arsenic (véritables épidémies dues à l'absorption de bière arsenicale en Angleterre) on n'a jamais trouvé de névrite optique, analogue à celle de la méningo-rechute. Enfin le 606 n'a jamais provoqué d'accidents nerveux dans les spirochétoses autres que la syphilis.

C. ACTION COMBINÉE DE LA SYPHILIS ET DU 606. — La méningo-récidive n'est pas due au 606 seul, mais bien à la syphilis. Est-ce à dire que le salvarsan ne joue aucun rôle dans son apparition?

Malgré le brillant plaidoyer de Benario en faveur

(1) A cause de la fréquence des accidents nerveux dans la syphilis ayant débuté par un chancre céphalique, on s'est demandé si le tréponème ou ses toxines ne pourraient pas, comme le virus rabique et la toxine tétanique, gagner les centres nerveux en suivant les gaines des nerfs. Cette voie expliquerait la précocité des accidents.

de l'arsenobenzol, il semble bien que les accidents neuro-méningés soient plus fréquents et s'observent à des périodes plus précoces chez les syphilitiques soumis à ce traitement : telle est du moins l'opinion de la plupart des syphiligraphes français et de quelques auteurs allemands, Beck, Müller, Finger, Gennerich.

Ravaut compte, à la période secondaire, 67 p. 100 de réactions méningées dans sa statistique ancienne, 84,8 p. 100 depuis le salvarsan. Les statistiques de Bayet, Renaut sont également démonstratives. D'autre part, normalement, l'arsenic ne passe pas, du moins en quantité considérable, et ne reste pas dans le liquide céphalo-rachidien ; Sicard et Bloch ne l'y ont trouvé que pendant quelques heures après l'injection, à la dose de 4 à 6 milligrammes par litre. Au cours des méningo-récidives, l'arsenic paraît retenu par le système nerveux; chez des malades de Ravaut, le liquide céphalo-rachidien en renfermait des traces nettes, trois et onze mois après la dernière injection de 606 (Desmoulières). Wechselmann a également retrouvé l'arsenic dans le liquide, mais il conteste que cette quantité infinitésimale puisse avoir quelque effet toxique.

Il semble que le 606 participe avec la syphilis pour créer la neuro-récidive. Les hypothèses abondent, pour essayer d'expliquer leur action combinée.

Sans discuter longuement les vues de Rille, pour qui syphilis et salvarsan constituent un double poison pour le système nerveux, nous rejetterons, pour la même raison que la théorie toxique pure, l'opinion de Cohen; pour lui le principal rôle reste dévolu à la toxicité du 606; seul l'organe sur lequel porte l'intoxication est conditionné par la syphilis, maladie qui met le système nerveux en état de moindre résistance.

Restent deux théories principales, tout autour desquelles se groupent quelques variantes : le salvarsan crée, directement ou indirectement, un *locus minoris resistentiæ* au niveau des méninges jusqu'alors saines; celles-ci deviennent secondairement la proie de la syphilis (méningo-neurotropisme du 606 ou syphilis traumatique des méninges) ; — le salvarsan réchauffe une méningite syphilitique déjà existante, mais plus ou moins latente (réaction de Herxheimer méningée ou réactivation in situ du tréponème).

1° Provocation d'une méningite syphilitique. — Syphilis traumatique des méninges favorisée par l'action neuro-méningotrope du salvarsan.

a. *Neuro-méningotropisme direct.* — Le 606, grâce à une certaine affinité pour les méninges, y crée, sinon une lésion anatomique nettement décelable au microscope, du moins un trouble dynamique qui les rendent plus vulnérables au virus syphilitique repoussé vers les centres nerveux.

b. *Méningotropisme indirect.* — Le 606 n'agit qu'indirectement sur les méninges saines. Grâce à son action parasiticide énergique, surtout à hautes doses, il met en liberté, en détruisant le tréponème, de nombreuses endotoxines, qui vont frapper les méninges et y faciliter la pullulation des spirochètes, refoulés du reste de l'économie (Sicard).

Dans l'un et l'autre cas, le 606 agit à la façon d'un traumatisme pour localiser la syphilis sur le cerveau.

A cette théorie on objecte que la neurotoxicité du salvarsan n'est pas absolument prouvée ou est négligeable, tout au moins en l'absence de lésions des centres et des méninges. Des malades ont reçu, « pour des lésions nerveuses qu'ils n'avaient pas, des doses formidables de 606, et, dans le liquide céphalo-rachidien, l'on n'a jamais pu trouver la moindre trace d'arsenic, ni le plus petit signe de réaction » (Ravaut). Des syphilitiques traités par le 606 continuent à ne pas présenter de lymphocytose céphalo-rachidienne et de réaction méningée; les leucocytoses antérieures au traitement ne sont pas aggravées, souvent guérissent. Le 606 a été expérimenté dans des infections, paludisme, angine de Vincent, fièvre récurrente, spirilloses diverses, qui ne se compliquent pas d'accidents neuro-méningés ; on ne les a pas vus survenir sous l'influence de cette nouvelle médication.

Sans doute la mise en liberté d'endotoxines après la mort des tréponèmes est très admissible, mais son action neurotoxique est discutable : « Le 606 ne devient neurotrope que lorsqu'il existe au niveau du système nerveux un spirochète virulent, grâce auquel il devient nocif. » (Ravaut.)

2° Réchauffement sous l'influence du 606 d'une méningite syphilitique préexistante mais latente. — Les accidents neuro-méningés du 606 ne sont que la manifestation clinique d'une méningite syphilitique latente, qui reçoit un coup de fouet sous l'influence du 606. « D'emblée, ou presque d'emblée, lors de la première dissémination des spirochètes dans l'organisme, la méningopathie est constituée, elle persiste après le traitement, plus ou moins modifiée par lui. » (Jeanselme et Chevallier.)

La méningo-récidive éclate surtout au cours de la syphilis secondaire : n'est-ce pas à cette période que la syphilis frappe plus particulièrement et d'une façon si insidieuse les méninges?

En scrutant bien les antécédents de quelques méningo-neuro-récidives, on y trouve, rétrospectivement, des signes très légers de méningite fruste (diplopie passagère, céphalée très violente, rachialgie, etc.) avant l'injection de 606. Dans quelques cas, où la ponction lombaire a été faite avant l'intervention thérapeutique, on a pu constater une leucocytose plus ou moins intense, parfois une simple leucocytose d'alarme qui attire déjà l'attention sur les méninges. Un examen systématique du liquide céphalo-rachidien avant toute injection aurait mis probablement en évidence une réaction méningée accentuée, dans les cas qui, après 606, se chiffrent par 1.000, 1.500, 2.000 leucocytes; on aurait pu prévoir ainsi la méningo-récidive.

Ravaut et Cain font jouer, d'une façon générale, un rôle important aux lésions anciennes dans la pathogénie de la localisation des accidents salvarsaniques. L'observation de Westphall est très démonstrative. Une tabétique, morte quelques heures après l'injection de 606, présentait, en dehors de la méningo-radiculite banale du tabes, une plaque épaisse de méningite au niveau de l'origine du phrénique. La réaction au salvarsan de ce nerf déjà profondément lésé explique la dyspnée subite et l'asphyxie mortelle.

La méningite syphilitique antérieure une fois admise, reste a expliquer la poussée nouvelle, due au 606. — Alt, Urbantschitsch, Jeanselme et Chevallier la rapprochent de l'exagération des phénomènes morbides constatée par Herxheimer au niveau des lésions cutanées ou muqueuses et caractérisée par l'œdème, l'inflammation et le suintement de ces

lésions. Les accidents neuro-méningés ont pour cause une poussée hyperémique inflammatoire des foyers pie-mériens préexistants. Pour Ehrlich, ces foyers hypertrophiés, devenus à l'étroit dans les canaux osseux de la base du crâne, compriment les nerfs et en troublent le fonctionnement. La ponction lombaire, pratiquée aussitôt après l'injection, décèle une extravasation des globules rouges et blancs. A l'autopsie de malades morts d'encéphalite hémorragique après salvarsan, Fischer, Almkvist ont constaté des lésions de pie-mérite spécifique, déformée et exagérée par un processus inflammatoire et congestif récent. Cette réaction de Herxheimer peut être attribuée à diverses causes : action congestive directe du médicament sur l'infiltration méningée syphilitique, action fluxionnaire des endotoxines mises en liberté in situ par la mort des tréponèmes de l'infiltrat, avec multiplication des quelques tréponèmes épargnés, enfin, solution la plus probable, suractivité directe du parasite sous l'influence du 606.

La *réaction de Herxheimer méningée* peut expliquer quelques accidents précoces, légers (petit méningotropisme) ou graves (mort par le 606). Elle pourrait peut-être s'appliquer également aux accidents tardifs, si l'on admet que la congestion surexcite, à la façon d'un traumatisme, le foyer syphilitique, susceptible ensuite de croître d'une façon progressive.

Qu'il s'agisse d'une réaction de Herxheimer (accidents précoces) ou d'un autre mécanisme (accidents tardifs), le réchauffement de la méningite provient d'une nouvelle pullulation locale du spirochète. Celle-ci est le fait, soit d'un *accroissement de virulence du microbe*, soit d'une *diminution de résistance du terrain*.

La disparition passagère de certaines propriétés immunisantes de l'organisme, séro-réaction de Wassermann négative après le 606, favorise peut-être la méningo-neuro-rechute (Sabrazès, Bayet, Ravaut et Cain, Dösseker) en permettant aux spirochètes, que leur isolement a fait épargner, de retrouver leur virulence.

Gennerich fait jouer un très grand rôle à la disparition complète des moyens de défense du milieu humoral, qu'a rendus inutiles la « sterilisatio fere absoluta » par le salvarsan. Dans le traitement par le mercure ou le 606 à doses faibles, la syphilis devient latente, l'organisme conserve ses réactions d'immunité, dont témoigne la déviation du complément, et qui s'opposent au développement des neuro-récidives. Dans la cure arsenicale intensive, la stérilisation est complète ou à peu près; la réaction de Wassermann devient négative; mais si les injections ne sont pas suffisamment répétées, quelques tréponèmes, moins accessibles et par suite épargnés, se mettent à coloniser dans les méninges, aussitôt après la cessation du traitement, comme sur un organisme neuf dépourvu d'anticorps spécifiques. Pour Gennerich, la neuro-récidive n'est qu'un *chancre primaire endogène*. Elle se comporte comme le chancre primaire exogène ; la première injection d'arsenobenzol après la neuro-récidive provoque la même fièvre spirillaire qu'après le chancre ; la quantité de médicament nécessaire pour maintenir la réaction de Wassermann négative est la même que dans le traitement abortif de la syphilis primaire ; la neuro-récidive, non traitée par une médication spécifique, est suivie d'accidents secondaires, exanthème et réaction de Wassermann positive.

La *suractivité directe du tréponème* est un facteur encore plus important. Elle paraît dépendre de la *quantité insuffisante de 606 parvenant aux lésions neuro-méningées*, fait admis par la plupart des auteurs. La dose d'arsenobenzol injectée dans les veines peut être assez forte, mais le 606 rencontre de nombreuses difficultés pour arriver jusqu'au cerveau mal irrigué, jusqu'à ses enveloppes imperméables, jusqu'aux gaines fibreuses et au trajet compliqué de ses nerfs ; il a encore plus de peine à franchir les nombreux obstacles que lui oppose la nature histologique des foyers neuro-méningés, comparable à celle du chancre (vascularisation rudimentaire, endartérite, thromboses et embolies périphériques), à pénétrer dans l'intimité de ce pseudo-chancre nerveux. Peut-être la quantité de 606 arrivant à l'encéphale n'est-elle faible que par rapport à la résistance bien connue du tréponème colonisant dans le système nerveux. Pour de Azua, la récidive syphilitique se localise plutôt au niveau des méninges, parce que celles-ci retiennent beaucoup moins longtemps l'arsenic que les téguments externes, les muqueuses ou les os.

Quelle que soit la cause de l'arrivée insuffisante du 606 à l'encéphale, le résultat est le même. Les foyers méningés ne sont pas tous détruits, deux ou trois persistent, deviennent hypervirulents. Les méningo-neuro-récidives ressemblent assez à ce point de vue aux accidents tertiaires (Bayet, Desneux et Dujardin) ; dans la syphilis secondaire, les spirochètes se disséminent dans tout l'organisme, les troubles portent sur tous les appareils, mais sont peu accusés ; dans la syphilis tertiaire, seuls quelques spirochètes sont restés virulents, mais ils concentrent leur action sur un petit nombre de foyers et produisent des désordres graves. Benario rapproche la stérilisation des méninges et du cerveau par le salvarsan de la désinfection d'un local par un antiseptique ; souvent quelques micro-organismes, plus ou moins abrités dans quelque recoin, échappent à l'action bactéricide, et, dépourvus de la concurrence vitale, se développent à plaisir. Selon la comparaison d'Ehrlich, il se passe, dans la neuro-récidive, un phénomène analogue à la croissance des colonies microbiennes sur plaques de gélose : « Semons sur une plaque des milliers de germes, il naîtra une foule de petites colonies; semons sur une autre un ou deux germes, une ou deux colonies seulement croîtront, mais elles deviendront géantes. »

La neuro-récidive s'explique donc par une stérilisation incomplète de la syphilis, laissant intacts certains territoires de l'économie, « sterilisatio fere absoluta » d'Ehrlich. L'expérimentation et la thérapeutique fournissent de nombreux exemples des effets opposés des toxiques et des médicaments, en particulier des antiseptiques, suivant qu'on les emploie à doses fortes, action bactéricide ou empêchante, ou à doses faibles, action favorisante. Il est bien possible qu'une faible quantité de 606 excite le tréponème, au lieu qu'une forte le paralyse et le tue.

De l'ensemble de cette étude pathogénique résulte une distinction importante entre les accidents nerveux précoces et tardifs du salvarsan.

Les accidents précoces sont pour la plupart d'ordre toxique, attribuables à des doses trop considérables de salvarsan ou à une idiosyncrasie du malade. Quelques cas s'expliquent par une atteinte antérieure du système nerveux, au niveau duquel se

produit une réaction de Herxheimer. Les accidents tardifs sont beaucoup plus en rapport avec la syphilis ; le salvarsan n'agit qu'en réchauffant une lésion neuro-méningée syphilitique, préexistante mais latente, qui n'a pas été stérilisée par le 606. Ces accidents tardifs méritent seuls le nom de méningo-neuro-rechute, auquel nous ajoutons pour indiquer l'association fréquente de la syphilis et du 606, les qualificatifs de syphilitique et thérapeutique.

V

Diagnostic. — Rattacher les accidents neuro-méningés à l'arsenobenzol est facile, quand ils surviennent quelques heures ou quelques jours après l'injection. Et encore est-il probable qu'en l'absence d'autopsie, on ait rattaché à une action neuro-toxique du médicament bien des accidents dus à toute autre cause. Ehrlich n'a-t-il pas publié toute une série d'observations, où le traitement salvarsanique avait été décidé et où le malade est mort quelques heures seulement avant l'injection ? Dans d'autres cas, on incrimine l'arsenobenzol, alors qu'il s'agit d'urémie nerveuse, d'insuffisance hépatique suraiguë, de syncope, chez des malades dont les parenchymes rénal, hépatique, cardiaque étaient très adultérés et pour lesquels n'avaient pas été respectées les contre-indications prudentes énoncées par Ehrlich. Comment attribuer au 606 des ramollissements cérébraux énormes et diffus, comme on en a constaté à l'autopsie des sujets, morts quelques heures après l'injection ? Il est des faits qui doivent être rattachés à l'hystérie si fréquemment associée à la syphilis secondaire (Raymond, Wechselmann).

Quand l'action du médicament paraît nette, il est important d'établir s'il ne s'agit pas d'une imperfection de technique ; il est à désirer que dans tous les cas soient publiées les conditions exactes dans lesquelles a été faite l'injection. Le nombre des accidents nerveux diminue depuis que la technique s'améliore.

Quant aux méningo-neuro-récidives tardives, les liens qui les rattachent au traitement initial sont plus lâches et plus difficiles à établir. Il ne faut pas accuser toujours et quand même le 606. Ici, encore plus que pour les accidents précoces, il faut se méfier d'une localisation nerveuse spontanée de la syphilis ou d'une détermination morbide intercurrente. Une malade, que nous avons observée avec M. le professeur Vedel et M. J. Baumel, a succombé à une pneumonie banale, survenue au décours d'accidents neuro-méningés tardifs graves.

Dans l'un et l'autre cas, on essayera de préciser le mécanisme des accidents nerveux : action toxique exceptionnelle, intervention de la syphilis, plus fréquente, soit réaction congestive de Herxheimer dans les troubles précoces, soit pullulation des foyers méningitiques épargnés dans les troubles tardifs. La ponction lombaire éclaire ce diagnostic, quand elle établit l'existence d'une réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien, surtout si la réaction est négative dans le sérum. La rachicentèse montre toujours la coexistence ou la prédominance des réactions méningées ; dans quelques cas d'hypertension du liquide, elle a un véritable effet thérapeutique.

VI

Pronostic. — Le pronostic n'est pas aussi sombre qu'il paraît au premier abord. La plupart des neuro-récidives guérissent : quelques-unes laissent cependant après elles des séquelles irréductibles. Parmi les formes graves, la mort survient plus souvent lors des accidents précoces que des accidents tardifs.

Les *formes précoces* sont plus brutales et moins accessibles à la thérapeutique. Parmi les *formes graves tardives*, quelques-unes peuvent être évitées, si l'on examine complètement le malade avant et après la première injection de 606 et si l'on sait rechercher chez lui les petits signes méningés, le méningotropisme d'alarme. Une fois installées, d'autres guérissent par le traitement, à condition qu'il ne soit pas institué tardivement. Dans un cas grave, un malade de Levinstein, frappé dans ses deuxième, troisième, cinquième, huitième, neuvième, douzième paires craniennes, guérit même d'une façon spontanée, ne conservant qu'une surdité unilatérale.

VII

Traitement. — Les auteurs ont voulu tirer des conclusions thérapeutiques des diverses théories expliquant les accidents nerveux. Malheureusement ces conclusions sont très discutées et souvent diamétralement opposées, suivant l'hypothèse pathogénique adoptée.

En ce qui concerne LE TRAITEMENT CURATIF, les partisans de la théorie syphilitique pure conseillent non seulement de ne pas cesser le traitement par le salvarsan, mais encore d'en faire de suite une nouvelle injection. On sait les heureux résultats obtenus ainsi dans quelques méningo-rechutes.

Les adversaires du 606, qui incriminent sa toxicité, ordonnent au contraire la cessation non moins immédiate du traitement arsenical. Ceux qui, se tenant dans une juste limite, admettent l'intervention des deux facteurs, préconisent contre la méningo-récidive, d'abord une cure mercurielle, plus tard la reprise du salvarsan, mais en surveillant les doses, en espaçant les injections par crainte des effets brutaux et irritants d'un traitement trop intensif.

Au POINT DE VUE PROPHYLACTIQUE, Gaucher, Finger et les adversaires du 606 se fondent, pour le proscrire de la thérapeutique, sur ces accidents neuro-méningés graves que l'on ne peut prévoir, ni empêcher, puisqu'ils sont liés à la toxicité même du médicament. Simon conseille tout au moins d'y renoncer pendant la période secondaire, la plus féconde en neuro-récidives. Les auteurs, qui croient dans l'action concomitante de la maladie et du médicament, avec action prédominante de la première, ne rejettent point systématiquement le 606, mais cherchent les moyens d'en éviter les accidents nerveux.

Il y a tout d'abord grand intérêt à traiter énergiquement le malade dès le début du chancre, dès que la nature syphilitique en aura été nettement établie au microscope ; à cette période où le tréponème n'a pas encore diffusé vers les centres nerveux, la neuro-récidive est tout à fait exceptionnelle. Un traitement intensif, institué dès cette époque, est un des meilleurs moyens prophylactiques. Malheureusement les circonstances obligent souvent le médecin à ne traiter la syphilis qu'à sa période secondaire.

Audry fait précéder la cure arsenicale par une *cure mercurielle*. Sicard institue les injections mercurielles avant et après le 606. Becker, Fage et Gen-

dron signalent des accidents même avec le traitement ainsi combiné. Certains auteurs allemands condamnent cette méthode comme prédisposant plus aux neuro-récidives que le salvarsan seul. En réalité cette association thérapeutique, recommandée par Ehrlich lui-même, reste des plus rationnelles et des plus utiles.

Avant toute cure par l'arsenobenzol, deux *recommandations* ne doivent pas être oubliées *vis-à-vis du malade*. Il faut lui ordonner l'abstention de l'alcool, du tabac, des excès vénériens, qui facilitent les localisations nerveuses; il faut lui indiquer l'importance des troubles légers, céphalée, vertiges, bourdonnements d'oreilles, diplopie ou diminution de la vue, qui constituent le petit méningotropisme ou le début de la méningo-récidive, lui conseiller d'en instruire son médecin dès leur apparition, afin que celui-ci, rendu plus prudent, puisse mieux prévenir ou guérir la méningo-récidive à son début.

Rappelons les précautions concernant la *technique* des injections; depuis que Wechselmann, Duhot ont éliminé les impuretés de l'eau distillée et emploient le néosalvarsan, ils évitent les neuro-récidives.

Vaut-il mieux utiliser le *salvarsan* ou le *néosalvarsan?* Le problème n'est pas encore résolu. La plus grande solubilité du 914 lui permettrait d'arriver en plus grande quantité sur les centres nerveux, de les stériliser plus complètement et d'éviter les neuro-récidives tardives, mais peut-être expose-t-il davantage aux réactions d'Herxheimer méningées. D'une façon générale, les accidents nerveux, précoces ou tardifs, sont plus rares qu'avec le 606.

La question des *doses* est des plus importantes.

Tout le monde est d'accord à l'heure actuelle sur la nécessité d'un traitement de début énergique. Bayet observe 6 neuro-récidives sur 350 cas, Weintraud 13 sur 400 au début de la salvarsanothérapie; ils n'en comptent plus, depuis qu'ils ont augmenté le nombre et les doses des injections. La statistique de Benario, qui réunit tous les cas à traitement insuffisant, est des plus concluantes. Les anciens syphiligraphes n'avaient-ils pas déjà insisté sur la fréquence des déterminations nerveuses de la syphilis dite bénigne et par suite incomplètement soignée ? Il faut frapper vite et fort. Il ne suffit pas de blanchir le malade, mais il faut essayer de lutter contre les trépomènes les plus cachés. Les thérapeutiques timorées exposent plus que d'autres aux neuro-récidives.

Pour aboutir à stériliser l'organisme tout en évitant les neuro-récidives, deux moyens s'offrent à nous. Dreyfus et quelques auteurs allemands, se basant sur l'arrivée insuffisante de 606 aux méninges, prescrivent de *fortes doses d'emblée*, le traitement intensif, pour stériliser, dès les premières injections, tout l'organisme, système nerveux compris. En France, c'est la méthode des *doses plus faibles et plus souvent répétées* qui tend à prévaloir; Ehrlich semble d'ailleurs s'y être rallié. Il est important de répéter assez fréquemment les injections de six en sept jours, en élevant progressivement la dose de salvarsan jusqu'à 0g40 et 0g50 et de ne pas interrompre trop vite le traitement; sinon on risque de laisser évoluer des foyers latents. On peut, suivant la formule d'Emery, conseiller trois à quatre séries de cinq à six injections, dont les périodes intercalaires ne dépasseront pas quatre à six semaines; dans l'intervalle il peut être utile d'associer le traitement mercuriel.

Il faut suivre par la *réaction de Wassermann* les résultats du traitement spécifique; mais on ne doit point se fier uniquement à la réaction du sérum, qui peut devenir négative, alors que les tréponèmes restent virulents dans les méninges. Il y a intérêt à bien étudier le système nerveux et le *liquide céphalo-rachidien* du malade, tant avant le début qu'au cours de la cure par le 606. Une atteinte nerveuse, cérébrale, optique, auriculaire, une leucocytose notable, antérieures au traitement, ne sont pas des contre-indications absolues; les méningites syphilitiques, cliniques ou latentes, guérissent par le 606; la leucocytose, l'hyperalbuminose diminuent, le Wassermann du liquide céphalo-rachidien devient moins positif ou disparaît (Wechselmann). Néanmoins cette constatation rendra plus prudent, déconseillera les doses massives d'emblée. L'apparition d'une leucocytose intense, l'augmentation d'une leucocytose antérieurement légère rendra plus circonspect, quoiqu'une nouvelle injection de salvarsan ait souvent d'heureux effets.

L'action curative du salvarsan ou du néosalvarsan en *injection intrarachidienne* ne paraît pas avoir été étudiée dans les méningo-neuro-récidives. Mais la voie sous-arachnoïdienne a été préconisée, à titre prophylactique, pour obvier à la pénétration incomplète du médicament jusqu'aux méninges (Castelli, Wechselmann). Cette méthode était d'autant plus séduisante qu'elle nécessitait des doses plus faibles et moins toxiques que celles des injections intraveineuses; elle paraissait surtout indiquée dans les syphilis avec réaction méningée histologique et chimique. Malheureusement les expériences de Camus ne lui sont pas favorables, tant avec le néosalvarsan (1913) qu'avec le salvarsan (1910). Hower, Swift, et Ellies ont combiné, d'une façon assez originale, les deux voies vasculaire et intrarachidienne : ils injectent d'abord le salvarsan ou le néosalvarsan dans les veines; une heure après, ils font une saignée à leur malade, séparent le sérum, le diluent à 40 p. 100 et l'injectent dans le liquide céphalo-rachidien. Leurs observations sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse être fixé sur la valeur de cette méthode.

Tant dans les accidents précoces que dans les accidents tardifs, la *rachicentèse* est nettement indiquée; elle fournit des renseignements précieux et, par la seule décompression qu'elle provoque du côté des centres nerveux, elle ne peut être que très utile.

En résumé les *accidents nerveux précoces*, toxiques, peuvent être difficilement prévus; nous n'avons contre eux aucune thérapeutique spécifique. En dehors des imperfections de technique ou de doses trop fortes, il s'agit d'idiosyncrasie, mais celle-ci n'est pas assez fréquente, pour que, négligeant les avantages du 606, on puisse abandonner l'usage de ce médicament dans la syphilis. Les accidents quiniques, salicyliques, n'ont jamais fait rejeter le traitement spécifique du paludisme, du rhumatisme articulaire aigu.

Les *accidents tardifs*, les méningo-neuro-rechutes peuvent être plus facilement évités, puisqu'ils sont d'origine syphilitique, si l'on institue un traitement par l'arsenobenzol suffisamment prolongé et si l'on suit avee attention les réactions du liquide céphalo-rachidien. Un traitement mercuriel ou même arsenical en aura souvent raison.

BIBLIOGRAPHIE

ABADIE, PETGES et DESQUEYROUX. Polynévrite sensitivo-motrice avec troubles psychiques à la suite d'une injection intraveineuse de salvarsan, *Ann. de dermat.*, janv. 1913. — ALMKVIST. *Münch. med. Woch.*, 22 août 1911. — ALT. *Deut. med. Woch.*, 1910, n° 10. — ALTMANN et DREYFUS. Salvarsan et liquide céphalo-rachidien dans la syphilis précoce, *Münch. med. Woch.*, 4 mars 1913. — ASSMANN. Liquide céphalo-rachidien dans les neuro-récidives après salvarsan, *Münch. med. Woch.*, 1912, p. 2192; — Sur les accidents nerveux postérieurs à l'administration du salvarsan, *Berl. klin. Woch.*, 1912, p. 2414. — ASTIÉ. *Les Complications nerveuses au cours du traitement de la syphilis par le 606*, Th. de Bordeaux, 1911. — AUDRY. Sur les neuro-récidives syphilitiques postérieures à l'arsenobenzol, *Ann. de dermat. et de syphil.*, juillet 1911; — Pour et contre l'arsenobenzol, *Province méd.*, 13 janv. 1912 et 4 nov. 1911. — AZUA. Neurosyphilis après salvarsan. Symptômes méningés diffus, *Rev. clin de Madrid*, 15 août 1912; — Réaction de Herxheimer médullaire chez un hémiparétique syphilitique secondaire traité par le 606, *Soc. esp. de dermat. et syphil.*, janv. 1912.

BAYET, DUJARDIN et DESNEUX. Les neuro-récidives après injections de salvarsan et leur signification, *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, juillet 1911. — BECH. Recherches expérimentales sur les neuro-récidives, *Münch. med. Woch.*, 1912, p. 19. — BECK. Indications et contre-indications otiatriques du traitement de la syphilis par le salvarsan, *Münch. med. Woch.*, 1912, p. 1905. — BECKER. *Ges. f. Nat. und Heilk.*, Dresde, 22 et 29 avril 1911. — BENARIO. *Ueber Neurorecidive nach salvarsan und nach quecksilberbehandlung*, 1911; Münich, J. F. Lehmann, éditeur; — *Münch. med. Woch.*, 1911 et 1912, p. 2172; — *Wiener med. Woch.*, 1912, n° 9. — BOTEY. Le 914 en oto-rhino-laryngologie, *Arch. intern. d'oto-rhino-laryngol.*, nov.-déc. 1912. — BRÜCKLER. Les phénomènes anaphylactiques après les injections intraveineuses répétées de salvarsan, *Deut. med. Woch.*, 1912, p. 1587. — BURNIER. Vingt-trois nouveaux cas de mort par le salvarsan et le néo-salvarsan dans les six derniers mois, *Ann. des mal. vén.*, fév. 1913. — BUSSE et MERIAN. Mort après injection de néosalvarsan, *Münch. med. Woch.*, 1912, p. 2330.

CALAS. 606 et réaction neuro-méningée, *Sud méd.*, 16 avril 1912. — CAMUS. Toxicité comparée pour le système nerveux des sels de mercure, de l'hectine et du 606, *Soc. de biol.*, 3 déc. 1910; — Recherches sur la toxicité du néo-salvarsan, *Ann. des mal. vén.*, 1913. — CITELLI. Sur trois cas de neurolabyrinthite chez des sujets affectés de syphilis récente et sur l'action souvent efficace du salvarsan, *Arch. ital. d'oto rhino-laryng.*, 1912, n°s 3 et 4. — COUTELA. Accidents oculaires consécutifs à l'arsenobenzol, *Arch. d'opht.*, janv. 1912. — CRONQUIST. Causes des neuro-récidives après salvarsan, *Münch. med. Woch.*, 1912, p. 2449.

DARIER. Accidents après néo-salvarsan, *Bull. de la Soc. de dermat.*, nov. 1912. — DESNEUX. *Soc. clin. des hôpit. de Bruxelles*, 8 avril 1911. — DOINIKOW. Système nerveux de lapins normaux après de hautes doses de salvarsan, *Münch. med. Woch.*, 1913, p. 796. — DÖSSEKER. Les neuro-récidives après salvarsan, *Corresp. f. schweizer Ærzte*, janv. 1912. — DREVON. *Des Récidives syphilitiques après l'emploi du salvarsan à la période secondaire*, Th. de Montpellier, 1911-1912. — DREYFUS. Ueber Entstehung, Verhütung und Behandlung von Neurorecidiven, *Münch. med. Woch.*, 1912, p. 2157 et 2310. — DUBREUILH et PETGES. Du traitement de la syphilis par le 606 d'Ehrlich, *Congrès français de méd.*, 1911. — DUHOT. Accidents attribués au néosalvarsan, *Revue belge d'urol. et de syphil.*, 1912, n° 10.

EHRLICH. Sur l'état actuel de la salvarsanothérapie avec un examen particulier des parergies, *Zeit. f. Chimiotherapie.*, t. I, p. 1. — EMERY. De l'origine des neuro-récidives dans la salvarsanothérapie et des moyens d'y remédier, *La Clinique*, 15 mars 1912; — *Ibid.*, 17 mai 1912; — *Soc. de biol.*, 6 juin 1912. — EMERY et BOURDIER. Les neuro-récidives, *La Clinique*, 15 janv. 1913. — ESCANDE. Etat méningo-encéphalique au cours d'une syphilis secondaire traitée par le néosalvarsan, *Gaz. des hôpit.*, 30 janv. 1913, p. 185.

FAGE et GENDRON. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 17 nov. 1911. — FEHR. *Zeit. f. prakt. Augenheilk.*, 1912. — FÉLIX. L'emploi du salvarsan en oto-rhino-laryngologie, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1911, p. 663. — FINGER. Accidents graves chez les malades traités par le salvarsan, *Berl. klin. Woch.*, 1911; — *Wien. klin. Woch.*, 1910, n° 47. — FISCHER. *Münch. med. Woch.*, 22 août 1911. — FLEIG. Sur les injections intraveineuses de 606, *Montpellier méd.*, 1911, t. XXXII.

GAUCHER. Les morts par le 606, *Acad. de méd.*, 6 fév. 1912. — GAUCHER et LÉVY-FRÄNKEL. Récidives après salvarsan, *Ann. des mal. des voies vénériennes*, fév. 1913. — GAUCHER et GOUGENHEIM. Accidents auriculaires au cours du traitement de la syphilis par les produits arsenicaux, *Presse méd.*, 12 juin 1911. — GENNERICH. Etiologie des neuro-récidives, *Berl. klin. Woch.*, 1912, n°s 25-27. — GERONNE et GUTMANN. La neurotropie du salvarsan, *Berl. klin. Woch.*, 13 mars 1911. — GÖRTLITZ. Salvarsan und neurorecidive, *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, nov. 1911. — GUÉNOT. *Contribution à l'étude de l'arsenobenzol 606*, Th. de Paris, 1912.

HALLOPEAU. Sur un cas de mort après 606, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 10 oct. 1911, n° 32 et 28 janv. 1913. — HENSER. Neurotropie et salvarsan, *Med Klin.*, 9 avril 1911. — HOFFMANN et JAFFÉ. *Deut. med. Woch.*, 1911, n° 29.

JEANSELME et COUTELA. Névrite optique et 606, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 2 juin 1911. — JEANSELME et CHEVALLIER. Méningopathies syphilitiques secondaires cliniquement latentes, *Revue de méd.*, 1912. — JENDRALSKI. Salvarsan et neuro-récidive, Breslau med. Verein, *Deut. med. Woch.*, mars 1912.

KNICEK. *Med. Gesellsch.*, Leipzig, déc. 1912.

LANG. Affection syphilitique de l'organe auditif et salvarsan, *Arch. de laryngol.-otol.*, juillet-août 1912. — LEVINSTEIN. Nerf auditif et salvarsan, *Med. Klin.*, 21 juillet 1912. — LEVY-BING, VOISIN et DURŒUX. Manifestations nerveuses chez des syphilitiques traités par les injections intraveineuses de salvarsan, *Ann. des mal. vénér.*, nov. 1911. — LÉVY-BING, DURŒUX et DOGNY. Etude du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques traités par le salvarsan, *Ann. des mal. vénér.*, fév. 1912. — LESNÉ et DREYFUS. Accidents du 606 et anaphylaxie, *Soc. biol.*, 17 fév. 1912. — LESSER. Sur les manifestations épileptiques consécutives au salvarsan, *Soc. de dermat.*, Berlin, 11 juin 1912.

MALIOUTINE. Le salvarsan et la surdité, *Soc. d'oto-rhino-laryngol.*, Moscou, 25 janv. 1912. — MARCUS. La signification de la ponction lombaire dans la syphilis, *Arch. f. dermat. und syphil.*, 1912. — MARSCHALKO et VESZPREMI. Recherches histologiques et expérimentales sur la mort par le salvarsan, *Deut. med. Woch.*, 1912. — MILIAN. Les morts du 606, *Paris méd.*, 1912, p. 353; — Traitement de la syphilis par le 606 (*Actualités médicales*, J.-B. Baillière). — MOUNEYRAT. Toxicité du dioxydiaminoarsenobenzol, *Acad. des sc.*, 29 janv. 1912. — MUCHA. *Wiener klin. Woch.*, 1911, n°s 27 et 28. — MULLER. *Münch. med. Woch.*, 1912, n° 1 et 1913, p. 805.

NICOLAS et MOUTOT. Un an de pratique du 606, *Ann. des mal. vénér.*, janv. 1912.

PELLISSIER. L'emploi du 606 dans les affections du système nerveux d'origine syphilitique, *Encéphale*, oct. 1911. — PECHIN. Traitement de la syphilis par le salvarsan. Paraplégie consécutive, *Soc. d'ophtalmologie de Paris*, 4 juin 1912. — PIERRET. Le 606 en pathologie nerveuse, *Echo méd. du Nord*, 19 nov. 1911. — PINKUS. Sur l'encéphalite pendant le traitement de la syphilis, *Dermat. Zeitschr.*, 1912, n° 8, p. 675.

RAVAUT. Accident nerveux à type de névralgie intercostale chez un syphilitique traité par le salvarsan. Origine méningée démontrée par la ponction lombaire, *Ann. de dermat.*, mars 1913; — Les réactions nerveuses tardives observées chez certains syphilitiques traités par le salvarsan, et la méningo-vascularite syphilitique, *Presse méd.*, 1911, p. 181; — Un type spécial d'accidents nerveux et cutanés, survenant brusquement trois à cinq jours après la seconde injection de 606. Leur rapport avec l'anaphylaxie, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 nov. 1911; — *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, janv. 1912. — RAVAUT et CAIN. Des accidents et contre-indications du 606, *Journ. méd. franç.*, 1911, p. 432. — RENAUT. *Soc. méd. des hôpit.*, Paris 1912. — RISPAL et DE VERBIZIER. Salvarsan et

accidents neuro-méningés, *Province méd.*, 7 sept. 1912. — ROCHON-DUVIGNAUD. Syphilis oculaire grave, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1911, p. 745.

SAINZ DE AJA. Zona consécutif au salvarsan, *Soc. espagnole de dermat.*, juillet 1911. — SCHANZ. *Münch. med. Woch.*, 1911, n° 10. — SCHWARTZ. Neuro-récidives et salvarsan, *Petersbourg med. Zeit.*, 1912, n° 7. — SICARD. *Province méd.*, 11 nov. 1911. — SICARD, BUZARD et GUTTMANN. Neurotropie du salvarsan, *Soc. méd. des hôpit.*, juillet 1911. — SICARD et BUZARD. 606 et neurotropisme d'alarme, *Soc. méd. des hôpit.*, 27 oct. et 19 nov. 1911. — SICARD et LEBLANC. *Soc. méd. des hôpit.*, 11 juillet 1912. — SIEBERT. *Dermat. Centralbl.*, 1910, t. XIII, p. 3. — SIMON. Sur les parergies du salvarsan, *Münch. med. Woch.*, 1912, p. 2328. — SPIETHOFF. Salvarsan et système nerveux, *Münch. med. Woch.*, 1912, n° 20. — STÜHMER. *Med. Ges. z. Magdeburg*, 5 oct. 1911.

TISSIER et BLONDIN. *Traitement de la syphilis*, 1912, p. 327-335; Maloine, éditeur. — TOBIAS. *Klin. Monat f. Augen.*, janv. 1911. — TROISFONTAINE. *Soc. sc. de dermat. et de syphil.*, 4 juillet 1912.

URBANTSCHITCH. *Wiener klin. Woch.*, 1910, n° 48.

VALENTIN. *Internat. Centralbl. f. Ohren.*, Bd. IX, heft 11 et 12. — VEDEL, ROGER et BAUMEL. Accidents neuro-méningés graves et tardifs chez un syphilitique secondaire traité par le mercure et le néosalvarsan. Mort par pneumonie intercurrente, *Soc. sc. méd. Montpellier*, mai 1913. — VOLLERT. Trois cas de stase papillaire accentuée après les injections de salvarsan, *Münch. med. Woch.*, 1912, n° 36.

WECHSELMANN. Action de salvarsan sur le liquide céphalo-rachidien, *Münch. med. Woch.*, 1912, n° 19; — *Die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiaminoarsenobenzol*, 1912, t. II, Berlin, Coblentz, éditeur. — WERTHER. Des récidives nerveuses après salvarsan, *Münch. med. Woch.*, 1911, n° 10. — WESTPHALL. *Berl. klin. Woch.*, 1910, n° 48.

ZALOZIECKI. Liquide céphalo-rachidien et salvarsan, *Berl. klin. Woch.*, 1912, n° 36.

FORMULAIRE

RÉGIME DES DIABÉTIQUES

Le régime lacté est souvent ordonné aux diabétiques maigres à dénutrition azotée. Le lait n'est pas toujours toléré et donne souvent soif.

C'est alors que d'excellents résultats ont été obtenus avec le « Képhir Salières », champagne lacté, sans sucre, riche en levures, à la dose d'une canette par jour.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale, par le docteur Georges GENIL-PERRIN. Un volume in-8° de 280 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, Alfred Leclerc.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 59. — MARDI 27 MAI 1913. 86e ANNÉE. MARDI 27 MAI 1913. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50**. — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 23 mai. — Question : « La mort dans la fièvre typhoïde. » — MM. Boidin, Faure-Beaulieu et Vincent, 20; Fiessinger, 19; Lévy-Valensi et Baudouin, 18.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 mai. — MM. Ockinczic, 20; Gernez, Roux-Berger et Mathieu, 19.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Mathieu et Roux-Berger.

— Concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 22 mai. — MM. Lequeux, 24; Le Lorier, 21.

Séance du 23 mai. — M. Devraigne, 28.

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Devraigne.

— Concours pour l'adjuvat de Clamart. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lejars, Arrou (qui ont accepté), Sebileau, Bazy et Castaigne (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

— Concours de l'internat en pharmacie. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Delauney, Chouy, Mayoly, Paul Robert, Emilien Le Brazidec, Lagarde, Arnold, Volmar, Duval, Picat,

11. Bogay, Cattelain, Robert Marcel, Billard, Marcel Le Brazidec, Certain, David, Mougain, Lorcy, Rignault,

21. Royer, Légier, Malmy, Terrey, Dumont, Boudaud, Bonnafy, Yang Ting, Talvard, Hubert,

31. Mignon.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 23 mai. — M. Nanta : « Syndrome de Brown-Séquard. » — Note : 16 1/2.

M. Serr : « Les rétrécissements de l'orifice aortique. » — Note : 15.

Deuxième séance du 23 mai. — M. Roger : « Arthropathies nerveuses. » — Note : 17 1/2.

M. Joltrain : « Les hématémèses. » — Note : 16 1/2.

M. Gardère : « Symphyse péricardique. Signes, diagnostic et traitement. » — Note : 14 1/2.

— Section de chirurgie générale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 23 mai. — M. Gorse : « Cancer de la prostate. » — Note : 17.

M. Lardennois : « Gangrène des membres par oblitération artérielle. » — Note : 14.

Deuxième séance du 23 mai. — M. Guimbellot : « Kystes du pancréas. » — Note : 17.

M. Perrin : « Paralysies traumatiques du nerf radial. » — Note : 15.

M. Lacouture : « Luxations traumatiques de l'épaule. » — Note : 12.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Auguste Broca, professeur agrégé à la Faculté de Paris, a été désigné par le conseil de la Faculté comme titulaire de la chaire de médecine opératoire, laissée vacante par la mort du professeur Segond et la mutation du professeur Hartmann.

Le conseil a présenté en seconde ligne M. Walther.

ACADÉMIE FRANÇAISE. — L'Académie vient de décerner pour la première fois, le prix Broquette Gonin, d'une valeur de 10000 francs. Ce prix destiné à récompenser l'auteur d'un ouvrage philosophique, politique ou littéraire jugé susceptible d'inspirer l'amour du vrai, du beau et du bien, peut être distribué tous les cinq ans s'il y a lieu.

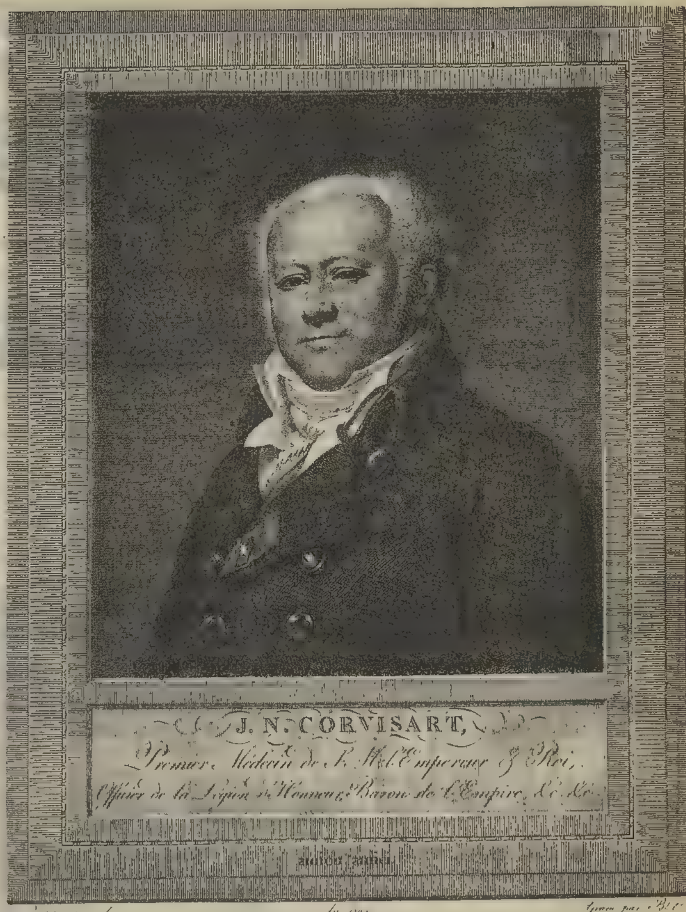
L'Académie a décerné cette haute récompense à M. le professeur Grasset (de Montpellier) pour l'ensemble de ses travaux.

VARIÉTÉS

CORVISART

D'après des lettres autographes inédites.

Parmi les grandes figures qui ont illustré la médecine française, il en est peu qui aient conservé, malgré le temps écoulé, autant d'intérêt, nous allions dire d'attrait, que Corvisart. Certes, la valeur du savant et le caractère de l'homme y sont pour beaucoup, mais il faut, croyons-nous, en chercher la raison principale dans le fait, pour Corvisart, d'avoir été, comme cela est inscrit sur le portrait gravé d'après le tableau de Gérard et que nous reproduisons ici, « premier médecin de Sa Majesté l'Empereur et Roi ». Aussi nous apparaît-il comme reflétant en quelque sorte un peu de l'éclat émané de ce Maître prestigieux dont il eut le rare mérite d'être le serviteur toujours loyal et fidèle sans en être le courtisan.



On a beaucoup écrit sur Corvisart. Son œuvre scientifique a été analysée et précisée de manière définitive, et, d'autre part, l'homme a été étudié dans une série de travaux. On pourrait donc nous opposer, au moment où nous allons nous occuper à notre tour du célèbre médecin de Napoléon, un sévère : « Tout est dit et vous venez trop tard! » Mais en réalité ce n'est pas pour nous que nous demandons la parole, c'est pour l'illustre ancêtre lui-même, c'est pour Corvisart, dont nous avons la bonne fortune de posséder douze lettres autographes, lettres dont nous voudrions dégager ici tout ce qui peut ajouter quelques traits à l'image que notre époque s'est faite de lui.

Ces lettres sont d'autant plus intéressantes qu'elles sont adressées au même correspondant et qu'elles se répartissent

sur un laps de temps qui va du 1er thermidor an II (20 juillet 1792) au 2 avril 1817. On peut donc, pendant cette période de vingt-cinq ans, suivre l'évolution de la mentalité de Corvisart et les modifications que l'âge, les événements, l'état de sa santé ont fait subir à sa tournure d'esprit.

Le correspondant auquel s'adressent ces douze lettres était un médecin également, le docteur Rignier, qui fut des élèves de Corvisart ainsi que cela ressort clairement de cette correspondance, et avec lequel il est probable qu'il avait eu à ce moment-là des relations particulièrement amicales. Ce docteur Rignier était, lorsque Corvisart lui écrivit les deux premières lettres que nous possédons, médecin de l'armée du Rhin. La première est en effet adressée : « Au citoyen Rignier, médecin de l'armée à l'hôpital militaire, à Schélestat. » Il succédait là à un nommé Baudenet sur le compte duquel Corvisart s'exprime ainsi : « Ce Baudenet que tu as remplacé à Schélestat a fait semblant de me suivre, je m'en rappelle très bien et je ne crois pas qu'il ait pu exhiber un certificat de moi. Il s'était attaché à un certain Retz, médecin, il était son secrétaire, ils se sont disputés, pris, quittés et repris tour à tour; c'est ainsi qu'il a appris de la médecine. Que Dieu lui soit en aide ! » La seconde lettre qui est du 21 nivôse an X est adressée : « Au citoyen Rignier, ancien médecin de l'armée du Rhin, à Molsheim. » Enfin, à partir de la troisième, il n'est plus question de citoyen, nous sommes en 1809 et l'adresse est ainsi libellée : « A Monsieur Rignier, médecin des hospices, etc., à Bar-sur-Ornain. » C'est en effet à Bar-le-Duc que ce confrère s'était installé comme médecin civil et nous verrons tout à l'heure que ce choix semble lui avoir réussi.

Il n'y a d'ailleurs pas que l'appellation portée sur l'adresse qui diffère entre la première lettre et les autres; dans celle-là Corvisart tutoie son « cher camarade », dans les autres il lui dit vous et l'appelle plus pompeusement : « Monsieur et très honoré, ou honorable confrère. »

Il est regrettable que ces lettres ne renferment aucune allusion aux événements du temps et aux travaux de Corvisart. Dans la première il s'excuse cependant de sa paresse à répondre en disant : « Il était bien juste, mon cher camarade, que je te donnasse à mon tour l'exemple de la paresse; j'ai fait comme toi, mais avec plus d'occupations peut-être. Le gouvernement en me chargeant de faire des leçons au Collège de France, en me nommant à la Commission des arts, à un jury pour juger les livres élémentaires, me met, comme tu vois, fortement en œuvre; joins à cela mes occupations particulières et tu verras que mon temps est rudement employé. » Et plus bas il ajoute : « L'ami Lanefranque vient de partir pour Versailles où il a été nommé médecin. Je suis bien aise qu'il ne se soit pas éloigné davantage, parce que j'espère que nous nous verrons quelquefois. Si tu étais aussi dans nos environs, nous nous réunirions de tems en tems, et alors nous radoterions médecine. Patience, il viendra peut-être un moment où nous le pourrons à notre aise. En attendant, continuons à assommer nos ennemis comme le font de toutes parts nos armées victorieuses, quand il ne nous en restera plus, nous nous rejoindrons pour nous en réjouir. »

Ce qui revient en effet dans la plupart de ces lettres, ce sont les allusions au projet que forment les deux amis de se revoir et de passer quelque temps ensemble, mais ce projet ils ne l'ont jamais mis à exécution, du moins jusqu'en 1817, et cela, tantôt pour une raison, tantôt pour une autre. Une fois, par exemple, en 1809, Corvisart a l'occasion de passer à Bar-le-Duc, et il explique au docteur Rignier, dans une lettre datée du 26 décembre, pourquoi il n'a pu aller lui rendre visite. « Ce n'est pas ma faute, je vous jure, mon très honorable Confrère, si je n'ai pas eu le plaisir de vous voir à mon double

passage à Bar ; il était deux heures et un quart du matin (à très peu de minutes près) lorsque je passai et quand je repassai par votre ville : il faisait chaque fois un très beau clair de lune. Mais, en allant, je voulais faire la plus grande diligence ; en revenant, j'étais obligé de suivre le service, ce qui m'a mis dans l'impossibilité de m'arrêter. Vous devez être bien sûr des regrets que j'ai éprouvés, car je m'étais bien promis de faire halte chez vous le plus que je pourrais, mais il y a eu impuissance absolue, et je crains bien que le mal soit sans remède. »

Ailleurs, une lettre de Corvisart nous fait comprendre les raisons que son confrère lui donne pour ne point venir à Paris malgré les invitations réitérées de son ancien maître, et nous noterons en particulier cet amusant passage où l'on peut voir que les compétitions de clientèle et la lutte plus ou moins correcte entre confrères ne sont pas des maux nés d'hier. « Vous dites que vos confrères sont adroits à désemparer et actifs à s'emparer ; que les habitants sont aimables mais légers ; que l'absence d'une semaine vous ferait encourir la déchéance, etc. »

S'ils ne se voient pas, les deux correspondants se font des envois réciproques, et c'est le cas de répéter que les petits cadeaux entretiennent l'amitié, car il est touchant de voir le médecin de Bar-le-Duc envoyer au premier médecin de Sa Majesté l'Empereur et Roi des confitures de Bar et du vin. « J'ai reçu et j'accepte très volontiers le tribut des douces productions de votre pays », dit Corvisart dans une de ses lettres ; et ailleurs : « J'ai reçu en son temps la boëte de vos excellentes confitures que vous m'avez adressées, c'est un cadeau de petite maîtresse. »

Mais c'est quand il parle du bon vin que l'illustre clinicien devient lyrique. Il est de notoriété d'ailleurs qu'il l'aimait fort, et certes c'est là un goût trop français pour qu'on le blâme lorsqu'il se maintient dans de justes limites. Le reproche qu'on a fait à Corvisart de franchir ces limites ne semble reposer sur rien de sérieux ; seul l'épisode de son dîner de thèse, comme docteur régent, est authentique, et là je cède la parole à M. Helme qui, avec sa verve coutumière, a rappelé cette anecdote dans un intéressant article de la *Presse médicale* (21 août 1909) sur « la maison de Corvisart ». A cette époque, « le docteur régent, après son admission, avait coutume d'offrir un dîner à ses juges. Suivant l'antique usage ceux-ci banquetaient à part des élèves, dans une pièce voisine. A la fin du repas, Corvisart était dans un tel état qu'il ne parlait plus que latin. On le vit, ô scandale ! faire irruption dans la salle des maîtres, une coupe à la main. Il hoquetait Horace, éructait Juvénal ; bref, l'esclandre fut tel que le dîner de thèse, supprimé du coup, ne subsista dans les mœurs que pour les seuls élèves. » M. Helme rapporte d'ailleurs le fait sans esprit de blâme, il n'est pas homme à reprocher à quelqu'un quelques coupes de trop un soir de thèse. Quoi qu'il en soit, Corvisart aimait beaucoup le bon vin et il en parle souvent avec une franchise qui prouve que sous ce rapport sa conscience n'a rien à lui reprocher. « J'ai quelque bon vin, dit-il dans une de nos lettres, dépêchez-vous ; vous l'aimez, Lanefranque aussi, moi aussi, nous nous rappellerons à huis clos notre tems passé, votre patience à m'entendre, votre indulgence à me juger et notre commune amitié. » Mais c'est surtout dans la lettre suivante qu'il parle avec enthousiasme du vin de Bar, que lui avait envoyé son ami Rignier, et qu'il dit : « La plus forte de vos promesses gasconnes est celle par laquelle vous nous faites espérer de venir ici assister au jugement de ce vin fameux jusques dans les Conciles. »

Il semble d'ailleurs que ce fût une vieille habitude chez les amis de Corvisart de lui envoyer du vin, et nous rapporterons à ce propos une lettre de lui, datée de l'an XII, et adressée à un correspondant inconnu. C'est la seule lettre de Corvisart que possède l'Académie de médecine — la Faculté n'en possède aucune — et nous en devons la communication à la

TECHNIQUE CHIRURGICALE

TRAITEMENT ESTHÉTIQUE DES ABCÈS DU SEIN

Par M. H. MORESTIN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

Les abcès communs de la mamelle, les abcès d'origine puerpérale, sont devenus moins fréquents qu'autrefois, et il n'est pas nécessaire d'en développer longuement les raisons. Les soins mieux compris pendant la lactation, l'établissement de règles plus précises concernant les tétées, l'hygiène du mamelon, la diminution du nombre des infections puerpérales, expliquent que la mastite puerpérale ne frappe plus qu'un nombre relativement restreint de femmes. Néanmoins c'est une affection que nous rencontrons encore souvent et dont le traitement mérite toujours attention. Assurément, ce traitement ne saurait différer essentiellement de celui des autres suppurations aiguës; cependant, il nous semble que la technique de l'ouverture de ces abcès gagnerait à être orientée de façon à mieux respecter l'esthétique de la mamelle. Une préoccupation de cet ordre ne saurait être déplacée si l'on songe qu'il s'agit constamment de femmes jeunes et presque toujours de primipares.

Pour mieux faire comprendre notre technique, rappelons quelle est la disposition habituelle de ces abcès.

Prenant naissance dans un des lobes de la mamelle, ils se collectent d'abord dans l'épaisseur du tissu glandulaire et, de là, fusent secondairement, soit dans le tissu cellulaire rétro-mammaire, soit, et beaucoup plus souvent, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il peut se produire dans la même mamelle deux ou trois foyers primitifs de suppuration : nous voulons dire deux ou trois foyers intraglandulaires dont chacun peut évoluer, soit en arrière, soit du côté des téguments.

Habituellemeut, le foyer primitif est unique, aussi envisagerons-nous comme exemple le cas d'un abcès né dans un des lobes de la glande et ayant secondairement envahi la graisse intermédiaire à la glande et aux téguments.

La collection après cette migration offre régulièrement une disposition en bouton de chemise, en bissac : une poche superficielle, une poche intra-mammaire, reliées l'une à l'autre par une portion étroite.

La poche superficielle se trouve tantôt au voisinage immédiat de l'aréole, tantôt un peu plus loin, à une distance de un, deux, trois travers de doigts.

Si l'on se borne à inciser l'abcès superficiel, on verra la suppuration se prolonger, traîner, parfois la plaie devenir fistuleuse et s'éterniser, ou bien encore, s'installer des accidents de rétention qui obligeront à une intervention nouvelle.

Aussi, un bon traitement de ces abcès doit comporter l'ouverture de la loge intraglandulaire par débridement de la portion étranglée : à plus forte raison cette conduite s'impose-t-elle quand l'abcès a fusé en même temps en arrière et en avant de la glande.

Étant donné ces conditions, il semblerait qu'une incision directe et large fût tout à fait de rigueur pour inspecter le fond de la loge superficielle et procéder au débridement de la partie rétrécie que nous avons indiqué comme nécessaire pour assurer un bon et complet drainage.

Sans aucun doute, quand les téguments sont eux-mêmes profondément altérés, amincis, rouges, et que l'abcès est au moment de s'ouvrir spontanément, il n'y a guère moyen de faire autrement. Et de même, quand la suppuration est diffuse, qu'elle a envahi tout le tissu cellulaire rétro-mammaire, que la mamelle flotte sur un lac de pus, il n'y a plus lieu de ménager les téguments.

Mais, réserve faite de ces cas extrêmes et mettant également à part les cas de galactophorite susceptibles de guérir par simple expression, ou par succion à l'aide de ventouses, nous pensons que ces abcès peuvent être complètement traités à l'aide d'une incision n'intéressant pas les téguments de la mamelle en dehors de l'aréole.

Une *incision purement aréolaire*, qui ne laissera pas de traces bien apparentes dans l'immense majorité des cas peut et doit suffire.

Voici comment nous procédons.

Le siège de l'abcès étant bien repéré et la présence de la collection superficielle nettement reconnue, on trace sur l'aréole une incision partant du pied du mamelon et se dirigeant vers l'abcès par le plus court chemin, mais s'arrêtant juste à la limite de l'aréole. On remarquera que chez la femme qui vient d'accoucher cette aréole est particulièrement large, surtout chez les femmes brunes et que du pied du mamelon à la circonférence de l'aréole il y a presque toujours 2-3 centimètres. Mettons 2 centimètres.

Cela suffit pour mener à bien l'opération. Arrivé à la limite de l'aréole, le bistouri est glissé sous les téguments que l'on doit s'efforcer avec le plus grand soin de ménager ; il est conduit vers l'abcès, et quand la pointe se trouve en regard de celui-ci on l'enfonce vivement vers la profondeur, et l'instrument est ramené vers le mamelon. Il est accompagné et suivi par le pus qui jaillit par la plaie ; on glisse alors par la plaie un instrument explorateur, sonde cannelée, pince, ou même le doigt protégé par un gant. Et l'on va explorer la loge évacuée et rechercher le goulot qui communique avec la poche profonde. Quand on l'a reconnu, ce qui est très facile pour peu que l'abcès soit bien collecté, on y remet le bistouri et l'on débride fortement toujours en retirant l'instrument dans la même direction, vers le mamelon. Il ne faut pas craindre de donner à ce débridement toute l'importance nécessaire, dût-on sectionner une grande épaisseur de tissu mammaire. On contrôle encore avec le doigt les résultats de ce débridement pour bien s'assurer que la loge profonde a été complètement ouverte et qu'elle pourra se vider aisément à travers l'orifice de communication que l'on vient d'élargir

jusqu'à lui donner la dimension même de la poche profonde.

Il ne reste plus dès lors qu'à achever la complète évacuation de la poche profonde, à la nettoyer avec de la teinture d'iode ou du formol et à y installer un drain relativement volumineux qui sortira par la plaie aréolaire.

Contrairement à ce qu'on pourrait redouter, l'hémorragie est habituellement très modérée et s'arrête spontanément au bout de quelques instants.

Quel que soit le siège de l'abcès dans la mamelle, qu'il siège à la partie supérieure, interne, externe, ou même inférieure, la même technique est applicable, et si les foyers suppurés sont doubles ou triples, on peut dans la même séance traiter chacun d'eux d'une manière identique.

Le drainage établi de cette façon fonctionne d'une façon beaucoup plus satisfaisante qu'on ne pourrait le supposer.

Dans le cas de mastite survenant chez une femme en lactation, la mamelle volumineuse est toujours plus ou moins pendante, et la région aréolaire se trouve en réalité déclive.

Aussi l'écoulement du liquide sécrété par la plaie ne souffre-t-il aucune difficulté.

Les résultats de l'opération sont des plus satisfaisants.

La plaie se déterge et se répare avec une grande rapidité; au bout de trois, quatre, cinq jours, rarement plus tard, on peut supprimer le drainage, et la guérison complète est obtenue dans l'espace de dix ou douze jours.

Nous prévoyons bien les objections que l'on peut faire à une intervention de ce genre. Ce sont les mêmes qui viennent naturellement à l'esprit chaque fois qu'il s'agit de déroger aux règles que le temps a consacrées dans la thérapeutique des abcès. Les incisions directes ont pour elles la facilité, la netteté, la logique.

Alors on peut craindre, quand on propose une voie détournée, que la guérison ne soit pas obtenue, qu'elle le soit plus péniblement ou plus tardivement, que l'opération, plus difficile et un peu obscure, ne comporte même quelques aléas, quelques dangers.

Il serait puéril de contester que l'intervention ainsi comprise ne soit un peu délicate, un peu plus délicate que l'incision toute simple, qu'un petit tour de main ne doive être acquis pour la faire avec rapidité. Mais en réalité il n'y a là aucune difficulté réelle et, sur un nombre déjà assez considérable de malades, nous avons pu appliquer cette technique sans aucun embarras. Et nous ne pouvons croire que ce procédé ne soit à la portée de tous.

On est si bien renseigné par le contrôle instrumental ou digital que, pour être effectués sans le contrôle direct de la vue, les différents temps de l'intervention ne s'exécutent pas moins avec clarté et précision.

Tout ce que l'on pourrait redouter de l'hémorragie, de la difficulté de nettoyer la loge profonde, de la crainte d'infecter des portions encore saines de tissu cellulaire ou de tissu glandulaire tombe devant les constatations que l'on peut faire en suivant ces malades, qui guérissent avec la même simplicité qu'après l'incision directe.

A la réflexion on peut d'ailleurs comprendre que, pour être située à quelque distance, l'orifice de drainage n'en est pas moins suffisant.

Les liquides sécrétés par la plaie descendent naturellement vers cet orifice déclive comme d'un entonnoir vers sa douille.

De fait, depuis l'époque déjà lointaine où j'ai décrit ce procédé à la Société anatomique (19 avril 1907), j'ai eu un assez grand nombre de fois l'occasion de l'appliquer, et n'ai observé ni complication, ni ennui d'aucune sorte, ni échec.

On ne saurait se flatter pourtant qu'il doive réussir toujours; mais alors, mettant les choses au pis, on serait contraint simplement d'ajouter à l'intervention un temps complémentaire qui serait une contre-ouverture cutanée.

Un tel procédé ne serait pas à sa place dans les cas où la peau est en trop mauvais état pour se prêter à la conservation. Il serait également inopportun chez les malheureuses pour lesquelles toute préoccupation esthétique serait superflue.

L'incision aréolaire n'a en effet d'autre indication que le souci justifié de l'esthétique.

La cicatrice limitée à l'aréole est, on peut le dire, une cicatrice dissimulée. Elle ne dépare aucunement la mamelle et, par conséquent, le sujet ne conserve véritablement aucune trace gênante de l'intervention.

C'est là le seul intérêt de ce procédé, intérêt insignifiant ou considérable selon qu'il s'agit d'une mamelle flétrie, prématurément vieillie et destinée à être éternellement dissimulée à tous les regards, ou bien d'une gorge opulente et gracieuse qu'il serait pénible et blâmable de mutiler.

FORMULAIRE

CONTRE LE PALUDISME

Le docteur Pech, médecin-major de première classe, vient de publier dans le *Bulletin médical* (1) des notes sur le paludisme.

Dans ces notes, recueillies en Indochine, M. Pech indique une formule qui lui a donné des résultats constants dans des cas où la quinine restait sans effet.

Voici cette formule dans laquelle se trouvent associés la quinine, l'ergotine et l'opium.

Sulfate de quinine	0g15
Bromhydrate de quinine	0g10
Ergotine	0g10
Teinture d'opium	IV gouttes.
ou extrait d'opium	0g02

F. S. A. une pilule.

Donner deux pilules au repas du matin, deux au repas du soir.

(1) PECH. *Bulletin médical*, 9 avril 1913, n° 28, p. 327.

CLINIQUE MÉDICALE

AMÉNORRHÉE PUBÉRALE

BAINS DE MER
HYDROTHÉRAPIE — CLIMATOLOGIE

Par M. PAUL DALCHÉ (1),
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Messieurs,

Je reprends mes leçons, interrompues cet hiver, pour vous entretenir aujourd'hui de divers sujets très pratiques, cependant peu connus, ou plutôt très discutés, et qui ont rapport à la puberté et à son hygiène.

Il arrive parfois que les familles, sans consulter leur médecin, prennent des résolutions que souvent elles sont appelées à regretter plus tard. Elles étaient de bonne foi, croyaient bien faire, demeuraient convaincues qu'elles agissaient au mieux pour la santé de leurs enfants, s'imposaient même des sacrifices dans cette intention, et restaient navrées en constatant qu'elles s'étaient trompées du tout au tout et que l'événement avait tourné tout à fait à l'encontre du but proposé.

Car suivant les jeunes filles, leur état de santé habituel, leur hérédité, leurs antécédents, leur tempérament, une prescription qui paraît banale au premier abord peut devenir la meilleure ou la pire du monde. Je n'en veux pour exemple que l'observation suivante que j'ai pu suivre personnellement l'année dernière.

Une jeune fille de dix-sept ans, de grande taille et de croissance très rapide, un peu maigre, très légèrement névropathique, me fut amenée au courant de l'hiver dernier à cause d'une *aménorrhée* qui datait de l'été précédent et qui était survenue pendant un séjour *aux bains de mer*. Cette aménorrhée était absolue, les règles s'étaient supprimées au cours de la saison marine et n'avaient jamais reparu. Jamais non plus, on n'avait pu constater la moindre ébauche de molimen cataménial : pertes blanches, douleurs abdominales, douleur ou tension des seins, etc. Bref, l'ovulation était complètement suspendue.

Cette aménorrhée inquiétait fort le médecin et la famille, qui, à défaut d'autres causes, avaient fini par se demander si ces accidents n'étaient pas d'origine tuberculeuse. En effet, un frère de la malade était mort en bas âge de méningite, peut-être tuberculeuse, le père avait eu, paraît-il, étant étudiant, une pleurésie peut-être bacillaire ; mais il est actuellement fort bien portant.

De son côté, la jeune fille ne présente aucun signe de tuberculose, mais elle est extrêmement intellectuelle et venait de passer une série d'examens après un travail de préparation intense ; elle se sentait fatiguée par ce coup de collier, et c'était pour la reposer qu'on l'avait conduite aux bains de mer.

Réglée à onze ans, cette jeune fille le fut depuis parfaitement et d'une manière extrêmement régulière, quoique présentant quelques douleurs prémenstruelles, jusqu'en juillet 1911. Elle avait alors dix-sept ans. A cette époque, dans les conditions que je viens de vous exposer, elle part pour les bains de mer, et là, petit à petit, elle perd le sommeil, devient inquiète et un peu plus nerveuse que d'habitude ; elle est prise de céphalée, l'appétit disparaît complètement et les règles se suspendent pour ne plus revenir. La lassitude s'accroît de plus en plus, si bien que le père accuse, à juste raison, à mon avis, le séjour à la mer d'avoir produit des effets néfastes. Il avait conduit sa fille à la mer pour la remonter de ses fatigues et il la ramène dans un état pitoyable.

J'examine la malade au mois de février suivant et je constate la même lassitude, la même anorexie et une aménorrhée complète sans aucune ébauche de molimen menstruel ; il existe en plus des points de névralgie iléo-lombaire et des douleurs des plexus sympathiques péri-aortiques et péri-iliaques.

Je puis vous dire, en anticipant sur la suite des événements, que, sous l'influence du traitement, l'état normal a reparu aujourd'hui, et qu'actuellement la jeune fille est réglée parfaitement et d'une manière régulière.

Le père avait raison, Messieurs, cette enfant n'a pas pu supporter les bains de mer ; c'était une nerveuse, une éréthique, de souche peut-être tuberculeuse, fatiguée par une croissance trop rapide et un travail intellectuel intense. Elle n'a pas pu faire une réaction suffisante et s'est trouvée déprimée : et l'un des signes les plus marquants, les plus saisissants de cet état de débilitation a été l'aménorrhée : aménorrhée absolue, sans ovulation.

Vous voyez quels graves accidents peut causer une détermination prise inconsidérément par une famille, et à ce propos je ne saurais trop vous mettre en garde contre la facilité avec laquelle les parents vont passer l'été avec leur famille au bord de la mer. Je voyais l'été dernier une jeune fille nerveuse à laquelle je demandais où elle allait passer les vacances ; elle me répondit spontanément, avec vivacité, comme une chose toute naturelle : « Mais, aux bains de mer, comme tout le monde. »

Et cependant aussi, tous les ans nous envoyons aux bains de mer avec le plus grand succès certaines anémiques, certaines aménorrhéiques, certaines chlorotiques aux règles misérables, certaines insuffisances ovariennes.

Je veux étudier ces cas avec vous.

« L'air de la mer et la balnéation marine, dit Albert Robin, ces puissants modificateurs des échanges organiques, sont des moyens de reconstitution..... Mais cette exagération de la vitalité que la mer imprime aux êtres qui l'approchent doit faire écarter d'elle ceux qui sont inaptes à réparer leurs pertes parce qu'ils brûlent plus qu'ils n'assimilent. » Il faut en effet qu'ils puissent faire la réac-

(1) Leçon recueillie et publiée par M. le docteur Paul Roy, ancien interne des hôpitaux.

tion, et d'autre part il faut que cette réaction soit mesurée et qu'elle ne dépasse pas les limites, qu'elle ne soit ni insuffisante, ni trop vive.

Quelle est en effet l'action du *climat marin?* Il active les fonctions de nutrition, l'appétit et les échanges, il excite le système nerveux, élève le taux de l'hémoglobine et des globules et stimule la vitalité d'une façon générale. Mais cette stimulation et la réaction qui l'accompagne ne peuvent être suffisamment mesurées, et chez certaines éréthiques elles dépassent les limites et deviennent nuisibles.

Dans quels cas devons-nous prescrire un séjour au bord de la mer?

On en aura de bons effets chez les jeunes filles hyposthéniques en général, les lymphatiques, les rachitiques, les jeunes filles qui présentent un retard de croissance, en particulier celles qui ont un retard génital, chez certaines aménorrhéiques dont l'ovaire endormi ne peut se décider à fonctionner et a besoin d'être stimulé, chez les strumeuses, enfants un peu bouffies et molles, nées de souche tuberculeuse sans l'être elles-mêmes, chez les insuffisantes ovariennes.

Dans tous ces cas le climat marin donnera d'excellents résultats, à condition que la réaction soit suffisante, et qu'il ne lui succède pas de dépression.

Par contre il faut l'interdire aux jeunes filles arrivées à l'âge de la puberté et qui sont excitées, agitées, nerveuses, éréthiques, qui présentent des poussées fluxionnaires, des bouffées de chaleur, en un mot à ces malades que j'ai appelées hyperovariques.

Il faut aussi redouter le climat marin pour certaines chloroses ménorrhagiques, qui sont dues, ainsi que Wirchow l'avait déjà montré, à l'hyperfonctionnement ovarien.

Dans les cas d'aménorrhée en apparence primitive il faut chercher s'il n'existe pas en même temps un syndrome basedowiforme d'origine génitale, et on doit en dépister les divers symptômes : hypertrophie du corps thyroïde, surtout tachycardie, etc. Chez ces malades en effet, on risque de provoquer ou d'augmenter l'excitation, l'insomnie, la céphalée, l'anorexie, la lassitude, les troubles menstruels les plus inattendus et même, comme chez la malade dont je vous ai parlé, une aménorrhée complète, quoique le fait soit d'apparence paradoxale, car le climat marin augmente en général la menstruation et peut arriver à provoquer des métrorrhagies. C'est un fait observé fréquemment par les voyageuses qui traversent l'Atlantique au moment d'une de leurs époques et qui voient leurs règles transformées en pertes abondantes.

Si nous étudions maintenant les effets du *bain de mer* lui-même, nous lui trouvons les mêmes indications et les mêmes contre-indications qu'au climat marin. Mais aux effets de ce dernier s'ajoutent en plus dans le cas du bain ceux de la brusque immersion dans l'eau froide et du choc percutant des vagues, auxquels il faut ajouter, d'après Mougeot, l'influence mal connue de l'immersion dans une solution hypertonique.

Le bain de mer pris pendant les règles, soit par ignorance, soit par caprice, peut donner lieu à un accident particulier : l'*aménorrhée accidentelle*. Les règles se suppriment et ne reviennent parfois que deux ou trois mois après. Cette aménorrhée accidentelle s'accompagne dans certains cas d'accidents à distance tels que hémoptysies, bronchites spasmodiques, goitre exophtalmique même, comme dans un cas de Rendu, et d'accidents locaux du côté des voies génitales.

Il faut se méfier particulièrement du bain de mer chez les névropathes, les hyperexcitables, les jeunes filles présentant des arthralgies pubérales, du faux rhumatisme, de la céphalée ; il faut s'en méfier aussi chez les adénoïdiens, chez les enfants qui ont des lésions nasales ou auriculaires, car il peut en résulter de la toux coqueluchoïde, des bronchites spasmodiques, etc.

A propos des céphalées pubérales, dont je viens de vous dire un mot, laissez-moi vous présenter un cas curieux. Voilà une jeune fille de seize ans, forte, bien développée, grande, qui avait d'habitude une santé excellente et qui présente depuis plusieurs mois une aménorrhée absolue.

Réglée à dix ans et demi, ce qui est précoce, elle vit sa menstruation s'établir avec des douleurs violentes, et elle dut garder le lit pendant six jours environ. La malade fut ensuite bien réglée pendant quelques mois, puis les règles devinrent irrégulières et se supprimèrent pendant un mois, après quoi elles reparurent quatre fois pendant le même mois. Actuellement elles ont disparu depuis sept mois, et la malade se plaint de saignements de nez, de troubles visuels et de *céphalée*. A certains moments, qui correspondent à une date où il devrait y avoir une époque menstruelle, la céphalée augmente, et il y a des bouffées de chaleur avec rougeur de la face.

J'ai prescrit des douches tièdes en pluie, des douches chaudes sur la face dorsale des pieds et la face interne des cuisses, j'ai donné à la malade de la poudre d'ovaires et de corps thyroïde. Toutes ces médications ont échoué, et le seul soulagement a été apporté par la pose de sangsues derrière les oreilles. Voilà une malade qu'il faudrait bien se garder d'envoyer au bord de la mer.

Enfin, pour en terminer avec le bain de mer, je vous dirai qu'il est toujours prudent de le faire suivre d'un bain de pieds chaud.

Avant de passer à un autre sujet, je veux vous dire quelques mots d'une conception toute nouvelle. Le docteur Doche attribue à la stimulation des glandes endocrines, et en particulier de la glande thyroïde, par le climat marin, une partie des bons effets du bain de mer, comme aussi divers troubles causés par un excès de la médication marine. Il a constaté que l'accroissement de la taille, l'augmentation du poids et de l'appétit, que les modifications du système cutané, pileux et dentaire s'observaient de la même façon au bord de la mer et à la suite de la médication thyroïdienne : « Lorsque l'on envisage,

dit Doche, le groupement des phénomènes morbides qui traduit chez certains sujets à système nerveux irritable l'inadaptation au milieu marin, on est frappé de l'analogie qu'il présente avec le tableau de certaines formes frustes de Basedow ou encore avec le thyroïdisme provoqué par une administration thérapeutique intensive. » Et il énumère :

« Mêmes symptômes du côté du système nerveux : même céphalée, même irritabilité, même excitation maladive ; l'enfant entre en colère et pleure pour des motifs futiles ; il a de l'agitation nocturne, souvent de l'insomnie. Il se plaint de vertiges, de courbature. On note de l'asthénie, de l'accablement.

Mêmes troubles circulatoires : le sujet se plaint de palpitations, de bouffées de chaleur ; il a de la tachycardie.

Mêmes troubles digestifs : anorexie, crises de vomissements et de diarrhée.

Mêmes troubles urinaires : polyurie, azoturie.

Mêmes symptômes cutanés : poussées d'urticaire, réveil d'anciennes dermatoses.

Mêmes troubles de la nutrition générale : amaigrissement rapide et progressif.

Mêmes troubles de la thermogénèse : élévation de la température de quelques dizièmes de degré, surnommée *fièvre marine*.

Rarement au complet, pouvant se borner à un peu d'agitation nocturne, d'énervement, d'amaigrissement et à quelques troubles gastriques, ces phénomènes d'intolérance, cette « poussée marine » paraissent relever d'un hyperfonctionnement thyroïdien. Il semble qu'il s'agisse bien là d'un véritable *basedowisme marin*. »

Ces réflexions sont très judicieuses, elles concordent avec les idées que nous avons aujourd'hui sur les relations du neuro-arthritisme avec les troubles thyroïdiens (Léopold-Lévi et de Rothschild) et nous donnent de nouvelles indications pour le traitement par le climat marin et les bains de mer.

Ayant fini de vous exposer les indications et les contre-indications du climat marin et des bains de mer, laissez-moi vous parler de diverses pratiques balnéaires qui font partie de l'*hydrothérapie* en général. Dans cette étude nous retrouverons des considérations analogues à celles que je viens de vous exposer.

Le froid et l'eau froide excitent la circulation dans les tissus, activent l'hématopoïèse, les combustions et la circulation pulmonaire. Aussi les douches et les bains froids sont indiqués chez les pubères chlorotiques. Cependant, comme je vous l'ai dit à propos des bains de mer, il faut distinguer parmi les chlorotiques, et l'hydrothérapie froide est formellement contre-indiquée chez certaines chlorotiques ménorrhagiques par hyperfonction ovarienne et chez celles qui présentent un syndrome basedowiforme.

De plus il faut que la réaction soit suffisante et que le bain froid ne provoque pas « une sidération nerveuse qui supprimerait les effets toniques et deviendrait une cause de dépression ». Sous réserve de cette bonne réaction, « les procédés toniques frais ou froids » (Mougeot) conviennent aux hyposthéniques, aux déprimées, aux jeunes filles qui ont une tendance à l'obésité due à un hypofonctionnement ovarien, à ces enfants molles et lymphatiques qui présentent du retard génital, qui ont des règles à peine colorées survenant tous les trois ou quatre mois, de la leucorrhée accentuée à l'époque présumée des règles, aux malades qui ont un utérus petit, pubescent, et dont les ovaires, encore endormis, ont besoin d'être stimulés. Ces jeunes filles tireront grand profit soit des bains de mer, soit de l'hydrothérapie froide.

On peut pratiquer cette dernière de différentes façons.

Si l'on est à la campagne, loin de toute installation hydrothérapique, on peut se contenter d'un simple bain de siège rempli d'eau froide, dans lequel on fait asseoir pendant quinze secondes seulement la malade aménorrhéique. Ce temps écoulé, on fait une friction des hanches et des cuisses, et on fait recoucher la malade pendant un quart d'heure dans son lit, afin qu'elle puisse faire sa réaction. Ce passage du bain froid à la chaleur du lit détermine une sorte de mouvement de va-et-vient du sang dans les organes du petit bassin, qui excite très favorablement les fonctions utéro-ovariennes.

Si au contraire la malade habite la ville, on peut se servir de procédés plus complexes, réalisés par le bain de siège à eau courante et à douche percutante.

On peut l'employer de deux façons :

Ou bien l'on fait asseoir la malade dans le bain de siège presque vide, et l'on ouvre ensuite les robinets des douches percutantes. On a ainsi une série de jets qui viennent frapper le siège, les hanches, les cuisses, le périnée. Après la douche la malade est frictionnée et se couche. Cette douche courte, froide et à forte pression, donne les meilleurs résultats.

Ou bien on peut encore remplir préalablement le bain de siège d'eau froide, y faire ensuite asseoir la jeune fille, puis ouvrir seulement alors les robinets des douches percutantes. Avec cette façon d'agir, l'action du bain de siège est très diminuée.

Il est très important de ne pas laisser la malade dans ce dernier bain de siège plus de trente secondes à une minute, car avec une durée plus longue on risquerait de ne plus obtenir de phénomènes congestifs, mais au contraire de la vasoconstriction, si bien qu'avec un de ces bains froids prolongés on peut arrêter des ménorrhagies.

Il faut se méfier de l'hydrothérapie froide chez les éréthiques, les hypersthéniques, les hyperovariques, les excitables, les neuro-arthritiques. Chez ces malades on aura de bons résultats avec la douche en pluie tiède, de faible pression, de longue durée, qui est très sédative.

J'ai aussi souvent recours dans ces cas aux bains tièdes additionnés de 250 grammes de sous-carbonate de soude et 100 à 200 grammes de gélatine, préalablement dissoute dans l'eau chaude. Ces bains réussissent admirablement à tous les âges aux hypersthéniques, aux hyperacides, aux éréthiques,

aux malades qui présentent de l'insomnie, des accidents vaso-moteurs, des bouffées de chaleur.

Laissez-moi vous dire maintenant un mot sur un sujet qui est peu traité dans les ouvrages classiques : peut-on continuer l'hydrothérapie pendant la période menstruelle ?

Fleury répondait par l'affirmative, et permettait même l'hydrothérapie froide. Becquerel et Gallard interdisaient absolument toute balnéation. Par contre Mougeot permet l'hydrothérapie à température moyenne.

Personnellement je suis d'avis qu'il faut cesser complètement l'hydrothérapie froide quelques jours avant les règles et que, pendant leur durée, il faut uniquement employer l'eau tiède, même pour la toilette.

Je désire maintenant vous dire quelques mots sur l'action des *climats de haute altitude*. Eux aussi stimulent les fonctions de nutrition, excitent l'hématopoïèse et augmentent le taux des globules rouges. Mais cette stimulation circulatoire n'est pas indifférente et doit être surveillée avec soin chez les pubères éréthiques, à tendances fluxionnaires, ainsi que chez les chlorotiques ménorrhagiques dont je vous ai déjà parlé.

Par contre le séjour à de hautes altitudes convient parfaitement aux pubères anémiées, chlorotiques, scrofuleuses, lymphatiques, strumeuses.

Le séjour à la campagne lui-même n'est pas indifférent et j'ai vu de petites Parisiennes dont les règles s'arrêtaient pendant une simple villégiature un peu prolongée à la campagne ; leur organisme ne pouvait pas faire les frais de cette stimulation, d'habitude si bienfaisante. Heureusement le cas est rare.

Enfin je terminerai en vous disant un mot des *exercices physiques* qui sont tant à la mode aujourd'hui.

A la puberté, les exercices physiques sont excellents, mais il ne faut pas exagérer et tomber dans l'abus des sports. Sinon, à la suite d'exercices trop violents, imposés à des enfants délicates, nerveuses, fatiguées, convalescentes ou candidates à la tuberculose, la croissance s'entrave, l'organisme se débilite, l'aptitude au travail intellectuel et l'appétit diminuent, des maux de tête, des douleurs arthralgiques et musculaires apparaissent et le surmenage se produit. Cruchet en distingue quatre degrés :

Au premier degré, dit-il, il y a de la lassitude, des douleurs musculaires, de l'inaptitude au travail, de l'anorexie, la tête est lourde, le besoin de sommeil impérieux.

Au deuxième degré, il y a de la courbature fébrile.

Au troisième, fièvre de surmenage et état typhoïde.

Au quatrième degré, enfin, essoufflement, dilatation du cœur et phénomènes du cœur forcé.

Mais sous cette réserve de ne pas tomber dans l'exagération, on aura de parfaits résultats de la gymnastique, de la gymnastique suédoise, de la gymnastique respiratoire excellente chez les adénoïdiens, à thorax étroit et à ventilation insuffisante, de la promenade, du patinage, de la chasse, du jardinage et de l'équitation. Le cyclisme est contre-indiqué chez les femmes à tendances congestives, mais est très bon pour les asthéniques, parfois il régularise les règles irrégulières en abondance.

En résumé, toutes ces pratiques climatériques, hydrothérapiques et sportives peuvent être très utiles, mais vous devez veiller à ce qu'elles soient prescrites à propos, car, mal entendues, ordonnées d'une manière intempestive, elles peuvent devenir nuisibles et causer beaucoup de tort.

SEPTICÉMIE A LOCALISATIONS ARTICULAIRES

CUTANÉES (PURPURA) ET SOUS-CUTANÉES (GRANDS ŒDÈMES DIFFUS PSEUDO-PHLEGMONEUX)

Par H. GOUGEROT,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
et MEAUX SAINT-MARC,
Interne des hôpitaux de Paris.

Ces deux septicémies, l'une entérococcémie très grave, l'autre streptococcémie bénigne, se sont traduites par des localisations semblables, arthrites, purpura, grands œdèmes diffus pseudo-phlegmoneux, distinctes des arthropathies. Ces œdèmes, bien décrits par Widal (1), mais encore peu connus, méritent de retenir l'attention.

* * *

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Septicémie entérococcique grave à manifestations articulaires et cutanées : purpura (purpura rhumatoïde) ; et à grands œdèmes infectieux sous-cutanés, pseudo-phlegmoneux avec lymphangites secondaires.* — Le malade, un ouvrier de vingt-trois ans, jusque-là bien portant, a eu il y a une dizaine de jours une angine « banale ». Il s'en est assez mal remis et « traîne sans forces et sans entrain ». Deux jours avant son entrée à l'hôpital, il a été pris brusquement d'un grand malaise, de frissonnements, de vomissement et de diarrhée ; on a dû le transporter d'urgence à Saint-Louis.

Le lendemain, donc trois jours après ce début brusque, on trouve un homme vigoureux en proie à une infection profonde : facies vultueux, abattu et subdélire, température à 40°5 et pouls vibrant à 130, langue sèche, inappétence et soif vive, splénomégalie, tuméfaction du foie, la diarrhée a disparu. Le malade se plaint vivement de ses jointures, pieds, genoux, coudes, épaule gauche, qui sont plus ou moins tuméfiées, rouges, empâtées. Sur les membres inférieurs on note des taches discrètes de purpura maculeux. Cet état septicémique fait la plus mauvaise impression.

La culture du sang prélevé dans la veine du coude est faite aussitôt, elle révéla un germe en diplocoque prenant le gram, quelquefois groupé en chaînettes, intermédiaire au streptocoque et au pneumocoque, et qui en raison de son polymorphisme et de sa vitalité mérite d'être catalogué dans le groupe des entérocoques.

Les jours suivants la septicémie continue d'évoluer en s'aggravant : température oscillant entre 38-41 degrés, délire.

---

(1) WIDAL. Art. RHUMATISME du *Nouveau Traité* de Gilbert-Thoinot, p. 54.

Le cinquième jour, on découvre au matin un œdème diffus du bras droit ressemblant à un début de phlegmon diffus. Cet œdème musculaire, douloureux, chaud, déforme le segment brachial sur une étendue de 20 centimètres, il rougit à peine la peau. Le soir, à la contre-visite, on découvre un œdème semblable à la face postérieure de l'avant-bras gauche.

Le sixième jour, un troisième œdème est apparu à la face interne de la cuisse droite, et le même jour, le soir, un quatrième apparaît à la paroi abdominale, au-dessous de l'ombilic.

Le septième jour une cinquième et dernière localisation d'œdème diffus survient à la face postérieure de la jambe gauche. Dans ces trois derniers œdèmes la culture a retrouvé le même entérocoque que dans le sang.

L'état général restant le même et devant ces localisations qui ressemblent à des phlegmons diffus commençants, on porte le plus mauvais pronostic. Mais ces œdèmes, bien qu'ils diffusent encore davantage les jours suivants, ne semblent pas s'aggraver, l'état général peu à peu s'améliore, le onzième jour la température baisse, une amélioration bientôt se dessine. Les premier et deuxième œdèmes disparaissent rapidement, leur durée a été de six et huit jours; les troisième et cinquième œdèmes diminuent plus lentement et s'accompagnent de traînées lymphangitiques qui gagnent le pli de l'aine; leur durée sera de douze et dix jours. Enfin, le quatrième œdème ne dura que cinq jours.

Le dix-septième jour le malade entrait en convalescence et se remettait lentement.

Ce malade a été atteint de septicémie grave, dont une angine bénigne a peut-être été le point de départ. La septicémie entérococcique a non seulement déterminé un état général grave, mais s'est manifestée par des localisations articulaires, dermiques (purpura) et hypodermiques : grands œdèmes sous-cutanés inflammatoires pseudo-phlegmoneux dont la sérosité redonne en culture le même entérocoque.

Il faut insister : 1° sur la gravité de cette septicémie qui mit les jours du malade en danger; 2° sur la triple localisation articulaire, dermique, hypodermique de cette infection; 3° sur la gravité apparente des grands œdèmes infectieux sous-cutanés qui firent craindre un phlegmon diffus, et sur leur évolution bénigne abortive; la résolution se produisit en cinq à douze jours sans suppuration.

* * *

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Septicémie streptococcique bénigne à manifestations articulaires et cutanées : papules dermiques, purpura (purpura rhumatoïde); et grands œdèmes sous-cutanés infectieux pseudo-phlegmoneux avec état érysipélatoïde du derme.* — A... (n° 26028), quarante-huit ans, entre à la Clinique de l'hôpital Saint-Louis, service de M. le professeur Gaucher; il se plaint de douleurs articulaires localisées aux membres inférieurs, il présente des taches purpuriques sur le bras gauche, sur les jambes, et surtout il souffre d'œdèmes extrêmement douloureux des jambes et des avant-bras.

Il y a douze ans, le malade ayant travaillé dans le plomb a présenté des coliques saturnines; depuis il n'a jamais eu de maladie, en particulier il n'a pas d'albuminurie. Il y a huit ans, il aurait déjà eu quelques douleurs articulaires, mais celles-ci étaient restées localisées dans le genou gauche.

Le début des accidents actuels remonte à une dizaine de jours. Le malade a commencé à ressentir un peu de fatigue, puis de la courbature générale qui s'est progressivement accentuée. Quatre jours après, donc il y a huit jours, le malade voit apparaître sur ses jambes des petites taches purpuriques qui, au lieu de s'effacer, ne font qu'augmenter, et en même temps surviennent des douleurs articulaires aux genoux et aux chevilles. Il y a quatre jours, le purpura envahit le bras gauche, le coude gauche se tuméfie et devient douloureux. Enfin, depuis deux jours, le mollet gauche jusqu'au creux poplité et le bras droit sont déformés par un œdème tendu, rouge et douloureux, qui décide le malade à consulter à Saint-Louis.

A son entrée, le malade est pâle, abattu; il se plaint de frissons, de fatigue, de céphalée. La température est à 38°8, le pouls est rapide à 110.

Ces symptômes témoignent d'une infection générale qui se manifeste par des localisations d'ordre différent : 1° *cutanés*, papules et éléments de purpura disséminés sur les membres; 2° *articulaires*, douleurs aux genoux et aux chevilles; 3° *hypodermiques*, œdèmes inflammatoires des mollets et des avant-bras.

1° Les taches purpuriques lilacées sont disséminées un peu partout; sur les jambes ce sont des macules assez étendues ne disparaissant pas à la pression du doigt mêlées par endroits à de véritables petites ecchymoses sous-cutanées. Sur les cuisses, on observe un piqueté purpurique rouge vif. Ces taches ont été pour la plupart précédées de l'apparition de papules prurigineuses, maintenant affaissées, sauf sur la fesse gauche, l'avant-bras et le coude gauche où l'on voit encore des infiltrats papuleux de tailles variables, indolents, de couleur rouge vif, confluant par endroits en petits placards de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

2° Les deux genoux sont enflés, rouges, chauds, douloureux à la palpation qui révèle un peu de liquide intraarticulaire. Les chevilles sont légèrement tuméfiées, les mouvements sont douloureux dans ces deux jointures.

3° La région du creux poplité gauche est envahie par un infiltrat inflammatoire remontant à 10 centimètres au-dessus du pli de flexion, descendant à 20 centimètres au-dessous, constitué par un œdème rouge, tendu, chaud, pseudo-phlegmoneux, limité de part et d'autre par un bourrelet surélevé qui complète l'analogie de cette lésion avec un placard d'érysipèle. Toute la jambe jusqu'à la cheville est enflée, dure, et donne au doigt la sensation de godet. Le ruban métrique mesure, au niveau du pli articulaire, 33 centimètres du côté droit et 37 du côté malade. La température locale est de 37 degrés du côté sain et de 38°2 du côté gauche.

A l'avant-bras droit on note un infiltrat œdémateux semblable, rouge, douloureux, allant depuis le pli du coude jusqu'à 15 centimètres plus bas où il est limité par un bourrelet saillant; la circonférence du membre est à ce niveau de 32 centimètres alors qu'elle n'est que de 27 centimètres à gauche. Là encore le malade accuse une sensation de brûlure, de cuisson, que trahit à l'extérieur une rougeur avec augmentation de la température locale : 36°6 du côté non tuméfié et 38 degrés du côté droit.

Il n'y a ni traînées lymphangitiques ni adénopathies.

Ces œdèmes diffus effrayent par leur intensité, leur étendue, on peut craindre le début de phlegmon diffus, mais cette mauvaise impression est démentie par le bon état général du malade.

Evolution. — L'état général à l'entrée du malade était celui d'une infection légère : sensation de fatigue, fièvre, pouls rapide, céphalée, embarras gastrique, inappétence, langue saburrale, quelques nausées, un peu de diarrhée au début, rate tuméfiée, pas d'albuminurie, pas de troubles hépatiques ni nerveux décelables. La fièvre tomba progressivement en quatre jours, rapidement l'état s'est amélioré et à aucun moment il n'a inspiré d'inquiétude.

Cinq jours après son arrivée à l'hôpital le malade n'a plus de fièvre; les douleurs articulaires ont disparu, et sous l'influence des pansements humides les œdèmes se sont rapidement résorbés. Le malade quitta l'hôpital, guéri, dix jours après son entrée.

Examens bactériologiques. — Le jour de l'entrée du malade une prise de sang fut faite dans la veine du pli du coude gauche pour hémoculture et on cultiva de même la sérosité obtenue par scarification des taches et des papules purpuriques.

L'hémoculture fut positive et donna des chaînettes de streptocoque.

Le même germe fut retrouvé dans les papules purpuriques.

Les cultures des taches maculeuses simples restèrent négatives.

Ce malade est atteint de ce syndrome si fréquent que l'on appelle purpura rhumatoïde, péliose rhumatismale, purpura myélopathique, etc., caractérisé par un état général infectieux, du purpura, des arthralgies ou arthrites. Les transitions nombreuses qui relient les purpuras aux érythèmes polymorphes expliquent dans ce cas le début des taches purpuriques par des papules dermiques et le mélange de taches purpuriques et de papules.

Si l'infection générale s'était bornée à ces deux séries de localisations articulaires et dermiques, le cas serait assez banal, bien que les observations de purpura où la culture du sang a permis de rendre un microbe pathogène, ici le steptrocoque, soient encore rares; mais la streptococcémie a déterminé en outre d'autres localisations assez exceptionnelles; elle a ensemencé l'hypoderme et donné par voie endogène de grands œdèmes inflammatoires sous-cutanés du creux poplité et du coude, œdèmes ressemblant à un phlegmon diffus, mais bénins, tournant court, se résorbant en quelques jours.

La nature infectieuse de ces grands œdèmes ne fait pas de doute; *preuves cliniques :* ils surviennent brusquement, restent localisés, ont tous les caractères des phlegmons : rougeur, douleur, tuméfaction, chaleur; la peau qui les recouvre est parfois érysipélateuse, enflammée, rouge, douloureuse, chaude, envahie par un infiltrat que limite un bourrelet; *preuves bactériologiques :* culture positive de la sérosité d'œdème donnant le streptocoque, donc le même germe que celui trouvé dans le sang.

Il faut insister : 1° sur la bénignité de cette septicémie streptococcique qui à aucun moment n'a donné d'inquiétude ; 2° sur la triple localisation articulaire, dermique (papules et taches de purpura), hypodermique (œdèmes diffus inflammatoires, pseudo-phlegmoneux); 3° sur l'intensité et l'étendue de ces œdèmes infectieux qui purent faire craindre un début de phlegmon, sur leur courte évolution et leur bénignité.

*
* *

En résumé, ces deux observations représentent deux degrés extrêmes des infections septicémiques à manifestations cutanées. La première, entérococcémie très grave, faillit emporter le malade ; la seconde, streptococcémie, resta toujours bénigne et ne donna d'inquiétude à aucun moment.

Ces deux septicémies se sont traduites par des localisations semblables : arthralgies et arthrites fluxionnaires, papules purpuriques et macules de purpura, grands œdèmes infectieux sous-cutanés ressemblant à des phlegmons diffus, mais tournant court, se résorbant rapidement et restant bénins. Ces œdèmes infectieux s'accompagnèrent dans le premier cas de lymphangite secondaire; dans le second cas de rougeur érysipéloïde de la peau.

Ces grands œdèmes infectieux, qui représentent un phlegmon diffus arrêté au premier stade et qui effrayent par leur diffusion et leur intensité, sont exceptionnels ; un certain nombre d'œdèmes rhumatismaux doivent leur être rattachés de même que l'on a séparé du rhumatisme vrai de Bouillaud la plupart des érythèmes noueux que l'on décrivait autrefois dans la polyarthrite fébrile rhumatismale (Widal). Ils doivent être connus pour ne pas se laisser aller à un pessimisme irréfléchi et à une intervention opératoire inutile, sinon nuisible.

Ces septicémies à manifestations cutanées prouvent une fois de plus qu'il faut dans la plupart des dermatoses parler d'affections cutanées et non de maladies cutanées, ainsi que ne cesse de le répéter depuis 1880 notre maître Landouzy. Tous ces érythèmes polymorphes, noueux, ces purpuras ne sont que des infections générales à localisations cutanées. Le microbe entérocoque, streptocoque, pneumocoque, bacille tuberculeux, etc., pénétrant par la peau ou par une muqueuse, envahit la circulation sanguine, donne une septicémie latente, bénigne, ou grave ; quelques germes embolisent dans les jointures, la réaction destructrice se traduit par l'arthralgie, ou à un degré de plus par l'arthrite fluxionnaire. D'autres embolisent dans le derme, la réaction défensive donne une macule ou à un degré de plus une papule, une nouure ; si les leucocytes polynucléaires appelés par les microbes s'altèrent mettant en liberté leur ferment protéolytique les capillaires sont digérés, rompus ; il en résulte une tache purpurique (Gougerot [1]). D'autres microbes embolisent dans l'hypoderme, celui-ci réagit par un œdème intense, diffus, douloureux ; parfois secondairement les germes envahissent les lymphatiques, tuméfiant les ganglions, ou le derme, réalisant une plaque d'érysipèle. Mais bientôt ces accidents locaux tournent court, la phlegmasie sous-cutanée diffuse s'arrête à ce premier stade d'œdème, elle ne va pas jusqu'au phlegmon diffus; l'arthrite reste fluxionnaire; elle n'aboutit pas à l'arthrite purulente. Pourquoi? C'est que les microbes sont rapidement détruits. Là encore apparaît toute l'importance des microbes morts, ou mourants, et rapidement tués, sur laquelle l'un de nous (2) a insisté à plusieurs reprises. Tantôt les microbes sont très virulents, mais l'embolie parasitaire ne comprend que de rares unités isolées que la défense locale a bientôt jugulées, les microbes sont rapidement tués; tantôt les microbes sont de faible virulence, la défense locale arrête leur pullulation et les détruit. Tantôt enfin les microbes sont déjà morts lorsqu'ils arrivent dans les tissus. Dans tous les cas les

(1) Voir Gougerot, in Th. de Monnot, juin 1912, p. 65, etc.

(2) Gougerot. Tuberculose, nouvelles hypothèses pathogéniques, *IVe Cong. internat. contre la tuberculose*, Rome, avril 1912, in *Journ. de méd. interne*, 20 et 30 mai 1912, nos 14 et 15, p. 131 et 141. — Gougerot et Laroche. Etiologie et pathogénie des tuberculides..., *Gaz. des hôpit.*, 27 janv. et 3 fév. 1912, nos 11 et 14, p. 141 et 185.

tissus se trouvent en présence de germes mourants ou morts, qui bientôt sont solubilisés, et c'est la dissolution de ces microbes mettant en liberté la totalité de leurs toxines contenues à leur intérieur, qui, sur un organisme sensibilisé, donne des réactions aussi vives, parfois même inquiétantes, mais très courtes et bénignes (Gougerot [1]).

A PROPOS D'UN CAS

DE

MÉNINGITE TUBERCULEUSE HÉMORRAGIQUE

Par MM. Maurice VILLARET et Paul DESCOMPS,

Chefs de clinique adjoints à la Faculté de médecine de Paris.

Il est classique de dire, notamment depuis les travaux du professeur Chantemesse, qu'il existe, au niveau des méninges atteintes par le bacille de Koch, à côté des réactions typiques ou atypiques de la tuberculose, des processus hyperhémiques ou congestifs plus ou moins accusés. Mais il est beaucoup plus rare de constater au cours de la méningite tuberculeuse, une hémorragie méningée, décelable soit cliniquement soit à l'autopsie (Lortat-Jacob et Sabaréanu, Maurice Villaret et Tixier, Perrin, Paupe, Guinon, Altermann, Gougerot, Rénon, Géraudel et Ch. Richet fils). Entre ces deux ordres de faits, hyperhémie simple ou hémorragie méningée caractérisée, il nous a semblé qu'on pouvait isoler une classe intermédiaire de méningite tuberculeuse hémorragique dans laquelle on ne constate cytologiquement pendant la vie que quelques hématies dans le liquide céphalo-rachidien, lequel peut ne pas être teinté, mais dont l'autopsie révèle un processus hyperhémique plus ou moins accentué.

C'est pourquoi il nous a paru utile de relater l'observation suivante qui prête à certaines considérations intéressantes, tant au point de vue du diagnostic clinique que de la pathogénie des méningites tuberculeuses hémorragiques.

Observation. — 1° M. S... Mohamed, âgé de vingt-quatre ans, garçon laveur, entre le 2 octobre 1911, dans le service de notre maître, le professeur Gilbert, salle Saint-Christophe, n° 4. Il présente une céphalée très vive, répond mal aux questions, a une température élevée et oscillante, et cela depuis quinze jours environ. La douleur siège surtout au niveau de la nuque, est rebelle à tout médicament. Il existe de l'hyperestésie, de la photophobie, du signe de Kernig, de la constipation, de la rétraction du ventre et des vomissements cérébraux, d'ailleurs en petite quantité. Bientôt apparaissent du ptosis gauche, de la dissociation du pouls et de la température. Le coma s'installe, entrecoupé de périodes d'agitation avec soubresauts tendineux. Des vésicules d'herpès apparaissent dans les derniers jours sur le trajet de l'ophtalmique et les régions avoisinantes immédiates et le malade succombe le 12 octobre 1911, dans le coma.

Une première ponction lombaire avait été pratiquée, dans un but diagnostique, le jour de l'entrée du malade à l'hôpital.

(1) Gougerot. L'anaphylaxie dans les maladies infectieuses, *XIIIe Cong. franç. de méd.*, Paris, 14 oct. 1912, et *Journ. méd. franç.*, janv. 1913.

Elle avait donné issue à un liquide clair, hypertendu, présentant, au point de vue chimique, une augmentation notable de l'albumine, une teneur en glycose, sensiblement voisine de la normale, et, au point de vue cytologique, une lymphocytose pure abondante, avec un certain nombre de moyens mononucléaires et de nombreuses hématies. Les réactions chimiques destinées à séparer les exsudats des transsudats s'étaient montrées négatives (Rivalta, Gangi, collargol), suivant en cela la règle pour ainsi dire constante du liquide céphalo-rachidien, à l'inverse des autres sérosités pathologiques (1). Ce liquide, inoculé au cobaye, a montré ultérieurement sa nature bacillaire indéniable.

Le 3 octobre 1911 on avait fait une deuxième ponction lombaire suivie de l'injection de quelques centimètres cubes de sérum antituberculeux de Marmorek fraîchement préparé. Après des signes cliniques de réaction méningée assez violente, une troisième ponction lombaire, pratiquée vingt-quatre heures après cette injection thérapeutique, donnait issue à un liquide hypertendu, trouble, franchement puriforme. L'examen cytologique y révélait une purée de polynucléaires paraissant intacts et de nombreuses hématies, tandis que l'albumine augmentait dans des proportions considérables et que, par contre, les réactions de Rivalta et de Gangi continuaient à rester négatives.

Enfin une quatrième ponction lombaire laissait écouler, le 5 octobre 1911, un liquide trouble dans lequel les polynucléaires étaient toujours en grande quantité. De même que les globules rouges, l'hyperalbuminose persistait, et les réactions différentielles entre les exsudats et les transsudats étaient toujours négatives.

En résumé, cliniquement : méningite tuberculeuse vérifiée par l'inoculation au cobaye, à liquide clair avec lymphocytose et un nombre notable d'hématies ; transformation de celui-ci en liquide puriforme à polynucléaires et globules rouges abondants, à la suite d'une injection intrarachidienne de sérum de Marmorek ; évolution progressive et fatale vers la mort. En un mot, méningite tuberculeuse cytologiquement hémorragique.

2° L'*autopsie* fut pratiquée le 13 octobre 1911. Elle montra, au niveau des centres nerveux, les détails suivants.

Cerveau. — Les méninges, notamment la pie-mère, sont extrêmement congestionnées sur toute la périphérie des hémisphères. Il existe des hémorragies sous-arachnoïdiennes multiples et méningées sous forme de plaques en surface ayant les dimensions d'une pièce de 1 à 2 francs et, par endroits, une profondeur de 1 centimètre, l'hémorragie s'enfonçant à l'intérieur des scissures. Les petits vaisseaux de la pie-mère sont turgescents, oblitérés par places par de petits thrombus. On note quelques granulations au niveau de la face interne de la pie-mère. La substance blanche ne semble pas touchée ; on observe quelques piquetés hémorragiques. Les ventricules ne sont pas dilatés. Les plexus choroïdes sont épaissis et congestionnés.

Cervelet. — Au niveau de la base du cervelet, il existe un dépôt purulent caséeux et quelques granulations. Le quatrième ventricule est congestionné et présente un aspect dépoli.

Moelle. — Les méninges rachidiennes sont très épaissies, extrêmement congestionnées, surtout au niveau de leur face postérieure, où l'on remarque des plaques purulentes presque caséeuses et une vascularisation intense.

(1) Voir à ce sujet : Maurice Villaret et Paul Descomps. Considérations sur les réactions méningées consécutives aux injections thérapeutiques intrarachidiennes, *Le Mouvement médical*, 15 mai 1913 ; — Maurice Villaret. Contribution à l'étude de quelques réactions chimiques destinées à différencier les exsudats des transsudats (troisième mémoire). Applications au liquide céphalo-rachidien, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai 1913.

Un *examen microscopique* a été fait de ces différentes parties du système nerveux.

L'écorce cérébrale est le siège d'une congestion superficielle intense de la pie-mère, sous forme de lacs sanguins disséminés. A leur entrée dans le cortex, les vaisseaux sont dilatés et congestionnés, présentant des nodules périvasculaires dans lesquels on peut isoler par endroits la présence de quelques rares cellules géantes. En outre, certains petits vaisseaux thrombosés montrent soit de l'endophlébite, soit de l'endartérite. Le tissu sous-arachnoïdien est très congestionné ; un œdème hémorragique notable dilacère les mailles de cet espace dans lesquelles on constate une infiltration embryonnaire diffuse.

Les plexus choroïdes sont très congestionnés, montrent des capillaires dilatés, peu de lésions de l'épithélium et, par contre, une infiltration embryonnaire diffuse.

Au niveau de la moelle on ne remarque que de la congestion légère. Les méninges rachidiennes présentent par contre de la dilatation vasculaire et de l'hyperhémie. Le long des racines rachidiennes, on note des nodules périvasculaires plus ou moins caractéristiques.

En résumé, anatomiquement, congestion et hyperhémie méningées cérébro-spinales, avec dilatations vasculaires et, par endroits, thrombose consécutive à une endartérite ou une endophlébite. Ces lésions étaient surajoutées à un processus tuberculeux (granulations, infiltration embryonnaire diffuse, dépôts caséeux et, par endroits, cellules géantes).

3° Nous avons fait d'autre part l'*autopsie du cobaye* inoculé, le jour de la première ponction et qui succomba près de quatre semaines après l'introduction dans le péritoine de 4 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. A l'ouverture de l'abdomen le péritoine apparaît très congestionné, tandis que la masse intestinale et les organes abdominaux surtout à droite sont recouverts d'une extravasation sanguine abondante, rouge sombre, avec par places de petits caillots englobés dans des fausses membranes de néoformation péritonéale.

A la coupe tous les organes étaient congestionnés et on retrouvait la signature étiologique sous forme de granulations typiques disséminées.

De l'étude de cette observation, on peut tirer, semble-t-il, les conclusions suivantes :

1° A côté de méningites tuberculeuses hémorragiques de par l'aspect du liquide céphalo-rachidien et les caractères cliniques de l'hémorragie méningée, il peut exister des cas dans lesquels l'hyperhémie du tissu sous-arachnoïdien et de la pie-mère ne se révèle cliniquement que par la présence histologique d'une quantité variable d'hématies, sans que celles-ci soient assez nombreuses pour donner au liquide un aspect pathologique.

Et cependant les vérifications anatomiques et microscopiques révèlent dans de tels faits des processus congestifs et hémorragiques des méninges et parfois de la corticalité.

2° Quelles que soient les manifestations cliniques, cytologiques et anatomiques de cette forme spéciale de méningite tuberculeuse hyperhémique, elles semblent liées à des propriétés congestives spéciales du bacille de Koch ou de ses toxines, si du moins nous nous basons sur les résultats de l'inoculation au cobaye qui, dans notre observation, détermina l'apparition, au niveau du péritoine et des organes abdominaux, du même processus hémorragique que nous avions constaté à l'autopsie du malade.

Il s'agit là évidemment d'un fait isolé, dont nous ne pouvons tirer aucune conclusion générale, mais qui sera susceptible peut-être de contribuer à l'étude de la pathogénie de cette forme hyperhémique de la méningite tuberculeuse.

BIBLIOGRAPHIE

LORTAT-JACOB et SABARÉANU. Hémorragie méningée au cours d'une méningite tuberculeuse, *Soc. anat.*, fév. 1904, p. 161, et *Revue méd. du Canada*, 1904.

PERRIN. *Soc. méd. de Nancy*, 24 mai 1905 (cité par Altermann).

PAUPE. *Forme hémorragique de la méningite tuberculeuse de l'adulte*, Th. de Paris, 1906.

Maurice VILLARET et TIXIER. Hémorragies méningées au cours de la méningite tuberculeuse, *Revue de la tuberculose*, juin 1907, p. 171.

GOUGEROT. Tuberculose cérébrale histologiquement atypique ou bacillose non folliculaire, *Encéphale*, nov. 1908, p. 497.

GUINON. Hémorragie méningée foudroyante chez un garçon de dix-sept ans atteint de tuberculose ganglionnaire, *Soc. de pédiat.*, séance du 16 mai 1911.

ALTERMANN. *Les Hémorragies méningées au cours des méningites tuberculeuses*, Th. de Paris, 1912.

L. RÉNON, E. GÉRAUDEL et Ch. RICHET fils. La méningite tuberculeuse hémorragique, *La Presse méd.*, n° 78, p. 785, 25 sept. 1912.

ACTUALITÉS

DANS LES LUXATIONS CONGÉNITALES DOUBLES DE LA HANCHE, FAUT-IL RÉDUIRE LES DEUX HANCHES SIMULTANÉMENT ?

La réponse à cette question n'est pas aussi simple qu'on pourrait le supposer. Les orthopédistes sont loin de s'entendre à ce sujet. C'est ainsi que, par exemple, MM. Kirmisson, Le Damany, Mauclaire, Bradford et Lovett, Calot, Piéchaud et Denucé, conseillent la réduction des deux côtés dans la même séance, alors que Brun et Ducroquet, Broca, Mouchet, recommandent d'opérer successivement. Comme il est nécessaire cependant de se faire une opinion, examinons un peu les arguments qui ont été invoqués en faveur de chacune des manières de faire.

La réduction en un seul temps aura toujours pour elle un très gros argument : le désir des parents qui souhaitent voir leur enfant guéri le plus vite possible ; la durée du traitement et, avec lui, l'immobilisation de l'enfant, seront diminuées de moitié.

Cette excessive durée du traitement de la réduction en deux temps présenterait l'inconvénient suivant. On sait que, en règle générale, les luxations doubles sont plus graves que les unilatérales. A âge égal, l'ascension du fémur est plus marquée, le poids du corps ayant porté en entier sur des hanches luxées au lieu d'être pour la plus grande part supportée par une hanche saine comme dans la luxation unilatérale. Aussi, en raison de cette ascension précoce du fémur, la luxation devient-elle assez tôt irréductible et la limite d'âge s'abaisse-t-elle à six, sept ans le plus souvent dans les luxations doubles.

On comprend l'intérêt, en face d'une luxation arrivée à la limite d'âge, de ne pas différer la réduction d'un des côtés.

Cet argument est plus apparent que réel, car pendant que l'on procède au traitement de la première hanche le malade est couché et la hanche non réduite n'a pas à supporter le poids du corps. On peut même utiliser ce séjour au lit pour

pratiquer une extension continue prolongée qui fera descendre la tête fémorale et facilitera la réduction de la seconde hanche.

Un autre argument avancé contre la réduction successive des deux hanches est le fait qu'on a vu la hanche réduite se reluxer au cours des manœuvres du traitement de la deuxième hanche (Mauclaire). Le fait est exceptionnel et ne prouve pas en faveur de la solidité de la réduction de la hanche traitée la première.

Nous voyons donc qu'il ne persiste guère en faveur de la réduction des deux hanches en un temps que le très gros argument du désir exprimé par les parents de raccourcir autant que possible le traitement.

Par contre des objections sérieuses s'élèvent contre la réduction en une séance.

Tout d'abord, si elle ne présente aucun inconvénient immédiat chez les tout petits où la réduction est aisée et s'opère sans manœuvres de force en quelques minutes, il n'en est pas de même chez les sujets âgés. Là, la réduction peut donner lieu à des manœuvres pouvant durer une demi-heure et plus, et qui sont toujours suivies de troubles cardio-vasculaires (Bajac) et de shock. Il est assez souvent impossible de procéder à la réduction du deuxième côté dans la même séance.

Dans ces cas les partisans de la réduction simultanée conseillent de pratiquer la deuxième réduction après un intervalle de huit à dix jours pour les uns, un mois pour les autres. Ceci oblige à enlever le premier plâtre au risque de relever la première hanche. Si l'on a pratiqué en premier la réduction du côté le plus mauvais, le côté gauche souvent, il n'y aura que des avantages à ce que ce côté reste plus longtemps que l'autre en première position. Les changements de position se feront ensuite ensemble, à la même date. Mais l'inconvénient le plus sérieux, celui qui a été constaté par tous ceux qui ont l'habitude des luxations de la hanche, est le suivant.

On sait que, après la réduction de la luxation congénitale, il se fait dans la hanche tout un travail de reconstitution articulaire portant sur le bourrelet cartilagineux, sur la capsule, les ligaments, les muscles. Le bourrelet, éculé en arrière et en haut, se reconstitue ; la capsule, du côté où elle a été distendue, se plisse et se rétracte ; les ligaments élongés, amincis, se rétractent et s'épaississent ; les muscles tendent à s'adapter à leur nouvelle longueur. Ce travail qui aboutit à rendre la réduction définitive, s'accompagne de réaction articulaire, d'apparition d'adhérences, de raideurs qui peuvent aller à l'ankylose complète si le malade est immobilisé trop longtemps dans une position donnée.

Or, cette rétraction et ces raideurs se produisent au bout d'un temps très variable selon les sujets.

D'une manière générale, elles se produisent d'autant plus rapidement qu'on a affaire à un sujet âgé. Chez le tout petit de quinze mois à deux ans l'articulation reste mobile très longtemps, la rétraction capsulaire se fait avec une lenteur extrême. C'est pourquoi la consolidation de la réduction est très lente à se faire. C'est la principale raison pour laquelle beaucoup d'auteurs, à tort selon nous (voir *Gazette des hôpitaux*, 25 février 1913, n° 23), préfèrent attendre l'âge de trois ou quatre ans pour la réduction de la luxation de la hanche.

Chez les sujets âgés au contraire, à six, sept, huit ans, la rétraction capsulaire, les adhérences articulaires se font très vite, et, si l'immobilisation dans une position donnée est trop longue, on voit se produire une ankylose. Ces ankyloses cèdent souvent, dans une limite plus ou moins étendue, à un traitement bien compris de mobilisation, massage, extension continue, mais, dans certains cas, elles deviennent définitives.

Donc, alors que chez le sujet jeune on a à craindre surtout la reluxation, chez le sujet âgé on redoute bien plutôt l'ankylose; mais il y a de nombreuses exceptions. En effet, ces différences ne s'observent pas seulement avec l'âge, mais avec les sujets. Tel enfant de six ans restera trois mois en première position et sortira du plâtre avec une hanche très mobile, facile à changer de position, alors qu'un enfant de trois ans présentera après la même période d'immobilisation une articulation très raide.

Bien plus, chez un luxé bilatéral, l'apparition des raideurs peut se faire après un temps très variable pour les deux côtés. De même que dans la luxation bilatérale il y a presque toujours un des deux côtés plus mauvais, où le déplacement est plus marqué que de l'autre ; de même, il est bien rare de voir la rétraction et les raideurs se faisant également des deux côtés. Si cette différence est minime, cela n'a pas grande importance, mais si elle est très marquée comme on le voit parfois se produire en particulier chez les sujets âgés, on peut se trouver très embarrassé. A la sortie du premier plâtre on se trouve avec un membre mobile, où il est facile de faire disparaître l'abduction et la rotation externe, l'autre côté au contraire est presque complètement ankylosé dans cette position, un des côtés demande à être immobilisé, l'autre doit être mobilisé et amené progressivement en rotation interne, ces difficultés peuvent se renouveler à chaque changement d'appareil.

Elles sont bien plus graves encore une fois le traitement terminé. Si l'on se trouve alors en face d'un côté correctement réduit et dont la mobilité articulaire est notable, alors que l'autre côté est ankylosé ou très peu mobile, fixé en abduction, on ne peut essayer de faire commencer la marche, car voici alors ce qui se produit : pour marcher, le malade sera obligé d'abaisser le bassin du côté qui est en abduction, d'élever le côté opposé. De ce côté, qui est mobile, le membre se trouvera donc en adduction, la capsule peu solide encore se laissera distendre, et on aura une reluxation tardive.

Il faut donc arriver à faire disparaître l'abduction du côté enraidi. On sera obligé dans ce fait de mettre le côté mobile en appareil plâtré en abduction pour s'en servir comme point d'appui pour mobiliser l'autre côté. Cette mobilisation peut être extrêmement lente et pénible, et, de mois en mois, lorsqu'on est arrivé à un résultat définitif souvent très imparfait, on constate que l'économie de temps réalisée en réduisant les deux côtés à la fois a été illusoire, bien heureux si elle ne se traduit pas au contraire par une durée plus longue du traitement.

Dans tous les cas, on aura beaucoup de mal à « équilibrer » la situation et la mobilisation des deux hanches, et le traitement consécutif au port des appareils sera très long et minutieux. La reprise de la marche en particulier devra être très surveillée.

C'est pourquoi, dans beaucoup de cas, le résultat définitif risque d'être imparfait. Le professeur Kirmisson, qui conseille cependant la réduction simultanée, ne dit-il pas : « Bien souvent, en pareil cas, le résultat obtenu est très inégal des deux côtés, bon ou même excellent d'un côté, tandis qu'il reste incomplet, ou même nul du côté opposé. »

Le plus sage semble donc, au moins pour les luxations doubles sur les sujets âgés, à cinq, six, sept ans, de faire la réduction des deux branches l'une après l'autre.

Outre la question d'âge, il faut bien tenir compte dans la difficulté du traitement en un temps chez les luxés doubles, en particulier pour le traitement après la sortie du plâtre, si délicat ici, de facteurs extramédicaux. Il y en a plusieurs très importants : la docilité de l'enfant, l'intelligence et la malléabilité des parents, jouent un très grand rôle dans la facilité ou la difficulté des exercices de mobilisation. Il faut aussi tenir compte de la proximité ou de l'éloignement du malade. La luxation de la hanche, on le sait, est plus fréquente chez les campagnards et dans certaines provinces qu'à la ville, et les petits malades sont parfois difficilement

sous la surveillance de leur médecin. Autant de conditions dont on devra tenir compte pour le résultat final, si l'on entreprend la réduction en un temps d'une luxation double.

Aucune de ces difficultés n'existe si la luxation est réduite chez les enfants très jeunes, à seize, vingt mois, deux ans. Là, les manœuvres de réduction demandent quelques minutes, on n'a jamais à craindre la formation rapide de raideurs et d'ankylose; au contraire, on est obligé de prolonger le temps de maintien en première position pour obtenir une stabilité suffisante de la réduction. Le rétablissement fonctionnel après la sortie du plâtre se fait presque seul, avec un traitement réduit à sa plus simple expression. Ici, pas de doute, la réduction des deux côtés à la fois s'impose et alors le traitement sera réellement raccourci de moitié. Cette faculté de pouvoir réduire les deux hanches à la fois, sans compromettre le résultat final, n'est pas l'un des moindres avantages de la réduction des luxations chez l'enfant le plus tôt possible, dès que le diagnostic a pu être posé.

Il nous semble donc logique de réduire les deux côtés l'un après l'autre chez le sujet âgé (six, sept ans), simultanément chez le tout petit (jusqu'à trois ans). Entre ces deux extrêmes se placent les luxés d'âge moyen (trois, quatre ans) chez lesquels la conduite à tenir dépendra surtout des circonstances individuelles.

Chez un luxé de quatre ans chez lequel les lésions sont déjà très marquées, chez un enfant indocile, dont les parents semblent d'intelligence bornée et habitent au loin, la prudence conseillera de réduire en deux temps, alors que, dans les conditions inverses, on pourrait traiter les deux hanches à la fois.

Dans les cas où l'on traitera chaque hanche isolément, une question primordiale se posera : quel côté réduire le premier? Celui qui semble le plus mauvais ou celui qui semble le meilleur?

Si l'on a affaire à un sujet âgé, il n'est pas douteux qu'il faille commencer par le côté le plus mauvais, le plus difficile à réduire. En effet, on a intérêt à savoir si on arrivera au résultat que l'on cherche, c'est-à-dire à réduire les deux hanches, et pour cela, il vaut mieux savoir de suite si on réduira le côté le plus difficile.

Chez les sujets plus jeunes chez lesquels la possibilité de la réduction est certaine (trois, quatre ans) M. Ducroquet conseille au contraire de réduire le côté le meilleur d'abord. Pendant le temps du traitement de la première hanche, puisque le malade est au lit, ne marchant pas, l'autre côté ne s'aggravera pas; au contraire, le cotyle aura tendance à s'améliorer, à devenir plus profond, à se reformer, et, après réduction, la stabilité sera meilleure.

Autre point : si, chez le sujet agé, on ne réussit pas à réduire le côté le plus mauvais, faut-il tenter la réduction de l'autre hanche?

Ceci est très discutable, car cela dépend du résultat que l'on obtiendra de ce côté-là. En effet, si on obtient un résultat parfait, le sujet marchera à peu près comme s'il avait une luxation unilatérale, il sera très amélioré.

Le résultat sera encore meilleur si on arrive à transposer en avant la luxation que l'on n'a pu réduire, le côté opposé.

Mais si on obtient un résultat médiocre ou mauvais du côté où la réduction a pu être faite, avec une hanche luxée et l'autre hanche raide ou ankylosée, l'enfant marchera très mal.

C'est pourquoi, alors que certains orthopédistes réduisent la deuxième hanche dans ce cas, d'autres s'abstiennent.

On voit combien le traitement de la luxation double offre de difficultés, et donne des résultats somme toute souvent médiocres chez les luxés d'âge moyen ou âgés. C'est pourquoi il y a toujours intérêt chez les luxés doubles à pratiquer la réduction le plus tôt possible ; chez le tout petit le traitement est singulièrement plus facile et les résultats bien supérieurs.

M. LANCE,
Assistant d'orthopédie à l'hôpital Bretonneau.

OUVRAGES CITÉS

MAUCLAIRE. *XIIIe Congr. de méd.*, août 1900.
BRUN et DUCROQUET. *Presse méd.*, 25 juillet 1900.
KIRMISSON. *Précis de chirurgie infantile*, 1906, p. 278, Paris, Masson.
PIÉCHAUD et DENUCÉ. *Précis de chirurgie infantile*, 1908, p. 809, Paris, O. Doin.
J. GOURDON. Rapport au *Congr. internat. de méd.*, 1909, Budapest.
BAJAC. Th. de Bordeaux, 1909.
DUCROQUET. *Traitement de la luxation congénitale de la hanche* (Actualités médico-chirurg.), 1911, Paris, O. Doin.
BROCA et MOUCHET, *Revue franç. de méd. et de chir.*, 1912, nos 14 et 15.
LE DAMANY. *La Luxation congénitale de la hanche*, 1912, Paris, F. Alcan.

ANALYSES

MÉDECINE

Des réactions d'infection et d'immunité dans la vaccine et la variole. (Pierre GASTINEL. Th. de Paris 1913, Steinheil, éditeur, 207 pages.) — Il semble que depuis de longues années les questions de la vaccine n'aient plus qu'accessoirement intéressé les sciences médicales. La pratique journalière de la vaccination rend cet acte si habituel qu'on ne prête plus grande attention à tous les problèmes qu'elle soulève.

M. Gastinel dans sa thèse a justement voulu montrer qu'en ce genre d'études il y avait encore matière à nouveautés et il a abordé un chapitre non encore traité dans l'histoire de la vaccine et de la variole.

Il est parti dans ses recherches des si belles expériences de Beclère, Chanton et Ménard, montrant l'existence du pouvoir virulicide du sérum du vacciné et du varioleux. D'autre part, étudiant les réactions de revaccination si bien décrites par von Pirquet, il a cherché à élucider ce qu'était l'état humoral de l'allergie dans la vaccine. Elargissant le problème, il a abordé l'étude des anticorps dans ces deux infections, ce qui posait une série de questions : 1° Est-il possible de vacciner un sujet en dehors de l'acte épidermique, et son sérum acquiert-il des propriétés décelables *in vitro?* — 2° Peut-on établir un rapport entre ces propriétés acquises et le phénomène allergique? — 3° Quel rapport peut-on constater entre les propriétés humorales du vacciné et celle du varioleux? — 4° Enfin l'état d'infection et l'état d'immunité se décèlent-ils par des réactions différentes *in vitro?*

Gastinel fait tout d'abord l'étude générale des anticorps vaccinaux et varioliques. Il envisage tout particulièrement l'allergie vaccinale, décrit la réaction précoce, la réaction accélérée, la réaction hyperergique et montre comment, pour les interpréter, Pirquet arrive théoriquement à admettre l'existence de deux types d'anticorps : un anticorps antitoxique et un anticorps lytique; c'est seulement quand le premier se trouve en quantité déficitaire que la réaction précoce s'observe nettement. Passant ensuite en revue les différents moyens de mettre en évidence les anticorps de la vaccine et de la variole, Gastinel montre les résultats obtenus par l'étude du pouvoir précipitant et neutralisant du sérum du sujet immunisé ainsi que par celle de la réaction de fixation obtenue par l'emploi de la lymphe vaccinale ou variolique comme antigène. Ces différentes études comparativement faites permettent de préciser les propriétés humorales du vacciné et du varioleux et le rapport qui existe entre ces propriétés et les phénomènes cliniques de la revaccination.

Après avoir décrit la technique employée dans la recherche de la déviation complémentaire, l'auteur rapporte de très nombreuses expériences personnelles.

Chez le sujet vacciné sur le tégument, on peut noter deux ordres de réactions : d'abord la réaction de fixation, précoce et toujours transitoire, ensuite la réaction neutralisante du sérum, pouvant apparaître un peu après la première mais persistant pendant fort longtemps, elle est constamment retrouvée quand le sujet réagit à une deuxième insertion du vaccin selon le type allergique.

Dans la vaccine expérimentale non tégumentaire (sous-cutanée, endoveineuse, digestive, péritonéale soit par insertion directe, soit par insertion du vaccin dans des sacs de collodion) l'animal acquiert les mêmes propriétés qui témoignent de l'activité et de la réalité des vaccinations faites en dehors de l'acte épidermique.

Les mêmes propriétés acquises se retrouvent avec les mêmes caractères dans le sérum des varioleux et Gastinel rapporte 36 observations montrant tout l'intérêt de la réaction de fixation dans le diagnostic de la variole. Il faut noter que les antigènes vaccinal ou variolique peuvent se substituer l'un à l'autre dans la recherche des substances sensibilisatrices apparaissant au cours de la vaccine et de la variole. Cette substitution est un nouvel exemple d'une spécificité de groupe analogue à celle décrite par M. Widal à propos de la fixation mycosique.

De toutes ses recherches cliniques et expérimentales, Gastinel pense qu'une signification différente doit être attribuée à chacune des réactions décelables *in vitro* dans le sérum des sujets vaccinés ou des varioleux : la réaction de fixation, précoce et transitoire, caractérise l'état d'infection vaccinale ou variolique ; l'action virulicide du sérum traduit l'état de protection et répond, au contraire, à la période d'immunité ou mieux d'allergie.

Ainsi par l'expérimentation l'auteur constate qu'il existe bien après la vaccine et après la variole deux types différents de propriétés dissociables non seulement par leur mode de recherche, mais surtout par leur différente durée respective. Aussi peut-il construire un schéma superposable à celui prévu théoriquement par von Pirquet et c'est là un des points particulièrement intéressant de ce travail qui apporte une justification expérimentale à la conception générale du médecin viennois.

Nous ne pouvons analyser le chapitre consacré à la recherche des anticorps vaccinaux dans les organes : l'auteur montre qu'il a pu précocement les déceler dans le foie. Un autre chapitre est consacré à l'immunité passive vaccinale ou variolique, les recherches faites ont surtout pour but d'établir la base expérimentale d'une sérothérapie possible anti-variolique. L'injection du sérum d'un varioleux à un animal neuf le rend réfractaire à une pénétration ultérieure, et, si cette injection est pratiquée peu de temps après la vaccination, elle empêche ou modifie l'éruption vaccinale.

Il semble que le sérum de varioleux, le plus apte à une action préventive, doive provenir d'un sujet convalescent ou sain, c'est-à-dire être recueilli au moment où, la réaction de fixation ayant disparu, il existe seulement un pouvoir neutralisant.

Des différentes constatations faites par Gastinel on peut déduire avec lui : que la réaction de fixation étudiée dans une maladie, dont le cycle est nettement délimité, est la preuve d'un état actuel d'infection ; que les propriétés antivirulentes d'un sérum ne sont pas fonction de sa richesse en substances sensibilisatrices ; enfin que la réaction de fixation, obtenue par l'emploi comme antigène de croûtes varioliques conservées, réalise une formule précise de séro-diagnostic de la variole.

Nous ajouterons qu'il n'existe dans la littérature française ou étrangère aucun travail analogue à celui de Gastinel qui a envisagé à un point de vue très général des faits particuliers, et c'est là encore ce qui montre tout l'intérêt qui s'attache à ce chapitre nouveau des réactions humorales étudiées comparativement dans la vaccine et la variole. L. LE SOURD.

Les appendicites hématogènes et l'élimination microbienne par l'appendice. (Ch. RICHET fils. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, nov. 1912.) — Cliniquement, toutes les maladies infectieuses peuvent se compliquer d'appendicite et réciproquement la plupart des appendicites sont sous la dépendance d'infections générales ; l'appendicite par voie sanguine est la règle, l'appendicite d'origine digestive, l'exception ; expérimentalement, l'élimination des bacilles par la muqueuse appendiculaire est de règle dans la plupart des septicémies. Dans l'effort que fait la muqueuse intestinale, et plus spécialement la muqueuse appendiculaire, pour débarrasser notre organisme de tous les germes pathogènes en circulation, les cellules glandulaires et le tissu folliculaire sont lésés par le passage des bactéries ; des lésions se sont constituées qui permettent à l'infection de prendre sa revanche ; tantôt, en effet, l'élimination persiste et s'exagère, tantôt une infection d'origine intestinale vient renforcer la septicémie sanguine et ainsi l'infection devient multiple avec un épisode d'ordre intestinal qui évoluera dès lors pour son propre compte. B. GAYARD.

Mycose et épithéliome de la gencive. (G. BUREAU. *Gaz. méd. de Nantes*, 5 avril 1913, p. 265.) — Un homme de cinquante-trois ans présentait, dans la cavité buccale, une volumineuse tumeur ayant envahi la gencive supérieure du côté gauche, dans toute son étendue, empiétant sur la voûte palatine, la joue et la lèvre. M. Bureau porta le diagnostic d'épithéliome et traita le malade par les rayons X; la tumeur cessa de s'accroître et, quelques mois plus tard, M. Bureau, frappé de la marche insolite de cette tumeur ainsi que de son aspect, pensa qu'il pouvait peut-être s'agir d'une mycose. Des cultures furent pratiquées sur le milieu de Sabouraud et, sur l'un des tubes, se développa un streptothrix ; le malade fut alors traité par l'iodure de potassium à hautes doses, le volume de la tumeur diminua de plus de moitié. Mais un fragment, prélevé par biopsie, fut examiné au microscope et les coupes montrèrent les lésions types d'un épithéliome lobulé. Cette lésion buccale relevait donc du double processus mycosique et épithéliomateux, tout à fait analogue à un cas antérieurement relaté par M. Brocq. Il semble que, dans ces faits, c'est une mycose qui débute et sur celle-ci vient se greffer l'épithéliome. M. BRELET.

MÉDECINE INFANTILE

Les foyers d'hépatisation pneumonique « silencieux » et la radioscopie. (E. WEILL et G. MOURIQUAND. *La Pédiatrie pratique*, 25 avril 1913.) — Les classiques ont tous insisté sur ces formes fréquentes de pneumonie de l'enfant caractérisées au début uniquement par des symptômes généraux (fièvre, vomissements) et dans lesquelles les signes caractéristiques de la pneumonie (matité, souffle, râles fins) n'apparaissent que tardivement vers le quatrième, le cinquième ou même le neuvième jour.

On admettait, jusqu'à présent, que ces formes dépendaient de foyers centraux d'hépatisation pulmonaire.

Des examens radiologiques nombreux permettent à Weill et Mouriquand d'affirmer que la pneumonie centrale n'existe pas. Il s'agit, dans ces cas, de foyers que la radiologie rendent triangulaires et corticaux, mais qui stéthoscopiquement sont silencieux. Ces foyers d'hépatisation, surtout fréquents aux sommets, peuvent être passagèrement muets (cas habituels) ou demeurés silencieux pendant toute l'évolution (cas plus rares). La pathogénie exacte du phénomène nous échappe.

Grâce à la radioscopie on peut donc, dans ces formes, faire le diagnostic précoce de la pneumonie et affirmer celle-ci alors que la pneumococcie paraît seule en cause.

B. GAYARD.

Cirrhose hypertrophique alcoolique chez une fillette de quatorze ans. (CANY [de La Bourboule]. *Clinique infantile*, 1er mai 1913.) — L'auteur publie une intéressante observa-

tion dont nous allons résumer ici les points principaux. Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans et demi, habitant La Bourboule, et qui fut amenée à la consultation gratuite parce qu'elle ne pouvait plus supporter son corset qui la gênait à la taille.

Les antécédents héréditaires étaient bons, mais la mère avouait spontanément que cette fillette restant seule à la maison toute la journée sans surveillance, dans une pièce voisine de la cave, buvait beaucoup de vin depuis quatre ou cinq ans environ, c'est-à-dire depuis l'âge de neuf ans. La quantité absorbée n'était certainement pas inférieure à *deux litres par jour*.

La gêne provoquée par le corset date de deux mois, et depuis quinze jours il a fallu en supprimer l'emploi ; il existe en outre un peu de gêne à l'épigastre et il y a eu quelques épistaxis. La malade est amaigrie, pâle ; le nez est tiré, les sclérotiques sont blanches, la langue est saburrale et sèche. Pouls bien frappé à 120, température normale, respiration haletante, auscultation négative. L'abdomen est augmenté de volume surtout au niveau des hypocondres, l'aire de Traube est mate, la rate est très hypertrophiée et sa matité est séparée de la matité hépatique par une bande mince de sonorité tympanique. La surface du foie est régulièrement lisse, sans bosselures ; la circulation collatérale n'est développée que sur le haut du tronc en avant du sternum.

La recherche de liquide dans l'abdomen est négative.

L'emploi de purgatifs doux et de lavages de l'intestin amenèrent d'abord une diminution de la hauteur de la matité absolue et la palpation permit de reconnaître un sillon horizontal divisant la surface hépatique en deux, l'une supérieure mate, l'autre submate. Mais bientôt survinrent des crises douloureuses et de l'agitation, puis de l'abattement, de l'œdème, des vomissements. Les urines deviennent rares, la température et le pouls s'élèvent et la malade meurt douze jours après le premier examen sans que, malheureusement, la nécropsie puisse être faite.

L'auteur a publié cette observation, recueillie par lui depuis 1902, comme suite aux discussions récentes sur l'alcoolisme chez l'enfant. A. GAULLIEUR L'HARDY.

NEUROLOGIE

Des troubles d'apparence myotonique dans la maladie de Parkinson. (G. MAILLARD. *L'Encéphale*, 10 déc. 1912.) — Dans la maladie de Parkinson, à côté du syndrome parkinsonnien proprement dit constitué par la lenteur des mouvements, l'apparence de raideur et le tremblement, on peut voir apparaître d'autres symptômes d'aspect myotonique. Il existe même des cas dans lesquels ces symptômes se montrent seuls pendant un certain temps, ce sont des cas de myotomie acquise complétés ultérieurement par l'adjonction des autres troubles caractéristiques et qui peuvent par conséquent être considérés comme réalisant une forme spéciale de maladie de Parkinson.

L'auteur rapporte l'intéressante observation d'une femme de cinquante-quatre ans, chez laquelle la myotonie frappait surtout les orbiculaires palpébraux, au point de contrarier beaucoup l'ouverture des paupières, ainsi que les muscles de la phonation, l'empêchant de prononcer correctement certaines syllabes. Il s'agit non de troubles paralytiques mais de troubles d'ordre dystonique.

Rapprochant cette observation d'autres cas antérieurement publiés, Maillard montre les analogies et surtout les différences avec la maladie de Thomsen. Contrairement à cette dernière, le trouble myotonique ne cesse pas ici par la répétition, il aboutit à la fermeture involontaire des yeux, il n'accompagne pas seulement la contraction volontaire de l'orbiculaire, il détermine enfin des troubles de la parole qui ne sont point habituels dans la myotonie congénitale.

P. CAMUS.

CHIRURGIE

Etude clinique de 181 cas d'obstruction intestinale. (Alexius Mc GLANNAN. *Journ. Amer. med. assoc.*, vol. LX, n° 10, 8 mars 1913, pp. 733-737.) — Les travaux expérimentaux sur la cause de la mort dans l'occlusion intestinale ont donné des résultats intéressants, mais pas uniformes. Cliniquement, le problème est celui-ci : trouver le tableau clinique qui nous permette de diagnostiquer l'obstruction dans son stade précoce et curable, et déterminer la méthode opératoire à employer lorsque l'état de choses est compliqué par les deux résultats directs de l'occlusion, à savoir l'intoxication et la gangrène.

La marche d'une obstruction se divise en trois périodes : 1° le stade de début où les symptômes sont dus à l'arrêt de la circulation intestinale ; 2° le stade de compensation, pendant lequel le tractus gastro-intestinal s'efforce de surmonter l'obstacle ; 3° le stade des complications, dans lequel l'occlusion a déterminé des changements secondaires destructeurs dans l'intestin ou dans l'organisme entier. Cette division existe pour tous les cas d'occlusion intestinale; elle ne tient pas compte de la durée, ni du mode d'obstruction et évite les nombreuses subdivisions que l'on est obligé de faire si l'on veut considérer toutes les variétés à part. Mais, naturellement, le mode et le siège de l'obstruction ont une influence directe sur la rapidité avec laquelle les stades se succèdent. Par exemple, une occlusion haute aboutira au troisième stade en une heure ou deux, tandis qu'une obstruction incomplète bas située laissera le malade dans le second stade pendant plusieurs jours, voire même plusieurs semaines. Dans la plupart des cas, les stades se fondent l'un dans l'autre, graduellement. Les lésions vasculaires aggravent toujours la situation.

Les symptômes de la période du début sont la douleur, la constipation ou la diarrhée, et les vomissements. La douleur est précoce dans tous les cas et n'est pas soulagée par la défécation ou les vomissements. La constipation résiste aux lavements bien donnés. La diarrhée avec mucus et sang se voit dans l'invagination et les tumeurs intestinales. La succession des phénomènes est d'habitude : douleur, constipation, vomissements. Ceux-ci sont d'abord gastriques, et le lavage de l'estomac ne les fait pas cesser, point de diagnostic important d'avec la dilatation aiguë de l'estomac. Les vomissements du début sont réflexes; plus tard c'est une réaction de compensation (deuxième stade). Dans 42 cas, les lavements firent cesser l'obstruction dans 17 cas et échouèrent dans 25 ; 10 de ces derniers furent opérés immédiatement : 10 guérisons. Dans 15 cas où on attendit d'autres symptômes, 2 malades moururent avant qu'on les opérât, 13 furent opérés avec 3 guérisons et 10 morts. Sur les 10 morts, il y avait 5 cas de gangrène. Les conclusions s'imposent. Lorsqu'un lavement bien donné ne fait pas tout disparaître, il faut opérer immédiatement. Les purgatifs ne sont jamais indiqués. Pour rendre le diagnostic plus évident dans les cas légers quand le malade est à l'hôpital et tout près d'être opéré, Mc Glannan fait un lavage d'estomac, à la suite duquel il donne 50 grammes d'huile de ricin et 2 milligrammes d'ésérine par voie hypodermique. En cas d'obstruction mécanique, les symptômes du début sont tellement renforcés que le diagnostic n'est plus douteux. Cette méthode est particulièrement utile dans les cas d'occlusion postopératoire. Elle permit de faire un diagnostic précis dans 5 cas qui furent tous opérés immédiatement : 4 guérisons, 1 mort tardive chez une paralysie intestinale due à une péritonite typhique généralisée.

Les symptômes du second stade sont ceux de compensation (colique, tétanisation de l'intestin et péristaltisme visible), vomissements de contenu intestinal, souvent très abondants, car la sécrétion est exagérée sous l'action de la choline qui est peut-être l'agent responsable de tous les symptômes de l'obstruction intestinale. Les vomissements sont un effort de compensation de deux manières : d'abord en diminuant la

pression intestinale, ensuite en éliminant des toxines. Le lavage de l'estomac et de l'intestin a exactement le même rôle, et, de plus, il a cet avantage d'être indépendant des réflexes du malade. Quand le liquide de lavage est une fois devenu clair et qu'il redevient subitement trouble, le reflux intestinal est prouvé et le diagnostic d'occlusion est établi. Dans ce second stade, la distension est encore localisée à l'anse lésée. L'intervention immédiate s'impose : 18 cas, tous guéris; intervention retardée, 21 cas, 11 morts dont 3 cas de gangrène. Le point à retenir, c'est la valeur du lavage de l'estomac au point de vue du diagnostic.

Les symptômes du troisième stade sont l'intoxication générale, la gangrène, la péritonite et les troubles de la fonction rénale. L'albumine et les cylindres sont constamment présents.

Au point de vue opératoire, la *levée de l'obstacle* est la meilleure technique dans le *premier stade*. Si l'on craint le développement d'une obstruction postopératoire, il faut, au moment de la première opération, prendre ses mesures en vue d'une entérostomie secondaire que l'on peut alors faire sans avoir à redouter de choc opératoire : 34 malades traités dans cette première période guérissent tous, 12 par des moyens simples, 22 après opération.

De même, dans le *second stade*, la *levée de l'obstacle* est la meilleure technique, pourvu qu'il n'y ait point gangrène. Pour celle-ci, la résection est la meilleure opération, pourvu que les symptômes généraux ne soient pas accusés. Dans le cas contraire il faut ajouter une entérostomie de décharge au-dessus de la résection. Dans les cas désespérés, il faut se contenter de l'extrusion avec entérostomie de décharge. (Dans la discussion de ce rapport, beaucoup des meilleurs chirurgiens d'Amérique insistèrent sur la nécessité de cette entérostomie de décharge dans *tous les cas d'occlusion intestinale*, sauf les plus simples, à cause de l'évacuation du contenu hyperseptique du bout supérieur et du danger qu'il y a à laisser ce même contenu, après levée de l'obstacle en résection, inonder le bout inférieur en état d'inanition et tout prêt à absorber en masse les poisons qui y sont contenus.) 65 cas opérés dans le second stade donnèrent 55 guérisons et 10 morts.

Dans le *troisième stade*, 82 opérations et 52 morts. L'*entérostomie* est ici la manœuvre fondamentale. Elle reste simple, ou on la complète par une autre intervention. Le diagnostic précoce — pour lequel le tube stomacal et le tube rectal ont une valeur immense — reste la clef des statistiques brillantes d'obstruction intestinale. F. GARDNER.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR UNE PRÉPARATION TRÈS UTILE DANS LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE (1)

Tant que la science n'aura pas découvert le moyen ou les moyens de guérir et de préserver définitivement l'humanité de la tuberculose, spécialement de la phtisie pulmonaire, nous serons obligés d'avoir recours à des expédients ou des remèdes pour modérer ou calmer les souffrances les plus pénibles causées par cette maladie si répandue.

Il est indiscutable qu'à l'heure actuelle, l'unique traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire est le traitement hygiénique, c'est-à-dire la bonne alimentation, le repos absolu, l'air libre et pur pendant le jour et pendant la nuit. Mais même dans ces conditions, un traitement modérateur de la symptomatologie s'impose, traitement qui devient encore plus nécessaire et indispensable chez tous ceux, et ils sont les plus nombreux, qui ne peuvent jouir de la cure du sanatorium. Cet état de choses a contribué pour une large part à la diffusion, excessive même, de spécifiques et de recettes, dont la plus grande partie, il est bon de le redire, sont plutôt nuisibles qu'utiles.

C'est pourquoi il est du devoir de tout médecin consciencieux de se servir seulement des préparations, et elles sont très peu nombreuses, qui sont vraiment bienfaisantes et qui ne sont certainement pas nocives.

Il y a plus de trente ans que j'exerce la médecine et très nombreux furent les malades atteints de phtisie pulmonaire que j'ai eu l'occasion de soigner dans ma clientèle privée et plus encore dans mes services d'hôpitaux. Eh bien ! je puis en toute science et conscience déclarer qu'aucune préparation ne m'a mieux réussi que le sirop au lacto-créosote soluble et au phosphate de chaux, qui se vend dans le commerce sous le nom de sirop Famel.

Il est vraiment inutile que je m'étende à démontrer le choix judicieux et l'efficacité de ces produits : ce sont des choses que l'on sait depuis longtemps. Il suffira de rappeler que la créosote possède, entre autres propriétés, celles d'exciter la phagocytose, d'augmenter le pouvoir agglutinant du sérum du sang et son hyperacidité.

Dans ce sirop, outre la créosote sous forme soluble, on doit encore considérer la présence de l'acide phosphorique et de la chaux, agents de la plus grande importance au point de vue de la nutrition. L'attention a été particulièrement attirée par les qualités spéciales du lacto-créosote rendu beaucoup plus soluble par son éthérisation au moyen de l'acide lactique, ce qui en fait un agent précieux comme stimulant et comme antiseptique, sans jamais déterminer des phénomènes d'irritation et d'intolérance gastrique.

Cette préparation constitue donc une médication complexe utile non seulement dans la symptomatologie des maladies des voies respiratoires, mais encore pour arrêter la décadence générale de l'organisme et une diminution de sa vitalité.

La tuberculose pulmonaire, sous toutes ses formes et variétés, constitue par conséquent la plus importante de ses applications.

Si donc le succès d'un traitement médicamenteux est subordonné au bon fonctionnement des voies dirigeantes, il est permis de conclure que parmi les diverses formes de médications à la créosote, cette préparation est celle qui répond le mieux au but ; mais la valeur de cet excellent sirop ne réside pas seulement dans ses composants, elle réside aussi dans sa préparation scrupuleuse et dans la pureté contrôlée des composants eux-mêmes. Que le sirop Famel au lacto-créosote doive à ces dernières circonstances sa diffusion et sa renommée incontestée, c'est ce dont j'ai pu me convaincre par l'expérience. Les composants de ce sirop et leur dosage ne sont un secret pour personne. Eh bien ! j'ai voulu répéter et préparer moi-même, ou me faire préparer par des pharmaciens éprouvés la même recette, mais je n'ai pas pu obtenir avec elle tous les merveilleux avantages que j'étais habitué à obtenir avec le sirop Famel original.

Tout ce que je dis paraîtrait paradoxal, si les expériences répétées ne m'avaient convaincu d'une façon absolue que c'est dans certains modes de préparation, dans la qualité et la pureté de ses ingrédients, que réside une part non négligeable de sa constante efficacité dans le traitement des symptômes de la tuberculose pulmonaire et de toutes les affections chroniques des voies respiratoires.

Tout en reconnaissant que la toux est un réflexe défensif, un mécanisme évacuateur du contenu des bronches, spécialement dans les broncho-pneumonies aiguës et subaiguës, il n'est pas possible de nier que la toux est le symptôme le plus pénible et le plus tenace des maladies chroniques des poumons en général, de la phtisie pulmonaire en particulier. C'est à la toux que l'on doit pour une proportion considérable le dépérissement des sujets, que la toux soit sèche ou non, par suite de la perte du repos diurne et nocturne, de l'épuisement des forces, etc.

(1) Extrait d'une communication faite au *VIIe Congrès international contre la tuberculose*.

Il n'y a jamais proportion entre l'abondance de la sécrétion bronchiale et l'intensité et la ténacité de la toux; même dans la pratique, c'est le contraire qui se produit. Ces effets bienfaisants sur la toux ne sont pas passagers, mais au contraire, chose de la plus grande importance, durables; en outre, la sécrétion est rendue plus fluide et l'air des bronches amélioré, ce qui fait obstacle au développement de la vigoureuse flore bactérique.

Mais ce n'est pas seulement dans la symptomatologie de la tuberculose pulmonaire que se révèlent les avantages considérables de l'emploi méthodique de cette préparation créosotée, c'est encore dans toutes les maladies aiguës et chroniques de la poitrine. Mon expérience à ce sujet est très riche et je puis, par suite, déclarer franchement qu'aucune autre préparation ne m'a donné, dans le traitement de la toux, des résultats aussi décisifs que ce sirop.

Mes nombreux clients qui souffrent d'affections chroniques des bronches ont une telle confiance dans le sirop Famel, qu'ils se croient obligés, même dans les périodes d'accalmie de leurs souffrances, d'avoir toujours sur eux ou à côté de leur lit avant de se coucher, ou encore dans leur valise, avant d'entreprendre un voyage quelconque, une bouteille de sirop Famel.

Je pourrais citer des cas intéressants, des anecdotes remarquables de malades habituels souffrant de toux par suite de catarrhe bronchial chroniqne, emphysème pulmonaire, asthme, etc., parmi lesquels se trouvent beaucoup de médecins et moi-même parmi ces derniers, pour convaincre qui que ce soit de la confiance générale obtenue par cette préparation sans pareille.

Après tout ce que j'ai vu et tout ce que j'ai rapporté, je suis obligé de proclamer le sirop Famel comme remède spécifique et souverain de la toux.

Tant que la science et l'art médical ne me feront pas connaître d'autres médications et préparations meilleures pour le traitement symptomatologique des affections aiguës ou chroniques de l'appareil respiratoire, je continuerai à prescrire à mes malades le sirop Famel, certain de faire une œuvre bonne et indispensable pour les innombrables personnes souffrant de toutes les maladies aiguës et chroniques broncho-pulmonaires, et surtout de la tuberculose.

Pr R. MASSALONGO,
Directeur de l'Hôpital civil
de Vérone.

LIVRES NOUVEAUX

Technique clinique médicale et séméiologie élémentaire (1), publié sous la direction du docteur E. SERGENT, avec la collaboration de MM. RIBADEAU-DUMAS, LIAN, D'HEUCQUEVILLE, FECAROTTA, St. CHAUVET, PRUVOST, HAZARD.

Dans toutes les sciences, l'enseignement élémentaire est considéré comme celui qui mérite le plus d'attention, le plus de doigté, le plus de soins. On lui attribue une importance capitale. On le confie aux maîtres les plus expérimentés. Rien de plus juste, d'ailleurs. Il faut toujours commencer par le commencement. Avant de se lancer dans les intégrales, n'est-il pas indispensable de savoir sa table de multiplication? Comment s'intéresser à la marche des étoiles si l'on ne possède au moins quelques notions de cosmographie? Qui s'aviserait de vouloir lire dans le texte Pindare ou Thucydide avant de s'être assimilé les verbes en μι, l'« aoriste », le « duel » et le « parfait deux »?

C'est pourtant cette erreur que commet journellement notre Mère la Faculté. Oh! sans doute, l'enseignement supérieur qu'elle nous donne est très bien conçu, trop bien même! Nos étudiants n'ignorent rien des colloïdes ni des lipoïdes; ils jonglent avec les antigènes et les anticorps; ils évoluent avec aisance au milieu des innombrables classes, ordres, genres et espèces de mycoses actuellement connues. Mais, pour ce qui est de l'enseignement élémentaire, tout le monde s'en désintéresse. Est-ce parce que, comme disait Potain, c'est le plus difficile de tous? Nul ne se préoccupe d'exposer aux débutants les premiers principes, de leur constituer un petit pécule scientifique, de leur fournir les idées directrices sans lesquelles ils risquent d'errer indéfiniment à l'aventure. Ils sont censés savoir ce qu'on ne leur a jamais appris. Et, jusqu'à ce jour, les meilleurs d'entre eux cherchaient vainement le livre qui leur permettrait de comprendre ce qui se dit et se fait autour d'eux.

Ils ne le chercheront plus. Un clinicien de race, qui a su organiser, à la Charité, un service modèle, et qui connaît les besoins des élèves, vient d'écrire à leur intention, avec quelques-uns de ses collaborateurs, un ouvrage intitulé *Technique clinique médicale et séméiologie élémentaire*. Livre pratique, où vous trouverez tout ce qu'il importe de savoir relativement à l'auscultation, à la percussion, à l'examen des urines, du sang, à l'exploration de l'estomac, de l'intestin, du système nerveux, etc. Livre simple, où, contrairement au préteur antique, les auteurs n'ont pas craint d'entrer dans les moindres détails. Livre clair, où l'air et la lumière circulent largement à chaque page. Livre nécessaire, à une époque où l'iatro-chimie, déjà exécutée par Trousseau, commence à relever la tête, et où les méthodes simples léguées par les Laënnec, les Andral, les Bouillaud, reprennent en clinique la place qu'elles n'auraient jamais dû abandonner.

B. GAYARD.

(1) In-8° avec 173 fig. et 2 pl. en coul. — Prix : 12 francs. — Paris, A. Maloine.

La Dépilation diffuse et son traitement biokinétique (1), par le docteur BULLIARD.

Ce travail a été fait sous l'inspiration du docteur Jacquet. Il reprend la théorie de la viciation biologique pour interpréter la dépilation diffuse. Cette viciation biologique provient de causes multiples : polyphagie, tachyphagie, polydipsie, picrophagie, alcoolisme; surmenage de l'appareil nerveux ou génital, etc.

La correction de ces troubles agit directement sur le cuir chevelu et, sans aucune intervention locale, la dépilation cesse.

Partant de la constatation de ces faits, l'auteur établit une théorie séduisante mais toute spéculative.

P. GASTINEL.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

La digitaline Nativelle agit plus sûrement que toutes les autres préparations de digitale.

(1) Un vol. de 394 p. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges.
PARIS.
Sirop Roche
Ch. Weiss
Comprimés Roche
Cachets Roche de Thiocol

complaisance de M. Wickerscheimer, bibliothécaire de l'Académie. « J'ai reçu en son tems, mon cher Concitoyen, la fatale nouvelle que vous m'avez annoncée : je n'en ai point été surpris, et j'ai partagé sincèrement la peine que vous en avez ressentie. Le tems et les distractions du travail y apporteront de l'adoucissement, ce sont les deux grands consolateurs auxquels bien peu de chagrins résistent. Vous êtes heureux, dans votre malheur, d'avoir été uni peu longtemps à celle que vous regrettez : une plus longue habitude eût rendu votre attachement plus étroit encore, et la plaie que vous fait sa perte en eût été plus profonde. Tout serait-il au mieux jusque dans le mal qui nous arrive ? Je vous remercie bien du petit envoi que vous m'avez fait ; j'en boirai à votre santé et à votre prospérité, car vous n'oserez jamais douter de l'intérêt que j'y prends ni du sincère attachement que je vous ai voué. »

Pour en revenir à nos deux amis, les échanges entre eux n'étaient pas toujours de la même nature, et à plusieurs reprises le docteur Rignier envoya à son illustre confrère des observations recueillies par lui. C'est ainsi que le 21 nivôse an X Corvisart écrit : « Ne doutez pas de l'intérêt avec lequel je lirais vos observations si un peu de paresse et beaucoup d'occupations m'en laissaient le loisir ; mais j'appréhende bien d'être un peu lent à satisfaire ce plaisir. Vous l'avouerai-je ? je n'ai point lu celles que vous m'avez envoyées il y a bien longtemps ; elles sont encore là, je vous les garde pour en disposer quand vous le voudrez. J'ai été surpris quelquefois que vous ne les eussiez pas réclamées. Pourquoi n'enrichissez-vous pas le *Journal de médecine* de quelques-unes de vos plus importantes observations ? Est-ce que vous ne connaîtriez-pas son existence ? Si vous voulez publier quelques-uns de vos travaux par cette voie, il faudrait les faire passer, francs de port, à mon collègue Le Roux, l'un des rédacteurs, rue de Tournon. »

Plus tard, en 1809, nous voyons Corvisart écrire : « J'ai remis à mon confrère Le Roux l'observation que vous m'avez envoyée, afin qu'il l'insère dans le *Journal de médecine*, il me l'a promis. » Promesse illusoire d'ailleurs, car nous avons eu la curiosité de rechercher quelle était cette observation, et nous avons constaté que le *Journal de médecine* ne l'avait jamais publiée.

Corvisart fit une fois lui aussi à son correspondant un envoi que nous considérons aujourd'hui comme singulièrement précieux. Dans la lettre où il lui parle du vin de Bar, il ajoute : « Je ne vous en remercie pas moins de votre excellente confiture, à l'encontre de quoi j'ai une bien pauvre denrée à vous offrir : je vous envoie la seconde édition de mon Essai sur les maladies du cœur, et ma traduction d'Avenbrugger avec commentaires. Le Maire m'a dit qu'il vous avait fait parvenir la gravure de mon portrait ; vous ne serez pas grandement restauré avec ces trois maigres articles, ils sont du cru et n'en sont pas meilleurs. »

Quelques passages de ces lettres permettent de voir sous son vrai jour l'âme de Corvisart, et ils sont bien d'accord avec l'idée que nous nous faisons de la haute probité de cet homme célèbre. Chacun se rappelle cette anecdote dont nous empruntons le récit au travail si consciencieux et si documenté que le docteur Louis Héchemann a consacré à son illustre compatriote ardennais (1). « Sans s'y attendre, il reçut des mains de l'Empereur le brevet d'une place à laquelle son frère était promu. « Permettez, s'exclama-t-il, je refuse pour mon frère, le poste exige une capacité qu'il n'a pas, je sais qu'il est pauvre, mais c'est mon affaire. » Le ministre qui avait fait le travail était présent. Napoléon se tourna vers lui, et dit : « En connaissez-vous beaucoup comme celui-là ? » Eh bien ! si nous reproduisons ici cette anecdote bien connue, c'est qu'elle cadre parfaitement avec la lettre suivante datée du 9 juil-

(1) *Corvisart* (1755-1821). — Paris, Michalon, 1906.

let 1810. « J'ai reçu, monsieur et cher Confrère, la lettre que vous avez pris la peine de m'écrire en faveur de M. Prichier, et je regrette beaucoup de ne pouvoir lui être utile, à votre recommandation, n'ayant aucun rapport avec l'administration des hôpitaux militaires, et m'étant imposé l'obligation de ne rien solliciter, pour me conserver, dans la partie qui me concerne, toute la liberté qui m'est nécessaire. Vous ne devez pas douter, mon cher Confrère, du plaisir que j'aurais dans toute autre circonstance à faire ce qui pourrait vous être agréable. » Sa liberté ! C'était là en effet un bien auquel il tenait par-dessus tout, et lorsque appelé pour la première fois par Bonaparte il se dirigeait vers la Malmaison, celui qui devait lui servir d'introducteur le voyant triste et rêveur lui en demanda la cause. « C'est que, répondit Corvisart, je ne sais pas ce que je gagnerai à cette visite, mais j'y perdrai assurément le premier des biens, la liberté. »

Rappelons encore ce trait. A l'amphithéâtre, Corvisart percutait le cadavre, diagnostiquant avec minutie les lésions qu'on allait trouver, puis faisait l'autopsie qui confirmait presque à coup sûr ses prévisions. « Un jour, raconte le docteur Héchemann, il se trompe. Il n'essaye pas de cacher sa faute ni même de l'atténuer, il l'étale au grand jour... et en retire de précieux enseignements pour l'avenir. » Et là encore un passage de nos lettres cadre bien avec ce récit et traduit la même mentalité, la même conscience forte et probe. « Je me souviens toujours avec une douce satisfaction de ceux qui, comme vous, m'ont témoigné une estime et un attachement vrais ; de mes anciens élèves surtout, qui ont eu la bonté de m'entendre et de me suivre avec assiduité. Apparemment qu'ils ont au moins jugé la bonne foi avec laquelle je recherchais la vérité, en travaillant à mon instruction et à la leur en commun. C'est ainsi que j'en ai toujours agi : je n'ai pas à me reprocher qu'il me soit sorti de la bouche une seule idée qui n'ait point été dans ma pensée, ni d'avoir jamais dissimulé une erreur quand je l'ai aperçue ; voilà selon moi, mon plus grand mérite. » Il est impossible en tout cas de prononcer de plus nobles paroles.

On a souvent parlé de la tournure chagrine de l'esprit de Corvisart. « Le « Mesrour » de Voltaire, disait-il, avait perdu l'œil qui voit le mauvais côté des choses ; je suis borgne comme lui, mais c'est l'autre œil que j'ai perdu. » Et nous le voyons écrire au docteur Rignier : « J'ai, si vous vous en souvenez, l'esprit un peu de travers, et c'est toujours par le mauvais côté que je vois les affaires. »

Et il est bien certain qu'en avançant dans la vie, et bien qu'il ne fût pas très âgé, Corvisart devenait de plus en plus taciturne et mélancolique ; nous dirions aujourd'hui neurasthénique. Il cessa complètement de s'intéresser à la médecine et le 27 janvier 1815, il allait alors avoir soixante ans étant né le 17 février 1755, il écrivait à son ami une lettre où il le félicitait d'avoir échappé aux dangers d'une épidémie qu'il avait vaillamment combattue, et il lui disait : « Vous faites bien, mon cher Confrère, de ne pas m'entretenir des précieuses observations que votre art vous a mis à portée de faire, mieux que personne, dans les épidémies dont vous avez été le témoin. J'ai oublié la médecine, j'en suis tout à fait retiré, et je végète presque toujours à la campagne, me souvenant à peine que je l'ai exercée autrefois. Je n'y pense pas une fois le mois. Si j'avais la santé je serais heureux de l'obscurité où je suis enseveli. »

C'est qu'en effet il était malade, son organisme faiblissait et il le sentait bien, d'où sa tristesse. Dans cette même lettre que nous venons de citer il ajoute : « L'idée de venir à Paris sera le rêve de toute votre vie. Las ! un de vos bons amis n'y est plus (Lanefranque sans doute), moi, je suis à moitié mort, mais tout ce qui en reste vous est dévoué jusqu'à la fin. » Cette lettre est la première qui ne soit pas datée de Paris mais de *La Garenne*. Il est probable que c'est le nom que

portait cette propriété située sur la Bièvre, entourée d'un parc magnifique, et dont les restes existent encore au 66 de l'avenue Auguste-Blanqui. C'est à cette maison, où le grand Corvisart terrait son invincible ennui, que M. Helme a consacré le délicieux article auquel nous avons fait allusion plus haut. Nous nous étions demandé cependant si ce nom de La Garenne n'était pas celui de la ferme que Corvisart avait achetée à Athis, dans l'Orne, pays où il a voulu être enterré. La teneur des lettres, que nous avons en mains, nous fait pencher vers la première hypothèse, et ce petit problème est d'ailleurs sans importance.

En 1816, Corvisart est frappé d'une attaque d'apoplexie, et non en 1815 comme l'a écrit M. Héchemann. Une lettre écrite en janvier 1816 montre que l'accident ne s'était pas encore produit, bien que le malheureux se sentît déjà fort malade ainsi que cela résulte de ces lignes : « Où diable allez-vous vous imaginer que je pourrai jamais croire que vous m'avez oublié ? Il faudrait que j'eusse tout à fait perdu le souvenir et presque la tête. Je n'en suis pas bien loin, il est vrai, mais vous êtes trop gravé dans ce qui me reste de cervelle et de mémoire, pour que ce ne soit pas la dernière chose qui en déménage... Je ne veux point vous parler de mes maux, ils ne soulageraient point les vôtres par le récit que j'en ferais. Le mal physique et le mal moral nous assiègent, voilà ce qu'il y a de trop clair : à quand la guérison ? Jamais, voilà ce qu'il y a de plus triste. » Puis il parle de la philosophie, « qui diminue et s'éteint, à ce qu'il me paraît, avec l'âge ». La lettre suivante, datée du 15 juillet 1816, porte au contraire expressément : « Que voulez-vous que je fasse de plus que de tomber en paralysie et de venir à Bourbonne ? » C'est en effet de cette station qu'elle fut envoyée, cette pauvre lettre dont l'écriture trahit l'impotence relative de celui qui la traçait. Le malade n'avait d'ailleurs aucune foi dans les eaux, lesquelles, dit-il, ne valent pas un verre de bon vin ; il les prend cependant « avec une grande assiduité et une grande résignation », afin que dorénavant on le laisse tranquille à leur sujet. Son état de santé s'améliora pourtant, jusqu'au jour où une nouvelle attaque vint l'abattre définitivement, en 1821. Dans l'intervalle il écrivit encore deux lettres à son ami Rignier, toutes deux lamentablement tristes. Elles sont de 1817. Dans la première, qui est signée : « l'infirme Corvisart », il dit : « Vous ne dites pas tout à fait juste quand vous me croyez vivant heureux à travers les infirmités. Si la santé est le premier des biens, sa perte est le premier des maux. Mais je vis tranquille à la campagne, quelques soi-disant amis viennent me visiter et je descends ou je monte (car je ne sais trop) vers l'éternité. Je ne me plains point tout haut, cela étant ainsi on fait semblant de me croire bien portant. »

Dans la dernière lettre, Corvisart déclare qu'il ne retournera point aux eaux de Bourbonne, car il ne croit ni à leur efficacité ni à la promesse que lui fait son ami de l'y accompagner. Y retourna-t-il ou non ? Nous l'ignorons, car sa correspondance s'arrête là, et il est infiniment probable que la main pieuse qui a recueilli et conservé ces lettres n'eût pas manqué d'y joindre celles qui auraient pu être écrites ultérieurement.

Nous sommes heureux, quant à nous, de pouvoir faire connaître à nos confrères ces lignes tracées par l'illustre clinicien, et ce n'est jamais sans un peu d'émotion que nous reprenons de temps à autre, pour les feuilleter, ces pages sur lesquelles a couru la main qui percuta la poitrine de Napoléon.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

N° 60. — JEUDI 29 MAI 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 29 MAI 1913. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 26 mai. — Question : « Zona ophtalmique. » — MM. Armand-Delille, 19; Paillard, 20; Weil, 17; Monier-Vinard, 19; Laroche, 18; Abrami, 20.

— Concours de dentiste adjoint des hôpitaux. — *Epreuve clinique dentaire.* — Séance du 24 mai 1913. — MM. Cavaroz, 15; Izard, 20.

Oral. — Séance du 26 mai. — Question : « Mortification dentaire sans carie (étiologie et traitement). »

MM. Cavaroz, 13; Coustaing et Waysse, 15; Izard, 20.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 26 mai. — M. Voivenel : « Endocardite rhumatismale aiguë. » — Note : 14 1/2.

M. Creyx : « Le foie cardiaque. » — Note : 16.

Deuxième séance du 26 mai. — M. Ramond : « Laryngite diphtérique. » — Note : 17.

M. Chalier : « Les angiocholites infectieuses. » Note : 16.

M. Pierre Nadal : « Cavernes pulmonaires. » — Note : 10.

Première séance du 27 mai. — M. Baudouin : « Bronchite capillaire. » — Note : 18 1/2.

M. Lemaire : « L'épilepsie jacksonienne. » — Note : 15 1/2.

Deuxième séance du 27 mai. — M. Esmein : « Ulcère duodénal. » — Note : 19 1/2.

M. Fiessinger : « Syphilis du myocarde. » — Note : 18.

M. Lévy : « Symptômes et diagnostic du cancer de l'estomac. » — Note : 15.

— Section de chirurgie générale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 26 mai. — M. Charrier : « Tétanos. » — Note : 13.

M. Mazet : « Décollements épiphysaires. » — Note : 7.

M. Desmarest : « Hydronéphroses. » — Note : 16 1/2.

Epreuve de titres. — Ordre de passage :

MM. Clermont, Arnaud, Küss, Charbonnel, Bonnet, Etienne, Mocquot, Miginiac, Guimbellot, Lacouture, Gorse, Alamartine, Perrin, Tourneux, Bréchot, Cotte, Horand, Picquand, Desmarets, Sauvé, Rabère, Duverger, Rives, Chalier, Rivière, Guibé, Alglave, Mazet, Duroux, Lambert, Lefèvre, Olivier, Parcelier, Mathieu, Ducuing, Charrier, Lardennois.

Séance du 27 mai. — MM. Clermont, $13 \times 2 = 26$; Arnaud, $11 \times 2 = 22$; Küss, $15 \times 2 = 30$; Charbonnel, $11 \times 2 = 22$; Bonnet, $15 \times 2 = 30$; Etienne, $18 \times 2 = 36$.

— Section de physiologie. — *Première partie de l'épreuve pratique.* — Séance du 22 mai. — 1° Essai du suc gastrique. Dosage de l'acidité totale. Dosage de l'acidité chlorhydrique libérable à 100 degrés. Dosage du chlore total.

2° Essai de l'urine. Dosage de l'acide phosphorique.

Deuxième partie de l'épreuve pratique. — 1° Découvrir les racines lombaires de la moelle épinière de la grenouille.

2° Chez le chien. Découvrir et isoler l'artère fémorale et y placer une canule comme pour une prise de sang. Découvrir une veine superficielle et y placer une canule comme si on voulait y faire une injection. Découvrir le nerf pneumogastrique à la base du cou à l'endroit où se séparent de lui le ganglion cervical inférieur et les filets qui forment l'anneau de Viennens.

MM. Delaunay, 15; Moulinié, 9,5; Tournade, 13,5; Lafon, 12; Sarvonat, 19; Lisbonne, 12,5; Soula, 11.

Sont proposés : MM. Sarvonat, Lisbonne, Tournade, Delaunay.

— On annonce que M. le professeur Weiss, qui cédant à de hautes sollicitations n'avait pas cru devoir joindre sa démission à celle de M. le professeur Abelous, vient de se retirer au cours de la délibération finale du jury de physiologie et n'a pas voulu signer la liste de présentation des candidats.

— Section de chimie biologique et médicale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 23 mai. — M. Lanzenberg : « Le toluène et les produits qu'il fournit par transformation de la chaîne latérale. » — Note : 4.

Deuxième séance du 23 mai. — M. H. Labbé : « Le mercure et ses principaux composés minéraux. » — Note : 5.

M. Moog : « Le plomb et ses principaux composés minéraux. » — Note : 4.

Séance du 24 mai. — M. Mestrezat : « Propriétés générales des aldéhydes. L'aldéhyde formique et ses homologues supérieurs. » — Note : 14,5.

M. Chelle : « Propriétés générales des phénols. Le phénol ordinaire et ses homologues supérieurs. » — Note : 17.

Epreuve de titres. — Séance du 27 mai. — MM. Chelle, 15 × 2 = 30; Mestrezat, 15 × 2 = 30; H. Labbé, 16 × 2 = 32.

Sont déclarés admissibles : MM. Chelle, Labbé, Mestrezat.

— SECTION D'HISTOLOGIE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 23 mai. — M. Segall : « Ganglions cérébro-spinaux. » — Note : 5.

Deuxième séance du 23 mai. — M. Dubreuil : « L'épithélioma pigmenté de la rétine et rétine ciliaire. » — Note : 19.

M. Debeyre : « Thyroïde et parathyroïde. » — Note : 18.

Epreuve de titres. — Ordre de passage :

MM. Debeyre, Faure, Guieysse, Dubreuil, Policard, Champy, d'Hardivillier, Segall.

Première séance du 26 mai. — MM. Debeyre, 29,5; Faure, 21; Guieysse, 31,5.

Deuxième séance du 26 mai. — MM. Dubreuil, 31; Policard, 35; Champy, 35.

Sont déclarés admissibles :

MM. Champy, Debeyre, Dubreuil, Faure, Guieysse, Policard.

Première séance du 27 mai. — MM. d'Hardivillier, 25; Segall, 18.

— SECTION D'OBSTÉTRIQUE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après troisheures de préparation.* — Ordre de passage : MM. Lemeland, Metzger, Chirié, Willette, Faugère, Paucot, Le Lorier, Sauvage.

M. Lemeland : « Dystocie par excès de volume total ou partiel du tronc du fœtus. » — Note : 12.

M. Metzger : « De la mort apparente du nouveau-né. » — Note : 11.

M. Chirié : « La poche des eaux. » — Note : 13.

— SECTION DE PARASITOLOGIE. — *Composition écrite.* — Sujet : « Glande mammaire. »

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture des copies.* — Séance du 24 mai. — MM. Boivin, 13 + 18 = 31 ; Lehmann, 7 + 11 = 18; Fillot, 5 + 9 = 14.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Le concours pour cinq places de médecin adjoint du dispensaire de salubrité vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Burnier, F. Dainville, Deverre, Jean et Jolivet.

MÉDECIN INSPECTEUR DES ÉCOLES. — M. de Pradel est nommé médecin inspecteur honoraire des Ecoles de la Ville de Paris. M. Jacques Dupuy est nommé médecin inspecteur et affecté provisoirement à la 3e circonscription du 15e arrondissement. M. Houzel est nommé médecin inspecteur et affecté provisoirement à la 12e circonscription du 14e arrondissement. M. Arnal est nommé médecin inspecteur des Ecoles, pour la 2e circonscription du canton de Courbevoie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés dans les ordres coloniaux suivants :

DRAGON DE L'ANNAM. — *Au grade de commandeur.* — M. Le Filiatre, à Paris.

Au grade d'officier. — M. Moutet, médecin-major de première classe.

Au grade de chevalier. — MM. Le Roy, Mercier, médecins-majors de deuxième classe.

NICHAN-EL-ANOUAR. — *Au grade de commandeur.* — M. Auber.

Au grade d'officier. — M. Thooris, médecin-major de première classe.

Au grade de chevalier. — M. Barthélemy, médecin-major de deuxième classe.

ETOILE NOIRE D'ANJOUAN. — *Au grade de chevalier.* — MM. Bergès, Dabat, médecins aides-majors de première classe ; Rouvillois, médecin-major de deuxième classe.

CAMBODGE. — *Au grade de commandeur.* — M. Bonnaire, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier. — M. Lasserre, médecin de première classe.

LA LOI DU 6 JUILLET 1912 ET LES MÉDECINS ET PHARMACIENS. — Sur une question de M. Lalanne, député, le ministre de la guerre vient de répondre que « la loi du 6 juillet 1912 s'applique seulement aux médecins et pharmaciens ayant fait une année de service comme soldats sous le régime de la loi du 21 mars 1905.

L'article 2 de cette loi est, en effet, ainsi conçu :

« Les dispositions ci-dessus sont applicables, par mesure rétro-active, aux médecins et pharmaciens militaires placés sous le régime de la loi du 21 mars 1905, qui ont été nommés médecins et pharmaciens aides-majors de deuxième classe antérieurement à la date de promulgation de la présente loi. »

Cependant, la question s'est posée de savoir si, par une nouvelle disposition législative, le bénéfice de cette loi du 6 juillet 1912 ne pourrait être étendu, non à tous les médecins et pharmaciens ayant accompli une année de service militaire dans un corps de troupe avant leur entrée à l'école d'application du service de santé, mais à ceux qui, ayant accompli un an de service sous le régime de la loi du 15 juillet 1889, ont été nommés au grade d'aide-major de deuxième classe en même temps que d'autres admis à ce bénéfice comme régis par la loi du 21 mars 1905. Cette question est actuellement à l'étude. »

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — Au moment où nous mettons sous presse a lieu dans la salle des fêtes de l'Association une conférence de M. le professeur Monprofit, député d'Angers, sur l' « enseignement médical devant la loi de trois ans ». La réunion est présidée par M. le docteur Maunoury, correspondant de l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance a lieu le jeudi 29 mai, à quatre heures et demie du soir, 12, rue de Seine.

La conférence habituelle sera faite par M. Léon Bernard, sur le « Pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. »

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — On nous communique la note suivante :

« Dans sa séance de mai, le conseil général a accordé des subventions en faveur de sociétaires des départements de la Charente-Inférieure, de la Dordogne et de la Gironde.

M. Darras, trésorier général, informe le conseil que le legs universel, s'élevant à plus de 71 000 francs net, fait par le docteur Maillier, de Cailly (Seine-Inférieure), a été réalisé.

M. Maunoury, président de la Société d'Eure-et-Loir et député de Chartres, se met à la disposition du conseil pour transmettre à la Commission de l'armée les desiderata de l'Association en ce qui concerne le service militaire des étudiants en médecine.

M. Levassort, secrétaire général, communique au conseil une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique à M. le docteur Gilbert-Laurent, député, établissant que les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions, mais aspirant au diplôme d'Université, qui ne confère pas le droit d'exercer en France, ne peuvent pas faire de remplacements.

M. le secrétaire général communique au conseil une série de documents officiels des plus intéressants et qui démontrent que la prophylaxie des maladies contagieuses est beaucoup mieux organisée en médecine vétérinaire qu'en médecine humaine. »

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Pour faciliter les excursions à Fontainebleau et à Moret, pendant l'été 1913, un train spécial à prix réduits (2e et 3e classes seulement) sera mis en marche tous les dimanches, du 1er juin au 21 septembre inclus.

Départ de Paris à 7 h. 18 du matin.

Retour par tous les trains du même jour, dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement curatif aussi bien que préventif du rachitisme comporte l'emploi indispensable des sels de chaux. Afin d'assurer leur assimilation et de présenter à l'enfant un produit agréable, recourir à la Ternose (granulé recalcifiant), dose moyenne : une cuillerée à chaque repas.

CLINIQUE MÉDICALE

LES PHASES INITIALES DU CANCER DU GROS INTESTIN

Par M. ALBERT MATHIEU (1),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

PRÉAMBULE. — J'ai l'intention de m'occuper aujourd'hui du cancer du gros intestin. Depuis environ un an, nous avons eu l'occasion de voir dans le service une dizaine de cas de cette affection, et il y a un intérêt considérable à reprendre ces différentes observations, car le cancer de l'intestin mérite d'être bien connu. Il est en effet du plus haut intérêt d'en faire de très bonne heure le diagnostic; dans un grand nombre de cas, en effet, on peut agir chirurgicalement d'une façon utile et obtenir la guérison si l'on intervient de bonne heure.

Il y a surtout une assez grande difficulté à différencier le cancer des infections banales de l'intestin et particulièrement du gros intestin. J'aurai l'occasion de vous présenter une observation dans laquelle l'hésitation a duré très longtemps.

J'ai donc peu à m'excuser de reprendre une fois de plus cette question, car elle est encore à l'étude et elle présente une grande importance pratique.

Je ne vais parler que du cancer du côlon proprement dit, remettant à une conférence ultérieure l'étude du cancer du côlon pelvien.

MODES DE DÉBUT. — Il nous faut étudier tout d'abord les modes de début du cancer du côlon et dès maintenant nous pouvons diviser les formes cliniques de ce début de la façon suivante :

a. Les cas dans lesquels se montre l'anémie à allure grave d'anémie pernicieuse;

b. Les cas dans lesquels on voit apparaître une diarrhée tenace, qu'aucun médicament n'arrive à calmer;

c. D'autres où se montrent la colite chronique;

d. D'autres enfin où on voit au premier plan des phénomènes de dyspepsie banale ou des accidents de dyspepsie grave.

e. Les crises d'occlusion incomplètes et espacées si importantes seront étudiées ultérieurement.

Je laisserai de côté les hémorragies intestinales qui, quelquefois, se présentent avant que d'autres phénomènes se développent; il suffit de se rappeler l'existence possible de ces melæna prémonitoires.

Je ne parlerai pas non plus des abcès péricoliques. Je n'ai en effet rien à ajouter à ce qui a été dit dans le troisième fascicule des études de pathologie gastro-intestinale publiées par J. Ch. Roux et par moi (2).

a. *Anémie pernicieuse symptomatique.* — Tout d'abord, ici, comme pour le cancer de l'estomac, il peut y avoir des signes d'anémie pernicieuse progressive en apparence primitive. Nous en avons eu ici un cas typique l'an dernier. Chez ce malade, on n'avait pas un seul instant soupçonné l'existence d'un cancer, et, à l'autopsie, on trouva une tumeur néoplasique de l'estomac. On peut trouver une forme semblable pour le cancer de l'intestin.

Dans quelques cas, on peut se trouver en présence de malades présentant des phénomènes d'affaiblissement général de cause indéterminée; l'examen de leur sang montre une diminution parfois très considérable du nombre des globules rouges. Ce n'est que tardivement qu'apparaissent les symptômes révélateurs du cancer de l'intestin. Ces faits sont plus fréquents avec le cancer du cæcum qu'avec les autres localisations de la tumeur maligne sur l'intestin (1).

Tout récemment, il y avait dans mon service un malade présentant, avec un degré d'anémie extrême, une diarrhée rebelle qui, dans ce cas particulier, attirait l'attention vers le gros intestin : ce n'était donc pas un cas pur d'anémie grave d'apparence primitive.

Il s'agissait d'un homme de cinquante-huit ans qui avait commencé un an auparavant à éprouver des coliques localisées surtout vers la région sous-hépatique. Dans la suite s'était installée une diarrhée tenace avec 5 ou 6 selles liquides par jour; mais la médication en avait réduit le nombre à 3 environ dans les vingt-quatre heures.

Ce malade déprimé, affaibli, présentait une teinte jaune, cireuse, et, en même temps, il était atteint de vitiligo très intense, si bien qu'on pouvait penser à première vue à une maladie d'Addison.

Chez ce malade cependant, il était facile de faire rapidement le diagnostic. A l'exploration, on trouvait, en effet, une tumeur du volume du poing sur le côlon ascendant au-dessus de la crête iliaque.

Je me suis demandé pendant quelque temps si, malgré la cachexie intense, il n'y aurait pas lieu à une intervention chirurgicale, et M. le professeur Lejars prit pendant quelques jours le malade en observation. L'opération ne fut pas décidée en raison de l'affaiblissement extrême du malade. Il sortit de l'hôpital, et nous avons appris sa mort quelque temps après.

Dans ce cas, en dehors de l'anémie extrême, on doit noter la diarrhée chronique rebelle à tout traitement. Parfois une diarrhée semblable se produit un certain temps avant qu'apparaisse la cachexie.

b. *Diarrhée symptomatique.* — Un de nos malades, homme d'une quarantaine d'années, n'ayant pas le facies néoplasique, présentait une tumeur limitée de la fosse iliaque droite, assez mobile, donnant plutôt l'idée d'un tuberculome fibreux du cæcum que de toute autre lésion. C'est d'ailleurs le diagnostic auquel nous nous étions arrêtés.

La laparotomie exploratrice montra l'existence d'une tumeur néoplasique adhérente dans la profondeur et qu'il ne fut pas possible d'extirper.

Ici encore, la diarrhée permanente fut la manifestation initiale et prédominante d'un cancer du cæcum.

(1) Conférence recueillie par M. Girault, interne du service et revue par M. A. Mathieu.

(2) A. MATHIEU et J.-Ch. ROUX. *Etude de séméiologie et de thérapeutique intestinales*, 1911, Doin, éditeur.

(1) A. PETIT et MERLE. Cancer latent de l'angle colique gauche à forme anémique, *Soc. méd. des hôpit.*, mai 1908.

c. *Cancer du côlon et colite chronique.* — Comme manifestation d'entérite ou de colite chronique, on peut rencontrer des phénomènes de colite muqueuse ou muco-membraneuse d'allure tout à fait banale. J'attirerai votre attention sur les cas dans lesquels on ne voit que des phénomènes de colite chronique, sans valeur spécifique et chez lesquels, au bout d'un certain temps, on est amené à faire le diagnostic de cancer du côlon.

Comment classer ces faits ?

Le cancer a-t-il provoqué les phénomènes de colite ou, au contraire, celle-ci précédait-elle le cancer ? Il est impossible de le dire, en raison de la longue durée possible du cancer du côlon, lorsque son évolution n'est pas interrompue par l'occlusion ou par quelque grave complication.

En clinique on rencontre assez souvent cette combinaison de la colite et du cancer. En voici un exemple.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans présentant le type du cancer du côlon iliaque avec tumeur dans le flanc gauche et chez lequel il y avait eu pendant assez longtemps une douleur continue dans la région du côlon descendant susceptible d'attirer l'attention et de faire soupçonner une lésion siégeant en ce point. Mais, chez cet homme, il n'y avait eu, pendant trois ou quatre ans auparavant, que des phénomènes de colite muqueuse sans melæna. A quel moment le cancer a-t-il débuté ? Impossible de le dire.

Un cas de cancer succédant à la polypose colique. — A la consultation s'est présenté, il y a quelque temps, et nous avons pu suivre dans le service un malade dont l'histoire est très curieuse.

C'est un employé de chemin de fer de quarante-quatre ans se présentant avec des phénomènes de colite remontant à vingt ans.

Il avait des selles très liquides, en purée, au nombre de 3 ou 4 par jour; parfois il présentait de la constipation suivie d'une débâcle dysentériforme avec épreinte, ténesme, selles glaireuses, sanguinolentes.

Le 4 juillet 1908, il a une crise non douteuse d'occlusion intestinale. Cette crise terminée, les phénomènes de colite chronique ont continué de sorte que le malade entra dans le service le 25 octobre 1912 au début d'une période de crise subintrante d'occlusion.

L'examen rectoscopique pratiqué par le docteur Friedel montra des lésions caractéristiques de polypose intestinale.

L'existence de ces polypes avait pu provoquer ces manifestations fréquentes de poussées subaiguës, même dysentériformes. Un de ces polypes fut confié au docteur Moutier qui fit le diagnostic d'adénome.

On sait qu'en cas semblable il se fait souvent une dégénérescence épithéliomateuse sur un point particulier ou même en plusieurs points différents (1).

Lorsque l'on constate des accidents graves dans le genre de ceux qu'il nous fut donné d'observer, on doit penser à une dégénérescence cancéreuse dans la région atteinte par la polypose chronique.

Il serait toutefois difficile, dans le cas présent, d'affirmer que la crise d'occlusion était due à la dégénérescence néoplasique. Il est possible, en effet, qu'il y ait eu simplement spasme intestinal. Cependant comme les accidents ont eu tendance à devenir permanents, on se trouve dans la nécessité d'admettre l'existence d'un foyer de dégénérescence néoplasique. Si je ne puis en donner une preuve démonstrative, l'observation n'en reste pas moins intéressante, car elle est typique et, d'autre part, les faits de polypose intestinale sont peu nombreux.

En présence de ces accidents d'occlusion subintrante, paroxystique, M. le docteur Labey pensa qu'il devait établir un anus cæcal; celui-ci fut pratiqué, et le malade ne tarda pas à se remonter. Le point difficile actuellement est de savoir si la cure radicale du ou des noyaux cancéreux peut être entreprise.

d. *Cancer du côlon débutant par des phénomènes de dyspepsie.* — Passons maintenant à une autre catégorie de faits : il s'agit ici de cas dans lesquels le premier phénomène est la dyspepsie, pouvant faire penser pendant longtemps à l'existence soit d'une dyspepsie grave, soit encore d'un cancer de l'estomac.

Chez un de mes malades, en raison de la diminution de ses capacités physiques et de son activité cérébrale, un de nos maîtres avait diagnostiqué un ramollissement cérébral progressif. Ayant été appelé auprès de ce malade, j'ai pendant longtemps pensé à l'existence d'un cancer de la région pylorique n'ayant déterminé que des phénomènes de sténose incomplète. Du côté de l'intestin, il n'existait que de la constipation banale. Or, un beau jour, survinrent brusquement des accidents intenses d'occlusion intestinale. Appelé à intervenir, M. Ricard trouva un rétrécissement annulaire cancéreux du côlon. Il établit avec succès une anastomose colo-colique au-dessus de l'obstacle.

L'an dernier, il nous fut donné de voir un malade de cinquante-trois ans qui présentait des phénomènes dyspeptiques depuis dix ans. Il vint dans notre service au mois d'octobre 1911 disant que, depuis cinq mois, il avait une recrudescence marquée de ces phénomènes dyspeptiques. Ils survenaient deux ou trois heures après le repas, étaient calmés par l'alimentation; ce sont là des caractères que nous rencontrons au cours de l'ulcus de l'estomac et particulièrement de l'ulcus pylorique ou prépylorique.

Ce malade fut amélioré par le régime lacté et il ne restait que de la constipation simple. A la palpation, on sentait une corde colique descendante; l'épreuve de Weber fut une fois positive, une fois négative.

Pendant un mois, il y eut une période de calme et, le 14 novembre, se produisirent des douleurs vives de la région cæcale. En palpant la région sous-hépatique, on sentit une tumeur dure, bosselée, non adhérente au foie. On ne trouvait pas là des signes de dilatation du cæcum avec stase et contrac-

(1) QUÉNU et LANDEL. Des polyadénomes du gros intestin. *Rev. de chir.*, avril 1899.

tions péristaltiques localisées au cæcum s'accompagnant de coliques, syndrome caractéristique qui mérite de porter le nom de syndrome de Bouveret.

L'examen radioscopique fut pratiqué : le bismuth était présent dans le cæcum et dans le côlon transverse, mais il manquait en haut vers l'angle hépatique du côlon.

M. le professeur Lejars après une laparotomie exploratrice, trouva un cancer de l'angle droit du côlon et pratiqua une iléo-transversotomie.

Il serait difficile d'attribuer la dyspepsie ancienne à l'existence du néoplasme intestinal. Il est plus vraisemblable que, chez cet homme, ces phénomènes de dyspepsie se sont accentués lorsque le cancer a présenté un certain degré de développement.

Récemment j'ai eu l'occasion de lire dans *la Clinique* (1) une observation rapportée par M. Castaigne qui est un cas typique de ces phénomènes de dyspepsie d'apparence gastrique susceptibles de donner pendant longtemps le change alors qu'en réalité il existe un cancer du gros intestin.

Dans cette remarquable observation, il s'agissait d'une malade que j'avais eu l'occasion de voir, ainsi que plusieurs de mes collègues ou maîtres, sans songer à un cancer du côlon.

C'était une femme de quarante ans, dyspeptique de longue date, depuis environ quinze à seize ans. Depuis deux ans, ces phénomènes s'étaient accentués et la malade présentait des paroxysmes douloureux violents de la région gastrique, survenant deux ou trois heures après le repas. Quelquefois même, il y avait des douleurs vives, transfixiantes.

Elle consulta « un de nos maîtres de pathologie nerveuse » qui diagnostiqua dyspepsie nerveuse et ordonna le régime qu'il emploie le plus souvent : l'amélioration dura deux ou trois mois, puis les accidents reprirent.

La malade s'en fut trouver « un professeur des maladies de l'estomac hautement réputé » qui trouva de l'hyperchlorhydrie, prescrivit un traitement tout différent avec lequel la malade obtint une nouvelle période d'amélioration qui dura trois mois.

Les accidents ayant reparu, elle alla, dit toujours le docteur Castaigne, consulter « un spécialiste des affections digestives avantageusement connu » dans lequel je suis forcé de me reconnaître. Il fit pratiquer un nouvel examen du chimisme gastrique qui, cette fois, révéla de l'hypochlorhydrie. De là, un nouvel essai thérapeutique.

Le médecin traitant de cette malade en présence de ces fluctuations successives fit faire la radioscopie par M. Aubourg qui pensa à un cancer de l'angle splénique du côlon en raison de l'interruption de la colonne de bismuth dans cette région.

Le seul symptôme clinique qui, il me semble, aurait pu faire penser à ce diagnostic était que, chaque fois que cette malade allait à la selle, elle éprouvait un paroxysme douloureux dans la région de l'hypocondre gauche.

La malade s'en fut alors à Berlin où l'un des maîtres de la pathologie gastro-intestinale fit de nouveau le diagnostic d'affection nerveuse et la malade fut une fois encore améliorée pendant environ trois mois. Mais ayant été envoyée à Luchon, elle y fut prise d'une crise intense de douleurs extrêmement vives ; elle perdit pendant cette crise 7 à 8 kilogrammes. De là, elle alla à la campagne où, sous l'influence du repos, elle alla de nouveau beaucoup mieux pendant quelques mois et regagna son poids normal.

En octobre 1911, nouvelle rechute. Le docteur Castaigne consulté, trouva dans l'hypocondre gauche une tumeur qui ne pouvait guère être qu'un cancer du côlon.

Un nouvel examen radioscopique pratiqué par M. Aubourg confirma ce diagnostic, car on arrivait à séparer sous l'écran la masse cancéreuse de l'estomac adjacent. Il en résultait que la tumeur appartenait bien au côlon.

Dans la suite survinrent des accidents très graves, qui ne permirent pas l'intervention chirurgicale projetée et la malade succomba en l'espace de quatre à cinq jours, à la suite de péritonite.

Ces deux dernières observations sont donc du plus haut intérêt, car, dans les deux cas, les malades n'ont présenté, pendant très longtemps, que des manifestations de dyspepsie qui attiraient l'attention vers l'estomac et qui semblaient marquer non seulement le siège, mais même la nature réelle de la lésion. Si l'on avait présente à l'esprit la possibilité de faits de ce genre, on pourrait, la radioscopie aidant, arriver sans doute à un diagnostic plus rapide. On pourrait alors provoquer une laparotomie exploratrice précoce et avoir ainsi chance de pratiquer l'extirpation radicale de la tumeur.

(1) J. CASTAIGNE. Cancer de l'angle gauche du côlon, *La Clinique*, 24 mai 1912.

LES

COMPLICATIONS TARDIVES DE LA COQUELUCHE

ET LEUR TRAITEMENT HYDROMINÉRAL

Par M. CH. LECLERE,

Médecin consultant au Mont-Dore.

Une croyance, généralement répandue dans les familles, est de considérer la coqueluche comme une maladie bénigne aboutissant à une guérison complète. Cette théorie conduit souvent à de graves erreurs lorsqu'on se trouve en présence de ces complications tardives que l'on a appelées « les coqueluches traînantes, les coqueluches chroniques, les séquelles de la coqueluche » et qui frappent surtout l'appareil broncho-pulmonaire. Leur fréquence a fait dire à Jules Simon que « l'inflammation chronique des voies respiratoires succède fatalement à la coqueluche ». Tous les étages des voies respiratoires peuvent en effet être frappés et l'étiologie différente de ces diverses affections permet de les classer en trois grands paragraphes.

I. Complications d'origine infectieuse : coryza, laryngite, bronchite, broncho-pneumonie, tuberculose pulmonaire et adénopathie trachéo-bronchique.

II. Processus pathologique d'origine mécanique : la dilatation des bronches et l'emphysème pulmonaire.

III. Complications d'origine nerveuse : asthme, toux nerveuse.

Les infections broncho-pulmonaires sont dues soit à la

pénétration secondaire dans la muqueuse respiratoire de microbes vulgaires, soit à la persistance à ce niveau du microbe que Bordet et Gengou ont décrit dernièrement comme spécifique de la coqueluche.

De toutes ces infections la broncho-pneumonie est une des plus fréquentes, une des plus graves. Elle succède souvent à la broncho-pneumonie aiguë. D'après le professeur Hutinel, « la broncho-pneumonie de la coqueluche passe plus souvent à la chronicité que celles qui compliquent les autres pyrexies ». M. Sée l'a observée sur un tiers des malades et Henri Roger dans un cinquième. La principale cause prédisposante est l'inflammation catarrhale des bronches qui au lieu de rester dans les grosses et moyennes bronches se propage aux petites et aux vésicules pulmonaires. Une autre cause est l'intensité de la coqueluche. En effet quand les quintes sont fortes et nombreuses, le sang traverse difficilement les vaisseaux capillaires du poumon et congestionne le parenchyme.

La tuberculose pulmonaire et l'adénopathie trachéo-bronchique ne forment qu'une seule et même maladie ; cette dernière étant presque toujours bacillaire. C'est encore une des fréquentes complications de la coqueluche. Le professeur Marfan dit qu' « il est bien établi que la coqueluche est souvent le point de départ de la tuberculose, et Willis a eu raison de l'appeler *vestibulum tabis* ».

Tantôt les tuberculoses observées en pareil cas se développent postérieurement à la coqueluche sur un terrain qu'elle a préparé ; tantôt elles préexistent à cette infection et sont aggravées par elle. Comby résume ainsi la question : « La coqueluche appelle la tuberculose et exerce une influence néfaste sur sa marche. »

Ce rôle d'appel de la coqueluche a été mis en lumière tout récemment par le docteur Rousseau Saint-Philippe qui a insisté sur les dangers que présentent les restes négligés de la coqueluche : « Peut-être ne songe-t-on pas à traquer les maladies tuberculigènes. Parmi elles, je range la coqueluche, qui est une des affections les plus redoutables de l'enfance. Certaines durent assez longtemps pour constituer en quelque sorte la forme chronique de la coqueluche. La répétition de ces bronchites, la réapparition de ces toux spasmodiques altèrent non seulement les tissus anatomiques, mais le fonctionnement tout entier de l'arbre respiratoire. Cette irritation ne tarde pas à se transmettre aux ganglions et en raison de la défectuosité de la ventilation pulmonaire entraîne la *tuberculisation* des enfants. »

L'emphysème pulmonaire et la dilatation des bronches ont la même pathogénie. L'un et l'autre sont provoqués par le mauvais état de la paroi des bronches et des vésicules pulmonaires enflammées chroniquement, et par les secousses de toux qui emmagasinent dans tout l'appareil respiratoire l'air sous une forte pression. L'emphysème aigu au cours de la période aiguë de la coqueluche est excessivement fréquent puisqu'on l'a trouvé, post mortem, dans la plupart des observations. Il a surtout été étudié par Roger et West, qui insistent sur sa constance chez les enfants qui ont succombé à la coqueluche simple, ou compliquée des affections bronchopulmonaires. Cet emphysème aigu tantôt disparaît avec la maladie qui l'a créé ; tantôt il lui survit, surtout lorsque le sujet est un terrain arthritique comme M. le professeur Moussous nous l'a enseigné. Cet emphysème passe alors à l'état chronique, et il constitue soit seul, soit associé au catarrhe bronchique, une redoutable complication retentissant tôt ou tard sur le cœur droit de l'enfant.

La coqueluche prépare souvent le terrain à l'asthme, et ceci n'a rien d'étonnant, vu que la pathogénie de ces deux maladies présente de nombreuses analogies. Ces accès de dyspnée asthmatiforme reconnaissent en effet pour cause, tantôt l'encombrement bronchique par le catarrhe chronique reliquat de la coqueluche, tantôt une cause nerveuse, cette dernière pouvant être d'ordre réflexe déterminée par l'inflammation chronique de la muqueuse respiratoire ou d'origine centrale, bulbaire, véritable névrose analogue à la coqueluche névrose de certains auteurs. Enfin on peut observer à la suite de la coqueluche des toux nerveuses dont l'origine est assez obscure malgré les intéressants travaux publiés à ce sujet par Delage dans la « Contribution à l'étude de la bronchite spasmodique », et par Lesage et Collin sous le nom de « La Persistance de la toux dans la coqueluche ».

D'après Delage, cette toux nerveuse peut précéder, suivre la coqueluche, ou même quelquefois en être complètement indépendante. Elle s'en distingue parce qu'elle n'est pas contagieuse et ne s'accompagne pas de reprise sifflante. Il cite le cas d'un enfant précédemment atteint de coqueluche. « Toute crainte a disparu et on croit à une guérison certaine, quand plusieurs semaines après il contracte une bronchite à l'occasion de laquelle il est repris des mêmes quintes convulsives, bien que l'infection primitive soit complètement éteinte et non contagieuse. Au bout d'une dizaine de jours, tout disparut brusquement. Un mois plus tard sous la même influence, même crise, même terminaison rapide. » L'auteur ne dit pas s'il a suivi pendant assez longtemps l'enfant pour savoir ce que devenaient ces accès de toux convulsive. Quoi qu'il en soit, cette susceptibilité particulière chez un ancien coquelucheux à répondre aux moindres causes par une toux nerveuse montre bien que ce petit malade ne peut être considéré comme guéri et qu'il y aurait danger à négliger un pareil état. Cette bronchite spasmodique, comme l'appelle Delage, peut précéder au contraire la coqueluche, la préparer, et l'annoncer en quelque sorte. Elle ne doit par conséquent pas être méprisée.

Lesage et Collin ont bien séparé, de la coqueluche infection, la coqueluche névrose, ni infectieuse, ni contagieuse, faisant souvent suite à la première et capable par une toux incessante d'en reproduire les mêmes complications. Ils en ont observé 8 cas sur 17, et indiquent d'une façon nette les signes qui permettent de séparer les deux affections et de savoir précisément le moment où l'une finit et où l'autre commence. Ces signes reposent sur trois constatations. On observe en effet dans l'infection coqueluche : *a.* des crachats spéciaux ; *b.* des signes urinaires, indiqués par Blumenthal et Hippius, qui sont : oligurie, augmentation de la densité, augmentation de la teneur en acide urique ; *c.* des signes hématologiques (Frenlich et Meunier), la lymphocitose.

Lorsque ces différents moyens de diagnostic ont complètement disparu, mais que la toux persiste, on a alors affaire à la coqueluche névrose ou tic coqueluchoïde. « Ce tic n'est pas sans inconvénients et nous avons vu des enfants s'y adonner avec tant de conviction que des accidents mécaniques, vomissements (5 cas), hémorragie nasale (2 cas), se reproduisaient comme au plus fort de la période infectieuse. » (Lesage et Collin.)

* * *

Et maintenant que nous venons d'étudier les diverses complications pulmonaires qui forment le cortège de la coqueluche et particulièrement leurs conditions étiologiques, nous devons insister sur la lenteur de leur évolution, sur la gravité de leur pronostic, sur l'impuissance de la thérapeutique médicamenteuse habituelle.

Cette lente évolution, cette ténacité des restes de la coqueluche, s'expliquent de diverses façons. C'est l'infection chronique de la muqueuse respiratoire chez un sujet, déjà débilité par la première atteinte de son mal, en proie à la dénutrition qui provient des vomissements consécutifs aux quintes de toux, dont la ventilation pulmonaire se fait mal et dont le poumon reste congestionné sous l'influence de ces quintes. C'est la négligence des parents, dont l'inquiétude première s'est peu à peu calmée, et qui finissent par s'habituer à la toux

de leur enfant. C'est quelquefois, il faut bien nous le dire, la faute du médecin qui finit par abandonner trop tôt son jeune malade; soit qu'il le considère comme à peu près guéri, soit qu'il se fatigue à la longue de prescrire des médicaments qui restent sans effet.

Le pronostic de ces coqueluches traînantes se trouve d'autant plus aggravé que leur évolution est plus lente et qu'elles sont plus négligées. Il existe du reste différents facteurs de gravité. D'une part l'âge influe beaucoup sur le développement de ces complications. Plus le coquelucheux est jeune, plus l'inflammation a de tendances à s'étendre et à persister. D'autre part, il faut tenir compte du milieu et de la saison pendant laquelle éclate la coqueluche. « Il n'est pas indifférent pour un enfant d'avoir la coqueluche en hiver ou en été. J'ai remarqué que les coqueluches, évoluant en hiver chez des enfants forcément condamnés à la chambre par les intempéries, sont beaucoup plus débilitantes et se prolongent aussi plus longtemps. » (Variot.)

* * *

De toute cette étude découlent les sages conseils donnés par M. le docteur Rousseau Saint Philippe. « Il importe de surveiller attentivement la coqueluche et de la soigner *usque ad finem*. Celles qui sont abandonnées à elles-mêmes s'accompagnent sourdement de lésions variées. Les unes sont curables par un traitement rationnel, les autres trop invétérées peuvent conduire à la tuberculose. La coqueluche est en réalité une des maladies qui font directement ou indirectement le plus grand nombre de victimes. »

Et dans cette lutte que le médecin doit soutenir impitoyablement contre ces séquelles de la coqueluche, les moyens thérapeutiques usuels lui sont d'un bien faible secours. Les médicaments ont en effet peu de prise sur ces lésions vieilles et profondément enracinées. Il faut alors s'adresser à une action curative beaucoup plus énergique et plus efficace. Nous voulons parler des changements de climat et des cures hydrominérales. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'efficacité du changement d'air dans la coqueluche, à sa période de déclin ou de chronicité. « Quant à la coqueluche, dit le professeur Arnozan, on sait quelle est l'importance du changement d'air. Si elle s'éternise, le déplacement s'impose et hâte la guérison. Dans les broncho-pneumonies coquelucheuses le changement d'air est un remède héroïque. J'en ai vu plusieurs cas très menaçants céder à un simple déplacement. Quand les ressources de la thérapeutique ordinaire ont échoué, c'est une chance suprême de salut et quand on sait en user à propos on a souvent des succès inespérés. »

Si à cette action, purement climatérique, du changement d'air, on joint l'action d'eaux minérales efficaces contre les lésions dont nous avons parlé plus haut, qui sont l'héritage de ces coqueluches traînantes, on se trouve dans des conditions idéales pour la guérison rapide et complète de maladies réputées incurables. Ce sont ces deux conditions se complétant l'une l'autre qui sont réunies au Mont-Dore. Situé à 1100 mètres d'altitude, au milieu de vastes forêts de pins qui ajoutent à l'air de la montagne les bienfaits de leurs émanations résineuses, lesquelles ne doivent pas être négligées chaque fois qu'il s'agit de tonifier l'appareil respiratoire, le Mont-Dore est, après Barèges, la plus élevée de nos grandes stations estivales. C'est déjà une qualité importante. Au point de vue du changement d'air, qui est à lui seul un traitement, on ne peut guère mieux trouver. La mer est sans doute excellente. Mais, comme l'ont exposé Lesage et Collin, certaines coqueluches, ou suites de coqueluches, doivent être rangées parmi les névroses. Dans presque toutes en tout cas l'état nerveux est fâcheusement influencé. La fréquence des complications nerveuses, asthme, tic coqueluchoïde, en est une preuve. C'est pour cela qu'au climat maritime toujours un peu énervant et contre-indiqué dans la plupart des névroses, nous préférons le climat sédatif de la montagne.

Voyons maintenant l'action particulière des eaux du Mont-Dore sur les lésions qui provoquent à plus ou moins longue échéance les complications que nous venons d'exposer Une des causes de ces lésions est la pénétration dans la muqueuse respiratoire de microbes vulgaires et souvent du microbe de Bordet et Gengou. Or les eaux du Mont-Dore possèdent un remarquable pouvoir antiseptique dû, soit à l'arsenic agissant comme antiseptique, l'hypothèse a été émise, soit plutôt à l'action tonique qu'elles exercent sur la muqueuse. L'arsenic, surtout à l'état colloïdal, et c'est là le cas, a en outre pour effet d'exalter au plus haut degré l'activité des globules blancs comme l'a démontré Besredka en 1899.

Une autre grave cause de désordre, et qui est le facteur principal de la broncho-pneumonie, de l'asthme et de l'emphysème, est l'inflammation catarrhale des grosses bronches se propageant aux petites bronches et aux vésicules, encombrant tout l'arbre aérien de sécrétions. Sous l'influence de la toux et de l'inflammation s'établit une congestion presque continuelle dans les capillaires dont la circulation est considérablement gênée. Or les eaux du Mont-Dore sont le type des eaux anti-catarrhales et anti-congestives. Elles fluidifient les sécrétions pulmonaires, facilitent ainsi leur expectoration et arrivent rapidement à les tarir. Leur action énergique et très réelle de diminuer et de tarir les sécrétions exagérées, ou anormales des muqueuses, guérit rapidement le coryza et les inflammations de la muqueuse naso-pharyngienne qui succèdent à la coqueluche. Elles ont aussi pour effet de décongestionner le poumon en activant la circulation dans les capillaires. Elles sont de plus éminemment sédatives, calment la toux, et arrêtent ainsi les quintes intenses qui emmagasinant l'air dans tout l'appareil respiratoire sous une trop forte pression, conduisent à l'emphysème et à la dilatation bronchique. Tous ceux qui ont suivi des malades au Mont-Dore ont vu maintes fois des asthmatiques, entrer en pleine crise dans des salles d'aspiration, et, après avoir respiré quelques instants les vapeurs d'eau minérale qui contiennent de l'arsenic à l'état libre, voir leur crise cesser complètement.

La coqueluche prédispose souvent, avons-nous dit, à la tuberculisation des enfants. Là aussi les eaux du Mont-Dore donneront les plus heureux résultats. Elles contiennent de l'arsenic, du fer, des sels de chaux et de l'acide silicilique, c'est-à-dire les principes les plus aptes à défendre l'enfant contre la tuberculisation. Elles ont pour résultat d'augmenter considérablement les échanges intercellulaires, et de relever la tension artérielle. Or la coqueluche comme toute infection abaisse la tension, qui restera stationnaire tant que dureront les suites. M. le professeur Marfan a exposé le rôle capital de la tension artérielle dans le pronostic de la tuberculose. Il a démontré que presque toujours le pronostic est bon tant que la tension artérielle reste élevée, mais s'assombrit à mesure qu'elle tombe au-dessous de la normale. Sur 27 observations prises cette année à l'hôpital du Mont-Dore, sur des prétuberculeux, tuberculeux très au début et bronchiteux suspects, nous avons constaté 25 fois que la cure avait eu pour effet de rehausser de 1 à 2 degrés la tension artérielle, mesurée à l'oscillomètre du professeur Victor Pachon. Sur ces 27 cas il y avait quatre enfants atteints de restes de coqueluche dont les tensions artérielles maxima étaient respectivement de 12, 12, 13 1/2 et 14 et sont montées après la cure à 14, 14 1/2, 14 et 15. Nous avons pu revoir un de ces petits malades environ deux mois après. Sa tension qui était montée de 12 à 14 s'était maintenue à ce dernier chiffre.

Indépendamment de ces cas particuliers, les eaux du Mont-Dore ont une action tonique générale de premier ordre due aux principes qu'elles contiennent et à leur radio-activité. C'est là que Scouteten fit ses premières expériences. La cure mont-dorienne augmente considérablement la teneur du sang

en globules rouges, comme l'a constaté le regretté docteur Schlemmer, et a par suite une influence très nette et très heureuse dans les diverses anémies. Son efficacité dans l'asthme, le catarrhe chronique, l'emphysème, les laryngites, est suffisamment connue et démontrée. Elle est donc tout indiquée pour prévenir ces affections avant qu'elles soient entièrement déclarées, et arrêter chez l'enfant les différentes lésions qui, succédant à la coqueluche, aboutiraient à ces complications.

Bien entendu il ne s'agit pas là de la coqueluche aiguë mais des coqueluches traînantes, non contagieuses, des séquelles de coqueluches. Il ne faut pas oublier que la cure hydrominérale en général, et celle du Mont-Dore en particulier, ne s'adresse, sauf cas exceptionnel, qu'aux maladies chroniques comme l'a si bien défini M. le professeur Arnozan. « Les malades qu'il convient d'envoyer aux eaux minérales sont atteints d'affections diathésiques ou présentent des séquelles de maladies aiguës qui peuvent aussi disparaître sous l'influence du traitement thermal. C'est un des plus grands et des plus visibles bienfaits d'une cure thermale. »

Il y a du reste longtemps que l'action des eaux du Mont-Dore sur de tels malades a été remarquée, Coupel de Paillères en signalait déjà les bienfaits en 1864; et pour terminer nous ne pouvons mieux faire que citer ce que disait le docteur Jules Simon en 1887 : « Je considère la station du Mont-Dore comme une station d'enfants. Je n'hésite pas à vous affirmer que jamais je n'ai observé d'accidents par l'emploi de ces eaux et que toujours j'ai obtenu des résultats très remarquables, non seulement dans le traitement des bronchites chroniques, des amygdalites, des pharyngites ; mais encore dans la bronchorrée, dans l'emphysème et l'adénopathie bronchique. J'ai même vu des enfants, en proie à des accès d'asthme ou de cornage, se trouver très bien de cette station. Je pourrais vous citer maints enfants de ma clientèle sujets à des bronchites chroniques que rien ne pouvait guérir à domicile et qui ont trouvé au Mont-Dore une amélioration d'abord, puis une guérison qui semblait problématique. Tous les enfants qui ont eu des bronchites généralisées, des bronchites capillaires, des broncho-pneumonies, conservent longtemps après leur maladie une prédisposition à contracter des inflammations de l'arbre aérien. Pour faire cesser cet état adressez-vous à l'eau du Mont-Dore. Mon expérience est faite par rapport aux vertus de ces eaux que je considère comme une des plus grandes ressources dont on puisse disposer dans le traitement des maladies chroniques des voies respiratoires chez les enfants. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 MAI 1913)

Recherches sur la flore intestinale. Sur l'action pathogène d'une association microbienne : *Proteus vulgaris* et *Bacillus aminophilus intestinalis.* — M. Albert BERTHELOT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 MAI 1913)

Oblitération de l'aortite abdominale avec aortite chronique. — MM. CLERC et CLARAC. Il s'agissait d'une femme de soixante-cinq ans, atteinte deux ans auparavant d'une hémiplégie incomplète et chez laquelle survint brusquement une paraplégie douloureuse avec arrêt circulatoire complet, perte de la sensibilité et du mouvement au niveau des membres inférieurs. Les téguments étaient glacés et présentaient une teinte violacée avec marbrures livides. Il existait de la rétention d'urine; par contre on ne notait aucun trouble digestif; la mort survint dans le coma, deux jours après le début des accidents, la gangrène n'ayant pas eu le temps de se déclarer.

L'autopsie montra que le cœur était peu touché; mais l'aorte présentait deux zones fortement athéromatheuses, l'une au niveau de la crosse, l'autre dans la portion terminale; celle-ci était complètement oblitérée par un volumineux caillot cylindrique, de formation récente, non adhérent, s'arrêtant à la bifurcation et remontant jusqu'au niveau des aortes rénales; il existait deux caillots secondaires, l'un au niveau de l'hypogastrique gauche, l'autre à l'origine de la rénale droite, mais ne se prolongeant pas sur le trajet des vaisseaux. En outre il existait un foyer de ramollissement cérébral au niveau de la frontale ascendante du côté droit.

Il est assez difficile de décider s'il s'agit d'embolie ou de thrombose; les auteurs penchent vers cette seconde hypothèse car le siège du caillot correspondait précisément avec la région où les lésions atteignaient leur maximum. La réaction de Wassermann, recherchée avec le sang cadavérique, se montra franchement positive.

Goutte saturnine et oxalémie. — MM. ACHARD et DESBOUIS rapportent le cas d'un ancien saturnin de soixante et un ans qui avait eu à trente-trois ans sa première colique, suivie de plusieurs autres, de paralysie des extenseurs et de parotidites. A cinquante-six ans, il eut une attaque de goutte saturnine et depuis n'a pas cessé d'en avoir, d'abord aux articulations métatarso-phalangiennes, puis aux articulations phalango-phalangiennes des deux gros orteils. L'examen radiographique ne montre pas de concrétions uratiques, mais des ostéophytes opaques, comparables à ceux du rhumatisme chronique. D'autre part, la recherche chimique de l'acide urique dans le sang n'a donné qu'un résultat incertain. Par contre, le taux d'acide oxalique atteignait 4 centigrammes pour 1 000 grammes, alors qu'il ne s'en trouvait que des traces dans l'urine, de sorte qu'on peut conclure à l'oxalémie avec rétention prononcée.

Il y a lieu de remarquer que ce malade n'est plus soumis à l'intoxication saturnine depuis plusieurs années et que les attaques articulaires ne s'en reproduisent pas moins. Il serait donc difficile de rattacher ces arthropathies à l'action directe du plomb, mais peut-être sont-elles l'effet indirect du saturnisme agissant par l'intermédiaire de l'oxalémie. Il y aurait alors une forme de rhumatisme oxalémique offrant le type de la goutte saturnine.

Kyste hydatique du poumon ouvert dans la hanche droite inférieure. — MM. DECLOUX, Henri BÉCLÈRE et LABEY. Il s'agit d'une malade de quarante-cinq ans qui fut amenée à l'hôpital pour un examen radioscopique pour la localisation d'un kyste hydatique probable du poumon.

Dans la position antérieure, l'examen montre à la base du poumon droit une ombre à contours arrondis à la partie supérieure et plus flous dans la région diaphagmatique, cette ombre était située très près de la colonne vertébrale, et de la grosseur du poing.

Dans l'examen postérieur, le dos contre l'écran, l'image est beaucoup plus nette et plus petite. On voit de plus qu'elle semble appendue à une ombre oblique qui correspond à la bronche droite inférieure. Dans cette position la tumeur est du volume d'une orange, cette diminution de taille permet de dire que le kyste est très près de la paroi dorsale.

Les conclusions radiologiqnes étaient donc : kyste hydatique de la base droite du poumon, avec adhérences diaphragmatiques, et communication avec la bronche droite inférieure, tumeur très près de la colonne vertébrale et de la paroi dorsale.

La malade opérée par M. Labey a montré l'exactitude de ces renseignements.

La malade va très bien.

Traitement de la leucémie par le benzol. — MM. AUBERTIN et PARVU présentent deux cas de leucémie myéloïde très améliorés par le benzol. Dans le premier cas, la radiothérapie n'avait pas amené de résultats et le benzol produisit une amélioration lente, mais continue de l'état général, de la splénomégalie, de la leucocytose, de la myélémie et de l'anémie.

Dans le second cas, non traité auparavant, le benzol produisit en quinze jours une amélioration considérable de l'état général avec suppression de la fièvre, diminution du volume de la rate et chute de la leucémie de 300.000 à 80.000.

Les auteurs ont obtenu ces résultats avec des doses relativement faibles de benzol (60 gouttes par jour) ; les fortes doses pouvant donner des accidents, ils préfèrent agir plus lentement avec des doses moyennes. Ils insistent sur l'analogie clinique qui existe entre l'action de la radiothérapie et celle du benzol et ne pensent pas que le benzol soit appelé à détrôner complètement la radiothérapie ; au contraire les deux méthodes doivent se suppléer ou se combiner.

Les sténoses pyloriques frustes à forme gastralgique. — MM. Ed. ENRIQUEZ et Gaston DURAND montrent : 1° que le rétrécissement chronique du pylore, soit spasmo-organique — dans les cas de lésions pyloriques ou juxtapyloriques — soit spasmodique pur — dans les cas d'ulcus de la petite courbure — peut se traduire exclusivement par le seul syndrome des douleurs tardives, et par la dilatation stomacale qui s'y ajoute souvent.

2° Que de tels rétrécissements chroniques peuvent ne donner lieu à aucun moment aux signes habituels de la sténose (rétention alimentaire à jeun, hypersécrétion continue à jeun) ; que la constante vacuité de l'estomac le matin à jeun n'est donc nullement un argument contre le diagnostic de sténose pylorique, même dans les cas où cette constatation se répète pendant toute l'évolution de la maladie.

Le *syndrome des douleurs tardives* associé à la dilatation de l'estomac sans stase ni hypersécrétion continue qui constitue ainsi une *forme fruste gastralgique de la sténose pylorique*, comporte donc les mêmes indications thérapeutiques médicales et chirurgicales que les formes classiques complètes ou incomplètes de la sténose pylorique.

Les auteurs rapportent 7 observations de ce type clinique avec confirmation opératoire (ulcères ou cancer) avec cessation des phénomènes dans les cas où la lésion cause du spasme siégeait sur la petite courbure à distance du pylore (3 fois sur 7).

Traitement des épididymites blennorragiques par les boues radio-actives. — MM. REGNAULT et COTTIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 MAI 1913)

Genou à ressort. Luxation des ménisques. — M. QUÉNU revient sur le rapport de M. Demoulin. Il cherche, à son tour, les rapports qui peuvent exister entre le genou à ressort et la luxation récidivante des ménisques. Il critique les expressions de permanente et temporaire employées par M. Demoulin. Une luxation n'est permanente qu'à la condition d'être irréductible. Ce n'est pas le cas pour les luxations récidivantes des ménisques.

M. Quénu rapporte l'observation, prise sur lui-même, par le docteur Daujon qui est atteint d'une luxation récidivante du genou. Il produit à volonté le déclanchement de son articulation et la réduction de sa luxation. Ce déclanchement est silencieux et indolore. Il n'y a ni atrophie musculaire, ni hydarthrose.

De cette observation, M. Quénu rapproche une observation de M. Schwartz : une jeune femme de trente ans présentant des accidents récidivants du genou. Un chirurgien extirpe le ménisque, depuis, les luxations sont beaucoup plus fréquentes. Ce fait vient à l'appui des réserves formulées par M. Demoulin au point de vue de l'intervention chirurgicale.

Une discussion un peu confuse s'engage à laquelle prennent part MM. Demoulin, Quénu, Delbet, Kirmisson, sur la question de savoir si le genou à ressort et la luxation récidivante des ménisques constituent une seule et même affection ou deux états pathologiques différents. M. Demoulin maintient qu'il y a une distinction à établir entre les deux affections alors que MM Kirmisson et Quénu ne voient là qu'une seule et même affection.

Luxation complète du genou en arrière. — M. HARDOUIN (de Rennes) rapporte l'observation d'un jocquey qui fait une chute de cheval, en course, et qui est traîné sur 250 mètres. Il est transporté sans connaissance à l'hôpital ; on constate chez lui plusieurs fractures. Du côté du genou gauche, il y a une luxation complète du genou en arrière. En imprimant une forte flexion de la jambe sur la cuisse et en appuyant fortement contre la saillie qui se manifeste du côté du creux poplité, on réduit facilement la luxation. Mais aussitôt qu'on veut étendre la jambe, la luxation se reproduit au moins partiellement. Il fallut recourir à l'immobilisation avec extension continue par des poids de 4 à 6 kilos pendant une quinzaine de jours. Bientôt on put imprimer quelques mouvements à l'articulation et commencer la mobilisation. Le blessé sort de l'hôpital quarante-cinq jours après l'accident et peu de jours après remonte en course et gagne le prix.

M. Hardouin s'est livré à un grand nombre d'expériences cadavériques pour étudier la façon dont peut se produire une luxation du genou en arrière, sans ruptures des ligaments. Il montre plusieurs pièces anatomiques et des radiographies. Il arrive à cette conclusion que la luxation peut être produite soit par refoulement brusque d'avant en arrière, soit par abduction forcée de la jambe sur la cuisse. M. Hardouin a pu reproduire expérimentalement toutes les formes observées en clinique. Il distingue les luxations folles, dans lesquelles tous les ligaments sont détruits, et les luxations régulières, dans lesquelles les ligaments sont intacts.

Intervention sur le plexus solaire pour combattre les crises gastriques du tabes. — M. DELBET a eu recours à cette intervention sans succès thérapeutique.

M. ROBINEAU, poussé par M. Sicard, a également essayé cette méthode et n'a obtenu qu'un léger soulagement pendant huit ou dix jours.

Greffes autoplastiques. — M. MORESTIN montre un malade qui était atteint d'un vaste épithélioma du maxillaire supérieur. Il lui avait fait la résection totale de ce maxillaire, du plancher de l'orbite, l'ablation préalable des ganglions cervicaux. Il restait une vaste brèche que M. Morestin est parvenu à combler très ingénieusement. Il a reconstitué la voûte palatine à l'aide d'un lambeau emprunté à la face interne de la joue et il a comblé la perte de substance et a rendu au visage sa symétrie. Cet homme est resté guéri depuis quatre ans.

Un autre malade était atteint de fracture compliquée du maxillaire supérieur ; il a eu des hémorragies secondaires graves. Il restait une fistule, M. Morestin a arraché les dents dont l'altération était la cause de cette fistule, puis il a comblé la brèche avec de la graisse, prise sur la fesse du malade. Bon résultat.

PRATIQUE MÉDICALE

DEUX NOUVEAUX DÉRIVÉS ARSENICAUX ANTISYPHILITIQUES LE GALYL (1116) ET LE LUDYL (1151)

MM. de Beurmann, Mouneyrat et Tanon ont présenté à la Société médicale des hôpitaux (18 janvier 1913) deux nouveaux dérivés arsenicaux qui ont de multiples avantages : ils ne sont pas vasodilatateurs, ils ne coagulent pas l'albumine, ils sont aussi peu neurotropes que possible, ils sont facilement solubles dans l'eau distillée, stérilisables par la chaleur à 120 degrés ; enfin, ils sont doués d'une action parasitotrope énergique non seulement contre le spirochète de la syphilis, mais encore contre les autres spirilles et les trypanosomes.

Ces deux nouveaux dérivés découverts par M. Mouneyrat sont le galyl ou 1116 (tétraoxydiphosphaminodiarsenobenzène) et le ludyl ou 1151 (phényldisulfaminotétraoxydiaminodiarsenobenzène).

Ces deux corps se présentent sous la forme d'une poudre jaune ou jaune gris facilement soluble dans l'eau distillée. Leur toxicité a été recherchée pour diverses espèces animales ; pour le singe, en particulier, le maximum de galyl ou de ludyl tolérés est de 8 à 10 centigrammes par voie intramus-

culaire et de 5 à 7 centigrammes par voie intraveineuse par kilogramme d'animal.

Les expériences sur les animaux (souris, rat, cobaye, singe, poule) ont montré que ces corps étaient doués d'une action parasiticide très marqués ; sous leur influence, le trypanosoma gambiense, les spirilles de Dutton (de la fièvre récurrente africaine), ceux de la spirillose des poules disparaissent rapidement pour ne plus revenir.

Chez l'homme, les essais pratiqués chez plus de 220 malades ont démontré également leur puissante action dans la syphilis.

Il existe deux modes d'administration de ces corps : la voie intramusculaire et la voie intraveineuse.

L'injection intramusculaire se fait en suspension huileuse, 1 centimètre cube de l'émulsion renfermant 0,30 de corps actif. On fait deux injections d'un demi-centimètre cube chacune dans les masses musculaires de la région lombaire de chaque côté du rachis. On renouvelle les injections tous les huit jours. Telle est la méthode préconisée par M. Balzer et employée journellement dans son service à l'hôpital Saint-Louis ; elle lui donne d'excellents résultats, mais elle a le défaut d'être un peu douloureuse ; la douleur est d'ailleurs variable suivant les individus.

Pour éviter toute manipulation au médecin, M. Mouneyrat a trouvé de nouvelles ampoules auto-injectables pour injections intramusculaires et intraveineuses.

Les ampoules intramusculaires sont formées d'un tube effilé fermé et rodé à l'une de ses extrémités et ouvert à l'autre. Dans ce tube est placée l'émulsion et par-dessus un bouchon de caoutchouc faisant piston sur lequel s'appuie un agitateur maintenu par un tube de caoutchouc. Pour se servir de l'ampoule, on l'agite, on brise la pointe et l'on ajuste la partie rodée dans l'aiguille enfoncée dans le muscle. Il suffit alors d'appuyer sur l'agitateur pour faire passer le contenu de l'ampoule dans le muscle.

Les injections intraveineuses se font, soit par les moyens déjà employés, soit avec de nouvelles ampoules auto-injectables permettant d'effectuer au moment voulu, dans des conditions d'asepsie absolue, la dissolution des dérivés arsenicaux dans l'eau distillée.

Un premier type d'ampoules se présente de la façon suivante : à l'extrémité d'une grande ampoule, on soude intérieurement un tube fermé à sa partie inférieure et ouvert à sa partie supérieure ; on place la poudre dans ce tube et en guise de bouchon, on maintient à l'aide d'un tube de caoutchouc un agitateur terminé en pointe à faible distance de la paroi contenant la poudre. Le tout est stérilisé à 120 degrés à l'autoclave. Au moment du besoin on donne avec un corps dur un coup brusque sur l'agitateur dont la pointe vient briser l'extrémité fermée du tube à poudre ; celle-ci tombe et se dissout dans l'eau distillée ; on agite et on recueille le verre brisé dans le cæcum placé à la partie inférieure de la grande ampoule.

Un deuxième système d'appareillage se compose d'une grande ampoule fermée aux deux bouts renfermant la quantité nécessaire d'eau distillée stérilisée à 120 degrés et d'un petit filtre formé d'un tube de verre renflé et muni à sa partie la plus étroite d'une toile filtrante.

Pour se servir de l'appareil, on brise le plus gros bout de l'ampoule, on fait tomber la poudre de galyl ou de ludyl dans le liquide où elle se dissout aussitôt et l'on ajuste à l'aide d'un tube de caoutchouc le tube filtrant à l'extrémité inférieure de l'ampoule. Il ne reste plus qu'à adapter à la partie inférieure le tube d'écoulement qui conduit le liquide dans la veine et à briser l'extrémité supérieure de l'ampoule.

Grâce à ces deux systèmes, il n'y a donc ni appareillage compliqué ni manipulation difficile.

La dose à injecter est de 7mg5 à 8 milligrammes par kilogramme, c'est-à-dire 45 à 60 centigrammes pour un homme adulte de 63 à 70 kilogrammes et de 7 milligrammes à 7mg5 par kilogramme, soit 40 à 55 centigrammes pour une femme adulte de 60 à 65 kilogrammes. Trois injections répétées à huit jours d'intervalle sont ordinairement suffisantes. Les injections sont habituellement très bien tolérées. On n'observe pas de phénomènes congestifs ; la fièvre et la céphalée sont peu intenses ; les vomissements sont peu fréquents, mais il existe souvent une diarrhée légère surtout chez la femme. Jamais on n'a constaté d'albuminurie, ni de troubles visuels, ni auditifs.

La tolérance est telle qu'on peut faire sans inconvénient un traitement ambulatoire. Cependant, si chez un malade on constate une température élevée et des vomissements fréquents on fera des doses modérées.

On évitera de traiter ou bien on fera de très petites doses chez les malades âgés, débilités, artérioscléreux, ceux qui sont atteints d'altération du myocarde, du foie, des reins et des vaisseaux. Les résultats cliniques observés dans le traitement de la syphilis sont remarquables.

Le chancre se cicatrise et s'épidermise rapidement (deux à douze jours suivant la taille du chancre). Le 1116 et le 1151 sont sans action sur le chancre mou non spécifique. Les spirochètes disparaissent habituellement le lendemain de l'injection. L'adénopathie persiste plus longtemps.

Les malades atteints de chancre et traités avant l'apparition des accidents secondaires n'ont présenté ni roséole, ni plaques muqueuses.

La roséole disparaît ordinairement dès la deuxième injection, entre le troisième et le douzième jour. Les plaques muqueuses se cicatrisent avec une remarquable rapidité : les érosives disparaissent en deux ou trois jours, les papulo-hypertrophiques en trois à cinq jours, les végétantes en six à huit jours.

La céphalée syphilitique cesse habituellement au bout de huit heures après l'injection, après une exacerbation vers la troisième heure. L'alopécie s'arrête habituellement après la deuxième injection.

L'iritis est rapidement guérie, l'injection périkératique disparaît en deux jours.

Les lésions tertiaires, gommes et infiltration gommeuse, cèdent en dix à vingt jours.

La kératose palmaire et plantaire s'améliore dès la première injection. La réaction de Wassermann n'est pas influencée immédiatement ; elle persiste encore positive quinze jours après les injections ; mais, un mois après la rétrocession des accidents, la réaction de Wassermann s'est ordinairement montrée négative.

En résumé, grâce à leur faible toxicité, leur bonne tolérance, l'absence de pouvoir congestif et neurotrope, leurs propriétés trypanosomicides et spirillicides très énergiques, le galyl et le ludyl méritent de prendre une place importante dans la thérapeutique de la syphilis, de la fièvre récurrente, du pian et des trypanosomiases.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 2 AU 7 JUIN 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Samedi 7 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral, 1re et 2e séries).

2e.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Mercredi 4 juin, à une heure. — M. DOULCET. Complications, accidents et incidents de l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes. (MM. Landouzy, président; Gaucher, Marcel Labbé et Guillain.) — M. PETITOT. Du rôle primordial du terrain dans la tuberculose pulmonaire. (MM. Gaucher, président; Landouzy, Marcel Labbé et Guillain.) — M. GUGGENHEIM. De la lymphogranulomatose et de ses rapports avec les autres lésions systématisées de l'appareil hématopoïétique. (MM. Gaucher, président; Landouzy, Marcel Labbé et Guillain.)

Jeudi 5 juin, à une heure. — M. DE VAUGIRAUD. Contribution à l'étude des érythrodermies desquamatives des nourrissons. (MM. Hutinel, président; Thoinot, Widal et Nobécourt.) — M. BRETEILLE. Etude historique et médico-légale du masochisme. (MM. Thoinot, président; Hutinel, Widal et

Nobécourt.) — M. SCHMUTZ. Traitement des épididymites aiguës blennorragiques par le sérum antiméningococcique. (Étude comparée). (MM. Widal, président; Hutinel, Thoinot et Nobécourt.)

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PLEURÉSIES TUBERCULEUSES (1)

SYMPTOMATOLOGIE. — La pleurésie purulente peut succéder à une pleurésie séro-fibrineuse plusieurs fois ponctionnée; on note, à un moment donné, l'allure plus nettement hémorragique du liquide; puis le liquide se trouble, les polynucléaires deviennent plus abondants, la purulence est alors évidente; dans d'autres cas, l'épanchement est d'emblée constaté purulent chez un malade qui ne se plaignait que de vagues douleurs thoraciques, de gêne respiratoire, et chez lequel l'examen physique révèle un gros épanchement. Dans d'autres cas, l'épanchement est constaté par hasard, chez un tuberculeux pulmonaire avéré; parfois, enfin, le diagnostic n'est fait qu'à l'occasion d'un empyème de nécessité.

Cliniquement, l'abcès froid pleural est caractérisé par son allure torpide; la fièvre manque le plus souvent ou est peu marquée; la dyspnée, l'endolorissement du thorax, la voussure thoracique sont cependant parfois assez accusés.

L'évolution se fait soit vers le pneumothorax (succussion hippocratique) sans vomique par rupture d'un tubercule, soit vers l'empyème pulsatile (du côté gauche). La vomique est exceptionnelle.

L'évolution peut se faire vers la guérison avec calcification de la coque pleurale et rétractions thoraciques considérables avec ultérieurement symphyse, médiastinite, cirrhose cardio-tuberculeuse, asystolie, etc. La mort est l'évolution la plus fréquente dans les pleurésies purulentes secondaires. Le malade se cachectise; il présente de multiples localisations tuberculeuses de l'*amylase*, parfois il meurt de *granulie* ou de propagation.

Le pronostic est moins sévère dans l'abcès froid pleural. La pleurésie chyleuse a une évolution torpide; quelquefois elle peut, au contraire, brûler les étapes et faire mourir rapidement le malade.

DIAGNOSTIC. — On pensera à un épanchement purulent si l'affection évolue depuis longtemps, si elle a été torpide, s'il existe un empyème pulsatile, si l'on constate les signes d'un hydro-pneumothorax, si le malade se cachectise peu à peu avec fièvre, sueurs, etc.

Le diagnostic sera surtout à discuter avec les abcès froids pottiques ou costaux, en bouton de chemise (Souligoux).

Le diagnostic avec les autres pleurésies purulentes se fera par l'aspect du pus, la recherche du bacille de Koch, l'inoculation; le diagnostic devra être enfin discuté avec les pleurésies actinomycosiques (Poncet et Bérard) et les pleurésies gommeuses, syphilitiques.

Le TRAITEMENT doit surtout être palliatif; spontanément, en effet, la pleurésie peut guérir ou elle peut s'enkyster en une poche calcifiée. Les interventions chirurgicales sont d'ailleurs bien rarement couronnées de succès. La thoracentèse peut être indiquée comme intervention d'urgence, il faut redouter la fistulisation. L'on a encore conseillé l'injection d'air, d'oxygène, d'azote dans la plèvre.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 47, p. 764; n° 52, p. 846; n° 54, p. 877 et n° 57, p. 926.

IV

LES PLEURÉSIES HÉMORRAGIQUES TUBERCULEUSES

Il ne faut pas entendre sous ce nom les pleurésies *histologiquement hémorragiques* décrites par Dieulafoy, mais uniquement celles dans lesquelles l'épanchement est franchement rouge; il en existe plusieurs variétés anatomiques.

a. **Pleurésie hémorragique primitive ou hématome pleural.** — Les lésions observées sont celles de la pleurésie sérofibrineuse, compliquées de la présence d'un nombre considérable de vaisseaux au niveau de la néomembrane, surtout dans la zone qui affleure la fausse membrane fibrineuse; une réaction analogue a pu être obtenue chez l'animal, par injection de chloroformo-bacilline mal émulsionnée.

b. **Pleurésie hémorragique au cours de la tuberculose pulmonaire chronique.** — Il s'agit dans ces cas de lésions des vaisseaux, obstrués par des thrombus vitreux: il existe un processus de dégénérescence spéciale de toute la fausse membrane.

c. **Pleurésie hémorragique au cours de la tuberculose aiguë ou de la granulie.** — Cette pleurésie peut s'observer au cours de la pneumonie caséeuse; les réactions pleurales sont alors réduites au minimum; ce qui domine, c'est une vascularisation intense, une exsudation hémorragique très importante.

SYMPTOMATOLOGIE. — La pleurésie hémorragique tuberculeuse est relativement rare. Elle peut apparaître comme la révélation initiale de la tuberculose de la plèvre, le poumon étant indemne (Dieulafoy), avec *début brusque* comme la pleurésie séro-fibrineuse; le début peut être subaigu avec congestion pulmonaire, ce qui explique l'hémorragie; le malade a son hémoptysie dans sa plèvre (Dieulafoy). Le liquide augmente rapidement, souvent les symptômes fonctionnels sont très accusés. Le liquide ponctionné se reproduit assez facilement; la guérison peut s'observer, mais souvent on constate l'éclosion plus ou moins rapide de signes de tuberculisation pulmonaire. Les pleurésies hémorragiques qui apparaissent chez les tuberculeux confirmés ne sont en général diagnostiquées que par la ponction; elles peuvent avoir cependant une allure bruyante avec état général mauvais, ou au contraire une allure torpide. Lorsque la pleurésie apparaît au cours d'une pneumonie caséeuse, elle aggrave la dyspnée; la ponction soulage le malade, mais le liquide se reproduit rapidement; dans la granulie, la nature du liquide n'est souvent révélée que par la ponction.

DIAGNOSTIC. — Le signe de certitude de la nature hémorragique d'un épanchement de la plèvre est fourni par la ponction. Les conditions étiologiques permettent d'éliminer facilement les *hémothorax*. C'est souvent avec le cancer pleuro-pulmonaire, surtout lorsqu'il est primitif, que le diagnostic sera difficile. Dieulafoy insiste sur les douleurs, la dypsnée, la déviation considérable du cœur, l'accélération du pouls dans le cancer; dans le culot de centrifugation du liquide cancéreux on retrouve des cellules contenant du glycogène; l'on observe de petits bourgeons polymorphes, des cellules réfringentes vacuolaires, peu ou pas de placards endothéliaux, de polynucléaires et de lymphocytes.

Toute pleurésie hémorragique primitive, dont la cause échappe, doit éveiller l'idée d'une tuberculose.

TRAITEMENT. — On s'abstiendra de ponctionner le liquide, si l'épanchement n'est pas très considérable et si l'état général et fonctionnel le permettent. En cas d'urgence, on retirera une petite quantité de liquide et on injectera un peu d'air qui s'opposera à la reproduction immédiate de l'épanchement.

BIBLIOGRAPHIE. — CHANTEMESSE et COURCOUX. *Les pleurésies tuberculeuses*, 1913. — BARD. *Semaine méd.*, 1902. — LANDOUZY. *Revue de méd.*, 1886. — PAILLARD. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, sept., oct. 1911. — *Traités classiques.*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide de médecine pratique. Pathologie interne et diagnostic, par le docteur HYVERT. Un vol. de 438 pages. — Paris, A. Maloine.

N° 61. — SAMEDI 31 MAI 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 31 MAI 1913. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 28 mai. — Question : « Causes, signes et diagnostic de l'ulcère du duodénum. » — MM. Ameuille, 19; Esmein, 18 1/2; Paisseau et Ramond, 20; Darré et Israëls de Jong, 18.

— Concours de dentiste adjoint des hôpitaux. — *Epreuve théorique orale de prothèse.* — Séance du 28 mai. — MM. Coustaing et Izard, 17; Vaysse, 18.

— Concours du prix de l'internat en pharmacie. — Première division : Prix (médaille d'or et bourse de voyage) : M. Aurousseau; accessit (médaille d'argent) : M. Courtois; mentions : MM. Damas et Guillaume.

Deuxième division : Prix (médaille d'argent) : M. Deroux; accessit : M. Bach; mention : M. Villuis.

— Concours de pharmacien de dispensaire. — Le jury est composé de MM. André, Dhers, Duverger, Houssaye et Gaillard.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 28 mai. — M. Cordier : « Signes, diagnostic et traitement des péricardites. » — Note : 15.

M. Villaret : « Les complications de l'ulcère de l'estomac. » — Note : 20.

Deuxième séance du 28 mai. — M. Debré : « Les dilatations de l'estomac. » — Note : 17.

M. Crémieu : « Anévrismes de l'aorte thoracique, symptômes et diagnostic. » — Note : 15 1/2.

M. Gaultier : « Formes cliniques de l'ulcère de l'estomac. » — Note : 17.

Première séance du 29 mai. — M. Crouzon : « Les pleurésies enkystées. » — Note : 16 1/2.

M. Pierret : « Causes, signes et diagnostic de l'insuffisance tricuspidienne. » — Note : 14 1/2.

Deuxième séance du 29 mai. — M. Dufourt : « Diagnostic des comas. » — Note : 16.

M. Laporte : « Hémiplégie alterne. » — Note : 17.

M. Lévy-Valensi : « Sténoses du pylore. — Note : 16.

— Section de chirurgie générale. — *Epreuve de titres.* — Première séance du 28 mai. — — MM. Mocquot, 17 × 2 = 34; Guimbellot, 10 × 2 = 20; Gorse, 16 × 2 = 32; Alamartine, 14 × 2 = 28.

Deuxième séance du 28 mai. — MM. Perrin, 14 × 2 = 28; Tourneux, 13 × 2 = 26; Bréchot, 11 × 2 = 22; Cotte, 18 × 2 = 36; Horand, 15 × 2 = 30.

Première séauce du 29 mai. — MM. Picquand, 15 × 2 = 30; Desmarets, 15 × 2 = 30; Sauvé, 12 × 2 = 24; Nabère, 14 × 2 = 28.

Deuxième séance du 29 mai. — MM. Duverger, 18 × 2 = 36; Rives, 14 × 2 = 28; Chalier, 16 × 2 = 32; Rivière, 14 × 2 = 28; Alglave, 20 × 2 = 40; Duroux, 16 × 2 = 32; Lefèvre, 13 × 2 = 26.

— Section d'histologie. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séance du 29 mai. — M. Policard : « Les différenciations initiales (détermination) des blastomères. » — Note : 18.

M. Dubreuil : « Faits histologiques relatifs aux fonctions de la névroglie. » — Note : 19.

Séance du 30 mai. — M. Champy : « Le mésenchyme. Origine et évolution générale. »

M. Faure : « La mort cellulaire et ses signes histologiques. »

— Section de chimie biologique et médicale. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Séance du 29 mai. — M. Mestrezat : « La dégradation digestive des protéiques et leur reconstruction dans l'organisme animal. » — Note : 12.

Première séance du 30 mai. — M. Chelle : « Origine des graisses de l'organisme (non compris la digestion) et leur dégradation. »

Deuxième séance du 30 mai. — M. H. Labbé : « Les matières colorantes du sang et les pigments qui en dérivent. »

— Section d'obstétrique. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 28 mai. — M. Willette : « La rétention placentaire post-abortive. » — Note : 16.

M. Faugère : « La dilatation spontanée de l'orifice utérin au cours de l'accouchement. » — Note : 12 1/2.

M. Paucot : « Pathogénie des déformations pelviennes par ramollissement des os. » — Note : 13.

Séance du 29 mai. — M. Le Lorier : « Rétroversion de l'utérus gravide. » — Note : 18 1/2.

M. Sauvage : « La rupture prématurée des membranes. » — Note 18 1/2.

— Section de parasitologie. — *Composition écrite.* — sujet : « Glande mammaire. »

Première séance du 28 mai. — MM. Garin, 18 1/2; Gautié, 10; Bruyant, 19; Thiry, 13.

Deuxième séance du 28 mai. — MM. Jeannin, 15 1/2; Viguier, 12.

Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation. — Première seance du 29 mai. — M. Garin : « L'ankylostome. » Note : 15.

M. Gautié : « Évolution schizogonique des plasmodies paludiques. » — Note : 8.

Deuxième séance du 29 mai. — M. Bruyant : « Infections à parasite invisible. » — Note : 19 1/2.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. le professeur Grasset vient d'adresser à l'Académie française une lettre la remerciant de lui avoir décerné le prix Broquette-Gonin. Cette lettre se termine ainsi :

« J'ai cru pouvoir et devoir remettre à ma vieille école de médecine de Montpellier les 10000 francs du prix pour aider et encourager les jeunes. »

Nous croyons savoir que M. le professeur Grasset se propose de créer une bourse qui serait attribuée tous les trois ans à l'un des candidats à l'agrégation, élève de la Faculté de Montpellier. Il ne pouvait faire une meilleure ni un plus noble usage de la haute récompense qui lui a été attribuée.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un congé du 1er mai au 30 juin est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Jagot, professeur de clinique médicale.

M. Denéchau, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, du 1er mai au 30 juin 1913 (durée du congé accordé à M. Jagot) d'un cours de clinique médicale.

— POITIERS. — M. Coulongeat, docteur en médecine, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est nommé, à partir du 1er novembre 1913, professeur d'histoire naturelle.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture des copies.* — Séance du 27 mai. — M. Hubac, 9 + 11 = 20 ; Mme Bruninghaus, 11 + 11 = 22 ; MM. Gontier, 10 + 11 = 21 ; Petit, 12 + 17 = 29.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — M. Tortat, juge d'instruction, vient de transmettre au parquet son ordonnance relative à l'affaire Macaura ; elle englobe, outre M. Macaura lui-même, 13 autres personnes, médecins ou collaborateurs à des titres divers. Tout ce monde est inculpé d'escroqueries et d'exercice illégal de la médecine.

MUTUELLE FRANÇAISE DE RETRAITES. — On nous prie d'insérer la note suivante :

« La Mutuelle médicale française de retraites, œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'association des médecins de Maine-et-Loire, s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes. Elle est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après cinquante ans d'âge et vingt ans de participation), soit proportionnelle (après cinq ans de participation) — dans tous les cas la pratique médicale étant abandonnée — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er avril dernier le nombre des sociétaires (hommes et femmes) s'élevait à 990 francs, l'avoir social à 336.678 fr 03.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général, docteur Terrien, à Varennes-sur-Loire (Maine-et-Loire). »

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE PRATIQUE. — Le docteur Poulard commencera le lundi 9 juin 1913, à trois heures, ses conférences d'ophtalmologie pratique et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Ces conférences, avec exercices et présentations de malades, sont destinées aux étudiants et aux médecins praticiens. Elles ont pour objet l'étude des maladies des yeux que tout médecin praticien doit connaître et traiter.

Elles auront lieu dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Lariboisière.

Pour faciliter l'organisation de ces conférences, il est préférable de s'inscrire auprès du docteur Offret, assistant d'ophtalmologie à l'hôpital des Enfants-Malades.

L'inscription est gratuite.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur F.-X. Gouraud, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Notre regretté collègue qu'une longue maladie retenait éloigné de Paris depuis quelques mois était le fils du vénéré Gouraud, mort il y a quelques années, médecin de l'hôpital de la Charité.

Nous adressons à tous les siens et en particulier à son frère, le général Gouraud, l'expression de notre très douloureuse sympathie.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 9 AU 14 JUIN 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 juin, à neuf heures du matin. — (5e chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

A une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 10 juin, à neuf heures du matin. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

A une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* ((1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

Mercredi 11 juin, à neuf heures du matin. — 5e (1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique (1re partie), *Clinique Baudelocque.*

A une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Vendredi 13 juin, à neuf heures du matin. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

A une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 14 juin, à neuf heures du matin. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

A une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

REVUE GÉNÉRALE

LE GENOU A RESSORT

Par M. H. BILLET,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

I

Définition. — On désigne sous ce nom une affection spéciale du genou, caractérisée par un déclanchement brusque qui se produit dans l'articulation, à chaque mouvement, tantôt de flexion, tantôt d'extension, déclanchement qui s'accompagne d'un bruit sonore, éclatant, perceptible à grande distance.

II

Historique. — Le genou à ressort est une affection rare si l'on en juge par le petit nombre de travaux auxquels elle a donné lieu. Elle n'est décrite dans aucun traité classique de pathologie.

Ayant eu l'occasion d'en observer récemment et presque simultanément deux cas, nous avons recherché les faits similaires publiés dans la littérature médicale. Comme cette affection — ainsi qu'on le verra par la suite — paraît être le fait d'une subluxation récidivante permanente d'un ménisque articulaire du genou, nous avons tout spécialement consulté les travaux, qui commencent à être nombreux aujourd'hui, ayant trait à cette question. Or, nous avons été surpris de constater que le « genou à ressort » était, dans beaucoup d'entre eux, complètement ignoré; parfois de rares observations de cette curieuse affection étaient publiées sous leur dénomination exacte; parfois, au contraire, elles se trouvaient intercalées et confondues au milieu d'observations de lésions méniscales ordinaires.

De la lecture de ces observations et de l'examen de nos faits personnels, il résulte que le genou à ressort constitue bien une affection caractérisée du genou, différant essentiellement des autres lésions des cartilages semi-lunaires, méritant par conséquent — ce qui n'a pas encore été fait jusqu'à présent — une description spéciale et une place bien à part dans la pathologie du genou.

La première observation publiée paraît être celle de Lannelongue, en 1879. Le cas n'est pas présenté sous le nom de « genou à ressort », mais comme « subluxation du fibro-cartilage semi-lunaire externe du genou ». Cependant les symptômes présentés par la jeune fille qui fait l'objet de cette observation ne laissent aucun doute : il s'agit nettement d'un genou à ressort.

Il semble que ce soit Poirier qui ait, le premier, en 1889, dans un article sur le doigt à ressort, proposé, par analogie, le nom de genou à ressort à cette affection; il évoque le souvenir de cas qu'il aurait vus, sans toutefois donner de précisions à leur sujet.

En 1894, Delorme présente à la Société de chirurgie, avec une observation très détaillée et très minutieusement analysée, un cas des plus caractéristiques qu'il intitule « genou à ressort », et, à la suite de sa communication, Tillaux relate succinctement un cas similaire observé chez un confrère; il rappelle également des recherches cadavériques qu'il a effectuées à l'amphithéâtre de Clamart sur un sujet chez lequel il avait constaté l'existence de cette affection.

Nous retrouvons, en 1905, un cas de Moty présenté à la Société de chirurgie; en 1909, une observation de Bar et Bertein présentée à une Société médicale de Lille. L'affection est bien dénommée, dans les deux cas, « genou à ressort ».

Nous avons extrait encore un cas de Batut (1906) d'une revue qu'il a publiée sur les traumatismes des ménisques; l'affection est nette, mais n'est pas décrite sous son véritable nom. Il semble bien également que le malade de Courtin dont il est question dans la thèse de Richard, ait également eu un « genou à ressort » bien que le diagnostic porté ait été celui de « luxation du ménisque interne ».

En 1905, Demons, en 1911, Frœlich et Rocher publient des cas de genou à ressort congénital chez des enfants et qui présentent tous les signes de l'affection observée chez l'adulte.

Nous-même enfin venons d'en observer récemment deux cas qui ont été présentés à la Société de chirurgie. M. Demoulin qui nous a fait l'honneur de rapporter nos observations a joint aux nôtres un cas des plus intéressants et des plus nets; il les a fait suivre de commentaires très détaillés sur l'histoire clinique, l'étiologie, la pathogénie et le traitement du genou à ressort; à la suite du rapport précité, M. Arrou est venu rappeler un cas de la même affection qu'il venait d'observer tout récemment.

Dans la littérature étrangère le « genou à ressort » paraît encore plus rare. Nous n'avons, en effet, retrouvé qu'une observation allemande, de Thiem [de Cottbus] (1896) qui désigne l'affection sous le nom de « *schnellendes Knie* »; et dans la littérature anglaise, où cependant les affections des ménisques sont si connues, nous ne pouvons citer que deux observations de « *trigger knee* » appartenant à R. Jones (1909).

Il résulte de cette rapide énumération que le genou à ressort *vrai* — nous insistons sur ce mot vrai parce qu'il a été décrit, ainsi que nous le verrons dans la discussion du diagnostic, sous le nom de genou à ressort, des affections tout à fait différentes et dissemblables — serait rare. Est-ce à dire que les cas relatés ci-dessus sont les seuls existants? Nous ne le croyons pas, et il est possible même que des observations publiées aient pu nous échapper, en raison de ce fait surtout que, jusqu'à présent, l'affection qui nous occupe n'a pas été encore bien caractérisée. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que le genou à ressort n'est pas commun et il n'est pas sans intérêt de faire remarquer, dès à présent, nous réservant d'y revenir dans la suite de ce travail, que des auteurs anglais et allemands, qui ont une expérience des plus étendues sur les lésions des cartilages semi-lunaires du genou, ne parlent absolument pas dans leurs mémoires du genou à ressort.

III

Symptomatologie. — Laissant de côté momentanément l'étiologie et la pathogénie, nous décrirons de suite la symptomatologie de cette curieuse affection.

Le signe capital, celui à qui elle doit d'ailleurs son nom, c'est le mouvement de ressort, le déclanchement qui se produit *à chaque mouvement* du genou, tantôt dans la flexion, tantôt dans l'extension, et qui s'accompagne d'un déclic bruyant. Ce signe est en effet, à lui seul, pathognomonique; à lui seul, il caractérise l'affection; il se présente avec des caractères identiques dans toutes les observations publiées de genou à ressort, qui semblent ainsi copiées les unes sur les autres, quant à la description de ce déclanchement.

Lorsque le malade étend ou fléchit la jambe, le mouvement qu'il exécute paraît s'arrêter soudainement; mais cet arrêt est pour ainsi dire inappréciable pour un observateur non averti; puis le déclanchement se produit; on voit la cuisse comme se déplacer en masse et subir un véritable mouvement de translation latérale, cependant que se produit le son éclatant, perceptible — tout au moins chez les deux malades que nous avons observés — à plus de 20 mètres de distance.

Ce déclanchement se renouvelle *à chaque mouvement similaire du genou*; c'est là un caractère essentiel dont nous aurons, dans la suite, à souligner l'importance.

Il peut se produire, avons-nous dit, dans la flexion ou dans l'extension. Le plus souvent c'est dans les mouvements d'extension qu'on l'observe; dans ce cas c'est au moment où celle-ci va être complète, c'est-à-dire lorsque la jambe fait avec la cuisse un angle de 160 degrés, que le genou se déclanche : toutes les observations sont unanimes à cet égard. Lorsque, au contraire, c'est dans la flexion que se manifeste le phénomène de ressort, c'est aussi au moment où cette flexion va atteindre son amplitude maxima, c'est-à-dire quand la jambe est presque au contact de la cuisse, que le ressaut a lieu. Parfois, et c'est le cas d'un des malades que nous avons observés personnellement, il faut que le sujet s'accroupisse pour provoquer le déclanchement.

Parfois enfin, comme l'a fait remarquer M. Demoulin dans son rapport que je vais citer textuellement, « le phénomène du déclanchement, du ressort, est double; il se montre d'abord quand le genou va atteindre sa flexion maxima, mais ce premier déclanchement est faible, ne s'accompagne que d'un bruit sourd; puis il se répète quand la jambe est ramenée dans l'extension, au moment où elle fait avec la cuisse un angle de 160 degrés environ, et ce second déclanchement est plus fort que le premier. C'est à ce moment que retentit le bruit sonore, éclatant, perceptible à distance et que se produit le déplacement en masse de la cuisse sur le côté. »

Voilà le symptôme capital. Mais il en est d'autres non moins importants, qui viennent l'encadrer et donner à l'affection une physionomie clinique bien caractéristique; nous allons les passer successivement en revue.

Tout d'abord, au moment précis où le genou se déclanche, en même temps que l'on voit, comme nous l'avons dit, la cuisse se déplacer en totalité, on voit également, dans la plupart des cas, apparaître au niveau de l'interligne, tantôt du côté interne, tantôt du côté externe, une petite saillie qui disparaît aussitôt après que le déclic s'est fait. Cette saillie correspond manifestement et sans aucun doute possible au cartilage semi-lunaire, interne ou externe. Elle en a d'abord la topographie; en outre, la main placée sur le genou au moment du soulèvement perçoit aussi avec la plus grande netteté, suivant l'expression imagée de Lannelongue, « une sensation brusque et vibrante comme celle d'une lame élastique ».

Il résulte donc de cette constatation, qu'à chacun des mouvements de flexion ou d'extension de la jambe sur la cuisse, le ménisque interarticulaire vient se glisser entre le fémur et le tibia, se subluxe, puis rentre de nouveau en place.

Il semblerait naturel, *a priori*, qu'une pareille perturbation de la physiologie normale du genou dût entraîner un retentissement notable sur son intégrité anatomique ou physiologique. Et cependant, ce retentissement est habituellement léger.

Les malades souffrent en général très peu de leur affection, quelques-uns même ne ressentent absolument aucune douleur. Dans certains cas, cependant, il y a à la fois douleur et gêne, en particulier au moment qui précède le déclanchement du genou.

C'est surtout pour la marche ou pour certains exercices, tels que la bicyclette, que l'affection est gênante, et cela se conçoit aisément.

Un fait qui nous a paru assez curieux, c'est que, pour certains malades, la gêne ressentie fût plutôt morale que physique! L'un des sujets que nous avons personnellement observés, un soldat, était dans sa deuxième année de service, et son affection était antérieure à l'incorporation. Il ne s'était pas fait porter malade jusqu'alors, et il faisait même de la bicyclette de temps à autre; or, c'est parce qu'il était ennuyé d'entendre son genou craquer constamment, bien plus que parce qu'il en éprouvait de la gêne et de la douleur qu'il vint à la visite et demanda à être traité.

Un malade de R. Jones est encore plus caractéristique à cet égard. Ce malade se plaint à son médecin « d'une insécurité plus imaginaire, dit-il, que réelle; sa santé est altérée en raison de l'irritation nerveuse que lui cause son affection. Et, pourtant, le déclanchement, quoique désagréable, ne s'accompagne pas de douleur, ni d'épanchement. » Ce malade refusa absolument tout traitement médical et exigea formellement une intervention. Nous ne faisons que signaler de pareils faits sans en tirer aucune conclusion, sans surtout vouloir les généraliser. Il est, en effet, reconnu que des malades vivent très bien, et sans se plaindre, avec un genou à ressort, telle, en particulier la jeune danseuse dont M. Arrou a narré l'histoire à la Société de chirurgie.

Si donc, d'après ce qui précède, on ne note pas de phénomènes subjectifs appréciables, on ne trouve également que des phénomènes objectifs assez peu marqués du côté du genou intéressé. Toutes les observations publiées sont entièrement concordantes à cet égard.

Le genou n'est habituellement pas déformé, ou, s'il l'est, c'est à un degré très léger ; en général, il existe un peu d'empâtement qui se traduit par une atténuation, jamais par la disparition complète des méplats périrotuliens.

Il n'existe pas ou peu d'épanchement intrasynovial ; la recherche du choc rotulien est presque toujours négative.

Les mouvements de flexion et d'extension — sauf le phénomène du ressort — sont normaux, c'est-à-dire qu'ils s'effectuent avec toute leur amplitude. Les mouvements anormaux sont l'exception. Deux auteurs seulement, Thiem et Bertein, ont observé, chez leurs malades, des mouvements de latéralité.

Enfin, le genou à ressort ne détermine pas d'atrophie musculaire importante de la cuisse. Très souvent il n'y en a pas du tout ; parfois on trouve 1 centimètre, 2 centimètres au plus de différence entre le membre sain et le membre malade.

Pour résumer cet exposé succinct, nous dirons que le caractère essentiel de l'affection qui nous occupe réside dans le déclanchement sonore du genou, déclanchement qui s'accompagne, ordinairement, en même temps, d'une saillie latérale du ménisque. L'affection est peu douloureuse ; les signes observés du côté de l'articulation sont généralement légers, et paraissent témoigner seulement de la laxité capsulaire.

Ajoutons pour terminer que, dans tous les cas où elle a été faite, la radiographie a été négative.

Il y a lieu, connaissant maintenant l'affection au point de vue symptomatique, d'étudier son étiologie et sa pathogénie.

IV

Etiologie. — Les observations publiées sont encore trop peu nombreuses pour que nous puissions nous étendre sur les conditions étiologiques générales d'ordre extrinsèque ou intrinsèque ; nous dirons toutefois que, à part le cas de Lannelongue où le sujet est une fillette de onze ans, et quelques cas de genou à ressort congénital, les sujets atteints de genou à ressort sont des hommes, ordinairement des jeunes gens de dix-huit à vingt et un ans.

Et cela se conçoit, parce que presque toujours on relève un traumatisme à l'origine de l'affection.

Le plus souvent, c'est une *entorse du genou*, provoquée par un mouvement brusque de flexion ou d'extension, quelquefois même de torsion (cas de Thiem, de Bar et Bertein).

Mais un fait mérite d'être de suite relevé : c'est que, souvent, le traumatisme a été léger. Si, dans certains cas (Delorme, Thiem, Batut, Bar et Bertein) le blessé a eu de l'hémarthrose ou de l'hémo-hydarthrose, d'autres fois — et c'est, en particulier, le cas de nos deux malades — les symptômes immédiats sont tellement bénins que le genou ne gonfle même pas après l'accident, et que celui-ci, à part la douleur éprouvée sur le champ et les jours suivants, n'entraîne aucune indisponibilité.

A côté de ces genoux à ressort consécutifs à un traumatisme, il en est d'autres dont l'étiologie n'a pu encore être parfaitement élucidée ; jusqu'à plus ample informé, nous devons les considérer comme *spontanés*, ou plutôt les intituler, ce qui est plus prudent, et comme l'a fait Moty : « genoux à ressort *sans cause connue* ». Les cas en sont encore assez nombreux. L'observation de Lannelongue, la première en date, en est un exemple typique : « Un jour, dit-il, il y a dix mois environ, en se promenant avec sa mère, *sans avoir fait un faux pas ou un mouvement brusque*, la jeune fille eut le sentiment d'un craquement dans son genou, et elle a toujours eu, depuis ce jour, la perception de ce bruit. » L'affirmation de la spontanéité de l'affection ne peut être plus catégorique. On retrouve la même absence de cause chez le malade de Moty ; également chez un malade de R. Jones, « employé de banque, non adonné aux sports athlétiques ». La jeune malade de M. Arrou est dans le même cas ; ce chirurgien avoue « la complète inutilité de ses recherches », lorsqu'il a essayé d'interpréter le cas en présence duquel il se trouvait.

Il semble pourtant difficile, *a priori*, d'admettre qu'une pareille affection puisse survenir sans cause. Si, comme nous le croyons, le genou à ressort est habituellement sous la dépendance d'une laxité de la capsule du genou, il y aurait lieu de rechercher, à défaut d'une cause traumatique précise, une cause plus générale, susceptible de déterminer le relâchement capsulaire. On pourrait, peut-être, retrouver quelque indice dans les antécédents héréditaires ou personnels des malades. C'est ainsi, par exemple, que le malade de Moty avait eu, autrefois, de l'arthrite chronique du genou. Par contre, la jeune malade de Lannelongue ne présentait aucun antécédent rhumatismal, et, dans l'observation, il est spécifié qu'elle n'a jamais eu d'arthrite.

Faut-il, dans ces cas, où l'on ne relève ni origine traumatique, ni origine inflammatoire, émettre l'hypothèse de quelque malformation ou prédisposition héréditaire ou congénitale ? On serait en droit d'y songer après la lecture d'observations très curieuses de *genou à ressort congénital* typique, publiées par Demons, Froehlich et Rocher, concernant des enfants âgés respectivement de cinq, sept et huit mois ; d'autant que deux de ces sujets présentaient en même temps que le genou à ressort de la laxité articulaire dans d'autres régions (hanche et articulation sterno-claviculaire).

Donc, à part les cas où le genou à ressort est nettement consécutif à un traumatisme — et encore, y aurait-il peut-être lieu de faire quelques réserves dans les cas où celui-ci a été extrêmement bénin — la cause primordiale de l'affection est peu connue. Quand les cas publiés seront plus nombreux et que des recherches en vue d'élucider ce problème auront pu être effectuées, il sera seulement permis de se prononcer sur la nature de ces genoux à ressort *dits spontanés*.

V

Pathogénie. — Il ne paraît plus possible de contester actuellement cette idée que le phénomène du ressort est dû, dans la très grande majorité des cas, à l'échappement d'un des cartilages semi-lunaires

entre les surfaces articulaires du fémur et du tibia. Lannelongue, dès 1879, l'affirmait; mais son opinion n'était pas admise sans discussion par ses collègues de la Société de chirurgie, en particulier par Duplay qui croyait à une subluxation du tibia, et par Sée qui émettait l'hypothèse d'une déformation du plateau tibial.

Poirier, par analogie avec ce qui se passe dans le phénomène du « doigt à ressort », penchait en faveur d'une altération des surfaces articulaires.

Delorme ayant constaté que les ménisques étaient hors de cause dans le cas qu'il observait adopta l'hypothèse d'un spasme musculaire fonctionnel des muscles fléchisseurs de la jambe, spasme annihilant l'action antagoniste des extenseurs affaiblis.

Bar et Bertein, il y a peu de temps encore, ont repris l'idée d'une intervention musculaire dans la production du déclanchement. Chez leur malade, il semblait que le condyle externe du fémur butait contre le tendon du biceps, puis le repoussait brusquement « en le faisant vibrer comme une corde à violon », d'où le ressaut. Il s'agissait, comme l'a fait remarquer Demoulin, d'un « ressaut analogue à celui du fascia lata sur le grand trochanter, dans la hanche à ressort ».

Pour Thiem, enfin, la lésion dominante serait une rupture des ligaments croisés.

Il semble résulter de ces faits que la pathogénie du genou à ressort ne soit pas toujours univoque et que dans certains cas il y ait lieu de faire intervenir une *action musculaire* dans la pathogénie du genou à ressort. Mais nous sommes d'avis que, dans la majorité des cas, c'est le cartilage semi-lunaire, subluxé à chacun des mouvements du genou, qui détermine, en rentrant en place, le phénomène si caractéristique du ressaut.

Tout tend, d'ailleurs, à le démontrer : c'est, d'abord, la saillie constatée *au niveau de l'interligne*, tantôt en dehors, tantôt en dedans, saillie qui disparaît dès que le déclic a eu lieu. C'est aussi la rentrée du ménisque qui est cause du bruit perceptible à distance : celui-ci est absolument identique au bruit signalé par tous ceux qui ont observé des cas de luxation de ces cartilages semi-lunaires, et qui se manifeste au moment où la luxation se réduit, soit sous les efforts du malade lui-même, soit sous la main du chirurgien. Nous pourrons même signaler, en passant, que la constatation de ce bruit caractéristique a fait désigner improprement, sous le nom de genou à ressort, des cas de luxation récidivante du ménisque, qui, comme nous le verrons, en diffèrent totalement.

Y aurait-il encore un doute sur le rôle du cartilage semi-lunaire, qu'il devrait disparaître définitivement, maintenant que des cas de genou à ressort ont été traités chirurgicalement, et qu'ils ont été guéris définitivement, ainsi qu'il sera dit au chapitre du traitement, par l'extirpation du ménisque.

Nous pouvons donc admettre, en règle générale, le rôle primordial du ménisque dans la production du phénomène du ressort et que celui-ci est le fait d'une *subluxation récidivante permanente* (1) d'un ménisque interarticulaire.

Par contre, il est plus difficile d'expliquer pourquoi se produit cette luxation, et surtout, pourquoi elle se renouvelle à chaque mouvement du genou ?

Ici, l'on n'est guère réduit — pour certains cas tout au moins — qu'à des hypothèses, et ce n'est que lorsqu'un plus grand nombre de cas auront été traités chirurgicalement que l'on pourra acquérir des certitudes à cet égard, et encore n'est-ce pas absolument certain. Nos éléments d'appréciation portent actuellement sur quatre observations où les lésions ont pu être constatées directement :

Un cas de Tillaux, étudié à l'amphithéâtre de Clamart, post mortem, sur un sujet qui présentait le phénomène du ressort ; et trois cas traités chirurgicalement, deux de R. Jones et un cas personnel.

Les deux malades de Jones présentaient des lésions du ménisque interne. Chez l'un, il y avait « comme un petit noyau cartilagineux rattaché par un pédicule également cartilagineux à la partie antérieure du ménisque ». Il est très vraisemblable, que, chez ce malade, c'était seulement cette portion détachée du ménisque, plutôt que le ménisque tout entier, qui se subluxait à chaque mouvement du genou. La pathogénie semble donc ici facilement explicable.

Chez son second opéré, il y avait une altération manifeste de la partie antérieure du cartilage semi-lunaire interne, « qui était mince, cordiforme, sauf à son extrémité antérieure qui était renflée ». Ici encore, on peut admettre que le fémur ressautait sur cette partie renflée du ménisque. Il semble donc, que, dans ces deux cas, la pathogénie du ressort puisse être rattachée, selon toute probabilité à une altération du ménisque. Par contre, l'explication devient beaucoup plus difficile dans les faits qui vont suivre.

Tillaux, dans l'autopsie très minutieuse qu'il fit d'un sujet atteint de genou à ressort, ne découvrit *absolument aucune lésion du ménisque;* il n'observa que du relâchement de la capsule.

Chez le malade que nous avons opéré, le ménisque interne apparaissait, après ouverture de la capsule, comme très légèrement engagé entre les surfaces articulaires du tibia et du fémur; mais il était *absolument intact*, et ses insertions antérieures et postérieures étaient parfaitement conservées. Par contre, la capsule était notablement distendue et relâchée.

Que conclure de ces faits ? S'il est en effet possible et même vraisemblable d'admettre pour les deux malades de R. Jones que l'altération des cartilages semi-lunaires joue un rôle dans la production du phénomène du ressort, il ne saurait en être de même dans les deux derniers cas, puisque ces

(1) Dans une récente discussion à la Société de chirurgie (séance du 21 mai) cette dénomination de *subluxation récidivante permanente* a été critiquée, en particulier par M. Quénu. Il semble qu'il y ait eu un malentendu à ce sujet. Ce n'est évidemment pas la luxation qui est permanente ; mais le fait qu'elle se renouvelle *à chaque mouvement du genou* indique que le *phénomène est permanent.* Je me rallierai sans réserve à toute autre expression qui indiquera explicitement cette reproduction de la luxation à chacun des mouvements de l'articulation.

ménisques ainsi que leurs attaches étaient entièrement indemnes.

Nous ne croyons pas devoir nous arrêter pour l'expliquer — parce que insuffisamment démontrée — à l'hypothèse émise par Steinmann (de Berne) de l'existence d'un processus raréfiant qui intéresserait le ménisque et qu'il désigne sous le nom de « méniscite disséquante ».

A notre avis — et c'est l'idée que nous avons émise dans le mémoire que nous avons présenté à la Société de chirurgie, et qu'a argumenté M. Demoulin — il faut rechercher, dans ces cas, ailleurs que dans le ménisque lui-même, la cause du déclanchement. Selon nous, la subluxation récidivante permanente du ménisque qui détermine le ressaut pathognomonique de l'affection ne serait ici qu'un phénomène secondaire, dont la cause primordiale serait la *laxité de la capsule articulaire* du genou. Cette capsule relâchée, sur laquelle le ménisque s'insère par sa périphérie, entraînerait celui-ci, à chaque mouvement, entre les surfaces articulaires du fémur et du tibia, le subluxerait par conséquent, d'où la production du ressaut.

Ceci n'est évidemment qu'une hypothèse, qu'il est même matériellement impossible de démontrer à l'aide de preuves irréfutables. Il est permis, cependant, de l'étayer par quelques arguments qui la rendent du moins très vraisemblable.

Voici, tout d'abord, une raison qui nous fait penser qu'il ne s'agit pas, en général, d'une lésion méniscale primitive et que l'on doit éliminer, en particulier, les causes habituelles des luxations des cartilages semi-lunaires. On sait, et ceci résulte de la lecture de tous les travaux, sans exception, publiés sur cette question, que, dans ces traumatismes, c'est le ménisque interne qui est intéressé dans la grande majorité des cas. D'après R. Jones qui publie une statistique de 340 cas, le ménisque externe n'est lésé que dans 7 p. 100 des cas.

Or, si nous recherchons dans les observations de genou à ressort quel est le ménisque subluxé, nous constatons que *le ménisque externe est intéressé pesque aussi souvent que le ménisque interne*; la proportion exacte est de 40 p. 100. C'est là un premier fait qui mérite d'être mis en évidence à tous égards.

D'autre part, il n'est pas douteux que, dans la plupart des cas, il existe de la laxité capsulaire du genou. Chez les malades de Thiem, de Bar et Bertein, on a même noté des mouvements de latéralité du genou, signe de distension des ligaments croisés ; nous avons même vu précédemment que Thiem prétendait faire jouer le premier rôle à cette lésion des ligaments croisés. C'est là un degré extrême de laxité articulaire qui n'est atteint que rarement, et heureusement, au point de vue du traitement. En général, la laxité capsulaire est moins accusée, mais elle se manifeste, sans aucun doute, par les différents signes, légers ordinairement, avons-nous dit, que nous avons signalés du côté du genou intéressé. Elle a été enfin constatée directement par Tillaux et nous-même sur des sujets atteints de genou à ressort.

Les observations de cas congénitaux sont encore plus probantes à cet égard. L'absence de vérifications locales ne nous permet évidemment pas d'éliminer l'existence d'une altération des ménisques. Mais, d'après Froehlich et Rocher qui ont publié ces faits, la laxité articulaire, vraisemblablement congénitale, joue un rôle manifeste. Froehlich pense, comme Thiem, que les ligaments croisés sont distendus, bien qu'il ne soit pas mentionné que ces malades eussent des mouvements de latéralité du genou. Mais ce qui semblerait confirmer l'hypothèse d'une faiblesse particulière de la capsule dans ces cas, c'est que l'un des malades dont parle Froehlich avait, en même temps qu'un genou à ressort, une double luxation volontaire sterno-claviculaire ; l'enfant de cinq mois de Rocher, qui avait un genou à ressort bilatéral, présentait conjointement une laxité manifeste de la hanche gauche. La jeune malade de M. Arrou avait été antérieurement traitée par lui pour une luxation congénitale de la hanche.

Il est donc bien vraisemblable, d'après ce qui précède, que la laxité articulaire joue un rôle dans les cas où il n'existe pas d'altérations du ménisque, susceptibles d'expliquer, à elles seules, la production du phénomène du ressort. Cet état de la capsule, comme nous l'avons vu au chapitre de l'étiologie, peut être, et c'est la règle, consécutif à un traumatisme ; il peut aussi être de nature inflammatoire (arthrite) ; parfois enfin, il serait sous la dépendance d'altérations encore mal déterminées, congénitales ou héréditaires ; ce serait le cas dans les genoux à ressort congénitaux ou spontanés.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic du genou à ressort est tellement évident, après ce qui vient d'être dit, qu'il doit s'imposer par la seule constatation d'un déclanchement et la perception d'un bruit sonore se répétant à chaque mouvement du genou.

La seule difficulté qui puisse se présenter serait d'en reconnaître la cause et dans le cas probable où il y aurait un ménisque subluxé, de reconnaître le ménisque subluxé ; une observation attentive, la constatation de la saillie qu'il détermine, soit du côté interne, soit du côté externe de l'interligne, sa palpation au moment du ressaut, permettront rapidement de préciser le diagnostic.

Il n'est donc pas douteux que, lorsque l'affection sera mieux connue qu'elle ne l'est actuellement, que l'attention sera attirée sur elle, son diagnostic se posera aisément ; peut-être alors les cas deviendront-ils plus nombreux, ce qui permettra d'élucider quelques points encore obscurs de l'étiologie et de la pathogénie.

Quoi qu'il en soit, il est encore nécessaire de faire le diagnostic différentiel du genou à ressort vrai, toute une série d'autres affections étant susceptibles de donner le change et d'en imposer parfois à un observateur non averti.

En premier lieu, il existe des *faux genoux à ressort*. Il se produit bien un déclic dans certains mouvements de la jambe ; mais ce déclic est *périarticulaire* ; il ne s'accompagne pas de ce mouvement

caractéristique de translation de la cuisse sur la jambe ; le bruit perçu est plus sourd ; c'est le ressaut produit par une *exostose du tibia* sous le muscle poplité qui est la cause de ce phénomène assez peu connu. Il suffira d'y penser pour lever toutes espèces de doute sur sa confusion possible avec le genou à ressort vrai.

Des *corps étrangers articulaires du genou* ont pu, dans certains cas, en imposer pour un genou à ressort. Descarpentries en a publié une observation très curieuse. Il suffit, en effet, que le corps étranger se cale en un point déterminé de l'articulation pour que très fréquemment — mais non à chaque mouvement — il puisse se glisser entre le fémur et le tibia, puis rentrer en provoquant le phénomène du ressort. Il sera facile, ici encore, de poser le vrai diagnostic. Tout d'abord, dans les cas de corps étranger, il y a, en général, de la douleur, et fréquemment, une réaction articulaire plus intense, avec de l'épanchement. En outre, il y a les anamnestiques, le phénomène du calage, la perception par le malade du corps étranger, de la souris articulaire ; enfin, la radiographie pourra, dans certains cas de corps étrangers légèrement imperméables aux rayons X, confirmer le diagnostic. Mais, le signe capital, c'est l'*intermittence du ressort*, fatale avec un corps étranger mobile et susceptible par conséquent de se déplacer, qui s'oppose à la *constance* du phénomène dans le genou à ressort vrai.

Si, dans les deux cas précédents, il peut y avoir, au premier abord, matière à hésitation pour le clinicien, il ne saurait plus en être de même pour les faits, qui vont maintenant nous occuper, de *luxations récidivantes des ménisques*.

Dans certaines observations, et en particulier dans des cas où la luxation récidivante se reproduit très fréquemment, plusieurs fois dans la même journée, parfois même à la volonté des malades, on a donné à l'affection, le nom de genou à ressort, parce que, au moment où la réduction du ménisque se fait, on voit la cuisse se déplacer et on entend le bruit qui caractérise la réintégration du cartilage semi-lunaire. Il y a là une confusion de termes regrettable ; nous sommes d'avis qu'il est indispensable de la faire cesser et d'établir une distinction nette entre la luxation récidivante des ménisques, qui commence à être aujourd'hui bien connue, et le genou à ressort qui nous occupe. Tout récemment à la Société de chirurgie, dans une discussion soulevée à propos du rapport de M. Demoulin, MM. Quénu et Kirmisson ont paru considérer le genou à ressort comme une forme clinique de la luxation récidivante des ménisques. Ce que nous avons pu personnellement constater chez nos malades et ce que nous avons trouvé dans la littérature médicale nous a amené à une opinion tout autre. Est-ce parce que ces deux affections ont un symptôme commun qu'il faille les considérer comme identiques? Par contre, entre elles, il y a de très grandes différences.

La luxation récidivante a un symptôme caractéristique : c'est le *calage du genou*, phénomène douloureux, dû au coincement du cartilage semi-lunaire entre le fémur et le tibia, et qui se manifeste par l'immobilisation absolue du genou, ordinairement en flexion, jusqu'à ce que la réduction soit obtenue. C'est donc là un phénomène totalement différent du ressaut qu'on observe dans le genou à ressort. Sans doute, celui-ci est-il produit par la luxation d'un ménisque ; mais la luxation se renouvelle à chaque mouvement, et elle ne s'accompagne ni de douleurs, ni d'impotence fonctionnelle marquée du genou ; le signe du calage ne s'observe jamais.

D'autres faits viennent encore à l'appui de cette opinion. Dans la luxation récidivante du ménisque, c'est presque toujours le cartilage semi-lunaire interne qui est intéressé ; nous avons signalé précédemment que, dans le genou à ressort, cette règle ne s'observe pas, et que le ménisque externe est presque aussi souvent en cause que l'interne.

Mais un témoignage des plus probants nous vient de la lecture des auteurs qui ont le plus observé et traité ces lésions méniscales. Des chirurgiens anglais et allemands comme Martins, Digby, Evans, Allingham, Kroiss, Brunhammer, qui ont une expérience personnelle de plusieurs centaines de traumatismes intéressant les cartilages semi-lunaires, paraissent ignorer le genou à ressort : ils n'y font aucune allusion dans leurs mémoires ou dans leurs statistiques opératoires. Jones dont l'expérience porte sur 340 cas n'a observé que deux faits de genou à ressort.

Pour toutes ces raisons, dissemblances dans la symptomatologie, divergences dans l'histoire pathologique, nous pensons qu'on ne peut assimiler ces traumatismes bien spécialisés des ménisques au genou à ressort.

Il nous reste maintenant à étudier le traitement.

VII

Traitement. — Etant donné que c'est la subluxation du cartilage semi-lunaire qui détermine habituellement la production du phénomène de ressort, il ne semble pas douteux que, dans tous les cas où cette pathogénie est reconnue, le traitement de choix consiste dans l'ablation du ménisque intéressé. Et de fait, dans les trois seuls cas où cette intervention a été pratiquée (2 cas de Jones et 1 cas personnel) les malades ont guéri.

Il y a lieu toutefois de faire auparavant quelques réserves. Si la plupart des malades dont les observations ont été rapportées n'ont pas été opérés et n'ont pas été suivis, ce qui, par conséquent, ne permet pas de porter de conclusions à leur sujet, il en est quelques-uns qui paraissent avoir bénéficié d'un traitement purement médical, en particulier du repos et de l'immobilisation.

La jeune malade de Lannelongue fut immobilisée dans un appareil inamovible, le 26 juin, le membre dans l'extension ; l'enfant a marché pendant dix jours avec cet appareil.

Comme celui-ci était un peu serré, on dut l'enlever, et le 7 juillet, on constata une amélioration marquée, « presque une guérison ». « En effet, ajoute l'auteur, j'ai pu fléchir la jambe sur la cuisse plusieurs fois sans voir se reproduire la subluxation du fibro-cartilage externe, sans bruit particulier, par

conséquent. Mais, il est arrivé que, dans un mouvement de flexion un peu brusque, la subluxation s'est reproduite, non plus au début de la flexion, comme auparavant, mais tout à fait à la fin, après avoir dépassé l'angle droit. J'ai alors cessé toute expérience et fait replacer le membre dans un nouvel appareil. » Nous ne sommes pas renseignés sur ce qu'il advint de cette jeune malade. Quoi qu'il en soit, il y a lieu de noter que l'immobilisation pendant quelques jours seulement l'améliora quelque peu.

Tillaux signale, sans plus amples détails, dans la communication qu'il fit à la Société de chirurgie, le cas d'un confrère atteint de genou à ressort et « guéri spontanément ».

Nous-même, enfin, avons observé, chez l'un des deux malades dont l'observation a été rapportée par M. Demoulin à la Société de chirurgie, une guérison spontanée. Ce malade avait un genou à ressort tout à fait caractéristique, dû à la subluxation du ménisque externe. Le déclanchement qui se produisait à la fin de la flexion était extrêmement bruyant. Il avait demandé à être opéré et nous nous proposions de lui faire l'extirpation du ménisque qui avait parfaitement réussi chez notre précédent malade. Nous lui avions prescrit, en attendant l'intervention, le repos au lit, un peu d'électrisation, des bains de lumière. A notre très grande surprise, la veille du jour fixé pour l'opération, il nous fit part que son genou ne craquait plus. Et, de fait, le phénomène du ressort avait disparu. Nous mobilisâmes en vain la jointure, le malade lui-même essaya par différents exercices, en particulier en montant et descendant rapidement des escaliers, de faire reparaître le déclanchement. Il n'y parvint pas ; et depuis plusieurs mois (le fait remonte au début de février de cette année) il est resté guéri. La date est sans doute encore trop récente pour affirmer que cette guérison est définitive. Néanmoins, il résulte bien de ce qui précède que l'immobilisation, le repos, le traitement électrothérapique et thermothérapique sont susceptibles d'améliorer grandement de pareils malades. Ceci, d'ailleurs, n'a rien d'extraordinaire a priori, si l'on admet que l'affection est sous la dépendance d'une laxité de la capsule.

Tous ces faits nous démontrent que, conformément à l'avis de M. Demoulin, il faut être « très réservé dans le traitement du genou à ressort. »

Avant de recourir au traitement sanglant nous sommes d'avis de soumettre pendant quelque temps les malades au traitement médical, mais si celui-ci échoue, ou si l'amélioration obtenue n'est que passagère, on ne doit plus hésiter à recourir au traitement opératoire.

L'opération qui s'impose est, évidemment, la *méniscectomie*. Il ne saurait être question, dans ces cas, de faire une méniscopexie. D'abord cette intervention, en règle générale, nous paraît peu rationnelle : il ne nous semble pas, en effet, qu'on puisse réellement fixer solidement par quelques fils de catgut ou même de soie un organe aussi soumis qu'est le ménisque à tant de tiraillements et de pressions diverses. Ici, d'ailleurs, elle ne saurait être indiquée, puisque, d'après les cas observés, les attaches normales des ménisques sont conservées et que leur déplacement a paru être la conséquence d'une laxité de la capsule.

Si l'on voulait faire une opération palliative, il serait plus logique de tenter une *capsulorraphie*.

Mais il nous paraît bien plus rationnel et bien plus simple de pratiquer l'extirpation du ménisque subluxé.

L'*extirpation partielle* a donné de bons résultats à Jones. Chez ses deux malades, la lésion semblait localisée ; il a enlevé la portion antérieure du ménisque interne, et ses malades ont guéri.

L'*extirpation totale* sera l'opération de choix dans tous les cas où la lésion ne sera pas localisée ; à notre avis, même, elle est toujours préférable à la méniscectomie partielle. La méniscectomie est, en effet, une intervention facile, et ses résultats, aujourd'hui bien connus, sont des plus satisfaisants ; et il est démontré que l'ablation du ménisque n'entraîne aucun trouble dans la statique du membre.

Nous en rappelons ici brièvement la technique.

L'incision peut être horizontale, parallèle à l'interligne, mais à un ou deux centimètres au-dessus de lui : c'est l'incision adoptée par la majorité des chirurgiens anglais. Elle s'étend du bord de la rotule au ligament latéral correspondant ; son avantage est d'être parallèle aux fibres des ailerons rotuliens.

Nous préférons cependant l'incision verticale, à mi-chemin entre le bord de la rotule et le ligament latéral et dont le milieu correspond à l'interligne ; il semble qu'elle donne un peu plus de jour ; elle facilite surtout la libération du ménisque de ses insertions capsulaires.

Une fois la capsule ouverte, on dissèque les insertions capsulaires du cartilage semi-lunaire, et on sectionne celui-ci par son milieu. On libère le fragment antérieur, opération toujours facile. Puis on passe au fragment postérieur. Son extirpation sera facilitée par la manœuvre suivante que nous avons personnellement employée et sur laquelle M. Arrou a insisté récemment à la Société de chirurgie. Il faut faire fléchir par un aide la jambe sur la cuisse, et à ce moment écarter le tibia du fémur ; grâce à cet artifice, l'interligne s'ouvre largement et la section du ligament d'insertion postérieur du ménisque devient facile.

On suture la capsule sans drainer.

Le malade que nous avons opéré a été immobilisé dix jours ; puis soumis à la mobilisation, à l'électrothérapie et aux bains de lumière. Grâce à ce traitement il a été très rapidement et complètement guéri, comme, d'ailleurs, les malades de Jones.

En terminant cette revue sur le « genou à ressort », nous ne pouvons donc que souhaiter que l'attention des chirurgiens soit attirée sur cette affection curieuse qui mérite, à de nombreux égards, de prendre une place qu'elle n'a pas encore dans la pathologie du genou. C'est seulement, en effet, l'observation attentive de faits nouveaux qui permettra d'élucider les quelques points qui persistent encore obscurs sur son étiologie et sa pathogénie.

BIBLIOGRAPHIE

LANNELONGUE. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1879.
POIRIER. *Arch. gén. de méd.*, t. XXIV, 1889.
DELORME. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1894.
TILLAUX. *Ibid.*, 1894.
THIEM (de Cottbus). *Verhand. der deut. Gesellsch. f. Chir.*, XXVe Congrès, 1896.
MOTY. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1905.
DEMONS. *Congrès de pédiatrie*, 1905.
BATUT. *Bull. de la Soc. méd. chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, 1906.
COURTIN. In thèse de Richard, Bordeaux, 1907-1908.
DESCARPENTRIES. *Echo méd. du Nord*, 1908.
BAR et BERTEIN. *Ibid.*, 1909.
R. JONES. *Ann. of surg.*, 1909.
STEINMANN (de Berne). *Verhandl. der deut. Gesellsch. f. Chir.*, XXXIXe Congrès, 1910.
ROCHER. *XXIVe Congrès de l'Assoc. franç. de chir.*, 1911.
FROELICH. Cité par Rocher, *Ibid.*, 1911.
H. BILLET. Rapport de DEMOULIN, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1913.
ARROU, QUÉNU, KIRMISSON, DEMOULIN. *Ibid.*, 1913.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 JUIN 1913)

La d'Arsonvalisation. — M. LETULLE fait un rapport sur un travail de M. Moutier, sur les artério-scléroses par durcissement et leur traitement par la d'Arsonvalisation. Dans des travaux antérieurs, M. Moutier a montré que les troubles circulatoires provoqués par l'hypertension ou l'hypotension sont fonction exclusive de l'état d'électricité des parois artérielles; c'est en se basant sur ces recherches qu'il a eu recours à la d'Arsonvalisation qui, d'après un grand nombre d'observations, lui auraient donné de bons résultats.

Déclaration obligatoire de la tuberculose. — M. ARMAINGAUD (de Bordeaux), tout en rendant justice à l'activité déployée par M. Landouzy dans la lutte contre la tuberculose, estime que son pessimisme est exagéré. Il s'applique à prouver que la mortalité par tuberculose a sensiblement diminué à Paris dans ces vingt dernières années, d'accord en cela avec M. Robin. Il apporte des statistiques qui prouvent que cette mortalité par tuberculose à Paris a diminué dans la proportion de 8 1/2 p. 100. Nous ne sommes donc pas restés absolument impuissants. Les mesures d'hygiène sociale, actuellement proposées aux pouvoirs publics, diminueront encore les effets de ce terrible fléau, la tuberculose.

M. ROBIN appuie les conclusions de M. Armaingaud. Il ajoute que la diminution de la mortalité tuberculeuse est de moins en moins accusée dans les villes moins populeuses, ce qui prouve les résultats obtenus jusqu'ici dans la lutte contre la tuberculose.

M. LANDOUZY dit qu'il y a encore beaucoup à faire. En 1910, la statistique de la mortalité par tuberculose donne le chiffre de 17,229. Il faut donc encore lutter et pousser les pouvoirs publics dans cette voie. Enfin M. Landouzy se demande si dans les statistiques de MM. Armaingaud et Robin on a tenu compte de plusieurs états pathologiques, tels que la maladie d'Addison, l'anémie, la cirrhose, la péricardite qui sont d'origine tuberculeuse.

Enfin M. Landouzy se joint à M. Robin pour demander la désinfection obligatoire après les décès par tuberculose.

Autorisation de l'emploi de sérums thérapeutiques. — M. ROUX, au nom de la commission du sérum, fait un rapport dans lequel il conclut qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation de débit, à titre gratuit ou onéreux, des sérums thérapeutiques de MM. Chantemesse et Vincent.

M. BLANCHARD fait observer que le sérum de M. Chantemesse étant fabriqué dans un laboratoire de la Faculté, et, d'après la loi, le débit pouvant s'en faire à titre gratuit ou onéreux, il en résulterait une sorte d'exploitation commerciale qui s'accomplirait au sein même de la Faculté.

M. CHANTEMESSE répond que, depuis qu'il prépare et distribue son sérum antityphoïdique, il l'a toujours livré gratuitement. Il paraît que de ce fait même, il aurait pu, d'après la loi, encourir des poursuites. Il lui aurait donc fallu refuser son sérum aux médecins qui lui en demandaient. C'est pour cela qu'il a demandé l'autorisation que vient de lui accorder la commission des sérums.

M. BLANCHARD s'est placé à un point de vue général. On lui demande souvent, au laboratoire de parasitologie, des examens que l'on fait à titre purement gratuit. Ne vaudrait-il pas mieux demander officiellement une légère indemnité qui serait versée dans la caisse du laboratoire.

Réactions sanguines permettant de mesurer la résistance aux anémies suites d'hémorragies. — M. WALLICH en son nom et au nom de M. ABRAMI fait une communication sur ce sujet. On peut, dit-il, classer les anémies posthémorragiques en trois degrés. Dans un premier degré, répondant à une énergique résistance, la réparation du sang se traduit par l'inégalité des globules, les hématies granuleuses et la polychromatophilie. Dans un second degré, marquant une réaction plus pénible, s'ajoutent les déformations globulaires. Dans un troisième degré, on note en plus la présence d'hématies granuleuses.

Ces réactions sanguines sont surtout importantes à rechercher dans les cas où il faut décider une intervention chirurgicale : ulcère de l'estomac, fibromes, hémorroïdes. Au point de vue obstétrical, elles peuvent indiquer le moment d'une intervention quand les hémorragies, par leur abondance ou leur répétition, font discuter l'interruption de la grossesse.

Traitement des pseudarthroses du col du fémur par la greffe osseuse. — M. DELBET lit un travail sur ce sujet. Il résume ainsi sa méthode :

1° La greffe est faite sans arthrotomie. C'est là un point capital, car l'arthrotomie dans les fractures par décapitation et transcervicales expose à la nécrose de la tête. La greffe, sans ouverture de l'articulation, peut être réalisée grâce à l'instrumentation spéciale qu'a imaginé M. Delbet.

2° La greffe est tout entière intraosseuse. Le greffon est introduit au-dessous du grand trochanter; il traverse la région intertrochantérienne, le col, et va s'implanter dans la tête.

3° Le greffon est un segment de péroné comprenant toute l'épaisseur de l'os et long de sept à neuf centimètres. Il est destiné à jouer lui-même un rôle mécanique.

4° Le greffon est formé uniquement d'os. On doit le dépériostet avec le plus grand soin.

Comme preuve des bons résultats de cette manière de faire M. Pierre Delbet résume trois observations personnelles.

De ces trois observations, M. Delbet conclut :

1° Que les greffes osseuses intraosseuses sont parfaitement capables de prendre;

2° Que ces greffes, exécutées sans arthrotomie, constituent la meilleure méthode de traitement des pseudarthroses du col du fémur.

Inversion sexuelle et pathologie mentale. — M. LADAME, contrairement à l'opinion de Näcke, pense que les invertis sexuels relèvent pour une part de la psychiatrie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 MAI 1913)

Décalcification et lésions osseuses chez le lapin sous l'influence du lactose en injections intraveineuses. — MM. BONNAMOUR, BADOLLE et ESCALLON (de Lyon). Par des injections intraveineuses répétées de lactose, les auteurs ont obtenu au bout de trois mois des lésions osseuses manifestes : flexibilité marquée du sternum et du thorax, fractures spontanées et boursouflures particulières des côtes, amincissement des omoplates, incurvation des fémurs et, à l'analyse chimique, une décalcification marquée avec augmentation de la quantité de magnésie et de phosphates ; en somme des lésions semblables à celles que l'on a notées dans l'ostéomalacie humaine.

Recherches expérimentales sur la cholestérinémie après ligature du cholédoque. — MM. CHAUFFARD, Guy LAROCHE et A. GRIGAUT apportent le résultat de leurs expériences de ligature du cholédoque chez 6 chiens, ils ont constaté l'augmentation de la cholestérine du sérum, dès l'apparition de l'ictère, le chiffre le plus élevé qu'ils ont observé a été de 5g40. Chez ces animaux, la teneur en cholestérine des surrénales se rapproche beaucoup du chiffre normal (38 à 40 grammes p. 1000). Ces faits confirment les recherches déjà effectuées en clinique, chez les malades ictériques et montrent que l'hypercholestérinémie des ictères par rétention ne relève pas d'une hypergénèse cholestérinique dans le parenchyme surrénal.

L'interprétation de cette hypercholestérinémie par rétention expérimentale est assez complexe. Mais il semble que ce soit à la cellule biliaire et à la cellule hépatique qu'il faille remonter, pour interpréter les variations cholestériniques du sérum, quand les glandes endocrines, et en particulier les surrénales, ne sont pas en jeu.

Innocuité et réveil intraorganique des inoculations de spore de l'anhémobacille du rhumatisme. — M. G. ROSENTHAL établit que la spore rhumatismale inoffensive à faible dose (culot de 2 centimètres cubes de culture) est virulente à forte dose (culot de 6 centimètres cubes). Elle peut être réactivée par le séjour à l'étuve du cobaye, les inoculations de lait stérile au point de l'injection sans que le résultat soit constant.

Eosinophilie locale expérimentale. — MM. WEINBERG et SÉGUIN. La résorption de toxine vermineuse provoque une chimiotaxie intense des leucocytes éosinophiles qui arrivent dans le tissu conjonctif voisin en nombre d'autant plus considérable qu'ils sont plus abondants dans le sang circulant.

Le maximum de l'éosinophilie locale est réalisé en quelques heures. L'éosinophilie locale persiste longtemps après l'instillation.

Au début de la réaction, les éosinophiles viennent en masse dans les capillaires de la région où la toxine est résorbée. Lorsque la lésion locale est très étendue et que les éosinophiles se trouvent en petit nombre dans le sang, la plupart d'entre eux sont attirés vers la région malade ; la formule leucocytaire du sang périphérique, établie à ce moment, peut accuser une éosinophilie très faible ou nulle. On s'explique alors pourquoi certains auteurs ont signalé des cas d'éosinophilie locale sans éosinophilie sanguine et pourquoi certains d'entre eux ont émis l'hypothèse de la formation sur place de cellules éosinophiles qui passeraient ensuite dans le sang circulant.

Il faut aussi retenir que la chimiotaxie positive provoquée par les toxines vermineuses n'est pas l'apanage exclusif des cellules éosinophiles. Ces derniers montrent seulement vis-à-vis de ces produits une sensibilité beaucoup plus considérable que les autres variétés de leucocytes. Lorsque les éosinophiles font défaut dans le sang, ce sont les neutrophiles, puis les mononucléaires qui sont attirés par les produits toxiques.

Autres communications :

Connexions du palatin avec le cornet inférieur et le maxillaire supérieur. — M. ROUVIÈRE.

Contribution à l'étude des propriétés hémolysantes du sérum sanguin. — MM. PATEIN et ROUX.

Concentration des anticorps coagulants. — M. VALLÉE.

Perméabilité des méninges à l'arsenic. — MM. TINEL et LEROIDE.

LIVRES NOUVEAUX

Petite chirurgie et notions de pratique courante (1), par P. ARDIN-DELTEIL, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine d'Alger, et P. SOUBEYRAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Dans la deuxième édition, cet ouvrage a été complètement refondu et mis au point sur toutes les questions.

Conçu sur un plan très pratique, il constitue actuellement

(1) In-8 cartonné, avec 476 figures, 953 pages. — Paris, Masson et Cie; Montpellier, Coulet et fils.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bibliographie méthodique et complète des livres de médecine, chirurgie, pharmacie, sciences, in-8°, 128 pages, avec figures.

Cette nouvelle édition de la « Bibliographie méthodique des livres de médecine » complètement transformée donne, classés par chapitres, la nomenclature avec notices de tous les ouvrages médicaux parus en France de 1900-1913.

Un supplément indique les volumes parus en 1912-1913 et ceux en préparation.

Ce vade-mecum bibliographique est indispensable à tous les médecins, il est envoyé gratuitement et franco, sur simple demande adressée directement à la grande librairie médicale A. Maloine, 25-27, rue de l'École-de-Médecine, Paris,

pour l'étudiant comme le praticien le guide le plus complet sur la matière.

Dans une première partie, on voit passer en revue tout ce qui intéresse les opérations (asepsie, antisepsie, anesthésie générale et locale, hémostase, drainage, sutures, pansement), puis les bandages et appareils (bandages, appareils orthopédiques, plâtres, extension continue), viennent ensuite les opérations de chirurgie journalière (lavages des différentes cavités et organes, cathétérismes, injections, comprenant celle des sérums, des sels de mercure, de l'arsenobenzol, les ponctions, les différentes vaccinations, les méthodes de révulsion, de dérivation, saignée, respiration artificielle, enfin le massage et la mobilisation).

Après cette partie analytique, dans une partie synthétique les auteurs nous montrent par régions les petites opérations courantes, puis la conduite à tenir dans les cas d'urgence.

Enfin deux chapitres complètent très heureusement l'ouvrage, l'un sur l'observation et assistance du malade (examen, pouls, pression sanguine, thermométrie, soins aux malades, hydrothérapie, balnéothérapie, préparatifs d'une opération et soins anté et post-opératoires, désinfection), l'autre sur l'autopsie et l'examen des viscères, le prélèvement médicolégal et la conservation des viscères.

Edité avec grand soin, très clairement écrit, cet ouvrage constitue un modèle dans le genre. M. LANCE.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVIII, n° 12, 20 mars 1913.) Henry F. WALCOTT, Paul THORNDIKE, John B. HAWES : A la mémoire de Arthur Tracy Cabot. — Edmond F. CODY : La nécessité de la registration des sages-femmes. — James LINCOLN HUNTINGTON : Les sages-femmes au Massachusetts; leur situation anormale. — N. B. BURNS : Variations saisonnières de la symptomatologie de la tuberculose pulmonaire (4 tabl.). — H. W. MARSHALL : Une collection de faits, idées et théories se rapportant aux divers éléments qui contribuent au succès dans le traitement des articulations. Sur les relations entre la ptose viscérale et les arthrites. Comparaisons entre les légères toxémies d'origine intestinale et la goutte (*suite de la page* 392). — (N° 13, 27 mars 1913.) Franklin W. WHITE : De quelques points importants dans l'examen du tube digestif aux rayons X. — Herman M. ADLER : Production expérimentale de lésions ressemblant à la pellagre. — John T. WILLIAMS : Etat actuel de la question de l'opération césarienne dans l'éclampsie (1 tabl.). — J. B. HUBBARD : Un cas obstétrical très rare.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 11, 13 mars 1913.) B. DUJARDIN : Le traitement de la syphilis. — (N° 12, 20 mars.) B. DUJARDIN : Le traitement de la syphilis (*fin*). — Pol GÉRARD : A propos d'une épidémie de coccidiose aviaire. — (N° 13, 27 mars.) QUERTON et J. LEJEUNE : La question de l'air pur pour les écoliers des villes.

Journal médical français. — (N° 3, 15 mars 1913.) Jacques PARISOT : Les conceptions nouvelles sur la pathogénie du goitre exophtalmique. — P. SANITON : Les formes cliniques du syndrome de Basedow. — J. MAINGOT : Radiothérapie et électrothérapie dans les affections du corps thyroïde. — Ch. DUJARIER : Traitement chirurgical du goitre exophtalmique. — CASTAIGNE, F. X. GOURAUD et H. PAILLARD : La thérapeutique du goitre exophtalmique par les médications cliniques.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (N° 3, mars 1913.) H. DELAUNAY : Un essai d'explication du bâillement survenant à la période prémonitoire du sommeil. — SAVIN : Corps étranger de la bronche gauche. Extraction par voie bronchoscopique. Œdème de la glotte consécutif ayant nécessité la trachéotomie. — FAIVRE : Du pronostic en médecine.

Montpellier médical. — (N° 11, 16 mars et n° 12, 23 mars 1913.) GRASSET : La thérapeutique physiopathologique; réponse à quelques critiques; première leçon du cours de pathologie et thérapeutique générales. — (N° 13, 30 mars.) GRASSET : La réforme du concours d'agrégation dans les Facultés de médecine. — (N° 14, 6 avril.) G. RAUZIER : Hémiatrophie de la langue.

Paris médical. — (N° 16, 22 mars 1913.) Numéro consacré au Congrès de l'éducation physique. — (N° 17, 29 mars.) JEANSELME et A. VERNES : Traitement par le salvarsan de la syphilis jeune. — G. THIRY : Maladies professionnelles des photographes. Lésions du sang, cancer? — F. M. GRANGÉE : Sérothérapie intensive.

Pédiatrie pratique. — (N° 8, 15 mars 1913.) KIRMISSON : De la nécessité de créer au bord de la mer des sanatoriums pour les jeunes gens tuberculeux de quinze à vingt ans. — Georges SCHREIBER : Les réflexes dans la poliomyélite. — Mme NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH : Un cas de luxation récidivante de la rotule. — AVIRAGNET et HALLÉ : Le phénomène d'Arthus gangréneux dans la diphtérie. — Ch. GARIN et A. CHALIER : Un cas d'appendicite à oxyures. — Ch. GARIN : Biologie et rôle pathogène de l'oxyure. — N° 9, 25 mars.) HUTINEL : Hémorragies méningées. — RIBADEAU-DUMAS, DEBRÉ et Mme WOLFRAMM : Sur un cas de méningite foudroyante du nourrisson. — CAUSSADE et JOLTRAIN : Trois cas de contagion de la diphtérie par des porteurs de bacilles à foyer méconnu. — E. WEILL et G. MOURIQUAND : Recherches de radiologie clinique sur la pneumonie du nourrisson.

Presse médicale. — (N° 24, 22 mars 1913.) V. PACHON : Une orientation nouvelle de la sphygmomanométrie. La pression minima. Etalon sphygmomanométrique. — Léon KARWACKI : Les agglutinines locales dans le diagnostic de la tuberculose. — Donatien LABBÉ et P. PÉROCHON : Quelques états glycosuriques traités par l'ozone. — (N° 25, 26 mars.) Henri HARTMANN : Adénomes végétants de la partie supérieure de l'intestin grêle simulant la sténose pylorique. — Alfred MARTINET et Francis HECKEL : Les injections sous-cutanées d'oxygène dans les syndromes hyposphyxiques. — Antonin PONCET : Arthrites chroniques et rhumatisme tuberculeux. — (N° 26, 29 mars.) E. BARDIER : Leçon inaugurale du cours de pathologie expérimentale à la Faculté de Toulouse. — TROISFONTAINES : La strychnine. Doses. Mode d'emploi. — P. BALARD : L'oscillomètre de Pachon. Critère de la persistance de la circulation dans la mort apparente du nouveau-né.

Progrès médical. — (N° 12, 22 mars 1913.) A. AIMES : Etiologie et pathogénie des fibro-myomes utérins. — LEGUEU : De la valeur clinique et de l'interprétation de la constante dans la chirurgie des reins. — (N° 13, 29 mars.) Ch. ESMEIN : Deux cas de maladie osseuse de Paget avec considérations étiologiques.

Province médicale. — (N° 12, 22 mars 1913.) RISPAL, LAVAL et TIMBAL (de Toulouse) : Forme dysphagique de l'anévrisme de l'aorte. — E. DUROUX (de Lyon) : Des compressions nerveuses. — (N° 13, 29 mars.) M. PERRIN et G. THIRY : Expertise des viandes : maniements et exploration des ganglions. — Jean REBATTU : De l'émanation du radium en inhalation en médecine interne.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 29 mai. — Question : « Manifestations oculaires du tabes. » — MM. Louste, 19; Trémolières, 20; Laederich, 18; Gougerot, 19 1/2; Courcoux, 20.

Séance du 30 mai. — MM. Milhit, 19; Foix, 19 1/2; Rivet, 19; Sézary, 20; Harvier, 20.

Sont admissibles à l'épreuve de consultation écrite : MM. Harvier, 68; Trémolières, 65 1/2; Courcoux, 64 1/2; Abrami, 64; Vincent, 64; Rivet, 63; Faure-Beaulieu, 63; Gougerot, 61 1/2; Boidin, 60; Laederich, 59 1/2; Sézary, 59; Armand-Delille, 58; Louste, 58; Ameuille, 58; Milhit, 57 1/2; Paisseau, 57; Ramond, 57; Israëls de Jong, 57; Paillard, 57; Fiessinger, 56 1/2; Foix, 56 1/2; Monier Vinard, 56; Weil, 56; Esmein, 55 1/2.

— Concours de dentiste adjoint des hôpitaux. — *Consultation.* — Séance du 29 mai. — MM. Vaysse, 27; Izard, 29; Coustaing, 20.

Le concours se termine par la nomination de MM. Izard et Vaysse.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 30 mai. — M. Lian : « Vomiques. » — Note : 18.

M. Margarot : « Formes cliniques de l'urémie. » — Note : 16 1/2.

Deuxième séance du 30 mai. — M. Moutier : « Rein goutteux. » — Note : 17.

M. Flandin : « Complications abdominales de la fièvre typhoïde. » — Note : 16 1/2.

M. Rebattu : « Paralysies radiculaires du plexus brachial. » — Note : 15 1/2.

— Section de chirurgie générale. — *Epreuve de titres.* — Séance du 30 mai. — MM. Parcelier 11 × 2 = 22; Mathieu, 14 × 2 = 28; Ducuing, 13,5 × 2 = 27; Lardennais, 15 × 2 = 30.

Sont déclarés admissibles : MM. Alglave, Bonnet, Chalier, Cotte, Desmarets, Ducuing, Duroux, Duverger, Etienne, Gorse, Küss, Mathieu, Mocquot, Piquand, Rabère, Rives.

— Section de chimie biologique et médicale. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Première séance du 30 mai. — M. Chelle : « Origine des graisses de l'organisme (non compris la digestion) et leur dégradation. » — Note : 17.

Deuxième séance du 30 mai. — M. H. Labbé : « Les matières colorantes du sang et les pigments qui en dérivent. » — Note : 19,

Epreuve pratique. — MM. Chelle, 19,3; Mestrezat, 17,8; H. Labbé, 16,8.

Sont proposés comme agrégés des Facultés de médecine : MM. Chelle et H. Labbé.

— Section d'histologie. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séance du 30 mai. — — M. Champy : « Le mésenchyme. Origine et évolution générale. » — Note : 15.

M. Faure : « La mort cellulaire et ses signes histologiques. » — Note : 13 1/2.

Séance du 31 mai. — M. Debeyre : « Modifications fonctionnelles des cellules nerveuses. » — Note : 18.

M. Guieysse : « Les capillaires lymphatiques et leurs origines. » — Note : 14,5.

— Section d'obstétrique. — *Exposé des titres.* — Séance du 30 mai. — MM. Le Lorier, 33; Chirié, 28; Lemeland, 24; Sauvage, 34.

Séance du 31 mai. — MM. Paucot, 27; Faugère, 25; Metzger, 20; Willette, 26.

— Section de parasitologie. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Deuxième séance du 29 mai. — M. Bruyant : « Infections à parasite invisible. » — Note : 18 1/2.

Première séance du 30 mai. — M. Thiry : « Les saccharomycoses humaines. » — Note : 14.

Deuxième séance du 30 mai. — M. Viguier (d'Alger) : « Evolution des trypanosomes chez les invertébrés. » — Note : 12.

M. Jannin : « Evolution des cestodes. » — Note : 9.

Epreuve de titres. — Première séance du 31 mai. — MM. Gautié, 22; Jannin, 28; Viguier, 26.

Deuxième séance du 31 mai. — MM. Bruyant, 36; Garin, 36; Thiry, 38.

Sont déclarés admissibles : MM. Bruyant, Garin, Gautié, Jannin, Thiry, Viguier.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture des copies.* — Séance du 29 mai. — MM. Doucet, 10 + 13 = 23 ; Duclaud, 10 + 11 = 21 ; Finot, 11 + 14 = 25.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Viennent d'être nommés, aux fonctions de médecin spécialiste consultant : pour la neurologie et la psychiatrie, M. Paul-Boncourt ; pour la pédiatrie, M. Lévi ; pour la stomatologie, M. Robin.

Aux fonctions de médecin titulaire : de la neuvième circonscription, M. d'Aurelle de Paladines ; de la deuxième circonscription, M. Fiquet, médecin adjoint.

Aux fonctions de médecin adjoint : de la neuvième circonscription, M. Lepel-Cointet ; de la deuxième circonscription, M. Giacometti.

Dans le personnel de l'asile municipal Ledru-Rollin, aux fonctions de médecin en chef, M. Rudaux.

MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS. — M. de Pradel est nommé médecin inspecteur honoraire des écoles de la Ville de Paris.

Viennent d'être nommés médecins inspecteurs : MM. Jacques Dupuy (3e circonscription du 15e arrondissement) ; Houzel (12e circonscription du 14e arrondissement) ; Arnal (2e circonscription du canton de Courbevoie).

GUERRE. — A la date du 23 mai 1913, le ministre de la Guerre a décidé que les pharmaciens-majors de deuxième classe, aides-majors de première et de deuxième classe de réserve, seront admis à formuler des demandes en vue de servir au Maroc dans les conditions définies par les circulaires des 5 juin et 8 juillet 1912 (parues au *Journal officiel* des 7 juin et 11 juillet 1912).

L'INTERNAT DES HOPITAUX ET LA LOI DE TROIS ANS. — Le conseil de surveillance de l'Assistance publique, sur le rapport de M. Bonnaire, vient d'adresser le vœu suivant aux Commissions de la loi militaire du Sénat et de la Chambre :

« Dans le but de prévenir un vice de fonctionnement dans les services hospitaliers de l'Assistance publique de Paris, résultant d'entraves que pourrait apporter la loi nouvelle au recrutement des internes en médecine, le conseil de surveillance de l'Assistance publique émet le vœu : que les prescriptions générales concernant le service militaire des étudiants en médecine comportent, pour ceux d'entre eux qui se préparent à l'internat des hôpitaux de Paris, les facilités aussi larges que possible pour accéder à ce concours.

A cet effet, il souhaite que les dispositions de la loi nouvelle laissent aux candidats à l'internat latitude de satisfaire au service militaire selon un des modes suivants :

a. Service à effectuer en une seule période soit à l'appel de la classe, soit par devancement d'appel ;

b. Service à effectuer en deux périodes, la première, de deux années, avec ou sans devancement d'appel, sans sursis, la seconde, après obtention du titre d'interne ;

c. Service à effectuer, après sursis jusqu'à l'âge limite de vingt-six ans, soit en une période unique, soit en deux périodes, dont la première de deux années. »

Il a pris, en outre, les décisions suivantes, concernant les conditions d'accès au concours de l'internat en cas d'application de la loi nouvelle :

« Le conseil de surveillance, soucieux d'assurer l'égalité entre tous les candidats au point de vue de la préparation et à l'accès au concours de l'internat, émet l'avis qu'il y a lieu :

1° De fixer à vingt-cinq ans la limite d'âge pour se présenter à ce concours.

2° D'attribuer aux candidats ayant satisfait au service militaire, le droit de se présenter au concours, au-delà de la limite d'âge, pendant un nombre d'années égal au nombre des années passées sous les drapeaux. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du médecin inspecteur Gaujot, ancien directeur de l'École d'application du service de santé militaire, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris dans sa quatre-vingt-cinquième année.

Nous adressons à son gendre, le docteur Paul Claisse, médecin de la Pitié, l'expression de nos très vives condoléances.

FORMULAIRE

ENTÉRITE CATARRHALE AIGUE TOXIQUE (CHOLÉRA INFANTILE)

Diète hydrique deux à trois jours. Contre la fièvre, bains frais. A moins de crainte de méningite tuberculeuse on pourra faire des injections de sérum artificiel (20-25 centimètres cubes additionnés de 2 centigrammes de citrate de caféine).

Dès qu'on revient au lait, le donner très prudemment, coupé au 1/5, par petites doses qu'on n'augmentera que si elles sont bien tolérées. A chaque repas une cuillerée à café de :

Sous-nitrate de bismuth lavé...	2 grammes.
Bétol..........................	1 —
Julep gommeux................	90 —

Agiter avant usage.

On facilitera beaucoup la digestion du lait et le retour rapide à la santé par l'administration de sirop à la papaïne de Trouette-Perret.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale. — (N° 3, mars 1913.) Paul STRAUSS : La nouvelle loi sur le régime des aliénés.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 12, 22 mars 1913.) P. JACQUES : Hyprostose massive diffuse du squelette nasal. — Pierre NADAL : Lésions papillomateuses intracryptiques de l'amygdale. — (N° 13, 29 mars.) J. LABOURÉ : Otorrhée datant de vingt ans guérie par la chirurgie associée au vaccin de Wright.

Revue médicale de l'Est. — (N° 5, 1er mars 1913.) POTRON et G. THIRY : Pyodermatomycose provoquée par un nocardia. — Louis JANNIN : Données nouvelles sur la localisation du mycodermia pulmoneum. — (N° 6, 15 mars.) A. HERGOTT : Vomissements incoercibles et rétroversion de l'utérus gravide. — POTRON et G. THIRY : Pyodermatomycose provoquée par un « nocardia ». — G. THIRY : A propos de l'ankylostomose au Brésil.

Revue neurologique. — (N° 5, 15 mars 1913.) A. LÉRI : Un phénomène réflexe du membre supérieur : le signe de l'avant-bras (2 fig.). — NOICA et PAULIAN : Un signe organique : la flexion du genou (1 fig.). — C. PASTINE : Le phénomène de l'extension des doigts normal et pathologique (3 fig.). — (N° 6, 30 mars.) André THOMAS et H. LEBON : Troubles trophiques d'origine traumatique ; atrophie de la main avec décalcification des os, consécutive à une fracture de la première phalange du petit doigt. — R. DUCASTAING : Sur un cas bénin de méningite à pneumocoques cliniquement primitive.

Semaine gynécologique. — (N° 11, 18 mars 1913.) A DELASSUS : Les suites des opérations abdominales. — (N° 12, 25 mars.) J. GALUP : Le facteur génital chez la femme dans les affections des voies respiratoires inférieures.

Semaine médicale. — (N° 13, 26 mars 1913.) Pierre MARIE et Ch. FOIX : Formes cliniques et diagnostic de l'hémiplégie cérébelleuse syphilitique.

Tours médical. — (N° 3, mars 1913.) H. BARNSBY : L'hystérectomie abdominale par décollation antérieure dans les pyosalpinx bilatéraux.

RHUMATISME ANKYLOSANT GÉNÉRALISÉ [1]

D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Par M. Pierre-Jean MÉNARD,
Ancien interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

Le rhumatisme ankylosant est cliniquement bien connu et depuis longtemps. Sa nature tuberculeuse possible est également admise.

L'observation suivante nous a cependant paru mériter d'être rapportée tant elle est complète aux points de vue clinique et étiologique.

Nous la relaterons donc, avant d'aborder toute considération générale, puisque aussi bien elle vaut surtout en tant qu'observation clinique.

Observation. — X..., laboureur, trente-huit ans.

Antécédents héréditaires. — *Père* éthylique, mort à soixante ans d' « usure », après quatre mois de maladie. Il toussait un peu, était « faible dans les jambes » et marchait avec un bâton.

Mère vivante, bien portante.

Un *Frère*, son aîné, vivant, éthylique, « faible de la poitrine ».

Antécédents personnels. — Etant enfant, il n'a jamais eu de maladies, sauf une rougeole; mais il était « délicat », et le resta jusqu'à vingt ans.

En 1891. (A vingt ans.)

Novembre. — Apparition de douleurs pluri-articulaires, mais beaucoup plus marquées et plus fixes dans l'articulation tibio-tarsienne gauche qui se tuméfie.

Février. — Persistance de la tuméfaction du cou-de-pied gauche avec douleurs, surtout marquées lors de fatigue. Il s'y joint bientôt des douleurs vertébrales à prédominance cervicale.

Un médecin qui l'examinait à cette époque lui déclara qu'il avait « des rhumatismes », mais comme il toussait un peu, il l'ausculta, lui trouva la « poitrine malade » et le mit à l'huile de foie de morue et au traitement recalcifiant.

En juin il passe la revision et il est pris pour le service militaire, bien que les douleurs persistassent, gênant son travail, et que son cou-de-pied fût tuméfié.

10 novembre 1892. — Arrivée à la caserne. Il y subit le lendemain la visite d'incorporation, Il avait alors le cou-de-pied gauche douloureux et très tuméfié, et toussait un peu. Après examen on l'envoya dans sa famille avec un congé de convalescence de *deux mois*. Chez lui, il se mit au repos complet, prit de l'huile de foie de morue, se suralimenta tant et si bien qu'il engraissa rapidement.

Au bout de deux mois de convalescence, il revint à la caserne, et fut aussitôt réformé. Le repos ne l'avait nullement amélioré. Bien au contraire, ses douleurs étaient plus vives, son cou-de-pied gauche volumineux et ses genoux de temps à autre se tuméfiaient.

Dès cette époque, l'affection manifesta sa tendance ankylosante. En même temps, en effet, que les articulations et la colonne vertébrale étaient douloureuses, les mouvements articulaires devenaient moins aisés, plus « gourds », la colonne vertébrale, la colonne cervicale surtout plus raide.

Le tout procédait par poussées. De temps à autre, à la suite de la fatigue, du froid, de l'humidité, ou sans cause apparente douleur et raideur s'exagéraient, les articulations se tuméfiaient, devenaient « énormes ». Sous l'influence du repos étendu, au lit, tout s'atténuait ; les tuméfactions articulaires régressaient. Seule l'articulation tibio-tarsienne restait déformée, « énorme ».

Les poussées étaient fréquentes et plus ou moins aiguës. Dans leur intervalle, ces symptômes s'atténuaient, les douleurs devenaient supportables; la raideur, la gêne moins marquée étaient compatibles avec un travail modéré bien que tout effort fût pénible.

Cependant la raideur peu à peu croissait. L'articulation tibio-tarsienne gauche s'ankylosa complètement et les articulations du genou et de la jambe gauches se fixèrent en une ankylose incomplète. Pour se pencher en avant, le malade s'appuyait de la main gauche sur un bâton, glissait sa jambe gauche en arrière et fléchissait la droite. En même temps, la colonne vertébrale devint plus raide : déjà le malade se mobilisait d'un bloc, bien que la rigidité ne fût pas absolue, des mouvements très limités étant encore possibles.

Ces troubles ostéo-articulaires n'avaient aucun retentissement sur l'état général, relativement bon, en apparence du moins.

Pendant douze ans, le malade resta dans le même état, marqué par des poussées aiguës très douloureuses, avec tuméfactions articulaires. Il marchait, mais difficilement, avec des bâtons et travaillait assis.

En 1905-1906, aggravation notable des troubles. L'ankylose des articulations tibio-tarsienne, fémoro-tibiale et coxo-fémorale du membre inférieur gauche devient *absolue*, les orteils commencent à se recroqueviller.

Vers cette époque, dans l'articulation tibio-tarsienne gauche se produit une collection purulente qui s'ouvre et se fistulise.

Les articulations du membre inférieur droit qui jusque-là quoique raidies pouvaient se mouvoir deviennent le siège de douleurs plus vives, puis, peu à peu s'ankylosent à leur tour. Une collection purulente froide se forme au-devant de la crête tibiale, à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'articulation : dans la suite, cette collection s'ouvre et se fistulise. Le médecin déclare que c'est un abcès d'origine osseuse (attaché à l'os).

Dès lors, le malade ne se traîne plus qu'avec des bâtons.

Bientôt, et progressivement, les mouvements articulaires des membres inférieurs et de la mâchoire se limitent, et la colonne vertébrale se soude peu à peu.

Les fistules deviennent le point de départ de formation de croûtes épaisses qui les recouvrent, et débordent alentour déterminant et entretenant au-dessous d'elles des suppurations chroniques.

1911. Janvier. — Le malade ne se traîne plus qu'au prix des plus grandes difficultés.

En mars. — Il s'arrête tout à fait, véritablement soudé : ses articulations étaient tuméfiées, énormes, très douloureuses. Sous l'influence du repos étendu, les tuméfactions articulaires diminuent, mais rapidemeut apparaissent des escarres aux points de pression. Les orteils se recroquevillent davantage, les ongles s'épaississent, s'hypertrophient, la peau se coiffe de carapaces épaisses, crevassées.

1912. Janvier. — Même état.

Le coude gauche devient le siège d'une tuméfaction froide, volumineuse et se fistulise.

État actuel. — Malade constamment couché, toute mobilisation étant absolument impossible. Aspect rigide. Les seuls mouvements encore possibles sont : une faible ouverture de la bouche, permettant de manger et de parler, un très court mouvement scapulo-huméral, des mouvements menus des mains et des doigts, limités par l'ankylose en demi-pronation des deux os de l'avant-bras. Le malade parle volontiers, s'exprime clairement sans aucun trouble de la parole. Son intelligence est intacte et particulièrement lucide, mais il

(1) Je remercie MM. les docteurs Dévot et Lemoussu (d'Avranches), grâce auxquels j'ai pu recueillir cette observation et à qui je dois les photographies qui l'accompagnent.

parle sans mouvements ; seuls ses yeux se tournent vers qui l'interroge.

De taille moyenne, très amaigri, les lèvres pâlies, les pommettes empourprées et saillantes, l'œil brillant, la moustache « vénitienne », les cheveux bruns et rares, il porte jeune, mais présente vraiment le « facies » tuberculeux.



FIG. 1.

Son état général est assez bon, il mange bien et ne se plaint guère que de douleurs articulaires intermittentes, surtout marquées aux articulations des poignets, des mains et des doigts. Mais le moindre attouchement des articulations lui est douloureux, et ce lui est un supplice d'être mobilisé ! Le poids des draps même lui est pénible, aussi a-t-il constamment entre les jambes un manche à balai dont il les soulève.

Il est tout entier figé dans une rigidité cadavérique telle qu'on peut le soulever d'un bloc par la tête, et que, pour le changer, l'infirmier le prend dans ses bras et le met sur une table, comme on ferait d'un morceau de bois.

MEMBRES INFÉRIEURS. — Muscles très atrophiés.

Hanches. — Ankylose complète des deux articulations coxofémorales.

Genoux. — Ankylose complète en demi-flexion. Epiphyses tuméfiées, globuleuses, l'épiphyse tibiale surtout, très saillante en dedans. La rotule très élargie et épaissie est immobile, soudée. Peau normale.

Jambes. — De chaque côté, en avant de la crête tibiale, à droite, à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'articulation, à gauche à la partie moyenne de la jambe se trouve une fistule adhérente d'où sourd un pus grummeleux pâle, recouverte de croûtes épaisses, dures, brunes, formant carapace sur la partie moyenne de la face interne de la jambe à gauche. Ces croûtes soulevées laissent voir une peau fine, violacée, suintante.

Cou-de-pied. — Ankylose de l'articulation tibio-tarsienne, complète à gauche, incomplète à droite. Epaississement énorme des épiphyses tibiale et péronière, surtout à gauche. Ces deux épiphyses d'ailleurs sont soudées de manière à ne plus constituer qu'un bloc informe. Les deux voûtes plantaires sont affaissées, constituant un pied plat valgus bilatéral.

A gauche, au niveau de l'interligne articulaire (autant que permet d'en juger l'ankylose) on voit l'ouverture atone d'un trajet fistulaire adhérent, à demi occlue par une croûtelle ambrée et laissant sourdre un pus grummeleux, grisâtre, « tuberculeux » ; la peau, alentour, est mince, violacée, atone.

Pieds. — Les articulations tarsiennes, métatarso-phalangiennes et phalangiennes sont relativement libres.

Mais il y a des déformations énormes des orteils, les gros orteils sont en hallux valgus, les autres en hyperextension se chevauchent. Tous les orteils sont recouverts de carapaces de peau cornée, brune, comme iodée, coupée de fissures profondes où végètent des moisissures et au fond desquelles apparaît une peau rosée, fine.

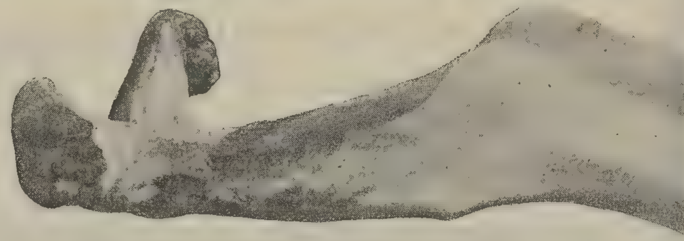


FIG. 2.

Les ongles sont épaissis, hypertrophiés, certains même transformés en véritables cornes d'aspect brûlé, enroulés en longues volutes. Le tout est douloureux au moindre attouchement.

Escarres talonnières bilatérales.

MEMBRES SUPÉRIEURS. — Dans l'ensemble ils sont moins atteints que les membres inférieurs.

Epaules. — Mouvements très limités, douloureux.

Tête humérale, volumineuse.

Articulations claviculaires, sterno-claviculaires et acromio-claviculaires complètement ankylosées.

COUDES. — *Droit.* — *Ankylose incomplète* mais déjà très serrée.

Extrémités osseuses très hyperostosées. — La cavité articulaire et les bourses séreuses péri-articulaires sont remplies de fongosités finement crépitantes, neigeuses.

Gauche. — *Ankylose incomplète.* — Articulation globuleuse, massive, distendue par des fongosités. Extrémités osseuses, très épaisses, olécrane volumineux.

Sur la face postéro-interne, la peau est violacée, atone et contre la saillie de l'épitrochlée on voit une petite dépression profondément adhérente à l'os recouverte d'une croûtelle sèche sous laquelle apparaît l'ouverture à peine fermée d'une fistule récente.

Radius et cubitus sont soudés l'un avec l'autre et avec l'humérus en demi-pronation.

POIGNETS. — Pas d'ankylose, mais saillie anormale de l'apophyse styloïde du cubitus droit.

MAINS. — Pas d'ankylose.

Atrophies musculaires très marquées, aspect décharné.

Les ongles des quatrième et cinquième doigts gauches sont striés, très épaissis aux dépens de la face inférieure, mous, en jonc, brunâtres.

Ces articulations non encore soudées sont particulièrement douloureuses.

De ces ankyloses multiples résulte une extrême limitation du mouvement ; aussi pour manger, le malade se sert-il d'une fine branche à extrémité effilée sur laquelle il pique ses aliments et qu'il fait glisser entre ses doigts jusqu'à sa bouche.

THORAX. — Ankylose claviculaire, ankylose sterno-costale et ankylose presque complète costo-vertébrale. Il en résulte que les mouvements respiratoires sont très limités et que le malade présente un type très accentué de respiration abdominale.

Articulations temporo-maxillaires à demi ankylosées. Mouvements de la latéralité impossibles, mouvements verticaux très limités, le malade peut seulement entr'ouvrir la bouche et doit sélectionner ses aliments.

COLONNE VERTÉBRALE. — Ankylose complète. Immobilisation absolue. Apophyses épineuses saillantes, segments cervical inférieur et dorsal supérieur très saillants, véritable cyphose mais allongée à grand rayon.

Aux points de pression, proéminente, sacrum, ischions, talons, escarres larges, saignant et suppurant,

Autres symptômes. — SYSTÈME NERVEUX. — Normal.

Réflexes. — Tendineux, apparemment normaux; cutanés, normaux.

Troubles moteurs. — Relèvent des ankyloses non de paralysies.

Troubles sensitifs. — OBJECTIFS. — Nuls : sensibilité au tact, à la piqûre, au chaud, au froid, absolument normale, même aux orteils. Pas de dysesthésies ni de paresthésies. Pas de retard de la sensibilité : localisation sensitive parfaite.

Subjectifs. — Douleurs articulaires déjà signalées surtout marquées aux articulations les moins et les plus récemment prises et où l'ankylose semble en évolution.

SENS. — Normaux ; pupilles régulières, égales, réflexes normaux.

Sphincters. — Aucun trouble sphinctérien, le malade urine spontanément : il sent les besoins de défécation et appelle, mais très souvent il fait dans son lit, soit parce qu'on le fait attendre, soit parce qu'il redoute de se mettre sur le bassin à cause de ses escarres.

ETAT ÉLECTRIQUE. — Non recherché, faute d'appareils.

APPAREIL RESPIRATOIRE. — Le malade ne se plaint d'aucune gêne ni douleur. L'exploration physique des poumons décèle au sommet droit une respiration soufflante, rude, saccadée, avec tympanisme; au sommet gauche, de la submatité, avec exagération des vibrations et diminution notable du murmure vésiculaire.

Cœur. — Bruits sourds, mais pas de souffles ni de bruits anormaux : ondulation précordiale pluricostale.

Pouls, foie, urines et *appareil digestif.* — Normaux.

Appareil génital. — Normal. Aucun antécédent vénérien au moins connu.

Température. — Normale.

Voici donc un homme, jeune encore, puisqu'il n'a que quarante et un ans, qui, sans avoir jamais eu de grandes infections dans son enfance ni son adolescence et bien portant jusqu'à vingt ans, est pris alors de douleurs articulaires, qualifiées de rhumatismales. D'emblée, ce rhumatisme manifeste une tendance à la fixité et à la persistance. Il procède par poussées, de plus ou moins longue durée, mais chaque poussée, en rétrocédant, découvre une ankylose nouvelle, cependant que, dans leur intervalle, l'ankylose totale s'organise et progresse. Elle va lentement, mais combien sûrement : elle a mis vingt-deux ans; mais elle est maintenant presque complète.

Quelle est la cause de ce rhumatisme ?

En regard de cet effrayant stigmate morbide, le passé pathologique du malade paraît de prime abord bien fruste. Il n'y a là incrimination possible, ni pour une infection aiguë déterminée, ni pour la gonococcie, ni pour la syphilis. Seule une rougeole dans la première enfance.

Mais si l'on regarde de plus près, on voit qu'il y a eu de la tuberculose dans la famille, que lui-même, à ce juste moment, où il ressentait ses premières douleurs rhumatismales, toussait et fut considéré et traité comme tuberculeux par son médecin. Au régiment, il semble bien aussi avoir été considéré comme tuberculeux, puisqu'on lui donne un congé d'abord et qu'on le réforme ensuite. N'a-t-il pas présenté jusqu'à ce rapide embonpoint des tuberculeux au repos et suralimentés.

Ce sont donc là déjà, fortes présomptions, en faveur de la tuberculose.

Mais voici plus : en 1906, quinze ans après le début de l'affection, cette même articulation tibio-tarsienne gauche, première localisation et dès lors la plus grave, devient le siège d'une suppuration froide qui s'ouvre et se fistulise. Puis, c'est une ostéomyélite froide, du tibia gauche, qui s'ouvre et se fistulise à son tour. Ces fistules suintent ou suppurent sans fin. En janvier 1912, mêmes accidents au coude gauche.

A l'heure actuelle, toutes ces fistules persistent encore et ont bien l'aspect des fistules tuberculeuses. Trois articulations sont remplies de fongosités, deux d'entre elles présentent des fistules suintant un pus séreux « tuberculeux » ce sont à proprement parler des tumeurs blanches. Enfin l'examen du poumon décèle de petits signes d'induration du sommet gauche.

Tous ces faits militent en faveur de l'origine tuberculeuse de tout ce syndrome ostéo-articulaire. Sans doute, il nous manque la preuve bactériologique. Nous n'avons pu à la campagne faire d'inoculation au cobaye. Mais vraiment le diagnostic clinique de la nature tuberculeuse certaine de trois arthropathies et d'une ostéite, incite à conclure également à la nature tuberculeuse des autres lésions. On le fait d'autant mieux, que celles-ci, moins anciennes, ont présenté même début et même évolution que les premières, et il y a tout lieu de penser que les arthropathies les plus récentes affirmeront elles aussi dans la suite leur nature tuberculeuse.

Nous croyons donc pouvoir considérer qu'il s'agit ici d'une forme très particulière de tuberculose sclérogène et il eût été intéressant d'isoler le bacille causal pour voir si le processus fibrosant relève de la constitution propre du malade ou d'une propriété particulière du microbe.

Au point de vue purement clinique, l'observation montre un remarquable polymorphisme des accidents; nous avons vu en effet que toute la gamme des lésions ostéo-articulaires s'y trouve : tumeurs blanches simples, ou fistulisées, arthropathies simples, ankyloses pures, spondylose, pied plat, et il est de ces lésions comme la spondylose qu'on aurait difficulté à considérer comme tuberculeuses si on les voyait isolément évoluer. L'évolution par poussées aiguës n'est pas de moindre intérêt, car elle montre que vraiment la tuberculose peut déterminer un pseudo-rhumatisme infectieux, tout comme une autre infection, l'infection gonococcique par exemple.

Mais, contrairement au rhumatisme chronique banal qui frappe d'abord, et souvent uniquement, les doigts, les mains et les pieds, avant d'attteindre les grosses articulations, ce sont ici les grosses articulations qui sont surtout atteintes, et les petites articulations des mains et des pieds sont à peu près indemnes et non déformées.

Les troubles trophiques très marqués (escarres, onychogryphose) relèvent sans aucun doute du confinement au lit et pour une part de la malpropreté dans laquelle s'est tenu le malade pendant longtemps.

Ainsi que nous le disions au début de cet article, ces faits ne sont pas nouveaux, et ce rhumatisme

tuberculeux a déjà une riche littérature que l'on trouvera longuement exposée dans le récent ouvrage de MM. Poncet et Leriche. Mais les observations aussi terriblement complètes sont cependant rares, et c'est ce qui nous a poussé à rapporter celle-ci.

BIBLIOGRAPHIE

Poncet et Leriche. *Le Rhumatisme tuberculeux.*

Voir encore, entre autres :

Béraud et Destot. Polyarthrite tuberculeuse déformante, *Cong. de chir.*, 1897.

Béraud. Rhumatisme tuberculeux ankylosant, *Soc. méd. de Lyon*, 1900.

Béraud et Maillard. Rhumatisme tuberculeux ankylosant, *Gaz. hebd.*, 1900.

Levet. Th. de Lyon, 1902-1903.

Montet. Th. de Lyon. 1903-1904.

Guerspacher. *Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélique d'origine tuberculeuse*, Th. de Lyon, 1903.

P. Martin. *Transformations d'arthrites rhumatismales en tumeurs blanches*, Th. de Lyon, 1906.

GYMNASTIQUE : ÉTIQUETTES ET MÉTHODES (1)

NATURE ET SCIENCE

Par MM. P. DE CHAMPTASSIN,
Chargé du service de mécanothérapie de l'hôpital Saint-Louis,
Lauréat de l'Académie de médecine et de l'Académie des sports,

et H. CASTAING,
Médecin-major de 1re classe de l'armée.

La gymnastique doit-elle invoquer la *nature* ou la *science ?* Nous n'envisagerions pas cette alternative si certaines théories gymnastiques n'opposaient ces deux termes par le choix d'une étiquette, car, poser la question, c'est exprimer un *sophisme d'interrogation.* En effet, l'ensemble des phénomènes appelés *nature* ne peut être étudié autrement que par un ensemble de connaissances organisées dénommées *science*, et qui diffèrent de la connaissance vulgaire seulement par leur degré d'organisation. Le terme de *nature* désigne tous les phénomènes non modifiés par l'homme ; le terme de *science* se rapporte à toute connaissance systématisée relativement à certaines notions. La variété des notions, leurs relations réciproques et leur objet sont d'une diversité infinie susceptible d'être étudiée par un nombre infini de sciences distinctes.

L'activité somatique dans son fonctionnement spontané et inconscient, aussi bien que dans son fonctionnement volontaire et conscient, représente un ensemble de phénomènes *naturels*, qui ne peuvent être connus autrement que par des connaissances méthodiquement organisées constituant des *sciences* définies. Par exemple, le terme de *physiologie* est tout simplement un mot hellénisé, entendu dans une acception définie pour signifier l'étude analytique et synthétique du fonctionnement des organismes vivants. Ce fonctionnement est un phénomène naturel, bien entendu, et la connaissance méthodiquement organisée qui l'étudie est une science. *Il n'y a aucune raison d'opposer la nature du phénomène étudié à la science qui l'étudie.*

L'ensemble des connaissances organisées pour obtenir certains résultats somatiques favorables ou certaines possibilités cinétiques déterminées comporte une science distincte, c'est la *science gymnastique.* Cette science gymnastique n' *est pas la physiologie tout court*, mais une dissociation et adaptation partielle de la physiologie pour réaliser les fins propres à la gymnastique. Par suite, la transposition et la paraphrase des notions banales de physiologie est d'un faible secours à la gymnastique. La physiologie peut servir à la gymnastique en tant seulement qu'elle vise les résultats somatiques et cinétiques qui constituent son objet propre. Autrement dit la gymnastique représente une série de fins à réaliser. Il y a des moyens particulièrement propices pour la réalisation de ces fins. La connaissance nécessaire et suffisante de ces moyens, étudiés dans l'organisme, constitue à proprement parler la science gymnastique, qui implique la connaissance de certains phénomènes naturels.

Si donc certaines gymnastiques se réclament de la nature plutôt que de la science pour étiqueter leurs théories, c'est qu'elles attribuent à l'étiquette naturiste un effet suggestif laissant supposer que, plus que toute autre, la gymnastique naturiste connaît les phénomènes naturels et les réalise dans ses procédés, prétention qui n'est pas fondée.

Cependant, il est juste de reconnaître que la subordination de la gymnastique à des autorités scientifiques, appartenant à une génération jadis méprisante de toute gymnastique, ou bien à des personnalités n'ayant jamais pratiqué aucune culture physique, a provoqué de légitimes ironies. Les praticiens de la gymnastique le savent bien, de même que les médecins compétents en gymnastique. Un éminent professeur de sciences biologiques peut n'avoir en cette matière pas plus de compétence que n'en auraient respectivement un physicien dans l'art des accouchements, un chimiste en ophtalmologie ou un médecin pour la construction d'une voie ferrée.

D'ailleurs si la gymnastique doit se préserver de l'empirisme, elle ne doit pas moins redouter certaines exagérations pseudo-scientifiques et paragymnastiques d'auteurs beaucoup plus livresques que praticiens. Nous laissons à ces derniers le soin de défendre leurs opinions.

En gymnastique, il faut également se méfier des connaissances suggérées par le simple spectacle de la nature et de celles transposées de la science physiologique, sans adaptation aux fins somatiques ou cinétiques voulues. Ce qui importe c'est la notion utile et adaptée, l'application pratique et opérante.

Le spectacle de la nature est insuffisant pour suggérer la connaissance d'une science naturelle quelconque. Le paysan illettré et l'homme primitif vivant le plus près des phénomènes naturels, c'est-à-dire non modifiés par les méthodes humaines, sont ceux qui connaissent le moins la nature, et satisfont le moins à ses indications pour leur hygiène et celle de leurs animaux domestiques (locaux sans lumière,

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 33, p. 517 et n° 54, p. 870.

mal ventilés, difficiles à tenir propres). Pour le rendement du travail, ils sont très en retard sur les ouvriers des industries. Nous ne parlons pas du travail mécanique, mais seulement du rendement du travail manuel susceptible d'être augmenté par une utilisation plus scientifique, comme il a été récemment fait par un ingénieur d'Amérique pour le travail de construction des murs et toitures. Depuis des siècles, on avait vu courir des quadrupèdes. Cependant aucun peintre ne donnait des représentations justes de leurs mouvements aux allures rapides, tant qu'ils n'étaient pas scientifiquement étudiés. Avant Mouillard, les Wright, et la construction des moteurs légers qui ont permis des machines volantes, tout le monde avait pu observer le vol des oiseaux, dont l'analyse cinématique n'aurait pas suffi à résoudre le problème de l'aviation, sans la science de chercheurs visant une adaptation. Il faut donc conclure que l'immersion dans le milieu naturel, telle qu'elle est donnée par son spectacle permanent, ne suffit pas à la connaissance organisée de la nature. Cette conclusion s'applique à la gymnastique.

Non seulement, il importe de se méfier des suggestions résultant de la seule inspection de la nature, mais aussi il faut rester très circonspect, en cas de transposition de notions physiologiques quelconques, pour légitimer une opinion gymnastique. Quelques exemples se rapportant aux notions biologiques et paragymnastiques feront saisir l'inanité de certaines opinions qui se réclament de connaissances scientifiques. Déjà l'illustre physiologiste Du Bois-Reymond avait gémi sur les erreurs de ceux qui invoquent à tout propos la physiologie.

Très fréquemment, à propos d'une personne marquant un poids élevé sur la balance, on entend formuler que cette personne est pourvue de gros os; et les spectateurs de cette pesée répètent, quand il ne s'agit pas d'un obèse apparent : *rien d'étonnant, ce sont les os qui pèsent le plus*. Cette affirmation est erronée, bien qu'elle soit provoquée par une notion vraie. La notion vraie consiste à savoir que le tissu osseux est le plus dense, c'est-à-dire le plus lourd en langage vulgaire. Mais, il ne résulte pas de cette notion que les différences de poids de deux sujets de même taille et de même apparence dépendent des différences de poids de leurs squelettes respectifs. En réalité le squelette ne représente qu'un septième environ du poids d'un sujet d'embonpoint ordinaire. Et les différences de poids d'un sujet de 50 kilos et d'un sujet de 100 kilos pour prendre des comparaisons nettes correspondent au poids de plusieurs squelettes de l'un quelconque de ces deux sujets. Donc l'opinion vulgaire est erronée.

Il a été avancé que le développement hypertrophique du système musculaire sous l'influence d'une gymnastique de développement présente certains inconvénients, notamment l'alourdissement, c'est-à-dire l'augmentation de poids des sujets qui la pratiquent. Comme preuve de cette assertion on a cité la plupart de nos lutteurs et leveurs de poids forains, ainsi que le type classique de l'Hercule Farnèse, qui n'est pas celui du soldat de Marathon. En cela, il y a un ensemble d'impressions concordantes qui conduisent à une opinion erronée. La vérité est que nativement quelques sujets ont un coefficient de développement musculaire élevé qui les rend aptes aux exercices de force musculaire. Si ces sujets aptes à se distinguer comme leveurs de poids s'entraînent méthodiquement ils arrivent à cultiver à la fois leur force musculaire et un type d'Hercule Farnèse. Comme la plupart d'entre eux vivent d'une façon peu hygiénique et ne s'adonnent ni à la marche ni à la course, ils prennent en outre un degré appréciable d'obésité. Mais cela n'implique pas du tout qu'un sujet à coefficient musculaire moyen puisse s'alourdir nuisiblement sous l'influence de la gymnastique de développement, surtout s'il pratique en même temps des exercices de fonds. En effet, le poids des muscles d'un sujet de stature moyenne est de 30 kilos environ. Quelle que soit la gymnastique de développement du sujet, les relevés de mensurations périmétriques indiquent que jamais ces 30 kilos ne pourront être doublés sous l'influence d'une gymnastique de développement. S'il arrive qu'un sujet de poids de 70 kilos avec embonpoint normal passe au poids de 100 kilos, on peut affirmer que les 30 nouveaux kilogrammes ne correspondent pas au poids de l'hypertrophie musculaire, mais bien à de l'engraissement résultant d'une hygiène défectueuse ou bien à de l'obésité d'origine morbide, car toutes choses égales d'ailleurs le travail musculaire n'augmente pas nuisiblement le poids, l'excès de poids musculaire étant compensé par les pertes du tissu adipeux.

A propos de l'embonpoint certains théoriciens ont émis l'opinion que tout tissu adipeux est pathologique. C'est là, à notre avis, une erreur. En effet, chaque médecin a pu constater que les sujets d'amphithéâtre les plus pratiques pour la dissection sont les sujets dépourvus de toute graisse interstitielle. Or, sauf chez les cachectiques et phtisiques à la dernière période, on rencontre toujours du tissu adipeux. Chez les sujets sains, il s'accumule sous des formes différenciées en des régions qui sont toujours les mêmes. Quiconque exécute régulièrement un service quotidien d'inspection aux abattoirs sur animaux vivants, puis présentés abattus par quartiers entiers, remarque que chez tout animal sain, même non engraissé, il existe constamment des panicules adipeux différenciés situés dans les mêmes régions, et que ces panicules adipeux font défaut seulement chez les bêtes cachectiques. Au reste, dans une certaine proportion, le tissu adipeux a un rôle physiologique, variable suivant les espèces, les âges et les sexes. Est-il besoin de rappeler qu'un chameau dépourvu de tissu adipeux dans sa bosse et un enfant sans tissu adipeux dans ses joues seraient des curiosités tératologiques ! Nous ne voyons donc pas à quel idéal hygiénique correspondrait la disparition de tout tissu adipeux. En ce qui concerne l'*embonpoint*, il y a *insuffisance*, *optimum* ou *excès*. C'est tout ce qu'il est permis d'affirmer scientifiquement.

La théorie classique des *calories* peut elle-même servir à prouver qu'une notion scientifique transposée sans adaptation entraîne des erreurs : *appli-*

quée à la dynamique cinétique animale ou humaine, la théorie des calories provoque couramment des opinions erronées. Très nombreuses en effet sont les personnes qui, munies d'un barème indiquant la valeur énergétique des aliments évalués en calories, s'imaginent tout naturellement qu'en composant un menu avec des aliments riches en calories ils augmenteront du coup leur faculté de produire en kilogrammètres un travail plus considérable. En cela, ils conçoivent une erreur assez grossière consistant à assimiler un moteur animal à un moteur thermique utilisant les calories alimentaires. La vérité est bien différente. Pour la déceler, il suffit de considérer qu'un animal ou homme à jeun, entraîné pour un travail donné, peut aussi bien l'exécuter à jeun que pendant la période suivant de près la digestion des aliments. Les expériences déjà anciennes de Fick et Vicénius pratiquant à jeun l'ascension d'une haute montagne ont mis en lumière ce fait banal. Dans ce cas, on ne peut admettre que le travail effectué corresponde à la valeur énergétique du dernier repas. Il est clair que dans cette expérience, c'est notre organisme qui fournit les éléments du travail musculaire en recourant non pas aux aliments eux-mêmes mais aux éléments chimiques des tissus et milieux organiques qui les ont intégrés. Or la constitution de ces tissus et de ces milieux *est nettement différenciée, de composition sensiblement uniforme, à tel point qu'il ne nous appartient pas de modifier appréciablement la composition du milieu intérieur sans nous intoxiquer de ce fait.* Chaque espèce d'animal reconstitue ses divers tissus et milieux avec quelques nourritures qu'il n'est pas nécessaire de varier sauf en quantité. Les tissus homologues de deux espèces distinctes ne sont pas les mêmes. C'est ainsi qu'un chien, un homme, un porc, un bœuf, etc., entretiennent un tissu adipeux qui leur est respectivement propre. Un chien alimenté partiellement avec de la graisse de porc fera de la graisse de chien et réciproquement un porc fera de la graisse de porc. Et de tout cet exposé, il résulte que c'est à reconstituer le poids de nos tissus que doit satisfaire le régime. *Ce sont les barèmes énergétiques de nos milieux et de nos tissus qui sont intéressants pour le travail musculaire. Il serait tout à fait faux d'admettre que la puissance de travail d'un animal correspond à la valeur énergétique du dernier repas assimilé et évalué en calories.*

L'eau de mer considérée comme milieu organique en raison d'hypothèses sur l'origine de la cellule initiale, mère de tous les êtres organisés, est considérée par certains comme le milieu universel. Cette opinion a encore besoin de multiples corrections et interprétations. Car chacun sait que, si certains animaux et végétaux vivent dans la mer, l'eau de mer n'en est pas moins nocive pour beaucoup d'organismes. Il serait banal de rappeler qu'aucun berger n'y pourrait abreuver son troupeau, et que le maraîcher qui l'utiliserait pour son potager tuerait ses légumes.

Toutes ces considérations et exemples sont mis à contribution pour bien préciser quelques conclusions. La nature et la science sont deux termes dont *l'un signifie le phénomène étudié* (nature) *et l'autre l'étude organisée du phénomène* (science). Il est vain de les opposer l'un à l'autre. L'étude des moyens pour réaliser des fins somatiques et cinétiques utiles constitue la science gymnastique. Ni le spectacle de la nature, ni la transposition de notions de physiologie courante ne peuvent suffire à pénétrer la science gymnastique, qui doit être organisée en spécialité pour rester conforme à son objet.

ACTUALITÉS

CHLORURÉMIE ET AZOTÉMIE CHEZ LES NOURRISSONS

Depuis les travaux du professeur Achard, du professeur Widal et de leurs élèves, la rétention du chlorure de sodium et de l'urée dans l'organisme malade a été très étudiée; on a pu ainsi dissocier, parmi les symptômes des néphrites, les syndromes chlorurémique et azotémique, baser sur le degré d'azotémie le pronostic de certaines néphrites chroniques, et tenir compte de ces notions nouvelles pour instituer le traitement des affections rénales. Mais il semble que l'étude de ces syndromes a un intérêt plus général et peut conduire à en élargir les cadres. C'est ainsi que Nobécourt a recherché la chlorurémie et l'azotémie chez les nourrissons; dans plusieurs travaux importants, publiés avec Merklen, Vitry, Paisseau, Sevestre, Maillet, il a réuni un grand nombre de documents sur cette question, et tout récemment, avec Maillet (1), il a mis au point le résultat de ses recherches et de celles qui avaient été entreprises par d'autres auteurs.

En ce qui concerne le métabolisme des chlorures dans l'organisme, on doit noter que, chez les nourrissons, le bilan des chlorures n'est pas équilibré, car on ne retrouve pas dans les urines la totalité du sel contenu dans le lait ingéré; des enfants nourris au sein prennent chaque jour en moyenne 0g62 de NaCl et en éliminent 0g22; ils en retiennent donc 0g40 c'est-à-dire environ 64 p. 100; cette fixation de sel dans l'organisme des nourrissons qui se développent régulièrement marche de pair avec la fixation de l'eau, celle-ci étant importante et contribuant, dans une forte proportion, à l'augmentation quotidienne de poids. Si l'on ajoute du sel à l'alimentation habituelle du nourrisson, l'augmentation de poids n'est en général pas plus considérable; par conséquent cet excès de chlorure de sodium n'est pas retenu. Mais, si l'on fait la même expérience chez les prématurés débiles, la courbe de poids s'élève davantage pendant les périodes de chloruration, ce qui montre que l'organisme des prématurés possède la faculté de retenir un excès de chlorure de sodium dans les tissus; chez ces nourrissons, il est donc parfois utile d'ajouter à leur alimentation de petites quantités de sel. Dans les affections gastro-intestinales, les variations de la chlorurémie ont un rôle important; on peut le supposer si l'on considère les pertes de poids considérables et rapides qui se produisent souvent dans ces cas et les augmentations non moins rapides qui surviennent ensuite; la preuve en est fournie beaucoup plus nettement encore par l'augmentation de poids, l'œdème et même l'anasarque qui ont été constatés à la suite de l'alimentation au bouillon de légumes salé, à la suite d'injections ou de lavements de sérum (Hutinel, Comby, Méry). Dans d'autres cas, la rétention chlorurée provoque, chez les nourrissons, des œdèmes : œdème du nouveau-né, œdèmes dans les infections (érysipèle, broncho-pneumonie), œdèmes des hérédo-syphilitiques, œdèmes des néphrites; quelquefois on peut observer des œdèmes de cause inconnue, comme dans

(1) Nobécourt et Maillet. Chlorurémie et azotémie chez les nourrissons, *Le Nourrisson*, mars 1913, p. 75.

l'observation de Nobécourt et Paisseau qui ont publié un cas d'anasarque chez un nourrisson de deux mois sans lésions rénales. Tous ces faits montrent que la rétention chlorurée et l'hydratation des tissus qui l'accompagne sont fréquentes chez les nourrissons; parfois la rétention du sel est la conséquence de lésions rénales, mais il n'en est pas toujours ainsi et il faut admettre que les œdèmes dépendent souvent de troubles profonds de la nutrition (Hutinel), que la rétention chlorurée est alors d'origine extrarénale, d'origine tissulaire (Achard, J. Teissier). Peut-être des lésions du foie ont-elles dans quelques cas un rôle dans la pathogénie des rétentions chlorurées chez les nourrissons.

Si le syndrome chlorurémique des nourrissons a déjà donné lieu à de nombreux travaux, l'étude de l'azotémie est plus nouvelle; elle date d'un an à peine, la première communication sur ce sujet ayant été faite par Nobécourt, Sevestre et Bidot à la Société de pédiatrie en mai 1912. Pour rechercher l'azotémie chez les nourrissons, on ne peut songer à faire le dosage de l'urée dans le sang, car il est impossible de se procurer des quantités suffisantes de sang; mais on dose l'urée du liquide céphalo-rachidien, ce qui revient au même, puisqu'il y a parallélisme entre les chiffres de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien et de l'urée dans le sang, comme l'a montré Widal. A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien du nourrisson renferme très peu d'urée, de 0g10 à 0g30 par litre; lorsqu'on trouve 0g50 par litre, il y a azotémie. Nobécourt a constaté que l'azotémie est fréquente chez les nourrissons et qu'elle apparaît dans des circonstances très diverses. Plusieurs affections aiguës s'accompagnent souvent de rétention uréique; au cours des broncho-pneumonies, l'azotémie a été notée 14 fois sur 25 cas, le taux de l'urée pouvant s'élever jusqu'à plus de 2g50 par litre. Dans les affections gastro-intestinales, à forme suraiguë ou aiguë, l'azotémie est particulièrement fréquente, tandis qu'elle est exceptionnelle dans les formes légères ou subaiguës. Dans la tuberculose aiguë, l'azotémie est très rare; on ne l'observe ni dans les méningites tuberculeuses ou cérébro-spinales, ni dans les rougeoles graves. C'est donc principalement dans les broncho-pneumonies et dans les affections gastro-intestinales que survient l'azotémie; le dosage de l'urée peut constituer un élément de pronostic, la constatation d'une rétention uréique forte comportant souvent un pronostic grave. Parmi les affections chroniques, la seule où Nobécourt et Maillet aient constaté l'azotémie d'une façon persistante est l'athrepsie. Sur 18 cas étudiés à ce point de vue, 7 fois le taux de l'urée dépassait 1 gramme, 11 fois il dépassait 0g50; l'azotémie est donc la règle chez les athrepsiques et cette rétention uréique persiste pendant toute l'évolution de l'affection.

Après avoir ainsi établi dans quels cas apparaissait l'azotémie, il fallait chercher si les nourrissons présentaient des symptômes pouvant être rattachés à la rétention uréique. Pour ce qui est des affections aiguës broncho-pulmonaires et intestinales, il paraît souvent difficile de faire la part de ce qui revient à l'azotémie dans l'ensemble de la symptomatologie. Cependant l'amaigrissement rapide, les signes d'ordre cérébral et méningé caractérisent parfois la rétention uréique; Nobécourt et Maillet décrivent une forme somnolente de l'azotémie du nourrisson, qui peut être confondue avec la méningite tuberculeuse. Le myosis et le rythme de Cheyne-Stokes sont des signes différentiels en faveur du diagnostic d'azotémie, mais bien souvent ces nuances sont difficiles à apprécier et seul le dosage de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien peut affirmer un diagnostic. Dans les cas chroniques, chez les athrepsiques, ce qui domine, ce sont les troubles digestifs, l'amaigrissement progressif, continu, aboutissant à la cachexie, la torpeur et la somnolence, le myosis; ces troubles ont donc une grande analogie avec la cachexie sèche et les symptômes décrits par Widal chez les brightiques azotémiques.

Nobécourt et Maillet font remarquer que l'azotémie des nourrissons survient dans des conditions bien différentes de l'azotémie des enfants plus âgés et des adultes; on sait que, chez ceux-ci, l'azotémie est presque toujours la conséquence des néphrites, tandis que, chez les nourrissons, l'azotémie est observée au cours d'états pathologiques divers. Par conséquent, et ceci est encore confirmé par des examens histologiques des reins, l'azotémie des nourrissons ne relève pas d'un trouble du fonctionnement rénal, ou tout au moins, si celui-ci existe, il est minime; d'autres facteurs pathogéniques doivent intervenir, et de nouvelles recherches sont nécessaires pour élucider la pathogénie de la rétention uréique chez les nourrissons.

Les intéressants travaux de Nobécourt et de ses collaborateurs ont donc mis en évidence la facilité très grande avec laquelle l'organisme du nourrisson retient le sel et l'urée; ils ont encore montré que la chlorurémie et l'azotémie des nourrissons avaient une étiologie et une pathogénie bien particulières, qu'on ne pouvait les expliquer de la même façon que chez les adultes. Il y a là une étude de pathologie générale qui doit être poursuivie et dont les premiers résultats méritent déjà de retenir l'attention. M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 MAI 1913)

Crises gastriques subintrantes. — MM. BELIN, MAUCLAIRE et AMAUDRU présentent une femme de soixante-cinq ans, ayant des crises gastriques tabétiques subintrantes. Tous les traitements médicaux furent négatifs; amélioration par opération de Francke (6 août 1912). Depuis plus de crises, augmentation de 10 kilos, bon état général.

Bibliographie : 16 observations de Francke; 3 morts, 6 récidives, 7 améliorations.

Conclusions. L'opération de Francke amène une chance d'amélioration; elle peut être suivie de guérison. Elle doit être le premier acte chirurgical quand le traitement médical est sans résultat.

Kyste hydatique du poumon. — M. ROUGET présente une observation de kyste hydatique du poumon qui, avant rupture, donnait à l'écran radioscopique une large tache sombre, irrégulièrement sphérique et à contour non nettement délimité. Il existait à la périphérie de la poche, de l'épaississement pleural et des adhérences ainsi qu'on a pu s'en rendre compte à l'opération et à l'autopsie. Comme les constatations faites diffèrent des caractères qu'on assigne aujourd'hui aux kystes hydatiques du poumon (ombre sphérique à bords bien limités) l'auteur pose la question de savoir si les adhérences pleurales et la suppuration périkystique ne peuvent pas modifier, pour les kystes volumineux, l'aspect de la tache perçue à la radioscopie.

En d'autres termes il se demande s'il n'y a pas lieu de modifier pour ces cas les données classiques ou s'il faut voir, dans les faits relatés, un simple manque d'expérience de la part des opérations.

Traitement de la leucémie par le benzol. — M. BÉCLÈRE (à propos du cas de MM. Aubertin et Parvu) déclare qu'il n'a jamais observé d'insuccès avec la radiothérapie dans les ces de leucémie myéloïde.

M. BABONNEIX a traité un cas de leucémie par le benzol; il a obtenu de bons résultats et n'a observé parfois que de la diarrhée par intolérance gastrique.

Vomissements acétonémiques et encéphalite aiguë. — MM. BABONNEIX et G. BLECHMANN ont eu l'occasion d'observer un cas curieux de vomissements acétonémiques terminés par des phénomènes d'encéphalite aiguë. Un enfant de cinq ans, lymphatique et obèse, avait présenté depuis quelques mois une élimination anormale d'urate de soude, lorsque survint une crise de vomissements acétonémiques. Au cinquième jour de la crise, sans que jamais jusqu'alors se fût révélé le moindre trouble des centres nerveux, se produisit une hémiplégie spasmodique droite avec aphasie d'allures bizarres : organique par l'existence du signe de Babinski, fonctionnelle par les conditions de son apparition et de sa disparition complète en deux heures, ainsi que par les troubles qui l'accompagnèrent. Les jours suivants, l'hémiplégie se reproduit pour disparaître à nouveau ; il s'installe peu à peu des symptômes d'ordre encéphalique : torpeur, raie méningitique, etc. ; finalement, l'enfant est emporté par une broncho-pneumonie.

En ce qui concerne l'acétonémie, impossible d'invoquer ici l'insuffisance surrénale (Terrien), puisqu'il n'y eut jamais d'hypotension artérielle. Il paraît plus vraisemblable d'incriminer l'intoxication acide (Marfan) attribuable à un trouble du métabolisme des albuminoïdes et des graisses, conditionné lui-même par une insuffisance hépatique.

Quant aux troubles cérébraux, en l'absence d'autopsie, il est difficile de se prononcer ; toutefois, l'hémiplégie transitoire peut être expliquée par un spasme de la sylvienne comme dans le cas récent de Soucek. Le résultat négatif de la ponction lombaire indique que l'on s'est trouvé en présence d'une encéphalite aiguë dont il n'est pas illogique de chercher l'origine dans les troubles digestifs antécédents.

Sept ans après. Histoire d'un kyste hydatique du poumon gauche traité par les ponctions et les injections de sublimé. — M. L. GALLIARD. Il s'agit d'une femme actuellement âgée de vingt-six ans chez qui le diagnostic n'avait été fait que par la ponction pratiquée d'urgence (forme pseudo-pleurétique de Dévé) et qui avait refusé l'intervention chirurgicale. On dut se contenter des injections de sublimé. Elle avait eu de la pneumatose kystique, sans infection pulvide et sans ouverture du kyste dans les bronches, lorsque je la présentai à la Société des hôpitaux, le 14 décembre 1906.

La malade n'expectora d'hydatides qu'au mois de janvier 1908 et, au mois d'août de la même année, quelques hémoptysies firent craindre la tuberculose du poumon gauche ; on constata même un jour quelques bacilles de Koch dans les crachats, mais enfin les symptômes alarmants disparurent ; l'état général devint excellent. Il y eut deux accouchements normaux en février 1910 et en avril 1912.

Actuellement, la poche kystique qui, après la première ponction, remontait encore jusqu'à la quatrième côte en arrière et refoulait le cœur à droite au sternum, n'a plus guère que le volume du poing. Elle est adhérente au péricarde et la radiographie la montre assise sur le diaphragme.

La malade est sinon anatomiquement du moins cliniquement guérie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 28 MAI 1913)

De l'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. — M. KIRMISSON résume la discussion qu'il a soulevée sur ce sujet. Le diagnostic est parfois difficile entre ces crises d'occlusion et l'appendicite. Au point de vue de l'occlusion, plusieurs cas peuvent se présenter : 1° cas simples, et favorables à l'intervention où il s'agit d'une simple bride facile à lever ; M. Lejars en a apporté plusieurs exemples ; 2° cas plus compliqués où il y a des adhérences ou plusieurs brides, tels que ceux qu'a cités M. Morestin. Là encore l'intervention peut donner de bons résultats. Enfin M. Kirmisson rappelle un cas très intéressant de M. Potherat où il s'agissait d'une occlusion par torsion du mésentère et dans lequel l'action chirurgicale a été également heureuse. A côté de ces faits il y a ceux de péritonite adhésive dans lesquels la masse intestinale forme un bloc. Nous ne pouvons, dans ces cas, lever l'obstacle et cependant la laparotomie seule donne parfois de bons résultats. Cette action un peu mystérieuse de la laparotomie dans ces cas mérite d'être étudiée, de même que tous les faits qui ont été communiqués dans cette discussion et qui doivent être l'objet d'un travail d'ensemble.

Traitement de l'appendicite. — M. JACOB rappelle le travail de M. Savariaud qui a trait surtout à l'appendicite chez l'enfant où elle est souvent plus grave que chez l'adulte. Aussi quand il s'agt d'enfants, M. Jacob est-il d'avis d'opérer toujours le plus tôt possible. Dans cette communication, il veut surtout envisager l'appendicite chez les jeunes soldats ; chez eux, le terrain est généralement meilleur. Il s'agit, en effet, de jeunes gens robustes résistants. En outre, nous voyons tous les cas et les voyons dès le début. Depuis trois ans, ajoute M. Jacob, j'ai adopté une même ligne de conduite.

Dans ces trois dernières années, M. Jacob a opéré 148 appendicites, dont 30 à chaud avec 28 guérisons et 2 morts. Comme statistique globale, cela fait donc, sur 148, 146 guérisons et 2 morts. Les 2 cas qui se sont terminés par la mort ont été opérés quatre jours après le début des accidents. Tous les autres l'ont été immédiatement ou presque immédiatement.

Pour M. Jacob la violence de la douleur initiale est un signe de gangrène de l'appendice et ce signe suffit pour intervenir immédiatement. Sur les 30 malades opérés à chaud, 8 étaient très gravement atteints et ils ont guéri. M. Jacob attribue cette guérison à la précocité de l'intervention.

Dans les cas de réaction péritonéale franchement limitée à la fosse iliaque droite, le doute est permis, que faire ? Faut-il opérer ou attendre le refroidissement. Souvent les malades ne se souviennent pas d'une crise antérieure.

M. Jacob cite le cas d'un jeune soldat qui, dans un service de médecine, est pris brusquement d'une violente douleur à droite. M. Jacob l'opère dix-neuf heures après le début des accidents ; il trouve un appendice perforé. On a su après que ce malade avait eu une crise antérieure qui avait passé inaperçue.

Dans les cas de défense généralisée à tout l'abdomen, M. Jacob intervient immédiatement, de même dans les cas de douleur très violente localisée à droite.

M. REYNIER rappelle les discussions déjà anciennes et passionnées auxquelles a donné lieu la question de nouveau soulevée par M. Savariaud. L'accord n'est pas encore complet entre tous les chirurgiens sur le traitement de l'appendicite. C'est la clinique seule qui pourra nous amener à cet accord. Il y a appendicite et appendicite. Les unes sont d'emblée très graves, les autres sont bénignes. Ce n'est pas avec des statistiques globales que nous arriverons à résoudre la question ; d'après ces statistiques ce serait les temporisateurs qui auraient raison, puisque les statistiques de Roux et Jalaguier donnent 2 p. 100 de mortalité, tandis que celles des interventionnistes donnent 30 p. 100 de mortalité. Voici la statistique de M. Reynier portant sur les trois dernières années dans son service. Il y a 226 cas avec 10 morts. Dans les cas d'appendicitie aiguë si l'on intervient après quarante-huit heures, l'opération devient plus dangereuse et l'avantage est alors aux temporisateurs ; s'il y a un abcès, il faut intervenir. L'opération peut donner un bon résultat même après six ou huit jours ; passé le douzième jour, les résultats sont beaucoup moins favorables.

Dans les cas d'appendicite gangréneuse, le traitement par la glace échoue ; ces appendicites doivent être opérées le

deuxième ou le troisième jour. Le diagnostic d'appendicite gangréneuse est possible. Le malade a plutôt le facies d'un infecté que d'un péritonéal. Mais il est un signe pathognomonique de la gangrène appendiculaire : la température ne s'abaisse pas sous l'influence du traitement par la glace. Dans ces cas, M. Reynier n'hésite pas à opérer. Dans d'autres cas, moins graves, si on compare la statistique des interventionnistes avec celle des abstentionnistes, on en conclut qu'il vaut mieux attendre. M. Reynier apporte plusieurs observations à l'appui de cette conclusion. Il s'agit de jeunes gens présentant une réaction péritonéale vive, avec facies péritonéal, vomissements incessants, ballonnement du ventre, pouls à 140, température à 37°6. Puis apparaît le vomito negro appendiculaire de Dieulafoy. Vous faites alors un lavage de l'estomac et voyez les vomissements s'arrêter, le pouls descendre de 140 à 110, le ventre s'affaisser sous l'influence de la glace. Vous soutenez le cœur avec les injections de caféine, d'huile camphrée, et ces malades guérissent, alors que s'ils avaient été opérés après le quatrième ou le cinquième jour, ils auraient succombé. M. Reynier insiste sur les bienfaits du lavage de l'estomac dans ces cas de vomito negro. Parmi les observations que communique M. Reynier nous citerons la suivante, aussi résumée que possible. Un enfant de douze ans est pris de douleurs dans le ventre et vomit, un dimanche soir, après une course à bicyclette. On le purge avec du calomel; les vomissements ne s'arrêtent pas, on le purge ainsi deux ou trois fois en quatre jours. M. Reynier le voit le cinquième jour. Il vomit toujours, son ventre est ballonné, le pouls est à 130, la température à 36°4. Application de la glace, diète, 1200 grammes de sérum, caféine, lavage de l'estomac. Les vomissements s'arrêtent; mais le pouls monte à 146. Huile camphrée, caféine, strichnine, sérum, guérison, opération à froid, un mois après. L'appendice contenait des matières fécales. Après un certain nombre de faits de ce genre, M. Reynier conclut qu'il est préférable, passé quarante-huit heures, de ne pas opérer les malades atteints de cette variété d'appendicite et de recourir au traitement médical qu'il vient de rappeler.

M. LENORMANT apporte une statistique de chirurgien du bureau central, c'est-à-dire de chirurgie d'urgence, de mauvais cas. Opérés à chaud, ces mauvais cas donnent 30 p. 100 de mortalité. Si l'opération est pratiquée dans les quarante-huit premières heures, les résultats sont favorables. Passé les quarante-huit heures, cela change. Sur 20 cas opérés d'urgence avant quarante-huit heures, M. Lenormant a eu 19 guérisons et 1 mort. Après quarante-huit heures, le pronostic s'aggrave : 15 opérés, 5 morts.

Si l'on cherche à classer les appendicites d'après les lésions au point de vue du pronostic opératoire, on voit que les cas de péritonite plus ou moins circonscrite, avec ou sans adhérences, avec ou sans cloisonnement, l'appendice n'étant pas perforé, fournissent un pronostic assez favorable. Celui-ci devient plus grave dans les cas où l'appendice est gangréné. Dans sa statistique, M. Lenormant trouve ici 8 cas avec 5 guérisons et 3 morts. L'abcès appendiculaire ou enkysté donne aussi une mortalité opératoire assez élevée, de même dans les cas de péritonite diffuse. Faut-il dans ces cas aller toujours à la recherche de l'appendice? Oui, si l'on opère dans les quarante-huit premières heures. Dans certains cas très graves, M. Lenormant a essayé les injections d'huile camphrée dans le péritoine, sans grands succès. Les insufflations d'oxygène à hautes doses lui ont donné de meilleurs résultats.

La typhlo-sigmoïdostomie dans les cas de stase intestinale. — M. HARTMANN fait un rapport sur un travail de MM. Lardenois et Ockinzic relatif à ce sujet. Cette opération aurait donné aux auteurs de bons résultats.

M. MONPROFIT a obtenu de bons résultsts, dans des cas de ce genre, en se contentant d'implanter dans l'anse sigmoïde deux anses d'intestin grêle. Il cite le cas d'un malade cachectique, présentant des accidents d'occlusion intestinale et une tuméfaction dans la fosse iliaque droite qui avait fait croire à un cancer du cæcum. L'opération montra qu'il n'y avait pas de cancer, mais une agglutination d'anses intestinales dans un vieux sac herniaire. M. Monprofit prit un bout d'iléon qu'il sutura latéralement au gros intestin, bon résultat. C'est la vieille anastomose de Maisonneuve.

Anastomose des voies biliaires dans l'intestin. — M. BAZY présente un malade auquel il a pratiqué cette opération il y a déjà longtemps, bon résultat éloigné.

Fractures de jambes. — M. WALTHER présente quatre malades victimes du même accident de chemin de fer : fractures graves diverses des deux jambes, par suite du rapprochement brusque des deux banquettes du wagon, fractures graves, compliquées; difficultés de réduction. Bons effets et bonne consolidation grâce à l'emploi de l'appareil de Lambret.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que plusieurs de ces malades sont arrivés à consolider leurs fractures après six mois. Cela prouve que, contrairement à ce que pensent beaucoup de jeunes chirurgiens, il vaut mieux encore attendre que de recourir à des interventions chirurgicales dont les résultats sont souvent détestables.

M. DELBET préfère encore l'appareil de marche à celui de Lambret.

Infection biliaire paratyphoïdique. — M. JACOB présente un jeune soldat qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, a eu de la pyélonéphrite et un phlegmon de la région ombilicale ayant laissé une fistule par laquelle s'écoulait un liquide bilieux contenant des bacilles paratyphiques. Incision transversale, cholécystectemie, guérison. Il s'agissait d'une cholécystite d'origine typhoïdique. L'incision transversale a paru à M. Jacob très avantageuse.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DE FÉVRIER 1913)

Influence de la composition des milieux sur le développement des cultures du bacille de Koch. — MM. F. BEZANÇON, A. PHILIBERT et P. BOUDIN rapportent leurs essais faits en vue de déterminer les éléments indispensables au développement du bacille. Malgré l'opinion émise par divers auteurs, ils n'ont jamais obtenu de cultures en l'absence totale de potassium. Le bacille peut supporter de fortes doses de sels de soude.

Parmi les principes azotés, le succinate d'ammoniaque semble plus favorable.

Les nitrates de potasse et d'ammoniaque empêchent le développement des cultures qui ne peuvent plus être repiquées. La virulence du bacille recueilli sur milieu à base de succinate d'ammoniaque est égale à celle des bacilles cultivés sur bouillon peptoné.

La percussionquantimétrie. — M. LOUIS RÉNON expose une nouvelle méthode de percussion, réalisée cliniquement par G. Baer et reposant sur le principe suivant de Goldscheider. A une percussion, même la plus faible possible, les ondes sonores traversent tout le poumon, quand il est sain; si elles rencontrent un obstacle, comme une infiltration, elles sont absorbées, s'affaiblissent, puis disparaissent.

La méthode s'exerce à l'aide d'un tube de verre recourbé, divisé en centimètres, le percussionquantimètre. On pratique sur cet instrument une percussion s'éloignant progressivement du centre percuté, percussion très légère, puis plus

forte s'il est nécessaire. On arrive ainsi à délimiter d'une manière très précise par des chiffes comparatifs les zones d'infiltration, les cavernes pulmonaires et les différences de sonorité des deux côtés.

La réaction locale consécutive à l'injection probatoire de tuberculine. — M. Rist. L'injection, dans un but diagnostique, d'un milligramme de tuberculine sous la peau, est suivie d'une réaction fébrile générale, de réaction de foyer, mais aussi d'une réaction locale dont le caractère spécifique a été reconnu pour la première fois par von Pirquet à qui elle a suggéré l'idée de la cuti-réaction.

Cette réaction locale évolue en deux temps. Il se produit d'abord une zone centrale d'infiltration dermique qui est précoce, durable et qui atteint d'emblée ses dimensions définitives; elle est constituée au bout de quelques heures. Beaucoup plus tard, vingt-quatre ou trente-six heures après l'injection, et coïncidant avec la réaction thermique, se produit une aréole érythémateuse, à extension rapide et de grand rayon, mais qui est de très courte durée. Cette aréole est analogue à l'aréole vaccinale, et, comme elle, est due à l'entrée en circulation d'une quantité nouvelle d'anticorps. Les reviviscences de cuti-réaction antérieures, que l'on observe souvent après une injection probatoire de tuberculine, se produisent d'ailleurs en même temps que l'aréole.

De plus, il y a presque toujours après injection positive de tuberculine une adénopathie régionale, analogue à celle que l'on observe dans l'anaphylaxie série locale.

(SÉANCE DE MARS 1913)

Signification pronostique de la figure neutrophile sanguine d'Arneth dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Fernand Arloing et E. Brissaud. La formule sanguine neutrophile d'Arneth mérite d'être utilisée dans la pratique courante de la phtisiologie. Les critiques qu'on lui a adressées ne sont pas de nature à en faire proscrire l'emploi.

Les modifications plus ou moins marquées de la figure neutrophile paraissent conditionnées plutôt par l'intensité et la gravité de l'infection tuberculeuse que par le stade évolutif auquel est arrivée la maladie.

Ainsi des malades gravement infectés peuvent avoir au début de leur tuberculose pulmonaire une formule d'Arneth aussi mauvaise que celle considérée comme caractéristique du troisième stade. Inversement, une tuberculose fibro-caséeuse non évolutive, non fébrile, bien supportée, peut aller avec une formule analogue à celle du premier stade.

Ainsi, cette méthode hématologique paraît constituer un moyen de pronostic autant, sinon mieux qu'un moyen de diagnostic.

Les variations générales favorables ou défavorables de la formule d'Arneth au cours de l'amélioration ou de l'aggravation cliniques de la maladie, ses modifications sous l'influence des médications spécifiques antituberculeuses, les relations de la figure neutrophile avec le taux du pouvoir agglutinant bacillaire du sérum engagent à trouver dans la figure neutrophile un élément important de pronostic qui vient s'unir heureusement à ceux que possède déjà le phtisiologue.

Sur la prétendue bacillémie des tuberculeux. — MM. Rist, Armand-Delille et Lévy-Brühl rapportent leurs résultats, d'après leurs recherches portant sur 50 malades, et qui confirment ceux de MM. Bernard, Debré et Baron. La bacillémie, considérée comme fréquente par les auteurs allemands, est très rare. La vérification expérimentale qu'ils ont faite de leur technique employée montre que ce n'est pas la technique des auteurs français, qui peut être incriminée. Ils ne s'expliquent pas la divergence absolue, qui sépare à ce point de vue, leurs résultats de ceux des auteurs allemands.

Valeur comparée des méthodes de Much et de Ziehl pour la coloration du bacille tuberculeux. — MM. Armand-Delille et Lévy-Bruhl concluent à la supériorité de la méthode de Ziehl.

Lésions rénales obtenues par injection intracardiaque de bacilles de Koch chez des chiens atteints de tuberculose. — MM. E. Rist et Léon Kindberg, ayant constaté chez des sujets morts de tuberculose pulmonaire des lésions suraiguës des reins, sans qu'il y ait eu pendant la vie aucun symptôme de néphrite, ont pensé qu'il s'agissait là de lésions de réinoculation. Ils ont par cette méthode, chez le chien spontanément tuberculeux, obtenu des lésions identiques à celles de l'homme.

Présence de bacilles de Koch virulents en divers points de l'organisme de sujets morts de tuberculose pulmonaire chronique. — MM. P. Ameuille et Léon Kindberg rapportent les résultats de 110 inoculations de rein, peau, muscle, hypophyse, caillot du cœur. Par une technique rigoureuse, grâce à des prélèvements précoces, ils ont pu éviter les habituelles causes d'erreur. Si l'on excepte 23 expériences où les cobayes moururent trop tôt, ils ont obtenu 77 p. 100 d'inoculations positives. Les résultats ne peuvent s'expliquer que par une dissémination sanguine des bacilles de Koch : cette bacillémie expliquerait sans doute, outre la brusquerie si fréquente de l'évolution terminale des tuberculeux, des lésions suraiguës que l'on constate assez souvent à leur autopsie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 9 AU 14 JUIN 1913

THÈSES

Mercredi 11 juin, à une heure. — M. Clarac. L'arythmie complète. (MM. Déjerine, président; Roger, Letulle et Laignel-Lavastine.) — M. Lehmann. Du cancer en jante de l'intestin. (MM. Roger, président; Déjerine, Letulle et Laignel-Lavastine.) — Mlle Dobkevitch. De la chorée grave au cours de la grossesse. (MM. Letulle, président; Déjerine, Roger et Laignel-Lavastine.) — M. Butin. L'aortite abdominale. (MM. Letulle, président; Déjerine, Roger et Laignel-Lavastine.)

Jeudi 12 juin, à une heure. — M. Haultcœur. De la tuberculose de l'enfant du premier âge et de sa prophylaxie. (MM. Hutinel, président; Bar, Gilbert Ballet et Claude.) — M. Deluen. Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse progressive chez les femmes enceintes. (MM. Bar, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Claude.) — M. Robillot. Des délires de persécution d'origine alcoolique. Contribution à l'étude clinique pathogénique. (MM. Gilbert Ballet, président; Hutinel, Bar et Claude.) — Mlle Straschoune-Mintz. De la trépanation de la sclérotique dans le traitement du glaucome (opération d'Elliot). (MM. de Lapersonne, président; Lejars, André Broca et Terrien.) — M. Frassaint Des ostéopériostites externes isolées du temporal à point de départ otogène. (MM. Lejars, président; de Lapersonne, André Broca et Terrien.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-32

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 2 juin 1913. — MM. Ameuille, 18; Trémolières, 20; Esmein, 17; Léri, 18.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 2 juin. — M. Levy Franckel : « Maladie de Parkinson. » — Note : 14 1/2.
Deuxième séance du 2 juin. — M. Philibert : « La varicelle. » — Note : 15.
M. Duvoir : « Erysipèle de la face. » — Note : 16 1/2.
M. Tanon : « Syndrome de Little. » — Note : 18 1/2.
Première séance du 3 juin. — M. Micheleau : « Les dilatations du cœur, causes et signes. » — Note : 17.
M. Lemierre : « Les déterminations broncho-pulmonaires de la grippe. » — Note : 19.
Deuxième séance du 3 juin. — M. Lereboullet : « Paralysie de la troisième paire (nerf moteur oculaire commun). » — Note : 19.
M. Tinel : « Les migraines. » — Note : 17 1/2.
M. Gelma : « Rhumatisme blennorragique. » — Note : 14.

— Section de chirurgie générale. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Séance du 2 juin. — M. Ducuing : « Des affections rénales consécutives aux maladies des organes génitaux internes de la femme. » — Note : 16.
M. Desmarets : « Luxations pathologiques. » — Note : 17.
Première séance du 3 juin. — M. Duroux : « Des néphrorragies. » — Note : 17.
M. Bonnet : « Plaies du crâne par armes à feu dans la pratique civile. » — Note : 14.
Deuxième séance du 3 juin. — M. Küss : « Appendicites normales. » — Note : 16.
M. Piquand : « Tumeurs des muscles. » — Note : 16.

— Section d'histologie. — *Epreuve pratique.* — Séance du 2 juin. — 1° Démonstration des corpuscules chromophiles de Nissl.
2° Le muscle strié (myocarde excepté).
3° Reconnaissance de coupes.
MM. Champy, 18; Debeyre, 13; Dubreuil, 16; Faure, 13; Guieysse, 13; Policard, 18.
Sont proposés : MM. Champy, Policard, Dubreuil, Debeyre, Guieysse.

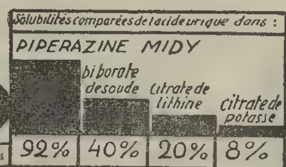
— Section d'obstétrique. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Séance du 2 juin. — M. Faugère : « Paludisme et grossesse. » — Note : 15.
M. Sauvage : « Des rétrécissements du détroit inférieur du bassin. » — Note : 17 1/2.

— Section d'anatomie pathologique. — *Leçon orale de trois quarts d'heure.* — Ordre de passage :
MM. Bériel, Fairise, Clunet, Gellé, Savy, Ameuille.
Séance du 3 juin. — M. Bériel : « L'autopsie d'un typhique en période d'état. » — Note : 16.
M. Fairise : « La thrombose. » — Note : 14.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture des copies.* — Séance du 31 mai. — MM. Garnier, 7 + 10 = 17; Beloux, 12 + 16 = 28; Rouyé, 7 + 11 = 18; Chazal, 8 + 10 = 18.

LA RÉFORME DU CONCOURS DE L'INTERNAT. — La Société des hôpitaux de Paris a nommé une commission pour étudier la réforme du concours de l'Internat. L'Association corporative des étudiants en médecine a fait parvenir ses vœux et ses propositions pour changer le programme du concours à M. Moutard-Martin, président de la Commission. Voici la proposition des étudiants, relative à l'épreuve écrite :

« L'épreuve consiste en une épreuve écrite, unique, *anonyme.* Le jury choisit quinze questions, auxquelles les candidats devront répondre, par écrit. Les questions sont divisées en trois groupes de cinq questions :
Premier groupe. — Quatre questions d'anatomie et une question de physiologie ;
Deuxième groupe. — Quatre questions de pathologie interne et une question de pathologie générale ;
Troisième groupe. — Quatre questions de pathologie externe et une question d'accouchement.
Les candidats ont trois heures pour rédiger leurs réponses,


Solubilités comparées de l'acide urique dans :
PIPERAZINE MIDY
biborate de soude
citrate de lithine
citrate de potasse
92%
40%
20%
8%

Chaque groupe de questions sera rédigé sur un cahier spécial.

Les copies sont ensuite réparties par groupe.

Le jury se divise en trois groupes, répondant aux trois groupes de questions.

Le premier groupe sera composé de deux chirurgiens des hôpitaux et d'un physiologiste.

Le deuxième groupe comprendra trois médecins.

Le troisième groupe comprendra un chirurgien, un accoucheur, un médecin.

Les copies seront lues, soit par un membre du jury, à tour de rôle, soit par un lecteur de l'assistance. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Par décret, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions imposées, le legs fait par M. Marc Sée, et consistant en « la somme nécessaire pour acquérir un titre de 500 francs de rente française 3 p. 100 et fonder un prix de 1000 francs qui sera décerné tous les deux ans à l'auteur français du meilleur travail concernant l'anatomie et la physiologie de l'homme publié dans les quatre dernières années et non récompensé antérieurement par l'Académie de médecine ou par l'Institut ».

COLLÈGE DE FRANCE. — Par suite d'un don généreux — 600000 francs plus un terrain de 10000 mètres — une chaire de pathologie exotique est créée au Collège de France.

L'assemblée des professeurs du Collège a proposé au choix du ministre, comme titulaire de cette chaire, en première ligne M. le docteur Nattan-Larrier, en deuxième ligne M. le docteur Tanon.

CONTRE LES CHATS BRACONNIERS. — Les renseignements ci-dessous, intéressants par eux-mêmes, pourront sans doute être utiles à certains de nos confrères habitant la campagne.

On sait qu'au moment des couvées les chats, redoutables braconniers, détruisent des quantités énormes de petits oiseaux. La Société nationale d'acclimatation s'est préoccupée de cette cause de destruction du gibier, et a cherché à y remédier. Elle nous apprend dans son *Bulletin* qu'il suffit pour éloigner les chats des couvées de fixer dans le buisson, ou au tronc de l'arbre où se trouve le nid, un chiffon imbibé d'huile animale empyreumatique. Les chats ont en effet une invincible répulsion pour l'odeur de cette substance. Le *Bulletin de la Société nationale d'acclimatation* raconte même l'amusante histoire suivante : un de ses correspondants ayant pris une souris au piège la frotta d'huile empyreumatique puis lui rendit la liberté en présence de son chat lequel se garda bien de lui donner la chasse. Mais par la suite, soit que l'odeur se fût communiquée à toutes les autres souris de la maison, soit, ce qui est plus probable, que le chat conservât un mauvais souvenir de son aventure, il renonça absolument à chasser les souris qui pullulèrent dans l'habitation. G. L'H.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de clinique thérapeutique chirurgicale. Indications pratiques en pathologie externe (1), par Louis BILLON, ancien chef de clinique à l'Ecole de médecine de Marseille.

L'ouvrage que le docteur Billon présente au public est conçu sur un plan original. Les affections au lieu d'y être décrites par régions sont présentées par espèces, quel que soit leur siège, ce qui simplifie beaucoup la compréhension de leur thérapeutique. Nous voyons ainsi défiler sous nos yeux le traitement des traumatismes sans plaie, puis des plaies, des suppurations chaudes de tous les appareils, les suppurations froides ou tuberculoses chirurgicales, la syphilis chirurgicale, les associations, les mycoses, puis les tumeurs liquides (kystes, anévrismes, varices), les tumeurs solides, les lithiases, les rétrécissements, hernies, ptoses, corps étrangers, les difformités congénitales, les difformités acquises du squelette, et enfin quelques grands syndromes chirurgicaux (hémorragie, anémie, douleur, anurie, constipation, vomissements).

Chaque traitement est exposé de façon très claire avec sa technique, indications, contre-indications, avantages, inconvénients.

La seule critique que l'on puisse faire à cet ouvrage très pratique, est l'absence de figures. M. LANCE.

(1) In-8 cartonné de 1209 pages. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

Le Problème physiologique du sommeil (1), par Henri PIÉRON, directeur du laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne.

Cet ouvrage considérable, et très scientifiquement conduit, est le résultat de douze années de recherches relatives au problème du sommeil, au point de vue physiologique. L'auteur a également étudié la question au point de vue psychologique durant ses investigations, mais cette partie du problème n'a pas été abordée par lui dans l'ouvrage que nous présentons ici.

L'examen et la vérification des travaux antérieurs ont conduit M. Piéron à s'engager résolument dans deux voies : d'abord la physiologie comparée du sommeil, question délicate et assez délaissée, sauf en ce qui concerne le sommeil saisonnier, et où l'auteur déclare modestement n'avoir pu faire encore que des observations éparses. La seconde voie est celle des facteurs effectifs du sommeil normal, où jusqu'à présent, on rencontre des foules d'hypothèses basées sur des faits presque inexistants. M. Piéron s'est au contraire efforcé, depuis de nombreuses années, de poser sur le terrain expérimental le problème des causes et du mécanisme du sommeil, et ce sont ces recherches qui constituent la partie la plus considérable de son ouvrage. Ce livre, on ne s'attend point sans doute à ce que nous tentions ici de l'analyser en quelques lignes, car il échappe par sa nature à ce genre de présentation, et nous ne saurions mieux faire que d'en conseiller la lecture et l'étude à tous ceux qu'attire l'intéressant et troublant problème du sommeil. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Encyclopédie scientifique. Les grands processus morbides (2), par le docteur C. HAHN.

Les grands processus morbides sont : la *congestion*, l'*inflammation*, la *suppuration*, la *gangrène*. Leur histoire se rattache à celle de la médecine elle-même. Depuis les temps hippocratiques, ils ont été l'objet des discussions les plus passionnées, et ils n'ont pu être scientifiquement définis que tout récemment. Les expériences de J. Cohnheim, la géniale théorie de la leucocytose, due à Metchnikoff, ont jeté la plus vive lueur sur l'inflammation, et permis de rejeter définitivement les antiques et vieilles hypothèses du stimulus et de la phlogose. Grâce à la bactériologie, la gangrène a pu être enfin caractérisée. Il n'est pas jusqu'à la suppuration et à la congestion dont l'étude n'ait bénéficié des progrès effectués par les méthodes de recherches modernes. A l'heure actuelle, impossible de comprendre le moindre article médical, si l'on ne connaît, ne fût-ce que sommairement, les grands processus généraux. Aussi faut-il louer M. le docteur C. Hahn de leur avoir consacré un livre sobre et clair, où se trouvent condensées toutes les notions indispensables à connaître, et qui sera lu avec intérêt par tous ceux qui veulent, du fait particulier, s'élever à l'idée générale, et, de par l'analyse, réaliser de la synthèse. B. GAYARD.

(1) In-8 de 520 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson.
(2) In-8. Paris, O. Doin et fils.

CLINIQUE MÉDICALE

DE L'OCCLUSION INTESTINALE D'ORIGINE CANCÉREUSE

CONSIDÉRATIONS SUR L'EXAMEN RADIOSCOPIQUE

Par M. ALBERT MATHIEU (1),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

PRÉAMBULE. — Faisons tout d'abord une revue rapide des sujets traités dans les deux conférences précédentes (2).

J'ai parlé tout d'abord de l'occlusion lente et progressive de l'intestin grêle; j'ai rapporté l'histoire d'un malade atteint d'une sténose progressive du jéjunum, chez lequel les accidents évoluèrent lentement et chez qui le diagnostic fut pourtant facile en raison de la localisation précise des accidents d'occlusion.

Je me suis occupé ensuite de la valeur sémiologique du phénomène fausse ascite dans l'occlusion de l'iléon et j'ai à ce propos cité un certain nombre d'observations où ce syndrome était des plus nets.

Dans une seconde étude, je me suis occupé du cancer du gros intestin, en particulier du cancer du côlon à sa phase initiale en insistant sur cette première période en raison de l'intérêt très grand qu'il y a à établir un diagnostic précoce si l'on veut provoquer une intervention chirurgicale vraiment utile.

J'ai donc décrit les formes de début : à propos de la forme avec *anémie pernicieuse progressive*, je n'ai pas pu rapporter d'observation personnelle tout à fait pure; les faits de cet ordre sont du reste rares.

J'ai signalé ensuite le début éventuel par des accidents de *colite chronique*; je me suis, en revanche, contenté de faire allusion aux *colites dysentériformes*, me réservant d'y revenir en étudiant plus tard le cancer pelvien parce que c'est dans ce cas surtout que s'observe cette forme de colite.

J'ai laissé de côté les *hémorragies*, les *abcès péricoliques*, que j'ai étudiés antérieurement n'ayant pas de faits nouveaux à en rapporter. C'est à dessein que je n'ai pas encore parlé de l'occlusion : complication fréquente et souvent précoce, en apparence tout au moins, du cancer du gros intestin; je me propose d'aborder aujourd'hui ce sujet et, de plus, d'exposer d'une façon sommaire, ce que je pense de la valeur clinique de l'examen radioscopique dans le diagnostic du cancer du gros intestin.

OCCLUSION INTESTINALE D'ORIGINE CANCÉREUSE. — Lorsqu'on voit survenir des accidents d'occlusion au cours de l'évolution d'un cancer, on pense souvent tout d'abord à attribuer la sténose à une cause mécanique : lésions néoplasiques, végétations, brides, adhérences, tuméfaction inflammatoire, ou encore au développement de la lésion sous forme d'anneau. C'est cette forme de rétrécissement annulaire qu'on a appelée le cancer à la ficelle.

Au rétrécissement matériel du calibre de l'intestin dû à ces différents facteurs, il faut encore ajouter l'obstruction due aux substances dures, scybales, ou corps étrangers ayant une difficulté plus ou moins grande à traverser le point rétréci en raison de leur volume et de leur dureté.

Mais l'élément sur lequel je veux attirer ici l'attention et qui peut présenter un grand intérêt dans les premières périodes du cancer de l'intestin, c'est le *spasme*.

Autrefois les auteurs ne faisaient guère intervenir le spasme dans les phénomènes d'occlusion de ce genre; on parlait beaucoup plus de l'occlusion paralytique que de l'occlusion par spasme.

Dans les périodes initiales du cancer de l'intestin, les phénomènes d'occlusion momentanés sont dus plus spécialement au spasme; il y a pour cette partie du tube digestif une combinaison fréquente de spasme localisé et de distension atonique dans la partie sus-jacente.

La réalité du spasme est démontrée par des considérations théoriques et des constatations directes. Les raisons théoriques d'admettre son intervention sont la survenue rapide des accidents, leur disparition également rapide sous l'influence de médicaments antispasmodiques et plus particulièrement encore de la belladone et de l'atropine. En Allemagne surtout on a beaucoup employé l'atropine et à des doses assez élevées : 2, 3 et même 4 milligrammes par jour; le résultat a été que, dans un grand nombre de cas, l'occlusion a disparu rapidement; mais l'emploi de l'atropine à ces doses énormes n'est pas sans danger.

D'autre part, on a constaté fréquemment l'existence du spasme; d'abord cliniquement par la palpation de l'abdomen. Par exemple dans le cancer de la région pelvienne on constate assez souvent que le côlon descendant est dur, rigide à la façon d'un bâton : c'est un état de spasme permanent, ou à paroxysmes très rapprochés.

On peut aussi observer directement le spasme au moment de la laparotomie. Dans certains cas même on a pu se rendre compte que, s'il existait une sténose matérielle en un point, on trouvait de plus au-dessus, à distance, un anneau de spasme qui était la véritable cause de la survenue brusque des accidents d'occlusion.

Je puis illustrer ces considérations théoriques par l'exposé d'un fait récemment observé au cours d'une intervention de M. Ricard. Il s'agissait d'un de mes malades qui présentait des accidents de colite et chez lequel survinrent des phénomènes non douteux d'occlusion. Bientôt l'intervention devint obligatoire. Après laparotomie, on trouva une distension marquée de l'intestin grêle et du côlon ascendant. Le côlon transverse et le côlon descendant étaient vides. On était donc amené à penser à une lésion siégeant au niveau de l'angle hépatique du gros intestin. Eh bien! il s'agissait d'un cancer sténosant de l'anse sigmoïde au-dessus duquel le côlon était spasmodiquement contracté jusqu'à la hauteur de l'angle droit du côlon.

Dans un cas plus récent, il s'agissait d'une tumeur

(1) Conférence recueillie par M. Girault, interne du service et revue par M. A. Mathieu.
(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, nos 57 et 60.

pelvienne portant sur le côlon sigmoïde constatée ultérieurement à l'autopsie pour laquelle, au cours d'accidents d'occlusion, M. Labey fit une intervention pour établir une bouche cæcale. Il trouva un intestin mou, flasque, n'ayant aucune apparence d'occlusion; le spasme était donc tombé, mais l'établissement de la bouche était encore justifié, puisque la lésion sous-jacente persistait.

On peut distinguer les phénomènes d'occlusion intestinale, surtout ceux qui sont dus au cancer de l'intestin en deux grandes catégories : accidents tardifs, susceptibles d'amener en peu de temps la mort du malade et phénomènes d'occlusion précoce.

Il ne paraît guère douteux que les accidents initiaux, prémonitoires, soient très souvent sous la dépendance du spasme.

Entre ces deux extrêmes, il existe d'ailleurs des cas intermédiaires, et, en particulier, une forme où l'occlusion terminale se fait, semble-t-il, après une série de petits essais préalables : des petites crises incomplètes se succèdent, puis à un moment donné on assiste à une crise grave d'occlusion.

Il y a deux ans, je fus appelé auprès d'un homme de soixante-deux ans, avocat, qui dix-huit mois environ avant cette époque avait présenté des coliques, de la tuméfaction abdominale et quelquefois des vomissements. Ces accidents se montraient pendant des périodes de deux, trois, quatre jours, puis disparaissaient. Il est à noter ce fait très curieux que, presque toujours, ces accidents survenaient à la suite de surmenage intellectuel, après une plaidoirie dans quelque procès particulièrement important. Ils avaient fini par se répéter, devenir très intenses si bien qu'on pouvait diagnostiquer l'existence d'une sténose mécanique de l'intestin.

A la suite de crises répétées de ce genre, deux chirurgiens firent la laparotomie exploratrice dans l'intervalle de deux crises; ils ne trouvèrent que quelques brides épiploïques et un appendice un peu dur qu'ils enlevèrent.

Ce n'était pas là, bien entendu, la cause des accidents; du reste, huit jours après l'opération, survint une crise grave d'occlusion.

Ayant été appelé ultérieurement auprès de ce malade, je constatai, au cours d'une crise, du ballonnement du ventre, des contractions péristaltiques visibles d'anses grêles dilatées, du clapotage diffus, de la fausse ascite.

L'intervention, décidée après consultation, fut pratiquée par M. le professeur Quénu. Il trouva une bride au-dessus de la valvule iléo-cæcale et, en amont de celle-ci, l'intestin grêle dilaté. Ce n'était pas là la cause véritable, primitive, de l'occlusion, et, en effet, la bride sectionnée, le liquide intestinal se précipita dans le cæcum, mais ne parvint pas dans le côlon descendant.

Une bouche cæcale fut donc établie. Au bout de quelques semaines, une seconde opération fut faite et on trouva au niveau du côlon transverse un néoplasme en cylindre qui fut extériorisé; une seconde bouche fut ainsi ouverte sur le côlon transverse.

Dans un troisième temps, on enleva la tumeur et finalement on obtura la bouche.

Cette observation est intéressante par l'ensemble des accidents superposés et le malade ne guérit que grâce à la ténacité et à l'habileté du chirurgien.

Spasme du côlon en dehors du cancer. — Le spasme de l'intestin ne se rencontre pas que dans le cancer. Il se produit aussi dans les accidents de colite, chez des hystériques et encore à la suite de crises abdominales vives telles que coliques hépatiques ou coliques néphrétiques. Dans ce dernier cas, il peut y avoir de la distension du ventre avec suppression des selles et des gaz par l'anus, en un mot, un véritable syndrome clinique d'occlusion.

Le professeur Quénu a récemment relevé, à propos d'un cas auquel il avait des raisons très personnelles de s'intéresser, une série d'observations dans lesquelles des accidents d'occlusion étaient survenus au cours de crises de colique néphrétique. Il n'est guère douteux que le spasme et l'atonie sus-jacente au spasme n'y jouent un certain rôle.

Radioscopie dans les sténoses intestinales. — Je voudrais terminer cet exposé en disant l'idée que je me fais à l'heure actuelle des ressources de l'examen radioscopique dans les sténoses intestinales, et particulièrement dans les sténoses d'origine cancéreuse.

Quand il s'agit d'occlusion du grêle, il se produit parfois un phénomène caractéristique décrit en Allemagne par M. Schwarz et en France par M. Béclère : les anses intestinales sont dilatées avec une disposition verticale : elles se présentent comme des tuyaux d'orgue et on y voit du liquide qui, au moment des contractions, varie de niveau. Il peut y avoir accumulation de bismuth dans le fond de ces anses intestinales distendues. A ce propos, je dois dire qu'il faut être d'une prudence très grande quand il s'agit d'administrer du bismuth à dose élevée à un malade en crise d'occlusion et je considère comme dangereux de l'examiner dans ces conditions à peu de distance d'une crise d'occlusion marquée. A deux reprises différentes, je suis resté sous l'impression d'accidents d'occlusion ayant suivi de près l'ingestion d'une forte dose de bismuth chez des malades en instance de crise d'occlusion intestinale.

Que peut donner l'examen radioscopique dans les sténoses du gros intestin?

A priori, on doit admettre que le lait de bismuth a une tendance à s'arrêter à l'endroit où l'intestin se trouve rétréci, quelle que soit la nature de cette sténose : spasme ou sténose matérielle. Il peut se faire de plus qu'il y ait en amont de ce rétrécissement une dilatation dans laquelle viendra s'accumuler le lait bismuthé.

On peut supposer encore que l'obstacle peut être plus ou moins perméable et qu'alors le bismuth ne sera pas toujours arrêté complètement dans sa marche et qu'il filtrera en proportion plus ou moins considérable pour venir remplir la partie de l'intestin située au delà de la zone rétrécie.

Si on examine un malade en temps voulu après l'administration de bismuth par la voie buccale, on peut voir son ombre caractéristique s'interrompre

à un niveau donné du côlon sans qu'on la retrouve au dessous de ce point.

Cela peut être une présomption que le bismuth s'est arrêté au niveau d'un obstacle matériel, soit qu'il ait été ingéré et chemine de haut en bas, soit qu'il ait été introduit en lavement et procède de bas en haut. Si la colonne est interrompue seulement sur un segment donné, on peut supposer qu'il a filtré par un pertuis rétréci; mais il faut être très réservé dans ses conclusions.

Dans ces recherches, le bismuth peut être donné par la bouche ou par la voie ano-rectale et on a discuté dernièrement pour savoir s'il valait mieux le donner par la bouche ou en lavement. En principe on doit user des deux procédés. En voici une preuve : on donne à un malade du bismuth par la bouche et on l'examine seize heures après. On voit une colonne de bismuth remplissant le cæcum et se prolongeant jusqu'à l'angle splénique du côlon où elle s'arrête : y a-t-il donc là un point rétréci?

On contrôle par un lavement bismuthé et on voit alors que le bismuth franchit l'angle splénique et va jusqu'à l'angle hépatique.

Les deux constatations se corrigeaient l'une l'autre et on put conclure à la non-existence d'une sténose matérielle, soit de l'angle splénique, soit de l'angle hépatique.

Il est donc bon que les deux méthodes se complètent et se contrôlent, mais, comme je viens de le dire, l'emploi du bismuth par la voie buccale peut être une cause occasionnelle d'occlusion, et il vaut mieux s'en abstenir dans certains cas. Du reste, la méthode du lavement est préférable, toutes les fois qu'il s'agit du côlon descendant et même du côlon transverse.

Des recherches nombreuses, en particulier celles de MM. Tuffier et Aubourg, ont montré qu'un litre de lait bismuthé injecté par voie rectale remplit le côlon dans toute son étendue et arrive dans le cæcum (1).

Il ne faut pas, disent-ils avec raison, se hâter de conclure à une sténose matérielle quand il y a un arrêt temporaire du bismuth au cours d'une unique séance d'examen; il faut faire plusieurs examens.

Le lait de bismuth peut au contraire franchir un point sténosé. Une dame d'une cinquantaine d'années présente des phénomènes d'occlusion incomplète, qui font penser à un cancer du gros intestin : on ne trouve rien à la palpation. On pratique l'examen radioscopique. Un lavement bismuthé remplit le côlon jusqu'à l'angle hépatique à partir duquel on constate une filtration difficile.

La laparotomie exploratrice montre quelques adhérences au coude hépatique insuffisantes pour expliquer les accidents, mais on trouve au-dessous un petit cancer en ficelle du côlon descendant. Le bismuth avait passé à travers cet endroit rétréci sans que rien n'ait attiré l'attention.

(1) TUFFIER et AUBOURG. L'estomac, le duodénum, le gros intestin dans les positions debout et couchée, *Presse méd.*, 29 avril 1911; — L'exploration radiologique du gros intestin par le lavement bismuthé, *Soc. de chir.*, 22 mars 1911.

Par voie buccale, on doit tenir compte de l'horaire normal de la marche du bismuth établi par Hertz (de Londres).

On trouve au bout de quatre heures le bismuth au fond du cæcum; après six heures, un peu plus haut; au bout de sept heures il atteint la première portion du côlon transverse; après huit heures, la moitié du côlon transverse est remplie. Après dix heures, il est arrivé à l'angle splénique; au bout de douze heures, il descend jusqu'à la partie inférieure du côlon et, après vingt-quatre heures, il remplit l'anse sigmoïde.

La déformation lacunaire de l'image radioscopique, si précieuse dans l'examen radioscopique de l'estomac, ne joue qu'un rôle effacé dans le diagnostic du cancer du côlon : c'est dans ce cas une constatation très rare.

Notre conclusion sera qu'il ne faut pas, malgré ces possibilités d'erreur, renoncer à l'examen du gros intestin par la radioscopie quand il s'agit de sténose et particulièrement de sténose cancéreuse, mais qu'il faut faire des examens répétés et se montrer extrêmement prudent dans l'interprétation des images aperçues sur l'écran ou fixées par la radiographie. Il ne faudra *jamais* oublier en tout cas que, si le sel de bismuth est arrêté dans sa progression, cela n'indique nullement qu'il y ait une lésion matérielle sténosante et que, s'il s'accumule dans un espace dilaté, cette dilatation peut reconnaître une cause autre qu'un rétrécissement sous-jacent.

Ces arrêts et ces accumulations ne prennent toute valeur diagnostique que quand elles coïncident avec d'autres constatations cliniques (tumeur, clapotage localisé, etc.). Leur constatation a d'autant plus de valeur qu'elle se reproduit avec les mêmes caractères à plusieurs examens successifs.

SCIENCE ET PRODUCTION SCIENTIFIQUE

EN ESPAGNE (1)

Par DON JOSÉ CASARES GIL,
Sénateur du Royaume,
Membre du Conseil de l'Instruction publique.

L'intensité de production est, à l'heure actuelle, le trait caractéristique de la science, qui aspire avant tout à être créatrice. Notre époque ne connaît plus d'hommes semblables à ceux qui, au moyen âge, consacraient leur vie à l'étude approfondie des livres et qui ne s'aventuraient jamais à chercher du nouveau, ni à sortir du chemin tracé par les grands penseurs, sans de longues années de préparation et d'étude préalables. A l'époque actuelle, la conception que l'on se fait du savoir a subi une modification profonde, et accumuler des connaissances en dehors

(1) A la suite d'une conversation que j'ai eue à Madrid avec le professeur Casares, je lui avais demandé de vouloir bien résumer pour la *Gazette des hôpitaux* les idées qu'il venait de m'exposer. Cet éminent et sympathique savant y a fort aimablement consenti, et c'est la traduction de la note rédigée par lui que j'ai le plaisir de publier aujourd'hui. A. GAULLIEUR L'HARDY.

d'une fin déterminée est une entreprise digne de respect certes, mais qui ne provoque de notre part aucune admiration. La moindre bibliothèque, composée d'ouvrages relatifs à une spécialité quelconque, rassemble plus de faits et de textes qu'une existence humaine n'est susceptible d'embrasser. Aussi la science enfermée dans les livres est-elle pour notre génération une science morte, et celui dont le travail se résume à l'emmagasiner dans son cerveau n'est pour nos contemporains qu'une bibliothèque vivante.

La cause de cette appréciation si défavorable, scientifiquement parlant, pour les hommes qui se bornent à acquérir une grande érudition, réside dans la conviction profondément enracinée dans notre esprit, que les conquêtes de notre siècle pour brillantes qu'elles aient été ne sont que le prélude de ce qui reste à découvrir. Il y a encore des territoires immenses à parcourir dans le domaine de la science, et ce sont les explorateurs que nous admirons aujourd'hui, et non l'homme qui limite son effort à repasser par les lieux que d'autres ont explorés avant lui. Cette manière de penser marque d'une empreinte spéciale l'enseignement moderne. Il ne s'agit plus, en effet, de former des savants dans l'ancienne acception du terme; on n'appelle plus ainsi, nous le répétons, ceux qui ont beaucoup appris, et l'on réserve ce titre à ceux qui ont découvert des régions inconnues du champ de la science ou qui ont perfectionné les moyens empêchant de s'égarer à travers ses inextricables labyrinthes.

Cette façon de voir est devenue si courante, que l'on ne croit guère chez un homme à la possibilité d'une somme considérable de connaissances acquises, si des manifestations ne viennent en authentifier l'existence. Pour apprécier un savant on ne lui demande plus aujourd'hui ce qu'il a appris mais ce qu'il a fait. Ce sont ses travaux, et, dans les sciences expérimentales en particulier, ses découvertes qui donnent la mesure de sa valeur scientifique.

Si, partant de là, on applique ce critérium pour juger de notre science, à nous, Espagnols, il faut bien confesser que nous nous sentirons humiliés de cette épreuve. On ne saurait en effet nier la réalité, et si l'on établit le bilan, à la fin de chaque année, de ce que les différentes nations ont apporté au développement de la science, l'Espagne occupe un rang très secondaire. Aussi, à toute personne qui ne connaît pas bien notre pays cette conclusion apparaît-elle comme logique qu'il n'y doit point exister de science ou qu'il doit y en avoir bien peu puisque la production est si rare et que, s'il en était autrement, le contraire serait démontré par les faits. Heureusement pour nous que l'étranger qui nous juge ainsi se trompe complètement. En ma qualité de professeur connaissant bien plusieurs de nos universités et, comme d'autre part j'ai beaucoup vécu à l'étranger, je peux me faire, sans crainte de me tromper beaucoup, une idée du niveau intellectuel de mon pays en ce qui concerne diverses branches des connaissances humaines. Et c'est une vérité que je me plais à proclamer bien haut, à savoir qu'il n'y a pas de rapport directement proportionnel entre le niveau intellectuel de beaucoup de nos professeurs et leur rendement en production scientifique. Peut-être y a-t-il là une influence de nos traditions, mais jusqu'à l'heure présente on a recherché davantage en Espagne le savoir pour le savoir que la production. Accumuler des connaissances était l'idéal de nos maîtres; créer la science, chercher des routes nouvelles, avancer des théories, tout cela paraissait et paraît encore téméraire à la modestie de beaucoup de nos professeurs.

Comme preuve de ce que j'avance, il suffit de citer le système de concours au moyen duquel se recrutait le professorat. Jusqu'à ces dernières années la seule chose que l'on exigeât des candidats était de posséder des connaissances très étendues et de savoir les exposer facilement. Celui qui connaissait le plus de matières par cœur et qui manifestait les meilleures aptitudes pédagogiques l'emportait sur ses concurrents; on ne lui demandait ni travaux originaux ni recherches personnelles. La tendance contraire ne date que de bien peu de temps. Nos derniers désastres ont en effet exercé sur l'âme du peuple espagnol une impression profonde. Victime du passé, la nation devait nécessairement regarder vers l'avenir. Isolés, sans communications avec l'étranger nous avons été vaincus par la réalité; aussi, passée la première période de stupeur, l'Espagne a commencé à se refaire, et un changement de plus en plus marqué de l'esprit public marque cette renaissance.

Dans le domaine scientifique, cette dernière est puissamment aidée par la *Junta de Ampliacion de Estudios y de Pensiones para el Extrangero*. Constituée en majeure partie par des professeurs et des universitaires, cette « Junta » (association) possède à sa tête Ramon y Cajal, notre plus haute figure scientifique, lequel est non seulement un grand savant mais un grand patriote, et elle recherche le développement de la culture intellectuelle et le progrès de la science avec la plus grande hauteur de vues et sur le terrain de la plus complète neutralité. Elle envoie des étudiants pensionnés dans les différents pays d'Europe et d'Amérique, imitant en cela l'exemple de l'Italie et du Japon, veille à leur fournir depuis quelque temps la préparation nécessaire pour qu'ils retirent le plus grand profit possible de leur séjour à l'étranger, et enfin, à leur retour, recueille les meilleurs éléments et s'emploie à les mettre dans des conditions telles que le savoir acquis se diffuse et soit utile à l'ensemble du pays.

On ne transforme pas un pays en quelques heures, cela va de soi, mais l'observateur attentif percevra sans grand'peine la résurrection intellectuelle de la nation espagnole. Il était bien minime, naguère encore, le nombre de ceux qui aspiraient à augmenter l'ensemble de leurs connaissances en allant étudier à l'étranger; aujourd'hui, une des tâches les plus ennuyeuses incombant à la « Junta » est de faire un choix parmi le nombre énorme des postulants. Instinctivement, l'Espagne cherche une orientation nouvelle, depuis que s'est enracinée chez elle la conviction qu'elle avait fait jusqu'ici fausse route.

Et quant à l'influence que le séjour à l'étranger

produit sur la majorité de nos boursiers, je la résumerai dans cette phrase que me disait l'un d'eux alors que nous nous entretenions de cette évolution qui se fait jour chez nous. « En Espagne, me disait-il, la domination des hommes qui *savent* est en train de céder la place à celle des hommes qui *créent*. » Et il est bien entendu que mon jeune interlocuteur parlait des hommes qui « savent » dans le sens que nous avons soigneusement précisé au début.

Il existe en Espagne vis-à-vis de la science un enthousiasme beaucoup plus considérable qu'on ne pourrait se l'imaginer; on y rencontre des hommes dont le savoir et les capacités intellectuelles sont très grands. Mais la direction suivie jusqu'à présent était erronée, tous les efforts tendaient à accumuler des connaissances, non à les utiliser. Grâce à la direction nouvelle que suivent nos travailleurs, je suis fermement convaincu qu'il s'écoulera bien peu d'années avant que l'Espagne n'occupe un rang honorable parmi les nations au point de vue scientifique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 MAI 1913)

Toxine et antitoxine cholérique. — M. Henri Pottevin.
Etude sur le bacille tuberculeux. — M. A. Besredka.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 JUIN 1913)

De la péricardiolyse dans certaines affections cardiaques ou de la thoracectomie prépéricardique. — M. Delagénière (du Mans) fait une communication sur ce sujet.

Par péricardiolyse il entend une opération qui a pour but la libération du péricarde dans toute sa région antérieure. Il s'agit donc d'une libération du cœur aussi étendue que possible, agissant aussi bien sur les oreillettes et les gros vaisseaux de la base que sur les ventricules.

La cardiolyse consiste simplement à libérer la région ventriculaire en réséquant de 6 à 9 centimètres des troisième, quatrième et cinquième côtes.

Cette cardiolyse a été déjà exécutée 38 fois avec une mort par collapsus, 31 bons résultats et 6 insuccès.

Or ces 6 insuccès ont été observés chez des malades non seulement atteints d'adhérences péricardiques mais encore de lésions cardiaques variables. Il n'est pas étonnant que l'intervention n'ait donné aucun résultat puisqu'elle ne pouvait agir sur les vaisseaux de la base ni sur les oreillettes. Aussi devenait-il logique de chercher dans des cas complexes à pratiquer une opération beaucoup plus importante : la péricardiolyse.

C'est cette opération que l'auteur a pratiquée chez une femme de vingt-huit ans atteinte d'une affection cardiaque caractérisée par des palpitations, de la cyanose des extrémités, surtout des jambes dans la station debout avec pouls veineux vrai. Elle était réduite à vivre constamment couchée et ne pouvait se livrer à aucun travail. L'opération a fait disparaître tous les troubles circulatoires, l'état général s'est amélioré grandement de sorte que cette malade peut gagner sa vie comme femme de journée. Cet état satisfaisant se maintient depuis deux ans.

Les insuccès de la cardiolyse et l'histoire de cette malade semblent bien montrer que pour agir sur des lésions complexes du cœur et du péricarde il est nécessaire de faire une opération très large, libérant tout le péricarde. Mais cette opération a ses indications comme la cardiolyse doit conserver les siennes. En effet, la cardiolyse suffira pour les cas de symphyses du péricarde d'origine extrapéricardique, tandis que la péricardiolyse sera indiquée dans les affections complexes : symphyses péricardiques avec ou sans lésions valvulaires, certaines lésions valvulaires, affections du cœur droit, enfin toutes les lésions qui peuvent avoir une origine intrapéricardique ou peut-être même endocardique.

Or, la clinique permet de distinguer ces deux variétés principales, ce qui met le chirurgien à même de pratiquer l'une ou l'autre de ces opérations.

La techniqne consiste à enlever le grill sterno-chodrocostal dans toute l'étendue qui répond à la projection du péricarde, puis à rabattre le lambeau sur le péricarde libéré.

M. Delorme remercie M. Delagenière d'avoir rappelé qu'il a proposé la péricardotomie dès 1875. Il rappelle les nombreuses expériences qu'il a faites sur le cadavre et regrette que les chirurgiens n'aient pas adopté, comme ils l'auraient dû, cette opération qui peut rendre de grands services. Elle a certainement des indications qui n'ont pu être formulées assez nettement, faute de faits. Cette opération mériterait d'autant plus l'attention qu'elle est bien française.

Déclaration de la tuberculose. — La discussion prend une certaine ampleur et les partisans de cette déclaration ont trouvé deux importants défenseurs en MM. Roux et Richet.

M. Roux est nettement partisan de la déclaration et demande qu'elle soit faite par le médecin traitant à un médecin sanitaire. On a parlé de délation, de viol du secret professionnel, de vexations à l'égard des familles qui n'admettent pas qu'on déclare, dans leur sein, la présence d'un tuberculeux. Mais la tuberculose n'est pas un vice constitutionnel. C'est une maladie accidentelle dont la seule cause est la contagion. C'est là un fait indéniable aujourd'hui. Il n'y a pas de viol du secret professionnel, puisque la déclaration sera faite à un médecin sanitaire, à un confrère astreint lui-même à ce secret. D'ailleurs M. Letulle lui-même admettrait que la déclaration fût faite par le chef de famille. M. Roux préférerait qu'elle fût faite par le médecin. Enfin le public n'est pas aussi hostile à l'admission de la déclaration qu'on l'a dit.

La déclaration entraînant la désinfection et l'assistance aux tuberculeux malheureux nécessiterait, a-t-on dit, des sommes immenses, impossibles à réaliser. On a insisté sur le sort déplorable que la déclaration infligerait au tuberculeux. Tout cela est singulièrement exagéré.

La désinfection peut être très simplifiée en ne portant que sur les crachats et les linges, sur le lavage des parquets au savon noir, sur la nécessité d'un seul lit supplémentaire où le tuberculeux coucherait seul. La désinfection pourrait se faire ainsi sans apparat, sans gêne pour les voisins. Le tuberculeux le plus dangereux est celui qui reste chez lui, semant la contagion autour de lui. Ici interviennent l'assistance à domicile, l'éducation du tuberculeux et de son entourage. La désinfection seule du lieu où est mort un tuberculeux ne saurait remplacer ces précautions si simples et si faciles à mettre en pratique.

Le médecin sanitaire n'interviendra que là où le médecin traitant l'appellera, c'est lui, le médecin traitant, qui reste seul juge du moment où l'intervention du médecin sanitaire deviendra utile.

Enfin la déclaration aurait encore un grand avantage, celui de permettre d'établir des statistiques exactes sur la morbidité et la mortalité tuberculeuses. L'accord sera facile entre

les pouvoirs publics et le corps médical tout entier. La multiplication des dispensaires, où se fera l'éducation du tuberculeux et des siens, l'admission dans des hôpitaux spéciaux, l'assistance à domicile pour les malades qui ne voudront ni du dispensaire, ni de l'hôpital : tels sont les éléments qui permettront une lutte efficace contre le fléau.

La lutte contre l'alcoolisme et contre les logements insalubres, évidemment très utile, ne saurait suffire en ce sens qu'elle ne s'adressera qu'à un petit nombre de tuberculeux.

Pour toutes ces raisons l'Académie de médecine ne saurait repousser la déclaration obligatoire de la tuberculose, maladie essentiellement contagieuse et qui ne peut être combattue d'une façon efficace que si on s'adresse directement à cette contagion.

M. Richet en tant qu'expérimentateur déclare que la tuberculose est contagieuse, très contagieuse. Il faut être bien convaincu de ce fait et alors pourquoi la tuberculose, au point de vue de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, jouirait-elle d'un traitement de faveur? Elle est admise et pratiquée en d'autres pays. Pourquoi la France ne s'y rallierait-elle pas? M. Richet pense qu'il est inutile de revenir sur certaines assertions si bien mises en lumière par M. Roux. Il s'appliquera seulement à combattre certaines objections qui se sont élevées contre la déclaration.

On a dit : les tuberculeux sont trop nombreux pour qu'on puisse déclarer leur maladie. Mais, plus une maladie contagieuse fait de victimes, plus il est nécessaire de la combattre et, par conséquent, de la déclarer. On comprendrait mieux cette objection s'il s'agissait de la morve ou de la rage, mais la tuberculose constitue un véritable péril national et c'est précisément parce qu'il y a beaucoup de tuberculeux qu'il faut les déclarer.

Combattre l'alcoolisme, supprimer les logements insalubres, c'est bien, mais combattre la tuberculose elle-même, c'est encore mieux. Sans doute il y a entre l'alcoolisme et la tuberculose un rapport fréquent. Mais combien de tuberculeux qui ne sont pas des alcooliques!

On a dit qu'un grand nombre de médecins étaient opposés à la déclaration. C'est à tort, c'est à l'Académie de les convaincre. Le secret professionnel, a-t-on dit, sera violé. M. Roux a expliqué comment il ne le sera pas, par l'intervention du médecin sanitaire. La formule à adopter, selon M. Richet, est très simple et très banale. Déclarez la tuberculose quand elle devient contagieuse, ne la déclarez pas quand elle n'est pas contagieuse. Quand il y a péril social par le fait de la contagion tuberculeuse, la déclaration s'impose.

Autre objection : les dépenses énormes qu'entraînerait l'assistance à domicile. L'association des pouvoirs publics, des municipalités et des dons offerts par des personnes généreuses pourvoira à ces dépenses.

Notre devoir, dit en terminant M. Richet, est donc de nous conformer au vœu de la Commission. Quand Villemin et Chauveau nous ont démontré la contagion de la tuberculose, ils ont trouvé dans le monde médical de nombreux adversaires. Ne faisons pas aujourd'hui comme ont fait nos devanciers.

M. Le Dentu dit qu'on affirme aujourd'hui que la tuberculose ne se transmet que par contagion, mais dans le public l'idée de l'hérédité tuberculeuse persiste encore. Il faut donc commencer par déraciner cette idée de l'esprit du public. Prouvez donc d'abord que l'hérédité n'est pour rien dans la transmission de la tuberculose et que la contagion est sa seule cause.

M. Chauveau rappelle qu'il y a longtemps qu'il a démontré la contagion de la tuberculose par des expériences sur les animaux, dans n'importe quel état de santé, chez les sujets les plus robustes et les mieux portants, l'inoculation de germes tuberculeux est toujours positive. Aucun animal inoculé ne résiste à l'inoculation de la tuberculose. C'est là un fait inattaquable et depuis longtemps démontré.

Revision de la loi de 1838 sur les aliénés. — M. Ballet est rappelé à la tribune pour formuler de nouveau le vœu qu'il a proposé à l'Académie d'adopter.

M. Labbé fait remarquer que l'Académie s'écarterait de son rôle en mettant aux voix le vœu formulé par M. Ballet. Tout en rendant justice à son talent et à son autorité, M. Labbé fait observer à M. Ballet qu'il a émis une opinion personnelle, qui n'est peut-être pas partagée par tous ses collègues. M. Ballet demande une enquête ; mais il y a longtemps qu'elle a été faite cette enquête. M. Labbé rappelle ici toutes les phases de la discussion qui a eu lieu à la Chambre, au Sénat et dans diverses commissions. Il serait étrange que l'Académie, sur l'opinion d'un de ses membres, vînt mettre son veto. Il demande donc que la proposition de M. Ballet soit renvoyée à une commission.

M. Magnan, d'accord sur bien des points avec M. Ballet, se range cependant à la proposition de M. Labbé.

M. Ballet répond à M. Labbé que le projet de loi n'a pas encore été voté par le Sénat. Il est donc encore discutable. La Commission du Sénat a bien consulté MM. Magnan et Ballet, mais elle n'a tenu aucun compte de leurs observations. S'il y a manque d'égards, ce n'est donc pas de la part de l'Académie vis-à-vis des pouvoirs publics, mais bien de la part des pouvoirs publics vis-à-vis de l'Académie en dédaignant de la consulter.

Quoi qu'il en soit, M. Ballet se range très volontiers à la proposition de M. Labbé.

Une Commission sera nommée dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 31 MAI 1913)

Insuffisance galactolytique. — MM. Achard et G. Desbouis. En pratiquant l'épreuve de la glycosurie alimentaire pour explorer les fonctions du foie, les cliniciens pensaient que l'apparition du sucre dans l'urine était due à ce que le foie ne l'arrêtait pas suffisamment. En réalité, c'est que les tissus sont devenus incapables de l'utiliser.

Dans ces dernières années on a cru préférable, pour cette exploration fonctionnelle du foie, de substituer au glycose le galactose. Mais les résultats de cette épreuve de la galactosurie alimentaire dans les affections hépatiques sont aussi fort inconstants.

Or, en étudiant les échanges respiratoires, nous avons reconnu que la galactosurie alimentaire marche de pair avec l'insuffisante utilisation du galactose par les tissus, c'est-à-dire une insuffisance galactolytique générale. Il s'agit donc moins d'un déficit dans la mise en réserve hépatique que d'un trouble de la nutrition générale, dans lequel le foie ne peut intervenir que d'une manière indirecte.

Nous avons observé 5 cas d'insuffisance galactolytique. Il s'agissait de deux cirrhoses de Laënnec, d'un cancer du foie, d'un ictère catarrhal et d'une maladie d'Addison. Dans ces deux derniers cas, ce trouble ne fut que transitoire.

L'insuffisance galactolytique paraît beaucoup moins fréquente que l'insuffisance glycolytique et ces deux sortes de troubles sont le plus souvent indépendants. Nous n'avons noté qu'une fois leur coexistence, et encore temporaire chez l'addisonien. Dans sept autres cas d'insuffisance glycolytique, il n'y avait pas d'insuffisance galactolytique.

Comme le glycose et le galactose sont isomères, on peut voir dans l'indépendance de leur utilisation par les tissus un nouvel exemple de la spécificité des actions, vraisemblable-

ment diastasiques, par lesquelles s'accomplissent les phénomènes intimes de la nutrition.

De l'exactitude de la méthode de Riva Rocci dans la mesure de la pression artérielle maxima (1re note). — MM. C. LIAN et L. MOREL. Les sphygmomanomètres à manchette employés pour la détermination de la pression artérielle maxima *Mx* chez l'homme rentrent dans deux groupes principaux. Les uns permettent de mesurer *Mx* par la *méthode de Riva Rocci*, les autres déterminent *Mx* par la *méthode oscillatoire*. Or, les chiffres donnés par ces deux méthodes sont profondément différents. Et, afin d'apprécier la valeur respective de ces deux méthodes, les auteurs ont entrepris des expériences dont ils rapportent la première série.

Les expériences des auteurs tendent à prouver que, conformément au principe de la méthode de Riva Rocci, lors d'une décompression brachiale, les battements de l'artère radiale réapparaissent sensiblement, à 1/2 ou 1 centimètre de Hg près environ, en même temps que le sang commence à couler à l'avant-bras. Au contraire, la méthode oscillatoire semble indiquer pour *Mx* une pression supérieure de 3 centimètres de Hg environ à celle qui permet le passage du sang au delà de la manchette.

Psoriasis et rhumatisme chronique. Transformation par l'opothérapie thyroïdienne et testiculaire. — M. LÉOPOLD-LÉVI rapporte le cas d'un homme de soixante-douze ans, qui depuis sept années est atteint d'un psoriasis sévère et d'un rhumatisme chronique bénin.

Le rhumatisme cède au traitement thyroïdien, le psoriasis au traitement par la poudre de testicule. Les résultats immédiats, continus, transformateurs obtenus par chacune des glandes, joints aux signes d'insuffisance relevés chez le malade, autorisent d'admettre chez lui l'existence d'un rhumatisme thyroïdien, d'un psoriasis rachidien. L'insuffisance testiculaire toutefois a peut-être contribué, par une réaction d'hyperthyroïdie, à provoquer un psoriasis hyperthyroïdien.

Sur le principe actif de l'hypophyse. — M. A. BAUDOIN communique des expériences qui l'ont amené à extraire de l'hypophyse un produit actif cristallisé qui donne les mêmes réactions que l'extrait du lobe postérieur d'hypophyse.

Sur l'hypertrophie compensatrice du rein après néphrectomie unilatérale. — M. Paul CARNOT. L'étude pondérale de l'hyperplasie compensatrice du rein après néphrectomie unilatérale montre, d'une façon précise et comparable, que cette hyperplasie se fait habituellement avec une grande intensité et une grande vitesse, et que, parfois, l'intensité de cette régénération est tout à fait surprenante.

Elle montre, d'autre part, qu'il existe d'un animal à l'autre de très grandes différences individuelles, suivant un coefficient de prolifération cellulaire propre à chaque sujet.

Recherches sur l'éosinophile et l'éosinophilie. Explication de l'abaissement considérable du taux de l'éosinophilie après l'opération du kyste hydatique. — MM. WEINBERG et P. SÉGUIN. La disparition de la plupart des éosinophiles du sang, observée après l'opération de kyste hydatique, est déterminée par l'appel intense de ces éléments vers la région où se fait la résorption du liquide hydatique épanché au cours de l'opération chirurgicale.

Autres communications :

Le milieu de culture d'acides aminés complets pour les microorganismes. — MM. R. DALIMIER et Edg. LANCEREAUX.

Action du sucre sur la nutrition. — MM. André GOUIN et P. ANDOUARD.

La survie des tissus séparés de l'organisme et les greffes d'organes. — MM. DOYEN, LYTCHKOWSKY et BROWNE.

Fermentation de divers sucres par le bacille coli. — M. ROUGENTZOFF.

De l'action des oxydants sur l'évolution des maladies infectieuses. — M. Marcel BELIN.

Pseudo-noyaux de globules rouges. — M. Emile FEUILLIÉ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 24 MAI 1913)

L'amino-acidurie pathologique. — MM. Marcel LABBÉ et BITH montrent l'intérêt de la recherche de l'amino-acidurie pour déceler un trouble du métabolisme azoté ; ce trouble s'observe chez les diabétiques avec acidose et permet de prévoir l'apparition du coma ; il se voit chez les malades atteints d'une affection hépatique et représente un bon indice d'insuffisance hématique. Pour mettre en évidence les petites insuffisances, les auteurs pratiquent en outre l'épreuve de l'ingestion de peptones.

Thromboses veineuses du membre supérieur par effort. — M. MOUCHET présente un cas très rare de thrombose du membre supérieur droit, dit « par effort », c'est le troisième cas observé par lui, de ce genre de thromboses, décrit seulement en Allemagne jusqu'ici, et qui soulève des problèmes intéressants.

M. DABOUT a observé chez un ouvrier, atteint préalablement d'entorse au poignet et à la suite d'un effort, une thrombose veineuse, longue de 2 centimètres, au niveau de la veine radiale superficielle; c'est le premier cas de cette nature qui lui est soumis en expertise.

M. DARTIGUES estime que le malade présenté par M. Mouchet est loin d'être un homme répondant à la formule de l'athlète, tel que l'ont défini MM. Heckel et Hébert; la thrombose « par effort », que l'auteur n'a jamais observée parmi les athlètes qu'il lui a été donné de voir, semble donc difficile à admettre.

M. A. LECLERCQ envisage, en dehors des cas douteux de thromboses chirurgicales, les affections diathésiques, les toxi-infections et les rétrostases veineuses qui peuvent occasionner l'oblitération des veines.

M. QUISERNE explique que la phlébite traumatique est presque impossible à concevoir, à moins que l'on admette une lésion antérieure des tuniques veineuses. Dans la thrombose expérimentale, M. Vaquez a démontré qu'il était impossible de déterminer une coagulation à moins qu'auparavant on ait produit d'une manière quelconque un trouble profond dans la nutrition du vaisseau ; sans cela, il était possible de poser des ligatures aseptiques sur le vaisseau sans produire de coagulation veineuse. Il faut donc admettre que le vaisseau ait été malade avant l'effort pour que la coagulation ait eu lieu.

Paralysie tardive du nerf cubital à la suite d'une fracture du coude atteignant le codyle externe de l'humérus. — M. MOUCHET, à l'occasion d'une présentation de malade, attire l'attention sur ces faits curieux, la paralysie est causée par l'attitude en cubitus valgus que le membre prend progressivement dans les années qui suivent la fracture.

Quelques observations de malades traités par la méthode de Bergonié. — MM. LAQUERRIÈRE et WRYTTEN montrent par des faits que chez des sujets asthéniques ou abouliques, cette méthode forme un premier stade précieux de la rééducation ; chez les malades physiquement impotents, elle permet de réaliser une gymnastique active alors que l'exercice volontaire est inapplicable.

Les auteurs insistent sur la difficulté d'apprécier le résultat obtenu uniquement par la bascule, puisque le traitement développe la musculature.

Enfin, ils font remarquer que la physionomie des malades ne vieillit pas sous l'influence de l'amaigrissement électrique,

on n'observe pas de replis cutanés flasques à la place des bourrelets de graisse.

Une classification nouvelle des maladies du cœur et de l'aorte. — M. A. LECLERCQ propose de classer ces maladies en cardiosclérose, frappant surtout le myocarde; cardiatérites (tuniques externe et interne) comprenant les péricardites, les endocardites, les myocardites; cardiathéromes représentant les intoxications lentes, expérimentales ou séniles. Il en est ainsi de l'aorte et, de même que pour le cœur, on aura la sclérose aortique, les aortites, l'athérome aortique.

Ostéome éburne sous-muqueux pédiculé du V lingual. — M. MONSARRAT a opéré une malade d'une petite tumeur dure, mobile, pédiculée et médiane, siégeant à 3 millimètres audessous du V lingual; à l'examen des fosses nasales, on constate une grande déviation de la cloison à gauche, et une hypertrophie de la fosse nasale droite; la malade n'accuse aucun symptôme d'ozène; sa sécrétion nasale seulement est exagérée. L'examen histologique fait par le docteur Durante montra que cette tumeur était constituée par un tissu osseux, régulier et très compact.

ANALYSES

MÉDECINE

Du rôle de l'alcoolisme dans la pathogénie de l'épilepsie. (L. MARCHAND. *Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale*, 1913, n° 1.) — De toutes les intoxications exogènes, l'intoxication alcoolique est celle que l'on rencontre le plus fréquemment chez les sujets qui deviennent épileptiques à l'âge adulte. Pour expliquer pourquoi certains sujets et non tous font des accès comitiaux, la plupart des auteurs font intervenir la prédisposition individuelle. Marchand fait remarquer qu'incriminer en pareil cas une aptitude convulsive ou spasmophilie, c'est déguiser notre ignorance. Il montre que cette prédisposition doit jouer un rôle bien effacé et qu'il y a lieu d'attacher plutôt de l'importance à la quantité et à la qualité des liquides ingérés habituellement et à l'état des reins et du foie du sujet. B. GAYARD.

La ration alimentaire et la ration azotée des diabétiques. (Marcel LABBÉ (de Paris). *Rund. f. Med.*, 6 juillet 1912.) — Depuis quelques années une réaction s'est dessinée contre la suralimentation imposée aux diabétiques. Naunyn, von Noorden, Maurel ont insisté des premiers sur ce point. M. Labbé s'est attaché avec M. Strauss à calculer les rations alimentaires qui peuvent permettre de conserver l'équilibre en poids et l'équilibre azoté chez des diabétiques.

Cet équilibre a été obtenu avec des régimes apportant 28 calories en moyenne par kilogramme de poids. Ce régime est inférieur à celui que préconisent les physiologistes pour uu sujet normal.

La dose d'albumine nécessaire pour maintenir l'équilibre azoté est de 1,60 par kilo; les régimes carnés excessifs doivent être proscrits, cependant il ne faut pas réduire à l'extrême l'albumine de leur régime; l'on introduira dans leur régime quelques albumines d'origine lactée ou végétale.

B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

La surrénalite et la pancréatite scarlatineuses. (Léon TIXIER et J. TROISIER. *Arch. de méd. des enf.*, mai 1912.) — Ce travail est le résultat de recherches systématiques pratiquées pendant deux ans à la clinique du professeur Hutinel.

Les symptômes de la surrénalite scarlatineuse peuvent s'observer tantôt dans des scarlatines hypertoxiques, tantôt dans des scarlatines d'intensité moyenne. Le syndrome de l'insuffisance surrénale comprend les symptômes suivants : une tachycardie très marquée, avec arythmie et hypotension, souvent de l'embryocardie; de l'asthénie, des douleurs épigastriques, le phénomène de la ligne blanche, des troubles digestifs, des érythèmes infectieux, enfin une hypocholestérinémie très marquée.

Les lésions anatomiques sont souvent visibles à l'examen macroscopique; il s'agit alors de volumineuses hémorragies; les lésions histologiques portent spécialement au niveau de la zone corticale. On peut les résumer ainsi : disparition de la graisse labile et de l'état spongiocytaire : les cellules sont réduites de volume, ratatinées; elles possèdent un protoplasme acidophile ou amphophile; quelquefois elles s'effritent, perdent leur colorabilité et leurs limites. Il existe une congestion vasculaire intense avec par place l'ébauche de quelques nodules inflammatoires typiques.

L'atteinte du pancréas à la période aiguë se traduit par des douleurs abdominales vives avec irradiations au niveau du foie et de la vésicule, avec paroxysmes; on observe souvent un amaigrissement intense et rapide; les modifications des selles n'ont pas été recherchées, sauf pour un cas qui démontra une légère insuffisance. Macroscopiquement il est rare de constater des modifications importantes. La tuméfaction des ganglions accolés au pancréas est considérable dans certains cas; il existe parfois seulement une tuméfaction légère de la glande; histologiquement on trouve des lésions de pancréatite interstitielle avec infiltration leucocytaire très abondante et des lésions de pancréatite parenchymateuse consistant en hyperplasie des cellules de l'acinus, en lésions dégénératives du protoplasme et quelquefois en lésions langerhansiennes, toutes d'origine hématogène.

Ces constatations entraînent des conclusions thérapeutiques importantes (opothérapie surrénale, régime); suivent les observations qui ont servi aux auteurs à écrire cet article, elles sont au nombre de dix, et leur lecture en est rendue plus attrayante par l'interposition dans le texte de nombreuses planches fort réussies. B. GAYARD.

THÉRAPEUTIQUE

La bactériothérapie lactique en obstétrique et en gynécologie. (Léon POULIOT. *Journ. de méd. de Paris*, 28 déc. 1912.) — L'auteur, après avoir exposé le mode d'action des ferments lactiques, et préconisé l'emploi des cultures liquides (pâte, bouillon), étudie les résultats obtenus par le docteur Brindeau, à la Clinique Tarnier, avec la lacto-antisepsine. Dans les infections anaérobiques, les ferments lactiques ont une action des plus efficaces, notamment dans les cas d'écoulement fétide par rétention de caduque, dans les lésions locales à marche gangréneuse (sphacèle du col, du moignon ombilical, plaies périnéales, etc.). Citons encore l'escarre sacrée ou fessière, où l'action curative a été merveilleuse; des ulcérations diverses (palatine chez le nouveau-né, néoplasmes ulcérés du col), et aussi le vaginisme, dont il faut rechercher la fissure causale, justiciable de la bactériothérapie (pâte lactique) au même titre que la fissure anale. L. GAYARD.

Étude pharmacodynamique et thérapeutique sur la digalène. (MM. le professeur G. POUCHET et le docteur G. BARDET, *Bull. gén. de thérap.*, 30 avril 1913.) — Au point de vue pharmacologique, on peut considérer la digalène, disent les auteurs, comme un moyen facile et sûr de faire une médication très sensiblement comparable dans ses effets à la macération de feuilles de digitale : facile, parce que la solution se trouvant faite d'avance, peut toujours être utilisée au moment voulu, sans qu'il soit besoin de faire une macération ou une infusion; sûr, parce que le produit étant toujours identique à lui-même permet un dosage plus certain.

En somme, la digalène trouve son emploi en thérapeutique, toutes les fois que l'on veut respecter le tube digestif (voie intramusculaire), qu'il y a urgence absolue (voie endovei-

neuse), que les autres médicaments cardio-vasculaires n'ont rien donné (action diurétique presque immédiate, seul diurétique injectable), qu'il faut imposer un traitement digitalique aux enfants (dosage rigoureux, maniabilité plus grande); et, au point de vue des doses, il est intéressant de savoir que les auteurs ont considéré comme doses très faibles (doses d'entretien cardio-tonique d'Huchard) XX gouttes de digalène; comme doses faibles (doses sédatives) XXX à LX gouttes, ou 1 à 2 ampoules de 1 centimètre cube, et enfin, comme doses fortes (ou antiasystoliques) XC à CLXXX gouttes ou 3 à 6 ampoules de 1 centimètre cube que l'on peut administrer par voie buccale, rectale, intramusculaire ou même endoveineuse. Evidemment, chez les enfants, les doses seront beaucoup moindres (de V à XX ou XXX gouttes selon l'âge et en vingt-quatre heures), mais Ausset et d'Espine ont considéré que la digalène, bien maniée, était sans danger chez les enfants et réalisait au contraire dans bien des cas un remède héroïque.

L. GAYARD.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 356, 25 avril 1913.) Albert SCHÖNBERG : La radiothérapie profonde en gynécologie. Traitement des myomes. — C. M. ROQUES : Radiolimitateur compresseur indépendant de l'ampoule radiogène.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 3, mars 1913.) CHEMIN : Rapport officiel sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé dans la marine japonaise pendant la guerre russo-japonaise (trad. du japonais). — LE CONIAC : Note au sujet des améliorations apportées au service de l'électricité médicale à l'hôpital maritime de Brest. — G. BELLET : Etude sur le charnier Lacollonge et les modifications qu'il serait désirable d'y voir apporter. — KERGROHEN : Notes sur quelques hôpitaux de l'Extrême Orient et du Pacifique. — ROBIN : Conclusions générales des délibérations de la conférence internationale de la peste à Moukden. — PALASAC DE CHAMPEAUX : Ictère mixte hépato-hématogène.

Archives générales de médecine. — (Avril 1913.) CYRIAX : Le traitement mécano-thérapeutique de certaines formes de pleurésie aiguë. — ROSENTHAL : L'emploi du spiromètre dans les manœuvres de la méthode de l'exercice physiologique de respiration. Mesure de la résistance et de la débilité respiratoire.

Archives internationales de neurologie. — (Avril 1913.) CAUSSADE et A. MANI : Deux années de fonctionnement (1909-1910) d'un service ouvert de délirants des hôpitaux (Tenon). — BAJENOFF : Quelques réflexions sur les folies gémellaires et familiales. — KOSTYLEFF : La méthode de Rossolimo pour les examens psychopathologiques. — BRESLER : Sur les origines françaises de la balnéation continue dans le traitement des maladies mentales.

Archives médicales d'Angers. — (N° 4, 20 avril 1913.) TURLAIS : Polyglobulies. Erythrémie. Maladie de Vaquez. — GRUGET : De l'extirpation large des fistules à l'anus suivant le procédé de Chevrier. — A. BICHON : Paralysie totale syphilitique de la troisième paire. — J. GAUDIN : Evolution du choléra dans l'eau.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 avril 1913.) H. BOUQUET : Etat actuel de la question du cancer envisagée surtout au point de vue pathogénique et thérapeutique. — (15 avril.) P. BARBET et H. PAILLARD : Les méthodes opothérapiques en chirurgie.

Bulletin médical. — (N° 26, 2 avril 1913.) E. LANEL : Au Congrès d'Education physique. Les principes et la pratique des différentes méthodes contemporaines d'éducation physique. — (N° 27, 5 avril.) RIST : La chlorose des jeunes filles et l'oligosidérémie des jeunes enfants. — PLICQUE : Le traitement palliatif de la chorée. — (N° 28, 9 avril.) PECH : Autour du paludisme. — LANEL : Au Congrès d'éducation physique (*fin*).

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 8, 25 avril 1913.) H. SOULIÉ : La fièvre typhoïde et le processus éberthien. — CRESPIN : Rhumatisme généralisé et progressif. — L. PRON : Influence du tube digestif sur l'œil. — WUNSCHENDORFF : Stabilité de l'eau de laurier-cerise.

Clinique. — (N° 14, 4 avril 1913.) L. MARCHAND : De l'épilepsie traumatique. — KIRMISSON : A propos d'une double luxation c. ngénitale de la hanche. — CHATOU : Le traitement du panaris. — RUDAUX : De la dystocie utérine. — (N° 15, 11 avril.) LEGUEU : Les difficultés opératoires des fistules vésico-vaginales. — MERCIER : L'hérédo-tuberculose facteur d'arriération mentale. — P. RUDAUX : De la mort subite pendant les suites de couches.

Gazette des praticiens. — (N° 444, 1er avril 1913.) DEVÉ : Fièvre typhoïde et séro-diagnostic négatif. — BOISSART : L'enfumage iodé. — REVILLET : La tuberculose infantile à la campagne. Son origine intestinale. Les moyens de la prévenir. — ROULLAUD : Le traitement des vaginites.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 14, 6 avril 1913.) R. DUPÉRIÉ et Ed. DUBOURG : Pachyméningite hémorragique. Hémorragie méningée et tuberculose encéphalo-méningée chez un enfant de deux ans. — (N° 15, 13 avril.) H. DELAUNAY : Sur le rôle du foie dans les échanges azotés. — Pierre LANDE et Léon MURATET : Globules rouges et blancs bien conservés au niveau d'un épanchement sanguin traumatique sur un cadavre inhumé depuis quatre ans. — CARLES : Un dentogène scientifique.

Journal des praticiens. — (N° 14, 5 avril 1913.) LEREDDE : Le traitement du tabes par le salvarsan. La méthode, ses résultats et ses dangers. — SABOURIN : Les bruits pleuro-pulmonaires à rythme cardiaque. — (N° 15, 12 avril.) CANTONNET : La panophtalmie métastatique. — A. MATHIEU : Les colites dysentériformes graves et hémorragiques : leur diagnostic différentiel et leurs indications opératoires. — WIDAL : Pleurésies enkystées et spléno-pneumonies. — Louis BAZY : Traitement des hématomes artériels. — LORAND : Le traitement iodé du diabète des personnes âgées. — (N° 16, 19 avril.) Emile SERGENT : Les trachéo-bronchites de la syphilis secondaire et leur diagnostic avec la tuberculose. — HUTINEL : Pneumonie des enfants (pneumonie franche aiguë), ses particularités cliniques, les difficultés de son diagnostic. — JAWORSKI : Un nouveau traitement du tabes. — (N° 17, 26 avril.) MOLLARD et FAVRE : Syndrome double de rétention biliaire et de sténose duodénale (oblitération cicatricielle du cholédoque et péritonite chronique sous-hépatique d'origine lithiasique). — E. TERRIEN : Vomissements cycliques de l'enfance. (Pathogénie et traitement.) — WIDAL : Phlegmatia d'origine néoplasique.

Toulouse médical. — (N° 5, 15 mars 1913.) RISPAL et LAVAUR : Sur un cas de purpura à topographie radiculaire. — AZÉMA et BASSAL : Sporotrichose à forme gommeuse disséminée. — J. P. TOURNEUX et GINESTY : Ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur; amputations de cuisse. — J. P. TOURNEUX : Tumeur du maxillaire supérieur.

Tunisie médicale. — (N° 3, mars 1913.) LAFFORGUE : Notes rétrospectives sur le typhus récurrent en Tunisie. — BOUQUET-BRYON : De la désagrégation des pilules mercurielles dans l'organisme. — POROT : Le lait en poudre. — SABOURAND : Les affections streptococciques de l'épiderme et leur traitement.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 5, 15 mars 1913.) NOEL : Démographie rémoise pour l'année 1912. — (N° 6, 30 mars.) RAILLIET : Le signe de Koplik en dehors de la rougeole.

NOTES POUR L'INTERNAT

INSUFFISANCE TRICUSPIDIENNE

DÉFINITION. — On dit qu'il y a insuffisance tricuspidienne lorsque la valvule tricuspide ne parvient plus à oblitérer complètement l'orifice auriculo-ventriculaire droit, pendant la systole : cette oblitération incomplète permet au sang, qui normalement devrait passer en totalité dans l'artère pulmonaire, de refluer en partie dans l'oreillette droite.

Il existe deux variétés distinctes d'insuffisance tricuspidienne : *une insuffisance organique* liée à des altérations anatomiques de la valvule; *une insuffisance fonctionnelle*, sans altérations de la valvule, provoquée par la dilatation de l'orifice tricuspidien et du ventricule droit.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — *a.* **Insuffisance organique.** — L'insuffisance organique est rare; elle s'observe spécialement dans l'enfance; elle est parfois congénitale, coïncidant alors avec d'autres malformations cardiaques; elle peut être primitive, mais bien plus souvent elle est secondaire, en ce sens que la valvule tricuspide n'est lésée que postérieurement au cœur gauche : plus rarement le processus morbide atteint d'emblée le cœur droit et le cœur gauche : — la maladie causale est, le plus souvent, chez l'enfant, le rhumatisme articulaire aigu, la chorée; — chez l'adulte, il s'agit le plus souvent d'infection puerpérale, de septicémie pneumococcique, d'infection biliaire; il s'agit plutôt alors d'endocardite infectante du cœur droit, que d'insuffisance tricuspidienne proprement dite.

Il faut encore signaler l'insuffisance traumatique, par rupture des valves ou des cordages.

b. **Insuffisance fonctionnelle.** — C'est de beaucoup la forme la plus fréquente, et très nombreuses sont les causes qui peuvent la réaliser.

En première ligne, se placent les affections valvulaires du cœur gauche (rétrécissement et insuffisance mitrale), lorsque, parvenues à la phase de décompensation, elles gênent la circulation pulmonaire et contribuent à dilater le cœur droit.

Pour Gendrin et Parrot, l'insuffisance serait due à la dilatation de l'orifice fibreux entourant l'orifice auriculo-ventriculaire ; on admet plutôt que l'insuffisance fonctionnelle résulte de la dilatation du ventricule droit.

Le rétrécissement de l'artère pulmonaire peut à la longue, lorsque le sujet n'est pas emporté par la tuberculose pulmonaire, déterminer aussi la dilatation ventriculaire et l'insuffisance tricuspidieune.

La péricardite chronique, la symphyse cardiaque sont fréquemment à l'origine de l'insuffisance tricuspidienne fonctionnelle : il en est de même de certaines dégénérescences cardiaques, des myocardites, etc.

Les affections chroniques des bronches et des poumons se compliquent souvent d'insuffisance tricuspidienne, spécialement l'asthme, l'emphysème, la sclérose pulmonaire, la dilatation des bronches, la tuberculose fibreuse.

Potain et Barié ont montré comment l'insuffisance tricuspidienne pouvait encore être réalisée, grâce à un réflexe vaso-constricteur, portant sur la circulation pulmonaire dont la tension se trouve alors brusquement élevée; ce réflexe est provoqué, au cours d'affections gastriques, intestinales, hépatiques, par des causes variables (irritations minimes de l'estomac, colique hépatique), chez des femmes, névropathes de préférence.

Tout récemment, M. Castaigne a attiré l'attention sur une forme assez spéciale de dilatation isolée du cœur droit, précédant l'asystolie, qui s'observerait chez des sujets *hypertendus, à gros foie dur, non douloureux* ; les causes provoquant la faiblesse précoce du cœur droit dans ces conditions, sont assez obscures : M. Castaigne invoque l'adultération antérieure du parenchyme hépatique par l'alcool ou toute autre cause, qui déterminerait un réflexe analogue à celui qui provoque la dilatation du cœur droit dans les affections gastro-hépatiques. Pour d'autres auteurs, le réflexe parti du foie déterminerait sur le foie lui-même une vaso-constriction brusque, entraînant un syndrome d'hypertension sus-hépatique, avec dilatation du cœur droit; pour d'autres auteurs enfin, l'insuffisance cardiaque serait en outre préparée par l'intoxication, conséquence elle-même du mauvais fonctionnement du foie, intoxication dont l'importance est capitale (Debove), au cours de l'asystolie.

Au cours de la néphrite chronique avec hypertension, on peut encore voir survenir l'insuffisance tricuspidienne suivant un autre mécanisme, soit par myocardite, soit à la suite de dilatation succédant à l'insuffisance du cœur gauche.

Leube a signalé, sans pouvoir d'ailleurs en expliquer le mécanisme, l'insuffisance tricuspidienne dans certains cas de chloro-anémie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *a.* **Insuffisance organique.** — Rares sont les autopsies concernant des cas d'insuffisance organique : s'il s'agit de lésions consécutives à une endocardite bénigne, rhumatismale le plus souvent, on note l'induration des valves de la tricuspide, spécialement de leur bord libre; les cordages tendineux sont durs, rétractés; parfois on observe de petites nodosités verruqueuses, dures, crétacées.

S'il s'agit de lésions consécutives à une endocardite maligne, infectante, du cœur droit (infection puerpérale, pneumococcique, etc.), on trouve sur la valvule, une perte de substance, des végétations, localisées surtout sur la valve antérieure. Le microscope pourra y déceler le microbe causal (streptocoque, pneumocoque, gonocoque, etc.). Dans un cas comme dans l'autre, on constatera fréquemment des lésions analogues au niveau de la valvule mitrale; il peut exister également des lésions du péricarde et du myocarde. L'insuffisance traumatique est réalisée soit par la rupture des cordages tendineux, soit par la rupture des replis de la valvule elle-même.

b. **Insuffisance fonctionnelle.** — Dans cette variété, de beaucoup la plus fréquente d'ailleurs, il n'existe aucune altération de la valvule : toutes les lésions se résument en la dilatation de l'orifice tricuspidien et de la cavité ventriculaire droite, lésions que l'on constate aussi dans l'insuffisance organique, mais jamais aussi accusées que lorsqu'il s'agit d'insuffisance fonctionnelle. L'orifice peut se dilater au point de permettre l'introduction de trois doigts d'adulte. Le ventricule est dilaté, globuleux ; la pointe est abaissée et refoulée vers l'aisselle gauche : les parois ventriculaires sont hypertrophiées. L'oreillette droite est aussi dilatée, avec des parois très amincies ; on observe de même une distension des troncs veineux aboutissant à l'oreillette droite. Les troncs brachio-céphaliques, le golfe de la jugulaire, sont aussi dilatés. Il en est de même de la veine cave inférieure, des veines sus-hépatiques ; le foie est toujours plus ou moins modifié (congestion passive, foie cardiaque, cirrhose).

Sur la table d'autopsie, on peut mettre en évidence l'insuffisance tricuspidienne de la manière suivante : on verse de l'eau dans l'oreillette droite ; cette eau s'écoule dans le ventricule droit; si l'on comprime alors à pleine main le ventricule, on voit refluer dans l'oreillette une partie du liquide.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Il est facile de comprendre le mécanisme des accidents résultant d'une insuffisance tricuspidienne, spécialement de l'insuffisance fonctionnelle.

Au moment de la systole ventriculaire, une partie seulement du sang veineux contenu dans le ventricule est chassé dans l'artère pulmonaire, la majeure partie reflue dans l'oreillette droite. Comme la circulation pulmonaire est en outre gênée, soit par l'hypertension de la petite circulation, secondaire elle-même à une lésion du cœur gauche, soit par une vaso-constriction réflexe (Potain, Barié), il s'ensuit que l'hématose est ainsi doublement entravée. D'autre part, comme à chaque systole le sang reflue dans l'oreillette droite, celle-ci se laisse dilater ; à chaque systole également le sang pénètre dans les deux veines caves, qu'il distend. Il en résulte un refoulement du sang veineux, une rétro-stase qui détermine bientôt la congestion du foie, des reins, du cerveau, de tous les organes ; du sérum transsude dans les tissus et les accidents aboutissent alors, si l'insuffisance ne cesse pas, aux œdèmes, à la cyanose, à l'asystolie.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 64. — SAMEDI 7 JUIN 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 7 JUIN 1913. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de **10f** par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 4 juin 1913. — MM. Boidin, 20; Weil, 18; Ramond, 18; Balthazard, 19.

— Concours de pharmacien de dispensaire. — Le jury est définitivement composé de MM. André, Dhers, Duverger, Houssaye et Gaillard.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 3 juin. — M. Mauriac : « Les rétrécissements de l'artère pulmonaire. » — Note : 17 1/2.

M. Nové Josserand : « Signes, diagnostic et pathogénie de la dilatation bronchique. » — Note : 17 1/2.

M. Sorel : « L'athérome artériel » — Note : 18.

Exposé des travaux personnels. — Ordre de passage :

MM. Clerc, Descomps, Sézary, Rebattu, Hanns, Roger, Tanon, Lereboullet, Azéma, Fage, Voivenel, Serr, Esmein, Pierret, Creyx, Anglada, Villaret, de Verbizier, Desqueyroux, Vitry, Lafforgue, Pinard, Tinel, Crémieu, Rimbaud, Harvier, Pierre Nadal, Gelma, Boudet, Gardère, Babonneix, Foix, Lian, Micheleau, Pujol, Ribierre, Froment, Joltrain, Lévy-Valensi, Cordier, Garnier, Bory, Gaujoux, Debré, Nanta, Moutier, Armand-Delille, Troisier, Baudoin, Lande, Bassal, Lévy (Fernand), Leuret, Roubier, Bonnamour, Margarot, Nové-Josserand, Gillot, Leclercq, Mauriac, Lortat Jacob, Bénard, Lemaire, Laederich, Chabrol, Abrami, Feuillié, Cawadias, Laroche, Clunet, Dupérié, Sorel, Lemierre, Chiray, Giroux, Duvoir, Laporte, Jumentié, Gaultier, Flandin, Parisot, Raynaud, Brûlé, Chalié, Lévy Franckel, Fiessinger, Thévenot, Merklen, Lagane, Crouzon, Philibert, Dufourt, Piéry.

Première séance du 5 juin. — MM. Clerc, $19 \times 2 = 38$; Descomps, $17 \times 2 = 34$; Sézary, $18 \times 2 = 36$; Rebattu, $16\ 1/2 \times 2 = 33$.

Deuxième séance du 5 juin. — MM. Hanns, $17 \times 2 = 34$; Roger, $18 \times 2 = 36$; Tanon, $19\ 1/2 \times 2 = 39$; Lereboullet, $19 \times 2 = 38$; Azéma, $16\ 1/2 \times 2 = 33$; Voivenel, $16 \times 2 = 32$.

— Section de chirurgie générale. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Première séance du 4 juin. — M. Duverger : « Complications pancréatiques de la lithiase biliaire. » — Note : 17.

M. Cotte : « Rachianesthésie. » — Note : 17.

Deuxième séance du 4 juin. — M. Mocquot : « Complications des brûlures. » — Note : 18 1/2.

M. Rabère : « Les greffes viscérales. » — Note : 14.

Première séance du 5 juin. — M. Mathieu : « Etat actuel du traitement du cancer. » — Note : 18 1/2.

M. Gorse : « Des tumeurs rétropéritonéales. » Note : 18.

Deuxième séance du 5 juin. — M. Chalier : « Les goitres aberrants. » — Note : 15.

M. Rives : « Les biloculations de l'estomac. » — Note : 17.

— Section d'obstétrique. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Séance du 3 juin. M. Chirié : « Des échanges fœto-maternels par l'intermédiaire du placenta. » — Note : 16 1/2.

M. Paucot : « Des indications de la dilatation artificielle de l'orifice interne et des moyens de la pratiquer. » — Note : 16 1/2.

Séance du 4 juin. — M. Le Lorier : « Influence sur le fœtus et le nourrisson des intoxications professionnelles de la mère. » — Note : 17 1/2.

M. Willette : « De l'hémorragie rétro-placentaire. » — Note : 15 1/2.

— Section d'anatomie pathologique. — *Leçon orale de trois quarts d'heure.* — Séance du 4 juin. — M. Clunet : « Les tumeurs malignes des os. » — Note : 16.

M. Gellé : « La syphilis du foie. » — Note : 17 1/2.

Séance du 5 juin. — M. Savy : « Les tumeurs bénignes de la mamelle. » — Note : 18.

M. Ameuille : « De la sclérose. » — Note : 17.

— Section de parasitologie. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Première séance du 4 juin. — M. Gautié : « Les champignons vénéneux. » — Note : 13.

Deuxième séance du 4 juin. — M. Bruyant : « Les poissons venimeux. » — Note : 19.

M. Garin : « Le polymorphisme des champignons. Ses applications à la parasitologie. » — Note : 18.

Première séance du 5 juin. — M. Thiry : « Les anthelminthiques végétaux. » — Note : 17.

Deuxième séance du 5 juin. — M. Viguier : « Les insectes venimeux. » — Note : 11.

M. Jannin : « Les discomyces. » — Note : 12.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — M. Jullien, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— Clermont. — Un concours s'ouvrira, le 19 novembre 1913, devant la Faculté mixte de médecine et de phar-



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'hydrologie médicale, par ARNOZAN et LAMARQUE. Un vol. de 696 pages. — Paris, O. Doin et fils.

Poussières et microbes de l'air, par SARTORY et Marc LANGLAIS. Un vol. de 237 pages. — Paris, A. Poinat.



macie de l'Université de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— MARSEILLE. — M. Cotte, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est nommé à partir du 1er novembre 1913, professeur d'histoire naturelle.

Un congé, du 1er juin au 31 décembre 1913, est accordé, sur sa demande, à M. Treille, professeur de clinique des maladies exotiques.

M. Audibert, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, du 1er juin au 31 décembre 1913 (durée du congé accordé à M. Treille), d'un cours de clinique des maladies exotiques.

— POITIERS.— Un concours s'ouvrira, le 27 novembre 1913, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'université de Poitiers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— RENNES. — Un congé du 1er novembre au 31 décembre 1913 est accordé sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bertheux, professeur de clinique médicale.

M. Le Damany, professeur d'hygiène et de médecine légale, est autorisé à faire, aux lieu et place de son enseignement, un cours de clinique médicale, du 1er novembre au 31 décembre 1913 (durée du congé accordé à M. Bertheux, professeur).

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — Il est créé à l'Ecole pratique des hautes études sous la dénomination d'*Institut d'hydrologie et de climatologie*, quatre laboratoires savoir :

I. Laboratoire de physique hydrologique (annexe du laboratoire de médecine du Collège de France; directeur, M. d'Arsonval) ;

II. Laboratoire d'hygiène hydrologique (annexe du laboratoire d'hygiène générale au Collège de France; directeur, M. Bordas);

III. Laboratoire de recherches analytiques hydrologiques (annexe du laboratoire de chimie analytique à la Sorbonne; directeur, M. Urbain);

IV. Laboratoire de chimie physique (annexe du laboratoire de pharmacie clinique à l'École supérieure de pharmacie; directeur, M. Moureu).

Cet institut aura son siège au Collège de France.

— Le laboratoire de thérapeutique hydrologique, dirigé par M. le docteur Albert Robin, 21, rue du Cherche-Midi, est rattaché à l'Institut d'hydrologie et de climatologie, créé à l'Ecole pratique des hautes études.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique*. — Séance du 3 juin. — Mme Bruninghaus, 15 + 7 = 22; MM. Garnier, 10 + 4 = 14; Wallimann, 17 + 6 = 23.

LA SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE tiendra sa prochaine séance le mardi 10 juin 1913, à quatre heures trois quarts très précises, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS DU LOIRET. — Deux postes d'interne en médecine sont créés à l'asile départemental d'aliénés du Loiret. Traitement : 900 francs en argent et les avantages en nature ordinaires (logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage). Conditions : avoir passé le quatrième examen de doctorat (Thérapeutique). Un supplément de traitement de 200 francs est attribué aux internes pourvus du diplôme de docteur en médecine, et une augmentation pouvant atteindre 400 francs est prévue pour travaux de laboratoire.

Pour renseignements complémentaires et pièces à fournir, s'adresser à M. le docteur Rayneau, directeur médecin, 1, rue Porte-Madeleine, Orléans.

SOCIÉTÉ BELGE D'OPHTALMOLOGIE. — La Société belge d'ophtalmologie se réunira à Gand, à l'occasion de l'exposition universelle, les 2 et 3 août prochains.

Le programme scientifique provisoire du congrès comportait au 1er mai, à l'étranger, l'adhésion de MM. les docteurs Ch. Abadie (Paris) et Chevallereau (Paris); les professeurs Fuchs (Vienne), E. de Grosz (Budapest), Hertel (Strasbourg). C. von Hess (Munich) et J. Hirschberg (Berlin); le docteur Holth (Christiania); les professeurs H. Kuhnt (Bonn) et Lagrange (Bordeaux); le docteur E. Landolt (Paris); les professeurs de Lapersonne (Paris) et Motais (Angers); les docteurs Morax (Paris) et H. Pagenstecher (Strasbourg); les professeurs O. Parisotti (Rome), Pfalz (Düsseldorf) et Rollet (Lyon); les docteurs Kurt Steindorf (Berlin) et A. von Szily (Fribourg); les professeurs Uhthoff (Breslau) et Wicherkiewicz (Cracovie).

Le secrétaire général prie les collègues participant aux travaux de la réunion et qui n'ont pas encore fait connaître le titre de leur communication au Congrès, de la lui faire parvenir avant le 20 juin, au secrétariat général, 65, rue Basse-des-Champs, à Gand.

Le programme du Congrès paraîtra le 1er juillet.

HOPITAL BROCA. — DIX CONFÉRENCES SUR LES NOUVELLES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS, par M. Jeanselme, médecin de l'hôpital Broca avec le concours et la collaboration de MM. Tixier, chef de clinique à la Faculté; Sézary, ancien chef de clinique; Lian, chef de clinique adjoint; Touraine, ancien interne médaille d'or; Paul Chevallier, ancien interne des hôpitaux; A. Vernes, chef du laboratoire; R. Bertrand, préparateur de chimie; Marcel Bloch, ancien interne des hôpitaux.

Ces conférences auront lieu au laboratoire de M. Jeanselme, les mardis, jeudis et samedis à deux heures.

PROGRAMME. — 12 juin : M. Sézary. Le Tréponème. Sa recherche à l'ultra-microscope.

14 juin : M. Touraine. Biologie du tréponème. Séro-agglutination. Syphilis expérimentale.

17 juin : M. A. Vernes. La réaction de Wassermann.

19 juin : M. P. Chevallier. Le liquide céphalo-rachidien aux périodes primaire et secondaire.

21 juin : M. Marcel Bloch. Le liquide céphalo-rachidien à la période tertiaire et dans la parasyphilis.

24 juin : M. Lian. Du diagnostic et du traitement de la syphilis viscérale.

26 juin : M. Tixier. Du diagnostic et du traitement de l'hérédo-syphilis.

1er juillet : M. R. Bertrand. Recherche de l'insuffisance hépatique et rénale. Du rythme de l'élimination de l'arsenic. Sa localisation dans les viscères.

3 juillet : M. Jeanselme. Technique des injections du 606.

5 juillet : M. Jeanselme. Indications et contre-indications du 606. Résultats obtenus.

Des démonstrations pratiques seront faites à la suite de chaque conférence.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — GRANDES VACANCES. — *Billets d'aller et retour collectifs*, 1re, 2e et 3e classes, à prix réduits, délivrés, jusqu'au 30 septembre, aux familles d'au moins trois personnes.

Validité : jusqu'au 5 novembre 1913.

Minimum de parcours simple : 150 kilomètres.

Arrêts facultatifs.

Prix : Les deux premières personnes paient le tarif général, la troisième personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la quatrième et chacune des suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Faire la demande des billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

REVUE GÉNÉRALE

L'INCISION DE PFANNENSTIEL

TECHNIQUE, AVANTAGES ET INDICATIONS OPÉRATOIRES

Par MM. Marcel SÉNÉCHAL,
Chirurgien assistant,

et Robert ENGEL,
Interne en chirurgie de la Maison départementale de Nanterre (1).

I

Historique. — Contre la laparotomie médiane sous-ombilicale existent, entre autres reproches, deux griefs importants : le peu d'esthétique de la cicatrice abdominale — et la fréquence des éventrations post-opératoires qu'elle entraîne — quels qu'aient été les soins apportés dans la réfection des plans anatomiques.

Pour obvier à ces deux inconvénients, pour les corriger en quelque sorte, Küstner (de Breslau), en 1896, imagina une nouvelle méthode de cœliotomie : c'était l'incision cutanée courbe, suspubienne, « suprasymphysäre Kreuzschnitt », suivie de l'incision verticale de la ligne blanche et du péritoine, après décollement du pannicule cutanéo-adipeux.

Cette méthode avait été déjà employée deux ans auparavant par Rapin (de Lausanne) qui avait baptisé son incision d'esthétique. — Sans connaître la méthode allemande et suisse, en France, environ vers la même époque, Pozzi et Segond innovaient, dans leur service hospitalier, une incision esthétique, à peu de chose près analogue à celle de Rapin-Küstner et dont les resultats opératoires furent publiés par leur élève Dartigues.

Ces méthodes consistaient à faire une incision cutanée curviligne au-dessus du pubis — le plus souvent dans un des plis de flexion naturels de la peau de l'abdomen, soit dans la région pileuse du pubis, soit au ras de la région pileuse, soit au ras de la symphyse (v. Fellenberg) — à aller jusqu'au plan aponévrotique des droits, sans l'inciser, à décoller plus ou moins haut vers l'ombilic le tissu cellulo-graisseux recouvrant cette aponévrose — puis à revenir à la technique ordinaire de la laparotomie médiane sous-ombilicale : incision de la ligne blanche, écartement des droits, incision du péritoine. La suture après l'opération n'offrait aucune particularité pour les plans profonds ; le volet cutanéo-graisseux était rabattu et suturé aux crins.

Malgré les résultats encourageants obtenus par cette méthode « esthétique » le danger même de l'éventration postopératoire n'était pas écarté. Il est illusoire de penser en effet qu'un simple pannicule cutanéo-adipeux puisse empêcher la distension progressive de la ligne blanche sous-jacente ; bien plus on a produit un large décollement en avant de l'aponévrose des droits, et tout le monde sait combien ce seul fait nuit à la nutrition de l'aponévrose et permet la production de clapiers entre la peau et celle-ci. C'est à Pfannenstiel que revient l'honneur d'avoir le premier présenté un procédé opératoire qui permette de conserver à l'aponévrose des droits et à la ligne blanche leur intégrité presque absolue, recouverts qu'ils sont en même temps de leur surtout cutanéo-adipeux, resté adhérent. Par ce procédé *en volet*, il permet au chirurgien de placer en avant des droits (toujours sollicités par les tractions des muscles obliques et les poussées intra-abdominales à s'écarter l'un de l'autre) une lame aponévrotique, intacte, solide, qui n'ait aucune tendance à se laisser distendre, ou à se rompre en un point quelconque sur la ligne médiane.

Nous avons l'intention de présenter ici le procédé tel qu'il a été décrit par Pfannenstiel, d'en montrer les avantages et les indications opératoires.

Après avoir fait une critique de ce qui, dans ce procédé, peut paraître sujet à caution, nous terminerons par l'exposé des statistiques de l'incision de Pfannenstiel, si employée à l'étranger. Nous appuierons nos conclusions sur une statistique personnelle de 152 cas.

Nous sommes heureux de remercier notre maître si bienveillant, le docteur E. Reymond, chirurgien de la Maison départementale de Nanterre. C'est dans son service, si actif, que nous avons pu apprécier expérimentalement tous les avantages de l'incision de Pfannenstiel, avant que de l'utiliser systématiquement, et dans son service, et dans notre clientèle personnelle.

II

Anatomie topographique. — Rapidement, au début de cette étude, rappelons l'anatomie topographique de cette région suprasymphisaire. Dans l'atmosphère cellulo-graisseuse qui recouvre l'aponévrose des droits circulent des vaisseaux normalement grêles ; les artères viennent de la branche ascendante de la honteuse externe, dont un rameau contourne le bord externe de l'orifice superficiel du canal inguinal ; plus en dehors on trouve des branches de l'artère épigastrique superficielle ou sous-cutanée abdominale des Allemands, qui envoie une branche horizontale se dirigeant vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. Entre le pubis et l'ombilic, de chaque côté de la ligne médiane, sortent entre les fibres musculaires des droits des branches des artères lombaires.

Les veines accompagnent les artères ou vont, traversant le fascia cribriformis, se jeter directement dans la fémorale ; en haut elles s'anastomosent avec les veines thoraciques.

Les nerfs sont des branches des grands et petits abdomino-génitaux situés eux-mêmes très en dehors et des branches perforantes venant des nerfs lombaires, et des derniers intercostaux.

Les lymphatiques se rendent au pli de l'aine.

Il faut signaler la présence possible de deux ganglions sus-inguinaux signalés par Marey-Sarrazin, Estavenet. La *peau* de la région sus-pubienne présente des fibres élastiques dirigées transversalement, allant d'une épine iliaque à l'autre, constituant une sorte de *hamac* ou de sangle. L'incision cutanée, passant parallèlement à la direction de ces fibres, ne troublera en rien leur rôle mécanique.

Enfin, la suture ne « tirera pas » ; au contraire, il y aura toujours une coaptation parfaite des deux lèvres de la plaie. Profondément en dessous du fascia superficialis l'*aponévrose superficielle du grand oblique* s'étale sur le muscle grand oblique ; l'aponévrose d'enveloppe du grand oblique vient se fusionner avec l'aponévrose d'insertion du muscle lorsqu'elle passe en avant du grand droit de l'abdomen. La direction de ses fibres est aussi curviligne, cette aponévrose sera donc incisée comme la peau suivant la direction naturelle de ses fibres. Pollosson fait remarquer

(1) Travail du service du docteur E. Reymond.

la persistance fréquente des deux feuillets aponévrotiques distincts en avant du grand droit, et qu'on sera obligé de sectionner en deux fois pour arriver aux pyramidaux et sur les droits. De même, au moment de la suture, il ne faudra pas charger ces deux feuillets dans le même surjet.

Sur la ligne médiane, la *ligne blanche*, dans la portion sous-ombilicale, est constituée par l'entrecroisement des tendons aponévrotiques des trois muscles larges de l'abdomen; dans la profondeur, entre les droits, elle est unie par des tractus fibreux, à l'aponévrose profonde du muscle transverse.

Sur les côtés de la ligne blanche, la reliant à la face supérieure des muscles grands droits, existent des tractus fibreux plus ou moins bien développés, vestiges de la segmentation métamérique du corps humain. On peut les rompre facilement à la compresse; en dehors d'eux, le corps musculaire des droits est séparé de leur gaine aponévrotique par du tissu cellulaire lâche qui n'offre aucune résistance.

Nous ne dirons qu'un mot des *muscles pyramidaux* : ils sont généralement peu développés, et Pfannenstiel ne les trouva pas 2 fois sur 54 cas, et souvent un seul existait, ou bien encore ils étaient inégalement développés.

Les muscles droits se séparent en bas du fascia aponévrotique et s'écartant progressivement l'un de l'autre viennent constituer un espace, qui a l'épaisseur du bord du pubis, c'est l'espace sus-pubien de Leusser, cavum suprapubicum, comblé par du tissu cellulaire plus ou moins chargé de graisse; quelquefois, on est obligé de drainer cet espace où viennent se former des hématomes.

III

Technique opératoire. — 1° Incision de la peau. — L'incision de la peau dans la méthode de Pfannenstiel est identique à celle préconisée par Rapin, Kustner, Pozzi, Segond. *C'est son seul point de ressemblance avec ces procédés.* Elle est curviligne, *en croissant*, placée à la partie supérieure du revêtement pileux du pénil. Lorsqu'on désire la rendre absolument invisible dans un but esthétique, on lui fait traverser la surface pileuse même. La désinfection cutanée sera, dans ce cas, particulièrement soignée (Morestin). Au moment de la suture, l'affrontement des deux lèvres de la plaie devra être parfait. En général, on incise la peau dans le pli cutané, naturel, qui existe chez toutes les femmes, ou presque, à la limite des poils du pénil. Longue de 4 à 8 centimètres, pour les petites interventions, on peut aller jusqu'à 15 et 20 centimètres de longueur sans trop d'inconvénients esthétiques. Il est nécessaire de la faire grande, dans les cas d'adipose prononcée. Pour mieux conduire son incision, il est préférable de la faire avant de placer la malade en position de Trendelenbourg, et ce n'est qu'une fois arrivé au péritoine que l'on renverse la malade. On incise la peau, *à fond*, directement jusqu'à l'aponévrose. L'hémostase est rapidement faite et demande à être parfaite. L'hémorragie est du reste minime, vu le faible calibre des vaisseaux tégumentaires.

2° Incision de l'aponévrose. — L'aponévrose reconnue, on l'incise au ras de la lèvre pubienne et dans toute la longueur de l'incision cutanée en évitant avec le plus grand soin de décoller le tissu cellulo-graisseux qui recouvre l'aponévrose. En évitant ce décollement, on ne nuira pas à la nutrition de l'aponévrose, et on évitera l'accumulation d'un suintement séro-sanguin, entre la couche adipeuse et l'aponévrose, accident qui a déterminé des collections séro-hématiques chez nos premières opérées, chez lesquelles nous n'avions pas respecté cette technique.

Pendant l'incision de l'aponévrose, qui, nous le répétons, se fait au ras de la lèvre cutanée pubienne, on remarque souvent, surtout dans les angles de l'incision, le double étage aponévrotique signalé par Pollosson. Il faut souvent sectionner ces aponévroses en plusieurs coups de bistouri avant de trouver le corps musculaire des droits. Au besoin on peut se servir des ciseaux courbes qui facilitent le décollement de l'aponévrose des droits.

L'incision va généralement du bord externe d'un droit au bord externe de l'autre; mais il n'y a aucun danger à dépasser ce bord, car on sectionne alors l'aponévrose du grand oblique suivant la direction de ses fibres. Il est inutile de toucher aux fibres musculaires du petit oblique et du transverse, car le relâchement produit par le fait de l'incision de l'aponévrose seule du grand oblique est largement suffisante pour permettre d'extérioriser des tumeurs d'un volume souvent considérable : fibromes, kystes, voire même des utérus gravides à terme pour pratiquer par cette voie l'opération césarienne.

3° Décollement de l'aponévrose. — Pollosson donne un procédé très élégant et très rapide pour décoller l'aponévrose des droits : on soulève à la pince l'aponévrose incisée sur la ligne médiane et on sépare aux ciseaux la lèvre supérieure de l'aponévrose de chaque côté de la ligne blanche; on glisse l'index et le médius de la main gauche entre le muscle et la face profonde de l'aponévrose, et par un mouvement de va-et-vient rapide on décolle les portions latérales de l'aponévrose aussi haut que l'on veut; cela fait, sous les deux doigts repliés en crochet, on sectionne aux ciseaux les tractus fibreux qui constituent la ligne blanche et on relève ainsi d'un seul coup tout le volet cutané aponévrotique, souvent jusqu'à l'ombilic.

Nous-mêmes avons adopté une technique à laquelle nous nous tenons et qui présente l'avantage de ne pas mettre les doigts en contact avec les téguments : on saisit et soulève avec une pince à disséquer l'aponévrose incisée, par son milieu; on sectionne aux ciseaux courbes ou au bistouri la ligne blanche au ras des muscles droits, jusqu'à ce qu'on ait nettement dépassé la limite supérieure des muscles pyramidaux et on achève le décollement médian et latéral en introduisant les doigts *recouverts d'une compresse* sous l'aponévrose. On peut ainsi aller jusqu'à l'ombilic, sans difficultés, on fixe alors ce volet cutanéo-aponévrotique par une pince de Museux et on recouvre sa face profonde reclinée en bas par un champ.

4° Séparation des droits et incision du péritoine. — De ce temps opératoire, nous ne dirons que peu de chose. Les droits et les pyramidaux sont à nu. Ils ne doivent saigner en aucun point si le décollement de l'aponévrose a été bien conduit. A la sonde cannelée on sépare les droits l'un de l'autre, s'ils ne le sont déjà, et le péritoine est ouvert comme dans la laparotomie médiane. On l'incise vers l'ombilic pour éviter de blesser la vessie. Deux doigts sont introduits dans la cavité abdominale et refoulent la vessie; entre eux deux on incise le péritoine presque jusqu'au ras du pubis.

Pollosson, l'incision cutanéo-aponévrotique une fois faite, coud un champ autour de la plaie. Nous-mêmes, nous nous sommes très bien trouvés de fixer les champs aux téguments avec les griffes en pince de homard, de Jayle. On protégera soigneusement les surfaces dénudées des muscles droits.

On place alors soit la valve de Doyen ou de Ricard, soit l'écarteur de Coryllos, soit encore l'écarteur de Gosset; celui-ci nous a parfaitement suffi dans les petites incisions, en particulier au cours d'une appendicectomie chez une fillette de huit ans.

Il est particulièrement avantageux de donner au corps de la patiente un léger degré de flexion en avant du buste sur le bassin. Cette position s'obtient soit en glissant un coussin sous les épaules, soit beaucoup plus aisément en relevant légèrement la portion de la table d'opération qui correspond au point d'appui des épaules. Ce léger mouvement facilite grandement l'écartement des muscles droits et la main de l'opérateur peut alors agir tout à son aise.

Suture de la paroi. — L'opération terminée, durant laquelle on aura pris soin de protéger efficacement et les muscles droits et la face profonde de l'aponévrose du contact des mains du chirurgien et des organes du petit bassin, les valves enlevées, on ferme le péritoine par un surjet au catgut n° o. Pour aller rapidement, on repère avec 4 pinces américaines (2 de chaque côté) les bords du péritoine, et sous celles-ci, soulevées par la main gauche de l'opérateur, on mène rapidement son surjet.

Les muscles droits sont ensuite rapprochés par 4 à 5 points séparés, au catgut n° 2, en ayant soin de les passer en plein muscle et non sur les bords, ce qui pourrait les déchirer.

Les muscles pyramidaux, qui avaient été reclinés latéralement, sont alors suturés par leur pointe en leur place normale.

L'hémostase musculaire étant parfaite, après avoir remis la malade dans la position horizontale, on rabat le volet cutanéo-aponévrotique et on procède à la suture de l'aponévrose.

Celle-ci peut se faire soit par des points séparés (catgut n° 1), soit par un surjet. On aura soin de prendre toute l'épaisseur de l'aponévrose des différents feuillets s'il y a lieu, et de bien affronter les deux lèvres. Cela est d'autant plus aisé qu'il n'y a aucune traction à faire sur le fil, même si la malade se mettait à pousser. Cette facilité tient à la suture des droits, à la direction perpendiculaire de l'incision aponévrotique sur l'incision péritonéale; et surtout à ce fait que l'incision aponévrotique a été pratiquée dans le sens des fibres de l'aponévrose.

Lorsqu'on a drainé le péritoine, on fait naturellement deux surjets qui sont arrêtés sur la ligne médiane de chaque côté du drain. Enfin, Pollosson renforce quelquefois ce surjet par des points séparés.

Pfannenstiel, pour empêcher la formation d'espaces morts entre l'aponévrose et les muscles, place des crins perforants, qui traversent l'aponévrose et la masse musculaire : on les noue une fois la suture cutanée terminée. Nous avons utilisé au début ce procédé en ayant soin de placer les crins un peu obliquement pour ne pas déchirer les muscles, mais nous l'avons abandonné, car ils fixent les muscles à l'aponévrose, et peuvent même créer des hématomes sous-aponévrotiques. La pression atmosphérique se charge de maintenir l'aponévrose au contact des muscles, qui pourront dans la suite glisser dans l'atmosphère celluleuse qui existe à la face profonde de l'aponévrose.

Krönig a été jusqu'à placer un sac de sable sur l'abdomen de ses opérées.

Si l'on veut placer des fils de soutien, après suture de la peau, soit aux crins, soit avec des agrafes de Michel, il faut avoir soin de traverser tout le pannicule adipeux, et de raser la face supérieure de l'aponévrose sans la traverser, ce qui ferait une cicatrice adhérente aux plans profonds. Pour parfaire l'hémostase cutanée, on peut lier les fils perforants (3 en général) sur des compresses roulées, formant tampon, et placées sur la ligne d'incision, qu'elles protègent efficacement, d'ailleurs, de tout contact extérieur.

Ce pansement restera en place huit à dix jours — la malade peut se lever dès le douzième jour — et il est inutile de lui faire porter une ceinture abdominale. Enfin, nous ne saurions trop recommander de saupoudrer la ligne de suture, avec du talc stérilisé; on évite ainsi les démangeaisons si fréquentes, soit à cause des crins, soit par suite de la croissance des poils du pubis.

Au moment de la rédaction de cet article, nous n'avions pas eu connaissance de l'intéressant travail du docteur Pol Coryllos, dans la *Revue de gynécologie*, octobre 1911, nous y renvoyons le lecteur, particulièrement pour ce qui concerne l'historique de cette question et les nombreuses statistiques qu'il y a publiées.

Nous-mêmes (in *Gazette médicale de Paris*, 13 mars 1912), avons eu l'occasion d'exposer les avantages esthétiques de cette méthode de Pfannenstiel, nous n'y reviendrons pas ici.

Telle est la technique du procédé de Pfannenstiel. Nous allons passer en revue ses avantages et ses indications, non sans avoir fait un court exposé des causes de la fréquence de l'éventration, après laparotomie médiane sous-ombilicale.

L'idée directrice de Pfannenstiel, obsédante, pourrait-on dire, fut de chercher à éviter le principal inconvénient de la laparotomie médiane : à savoir, l'éventration postopératoire. En cherchant, dans la littérature médicale les statistiques publiées sur la fréquence de l'éventration après laparotomie médiane, nous avons relevé sans parti pris les chiffres suivants, toutes les statistiques, ou peu s'en faut, arrivant aux mêmes conclusions.

En 1898. — Winters : 163 cas avec réunion per primam et suture par la méthode de Schröder, 37 éventrations soit 22 p. 100, chez des malades vues de deux à trois ans après leur opération.

Abel : 61 cas, réunion per primam, 18 éventrations (suture en masse), soit 29 p. 100.

25 cas avec sutures en étages et par points séparés, 6 éventrations, soit 24 p. 100.

50 cas *avec suppuration profonde*, suture en masse, 34 éventrations, soit 68 p. 100.

27 cas ayant suppuré, suture par plans et points séparés, 18 éventrations, soit 64 p. 100.

Dans une autre statistique beaucoup plus récente, avec les progrès de l'asepsie et de la stérilisation, nous relevons les chiffres suivants, les chirurgiens ne faisant plus que la suture de la paroi en trois plans et par des points séparés.

Winters : 72 cas, réunion per primam, 6 éventrations; soit 8,33 p. 100.

Abel : 224 cas, réunion per primam, 20 éventrations ; soit 8,9 p. 100.

52 cas, ayant suppuré, 16 éventrations, soit 31 p. 100.

D'autres statistiques, résumées par le professeur Fraipont, donneraient les pourcentages suivants des éventrations postopératoires, chez des malades suivies pendant au moins trois ans :

6 p. 100, lorsqu'il y a eu réunion per primam.

45 p. 100, lorsqu'il y a eu suppuration légère.

85 p. 100, lorsqu'il y a eu suppuration profonde.

Enfin nous ne voulons citer, comme excessive, la statistique de M. Bégouin, citée par Venot : « Dans la laparotomie médiane, il y a généralement une éventration sur trois cas opérés. »

Dans ces citations de statistiques, il y a un grand défaut, nous le reconnaissons, c'est de ne pas savoir de quel volume ont été ces éventrations, elles se bornent simplement à constater le fait.

Causes de l'éventration. — Les *causes* de la fréquence de ces éventrations ont été longuement étudiées, nous les exposerons rapidement ici, avant d'étudier les avantages du « Pfannenstiel ». D'emblée, nous écarterons les éventrations antérieures à l'opération chez des femmes ayant eu des grossesses répétées, se traduisant par un affaiblissement uniformément distribué de l'aponévrose, et par un amincissement des muscles droits. Nous verrons comment dans le Pfannenstiel on peut remédier heureusement à cet état de choses.

De même n'entrent pas en ligne de compte les femmes qui font de la ptose abdominale et qui présentent « des hernies partout ».

Nous envisagerons les causes immédiates, post-opératoires, et les causes qui peuvent entrer en ligne de compte soit au cours de la convalescence, soit pendant les premières années qui suivent l'opération.

1° *Poussées intra-abdominales.* — Les points d'application des poussées intra-abdominales sur la paroi abdominale antérieure, se font sur une zone péri-ombilicale, immédiatement sous-jacente à l'ombilic. Que l'on veuille bien penser aux *poussées intra-abdominales* formidables, que produisent les efforts de vomissements ou de toux. Ces poussées viennent brusquement tirailler la ligne de suture. Souvent elles arrachent un point de suture, et lorsqu'on a fait la suture du plan musculo-aponévrotique par un surjet, du coup, tous les points du surjet se trouvent relâchés, l'affrontement réalisé au cours de l'opération a disparu. Si la brèche ainsi faite n'est pas considérable, la cicatrice fibreuse qui se forme sera quand même trop large, et pourra se rompre dans la suite.

A côté de ces efforts brusques, violents, il faut aussi envisager la poussée lente, progressive, due au météorisme intestinal postopératoire. L'effort se distribue sur toute la surface des droits, et il y a un étirement latéral de la cicatrice de la ligne blanche sur toute sa hauteur ; dans ce cas c'est la main tout entière qui pourra passer entre les droits.

Dans cet ordre d'idées, il faut citer ici les éventrations qui se produisent chez des femmes enceintes antérieurement laparotomisées. La ligne blanche, cicatrice fibreuse, ne pouvant se distendre, se rompt, le péritoine vient alors directement se mettre en contact avec le tissu cellulo-graisseux sous-cutané.

Il en est de même souvent chez des malades qui font secondairement à leur opération de l'ascite.

2° *Vascularisation de la ligne blanche.* — D'une façon générale, immédiatement, comme deux ans et plus après l'opération, ce sont les troubles apportés par l'intervention dans la vascularisation de la ligne blanche qui sont causes de l'éventration postopératoire. Il est bien entendu que nous ne parlerons pas des pertes de substance, telles que nécroses par suppuration profonde, dans ces cas l'éventration est inévitable. Nous l'étudierons plus loin.

La ligne blanche est constituée normalement par un tissu mal vascularisé, qui n'a, par sa constitution tendineuse, aucune tendance à former une cicatrice solide. Que l'on vienne à l'inciser et, ce qui arrive fréquemment, qu'au cours de la suture il se produise un mauvais affrontement, avec ou sans interposition d'un lobule graisseux, voire même d'un lambeau musculaire, la cicatrice de la ligne blanche ne pourra pas être solide. C'est ce qu'avaient compris tous les chirurgiens, qui ont essayé de corriger les inconvénients de la laparotomie médiane. E. Mac Powell, qui le premier pratiqua l'extirpation d'un ovaire, conduisit dans ses premières laparotomies son incision sur le bord externe des droits. N'ayant obtenu que fort peu de jour par cette voie, il passa ensuite par la voie médiane. Spencer, Wells, Dieffenbach, Zweiffel firent comme lui.

Dans le même ordre d'idées nous ne ferons que citer l'incision oblique de Ziegenspeck, incision parallèle aux fibres du grand oblique ; elle fut abandonnée par son auteur à cause de la difficulté de l'hémostase et de la section, en nombre trop considérable des branches trophonévrotiques des nerfs abdominaux génitaux.

Fritsch, Werth, Müller, Howitz, K. Abel ont pratiqué leur incision en dehors de la ligne blanche en passant au travers du muscle droit. Le jour donné par cette incision fut insuffisant, et l'hémostase difficile. Kehrer et Buch incisaient la gaine antérieure des muscles droits, refoulaient le corps musculaire en dehors et allaient ensuite dans la profondeur ouvrir le péritoine en incisant le feuillet postérieur du transverse.

Ces incisions transaponévrotiques ne donnèrent pas de meilleurs résultats, sans doute par suite du caractère véritablement tendineux des aponévroses des droits, qui ne permet pas une cicatrisation rapide, solide et durable.

Lenander, après avoir incisé l'aponévrose superficielle des droits à 4 centimètres en dehors de la ligne blanche, refoule le corps des droits en dehors, puis incise l'aponévrose profonde vers la ligne médiane. A la fin de l'opération et après la suture du péritoine, il vient fixer le bord interne du muscle droit à la ligne blanche par des points séparés, et referme l'aponévrose superficielle au-dessus. Il interpose ainsi un corps musculaire intact, bien maintenu en place, entre deux sutures aponévrotiques.

Nous arrivons alors au procédé de Rapin-Küstner, de Segond et Pozzi, employé par Daniel, Strassmann, Kühne, Odebrecht, Liepmann, Chroback, Lehauta, Fellenberg, Krauss. Il a donné entre les mains de ces chirurgiens, de bons résultats. Ils n'ont pas observé, chez leurs opérées, d'éventrations postopératoires. La petitesse de l'incision de la ligne blanche en est peut-être la raison. Hoffmeier conclut que ce procédé n'écarte pas l'éventualité de l'éventration postopératoire puisque la ligne blanche a été sectionnée verticalement et suturée sur une plus ou moins grande hauteur.

3° *Résorption des catguts.* — La rapidité de la résorption des catguts qui unissent la ligne blanche doit aussi rester présente à la mémoire du chirurgien. Cette résorption se fait juste au moment de la convalescence, où le malade peut être amené à faire des efforts brusques. Nous avons eu l'occasion de voir se produire, sous nos yeux, le début d'une éventration ; l'opérée ayant seulement relevé un peu brusquement ses deux bras au-dessus de sa tête, pour se coiffer, elle ressentit une douleur vive dans sa cicatrice, et les jours suivants nous avons pu constater que la cicatrice avait cédé sur deux centimètres : l'amorce de l'éventration était produite. Cette malade fut revue plusieurs mois après, son éventration n'avait guère augmenté, on pouvait par l'orifice faire pénétrer juste la pulpe du doigt. Cependant l'emploi des catguts chromés pour réunir les deux lèvres de la ligne blanche qui mettent environ de vingt à trente jours à se résorber peut obvier à cet inconvénient.

4° *Suppurations.* — M. Fraipont, étudiant la fréquence et les causes de la suppuration de la paroi après laparotomie médiane, pense qu'elle est due au manque de protection de la masse intestinale. Celle-ci a en effet trop de tendances à s'extérioriser et à entrer en contact soit avec la paroi, soit avec les mains de l'opérateur ; on voit trop les intestins. Ces agents extérieurs, en traumatisant la séreuse, favorisent l'infection. « Lorsque, dit Fraipont, il n'y a pas suppuration profonde vraie, mais du péritonisme, qui se traduit par du malaise, de l'accélération du pouls, des douleurs dans le ventre, des vomissements et du météorisme, quelquefois un commencement de paralysie intestinale, ces accidents, s'ils ne doivent pas devenir graves, n'en sont pas moins désagréables et nuisent souvent à la réunion de la plaie ventrale. »

Lorsqu'il y a eu suppuration vraie de la plaie abdominale il se produit des troubles dans la nutrition des tissus. Il peut y avoir simple fonte du tissu cellulo-graisseux, mais souvent début de nécrose de l'aponévrose des droits. On comprend la faiblesse d'une cicatrice tendineuse après de pareils accidents et combien le coefficient d'élasticité du surtout aponévro-tendineux, qu'est la ligne blanche, se trouve diminué.

Eviter dans la laparotomie médiane l'infection de la masse intestinale par une protection efficace est souvent difficile ; nous verrons comment le Pfannenstiel répond à cette objection.

Esthétique. — Nous terminerons cette critique de la laparotomie médiane sous-ombilicale par l'étude de la laideur de la cicatrice ombilicale. Aucune question ne touche plus l'amour-propre du sexe féminin et nous pouvons citer le mot de Pfannenstiel disant « l'horreur qu'ont les femmes d'avoir le ventre fendu dans le sens de la hauteur ». Souvent, dit-il encore, cette seule idée de la cicatrice leur fait rejeter toute intervention.

Nous savons qu'il est des cicatrices abdominales qui resteront, malgré tout, presque invisibles, à la suite de sutures faites au fil de lin ; mais d'autres, malgré tous les soins, s'étaleront et deviendront plus ou moins pigmentées.

Il est inutile d'insister sur la laideur de ces cicatrices gaufrées, souvent larges de deux travers de doigts, ornées encore latéralement par les traces des fils profonds. Lorsqu'on a fait la suture en masse avec des fils métalliques tout espoir d'invisibilité est à jamais disparu.

Rechercher un procédé esthétique, éviter la section de la ligne blanche, trouver une voie d'accès au petit bassin qui soit en dessous du centre des poussées intra-abdominales, éviter, en la protégeant efficacement, la masse intestinale, trouver enfin un procédé aussi rapide et facile à exécuter que la laparotomie médiane, tel fut le but poursuivi par Pfannenstiel, but que, comme nous allons le voir, il a largement et brillamment atteint.

Avantages du Pfannenstiel. — 1° *Esthétique.* — Nous ne reviendrons pas ici sur le chapitre de l'esthétique du Pfannenstiel. Nous renvoyons le lecteur à notre article de la *Gazette médicale de Paris*, 13 mars 1912, illustré de nombreuses photographies. Nous nous contenterons de dire que, depuis que nous passons en pleine région pileuse et que nous plaçons les fils profonds sans leur faire traverser l'aponévrose des droits, presque toutes nos cicatrices sont invisibles une fois les poils repoussés, et que souvent aussi nous avons pu remédier heureusement à une ptose abdominale disgracieuse.

2° *Solidité.* — Au cours de l'incision de Pfannenstiel la section de la ligne blanche est réduite à son minimum. L'incision de l'aponévrose faite tout entière en dessous de l'arcade de Douglas et parallèle aux fibres « en anse » des obliques est loin du centre d'application des poussées intra-abdominales. De plus, lors de la contraction des muscles obliques et transverses la plaie se ferme naturellement : il y a accolement et non divulsion des lèvres de la plaie. Il se produit, quand la malade est debout, un tassement de la cicatrice. Donc l'action désastreuse des vomissements, des efforts brusques est abolie par la situation basse de la cicatrice.

Un gros avantage qui concourt encore à la solidité de la cicatrice est la direction perpendiculaire des deux lignes de sutures principales, aponévrotique et musculaire. Nous y reviendrons au sujet du drainage et de la question « du point faible du Pfannenstiel ».

3° *Visibilité. Luminosité.* — Les avantages, au point de vue esthétique et de la solidité de la paroi, sont indéniables puisque Pfannenstiel a la moyenne de 1 p. 100 pour les éventrations postopératoires. Il faut aussi envisager la facilité de l'acte opératoire, la grande visibilité des organes intra-abdominaux et l'aisance qu'a la main de l'opérateur à atteindre indistinctement toutes les portions de la cavité pelvienne sans être à aucun moment gêné par la masse intestinale que l'on ne voit pas.

Le jour tombant directement sur les organes du petit bassin, on y voit très clair, et ainsi 90 p. 100 des opérations sur le petit bassin peuvent être faites par cette voie. Les *appendicectomies sont très faciles* par cette voie, et on a l'avantage de voir clairement les rapports si intéressants de l'appendice et de l'ovaire droit. Nombreuses sont les lésions simultanées de ces deux organes que nous avons pu observer et traiter grâce au Pfannenstiel employé systématiquement.

On peut enfin se donner un jour considérable, et cela surtout chez les personnes grasses, en sectionnant l'aponévrose jusqu'au grand oblique et en remontant le décollement jusqu'à l'ombilic, mais la rétraction latérale des droits est généralement si considérable qu'il est inutile de dépasser le bord externe de ces muscles.

Pfannenstiel insiste sur la facilité de l'extériorisation des organes pelviens et sur la grande utilité de bien voir ces organes, ce qui, dit-il, fait changer souvent la décision première du chirurgien, pour le plus grand bien du malade.

4° *Rapidité d'exécution.* — Une observation nous a été faite, c'est le manque de rapidité du procédé, surtout la perte de temps dans le décollement de l'aponévrose et dans les sutures. Nous pouvons répondre qu'il est évidemment impossible d'imiter ici ces chirurgiens, virtuoses du bistouri, qui d'un seul coup vont ouvrir leur paroi abdominale. Mais considérant un chirurgien qui sait aller méthodiquement et sans perdre de temps, il faut de trois à cinq minutes pour ouvrir l'abdomen et le même temps pour faire les sutures. Ce sont les temps que nous avons chronométrés fréquemment, à l'insu même de celui d'entre nous qui faisait l'opération. Nous pensons que cette pseudo-perte de temps n'est pas à faire entrer en ligne de compte. Pfannenstiel a pu opérer par son procédé « tout aussi rapidement que par la ligne médiane, dit-il, une grossesse tubaire rompue, il est arrivé aussi vite sur les lieux de l'hémorragie et il a vu beaucoup plus clair pour son opération ». Nous-mêmes, au cours d'une laparotomie pour rupture utérine opérée par notre ami et collègue Casalis, nous avons pu nous rendre compte que nous étions arrivés plus rapidement sur la lésion que si nous avions employé la voie médiane.

Ce qui frappe encore l'opérateur, lors de ses premières laparotomies par le Pfannenstiel, c'est combien peu, la femme une fois en Trendelenburg, on voit les intestins, et combien il est aisé de protéger, souvent avec un seul champ, toute la grande cavité abdominale. Le péritonisme, signalé par Fraipont, n'est pas à craindre ici ; même lorsque la malade pousse, les anses intestinales restent derrière la barrière que lui fait l'aponévrose des droits reclinée. Jamais nous n'avons eu à retenir à deux mains, comme dans la laparotomie médiane, les masses intestinales se sauvant partout à la fois sous l'influence d'un effort brusque de la malade mal endormie. Il est fréquent de ne pas les rencontrer sur sa route, et la main de l'opérateur va ainsi droit aux organes du petit bassin. On ne risque donc pas de souiller manuellement les intestins, ou de les refroidir par un contact prolongé avec l'air ambiant. A ce sujet, Pfannenstiel et Recht von Werth font jouer un rôle considérable au refroidissement de la masse intestinale dans la production de l'iléus paralytique postopératoire. Nous n'avons jamais eu l'occasion de l'observer. Arrivant ainsi à protéger convenablement la grande cavité péritonéale et partant les intestins, il est tout naturel que l'infection généralisée soit très rare au cours d'un Pfannenstiel, et c'est ce qui explique la faible mortalité, donnée par ce procédé.

Drainage. — Les statistiques que nous avons étudiées parlent peu ou incomplètement des opérées drainées après un Pfannenstiel. Nous avons eu l'occasion de pratiquer tous les drainages dans ce procédé, depuis les drainages à la Mickulicz, jusqu'au seul faisceau de crins, et nous pouvons certifier que le drainage s'est toujours fait convenablement et que jusqu'ici nous n'avons pas vu d'éventrations lui succéder. Mettre un drain dans un Pfannenstiel c'est le faire passer par le seul point faible de la paroi, au point d'intersection des deux sutures perpendiculaires l'une à l'autre.

Même dans les cas drainés plus de quarante-huit heures, là où on a changé progressivement la grosseur des drains, nous n'avons pas observé d'incident. La seule condition à observer, c'est de placer le drain bien au milieu contre la portion pubienne de l'aponévrose, et de faire deux surjets séparés sur l'aponévrose.

La seule objection que l'on puisse faire c'est, lorsqu'on a drainé avec des mèches, la difficulté qu'on peut avoir à les retirer, tellement la voie de sortie est devenue étroite. Pfannenstiel signale un cas où il fut obligé d'aller chercher, par la voie vaginale, un Mickulicz trop adhérent dans la profondeur et aux parois.

Le drainage *se fait* très bien, le drain étant placé dans la portion déclive du petit bassin, et il est rare qu'il soit nécessaire de lui adjoindre un drainage vaginal.

Considérant le volume des éventrations survenues après des Pfannenstiels qui ont suppuré, malgré un drainage soigné, nous voyons : une malade de Pfannenstiel avec une éventration du volume d'un œuf de pigeon — deux malades de Zacharias, deux points dépressibles « qui *doivent* donner plus tard » sans doute une éventration — 4 éventrations du volume d'une noisette chez des malades de Fraipont. König, sur 27 cas, a eu 4 éventrations, encore cet auteur ne dit-il pas si toutes ses malades avaient été drainées.

IV

Complications, inconvénients. — « Un Pfannenstiel, guéri sans accident d'aucune sorte, est la preuve de l'asepsie parfaite de l'opérateur. » (Krœnig.) Cette opération est donc une sorte de brevet d'asepsie pour le chirurgien qui l'emploie avec succès.

Il existe, en effet, dans ce procédé, de larges surfaces musculaires cruentées, qu'il s'agit de protéger très efficacement des mains du chirurgien et du contact des organes du pelvis. Ce n'est que par une disposition parfaite des champs qu'on y parviendra, maintenus soit par la valve de Doyen, soit mieux encore par la valve fixe de J.-L. Faure et de Coryllos.

Décollement, hématomes. — Les *hématomes* seront évités par une hémostase parfaite, nous avons longuement insisté sur ce point.

Un autre reproche fait au Pfannenstiel est la possibilité du décollement suivi quelquefois de nécrose du feuillet aponévrotique, recouvrant les muscles droits antérieurs.

Si l'hémostase est parfaite ainsi que l'asepsie, ce décollement n'est pas à craindre. Lorsqu'il y a suppuration, il est certain que la nutrition de la face profonde de l'aponévrose est fortement compromise.

Pfannenstiel, dans ses statistiques de plus de 1 700 cas, ne la signale que deux fois à la suite d'opérations pour salpingites aiguës, et une seule de ces deux malades présenta consécutivement une éventration.

Donc, outre l'asepsie parfaite, il faut surveiller de très près l'hémostase, et veiller à la coalescence des fascias. Si l'on a quelque doute sur l'asepsie, il est très facile de drainer l'espace intermusculo-aponévrotique, soit par un drain de caoutchouc, soit par un faisceau de crins, qu'on enlèvera au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures au maximum, sans nuire pour cela à la solidité de la cicatrice.

La formation de ces collections sous-aponévro-

tiques, quoique rares, a pour caractéristique de ne se révéler à l'attention du chirurgien qu'entre le septième et le douzième jour après l'opération. Il se produit une petite élévation de température, et le malade accuse une sensation de tension, plus ou moins douloureuse, sur la ligne médiane, le plus souvent un peu au-dessus de la cicatrice.

L'évacuation de ces hématomes, se fait généralement spontanément; la suppuration se tarit rapidement après quelques lavages à la solution iodo-iodurée ou des attouchements à la teinture d'iode du codex dédoublée. Lorsque l'hématome s'est formé en avant de l'aponévrose, il se collecte rapidement et peut être évacué les premiers jours. On constate quelquefois une fonte graisseuse de la paroi, généralement sans gravité.

Dans toutes les statistiques que nous avons pu consulter, seule celle de Daniel signale un cas, qui suppura abondamment, et où il observa une nécrose d'une grande partie de l'aponévrose. Il y eut une éventration considérable qui nécessita une opération ultérieure. Les suppurations superficielles sont plus fréquentes, elles tiennent, soit à une mauvaise technique de protection, soit à une désinfection incomplète du champ opératoire, surtout dans la région pileuse.

La nécrose de l'aponévrose est donc absolument exceptionnelle puisqu'elle n'a été signalée, qu'une seule fois.

Le « point faible » du Pfannenstiel. — Théoriquement il existe un point faible dans le procédé de Pfannenstiel — c'est le point d'intersection des plans de sutures aponévrotiques et musculaires — Pfannenstiel le considère comme négligeable, et la lecture des observations montre que seuls les cas qui ont abondamment suppuré présentèrent des éventrations en ce point; encore furent-elles souvent de faible volume.

Bien que notre statistique soit encore trop récente pour déclarer qu'aucune de nos opérées ne fera d'éventration postopératoire, nous n'avons constaté chez aucune d'entre elles ce point faible de la cicatrice qui est l'annonce d'une éventration en train de se produire. Cette éventration peut se produire dès le quatrième mois après l'opération (Winter); cependant il faut souvent attendre deux ou trois ans pour voir l'éventration se constituer définitivement, c'est du moins ce que montrent les recherches de Prochownik qui indiquent que 4/7 des éventrations se produisent pendant la première année, 2/7 des éventrations se produisent pendant la deuxième année, 1/7 des éventrations se produit dans un laps de temps variant de deux à quatre ans.

Nous avons vu de nos opérées par le procédé de Pfannenstiel devenir enceintes, et conduire leur grossesse à terme sans incident et sans que leur cicatrice ne perde de sa solidité première.

Des malades drainées furent suivies des années et nulle ne présenta d'éventration, bien que ces opérées eussent souvent exercé un métier très pénible.

Nous irons jusqu'à conseiller la suppression très rapide du port de la ceinture abdominale, afin de laisser aux muscles la possibilité de recouvrer leur tonicité première. « L'éventration dans la majeure partie des cas n'est donc pas due à l'insuffisance de la musculature de l'opérée, mais bien à l'insuffisance de la technique opératoire et des soins post-opératoires. La cause réelle *c'est* le chirurgien qui n'a pas soigné suffisamment ses sutures musculaires et surtout aponévrotiques. » (Abel.)

On peut donc dire que le *point faible* du Pfannenstiel est négligeable.

En relevant les statistiques de Pfannenstiel, 700 cas; Krœnig, 427; Daniel, 15; Bentuw, 5; Menge, 175; Wertes, 157; Zaccharias, 224; Fraipont, 50; König, 27; Venot, 30; Hartmann, 5; Coryllos, 18, celle du service du docteur Reymond, qui s'élève à 39 cas et celle de Marcel Sénéchal qui se monte à 125 cas, nous obtenons un total de 1617 laparotomies pratiquées selon la méthode de Pfannenstiel.

Aucune de celles où la réunion per primam a été obtenue n'a donné d'éventration quoique, à notre connaissance, 18 aient été drainées plus ou moins longtemps: 11 éventrations se sont produites après suppurations (Krœnig 3, Daniel 1, Pfannenstiel 3, König 4), Zaccharias accuse deux cas où s'établit un point faible par où *pourrait* se produire une éventration.

Morbidité et mortalité. — Un parallèle semble difficile à établir à ce point de vue entre la laparotomie médiane et le Pfannenstiel, les coefficients ressortissant surtout de la gravité de l'opération bien plutôt que de la méthode de cœliotomie. Il semble cependant que la morbidité et la mortalité soient moindres dans le Pfannenstiel que dans les autres modes d'ouverture de la cavité abdominale (Pfannenstiel: incision longitudinale, 9,24 p. 100; incision transversale, 5,24 p. 100 de mortalité; Zaccharias, 224 cas, 1 mort; Schmitt, 400 cas, 1 mort; Menge, 175 cas, 0 mort; Sénéchal et service du docteur Reymond, 161 cas, 7 morts). Ces heureux résultats seraient explicables par:

1° La protection efficace de la grande cavité péritonéale et de la masse intestinale;

2° L'accès direct et facile au lieu de l'opération;

3° L'absence presque absolue du péritonisme dû au refroidissement et à la dessiccation de la masse intestinale exposée au contact de l'air extérieur;

4° Au jour considérable que donne l'incision et qui permet au chirurgien d'opérer très à son aise.

V

Indications. — Nous ne voulons pas prétendre que par la cœliotomie par le procédé de Pfannenstiel on puisse pratiquer toutes les opérations, sur l'utérus et les annexes. Nous ne proposons pas le procédé comme procédé de cœliotomie exploratrice au cours d'un traumatisme abdominal. Nous nous bornerons à exposer ce qu'on a pu faire grâce à cette méthode si fertile en heureux résultats.

Que, lorsqu'il s'agit d'opérer des tumeurs dépassant l'ombilic, on donne la préférence à l'incision verticale, nous le comprenons; mais, lorsqu'il s'agit d'aller opérer un néoplasme utérin, par exemple, où il est nécessaire d'avoir très nettement sous les yeux les parois latérales du petit bassin, même la région paravertébrale, nous ne pouvons que conseiller l'emploi de l'incision transversale.

Les opérations qui restent limitées au petit bassin sont toutes susceptibles d'être opérées par cette voie et nous dirons plus: les opérations césariennes sont très faciles à faire par ce procédé. Nous y reviendrons.

Relèvent donc du Pfannenstiel:

1° Les maladies inflammatoires et néoplasiques de l'utérus et des annexes;

2° Les malformations et les positions vicieuses de l'utérus ;

3° Les grossesses extra-utérines et les opérations césariennes ;

4° Les appendicites ;

5° Les opérations telles que hernies que l'on peut avoir à faire au cours d'une cœliotomie.

1° « Le grand avantage de cette incision, dit Pfannenstiel, est de voir clair, et c'est grâce à cette clarté que j'entends rétablir la fonction et la guérison de l'utérus et de ses annexes, par des opérations suffisantes. »

Il est dangereux, nous a-t-on dit, d'aborder par cette voie des organes enflammés, des poches purulentes qui peuvent se rompre en cours de route, à cause des grandes surfaces cruentées qui ont été découvertes. Nous avons déjà répondu à cette objection et nous nous bornons à répondre qu'on peut toujours se protéger et qu'au besoin on peut faire comme Pollosson : coudre un champ autour de la plaie opératoire.

L'intestin étant rapidement et bien protégé, on opère en toute sécurité.

La facilité et l'efficacité du drainage permettent d'aborder des salpingites en pleine évolution évitant ainsi la péritonite généralisée.

Dans l'hystérectomie subtotale, nous avons remarqué la facilité du capitonnage péritonéal : les surjets se font rapidement. De même dans l'hystérectomie totale, la dissection de l'uretère est faite « au grand jour ».

Fraipont conseille d'éviter, lorsqu'on peut attendre, le Pfannenstiel, toutes les fois qu'il existe du pus en activité. Cette réserve nous surprend.

Des tumeurs de l'ovaire, des annexes (kystes de l'ovaire), des *fibromes*, souvent du volume d'une tête d'adulte, ont pu être opérés aisément.

Particulièrement dans les cas comportant des adhérences, cas de rétroflexion utérine, par exemple, reliquats d'anciennes pelvi-péritonites, la main du chirurgien est très à son aise dans le petit bassin.

Pfannenstiel préconise son procédé pour les opérations conservatrices sur les organes génitaux, et il avoue que, depuis qu'il voit clair, « il est devenu de plus en plus conservateur », voyant que la *conservation* des ovaires produit une *amélioration* très nette de l'*état des opérées*, aussi bien chez les malades de la classe ouvrière, que chez les malades de la classe aisée.

2° Lorsqu'il s'agit de rétroflexion avec utérus mobile, il est facile de faire à la fois l'opération d'Alexander-Adams et l'hystéropexie ; surtout si les ligaments ronds ont été trouvés trop grêles.

En résumé, pour les opérations sur l'utérus et les annexes, pourvu que la tumeur ne dépasse pas ou dépasse peu l'ombilic, on doit employer le Pfannenstiel. Dans le cas de petites tumeurs, ou de salpingites, ce procédé a tous les avantages et toutes les qualités de la cœliotomie vaginale, sans en avoir les inconvénients. Quant aux cancers du col ou du corps, tous les chirurgiens qui l'ont employé, n'ont eu qu'à se louer de ce procédé de cœliotomie.

Faut-il opérer par le Pfannenstiel les grossesses extra-utérines? Nous répondons affirmativement, qu'il s'agisse d'une grossesse tubaire en évolution ou d'une grossesse tubaire rompue.

La perte de temps — s'il y a vraiment perte de temps — dans la cœliotomie transversale, est compensée largement par la facilité de l'opération ; on a immédiatement sous la main le corps du délit — et quant à discuter la colpotomie — ou l'opération par la voie vaginale, nous nous bornons à citer la statistique de Pfannenstiel 36 cas = 36 guérisons, et celle de Sharwey qui eut deux cas de mort à la suite d'opérations par la voie vaginale, sans compter les suppurations souvent interminables, se compliquant encore facilement de pelvi-péritonites, que maint chirurgien a pu observer après une colpotomie.

Les opérations césariennes transpéritonéales (11 cas de Krönig et von Franck) opérées avec succès, ajoutées aux 437 cas de césariennes par le procédé extra-péritonéal de Doederlein-Latzko, montrent que cette voie est particulièrement favorable pour aborder l'utérus gravide. Nous-mêmes avons pu nous en rendre compte dans un cas de césarienne par suite de rupture utérine, suivie d'hystérectomie subtotale.

La tension de la paroi abdominale par l'utérus gravide est loin d'être un obstacle au décollement de l'aponévrose, celle-ci se produit très facilement, peut-être même plus facilement. Quant à la solidité postopératoire de la paroi, elle a toujours été parfaite.

Fraipont et nous-mêmes vîmes deux de nos opérées devenir enceintes et accoucher normalement. Cette épreuve de la grossesse supportée sans faiblir par une cicatrice d'un Pfannenstiel est peut-être le plus beau titre de gloire de ce procédé.

Ainsi donc 80 à 95 p. 100 des opérations sur l'utérus et les annexes peuvent être faites par le Pfannenstiel. Avant d'en étudier les contre-indications, voyons quelles sont encore les opérations qu'on peut faire grâce à lui.

Notre maître, le docteur Reymond, ayant constaté la fréquence des salpingo-ovarites droites consécutives ou associées à l'appendicite, a coutume de faire de parti pris la laparotomie médiane pour pratiquer ses appendicectomies. Nous-mêmes avons pris cette méthode et nous avons pu faire près de 100 appendicectomies, chez l'homme comme chez la femme, par le Pfannenstiel. Ce sont des résultats des plus favorables que nous présentons ici au lecteur.

L'opération fut faite soit pour des appendicites aiguës, soit pour des appendicites chroniques, très souvent, au cours d'une opération sur les annexes.

Le cæcum a toujours été facilement atteint et extériorisé. Les cas que nous avons drainés [3] ont guéri parfaitement sans accident du côté des annexes. Enfin dans deux cas, nous avons été un peu gênés dans notre opération : dans un cas, il s'agissait d'un appendice remontant sous le foie — nous avons sectionné la base de l'appendice, enfoui le moignon, et ensuite été chercher la pointe de l'appendice, très haut, au-dessus de l'ombilic; une autre fois, chez une enfant de huit ans, nous avons été gênés par la présence d'un ouraque uu peu volumineux.

Au cours de ces diverses opérations, bien souvent nous avons trouvé des adhérences entre les ovaires et la paroi ou les annexes — et des lésions inflammatoires à des degrés divers — que l'on n'aurait pas vues, ni pu traiter par la voie latérale.

Avant nous, Menge a opéré par cette voie 15 pérityphlites, toutes avec succès; de même Krönig, 3 cas; Hartmann, 1 cas.

Parmi les autres opérations que nous avons vu ou pu pratiquer par l'incision de Pfannenstiel, il faut signaler les kelotomies. Morestin la pratiqua avec un plein succès, M. Fraipont opéra une de ses

malades après une salpingectomie, de deux hernies inguinales, Menge put opérer par ce procédé :

2 hernies ombilicales,

7 éventrations,

3 éventrations à la suite de laparotomie médiane.

L'un de nous a opéré une hernie inguinale bilatérale récidivée chez un homme. Il a été frappé de la facilité avec laquelle la restauration de la paroi abdominale a pu être faite.

VI

Modifications de la technique opératoire. — Depuis quelque temps, Pfannenstiel fait varier la hauteur de sa ligne d'incision, au-dessus du pubis. Latarget songea à employer un Pfannenstiel sus-ombilical, pour la gastro-entérostomie; les adhérences de l'aponévrose aux droits, surtout la difficulté de séparer les droits de leur gaine aponévrotique, enfin l'hémorragie en nappe qui en résulta, ne montrèrent aucun avantage à ce nouveau procédé pour la gastro-entérostomie.

Enfin dans la thèse de Naudet, nous avons vu citer un procédé du professeur Hartmann, nous n'avons pu y retrouver que tous les conseils que donne Pfannenstiel dans ses premiers articles. Il conseille surtout de pratiquer l'incision du péritoine haut, pour éviter de blesser la vessie. Il se sert d'une valve vaginale placée dans la partie préombilicale.

La statistique de Naudet ne porte que sur 5 cas, dont une appendicectomie.

VII

Contre-indications. — Toutes les fois qu'une tumeur dépasse notablement l'ombilic et ne peut être morcelée, on doit abandonner le Pfannenstiel et revenir à la laparotomie médiane. Les kystes végétants de l'ovaire, dont la rupture est à craindre au cours de l'extériorisation, doivent être opérés par la voie médiane. Les laparotomies exploratrices, pour traumatismes de l'abdomen, même dans sa portion inférieure, relèvent aussi de la cœliotomie médiane.

Plusieurs chirurgiens renoncent au Pfannenstiel chez les femmes grasses, parce qu'il se produirait un véritable puits qui rendrait le travail du chirurgien très difficile. Pour notre part, nous pensons au contraire que, grâce à ce procédé, on incise le tissu adipeux là où il est en général le moins épais; on fait, il est vrai, une longue incision, mais grâce à des pinces de Museux placées sur la tranche cutanéo-aponévrotique on relève d'un seul bloc tout le tablier graisseux. Enfin, on est beaucoup moins *gêné* par la graisse, lorsqu'on fait les sutures péritonéales et aponévrotiques.

Au résumé, dire que l'incision de Pfannenstiel est indiquée dans 95 p. 100 des opérations gynécologiques n'est pas exagéré.

Elle a sur l'incision médiane de réels avantages.

Elle donne plus de jour sur les faces latérales du bassin.

L'intestin est facile à protéger, ainsi que la grande cavité péritonéale, des mains de l'opérateur, surtout de l'air extérieur et de l'infection.

Le drainage est facile, même dans les appendicectomies à chaud.

La cicatrice est vraiment esthétique et, le plus souvent, dissimulée par les poils du pubis.

La paroi reconstituée est particulièrement solide et les éventrations postopératoires sont exceptionnelles.

Pour mener à bien l'intervention notre expérience personnelle nous amène à insister sur les points suivants :

1° Préparer soigneusement la région opératoire, surtout bien dégraisser la région pileuse du pubis.

2° Ne pas décoller la région cellulograisseuse sus-aponévrotique; relever le volet cutanéo-aponévrotique, soigneusement maintenu avec les pinces de Museux et protégé par un champ spécial.

3° Faire une hémostase soignée au début et à la fin de l'opération, *la malade remise à plat.*

4° Protéger efficacement avec des champs les bords de l'incision.

5° Ne pas passer les points perforants cutanés sous l'aponévrose. Supprimer même les points cutanés selon la méthode de Jayle.

6° Ne pas employer de soie dans les sutures profondes. Dans les cas drainés faire deux *surjets* aponévrotiques au catgut n° 2.

7° La seule contre-indication véritable du Pfannenstiel est l'existence d'un kyste végétant de l'ovaire, ou d'une tumeur (autre que l'utérus gravide) dépassant l'ombilic et ne pouvant être morcelée.

BIBLIOGRAPHIE

Traités didactiques. — PORAK. *Traité des accouchements.* — TESTUT. *Traité d'anatomie*, t. II, p. 169. — POIRIER. — LAURENT. *Clinique chirurgicale.*

1908. PROUST. *Bibliothèque des prosecteurs*; — *Chirurgie de l'appareil génital de la femme*; — *Précis de technique opératoire par des prosecteurs de la Faculté de Paris.*

1911. — HARTMANN (H.). *Traité de gynécologie opératoire.*

1886. TRENDELENBOURG. *Versetzungen und Chirürgiekrankheiten das Ges.*

1894. PFANNENSTIEL (H.-S.). *Deut. Gesell. f. Gyn., Fest*, Wien.

1895. WINTER. *Verhandl. d. deut. Gesell. f. Gyn.*, 1895, Bd. VI, S. 577, u. ff, Berlin. — OLSHAUSEN. *Verhandl. d. deut. Gesell. f. Gyn.*, Bd. VI. — ZIEGENSPECK. *Verhandl. d. deut. Gesell. f. Gyn.*, Bd. VI, München.

1896. KÜSTNER. *Monatts. f. Geb. hülfe, und Gyn.*, Bd. IV, S. 197, f. — DOLÉRIS. *Congrès de Genève.* — RAPIN (de Lausanne). In *Genf. Central. f. Gyn.*, Bd. XX, S. 1016; — *Presse méd*; — *Congrès de Genève.* — LA TORRE. *Presse méd.*, p. 480.

1897. KAHN (de Vilna). *Central. f. Gyn.*, Bd. XXI, S. 990. — KÜSTNER. *Central, f. Gyn.*, p. 271. — FRANTZEN (de Saint-Pétersbourg). *Central. f. Gyn.*, Bd. XXI, S. 464.

1898. ABEL (G.). *Arch. f. Gyn.*, Bd. LVI, S. 656, ff. — ABEL (R.). *Zeit. f. Gebritz hüfle und Gyn.*, Bd. XXIX, S. 559, Berlin. — LENANDER. *Central. f. chir.*, 1888, n° 4, S. 90.

1899. DARTIGUES. *Presse méd.*, 1899, 4 oct. — SARWEY. *Verhandl. d. deut. Gesell. f. Gyn.*, S. 554. — SCHAUTAS. *Verhandl. d. deut. Gesell. f. Gyn.*, S. 574.

1900. PFANNENSTIEL. *Sammelung. Klin. Vortrag*, Leipzig, n° 268; — *Gyn.*, n° 297, 1755-1756, pl. fig. — NAUDET. Th. de Paris.

1901. TIEGEL. *Inaugural dissertation*, Breslau. — PFANNENSTIEL (J.). *Verhandl. ver. vetfgen Gesell. f. Gyn.*, Leipzig, IX, 587-591. — KÜSTNER. *Verhandl. d. deut. Gesell. f. Gyn.*, Bd. IX, S. 584, ff. — LIPPMANN. *Inaugural dissertation*, Berlin. — ODEBRECHT. *Zeit. f. Geb. hülfe und Gyn.*, Bd. XLV, S. 191. — KÜHNE. *Central. f. Gyn.*, n° 4, S. 102, ff. — STRASMANN (de Berlin). *Zeit. d. Geb. hülfe und Gyn.*, n° 4, S. 102, ff.

1902. MORESTIN. *Congrès de chir.*; — *Bull. Soc. anat.*, 18 juil. et oct.; — *Presse méd.*, 11 oct.; — *Bull. Soc. anat.*, 13 mars. — BEUTNER (Genf.). *Central. f. Gyn.*, n° 29, S. 777, f. — *Central. f. Gyn.*, n° 30, S. 792. — STIMSON (New-York). *Central. f. Gyn.*, S. 136. — LA TORRE. — DANIEL. *Central. f. Gyn.*, n° 5, S. 390, ff. — FELLENBERG. *Central. f. Gyn.*, n° 15, S. 325. — CHROBAK. *Central. f. Gyn.*, n° 49, S. 1344.

1903. MENGE (Leipzig). *Central. f. Gyn.*, n° 13, S. 585. —

KROENIG (Leipzig). *Central. f. Gyn.*, n° 13, S. 402. — MENGE. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XVII, S. 1259. — PFANNENSTIEL (Giessen). *Central. f. Gyn.*, n° 13, S. 399, ff; — In *Deut. Vochen.*, Leipzig-Berlin, 1903, XXIX, Ver. Beil. 54; — *Central. f. Gyn.*, n° 13. — MULLER. *Monats. d. Geb. hülfe, und Gyn.*, n° 18, S. 578.

1904. KÖENIG. *Soc. de méd. de Genève.* — VERTES (Tubingen). *Central. f. Gyn.*, n° 35. — MÜLLER (Greifswald). *Monats. der Geb. und Gyn.*, Bd. XVIII. — RAPIN. *Revue méd. de la Suisse romane.* — KRAUS (E.). [Wien]. *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XXI, S. 491. — MORESTIN. *Bull. de la Soc. anat.*, 12 fév.

1905. HOFMEIER. *Grundriss der Gynäkologischen operationen*, S. 33, f. — HOFMEIER. *Grundriss der Gynäkologischen operationen*, S. 78, f. — RIES (E.). In *Lancet clin. Cincin.*, LIV, 363-365. — VENOT. *Journ. de méd. de Bordeaux.* — MENGE. *Münch. med. Wochen.*, n° 15, S. 721.

1906. FRANK (Köln). *Münch. med. Wochen.*, n° 42, S. 2078. — ZACHARIAS. *Münch. med. Wochen.*, n° 24, S. 1184. — GRASER (Erlangen). *Central. f. Gyn.*, n° 25, S. 713, ff. — MARTIN (Greifswald). *Monats. f. Geb. und Gyn.*, Bd. V, S. 702.

1905-1906. GUENNOC. Th. de Bordeaux.

1906. POLLOSSON. *Lyon méd.*, CVI, 489-495. — TAYLOR (H.-C.). *Gyn. and obst.*, Chicago, 538-540. — FRANK (D.). (Köln). *Münch. med. Wochen.*, n° 32, S. 2078.

1906-1907. FRAIPONT (F.). In *Scalpel*, Liége, LIX, 338-340. — SCHMITT (Arth.). Th. Wurtzbourg, F. Standendans, 61, p. 8.

1907. RESINELLI. In *Gin. Firenze*, IV, p. 385-392. — VON HOLST. *Gyn. Rund.*, Wien, 681-686. — LATARJET. *Lyon méd.*, CVIII, 960-964. — ROTTER (H.). *Pest. méd. chir. Presse*, Budapest, XLIII, 112. — VÉNOT (A.), *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, XXVIII, 367.

1908. PFANNENSTIEL. In. *tr. Ann. gyn. soc.*, Philadelphie, XXXIII, 276-277. — REYMOND (E.), *XXIe Congrès de l'Ass. franç. de chir.*

1909. PFANNENSTIEL. *Münch. Wochen.*, LVI, 953-955.

1911. CORYLLOS (1). *Revue de Gyn.*, sept.

1912. MARQUIS. *Revue de chir.*, 10 fév. 1912. — SÉNÉCHAL et ENGEL. *Gaz. méd. de Paris*, 13 mars. — Marcel SÉNÉCHAL. Communication à la Société médicale du XVIIe arrondissement, 26 octobre.

1913. Marcel SÉNÉCHAL. *Gaz. méd. de Paris*, 21 mai.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 JUIN 1913)

Traitement de l'appendicite. — M. POTHERAT estime que l'opération s'impose dans un grand nombre d'appendicites aiguës. Pour M. Reynier un grand nombre d'appendicites aiguës doivent être soumises au traitement médical. Pour M. Potherat, ni la clinique, ni le temps n'ont modifié ses idées. L'appendicite est une maladie infectieuse, tendant à se localiser, à se généraliser à l'abdomen ou même à infecter l'organisme tout entier. C'est dans l'appendice que s'est allumé l'incendie; il faut donc au plus tôt supprimer l'appendice, c'est pour prévenir toutes ces complications pénibles, qu'il faut intervenir immédiatement, à moins que l'on ne juge l'opération trop grave. C'est pourquoi les abstentionnistes nous disent : si vous pouvez opérer dans les six ou douze premières heures, intervenez, sinon, attendez. L'appendicite revêt des formes bien diverses; il faut compter avec la gangrène de l'appendice, la perforation, la péritonite. On peut arriver à faire le diagnostic de ces diverses complications, et le diagnostic aussitôt posé, il faut intervenir. Si dans ces cas, nous ne sommes appelés qu'après vingt-quatre heures, alors peut se poser la question du traitement médical. L'application de la glace peut calmer la douleur mais n'agit aucunement sur l'inflammation.

Si l'on croit devoir intervenir en présence d'une de ces complications, il faut toujours s'attacher à enlever l'appendice. Plus l'organe est malade, plus il importe d'en débarrasser l'organisme.

M. Potherat conclut en disant que le meilleur traitement de l'appendicite aiguë est le traitement chirurgical.

M. HARTMANN depuis trois ans a subi une évolution complète au point de vue du traitement de l'appendicite aiguë. De temporisateur qu'il était, il est devenu interventionniste à outrance, parce qu'il a vu des désastres résultant de la temporisation, des péritonites suraiguës ou généralisées après cinq ou six jours, des perforations, des accidents toxi-infectieux. Or en présence d'une appendicite aiguë, il est impossible de savoir ce qu'elle deviendra. Aussi M. Hartmann a-t-il adopté comme règle d'intervenir toujours et immédiatement.

La mortalité par l'appendicite aiguë chaude est considérable, on peut la diminuer par l'opération hâtive, à condition d'intervenir dans les vingt-quatre heures. Voilà ce dont il faudrait que se pénétrassent les médecins. S'il s'agit d'une appendicite très aiguë, opérez immédiatement. S'il s'agit d'une appendicite demi-chaude attendez douze heures. Si la température, après ces douze heures, ne descend pas au-dessous de 38, intervenez. En agissant ainsi, on peut s'exposer à quelques erreurs de diagnostic, ce qui est arrivé deux fois à M. Hartmann, mais, dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une invagination intestinale, dans l'autre, d'un étranglement. Or, dans ces deux cas l'opération était le seul moyen de sauver les malades. La temporisation aurait entraîné la mort.

L'opération précoce n'est pas plus dangereuse que l'opération à froid. Depuis trois ans, il a été opéré dans le service de M. Hartmann 160 cas d'appendicite aiguë avec 25 morts, ce qui fait 15,6 p. 100 de mortalité. Dans sa maison de santé, M. Hartmann compte 36 cas avec 4 morts. Il y a donc, en tout, 196 cas avec 29 morts, soit 13 p. 100.

M. HARTMANN donne quelques détails sur ses observations d'où il résulte que plus l'opération est précoce, plus les résultats sont favorables. Passé le quatrième jour les statistiques noircissent de plus en plus, puisque, après quatre jours, sur 13 cas, il y a 3 guérisons et 10 morts. Avant douze heures, 9 cas, 9 guérisons. Après trente-six heures, 13 cas, 11 guérisons, 2 morts. Dans les cas de sphacèle, M. Hartmann draine. Dans les cas de suppuration résorbable, il ne draine pas. Sa conclusion est qu'il faut intervenir le plus vite possible dans les cas d'appendicite aiguë.

M. ROUTIER, dont l'expérience en matière d'appendicite est considérable puisqu'il a opéré sa première il y a vingt-quatre ans, estime que sur 100 crises d'appendicite il y en a 95 qui guérissent, qu'on les opère ou qu'on ne les opère pas. C'est pour les 5 autres que les difficultés commencent. Pour ces 5 cas graves, M. Routier opère à condition de pouvoir le faire avant quarante-huit heures; passé ce temps, il a recours au traitement médical, sauf indication nécessitée par une complication quelconque. Toutefois, il a perdu des malades par le fait de la temporisation. M. Routier est resté fidèle au lavage du péritoine avec le sérum. Il n'a jamais ainsi généralisé de péritonite. En somme, quand on le peut, le mieux est de recourir à l'opération précoce.

M. TOUSSAINT lit un travail très documenté sur l'appendicite chez les jeunes soldats.

M. TÉMOIN (de Bourges) opère toutes appendicites à chaud, sauf les cas très légers, quel que soit l'époque du début. Dans les cas où il n'y a pas de pus, il obtient 100 p. 100 de guérisons. S'il y a du pus et qu'il soit localisé, la guérison est encore la règle. En revanche, dans les cas de péritonite fou-

(1) Travail auquel nous renvoyons le lecteur pour compléter cette bibliographie.

droyante ou généralisée, les statistiques deviennent déplorables. Il importe donc d'opérer toujours le plus tôt possible.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVIII, n° 14, 3 avril 1913.) Fritz B. TALBOT et Warren R. SISSON : Quelques facteurs agissant sur l'excrétion de formaline dans l'urine des enfants prenant de l'hexamethylénamine (urotropine) [tableaux]. — James Warren SEVER : La coxa vara. Quelques observations sur cette affection et en particulier sur la question de sa guérison spontanée (avec 28 figures). — Harlan L. PAINE : Les résultats de la réaction de Wassermann dans 200 admissions consécutives à l'hôpital de l'Etat de Danver. — Algernon COOLIDGE : Etiologie de la fièvre des foins. — Theobald SMITH : Etiologie de la fièvre des foins. — C. A. POSTER et G. W. MORSE : Un cas d'iléus gastro-mésentérique. — William Pearce GOULD : La syphilis et les consultations chirurgicales. — (N° 15, 10 avril.) Charles M. GREEN : Sur la surveillance du travail de l'accouchement sans explorations vaginales. — John Lovett MORSE : Le diabète dans l'enfance et l'adolescence. — Howard A. LOTHROP : Anévrismes sous-claviculaires bilatéraux. — Edward HARTSHORN et Michaël M. DAVIS : Le travail fait sous surveillance comme un élément de traitement dans les affections oculaires soignées dans les consultations. Tableaux montrant l'efficacité de la méthode et les résultats obtenus (3 tableaux). — W. E. LADD : Progrès dans le diagnostic et le traitement de l'invagination intestinale (4 fig.). — Horace PACKARD : Un cas de péritonite qui semblait désespérée, guéri vraisemblablement par les injections de « plasma marin ». — (N° 16, 17 avril.) Hermann BUCHOLZ : Lésions des mains consécutives aux traumatismes des membres supérieurs (1 tableau). — Dewitt G. WILCOX : Les traumatismes craniens chez les nouveau-nés. — J. M. KENISGSTON : L'auto-mutilation par les déments. — Francis LOWELL-BURNETT : Sur la forme des matières fécales. — Walter B. LANCASTER : Un projet pour faciliter la pratique des ophtalmologistes (1 tableau). — Howard A. LOTHROP : Opération pour la cure du prolapsus vaginal (2 fig.). — Robert M. GREEN, Foster S. KELLOG et Peter L. HŒRVIC : L'iléus par paralysie spasmodique (1 fig.)

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 avril 1913.) J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Traitement de la fracture du col du fémur par le mouvement immédiat et le lever. — F. TERRIEN : Les premières étapes du traitement du strabisme. — (25 avril.) CANTONNET : Les paralysies oculaires des artérioscléreux.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 14, 6 avril 1913.) R. SAINT-PHILIPPE : Des remarquables effets de l'ipéca à petites doses dans certains troubles digestifs tenaces de l'enfance (inappétence, constipation, atonie, dyspepsie, entérite ancienne, intoxication, etc.). — COLIN : Contribution à l'étude du traitement de la péritonite généralisée postopératoire. — (N° 15, 13 avril.) CREYX : Sarcome des méninges spinales. — MONGOUR : Les mesures de préservation dans la lutte contre la tuberculose. — (N° 16, 20 avril.) E. LEURET : La pathogénie des ictères acholuriques.

Journal de médecine interne. — (N° 10, 10 avril 1913.) G. DE PARREL : Otosclérose et rééducation auditive. — (N° 11, 20 avril.) DORLENCOURT et EDELMANN : La constipation habituelle du nourrisson. — MONGOUR et LEURET : Mort et autopsie d'un tuberculeux traité par la méthode de Forlanini.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Avril 1913.) MATIGNON : Contribution à l'étude du petit entérocolisme. LEBÈGUE : Gomme frontale syphilitique et réaction Herscheimer. — FAIVRE : Un cas de lymphogranulomatose inguinale.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 JUIN 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 juin, à une heure. — 1er (oral).
3e (oral, 1re partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 17 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 18 juin, à une heure. — 1er (oral).
3e (oral, 1re et 2e parties, 1re et 2e séries).
4e.

Jeudi 19 juin, à une heure. — 2e.
3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries).

Vendredi 20 juin, à une heure. — 1er (oral).
3e (oral, 2e partie, 1re 2e, 3e et 4e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 21 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon*, (1re et 2e séries).

THÈSES

Mercredi 18 juin, à une heure. — M. CROISSANT. Recherches sur la dissociation de la sécrétion biliaire. (MM. Gaucher, président ; Weiss, Letulle et Léon Bernard.) — M. TIERCE. L'évolution physique de l'enfant et de l'adolescent par la gymnastique et les sports. (MM. Weiss, président ; Gaucher, Letulle et Léon Bernard.) — M. ROQUES. Contribution à l'étude des anévrismes de l'aorte. (MM. Letulle, président ; Gaucher, Weiss et Léon Bernard.) — M. ROBERT. Etude sur le pneumothorax artificiel. (MM. Letulle, président ; Gaucher, Weiss et Léon Bernard.) — M. VUILLET. La syphilis des glandes salivaires. (MM. Letulle, président ; Gaucher, Weiss et Léon Bernard.) — M. GARNIER. De l'exentération de l'utérus appliquée à la cure des fibromes de cet organe. (MM. Reclus, président ; Delbet, Legueu et Zimmern.) — M. PHILBERT. Aspects radiographiques de syphilis héréditaire, tuberculose et ostéomyélite diaphysaires des os longs chez l'enfant. (MM. Delbet, président ; Reclus, Legueu et Zimmern.) — M. VANNIER. Contribution à l'étude de la désinfection par l'alcool. (MM. Delbet, président ; Reclus, Legueu et Zimmern.) — M. MACHEFER. Les péritonites biliaires sans perforation des voies biliaires. (MM. Legueu, président ; Reclus, Delbet et Zimmern.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — MM. Courcoux, 20; Foix, 19; Sézary, 18 1/2; Vincent, 20.

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. — Un concours public pour la nomination d'un accoucheur aux hospices civils de Saint-Etienne sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon le lundi 1er décembre 1913.

Ce concours se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue de la Badouillère, à Saint-Etienne.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Exposé des travaux personnels.* — Première séance du 6 juin. — MM. Serr, 17 × 2 = 34; Esmein, 19 × 2 = 38; Pierret, 17 1/2 × 2 = 35; Creyx, 12 × 2 = 24.

Deuxième séance du 6 juin. — MM. Anglada, 17 1/2 × 2 = 35; Villaret, 19 × 2 = 38; de Verbizier, 17 × 2 = 34; Desqueyroux, 14 × 2 = 28; Lafforgue, 19 × 2 = 38.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Première séance du 6 juin. — M. Alglave : » Des kystes du sein. » — Note : 19.

M. Etienne : « Traitement chirurgical des ictères. » — Note : 17.

Epreuve clinique. — Deuxième séance du 6 juin. — MM. Rabère, 14; Etienne, 17; Gorse, 14; Mathieu, 18.

— SECTION D'OBSTÉTRIQUE. — *Epreuve clinique.* — Première séance du 6 juin. — MM. Paucot, 16 1/2; Sauvage, 18.

Deuxième séance du 6 juin. — MM. Le Lorier, 18; Faugère, 15.

Sont proposés pour les Facultés suivantes :

MM. Sauvage (Paris), Le Lorier (Lille), Faugère (Bordeaux).

— SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Epreuve de titres.* — Première séance du 6 juin. — MM. Clunet, 19; Ameuille, 18; Gellé et Bériel, 19.

Deuxième séance du 6 juin. — MM. Fairise, 18 1/2; Savy, 19.

Sont déclarés admissibles aux épreuves suivantes :

MM. Ameuille, Bériel, Clunet, Fairise, Gellé, Savy.

— SECTION DE PARASITOLOGIE. — *Epreuve pratique.* — Séance du 6 juin. — 1° Coloration et détermination d'une préparation de Balbiana et d'une préparation de Leishmania.

2° Préparation et coloration de sang d'oiseau renfermant un hématozoaire.

3° Recherche d'œufs dans les matières fécales.

Sont proposés pour les Facultés suivantes :

MM. Bruyant (Lille), Garin (Lyon), Thiry (Nancy), Jeannin (Bordeaux), Viguier (Alger).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LES FRAIS DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE. — Nous avons annoncé (*Gaz. des hôp.* 1913, 1er mars) que les droits à fournir pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine seraient augmentés à partir de cette année.

Voici, d'après le *Journal officiel* (31 mai 1913, p. 4670), comment seront fixés ces droits, à dater du 1er novembre 1913 :

1° *Droits perçus au profit des Universités* :

20 droits trimestriels d'inscriptions à 30 francs.	600 fr.
20 droits trimestriels de bibliothèque à 2 fr. 50.	50
20 droits trimestriels de travaux pratiques à 15 francs..........................	300

2° *Droits perçus au profit du Trésor* :

1er examen, 1 épreuve à 40 francs..........	40 fr.
2e examen, 1 épreuve à 30 francs..........	30
3e examen, 1 épreuve à 30 francs..........	30
4e examen, 1 épreuve à 30 francs..........	30
5e examen, 1 épreuve à 30 francs..........	30
5 certificats d'aptitude à 25 francs..........	125
3 examens de clinique à 30 francs..........	90
3 certificats d'aptitude à 25 francs..........	75
1 thèse à 100 francs..........................	100
1 certificat d'aptitude de la thèse à 40 francs..	40
1 diplôme de docteur à 100 francs..........	100

Les droits d'inscription, de bibliothèque, de travaux pratiques et d'examens acquittés par les élèves des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie sont versés dans les caisses municipales. Les droits de certi-

ficat d'aptitude acquittés par les mêmes élèves sont versés au Trésor public.

Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué pour l'examen perd le montant des droits d'examen qu'il a consignés.

Il est fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat d'aptitude et de diplôme.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 juin. — MM. Petit, 9 + 5 = 14; Renault, 9 + 5 = 14; Rouyé, 14 + 7 = 21.

Prochaine séance, mardi 10 juin, à quatre heures et demie à l'Hôtel-Dieu.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés au titre colonial :

Officiers de l'Instruction publique. — M. le docteur Huillet (de Laokay).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Chauquet (de Hanoï), Collin, médecin-major des troupes coloniales; Georgelin et Gontier (de Dakar), Monfort (de Brazzaville), Paucot, médecin titulaire de l'assistance médicale en Indo-Chine; Renault, médecin-major de première classe des troupes coloniales; Sébilleau, médecin aide-major des troupes coloniales.

Sont nommés au titre étranger :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Berliawsky (de Tétouan), Brophy (de Chicago), Cohn (de Vienne), Delanne (de Bruxelles), Dimitriadès (de Monastir), Gastaneta (de Lima), Guizy (d'Athènes), Hellstrom (de Stockholm), Lafar (de Vienne), Lauterbach (de Vienne), Liljeuroth, médecin de la marine suédoise, Médin (de Stockholm), Meyer (de Leysin-sur-Aigle), Nalio (de Monastir), Ruijsch (de la Haye), Tilger (de Tripoli de Barbarie).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Adda (de Tunis), Bagenoff (de Moscou), Bergquist (de Stockholm), Capillery (de Tunis), Cobos (de Paris), Delebecque (de Tournai), Ehinger (de Linköping), Fernandez de Armenteros (d'Asnières), Geréda (de Madrid), Giannelli (de Rome), Gomez Garcedo (de Burgos), Kling (de Stockholm), Maurin (de Monaco), Pappathanassiou (de Hodeidah), Perrot (de Sanchez), Pochoy (d'Addis-Abbeba), Poncelet (de Bruxelles), Romon (de Valladolid), Salles (de Moscou), Scialom (de Tunis), Sénèque (de Port-Louis), Tecon (de Leysin), Thollander (de Stockholm) et Thoulon (d'Addis-Abbeba).

GUERRE. — La médaille d'argent des épidémies est décernée à MM. les médecins majors Alix, Périé, de Brisson de Laroche, et Théobalt.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Ponthieu est nommé médecin aide-major de deuxième classe dans le corps des sapeurs pompiers, à Doullens.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Le docteur Bertillon, chef du bureau de la statistique à la préfecture de la Seine, atteint par la limite d'âge, est admis à faire valoir ses droits à la retraite. Il est remplacé dans ses fonctions par M. Filassier, docteur en médecine et en droit, sous-chef du service des logements insalubres de la Ville de Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du professeur Antonio Marro (de Turin), l'ancien collaborateur de Lombroso.

ACADÉMIE DES SCIENCES DE LYON. — Le docteur Lucien Mayet, chargé de cours d'anthropologie et de paléontologie humaine à la Faculté des sciences de Lyon, vient de communiquer à l'Académie la description d'une grotte préhistorique qu'il a trouvée avec M. Mazenot, instituteur à Royer (Saône-et-Loire), au lieudit Martailly-les-Brancion, près Tournus (Saône-et-Loire).

Les fouilles ont donné de précieuses indications sur l'époque aurignacienne qui, succédant à l'âge du mammouth, a précédé l'âge du renne.

LES CHIENS SANITAIRES. — La *France Militaire* annonce que le ministre de la Guerre vient de décider qu'à chaque section d'infirmiers seront affectés à l'avenir des chiens sanitaires.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 19 juin 1913, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. Pierre MARIE.) — LES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE APPLIQUÉES A LA CLINIQUE. — MM. Gougerot, agrégé, et P. Abrami commenceront une série de quinze démonstrations et exercices pratiques, le lundi 7 juillet 1913, à trois heures trente, au laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie de l'Ecole pratique (premier étage, porte à gauche), et les continueront aux mêmes heures, les lundis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis suivants.

Programme. — Les sérodiagnostics : agglutination de Widal. — Les réactions de fixation : réaction de Wassermann. — Sang. — Diagnostic biologique des pleurésies et des ascites, des méningites (cytodiagnostic). — Ictères hémolytiques et hémolysines. — Insuffisance hépatique. — Examen des crachats. — Examen du suc gastrique. — Vaccins de Wright et opsonines. — Fonctions rénales : cytodiagnostic, urémie, chlorurémie, cryoscopie, perméabilité rénale, albumines peptones, hématurie. — Azotémie. — Glycosurie et coma diabétique.

Le droit à verser pour cette série est de 60 francs.

Sont admis tous les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés. Des certificats seront délivrés à la fin des exercices.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) de midi à trois heures.

Deux séries de démonstrations sont faites chaque année : l'une en octobre-novembre, l'autre en mai-juin, soit avant, soit après les démonstrations de diagnostic bactériologique.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASTHME CARDIAQUE ET LA DYSPNÉE

(Liés aux cardiopathies organiques.) — Un ou deux granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII à XXV gouttes de la solution au millième, pendant 2 à 3 jours, ou plutôt, à très faibles doses de 1/10 de milligramme, 10 jours de suite. Associer la digitaline à la théobromine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 JUIN 1913

THÈSES

Jeudi 19 juin, à une heure. — M. GRABOIS. Etude étiologique des cas de chorée observés dans le service de M. le professeur Hutinel (1907-1913). (MM. Hutinel, président; Thoinot, Bar et Nobécourt.) — M. CIER. La forme asthénique de la paralysie générale. (MM. Thoinot, président; Hutinel, Bar et Nobécourt.) – M. CASEDEVANT. De la valeur de la méthode de Fochier (abcès de fixation) dans l'infection puerpérale. (Etude clinique). (MM. Bar, président; Hutinel, Thoinot et Nobécourt.) — M. PASTOUR. Etude sur les eaux minérales de la Provence. (MM. Chantemesse, président; Albert Robin, Richaud et Carnot.) — M. BITH. L'amino-acidurie. (MM. Albert Robin, président; Chantemesse, Richaud et Carnot.) — M. PESNEL. La phlébite à Bagnoles-de-l'Orne. (MM. Pozzi, président; Quénu, Chevassu et Okinczyc.) — M. LEBESCONTE. L'Iléus fonctionnel. (MM. Quénu, président; Pozzi, Chevassu et Okinczyc.)

DEUX CAS DE SYPHILIS NERVEUSE

TRAITÉS PAR LES

INJECTIONS INTRARACHIDIENNES DE MERCURE ET DE NÉOSALVARSAN

Par M. PAUL RAVAUT,
Médecin des hôpitaux de Paris.

L'idée de traiter les affections cérébro-méningées par les injections directes de substances thérapeutiques dans le liquide céphalo-rachidien n'est pas nouvelle. Elle est née avec la ponction lombaire et, dès ses premiers travaux sur le liquide rachidien, Sicard faisait pressentir l'importance que pourrait prendre cette nouvelle voie. Malheureusement les recherches expérimentales, les quelques essais qui ont été faits chez l'homme ont montré combien étaient sensibles les centres nerveux et, par ce fait même, pouvaient rendre difficile la pratique de ces injections.

Cependant, en présence des résultats remarquables obtenus dans le traitement de la méningite cérébro-spinale par les injections intrarachidiennes de sérum antiméningococcique et dans quelques cas de syphilis nerveuse par des injections de sels mercuriels, il est certain que cette méthode est appelée à un grand avenir; mais elle est tout entière à créer. En ce qui concerne la syphilis nerveuse, plus spécialement, nous ne possédons que quelques observations éparses de malades suivis pendant un temps trop court pour que l'on puisse apprécier les résultats éloignés qui seuls ont une valeur. Mais si aux observations qui ont été publiées l'on peut faire ce reproche, elles ont en revanche un grand intérêt, celui de nous montrer comment ont été tolérées les injections et quels en ont été les résultats immédiats. Cette question ne peut progresser que si chaque auteur rapporte les faits qu'il a observés, et c'est dans ce but que je publie les observations des trois seuls malades chez lesquels j'ai pratiqué des injections intrarachidiennes pour des lésions de syphilis nerveuse.

La première est très courte car la malade atteinte de syphilis secondaire avec céphalée, rachialgie et très grosse réaction du liquide céphalo-rachidien n'a reçu qu'une injection le 10 juillet 1909; elle est sortie quelques jours après et je ne l'ai plus revue. Je lui avais injecté deux gouttes d'une solution au millième de sublimé, soit environ un dixième de milligramme de bichlorure de mercure. L'injection n'a déterminé aucune réaction sérieuse, sauf pendant quelques heures une augmentation de la céphalée et de la rachialgie. Trois jours après, ces accidents avaient complètement disparu et la malade demandait à sortir de l'hôpital. La seule conclusion qui s'impose, c'est la possibilité d'injecter sans danger un dixième de milligramme de sublimé dans le liquide céphalo-rachidien.

La deuxième observation est beaucoup plus intéressante car il s'agit d'une malade que j'ai pu suivre depuis quatre ans. J'ai pratiqué chez elle en juillet et novembre 1909 deux injections intrarachidiennes de cyanure de mercure et les résultats en ont été des plus heureux sur l'état du liquide céphalo-rachidien et sur une ophtalmoplégie interne ainsi que l'a constaté mon collègue et ami Chaillous. J'avais eu recours au cyanure de mercure car c'est un sel très actif, très riche en mercure, ne coagulant pas les albumines, et qui, dans des recherches expérimentales sur des singes et des lapins, m'avait paru bien toléré.

Jui... (G.), trente-quatre ans, salle Alibert, n° 14, hôpital Saint-Louis.

En septembre 1904, chancre clitoridien, puis roséole très légère, elle se traite avec des pilules, du sirop de Gibert, pendant environ un mois sur deux. Aucun accident.

En mars 1909, la malade est prise de céphalée violente, de bourdonnements d'oreille, et constate que la vue est trouble du côté droit.

En juillet 1909, la malade rentre à l'hôpital. Elle ne se plaint que de sa céphalée et des troubles de la vue.

Examen des yeux (Chaillous). Œil droit : pupille dilatée, plus grande que la gauche. Grande diminution du réflexe à la lumière et à la convergence. Paralysie incomplète de l'accommodation. Fond d'œil normal. Œil gauche : normal.

Examen du liquide céphalo-rachidien. Réaction cellulaire, extrêmement abondante; tous les éléments se touchant, il y a environ 250 leucocytes par champ d'objectif à immersion constituée par des lymphocytes, quelques polynucléaires et quelques cellules à type de plasmazellen.

Réaction albumineuse : nettement augmentée.

La malade ne présente aucun autre stigmate de syphilis.

9 juillet 1909. Au moyen d'une seringue graduée en gouttes d'eau, la malade reçoit une injection intrarachidienne de deux gouttes d'une solution à 1 p. 100 de cyanure de mercure soit un milligramme de cyanure de mercure. Cette injection est faite, la malade étant assise sur son lit. Quelques minutes après s'être recouchée, elle ressent des crampes dans les jambes, puis elle présente des contractures qui commencent par les pieds, remontent le long des jambes, gagnent les reins; quelques minutes après, ces contractures continuent leur marche ascendante, gagnent les bras puis les muscles du cou, ceux de la mâchoire et la malade accuse un véritable trismus. Pendant ce temps le pouls ne subit aucune modification. Cette véritable crise de contractures a duré en tout cinq minutes. Un quart d'heure après l'injection, tout a disparu, la malade est courbaturée.

10 juillet 1909. Il ne s'est rien produit d'anormal. La malade est fatiguée, mais la céphalée est moins vive.

Les jours suivants la vue est moins trouble.

21 juillet 1909. Aucune modification des troubles oculaires.

28 juillet 1909. La pupille droite est moins dilatée. Même état des réflexes oculaires.

20 août 1909. Pupille droite toujours plus grande que la gauche, réagit mieux à la lumière et à la convergence. La malade a moins de céphalée et la vue est bien meilleure.

15 novembre 1909. La céphalée reparaît un peu. Les pupilles sont toujours inégales mais la droite réagit mieux à la lumière et à la convergence. La vue est redevenue un peu trouble à droite.

Examen du liquide céphalo-rachidien. Réaction cellulaire : 15 à 20 lymphocytes par champ.

Réaction albumineuse : très légèrement augmentée.

Réaction de Wassermann : négative.

18 novembre 1909. La malade, ayant constaté que la première injection avait diminué considérablement sa céphalée et amélioré sa vision, redemande elle-même une seconde injection intrarachidienne. Malgré les phénomènes passagers de contracture qu'elle avait présentés à ce moment et qui,

quelques minutes après, avaient disparu et en raison de l'amélioration des troubles subjectifs et de la diminution d'intensité de la réaction méningée, nous pratiquons une deuxième injection de cyanure de mercure, mais à dose moitié moins forte que la première.

Injection intrarachidienne de 1 goutte d'une solution à 1 p. 100 de cyanure de mercure soit un demi-milligramme de cyanure de mercure.

Cette injection est mieux tolérée que la première, mais la malade présente encore quelques légères contractures qui suivent une marche ascendante commençant aux pieds et finissant aux muscles de la mâchoire. Comme la première fois, elles durent quelques minutes et ne laissent dans la suite aucune trace.

24 novembre 1909. La céphalée a disparu. Les pupilles sont presque égales, la droite étant toujours un peu plus dilatée. La pupille droite réagit toujours mal à la lumière, mais la paralysie de l'accommodation a disparu.

12 janvier 1910. L'amélioration se maintient.

16 mars 1910. L'amélioration se maintient. La pupille droite réagit un peu mieux à la lumière.

1er juin 1910. Même constatation.

14 novembre 1910. Examen du liquide céphalo-rachidien. Réaction cellulaire : 15 à 20 lymphocytes par champ ; réaction albumineuse : normale.

23 novembre 1910. Il ne reste plus de tous ces accidents, au niveau de l'œil droit, que de l'inégalité pupillaire avec paresse des réflexes à la lumière. Pour essayer de faire disparaître complètement cet accident, on pratique une injection intraveineuse de 0g45 de salvarsan (Id).

Pendant les dix jours qui suivent cette injection, la malade éprouve de la céphalée et l'on ne note aucune modification du côté de l'œil droit.

8 décembre 1910. On pratique une ponction lombaire et on constate que la réaction cellulaire n'est pas modifiée, mais que la réaction albumineuse est plus forte qu'à la fois précédente. Cette augmentation de l'albumine est attribuée à l'injection de salvarsan.

4 mai 1911. Même état de l'œil droit.

Examen du liquide céphalo-rachidien : réaction cellulaire : 10 à 12 lymphocytes par champ ; réaction albumineuse : très légèrement augmentée.

19 octobre 1911. Même état de l'œil droit.

Examen du liquide céphalo-rachidien. Réaction cellulaire : 10 à 12 lymphocytes par champ ; réaction albumineuse : normale.

La réaction de Wassermann du sang est négative (institut Pasteur).

1er novembre 1911. Injection intraveineuse de 0g45 de salvarsan.

6 novembre 1911. Injection intraveineuse de 0g60 de salvarsan.

15 novembre 1911. Injection intraveineuse de 0g60 de salvarsan.

Les jours suivants on ne constate aucune modification des troubles pupillaires.

Pendant toute l'année 1912 et le commencement de 1913 la malade est perdue de vue. Elle prend presque continuellement des pilules de protoiodure de mercure.

7 mai 1913. Elle revient nous consulter. Elle ne se plaint d'aucun accident. L'on ne constate chez elle rien d'anormal, sauf du côté de l'œil droit. Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux. L'état général est excellent.

Examen des yeux. Œil gauche normal.

Œil droit : pupille droite un peu plus grande que la gauche. Réflexe lumineux affaibli. Réflexe à la convergence et à l'accommodation normal.

Examen du liquide céphalo-rachidien. Réaction cellulaire : nette, 15 lymphocytes par champ ; réaction albumineuse : albumine très légèrement augmentée.

En résumé, nous avons constaté chez cette malade, il y aura quatre ans au mois de juillet prochain, des signes nets de méningite subaiguë accompagnée d'une ophtalmoplégie du côté de l'œil droit. Dès la première injection intrarachidienne de cyanure de mercure la méningite s'est atténuée très rapidement et la paralysie de l'accommodation s'améliorait considérablement. Après la seconde injection elle disparaissait complètement. La réaction méningée s'effaçait presque complètement également. A l'heure actuelle il ne reste comme reliquat de ces lésions qu'une lymphocytose légère mais nette du liquide céphalo-rachidien et une inégalité des pupilles avec paresse du réflexe à la lumière du côté droit.

Pratiquement, il faut retenir de cette observation l'action immédiatement efficace des injections intrarachidiennes de cyanure de mercure et la persistance de la guérison après plus de trois ans et demi. Il est vrai qu'après ces injections la malade a reçu des traitements mercuriels et arsenicaux, mais lorsqu'elle les a commencés les lésions oculaires et méningées étaient déjà ce qu'elles sont maintenant.

En outre elle montre que les doses de 1 milligramme et de un demi-milligramme de mercure sont trop fortes car elles ont été suivies de contractures généralisées avec marche ascendante qui se sont produites aussitôt après l'injection. Nous sommes donc tout à fait d'accord avec Sicard lorsqu'il conseille de ne pas injecter plus de 1, 2 ou 3 dixièmes de milligramme de mercure. Nous avons employé le minimum d'excipient pour éviter la méningite aseptique que détermine tout corps étranger injecté dans le liquide céphalo-rachidien. Nous avons, en effet, constaté en 1901 (Soc. de Biol., 15 juin 1901) avec M. Aubourg que l'injection de 1 ou 2 centimètres cubes d'eau distillée ou d'une solution aqueuse de cocaïne pouvaient provoquer une réaction méningée capable d'élever la température à 40 degrés avec céphalée, vomissements, rachialgie, crampes dans les jambes et transformation purulente du liquide céphalo-rachidien. C'est cette méningite aseptique dont nous avions donné pour la première fois à cette époque la démonstration que nous voulions éviter à nos malades et c'est dans ce but que nous avions eu recours à des quantités minimes d'excipient. Le liquide injecté n'en avait pas moins cependant diffusé très rapidement ainsi que nous l'a montré la marche ascendante des contractures qui se produisirent chez notre malade après l'injection. Depuis lors M. Sicard a montré l'utilité de provoqner une réaction méningée pour augmenter la perméabilité des méninges et dans notre troisième essai comme on le verra dans l'observation suivante nous avons eu recours à des solutions plus diluées.

Enfin il est important de noter que ces injections n'ont produit aucun phénomène nocif, même à cette forte dose, car voici bientôt quatre ans qu'elles ont été faites et la malade est en parfaite santé.

La troisième observation a trait à un malade atteint de méningite chronique syphilitique et de tabes. Après avoir subi divers traitements sans amélioration appréciable, nous avons pratiqué chez lui

trois injections intrarachidiennes de néosalvarsan. Déjà dans la maladie du sommeil, Corea Mendy et Kopke avaient injecté dans le liquide céphalo-rachidien des solutions très diluées d'atoxyl sans observer d'accidents. Plus récemment chez des malades atteints de syphilis nerveuse Wechselmann a injecté des doses de néosalvarsan variant de 3 à 10 milligrammes et demi. Il dit n'avoir pas eu d'accident mais il n'a pas encore publié la fin de ses observations. C'est en nous appuyant sur ces recherches que nous avons essayé chez notre malade de recourir aux injections intrarachidiennes de néosalvarsan.

Mar..., âgé de quarante et un ans. Artiste dramatique, salle Devergie, n° 38. Contracte la syphilis en 1894. Le chancre est passé inaperçu, il n'a eu que quelques syphilides qui disparurent après avoir absorbé une bouteille de sirop de Gibert. C'est là tout le traitement qu'a suivi le malade. Il n'a d'ailleurs dans la suite aucun accident.

En juillet 1911, il est pris tout à coup, au cours d'une représentation, d'amnésie; il bredouille, et embrouille toutes les phrases de son rôle; difficulté pour s'exprimer. Les jours suivants les mêmes phénomènes se reproduisent et il est obligé d'abandonner le théâtre.

En septembre 1911 il vient me consulter à l'hôpital Saint-Louis. Le malade se plaint de céphalée, de pertes de la mémoire, de confusions dans ses rôles. Il analyse parfaitement bien sa situation et ne présente aucune idée de grandeur. Les réflexes rotuliens, achilléens sont abolis. Les pupilles sont inégales, légèrement déformées et ne réagissent pas à la lumière. La démarche est légèrement hésitante, ataxie légère mais nette des membres inférieurs. Le signe de Romberg est très net.

La ponction lombaire montre des modifications considérables du liquide céphalo-rachidien :

Réaction cellulaire, très abondante : 50 éléments cellulaires par champ d'objectif à immersion dont de nombreuses cellules à type de plasmazellen.

Réaction albumineuse ; très nettement augmentée.

Réaction de Wassermann : positive (Institut Pasteur).

Il s'agit donc chez ce malade de tabes avéré avec quelques signes de méningite chronique de la base du crâne et troubles circulatoires de la sylvienne gauche.

21 septembre, le malade reçoit 0g40 de 606 en injection intraveineuse.

26 septembre, il reçoit encore 0g40.

Puis huit piqûres intraveineuses de 0g01 de cyanure de mercure.

Se sentant amélioré, il va jouer la comédie en province, mais les troubles de la mémoire le reprennent et il entre à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

22 novembre, il reçoit 0g30 de 606.

30 novembre, il reçoit 0g30 de 606.

7 décembre, il reçoit 0g30 de 606.

Puis du 8 janvier au 8 mars 1912, il reçoit quelques piqûres d'hectargyre et des frictions mercurielles.

En mars 1912, on constate à l'Hôtel-Dieu d'Orléans que la mémoire est revenue presque complètement. La dysarthrie a disparu et le malade peut écrire presque aussi bien que par le passé. La démarche est plus facile. Il n'y a plus de Romberg.

De mars à décembre 1912 le malade reprend son métier mais dans le courant de décembre les mêmes troubles reparaissent et l'obligent à s'arrêter.

Il vient me retrouver à Saint-Louis et je constate absolument les mêmes signes cliniques qu'en septembre 1911.

La ponction lombaire donne les mêmes résultats, la réaction cellulaire est même un peu plus forte.

Devant l'échec de tous les traitements antérieurs et devant l'insistance du malade je me décide à tenter chez lui l'effet des injections intrarachidiennes de néosalvarsan.

8 janvier 1913. Je fais dissoudre 0g45 de néosalvarsan dans 450 grammes de sérum physiologique et j'injecte 2 centimètres cubes de cette solution soit en poids 2 milligrammes de néosalvarsan.

Le malade ne présente aucune réaction ni locale, ni générale.

15 janvier 1913. Je fais dissoudre 0g45 de néosalvarsan dans 225 grammes de sérum physiologique et j'injecte 2 centimètres cubes de cette solution soit en poids 4 milligrammes de néosalvarsan.

Aucune réaction immédiate. Dans la soirée et dans la nuit le malade se plaint de douleurs dans les fesses et la face postérieure des cuisses. Quelques élancements le long des sciatiques.

16 janvier. Le lendemain matin les douleurs ont diminué. L'on ne constate aucun signe de sciatique, aucun trouble de la sensibilité.

17 janvier. Le malade ne ressent plus rien.

22 janvier. Je fais dissoudre 0g45 de néosalvarsan dans 90 grammes de sérum physiologique et j'injecte 2 centimètres cubes de cette solution soit 10 milligrammes de néosalvarsan.

Aucune réaction immédiate. Dans la soirée, le malade ressent des douleurs très violentes dans la face postérieure des deux cuisses. Elles sont assez violentes pour obliger le malade à sortir de son lit et on lui fait une piqûre de morphine qui le calme assez rapidement.

23 janvier. Le lendemain matin les douleurs ont disparu et le malade peut marcher sans difficulté. Dans la soirée elles reprennent avec autant d'intensité que la veille, empêchent le malade de dormir.

24 janvier. Le lendemain matin les douleurs ont disparu et ne réapparaissent pas la nuit.

A la suite de ces injections le malade éprouve une grande amélioration, il dit que sa mémoire est bien meilleure et la marche plus aisée. Nous n'osons pas néanmoins recommencer ces injections.

3 février. Le malade ressent une légère difficulté pour uriner et il trouve que ses pieds sont plus lourds, que la marche est moins facile.

14 février. Les troubles urinaires disparaissent mais les pieds sont toujours lourds.

On lui fait une série d'injections de lécithine.

28 février. Ponction lombaire.

Réaction cellulaire : 25 lymphocytes par champ.

Réaction albumineuse : très nettement augmentée.

Il reçoit une injection intraveineuse de 0g45 de néosalvarsan.

8 mars. Injection intraveineuse de 0g60 de néosalvarsan.

Puis les jours suivants, 12 injections intraveineuses de cyanure de mercure.

26 mars. Ponction lombaire.

Réaction cellulaire : 20 lymphocytes par champ.

Réaction albumineuse : légèrement augmentée.

Réaction de Wassermann : négative (Vincent).

En avril on refait 10 injections intraveineuses de cyanure de mercure.

23 avril. Ponction lombaire.

Réaction cellulaire : 15 lymphocytes par champ.

Réaction albumineuse : légèrement augmentée.

A la suite de cette ponction le malade se sent beaucoup mieux, il dit que sa mémoire est complètement revenue et bien qu'aucun des signes physiques ne se soit modifié il demande à sortir de l'hôpital. Il conserve toujours depuis la dernière injection intrarachidienne de la difficulté dans la marche qui est hésitante et des sensations de lourdeur et d'engourdissement dans les pieds. Il peut néanmoins circuler dans la rue et depuis quelque temps il s'est remis à jouer la comédie.

25 mai 1913. Le malade revient nous voir et demande à rentrer à l'hôpital. La mémoire est meilleure et il a pu donner quelques représentations mais elle est encore insuffisante pour qu'il reprenne son métier. Il a toujours des lourdeurs dans les jambes et les pieds. Il trouve qu'il se fatigue plus facilement, et que la marche est plus difficile. L'état général est excellent.

Au point de vue thérapeutique, cette observation montre que les injections intrarachidiennes de néosalvarsan ont pu avoir un effet utile sur les phénomènes subjectifs présentés par le malade, mais n'ont en rien modifié les phénomènes objectifs. Cependant l'état du liquide céphalo-rachidien s'est très nettement amélioré puisque avant les injections il existait une grosse lymphocytose avec grosse augmentation de l'albumine et réaction de Wassermann positive alors que, deux mois après les injections, la lymphocytose était beaucoup moins forte, l'albumine avait nettement diminué et la réaction de Wassermann était devenue négative. Or je crois qu'il faut attribuer cette amélioration aux injections intrarachidiennes, car je n'ai jamais vu les injections intraveineuses de néosalvarsan ou de sel mercuriel déterminer aussi rapidement des améliorations semblables du liquide céphalo-rachidien.

En revanche les doses que nous avons employées ont été beaucoup trop fortes. Bien que Wechselmann ait pu injecter 10 milligrammes de néosalvarsan sans observer d'accidents, je crois cette dose beaucoup trop élevée. Mon malade a très bien supporté 2, puis 4 milligrammes, mais à la dose de 10 milligrammes il a présenté des troubles urinaires passagers et il présente encore, quatre mois après la dernière injection, une faiblesse des deux jambes, des crampes et des douleurs sciatiques qui sont certainement dues à l'action toxique de l'arsenic. Il me paraît donc prudent de ne pas dépasser la dose de 3 à 4 milligrammes de néosalvarsan dans les injections intrarachidiennes chez l'homme. Il me paraît préférable de ne pas diluer la solution et d'injecter ces 2 milligrammes dans II gouttes d'eau au moyen d'une seringue spéciale graduée en gouttes d'eau, mais il faut avoir soin de bien mélanger la solution et le liquide rachidien que l'on aspire dans la seringue. Aussitôt après l'injection, il faut élever le bassin du malade et mettre la tête le plus bas possible.

Dans un travail récent, Marinesco (*Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie*, avril 1913) a injecté, suivant la technique de Wechselmann, 4 centimètres cubes d'une solution de néosalvarsan de 0gr10 dans 80 centimètres cubes d'eau, soit 5 milligrammes de médicament. Il a observé, aussitôt après l'injection, de la fièvre, de la céphalée, des vomissements, des crampes dans les jambes, des troubles urinaires, etc., ces phénomènes ne sont certainement pas dus à l'action de l'arsenic, mais à la production d'une réaction méningée déterminée par l'eau de la solution. Ces accidents sont tout à fait comparables à ceux que déterminent les solutions aqueuses de cocaïne utilisées autrefois pour la rachianesthésie, ainsi que nous l'avions vu en 1901, avec M. Aubourg. A cette époque nous avions montré que les solutions employées pour la rachianesthésie sont bien mieux supportées lorsqu'elles sont isotoniques ou hypertoniques et mieux encore lorsque le volume de l'excipient est réduit; il en est de même pour le néosalvarsan et il nous paraît absolument nécessaire de séparer les réactions dues à l'injection et celles qui sont dues au médicament.

Nous voyons donc encore combien il est difficile d'avoir une opinion sur les résultats des injections intrarachidiennes dans le traitement de la syphilis nerveuse. Dans nos deux observations, dans celles qui ont été publiées par d'autres auteurs, l'effet thérapeutique est certain et rapidement efficace. Mais la technique est loin d'être réglée. Faut-il employer le mercure, ou l'arsenic? Faut-il, comme le conseille Sicard, créer une irritation méningée ou faut-il au contraire l'éviter? Autant de points qui seront précisés par de futures observations, car maintenant que nous connaissons les doses qu'il ne faut pas dépasser nous aborderons avec moins d'appréhension cette voie thérapeutique qui paraît pleine d'avenir.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'UNIVERSITÉ DE WURZBURG

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CARCINOME

AU MOYEN DU

PROCÉDÉ DE DIALYSATION

D'APRÈS E. ABDERHALDEN

Par le professeur Hermann LUDKE.

La méthode d'Abderhalden, connue depuis peu de temps (1), permet de découvrir les matières étrangères contenues dans le sérum du sang de l'homme et des animaux au moyen du procédé de dialysation. La méthode d'Abderhalden s'est rapidement répandue dans les cliniques et a beaucoup contribué à expliquer la genèse de plusieurs maladies difficiles à définir.

Avant d'entrer dans les détails de notre propre expérience, nous voulons expliquer par un exemple la méthode d'Abderhalden. Au cours de la grossesse, des éléments étrangers au sang pénètrent par déplacement au travers des franges du chorion dans la circulation du sang. Si on laisse agir le sérum de personnes ou animaux, qui ne sont pas en état de grossesse, sur le placenta, on ne remarque aucun changement. Si on prend au contraire le sérum d'individus fécondés et qu'on le mélange avec de l'albumine de placenta dans une outre à dialysation, on obtient ainsi dans le liquide externe qui se compose d'eau distillée une réaction du biuret positive. Par ce moyen on acquiert la preuve *que la peptone vient de l'albumine du placenta et que dans le sang des fécondées circulent des matières étrangères au sang.* D'après tous

(1) Cf. Gaullieur l'Hardy. La réaction d'Abderhalden et le diagnostic de la grossesse, *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 57, p. 920. (*N. D. L. R.*)

les essais, *cette réaction s'est montrée un moyen certain de diagnostiquer la grossesse.*

J'ai essayé de rendre *la méthode d'Abderhalden utilisable pour le diagnostic du carcinome*, pensant, par analogie avec les résultats du diagnostic biologique de la grossesse, que le sérum de malades qui souffrent du carcinome digérait de l'albumine de carcinome. Nous expliquons brièvement la technique de cette méthode.

Emploi de la dialyse. — Pour cette opération, on a besoin d'une outre de dialysation, de petites cornues d'Erlenmeyer, d'un agent coagulateur, d'un petit morceau de carcinome et d'un réactif pour démontrer les gradations de sécrétion dialysable. Les enveloppes à dialysation doivent être tout à fait imperméables, sauf pour la peptone. Pour le vérifier, les enveloppes de dialysation (Schleicher et Schüll, à Düren) seront mises dans l'eau et ramollies. On les remplit alors avec 2,5^{cm3} d'une solution aqueuse d'albumine d'œuf à 5 p. 100 et on les place avec leur contenu dans les cornues d'Erlenmeyer qui sont remplies avec 20 centimètres cubes d'eau. Le contenu des enveloppes et le liquide externe sont recouverts avec du toluol. Après environ vingt-quatre heures de dépôt dans l'incubateur, on éprouve si le dialysat (produit de dialysation) contient de l'albumine : 10 centimètres cubes de dialysat seront placés avec 2,5^{cm3} de Na(OH) à 33 p. 100 dans un verre à réaction et bien agités. On a ajouté 0,5^{cm3} d'une solution de sulfate de cuivre à 1 : 500 de sorte qu'il se produit un dépôt.

Alors on aperçoit un cercle bleu et au-dessous une solution incolore souvent trouble, laiteuse. S'il apparaît sur les confins de ces deux solutions une coloration violette, les enveloppes sont mises à l'écart. Ensuite on éprouvera la filtration régulière des enveloppes *pour la peptone*. On met dans chaque enveloppe 1 gramme d'albumine d'œuf de poule cuit dur et on ajoute 10 centimètres cubes de suc gastrique complètement pur et on le laisse digérer à 37 degrés. L'épreuve du liquide externe au moyen de la réaction du biuret est la même que celle indiquée plus haut.

D'autres méthodes d'épreuves ont été données par Abderhalden (voir *Contribution à la clinique des maladies infectieuses et des investigations d'immunité*, Ier volume, 2e livraison, 1913). Les enveloppes qui ne laissent pas passer l'albumine, mais qui au contraire permettent aux peptones de s'échapper, seront employées pour les expériences ultérieures et après chacune d'elles conservées dans de l'eau stérilisée sous du toluol et un peu de chloroforme.

Préparation des organes. — Des organes frais seront coupés en morceaux de la grandeur d'un franc (environ 2 centimètres de diamètre) et lavés dans une eau courante jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de sang. Ensuite ces morceaux seront bouillis dans de l'eau pendant cinq minutes, puis pressurés et de nouveau bouillis. On répètera ces deux opérations de 3 à 5 fois. Enfin on mettra un volume d'eau correspondant à 5 fois la quantité des morceaux d'organes et on chauffera de nouveau pendant cinq minutes. Dans 5 centimètres cubes de l'eau de cuisson filtrée on ajoutera 1 centimètre cube de solution aqueuse de Ninhydrin à 1 p. 100 et on fera bouillir exactement une minute. Si l'eau qui a servi à la cuisson reste absolument incolore, si elle ne montre aucune trace de coloration bleu violet on peut se servir de l'organe. Les organes ainsi préparés se conservent très longtemps dans de l'eau stérilisée additionnée de toluol et de chloroforme. Il est cependant bon d'éprouver les organes avant l'utilisation.

Préparation de solution de Ninhydrin. — 0,1 gramme de Ninhydrin sera dissous dans 10 centimètres cubes d'eau. La solution peut se conserver.

Obtention du sérum. — On se servira de sérum absolument sans hémoglobine. Environ 3 centimètres cubes de sérum sont nécessaires pour la dialysation.

Expériences personnelles. — Pour mes recherches j'employai des substances carcinomateuses qui furent fournies une fois par un *squirrhe de l'estomac*, puis *par un carcinome de la glande mammaire* et *un cancer du côlon*. Comme sérum j'employai celui du sang d'individus en bonne santé et de malades qui n'avaient pas été opérés pour des affections cancéreuses et de malades atteints du cancer. Les conditions furent les suivantes : le morceau de cancer de 1 gramme préparé auparavant fut coupé en petits morceaux de la grosseur d'un pois et mis avec 1,5^{cm3} de sérum dans une outre à dialysation. Les enveloppes furent ensuite bien rincées et placées dans une cornue remplie avec 20 centimètres cubes d'eau. Sur le contenu des enveloppes et le liquide externe on mit une mince couche de toluol et le tout fut conservé de quinze à dix-huit heures dans un incubateur. Le dialysat fut enfin vérifié au moyen de la réaction du biuret. J'employai une fois deux carcinomes de glande mammaire, puis un cancer d'estomac dépouillé de son enveloppe et enfin une tumeur de souris artificiellement implantée; dans 9 cas, le sérum de cancéreux fut ajouté aux organes atteints du cancer; dans 2 cas le sérum de malades qui souffraient de cancer de glandes mammaires; dans 4 cas de malades qui souffraient de cancer de l'estomac; dans 1 cas avec le sérum d'une patiente ayant un cancer de l'utérus; dans un autre cas avec le sérum d'un individu atteint de cancer intestinal et, enfin, avec le sérum d'un homme atteint de cancer de l'estomac et du foie.

Pour contrôler on ajoute aux substances organiques cancéreuses le sérum de quatre personnes absolument saines et le sérum de 26 malades souffrant d'autres maladies. Les derniers cas se répartirent de la façon suivante : 2 érysipèles, 3 typhus, 1 tuberculose pulmonaire, 4 fièvres scarlatines, 1 oreillons, 1 rougeole, 2 diphtéries, 2 angines, 5 catharres d'estomac, 1 dyspepsie nerveuse, 1 entérite, 1 jaunisse, 1 cholécystite calculeuse, etc.

Dans 8 cas le sérum de malades atteints de carcinome donna un résultat positif. Dans un cas, le sérum d'un carcinome du sein qui fut ajouté au tissu d'un carcinome des glandes mammaires produisit un résultat négatif. Quand le tissu d'une tumeur de souris fut ajouté au sérum de souris correspondant, il se déclara également un résultat positif, cependant il devint négatif quand le sérum de carcinome humain fut ajouté au tissu néoplasique de la souris.

Ainsi les tumeurs de souris ne paraissent pas être identiques aux cancers humains; quand le sérum de malades qui souffraient de cancer à l'estomac fut ajouté au tissu coagulé du cancer du sein, il y eut à signaler deux résultats négatifs de l'expérience.

Quatre sérums de personnes saines ne produisirent aucune réaction avec le tissu du carcinome. Sur les 26 autres maladies différentes on obtint 22 fois un résultat négatif. On dut noter un résultat positif seulement dans les 4 cas suivants : 1 cas de fièvre scar-

latine, 1 cas de dyspepsie nerveuse, 1 cas de tuberculose et 1 cas de cholécystite.

D'après les résultats de ces observations nous pouvons affirmer que la méthode produit dans beaucoup de cas un résultat positif par l'emploi d'extraits de carcinome et du sérum de malades atteints de carcinome. On ne peut cependant pas considérer l'expérience comme une réaction absolument spécifique, car il y a quelquefois des sérums d'hommes non malades de carcinome qui donnent une réaction positive.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE L'ACNÉ CHRONIQUE DE LA NUQUE

Dans ses intéressants *Entretiens dermatologiques* qu'il vient de publier chez MM. O. Doin et fils, M. Sabouraud consacre une leçon à l'étude de l'acné chronique de la nuque et à son traitement, et nous allons tenter de résumer d'après lui ce qui a trait à la thérapeutique de cette pénible affection.

Après avoir rappelé les conditions étiologiques de l'acné chronique de la nuque, M. Sabouraud établit qu'en dehors de l'état furonculeux vrai, qui est une des formes de son début, elle revêt deux formes principales : l'acné indurée profonde, qui aboutit à des clapiers et à des fistules, et l'acné conglomérée superficielle qui aboutit à des tubérosités pseudo-chéloïdiennes intracutanées. Toutes deux sont d'une ténacité désespérante, et bien que pouvant exceptionnellement rétrocéder spontanément, le plus souvent elles persistent indéfiniment sur place.

Quand on traite un acnéique, il faut bien savoir que s'il est constipé on ne détruira pas son acné avant d'avoir guéri sa constipation, et cela est vrai particulièrement de la forme d'acné qui nous occupe. Dans ces cas il faudra avoir recours à la rhubarbe, qui est en l'espèce le médicament de choix, mais il conviendra aussi chez certains malades gras de combattre la paresse intestinale par une ceinture abdominale, et chez certains maigres par le courant électrique continu.

L'hygiène sera soigneusement surveillée, et l'on recommandera le grand air, l'exercice physique modéré, l'alimentation fortement végétale, la mastication lente. Contre la dyspepsie acide, très fréquente, on ordonnera l'absorption à chaque repas d'un paquet de poudre alcaline :

Bicarbonate de soude..	} ãã 15 centigrammes,
Phosphate de soude...	
Sulfate de soude......	

dans un grand verre d'eau, à répartir sur tout le repas.

Le col empesé sera très surveillé lui aussi; on en fera diminuer la hauteur et l'on recommandera les cols doubles dont le bord supérieur n'est pas tranchant. A la campagne le col mou sera indiqué.

Le traitement local variera suivant les cas, sauf sur un point, l'emploi du soufre, dont l'action, en lotions surtout, est souveraine. On peut employer par exemple la solution soufrée de E. Vidal :

Soufre précipité......	} ãã 10 grammes.
Alcool à 90 degrés.....	
Eau distillée..........	} ãã 50 grammes.
Eau de roses..........	

On mouille le soufre par l'alcool, et l'on ajoute ensuite, en agitant, l'eau et l'eau de roses. On agite ce lait de soufre avant de l'appliquer chaque soir au pinceau, et l'on savonne le matin.

M. Sabouraud préfère la formule suivante qu'il emploie couramment :

Soufre précipité........	10	grammes.
Alcoolat de citron.......	20	—
Glycérine neutre........	10	—
Eau distillée...........	100	—
Chlorure de sodium.....	1	—
Résorcine..............	2	—

Le chlorure de sodium et la résorcine aident à l'action du soufre en profondeur, en favorisant sa transformation partielle en acide sulfurique.

Dans les cas sérieux, où il faut agir jour et nuit, on remplacera pendant le jour cette préparation par une autre où le soufre sera mélangé par moitié à l'oxyde de zinc, pour ne laisser sur le cou qu'une poudre à peu près blanche.

Dans les cas plus bénins, après savonnage matinal au savon sulfureux, on poudre avec une poudre blanche, comme le talc boraté, où l'alcali du borate de soude est neutralisé par l'acide borique en quantité suffisante. Soit :

Borate de soude.........	10	grammes.
Acide borique..........	5	—
Poudre fine de talc......	150	—

L'action du soufre, déposé en surface sur des lésions trop profondes pour qu'il paraisse devoir les atteindre, est indubitable mais encore inexpliquée. Quoi qu'il en soit, il agit d'abord sur les lésions de la surface qui diminuent de vitalité et ne sont pas remplacées par de nouvelles. Elles sèchent, les petites croûtes tombent et l'aspect de la région s'améliore de jour en jour. Or, dans beaucoup de cas ces lésions superficielles suppurées, pustuleuses et croûteuses, constituent toute l'affection. Naturellement les lésions hyperplasiques et pseudo-chéloïdiennes s'améliorent beaucoup plus lentement, et les plus résistantes sont les abcès profonds demi-kystiques à évolution froide.

Peut-être le traitement soufré prolongé aurait-il raison à la longue des lésions pseudo-chéloïdiennes, mais l'épilation de tous les poils qui centrent les lésions ou qui sortent de leur surface est un moyen plus rapide. L'épilation, qui met le follicule au repos, doit ici être faite à la pince et non aux rayons X, car il ne s'agit pas de faire une épilation régionale mais partielle, ménageant tous les poils dont le pied n'est le siège d'aucune irritation. La région épilée n'est ainsi qu'une sorte d'alopécie en clairière, facile à dissimuler avec un crayon noir ou du bouchon brûlé. L'épilation doit être répétée deux ou trois fois de suite et pendant tout ce temps on continue chaque soir les applications soufrées; sous cette influence les lésions s'affaissent et le tégument, bien que gardant ses cicatrices, reprend peu à peu son épaisseur normale et sa surface lisse.

Dans quelques cas, rares il est vrai, on est forcé de recourir à l'électrothérapie. Les rayons X peuvent être employés, suivant une méthode que M. Sabouraud précise, mais ils ont l'inconvénient de produire forcément une dépilation qui dure quatre à cinq mois et qui est des plus disgracieuses. Aussi délaisse-t-on les rayons X pour la haute fréquence, traitement douloureux mais supportable. Plus tard on peut utiliser l'ionisation soufrée en se servant comme électrode négative d'une compresse d'ouate mouillée d'une double solution d'hyposulfite de soude et de bisulfite de soude, l'une et l'autre à 2 p. 100, que l'on mélangera au moment même de l'intervention.

Pour les abcès profonds, tous ceux qui sont ouverts ou qu'on peut ouvrir à la pointe du galvano, même à un centimètre de profondeur, doivent être traités par la double cautérisation. « On nettoie d'abord les abcès par expression et écouvillonnage au stylet garni d'un peu d'ouate hydrophile. Ensuite on cautérise la cavité de chacun avec le même stylet

ouaté imbibé d'une solution de nitrate d'argent au dixième. Et cette cautérisation une fois faite, on la répète avec un stylet de zinc métallique. Tous les trajets qu'on peut trouver doivent être traités de même. En général, deux cautérisations bien faites de cette manière, à dix jours d'intervalle, suffisent. Mais souvent on découvrira, à quelque temps de là, quelque trajet fistuleux non observé, qu'il faudra cautériser de nouveau. Je n'ai pas trouvé de cas dont je ne sois venu à bout ainsi. Un autre peut se présenter, c'est lorsque l'abcès trop profond ne serait accessible qu'avec un débridement important suivi de cicatrice trop visible. Dans de tels cas, les abcès ayant peu de réactions, on patientera, car on peut les voir à la longue diminuer et se résorber. D'autres fois ils approcheront lentement de la peau, et l'intervention deviendra semblable à celle qui suffisait dans le cas précédent. »

M. Sabouraud affirme ne pas connaître de traitement de l'acné furonculeuse, hyperthrophique et pseudo-chéloïdienne du cou, qui vaille ceux dont nous venons d'esquisser les grandes lignes d'après son excellente et substantielle leçon.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉFORME DU CONCOURS DE L'INTERNAT

RAPPORT DE LA COMMISSION DE 1913

NOMMÉE PAR LES MÉDECINS, CHIRURGIENS ET ACCOUCHEURS DES HÔPITAUX

à l'effet d'étudier les réformes à apporter au concours de l'internat.

M. MOUTARD-MARTIN, *président*. — MM. BARBIER, BRINDEAU, GUIBÉ, LAPOINTE, DE MASSARY, MAUCLAIRE, QUÉNU, RIST, RUDAUX, SERGENT, SOULIGOUX, THIBIERGE, TISSIER; MOUCHET, *rapporteur*.

L'initiative de la nomination de votre Commission appartient aux juges du dernier concours de l'internat émus de la situation intolérable dans laquelle les a placés le nombre considérable des lectures de copies et par suite la durée du concours : les juges de la section d'anatomie ont dû siéger pendant 65 séances, ceux de la section de pathologie pendant 75 séances.

Le tableau suivant, dressé par les soins de l'Administration de l'Assistance publique, vous édifiera au sujet du nombre croissant des candidats inscrits et des copies remises et lues.

Il nous a paru que le travail excessif imposé aux juges ne pouvait que nuire au bon fonctionnement d'un concours aussi important que celui de l'internat; d'autre part, un certain nombre de réformes sont depuis longtemps réclamées dans la modalité de ce concours et par les candidats et par les juges. Ces réformes, destinées à fournir aux candidats le maximum de garanties de justice, ont fait l'objet, depuis de nombreuses années déjà, de délibérations au sein de nos sociétés de médecins, de chirurgiens et d'accoucheurs des hôpitaux; la Commission dernière, présidée par notre président actuel, M. Moutard-Martin, avait élaboré tout un projet de réformes d'un réel intérêt, magistralement exposé par le rapporteur d'alors, notre collègue Sergent.

La Commission actuelle, nommée primitivement dans le but d'obtenir une diminution de la durée du concours de l'internat, a estimé qu'elle devait élargir son horizon et envisager un plan de réformes, non dans le programme même du concours — bien que ce programme mérite d'être discuté et qu'il y ait lieu, croyons-nous, de s'en préoccuper dans l'avenir — mais dans le mode de fonctionnement du concours (organisation des épreuves, constitution du jury, etc.).

I. Limitation du nombre de candidats. — Dès l'abord nous avons dû nous préoccuper de diminuer le nombre excessif des candidats et dans ce but nous proposons l'adoption des deux mesures suivantes :

1° Exiger de tous les candidats à l'internat l'une de ces deux conditions : ou bien α) se présenter au concours de l'internat au bout de trois années de médecine, huit inscriptions ayant été exigées du candidat à l'externat ; ou bien β) exiger des candidats à l'internat, sans s'occuper du nombre des inscriptions, qu'ils se présentent seulement au bout de deux ans d'externat. Il serait juste, croyons-nous, que l'on permît, dans ce dernier cas, aux internes de province de se présenter au concours de l'internat de Paris au bout d'un an d'externat.

Nous n'avons pas voulu fixer nous-mêmes notre choix sur l'une de ces deux solutions de préférence à l'autre; il nous a paru qu'elles tendaient toutes deux au même but, et qu'il y avait lieu de laisser l'Administration se décider en faveur de celle qui lui semblerait la plus facile, la plus simple à adopter.

2° L'autre mesure consiste dans un règlement édictant que les candidats à l'internat ne pourront se présenter que quatre fois à ce concours, réserves faites des nécessités que pourrait imposer la nouvelle loi militaire.

Ces deux mesures nous ont paru de nature à restreindre d'une façon appréciable le nombre des candidats.

II. Réforme du concours. — 1° ÉPREUVE ÉLIMINATOIRE. — Le caractère essentiel de la réforme du concours, que la Commission soumet à votre approbation, consiste dans la création à l'entrée du concours d'une *épreuve éliminatoire écrite*, jugée par un *jury spécial*, distinct du jury appelé à siéger pour les

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE

ANNÉES	NOMBRE de candidats inscrits.	NOMBRE de copies remises.	NOMBRE de candidats ayant lu l'anatomie.	NOMBRE de candidats ayant lu la pathologie.	NOMBRE de candidats ayant lu les deux copies.	NOMBRE de candidats ayant 12 inscriptions et au-dessus.	NOMBRE de candidats ayant moins de 12 inscriptions.	NOMBRE de candidats ayant plus de 4 concours.
1909	672	463	219	265	206	442	230	45
1910	718	504	329	295	277	471	247	77
1911	706	558	304	324	282	440	266	76
1912	752	627	361	403	336	471	281	83

deux grandes épreuves d'écrit et d'oral du concours tel qu'il existait auparavant.

Nous avons estimé à la presque unanimité qu'il convenait d'interdire l'accès de ces deux grandes épreuves d'écrit et d'oral à un bon nombre de candidats, possédant une instruction générale insuffisante ; et nous avons cru que le meilleur moyen d'éliminer ces derniers était de forcer les candidats à répondre dès le début du concours à quelques questions élémentaires et courtes d'anatomie, qu'il ne leur est pas permis d'ignorer. L'*anatomie* est en effet la science fondamentale, indispensable au médecin aussi bien qu'au chirurgien et à l'accoucheur; elle est à la base des études médicales ; c'est elle qui doit nous servir de critérium dans l'appréciation première des candidats dignes d'affronter les épreuves importantes qui suivront.

Le nombre de places d'internes disponibles devra, bien

entendu, être annoncé, comme par le passé, au début du concours.

Quelques-uns d'entre nous ont objecté que les candidats de valeur ne pourraient pas toujours être aussi favorablement appréciés qu'il conviendrait si on leur faisait répondre brièvement à des questions élémentaires ; ce n'est pas, pensent nos collègues, avec des matières aussi simples qu'ont peut se rendre compte de la culture générale, de l'érudition, du jugement des candidats de mérite, et ces candidats ne pourront pas, dans des conditions aussi restreintes, donner leur mesure.

C'est exact ; mais il n'en est pas moins vrai que, si ces candidats ne sont pas mis en valeur par l'épreuve éliminatoire, ils ne seront pas non plus rabaissés par elle ; le fait même que ce sont des candidats instruits et intelligents, qu'ils ont en anatomie « des clartés de tout », nous permet de penser que l'épreuve éliminatoire ne saurait les arrêter et qu'ils auront toutes facilités pour briller dans les épreuves suivantes. Nous ne saurions trop insister sur ce fait que cette première épreuve ne doit comprendre que des questions simples, élémentaires, courtes, puisqu'elles doivent être brièvement rédigées, et qu'elle est uniquement destinée à passer les candidats au crible d'une instruction anatomique fondamentale, de *façon à éliminer les non-valeurs*.

L'*épreuve éliminatoire* est une épreuve *écrite*, qui porte sur *quatre questions : deux d'anatomie topographique* ou *descriptive*, *une question de splanchnologie* et *une question de physiologie élémentaire* (décision prise à l'unanimité moins 3 voix).

Les copies seront écrites en *une demi-heure*.

L'*anonymat* des copies, réclamé depuis longtemps et par les juges et par les candidats, a paru à la très grosse majorité d'entre nous réaliser une mesure de justice à laquelle nous devions, sans tarder, recourir : l'expérience du concours de médecin des hôpitaux a fait suffisamment ses preuves à l'heure actuelle pour que nous n'hésitions pas à adopter l'anonymat de la copie de l'épreuve éliminatoire dans des conditions analogues à celles qui ont été adoptées pour le concours de médecin des hôpitaux.

Le *jury de cette épreuve*, jury qui ne sera tiré au sort d'ailleurs que pour cette épreuve et qui ne lui survivra pas, sera un jury de médecins et chirurgiens n'*ayant point encore de services*.

La *composition du jury* sera ainsi établie : *deux médecins*, *deux chirurgiens* et *un accoucheur* ou un spécialiste (aliéniste, ophtalmologiste, otologiste).

Les copies *anonymes*, simplement numérotées dans les mêmes conditions que celles du concours de médecin des hôpitaux, *seront lues*, *en séance privée*, par les membres du jury, à tour de rôle, — toujours comme au concours de médecin des hôpitaux, où cette façon de faire, déjà suffisamment éprouvée, donne toute satisfaction.

Quelques membres de la Commission ont paru craindre qu'avec le petit nombre de questions, quatre, demandées aux candidats, et avec la brièveté des réponses exigées d'eux, l'appréciation du mérite de l'épreuve et la cote ne soient particulièrement difficiles à établir. Cette crainte ne nous paraît pas justifiée. Le nombre des questions est suffisant pour que le fond et la forme des réponses permettent une différenciation nette et, par suite, une sélection satisfaisante. Au surplus, le nombre de ceux qui resteront, après cette première épreuve, admis à affronter les épreuves suivantes est assez considérable pour qu'on ne craigne pas d'avoir pratiqué une élimination trop importante ; nous estimons qu'en admettant, après cette épreuve, un nombre de candidats admissibles quatre fois plus grand que le nombre de places d'internes disponibles, nous nous tenons à une évaluation équitable, favorable au bon fonctionnement ultérieur du concours. Ce chiffre d'admissibles ne saurait cependant être invariable ; pour éviter de « couper le point », nous croyons que le mieux serait de procéder ainsi :

Une fois son œuvre terminée, le jury *fixe le quadruple des places attribuées aux internes*. Si le nombre des candidats restants ayant le point minimum ne dépasse pas 20, le jury les prendra. Sinon, le jury adoptera comme point minimum le point au-dessus.

Le *nombre des points* attribués à l'épreuve éliminatoire est de 20 (5 points par question) avec possibilité de donner des demi-points.

Les *notes* restent *acquises* et *secrètes* jusqu'à la fin du concours.

Le jury de cette épreuve éliminatoire est alors remplacé par un autre jury pour le reste du concours ; aucun membre du premier jury ne peut faire partie de ce second jury, et aucun des membres du corps médical ayant refusé pour une cause quelconque de faire partie du premier jury ne sera appelé à faire partie du second ; exception sera faite pour les membres du corps médical récusés pour cause de parenté.

Une fois l'épreuve éliminatoire achevée, *le jury dresse la liste par ordre alphabétique des candidats admissibles aux épreuves définitives, les points restant inconnus du jury et du candidat*.

2° ÉPREUVES DÉFINITIVES. — Les *épreuves définitives*, qui commencent après l'épreuve éliminatoire, sont, comme autrefois, au nombre de 2 :

Une écrite d'abord ;

Une orale ensuite.

A. *Épreuve écrite*. — Afin de tenir compte dans une mesure égale des droits légitimes de la médecine et de la chirurgie et du principe de la compétence des juges, la Commission émet l'avis que la composition écrite porte sur trois sujets :

1° Une question d'*anatomie* (avec ou sans physiologie) ;

2° Une question de *pathologie externe* ;

3° Une question de *pathologie interne*.

Trois heures sont attribuées aux candidats pour la rédaction de leur composition écrite.

La question d'un certain *temps de réflexion* à accorder aux candidats a été fortement discutée et elle a été résolue par la négative. D'une part, il est matériellement impossible à l'administration d'assurer la distribution des cahiers spéciaux dans des conditions de rapidité suffisantes pour que le temps dit de réflexion soit vraiment consacré à cet usage par les candidats. Alors ce temps risque fort d'être employé par eux à la rédaction de leur copie, et nous n'aurons réussi qu'à aggraver la tendance déjà trop manifeste qu'ont les candidats à écrire des copies inutilement et exagérément longues. D'autre part, la gymnastique cérébrale, à laquelle la préparation du concours a soumis les candidats, les place dans les meilleures conditions pour se passer d'un temps de réflexion qu'ils n'utilisent généralement pas.

La Commission pense qu'il serait bon que l'administration prît *des mesures* efficaces en vue d'*empêcher les candidats de continuer à écrire après les trois heures réglementaires*.

La Commission adopte à l'unanimité la proposition suivante :

Tout candidat qui n'aura pas remis les trois copies sera éliminé et aucune de ses copies ne sera lue.

L'épreuve écrite est *anonyme* (décision prise à la majorité de 11 voix contre 4).

Elle doit être écrite *lisiblement*, sans *abréviations*.

Le jury sera composé de :

6 *médecins* (parmi lesquels un spécialiste, aliéniste, ophtalmologiste, otolaryngologiste) ;

6 *chirurgiens* (parmi lesquels un accoucheur).

Ce jury sera divisé en 3 *sections*, chacune des sections devant lire en séance privée les copies correspondant à la section :

1° Section d'anatomie..........	2 médecins. 2 chirurgiens.
2° Section de pathologie interne.	3 médecins. 1 chirurgien.
3° Section de pathologie externe.	3 chirurgiens. 1 médecin.

L'*accoucheur* pourra siéger soit dans la section d'anatomie, soit dans la section de pathologie externe, mais toujours parmi les chirurgiens.

Le *nombre de points* à attribuer à l'épreuve écrite est de 45 ; soit 15 points par questiom.

Quelques-uns d'entre nous estimaient que les points pouvaient être annoncés aux candidats. A une majorité de 11 voix contre 4, la Commission a décidé que les *points* resteraient *secrets* jusqu'après l'épreuve orale.

Le nombre de candidats admissibles à l'épreuve orale sera le *triple* du nombre de places d'internes, plus une fraction s'il y a lieu pour éviter de couper le point.

B. *Épreuve orale.* — La Commission a décidé, à l'unanimité, dans le but d'empêcher une consommation exagérée de juges, que le jury de l'oral serait le même que celui de l'écrit.

En même temps, à la majorité de 11 voix contre 4, elle a décidé que le jury serait divisé en deux sections : une section qui jugera la pathologie externe, et une section qui jugera la pathologie interne.

L'épreuve orale, en effet, ne devra plus porter sur l'anatomie, déjà suffisamment traitée jusqu'ici dans les épreuves écrites; elle portera sur la *pathologie externe* et sur la *pathologie interne*.

Le jury de pathologie externe sera composé de 5 chirurgiens et d'un accoucheur, et le jury de pathologie interne de 5 médecins et d'un spécialiste.

Chaque question, question de pathologie externe et question de pathologie interne, est préparée par le candidat pendant cinq minutes et exposée devant le jury correspondant aussitôt après pendant cinq minutes.

Le nombre des points attribués à l'épreuve orale est de 30 (15 par question). A ce moment, on ajoute aux points d'oral les points d'écrit qui étaient restés jusqu'ici secrets.

Puis la liste des candidats est dressée par le jury et leur classement est établi suivant les règles actuellement en vigueur.

Il restait à régler la question des candidats qui n'ont pas accompli leur service militaire et qui se trouvent ainsi avoir sur les autres un avantage marqué et parfaitement immérité : nous voulons parler des *femmes*, des *étrangers* et des étudiants français *réformés*. La proportion de ces derniers est assez considérable et presque inquiétante, nous a dit M. Thibierge qui a étudié la question.

Les trois catégories de réformés, femmes et étrangers, représentent 20 p. 100 des internes nommés dans ces cinq dernières années; nous ne pouvons donc pas les considérer comme quantité négligeable, et la Commission a admis à l'unanimité qu'il y avait lieu d'accorder seulement 3 concours (au lieu de 4) aux candidats qui n'ont pas accompli leur service militaire.

En ce qui concerne les *étrangers*, il paraît souhaitable qu'ils soient nommés internes en *surnombre*, conservant le rang qu'ils ont obtenu; le nombre d'étrangers admis dans chaque concours d'internat ne comptera pas dans le chiffre total des internes; on adjoindra à celui-ci un nombre supplémentaire d'internes titulaires égal au nombre des étrangers admis.

En terminant, la *Commission émet le vœu de voir supprimer la qualification d'internes provisoires* contre laquelle nos Sociétés de médecins, de chirurgiens et d'accoucheurs des hôpitaux protestent depuis de longues années (1).

QUELQUES IDÉES PERSONNELLES

SUR

LA RÉFORME DE L'INTERNAT

Par L. CHEVRIER,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

On parle beaucoup et de divers côtés de la réforme du concours de l'Internat. Des projets différents, appuyés d'autorités diverses, circulent et soulèvent des controverses.

Je tiens à livrer avec le minimum de commentaires, à ceux que cela peut intéresser, un *projet* que je qualifierai de *réformiste conservateur*.

Modifier de fond en comble les épreuves actuelles, au moment de la transformation de la loi militaire, serait dérouter complètement les candidats et nuire à plusieurs générations. Or on peut transformer à peu de frais le concours actuel, qui n'est pas si mauvais qu'on veut bien le dire. Je lui reproche cependant de ne pas être entièrement adapté à la fonction qu'il confère. Quelle est en effet la fonction primordiale de l'interne : *c'est la garde*. C'est à ce moment, où seul à l'hôpital il doit prendre la responsabilité de la conduite à tenir dans des cas d'urgence simples ou compliqués (le chirurgien de garde ne vient que si on l'appelle, et il faut savoir l'appeler à propos), c'est à ce moment, dis-je, qu'il doit se montrer à hauteur de sa tâche. Or quelle est l'épreuve qui permet dans le concours actuel de juger ce que valent les candidats mis en présence d'un cas d'urgence?

C'est une lacune importante à combler. *Cette épreuve d'urgence* n'ajoute rien au programme du concours; c'est de la pathologie à orientation pratique, rien de plus, mais j'estime qu'une question de ce genre permet de juger très sérieusement la science, le bon sens, le jugement, le sang-froid des candidats et ce sont des qualités qu'on doit demander aux futurs internes.

Ce préambule posé, voici, tout sec, mon projet de réforme, dont je ne m'attacherai pas à discuter et à justifier les divers articles. Je me suis efforcé d'y prendre à la fois les intérêts des candidats, des juges et de l'Assistance Publique, en cherchant un concours simple, juste, court et aussi peu onéreux que possible.

Limitation administrative du nombre des candidats — On ne peut se présenter à l'internat qu'à la *fin de la troisième année de médecine*, après au moins un an d'externat.

Chaque candidat ne peut prendre part qu'à *quatre coucours*.

Tout candidat *qui ne satisfera pas à la loi militaire* (réformés, femmes, étrangers) ne pourra prendre part qu'à *trois concours*.

Concours d'admissibilité. — Au mois de septembre s'ouvre un premier concours, dit d'admissibilité.

Les *épreuves* comportent *deux questions d'urgence* (1), une de pathologie externe ou obstétricale, une de pathologie interne.

Une heure est accordée aux candidats pour écrire lisiblement leurs deux copies, sans abréviations.

Les copies sont *anonymes*. Les candidats qui ne rem e tten pas leurs deux copies ne prennent pas part au concours.

Elles sont lues par un membre du jury.

La *cote* va de 0 à 20 pour chaque question.

Les *notes restent secrètes*.

Le *jury*, spécial à ce concours, se compose de *trois membres par section*, deux médecins et un spécialiste pour la question d'urgence médicale, deux chirurgiens et un accoucheur pour la question d'urgence chirurgicale ou obstétricale, pris parmi les membres des hôpitaux qui n'ont pas encore de service.

L'*admissibilité* est établie par l'administration suivant l'ordre alphabétique.

Le *nombre des admissibles* est égal à quatre fois le nombre des places d'internes à donner.

Concours d'admission. — *Deux parties* avec *deux jurys différents* et entièrement distincts du jury d'admissibilité.

PREMIÈRE PARTIE. — ECRIT. — Se compose de trois questions :

Une d'anatomie avec physiologie spécifiée;

Une de pathologie externe et accouchement;

Une de pathologie interne.

Les candidats ont *trois* heures pour écrire leurs trois copies. Les candidats qui ne remettent pas leurs trois copies ne prennent pas part au concours.

Copies anonymes, lues par un membre du jury, notes secrètes.

Le jury est composé de trois sections.

Anatomie. — Deux chirurgiens et un médecin.

Cote de 0 à 40.

Pathologie externe et accouchement. — Deux chirurgiens et un accoucheur.

Cote de 0 à 20.

---

(1) Nous avons donné (n° 63, p. 1025) le projet de l'Association corporative des étudiants en médecine. Nous publions également aujourd'hui un projet de M. Chevrier; tous ces documents seront utiles à consulter avant la réunion plénière des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, qui doit avoir lieu prochainement pour statuer sur la réforme. *N. D. L. R.*

(1) Exemples de questions d'urgence : Diagnostic et conduite à tenir en présence d'une plaie de l'abdomen, d'une hernie étranglée, d'une fracture compliquée, d'un avortement commençant, d'un asystolique, d'un malade plongé dans le coma, etc.

Pathologie interne. — Deux médecins et un spécialiste. Cote de 0 à 20.

A la suite de l'écrit, nouvelle admissibilité alphabétique, établie en respectant l'anonymat, correspondant au *double* des places mises au concours.

DEUXIÈME PARTIE. — ORAL. — C'est l'oral *tel qu'il existe maintenant*, c'est-à-dire une question d'anatomie et de pathologie de dix minutes après dix minutes de préparation.

Note cotée de 0 à 20.

Nouveau jury composé de cinq membres : deux médecins, deux chirurgiens, un accoucheur.

Nomination. — Lorsque cette partie est terminée, les notes d'oral sont totalisées avec les notes *inconnues* des écrits *anonymes* de l'admission et de l'admissibilité, en présence des trois jurys différents de l'admissibilité, de l'écrit d'admission et de l'oral, et la liste d'admission est définitivement arrêtée.

Les *étrangers* sont nommés à leur rang, mais en surnombre (ex. : 70 places sont annoncées au concours, il y a 3 étrangers dans les 70 premiers, on prend 73 internes.)

Le titre d'*interne provisoire* est supprimé. Les fonctions remplies à ce jour par les internes provisoires, sont occupées par les externes dits lauréats, pris suivant une liste de totalisation des notes des diverses épreuves du concours.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE L'ŒDÈME AIGU DU POUMON

L'œdème aigu du poumon n'est autre que la transsudation du sérum sanguin à travers les vaisseaux pulmonaires et l'accumulation dans les alvéoles. On le rencontre au cours d'affections diverses, mais surtout chez les aortiques et les brightiques. L'évacuation trop complète ou trop rapide du liquide pleural peut, après la thoracentèse, lui donner également naissance. Plus rarement les infections, les intoxications en sont la cause.

On observe une dyspnée très forte, de l'angoisse, de la toux continue et quinteuse, terminée par une expectoration extrêmement abondante, rose saumonée, très aérée, caractéristique. La percussion ne dénote rien ou une sonorité exagérée. A l'auscultation on entend dans toute la hauteur du poumon une pluie de râles sous-crépitants fins et nombreux et par place de l'obscurité respiratoire. L'auscultation du cœur est difficile; on assiste parfois à une véritable asystolie aiguë.

L'œdème aigu peut évoluer très rapidement d'une façon foudroyante, et être presque subitement mortel. C'est toujours un accident grave qu'il importe de traiter le plus vite possible.

TRAITEMENT DE L'ACCÈS. — Les indications sont au nombre de trois d'après Huchard :

1° *Lutter contre l'élément mécanique*. L'accès étant le plus souvent subit, les médicaments toni-cardiaques ne pourront agir suffisamment rapidement pour soulager le cœur; c'est à la saignée générale qu'on aura recours de préférence et l'on retirera par ce moyen 300 à 500 grammes de sang veineux au malade, ce qui diminuera sensiblement le travail du cœur. Si, pour une raison ou pour une autre, la saignée générale est impossible, on fera des saignées locales par ventouses scarifiées, posées dans le dos ou sur les reins, surtout dans les cas d'œdème pulmonaire lié à la néphrite chronique. On pourra aussi poser des sangsues, couvrir le corps et les membres de ventouses sèches, faire de la révulsion précordiale par des compresses chaudes, etc. On fera en même temps des injections hypodermiques de caféine, d'huile camphrée, d'éther et on fera aussi absorber celui-ci par la bouche, sur du sucre, ou sous forme de sirop.

2° *Lutter contre l'élément toxique*. — La saignée générale agit aussi contre l'élément toxique en soustrayant une notable quantité des poisons renfermés dans le sang. On complétera son action par des lavements évacuateurs composés simplement d'eau bouillie et des lavements purgatifs, voire même par de grands lavages intestinaux. L'emploi des purgations est aussi recommandable. Il faut encore favoriser l'excrétion urinaire; pour cela on aura recours à la théobromine à la dose de 1 à 3 grammes, ou mieux au diurène, à la dose de trois à six cuillerées à café dans la journée. Le régime lacté absolu est le seul qui convienne.

3° *Lutter contre l'élément nerveux*. — L'état parétique des bronches et du diaphragme sera combattu par l'emploi de la strychnine en injections sous-cutanées ou sous forme de noix vomique ; on aura recours aussi à l'huile camphrée ou à l'éther, mais jamais à la morphine qui est formellement contre-indiquée.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Chez les aortiques et chez les brightiques, on aura soin de traiter la maladie causale. On fera de plus chez les premiers de la révulsion sur la région précordiale et préaortique. Chez les seconds, on examinera fréquemment l'urine pour suivre l'élimination de l'albumine; on les mettra au régime lacté ou au régime déchloruré. On insistera sur les diurétiques et ici l'adonis vernalis, sous forme de diurène, occupe encore la première place. On leur évitera tout refroidissement, cause fréquente d'œdème aigu. Au cours des maladies infectieuses, on fera le traitement usité pour chacune d'elles. En cas d'empoisonnement, on donnera un vomitif et on fera un lavage d'estomac.

LIVRES NOUVEAUX

Les Anormaux et les malades mentaux au régiment (1), par G. HAURY.

La psychiatrie doit occuper une place importante dans la médecine militaire. Le régiment rassemble les individus les plus différents, il a toutes chances d'offrir à l'observateur des mentalités pathologiques nombreuses et disparates. Par ses obligations et sa discipline et par le fait de ses conditions de vie si différentes de celles de la vie civile, il sert facilement de réactif pour mettre en évidence des prédispositions morbides latentes et pour faire éclore des troubles mentaux. Ceux-ci, en raison de l'âge des malades et surtout du milieu dans lequel ils apparaissent, se manifestent sous des formes cliniques et provoquent des réactions assez particulières pour mériter une connaissance approfondie.

A cette étude le docteur Haury a déjà consacré un bon nombre d'intéressants travaux. Dans ce livre il rassemble, sous une forme facile, les plus essentielles des notions acquises, il montre toute l'utilité qu'il y a à connaître les anormaux et indique les moyens utiles pour le dépistage des malades mentaux au régiment.

Le médecin militaire, n'étant pas en contact permanent avec le soldat, comme l'est l'officier, a besoin de la collaboration constante de celui-ci. Pour la rendre efficace, l'officier doit exercer sa surveillance sur l'état mental aussi bien que sur l'état physique de ses hommes. Si le docteur Haury s'adresse ici surtout à l'officier, son travail doit aussi intéresser le médecin en raison des problèmes qu'il aborde et des observations instructives qu'il contient. Parmi les plus intéressants chapitres il importe de signaler spécialement ceux concernant les débiles mentaux et les déséquilibrés, ainsi que celui de l'indiscipline morbide.

C'est avec ces mêmes idées directrices que le professeur Régis, dans la préface de ce livre, a pris soin d'indiquer la tâche psychiatrique qui incombe aux médecins d'armée, tâche qui ne peut être efficacement remplie qu'avec le concours du commandement.

P. CAMUS.

(1) Un vol. de 372 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 66. — JEUDI 12 JUIN 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 12 JUIN 1913. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 9 juin. — MM. Paillard, Abrami et Harvier, 18; Laederich, 19.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Epreuve de titres.* — Première séance du 9 juin. — MM. Pinard, 16 1/2 × 2 = 33; Tinel, 18 × 2 = 36; Crémieu, 16 1/2 × 2 = 33; Rimbaud, 18 1/2 × 2 = 37; Harvier, 17 × 2 = 34.

Deuxième séance du 9 juin. — MM. Gelma, 15 × 2 = 30; Boudet, 16 1/2 × 2 = 33; Gardère, 16 × 2 = 32; Babonneix, 19 × 2 = 38; Foix, 18 × 2 = 36; Lian, 18 1/2 × 2 = 37.

Première séance du 10 juin. — MM. Micheleau, 18 × 2 = 36; Pujol, 16 1/2 × 2 = 33; Ribierre, 19 × 2 = 38; Froment, 19 × 2 = 38.

Deuxième séance du 10 juin. — MM. Joltrain, 16 1/2 × 2 = 33; Cordier, 16 1/2 × 2 = 33; Garnier, 19 × 2 = 38; Gaujoux, 18 × 2 = 36; Nanta, 16 1/2 × 2 = 33; Moutier, 17 1/2 × 2 = 35.

— Section de chirurgie générale. — *Epreuve clinique.* — Séance du 9 juin. — MM. Mocquot, 17; Küss, 17,5; Duverger, 18; Piquand, 18.

Séance du 10 juin. — MM. Duroux, 17; Ducuing, 17; Rives, 16; Desmarets, 18.

Deuxième séance du 10 juin. — MM. Chalier, 15; Alglave, 20; Bonnet, 15; Cotte, 18.

— Section d'anatomie pathologique. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — M. Gellé : « De la nécrose. » — Note : 19.

M. Fairise : « Tumeurs ganglionnaires primitives. » — Note : 18.

Séance du 10 juin. — M. Savy : « Moelle et nerfs dans le tabes. » — Note : 20.

M. Bériel : « Des pigments au point de vue de l'histologie pathologique. » — Note : 20.

— Section de pharmacologie. — Composition du jury : Président : M. Gérard; MM. Barthe, Morel, Fockeu, Guiart.

Séance du 9 juin. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — M. Florence : « L'opium et ses alcaloïdes. » — Note : 17.

Epreuve de titres. — Séance du 10 juin. — M. Florence, 12 × 2 = 24.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — M. Caubet, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1913.

M. Caubet est nommé professeur honoraire, à partir du 1er novembre 1913.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 10 juin. — MM. Fenard, 10 + 7 = 17; Beloux, 13 + 7 = 20; Kahn, 12 + 5 = 17.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Jordanis et Lance (de Paris), Leroy (du Havre).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Angellier (de Chagny), Benoist (de Choisy-le-Roy), Fabre de Parrel (de Paris), Fayollat (de Tébessa), Haslé (de Fougères), Montier (d'Angers), Rimette (de Château-Thierry), Tora (de Meaux), Vauzelle (de Paris), Verneau (de Dijon).

HOPITAL CIVIL DE CONSTANTINE. — Un concours sera ouvert à Alger le 24 novembre 1913 pour deux places de médecin adjoint à l'hôpital civil de Constantine.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 24 octobre 1913.

LA RÉFORME DU CONCOURS DE L'INTERNAT ET L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — Nous recevons la communication suivante :

« Les membres du bureau de la section de médecine de l'Association générale des étudiants, au nom des 528 membres de la section, rendent hommage à leurs maîtres dans les hôpitaux qui veulent introduire dans le règlement du concours de l'internat les plus grandes garanties de justice, et émettent les vœux suivants :

1° Les externes actuellement en exercice pourront subir

non 4 (projet de la commission) mais 6 concours, ainsi qu'ils y comptaient au moment de leur nomination.

2° Les candidats pourront subir 5 concours *consécutifs* au lieu de 4 (projet de la commission).

3° Les copies seront lues en public et par un même lecteur.

4° Le nouveau règlement ne sera pas appliqué immédiatement pour sauvegarder les intérêts des internes provisoires et des vieux candidats. »

Cet ordre du jour a été transmis à la commission de réforme de l'Internat.

LE DIPLOME D'ÉTAT DE CHIMISTE EXPERT. — Loi du 6 juin 1913 relative à la création d'un diplôme d'Etat de chimiste expert :

« ARTICLE UNIQUE. — Il est institué un diplôme de chimiste expert, conféré après examens passés devant des jurys d'Etat, nommés par les ministres de l'instruction publique et de l'agriculture.

Ces jurys doivent être constitués par des membres du corps enseignant de l'Etat appartenant aux établissements publics de l'enseignement supérieur, à l'institut national agronomique et à la commission technique permanente instituée près les ministres de l'agriculture, du commerce et de l'industrie par l'article 3 du décret du 31 juilet 1906, complété par l'article 6 du décret du 6 août 1908.

Ils siégeront une fois par an, s'il y a lieu, dans les villes dont l'université est constituée par quatre facultés ou dans les villes qui possèdent une faculté des sciences et une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Ce diplôme de chimiste expert sera délivré par le ministre de l'instruction publique, à la suite d'examens dont le programme, ainsi que celui des études qui le précèdent, auront été arrêtés après avis du conseil supérieur de l'instruction publique et de la commission technique permanente précitée.

Il donnera seul le droit au chimiste expert de s'intituler : chimiste expert diplômé du Gouvernement.

Un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique déterminera les diplômes ou titres nécessaires aux élèves pour suivre les études réglementaires.

Il fixera le tarif des droits d'inscription, de travaux pratiques, d'examens et de diplôme à percevoir.

A titre de disposition transitoire pendant l'année qui suivra la promulgation de ce décret, les chimistes experts actuellement en exercice pourront obtenir le diplôme sur leur demande et sur la proposition d'une commission instituée par les ministres de l'instruction publique et de l'agriculture.

Chaque demande, accompagnée d'un exposé des titres et, s'il y a lieu, d'un état des services du candidat, devra être adressée au ministre de l'instruction publique. »

LA MORT D'UN NON-COMBATTANT. — Notre excellent confrère, *Le Caducée*, donne d'émouvants détails sur les circonstances dans lesquels le médecin aide-major Mallet a trouvé une mort glorieuse au Maroc. Nous en extrayons le passage suivant :

« Attaché à un bataillon de Sénégalais, Mallet se trouvait avec son unité le 28 avril dans la région Tadla. Le bataillon avait l'ordre de surveiller les crêtes. Vers six heures du soir, un peloton, celui du lieutenant Gilles, avait mission de s'emparer d'un piton et de surveiller l'approche des Marocains. A peine arrivés au sommet, plusieurs hommes sont blessés. Le reste de la compagnie était au pied de la montagne avec le médecin aide-major Mallet. Ce dernier, entendant des coups de feu sur la crête, n'écoute que son devoir et se met en demeure de gravir la pente. Dès que le lieutenant Gilles l'aperçoit, il lui crie : « Docteur, restez en arrière, il y a du danger. » A quoi Mallet répondit : « Ma place est là où il y a des blessés », et avec son caporal sénégalais infirmier, il se met en demeure de donner ses soins à un caporal fourrier qui était tombé.

A ce moment, des cryptes du rocher sortaient des Marocains qui l'entouraient et le tuaient à bout portant d'une balle dans la tête.

Mallet devait rentrer en France le 9 mai ; il était affecté au 66e à Tours. Avant de partir, il avait demandé la faveur de faire une nouvelle colonne. Il y a trouvé la mort glorieuse. Quel noble exemple, et quel admirable héroïsme ! »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA VENTE DES SÉRUMS.

On se souvient de l'affaire dite des sérums, exposée longuement ici même, au point de vue juridique, par notre collaborateur M. Marcel Petit (*Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 37, p. 536).

A la suite des vœux émis par l'Académie de médecine et le conseil supérieur d'hygiène, M. L.-L. Klotz, ministre de l'intérieur, a préparé et soumis à la signature du président de la République un projet de loi tendant à la modification de la loi du 25 avril 1895 relative à la préparation, à la vente et à la distribution des sérums thérapeutiques.

Aux termes de ce projet, les dispositions de la loi de 1895 sont inapplicables aux médecins qui font usage des sérums thérapeutiques et autres produits analogues en vue d'en expérimenter sur l'homme l'innocuité et l'efficacité, à condition qu'ils demeurent responsables des suites du traitement par eux institué et ne perçoivent, à l'occasion de ce traitement, aucune rémunération.

Ils devront se pourvoir de l'autorisation du gouvernement quand ils voudront faire passer le produit dans la pratique courante.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Echo médical du Nord. — (N° 14, 6 avril 1913.) R. PIERRET et H. LEROY : La réaction de Moriz Weiss dans l'urine des tuberculeux. — (N° 15, 13 avril.) R. PIERRET et Paul BARDON : Recherches relatives aux conditions étiologiques de la réaction de Moriz Weiss. — H. PAUCOT : Un cas d'hématurie s'accompagnant d'oxalurie au cours de la grossesse. — DUBAR fils : La neige carbonique en pathologie oculaire. — (N° 16, 20 avril.) Jules LECLERCQ : Pathogénie des douleurs abdominales.

Encéphale. — (N° 4, 10 avril 1913.) BÉRIEL et DELACHANAL : Etude anatomique d'un cas de sclérose multiloculaire par myélite disséminée syphilitique (3 planches). — Giuseppe AYALA : Le trophœdème chronique et le système endocrinosympathique (1 planche).

Journal médical français. — (N° 4, 15 avril 1913.) CASTAIGNE : L'épreuve du repos hépatique, son importance pour le diagnostic étiologique des gros foies. — CASTAIGNE et HEITZ : Le gros foie des hypertendus. — COTTE : Formes cliniques et traitement du cancer de la vésicule biliaire. — PAILLARD : La mobilité et les déplacements du foie à l'état normal et pathologique.

CLINIQUE MÉDICALE

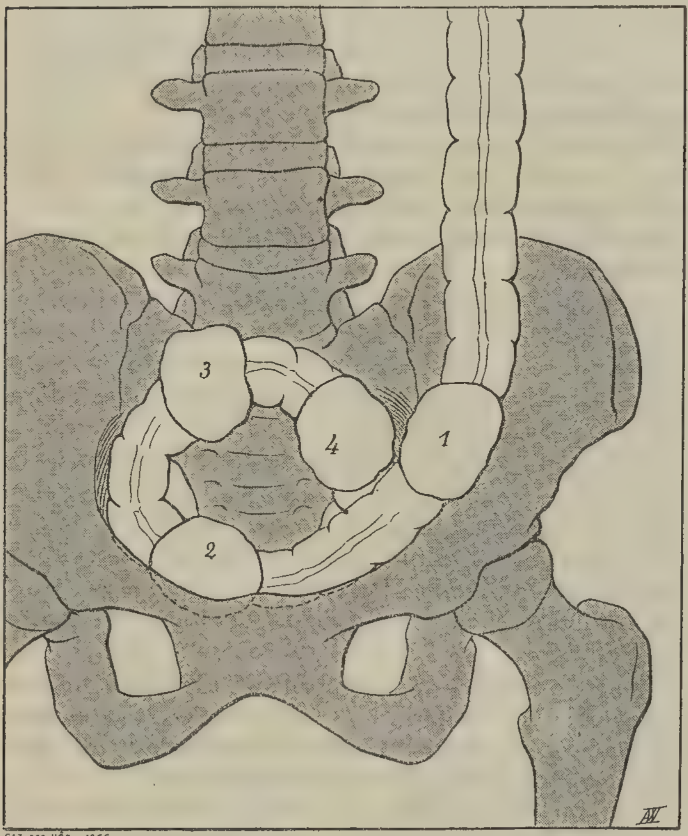
CANCER DU COLON PELVIEN

Par M. Albert MATHIEU (1),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Il y a douze ans, M. le professeur Quénu, dans un rapport à la Société de chirurgie, disait que les progrès dans la connaissance des formes cliniques du cancer de l'intestin viendraient surtout par l'étude de ce cancer par segment de l'intestin : ceci se trouve particulièrement justifié pour le cancer pelvien.

Topographie et rapports du côlon pelvien. — L'individualité du cancer pelvien résulte de la topographie de l'anse pelvienne du côlon, qu'il est indiqué de rappeler rapidement ici.

Le côlon descendant entre dans le bassin en croisant la crête iliaque. Depuis cette crête jusqu'au détroit supérieur du bassin, ce segment iliaque du côlon descendant n'a pas au point de vue clinique d'individualité particulière.



La figure schématique ci-dessus, imitée de celle qu'a donnée M. Pierre Duval dans sa thèse sur le *Cancer du côlon pelvien* (1902), montre très clairement la disposition générale du côlon ilio-pelvien. La situation de la tumeur à la terminaison du côlon iliaque (1), sur des points différents de l'anse sigmoïde (2 et 3) et à l'union de l'anse sigmoïde avec le rectum (4), fait prévoir la diversité des manifestations symptomatiques correspondantes.

Au niveau du détroit supérieur, le côlon adhère à la paroi osseuse, d'où la gravité spéciale des tumeurs se développant à ce niveau.

Puis l'intestin se recourbe pour former l'anse oméga, de longueur diverse et présentant, comme chiffres extrêmes, 12 à 84 centimètres.

Il en résulte que, si cette anse est courte, elle se trouve entièrement dans le bassin ; si elle est longue, au contraire, elle sort du bassin et peut remonter jusqu'à l'ombilic ; c'est ainsi que des tumeurs de cette portion du gros intestin peuvent être prises pour des tumeurs du côlon transverse. La radiographie peut seule indiquer exactement sur le vivant ce qui revient à tel ou tel segment.

Ensuite le côlon pelvien s'accole contre le sacrum pour se continuer avec le rectum.

Quand un cancer siège sur le côlon iliaque depuis la crête jusqu'au détroit supérieur du bassin, la séméiologie est celle du cancer du côlon descendant. Quand la tumeur siège à la partie inférieure de l'anse sigmoïde ou à la partie supérieure du rectum les symptômes sont ceux du cancer du rectum.

Ce sont les cancers de l'anse pelvienne proprement dite qui présentent une certaine individualité et méritent d'être étudiés à part.

Faits cliniques. — Avant d'en aborder l'étude, je vais citer deux faits qui montrent bien ce que sont les cancers de la partie inférieure du côlon sigmoïdien ou de la partie supérieure du rectum.

Il y a deux ans, se présenta à la consultation un jeune homme d'une trentaine d'années, accusant des phénomènes de colite chronique rebelle. Depuis déjà longtemps il avait 2 à 3 selles par jour.

Comme il avait eu autrefois des lésions tuberculeuses et qu'il avait été traité par la suralimentation, je pensai d'abord à une colite due à cette cause.

Un jour survinrent des accidents de colite aiguë, hémorragique ; après des douleurs vives, il eut des épreintes, et rendit des selles glaireuses, sanguinolentes, puis franchement et fortement hémorragiques.

La façon rapide dont ces accidents s'étaient produits, l'abondance des hémorragies plaidaient en faveur d'une colite hémorragique.

Les phénomènes cessèrent momentanément, les hémorragies s'arrêtèrent, mais il s'installa un état de colite chronique souvent légèrement hémorragique.

La rectoscopie pratiquée par le docteur Friedel montra une lésion cancéreuse située à 16 centimètres de l'anus. A ce niveau, on voyait une sorte d'anneau rétréci de l'intestin, un certain soulèvement de la muqueuse, et, sur un des points de cette muqueuse, plusieurs bourgeons jaunâtres caractéristiques sur le bord d'une ulcération.

L'extirpation fut pratiquée par le professeur Quénu ; mais, dans la suite, le malade présenta des phénomènes pulmonaires et il mourut de bronchopneumonie.

Ce fait est intéressant parce qu'il s'agit d'un homme jeune, parce que les phénomènes insidieux du début, et l'abondance des hémorragies ont pu égarer le diagnostic pendant un certain temps et aussi parce que la rectoscopie a pu en révéler la véritable cause. Jamais encore je n'avais rencontré au cours du cancer sigmoïdo-rectal de poussée de

(1) Conférence recueillie par M. Girault, interne du service et revue par M. A. Mathieu. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, nos 57, 60 et 63.

colite hémorragique de ce type. Le professeur Quénu m'a dit en connaître plusieurs exemples.

Vers la même époque, je vis une dame d'une cinquantaine d'années avec des accidents de diarrhée durant depuis plusieurs mois ; rien ne paraissait à première vue devoir attirer l'attention vers une lésion de haute gravité. Néanmoins la diarrhée restait rebelle à tout traitement, régime ou médication. Toutes les tentatives thérapeutiques restèrent inutiles, et de plus, au bout de quelque temps la malade accusa des épreintes et rendit un peu de sang.

L'examen rectoscopique démontra qu'à environ 16 centimètres existait un bourrelet de la muqueuse et en arrière une tumeur blanchâtre. Après extirpation de celle-ci par M. Quénu, elle se montra de la grosseur d'une mandarine. Maintenant cette malade a toutes les apparences d'une santé excellente.

Fréquence de l'occlusion dans le cancer pelvien. — Je me contenterai de rappeler ici que le cancer pelvien est celui qui donne lieu le plus fréquemment à des phénomènes d'occlusion.

Dans une revue faite en 1900 par M. de Bovis, sur 600 cas d'occlusion, 60 dépendaient du côlon pelvien. La situation du côlon pelvien dans une cavité osseuse, ses adhérences à cette cavité, rendent compte dans une certaine mesure de cette propension à l'occlusion, mais il faut aussi tenir compte de sa forte musculature qui le prédispose au spasme.

Il y a deux ans, nous arrivait une malade se plaignant de douleurs abdominales, de coliques et de petites poussées dysentériformes avec épreintes. En pratiquant le toucher vaginal et rectal on trouvait une masse remplissant le cul-de-sac de Douglas ; le corps de l'utérus était en rétroversion.

La première idée qui venait à l'esprit était que cette femme était atteinte d'une affection chirurgicale d'origine génitale avec compression du côlon pelvien ou de la partie supérieure du rectum.

Ce fut l'opinion qu'émit mon collègue et ami Siredey qui porta le diagnostic de tumeur inflammatoire due à une salpingite gauche avec adhérences à l'intestin. Il conseilla le repos, les injections, mais au bout de quelques jours, survinrent des phénomènes d'occlusion incomplète mais non douteuse.

En reprenant l'histoire de la malade avec plus de précision, nous avons appris que, trois mois auparavant, elle avait eu une crise d'occlusion incomplète avec ballonnement du ventre, coliques, suppression des selles pendant sept à huit jours; mais toutefois elle avait continué à rendre des gaz. Les accidents s'étaient terminés par une débâcle provoquée par l'huile de ricin.

J'avais l'impression au cours de la seconde des crises observées par nous qu'il serait bon, en tout cas, quelle que fût la nature exacte de la lésion de faire établir un anus iliaque et je demandai à M. Ricard d'examiner la malade. Il trouva aussi cette grosse masse, dont il ne put préciser la nature néoplasique ou inflammatoire et il fut d'avis de faire une laparotomie exploratrice.

Le 2 novembre 1910, la laparotomie pratiquée par M. Labey montra l'existence d'un cancer du côlon pelvien. Un anus définitif fut pratiqué sur l'S iliaque. Les suites de cette intervention furent excellentes, mais une pneumonie banale emporta la malade au mois de décembre.

A l'autopsie, le docteur Fr. Moutier trouva une tumeur cancéreuse de l'anse sigmoïde fixée contre la paroi du bassin; cette masse était fongueuse, d'odeur fétide; deux anses grêles y étaient adhérentes et on trouva deux perforations de l'S iliaque communiquant avec ces anses.

Le deuxième fait est le suivant. A ma rentrée de vacances, on me présenta un jeune homme de trente-sept ans comme atteint de colite chronique avec poussées dysentériformes.

Depuis plusieurs mois, il avait des douleurs avec poussées de diarrhée glaireuse et sanguinolente; de ceci, à l'entrée à l'hôpital, il ne restait que de la diarrhée avec épreintes et douleurs pelviennes.

L'examen rectoscopique montra une rougeur diffuse à 14 centimètres et au delà sur le rectum et l'anse pelvienne.

Ceci paraissait confirmer l'hypothèse première de colite chronique.

Les différents essais de traitement ne donnèrent pas de résultat satisfaisant.

Le malade présenta de la fièvre, il s'amaigrit, prit une teinte cachectique, non d'apparence cancéreuse, mais bien plutôt tuberculeuse.

D'ailleurs, dans ses antécédents, on notait qu'à l'âge de seize ans il avait eu une hémoptysie ; puis tout semblait s'être arrangé ultérieurement.

Survinrent alors les accidents qui le firent entrer à l'hôpital.

Au moment des coliques, il avait 15 à 20 selles par jour, liquides, sans peaux, mais fétides, parfois il présentait des périodes de constipation à la suite desquelles il survenait une débâcle avec évacuation diarrhéique considérable.

L'idée qu'il s'agissait là de lésions tuberculeuses paraissait se confirmer car, en palpant l'abdomen, on avait la sensation d'une masse rénitente, d'une sorte de gâteau situé dans la région vésicale et paraissant surplomber la vessie.

Le diagnostic porté fut celui de pelvi-péritonite tuberculeuse.

Quelque temps après, apparurent des phénomènes nouveaux; le malade eut des envies fréquentes d'uriner et ses urines troubles contenaient du pus. On pensait à une cystite par propagation.

Au bout de quelques jours apparurent des accidents d'occlusion progressive : coliques violentes vers le côlon descendant qui était douloureux, rigide, en état de spasme intense.

Les jours suivants, on put constater de la dilatation du cæcum et des contractions péristaltiques visibles, étagées et dépendant de l'intestin grêle.

M. Labey fit une incision dans la fosse iliaque droite pour pratiquer une bouche cæcale. A ce moment, les accidents d'occlusion avaient disparu, il n'y avait plus de contractions visibles, la tension abdominale avait cessé, et, lorsque l'incision fut pratiquée, on trouva des anses souples et aucune lésion appréciable ne se montra.

La suture du cæcum aux lèvres de l'incision fut pratiquée et on le laissa en place sans l'ouvrir. Cette ouverture fut pratiquée seulement plusieurs jours après. Cette nécessité de l'ouverture fut encore démontrée par ce fait que la cystoscopie, pratiquée par M. Girou, avait montré l'existence de deux fistules recto-vésicales.

Cela ne devait pas nous empêcher de toujours porter le diagnostic de pelvi-péritonite tuberculeuse. Quelques semaines plus tard, à l'autopsie, le docteur Moutier maintint encore ce même diagnostic et c'est seulement à l'examen histologique que fut démontrée la nature néoplasique de la lésion. C'était une masse cancéreuse agglomérant les différents organes entre eux, atteignant la vessie, y produisant deux perforations et déterminant des adhérences avec le grêle.

Considérations cliniques. — Ces deux observations sont intéressantes à différents titres parce qu'elles montrent combien le diagnostic exact peut être difficile. Elles font voir qu'on peut prendre le cancer du côlon pelvien pour des lésions inflammatoires d'origine génitale, salpingienne. Elles montrent aussi que le diagnostic peut être très difficile avec la péritonite tuberculeuse.

Dans la première observation, on voit des phénomènes de colite dysentériforme rebelle susceptibles par leur persistance, de faire penser à la possibilité d'une lésion grave.

Dans des cas semblables, l'idée d'une lésion cancéreuse possible doit s'éveiller dans l'esprit du clinicien et il doit mettre en œuvre tous les moyens dont il peut disposer pour établir le diagnostic exact : palpation soigneuse, examen coprologique, examen radioscopique et rectoscopie.

Dans la deuxième observation, nous voyons qu'il s'était établi une double fistule recto-vésicale, et il faut bien savoir que ces fistules recto-vésicales sont relativement fréquentes et quelquefois relativement précoces dans le cancer pelvien. Le cancer pelvien infecté donne lieu à de petits abcès périsigmoïdiens qui s'ouvrent dans la vessie. Parfois il s'établit une fistule vésico-rectale qui amène l'écoulement de l'urine par le rectum.

Je dois ajouter que la difficulté du diagnostic existe souvent entre la tuberculose et le cancer. Il est facile de se rendre compte pour quelles raisons cette erreur a pu être commise dans le cas rapporté ci-dessus; mais, même s'il se fût agi de tuberculose, il est peu probable que la guérison eût pu survenir. Le pronostic restait très grave dans un cas comme dans l'autre.

L'hésitation que nous avons eue au début à différencier cette masse considérable des accidents de colite chronique montre comment il faut multiplier les examens et réserver son diagnostic.

Parmi les complications qui peuvent se produire au sujet du cancer pelvien, il faut signaler les péritonites localisées avec abcès, les péritonites généralisées.

Les abcès périsigmoïdiens, en raison même de la situation et des rapports du côlon pelvien peuvent s'ouvrir, non seulement dans la vessie, mais aussi dans un autre segment de l'intestin. Ils peuvent atteindre et englober les organes génitaux de la femme. Quelquefois, ils peuvent venir s'ouvrir à la peau et donner lieu ainsi à des fistules ouvertes à l'extérieur, et quelquefois même à un véritable anus artificiel spontané.

Je ne m'arrêterai pas davantage à ces complications, de même qu'aux invaginations aiguës ou chroniques qui peuvent être quelquefois, assez rarement du reste, une cause d'occlusion, ajoutée à celles qui ont été signalées précédemment.

Rectoscopie et radioscopie. — Pour terminer, je voudrais vous montrer comment la radioscopie peut contribuer à révéler l'existence d'une sténose du côlon pelvien et contribuer au diagnostic du cancer, cause particulière de sténose.

Récemment, se trouvait dans mon service un malade de soixante ans qui présentait depuis quinze ans des accidents d'occlusion incomplète de la terminaison du côlon iliaque, avec poussées dysentériformes assez fréquentes.

A l'examen, on trouvait un côlon descendant avec rigidité presque permanente, assez petit, mince.

L'examen radioscopique montrait que le lait de bismuth s'était accumulé dans le bassin de façon à présenter une masse à configuration de cœur de carte à jouer, à contour un peu sinueux et cette particularité se rencontre souvent quand il y a rétrécissement du côlon iliaque ou du côlon pelvien proprement dit.

Par le toucher rectal, on arrivait dans un rectum élargi, donnant dans une certaine mesure l'idée d'un mégarectum. On vient de voir que la radioscopie éliminait immédiatement l'idée d'un véritable mégacôlon.

Cette sensation de dilatation du rectum au-dessous d'un point sténosé est loin d'être rare : elle se présente d'une façon commune en cas de sténose cancéreuse de l'anse sigmoïde ou de la partie supérieure du rectum. Il semble y avoir une sorte de relâchement par atonie de la partie de l'intestin située au-dessous du rétrécissement.

De la partie supérieure de cette dilatation, se detachait au contraire une mince traînée noire correspondant au côlon iliaque cylindrique et rétréci. Dans ce cas particulier, la longue durée de la maladie excluait l'idée d'une lésion néoplasique. Il s'agissait sans doute, étant donnés les commémoratifs, d'un rétrécissement du côlon ilio-sigmoïdien, dans sa partie supérieure, dû à une poussée ancienne de sigmoïdo-périsigmoïdite.

Il peut se faire que le bismuth soit arrêté dans son ascension au niveau de la lésion sténosante; mais il peut se faire aussi qu'il filtre par un anneau ou un canal rétréci et aille dessiner la partie sus-jacente, plus large, plus ou moins dilatée, à moins qu'elle ne soit spasmodiquement contractée, du gros intestin au-dessus de la lésion.

Je ne reviendrai pas sur les renseignements que peut fournir la rectoscopie dans les cas où il existe une lésion sigmoïdo-rectale placée suffisamment bas pour être visible.

L'étude du cancer du côlon pelvien justifie tout particulièrement la déclaration du professeur Quénu rapportée au début de cette étude. Sa topographie anatomique lui donne une allure très spéciale et une individualité clinique très particulière.

L'HUILE CAMPHRÉE A HAUTES DOSES
EN THÉRAPEUTIQUE

Par MM. M. ARRIVAT et H. ROZIÈS,
Internes des hôpitaux de Montpellier.

Une méthode récente, digne d'être connue et appliquée tant par le médecin que par le chirurgien, consiste à substituer, aux injections d'huile camphrée à petites doses, l'introduction dans l'organisme, par la voie hypodermique, de quantités élevées de ce médicament. On entend, d'une façon générale par quantités élevées d'huile camphrée des doses supérieures à 20 centimètres cubes par vingt-quatre heures et administrées à intervalles réguliers, par injections de 5 à 20 centimètres cubes.

Action du camphre. — Si, à doses faibles, le camphre est un excitant, puis un sédatif du système nerveux, à fortes doses il semble qu'il ait deux actions bien différentes : 1° c'est un excitant du système nerveux et un tonicardiaque ; 2° ce serait aussi un antiseptique et un antitoxique (Baudet). A ce titre, il aurait en particulier une action spécifique sur le bacille de la pneumonie : c'est un destructeur de pneumocoques. Cette action est démontrée : 1° par les expériences de Seibert (de New-York) et de Schleffer qui constatèrent l'arrêt de cultures pures de pneumocoques ayant reçu 1/10000 de camphre ; 2° par les faits de Welsh : le lapin, que tue en trente-six heures une injection intraveineuse d'une émulsion de pneumocoques, guérit si l'on fait suivre l'inoculation d'une injection d'huile camphrée répétée les jours suivants. Notons cependant que cette action élective du camphre sur le pneumocoque est mise en doute par J. Lafon (thèse de Paris, 1911 : Pneumonie des vieillards), et par Drouin dans sa thèse de Bordeaux, 1912.

Il est classique d'écrire que le camphre s'élimine par trois voies : 1° les poumons ; 2° les urines ; 3° la sueur. L'odeur de camphre de l'haleine des malades (Seibert, Baudet) prouve l'élimination par la voie respiratoire. L'élimination par les urines est admise par Scudéry, mais jamais Trousseau, Pidoux, Hoffmann et plus récemment Baudet n'ont pu déceler la présence du camphre dans l'urine des malades injectés.

Toxicité. — Le camphre est peu toxique. Les accidents classiques consistant surtout en anxiété respiratoire et agitation ont été rarement observés. En tout cas ils sont de courte durée et de terminaison rarement fâcheuse. Nous avons eu l'occasion de constater une anxiété respiratoire passagère à la suite d'une injection de 40 centimètres cubes d'huile. Seibert, Oppenheim et Crépin qui ont injecté des vieillards, Esser et Wurtz qui ont appliqué la méthode chez des enfants, même chez des nourrissons, n'ont jamais noté d'incident. Cependant à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le docteur R. Moricheau-Beauchamps (de Poitiers) a apporté une observation d'intoxication, la première, par l'huile camphrée à hautes doses chez une tuberculeuse de soixante ans. La quantité de camphre injectée était de 1g20 en vingt-quatre heures. L'intoxication se manifesta par un rythme couplé du cœur et pouls bigéminé, troubles à rapprocher de ceux produits sur le cœur par la digitaline et le salicylate de soude. Certains malades, traités par Laffon, vieux pneumoniques, ont succombé « complètement asthéniques ». La méthode ne serait donc pas absolument inoffensive et exigerait, dans certains cas, en particulier chez des malades âgés, des précautions, telles que celles proposées par Seibert : renouveler aussi souvent que possible jour et nuit l'air de la chambre ; laisser entre deux injections un intervalle de plusieurs heures.

Contre-indications. — En résulte-t-il, pour la méthode, des contre-indications ? L'âge n'est pas une contre-indication (Oppenheim, Wurtz), les lésions hépatiques pas davantage et Seibert a pu sans inconvénient administrer le camphre à doses massives chez un malade atteint de cirrhose hépatique. Seules les lésions rénales méritent attention : Lafon a traité sept femmes ayant des antécédents de néphrite chronique ; trois sont mortes et l'auteur recommande dans ses conclusions « de ne pas injecter plus de 15 centimètres cubes par jour aux malades dont les reins fonctionnent mal ».

Technique. — A. *Instrumentation.* — Peu complexe : nécessite une seringue et la solution d'huile. La seringue aura une capacité de 5 à 20 centimètres cubes. Baudet recommande la seringue de Roux ; le docteur Laffon la seringue métallique ou le modèle de Luer. La solution la plus communément employée sera l'huile camphrée à 1/10 du Codex. Seibert, Oppenheim et Crépin, Lafon emploient une solution à 20 p. 100, Janowsky à 25 p. 100. Cathelin préfère l'huile camphrée et éthérée à 1/10, plus fluide et plus aisément injectable. Nous nous sommes toujours adressés à la solution à 1/10. L'idéal serait d'avoir à sa disposition des ampoules d'huile stérile de 10 ou 20 centimètres cubes représentant chacune 1 à 2 grammes de camphre.

B. *Dose.* — Elle sera d'au moins 20 centimètres cubes et ne dépassera pas 100 centimètres cubes par vingt-quatre heures. Chaque injection sera de 5 à 20 centimètres cubes. Cependant, dans des cas très urgents, nous avons pratiqué des injections de 40 et même de 50 centimètres cubes sans incident. D'une façon plus particulière, la dose variera suivant l'âge du malade. 1° Chez l'adulte, Baudet injecte 20 centimètres cubes dans les cas ordinaires, 50 et même 100 centimètres cubes dans les cas graves et cela par injections de 20 centimètres cubes. 2° Chez les nourrissons, Wurtz (de Strasbourg) injecte par vingt-quatre heures jusqu'à 8 centimètres cubes d'une solution à 10 p. 100. Chez un enfant de cinq ans, Esser a injecté 12 grammes en cinq jours. 3° Chez le vieillard, Seibert, Oppenheim, Crépin, Lafon injectent

par vingt-quatre heures 15 à 20 centimètres cubes d'huile à 20 p. 100, soit 3 à 4 grammes de camphre; Janowsky, 15 à 20 centimètres cubes d'huile à 25 p. 100. Nous avons toujours injecté, chez les vieillards, des doses inférieures aux doses administrées aux adultes, mais nous avons eu, dans des cas très graves, de bons résultats, sans accident aucun, de doses atteignant 50 centimètres cubes par vingt-quatre heures. Ajoutons que cette dose sera répétée tous les jours; il sera bon de laisser entre deux injections un intervalle de trois heures au moins.

C. *Injection.* — Elle sera précédée du badigeonnage iodé de la région. Seibert, Esser, Baudet parlent d'injections sous-cutanées. Nous avons toujours pratiqué l'injection intramusculaire à la fesse. L'injection sera poussée lentement, l'huile ne pénétrant que lentement dans les tissus. Elle sera suivie d'un léger massage de la région. Bien faite, elle est peu douloureuse et bien supportée.

Applications de la méthode. Elles comprennent des applications : 1° *chirurgicales*; 2° *médicales.*

A. *En chirurgie.* — 1° On s'est adressé à l'huile camphrée à doses élevées pour traiter le *shock, soit postopératoire*, soit posthémorragique. Baudet en a eu, dans ces cas, de bons résultats. Nous-mêmes en avons retiré un excellent bénéfice soit après des opérations longues et pénibles, soit chez des malades anémiés par de longues ou importantes hémorragies. En gynécologie, associée au sérum physiologique, l'huile à hautes doses pourra rendre bien des services pour aider au relèvement de l'état général après les hémorragies de la délivrance ou de l'avortement.

2° Dans les grandes affections chirurgicales, l'huile camphrée a pu donner à Baudet des résultats surprenants. Nous-mêmes, dans un cas de lymphangite diffuse du membre supérieur chez un malade porteur d'un phlegmon des gaines négligé et qui présentait de la fièvre à grandes oscillations, avons, par des doses élevées de camphre, associé aux grands bains de bras, obtenu une rapide amélioration. Une lymphangite du thorax par infection d'une plaie opératoire de cancer du sein non réunie avec hyperthermie, cœur mou et facies grippé a également rétrocédé par les injections d'huile, alors que localement on se contentait de pansements antiseptiques.

3° Dans les *péritonites*, l'injection d'huile camphrée mérite d'être essayée. Au Congrès de chirurgie de 1911, lors de la discussion du traitement des péritonites aiguës, le professeur Tédenat recommandait, en même temps que le Fowler-Murphy, l'injection quotidienne de 30 centimètres cubes d'huile camphrée. Dans le service de Cestan, Baudet doit, à l'huile camphrée à hautes doses, dans les cas de péritonites, de véritables résurrections (*Revue int. de méd. et de chir.*, 1912; *Province médicale*, 25 mars 1911, p. 129). Au cours de l'acte opératoire, rappelons ici les heureux résultats que peut donner, dans les péritonites ou menaces de péritonite, le « vernissage de la séreuse » préconisé par Hirschell (de Heidelberg) [*Münch. med. Woch.*, 1910] et, après lui, par Lenormant (*Presse méd.*, 27 mai 1911) et Pfannensthiel au Congrès allemand de chirurgie (1).

4° Chez les *urinaires infectés*, Cathelin s'est toujours bien trouvé des injections de camphre à doses élevées. Son assistant F. Patry les recommande en urologie, dans le *Monde médical* du 15 mars 1912, page 250.

5° Enfin dans les affections *respiratoires* et *cardiaques postanesthésiques*, l'huile camphrée peut être appelée à rendre de signalés services. Nous avons vu trois cas de broncho-pneumonies éthérées dont une bilatérale, toutes trois très sévères avec fièvre élevée, pouls misérable, dyspnée intense et cyanose, guérir après avoir été traitées par des doses d'huile camphrée atteignant 50 et même dans un cas 80 centimètres cubes par jour. Chez une malade opérée de hernie étranglée et présentant de la myocardite grave avec tendance à la syncope et hypothermie, nous avons obtenu le relèvement du pouls et la guérison.

2° En médecine. — Ici l'utilité de la méthode s'affirme aussi grande. Sans insister sur les tentatives d'injections intrapleurales que Delbet a condamnées à la Société de chirurgie [8 nov. 1911 (2)], nous signalerons les excellents résultats obtenus dans les affections des voies respiratoires, les lésions cardiaques graves, au cours de maladies infectieuses et même dans la redoutable gastro-entérite infantile.

1° Dans les *bronchites* et *broncho-pneumonies grippales*, Seibert, médecin du « Saint-Francis Hospital » s'est bien trouvé de l'emploi répété du camphre à hautes doses.

2° Mais c'est dans le traitement de la *pneumonie* que la méthode trouvera sa principale indication et qu'elle a connu les plus beaux succès. Seibert le premier injecta des doses élevées de camphre à des pneumoniques graves. Il publia ses résultats à la Société allemande de médecine de New-York, en avril 1909; il a traité vingt et un malades et obtenu vingt et une guérisons (voir *Semaine méd.*, 22 sept. 1909, p. 455; *Münch. med. Woch.*, 7 sept. 1909; *Annales de Merck*, 1909). A la maison de Nanterre, Oppenheim et Crépin essayent la méthode chez des vieillards; sur 16 cas, ils notent 9 guérisons (*Bull. Soc. int. des hôp. de Paris*, janvier 1910, n° 1, p. 33). Dans sa thèse inaugurale, le docteur Jules Lafon (pneumonie des vieillards, traitement par l'injection sous-cutanée d'huile camphrée à haute dose) rapporte 41 observations personnelles recueillies dans le service des vieillards de la maison de Nanterre et à la maison et à la crèche de la Seine dans le service du docteur Sapelier; il note 30 p. 100 de décès, « pourcentage inférieur à celui que l'on indique ordinairement pour la pneumonie des vieillards et qui oscille entre 43 et 64 p. 100 ». « D'ailleurs, si les résultats publiés sont loin d'être aussi brillants

(1) Voir à ce sujet l'article très documenté de Lance (*Gaz. des hôpit.*, 23 mai 1911, n° 59, p. 907) : La résorption toxique au niveau du péritoine dans les péritonites Sa prophylaxie et son traitement par l'emploi de l'huile camphrée.

Voir également : Vignard et Arnaud. *Lyon chir.*, 1er déc. 1910 et 1er janv. 1911.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 128, p. 1836.

que ceux de Seibert, il faut se rappeler que la maison de Nanterre, où les malades ont été traités et les observations prises, est « un refuge pour les malheureux, les vagabonds, les uns alcooliques, les autres brightiques, presque tous artérioscléreux et tuberculeux ». Esser (de Bonn) a, sur 13 cas, eu deux décès. Chez l'enfant, également, les bronchopneumonies toujours si graves peuvent être heureusement influencées par l'huile (Seibert, Esser).

3° Chez les *tuberculeux* pulmonaires même, les injections à haute dose d'huile camphrée ont pu rendre des services. Alexander (de Berlin) et Hienhaus, Walter Koch, Faure-Miller, Walland, Huchard l'ont employé à doses variables. Nous en avons noté, de bons résultats, à doses élevées, soit au cours de poussées évolutives, soit au cours de la bacillose pulmonaire chronique, après des hémoptysies ou chez des malades fébriles.

4° Dans les *myocardites graves*, l'huile camphrée à hautes doses est recommandée par Janowsky (*Annales de Merck*, 1908, p. 74). Elle doit être préférée à la caféine qui surmène et surexcite le cœur, sans donner parfois les effets que l'on attend d'elle.

5° Au cours de *maladies infectieuses*, à forme adynamique, en particulier dans la dothiénentérie, l'huile camphrée à hautes doses peut combattre l'hyperthermie, calmer la dyspnée, diminuer la stupeur. Janowsky la recommande dans ces cas et en vante les effets.

6° Enfin dans les *gastro-entérites aiguës*, Wurtz, médecin de la crèche de Strasbourg a donné à des nourrissons atteints d'entérite jusqu'à 0g80 de camphre par jour et cela sans provoquer de trouble. Dans un cas, il fit même jusqu'à 59 injections d'huile camphrée en dix jours (*Münch, med. Woch.*, 9 juin 1909). Seule ou associée aux injections de sérum marin, nous croyons qu'on peut en retirer un excellent bénéfice.

Conclusions. — En résumé la méthode des injections d'huile camphrée à hautes doses a donné, entre toutes les mains, en médecine et en chirurgie, d'excellents résultats. Nullement complexe, elle est de technique facile et immédiatement applicable en tout lieu. Elle ne peut inspirer de la part du praticien, aucune méfiance. Elle n'invoque point de vertus transcendentales, elle n'utilise pas des remèdes mal connus ou insuffisamment expérimentés; elle a simplement recours au remède populaire, par exemple, le camphre de Raspail. Certes ce n'est point une panacée universelle, le remède à tous les maux vainement cherché jusqu'alors et enfin découvert; mais seulement une arme précieuse qui a pu donner à tous ceux qui se sont adressés à elle et la préconisent aujourd'hui des résultats surprenants et, dans des cas désespérés, de véritables résurrections. Elle commence à être connue du praticien, journellement appliquée par lui dans la clientèle des villes ou des campagnes; elle fait tous les jours de nouveaux adeptes. Simplicité de technique, innocuité, efficacité incontestable; elle ne présente que des avantages. C'en est assez pour expliquer l'engouement qu'elle provoque, et qu'elle mérite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 2 juin 1913)

Sur la toxicité des vaccins antityphiques. — MM. A. Lumière et J. Chevrotier. L'importance de la vaccination antityphique s'affirmant chaque jour davantage, les auteurs ont étudié la toxicité des vaccins administrés par différentes voies, sous-cutanée, intrapéritonéale, intraveineuse et gastrique et comparé aussi les propriétés toxiques des produits vaccinaux obtenus à partir des bacilles d'Eberth, paratyphiques et coli.

Leurs expériences leur ont montré que :

1° Les vaccins étudiés sont fort peu toxiques pour le cobaye.

2° Il n'y a pas de relation entre la toxicité des cultures virulentes déterminées dans une précédente étude (*Gaz. des hôp.*, 1912, p. 1909) et la toxicité des vaccins correspondants.

3° Les toxicités des vaccins ne s'ajoutent pas, alors que celles des cultures s'additionnent intégralement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 10 juin 1913)

Election du secrétaire perpétuel. — L'Académie a procédé à l'élection de son secrétaire perpétuel. M. Debove a été élu à l'unanimité (87 voix sur 90 votants et 3 bulletins blancs). C'est assez dire que le choix fut heureux.

Après quelques mots de félicitations de M. le président Chauveau, que nous regrettons vivement de n'avoir pu entendre, M. Debove a pris la parole. Il a remercié ses collègues du grand honneur qu'ils lui ont fait et a été particulièrement flatté de la presque unanimité de leurs suffrages. Mais il ne se dissimule pas qu'il succède à des hommes éminents et que la place de secrétaire perpétuel n'est pas seulement un honneur mais aussi une fonction délicate et importante. Il fera de son mieux pour s'en rendre digne et il se propose d'apporter, sinon dans les règlements, au moins dans certains usages de l'Académie, certaines modifications qui lui semblent nécessaires et qu'il soumettra à ses collègues, car il ne saurait rien faire sans leur concours et leur approbation.

« Il y a cinquante ans, dit en terminant M. Debove, je débutais dans la médecine comme stagiaire dans le service de M. Hérard, ici présent. Je ne saurais assez dire combien je suis touché que mon vénéré maître soit venu m'apporter son suffrage. Je l'en remercie de tout cœur et je suis particulièrement ému de cette marque d'estime du doyen de l'Académie. »

La chloréthylisation. — M. Monod fait un rapport sur un travail de M. Vanverts (de Lille). Il s'agit de la chloréthylisation à doses faibles et continues par le procédé de la compresse. M. Vanverts estime que ce procédé peut rendre des services en petite chirurgie et mérite d'être mieux connu et plus souvent employé.

Epuration des huîtres par la stabulation. — M. Fabre-Domergue, inspecteur général des pêches, donne lecture d'une note sur l'épuration des huîtres par la stabulation et sur les résultats obtenus l'hiver dernier par ceux qui ont pratiqué ce procédé.

La stabulation répond au vœu émis par l'Académie relativement à l'épuration des huîtres en eau pure après les travaux des docteurs Cornil, Chantemesse, Mosny et Netter. Ses résultats ont été confirmés par les travaux des docteurs Bodin et Chevrel (de Rennes), Gilson et Henseval (de Bruxelles), Godard (de Paris).

Il est désormais établi que ce procédé assure l'épuration

des mollusques en six ou sept jours et qu'il écarte toute crainte d'infection provenant de leur contamination.

M. le docteur Mosny, membre de la Commission des établissements ostréicoles, est chargé par l'Académie de lui adresser un rapport sur le sujet.

La loi de 1838 sur les aliénés. — La commission nommée pour étudier les propositions formulées par M. Ballet, sur ce sujet, se compose de MM. Ballet, de Fleury, Labbé, Magnan et Strauss.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 JUIN 1913)

Le liquide céphalo-rachidien au cours de la migraine simple et de la migraine ophtalmique. — M. J.-A. SICARD. Au cours de l'accès de migraine simple, le liquide céphalo-rachidien ne présente ni lymphocytose, ni hyperalbumine, et garde sa teneur ordinaire en urée et en glycose. Seule, sa pression se montre parfois exagérée, mais non toujours.

Par contre, au cours de la crise de migraine ophtalmique, le liquide rachidien peut, soit conserver son état normal, soit réagir par de l'hyperalbumine avec lymphocytose.

Dans la première modalité, le pronostic est bénin, la migraine ophtalmique n'est qu'un épisode dit « neuro-arthritique » ; dans la seconde modalité, elle acquiert une tout autre signification. Elle témoigne d'une réaction organique méningo-corticale et le plus souvent est synonyme de méningo-corticalite syphilitique ou tuberculeuse.

La migraine ophtalmique avec réaction du liquide rachidien peut se montrer comme unique signe précurseur de la lésion méningée plusieurs mois avant l'éclosion des symptômes classiques de syphilis ou de tuberculose méningée.

Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. — M. LETULLE présente une pièce intéressante de rétrécissement sous-infundibulaire de l'artère pulmonaire avec malformation de position de l'aorte naissant du ventricule droit, ayant à son origine une endomyocardite aiguë.

La tolérance hydrocarbonée chez les diabétiques. — M. Marcel LABBÉ. Les diabétiques sans dénutrition possèdent la faculté de brûler une certaine quantité d'hydrates de carbone; cette tolérance varie avec chaque cas et mesure l'intensité des troubles glycorégulateurs. La tolérance apparente se mesure par différence entre les hydrates de carbone ingérés et le glycose excrété ; elle est très variable, suivant le régime institué et suivant les jours. La tolérance réelle se mesure par une série d'essais de régime; elle est assez fixe et chez beaucoup de sujets reste la même pendant des mois et même des années. Cependant elle peut varier dans divers sens : augmenter si le diabète tend à guérir; diminuer ou même cesser si le diabète s'aggrave; elle peut subir enfin des variations passagères plus ou moins profondes. Les causes qui influent principalement sur la tolérance sont les maladies infectieuses aiguës et chroniques, les intoxications, les affections des organes digestifs et principalement du foie, les traumatismes, les émotions. Les variations à court terme étudiées par M. Rathery ne sont pas dues à des changements du coefficient d'assimilation hydrocarbonée, mais à des irrégularités sur l'excrétion rénale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 JUIN 1913)

Contribution à l'étude de l'épreuve du nitrite d'amyle. — MM. F. BELLOIR et DUBOS ont pratiqué dans 30 cas l'épreuve du nitrite d'amyle de Josué et Godlewski en même temps que celle de l'atropine. On sait que ces deux épreuves permettent de reconnaître si une bradycardie est déterminée par l'excitation du pneumogastrique.

L'épreuve de l'atropine a des inconvénients que ne présente pas celle du nitrite d'amyle. L'action de l'atropine est tardive; elle est de plus inconstante, surtout chez les sujets âgés en sorte qu'un résultat négatif laisse planer des doutes.

L'action du nitrite d'amyle en inhalations est presque immédiate, sûre, inoffensive. Elle est plus marquée; l'épreuve de l'atropine peut être considérée comme positive s'il y a une accélération de dix pulsations; celle du nitrite d'amyle est positive quand l'écart dépasse vingt.

On arrête l'inhalation quand le sujet dont la face est devenue rouge, éprouve des battements dans les tempes.

Contribution à l'étude du ralentissement digitalique du pouls. — MM. O. JOSUÉ et F. BELLOIR. On admet que la digitale ralentit le pouls en excitant les pneumogastriques; d'après des travaux récents, ce ralentissement pourrait être aussi déterminé par une action directe de la digitale sur le myocarde.

Nous avons étudié à ce point de vue huit malades en les soumettant à l'épreuve de l'atropine et à celle du nitrite d'amyle. Ces deux épreuves en supprimant passagèrement l'action du pneumogastrique sur le cœur fournissent le moyen d'apprécier si le trouble du rythme est dû à l'excitation du pneumogastrique, ou à un trouble du myocarde; le pouls s'accélère pendant l'épreuve dans le premier cas, il reste ralenti dans le deuxième cas.

Quatre malades ont présenté une réaction franchement positive; la digitale a donc ralenti leur pouls en excitant le vague. Deux malades ont réagi faiblement; chez eux l'action de la digitale a été mixte, à la fois par la dixième paire et directement sur le muscle. Enfin les deux derniers malades n'ont pas réagi du tout, la digitale a agi chez eux directement sur le muscle. Nous avons constaté de plus que les troubles myocardiques occasionnés par la digitale ne sont pas définitifs, mais que le muscle récupère ses propriétés au bout d'un certain temps.

Il convient de plus d'attirer l'attention sur ce fait que les deux malades, chez lesquels la digitale a exercé son action uniquement sur le muscle, sont d'anciens syphilitiques.

Action de la toxine diphtérique. — M. Aug. PETTIT. Le rat blanc jouit d'une immunité très marquée vis-à-vis de la toxine diphtérique, supérieure à celle de tous les mammifères y compris le hérisson : alors qu'une dose égale à 1/25000 du poids somatique tue en général en moins de quarante-huit heures, il faut dépasser le 1/100 pour obtenir ce résultat chez le rat. Cette immunité ne peut pas s'expliquer par le pouvoir antitoxique du sang, ce pouvoir étant à peu près nul; elle tient à la résistance propre des cellules. C'est donc un exemple où, en dehors des propriétés du sérum et des phénomènes leucocytaires, l'immunité naturelle est d'ordre purement cytologique.

Influence du régime alimentaire sur le développement du cancer inoculé des souris blanches. — MM. DANYSZ et SKSZYNSKI. Sur 31 souris soumises au régime carné, 11, soit 30 p. 100, ont pris le cancer. Sur 47 souris végétariennes, 22, soit plus de 40 p. 100, ont pris le cancer.

Immunité leucocytaire générale. — MM. LASSABLIÈRE et RICHET. L'immunité est la conséquence d'un phénomène cellulaire et n'est pas en rapport direct avec la constitution chimique de la substance; elle se produit toutes les fois que la réaction cellulaire a eu lieu.

Origine et valeur cellulaire des éléments qui constituent les follicules clos tégumentaires. — MM. REITERER et LELIÈVRE. Les follicules clos tégumentaires sont dus à la transformation des cellules épithéliales, d'une part, en trame réticulée, et, de l'autre, en éléments libres ou lymphocytes. Les

lymphocytes représentent, aussi bien dans les organes d'origine épithéliale que dans les tissus mésodermiques, des cellules tronquées, incapables d'une évolution progressive.

Hypertrophie rénale compensatrice. — MM. MOREL et VERLIAC, sur des rats blancs néphrectomisés d'un seul rein, puis sacrifiés après un délai d'observation variable, ont étudié l'hypertrophie compensatrice du rein restant. Ils confirment sa constance, son intensité et sa rapidité. De l'examen du poids des reins hypertrophiés prélevés dix jours, vingt jours et 50 jours après néphrectomie, ils concluent que l'organe restant est d'abord le siège momentané d'un œdème, d'une congestion prédominante derrière laquelle commence peut-être à évoluer l'hyperplasie. Cet œdème disparu, l'hypertrophie cellulaire continue à s'organiser lentement et progressivement. On ne peut rapporter à un processus purement hyperplasique l'énorme augmentation du rein restant dans les jours qui suivent la néphrectomie.

Note sur la tension des liquides d'ascite symptomatiques des cirrhoses alcooliques. — MM. GILBERT, Maurice VILLARET et PICHANCOURT montrent que, au cours du syndrome d'hypertension portale, la tension du liquide d'ascite peut varier entre 15 et 45 centimètres, que l'inspiration l'augmente en général de 2 centimètres, ainsi que la station debout, cette pression étant sensiblement parallèle au chiffre de l'hypertension portale expérimentale. Au cours de la paracentèse, la tension ascitique diminue d'abord brusquement, puis lentement. A la suite de la ponction, l'ascite se reproduit rapidement aux dépens des œdèmes, pendant que sa tension remonte.

Note sur les rapports de la pression ascitique et de la tension artérielle au cours des cirrhoses alcooliques. — MM. GILBERT, Maurice VILLARET et PICHANCOURT ont constaté que pendant la paracentèse la pression artérielle monte du début à la fin de la ponction, mais redescend immédiatement, à mesure que le liquide se reproduit. Cette diminution est d'autant plus rapide que la reproduction du liquide se fait plus vite. Elle peut débuter avant la fin de la ponction; elle peut au contraire retarder de quelques jours et même ne pas se reproduire, lorsque l'épanchement tend à se tarir.

De l'apparition de la créatine dans l'urine des lapins après l'ablation des capsules surrénales. — MM. Jean-Charles ROUX et TAILLANDIER. D'après les recherches de Folin, l'excrétion de créatine est un chiffre remarquablement fixe sur un individu donné, s'il n'absorbe aucune substance contenant de la créatine.

Dans nos recherches sur le lapin, nous avons pu vérifier ce fait. Nous avons pu constater aussi un fait intéressant.

A l'état normal, dans l'urine des lapins, on ne trouve jamais de créatine; il n'existe que de la créatinine, mais si l'on pratique l'ablation d'une capsule surrénale, et surtout si l'on détruit en même temps en partie l'autre capsule surrénale, on voit aussitôt apparaître une certaine quantité de créatine dans l'urine à côté de la créatinine. Ce n'est pas là un trouble passager, car nous avons pu le vérifier sur un lapin un an après l'ablation de la capsule surrénale. Enfin, la diminution de l'excrétion de créatinine que l'on observe chez le lapin après l'ablation des capsules surrénales tient à ce qu'une partie de la créatine est excrétée en nature sans être transformée en créatinine. En effet, après l'ablation des capsules surrénales le chiffre de la somme de la créatine, plus la créatinine, est égal au chiffre de la créatinine avant l'opération.

Tous ces dosages ont été pratiqués suivant le procédé colorimétrique de Folin.

Electrodes impolarisables pour l'excitation des nerfs et muscles de l'homme. — M. G. BOURGUIGNON présente des électrodes impolarisables de même forme et de mêmes dimensions que les électrodes couramment employées en électrodiagnostic.

Ces électrodes sont constituées, comme l'excitateur de Lapicque, par de l'argent recouvert électrolytiquement de chlorure d'argent.

L'auteur a fait des plaques et des tampons. Les tampons sont constitués par une masse d'ébonite que traverse une tige filetée qui se visse dans un disque d'argent placé à la face inférieure du tampon d'ébonite. Recouvertes électrolytiquement de chlorure d'argent, les plaques sont garnies d'amiante imbibée d'une solution de NaCl à 3,5 p. 1000. Les tampons sont garnis de coton hydrophile imbibé de la même solution.

Après avoir constaté que ces électrodes sont bien impolarisables, l'auteur s'en est servi sur l'homme et a constaté en les comparant aux électrodes ordinaires que :

1° Il y a une plus grande régularité dans les intensités obtenues avec un même voltage en renversant le courant;

2° Il n'y a pas de différence pour les seuils de fermeture, mais il y a une grande différence pour les seuils d'ouverture. Ainsi, sur le long supinateur, tandis que le seuil de fermeture (NFI) a été de 1ma5, avec les deux sortes d'électrodes, il a été de 4 milliampères avec les électrodes ordinaires et de 8 milliampères avec les électrodes impolarisables à l'ouverture (POI). Ces électrodes donnent donc des résultats plus précis et plus réguliers que les électrodes ordinaires.

PRATIQUE MÉDICALE

AU SUJET DE L'EMPHYSÈME

Le diagnostic de l'emphysème ne présente pas de difficulté. Cependant, il y a deux états pulmonaires distincts qui, tous deux emphysémateux, n'ont pas la même signification clinique. L'un est caractérisé par l'association de trois signes : l'exagération du son de la percussion, l'affaiblissement du murmure vésiculaire et la déformation de la poitrine, c'est l'emphysème généralisé simple; l'autre se présente sous la forme d'une bronchite sibilante avec oppression facile et accès de toux, c'est l'emphysème asthmatique. On rencontre celui-ci dans un très grand nombre de cas. Enfin, cette bronchite sibilante peut devenir humide surtout aux bases et il s'agit simplement alors d'une bronchite banale à tendance chronique, il est vrai, mais qui, bien soignée, perd ses râles muqueux, revient sibilante et enfin perd ses sibilances pour rester l'emphysème pur.

Le traitement ici a donc une grande importance, il se résume en ceci : iodostarine « Roche » et lobélie dans le cas d'emphysème généralisé ordinaire; iodostarine et grindelia dans le cas de sibilance; asséchants et désinfectants pulmonaires : terpine, comprimés et cachets Roche de thiocol, dans les cas d'humidité bronchique. Chez les femmes, ou chez les malades qui refusent la forme des cachets ou comprimés, on utilisera le sirop Roche au thiocol dont l'action antiseptique pulmonaire et cicatrisante est bien connue.

Comme traitement symptomatique de la toux, de l'insomnie, il faut employer les bromures ou mieux le Pantopon (comprimés, sirop) qui est un puissant sédatif, hypnotique, à inconvénients presque nuls. Ainsi, les céphalées, la constipation qui succèdent d'habitude à l'utilisation des opiacés ordinaires n'existent pour ainsi dire pas après les prises de Pantopon, opium total, soluble, facilement éliminé.

La révulsion devra être très régulièrement faite matin et soir. Nous préférons dans les cas de bronchite la sinapisation aux ventouses que nous réservons à la forme sèche de l'emphysème.

A.-J. FUNEL.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de physique médicale (1), par le docteur J. Cluzet, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Cet ouvrage, qui appartient à l'excellente collection Testut, est destiné non seulement aux étudiants qui préparent le deuxième examen de doctorat, mais encore aux praticiens qui s'intéressent aux applications cliniques de la physique, et, il faut le dire à leur louange, ces praticiens sont de plus en plus nombreux aujourd'hui. L'auteur, supposant acquises les notions enseignées par l'année de P. C. N., s'est proposé de présenter simultanément les grandes lignes des théories, sans la complication des longues démonstrations ou des formules, et les enseignements essentiels du laboratoire et de la clinique, sans leurs nombreux détails.

On trouvera dans ce livre, très clairement exposées : une partie importante de la physiologie humaine, celle qui comprend l'étude physique de l'organisme normal et l'action des agents physiques sur l'homme ; diverses questions se rapportant aux autres branches de la médecine, notamment les principales méthodes cliniques d'exploration et de traitement par les agents physiques. C'est ainsi que l'étude des rayons X et du radium ont reçu les développements que comporte leur importance sans cesse grandissante à l'heure actuelle.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Histoire de l'art dentaire dans l'antiquité (2), par le docteur Alphonse Soulé.

Dans cette étude attrayante et documentée le docteur Soulé étudie l'art dentaire depuis les troglodytes jusqu'à la fin de l'empire romain, et il montre tout l'effort fait par les générations du passé pour s'affranchir de l'insupportable mal de dents et même pour réparer, par une prothèse plus ou moins rudimentaire, les ravages du temps. C'est ainsi que nous voyons d'abord l'homme des cavernes avec des dents abrasées par l'usure. Chez les Egyptiens, nous voyons déjà des dents obturées avec de l'or et des appareils prothétiques vraiment curieux pour une époque aussi lointaine. Les Chinois nous déconcertent par leur thérapeutique originale. Enfin les Grecs et les Romains nous étonnent par les progrès considérables qu'ils font faire à l'art dentaire. Voici un ouvrage curieux et intéressant que nous devions signaler.

L. GAYARD.

Formulaire. Consultations médicales et chirurgicales (3), par MM. G. Lemoine, professeur de clinique médicale ; E. Gérard, professeur de pharmacologie ; E. Doumer, professeur de physique médicale ; J. Vanverts, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de la Faculté de Lille.

Cet excellent ouvrage, édité dans un format si commode, est trop connu pour qu'il soit besoin d'en faire l'éloge. La sixième édition qui vient de paraître a été complètement revisée ; c'est ainsi que dans la partie formulaire des suppressions ont été faites et compensées par la mention de médicaments nouveaux. Le chapitre des consultations médicales a été revu et les nouvelles méthodes de traitement y ont trouvé place. Les régimes alimentaires ont été mis en harmonie avec la diététique moderne, le chapitre spécial de l'opothérapie et de la sérothérapie mis au courant. Enfin la partie relative aux eaux minérales a été totalement remaniée.

(1) Un vol. de 667 pages avec 393 fig. et 10 planches dont une en couleurs, hors texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin et fils.

(2) Un vol. in-8° de 80 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Jouve et Cie.

(3) Un vol. de 115 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, J. Rousset.

Ainsi remanié, cet ouvrage continuera à rendre aux médecins les mêmes services que par le passé.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Vie du règne minéral (1), par René Schwaeblé.

« La science pure n'est rien sans la philosophie, sans l'idée qui lui donnera une ligne de conduite, lui montrera qu'une expérience isolée ne sert de rien, et que mieux vaut un système erroné, mais suivi et fertile en déductions et inductions, qu'une illumination passagère n'emportant pas de suites. » Cette phrase, extraite du livre que nous présentons ici nous paraît en résumer l'idée directrice, et nous y renvoyons le lecteur que ces questions intéressent.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Editeurs contre auteurs (2), par M. Gustave Tillié.

Le livre que vient de faire paraître M. Gustave Tillié est le complément au guide d'édition précédemment paru. Cet ouvrage, utile à tous ceux qui écrivent, traite des questions pratiques parmi lesquelles : le droit d'écrire aux officiers ; le droit d'auteur aux artistes et aux chorégraphes ; petit traité de fabrication ; Convention de Berne, revisée ; des jugements et arrêts. Le tout précédé d'un index des noms des personnes citées dans ce volume.

L. GAYARD.

NOTES POUR L'INTERNAT

INSUFFISANCE TRICUSPIDIENNE (3)

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous aurons surtout en vue dans cette description les symptômes qui appartiennent à l'insuffisance tricuspidienne fonctionnelle. Nous insisterons plus spécialement sur certains faits d'acquisition récente concernant la radioscopie, l'étude du pouls veineux jugulaire, l'électrocardiogramme, ainsi que sur certaines formes cliniques, peu décrites, spécialement l'insuffisance tricuspidienne, sans lésions du cœur gauche, des hypertendus à gros foie (Castaigne).

I. Symptômes fonctionnels. — Les symptômes fonctionnels sont très précoces au cours de l'insuffisance tricuspidienne ; il faut tout d'abord signaler la dyspnée ; les malades sont anhélants et facilement en proie à des crises d'oppression paroxystiques à la suite d'efforts, de mouvements ; ils accusent en outre une sensation douloureuse assez vive, dans l'hypocondre droit ; cette douleur qui relève de la congestion hépatique est parfois même très vive. Il n'est pas rare

(1) In-8 de 115 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, Jules Rousset.

(2) Prix : 2 francs. — En vente au *Moniteur Juridique*, 13, boulevard Saint-Germain, Paris.

(3) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 63, p. 1038.

non plus d'observer des troubles digestifs, pyrosis, ballonnement du ventre, diarrhées profuses, etc.

II. **Signes physiques.** — L'examen du malade permet de constater tout d'abord le facies caractéristique ; la peau présente une pâleur livide très spéciale mélangée d'une teinte cyanique très accusée. Les lèvres sont bleuâtres ainsi que les pommettes et le lobule du nez ; les conjonctives sont injectées et présentent souvent une coloration subictérique ; la face est un peu bouffie ; les veines du cou sont gonflées et animées de soulèvements que nous étudierons en détail plus loin.

Très rapidement se développe une ascite assez considérable, alors que l'œdème des membres inférieurs est à peine marqué. Si l'on palpe légèrement l'hypocondre droit, au niveau du foie, on réveille facilement de la douleur ; cette palpation permet de sentir assez facilement la présence de pulsations hépatiques.

Les urines sont rares, foncées, albumineuses parfois ; cependant on n'y retrouve à peu près jamais des pigments biliaires vrais, mais presque exclusivement de l'urobiline.

Examen du cœur. — L'inspection de la région précordiale montre rarement une voussure.

La percussion dénote une augmentation de l'aire cardiaque ; la matité transversale du cœur est très augmentée, la pointe est déviée vers la région axillaire gauche, par suite de la dilatation des cavités droites.

L'*examen radioscopique* confirme ces données : à l'écran, l'augmentation de volume du ventricule droit est caractérisée par le relèvement et la projection en dehors de la pointe. Le contour inférieur du bord gauche du cœur, au-dessus du diaphragme, est formé par le ventricule droit, qui refoule en haut le ventricule gauche. Dans l'examen oblique antérieur gauche, on voit le ventricule droit faire une saillie plus marquée qu'à l'état normal.

L'oreillette droite, dans l'examen postérieur, forme, à droite de la colonne vertébrale, une ombre très nette qui, en position oblique, fait une saillie dans l'espace rétro-cardiaque. En oblique antérieure gauche, elle déborde l'ombre du ventricule droit.

La palpation révèle assez souvent un *frémissement cataire* très léger, systolique, au-dessus de l'épigastre, dans la zone correspondant au ventricule droit.

L'auscultation révèle, au niveau du bord gauche du sternum et de l'appendice xiphoïde, vers l'insertion du quatrième ou du cinquième cartilage costal gauche, un *souffle systolique* (Parrot), symptomatique de l'asystolie.

S'il s'agit d'une insuffisance tricuspidienne liée à des altérations organiques des valvules tricuspides, ce qui est rare, le souffle peut être rude, rapeux, en jet de vapeur, constant.

S'il s'agit au contraire d'une insuffisance tricuspidienne fonctionnelle par dilatation du ventricule droit, secondaire le plus souvent à une lésion mitrale, le souffle est doux, filé ; fréquemment il est à peine perceptible, c'est le murmure asystolique de Parrot. Ce souffle ne se propage ni vers l'aisselle gauche, ni vers le dos, ce qui permet facilement de le différencier d'un souffle systolique mitral. D'autre part, il est essentiellement transitoire et disparaît aussitôt que, sous l'influence du repos, de la digitale, la dilatation du cœur droit diminue ; le second bruit normal du cœur peut être plus éclatant à cause de l'élévation de la tension dans le système pulmonaire.

Examen des vaisseaux. — *Artères.* — Dans l'insuffisance tricuspidienne pure, le pouls radial est régulier, petit ; dans l'insuffisance secondaire à une lésion mitrale, le pouls est celui de l'asystolie.

Veines : pouls veineux de la jugulaire, pouls veineux hépatique. — Les renseignements fournis par l'examen des veines jugulaires, au cours de l'insuffisance tricuspidienne, ont une importance tout aussi grande que ceux fournis par l'examen des artères au cours de l'insuffisance aortique. L'interprétation des symptômes observés au niveau des jugulaires, tant à l'état normal que pathologique, a donné lieu à de nombreuses discussions. Potain et François Franck ont formulé à ce sujet les conclusions suivantes, aujourd'hui classiques.

Normalement, chez certains sujets, on observe, en dehors de toute altération cardiaque, un pouls veineux présentant trois soulèvements, le premier est dû à la réplétion de l'oreillette, le deuxième, brusque, à la contraction de l'oreillette, le troisième, brusque également, est provoqué par la systole ventriculaire.

En réalité il est exceptionnel d'observer, à l'état normal, ces pulsations, et le pouls veineux n'apparaît en réalité que lorsqu'il existe une gêne dans la déplétion veineuse ; il faut, avec Potain, distinguer deux variétés de pouls veineux : le faux pouls veineux et le pouls veineux vrai.

Le *faux pouls veineux* est produit par l'ondée sanguine rétrogradant de l'oreillette droite dans la veine cave supérieure, sous l'influence de la systole de l'oreillette ; il est présystolique ; il s'observe en cas d'hypertrophie de l'oreillette droite et est sans valeur pour le diagnostic de l'insuffisance tricuspidienne.

Le *pouls veineux vrai* est dû à une ondée sanguine refluant du ventricule droit dans l'oreillette, puis dans la veine cave et les jugulaires, à chaque systole ventriculaire ; il est donc systolique et soutenu pendant toute la durée de la systole (olosystolique) ; il est symptomatique de l'insuffisance tricuspidienne. Au premier degré de l'affection, la régurgitation ne dépasse pas le golfe de la jugulaire ; l'on observe alors seulement à ce niveau une pulsation brusque (pulsation du bulbe de Bamberger).

A la période d'état, on constate qu'à chaque battement de la radiale, la jugulaire se gonfle et est soulevée par une onde dirigée de bas en haut. Si l'on comprime la veine en son milieu, le gonflement augmente au-dessous. Si l'on vide la veine en la pressant de bas en haut, elle se remplit à nouveau.

Le pouls veineux jugulaire est plus accusé à droite qu'à gauche, en raison d'ailleurs de la disposition anatomique du tronc veineux brachio-céphalique gauche. Il est exceptionnel que le pouls veineux existe au niveau des veines des membres.

Il faut encore signaler un signe très important, le *reflux hépato-jugulaire*, obtenu en appuyant un peu fortement sur le foie, ce qui provoque un refoulement du sang dans les jugulaires. Telles sont les théories classiques du pouls veineux. A la suite des recherches de Mackenzie, recherches vulgarisées en France par Vaquez et ses élèves, il semble que l'interprétation du pouls veineux, telle qu'elle vient d'être exposée, ne soit point conforme à la réalité. Tout d'abord le pouls veineux physiologique présenterait, non pas trois contractions, mais deux ondes principales, séparées par deux dépressions ; le phlébogramme de la jugulaire offre en raccourci l'image de toute la contraction cardiaque : la première onde présente deux ondulations secondaires dues, l'une à la contraction de l'oreillette, l'autre à la brusque tension des valvules auriculo-ventriculaires ; d'après Bard, la deuxième onde présente également deux ondulations secondaires dues, l'une au ralentissement de la circulation veineuse vers la fin de la systole ventriculaire, l'autre à une stase relative au relèvement diastolique de la base du ventricule faisant saillie dans l'oreillette : les deux dépressions qui séparent les ondes principales correspondent, l'une, au remplissage de l'oreillette en diastole, l'autre, au flux veineux occasionné par le remplissage diastolique du ventricule.

Or, d'après Mackenzie et Bard, le pouls veineux de l'insuffisance tricuspidienne est essentiellement caractérisé par la disparition de la première des deux dépressions due au flux auriculaire qui concourt au remplissage de l'oreillette pendant la diastole. Il s'agit donc dans l'insuffisance tricuspidienne, d'un pouls veineux à gonflement systolique progressif et à collapsus diastolique brusque — il ne saurait en conséquence plus être question de pouls veineux faux et de pouls veineux vrai — correspondant le premier au pouls veineux présystolique, le second, au pouls veineux systolique. Il existe normalement un pouls veineux physiologique présentant les caractères que nous avons signalés ; quant au pouls veineux pathologique, il se caractérise simplement par la déformation et par l'exagération d'amplitude des ondulations habituelles du pouls veineux physiologique.

Signalons encore, parmi les recherches récentes, l'électrocardiographie, méthode d'investigation qui peut rendre des services au cours de l'insuffisance tricuspidienne, surtout pour permettre d'apprécier l'énergie du myocarde.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


Admis dans les Hôpitaux depuis 1906
E. VIEL & Cie
9 Rue Saint Paul PARIS
COMMUNICATIONS
Congrès int. Tuberculose
Pathologie : Paris et
Sté Khédiviale
POSOLOGIE
1° USAGE INTERNE
Injections intramusculaires (INDOLORES).
1 cent. tous les jours, dans les infections aigues.
1 cent. tous les deux jours dans la Tuberculose et les affections chroniques.
1 cent. en injection intraganglionnaire, dans les Adénopathies.
2 cent. en injection uréthrale dans la Blennorragie
2° USAGE EXTERNE
(CONTIENT 50% IODE).
Dix fois plus actif que la teinture d'iode, s'emploie de la même façon. N'irrite ni ne colore la peau.
L'IODÉOL possède outre l'action Catalytique et Antithermique des Colloïdes Électriques le pouvoir Anti Anaphylactique, Bactéricide et Antitoxique de l'Iode Métalloïdique. (Absence de Causticité et Toxicité. Pas d'Iodisme).
IODÉOL
IODE COLLOÏDAL
ÉLECTRO-CHIMIQUE
PUR & STABLE (Suspension huileuse)
EXEMPT de PEPTONES & de GLYCOGÈNE
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES
MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
PNEUMONIES
BRONCHO-PNEUMONIES,
CONGESTIONS PULMONAIRES.
TUBERCULOSE
PULMONAIRE,
GANGLIONNAIRE,
OSSEUSE,
LARYNGÉE, ETC.
MALADIES INFECTIEUSES
TYPHOÏDE
MÉNINGITES,
BLENNORRAGIE
GROUPE MOTEUR GÉNÉRATEUR

N° 67. — SAMEDI 14 JUIN 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 14 JUIN 1913. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 20 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Epreuve de titres.* — Première séance du 11 juin. — MM. Armand-Delille, 18 1/2 × 2 = 37; Troisier, 17 × 2 = 34; Baudoin, 18 1/2 × 2 = 37; Lande, 16 1/2 × 2 = 33; Bassal, 16 1/2 × 2 = 33.

Deuxième séance du 11 juin. — MM. Fernand Lévy, 16 1/2 × 2 = 33; Leuret, 18 × 2 = 36; Roubier, 17 × 2 = 34; Bonnamour, 18 × 2 = 36; Margarot, 16 1/2 × 2 = 33.

Première séance du 12 juin. — MM. Nové-Josserand, 17 × 2 = 34; Gillot, 19 × 2 = 38; Leclercq, 17 1/2 × 2 = 35; Mauriac, 18 × 2 = 36; Lortat Jacob, 19 × 2 = 38; Bénard, 18 × 2 = 36.

Deuxième séance du 12 juin. — MM. Laederich, 19 × 2 = 38; Chabrol, 18 1/2 × 2 = 37; Abrami, 18 1/2 × 2 = 37; Feuillé, 18 1/2 × 2 = 37; Cawadias, 15 × 2 = 30; Laroche, 18 × 2 = 36; Dupérié, 18 × 2 = 36; Sorel, 18 × 2 = 36.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Epreuve d'anatomie pathologique.* — Première séance du 11 juin. — MM. Gorse, 14; Alglave, 19; Duverger, 16; Cotte, 19; Ducuing, 19; Desmarets, 18 1/2; Rabère, 14; Bonnet, 18; Mocquot, 19; Etienne, 18; Küss, 16; Duroux, 20; Piquand, 16; Rives, 19; Mathieu, 18; Chalier, 19.

Deuxième séance du 11 juin. — *Epreuve de médecine opératoire.* — Duroux, 18; Alglave, 20; Küss, 18; Rabère, 16; Desmarets, 20; Piquand, 19; Gorse, 16; Bonnet, 17; Mathieu, 20; Cotte, 18; Rives, 15; Chalier, 17; Duvergey, 18; Mocquot, 20; Ducuing, 16; Etienne, 17.

Sont proposés pour les Facultés suivantes :

Bordeaux, M. Duvergey; Lyon, MM. Cotte et Duroux; Montpellier, M. Etienne; Toulouse, M. Piquand; Paris, MM. Alglave, Mocquot, Desmarets.

— SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Technique macroscopique.* — Séance du 11 juin. — MM. Savy, 20; Bériel, 19; Gellé, 18; Fairise, 18 1/2.

Ces points seront additionnés avec ceux donnés à l'épreuve microscopique et le total divisé par deux constituera le point attribué à l'épreuve technique.

Séance du 12 juin. — *Technique microscopique.* — MM. Savy, 20; Bériel, 19; Gellé, 18; Fairise, 17 1/2.

Les moyennes ressortant des deux parties de l'examen technique sont en conséquence les suivantes, pour MM. Savy, 20; Bériel, 19; Gellé, 18; Fairise, 18.

Sont proposés pour les Facultés suivantes :

Lille, M. Gellé; Lyon, M. Savy; Nancy, M. Fairise.

— SECTION DE PHARMACOLOGIE. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Florence : « Les incompatibilités pharmaceutiques. » — Note : 14.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par arrêté ministériel, M. Abadie (J.-L.-I.), docteur en médecine, est institué agrégé (section des maladies mentales) près la faculté mixte de médecine de Bordeaux.

Sont institués agrégés des facultés de médecine (section d'anatomie et embryologie), les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Picqué (R.-L.) et Delmas (J.-F.-M.).

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 12 juin. — MM. Hubac, 8 + 4 = 12; Boyer, 13 + 5 = 18; Doucet, 12 + 5 = 17.

LA LOI SUR LE REPOS DES FEMMES EN COUCHES. — La Chambre a voté définitivement jeudi la loi sur le repos des

RENSEIGNEMENTS

femmes en couches, en voici d'après *le Temps* les principales dispositions :

Les femmes en état de grossesse apparente pourront quitter le travail sans être exposées à une indemnité pour rupture de contrat de travail. Toute ouvrière, employée ou domestique travaillant chez autrui et privée de ressources, a droit à une allocation journalière pendant les quatre semaines qui précèdent et les quatre semaines qui suivent ses couches. Elle n'y a droit que si elle observe pour elle et pour son enfant tous les soins d'hygiène nécessaires. La mutualité maternelle pourra assurer le fonctionnement de la loi. La dépense étant évaluée à plusieurs millions, c'est la loi de finances qui fixera les voies et moyens destinés à assurer le fonctionnement de la loi.

Un projet de résolution de MM. le docteur Peyroux et Bonnevay a été également voté invitant le gouvernement à prévoir à la loi de finances de 1913 les ressources nécessaires pour étendre le bénéfice de la loi à toutes les ouvrières travaillant à domicile.

La Chambre a adopté ensuite une proposition de M. Engerand accordant aux ouvrières des établissements industriels, pendant un an, à compter du jour de la naissance de leur enfant, une heure par jour pour allaiter celui-ci. Cette heure sera prise sur les heures de travail sans diminution de salaire. Elle pourra être prise en deux demi-heures.

SOCIÉTÉ LAGOGUEY. — Dans une récente assemblée générale, a été votée une augmentation de la cotisation mensuelle portée à 12 francs au lieu de 10 francs.

Par suite d'une erreur de calcul, cette cotisation, notoirement insuffisante pour les avantages énormes qu'elle donnait aux sociétaires (3600 francs par an en cas de maladie chronique), n'avait pas permis d'atteindre la réserve mathématique indispensable pour assurer l'avenir. Grâce à ce léger relèvement et aux droits d'entrée proportionnels à l'âge qui seront désormais exigés, la Société est à même d'envisager l'avenir en toute confiance.

Nombre de sociétaires au 3 mai, 860 ; actif à la même date, 872 422 fr. 27 ; recettes annuelles, 135 015 fr. 04 ; indemnités versées aux sociétaires malades, 815 379 francs.

La Société Lagoguey donne 10 francs par jour d'indemnité : maladie ou accident, tant que dure l'incapacité d'exercer.

Cotisations : 12 francs par mois, plus un droit d'entrée proportionnel à l'âge.

Conditions : exercer dans le département de la Seine ; être Français ou naturalisé ; n'avoir pas quarante ans ; subir un examen médical.

Adresser les demandes au secrétaire général, docteur Thoumas, 99, rue de Belleville.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX. (Service du docteur JOSUÉ.) — Sous la direction du docteur Josué, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera le 23 juin 1913 et se poursuivra tout l'été un enseignement des maladies du cœur et des vaisseaux, ayant pour but d'exercer chaque élève en particulier à l'examen du malade et à la pratique du diagnostic.

Ces exercices cliniques (percussion, phonendoscopie, auscultation, sphygmomanométrie, etc.) se feront par série de 5 élèves. Ils auront lieu dans l'après-midi à partir de deux heures et demie et dureront un mois par série (12 leçons).

S'inscrire auprès de M. F. Belloir, interne du service.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE A LONDRES (6 au 12 août 1913). — La Société Thos Cook et fils a organisé pour les congressistes deux excursions spéciales permettant de séjourner à Londres pendant la durée du Congrès à des conditions exceptionnelles de bon marché, demander les renseignements au service des excursions accompagnées, place de l'Opéra, 1, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Paul Vergely (de Bordeaux).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *La route des Alpes* (*Evian-Thonon-Nice*). — Grand service d'auto-cars (1er juillet-15 septembre 1913).

Le service d'auto-cars de la route des Alpes, cette merveilleuse attraction touristique, va recommencer à fonctionner à partir du 1er juillet, jusqu'au 15 septembre prochain. Un nouvel itinéraire comporte, cette année, la visite de la Grande Chartreuse, qui constituera un attrait de plus, appelé à augmenter encore le succès de cette magnifique traversée des grands massifs des Alpes, au cours de laquelle le touriste effectuera plus de 500 kilomètres en automobile.

Pour tous renseignements, s'adresser aux gares, bureaux de ville et agences de voyages. Il est intéresant aussi, de consulter le petit guide P.-L.-M. des Alpes, édition 1913, élégante publication en vente dans les principales gares, bureaux de ville et agences de voyages et qui est envoyé franco sur demande, accompagnée de 0 fr. 50, adressée à la Compagnie P.-L.-M. (publicité), 20, boulevard Diderot, à Paris.

— *Guide P.-L.-M. des Alpes.* — La nouvelle édition du *Guide P.-L.-M. des Alpes* vient de paraître. Elle contient, outre de nombreuses illustrations en simili-gravure, neuf cartes en couleurs et un beau dépliant panoramique.

Le *Guide P.-L.-M. des Alpes* est en vente dans les bibliothèques des gares ; il est également adressé franco à toute personne qui en fait la demande, accompagnée de 0 fr. 50 en timbres-poste, au Service central de l'exploitation P.-L.-M. (publicité), 20, boulevard Diderot, à Paris.

LIVRES NOUVEAUX

A propos de la crémation (1), par Eugène FOURNIER.

Toutes les personnes, et elles sont légion, que hante la terreur d'être inhumées vivantes, liront avec intérêt la brochure de M. Eugène Fournier. Le sous-titre « mort réelle et mort apparente, constatation rapide et sûre de la mort réelle » explique en effet dans quel esprit et dans quel but ce travail a été écrit. On y trouvera d'ailleurs une abondante documentation relativement aux questions abordées.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 JUIN 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*, (1re et 2e séries).

Mardi 24 juin, à neuf heures du matin. — 1er, fin d'année, (chirurgien-dentiste, N. R., 1re, 2e et 3e séries).

A une heure. — 5e (chirurgie, 1re et 2e parties), *Hôtel-Dieu*. 2e (sages-femmes), *Clinique Tarnier*.

Mercredi 25 juin, à neuf heures du matin. — 1er, fin d'année, (chirurgien-dentiste, N. R., 1re et 2e séries).

A une heure. — 1er (oral).

3e (oral, 2e partie).

1er (sages-femmes, 1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 26 juin, à neuf heures du matin. — 1er, fin d'année, (chirurgien-dentiste, N. R., 1re et 2e séries).

A une heure. — 1er (oral).

4e.

1er (sages-femmes, 1re 2e séries).

Vendredi 27 juin, à neuf heures du matin. — 2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque*.

A une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*, (1re et 2e séries).

Samedi 28 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon*, (1re et 2e séries).

2e (sages-femmes), *Beaujon*.

(1) Une brochure de 96 pages. — Paris, Vigot frères.

REVUE GÉNÉRALE

MALADIE DE HODGKIN

LYMPHOGRANULOMATOSE

Par G. LACRONIQUE,
Médecin aide-major au Val-de-Grâce.

Si depuis longtemps le terme de maladie de Hodgkin ne désigne qu'un syndrome morbide auquel on a préféré, et à forte raison, en France du moins, celui d'adénie de Trousseau, on a tenté de l'individualiser à l'étranger surtout en lui assignant un cadre clinique aussi solide que possible et appuyé sur une base histologique définie. Il est en effet peu de tissus qui aient bénéficié autant des recherches histopathologiques récentes que le tissu hématopoïétique en général et plus particulièrement lymphatique ou lymphoïde. Grâce à elles, la question des affections primitives et généralisables du système lymphatique, commence à sortir de l'obscurité et de l'incertitude où elle est demeurée si longtemps.

S'il est encore difficile de donner à ces affections une classification étiologique certaine, du moins est-il permis de les classer suivant leur structure microscopique, bien évidemment transitoire, mais seule acceptable en l'état actuel de nos connaissances.

C'est ce que l'exposé suivant tend à démontrer.

I

Historique. — C'est à Hodgkin en 1832, qu'on doit la première description d'un type clinique caractérisé avant tout par une hypertrophie générale des ganglions, une tuméfaction de la rate et une cachexie progressive. Cet auteur en rapporte sept observations qui toutes ne répondent pas à la même affection, selon la conception moderne, mais dont deux ou trois peuvent être considérées comme appartenant nettement à la forme spéciale qui nous occupe, les autres étant vraisemblablement des cas de leucémie lymphoïde et peut-être de tuberculose ganglionnaire.

En 1845, un nouveau pas est fait dans la différenciation des hypertrophies ganglionnaires par la découverte simultanée par John-Hugues Bennet et par Virchow de la « leucocythémie » du premier et de la « leucémie » du second. Cette découverte établissait d'une façon définitive l'existence des adénopathies avec état leucémique du sang et leur séparation de toutes celles qui ne s'accompagnaient pas de la même altération sanguine et qui étaient jusqu'alors comprises dans la description de Hodgkin.

En 1856, Wilks revient sur cette description, en la désignant d'abord sous le terme « d'anémie cachectique lymphatique », puis en la consacrant sous le nom de « Morbus Hodgkin ».

Bonfils, la même année, décrit sous le nom de « cachexie sans leucémie » une observation qui représente la première description incontestable de lymphadénie aleucémique.

La confusion, jusque-là complète entre toutes les adénopathies non leucémiques, se poursuit longtemps encore et ne fait pour ainsi dire que grandir. Vunderlich, en 1858, observe une « hyperplasie progressive multiple de ganglions lymphatiques », sans augmentation du nombre des globules blancs et menant à la mort plus rapidement que dans la leucémie vraie. Murchinson, Rindfleisch, Griesinger en rapportent des observations. Virchow, en 1864, introduit le terme de « lymphosarcome ». Trousseau, en 1866, décrit son « adénie », dont il donne un tableau clinique qui demeure encore aujourd'hui comme un chef-d'œuvre descriptif.

Mais déjà en 1865. Cohnheim avait créé le terme de « pseudo-leucémie », terme qu'avec précision il appliquait à toute affection offrant l'aspect clinique et l'allure de la leucémie, sans les altérations *sanguines* caractéristiques de cette dernière. Mais, dans les années qui suivent, ce terme perd de sa précision et la confusion se fait de plus en plus grande dans le groupe des adénopathies multiples non leucémiques. Dans cette confusion, trois tendances se manifestent assez nettement pour expliquer la lymphadénie aleucémique ou pseudo-leucémie de Conheim.

On la considère d'abord comme un état néoplasique, d'où le terme de « lymphosarcome malin » dû à Langhans (1872). Déjà en 1869, Billroth l'avait décrite sous le nom « lymphome malin ».

Peuvent être considérés comme synonymes les termes de « desmoïdcarcinome » de Schultz (1874), de « lymphomatose multiple » de Korach (1881), de « lymphadénome aleucémique malin » de Horth (1887), de « lymphome ganglionnaire anémique » de Lancereaux.

Puis on tend à en faire une maladie infectieuse à étiologie diverse. Il semble que Murchinson, Greenfeld aient déjà soupçonné cette étiologie. Bard en France soutient cette idée et inspire la thèse de Guillermet en 1892 ; Delbet s'appuie pour défendre cette conception de l' « origine infectieuse du lymphadénome » sur des faits d'ordre clinique, anatomique, et surtout bactériologique, conception à laquelle l'anatomie comparée vient encore fournir des arguments par la connaissance que nous avons de la fréquence de la lymphadénie chez divers animaux. Les recherches nombreuses faites dans cet ordre d'idées ont du reste conduit à la découverte de divers microbes souvent même des agents nombreux et indéterminés.

Reste enfin la thèse de la tuberculose. Billroth a posé la question de la nature tuberculeuse de son lymphome malin. Weigert, en 1884, découvrit le premier dans plusieurs cas de pseudo-leucémie « des bacilles ressemblant aux bacilles tuberculeux ». Askanazy, en 1888, décrit le lymphome tuberculeux. Puis viennent les travaux de Sabrazès et la thèse de son élève Duclion (Bordeaux 1897) qui décrit à côté du lymphosarcome une « tuberculose hypertrophiante méconnue des ganglions lymphatiques ». Sternberg fait alors paraître un important travail sorti du laboratoire de Paltauf et qui a pour titre : « Sur une tuberculose spéciale du système lympha-

tique évoluant sous le masque de la pseudo-leucémie ». dans lequel il décrit une modalité réactionnelle spéciale du tissu lymphoïde, modalité très différente de celle qu'on connaissait dans la leucémie et la pseudo-leucémie au sens de Cohnheim (1898).

Enfin en 1899, P. Gourmont, L. Tixier et Bonnet, relatent une observation de tuberculose généralisée et viscérale (splénique en particulier). Dans ce mémoire, ces auteurs séparent leur cas de ceux de Sabrazès et Duclion où les ganglions étaient seuls intéressés et ils critiquent les données de Sternberg et spécialement la signification que ce dernier donne aux cellules géantes multinucléées qu'il décrit pour la première fois.

Paltauf et Sternberg, continuant leurs travaux et comparant les altérations histologiques du tissu lymphoïde qu'ils avaient décrites à celles qui existent dans le tissu dit de granulation, proposèrent la dénomination de « granulomatose » ou de « lymphogranulomatose ». Ces recherches sont confirmées par Benda, qui propose à son tour le terme de « granulome malin » et par de nombreux auteurs, parmi lesquels Aschoff, Clarke, Andrews, Reed, Longcope, Simmond, Yamasaki, Warnecke. Tous ne sont pas d'accord sur la notion étiologique ; Sternberg lui-même revient en 1909 sur son assertion première ; mais tous acceptent l'individualisation de cette réaction histologique du tissu ganglionnaire et plus généralement même lymphoïde, et sa séparation du processus tuberculeux proprement dit, c'est-à-dire avec formation des follicules tuberculeux.

Les recherches, d'abord dirigées par les auteurs précités dans le sens histopathologique, le sont ensuite dans le sens clinique. Le rapprochement s'impose à l'esprit de Schur, Nægeli, Lehndorff, Ziegler, Meyer, etc., avec l'affection décrite en 1832 par Hodgkin. D'où le nom de « maladie de Hodgkin » donné à l'ensemble morbide.

« *Granulomatose* » et « *maladie de Hodgkin* » deviennent dès lors synonymes, l'un exprimant l'anatomie pathologique, l'autre la symptomatologie et l'allure cliniques de la même maladie. Leur association est souvent faite dans la littérature médicale, surtout par les auteurs allemands, sous la dénomination de *granulomatose maligne de Hodgkin*.

En France, on demeure à la notion d'adénie ou de lymphadénie de nature infectieuse, souvent tuberculeuse, soit ganglionnaire, soit splénique, soit généralisée. Citons les mémoires de Rendu et Widal, de Berger et Bezançon, de Delbet, de Tolot, de Rispal (1906), de Weil et Lesieur (1907), de Gougerot (1908), de Roques (1911). Toutefois, si le terme de granulomatose, ni celui de maladie de Hodgkin ne sont prononcés, la lésion histologique qui y correspond commence à être connue. On la trouve dans les cas de Widal et Lesné (1899), de Waquez et Ribierre (1900), de Bezançon et Clerc (1899) que Bezançon rapporte dans le *Manuel d'histologie pathologique* de Cornil et Ranvier sous le nom de « lymphadénome métatypique ». Rappelons encore le cas de granulome de la lèvre chez un cheval de Sabrazès et Lafon (1908). Enfin le terme et la notion de la granulomatose entrent peu à peu dans notre littérature, grâce aux descriptions qu'ont consacrées Clerc, Rieux, dans des revues récentes.

Ainsi donc, l'individualisation de la « granulomatose de Hodgkin » se fait chaque jour plus nette et l'on peut dire qu'elle a acquis aujourd'hui une place à part au milieu du groupe des lymphadénies ou adénies ou pseudoleucémies. C'est ce qui résulte des nombreux travaux dont elle a fait l'objet ces temps derniers, à l'étranger surtout. Ainsi les monographies de E. Fabian, de K. Ziegler.

II

Symptomatologie. — Les symptômes cliniques de la lymphogranulomatose ou maladie de Hodgkin sont ceux d'une pseudo-leucémie, mais avec quelques caractères qui lui sont propres et permettent déjà de la soupçonner, sinon de l'affirmer d'emblée.

1° ALLURE CLINIQUE GÉNÉRALE. — Elle se présente sous deux phases assez nettement séparées, l'une de début où l'affection est localisée, l'autre de généralisation et d'extension ; ces deux stades correspondent aux deux périodes d'évolution du syndrome clinique que constitue l'adénie de Trousseau.

a. *Période de début.* — L'attention est tout d'abord attirée par l'hypertrophie généralement lente, rarement rapide, d'un ganglion ou d'un groupe ganglionnaire. Dans la majorité des cas ce sont les ganglions latéraux du cou qui sont les premiers atteints, le plus souvent d'un seul côté ; par ordre de fréquence viennent ensuite les ganglions angulo-maxillaires et les axillaires, puis le groupe sus-claviculaire. Mais le début peut se faire, quoique plus rarement, par les ganglions inguinaux, médiastinaux, les ganglions de la nuque, le thymus ou son reliquat, les ganglions rétro-péritonéaux. La petite tuméfaction ganglionnaire est dure, indolente, roulant sous le doigt ; quelquefois au contraire sa consistance est assez molle, surtout au début. Bientôt, de nouveaux ganglions se prennent ; ils forment un chapelet le long du cou, ou tout un amas en pléiade dans le creux sus-claviculaire, axillaire ou au pli inguinal. A cette période, les troubles subjectifs font absolument défaut ; cependant, sans même qu'aucune tuméfaction soit perceptible du côté du système ganglionnaire superficiel, des accidents cutanés peuvent survenir (dans 12 p. 100 des cas), sous la forme d'un prurit plus ou moins généralisé et intense, ou d'une éruption eczématiforme. Ces accidents sont passagers et disparaissent plus ou moins rapidement ; ils revêtent, s'ils surviennent avant toute tuméfaction ganglionnaire, la signification de véritables prodromes. Ce sont encore parfois quelques troubles respiratoires ou digestifs, plus rarement une atteinte du côté des organes des sens. Cette symptomatologie fruste et localisée peut durer assez longtemps, des années, disparaître même, constituant ainsi une véritable période de latence ; puis une rechute survient à évolution généralement rapide.

b. *Période d'extension et de généralisation.* — Peu à peu les tumeurs déjà existantes augmentent de volume, de nouvelles apparaissent dans le voisinage

des premières. L'envahissement se fait d'un groupe ganglionnaire à l'autre ; d'unilatérale au niveau du cou, la tuméfaction devient bilatérale, puis elle gagne les ganglions sous-maxillaires, nucaux, sus-claviculaires, axillaires, le médiastin, les groupes profonds et les ganglions inguinaux. Le système ganglionnaire est alors complètement atteint ; l'extension gagne les autres organes, en particulier la rate ainsi que le foie qui s'hypertrophient. Des symptômes de compression des organes profonds apparaissent dus au développement des masses ganglionnaires à leur voisinage.

Marchant de pair avec la multiplication et l'augmentation des tuméfactions ganglionnaires, l'atteinte de l'état général se manifeste. Alors que la santé du malade était restée satisfaisante, souvent même en apparence florissante, pendant la première période de la maladie, les forces maintenant diminuent ; l'amaigrissement survient, plus ou moins marqué ; la peau et les muqueuses se décolorent ; la fièvre s'allume, des œdèmes se développent au niveau des extrémités, de la face, du thorax ; l'ascite enfin apparaît. Le malade est confiné au lit, de fortes transpirations l'affaiblissent encore plus, coïncidant souvent avec des crises douloureuses généralisées, une exacerbation thermique et une profonde torpeur remplacée quelquefois par des phénomènes d'excitation. Mais brusquement une véritable rémission peut intervenir, l'état général se relève, les forces reparaissent, les symptômes s'amendent, les tumeurs ganglionnaires peuvent même rétrocéder en partie ; ce n'est qu'un repos de courte durée, une nouvelle poussée survient du côté des ganglions, la généralisation s'étend, la fièvre reparaît, l'amaigrissement et la perte des forces recommencent. La peau devient jaunâtre, sèche, elle s'atrophie ; des éruptions prurigineuses éclatent, les cheveux tombent. Peu à peu le malade s'éteint dans un état de consomption avancé, auquel s'ajoute toute la symptomatologie des troubles de compression ; à moins qu'une infection intercurrente ne survienne et termine rapidement la scène.

2° ETAT DE LA TEMPÉRATURE. — La marche de la température a été bien étudiée, surtout ces temps derniers par Musser, Shaw, Falkenkein. Reed et Grawitz la considèrent comme une importante caractéristique de la maladie. Au début, la fièvre fait presque toujours défaut, surtout dans les formes localisées, et cela pendant des mois et même des années, pour n'apparaître que dans les derniers temps qui précèdent la mort. Au point de vue de sa forme, déjà Gowers en 1879 avait décrit trois types distincts dans la maladie de Hodgkin, les types continu, intermittent et rémittent, abstraction faite des cas, relativement rares, apyrétiques, signalés autrefois par Wunderlich et Cohnheim, et qui sont loin d'être certains.

Des trois types, continu, récurrent et rémittent à grandes oscillations que les auteurs récents décrivent, le plus fréquemment observé et le plus caractéristique est le type récurrent. Ziegler l'a rencontré 12 fois sur 40 cas, Fabian 30 fois sur 60. Pel et Ebstein avaient même voulu considérer ce type fébrile comme caractérisant à lui seul une forme spéciale de la maladie, à laquelle ils ont donné le nom de « fièvre récurrente chronique ». Cette appellation ne peut subsister.

Ce genre de fièvre débute de façon variable. Quelquefois elle s'installe brusquement avec frisson et transpiration abondante, elle persiste pendant plusieurs jours en plateau plus ou moins régulier ou sous forme de petites oscillations, pour ensuite retomber à la normale, soit brusquement, soit en lysis. Parfois même, quand le maximum a été très élevé, la température retombe au-dessous de 36 degrés pour y persister plusieurs jours. D'autres fois, au contraire, elle n'atteint son acmé qu'après une lente ascension, s'y maintient pendant un temps assez variable, et revient à la normale progressivement pour recommencer, après une période d'apyrexie, une nouvelle ascension lente.

Il faut bien savoir cependant que la fièvre dans la maladie de Hodgkin n'a rien de constant et qu'à côté de ces types existent parfois des formes irrégulières ou intermittentes ou des mélanges et des successions de tous ces types fébriles.

3° ETAT DU SANG. — Il fut l'objet de recherches nombreuses, surtout de la part de Paltauf, Sternberg, Fabian, Nægeli, Grawitz, Gütig, Ziegler, etc. Il se caractérise par deux sortes de signes : d'une part de l'anémie, et des modifications leucocytaires d'autre part.

a. L'ANÉMIE est de moyenne intensité ; elle est le plus souvent secondaire, en rapport avec la cachexie. Elle se traduit par une hypoglobulie modérée, sans grande altération globulaire, sauf dans les états graves. En dehors de l'anémie il convient de signaler de la microcytose, de la poïkylocytose, des granulations basophiles, de la polychromatophilie. Il peut se produire des hémorragies, rares il est vrai.

b. Mais c'est surtout la FORMULE LEUCOCYTAIRE qui est intéressante. En règle générale, on peut dire que la granulomatose se caractérise essentiellement par une *leucocytose polynucléaire neutrophile* de moyenne intensité. Parfois cette hyperleucocytose peut être exagérée de 30, 40 et même 50.000 globules blancs par millimètre cube, comme cela se rencontre dans les observations de Nægeli, Schur, Westphal, Hitschmann et Stross, Eichhorst, etc. Reed la considère comme étant en rapport avec une infection aiguë surajoutée, Nægeli la trouve surtout dans les poussées fébriles intercurrentes, qui peuvent du reste en être considérées comme la signature. Quelques auteurs ont trouvé de la leucopénie, qui se rencontrerait de préférence lors des localisations de l'affection aux groupes ganglionnaires profonds, dans lesquels l'anémie est intense (Nægeli, Baümler).

Une des particularités les plus nettes de la formule sanguine, c'est l'existence presque constante de l'*éosinophilie*, que tous les auteurs signalent, mais qui peut être très variable et même atteindre jusqu'à 28 p. 100 (Ziegler) ; sur 15 cas de cet auteur, elle ne manquait que quatre fois. Il faut rapprocher cette éosinophilie de celle qui existe, souvent très

intense, au niveau des lésions granulomateuses des ganglions et des divers tissus. Leurs variations seraient parallèles. Le plus souvent, en effet, quand ces éléments font défaut au niveau des lésions, le sang s'en montre aussi très pauvre. Cette réaction oxyphile semble être en rapport inverse avec la neutrophilie et suivre, ici aussi, la loi de chronicité et de l'état morbide atténué; c'est ainsi qu'au moment des poussées fébriles, dues à une infection aiguë surajoutée, la leucocytose neutrophile s'exagère très nettement et que les éosinophiles disparaissent presque complètement pour réapparaître avec la chute de la température. Les *mastzellen* accompagnent souvent l'éosinophilie, surtout dans les cas chroniques.

Enfin, les *lymphocytes* sont généralement peu abondants, les *gros mononucléaires* augmentés de nombre (10 à 20 p. 100).

4° Système lymphatique. — La forme la plus commune de la granulomatose est celle qui intéresse le système ganglionnaire. Suivant le siège prépondérant du processus granulomateux, on peut opposer deux groupes principaux : d'une part la localisation du système périphérique, dans lequel on peut compter le médiastin, et d'autre part la localisation aux groupes rétropéritonéaux le long de la colonne vertébrale. L'hypertrophie ganglionnaire débute généralement par un groupe de ganglions, très souvent dans la région cervicale. Quand l'extension et la généralisation surviennent les ganglions se tuméfient progressivement ou par poussées brusques et violentes, ce qui contribue à donner à cette symptomatologie un caractère assez particulier. La fièvre est alors très élevée ou survient par accès récurrents. Les ganglions isolés se réunissent les uns aux autres, puis, avec la chute de la température, ces tuméfactions ganglionnaires régressent en partie, en même temps que tous les phénomènes généraux s'amendent, qu'une véritable résurrection du malade s'opère, avec retour de l'appétit, euphorie et engraissement.

Conglomérées entre elles, les masses ganglionnaires constituent des tuméfactions souvent énormes et même monstrueuses, défigurant complètement le malade, quand elles siègent au niveau du cou et de la face. Leur description, toujours classique, se trouve dans le tableau si saisissant que Trousseau a brossé de son adénie. La peau qui recouvre ces tumeurs est toujours intacte, souvent marbrée de veines volumineuses ou de cordons lymphatiques ectasiés, dus à la stagnation de la lymphe, elle n'est presque *jamais adhérente aux ganglions sous-jacents*, sans signe d'inflammation, sans ulcération ultérieure, sauf cependant dans des cas à évolution maligne, où il y a alors association des deux processus granulomateux et sarcomateux, ou transformation du premier dans le second ; tels les cas rapportés par Ziegler, Yamasaki, Wætzold, V. Mullern et Grosmann.

Ces masses ganglionnaires sont indolentes, sauf au moment des poussées aiguës de généralisation. Elles récidivent après les interventions chirurgicales, mais *ne subissent jamais de fonte suppurative*.

En dehors des ganglions, mais faisant partie du système lymphatique, il convient de signaler la *splénomégalie* (65 p. 100 des cas), l'hyperthrophie du *thymus* fréquemment intéressé surtout chez les jeunes sujets.

5° Autres appareils. — Il y a peu à dire des autres appareils. Au cœur, des signes d'asthénie cardiaque, parfois de la péricardite avec épanchement. A l'appareil respiratoire, des phénomènes en rapport avec l'hypertrophie des ganglions médiastinaux, plus souvent de la tuberculose, des pleurésies dues à des infections secondes. Au tube digestif, signalons des *crises diarrhéiques* coïncidant souvent avec du prurit ou une éruption cutanée et s'accompagnant d'une fièvre élevée. C'est alors que l'état général périclite, que l'évolution s'accélère. Il existe parfois de l'ascite.

Le foie est touché dans 61 p. 100 des cas ; sa consistance est dure ; rarement il est douloureux, parfois il est parsemé de noyaux perceptibles à sa surface ; son hypertrophie s'accompagne presque toujours de splénomégalie qui est en général prédominante. Yamasaki a rapporté cependant un cas où le foie était intéressé, tandis que la rate était indemne. L'ictère survient par compression au niveau du hile par une masse ganglionnaire. A l'appareil urinaire on relève de l'albuminurie, soit légère, soit forte et entraînant l'urémie. Au système nerveux, la symptomatologie varie selon la localisation ; l'asthénie psychique est généralement marquée.

Enfin, la peau est le siège d'un prurit intense qui, d'abord léger, augmente avec les troubles gastro-intestinaux et constitue une des particularités vraiment intéressantes de cette affection : c'est le *prurigo lymphadénique* de Dubreuilh. Outre ce prurit particulier surviennent encore des éruptions diverses, maculeuses ou papuleuses, à contenu louche, ce sont les exanthèmes prurigineux, avec pigmentation, souvent très prononcée, de la peau, chute des cheveux et des poils, de l'exanthème eczématiforme, de l'érythrodermie diffuse ou exfoliatrice. Mais ce qui est spécial à la lymphogranulomatose ce sont des tumeurs plus ou moins volumineuses, cutanées ou non cutanées, aplaties ou noueuses, pouvant même parfois aller jusqu'à l'ulcération ; ce sont encore des infiltrations cutanées, grosses comme la paume de la main, des nodosités au niveau des seins, de la muqueuse labiale et palatine, qui constituent un tableau symptomatique tout particulier et que Grosz décrivit, en 1906, sous le titre de « Au sujet d'une affection cutanée non encore décrite » et qu'il appela *lymphogranulomatosis cutis*. Au niveau de ces tuméfactions sous-cutanées plus ou moins diffuses, on retrouve une structure histologique absolument analogue au tissu de granulation des ganglions lymphatiques. Depuis, des observations analogues ont été rapportées par Hecht, Nobl, Brunnsgard, Ziegler, etc.

6° Evolution. — L'évolution de la maladie de Hodgkin est celle d'une maladie chronique conduisant à la mort au bout d'un temps assez variable, mais dont on peut fixer la moyenne à un ou deux ans ; on a signalé des cas ayant duré beaucoup plus longtemps, de même que des cas suraigus entraînant la mort en quelques semaines, parfois aussi elle

peut évoluer par poussées avec rémission de plus ou moins longue durée. La terminaison se fait habituellement dans la cachexie et le marasme, à moins qu'une complication ne survienne et n'enlève plus tôt le malade; ce peut être une infection pulmonaire, abdominale, néphrétique, c'est souvent la tuberculose.

7° FORMES CLINIQUES. — Ziegler décrit à la maladie de Hodgkin trois formes cliniques :

1° Une *forme généralisée* répondant à l'adénie telle que l'a magistralement décrit Trousseau. Avec ou sans prodromes cutanés et intestinaux le système ganglionnaire est progressivement et rapidement envahi. Partout ce ne sont que tuméfactions volumineuses, bouleversant l'aspect de la figure et du cou, d'énormes paquets dans les aisselles, les plis inguinaux, la région fémorale ; la palpation de l'abdomen et la percussion sternale indiquent de grosses tumeurs profondes. La rate et le foie sont augmentés de volume. L'état général périclite peu à peu, avec éruption prurigineuse, pigmentation sur une peau anémique, puis survient la fièvre, avec cachexie progressive.

2° Une *forme localisée* qui varie selon les localisations elles-mêmes. Ainsi se présentent : une localisation à un groupe ganglionnaire superficiel ; une localisation médiastinale, facilement confondue avec le syndrome de Kundrat ; une localisation rétropéritonéale qui peut donner le change pour une dothiénentérie.

3° Une *forme aiguë*. En quelques semaines, toutes les étapes de la généralisation sont franchies. Beitzke signale une mort en quatre semaines, Hirschfeld et Isaac, en six semaines; des cas analogues ont été rapportés par P. Weber, Andrewes, Warrington, Clarke.

Enfin K. Ziegler décrit encore à la granulomatose une *forme splénomégalique* et une *forme ostéopériostique*. Il est vrai que l'on peut rencontrer des lésions granulomateuses typiques dans des cas de splénomégalie primitive réalisant alors le type de la maladie de Banti, ou bien celui de l'anémie splénique, mais c'est chose fort rare et ces cas demandent une étude plus approfondie.

Quant à la forme ostéopériostique, elle est d'une rareté plus grande encore et les cas que Ziegler rapporte sont douteux. Il est un fait certain, c'est l'extrême ressemblance histologique de ces cas avec les myélomes multiples des os.

Enfin il semble bien, et c'est l'opinion de Pappenheim, que la *maladie de Mikulicz* d'une part et le *mycosis fongoïde* d'autre part, considérés jusqu'ici comme des localisations spéciales de la pseudo-leucémie lymphatique, doivent revenir au processus granulomateux ainsi qu'en témoigne l'examen histologique des tumeurs sous-cutanées et des ganglions dans le mycosis fongoïde et l'infiltration histologique périglandulaire dans la maladie de Mikulicz.

III

Anatomie pathologique. — La granulomatose est avant tout une affection du système lymphatique et en particulier de ses ganglions. Ce sont tantôt les ganglions de la périphérie, cou, aisselles, aines, etc., qui sont atteints ; tantôt aussi, les ganglions profonds, rétro-péritonéaux et médiastinaux ; tantôt enfin tous les ganglions de l'organisme. Les autres formations lymphoïdes du corps peuvent être touchées au même titre que les ganglions lymphatiques : système lymphoïde du tube digestif, thymus à sa période lymphoïde, c'est-à-dire chez les jeunes sujets, et, beaucoup plus rarement, les amygdales.

En dehors du système lymphatique en général, on peut dire que le processus granulomateux peut toucher tous les organes et tous les tissus, pour peu qu'il manifeste sa tendance, parfois très marquée, à la généralisation. Dans ce cas ce sont d'abord les organes sanguino-formateurs, rate et moelle osseuse, qui sont touchés, puis le foie et le poumon ; plus rarement le rein, le pancréas, les surrénales (Frænkel et Much, Yamasaki), les ovaires, les testicules, le corps thyroïde, la glande mammaire, le cœur peuvent être envahis par des noyaux secondaires ainsi que les séreuses, la plèvre, le péricarde, le péritoine, la dure-mère et même, par propagation de voisinage, la peau.

Le tissu musculaire n'est pas toujours épargné. Très exceptionnellement enfin, on a signalé quelques atteintes de l'œsophage, du cordon spermatique, de l'uretère, de la trachée.

Macroscopiquement, les tuméfactions ganglionnaires apparaissent soit isolées les unes des autres, de grosseur variable, formant chapelet ou pléiade autour d'une autre plus volumineuse, soit au contraire formées de noyaux réunis en une masse mamelonnée ; elles sont généralement indépendantes au milieu du tissu cellulo-adipeux qui les entoure, à la manière des masses lymphadénomateuses ; mais parfois aussi, quand la tendance extensive, c'est-à-dire maligne, se manifeste, elles envahissent les tissus et organes de voisinage, les pénètrent et leur adhèrent intimement : tissu conjonctif, muscles, os, trachée. L'allure rappelle alors celle du lymphosarcome.

Il est très rare de ne trouver à l'autopsie qu'une tumeur localisée dans un ganglion ou un groupe ganglionnaire, cependant on a observé du côté du médiastin ou des petits ganglions périphériques, groupe cubital par exemple, une localisation circonscrite ; Schottelius, V. Schroetter, Steven, Weber et Ledingham en ont signalé des cas. De même Hofbauer pour la rate.

Les ganglions hypertrophiés présentent une coloration généralement blanchâtre, lardacée, assez souvent aussi rosée, plus rarement jaunâtre ; Benda, Ziegler, Fabian ont signalé une coloration verdâtre rappelant celle du chlorome leucémique. Cette surface de section est tantôt lisse, tantôt grenue, le plus souvent sèche, quelquefois humide, « chair de poisson ».

A l'œil nu on peut reconnaître la limite des différents ganglions ayant participé à l'édification de la tumeur, et dans les noyaux isolés des travées plus denses et plus dures du tissu conjonctif blanchâtre circonscrivant des îlots de tissu d'un rose grisâtre.

Souvent enfin on remarque, sur les surfaces de section de petits îlots jaunâtres de nécrose, assez fluide ou même complètement sèche, ressemblant à du caséum, de la dimension d'une tête d'épingle ou beaucoup plus étendus dans les grosses tumeurs de date ancienne.

Dans les différents organes, les foyers de métastase peuvent avoir les aspects et les dimensions les plus divers ; ce sont, soit de petits points isolés gros comme des grains de mil ou des lentilles, soit des masses volumineuses. Les organes tels que foie, rate, poumons, reins, apparaissent alors sur une coupe comme truffés, c'est cet aspect un peu particulier qui a fait donner à la rate la désignation de « rate porphyre » par les auteurs allemands ; « les noyaux tumoraux simulant les îlots de quartz et de feldspath » Benda.

Enfin ajoutons qu'à côté de ces lésions macroscopiques qui présentent une unité, une similitude d'aspect incontestable et qui se rencontrent seules dans beaucoup d'autopsies on trouve souvent des lésions tuberculeuses surajoutées.

Avec l'*histologie pathologique* nous entrons plus profondément encore dans la caractéristique de la granulomatose ganglionnaire. Le ganglion lymphatique est le siège d'une hypertrophie marquée. La capsule est épaissie et faite d'un tissu fibreux parfois très dense, parfois au contraire fin et délié, dessinant dans tous les cas un clivage à disposition concentrique autour du tissu lymphoïde ; dans l'intervalle des bandes fibreuses se remarquent des cellules abondantes, surtout au voisinage du tissu lymphoïde et faites des mêmes éléments que ce tissu : cellules lymphoïdes et cellules conjonctives. De la capsule partent dans la direction du centre du ganglion des travées fibreuses plus ou moins épaisses et denses, ou fines et déliées, qui divisent le tissu central en un certain nombre de loges, à la manière, si l'on veut, du ganglion normal, mais d'une façon plus grossière.

Le tissu lymphoïde inclus dans ces tractus fibreux se reconnaît aux éléments lymphocytaires qui y abondent encore. Mais il ne reste plus rien de son ordonnancement normal. Plus de système de follicules, de cordons ou de nappes folliculaires ; plus de sinus caverneux ou périfolliculaire. L'ensemble apparaît, à un faible grossissement surtout, comme une nappe uniforme, remplissant l'intervalle des tractus fibreux et montrant seulement comme éléments différents des coupes transversales ou obliques de vaisseaux artériels un peu épaissis et plus abondants que normalement.

A un fort grossissement on peut faire l'analyse des cellules qui composent ces nappes uniformes et le polymorphisme cellulaire apparaît nettement. D'abondants lymphocytes d'abord, surtout au début de la maladie, diffusant partout, reconnaissables à leur dimension, à leur noyau riche en chromatine dense et à leur mince protoplasma périnucléaire. Çà et là, attirant le regard par leur dimension, des cellules volumineuses, à protoplasma assez abondant, à noyau rond ovale régulier ou, au contraire, irrégulier paraissant multiple et boudiné. Cet aspect du noyau les a fait comparer à tort aux mégacaryocytes, ce qui peut prêter à confusion ; en effet, ces cellules répondent, selon toute vraisemblance, à un état réactionnel ou dégénératif des cellules connectives de soutien et des endothéliums du ganglion. Ce sont elles que les auteurs étrangers désignent communément sous le nom de « cellules géantes type Sternberg », ou encore, quoique le terme nous paraisse assez impropre, « cellules de Hodgkin ». A côté de ces cellules on en trouve d'autres assez grandes, mais inférieures aux précédentes, rappelant des lymphocytes de grande taille à protoplasma mince, à noyau gonflé, clair, pauvre en chromatine et nettement nucléolé. Plus nombreuses que les précédentes, des cellules leucocytaires à grains éosinophiles, neutrophiles et même basophiles (mastzellen). Les cellules à grains éosinophiles attirent davantage l'attention à cause de leur forte proportion et de la netteté des granulations ; celles-ci semblent par endroits essaimer de véritables zones ; les leucocytes éosinophiles sont mono ou binucléés ; on les trouve surtout à la périphérie, près de la capsule, dans celle-ci même, constituant de véritables nids ou îlots. Ajoutons aussi, quoique moins nombreuses, des plasmazellen, des cellules connectives fixes. Enfin on peut trouver des figures de karyokynèse.

Ce stade appelé par Longcope « stade cellulaire » n'est que momentané. Peu à peu les éléments fibreux envahissent toute la zone d'hyperplasie cellulaire et l'étouffent. Le « stade fibreux » qui succède se caractérise alors par une zone à peu près uniforme de tissu conjonctif mûr au milieu duquel on retrouve des îlots plus ou moins abondants de lymphocytes, de grandes cellules à noyau multilobées et libres, de plasmazellen.

Il existe parfois de petits foyers de nécrose. Cette nécrose n'offre par elle-même rien qui la distingue de la nécrose de coagulation en général. Elle ne présente pas le caractère massif de la tuberculose ou de la gomme. Elle se distingue encore par les formations cellulaires qui l'entourent et qui sont celles que nous avons précédemment décrites. Il n'existe pas en tout cas autour d'elle de follicules tuberculeux et par conséquent pas de cellules géantes du type Langhans.

Telle est l'allure histologique habituelle, ajoutons que cette description s'applique non seulement aux foyers ganglionnaires de la granulomatose, mais aussi à tous ceux que la maladie greffe, par voie métatastatique dans les différents organes : rate, foie, poumons et même rein, cerveau et moelle osseuse.

IV

Etiologie et nature de la maladie. — Il y a peu à dire sur l'étiologie de la maladie de Hodgkin. On trouve dans les antécédents des malades la plupart des maladies infectieuses connues, sans qu'aucune d'elles paraisse avoir une influence causale prépondérante. La maladie survient à tous les âges, mais surtout entre vingt et trente ans. L'homme est plus souvent atteint que la femme. A défaut de notion causale bien établie, on a cherché, dans l'étude de la nature de la maladie, des données au moins utiles à

la compréhension du processus histologique qui la caractérise.

Les rapports étroits qui, au point de vue clinique, unissent la granulomatose ganglionnaire avec la leucémie lymphoïde et plus encore avec la lymphadénie aleucémique d'une part, son évolution parfois maligne d'autre part, enfin la connaissance plus précise de sa structure histologique, l'ont fait tour à tour rapprocher des états leucémiques, considérer par les uns comme néoplasique, par les autres comme de nature inflammatoire, soit simple, soit spécifique : tuberculeuse, syphilitique, même lépreuse.

Avec les états lympho-leucémiques, la maladie de Hodgkin a des rapports incontestables, cliniques en particulier; mais l'histologie pathologique établit entre elles une barrière suffisante pour qu'on ne puisse les confondre.

Les rapports existent aussi avec les néoplasies ganglionnaires d'autant que la granulomatose est susceptible d'acquérir une véritable malignité, comme en témoignent la tendance envahissante sur les organes voisins et la généralisation par métastase, à l'égal du lymphosarcome. Mais encore ici ressemblance n'implique pas identité de nature et certains caractères comme la tendance marquée du granulome à la sclérose, suffisent à faire la séparation.

La maladie de Hodgkin est donc vraisemblement de nature *inflammatoire*. Mais quelle inflammation? Simple, syphilitique, tuberculeuse?

Il ne reste rien de définitif des recherches faites pour établir la nature *inflammatoire simple*. Les microbes isolés : le bacterium coli (Gabbi et Barbacci), le staphylocoque (Roux et Lannois, Crowder, Verdelli), le streptocoque (Labbé et Jacobson, Mafucci et Piccini, Warnecke, etc.), le proteus vulgaris (Longcope), le pneumocoque, le bacille isolé par Delbet sont considérés comme des microbes d'infection secondaire. Quant aux pseudo-parasites décrits par Pawlowski, Byron, Bramwel, on les tient aujourd'hui pour des produits de destruction nucléaire ou protoplasmique.

Rien de définitif non plus pour la *lèpre* et la *syphilis*; la découverte de spirochètes dans un cas de Prœscher et White n'a pas été confirmée par d'autres recherches.

La *tuberculose* mérite plus de développement. Sternberg, dès 1898, avait vu en la maladie de Hodgkin une « tuberculose spéciale du système lymphatique » et basait son opinion sur les résultats de l'inoculation aux cobayes. Cette thèse a été soutenue depuis par d'autres auteurs, Chiari, Gaudiani, Le Roy, Lichtenstein, Benda. L'expression de paratuberculose avait même été employée par Pitt, Dickinson, Aschoff, Warnecke. Enfin tout récemment la nature tuberculeuse de la granulomatose a pris comme une vigueur nouvelle avec les recherches de E. Frænkel et Much (de Hambourg). Much, en particulier, aurait réussi depuis l'introduction de l'antiformine par Uhlenhuth et Xylander dans la technique microscopique à mettre en évidence, par l'action combinée de l'antiformine et du Gram, un microbe se présentant sous frois formes différentes : une forme bacillaire, impossible morphologiquement à différencier du bacille de Koch, une forme bacillaire granuleuse et enfin une forme granuleuse ou « granula » de Much et ressemblant sur la préparation » à des grains de poussière. Ces deux auteurs auraient trouvé cet agent microbien 12 fois sur 13 cas de lymphogranulomatose typique, dans lesquels l'inoculation au cobaye serait restée négative. Ces résultats ont été confirmés par Simmonds, Jacobskal, Luce, Gratz, Meyer (8 fois sur 9), Josselin de Yong (3 fois sur 5), Beumeburg, etc. De ses travaux, Much se croit autorisé à considérer son bacille comme différent du véritable bacille tuberculeux et il en fait l'agent unique de la maladie de Hodgkin. Ces faits ne sont pas admis par tous et malgré le rapprochement qu'ils semblent devoir établir entre les deux processus granulomateux et tuberculeux, certains auteurs comme Nægeli et Fabian repoussent cette parenté, d'autres enfin tels que Clarke, Ziegler ne veulent voir dans la tuberculose qu'une infection secondaire, une association morbide, en général terminale.

On ne saurait donc actuellement attribuer à la maladie de Hodgkin aucune étiologie propre et il est possible que plusieurs facteurs différents puissent déterminer la modalité histologique qui la caractérise. Il est probable que parmi ces facteurs, le virus tuberculeux ou seulement sa toxine jouent un rôle prépondérant par rapport aux autres. Des recherches plus nombreuses et plus approfondies sont cependant nécessaires pour entraîner la certitude.

V

Diagnostic. — En présence d'hypertrophies ganglionnaires, plus ou moins localisées à un groupe ou généralisées, le premier diagnostic à poser, surtout s'il y a coexistence de splénomégalie, doit être celui de leucémie lymphatique : c'est affaire d'examen hématologique. Si le résultat est négatif, on peut conclure qu'il s'agit non de leucémie, mais de « pseudoleucémie » au sens large et clinique du mot.

Il reste dès lors à établir si cette pseudoleucémie est due : 1° soit à l'hypertrophie ganglionnaire simple, telle qu'on l'observe dans la lympholeucémie : il s'agit alors d'aleucémie ou lymphadénie aleucémique, soit généralisée, soit localisée et présentant alors les caractères du lymphosarcome; — 2° soit à la polyadénite telle que la tuberculose, la syphilis, parfois même le cancer généralisé aux ganglions peuvent la produire; — 3° soit enfin à la granulomatose de Hodgkin. Ce second diagnostic ne peut être posé que par un examen biopsique d'un ganglion. Nous ne croyons pas devoir y insister ici, surtout après la description histologique que nous avons déjà donnée.

Rappelons enfin que la clinique fournit des renseignements d'assez grande importance.

On devra s'appuyer sur les caractéristiques saillantes de son évolution, c'est-à-dire la formule sanguine, la fièvre, surtout si elle revêt l'allure récurrente, les divers accidents cutanés, tels que les éruptions passagères, le prurigo. C'est dans son premier stade évolutif que les difficultés sont les plus grandes, mais on a pu déjà l'identifier dans cer-

tains cas par l'examen du sang, dans d'autres cas par une biopsie (Schur, Hitschmann et Stross, Zuppinger, Longcope, Nægeli, etc.); aussi est-ce à ce dernier procédé d'examen que l'on devra recourir toutes les fois que ce sera chose possible.

VI

Thérapeutique. — La maladie de Hodgkin est une affection grave et qui entraîne la mort par cachexie progressive, quand il ne survient pas une complication intercurrente.

Les principaux agents thérapeutiques ont été : l'intervention chirurgicale, la thérapeutique médicamenteuse, la radiothérapie.

Nous n'insisterons pas au sujet de la première. L'extirpation chirurgicale, pour l'hypertrophie ganglionnaire qui n'est pas encore généralisée, n'a pas donné de résultats brillants : la récidive est la règle et la génération s'ensuit rapidement.

Parmi les médicaments, il convient de citer avant tout l'arsenic sous toutes ses formes, même l'atoxyl et le salvarsan. Les résultats ont été parfois satisfaisants. C'est ainsi que Grawitz, Katzenstein, Nægeli, etc., auraient obtenu des cures remarquables, mais, il faut l'avouer, presque toujours passagères. A côté de ces résultats, nombreux sont aussi les insuccès complets.

Reste la radiothérapie, qui a été appliquée à la maladie de Hodgkin après avoir été appliquée au traitement des leucémies. Les résultats en ont été variables. Tantôt on a obtenu une diminution rapide des tumeurs ganglionnaires, tantôt les résultats ont été minimes ou nuls.

Ziegler sur 19 cas qu'il a observés, parmi lesquels 2 ont été rapportés par Krause, eut 10 échecs complets; les autres ont bénéficié d'une amélioration légère et passagère. Dans une de ses observations, les masses ganglionnaires disparurent complètement après 4 séances de radiothérapie de dix minutes, mais la splénomégalie ne fut pas influencée. La conclusion de Pfeiffer demeure encore valable : « Il n'y a pas d'amélioration de longue durée. »

— Faute de place, il nous est impossible de donner ici la bibliographie se rapportant au sujet; nous renvoyons les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* à notre thèse, Lyon 1912-1913.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 JUIN 1913)

Cæco-sigmoïdostomie. — M. DELBET, à propos du rapport de M. Hartmann, communique plusieurs observations, entre autres celle d'une jeune fille qui fut atteinte d'une douleur brusque dans le ventre que l'on attribua à une crise d'appendicite. On fit l'appendicectomie et on trouva un cæcum très gros, distendu. M. Delbet ajouta à la résection de l'appendice une cæcostomie. L'état s'améliora, mais, peu de jours après, la douleur reparut; on sentait le cæcum gargouillant. On fit l'épreuve radio-bismuthée. M. Delbet fit alors une iléotransversostomie par implantation latéro-latérale. Cette opération fut pratiquée le 26 juillet 1912. La douleur ayant reparu, le 15 novembre 1912, M. Delbet, trouvant encore un cæcum énorme, gargouillant, fit de nouveau une laparotomie, s'assura que l'anastomose qu'il avait pratiquée se maintenait bien et se décida, après avoir détaché quelques adhérences, à faire une résection cæco-colique. Cette opération fut très simple et très facile, surtout à partir du moment où l'intestin put être libéré d'adhérences remontant jusqu'à l'angle sous-hépatique. Une fois cette anse et l'origine du transverse bien libérées, la résection fut des plus faciles. C'est en passant au-dessous et derrière le côlon transverse qu'il parvint à décoller, non sans difficultés, l'intestin. M. Delbet recommande cette manœuvre qui, dans ce cas, lui a été très utile. Il n'eut que deux ou trois vaisseaux à lier; la distance entre l'iléon et le transverse étant petite, l'iléotransversostomie fut des plus aisées. M. Delbet préfère cette opération à la cæco-sigmoïdostomie. La malade a été parfaitement et définitivement guérie.

M. CUNÉO fait observer que les cas dont il s'agit dans cette discussion sont des stases intestinales essentielles par atonie cæcale. La plupart de ces malades sont considérés comme atteints d'appendicite chronique. Cliniquement voici les symptômes de cette affection : constipation habituelle avec des alternatives de diarrhée, douleur dans la fosse iliaque droite, cæcum gros, gargouillant et sensible, radiographie indiquant un cæcum gros, atonique, retard manifeste dans le passage du bismuth, troubles variés attribués à l'appendicite chronique. Au point de vue de l'anatomie pathologique : ectasie cæcale énorme, avec hypertrophie, appendice malade, mobilité considérable du cæcum, péricolite membraneuse, fausses membranes dans le côlon ascendant et non sur le cæcum, brides transversales et verticales et apparence de rétrécissement du côlon ascendant, fibres descendantes de la région du foie, adhérences du grand épiploon, franges adipeuses du ligament iléo-cæcal antérieur, dilatation de l'iléon, stase cæcale. Comme pathogénie : le fait initial est la faiblesse congénitale du cæcum, s'accentuant avec l'âge, mobilité, infection chronique, péricolite membraneuse.

Comme traitement, dans les cas légers, plicature du cæcum et ablation de l'appendice, cæcoplastie, cæcopexie postérieure, en arrière, fixation au péritoine pariétal; dans les cas plus avancés, anastomose. M. Cunéo n'en est pas très partisan; toutefois il a obtenu un bon résultat d'une iléo-sigmoïdostomie; l'iléotransversostomie peut aussi améliorer la situation. Enfin dans les cas plus avancés, l'extirpation telle que l'a pratiquée M. Delbet, mais cette indication est rare; dans la plupart des cas la cæcoplastie et la cæcopexie peuvent suffire.

Lésions traumatiques des ménisques. — M. LEJARS fait un rapport sur un travail de M. le médecin-major Gary qui comprend 9 observations nouvelles de méniscectomie pour lésions traumatiques. M. Gary avait déjà 4 cas, ce qui porte à 13 cas sa statistique. Il s'agit, dans tous ces cas, de militaires chez lesquels le traumatisme causal a été très varié et souvent très léger. Dans tous les cas M. Gary a fait la méniscectomie et a toujours trouvé le ménisque rompu. On retrouve dans ces faits tous les exemples dont il a été parlé dans la discussion pendante.

M. Lejars fait passer sous les yeux de ses collègues tous les ménisques enlevés par M. Gary.

Il insiste sur la grande différence du traumatisme initial. Le signe principal est la douleur localisée et exagérée par la pression, le relief en avant du ménisque dans la méniscite chronique. Quant au traitement, pour M. Gary c'est à la méniscectomie qu'il faut donner la préférence. Elle lui a donné de bons résultats et des résultats définitifs dans tous les cas.

Volvulus. — M. Lejars fait un second rapport sur une observation de M. le docteur Viguier (de Tlemcen). Il s'agit d'un cas de volvulus opéré par la résection complète de l'anse sigmoïde, avec un bon résultat.

Le volvulus est rare dans nos services. Il semblerait plus fréquent en Afrique, il est sujet aux récidives; c'est en vue de cette récidive possible que doit être dirigé le traitement.

Un soldat de vingt-cinq ans, entré à l'hôpital de Tlemcen pour des accidents spécifiques, est pris brusquement d'une douleur vive dans le ventre à quatre heures du soir. Il porte une longue cicatrice abdominale. Il a déjà été opéré pour les intestins noués. M. Viguier l'opéra immédiatement et trouva un volvulus du cæcum et du côlon ascendant. Il y avait trois tours. Le malade qui était dans un état très précaire succomba. A l'autopsie on trouva l'intestin plein de sang. Le malade avait succombé à cette enterorragie.

Ce fait est un exemple de récidive du volvulus. Dans un second cas il s'agissait d'une femme de quarante-deux ans qui fut prise d'accidents d'iléus aigu. On intervint immédiatement et on trouva un volvulus de l'anse sigmoïde. M. Viguier détord le volvulus et la malade guérit; six mois après, récidive, nouvelle intervention; l'anse sigmoïde est tordue à un tour et demi. M. Viguier détord et, séance tenante, résèque l'anse sigmoïde. Il suture les deux bouts l'un à l'autre. La malade guérit sans incident. M. Viguier conclut que la résection est le meilleur moyen d'éviter les récidives du volvulus.

Dans sa statistique, M. Viguier compte 13 récidives sur 27 cas. M. Lejars tout en admettant cette conclusion se demande s'il vaut mieux faire la résection d'emblée après la première détorsion ou se contenter de détordre et faire la résection secondairement. Peut-être vaudrait-il mieux accepter cette dernière conduite.

M. Hartmann, chez une malade, a procédé à la détorsion d'un volvulus. Dix-huit mois après, récidive, lavement d'eau de Seltz, guérison. Deux ans plus tard, récidive; M. Lecène détord et fixe l'anse à la paroi abdominale. Deux ans après, récidive. M. Hartmann détord de nouveau et quinze jours après fait la résection.

M. Delbet a observé deux cas de volvulus du gros intestin, l'un chez un enfant de sept ans, qu'il ne voit que le quatrième jour. L'S iliaque avait des dimensions fantastiques. Il détord et sur la table d'opération l'enfant a une débâcle. Il meurt dans la nuit. Dans le second cas, il s'agissait d'un volvulus à répétition; l'anse sigmoïde avait des dimensions invraisemblables. Détorsion, résection, guérison.

M. Robert cite un cas de volvulus, de détorsion et de mort par suite de la rupture de la muqueuse intestinale sur un point.

M. Souligoux a opéré récemment une malade d'occlusion aiguë par torsion de l'S iliaque. Il a détordu et détruit des adhérences. La malade vit encore, mais dans un état précaire.

M. Morestin cite plusieurs cas. Il serait partisan de la résection; mais comment la faire accepter à des malades qui semblent guéris.

M. Tuffier n'a jamais eu de récidive de volvulus opéré. Il cite un cas où l'intervention ayant été refusée, il fut rappelé quelques semaines après, trouva un côlon remplissant tout l'abdomen; gangrène, perforation, mort.

M. Savariaud, dans un mémoire, a rapporté six cas de volvulus aigu, tous terminés par la gangrène et la mort. Dans un cas de volvulus chronique, il détordit, et le malade dut être opéré secondairement par M. Lenormant.

Abcès du foie. — M. Couteaud fait une communication sur ce sujet. Le triomphe de l'émétine a rappelé l'attention sur l'ancien traitement par l'ipéca, qui lui a donné de bons résultats. Il pense qu'à l'époque où on traitait la dysenterie par l'ipéca, il y avait moins d'abcès du foie.

HYGIÈNE PRATIQUE

LA DESTRUCTION DES MOUCHES

Sur l'invitation du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. le médecin inspecteur général Vaillard, président du Comité technique de santé des armées, vient d'étudier le rôle si important que jouent les mouches dans la diffusion des maladies infectieuses. Il préconise les moyens suivants pour la destruction de ces dangereux agents de transmission :

Dans les appartements. — Disposer dans des récipients larges et plats un mélange de 15 p. 100 de formol commercial, 25 p. 100 de lait et 60 p. 100 d'eau que l'on additionne d'un peu de sucre. Les mouches, friandes de lait, ingèrent le breuvage et périssent presque immédiatement après. Le mélange ainsi préparé peut servir pendant plusieurs jours.

On peut également employer les fumigations au crésol. Evaporé à la chaleur sur un réchaud, une lampe à alcool, etc., le crésol émet des vapeurs abondantes qui sont immédiatement toxiques pour les mouches et même les moustiques.

En dehors de l'habitation. — Protéger les locaux habités contre l'invasion des mouches et détruire celles qui y pénètrent est évidemment chose excellente, mais ne constitue qu'un faible palliatif; la mesure essentielle consiste à les empêcher de naître et à détruire leurs foyers d'incubation. Pour cela, il faut supprimer autant que possible les tas d'immondices et employer les substances larvicides. Arroser les fumiers et les écuries avec du lait de chaux fraîchement préparé. Projeter, comme on le fait en Amérique, de la chaux vive dans les fosses d'aisances. Mélanger, en agitant fortement, parties égales d'huile de schiste brute et d'eau. En arrosant les dépôts d'ordure avec ce produit, on détruit les larves et on écarte les femelles pondeuses.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Paris. — (N° 15, 12 avril 1913.) I. de Jong : Traitement de l'emphysème.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 14, 5 avril 1913.) A. Bonnet-Laborderie : Quelques mots sur le traitement de l'asphyxie mécanique, cause habituelle de la mort subite « immédiate » des nouveau-nés syphilitiques. — M. Hullen et J. Villette : Lithiase biliaire; calculs de la vésicule et du canal cystique; opération; guérison. — Macquart : Tuberculose annexielle. — (N° 15, 12 avril.) L. Danel : La neige carbonique dans le traitement de certaines affections cutanées et, en particulier, des nævi de tout ordre. — (N° 16, 19 avril.) L. Danel : La neige carbonique dans le traitement de certaines affections cutanées et en particulier des nævi de tout ordre (*suite*). — Lepoutre et Williatte : Hernie du cæcum et de l'appendice. Sac double oblique externe et direct dans une même hernie inguinale. — (N° 17, 26 avril.) Danel : La neige carbonique dans le traitement de certaines affections cutanées et en particulier des nævi de tout ordre (*suite et fin*).

— (N° 18, 3 mai.) SABLÉ et MERCIER : Délire prolongé au cours d'une pneumonie consécutive à une violente émotion.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 14, 3 avril 1913.) J. VERHOOGEN : Des incisions transversales dans la chirurgie abdominale. — (N° 15, 10 avril.) BARUCH : L'anesthésie localisée. Principes et technique générale. — L. MAYER et N. GEERAERD : Un cas d'opération de Wilms pour tuberculose pulmonaire unilatérale. — (N° 16, 17 avril.) BUYS et HENNEBERT : Mouvement de réaction d'origine vestibulaire sous l'influence du courant galvanique. — O. LIBOTTE : L'effluvation monopolaire précordiale de haute fréquence et de haute tension dans les insuffisances cardiaques. — (N° 17, 24 avril.) WEYMEERSCH : A propos d'un cas de môle hydatiforme. — (N° 18, 1er mai.) DEPAGE : L'ambulance belge à Constantinople pendant la guerre des Balkans.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 4, 25 avril 1913.) MEILLON : La renaissance des Pyrénées.

Lyon chirurgical. — (N° 4, 1er avril 1913.) P. GORSE et SWYNGHEDAUW : Un procédé nouveau de cure radicale de l'ectopie testiculaire (6 fig.). — L. TIXIER et P. SAVY : Tuberculose thyroïdienne folliculaire à forme de thyroïdite ligneuse (2 fig.). — L. BÉRIEL et C. GARDÈRE : Les lésions du muscle gastrique consécutives aux périgastrites. Leurs rapports avec les troubles de la motricité stomacale (5 fig.). — E. DESTOT : La troisième malléole. Fracture marginale (6 fig.) (*fin*). — A. DESGOUTTES et R. OLIVIER : Rein polykystique. Néphrectomie. Guérison maintenue depuis quatre ans. — C. GARIN et A. CHALIER : Un cas d'appendicite à oxyure (2 fig.).

Lyon médical. — (N° 14, 6 avril 1913.) GABEL et GIGNOUX : Corrections des difformités du nez par opérations intranasales et inclusions prothétiques. — PETZETAKIS : De l'agglutination du pneumobacille. — (N° 15, 13 avril.) FAVRE et BOVIER : Sur un cas de spondylite typhique. — SARGNON et VIGNARD : Un cas d'épingle enclavée dans la bifurcation bronchique du lobe inférieur droit. — (N° 16, 20 avril.) E. PALLASSE : Deux cas de tumeurs de l'angle pontocérébelleux. — JAUBERT DE BEAUJEU : La radiographie de l'estomac normal dans le décubitus latéral droit. — (N° 17, 27 avril.) FROMENT et MONOD : Etude anatomique et clinique d'un cas d'aphasie totale. — (N° 18, 4 mai.) BABONNEIX et DARRÉ : Sur un cas de parencéphalie.

Marseille médical. — (N° 7, 1er avril 1913.) J. BONNAUD : Le rôle et l'esprit du médecin dans les consultations de nourrissons. — F. CORSY et P. MOIROUD : Hernie diaphragmatique embryonnaire. — F. CORSY et P. MOIROUD : A propos d'un cas de coexistence d'un vrai et d'un faux diverticule de Meckel. — Ch. MATTEI : Disposition anormale des valvules conniventes dans un intestin grêle d'adulte. — POÉSY et ESCANDE : Un cas de néphrotyphus chez l'enfant. — (N° 8, 15 avril.) GUÉRIN-VALMALE et M. MOIROUD : Volumineux kyste du parovaire à type rétropéritonéal. — L. CLÉMENT : Occlusion aiguë dans un estomac biloculaire. — ESCANDE, BADETTI et MATTEÏ : Cancer nodulaire primitif du foie. — BADETTI, MATTEÏ et REBOUL-LACHAUX : Anévrisme de la crosse de l'aorte et du tronc brachio-céphalique. — DE LUNA et MATTEÏ : Cancer de la voûte cranienne. — G. DANIEL : Un cas de propagation anormale d'un souffle apexien.

Normandie médicale. — (N° 7, 1er avril 1913.) F. DEVÉ : L'adénome massif du foie. — (N° 8, 15 avril.) BRUNON : La tuberculose et la vie de collège en France.

Paris médical. — (N° 18, 5 avril 1913.) LINOSSIER : Les maladies de la nutrition en 1913. — A. PONCET et R. LERICHE : Compréhension actuelle de l'arthritisme. — ACHARD : L'insuffisance glycolytique. — L. BLUM : L'emploi des hydrates de carbone dans le traitement diététique du diabète sucré. — RATHERY et LIÉNARD : Influence de l'alimentation carnée sur la glycosurie chez les sujets atteints de diabète simple. — Marcel LABBÉ : Obésité et hydratation de l'organisme. — LE GENDRE : Les traitements locaux des arthropathies goutteuses. — (N° 19, 12 avril.) DUBOIS (de Berne) : La pratique de la psychothérapie. — POULARD : Les symptômes des paralysies oculaires. — Jean HEITZ : De l'emploi de l'oscillomètre de Pachon dans le diagnostic de la claudication intermittente. — JAUBERT : La pratique de l'héliothérapie dans les arthrites tuberculeuses. — (N° 20, 19 avril.) ROGER : Les méningites syphilitiques, méningites cliniques cérébrales et spinales, aiguës et chroniques ; méningites latentes secondaires et tertiaires, méningites parasyphilitiques. — MILIAN : Traitement de l'intertrigo. — PELLOT et GALLAND : Perforations intestinales multiples au cours d'une rechute tardive de fièvre typhoïde.

Pédiatrie pratique. — (N° 12, 25 avril 1913.) HUTINEL : Pleurésie à liquide opalescent. — ROCHER et LAFITE-DUPONT : Extraction d'un corps étranger des voies respiratoires. — E. WEILL et G. MOURIQUAND : Les localisations pulmonaires de la pneumococcie sans images radioscopiques. — E. WEILL et G. MOURIQUAND : Les foyers d'hépatisation pneumonique *silencieux* et la radioscopie. — RIBADEAU-DUMAS, PHILBERT et Mme WOLFROMM : Sur un syndrome de réinfection au décours des états broncho-pulmonaires de la première enfance. — (N° 10, 5 avril.) ROUSSEAU SAINT PHILIPPE : Des remarquables effets de l'ipéca à toutes petites doses dans certains troubles digestifs tenaces de l'enfance : inappétence, constipation, atonie, dyspepsie, entérite ancienne, intoxication, etc. — AGUILAR JORDAN : La tuberculose infantile et son traitement par les corps immunisants de Carl Spengler. — (N° 11, 15 avril.) Louis MENCIÈRE (de Reims) : Note sur mon procédé d'ostéotomie pour la correction de l'attitude vicieuse du membre dans la paralysie obstétricale du membre supérieur. Influence de la correction de l'attitude sur la fonction elle-même. Observations de malades. — NOBÉCOURT : Syndromes myocarditiques dans les infections aiguës. — E. MERLE : Guérison d'un cas de tétanos traité par la sérothérapie intrarachidienne. — WEILL et GARDÈRE : A propos de la pathogénie des érythèmes infectieux.

Presse médicale. — (N° 27, 2 avril 1913.) BALZER : La technique des injections intramusculaires huileuses d'arsenobenzol dans le traitement de la syphilis. — Paul RAVAUT : La pratique des injections intraveineuses de néosalvarsan en solutions concentrées. — GUISEZ : Les sténoses congénitales de l'œsophage. — V. P. SÉMIONOW : De la valeur clinique que le dosage de l'azote colloïde urinaire, d'après le procédé de Salkowski et Koje, offre pour le diagnostic du cancer des viscères. — (N° 28, 5 avril.) DEBOVE : La toxémie asystolique. — Alfred MARTINET et Francis HECKEL : La restriction des boissons dans la cure des hypertensions vasculaires. — DIMITRIOU et SAGHINESCO : 503 cas de rachianesthésie par la méthode du docteur Jonnesco. — (N° 29, 9 avril) F. KIRMISSON : Les fractures isolées du cubitus avec luxations de la tête du radius. — R. BURNIER : La cautérisation par le froid. — (N° 30, 12 avril.) LEBON et AUBOURG : Examen radiologique du cœur. — (N° 31, 16 avril.) Henri ROGER : Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis et la parasyphilis nerveuse. — (N° 32, 19 avril.) J. GALUP : Le lymphatisme. Diathèse d'anaphylaxie. Immunité. Une conception générale des diathèses. — (N° 33, 23 avril.) DUCROQUET : Paralysie totale des muscles du membre inférieur. — G. MAHÉ et P. VANEL : L'eau oxygénée associée à la cocaïne ou la novocaïne (méthode de Marmonget) pour l'extraction des dents. — (N° 34, 26 avril.) H. MORESTIN : L'ouverture buccale des abcès sous-maxillaires d'origine ganglionnaire. — Alfred MARTINET : Syndrome hyposphyxique et insuffisance pluriglandulaire. — LAGANE : La reviviscence du cœur. — PARLAVECCHIO : Exclusion pylorique par ruban et non par lacet. — (N° 35, 30 avril.) HARTMANN : L'examen des malades en chirurgie. — (N° 36, 3 mai.) RIST : Le diagnostic des maladies thoraciques avant l'invention de la percussion et de l'auscultation (la dyspnée, l'expectoration). — BRUMPT : Utilisation des insectes auxiliaires entomophages dans la lutte contre les insectes pathogènes. — NANTA : Importance des exanthèmes cutanés dans le diagnostic des états leucémiques et aleucémiques. — (N° 37, 7 mai.) TUFFIER et ROUX-BERGER : L'estomac biloculaire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 11 juin. — MM. Paisseau, Fiessinger, Monier-Vinard et Gougerot, 19.

Séance du 14 juin. — MM. Faure-Beaulieu, 19 1/2; Louste et Lortat-Jacob, 20; Milhit, 19.

— Concours pour l'adjuvat de Clamart. — *Epreuve écrite.* — Séance du 9 juin. — Les cartilages de conjugaison (anatomie et physiologie).

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Epreuve de titres.* — Première séance du 13 juin. — MM. Lemierre, 19 × 2 = 38; Chiray, 18 × 2 = 36; Duvoir, 18 × 2 = 36; Laporte, 16 × 2 = 32; Jumentié, 19 × 2 = 38; Gaultier, 18 1/2 × 2 = 37.

Deuxième séance du 13 juin. — MM. Flandin, 17 × 2 = 34; Parisot, 19 × 2 = 38; Raynaud, 17 1/2 × 2 = 35; Brulé, 16 × 2 = 32; Chalier, 17 × 2 = 34; Fiessinger, 18 1/2 × 2 = 37; Thévenot, 18 × 2 = 36.

Première séance du 14 juin. — MM. Merklen, 18 × 2 = 36; Crouzon, 18 × 2 = 36; Dufourt, 16 × 2 = 32; Piéry, 18 × 2 = 36.

Sont admissibles aux dernières épreuves :

MM. Anglada, Armand-Delille, Babonneix, Bénard, Bonnamour, Boudet, Clerc, Crouzon, Descomps, de Verbizier, Dupérié, Esmein, Froment, Garnier, Gaujoux, Gaultier, Gillot, Hanns, Joltrain, Laederich, Lafforgue, Laporte, Leclerc, Lemierre, Lereboullet, Leuret, Mauriac, Micheleau, Nanta, Nové-Josserand, Parisot, Pierret, Piéry, Ribierre, Rimbaud, Roger, Roubier, Serr, Sorel, Tanon, Thévenot, Villaret.

— Section de pharmacologie. — *Epreuve pratique.* — Florence : Note : 14.

M. Florence est proposé pour la Faculté de Toulouse.

LES CONCOURS D'AGRÉGATION DE PHYSIOLOGIE ET D'OPHTALMOLOGIE. — On sait qu'une réclamation tendant à l'annulation des opérations du concours pour la physiologie avait été adressée au ministre de l'instruction publique. L'auteur de la réclamation fait observer que l'on n'avait pas mis à la disposition des candidats les livres qu'ils ont le droit de consulter pour leurs compositions. Or, les règlements sont formels, et cette infraction devait entraîner l'annulation des opérations.

D'autre part, le concours d'ophtalmologie a eu lieu dans les mêmes conditions que celui de physiologie et la même infraction au règlement a été commise. Cependant, comme aucune réclamation n'avait été formulée contre les opérations de ce concours, on se demandait si le ministre pouvait les annuler d'office. M. Barthou a cru devoir saisir de la question le comité du contentieux du ministère de l'instruction publique. Le comité a été d'avis que les candidats avaient droit aux livres.

Il est probable, dans ces conditions, que les opérations des deux concours seront annulées.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret du Président de la République en date du 9 juin 1913, rendu sur le rapport du président du conseil, ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts :

M. Broca (Auguste), agrégé libre près la faculté de médecine de l'université de Paris, est nommé, à partir du 1er novembre 1913, professeur d'opérations et appareils à ladite faculté.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — L'assemblée

des professeurs vient de décider que le don de 10 000 francs fait par M. le professeur Grasset (v. *Gaz. des hôp.*, 1913, p. 996) servirait à fonder une bourse de voyage qui tous les cinq ans serait accordée à l'élève en médecine français, ayant fait ses études à Montpellier et reconnu le plus méritant.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 12 juin. — MM. Hubac, 8 + 4 = 12; Boyer, 13 + 5 = 18; Doucet, 12 + 5 = 17.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Règlement relatif aux membres non résidants de l'académie des sciences adopté dans les comités secrets des 10 février et 31 mars 1913 :

Les places des membres non résidants sont réservées aux savants français qui résident hors des départements de la Seine et de Seine-et-Oise.

Nul ne peut être nommé membre non résidant s'il n'est déjà correspondant de l'académie.

Les membres non résidants peuvent prendre part aux travaux de l'académie dans les mêmes conditions que les académiciens libres actuels, mais n'ont droit de suffrage que dans le cas où il s'agit de remplacer l'un d'eux.

Pour l'élection à une place vacante de membre non résidant, les mêmes règles seront suivies que pour l'élection d'un académicien libre, avec cette seule différence que la commission chargée de dresser une liste de présentation sera composée de deux membres pris dans les sections mathématiques, de deux membres pris dans les sections physiques, de deux membres non résidants et du président.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — CONCOURS D'INTERNAT. — Le concours annuel pour la nomination de onze internes titulaires dont un pour les spécialités (maladies des oreilles, du larynx et du nez), et de plusieurs internes provisoires, sera ouvert à l'hôpital, 7, rue Pierre-Larousse, Paris (14e arrond.), vers le 1er juillet 1913. (Les candidats inscrits seront prévenus de la date exacte.)

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les provisoires pour un an.

Pièces à fournir. — La feuille d'inscriptions (15 inscriptions). L'indication des hôpitaux ou services où le candidat a passé. Références personnelles.

Pour les inscriptions et tous renseignements, écrire, avant le 20 juin, à M. l'administrateur délégué, à l'hôpital, 7, rue Pierre-Larousse.

Epreuves. — 1° Une épreuve écrite théorique, sur un sujet d'anatomie, physiologie et pathologie pour la rédaction de laquelle il est accordé deux heures (30 points).

2° Une épreuve orale théorique sur un sujet d'anatomie et de pathologie pour laquelle il est accordé dix minutes, après dix minutes de réflexion, sans livres ni notes (20 points).

3° Une épreuve pratique. Les candidats auront à lire une observation médicale prise au lit d'un malade, relatant son histoire, son état actuel et indiquant, sans les développer, le diagnostic et le traitement (30 points).

Les épreuves théoriques et pratiques pour les candidats à la place d'interne dans le service oreilles, nez, larynx, porteront exclusivement sur des sujets concernant cette spécialité.

Les internes nommés à ce concours entreront en fonctions le 1er octobre. (En cas de nécessité, ils pourront être appelés à prendre le service pendant les vacances qui suivront leur nomination.)

Extrait du règlement de l'hôpital concernant les internes. — Les internes sont nommés par le Conseil d'administration, dans l'ordre du classement fait par le jury d'examen.

Les internes titulaires reçoivent un traitement annuel de 600 francs et une indemnité de logement de 500 francs, ils prennent à l'hôpital le déjeuner du matin et le repas du midi.

L'interne de garde couche à l'hôpital et y prend le repas du soir.

En cas d'absence prolongée, les internes provisoires remplaceront les internes titulaires et toucheront leur traitement pendant ce temps.

HOPITAL SADIKI. — Une place d'interne sera prochainement vacante à l'hôpital Sadiki.

Avantages : Logement, éclairage, chauffage, blanchissage. Traitement annuel, 2 400 francs. Bibliothèque, amphithéâtre. Très grand mouvement chirurgical.

Conditions : Etre Français ; scolarité terminée avec ou sans thèse.

Engagement minimum d'un an.

Le service comprend : l'assistance, la visite et contre-visite, les pansements, les opérations d'urgence.

Garde de vingt-quatre heures, un jour sur trois.

Préférence accordée à un interne en exercice justifiant d'une pratique chirurgicale sérieuse.

Adresser la demande, avec toutes pièces justificatives utiles à M. le docteur Brunswic Le Bihan, médecin chef de l'hôpital Sadiki.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE. — PRIX SIRUS PIRONDI. — Le prix Sirus Pirondi n'ayant pas été décerné en 1912, le sera en 1914. Il sera par exception de 600 francs, mais pourra être dédoublé.

Tous les docteurs en médecine français peuvent concourir.

Les mémoires, *inédits*, sur un sujet médical au choix du candidat devront être adressés au secrétaire général du Comité, marché des Capucins, 3, à Marseille, avant le 31 décembre 1913. Ils ne devront pas être signés, mais porter en tête une légende reproduite sur une enveloppe cachetée, renfermant le nom de l'auteur, qui sera jointe au mémoire.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST. — EXCURSIONS AUX STATIONS HYDROLOGIQUES ET CLIMATIQUES (RÉGION PYRÉNÉENNE). — Cette excursion aura lieu sous les auspices de la Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest du 1er au 12 septembre.

Elle comprendra la visite des stations suivantes : Aulus, Ussat, Les Escalles, Mont-Louis, Font-Romeu, Vernet-les-Bains, Le Boulou, Amélie-les-Bains, La Preste, Banyuls.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 1er août chez M. le docteur Lafond Grellety, 64, rue de Saint-Genès et chez M. le docteur Celles, 22, rue Adrien Baysselance, à Bordeaux.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE, D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE. — Le mardi 24 juin 1913, à quatre heures, aura lieu au Palais des sociétés savantes (grande salle), 8, rue Danton, la vingt-deuxième séance annuelle, sous la présidence de M. le docteur Charles Richet, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Ordre du jour. — Inauguration du buste du docteur Dumontpallier, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, président fondateur de la société.

« Allocution de M. le docteur Jules Voisin », président de la Société;

« L'hypnotisme et la psychothérapie dans l'œuvre de Dumontpallier », par M. le docteur Bérillon (avec projections);

« Les maîtres et les contemporains de Dumontpallier », par M. le docteur Beni-Barde;

« Eloge du docteur Paul Magnin », par M. le docteur Paul Farez;

« Hymne à Dumontpallier », par M. Jules Bois.

Questions mises à l'ordre du jour : 1° Rôle de l'hypnotisme en psychothérapie; 2° Rôle de la psychothérapie dans la thérapeutique générale.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La Société, réunie dans un banquet, vient de célébrer la promotion à l'occasion du bi-centenaire des écoles vétérinaires, de sept de ses membres dans la Légion d'honneur.

Des discours furent prononcés par MM. Chailley, député; Lucet, professeur au Muséum; Petit, professeur à l'école d'Alfort; le docteur Bérillon, ancien président de la Société; Jacoulet, vétérinaire principal de l'armée; Lépinay, Grollet, Lavault, Lermet, médecins vétérinaires.

DEUX OBSERVATIONS
DE
TUMEURS PRIMITIVES DU MÉDIASTIN

Par MM. L. THÉVENOT et Ch. ROUBIER,
Chefs de clinique à la Faculté de Lyon.

Bien que la symptomatologie et l'anatomie pathologique des tumeurs médiastinales soient depuis longtemps bien connues, il nous a paru intéressant de rapporter deux observations longuement étudiées à la clinique de notre maître, le professeur J. Teissier, qui présentent quelques particularités anatomo-cliniques dignes de remarques.

Observation I. — M..., Pierre, voiturier, quarante et un ans, entré salle Saint-Augustin, le 30 juin 1911, mort le 8 juillet 1911.

Antécédents. — Parents morts âgés. Plusieurs frères bien portants. Bonne santé dans l'enfance. Il nie toute affection vénérienne et avoue un alcoolisme assez marqué. Il s'enrhume souvent les hivers.

L'affection actuelle a débuté en mai 1911 par de l'œdème du cou et de la face, de la cyanose au moment des efforts. Petite hémoptysie en mai 1911. Le malade n'a pas eu de point de côté, mais souffre un peu dans la région de l'épaule gauche. Le 27 juin, il entre à l'Hôtel-Dieu dans un service de chirurgie avec une grosse dyspnée et de la cyanose; on lui trouve un gros épanchement pleural gauche et on lui fait une thoracentèse d'urgence qui le soulage beaucoup; on retire un liquide hémorragique.

Examen le 30 juin. — On note une augmentation de volume du cou, et de chaque côté, le long du sterno-cléido-mastoïdien, une masse volumineuse irrégulière, dure, adhérente aux plans profonds; à côté d'elle existent de nombreux ganglions isolés, durs, roulant sous le doigt, du volume d'une noisette. Le lobe médian du corps thyroïde est perçu sous forme d'une petite virole médiane. Les deux grosses masses latérales paraissent être de nature ganglionnaire.

Ganglions axillaires gros et durs à gauche, plus petits à droite. Ganglions inguinaux bilatéraux. Le larynx est dévié à droite.

Pas d'œdème des membres supérieurs. Face un peu congestionnée. Dilatation des jugulaires. Circulation complémentaire sur la face antérieure du thorax.

Le malade a une dyspnée continue et présente des accès de suffocation avec cyanose et cornage. Toux fréquente.

Aux poumons : à la base gauche en arrière, matité, vibrations diminuées, obscurité, flot, pas de souffle, ni d'égophonie; à la partie moyenne quelques frottements et râles; à droite, en avant submatité et souffle expiratoire sous la clavicule; à la base droite en arrière, obscurité et quelques râles sous-crépitants.

Le cœur n'est pas dévié. La pointe est dans le cinquième espace, les bruits sont normaux. Les deux pouls sont égaux. Tension artérielle : 15 (Potain).

Le foie déborde de deux travers de doigt. La rate n'est pas perçue.

Voix normale. Pas de dysphagie.

Pas de température. Pas d'albumine.

Examen radioscopique. — Grosse masse médiastinale très obscure, à contours mal délimités, ne présentant aucun battement. Les deux bases pulmonaires sont très obscures.

Examen du liquide pleural gauche. — Première thoracentèse (27 juin) : on retire un litre de liquide hémorragique.

Examen cytologique. — Nombreux globules rouges, et globules blancs (prédominance des lymphocytes, peu de polynucléaires); surtout, très nombreuses cellules endothéliales dont quelques-unes sont énormes, ont deux ou plusieurs noyaux (on ne peut affirmer qu'il s'agisse de cellules néoplasiques).

Deuxième thoracentèse (7 juillet) : on retire un litre de liquide louche et hémorragique. Après centrifugation, on note un gros culot rouge et le liquide qui surnage a un aspect chyleux.

Examen cytologique : analogue au précédent; toujours nombreuses cellules endothéliales à plusieurs noyaux.

Globules blancs au nombre de 13990 par millimètre cube de liquide.

Examen du sang :

Globules rouges	4.712.000
Globules blancs	26.000

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	86 p. 100.
Grands mono	6 —
Lymphocytes	5 —
Formes de passage	3 —
Eosinophiles	0 —

Le 8 juillet. — Après chaque thoracentèse le malade a été soulagé d'une façon passagère.

Ce jour-là, le malade meurt en quelques minutes dans un accès de suffocation avec cyanose.

Autopsie. — Le 9 juillet, vingt-quatre heures après la mort. A l'ouverture du thorax, épanchement abondant séro-sanguinolent dans les deux plèvres. Les poumons sont rétractés. Le cœur est un peu refoulé à droite.

Dans le médiastin antérieur, on aperçoit de nombreuses franges néoplasiques, encadrant le péricarde, et tapissant la face postérieure du sternum.

Les poumons, atélectasiés, ne contiennent ni lésions tuberculeuses, ni noyaux néoplasiques.

La masse médiastinale est succulente à la coupe, a un aspect nettement néoplasique; elle est formée de la réunion de nombreux ganglions situés autour des conduits aortique et œsophagien.

Rien au larynx. Le corps thyroïde est très reconnaissable et contient un adénome dans un lobe; pas de cancer thyroïdien.

L'azygos n'est pas très dilatée. Le canal thoracique n'est pas reconnaissable. L'aorte est saine, non comprimée. L'œsophage est un peu enserré par la tumeur à sa partie supérieure.

Le péricarde est envahi; il existe manifestement une péricardite cancéreuse de la base, donnant une symphyse facile à décortiquer. Pas de liquide péricardique.

Myocarde et valvules : rien d'anormal.

Foie (2000 grammes), vésicule, rate (200 grammes) normaux; un peu de périviscérite.

Reins gros (400 grammes les deux), fermes, cyaniques. Capsules surrénales normales.

Estomac, appendice, pancréas : rien d'anormal.

Varicocèle double.

Examen histologique d'un fragment de la tumeur (1) [préparations colorées à l'hématéine-éosine].

Sur les coupes on remarque la présence de travées fibreuses fines dans l'intervalle desquelles il existe de nombreuses cellules présentant tous les caractères des petits lymphocytes; il n'y a pas de cellules plus volumineuses. En somme, il s'agit d'un *lymphadénome* typique.

Observation II. — S..., vingt-huit ans, chimiste, entré salle Saint-Augustin, le 29 mars 1913, mort le 1er avril 1913.

Le malade est envoyé à l'hôpital par l'un de nous avec le diagnostic de tumeur médiastinale.

(1) Cet examen est dû à l'obligeance de notre collègue Gravier, que nous remercions.

Antécédents. — Parents bien portants ; une sœur bien portante ; pas marié. N'a pas eu de maladies antérieures, sauf un ictère émotif il y a vingt ans, ayant duré sept jours. Brûlures anciennes des deux avant-bras.

Il a fait un an de service militaire, nie absolument la syphilis et l'alcoolisme. Très forte santé habituelle.

Depuis le mois de septembre 1912, le malade se plaignait de tousser un peu et d'être essoufflé. Sa voix était un peu enrouée depuis un mois environ. Vers le 13 mars, trois semaines avant son admission à l'hôpital, le malade accusait uniquement un peu de bronchite ne gênant pas les occupations habituelles ; l'auscultation montrait seulement de l'obscurité du sommet droit, mais on était frappé de la largeur du cou, et du gonflement des jugulaires. Un examen radiographique fut alors pratiqué et révéla une masse médiastinale, qualifiée d'adénopathie trachéo-bronchique énorme. Le malade fut envoyé à la campagne, mais après quinze jours, il revenait nous trouver avec une dyspnée considérable ; et un œdème des membres supérieurs s'accroissant très rapidement.

Examen à l'entrée. — Le malade est très dyspnéique, surtout dans la position couchée, un peu moins dans la position assise ; il est surtout soulagé quand il se penche en avant. Il éprouve une sensation d'obstacle rétrosternal, et présente un peu de cornage à certains moments. Légère dysphagie depuis plusieurs jours.

La face est très congestionnée, un peu œdématiée.

Les membres supérieurs sont très œdématiés ; c'est un œdème mou, un peu rosé, avec godet très net ; il prédomine au niveau des mains et des avant-bras, mais existe aussi au niveau des bras et dans les creux axillaires et sus-claviculaires ; la paroi antérieure du thorax est aussi un peu infiltrée. En somme c'est l'aspect classique de l'œdème en pèlerine.

Dans les deux creux sus-claviculaires, il existe un œdème mou pseudo-fluctuant, et on y sent des cordons durs formés par les jugulaires très dilatées. Le corps thyroïde semble un peu gros (?). On ne sent aucun ganglion cervical net ; la présence de l'œdème empêche, il est vrai, une palpation minutieuse.

Sur la face antérieure du thorax on voit de petites varicosités sous-cutanées ; il existe une grosse veine médiane très dilatée dans la région sus-ombilicale.

Pas de ganglions axillaires.

Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière.

Examen de la bouche négatif ; les amygdales ne sont pas grosses. Pas d'œdème dans la région dorsale.

Poumon. — Sonorité normale. Gros souffle interscapulo-vertébral à prédominance expiratoire. Obscurité du murmure dans tout l'hémithorax droit. Pas de signes d'épanchement.

En avant zone de matité dans la région sternale.

Ebauche de toux de compression ; voix un peu enrouée.

Cœur. — Pointe mal perçue. Bruits normaux et réguliers. Pouls régulier. Les deux pouls sont égaux. Tension artérielle, 15.

Abdomen. — Rien de spécial ; foie et rate pas augmentés de volume.

Pas d'œdème des jambes. Réflexes rotuliens normaux.

Pas de température.

Hémorroïdes procidentes et douloureuses.

Pas de signe d'Olliver ; l'aorte n'est pas perçue dans le creux sus-sternal.

Examen radioscopique (Dr Chanoz). — Poumons clairs, bases libres. On voit une grosse masse à limites arrondies, mobile pendant l'inspiration et les efforts de toux, et paraissant indépendante de l'appareil cardio-vasculaire (cœur et aorte) ; cette masse est située en avant du cœur dont la pointe est déplacée à gauche et abaissée.

L'espace clair postérieur est conservé. Un cachet de bismuth descend bien. En somme grosse masse dans le médiastin antérieur, ni cardiaque, ni aortique, paraissant développée au niveau du hile et ayant débuté à droite.

Examen du sang :

Globules rouges	4.216.000
Globules blancs	24.000

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	76 p. 100.
Lymphocytes	2 —
Moyens mono	15 —
Grands mono	4 —
Eosinophiles	1 —
Formes de passage	2 —

Le 30 mars, l'état s'aggrave ; accès fréquents de suffocation avec cyanose et cornage. L'œdème des membres supérieurs a augmenté ; face bouffie et congestionnée. Un peu d'œdème des bourses.

Le 1er avril. — A une heure du soir, le malade est mort, en quelques minutes, dans un accès de suffocation.

Autopsie. — Le 2 avril, vingt-quatre heures après la mort.

A l'ouverture du thorax, on aperçoit de suite une grosse masse bourgeonnante, adhérente au sternum. L'abdomen est libre ; les anses intestinales sont un peu violacées, et dans le mésentère on voit les chylifères lactescents (le malade est mort rapidement en pleine digestion).

Pas de liquide dans les plèvres ni d'adhérences pleurales.

Le cœur est déplacé et abaissé par la tumeur, et la pointe se trouve dans le sixième espace.

A l'ouverture du péricarde, on trouve 200 grammes environ de liquide hémorragique et louche.

La masse médiastinale est très adhérente au niveau des premières côtes et de la clavicule, et après avoir rompu ces adhérences, on fait l'éviscération.

La *tumeur médiastinale*, énorme, a le volume d'une tête d'adulte ; son poids est 1k300. Elle est constituée à la coupe par un tissu pas très dur, blanchâtre et succulent, présentant par endroits des points hémorragiques ; certaines régions ont subi une infiltration anthracosique ; en certains points, on remarque des cavités du volume d'une noisette à une noix, contenant un liquide puriforme. C'est l'aspect le plus typique du néoplasme malin. Par des coupes multiples, on remarque des plans de clivage au centre de la tumeur, qui est formée par la réunion de nombreux ganglions devenus cancéreux et accolés les uns aux autres.

La trachée est comprimée par la tumeur, au niveau de sa bifurcation ; après l'avoir isolée, on voit que sa face antérieure est aplatie et sa paroi, à ce niveau, très amincie ; mais il n'y a pas de prolongement intratrachéal du néoplasme. Les grosses bronches sont moins comprimées ; leur muqueuse est un peu congestionnée. L'aorte est complètement entourée par la tumeur ; mais elle a conservé son calibre normal.

Veines azygos volumineuses, au-devant de la colonne.

L'œsophage n'est pas très comprimé.

Cœur. — Sur le péricarde viscéral, on note quelques dépôts fibrineux et de légères suffusions hémorragiques. Pas d'adhérences péricardiques. Le néoplasme a atteint la face externe du péricarde pariétal qui est très épaissi, mais n'envoie pas de bourgeon intrapéricardique. La partie supérieure de l'oreillette droite est comprimée par un prolongement de la tumeur ; la veine cave supérieure, au point où elle s'abouche dans cette oreillette, est complètement encerclée par la tumeur, sa lumière est extrêmement rétrécie ; il n'existe à son intérieur ni caillots, ni bourgeons cancéreux.

L'aorte ne présente aucune lésion sur sa face interne.

Le myocarde et les valvules du cœur son normales.

Poumons. — La tumeur a envahi, par continuité, le poumon

droit au niveau de la languette antérieure ; en ce point, il est difficile de cliver cet organe de la masse néoplasique ; le poumon, un peu congestionné, ne présente ni noyaux cancéreux, ni lésions tuberculeuses.

Le poumon gauche est un peu congestionné.

Le long de la colonne vertébrale, il existe de nombreux petits ganglions blanchâtres, lactescents à la coupe.

Foie (2480 grammes) violacé, asphyxique, sans autres lésions.

Rate (430 grammes), grosse, ferme, contenant de nombreux points blanchâtres (hypertrophie des corpuscules de Malpighi).

Reins gros (580 grammes les deux), cyaniques.

Capsules surrénales : aspect normal.

Estomac : sur la muqueuse, grosses dilatations veineuses dans la région du cardia.

Larynx, corps thyroïde : aspect tout à fait normal.

Examen histologique d'un fragment de la tumeur (1) [préparations colorées à l'hématéine-éosine]. — On ne reconnaît plus sur les coupes la structure normale du ganglion. On remarque de grosses travées fibreuses d'où partent des travées plus fines séparant des îlots de tissu lymphoïde. Dans ces îlots on note presque uniquement de petits lymphocytes au milieu desquels on aperçoit quelques cellules plus volumineuses (cellules du réticulum ou de l'endothélium vasculaire).

Les travées du tissu réticulé sont épaissies.

Les vaisseaux sanguins sont nombreux.

En certaines zones, un processus de désintégration a frappé tous les éléments anatomiques dont les noyaux sont devenus incolorables.

En somme, il s'agit d'un *lymphadénome*, et plus particulièrement, en raison du développement du tissu conjonctif, d'un lymphadénome fibreux.

Les deux observations que nous venons de relater avec détail présentent entre elles de nombreuses analogies, mais aussi quelques dissemblances, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Nos malades, âgés respectivement de quarante et un et vingt-huit ans, étaient donc relativement jeunes, et ils ne présentaient aucun antécédent pathologique important. C'est d'ailleurs un fait signalé par le plus grand nombre des auteurs, que les tumeurs ganglionnaires primitives du médiastin surviennent le plus souvent chez des individus jeunes et en pleine santé ; suivant Leudet et Rendu cette affection se montre ordinairement entre vingt-cinq et quarante ans, et dans 3 observations personnelles de Boinet (2) il s'agissait de sujets âgés de trente-cinq à trente-huit ans. Les tumeurs épithéliales du médiastin, formées aux dépens des restes du thymus, apparaissent au contraire à un âge plus avancé.

1° *Au point de vue clinique*, les symptômes présentés par nos deux malades ont été ceux de toute compression médiastinale progressive : troubles circulatoires (cyanose, œdèmes), toux, dyspnée intense avec accès de suffocation, troubles de la déglutition et de la phonation, douleurs thoraciques, etc. Nous ne reviendrons pas sur tous ces signes, bien décrits dans chaque observation ; nous attirerons seulement l'attention sur quelques points particuliers.

La cyanose était très accentuée chez nos deux malades.

L'œdème était peu marqué et limité à la face chez le premier ; chez le second il était au contraire extrêmement développé. Chez ce dernier son apparition a été tardive, il n'a guère débuté qu'une quinzaine de jours avant l'issue fatale, et sa marche a été très rapide ; atteignant la face, le thorax et les deux membres supérieurs, il présentait l'aspect classique de l'œdème en pèlerine de Stokes.

L'autopsie a donné dans ce cas l'explication de son intensité : la veine cave supérieure, au point où elle s'abouche dans l'oreillette droite, était complètement encerclée par un prolongement de la tumeur, et sa lumière était réduite à peu près à rien ; il s'agissait d'une simple compression veineuse, sans coagulation intravasculaire ou pénétration de bourgeons cancéreux à l'intérieur du canal veineux.

Notre second malade présentait en outre de l'œdème des bourses, à la période terminale ; ce fait est à rapprocher de l'œdème des membres inférieurs que quelques auteurs (Eger, Labric, Boinet) ont signalé dans les tumeurs médiastinales et qu'ils expliquent par la faiblesse cardiaque ; en pareil cas on a, en effet, noté à l'autopsie des lésions de péricardite ou de symphyse cardiaque.

La circulation complémentaire thoracique n'a pas été très accentuée chez nos deux sujets, vraisemblablement à cause de la marche rapide de l'affection ; le développement de cette circulation collatérale est, en effet, moins en rapport avec le degré d'obstruction veineuse qu'avec la durée d'évolution de la tumeur.

Sans insister sur les phénomènes dyspnéiques, les accès de suffocation avec cyanose et cornage qui sont de règle en pareil cas, nous signalerons l'attitude spéciale que prenaient nos deux malades afin de pouvoir mieux respirer ; ils restaient assis, le *corps penché en avant* et les bras allongés. Cette attitude, parfois notée dans les affections médiastinales, s'explique bien, car alors la compression des organes profonds diminue, d'où résulte pour le malade un certain soulagement et une atténuation de l'oppression.

Notons en outre l'existence dans l'observation I de gros ganglions cervicaux et axillaires qui facilitaient chez ce malade le diagnostic de tumeur ganglionnaire du médiastin ; ils faisaient au contraire défaut dans notre deuxième cas.

Nous insisterons un peu plus longuement sur les complications pleurales et péricardiques.

La pleurésie est fréquente dans les tumeurs médiastinales et suivant Letulle elle existe dans 5 cas sur 7 (1).

Elle fait complètement défaut dans notre observation II et chez ce malade on ne trouva pas trace de liquide dans les plèvres, à l'autopsie. Par contre dans notre observation I il existait des symptômes d'un vaste épanchement pleural gauche, qui occupait une place importante dans le tableau clinique : le malade étant arrivé à l'hôpital dans un état de dyspnée extrême, on lui fit, à gauche, une thoracentèse

(1) Cet examen histologique est dû à l'obligeance de M. le professeur agrégé Cade, que nous remercions.

(2) BOINET. Art. Tumeurs du médiastin, in *Traité* Brouardel et Gilbert, t. VIII.

(1) LETULLE. *Arch. gén. de méd.*, 1891.

d'urgence qui amena un soulagement rapide. Puis un examen complet de ce sujet fit reconnaître que ce gros épanchement pleural était symptomatique d'une affection médiastinale.

Ces épanchements pleuraux dans les tumeurs du médiastin passent parfois inaperçus ; quelquefois ils dominent la scène clinique, comme chez notre premier malade. Ils peuvent, au point de vue pathogénique, reconnaître plusieurs causes. Parfois ils sont produits par l'envahissement néoplasique de la plèvre, auquel cas le liquide retiré par la ponction est souvent hémorragique, et l'examen cytologique y montre la présence de cellules cancéreuses. Dans d'autres cas, la pleurésie est sous la dépendance d'une infection pulmonaire surajoutée (pneumonie, broncho-pneumonie, tuberculose,..) : alors le liquide retiré est clair, citrin ; examiné au microscope, il contient soit des polynucléaires, soit des lymphocytes. Parfois enfin l'épanchement pleural a une origine mécanique et reconnaît pour cause la compression par la tumeur de la veine azygos : le liquide pleural est alors clair et possède une formule cytologique mixte, mais dans laquelle prédominent les placards endothéliaux. On a pu expérimentalement par la ligature de l'azygos chez le chien reproduire cet épanchement pleural mécanique [Bonnamour et Claret (1)].

Chez notre malade nous pensons que la pleurésie gauche observée résulte de la propagation du néoplasme à la plèvre pariétale dans la région médiastinale ; nous nous basons sur la nature hémorragique de l'épanchement, sur son aspect chyliforme au moment de la deuxième thoracentèse, et sur la présence, dans les préparations cytologiques, de très nombreuses cellules endothéliales dont quelques-unes, énormes, possédaient deux ou plusieurs noyaux et rappelaient l'aspect des cellules néoplasiques. La compression de l'azygos ne saurait être mise en cause dans cette observation ; d'ailleurs à l'autopsie, la grande azygos n'était pas volumineuse. Dans notre observation II elle fut au contraire trouvée très dilatée au-devant de la colonne vertébrale, et il est à remarquer que dans ce cas il n'existait pas trace d'épanchement pleural.

Chez nos deux malades on a constaté des lésions de péricardite, un peu différentes dans les deux cas : dans le premier, il existait une symphyse de la base du péricarde facile à décortiquer et causée par l'envahissement néoplasique ; dans le deuxième, on trouva 200 grammes environ de liquide hémorragique dans la cavité péricardique ; le néoplasme avait atteint la face externe du péricarde pariétal qui était refoulé, mais n'envoyait pas de prolongement à l'intérieur du sac péricardique. Cliniquement, chez aucun des deux malades, cette complication du péricarde n'a été reconnue. Le diagnostic en est d'ailleurs habituellement très difficile, car elle ne donne guère de signe ; la matité précordiale et l'assourdissement des bruits du cœur peuvent s'expliquer par la seule présence de la tumeur médiastinale.

(1) CLARET. *Les épanchements pleuraux dans le syndrome médiastinal*, Th. de Lyon, 1908.

Chez nos deux malades, le diagnostic de l'affection ne présentait pas de grosses difficultés en raison de tous les symptômes constatés. La radioscopie l'a confirmé en montrant dans le médiastin une grosse masse sombre à limites arrondies, non animée de battements, déplaçant l'ombre cardiaque. Mais de quelle nature était cette tumeur? Le jeune âge des malades, la présence dans l'observation I de ganglions cervicaux et axillaires asssez gros faisaient admettre son origine ganglionnaire (lymphadénome ou lymphosarcome) ; l'examen du sang pratiqué dans les deux cas, en montrant une leucocytose polynucléaire (24000 et 26000 globules blancs) confirmait cette manière de voir.

Nous insistons enfin sur la marche rapide de l'affection dans les deux cas. Chez le sujet de l'observation I, le début de la maladie ne remontait guère qu'à deux ou trois mois ; chez celui de l'observation II, les premiers symptômes (toux, dyspnée légère) ont débuté il y a cinq ou six mois, mais les signes n'étaient devenus alarmants que trois semaines à peine avant la mort. La marche a été très rapidement progressive, et nos deux malades sont morts d'une façon analogue au cours d'un violent accès de suffocation.

2° *Au point de vue anatomo-pathologique*, la tumeur volumineuse avait le même aspect chez les deux malades ; comprimant tous les organes médiastinaux, elle présentait l'aspect le plus typique du néoplasme malin ; elle était constituée par un tissu gris rosé, encéphaloïde, pas très dur, contenant par endroits des foyers hémorragiques, et des points ramollis ayant subi la dégénérescence kystique et transformés en cavités plus ou moins volumineuses, remplies d'un suc lactescent abondant.

Histologiquement, il s'agissait de tumeurs du tissu lymphoïde présentant tous les caractères de lymphadénome ; on constatait en effet sur les coupes l'existence d'un abondant réticulum interstitiel, dans les mailles duquel se trouvent de petits lymphocytes, c'est-à-dire de petites cellules à protoplasma très réduit et à noyau riche en chromatine. Dans l'observation II, le stroma avait un aspect plus scléreux, et les îlots lymphadéniques étaient découpés par des travées conjonctives plus denses ; en raison de ce développement important du tissu conjonctif, il s'agissait dans ce cas, de la variété désignée sous le nom de lymphadénome fibreux.

L'absence d'éléments polymorphes, de cellules polygonales ou globuleuses à protoplasma granuleux ou à noyaux multiples, nous a fait écarter l'hypothèse de lymphosarcome.

Dans nos deux cas, la tumeur a eu pour origine les ganglions médiastinaux ; on a bien toutefois décrit des lymphadénomes formés aux dépens des restes du thymus, mais on ne peut guère affirmer l'origine thymique de ces tumeurs, si on ne trouve pas des corpuscules de Hassal sur les préparations histologiques.

Il s'est en somme agi de tumeurs histologiquement malignes, peut-être moins malignes cependant que les lymphosarcomes ; d'ailleurs en pareil cas les caractères histologiques du néoplasme n'ont pas

une grosse importance, car les malades ne meurent pas tant de la malignité de leur tumeur, que de la compression des organes du médiastin.

ACTUALITÉS

LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

L'étude des résultats fournis par les rayons X au diagnostic de la tuberculose ganglio-pulmonaire est commencée depuis plus de quinze ans ; mais, pendant longtemps, il fallut se préoccuper surtout de perfectionner les appareils d'exploration et d'acquérir l'expérience de la radiologie. Après une période d'essais et de tâtonnements, la radioscopie et la radiographie du thorax ont aujourd'hui leur place dans la séméiologie de l'appareil respiratoire, tout comme la percussion et l'auscultation; une bonne mise au point de cette question a été faite récemment par Gauducheau (1). Nous signalons encore la thèse de Ségard (2), un article de Ribadeau-Dumas et Debré (3), les communications de Ribadeau-Dumas, Decloux, Albert-Weill (4), où l'on trouve des observations très démonstratives.

La technique de l'exploration du thorax aux rayons X regarde uniquement les spécialistes. Retenons seulement qu'un grand progrès a été réalisé le jour où l'on est arrivé à faire des radiographies rapides en apnée, et même des radiographies instantanées, celles-ci étant indispensables chez les enfants et les nourrissons qui ne peuvent suspendre pendant quelques secondes leurs mouvements respiratoires. Pour examiner les ganglions trachéo-bronchiques, la radioscopie reste plus utile que la radiographie (Decloux et Ribadeau-Dumas) ; mais celle-ci doit être préférée pour l'étude des poumons. Avec la radiographie rapide, on a d'abord cherché à bien préciser l'image du poumon normal ; sur une bonne radiographie prise en apnée, on voit, partant du hile, toute une série d'ombres rubannées dont on peut suivre nettement les arborisations jusqu'au voisinage de la périphérie; ce sont les ombres de structure pulmonaire, dont on discute encore la cause, les uns admettant qu'elles sont déterminées par les bronches, les autres attribuant leur production aux vaisseaux des poumons. En dehors de ces ombres normales, la radiographie rapide permet de constater le siège et l'étendue des lésions pulmonaires; celles-ci modifient, en effet, la densité du poumon et par suite sa transparence. La présence de sécrétions bronchiques et alvéolaires, la stase sanguine, la sclérose bronchique et péribronchique accentuent d'une façon irrégulière et inégale les ombres de structure pulmonaire. On doit immédiatement faire remarquer que ces diverses lésions ne sont pas spéciales à la tuberculose et que par conséquent la radiographie doit toujours être associée à un examen clinique très minutieux ; elle le complète sans doute, mais elle ne peut prétendre le remplacer.

La radiologie ganglio-pulmonaire ne présente pas le même intérêt aux diverses périodes de la tuberculose; il est bien évident que chez les malades atteints de lésions ulcéro-caséeuses l'examen aux rayons X n'a plus grande importance; il permet toutefois de fixer l'état des altérations pulmonaires et de contrôler leur évolution; quelquefois, on constate aux rayons X que les lésions sont plus étendues que ne le faisaient supposer les résultats de l'auscultation. La radiologie est surtout utile pour l'étude des adénopathies trachéo-bronchiques et des réactions périhilaires, pour le diagnostic du début de la tuberculose, pour la recherche de la tuberculose pulmonaire à petits foyers calcifiés; récemment enfin, elle a servi au diagnostic de la granulie pulmonaire.

On sait avec quelle fréquence les ganglions trachéo-bronchiques sont, chez l'enfant surtout, des foyers de tuberculose latente. Les symptômes et signes physiques de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse se réduisent souvent à bien peu de chose; dans certains cas, ce qui prédomine, ce sont des réactions broncho-pulmonaires, dont le professeur Hutinel (1) a montré toute l'importance : fluxions, inflammations ou dyspnées paroxystiques, bronchites locales, congestions pulmonaires, spléno-pneumonies, asthme catarrhal. Pour établir le diagnostic, il convient donc d'utiliser toutes les ressources de la clinique et du laboratoire, parmi lesquelles la radioscopie. Normalement invisibles à l'exploration radiologique, les ganglions le deviennent quand ils ont acquis une densité et un volume suffisants; les caractères des ombres ganglionnaires sont assez bien établis et on peut les différencier de l'hypertrophie du thymus. Parfois les adénopathies du hile accompagnées ou non de réaction médiastinale donnent lieu à une image radioscopique spéciale, que Belot et Ségard ont décrite sous le nom de flou des contours de l'ombre cardiaque.

Les lésions des ganglions trachéo-bronchiques retentissent sur le médiastin et le poumon. La médiastinite tuberculeuse contribue, au même titre que l'adénite, à rendre obscur dans les examens obliques l'espace clair médian; mais l'exploration radiologique ne permet pas, à elle seule, de la différencier des lésions analogues de médiastinite syphilitique. Plus importantes sont les réactions pulmonaires périhilaires : dans la région immédiatement voisine du hile et des ganglions bronchiques, on peut rencontrer toutes les formes cliniques aiguës, subaiguës et chroniques de la phtisie, soit primitives et isolées, soit associées à des lésions analogues développées à distance. De par leur siège, ces lésions sont souvent latentes et l'on comprend facilement que des cavernes juxtahilaires aient pu échapper à l'auscultation, tandis qu'elles étaient révélées à l'écran radioscopique par une accentuation des images hilaires.

Cette constatation de foyers périhilaires est déjà un argument contre la loi de Louis, admettant que « les tubercules siègent primitivement au sommet du poumon et qu'ils y sont toujours plus anciens qu'à la base ». D'autres recherches anatomiques et radiologiques ont encore modifié la conception classique sur la localisation initiale de la tuberculose pulmonaire (Ribadeau-Dumas, Rist); pour certains auteurs, la localisation apexienne de la phtisie pulmonaire de l'adulte, telle que nous la fait connaître l'expérience clinique journalière, est due à une réinfection, le plus souvent à une réinfection d'origine autochtone; c'est l'étape ultime de l'infection tuberculeuse (2). L'examen aux rayons X met en évidence, à côté des lésions des sommets, la grande fréquence des localisations plus anciennes au niveau des scissures interlobaires ou de la base. Pour ce qui est de discuter les images radiographiques (clarté des sommets, modifications de l'ombre projetée par la clavicule, troubles de la mobilité et déformations du dôme diaphragmatique), nous ne pouvons entrer dans le détail des faits, car, pour s'y reconnaître, il faut être spécia-

(1) GAUDUCHEAU. *L'Exploration radiologique du thorax et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire*, Th. de Paris, 1912 ; — *La Clinique*, 24 janv. 1913 ; — *Gaz. méd. de Nantes*, 15 fév. 1913 ; — *Arch. médico-chirurgicales de province*, mai 1913.

(2) SÉGARD. *Etude sur la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant*, Th. de Paris, 1913.

(3) RIBADEAU-DUMAS et DEBRÉ. *Paris méd.*, fév. 1913.

(4) RIBADEAU-DUMAS, WEILL et MAINGOT. *Soc. de pédiatrie*, nov. 1912. — RIBADEAU-DUMAS et Albert WEILL. *Soc. de pédiatrie*, fév. 1913. — DECLOUX et RIBADEAU-DUMAS. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 17 mars 1913.

(1) HUTINEL. Les réactions broncho-pulmonaires dans les adénopathies médiastines, *Gaz. des hôp.*, 1911, n° 13.

(2) RIST, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 28 juin 1912.

lisé en radiologie. Nous ne faisons qu'enregistrer les résultats obtenus.

Béclère et Gaudućheau ont montré que l'exploration radiologique révélait parfois une tuberculose pulmonaire à petits foyers calcifiés sans signes stéthoscopiques chez des sujets en apparence bien portants ou présentant seulement quelques phénomènes généraux tels que dépression, lassitude accentuée par la moindre fatigue, léger état fébrile vespéral. En plein parenchyme pulmonaire, on aperçoit plusieurs petits foyers, de taille très réduite (quelques millimètres), de forme plus ou moins nettement circulaire, dont l'ombre intense tranche comme celle de grains de plomb sur la clarté des champs pulmonaires. Il existe presque toujours en même temps une accentuation des ombres hilaires et parfois de l'adénopathie médiastine. Ces foyers calcifiés sont des tubercules en voie de guérison, mais dont l'activité n'est pas toujours définitivement éteinte.

Le dernier progrès des rayons X en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, c'est d'avoir permis, dans plusieurs cas, d'affirmer le diagnostic de la granulie (Müller, Béclère, Decloux, Ribadeau-Dumas, A. Weill, Maingot). A la radiographie rapide, les champs pulmonaires apparaissent parsemés de petites taches miliaires, plus ou moins arrondies, isolées ou confluentes, disséminées un peu partout, parfois plus abondantes dans les lobes supérieurs et aux sommets. On ne peut pas confondre les ombres ainsi obtenues avec les ombres de structure pulmonaire, puisque, dans la granulie, ce sont des taches isolées. Seule la carcinose miliaire pourrait donner un aspect analogue; pour la différencier de la granulie, on se basera sur l'examen général du malade.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 JUIN 1913)

Sur quelques accidents de l'intubation dans le croup traité tardivement. Moyens d'y remédier. — MM. L. MARTIN, H. DARRÉ et L. LAGANE étudient deux observations de laryngo-trachéites diphtériques tubées dont l'une a succombé à une obstruction du tube et dont l'autre a guéri après divers incidents au cours de l'intubation.

Ils insistent sur les difficultés qui existent dans des observations analogues pour bien établir le diagnostic. Ils décrivent les accidents qu'ils ont observés et indiquent comment on peut éviter une trachéotomie dans des cas semblables.

Enfin ils passent en revue les avantages et les inconvénients des tubes courts et des tubes longs lorsqu'on les emploie dans les croups traités tardivement.

On hésite souvent à employer un tube long; car son retrait est une opération délicate. MM. Marfan et Jules Renault ont indiqué des procédés divers pour faciliter le détubage des tubes longs. Les auteurs de la communication donnent la description d'une technique assez simple qui pourra rendre des services. Voici la technique employée par ces auteurs :

1° L'enfant est en position comme pour un tubage, avec l'ouvre-bouche en place et l'opérateur en face de lui.

2° La tête de l'enfant est portée en arrière par l'aide qui la tient; l'opérateur place son pouce droit au niveau du bord supérieur du sternum pour soulever et dégager le tube. Son index gauche est placé dans la gorge au niveau de la tête du tube; il sent et suit le mouvement de relèvement du tube.

3° Tandis que le pouce droit accentue le relèvement du tube pour le faire sortir du larynx, les aides font basculer en avant le corps de l'enfant, et l'index gauche de l'opérateur, légèrement recourbé en crochet, saisit la tête du tube, guide ce tube, le fait glisser sur l'épiglotte, sur la base de la langue, et l'amène à l'orifice buccal sans qu'il soit besoin d'user d'aucune force et en évitant tout mouvement brusque.

Paralysie du moteur oculaire commun avec paralysie faciale à la suite d'une migraine violente. — M. CHANTEMESSE présente un malade sujet à des migraines et d'une famille migraineuse. C'est à l'âge de seize ans que la première fois, à la suite d'une migraine violente, il fut pris d'une paralysie du moteur oculaire commun avec paralysie faciale. Les deux affections disparurent rapidement et il put faire son service militaire sans aucune trace de paralysie.

Quelques mois plus tard il fut repris de nouvelles douleurs, avec paralysie et fièvre. Les jours suivants évolua une fièvre typhoïde classique. La ponction lombaire fut négative et à la convalescence la paralysie entra également en régression.

Vaccination antityphique. — A l'occasion de ce malade, M. CHANTEMESSE rappelle ses travaux sur la vaccination antityphique. Il existe toujours, lorsqu'on fait l'autopsie d'un typhique, deux variétés de lésions, les unes dégénératives, les autres d'hyperactivité particulière. D'autre part, cliniquement il n'est pas rare de voir se produire au cours ou au déclin de la typhoïde des phénomènes qui rappellent l'anaphylaxie. Tous ces troubles sont sous la dépendance de la toxine typhique. Quand on injecte du vaccin même en quantité minime, on constate comme d'ailleurs avec le sérum, une hyperactivité particulière du tissu lymphoïde et de la rate qui s'hypertraxie. Il est important de doser les vaccins et d'en employer des doses de plus en plus faibles.

M. JOSUÉ, à l'occasion de la communication de M. Chantemesse, fait connaître les recherches qu'il poursuit avec son interne M. F. Belloir sur la vaccinothérapie de la fièvre typhoïde. Ces recherches, bien que récentes et ne portant encore que sur un nombre restreint de cas, présentent un réel intérêt au triple point de vue de la technique mise en œuvre, de la dose employée et des beaux résultats obtenus jusqu'ici.

M. Josué conclut que la dose de trois injections de 200 millions de microbes provenant du malade lui a donné des résultats très encourageants, aussi bien dans un cas très grave que dans une forme légère. Il n'a observé à la suite des injections ni réaction locale, ni réaction générale.

Inanition prolongée consécutive à des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage chez une fillette de sept ans; guérison par œsophagotomie interne et dilatation. — MM. B. WEIL, HALLÉ et ABRAND rapportent le cas d'une fillette atteinte d'un triple rétrécissement œsophagien par suite d'ingestion de potasse caustique. L'œsophagoscopie permet de repérer les différents points de la sténose qui ne dépasse pas le cardia. Par l'œsophagotomie et la dilatation on parvint à réalimenter l'enfant, inanitiée pendant plusieurs mois.

Cette inanition chronique avait fait baisser le poids de l'enfant de plus de 50 p. 100 bien au delà des limites de la tolérance généralement admise. L'urine, émise à cette période au taux de 100 grammes par jour, ne contenait pratiquement pas d'urée et seulement 50 centigrammes de chlorure de sodium. Mais l'intégrité fonctionnelle des organes a permis, même après une longue inaction et malgré le taux de l'atrophie, une reprise rapide du poids après l'intervention thérapeutique.

Kyste hydatique du poumon opéré et guéri. — MM. LEREBOULLET, DESMAREST et VAUCHER présentent une malade opérée en janvier d'un volumineux kyste hydatique du poumon gauche. Ce cas se présentait cliniquement comme une pleurésie purulente, enkystée, probablement tuberculeuse, avec expectoration purulente journalière abondante; mais un interrogatoire attentif apprenait l'existence antérieure d'une vomique de liquide clair comme de l'eau de roche. La radiographie révélait la présence d'une collection à limite supérieure convexe dans les deux tiers inférieurs du poumon

gauche, sa limite inférieure était non moins précise. En outre l'examen du sang révélait une éosinophilie légère, une réaction de fixation fortement positive; ces constatations permirent d'affirmer l'existence d'un kyste hydatique. La malade fut opérée sans anesthésie générale et une énorme collection hydatique put être évacuée. Il s'agissait d'un kyste à contenu absolument clair, vraisemblablement sous-jacent à un autre kyste suppuré en communication avec les bronches. Les suites opératoires furent normales, la guérison très rapide malgré la persistance longtemps prolongée d'une réaction de fixation positive. La radiographie et les réactions biologiques furent ici des plus précieuses pour établir un diagnostic précis et rapide. La ponction exploratrice faite au moment même de l'opération fut suivie d'accidents syncopaux qui montrent le danger qu'il y aurait eu à la faire à titre diagnostique.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1913)

Un cas de mutisme intermittent. — M. DUFOUR présente un jeune homme de dix sept ans, qui, depuis l'âge de cinq ans, s'arrête de parler de temps à autre, pendant quelques secondes. Faut-il assimiler ce phénomène aux équivalents épileptiques ? Tel n'est pas l'avis de M. MEIGE qui s'efforce de voir si ce mutisme n'est pas rééducable.

Appareil protecteur du crâne après trépanation. — M. DE MARTEL. Un de ses opérés, guéri, est présenté porteur d'une sorte de casque métallique complètement invisible et nullement gênant qui lui permet d'affronter les chocs les plus violents sans présenter la fragilité spéciale aux craniectomisés.

Trente et un cas de basedowisme fruste ou névrose vaso-motrice. — M. ALQUIER. Ces faits vont de la maladie de Basedow typique en passant par toute une série de cas frustes, jusqu'à la simple crise vaso-motrice caractérisée par des bouffées de chaleur et rougeur faciale avec sueurs et tachycardie. Il serait téméraire de dire où commence et où finit le basedowisme, dans ces observations. Trois fois, les troubles ont apparu à la suite du traitement thyroïdien : l'hémato-éthyroïdine de Hallion, employée dans 21 cas, a donné des résultats absolument remarquables, à des doses maxima de trois cuillerées à café par jour, pendant quelques semaines seulement, dans la majorité des cas. Tous les malades sont des nerveux, atteints de dyspepsie nerveuse. M. Alquier insiste sur la constance de viciations des réactions motrices cutanées, et de l'instabilité cardiaque, avec, dans deux cas, instabilité de la pression artérielle. Il a en vain recherché cet ensemble de symptômes chez d'autres névropathes, et les croit spéciaux à la catégorie de malades faisant l'objet de son travail. — M. BABINSKI a été frappé, dans un fait de ce genre de la facilité avec laquelle la tension artérielle, très élevée, est revenue à la normale. — M. CLAUDE estime qu'on peut reconnaître les cas appartenant à la maladie de Basedow à l'hypertension passagère déterminée chez eux par l'injection d'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse. — M. SICARD voudrait savoir si la tachycardie paroxystique essentielle doit être rapprochée ou non des faits étudiés par M. Alquier. — M. LÉRI apporte une observation de troubles consécutifs à la castration, avec tachycardie et mort. — M. ROUSSY dit qu'histologiquement la thyroïde des basedowiens présente des caractères spéciaux.

Contribution à la radiothérapie du goitre exophtalmique. — M. FOLLEY. L'irradiation de la région sternale supérieure ne donne qu'une amélioration passagère des troubles fonctionnels, l'irradiation de la région épigastrique au contraire a dans deux cas amené en huit jours l'atténuation de la tachycardie, la ramenant de 110 à 90, avec diminution de l'hyperhydrose, sans modification des autres symptômes.

Tumeur cérébrale. — MM. P. MARIE et CHATELIN montrent une malade atteinte de céphalée, stase papillaire, gêne de la marche, exagération des réflexes à gauche, bruit de pot fêlé dans la région temporo-pariétale et se proposent de la traiter par la ponction ventriculaire. — M. CLAUDE estime que cette tentative est intéressante : dans un cas, une série de ponctions lombaires montra que le liquide se reproduisait particulièrement vite.

Polynévrite syphilitique. — M. BARRÉ. Une femme de trente-trois ans présenta les signes d'une polynévrite avec abolition des réflexes et troubles de la sensibilité rapidement guérie par le traitement syphilitique, la syphilis apparaissant comme la seule cause à envisager. — M. CLAUDE a vu un cas semblable à début apoplectiforme, vite guéri par le traitement syphilitique.

JURISPRUDENCE

LE VOISINAGE DES CLINIQUES

Un curieux jugement vient d'être rendu par la première Chambre du Tribunal de la Seine, le mardi 12 juin 1913.

Il vient de décider qu'un médecin était libre d'ouvrir une clinique où bon lui semblait, même si, du fait de la maladie soignée (en l'espèce la tuberculose), des dangers peuvent être à craindre.

Voici les faits. Un médecin a installé dans un immeuble situé dans un des plus riches quartiers de Paris, et dont il est propriétaire, un institut médical. Il y a annexé un laboratoire dans lequel il se livre à des manipulations chimiques nécessaires à l'exercice de sa profession. Un beau jour, un groupe de propriétaires voisins de l'immeuble, alléguant que les odeurs de créosote émanant du laboratoire d'une part, et les allées et venues des malades tuberculeux à l'institut, d'autre part, leur causaient un préjudice (trouble de jouissance, danger grave pour la santé), assignèrent le médecin en 100 000 francs de dommages-intérêts.

En ce qui concerne les fumées et les odeurs émanant du laboratoire, le tribunal a ordonné une expertise ; nous y reviendrons, car il sera intéressant de savoir si, l'expert concluant contre le docteur, tous les voisins d'une pharmacie ne seront pas en droit de se plaindre, en se basant sur les attendus du prochain jugement ?

En attendant, le tribunal a statué sur le droit du médecin d'ouvrir une clinique où bon lui semble.

« ...Attendu, en ce qui concerne le cabinet de consultation et la clinique, abstraction faite du laboratoire de pharmacie, que les demandeurs ne sont pas fondés à en réclamer la fermeture et la suppression ;

Attendu, en effet, que si, comme l'a fait observer l'expert, dans son rapport, Dupeyroux a été, pour le moins, mal inspiré, en installant son institut médical dans un quartier riche et paisible, composé en grande partie d'hôtels particuliers, et s'il ne peut manquer d'en résulter une gêne de voisinage, il a usé d'un droit qui ne peut lui être contesté et dont l'exercice ne constitue pas par lui-même un abus au regard des propriétaires des immeubles voisins du sien ;

Attendu que les demandeurs prétendent, il est vrai, que les allées et venues de personnes atteintes de tuberculose, sont, pour eux, une cause de graves inconvénients et même de danger de contagion, et que, dans leurs conclusions subsidiaires, ils sollicitent une expertise à l'effet de procéder à l'analyse de poussières et de crachats qui pourraient être prélevés au droit de leurs propriétés et de celle du docteur

Dupeyroux après le passage des malades reçus en consultation ;

Mais attendu que ces conclusions ne sauraient être accueillies ; que l'expertise ainsi proposée ne pourrait donner de résultats utiles et pratiques et que, dans tous les cas, les demandeurs doivent supporter le voisinage d'une clinique, comme de tout cabinet médical ou établissement hospitalier... »

Voilà qui est bien net et précis. Le cas ne serait pas tout à fait pareil s'il s'agissait d'une maison de santé. Il y aurait alors un droit de surveillance, purement hygiénique, qui serait exercé par la préfecture de police, simplement pour assurer le maintien de la santé publique.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES

MÉDECINE

Une source possible de danger dans l'emploi des injections de sérum antiméningococcique. (S. P. KRAMER. *The journ. of the Amer. med. ass.*, vol. LX, n° 18, 3 mai 1913, p. 1348.) — Dans un cas typique de méningite cérébro-spinale le docteur Kramer injecte une première fois dans l'espace sous-arachnoïdien 30 centimètres cubes de sérum antiméningococcique sans accident. Cinq jours après, les symptômes persistant, une nouvelle injection est pratiquée. Deux minutes après l'injection, la respiration s'arrête brusquement, les pupilles sont contractées, le cœur continue à battre. On pratique la respiration artificielle, et l'enfant respire spontanément au bout de trois minutes, mais il conserve du strabisme par paralysie du droit externe ; la conscience revient au bout d'une heure et on note une hémiplégie gauche — qui s'atténue le lendemain — le bras reste paralysé ; une urticaire se développe le lendemain et l'enfant meurt le deuxième jour.

L'infirmière de la salle qui avait été à l'hôpital Cincinnati auparavant cite des cas analogues. Une enquête menée dans cet hôpital permet au docteur Kramer de retrouver cinq autres observations qu'il rapporte en détail. Dans tous les cas il y a eu mort survenant avec paralysie respiratoire, qui disparaît par la respiration artificielle, mais l'enfant meurt peu après.

L'auteur rapproche de ces faits les cas de mort subite par paralysie respiratoire après injection intrarachidienne de cocaïne.

Il a tenté de fournir une explication de ces faits. Dans des articles précédents Kramer a montré que dans certains cas chez l'enfant il y avait une persistance du canal central médullaire dans le filum terminal. Des expériences faites chez l'animal et des coupes de pièces lui ont permis de montrer que ce conduit s'ouvrait à sa partie terminale dans la fissure médiane postérieure. Kramer pense que dans certains cas on ponctionne dans cette fissure et que le liquide se trouve injecté directement dans le canal central médullaire, il est entraîné par la circulation du liquide céphalo-rachidien jusque dans le quatrième ventricule. Il se fait alors une absorption en masse du toxique qui amène un arrêt de la respiration.

Des expériences de l'auteur montrent bien cette action toxique du sérum antiméningococcique sur le bulbe. Si on injecte directement du sérum dans l'artère vertébrale qui irrigue cette zone cérébrale sans communication avec l'hexagone de Willis on voit l'animal présenter un arrêt brusque de respiration, suivi de mort si on ne pratique pas la respiration artificielle. L'injection de sérum physiologique ne produit au contraire aucun accident.

L'auteur en conclut que, comme pour la rachianesthésie à la cocaïne, les injections dans l'espace sous-arachnoïdien de la moelle présentent un danger qu'il est difficile d'éviter.

M. LANCE.

Disparition du sucre après ablation de tumeurs chez des diabétiques. (Morris MAUGES. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LX, n° 9, 1er mars 1913, pp. 661-662.) — Quatre cas sont relatés, deux personnels, un de Miller, un de Joslin. Le premier cas de Mauges est celui d'un homme de soixante-deux ans, diabétique et prostatique depuis des années (50 à 150 grammes de sucre par jour et acidose marquée). On fut obligé de lui faire une prostatectomie d'urgence, après avoir refusé, pendant des mois, de l'opérer. Il guérit parfaitement, le diabète disparut complètement pendant dix-huit mois après lesquels il reparut.

Le second cas est celui d'un homme de soixante-dix ans dans le même état. L'opération réussit parfaitement : le sucre disparut et ne reparut pas, même après les plus gros excès de régime, alors qu'avant l'opération rien ne pouvait le faire baisser. Le malade mourut cinq ans après de pyonéphrose

Les cas de Miller et de Joslin ont trait à deux femmes chez qui un diabète rebelle disparut après hystérectomie pour fibromes.

A remarquer que dans ces quatre cas, il s'agissait de tumeurs de l'appareil génital. Le point intéressant au point de vue pratique ce n'est pas l'explication théorique (absente jusqu'ici), mais le fait que peut-être on exagère la crainte du diabétique comme terrain chirurgical. Morris Mauges fait remarquer que, lorsque les réactions à l'acide diacétique et oxybutyrique sont négatives, l'acétone ne donne aucune contre-indication. Les coefficients d'excrétion azotée sont beaucoup plus importants.

F. GARDNER.

MÉDECINE INFANTILE

Réactions méningées et auto-intoxications. (HUTINEL. *La pédiatrie pratique*, juillet 1912.) — Les réactions méningées ne sont pas rares chez l'enfant à l'occasion des affections intestinales ; il s'agit quelquefois d'une véritable septicémie, mais l'on se trouve le plus souvent en face de simples réactions de l'encéphale ou de ses enveloppes, beaucoup plus souvent d'ordre toxique qu'infectieux.

Ces réactions méningées réalisent différents types cliniques : ou bien le système nerveux semble sidéré à tel point que le sujet d'abord affaissé, tombe rapidement dans le coma ; ou bien l'on assiste à des réactions motrices, convulsions généralisées ou partielles, raideur de la nuque, contracture des membres ; rarement à l'autopsie on constate des veines distendues, de la congestion pie-mérienne.

Plus souvent il s'agit d'une véritable fluxion des vaisseaux encéphaliques, d'une augmentation du liquide sous-arachnoïdien ; la caractéristique de ces réactions méningées est l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien. Ces troubles méningés s'observent assez souvent chez le nourrisson ; ils font alors partie du tableau de l'athrepsie où ils se révèlent par le coma et les convulsions.

Ce n'est pas indifféremment chez toutes sortes d'enfants que les troubles digestifs déterminent des phénomènes convulsifs ; les uns sont des nerveux, issus de névropathes, d'autres sont des encéphalopathiques, d'autres enfin portent une tare nerveuse jusque-là méconnue. Il n'est pas rare d'observer, au cours des troubles digestifs accompagnés ou non de réactions méningées, de l'irrégularité du pouls, dont la constatation pourrait orienter vers le diagnostic de méningite. Il faut souvent avoir recours à la ponction lombaire, pour trancher ce diagnostic quelquefois extrêmement délicat.

Le traitement consiste en diète hydrique précédée de la prise d'un purgatif ou associée à une thérapeutique laxative, en applications de compresses chaudes sur le ventre, lavages du tube digestif, bains chauds, au besoin injections de sérum.

B. GAYARD.

Les diathèses infantiles. (G. SCHREIBER. *Arch. de méd. des enfants*, n° 6, juin 1912). — Sous le nom de diathèse il faut entendre un trouble permanent des mutations nutritives qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes comme formes symptomatiques, comme siège anatomique, comme processus pathologique ; d'après Bouchard il existerait deux diathèses : la diathèse scrofuleuse ou lymphatique et la diathèse arthritique.

L'enfant lymphatique présente non seulement une susceptibilité particulière à l'égard du bacille de Koch mais encore à l'égard de tous les autres microbes pyogènes ou saprophytes habituels de l'organisme (catarrhes muqueux, impetigo, intertrigo, etc.) ; on a fait rentrer ces derniers temps dans ce groupe (Paltauf) l'hyperthrophie du thymus.

L'arthritisme infantile existe chez le nourrisson (constipation, eczéma, dyspepsie floride) ; chez l'enfant plus âgé il en existe plusieurs types : un type gras polysarcique, et un type maigre lymphatico-nerveux. Dans cet arthritisme rentrent les faits de *diathèse exsudative* décrits par Czerny. Ces deux diathèses, lymphatique et arthritique, peuvent se mêler. Quant à la scrofule, son nom doit être réservé au cas d'une tuberculose atténuée, évoluant chez un sujet lymphatique.

Le traitement de l'arthritisme réside surtout dans le régime ; on pourra recourir au traitement hydro-minéral, et compléter par l'administration prudente de certains médicaments (arsenic, glycérophosphate de chaux, iode).

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Vésiculotomie séminale : son but, ses résultats. (Eugène FULLER. *Journ. Amer. med. assoc.*, vol. LIX, 30 novembre 1912, pp. 1959-1962.) — Fuller a pratiqué cette opération 254 fois sans une mort. Ce n'est pas une opération qui se fait sous le contrôle de l'œil, mais uniquement sous celui du toucher, ce qui fait qu'elle reste l'apanage de ceux dont ce dernier sens a été développé et peut sembler difficile au chirurgien non spécialisé qui dépend de ses yeux pour bien travailler.

Dans les 128 derniers cas, 89 étaient des cas de rhumatisme blennorragique, dont la plupart invétérés : 80 p. 100 étaient guéris un mois ou six semaines après l'opération ; il n'y en eut pas un qui ne fût très considérablement amélioré. Les idées de Fuller sur la vésicule séminale, foyer toxique qui, de par sa disposition anatomique, se draine très mal ou pas du tout, et sur les rapports de la vésiculite et périvésiculite chroniques avec l'arthrite blennorragique, sont aujourd'hui bien connues.

Dix-huit cas furent opérés pour symptômes urinaires : 12 furent guéris ; 4 furent obligés de quitter l'hôpital avant guérison complète ; 2 furent trouvés plus tard être de nature tuberculeuse ; dans ces cas, la vésiculotomie est nettement contre-indiquée.

Quatorze cas avaient des symptômes génitaux : 9 furent guéris ; 5 disparurent avant les quelques mois nécessaires pour obtenir une guérison complète de ce genre de cas.

Enfin 7 étaient des neurasthéniques sexuels : tous les résultats furent satisfaisants. Le petit nombre d'opérations de ce genre s'explique par ce fait que ces malades ne consentent pas souvent à se faire opérer et que les neurologistes n'admettent pas encore que, pour les hommes comme pour les femmes, la chirurgie peut quelque chose pour ces névropathes.

F. GARDNER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Un cas de cancer de l'appendice. (MM. MASSART et DELVAL. *Bull. soc. anat.*, 1912, p. 274-277, 2 fig.) — Une femme de cinquante-deux ans présentait depuis six semaines, à la suite d'une grippe, les signes d'une crise appendiculaire après laquelle persiste dans la fosse iliaque droite un endolorissement sans réaction péritonéale marquée. L'appendice court, non adhérent, présente une coloration blanchâtre particulière « comme avasculaire ». Il s'agit histologiquement d'un cancer à type intestinal, forme beaucoup plus grave et plus sujette à récidives que celle des jeunes sujets, à petites cellules polyédriques.

L. ALQUIER.

Un nouveau cas de maladie de Friedreich avec autopsie. (A. LAMBRIOS. *Revue neurol.*, 1913, p. 57-67, 7 fig.) — On ne trouve ici ni caractère familial, ni syphilis, mais seulement plusieurs infections antérieures. Les lésions fondamentales semblent être celles des cordons et racines postérieurs : colonne de Clarke et nerfs périphériques ; celles des cordons antéro-latéraux sont variables et contingentes.

L. ALQUIER.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 JUIN 1913

THÈSES

Mercredi 25 juin, à une heure. — M. DEMOULIN. Transformation de tuberculose verruqueuse en lupus tuberculeux, et, inversement, transformation de lupus en tuberculose verruqueuse. (MM. Gaucher, président ; Roger, Marcel Labbé et André Jousset.) — Mᵐᵉ POPEREK. Traitement de la péritonite tuberculeuse par la méthode de recalcification (Méthode Ferrier). (MM. Roger, président ; Gaucher, Marcel Labbé et André Jousset.) — M. GOURDON. Un hivernage dans l'Antarctique. (MM. Reclus, président ; Legueu, Pierre Duval et Jean Camus.) — M. GIROU. L'appendicite chronique pure. (MM. Legueu, président ; Reclus, Pierre Duval et Jean Camus.) — M. PAKOWSKI. La néphrostomie moyen de dérivation permanente ou temporaire des urines totales. (MM. Legueu, président ; Reclus, Pierre Duval et Jean Camus.) — M. SANSEIGNE. Contribution à l'étude des insuffisances respiratoires pouvant en imposer pour la tuberculose. (MM. Marfan, président ; Reclus, Pierre Duval et Jean Camus.) — M. MANÈS. La circulaire de 1902. Valeur séméiologique des mensurations thoraciques faites dans les lycées. (MM. Weiss, président ; Marfan, Letulle et Maillard.) — M. LE GOUELLEC. Du cycle de coloration des urines dans la scarlatine et de sa valeur dans le diagnostic de cette maladie. (MM. Letulle, président ; Marfan, Weiss et Maillard.)

Jeudi 26 juin, à une heure. — M. RIBEROLLES. Episodes aigus et réactions générales des colites. (MM. Hutinel, président ; Marfan, Weiss et Maillard.) — M. BERTHET. La réaction de Rivalta dans les ascites des cirrhoses alcooliques. (MM. Hutinel, président ; Gilbert, Gilbert Ballet et Nobécourt.) — M. PICHANCOURT. Contribution à l'étude des syndromes d'hypertension portale. De la tension des liquides d'ascite. (MM. Gilbert, président ; Hutinel, Gilbert Ballet et Nobécourt.) — Mˡˡᵉ DELAGE. Etude de la thèse de doctorat en médecine. (MM. Gilbert Ballet, président ; Hutinel, Gilbert et Nobécourt.) — M. JACQUEMART. Recherches expérimentales sur les modifications déterminées par l'injection de certains composés phosphorés organiques sur les phénomènes consécutifs à la narcose. (MM. Pozzi, président ; Lejars, Nicloux et Okinczyc.) — M. PELLOT. Les thombroses veineuses des membres supérieurs droits dites phlébites par effort. (MM. Lejars, président ; Pozzi, Nicloux et Okinczyc.) — M. DE CHAMPS DE SAINT-LÉGER. De l'emploi du cerclage dans l'occlusion des fistules latérales du tube digestif (gastrotomie et entérotomie). (MM. Quénu, président ; Pierre Marie, Roussy et Anselme Schwartz.) — M. LEROUGE. Les atrophies musculaires progressives spinales d'origine syphilitique. (MM. Pierre Marie, président ; Quénu, Roussy et Anselme Schwartz.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 4, avril 1913.) RICARDO BOTEY : De la trépanation du labyrinthe en dehors des pyolabyrinthites. — CITELLI : Sur la fréquence relative du canal cranio-pharyngien chez les enfants et les jeunes gens et sur l'importance de ce fait pour ma théorie. — HALPHEN et FONTAINE : Quatre cas de papillomes laryngés diffus récidivants de l'enfance, guéris par la laryngostomie. — DE CIGNA : Abcès des cellules rétropétreuses. — RAMADIER : Sur la topographie de l'antre pétro-mastoïdien et de son aditus chez l'adulte. — BÉAL : Le lavage du cavum.

Bulletin médical. — (N° 29, 12 avril 1913.) BÉRARD et ALAMARTINE : Le mouvement chirurgical lyonnais au cours du premier trimestre de 1913. — (N° 30, 16 avril.) Emile SERGENT : Les éléments de diagnostic de la tuberculose chez les syphilitiques. — A.-F. PLICQUE : Les sels de magnésium en injections locales contre les contractures et les spasmes musculaires. — (N° 31, 19 avril.) HUTINEL : Episodes acquis au cours des colites. Etiologie et pathogénie. — (N° 32, 23 avril.) L. THÉVENOT : La glycosurie phloridzique. — Armand DELILLE : La gymnastique naturelle du lieutenant de vaisseau Hébert et ses rapports avec l'héliothérapie. — (N° 33, 26 avril.) LEGUEU : Les énergies physiques et intellectuelles après la prostatectomie. — A.-F. PLICQUE : Le régime alimentaire et les graisses dans l'ulcère de l'estomac. — (N° 34, 30 avril.) WEITZEL : Thyroïdite tuberculeuse. — (N° 35, 3 mai.) POTHERAT : L'antéflexion congénitale de l'utérus. — (N° 36, 7 mai.) Gilbert BALLET : Quelques observations à propos du projet de révision de la loi de 1833 sur les aliénés, voté par la chambre des députés et soumis au Sénat.

Clinique. — (N° 16, 18 avril 1913.) JOSUÉ : Myocardite rhumatismale. — ROGER et BAUMEL : Rapports des bradycardies infectieuses avec les états méningés. — (N° 17, 25 avril.) POTHERAT : Phlébite variqueuse. — P. RUDAUX : Hémorragie rétroplacentaire. — A. GUILLON : Trois médicaments simples et peu coûteux contre les ténias. — CASTAIGNE : Accidents cardiaques au cours des néphrites chroniques urémigènes. — G. LEVEN : Le poids physiologique. — ZÜND-BURGUET : Exposé d'une méthode de rééducation auditive.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 16, 20 avril 1913.) J. DUVERGEY : Kyste hydatique suppuré du poumon, ouvert dans les bronches, renfermant des gaz sous pression. — CRUCHET et Etienne DUBOURG : Sur quelques points du diagnostic et du traitement de l'épilepsie infantile. — (N° 17, 27 avril.) R. DUPÉRIÉ : Pneumococcie associée à l'hérédo-syphilis précoce du nourrisson (*2 figures*).

Gazette médicale de Nantes. — (N° 14, 5 avril 1913.) René GAUDUCHEAU : Méningite associée à méningocoques et à bacilles de Koch. — (N° 15, 12 avril.) Ch. MIRALLIÉ : Un cas de paralysie des béquilles. — GROSSE : Imperforation anale chez le nouveau-né. — (N° 16, 19 avril.) LE CALVÉ : Sur la pathogénie de la maladie de Quincke. — (N° 17, 26 avril.) AUBRY : Appendicite et tuberculose pulmonaire. — WETTERWALD : Le problème de l'éducation physique.

Montpellier médical. — (N° 15, 13 avril 1913.) RAUZIER : Hémiatrophie de la langue (*suite et fin*). — (N° 17, 27 avril.) ROGER : La méningite tabétique. — (N° 16, 20 avril.) MARGAROT et CAIZERGUES : De l'état mental dans la maladie de Basedow.

Progrès médical. — (N° 14, 5 avril 1913.) Ch. ROUBIER : La résistance globulaire, sa technique, sa valeur séméiologique, ses résultats. — F. TERRIEN : Sur une forme atténuée de tuberculose du globe oculaire. — (N° 15, 12 avril.) LEDOUX et TISSERAND : Le basedowisme iodique. — H TOURNEUX et A. STILLMUNKÈS : Les déchirures mésentériques au cours de l'étranglement herniaire. — G. Paul BONCOUR : L'asthénie psychomotrice constitutionnelle infantile; Asthénie et neurasthénie chez l'enfant. — (N° 16, 19 avril) Léon BERNARD : L'albuminurie solitaire des tuberculeux. — Lucien THÉVENOT : Figure neutrophile sanguine d'Arneth dans la syphilis. — Henri DAMAYE : Les associations mentales du syndrome physique, paralysie générale. — (N° 17, 26 avril.) LOEPER et MOUGEOT : Le réflexe oculo-cardiaque dans le diagnostic des névroses gastriques.

Province médicale. — (N° 14, 5 avril 1913.) THÉVENOT et JAUBERT de BEAUJEU (de Lyon) : L'exploration radiographique de l'urètre et des cavités annexes après l'injection de mélanges opaques. — FAIRISE et M. BONNET (de Nancy) ; Ictère grave d'origine ombilicale chez un nouveau-né. — (N° 15, 12 avril.) L. BÉRARD et P. VIGNARD (de Lyon) : Diverticules et kystes de l'appendice. — E. MAUREL (de Toulouse) : Conditions pouvant exercer leur influence sur l'eugénisme ou le dysgénisme. — Lucien THÉVENOT (de Lyon) : Pronostic des néphrites chroniques et azotémie. — (N° 16, 19 avril.) CRESPIN (d'Alger) : Aortite abdominale et insuffisance surrénale. — FABRE et A. TOURNADE (de Lyon) : Sur un cas de tropho-phlycténose des extrémités. — FAIRISE et HEULLY (de Nancy) : Deux cas de néoplasme métastatique des deux ovaires.

Revue de chirurgie. — (N° 4, 10 avril 1913). SOUBEYRAN et RIVES : Fractures du calcanéum (fract. récentes). — MOCQUOT : Les hémorragies des polypes du rectum. — DELORE et L. ARNAUD : Les brûlures de l'estomac consécutives à l'ingestion d'acides. — H. ALAMARTINE : La technique actuelle des opérations pour goitres. — SANTE SOLIERI : Sur la douleur épigastrique dans l'appendicite. — A. CHALIER et Paul BONNET : Les tumeurs mélaniques primitives du rectum (*fin*).

Revue de médecine. — (N° 4, 10 avril 1913.) MABILLE et A. PITRES : Sur un cas d'amnésie de fixation post-apoplectique ayant persisté pendant vingt-trois ans. — FROMENT et O. MONOD : L'épreuve de Proust, Lichtheim, Déjerine. — CONSTAING et FILDERMAN : De l'érosion dentaire envisagée au point de vue de la pathologie générale (*suite*). — M. LAFFORGUE : Pneumococcies associées, paludisme et pneumococcie. — REVILLET : Trois cas de paralysie vésicale et de mort subite survenue dans le cours d'une pneumonie.

Revue de la tuberculose. — (N° 2, avril 1913.) Mathieu-Pierre WEIL : Etat actuel et étude critique de la lutte antituberculeuse en Allemagne. — Th. BRINGH : Le climat de la mer du Nord et la tuberculose pulmonaire.

Revue de psychothérapie et de psychologie appliquée. — (N° 10, avril 1913.) HABERMANN : Le pouvoir et l'importance thérapeutique de l'hypnotisme. — BÉRILLON : Abolition des réflexes psychiques dans le tabes. — Raymond HAMET : Les aphrodisiaques et le traitement de l'impuissance sexuelle.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 14, 5 avril 1913.) G. LIÉBAULT : Corps étrangers (dentier) toléré par l'œsophage sans réaction notable pendant vingt-sept jours. — (N° 15, 12 avril.) MAURICE : Surdité chronique et exercices acoustiques. — (N° 16, 19 avril.) MAURICE : Surdité chronique et exercices acoustiques. — (N° 17, 26 avril.) MAURICE : Surdité chronique et exercices acoustiques (*suite et fin*). — (N° 18, 3 mai.) BRINDEL : Les phases de la thyrotomie dans le cancer du larynx. A propos de deux observations récentes.

Tunisie médicale. — (N° 20, 4 avril 1913.) COUDRAY : Volumineux kyste dermoïde de l'ovaire droit à pédicule tordu et à adhérences multiples. Ablation. Guérison.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 6, 15 avril 1913.) COLLEVILLE : Sur un cas de chancre syphilitique phagédénique de la langue; traitement. — René NETTER : Le réflexe cornéen dans l'agonie. — (N° 8, 30 avril.) RAILLIET : Ménorragies et métrorragies de la puberté. Considérations étiologiques et thérapeutiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 20 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 16 juin. — MM. Armand-Delille et Camus, 19 ; Israëls de Jong, 17 ; Rivet, 19.

Liste des candidats admis à prendre part à la deuxième épreuve clinique : MM. Courcoux, Boidin, Lortat-Jacob, Louste, Trémolières, Vincent, Faure-Beaulieu, Armand-Delille, Paisseau, Rivet, Gougerot, Camus, Balthazard, Laederich, Fiessinger, Monier-Vinard, Milhit, Foix.

— Concours pour l'adjuvat de Clamart. — *Ordre de lecture.* — Séance du 16 juin. — MM. Vielle, 21 ; Madier, 27 ; Clap et Legrand, 20 ; Caudrelier, 22.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Première séance du 17 juin. — M. Clerc : « Pathogénie et valeur séméiologique de l'hypertension artérielle. » — Note : 18 1/2.

M. Bonnamour : « Les éruptions aiguës d'origine médicamenteuse. » — Note : 17.

Deuxième séance du 17 juin. — M. Babonneix : « Les éosinophilies locales. » — Note : 18 1/2.

M. Garnier : « Les lois générales de l'hérédité. » — Note : 19.

L'ANNULATION DU CONCOURS D'AGRÉGATION DE PHYSIOLOGIE. — Notre dernier numéro était déjà sous presse lorsqu'une note de l'agence Havas a fait connaître l'annulation du concours.

Voici les considérants de la décision ministérielle.

« Considérant qu'il résulte du rapport du président du jury en date du 26 mai 1913 que, pour la première des épreuves préparatoires consistant dans une leçon orale de trois quarts d'heure, aucun ouvrage n'a été mis à la disposition des candidats ; qu'ainsi a été violée la disposition de l'arrêté du 30 juillet 1887, textuellement reproduite dans l'arrêté du 21 juillet 1909, aux termes de laquelle « le candidat pourra s'aider des ouvrages désignés par le jury » ; qu'en effet cette désignation est obligatoire, que cette obligation résulte du texte précité, le droit pour le candidat de s'aider des ouvrages désignés par le jury ne pouvant s'exercer si le jury ne désigne aucun ouvrage, ainsi que du rapport présenté au conseil supérieur de l'instruction publique à l'appui de l'arrêté du 30 juillet 1887. »

Le *Journal officiel* publie un arrêté portant qu'un nouveau concours s'ouvrira à Paris le 5 novembre prochain pour quatre places d'agrégé des Facultés de médecine (section de physiologie). Sont seuls admis à prendre part à ce concours les candidats inscrits en vue du concours du 5 mai 1913.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Neveu-Lemaire, agrégé, est maintenu en exercice pour une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1913.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Un concours s'ouvrira, le 18 décembre 1913, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de

pathologie et de clinique chirurgicales à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— POITIERS. — M. Guitteau, chargé des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, du service de la suppléance des chaires de physique et de chimie.

M. Ravarit, docteur en médecine, est chargé, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique.

M. Barnsby, docteur en médecine, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est prorogé, pour trois ans, à dater du 13 février 1914, dans lesdites fonctions.

M. Berland, chef des travaux d'anatomie et histologie, est prorogé dans ses fonctions pour un an, à partir du 20 octobre 1913.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. Bruntz, professeur de matière médicale, est nommé directeur, pour trois ans, à dater du 1er juin 1913.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 17 juin. — MM. Fillot, 11 + 8 = 19; Pinot, 13 + 7 = 20; Gontier, 11 + 7 = 18.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Des concours seront ouverts, le 2 décembre 1913, à neuf heures du matin, à l'école d'application du service de santé militaire, pour l'admission à quarante emplois de médecin aide-major de deuxième classe et à trois emplois de pharmacien aide-major de deuxième classe, élèves à ladite école.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe ayant eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1913 et ayant satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étudiants en médecine ou en pharmacie qui ne sont pas encore en possession du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe sont également autorisés à concourir, sous réserve de l'annulation de leur admission s'ils ne sont pas reçus docteur ou pharmacien de première classe avant le 31 décembre 1913.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées au ministre de la guerre (7e direction, 1er bureau), avant le 15 novembre 1913.

Les programmes arrêtés le 5 avril 1913 donnant les conditions de ces concours sont insérés au Bulletin officiel du ministère de la guerre (partie semi-permanente).

LA LIGUE MÉDICALE FRANÇAISE, qui mène la lutte contre l'installation des médecins étrangers en France, organise une réunion de propagande, Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, le jeudi 19 juin, à neuf heures très précises du soir avec le concours de MM. les docteurs Reymond, sénateur; Constant, Laurent, Delpierre, Peyroux, députés; de MM. Python et Denais, députés.

Ordre du jour : « Les médecins et étudiants étrangers en France. »

La réunion est strictement réservée aux médecins et étudiants en médecine français.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — COURS DE VACANCES. — M. le docteur Mauclaire, agrégé, commencera le mardi 24 juin, à neuf heures et demie, amphithéâtre Roger, une série de dix leçons sur des sujets d'actualité chirurgicale et il les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Visite dans les salles à neuf heures. Consultation pour les maladies des os et des articulations les lundis et vendredis à neuf heures et demie, salle Roger. Consultation de gynécologie les mercredis et samedis à neuf heures et demie, salle J.-L. Petit. Opérations tous les jours à dix heures et demie.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 29 mars 1913.*) CORNI : La mort subite au cours de l'avortement criminel. — MALVOZ : Dix années de lutte contre l'ankylostomiase dans la province de Liége. — C. WILLEMS : L'ambulance gantoise en Serbie; notes de chirurgie de guerre.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVIII, n° 17, 24 avril 1913.) Thomas F. LEEN : La trichinose. — Eben W. FISKE : La signification pour le diagnostic de la formule leucocytaire dans l'ostéomyélite de la tuberculose des os chez l'enfant. — James O. JORDAN : Etude sur la fourniture du lait. Quelques points sur la situation du lait (2 tableaux). — J. A. FOORD : La production des certificats de lait. — Robert L. DE NORMANDIE : La commission médicale du lait à Boston. — John Lovett MORSE : Discussion des articles précédents. — (N° 18, 1er mai.) Channing C. SIMMONS : Ostéomyélite localisée des os longs. — Robert M. GREEN : Infections des voies urinaires supérieures dans l'enfance et l'adolescence. — J. W. COURTNEY : Les vues de Platon et Frend sur l'étiologie et le traitement de l'hystérie ; comparaison et étude critique.

Riforma medica. — (N° 11, 15 mars 1913.) P. CASTELLINO : Physiopathologie des capsules surrénales en rapport avec la maladie d'Addison et les syndromes surrénaux. — A. SCHIAVONE et G. TRÉROTOLI : L'action des rayons ultra-violets sur les vibrions du choléra et sur les bacilles de la peste. — Ermanno CEDRANGOLO : Sur le syndrome de Brown Séquard. — Antonio FAGIUOLI : Observations et considérations sur la présence de bacilles acido-résistants dans le sang. — (N° 12, 22 mars.) P. CASTELLINO : Physiopathologie des capsules surrénales en rapport avec la maladie d'Addison et les syndromes surrénaux. — Antonio PODDIGHE : La perméabilité des parois intestinales aux bactéries et l'action protectrice de l'épiploon. — Ermanno CEDRANGOLO : Le syndrome de Brown Séquard. — G.-C. PERRANDO : Le méconium au point de vue des indications que l'on peut en tirer dans les nécropsies de nouveau-nés. — (N° 13, 29 mars.) R. DALLAVEDOVA : Quelques considérations sur l'orientation actuelle de la traumatologie et de l'orthopédie. — P. CASTELLINO : Physiopathologie des capsules surrénales en rapport avec la maladie d'Addison et les syndromes surrénaux. — Ermanno CEDRANGOLO : Le syndrome de Brown Séquard. — G.-C. PERRANDO : Le méconium au point de vue des indications que l'on peut en tirer dans les nécropsies de nouveau-nés. — (N° 14, 5 avril.) R. DALLAVEDOVA : Quelques considérations sur l'orientation actuelle de la traumatologie et de l'orthopédie. — Ermanno CEDRANGOLO : Le syndrome de Brown Séquard. — G.-C. PERRANDO : Le méconium au point de vue des indications que l'on peut en tirer dans les nécropsies de nouveau-nés. — (N° 15, 12 avril.) P. F. ZUCCOLA : Importance du dosage des ferments pancréatiques dans les fèces pour le diagnostic des lésions du pancréas. — A. MAZZOLANI : Les teignes, le pian, les pyodermatoses et autres affections cutanées traitées chez les indigènes de la Tripolitaine. — G.-C. PERRANDO : Le méconium au point de vue des indications qu'on peut en tirer dans les nécropsies de nouveau-nés. — Pietro TASCA : A propos d'un cas de torsion du cordon spermatique avec ectopie inguinale du testicule. — (N° 16, 19 avril.) Roberto FALCONE : Arthropathie tabétique du genou. Résection. Guérison. — A. MAZZOLANI : Les teignes, le pian, les pyodermatoses et autres affections cutanées, traitées chez les indigènes de la Tripolitaine. — Carlo SALVETTI : Chloroforme ou éther ? — Pietro TASCA : A propos d'un cas de torsion du cordon spermatique avec ectopie inguinale du testicule.


Argan – Au diable leurs clystères, Coquine !.. je ne puis aller !...
Toinette – Eh! pour "aller„ Monsieur, prenez de la THAOLAXINE !.
MOLIERE. le Malade Imaginaire"
Nouvelle Edition DURET & RABY. Marly le Roi. S & O.

UN CAS CURIEUX
DE
PHOBIE PROFESSIONNELLE CHEZ UN PRÊTRE
(LA PEUR DE L'AUTEL)

Par Paul SAINTON,
Médecin des hôpitaux de Paris.

On sait combien est infinie la variété des états obsédants phobiques. MM. Pitres et Régis dans leur classification des phobies distinguent : 1° les phobies des objets tels que la peur des couteaux, des fruits, des poussières, etc. ; 2° les phobies des lieux et des éléments, des maladies et de la mort; dans cette catégorie rentrent l'agoraphobie, la claustraphobie, la peur des précipices, des chemins de fer, la peur des orages, de l'obscurité, la peur des anomalies du corps ou du visage, les physiophobies telles que la staso-basophobie, la peur de la douleur et des maladies ; 3° les phobies des êtres vivants parmi lesquelles il faut ranger la peur des animaux ou zoophobie. A côté de toutes ces formes, il en est d'autres qui se produisent exclusivement à l'occasion d'un acte nécessité par l'état social de l'individu, ce sont les phobies professionnelles. Le cas que je rapporte ici, survenu chez un prêtre, me paraît d'autant plus intéressant que le malade intelligent a bien voulu noter ses impressions et qu'il les rapporte sous une forme particulièrement expressive.

Il s'agit d'un prêtre âgé de quarante-huit ans, qui chaque fois qu'il devait monter à l'autel surtout à l'occasion d'une cérémonie était pris d'une angoisse invincible. Voici dans quelles circonstances s'est produit le début des accidents. « Il y a trois ans, écrit le malade, à la suite d'un vertige survenu pendant la célébration d'une messe tardive, au lendemain d'un jour où j'avais pu fatiguer l'estomac, j'ai senti *une angoisse inexprimable* qui m'a détraqué le système nerveux. J'ai expérimenté ce jour-là ce que j'avais appris en philosophie qu'il y a *des actes d'une intensité telle qu'un seul suffit à créer une habitude.* Depuis lors j'ai eu un peu la peur des foules, mais surtout la peur de l'autel. » La « cristallisation » émotive s'est donc faite d'emblée et depuis elle n'a jamais cédé. « Lorsque je pense, dit le malade, que je monte à l'autel, que je dois y rester une heure ou une demi-heure sans *pouvoir quitter.* Si surtout je sais derrière moi une foule ou quelque personne gênante, je sens un étau me serrer le front, j'ai le regard mal assuré; parfois le cœur ou le diaphragme s'agitent violemment ; la *peur me saisit,* augmente le vertige de mes regards qui par un retour fâcheux augmentent encore ma peur, comme deux miroirs parallèles se renvoient indéfiniment leurs impressions.

D'autres fois la même impression désagréable ressentie dans l'estomac produit le même phénomène. »

Mais le malade ne se borne pas seulement à décrire dans son auto-observation les phénomènes, il nous fait encore assister à la lutte qui s'engage en lui pour vaincre son angoisse en s'appuyant sur le raisonnement et l'expérience. « J'essaie de me convaincre, dit-il, que je ne tomberai pas, que j'en ai pour preuve une expérience de trois ans et malgré cela l'impression domine la raison et la raison subit l'impression. Pour un prêtre avoir peur de l'autel, avouez que ce n'est pas banal... Je remplis toujours mon ministère, mais avec combien de peine ! »

Il est impossible de lire cette auto-observation sans penser au passage si souvent cité de Montaigne dans l'apologie de Raimond Sebond (livre II, chapitre XII), sur les effets de la peur. « Qu'on loge, dit-il, un philosophe dans une cage de menus filets de fer clairsemés, qui soit suspendue au hault des tours Notre-Dame de Paris; il verra par *raison évidente* qu'il est *impossible* qu'il en tombe, et si ne se saurait garder (s'il n'a accoutumé le mestier des couvreurs) que la vue de cette hauteur extrême ne l'épouvante et ne le transisse ; car nous avons assez affaire de nous assurer aux galeries qui sont en nos clochers, si elles sont façonnées à jour encore qu'elles soient de pierre; il y en a qui n'en peuvent pas seulement porter la pensée. Qu'on jette une poutre entre ces deux tours d'une grosseur qu'il nous la faut à nous promener dessus, il n'y a pas de sagesse philosophique de si grande fermeté qui puisse nous donner courage d'y marcher comme nous ferions si elle était à terre. »

Chez notre malade, il n'y a, comme le dit Montaigne, aucune sagesse philosophique, ni aucune expérience qui puisse lui donner courage pour remplir son ministère sans trembler. Et cependant il est par ailleurs un homme bien portant et bien équilibré. Il ne se plaint que d'une légère sensation de vide dans la tête, le matin à jeun, de paresse de l'estomac et quelquefois de renvois et de digestion lente. Les selles sont régulières, quoiqu'il y ait tendance à la constipation, elles sont brusques et répétées quand le malade est angoissé. Le sommeil est bon et très rarement interrompu.

Quelle est la cause de cet état d'angoisse? Les troubles gastro-intestinaux qu'éprouve le malade sont légers, ils sont passagers et l'angoisse se reproduit toujours dans les mêmes conditions. C'est dans l'hérédité que l'on trouvera l'explication de cet état phobique ; son père diabétique est mort de congestion cérébrale; sa mère de santé robuste est morte d'affection cardiaque après avoir élevé onze enfants. Elle était sujette à des scrupules et, ajoute le malade, « à mon avis le scrupule est une phobie d'un genre particulier ». Il est impossible de raisonner plus justement de son cas. Fils de scrupuleuse, ce prêtre est un psychasténique prédisposé à la phobie; celle-ci s'est déclanchée à propos d'un acte professionnel et sous l'influence d'un vertige insignifiant. Nous avons recherché si des cas analogues avaient été cités ; nous n'en avons relevé qu'un présentant avec le nôtre une certaine similitude. Un prêtre cité par Régis, d'après Litchwitz, était à certains jours et surtout quand l'église était pleine de monde dans l'impossibilité de gravir les marches de l'autel pour dire sa messe. Son angoisse disparaissait, s'il s'appuyait sur un enfant de chœur. Dans notre cas aucune

aide n'apportait un soulagement à l'angoisse de notre malade.

Il nous a semblé inutile de créer un mot nouveau pour désigner cette phobie ; elle est curieuse par son caractère purement professionnel. Elle ne se produit que lorsque le malade officie lui-même et jamais dans d'autres circonstances.

TRAITEMENT DES FRACTURES

APPAREILS DE COUCHAGE & DE FORTUNE

Par M. DUPUY DE FRENELLE.

Les appareils de couchage ont pour but de permettre le transport du blessé, de protéger le membre blessé contre les mouvements intempestifs dans les articulations voisines ou au niveau du trait de fracture, d'éviter l'aggravation du déplacement des fragments fracturés, de protéger le membre contre les offenses extérieures.

Attelles de couchage improvisées. — Le meilleur appareil de couchage est celui qui immobilise a totalité du membre blessé.

Dans les fractures du membre inférieur *un fusil placé le long de la face externe du membre* (fig. 1) forme une bonne attelle de protection. Il sera fixé au membre par deux liens placés au-dessus et au-dessous du genou, au tronc par un lien passé autour du bassin.

La crosse viendra prendre appui sous l'aisselle.

Au canon sera fixé le pied pour éviter les mouvements de torsions inopportuns dans le membre.

L'attelle dont on se sert pour immobiliser le

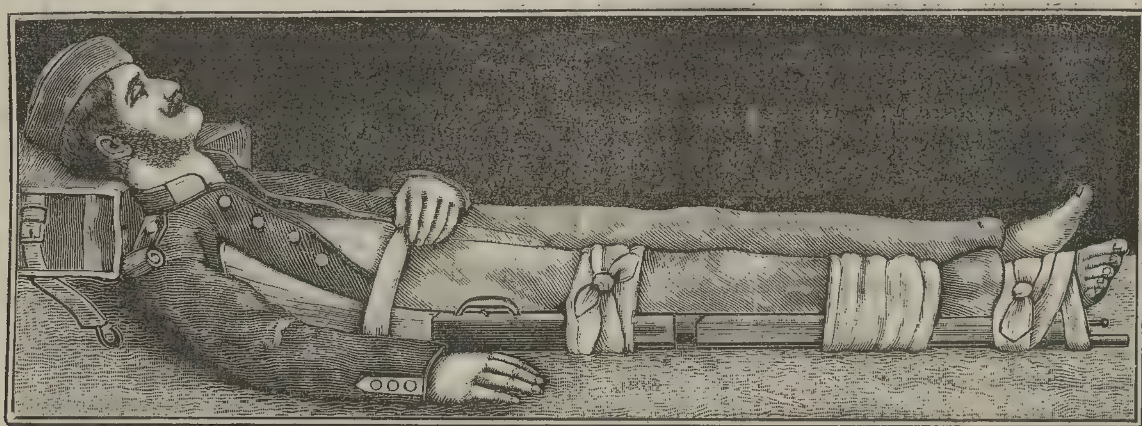


Fig. 1.

membre fracturé doit tout au moins dépasser autant que possible les deux articulations qui avoisinent le siège de la fracture. Lors d'une fracture de jambe, l'attelle doit remonter plus haut que le genou et descendre au-dessous du pied. Ces attelles peuvent être improvisées avec *une canne et un parapluie* (fig. 2).

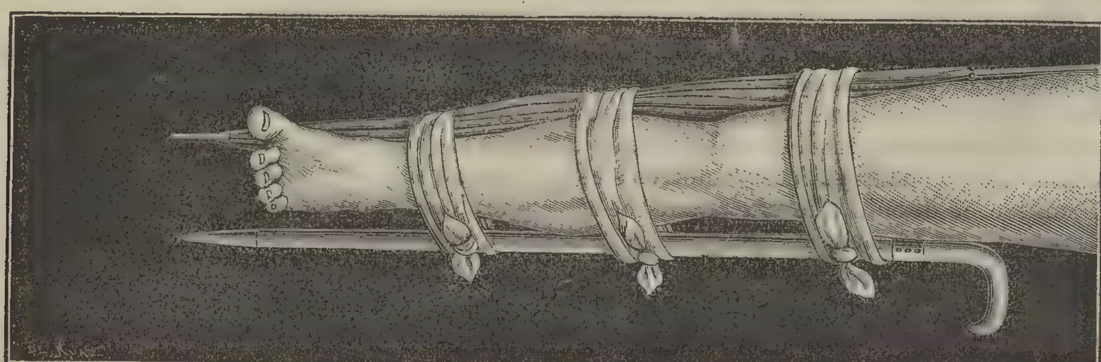


Fig. 2.

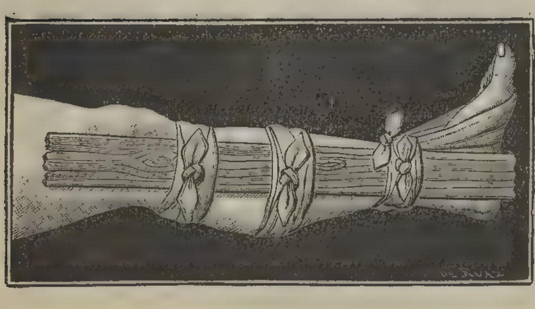


Fig. 3.

Il est préférable de mettre une attelle de chaque côté du membre.

Cette attelle doit pouvoir se modeler autant que possible sur la surface du membre, de façon à égaliser et répartir sur la plus large surface possible sa force de contention.

Une *lame de bois choisie suffisamment longue* (fig. 3) et large est encore préférable.

Dans les fractures de jambe il est important que le pied soit largement et confortablement soutenu.

Il est *préférable d'interposer entre l'attelle et le membre un morceau d'étoffe aussi épaisse que possible.*



FIG. 4.

Une *lame de feutre formant gouttière* (fig. 5) autour est le meilleur tissu protecteur.

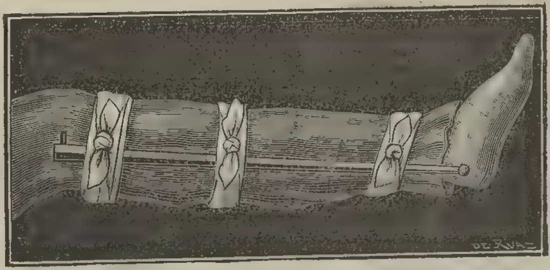


FIG. 5.

Cette disposition a l'avantage de maintenir le membre dans toutes les directions et de lutter contre la tendance du fragment inférieur à tomber en arrière.

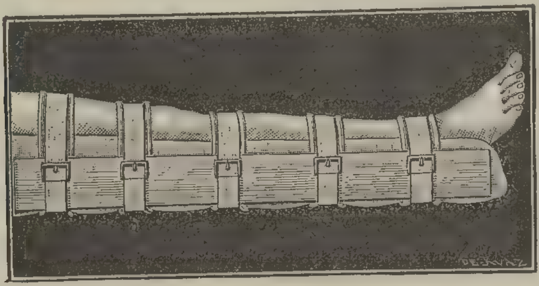


FIG. 6.

A défaut de feutre l'ouate forme un bon coussin protecteur, l'ouate ordinaire est plus élastique et préférable à l'ouate hydrophile. Elle doit être répartie en une couche uniforme, régulière (fig. 6).

Il est bon de *protéger le membre contre la pression des liens constricteurs* (fig. 7).

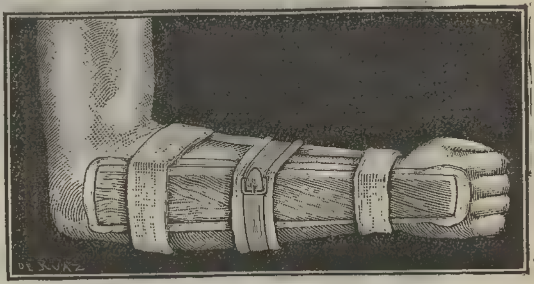


FIG. 7. — *L'ouate doit dépasser largement les bords de l'attelle.*

Deux faisceaux de paille enroulés dans un morceau d'étoffe formant gouttière (fig. 8) permettront d'improviser un bon appareil de couchage.

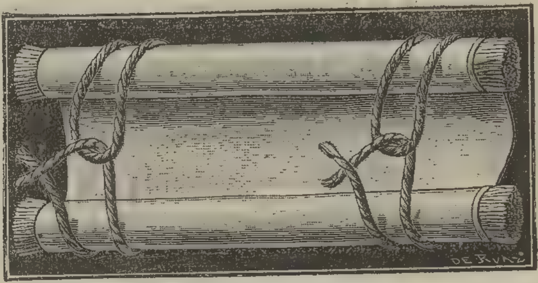


FIG. 8. — *Deux faisceaux de paille enroulés dans un morceau d'étoffe.*

Il sera facile d'improviser un bandage de couchage pour toutes les fractures du membre supérieur, siégeant loin de l'articulation de l'épaule, avec des *attelles découpées dans un carton épais* (fig. 9). La meilleure attelle est une attelle taillée en équerre, dont la hauteur équivaut à celle du bras et de l'avant-bras, dont la largeur équivaut à la moitié de la circonférence du bras.

Pour fabriquer cette attelle, on en trace le patron sur le carton, on sectionne incomplètement celui-ci avec un couteau, on achève la section en déchirant le carton afin d'adoucir les bords. Pour appliquer ce bandage, on garnit le membre d'ouate, on trempe le carton dans l'eau tiède; on l'applique et le moule sur le membre en le maintenant avec une bande de toile convenablement serrée (fig. 9).

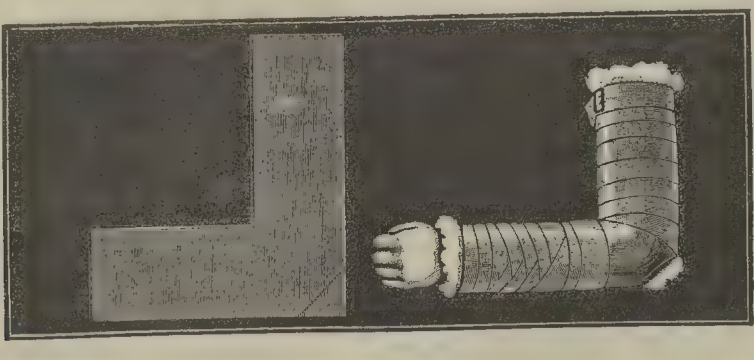


FIG. 9.

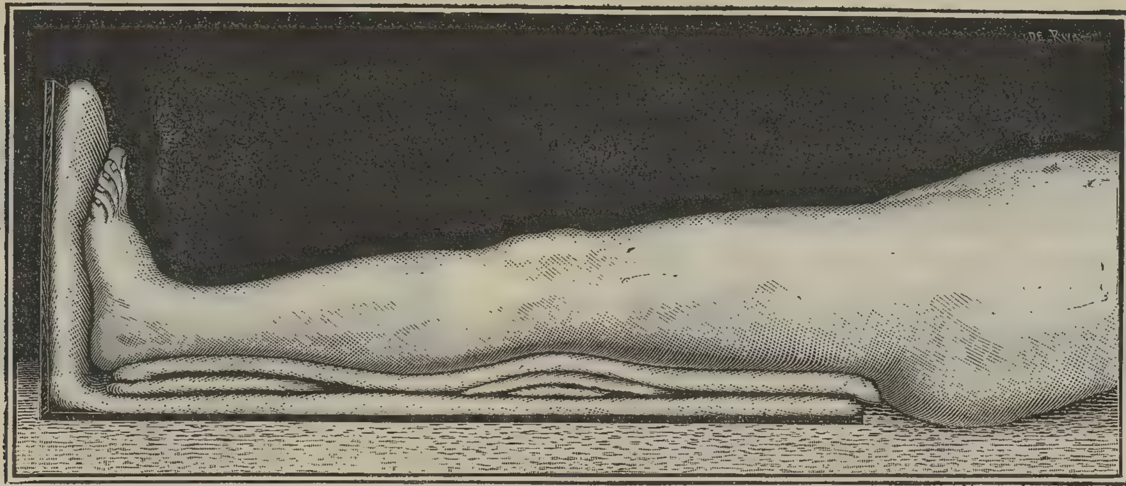


Fig. 10. — *Pour que le membre repose confortablement dans l'appareil, il est indispensable qu'il s'y repose comme dans un écrin qui le moule et en épouse les contours très exactement.*

Quel que soit le moyen employé pour improviser un appareil de couchage son degré de perfection dépend surtout de l'habileté avec laquelle a été réparti le tissu de remplissage (ouate ou feutre).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(séance du 9 juin 1913)

Sur une région endocardique directement excitable. — M. R. Argaud s'est demandé, *a priori*, si la dissociation agonique auriculo-ventriculaire, remarquablement bien indiquée chez certains animaux, est décelable chez l'homme et quelle est la durée de la survie du cœur exsangue.

Les recherches sur un supplicié lui ont montré que l'endocarde de l'oreillette droite est la seule partie du cœur dont l'excitation par les courants induits détermine la contraction de l'organe.

Ces recherches offrent un enseignement pratique. Au cours du massage du cœur, les ventricules sont habituellement saisis d'une façon plus ou moins médiate par la main du chirurgien qui ne tient guère compte du phénomène de l'inexcitabilité périodique ou tout au moins des modifications survenues dans sa durée.

M. Argaud propose, au lieu du massage continu des ventricules, d'aller à la rencontre de l'oreille droite, et de l'exciter par de petits chocs, avec le bout des doigts, en espaçant ces excitations et en attendant, autant que possible, la réponse myocardique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 17 juin 1913)

M. le Président lit l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Debove comme secrétaire perpétuel.

M. Debove est invité à prendre sa place au bureau.

La déclaration obligatoire de la tuberculose. — M. Letulle donne lecture du rapport au nom de la Commission de la tuberculose. Il rappelle les premières propositions qui ont été faites en 1908 et 1912 en faveur de la déclaration de la tuberculose, les discussions qu'ont soulevées ces propositions, les diverses mesures qui ont été proposées, au cours de ces discussions, pour la lutte contre la tuberculose, telles la lutte contre l'alcoolisme, l'assistance aux familles des tuberculeux, l'assainissement des logements insalubres, etc., etc. La commission de la tuberculose a adopté toutes ces mesures.

M. Letulle rappelle ensuite les divers arguments qui ont été présentés, contre la déclaration, par MM. Robin, Lereboullet, Gaucher, Mosny, Capitan, Widal, Armaingaud, Landouzy, Duguet. Il rappelle également l'appui qu'ont apporté aux partisans de la déclaration, MM. Roux, Richet et Chauveau.

En terminant, M. Letulle déclare que la commission maintient sa proposition en faveur de la déclaration obligatoire de la tuberculose ouverte et soumet au vote de l'Académie les deux propositions suivantes :

1° Il est d'intérêt public que tous les cas de tuberculose ouverte soient obligatoirement déclarés, sitôt le diagnostic établi. La déclaration sera faite dans des conditions à fixer par une réglementation appropriée.

2° La déclaration de la tuberculose ouverte doit entraîner l'application des mesures de prophylaxie reconnues nécessaires, soit déjà préconisées par la loi ou à déterminer ultérieurement.

M. le Président déclare la discussion close et informe l'Académie que ces propositions seront soumises au vote dans la prochaine séance.

Radiumthérapie de la leucémie myéloïde. — M. L. Rénon, en son nom et au nom de MM. Degrais et L. Dreyfus, fait une communication sur ce sujet.

« La radiumthérapie, dit-il, a une action immédiate très puissante sur la leucémie myéloïde, aux doses massives de 30 à 33 centigrammes de sulfate de radium appliquées pendant vingt-quatre heures sur la rate hypertrophiée. Après trois ou quatre applications, le volume de la rate redevient normal, le nombre des globules blancs tombe au taux physiologique, l'équilibre leucocytaire se rétablit et tous les signes généraux disparaissent; telle a été l'évolution observée chez cinq malades, dont trois avaient été soumises antérieurement aux rayons X.

Cependant de nouvelles poussées leucocytaires, auxquelles ont succombé deux de nos malades, peuvent se manifester dans les deux à dix-huit mois qui suivent la cessation du traitement; malgré la reprise de celui-ci, tardive il est vrai dans ces deux cas, l'effet leucopénique ne s'est plus manifesté, soit par suite d'une insuffisance des doses, soit à cause d'une mise au point encore incomplète de la méthode.

L'action du radium semble analogue à celle des rayons X, mais, en raison de la différence possible de leurs effets physico-biologiques, il conviendrait peut-être de les alterner ou de les associer.

Très facilement utilisable chez les malades non transportables, capable d'arrêter pour un temps appréciable la marche de la leucémie myéloïde, la radiumthérapie mérite d'être utilisée dans le traitement de cette affection. »

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la quatrième division.

La liste de présentations portait : en première ligne, M. Lajoux (de Reims); en deuxième ligne, M. Leduc (de Nantes); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Blarez (de Bordeaux), Gérard (de Lille), Guiard (de Lyon) et Sigalas (de Bordeaux).

MM. Lajoux et Leduc ont été élus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 JUIN 1913)

Action sur la pression sanguine de produits dérivés des plaquettes. — MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez ont constaté, chez le lapin, qu'il existe dans les plaquettes un produit facilement extractible par l'eau distillée et qui est doué, même à des doses très minimes, d'une forte action hypotensive.

Ce produit passe dans le sérum pendant la coagulation. C'est ainsi que l'injection au lapin d'un sérum provenant d'un plasma très riche en plaquettes exerce une action hypotensive marquée sur la pression. Par contre l'injection d'un sérum provenant de plasma absolument privé d'éléments cellulaires est sans aucun effet sur la pression. Il en est de même pour le sérum obtenu d'un plasma riche en globules rouges.

Eosinophilie expérimentale. — M. Ménard étudie l'éosinophilie trachéale déterminée par l'injection intratrachéale de divers extraits éthéro-alcooliques. Il conclut à l'origine purement locale du processus et croit que les éosinophiles ainsi provoqués résultent en majeure partie de la transformation in situ des polynucléaires normaux du sang.

Essais de chimiothérapie par les sels d'or dans la tuberculose expérimentale du cobaye. — M. M. Breton. Les sels d'or que nous avons étudiés (or colloïdal arsenical on non), introduits dans l'organisme de cobayes tuberculeux en injections sous-cutanées et à doses fractionnées, n'immunisent pas l'animal et ne retardent pas l'évolution de la maladie. Ces mêmes sels, par contre, injectés à titre préventif chez des cobayes sains, retardent sensiblement l'évolution de l'infection tuberculeuse expérimentale, et permettent l'établissement de formes anatomiques dites de résistance. Ils n'empêchent pas non plus la culture du bacille sur pomme de terre et ne créent pas une souche de virus atténué, susceptible de vacciner.

Sur l'anaphylatoxine de Bordet. — M. Tchernoroutzky. Etant donné : 1° le pouvoir absorbant du complexe anticorps-antigène ; 2° la toxicité des précipités spécifiques, des cellules animales et des microbes sensibilisés ; et 3° la toxicité des sérums normaux mis en contact avec différentes substances absorbantes (kaolin, talc, gélose), il faut admettre que la conception physique de la genèse des anaphylatoxines, de même que la théorie physique des accidents anaphylactiques, mérite d'être notée et d'être étudiée plus profondément par les expérimentateurs.

Election. — M. Legendre est élu membre titulaire.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la pathogénie de la maladie de Quincke. (Le Calvé, *Gaz. méd. de Nantes*, 19 avril 1913.) — Se basant sur les travaux des auteurs qui se sont le plus occupé de la question et sur ses recherches personnelles, M. Le Calvé range la curieuse affection connue sous le nom d'œdème de Quincke dans la classe des angio-neuroses familiales dans laquelle sont encadrés des sujets présentant une instabilité excessive du système vaso-moteur. Dans ces dernières années on tend à faire dépendre la diathèse angio-neurotique d'une viciation de la fonction thyroïdienne.

Bien que le fait puisse encore prêter à la controverse, il y a de très grandes présomptions pour que la crise œdémateuse surgisse chez les prédisposés à la faveur d'un choc anaphylactique d'origine alimentaire. Ceux-ci sont en effet très communément atteints de troubles du chimisme gastro-intestinal rendant facile la pénétration dans le sang d'albumines hétérogènes, cause à laquelle on attribue une si grande valeur dans la détermination de l'anaphylaxie.

A côté de ces facteurs morbides d'importance de jour en jour mieux démontrée, il convient de tenir compte de toutes les excitations retentissant sur le système nerveux périphérique capables peut-être, dans certaines conditions, de provoquer à elles seules le réflexe vaso-moteur d'où naîtra l'œdème, ou tout au moins de le fixer. On sait qu'il faut rechercher la localisation de l'œdème au niveau des régions exposées à des traumatismes, à des influences thermiques, voisines d'un trajet nerveux soumis à une irritation chronique. Si l'on conteste à cette cause un rôle déterminant, on doit toutefois reconnaître que chez l'angio-neurotique anaphylactisé, elle a le pouvoir d'attirer la poussée œdémateuse dans les dépendances vaso-motrices du territoire nerveux sollicité.

Remarque qui peut jeter quelque clarté sur cette question, l'auteur a eu la bonne fortune d'étudier la perméabilité vasculaire à l'eau et aux chlorures chez une malade immédiatement avant une crise et l'a trouvée exagérée. Il semble donc que, précédant et accompagnant la poussée, il y ait une augmentation de la perméabilité de la membrane endothéliale capillaire qui serait pour l'auteur une des manifestations de l'anaphylaxie.

M. Le Calvé résume la pathogénie de la grande majorité des cas dans les propositions suivantes :

Le tempérament angio-neurotique prédispose à la maladie de Quincke; les accidents anaphylactiques la produisent; l'irritation nerveuse périphérique la localise. M. BRELET.

Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical dans 45 cas d'ulcère gastrique ou duodénal : étude clinique et radiologique. (MM. Caillé, G. Durand et Marre. *Arch. des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, juillet 1912.) — Les malades qui ont été l'objet de cette étude ont été examinés et traités dans le service de M. Mathieu : ils ont été opérés à l'hôpital Saint-Antoine, et revus à plusieurs reprises très longtemps après l'opération.

Nulle statistique ne peut être plus intéressante que celle-ci, en raison précisément de l'homogénéité des éléments qui la composent, aussi la lecture complète de ce travail s'impose-t-elle à tous ceux qui s'occupent de chirurgie gastrique ou de maladie de l'estomac. Ne pouvant analyser tout ce travail, nous ne pouvons mieux faire que résumer ici les conclusions présentées par les auteurs : parmi les éléments qui conditionnent les résultats de l'intervention chirurgicale, il faut tenir compte tout d'abord de certaines conditions tenant à la maladie : les chances de succès sont plus grandes dans les ulcus juxtapyloriques que dans les ulcus franchement pyloriques, il en est de même pour les ulcus de date récente; il

faut également tenir compte du malade lui-même, de son genre de vie, de son régime à la suite de l'opération. On observe assez souvent des accidents postopératoires : parmi ceux-ci, il faut signaler surtout des troubles dyspeptiques; ils peuvent coïncider avec de l'hypoacidité ou un mauvais fonctionnement définitif au passage de la bouche. Par contre, on observe assez fréquemment un fonctionnement simultané de la bouche et du pylore, tant chez des opérés qui ne souffrent plus que chez ceux qui ont recommencé à souffrir.

Plus ou moins longtemps après l'opération, on peut observer soit des troubles dyspeptiques dus à la persistance d'activité de l'ulcus sténosant, soit des symptômes rappelant le syndrome pylorique : dans ce dernier cas, il ne faut pas se hâter de conclure à un mauvais fonctionnement de la bouche, mais bien plutôt à des fautes d'alimentation. Certains troubles dyspeptiques sont dus à l'atonie gastrique. Enfin, l'on peut observer de la diarrhée qui semble liée à un trouble de sécrétion du pancréas. B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

L'aphasie dans la fièvre typhoïde infantile. (M. BRELET. *Gaz. méd. de Nantes*, 24 mai 1913.) — L'auteur relate l'observation d'un enfant de vingt-sept mois, atteint de fièvre typhoïde grave, et qui, au cours de cette affection, fut aphasique pendant trois semaines, sans présenter aucun autre symptôme encéphalo-méningé; à la convalescence, l'aphasie disparut complètement.

M. Brelet rappelle les principaux caractères de l'aphasie des typhiques : cette complication est presque spéciale à l'enfance, elle apparaît pendant la période d'état, rarement plus tard, quelquefois au cours des rechutes ; c'est une aphasie complète, sans surdité verbale; elle dure plus ou moins longtemps, de quelques heures à deux mois, en moyenne trois semaines ; c'est donc une aphasie passagère, qui relève sans doute de légères lésions toxiques ou de troubles circulatoires des centres nerveux. Il faut distinguer cette aphasie transitoire de l'aphasie associée à d'autres symptômes cérébraux ou méningés, car alors le pronostic est tout différent.

B. GAYARD.

Pemphygus infectieux d'origine staphylococcique. (WEILL et DUFOURT. *La Pédiatrie pratique*, 25 juillet 1912.) — Les auteurs ont eu l'occasion d'observer cinq cas de pemphygus infectieux : deux ont évolué au cours d'une rougeole, le troisième s'est manifesté pendant une varicelle; le quatrième pendant une scarlatine qui s'est terminée par la mort; le dernier a évolué seul et fut extrêmement violent.

Les cultures de sang furent négatives deux fois sur trois : dans le cas du pemphygus associé à la varicelle, la culture donna du staphylocoque; les frottis des bulles donnèrent aussi des staphylocoques. Les colonies sur gélose sont épaisses et blanc jaunâtre, tendant à passer au jaune brun en vieillissant. En bouillon, le trouble est uniforme ; la gélatine est liquéfiée, le lait coagulé.

Inoculés à deux lapins, ces staphylocoques déterminèrent dans un cas une septicémie banale rapidement mortelle, et dans le second cas une septicémie avec une bulle à staphylocoques sur la lèvre inférieure. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Cancer du sein de quarante-sept ans de durée. (Marcel CRIVELLI et Alfred J. TRINCA. *Australasian med. Journal*, décembre 1912, p. 838.) — **Cancer du sein, récidivé six fois en trente ans.** (David M. GREIG. *Edinburgh med. Journ.*, février 1913, p. 148.) — Le pronostic que l'on porte sur les néoplasmes du sein est parfois erroné et peut réserver des surprises comme le prouvent les deux observations suivantes.

Les docteurs Crivelli et Trinca ont pu suivre, pendant vingt ans, un squirrhe du sein, qui datait de vingt-sept ans déjà quand ils le virent pour la première fois, et le jugèrent inopérable.

L'évolution fut la suivante : pendant dix ans, extension progressive, concentrique de la tumeur autour du mamelon; puis pendant trente-cinq ans, aucun changement apparent. Puis subitement, sans raison, croissance rapide de la tumeur, métastase dans les ganglions et à distance, mort. L'examen histologique montre dans les parties anciennes un squirrhe atrophique typique, et dans les parties récentes un carcinome malin.

La malade de Greig montre avec quelle ténacité il faut poursuivre les récidives sur place de ces tumeurs, tant qu'elles sont extirpables.

La malade est opérée en 1873 par Annandale, d'une petite tumeur du sein datant d'un an; récidive en 1881, amputation de la glande par Annandale ; en 1888, ablation d'une récidive sur place par Annandale, il n'est pas fait mention d'ablation de ganglions axillaires. En 1889, ablation d'une récidive par Mac Ewen. En 1894, nouvelle récidive dans la cicatrice, opérée en 1898 seulement par Greig. Ablation d'une tumeur des parties molles devant la clavicule, adhérente aux pectoraux, ablation des ganglions axillaires, aspect d'un sarcome. Dès cinq mois après, douleurs dans l'épaule, ablation incomplète d'une récidive comprenant la partie externe de la clavicule, la coracoïde de l'omoplate, grande amélioration des douleurs. En 1900, récidive inextirpable, mort en 1903. M. LANCE.

Réduction des fractures et luxations du membre inférieur sous anesthésie rachidienne. (ROBINEAU. *La Clinique*, 16 mai 1913, n° 20, p. 311.) — Pour obtenir la résolution musculaire indispensable à la réduction des fractures, dit M. Robineau, « rien ne vaut l'anesthésie rachidienne à la stovaïne. Tous ceux qui ont la pratique des anesthésies rachidiennes connaissent cet effet de la stovaïne; les membres inférieurs sont frappés de paralysie flasque, qui dure autant que l'anesthésie. L'emploi des anesthésiques généraux n'assure pas une résolution aussi complète, car l'abolition des réflexes n'est pas toujours absolue, ou bien leur retour intempestif est possible. Quant aux injections anesthésiantes locales dans le foyer de la fracture, elles suppriment l'élément douleur et la contracture réflexe, mais elles ne s'opposent pas à la contraction tonique des muscles.

La technique est à la portée de tous; elle nécessite l'asepsie la plus rigoureuse, dont la réalisation est aujourd'hui facile. Il suffit d'injecter 4 à 5 centigrammes de stovaïne à un dixième dans les méninges. Au bout de dix minutes, le blessé ne souffre plus de sa fracture ; ses jambes sont lourdes, engourdies ; il ne peut détacher le talon du côté sain du plan du lit. On agit sur une jambe flasque de cadavre, et on remarque tout d'abord que la fracture est très mobilisable; on peut exagérer le déplacement, on peut le modifier, on peut le réduire sans exercer le moindre effort. La réduction faite, le déplacement n'a aucune tendance à se reproduire spontanément; et souvent la réduction se maintient, même si on soulève le pied seulement par les orteils. Rien n'est plus simple alors que d'appliquer le plâtre en bonne position et de le maintenir jusqu'à dessiccation. »

Les résultats de cette méthode, essayée d'abord dans les cas difficiles, ont été si heureux que M. Robineau en a généralisé l'emploi à toutes les fractures de jambe avec déplacement.

Son application aux luxations est tout aussi favorable, notamment dans les luxations de la hanche. Dans un cas difficile, chez un sujet particulièrement musclé, M. Robineau réussit à entraîner la conviction du regretté Hennequin, en obtenant par la rachistovaïne une résolution complète.

En résumé, M. Robineau pense que les praticiens trouveront dans la rachistovaïne un adjuvant des plus précieux pour la réduction des fractures et luxations des membres inférieurs.

L. GAYARD.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le diabète et les lésions du pancréas. Étude anatomo-pathologique. (MM. LABBÉ, LAIGNEL-LAVASTINE et VITRY. *Bull. soc. anat.*, 1912, p. 653-656.) — En comparant une série de pancréas provenant de sujets non diabétiques avec des pancréas de diabétiques, les auteurs arrivent à conclure que l'état de l'organe est très variable et que, si tout porte à chercher dans les îlots de Langerhans la lésion diabéthogène, il faut « avouer que nos recherches ne nous ont pas montré de ce côté une modification constante et spécifique. L'anatomie pathologique qui a permis de fonder sur des bases précises la notion du diabète pancréatique vrai (forme indiscutable, mais rare) ne nous fournit pas la clé de la pathogénie des autres espèces de diabète ». L. ALQUIER.

NEUROLOGIE

Psychoses constitutionnelles et psychoses associées. (R. MASSELON. *L'Encéphale*, 10 février 1913.) — L'auteur réserve le nom de psychoses associées à des états dont la marche est réglée par l'évolution même des affections qui les composent et dans lesquelles tous les symptômes se retrouvent avec leur pureté originelle. Ce ne sont pas des entités morbides hétérogènes, mais des formes pathologiques qui prennent naissance sur le même terrain de déséquilibration mentale constitutionnelle.

Les associations de la psychose maniaque dépressive et de la paranoïa sont les plus courantes et les plus intéressantes. Il s'agit de tempéraments paranoïaques chez lesquels la déviation primitive de l'esprit est exagérée par la brusque éclosion d'un accès d'excitation ou de dépression. Les idées délirantes les plus diverses, les plus complexes et les moins réductibles à une étiquette déterminée se développent ainsi tout à coup et disparaissent de même. Elles sont mobiles, en rapport avec le ton affectif du moment, non systématisées et leur évolution est commandée par celle de l'accès de la psychose périodique.

Dans ces états complexes l'analyse permet donc de retrouver ce double caractère : un tempérament paranoïaque interprétant des phénomènes maniaco-dépressifs. Leur marche discontinue les fera différencier des psychoses dans lesquelles des idées délirantes s'allient également à des phénomènes d'excitation ou de dépression, mais dont l'évolution est progressive vers la démence. Ce qui est important, ce n'est pas une simple distinction théorique ; c'est le pronostic, c'est l'avenir si différent qui peut être réservé aux malades.

P. CAMUS.

Le phénomène de l'extension du gros orteil associé aux efforts musculaires. (MM. O. DE SOUZA et A. DE CASTRO. *L'Encéphale*, mars 1913.) — De la simple extension du gros orteil pendant un effort musculaire, le réflexe cutané de Babinski étant absent, on ne peut conclure à une perturbation de la voie motrice, car certains efforts peuvent la produire chez les sujets normaux. Ces mouvements d'extension du gros orteil et d'abduction du petit orteil n'ont donc pas de valeur pathognomonique propre, s'ils ne coexistent avec d'autres symptômes de lésion du faisceau pyramidal (signe de Babinski, flexion combinée de la cuisse et du tronc...).

P. CAMUS.

MÉDECINE PRATIQUE

LES INDICATIONS DE LA MALOU

Dans une récente brochure le docteur Gauvy (de La Malou) étudie les eaux de La Malou qui sont, on le sait, *thermales bicarbonatées sodiques, ferrugineuses, arsenicales, radio-actives* et il résume dans le tableau synoptique suivant les indications et les contre-indications de ces eaux.

A. *Indications spéciales.*

Affections médullaires	*Tabes* sensitif et moteur (ataxie).	
	Myélites et paraplégies.	
	Poliomyélites	Paralysie spinale infantile.
		Paralysie spinale des adultes.
Affections du système nerveux périphérique	Polynévrites	
	Sciatiques (névralgies ou névrites).	

B. *Autres indications.*

Hémiplégies	Infantiles.	
	Des adultes (loin de l'ictus).	
Névroses	Chorée. Tics.	
	Etats neurasthéniques.	
	Paralysie agitante.	
Douleurs de nature neuro-arthritique	Rhumatismes	articulaires
		musculaires
		viscéraux.
	Myalgies. Hystéralgie.	
	Ovaralgies. Dysménorrées.	
	Complications douloureuses des affections utéro-ovariennes.	

La spécialisation de La Malou est par conséquent bien déterminée. Elle comprend toutes les affections précitées se caractérisant par des *douleurs* ou des *impotences*, chez des *médullaires*, des *nerveux* et des *neuro-arthritiques* (adultes et enfants, en dehors des périodes inflammatoires).

C. *Contre-indications.*

Affections de la peau.
Tuberculose pulmonaire.
Grossesse.
Tumeurs (fibromes et cancers).

L'auteur étudie ensuite la manière dont le traitement est pratiqué à La Malou. Ce mode d'emploi est :

A. Externe (Bains de piscine. Douches, etc.).
B. Interne (Eaux en boisson).
C. Adjuvants (Rééducation. Bains de soleil).

Après avoir donné une explication du mode d'action des eaux, action qui paraît nettement concorder avec les effets physiologiques observés, l'auteur passe en revue ces principaux effets qui « réactivent en quelque sorte les défenses de l'organisme et expliquent la spécialisation des affections traitées à La Malou ». A titre de memento, ces effets ont été résumés ci-dessous :

Effets sur les troubles de la sensibilité	Douleurs. Algies. Hyperesthésie. Hypoesthésies. Anesthésies. Sens kinesthésique.	
Effets sur les troubles moteurs	Les troubles moteurs étant souvent sous la dépendance des troubles de la sensibilité, il en résulte une amélioration de la motilité, due soit à la sédation obtenue par les eaux, soit à la stimulation par les mêmes eaux. Ces effets sont encore heureusement complétés, à La Malou, par la rééducation.	
Effets sur les troubles vésicaux et génitaux	Effets consécutifs au « remontement » de l'état général (suivant le professeur Landouzy). Ces effets agissent sur les symptômes primordiaux des médullaires.	
	Ces symptômes sont	Incontinence.
		Rétention.
		Impuissance génitale.
Effets sur les troubles de la circulation	La désintoxication et la vaso-dilatation périphérique qui se produisent ramènent les tensions artérielle et artério-capillaire, vers la normale.	

LIVRES NOUVEAUX

Syphilis de la bouche et affections analogues (1), à l'usage des médecins, dentistes et étudiants, par le profsseur Zinsser. Edition française par le docteur H. Bulliard. Préface de M. le docteur Brocq, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Dans les sciences dermatologiques, où la vue joue le rôle principal, les perfectionnements de l'édition moderne ont permis aux praticiens d'aborder le diagnostic difficile d'affections laissées autrefois aux soins des spécialistes. Pour faire œuvre utile, il faut présenter au lecteur un nombre important de planches d'après nature, représentant les diverses modalités de l'affection, et les faire suivre d'un texte schématique, permettant d'en fixer les traits essentiels. C'est ce qu'a réalisé de façon très complète le professeur Zinsser pour la syphilis de la bouche et les affections analogues.

Il n'existait pas jusqu'à présent en France d'ouvrage d'ensemble traitant de la syphilis de cette région, et cependant toutes les formes de cette maladie peuvent s'y observer, à tel point que, comme dit l'auteur, « on peut, à propos des manifestations syphilitiques de la bouche, faire une revue générale de toute l'évolution de la syphilis. »

Dans l'introduction, l'auteur s'efforce de donner une courte vue d'ensemble sur la marche de la syphilis au point de vue de ses manifestations buccales, et de peindre en quelques phrases brèves les affections voisines de la syphilis, spécialement en vue de leur diagnostic différentiel. Puis vient l'exposé détaillé des diverses manifestations buccales de la syphilis à ses différentes périodes; la syphilis héréditaire et en particulier les stigmates dentaires sont l'objet d'une étude approfondie. Les derniers chapitres sont réservés au diagnostic différentiel. Le diagnostic des lésions syphilitiques avec la tuberculose et le cancer, d'une si grande importance pratique, est longuement discuté.

De nombreuses planches en couleurs reproduisent de façon très exacte les affections syphilitiques de la bouche et les affections susceptibles de confusion : herpès, angines diverses, lichen plan, langue géographique, tuberculose et cancer, etc.

Le docteur Bulliard a su présenter cet ouvrage au lecteur français en un style simple et clair, qui en rend la lecture facile, et, d'accord avec l'éminent préfacier, je puis affirmer qu' « il permettra aux praticiens de préciser leur diagnostic, ou, tout au moins, d'éviter de regrettables erreurs ».

L. GAYARD.

Précis de radiodiagnostic technique et clinique (2), par le docteur R. Jaugeas.

Dix-sept ans après la découverte de Röntgen, le Précis du docteur Jaugeas qui mérite mieux que son titre modeste montre bien le chemin parcouru. On peut estimer que dans les grands centres la valeur et l'utilité du radiodiagnostic sont généralement admises. Les quatorze laboratoires de radiologie des hôpitaux de Paris ont pratiqué, dans les dix premiers mois de 1912, 30 566 examens radioscopiques ou radiographiques, et ce chiffre à lui seul est démonstratif. Peut-être cependant quelques praticiens méconnaissent-ils encore toutes les ressources dont la radiologie dispose; pour eux ce volume est le meilleur des enseignements et nombre de malades en bénéficient sans doute.

Ce précis comprend une première partie relative à l'instrumentation, aux installations du type le plus récent, aux appareils à grande puissance; une deuxième partie qui traite du radiodiagnostic appliqué à l'homme normal; une troisième partie sur le radiodiagnostic en clinique. Ces deux dernières qui constituent à juste titre les quatre cinquièmes de l'ouvrage comportent l'exploration des différentes régions du squelette, des viscères thoraciques et abdominaux. L'auteur établit par des épreuves choisies, par des schémas judicieux les caractères avec lesquels apparaissent à l'état normal les différentes régions explorées. Il prépare ainsi d'une façon précise des types normaux destinés à faciliter l'étude des aspects pathologiques décrits dans la troisième partie. Celle-ci est considérable par l'importance et le nombre des sujets traités. Les corps étrangers, les lésions osseuses, les affections du cœur, de l'aorte, des poumons sont l'objet d'études complètes. Des dernières acquisitions de la radiologie dans le domaine des maladies de l'appareil digestif, du foie, de l'appareil urinaire, aucune n'est oubliée. Enfin la radiographie obstétricale est l'objet d'un chapitre spécial. Ce n'est pas seulement à cause des progrès quotidiens de la radiologie, c'est aussi et surtout à cause du très grand mérite de ce livre qu'on peut lui prédire de nombreuses éditions.

G. LEGROS.

(1) Prix : 30 francs. — Paris, Gittler.

(2) Un vol. in-8° avec fig. et 48 pl. hors texte. — Paris, Masson et Cie.

Conférences préparatoires au concours pour l'école du Service de santé militaire (1), par P. Busquet, médecin-major de première classe, major de l'école d'application du Service de santé militaire. Préface de M. Mignon, médecin inspecteur, directeur de l'école d'application.

Cet ouvrage, comme son titre l'indique nettement, s'adresse aux étudiants en médecine, candidats à l'école du Service de santé militaire, mais il sera certainement très utile à beaucoup d'autres encore, car il est le résultat de sept années d'enseignement et possède toute la clarté désirable lorsqu'il s'agit d'enseigner les bases fondamentales vraiment scientifiques de cet art complexe qu'est la médecine.

L'ouvrage comprend les divisions suivantes : *physiologie et chimie biologique; histologie; pathologie générale médicale; séméiologie des principaux organes et appareils; pathologie générale chirurgicale élémentaire; petite chirurgie; opérations spéciales de petite chirurgie.*

Dans chacune de ces divisions principales, chaque chapitre est précédé d'un plan résumé qui permet d'en repasser rapidement la teneur.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Précis de pathologie chirurgicale. T. IV : Organes génito-urinaires, fractures et luxations, affections des membres (2), par MM. P. Bégouin, professeur à la Faculté de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux; E. Jeanbrau, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, chirurgien des hôpitaux; R. Proust, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux; L. Tixier, chef des travaux de médecine opératoire, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, chirurgien des hôpitaux.

Ce volume est le dernier de la série des Précis de pathologie chirurgicale. Nous ne pouvons analyser un tel travail : l'énumération seule des chapitres constitue une table de 9 pages. Qu'il nous suffise de dire que ce volume n'est pas inférieur à ses aînés qui sont déjà dans les mains de tous les étudiants. Il constitue, sous un volume aussi réduit qu'il est possible, une mise au point très complète, claire et succincte des maladies des organes génito-urinaires, des fractures et luxations et des affections congénitales ou acquises des membres.

M. LANCE.

(1) Un vol. de 704 pages avec 417 fig. dans le texte et 4 pl. en coul. — Prix : 12 francs. — Paris, Vigot frères.

(2) Un vol., petit in-8, cartonné toile anglaise souple, de XIX-1305 pages, avec 429 figures. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

PRATIQUE MÉDICALE

LE RÉGIME DÉCHLORURÉ DANS L'ÉPILEPSIE

Dans son intéressante thèse de 1906, Viteman (1) rapporte l'examen de 16 liquides céphalo-rachidiens d'épileptiques. Il y trouva souvent une légère hyperchloruration : 7 grammes à 7g5 par litre au lieu de 6 grammes.

Le traitement déchloruré semblait amener une diminution nette des crises et à cette diminution de la fréquence et de l'intensité des crises correspondait une diminution de la chloruration du liquide céphalo-rachidien.

Inversement, Sicard et Javal montrèrent que l'hyperchloruration alimentaire amenait chez les épileptiques l'hyperchloruration du liquide céphalo-rachidien.

Si cette influence heureuse du régime déchloruré dans l'épilepsie est exacte, à quoi faut-il l'attribuer? Le professeur Netter (2) pense que, « pour les éléments nerveux et musculaires, le sodium exerce une action stimulante très nette. Si cette influence est prédominante, il se développe des contractures, des contractions rythmiques, etc. »

Et il indique aussitôt le remède qui ajoutera son action puissante à la suppression du sodium, agent nocif : « Le calcium, dit le professeur Netter, exerce une influence absolument inverse. L'application des sels de sodium sur l'écorce cérébrale immobilise le calcium de la substance corticale en formant des sels de calcium insolubles ou très peu dissociables. L'application du chlorure de calcium remet à la disposition des éléments cellulaires des ions calciques libres nécessaires à leur fonctionnement. Dans les cas où prédominent les phénomènes d'excitation il y a donc utilité à diminuer la teneur en sodium, à faire pénétrer une dose plus considérable de calcium (3). »

Tandis que MM. Richet et Toulouse (4) ne profitaient du régime déchloruré que pour administrer à fortes doses le bromure de potassium ou même de sodium, tandis que MM. Lesné et Richet (5) attribuent l'hyperactivité du bromure dans l'hypochloruration à ce fait que la puissance des poisons, et par suite des remèdes, est inversement proportionnelle au degré de chloruration du sang, M. Netter proposait donc résolument comme traitement de l'épilepsie l'association de la médication calcique au régime déchloruré.

Déjà Sabattani (6) expliquait, par la teneur du lait en sels de chaux, l'influence favorable du régime lacté chez les épileptiques.

Brugia, sur les indications de Sabattani, rappelant le geste des anciens qui faisaient ingérer de la poudre d'os aux épileptiques, prescrit à ses malades simultanément de l'eau de chaux et du bromure.

Roncoroni (7), Audenino et Bonelli ont employé les injections sous-cutanées parce qu'ils craignaient que l'absorption des sels de chaux (bromure, lacto-phosphate, carbonate) ne fût insuffisante, ce qui est loin d'être exact pour un grand nombre de sels de chaux tels que le biphosphate, le citrate et surtout le bimalate de chaux.

Les résultats publiés par ces auteurs sont également heureux : toujours diminution et même disparition des accès pendant un certain temps.

L'idée de soigner l'épilepsie par les sels de chaux trouvait une base chimique dans la constatation par Audenino et Bonelli d'une diminution du calcium dans les urines des épileptiques et d'un défaut d'absorption du calcium.

Du reste entre l'état normal et l'épilepsie, qui traduit l'appauvrissement de l'écorce en calcium, on peut rencontrer des intermédiaires, degrés inférieurs d'épilepsie : vertiges, attaques violentes et irraisonnées de colère, manifestations psychiques inconscientes, etc. (Moncany).

Cet « équilibre calcique » a été bien mis en lumière expérimentalement par les beaux travaux de Sabattani (1).

Chez des chiens trépanés, l'application locale de chlorure de calcium diminue l'excitabilité électrique de l'écorce cérébrale ; au contraire l'application de sels décalcifiants : citrate, oxalate de soude, savon de soude, augmentent l'excitabilité corticale jusqu'à provoquer des convulsions épileptiques.

L'antagonisme des sels de calcium et des réactifs décalcifiants serait dû à un déplacement des ions (Moncany).

L'ion calcium possède pour Sabattani une fonction biologique permanente modératrice. Sa concentration faible dans l'organisme explique l'action d'une dose faible de substance décalcifiante.

Ainsi se trouvent expliqués les résultats cliniques obtenus; ainsi la thérapeutique si étroitement limitée des maladies nerveuses se trouve-t-elle singulièrement élargie, puisque le clinicien peut trouver désormais dans les sels de calcium un agent puissant de modération et de sédation vis-à-vis des grands syndromes d'excitation nerveuse.

En résumé, il faut considérer le régime déchloruré comme une partie absolument essentielle du traitement de l'épilepsie, aussi bien des grandes crises que des formes larvées ; et les sels de chaux comme un excellent adjuvant. On peut d'autant moins hésiter à supprimer de l'alimentation le chlorure de sodium que nous avons maintenant un moyen facile d'éviter au malade des aliments par trop fades et, par suite, pénibles à absorber. En effet, le sel Fros, avec lequel il pourra saupoudrer ses aliments, ne contient pas un atome de NaCl, et lui en donnera une illusion. Quant aux sels de chaux, nous les donnerons sous forme de Ternose, recalcifiant granulé, qui les présente sous une forme assimilable. R. L.

(1) Viteman. *Le régime déchloruré dans l'épilepsie*, Th. 1906.

(2) Netter. Sels de calcium dans l'épilepsie, *Soc. méd. des hôp.*, 8 mars 1907.

(3) Netter. Extrait de la thèse de Moncany, Paris 1908, p. 74, Steinheil.

(4) Richet et Toulouse. *Acad. des sciences*, 20 nov. 1899, et Traitement de l'épilepsie, *Revue de neurol.*, 1900.

(5) Lesné et Richet. *Soc. de biol.*, 21 mars 1903.

(6) Sabattani. Azione antagonista tra citrato trisodico e calcio, *Mem. della reale Accad. delle sc. di Torino*, 26 mai 1901.

(7) Roncoroni. *Arch. de psych.*, 1902.

(1) Sabattani. Importanza del calcio che trovati nella cortezia cerebrale, *Revista sperim, di frenol.*, 1901.

NOTES POUR L'INTERNAT

INSUFFISANCE TRICUSPIDIENNE (2)

Pouls veineux hépatique. — Si l'on applique la main à plat sur l'hypocondre droit, on perçoit un battement rythmique et profond, surtout accusé au niveau du lobe gauche du foie : c'est le pouls veineux vrai hépatique dû au reflux du sang dans la veine cave inférieure ; ce pouls est systolique ; il n'est cependant pas absolument synchrone au pouls radial, car l'ondée sanguine rétrograde parvient plus rapidement au foie que l'ondée artérielle ne parvient à la radiale ; le pouls veineux peut ne pas être perçu chez les sujets qui ont une paroi abdominale très grasse ou très œdématiée; la recherche peut en être rendue difficile par la douleur que la palpation du foie provoque chez certains sujets. Le pouls veineux hépatique, qui reconnaît un mécanisme identique à celui du pouls veineux jugulaire, donne un tracé assez spécial au polygraphe ; l'ampliation du foie, pendant la systole ventriculaire, se traduit par une ligne d'ascension très rapide ; la déplétion du foie, qui ne tarde pas à se faire, entraîne une chute brusque de cette ligne, parfois avec un dicrotisme secondaire à une contraction du diaphragme.

Le pouls veineux hépatique doit être distingué du faux pouls veineux qui est présystolique, d'origine auriculaire, sans aucun rapport avec l'insuffisance tricuspidienne; on ne prendra pas non plus pour un pouls hépatique les battements normaux de l'aorte transmis par le foie, ni les battements nerveux de l'aorte que l'on observe chez certains névropathes. Le diagnostic sera parfois plus délicat avec les battements

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, nos 63 et 66.

d'une aorte ectasiée; il se basera sur l'absence de modifications de volume du foie, sur l'absence de douleurs à la pression du foie, etc.

Tels sont les symptômes qui appartiennent en propre à l'insuffisance tricuspidienne. Pour compléter le tableau clinique fréquemment réalisé, il restait à décrire les symptômes résultant de la stase veineuse généralisée, c'est-à-dire de l'asystolie; nous ne nous attarderons pas à cette description (voir *Gaz. des hôp.*, notes pour l'internat : Formes cliniques de l'asystolie, 1912).

ÉVOLUTION. — L'insuffisance tricuspidienne présente une évolution très irrégulière. Lorsqu'il s'agit d'une insuffisance réflexe consécutive à une affection gastro-intestinale, son apparition est brusque et sa durée très courte. Lorsqu'elle succède à une affection du cœur gauche qui n'est plus compensée, ou à une affection chronique des voies respiratoires, elle apparaît dès que le cœur commence à faiblir et cesse aussitôt que le ventricule droit retrouve, grâce au repos, à la digitale, à la saignée, son énergie contractile. Elle se traduit alors en clinique par des crises d'asystolie passagères. Lorsque le cœur ne peut plus retrouver son énergie contractile, c'est alors l'insuffisance définitive avec asystolie irréductible qui ne tarde pas à entraîner la mort du sujet qui en est atteint.

FORMES CLINIQUES. — L'insuffisance tricuspidienne organique, succédant à une *endocardite infectieuse*, a une évolution rapidement fatale. Elle se caractérise surtout par la congestion du foie et par une ascite très précoce. Le souffle systolique est dur et râpeux, parfois en jet de vapeur.

L'insuffisance tricuspidienne, au cours de certaines affections pulmonaires, peut être considérée comme une lésion de protection pour le poumon, comme une *véritable soupape de sûreté*, abaissant la tension pulmonaire et s'opposant ainsi aux complications congestives, hémoptoïques, qui ne manqueraient pas de se produire, si, trop rapidement, on supprimait cette insuffisance.

M. Castaigne vient d'insister récemment sur la dilatation isolée du cœur droit avec insuffisance tricuspidienne fonctionnelle, sans lésions du cœur gauche, apparaissant chez de *grands hypertendus à gros foie dur*. Cette insuffisance des cavités droites précéderait la dilatation du cœur gauche. L'examen radioscopique montre chez ces malades une obliquité en bas et en dehors, et une projection en dehors, du bord droit du ventricule droit; l'oreillette droite déborde le bord droit du sternum de près de 2 centimètres. La pression diastolique chez ces malades est élevée, dépassant 12 et 14, la pression maxima dépasse 20. L'écart des deux pressions est inférieur à l'écart des deux tensions chez les hypertendus dont le foie est normal.

Au lieu d'évoluer vers les accidents cérébraux, ces hypertendus à gros foie évoluent vers la dilatation du cœur droit, vers une insuffisance tricuspidienne isolée; plus tard seulement ils évolueront vers l'asystolie, qui se caractérisera précisément par la conservation de l'hypertension pendant la crise asystolique. Portocalis qui a récemment étudié ces faits, a bien montré que malgré les progrès de la dyspnée et de l'œdème, la pression reste élevée chez ces malades, jusqu'aux approches de la mort.

DIAGNOSTIC. — 1° **Positif.** — Le diagnostic positif de l'insuffisance tricuspidienne repose sur la constatation d'un souffle systolique au niveau du bord gauche du sternum et de l'appendice xiphoïde, sur la présence du pouls veineux vrai des jugulaires, du pouls veineux vrai hépatique, du reflux hépato-jugulaire et sur les résultats fournis par la radioscopie.

2° **Différentiel.** — Le diagnostic différentiel est à discuter avec un certain nombre d'affections cardiaques.

Le souffle systolique de l'*insuffisance mitrale* peut dans certaines conditions de déformations thoraciques présenter son maximum vers l'épigastre, tout comme le souffle tricuspidien; mais ce dernier ne se propage pas dans l'aisselle et ne s'entend pas dans le dos, comme le fait se produit dans l'insuffisance mitrale.

Le souffle tricuspidien peut coexister avec une *lésion mitrale au cours de l'asystolie*; il existe alors deux foyers de souffle très distincts, chaque souffle étant d'ailleurs d'une tonalité très différente, le souffle mitral rude, ronflant, le souffle tricuspidien doux et filé. Ce dernier disparaît rapidement d'ailleurs sous l'influence du repos, de la digitale.

Le diagnostic sera parfois hésitant avec un *souffle extracardiaque*, mais l'absence de signes fonctionnels imposera rapidement le diagnostic.

Le *pouls veineux vrai des jugulaires* sera distingué de certaines oscillations des veines, sous l'influence des mouvements respiratoires, ou sous l'influence des battements transmis par la carotide. Dans certains cas de dissociation auriculo-ventriculaire, il n'est pas rare d'observer également des oscillations fréquentes et importantes des veines jugulaires d'un diagnostic assez aisé en général.

De même, le *pouls hépatique* vrai sera facilement distingué de battements transmis.

On recherchera toujours enfin le reflux veineux hépato-jugulaire.

Le diagnostic devra se compléter enfin par la recherche de la cause.

3° **Diagnostic étiologique.** — L'origine *réflexe* d'une insuffisance tricuspidienne sera dépistée par la constatation, chez le sujet qui en est atteint, d'une affection gastrique, intestinale, ou d'une lithiase biliaire, avec colique hépatique; d'autre part, elle s'observe chez des sujets non cardiaques antérieurement, également indemnes de toute affection broncho-pulmonaire. L'insuffisance tricuspidienne qui s'observe chez les hypertendus à gros foie dur, sans lésions du cœur gauche sera diagnostiquée également assez facilement. Dans les deux cas, la radioscopie révélera (Castaigne) la dilatation isolée du cœur droit; une auscultation attentive décèlera les signes de l'élévation de tension dans la petite circulation (accentuation du deuxième bruit au foyer pulmonaire, bruit de galop diastolique du cœur droit).

L'insuffisance tricuspidienne secondaire à une lésion cardiaque du cœur gauche, ou à une affection chronique du poumon se caractérise, par l'histoire même de la maladie, par la constatation d'une phase d'hyposystolie et par l'apparition au foyer tricuspidien d'un souffle systolique, doux, à tonalité basse, qui disparaît rapidement sous l'influence du repos, de la digitale.

L'insuffisance tricuspidienne d'origine organique se caractérise par l'histoire même du malade, par la constatation d'un souffle rude, rapeux, permanent, sans propagation vers l'aisselle ou la région dorsale.

PRONOSTIC. — Le pronostic est variable suivant la forme d'insuffisance tricuspidienne observée; il est fonction de la valeur de la fibre cardiaque et il doit se baser sur la rapidité plus ou moins grande avec laquelle la dilatation fonctionnelle du cœur cesse et se reproduit. Il est particulièrement peu sévère dans les insuffisances d'origine réflexe.

Parfois l'insuffisance tricuspidienne joue le rôle d'une véritable soupape de sûreté, par rapport aux poumons; dans ces cas il peut être nuisible pour le malade que le médecin s'oppose brusquement à l'installation de l'insuffisance.

TRAITEMENT. — Le traitement doit précisément viser dans certains cas à ne point s'opposer trop brusquement au développement de ces insuffisances qui constituent une lésion de protection pour le poumon. D'une manière générale, lors de la constatation d'une insuffisance tricuspidienne, on mettra le malade au repos; on le traitera par les purgatifs, les diurétiques, le régime lacté réduit; on évacuera l'ascite, s'il y en a, on réalisera une déplétion sanguine, par une saignée, locale ou générale; à ce moment seulement on donnera la digitale.

Une fois la crise passée, on s'efforcera de traiter l'affection causale primitive (lésions pulmonaires, cardiaques, gastriques, etc.).

BIBLIOGRAPHIE. — BARIÉ. *Traité des maladies du cœur*, 1912. — *Journal médical français*, 15 février 1913 et 15 avril 1913. — LEBON et AUBOURG. *Presse médicale*, 12 avril 1913.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Fétichisme. Restif de la Bretonne fut-il fétichiste? par BARRAS, préface de John GRAND'CARTERET. Un vol. de 174 pages. — Paris, A. Maloine.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Deuxième épreuve clinique.* — Séance du 18 juin. — MM. Trémolières, Boidin et Courcoux, 20.

— Concours pour l'adjuvat de Clamart. — *Oral.* — Séance du 18 juin. — « Anatomie descriptive du canal thoracique (sans histologie ni embryologie) ». — MM. Clap et Legrand, 17; Caudrelier, 18; Madier, 16.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Première séance du 18 juin. — M. de Verbizier : « Insuffisance ovarienne. » — Note : 18.

M. Gaujoux : « Rôle pathogène des venins. » — Note : 17.

Deuxième séance du 18 juin. — M. Lafforgue : « De la scrofule. » — Note : 19 1/2.

M. Rimbaud : « Du rôle de l'eau dans la transmission des infections. » — Note : 19.

Première séance du 19 juin. — M. Anglada : « Valeur séméiologique des albuminuries. » — Note : 17.

M. Parisot : « Du rôle pathogène des parasites intestinaux. » — Note : 18 1/2.

Deuxième séance du 19 juin. — M. Serr : « De l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. » — Note : 17 1/2.

M. Nové-Josserand : « Des réactions méningées aseptiques. » — Note : 17 1/2.

ANNULATION DU CONCOURS D'OPHTALMOLOGIE. — Le ministre vient de prendre une décision aux termes de laquelle sont déclarées nulles les opérations du concours d'ophtalmologie pour les mêmes motifs qui avaient fait annuler le concours de physiologie.

Un nouveau concours pour la chaire d'ophtalmologie vacante à la Faculté de Bordeaux s'ouvrira à Paris le 5 novembre prochain. Sont seuls admis à prendre part à ce concours les candidats inscrits en vue du concours du 5 mai dernier.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 17 juin. — MM. Finet, 11 + 8 = 19; Pillot, 13 + 7 = 20; Gontier, 11 + 7 = 18.

L'INAUGURATION DU MONUMENT GUINARD aura lieu le mardi 24 juin, à onze heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE A BORDEAUX. — Les épreuves d'admission auront lieu à Paris, Brest, Rochefort et Toulon les 21 et 22 juillet 1913 (1).

Seront admis à prendre part à ce concours :

1° Les étudiants en médecine réunissant 4, 8 et 12 inscriptions valables pour le doctorat en médecine et ayant satisfait aux examens afférents à leur scolarité;

2° Les étudiants en pharmacie justifiant soit d'une année d'études dans une école annexe, soit d'une année de stage régulier pour le diplôme de pharmacien.

Les candidats doivent justifier qu'ils remplissent les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français;

2° Avoir eu au 1er janvier 1913 moins de vingt-quatre, vingt-cinq ou vingt-six ans révolus, suivant qu'ils possèdent 4, 8 ou 12 inscriptions valables pour le doctorat en médecine : la limite d'âge est reculée d'un an pour les candidats ayant accompli une année de service militaire;

3° Avoir été vacciné avec succès ou avoir eu la petite vérole;

4° Etre robuste, bien constitué et n'être atteint d'aucune

(1) Les épreuves d'admission auront lieu à Toulon, Brest et Rochefort à des dates qui seront fixées ultérieurement.

maladie ou infirmité susceptible de rendre inapte au service militaire;

5° Etre pourvu, au jour de l'ouverture du concours.

a. Etudiants en médecine : du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles institué par le décret du 31 juillet 1893, et de 4, 8 ou 12 inscriptions valables pour le doctorat.

Les candidats ne sont pas autorisés à concourir pour une catégorie inférieure à leur scolarité, savoir :

Candidats concourant à 4 inscriptions : étudiants ayant 4 inscriptions au minimum et 7 au maximum.

Candidats concourant à 8 inscriptions : étudiants ayant 8 inscriptions et 11 au maximum. Toutefois, à titre de mesure transitoire et pour le concours de 1913 seulement, les étudiants ayant 8 inscripiions pourront opter entre le programme des candidats à 4 inscriptions ou celui fixé ci-après pour les candidats à 8 inscriptions.

Quel que soit leur choix, ils entreront de droit en troisième division à condition qu'ils aient passé avec succès les deux premiers examens de doctorat.

Candidats concourant à 12 inscriptions : étudiants ayant au moins 12 inscriptions.

b. Pour les candidats à 12 inscriptions ils devront être pourvus d'un certificat attestant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité.

c. Etudiants en pharmacie : d'un certificat attestant qu'ils ont accompli une année d'études dans une école annexe ou une année de stage régulier pour le diplôme de pharmacien dans les conditions fixées par le décret du 26 juillet 1909.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les pièces à produire à l'appui de la demande pour être admis à prendre part au concours sont les suivantes :

1° L'acte de naissance du candidat, dûment légalisé.

2° Un certificat du maire de la localité habitée par la famille, constatant que le candidat est Français ou naturalisé Français.

3° Un certificat du commandant du dépôt des équipages de la flotte ou du commandant de recrutement de la subdivision territoriale, établi l'année du concours, et constatant, dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, que le candidat est apte au service militaire et a été vacciné avec succès ou a eu la petite vérole.

4° Une déclaration écrite indiquant la résidence du candidat, le lieu où devra lui être adressée, le cas échéant, sa lettre de nomination et les centres d'examen (admissibilité et admission) choisis par l'intéressé, parmi les villes désignées ci-dessous.

Une fois le choix fait, aucun candidat ne sera autorisé à changer de centre d'examen que pour des motifs graves et par décision spéciale du ministre.

5° Un certificat du commandant du recrutement établissant la situation du candidat au point de vue de ses obligations du service militaire.

6° *a*. Etudiants en médecine : le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et un certificat d'inscription constatant que le candidat a pris régulièrement ses inscriptions dans une Faculté de médecine et satisfait aux examens afférents à sa scolarité.

b. Etudiants en pharmacie : un certificat du juge de paix ou du directeur de l'école de pharmacie constatant l'année de stage officinal.

7° Une déclaration, sur papier timbré, du père, de la mère, du tuteur ou du candidat lui-même, s'il est majeur ou jouit de ses biens, reconnaissant qu'il s'engage : 1° à payer la pension, le trousseau, les livres et objets nécessaires aux études; cet engagement devient nul en partie en cas de concession d'une bourse ou demi-bourse, d'un trousseau ou demi-trousseau; 2° à rembourser au Trésor les frais de scolarité et d'examen dans le cas où l'ayant cause serait exclu de l'école ou n'obtiendrait pas le grade de médecin ou de pharmacien de troisième classe, ou le grade de médecin ou de pharmacien aide-major de deuxième classe, ou ne réaliserait pas l'engagement sexennal (modèle n° 1 annexé à la présente instruction).

Les pièces mentionnées ci-dessus doivent être adressées au plus tard au ministère (service central de santé) entre le 15 juin et le 1er juillet.

Les candidats qui seraient pourvus d'un ou de plusieurs certificats d'études supérieures délivrés par une Faculté de sciences en sus des diplômes et certificats obligatoires devront les joindre à leur dossier.

Chacun de ces certificats donne droit à une majoration de 20 points à l'admissibilité.

Les élèves démissionnaires ou exclus de l'école sont tenus au remboursement des frais de scolarité et, s'ils ont été boursiers, au payement du montant des frais de pension et trousseau avancés par l'administration de la marine.

Les jeunes gens admis à l'école principale du service de santé de la marine doivent faire ou avoir fait une année de service militaire dans un corps de troupe aux conditions ordinaires avant leur entrée à l'école.

Ceux d'entre eux qui ne sont pas inscrits sur les tableaux de recensement et qui n'ont pas encore satisfait à leurs obligations militaires sont tenus de contracter du 1er au 10 octobre le double engagement sexennal prévu par le décret du 27 juin 1905 (guerre).

Ceux inscrits sur les tableaux de recensement et n'ayant pas encore satisfait à leurs obligations militaires sont mis en route comme appelés de leur classe.

Ceux ayant accompli une année de service entrent directement à l'école.

Les jeunes gens de ces deux catégories contractent dès leur entrée à l'école l'engagement de servir dans la marine de l'Etat ou dans l'armée active pendant six ans au moins à dater de leur nomination au grade de médecin de troisième classe de la marine ou d'aide-major de deuxième classe.

Ceux qui n'obtiendraient pas ces grades ou qui ne réaliseraient pas l'engagement sexennal devront accomplir leur deuxième année de service dans les conditions prévues à l'article 25 de la loi du 21 mars 1905.

Le nombre d'élèves à admettre à l'école de Bordeaux à la suite du concours de 1913 est fixé comme suit :

Ligne médicale. — 60 élèves à 4 inscriptions, dont 15 pour la marine et 45 pour les troupes coloniales.

10 élèves à 8 inscriptions, dont 5 pour la marine et 5 pour les troupes coloniales.

10 élèves à 12 inscriptions, dont 5 pour la marine et 5 pour les troupes coloniales.

Ligne pharmaceutique. — 7 élèves en pharmacie, dont 5 pour la marine et 2 pour les troupes coloniales.

PRATIQUE MÉDICALE

L'INSOMNIE D'ORIGINE NERVEUSE

Chez certains sujets, sans trouble de la compensation, n'ayant le soir qu'un léger œdème prémalléolaire, très actifs physiquement, mais ayant une légère dyspnée et des palpitations quand ils dépassent une certaine limite, il y a de l'insomnie. Le cœur est un peu augmenté de volume, le choc de la pointe peu net, la pression sanguine est instable. Ces malades dorment très mal, le sommeil vient vers le matin et il est très court.

Les narcotiques donnent de bons effets au début, mais arrivent bientôt à échouer si l'on n'augmente pas les doses. Chez ces sujets, tonifier le cœur équivaut à guérir l'insomnie. Pour cela, on préconise le camphre et mieux encore un dérivé du bornéol que l'on appelle le neurène, remèdes efficaces prompts et ne s'accumulant pas. Le camphre se donne en injections huileuses au 1/5. Plus commodément, le neurène se donne en solution à 2 p. 100; on en donne de deux à quatre cuillerées à café dans la soirée. Il en résulte pendant sept ou huit heures un sommeil tranquille et réparateur.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DU CANCER DU COL UTÉRIN INOPÉRABLE

(ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION)

Par MM. H. ROZIÈS et M. ARRIVAT,
Internes des hôpitaux de Montpellier.

Le cancer du col de l'utérus est un de ceux qui se présentent le plus souvent au praticien; insidieux dans son allure, accompagné de peu de manifestations cliniques inquiétantes pour les femmes, il arrive souvent que le chirurgien est trop tardivement consulté pour pouvoir pratiquer une ablation rationnelle. Depuis quelques années des efforts multiples et constants sont dirigés de toute part vers l'étude de la thérapeutique du cancer. Nous avons l'intention de mettre à jour le bilan de cette thérapeutique et, si nous avons choisi l'étude du cancer du col utérin inopérable, c'est à cause de sa grande fréquence et des phénomènes si pénibles pour les malades qui accompagnent sa période terminale, phénomènes souvent si difficiles à atténuer.

Les grands efforts de la lutte anticancéreuse ne datent en somme que d'une vingtaine d'années et c'est sur ces acquisitions récentes que nous nous proposons surtout d'insister. Les médications d'ordre chimique sont les plus anciennes; les moyens chirurgicaux palliatifs sont employés aussi depuis assez longtemps. Les méthodes de thérapeutique pathogénique basées sur l'immunisation datent de quinze à dix-huit ans ; elles sont dominées par les noms de Borrel, Clunet, Czerny, Wassermann, Richet. Ces dernières années ont apporté la fulguration (1908), la radiumthérapie surtout étudiée en 1910, l'air chaud. Enfin plus récente encore est l'introduction en thérapeutique de l'électrosélénium et de la cuprase. Les palliatifs sont connus depuis très longtemps; les anciens chirurgiens et médecins se sont attaqués d'abord aux indications symptomatiques. Pourtant ces dernières années ont vu l'avènement d'un produit : le pantopon de Sahli qui tend à remplacer la morphine.

Dans l'étude de ces agents si nombreux, notre plan sera simple. Nous diviserons ce travail en traitement chirurgical et traitement médical.

Au premier appartiennent les pansements et injections vaginales, le curettage, l'amputation du col, les ligatures atrophiantes, les injections interstitielles; les cautérisations diverses sont un des plus importants moyens utilisant les agents chimiques ou physiques parmi lesquels se rangent les méthodes les plus récemment discutées (air chaud, rayons X, fulguration, radiumthérapie).

Le traitement médical se propose d'être curatif et ses agents ont été tour à tour des substances chimiques, des ferments et extraits d'organes, des sérums et vaccins, la cuprase, l'électrosélénium.

Souvent ce traitement ne peut être que symptomatique et c'est par ce dernier que nous terminons.

Les complications diverses sont presque toujours incurables; aussi les écartons-nous volontairement de cette étude.

I

Traitement chirurgical. — Les méthodes employées sont :

1° Les ligatures atrophiantes;
2° Les amputations du col ;
3° Les injections interstitielles;
4° Les pansements spéciaux;
5° Le curettage;
6° Les cautérisations du col.

1° Ligatures atrophiantes. — Elles agiraient en diminuant l'apport vasculaire au cancer, en le réduisant en quelque sorte à la famine. Bilatérales, portant sur les hypogastriques, les utéro-ovariennes, les utérines, elles n'ont donné entre les mains de Tuffier, de de Rouville, de Martin qui y ont eu recours que de pauvres résultats que l'on peut d'ailleurs obtenir par des procédés plus simples.

2° L'amputation du col sera toujours insuffisante, même élevée, sus-vaginale, ou sus-isthmale. Elle ne peut donner des résultats que dans les lésions bien limitées du museau de tanche, peut simplement faciliter la désinfection et l'antisepsie vaginale dans les tumeurs végétantes inopérables; ne peut avoir la prétention d'enrayer le processus cancéreux. Dangereuse, parce que très hémorragique, elle nécessitera la cautérisation profonde de la plaie opératoire.

3° Préconisées dans les néoplasmes à forme interstitielle, sans bourgeons cancéreux saignants et sans grosses ulcérations, les injections interstitielles ont été pratiquées soit : *A*. à la pyoctanine; *B*. à l'alcool; *C*. aux anesthésiques.

A. La *pyoctanine* a été recommandée, dès 1883, par Mossetig, dont la technique se trouve exposée dans la thèse de Champion. On injecte à l'aide d'une seringue de 2 à 4 centimètres la matière colorante au titre de 1 p. 500 le long des bords de la tumeur; on termine par un tamponnement vaginal. Mossetig aurait observé l'atténuation des douleurs, l'amélioration de l'état général et même la régression de la tumeur. Jacobi aurait pu, par cette méthode, conserver en vie un certain nombre de malades pendant plusieurs années. Mais Le Dentu, qui a voulu vérifier ces résultats, n'a obtenu aucun succès; tout au contraire il a observé une marche plus rapide du cancer. Plus récemment Schoult a recommandé le trypanroth en injections.

B. L'*alcool* a été employé de préférence par Schultz, il est recommandé par Vallut dans la *Semaine médicale* de 1894. Les rares résultats favorables publiés paraissent par trop brillants; de plus ces injections sont atrocement douloureuses.

C. Les *anesthésiques* (cocaïne, novocaïne, nirvanine) ont été plus récemment recommandés. Injectés autour de la tumeur ou dans la tumeur elle-même, ils arrêteraient la marche envahissante du cancer en l'anémiant (Spies). Les résultats chez l'homme ont été peu encourageants et la méthode de Spies a trouvé peu d'imitateurs.

4° PANSEMENTS. — Tout cancer du col inopérable nécessite des pansements qui seront pour le malade un des facteurs principaux de soulagement. Ces pansements comprendront : 1° des injections vaginales; 2° l'application sur le col malade de tampons imprégnés d'une substance antiseptique. Les injections vaginales seront administrées avec douceur, de façon à éviter le traumatisme du col et l'hémorragie qui en serait la conséquence; elles seront chaudes. Si elles sont employées seules, elles seront biquotidiennes. — Le tamponnement se propose le double but d'arrêter ou d'empêcher l'hémorragie et de soulager le malade. Il ne sera important et serré que dans le cas d'hémorragie grave. Les substances employées pour l'injection ou le tamponnement pourront être : le carbure de calcium recommandé par Guinard, le coaltar, la liqueur de Labarraque, le chloral à 1/100, la glycérine ichthyolée à 1/10. Le chirurgien aura soin de varier le topique suivant le malade, le degré et la nature des lésions, la forme clinique de la maladie.

Enfumage iodé. — Tout récemment on a proposé, dans le pansement de l'épithélioma inopérable, l'emploi des vapeurs d'iode à l'état naissant. Préconisé par Louge (*Gaz. des hôp.*, 1911), vanté au Congrès de chirurgie par Reynès (de Marseille), l'enfumage iodé constituerait un puissant modificateur des tissus. Employé dans le traitement des plaies et ulcères divers, des tuberculoses osseuses ou ganglionnaires, des fistules de toute nature, il était naturel et logique de l'appliquer au pansement du cancer inopérable. La combustion d'un tampon de coton imprégné d'iodoforme suffit à le produire. On peut alors porter le tampon au voisinage de parties à enfumer, ou recueillir les vapeurs dans une ventouse, un entonnoir, un enfumoir spécial, une seringue. On peut encore saupoudrer d'iodoforme les parties malades et l'enflammer au thermocautère. Louge recommande pour les pansements gynécologiques l'enfumage au tampon simple, les parois vaginales étant écartées par un spéculum grillagé ou deux valves en fil de fer, le bassin fortement relevé de façon à ce que les vapeurs gagnent plus aisément le col. Pour être efficace, il sera précédé d'un curettage et d'une cautérisation ignée du col (curo-thermo-enfumage). L'iode agirait de quatre façons sur les tissus épithéliomateux : 1° comme désodorisant, l'odeur disparaissant, d'après Louge, dès le deuxième ou troisième enfumage; 2° comme sédatif de la douleur; 3° comme asséchant; 4° enfin comme modificateur des tissus. « Les résultats obtenus, dit Louge, sont jusqu'à présent satisfaisants. La méthode a deux avantages : d'abord elle est simple, peu coûteuse, à la portée de tous; elle ne demande qu'une allumette, un tampon de coton et une pincée d'iodoforme; enfin elle est indolore. » Nous ne pouvons point encore porter de jugement sur elle; elle n'a pas suffisamment encore fait ses preuves; mais elle peut être, dans le pansement du col, un adjuvant précieux.

5° CURETTAGE. — Recommandé par Tuffier qui le considère comme l'intervention de choix chez les malades à grosses hémorragies et à pertes fétides. Cette intervention aurait l'avantage de supprimer du même coup les accidents septiques. La technique a été bien réglée par Récamier. Elle comprend : 1° l'anesthésie générale ou la rachianesthésie à faible dose; 2° la désinfection du vagin à l'eau bouillie chaude et à la teinture d'iode; 3° le curettage proprement dit pratiqué à l'aide d'un instrument large et tranchant qui permettra la destruction aussi complète que possible du col, de dedans en dehors, on évitera les perforations de la vessie et du rectum; à la fin de cette opération, les lèvres du museau de tanche doivent être réduites à de minces lambeaux; 4° on terminera par la cautérisation des surfaces cruentées.

6° CAUTÉRISATIONS. — Elles seront : 1° chimiques ou, 2° physiques.

1° La cautérisation chimique peut se faire : *a.* au crayon de potasse (Filhos); — *b.* soit au chlorure de zinc (Fraenkel, Laroyenne). Au cours de cette intervention qui ne nécessite pas l'anesthésie, il est nécessaire de protéger la muqueuse vaginale. Un procédé simple et ingénieux consiste à placer dans les culs-de-sac vaginaux de gros tampons imprégnés de carbonate de soude; au contact du sel alcalin, le Cl de $ZnCl^2$ s'unit au Na pour donner du chlorure de sodium (Tédenat). Encore employée dans nos services d'hôpitaux, la cautérisation chimique n'a jamais donné de résultats satisfaisants.

2° La cautérisation physique pourra être réalisée par plusieurs méthodes :

1° Soit par *le feu* (cautérisation ignée); 2° soit par *le froid*; 3° soit par *l'air chaud;* 4° soit par *la fulguration;* 5° ou par *la radiumthérapie.*

A. *Cautérisation ignée.* — Soit au galvanocautère, soit au thermocautère, dont la pointe, portée au rouge sombre, sera promenée à la surface du col, puis profondément enfoncée dans les masses cancéreuses. Elle sera suivie d'un tamponnement serré.

B. *Par le froid.* — Le traitement du cancer est à l'ordre du jour depuis que les appareils producteurs d'acide carbonique solide neigeux sont entrés dans la pratique de la dermatologie. Tuffier et Mauté ont étudié sur des biopsies le double processus d'escarrification d'abord, de prolifération fibreuse au pourtour que le froid provoque. Mais s'il est efficace dans la thérapeutique des petits épithéliomes cutanés, de la face en particulier, il ne peut être que d'une faible ressource pour le pansement du cancer inopérable du col.

C. *Par l'air chaud.* — L'idée d'appliquer l'air chaud au traitement des affections gynécologiques n'est pas nouvelle. Schmeltz au congrès de Marseille, en 1898, Jayle dans la *Presse médicale* de la même année, Bonamy et Muller dans le *Paris chirurgical* de 1909, ont préconisé la méthode. Elle est exposée en outre dans la thèse de Gouhot (Paris 1911). Dans le *Monde médical* du 15 février 1912, le docteur Dupont recommande d'appliquer la douche d'air chaud au cancer inopérable du col utérin. La douche d'air chaud sera utilisée à des températures de 400 à 500 degrés.

On s'adressera à des appareils spéciaux (appareils

de Vignat, de Rovcourt, de Rupalley) munis d'un long embout spécial et chaussés de la gaine athermisante du professeur Quénu.

Cette méthode nécessite l'anesthésie générale; le vagin étant largement exposé, à l'aide d'un spéculum grillagé, on projette sur le col la douche cautérisante d'air chaud. On promène l'embout dans toutes les anfractuosités de la tumeur; de temps en temps on le retire, en ayant soin d'éponger les surfaces qui suintent. La cautérisation est terminée lorsque la carbonisation est complète, c'est-à-dire lorsque aucun endroit de la surface ne suinte plus. On place alors un léger tamponnement du vagin que l'on enlève le lendemain.

La douche d'air chaud serait bactéricide, sédative, asséchante et désodorisante. Dans la thèse de Gouhot on trouvera, détaillées, trois observations d'épithéliomes inopérables améliorés par elle. Dans bien des cas elle serait capable de rendre opérable un cancer sur lequel, sans cela, on n'aurait pas osé porter le bistouri. Cependant Tuffier qui a longuement expérimenté cette méthode ne lui reconnaît pas des avantages supérieurs à ceux de la cautérisation ignée.

D. *Fulguration.* — Nous en arrivons à l'exposé d'une méthode qui a beaucoup fait parler d'elle et a suscité, dès son apparition, un enthousiasme presque unanime : la fulguration. Elle consiste essentiellement dans la combinaison d'une intervention chirurgicale et d'une action électrique particulière basée sur les réactions physiologiques déterminées par l'étincelle de haute fréquence. Dès 1908, elle a été exposée et préconisée par Juge (de Marseille) et Keating-Hart.

L'instrumentation comprend : 1° une source électrique donnant une étincelle de haute fréquence; 2° un transformateur; 3° un condensateur muni d'un éclateur; 4° le résonateur d'Oudin; 5° une soufflerie; 6° une table d'opération en bois; 7° l'électrode spéciale décrite par Keating-Hart dans les *Archives d'électricité médicale*, 25 mai 1908.

La technique se compose de deux temps : 1° l'exérèse chirurgicale; 2° la fulguration. Cette dernière suppose l'anesthésie générale : en raison des dangers d'incendie, l'éther est contre-indiqué. L'intervention chirurgicale une fois terminée, le chirurgien abandonne le bistouri pour l'électrode. La plaie étant bien étalée et bien asséchée, on projette sur elle l'étincelle de haute fréquence, plus ou moins nourrie, à un potentiel plus ou moins élevé, plus ou moins refroidie, appliquée plus ou moins longtemps suivant la qualité du néoplasme et le degré des réactions du sujet, soigneusement canalisée par une électrode à fine pointe capable de localiser les effets de la fulguration sans meurtrissures inutiles des tissus : le tout sous le contrôle de la vue. Louge recommande de faire précéder l'intervention chirurgicale d'un étincelage préalable, qui aurait pour but de ramollir la tumeur, faciliter la rencontre du plan de clivage, diminuer, par une vaso-constriction bienfaisante, les dangers d'hémorragie.

Les effets de la fulguration ont été divisés par le docteur Juge en : 1° effets immédiats; 2° secondaires; 3° éloignés.

1° Les effets immédiats comprennent : *a.* un effet hémostatique; *b.* un effet analgésique.

a. Effet hémostatique : sur les surfaces curettées, le suintement en nappe cesse rapidement et le plus souvent d'une façon définitive, au point que Keating-Hart a pu abandonner le tamponnement des utérus évidés, ainsi que la compression des larges surfaces cruentées de la face. *b.* L'effet analgésique serait d'autant plus important que, loin d'être transitoire comme à la suite de l'administration d'un médicament hypnotique, l'apaisement des douleurs constituerait un bénéfice acquis pour longtemps.

2° Les effets consécutifs comprennent la lymphorée, l'escarre, le bourgeonnement. La lymphorée ou sueur de lymphe, d'abondance et de durée variable, ne serait nullement pour Juge une manifestation d'infection, mais plutôt une réaction heureuse capable de déterminer l'expulsion des éléments cancéreux infiltrés dans les tissus. En général, quarante-huit heures après l'intervention, apparaît une escarre molle, peu rétractile, superficielle, que Juge arriverait à éviter le plus souvent. Enfin le bourgeonnement serait extrêmement actif, « comme nous n'en avons encore vu dans aucune méthode de traitement » (Krumm de Kalsruhe) : c'est, dit Juge, une véritable fougue de cicatrisation.

3° Les effets éloignés consisteraient en un processus d'infiltration fibreuse, de fibrose, s'irradiant loin des plaies autrefois fulgurées, « capable d'entamer la virulence du cancer et de le rendre inoffensif ». C'est l'ouloplasie de Zimmern.

Les récidives seraient rares et bénignes. Les heureux résultats constatés ne seraient pas dus à une action calorique de l'étincelle (la fulguration n'est pas une cautérisation); mais à une action destructive des éléments cancéreux à laquelle vient s'ajouter une action physiologique, réactionnelle, s'exerçant sur les tissus sains.

Les résultats ont été exposés par Keating-Hart et Juge, notamment en août 1908 au Congrès de Clermont-Ferrand; en octobre 1908 à la Société médicale des hôpitaux de Paris; au Congrès de chirurgie du 10 octobre; à la Société de chirurgie du 14 octobre 1908; à la Société de médecine de Paris le 28 novembre; le 3 décembre à la Société de dermatologie; au comité médical des Bouches-du-Rhône, les 23 et 30 octobre, 6 et 13 novembre, 18 décembre. C'est, pour la fulguration, la période d'éclat et de splendeur.

D'après Keating-Hart, les résultats obtenus seraient excellents (*Soc. de méd. de Paris*, 8 octobre 1909). Les cas opérables ne compteraient pas un seul échec. Les cas graves et déjà abandonnés de la chirurgie lui ont donné 65 p. 100 de guérisons.

Mais déjà la réaction se manifeste. A la Société de chirurgie, le 10 mai 1909, commence le procès de la fulguration. Seuls Pozzi, Rochard, Guinard et Pauchet (d'Amiens) sont indulgents pour elle. Pour M. Ricard qui apporte à la Société les résultats consciencieux de son expérimentation, les cas opérables seraient aggravés par elle; les cas inopérables restent inopérables après comme avant. M. Legueu la repousse comme dangereuse, MM. Thié-

ry, Routier, Quénu déclarent qu'on a d'aussi bons résultats sans elle, qu'avec elle. Tuffier la condamne pour les cas opérables. M. Sébileau estime qu'il vaut mieux s'en tenir aux règles chirurgicales antérieures. Sébileau, Nélaton, la grande majorité des membres de la Société la repoussent, lui préférant l'intervention chirurgicale. A son apparition la fulguration avait suscité l'enthousiasme général; mais l'ère des déceptions commença vite pour elle : il y eut des morts, des récidives; certains cancers fulgurés, loin de rétrocéder, s'aggravèrent et la méthode violemment critiquée fut abandonnée de la plupart des chirurgiens. Nécessitant une instrumentation compliquée, de technique délicate, avec des résultats médiocres, elle est aujourd'hui presque tombée dans l'oubli. Depuis les discussions suscitées par elle et pour elle, on pourrait dire contre elle, à la Société de chirurgie, Keating-Hart seul a publié quelques observations de malades traités par cette méthode; ses communications n'ont pas trouvé d'écho ; la fulguration est bien morte.

E. *Radiumthérapie.* — Après les différents agents de cautérisation que nous venons d'étudier, il faut faire une large place à la radiumthérapie entrée assez récemment dans la thérapeutique et dont les effets ont été bien précisés au cours de ces dernières années.

L'instrumentation est variable, les appareils radifères étant de deux types, à sels libres et à sels collés. Un filtre doit être interposé entre le radium et la tumeur : il ne laisse passer que les rayons ultrapénétrants et on peut modifier à volonté suivant les cas anatomo-cliniques la qualité des rayons. Ce filtre est constitué par des lames métalliques, d'aluminium le plus souvent. Dominici emploie des tubes d'argent dont la paroi même constitue le filtre. A la méthode des applications superficielles, on a substitué après Morten et Abbe, Dominici, Delbet les applications en profondeur, et les tubes radifères peuvent être introduits au sein des masses néoplasiques après ponction au trocart ou au bistouri, ou par vissage (de Martel). Il y a avantage à employer en même temps plusieurs tubes introduits en des points différents réalisant ainsi ce que l'on a appelé un système de « feux croisés ». Les séances doivent être longues, on est allé jusqu'à quarante-huit heures, et espacées. L'application peut être précédée ou non du curettage des végétations cancéreuses.

Quant aux effets anatomiques, avec la modification des techniques, ils sont assez bien connus. Dominici et Barcat, Dominici et Rubens-Duval les ont bien étudiés : destruction cellulaire par hypertrophie du corps et du noyau suivie de fragmentation, transformation de l'épithéliome en papillome, résolution des infiltrations paracancéreuses. Ces résultats sont complétés par une communication de Rubens-Duval et Dominici à la Société médicale des hôpitaux portant sur 9 cas de cancers du col inopérables traités par le radium : dans 3 cas où le traitement a pu être suivi, le col a été trouvé complètement sain et toute trace de prolifération cancéreuse avait disparu.

A vrai dire, les résultats cliniques ne sont pas aussi excellents. Mais ici il faut bien distinguer les résultats obtenus.

Dans la grande majorité des cas, on a obtenu des résultats partiels mais très appréciables : diminution de la douleur, de la leucorrhée fétide, des métrorragies. Ces faits sont loin d'être négligeables. On a vu des infiltrations péri-utérines se fondre petit à petit et des cancers inopérables par la radiumthérapie ont pu devenir plus tard opérables. Ces résultats ont été portés à la tribune de la Société de chirurgie au cours des discussions de mai et juin 1910 par Segond, Nélaton, Delbet, Tuffier, Lucas-Championnière, Ricard. Tuffier, en particulier, avec observations à l'appui montra que, « qu'il s'agisse de cancers primitifs ou récidivés le radium a toujours donné ces deux beaux résultats : sédation de la douleur et atténuation de la tumeur ».

On peut aller plus loin et quelques observations bien précises et indiscutables signalent des guérisons complètes. Nous venons de citer la communication de Dominici et Rubens-Duval donnant 3 guérisons histologiques sur 9 cancers du col inopérables. Ricard en apportait un cas très net à la Société de chirurgie (1910) avec cicatrisation complète du col. Nélaton, Segond en rapportent chacun un cas. Tout récemment Dominici et Rubens-Duval ont signalé un beau succès dans un cancer du col jugé inopérable par Lejars. La malade mourait quinze mois plus tard de ramollissement cérébral et on put constater histologiquement l'absence complète de tissu néoplasique.

Mais à côté des cas heureux, on a signalé de nombreux insuccès, en particulier à la Société de chirurgie (1910). Dans certains cas, la radiumthérapie a amené des poussées d'annexite.

En somme, amendement très net des symptômes dans beaucoup de cas, quelques guérisons complètes indiscutables, peu d'accidents, beaucoup d'insuccès. Tel est le bilan actuel de la radiumthérapie. Cependant, peu de chirurgiens l'emploient systématiquement. Il nous semble que tout n'est pas dit sur cette méthode : chaque jour les techniques se perfectionnent. Il ne faut pas se hâter pour condamner un procédé qui a donné dans certains cas de beaux résultats. Avant de porter un jugement définitif, de nouveaux essais sont nécessaires.

II

Traitement médical. — 1° Agents chimiques. — *La thérapeutique médicale du cancer* par les agents chimiques est une des plus anciennes et en particulier elle a été maintes fois appliquée aux néoplasmes inopérables du col de l'utérus. Les thérapeutes ont tour à tour préconisé des agents divers. Nous n'en retiendrons que trois qui ont été le plus expérimentés : l'arsenic, les sels de quinine, les préparations à base de chlore.

Les préparations arsenicales sont entrées depuis longtemps dans la thérapeutique anticancéreuse. Billroth, Hofbauer, Spude, Slicker, Blumenthal les ont récemment préconisées. Pour les uns, l'arsenic aurait une action générale comme médicament d'épargne et comme stimulant des défenses leucocytaires. Quelques auteurs cependant lui attribuent une action spécifique sur les ferments spéciaux qui sont à la

base de la prolifération cancéreuse (Hofbauer). On l'a employé sous diverses formes : liqueur de Fowler, arséniate de soude, cacodylate de soude, aloxylate. On l'a associé à des composés iodés, à des analgésiques. Les doses employées sont variables et il a été préconisé d'employer de hautes doses. Les résultats n'en ont pas été meilleurs. L'arsenic est un bon médicament de l'état général; il paraît avoir produit dans quelques rares cas des arrêts momentanés. Mais s'il peut être un précieux adjuvant, il n'en faut pas faire un agent spécifique.

La quinine préconisée par Jaboulay aurait une action peu différente de celle de l'arsenic : elle agirait sur les toxines cancéreuses. Elle a été employée par la voie hypodermique (0g50 à 1 gramme par jour), digestive (1 gramme par jour), en frictions avec une pommade à 10/100. Hollander et Pescy l'ont associée à l'arsenic. Les résultats n'ont pas été brillants : il n'y a pas de guérisons signalées; les améliorations sont rares, et les seuls phénomènes favorables observés ont une action inconstante sur l'état général et les douleurs.

Depuis Bergeron, on a essayé aussi les préparations chlorées et quelques tentatives dans cette voie ont été faites par Brissaud, Becker, Barbarin, Cazin, Ozenne sans résultats évidents. Le chlorate de potasse, le chlorate de soude, les hyperchlorates, le chlorate de magnésie ont été tour à tour employés; Becker rapporte 3 cas favorables mais suivis trop peu de temps pour être concluants.

En outre diverses substances ont été employées et elles sont bien étudiées dans le récent travail de Hofbauer (1908) : sérum de bœuf, noir animal, cholestérine. Nous ne parlons pas des substances qui ont été préconisées en injection dans la tumeur; elles ont été déjà étudiées. Somme toute, des agents chimiques il ne faut pas attendre de grands résultats; peut-être quelques améliorations passagères portant surtout sur l'état général et encore rarement.

Ferments et opothérapie. — Après les éléments chimiques, les ferments et l'opothérapie représentent un élément important à connaître dans l'historique de la lutte anticancéreuse. Peu de médications ont donné plus d'espoir à leur début.

Beard le premier mit en avant, en 1902, la fermentothérapie. Von Bergell, Leyden, Blumenthal, Morten, Branch, Rice, Bambridge, Pinkuss, Kuhn, Sticker et Falk ont publié les résultats obtenus. Le principe de la méthode est ce fait que la cellule cancéreuse est beaucoup plus sensible que la cellule normale à l'action de certaines diastases et en particulier des ferments digestifs. Les ferments glycolytiques, la trypsine du suc pancréatique, l'extrait de foie sont les plus employés en injections interstitielles en pleine tumeur ou par voie buccale. Par la voie buccale, on est arrivé jusqu'à de très fortes doses puisque certains auteurs sont arrivés à faire ingérer 10 à 15 grammes de pancréatine par jour. Les résultats ne sont pas brillants; il n'y a pas de guérison signalée. Dans quelques cas on a obtenu des résultats partiels : l'appétit a été augmenté, l'état général amélioré; rarement on a vu les douleurs disparaître. En injections interstitielles on a souvent noté de fortes réactions thermiques et des accidents sérieux. Tuffier et Mauté qui ont expérimenté la méthode la condamnent dans un récent article. Pour ce qui est de la voie buccale, la méthode n'est pas dangereuse; il nous semble qu'elle peut être employée dans les cas où des troubles digestifs indiquent une action sur cette fonction; mais son emploi ne doit pas avoir de prétentions curatives; il faut se tenir aux doses faibles.

Dans un ordre d'idées voisin, les extraits d'organes ont été aussi utilisés dans la thérapeutique qui nous occupe. Rohdenburg, Aulloch et Johnston ont étudié récemment la question et ont montré que l'ablation de certaines glandes à sécrétion interne (thyroïde, thymus, testicules) favorise la réceptivité au cancer, que l'ingestion d'extraits de ces glandes tend à accroître l'immunité. De là à l'opothérapie il n'y avait qu'un pas. De nombreux auteurs anglais s'en sont occupé. Pour ce qui est des cancers inopérables du col, Beaber prétend avoir arrêté l'évolution de plusieurs cas par l'ingestion de glande thyroïde à la dose de 0g30 à 1g20 à peu près.

Il est difficile de se prononcer définitivement sur ces faits, car les observations publiées sont rares et pas très probantes. Il est permis de ne pas avoir une grande confiance dans ces méthodes que la pathogénie actuelle du cancer paraît condamner. Dans l'état actuel des choses, de nouvelles expériences sont nécessaires, précises et en assez grand nombre ; il est douteux que l'on obtienne dans cette voie de brillants résultats.

3° Sérothérapie et vaccinothérapie. — Avec l'apparition des différentes méthodes basées sur l'immunité, nous assistons à un mouvement thérapeutique qui n'a pas dit son dernier mot. Tous les récents travaux sur la pathogénie du cancer, sur la cellule cancéreuse et ses toxines, les expériences de Wassermann sur le cancer des souris, en ont été le point de départ. Appliquant la grande division de l'immunisation en deux méthodes, immunisation active et immunisation passive, nous dirons quelques mots sur les résultats, dans le traitement du cancer du col inopérable, de la sérothérapie (immunisation passive) et de la vaccinothérapie (immunisation active).

a. La *sérothérapie* est l'aînée de ces méthodes et elle a procédé par des moyens divers suivant la théorie pathogénique admise sur l'agent du cancer. Doyen, accusant le micrococcus neoformans d'être l'agent des néoplasies cancéreuses, traite depuis 1901, les cancéreux par des sérums préparés à l'aide de cultures de ces microbes. Bra, considérant la nectria diltissima comme le parasite du cancer, emploie la nectrianine. Dans un même ordre d'idées Adamkiewickz depuis plus de dix-huit ans préconise la cancroïne. Ces auteurs n'ont obtenu aucun résultat (rapport de Delbet à la Société de chirurgie, 12 juillet 1905).

Plus tard on en vint à des méthodes plus séduisantes de sérothérapie, avec des sérums d'animaux immunisés en employant comme antigène la cellule

cancéreuse. Borrel, en 1907, rénova la méthode. Elle est basée sur la spécificité de la cellule cancéreuse. A côté de ces faits, on a aussi proposé l'emploi de sérums préparés « pour tel malade donné avec son propre néoplasme » (Tuffier et Mauté). Des essais loyaux ont été tentés par plusieurs auteurs. Quelques observations favorables ont été publiées (Tuffier et Mauté, Mackay, Risley [de Boston]). Mais ce sont des faits isolés et si on les rapproche des cas aujourd'hui bien connus, grâce à un récent travail allemand, d'arrêts inexplicables et définitifs de néoplasmes inopérables, on voit bien quel peu de confiance il faut accorder aux cas isolés.

b. La *vaccinothérapie* doit, elle aussi, beaucoup aux travaux de Borrel ; c'est une méthode qui a marché à tâtons, puisque nous ne connaissons pas la cause du cancer. L'intérêt principal de cette tentative, c'est l'emploi des produits de broyage des tumeurs ; fait qui avait été expérimenté par quelques chirurgiens, bien avant les travaux de Borrel. La tumeur maligne est transformée en émulsion que l'on injecte. Rovsing et Bertrand semblent avoir obtenu de bons résultats avec l'auto-vaccino-thérapie, mais la méthode est peu employée. Tuffier et Mauté la condamnent.

A côté de ces deux grands procédés, nous ne pouvons que citer les tentatives de toxinothérapie basées sur l'emploi thérapeutique vaccinant de substances que l'on ne trouve dans l'organisme que dans certaines circonstances pathologiques (infection, fièvre, etc.).

Ces divers procédés que l'on pourrait appeler le traitement dit spécifique ont, en somme, donné peu de résultats intéressants. Par contre, ils sont parfois nuisibles et on les a accusés de produire de fortes réactions et de favoriser les récidives. Donc tout n'est pas dit : cette voie est pleine d'espérances d'autant plus que de nombreux travaux se poursuivent actuellement basés sur l'expérience. Ces méthodes et leur continuel perfectionnement représentent un effort constant dans la lutte anticancéreuse et peut-être la thérapeutique de l'avenir.

4° CUPRASE. — Indépendamment des recherches de Werner sur l'influence de la choline, et de A. von Wassermann sur le rôle de l'éosine sélénium sur les épithéliomas, divers auteurs ont pensé qu'il était possible d'expérimenter l'action des sels métalliques sur le cancer. C. Neuberg, W. Caspari, et plus récemment H. Lœhe (*Berlin. klin. Woch.*, 22 juillet 1912) s'y sont employés. Partant de ce fait que les tumeurs malignes évoluent rapidement vers l'autolyse, ces auteurs ont expérimenté d'abord avec divers sels métalliques capables de favoriser l'autolyse des tissus in vitro, mais les résultats furent nuls chez les animaux porteurs de tumeurs malignes. Par contre, on peut se convaincre que certains composés organiques de toute une série de métaux lourds, plomb, vanadium, cobalt, argent et surtout cuivre, exercent sur le cancer des souris une action destructive comparable à celle de l'éosine sélénium de Wassermann et de la choline de Werner. L'injection dans la veine caudale de la souris de 1 milligramme de métal détermine : 1° d'abord la pâleur très marquée des oreilles, des pattes et de la queue de l'animal ; 2° puis la congestion de la tumeur, son ramollissement par épanchement de sang dans le néoplasme, la fonte des nodules néoplasiques, enfin la résorption du contenu ramolli de la tumeur. Ces résultats ont été obtenus dans le cancer des souris, le sarcome des rats et l'adénocarcinome des chiens. Cette résorption peut être mortelle pour l'animal ; on peut y remédier par l'injection sous-cutanée d'iodure de sodium.

Dans le *Deutsche medizinische Wochenschrift* du 7 novembre 1912, Arthur Strauss publie trois cas de malades améliorés par l'emploi des sels de cuivre. En France, depuis près d'une année, le docteur Gaube (du Gers) préconise le traitement du cancer par le cuivre colloïdal ou cuprase. Il expose les avantages de sa méthode dans une petite brochure et il conclut qu'il croit avoir trouvé dans la cuprase le remède curateur du cancer.

Peu d'observations, en dehors de celles du docteur Gaube, ont été publiées sur cette médication. Cependant à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, le 12 juillet 1912, la valeur de la cuprase a été mise en discussion à propos d'une observation de M. Borde. MM. Borde, Labeau ont vu, dans certains épithéliomas inopérables s'atténuer et même disparaître la douleur. Mais MM. Durodié, de Boucaud, Mongour, Bégouin qui l'ont expérimenté n'ont rien obtenu. L'un de nous a vu essayer la méthode du docteur Gaube, dans le service de M. le professeur Tédenat, à propos de 4 cas de cancers inopérables, dont 2 du col utérin ; dans les 4 cas, les résultats ont été négatifs. La cuprase était employée en injections intramusculaires à la fesse (l'injection peut être faite au niveau de la tumeur). Dans aucun cas, nous n'avons observé de réaction thermique.

En résumé on peut à l'heure actuelle, sans préjuger de l'avenir, reprocher à la cuprase : 1° de ne compter à son actif que quelques rares résultats heureux et beaucoup d'insuccès; 2° de plus aucune des observations de prétendues guérisons ou améliorations n'a pour elle le contrôle d'un examen microscopique.

Sans doute, elle est d'application facile, à la portée de tout praticien, peu douloureuse, pas dangereuse ; mais peut-être, comme beaucoup de celles qui l'ont précédée, en raison de ses échecs, est-elle appelée à tomber dans l'oubli. Dans la thérapeutique du cancer inopérable, l'emploi des sels de cuivre pourrait cependant être conservé pour remonter, comme cela a été observé pour la tuberculose, l'état général.

5° ELECTROSÉLÉNIUM. — Le point de départ de cette méthode toute récente, et sur laquelle tout est loin d'être dit, consiste dans les travaux bien connus de A. von Wassermann sur la régression du cancer et du sarcome de la souris par l'injection intraveineuse d'éosine sélénium. L'extrême toxicité des sels sélénium avait empêché l'expérimentation sur l'homme. C'est à la thérapeutique colloïdale, si en honneur de nos jours, que l'on s'est alors adressé,

pour y chercher un composé susceptible de présenter une teneur suffisante en métalloïde, sous la garantie d'une toxicité faible et rigoureusement déterminée. A l'heure actuelle, l'électrosélénium a déjà fourni, en clinique, des résultats suceptibles d'attirer l'attention sur cette nouvelle thérapeutique du cancer.

L'électrosélénium est un sélénium colloïdal électrique à petits grains. Liquide stable, de couleur rouge corail, il accuse, titré par G. Rebière, une teneur de 20 centigrammes de sélénium métalloïdique au litre. Il est infiniment moins toxique que les composés minéraux courants du sélénium ; on n'observerait par lui ni réactions trop vives, ni perte de poids, ni troubles dans les fonctions respiratoires ou digestives. Son pouvoir bactéricide, faible in vitro, acquérait une importance considérable in vivo du fait de son influence sur la fonction phagocytaire. Il s'élimine en grande partie par les voies urinaires. V. Henri a montré son affinité pour les organes cellulaires. On l'a retrouvé dans le sang et le foie et l'on sait d'après les expériences de Wassermann que le sélénium aurait une tendance spéciale à se fixer sur les néoformations.

En clinique, il peut être employé soit : 1° en injections intramusculaires ; 2° en injections intraveineuses. La voie intraveineuse doit être préférée. L'injection se fera de préférence dans une veine du bras. La dose moyenne sera de 5 centimètres cubes en une fois tous les jours ou tous les deux jours.

Les résultats cliniques obtenus ont été en particulier exposés par Bougeant et Galliot (*Clinique*, 9 août 1912), par Blumenthal (*Journal médical de Bruxelles*, 8 août 1912), mais surtout par A. Cade et P. Girard dans le *Lyon médical* et dans la Thèse lyonnaise de Girard.

Les effets produits peuvent être divisés en : *a.* immédiats ; *b.* secondaires.

a. *Immédiats.* — Ils consistent essentiellement dans la réaction produite. L'injection d'électrosélénium déterminerait peu de douleurs. La réaction thermique se manifeste généralement au bout d'une heure, annoncée par un grand frisson. Elle dure deux heures, reparaît atténuée après chaque injection. Nulle pour Trinkler (de Kharkoff), habituelle (de 1 degré) pour Bougeant, Galliot, Cade et Girard, elle serait très forte chez certains sujets profondément cachectisés. On n'aurait pas observé de cas de mort. Il n'y aurait habituellement ni céphalée, ni vomissements.

b. *Secondaires.* — Ils consisteraient : 1° dans la sédation considérable de la douleur et le retour du sommeil ; 2° l'augmentation de l'appétit et du poids ; 3° enfin et surtout dans une diminution des masses cancéreuses avec assèchement des lésions ulcéreuses et cicatrisation des fistules. L'électrosélénium agirait en déterminant le ramollissement, puis la disparition progressive de la tumeur. Thiroloix a pu même dans un cas ponctionner une tumeur devenue fluctuante et retirer un liquide qui, analysé, a montré les réactions du sélénium.

Résultats cliniques. — A. Cade et P. Girard, sous le titre « le sélénium dans le traitement du cancer », ont exposé les effets du traitement suivis par eux dans le service des professeurs Jaboulay, Vallas, Courmont. Ils se sont adressés de préférence à des néoplasies inopérables ; ils publient huit observations, dont une de cancer utérin inopérable. Chez la plupart de leurs malades, ils ont noté l'atténuation des douleurs, l'amélioration de l'état général ; dans quelques cas la diminution de la tumeur. Dans un cas de cancer du col, après la douzième injection, les pertes et hémorragies disparurent intégralement. Dans sa thèse, Girard a publié un certain nombre d'observations intéressantes, en particulier un cas de néoplasme utérin ; ici il note après la troisième injection, la disparition de la douleur et des pertes, l'atténuation de la cachexie, peu de modifications de la tumeur : la malade avait reçu 19 injections d'électrosélénium. Blumenthal a observé dans les mêmes conditions six malades dont « un cancer inopérable de la matrice avec envahissement du petit bassin, ayant amené la cachexie et une anémie profonde ». Dans deux cas, il a observé la guérison ; le cancer utérin est décédé six semaines après le commencement du traitement ; mais les souffrances s'étaient atténuées ; la tumeur avait diminué des deux tiers, le petit bassin était redevenu normal. Les docteurs Bougeant et Galliot ont traité par l'électrosélénium, à la Polyclinique H. de Rothschild, douze malades dont cinq cancers de l'utérus ; dans la plupart des cas, disent-ils, les douleurs, les sécrétions, la fétidité ont disparu ; la disparition partielle des lésions et la mobilisation de la tumeur ont été notées dans deux cas au moins. Enfin, dans le plus récent travail paru sur la question, le professeur Frinkler publie quatre observations de cancéreux inopérables améliorés par le sélénium colloïdal.

Cependant l'un de nous a vu un épithéliome de la lèvre inopérable qui a continué à progresser malgré douze injections intraveineuses d'électrosélénium.

D'autre part, il nous a été donné d'observer plusieurs cancers inopérables traités par cette méthode avec des résultats nuls et des réactions très violentes après les piqûres.

Nous savons aussi qu'il existe d'autres observations d'insuccès complets.

Cependant, dans le traitement des cancers inopérables, l'électrosélénium pourrait rendre de précieux services au médecin traitant et donner, sinon la guérison, du moins l'atténuation des douleurs et des sécrétions, l'arrêt du processus, et peut-être rendre opérable un épithélioma avancé et voué à l'abstention thérapeutique.

Traitement médical symptomatique. — Toutes les diverses médications que nous venons d'étudier visent la guérison radicale et définitive du cancer ; nous avons essayé d'établir leurs résultats et leur action. Nous avons vu combien elles sont discutables dans leurs prétentions. Ainsi s'impose l'étude d'un traitement médical symptomatique. C'est peut-être le plus intéressant à connaître pour le praticien : il se propose de soulager les malades que l'on ne peut guérir.

Quatre indications doivent dominer ce traite-

ment : il faut combattre les hémorragies, modifier et diminuer les sécrétions fétides et constantes du néoplasme, lutter contre la déperdition progressive des forces et la cachexie, calmer les douleurs. Comme on le voit, nous laissons entièrement de côté le traitement des complications du cancer du col inopérable : nous nous sommes expliqué sur ce point dès le début de ce travail.

Le traitement chirurgical, que nous avons essayé d'exposer plus haut, agit sur les hémorragies et sur les sécrétions fétides : irrigations vaginales antiseptiques et chaudes, application d'hémostatiques locaux, pansements vaginaux. On peut y ajouter quelques prescriptions d'ordre médical; il est essentiel de lutter contre la congestion du petit bassin par des purgatifs légers, des laxatifs, des lavements évacuatoires. Les hémostatiques pris à l'intérieur ont peu d'action : perchlorure de fer, chlorure de calcium, hamamelis virginica, hydrastis canadensis, ergotine ne donnent le plus souvent que des résultats passagers et même nuls. Les mesures de propreté doivent être rigoureusement observées car elles seules peuvent prévenir les lésions cutanées favorisées dans les régions voisines de la vulve par les écoulements vaginaux.

Contre la déperdition progressive des forces, les toniques généraux seront employés en variant les préparations et leur mode d'administration : il ne faut pas fatiguer le tube digestif ; aussi s'adressera-t-on souvent à la voie hypodermique. Les arsenicaux et surtout le cacodylate de soude, le quinquina, les préparations de kola ou de coca, le sérum physiologique sont le plus souvent employés. Une alimentation substantielle est nécessaire. Dans beaucoup de cas, il faudra faire appel à la médication apéritive qui lutte souvent avec succès contre l'inappétence invincible des cancéreuses : les gouttes amères de Baumé, la teinture de noix vomique, le condurango rendront des services.

L'indication dominante est celle qui s'adresse aux douleurs, aux douleurs constantes et intolérables des cancéreuses du col inopérables. Ces phénomènes douloureux entrent pour une grande part dans la déchéance rapide des malades : ils mettent obstacle à l'alimentation, empêchent le sommeil et ne laissent pas de répit à ces malheureuses. En les calmant, on permet à ces fonctions de s'exercer régulièrement ; presque toujours on donne un peu de confiance aux malades, et on leur rend la mort plus douce. Les analgésiques les plus divers ont été préconisés et il ne nous appartient pas d'en faire une étude approfondie et complète : nous nous contenterons de citer l'antipyrine, l'exalgine, la phénacétine, le pyramidon dont l'action s'épuise vite ; la belladone, le chanvre indien, la jusquiame qui agissent peu ; les hypnotiques directs dont il faut réserver l'emploi aux indications spéciales : trional, sulfonal, bromidia, chloral, etc. Tous ces moyens employés par voie buccale, en solutions hypodermiques, en lavements ne doivent pas nous retenir et nous arrivons directement aux préparations opiacées. Les différents extraits d'opium sont peu employés. La thérapeutique médicale du cancer du col inopérable fait usage surtout des alcaloïdes : l'héroïne, la dionine, la codéïne et surtout la morphine sont d'un usage courant. La morphinisation des cancéreuses inopérables est en grande faveur : on peut reprocher à cet agent de produire vite des troubles digestifs très fâcheux (vomissements, constipation), de faire vite des phénomènes d'accoutumance ; de plus, le nom seul de morphine suffit à effrayer et à désespérer complètement certains malades.

Ces dernières années, un médicament s'est peu à peu répandu dans la pharmacopée et il tend de plus en plus à remplacer la morphine : c'est le pantopon préparé sur les indications de Sahli (de Berne) ; ce produit « contient sous la forme de chlorhydrates solubles, la totalité des alcaloïdes de l'opium. C'est l'opium total injectable ». Il est livré en ampoules de 1 centimètre cube contenant 2 centigrammes de pantopon ; en comprimés représentant 1 centigramme et en sirop dosé à 1 centigramme par cuillerée à soupe. Le pantopon est d'activité constante, car il contient une dose constante de morphine : 2 centigrammes de pantopon répondent à 1 centigramme de morphine.

On peut employer ce produit à la dose de 1 et 2 centigrammes par jour, 1 à 6 d'après Cot sans intolérance. Dans un cas de Binet, on a donné 10 centigrammes sans accident. Depuis 1910, la pharmacologie et l'action du pantopon ont été étudiées dans de nombreuses thèses, articles et communications auxquels nous conseillons nos lecteurs de se rapporter pour de plus amples détails que le cadre de notre travail ne nous permet pas de donner. Sahli, Pouchet, Becker, Bardet et Gy ont étudié la pharmacologie ; Rodari, Soncourt se sont occupés surtout d'étudier l'action expérimentale. Enfin les effets cliniques ont été rapportés par de nombreux auteurs : de Rouville, Gaussel, Pouchet, Sahli, Sicard, Bardet, Haymann, Becker, Cot, Le Calvez, Trotain, Soncourt, Souty, pour ne citer que les principaux.

Il résulte de ces différents travaux que le pantopon a réussi en général dans tous les cas où l'on a employé les opiacés ; parfois moins actif et plus lent à agir que la morphine, son action est plus prolongée. Son emploi n'est pas suivi de sensations désagréables (céphalée, rêves, somnolence au réveil) ; il agit moins que la morphine sur la motricité intestinale. Il est mieux toléré, il fait moins de phénomènes d'accoutumance : l'un de nous a rapporté un cas très démonstratif dans la thèse de Cot (observation XXIII).

Ces propriétés indiquaient d'employer le pantopon dans le cancer du col inopérable. Les résultats des quelques observations publiées sont intéressants à signaler. Dans les cas de Leriche, Chapon, Goudet (in thèse de Souty) l'effet a été immédiat : cessation complète des douleurs, reprise de l'alimentation, amélioration sensible et rapide de l'état général. L'un de nous a eu l'occasion d'observer un cancer du col ayant envahi tous les organes du petit bassin. L'emploi du pantopon à la dose de 2 centigrammes par jour a amené la cessation complète des douleurs, la diminution des métrorragies et des pertes fétides. Les observations rapportées par Trottain et Son-

court quoique moins favorables sont encore très concluantes. L'analgésie a été moins bonne qu'avec la morphine dans plusieurs cas; elle n'a jamais été supérieure. Mais on n'a jamais noté de phénomènes toxiques, ni d'intolérance.

On peut appliquer au cancer du col utérin inopérable la conclusion du travail important de Bardet et Gy. Pour ces auteurs qui ont fait de nombreuses expériences à la clinique thérapeutique du professeur Robin, le pantopon « est aussi analgésique que la morphine, mais les effets généraux nocifs de celle-ci sont subitement corrigés ». Il n'est donc pas étonnant que le pantopon se soit peu à peu introduit dans la thérapeutique symptomatique du cancer du col inopérable : de plus en plus il tend à supplanter la morphine, arme à double tranchant.

III

Conclusions. — En résumé, ces dernières années, nous avons assisté à l'insuccès de toutes les tentatives d'opothérapie, de sérothérapie, de vaccinothérapie anticancéreuse; nous avons vu la grandeur, puis la décadence de la fulguration dans laquelle on avait cru voir le remède curateur enfin découvert des épithéliomes même inopérables. L'aérothermothérapie, la radiumthérapie ont connu bien des insuccès. La cuprase et l'électrosélénium, bien que constituant des médications trop neuves pour que l'on puisse se prononcer définitivement sur elles, ne semblent pas pouvoir prétendre davantage à la guérison du cancer.

Devons-nous donc en conclure que, dans la thérapeutique de l'épithéliome inopérable, il n'a pas été fait, ces dernières années, un seul progrès, un seul pas en avant? Loin de là; s'il n'existe pas à l'heure actuelle un seul traitement vraiment curateur du cancer, on doit se souvenir des résultats partiels que les méthodes modernes ont pu donner dans bien des cas entre les mains de ceux qui les ont employées; l'on ne les rejettera pas d'une façon complète; bien plus on ne craindra pas de leur demander leur aide dans la lutte contre le processus malin.

On se rappellera que la radiumthérapie paraît pouvoir rendre bien des services; que, dans la désinfection du vagin, l'assèchement du col, l'air chaud peut donner de bons résultats; que la cuprase et l'électrosélénium peuvent contribuer à combattre l'affaiblissement de l'état général et les progrès de la cachexie; que le pantopon peut, pour vaincre les douleurs, suppléer avantageusement la morphine.

Dans quelques années peut-être, l'on découvrira le germe du cancer et il sera possible d'instituer contre lui une sérothérapie efficace. En attendant cette heure qui lèvera le cauchemar pénible qui plane sur l'humanité, il est du devoir du praticien de chercher, par une éducation meilleure des médecins, des sages-femmes et des malades, à dépister le cancer au début, alors qu'il n'est encore que maladie locale. Le jour où cette mentalité nouvelle se sera généralisée, l'épithéliome inopérable du col deviendra une rareté. Il nous reste à l'heure actuelle la ressource de pouvoir instituer contre lui une thérapeutique suffisamment riche, pour calmer les douleurs, diminuer les pertes, peut-être même retarder ou arrêter la marche du mal. Il nous reste aussi à nous garder, vis-à-vis des médications à venir, d'un enthousiasme intempestif, trop souvent peu fondé, et nous souvenir, tout en faisant l'essai consciencieux et loyal des méthodes nouvelles, que, si dans bien des cas certaines constatations, faites dans quelques rares observations, ont pu en imposer pour des guérisons définitives, il convient cependant de rester, à ce point de vue, jusqu'à plus ample informé, réservé, prudent et modeste. Ce travail a été rédigé en janvier 1913. Les quelques articles ou communications parues depuis n'ont apporté, dans l'histoire du cancer inopérable, aucun fait nouveau. Les espérances qu'avaient pu susciter la cuprase ou l'électrosélénium se sont évanouies. A l'heure actuelle, dans le traitement des épithéliomas du col utérin inopérables, il n'existe pas de médication curative : il n'y a que des palliatifs.

BIBLIOGRAPHIE

TUFFIER et DE ROUVILLE. Traitement du cancer inopérable, *Paris méd.*, 1er avril 1911. — VULLIET. Des injections interstitielles d'alcool, *Semaine méd.*, 1894, p. 324. — LOUGE. De l'enfumage iodé, *Gaz. des hôp.*, 1911, p. 1291. — REYNÈS. De l'enfumage iodé, *Congrès de chir.*, 1911.

Air chaud. — BONAMY et MULLER. *Paris chir.*, avril 1909. — *Ann. de gyn. et d'obst.*, juillet 1910. — GOUHOT. *De l'aérothermothérapie dans la thérapeutique des maladies des voies génito-urinaires chez l'homme et chez la femme*, Th. de Paris, 1911. — Traitement du cancer utérin inopérable, *Monde méd.*, 15 fév. 1912. — Emploi de l'air chaud en gynécologie, *Monde méd.*, 25 mai 1912. — H. ROZIÈS. *L'air chaud en thérapeutique*, Th. de Montpellier, 1913.

Fulguration. — JUGE. *Arch. prov. de chir.*, sept. 1908, p. 68. — ZIMMERN. *Presse méd.*, n° 8, 1909. — P. FREDET. *Presse méd.*, n° 19, 1909. — JUGE. *Marseille méd.*, 15 janv. 1909. — JUGE et HAWTHORN. *Soc. de biol.*, avril 1909.

Communications et présentations de malades. — *Congrès de Clermont-Ferrand*, août 1908. — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 9 oct. — *Congrès de chir.*, 10 oct. — *Soc. de chir.*, 14 oct. — *Soc. de méd. de Paris*, 28 nov. — *Soc. de dermatol.*, 3 déc. — *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 23 et 30 oct., 16 et 13 nov., 18 déc. — *Soc. de chir.*, mai-juin 1909, discussions.

Radiumthérapie. — DOMINICI. Traitement des tumeurs malignes par le radium, *Gaz. des hôp.*, 1910. — DOMINICI et BARCAT. *Action thérapeutique du radium.* — OUDIN. Radiumthérapie, *Ann. d'électrobiologie et de radiologie*, 1906. — DOMINICI. Rapport au *Congrès de méd.*, 1910. — *Soc. de chir.*, 1910, discussions de juin 1910. — *Soc. de méd. de Paris*, séance du 25 mars 1911. — *Acad. de méd.*, séance du 16 mai 1911. — RUBENS DUVAL et CHÉRON. *Soc. méd. des hôp.*, 28 juillet 1911. — DOMINICI et CHÉRON. Rapport à l'*Association pour l'avancement des sciences*, section électricité, 1911. — CZERNY. *Traitement du cancer.* — MALHERBE. L'étude du cancer, *Progrès méd.*, 1911.

Traitement médical. — VIDAL. Sérothérapie des tumeurs malignes, *Deuxième conférence pour l'étude du cancer*; — *Congrès de chir.*, 1903. — RICHET et HÉRICOURT. *De la sérothérapie dans le traitement du cancer.* — BORREL. *Ann. de l'Institut Pasteur.* — TUFFIER et MAUTÉ, CASTAIGNE et GOURAUD. *Journ. méd. français*, 1911. — TUFFIER. *Presse méd.*, 1906-1908.

Cuprase. — GAUBE (du Gers). *Traitement du cancer par le cuivre colloïdal.* — NEUBERG, W. CASPARI et H. LŒHE. Essais de chimiothérapie antinéoplasique, *Berlin. klin. Woch.*, 22 juillet 1912. — Arthur STRAUSS (in Barmen). Epitheliombehandlung mit Kupfersalzen, *Deut. med. Woch.*, 7 nov. 1911. — *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 12 juillet 1912, discussion. — H. ROZIÈS. La cuprase dans le cancer inopérable, *Gaz. des hôpit.*, 20 fév. 1913.

Electrosélénium. — BOUGEANT et GALLIOT. L'électrosélénium dans le traitement du cancer inopérable, *La Clinique*,

9 août 1912. — BLUMENTHAL. Les injections intraveineuses de sélénium colloïdal électrique dans la carcinomatose, *Journ. méd. de Bruxelles*, 8 août 1912. — A. CADE et GIRARD. Le sélénium dans le traitement du cancer, *Lyon méd.*, 30 juin 1912. — B.-G. DUHAMEL et G. REBIÈRE. Action du sélénium colloïdal électrique sur l'excrétion urinaire, *Soc. de biol.*, 27 avril 1912. — B.-G. DUHAMEL. Toxicité du sélénium colloïdal électrique, *Soc. de biol.*, 20 avril, 4 mai, 11 mai, 18 et 25 mai 1912. — P. GIRARD. *Contribution à l'étude du cancer par le sélénium*, Th. de Lyon, 1912. — TRINKLER. Traitement des néoformations malignes par les solutions colloïdales de métaux lourds, *Progrès méd.*, 5 octobre 1912.

Pantopon. — BARDET et GY. Étude pharmacologique et clinique du pantopon, *Bull. gén. de thérap.*, 1911. — GRŒFFENBERG. Valeur du pantopon en gynécologie et obstétrique, *Deut. med. Woch.*, 1910. — LERICHE. A propos de quelques anesthésiques nouveaux, *Lyon méd.*, 1910. — POUCHET. *Acad. de méd.*, 1910. — RODARI. Recherches expérimentales sur le pantopon, *Therap. monast.*, 1909. — SICARD. *Soc. méd. des hôp.*, 1910. — SONCOURT. Th. de Nancy, 1912. — SOUTY. Th. de Lyon, 1910. — TROTAIN. Th. de Paris, 1911. — VOGT. Action des opiacés nouveaux, *Revue de thérap.*, 1910. — COT. Th. de Montpellier, 1912.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DES MÉDECINS ET DES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS A LA LIGUE MÉDICALE FRANÇAISE

Jeudi soir a eu lieu, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, une réunion de propagande où la jeune « Ligue médicale française » avait convoqué médecins et étudiants en médecine français, afin d'étudier la grave question des *médecins et étudiants étrangers en France*. L'assistance était malheureusement peu nombreuse, mais nous serions bien surpris si les prochains appels de la Ligue n'attiraient pas plus d'auditeurs, et il faut d'ailleurs le souhaiter.

Quoi qu'il en soit, la séance de jeudi a été fort intéressante et fort animée. Elle était présidée par M. Vinay, interne des hôpitaux, président de la Ligue, et l'ordre du jour suivant a été voté à la presque unanimité des assistants. « Les médecins et étudiants en médecine français réunis sous les auspices de la *Ligue médicale française*, le jeudi 19 juin à neuf heures du soir, salle des Sociétés Savantes, après avoir entendu les explications de MM. Laurent, Constant et Joseph Denais, députés, Guéniot, professeur agrégé à la Faculté de médecine, de Pradelles, président du Syndicat médical de Paris, docteurs Pouliot et Cousin, secrétaires de la *Ligue médicale française*, ont voté l'ordre du jour suivant : 1° suppression des équivalences pour l'inscription aux facultés de médecine ; 2° modifications pour l'admission des étrangers aux concours de l'Assistance publique ; 3° l'attribution à une Commission, composée d'éléments exclusivement professionnels, du droit de statuer sur les instances formées par des médecins étrangers pour être admis à exercer en France ; 4° l'exclusion des médecins étrangers de toutes fonctions médicales rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, les concessionnaires de services publics.

Ils expriment le vœu que tous les groupements professionnels apportent leur collaboration à la *Ligue médicale française* pour faire aboutir les revendications de la corporation. »

G. L. H.

FORMULAIRE

RÉGIME DES DIABÉTIQUES

Le régime lacté est souvent ordonné aux diabétiques maigres à dénutrition azotée. Le lait n'est pas toujours toléré et donne souvent soif.

C'est alors que d'excellents résultats ont été obtenus avec le « Képhir Salières », champagne lacté, sans sucre, riche en levures, à la dose d'une canette par jour.

CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — XXVIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (6-11 octobre 1913). — Le XXVIe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 6 octobre 1913, sous la présidence de M. Kirmisson, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Traitement curatif des ankyloses par la méthode sanglante ; rapporteurs : MM. Baumgartner (de Paris) et Denucé (de Bordeaux).

2° Chirurgie du côlon pelvien (cancer excepté) ; rapporteurs : MM. Pierre Duval (de Paris) et Patel (de Lyon).

3° Traitement des plaies du crâne par petits projectiles ; rapporteurs : MM. Billet (de l'armée) et Demoulin (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 31 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. le docteur Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris (7e).

Des salles particulières seront mises à la disposition de MM. les membres de l'Association pour l'exposition des documents divers, pièces anatomiques, photographies, radiographies, dessins, etc., relatifs à leurs communications ou à la discussion des questions mises à l'ordre du jour.

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale, d'objets de pansements, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 30 JUIN AU 5 JUILLET 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 30 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*, (1re et 2e séries).

Mardi 1er juillet, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mercredi 2 juillet, à une heure. — 5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

1er (oral, 1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie).

Jeudi 3 juillet, à une heure. — 1er (oral, 1re et 2e séries).

4e.

Vendredi 4 juillet, à neuf heures du matin. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 5 juillet, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon*, (1re et 2e séries).

ERRATUM. — Le titre de la thèse que Mlle Delage doit soutenir le 26 juin est le suivant : « Histoire de la thèse de doctorat en médecine, d'après les thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris. »

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage, par MM. A. MATHIEU, médecin de l'hôpital Saint-Antoine; L. SENCERT, professeur agrégé à la Faculté de Nancy; Th. TUFFIER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon; avec la collaboration de MM. J.-Ch. ROUX, ancien interne des hôpitaux de Paris; J.-L. ROUX-BERGER, prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux; et F. MOUTIER, ancien interne des hôpitaux. Un vol. grand in-8° de 934 pages avec 300 figures. — Prix : 20 francs. — Paris, Masson et Cie.

N° 71. — MARDI 24 JUIN 1913. 86e ANNÉE. MARDI 24 JUIN 1913. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Deuxième épreuve clinique.* — Séance du 21 juin. — MM. Vincent, Lortat-Jacob, Louste et Faure-Beaulieu, 20.

— CONCOURS POUR L'ADJUVAT DE CLAMART. — *Oral.* — Séance du 20 juin. — Epreuve de dissection : « Le nerf lingual ». — MM. Madier, 16; Legrand, 17; Caudrelier, 17; Clap, 15.

Le concours se termine par la nomination de MM. Madier et Legrand.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Première séance du 20 juin. — M. Roger : « Pathogénie et valeur séméiologique de l'hypotension artérielle. » — Note : 18 1/2.

M. Boudet : « Le syndrome parathyroïdien. » Note : 17 1/2.

Deuxième séance du 20 juin. — M. Gillot : « Des obésités. » — Note : 17 1/2.

M. Armand-Delille : « Pathogénie des œdèmes. » — Note : 16 1/2.

Première séance du 21 juin. — M. Micheleau : « Action pathogène de la lumière. » — Note : 18 1/2.

M. Leclercq : « Rechutes et récidives des maladies aiguës. » — Note : 19.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 21 juin. — MM. Duclaud, 11 + 7 = 18; Chazal, 13 + 6 = 19; Boivin, 17 + 7 = 24.

MARINE. — Ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de première classe de la marine en retraite Mercié.

Au grade de médecin principal. — Les médecins principaux de la marine en retraite Ruban, Guitton, Vergues. M. le médecin de première classe de réserve Maillu.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal de réserve Vergos.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe de réserve Camus.

ACADÉMIE DES SCIENCES DE BOLOGNE. — L'Académie des sciences de Bologne vient d'élire correspondant le docteur Gley, professeur au Collège de France, membre de l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE, D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE. — La vingt-deuxième séance annuelle aura lieu le mardi 24 juin 1913, à quatre heures précises, à l'Hôtel des Sociétés Savantes.

COMMUNICATIONS INSCRITES. — Docteur Paul Joire (de Lille) : Valeur et applications fondamentales de l'hypnotisme.

Docteur Bérillon : 1° Le degré d'hypnose efficace en psychothérapie, les effets éloignés dans la cure de psychothérapie; 2° La pathogénie des neurasthénies syphilitiques.

Docteur Crauk : La psychothérapie dans la pratique journalière.

Docteur Amouroux : Le rôle adjuvant de la psychothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Docteur Pétrovicth : La psychothérapie d'ambulance militaire.

Docteur Paul Farez : Les interventions psychothérapiques dans les affections de l'appareil digestif.

(*Voir la suite, p. 1155.*)

RENSEIGNEMENTS

Docteur Lehmann : Rêves et cauchemars. Thérapeutique psychique des insomnies.

Docteur René Mesnard : Rôle adjuvant de la psychothérapie dans la pratique de l'orthopédie.

Docteur Sydney Alrutz (d'Upsal) : Le problème de l'hypnotisme. Les états dynamiques du système nerveux.

Docteur Crichton Milter (de Londres) : Les limites de la psychothérapie.

Docteur Witry (de Metz) : L'homo-sexualité des « Anges gardiens » de Marcel Prévost.

Docteur Guelpa : Le rôle social et psychologique du médecin.

M. Lionel Dauriac : Les demi-fous, d'après le roman de Michel Corday.

Docteur Irifarne : La psychothérapie dans les troubles olfactifs.

Docteur Bévalot : Un cas de morphinomanie traité avec succès par la méthode de Jeunings.

Docteur Preda (de Bukarest) : De l'hypnotisme en nemopathologie, etc., etc.

Docteur Lloyd-Tuckey (de Londres) : Les exagérations de la psycho-analyse.

Banquet de la société. — Après la séance, le banquet annuel aura lieu à sept heures et demie. Prix : 8 francs, tenue de ville.

VARIÉTÉS

EN L'HONNEUR DU DOCTEUR ALEXIS CARREL.

Notre confrère la *Presse médicale* avait convoqué samedi soir à la salle des Horticulteurs de France, non tous ceux qui s'intéressent aux belles découvertes du docteur Alexis Carrel, car cette salle pour vaste qu'elle est n'eût pu les contenir, mais du moins beaucoup d'entre eux et notamment une grande partie du corps médical parisien.

Chacun avait été exact au rendez-vous, si bien que c'est devant un auditoire compact, où figuraient de nombreuses dames, que le docteur Carrel s'est présenté, accueilli par une salve d'applaudissements. Sur l'estrade avaient pris place auprès de lui, MM. Landouzy, Reclus, Poncet, Letulle, Tuffier, Babinski, Masson et quelques autres personnes.

C'est M. Landouzy qui a parlé le premier, et dans un langage particulièrement bien inspiré il a montré en Carrel le continuateur de ces savants illustres, de ces grands Français qui s'appelèrent Claude Bernard, Paul Bert, Berthelot, Henri Poincaré. Parlant de l'éclat que notre compatriote contribue si largement à répandre au delà de l'Atlantique sur la France et la science française, le doyen de la Faculté l'a félicité d'avoir su prouver à l'Amérique, pays d'action par excellence, que la France n'est pas seulement la patrie de la clarté et de la conception théorique, mais que ses fils savent aussi s'élever jusqu'aux réalisations pratiques les plus parfaites et les plus délicates.

Après M. Landouzy, le professeur Antonin Poncet s'est exprimé en ces termes : « Nous sommes réunis ce soir pour entendre le docteur Alexis Carrel et pour fêter notre grand compatriote. Permettez-moi d'associer à l'hommage que nous lui rendons la ville de Lyon et sa Faculté de médecine. Carrel est né à Lyon où il a fait toutes ses études médicales ; nous nous sentons tous très honorés des liens qui nous unissent à lui, et je suis particulièrement fier de l'avoir eu, pendant un an, comme interne à ma Clinique Chirurgicale. »

Le docteur Carrel a pris alors la parole, et très simplement, très modestement, rendant à ses devanciers la pleine justice qui leur est due, il a exposé l'enchaînement logique de ses recherches et le détail de ses minutieuses techniques.

De nombreuses projections lumineuses animaient encore cette intéressante exposition, et des applaudissements enthousiastes ont accueilli un film cinématographique montrant les viscères d'un chat, détachés en bloc de l'animal et continuant à vivre, cœur battant, poumons respirant, dans la boîte construite ad hoc par M. Carrel.

Avec la modestie du vrai savant et du *self made man* celui-ci a terminé sa conférence en spécifiant que ses découvertes ne sont pas définitives ; il ne veut pas en effet qu'on lui fasse dire plus qu'il ne dit, ni qu'on tire prématurément de ses expériences si originales, si importantes au point de vue de la recherche pure et désintéressée de la vérité scientifique, des conclusions qu'il n'en tire point encore lui-même.

On sait en effet ce qu'est M. Alexis Carrel. Pendant son internat il publia divers travaux intéressants, entre autres dans la *Gazette des hôpitaux*(1), puis, dans le service du professeur Poncet il prépara sa thèse sur « le Cancer de la glande thyroïde » et après l'avoir soutenue brillamment il partit pour l'Amérique, visita le Canada, et enfin se rendit à Chicago où il travailla avec ardeur pendant plusieurs années. Sa renommée grandissant il fut invité à New-York et là, raconte M. Helme dans *le Temps*, « il rencontre un soir dans le monde M. Flexhner, l'éminent directeur de l'Institut Rockefeller qu'on vient d'organiser. Il s'entretient avec ce maître, lui expose le but de ses recherches, et déjà il songe à retourner à Chicago lorsque, par un coup de téléphone, M. Rockefeller le mande auprès de lui.

— Je viens de voir M. Flexhner, lui dit le financier. Durant ma carrière, je n'ai connu personne d'aussi habile que lui à juger les hommes ; il déclare que vous êtes le collaborateur désirable pour notre Institut, il vous a choisi. Voulez-vous être des nôtres ?

M. Carrel hésite. Et sa petite patrie ? Et ses collines lyonnaises, si douces à contempler ? Et sa famille ? Faudra-t-il abandonner à jamais tout ce passé paisible pour l'inconnu troublant du grand New-York ?

— Très touché ! balbutie-t-il. Mais je dois m'entendre avec les miens...

— Ils ont fait leur vie, faites la vôtre ! interrompt l'Américain. Pourquoi les consulter ? Cela prend du temps et il ne faut jamais hésiter. Votre avenir est dans l'action, acceptez. J'attends votre oui demain soir, car Flexhner ne pouvait me recommander qu'un homme de décision...

M. Carrel dit oui. »

Nul n'ignore, à l'heure actuelle, ce qu'il a fait depuis et quelle renommée mondiale il possède aujourd'hui, renommée que le prix Nobel est venu justement consacrer l'année dernière.

Je pensais, le lendemain de la remarquable conférence du docteur Carrel, à ce que j'avais vu et entendu la veille, et je me réjouissais que ces merveilles fussent dues à un Français, lorsque j'aperçus dans l'*Illustration* la gravure représentant le commandant Bernier, tué récemment au Maroc en chargeant à la tête de ses hommes. On le voit, la face encore énergique, couché sur l'humble lit de camp, tenant entre ses mains une petite croix de bois improvisée, tandis qu'à l'annulaire gauche se distingue l'alliance, symbole de la famille qui pleure son chef mort glorieusement pour la patrie.

Et je me suis dit avec joie et fierté que, tant qu'une race produit des savants créateurs comme Alexis Carrel et des héros comme le commandant Bernier, elle a encore un rôle grandiose à jouer dans le monde.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

P.-S. — Après la conférence du docteur Carrel, la direction et le comité scientifique de la *Presse médicale* ont convié quelques privilégiés à vider une coupe de champagne en l'honneur de notre compatriote. Je tiens à remercier personnellement notre confrère P. Defosses et M. Fernet de la maison d'édition Masson, pour l'aimable accueil qu'ils ont réservé au représentant de la *Gazette des hôpitaux*. G. L'H.

(1) Cf. Alexis Carrel. Tuberculose mammaire, *Gaz. des hôp.*, 1899, n° 6 ; — Du cancer thyroïdien. Quelques considérations sur son étiologie et sa physiologie pathologique, *Gaz. des hôp.*, 1900, n° 71.

DÉFINITION DU SYMPATHIQUE

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux.

La pathologie du sympathique (1) est une pathologie de frontière, car le sympathique est un nerf qui *anatomiquement* unit le névraxe aux vaisseaux et aux viscères, qui *physiologiquement* contribue à la régulation de la nutrition et dont la souffrance s'exprime en *clinique* moins par ses symptômes propres que par les troubles des organes qu'il innerve. C'est pourquoi l'organicien qui demande à la lésion l'explication du symptôme, le régionaliste qui délimite les affections comme sur une carte géographique, et le pathologiste bipolaire, qui n'admet que les troubles du corps ou de l'esprit, ont décrit successivement les névrites, les névralgies, les spasmes, les troubles sécrétoires, trophiques, psychiques, etc., sans mettre en évidence dans un chapitre spécial la pathologie du sympathique.

Au contraire, qui pense plus physiologiquement qu'anatomiquement; qui voit dans le syndrome, non la lésion d'un organe, mais la perturbation d'une fonction; qui sait que le même symptôme peut tenir au trouble du viscère ou de son mécanisme nerveux régulateur; qui reconnaît enfin que l'âme n'est pas dans le corps, selon le mot de Leibnitz, comme un empire dans un empire, mais que les phénomènes psychiques ne sont que l'expression, dans un autre langage, des effets sur le pallium des phénomènes physiologiques de tout l'être transmis par le système nerveux, aime à comprendre, d'une façon plus large que l'anatomiste pur, le grand sympathique.

Si, *anatomiquement*, le nerf grand sympathique est constitué par deux longues chaînes ganglionnaires situées de chaque côté de la colonne vertébrale, *physiologiquement* il forme avec le pneumogastrique le régulateur nerveux de la nutrition. Je définis donc le système vago-sympathique le *système nerveux régulateur des fonctions de nutrition*. Aujourd'hui, on doit, en effet, penser physiologiquement, comme l'enseignent, depuis Claude Bernard, les Bouchard, Lépine, Grasset, Landouzy, etc.

Cette définition physiologique me paraît préférable à une définition étroite d'anatomie macroscopique, comme la classique, qui fait du sympathique un simple nerf, ou d'histologie, comme celle de Langley qui voit dans le relais constant des neurones des conducteurs nerveux la caractéristique du sympathique. D'autre part, je la préfère à la définition d'Eppinger et Hess (2) basée sur un critérium pharmacologique. Ils considèrent comme dépendant du sympathique tout ce qui du système nerveux de la vie végétative réagit à l'adrénaline, le reste constituant le système autonome excité par la pilocarpine, paralysé par l'atropine.

C'est peut-être là une définition d'avenir, mais il me paraît encore dangereux de limiter des notions anciennes nées de l'anatomie avec des critères récents nés d'un tout autre ordre de méthodes. Sous peine de confusion, n'appliquons pas de vieux mots à des idées récentes.

Il me faut insister sur quelques détails pour faire ressortir que définitions *anatomique* et *physiologique* ne sont pas exactement comparables.

Ainsi, le *pneumogastrique*, que l'anatomie macroscopique sépare du sympathique, n'est qu'un département physiologique du système nerveux régulateur des fonctions de nutrition. J'admets donc, avec Blainville autrefois, Gaskell et Nuel, Thébault, Onuf et Collins et le professeur Grasset aujourd'hui, que le pneumogastrique n'est qu'un département bulbaire du système vago-sympathique, département bulbaire à caractères anatomiques spéciaux, car ses nerfs ne présentent pas de relais de neurones sur leur trajet.

De même, les *grosses fibres à myéline de Kölliker* des racines postérieures, allant directement des viscères à la moelle sans relais, ne répondent pas au critérium histologique de Langley, mais physiologiquement et cliniquement elles font partie du système nerveux régulateur des fonctions de nutrition, car elles en constituent la voie centripète la plus importante, voie de la *sensibilité viscérale*, dont les perturbations se confondent avec celles de la *cénesthésie*.

Donc le *système nerveux régulateur de la nutrition* comprend le *nerf sympathique*, son département bulbaire : le *nerf pneumogastrique* et les *grosses fibres à myéline de Kölliker des racines postérieures*.

On voit donc quelle est l'étendue de la *pathologie du système nerveux régulateur de la nutrition*.

C'est cette pathologie que par abréviation je nomme *vago-sympathique*.

On pourra me reprocher d'élargir trop le cercle du sujet et, sous prétexte de pathologie du sympathique, de décrire des troubles voisins, mais étrangers. Cela tient à ce que je veux être plus *clinicien* que *physiologiste* ou *anatomiste* et que les trois conceptions anatomique, physiologique et clinique du sympathique, si elles concordent dans leur ensemble, ne juxtaposent pas exactement leurs franges.

Font, en clinique, partie de la pathologie du sympathique les troubles viscéraux, lisso-moteurs et trophiques d'origine nerveuse et les perturbations de la sensibilité viscérale et de la cénesthésie ; s'équivalent, en physiologie, pour certains auteurs, tels que le professeur Grasset, les fonctions du sympathique et la régulation nerveuse des fonctions de nutrition; sont distincts, en anatomie, le nerf grand sympathique, le pneumogastrique et les grosses fibres à myéline de Kölliker.

Ainsi la définition *anatomique* étroite écarterait le vague et les fibres de Kölliker; la définition *physiologique* distingue du sympathique, plus ou moins selon les auteurs, le pneumogastrique et la sensibi-

(1) Pour plus de détails, voir : LAIGNEL-LAVASTINE, *Pathologie du nerf grand sympathique*, dans le fascicule XXXVI, *Maladies des nerfs périphériques*, actuellement sous presse, du *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*, de Gilbert et Thoinot.

(2) H. EPPINGER et L. HESS. Zur Pathol. des Vegetativen Nervensystems, *Zeit. f. klin. med.*, 1909, t. LXVIII, 3-4.

lité viscérale. La définition *clinique*, partant des syndromes, doit admettre les troubles sensitifs, lisso-moteurs, sécrétoires, trophiques et viscéraux d'origine nerveuse, quel que soit le point du département anatomique perturbé ou lésé.

C'est qu'en effet l'intérêt de la pathologie du sympathique est d'être une *pathologie de frontière*.

Il est en clinique des domaines bien limités, creusés chaque jour davantage par des méthodes réglées, tels par exemple les domaines de la splanchnologie digestive, respiratoire ou cardiaque, de la neurologie et de la psychiatrie. Mais à côté des malades, où domine telle affection cardiaque, nerveuse ou mentale, et étiquetés dans l'argot médical « cardiaques », « nerveux » ou « mentaux », il y a de multiples sujets dont la physionomie clinique, à la fois atténuée et complexe, est ramenée à un schéma de prédominance, variable selon l'orientation doctrinale de l'observateur, et le même individu, par exemple, souffrant du cœur par intervalles, hypertendu, asthénique et préoccupé de son état, pourra s'entendre diagnostiqué successivement artérioscléreux avec angine de poitrine, neurasthénique hypertendu ou phobique hypocondriaque.

C'est pourquoi il est nécessaire de ne pas avoir qu'une méthode unilatérale ; ce que tout le monde admet en théorie, mais applique moins en pratique.

De plus, en examinant systématiquement les malades dits « de médecine générale » en neurologiste et en psychiatre, et, vice versa, les « nerveux » et les « mentaux » en clinicien général, on recueille une moisson extrêmement riche de troubles passés souvent inaperçus et qui constitue toute une pathologie de frontière, c'est-à-dire étudiée sur les confins des diverses méthodes appliquées.

Le rôle du sympathique est considérable dans cette pathologie de frontière. C'est que ses symptômes sont à cheval sur la splanchnoscopie générale, la neuroscopie et la psychoscopie, comme ses fonctions forment le trait d'union entre les deux vieilles entités du « corps » et de « l'âme ». Par la cénesthésie le sympathique constitue le fondement affectif de la vie psychique et celle-ci retentit sur les fonctions organiques par l'intermédiaire du sympathique.

En présence de tout symptôme somatique comme de tout trouble psychique se pose donc la question d'une participation sympathique possible, cette participation pouvant n'être que l'intermédiaire du « physique » au « moral » ou vice versa.

FORMULAIRE

LA SOLUTION DE RINGER DANS LA DERMITE TOXIQUE DE LA GROSSESSE

Le *Bulletin médical* (5 mars 1913, n° 19) rappelle la formule de la solution de Ringer :

Chlorure de sodium..........	1g 80
Chlorure de calcium..........	0g048
Chlorate de potasse..........	0g084
Bicarbonate de soude........	0g 06
Eau distillée ad..............	200 grammes.

L'emploi de cette solution en injections intramusculaires a, entre les mains du professeur Rissmann et de Eichmann, donné d'excellents résultats dans des cas de dermite toxique chez des femmes enceintes.

OSTÉOMYÉLITE A INFECTIONS MIXTES

Par MM. A. HAMANT,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy,
et R. PIGACHE,
Médecin-major à Nancy.

L'ostéomyélite des os est déterminée par plusieurs microbes dont les plus habituellement rencontrés sont, par ordre de fréquence, le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque. Ces espèces microbiennes agissent le plus souvent isolément, parfois elles se trouvent associées.

On s'est demandé dans ces dernières années s'il était possible d'utiliser l'examen bactériologique du pus d'ostéomyélite pour formuler un bon ou mauvais pronostic. Pour les cas ordinaires, déterminés par une seule espèce microbienne, Lannelongue (1) a essayé de le faire ; par ordre de gravité, il classa ces infections osseuses en ostéomyélites à staphylocoques, à streptocoques et à pneumocoques. On conçoit toute l'importance pratique d'une telle notion, malheureusement en réalité il n'est pas possible de tabler aussi sûrement sur l'examen bactériologique pour affirmer la plus ou moins grande sévérité du pronostic. « La preuve en est, comme le disait tout récemment Kirmisson (2), que l'on trouve du staphylocoque alternativement dans les formes graves et dans les formes bénignes. Dans d'autres circonstances, on rencontre le streptocoque comme agent, tour à tour, d'une ostéite bénigne ou d'une forme suraiguë à terminaison mortelle. Tout ce qu'on peut conclure de cette notion bactériologique, c'est la bénignité habituelle de l'ostéomyélite à pneumocoques. Des travaux de laboratoire ont d'ailleurs montré que le pneumocoque perd très rapidement sa virulence. »

On doit, à notre avis, faire les mêmes réserves lorsque l'examen bactériologique décèle dans le pus d'ostéomyélite une infection mixte. Pourtant si l'on se rapporte à la plupart des observations publiées dans la littérature, on devrait considérer l'association microbienne comme un facteur d'aggravation, la virulence de ces microbes se trouvant d'autant exaltée.

Ainsi, dans le service de Le Dentu, Mauclaire (3), dans ces dernières années, a observé une forme très grave et foudroyante d'ostéomyélite de l'omoplate compliquée de septicémie rapidement mortelle. L'infection osseuse était due d'après l'examen bactériologique pratiqué par Achard au staphylocoque associé au colibacille.

(1) LANNELONGUE et ACHARD. Un cas d'ostéomyélite à pneumocoques, *Bull. méd.*, 1890, p. 789. — LANNELONGUE. Des ostéomyélites à staphylocoques, à streptocoques et à pneumocoques au point de vue expérimental et clinique, *Ve Congrès franç. de chir.*, 1891. — LANNELONGUE et ACHARD. Pluralité de l'ostéomyélite, clinique et statistique microbiennes, *IXe Congrès franç. de chir.*, 1895.

(2) KIRMISSON. De l'ostéomyélite dans la première enfance, *Clin. chir.*, in *Bull. méd.*, 15 mars 1913.

(3) MAUCLAIRE, *Maladie des os*, in Le Dentu et Delbet, 1908, p. 20.

Ragalski(1), dans un hôpital de Constantinople, rencontra une forme tout aussi sévère. Il s'agissait d'une ostéomyélite de la clavicule gauche rapidement mortelle et déterminée par l'association du colibacille et du staphylocoque. L'infection fut si suraiguë qu'elle avait été prise tout d'abord pour une fièvre typhoïde et une méningite.

Schemziss (2) a également constaté une augmentation de la virulence dans un cas d'ostéomyélite déterminée par le staphylocoque associé au streptocoque. L'infection atteignit simultanément plusieurs os : tibia gauche, fémur droit, les deux humérus. L'os frontal fut lui-même touché et à la suite toute la voûte cranienne fut intéressée, ce qui nécessita quatre opérations successives. Finalement, l'affection se termina par la mort après la formation d'abcès multiples dans le cerveau, les poumons, la rate, les reins.

L'association microbienne ne détermine cependant pas toujours une aggravation du pronostic. A côté des formes sévères dont nous venons de résumer quelques observations, il faut signaler les formes à évolution normale et qui, traitées à temps par la large trépanation de l'os se terminent par la guérison dans les mêmes conditions que les cas ordinaires à une seule espèce microbienne.

Ainsi, dans le service de M. le professeur Weiss à l'hôpital civil de Nancy, nous avons récemment observé un cas d'ostéomyélite à bacilles associés dont l'allure clinique ne nous a pas semblé différer de celle d'une ostéomyélite ordinaire à infection unique.

Cette observation mérite d'être relatée en détails :

OBSERVATION. — P... Albert, vingt-huit ans, entre le 10 octobre 1912 à l'hôpital civil de Nancy dans le service de M. le professeur Weiss pour une ostéomyélite du radius droit, survenue au décours d'une pneumonie, contractée par le malade le 27 septembre 1912 à la suite d'une longue course à cheval par température froide.

Le lendemain, 28, l'affection débuta par un grand frisson qui dura deux heures, et un point de côté à la base du poumon droit; un médecin appelé diagnostiqua une pneumonie lobaire droite, qui fut traitée par les moyens habituels. Dans les jours suivants, il se produisit une localisation de l'infection pneumococcique à la base du poumon gauche, sans caractère de gravité.

Le 1er octobre P... ressentit, pour la première fois, alors que sa pneumonie suivait son cours normal, des douleurs spontanées au niveau du tiers inférieur de son avant-bras droit; on constatait en même temps à ce niveau une différence de température locale par comparaison avec le côté opposé. Du 1er au 18 octobre, les douleurs persistèrent malgré les traitements employés (4 piqûres sous-cutanées d'électrargol, applications locales de pommade au précipité jaune et de pommade au collargol).

A partir de ce moment (18 octobre) jusqu'au commencement du mois de décembre, le malade fut traité par des bains très chauds de l'avant-bras. Comme son état ne s'améliorait pas il entra à l'hôpital le 10 décembre, sur les conseils de M. le professeur Frœlich.

(1) RAGALSKI. Sur l'ostéomyélite aiguë polymicrobienne, *Acad. des sciences*, 28 avril 1902.

(2) SCHEMZISS. Zur kasiustik der akuten infectiösen osteomyelitis speziell der Schädelknochen, *Brun's Beiträge zur klin. Chir.*, Bd. XV, Hft. 1, 1909.

A son entrée (10 décembre) le malade présente une induration massive de tout l'avant-bras droit, et allant du coude au poignet; néanmoins, ces deux articulations sont libres bien que leurs mouvements soient légèrement limités (extension de l'avant-bras sur le bras de 160 à 170 degrés). La peau de l'avant-bras ne présente pas de modification de coloration.

Par une palpation méthodique, on perçoit nettement une augmentation de volume de tout le radius. Cette palpation est douloureuse; on ne constate pas de fluctuation. Pas de fistule.

Le cubitus droit est normal. L'avant-bras droit est lourd et est le siège de douleurs en lancées qui n'empêchent cependant pas le malade de dormir.

La température axillaire oscille, le soir, entre 38°4 et 37°8. Elle est à 37 degrés le matin. L'état général est bon, le malade ne semble pas très incommodé par son affection.

Ajoutons que P..... a, jusqu'à l'heure actuelle, toujours présenté une excellente santé. Ses antécédents sont normaux. Aucun symptôme de bacillose. Il a fait son service militaire au 11e chasseurs à Vesoul pendant deux années sans aucun jour d'indisponibilité.

Il est actuellement complètement guéri de sa pneumonie qui n'a laissé qu'une légère submatité à la base du poumon gauche.

Le malade est opéré le 14 décembre, par M. le professeur Weiss. Incision de 10 centimètres au tiers inférieur de l'avant-bras, sur la face dorsale entre les os. Trépanation du radius, ouverture du canal médullaire sur 5 à 6 centimètres, environ. Pas de séquestres. Une mèche iodoformée est mise dans la cavité osseuse.

Du pus prélevé dans la cavité médullaire, d'une façon aseptique, est examiné au laboratoire de la Faculté de médecine par le docteur Vernier. Le résultat de son examen est le suivant :

« En bouillon, les cultures se développent assez bien. Les préparations montrent des diplocoques encapsulés, conservant le Gram et offrant l'aspect de pneumo ou d'entérocoques.

La culture en bouillon réensemencée sur sérum a donné de petites colonies transparentes, constituées par les mêmes bacilles encapsulés. »

Le premier pansement après l'opération a lieu le 18 décembre, nous prélevons aseptiquement du liquide de sécrétion assez loin de la mèche iodoformée. L'examen est effectué au laboratoire de l'hôpital militaire par M. le médecin-major Orticoni.

Le liquide recueilli est d'abord examiné directement. Plusieurs préparations colorées au Gram mettent en évidence de nombreux diplocoques encapsulés ayant tous les caractères morphologiques des pneumocoques.

Au milieu d'eux, on remarque la présence de quelques staphylocoques.

En même temps, trois tubes de gélose solidifiée sont ensemencés. Au bout de trois jours, on remarque la présence sur chacun d'eux de petites colonies arrondies de la grosseur d'une tête d'épingle, les unes peu nombreuses de couleur jaune d'or et constituées par du staphylocoque doré, les autres plus nombreuses, grisâtres, transparentes et constituées par des diplocoques encapsulés présentant manifestement les caractères de pneumocoques.

De nouveaux tubes de gélose sont réensemencés et permettent de retrouver les mêmes colonies constituées par les mêmes microbes.

Les pansements de la plaie osseuse sont faits tous les deux jours. Néanmoins, la température ne revient pas à la normale, l'empâtement de la moitié supérieure du radius droit persiste, c'est ce qui décide M. le professeur Weiss à intervenir de nouveau.

Le radius droit est abordé à sa partie supérieure par une incision nouvelle ; la trépanation de l'os permet d'arriver jus-

qu'au canal médullaire à un niveau assez éloigné de la première plaie. On trouve à ce niveau une petite quantité de pus jaunâtre bien lié avec quelques fongosités.

On prélève du pus aseptiquement, lequel est examiné au laboratoire de l'hôpital militaire.

A l'examen direct, on ne constate que du staphylocoque pur, le pneumocoque a complètement disparu des préparations. Quatre tubes de gélose solidifiée ensemencés et examinés trois jours après sont couverts de petites colonies jaune d'or exclusivement constituées par du staphylocoque. On ne retrouve aucun diplocoque.

A la suite de cette seconde intervention, la température tomba immédiatement et, dans les jours suivants, la tuméfaction que l'on avait constatée à l'extrémité supérieure de l'avant-bras disparut entièrement, l'articulation du coude récupéra entièrement ses mouvements. Le malade sortit de l'hôpital dans les premiers jours de mars complètement guéri et put reprendre intégralement son métier de maquignon.

L'intérêt de cette observation réside dans les trois examens bactériologiques effectués à différents stades de l'évolution de cette affection.

Le premier examen qui eut lieu le 14 décembre décèle du pneumocoque pur dans le pus de cette ostéomyélite.

Le deuxième examen, effectué quatre jours après et avec toute l'asepsie désirable, met en évidence une association de pneumocoques et de staphylocoques.

Enfin, le troisième examen, datant du 3 janvier 1913, constate dans le pus la présence exclusive du staphylocoque et la disparition complète du pneumocoque.

Ces trois examens successifs mettent bien en évidence la fragilité toute particulière du pneumocoque dans notre organisme, fait actuellement bien connu. Ils nous montrent surtout une ostéomyélite à bacilles associés (pneumocoques et staphylocoques) à un certain moment de son évolution, mais dont l'allure clinique ne manifeste aucune augmentation de virulence de l'infection et absolument comparable au cas ordinaire déterminé par une seule espèce de bacilles.

Zuckermann (1) a également observé un cas d'ostéomyélite à bacilles associés et évoluant normalement. Au décours d'une fièvre typhoïde, son malade présenta un abcès à la paroi antérieure du thorax. Cette collection déterminée par une ostéomyélite du sternum et de la troisième côte se termina par guérison. Dans le pus on trouva le bacille typhique associé au staphylocoque.

Une ostéomyélite à bacilles associés n'est donc pas fatalement une ostéomyélite aggravée. Dans cette variété, à côté des cas sévères, il faut tenir compte des cas à évolution bénigne. Il est probable que, si jusqu'à présent on a cru à l'extrême gravité des ostéomyélites à infection mixte, la raison est due à ce que, en présence d'une ostéomyélite banale on ne s'attarde pas à rechercher le ou les bacilles en cause ; dans le cas contraire d'ostéomyélite à grand fracas et s'accompagnant de symptômes généraux intenses, on fait un examen bactériologique complet qui met en évidence des bacilles associés. L'augmentation de virulence que l'on constate parfois au cours d'une ostéomyélite à infection mixte est due aux mêmes causes que celle que l'on observe dans le cas d'ostéomyélite simple à infection unique : elle est attribuable au mauvais état général du malade, chez lequel l'affection évolue plus facilement, surtout si elle n'est pas enrayée à temps par un traitement approprié et précocement institué.

(1) ZUCKERMANN, Zur Frage der posttyphösen Osteomyelitis des sternum, *Charkower med. Journ.* (Russich), 1909, Nr. 7.

MÉDECINE PRATIQUE

ABSORPTION ACCIDENTELLE DE PHÉNOLPHTALÉINE A TRÈS FORTE DOSE CHEZ UN ENFANT.

La *Phénolphtaléine* ou *Phtaléine du phénol*, si employée depuis quelques années comme purgatif ou laxatif, s'obtient à l'état de matière blanche, peu soluble dans l'eau et soluble dans l'alcool, en traitant à chaud l'anhydride phtalique par le phénol en présence d'acide sulfurique. Grâce aux fonctions phénol restées libres, elle est facilement dissoute par les lessives alcalines ; les solutions ainsi obtenues sont rouges ; un très faible excès d'acide les décolore et une trace d'alcali en excès ramène la coloration rouge. On connaît d'ailleurs toute une série d'autres phtaléines dérivant de divers phénols. C'est ainsi que la phtaléine de la résorcine, ou *fluorescéine*, donne avec l'ammoniaque une superbe fluorescence verte, d'où son nom ; aussi le docteur S. Icard a-t-il proposé de l'injecter sous la peau en solution alcaline, dans les cas où la mort n'est pas évidente, car pour peu que la circulation persiste le corps prend une teinte verte révélatrice de la vie. Avec le brome, la fluorescéine donne un dérivé tétrabromé, l'*éosine*, matière colorante rouge si usitée dans les laboratoires. L'origine de la découverte des propriétés purgatives de la phénolphtaléine est assez curieuse. Voulant marquer une certaine qualité de vin, le gouvernement hongrois y avait fait introduire une faible quantité de cette substance, et il suffisait d'ajouter quelques gouttes d'un alcali pour faire apparaître la réaction pourpre caractéristique. Or, les consommateurs de ce vin furent pris de diarrhées qui ne cédèrent qu'à la suppression de celui-ci. Chose étrange, l'action laxative ne s'exercerait pas chez les animaux.

Nous n'insisterons pas ici sur le mode d'emploi et les doses communes de la phtaléine du phénol, ces données étant aujourd'hui bien connues de tous, mais nous tenons à rapporter la curieuse observation suivante qui montre jusqu'à l'évidence l'innocuité absolue du médicament, même chez les jeunes enfants. Cette observation, due au médecin allemand Orland (*Med. Klin.*, nº 7, 1913), a été reproduite par le docteur Laval dans le *Bulletin Médical*, nº 33.

Il s'agit d'un enfant de trois ans qui par gourmandise avala un soir *dix-huit* tablettes de phénolphtaléine, dont chacune représentait la doxe laxative moyenne pour un adulte, soit en tout 1g80 de substance active ! Le médecin appelé, ne connaissant pas d'antidote en l'espèce, ne put que faire de l'expectative, et sa surprise fut grande deux heures après, d'apprendre que l'enfant était fort calme et n'avait présenté comme symptômes que quelques selles copieuses avec de légères douleurs abdominales. Il en fut de même jusqu'au lendemain, où les selles, qui le premier jour avaient été d'un gris verdâtre, puis franchement vertes comme de l'herbe, reprirent progressivement leur forme et leur couleur normales. Avec les alcalis, les selles prenaient la teinte rouge sang caractéristique. Les urines ne continrent ni sucre ni albumine, elles ne rougissaient que très faiblement le papier bleu de tournesol ; la réaction rouge avec les alcalis s'y manifesta les quatre premiers jours et disparut le cinquième. Mais le phénomène le plus intéressant fut la diminution considérable du volume des urines ; il y en eut à peine 100 grammes par jour pendant les quarante-huit premières heures sans que se pro-

duisît cependant aucun autre symptôme du côté de l'appareil rénal.

Il nous a paru intéressant de signaler cette remarquable absence de toxicité d'un médicament aussi généralement employé à l'heure actuelle que la phénolphtaléine.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 JUIN 1913)

Action des rayons X sur les polyadénomes de l'intestin. — MM. Aubertin et Beaujard ont étudié les modifications histologiques, produites par la radiothérapie, sur les polypes de l'intestin.

Il s'agissait d'un cas de polypose multiple du rectum et du côlon inopérable, traité et amélioré par la radiothérapie à fortes doses. L'étude des deux biopsies comparatives leur a montré que la diminution du volume des polypes était due essentiellement à une atrophie des culs-de-sacs adénomateux, avec transformation des cellules muqueuses en cellules cylindriques banales. En même temps, le stroma se rétractait et les nombreuses cellules de types divers (spécialement éosinophiles) qu'il contenait, se transformaient toutes en plasmazellen. Ce fait montre que les rayons X à doses fortes, mais cependant réalisables en thérapeutique, peuvent agir sur des tumeurs épithéliales du type cylindrique, ce qui n'avait pas été démontré histologiquement jusqu'ici. Cette action sur les tumeurs bénignes de l'intestin, se fait surtout par atrophie des cellules muqueuses, atrophie qu'il est intéressant de rapprocher de la disparition de la diarrhée muco-sanguinolente, produite par le traitement.

A propos de la technique de la radiothérapie dans le traitement de la leucémie. — MM. Ch. Laubry et Bordet, à propos d'une communication de M. Béclère, dans laquelle cet auteur attribuait à un défaut de technique l'insuccès du traitement radiothérapique dans la leucémie, sont d'avis que dans les observations visées par M. Béclère cette assertion est injustifiée. Dans l'une il s'agit d'un traitement trop court et infidèlement suivi par le malade; dans l'autre, grâce à la technique identique à celle que M. Béclère préconise, MM. Laubry et Bordet ont enregistré un résultat fort encourageant : diminution des globules blancs (800 000 à 200 000), augmentation des globules rouges, diminution de la rate.

Ils avaient foi dans le succès, mais le malade abandonna brusquement son traitement et les médecins, pour ne se soumettre à la radiothérapie que vingt mois plus tard et dans l'état grave où l'a vue M. Béclère.

Dysenterie réactivée, puis guérie par l'émétine. — M. Chauffard rapporte le cas d'un homme atteint de dysenterie amibienne dont les phénomènes intestinaux avaient disparu, mais qui ressentait un point douloureux dans la région hépatique. On lui administra un lavement de 10 centigrammes d'émétine dans 1 litre d'eau tiède. L'effet immédiat fut le retour des accidents. Le malade eut le jour même quinze selles dysentériques, typiques. On avait ainsi réalisé en quelque sorte une dysenterie expérimentale. Dès le lendemain, d'ailleurs, les selles diminuaient de fréquence et le malade guérit. Il semble donc qu'il y ait eu dans ce cas, sous l'influence de l'émétine, une réactivation de la dysenterie.

Rétinite brightique avec dépôts de cholestérine. Rétention chlorurée avec hypochlorémie. — MM. Achard et Feuillié rapportent l'observation d'un homme de trente ans, atteint d'anasarque brightique avec rétention d'urée, dont les deux yeux présentaient des plaques de rétinite très étendues. L'examen histologique des rétines, examinées à plat, permit de reconnaître dans les plaques la présence de boules graisseuses et de nombreux cristaux caractéristiques de cholestérine. La coloration au soudan III donna la teinte orangée des liquides. Enfin, la réaction chimique de Liebermann donna un résultat positif avec un petit fragment de la plaque de rétinite.

Le coefficient uréo-sécrétoire, chez ce malade, indiquait un fort degré d'imperméabilité rénale, et le taux de l'urée dans le sang fut trouvé compris entre 0g70 et 1g40 p. 1000. Il existait, de plus, une anasarque considérable et rebelle avec une rétention très prononcée des chlorures, à tel point que l'excrétion chlorurique fut trouvée nulle à l'un des examens. Mais, dans le sang, le taux des chlorures fut toujours faible et notablement inférieur à la normale, car les valeurs trouvées n'ont varié qu'entre 4g3 et 4g7. Il y avait donc rétention chlorurée avec hypochlorémie.

Érythème polymorphe avec lésions oculaires spéciales. — MM. Paul Chevallier et Roulant rapportent un cas d'érythème polymorphe ayant présenté deux particularités intéressantes. D'abord l'éruption cutanée s'accompagnait de lésions oculaires spéciales. Ensuite ce cas fut l'origine, dans la salle où on l'observa, d'une petite épidémie. Ces faits peuvent venir à l'appui de la théorie soutenue par Nicolle de la spécificité de l'érythème polymorphe, bien que jusqu'à présent l'inoculation au singe soit restée négative.

La sciatique appendiculaire. — MM. Ed. Enriquez et René A. Gutmann décrivent ce syndrome d'après les observations de plusieurs malades, ne présentant aucune symptomatologie abdominale et qui sont venus consulter pour des sciatiques depuis longtemps rebelles à toute thérapeutique. Comme il y avait des irradiations anormales, de l'algie, de l'exacerbation dans le décubitus horizontal, une douleur provoquée, très minime d'ailleurs dans la fosse iliaque droite, de la contracture musculaire, les auteurs ont pratiqué l'examen radioscopique; ils ont constaté que la douleur abdominale était, sous l'écran, localisée à l'extrémité inférieure du cæcum et que le cæcum ne remontait pas, qu'il était fixé quand on prenait un schéma en position de Trendelenburg.

Dans ces conditions ils ont fait opérer trois de leurs malades chez qui les douleurs de la jambe étaient particulièrement vives. Dans les trois cas les chirurgiens ont trouvé des adhérences qui unissaient fortement la région cæco-appendiculaire bas placée à la paroi postérieure. Après résection de l'appendice et libération des adhérences les malades ont été guéris de leur sciatique.

Les auteurs étudient la symptomatologie, le diagnostic et la pathogénie de ce syndrome et concluent à la nécessité de l'examen radiologique de la région cæco-appendiculaire dans les cas de sciatique présentant certains symptômes anormaux; ils préconisent le traitement chirurgical.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 JUIN 1913)

Luxation du genou. — M. Mauclaire présente un cas de luxation du genou en avant, avec rupture du ligament latéral interne et des deux ligaments croisés. Il a fait une arthrotomie et une suture du ligament croisé antérieur. Le membre a été placé dans le plâtre pendant quarante jours. La luxation est réduite, mais il y a eu un hématome et une ankylose complète avec un reste de subluxation du genou. Le résultat obtenu, dans ce cas, ne vaut pas le résultat obtenu par M. Hardouin après une simple immobilisation, mais M. Mauclaire ne peut

croire que les lésions étaient aussi graves dans le cas de M. Hardouin que dans le sien.

Iléo-sygmoïdostomie. — M. MAUCLAIRE, à propos de la communication de M. Hartmann, rappelle un travail qu'il a fait sur la stase cæcale.

Depuis 1905, époque à laquelle parut ce travail, M. Mauclaire a rencontré plusieurs cas de stase cæcale, tous pris pour des appendicites chroniques. Il divise ces cas en trois variétés : 1° la ptose du cæcum (cæcum intrapelvien) qui peut être diagnostiquée par la radioscopie bismuthée, le malade étant debout; 2° la mobilité exagérée du cæcum; 3° la dilatation cæcale avec atonie. M. Mauclaire insiste sur la grande utilité de la radioscopie dans ces cas. Voici un exemple. Un malade présente les symptômes d'une appendicite, on enlève l'appendice. Il continue à souffrir. M. Mauclaire le fait passer aux rayons X, on trouve un cæcum distendu. Des recherches qu'a faites M. Mauclaire, il résulte que dans un quart des cas d'appendice on trouve, à la radioscopie, un cæcum distendu. Chez ce malade, M. Mauclaire a fait une cæcopexie. En 1912, il a rencontré une vingtaine d'observations de ce genre. Il a recours à la cæcopexie antéro-latérale; il recommande de préférer les fils de soie au catgut pour faire ces pexies. Les résultats immédiats de ces opérations sont bons. Dans un cas, il a dû intervenir de nouveau ultérieurement. D'une façon générale, les résultats définitifs sont satisfaisants.

Appendicite. — M. DELBET a fait connaître son opinion sur le traitement de l'appendicite dans plusieurs leçons cliniques qui ont été publiées. Il a donné sa statistique au Congrès de Budapesth. Depuis 1909, il a relevé 240 cas d'appendicites avec 9 morts, ce qui donne 3,75 p. 100 de mortalité. Encore dans les 9 cas de morts, y a-t-il eu 6 cas d'urgence très graves. Ce qui est actuellement en discussion c'est de savoir s'il faut opérer tous les cas dès le début ou recourir au traitement médical pour opérer ensuite à froid. En matière de traitement des appendicites, M. Delbet en admet trois classes : 1° celles qu'il faut opérer tout de suite; 2° celles qu'il vaut mieux ne pas opérer tout de suite; 3° celles qu'il ne faut pas opérer.

Dans sa statistique, M. Delbet relève 77 cas d'appendicites aiguës; sur ce nombre, 67 furent traitées médicalement et les 67 guérirent, 10 furent opérées d'urgence avec 9 guérisons et une mort. Ces résultats amènent M. Delbet à persévérer dans la conduite qu'il a suivie jusqu'ici.

M. Delbet rappelle les opinions de MM. Routier et Hartmann. M. Hartmann a évolué, mais pas complètement puisqu'il attend encore douze heures en appliquant la glace. M. Delbet a pour habitude d'opérer quinze jours après la crise aiguë. Souvent à ce moment, il trouve encore du pus. Ce qui a décidé M. Hartmann à évoluer, ce sont les surprises, les accalmies traitresses de Dieulafoy. M. Delbet estime qu'on peut éviter ces surprises. Deux cas peuvent se présenter, la péritonite ou la perforation de l'appendice.

Dans les cas de péritonite, alors même que la douleur a diminué ou a même disparu à la région de Mac Burney, il y a un symptôme qui persiste toujours et qui est caractéristique de la péritonite, c'est l'immobilité du diaphragme; c'est là un signe facile à constater. En cas de péritonite, le diaphragme ne se contracte pas, et c'est là un signe qui se manifeste d'une façon précoce. Il commande l'intervention immédiate. M. Delbet a ainsi opéré une jeune fille de dix-sept ans qui présentait ce seul signe. Elle avait déjà de la péritonite diffuse.

Quant à la perforation, il y a un symptôme auquel M. Delbet attache une grande importance, c'est la reprise des douleurs. Si douze ou vingt-quatre heures après une crise aiguë, la douleur reparaît, c'est que l'appendice se gangrène et est en train de se perforer. M. Delbet cite des exemples dans lesquels il a opéré sur ce seul signe et trouvé des appendices perforés.

Dans le traitement médical de la crise aiguë, M. Delbet préconise l'immobilité, la diète et la glace mais non l'opium qu'il condamne absolument. Il préfère l'incision de Jalaguier à toute autre.

Il faut surtout s'appliquer à ne pas commettre certaines erreurs de diagnostic et éviter d'opérer des malades atteints de fièvre typhoïde ou de pneumonie. M. Delbet cite trois cas où cette erreur a été commise et où les malades ont succombé. On peut se demander si l'opération n'a pas, chez ces malades, aggravé la fièvre typhoïde.

M. Delbet cite des cas de diagnostic difficile et hésitant, dans lesquels il a refusé d'intervenir avec juste raison, sauf dans un cas où, poussé par Dieulafoy, il est intervenu et le malade, qui avait un foie cirrhotique, a succombé; dans ce cas l'opération a été néfaste.

D'ailleurs, M. Delbet repousse la doctrine qui attribue tous les accidents à l'appendice.

Les indications opératoires doivent être fournies par l'examen de l'appendice lui-même.

Cancer du côlon traité par l'extériorisation. — M. DEMOULIN fait un rapport sur deux cas de ce genre présentés par M. Schwartz. Il terminera ce rapport dans la prochaine séance.

Œdème aigu du membre supérieur droit. — M. ROCHARD présente un cas de ce genre de cause inconnue et datant de trois mois.

Ostéomes multiples. — M. MOTY présente plusieurs ostéomes qu'il a enlevés sur la face externe du fascia superficialis.

Fracture du calcaneum. — M. ROUTIER présente un curieux exemple de fracture du calcaneum.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 JUIN 1913)

Ostéo-sarcome récidivé de l'humérus. — M. de KEATING-HART présente une malade atteinte autrefois d'un volumineux ostéo-sarcome de l'humérus, opérée cinq fois sans succès, puis traitée par la fulguration avec le concours chirurgical du docteur Banzet; la guérison a été obtenue depuis près de cinq ans.

L'amino-acidurie. — M. FRENKEL soumet à la critique les méthodes existantes du dosage de l'urée, de l'ammoniaque et des acides aminés; il montre l'insuffisance des méthodes basées sur l'emploi de l'hypobromite de soude et insiste sur l'importance, au point de vue clinique, des dosages de l'ammoniaque urinaire et des acides aminés.

M. LEMATTE précise les conditions dans lesquelles sa méthode donne des résultats exacts dans l'emploi de l'hypobromite de soude pour le dosage de l'azote; avec le témoin calorimétrique indiqué par l'auteur, le dosage des acides aminés donne des résultats exacts à 5 milligrammes près.

M. Marcel LABBÉ montre que toutes les méthodes de dosage de l'urée sont exposées à la critique; il en est de même des méthodes employées pour doser les amino-acides : elles ne sont peut-être pas d'une précision rigoureuse, mais leur exactitude est suffisante pour qu'on ait le droit de les employer et qu'on puisse en tirer des déductions cliniques. La méthode de Bournigault-von-Jäger, utilisée par l'auteur, a donné des chiffres concordants avec ceux qui sont fournis par la méthode de Lematte et par celle de Folin.

Traitement des taches de vin. — M. Albert WEIL, en utilisant les irradiations produites avec un tube à rayons X, à fenêtre spéciale qui laisse passer les radiations peu pénétrantes, a obtenu chez trois malades qu'il présente et par un nombre assez restreint de séances, la décoloration presque totale des téguments avec des résultats esthétiques des plus satisfaisants.

Cholécystite calculeuse simulant un cancer de l'estomac. — MM. DARTIGUES et HECKEL rapportent le cas d'une malade de cinquante-cinq ans, chez laquelle tous les médecins consultés avaient fait le diagnostic de cancer de l'estomac; la radiographie avait incliné dans ce sens. M. Dartigues opéra la malade, ne trouva rien au niveau de l'estomac, mais put extraire trois gros calculs de la vésicule biliaire en pratiquant la cholécystotomie.

M. DESTERNES rappelle un certain nombre d'observations où les lésions vésiculaires s'accompagnaient, à l'examen radiographique, de déformation de l'image gastrique. La radiographie permet souvent la localisation exacte des douleurs; parfois, elle décèle la présence de calculs et demeure par suite un mode d'examen précieux.

M. MOUCHET insiste sur l'erreur qui peut être commise dans certaines circonstances entre une appendicite et une cholécystite avec péritonite.

Paresse scolaire et gymnastique respiratoire. — M. Marcel NATTIER. Les écoliers paresseux, considérés comme « cancres », sont en général des élèves rendus inattentifs par une fatigue plus ou moins invétérée; cette fatigue se rattache souvent à de l'insuffisance respiratoire qu'on a surtout tendance à imputer à l'existence de végétations adénoïdiennes; or, ces dernières constituent dans la réalité une nécessité physiologique et non une lésion anatomique comme on l'insinue à tort trop communément. Ainsi, plutôt que de procéder à des ablations ou à des curettages souvent bien intempestifs, mieux vaut, pour triompher de la paresse, développer par des exercices appropriés de gymnastique respiratoire des poumons atélectasiés dans des cages thoraciques trop étroites.

M. LÉOPOLD-LÉVI. L'opothérapie thyroïdienne, surrénalienne, hypophysaire a une action favorable sur les enfants paresseux, soit en oxygénant l'ensemble des cellules, soit en agissant par répercussion sur l'appareil nasal et pulmonaire.

M. AUBRY. L'enfant présenté et traité par M. Nattier était rachitique et adénoïdien : ne peut-on admettre alors que le bon résultat thérapeutique obtenu au moyen de la gymnastique respiratoire puisse être attribué à l'amélioration physique du rachitisme de cet enfant.

Nouvelle aiguille à injections intraveineuses. — M. DALIMIER présente un nouveau modèle d'aiguille pour injections intraveineuses.

Action des composés arsenicaux organiques sur l'oxyhémoglobine du sang. — MM. DALIMIER et JACQUEMAR établissent par une série d'expériences que l'arsenobenzol est « in vitro » un réducteur puissant de l'oxyhémoglobine, mais que « in vivo », cette action est nulle; les autres composés arsenicaux injectables ne présentent aucune propriété réductrice.

Les angines de poitrine. — M. A. LECLERCQ propose de classer les angines de poitrine en trois grandes catégories : d'abord celles qui sont dues à la cardiosclérose, puis celles où la spécificité est le plus souvent en jeu et qui sont consécutives à l'aorto-coronarite, enfin celles des athéromateux ou des gens âgés.

JURISPRUDENCE

DE LA VALEUR DES EXPERTISES MÉDICALES ENTACHÉES DE NULLITÉ

Cette question fut posée et résolue au cours d'un procès en responsabilité intenté contre un artiste capillaire, qui avait, par de mauvaises applications de teinture, causé un ravage au cuir chevelu d'une de ses clientes. Il y a quelque temps le tribunal de paix du 1er arrondissement condamnait ce coiffeur à payer une indemnité. Le coiffeur fit appel et il demandait à être déchargé de sa condamnation pour deux motifs, dont le premier seul nous intéresse. Il faisait valoir en droit que l'expert commis en justice de paix, M. le docteur V..., qui dans son rapport avait conclu qu'il avait commis par manque d'énergie ou incompétence une faute professionnelle, ne figurait pas sur la liste des experts accrédités près le tribunal de première instance de la Seine, et que l'expertise était nulle, et ne pouvait servir de base à une décision de justice.

Mais le tribunal par un jugement rendu le lundi 2 juin 1913 (7e chambre) ne s'est pas arrêté à ce moyen de droit. Voici d'ailleurs les attendus intéressants de ce jugement :

« Attendu qu'une expertise même irrégulière peut fournir aux tribunaux les éléments utiles d'appréciation pour la solution d'un litige, alors surtout que d'autres documents permettent d'en contrôler l'exactitude et l'importance ; qu'il est dès lors sans grand intérêt de rechercher si la loi et les décrets qui portent que les opérations d'expertise ne peuvent être confiées qu'à un docteur en médecine, pourvu du titre d'expert, sont seulement applicables aux tribunaux de première instance et d'appel, ou s'ils visent également les juridictions d'exception et particulièrement les tribunaux de paix. »

Ce jugement est d'ailleurs conforme à la jurisprudence de la Cour de cassation. Une expertise irrégulière peut être retenue par les juges du fond à titre de renseignements. Ainsi les mêmes juges peuvent, sans en faire la base essentielle ou unique de leur décision, combiner les résultats d'une semblable expertise avec d'autres éléments réguliers de preuve (certificats médicaux versés aux débats) qu'ils ont le soin d'indiquer.

Cette jurisprudence découle de l'interprétation de l'article 323 du Code de procédure civile (Cour de cassation, 27 janvier 1890, *D. P.*, 1891. 1.391 ; 23 décembre 1891, *D. P.* 92.1.409 ; 12 juin 1899, *D. P.*, 1900. 1.39 ; 11 juillet 1899, *D. P.*; 1900. 1. 395 ; 6 août 1906, *D. P.* 1906. 1.384. Voir Code de procédure civile annoté *Dalloz*, t. II, art. 323, nos 67 et seq., p. 124).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

La Syphilis expérimentale dans ses rapports avec la clinique. [*Clartés rapportées par l'expérimentation à la connaissance de la syphilis humaine* (1)], par le docteur H. GOUGEROT.

Cette monographie expose les progrès réalisés, grâce à l'expérimentation, dans la connaissance de la syphilis humaine.

Le point de départ des recherches expérimentales fut la possibilité d'inoculer la maladie aux animaux : singes, lapin, chien, chat, cheval, souris et rat. Ces inoculations, outre l'intérêt pratique qu'elles comportent, font entrevoir la possibilité d'une contamination de l'homme par des animaux accidentellement syphilitiques.

(1) *L'Œuvre médico-chirurgicale*, n° 71. — Paris, Masson et Cie.

Les inoculations au singe montrent que les accidents tertiaires sont aussi inoculables que le chancre et les accidents secondaires. La contagiosité des humeurs des syphilitiques, cliniquement très discutée, est impossible lorsque ces liquides ne sont pas souillés par le contact de lésions syphilitiques des glandes qui les sécrètent ou des cavités qui les reçoivent.

Les lésions cutanéo-muqueuses des hérédo-syphilitiques sont souvent très virulentes, ce qui met en évidence la contagiosité possible d'un enfant hérédo-syphilitique, atteint de coryza, pour son entourage.

L'expérimentation a permis d'étudier, de façon précise, la marche de l'infection syphilitique. Il fut ainsi établi que la généralisation du spirochète est précoce, ce qui rend illusoire l'abortion de la syphilis et sa guérison par l'ablation précoce du chancre. Le sang, qui est l'agent de dissémination du parasite, ne remplit d'ailleurs ce rôle que temporairement et pendant de courtes phases. Riche en leucocytes armés pour la phagocytose et jouissant de propriétés bactériolytiques bien connues, il n'est qu'un lieu de passage pour les spirochètes. La spirochétémie n'existe qu'au moment des poussées éruptives cutanéo-muqueuses. Dans l'intervalle, pendant les périodes de latence clinique de l'infection, le parasite reste cantonné dans certains tissus : rate, moelle osseuse, ganglions lymphatiques, testicules... De ces repaires il s'échappe, à l'occasion de causes encore inconnues, pour envahir à nouveau la circulation sanguine. L'électivité sur le testicule est importante à souligner pour expliquer la fréquence de l'hérédo-syphilis.

La durée du séjour possible des spirochètes dans ces repaires est précisée davantage par la clinique que par l'expérimentation. L'apparition de syphilides tertiaires vingt, trente ans et plus après un chancre, après une roséole bénigne, prouve que la latence du virus peut être indéfinie.

Les problèmes de l'immunité syphilitique, problèmes des plus importants puisque leur résolution pourrait amener à des déductions thérapeutiques, ont été éclaircis en partie au cours de l'expérimentation. Il apparut ainsi que le syphilitique ne présente aucune immunité pendant la première incubation. Pendant la deuxième incubation, c'est-à-dire après l'apparition du chancre, l'immunité est incomplète ; la réinoculation du chancre est possible au moins jusqu'au douzième jour qui suit son apparition, dans la plupart des cas ; ce deuxième chancre a une incubation plus courte que celle du premier, et il est en quelque sorte avorté, réduit qu'il est, le plus souvent, à des lésions papuleuses.

Il est classique de répéter que la syphilis n'est plus réinoculable pendant les périodes secondaire et tertiaire. Cette opinion est infirmée par l'expérimentation ; les inoculations à des syphilitiques de leur propre virus et de virus étrangers en ont donné la démonstration : inoculé en période secondaire, l'homme syphilitique aura des papules lenticulaires du type secondaire ; inoculé à la période tertiaire, il présentera des éléments infiltrés comparables aux accidents tertiaires dont il est porteur. Les inoculations sur le singe ont donné des résultats comparables. D'une façon générale on peut donc dire que la réinoculation ne donne plus de chancre, mais des lésions analogues à ce que donnerait une embolie endogène de spirochètes, c'est-à-dire une lésion du type de la période dans laquelle se trouve le sujet.

Ces inoculations, réalisant des super-infections, sont à distinguer des réinfections vraies que Neisser admet. On conçoit qu'entre ces deux ordres de phénomènes on puisse observer « toutes les transitions puisqu'il y a une gamme d'immunité décroissante » (Gougerot).

L'expérimentation a tenté d'éclairer le mécanisme de la production et la signification des anticorps et des antigènes. On fut ainsi amené à remarquer que l'inoculation de virus syphilitique tué peut provoquer, chez le singe, l'apparition d'une très petite quantité d'anticorps et que ceux-ci survivent peu à l'injection. La présence d'anticorps est donc un signe de syphilis en activité.

Grâce encore aux inoculations aux singes quelques points de la pathogénie de l'hérédo-syphilis ont pu être élucidés. Le résultat le plus intéressant est que, en période tertiaire, le sperme peut contenir du tréponème et être par conséquent virulent. Ceci s'observe quand les testicules sont le siège de lésions spécifiques. Celles-ci peuvent d'ailleurs être latentes et c'est ce qui explique sans doute les cas d'hérédo-syphilis d'origine paternelle transmis par des syphilitiques tertiaires sans lésions testiculaires appréciables.

L'expérimentation a enfin permis d'étudier, de façon précise, les divers traitements de la syphilis : traitement préventif par la pommade au calomel, traitement abortif par l'excision du chancre, traitement curatif par les arsenicaux, essais d'immunisation active et de sérothérapie. Ces diverses questions, la plupart brûlantes d'actualité, sont minutieusement étudiées dans le dernier chapitre de l'excellente monographie de Gougerot.

B. GAYARD.

Tarif général minimum raisonné des honoraires médicaux (1).

Depuis 1897 « le tarif Jeanne » était devenu comme une sorte de codification officielle des honoraires médicaux, si bien qu'il servit de base, en 1905, à l'établissement du tarif Dubief pour les accidents du travail. Mais avec les modifications considérables subies par les conditions économiques de la vie, le tarif Jeanne doit nécessairement être revisé, et c'est ce qu'ont démontré péremptoirement les enquêtes entreprises par le docteur Chapon, à Paris, et par le docteur Noir, en province. De ces enquêtes est issue l'idée de réunir une commission de médecins, de chirurgiens et de spécialistes qui remanieraient le premier tarif et l'adapteraient aux nécessités de l'heure actuelle. Les travaux de cette commission ont abouti à l'ouvrage que nous présentons aujourd'hui. Les enquêtes dont nous parlions tout à l'heure ont permis de calculer à coup sûr le prix de l'acte médical le plus élémentaire, à savoir la consultation médicale, prix d'où il fut assez aisé ensuite de déduire les honoraires que doit réclamer le médecin dans tous les cas de sa vie de praticien. Toute cette partie a été traitée par le docteur Chapon avec la hauteur de vues et le talent qui lui sont coutumiers.

Il est inutile d'insister sur les services qu'un pareil ouvrage rendra quotidiennement aux praticiens.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Triple Hérésie du pain blanc. Son remède naturel (2), par le docteur MONTEUUIS (de Nice).

Le pain occupe dans l'alimentation et le tempérament du Français une place considérable, or, d'après le docteur Monteuuis, le pain moderne, blanc ou bis, étant fabriqué avec la farine de cylindre, est un aliment inférieur ; le blé y est dénaturé en effet dans sa composition chimique, dans son énergie structurale et enfin dans sa valeur digestive. Aussi l'auteur n'hésite-t-il pas à considérer ce pain comme « un fléau national et social ». Il le regarde comme « un des facteurs les plus importants de la tuberculose, de l'appendicite et des affections des voies digestives aujourd'hui si répandues ». Le remède à ces maux serait le retour au pain fabriqué avec la farine de meule. Le docteur Monteuuis a mis au service de cette thèse beaucoup de savoir et de talent.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. in-16 de 200 pages, cartonné rouge. — Prix : 3 francs. — Paris, « Concours médical », 132, faubourg Saint-Denis.

(2) Une brochure de 56 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Maloine.

PRATIQUE MÉDICALE

L'IODE COLLOIDAL DANS LA BLENNORRAGIE

L'iode colloïdal électro-chimique (suspension huileuse) possédant outre l'activité des colloïdes électriques l'action bactéricide de l'iode métalloïdique, nous donnons ci-dessous le résultat de nos expériences dans les affections gonococciques, blennorragie, vaginites, etc.

Les sels métalliques actuellement utilisés dans le traitement de la blennorragie, zinc, argent, mercure, agissent surtout par leur action cautérisante, et peu par leur pouvoir bactéricide.

L'iode colloïdal au contraire agit par sa grande diffusibilité, il imprègne d'iode les muqueuses et le tissu musculaire, au contact de l'iode les microorganismes ne peuvent vivre et en quelques heures on constate la disparition des gonocoques et staphylocoques.

Par suite de sa non-causticité, l'iode colloïdal ne peut occasionner de rétrécissement, aucun accident ultérieur n'est à craindre; si accidentellement quelques gouttes étaient injectées dans la vessie, il n'en résulte aucun inconvénient, au contraire.

La technique est simple et à la portée de tous. L'injection se pratique soit avec la seringue de Pravaz, modèle en verre de 2 centimètres cubes, soit avec une seringue à bout Janet. On pousse l'injection bien à fond et elle doit être conservée quelques minutes dans le canal; la douleur étant nulle, le malade peut conserver le liquide autant qu'il le veut.

A titre documentaire, nous donnons deux observations :

M. B... (Paris), vingt-six ans. Blennorragie datant de trois jours, écoulement très abondant, douleurs vives, le premier jour, injection de 2 centimètres cubes, iode colloïdal. La douleur s'atténue, l'écoulement diminue. Le lendemain nouvelle injection de 2 centimètres cubes. Un prélèvement examiné au microscope montre que les gonocoques ont disparu.

M. D..., trente ans. Blennorragie datant de quinze jours. Ecoulement abondant. On injecte le matin, à dix heures, 2 centimètres cubes d'iode colloïdal. L'après-midi les douleurs ont cessé et l'écoulement s'est arrêté. Le soir à huit heures, nouvelle injection, 2 centimètres cubes. Le lendemain l'écoulement était tari et le malade se considérait comme guéri et reprenait son régime habituel. Examen bactériologique, pas de gonocoques.

Nous croyons devoir signaler cette action de l'iode colloïdal car elle amène la guérison rapide et certaine de la blennorragie, en provoquant la disparition des gonocoques tout en respectant l'intégrité des organes.

MIETTE ET TRUFFIER.

CONGRÈS

XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES. (LONDRES 6-12 août 1913). — Le prochain Congrès international de médecine de Londres s'annonce, par l'importance de la participation française, comme une imposante manifestation de notre corps médical national. D'importantes réductions sur les frais de transport vont être accordées, dont nous pouvons dès aujourd'hui donner l'indication à nos lecteurs. Les personnes ayant envoyé leur adhésion au Congrès de Londres (siège : Hinde Street, 13, London W) et s'étant acquittées de leur cotisation (25 francs) par un mandat international ou un chèque envoyé à cette adresse, bénéficieront, à dater du 1er août, des avantages suivants pour le voyage de France à Londres :

1° Sur le réseau du Nord et l'Ouest-Etat, des billets d'aller et retour Paris-Londres, d'une durée de validité d'un mois et comportant 50 p. 100 de réduction sur le prix de l'aller et celui du retour, y compris le trajet en Angleterre et la traversée de la Manche, seront mis à la disposition des congressistes à partir du 1er août, sur simple présentation de la carte qui leur sera délivrée par le Congrès (carte blanche pour les messieurs, carte rouge pour les dames), aux guichets des gares suivantes :

Ouest-Etat : Paris-Saint-Lazare, Rouen.

Nord : Paris, Abbeville, Amiens, Armentières, Beauvais, Boulogne, Cambrai, Chantilly, Compiègne, Creil, Croix-Wasquehal, Douai, Dunkerque, Feignies, Hazebrouck, Hirson, Jeumont, Laon, Lille, Roubaix, Rouen, Saint-Omer, Saint-Quentin, Soissons, Tergnier, Tourcoing, Valenciennes. (Ces billets pourront être prolongés jusqu'à quatre-vingt-dix jours, sur demande spéciale adressée à la compagnie du South Eastern and Chatham Railway, à Londres.)

2° Sur les autres réseaux (Est, Orléans, Midi, P.-L.-M.) et au départ des gares des réseaux du Nord autres que celles dénommées ci-dessus, un bon de réduction de 50 p. 100 sera envoyé aux congressistes qui en adresseront la demande entre le 10 juillet et le 1er août au secrétaire général du comité français, docteur Blondel, 103, boulevard Haussmann, Paris (joindre un timbre de 0 fr. 10 pour l'expédition du bon). Sur présentation de ce bon, les congressistes obtiendront, à la gare du lieu de leur domicile, un billet à demi-tarif pour se rendre à Paris, où ils pourront se procurer, aux gares de Paris-Nord et de Paris-Saint-Lazare, un billet d'excursion dans les conditions indiquées au paragraphe I.

3° Les congressistes en provenance d'une localité du réseau de l'Ouest-Etat autre que Rouen obtiendront, dans les conditions du paragraphe II, un bon de réduction de 50 p. 100 pour leur permettre de gagner Rouen ou Paris.

4° Les congressistes en provenance du réseau de l'Est ou du P.-L.-M. (avec transit par l'Est) qui désireraient atteindre directement le réseau du Nord (à Laon ou à Hirson), où ils trouveront un des billets d'aller et retour prévus au paragraphe I, pourront également obtenir un bon de réduction en s'adressant au docteur Blondel; mais, outre qu'ils ne pourront utiliser les trains rapides (sauf le Dijonnais et le Calais-Bâle), il leur faudra faire enregistrer leurs bagages successivement sur chacun des réseaux qu'ils devront emprunter.

5° Exceptionnellement, sur le réseau P.-L.-M., aux gares des frontières suisse et italienne, à Marseille et à Cette, il sera délivré des billets d'aller et retour pour Paris avec 50 p. 100 de réduction, sur simple présentation de la carte du Congrès. Cette disposition intéresse particulièrement nos confrères d'Algérie, de Tunisie, d'Egypte, etc. Pour toutes les autres gares du réseau, le bon individuel est nécessaire dont la demande doit être adressée au docteur Blondel en temps utile.

En ce qui concerne le séjour à Londres, les congressistes trouveront, à des prix aussi variés que ceux de Paris, des hôtels en grand nombre, dont une circulaire récente du comité anglais donne la liste détaillée, ainsi que des pensions de famille (boarding house) à partir de 6 shillings par jour.

Cette circulaire, donnant également l'indication des moyens de communication dans Londres et la liste des excursions organisées pour les congressistes, avec le prix de chacune d'elles, sera envoyée sur demande au docteur Blondel.

Le secrétaire général a retenu, pour les congressistes français, un certain nombre de chambres dans quatre des meilleurs hôtels du quartier de Trafalgar Square (Cecil, Victoria, Métropole, Grand Hôtel). Les prix de ces chambres varient de 6 à 16 shillings par personne seule, de 8 à 20 shillings par couple. A partir du 1er juillet, les chambres non retenues par avis adressé au docteur Blondel seront remises à la disposition de l'administration de chaque hôtel. Celui-ci exigera le dépôt d'une provision.

L'institut français de Londres, création récente, rattachée à l'Université de Lille, organise pendant toute la durée du Congrès, dans ses locaux de Marble Arch House (en face Marble Arch, au coin d'Hyde Park), une permanence ouverte tous les après-midi aux congressistes et à leur famille. Des dames de la société anglaise s'y mettront, en particulier, à la disposition des femmes des congressistes pour donner tous les renseignements de nature à leur faciliter la visite de Londres.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 30 JUIN AU 5 JUILLET 1913

THÈSES

Mercredi 2 juillet, à une heure. — M. KOUPLIANSKY. Le chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale. (MM. Gaucher, président ; Roger, Letulle et Gougerot.) — M. JEANNEST. Réactions abdominales au cours des pneumococcies. (MM. Roger, président; Gaucher, Letulle et Gougerot.) — Mlle PAPAGENIK. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la migraine ophtalmique (migraine ophtalmique thyroïdienne). (MM. Roger, président; Gaucher, Letulle et Gougerot.) — M. VINIT. De l'inégalité des pouls radiaux dans les aortites chroniques syphilitiques. (MM. Letulle, président ; Gaucher, Roger et Gougerot.)

Jeudi 3 juillet, à une heure. — M. GUÉTROT. La finalité dans la physiologie de Gallien. (MM. Richet, président; Chantemesse, Chauffard et Langlois.) — M. PARTENAY. Considérations sur une épidémie de béribéri nautique. (MM. Chantemesse, président ; Ch. Richet, Chauffard et Langlois.) — M. BRODIN. Les variations de l'azote résiduel du sérum sanguin. Leur importance comme signe d'insuffisance hépatique. (MM. Chauffard, président ; Ch. Richet, Chantemesse et Langlois.) — M. BOBILLIER. La dysenterie amibienne du tout petit enfant avec un résumé de l'état actuel de la question des amibes et du traitement par l'émétine. (MM. Chauffard, président; Ch. Richet, Chantemesse et Langlois.) — M. BOULOUK-BACHI. Contribution à l'étude des températures axillaires et rectales dans la méningite tuberculeuse (dissociation des températures). (MM. Hutinel, président; Gilbert, Carnot et Nobécourt.) — M. ERNOUL. Contribution à l'étude de l'œdème aigu primitif du larynx chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Carnot et Nobécourt.) — M. MORA. Pancréatectomies chez des jeunes chiens. Leur influence sur le développement et sur la glycolyse. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Carnot et Nobécourt.) — M. CAVAILLÈS. Dyspnée et mort rapide chez les artérioscléreux. Rapports de ces accidents avec le régime alimentaire. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Carnot et Nobécourt.) — M. GIRARD. L'aérothermothérapie en gynécologie. (MM. Pozzi, président; Lejars, Okinczyc et Anselme Schwartz.) — M. POLLET. Contribution à l'étude du cancer primitif de l'ampoule de Vater. (MM. Lejars, président; Pozzi, Okinczyc et Anselme Schwartz.) — M. ARRIGHI. Contribution à l'étude des luxations traumatiques du genou en dehors. (MM. Lejars, président; Pozzi, Okinczyc et Anselme Schwartz.) — M. JACQUIER. Tabes et paralysie faciale. (MM. Thoinot, président; Gilbert Ballet, Balthazard et Castaigne.) — M. BREGER. Ictus amnésique au cours de la paralysie générale. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Balthazard et Castaigne.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 3 mai 1913.*) D'HOLLANDER : Recherches anatomiques sur les couches optiques. — F. DAELS : Contribution à l'étude des glucosides dérivés des oxyméthylantraquinones; une méthode permettant leur détermination quantitative. — LIÉNAUX : Sur la tuberculination générale obligatoire du cheptel bovin et sur l'abatage des animaux reconnus atteints considérés comme moyens de lutte contre la tuberculose bovine. — DELÉTREZ : Pseudo-myxome du péritoine d'origine appendiculaire.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 4, avril 1913.) W. DUBREUILH : Elastome diffus de la peau (3 fig.). — Charles VIGNOLO-LUTATI : A propos des tuberculides lichenoïdes à type de lichen de Wilson, lichen scrofulosorum atypique (1 fig.). — P. RAVAUT et SCHEIKEVITCH : Etude sur un nouveau procédé d'injection du néosalvarsan en solutions concentrées. Technique et réactions (1 fig. et 13 tracés).

Annales des maladies vénériennes. — (N° 4, avril 1913.) LÉVY BING et DURŒUX : Syphilis de la vessie. — B. SABIN : Etude de la loi de Profeta par la séro-réaction de Wassermann.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 4, avril 1913.) PERVÈS et OUDARD : Une série de 20 cas personnels d'abcès du foie des pays chauds. — KERGROHEN : Notes sur quelques hôpitaux d'Extrême-Orient et du Pacifique (*suite*). — ROBIN : Conclusions générales des délibérations de la conférence internationale de la peste à Moukden (avril 1911) [*suite*]. — BARBE : Le traitement du pseudo-rhumatisme blennorragique par le sérum antiméningococcique de Dopter.

Archives générales de chirurgie. — (N° 4, 25 avril 1913.) SOUBEYRAN et RIVES : Fractures de la grosse tubérosité du calcaneum. — H. LEFÈVRE et E. DUBOURG : Le lipome arborescent du genou. — BASSAL et CLERMONT : Un cas d'épithéliome ectoplacentaire.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 4, avril 1913.) F. DÉVÉ : Les modalités anatomo-cliniques de la pneumatose kystique post-opératoire consécutive à la réduction sans drainage des kystes hydatiques. — Pierre MARIE : L'hémoptysie prémonitoire de phtisie broncho-pulmonaire à marche rapide. Formes graves des hémoptysies par poussées tuberculeuses évolutives. — G. RAILLIET : Ménorragies et métrorragies de la puberté, considérations étiologiques et thérapeutiques. — E. PERPÈRE : Physiothérapie de l'asthme.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 avril 1913.) POUCHET et BARDET : Etude pharmacodynamique et thérapeutique sur la digalène. — (8 mai.) G. BRAC : Considérations générales sur la pathogénie et le traitement du psoriasis. — Albert ROBIN : Traitement des crises de dyspnée chez les emphysémateux. — (15 mai.) G. BRAC (*fin*). — Albert ROBIN : Dyspepsie hypersthénique, suite de la constipation.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 6, 25 mai 1913.) AIMARD : Arrêt immédiat de l'évolution aiguë d'une pneumonie tuberculeuse à marche rapide au moyen du pneumothorax artificiel. — CRESPIN : Hémitremblement datant de cinq ans. — GOINARD : Calcul vésical faisant saillie dans le rectum. — MOGGI : Sur un cas de goitre exophtalmique et sur un cas de lipomatose symétrique. — GOINARD et LOMBARD : Note sur le premier cas de sporotrichose observé à Alger. — Ed. VIDAL : Traitement hydrominéral des gastro-entérites infantiles des pays chauds. — DOUZANS : Mellahs marocains. — (N° 7, 10 avril.) SABADINI : Splénectomie et exosplenopexie.

Echo médical du Nord. — (N° 17, 27 avril 1913.) DUHOT et PIERRET : Amauroses et amblyopies par ischémie succédant aux hémorragies.

Gynécologie. — (N° 3, mars 1913.) AIMES : L'héliothérapie en gynécologie. — R. DE LANGENHAGEN : De l'emploi abusif et inconsidéré des irrigations vaginales trop chaudes en gynécologie. — TRIDON : Fréquence des péritonites gonococciques chez les petites filles atteintes de valvo-vaginite.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 17, 27 avril 1913.) CHAMBRELENT : Le rôle de l'accoucheur dans la lutte contre la mortalité infantile. — BALARD et COMMES : Sur trois cas de dents à la naissance. — (N° 18, 4 mai.) CARLES et MAURIAC : La fragilité leucocytaire dans les néphrites et dans les maladies infectieuses. — CHARRIER et BARDON : Traitement des ulcères variqueux par la méthode de Moreschi modifiée.

Journal de médecine interne. — (N° 11, 20 avril 1913.) DORLENCOURT et EDELMANN : La constipation habituelle du nourrisson. — MONGOUR et LEURET : Mort et autopsie d'un tuberculeux traité par la méthode de Forlanini. — (N° 12, 30 avril.) A. ROBIN : Recherches sur la composition chimique du cancer du foie. Les principes inorganiques.

Paris médical. — (N° 21, 26 avril 1913.) CARNOT et DUMONT : Neurotropisme syphilitique familial (paralysie générale, tabes, hémiplégie). — CALOT et PRIVAT : La méthode d'Abbatt ou le traitement des vieilles scolioses. — Anselme SCHWARTZ : Traitement des fractures fermées de l'humérus compliquées de paralysie radiale immédiate.

Province médicale. — (N° 17, 26 avril.) Maurice FANN (de Lamalou) : Classification et traitement des paralysies spasmodiques. — T. SOREL (de Toulouse) : Médiastinite tuberculeuse avec pleurésie hémorragique, compression de la veine cave supérieure et hémiplégie droite. — SARVONAT et CRÉMIEU: Traitement ioduré et déchloruration.

Revue médicale de l'Est. — (N° 8, 15 avril 1913.) J. RÉMY : A propos du fœticide médical.

Revue neurologique. — (N° 7, 15 avril 1913.) RAUZIER et ROGER : Monoplégie crurale douloureuse en flexion avec anesthésie d'apparence radiculaire. Diagnostic clinique : compression de la quatrième racine lombaire par pachyméningite rachidienne secondaire à un néoplasme utérin. Autopsie : névrite du crural englobé par un volumineux cancer latent du cæcum. — C. PARHON, Mlle Eug. MATRESCO et A. TUPA : Essais sur l'action du sérum des maniaques dans la mélancolie et du sérum des mélancoliques dans la manie. — (N° 8, 30 avril.) SOUQUES et MIGNOT : Syndrome de Brown-Séquard avec dissociation syringomyélique de la sensibilité (voies de la sensibilité dans la moelle épinière) [3 fig.]. — MARINESCO et NOÏCA : Sur les réactions des membres inférieurs aux excitations extérieures chez l'homme normal et chez le paraplégique spasmodique. Mouvements de défense normaux, mouvements de défense pathologiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Premiers secours et soins à donner aux malades et blessés, par le docteur WALTER DOUGLAS HOGG, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, attaché à l'hôpital anglais, membre de la Commission d'hygiène du VIIIe arrondissement. Avec une préface de M. Maurice LETULLE, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-18 grand jésus, cartonné de 380 pages, avec 79 fig. dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin et fils.

N° 72. — JEUDI 26 JUIN 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 26 JUIN 1913. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Séance du 23 juin. — Sont nommés : MM. Courcoux, Boidin, Lortat-Jacob, Louste, Fernand Trémolières et Clovis Vincent.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Picqué, agrégé des Facultés de médecine (section d'anatomie et embryologie), est attaché à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

— MONTPELLIER. — M. Delmas, agrégé des Facultés de médecine (section d'anatomie et embryologie), est attaché à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un congé sans traitement, pour l'année scolaire 1913-1914, est accordé, sur sa demande, à M. Simond, chargé d'un cours complémentaire de bactériologie.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 juin. — M. Tribes, 12 + 7 = 19.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret du président de la République en date du 23 juin 1913, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, sont promus, et par décision ministérielle du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Sebillon, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Etienne; maintenu; — Georges, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Denis; maintenu.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Jullien, hors cadres (troupes d'occupation du Maroc occidental), est réintégré au 43e d'artillerie; — Paloque, 18e d'artillerie; maintenu; — Mazellier, 106e d'infanterie; maintenu; — Fohanno, hors cadres (troupes d'occupation du Maroc occidental); maintenu; — Raymond, professeur agrégé à l'école d'application du service de santé militaire; maintenu; — Escande de Messières, 3e d'infanterie; maintenu; — M. Meillès, Algérie; maintenu; — Ardoin, 33e d'artillerie; maintenu.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Jacquelart, 150e d'infanterie; maintenu; — Morras, hors cadres (troupes auxiliaires marocaines); maintenu; — Heureaux, 18e dragons; maintenu; — Constant, Algérie; maintenu; — Decour, 97e d'infanterie; maintenu; — Mathieu de Fossey, 76e d'infanterie, passe au 29e d'artillerie; — Médan, troupes d'occupation du Maroc oriental; maintenu; — Lancelot, 117e d'infanterie; maintenu; — Legendre, 7e dragons, passe au 87e d'infanterie; — Renoux, Algérie; maintenu; — Batier, troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Pouchet, Algérie; maintenu; — Aulong, 6e d'artillerie à pied; maintenu; — Blanc, hors cadres, à la disposition du ministre des affaires étrangères, en mission au Maroc; maintenu; — Lescuyer, 14e chasseurs à cheval; maintenu; — Chabardès, 10e hussards, passe au 58e d'artillerie.

PRIX BOUCHARD. — Le professeur Bouchard, président de l'Association française pour l'étude du cancer, a mis à la disposition de cette association une somme de 5000 francs, destinée à récompenser les auteurs des meilleurs travaux relatifs à la pathogénie du cancer.

Conformément à la volonté du donateur, le prix sera décerné à la fin de l'année 1915.

RÈGLEMENT DU PRIX BOUCHARD. — *Article premier.* — Seuls pourront être récompensés les travaux relatifs à la pathogénie du cancer qui auront été présentés aux séances de l'Association française pour l'étude du cancer du 15 février 1913 à la fin de juillet 1915 et insérés dans les bulletins de ces séances.

Art. 2. — L'Association nommera dans sa séance de juillet 1915 une Commission de cinq membres, dite Commission du prix Bouchard, à laquelle pourront s'adjoindre le président et le secrétaire général.

Art. 3. — La Commission présentera à la séance de novembre 1915, en comité secret, un rapport sur les travaux relatifs à la pathogénie du cancer remplissant les conditions ci-dessus énoncées et fera les propositions pour l'attribution du prix. Dans le cas où aucun de ces travaux ne serait jugé digne de recevoir ce prix, l'attribution de celui-ci serait renvoyé à l'année suivante.

Art. 4. — Après la lecture du rapport, les membres titulaires voteront au scrutin secret sur les conclusions de la Commission. En cas de désaccord entre l'Association et la Commission, le rapport serait renvoyé à celle-ci, augmentée de deux nouveaux membres n'ayant que voix consultative. La

Commission présenterait à la séance de décembre un nouveau rapport sur les conclusions duquel l'Association voterait au scrutin secret.

Si le désaccord persistait entre la Commission et l'Association, l'attribution du prix serait renvoyée à la fin de l'année 1916. Les travaux présentés à l'Association et publiés dans les bulletins avant cette date seraient admis à concourir, et renvoyés à la même Commission.

Art. 5. — Le prix ne pourra être décerné à un membre de la Commission.

Art. 6. — Le prix pourra être divisé.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 26 juin, à quatre heures et demie précises, 12, rue de Seine.

La conférence habituelle sera faite à cinq heures et demie, par M. Guisez, sur la « Voie laryngo-trachéale en thérapeutique médico-chirurgicale ».

RÉCEPTION ACADÉMIQUE A MADRID. — Don José Casares Gil, dont nous avons publié récemment une intéressante étude sur la *Production scientifique en Espagne*, a été reçu le dimanche 15 juin, membre de la « Real Academia de Ciencias exactas, físicas y naturales ».

L'éminent chimiste avait choisi comme sujet de son discours *La valence chimique et l'utilité de ce concept dans la science.* Il a recueilli d'unanimes applaudissements, auxquels nous sommes heureux d'ajouter nos félicitations les plus vives et les plus sincères.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL POUR LE SERVICE DE SAUVETAGE ET LA PRÉVOYANCE CONTRE LES ACCIDENTS. [VIENNE (Autriche), 9-13 septembre 1913.] — *Comité français.* — Présidents d'honneur : MM. le vice-amiral Duperré; le docteur Delorme; E. Dupont, sénateur; le professeur Forgue (Montpellier); Géo Gérald, député; le docteur Just Lucas-Championnière; Mirman; les professeurs Reclus et Thoinot.

Président : M. le docteur P. Redard.

Secrétaire général : M. le docteur J.-J. Grunberg.

Membres : MM. les docteurs Balthazar, Blum, Carpentier-Méricourt, P. Fredet; le professeur Imbert (Marseille); les docteurs O. Lenoir, Le Page Viger et Letienne; Lepel Cointet; le docteur Œttinger; H. Mamy; les docteurs Ch. Monod, Saqui et H. Thierry; H. Tréfeu.

Pour adhésions et renseignements, s'adresser au docteur Grunberg, boulevard de Clichy, 5, Paris.

V. E. M. (1913). — Le treizième voyage d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de France aura lieu du 25 août au 6 septembre 1913, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprendra les stations du Sud-Ouest de la France :

I. — La station d'Arcachon est prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément.

Pour arriver à Arcachon (gare de la Compagnie du Midi), toutes les Compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix.

II. — D'Arcachon à Luchon, les voyageurs visiteront en groupe : Arcachon, Dax, Biarritz, Hendaye, Cambo, Salies-de-Béarn, Pau, Saint-Christau, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Argelès, Barèges, Saint-Sauveur, Gavarnie, Cauterets, Bagnères-de-Bigorre, Capvern, Barbazan, Siradan, Bagnères-de-Luchon.

Prix à forfait 350 francs par personne. Ce prix comprend tous les frais du voyage, depuis le dîner du 24 août à Arcachon jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Luchon le samedi 6 septembre : trajets en chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour retourner de Luchon (gare de la Compagnie du Midi) à son lieu de résidence, toutes les Compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix.

Pour s'inscrire, envoyer :

I. Son adhésion au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (8e) : 1° son nom et son adresse lisiblement écrits; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français.

II. Sa souscription, 350 francs, au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, à Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Félix Imbault (de Sandillon).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la fête nationale du 14 juillet, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 3 juillet 1913, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 juillet, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

VARIÉTÉS

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ A GUINARD

Mardi matin a été inauguré à l'Hôtel-Dieu le monument destiné à perpétuer le souvenir d'Aimé Guinard, à l'endroit même où un attentat stupide vint l'enlever voici deux ans à l'affection des siens, de ses élèves, de ses malades. Ce monument fait pendant à celui que le ciseau de Puech consacra voici quelques années aux internes en médecine morts victimes de leur dévouement professionnel. Dû au sculpteur Coutheillas, il se compose d'une stèle dont la partie supérieure porte un médaillon très ressemblant de Guinard, et vers cette effigie une femme assise, aux traits douloureux, tend une palme.

L'assistance était nombreuse et il faudrait citer ici presque tous les noms de la médecine et de la chirurgie.

C'est M. Mesureur qui a pris le premier la parole, puis MM. Marcel Habert au nom du Conseil municipal, Strauss au nom du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, Landouzy au nom de la Faculté de médecine, Delorme au nom de la Société de chirurgie.

Tous les orateurs ont rappelé la vie de travail, d'abnégation, de dévouement aux malades qui fut celle de Guinard, tous ont emprunté quelques phrases typiques à cette leçon d'ouverture sur les *Devoirs des élèves dans les hôpitaux*, d'une si belle tenue morale et d'une forme littéraire si parfaite (1), et que chacun a certainement encore présente à la mémoire; elle montre en effet l'âme du chirurgien disparu, mieux que ne saurait le faire n'importe quel éloge.

Toutes les personnes présentes ont tenu à présenter leurs hommages à la famille de Guinard, dont la cérémonie qui venait d'avoir lieu a dû raviver la douleur, mais à qui elle a montré aussi combien vivace, combien profond est le souvenir laissé par le chirurgien tombé au champ d'honneur.

G. L. H.

LIVRES NOUVEAUX

La Biologie synthétique (2), par STÉPHANE LEDUC, professeur à l'école de médecine de Nantes.

Cette œuvre toute personnelle fait suite à un autre ouvrage de l'auteur, intitulé : *Théorie physico-chimique de la vie et générations spontanées.*

Dans ses recherches sur les lois générales qui régissent la vie, le professeur Leduc est arrivé à réaliser sur des liquides et différents milieux artificiels des formes et des structures présentant les analogies les plus troublantes avec des types vivants. Et l'analogie devient plus extraordinaire encore par la constatation de phénomènes de circulation, d'accroissement, de sensibilité.

On conçoit sans peine l'intérêt qui s'attache à la lecture et à l'étude d'un pareil ouvrage. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 6 fév. 1906, n° 15.

(2) Un vol. de 217 pages, avec 118 figures dans le texte. — Paris, A. Poinat, 1912.

TRAITEMENT
DES
FRACTURES DE LA DIAPHYSE DU FÉMUR
CHEZ L'ENFANT

Par M. M. LANCE,
Assistant d'orthopédie à l'hôpital Bretonneau.

Dans un article antérieur (*Gaz. des hôp.*, 18 avril 1912, n° 45) sur les fractures de la diaphyse du fémur chez l'enfant, nous rappelions l'extrême fréquence de ces fractures au cours de la première enfance, nous signalions les diverses particularités de ces fractures, et indiquions que pour leur traitement, à l'extension continue manifestement insuffisante chez l'enfant, nous préférions l'appareil plâtré avec réduction extemporanée par traction sous anesthésie générale. Nous indiquions succinctement une méthode spéciale d'application de cet appareil que nous utilisions déjà depuis plusieurs mois dans le service de M. Ombrédanne, à l'hôpital Bretonneau. Cette méthode, très simple, très pratique, nous a donné, sous le contrôle de la radiographie, des résultats si constants et si parfaits, que nous jugeons utile de l'exposer à nouveau en détail. Nous ferons suivre cette description du résumé de quelques-unes de nos observations. Voici la technique habituelle à laquelle nous nous sommes arrêté.

Le petit blessé, lors de son arrivée à l'hôpital, est laissé au repos pendant plusieurs jours pour se remettre du shock de l'accident et permettre à l'épanchement sanguin de se résor-

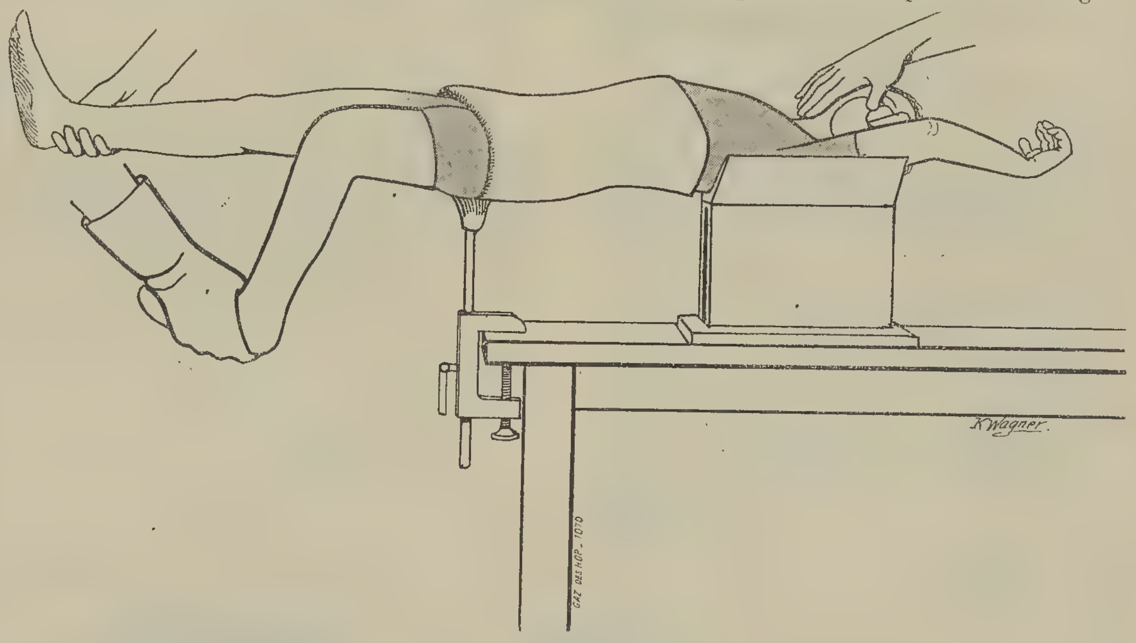


Fig. 1.

ber en partie. Pendant ce temps, la cuisse brisée est maintenue dans la gouttière métallique de l'appareil d'Hennequin.

Lorsqu'on juge le moment venu de pratiquer la mise en appareil, on fait une double radiographie du fémur, face et profil, on a ainsi l'image des déplacements des fragments : chevauchement, angulation, rotation.

Une mensuration exacte des deux fémurs (distance de l'interligne articulaire du genou au sommet du grand trochan-

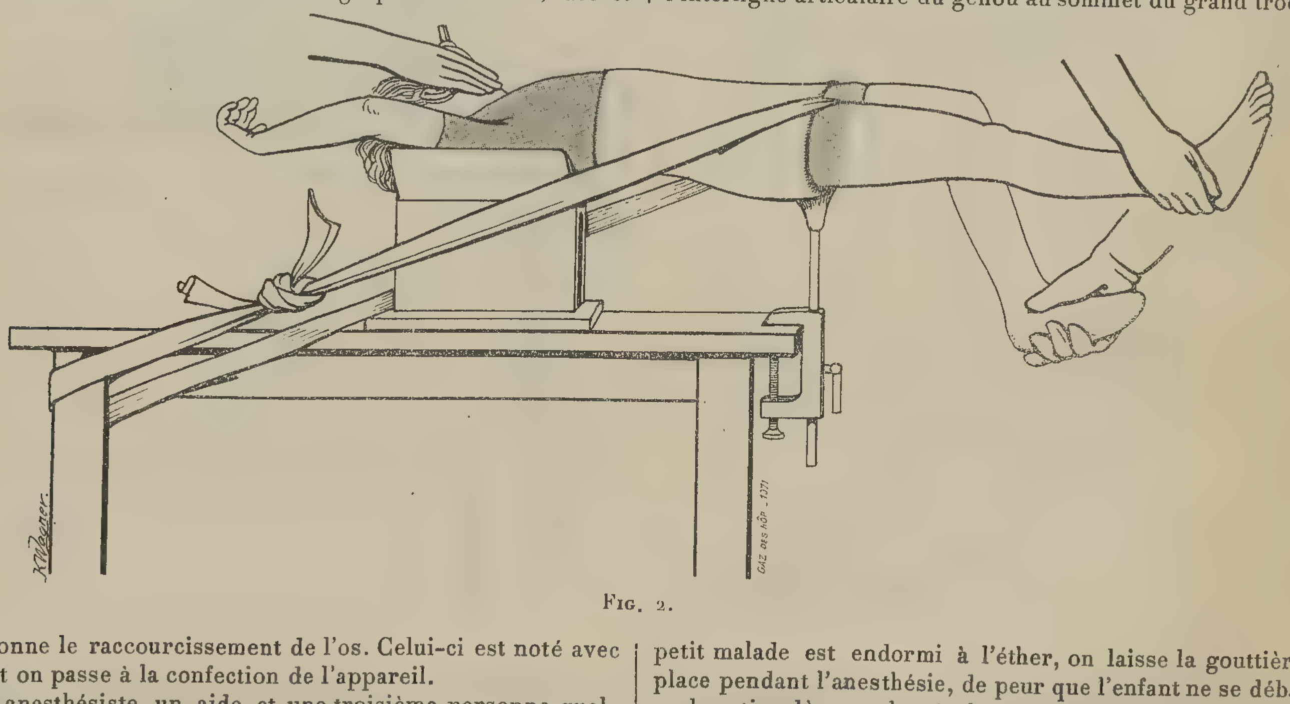


Fig. 2.

ter) donne le raccourcissement de l'os. Celui-ci est noté avec soin et on passe à la confection de l'appareil.

Un anesthésiste, un aide et une troisième personne quelconque, sont indispensables pour aider le chirurgien. Le petit malade est endormi à l'éther, on laisse la gouttière en place pendant l'anesthésie, de peur que l'enfant ne se débatte, on la retire dès que la résolution est obtenue et on le place sur un pelvi-support qui peut être très simple : un simple

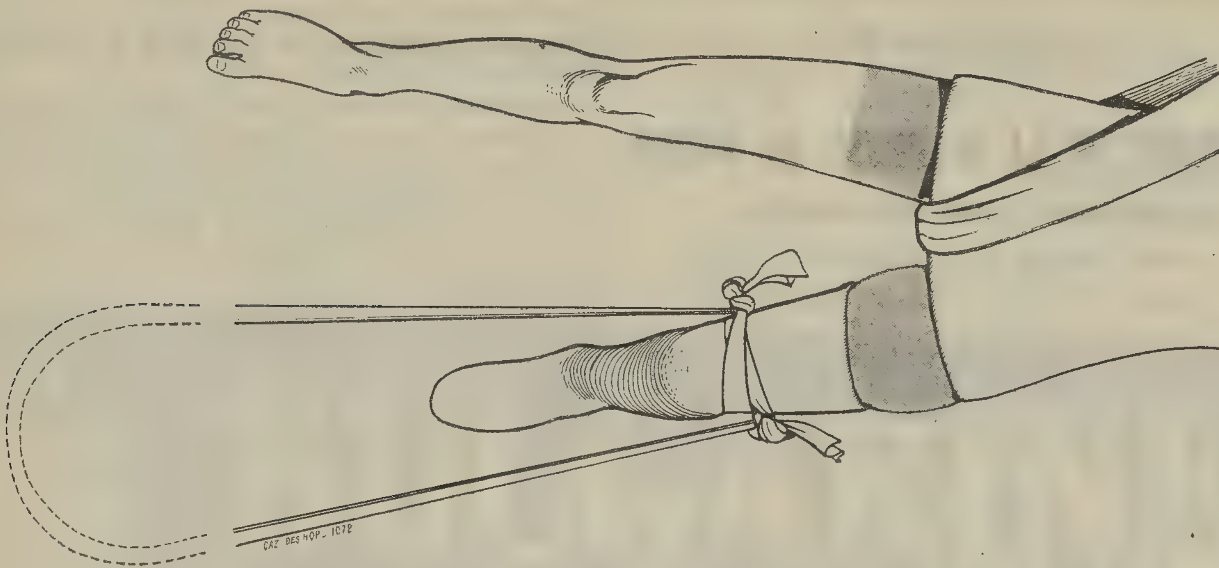


Fig. 3.

support métallique pour le sacrum, tenu par un étau, lequel peut se visser sur n'importe quelle table en bois, un petit banc ou une boîte quelconque recouverte d'une alèze pliée sous les épaules et la tête (fig. 1).

L'anesthésiste tire très légèrement sur le menton de l'enfant. Un aide tient le membre sain allongé et résiste à cette traction. L'autre aide tient le membre blessé, la cuisse en extension, le genou fléchi à 45 degrés environ s'il n'y a pas d'épanchement dans le genou ; à 80 degrés environ si, comme cela est fréquent, il existe un épanchement notable dans la synoviale du genou.

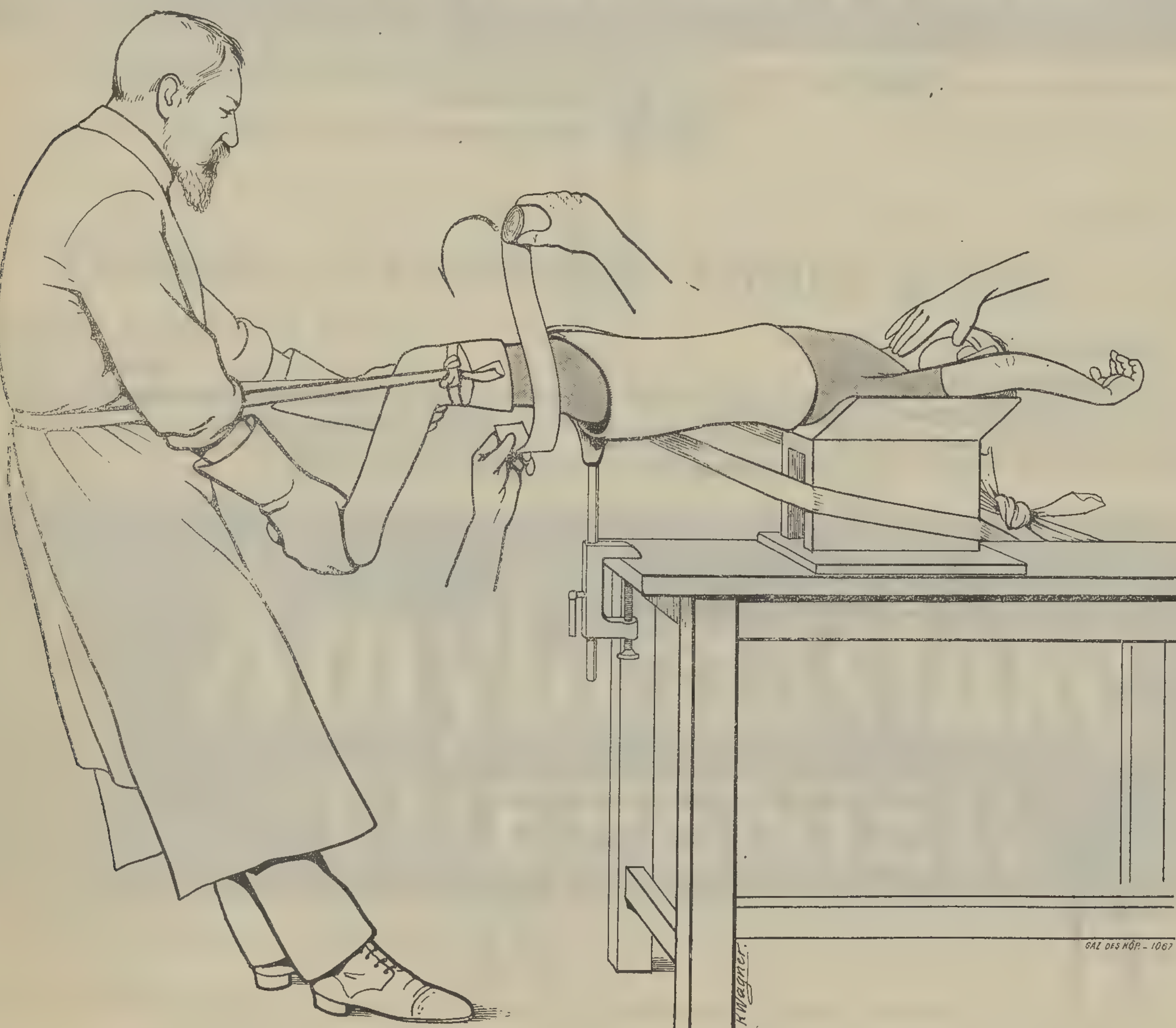


Fig. 4.

La raison de cette différence est la suivante : si l'on fait un plâtre avec un genou peu fléchi alors qu'il y a un gros épanchement du genou, au bout de quelques jours, l'épan-

chement diminuant, la jambe pourra remonter dans le plâtre devenu trop grand, la traction sur le fragment inférieur diminuera et le chevauchement se reproduira. Si le genou est fléchi à peu près à 90 degrés cette ascension de la jambe dans le plâtre est impossible.

Cependant, s'il n'y a pas d'épanchement, il vaut mieux mettre la jambe à 45 degrés seulement sur la cuisse, le malade étant plus facile à placer dans un lit dans cette position qu'avec un membre fléchi à 80 degrés.

Un double maillot de coton est passé sur le bassin et la partie inférieure du thorax, un autre sur le membre fracturé. Entre les deux maillots, au niveau de la face dorsale du pied, on placera deux ou trois compresses de gaze. C'est en effet le pied fléchi à angle droit dans le plâtre qui s'opposera en grande partie à l'ascension de la jambe dans le plâtre et supportera la force d'extension dans l'appareil. Si on ne le rembourrait pas en ce point, on risquerait de voir s'y produire des escarres.

On applique ensuite deux appareils plâtrés au moyen de bandes plâtrées circulaires. L'un comprend tout le bassin qu'il faut modeler avec soin et le thorax jusqu'au-dessous des mamelons. L'autre comprend le pied, la jambe et la cuisse malade. Entre les deux, on laisse un intervalle de quelques centimètres. Ces deux plâtres étant terminés, on attend qu'ils prennent. Pour activer la prise du plâtre et ne pas prolonger l'anesthésie, il est bon de saler l'eau dans laquelle on trempe les bandes. Le plâtre sera seulement un peu moins solide, ce qui importe peu, car il ne reste en place qu'un mois.

Pendant les douze à quinze minutes que demandera la solidification des deux plâtres, on procédera aux préparatifs suivants :

1° Un drap roulé ou écheveau de laine est passé dans le pli de l'aine du côté opposé à la cuisse malade et va s'attacher à la tête de la table (fig. 2). Il effectuera la contre-extension.

2° Pour faire l'extension absolument dans l'axe du fémur, voici le dispositif que nous avons adopté (fig. 3).

On mesure la circonférence de la cuisse au tiers inférieur, et on en calcule la moitié. On marque sur le plâtre les deux extrémités du diamètre transversal qui correspond à cette moitié, la rotule étant bien en avant. Autour de la cuisse au même point, sur le plâtre déjà sec, on noue une bande de toile comme une jarretière, le nœud étant placé en dehors sur l'extrémité du diamètre transversal, on coupe un des bouts du nœud et l'on garde l'autre sur une longueur de 1 mètre environ. Avec une autre bande, on fait une seconde jarretière placée sur la première, mais on la noue en dedans sur l'extrémité opposée du diamètre transversal de la cuisse. On coupe un bout du nœud, gardant encore 1 mètre de bande de l'autre côté.

Vous vous placez dans le prolongement de la cuisse (fig. 4), la soutenant d'une main, l'autre main tenant le pied, et vous faites nouer par l'aide qui tenait la cuisse, et qui est devenu libre, les deux bouts de bande derrière votre dos, juste à la même hauteur que la cuisse du malade. On a ainsi un système qui permet de tirer avec force absolument dans l'axe du membre.

Quand les plâtres sont absolument secs et durs, on marque au crayon deux traits repères, l'un sur le plâtre supérieur, l'autre sur le plâtre inférieur, à une distance mesurée exactement avec un ruban métrique, 8 centimètres par exemple.

On procède alors à la traction. Pour cela, mettant le bout de ses pieds contre le pied de la table, pour ne pas glisser, on se laisse aller doucement et progressivement en arrière, le poids du corps, et au besoin aussi la propulsion du dos, permettent de développer une force de 70 kilos environ au dynamomètre. En réalité, chez l'enfant, une traction de 25 à 30 kilos est largement suffisante dans tous les cas.

Sous l'influence de cette traction, on voit d'abord la cuisse s'allonger un peu, et le bassin tourner légèrement dans l'appareil; de ce fait, on voit en général l'écartement des deux plâtres augmenter de 2 centimètres. Puis peu à peu, au bout de deux, trois, quatre minutes de traction, si l'enfant est en résolution complète, le membre s'allonge réellement; la cuisse qui était globuleuse, tassée du fait du chevauchement, s'allonge, s'amincit. Les plâtres deviennent trop grands pour elle.

On est parfois averti de la réduction par un claquement brusque et une crépitation transmise aux mains et aux dos. Le plus souvent, dans les fractures obliques ou spiroïdes des enfants, l'abaissement se fait progressivement et on le calcule au moyen des deux traits repères. L'écartement de ces deux points après la traction représente l'écartement primitif plus le déplacement inévitable des appareils sur les téguments plus la réduction du raccourcissement. En général il faut obtenir un allongement de l'écartement initial de 1 à 2 centimètres plus grand que le chevauchement; au lieu des 8 centimètres de tout à l'heure, pour un raccourcissement de 3 centimètres, nous devrons obtenir une distance de $8 + 3 + 2 = 13$ centimètres.

Pour combattre l'angulation des fragments que montre la radiographie, comme on n'a guère d'action sur le fragment supérieur, on mettra le fragment inférieur dans la direction du fragment supérieur dans son prolongement. Ici, le fragment supérieur, est entraîné en abduction variable, à 15, 20, 30 degrés. C'est dans cette position qu'il faudra mettre le fragment inférieur.

La traction dans l'axe exact du fémur, pratiquée aux extrémités de l'axe transversal de la cuisse, réduit naturellement l'angulation antéro-postérieure, ainsi que la rotation du fragment inférieur.

Lorsque la réduction du déplacement paraît obtenue on comble avec de l'ouate le creux qui existe entre les deux plâtres et on solidarise ceux-ci avec des tours de bande plâtrée. On continue naturellement l'extension jusqu'à ce que le plâtre soit bien sec. Nous avons dans quelques cas solidarisé les deux plâtres avec des attelles métalliques fixées par des colliers plâtrés, mais ce dispositif est plus difficile à poser et surtout à enlever si on a à retoucher à l'appareil.

Le malade est remis dans son lit. Il est extrêmement important de le placer de façon que son pied ne soit pas en position déclive. Il ne faut pas laisser la jambe pendre hors du lit. De cette manière le pied enflerait rapidement, le plâtre deviendrait trop petit et on aurait des escarres. Il faut placer l'enfant, le bassin posé sur des coussins de telle façon que la jambe, malgré la flexion du genou, soit presque horizontale; moyennant cette précaution, on ne voit jamais se produire de troubles circulatoires, les orteils restent roses et ne sont pas gonflés.

Au bout de quarante-huit heures, quand le plâtre, bien sec, est perméable aux rayons X, on fera une nouvelle radiographie.

Si la réduction est suffisante, on laissera le plâtre en place un mois. Pendant ce temps, on peut autoriser la marche avec deux béquilles.

Si on observe une réduction incomplète, soit du chevauchement, soit de l'angulation, on laissera le malade au repos pendant une semaine. Pendant ce temps le membre est pour ainsi dire en extension continue dans son plâtre et la contracture musculaire ne peut que tomber. Il se fait un cal qui reste malléable et qui ne gêne en rien la réduction. Au bout des huit jours, on coupe circulairement le plâtre au niveau du collier plâtré, en l'entamant au couteau et terminant à la cisaille, on pratique alors une nouvelle réduction en se guidant sur la deuxième radiographie. Ici l'anesthésie générale est inutile. On est étonné de voir la facilité avec laquelle la réduction s'obtient et elle est tout à fait indolore.

Dans le cas de chevauchement un nouvel écartement de 2 ou 3 centimètres est obtenu. Dans les cas d'angulation, le plâtre du fragment inférieur est basculé selon l'angle voulu. Un tour de bande plâtrée solidarise à nouveau les deux appa-

reils. Deux jours après, une nouvelle radiographie est faite, si le plâtre, surchargé, semble trop épais pour obtenir une

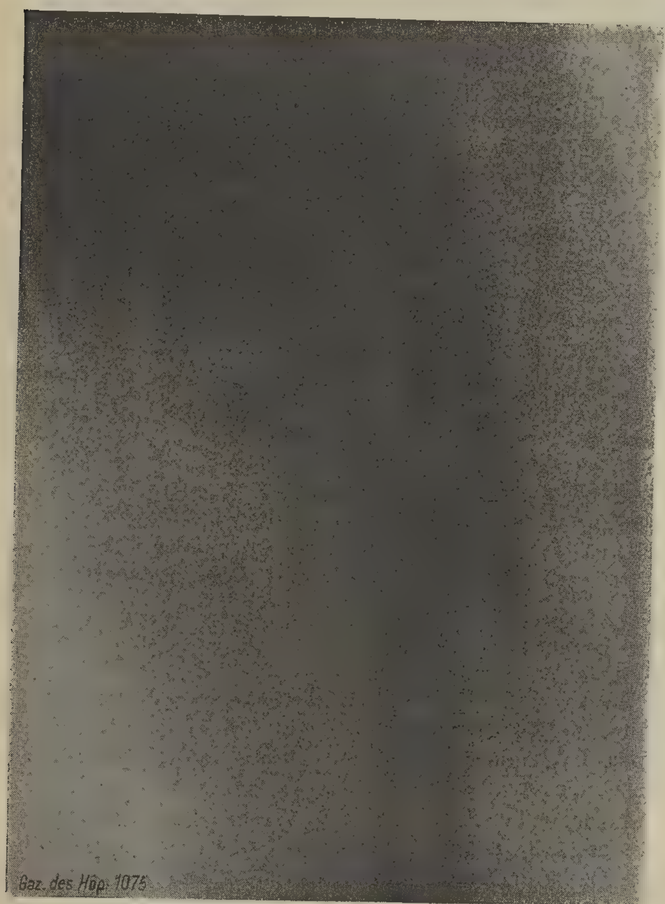


Fig. 5.

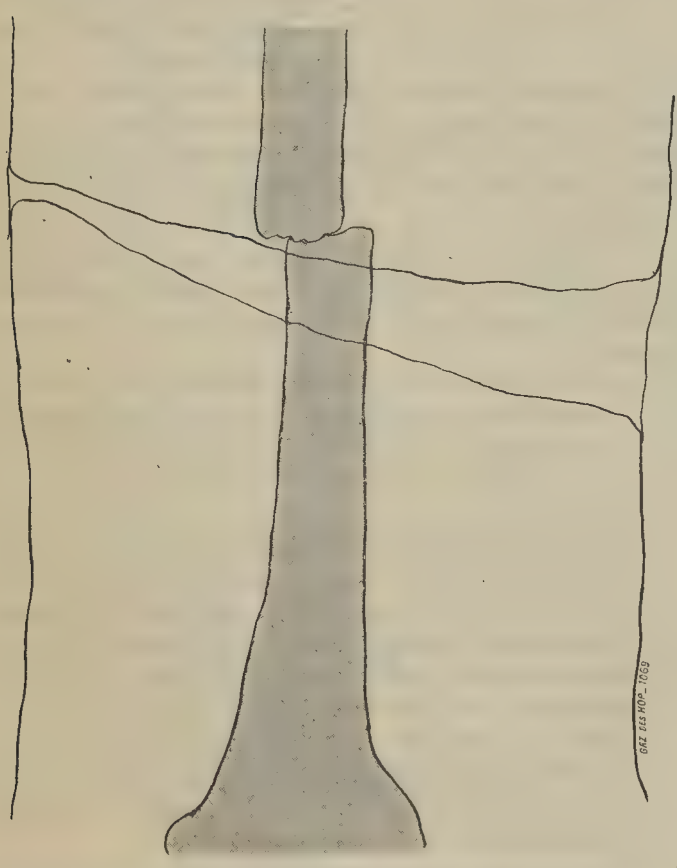


Fig. 6.

bonne épreuve, on fait une large fenêtre en avant et en arrière au niveau du foyer de fracture.

Au bout d'un mois l'appareil est enlevé; après quelques

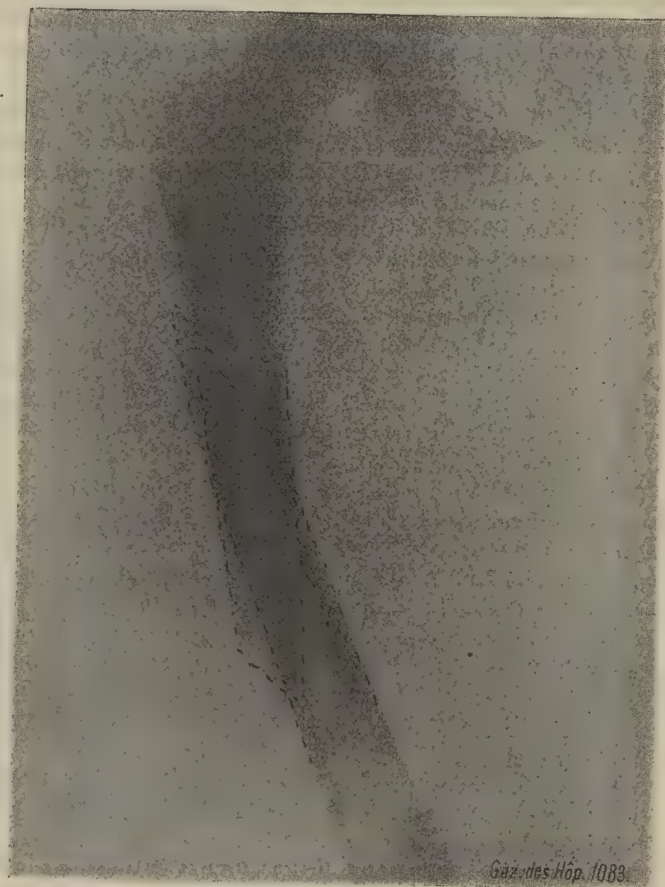


Fig. 7.

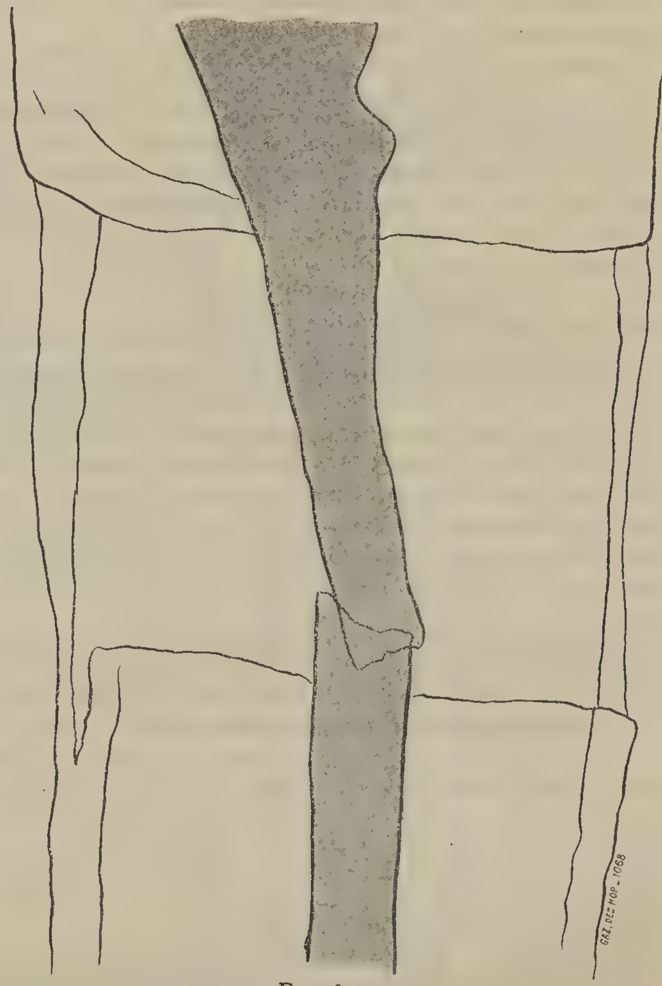


Fig. 8.

jours de mobilisation au lit, l'enfant reprend très vite l'usage normal de son membre sans autre traitement.



Fig. 9

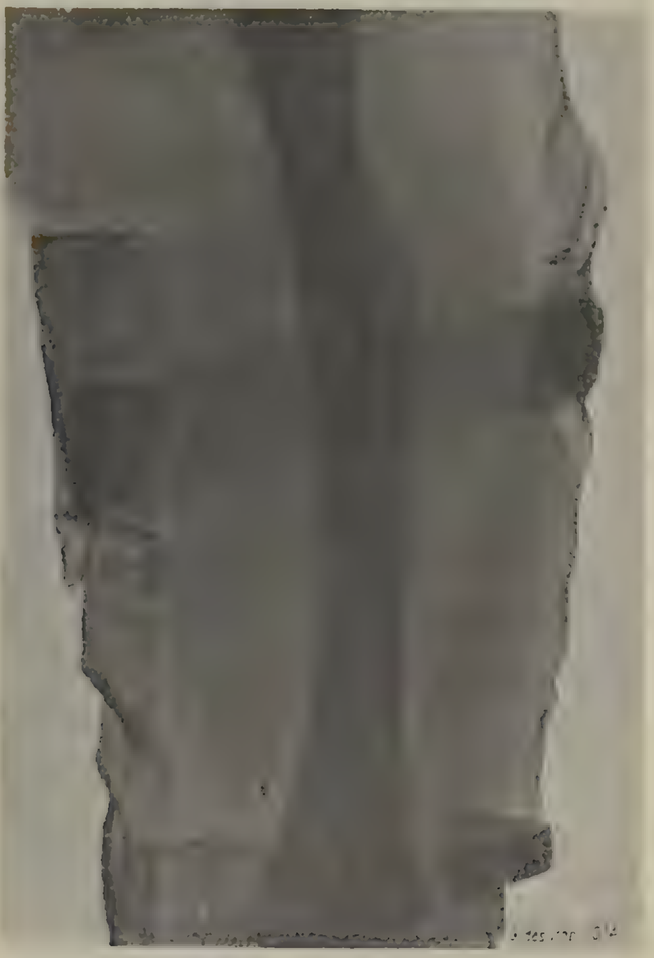


Fig. 10.

Depuis dix-huit mois que nous utilisons cette technique nous avons obtenu pour le traitement des fractures de cuisse chez l'enfant des résultats excellents constants. Sur les 38 fractures que nous avons eu à soigner, 22 présentant un chevauchement notable ont été traitées de cette façon. Dans les deux tiers des cas environ la réduction a été obtenue en une séance, dans les autres il a fallu recouper le plâtre et



Fig. 11.

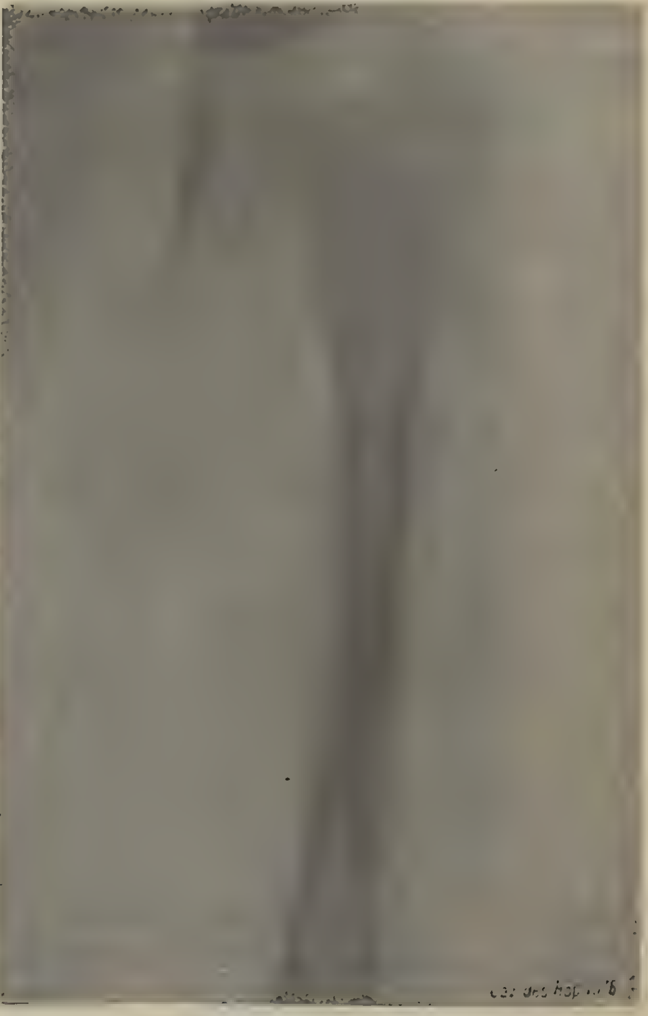


Fig. 12.

modifier la direction des fragments; dans 2 cas seulement nous avons dû nous y reprendre en 3 fois.



Fig. 13.



Fig. 14.

Dans tous les cas, on est assuré, avec le contrôle de la radiographie, de pouvoir arriver à une coaptation anatomique des fragments.

Voici, à titre d'exemple, le résumé de quelques-unes de nos observations parmi nos premiers malades soignés par ce procédé.

Observation I. — P... Robert, neuf ans et demi. Fracture transversale par écrasement d'automobile, le 22 juin 1912 (fig. n° 5), raccourcissement 3 centimètres, le fragment supérieur très en abduction. Mise en appareil le 30 juin. On obtient le bout à bout en une seule séance, radio le 1er juillet (fig. n° 6).

Obs. II. — S... Henri, six ans et demi. Fracture spiroïde par chute sur le genou, le 26 octobre 1912. Radio le 28 octobre montre un chevauchement notable (fig. n° 7), raccourcissement 2 centimètres, épanchement dans le genou. Mise en appareil le 4 novembre. Radio le 6 novembre (fig. n° 8) montre réduction du chevauchement, mais le fragment inférieur trop en abduction. 13 novembre, plâtre recoupé, abduction diminuée. Réduction complète (fig. n° 9).

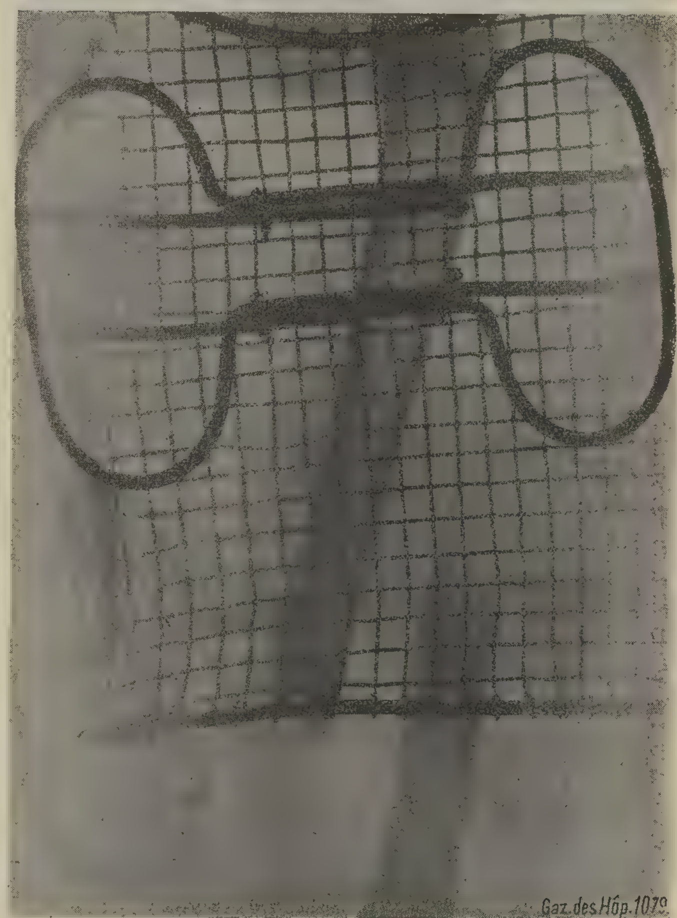


Fig. 15.

Obs. III. — M... Marthe, trois ans. Fracture oblique avec 2 centimètres et demi de raccourcissement. Radio, le 15 avril 1912 (fig. n° 10). Réduction le 16 avril. Deuxième radio, le 17 avril (fig. n° 11). Résultat définitif parfait. Cal à peine perceptible. Radio le 19 mai, pas de raccourcissement (fig. n° 12).

Obs. IV. — S... Joseph, sept ans. Fracture oblique avec 2 centimètres et demi de raccourcissement, gros épanchement dans le genou. Première radio, le 7 juin 1912 (fig. n° 13). Réduction le 10 juin, deuxième radio, le 12 juin (fig. n° 14).

Obs. V. — A... Alice, six ans. Fracture par écrasement d'autobus, le 7 avril 1912. Plaies étendues des téguments,

raccourcissement 3 centimètres et demi. La radiographie (fig. n° 15) montre, en plus du chevauchement, un grand

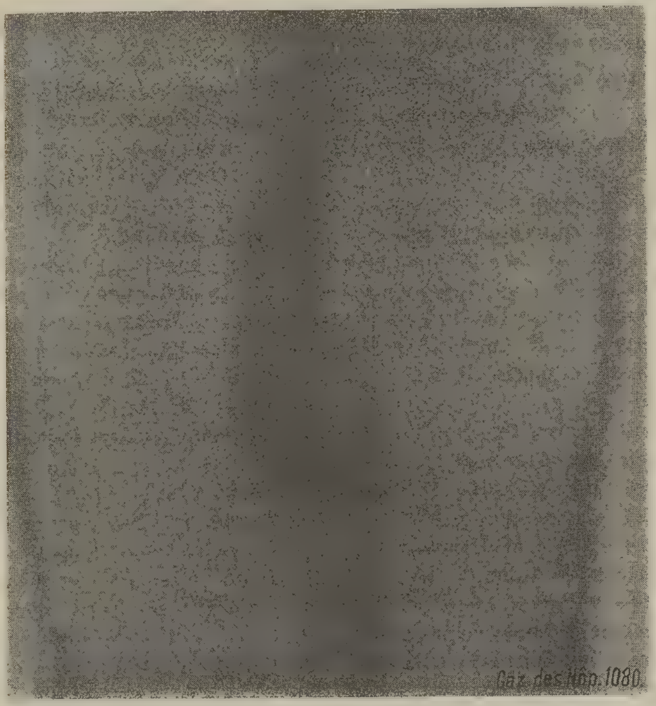


FIG. 16.

écartement des fragments, épanchement dans le genou. 9 mai, réduction, 10 mai, radio (fig. n° 16) montre le chevauchement incomplètement réduit, mais les fragments juxtaposés, 11 mai on coupe le plâtre. Sans anesthésie aucune on

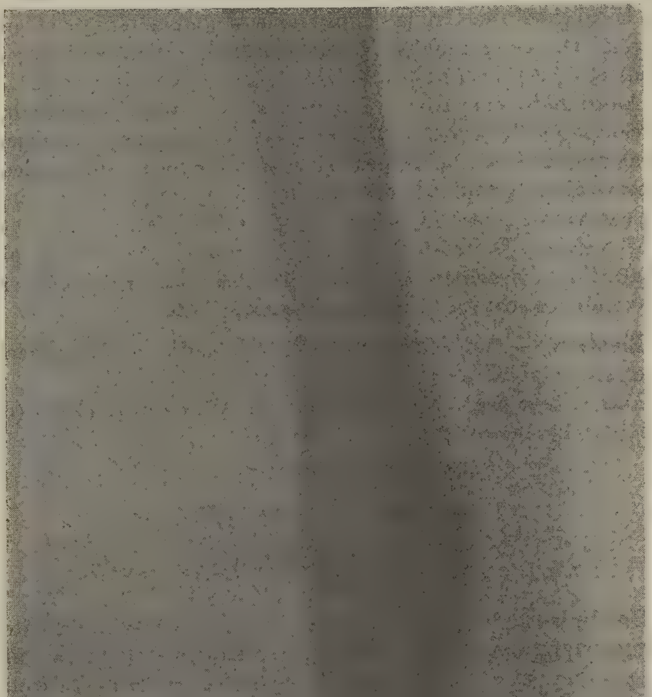


FIG. 17.

pratique tractions. On gagne 4 centimètres d'allongement. Nouvelle radio (fig. n° 17) montre une bonne réduction.

On voit d'après ces quelques exemples la facilité avec laquelle on peut obtenir une réduction parfaite de ces fractures chez l'enfant. Le principe de la méthode est simple : exercer la traction non sur le membre, mais sur le plâtre sec, de façon à répartir les pressions sur une grande étendue de téguments. La contre-extension sera facile à établir, le tronc étant contenu dans un appareil rigide.

Nous n'avons employé la méthode pour les fractures du fémur que chez les enfants. Mais pour les fractures de l'humérus, nous avons obtenu d'excellents résultats d'un dispositif analogue dans des fractures chez l'adulte, nous l'avons employé également pour des fractures de l'avant-bras. Mais dans ces cas, il y a de grandes précautions à prendre pour éviter les escarres. Nous avons aussi utilisé le plâtre en deux parties pour tous les redressements d'ankyloses en position vicieuse (hanche, genou) et leur emploi facilite singulièrement ces redressements.

Ces appareils ont une technique minutieuse, mais simple. Ils ne nécessitent aucun outillage particulier et nous pensons qu'ils peuvent rendre de grands services aux praticiens, c'est ce qui nous a engagé à les décrire ici.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 JUIN 1913)

Recherches sur le plexus cardiaque et sur l'innervation de l'aorte. — M. MANOUÉLIAN, au moyen de la méthode d'imprégnation au nitrate d'argent, précédée de la fixation des pièces par l'alcool ammoniaque, a constaté l'existence de nombreux centres nerveux dans le plexus cardiaque postérieur.

Il a étudié de même les terminaisons nerveuses au niveau des fibres élastiques et des cellules musculaires lisses et les terminaisons nerveuses dans le tissu conjonctif de la mésartère. Il a pu constater l'existence de terminaisons sensitives dans la mésartère qui n'avaient jamais été signalées jusque-là.

De l'action des substances oxydantes sur les toxines in vivo. — M. Marcel BELIN note l'action extrêmement favorable des substances oxydantes sur l'évolution de la fièvre typhoïde expérimentale et de la streptococcie, action en tous points semblable à celle déjà indiquée dans le tétanos et la coli-bacillose.

Vaccinothérapie dans la coqueluche. — MM. Ch. NICOLLE et A. CONOR. Une épidémie de coqueluche qui a sévi à Tunis, au printemps de cette année, a permis aux auteurs de tenter des essais de vaccinothérapie par inoculation aux malades de cultures *vivantes* du microbe de Bordet.

Ils ont suivi presque exactement pour la préparation du vaccin la technique qu'ils utilisent dans la pratique des vaccinations anticholériques et antityphiques.

Sur 104 enfants traités, 37 ont été guéris, dont 29 après 2 à 5 inoculations, c'est-à-dire en trois à douze jours.

40 ont été améliorés, 27 sont restés stationnaires.

Dans les cas qui guérissent, l'amélioration se manifeste très rapidement; en général dès la première ou la deuxième inoculation, les quintes nocturnes diminuent d'intensité et de nombre, et les parents que la toux des enfants n'empêche plus de dormir en témoignent leur joie. Tout en indiquant ces résultats très encourageants, et constatant que la méthode est facile et inoffensive, les auteurs s'abstiennent pour le moment d'apporter des conclusions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 JUIN 1913)

La déclaration obligatoire de la tuberculose. — Il avait été convenu que le vote des conclusions de la Commission devait avoir lieu dans cette séance. L'Académie était presque au complet et nous nous attendions tous à ce que cette discussion se terminerait aujourd'hui. Il n'en fut rien et M. Bouchardat a traduit la pensée d'un grand nombre, en disant : « Je suis venu aujourd'hui pour voter et je demande à voter. »

Mais il *y* eut de nouveaux amendements, plusieurs membres avaient demandé à expliquer leur vote, d'où nouvelle discussion et remise du vote à la prochaine séance, malgré les observations très justes de M. Labbé qui a fait observer que la discussion ayant été déclarée close il n'y avait plus qu'à passer au vote.

M. Roux propose un amendement qui admet le premier paragraphe des conclusions de la Commission (voir *Gaz. des hôp.*, n° 69, p. 1128) et qui remplace les autres conclusions par celle-ci : « La déclaration sera faite à un médecin sanitaire, tenu au secret professionnel. »

M. Widal propose un vœu additionnel qui demande que dans la construction de tout nouvel hôpital on assure l'isolement des tuberculoses ouvertes. « Si vous admettez, dit-il, que cette déclaration s'impose en ville, vous devez admettre qu'elle s'impose également à l'hôpital. »

M. Lucas-Championnière estime que la déclaration obligatoire de la tuberculose entraînerait des mesures inapplicables, entre autres la stérilisation absolue qui est impossible. La Commission a donc discuté une question sociale, mais non une question scientifique.

M. Chauffard, partisan de la déclaration et de la désinfection, ainsi qu'il l'a déjà déclaré dans un vœu qu'il a émis en 1910, votera les conclusions de la Commission.

M. Laveran ne les votera pas, parce qu'il estime que si, dans certains cas, la déclaration serait nécessaire, elle sera dans le plus grand nombre des cas, inutile et vexatoire. Il suffit, pour lui, que le médecin traitant prenne les mesures nécessaires : si l'on admettait la déclaration obligatoire de la tuberculose, il n'y aurait pas de raison pour ne pas admettre aussi celle de la syphilis.

Il conclut en proposant que la déclaration de la tuberculose reste facultative.

M. Robin dit que, dans cette discussion, il y a eu des vices de forme et des vices de fond. La Commission a été, à la fois, juge et partie. M. Robin demande qu'au lieu de voter simplement la déclaration obligatoire de la tuberculose, l'Académie institue un programme complet de la lutte contre la tuberculose.

M. Pouchet, tout en considérant comme désirable la déclaration, ne votera pas les conclusions de la Commission, parce qu'elle imposerait aux médecins l'obligation de la déclaration et que le secret médical doit être absolu.

M. Capitan se relie à l'amendement de M. Roux puisqu'il supprime précisément la mesure qui l'empêchait d'admettre les conclusions de la Commission.

M. Chauveau fait partie d'une Commission présidée par M. Léon Bourgeois et dans laquelle se trouvent des hommes comme MM. Strauss, Millerand et autres, commission qui a pour but d'étudier les moyens de rendre applicables les mesures qu'entraînerait la déclaration obligatoire de la tuberculose, telles, par exemple, que l'assistance aux deshérités, aux tuberculeux nécessiteux, ce qui permettrait de résoudre à la fois la question sociale et la question scientifique.

M. Delorme ne voit pas la nécessité de reporter à la prochaine séance le vote des conclusions de la Commission. On peut, en effet, voter sur le principe même de la déclaration. Si elle est repoussée, tout est dit, si elle est admise on pourra alors discuter les amendements proposés.

MM. Letulle et Hanriot combattent cette manière de voir.

M. Delorme, devant les explications de M. Hanriot, retire sa proposition.

La suite et probablement la fin de cette discussion auront lieu dans la prochaine séance.

Les vieux emphysémateux, semeurs de bacilles. — M. Edg. Hirtz fait une communication sur ce sujet.

Les rapports de l'emphysème pulmonaire et de la tuberculose ont gagné un regain d'intérêt par les discussions récentes de l'Académie, à propos de la « Déclaration de la tuberculose » et les conclusions du professeur Landouzy.

L'emphysème généralisé qui, pour M. Hirtz, est une réaction de défense antituberculeuse, a une influence des plus heureuses sur l'évolution de la tuberculose. Malheureusement, cette action d'arrêt de l'emphysème n'est pas indéfinie; et, sous l'influence de maladies intercurrentes, de fatigues, de privations, de déchéance de l'organisme, le bacille de Koch peut se réveiller et pulluler à un âge avancé, exceptionnellement sous forme de granulie, le plus souvent sous les dehors sournois et rassurants d'un catarrhe bronchique.

C'est alors que le malade, qui n'en a cure, sème autour de lui les bacilles, sans compter, passant pour le bon emphysémateux, le vulgaire asthmatique, d'ordinaire gras et obèse. Et toute la famille entoure de soins pieux père ou grand-père : spectacle touchant, mais lamentable, car leurs caresses sont mortelles pour leur entourage, surtout pour leurs petits enfants qui trop souvent, hélas ! sont emportés par une méningite. Ainsi voit-on parfois disparaître des familles presque entières, contaminées par un emphysémateux âgé dont personne ne se méfie.

C'est pourquoi le devoir du médecin est-il, chez tout emphysémateux, de rechercher non ce qu'il est, mais ce qu'il cache, et, sous un aspect de tout repos, de savoir arracher le masque de la tuberculose. Car la prophylaxie seule peut éviter la contagion. Or, cette prophylaxie ne saurait être sentimentale ; et pour être réellement efficace, elle doit être parfois cruelle.

Aussi le docteur Hirtz réclame-t-il avec force l'isolement à la campagne de toutes les tuberculoses pulmonaires ouvertes, dans des bâtiments simples, où les malheureux tuberculeux trouveraient le toit et le couvert, le bon air et le soleil. Ainsi on enlèverait à des individus dangereux la latitude de tuer leurs voisins. De semblables établissements, que certains ont qualifié de « crevoirs », permettraient de sauver des milliers d'existences, car ici ce n'est pas le mot qui tue.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers (deuxième division).

MM. Alkermann (de Stockolm) et William J. Mayo (de Rochester) sont élus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 JUIN 1913)

Sur la reproduction expérimentale des pachyméningites hémorragiques. — MM. P. Marie, G. Roussy et Guy Laroche. La pathogénie des hémorragies méningées est loin d'être établie d'une façon définitive, et les rapports qui unissent les processus hémorragiques et les réactions inflammatoires des méninges sont encore discutés. L'observation anatomo-clinique n'ayant pu jusqu'ici apporter de solution à ce problème on s'est adressé à l'expérimentation.

Les auteurs ont injecté à des lapins et des chiens sous la dure-mère cérébrale, soit du sang pur non défibriné, soit du sang additionné de staphylocoque chauffé pendant une demi-heure, à 56 degrés, soit un mélange irritant, composé d'acides gras et de nucléinate de soude.

Les animaux inoculés avec le sang pur restèrent indemnes; un seul des chiens inoculés avec le sang additionné de cocci

présenta une légère réaction inflammatoire à tendance hémorragique discrète. Au contraire l'injection de substance irritante, sans addition de sang, a donné quatre résultats positifs sur quatre chiens mis en expérience : deux fois un état blanchâtre (pachyméningite non hémorragique), une fois un état blanchâtre néo-membraneux avec piqueté hémorragique très net, une fois un état rouille ocreux.

Ces faits semblent montrer que le sang aseptique ne constitue pas un irritant capable de déterminer du côté des méninges une réaction inflammatoire assez durable pour aboutir à la pachyméningite hémorragique. Ils sont donc contraires à la théorie des hémorragies primitives déterminant les pachyméningites. Au contraire, le sang additionné de microbes peu virulents et surtout l'action de substances irritantes peut réaliser chez l'animal des lésions de pachyméningite, pouvant aller jusqu'au type hémorragique et rappelant celles qu'on observe chez l homme, au début du processus pachyméningitique.

Insuffisance surrénale et sensibilité aux poisons. Action du mélange adrénaline et strychnine. — MM. J. CAMUS et R. PORAK ont montré antérieurement que les animaux en état d'insuffisance surrénale sont plus sensibles aux intoxications par le curare et par la strychnine.

Ils ont cherché à élucider le mécanisme de cette sensibilité.

Leurs conclusions sont les suivantes : la multiplicité des poisons qui sont plus actifs chez les animaux décapsulés indique qu'il ne doit pas s'agir d'une absence de neutralisation spécifique de tous ces poisons par les produits surrénaux ; l'écart entre les doses mortelles de tel poison chez l'animal normal et chez l'animal décapsulé est net mais peu considérable ; il serait notablement plus grand si une neutralisation spécifique existait chez l'animal normal. De plus les extraits capsulaires, l'adrénaline, ne diminuent, ni ne neutralisent l'effet de la strychnine pas plus que celui du curare ni *in vitro*, ni *in vivo*.

Le mélange adrénaline et strychnine, en particulier, est plus toxique que la strychnine seule.

Pour expliquer la sensibilité des animaux décapsulés aux poisons, il y a lieu d'invoquer une perturbation générale dans la circulation, la pression artérielle, l'action des vaso-moteurs, dans les sécrétions, dans les fonctions d'élimination. Ces conditions favorisent l'absorption, la fixation des poisons, nuisent à leur élimination, changent par conséquent en l'accentuant le tableau de l'intoxication.

Sur un nouveau milieu de culture pour le gonocoque. — MM. P. Emile WEIL et NOIRÉ donnent la composition d'un milieu qui leur a permis d'obtenir à tout coup (40 cas) la culture de gonocoque en partant de blennorragies jeunes (deux jours) ou vieilles (cinq mois), et sur lequel le gonocoque végète plus abondamment et plus longuement que sur tout autre.

Ce milieu, utilisé déjà par Sabouraud et Noiré pour la culture des staphylocoques, est composé de la façon suivante : on précipite la caséine d'un litre de lait par 2 centimètres cubes d'acide chlorydrique, on filtre et l'on neutralise avec la solution normale de soude. On ajoute moitié son volume d'eau peptonée à 2 p. 100, 1 p. 100 de saccharose, 0,35 à 0,40 p. 100 d'urée, 1g60 p. 100 d'azur; on passe à l'autoclave à 120, on filtre, on répartit dans les tubes qu'on stérilise enfin par un chauffage à 110. Ensemencer largement et mettre aussitôt à l'étuve.

Inclusion intracellulaire dans le liquide articulaire du rhumatisme articulaire aigu. — MM. BOSC et CARRIEU. Les cellules du liquide articulaire du rhumatisme vrai renferment des inclusions en particulier de forme micrococcique, ou en amas de corpuscules très fins, qui sont identiques comme forme et réactions aux inclusions de la clavelée, de la vaccine, de la variole, etc., et qui sont vraisemblablement de nature parasitaire.

Action antiseptique de l'or et de l'argent. — M. SAUTON. 1° L'action empêchante de l'argent métallique se manifeste de la même manière sur la culture de l'*Aspergillus* et sur celle du bacille tuberculeux. Mais, dans l'un et l'autre cas, sans que la cause en soit actuellement connue, l'expérience ne réussit pas d'une manière régulière alors que le résultat indiqué par Raulin aurait permis de croire à une action constante de l'argent sur l'*A. niger*. Cette irrégularité ne saurait être expliquée qu'à la lumière de nouvelles expériences. 2° Les sels d'argent entravent toujours à faibles doses la végétation du bacille tuberculeux; mais à la longue la culture finit par s'établir. 3° Tout au contraire les sels d'or ne permettent pas le développement, même tardif, de ce microbe.

Toxicité de la tuberculine de Koch chez les cobayes infectés de tuberculose par injection sous-cutanée ou par instillation dans l'œil. — M. MASSOL. Les cobayes, inoculés sous la peau depuis six semaines avec une dose de 0 milligr. 1 de bacilles tuberculeux, sont deux fois plus sensibles à la tuberculine que les cobayes infectés depuis la même durée avec une dose de 1 milligramme par l'œil. Ces derniers, sous l'influence de la tuberculine, présentent, trois heures après l'injection sous-cutanée, un larmoiement très net et abondant qui permet de reconnaître l'œil qui a reçu les bacilles tuberculeux.

Une race de ferment lactique arsenicophile. — M. Ch RICHET. Un ferment lactique, non seulement s'habitue à vivre dans des liqueurs très riches en arsenic, de manière à constituer une nouvelle race, pour laquelle l'arsenic devient une condition indispensable de vigueur et d'activité.

Sur les variations de la radiosensibilité des cellules nourricières de l'épithélium séminal chez le rat. — M. REGAUD. Les éléments nourriciers de l'épithélium séminal ont une radiosensibilité variable; les variations dependent du stade fonctionnel auquel ils se trouvent au moment de l'irradiation; radiorésistants lorsqu'ils sont au repos ou dans un état de fonctionnement faible, les noyaux de Sertoli et le territoire protoplasmique qui dépend de chacun d'eux deviennent radiosensibles au moment de leur maximum d'activité, c'est-à-dire lorsqu'ils sont conjugués avec des faisceaux de spermies pour former les spermatophores.

Dès son apparition le ganglion lymphatique est hématiformateur. — MM. RETTERER et LELIÈVRE. La teinte rouge vif de l'ébauche ganglionnaire est due à la formation d'îlots d'hématies aux dépens du tissu même du nodule. En se vacuolisant, puis se résorbant, le cytoplasma de territoires entiers du nodule se creuse de sinus qui contiennent les noyaux devenus hémoglobiques. Ces territoires ainsi évolués figurent alors des îlots rouges qui persistent plus ou moins longtemps chez l'embryon, parce que la circulation lymphatique s'y fait avec une extrême lenteur. Dès que le courant lymphatique augmente, il entraîne les hématies *naissantes* et transforme le ganglion jusque-là *hémolymphatique* en un organe d'apparence grisâtre ou ganglion ordinaire dont cependant la structure et les fonctions restent les mêmes qu'aux premiers stades.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES HÉMOPTYSIES TUBERCULEUSES

GÉNÉRALITÉS. CLASSIFICATION. — L'hémoptysie est un symptôme relativement fréquent au cours de la tuberculose pulmonaire. On l'y observe en effet dans 70 p. 100 des cas, d'après Williams, dans les deux tiers des cas seulement, pour Grancher et Barbier; ce qui donne à ce symptôme une importance capitale dans la séméiologie de la tuberculose pulmonaire, c'est tout d'abord que très souvent l'hémoptysie vient révéler l'existence d'une tuberculose, jusque-là insoupçonnée, c'est ensuite le fait que l'hémoptysie est ou n'est pas associée *à une poussée évolutive* du processus tuberculeux, considération qui modifie profondément, comme l'ont bien établi les récents travaux de Bezançon et ses élèves (de Jong, Weil), le pronostic et la thérapeutique des diverses variétés d'hémoptysie.

Tantôt, en effet, l'hémoptysie survient brusquement, fortuitement, sans s'accompagner d'aucun des symptômes de l'imprégnation bacillaire, à la manière d'un accident mécanique qui résume à lui seul tout le processus morbide. Tantôt au contraire, l'hémoptysie est liée à une évolution des lésions pulmonaires, à une poussée évolutive de la tuberculose; elle est alors symptomatique d'une exagération des lésions pulmonaires, d'une recrudescence des phénomènes généraux. Il est aisé de comprendre combien ces deux variétés d'hémoptysie sont dissemblables et combien il est indispensable pour le clinicien de savoir toujours exactement à quel type appartient l'hémoptysie qu'il observe.

Enfin, tandis que certaines formes de tuberculose pulmonaire voient s'effectuer toute leur évolution sans l'apparition d'une seule hémoptysie, d'autres formes au contraire présentent des *hémoptysies à répétition,* réalisant ainsi de *véritables formes hémoptoïques de la tuberculose pulmonaire*, formes cliniques importantes sur lesquelles nous insisterons longuement.

Jusqu'à ces dernières années, la classification des hémoptysies tuberculeuses admise par tous les auteurs classiques était la suivante : on décrivait des hémoptysies du début, des hémoptysies de la période d'état, des hémoptysies de la période terminale. On y ajoutait des hémoptysies au cours des tuberculoses aiguës. En réalité, cette description classique est incomplète et ne répond qu'imparfaitement aux faits cliniques et anatomiques bien étudiés en ces dernières années; en particulier cette description ne tient pas compte de l'existence de formes spécialement hémoptoïques de la tuberculose pulmonaire, pas davantage que de la distinction en hémoptysies s'accompagnant ou non d'une poussée évolutive du processus tuberculeux.

Avant toute description clinique, nous allons tout d'abord étudier les divers processus anatomiques qui conditionnent les hémoptysies tuberculeuses, ainsi que leurs causes occasionnelles et prédisposantes. Nous passerons ensuite en revue les diverses modalités cliniques. Nous terminerons par une discussion sur la valeur séméiologique et pronostique de ce symptôme, y comprenant un exposé rapide du diagnostic et du traitement.

I. Causes anatomiques de l'hémoptysie tuberculeuse. — CAUSES OCCASIONNELLES ET PRÉDISPOSANTES (1). — Les auteurs classiques décrivent trois causes anatomiques de l'hémoptysie tuberculeuse : la *fluxion locale*, l'*ulcération vasculaire*, l'*anévrisme de Rasmussen*. Tripier et Bard ont complété et précisé ces données classiques, surtout en ce qui concerne la fluxion locale, qu'ils décrivent sous le nom de *pneumonie hémorragique*.

a. PNEUMONIE HÉMORRAGIQUE. — Pour Tripier, un *rocessus pneumonique* serait à l'origine non seulement de l'hémoptysie du début, mais aussi de l'hémoptysie de la période confirmée de la tuberculose pulmonaire commune; ce processus pneumonique correspond à la congestion érituberculeuse des auteurs classiques; cliniquement ces poussées pneumoniques tuberculeuses ont été bien décrites par Braun dans sa thèse récente, par Sabourin, sous le nom de *pneumonie nécrosante*, et sous celui, plus hypothétique, d'*embolie bronchique tuberculeuse*; il s'en faut d'ailleurs que ces pneumonies, si fréquentes au cours de la tuberculose pulmonaire, soient toujours hémorragiques.

Les poussées de pneumonie hémorragique s'observent dans la phtisie fibro-caséeuse commune, comme aussi dans la tuberculose abortive et dans la phtisie fibreuse; Dumarest a signalé un processus analogue dans les phtisies fibro-congestives de Bard et dans certaines formes postpleurétiques. Il en est de même en ce qui concerne les hémoptysies menstruelles ou supplémentaires.

Certains tuberculeux hémoptoïques sont particulièrement sensibles à l'action de toute une série de causes occasionnelles provocatrices d'hémoptysie, séjour au bord de la mer, à la montagne, variations barométriques brusques, médicaments (iodure, arsenic). Certaines de ces causes agissent en élevant la pression artérielle, mais il faut surtout retenir parmi les causes prédisposantes de l'hémoptysie par processus pneumonique, le terrain nerveux, arthritique; les hémoptysies fluxionnaires s'observent donc, en résumé, surtout chez des sujets à sensibilité vaso-motrice accusée, présentant souvent d'ailleurs des lésions tuberculeuses discrètes, ou fibreuses : dans certains cas la fluxion pulmonaire peut être provoquée ou entretenue par un rétrécissement mitral pur.

b. L'ULCÉRATION VASCULAIRE est un processus anatomique qui, fréquemment, peut entraîner également une hémoptysie. Pour Tripier, le rôle de ce processus, comparativement au processus pneumonique déjà étudié, est des plus restreints; pour Bard, au contraire, cette cause serait à invoquer dans la plupart des cas, même au cours de la tuberculose abortive : il s'agirait alors de la rupture d'un petit vaisseau ectasié, d'une variété d'anévrisme capillaire. Pour Dumarest, l'ulcération vasculaire déterminant l'hémoptysie s'observe de préférence dans les formes aiguës, rapidement extensives, comme encore dans les formes cavitaires, par rupture des capillaires du tissu de granulation qui tapisse les cavernes.

Dans cette variété d'hémoptysie, les causes occasionnelles invoquées plus haut n'ont à peu près aucune importance : cependant, ici encore, les poussées d'hypertension artérielle peuvent jouer un rôle dans le déterminisme de la rupture vasculaire.

c. ANÉVRISME DE RASMUSSEN. — Les hémorragies rapidement mortelles, que l'on observe à la période cavitaire de la tuberculose pulmonaire, seraient dues à la rupture de formations anévrismales développées sur le trajet d'une artère perméable au sang. Il est toujours assez difficile de retrouver cet anévrisme à l'autopsie. Il faut tout d'abord vider avec précaution les bronches et les cavernes des caillots de sang qui les encombrent, puis laver les parois de la caverne sous un fin filet d'eau : dans certains cas, on apercevra alors, sur le trajet d'une artère, le petit anévrisme rompu. Pour Eppinger, l'anévrisme de Rasmussen est dû à la périartérite des tuniques externes et moyennes. Pour Ménétrier, il y aurait, en outre, endartérite, perforation de l'endartère, formation d'un caillot leucocytique qui se transformerait en une néo-membrane, se substituant à l'endartère détruite. Pour Tripier, le mécanisme de ces hémoptysies est le suivant : il y a d'abord ouverture du vaisseau altéré : la dilatation ampullaire d'une néomembrane est de formation secondaire. Lorsque le vaisseau est ulcéré, le sang s'écoule dans la caverne : si celle-ci est petite, les caillots qui s'y accumulent ralentissent l'écoulement du sang, favorisent la formation de caillots leucocytiques, qui se transformeront plus tard en une véritable membrane obturatrice, qu'une nouvelle augmentation de pression pourra secondairement faire céder. Il s'agit donc là d'*anévrisme faux*.

Tels sont les processus anatomiques capables de déterminer une hémoptysie au cours de la tuberculose pulmonaire : il est impossible de les superposer exactement aux diverses modalités cliniques que nous aurons bientôt à passer en revue.

Avant d'aborder cette étude, rappelons brièvement certaines particularités étiologiques des hémoptysies tuberculeuses.

(*A suivre.*)

(1) Nous empruntons en grande partie la description qui va suivre, à l'excellent livre de Piéry : *La Tuberculose pulmonaire*, Paris, 1910, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 73. — SAMEDI 28 JUIN 1913. 86e ANNÉE SAMEDI 28 JUIN 1913. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Première séance du 26 juin. — M. Piéry : « Le hoquet. » — Note : 19.

M. Ribierre : « De l'hypothermie. » — Note : 19 1/2.

Deuxième séance du 26 juin. — M. Lereboullet : « Pathogénie et symptomatologie des accidents de l'air comprimé. » — Note : 19 1/2.

M. Nanta : « Des accidents névrosiques d'origine traumatique. » — Note : 16.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont institués agrégés des facultés de médecine (section de physique biologique et médicale) les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Escande et Réchou.

— Sont institués agrégés (section d'obstétrique), près les facultés de médecine des universités ci-après désignées, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Université de Paris : M. Sauvage.
Université de Lille : M. Le Laurier.
Université de Bordeaux : M. Faugère.

LES FRAIS DES CONCOURS D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE EN 1913. — La *Semaine médicale* donne des renseignements intéressants sur les frais des concours d'agrégation en 1913. Il a été prévu pour ces frais au budget du présent exercice un crédit spécial que l'administration a évalué à 5400 francs.

« Etant donné que les jurys des concours des diverses sections seront, au minimum, au nombre de douze, que chaque jury comprend au moins cinq juges auxquels il est attribué, en vertu de l'arrêté ministériel du 6 décembre 1876, un jeton de présence de 15 francs par séance, et que les concours qui se tiennent à Paris nécessitent non seulement le remboursement des frais de voyage des membres des jurys résidant dans les départements, mais aussi des frais matériels et des indemnités du personnel de la Faculté de médecine de Paris, pour le rémunérer du travail supplémentaire que lui occasionnent ces concours, la dépense peut s'établir ainsi en se référant aux dépenses constatées lors des derniers concours d'agrégation de médecine en 1910 :

Droits de présence des membres du jury (à raison de 15 francs par séance) pour 12 concours, 5 juges chacun, soit 60 juges, siégeant en moyenne 35 fois chacun = 2 100 présences, à 15 francs l'une, soit	31500 fr.
Frais de voyage des membres des jurys résidant en province (les concours se tenant à Paris)..	15500 »
Frais matériels des douze concours	3000 »
Rémunération des employés de la Faculté de médecine de Paris pour le travail supplémentaire qui leur est occasionné par ces concours, travail qui est complètement indépendant de leur service normal et qui s'y ajoute	4000 »
Total	54000 fr.

L'estimation faite par l'Administration est inférieure aux dépenses qu'occasionneront les concours ouverts en 1913, parce que, d'une part, il n'a pas été tenu compte que les jurys de deux sections (médecine générale et chirurgie générale) comprennent chacun neuf juges au lieu de cinq, et, d'autre part, que le nombre des concours a été de 13 au lieu de 12. Pour ces raisons, le ministère de l'instruction publique devra donc ultérieurement demander un crédit supplémentaire d'environ 8000 francs, et par suite les frais de ces concours s'élèveront au moins à 62000 francs, au lieu de 54000 fr. »

Il y a lieu d'ajouter encore à ce chiffre les frais causés par l'annulation des deux concours d'ophtalmologie et de physiologie qui devront, on le sait, recommencer au mois de novembre. Le chiffre total des frais des concours d'agrégation des Facultés de médecine en 1913 dépassera donc vraisemblablement 75000 francs.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Séance du 26 juin. — Sont nommés : MM. Boivin, Belour, Wallimann, Mme Bruninghaus, Finot, Petit, Boyer, Doucet, Renault, Duclaud, Rougé, Gontier.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 23 juin 1913, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été promus aux grades ci-après, et par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Yersin, en service en

RENSEIGNEMENTS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide de médecine pratique. Traitement nouveau, par HYVERT. Deuxième édition. Un vol. de 364 pages. — Paris, A. Maloine.

Indochine, hors cadres; maintenu; — Reboux-Lachaux, en congé; maintenu; — Salanoue-Ipin, en service en Indo-Chine, hors cadres; maintenu provisoirement.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Hazard en service en Chine, hors cadres; maintenu; — Gaide, à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales; maintenu.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Aubert, à l'Institut Pasteur à Paris; maintenu; — Savignac, en service à Madagascar, hors cadres; maintenu provisoirement; — Kérandel, en service au Tonkin, hors cadres; maintenu provisoirement; — Damond, en service en Cochinchine (emploi vacant); maintenu provisoirement; — Augé, en Afrique occidentale (emploi vacant); maintenu provisoirement; — Couderc, à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales (emploi vacant); maintenu; — Le Dantec, à la disposition du ministre des colonies (emploi vacant); maintenu; — — Erdinger, en service au Tonkin (emploi vacant); maintenu provisoirement; — Noc, en service à la Martinique, hors cadres (emploi vacant); maintenu provisoirement.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Le Dentu, en service au Tonkin, hors cadres, maintenu provisoirement; — Kernéis, en service en Ethiopie, hors cadres; maintenu provisoirement; — Combes, au 24e d'infanterie coloniale; maintenu; — Hudellet, en service en Afrique occidentale; maintenu provisoirement; — Sébilleau, en service en Afrique équatoriale, hors cadres; maintenu provisoirement; — Herrmann, au 3e d'artillerie coloniale; maintenu; — Arlo, à l'Institut Pasteur de Lille; maintenu; — Saujeon, au 6e d'infanterie coloniale; maintenu; — Dubarry, au 3e d'artillerie coloniale; maintenu; — Botreau-Roussel, en service en Afrique occidentale, hors cadres; maintenu provisoirement.

LA MAISON DU MÉDECIN. — Par acte authentique passé en l'étude de Me Josset, notaire à Paris, le 21 juin dernier, la « Maison du médecin » a acquis à titre définitif le château de Valenton (Seine-et-Oise), et en a intégralement acquitté le prix convenu (170 000 francs).

Les travaux d'aménagement vont être aussitôt entrepris et poussés très activement. Le Conseil d'administration peut être en mesure d'opérer le transfert de ses pensionnaires actuellement à Brézolles dans le courant des vacances.

De nouveaux pensionnaires vont, en outre, être admis à la « Maison du médecin » et, si l'on en juge par le nombre de demandes, il n'y aura pas longtemps de places vacantes au château de Valenton.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Une mention honorable et une récompense de 2000 francs sont attribués à un mémoire de M. Barany (de Vienne) sur « les méthodes de Barany, leur évolution et importance pratique pour le diagnostic et le traitement des maladies du labyrinthe, de l'acoustique et des centres nerveux. Description d'un nouveau syndrome, relation entre histologie et fonction du cervelet. »

Une mention et une récompense de 1000 francs sont attribués à un mémoire de MM. E. Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif, et L. Marchand, médecin en chef de la maison de Charenton, sur la « Pathogénie et le traitement de l'épilepsie. »

A LA MÉMOIRE DE DUMONTPALLIER. — La Société de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie a procédé à l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, sous la présidence du professeur Charles Richet, aux côtés de qui avaient pris place MM. J. Voisin, président de la Société, les professeurs Chauveau, Dastre, Lucas-Championnière, Daniel Berthelot, Gley, Henneguy, les docteurs Bérillon, Ladame (de Genève), Variot, Muselier, médecin principal, Robert, Charles Leroux, Farez, à l'inauguration du buste de Dumontpallier. Décédé il y a quatorze ans, après une vie scientifique des mieux remplies, au cours de laquelle il fut médecin de la Pitié et de l'Hôtel-Dieu, secrétaire général de la Société de biologie, président de la Société médicale des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, Dumontpallier fut mêlé à tous les principaux événements qui ont marqué en France la renaissance des études psychologiques. Il présida en 1889 le premier congrès international de l'hypnotisme, au temps où il y avait quelque courage à le faire, et fonda le 20 juillet 1891 la Société d'hypnologie et de psychologie dont il fut nommé président perpétuel.

L'hommage qui lui fut rendu était donc des plus mérités, autant par la noblesse de caractère de Dumontpallier que par la valeur de ses travaux. C'est ce que surent rappeler le docteur Bérillon, qui montra tout ce que l'hypnotisme et la psychothérapie doivent au disparu, le docteur Béni-Barde, qui évoqua ses maîtres et ses contemporains, le docteur Ladame (de Genève), qui prit la parole au nom des délégués étrangers, et enfin M. Levatois, qui parla au nom des Normands de Paris, dont il est le président.

Puis M. Jules Bois a célébré dans une pièce de vers les mérites du docteur Dumontpallier.

M. le docteur Paul Farez prononça ensuite l'éloge du docteur Paul Magnin, vice-président de la société.

Avant de lever la séance, M. le professeur Charles Richet et M. le professeur Dastre, président de la Société de biologie, ont remercié les organisateurs de la fête en l'honneur de Dumontpallier, le premier au nom de ses amis personnels, le second au nom de la Société de biologie, dont Dumontpallier fut pendant de si longues années le secrétaire perpétuel.

Un banquet de cent couverts a été offert le soir aux délégués français et étrangers; des discours y ont été prononcés par M. le docteur Bérillon, le professeur Beauvisage, sénateur du Rhône; M. le docteur Ladame (de Genève); M. le professeur Lionel Dauriac; M. Boirac, recteur de l'académie de Dijon; M. Witry (de Metz), M. Guilhermet, avocat à la cour, M. Hallopeau et M. Sidney Alrutz (d'Upsal).

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA. — Un concours sera ouvert à Alger, le lundi 8 décembre 1913, pour un emploi de chirurgien adjoint à l'hôpital de Mustapha.

Les candidats devront déposer ou transmettre par lettre recommandée, à la direction de l'hôpital de Mustapha, un mois au moins avant la date d'ouverture du concours, les pièces dont la production est prescrite par l'article 3 de l'arrêté du 22 juin 1911.

— Un concours pour huit places d'élève interne en médecine et en chirurgie sera ouvert le lundi 13 octobre 1913, à neuf heures du matin dans une des salles de l'hôpital civil de Mustapha.

Les candidats devront se faire inscrire personnellement ou par écrit au secrétariat de la direction de l'hôpital. La liste d'inscription sera close le samedi 11 octobre, à cinq heures du soir.

HOSPICES CIVILS DE SENS. — Le poste de médecin chef des hospices civils de Sens allant être vacant très prochainement, MM. les docteurs qui voudront poser leur candidature à ce poste sont priés de vouloir bien adresser leur demande à M. le président de la Commission administrative à l'hospice de Sens avant le 5 juillet.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

REVUE GÉNÉRALE

SYPHILIS MALIGNE PRÉCOCE

Par M. Louis BRIN,
Chef de clinique adjoint à l'hôpital Saint-Louis.

I

Définition. — Sous le nom de syphilis maligne précoce, on doit entendre seulement les cas dans lesquels la malignité de l'affection se caractérise dès la période secondaire par l'apparition de lésions ulcéreuses de la peau, plus ou moins étendues, associées à des symptômes généraux de gravité variable, le caractère ulcéreux des syphilides constituant l'élément essentiel de la maladie.

Cette définition montre que l'on doit écarter du cadre de la syphilis maligne précoce, les syphilides secondaires malignes de Fournier qui, pour cet auteur, peuvent revêtir trois types : syphilides papulo-tuberculeuses, syphilides papuleuses exfoliatrices, syphilides papuleuses nigricantes. A vrai dire, il s'agit bien, dans ces cas, d'éruptions du type secondaire ayant une évolution lente, une résistance inusitée au traitement spécifique, et s'accompagnant souvent de phénomènes généraux graves ; mais l'on n'y constate pas le caractère ulcéreux que doivent présenter les lésions étiquetées syphilis maligne précoce.

Elle montre surtout, et c'est là un point sur lequel il faut bien insister, quoique pourtant signalé depuis longtemps, que syphilis maligne précoce n'est pas synonyme de syphilis grave précoce, encore que les deux termes soient souvent employés l'un pour l'autre. Assurément la syphilis maligne précoce est une des formes des syphilis graves précoces ; mais cette classe renferme encore d'autres variétés qui n'ont rien de commun avec celle qui nous occupe ici : tels les cas où la malignité précoce de l'affection se caractérise par des complications graves tout particulièrement du côté du système nerveux ou des organes des sens, ou encore par une atteinte très profonde de l'organisme pouvant amener la mort. Lésions viscérales précoces, symptômes généraux graves peuvent exister dans la syphilis maligne précoce, mais associés aux lésions cutanées ulcéreuses, à elles seules nécessaires et suffisantes pour constituer la forme clinique étudiée ici.

II

Historique. — Ainsi comprise la syphilis maligne précoce n'est guère connue que depuis l'étude approfondie qui en a été faite par Bazin et son élève Dubuc (Thèse de Paris, 1864).

En 1876, Ory consacre également sa thèse à l'étude des conditions étiologiques dans lesquelles se développe l'affection.

Les observations d'ailleurs se multiplient dans les années qui suivent, et nous nous contenterons de mentionner ici les noms de Horteloup, Gouguenheim, Finger, etc., renvoyant le lecteur à l'index bibliographique pour des renseignements plus complets.

Durant ces dernières années, nous rappellerons surtout les recherches cliniques et étiologiques de Lochte (1901) ; les études bactériologiques et thérapeutiques très importantes de Buschke (1906-1907) ; les thèses de Bonnet et de Chérel (1907-1908); la communication de Queyrat à la Société médicale des hôpitaux (1908) avec discussion sur la pathogénie de l'affection ; l'étude très complète de Rost (1909) ; enfin la revue critique de Carle (janvier 1911).

III

Etiologie. — La FRÉQUENCE absolue de la syphilis maligne précoce est certainement faible si on ne considère que les cas vraiment dignes de ce nom ; et dans les services spéciaux il se passe parfois des semaines sans que l'on ait l'occasion d'observer un cas de ce genre.

La fréquence relative est des plus difficiles à apprécier, et les renseignements nous manquent pour pouvoir déterminer dans quelles proportions la syphilis revêt ce caractère de malignité précoce. Lochte en cinq ans, sur 3270 cas de syphilis développée chez l'homme a vu 17 syphilis malignes précoces, soit une proportion de 0,52 p. 100 ; dans le même temps il n'a observé qu'un seul cas analogue dans le sexe féminin.

Les CAUSES PRÉDISPOSANTES ne sont pas nettement déterminées, ou plutôt il est malaisé d'en apprécier la valeur exacte.

L'origine exotique de la syphilis a été invoquée, les infections d'origine asiatique étant les plus graves et ensuite celles d'origine africaine (Lochte).

La contamination d'individus jusque-là indemnes dans leur ascendance et ne présentant pas par conséquent la moindre immunité serait un facteur de grande importance pour Lesser, Neisser et Haslund.

Le siège extragénital du chancre a été bien des fois incriminé. Fournier, par contre, enseignait que « considérées en masse, les syphilis de cet ordre ne donnent pas lieu à un pronostic plus précocement grave que toutes les véroles, quels que soient les accidents primaires ».

L'âge enfin des malades est, pour certains, un facteur prédisposant, la syphilis de l'enfant et du vieillard présentant un caractère de gravité beaucoup plus grande que celle de l'adulte.

En réalité il est très difficile d'apprécier le rôle exact de ces diverses causes, car les expressions de syphilis grave précoce et de syphilis maligne précoce sont, comme nous l'avons dit, trop souvent prises pour synonymes dans les statistiques.

Il semble cependant que ces divers facteurs, susceptibles d'avoir une influence réelle sur l'éclosion des syphilis graves précoces, en ont beaucoup moins quand il s'agit de la forme qui nous occupe ici.

Les CAUSES DÉTERMINANTES ont au contraire beaucoup d'importance et méritent d'être étudiées en détail. On peut d'ailleurs résumer facilement leur action dans la proposition suivante : la syphilis maligne précoce est l'apanage des débilités et des

malades affaiblis antérieurement par une tare quelconque.

Parmi ces tares qui conditionnent ainsi la malignité précoce de la syphilis, l'alcoolisme occupe la première place, et il y a bien longtemps que cette action nocive de l'alcool sur les téguments a été signalée pour la première fois (Boerhave, Bassereau). C'est qu'en effet la peau par ses conditions spéciales de vitalité, poussées congestives fréquentes, troubles circulatoires, stases veineuses, altérations des vaisseaux, subit tout particulièrement l'influence du poison. Il n'est donc pas étonnant, comme le dit Barthélemy, que les éléments de la peau, longtemps imprégnés par l'agent toxique et devenus un lieu de moindre résistance, acquièrent une susceptibilité morbide spéciale et subissent une atteinte profonde en cas de syphilis.

Le rôle du paludisme a été beaucoup plus discuté, et certains auteurs, Lochte en particulier, lui dénient toute influence. D'autres, par contre, en font un facteur étiologique des plus importants : pour Chérel, la nocivité de l'impaludisme égale celle de l'alcoolisme, mais elle a plus rarement l'occasion de se manifester. Une statistique de Fournier semble trancher nettement la question : sur 59 cas de syphilis ayant évolué chez des paludéens, l'affection se manifesta 18 fois par des syphilides cutanées extensives, ulcéreuses, malignes, soit une proportion vraiment impressionnante de 30 p. 100. Ott, dans sa thèse, cite comme preuve de cette même action l'exemple de la Roumanie, pays de vastes marais où la cachexie palustre est pour ainsi dire une cachexie naturelle, et où la malignité précoce de la syphilis a été souvent constatée.

La tuberculose a d'une manière générale, on le sait surtout depuis les travaux de Verneuil, une action néfaste sur l'évolution des accidents syphilitiques. Ramonat a montré dans sa thèse que chez les tuberculeux, la syphilis revêt parfois le type de la syphilis maligne précoce, les syphilides secondaires devenant très rapidement ulcéreuses et constituant, suivant l'expression de Fournier, de véritables écrouelles spécifiques secondaires.

Ces trois facteurs, que nous venons d'étudier en détail, agissent à la faveur des troubles organiques profonds qu'ils déterminent. Aussi bien ne sont-ils pas les seuls à entrer en ligne de compte, et toute cause susceptible de diminuer sensiblement la résistance de l'organisme peut, par là même, provoquer, en cas de syphilis, les lésions cutanées qui caractérisent cette forme clinique. L'enquête étiologique permet souvent de retrouver dans les cas de ce genre, soit la misère physiologique — les nombreux cas constatés en 1871, lors du siège de Paris, en sont la preuve — soit le surmenage sous toutes ses formes, surmenage physique ou intellectuel ou encore le surmenage mondain sur lequel a insisté Fournier.

Dès lors, on comprend facilement comment parfois la syphilis peut prendre ce type de malignité précoce, soit chez le vieillard, lorsque l'âge a considérablement amoindri les forces réactionnelles, soit chez la femme enceinte, lorsque les intoxications multiples et le surcroît de travail résultant de la grossesse ont notablement diminué la résistance normale aux infections, sans que, d'une façon générale, on puisse considérer la sénilité ou l'état puerpéral comme des causes vraiment prédisposantes de la syphilis maligne précoce.

Il faut d'ailleurs bien reconnaître, en terminant ces considérations étiologiques, que souvent les accidents secondaires évoluent normalement chez les alcooliques, les paludéens, les tuberculeux, les surmenés de tout ordre ; que souvent aussi par contre, en présence d'un cas de syphilis maligne précoce, l'examen le plus attentif, l'enquête la plus sérieuse ne permettent pas de déceler chez le malade la tare organique qui a pu favoriser l'éclosion de ces accidents cutanés si graves d'emblée. Mais malheureusement les statistiques manquent ou ne sont pas suffisamment explicites pour qu'on puisse déterminer de façon à peu près précise dans quelle proportion interviennent ces divers facteurs. Sur 7 cas, Carle a trouvé une fois la tuberculose pulmonaire, une fois l'alcoolisme ; chez les cinq autres malades, il n'a pu déceler de tare appréciable.

IV

Anatomie pathologique et bactériologie. — L'ANATOMIE MACROSCOPIQUE des lésions cutanées ne comporte pas de longs développements, car elle se confond avec la description clinique de l'affection.

Deux faits surtout caractérisent à ce point de vue la syphilis maligne précoce ; c'est d'une part la rapidité avec laquelle se nécrose l'infiltrat syphilitique, donnant ainsi naissance à des ulcérations profondes qui entament ou détruisent le derme, et sont nécessairement suivies de cicatrices : c'est en second lieu, caractère moins important parce que moins constant, la facilité avec laquelle sur ces ulcérations, du fait de leur extension périphérique et de la dessiccation du pus qu'elles sécrètent, se forment des croûtes ostréacées, plus épaisses au centre qu'à la périphérie, et constituant le rupia syphilitique des anciens auteurs.

Les autres caractères tiennent plus de la clinique que de l'anatomie pathologique, et il est préférable de ne pas y insister plus longuement ici.

HISTOLOGIQUEMENT l'ulcération est constituée par la nécrose massive de l'infiltrat syphilitique. Sur les parties latérales et sur le fond de l'ulcération on retrouve cet infiltrat avec ses caractères habituels qui n'ont ici rien de particulier (amas leucocytaires constitués surtout par des mononucléaires, avec quelques polynucléaires et d'assez nombreux plasmazellen-endartérite et périartérite très intenses); dans un cas de Queyrat par exception, la mononucléose faisait défaut et la périartérite était peu marquée.

La couche superficielle est formée par une croûte qui se constitue aux dépens de l'épiderme et de la couche supérieure du derme infiltré et mortifié.

BACTÉRIOLOGIQUEMENT, la constatation du tréponème dans les lésions cutanées de la syphilis maligne est tout à fait exceptionnelle ; du reste les docu-

ments sont très peu nombreux sur ce point. Aux résultats positifs de Doutrelepont, Herxheimer, Cristallevicz (cités par Buschke et Fisher) il faut opposer les recherches, le plus souvent négatives, de ces derniers auteurs.

Dans une première série de cinq cas ils ont obtenu des résultats constamment négatifs ; toutefois, dans l'un d'eux, l'inoculation au sourcil d'un macaque rhésus fut suivie de l'apparition après quatorze jours d'une papule infiltrée et squameuse, mais tous les essais de réinoculation furent négatifs. Dans un sixième cas il s'agissait d'une éruption composée de papulo-pustules et d'ulcérations; les auteurs purent déceler quelques spirochètes dans les papules, mais pas à la surface des ulcérations ; l'une d'elles toutefois donna un résultat positif à l'inoculation après douze jours.

Depuis les travaux de Buschke, Queyrat (1908) et Carle (1911) ont relaté des cas de syphilis maligne précoce (2 cas de Queyrat, 1 de Carle) dans lesquels ils n'ont pu retrouver le tréponème à la surface des ulcérations cutanées, malgré des examens répétés.

Mais, de toutes ces recherches, les plus importantes sont assurément celles de Tomasczevski (1911). Cet auteur, pas plus d'ailleurs que ses prédécesseurs, n'a trouvé de spirochètes dans les lésions cutanées ; mais par contre, dans les trois cas qu'il a eu l'occasion d'examiner, il a pu par inoculation au singe macaque de fragments cutanés déterminer l'apparition chez celui-ci de lésions papuleuses typiques, au niveau desquelles l'auteur a pu déceler très facilement des spirochètes.

Ainsi se confirmerait l'idée émise antérieurement par Buschke et Fisher, que les tréponèmes existant dans les lésions au début de leur formation disparaissent au stade d'ulcération; ainsi s'expliqueraient les résultats négatifs des recherches faites à ce stade.

V

Symptomatologie. — La syphilis maligne précoce est caractérisée essentiellement au point de vue clinique, comme nous l'avons déjà dit, par une éruption d'éléments ulcéreux disséminés sur tout le corps, et s'accompagnant d'une atteinte de l'état général plus ou moins marquée.

Mais avant d'aborder la description de ces divers symptômes de la période d'état, il convient d'insister sur deux signes prémonitoires très particuliers, et très caractéristiques de cette forme de syphilis.

La tendance précocement ulcéreuse de l'accident primitif est un fait relativement fréquent (observations de Carle, Gaucher et Louste, Griffon et du Castel, etc.) ; le chancre bien souvent ne reste pas à l'état de simple papule exulcérée, mais très rapidement se creuse et constitue bientôt une véritable ulcération, qui parfois s'étend pendant des mois en profondeur et en superficie, résistant à tout traitement. Un malade de Gaucher et Boisseau présentait trois mois après le début des accidents une énorme ulcération avec infiltration considérable, qui avait complètement fendu le prépuce. Un autre malade de Gaucher et Louste était porteur, au bout de huit mois, d'un chancre phagédénique qui avait peu à peu dévoré une partie de la verge.

Le second symptôme est d'ordre négatif, mais n'en a pas moins une importance capitale; c'est l'absence habituelle des manifestations cutanées et muqueuses qui sont pour ainsi dire constantes dans la syphilis secondaire. Buschke semble être le premier qui ait bien mis ce fait en évidence et, dès 1905, il a insisté longuement sur cette particularité. Queyrat et plus récemment Carle ont également noté chez une série de malades l'absence de roséole et de plaques muqueuses. Il n'y a en somme dans la plupart des cas de ce genre aucun accident spécifique entre le chancre et les lésions ulcéreuses de la période d'état.

A cette période on peut observer des signes locaux et des signes généraux.

Signes locaux. — Lorsqu'on étudie de près le début de la formation des syphilides ulcéreuses, on peut en observer deux types un peu différents :

Dans le type ecthymateux, le plus fréquent, il s'agit d'une large papule aplatie, à contours arrondis, de coloration rouge sombre, parfois centrée par un follicule pileux (c'est alors le type acnéique profond); au centre de cette papule l'épiderme est soulevé rapidement par une sérosité d'abord claire, puis louche et bientôt nettement purulente; la pustule se rompt alors et le contenu se concrète en une croûte brunâtre sous laquelle le derme s'ulcère.

Dans le type nodulaire et ulcéreux, il s'agit d'infiltrations profondes des téguments, de coloration rouge sombre ou violacée, formant une saillie très notable et s'ulcérant très rapidement.

Quoi qu'il en soit, et quel que soit le mode de début des lésions, le tableau clinique devient bientôt tout à fait typique, et les malades présentent alors toute une série d'ulcérations, irrégulièrement disséminées sur les téguments, et dont les caractères sont les suivants :

La *forme* peut en être déchiquetée; généralement elle est sensiblement régulière, quelquefois arrondie, le plus souvent ovalaire; au tronc les éléments sont allongés transversalement; aux membres le grand axe est plutôt vertical.

La *profondeur* des ulcérations est variable, plus marquée d'ailleurs dans le type ecthymateux que dans le type nodulaire; dans les formes graves les ulcérations par leur extension rapide peuvent amener des délabrements considérables.

La *base* n'en est pas infiltrée mais molle ; toutefois dans le type nodulaire les ulcérations sont quelquefois tellement profondes et l'infiltration nodulaire tellement volumineuse que les lésions ont tout à fait l'aspect d'une gomme (Brocq).

Les *bords* sont taillés à pic, violacés ; quelquefois cependant ils se continuent en pente douce avec le fond de l'ulcération.

Le *fond* est creusé en cupule et laisse suinter une sécrétion séro-purulente ; cet exsudat en se desséchant donne naissance à des croûtes et celles-ci, lorsque les ulcérations ont une marche rapidement extensive, se développent en grande abondance et

s'accumulent les unes au-dessus des autres, formant des disques empilés de grandeur décroissante; c'est cet aspect que les anciens auteurs connaissaient sous le nom de rupia syphilitique.

Les *ganglions* lymphatiques correspondant aux territoires envahis sont fréquemment engorgés.

Quant aux *troubles fonctionnels* provoqués par ces lésions ils sont des plus minimes; toutes ces ulcérations sont très peu douloureuses, et ne le deviennent guère que du fait de localisations spéciales.

En résumé, forme arrondie ou ovalaire, bords taillés à pic, base molle, bord déprimé et recouvert de pus sanguinolent ou de croûtes épaisses, tels sont les caractères morphologiques habituels des lésions cutanées de la syphilis maligne précoce. Au point de vue topographique, les éléments ulcéreux peuvent être très diversement répartis et peuvent occuper toutes les régions du tégument : il est cependant à noter que presque toujours ils prédominent sur le tronc. En tout cas, quel que soit leur nombre, ils sont toujours disséminés et non groupés : à ce point de vue donc, la syphilis maligne est nettement secondaire, alors que par la forme de ses éléments, elle se rapproche bien plutôt des manifestations tertiaires.

Les MUQUEUSES peuvent au même titre que la peau être lésées dans la syphilis maligne précoce. Si l'absence des plaques muqueuses est presque la règle chez les malades de ce genre, par contre il n'est pas rare d'observer des altérations marquées des muqueuses et surtout de la muqueuse buccopharyngée, altérations tout à fait analogues à celles des téguments, et consistant comme elles en des ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins profondes.

Dans le cas de Gaucher et Boisseau, des ulcérations entamaient profondément les amygdales et les piliers du voile.

Chez un malade de Mouriquand et Rebattu, il existait une ulcération phagédénique de l'amygdale.

Dans un cas d'Espenel, les lésions occupaient une grande partie de la bouche, sous forme d'ulcérations recouvertes de fausses membranes.

Chez un de ses malades, Carle a observé une ulcération à fond crémeux qui débordait sur les piliers et le voile du palais.

Toutes ces ulcérations, de même que celles de la peau, s'étendent rapidement si le malade n'est pas traité convenablement, et peuvent causer de grands délabrements.

SIGNES GÉNÉRAUX. — Les phénomènes généraux ne font pas partie intégrante du tableau clinique de la syphilis maligne précoce. Ils peuvent en effet faire complètement défaut ou à peu près, les lésions cutanées constituant toute la maladie; plus souvent ils existent, mais modérés; rarement ils présentent la grande intensité que l'on observe dans les syphilis graves précoces. Quoi qu'il en soit, ce sont surtout des phénomènes d'asthénie et de dénutrition que l'on observe, associés ou non à des manifestations fébriles.

L'asthénie dans la majorité des cas se manifeste seulement par de la lassitude au moindre effort et une impression de faiblesse persistante; dans les formes graves, la prostration est au contraire extrêmement marquée, les malades accusent une sensation d'accablement profond, d'anéantissement véritable et le dynamomètre indique la diminution considérable de leur force musculaire. Ces phénomènes sont d'ailleurs rares chez l'homme, mais particulièrement fréquents chez les femmes jeunes et nerveuses.

Les troubles de la nutrition consistent d'ordinaire en anorexie, phénomènes dyspeptiques, constipation, et entraînent à leur suite un amaigrissement qui, quoique appréciable, n'en reste pas moins modéré. Chez d'autres malades, au contraire, tous ces symptômes prennent une acuité particulière : l'appétit disparaît totalement, l'estomac devient intolérant parfois même pour le lait, la langue est sèche et rôtie, l'haleine est fétide : l'amaigrissement dans ces conditions fait des progrès extrêmement rapides, et les malades peuvent présenter en quelques semaines l'aspect classique de la phtisie pulmonaire.

La fièvre peut faire son apparition : elle n'est d'ailleurs pas rare dans la syphilis maligne précoce mais le plus souvent modérée. Rarement continue et constituant alors une des formes de la typhose syphilitique bien connue depuis Fournier; exceptionnellement intermittente comme dans le paludisme, elle est le plus souvent irrégulière, échappant à toute description, avec des poussées brusques que rien n'explique et des périodes de rémission plus ou moins longues.

Enfin, dans les formes graves on a pu signaler des complications diverses : rénales (albuminurie avec signes de néphrite plus ou moins intenses); pulmonaires (poussées de congestion, parfois même hépatisation); cardiaques (dilatation du cœur et asthénie); méningées (Magne), etc.

En considérant l'ensemble de ces symptômes, on voit en somme que l'aspect général des malades peut être des plus variables dans la syphilis maligne précoce. Tantôt, et c'est de beaucoup le cas le plus fréquent, il y a seulement accentuation des symptômes habituels de la période secondaire (anémie, troubles digestifs, asthénie, avec ou sans poussées fébriles). Tantôt, au contraire, ces phénomènes généraux sont extrêmement marqués : il ne s'agit plus seulement alors de syphilis maligne précoce, l'affection rentre dans le cadre des syphilis graves précoces.

VI

Evolution et pronostic. — L'évolution et le pronostic sont variables, suivant qu'aux lésions cutanées se surajoutent ou non les signes généraux graves que nous venons d'étudier.

Sont-ils très marqués et présentent-ils l'allure grave que nous avons décrite, on conçoit que le pronostic soit subordonné essentiellement à leur existence : c'est dire que suivant les cas on pourra observer soit la guérison au bout d'un temps plus ou moins long, soit la mort au milieu de phénomènes adynamiques ou encore par quelqu'une des complications viscérales mentionnées plus haut.

Lorsqu'au contraire les lésions cutanées constituent à elles seules le tableau clinique de la syphilis maligne précoce, le pronostic immédiat est relativement favorable. Il est favorable parce que d'ordinaire, après une ou plusieurs poussées des lésions ulcéreuses, la guérison s'obtient sous l'influence d'un traitement approprié. Il ne l'est que relativement, car, étant donnée l'efficacité moindre des traitements classiques en pareil cas, la thérapeutique peut tâtonner un certain temps, et la guérison n'être obtenue qu'au bout de plusieurs mois. Par ailleurs, il faut toujours redouter chez ces malades les complications qui peuvent résulter de l'extension du processus ulcéreux, soit du côté du chancre (cas de Griffon et du Castel), soit du côté des lésions cutanées, et il faut savoir que les syphilides ulcéreuses laissent à leur place des cicatrices gaufrées, dyschromiques, parfois cheloïdiennes (Nicolas et Favre), exceptionnellement mutilantes.

Le pronostic ultérieur de ces syphilis, d'allures si graves à leur période de début, est au contraire favorable et ce n'est pas un des caractères cliniques les moins curieux de cette forme spéciale. Si en effet on suit ces malades ultérieurement, on constate qu'ils ne présentent pas d'ordinaire d'accidents spécifiques graves, soit du côté de la peau, soit du côté des viscères. Comme le dit Carle, « il semble que toute la virulence de la maladie se soit épuisée dans cette première explosion. Lorsque spontanément ou par suite de la médication la première poussée est maîtrisée, il est tout à fait exceptionnel de constater par la suite quelques rechutes du même genre ou d'un genre plus atténué. Même sans médication ni hygiène il ne se produit plus rien. Autant qu'il est possible de le dire, la guérison est définitive ».

Ce n'est d'ailleurs là qu'un cas particulier de cette loi générale si souvent vérifiée en syphiligraphie, que les lésions viscérales graves, syphilitiques et parasyphilitiques, sont surtout l'apanage des syphilis légères dans leurs manifestations cutanées, et que, inversement, des accidents cutanés graves, soit par leur intensité soit par leur répétition, semblent mettre à l'abri jusqu'à un certain point des conséquences tardives et redoutables de l'infection syphilitique.

VII

Diagnostic. — Le diagnostic de la syphilis maligne précoce est généralement facile ; l'apparition de lésions ulcéreuses généralisées de la peau, survenant consécutivement à un chancre dans les délais habituels de la période secondaire, est presque pathognomonique. Les caractères spéciaux du chancre, l'absence de roséole et de plaques muqueuses, les signes généraux concomitants confirmeront cette hypothèse.

Les causes d'erreur ne sont d'ailleurs pas nombreuses, et en somme faciles à éviter avec quelque attention.

Les lésions des impétigos ulcéreux ou impétigos ecthymas peuvent cependant simuler d'assez près, lorsqu'elles sont disséminées sur le corps, les syphilides ulcéreuses : ce sont dans les cas graves des ulcérations, arrondies ou ovalaires, à bords taillés à pic, à fond sanieux présentant en somme les caractères des lésions de la syphilis maligne précoce, d'autant plus que fréquemment elles se recouvrent dans ces cas de croûtes superposées comme dans le rupia syphilitique.

Pour faire le diagnostic on se souviendra que, dans l'ecthyma, les lésions sont plus disséminées et réparties sans aucune systématisation ; les éléments ont leur siège de prédilection aux membres inférieurs ; les ulcérations sont moins profondes et moins infiltrées. Surtout on recherchera avec grand soin la notion de syphilis récente, qui sera encore le meilleur élément de diagnostic. Enfin le traitement pourra servir de pierre de touche, la guérison s'obtenant facilement et rapidement en cas d'ecthyma par le repos et les pansements antiseptiques fréquemment renouvelés.

Les lésions habituelles du psoriasis peuvent parfois se modifier par la formation de croûtes très abondantes, et on a alors la forme dite psoriasis rupioïde. En pareil cas la ressemblance n'est d'ailleurs que superficielle ; lorsque les croûtes sont tombées, il n'y a pas d'ulcérations comparables à celles de la syphilis maligne, et de plus il est toujours possible de retrouver en certains points des éléments de psoriasis typique qui feront faire le diagnostic.

Les éruptions médicamenteuses d'origine iodique prêtent encore moins à confusion : le caractère végétant plus encore qu'ulcéreux des lésions, les commémoratifs, les autres signes d'intoxication iodique, permettront d'éviter l'erreur.

Somme toute, le diagnostic de syphilis maligne précoce reste un diagnostic relativement facile, si l'on connaît bien les caractères très particuliers de l'affection. On ne peut d'ailleurs en pareil cas se baser que sur les seuls éléments cliniques, et le laboratoire — chose exceptionnelle en matière de syphilis — peut parfois n'être d'aucun secours pour le diagnostic. Déjà nous avons vu que la recherche directe du tréponème dans les lésions ulcéreuses donne des résultats négatifs. Il nous faut ajouter que la réaction de Wassermann se montre bien souvent négative en pareil cas, l'organisme étant trop profondément touché pour pouvoir réagir par la production d'anticorps spécifiques ; et Touraine a de même noté l'absence de réaction agglutinante avec le sérum de semblables malades.

VIII

Pathogénie. — Ces caractères biologiques (résultats négatifs de la réaction de Wassermann et des réactions agglutinantes), joints aux caractères bactériologiques (absence du tréponème à la surface des ulcérations) et cliniques (absence de roséole et de plaques muqueuses), constituent assurément par leur réunion un ensemble symptomatique très spécial, et l'on conçoit que certains auteurs, Queyrat entre autres (1908), aient pu en présence de cas particulièrement typiques concevoir quelques doutes sur la nature spécifique de l'affection.

Les faits et observations publiés ces dernières années ne permettent plus à l'heure actuelle de conserver la moindre hésitation à cet égard. Au point de vue clinique, on a signalé des cas dans lesquels la roséole et les plaques muqueuses ont précédé l'apparition des éléments ulcéreux (Nicolas et Favre). Au point de vue étiologique, on a pu à plusieurs reprises établir une filiation nette entre la syphilis maligne précoce et la syphilis normale, soit qu'une syphilis normale ait donné naissance à une syphilis maligne (Carle), soit qu'inversement une syphilis maligne précoce ait été l'origine d'une syphilis absolument normale (Gaucher et Boisseau). Au point de vue biologique, la réaction de Wassermann se montre parfois positive dans la syphilis maligne précoce, et nous-même venons récemment d'observer deux cas de ce genre dans le service de notre maître le professeur Gaucher. Au point de vue expérimental enfin et surtout, les recherches de Tomascrevski sont des plus probantes, comme nous l'avons vu précédemment.

Il reste d'ailleurs à expliquer pourquoi la syphilis prend en pareil cas cet aspect clinique si particulier, et pourquoi d'emblée les lésions revêtent ce caractère précocement ulcéreux. Faut-il incriminer une virulence particulière de l'agent pathogène et de ses toxines ? S'agit-il d'infections secondaires surajoutées, comme le pensent certains auteurs ? Faut-il invoquer plutôt le terrain sur lequel évolue la syphilis ? C'est cette dernière hypothèse qui nous semble la plus vraisemblable ; encore faut-il reconnaître qu'elle n'explique qu'un certain nombre de cas et que bien souvent la pathogénie de l'affection reste entourée d'obscurités.

IX

Traitement. — La thérapeutique de la syphilis maligne précoce comprend : 1° le traitement local ; 2° les médications générales non spécifiques ; 3° les médications spécifiques (mercure, iodure de potassium, arsenic).

Pour le traitement local, on peut dire que tous les antiseptiques et antiphagédéniques ont été tour à tour essayés et souvent sans grand succès (observations de Gaucher et Louste, de Griffon et du Castel). Aussi doit-on s'abstenir de toute médication violente, n'employer les antiseptiques qu'avec une grande prudence et savoir ne pas insister quand les premiers essais n'ont pas donné les résultats prévus (Carle). En pratique on se trouvera bien d'avoir recours aux pansements à l'eau oxygénée diluée au tiers ou au quart, ou plus simplement encore à l'application d'emplâtres de Vigo. Dans un cas qui avait résisté à toutes les médications locales et générales, Thibierge a obtenu des résultats remarquables par les badigeonnages de coaltar.

Le traitement général non spécifique a une grosse importance (Queyrat) et constitue un adjuvant précieux que l'on ne devra jamais négliger. Suivant les cas, on s'adressera aux injections de cacodylate de soude et parfois d'eau de mer, ou bien à l'administration à l'intérieur de sirop d'iodure de fer ou d'huile de foie de morue.

Le traitement spécifique n'en gardera pas moins la première place.

Ce traitement devra être mixte, à la fois mercuriel et ioduré, l'iodure de potassium prenant ici une importance de tout premier ordre, vu la nature des lésions (tertiarisme précoce). Celui-ci sera administré à fortes doses, 3 et 4 grammes par jour, parfois plus si les doses précédentes n'agissent pas.

Pour Carle, il faut dans les cas graves ne pas s'inquiéter outre mesure des accidents d'iodisme qui peuvent survenir et augmenter rapidement les doses.

Pour le mercure, Buschke recommande le calomel ou les autres sels insolubles en suspension dans l'huile d'olives : il est de beaucoup préférable d'avoir recours aux préparations solubles, biiodure ou benzoate surtout, dont on injectera quotidiennement 2 centigrammes et parfois plus.

Conduit de cette manière et poursuivi avec persévérance, le traitement mixte donnera le plus souvent d'excellents résultats, et amènera dans bien des cas la guérison complète au bout d'un temps naturellement variable.

Si cependant les accidents ne rétrocèdent pas et si le traitement iodo-mercuriel ne semble avoir aucune action, il faudra sans tarder s'adresser à la médication arsenicale.

L'hectine, dans un cas de Gaucher, Druelle et Jacob, a amené la guérison rapide et complète des lésions chez un malade qui présentait une intolérance absolue au mercure.

Le 606 surtout compte actuellement à son actif un nombre vraiment impressionnant de succès, à côté de quelques rares cas où il est resté sans effet (Pick, Malinowski, Finger, Bayet, Burnier, Buschke, Howard Morrow, Nicolas et Moutot, etc.). Le néosalvarsan semble avoir une action aussi énergique en pareil cas, si on en juge par la communication de Brocq, Fernet et Françon.

Pour Burnier, « la syphilis maligne précoce est le triomphe du 606. Il semble que plus les lésions sont destructives et profondes, plus la cicatrisation est rapide : plus la résistance au mercure et à l'iodure a été grande, plus les résultats obtenus avec le 606 sont brillants. »

BIBLIOGRAPHIE

Barthélémy et Devillez. *Syphilis et alcoolisme*, 1882. — Bayet. La syphilis maligne précoce, *Journ. méd. de Bruxelles*, 18 déc. 1902 ; — L'arsenobenzol dans le traitement de la syphilis, *Ann. des mal. vén.*, 1910, p. 818. — Bazin. *Syphilis et syphilides*, 1866. — Besnier. Syphilis maligne, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1879, p. 156 ; — *Gaz. des hôp.*, 1878, p. 809 et 818 ; — *Arch. derm.*, 1879. — Bonnet. *Sur un cas de syphilis maligne précoce*, Th. Montpellier, 1907-1908. — Brin. Diagnostic et traitement de la syphilis maligne précoce, *Arch. méd. d'Angers*, avril 1913. — Brochin. Syphilis maligne précoce, *Gaz. des hôp.*, 1876, n° 56. — Brocq. *Traité élémentaire de dermatologie pratique*. — Brocq, Fernet et Françon. *Bull. Soc. derm.*, 4 juillet 1912. — Bureau. Syphilis maligne précoce, *Gaz. méd. de Nantes*, 20 fév. 1904. — Burnier. Traité de la syphilis par le 606, *Ann. des mal. vén.*, 1910, p. 863. — Buschke. Traité de la syphilis maligne, *Med. klin.*, 1905, n° 7 ; — Observations cliniques et expérimentales sur la syphilis avec quelques remarques sur le 606, *Berl. klin. Woch.*, 1911, n° 5, p. 6. — Buschke et Fischer. Pouvoir infectant des syphilis malignes et des lésions tertiaires, *Med. klin.*, sept. 1906.

CARLE. La syphilis maligne précoce est-elle de la syphilis, *Ann. mal. vén.*, janv. 1911. — CAYLA. Syphilis maligne précoce, *France méd.*, 1881, t. II, p. 530. — CHÉREL. *Contribution à l'étude de diverses formes de syphilis grave précoce*, Th. de Paris, 1908.

DARIER. *Précis de dermatologie.* — DUBUC. *Syphilis maligne précoce*, Th. de Paris, 1864; — *Gaz. des hôp.*, 1865, p. 58; — *Gaz. hebd.*, 1864, p. 618; — *France méd.*, 1866.

ESPENEL. Syphilis maligne avec stomatite ulcéro-membraneuse, *Lyon méd.*, 1910, p. 977.

FINGER. Traitement de la syphilis par l'arsenobenzol, *Wien. klin. Woch.*, 24 nov. 1910, p. 1867. — FOURNIER. *Traité de la syphilis.*

GAUCHER et BOISSEAU. Tertiarisme précoce, *Bull. Soc. derm.*, 7 déc. 1905. — GAUCHER, DRUELLE et JACOB. Syphilis maligne précoce avec intolérance absolue au mercure traitée avec succès par l'hectine, *Bull. Soc. derm.*, 7 juil. 1910. — GAUCHER, LOUSTE et BORY. *Bull. Soc. derm.*, 7 déc. 1907. — GOUGUENHEIM. Syphilis maligne précoce, *France méd.*, 1881, t. I, p. 313. — GUIBOUT. Syphilis maligne galopante, Rupia générale, *Union méd.*, 1875, t. I, p. 761.

HORTELOUP. Syphilis maligne, *France méd.*, 1876, p. 693, 701, 709; — *Progrès méd.*, 1878, p. 32; — *Revue des sc. méd.*, t. IX, p. 441. — HOWARD MORROW. Traitement de la syphilis maligne, *Journ. of cutaneous diseases*, oct. 1911, p. 542.

JEANSELME et TOURAINE. Action du sérum humain sur le tréponème. Essais de séro-agglutination de la syphilis, *Journ. méd. Français*, oct. 1911.

LOCHTE. Recherches sur la syphilis maligne et les syphilis graves, *Monat. f. prak. derm.*, 1901, p. 485, 537 et 589.

MAGNE. *Journ. méd. de Bordeaux*, 20 oct. 1907. — MALINOSWKI. Sur l'état actuel du traitement de la syphilis par le 606; *Monat. f. prakt. Derm.*, 15 nov. 1910. — MOURIQUAND et REBATTU. Syphilis secondaire maligne, *Lyon méd.*, 6 déc. 1908.

NICOLAS et FAVRE. Syphilides ulcéreuses à tendance chéloïdienne, *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 29 mai 1906; — *Lyon méd.*, 15 juillet 1906. — NICOLAS et MOUTOT. Traité de la syphilis par le 606, *Lyon méd.*, 18 fév. 1912.

ORY. *Étiologie des syphilis malignes précoces*, Th. de Paris, 1876.

OTT. *De la syphilis anormale grave*, Th. de Paris, 1881.

PICK. Traitement de la syphilis par le 606, *Wien. klin. Woch.*, 18 août 1910.

QUEYRAT. La syphilis maligne précoce est-elle de la syphilis, *Soc. méd. des hôp.*, 24 juillet 1908; — *Revue int. méd. et chir.*, 25 nov. 1908.

ROST. Sur la syphilis maligne, *Derm. zeit.*, mai et juin 1908.

THIBIERGE. Syphilis maligne rebelle à toute médication, guérison rapide des ulcérations cutanées par les badigeonnages de coaltar, *Bull. Soc. derm.*, 7 juillet 1910, p. 177. — TOMACZEWSKI. Syphilis maligne inoculée au singe, *Berl. klin. Woch.*, 1911, n° 20, p. 890.

WEBER. Trois cas de syphilis maligne, *Gesells. d. Charité aerzte in Berlin*, 30 juin 1904.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des fractures des membres. Examen clinique. Radiographie. Traitements pratiques (1), par le docteur H. JUDET.

La discussion qui eut lieu au Congrès de chirurgie de 1911 sur le traitement sanglant des fractures, mit en lumière entre autres choses les résultats médiocres obtenus par la plupart des praticiens dans le traitement des fractures avec les méthodes non sanglantes. Outre l'insuffisance notoire de l'enseignement de la thérapeutique des fractures aux étudiants, on pouvait aussi invoquer le manque de traités conçus dans un esprit vraiment pratique. Comme son titre l'indique le livre du docteur Judet vise à combler ce vide et n'a rien ménagé pour atteindre son but.

Après un chapitre bref sur les généralités du diagnostic et du traitement des fractures, il décrit successivement une par une toutes les variétés des fractures des membres selon le siège et selon l'âge.

Après nous avoir montré pour chaque région l'aspect normal à l'examen et à la radiographie, nous voyons en quelques mots les commémoratifs, les symptômes de la fracture, son étude radiographique, puis, beaucoup plus développé, l'exposé du traitement tel qu'on doit le concevoir actuellement. Sans se lancer dans une compilation aride et inutile, une énumération de tous les modes possibles de traitement, le docteur Judet nous montre pour chaque variété ce que, pour lui, on doit faire actuellement. Il décrit avec un grand luxe de ces petits détails qui ont une grande importance pour celui qui pratique réellement l'application de ces appareils. Beaucoup de ceux-ci ont été modifiés ou imaginés par le docteur Judet lui-même, en particulier les appareils à extension continue pour les fractures du bras, de l'avant-bras, de la jambe. Nous voyons ensuite décrites les suites éloignées et complications des fractures.

Des figures nombreuses et une quantité de fort belles radiographies rendent très facile et rapide la lecture de ces chapitres.

Une impression se dégage de la lecture de ce bel ouvrage, c'est l'importance de plus en plus grande prise par la radiographie dans le diagnostic et le traitement des fractures, c'est à sa vulgarisation qu'on devra une grande partie de l'amélioration des résultats. Le docteur Judet est aussi un partisan convaincu de l'excellence des méthodes d'extension continue dans le traitement de beaucoup de fractures des membres avec déplacement notable.

Au total, le livre du docteur Judet, fruit d'une expérience déjà grande, exposé clair et consciencieux de la technique actuelle du traitement des fractures est appelé à rendre de grands services aux médecins, et par contre-coup, ce qui n'est pas à dédaigner, à leurs malades. M. LANCE.

(1) Un vol. grand in-8° de 668 pages avec 73 pl. hors texte et 195 fig. — Paris, A. Maloine.

Traité de thérapeutique pratique (1), publié sous la direction de M. Albert ROBIN, professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon. Secrétaire de la rédaction : M. P.-Emile Weil, médecin des hôpitaux.

Avec le tome IV du *Traité de thérapeutique pratique*, qui vient de paraître, s'achève la réédition et la transformation de cette œuvre considérable, car nous rappelons que le tome V consacré aux spécialités avait été publié le premier. Et il convient de louer hautement la diligence apportée par les directeurs de la publication et par les éditeurs, car il suffit d'être tant soit peu initié aux questions de presse et de librairie pour savoir tout le souci que donne la mise au point d'un ouvrage important ; or, les cinq tomes volumineux qui composent celui dont nous parlons ici sont l'œuvre de 144 collaborateurs ! Le tome IV que nous présentons aujourd'hui est consacré tout entier aux *maladies du système nerveux*, et parmi les auteurs qui ont collaboré à sa rédaction nous citerons les noms de MM. Ch. Achard, G. Ballet, Ph. Chaslin, E. Grasset, P. Janet, Magnan, P. Marie, Pitres, etc.

L'ouvrage débute par une étude du professeur Ch. Achard intitulée : *Notions pathologiques et indications thérapeutiques générales sur les maladies du système nerveux*; puis sont étudiées successivement : les *maladies des méninges*, celles de l'*encéphale*, du *cervelet*, de la *protubérance et du bulbe*, de la

(1) Tome IV. Un vol. de 771 pages. — Prix : 18 francs. — Paris, Vigot frères.

moelle. Viennent ensuite les *maladies des nerfs*, les *névroses*, les *maladies des muscles* et enfin les *maladies mentales*.

On conçoit que pareil ensemble échappe à toute tentative d'analyse, et d'ailleurs à quoi bon analyser ou insister? Le *Traité de thérapeutique pratique* inspiré, dirigé et rédigé en partie par le professeur Albert Robin, si bien que le nom de l'homme et celui de l'œuvre sont devenus inséparables, ce traité, disons-nous, n'a besoin que d'être annoncé, il est en effet accoutumé à un succès qui ne lui fera point défaut.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Pratique du pneumothorax artificiel en phtisiothérapie [méthode de Forlanini] (1), par les docteurs M. PIERY et B. LE BOURDELLÈS.

La plupart des journaux médicaux ont publié, depuis quelques mois, des articles consacrés à la méthode de Forlanini. Ces articles apportent tous sur le sujet des documents intéressants, mais on peut leur reprocher, par contre, de ne pas traiter entièrement la question à tous points de vue et de laisser ainsi dans l'embarras, à maints propos, tous ceux qui s'intéressent à cette méthode actuellement si en vogue et veulent la pratiquer. C'est cette lacune qui est venue très dernièrement combler le livre de MM. Piery et Le Bourdellès. Ce travail, dédicacé par Forlanini, comprend deux parties. La première traite de l'historique de la méthode, des effets généraux et du mode d'action du pneumothorax artificiel, de ses résultats cliniques et enfin de ses indications. La deuxième partie expose et critique les diverses techniques opératoires du pneumothorax artificiel et leur instrumentation, formule la conduite générale de la cure et envisage enfin les accidents opératoires et les complications de cette méthode. Il s'agit là, en résumé, d'un petit livre clair, précis et documenté, que doivent posséder tous ceux qui s'occupent de phtisiothérapie.

B. GAYARD.

Poussières et microbes de l'air (2), par A. SARTORY, docteur ès sciences, et Marc LANGLAIS, docteur en médecine.

Dans cet ouvrage, qui rendra de grands services, les auteurs ont résumé de façon très complète tout ce qui s'est fait sur la question des poussières et des microbes de l'air, en y ajoutant les résultats d'un très grand nombre de recherches personnelles suivies depuis quatre ans. Ils ont étudié longuement : l'air des villes, l'air des campagnes, l'air des ateliers et des usines, les atmosphères souterraines. Puis ils ont passé en revue tous les moyens proposés pour diminuer les sources de poussières ou purifier l'air. Ils ont ainsi constaté que depuis vingt-cinq à trente ans, de grands changements se sont produits dans l'air de Paris sous l'influence de l'essor industriel et de l'accroissement considérable des véhicules, surtout ceux à poids lourds et rapides. Enfin, après avoir consacré deux chapitres aux poussières organisées recueillies dans les cavités nasales et sous les ongles, les auteurs ont placé dans leur ouvrage des tableaux indiquant les caractères des principales bactéries ou moisissures les plus fréquentes dans l'air, et de nombreuses planches descriptives.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage (3), par A. MATHIEU, L. SENCERT, Th. TUFFIER, J.-Ch. ROUX, J.-L. ROUX-BERGER; F. MOUTIER.

Les auteurs se sont proposé d'exposer les notions médicales et chirurgicales indispensables à un praticien pour diagnostiquer les maladies médico-chirurgicales de l'œsophage et de l'estomac, pour instituer leur traitement médical rationnel et, pour, en cas de faillite de celui-ci, savoir discerner les indications de l'intervention chirurgicale et les remplir le mieux possible.

La *première partie*, écrite par MM. A. Mathieu et L. Sencert, traite des modes d'exploration anciens et modernes de l'œsophage et des diverses affections de ce conduit.

La *seconde partie* consacrée à l'estomac débute par un chapitre comprenant les méthodes d'exploration de cet organe et sa sémiologie élémentaire. Le chapitre suivant, également de J.-Ch. Roux traite des principaux syndromes fonctionnels (gastrites et dyspepsies). Le troisième chapitre, dû à MM. Mathieu et F. Moutier, Th. Tuffier et Roux-Berger, expose minutieusement les maladies médico-chirurgicales (ulcère, cancer, tuberculose, syphilis, biloculation), c'est naturellement le plus développé. Le quatrième chapitre enfin réunit les diverses techniques opératoires de la gastrectomie, de l'exclusion du pylore, de la gastro-entérostomie, de la gastrostomie, de la pyloroplastie, de la gastrorrhaphie et enfin de la gastropexie. Trois cents figures parfaitement exécutées concourent à la clarté d'exposition de cet excellent traité.

B. GAYARD.

Les Pleurésies tuberculeuses (1), par les docteurs A. CHANTEMESSE et A. COURCOUX.

Ce livre comprend quatre parties. La première traite des pleuro-tuberculoses séro-fibrineuses et en étudie, successivement, l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

La deuxième partie est consacrée aux pleuro-tuberculoses hémorragiques. La pleurésie hémorragique primitive, la pleurésie hémorragique au cours de la tuberculose pulmonaire confirmée, les pleurésies hémorragiques au cours de la tuberoulose pulmonaire aiguë et de la granulie y sont minutieusement décrites.

L'étude de la pleuro-tuberculose purulente fait l'objet de la troisième partie et celle de la pleuro-tuberculose sèche et des symphyses pleurales tuberculeuses celui de la quatrième et dernière partie.

Dans ce travail les auteurs disent s'être efforcés de mettre au point les acquisitions récentes relatives à l'anatomie pathologique, à la clinique, et à la radiologie des divers types de pleurésies tuberculeuses, d'en établir les moyens actuels de diagnostic et enfin d'exposer leur traitement. Ils ont pleinement réussi dans leur tâche, et leur travail, de tous points louable, mérite d'être lu par tous.

B. GAYARD.

L'Organisme dans les infections; aperçus nouveaux d'hématologie et de pyrétologie (2), par le docteur L. AUDAIN (d'Haïti).

Le docteur Rénon, dans la préface de ce livre, écrit : « Après avoir rappelé l'importance des globules blancs dans les infections et les rapports des formules hémoleucocytaires avec l'immunisation, l'auteur se demande pourquoi il existe des maladies immunisantes et des maladies non immunisantes; puis il résume les notions hématologiques indispensables au médecin. Il établit le pronostic hématologique des infections et termine par l'exposé d'une thérapeutique leucogène, basée sur ces notions intéressantes. Ce livre fait grand honneur au docteur Audain, médecin de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux, qui lutte vaillamment pour l'influence française à Haïti. »

B. GAYARD.

(1) *Encyclopédie des aide-mémoire Léauté.* — Paris, Masson et Cie.

(2) Un vol. de 237 pages, avec 12 planches hors texte. — Paris, A. Poinat.

(3) Paris, Masson et Cie.

(1) *Bibliothèque de la tuberculose.* — Paris, O. Doin et fils.

(2) Paris, A. Maloine.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE MÉDICALE DE SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. A. CHAUFFARD.) — LES MÉDICATIONS NOUVELLES BASÉES SUR LES RECHERCHES MODERNES DE PATHOGÉNIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Cours de perfectionnement, par MM. Guy Laroche et Flandin, chefs de clinique; Rivet, ancien chef de clinique et MM. J. Troisier et Ronneaux, chefs de laboratoire.

I. Les septicémies typhiques et paratyphiques. — II. Les dysentéries. — III et IV. Les médications antisyphilitiques. — V. La gonococcie et la gonococcémie. — VI. Les méningites aiguës. — VII. Les ictères. — VIII. Les anémies. — IX. Les insuffisances glandulaires. — X. Les grands syndromes brightiques. — XI et XII. Indications et technique de quelques méthodes de traitement physiothérapique.

Ce cours est réservé aux docteurs français et étrangers et aux étudiants titulaires de seize inscriptions. — Il sera complet en douze leçons. — Des certificats seront délivrés à la fin des exercices. — Au cours de chacune de ces leçons, des malades, en rapport avec le sujet traité, seront montrés aux élèves qui seront individuellement exercés à l'examen clinique et aux démonstrations pratiques des méthodes de traitement.

Le cours commencera le lundi 30 juin 1913 et aura lieu tous les jours, à quatre heures et demie, sauf le dimanche.

Le droit à verser est de 100 francs. — Le nombre d'élèves est limité.

Les inscriptions seront reçues, dès à présent, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas. Professeur : M. Paul BAR). — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE, par MM. Lequeux, professeur agrégé; Dupont, ancien chef de clinique; Lemeland, chef de clinique; Metzger et Levant, chefs de clinique adjoints; assistés de MM. Roullier, Pellissier, Brisson, Siguret, Wilhelm, Didier, Sabate, moniteurs. — Réservé aux étudiants ayant seize inscriptions, et aux docteurs français et étrangers.

Le cours commencera le 7 juillet. Il comprendra quatorze leçons qui auront lieu tous les jours à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Lundi 7 juillet 1913. M. Levant, à cinq heures. Diagnostic des présentations et des positions par le palper.

Mardi 8 juillet, à trois heures. Exercices du palper au lit des malades. — M. Levant, à cinq heures. L'auscultation en obstétrique.

Mercredi 9 juillet, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes, par M. le professeur agrégé Lequeux; examen des malades par les élèves du cours. — A trois heures : Exercices d'auscultation au lit des malades. — M. Levant, à cinq heures. Le toucher en obstétrique.

Jeudi 10 juillet, à trois heures. Exercices de toucher. — M. Metzger, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions directes).

Vendredi 11 juillet, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Metzger, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques).

Samedi 12 juillet, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Metzger, à cinq heures. Le forceps sur la face et le front.

Mardi 15 juillet, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Metzger, à cinq heures. Le forceps sur les présentations élevées.

Mercredi 16 juillet, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes par M. le professeur agrégé Lequeux; examen des malades par les élèves du cours. — A trois heures: Exercices pratiques de forceps. — M. Lequeux, à cinq heures. Traitement des hémorragies de la délivrance.

Jeudi 17 juillet, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. Revision. — M. Lemeland, à cinq heures. La version par manœuvres internes (version séparée).

Vendredi 18 juillet, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Lemeland, à cinq heures. L'extraction du siège décompléte mode des fesses.

Samedi 19 juillet, à trois heures. Exercices pratiques : L'extraction du siège décompléte mode des fesses et après version. — M. Lemeland, à cinq heures. L'extraction après la version : ses difficultés.

Lundi 21 juillet, à trois heures. Exercices pratiques de version par manœuvres internes (revision). — M. Dupont, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (perforation, basiotripsie, cranioclasie).

Mardi 22 juillet, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie rachidienne. — M. Dupont, à cinq heures. Procédés de dilatation rapide du col.

Mercredi 23 juillet, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes, par M. le professeur agrégé Lequeux; examen des malades par les élèves du cours. — A trois heures, M. Dupont. Embryotomie rachidienne. — A quatre heures. Exercices pratiques d'embryotomie.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le droit à verser est de 50 francs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 7 AU 12 JUILLET 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 7 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 8 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re, 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Mercredi 9 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re, 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 10 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R.).

Vendredi 11 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re, 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Samedi 12 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A.R., 1re, 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

THÈSES

Mercredi 9 juillet, à une heure. — M. BOULANGER. Contribution à l'étude de l'appendicite dans la première enfance. (MM. Kirmisson, président; Reclus, Hartmann et Pierre Duval.) — M. VIGUERIE. Contribution à l'étude des ethmoïdites chroniques. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Hartmann et Pierre Duval.) — (M. COLLIGNON. A propos de quelques cas de cancer du sein chez l'homme. (Etude clinique et pronostique.) (MM. Reclus, président; Kirmisson, Hartmann et Pierre Duval.) — M. CUVILLIER. Contribution à l'étude du cancer de l'oreille. (MM. Hartmann, président; Kirmisson, Reclus et Pierre Duval.) — M. MOREL. Traumatisme et purpura. (MM. Gaucher, président; Letulle, Guillain et Gougerot.) — M. FERRY. De l'hémiplégie progressive par endartérite à distance. (MM. Gaucher, président; Letulle, Guillain et Gougerot.) — M. PERRONNE. Quelques observations cliniques de méningites cérébro-spinales et tuberculeuses ayant présenté des particularités au cours de leur début, de leur durée ou de leur évolution. (MM. Letulle, président; Gaucher, Guillain et Gougerot.) — M. BÉCOURT. Contribution à l'étude de l'hépatoptose et de certaines malformations du foie. (MM. Letulle, président; Gaucher, Guillain et Gougerot.)

Jeudi 10 juillet, à une heure. — M. Bazin. Contribution expérimentale à l'étude de la tension artérielle. (MM. Ch. Richet, président; de Lapersonne, Gilbert et Terrien.) — M. Cantor-Réhès. Contribution à l'étude des hémorragies rétiniennes et vitréennes dans les contusions oculaires. (MM. de Lapersonne, président; Ch. Richet, Gilbert et Terrien.) — M. Soulier. Essai sur l'étiologie des sclérites et des épisclérites. (MM. de Lapersonne, président; Ch. Richet, Gilbert et Terrien.) — M. Maréchal. Diagnostic radiologique de l'ulcère et des ulcérations pyloriques ou parapyloriques. Spasme pylorique. (MM. Gilbert, président; Ch. Richet, de Lapersonne et Terrien.) — M. Meurisse. Les petits signes de la contracture. (MM. Debove, président; Alb. Robin, Achard et Rathery.) — M. Perillaud. L'urémie des néphrectomisés. (MM. Debove, président; Alb. Robin, Achard et Rathery.) — M. Imbert. Les psychoses d'origine digestive. (MM. Alb. Robin, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. Hermann. Etudes cliniques et expérimentales sur les lésions du testicule consécutives aux traumatismes du cordon. (MM. Achard, président; Debove, Alb. Robin et Rathery.) — M. Bataille. La symphyse pleurale chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Bar, Brindeau et Jeannin.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 5, mai 1913.) J. Guiart : Le macabre dans l'art au xixe siècle (12 illustr.). — Roshem : Tolstoï et la phtisie. — Bonnette : Nos gloires médicales militaires; nos flambeaux (5 illustr.). — Douzans : La promenade à la mort (3 illustr.). — Fosseyeux : Le service médical à la Charité aux xviie et xviiie siècles. — G. Durville : Les merveilles de la baguette divinatoire (11 illustr.). — Daniel : Quelques types de nègres du Congo (5 illustr.).

Annales des maladies vénériennes. — (N° 5, mai 1913.) Gougerot et Meaux Saint-Marc : Abcès chroniques « fibreux » dus aux bacilles de Ducrey. — Chifoliau et Durœux : Lésions mixtes de la langue; syphilis et cancer. — Lévy-Bing et Durœux : Un cas de rhumatisme blennorragique grave traité par le néosalvarsan.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 5, mai 1913.) R. Sabouraud et Noiré : Recherches sur la vaccinothérapie de Wright en ce qui concerne les staphylocoques et le microbacille séborrhéique (1 fig.). — Pierre Brisson : Le chlorure de sodium agent d'oxydation, son action dans certaines dermatoses. — Ch. Audry : Pourquoi l'on doit traiter les paralytiques généraux. — Paul Ravaut : Essai sur l'autohémothérapie dans quelques dermatoses.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mai 1913.) L. Beriel : Le tatouage des morphinomanes. Note sur la structure et l'évolution des tatouages. — Vaillard : Au sujet des mesures à prendre contre les mouches. — P. Bellon : La préparation des peintures sous-marines aux verts arsenicaux. — Mirman : Statistique sanitaire de la France.

Annales médico-psychologiques. — (N° 5, mai 1913.) René Masselon : Délire systématisé à base d'obsessions. — R. Benon : Petits accès d'asthénie périodique. — Maurice Page : Le traitement rationnel de la démorphinisation. — C. Rougé : Un cas de folie simulée à forme stupide. De la valeur de quelques signes physiques de la stupidité au point de vue médico-légal. — A. Rodiet : Des inconvénients, imperfections et dangers des colonies familiales d'aliénés (*suite*).

Annales médico-chirurgicales de l'Auvergne, du Limousin et du Quercy. — (N° 3, 1er mai 1913.) P. Souilhé : L'eau de Miers, ses indications, son emploi. — P. Morély : Invagination intestinale, élimination de l'anse intestinale invaginée. — P. Boudry : Les enfants à la Bourboule.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 357, 10 mai 1913.) Von Zeyneck : Sur la base scientifique de la thermopénétration ou diathermie. — J. Bergonié : Les applications médicales de la diathermie. — Th. Nogier : Un rival du platine en électricité : le tungstène. — Gaiffe : Commutateur tournant Gaiffe à axe vertical.

Archives de médecine des enfants. — (N° 5, mai 1913.) Bonnamour : Le lait desséché dans l'alimentation du nourrisson bien portant et du nourrisson malade, ses résultats, son mode d'emploi. — Raoul Monod : Désinfection de la peau à la teinture d'iode chez les enfants, son innocuité. — Mme Nageotte-Wilbouchewitch : Un cas de luxation récidivante de la rotule. — Braquehaye, Adda et Bruch : Disjonction traumatique de la symphise sacro-iliaque droite chez une fillette de vingt et un mois, guérison. — Comby : Les méningites curables chez les enfants.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 5, mai 1913.) Chavasse : Une inspection médicale au Maroc occidental en novembre et décembre 1911 (*fin*). — Baraillé et Cruzel : Etude générale sur l'origine et le mode d'action des eaux thermales (*suite*). — Poullain et Jolly : Rapports sur une épidémie de fièvre typhoïde. — Le Fort : Quatre mois au Monténégro pendant la guerre des Balkans. — Reymond : L'aviation et le service de santé en campagne.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 5, mai 1913.) Pervès et Oudard : Une série de vingt cas personnels d'abcès du foie des pays chauds (*fin*). — Kergrohen : Notes sur quelques hôpitaux de l'Extrême-Orient et du Pacifique (*suite*). — Robin : Conclusions générales des délibérations de la conférence internationale de la peste à Moukden, avril 1911 (*suite*). — Barbe : Trois observations de péricardite rhumatismale.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 5, mai 1913.) Savy et Bonnet : Les généralisations des tumeurs mélaniques du tube digestif. — Flandin : Pathogénie de la lithiase biliaire. — Roger et Lapeyre : Cancer primitif de l'ampoule de Vater.

Archives générales de médecine. — (Mai 1913.) G. Rosenthal : La thoracoscopie de Jacobœus.

Archives générales de chirurgie. — (N° 5, 25 mai 1913.) Grégoire : Contribution à l'étude de la métatarsalgie. — Lennart Norrlin : Treize cas suédois inédits de rupture traumatique de la rate sans plaie extérieure. — H. Lefèvre et E. Dubourg : Le lipome arborescent du genou (*fin*).

Archives internationales de neurologie. — (Mai 1913). Bechterew : Sur la psychoréflexologie ou psychologie objective. — Burlureaux : Sur les méthodes générales psychothérapeutiques. — Ermakow : Sur l'origine psychique de la catalepsie.

Archives médicales d'Angers. — (N° 5, 20 mai 1913.) H. Vallée : De la thérapeutique spécifique des maladies infectieuses. — Antoine : Diabète insipide et syphilis. — Gaignard : Eclampsie tardive.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 5, mai 1913.) R. Gauducheau : Le radiodiagnostic précoce de quelques formes cliniques de tuberculose pulmonaire et médiastine. — J. Perdoux : Constipation chronique; son traitement chirurgical. — R. Morichau-Beauchant : Les pneumonies tuberculeuses curables. — Coetoux : Thérapeutique aérienne antiseptique. Traitement rationnel de la phtisie. — G. Railliet : Les épanchements du péricarde. — E. Foisy : Un cas d'appendicite herniaire (avec figure). — H. Hamel : Un cas d'accouchement « en trois temps » chez une syphilitique.

Biologica. — (N° 29, 15 mai 1913.) Yves DELAGE : La Parthogénèse peut-elle exister dans l'espèce humaine ? — NICLOUX : Etude comparée des anesthésiques généraux au point de vue chimico-physiologique ; mécanisme de l'anesthésie.

Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. — (N° 3, mai 1913.) J. FOURNIÉ : Modifications de technique dans l'évidement pétromastoïdien en vue d'une cicatrisature plus rapide. — GUISEZ : Nouveau cas de gangrène pulmonaire guérie par la méthode des injections intrabronchiques. — DUPUIS et LEGRAND : Le bégaiement. — RABÉ : Contribution à l'étude du diagnostic au début du cancer primitif du sinus maxillaire. — DUVAL : Des maladies de la trompe d'Eustache et de leur traitement.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 mai 1913.) G. PARTURIER : Traitement de l'entérocolite muco-membraneuse.

Bulletin médical. — (N° 37, 10 mai 1913.) JACOMET : A propos d'un cas de transfusion directe du sang par suture bout à bout de l'artère radiale à la veine basilique. — Alexandre PARIS : Traumatisme et paralysie générale progressive. — PLICQUE : Les emplois de l'arsenobenzol comme antiseptique et antitropique local. — (N° 38, 14 mai.) HUTINEL : Les réactions coliques dans le premier âge. Caractères cliniques. — DELORME : A propos de la réimplantation de l'Intendance dans le service de santé. — PLICQUE : Les nouveaux traitements des épanchements péricardiques. — (N° 39, 17 mai.) CATHELIN : La sympathie réno-rénale unilatérale. — ESMEIN : La bradycardie d'origine hépatique en dehors de l'ictère franc (à propos d'une observation). — PLICQUE : Le traitement des teneurs nocturnes. — (N° 40, 21 mai.) Léon BÉRARD : Du traitement des fractures récentes de la rotule. — (N° 41, 24 mai.) Léon BÉRARD : Du traitement des fractures récentes de la rotule (*fin*). — P. GALLOIS : Le coup de chaleur chez les nourrissons. — (N° 42, 28 mai.) SERGENT : Les formes scrofuloïdes de la syphilis. — (N° 43, 31 mai.) THIBIERGE : Traumatisme et purpura.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 9, 10 mai 1913.) G. PÉLISSIER : De la luxation atloïdo-axoïdienne traumatique. — H. ABOULKER : Abcès extradural d'origine otique et paralysie du moteur oculaire externe. — L. PRON : Le persulfate de soude dans le traitement du tétanos. — WUNSCHENDORFF : Au sujet du dosage des composés xanthouriques dans l'urine. — A. REY : Le cervelet. Schéma de Bolk.

Clinique. — (N° 18, 2 mai 1913.) ROEDERER : Nos vieilles méthodes de traitement des scolioses. — LESNÉ et DREYFUS : De l'absorption au niveau du gros intestin. — BINET et LEBON : De l'influence comparée du citrate de soude et du phosphate ammoniaco-magnésien sur la durée de l'évacuation stomacale. — (N° 19, 9 mai.) BARBARIN : Le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires chez l'enfant. — GOUGEROT : Dermatoses prurigineuses. — PAUCHET : Les fausses appendicites chroniques. — J.-Ch. ROUX : Les lavements alimentaires. — (N° 20, 16 mai.) LEGUEU : De l'implantation des uretères dans le gros intestin. — ROBINEAU : Réduction des fractures et luxations du membre inférieur sous anesthésie rachidienne. — G. LYON : La toux émétisante des tuberculeux. — (N° 21, 23 mai.) PAUCHET : La fistulisation cæcale. — C. ROEDERER : Le massage et la mobilisation des fractures du coude chez l'enfant. — DUPUY DE FRENELLE : Le pansement compressif. — CASTAIGNE : Intoxication aiguë par le sublimé. — RUDAUX : Diététique obstétricale. — SABOURAUD : Les poudres soufrées dans le traitement des états séborrhéiques. — (N° 22, 30 mai.) A. ROBIN : Indications thérapeutiques dans l'association de tuberculose et de syphilis. — PISSAVY : L'anémie. — Marcel VIGNAT : Traitement des angiomes et des nævi par l'air chaud.

Echo médical du Nord. — (N° 18, 4 mai 1913.) DELÉARDE : Un cas d'hérédo-contagion tuberculeuse. — BATTEZ : Au sujet de l'association fonctionnelle entre la glande thyroïde et l'ovaire. — (N° 19, 11 mai.) PIERRET et DUHOT : L'intoxication cyanhydrique. — (N° 20, 18 mai.) PAUCOT et DEBEYRE : Etude sur les grossesses ovariennes jeunes. — (N° 21, 27 mai.) R. PIERRET : Recalcification et tuberculose (essai d'expérimentation sur le cobaye). — H. PAUCOT : Hémorragie rétro-placentaire au troisième mois de la gestation simulant une grossesse tubaire.]

Encéphale. — (N° 5, 10 mai 1913.) MARINESCO et NOÏCA : Deux cas de tabes compliqué d'hémiplégie. — A. NANTA et J. et P. DUCUING : Sur un cas d'hydro-syringomyélie avec troubles trophiques cutanés. — Paul COURBON ; Démence précoce et psychose maniaque dépressive ; contribution à l'étude des psychoses associées. — RÉGIS et HESNARD : La doctrine de Freud et de son école (*suite*).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 18, 4 mai.) VERDELET : A propos de quelques cas de kystes hydatiques chez l'enfant. — (N° 19, 11 mai.) CARLES : Les variétés de farine de moutarde du commerce. — LOUMEAU et DELAGE : Calcul monstre de la vessie (4 fig.). — (N° 20, 18 mai.) SABREZÈS, LAUDE et MURATET : Seconde note sur le sang cadavérique, en médecine légale, du fœtus, du nouveau-né et de l'enfant (2 fig.). — SABRAZÈS et DUPÉRIÉ : Nouvelles contributions à l'étude anatomo-pathologique et microbiologique de l'hérédo-syphilis du nourrisson.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 18, 3 mai 1913.) PASQUEREAU : Volumineux kyste séreux du rein. De la cystostomie ajoutée à la néphrectomie comme traitement de la tuberculose réno-vésicale très avancée. — (N° 19, 10 mai.) FORTINEAU : Quinze cas de charbon traités par la pyocyanéine. — (N° 20, 17 mai.) FORTINEAU : Quinze nouveaux cas de charbon traités par la pyocyanéine (*fin*). — GRENET et SÉDILLOT : Sur l'origine syphilitique de la chorée de Sydenham. — (N° 21, 24 mai.) BRELET : L'aphasie dans la fièvre typhoïde infantile. — OLIVIÉRO : Procédé pratique de culture de gonocoques. — (N° 22, 31 mai.) H. MALHERBE : Cas curieux de tuberculose uro-génitale. Envahissement de la muqueuse de l'urètre. — CHARÉZIEUX : Les préjugés en art dentaire. Quand il y a abcès, il ne faut jamais extraire.

Revue médicale de Normandie. — (N° 8, 25 avril 1913.) E. MAUREL : Contribution à l'étude de l'eugénisme. Etat de la question, définition, ses caractères, ses principes. — E. TILLOT : Le réveil de l'ouïe dans quelques cas de surdimutité et de surdité consécutive à la méningite cérébro-spinale (*fin*).

Semaine gynécologique. — (N° 14, 8 avril 1913.) G. DALCHÉ et Ch. FOUQUET : Syphilis de l'ovaire. — (N° 15, 15 avril.) DE ROUVILLE : Pyoémie dans le cancer du col. — (N° 16, 22 avril.) F. LEGUEU : Les repaires du gonocoque chez la femme. — (N° 17, 29 avril.) DESCOMPS : L'épigastralgie dans les métro-annexites.

Semaine médicale. — (N° 14, 2 avril 1913.) Em. GAUJOUX : Que faut-il penser des prétendues « erreurs de formule cytologique » du liquide céphalo-rachidien dans les affections méningées ? — (N° 15, 9 avril.) R. DE BOVIS : La dilatation aiguë de l'estomac chez les parturientes et les nouvelles accouchées. — (N° 16, 16 avril.) Mathieu-Pierre WEIL : Le diagnostic bactériologique de la coqueluche. — (N° 17, 23 avril.) CHEINISSE : La phrénocardie. — (N° 18, 30 avril.) DE BOVIS : Autour de l'occlusion intestinale d'origine gravidique et de son mécanisme. — (N° 19, 7 mai.) VON BEHRING : Sur un nouveau moyen préventif contre la diphtérie.

Toulouse médical. — (N° 6, 1er avril 1913.) PUJOL : Recherches sur la valeur de deux procédés nouveaux pour le diagnostic de la syphilis, la chromoréaction de Schürmann, la dermo-réaction au glycocholate de soude de Loeper. — TOURNEUX et SAINT-MARTIN : Fibrome et cancer de l'utérus. — RISPAL et DE VERBIZIER : Encéphalite aiguë hémorragique au cours d'une pneumonie latente chez un tabétique. — (N° 7, 15 avril.) R. UTEAU et E. SAINT-MARTIN : Notes de pratique urinaire. Le cathétérisme. Instruments divers ; leur stérilisation. Ceux que doit guérir le praticien. — CESTAN et PUJOL : Sur les injections sous-cutanées de solutions salines purgatives. — TOURNEUX et GINESTY : Deux cas d'épithélioma primitif du vagin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le lundi 17 novembre 1913 aura lieu un concours public pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux.

Les inscriptions seront reçues à l'Administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 56, jusqu'au samedi 8 novembre, à onze heures du matin.

— Saint-Etienne. — Un concours public pour la nomination d'un dermatologue de ses établissements sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon le lundi 15 décembre 1913.

Ce concours se composrea de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue de la Badouillère, à Saint-Etienne.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Première séance du 27 juin. — M. Laederich : « De l'hyperthermie. » — Note : 19 1/2.

M. Tanon : « Des intoxications d'origine digestive. » — Note : 19 1/2.

M. Froment : « La spontanéité dans les maladies. » — Note : 19.

Deuxième séance du 27 juin. — M. Esmein : « Le botulisme. » — Note : 19.

M. Villaret : « De l'insuffisance hypophysaire. » — Note : 19 1/2.

Première séance du 28 juin. — M. Gaultier : « Du rôle pathogène et de l'action thérapeutiques de l'altitude. » — Note : 15 1/2.

M. Laporte : « L'insuffisance pancréatique. » Note 16 1/2.

M. Pierret : « Les glycosuries symptomatiques. » — Note : 19 1/2.

Deuxième séance du 28 juin. — M. Lemierre : « Des vaccinations préventives. » — Note : 19 1/2.

M. Dupérié : « Action pathogène du froid. » — Note : 18.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont institués agrégés des facultés de médecine (section de chimie biologique et médicale) les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Chelle et Labbé.

— Lyon. — Le conseil de la Faculté de médecine vient de présenter en première ligne M. le professeur agrégé Etienne Martin pour succéder à M. le professeur Lacassagne dans la chaire de médecine légale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours s'ouvrira le 5 janvier 1914 devant l'école supérieure de pharmacie de l'université de Montpellier pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — La deuxième session ordinaire du conseil supérieur s'ouvrira le 7 juillet.

Parmi les affaires inscrites au programme, signalons deux projets de décret.

Pour l'enseignement, l'un fixant des délais d'ajournement aux examens du doctorat en médecine, l'autre relatif au transfert des agrégés de médecine d'une faculté dans une autre. Il aura également à se prononcer sur un projet d'arrêté relatif à l'organisation des concours d'agrégation dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES CONTAGIEUSES. — Dans sa dernière réunion, la Société de l'internat a procédé à l'examen du rapport de M. Cayla sur les modifications qu'il conviendrait d'apporter à la loi sur la protection de la santé publique.

La discussion à laquelle a donné lieu ce rapport s'est terminée par le vote des conclusions suivantes :

1° *Conclusion relative à la création de directeurs départementaux d'hygiène.* — La Société est d'avis d'approuver la proposition de loi faite par M. Doizy tendant à modifier le paragraphe 1er de l'article 19 de la loi du 15 février 1902 sur la santé publique, libellé ainsi qu'il suit :

« Dans chaque département, un médecin directeur d'hygiène assure l'exécution de la présente loi. »

Elle approuve également la nomination au concours faite par le ministre, sur le rapport d'un jury composé comme il est mentionné dans la proposition :

1° Du directeur de l'assistance et de l'hygiène publique, président ;

2° D'un inspecteur général des services administratifs ;

3° De trois professeurs d'hygiène de faculté de médecine ;

4° De deux directeurs départementaux d'hygiène désignés par le ministre ;

5° De deux médecins désignés par le Conseil général, sur une liste de six membres présentée par les groupements professionnels du département, ou, à leur défaut, par le Conseil départemental d'hygiène.

Peuvent seuls prendre part à ce concours les docteurs en médecine, de nationalité française.

Le directeur départemental reçoit un traitement. Il est tenu de se renfermer dans l'exercice de ses fonctions publiques. Il ne peut être élu au Parlement, au Conseil général, au Conseil d'arrondissement, au Conseil municipal dans le département où il exerce ses fonctions, que deux ans après la cessation de ses fonctions.

2° *Conclusions relatives à la déclaration des maladies contagieuses.* — La Commission, après avoir étudié les divers systèmes de déclaration proposés, ou en usage, est d'avis de poser, comme principe, que la déclaration ne doit pas sortir du domaine médical, l'intervention de l'élément administratif ne se justifiant que pour faciliter l'emploi des mesures prophylactiques indiquées par les médecins.

Dans ces conditions, la Société de l'internat est d'avis :

1° Que la déclaration doit être faite par le médecin traitant;

2° Qu'elle doit être faite soit au médecin directeur départemental d'hygiène, soit au médecin délégué par la Commission sanitaire, ou encore au médecin directeur du bureau d'hygiène dans les villes qui possèdent cet organisme.

Le médecin traitant indiquera, s'il le juge utile, dans le bulletin de déclaration, les mesures prophylactiques qu'il croira nécessaires.

Dans tous les cas, le médecin traitant recevra, soit pour le fait de la déclaration, soit pour tout autre acte professionnel (présence, déplacements, etc.), des honoraires en rapport avec la nature et l'importance des services qu'il aura rendus.

GUERRE. — Un concours pour l'emploi d'infirmière laïque des hôpitaux militaires s'ouvrira le 6 octobre 1913 dans un certain nombre de centres qui seront ultérieurement désignés.

Les candidates devront être de nationalité française et âgées, sauf dans des cas particuliers dont le ministre sera juge, de vingt ans au moins et de trente-cinq ans au plus au 1er janvier de l'année du concours.

Les candidates nommées infirmières stagiaires, passé l'âge de vingt-cinq ans, n'auront pas droit au minimum de retraite garanti par l'article 10 du décret du 26 février 1897.

Les personnes qui désirent prendre part au concours devront faire parvenir leur demande pour le 1er septembre au plus tard, au ministre de la guerre (7e direction). Cette demande sera accompagnée des pièces suivantes :

1° Un bulletin de naissance;

2° Une copie certifiée conforme de leur diplôme d'infirmière;

3° Un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin militaire du grade de médecin principal ou médecin-major du service hospitalier.

Des avantages nombreux sont faits aux infirmières laïques des hôpitaux militaires.

Traitement annuel variant, suivant la classe, de 800 à 1 458 francs.

Logement gratuit à l'hôpital ou indemnité représentative de 300 à 400 francs selon l'importance des villes.

Nourriture gratuite ou indemnité représentative dans certains cas.

Indemnité annuelle de tenue 100 francs.

Repos hebdomadaire de vingt-quatre heures, congé annuel de vingt-cinq jours.

Le programme détaillé du concours ainsi que le règlement provisoire du 22 juillet 1909, portant admission et administration d'un personnel d'infirmières laïques dans les hôpitaux militaires, sont insérés au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre (partie réglementaire), qui est publié par la maison Chapelot, 30, rue et passage Dauphine, à Paris.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Dreyer-Dufer est nommé médecin aide-major de deuxième classe dans le corps des sapeurs pompiers à Epierre.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — **CRÉATION DE PLACES D'ÉLÈVES STAGIAIRES A LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE.** — *Règlement.* — ARTICLE PREMIER. — Tout médecin ou étudiant en médecine inscrit au secrétariat de la clinique des Quinze-Vingts peut assister à la consultation.

ART. 2. — Les élèves désireux de suivre d'une façon plus assidue la consultation peuvent se faire inscrire comme élèves stagiaires.

ART. 3. — L'inscription d'élève stagiaire est réservée aux docteurs en médecine, aux étudiants ayant au moins huit inscriptions, aux internes et aux externes des hôpitaux de Paris.

ART. 4. — Sous la direction du chef et des aides de clinique, les élèves stagiaires seront particulièrement exercés à l'examen des malades (examen à la chambre noire, réfraction, rédaction d'observations, thérapeutique). L'élève stagiaire ne devra délivrer aucune prescription.

ART. 5. — Le nombre des stagiaires est limité à six par service. En cas de besoin, deux élèves stagiaires pourront être affectés à la consultation externe; chaque aide de clinique aura deux stagiaires sous sa direction.

ART. 6. — Tout élève stagiaire s'incrit pour une année à partir du premier versement opéré dans la caisse de l'établissement.

ART. 7. — Le droit d'inscription pour l'année de stage est fixé à cinquante francs (50 francs) payables au moment de l'inscription. Les droits versés sont définitivement acquis.

ART. 8. — En cas de vacance dans le personnel, les élèves stagiaires pourront être appelés à remplacer les aides de clinique provisoires sur la proposition des chefs de service.

ART. 9. — Tout élève stagiaire qui cessera son service sans motifs suffisants pourra être remplacé par décision du chef de service.

ART. 10. — Le remplacement de l'élève stagiaire absent sera choisi par le chef de service, de préférence parmi les candidats inscrits à l'avance. Il versera, s'il est appelé au cours d'une période, une contribution de dix francs (10 francs) par mois.

ART. 11. — Un certificat de stage pourra être délivré par le chef de service à tout élève stagiaire qui aura suivi régulièrement avec application et profit le service pendant, au moins, une année.

ART. 12. — Ce certificat donnera lieu à une majoration de deux points dans le concours pour l'emploi d'aide de clinique et de chef de clinique.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — — *Guide P.-L.-M. des Alpes.* — La nouvelle édition du *Guide P.-L.-M. des Alpes* vient de paraître. Elle contient, outre de nombreuses illustrations en simili-gravure, neuf cartes en couleurs et un beau dépliant panoramique.

Le *Guide P.-L.-M. des Alpes* est en vente dans les bibliothèques des gares; il est également adressé franco à toute personne qui en fait la demande, accompagnée de 0 fr. 50 en timbres-poste, au Service central de l'exploitation P.-L.-M. (publicité), 20, boulevard Diderot, à Paris.

La route des Alpes (*Evian-Thonon-Nice*). — Grand service d'auto-cars (1er juillet-15 septembre 1913).

Le service d'auto-cars de la route des Alpes, cette merveilleuse attraction touristique, va recommencer à fonctionner à partir du 1er juillet, jusqu'au 15 septembre prochain. Un nouvel itinéraire comporte, cette année, la visite de la Grande Chartreuse, qui constituera un attrait de plus, appelé à augmenter encore le succès de cette magnifique traversée des grands massifs des Alpes, au cours de laquelle le touriste effectuera plus de 500 kilomètres en automobile.

Pour tous renseignements, s'adresser aux gares, bureaux de ville et agences de voyages. Il est intéressant aussi, de consulter le petit guide P.-L.-M. des Alpes, édition 1913, élégante publication en vente dans les principales gares, bureaux de ville et agences de voyages et qui est envoyé franco sur demande, accompagnée de 0 fr. 50, adressée à la Compagnie P.-L.-M. (publicité), 20, boulevard Diderot, à Paris.

LES THÉORIES DE L'INSTINCT SEXUEL

Par M. J. LAUMONIER.

A la conservation de l'individu et à la conservation de l'espèce répondent les instincts primaires auxquels se subordonnent tous les actes de la vie. Mais, chez l'homme, la conservation de l'espèce ou, pour parler plus exactement, la satisfaction de l'instinct qui la traduit, a pris une place beaucoup plus importante que chez les animaux, parce que, ainsi que l'a indiqué Maudsley, ou ne saurait, en dehors d'elle, trouver une origine aux tendances sociales, et, par suite, aux institutions et aux morales. Aussi, de cet instinct toujours actif, a progressivement germé un sentiment très complexe, l'amour, qui est devenu l'un des grands moteurs permanents de l'existence, le pivot des joies excessives et des plus cruels tourments, l'inspirateur des belles actions et des crimes abominables. La guerre de Troie demeure l'éternel symbole de la puissance de l'amour, et, depuis Homère, c'est toujours l'histoire d'une Hélène que nous racontent, plus ou moins bien, les poètes et les romanciers.

Malheureusement, cet amour littéraire n'est qu'une fiction, et une fiction parfois dangereuse pour ceux qui y croient et s'en nourrissent. L'amour « vécu » ne se montre ni si grand, ni si beau. Nécessairement fondé sur l'instinct sexuel, il ne se dégage que péniblement de la périodicité et de la brutalité du rut, dont, en certains cas, il accuse maintenant encore les déviations et les impulsions irrésistibles. Pour interpréter ses modalités si diverses, depuis le libertinage de Don Juan jusqu'aux inversions et à l'érotomanie, sur lesquelles le médecin est aujourd'hui appelé à donner son avis, il faut donc d'abord se demander en quoi consiste l'instinct sexuel.

*
* *

On l'a quelquefois défini l'attirance que les deux sexes exercent l'un sur l'autre. Mais ce n'est là qu'une simple constatation. Pourquoi et comment y a-t-il attirance? Voilà ce qu'il importe de rechercher. Beaucoup de théories ont été proposées ; je ne ferai état ici que des principales, parmi les plus récentes.

La théorie *chimique* ou *tropique* a été soutenue, il y a une trentaine d'années, par Balbiani, puis par Delbœuf, qui admettent que le gamète mâle est attiré par le gamète femelle, parce que ce dernier possède une substance qui exerce une chimiotaxie positive sur le premier. Cette hypothèse est acceptable, *pour les gamètes*, et les recherches de J. Lœb et de Y. Delage, sur la fécondation artificielle, semblent lui apporter une vérification indirecte, en nous laissant entrevoir l'agent chimique qui intervient ainsi. Le Dantec se rattache à cette théorie, en supposant que les deux gamètes acquièrent, par la maturation, une dissymétrie stéréochimique et réciproquement complémentaire ; par la fusion, ils deviennent l'œuf, substance symétrique, équilibrée, capable d'assimilation (1). Mais, engagé dans la voie des explications par les tropismes, Delbœuf a été beaucoup plus loin, et soutint que, quand un homme recherche une femme, c'est, en réalité, le spermatozoïde du premier qui est attiré par l'ovule de la seconde, le tropisme élémentaire inconscient déclanchant tout un ensemble de réactions psychosexuelles qui, seules, parviennent à la connaissance des sujets. Sous cette forme, la conception de Delbœuf est absolument insoutenable, attendu que l'instinct sexuel peut se satisfaire indépendamment de l'attirance de tout gamète opposé.

Ce dernier argument a conduit assez vite à la théorie de *l'évacuation*. « L'appétit sexuel, dit Féré (2), est avant tout un besoin général de l'organisme, basé sur un certain besoin d'évacuation. » Montaigne, bien auparavant, s'était déjà exprimé à peu près dans les mêmes termes : « Ie treuve aprez tout, déclarait-il (3), que Vénus n'est aultre chose que le plaisir à descharger ses vases. » Cette conception est, au surplus, fort populaire et se traduit, dans le langage grossier, par beaucoup de locutions expressives. Mais elle ne se justifie guère que pour l'homme, pour l'homme jeune surtout, dont les sécrétions génitales sont plus abondantes et qui, de fait, éprouve parfois une impression de réplétion sexuelle assez nette. Havelock Ellis remarque, en effet, une certaine analogie entre le plaisir de l'orgasme et le soulagement que procure l'évacuation retardée de la vessie. Et alors l'homme rechercherait la femme comme le vase naturel dans lequel il peut se déverser, encore qu'elle ne soit pas indispensable à l'opération. Mais bien des objections apparaissent, en ce qui concerne la femme. Elle n'a pas de produits sexuels abondants comme l'homme, et la sécrétion spasmodique des glandes du col de l'utérus ne saurait avoir la même signification que l'éjaculation du sperme ; par suite elle éprouve plutôt une sensation de turgescence qu'un besoin réel d'évacuation. D'ailleurs les expériences de Steinach et les observations de Matignon sur les eunuques chinois prouvent que les individus complètement et précocement castrés sont cependant capables d'éprouver de l'attirance et de l'excitation sexuelles.

Néanmoins cette notion de plénitude, qui semble être le point de départ de la théorie de l'évacuation, se retrouve, sous une forme à peine différente, dans des théories plus récentes. A. Moll, par exemple (4), découvre dans l'instinct sexuel, deux éléments essentiels, l'un primaire, l'*impulsion de détumescence*, analogue à l'impulsion qui force à vider une vessie, l'autre secondaire, l'*impulsion de contrectation*, qui pousse un individu à se joindre à un autre individu, normalement de sexe opposé. Ces deux impulsions toutefois ne sont point nécessairement liées, la seconde pouvant ne pas se produire, mais si elles agissent toutes les deux, l'impulsion de contrectation doit être souvent la première à intervenir, puisqu'il paraît bien que c'est son entrée en jeu qui

(1) Le Dantec. *La Sexualité* (coll. Scientia).
(2) *L'Instinct sexuel*, 1899, p. 6.
(3) *Essais*, livre III, chap. 5.
(4) Cf. *Ueber die Libido sexualis*, Berlin, 1897.

amène ultérieurement l'impulsion de détumescence et l'évacuation sexuelle.

Prenant en considération cette succession de phénomènes, Havelock Ellis, qui a fait de nombreuses enquêtes sur la psychologie sexuelle, pense que la contrectation répond à ce que les éthologistes appellent la *courtisation*, danses nuptiales et chants des oiseaux, jeux et combats des mammifères, discours, mimiques et caresses des hommes. Et, en effet, le résultat de la courtisation est la *tumescence*, c'est-à-dire la congestion vasculaire des organes sexuels et de ceux qui leur sont synergiquement associés, d'où naît finalement l'excitation sexuelle. La tumescence devient ainsi le préliminaire obligatoire et la cause du désir aigu ; elle se manifeste par des phénomènes bien connus : chez la femelle, au moment du rut, gonflement de la vulve, congestion de l'utérus, irritation des parties voisines ou connexes, inquiétude, agitation, etc. ; chez le mâle, excitation marquée, combativité, gonflement des testicules, enfin érection. Ces divers processus aboutissent, quand les circonstances s'y prêtent, à l'orgasme, qui correspond à la détumescence de A. Moll. Ainsi, d'après Havelock Ellis, l'instinct sexuel parcourt, pour se satisfaire, chez l'homme comme chez les animaux supérieurs, deux phases. « Dans la première, dit-il (1), généralement sous l'influence parallèle de stimulants intérieurs et extérieurs, les images, les désirs et les idées naissent dans le cerveau, tandis que l'organisme est chargé d'énergie et l'appareil sexuel congestionné de sang (processus de tumescence) ; dans la seconde phase, l'appareil sexuel est déchargé au milieu d'une excitation sexuelle profonde, suivie d'un soulagement organique intense (processus de détumescence)... La première impulsion, qui, ordinairement, prend une forme plus active chez le mâle, a le double but d'amener le mâle lui-même dans les conditions où la décharge s'impose, et, en même temps, d'éveiller chez la femelle, un état aussi ardent d'excitation émotionnelle et de turgescence sexuelle. Le second processus a comme but direct de décharger la tension qui a été produite, et, comme but indirect, d'exécuter l'acte par lequel la race est perpétuée. »

Cette théorie est fort intéressante, mais non pleinement satisfaisante, car on peut se demander comment se déclanche le mécanisme initial. La courtisation entraîne la tumescence, soit, mais alors sous quelle influence commence la courtisation ? Chez les mammifères, la tumescence (rut) de la femelle, conditionnée par la maturation des ovules et qui développe des odeurs spéciales attirant le mâle, produit chez ce dernier la courtisation, laquelle, on le sait aujourd'hui, a surtout pour effet de provoquer ou d'augmenter sa propre tumescence. Tout s'enchaîne ici assez clairement. Mais dans l'espèce humaine ? Ni la périodicité de la maturation, ni la réplétion des glandes masculines n'interviennent d'une manière constante et efficace. « L'homme est le seul animal qui fasse l'amour en tout temps », car une idée, un souvenir, une image, un attouchement peuvent suffire

(1) Cf. *Impulsion sexuelle*, p. 100-101 de la trad. franç.

à éveiller la tumescence, et la courtisation vient ensuite, dans le but de déterminer la même tumescence chez la personne désirée. La question reste donc entière de savoir pourquoi l'attouchement, l'image, le souvenir, l'idée d'une personne d'un autre sexe (généralement) provoquent le désir et la tumescence du sujet, autrement dit pourquoi le sujet est attiré par l'objet. Une interprétation finaliste est à cet égard d'autant moins acceptable que la détumescence, suite naturelle de la tumescence, peut s'accomplir en dehors de toute possibilité de fécondation. Comme le dit Havelock Ellis, ce n'est là qu'un effet surérogatoire de la détumescence.

Nous tournons ainsi dans un cercle vicieux. Pour en sortir, il faut invoquer un autre facteur, l'hérédité. On sait, en effet, que les œufs hétérozygotes sont mâles et les œufs homozygotes femelles (1). La différence de structure de l'œuf ne produit pas seulement les glandes génitales de l'être qui en dérive ; elle impressionne tous les éléments de l'organisme, de telle sorte que l'individu se trouve en réalité, contrairement à la théorie qui oppose le sexe du germen à celui du soma, tout mâle ou tout femelle. Il s'agit donc, ainsi que le montre Fritz Lenz (2), de deux formes héréditaires différentes. Or, héréditairement (et on peut faire intervenir, à l'origine, la théorie *tropique*), l'organisme mâle a été attiré dans des circonstances définies par l'organisme femelle et réciproquement, ce qui veut dire, non que l'attirance elle-même fait partie du patrimoine héréditaire, mais que ces circonstances, impressions physiques ou psychiques, mettent en jeu un réflexe déterminé et par conséquent inscrit dans la structure et dont le résultat est la tumescence. Cette conception expliquerait pourquoi l'excitation sexuelle échappe à la volonté, malgré le rôle qu'y jouent les opérations psychiques, pourquoi les enfants et les castrats (dont les glandes sexuelles ne fonctionnent pas, ou n'existent plus, mais qui n'en ont pas moins le sexe somatique de ces glandes) peuvent l'éprouver, pourquoi enfin des altérations mentales sont capables de la produire dans des circonstances anormales (perversion et inversion) par un processus que Th. Ribot a comparé à l'audition colorée. Assurément cette théorie n'est encore qu'à l'état embryonnaire, mais déjà elle a le mérite de cadrer avec les faits connus et d'en donner une interprétation plus complète et plus profonde.

DE LA MEILLEURE DIÉTÉTIQUE

DANS LE CAS D'ÉPILEPSIE DITE « ESSENTIELLE »

Par M. A. RODIET,

Médecin en chef de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron.

On sait maintenant que toutes les épilepsies sont symptomatiques et que l'attaque, même dans le cas d'épilepsie dite « essentielle », est le résultat d'une irritation directe ou indirecte de l'écorce cérébrale

(1) Pour les explications, cf. LAUMONIER : La prédétermination du sexe, *Gaz. des hôpit.*, 27 juillet 1911.

(2) Cf. *Ueber die krankhaften Erbanlagen des Mannes und die Bestimmung des Geschlechtes beim Menschen*, Iena, 1912.

chez un individu « prédisposé ». Cette irritation est le plus souvent d'origine gastro-intestinale, ainsi que M. Maurice de Fleury l'a récemment démontré (1). Des observations nombreuses prouvent, en effet, que l'intoxication gastro-intestinale est, sinon la cause unique, du moins l'une des causes les plus puissantes et les plus fréquentes de l'accès convulsif. Il faut donc traiter par principe, empiriquement même, si l'on veut, l'appareil digestif de l'épileptique. On évitera ainsi de susciter indirectement une cause d'excitation à une écorce cérébrale particulièrement irritable.

Ainsi donc, à la base de la thérapeutique de l'épilepsie, deux indications : 1° modérer l'excitabilité du système nerveux ; 2° paralyser l'action des agents provocateurs de l'attaque.

Diminuer l'hypersensibilité et l'excitation anormale de l'écorce du cerveau et assurer l'élimination régulière des toxines en même temps que prévenir leur accumulation dans l'organisme, tel a été le but de tous ceux qui ont recherché le meilleur traitement de l'épilepsie. Dès lors, il était naturel que certains auteurs ne s'adressent pas seulement aux médicaments, mais encore au régime alimentaire, afin d'essayer de supprimer les causes d'excitation anormale venant des aliments.

Des expériences que nous avons faites à ce sujet sur un certain nombre d'épileptiques il résulte que c'est le régime végétarien, sans lait, ni œufs, qui donne les meilleurs résultats.

Quels seront les effets de cette alimentation ? Suivant l'expression de Gautier (2) « le régime végétarien tend à faire de nous des êtres pacifiques et non pas agressifs et violents. Il est pratique et rationnel et doit être prôné par ceux qui poursuivent l'idéal de la formation et de l'éducation de races douces, intelligentes, pratiques, et cependant prolifiques, vigoureuses et actives. »

Si on se rappelle les exemples donnés par Liebig (3), de changement de caractère des animaux sous l'influence de l'alimentation, l'ours et le rat nourris de viande devenant violents et féroces, alors qu'ils se maintiennent doux et maniables avec un régime végétal, on peut espérer aussi modifier le tempérament et le caractère d'un malade agité, d'un aliéné enclin à la violence. Or, entre tous les aliénés, l'épileptique est le plus souvent un susceptible, un irritable, un violent. A cause de ses antécédents héréditaires presque toujours tarés, à cause aussi de l'action sur son cerveau de cette toxine de nature inconnue qui détermine l'accès comitial, et enfin à cause de son tempérament spécial, l'épileptique est sujet à des impulsions et à des accès d'agitation. Eviter l'intoxication d'origine gastrique, à laquelle nous attribuons un rôle important dans la production de la crise, doit être la première indication. Si, en outre, on s'attache à modifier le caractère et le tempérament de ce nerveux, de cet individu à l'écorce trop sensible, il semble qu'on devra constater une amélioration non seulement dans l'état général, mais encore dans la fréquence et l'intensité des crises. Ce résultat, Féré et Voisin l'ont obtenu par le régime lacté et le régime ovo-lacto-végétarien qu'on peut prolonger davantage et qui est mieux accepté par les malades. Plus logiquement encore et avec plus de certitude, on devra observer les mêmes succès par le régime végétarien. « J'ai fait l'essai, dit M. Maurice de Fleury, de tous les régimes et sans parti pris, ayant jadis donné la préférence aux diètes lactées et lacto-végétariennes. Expérience faite, il a bien fallu m'en tenir à celui qui me donnait, dans la très grande majorité des cas, les améliorations les plus évidentes. C'est le régime proprement végétal, comprenant la suppression de tous les aliments d'origine animale : lait, œufs, poisson et viande. »

Cette idée avait déjà été émise par Voisin (1), mais ses expériences n'ont été prolongées que pendant trois semaines chez des enfants. De même, des résultats plus favorables ont été obtenus récemment par le docteur Gottschalk (2) chez des épileptiques du service du docteur Marie, après un essai qui n'a duré qu'un mois.

A ce même régime, sans lait, ni œufs, ni poisson, ni bouillon, ni aucun aliment d'origine animale, nous avons soumis 15 malades épileptiques : 11 femmes choisies avec le docteur Lallement à l'asile Saint-Yon en 1908 et 4 femmes de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, en 1912. Dans le premier cas, l'expérience a duré quatre mois et dans le second cas, trois mois. Si on veut obtenir des conclusions valables, cette durée d'un trimestre me paraît être le temps minimum auquel il convient de fixer ces expériences d'alimentation spéciale.

D'après les indications et les conseils de J.-Ch. Roux, en ce qui concerne le premier tableau et ceux de Maurice de Fleury, en ce qui concerne le second, les menus suivants ont été établis :

TABLEAU I.

Régime végétarien de l'asile de Saint-Yon près Rouen (Seine-Inférieure).

LUNDI. — *Premier repas.* — Soupe à l'oseille. — Beurre frais.
Deuxième repas. — Macaroni. — Un légume vert.
Troisième repas. — Potage pommes de terre. — Confitures poires.

MARDI. — *Premier repas.* — Potage pommes de terre. — Confitures ordinaires.
Deuxième repas. — Soupe maigre. — Pommes de terre au beurre.
Troisième repas. — Potage haricots. — Confitures prunes.

MERCREDI. — *Premier repas.* — Soupe maigre. — Beurre frais.
Deuxième repas. — Soupe pommes de terre. — Riz beurre frais.
Troisième repas. — Soupe à l'oseille. — Macaroni.

JEUDI. — *Premier repas.* — Potage au riz. — Confitures.

(1) Maurice DE FLEURY. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 22 octobre 1912.

(2) Armand GAUTIER. *L'alimentation et les régimes chez l'homme sain et chez les malades*, Paris, Masson.

(3) LIEBIG. *Nouvelles lettres sur la chimie*, 35e lettre.

(1) J. et R. VOISIN et NOSÉRO. Du régime hypoazoté dans l'épilepsie, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, juin 1905.

(2) GOTTSCHALK. De l'influence du régime alimentaire au point de vue prophylaxie et genèse des accidents convulsifs, *Arch. de neurol.*, mars 1911.

Deuxième repas. — Potage oseille. — Pommes de terre à l'huile.

Troisième repas. — Soupe maigre. — Pois, haricots ou lentilles.

VENDREDI. — *Premier repas.* — Potage oseille. — Beurre frais.

Deuxième repas. — Potage au riz. — Gros nains.

Troisième repas. — Macaroni. — Un légume vert.

SAMEDI. — *Premier repas.* — Potage pommes de terre. — Confitures.

Deuxième repas. — Soupe maigre. — Pois cassés.

Troisième repas. — Potage au riz. — Fromage.

DIMANCHE. — *Premier repas.* — Potage vermicelle maigre. — Beurre frais.

Deuxième repas.— Potage au riz.— Macaroni.— Confitures.

Troisième repas. — Potage haricots. — Légumes.

Observation. — Tous les potages, soupes et plats de légumes épais et peu salés (5 grammes de sel environ par jour et par malade). Les portions copieuses. Même quantité de pain que d'ordinaire. Même quantité de boisson : 1 litre de cidre par jour.

TABLEAU II.

Régime alimentaire végétarien de l'infirmerie de la colonie de Dun-sur-Auron (Cher).

LUNDI. — *Premier repas.* — Panade. — Miel et pain.

Deuxième repas. — Tapioca. — Lentilles. — Salade crue. — Pruneaux.

Troisième repas. — Potage semoule. — Purée pommes de terre et carottes mélangées. — Gruyère.

MARDI. — *Premier repas.* — Potage pommes de terre. — Beurre et pain.

Deuxième repas. — Vermicelle. — Riz. — Salade cuite. — Figues.

Troisième repas. — Potage au tapioca. — Purée pommes de terre, navets mélangés. — Confitures.

MERCREDI. — *Premier repas.* — Potage à l'oseille. — Confiture et pain.

Deuxième repas. — Tapioca. — Nouilles. — Salade crue. — Biscuits.

Troisième repas. — Panade au beurre. — Purée céleris raves et pommes de terre mélangés. — Miel.

JEUDI. — *Premier repas.* — Potage aux poireaux. — Pruneaux et pain.

Deuxième repas. — Vermicelle. — Haricots. — Salade cuite. — Confitures.

Troisième repas. — Potage aux haricots. — Purée de carottes et pommes de terre mélangées. — Gruyère.

VENDREDI. — *Premier repas.* — Panade. — Figues et pain.

Deuxième repas. — Tapioca. — Riz. — Salade crue. — Biscuits.

Troisième repas. — Potage semoule. — Purée pommes de terre et poireaux mélangés. — Confitures.

SAMEDI. — *Premier repas.* — Potage aux pommes de terre. — Miel et pain.

Deuxième repas. — Vermicelle. — Pois ou lentilles. — Salade crue. — Pruneaux.

Troisième repas. — Panade aux lentilles. — Purée de navets et pommes de terre mélangés. — Figues.

DIMANCHE. — *Premier repas.* — Potage aux poireaux. — — Beurre et pain.

Deuxième repas. — Tapioca. — Macaroni. — Salade crue. — Confitures.

Troisième repas. — Potage au riz. — Purée de céleris raves et de pomme de terre mélangés. — Miel.

Boissons. — Un verre à bordeaux d'eau lactosée (30 grammes de lactose par litre) à chaque repas.

Un verre à bordeaux d'eau lactosée à 9 heures, 10 heures, 11 heures, 16 heures, 17 heures, 18 heures.

Observation. — 1° Préparer tous les potages avec l'eau qui aura servi à cuire les légumes.

2° Tous les potages et purées épais.

3° Très peu de sel, environ 5 grammes par malade et par jour.

4° Au moins 40 grammes de beurre par malade et par jour.

Nous avons surtout vérifié chez nos malades l'influence du café, c'est-à-dire d'un excitant sur la pression sanguine. En effet, nous avons expérimenté le régime végétarien à quatre ans de distance, dans des conditions différentes. A l'asile Saint-Yon, en 1908, nous avions fait cette concession aux onze malades en traitement, de leur donner une tasse de café qu'elles prenaient toutes assez régulièrement, en récompense de leur travail, au repas de midi avec le régime ordinaire de l'asile. A l'infirmerie de Dun, nous avons supprimé le café aux quatre épileptiques soumises au régime, alors qu'elles avaient, elles aussi, l'habitude d'ajouter une tasse de café à leur alimentation ordinaire, aux repas de midi.

Les résultats ont été si différents dans les deux cas, que nos conclusions au sujet de la pression artérielle des épileptiques sont les suivantes :

1° Dès qu'on donne du café aux épileptiques, même avec une alimentation peu excitante, la tension sanguine se hausse brutalement et devient élevée d'une façon presque continue.

2° Nous n'avons pas noté d'une façon régulière chez nos malades la dépression sanguine post-paroxystique observée par Féré et M. Maurice de Fleury. Au contraire, nous avons remarqué parfois dans nos observations une hypertension très marquée succédant aux crises. Peut-être ce résultat était-il dû à ce que nos malades étaient sujettes à des accès pendant lesquels une crise succédait à une autre, presque sans interruption, et que la phase d'hypotension après une attaque était masquée par la période d'hypertension précédant une autre crise.

3° De même que Féré, Marinesco et Sérieux et Maurice de Fleury, l'hypertension nous a paru constante avant la crise. Il importe donc, suivant la recommandation faite par tous les auteurs, de ne jamais permettre aux épileptiques les médicaments, et les boissons ou aliments qui peuvent élever la pression sanguine.

4° Le régime végétarien n'abaisse la tension sanguine des épileptiques que s'il est prescrit sans café. En effet, à nos malades de l'asile Saint-Yon, nous avons fait cette concession du café pour plusieurs raisons : difficultés de faire accepter le régime, récriminations, habitudes prises, etc. Toutes, même celles qui ont eu une diminution de leurs accès ont présenté une tension plus élevée pendant la période où elles ont été soumises à l'alimentation végétarienne avec café que pendant la période suivante où, s'alimentant avec le régime ordinaire de l'asile, nous avons supprimé le café (1). Au contraire, nous avons obtenu la baisse de la pression artérielle d'une façon régulière, chez nos malades de la colonie de Dun, en leur refusant toute concession au sujet des excitants.

D'ailleurs, ainsi que l'a fait le docteur Gottschalk à l'asile de Villejuif, on peut actuellement satisfaire les malades en remplaçant le café par une boisson semblable, décaféinée, non excitante : café de Malt ou mieux café Sanka. L'épileptique étant déjà prédisposé à des troubles de la pression sanguine à cause

(1) LALLEMENT et RODIET. Des modifications de la tension artérielle chez les épileptiques, *L'Encéphale*, 10 nov. 1909.

de son état, si on veut agir sur le nombre et l'intensité des crises, il importe, par une diététique sévère, d'éviter toutes les causes qui peuvent modifier sa tension.

ACTUALITÉS

UN DISCOURS DU PROFESSEUR RAMÓN Y CAJAL

CONSIDÉRATIONS SUR LA CELLULE VIVANTE

Le 15 du mois qui vient de finir s'ouvrait à Madrid le IVe Congrès de l'*Asociación Española para el Progreso de las Ciencias*, et c'est à Don Santiago Ramón y Cajal qu'incombait la tâche de prononcer le discours inaugural. L'illustre savant a commencé par s'excuser en disant qu'un tel discours devrait « contenir une synthèse lumineuse de l'état actuel de la science », mais que malheureusement « rien n'est plus étranger que les vastes généralisations d'idées, aux aptitudes et aux goûts du micrographe, car celui-ci, confiné dans le tube du microscope, sorte de puits ouvert sur l'abîme de l'infinitésimal, et tournant le dos au spectacle du monde concentre toutes ses forces mentales sur la minuscule parcelle de réalité que le miroir illumine ».

Et voici qu'ayant ainsi parlé l'orateur s'infligeait immédiatement à lui-même le plus formel et le plus noble démenti, en prononçant un discours d'une admirable envergure où affluent et se pressent les idées générales et les vues d'ensemble les plus hautes. Ce discours nous ne pouvons malheureusement en donner ici que de très courts extraits alors qu'il conviendrait de le traduire *in extenso*.

Parmi les problèmes nombreux et ardus que soulève l'étude analytique de la cellule, questions où « le connu représente une étroite bande de rivage côtier autour d'un continent mystérieux », M. Ramón y Cajal n'en retient pour l'instant qu'un petit nombre qu'il étudie successivement.

Pourquoi la cellule est-elle un être microscopique et parfois ultramicroscopique ? — On peut répondre qu'il y a là pour elle des avantages considérables d'ordre défensif et nutritif. A ce dernier point de vue on peut comparer le protoplasma cellulaire à une petite éponge; or plus réduite sera la masse et plus rapidement s'accompliront les phénomènes de nutrition, de multiplication et de réaction motrice. « A part quelques exceptions, les éléments mesurent une taille d'autant plus exiguë que la hiérarchie physiologique de l'animal auquel ils appartiennent est plus élevée. Que l'on se rappelle les colossales hématies des batraciens et les dimensions réduites de celles des mammifères et des oiseaux; les neurones formidables des invertébrés et les neurones exigus des mammifères; la ténuité extrême des cônes et des bâtonnets rétiniens chez l'homme et les oiseaux et leur volume chez les batraciens et les poissons. A leur taille minuscule les microbes doivent la rapidité de leur assimilation, de leur respiration, de l'élimination de leurs toxines; mais surtout ils lui doivent leur reproduction vertigineuse. Il semble hors de doute que ce dernier phénomène constitue l'arme la plus formidable mise en œuvre par les pygmées contre les colosses de la vie, et il est à présumer que les bactéries invisibles jouissent de l'inestimable privilège de la multiplication instantanée. Qui sait si la dimension très grossière de leurs éléments constitutifs ne contribua pas à l'extinction des sauriens gigantesques qui peuplaient les mers de la période secondaire, en les rendant victimes de l'agilité et de la ténuité des bactéries et des protozoaires ? »

La deuxième question abordée par le savant histologiste est celle-ci : *Les éléments constitutifs de l'association organique sont-ils capables de perdre leur caractère colonial et de vivre d'une vie indépendante ?* Les métazoaires, et en particulier les animaux supérieurs, « sont des colonies d'ouvriers communistes solidarisés et coordonnés par ces trois mécanismes automatiques : la division du travail..., l'action régulatrice des hormones..., le système nerveux ». Et à ce propos, M. Ramón y Cajal a fait observer combien sont faux les rapports que l'on veut si souvent établir entre les « Républiques cellulaires » et les « Etats humains ». Tout ce passage est à citer. « Dans la République cellulaire règne un régime de mutualisme étroit et d'égalité absolue. La liberté, le parasitisme et la pitié y sont inconnus. Des lois économiques inexorables, brutales au point d'exclure la compassion et la justice, règlent les relations entre l'individu et l'Etat. Pour mieux satisfaire le principe d'économie de matière ou d'effort, tout corpuscule faible ou tant soit peu malade est implacablement sacrifié; son cadavre même sert souvent d'aliment à de voraces phagocytes. La mort, épouvante de notre sensibilité, n'émotionne en rien les colonies cellulaires. Que dis-je? La destruction prématurée de millions de cellules est la condition inéluctable de la conservation et de l'état florissant de la République. Un mur de cadavres momifiés, l'épiderme corné, nous entoure et nous protège... La classe dirigeante ellemême, le Sénat cérébral, ne jouit d'aucun privilège. Sans cesse attentives aux événements du monde extérieur, les cellules nerveuses ignorent l'oisiveté dorée, les crises ministérielles, les retours de partis, le droit à la grève et le repos dominical. Malheur à nous, si quelques cellules du bulbe rachidien ou du cœur se permettaient de se reposer, non pas tout un dimanche, mais quelques brèves minutes! Pour l'homme, une distraction de ce genre serait aussi grave que la brusque cessation du mouvement de la terre. En somme, dans les Etats cellulaires ne sont apparus encore ni la morale, ni la liberté, ni l'amour. Une seule chose y est sainte et auguste, la conservation et la prospérité de l'Etat. A cette fin tout conspire, tout est sacrifié. Qu'importent les individus? »

Mais l'esclavage cellulaire est-il irrémédiable? Et « serait-ce une entreprise chimérique que de tenter la dispersion de l'essaim animal? » Pour répondre à cette question, le savant espagnol passe en revue tout ce qui a été fait depuis les premiers essais de survie cellulaire, jusqu'aux recherches toutes récentes de Harrison, Loeb, Burrows, Lewis, Lambert et Carrel. Et il insiste sur le fait que les éléments néoformés obtenus par les modernes expérimentateurs sont virtuellement immortels. En fournissant à l'unité vivante l'oxygène et la ration alimentaire indispensables et en la débarrassant de ses produits excrémentitiels, il n'y a pas de raisons, en dehors de catastrophes, pour que tout protoplasma doué d'aptitudes proliferatives ne dure pas indéfiniment. Mais cette immortalité précaire, « intéressante au point de vue scientifique, ne parle pas à notre intérêt et à notre sensibilité. L'important pour nous serait, non la pérennité des cellules, mais celle de l'agrégat organique sous forme d'individu conscient. Et n'est-il pas vrai que le fait de cultiver et de conserver indéfiniment les cellules, blesse un peu le sentiment de notre unité et irrite notre dignité de dieux déchus? N'est-ce rien de penser que les thaumaturges de la science pourraient, à l'heure de la tragédie finale, commettre la profanation de s'emparer d'une portion du cadavre et de l'obliger à recommencer une nouvelle carrière vitale en se désintéressant de l'autre partie, rongée par les vers et en proie aux bactéries! »

Et cette colonie organique sauvée miraculeusement de la mort, quel est son avenir? « Est-elle le germe de quelque chose de grand dont l'aurore s'approche, ou représente-t-elle une nouvelle marche brisée parmi les degrés sans fin qui montent vers l'idéal? » Il ne faudrait pas se faire trop d'illusions, car en dépit des tentatives des Cajal, des Harrison, des Marinesco, des Nageotte on n'est pas arrivé à obtenir de colonies des cellules nobles entre toutes, des cellules nerveuses. Et cependant les essais pratiqués ont permis de relever des faits intéressants.

Etudiant alors la *survivance des cellules nerveuses*, M. Ra-

món y Cajal établit qu'il a été des premiers à en faire vivre hors de l'organisme, pendant deux jours au moins. D'autres ont essayé avec d'autres méthodes, et en dernier lieu Marinesco est arrivé à obtenir une survie de neuf jours et à voir se produire des expansions nouvelles. Mais, quel que soit le terrain de culture, la colonie nerveuse ne prospère pas indéfiniment et ses éléments succombent. Et pourquoi cela ? dira-t-on. « Il suffit pour l'instant d'indiquer que l'asexualité du neurone, qui rappelle si bien celle de l'ouvrière neutre des essaims et des fourmilières, constitue un bénéfice souverain pour l'association organique et une adaptation exquise à la fonction remplie. Le renoncement à la vie sexuelle a permis aux cellules cérébrales d'établir et de fixer indéfiniment les actes réflexes compliqués, de créer la continuité personnelle, de rendre enfin possibles, par l'enregistrement et le souvenir des états de conscience, toutes les acquisitions de l'expérience individuelle et sociale.

Il est clair que l'accomplissement de devoirs aussi hauts exigeait l'inamovibilité et la longévité. C'est pour cela que les neurones naissent avec nous et meurent avec nous, et ce n'est pas sans raison que l'on a dit que l'homme est un cerveau servi par des organes. Il en résulte que nous devons renoncer à l'aspiration de multiplier les cellules nerveuses, comme à l'ambitieuse tentation d'obtenir la survivance totale ou partielle du cerveau humain, de l'enfermer dans le globe de nos matras et de le conserver entier et vibrant après la mort de l'individu. Et même si la science, qui a mené à bonne fin tant de choses impossibles en apparence, arrivait à réaliser ce miracle stupéfiant, à quoi servirait de conserver dans une étuve le cerveau d'un Newton ou d'un Pasteur ? Pourrait-il penser le moindrement ? Séparé des muscles, bras de son action, privé des sens, baies ouvertes sur le monde, dépouillé des stimulations venues des organes et qui représentent l'éperon de l'émotion et de l'activité consciente, l'existence de ses pauvres neurones séquestrés serait aussi grossièrement végétative et mentalement pauvre que celle du plus humble corpuscule épithélial ou conjonctif. Et si, par quelque incroyable prouesse de la technique expérimentale, parvenaient jusqu'à eux, admirablement imitées, les excitations chimiques et dynamiques de la pensée et du sentiment, quelle horrible torture ! La douleur, sans le secours des cris et des larmes ! Le désir, sans l'espérance de la possession ! L'idée, sans la parole ! Dante même n'a pu imaginer supplice pareil ! »

La place nous manque malheureusement pour suivre M. Ramón y Cajal dans la discussion de cette dernière question, l'*existence probable d'unités vivantes plus simples que la cellule*. Nous ne pouvons, à ce sujet, que traduire les lignes suivantes : « Je me plais à avouer qu'après une période de répugnance... cette hypothèse se présente actuellement à mon esprit avec des caractères de vraisemblance grandissante et de sympathie. Il y a plus : par un caprice du hasard, nous-mêmes, jadis anticytocolonistes convaincus, nous avons découvert certains faits de métamorphose intracellulaire, difficilement explicables si l'on n'admet pas que le réticulum ou charpente protoplasmique, considéré généralement comme un squelette inerte, est quelque chose de vivant et de relativement autonome, constitué à son tour par des unités vivantes invisibles. »

Et maintenant nous désirons reproduire l'admirable et patriotique péroraison du discours prononcé par l'illustre savant. « La science de la cellule, qui semble si aride, renferme de sévères et fécondes leçons. Rien de plus éducatif pour l'esprit que ces exemples d'abnégation et de culte envers la communauté, de patriotisme actif et patient qui éclatent dans les éléments de nos tissus. Il y a cependant une humble cellule que nous tous, ouvriers de l'esprit, nous devrions nous proposer pour modèle. Je veux parler des modestes éléments épithéliaux qui escortent l'ovule et à qui échoit la mission transcendante de le nourrir et de le protéger. Robustes et vivaces quand la cellule germe est en enfance, ils se flétrissent et meurent résignés quand l'ovule atteignant sa majorité se prépare à la réalisation de ses glorieuses destinées. Cellules périssables, elles se consolent de la mort en travaillant à une œuvre éternelle. Et, à y bien regarder, tout ne périt pas de ces ouvrières si héroïques ; quelque chose d'elles, de leur substance intime, de leur secrète énergie, demeure enfermé et vibrant dans le germe et participe ainsi au privilège de l'immortalité.

A ces cellules épithéliales pleines d'abnégation, nous devons être semblables, nous tous citoyens d'une grande nation. Par nos mains éphémères s'élabore une œuvre virtuellement impérissable. Vous avez deviné déjà que cette œuvre suprême c'est la *patrie*, le palladium idéal à la prospérité duquel travaille la race espagnole. Et la divine statue ne périra jamais ; elle grandira au contraire, rayonnante et sublime, si ceux qui y travaillent, et particulièrement les hommes de science, déploient à la parachever l'énergie et l'abnégation nécessaires. En la préservant de la mort nous nous sauverons de l'oubli, car quelque chose de nous, le plus noble et le plus pur de la pensée et de l'action, fera définitivement partie intégrante de la grandiose image. Les penseurs les plus géniaux forgeront son esprit, les artistes inspirés embelliront son manteau et orneront sa couronne ; nous, les plus humbles, nous sculpterons son piédestal. Mais tous nous vivrons en elle et pour elle. »

Il est inutile d'ajouter aucun commentaire à ces vibrantes et nobles paroles (1).

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIETÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 JUIN 1913)

Leucémie myéloïde traitée par la radiothérapie. — M. Marcel LABBÉ rapporte l'observation d'un cas de leucémie myéloïde qui fut remarquablement améliorée par la radiothérapie, si bien qu'à un moment on pouvait croire à la guérison ; la rate et le sang étaient redevenus tout à fait normaux, l'état général était excellent. Malgré la prolongation du traitement, l'état myéloïde du sang se reproduisit progressivement, cependant que la rate restait petite et l'état général excellent. Enfin après trois ans de rémission, la leucémie prit une évolution rapide, fébrile, et le malade mourut. Il semble donc que la radiothérapie exerce une action sur les hypertrophies du tissu myéloïde et du tissu lymphoïde, mais qu'elle n'agisse point sur la cause même de la maladie. C'est le traitement des hypertrophies de certains tissus, ce n'est pas un traitement spécifique de la leucémie.

Artérite aiguë de l'humérale postpneumonique. Evolution sans gangrène. Disparition définitive du pouls radial. — MM. G. BROUARDEL et R. GIROUX rapportent l'observation d'une malade qui a présenté une artérite aiguë de l'humérale (siège rare) avec évolution sans gangrène au déclin d'une pneumonie franche aiguë. Les troubles circulatoires restèrent relativement légers malgré l'oblitération rapide de l'artère ; la circulation se rétablit par les voies collatérales, mais le pouls radial droit disparut définitivement. La tension artérielle est restée très abaissée à droite et à l'oscillomètre de Pachon, on note à l'avant-bras droit : TM : 7 tm : 4, à l'avant-bras gauche : TM : 16-17 tm : 8.

Les auteurs admettent que pour qu'il y ait au cours de l'ar-

(1) Nous remercions bien vivement le professeur Casares Gil (de Madrid) et notre excellent confrère le docteur Chervin, qui ont eu simultanément l'aimable pensée de nous adresser le discours que nous venons de résumer. G. L'H.

térite aiguë des phénomènes de gangrène, il faut non seulement une oblitération d'un gros vaisseau, mais aussi oblitération simultanée des collatérales par thrombose progressive. Ils pensent également que l'insuccès chirurgical (artériotomie avec extraction du caillot) en cas d'artérite et thrombose d'une artère comme l'humérale contre laquelle il est difficile d'intervenir puisqu'il s'agit de thromboses petites et multiples.

M. Vaquez fait remarquer que la communication de M. Brouardel soulève des problèmes intéressants. On ne possède que des renseignements incomplets sur ces artérites subaiguës avec abolition du pouls radial. Il rapporte à ce sujet l'observation d'une malade, présentant depuis six mois des douleurs violentes dans le bras, sans que jamais on n'ait trouvé chez elle des signes d'une affection nerveuse. Le pouls radial avait disparu. Il a eu l'occasion d'en observer d'autres cas qui seront l'objet d'une communication ultérieure.

D'une manière générale tandis qu'aux membres inférieurs on peut constater la claudication intermittente, ce même signe est plus difficile à observer au membre supérieur. Il y existait nettement cependant dans un cas qu'il a eu l'occasion d'observer et il se manifestait en faisant écrire le malade. Enfin dans ces cas de claudication intermittente du membre inférieur, M. Vaquez croit qu'il s'agit le plus souvent d'une artérite de la portion terminale de l'aorte à sa bifurcation en artères iliaques.

M. Marcel Labbé a eu l'occasion d'observer un cas très net de « claudication intermittente » du bras se manifestant au moment de la couture.

Atrophie unilatérale du grand dentelé et myopathie progressive. — L. Galliard. Un garçon de dix-huit ans, menuisier, se plaignant depuis six mois environ d'affaiblissement de l'épaule droite, présente, à l'état de repos, le bras pendant, un abaissement de cette épaule par bascule de l'omoplate dont l'angle supérieur fait saillie sous le bord du trapèze et dont l'angle inférieur se relève en s'écartant du thorax.

Le *scapulum alatum* s'accentue dans l'abduction et dans la projection du bras en avant.

La conservation du deltoïde permet au membre supérieur d'atteindre la ligne horizontale, mais il ne peut s'élever au-dessus. Il y a donc inertie du grand dentelé combinée, en apparence avec celle du rhomboïde et du trapèze secondaire.

S'agit-il de paralysie ou d'atrophie primitive de ces muscles? L'examen électrique montre l'absence de toute réaction de dégénérescence dans ces muscles et aussi dans les deux triceps brachiaux qui sont visiblement atrophiés. Pas de troubles de la sensibilité.

Donc il faut admettre un début de myopathie progressive, dont la cause échappe. Il n'y a rien d'intéressant dans les antécédents du malade. Sa famille paraît être indemne.

Comme l'amyotrophie évolue lentement, on peut discuter, dans ce cas, l'indication de la fixation chirurgicale de l'omoplate aux côtes pour permettre l'élévation du bras. Cette opération a été pratiquée avec succès par Eiselsberg, Pierre Duval, Mencière (de Reims).

Recherches sur la valeur de la réaction urinaire de Moriz Weiss au permanganate de potasse. — MM. Laignel-Lavastine et Grandjean rapportent les résultats qu'ils ont obtenus sur 50 malades examinés systématiquement pendant trois mois. De cette étude ils concluent que la réaction de Weiss mérite d'entrer dans la pratique. La technique en est facile, et l'interprétation des plus aisées dans l'immense majorité des cas. Pour la tuberculose elle donne des renseignements importants pour le pronostic et le diagnostic. Toujours positive chez les cavitaires avancés, elle devient, de négative, positive quand une tuberculose locale se généralise. Elle est alors d'un mauvais pronostic.

Toujours négative dans les formes torpides, elle devient dans certains cas négative, après avoir été positive, lorsque par exemple une évolution chronique fait suite à une évolution aiguë. Le pronostic immédiat dans ces cas semble bon. Pour les pleurésies elle est négative en général, ce qui coïncide avec ce que la clinique enseigne. Sa valeur pronostique se double d'autre part d'une certaine importance diagnostique.

Elle peut dans certains cas aider au diagnostic de granulie et à celui des formes fibreuses torpides de tuberculose. Fortement positive dans la première affection elle est négative dans les secondes.

Par contre en dehors de la tuberculose elle ne paraît pas avoir de valeur pronostique.

Pour les polyarthrites gonococcique et rhumatismale et dans la pneumonie elle se comporte sensiblement comme les réactions d'Ehrlich; négative dans les premières, positive dans les dernières, elle n'a peut-être qu'un petit intérêt diagnostique.

M. Merklen a pratiqué la réaction de Moriz Weiss dans un grand nombre de cas. Il a bien remarqué en effet qu'elle était le plus souvent positive dans les cas de tuberculose grave, mais qu'il était d'autant plus difficile de lui attribuer une valeur qu'elle se montrait de même positive dans certains cas de maladies infectieuses aiguës, même très bénignes, comme la varicelle et la rougeole.

M. Dufour déclare que la réaction de Moriz Weiss lui paraît ne pas posséder une grande valeur pronostique. Il a en effet trouvé cette réaction positive chez son interne qui est très bien portant.

Syndrome d'ataxie aiguë à forme cérébelleuse. — MM. Barié et Colombe rapportent l'observation d'une malade qui présenta, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, un syndrome d'ataxie aiguë à forme cérébelleuse, caractérisé par des symptômes d'incoordination cérébelleuse (tremblement intentionnel, nystagmus, titubation, asynergie, adiadococinésie), sans modifications de la parole, associés à des phénomènes spasmodiques (exagération des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde, troubles particuliers de la marche). Les phénomènes spasmodiques ont persisté assez longtemps tandis que les symptômes cérébelleux ont disparu dans l'espace de quelques semaines. Ce syndrome a été également observé à la suite d'autres infections ou intoxications (pneumonies, diphtérie, rougeole, angines, etc.). Dans ce cas, comme dans la plupart de ceux qui ont été publiés, les analogies cliniques avec la sclérose en plaques ont été des plus nettes, mais les troubles de la démarche et les symptômes d'incoordination cérébelleuse ont rapidement disparu. Contrairement à ce qui a été constaté dans la majorité des cas d'ataxie aiguë, les troubles de la parole ont ici fait défaut. Cette observation, en même temps qu'elle relate une complication exceptionnelle de la fièvre typhoïde, constitue un cas nouveau d'ataxie aiguë, syndrome sur lequel les documents cliniques sont encore relativement rares.

M. Guillain. Les cas d'ataxie aiguë n'évoluent pas vers la sclérose en plaques. Lorsqu'on interroge les malades sur le début de leur affection on ne retrouve jamais dans la sclérose en plaques des phénomènes infectieux à grande allure. D'autre part, les cas d'ataxie aiguë se caractérisent par des syndromes qui rappellent la sclérose en plaques, mais s'en différencient considérablement surtout par leur évolution. La plupart des symptômes de l'ataxie aiguë régressent peu à peu. Ces cas d'ataxie aiguë semblent beaucoup plus évoluer comme certains cas de poliomyélite aiguë.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 25 juin 1913)

Œdème aigu du membre supérieur. — M. Delbet, à propos de la communication faite dans la dernière séance, par

M. Rochard, communique l'observation d'un homme de trente-cinq ans qui, après un léger effort du bras, eut une douleur dans l'épaule, mais qui ne l'empêcha pas de continuer son travail. Le soir même, le bras était devenu violacé et gros. Douze jours après, la douleur et le gonflement ayant augmenté, il entra à Necker. Le membre était nettement œdématié et violacé. Il y avait un gonflement du creux sus-claviculaire. M. Delbet pensa qu'il s'agissait d'un anévrisme de la partie supérieure de l'axillaire. Cependant, les battements de la radiale étaient perceptibles. La tension artérielle, au Pachon, était de 10,17. Tout cela n'était pas en faveur d'un anévrisme. M Delbet pensa alors à une tumeur syphilitique. La réaction de Wassermann était positive. La femme de ce malade avait fait plusieurs fausses couches.

M. Delbet fit une incision au niveau de la tumeur, puis deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous, et s'assura que l'artère était intacte. Le malade guérit en conservant encore un léger œdème du bras. Il n'a pas pâti de l'erreur de diagnostic commise. Dans ce cas, le rôle du traumatisme a semblé insignifiant. Il s'agissait plutôt, pour M. Delbet, d'une thrombose veineuse d'origine syphilitique.

M. Schwartz a observé un cas du même genre. Il s'agissait d'une thrombose aiguë de la veine axillaire. Un ouvrier éprouve une légère douleur en déchargeant un colis. Son bras droit enfle et devient bleuâtre. Il continue à travailler pendant huit jours, puis il entre à Cochin. M. Schwartz trouve des ganglions dans l'aisselle et attribue l'œdème du bras à une adénite axillaire comprimant la veine. Il n'y a pas d'élévation de température. M. Schwartz intervient avec l'idée d'enlever des ganglions de l'aisselle. Il s'aperçoit que ces ganglions n'ont aucun rapport avec la veine. Après les avoir enlevés, il fit une résection de la veine entre deux ligatures. L'examen histologique a montré qu'il n'y avait peu d'altérations des parois de cette veine. Le malade guérit. Mais M. Schwartz ne conseille pas d'enlever une veine thrombosée, comme il l'a fait dans ce cas.

M. Potherat communiquera un cas semblable dans la prochaine séance.

M. Routier, chez un homme très robuste, a constaté un œdème dur du bras. Il s'agissait d'une phlébite sans cause connue. Il n'y avait pas de fièvre. M. Routier, pensant à une gomme, fit faire des frictions mercurielles. Depuis ce traitement, l'œdème a diminué.

M. Routier a également rencontré une thrombose de l'axillaire chez un jeune nègre, chauffeur, qui aurait ressenti une douleur vive au bras en tournant sa manivelle. Tels sont les deux cas qu'a observés M. Routier et qui se rapprochent de celui qui a été communiqué par M. Rochard.

M. Broca, il y a quinze ans, a vu survenir chez un enfant un œdème phlegmoneux de l'aisselle, avec une température de 38°5, après un tiraillement sur le bras. Il a ouvert, il a trouvé la veine axillaire thrombosée avec de la périphlébite. Il a drainé, guérison après un mois.

Deux cas de cancer du côlon traités par l'extériorisation avec ablation secondaire du néoplasme et cure ultérieure de l'anus artificiel, opération en trois temps. — Tel est le titre d'un rapport très documenté que fait M. Demoulin à propos de deux observations adressées par M. Anselme Schwartz Après avoir résumé ces deux observations dans lesquelles le résultat obtenu a été très satisfaisant, M. Demoulin fait l'historique de cette question encore peu connue en France. Une première statistique portant sur 51 cas d'extériorisation pour le traitement du cancer du côlon donne 7 morts, soit 13 p. 100, ce qui est une mortalité déjà considérable mais bien inférieure à celle que donnait la colectomie en un seul temps, 50, 54 et même 60 p. 100. On a reproché à l'opération en plusieurs temps d'être parfois insuffisante. Dans ces cas, il n'y faut pas recourir. On ne touche pas au mésentère qu'il importe, a-t-on dit, de réséquer. Quant à la question des récidives, il n'est pas prouvé que l'extériorisation y expose plus que la colectomie, on a même cité des cas de survie assez longue après l'extériorisation.

Malgré les avantages que semble présenter l'opération en plusieurs temps, la colectomie en un seul temps paraît regagner du terrain. M. Pauchet (d'Amiens) a publié 6 colectomies avec 6 guérisons. Un chirurgien allemand a fourni également une très bonne statistique. La question mérite donc d'être étudiée. M. Demoulin conclut en disant qu'en période d'occlusion il vaut peut-être mieux recourir à l'opération en plusieurs temps et, pour les autres cas, préférer la colectomie en un seul temps.

Cure radicale de hernie inguinale étranglée du ventricule de Meckel. — M. Jacob fait un rapport sur une observation de M. Reverchon. Il s'agit d'un jeune homme porteur, depuis dix-huit mois, d'une hernie droite, petite et réductible. Des phénomènes d'étranglement s'étant produits, M. Reverchon opère et trouve, dans la hernie, le diverticule de Meckel en voie de sphacèle. Suture latérale de la portion réséquée, réduction, guérison. En faisant l'historique de la question, M. Jacob a relevé 9 cas d'étranglement herniaire du diverticule de Meckel. Le diagnostic n'a jamais pu être fait avant l'intervention. Peut-être y arriverait-on en se basant sur la marche de l'affection. Le traitement doit être la résection, avec la même conduite que pour un appendice, résection à la base au thermocautère, enfouissement. C'est la conduite qu'a suivie M. Reverchon.

Kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas. — M. Launay fait un rapport sur trois observations adressées par MM. Veau, Soubeyrand et Alglave. Dans le cas de M. Veau, il s'agit d'un enfant de sept ans, chez lequel la tumeur adhérait fortement à la vessie et a pu cependant être enlevée; guérison. Dans le cas de M. Soubeyrand, la tumeur n'a pu être complètement libérée de la vessie et a dû être marsupialisée. Enfin, dans le cas de M. Alglave, la tumeur, quoique très volumineuse, a pu être extraite complètement. C'est cette extirpation totale qui est certainement l'opération idéale.

M. Savariaud rappelle avoir communiqué un cas d'extirpation totale d'un de ces kystes.

M. Lejars a rencontré deux cas de kystes hydatiques rétrovésicaux. Dans le premier cas, non diagnostiqué, il a fait la laparotomie, incisé le kyste, vidé les hydatides et la membrane mère et traité l'enveloppe comme d'habitude. Dans le second cas, la tumeur fluctuante remplissait le cul-de-sac de Douglas et bombait dans le vagin; M. Lejars a incisé par le vagin, il est resté une fistulette qui a persisté pendant quelque temps et la guérison a été obtenue. Tout en admettant que l'extirpation totale soit une bonne opération, on peut aussi appliquer à ces kystes la même conduite que pour ceux du foie.

M. Tuffier a opéré trois de ces kystes dont deux sont intéressants en ce sens qu'il y a une récidive qui a nécessité une nouvelle intervention, chez l'un, c'était un kyste du foie, et il est probable que c'est à la suite de la rupture de ce kyste qu'est survenu celui du cul-de-sac de Douglas.

M. Quénu estime qu'il est souvent difficile d'extirper ces kystes pelviens. Chez un malade la tumeur contournait le rectum et remontait jusqu'à l'ombilic. M. Quénu a fait une incision parasacrée et ponctionné le kyste; guérison. Trois ans après, kyste hydatique du foie et plus tard kyste du mésocôlon.

Une femme de trente ans avait eu un enfant deux ans auparavant et avait dû subir l'opération césarienne à cause d'une tumeur du petit bassin. Le ventre était rempli de tumeurs kystiques. Dans un premier temps, M. Quénu enleva les kystes de la cavité abdominale, réséqua l'épiploon. Dans un deuxième temps, il enleva l'utérus et les annexes qui étaient remplis de kystes hydatiques; enfin, il y avait aussi un kyste du foie, qu'il traita ultérieurement, et il est bien possible que

ce fut là la première localisation de ces kystes hydatiques. Cette malade a eu plusieurs accidents d'intoxication hydatique; elle a fini par guérir. Il est à supposer que tous les kystes enlevés étaient secondaires au kyste primitif du foie.

M. Hartmann a opéré trois kystes hydatiques du petit bassin. Il pense, avec M. Quénu, qu'il s'agit, dans un cas, de kystes consécutifs à un kyste du foie.

M. Launay estime que chaque fois que l'extirpation totale est possible, elle est préférable.

Hydronéphrose. — M. Faure présente une radiographie concernant une malade qu'il a opérée d'hydronéphrose du rein gauche, diagnostiquée à l'aide d'une injection de collargol dans le rein, et de l'examen radioscopique.

Luxation récidivante de la mâchoire. — M. Demoulin présente une malade atteinte de cette affection.

Cette présentation donne lieu à des réflexions de M. Sébileau, d'où il résulte que le traitement chirurgical de ces luxations présente les plus grandes difficultés et qu'il est préférable de laisser ces malades s'habituer peu à peu à réduire eux-mêmes leur luxation.

JURISPRUDENCE

LE SECRET MÉDICAL ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Nous avons publié ici même un jugement du tribunal correctionnel de Lille du 17 juillet 1912 (v. *Gaz. des hôp.*, 1912, n° 121, p. 1670) qui avait acquitté deux médecins poursuivis pour violation du secret professionnel.

Voici quels en étaient les principaux attendus :

« Attendu au surplus que le régime institué par la loi du 9 avril 1898 est exclusif du secret médical, qu'en matière d'accident du travail ce secret n'existe pas ; qu'au début de la procédure, la loi oblige le patron à fournir un certificat médical à l'appui de sa déclaration de sinistre et à indiquer dans cette pièce l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif (art. 11, paragr. 2) ;

Attendu que cette disposition implique nécessairement que le médecin, appelé à donner ses soins à la victime d'un accident du travail, est délié du secret professionnel ;

Attendu que, d'ordre public, et en raison du caractère forfaitaire de la réparation du dommage causé par les accidents d'industrie, la loi de 1898 constitue une transaction avec le droit pur et nécessite, pour son fonctionnement, l'abrogation des règles astreignant le médecin au secret professionnel ;

Attendu que le patron est en droit, dès lors, de se faire renseigner sur les antécédents physiques de son ouvrier, victime d'un accident, et de connaître les diathèses pouvant influer sur le traitement et en modifier le cours dans l'intérêt de la victime qui a exactement le même droit que le patron ;

Attendu qu'aucun des certificats ainsi délivrés, soit au patron, soit à la compagnie d'assurances qu'il se serait substitué, soit à l'ouvrier, n'a de caractère secret et confidentiel ; que tous ces documents, quels qu'ils soient, doivent être produits au cours de la procédure et communiqués à la partie adverse dès la tentative de conciliation devant le président du tribunal ;

Attendu qu'à plus forte raison ces documents sont exhibés sous réserves, quand l'affaire, devenue litigieuse, est portée devant le tribunal, qui a toujours le droit de les contrôler et de se les faire confirmer par des experts de son choix ;

Attendu que ni le patron, ni les compagnies d'assurances qui sont aux droits du patron, ne sont des tiers au regard de la victime ; qu'ils ont incontestablement le droit de faire appel au concours du médecin de leur choix pour contrôler le diagnostic du médecin de leur choix pour contrôler le diagnostic du médecin traitant et s'éclairer sur les conséquences des accidents dont la responsabilité leur incombe en définitive ;

Attendu que ce droit leur est reconnu formellement par la circulaire du 28 février 1901, du directeur de l'Assistance publique, qui permet aux médecins des compagnies d'assurances, en même temps qu'aux médecins choisis directement par les patrons, de visiter dans les hôpitaux les blessés du travail qui y sont en traitement ; que ce droit de visiter emporte celui de fournir un certificat relatif au mandant, comme c'est devenu de pratique courante. »

Et le médecin traitant qui avait soigné à l'hôpital avait été relaxé des fins de la poursuite, ainsi que le médecin de la compagnie d'assurances.

Ce jugement fut confirmé par un arrêt de la Cour de Douai, le 22 octobre 1912 (*Le Droit*, 29 décembre 1912) par les attendus suivants :

« Attendu que les premiers juges ont commis une erreur juridique et sont allés trop loin en proclamant dans un des motifs du jugement frappé d'appel que le régime institué par la loi du 9 avril 1898 est exclusif du secret médical ; qu'en matière d'accident du travail ce secret n'existe pas ;

Attendu qu'il est vrai de dire qu'en cette matière les médecins demeurent tenus au secret professionnel, mais cependant qu'ils en sont délivrés, tant au regard des tribunaux que des parties en cause relativement aux questions litigieuses ressortissant des accidents du travail et dans la limite de ce qui intéresse la solution de ces questions ;

Attendu qu'il n'est pas établi que les docteurs V... et P... aient dépassé cette limite dans les certificats par eux communiqués à la compagnie d'assurances et produits devant le tribunal civil de Lille, appelé à statuer sur le litige engagé entre la veuve Clabecq et ladite compagnie d'assurances. »

De l'arrêt de la Cour de Douai, il résultait que, si la loi du 9 avril 1898 n'a pas eu pour effet d'abolir pour les médecins l'obligation du secret professionnel, du moins elle les en a affranchis tant au regard des tribunaux que des parties en cause, relativement aux litiges nés des accidents du travail et dans la limite de ce qui touche la solution de ces procès. Cette conséquence était tirée du principe fort discuté, d'après lequel l'obligation du secret imposé au médecin ne serait pas un principe d'ordre public auquel il ne serait pas permis de déroger. Ainsi un arrêt de Lyon du 16 juin 1909 (*D. P.*, 1910. 2. 123) a décidé que ne constituait pas une violation de l'article 378 du Code pénal la révélation d'une maladie faite par le médecin d'une usine au patron, qui a créé une caisse d'assurance de maladie dont le règlement lui réservait la faculté d'exclure les ouvriers atteints de maladies provenant de la débauche, de l'inconduite ou de toute autre cause anormale. Ainsi également, dans une espèce analogue, le médecin, chargé d'une expertise dans une instance motivée par un accident de travail, ne commet pas une violation de secret professionnel en indiquant, dans son rapport au tribunal, que la victime était atteinte d'une affection gonococcienne, laquelle, d'après les données les plus récentes de la science, pouvait avoir des répercussions sur l'état général du malade et expliquer les troubles dont il se plaignait (Cour de Grenoble, 29 janvier 1909, *D. P.*, 1910. 2. 121).

Et comme le jugement de Lille, la Cour déclarait qu'un médecin ne commettait pas une violation du secret professionnel, lorsque, à la demande d'une compagnie d'assurances, il allait visiter un accidenté en traitement dans un hôpital, et qu'il consignait dans un certificat, versé aux débats, qu'il n'y avait aucune corrélation entre l'accident et la mort du blessé. La Cour estimait également que le médecin, qui, non pas spontanément, mais sur la demande du médecin de la compagnie d'assurances, et pour permettre à celui-ci de vérifier son diagnostic, lui envoyait une note ne portant pas le nom

de l'ouvrier et par suite confidentielle, où il a indiqué comme cause de la mort une maladie étrangère à l'accident, ne commettait pas lui non plus une violation du secret professionnel.

L'arrêt précité fut l'objet d'un pourvoi en cassation de la part du chef d'entreprise. Le 9 mai 1913 la chambre criminelle de la Cour suprême rendait son arrêt. Elle cassait en partie l'arrêt entrepris.

« Au fond :

Sur le moyen unique du pourvoi pris de la violation des articles 378 Code pénal, 4 et 11 de la loi du 9 avril 1898, modifiés par la loi du 31 mars 1905, en ce que l'arrêt attaqué a admis qu'un médecin ne contrevenait pas à l'article 378 susvisé en renseignant, sur les causes de la maladie de la victime d'un accident du travail, confiée à ses soins, l'assureur du patron, par l'intermédiaire du médecin chargé par l'assureur, de vérifier les causes de cette maladie, ce dernier médecin devant, en outre, être considéré comme complice du délit commis par le médecin traitant; vu lesdits articles de loi;

Attendu que la disposition de l'article 378 du Code pénal est générale et absolue et qu'elle punit toute révélation du secret professionnel, sans qu'il soit nécessaire d'établir à la charge du révélateur, l'intention de nuire; que c'est là ce qui résulte tant des termes de la prohibition que de l'esprit dans lequel elle est conçue; qu'en imposant à certaines personnes, sous une sanction pénale, l'obligation du secret comme un devoir de leur état, le législateur a entendu assurer la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions; qu'ainsi le délit existe dès que la révélation a été faite avec connaissance, indépendamment de toute intention spéciale de nuire;

Attendu qu'il est constaté par l'arrêté attaqué que le docteur P..., chef de clinique, dans le service duquel était placé l'ouvrier Clabeck, victime d'un accident du travail, a communiqué au docteur V..., après le décès du malade, une analyse du sang de cet hospitalisé de laquelle il résultait que Clabeck était atteint de leucémie ;

Attendu qu'il est constaté que le docteur V..., désigné par le chef d'entreprise en vertu de l'article 4, § 5, de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, ayant reçu ce renseignement de P..., l'a porté à la connaissance de son mandant;

Attendu que traduits devant la juridiction correctionnelle, sous l'inculpation de violation du secret professionnel, les docteurs P... et V..., ont été relaxés par jugement du tribunal correctionnel de Lille, confirmé par l'arrêt attaqué;

Mais attendu que si la décision est justifiée relativement à V..., elle est contraire à l'article 378 précité, en ce qui concerne P...;

Par ces motifs,

Statuant sur les intérêts civils, à défaut d'appel du ministère public contre le jugement du Tribunal correctionnel de Lille;

Rejette le pourvoi en ce qui concerne V...;

Casse et annule en ce qui touche P... »

Comme nous l'avions déjà fait remarquer, la loi du 9 avril 1898 n'a par aucun texte soit expressément, soit implicitement délié le médecin qui examine ou soigne l'ouvrier victime d'un accident du travail du secret professionnel. Si l'article 11 prescrit de fournir à l'appui de la déclaration d'accident un certificat médical, ce certificat est remis par le médecin lui-même au blessé, et c'est celui-ci seul qui le remet à son tour au patron pour être joint à la déclaration : le médecin ne révèle donc rien directement à un tiers sur l'état du blessé. Mais s'il remettait ce certificat directement au patron, il violerait le secret professionnel (C. pén. 378).

Quant au médecin auquel le patron donne mandat de contrôler l'état et le traitement de la victime, comme l'article 4 de la loi de 1898 lui en donne le droit, aucun secret professionnel ne s'impose à lui, du fait de ce qu'il a pu constater lui-même ou entendu dire par son confrère. La raison en est qu'il n'est pas le médecin de l'ouvrier blessé et qu'il n'a aucune confidence à recevoir de celui-ci.

Si le tribunal de Lille, comme la Cour de Douai et la Cour de cassation, mettait hors de cause cause le médecin de l'assurance, c'est que les dispositions de l'article 11, § 3, de la loi du 9 avril 1898 les y autorisaient.

En effet cet article édicte que le chef d'entreprise doit déposer à la mairie un certificat de médecin, indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat.

Au point de vue pratique, il suit des décisions précitées, qu'il est permis au médecin du patron de visiter l'ouvrier blessé sans recourir au préalable aux formalités prescrites par le § 5 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, et de communiquer le résultat de cette visite à l'assurance ou au patron, pour qu'il en soit fait état dans les procédures de responsabilité.

Mais il en est autrement pour le médecin traitant. Celui-ci ne peut invoquer les mêmes motifs que le médecin d'assurances. Il ne peut prétendre que, si l'on se reporte au texte même de la loi du 9 avril 1898, on s'aperçoit que l'économie même de la loi sur les accidents du travail implique une dérogation aux termes de l'article 378 du Code pénal, qui impose aux médecins le secret professionnel. Dès 1902, un jugement du tribunal civil d'Albertville (26 juillet 1902, *Gaz. du Palais*, 1902, 2, 450) avait déclaré que rien ne pouvait s'opposer à ce qu'il soit fait état des témoignages de médecins entendus au cours d'une enquête faite par le juge de paix aux termes de la loi de 1898. Il ne pourra non plus prétendre que l'obligation de produire le certificat prévu par l'article 11 implique nécessairement comme conséquence, soit que les renseignements de la nature de ceux qui font l'objet de l'enquête ne rentrent pas dans la catégorie des faits auxquels le législateur attribue un caractère secret et confidentiel, non susceptible à ce titre d'être révélés, soit que le médecin appelé à donner ses soins à la victime d'un accident se trouve délié du secret professionnel.

Les autres décisions qui sont en ce sens [v. Cour Grenoble, 3 mars 1905 (*D.* 1907, 2, 94) ; 29 janvier 1909 (*Gaz. du Palais*, 1909, 1, 562) ; Trib. corr. Vienne, 6 janvier 1909 (*Monit. jud. de Lyon*, 26 janvier 1909) ; Cour de Lyon, 16 juin 1909 (*Rec. des assur.*, 1909, p. 550)], tombent devant l'arrêt de la Chambre criminelle du 9 mai 1913.

En résumé, il résulte de cet arrêt fort important que :

La disposition de l'article 378 du Code pénal est générale et absolue et elle punit la révélation du secret professionnel, sans qu'il soit nécessaire d'établir à la charge du révélateur l'intention de nuire ;

Dès lors, tombe sous le coup de l'article 378 du code pénal, le médecin appelé à donner ses soins à un ouvrier victime d'un accident du travail lorsqu'il communique des renseignements sur l'état de la victime au médecin du chef d'entreprise, et que ce praticien les a communiqués à son mandant.

Mais le médecin du chef d'entreprise ne tombe pas sous le coup de cette disposition pénale.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

LIVRES NOUVEAUX

Deux années de chirurgie à la campagne (1), par les docteurs MAZURÉ et P. DEHAY.

La chirurgie à la campagne, que la plupart des chirurgiens de province, pour ne pas dire tous, pratiquent journellement ne ressemble que de loin, de bien loin même à la chirurgie pratiquée dans les salles d'opérations des hôpitaux ou des cliniques. Ici tout est préparé d'avance, dans un lieu où toutes les commodités se trouvent réunies, le chirurgien n'a qu'à opérer ; là il faut tout improviser, il faut par l'ingéniosité suppléer à tout ce qui manque et il importe avant tout pour n'avoir rien à se reprocher, bien qu'en réalité en milieu campagnard on puisse compter dans une certaine mesure, facteur non négligeable, sur une véritable innocuité des germes ambiants, que cette improvisation soit aussi parfaite que possible.

C'est le résultat de leur expérience de deux années que, dans leur travail, MM. Mazuré et Debray nous apportent, travail dans lequel, entrant dans les plus petits détails, ne laissant rien à l'imprévu, ils racontent comment ils sont parvenus à instituer une technique aussi simplifiée que possible, tant pour la stérilisation du matériel opératoire que pour la préparation de la salle d'opération et du malade lui-même. Si dans son ensemble leur technique diffère peu de celles employées en pareils cas, il est certains détails qu'ils ont créés de toutes pièces et qu'il peut être intéressant de connaître; nous voulons parler de leur matériel de stérilisation qui possède à la fois le rare mérite de l'originalité, de la simplicité et de la modicité du prix de revient. Un point encore doit être signalé, leur façon de transformer, grâce à leurs pieds-rallonges et leurs étriers, une table ordinaire, souvent trop basse, en table d'opération.

Comme le dit Mazuré, dans la préface du petit opuscule, « le chirurgien le plus aseptique ne peut rien trouver à reprendre aux conseils qu'ils donnent ».

La technique des auteurs a du reste été éprouvée à l'usage et on peut juger de sa valeur en lisant la statistique de leurs opérations parfois importantes toutes suivies de succès.

Aussi pensons-nous que les jeunes confrères qui à leur sortie de l'école se destinent à la médecine de campagne et qui soit par nécessité, soit par goût, sont appelés à faire des opérations chirurgicales, liront avec intérêt et profit ce petit travail. Ils y trouveront en effet indiqués les moyens simples de réaliser à peu de frais une installation suffisante pour pratiquer dans d'excellentes conditions les interventions d'urgence ou de petite chirurgie en présence desquelles les hasards de la profession peuvent les faire se trouver.

P. DIONIS DU SÉJOUR.

L'Impuissance génitale et son traitement (2), par le docteur LE FUR, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans cet intéressant opuscule très documenté, l'auteur établit que l'impuissance génitale, affection grave par ses conséquences individuelles, familiales et sociales, a été jusqu'à ce jour insuffisamment étudiée et qu'elle est devenue un sujet d'exploitation pour les charlatans. Et cependant, le médecin peut souvent être d'un grand secours pour les malades qui en sont atteints.

Aussi M. Le Fur étudie-t-il au point de vue étiologique et clinique les diverses formes de l'impuissance génitale, et après en avoir indiqué le pronostic il en précise le traitement avec tous les détails que nécessite chaque variété.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Maloine.
(2) Une brochure de 47 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Maloine.

Guide de médecine pratique. Traitements nouveaux en clientèle (1), par le docteur Roger HYVERT.

Dans cet ouvrage, l'auteur s'efforce de dégager de plus en plus les meilleures indications des médicaments nouveaux, des médications nouvelles et des spécialités pharmaceutiques. La liste de ces dernières est extrêmement complète étant donnée la vogue sans cesse grandissante dont elles jouissent à l'heure actuelle.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 7 AU 12 JUILLET 1913

THÈSES

Jeudi 10 juil., à 1 heure (fin). — M. GAULIER. Elimination du salicylate de soude chez les enfants. (MM. Hutinel, président; Bar, Brindeau et Jeannin.) — M. CASEDEVANT. De la valeur de la méthode de Fochier (abcès de fixation) dans l'infection puerpérale (étude clinique). (MM. Bar, président; Hutinel, Brindeau et Jeannin.) — M. LUSSEAU. Contribution à l'étude générale du melæna vera des nouveau-nés et notamment de sa pathogénie et de son traitement. (MM. Bar, président; Hutinel, Brindeau et Jeannin.) — M. SOLAL. L'amygdalite et la péri-amygdalite linguales phlegmoneuses. (MM. Chantemesse, président; Chauffard, Widal et Gougerot.) — M. MALLETERRE. Les sérums et les vaccins dans le traitement actuel du rhumatisme et de l'orchite blennorragiques. (MM. Chauffard, président; Chantemesse, Widal et Gougerot.) — M. FAUGERON. Les dissociations de la rétention biliaire. (MM. Widal, président; Chantemesse, Chauffard et Gougerot.) — M. KINDBERG. Etudes sur le rein des tuberculeux, dégénérescence amyloïde, néphrites chroniques, allergie et lésions aiguës des reins. (MM. Widal, président; Chantemesse, Chauffard et Gougerot.) — M. PIERSON. Contribution à l'étude des grossesses tubaires. Mécanisme de la rupture, résultats éloignés des interventions. (MM. Pozzi, président; Prenant, Retterer et Okinczyc.) — M. PONT. Contribution à l'étude de la désarticulation temporaire de Lisfranc dans le traitement de la tuberculose. (MM. Pozzi, président; Prenant, Retterer et Okinczyc.) — M. ROGER. Des accidents causés par l'ingestion des noyaux de cerises. (MM. Pozzi, président; Prenant, Retterer et Okinczyc.) — M. VERNE. Contribution à l'étude des cellules névrogliques, spécialement au point de vue de leur activité formatrice. (MM. Prenant, président; Pozzi, Retterer et Okinczyc.) — M. GAUJARD. Contribution à l'étude de la syphilis veineuse. Les phlébites syphilitiques tardives des veines des membres. (MM. Thoinot, président; Gilbert Ballet, André Broca et Claude.) — M. BURSAUX. Les phénomènes mentaux et la température cérébrale (étude critique). (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, André Broca et Claude.) — M. PHILIPON. La médication mentale dans la doctrine « Christian Saentist ». (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, André Broca et Claude.) — M. LEMOINE. Etude sur les sourds-muets aveugles. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, André Broca et Claude.) — M. DUCLOS. Contribution à l'étude de l'état mental dans les intermissions de la psychose périodique. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, André Broca et Claude.)

(1) Un vol. de 364 pages. Deuxième édition. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 75. — JEUDI 3 JUILLET 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 3 JUILLET 1913. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Dieppe. — *Concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint.* — Le mercredi 8 octobre 1913, à neuf heures et demie du matin, un concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour la nomination d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Dieppe. Le concours est public, les fonctions de chirurgien adjoint sont gratuites. Délai d'inscription : 8 septembre 1913.

S'adresser, pour tous renseignements et conditions du concours, au secrétaire directeur des hospices civils de Dieppe.

— Grenoble. — Des concours auront lieu courant novembre 1913 :

1° Pour la nomination d'un accoucheur adjoint;
2° Pour la nomination d'un chef du laboratoire d'analyses;
3° Pour la nomination d'un dentiste adjoint.

Les épreuves auront lieu dans une des sept villes de la Métropole, sièges de facultés de médecine. Cette ville sera désignée par le sort.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Première séance du 30 juin. — M. Roubier : « Des médications coagulantes. » — Note : 18 1/2.

M. Leuret : « Les polyuries. » — Note : 19.

M. Thévenot : « Pathogénie des phlébites, » — Note : 19.

Deuxième séance du 30 juin. — M. Sorel : « De l'infestation et de l'intoxication hydatiques. » — Note : 18 1/2.

M. Hanns : « Les infections parathyphoïdes. » — Note : 17 1/2.

M. Mauriac : « Des altérations du rythme respiratoire. » — Note : 19.

Epreuve technique. — Séance du 1er juillet. — MM. Leuret et Lemierre, 18 1/2; Froment, 18; Leclercq, 17.

Deuxième séance du 1er juillet. — MM. Lafforgue, 18; Pierret, 19; Garnier, 18 1/2; Piery, 18.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. W. H. Clayton Creen, chirurgien de l'hôpital français, à Londres, est nommé chevalier de la légion d'honneur.

COMITÉ CONSULTATIF DES ARTS ET MANUFACTURES. — M. le docteur Hanriot, membre de l'Académie de médecine, est nommé membre du comité consultatif des arts et manufactures en remplacement de M. Müntz, membre de l'Institut, dont la démission est acceptée.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE. — Sur la demande de M. André Gent, le Conseil municipal de Paris vient de renvoyer à l'examen de la 5e Commission le projet de délibération attribuant une subvention annuelle de 25 000 francs à l'Institut de médecine coloniale de Paris, et portant aussi que sur cette subvention il sera affecté :

1° Une somme de 12 500 francs au laboratoire de parasitologie dudit Institut;

2° Une somme de 5 000 francs en vue de la constitution d'un fonds de mission.

MONUMENT RAYMOND. — L'inauguration du médaillon de Fulgence Raymond à la Salpêtrière aura lieu le dimanche 6 juillet à dix heures du matin.

LES MÉDECINS ET LES LOIS SOCIALES. — Le ministre du travail a fait signer un décret instituant une commission chargée d'étudier dans leur ensemble les conditions de la participation du corps médical à l'application des lois sociales.

L'EXAMEN MÉDICAL DES CONDUCTEURS D'AUTOMOBILES. — M. Bernard Augé, député, vient de déposer sur le bureau de la Chambre un projet de loi tendant à ce que tout conducteur d'automobile sollicitant son diplôme joigne à sa demande un certificat médical, légalisé, attestant : 1° qu'il a une bonne constitution; 2° une vue normale; 3° une ouïe normale; 4° qu'il n'est atteint d'aucune lésion organique : ni du cœur, ni de la plèvre, ni des reins, pouvant amener une brusque syncope; 5° enfin, autant qu'il sera possible de l'établir, qu'il est exempt de toute affection névropathique : monomanie, hystérie, épilepsie.

M. Bernard Augé, dans l'exposé des motifs qu'il a rédigés,

RENSEIGNEMENTS

estime que les causes de nombreux accidents demeurent inexpliquées la plupart du temps. La rubrique ordinaire des faits divers, dit M. Augé, est ainsi conçue : « En rase campagne, l'auto fit une embardée et alla buter contre un arbre... » Mais cette embardée est-elle due à un excès de vitesse, à la nature du sol mouillé et glissant, à une fausse manœuvre ou à une faiblesse subite du chauffeur ? Voilà ce qu'il est souvent impossible de préciser.

L'honorable député croit pouvoir affirmer que dans un grand nombre de cas c'est l'état de santé du chauffeur qui doit être mis en cause. Or, on ne s'est jamais préoccupé de cet état de santé dans la délivrance du certificat d'aptitude. C'est ce à quoi M. Bernard Augé propose de remédier.

Il appuie ses dires de l'opinion autorisée du docteur Bommier, qui récemment écrivait ceci :

« Je serais partisan que dans chaque arrondissement fonctionnât, à côté du service s'adressant *à la machine automobile*, un service s'adressant *à la machine humaine*, et que ne soit autorisé que l'accouplement des deux entités valides donnant *aux autres* les garanties auxquelles ils ont droit. »

Quelques accidents récents causés par des cas de syncope et des attaques d'épilepsie semblent devoir donner raison à M. Bernard Augé ; au surplus, l'examen médical des conducteurs automobiles est déjà pratiqué en Allemagne. P.

LA COMMISSION DES ÉTUDES RELATIVES A LA PHYSIOLOGIE DU TRAVAIL PROFESSIONNEL. — La Commission chargée de préparer un programme d'études relatives à la physiologie du travail professionnel, aux conditions de l'existence, aux aptitudes professionnelles et à leur formation, dans les familles ouvrières et paysannes, a été composée, par arrêté du ministre du travail, de MM. Ferdinand-Dreyfus, Alexandre Ribot, sénateurs ; Painlevé, Raoul Péret, Albert Thomas, députés ; Chauveau, Armand Gautier, de l'Académie des sciences ; Charles Benoist, Clément Colson, des sciences morales et politiques ; Dastre, Charles Richet, de l'Académie de médecine ; Briat, Touron, du conseil supérieur du travail ; Imbert, Le Châtelier, Weiss, professeurs de l'enseignement supérieur ; Léon Bourgeois, J.-L. Breton, Langlois, Edmond Perrier, membres choisis par les sociétés scientifiques ; Berthault, représentant du ministère de l'agriculture ; Louis Bouquet, représentant du ministère du commerce ; Arthur Fontaine, Lucien March, représentants du ministère du travail.

M. Alexandre Ribot est nommé vice-président de la commission. P.

L'EMPLOI DES ENFANTS ET DES FEMMES AUX ÉTALAGES. — Le 22 juin 1913 a été promulgué le décret suivant relatif à la réglementation de l'emploi des enfants et des femmes aux étalages extérieurs des boutiques et magasins :

« ARTICLE PREMIER. — Il est interdit d'employer aux étalages extérieurs des magasins et boutiques des garçons âgés de moins de quatorze ans et des jeunes filles âgées de moins de seize ans.

Les garçons de quatorze à dix-huit ans et les jeunes filles de seize à dix-huit ans ne peuvent y être employés pendant plus de six heures par jour. Ils doivent l'être par postes de deux heures au plus, séparés par des intervalles d'une heure au moins.

L'emploi des enfants au moins de dix-huit ans et des femmes de tout âge aux étalages extérieurs visés par le paragraphe premier est interdit d'une façon absolue après huit heures du soir ou lorsque la température est inférieure à 0 degré.

En cas de froid, des moyens de chauffage suffisants seront aménagés pour les employés dans l'intérieur de l'établissement.

ART. 2. — Les chefs d'établissements doivent être en mesure de présenter à toute réquisition des inspecteurs un bulletin de naissance pour chacun des enfants de moins de dix-huit ans qu'ils emploient. » P.

LA PROTECTION INTERNATIONALE DES OUVRIERS. — Le Conseil fédéral suisse a fixé au 15 septembre 1913 l'ouverture à Berne d'une nouvelle conférence en vue de la protection internationale des ouvriers.

L'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la France, la Grande-Bretagne, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la Russie et la Suède ont été invités à prendre part à cette conférence, qui discutera l'interdiction du travail industriel des jeunes ouvriers et la limitation à dix heures au maximum de la journée de travail des femmes et des jeunes ouvriers dans l'industrie.

Le Conseil fédéral a fixé au 11 septembre 1913 à Berne la réunion de la commission internationale chargée de jeter les bases d'un accord pour la communication périodique des renseignements statistiques sur l'application des lois de protection du travail. P.

LA POPULATION ET SON MOUVEMENT EN 1912. — D'après les nouvelles statistiques, nous pouvons connaître le mouvement de la population en France au cours de l'année 1912.

L'excédent des naissances sur les décès a été de 57911. En d'autres termes la population française a augmenté de 15 pour 10000 habitants, alors qu'en 1911 on avait constaté un excédent de 34869 décès, c'est-à-dire une diminution de la population de 9 pour 10000.

C'est à un fléchissement considérable des décès que l'on doit de constater pour l'année dernière par rapport à l'année 1911 une légère amélioration de la situation démographique. Le nombre des naissances a en effet augmenté seulement de 8537 unités. Mais le nombre des décès a diminué de 84243. La conséquence en est la substitution d'un excédent de 57911 naissances à un excédent de 34869 décès. L'amélioration totale d'une année à l'autre est de 92780 unités.

Malgré cet insignifiant progrès, la situation de la France en face de l'étranger reste lamentable.

Alors qu'en France on a enregistré en 1911 un excédent de 34869 décès, et en 1912 un excédent de 57911 naissances, on enregistrait partout un excédent de naissances atteignant, pour 1911 : en Allemagne 740431 unités, en Autriche 271910, en Hongrie 208271, en Belgique 48959, en Angleterre 353377, en Hollande 79745, en Italie 461771, en Norvège 30086, en Suède 55643.

Bien que partout la natalité soit en décroissance, les autres Etats européens, grâce à leur avance antérieure, conservent de forts excédents de naissances, proportionnellement de dix à vingt fois plus élevés que les nôtres. Si, par exemple, nous considérons la période 1906-1910, nous constatons que l'excédent annuel moyen des naissances sur les décès pour 10000 habitants fut : en France 7, en Allemagne 141, en Autriche 113, en Hongrie 115, en Belgique 87, en Angleterre 116, dans les Pays-Bas 152, en Italie 115, en Norvège 124, en Italie 111.

Voici les éléments essentiels de la statistique de l'année dernière :

Naissances : 750651 ;
Décès : 692740 ;
Mariages : 311929 ;
Divorces : 14579.

On observe des excédents de naissances dans 56 départements au lieu de 23 en 1911, de 55 en 1910, de 40 en 1909. Dans 31 départements, au lieu de 64 en 1911 et de 32 en 1910, on a enregistré un excédent de décès.

En résumé les seuls points du territoire où la natalité l'emporte sur la mortalité sont les régions du Nord, de la Bretagne, des frontières de l'Est, du Limousin et la Corse. La dépopulation s'accentue chaque année dans les bassins de la Garonne et du Rhône. P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ernest Motais, professeur d'ophtalmologie à l'école de médecine d'Angers.

La Pratique du pneumothorax arificiel en phtisiothérapie (*méthode de Forlanini*), par M. PIÉRY, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, et LE BOURDELLÈS, médecin aide-major de l'armée, avec une préface de M. le professeur FORLANINI. In-8 (19-12) de 194 pages (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). — Prix : broché, 2 fr. 50 ; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDE COMPARÉE

DES

COLITES AIGUES INFECTIEUSES CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE

Par M. Albert MATHIEU (1),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Préambule. — J'ai l'intention d'aborder actuellement l'étude des colites graves de l'adulte et plus particulièrement encore de l'intervention chirurgicale dans leur traitement, mais il me paraît difficile de séparer cette question de l'étude des colites aiguës d'une façon générale.

On ne s'étonnera pas que je veuille reprendre une fois encore cette question, car il en est, pour ces colites, ce que nous voyons habituellement pour les autres problèmes de pathologie actuellement à l'étude. L'évolution de nos connaissances se poursuit d'une façon continue, des faits nouveaux se présentent au jour le jour à notre observation personnelle. Des travaux sont publiés en France et à l'étranger; dans ces conditions, il est naturel de faire de temps en temps la revue de ces sujets et d'établir le bilan de nos connaissances et des progrès réalisés.

Il y a deux ans, au Congrès international de chirurgie de Bruxelles, le traitement des colites graves par l'intervention chirurgicale a fait l'objet du rapport du très regretté professeur Segond. Ce rapport me servira beaucoup pour la revue que j'ai l'intention de faire ici des indications de l'intervention chirurgicale dans les colites graves.

D'autre part, au dernier Congrès de médecine, tenu à Paris en 1912, l'histoire des colites infectieuses aiguës fut soumise à une revision complète, dans les rapports de M. Cade (de Lyon) pour les adultes et de MM. Hutinel et Nobécourt pour les enfants. Il est naturel qu'on ait confié à des rapporteurs différents l'étude des colites chez l'adulte et chez l'enfant, car leur allure est différente dans les deux cas. En lisant ces rapports, on est toutefois surpris de voir qu'ils ont été maintenus entre deux cloisons complètement étanches et que les auteurs de ces deux travaux, si vraiment remarquables du reste, se sont totalement ignorés. S'agissait-il donc de la même maladie étudiée également chez l'homme, mais à des étapes différentes de sa vie? On pourrait se le demander.

Il est certainement regrettable que les auteurs de ces deux belles études d'ensemble ne se soient pas mis en communication les uns avec les autres, car je ne crois pas qu'une séparation aussi tranchée soit dans la nature des choses; nous savons très bien, au contraire, que la colite des adultes est souvent la conséquence éloignée, avec paroxysmes plus ou moins intenses, de la colite de l'enfance. Il est fréquent qu'en interrogeant les malades adultes, on apprenne qu'ils ont eu, étant jeunes, de l'entérite, qu'ils ont continué à être sujets à des troubles intestinaux marquant une continuité évidente entre ce qui s'est passé dans leur enfance et les accidents intestinaux de leur âge mûr.

Si les colites aiguës de l'enfance se font remarquer souvent par l'intensité des accidents généraux, il peut se faire que, chez l'adulte, on trouve des formes également intenses et graves avec les mêmes allures cliniques.

D'autre part, je crois qu'il y a un intérêt très grand au point de vue diagnostique et surtout thérapeutique à puiser des deux côtés des renseignements utiles; on ne comprend bien les colites de l'enfance que si on connaît les colites de l'adulte et réciproquement le clinicien, qui ignorerait ce qui se passe chez l'enfant, comprendrait mal certaines particularités ou certaines formes de la colite de l'adulte.

Chez les enfants, il est habituel d'observer des manifestations fébriles intenses. On saisit chez eux, beaucoup mieux que chez l'adulte, le rôle des agents toxi-infectieux dans la genèse des accidents et d'autre part, pour ce qui concerne la thérapeutique, on comprend beaucoup plus nettement l'effet nuisible des substances azotées et surtout du lait et des œufs dans la réalimentation.

Chez l'enfant, par contre, il est beaucoup plus difficile d'analyser ce qui se passe dans chacun des segments de l'intestin, alors que chez l'adulte où les réactions générales sont moins intenses, les renseignements plus précis sur le siège des douleurs, il est plus facile de reconnaître, en particulier, la localisation de l'entérite au gros intestin. Et la médecine infantile a largement bénéficié des notions acquises par l'étude des entérites segmentaires chez l'adulte.

Il aurait donc été naturel d'établir un rapprochement entre les deux revues et de montrer les connexions dans la notion des colites chez l'enfant et chez l'adulte.

On me permettra d'exprimer encore un autre regret. M. Cade (de Lyon) a écrit un rapport excellent sur les colites aiguës infectieuses de l'adulte; il a très bien mis cette question au point, mais il s'est trop considéré comme prisonnier du titre qu'on avait donné à cette revue.

En effet, il existe des passages nombreux entre les colites aiguës et les colites chroniques. En ce qui concerne en particulier les colites dysentériformes, il est très fréquent qu'elles commencent par des poussée aiguës, qui s'amendent par la suite et se continuent par un état subaigu, tout en restant graves par leur chronicité même et c'est dans ces conditions que se pose parfois la question de l'intervention chirurgicale.

D'autre part, chez des malades présentant des poussées dysentériformes ou des poussées de colite hémorragique, il y a eu souvent des phénomènes de colite chronique et l'état aigu en traduit l'exacerbation.

Je vais donc passer en revue les notions les plus

(1) Leçon recueillie par M. Girault, interne du service, et revue par M. A. Mathieu.

importantes des deux rapports en me préoccupant surtout d'établir cette collaboration qui a manqué pour que cette étude fût parfaite en tous points.

Lésions anatomiques des colites aigues. — Quelles sont les lésions qu'on rencontre dans les colites aiguës ?

Chez l'enfant, on trouve des colites généralisées, superficielles, catarrhales, sans ulcérations, et des colites ulcéreuses.

Dans le premier cas, on voit une congestion diffuse de l'intestin ; l'estomac est vide, le côlon rétracté et ce spasme du côlon a pu être directement constaté chez l'enfant, en raison de ce fait que les autopsies sont plus nombreuses à cet âge que chez l'adulte en matière de colite. On constate des arborisations vasculaires, les follicules sont tuméfiés, gonflés, formant de petites saillies blanchâtres. C'est la maladie de Widerhofer.

Ces inflammations folliculaires, nous les voyons aussi chez l'adulte.

On peut trouver aussi des ulcérations étendues, serpigineuses, mais c'est un fait rare ; souvent on voit des érosions ovalaires donnant l'idée d'une perte de substance superficielle, facilement saignotante. Dans certains cas, il y a un suintement sanguin à la surface de la muqueuse sans ulcération visible.

Les colites dysentériformes, avec lésions ulcéreuses et hémorragiques du segment sigmoïdo-rectal sont particulièrement fréquentes chez l'adulte. Nous aurons l'occasion d'y revenir ultérieurement, et d'insister sur leurs particularités à la fois cliniques et anatomo-pathologiques.

Il existe encore une forme de colite aiguë beaucoup plus fréquente toutefois chez l'adulte que chez l'enfant. C'est la forme phlegmoneuse donnant lieu aux sigmoïdites ou périsigmoïdites et à cela il semble y avoir une raison anatomique particulière. C'est la présence de diverticules vus autrefois par Cruveilhier et étudiés par Hansemann et une série d'autres auteurs. Ce sont de petites cavités creusées dans l'épaisseur de l'intestin, formant une sorte de hernie de la paroi et variables comme volume d'une tête d'épingle à un pois. Et les diverticules siègent surtout sur le gros intestin au niveau des attaches mésentériques. Dans l'intérieur de ces cavités, on trouve un amas de mucosités, quelquefois de petits calculs et on conçoit que chaque diverticule puisse s'enflammer à la façon d'un appendice en miniature et donner lieu à un abcès.

Les accidents de ce genre ne se rencontrent que vers trente-cinq à quarante ans, jamais avant, et nous remarquerons que les colites graves se voient aussi à cet âge.

La forme gangréneuse est rare.

Agents infectieux des colites aigues. — Différents auteurs ont cherché quels sont les agents infectieux de ces colites aiguës.

Chantemesse et Widal, en 1888, ont décrit un bacille dysentérique qui a été retrouvé ultérieurement par Shiga et Flexner. On est amené à penser actuellement que certaines colites dysentériformes de l'adulte ne sont en réalité que des faits indéterminés de dysenterie bacillaire.

On a invoqué l'action de microbes pathogènes d'observation banale, du colibacille, du streptocoque, associés ou non, et on a prétendu que le streptocoque jouait un rôle dans l'entérite folliculaire. Thiercelin a décrit l'entérocoque comme un agent important des entérites des enfants.

La flore intestinale est si variée, si multiple dans l'intestin qu'on doit supposer, à côté des microbes qu'on a pu déterminer, l'intervention d'autres agents, non encore étudiés, définis et classés.

Il semble bien en tout cas que l'action protéolytique des anaréobies soit particulièrement importante. On a trouvé encore des oxyures, des trichocéphales, etc., dont on ignore du reste le vrai rôle pathogénique.

Je me contenterai de rappeler que l'infection peut se faire par la voie hématique et par l'intermédiaire des sécrétions hépato-biliaires et pancréatiques ainsi qu'il est exposé dans la thèse récente de Charles Richet fils (1).

Etiologie. — Au point de vue étiologique, on a fait jouer avec raison un rôle très important aux erreurs de l'alimentation : dans certaines entérites de l'enfant et dans les formes graves surtout, telles que le choléra sec, on voit que la cause première est l'alimentation et surtout la suralimentation ; on incrimine particulièrement le lait de vache ou le lait stérilisé destinés à remplacer le lait maternel.

Chez l'enfant, on a encore invoqué les affections du nez et du pharynx susceptibles de donner du muco-pus ultérieurement dégluti. C'est ainsi qu'on tend à expliquer l'apparition de véritables petites épidémies dans les crèches.

Chez l'adulte, il faut mettre au premier plan les infections et les intoxications dues à l'alimentation azotée. Les viandes avancées, le gibier faisandé, les charcuteries mal conservées donnent lieu à des phénomènes de colite qui suivent de près leur ingestion.

On a invoqué l'abus du régime carné et M. Combes (de Lausanne) a écrit que « l'excès de l'alimentation azotée produit une diminution considérable de la flore saccharolyte, augmente l'alcalinité du milieu intestinal et favorise puissamment le développement des microbes protéolytiques, anaérobies, microbes de putréfaction dont nombre d'espèces sont pathogènes et peuvent déterminer soit directement, soit par symbiose le processus inflammatoire de l'entérite ».

Enfin, signalons la coprostase comme une cause habituelle de colite.

Etude des formes cliniques. — M. Cade a pris comme point de départ pour son sujet l'anatomie pathologique ; il a décrit successivement les colites diffuses et les colites segmentaires. Les colites diffuses sont, suivant les lésions, catarrhales, ulcéreuses, phlegmoneuses et gangréneuses.

D'autre part, chez l'enfant, MM. Hutinel et Nobé-

(1) Ch. Richet fils. *Etude clinique et expérimentale des entérites. Les entérites par élimination microbienne ou toxique*, Th. de Paris, 1911-1912.

court sont partis de l'observation clinique. Cette contradiction dans le point initial n'est qu'apparente. Chez l'enfant, les phénomènes cliniques sont tellement intenses que ce qui se montre le plus important c'est l'évolution de la maladie.

Nous allons rapidement passer en revue les formes cliniques de l'entérite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte. Et pour cela, le mieux est d'emprunter aux auteurs des deux rapports les passages les plus caractéristiques.

Pour la forme aiguë légère de l'enfant, MM. Hutinel et Nobécourt écrivent : « Pendant quelques jours, l'enfant est triste, mal en train ; il pâlit, perd l'appétit ; la langue est saburrale, son haleine chaude, forte ou fétide ; il y a de la constipation ; les selles sont putrides et souvent peu colorées comme s'il existait un trouble de la sécrétion biliaire.

Puis il se produit un ou deux vomissements alimentaires ou bilieux, l'enfant ressent quelques coliques et présente un léger mouvement fébrile (38-38°5). A ce moment, les selles deviennent un peu plus fréquentes ; en vingt-quatre ou trente-six heures on en compte trois ou quatre, constituées par des matières mal digérées, semi-liquides, fétides, contenant une petite quantité de mucus coagulé sous forme de grains ou de filaments. L'état général est d'ailleurs peu atteint. L'abdomen est légèrement météorisé, les côlons sont plus ou moins contractés. Si un traitement approprié est institué, l'amélioration est rapide ; en un ou deux jours, la température redevient normale, les matières fécales perdent leur fétidité, et cessent de contenir du mucus, la langue se nettoie et l'appétit reparaît. Si au contraire, l'affection n'est pas convenablement soignée, elle peut s'aggraver et l'on voit apparaître les symptômes caractéristiques de la forme suivante. Parfois, malgré une thérapeutique rationnelle, l'aggravation se produit quand même ; c'est qu'alors les symptômes légers n'étaient que les phénomènes initiaux d'une forme intense. »

Voyons ce qui se passe maintenant chez l'adulte dans cette forme aiguë simple ou catarrale.

« Ces colites, écrit M. Cade, correspondent à des lésions superficielles sans ulcérations ou en tous cas ne présentant que des érosions ou exulcérations minimes et qui prédominent sur la flexure sigmoïde. Le début en est souvent brusque, le tableau clinique pouvant se compléter en quelques heures. Chez certains malades cependant, l'installation des symptômes se fait plus lentement. Le sujet éprouve d'abord des douleurs abdominales assez vives, des coliques aboutissant à des selles répétées. Ces selles sont constituées par des matières liquides ou pâteuses plus ou moins mélangées de débris solides. Puis les évacuations moins abondantes sont plus exclusivement liquides, mélangées de mucus hyalin et quelquefois de muco-membranes. Elles finissent même par n'être composées que de quelques glaires présentant parfois de discrètes stries sanguines, mais dans certains cas les selles restent abondantes, fluides, de type diarrhéique. Il n'est pas rare que le malade accuse des épreintes, du ténesme anal et même du ténesme vésical avec des envies plus fréquentes d'uriner. En général, épreintes et ténesme sont discrets. L'aspect dysentériforme reste toujours peu accentué ici.

Les phénomènes intestinaux peuvent s'accompagner, et cela même dès le début, de symptômes de réaction à distance (réaction colique de A. Mathieu et Millon) : douleurs gastriques avec hypersensibilité épigastrique à la pression, nausées, vomissements, tendance lypotipique, accélération et petitesse du pouls, angoisse et même facies péritonéal, etc., qui, suivant les sujets, prennent une intensité plus ou moins considérable.

Le ventre, à l'examen, n'offre guère qu'une sensibilité anormale le long du gros intestin, surtout au niveau du côlon descendant et du côlon iliaque. La palpation fait rouler sous les doigts tel ou tel segment spasmé du gros intestin.

La température est légèrement fébrile, s'élève à 38-38°5 avec des rémissions matinales qui la ramènent à un chiffre voisin de la normale. Parfois la poussée colitique reste apyrétique.

L'évolution de cette colite aiguë est assez brève : en général en quelques jours (huit à dix) son cycle est achevé. Mais elle peut se prolonger davantage et offrir des rechutes. Elle pourrait simuler alors une dothiénentérie (J. Teissier et Kehm). D'autre part, il lui survit parfois des symptômes de colopathie chronique muco-membraneuse, qui d'ailleurs, pouvaient préexister et la survenue à échéance variable d'une nouvelle poussée semblable n'est pas exceptionnelle. »

Nous pouvons remarquer, en comparant ces deux exposés, que chez l'adulte on trouve vite du ténesme, des épreintes qui indiquent une localisation, ou tout au moins un maximum de localisation vers les parties inférieures du gros intestin beaucoup moins fréquent chez l'enfant.

Voyons maintenant les formes graves.

Chez l'enfant, MM. Hutinel et Nobécourt disent :

« Les colites aiguës, muqueuses intenses peuvent avoir un début insidieux ; dans d'autres cas, elles se caractérisent d'emblée par des phénomènes d'une gravité particulière.

Elles s'observent chez des enfants de tous les âges, mais principalement chez des sujets d'un à trois ans. C'est cette forme qui a été décrite chez eux sous la dénomination d'entérite folliculaire par Widerhofer, d'entéro-colite folliculaire ou dysentériforme par Marfan, et par nous sous celle de forme dysentéroïde ou de variété dysentériforme des affections gastro-intestinales des nourrissons. Il est rare que cette forme de colite soit la première manifestation de la maladie ; presque toujours elle apparaît chez un enfant qui présente depuis quelque temps des troubles digestifs et a déjà eu une ou deux atteintes plus légères.

Il existe également une phase prodromique comme dans la forme précédente, mais elle passe facilement inaperçue.

Assez brusquement, l'enfant est pris de fièvre et de vomissement, en même temps les selles se modifient et l'état général s'altère. Les vomissements d'abord alimentaires deviennent bientôt muco-bilieux. Ils se répètent plus ou moins fréquemment, soit

spontanément, soit à la suite de l'ingestion de liquides; d'ordinaire ils ne tardent pas à s'espacer et cessent au bout de deux ou trois jours.

Au début, les selles sont dures ou pâteuses, puis elles deviennent molles ou semi-liquides, plutôt que franchement diarrhéiques et dégagent une odeur fétide, vraiment putride. Bientôt, les résidus des matières alimentaires sont évacués et alors elles deviennent caractéristiques. Elles sont fréquentes, souvent précédées de coliques, peu copieuses, formées presque exclusivement par des mucosités mousseuses ou visqueuses, fréquemment striées de sang ou de traînées purulentes grisâtres. Leur couleur est jaunâtre et verdâtre, leur odeur fade, leur réaction alcaline. De loin en loin, surtout après l'administration d'un purgatif, apparaît une selle plus liquide, verdâtre.

L'enfant pousse de temps en temps des cris ou accuse des coliques. L'abdomen peut être ballonné au début; plus tard il est rétracté. Le gros intestin est contracté et douloureux à la palpation, surtout au niveau du côlon descendant, du cæcum et du côlon ascendant.

L'anorexie est absolue, la soif est vive; les lèvres sont sèches et fendillées; la langue, d'abord recouverte d'un enduit saburral, devient sèche, blanche sur le dos et à la base, rouge sur les bords.

L'enfant est d'abord agité, anxieux, plus tard somnolent. Le facies s'altère, les yeux s'excavent, et l'amaigrissement est rapide; la peau sèche et brûlante, perd son élasticité. Les urines sont rares et foncées. La respiration est fréquente, le pouls accéléré. La température atteint, en général, dès le début, 39 ou 40 degrés, puis elle s'abaisse ou reste élevée et prend une allure variable suivant les cas.

L'évolution diffère en effet suivant l'intensité du processus morbide, suivant l'état préalable et l'âge de l'enfant et enfin suivant le traitement institué. Dans les cas favorables, les phénomènes généraux et la fièvre s'atténuent au bout de quatre, cinq, dix jours. Les selles deviennent alors moins fréquentes, moins douloureuses, moins glaireuses et des matières fécales reparaissent; l'abdomen est moins rétracté, moins douloureux. La convalescence commence. Mais celle-ci est toujours lente et l'enfant reste pendant longtemps pâle, amaigri, difficile à alimenter : assez souvent le début de la réalimentation surtout si elle n'est pas très prudemment dirigée est l'occasion d'une reprise de la fièvre et d'une réapparition des selles glaireuses. Cette rechute qui survient parfois sans cause appréciable peut être légère; dans d'autres cas au contraire, elle est sérieuse, plus sérieuse même que la première atteinte. Dans certains cas, la fièvre tombe, mais les selles restent glaireuses et putrides, l'alimentation est difficilement reprise et l'enfant arrive à une cachexie menaçante.

Dans les cas défavorables, les phénomènes initiaux s'aggravent rapidement; la température reste élevée, ou au contraire revient à la normale ou même fait place à l'hypothermie; la dyspnée apparaît, le pouls faiblit; des convulsions, des érythèmes et d'autres complications surviennent et le malade meurt en quelques jours.

Enfin chez certains malades, l'évolution se prolonge, la température persiste, irrégulière dans sa courbe et parfois rappelle celle de la fièvre typhoïde. On peut généralement dans ces cas incriminer une alimentation intempestive. Ces formes plutôt subaiguës peuvent se terminer par la mort; elles guérissent cependant si on institue à temps une thérapeutique appropriée. »

MM. Hutinel et Nobécourt décrivent encore la variété cholériforme, analogue parfois au choléra sec. Elle ne se rencontre chez l'adulte que d'une façon très rare et la comparaison ne présenterait que peu d'intérêt.

De son côté, M. Cade à propos des formes ulcéreuses de l'adulte écrit le passage suivant : « Les selles, d'abord composées de matières dures ou pâteuses, mélangées de liquide, deviennent rapidement diarrhéiques. Il est rare qu'elles perdent l'aspect fécal pour être remplacées par des mucosités plus ou moins sanguinolentes. Il s'agit ordinairement d'une diarrhée abondante, très aqueuse, très fétide, offrant simplement chez certains sujets l'aspect de la diarrhée vulgaire jaune, mais contenant toujours du mucus, assez fréquemment des mucomembranes et même des lambeaux de muqueuse, du pus, du sang et dans quelques cas des aliments indigérés reconnaissables (lienterie). Le pus peut être décelé à la simple exploration macroscopique, mais assez souvent il ne sera reconnu que par l'examen microscopique qui montrera dans le liquide évacué un grand nombre de leucocytes polynucléaires plus ou moins altérés. Ce même examen permettra également de se rendre compte de la nature des membranes évacuées qui sont le plus souvent riches en fibrine.

Le sang est plus ou moins abondant dans les fèces; tantôt il strie simplement ou teinte les mucosités, tantôt il est évacué en quantité plus importante, colorant en noir le liquide diarrhéique; certains malades évacuent du sang rouge pur ou presque pur, parfois mélangé de caillots. Enfin l'aspect peut être encore franchement mélænique. Dans tous les cas la colite mérite le qualificatif d'hémorragique (A. Mathieu). Hâtons-nous d'ailleurs de faire remarquer que toute colite hémorragique n'est pas forcément une colite ulcéreuse (H. Strauss).

Les selles sont répétées, mais dépassent rarement le chiffre de 10 ou 15 par vingt-quatre heures. Les besoins sont fréquents et urgents. Il y a de faux besoins, des épreintes. Le ténesme anal est plutôt rare et même exceptionnel suivant Mummery : il indique la participation du rectum au processus morbide. Les envies d'uriner sont souvent fréquentes avec ténesme vésical. En tous cas le malade se plaint beaucoup de douleurs abdominales vives, qu'il localise parfois assez mal. L'exploration du ventre permet cependant de constater la prédominance de la sensibilité anormale au niveau du gros intestin et particulièrement au niveau du côlon descendant et de l'S iliaque. Il est fréquent de noter, surtout à gauche, l'existence de la corde colique.

L'abdomen est ordinairement plat, quelquefois cependant légèrement météorisé. Quelques auteurs

ont pratiqué en pareil cas la recto-sigmoïdoscopie. Ils ont pu noter la rougeur de la muqueuse, la présence d'exsudats et d'ulcérations. Dans les formes hémorragiques, Mummery a pu voir le sang sourdre de toute la surface de la muqueuse. Les lèvres offrent dans quelques rares cas une éruption d'herpès et sur la bouche et le pharynx apparaissent même, mais à titre exceptionnel, des ulcérations nécrotiques (Bret et Blanc-Perducet). La langue est saburrale, parfois rôtie.

Le pouls est accéléré; les urines diminuées de quantité sont riches en urates et en indican ; la température est fébrile pouvant même atteindre 40 degrés. Dans les formes graves à terminaison lente on note parfois dans les dernières périodes de l'évolution de l'hypothermie et même de l'algidité et du collapsus qui joints à une diarrhée abondante peuvent donner au tableau clinique une apparence plus ou moins cholériforme. Certains malades se plaignent de céphalalgie, de douleurs lombaires, de crampes dans les mollets. La face est pâle, les traits tirés. Le malade est presque asthénique. L'anémie et l'affaiblissement font des progrès rapides. Dans certains cas même, l'infection se généralise. Bret et Blanc-Perducet ont noté dans leur observation les lésions de l'endocardite infectieuse mitrale et aortique. Chez ce même sujet ils ont également relevé de l'érythème noueux.

Ces colites ulcéreuses sont en général graves. Elles peuvent guérir cependant et cela en quelques semaines (3-5), car à côté des formes sévères il y a des formes atténuées, bénignes, à localisation surtout sigmoïdienne. Mais en général la guérison est très lente et demande des mois pour se réaliser. Cette évolution chronique qui succède au processus aigu initial peut être entrecoupée de poussées aiguës, ou même interrompue parfois par une poussée qui aboutit à l'issue fatale. Les récidives, comme les rechutes sont fréquentes. »

Dans les descriptions que nous venons de citer in extenso et de juxtaposer, on saisit très bien la différence qui existe entre les formes graves de l'entérite infectieuse aiguë chez l'enfant et chez l'adulte. Chez l'adulte on trouve parfois des cas tout à fait analogues aux entérites de l'enfant, par l'intensité des manifestations abdominales et celle des manifestations toxi-infectieuses générales. Si chez l'enfant on peut rencontrer des faits ayant tendance à prendre les allures d'une dysenterie aiguë, c'est toutefois chez l'adulte que la prédominance des accidents dysentériformes est le plus fréquente et le plus marquée. Ils peuvent amener la mort en une ou deux semaines, comme chez l'enfant; mais plus souvent que chez ce dernier on voit survivre à la poussée initiale un état subaigu ou chronique de colite dysentériforme ou hémorragique. Il convient, maintenant que la transition se trouve établie avec les entérites aiguës, d'étudier les colites dysentériformes et ulcéreuses chez l'adulte; elles justifient parfois chez lui l'intervention chirurgicale, et cette possibilité augmente leur intérêt et l'opportunité de l'exposé critique que nous nous proposons de faire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 JUIN 1913)

Sur la vaccination anticlaveleuse par virus sensibilisé. Durée de l'immunité. Application de la vaccination. — MM. J. Bridré et A. Boquet. Les expériences des auteurs ont montré que les animaux qui présentent à la suite de la vaccination une réaction locale nette acquièrent une immunité de longue durée, au moins supérieure à douze mois et demi; que ceux qui ne présentent pas de réaction visible acquièrent une immunité qui tend à disparaître vers le douzième mois.

Pratiquement, on peut considérer que tout animal vacciné est à l'abri de la clavelée pour une période d'un an au minimum.

Une vaste application de la nouvelle méthode d'immunisation vient d'être faite en Algérie. Du 1er janvier au 15 juin 1913, 1 245 000 ovins ont été vaccinés sans qu'aucun accident ait été signalé.

L'innocuité de la méthode ne saurait être mieux attestée que par ce nombre imposant de vaccinations.

Sur la contamination du lait par le bacille typhique par l'intermédiaire de l'eau. — MM. Trillat et Fouassier. Le lait frais, grâce à sa composition et surtout à son degré de neutralité approprié, qui ne varie que dans d'étroites limites, offre un milieu extraordinairement favorable au développement du bacille typhique. Le lait peut être ensemencé par lui dans nombre de cas insoupçonnés, et notamment dans celui du mélange avec quelques gouttes d'une eau considérée comme indemne.

Si l'on songe, d'autre part, qu'à son tour le lait peut devenir une cause fréquente de contamination de l'eau dans une foule de circonstances (par l'intermédiaire des récipients, par des infiltrations, etc.), cette remarque fait ressortir en outre l'influence réciproque de l'eau et du lait, concourant ainsi, par leur ensemencement mutuel, à assurer la conservation du bacille typhique.

Sans rien diminuer de la valeur de la théorie hydrique, l'interprétation de ces résultats fait ressortir une fois de plus l'importance que l'on doit attribuer au rôle du lait contaminé dans la propagation de la fièvre typhoïde.

Action de l'eau oxygénée sur l'amylase du lait de femme. — M. L. Lagane. L'eau oxygénée à petites doses accélère considérablement le pouvoir liquéfiant et, à moindre degré, le pouvoir saccharifiant de l'amylase du lait de femme vis-à-vis de l'empois d'amidon. Ce pouvoir attribué à l'eau oxygénée est peut-être le fait des peroxydases du même lait, et l'intensité de la peroxydation du gaïacol (réaction de Bourquelot) pourrait renseigner à son sujet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1913)

Vote du principe de la déclaration obligatoire de la tuberculose. — Les académiciens étaient venus très nombreux pour prendre part au vote sur la déclaration obligatoire de la tuberculose. Une discussion assez vive s'est dès l'abord élevée au sujet de la priorité, proposée par la Commission et le Bureau en faveur de l'amendement de MM. Roux, Vaillard, Landouzy et Charles Richet. Il a même fallu voter à ce sujet, et en fin de compte la priorité a été accordée à l'amendement Roux par 45 voix contre 43 et un bulletin blanc. Au moment de voter sur le fond, quelques académiciens ont demandé la division,

et comme elle est de droit on a voté d'abord sur le premier paragraphe de l'amendement, ainsi conçu : « Il est d'intérêt public que tout cas de tuberculose bacillaire ouverte soit obligatoirement déclaré, sitôt le diagnostic établi. » Ce paragraphe a réuni en sa faveur 51 voix contre 34 et un bulletin blanc.

Enfin, sur la proposition du président, l'Académie a voté sur l'ensemble des deux derniers paragraphes, dont voici le texte : « La déclaration sera adressée à un médecin sanitaire, tenu au secret professionnel, et qui veillera à l'exécution des mesures de prophylaxie, lorsque celles-ci ne seront pas assurées par le médecin traitant.

La déclaration entraîne l'obligation, pour les pouvoirs publics, de procurer aux tuberculeux nécessiteux, les soins que réclame leur état ainsi que l'assistance à leurs familles. »

Ces deux paragraphes ont été adoptés par 56 voix contre 21 et 8 bulletins blancs.

En dernier lieu on a voté à mains levées, et à l'unanimité, l'amendement additionnel suivant, de M. F. Widal : « Lors de la construction de tout hôpital nouveau sur le territoire français, des quartiers bien isolés seront réservés à la réception de tout malade atteint de tuberculose ouverte, proportionnellement au chiffre de la population que cet établissement doit secourir. »

— Au début de la séance, M. Balzer avait lu un rapport sur un travail de M. Guisez relatif à la **migraine ethmoïdale**.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 28 juin 1913)

Cholestérinémie. — A l'occasion de leurs recherches sur la cholestérinémie chez les syphilitiques, MM. Rouzaud, Sucquet et Cabanis ont trouvé que le taux cholestérinémique était, en général, abaissé au cours des accidents de la période secondaire ou tertiaire. Le « 606 », en faisant disparaître les symptômes cliniques, élève ce taux au-dessus de la normale : ces variations cholestérinémiques concordent avec celles que l'on observe couramment dans l'évolution des maladies infectieuses.

Présentation de sept chiens hypophysectomisés depuis quelques mois. — MM. J. Camus et G. Roussy. « Depuis quelques mois, nous avons réalisé un assez grand nombre d'hypophysectomies partielles ou totales chez différents animaux, et nous publierons ultérieurement la statistique de ces opérations et les détails techniques des interventions.

Nous voulons seulement aujourd'hui présenter sept chiens hypophysectomisés depuis quatre mois, trois mois, deux mois, un mois. Tous les chiens de cette série ont été opérés par voie palatine.

Sur ces chiens, nous avons poursuivi plusieurs ordres de recherches qui sont encore en cours à l'heure actuelle et dont nous ne parlons pas maintenant. Nous insistons seulement sur l'excellent état général de nos opérés et sur leur survie déjà assez longue.

La question de l'avenir des animaux qui ont subi l'hypophysectomie totale est très controversée : quelques expérimentateurs considèrent que les animaux peuvent vivre sans hypophyse, la plupart regardent l'hypophysectomie totale comme mortelle.

Deux des chiens que nous présentons ont subi, autant que nous avons pu en juger, au cours de l'opération et par l'examen de l'organe enlevé, l'ablation totale de l'hypophyse. Ils sont remarquablement bien portants en ce moment. L'autopsie nous dira un jour s'il n'est pas resté une parcelle d'hypophyse, et nous communiquerons le résultat des examens anatomiques qui seront faits à ce moment. »

Présentation d'un nouveau cylindre enregistreur. — M. Jean Camus présente un nouveau cylindre enregistreur fonctionnant dans les positions verticale et horizontale ayant comme dimensions 30 centimètres sur 30 centimètres, se déplaçant deux fois sur l'axe, se remontant latéralement et dont les vitesses varient de 1 tour en 30 minutes à 72 tours à la minute.

Grâce à ce nouvel appareil il est possible de poursuivre un graphique, celui de la pression artérielle par exemple pendant deux heures et plus sans rien modifier au dispositif initial.

Inclusions leucocytaires du sang dans le rhumatisme aigu. — M. F.-J. Bosc. Les grands mononucléaires du sang, dans le rhumatisme articulaire aigu, renferment des inclusions de forme corpusculaire ou coccique, identiques par leurs formes et leurs réactions à celles que nous avons notées dans le liquide articulaire et à celles que l'on constate dans les cellules de la clavelée, de la variole, de la vaccine. Elles sont vraisemblablement de nature parasitaire.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 26 juin 1913)

Etude histologique du thyroïde dans la maladie de Basedow, le goitre basedowifié, l'hyperthyroïdie expérimentale. — MM. Roussy et Clunet. Dans plusieurs cas de Basedow ainsi que dans un goitre basedowifié, les cellules glandulaires présentent une augmentation de volume : la colloïde est inégalement colorable, on trouve par endroits de véritables végétations de l'épithélium. Après avoir enlevé, à un chien, les neuf dixièmes du thyroïde, les auteurs trouvent dans la portion restante de la glande, des cellules hautes comme dans les thyroïdes de basedowiens. — M. Alquier rappelle que ses thyroïdectomies unilatérales ne lui avaient montré, chez le chien, que des variations anormales du volume des vésicules, dont beaucoup étaient en dessus ou en dessous des limites normales. Dans un seul cas, chez une chienne morte de broncho-pneumonie, cinq mois après l'ablation d'un seul thyroïde, les cellules présentaient les modifications observées par M. Roussy, très légères d'ailleurs. Les résultats de l'expérimentation varient donc suivant la quantité de glandes enlevées. — Quant aux variations de la colloïde de l'homme et à l'aspect végétant, MM. Alquier et Claude les ont rencontrés fréquemment dans des thyroïdes de sujets morts d'affections diverses et non basedowiens.

Modifications du thyroïde chez le lapin, après ingestion de glandes internes. — MM. Alquier et Hallion ont étudié le thyroïde de deux lapins soumis pendant un mois à l'ingestion de poudre de parathyroïde de cheval, à dose de 1 milligramme pour l'un et de 2 milligrammes pour l'autre. Les vésicules petites sont particulièrement nombreuses, l'épithélium irrégulièrement augmenté de volume, et riche en colloïde. Cet aspect des cellules se rapproche de celui qui vient d'être décrit par MM. Roussy et Clunet : il pourrait être opposé à celui constaté dans des expériences antérieures, par MM. Hallion et Alquier, avec l'ingestion d'hypophyse : les cellules sont claires et dépourvues de colloïde. Après ingestion de surrénale, les cellules sont légèrement augmentées de volume, mais leur aspect ne diffère pas suffisamment de ce qu'on observe après ingestion de poudre de viande, les extraits glandulaires peuvent, en effet, agir comme albumines hétérogènes et les modifications du thyroïde n'ont de valeur que si elles sont, comme dans les expériences avec l'hypophyse et la parathyroïde, très marquées et dépassant très notablement celles observées dans les expériences de contrôle. Les variations de l'alimentation n'ont pas grande influence sur la struc-

ture du thyroïde chez le lapin, contrairement à ce qui s'observe dans d'autres espèces.

Deux cancers secondaires du cerveau, voies de propagation des foyers métastatiques. — M. CLAUDE et Mlle LOYEZ. Les métastases se sont effectuées par les gaines lymphatiques et non par artérite trombosante comme on l'indique généralement. Cette conclusion est confirmée par MM. THOMAS et GUILLAIN.

Atrophie musculaire Aran-Duchenne par méningo-myélite diffuse. — MM. SOUQUES et BARDÉ. L'histoire clinique du malade a été publiée en 1907 (voir *Soc. de Neurol.*, in *Gaz. des hôp.*, 1907, p. 80). Anatomiquement, il s'agit d'une méningo-myélite diffuse avec gros épaississements méningés, lésions des cornes antérieures et des cordons antéro-latéraux. — M. LÉRI dit avoir recueilli, dans la littérature des dix dernières années, 180 observations d'amyotrophie diffuse chez les syphilitiques, dont la moitié environ répond à l'ancienne poliomyélite intérieure chronique.

Autopsie d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux opérée. — MM. BABINSKI et JUMENTIÉ. L'observation figure dans la thèse de ce dernier : la décompression amena une amélioration remarquable ; à part la surdité et une grosse diminution de l'acuité visuelle, le malade se disait bien portant. Mort trois ans après l'opération : l'autopsie montre que la décompression a permis à la tumeur de s'écarter du tronc cérébral et d'atténuer les déformations du névraxe.

Un cas de myatonie congénitale d'Oppenheim avec autopsie. — M. LAIGNEL-LAVASTINE. Les lésions consistent en sclérose musculaire et atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle, sans lésions inflammatoires.

Pseudo-dégénération hypertrophique de l'olive bulbaire. — MM. Pierre MARIE et Ch. FOIX présentent deux cas de cette curieuse lésion. Il existe dans ces deux cas une dégénération unilatérale du faisceau central de la calotte, siégeant du même côté que la lésion olivaire principale. Cette lésion consiste, non seulement en une démyélinisation, mais en une disparition des cellules avec infiltration embryonnaire considérable.

Les auteurs se demandent quelle est la part de la lésion du faisceau central de la calotte. Celle-ci n'est pas suffisante, car ils ont trouvé dans quatre cas ce faisceau complètement dégénéré, sans pseudo-hypertrophie de l'olive. Elle n'est peut-être pas absolument nécessaire, car certains processus d'inflammation locale donnent des aspects plus limités, mais très analogues.

Il faut voir cependant dans la coexistence des lésions du faisceau central et de la pseudo-hypertrophie olivaire plus qu'une simple coïncidence, et il est probable que les altérations cellulaires déterminées par la lésion du faisceau central favorisent le processus local qui cause la pseudo-hypertrophie. Ce dernier paraît souvent d'origine vasculaire et syphilitique.

Paraplégie en flexion par neurofibrome. — MM. GOYON et BARRÉ. L'intérêt de ce fait est le peu d'intensité de la compression et des lésions médullaires, confirmant les idées de M. Babinski sur la genèse de la contracture en flexion avec exagération des réflexes cutanés de défense.

Lésions thyroïdiennes dans un cas de rhumatisme chronique. — M. AUBERTIN. Il s'agit de sclérose avec hypothyroïdie, sans signes cliniques spéciaux.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

LIVRES NOUVEAUX

Les Arriérés scolaires (1), par MM. M. NATHAN et H. DUROT.

Si la question de l'éducation des arriérés n'a été officiellement étudiée et inscrite que tout récemment dans nos lois, c'est pourtant dans notre pays qu'elle avait pris corps grâce aux travaux des psychiatres français du siècle dernier. La pédagogie des anormaux fut, on peut le dire, l'œuvre de Bourneville et c'est des enseignements de l'école de Bicêtre que la plupart des médecins et des éducateurs les plus compétents tiennent aujourd'hui les principes de leurs méthodes médico-pédagogiques.

Pour éduquer les arriérés il faut les bien connaître. Le docteur Nathan a cru utile de donner, sous formes de conférences, aux instituteurs spécialisés dans cette tâche des connaissances générales élémentaires d'anatomie et de physiologie du système nerveux, de résumer clairement les notions essentielles de psychologie normale et pathologique et surtout de montrer dans une étude synthétique fort intéressante la signification et l'importance de l'arriération mentale dans le vaste groupe des psychopathies infantiles.

De son expérience personnelle M. Durot tire les renseignements les plus précis sur l'examen et le classement des arriérés et, en quelques leçons, expose les méthodes d'enseignement collectif et individuel qui leur conviennent. Il montre ce que doit être l'organisation intérieure des classes et des écoles spéciales et indique les résultats obtenus, ainsi que les modes d'utilisation des arriérés.

Deux leçons, l'une de M. Gobron sur la législation française relative aux enfants arriérés, l'autre de M. Friedel sur les institutions pour arriérés scolaires à l'étranger terminent l'ouvrage.

Il serait à la fois banal et insuffisant de dire que la question des arriérés scolaires peut intéresser le médecin praticien. Cela me paraît être un devoir et une nécessité pour lui d'en connaître les points essentiels, car son rôle est capital en l'espèce. C'est lui, médecin de la famille, médecin des écoles ou consultant, qui doit rechercher la nature et la cause de l'anomalie mentale de l'enfant et qui doit instituer et diriger toujours le traitement le mieux approprié. Le directeur d'école et l'instituteur, même spécialisés, ne doivent être que ses auxiliaires intelligents et instruits. Le livre de MM. Nathan et Durot sera, à cet égard, un guide précieux.

P. CAMUS.

Premiers secours et soins à donner aux malades et aux blessés (2), par Walter DOUGLAS HOGG, médecin attaché à l'hôpital anglais de Paris. Préface de M. Maurice LETULLE, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux.

Cet ouvrage, pour la septième édition duquel le professeur Letulle a écrit une chaleureuse préface, est le résultat de longues années d'enseignement à l'*Union des femmes de France*. La première partie est consacrée aux secours d'urgence ; la seconde enseigne la conduite à tenir au chevet d'un malade ou d'un blessé, et, dit M. Letulle, « grâce à ces pages, n'importe qui, s'il le veut sincèrement, peut, avec un peu de bonne volonté et beaucoup d'attention, savoir vite et bien son rôle et le remplir d'une façon convenable ». L'ouvrage contient en outre des notions détaillées sur l'hygiène individuelle et sur l'hygiène publique. C'est là en somme un excellent manuel d'enseignement pratique.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 355 pages. — Paris, F. Nathan.

(2) Un vol. de 370 pages, avec 79 figures dans le texte. Septième édition revue et augmentée. — Paris, O. Doin et fils.

Les Humanités et les médecins (1), par le professeur GRASSET.

Ce livre a pour but de démontrer qu'il faut réformer le décret du 22 juillet 1902, d'après lequel le baccalauréat de l'enseignement secondaire donne accès aux études pour le doctorat en médecine, quelle que soit la mention inscrite sur le diplôme ; l'auteur est d'avis qu'il faut exiger dorénavant pour les études médicales, un diplôme *littéraire du baccalauréat. Une forte culture classique* est indispensable pour la formation de toute l'élite intellectuelle du pays ; dont les médecins font nécessairement partie. En exigeant ce baccalauréat classique on aura peut-être moins de médecins (ce qui n'a aucun inconvénient, bien au contraire), mais on les aura meilleurs (ce qui est l'essentiel).

B. GAYARD.

Patologia e clinica del sistema nervoso (2). Lezioni del Professore Camillo NEGRO, Direttore dell'Istituto di Neuropatologia della R. Università di Torino, Medico Primario all'Ospedale Cottolengo.

Cet ouvrage est composé de 25 leçons recueillies parmi celles que M. Negro a professées depuis 1911 dans la chaire de neuropathologie de l'Université de Turin. Dans plusieurs d'entre elles, l'éminent professeur italien a exposé des données séméiologiques acquises par sa propre observation, les résultats de ses recherches personnelles et des vues qui lui sont particulières dans le domaine physiologique et clinique de l'étude du système nerveux.

Nous n'avons, pour notre part, recherché dans ce livre très hautement spécialisé que le fait de savoir si l'auteur rendait justice aux travaux des savants français, et nous avons eu le plaisir de rencontrer fréquemment au cours de ces leçons cliniques des noms célèbres chez nous dans la neuropathologie. C'est le seul point sur lequel il nous soit personnellement loisible de féliciter le savant auteur de l'ouvrage que nous présentons ici, et nous laissons à de plus capables le soin d'apprécier ces leçons qui nous ont paru cependant être d'une clarté bien latine.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Actualités médico-chirurgicales (3), conférences recueillies et publiées par le docteur H. DE ROTHSCHILD.

Cet ouvrage, qui réunit un certain nombre de conférences faites à la polyclinique H. de Rothschild, est la suite normale de celui qui a paru précédemment et dont nous avons parlé en son temps.

On y trouvera les sujets suivants : « La maladie du sommeil », par M. E. Perrier ; « La méthode d'Ehrlich », par M. Emery ; « La peste », par M. Borrel ; « Notes d'un voyage chirurgical en Argentine et au Brésil », par M. S. Pozzi.

Ce volume, comme le précédent, a été édité par MM. Doin avec beaucoup de soin et de goût.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Méthode Guelpa. Désintoxication de l'organisme, par l'auteur. **Applications de cette méthode dans l'alcoolisme et les empoisonnements** (4), par le docteur Oscar JENNINGS.

Nous n'exposerons point ici la méthode Guelpa, car depuis que son auteur l'a fait connaître elle a suscité trop de discussions et elle a été trop expérimentée pour qu'il soit besoin de la décrire aux médecins avertis. Dans le nouvel ouvrage qu'il nous offre, l'auteur établit de nouveaux faits à l'appui et à l'actif de sa méthode, et d'autre part, il passe en revue les discussions, les approbations, les critiques auxquelles cette dernière a donné lieu. Le livre se termine par l'exposé des applications que le docteur O. Jennings a faites de la méthode Guelpa au traitement de l'alcoolisme et des empoisonnements.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Paris, Arthème Fayard.
(2) Un vol. de 560 pages avec fig. — Prix : 15 lire. — Torino, S. Lattes et Cie.
(3) Deuxième série. Un vol. de 126 pages avec 33 figures et 7 planches. — Paris, O. Doin.
(4) Un vol. de 340 pages. — Prix : 8 francs — Paris, O. Doin et fils.

Conférences d'internat de l'Association générale des étudiants (1).

Le fascicule 1 comprend quatre questions : carotide externe, artère sous-clavière, gangrène pulmonaire et embolies pulmonaires. La façon de présenter ces questions est nouvelle et des plus pratiques. Le texte n'est imprimé que sur un seul côté de chaque page, ce qui permet d'ajouter des notes additionnelles sur l'autre page. En outre, grâce à un brochage spécial, chacune des questions peut être détachée pour être glissée dans un dossier spécial.

Pour ce qui est du choix des questions, il serait à désirer que fussent seules traitées les questions nouvelles qui manquent dans les anciens recueils de questions d'internat et celles des questions classiques qui, par suite de travaux récents, ont besoin d'être remaniées complètement.

B. GAYARD.

Les Vagues utéro-ovariennes. Physiologie et psychologie normales et pathologiques de la femme (2), par le docteur H. STAPFER.

Cette brochure appartient à la série des *monographies cliniques sur les questions nouvelles*. L'auteur cherche à établir que chez la femme deux vagues de sang envahissent périodiquement chaque mois, à intervalles presque égaux, l'appareil génital pendant le cycle des quatre septénaires. Ces vagues gouvernent corps et âme la femme saine ou malade, et même les affections indépendantes de l'appareil utéro-ovarien subissent leur influence. Jusqu'à nouvel ordre la thérapeutique des troubles dus à cette action consiste, d'après M. Stapfer, dans la gymnastique décongestive et congestive et le massage du ventre.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Etude clinique du sérum antituberculeux de Vallée (3), par le docteur BOUREILLE, ancien interne de la Maison de Nanterre.

L'auteur a étudié cliniquement sur quelques tuberculeux le sérum de Vallée, et il expose dans la brochure que nous présentons ici les réactions dues au sérum et les résultats obtenus, avec des observations et des graphiques de température et de poids. Sa conclusion est que le sérum antituberculeux de Vallée est un remède excellent qui, permettant à l'organisme de lutter contre les poisons qui l'épuisent, laisse la voie libre à l'action de la thérapeutique classique.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

PRATIQUE MÉDICALE

LA THÉOBROMINE CRISTALLISÉE

Woskressenski isola, en 1842, la théobromine. Gubler la prescrivit ultérieurement comme dynamophore. Schæder, Gram et G. Sée en firent connaître l'action diurétique, mais c'est surtout Huchard qui fixa définitivement ses propriétés et son emploi.

Aujourd'hui, parfaitement connues, ces propriétés thérapeutiques indiquent la théobromine comme le médicament véritablement spécifique, quand l'organisme est encombré de

(1) Paris, Maloine.
(2) Une brochure de 41 pages. — Paris, Masson et Cie.
(3) Paris, A. Maloine.

chlorures, dans les œdèmes et les maladies du cœur et des reins, néphrites aiguës et chroniques, présclérose, affections valvaires du cœur à la période d'hyposystolie, myocardites, angine coronarienne, surcharge graisseuse du cœur, enfin et surtout dans les cardiopathies artérielles où, comme le dit si bien Huchard, la suspension du remède n'est jamais longtemps tolérée.

Tels sont les précieux avantages, que peut offrir une théobromine chimiquement pure, et si l'on a enregistré des accidents, les uns, nerveux, comme les convulsions, le délire, le coma, l'œdème pulmonaire, la respiration de Cheyne-Stokes (Merklen, Hirtz et Lemaire, Bouvenet) dus à la résorption trop rapide des œdèmes, entraînant soit l'infiltration par les chlorures, soit la deshydratation brusque des centres nerveux, les autres, toxiques, se traduisant par des vertiges, nausées, vomissements, céphalée en casque, on peut dire que, sauf le cas d'une idiosyncrasie peu explicable, ces phénomènes physiologiques ont été déterminés par les impuretés, que la production industrielle est impuissante à éliminer de la théobromine *amorphe*.

Toute la valeur thérapeutique de la théobromine étant liée intimement à sa pureté réelle, la recherche de sa purification absolue s'imposait donc impérieusement.

Il appartenait à un praticien, rompu aux travaux de laboratoire, de trouver la solution du problème, par la *cristallisation* de la théobromine.

La découverte de M. L. Rousseau nous apparaît comme une innovation des plus heureuses puisque, grâce à son procédé de purification, qu'il a institué par la cristallisation, l'action physiologique de la théobromine est désormais fixée à la diurèse recherchée, sans complication d'aucune sorte.

Et en effet, ainsi que nous l'avons dit, le facteur essentiel de la valeur thérapeutique de la théobromine étant tout entier dans sa pureté absolue, la cristallisation a pour effet d'obtenir un produit chimiquement pur, avec des constantes physiques invariables et une composition élémentaire immuable, répondant à la formule $C^5H^2(CH^3)^2N^4O^2$, qui est celle de la diméthylxanthine et, par suite, l'action de la théobromine *cristallisée* n'est accompagnée d'aucun autre effet dû à l'une quelconque des impuretés de la théobromine *amorphe*. *A priori*, on pourrait craindre que, présentée à l'économie sous forme de cristaux, la théobromine *cristallisée* risque d'être inutilisée. Mais l'expérience physiologique a démontré que la peptonisation assure son assimilation complète, sans avoir à recourir aux solubilisants tels que les acétate, benzoate, salicylate de soude, associés à la soude caustique.

D'ailleurs, à propos de l'insolubilité de la théobromine, qu'on considérait comme un obstacle à son efficacité, si on ne l'associait à la soude et aux sels solubilisants, Huchard et Fiessinger (1) ont montré qu'il ne faut pas trop chercher à solubiliser les médicaments très actifs, car l'insolubilité constitue, pour eux, un moyen de renforcer et de prolonger leur action thérapeutique.

En résumé, la théobromine *cristallisée*, que vient de découvrir M. L. Rousseau, constitue un apport nouveau considérable à la thérapeutique, par les services réels qu'elle est en droit d'attendre de ce médicament héroïque.

Nous estimons qu'au nom de Woskressenski, l'inventeur de la théobromine, doit être associé désormais celui de Rousseau pour sa contribution à la perfection « du plus fidèle, du plus constant et du plus inoffensif des diurétiques », suivant l'expression même de Huchard (2). MONTAGUY.

(1) HUCHARD et FIESSINGER. *La thérapeutique en vingt médicaments*, 1911, p. 226.

(2) HUCHARD. *Journal des praticiens*, 1897, p. 682.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER. — COURS DE VACANCES. — *Douze leçons sur la tuberculose des os et des articulations*, du 21 juillet au 2 août 1913, par le docteur Ménard, chirurgien en chef; Andrieu et Calvé, chirurgiens assistants.

Programme des cours. — 21 juillet, M. Ménard : Généralités sur la tuberculose osseuse et articulaire. Evolution et traitement.

22 juillet, M. Calvé : Traitement des abcès froids. Technique des appareils plâtrés.

23 juillet, M. Ménard : Mal de Pott. Anatomie pathologique. Examen de pièces et de radiographies.

24 juillet, M. Andrieu : Mal de Pott. Diagnostic et traitement.

25 juillet, M. Ménard : Coxalgie. Anatomie pathologique. Examen de pièces et de radiographies.

26 juillet, M. Calvé : Coxalgie. Diagnostic et traitement.

28 juillet, M. Ménard : Tuberculose du genou.

29 juillet, M. Andrieu : Spina ventosa. Tuberculose du poignet.

30 juillet, M. Ménard : Tuberculose du tarse.

31 juillet, M. Calvé : Adénites tuberculeuses.

1er août, M. Andrieu : Tuberculose du coude et de l'épaule.

2 août, M. Ménard : Ostéite tuberculeuse et ostéite syphilitique.

Ces leçons seront accompagnées de démonstrations pratiques : appareils plâtrés, traitement des abcès froids, présentation de malades.

Une séance sera consacrée au traitement de la scoliose par la méthode d'Abbott.

Le cours aura lieu le matin, à dix heures et demie, à l'Hôpital maritime. Il sera ouvert aux étudiants en médecine et aux docteurs français et étrangers.

Droit d'inscription : 50 francs. (Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ce droit.)

Se faire inscrire par lettre adressée au docteur Calvé ou au docteur Andrieu, chirurgiens assistants à l'Hôpital maritime, à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES. — La dixième session du cours de vacances de physiothérapie organisé par MM. Albert-Weil, Durey, Dausset, Degrais, Dominici, Kouindjy, Leroy, Rœderer, Sandoz et Wetterwald, aura lieu du 9 octobre au 31 novembre prochain, à l'Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne, et dans divers hôpitaux ou cliniques.

Elle comprend deux séries de vingt leçons :

La *série A* comprend l'électrothérapie, la radiothérapie, la radiumthérapie, la photothérapie, l'hydro et la thermothérapie.

La *série B* comprend le massage en général, le massage viscéral; le massage gynécologique. le massage de la face, la rééducation gymnastique et l'éducation physique, etc.

Le prix de chaque série de vingt leçons est de 50 francs.

On peut demander des programmes détaillés ou s'inscrire chez MM. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 19, 11 avril 1913.) LASSERRE : Traitement de l'arthrite blennorragique par le sérum antiméningococcique. — VENNAT : La ventilation dans les locaux et particulièrement dans les chambres. — P. LAUDE : Mort subite au cours de manœuvres abortives. — (N° 20, 18 mai.) A. LABAT : Le coefficient d'imperfection uréogénique de Maillard ou d'acidose de Langenberg. — G. RICHAUD : Gangrène spontanée de l'auriculaire gauche.

— (N° 21, 25 mai.) ORAISON : A propos du traitement médical de la tuberculose rénale. — P. LAUDE : Du dépeçage criminel de l'enfant nouveau-né.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 mai 1913.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : L'abstention dans le traitement des plaies d'armes à feu et leur prétendue innocuité. Nécessité du retour à la chirurgie antiseptique. Indications propres à la chirurgie de guerre. — (25 mai.) DEMELIN : Des opérations qui ont pour but d'extraire le fœtus vivant et viable.

Journal de médecine interne. — (N° 13, 10 mai et n° 14, 20 mai 1913.) GRASSET : La responsabilité atténuée des inculpés. Question médico-sociale. — (N° 15, 30 mai 1913.) BOTEANO : Contribution à l'étude physio-pathologique des glandes surrénales.

Journal de médecine de Paris. — (N° 22, 31 mai 1913.) ROUÈCHE : Traitement et prophylaxie de la rougeole.

Journal des praticiens. — (N° 18, 3 mai 1913.) Louis RÉNON : Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — (N° 19, 10 mai.) H. CLAUDE : Paralysie saturnine avec participation du médian et du cubital. — Alex. RENAULT : Dans l'état actuel de la science, idée que doit se faire le syphilitique des dangers de sa maladie et espoir qu'il est en mesure d'escompter à la fois des causes évitables, susceptibles de l'aggraver et d'une thérapeutique bien conduite, combinée à une hygiène bien entendue. — BLANQUINQUE : Etranglement interne. Péritonite. — (N° 20, 17 mai.) BROCA : Gros cals et hyperostoses du nourrisson. — Alex. RENAULT : Dans l'état actuel de la science, idée que doit se faire le syphilitique des dangers de sa maladie, et espoir qu'il est en mesure d'escompter, à la fois de la notion des causes évitables et susceptibles de l'aggraver et d'une thérapeutique bien conduite et combinée à une hygiène bien entendue (*fin*). — (N° 21, 24 mai.) L. RÉNON : Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*suite*). — (N° 22, 31 mai.) CALOT : Le traitement des scolioses hautes. — A. ROBIN : Le traitement de la tuberculose chez les syphilitiques. — (N° 23, 7 juin.) L. RÉNON : Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*fin*). — G. WEBER : Vibrance artérielle et manchette exploratrice dans la maladie d'Hogdson.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 19, 10 mai 1913.) LAVRAND : Le massage phonoïde dans la surdité progressive. — (N° 20, 17 mai) LEPOUTRE : L'anesthésie lombaire à la novocaïne (technique et résultats). — (N° 21, 24 mai.) LEPOUTRE : L'anesthésie lombaire à la novocaïne, technique et résultats (*fin*). — (N° 22, 31 mai.) BONNET-LABORDERIE : Sur un cas de présentation de l'épaule négligée, traité par l'embryotomie rachidienne.

Journal médical français. — (N° 5, 15 mai 1913.) Jean CAMUS : Le liquide céphalo-rachidien ; la toxicité par voie intrarachidienne. — ANGLADA et MESTREZAT : L'examen chimique du liquide céphalo-rachidien envisagé dans ses applications cliniques immédiates. — SEZARY : Classification des méningites syphilitiques. — J.-A. SICARD : Les injections sous-arachnoïdiennes. — CASTAIGNE, GOURAUD et PAILLARD : Le liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Mai 1913.) FAIVRE : Du pronostic en médecine (*suite*). — LEBÈGUE : Sur un cas de brûlure cornéenne.

Lyon chirurgical. — (N° 5, 1er mai 1913.) V. GOMOIN : La méthode myoplastique dans le traitement de la paralysie faciale (5 fig.). — GOULLIOUD : Résection simultanée de l'estomac et du côlon transverse (5 observations, 5 fig.). — L. BÉRARD et ALAMARTINE : Appendice et tuberculose. — L. BÉRIEL et C. GARDÈRE : Volumineux gliome du lobe frontal (2 fig. et 1 hors texte). — M. FAVRE et P. SAVY : Syphilis thyroïdienne. Ses analogies histologiques avec la tuberculose (2 fig.). — L. THÉVENOT : Poche congénitale de l'urètre à développement tardif (1 fig.).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 19, 8 mai 1913.) DESNEUX, DUJARDIN et O. WEILL : La syphilis méningée. — (N° 20, 15 mai.) DESNEUX, DUJARDIN et O. WEILL : La syphilis méningée (*suite*). — (N° 21, 22 mai.) DESNEUX, DUJARDIN et O. WEILL : La syphilis méningée (*suite*). — (N° 22, 29 mai.) BARUCH : La rachianesthésie. — (N° 23, 5 juin.) André GRATIA : Physiologie de la coagulation du sang.

Lyon médical. — (N° 20, 18 mai 1913.) FAVRE et SAVY : Sarcomatose cutanée primitive consécutive à une piqûre des téguments. — NOGIER : Calcul de l'uretère pelvien droit. — (N° 21, 25 mai.) L. BÉRIEL : Les données de l'anatomie pathologique et le problème de la sclérose en plaques.

Marseille médical. — (N° 9, 1er mai 1913.) OLMER et PAYAN : Cirrhose biliaire familiale. — PAYAN et MATTEI : Orchites du nouveau-né et infantilisme (*à suivre*). — ESCANDE : Un cas de chorée chronique avec lésion de l'écorce cérébrale. — (N° 10, 15 mai.) COLOMB : Le traitement aérothermique; statistique personnelle. — L. PAYAN et Ch. MATTEI : Orchites du nouveau-né et infantilisme (*fin*).

Montpellier médical. — (N° 19, 11 mai 1913.) MARGAROT et CAIZERGUES : De l'état mental dans la maladie de Basedow (*suite*). — (N° 20, 18 mai.) GRASSET et RIMBAUD : Le traitement des névralgies par les injections (injections intrarachidiennes, épidurales, sous-cutanées, intraveineuses). — MARGAROT et CAISERGUES : De l'état mental dans la maladie de Basedow. — (N° 21, 25 mai.) MOURGUE : Le mouvement psychobiologique en Allemagne.

Normandie médicale. — (N° 9, 1er mai 1913.) CLAVERIE : De la coïncidence d'une grossesse utérine et d'une grossesse tubaire.

Policlinico. — (*Section chirurgicale*, fasc. 4, avril 1913.) Giovanni PEREZ : Les kystes osseux. — Amatore AUSTONI : La compression artificielle de l'hypophyse. — Valentino BARNABO : Nouvelles recherches sur la sécrétion interne du testicule. — (Fasc. 5, mai.) Giovanni PEREZ : A propos des kystes osseux. — Candido MANTELLI : La hernie pectinée. — Milziade MAGNINI : Fracture de l'arc de la septième vertèbre cervicale par blessure d'arme à feu avec foyers hémorragiques de la moelle spinale. — (*Section médicale*, fasc. 5, mai.) Giovanni ANTONELLI : A propos des ictères hémolytiques. Effets de la splénectomie sur une forme particulière, acquise, de cet ictère avec anémie à type pernicieux. — Antonio GASBARRINI : Recherches sur le noma. — Pietro SABELLA : Deux cas de granulome ulcéreux des organes génitaux guéris par le néosalvarsan à Tripoli.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES HÉMOPTYSIES TUBERCULEUSES (1)

II. Etiologie. — Nous n'insisterons pas à nouveau sur les causes occasionnelles et prédisposantes énumérées à propos de l'étude anatomique des hémoptysies par processus pneumonique (menstruation, ménopause, médicaments, séjour au bord de la mer, tempérament neuro-arthritique, etc.); signalons à part le fait que l'hémoptysie est inconnue chez l'enfant, avant sept ans, et qu'elle est extrêmement rare avant quinze ans; l'hémoptysie s'observe plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Enfin, très souvent et c'est là le fait important qui domine en quelque sorte la séméiologie de ce symptôme, l'hémoptysie est associée à une *poussée évolutive de la tuberculose pulmonaire*, poussée évolutive dont le clinicien ne devra jamais manquer de rechercher les multiples manifestations, bien étudiées, en ces dernières années, par Bezançon et ses élèves (fièvre, amaigrissement, modifications sanguines, etc.).

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 72, p. 1182.

III. Symptomatologie. — Nous ne nous attarderons pas à décrire le syndrome hémoptysie en lui-même.

Souvent l'hémoptysie est précédée de prodromes bien connus : goût de sang dans la bouche, sensation de plâtre frais, etc.; parfois au contraire elle surprend le malade par sa brusque apparition. Dans d'autres cas elle est précédée d'une quinte de toux assez spéciale.

On peut observer, au cours de la tuberculose, toutes les variétés de l'hémoptysie, depuis l'expectoration de quelques crachats à peine teintés de rouge, jusqu'au rejet tellement abondant de sang pur, que l'on se demande s'il ne s'agit pas d'une hématémèse : il s'agit alors de la rupture d'un anévrisme de Rasmüssen. L'expectoration sanglante peut se résumer en quelques crachats franchement sanglants, puis noirâtres, disparaissant au bout de deux ou trois jours; l'hémoptysie de sang rouge, rutilant, peut se poursuivre au contraire pendant plusieurs jours; elle peut enfin par son abondance, amener soit une syncope, soit même la mort rapide.

Dans tous les cas, le malade est inquiet, angoissé, toujours très effrayé; il se plaint souvent de douleurs thoraciques plus ou moins violentes et il est secoué par une toux quinteuse qui détermine souvent la réapparition de l'hémoptysie.

En présence d'une hémoptysie tuberculeuse, le premier problème à résoudre est celui de savoir si l'hémoptysie observée est ou n'est pas associée à une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire : la distinction entre ces deux variétés d'hémoptysie est capitale.

L'hémoptysie liée à une poussée évolutive est précédée d'une période caractérisée par l'apparition des symptômes fonctionnels et généraux de l'imprégnation tuberculeuse : le malade tousse et sa toux s'accompagne d'une expectoration mucosalivaire; il se plaint d'un point de côté, il maigrit; c'est là la *phase préhémoptoïque*. Puis survient l'hémoptysie, se résumant parfois en un crachat visqueux, uniformément teinté en rouge, souvent en crachats sanglants, plus abondants, visqueux aussi, *toujours riches en bacilles*. La *fièvre* qui avait débuté avant l'hémoptysie s'abaisse à la suite de celle-ci, dans les cas favorables. Dans les cas graves, elle persiste après l'hémoptysie. Si l'hémoptysie est abondante, elle peut, momentanément, abaisser la température.

Pendant l'hémoptysie, les signes sthétoscopiques sont variables, on observe tantôt un peu de bronchite, de fluxion localisée aux sommets, tantôt un véritable foyer de condensation pulmonaire. La fin de la poussée est annoncée par une augmentation du poids du malade.

Au moment de l'hémoptysie, on observe une *légère hypertension artérielle;* après l'hémoptysie, dans les cas favorables, il y a d'abord hypotension, puis élévation progressive de la tension artérielle. Si l'amélioration ne se produit pas, l'hypotension se maintient, ou s'exagère.

Au moment de l'hémoptysie, on note de la *leucocytose*, de la polynucléose, avec peu d'éosinophiles; plus tard, la leucocytose fait place à la leucopénie et le taux des éosinophiles s'élève.

Les *urines* présentent, au moment de l'hémoptysie, de l'oligurie, de la rétention chlorurée : ultérieurement, on observera de la polyurie et une décharge de chlorures. La crise urinaire est un signe précoce de la fin de la poussée évolutive.

L'étude des *crachats* est particulièrement intéressante. Chez les malades atteints d'hémoptysie par poussée tuberculeuse, la présence de bacilles de Koch dans le sang et les crachats est presque la règle; la recherche en est positive dans 90 p. 100 des cas, ainsi que le démontre l'examen direct par les procédés usuels et les inoculations. La teneur en bacilles des crachats posthémoptoïques est variable; souvent vers le cinquième jour, on observe une véritable décharge bacillaire. Weil n'attache aucune espèce d'importance aux formes bacillaires constatées dans les crachats, tandis qu'au contraire Piéry et Mandoul en tirent des conséquences au point de vue de l'état évolutif de la tuberculose.

Les crachats, longtemps avant et après l'hémoptysie, sont histologiquement hémorragiques, ils sont riches en cellules pulmonaires et pauvres en polynucléaires et en éosinophiles, sauf si l'évolution se fait vers la tuberculose fibro-caséeuse.

Tels sont les signes qui permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une hémoptysie avec poussée évolutive de la tuberculose. D'une manière un peu schématique, Weil décrit trois formes cliniques à cette hémoptysie : une forme légère, avec période préhémoptoïque courte et fruste, une hyperthermie minime, des réactions sanguines discrètes, une guérison rapide; une forme commune, avec symptômes d'imprégnation tuberculeuse très accentués et souvent très alarmants, disparaissant en quelques semaines; une forme grave, caractérisée par sa durée, la persistance de la fièvre, l'exagération des lésions pulmonaires, qui resteront ouvertes.

Tout différent est le tableau symptomatique des hémoptysies qui ne s'accompagnent pas d'une poussée évolutive. Elles ne sont pas précédées d'une période préhémoptoïque : elles surviennent brusquement, à la suite d'un effort, d'une quinte de toux. Assez habituellement ces hémoptysies sont assez abondantes. La température est peu modifiée. A l'auscultation souvent il n'existe aucun signe sthétoscopique; parfois, au niveau des sommets, on trouve des foyers congestifs beaucoup plus fréquents dans cette forme, que dans la précédente. L'expectoration est exceptionnellement bacillifère, sauf dans les cas où il s'agit de malades à lésions déjà ouvertes. La période posthémoptoïque ne présente aucune particularité. Ces hémoptysies se renouvellent assez fréquemment. Leur pronostic est beaucoup moins grave que celui des formes précédentes; néanmoins, cette hémoptysie peut tuer le malade dans certains cas, par asphyxie ou hémorragie profuse : elle peut encore réveiller une lésion latente; mais le plus souvent, elle est bénigne, traduisant simplement une lésion scléreuse, éteinte, cicatrisée.

A ces deux variétés d'hémoptysie correspondraient d'après Weil des processus anatomiques distincts. L'hémoptysie avec poussée évolutive serait, dans l'immense majorité des cas, la conséquence d'une pneumonie hémorragique (Tripier). Tout autour du processus caséeux, avasculaire, apparaissent des altérations inflammatoires (congestion, splénisation, pneumonie) qui rendent en effet parfaitement compte des petites hémoptysies, avec crachats adhérents et visqueux. Dans certains cas cependant, il faut admettre l'ulcération d'un vaisseau.

Les hémoptysies sans poussée évolutive s'observent dans les tuberculoses fibreuses, sclérosées, riches en vaisseaux, à parois peu résistantes qui se rompent facilement sous l'influence des causes les plus variables, variations de tension, efforts de la toux, congestion vasculaire réflexe, etc.

Dans certains cas, enfin, on pourrait invoquer des modifications de la coagulation du sang, des lésions hépatiques, etc.

Ainsi donc, en présence d'une hémoptysie quelconque chez un tuberculeux, il faudra s'efforcer en premier lieu de savoir, s'il s'agit ou non, d'une hémoptysie avec poussée évolutive de la tuberculose. La recherche des signes prémonitoires, l'étude du poids, de la température, les modifications sanguines, les caractères de l'expectoration, l'examen des urines, de la tension artérielle, l'auscultation du malade, permettront assez aisément en général de fixer ce premier point.

Le clinicien aura ensuite à préciser la valeur séméiologique de l'hémoptysie par rapport à la forme de tuberculose pulmonaire, dont est atteint le malade.

L'étude des formes cliniques, que nous allons maintenant aborder, permettra de résoudre cette question.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LONDRES

Une série de dix conférences de **M. le Dr. T. W. Lewis** sera donnée à l'Ecole de Médecine de l'*University College Hospital*, University Street, Londres, W. C., le mardi et le vendredi de chaque semaine, à 11 heures du matin, commençant le vendredi 25 juillet 1913.

Les sujets des conférences seront : l'*Enregistrement graphique des Bruits du cœur* et l'*Electrocardiographie*.

Tous les membres de la profession médicale seront admis gratuitement aux conférences, sur présentation de leur carte de visite. Elles sont spécialement destinées aux étudiants qui ont obtenu leurs diplômes.

Pendant les semaines du Congrès International, *le service de Cardiographie* sera ouvert aux visiteurs de 11 heures du matin à 4 heures de l'après-midi.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE... 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars 1913 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 15 septembre 1913, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du vendredi 1er août au samedi 30 août 1913 inclusivement.

Avis spécial. — Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont appelés à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Etienne. — Un concours public pour la nomination d'un chirurgien suppléant des hospices civils de Saint-Etienne sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon le lundi 12 janvier 1914.

Ce concours se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue de la Badouillère, à Saint-Etienne.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Epreuve technique.* — Première séance du 2 juillet. — MM. Micheleau, 19; Clerc, 19 1/2; Hanns, 17; Parisot, 18.

Deuxième séance du 2 juillet. — MM. Tanon, 19; Bonnamour, 18 1/2; de Verbizier, 18; Anglada, 16 3/4.

Première séance du 3 juillet. — MM. Villaret, 18 3/4; Nové-Josserand, 17 1/2; Gillot, 18 1/2; Thévenot, 19.

Deuxième séance du 3 juillet. — MM. Boudet, 18 1/2; Dupérié, 18 1/2; Roger, 18; Laederich, 19.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — M. Harman, professeur, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1912.

M. Harman est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1912.

— Rennes. — M. Bertheux, professeur de clinique médicale, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er janvier 1914.

M. Bertheux est nommé professeur honoraire à partir du 1er janvier 1914.

— M. Le Damany, professeur d'hygiène et de médecine légale, est nommé sur sa demande, à partir du 1er janvier 1914, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Bertheux, admis à la retraite sur sa demande et nommé professeur honoraire.

MODIFICATION A L'ORGANISATION DE L'ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Un décret du 16 mai remplace l'article 18 du décret du 7 mai 1908 portant *organisation de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales*, par l'article suivant :

« Art. 18. — Tout élève du service de santé des troupes coloniales reçu docteur en médecine ou pharmacien de première classe est obligatoirement admis à l'école d'application le 1er janvier. L'école reçoit de même, à cette date, les jeunes gens, docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, admis à la suite du concours prévu par l'article 3 du décret du 21 juin 1906. Les uns et les autres sont nommés aides-majors de deuxième classe pour prendre rang dans les conditions déterminées par la loi du 6 juillet 1912.

« Pendant leur séjour à l'école d'application, le classement par ordre de mérite, des médecins et pharmaciens aides-majors de deuxième classe, est déterminé par les notes de l'examen semestriel combinées avec les autres notes.

« Les cours de l'école d'application commencent le 1er janvier. Les examens de sortie ont lieu à partir du 1er septembre. Un congé est accordé aux élèves du 15 juillet au 1er août. »

P.

LA RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — L'instruction du 14 avril 1910, modifiée le 6 novembre 1911, est modifiée ainsi qu'il suit en ce qui concerne les quatre premiers alinéas des dispo-

sitions relatives au personnel médical enseignant à l'école d'application :

Les chaires de chirurgie d'armée, de clinique des maladies exotiques et maladies du marin, d'hygiène navale, de diagnostic spécial et de bactériologie sont confiées à des médecins principaux.

Ces cinq professeurs sont choisis sur les propositions de l'inspecteur général du service de santé basées sur les états de services des candidats, sur leurs titres scientifiques et sur leur aptitude au service hospitalier et à l'enseignement.

Ils sont nommés pour cinq ans et sont maintenus dans leur chaire jusqu'à l'expiration de cette période, même en cas de promotion au grade supérieur. Le professeur ainsi maintenu comme médecin en chef de deuxième classe qui viendrait à être promu médecin en chef de première classe en dehors de la période des cours, c'est-à-dire entre le 15 septembre et le 1er janvier suivant, serait immédiatement remplacé dans ses fonctions. Mais afin de ne pas nuire au bon fonctionnement de l'école, si cette promotion intervient au cours de l'année scolaire entre le 1er janvier et le 15 septembre, le professeur promu sera maintenu dans sa chaire jusqu'à la fin de ladite année scolaire.

Les professeurs de chirurgie d'armée et de clinique des maladies exotiques et maladies du marin sont secondés dans leur enseignement chacun par un médecin de première classe, chef de clinique. P.

EN SOUVENIR DU DOCTEUR GÉRALD MESNY. — Personne n'ignore que le docteur Gérald Mesny, médecin des troupes coloniales, directeur de l'Ecole de médecine de Tien-Tsin, chargé, sur sa demande, par le gouvernement chinois, d'une mission spéciale en vue de combattre l'épidémie de peste pneumonique qui ravageait la Mandchourie, succomba au bout de quelques jours aux atteintes du fléau. Conscient de la gravité du péril auquel il s'exposait de son plein gré, sachant bien que la forme de peste qui sévissait alors est grandement contagieuse, il avait envisagé avec un inébranlable sang-froid l'éventualité de la mort, et il la vit venir avec un stoïcisme admirable dans sa simplicité.

Un comité composé des docteurs Le Dentu, président; Richelot, vice-président; Hallopeau, Kermorgant, Ribemont-Dessaignes, Paul Richer; de la marquise de la Houssaye, secrétaire générale, et du lieutenant-colonel Baudoin, trésorier, a pris l'initiative d'une souscription ayant pour objet la fondation d'un laboratoire de recherches à l'hôpital français de Pékin, sous le patronage du nom de Mesny.

Un comité d'honneur, dans lequel figurent beaucoup d'éminentes personnalités politiques, militaires, scientifiques, médicales et administratives, a bien voulu, en se plaçant à la tête du mouvement, donner l'exemple d'un hommage éclatant à un dévouement aussi pur, et s'associer ainsi activement à une œuvre de glorification dont le caractère patriotique rehausse encore la signification et, en même temps, étend la portée. Il suffira de nommer le président, M. Etienne, ministre de la Guerre, MM. les présidents du Sénat et de la Chambre, les généraux Galliéni, Lyautey, Berdoulat, Famin, MM. Le Myre de Vilers, Charles Roux, Stanislas Simon, Paul Strauss, les docteurs Léon Labbé, Bertrand, Delorme, Emile Roux, Lucas-Championnière — il faudrait pouvoir citer tous les membres — pour montrer avec quel empressement les hautes notabilités auxquelles le Comité d'organisation a pensé devoir s'adresser ont répondu à son appel.

En attendant que la souscription proprement dite soit organisée, une soirée de gala au profit de l'œuvre sera donnée le vendredi 11 juillet prochain au Théâtre Réjane, rue Blanche. Elle consistera dans la représentation d'une comédie dramatique en quatre actes de la marquise de la Houssaye, intitulée « Le Médecin », pièce animée d'un souffle généreux, toute à l'honneur de l'apostolat médical, où le pathétique des péripéties émouvantes s'entremêle aux nobles suggestions de la conscience professionnelle en face d'une situation particulièrement délicate et touchante à la fois.

Le produit de cette représentation sera versé à la souscription générale. Les personnes qui désireront y assister sont priées de s'adresser au plus tôt, pour s'assurer des places, au bureau de location du théâtre, ou au siège de l'œuvre, 1, square du Roule, 8e, où l'on pourra envoyer des mandats. Prix des places : 5, 10, 15 et 20 francs.

LA LUTTE CONTRE L'OPIUM. — M. Félix Chautemps, député de la Haute-Savoie, vient de déposer à la Chambre une proposition de loi tendant à interdire la vente, la circulation et la fumerie de l'opium en France et dans les colonies françaises, ainsi que la vente, la circulation et l'emploi, sans prescriptions médicales, de la morphine, de la cocaïne et de toutes substances analogues.

D'autre part, M. Charles Leboucq, député de la Seine, a déposé une proposition de loi tendant à réprimer le débit, la détention, le transport non autorisés de la cocaïne, de l'opium et des alcaloïdes composant l'opium, la délivrance d'ordonnances en dehors des nécessités thérapeutiques, la location ou le prêt de locaux à usage de fumeries. P.

LA RECHERCHE ET L'IDENTIFICATION SCIENTIFIQUES DES CRIMINELS. — Les *Pages modernes* viennent de publier une étude intéressante sur ce sujet.

Trois grands systèmes sont actuellement en vigueur :

1° Le système des fiches dactyloscopiques de Galton, appliqué aux Indes, en Angleterre, en Allemagne, en Autriche, en Egypte, au Portugal;

2° Le système des fiches dactyloscopiques de Vucetich, appliqué en Italie et dans l'Amérique du sud;

3° Le système des fiches bertillonniennes, appliqué en France, en Belgique, en Suisse, en Roumanie, au Mexique, etc.

Enfin depuis plusieurs années, ces pays ont senti la nécessité de se défendre entre eux contre le crime et ils ont compris qu'il fallait s'unir en créant un système de fiches *internationales*.

On ne peut que souhaiter, à une époque où, par suite de la facilité des moyens de communication, les crimes et délits internationaux deviennent de jour en jour plus fréquents et plus abominables, que ces efforts soient prochainement couronnés de succès par le fonctionnement d'un système rapide d'anthropométrie international perfectionné. P.

COUVEUSE ET ASSISTANCE PUBLIQUE. — Née avant terme à l'hôpital Baudelocque, Adrienne V..., fut, aussitôt après sa naissance, placée dans l'appareil appelé « couveuse ». Là, l'enfant fut brûlée profondément à la tête.

Le père d'Adrienne V..., réclamait, devant la troisième chambre supplémentaire, à l'Assistance publique 1500 francs de rente annuelle pour sa fille et 20000 francs d'indemnité pour lui.

Le tribunal, par un jugement du 25 juin 1913, a condamné l'Assistance publique à payer une rente viagère de 1 200 francs par an à Adrienne V...

Quant à la demande en 20000 francs de dommages-intérêts de M. V..., elle a été repoussée. P.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *La route des Alpes en auto.* — La compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'agence officielle des voyages modernes, le samedi de chaque semaine, du 28 juin au 14 septembre, des excursions permettant de traverser les plus belles contrées du Dauphiné et de la Savoie.

L'itinéraire de ces excursions est le suivant : Paris, Nice, Beauvezer, Barcelonnette, Aiguilles, Briançon, Saint-Jean-de-Maurienne, Le Lautaret, La Grave, Le Bourg-d'Oisans, Grenoble, La Grande-Chartreuse, Aix-les-Bains et l'Abbaye de Hautecombe, les Gorges du Fier, Annecy, Thônes, Chamonix et le Montenvers, Evian, Paris.

Durée de l'excursion : seize jours. Prix : 625 francs.

Ce prix comprend les billets de chemin de fer, le logement, la nourriture, les transports en voitures, etc., sous la responsabilité de l'agence des voyages modernes.

Des voyages de sept à dix jours sont organisés dans des conditions semblables.

Les demandes de souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence, 4, avenue de l'Opéra.

REVUE GÉNÉRALE

L'HYMENOLEPIS NANA

(Von Siebold, 1852)

NOUVEAU PARASITE DE L'HOMME OBSERVÉ EN FRANCE

PAR MM.

CH. GARIN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon,

EV. CHANCEL,
Élève à l'École de santé militaire, Assistant au Laboratoire de parasitologie.

Nous avons observé récemment, à Lyon, trois cas de parasitisme par l'*Hymenolepis nana* (Chatin et Garin 1913 *a*). En raison de l'intérêt présenté par ces cas et de l'importance des troubles cliniques observés chez ces malades, nous avons jugé utile de faire une étude de cette infection parasitaire.

Nous rappellerons que ces trois cas concernent trois enfants de la même famille, âgés respectivement de six, neuf et douze ans. Ces enfants présentaient des symptômes d'entérite chronique, expliqués par la présence de très nombreux parasites dans l'intestin. L'examen microscopique des matières fécales, ayant montré la présence d'œufs d'*Hymenolepis nana*, on leur fit un traitement par l'extrait éthéré de fougère mâle, et l'on put recueillir des centaines de Vers adultes. La médication a été renouvelée trois fois sans que l'expulsion des vers ait été définitive. Ces trois cas sont les premiers que l'on ait observés en France, mais on rencontre ce parasite dans presque toutes les régions de l'Europe, en Asie et en Amérique. La multiplicité des cas publiés ces dernières années laisse prévoir que, lorsqu'on pratiquera systématiquement l'examen des matières fécales des malades ayant des troubles intestinaux, ce parasite sera plus fréquemment observé.

I

Historique. — L'*Hymenolepis nana* a été découvert par Bilharz, au Caire, en 1851. Il a été décrit d'abord par von Siebold (1852 *a*), puis par Leuckart (1863 *a*), par Blanchard (1886, *a*, *b*, 1891 *a*), par Grassi et Calandruccio (1887 *a*), par Mertens (1892 *a*) et par nombre d'autres zoologistes.

Dujardin (1845 *a*) a décrit un Cestode du Rat, auquel il donne le nom de *Tænia murina*, et qui paraît avoir une grande ressemblance avec l'*Hymenolepis nana*. Du reste, Grassi, Lutz (1894 *a*), Mingazzini (1898 *a*), Massari (1898 *a*) et d'autres, considèrent que ces deux espèces sont absolument identiques, tandis que Blanchard (1891 *a*), Moniez (1888 *a*) et von Linstow (1896 *a*), pensent que ce sont deux espèces différentes.

II

Description. Développement. Biologie. — Comme son nom l'indique, l'*Hymenolepis nana* est un Cestode de très petite taille. Ses dimensions varient de 12 à 15 millimètres de longueur, et de $0^{mm}5$ à $0^{mm}8$ de largeur. Ses anneaux sont au nombre de 110 à 200. La tête est globuleuse, un peu aplatie et mesure de 215 à 480 μ de largeur, et de 360 à 450 μ de longueur; elle est pourvue de quatre ventouses arrondies qui peuvent s'allonger. Si alors le pédicule qui réunit ces ventouses à la tête de l'animal vient à se rompre, on observe l'anomalie décrite par Blanchard (1886 *c*) et par Grassi et Calandruccio (1887 *a*).

En plus des ventouses, l'*Hymenolepis nana* possède un rostre armé d'une seule rangée de crochets; ce rostre est rétractile et peut s'évaginer au dehors, mais on ne l'observe ainsi que sur des animaux vivants. Les crochets sont rangés autour de la partie inférieure du rostre. Leur nombre varie de 24 à 28. Ces crochets possèdent deux racines, une ventrale et une dorsale qui forment avec la pointe acérée une sorte de fourchette. Leur taille est de 14 à 18 μ.

Le cou est plus étroit que la tête et ses caractères varient selon le degré de contraction de l'animal. La segmentation de l'*Hymenolepis nana* est peu nette pour les premiers anneaux. Elle devient rapidement distincte. Les anneaux sont plus larges que longs et leur bord antérieur est plus étroit que le bord postérieur, ce qui donne à ce ver un aspect particulier. Chez les individus qui sont arrivés à l'état de maturité et qui expulsent des anneaux, ceux-ci sont plus larges que longs et l'animal est terminé par un anneau arrondi.

Les pores génitaux sont unilatéraux. Ils sont situés toujours à gauche et près du bord antérieur de chaque anneau.

Pour être complet, il nous faudrait dire un mot de l'anatomie interne de l'animal, mais nous serons brefs, car cette partie-là n'intéresse pas particulièrement les praticiens.

Comme chez tous les Cestodes, les espaces libres entre les différents organes sont comblés par un parenchyme infiltré de corpuscules calcaires peu nombreux et de petites dimensions.

Le *système nerveux* est représenté par deux masses de cordons nerveux, s'étendant de chaque côté dans toute la longueur de l'animal et se terminant dans le scolex par deux masses de cellules unies entre elles à la partie postérieure du rostre par une commissure ganglionnaire.

L'*appareil excréteur*, comme chez les autres téniadés se compose de deux canaux latéraux longitudinaux anastomosés à la base du rostre, le canal ventral est plus large que le canal dorsal et ils sont unis, à la partie postérieure de chaque segment par un canal transversal.

Les *organes sexuels* ne deviennent distincts que vers le cinquantième anneau. Les organes mâles se développent plus rapidement que les organes femelles et arrivent à maturité plus tôt. Ils sont dorsaux tandis que les organes femelles sont ventraux comme presque chez tous les Plathelmintes. Les testicules sont au nombre de trois, ils sont situés dorsalement dans la partie postérieure de chaque anneau. Les canaux excréteurs de ces glandes s'unissent pour former un canal déférent, qui aboutit à la base de la poche du cirre. Avant d'atteindre

celle-ci, le canal déférent se dilate pour former une vésicule séminale. En pénétrant dans la poche du cirre, le canal déférent forme de nouveau une sorte d'ampoule se continuant par un tube sinueux, qui n'est autre que le pénis.

Le vagin est situé sur la face ventrale de la poche du cirre, entre celui-ci et les canaux excréteurs; tout d'abord, il forme à la base de la poche du cirre un réservoir spermatique, qui se remplit de sperme à mesure que les anneaux arrivent à maturité. Les ovaires sont situés postérieurement, ils sont allongés transversalement et bilobés.

La glande vitellogène est située sur la ligne médiane ; elle envoie des prolongements dans toutes les directions entre les lobes de l'ovaire. La glande coquillère est dorsalement située entre l'utérus et la glande vitellogène. L'utérus se développe très rapidement lorsque l'animal atteint sa maturité sexuelle. L'ovaire, les testicules et tous les autres organes, hormis le réservoir spermatique, dégénèrent complètement et sont cachés à la vue par l'utérus et les embryons qu'il renferme. Dans les anneaux les plus vieux, l'utérus occupe tout l'anneau qui constitue un véritable sac à œufs.

Chaque segment contient de 80 à 180 œufs suivant les auteurs. Les œufs sortent des segments à travers les déchirures de la cuticule qui revêt l'animal. Le mode de développement des œufs n'est pas encore bien connu. Leurs dimensions dans l'ovaire et à l'intérieur de l'utérus n'est pas sensiblement différente. L'œuf commence à se développer aussitôt entré dans l'utérus. Dans les fèces, l'œuf de l'*Hymenolepis nana* se reconnaît à ses caractères particuliers ; il est ovalaire ou légèrement arrondi. Pour l'apercevoir facilement il est nécessaire de ne pas employer un objectif trop fort, ni une lumière trop intense, car sa transparence le rendrait invisible. Il possède deux membranes : la membrane externe est lisse, et la membrane interne présente à chaque pôle un petit mamelon, l'ensemble rappelant la forme d'un citron. Des deux pôles partent des appendices filamenteux qui s'incurvent entre les deux membranes. L'œuf entier mesure de 30 à 55 μ et l'embryon de 15 à 20 μ.

L'*Hymenolepis nana* appartenant au groupe des Cestodes, on a cherché à lui assigner un développement semblable à celui des ténadiés de cette famille. Leuckart (1863 *a*) émet l'opinion que le stade intermédiaire du développement de l'œuf de l'*Hymenolepis nana* se fait chez un Insecte. Il base cette opinion sur la ressemblance de ce ver avec certains vers parasites du Rat et de la Souris et aussi sur la découverte faite par Stein (1882 *a*) d'un cysticercoïde dans le Ver de farine. Grassi et Calandruccio (1887 *a*) crurent au début que ce cysticercoïde était celui de l'*Hymenolepis nana*, mais toutes les tentatives d'infestation eurent un résultat négatif.

R. Blanchard (1891 *a*) pense que l'hôte intermédiaire de l'*Hymenolepis nana* est un Insecte avalé par les enfants, qui portent à leur bouche tout ce qu'ils trouvent. Cependant il admet que le parasite, une fois dans l'intestin, peut avoir un nouveau mode de développement complet chez son hôte. C'est la théorie de Grassi (1887) qui identifie l'*Hymenolepis nana* à l'*hymenolepis murina* et qui pense que le développement de l'un est analogue à celui de l'autre. Que se passe-t-il pour l'*Hymenolepis nana* d'après Grassi ? Voici son opinion résumée en quelques lignes : « Les œufs de ce parasite arriveraient dans l'intestin avec des aliments, qui auraient été souillés par des rats. Ces œufs, une fois dans l'intestin, s'ouvriraient et mettraient en liberté un embryon hexacanthe. Celui-ci pénétrerait dans une villosité intestinale et subirait là son stade cysticercoïde, après quoi l'animal adulte serait mis en liberté dans l'intestin. » Cette théorie, probablement la vraie, expliquerait la multiplicité d'*Hymenolepis nana* chez les gens infestés et prendrait un grand intérêt par ce fait que les enfants que nous avons traités pour cette helminthiase ont présenté de nouveau des œufs de ce parasite dans leurs fèces une quinzaine de jours après l'administration du ténifuge de Duhourcau.

Grassi tenta aussi l'infestation directe en faisant absorber, à des personnes de bonne volonté, des anneaux mûrs d'*Hymenolepis murina*. Sur six personnes qui firent cette expérience, un jeune enfant seulement fut parasité et dans ses selles on trouva des œufs d'*Hymenolepis nana*. Cette expérience sera reprise au laboratoire, car si elle est de nouveau vérifiée exacte l'identité entre ces deux parasites deviendrait très probable. Il faudra aussi, avant de conclure, tenter l'expérience inverse, c'est-à-dire infester le Rat avec des anneaux mûrs d'*Hymenolepis nana*.

Ce Cestode se fixe dans la portion moyenne de l'intestin grêle et il s'arrête un peu au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Très fréquemment on le trouve associé à d'autres vers : *Trichuris trichiurus*, *Oxyuris vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Ankylostoma duodenale*, *Tænia saginata*, *Tænia solium*, etc.

Dans certains cas, on l'a même trouvé associé avec plusieurs de ces vers. Le parasitisme par l'*Hymenolepis nana* est observé presque uniquement chez les enfants. Il n'y a qu'une dizaine de cas publiés chez des personnes au-dessus de quinze ans, si l'on fait abstraction des observations de Malvoz (1910 *a*). On a remarqué aussi que les garçons en étaient plus souvent porteurs que les filles. Le genre de vie paraît avoir une certaine influence, c'est en effet dans la classe pauvre qu'il est presque toujours observé, et il paraît être particulièrement commun dans les asiles d'orphelins. Le nombre de parasites observés dans les cas publiés jusqu'à ce jour varie de un à plusieurs milliers. Dans le cas de W. Innés (1898 *a*) un specimen seulement a été trouvé à l'autopsie. Grassi et Calandruccio (1887 *a*) en ont trouvé plusieurs milliers.

La durée de l'infestation appréciable par la première observation des œufs dans les fèces est très variable. En général, les parasites ont toujours été expulsés par un traitement anthelminthique, et dans différents cas, elle existait depuis deux mois et même depuis deux ans et demi. Si l'on se base sur les symptômes nerveux observés, certaines infestations durèrent six et huit ans, et une fois même entraînèrent la mort.

III

Géographie médicale. — En Allemagne, où dans beaucoup d'hôpitaux on fait un grand nombre d'examens de matières fécales pour la recherche des parasites, on n'a trouvé que quatre fois des œufs d'*Hymenolepis nana.* Mertens (1892*a*) dit qu'à Cologne on n'en a jamais observé.

En Italie, ce parasite est très commun. Calandruccio estime qu'en Sicile 10 p. 100 des enfants en sont porteurs.

Massari (1898*a*) nous apprend que Venuti, à Catane, n'a pas pu trouver un seul cas de parasitisme par l'*Hymenolepis nana*, parmi les enfants de diverses classes de la population, tandis que dans l'asile d'orphelins de Catane il estime que 10 p. 100 des enfants en présentent.

En Amérique, il a été trouvé aussi quelquefois, 25 fois sur 3500 examens de laboratoire. En Belgique, où ce parasite n'avait pas été signalé, en pratiquant systématiquement chaque année l'examen des matières fécales des mineurs, pour la plupart italiens, Malvoz (1910 *a*) nous apprend qu'on en a déjà rencontré 80 cas.

Nous mentionnerons aussi que des cas ont été publiés en Angleterre, en Russie, en Serbie, en Autriche, en Egypte, au Siam et au Japon, dans les Etats-Unis d'Amérique, en Argentine, au Brésil et dans les îles Philippines.

Cette répartition semble montrer qu'un climat assez chaud et humide est favorable au développement de l'*Hymenolepis nana.*

IV

Symptomatologie. — Les troubles observés chez les individus porteurs de l'*Hymenolepis nana* sont assez constants et dus à l'irritation de la muqueuse intestinale et aux lésions produites sur celle-ci par le parasite. On verra, en effet, dans le chapitre d'anatomie pathologique, que le parasite se fixe sur la muqueuse.

Les malades présentent des phénomènes intestinaux chroniques, qui se manifestent par de la diarrhée; cette diarrhée est évacuée en 5 à 10 selles par vingt-quatre heures. Ces selles sont glaireuses, de couleur ocre, souvent teintées de sang rouge. La présence du sang dans les matières est constante; on peut la déceler par l'examen direct quand il y en a beaucoup, l'examen microscopique montre la présence de globules rouges et enfin la réaction de Weber est toujours positive. La défécation s'accompagne souvent, mais pas toujours, d'épreintes et de coliques. Les malades n'accusent pas tous des douleurs abdominales spontanées, mais le ventre est souvent tendu, ballonné, douloureux à la pression dans la région abdominale supérieure au-dessus de l'ombilic. A côté de ces phénomènes intestinaux, on observe quelquefois un état saburral des voies digestives supérieures, des indigestions, des vomissements alimentaires. On observe également des phénomènes généraux, qui consistent dans l'élévation de la température par poussées, de l'anémie très marquée, de la pâleur des muqueuses et de l'amaigrissement. L'appétit est cependant en général conservé. D'ordinaire pas d'albumine dans les urines. Chez les enfants les accidents les plus fréquents, comme aussi les plus graves, sont les accidents nerveux.

Du côté des organes des sens on peut observer de la perversion du goût, et surtout des troubles visuels pouvant aller jusqu'à la cécité complète. Les muscles de l'œil peuvent être atteints de mouvements spasmodiques : dilatation de la pupille, strabisme, blépharospasme.

Certains malades sont en proie à de la névralgie frontale, à des vertiges et à des troubles cérébraux violents pouvant simuler la méningite.

Les accidents les plus fréquents sont les convulsions, les accès hystériformes et épileptiformes, la chorée, les syncopes, les paralysies ou les paraplégies soit des membres, soit de la face, soit des muscles de l'œil.

On observe aussi souvent chez les enfants de la constriction de la gorge, des accès de suffocation et de dyspnée prolongée pouvant aller jusqu'à la cyanose, à l'asphyxie et à la mort.

La caractéristique de tous ces symptômes est la disparition rapide après l'expulsion des parasites, et leur intensité est en rapport, non avec leur taille, mais avec leur nombre.

L'examen au laboratoire des matières fécales montre un très grand nombre d'œufs, souvent plus de 100 par préparation, mais on ne rencontre jamais d'anneaux d'*Hymenolepis*.

On observe, en outre, un faible degré d'éosinophilie, variant de 5 à 8 p. 100.

V

Anatomie pathologique. — Nous n'avons pas de description de l'état de la muqueuse intestinale dans laquelle Bilharz découvrit l'*Hymenolepis nana.* Innes (1898*a*) trouva sur la muqueuse de l'iléon des plaques de sang extravasé et il considère ces plaques comme le point d'attache des parasites.

Grassi (1887 *a*) nous dit qu'il trouva de profondes altérations de la muqueuse intestinale, mais il ne nous renseigne pas sur la nature de celles-ci.

A l'autopsie d'un cas où ils trouvèrent 400 spécimens d'*Hymenolepis nana*, Visconti et Segré (1886 *a*) nous apprennent qu'ils constatèrent que toute la muqueuse de l'intestin grêle était tuméfiée, hyperémiée et recouverte d'une couche de mucus. La plus grande partie des follicules clos était aussi tuméfiée. A l'examen microscopique la muqueuse de l'iléon était infiltrée de nombreuses cellules lymphoïdes. Le tissu conjonctif de la sous-muqueuse était épaissi et sclérosé. Mingazzini (1899 *a*) a montré que pour se fixer chez le Rat l'animal dévagine son rostre, qui pénètre dans la lumière d'une glande de Lieberkühn. Sauf à l'endroit où la surface du rostre et l'épithélium sont en contact, les altérations de la muqueuse intestinale ne sont pas profondes. Il en est probablement de même chez l'Homme.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic clinique de cette affection est impossible ; en raison de la diversité des troubles présentés par les malades, on peut être amené à porter le diagnostic d'entérite tuberculeuse, d'anémie, de chorée, voire même d'épilepsie.

Il sera donc vain de chercher à faire un diagnostic différentiel, d'ailleurs le diagnostic positif est très facile et présente un caractère de certitude absolue. Il reposera tout entier sur l'examen des matières fécales, qui permettra d'observer les œufs de l'*Hymenolepis*.

Pour faire l'examen des matières fécales, il faut étendre sur une lame, avec une goutte d'eau, un petit fragment de matière, recouvrir avec une lamelle et examiner avec un objectif moyen. Il faut prendre certaines précautions d'éclairage, car les œufs d'*Hymenolepis nana* pourraient passer inaperçus, en raison de leur transparence. On reconnaît un œuf de Cestode à la présence de trois paires de crochets sur l'embryon. Les œufs d'*Hymenolepis* sont caractérisés par la présence de deux membranes distinctes : une interne entourant l'embryon, et une externe séparée de celle-ci par un certain intervalle. La membrane interne des œufs d'*Hymenolepis nana* présente deux pôles auxquels s'attachent des appendices filamenteux qui occupent l'espace compris entre cette membrane et la membrane externe. Ces filaments ne sont pas toujours visibles avec un grossissement moyen et on pourra alors avoir recours à l'objectif à immersion. Les œufs d'*Hymenolepis diminuta*, qui pourraient être confondus avec les précédents, ont une membrane externe striée transversalement, la distance intermédiaire entre les deux membranes est plus visible et ne présente pas de filaments s'attachant aux extrémités de la membrane interne.

Un signe, qui permettra de penser au parasitisme intestinal, c'est la présence d'une réaction de Weber positive. On sait en effet, depuis les travaux de Guiart et Garin et de Cade et Garin, que le parasitisme intestinal s'accompagne presque toujours de la présence de sang dans les matières, et à l'heure actuelle il n'est plus permis à un médecin de traiter les maladies intestinales sans pratiquer l'examen des selles.

VII

Traitement. — La fougère mâle est le seul médicament qui paraît avoir été efficace contre l'*Hymenolepis nana*. En effet, le kousso, le kamala, la santonine, le thymol ont été essayés sans succès par divers auteurs. Dans les trois cas lyonnais l'extrait éthéré de fougère mâle, sous forme de capsules Duhourcau, a amené l'évacuation de plusieurs centaines de vers. Sonsino (1895 *b*) préconise l'association de fougère mâle et de calomel. Chez nos enfants, le ténifuge a été donné trois fois à intervalles de trente à quarante jours, mais malgré cela les œufs d'*Hymenolepis nana* ont toujours réapparu dans les selles.

VIII

Prophylaxie. — Pour éviter cette helminthiase, il faut prendre certaines précautions. D'abord, comme pour les Oxyures veiller à l'extrême propreté des mains des enfants. Eviter de leur laisser porter les doigts à la bouche lorsqu'ils jouent dehors. Il faut éviter que les enfants mangent des insectes ou des aliments qui n'auraient pu être mis à l'abri des souillures des Rats. Les fèces des personnes qui sont infestées par les *Hymenolepis* doivent être soigneusement désinfectées.

Il faut détruire les Rats et les Souris dans la mesure du possible et garder les aliments hors de leur atteinte et particulièrement les aliments qui doivent être consommés crus ou longtemps après leur cuisson.

Nous conclurons en reproduisant la phrase suivante du professeur Blanchard : « A quelque point de vue qu'on l'examine, le grand problème de la suppression des maladies parasitaires, qu'elles soient ou non infectieuses, se résume en cette formule : de la propreté, encore de la propreté ! »

BIBLIOGRAPHIE

1910 *a.* — AMESSE (J. M.). The dwarf tapeworm (*Hymenolepis nana*) in American children; report of a case complicating chorea, *Colorado med. Denver*, VII, p. 443-445.

1909 *a.* — BARAVALLE (S.). Sui parassiti intestinali nei Bambini, *Il morgagni*, an. LI, p. 1 (2), p. 71-76.

1886 *a.* — BLANCHARD (R.). *Traité de zoologie médicale*, Paris, in-8°, v. I (2), p. 193-480.

1886 *b.* — BLANCHARD (R.). Nouvelle observation de tænia nana, *C. R. Soc. biol.*, Paris, 8e s., t. III (26), 9 juillet, p. 326-332, 4 fig.

1891 *a.* — BLANCHARD (R.). *Histoire zoologique et médicale des téniadés du genre Hymenolepis Weinland*, in-8°, Paris, 112 p., 22 fig.

1891 *b.* — BLANCHARD (R.). Nouveau cas de tænia nain (*Hymenolepis nana*) en Amérique, *Bull. soc. zool. de France*, Paris, v. XVI (6), juin, p. 165-167.

1891 *c.* — BLANCHARD (R.). Nouveau cas de tænia nain, *C. R. Soc. biol.*, Paris, 9e s., t. III (20), 11 juin, p. 441-443.

1910 *a.* — BRUMPT. *Précis de Parasitologie*, in-8°, Paris.

1894 *a.* — BUCKLERS. Ueber den Zusammenhang der Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blute mit dem Vorkommen der Charcot'schen Krystalle in den Fäces bei Wurmkranken, *Münch. med. Woch.*, v. XLI (2), 9 janv., p. 21-23; (3), 16 janv., p. 47-49.

1890 *a.* — CALANDRUCCIO (S.). Animali parassiti dell'Uomo in Sicilia, *Atti Accad. Gioenia di Sc. nat. in Catania* (1889-90), an. LXVI, 4e s., p. 95-135.

1906 *a.* — CALANDRUCCIO. Ulteriori ricerche sulla *Tænia nana*, *Boll. Accad. Gioenia di Sc. Nat. in Catania*, fasc. LXXXIX, p. 15-19.

1904 *a.* — CAPUZZO (Z.). Due casi di *Tænia nana*, *Riv. di clin. pediat.*, Firenze, II, p. 829-834.

1905 *a.* — CARBER (C.). Un caso di *Tænia nana*, *Riv. veneta di sc. med.*, Venezia, XLIII, p. 509-519.

1913 *a.* CHATIN et GARIN (Ch.). Trois cas de parasitisme dus à l'*Hymenolepis nana* chez des enfants, *Soc. nat. de méd.*, 21 avril, in *Lyon méd.*

1893 *a.* — CIMA (Fr.). Sulla elmintiasi dei Bambini. Communicazione fatta all'II Congresso pedriatico, Napoli, 20-24 ottob. 1892, *Pediatria*, Napoli, v. I (2), 20 feb. p. 39-48.

1896 *a.* — CIMA (Fr.). Sulla elmintiasi dei Bambini. Nuove ricerche ed osservazioni cliniche, *Pediatria*, Napoli, v. IV, (10), ottob. p. 303-312.

1896 *b.* — CIMA (Fr.). Sulla elmintiasi dei Bambini. (Extract 1893 *a*). *Atti del Cong. pediat. Ital.*, Napoli (1892), p. 403-418.

1886 *a.* — COMINI (E.). Epilessia riflessa da *Tænia nana*, *Boll. d. Soc. med. chir. da Pavia*, Milano (2), p. 71-73.

1887 *a.* — COMINI (E). — Epilessia riflessa da *Tænia nana*, (*T. Ægyptiaca*), *Gazz. d. osp.*, Milano, v. VIII, 26 Gennaio, p. 59-62.

1888 *a.* — COMINI E. Due casi di *Tænia nana*, Caso di corea parziale parossistica riflessa, *Gazz. med. ital. lomb.*,

Milano, v. XLVIII, n. s., v. I (9), 3 mars, p. 81-82.
1906 *a.* — DEADERICK. *Hymenolepis nana* and *Hymenolepis Diminuta*, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, v. XLVII, n° 25.
1845 *a.* — DUJARDIN (Félix). *Histoire naturelle des Helmintes ou Vers Intestinaux*, in-8°, Paris, 654 p., 12 planches.
1909 *a.* — FORTI. Due casi d'epilessia da tænia, *Riv. med.*, Milano, XVII, p. 315-321.
1906 *a.* — FOSTER (C. L.). Two cases of infection with *Tænia nana*, in the Philippine Islands, *J. am. med. Ass.*, Chicago, XLVII, p. 685.
1910 *a.* — FURTH (E.). Ein Fall von *Tænia* (*Hymenolepis*) *nana* (*v. Siebold*) in der Provinz Schantung, *Arch. f. Schiffs. u. tropen Hyg.*, Leipzig, XIV, p. 315.
1905 *a.* — GILARDINI (G.). Un caso di *Tænia nana*, *Casuist. med. chir.*, Milano, I, p. 69.
1879 *a.* — GRASSI (G. B.). Il Botriocephalo lato (Contribuzione allo studio dell'elmintologia), *Gazz. med. ital. lomb.*, Milano, v. XXXIX, 8e s., (16), 19 avril, p. 155-156, 1 fig.
1886 *a.* — GRASSI (G. B.). Cenno preventivo intorno ad una nuova malattia parassitaria dell'uomo, *Gazz. d. osp.*, Milano, v. VII (57), 18 luglio, p. 450.
1886 *b.* — GRASSI (G. B.). Ulteriori particolari intorno alla *Tænia nana*, Nota preliminare, *Gazz. d. osp.*, Milano, v. VII (98), 29 settembre, p. 619-620.
1887 *a.* — GRASSI (G. B.). Die *Tænia nana* und ihre medicinische Bedentung. Vorlänfige Mittheilung, *Cent. f. Bakt. u. Parasit.*, Iéna, 1re s., v. I, (4), p. 97-100, 2 fig.
1887 *a.* — GRASSI (G. B.) et CALANDRUCCIO (S.). Einige weitere Nachrichten über die *Tænia nana*, Zweite präliminarnote, *Cent. f. Bakt. u. Parasit.*, Iéna, 1 J., v. II (10), p. 282-285.
1892 *a.* — GRASSI (G. B.) et ROVELLI (G.). Ricerche embriologiche sui cestodi, *Atti Accad. Gioenia di sc. nat. in Catania*, an. LXXVIII, 4e s., 2 mém., 108 p., 4 pl.
1907 *a.* — GUIART (Jules). Les vers intestinaux, *Traité de médecine et de thérapeutique* (Brouardel, Gilbert et Thoinot), v. XVII, p. 346-348.
1910 *a.* — GUIART (Jules). *Précis de Parasitologie*, in-8°, Paris, p. 319-321.
1906 *a.* — GUIART (J.) et GRIMBERT (L.). *Précis de diagnostic chimique, microscopique et parasitologique*, in-8°, Paris, p. 508-515.
1892 *a.* — GUSEFF (G. I.). Sluchay *Tæniæ nanæ*, *Med. Obozz.*, Mosk, v. XXXVII (9), 12 maia, p. 803-805.
1893 *a.* — GUSEFF (G. I.). Sluchay *Tænia nana*, *Trudi Obsh. dietsk. vrach.*, Mosk, v. I, p. 23-25.
1904 *a.* — HAHNDEL (Otto). *Tænia nana* (Gess. inn. med. Kinderheilk., Wien.), *Wien. med. Woch.*, Jahrg. 54, p. 2381-2382.
1904 *a.* — HALLOCK (H. M.). *Tænia nana*; report of two cases, *J. Am. med. Assoc.*, Chicago, v. XLII (14), april 2, p. 891.
1896 *a.* — HUBER (J. Ch.). Animal parasites and the diseases caused by them, Twentieth Cent., *Practit. New-York*, v. VIII, p. 499-627, fig. 65-105, 2 planches.
1898 *a.* — INNÈS (W. F.). *Contribution à l'étude des affections vermineuses de l'homme observées en Egypte*, Th. de Lyon, 1897-1898, p. 60-69.
1891 *a.* — LEICHTENSTEIN (Otto). Ueber die Charcot-Robin'schen Krystalle in der Faeces, nebst einer Bemerkung über Tænia nana in Deutschland, *Deut. med. Woch.*, Leipzig, u. Berlin, v. XVIII (25), 23 juin, p. 582-585.
1906 *a.* — LAMBERT (Sam. W.). Infection by tænia nana, with specimens, Pract. Soc. N. Y., *Med. Rec.*, New-York, v. LXX, p. 928.
1863 *a.* — LEUCKART (K. G.). *Die menschlichen Parasiten und die von ihnen herrührenden Krankheiten*, Leipzig et Heidelberg, in-8°, 766 p., 268 figures.
1886 *a.* — LEUCKART (K. G.). *Die Parasiten den Menschen und die von ihnen herrührenden Krankheiten*, Ein hand und Lehrbuch für Naturforscher und Aerzte, 2 Aufl. v. I, 3 Lief., p. 855-1000, fig. 353-409. in-8°, Leipzig u. Heidelberg.
1896 *a.* — VON LINSTOW (Otto). Ueber Tænia (*Hymenolepis*) nana v. Siebold und murina Dujardin, *Jenaische Zt. f. Nat.*, Iéna, v. XXIII (4), 25 juli, p. 571-582, 8 fig.
1894 *a.* — LUTZ (A.). Beobachtungen über die als tænia nana und flavopunctata bekannten Baudwürmer des Menschen, *Cent. f. Bakt. u. Parasit.*, Iéna, v. XVI (2), 6 juli, p. 61-67.
1910 *a.* — MALVOZ. Le Ténia nana en Belgique, *Bull. acad. roy. de méd. de Belgique*, Bruxelles, 4e s., XXIV, p. 316-328.
1910 *b.* — MALVOZ. Le Ténia nana en Belgique, *Presse méd. Belge*, Bruxelles, LXII, p. 381-383.
1896 *a.* — MASSARI (G.). Sopra un caso di Tenia nana osservata in Roma, *Boll. Soc. rom. per gli stud. zool.*, Roma, v. V, p. 83.
1898 *a.* — MASSARI (G.). La Tenia nana, *Suppl. al policlin.*, Roma, an. IV (9), v. I, gennaio, p. 209-213.
1892 *a.* — MERTENS. Ueber Tænia nana. *Berl. klin. Woch.*, v. XXIX (44), 31 oct. p. 1099-1101; (45), 7 nov. p. 1134-1137.
1899 *a.* — MINGAZZINI (P.). Osservazioni generali sul modo di adesione dei Cestodi alla parete intestinale, *Atti r. Accad. dei Lincei*, Rendic. cl. di sc. fis., mat. et nat., Roma, an. CCVI, 5e s., 1er sem. (12), 18 giugno, p. 597-603, 6 fig.
1897 *a.* — MIURA (K.) et YAMAZAKI (F.). Ueber Tænia nana, *Mitth. a. d. med. Fac. d. k. Jap. Univ.*, Tokio, v. III (3), p. 239-258, pl. 14, 9 fig.
1903 *a.* — MOORE (J. T.). *A preliminary note on the occurrence of Tænia nana in Texas with specimens*, (Read before the University of Texas medical Club, avril 6.)
1904 *a.* — MOORE (J. T.). The occurrence of Tænia nana in Texas (the first of at least the second, reported case in North America), *Med. News*, New-York (1621), v. LXXXIV (6), feb. 6, p. 251-254, 7 fig.
1902 *a.* — NEVEU-LEMAIRE (M.). *Parasitologie animale*, Paris, in-12, 212 p., 301 fig.
1911 *a.* — NICOLL (W.). The Rat. flea as the intermediate host of a rat tapewonn, *Brit. M. J.*, London, I, p. 623.
1889 *a.* — ORSI (Fr.). Sei casi di Tenia nana, *Gazz. med. lomb.*, Milano, v. XLIV, 9e s. (24), 15 giugno. p. 235.
1887 *a.* — PERRONCITO (Ed.). Tænia nana osservata per la prima volta in Piemonte, *Giorn. r. Accad. di med.*, Torino, an. L, 3e s., v. XXXV (1-2), gennaio-febr., p. 7.
1888 *a.* — PERRONCITO (Ed.) et AIROLDI (Pr.). Caso di Tenia mediocanellata e di molte tenie nane in un bambino di 6 anni, *Giorn. r. Accad. di med.*, Torino, an. LI, 3e s. (7), luglio, p. 312-316.
1888 *b.* — PERRONCITO (Ed.) et AIROLDI (Pr.). Caso di Tenia mediocanellata e di molte Tenie nane in un bambino di 6 anni, *Gazz. di osped.*, Milano, v. IX (70), 29 agosto, p. 554-555.
1888 *c.* — PERRONCITO (Ed.) et AIROLDI (Pr.). Caso di Tenia mediocanellata e di molte Tenie nane in un bambino di 6 anni, *Riforma med.*, Roma, v. IV (162), 14 luglio, p. 971-972.
1900 *a.* — PREDTETSCHENSKY (W. E.). Ein Fall europäischer Chylurie, *Zeit. f. klin. med.*, Berlin, v. XL (1-2), p. 84-97.
1904 *a.* — RANSOM (Br. H.). An account of the tapeworms of the genus Hymenolepis parasitic in man, including several new cases of the dwarf tapeworm (H. nana) in the United States, *Bull. n° 18, Hyg. Lab. U. S.* Pub. Health et Mar. hosp. serv., Washington, p. 1-79, fig. 1-67.
1856 *a.* — RANSOM (W. H.). On the diagnosis of and treatment for roundworm, and on the occurrence of a new species of Tænia in the human body, *Med. Times a. Gaz.*, London (872), v. XXXIII, n. s., (311), v. XII, june 14, p. 598-600, 2 fig.
1888 *a.* — RANSOM (W. H.). On the probable existence of Tænia nana as a human parasite in England (Abstract of paper read before Nottingham med. chir. Society), *Lancet*, London (3386), v. II, july 21, p. 109-110.
1894 *a.* — RASCH (Chr.). Ueber ein Fall von Tænia nana in Siam, *Deut. med. Zeit.*, Berlin, v. XV (13), 12 feb., p. 143.
1899 *a.* — RÖDER (H.). Ueber einen weiteren Fall von Tænia (Hymenolepis) nana (v. Siebold) in Deutschland, *Münch. med. Woch.*, v. 46 (11), 14 märz, p. 344-346.
1906 *a.* — RONCHETTI (U.). Un nuovo caso di Hymenolepis nana (v. Siebold), *Giorn. di r. Accad. di med.*, Torino, 45, v. XII, p. 93-95.
1889 *a.* — SENNA (Fel.). Storia clinica di sei casi di Tenia nana, *Gazz. med. ital. lomb.*, Milano, v. XLIX, 9e s., v. II (25), 22 giugno, p. 245-249; (26), 29 giugno, p. 255-259, 1 pl. 4 fig., (27), 6 luglio, p. 265-266.
1852 *a.* — VON SIEBOLD (C. Th.). Ein Beitrag zur Helminthographia humana, aus brieflichen Mittheilungen des

Dr Bilharz in Cairo, nebst Bemerkungen, *Zeit. f. Wissen. Zool.*, Leipzig, v. IV (1), 15 juin, p. 53-76, 5 pl., 20 fig.
1885 *a.* — SONSINO (Pr.). Aperçu des études helminthologiques en Egypte, *Bull. de l'Inst. Egypt.*, Le Caire, 2e s., v. VI, p. 146-160.
1889 *a.* — SONSINO (Pr.). Importanza dell'esame degli escreti per la diagnosi e conveniente cura delle malattie da entozoi, *Lavori di Cong. di med. int.*, Milano, IIe Cong., Roma, ottobre, p. 379-388.
1891 *a.* — SONSINO (Pr.). 3 casi di Tenia nana nei dintorni di Pisa, *Riv. gen. ital. di clin. med.*, Pisa, v. III (8-9), 15 maggio, p. 187-192.
1895 *a.* — SONSINO (Pr.). Nuove osservazioni di Tenia nana, *Boll. Soc. med. pisana*, v. I (3-4), p. 32-36.
1873 *a.* — SPOONER (E. A.). Specimens of Tænia nana, *Ann. J. M. sc.*, Philadelphia (129), n. s., v. LXV (9), jan., p. 136.
1873 *b.* — SPOONER (E. A.). Specimens of Tænia nana, *Tr. Coll. Phys.*, Phila. n. s., v. IV (9), p. 416.
1882 *a.* — STEIN (S. Th.). *Die parasitären Krankheiten des Menschen.* I. Entwicklungsgeschichte und Parasitismus der menschlichen Cestoden. Aetiologie, pathologie und therapie der Bandwurmkrankheiten des Menschen, 2 p., 52 p. 79 fig., 14 planches.
1903 *c.* — STILES (Ch. W.). The dwarf tapeworm (Hymenolepis nana) a newly recognized and probably rather common american parasite, *N. York M. J.*, (1301), v. LXXVIII (19), nov. 7, p. 877-881, 5 fig.
1912 *a.* — STILES (Ch. W.) et HASSALL (A.). *Index Catalogue of medical and veterinary zoology*, Cestoda.
1907 *a.* — STOERCH, ERICH UND HAHNDEL (O.). Ein Fall von Tænia nana in Oesterreich, *Wien. klin. Woch.*, Jahrg. 20, p. 882-887, 9 fig.
1895 *a.* — VENUTI (E.). *Tænia nana*, Tesi di laurea, Catania.
1913 *a.* — VERDUN (P.). *Précis de Parasitologie humaine*, in-12, Paris, p. 191-193, 2e édition.
1886 *a.* — VISCONTI (A.). et SEGRÉ (R.). Di un caso di Tenia nana, *R. Ist. Lomb. di sc. e lett. Rendic.* Milano, 2e s., v. XIX, p. 789-802, 2 pl., 7 fig.
1903 *a.* — WANI (S.). Ueber di Tænia nana in Japan, *Chingai Iji Shimpo*, n° 569, p. 1585.
1890 *a.* — WERNICKE (Otto). Tenia nana, *Anales der Circulo médico Argentino*, an. XIII (9), setiembre, p. 349-351, 1 pl., 1 fig.
1911 *a.* — WOOD (N. A.). Three cases of Tænia nana, *Texas state J. M. Fort. Worth.*, VI, p. 144.
1893 *a.* — ZOGRAF (N.). Note sur la myologie des Cestodes, *Cong. intern. de zool.*, 2e ses. à Moscou 1892, Moscou, 2e part. p. 13-27, 2 pl., 17 fig.

LES URINAIRES AUX EAUX MINÉRALES

Traitement des infections chroniques par la source RAVI (de Luchon)

Par M. HENRI PELON,
Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier,
Membre correspondant des sociétés de thérapeutique et d'hydrologie,
Médecin des Eaux de Luchon.

Je désire attirer l'attention des praticiens sur une source exploitée depuis quelques années à Luchon, la source Ravi, qui, mieux connue, rendra les plus grands services dans tous les cas d'infection chronique des voies urinaires.

Je ne dirai rien ici des sources sulfurées de Luchon dont la réputation est universelle, et ne parlerai que de la source Ravi, qui avait été mentionnée, voilà déjà bien des années, par Garrigou et Racine dans leurs travaux. Ces praticiens avaient même insisté sur ses vertus thérapeutiques, bien connues des habitants des environs. Mais Ravi était mal exploitée, sans soin ni méthode, et elle aurait continué à demeurer ignorée au delà d'un certain rayon, si la ville de Luchon n'avait eu l'heureuse idée d'en acquérir la propriété, afin de faciliter son usage à Luchon même et au dehors, grâce à sa large exportation. L'embouteillage en est parfait.

Cette source a son point d'émergence à 5 kilomètres de Luchon, au bord de la route de Toulouse en Espagne par le Port de Vénasque, au niveau même du confluent de la Pique et du Lys, sur la rive gauche de ce cours d'eau. Elle sourd des schistes siluriens inférieurs, presque au contact avec le terrain cambrien.

PROPRIÉTÉS PHYSIQUES. — L'eau de Ravi est onctueuse, limpide, d'un goût très légèrement salé, d'une très faible odeur hépatique. Sa température est de 17°5. Son débit de 12000 litres par jour.

ANALYSE CHIMIQUE. — Sur un litre d'eau :

Sulfure de sodium	0g013
Acide sulfhydrique	0g003
Hyposulfite de soude	0g002
Sulfate de soude	1g012
Iodure de sodium	traces
Chlorure de sodium	0g033
Sulfate de chaux	0g007
Carbonate de soude	0g009
Soude libre	0g009
Silicate de soude	0g065
Silicate de potasse	0g010
Silicate de chaux	0g009
Silicate de magnésie	0g004
Fer, alumine, phosphates	0g003
Cuivre	traces
Acide carbonique libre	0g003
Matière organique	0g049
Arsenic	traces
	1g231

Je caractériserai ainsi l'eau de Ravi : *eau sulfurée dégénérée, silicatée.*

MODE D'EMPLOI. — L'eau de Ravi s'emploie exclusivement en boisson, de préférence le matin, à jeun, à doses très prudentes, surveillées sous le contrôle constant du médecin.

PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES. — Elle a tout d'abord une action tonique et eupeptique sur l'estomac où elle ne séjourne que très peu de temps.

L'effet diurétique ne s'établit pas toujours dès les premiers jours. Certains sujets n'urinent pas plus que d'habitude. Il semble que l'eau, prise en boisson, s'accumule dans le sang, sans déterminer de polyurie. Puis, spontanément, la débâcle urinaire se produit, et, dès lors, la diurèse se continue sans interruption jusqu'à la fin de la cure. Les besoins d'uriner sont plus fréquents et la quantité d'urine éliminée par vingt-quatre heures est considérablement accrue. L'ingestion de l'eau de Ravi se faisant habituellement à jeun, c'est par conséquent dès le matin qu'a lieu l'élimination par émissions succes-

sives et abondantes qui se répètent à intervalles de quinze à vingt minutes. L'effet diurétique se manifeste encore après le repas du matin. Rarement il se produit au delà.

Mais l'effet diurétique n'est certes pas le plus important parmi ceux de l'eau de Ravi. Celle-ci ne produit pas seulement un lavage des voies urinaires. Elle a aussi une action *modificatrice* qu'elle doit à ses deux principaux éléments de minéralisation : *sulfures* et *silicates*. Par son principe sulfuré, elle détermine une hyperémie et une congestion légère au niveau des lésions urinaires; les épithéliums dégénérés ou septiques sont éliminés. Les silicates alcalins exercent alors leur action bienfaisante, antiseptique et sédative; des éléments cellulaires jeunes et sains se forment et se développent. La lésion, après s'être modifiée, se répare.

Indications thérapeutiques. — Une pratique de plusieurs années, portant sur un nombre considérable de malades, m'a démontré la très grande efficacité de la cure de Ravi chez les *infectés des voies urinaires*, quels que fussent le point de départ et la gravité de leurs lésions, pourvu que la marche en fût chronique. Que l'infection frappât le rein (*pyélonéphrites*), la vessie (*cystites chroniques*), l'urètre (*urétrites chroniques*), l'eau de Ravi a toujours exercé une influence favorable sur les symptômes subjectifs et objectifs, et, partant, sur les lésions urinaires elles-mêmes.

Elle a eu une triple action : *sédative*, *modificatrice*, *réparatrice*.

Les sensations douloureuses, légèrement accrues les premiers jours, ont rapidement diminué pour disparaître même complètement. La pyurie, plus marquée elle aussi au début du traitement, a rétrocédé au point que les urines sont devenues claires. L'eau de Ravi ne s'est donc pas bornée à un simple lavage; elle a eu tout d'abord un très léger effet congestif qui a facilité son action substitutive; en d'autres termes, les premiers verres d'eau ont déterminé une poussée subaiguë et une fluxion légère des tissus malades, torpides et atones, qui, sous l'influence de cette circulation plus active, se sont rapidement réparés au contact des principes modificateurs et antiseptiques de l'eau minérale.

Je dirai donc que l'indication fondamentale de la source Ravi est l'infection chronique des voies urinaires (pyélo-néphrites, cystites, urétrites). Dans les urétrites postérieures avec rétrécissements, il faudra, au préalable, dilater le canal.

Le deuxième groupe de malades justiciables de Ravi est formé par les *lithiasiques urinaires* qui n'ont pas de véritables calculs rénaux ou vésicaux. Après une lithotritie, la cure de Ravi sera parfaite pour laver tout d'abord largement le tractus urinaire et aussi pour réparer les désordres locaux des voies urinaires et les vestiges d'infection occasionnés par la présence du calcul.

Les grandes contre-indications de la cure de Ravi sont : l'état aigu des diverses affections des voies urinaires énumérées plus haut, et les calculs rénaux ou vésicaux.

Époque de la cure. — Les mois de juillet, août et septembre représentent l'époque la plus agréable de séjour à Luchon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1913)

Thrombose de la veine axillaire. — M. Potherat a observé deux cas, le premier étant interne de Damaschino qui avait fait le diagnostic : guérison sans intervention. Le second cas a été également diagnostiqué par M. Potherat, qui s'est souvenu du premier. Cette thrombose de la veine axillaire, dans le second cas, a été observée chez une jeune fille, sans cause appréciable, sans syphilis, ni traumatisme, et a guéri sans traitement. La question, au point de vue de la pathogénie, reste donc encore bien obscure.

M. Rochard fait observer qu'il ressort de cette discussion que le diagnostic est assez délicat et que, au point de vue du traitement, il ne faut pas se hâter d'intervenir. L'étiologie fait défaut. Le traumatisme, invoqué dans quelques cas, est bien minime. La pathogénie n'est pas moins obscure. Le plus probable est qu'il s'agit de causes générales, d'ordre médical. Il faut songer à la syphilis.

Luxation complète du genou. — M. Kirmisson communique une intéressante observation qu'il a recueillie il y a deux ans à Luchon. Il s'agissait d'un Espagnol, très grand, très robuste, qui fit une chute, en montagne, de 50 mètres. Il constata, chez lui, l'existence d'une luxation complète du genou en avant et un grand traumatisme du pied qui portait une plaie à travers laquelle l'astragale faisait saillie. L'astragale était en luxation complète par renversement. Il enleva cet os et réduisit la luxation du genou. Le pied et le membre reprirent leur forme et le malade guérit. Toutefois, le résultat fonctionnel laissa à désirer; il resta un certain degré d'équinisme. Nous sommes mal renseignés sur le mécanisme de ces luxations.

Kystes hydatiques du petit bassin. — M. Routier estime que, quand l'ablation de ces kystes semble trop difficile, il vaut mieux ne pas la tenter. Il rapporte l'histoire d'une femme qui, à la suite d'une fausse couche, perdit beacoup de sang. Elle portait une masse liquide en arrière de l'utérus. Il pensa qu'il s'agissait d'une hématocèle rétro-utérine, fit la laparotomie, enleva l'appendice, qui fusionnait avec les annexes droites, et trouva derrière l'utérus une vaste poche qu'il ponctionna. C'était un kyste hydatique; il incisa la poche, impossible à enlever, en retira des hydatides et fit le formolage. Il trouva un autre kyste hydatique plus haut et enfin un troisième au foie, d'où il retira une quantité considérable d'hydatides. Ces kystes avaient évolué sans donner lieu à aucun symptôme. Il fit un lavage formolé et referma. La malade guérit. Dans une seconde observation, il s'agissait d'une femme que M. Routier avait opérée, il y a quatre ans, d'un kyste hydatique appendu à un fibrome. Il put enlever ce kyste. La résection du complément avait été positive. Il y a deux ans, cette malade présenta des troubles des voies biliaires et peu de temps après M. Routier l'opéra d'un nouveau kyste hydatique du foie. Il en fit le drainage. La conclusion à tirer de ces faits est que ces kystes du petit bassin sont secondaires à des kystes du foie.

M. Sieur cite deux cas intéressants avec autopsie, dans lesquels il s'agissait de kystes du petit bassin ou d'ailleurs consécutifs à un kyste du foie.

Cancer du gros intestin. — M. Quénu, à propos d'un rapport sur une observation adressée par M. Renon (de Niort), fait une étude très documentée de cette question complexe des cancers du gros intestin et de leur traitement. Il distingue les cas de cancers avec occlusion des cas sans occlusion. Il estime que dans les cas d'occlusion il vaut mieux se borner à faire, dans un premier temps, un anus cæcal. Il faut aussi distinguer les cas à marche rapide des cas à marche lente, les premiers réclament une intervention précoce.

M. Quénu fait ensuite la critique des divers procédés d'exérèse et communique plusieurs observations qui lui sont personnelles; si l'on réunit tous ces faits, au nombre de 20, on arrive à une mortalité opératoire de 14 p. 100. Parmi les observations de M. Quénu, il en est dans lesquelles l'opération en un seul temps ou en deux et trois temps selon les cas a donné de très beaux résultats.

Stérilisation des instruments. — M. Cunéo présente un appareil destiné à la stérilisation des instruments, appareil basé sur la vaporisation humide sous pression.

Hystérectomie abdominale dans le cancer de l'utérus. — M. Faure a pratiqué depuis sept ans un grand nombre de ces opérations. Sur 10 malades ayant subi cette opération à l'hôpital, 4 sont mortes, 6 restent guéries dont quelques-unes depuis près de dix ans.

Dans la clientèle privée, M. Faure a opéré 24 malades, dont une a succombé à l'opération, une autre huit jours après, une autre deux ans après de tumeur cérébrale, une cinquième a succombé deux ans et demi après de récidive pleurale, 17 restent bien portantes, 4 depuis moins de deux ans, 13 depuis dix-neuf mois, une depuis deux ans, une autre depuis deux ans et huit mois, d'autres depuis trois et quatre ans, d'autres enfin depuis cinq et six ans. Ces résultats ont dépassé les espérances et se passent de commentaires.

Résection du coude. — M. Lucas-Championnière présente une malade qui, après une chute d'un étage, eut une fracture du coude et fut immobilisée dans la flexion, ankylose complète. En voulant rompre les adhérences, on lui cassa les deux os de l'avant-bras, on fit encore de l'immobilisation. M. Lucas-Championnière a fait à cette malade une résection du coude sans interposition musculaire, quatre ans après. Elle fut mobilisée dès le quatrième jour. Très beau résultat qui se maintient depuis un an et demi.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 28 juin 1913)

Grossesse de quatre mois avec kyste de l'ovaire; ovariotomie. — M. Peraire présente un kyste de l'ovaire qu'il a enlevé à une jeune femme enceinte de quatre mois; il présente en même temps la mère et l'enfant, la grossesse ayant pu évoluer normalement après l'intervention. L'ablation du kyste avait été assez délicate, parce que cette tumeur était très profondément située, enclavée dans le petit bassin, et que pour l'avoir, il avait fallu sortir l'utérus hors de l'abdomen sur un lit de compresses. L'auteur estime que tout kyste de l'ovaire, diagnostiqué même au cours d'une grossesse, commande l'intervention, à cause : 1° des accidents possibles de torsion ou de rupture du kyste avec péritonite consécutive : 2° des accidents d'avortement ou de dystocie grave que le kyste peut amener du côté de l'utérus.

L'inhalation en thérapeutique. — M. Georges Rosenthal présente un inhalateur avec lequel il utilise dans le traitement des plaies atones l'oxygène chaud chargé de vapeurs de goménol ; de même l'oxygène chaud s'emploie avec succès dans le traitement des suppurations du poumon.

Traitement de l'obésité par les métaux colloïdaux. — M. Paul L. Tissier, se bornant à prescrire, suivant les indications de chaque cas particulier, l'observation des règles élémentaires d'hygiène alimentaire et générale, conseille, pour combattre l'obésité, l'injection, renouvelée en général une fois par semaine, de solutions colloïdales de métaux du groupe du platine qui exaltent, sans dommage pour l'organisme, les processus d'oxydation.

Grâce à cette médication simple et sans danger, on obtient des résultats plus rapides et plus durables qu'avec les méthodes classiques.

Les formes urétérales de la tuberculose rénale. — M. Minet montre l'importance des lésions de l'uretère au cours de la tuberculose rénale ; ces lésions créent parfois d'une manière précoce des formes graves, douloureuses, altérant vite l'état général, et où le traitement chirurgical ne doit pas être différé.

M. Ozenne estime que les accidents de dépression aussi prononcée en pareil cas peuvent être imputés plutôt à une infection associée qu'à l'infection tuberculeuse.

M. Guelpa pense que cette déchéance organique est probablement la cause prédisposante et non la conséquence de la tuberculose urétéro-rénale.

Résultats de la cure thyroïdienne dans le traitement du rhumatisme chronique. — M. Léopold-Lévi fournit ses résultats d'après plus de 300 cas mis en traitement depuis huit années. Il étudie : 1° les résultats négatifs de la médication; 2° les résultats douteux ; 3° les résultats expérimentaux ; 4° les améliorations limitées; 5° les transformations inachevées (partielles, incomplètes, transitoires); 6° les transformations totales; 7° les guérisons. Même dans les formes graves et désespérées, le traitement thyroïdien peut soulager, améliorer, transformer le rhumatisme. Plus le rhumatisme est bénin, récent, peu déformant, plus il est permis d'espérer une guérison complète et définitive.

Cure radicale de la hernie ombilicale. — M. Manson décrit son nouveau procédé de cure radicale des petites hernies ombilicales : l'auteur fait un cerclage permanent de l'anneau tranchant qui donne passage à la hernie, opération sans aucun danger puisqu'on ne fait aucune ouverture du péritoine; on conserve même à la région, sa forme normale.

M. Peraire craint que ce procédé ne soit aveugle et que l'intestin ne soit blessé au cours de l'opération; l'intervention à ciel ouvert semble préférable. Quant à l'esthétique de la cicatrice ombilicale, rien de plus facile que de la parfaire en contournant l'ombilic et en le suturant ensuite comme pour les laparotomies.

M. Mouchet trouve le procédé de Nota-Manson intéressant et se propose de l'employer surtout dans les hernies ombilicales des petits enfants.

Le coup de chaleur des nourrissons. — M. Gallois montre que les nourrissons sont très sensibles aux écarts de température; ils peuvent mourir de chaud comme de froid. Pour leur éviter des coups de chaleur souvent mortels, il faut recourir à divers moyens dont le plus important, dans les hôpitaux d'enfants, est la réfrigération des crèches.

Bibliothèque de la Société. — Pendant les vacances, la bibliothèque de la Société, 51, rue de Clichy, sera fermée du 15 juillet au 15 août.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur les indications du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Léon BERNARD. *Runds. f. Medizin*, 21 décembre 1912.) — Les cas, qui ont été jusqu'ici considérés comme justiciables de la méthode, sont ceux de lésions profondes, circonscrites, unilatérales et sans réaction pleurale importante : c'est principalement à des sujets porteurs d'une lésion ulcéro-caséeuse, plus ou moins torpide, qu'on a jusqu'ici réservé la méthode. Ces conditions se réalisent très rarement. A l'hôpital Laënnec, sur plus de 500 malades, trois fois seulement la méthode a pu être employée. Sans doute, y a-t-il lieu d'étendre le champ d'action de cette méthode et de rendre plus souples et plus larges ses indications. Ainsi, avec beaucoup de prudence, on peut s'efforcer de distendre et de rompre des adhérences en créant ainsi un pneumothorax partiel. On peut également intervenir plus tôt, lorsque l'on constate qu'une lésion évolue, par exemple; — l'on peut également intervenir, lorsque le poumon est pris dans sa totalité, — ou même lorsque le poumon du côté non malade présente des lésions anciennes, cicatrisées; dans trois cas, le pneumothorax réalisé dans ces conditions a donné d'heureux résultats.

A la faveur de l'innocuité de la méthode, innocuité certaine lorsque l'on suit scrupuleusement la technique indiquée par Küss et que l'on possède une installation radiologique indispensable, on peut tenter son emploi dans un grand nombre de cas qui semblent d'abord sortir de son cadre et pour lesquels notre impuissance thérapeutique autorise tous les essais inoffensifs. B. GAYARD.

Méningite localisée postappendiculaire. (M CHARTIER. *L'Encéphale*, 10 janvier 1913.) — Une crise appendiculaire grave, suivie de laparotomie, laisse à sa suite des douleurs lombo-sacrées qui persistent pendant cinq ans, puis des troubles moteurs sous forme de parésie des membres inférieurs et enfin des troubles des sphincters. L'auteur éliminant la nature syphilitique et l'origine médullaire ou névritique de ces troubles, les rattache à une compression des racines lombo-sacrées par une plaque de méningite localisée, due vraisemblablement à l'infection appendiculaire. La propagation infectieuse se serait, dit-il, faite soit par les anastomoses veineuses, soit par les gaines lymphatiques des nerfs du plexus lombo-sacré. P. CAMUS.

MÉDECINE INFANTILE

Dystrophie ostéo musculaire avec nanisme (rachitisme tardif, amyotrophie et impotence musculaire, obésité et retard des fonctions génitales). (MM. HUTINEL et HARVIER. *Arch. de Méd. des enfants*, n° 6, juin 1912.) — Dès 1897, MM. Hutinel et Auscher présentaient à la Société médicale des hôpitaux deux observations de fillettes de la même famille, chez lesquelles les troubles de la mobilité, aussi remarquables que les lésions osseuses, existaient en dehors de tout symptôme de lésion nerveuse, cérébrale, médullaire, ou névritique. M. Variot présentait ensuite trois observations analogues qu'il rapportait au rachitisme : à l'occasion d'un nouveau cas observé par eux, les auteurs tentent une classification de ces faits, tellement spéciaux, que M. P. Marie put dire à leur sujet, qu'il s'agissait là d'affection non encore décrite.

Après avoir exposé en détails ces six observations, les auteurs formulent les conclusions générales suivantes. Il s'agit là d'une *dystrophie* véritable dont les caractères essentiels sont les suivants : état de nanisme compliqué de rachitisme tardif et d'impotence musculaire. Un certain degré d'adipose et un retard dans le développement de l'appareil génital s'associent accessoirement aux symptômes précédents.

Le *nanisme* est constant; les *déformations rachitiques* offrent un type particulier : genu valgum unilatéral ou double. S'agit-il de rachitisme tardif? Il est difficile de l'affirmer : ce qui est spécial à ce rachitisme, c'est son évolution lente, ses caractères radiographiques et surtout l'affaiblissement musculaire qui l'accompagne. L'*impotence musculaire* est le symptôme le plus saillant : il n'existe aucun signe de lésion nerveuse : les réflexes fonctionnent normalement. Cette dystrophie semble *familiale* dans la plupart des cas. L'origine et la nature de cette dystrophie ne reposent que sur des hypothèses en dehors de toute autopsie. En analysant de très près l'observation qu'ils rapportent les auteurs se demandent si l'on ne pourrait invoquer un trouble fonctionnel particulier de l'*hypophyse*. B. GAYARD.

L'urée dans le liquide céphalo-rachidien des nourrissons en particulier dans quelques cas d'affections gastro-intestinales accompagnées de sclérème. (MM. NOBÉCOURT, SEVESTRE, BIDOT. *Bull. de la Soc. de pédiatrie*, 14 mai 1912.) — Le dosage de l'urée a été effectué chez 14 nourrissons atteints d'affections variées. L'urée s'y est rencontrée à un taux extrêmement variable; elle fut en quantité *normale* dans un cas de méningite à méningocoques, de méningite tuberculeuse, de simple réaction méningée; l'urée était à peine augmentée chez deux enfants ayant des albuminuries de 1 et 2 grammes, au cours d'infections aiguës. Elle était très *augmentée*, enfin, chez quatre malades atteints d'*affections gastro-intestinales* subaiguës, avec diarrhée, état cachectique. Trois de ces nourrissons sont morts d'ailleurs rapidement. Chez ces quatre malades, il existait aussi de l'albumine dans les urines. Le facteur rénal semble donc devoir intervenir dans la pathogénie de cette rétention azotée; mais il n'est pas le seul que l'on doive invoquer. Il faut faire intervenir également le *rôle du foie :* à l'autopsie de ces trois nourrissons, on constata en effet des lésions manifestes du parenchyme hépatique. B. GAYARD.

DERMATOLOGIE

Pelade et goitre exophtalmique. (R. SABOURAUD. *Annales de Dermatol. et Syphil.*, n° 3, mars 1913, pp. 140-148.) — L'auteur rapporte dans cet article des observations extrêmement intéressantes où l'origine de la pelade paraît dévolue à un trouble des fonctions thyroïdiennes. Se bornant à la seule constatation des faits il faut noter : 1° que certaines pelades presque toujours chroniques et graves paraissent liées à la maladie de Basedow; 2° que quelques-unes d'entre elles s'aggravent avec la maladie de Basedow et s'améliorent avec elle; 3° que des enfants de basedowiens, qui paraissent atteints d'insuffisance thyroïdienne, peuvent présenter de la pelade sans vitiligo et du vitiligo sans pelade.

Ces relations des syndromes thyroïdiens avec la pelade ne peuvent être actuellement interprétées, mais il faut également les rapprocher des relations existant entre la pelade et les troubles ovariens : l'auteur a déjà insisté sur la fréquence de la pelade à la ménopause, sur son apparition après la suppression accidentelle des règles ou après la castration ovarienne

D'ailleurs, dans certaines observations rapportées par M. Sabouraud, on peut noter la coexistence des troubles ovariens et des syndromes thyroïdiens.

Il y a donc lieu de retenir, dans la genèse de la pelade, des faits accusant nettement l'influence de deux glandes endocrines : ovaire et corps thyroïde. P. GASTINEL.

NEUROLOGIE

Myoclonie épileptique progressive. (MM. G. JACQUIN et MARCHAND. *L'Encéphale*, 10 mars 1913.) — On divise les myoclonies épileptiques en trois groupes : l'épilepsie partielle continue, la myoclonie épileptique intermittente et la

myoclonie épileptique progressive ou syndrome d'Unverritch.

De cette dernière variété les auteurs rapportent un cas suivi d'autopsie. Il s'agit, chez une épileptique depuis l'âge de dix ans, de secousses myocloniques généralisées, pré et interparoxystiques, apparues cinq ans après le début des crises comitiales. Affaiblissement intellectuel progressif et mort par tuberculose pulmonaire à vingt ans. A l'examen histologique, méningite chronique et sclérose corticale très accentuées.

Les auteurs considèrent cette myoclonie comme un symptôme atténué de l'épilepsie, ils la rangent dans le syndrome décrit par Unverritch et par Lundborg, avec cette différence cependant que le caractère familial n'existe pas ici.

P. CAMUS.

LIVRES NOUVEAUX

Pharmacodynamie (1), par F. HENRIJEAN, professeur à l'Université de Liége. Préface de M. le professeur J. Teissier (de Lyon). Première partie.

Un livre comme celui du professeur Henrijean ne s'analyse pas et nous ne saurions mieux faire, ne pouvant en résumer la substance, que d'en indiquer l'esprit en citant ces lignes extraites de la préface de l'auteur. « J'ai pris garde en écrivant ce traité de ne pas laisser croire à ceux que j'ai mission d'instruire, que je leur enseignais des vérités absolues. La science n'est point une religion; elle ne formule pas des dogmes. J'ai accompli ce que j'ai cru être mon devoir, en m'imaginant que je donnais à ceux qui suivent mes leçons la faible lueur qui doit les guider; comme l'ingénieur donne à l'ouvrier qui descend dans la mine la lampe qui éclaire la route et permet le travail. » Il est vrai que le savant liégeois ajoute ailleurs : « La foi en notre art est cependant justifiée et en tous cas nécessaire »; et qu'il termine en disant « que puisque la science est la résultante d'une équation, dont les deux termes sont la foi et le doute, il nous faut chercher nous-mêmes la position d'où nous puissions voir, aussi exactement que possible, ce qui a été acquis et ce qui reste à acquérir. » En lisant ces phrases empreintes d'une si belle philosophie on n'est point surpris de voir le professeur Henrijean invoquer dans cette même préface les noms de Montaigne, Montesquieu, Descartes, Rabelais et Pascal.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

L'Univers, organisme, néo-monisme (2), t. I, par L. BARDONNET.

Dans cet ouvrage l'auteur nous offre une *philosophie nouvelle*, où il étudie après les anciennes philosophies l'éternel et troublant problème de l'Univers, et voici comment débute la préface : « L'Univers est un organisme. C'est tout. Quand on aura lu notre ouvrage on ne saura rien de plus. » Et cependant le néo-moniste demande « d'être lu, attentivement lu, d'être étudié plutôt que lu, d'être complaisamment étudié là même où nous semblons exprimer les vérités les plus simples et partant les plus insignifiantes. » Il ne tient qu'aux lecteurs de satisfaire ce vœu.

A. GAULLIEUR LHARDY.

(1) In-8° de 534 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8° de 380 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Ficker.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies des enfants. — (N° 6, juin 1913.) BONNAMOUR : Le lait desséché dans l'alimentation du nourrisson bien portant et du nourrisson malade, ses résultats, son mode d'emploi. — Ch. PORCHER : Les qualités que doit posséder un bon lait desséché au point de vue médical. — Paul GELLÉ : Rash urticarien pré-scarlatineux et pré-morbilleux chez le même enfant. — LESAGE : Méningite tuberculeuse à forme ébrieuse. — J. COMBY : Pleurésies purulentes récidivantes.

Paris médical. — (N° 22, 3 mai 1913.) Anselme SCHWARTZ : La gynécologie en 1913. — H. HARTMANN : Données fournies par l'examen cystoscopique dans le cancer du col de l'utérus. — Em. FORGUE et Georges MASSABUAU : L'adénomatose diffuse de l'utérus et du rectum. — H. LEFÈVRE et Etienne LOUBAT : Les kystes de la région clitoridienne. — FUNCK-BRENTANO : L'obstétrique en 1913. — BOUFFE DE SAINT-BLAISE : De la situation de l'utérus après l'accouchement à terme et pendant les suites de couches immédiates et tardives. — C. JEANNIN : Les phlébites utéro-pelviennes des femmes en couches. — (N° 23, 10 mai.) DUVERGEY : Quelques recherches sur l'insuffisance hépatique dans l'appendicite. — Arthur LEROY : Le diagnostic de la grossesse par le procédé du dialyseur (méthode d'Abderhalden). — SCHREIBER : Traitement de la constipation chez le nourrisson. — (N° 24, 17 mai.) RIEUX : La maladie de Hodgkin. — BROCA et PHILBERT : Radiographies de tuberculose diaphysaire des os longs. — JOB et LÉVY : Un cas de méningite sérique. — GILBERT : Traitement de la migraine. — (N° 25, 24 mai.) Guido BACCELLI : Les infections aiguës latentes de l'organisme humain. — R. GRÉGOIRE et E. DESMARETS : Hématorachis traumatique. — CHÉRAY et G. CLARAC : Pepsine urinaire et néphrite. — PLAUTIER : Nécessité de l'exploration du foie dans la station debout. — (N° 26, 31 mai.) DESCOMPS et BROUSSE : Points douloureux abdominaux. — M. VILLARET : La cytologie des éléments du sang dans le liquide des bulles cutanées. — Anselme SCHWARTZ : Le diagnostic des hémorroïdes et le toucher rectal.

Pédiatrie pratique. — (N° 289, 5 mai 1913.) KIRMISSON : Ectopie et hernie inguinale avec hydrocèle scrotale. — H. L. ROCHER et Jean FERRON : Tuberculose rénale chez l'enfant. Cathétérisme à vision directe (sept observations). — H. SALIN et J. REILLY : Méningite cérébro-spinale à forme cachectisante due au paraméningocoque, traitée et guérie par le sérum de Dopter. — J. CHEVRON : Deux cas de chorée syphilitique. — (N° 14, 15 mai.) HUTINEL : Médiastinite inférieure tuberculeuse. — E. AUSSET : L'action du pantopon en thérapeutique infantile et particulièrement dans les spasmes laryngés de diverses natures. — H. MÉRY, H. SALIN et A. WILBORTS : Un cas de méningite à paraméningocoques, traitée et guérie par le sérum antiparaméningococcique. — J. ROUX (de Cannes) : Les tendances actuelles du traitement de la tuberculose. — (N° 15, 25 mai.) RIST : Chlorose des jeunes filles. Oligosidérémie des jeunes enfants. — PIÉRY : Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (méthode de Forlanini).

Presse médicale. — (N° 38, 10 mai 1913.) ZIMMERN : Les bases physicobiologiques de l'héliothérapie. — (N° 39, 14 mai.) CHAUFFARD : La dysenterie amibienne chronique. — BIERRY : Thermogenèse et glycémie. — (N° 40, 15 mai.) Armand DELILLE : La forme anascitique de la péritonite tuberculeuse. — Félix RAMOND : Le signe des spinaux. — (N° 41, 17 mai.) ALGLAVE : Contribution à l'étude des accidents rattachés à la dilatation du cæcum et à la péricolite du côlon ascendant et de son angle hépatique. — (N° 42,

21 mai.) Maurice VILLARET et Paul DESCOMPS : L'hydrothorax bacillifère. Utilité de certaines réactions chimiques récentes pour le diagnostic étiologique de l'épanchement. — J. CHAMPION : Des injections associées d'iodure de sodium et de cacodylate de soude, en particulier, dans les états mélancoliques. — DALIMIER et Edg. LANCEREAUX : Le milieu de culture d'acides aminés complets pour les micro-organismes. — (N° 43, 24 mai.) LANDOUZY : A propos de la déclaration de la tuberculose. La désinfection obligatoire automatique pour tous les décès. — (N° 44, 28 mai.) LERMOYEZ : Traitement pathogénique de l'hydrorrhée nasale. — F. LASTARIA : Encore un mot sur la taille hypogastrique à vessie vide. — (N° 45, 31 mai.) C. LIAN : Le diagnostic sphygmomanométrique de l'insuffisance aortique.

Progrès médical. — (N° 18, 3 mai 1913.) LAFFORGUE : Phlébite pneumococcique et phlébite précoce des tuberculeux. — André CHALIER : Le traitement palliatif du cancer du rectum. — (N° 19, 10 mai.) L. THÉVENOT : Traitement thyroïdien des néphrites. — R. UTEAU et R. SAUVAGE : A propos de deux fausses urinaires. — (N° 20, 17 mai.) TINEL et PAPADATO : Etude clinique et diagnostique de la pachyméningite cervicale hypertrophique. — JABOULAY : Névrome du cubital.

Province médicale. — (N° 18, 3 mai 1913.) Ch. AUDRY (de Toulouse) : Sur les dyspareunies vulvo-vaginales : le faux et le vrai vaginisme. — ROUBIER (de Lyon) : Pneumothorax bilatéral chez un tuberculeux. — Ch. LEFÈVRE (de Toulouse) : Sur le traitement des phlegmons des gaines synoviales de la main suivant la méthode de Lecène. — (N° 19, 10 mai.) TEDENAT et RIVES (de Montpellier) : Kystes tubo-ovariens. — CADE, REBATTU et GRAS (de Lyon) : Les difficultés de classification nosologique des dextrocardies. — (N° 20, 17 mai.) H. ROGER (de Montpellier) : Des bradycardies dans les infections typhoïde, paratyphoïde et embarras gastrique fébrile. — Lucien THÉVENOT (de Lyon) : Des néphrotoxines au cours des néphrites chroniques. — (N° 21, 24 mai.) TOURNEUX et GINISTY (de Toulouse) : Contribution à l'étude des ostéo-périostites posttyphiques. — GINESTOUS et LAUTIER (de Bordeaux) : Maladie de Basedow à forme fruste. — G. NOVÉ-JOSSERAND, P. SAVY et J. F. MARTIN (de Lyon) : Névrome malin du cubital. — (N° 22, 31 mai.) V. AUDIBERT : La septicémie éberthienne. — PINATELLE : Note préliminaire sur les inhalations arsenicales à la Bourboule (absorption de l'arsenic par les bronches, indications chimiques). — CHALIER et L. NOVÉ-JOSSERAND : Tuberculose méningée et cérébrale. Epilepsie jacksonienne.

Revue de chirurgie. — (N° 5, 10 mai 1913). Em. FORGUE et Ed. ETIENNE : Anatomie pathologique de la synovite tendineuse à grains rhiziformes et mode de formation de la limitante et des grains. — BÉRARD et ALAMARTINE : Accidents et technique de la jéjunostomie. — VENOT et PARCELIER : Le carcinome primitif du jéjuno-iléon. — POTEL et VEANDEAU : La chirurgie des tumeurs du rachis et de la moelle.

Revue de médecine. — (N° 5, 10 mai 1913.) ROQUE, CHALIER et L. NOVÉ-JOSSERAND : Etude critique sur la conception des cirrhoses pigmentaires. — Ch. ROUBIER : Le pneumothorax tuberculeux. — COUSTAING et FILDERMAN : De l'érosion dentaire envisagée au point de vue de la pathologie générale (*fin*).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 19, 10 mai 1913.) LIÉBAULT : Les sténoses inflammatoires chroniques de la région cardiaque de l'œsophage. — (N° 20, 17 mai.) G. LIÉBAULT : Les sténoses inflammatoires chroniques de la région cardiaque de l'œsophage (*fin*). — (N° 21, 24 mai.) HAUTANT : Indications et technique de la trépanation labyrinthique. — (N° 22, 31 mai.) R. GEZÈS : Considérations sur la valeur diagnostique des déviations de la marche dans les otopathies.

Revue médicale de l'Est. — (N° 9, 1er mai 1913.) A. HERGOTT : A propos d'un cas de grossesse triple. — (N° 10, 15 mai.) P. JACQUES : L'anesthésie par infiltration en otorhinolaryngologie.

Revue neurologique. — (N° 9, 15 mai 1913.) MARINESCO et MINÉA : Présence du tréponème pallidum dans un cas de méningite syphilitique associée à la paralysie générale et dans la paralysie générale (2 fig.) — HAUSHALTER : Myopathie primitive progressive chez deux frères avec autopsie.

Riforma medica. — (N° 17, 26 avril 1913.) A. CECONI : La maladie de Mikulicz dans ses rapports avec la leucémie et pseudo-leucémie. — Filippo CUTURI : Recherches expérimentales sur les greffes de veines dans l'urètre. — Carlo SALVETTI : Chloroforme ou éther? — Carlo GARMAGNANO : L'injection endoveineuse d'ergotine et de morphine au cours des hémoptysies tuberculeuses. — (N° 18, 3 mai.) A. CECONI : La maladie de Mikulicz dans ses rapports avec la leucémie et la pseudo-leucémie. — Esther LAZZARI : Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes. — Salvatore MAGGIORE : Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude des scléroses cérébrales. — Carlo SALVETTI : Chloroforme ou éther? — (N° 19, 10 mai.) A. CIPOLLINA : Observations relatives à une réaction personnelle destinée à démontrer la présence d'un excès d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. — Giovanni MARCHETTI : A propos de la pathogénie de la maladie de Basedow et de son traitement par la thyroïdine fluide. — DALLA FAVERA : Etude sur les altérations anatomiques locales produites par le salvarsan (606) en injection intramusculaire. — Carlo SALVETTI : Chloroforme ou éther? — (N° 20, 17 mai.) D. GIORDANO : Abcès pulmonaire survenu au cours d'une fièvre typhoïde. — G. SPAGNOLIO : Note clinique sur quelques cas récents de leishmaniose interne (Kala-azar). — Vincenzo SIMEONI : Les épithéliomas de la mamelle chez l'homme. — B. DALLA FAVERA : Contribution à l'étude des lésions anatomiques locales produites par le salvarsan (606) en injections intramusculaires. — Carlo SALVETTI : Chloroforme ou éther?

Semaine gynécologique. — (N° 18, 6 mai 1913.) Paul DALCHÉ : Métrorragies virginales. — (N° 19, 13 mai.) Eugénie PARISSE : Rôle du système nerveux dans l'étiologie des rétro-déviations utérines chez les nullipares. — MILIAN : Appareil permettant d'obtenir et de conserver de l'eau distillée aseptique et absolue. — (N° 20, 20 mai.) Paul DALCHÉ : A propos des injections vaginales. — (N° 21, 27 mai.) G. DE ROUVILLE : Grossesse extra-utérine récidivée rompue; fœtus de 13 centimètres dans l'abdomen; laparotomie, guérison. — MILIAN : Bock aseptanton Duret pour la stérilisation et la purification extemporanées automatiques et constantes des solutions de néosalvarsan ou de tous autres produits injectables.

Semaine médicale. — (N° 20, 14 mai 1913.) ACHARD : Les propriétés cryptotoxiques du sérum. — (N° 21, 21 mai.) I.-I. MANOUKHINE : L'action curative de la leucocytolyse provoquée par l'irradiation de la rate. — (N° 22, 28 mai.) CHERVIN : De l'intermittence dans le bégaiement.

Toulouse médical. — (N° 8, 1er mai 1913.) UTEAU et SAINT-MARTIN : Traitement de la blennorragie aiguë. Sur un cas d'anomalie de situation des orifices uretéraux. — TOURNEUX et GINESTY : Deux cas d'épithélioma primitif du vagin (*fin*). — (N° 9, 15 mai.) PUJOL : Sur l'action du 606 d'Ehrlich dans le tabes et en particulier sur la réaction méningée des tabétiques; — Note sur l'action du 606 d'Ehrlich sur les verrues planes communes.

Tunisie médicale. — (N° 5, mai 1913.) PLANTARD : La chirurgie dans les infirmeries de l'intérieur. — CONSEIL : Intoxication nicotinique percutanée. — COUDRAY : Ostéome du masseter droit d'origine traumatique; désinsertion du masseter; guérison. — LEFÈVRE : Appareil improvisé pour le traitement des fractures du maxillaire intérieur.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 9, 15 mai.) RAILLIET : Ménorragies et métrorragies de la puberté. Considérations étiologiques et thérapeutiques (*fin*). — (N° 10, 30 mai.) TÉCHOUEYRES : Du laboratoire et de la manière de s'en servir. — CONSTANT : L'uricémie, le système nerveux et la neurasthénie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Epreuve technique.* — Première séance du 4 juillet. — MM. Lereboullet et Mauriac, 18 1/4; Gaujoux et Rimbaud, 18.

Deuxième séance du 4 juillet. — MM. Roubier, 18 1/2; Ribierre, 18 3/4; Nanta, 18; Gaultier, 16 1/2.

Première séance du 5 juillet. — MM. Sorel et Esmein, 18; Serr, 20; Laporte, 18.

Deuxième séance du 5 juillet. — M. Babonneix, 20.

— A la suite du concours seront proposés à la nomination du ministre de l'Instruction publique comme agrégés des facultés de médecine (section de médecine générale) :

Faculté de Paris : MM. Maurice Villaret, Tanon, Ribierre, Lemierre et Lereboullet.

Faculté de Bordeaux : MM. Mauriac, Micheleau, Leuret et Duperié,

Faculté de Lille : MM. Pierret et Leclercq.

Faculté de Lyon : MM. Froment, Thévenot et Piéry.

Faculté de Montpellier : MM. Rimbaud et Roger.

Faculté de Nancy : M. Parisot.

Faculté de Toulouse : MM. Lafforgue, Sorel et Serr.

Faculté d'Alger : M. Gillot.

— *Récapitulation pour Paris.* — MM. Villaret, 96 1/4; Tanon, 96; Ribierre, 95 1/4; Lemierre, 95; Lereboullet, 94 3/4; Babonneix, Laederich et Esmein, 94 1/2; Clerc, 94; Garnier, 93 1/2.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — *Concours de clinicats.* — M. le docteur P. Balard a été proposé pour la place de chef de clinique d'accouchements.

M. le docteur Guiard a été proposé comme chef de clinique adjoint.

— M. le docteur Delorme est proposé pour la place de chef de clinique ophtalmologique.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — MM. Duret et Rigollot-Simonnot sont nommés chirurgiens chefs de service.

MM. Villandre, Laurence et Saïssi sont nommés chirurgiens adjoints.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Amiens. — Le concours pour deux places de médecin suppléant des hôpitaux d'Amiens s'est terminé par la nomination de MM. Pierre Merle et Bax.

— Nantes. — Le concours ouvert le 23 juin pour une place de chirurgien suppléant des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Bahuaud, professeur suppléant à l'Ecole de médecine.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin inspecteur général. — M. le médecin inspecteur Nimier, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée, maintenu dans ses fonctions.

Au grade de médecin inspecteur. — MM. les médecins principaux de première classe Labit, directeur du service de santé du 12e corps d'armée en remplacement de M. le médecin inspecteur Nimier, promu; Vignol, directeur du service de santé du 3e corps d'armée.

M. le médecin inspecteur général Nimier, et MM. les médecins inspecteurs Labit et Vignol, nouvellement promus, ont été maintenus dans leur emploi actuel.

— Les élèves admis a l'école du service de santé militaire feront cette année leur service dans les corps de troupe suivants :

Cavalerie. — Tous les régiments autres que ceux désignés pour recevoir les élèves de l'école spéciale militaire et sous réserve de satisfaire aux conditions de poids maxima indiquées par l'instruction du 16 avril 1910 (cuirassiers, 75 kilos; dragons, 70 kilos; chasseurs et hussards, 65 kilos.

Artillerie de campagne. — Tous les régiments autres que

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pharmacodynamie, par HENRIJEAN. T. I, 1913. Un vol. gr in-8 de 535 pages avec fig. — Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Tarif général minimum raisonné des honoraires médicaux. Brochure in-16 reliée, de 200 pages, éditée par le Concours médical, 132, rue du Faubourg-Saint-Denis, Paris. — Prix franco : 3 francs.

ceux désignés pour recevoir les élèves de l'école polytechnique.

Les élèves de l'école du service de santé militaire seront affectés moitié à la cavalerie et moitié à l'artillerie de campagne et le nombre d'élèves à incorporer dans le même régiment sera au maximum de quatre pour l'artillerie et trois pour la cavalerie.

— Les élèves en pharmacie du service de santé iront dans les régiments d'infanterie autres que ceux désignés pour recevoir les élèves de l'école spéciale militaire, et les élèves du service de santé de la marine dans les régiments d'artillerie de campagne autres que ceux désignés pour recevoir les élèves de l'école polytechnique.

Par analogie avec les dispositions arrêtées en ce qui concerne les appelés, aucun des jeunes gens visés ci-dessus ne pourra être incorporé dans un régiment tenant garnison dans le lieu de résidence de sa famille, sauf ceux qui seraient mariés.

MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins de troisième classe Doré, Guilloux, Goéré, Dalger, Pradel, Fontaine, Darléguy, Chabiron, Verdollin, Singer, Mondin, Baillet.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Dupuy (Jacques) a été réintégré dans les fonctions de directeur du service sanitaire maritime et placé à la tête de la cinquième circonscription dont le siège est à Pauillac (Gironde) en remplacement de M. le docteur Sené, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE. — La dixième chambre correctionnelle, qui est une spécialiste en cette matière, vient d'avoir à se prononcer au sujet d'un cas tout à fait nouveau.

Une grande officine de Paris, qui fait le commerce général de la pharmacie à l'exclusion du commerce de détail avec le public, était poursuivie en les personnes de son directeur et de son administrateur délégué, bien que l'un et l'autre possèdent leur diplôme de pharmacien et aient le droit d'exercer. Lorsque la société en commandite fut fondée en 1852, tous les associés étaient pharmaciens. Mais dans la suite plusieurs associés sont décédés. Il a fallu les remplacer et, d'après le parquet, le tort qu'on a eu c'est de les remplacer par des associés non pharmaciens.

A l'audience, le directeur et l'administrateur délégué soutenaient qu'on ne saurait prétendre que la fabrication et la vente de tous produits pharmaceutiques était illicite, lorsque l'officine où ils étaient fabriqués ou vendus en gros ou en détail appartenait à une société commerciale comprenant des associés dont une partie n'était pas pourvue du diplôme de pharmacien. D'après eux, en effet, si la loi du 25 avril 1777 disposait que les titulaires de charge ne pouvaient se qualifier de maîtres en pharmacie que tant qu'ils posséderaient et exerceraient personnellement leurs charges, cette disposition ne peut pas viser le laboratoire, mais la charge, le privilège, la fonction qui doit être possédée et exercée personnellement par le titulaire.

Le tribunal, par un jugement du 6 juin 1913, a repoussé ce système.

« Attendu qu'une pareille interprétation est contraire aux lois de 1777 et du 21 germinal an XI, qui doivent s'entendre dans ce sens que nul ne peut tenir laboratoire et officine, s'il n'est en même temps propriétaire du fonds et muni d'un diplôme de pharmacien;

« Que ce que la loi a voulu dans l'intérêt de la santé publique, c'est que la gérance et la propriété soient réunies dans les mains du pharmacien diplômé, qu'il en ressort que le vœu de la loi ne serait pas rempli si les pharmaciens ne restaient pas les maîtres de leurs laboratoires et officines, tant au point de vue technique que commercial et financier... »

Le directeur et l'administrateur délégué de l'officine, ainsi que le pharmacien, se sont entendu condamner chacun à 500 francs d'amende pour... exercice illégal de la pharmacie.

P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Daubert (de Paris); Gérente, ancien sénateur, président du conseil général d'Alger, maire du XVIe arrondissement à Paris; Maurice Lévier, médecin-major des troupes coloniales; Vedel, médecin principal de deuxième classe.

L'AUTOPSIE VOLONTAIRE. — Lors de la dernière assemblée générale de la Société pour la propagation de l'incinération, le président, M. Barrier, de l'Académie de médecine, a annoncé que le professeur Pinard, membre de l'Institut, avait accepté d'être nommé membre du comité de cette société. Le professeur Pinard a fait connaître que non seulement il demandait pour son compte l'incinération, mais encore qu'il avait spécifié dans ses dernières volontés testamentaires que son corps fût autopsié à la Faculté de médecine. M. Barrier a fait la même prescription et engagé les membres de la société à prendre des dispositions identiques.

VARIÉTÉS

INAUGURATION DU MÉDAILLON DU PROFESSEUR RAYMOND

L'inauguration du médaillon en bronze élevé à la mémoire du professeur Fulgence Raymond a eu lieu dimanche matin à la Salpêtrière au milieu d'une grande affluence.

Le monument s'élève contre un des murs de la clinique des maladies nerveuses. Il se compose d'une plaque de marbre dans laquelle est encastré le médaillon commémoratif, au-dessus d'une inscription qui rappelle que l'enseignement du professeur Raymond s'y prolongea de 1894 à 1910.

En l'absence du président du conseil qui avait dû se faire excuser, c'est M. Landouzy, doyen, qui présidait la cérémonie. Il avait auprès de lui MM. Pierre Baudin, ministre de la marine; Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris; Chauveau, président de l'Académie de médecine; Doumergue, ancien ministre de l'instruction publique, etc. Mme Raymond et ses enfants assistaient à la cérémonie.

Des discours ont été prononcés successivement par le secrétaire perpétuel, M. Debove, au nom de l'Académie de médecine; par M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique; par le professeur agrégé Claude, au nom des anciens élèves du maître; par le docteur Antoine Florand et par le professeur Dastre.

Au nom de la Faculté de médecine, M. le doyen Landouzy vient enfin rappeler la carrière si « emplie de labeur et de bonté » du professeur Raymond.

« Il passa, dit-il, faisant ici beaucoup de bien, y voulant faire peu de bruit. Son œuvre est celle d'un analyste subtil, d'un observateur réfléchi, ennemi des synthèses brillantes, qui souvent semblent payer de leur mort prompte la hâte qu'elles ont mise à paraître.

C'est en fin clinicien, en scrupuleux observateur, en délicat psychologue que Raymond aborda, pour s'y porter fort avant, le domaine de la psychiatrie.

Alors, de la collaboration de Raymond avec le philosophe doublé d'un lettré qu'est le docteur Pierre Janet, naquirent deux ouvrages : *Névroses et idées fixes* et *Obsessions et psychasténie*, qui pour les générations futures garderont le nom du successeur de Charcot.

Dans l'œuvre scientifique de notre ami ne se rencontrent pas seulement les qualités d'un esprit aussi souple qu'ingénieux; on y retrouve les qualités du cœur sans lesquelles il n'y a ni bon médecin, ni vrai éducateur.

A ses qualités de cœur Raymond dut son optimisme, optimisme certes enviable, puisque notre ami ne connut pas d'autre manière de voir les choses en beau que de travailler lui-même à les rêver, à les vouloir et à les faire belles.

Aussi ceux de nos contemporains qui en Raymond ne voyaient qu'un optimiste de tempérament redisaient-ils, sans s'en douter, le juste sentiment de la Rochefoucauld : « A leur tempérament surtout, les hommes doivent leur valeur, les femmes leur vertu. »

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE VERTÉBRALE

ET NÉPHRITE INTERSTITIELLE CHEZ UNE JEUNE FEMME

SYPHILIS PROBABLE

Par M. L. BABONNEIX.

« On m'a souvent reproché, déclarait un jour « Ricord, d'avoir voulu par trop étendre le domaine « de la syphilis. Ce reproche, je regrette de ne « l'avoir pas assez mérité. Le champ d'action de la « vérole est infiniment plus vaste que je ne l'ai cru, « et, sans aucun doute, c'est à elle qu'il faut rattacher nombre d'affections aujourd'hui considérées « comme banales. » Cette pensée si juste s'est trouvée pleinement confirmée par les belles recherches des professeurs Fournier et Gaucher; elle trouve encore un appui dans le fait suivant, que nous avons observé l'an dernier, dans le service de M. Lion, que nous avions alors l'honneur de remplacer.

***

OBSERVATION. — Mme D..., trente et un ans, ménagère, entrée à la Pitié, salle Pasteur, n° 10, le 18 septembre 1912, pour palpitations et bronchite tenace.

Les *antécédents héréditaires* ne présentent rien d'intéressant à signaler.

Antécédents personnels. — La malade aurait eu, dans sa jeunesse, une scarlatine de moyenne intensité; une pleurésie droite. Les règles ont fait leur apparition à treize ans; elles n'ont jamais subi la moindre modification jusqu'à aujourd'hui.

Histoire de la maladie. — La première crise de palpitations est survenue le 31 juin 1912, sans cause apparente. Ces palpitations se sont reproduites quatre fois jusqu'au 14 août. A cette époque, elles ont été si violentes que Mme D... a dû entrer à l'Hôtel-Dieu. Dans les quinze jours qu'elle y a passés, elle aurait eu trois nouvelles crises. Fait encore plus important, on aurait à cette époque constaté que ses urines contenaient une notable proportion d'albumine, et on lui aurait, par suite, prescrit le régime lacto-végétarien. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle a été obligée de garder le lit presque tout le temps; elle dit avoir beaucoup maigri; tous les soirs, elle a un peu d'œdème malléolaire.

Etat actuel. — La malade étant très fatiguée, on doit se borner à un examen superficiel, et noter : 1° un certain degré de myosis; 2° l'existence d'un gros cœur, avec, à la palpation, un frémissement présystolique, et, à l'auscultation, une tachycardie marquée (120-130); 3° la petitesse et la rapidité du pouls.

Le 19, l'examen de l'appareil circulatoire fournit les renseignements suivants : le cœur est volumineux, le pouls battant dans le sixième espace, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire; le frémissement est moins net que la veille; par contre, on retrouve toujours la même tachycardie, avec rythme fœtal. Le pouls est petit, rapide, mais régulier. L'auscultation du thorax décèle aux bases quelques signes de bronchite légère. Il n'y a pas de dyspnée appréciable, pas de manifestations d'ordre asystolique. Le *rein droit* est flottant; les *urines* renferment une certaine quantité d'albumine. Les autres appareils ne présentent aucune particularité. On pense à une tachycardie paroxystique essentielle et l'on prescrit de l'ipéca qui détermine une certaine amélioration subjective, mais ne fait pas disparaître la tachycardie.

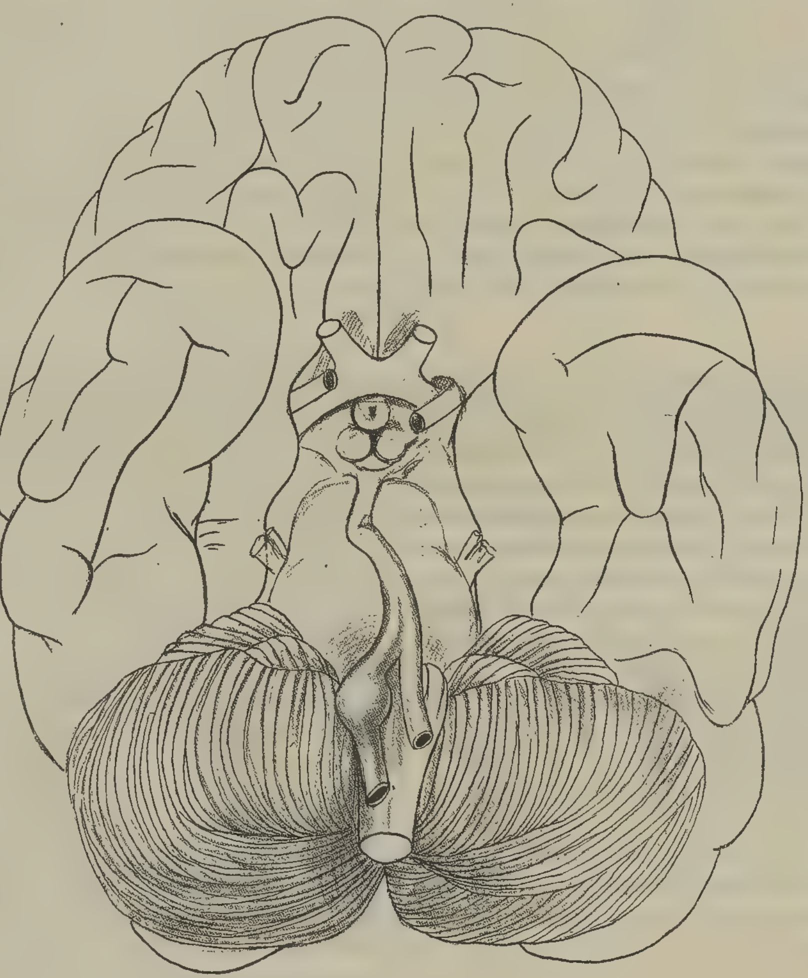


FIG. 1.

Le 20, M. le docteur Josué veut bien examiner la malade; il admet avec réserves l'hypothèse d'un rétrécissement mitral. Il essaye de prendre un électro-cardiogramme, mais l'indocilité de la patiente l'empêche de réaliser son projet.

Le 21, la tachycardie persiste, malgré l'absorption de gros cachets, les mouvements d'expiration prolongés, etc.

Le 27, on note l'apparition de troubles psychiques spéciaux; la malade est devenue niaise, puérile; elle manifeste un vif effroi quand on cherche à lui prendre le pouls, ne veut pas ouvrir la bouche pour montrer la langue, rit et pleure sans motif; la nuit du *27 au 28* est très agitée; le lendemain, le pouls est devenu incomptable, l'auscultation du cœur décèle l'existence d'un bruit de galop manifeste et d'une arythmie marquée; les manifestations d'ordre asystolique manquent toujours, mais la respiration est devenue extrêmement fréquente (80 à la minute) et, de plus, a pris le rythme de Cheyne-Stokes, avec une période d'oscillations ascendantes de vingt-cinq secondes, une période d'oscillations descendantes de trente secondes, une période d'oscillations de trente à cinquante secondes. La langue est sèche et rôtie, la température, jusque-là normale, monte jusqu'à 40 degrés : aucune autre manifestation nerveuse qu'un coma à évolution progressive. Quelques heures avant la mort, survenue le 28 au matin, on fait une ponction lombaire qui donne issue à un liquide clair, ne s'écoulant pas sous une forte tension, peu riche en albumine, et totalement dépourvu, à l'examen microscopique, d'éléments cellulaires.

L'*autopsie* est pratiquée le 29 septembre, par un temps froid. Le *poumon droit* est recouvert de fausses membranes qui le font adhérer intimement à la paroi thoracique. On n'y trouve pas trace de lésions tuberculeuses. A la coupe, il n'y a que de la congestion œdémateuse des bases. *A la surface du poumon gauche*, les adhérences sont très marquées; à la coupe l'aspect est le même qu'à gauche. A l'ouverture du *péricarde*, il s'écoule une certaine quantité de liquide séro-fibrineux; les deux surfaces de la séreuse cardiaque sont recouvertes de fausses membranes récentes et sont irrégulières.

Le cœur pèse 530 grammes. Il n'y a pas de rétrécissement mitral évident. Le foie pèse 1k570; la capsule de Glisson n'est pas épaissie, mais à la coupe, on voit un grand nombre de nodosités jaunâtres, de volume variant d'un grain de mil à une pièce de 50 centimes, consistantes, non énucléables, qu'on pourrait prendre pour des gommes si elles avaient à leur pourtour une coque fibreuse. Le rein droit pèse 100 grammes, il est petit et atrophié et ne se décortique qu'avec la plus grande difficulté; sa surface externe apparaît alors kystique, granuleuse. Le *rein gauche* pèse 130 grammes, sa capsule est épaissie, adhérente, sa surface externe cicatricielle par places, kystique, granuleuse, en d'autres points. Les *capsules surrénales* pèsent 10 grammes pour la droite, 12 pour la gauche. La *rate*, très dure, pèse 125 grammes. A la face supérieure du cerveau, enfin, on trouve, sur la *vertébrale droite*, un *anévrisme* sacciforme, du volume d'un pois environ (fig. 1). Les centres nerveux sont intacts, de même que les pneumogastriques.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Le *système nerveux central* est intact, en dehors de l'épaississement des artères. Les dissociations des deux *pneumogastriques* n'ont révélé non plus aucune lésion. Les *poumons* n'offrent que des altérations banales de congestion et d'œdème passifs. Le *foie* est beaucoup plus atteint. On y voit : 1° des zones hémorragiques très étendues, surtout localisées autour des veines sus-hépatiques; 2° des îlots de nécrose présentant la même topographie; 3° une sclérose surtout périportale, mais aussi péribiliaire; 4° une infiltration cellulaire de certains espaces portes. Aux *reins*, il faut signaler : 1° un épaississement capsulaire modéré, avec infiltration leucocytaire sous-capsulaire discrète; 2° des lésions d'endopériartérite chronique; 3° de la sclérose de nombreux glomérules. Les parois de l'*anévrisme basilaire* sont constituées surtout par une endartère très épaissie, que forme un tissu fibrillaire et hyalin sans productions gommeuses. La membrane élastique interne est, non pas dédoublée mais interrompue par places. *Le corps thyroïdien* est le siège d'une sclérose légère. Nous avons examiné le *faisceau de His*, mais sans pouvoir, de cet examen, tirer de conclusions nettes.

*
* *

En résumé, chez une malade ayant présenté : 1° de la tachycardie; 2° des troubles psychiques caractérisés surtout par du puérilisme mental et ayant succombé à une attaque d'urémie, nous avons trouvé d'importantes lésions rénales capables d'expliquer l'urémie; il n'est pas illogique d'attribuer la tachycardie aux troubles circulatoires qu'occasionnaient, dans le bulbe, le voisinage de l'anévrisme. Seule, la cause des troubles psychiques reste assez indéterminée et l'on peut, à volonté, incriminer les altérations rénales ou hépatiques. En tout cas, la syphilis est à incriminer dans ce cas; héréditaire ou acquise, elle conditionne la production de l'anévrisme, et, peut-être aussi, la néphrite atrophique.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE « LA JOLIETTE »

UN CAS DE FILAIRE OU " VER DE GUINÉE "

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par M. LOP (de Marseille).

Il est assez rare d'observer et d'avoir à traiter en France des affections parasitaires des pays chauds. En voici un cas recueilli à ma clinique chirurgicale, qui m'a paru intéressant. Le premier chauffeur sénégalais Bantouta, du vapeur français « Général-Doods », entre à la clinique, au mois de mai 1911, atteint, disait-on, d'un phlegmon du pied. Effectivement, cet organe présentait un gonflement phlegmoneux, mais avec très peu de réactions locales, presque indolore et sans retentissement sur l'état général.

Au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, se trouvait un petit abcès, à l'orifice duquel s'écoulait du pus sanguinolent. Un stylet introduit à l'intérieur de cet orifice arrivait sur la tête du premier métatarsien, complètement mis à nu.

Pensant qu'il s'agissait d'une simple infection osseuse du voisinage, urgente à être opérée, je le fis aussitôt. Le foyer largement débridé et le squelette mis à nu, quel ne fut pas mon étonnement de trouver, logé dans l'os, laissant passer une de ses extrémités à travers un orifice presque microscopique, un parasite vivant. A l'aide d'une pince mousse, je fais sortir 5 à 6 centimètres de ce corps étranger, que j'enroule aussitôt sur une bobine de verre.

Ce ver, que j'eus la bonne fortune d'extraire en totalité, ne mesurait pas moins d'un mètre. Il présentait tous les caractères morphologiques de ce que j'avais appris jadis sur le Dragonneau de Médine.

Après avoir mis ce parasite de côté, je continuai l'opération. L'os, creusé à la façon d'un tunnel par le ver, est soigneusement curetté à la curette tranchante, pour enlever tous les œufs possibles qui auraient pu y être pondus. Puis, à l'exemple de ce que l'on fait pour tuer les hydratides, je touchais avec une solution de formol forte toute la cavité curettée et les tissus avoisinants.

Ce traitement me permit d'obtenir une guérison définitive en une vingtaine de jours à peine, durable et sans récidive, ainsi que j'ai eu l'occasion de le constater, plus d'un an après, par l'examen de mon opéré, lors d'un de ses passages à Marseille.

Le parasite examiné présentait, comme je l'ai indiqué, les caractères anatomiques du ver de Guinée tels qu'ils sont décrits par Patrick-Manson.

Ce cas unique dans ma pratique civile m'a suggéré l'idée, en présence de la pénurie des moyens employés pour combattre les manifestations morbides du filaire, de proposer à nos collègues coloniaux d'essayer le traitement chirurgical et formolisé que j'ai mis en œuvre, avec succès, chez mon malade.

UN CAS TYPE DE PIED DE MADURA

AMPUTATION — GUÉRISON

Par M. LOP (de Marseille).

Le pied de Madura est une rareté en Europe ; je puis dire que, au cours de vingt années de pratique maritime sur les navires anglais de passage à Marseille, le cas que je décris plus loin est le seul que j'aie eu à observer. Je sais même des médecins coloniaux français ou anglais qui n'ont jamais eu l'occasion d'en rencontrer un seul cas pendant toute une vie professionnelle passée aux colonies.

Le cas que je rapporte ici m'a été fourni par un « sérang » (chef indigène, sorte de maître d'équipage) du vapeur anglais « City-of-Lahore ». Ce marin, originaire des environs de Bombay, était malade, à ce qu'il déclarait, depuis quelques jours après le départ de ce port. Le début de la maladie aurait été la pénétration d'une écharde de bois ou d'un clou au niveau de la face plantaire, région fréquemment exposée chez les indigènes, qui marchent, comme on le sait, nu-pieds.

Si les déclarations du blessé sont exactes, le début de la maladie aurait été presque aigu, ce qui n'est pas habituel, si l'on se reporte aux différents travaux parus sur le pied de Madura. Cela n'empêcha pas le malade de continuer son service jusqu'à Suez ; mais là, les souffrances furent telles qu'il dut abandonner son travail. A Port-Saïd, le capitaine du navire voulut le faire admettre à l'hôpital, mais notre homme, comme le font d'ailleurs tous ses coreligionnaires, s'y refusa. Néanmoins, malgré sa répugnance, force lui fut, à son arrivée à Marseille, d'entrer à ma clinique.

Je n'obtins ce résultat que grâce à un charabia anglo-indhoustanais que je possède, qui donna à cet homme un semblant d'illusion de sa patrie.

Je n'hésite pas à déclarer qu'en présence d'un pied pareil, et n'ayant jamais pratiqué aux colonies, je songeais à tout sauf au pied de Madura. Mon premier diagnostic fut que je me trouvais en présence d'un cancer mélanique, bien qu'il y manquât, ce qui ne fait jamais défaut dans cette variété de cancer, les adénopathies à distance.

Ce pied, d'un gonflement démesuré, absent de forme, présentait sur ses faces externe et interne de nombreuses parties ramollies, qui, à la coupe, offraient les lésions que je décris plus loin.

Le liquide contenu à l'intérieur de ces parties ramollies rappelait la vaseline jaune liquide. Les douleurs étaient excessives. L'amaigrissement de la jambe était tel que la peau flottait autour des os comme une espèce de chiffon. Les orteils étaient gros, très douloureux aussi.

De certains de ces points s'écoulait, comme je l'ai déjà dit, une abondante sérosité qui contribuait puissamment à l'affaiblissement du malade.

L'état général était pourtant relativement bon ; il n'y avait pas de fièvre, mais le malade avait perdu l'appétit et dormait très mal.

Que fallait-il faire ?

La seule chose qui me paraissait raisonnable, en présence d'un pareil état local et d'un état général qui risquait de devenir encore plus précaire par la suite, était l'exérèse totale ; je m'arrêtais donc d'emblée à l'amputation du pied, solution que je fis comprendre et accepter par le malade. Une dizaine de jours après, qui furent employés à remonter l'état général, je pratiquais l'amputation au tiers inférieur de la jambe.

Les suites opératoires furent aussi satisfaisants que possible et, deux mois après, le malade retournait à Bombay.

L'examen macroscopique du pied confirmait bien le diagnostic de pied de Madura que les recherches que j'avais faites depuis l'arrivée du malade avaient suggéré dans mon esprit. Effectivement en pratiquant une coupe transversale de toutes les parties molles on mettait à nu de véritables geôles dans lesquelles se trouvait une moussse gris jaunâtre et, de ci de là, des cavités kystiques de la grosseur d'un poids, communiquant avec les geôles ou entre elles.

Les os avaient complètement disparus rendus à l'état de bouillie. La recherche des éléments mycosiques fit découvrir, dissimulés dans les kystes et les geôles, des éléments microscopiques rappelant les granulations tuberculeuses, ce qui explique que jadis on ait décrit cette affection singulière sous le nom de « maladie tuberculeuse du pied ».

Ces infiltrations mycosiques ressemblaient histologiquement aux cellules des fongosités banales, mais avec mycélium central. Cet examen, fait par mon assistant le docteur Beau, n'a pas eu certainement la précision que lui aurait donnée un histologiste, mais les signes cliniques, la nationalité du malade et l'examen macroscopique me permettent d'affirmer que nous nous trouvions bien en présence d'un cas type de pied de Madura, dont le début avait été certainement plus ancien que ne le déclarait le malade. Effectivement, ces indigènes embarquent sur les navires anglais sans passer de visite préalable ; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que notre homme ait pu embarquer malade sans éveiller l'attention du bord.

Le traumatisme qu'il a invoqué a certainement existé, mais il n'a fait que précipiter, par une infection surajoutée, l'évolution latente de l'infection mycosique dont était sûrement atteint notre malade antérieurement à son arrivée à bord.

ACTUALITÉS

ACTION DES RAYONS X SUR LES GLANDES SURRÉNALES

L'action des rayons X sur les différents tissus glandulaires a été étudiée par de nombreux expérimentateurs, qui ont montré le pouvoir modérateur de ces irradiations sur le fonctionnement des glandes. Mais jusqu'ici, les travaux de cet ordre avaient laissé de côté les glandes surrénales ; M. Cottenot vient de combler cette lacune. Sous la direction de M. le professeur agrégé Zimmern, il a recherché quels résultats cliniques et expérimentaux étaient obtenus en soumettant à l'action des rayons X les glandes surrénales. Sa thèse (1) est donc un travail très original sur un sujet encore inexploré et touchant à des questions importantes de pathologie générale.

Les expériences de M. Cottenot ont été faites sur des chiens ; elles consistaient, l'animal étant étendu sur le ventre, à pratiquer des irradiations au niveau de la douzième côte. Après un nombre variable de séances, les chiens étaient sacrifiés et leurs capsules surrénales examinées au microscope ; M. Cottenot a pu ainsi constater que les rayons X appliqués à doses suffisantes sur la glande surrénale sont capables de déterminer dans cet organe des lésions destructives, lésions portant sur la substance médullaire et sur une partie de la substance corticale. L'interprétation des lésions de la substance médullaire est toujours délicate, car il est difficile d'obtenir une bonne fixation de cette région ; cependant, sur certaines coupes, on voit une destruction cellulaire bien nette : au milieu des cellules normales, il existe des éléments en voie de destruction cytolytique, avec un noyau pycnotique ou en chromatolyse, mal coloré et un cytoplasma très vacuolaire ; en d'autres points, ce ne sont plus que de grandes vacuoles contenant des débris protoplasmiques et des granulations.

Dans la substance corticale, les destructions cellulaires occupent la zone fasciculée et la zone réticulée, tandis que les cellules glomérulaires offrent une résistance plus grande. C'est sur des chiens sacrifiés ou morts peu de temps après le début des irradiations (huit à quarante jours) que l'on observe ces lésions ; au contraire, des chiens irradiés pendant plusieurs mois (six mois dans une des expériences) présentaient à l'autopsie des surrénales d'aspect normal. Pour expliquer ces différences, on peut admettre que, s'il y a eu à certain moment, chez les chiens longtemps irradiés, des lésions glandulaires, celles-ci ont été passagères et qu'ensuite la régénération des capsules surrénales s'est produite, leur tissu s'accoutumant à l'action des rayons X.

Au cours de ses expériences sur les chiens, M. Cottenot a cherché s'il était possible d'abaisser la pression artérielle d'un animal, en irradiant ses capsules surrénales. Il a donc mesuré la pression artérielle des chiens, avant le début des irradiations et avant de sacrifier l'animal. Quatre chiens ont été examinés à ce point de vue : dans deux cas, on ne constata aucune modification de la pression artérielle ; un chien avait une pression plus élevée après qu'avant l'action des rayons X ; le quatrième avait après les irradiations une pression artérielle abaissée de 1 centimètre. M. Cottenot conclut que ces expériences ne sont pas en nombre suffisant pour permettre de se faire une opinion formelle ; on peut cependant admettre que les rayons X agissant sur les capsules surrénales n'abaissent pas la pression artérielle normale. M. Cottenot fait remarquer que le chien, dont la pression artérielle avait baissé, était un de ceux dont les surrénales présentaient des lésions considérables ; les capsules étaient donc sans doute en état d'hypofonctionnement, se traduisant par un abaissement de la pression artérielle.

La partie clinique de la thèse de M. Cottenot traite de l'irradiation des glandes surrénales chez des sujets présentant de l'hypertension artérielle. L'auteur a été logiquement conduit à cette application thérapeutique des rayons X par deux idées théoriques : on sait, d'après les conceptions modernes, quelle place prépondérante occupe dans la pathologie vasculaire l'hyperplasie des surrénales, qui est, pour beaucoup d'auteurs, le facteur essentiel de l'hypertension artérielle et de l'athérome ; on connaît, d'autre part, l'action modératrice des rayons X sur les sécrétions glandulaires. Par conséquent, il fallait voir si on ne pourrait pas utiliser les rayons X pour diminuer le fonctionnement exagéré des surrénales hyperplasiées.

Mais d'abord, comment atteindre les capsules surrénales profondément situées de chaque côté de la colonne vertébrale, au-dessus du pédicule rénal, contre la veine cave inférieure à droite, contre l'aorte à gauche ? M. Cottenot a choisi la voie postérieure ou lombaire, de préférence à la voie antérieure, transabdominale, le faisceau de rayons X dirigé suivant celle-ci ayant à traverser une grande épaisseur de tissus et risquant d'atteindre l'intestin, le foie et la rate bien plus que les surrénales. La voie lombaire est le plus court chemin pour arriver aux capsules, encore que les rayons X aient à franchir la couche de tissu cellulo-graisseux sous-cutané, la masse des muscles spinaux et les attaches des piliers du diaphragme. L'irradiation des capsules surrénales étant relativement difficile, il convient donc d'employer une bonne technique. M. Cottenot indique avec soin la position du malade, la recherche du point de repère (douzième côte), la localisation de la surface cutanée qui, de chaque côté, constitue la porte d'entrée du rayonnement ; puis c'est la direction des rayons, oblique en avant et en dedans, la qualité du rayonnement qui doivent être minutieusement précisées.

Vingt-neuf malades ont été ainsi traités, avec les résultats suivants : quatre sujets, après une amélioration légère et fugace, sont bientôt remontés à leur chiffre de pression primitif et y sont demeurés malgré des irradiations répétées ; chez tous les autres, 25 cas par conséquent, on nota un abaissement de la pression artérielle, plus ou moins marqué d'ailleurs, allant quelquefois jusqu'à 7 centimètres de mercure, mais parfois ne dépassant pas 1 centimètre. Le plus souvent, c'est dès les premiers jours du traitement que débute l'amélioration ; dans d'autres cas, l'abaissement ne se produit qu'après plusieurs séances. Le temps pendant lequel se maintient l'abaissement de la pression artérielle est très variable ; chez certains sujets, le résultat persiste plusieurs mois, chez d'autres, il se fait bientôt une reprise d'hypertension, qu'il faut combattre par de nouvelles séries d'irradiation. En général, c'est chez les malades qui présentaient une hypertension modérée et qui, sous l'action de faibles doses de rayons X, sont descendus à la normale, que l'amélioration se maintient le plus longtemps. Parallèlement à l'abaissement de la pression, les symptômes fonctionnels dus à l'hypertension diminuent d'intensité, dans la majorité des cas.

Après avoir relaté ces résultats généraux, M. Cottenot distingue, parmi ses malades, les hypertendus et les artérioscléreux sans albuminurie, les hypertendus et les artérioscléreux avec albuminurie. Ce sont les hypertendus sans albuminurie qui ont donné la plus forte proportion d'améliorations et les résultats thérapeutiques les plus intéressants ; sur 15 malades de cette catégorie, 12 ont été heureusement influencés par la radiothérapie surrénale ; chez 4 malades en particulier, la pression s'abaissa à la normale, tandis que disparaissaient tous les troubles dont ils se plaignaient ; chez 5 autres sujets, l'abaissement de la pression fut moins accusé, mais l'amélioration fonctionnelle considérable.

(1) Paul COTTENOT. *Action des rayons X sur les glandes surrénales. Recherches cliniques et expérimentales.* Thèse de Paris, 1913. Vigot frères, éditeurs.

Dans le groupe des artérioscléreux sans albuminurie, les résultats du traitement sont moins bons; sans doute, chez tous ces malades, au nombre de sept, les irradiations ont fait baisser la pression artérielle, mais, au point de vue de l'amélioration des symptômes fonctionnels, le nombre des succès et celui des échecs s'équilibre presque.

Les hypertendus albuminuriques ont aussi bénéficié du traitement, en ce qui concerne la pression artérielle, mais les troubles fonctionnels n'ont pas été sensiblement modifiés. Quant aux artérioscléreux avec albuminurie, le traitement n'a déterminé, chez eux, aucun résultat appréciable.

M. Cottenot a aussi traité une malade par l'application, sur la région surrénale, de sels de radium; six séances furent faites en quinze jours et, pendant ce temps, la pression artérielle a baissé de 2 centimètres. De cette seule observation, on ne peut guère tirer de conclusions; on peut penser cependant que les applications de radium doivent donner des résultats analogues à ceux des rayons X, étant donné ce que l'on sait sur l'action physiologique du radium, identique à celle des rayons X.

En résumé, parmi les malades traités par M. Cottenot, les hypertendus purs, ayant encore des artères souples et des urines normales, ont été nettement améliorés; ces malades, que Huchard décrivait sous le nom de prescléreux, sont encore à la phase prodromique du syndrome surréno-vasculaire individualisé par Josué. Les hypertendus avec albuminurie légère, les artério-scléreux sans albumine peuvent encore retirer de la radiothérapie un bénéfice appréciable; dans les cas d'artériosclérose plus accentuée avec albuminurie, la radiothérapie surrénale paraît tout à fait inutile. M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1913)

Le chimisme du liquide céphalo-rachidien dans les réactions méningées. — M. LENOBLE (de Brest) étudie le chimisme du liquide céphalo-rachidien dans 14 cas de réactions méningées. La formule proposée par M. Mestrezat est pathognomonique dans la méningite tuberculeuse pure, elle n'a plus la même rigueur dans les cas d'association avec une hémorragie ou un ramollissement et tend alors à prendre les caractères de la formule de ces complications. Elle est intéressante dans la pneumonie à forme méningée, dans les associations d'urémie et d'éthylisme, dans la méningite syphilitique, les hémorragies méningées et certaines psychoses. Les résultats obtenus doivent encourager les chercheurs à persévérer dans cette voie.

Action eutrophique de la gymnastique du peaucier cervical sur un ulcère gommeux sus-claviculaire. — M. Lucien JACQUET observe journellement, dans les dermatoses faciales, l'action bienfaisante de la gymnastique des muscles céphalo-cervicaux. Et voici d'autre part un fait qui prouve de façon saisissante la puissance de la contraction musculaire méthodique sur la vie des tissus sous-cutanés.

Une femme de cinquante-trois ans le consulte pour un ulcère diphtéroïde profond de la région sus-claviculaire.

Il prescrit des cautérisations à la teinture d'iode et un pansement au dermatol.

Rapidement l'ulcère se déterge, sa surface apparaît lisse; et dès lors, il le traite pendant près de cinq semaines, sans constater nulle tendance au bourgeonnement et à la cicatrisation.

M. L. Jacquet conseille alors, avec les mêmes topiques, huit ou dix reprises quotidiennes, cinq minutes durant, de contractions répétées du muscle peaucier cervical.

Douze jours plus tard, bourgeonnement très notable aux deux extrémités de l'ulcère.

Mais, au centre, une surface encore creuse et lisse, non modifiée. Or elle correspond exactement à une partie du muscle peaucier qui, lors des contractions, demeure inerte.

Peu à peu cependant, la mobilisation se complète, le muscle s'entraîne, et, au total, après cinq semaines d'atonie, il obtient en deux mois le nivellement et la cicatrisation de cet ulcère profond.

Il semble donc logique d'appliquer, quand c'est possible, au traitement des plaies et des ulcères, la mobilisation musculaire méthodique.

Sur l'exploration radiographique de l'anse sigmoïde. — MM. FRIEDEL et JAUGEAS (présentés par M. A. MATHIEU). L'anse sigmoïde (côlon pelvien) n'est accessible à l'investigation clinique exacte que par la sigmoïdoscopie et la radioscopie. Les auteurs ont examiné un grand nombre de malades de la consultation du docteur A. Mathieu par les deux méthodes et sont arrivés aux conclusions suivantes : la sigmoïdostomie permet d'inspecter directement la première moitié (rectosigmoïde) de l'anse sur une étendue plus ou moins longue, de diagnostiquer toutes les altérations de la muqueuse, d'apprécier la tonicité des tuniques vasculaires et de se renseigner sur la mobilité de l'anse. L'exploration de la partie sigmoïdo-iliaque de l'anse est réservée à la radiographie. Les auteurs exposent leur technique de remplissage par le bismuth et insistent surtout sur les radiographies en oblique, qui permettent de décompléter l'anse, d'apprécier sa forme (tonicité, rétrécissements), sa longueur, les coudures et les adhérences.

Modalités évolutives de la claudication intermittente. — MM. VAQUEZ et BRICOUT rappellent que la claudication intermittente qui constitue le signe révélateur habituel des artérites subaiguës affecte le plus souvent les membres inférieurs. Il n'est pas exceptionnel cependant qu'on la constate également aux membres supérieurs, surtout chez les sujets qui professionnellement sont obligés d'en faire usage pour des travaux spéciaux.

Elle persiste quelquefois fort longtemps sans donner lieu à des complications, si le sujet ne présente pas en même temps de lésions profondes du cœur et du système artériel. Dans ces cas, il peut arriver que lorsque les douleurs ont été peu marquées, on soit appelé à constater la suppression de la circulation dans les artères principales du membre, sans que rien d'autre ait fait soupçonner l'artérite. Le diagnostic s'établit alors rétrospectivement. Dans des cas moins favorables, on assiste à l'apparition de sphacèles superficiels localisés aux extrémités ou parfois de gangrènes plus étendues. Les auteurs ont observé deux exemples. Il s'agissait de sujets qui, après avoir souffert pendant plusieurs mois de douleurs caractéristiques de la claudication intermittente, présentèrent du refroidissement des membres inférieurs, faisant craindre un vaste délabrement et qui finit par aboutir à la perte d'un ou plusieurs orteils. Au bout de trois ans, la guérison put être considérée comme définitive bien que les battements de la pédieuse fussent complètement abolis. Mais il faudrait savoir que, dans ces cas, il ne s'agit trop souvent que de rémission, car de nouvelles atteintes sont toujours à redouter, soit sur le membre affecté, soit sur l'autre membre. On a même vu apparaître subitement une gangrène massive due à l'oblitération du membre chez des sujets qui avaient présenté antérieurement des plaques de sphacèles superficiels. On serait tenté, quand les douleurs sont particulièrement vives, comme cela a été noté dans nombre d'observations, d'intervenir hâtivement par une amputation plus ou moins haute. Or, celle-ci est loin de calmer toujours les douleurs, car le processus artéritique n'intéresse pas les artères terminales des membres, mais plutôt l'origine de la sous-clavière ou celle des

artères iliaques primitives ; on comprend que, dans ces cas, l'opération soit sans effet au point de vue de la douleur. Il est une autre raison qui fait que l'on doit toujours différer l'intervention, c'est que l'étendue du territoire ischémié après avoir paru dans les premiers temps être très considérable se réduit à la longue à des sphacèles tout à fait limités ou à la gangrène d'un seul orteil. Il en est de même dans les artérites subaiguës accompagnées de claudication intermittente.

M. Hallé rapporte un cas de claudication intermittente qu'il a eu l'occasion d'observer chez un homme de soixante-dix-neuf ans à la suite d'une chute de cheval et une observation de claudication intermittente du membre supérieur avec douleurs atroces dans le bras, et artérite localisée à la radiale.

M. Achard a observé un cas d'oblitération du tronc principal du membre supérieur avec gangrène de la main et croit qu'il faut qu'un tronc volumineux soit oblitéré pour que se produisent les phénomènes de sphacèle.

JURISPRUDENCE

MAIRE ET MÉDECIN

A quel tribunal doit s'adresser un médecin communal lorsqu'il a à se plaindre de l'attitude de l'autorité qui l'a investi, par exemple en cas de diffamation ? Est-ce l'autorité judiciaire, ou est-ce l'autorité administrative ?

Deux arrêts de la Chambre des requêtes de la Cour de Cassation, rendus le 11 février 1913, ont tranché ce point de droit, ne faisant d'ailleurs que confirmer une jurisprudence antérieure.

Un médecin, subventionné par une commune, fut l'objet d'une critique assez vive de la part du maire, en raison de la manière dont le médecin exerçait ses fonctions. Le maire, sans émettre d'appréciation personnelle, raconta les doléances de la population à son conseil. Le médecin, se disant diffamé, assigna le maire devant le tribunal correctionnel. Celui-ci se déclara incompétent. Le médecin fit appel. Par un arrêt du 7 novembre 1911, la Cour de Lyon confirma le jugement. Le médecin fit un pourvoi en Cassation. Son pourvoi fut rejeté.

Voici d'ailleurs, le texte des deux arrêts :

Premier arrêt. — « Sur le moyen du pourvoi pris de la violation du principe de la séparation des pouvoirs, des articles 13 et 17 de la loi des 16-24 août 1790 et 1 de la loi du 16 fructidor an III, de l'article 7 de la loi du 20 avril 1810, et, par voie de conséquence, des articles 1382 et s. C. civ. ;

Attendu que le pourvoi reproche à l'arrêt attaqué d'avoir déclaré l'autorité judiciaire incompétente pour connaître de l'action en dommages-intérêts intentée par le demandeur en cassation, en se fondant sur ce que des propos diffamatoires tenus contre celui-ci par un maire, en séance du Conseil municipal, constituaient un acte rentrant dans l'exercice de ses fonctions;

Mais attendu que l'arrêt ne conteste pas la distinction qu'il convient de faire, en matière de dommages-intérêts réclamés à un fonctionnaire, entre l'acte administratif et la faute personnelle de l'agent distincte de la fonction, quoique commise à son occasion, non plus que le principe suivant lequel, lorsque le fait imputé constitue une faute personnelle, l'autorité judiciaire est compétente pour en connaître et statuer sur les dommages-intérêts qui peuvent en être la conséquence;

Attendu, d'autre part, que l'arrêt n'attribue point à des propos diffamatoires le caractère d'un acte administratif ; qu'il constate que le maire n'a fait qu'exercer son droit de contrôle relativement à la façon dont un médecin subventionné par la commune exerçait ses fonctions en signalant le mécontentement général des habitants mais sans émettre d'appréciation personnelle constitutive d'une diffamation ; que des faits ainsi établis il a pu déduire l'inexistence à la charge du maire d'une faute personnelle distincte de sa fonction et par suite l'incompétence de l'autorité judiciaire ; d'où il suit qu'en statuant ainsi qu'il l'a fait, l'arrêt attaqué, dûment motivé, n'a violé ni le principe de la séparation des pouvoirs, ni les textes visés au pourvoi ;

Rejette... »

Deuxième arrêt. — « Sur le moyen du pourvoi pris de la violation du principe de la séparation des pouvoirs, des articles 13 et 17 de la loi des 16-24 août 1790 et 1 de la loi du 16 fructidor an III, de l'article 7 de la loi du 20 avril 1810, et, par voie de conséquence, des articles 1382 et s. C. civ. ;

Attendu que l'arrêt attaqué ne conteste pas les principes invoqués par le pourvoi et suivant lesquels, lorsque des dommages-intérêts sont réclamés à un fonctionnaire à raison d'une faute personnelle distincte de la fonction, quoique commise à son occasion, l'autorité judiciaire est compétente pour connaître de cette faute et statuer sur les dommages-intérêts qui peuvent en être la conséquence ; qu'il se fonde pour déclarer l'incompétence de l'autorité judiciaire sur le caractère administratif de l'acte incriminé ;

Attendu que, d'après le pourvoi, cet acte aurait consisté, de la part du défendeur éventuel, maire d'Hotonnes, à avoir par un ensemble de moyens témoignant d'une préméditation malveillante, rendu impossible le règlement de divers mémoires d'assistance médicale ;

Mais attendu que l'existence de la préméditation malveillante ne résulte nullement de l'arrêt attaqué ; qu'il n'en ressort point qu'il ait été excipé de cette préméditation devant le juge du fond ; que, dans la mesure où il s'agirait d'en fournir la démonstration devant la Cour de cassation, le moyen serait mélangé de fait et de droit ; qu'en l'état des faits par elle constatés, la Cour d'appel n'a pas excédé ses pouvoirs en appréciant que l'abstention de Favre à informer le docteur Widmann du retour de sa réclamation relative à des honoraires d'assistance médicale par l'autorité préfectorale, constituait un acte administratif qui n'impliquait point une faute personnelle de l'agent distincte de la fonction, et en affirmant, par suite, l'incompétence de l'autorité judiciaire ; qu'en conséquence, l'arrêt attaqué, dûment motivé, n'a violé ni le principe de la séparation des pouvoirs ni les textes visés au pourvoi ;

Rejette... »

Comme nous le disions au début de cette note, ces arrêts ont fait une application d'une jurisprudence constante, d'après laquelle si les tribunaux de l'ordre judiciaire sont compétents pour connaître des actions auxquelles peuvent donner lieu les faits accomplis par un fonctionnaire public dans l'exercice de ses fonctions, lorsqu'ils constituent à sa charge un fait personnel ou un délit se détachant de la fonction elle-même, il n'en est point ainsi quand c'est l'acte lui-même qui sert de base à l'action et que le fait incriminé a été l'exécution administrative d'une mesure légalement prise (Cass. 19 déc. 1907, *Gaz. Pal.* 1908.1.96; Cass. 22 janv. 1907, S. 1910.1.249; 24 mars 1908, *Gaz. Pal.* 1908.1.552; Besançon 14 déc. 1910, *Gaz. Pal.* 1911.1.418; 11 juin 1913, S. 1912.1.384).

Ainsi donc, il résulte du 1er arrêt que, lorsqu'un maire ne fait qu'exercer son droit de contrôle relativement à la façon dont un médecin subventionné par la commune a exercé ses fonctions, en signalant en séance du conseil municipal, le mécontentement général des habitants, sans émettre d'appréciation personnelle constitutive d'une diffamation, et qu'on ne peut ainsi déduire à la charge du maire aucune faute personnelle distincte de la fonction, les tribunaux judiciaires sont incompétents pour connaître de l'action en dommages-intérêts dirigée par ce médecin contre le maire.

De même, d'après le deuxième arrêt, l'autorité judiciaire se déclare à bon droit incompétente pour connaître de l'action

en dommages-intérêts dirigée contre un maire par le médecin de l'assistance médicale gratuite qui lui impute d'avoir rendu impossible le règlement de ses honoraires, s'il est reconnu que l'abstention du maire d'informer le médecin du renvoi de sa réclamation par l'autorité préfectorale constitue un acte administratif n'impliquant pas de faute personnelle de cet agent distincte de sa fonction, et alors d'ailleurs qu'il n'a pas été allégué qu'il y eût eu de la part du maire de préméditation malveillante.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES

MÉDECINE

Rétrécissement congénital de la partie inférieure de l'œsophage. (RUTHERFORD MORISON et HAMILTON DRUMMOND. *The lancet*, 19 avril 1913.) — Le sujet de cette observation est un enfant de trois ans, qui, depuis l'âge de trois mois, vomissait aussitôt qu'avalés la plus grande partie des liquides et solides qu'il ingérait, et était arrivé à un état de cachexie avancée. Traité par la gastrostomie suivie de dilatation du rétrécissement à l'aide de l'œsophagoscope, il a complètement guéri. B. GAYARD.

Obstruction de l'iléon par matières fécales de cinquante-trois jours de durée : guérison. (ROWLAND H. HARRIS. *Journ. Amer. med. assoc.*, vol. LX, n° 10, 8 mars 1913, pp. 722-727.) — Un homme de soixante ans, atteint de cancer de l'anse sigmoïde et porteur d'un anus cæcal eut, un an avant d'être vu par l'auteur, une absence complète de selles pendant quarante-neuf jours, qui cessa à la suite d'un voyage en voiture ; quand il se présenta à l'hôpital, il n'avait eu aucune selle depuis cinquante-trois jours et l'abdomen était considérablement distendu. L'état général était excellent, l'appétit n'avait faibli que depuis deux jours, et depuis la dernière évacuation de son intestin le malade avait absorbé 157 repas de légumes, céréales, viande, beurre et œufs. L'urine avait été rouge depuis plusieurs semaines : elle ne contenait pas d'indican. Sept heures et 60 litres de liquide furent nécessaires pour déloger les matières de l'abdomen par l'anus cæcal. Chose curieuse, le poids total du résidu fécal sec de cinquante-trois jours n'était que de 1875 grammes. La digestion des albuminoïdes avait été très complète, ce qui explique l'absence de putréfaction, peut-être favorisée aussi par la présence dans l'intestin de bacilles du type lactique. L'urine contenait beaucoup d'urobiline, pas de bilirubine, beaucoup d'acide indolacétique. Ce cas démontre l'innocuité remarquable de certaines obstructions où les gaz peuvent s'échapper librement, où il n'y a pas de rétention biliaire et où la digestion très complète des albuminoïdes empêche la putréfaction. F. GARDNER.

L'uricémie et l'artériosclérose. (CONSTANT. *Rundsch. f. Mediz.*, 27 juillet 1912.) — L'uricémie conduit à l'artériosclérose par l'intoxication d'abord, par l'hypertension et l'insuffisance rénale ensuite. En ce qui concerne les facteurs d'intoxication, il faut envisager d'abord les déchets uriques, l'acide urique, puis tous les résidus de la digestion, les ptomaïnes, puis le tabac, l'alcool, enfin, des causes diverses (émotions, surmenage), etc., agents de vaso-constriction qui préparent la sclérose, en élevant la tension. Ainsi l'uricémie fait le lit de l'artériosclérose. L'hypertension de l'uricémie n'est pas encore celle de l'artériosclérose; elle rentre dans le tableau clinique de la présclérose sur laquelle Huchard insistait tant, et qui comprend l'intoxication, l'hypertension, l'insuffisance rénale, l'irritation vasculaire; lorsque apparaît l'insuffisance rénale allant vers l'imperméabilité, c'est alors la sclérose qui débute. B. GAYARD.

Sur la fonction des capsules surrénales durant la vie fœtale. (M. CERIDALLI (de Modène). *Runds. f. Medizin*, 21 décembre 1912.) — De recherches très intéressantes effectuées par l'auteur sur des fœtus de bœufs, il résulte que les corps surrénaux exercent, dans la vie fœtale, leur fonction adrénalinique. Le contenu en adrénaline, dans les derniers mois de la vie intra-uterine, est déjà considérable, et cela chez le bœuf, chez le cheval.

Les recherches négatives rapportées par quelques auteurs sur des cadavres d'enfant doivent être expliquées probablement par les circonstances pathologiques auxquelles la mort fut due, dans leurs cas.

Cependant, d'après les recherches de Thomas, il résulterait que, au moment de la naissance, les capsules surrénales sont constituées presque uniquement de substance corticale, de sorte que la quantité d'adrénaline doit être très faible à cette époque. Relativement à la fonction capsulaire médullaire, le fœtus humain apparaîtrait donc moins précoce que les fœtus d'autres espèces : peut-être faut-il voir là l'origine de la différence existant entre les nouveau-nés humains et animaux, ces derniers seuls capables, dès la naissance, de se tenir debout et de marcher. B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Recherches sur les glandes génitales dans la démence précoce. (MM. OBRÉGIA, PARHON et URÉCHIA. *L'Encéphale*, février 1913.) — Bien des psychiatres ont émis, on le sait, l'hypothèse que la pathogénie de la démence précoce pouvait être en rapport avec des processus morbides fixés sur les organes génitaux. Malheureusement les recherches anatomiques sont encore trop peu nombreuses. Pour tenter de combler cette lacune, les auteurs ont, dans une douzaine de cas de démence précoce suivis d'autopsie, étudié l'état des glandes sexuelles, testicules et ovaires.

Pour le testicule, ils notent l'intégrité habituelle de la glande diastématique, contrastant avec l'atteinte des tubes séminifères et l'absence de spermatogénèse.

Pour les ovaires, l'état normal au point de vue anatomique n'est pas rare et, dans les cas où existent des altérations glandulaires, celles-ci peuvent être l'effet de la maladie elle-même ou des affections intercurrentes.

La conclusion générale que les auteurs tirent de ces recherches est donc la suivante : l'apparition de la démence précoce ne semble pas liée à un trouble de la sécrétion interne des glandes sexuelles. Bien des faits, entre autres les altérations du sang, montreraient que la démence précoce est, comme la paralysie générale, une maladie générale et non pas une affection localisée au cerveau seul. P. CAMUS.

Sur un syndrome de réinfection au décours des états broncho-pulmonaires de la première enfance. (RIBADEAU-DUMAS, PHILBERT et Mme WOLFROMM. *La Pédiatrie prat.*, 25 avril 1913.) — Quatre nourrissons, qui venaient de subir des infections de l'appareil pulmonaire, et chez lesquels l'apyrexie s'étant établie, le pronostic semblait bon, sont enlevés par un syndrome de réinfection s'accompagnant d'ascension thermique, de vomissements, de diarrhée, de phénomènes convulsifs et de réapparition des signes pulmonaires. Les auteurs sont portés à penser que ces malades sensibilisés à la suite de leurs premières manifestations pneumococciques ont fait, à l'occasion de la réinfection, des réactions graves anaphylactiques ou hyperergiques. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Anastomose intradure-mérienne entre racines rachidiennes dans le traitement de la paralysie vésicale. (Charles H. FRAZIER et Charles K. MILLS. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LIX, n° 25, 21 déc. 1912, pp. 2202-2206.) — Chez un jeune homme de vingt-sept ans qui était resté complètement

paralysé de la vessie après un traumatisme de la moelle épinière, Frazier pratiqua une laminectomie et anastomose intradure-mérienne entre la première racine lombaire et les troisième et quatrième racines sacrées. A l'opération on trouva des traces d'une fracture de la seconde lombaire. L'hypertension du liquide céphalo-rachidien était considérable. La moelle ne présentait pas de lésions macroscopiques. L'intention était d'anastomoser la douzième dorsale avec les troisième et quatrième racines sacrées. L'identification des racines fut faite à l'aide de l'excitation électrique. Au lieu de la douzième dorsale, il fallut prendre la première racine lombaire, qui fut sectionnée en dehors de la dure-mère à son émergence du trou rachidien et ramenée dans la gaine dure-mérienne à travers une incision horizontale faite dans celle-ci. Une fois les racines repérées, de petits tampons imbibés de solution de stovaïne à 4 p. 100 furent maintenus au contact de la moelle pour bloquer, si possible, les noci-impulsions que Crile a démontré être la cause du choc chirurgical. L'anastomose fut faite termino-terminale, à la soie de Chine n° 1. Suture de la plaie.

Le malade sortit de l'hôpital un mois après. Huit mois après l'opération, il pouvait se dispenser de porter un urinal. L'évacuation partielle de la vessie, aidée par une pression sur l'hypogastre se faisait toutes les deux heures et demie.

Les auteurs discutent les questions anatomiques et physiologiques de l'anastomose intradurale des racines rachidiennes. Au point de vue particulier de la paralysie de la vessie, les travaux de Kilvington sont précieux. Il faut faire une large laminectomie. Pour reconnaître sûrement les nerfs de la vessie, le meilleur moyen serait de remplir la vessie et d'ajuster au cathéter un petit manomètre. De cette façon, il serait facile de voir quelle est la racine dont la faradisation produit la contraction de la vessie. Les principes chirurgicaux sont ceux de toutes les anastomoses nerveuses : douceur extrême dans les manipulations, sutures très fines, hémostase minutieuse et absence d'infection. L'insufflation intratrachéale est la meilleure méthode d'anesthésie pour ces cas.

Les auteurs considèrent l'opération parfaitement justifiée dans les cas de paralysie de la vessie, car celle-ci constitue une lamentable infirmité, grosse de dangers d'infection ascendante. La même méthode est aussi applicable aux paralysies d'autres régions, mais l'intervalle qu'on peut franchir varie suivant les régions. C'est ainsi que, dans la région cervicale, on ne peut anastomoser qu'avec la racine immédiatement sus ou sous-jacente. Dans le cas de la première racine thoracique, on peut anastomoser avec la septième ou huitième cervicales ou avec la première thoracique du côté opposé. La seconde paire thoracique peut être unie à la huitième cervicale et première thoracique du même côté et aux première, deuxième ou troisième thoraciques du côté opposé. Inversement en cas de lésions des septième et huitième cervicales, on pourrait y suppléer par la première thoracique. Plus bas, la distance que l'on peut sauter est beaucoup plus considérable. Dans la région lombo-sacrée les variétés d'anastomose possibles sont innombrables. Il y a peut-être là un traitement de la paralysie infantile dans les cas étendus où il faudrait de nombreuses anastomoses périphériques. F. GARDNER.

Kyste hydatique suppuré du foie à bacilles d'Eberth. Valeur de la réaction de fixation. (CESTAN et NANTA. *Le Toulouse médical*, 1er oct. 1912.) — Les kystes hydatiques suppurés à bacilles d'Eberth sont une rareté. Seul Tuffier en a signalé un exemple, en 1910, à la Société de chirurgie ; les auteurs en rapportent un second cas très intéressant et fort complètement étudié.

Le diagnostic clinique en fut impossible ; rien dans les antécédents de la malade ne permettait en effet de soupçonner un kyste hydatique ; les symptômes étaient ceux d'un gros abcès du foie ; néanmoins pour se mettre à l'abri d'une erreur probable, la réaction de Weinberg fut pratiquée : le résultat en fut négatif. Il n'y avait pas non plus d'éosinophilie.

Au cours de l'opération seulement, la nature kystique de la suppuration fut reconnue : le liquide purulent, recueilli asystiquement et ensemencé, fournit des cultures pures de bacilles d'Eberth ; quarante-huit heures après l'opération, la réaction de Weinberg devint positive ; il s'agissait donc auparavant DE TOXICITÉ ENCLIVE, assez difficile à expliquer d'ailleurs, puisque la paroi du kyste était enflammée et avait permis le passage du bacille d'Eberth. B. GAYARD.

Anastomose de l'uretère et de l'appendice. (BERNAYS KENNEDY. *Surg., gyn. and obstetrics*, vol. XV, n° 4, oct. 1912, pp. 464-467.) — L'idée d'employer l'appendice pour combler une perte de substance étendue de l'uretère au cours d'une opération abdominale se présenta à l'auteur à propos d'une hystérectomie pour cancer. Des complications particulières empêchèrent la réalisation de l'idée dans ce cas ; mais, expérimentalement, Kennedy put établir que lorsque l'appendice est suffisamment long et pas recroquevillé par un court méso, son anastomose avec l'uretère est possible sans risques pour la vascularisation ; il y a là une ressource dans les cas où il manque un long segment de l'uretère (jusqu'au détroit supérieur). La grande mobilité de l'appendice devient un avantage. L'anastomose de l'uretère gauche est possible, aussi bien que celle du droit. Naturellement, il faut que la lumière de l'appendice ne soit pas rétrécie. L'appendice est moins septique que le côlon ; la valvule de Gerlach, quoique inconstante ou souvent mal développée, est très supérieure à toutes les formations valvulaires que l'on a pu essayer de faire dans les anastomoses uretéro-coliques. F. GARDNER.

DERMATOLOGIE

Syphilis et sclérodermie. (E. JEANSELME et A. TOURAINE. *Soc. de dermatol.*, 3 juillet 1913.) — Les auteurs rapportent l'observation d'une sclérodermie à marche extensive, chez une femme suspecte d'hérédo-syphilis. La réaction de Wassermann est positive. La ponction lombaire révèle une lymphocytose notable. Le traitement antisyphilitique amène une rétrocession manifeste de la plupart des symptômes.

Il est donc rationnel d'admettre qu'il existe, dans le cas présent, un lien entre la syphilis et la sclérodermie. Mais par quel mécanisme l'infection spécifique a-t-elle provoqué la sclérose de la peau ? Plusieurs hypothèses se présentent à l'esprit.

On peut d'abord supposer que la dystrophie tégumentaire est sous la dépendance d'une lésion spécifique du corps thyroïde. Quelques observations ont déjà été publiées de sclérodermie au cours du goitre exophtalmique ; la première date de 1894 ; elle est de M. Jeanselme. Les remarquables succès obtenus par l'opothérapie thyroïdienne sur certains sclérodermiques viennent à l'appui de cette hypothèse.

D'autre part, le processus sclérodermique pourrait être considéré comme l'expression d'une artério-capillarite spécifique localisée à la peau, car on sait l'importance des lésions capillaires au cours de l'infection spécifique.

Enfin, et c'est l'hypothèse qui nous paraît la plus plausible, la syphilis aurait déterminé la sclérose de la peau par l'intermédiaire du système nerveux. La répartition des troubles sensitifs et des placards sclérodermiques, la lymphocytose rachidienne nous font supposer que la syphilis s'est cantonnée au niveau des zones radiculo-spinales qui sont si souvent intéressées au cours de cette infection. L. GAYARD.

NEUROLOGIE

Recherches sur l'hypophyse des psychopathes. (MM. LAIGNEL-LAVASTINE et V. JONNESCO. *L'Encéphale*, 10 janvier 1913.) — Etude histologique des hypophyses de 32 psychopathes appartenant aux catégories les plus diverses, P. G., déments

précoces, déments séniles, pseudo-bulbaires, alcooliques, confus, délirants hallucinés.

Dans leur ensemble, ces hypophyses paraissent relativement peu lésées, mais leur aspect est très varié. La multiplicité des facteurs qui influent sur l'hypophyse, âge, sexe, intoxication et infection, corrélations endocrines, masquent tellement les formules histo-pathologiques qu'on ne peut plus établir de rapports entre elles et le diagnostic psychiatrique des cas considérés. Chez les P. G. cependant la vaso-dilatation et chez les déments séniles la sclérose périvasculaire se retrouvent avec trop de fréquence pour ne pas y voir l'une des caractéristiques de l'hypophyse paralytique et de l'hypophyse sénile.

P. CAMUS.

Tabes, paralysie générale et maladie de Basedow. (H. NOUET. *L'Encéphale*, 10 déc. 1912.) On connaît des cas d'association, d'une part, de tabes et de goitre exophtalmique, et, d'autre part, de paralysie générale et de maladie de Basedow.

L'auteur relate une observation dans laquelle ces trois affections coexistent. C'est une paralytique générale tabétique de trente-sept ans, dégénérée et alcoolique, syphilitique depuis l'âge de vingt-huit ans et chez laquelle s'observe un syndrome basedowien très accusé. Cette démente montre, au point de vue de l'état de l'humeur et du caractère, de l'euphorie, de l'irritabilité et des accès de colère violente avec actes impulsifs.

P. CAMUS.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE POULS LENT PERMANENT

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou V gouttes de la solution au millième 4 à 6 jours de suite. Interrompre autant et reprendre.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 19 JUILLET 1913

THÈSES

Mardi 15 juillet, à une heure. — M. CUISSET. De la paralysie récurrentielle gauche au cours du rétrécissement mitral. (MM. Debove, président; Gilbert Ballet, Achard et Rathery.) — M. MASLIANKA. Contribution à l'étude clinique de l'amyotrophie Charcot-Marie. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. ROEHRICH. Du traitement du tétanos confirmé par les injections phéniquées. (Méthode de Bacelli). (MM. Achard, président; Debove, Gilbert Ballet et Rathery.) — Mme CHENET-OLKOFF. Forme tétanique de l'urémie. (MM. Achard, président; Debove, Gilbert Ballet et Rathery.) — M. MAILLET. Azotémie des nourrissons. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Bar et Carnot.) — M. GETTEN. Etude du syndrome de Stokes-Adams (à propos d'un cas de pouls lent permanent avec des vertiges et syncopes). (MM. Gilbert, président; Hutinel, Bar et Carnot.) — M. BONNET. Contribution à l'étude des grossesses intramembraneuses. (MM. Bar, président; Hutinel, Gilbert et Carnot.) — M. PECHDO. Valeur sémiologique du symptôme oculaire dans le diagnostic et le traitement des tumeurs de l'hypophyse. (MM. de Lapersonne, président; Quénu, Lejars et Okinczyc.) — M. BARBET. De l'usage des greffes osseuses dans la cure des pseudarthroses diaphysaires acquises. (MM. Quénu, président; de Lapersonne Lejars et Okinczyc.) — M. JENDY. Contribution à l'étude du kyste hydatique rétro-vésical chez l'homme. (MM. Lejars, président; de Lapersonne, Quénu et Okinczyc.) — M. BOUILLETTE. Contribution à l'étude du chondrome. (MM. Lejars, président; de Lapersonne, Quénu et Okinczyc.)

Mercredi 16 juillet, à une heure. — M. MILIAMPS. Le professeur Afred Luton. Son œuvre. (MM. Landouzy, président; Roger, Marfan et Marcel Labbé.) — M. BAUDOT. La tuberculose du vieillard envisagée au point de vue familial et social. (MM. Landouzy, président; Roger, Marfan et Marcel Labbé.) — M. DUBOR. Contribution à l'étude des bradycardies par l'épreuve du nitrite d'amyle. (MM. Roger, président; Landouzy, Marfan et Marcel Labbé.) — M. BARE. Sur deux formes cliniques de l'endocardite infectieuse. Forme prolongée, forme méningée. (MM. Marfan, président; Landouzy, Roger et Marcel Labbé.) — M. PIN. Le forceps et ses indications. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. SELLET. Contribution à l'étude des gestations dites prolongées. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. ALEKATDRESCO. De la nécessité de l'intégrité de la muqueuse utérine au point de vue de l'évolution normale de la gestation. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. HERDING. De l'intervention chirurgicale dans la hernie ombilicale de l'enfance. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. MERCIER. Contribution à l'étude pharmacologique des cestrées. Le cestrum Parqui. (MM. Pouchet, président; Desgrez, Maillard et Tiffeneau.) — M. BECHAMP. Contribution à l'étude de l'auto-intoxication d'origine intestinale. (MM. Desgrez, président; Pouchet, Maillard et Tiffeneau.) — M. MAYNIER. Réactions morbides unilatérales (réactions localisées à un seul côté du corps). (MM. Desgrez, président; Pouchet, Maillard et Tiffeneau.) — M. BOUCHERET. Contribution à l'examen radiologique du cancer de l'œsophage. (MM. Reclus, président; Delbet, Pierre Duval et Zimmern.) — M. BUCCHOLZ. Du rôle de l'aérophagie dans la genèse de la dilatation aiguë postopératoire de l'estomac. (MM. Reclus, président; Delbet, Pierre Duval et Zimmern.) — M. CHAZALNOEL. Traitement chirurgical de l'ulcère variqueux par la résection totale des varices. (MM. Reclus, président; Delbet, Pierre Duval et Zimmern.) — M. BALIZEAUX. Les fistules jéjuno et gastro-coliques par ulcère perforant à la suite de la gastro-entérostomie. (MM. Delbet, président; Reclus, Pierre Duval et Zimmern.) — M. WESTIN. Sur la mobillsation générale dans le traitement des fractures. (MM. Hartmann, président; Legueu, Aug. Broca et Proust.) — M. MARMIER. Contribution à l'étude de la dilatation intravésicale de l'extrémité inférieure de l'uretère. (MM. Legueu, président; Hartmann, Aug. Broca et Proust.) — M. GUMBERG. Traitement actuel des rétrécissements traumatiques de l'urètre. (MM. Legueu, président; Hartmann, Aug. Broca et Proust.)

Jeudi 17 juillet à une heure. — M. POY. Apnée et polypnée. Influence de la section des pneumogastriques et action de l'adrénaline. (MM. Ch. Richet, président; de Lapersonne, Gilbert Ballet et Langlois.) — M. TOULANT. Essai sur la sporotrichose oculaire. (MM. de Lapersonne, président; Ch. Richet, Gilbert Ballet et Langlois.) — M. FRADKINE. Arsenobenzol et néo-arsenobenzol en thérapeutique ophtalmologique. (MM. de Lapersonne, président; Ch. Richet, Gilbert Ballet et Langlois.) — M. VERDIER. Léonard de Vinci, physiologiste. (MM. Gilbert Ballet, président; Ch. Richet, de Lapersonne et Langlois.) — M. GASTAUD. Le diabète dans le syndrome de Basedow. (MM. Debove, président; Alb. Robin, Achard et Rathery.) — M. PERRAUDIN. Traitement palliatif du cancer par les injections de sels de quinine. (MM. Alb. Robin, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. GAMBIER. Contribution à l'étude des crises gastriques du tabes. (MM. Achard, président; Debove, Alb. Robin et Rathery.) — M. TARIN. De l'albuminurie dans l'amygdalite chronique. (MM. Achard, président; Debove, Alb. Robin et Rathery.) — M. LECHEVALLIER. Contribution à l'étude de l'appendicectomie par voie lombaire au cours du traitement chirurgical du rein mobile du côté droit. (MM. Pozzi, président; Thonot, Bar et Lenormant.) — M. COLANERIE. De la valeur de l'examen de la vessie dans le cancer de l'utérus. (MM. Thoinot, président; Pozzi, Bar et Lenormant.) — M. PELLISSIER. De la tension artérielle de la viscosité du sang total et de leurs rapports au cours de la grossesse normale et pathologique pendant le travail et les suites de couches. (MM. Bar, président; Pozzi, Thoinot et Lenormant.) — M. LE SOUDER. Du traitement d'urgence de l'hydramnios aiguë par la ponction abdominale de l'utérus. (MM. Bar, président; Pozzi, Thoinot et Lenormant.) — M. SERMAKECHIAN. Zona de la troisième branche du trijumeau. (MM. Gilbert, président; Chauffard, André Broca

et Carnot.) — M. SOMEN. Le massage dans les sports. (MM. Gilbert, président; Chauffard, André Broca et Carnot.) — M. SAMSON. Contribution à l'étude du cancer de l'estomac chez les sujets jeunes (au-dessous de trente ans). (MM. Gilbert, président; Chauffard, André Broca et Carnot.) — M. GRIGAUT. Le cycle de la cholestérinémie. (MM. Chauffard, président; Gilbert, André Broca et Carnot.)

Vendredi 18 juillet, à une heure. — M. VERNES. Les signes humoraux de la syphilis (introduction à l'étude des conditions expérimentales du traitement de la syphilis). (MM. Pinard, président; Kirmisson, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. HATTON. Contribution à l'étude de la spermatose gravidique autotoxique. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. PINON. Contribution à l'étude du goitre exophtalmique dans ses rapports avec l'adénopathie bronchique. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. DUVEILLERAY. Les scolioses au cours du mal de Pott. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. DUCAMP La trépanation cornéo-sclérale d'Elliot. Etude technique. Recherches anatomiques et expérimentales. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. MISKDJIAN. La mort par le 606. (MM. Gaucher, président; Thoinot, Macaigne et André Leri.) — M. DURŒUX. Syphilis de la vessie. (MM. Gaucher, président; Thoinot, Macaigne et André Leri.) — M. LARLYDE. Lichen plan zoniforme. (MM. Gaucher, président; Thoinot, Macaigne et André Leri.) — M. MORIGNY. Contribution à l'étude médico-légale des maladies professionnelles. (MM. Toinot, président; Gaucher, Macaigne et André Leri.) — M. FARON. Contribution à l'étude de l'angine de Ludwig (phlegmon gangréneux du plancher de la bouche). (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Proust.) — M. DAURIAC. Contribution au traitement opératoire des tumeurs malignes du sinus maxillaire. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Proust.) — M. BEGLIN. Contribution à l'étude des gangrènes diabétiques. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Proust.) — M. BUSSON. Traitement radical des diverticules congénitaux de la vessie. (MM. Legueu, président; Reclus, Pierre Duval et Proust.) — M. TISON. Cancer primitif du méat urétral chez l'homme. (MM. Legueu, président; Reclus, Pierre Duval et Proust.

Samedi 19 juillet, à une heure. — M. MOREAU. Contribution à l'étude des paralysies immédiates compliquant les fractures de la diaphyse humérale. (MM. Quénu, président; Lejars, Okinczyc et Anselme Schwartz.) — M. CATONNET. Etude sur les fractures sous-trochantériennes du fémur et leur traitement. (MM. Quénu, président; Lejars, Okinczyc et Anselme Schwartz.) — M. LEMERCIER. Contribution à l'étude des fractures unicondyliennes du tibia et de leur traitement. (MM. Lejars, président; Quénu, Okinczyc et Schwartz.) — M. GIRODE. La périgastrite adhésive dans l'ulcère de l'estomac (étude clinique et thérapeutique. (MM. Lejars, président; Quénu, Okinczyc et Anselme Schwartz.) — M. DUGUÉ. La tension minima considérée au double point de vue physiologique et pathologique. (MM. Achard, président; Langlois, Castaigne et Rathery.) — Mlle TRECHTECHENKOV. Contribution à l'étude du cardiospasme. (MM. Achard, président; Langlois, Castaigne et Rathery).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — STAGE D'ACCOUCHEMENT. — L'Administration générale de l'assistance publique vient d'adresser à la Société des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux la circulaire ci-dessous :

Avis à MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux. — Le décret du 26 janvier 1909 relatif à l'enseignement des stagiaires dans les hôpitaux sera appliqué à dater du 1er novembre prochain.

L'enseignement des stagiaires sera assuré, d'abord par le personnel de la Faculté, puis avec le concours de chargés de cours de cliniques annexes, médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

Après accord entre l'Administration de l'assistance publique et la Faculté, le nombre des stagiaires qui peuvent être admis dans chaque clinique annexe a été fixé à 10. Il peut être fixé à 15 dans les cas où l'exigeraient les besoins de l'enseignement.

Le stage commence au début du mois de novembre et finit au 31 juillet. Il est divisé en deux semestres.

Au cours et à la fin de chaque stage, l'étudiant est interrogé par le chef du service auquel il est attaché. Il lui est délivré deux notes : l'une d'assiduité, l'autre d'interrogation. Il est tenu compte de la note d'interrogation dans le résultat des examens.

Les chargés de cours de cliniques annexes seront rétribués proportionnellement au nombre des stagiaires auxquels ils auront donné l'enseignement. D'après les crédits mis actuellement à la disposition de la Faculté, cette rétribution sera de 100 francs par an, pour chaque stagiaire, soit 50 francs par semestre.

Les demandes des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, à l'effet de recevoir des stagiaires, devront être adressées au doyen de la Faculté avant le 15 juillet.

Elles seront soumises à une Commission mixte composée, sous la présidence du doyen ou de son assesseur, de deux professeurs de la Faculté désignés par le Conseil et de deux délégués de l'Administration hospitalière.

Après avoir visité les services et s'être assurée qu'ils répondent aux besoins de l'enseignement, la Commission donne son avis sur les demandes.

Les autorisations sont accordées pour deux ans par le doyen. Elles peuvent être renouvelées.

Jusqu'à la date où, en vertu du nouveau régime d'études médicales, un stage sera obligatoire dans les cliniques spéciales, il ne sera pas reçu de nouvelles demandes pour ces cliniques spéciales en dehors de celles que pourront former les médecins et chirurgiens spécialistes des hôpitaux actuellement autorisés à recevoir des stagiaires.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 31 mai 1913.*) MEUNIER (de Liége) : Nouvelles recherches sur les bacilles diphtériques vrais et les bacilles pseudo-diphtériques. — Lucien BECO et L. C. PLUMIER (de Liége) : Recherches expérimentales sur les actions physiologiques cardio-vasculaire et diurétique de l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse (pituitrine) chez le chien. — HENRIJEAN, HONORÉ, SCHOOFS et WAUCOMONT (de Liége) : Recherches exécutées à propos d'un prétendu cas d'intoxication collective par l'arsenic.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 6, juin 1913.) L. BROCQ : Les éruptions artificielles provoquées par le goudron de houille brut. — J. BRAULT et R. ARGAND : Tumeurs multiples de la peau à type sarcomatoïde (4 fig.). — L. UFFERTE et J. PELLIER : Sur un cas de bouton d'Orient. Clou de Gafsa (1 fig). — Henri MALHERBE : Glycosurie au cours d'une syphilis secondaire; bons effets du traitement spécifique.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juin 1913.) Marcel FROIS : L'hygiène et le lessivage du linge dans les lavoirs et blanchisseries. — SALAGER : Contribution à l'étude pathogénique des ecchymoses sous-pleurales. — PENEAU : De la protection légale des produits pharmaceutiques, méthodes thérapeutiques et inventions connexes.

Annales médico-chirurgicales de l'Auvergne, du Limousin et du Quercy. — (N° 4, 1er juin 1913.) LE MOINE. De quel-

ques résultats favorables de la ponction lombaire. — SAULAY : L'évacuation des blessés dans une guerre européenne.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (No 358, 25 mai 1913.) L. WICKHAM : Modifications histologiques produites par les rayons X sur les tissus. — DEGRAIS : Traitement du rhino pharynx par le radium. — LEDOUX-LEBARD : Les substances radioactives de la série du thorium en thérapeutique.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (No 6, juin 1913.) VIDAL : Un cas de démence précoce à forme catatonique chez un jeune soldat. — DONIUS : Insuffisance surrénale lente à forme cérébrale. — SABATIER et DUPUICH : Enchondrome du testicule chez un jeune soldat. — BIÉRER : Sur un cas de sporotrichose gommeuse. — BARAILHÉ et CRUZEL : Étude générale sur l'origine et le mode d'action des eaux thermales (*fin*). — JOB : Les procédés nouveaux de recherche du vibrion cholérique chez l'homme. — MIGNON : Rapport sur les conséquences de la néphrectomie au point de vue des droits que cette opération peut ouvrir à la réforme ou à la retraite.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (No 6, juin 1913.) FAIRISSE et JACQUOT : Colite ulcéreuse due à un parasite flagellé, le Lamblia intestinalis. Perforation, puis occlusion intestinale. — WASSERTHAL et GOIFFON : Recherches sur l'absorption des ferments digestifs par les poudres usitées en thérapeutique. — GLÉNARD : La radiologie de l'appareil digestif en 1912.

Archives médicales d'Angers. — (No 6, 20 juin 1913.) H. DELAGÉNIÈRE : Occlusion intestinale aiguë par calcul biliaire. Opération, guérison. Présentation du calcul. — Jacques BARUK : Folie simulée et débilité mentale. — L. GAUGAIN : De l'emploi de l'iode en gynécologie.

Archives internationales de neurologie. — (Juin 1913). BURLUREAUX : Sur les methodes génerales psychothérapeutiques. — BECHTEREW : Sur la psychoréflexologie ou psychologie objective. — Henri DAMAYE : Disparition de crises d'épilepsie essentielle parallèlement à l'amélioration de l'état psychique.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 mai et 8 juin 1913.) PARTURIER : Traitement de la colique vésiculaire.

Bulletin médical. — (No 44, 4 juin 1913.) ROUX : A propos de la déclaration obligatoire de la tuberculose. — PLICQUE : Le traitement de la fièvre typhoïde par l'urotropine en ingestion et en injections hypodermiques. Action de l'urotropine sur l'appareil urinaire. — (No 45, 7 juin.) CASTAIGNE : Congestion passive du foie par colique hépatique. — A.-F. PLICQUE : Les nouvelles méthodes de traitement dans la péritonite aiguë. — (No 46, 11 juin.) A. CADE et J. REBATTU : Le mouvement médical lyonnais pendant le premier trimestre de 1913. — (No 47, 14 juin.) L. BROCQ : Contribution à l'étude des poussées congestives dans les eczémas. — L. MARTIN, H. DARRÉ et L. LAGANE : Sur quelques accidents de l'intubation dans le croup traité tardivement. Moyens d'y remédier.

Bulletin médical de l'Algérie. — (No 10, 25 mai 1913.) L. ROUSSEL : La vaccination antityphoïdique dans la garnison d'Alger. — ABOULKER : Pharyngectomie pour épithélioma. Guérison depuis trois ans. — VINCENT et MAURY : Pancréatite hémorragique subaiguë. Intervention, guérison. — BERNASCONI : Calcul du bassinet. Pyélotomie, guérison.

Biologica. — (No 30, 15 juin 1913.) Yves DELAGE : Une hypothèse sur la base physique de la force héréditaire. — E. RABAUD : Les nouvelles théories de l'hérédité : adaptation et évolution.

Clinique. — (No 23, 6 juin 1913.) DALCHÉ : Considérations pratiques sur les injections vaginales en gynécologie. — A. GUILLON : Abcès du foie à symptomatologie anormale. — ROBINEAU : Indications des amputations immédiates dans les grands traumatismes des membres. — GOUGEROT : Infections cutanées. — DAVID : Contribution à l'étude de l'action des eaux chlorurées sodiques sur la nutrition. — (No 24, 13 juin.) CASTAIGNE : L'ulcère du duodénum à forme hémorragique. — EMERY : L'ictère du salvarsan. — ROGER-MIGNOT : Les rémissions dans la paralysie générale.

Echo médical du Nord. — (No 22, 1er juin 1913.) DUHOT : La dérivation des urines par cystostomie sus-pubienne temporaire dans les complications périnéales des rétrécissements de l'urètre. — (No 23, 8 juin.) L. BOULET : Démonstrations des propriétés rythmiques de la pointe du cœur et des auricules chez l'homme. — E. DUHOT : La dérivation des urines... (*fin*).

Encéphale. — (No 6, 10 juin 1913.) Gilbert BALLET : La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité. — BERNHEIM : Des hallucinations physiologiques et pathologiques. — Ed. LONG : Un cas d'aphasie par lésion de l'hémisphère gauche chez un gaucher (aphasie croisée et aphasie dissociée (3 planches). — RÉGIS et HESNARD : La doctrine de Freud et de son école (*fin*).

Gazette des praticiens. — (No 447, 15 mai 1913.) HUTINEL : Syndrome malin de la scarlatine et des infections graves. — DIVARIS : Remarques sur le diagnostic de l'appendicite. — (No 448, 1er juin.) LEMOINE et GÉRARD : De l'action cholestérinogène des lipoïdes biliaires. — BIGNON : Le régime alimentaire pratique dans les stations thermales. — Et. BOISSARD : La propagation de la fièvre typhoïde par les huîtres. — E. MICHELEAU : Taches rosées et fièvre typhoïde.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (No 22, 1er juin 1913.) SABRAZÈS et DUPÉRIÉ : Nouvelles contributions à l'étude anatomo-pathologique et microbiologique de l'hérédo-syphilis des nourrissons (*suite*). — H. GRIEWANK : Sur un cas de lipome de la région plantaire. — (No 23, 8 juin.) SABRAZÈS et DUPÉRIÉ : Nouvelles contributions à l'étude anatomo-pathologique et microbiologique de l'hérédo-syphilis des nourrissons (*suite*). — LAFOND-GRELLETY : Électrolyse prostatique.

Gazette médicale de Nantes. — (No 23, 7 juin 1913.) MONNIER : Pneumonie et pseudo-rhumatisme infectieux pneumonique. — (No 24, 14 juin.) Alphonse LABBÉ : La réaction d'Abderhalden. L'œuf humain et le cancer.

Journal de chirurgie de Bucarest (en français). — (No 1, mai 1913.) ANGELESCO et SAVESCO : Un cas de tératome du scrotum. — Constantin DANIEL : Les annexites herniaires. — N. ATHANASESCO : Fractures spontanées dans l'ostéomyélite. — Jean JIANO : Angioplastie péritonéale pédiculée. — ANGÉLESCO : Appareil pour la stérilisation du savon liquide. — ANGÉLESCO : Appareil pour la stérilisation des brosses. — Constantin DANIEL : La chirurgie de l'ovaire en 1912.

Journal de médecine de Bordeaux. — (No 22, 1er juin 1913.) V. PACHON : L'automatisme et la réaction fonctionnelle du cœur en survie. — (No 23, 8 juin.) CODET-BOISSE : La méthode d'Abbott pour le traitement des scolioses graves. — AUCHÉ et CHEVALIER : Un cas d'insuccès de la vaccination antityphique.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 juin 1913.) C. SIMON : Comment faut-il comprendre l'hystérie à la suite des travaux de M. Babinski. — Le pithiatisme.

Lyon médical. — (No 22, 1er juin 1913.) ROUBIER et GOYET : Tuberculose intestinale et pulmonaire chez un gastrectomisé pour cancer. — (No 23, 8 juin.) LESIEUR et THÉVENOT : Contribution à l'étude des vertiges chez les tuberculeux. — PLISSON : Le genou à ressort.

Marseille médical. — (No 11, 1er juin 1913.) S. COSTA : La cure d'émétine dans le traitement des infections amibiennes. — E. VAYSSIÈRE : Note sur un cas de bassin à type oblique ovalaire. — DELANGLADE, WEILL et GAUTHIER : Occlusion intestinale par nœud de l'intestin.

Montpellier médical. — (No 22, 1er juin 1913.) MOURGUE : Le mouvement psycho-biologique en Allemagne (*fin*). — (No 23, 8 juin.) GAUSSEL : Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum de Marmorek.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE.......... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 20 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

La première série étant close, les demandes pour la deuxième série doivent nous parvenir avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Des concours seront ouverts devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes : 1° le 6 octobre 1913, pour un emploi de chef de clinique médicale; 2° le 6 octobre 1913, pour un emploi de chef de clinique chirurgicale ; 3° le 13 octobre 1913, pour un emploi de chef de clinique obstétricale et gynécologique.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole de médecine de Rennes, un mois avant l'ouverture du concours.

HOPITAUX DE CONSTANTINE. — Un concours pour deux emplois de médecin adjoint à l'hôpital civil de Constantine sera ouvert à Alger, le 24 novembre prochain.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 24 octobre 1913 à la préfecture de Constantine.

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA. — Un concours pour huit places d'élève externe en médecine et en chirurgie aura lieu le lundi 20 octobre 1913, à neuf heures du matin, à l'hôpital civil de Mustapha.

Les candidats devront se faire inscrire personnellement ou par écrit au secrétariat de la direction de l'hôpital.

La liste d'inscription sera close le samedi 18 octobre à cinq heures du soir.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Bandelac de Pariente, médecin de l'ambassade d'Espagne à Paris, est nommé officier de la Légion d'honneur.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Aron (de Houilles), Bègue, Charlier et Forestier (de Paris), Gallet (de Constantine), Grasset (de Tours), Jugeat et Millot (de Paris), Morsly (de Constantine), Piot (de Sainte-Barbe-du-Tlétat).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Barraud (de Constantine), di Chiara (de Paris), Foulquier (d'Oran), Français (de Paris).

— Sont nommés, au titre étranger :

Officiers de l'Instruction publique. — M. le docteur Melo (de Quito).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Eckenstein (de Londres), de la Torre (de Quito).

Ve RÉUNION SANITAIRE PROVINCIALE (*3, 4 et 5 novembre 1913*). — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise, cette année comme les années précédentes, une réunion sanitaire provinciale.

Cette réunion sanitaire provinciale se tiendra à Paris, dans

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LONDRES

Une série de dix conférences de **M. le Dr. T. W. Lewis** sera donnée à l'Ecole de Médecine de l'*University College Hospital*, University Street, Londres, W. C., le mardi et le vendredi de chaque semaine, à 11 heures du matin, commençant le vendredi 25 juillet 1913.

Les sujets des conférences seront : l'*Enregistrement graphique des Bruits du cœur* et l'*Electrocardiographie*.

Tous les membres de la profession médicale seront admis gratuitement aux conférences, sur présentation de leur carte de visite. Elles sont spécialement destinées aux étudiants qui ont obtenu leurs diplômes.

Pendant les semaines du Congrès International, *le service de Cardiographie* sera ouvert aux visiteurs de 11 heures du matin à 4 heures de l'après-midi.

le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, les lundi 3, mardi 4 et mercredi 5 novembre 1913.

Le programme de cette réunion a été arrêté ainsi qu'il suit :

Lundi matin, 3 novembre : allocution de M. le président d'honneur, discours du président de la Société, rapport du secrétaire général. Exposé de la question de l'épuration biologique des eaux d'égout sur sol naturel et sur sol artificiel.

Rapport de M. Vincey, directeur des services agricoles du département de la Seine.

Rapport de M. Lœwy, ingénieur des ponts et chaussées, ingénieur de l'assainissement de la Seine, à la Ville de Paris.

Lundi après-midi, 3 novembre : visite du musée d'hygiène de la Ville de Paris. Conférence avec démonstrations pratiques, sur le contrôle technique de la désinfection, par M. Edmond Bonjean, chef du laboratoire et membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Mardi matin, 4 novembre : organisation de la lutte contre la tuberculose, par les bureaux d'hygiène et l'inspection départementale ; premier rapporteur : M. Guillemin, directeur du bureau d'hygiène de La Rochelle (Charente-Inférieure) ; deuxième rapporteur : M. Paquet, inspecteur départemental d'hygiène de l'Oise. L'uniformisation des comptes rendus des bureaux d'hygiène, rapport par M. Loir, directeur du bureau municipal d'hygiène du Havre (Seine-Inférieure). Comment doit se calculer la mortalité des enfants du premier âge (enfants protégés, enfants assistés, etc.), conférence de M. Jacques Bertillon, chef des travaux statistiques de la Ville de Paris.

Mardi après-midi, 4 novembre : les résultats de l'application de la loi de 1902, par les bureaux d'hygiène, rapport de M. Gautrez, directeur du bureau municipal d'hygiène de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

Mercredi matin, 5 novembre : les procédés employés pour déterminer les qualités nutritives et hygiéniques du lait, rapport de M. Bordas, professeur suppléant au collège de France.

Mercredi après-midi, 5 novembre : premier groupe d'excursion, visite aux champs d'épuration terrienne et aux installations d'épuration sur lits artificiels de la Ville de Paris. Deuxième groupe d'excursion, visite des immeubles d'une Société d'habitations à bon marché. Troisième groupe d'excursion, pouvant être réuni au deuxième, mais non pas au premier à cause de l'horaire, visite de la station de désinfection de la rue des Récollets, de la Ville de Paris.

Outre ces questions plus spécialement étudiées et mises en discussion, la Société de médecine publique et de génie sanitaire accueillera les communications relatives à l'organisation et au fonctionnement des bureaux municipaux d'hygiène et, en général, de tous les services d'hygiène humaine ou d'hygiène vétérinaire.

Les rapports, discussions et communications seront, conformément au règlement de la Société, imprimés, s'il y a lieu, dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, son organe officiel.

Pour être imprimés, les rapports ne devront pas avoir plus d'une feuille (16 pages) et les communications plus de quatre pages. Pour le bon ordre des séances, il ne pourra être accordé plus de dix minutes à chaque communication faite en séance. Les rapports, pour faciliter la discussion, seront envoyés par avance, en tirages à part, aux adhérents à la réunion sanitaire provinciale.

Les adhésions à la réunion sanitaire provinciale ainsi que les demandes de communication seront reçues jusqu'au 1er août, dernier délai : elles doivent être adressées à M. le Couppey de La Forest, secrétaire général, 142, boulevard du Montparnasse, Paris (6e).

L'inscription est gratuite.

Les démarches nécessaires seront faites en temps utile pour faire accorder, à tous les adhérents à la réunion sanitaire provinciale, la réduction à demi-tarif du transport par chemin de fer, du lieu de leur résidence à Paris.

Les haricots servent a fabriquer le lait. — Depuis un certain temps, on parle beaucoup, dans la presse allemande, du lait synthétique. Il ne s'agit pas d'une falsification nouvelle; on fait allusion ainsi à une découverte qui serait assurément importante et qui aurait été faite par le docteur Rigler, professeur d'hygiène à l'Université de Klausemburg (Autriche).

Ce lait serait obtenu, nous dit la *Revue de puériculture*, par traitement de certains grains dans une machine de construction assez simple, et on affirme qu'il aurait toutes les qualités caractéristiques du meilleur lait de vache. Des expériences rigoureuses, faites sous le contrôle de chimistes autorisés, ne permettraient pas d'en douter. On aurait même obtenu de bons résultats en alimentant des nouveau-nés avec ce lait.

Aussi bien le procédé du docteur Rigler s'appliquerait également au lait tiré de la graine de soya, ce haricot d'origine mandchourienne et japonaise que l'on connaît en Europe, et il paraît que déjà une fabrique allemande aurait produit du lait de soya, présentant une saveur très agréable, qu'elle vendrait un bon prix. P.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — La compagnie P.-L.-M, vient de publier une affiche à l'échelle de 1/50000 représentant la vue en relief du *massif du Mont-Blanc*, avec ses lignes électriques ou à crémaillère, ses routes, ses chemins, ses sentiers, ses pistes et ses refuges et présentant un grand intérêt pour les touristes qui désirent visiter cette célèbre partie des Alpes.

Cette affiche est envoyée sur demande affranchie, adressée au service de la publicité de la compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris (XIIe) et accompagnée de 2 fr. 50 en mandat-poste, pour les envois à destination de la France, et de 3 francs en mandat-poste international pour ceux à destination de l'étranger.

— Saison d'été 1913. — *Nouvelle relation de nuit Paris-Grenoble.* — Nouveau rapide de nuit permettant d'effectuer, en toutes classes, sans changement de voiture, le trajet Paris-Grenoble.

Lits-salon, voitures 1re, 2e et 3e classes à intercirculation avec lavabos et water-closets.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M., vendu 0 fr. 60 dans toutes les gares du réseau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie du crâne, du rachis, du bassin et des membres, orthopédie, par les docteurs Denucé, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux et Nové-Josserand, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Un vol. grand in-8° de 574 pages avec 287 figures. — Prix broché : 14 francs, cartonné : 15 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Précis de physique médicale, par J. Cluzet, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Lyon. Un vol. in-18 grand-jésus, cartonné toile, de 680 pages, avec 393 figures dans le texte et 10 planches, dont une en couleurs hors texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Le Diagnostic des taches en médecine légale, par les docteurs Dervieux et J. Leclercq. Un vol. in-8° de 320 pages avec figures. Préface du docteur Thoinot, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1913, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le professeur Albert Robin. Un vol. in-18 de 400 pages. — Prix cartonné : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'IMMUNITÉ TUBERCULEUSE
ET SES CONSÉQUENCES PRONOSTIQUES

Par M. Jozsef HOLLOS,
Prosecteur à l'Hôpital général de Széged (Hongrie).

Du commencement de l'infection tuberculeuse jusqu'à la guérison ou bien jusqu'à l'exitus, la maladie est accompagnée par des symptômes cliniques et par des altérations anatomo-pathologiques si variés, que la confusion dans le jugement du diagnostic et du pronostic est parfaitement compréhensible. Déjà les différentes nominations le prouvent, avec lesquelles nous indiquons l'état de la maladie ; nous parlons de la tuberculose latente et manifeste, d'état actif et inactif, de tuberculose fièvreuse et non fiévreuse, fermée et ouverte, de tuberculose pure ou bien infectée, mixte, de premier, secondaire ou troisième stade de la phtisie, etc., sans pouvoir distinguer définitivement les différentes formes. Sans doute, l'apparition de l'infection mixte ou de diverses complications, la progression du processus, etc., même la situation sociale du malade, influencent beaucoup le jugement sur l'état et le pronostic du cas, pourtant la base la plus sûre, sur laquelle nous pouvons nous appuyer dans la formation de notre jugement, est la considération du degré de l'immunité du malade.

L'examen de l'immunité, considéré du point de vue de la bactériologie moderne, semble difficile, même le plus souvent impossible, pour les médecins praticiens. Vraiment, s'il s'agit d'émettre une opinion sur l'immunité par la constatation de l'opsonin-index, par l'examen de la précipitation ou agglutination, par les expériences concernant l'allergie, c'est-à-dire par des moyens plus ou moins difficiles et compliqués, et pas tout à fait sûrs, avec tout cela nous n'avons pas encore augmenté de beaucoup l'arsenal du praticien. Il faut constater le degré de l'immunité sur le malade même, par l'observation des symptômes cliniques, qui jusqu'à présent ont été complètement négligés ou bien mal compris. Il ne s'agit naturellement que d'immunité relative ; l'immunité absolue n'existe pas chez l'homme.

Voyons, en quoi consiste cette immunité ?

Avant tout, examinons, y a-t-il dans la tuberculose l'immunité héréditaire ?

A cette question nous devons répondre fermement par un oui.

Les descendants des tuberculeux ont été considérés jusqu'à présent comme n'ayant pas hérité de la tuberculose même, mais ayant hérité d'une certaine disposition pour la maladie. Nous devons écarter cette thèse et mettre juste le contraire à sa place : *les descendants des tuberculeux héritent d'une certaine immunité*. Cette thèse va ensemble avec l'expérience que l'intensité de la tuberculose diminue d'une génération à l'autre. Les recherches de laboratoire appuient aussi cette thèse, notamment E. Rosencrantz, en examinant le sang des nouveau-nés, pouvait montrer, à l'aide de la réaction de Bordet-Gengou, les anticorps de la tuberculose dans 31 cas sur 100. Les corps immunisants, développés contre l'infection dans la constitution des ascendants passent, à un certain degré, chez les descendants. Donc des enfants de parents phtisiques reçoivent moins facilement la tuberculose dans les mêmes circonstances de l'infection que les enfants des parents sains ou bien sans tuberculose. L'expérience générale, que les enfants des phtisiques meurent beaucoup plus souvent de phtisie, ne contrarie qu'en apparence cette thèse, car, comme on le sait, ces enfants sont beaucoup plus exposés à l'infection.

Les enfants nés avec une certaine immunité réagissent, sans doute autrement, à l'infection tuberculeuse. Les bactériolysines dans l'organisme produisent une certaine sensibilité, et cela peut être la cause de ces différents troubles fonctionnels, comme troubles de la nutrition et de digestion, des troubles de température, des nerfs, etc., dont les enfants souffrent si souvent dès leur plus bas âge, le plus souvent sans substratum anatomique évident. Tandis que l'immunité causée par les bactériolysines tâche d'un côté par la solution des bacilles de supprimer l'infection, de l'autre côté les endotoxines délivrées empoisonnent l'organisme, de temps en temps, ce qui le fait réagir par ces différents troubles déjà mentionnés. On peut donc paralyser ces symptômes par la fixation des toxines libres, et cela explique justement, dans ces cas, l'effet thérapeutique par excellence des corps immunisants de Carl Spengler. Ce n'est pas le cas chez des nourrissons nés de parents exempts de tuberculose et qui ainsi ne possèdent pas des lysines. Si une infection tuberculeuse, surtout une infection plus intense, les atteint, elle se passe plus ou moins comme chez les cobayes, équivalente au point de vue de la résistance. C'est-à-dire que la tuberculose des organes peut se développer sans que les symptômes alarmants l'annoncent. Et quand ils se présentent, le traitement antitoxique n'a plus de résultat.

Nous connaissons, chez les animaux, le procédé de super-infection par les expériences classiques de Koch, qui est tout autre que le procédé de l'infection primaire. La première infection développe une certaine immunité lytique, les bacilles pénétrant une deuxième fois se dissolvent en grande partie, ce à quoi l'organisme répond par une réaction locale très violente, d'autre part, il se développe des symptômes d'intoxication générale. Si la nouvelle infection est très grande, l'animal meurt en quelques jours, à cause de l'empoisonnement d'endotoxine rapide, tandis que la même dose chez les animaux sains développe la tuberculose d'évolution habituelle.

Il est très naturel, que chez l'homme la pénétration d'une si grande masse de bacilles n'arrive guère, comme cela se produit expérimentalement. Nous pouvons parler plutôt des infections légères, mais souvent répétées. Le développement et l'évolution dépendent surtout des agents suivants :

1° Du nombre de l'infection ;
2° De la virulence des bacilles ;
3° De l'immunité de l'organisme.

Examinons de plus près ces agents.

L'enfant vivant dans un milieu tuberculeux est exposé le plus facilement aux infections nombreuses par des crachats desséchés pulvérulents, par les gouttes de mucosités, s'envolant du malade toussant, par l'entremise de ses mains malpropres, etc. Les infections souvent répétées développent, le plus certainement, la phtisie mortelle, même si l'organisme se défend suffisamment et cela d'autant mieux que le malade incline à la tuberculose. (Nous reviendrons plus loin sur cette question à propos de la tendance à cette infection.)

A côté des nombreuses causes infectieuses, il faut aussi considérer la virulence des bacilles qui a des limites très larges. Les bacilles, se présentant dans un organisme non immunisé, dans une phtisie maligne, se multiplient plus vite, sont intacts et par conséquent ils sont plus virulents que les bacilles provenant d'un organisme plus ou moins immun, d'une phtisie chronique, bénigne. Ces derniers étant exposés notamment à l'influence des anticorps, dans l'organisme, sont pour la plupart dissous, fragmentés, et même souvent on ne peut pas les teindre avec la méthode de Ziehl. Dans beaucoup de cas nous ne trouvons guère de bacilles dans l'expectoration abondante des phtisiques chroniques, mais plutôt des granules de C. Spengler, ce qui dénote une forme très atténuée du virus tuberculeux. Naturellement l'infection causée par ces granules ou bien par ces bacilles de moindre virulence peut, à la longue, se produire, mais elle donne naissance, à une tuberculose, bénigne, atténuée.

Cependant tout cela change remarquablement selon l'état d'immunité de l'organisme.

Avec Spengler nous distinguerons deux sortes d'immunité : l'immunité antitoxique et l'immunité lytique. La première peut se développer, par exemple, au cours d'un traitement intensif par la tuberculine, quand la plus grande dose de tuberculine peut être injectée sans réaction, mais nous pouvons la constater aussi chez des malades gravement atteints qui peuvent supporter, de même, une grande dose de tuberculine sans réaction plus marquée.

Au contraire, l'immunité lytique est accompagnée toujours d'une sensibilité très grande aux toxines. Les lysines multipliées dissolvent les bacilles entrés dans l'organisme, et les endotoxines mises alors en liberté donnent lieu à des symptômes d'intoxication. L'immunité lytique est donc une forme plus parfaite de l'immunité, car elle augmente davantage la résistance à l'infection, mais elle ne donne pas une immunité absolue, parfois même elle produit des phénomènes toxiques : de la fièvre et divers troubles morbides. Nous pouvons dire, dans tous les cas, que l'immunité relative d'un tuberculeux contre la tuberculose est d'autant plus grande, qu'il est plus sensible aux toxines. De cette sensibilité aux toxines, c'est-à-dire de l'immunité lytique produite par elle, résultent les symptômes d'intoxication les plus différents : des troubles fonctionnels et des symptômes subjectifs qui peuvent tourmenter les malades pendant des années, même des décades, souvent sans que les symptômes d'une tuberculose manifeste puissent être constatés (1).

Le malade commence à réagir à ses propres toxines tuberculeuses ou bien, sa sensibilité augmentant, à de petites réinfections. La température devient variable, elle monte facilement au-dessus de la température normale ou bien elle descend au-dessous de la normale. Souvent, pendant des mois, même des années, elle est de quelques dixièmes ou d'un degré au-dessus de la normale. Quelquefois ce n'est que son type qui change, mais elle ne dépasse pas, ou très peu, les limites ordinaires. Aussi inconstante peut être la fonction des vaso-moteurs : le malade rougit ou pâlit très facilement, ses membres sont souvent froids et cyanosés, il a des sensations de chaleur ou de froid, il a des frissons, le plus souvent il est frileux, ses mains et ses pieds sont humides. La transpiration augmente volontiers au moindre mouvement, une simple promenade s'accompagne par exemple d'une sudation, transpiration plus ou moins grande. Des symptômes nerveux se produisent qui se montrent par les troubles les plus différents, parmi lesquels les plus fréquents sont une lassitude rapide, un sentiment de grande fatigue, surtout une fatigue matinale, une nervosité, une insomnie fréquente. D'autres fois un grand assoupissement tourmente le malade, il a toujours sommeil quoiqu'il dorme beaucoup, souvent même il s'endort, dès qu'il se repose. Son sommeil est fréquemment troublé par des rêves, ennuyeux, agités. Les troubles fonctionnels organiques les plus habituels sont des troubles cardiaques : palpitations, pouls fréquent, facilement changeant, parfois arythmique, etc., la pression du sang augmente ou diminue, etc. Un symptôme fréquent est la respiration courte, qui va souvent jusqu'à l'impuissance du travail. Parmi les nombreux troubles de l'estomac et des intestins il faut mentionner le manque d'appétit, ses bizarreries d'apparence nerveuse, les vomissements, la diarrhée, et plus souvent une constipation continuelle ou temporaire. Chez les femmes surviennent des troubles menstruels très différents : des ménorragies irrégulières ou tardives, quelquefois prolongées, qui sont accompagnées assez fréquemment de dysménorrhée et de différents troubles généraux.

Les malades peuvent être tourmentés par les douleurs les plus diverses, ainsi les plus différentes formes de maux de tête sont fréquentes, des douleurs des muscles, des douleurs d'estomac ou des douleurs se localisant sur les reins, etc. Les symptômes sont les résultats ou de l'influence directe sur les organes, ou d'une action indirecte par suite de l'intoxication portant son action sur les glandes à sécrétion interne, dont les troubles sécrétoires entraînent des modifications profondes de l'organisme. Ainsi par exemple l'excitation de l'ovaire produit la puberté prématurée et des ménorragies fréquentes, l'affaiblissement de sa fonction, la puberté tardive et l'aménorrhée. L'excitation de la thyroïde produit des symptômes basedowiens, l'affaiblissement de sa fonction, de même origine, produit l'obésité, des maux de tête et d'autres troubles nerveux et nutritifs. Les

(1) J. Hollos. *Les Intoxications tuberculeuses.* — Paris, Masson, 1910.

symptômes peuvent être constants ou transitoires.

L'influence des intoxications chroniques, c'est-à-dire la réaction des organes contre l'intoxication peut provoquer des altérations, des lésions des tissus dans les organes les plus divers sous forme d'inflammations chroniques, dont Poncet et Leriche (1) ont expliqué l'essence, découvrant ainsi le substratum anatomique des intoxications, aiguës, subaiguës, tuberculeuses.

Chez de tels sujets, on observe les accidents les plus variés, les plus variables, d'intoxication, ils s'accusent d'autant mieux et deviennent plus chroniques, que l'immunité s'accroît et avec elle la sensibilité des toxines. La tuberculose même, justement à cause de l'immunité, ne fait guère ou point de progrès, aussi dans beaucoup de cas elle n'est pas constatable par les examens cliniques habituels. On ne songe pas, dès lors, à la tuberculose et l'on se contente de parler, de faire le diagnostic : d'anémie, de neurasthénie, d'hystérie, de neurose, de rhumatisme, etc., et surtout en France d'*arthritisme*, de *neuro-arthritisme*. Dans des familles tuberculeuses, surtout si la maladie a subsisté pendant plusieurs générations, on peut trouver de tels malades en grand nombre. Un des parents, par exemple, souffre d'une tuberculose chronique, un ou deux des enfants sont peut-être encore phtisiques, la plus grande partie est déjà neurasthénique ou anémique, et chez les petits-enfants nous pouvons déjà découvrir les formes les plus variées de la tuberculose atténuée, soit que nous la nommions d'après Poncet et Leriche *tuberculose inflammatoire*, soit d'après moi, *intoxication tuberculeuse* et qui se manifeste dans un cas par la maladie de Basedow, dans un autre par le rhumatisme tuberculeux ou bien par une dysménorrhée grave, par des migraines durant des années, etc., ou bien par un autre syndrome de ce tableau clinique excessivement varié. Un malade, ayant cette intoxication, ou bien la sensibilité aux toxines, ou bien l'immunité lytique, se comporte tout autrement envers une réinfection, comme un individu sain ou déjà infecté, mais sans l'immunité mentionnée. La nouvelle intoxication endotoxique augmente les symptômes présents, elle cause encore de nouveaux symptômes, surtout de la fièvre, et donne volontiers naissance à une cachexie lente. Des infections plus grandes et répétées font cesser le développement des anticorps, le processus tuberculeux se manifeste. Mais autant que l'immunité et par elle la sensibilité aux toxines diminue, causée ou par des réinfections ou par d'autres raisons, autant disparaissent les phénomènes réactionnels de l'organisme, les symptômes d'intoxication, et apparaissent les symptômes locaux de la tuberculose.

Mais si l'infection atteint un organisme non encore immunisé par une voie naturelle, c'est-à-dire un organisme pas sensible aux toxines ou bien encore un organisme disposé, le développement de la maladie ne rencontre pas d'obstacles plus importants. Le processus local, sans les symptômes caractéristiques mentionnés, progresse et le premier symptôme qui trahit l'infection est déjà un symptôme, manifeste, connu de la tuberculose, par exemple hémoptysie, fièvre, toux, bacilles, etc. Dans ces cas la maladie n'est ni précédée ni accompagnée de symptômes d'intoxication caractéristiques ou bien seulement sous une forme rudimentaire. Ce qui est surtout frappant c'est l'apparition inopinée de symptômes d'une tuberculose avérée et le manque de phénomènes réactionnels chez des sujets *disposés à la tuberculose*.

La disposition à la tuberculose, comme l'immunité, peut être héréditaire ou acquise. Toutes les circonstances, qui, en général, diminuent ou empêchent la puissance de la résistance, ou bien la production des anticorps des cellules, aident à développer la disposition acquise. Ainsi par exemple la nourriture défectueuse, le travail forcé, le manque de repos, la vie dans un air confiné, etc., c'est-à-dire l'influence continuelle des mauvaises conditions hygiéniques. Il en est de même de l'influence de certaines infections ou intoxications chroniques, comme, par exemple, la rougeole, la grippe, la syphilis, l'alcoolisme. On peut compter encore chez les femmes, la grossesse, dont l'influence nuisible sur la tuberculose est bien connue.

En particulier, tous les individus nés de parents exempts de tuberculose y sont disposés. Cependant le nourrisson et l'enfant sains peuvent se procurer par une infection, faible et rare, l'immunité relative, nécessaire pour combattre l'infection plus grande. Nous devons, toutefois, considérer comme *disposés par excellence* les individus, dont les cellules sont absolument incapables de produire des anticorps, ou dont cette puissance a considérablement diminué et qui, à proprement parler, ont une tare organique, à savoir, *les descendants des alcooliques*. Ce que le professeur Laitinen (de Helsingsfors) a prouvé exactement par ses nombreuses expérimentations sur les animaux concernant cette question, mes propres recherches cliniques, mais aussi l'expérience quotidienne l'ont absolument justifié.

Chez les enfants des alcooliques l'infection tuberculeuse ne développe pas du tout, ou très rudimentairement, les symptômes d'intoxication. L'infection se présente chez eux immédiatement comme phtisie manifeste, la maladie est, en général, beaucoup plus maligne et à cause de cela d'un processus beaucoup plus rapide, et dans la plupart des cas sa marche ne saurait guère être enrayée, même au début, malgré les meilleurs traitements hygiéniques, climatique ou spécifique, parce que l'organisme est incapable de produire l'immunité nécessaire à la guérison. Par là, nous pouvons comprendre la statistique du professeur Bunge (de Basel), d'après laquelle, tandis que 8 p. 100 des enfants des pères buvant exceptionnellement souffrent de la bacillose, 16 p. 100 des enfants des alcooliques habituels et 22 p. 100 des enfants des ivrognes en souffrent. Et nous pouvons comprendre de même, que l'étendue de la tuberculose va ensemble avec la progression de l'alcoolisme. La France, où l'ivrognerie est la plus grande au monde, occupe aussi une des plus mauvaises places dans la

(1) A. PONCET et R. LERICHE. *La tuberculose inflammatoire*. — Paris, O. Doin, 1912.

statistique de la tuberculose, malgré ses circonstances sociales relativement excellentes.

D'après ce que nous venons de dire, il est indubitable que la manifestation clinique de la sensibilité aux toxines et ainsi de l'immunité lytique dans l'organisme, c'est-à-dire les symptômes d'intoxication, doivent être considérés dans le jugement de l'état du pronostic du malade tuberculeux. Plus ils dominent le tableau pathologique, plus ils devancent et accompagnent la manifestation de la tuberculose, plus nous pouvons compter sur un procédé lent et bénin, c'est-à-dire sur la guérison complète. Au contraire, la phtisie s'annonçant sans symptômes d'intoxication est toujours maligne et d'un mauvais pronostic.

Cependant, il faut faire attention à ce que nous fassions une critique précise des symptômes. Ainsi par exemple, la fièvre peut être aussi bien le signe de la réaction de l'organisme et être ainsi d'un bon pronostic, comme de la progression du processus et ainsi également d'un mauvais pronostic. Dans le cas précédent, le sujet présent a déjà quelques dixièmes de degré d'élévation de la température, à 37°8-38 degrés il est déjà évidemment malade et incapable de travailler, en raison d'un grand nombre de symptômes qui accompagnent la fièvre, à savoir, faiblesse, mal à la tête, myalgie, troubles vaso-moteurs, etc. Dans les cas de mauvais pronostic, où par conséquent la réaction de l'organisme manque, le malade ne sait même pas qu'il a de la fièvre, souvent il est capable d'accomplir son travail habituel avec une fièvre plus grande. Le pouls rapide peut être aussi bien d'une origine réactionnelle, et dans ce cas il est toujours accompagné de palpitations et d'autres symptômes subjectifs désagréables, qu'il peut être le symptôme de phtisie progressive et ainsi de fâcheux pronostic. Dans ce dernier cas, le malade ne se plaint pas de palpitations, même si le pouls monte à 140-160. L'amaigrissement, la transpiration, etc., peuvent avoir différentes significations.

Le pronostic ne dépend pas seulement de l'anamnèse et de l'état présent, il est aussi subordonné, d'après ce que nous venons de dire, aux chances de développer une immunité manquante ou très rudimentaire. Dans beaucoup de cas, une expérience simple suffit pour constater la possibilité du développement de l'immunité et ainsi de la guérison. L'emploi percutané des doses moyennes du corps immunisant de C. Spengler rend ici des services inappréciables.

Je donne au malade une solution de 30-40 millièmes de l'IK (= « Immunkörper » = corps immunisants) avec l'instruction d'en frictionner V gouttes par jour sur son avant-bras jusqu'au sèchement complet. En même temps — s'il est possible — je fais prendre par le malade exactement sa température et je constate son poids et son pouls. Au bout de deux à trois semaines, je l'examine de nouveau et si je vois que l'amaigrissement du malade s'est arrêté, même qu'il a augmenté de poids et que le pouls et la température se sont aussi améliorés, alors le pronostic encore incertain de la première consultation peut être remplacé tranquillement par l'espérance de l'amélioration ou de la guérison. Au contraire : l'amaigrissement continu montre que l'immunité manquante ne peut pas être développée, même artificiellement, et ainsi le mauvais pronostic soupçonné devient une certitude.

Avec les deux exemples suivants, je peux mieux démontrer mes affirmations.

1. Bon pronostic. — Z. J..., vingt et un ans, fille, examinée la première fois en 1908, avec l'anamnèse suivante.

Elle tousse depuis trois mois et transpire la nuit depuis un mois. Depuis une année, elle souffre de constipation, son appétit est changeant; de temps à autre elle souffre de maux de tête, de vertiges et de nausées. La menstruation qui a commencé dans sa treizième année était, au commencement, régulière et sans douleur, depuis trois à quatre ans, elle est accompagnée des crampes fortes pendant trois à quatre jours et elle perd beaucoup de sang.

Sa mère tousse souvent, son père souffrait d'une hémoptysie, tous les deux sont très pâles et maigres, sans doute ils souffrent d'une tuberculose bénigne chronique. Une sœur est morte de phtisie.

La malade est médiocrement développée et nourrie. Dans le sommet gauche derrière, l'inspiration est rude, l'expiration prolongée.

J'ai proposé un traitement spécifique, mais ses parents n'ont pas consenti et l'ont amenée plutôt au bord de la mer. Là, les symptômes ont cessé, la fille se portait bien pendant un an. Après, tous les symptômes sont revenus, même ils ont augmenté, et des vomissements s'y ajoutaieut encore.

Je l'ai revue deux ans après la première consultation. Aux symptômes déjà dits, s'ajoutaient encore la nervosité, des palpitations, un complet manque d'appétit et des constipations opiniâtres. Elle tousse de nouveau, ce qui l'empêche même de dormir. Elle ne crache pas.

La malade a maigri, elle est très pâle. Au-dessus du sommet gauche, la respiration est rude. Le pouls a 96. Son poids est de 50 kilogrammes, elle est continuellement subfébrile (jusqu'à 37°6).

J'ai fait un bon pronostic, vu les symptômes d'intoxication évidents qui subsistent depuis assez longtemps, et une lésion objective n'est guère à trouver. Un traitement spécifique bien employé (ou tuberculine ou Immunkörper) peut donner par la suppression de l'intoxication, d'autre part par l'augmentation de l'immunité, une guérison définitive. Cela était prouvé aussi par la cure au bord de la mer, qui pouvait produire — aussi par le pouvoir de l'organisme à s'immuniser — une année d'amélioration. Cependant, la malade se méfiait encore des injections, de sorte que je n'ai fait employer que des frictions de l'IK, au commencement une solution au 40000e, au bout de trois semaines au 30000e journellement V gouttes. Après cinq semaines de cure, l'état de la malade s'est si bien amélioré qu'elle a désiré elle-même les injections. Pendant ces cinq semaines, elle a augmenté de 2 kilogrammes et demi, sa toux a presque complètement cessé, ses selles sont régulières, tous les autres signes de l'intoxication ont diminué. Depuis lors, j'ai employé pendant trois mois

des injections de l'IK. Sa température est devenue normale et elle a augmenté de 12 kilogrammes; même de grandes promenades ne la fatiguent pas; sa dysménorrhée a cessé.

J'ai répété par précaution le traitement après quelques mois. Depuis, deux ans se sont écoulés; cette jeune fille est complètement guérie, elle a une santé excellente.

2. Mauvais pronostic. — L. J..., vingt-sept ans, employé en bonne situation, tousse depuis deux mois. Depuis trois semaines il est subfébrile et a craché deux fois du sang. Il se trouve bien, il n'a pas de symptômes d'intoxication, seulement il a transpiré pendant quelques semaines, maintenant cela aussi cessait. Il ne sent pas de fatigue. Il a bon appétit, malgré cela il a maigri de 12 kilogrammes en trois mois.

Son père a été un alcoolique chronique. Lui-même, il a bu beaucoup de vin.

Le malade est de haute taille, développé médiocrement, amaigri, pâle. Les deux sommets sont submats, et la respiration y est plus forte. Sa température monte tous les jours jusqu'à 37°5. Il pèse 61 kilogrammes. Le pouls 120 (sans sentir de palpitations).

Malgré qu'il ne se fût agi que d'un cas incipient, j'ai fait le pire pronostic par la raison que j'ai indiquée et j'ai fait part de mon opinion à sa famille. Je n'ai commencé le traitement d'IK que sur leur désir exprès, j'ai continué ce traitement pendant un mois. Pendant ce temps, le malade a maigri d'un demi-kilogramme. Alors il est parti dans un sanatorium de San Remo, où il est resté deux mois et demi et d'où il revenait encore avec 3 kilogrammes et demi de perte de poids et avec une tuberculose commençante du larynx. Son état général était à ce moment assez bon. Il est mort peu de temps après, malgré des cures climatériques et des séjours répétés dans divers sanatoriums.

L'observation et l'appréciation juste des symptômes d'intoxication, c'est-à-dire des symptômes réactionnels, nous donnent la possibilité non seulement de l'individualisation du pronostic, mais aussi de la thérapie. Les symptômes d'intoxication, comme je viens de l'expliquer, sont un vrai indicateur de l'immunité lytique de l'organisme et avec cela de la sensibilité aux toxines. Naturellement, plus le malade est sensible aux toxines, plus il est nécessaire d'employer des doses plus faibles et à des intervalles plus grands, soit qu'il s'agisse du traitement pour la tuberculine, soit qu'il s'agisse du traitement par l'IK. Les frictions de l'IK rendent d'éminents services dans les cas de grande sensibilité et on peut obtenir souvent avec leur emploi de meilleurs résultats qu'avec les injections.

On peut aussi combiner avantageusement ces deux modes de thérapie spécifique. Le traitement général conserve, bien entendu, toute son importance. Sous la forme de climat, d'héliothérapie, de sanatorium, etc., ces divers moyens peuvent contribuer puissamment à faire naître des symptômes d'intoxication qui manquaient jusqu'alors, et à éveiller une immunité qui est d'un bon pronostic.

MÉDECINE PRATIQUE

STÉRILISATION DES SONDES EN GOMME

MM. Gayet et Honot (1) ont fait des expériences ayant pour but de déterminer l'efficacité de la stérilisation des sondes en gomme par les vapeurs de formol à froid et à chaud; les divers microbes dont ils ont imprégné les sondes étaient le coli-bacille, le streptocoque, le bacille pyocyanique et le bacille de la tuberculose, c'est-à-dire ceux qu'on rencontre dans les urines. MM. Gayet et Honot ont constaté que les résultats ne paraissent pas plus complets en opérant à chaud qu'en opérant à froid; la durée du contact des vapeurs de formol a une plus grande importance que la température.

Il n'est pas possible d'affirmer qu'on obtient par ce procédé une stérilisation suffisante; pour obtenir ce résultat, il est bon de commencer par soumettre les sondes à un lavage minutieux et suffisamment prolongé.

Si les sondes ont servi à un malade très septique, il est préférable de rejeter l'instrument plutôt que d'essayer de le stériliser.

A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE

M. Robert Rendu est revenu, dans le *Lyon médical*, sur la question du traitement de la diphtérie par les inhalations d'air chaud (voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 14, p. 217, et n° 29, p. 456). Il avait écrit, dans l'article que nous avons analysé, que, lorsque la diphtérie survient chez un tuberculeux, « le sérum est contre-indiqué, car il peut donner un coup de fouet à la tuberculose » (L. Martin).

M. le docteur Louis Martin, médecin de l'hôpital Pasteur, vient de lui faire remarquer que, chez les tuberculeux, il n'a jamais déconseillé que la sérothérapie *préventive*. Pour lui, en effet, un tuberculeux atteint de diphtérie doit être injecté au sérum, bien que la sérothérapie puisse aggraver sa tuberculose (2).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 30 juin 1913)

Les glandes génitales et le système dentaire. — M. R. Robinson (de Paris) a remarqué que sept ânes, tous du sexe masculin, conservaient une dentition parfaite de jeunes solipèdes jusqu'à l'âge avancé (dix-quatorze ans). Ces animaux, qui avaient servi aux expériences du regretté professeur Lannelongue, n'avaient pu avoir aucune excitation sexuelle. Leur nourriture était du foin.

M. Robinson a fait l'autopsie d'un griffon cryptorchide très vicieux au point de vue génital qui avait tout jeune perdu toutes ses dents.

En rapprochant ces faits de ce qu'on voit chez les jeunes masturbateurs atteints de maux de dents, et que les eunuques.

(1) *Répertoire de pharmacie.*

(2) L. Martin. *Sérothérapie antidiphtérique*, in « Bibliothèque de thérapeutique », publiée sous la direction de MM. Gilbert et Carnot :

« Le sérum, injecté au tuberculeux, donne parfois un coup de fouet à la maladie, surtout si le malade est un tuberculeux pulmonaire en période d'activité... Aussi croyons-nous qu'il est préférable d'éviter les injections préventives aux tuberculeux... Faut-il, comme on l'a conseillé, éviter d'injecter les tuberculeux qui ont une diphtérie déclarée? Nous ne le pensons pas; car alors ils mourraient de diphtérie. » (P. 192 et 203.)

vrais ont une belle dentition, l'auteur a fait quelques expériences de laboratoire chez le chien, et il est arrivé à cette conclusion qu'il existe un rapport physiologique entre les glandes génitales et le système dentaire. Il semble que la vieille opinion de l'action de la gestation sur les dents soit au moins en partie vraie.

D'un autre côté, les observations cliniques de M. Robinson l'ont convaincu que dans certaines maladies comme le diabète, le tabes, etc., c'est par l'intermédiaire des glandes génitales que les dents sont usées, cariées ou simplement tombées.

Mais existe-t-il un effet réciproque de la part du système dentaire sur la physiologie des glandes génitales ?

Dans deux cas l'auteur a observé que l'ablation ou la chute rapide de plusieurs dents à la fois entraîne l'atrophie graduelle des testicules et une impuissance complète.

Quoi qu'il en soit, en présence d'une personne qui perd d'une façon insolite plusieurs dents, il faut examiner les organes génitaux, et en conséquence enlever les ovaires (salpingites chroniques) ou les testicules (tumeurs, tuberculose testiculaire, etc.).

En outre, une opothérapie rationnelle remédiera en attendant à la caducité précoce du système dentaire.

Action de l'extrait thyroïdien sur la sécrétion surrénale. — MM. E. GLEY et Alf. QUINQUAUD. La thèse a été soutenue des rapports fonctionnels réciproques entre diverses glandes à sécrétion interne, en particulier la thyroïde et les surrénales; le produit de sécrétion de la première de ces glandes constituerait un excitant pour la seconde et réciproquement l'adrénaline serait un excitant de la fonction thyroïdienne.

Il est possible de voir par des expériences directes si la thyroïde exerce une telle influence sur les surrénales. On peut, en effet, recueillir le sang veineux de ces dernières, qui contient toujours des quantités minimes, mais parfaitement décelables, d'adrénaline; on sait, d'autre part, que l'extrait de glande thyroïde contient le principe actif de la sécrétion; la question est de savoir si des injections d'extrait thyroïdien augmenteront la quantité d'adrénaline déversée dans le sang veineux des surrénales.

Ce sont ces expériences que les auteurs ont faites et qui ne se sont pas montrées favorables à la théorie des *interrelations humorales* telle du moins qu'elle se présente actuellement.

Recherches sur les variations de l'acide phosphorique dans l'urine et le foie des cancéreux. — M. Albert ROBIN. Les variations de l'acide phosphorique urinaire chez les cancéreux sont si étendues que, considérées en bloc, elles semblent échapper à toute systématisation. En tout cas, elles ne présentent rien qui soit caractéristique du cancer.

Les variations de l'alimentation figurent au premier rang parmi les conditions susceptibles d'influencer le taux de l'acide phosphorique urinaire.

Toutefois, en classant les cancéreux en trois groupes (I. cancéreux à marche lente s'alimentant suffisamment; II. à marche rapide, mal alimentés; III. cachectiques et inanitiés), on constate :

a. Que dans les cas du premier groupe, où les pertes sont à peu près compensées par l'apport alimentaire, le rapport de l'azote phosphorique à l'azote total tend à dépasser la normale, ce qui paraît correspondre à une activité nutritive plus grande dans les tissus riches en nucléine.

b. Que dans les cas du deuxième groupe, ou Ph^2O^5 s'abaisse notablement, alors que l'azote total se maintient au chiffre des cas du premier groupe, le processus cancéreux retentit sur tous les albuminoïdes de l'organisme qui tendent à se désintégrer davantage, alors que la réfection alimentaire décroît.

c. Que dans les cas du troisième groupe, où l'acide phosphorique, l'azote total et le résidu inorganique décroissent de concert avec élévation du rapport de Ph^2O^5 à l'azote total, la plus grande destruction des tissus riches en nucléine domine la désintégration.

La diminution de l'acide phosphorique dans le foie cancéreux et chez les cancéreux cachectiques vient à l'encontre de l'hypothèse émise de rétention des phosphates, car elle exclut toute idée de rétention.

La diminution du rapport du Ph^2O^5 au résidu inorganique dans les régions les plus atteintes du foie cancéreux, alors que ce rapport reste normal dans les régions relativement saines, vient à l'appui de la précédente conclusion.

L'acide phosphorique lié aux bases terreuses augmente relativement dans l'urine des cancéreux cachectiques, ce qui est en rapport avec une diminution parallèle des réserves calciques dans les tissus; mais c'est aussi le cas dans le foie graisseux alcoolique et dans quelques cas de phtisie pulmonaire.

La localisation osseuse du cancer s'accompagne aussi d'une déminéralisation terreuse qui croît avec l'étendue de la surface envahie.

Les variations de l'acide phosphorique en combinaison organique (Ph^2O^5 produit) n'ont rien de caractéristique en ce qui concerne le fait du cancer.

Sur la diminution des chlorures dans l'urine sécrétée sous pression. — MM. R. LÉPINE et BOULUD.

Variations de la glycémie pendant l'inanition. — M. H. BIERRY et Mlle Lucie FANDARD.

Catalyse biochimique d'une oxidation luminescente. — MM. J. VILLE et E. DERRIEN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1913)

La loi Roussel. — Toute la séance a été remplie par la discussion des articles de la Commission de la loi Roussel. M. LE PRÉSIDENT a rappelé que cette discussion sur la loi Roussel se poursuit depuis cinq années. Bien des points relatifs à cette loi ont été discutés. Dans cette séance, on s'est surtout occupé du temps pendant lequel on devait imposer l'allaitement obligatoire de leur enfant aux nourrices professionnelles. La durée de cet allaitement doit-il être de sept mois, ainsi que le propose la Commission, ou de quatre mois, ainsi que d'autres le proposent.

Tout d'abord sur la proposition de M. Vidal (d'Hyères), appuyée par M. Pinard, il a été adopté que les médecins inspecteurs de la Protection des enfants du premier âge devront recevoir une indemnité de déplacement.

Sur la proposition de M. Pinard, il a été aussi adopté que deux membres de l'Académie de médecine seront adjoints à la Commission du département de la Seine.

M. PORAK, dans une argumentation très serrée, a demandé qu'on s'en tienne au texte même de la loi Roussel et qu'on réduise à quatre mois l'obligation, pour les nourrices, de l'allaitement maternel.

M. PINARD s'est énergiquement élevé contre cette proposition et demande que l'on maintienne l'allaitement obligatoire pendant sept mois.

M. HUTINEL, tout en rendant justice au sentiment de M. Pinard et tout en admettant avec lui cette formule lapidaire : « Le lait de la mère appartient à l'enfant », estime que ce n'est pas là un dogme. M. Pinard ne s'occupe que de l'enfant de la nourrice. Mais il y a d'autres enfants qui ont besoin du lait de femme. Il y a les enfants dont la mère meurt en couches, il y a ceux dont la mère est malade, tuberculeuse ou neurasthénique au point d'être incapable de nourrir. Il y a des femmes coquettes et futiles qui ne veulent pas allaiter. Il y a enfin,

toute cette intéressante catégorie des enfants assistés qui ont besoin d'une nourrice. Or avec l'allaitement obligatoire de sept mois, on ne trouve plus de nourrices. Chez ces enfants assistés, la mortalité est d'un tiers pour ceux qui sont privés de nourrice; elle est seulement d'un vingtième pour ceux qui sont nourris au sein. Enfin il faut aussi songer au grand nombre d'enfants que, pour une raison ou pour une autre, leurs mères ne peuvent pas allaiter. Telles sont les objections que M. Hutinel oppose à l'application de la loi Roussel, telle que la voudrait M. Pinard. A force de vouloir protéger l'enfant, vous le supprimez, dit-il. Dans ces conditions la loi paraît à M. Hutinel inappliquable. Elle n'aboutit à rien moins qu'à la suppression de la nourrice.

M. Pinard estime qu'on doit avant tout protéger l'enfant de la nourrice. Il s'appuie sur des statistiques et montre combien la mortalité de ces enfants est considérable quand leurs mères les abandonnent pour aller en nourrir d'autres.

M. Hutinel fait observer que, après quatre mois, l'enfant est assez fort pour supporter, sans dommage, l'allaitement artificiel. Tous les arguments indiqués par M. Pinard ont leur valeur à l'égard de l'enfant nouveau-né, mais ils perdent leur valeur à l'égard de l'enfant de quatre mois. En effet, les statistiques démontrent que l'allaitenent artificiel donne de très bons résultats après quatre mois.

— La discussion se poursuivra dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1913)

Première note sur la leucocytolyse digestive. La leucocytolyse psychique. — M. Q. A. Krolunitsky poursuit ses recherches au laboratoire du professeur H. Roger sur la leucocytolyse digestive : 21 expériences sur l'homme et sur les chiens lui ont permis de constater que déjà cinq minutes après la prise de la nourriture se produit une baisse leucocytaire (près de mille leucocytes par millimètre cube chez l'homme, plus d'un mille chez le chien). En même temps, le sérum acquiert des propriétés leucocytolytiques (près de 30 p. 100 des globules blancs détruits cinq minutes après la prise de nourriture) dues au ferment spécial — la leucocytolysine — découvert par J.-J. Manoukhine. Ce phénomène va s'accentuant, puis vers la quatrième heure il disparaît et, avec la leucocytose dite digestive, on trouve dans le sérum les propriétés antileucocytolytiques. D'après ces expériences, il existe une relation évidente entre le travail des glandes digestives et la leucocytolyse dans le sang. Le genre de nourriture importe peu et le thé sucré, par exemple, produit le même phénomène. Pour serrer de près cette question, l'auteur a étudié les modifications sanguines chez le chien pendant l'excitation psychique par la vue de viande crue.

Les expériences étaient absolument confirmatives. La vue de la viande fait apparaître les mêmes phénomènes sanguins que ceux cités plus haut; seulement, ils sont de plus courte durée. Les trois expériences, où on a montré la lumière rouge *seule* (dans les conditions nécessaires pour l'étude des « réflexes conditionnels » de Pawlow), étaient aussi très positives. Ainsi le système nerveux central, le *psychisme* (l'appétit) influence profondément la morphologie et les propriétés biochimiques du sang. Le foie, comme producteur des antileucocytolysines, et la rate, comme producteur des leucocytolysines, jouent un rôle évident dans le processus complexe de la digestion.

Sur les réactions cytologiques produites dans les tissus par dépôts locaux de cristaux de cholestérine. — M. Roussy présente, comme suite de ses recherches sur les tumeurs dites « cholestéatomes », une série de faits dans lesquels il a pu étudier les réactions cellulaires provoquées dans les tissus par les dépôts locaux de cristaux de cholestérine. Il s'agit soit de processus inflammatoires (vésicule biliaire lithiasique, vaginal, kyste thyroïdien, kyste du mésentère, tumeur inflammatoire de la gencive), soit de processus néoplasiques (fibroadénome du sein, épithélioma kystique du rein, tumeur pararénale, épithélioma malpighien de la peau).

Dans tous les cas, on trouve, sur les préparations histologiques, un aspect très particulier représenté par des fentes allongées, fusiformes, orientées en tous sens et dont les parois sont formées soit par des cellules endothéliales, soit le plus souvent par de vastes cellules géantes du type des cellules de corps étrangers.

Sur les coupes faites à la congélation, l'examen au microscope polarisant ainsi que les colorations au Sudan III et au Nilblau montrent que dans ces fentes sont contenues des substances cristallines, composées d'éthers de cholestérine mélangés vraisemblablement à des acides gras.

Ces faits présentent un double intérêt. Ils montrent en effet :

1° Que la présence de cristaux de cholestérine dans les tissus donne des images histologiques très particulières, avec abondance de cellules géantes.

2° Qu'en se plaçant à un point de vue plus général, il existe fréquemment des dépôts de cholestérine sous forme cristalline, se faisant secondairement dans les tissus, au cours des processus inflammatoires ou néoplasiques et qui sont à rapprocher des dépôts locaux primitifs déjà connus.

Ilots de Langerhans. —MM. Retterer et Lelièvre. En soumettant des cobayes à une alimentation insuffisante, les auteurs ont vu augmenter le nombre et les dimensions des îlots de Langerhans. Il leur a été facile de suivre leur développement et leur évolution. Les cellules des culs-de-sac glandulaires ou annexites du pancréas deviennent claires, car leur réticulum et leurs granulations basophiles se transforment en éléments acidophiles. En se groupant, ces cellules acidophiles forment un îlot de tissu réticulé à mailles pleines. Au stade suivant l'hyaliplasma se résorbe et le réticulum se désagrège pendant que les noyaux des cellules subissent la transformation hémoglobique et deviennent des hématies. L'origine et l'évolution des îlots de Langerhans sont identiques à celle des follicules clos tégumentaires.

Produits autolytiques du poumon. — M. Roger. Les extraits obtenus en faisant macérer à froid du tissu pulmonaire dans de l'eau salée sont extrêmement toxiques. Une dose correspondant à 0g06 ou 0g07 de poumon frais, injectée dans les veines, suffit à entraîner la mort. Mais les substances qui prennent naissance au cours de la désassimilation et sont déversées dans le sang ne sont pas identiques à celles qui passent dans les macérations; ce sont des produits de désintégration résultant d'un processus autolytique. J'ai donc repris la question en conservant aseptiquement, en vase clos, des poumons de lapin. Au bout d'un temps qui a varié de vingt-quatre heures à vingt-cinq jours, j'ai mis ces organes à macérer dans de l'eau salée et j'ai injecté à des lapins, par la voie intraveineuse, l'extrait ainsi obtenu. Dans ces conditions, la toxicité est déjà notablement diminuée après vingt-quatre heures; elle est presque nulle après trois ou quatre jours d'autolyse : l'extrait de 4 à 5 grammes de poumon ne produit aucun trouble appréciable.

Si l'on enregistre la pression sanguine des animaux en expérience, on observe avec les macérations de poumon frais une chute souvent très marquée du manomètre. Au contraire, les extraits de poumon autolysé élèvent la tension artérielle ; leur action est comparable à celle de l'adrénaline ; aussitôt après l'injection, on voit se produire de fortes systoles; la presssion monte de 2 à 5 et même 6 centimètres de mercure pour revenir lentement à la normale.

Ces recherches démontrent qu'on ne peut juger des effets

produits par un organe d'après les résultats obtenus avec la macération du tissu frais. Il faut reprendre toutes ces études en utilisant des organes préalablement soumis à l'autolyse. Le poumon qu'on a souvent rangé parmi les glandes hypotensives abandonne pendant l'autolyse des substances qui élèvent fortement la tension artérielle.

— M. Maurice Nicloux présente un appareil très simple supprimant l'emploi de la pompe à mercure pour l'**extraction de l'oxyde de carbone du sang.**

ANALYSES

MÉDECINE

Pleurésie à liquide opalescent. (Hutinel. *La Pédiatrie prat.*, 25 avril 1913.) — A propos d'un cas de pleurésie à liquide opalescent, se coagulant en masse presque aussitôt après ponction, l'auteur reprend l'étude de ces pleurésies et discute les diverses théories pathogéniques qui ont été émises pour les expliquer. Il est porté à croire qu'il s'agit, dans son observation, d'un liquide qui n'a pas subi la transformation complète de liquide séreux en liquide purulent et qui s'est arrêté à mi-chemin au stade d'opalescence plutôt que d'un liquide purulent qui aurait subi la dégénérescence graisseuse. Dans le cas rapporté, la pleurésie opalescente est vraisemblablement d'origine bacillaire. B. GAYARD.

A propos d'un cas de maladie de Hirschsprung. (L. Exchaquet. *Revue suisse de méd.*, 5 avril 1913.) — L'auteur rapporte l'observation d'un cas de mort survenu deux jours après l'ingestion de 10 grammes de carbonate de bismuth chez un enfant de cinq mois, porteur d'un mégacôlon congénital. Rapprochant ce cas d'un autre observé à la clinique infantile de Genève dans les mêmes conditions, Exchaquet pense qu'il est sage d'employer pour les examens radiologiques la sonde métallique recommandée par Kuhn plutôt que les lavements ou la bouillie bismuthée. B. GAYARD.

Pneumothorax spontané étendu, guéri sans complications septiques, chez une tuberculeuse pulmonaire. (Tecon [de Leysin]. *Revue suisse de méd.*, 19 avril 1913.) — Il s'agit d'une femme, atteinte de bacillose, qui, à la suite d'un pneumothorax important, a vu son expectoration se tarir, sa fièvre tomber, son état général s'améliorer jusqu'au point d'engraisser de 6 kilos. Depuis un an tout se passe comme si elle était guérie. Il s'agit là d'un de ces cas de « pneumothorax providentiel » admis par Potain, Woillez, Béhier, Forlanini, et nié cependant par d'autres auteurs qui considèrent le pneumothorax spontané comme une complication toujours grave. B. GAYARD.

La coagulation du sang. Fibrinogène et anticoagulants. (M. Doyon. *Biologica*, 15 avril 1913, n° 28.) — Pour cet auteur, le sang circulant perd la propriété de se coaguler dans deux circonstances, toutes deux en rapport avec l'activité du foie. Ces circonstances sont : 1° l'absence du fibrinogène, ce qui se produit quand le foie est gravement lésé; 2° la présence, dans le sang, d'une substance phosphorée anticoagulante appelée antithrombine, sécrétée elle aussi par le foie dans diverses circonstances. B. GAYARD.

Métastases vertébrales et méningées simulant une syphilis cérébrale, au cours de l'évolution jusque-là latente d'un cancer gastrique. (Mazel et Devic. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, nov. 1911.) — L'histoire clinique du cancer gastrique observé par les auteurs se résume tout entière dans sa généralisation aux corps vertébraux et à la dure-mère cranienne, survenue en dehors de toute autre métastase.

Cette localisation est assez exceptionnelle. La localisation au rachis n'est signalée par Rousseau et Bourquelot que dans une dizaine de cas. Plus rare est encore la généralisation au cerveau et à ses enveloppes. MM. Gallavardin et Varay dans un important mémoire, en 1903, n'en signalent que 2 cas; depuis ce mémoire, trois nouvelles observations en ont été publiées par Pinatelli et Cavaillan (2 cas), Okinczyc et Kuss (1 cas).

Dans l'observation rapportée par les auteurs, la double généralisation, sans aucun symptôme gastrique, avec paraplégie flasque, parésie des membres supérieurs, ptosis et paralysie du globe oculaire, inclinaient d'une façon logique le diagnostic vers l'idée d'une spécificité cérébrale, d'autant plus que le Wassermann était positif. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Effets anesthésiques de l'injection intraveineuse de paraldéhyde. (H. Noel et H. S. Souttar. *Ann. Surg.*, vol. LVII, n° 1, janv. 1913, pp. 64-67.) — La paraldéhyde est, à beaucoup d'égards, le meilleur hypnotique que nous possédions : son action est très sûre; c'est un stimulant respiratoire et circulatoire; il n'y a point de séquelles déplaisantes. Le goût désagréable et l'excitation assez longue sont de gros inconvénients quand la paraldéhyde est administrée par voie buccale.

Les auteurs ont injecté par voie intraveineuse le mélange suivant : de 5 à 15 centimètres cubes de paraldéhyde avec une quantité égale d'éther et 150 centimètres cubes d'une solution à 1 p. 100 de chlorure de sodium dans de l'eau froide, fraîchement distillée et stérilisée; la solution, après agitation, doit être parfaitement claire. Elle est injectée dans les veines, froide, ou à 25 degrés, à l'aide d'un appareil à soufflerie semblable à celui employé pour le salvarsan dans quelques cas, à la vitesse de 5 à 10 centimètres cubes par minute.

En cinq secondes, le malade a le goût de paraldéhyde dans la bouche; en dix, l'odeur caractéristique est perçue dans l'haleine et le malade éprouve une sensation de chaleur ; en trente secondes, la connaissance disparaît; en quarante, la perte de connaissance est complète; en quatre-vingt-dix, le réflexe cornéen est aboli et l'anesthésie est parfaite. Les mouvements réflexes ne sont pas toujours complètement abolis.

Cinq à dix centimètres cubes de paraldéhyde ont été alors employés, et l'on peut pratiquer des opérations de courte durée : pour une anesthésie plus prolongée, il faut employer 15 centimètres cubes. L'élimination de la paraldéhyde est extrêmement rapide, de telle sorte que le sommeil de 10 centimètres cubes de paraldéhyde ne dure pas plus de vingt minutes. Cette rapidité d'excrétion est très avantageuse, car il n'y a point à craindre de donner une dose trop forte. La supériorité de la paraldéhyde est surtout marquée chez les alcooliques, aigus ou chroniques. F. GARDNER.

Emploi de membranes amniotiques conservées, à la place de peau comme greffes sur les brûlures et ulcères. (Maximilian Stern. *Journ. Amer. Méd. Assoc.*, vol. LX, n° 18, 26 mars 1913, pp. 973-974.) — Les membranes amniotiques sont une dépendance embryonnaire de la peau, formée histologiquement d'éléments dermiques, ce qui rend leur emploi logique. Un grand avantage, c'est d'éviter l'emploi d'un anesthésique, la création d'une large surface cruentée : de sorte que, si la greffe ne prend pas, il n'y a absolument rien au passif de la tentative.

L'amnios est une membrane lisse, brillante, formée de deux couches que l'on peut faire glisser l'une sur l'autre facilement. C'est la surface interne, épithéliale, que l'on applique sur les surfaces dénudées.

La technique de la conservation est analogue à celle décrite par Carrel. Le sac amniotique frais est débarrassé du sang par lavage dans une solution salée physiologique, séché entre des couches de gaze stérilisée et immédiatement plongé dans de la vaseline juste fondue au bain-marie. Les réceptacles sont déposés sur un morceau de glace ou tout près de celui-ci.

Au moment de l'emploi, on applique simplement un mor-

ceau d'amnios, côté brillant, sur la plaie, et l'on chasse toutes les bulles d'air. Puis on couvre avec de la cire liquide. On enlève le pansement au bout de deux jours. La couche externe, fibreuse, de l'amnios vient toujours avec la cire, mais l'épithélium reste collé sur la plaie. Stern relate des cas brillants : ulcères, brûlures, dénudation traumatique. F. GARDNER.

OPHTALMOLOGIE

Contribution à l'étude de la tuberculose laryngée. (Edouard Roland [de Lamotte-Beuvron], *Congrès d'Ophtal.*, 1913.) — L'auteur apporte le résultat de son expérience personnelle, faite par quatre ans de vie commune avec les tuberculeux au sanatorium des Pins. Avantage de suivre les malades au jour le jour. Sur 530 tuberculeux, il a contrôlé 86 laryngites tuberculeuses, chiffre probablement heureux. Très habituellement, la tuberculose laryngée est secondaire parce que le malade tousse et crache. Un grand nombre de laryngites érythémateuses banales sont souvent de nature tuberculeuse ; le traitement se résume en ces deux grands principes : ne *pas nuire* et ne *pas toucher*. Quand le malade ne souffre pas, s'abstenir de toute médication, badigeonnages, attouchements, injections. Instituer la cure de silence rigoureuse. Si l'état pulmonaire est bon, galvano-cautérisation. Si le malade souffre, instillation de novocaïne dans le larynx, ou injection d'alcool dans le laryngé supérieur. Tous les climats se valent comme adjuvant thérapeutique. Le pronostic est intimement lié à celui de la tuberculose pulmonaire sous-jacente. On ne meurt pas de son larynx, on meurt de son poumon.

L. GAYARD.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Modifications de technique dans l'évidement pétro mastoïdien en vue d'une cicatrisation plus rapide. (Jacques Fournié, oto-laryngologiste de l'hôpital Péan. Communication à la *Soc. paris. d'oto-laryngologie*, mars 1913.) — L'auteur cherche à diminuer la durée toujours si longue des pansements postopératoires de l'évidement pétro-mastoïdien dans l'otorrhée chronique. Au lieu de deux et trois mois, il arrive à la cicatrisation complète en *cinq à huit semaines*.

Ce n'est pas dans les pansements, mais dans l'acte opératoire lui-même qu'il apporte des modifications. Son seul but consiste à restreindre au minimum la cavité opératoire (au lieu de l'agrandir inutilement), spécialement le cul-de-sac ostéo-cutané rétro-méatique et à éviter les accidents d'infection secondaire.

Pour cela il reporte l'incision courbe rétro-auriculaire très en arrière, *sans rugination de la lèvre postérieure* et résèque un lambeau elliptique (peau et périoste) postéro-supérieur. La suture ultérieure sera ainsi stable et loin du foyer ; la paroi externe, cutanée, de la cavité opératoire sera très diminuée.

Quant au temps osseux, il creuse un puits *triangulaire* au point ordinaire, derrière l'épine de Heule et, tout en se laissant guider par les lésions osseuses, respecte le plus possible la corticale, se donnant surtout du jour par en haut, de façon à avoir dans l'ensemble un entonnoir osseux inverse de l'entonnoir devenu classique, dont le petit orifice répondra au méat auditif élargi ou non suivant les circonstances.

L. GAYARD.

MÉDECINE MENTALE

Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale. (Georges Genil-Perrin. *Thèse de Paris*, Leclerc, 1913 ; 280 pages.) — Morel faisait de la dégénérescence une variation maladive de l'humanité, et, somme toute, l'aliénation mentale n'est qu'une dégénérescence ; les stigmates physiques et fonctionnels permettront de reconnaître ceux spécialement prédisposés, par l'hérédité ou par d'autres causes de déchéance, à devenir aliénés, sous l'influence des causes occasionnelles.

Les successeurs de Morel ont voulu fixer les cadres de la dégénérescence mentale ; on sait les difficultés qu'a rencontrées cet essai de classification, la dégénérescence a englobé, par le fait des exagérations, presque toute la pathologie nerveuse et une bonne part de la pathologie mentale. Il faut conserver à la dégénérescence sa valeur de cause très générale d'aliénation mentale, mais n'excluant pas les autres causes.

L. ALQUIER.

PATHOLOGIE COMPARÉE

Les tumeurs des plantes comparées aux tumeurs animales. (P. Vuillemin. *Biologica*, 15 avril 1913.) — Ce travail montre que l'étude de la pathologie végétale peut permettre de mieux comprendre certains points relatifs à l'origine, et à la marche des tumeurs de l'homme. B. GAYARD.

PRATIQUE MÉDICALE

LIVRES NOUVEAUX

Les Ictères toxiques et leur traitement (1), par Noël Fiessinger, ancien interne lauréat des hôpitaux, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Dans les traités classiques, les ictères toxiques sont relégués au second plan, tandis qu'une place beaucoup plus importante est faite aux ictères infectieux. M. Fiessinger a donc très justement pensé qu'il était utile de consacrer un travail d'ensemble à l'étude des ictères toxiques, de réunir les notions aujourd'hui connues sur ce sujet en y joignant le fruit de ses recherches personnelles. Dans cet intéressant volume, il montre que l'intoxication, aussi bien que l'infection, peut tout donner, depuis le simple ictère acholurique jusqu'à l'ictère à rechutes et l'ictère grave. C'est l'ictère de l'intoxication phosphorée qui est le plus connu ; mais il y en a bien d'autres, car toutes les intoxications exogènes (chloroforme, salvarsan, empoisonnements alimentaires) et endogènes (urémie, affections du tube digestif) peuvent s'accompagner d'ictère. Ces ictères toxiques sont, au point de vue pathogénique, des ictères mixtes, d'origine sanguine (hémolyse) et d'origine hépatique. M. BRELET.

Traitement du tabes (2), par le docteur L. Lortat-Jacob, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Pour instituer le traitement d'un tabétique, M. Lortat-Jacob montre qu'il faut surtout tenir compte de la forme clinique présentée par le malade et de la période de l'affection à laquelle il est arrivé. Voici par exemple un tabétique incoordonné, cachectique ; on fera presque exclusivement un traitement symptomatique (traitement de la douleur, des crises viscérales, des troubles trophiques). S'agit-il, au contraire, d'un tabétique fruste, on cherchera à arrêter la marche de la lésion et alors se pose la question du traitement antisyphilitique que M. Lortat-Jacob expose très complètement.

M. BRELET.

(1) Paris, A. Maloine.
(2) Une brochure de 28 pages. Collection *Les Actualités thérapeutiques*. — Prix : 1 franc. — Paris, E. Bougault.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (15 juin 1913.) J. PESCHER : L'entraînement respiratoire par le procédé de la bouteille. — (23 juin.) H. ZILGIEN : Recherches expérimentales sur les conditions et le mode de transformation du calomel dans les milieux digestifs.

Bulletin médical. — (N° 48, 18 juin 1913.) K. TURBAN : Quelques détails du diagnostic et du traitement de la tuberculose pulmonaire. — PLICQUE : Traitement par l'acétate de thallium du duvet, en particulier du duvet des lèvres, chez la femme. — (N° 49, 21 juin.) A. VALENCE : Rectite dysentérique et chlorhydrate d'émétine. — PLICQUE : Le traitement des hémorragies intestinales.

Clinique. — (N° 25, 20 juin 1913.) SAVARIAUD : L'invagination intestinale chez l'enfant et son traitement médico-chirurgical. — André THOMAS : La paraplégie spasmodique avec contracture variable. Contracture en extension et en flexion. Mouvements réflexes de défense. — (N° 26, 27 juin.) TRIBOULET : La médication par l'argent colloïdal (collargol, électrargol), après dix années dans la pratique médicale (indications, contre-indications). — André THOMAS : La paraplégie spasmodique avec contracture variable. Contracture en extension et en flexion. Mouvements réflexes de défense (*fin*). — G. LYON : L'héliothérapie.

Gazette des praticiens. — (N° 449, 15 juin 1913.) LEMOINE : Pathogénie de l'artériosclérose : atténuation de la toxicité de l'adrénaline par les lipoïdes. — J. DARRICARRÈRE : Albuminurie simple et tuberculose rénale. — Maurice SÉGARD : Etude sur la tuberculose gangliopulmonaire chez l'enfant. Le diagnostic des formes latentes et frustes.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 24, 15 juin 1913.) A. HESNARD : La théorie sexuelle des psychonévroses (psycho-analyse de Frend). — R. CRUCHET, R. DUPÉRIÉ et DUBOURG : Sarcome du rocher chez un enfant de cinq ans; propagation aux méninges cérébelleuses et aux racines des nerfs mixtes de la base.

Journal de médecine interne. — (N° 16, 10 juin 1913.) Ch. FOUQUET : De l'autosérothérapie dans les affections cutanées. — (N° 17, 20 juin.) DELAGÉNIÈRE : De la péricardiolyse dans certaines affections cardiaques ou de la thoracectomie prépéricardique.

Journal des praticiens. — (N° 25, 21 juin 1913.) GOUGEROT : Transformation de tuberculose verruqueuse en lupus willanique, et inversement, transformation de lupus en tuberculose verruqueuse. — TOUSSAINT : Quel doit être le pronostic de la contusion des reins?

Journal médical français. — (N° 6, 15 juin 1913.) CHANOZ : Quelques notions sur la radioactivité, le radium et son émanation; unité, principes de mesure. — REBATTU et RICHARD : Modifications hémoleucocytaires sous l'influence de l'émanation du radium. — SARVONAT et REBATTU : Action de l'émanation du radium sur le métabolisme de l'acide urique. — J. TEISSIER et REBATTU : Etude clinique sur les effets de l'émanation du radium en médecine interne. — CASTAIGNE et PAILLARD : Le radium dans le traitement des dermatoses.

Lyon médical. — (N° 24, 15 juin 1913.) BOUCHUT et GRAVIER : Le pneumothorax au cours de l'empyème tuberculeux. — PLISSON : Le genou à ressort. — (N° 25, 22 juin.) MOREL et MOURIQUAND : Recherche sur l'urée et les corps azotés du sang des typhiques. — E. MALESPINE : Note sur les processus de désintégration des tissus nerveux et sur le rôle des leucocytes.

Marseille médical. — (N° 12, 15 juin 1913.) AUDIBERT : Qu'est-ce que la fièvre typhoïde. — DUFOUR : Double intoxication oxycarbonée ; survie au profit du sexe masculin. — Ch. MATTEI, A. MARTIN-LAVAL et Ch. REBOUL-LACHAUX : Fractures multiples du thorax, de l'omoplate, fractures et luxations de l'épaule.

Montpellier médical. — (N° 24, 15 juin 1913.) GAUSSET : Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum de Marmorek (*fin*).

Paris médical. — (N° 29, 21 juin 1913.) Paul CARNOT : Les mouvements de l'estomac, du pylore et du bulbe duodénal. — GOUGEROT : Syphilis d'évolution atypique. — A. LEROY : Essai sur le mécanisme probable de la crise dans l'épilepsie et dans l'asthme. — Anselme SCHWARTZ : Traitement de la crise d'appendicite aiguë.

Pédiatrie pratique. — (N° 17, 15 juin 1913.) NOBÉCOURT : L'azotémie chez les enfants. — Paul DALCHÉ : Aménorrhée pubérale. Bains de mer. Hydrothérapie. Climatologie. — WEILL, MOURIQUAND et GARDÈRE : Note sur la pneumonie dans la rougeole. — FLANDIN : Le sérum continu intrarectal en médecine. — Georges PÉLISSIER : Ostéomyélite vertébrale épiphysaire aiguë. Méningite suppurée par perforation de la dure-mère. Mort. — (N° 18, 25 juin.) HUTINEL : Tubercule encéphalique. — FELHŒN : De l'élevage du nourrisson dont la mère travaille à l'usine. — DUFOUR et THIERS : Transmission de la tuberculose de la mère au fœtus.

Presse médicale. — (N° 50, 18 juin 1913.) Edouard FUSTER : Vers une action nationale contre la tuberculose (à propos de quelques graphites). — (N° 51, 21 juin.) F. JAYLE : La tuberculose de la trompe.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 25, 21 juin 1913.) BRINDEL : Quelques points de technique de la résection sous-muqueuse de la cloison des fosses nasales.

Revue médicale de l'Est. — (N° 12, 15 juin 1913.) G. ETIENNE : Le but de l'enseignement de la pathologie interne et les tendances actuelles de la pathologie générale.

Revue neurologique. — (N° 11, 15 juin 1913.) H. FRANKEL et M. DIDE : Rétinite pigmentaire avec atrophie papillaire et ataxie cérébelleuse familiales. — Silvio RICCA : Inversion du réflexe du radius par lésion traumatique de la sixième racine cervicale (1 fig.). — BOUCHAUD : Othématome et épanchement séreux du pavillon de l'oreille.

Semaine médicale. — (N° 25, 18 juin 1913.) Henri ROGER : Les bradycardies dans les maladies infectieuses. — (N° 26, 25 juin.) R. DE BOVIS : Les moyens d'améliorer les résultats immédiats de l'opération radicale du cancer utérin par voie abdominale.

Toulouse médical. — (N° 11, 15 juin 1913.) R. CESTAN : La spondylite post-traumatique ou maladie de Kümmel.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 11, 15 juin 1913.) COLLEVILLE : Sur un cas de paralysie double des nerfs de la sixième paire. — CONSTANT : L'uricémie, le système nerveux et la neurasthénie (*suite*).

NOTES POUR L'INTERNAT

LES HÉMOPTYSIES TUBERCULEUSES [1]

FORMES CLINIQUES. — *a*. HÉMOPTYSIES DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE AIGUË. — Sans être fréquente, l'hémoptysie s'observe encore assez souvent au cours de la *granulie pulmonaire*, spécialement au cours de la *granulie à forme catar-*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 72, p. 1182, et n° 75, p. 1230.

rhale d'Empis. On la rencontre aussi dans certaines variétés de granulie discrète à forme de pyrexie atténuée ; suivant l'expression de Dreyfus-Brisac, « brusquement la tuberculose jette le masque », et affirme alors sa présence par une hémoptysie, souvent très abondante. Dans ces cas, l'apparition d'une hémoptysie fixe d'une manière définitive le diagnostic, s'il était encore hésitant ; il s'agit toujours là, d'hémoptysies avec poussée évolutive, d'un pronostic très sévère.

L'hémoptysie est beaucoup plus fréquente dans la *phtisie aiguë galopante*, qui brûle les étapes ; cette fréquence s'explique par l'extension rapide du processus anatomique, qui ulcère assez rapidement les parois des vaisseaux. En raison de l'importance et de la répétition de l'hémoptysie, on peut décrire une *phtisie hémoptoïque galopante* (G. Sée), ou *phtisie aiguë hémoptoïque*, de Peter. L'hémoptysie est alors très fréquente et surtout très abondante ; elle peut entraîner la mort. On retrouve des bacilles dans les petits îlots purulents, expectorés par les malades. Sous le nom de *forme hémoptoïque*, Baumler et Fraenkel décrivent au cours de la phtisie aiguë une forme analogue, mais dans laquelle l'hémoptysie a ouvert la scène, la broncho-pneumonie ayant évolué ultérieurement, accompagnée de l'expectoration sanglante, pendant presque toute l'évolution de l'affection, qui entraîne la mort en cinq à six semaines.

On peut encore observer l'hémoptysie au cours de la *pneumonie caséeuse* quelquefois dès l'apparition des premiers symptômes fonctionnels et généraux, parfois un peu plus tard, vers le sixième ou le septième jour ; comme l'hémoptysie est exceptionnelle au cours de la pneumonie franche, son apparition lève, aussitôt, les doutes, si le diagnostic était encore hésitant entre pneumonie franche et pneumonie caséeuse.

b. Hémoptysies de la tuberculose pulmonaire abortive. — La tuberculose abortive réalise, à elle seule, trois types cliniques d'hémoptysie qui ont été bien étudiés récemment par Bezançon et de Jong.

1° Dans un premier groupe de faits, l'*hémoptysie est l'unique manifestation d'une tuberculose jusque-là latente et qui redevient ensuite cliniquement latente*. C'est l'*hémoptysie d'alarme*; elle surprend brusquement un sujet en parfaite santé. Elle ne s'accompagne pas de fièvre ; l'auscultation reste muette ; il n'existe pas de bacilles de Koch dans l'expectoration hémoptoïque (Piéry et Mandoul). Très souvent cette hémoptysie reste l'unique manifestation de la tuberculose pulmonaire ; dans d'autres cas, au bout d'un certain nombre d'années, l'hémoptysie peut réapparaître et s'accompagner cette fois de signes d'auscultation.

La cause anatomique de cette hémoptysie réside plutôt en l'ulcération d'une petite artériole qu'en un processus pneumonique, ainsi que l'établissent l'absence de signes sthétoscopiques, l'absence de fièvre, de symptômes fonctionnels, l'hypertension artérielle et l'abondance de l'hémorragie.

Le pronostic de cette hémoptysie est relativement bénin.

2° La deuxième variété des hémoptysies de la tuberculose abortive correspond encore, comme dans la forme précédente, à une *hémoptysie d'alarme*, mais elle *s'accompagne d'une symptomatologie pulmonaire*. Il s'agit en somme d'une hémoptysie du début mais associée cette fois à une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire, dont on retrouve facilement tous les symptômes (amaigrissement, fièvre, formule hémo-leucocytaire, etc.). Ici l'hémoptysie relève d'un processus de pneumonie hémorragique. Elle est constituée par des crachats d'un rouge rutilant, spumeux ; elle dure de deux à huit jours. Le sang est mélangé à un exsudat mucoïde, analogue à celui de la pneumonie franche. L'examen bactériologique des crachats est à peu près toujours négatif.

La fièvre peut atteindre 39 degrés. Les signes physiques sont des signes en foyer, qui occupent, soit les sommets, soit le territoire des scissures (Sabourin). Parfois un point de côté permet au malade d'indiquer la localisation du foyer. Au niveau du foyer on entend un petit souffle doux, voilé, lointain et simultanément de petits râles secs, des frottements râles. Dans les jours qui suivent, les râles deviennent plus gros, puis la résolution se fait. Il est exceptionnel que ce foyer s'ulcère et se creuse.

Ce type d'hémoptysie est d'un pronostic relativement bénin, si le malade évite toutes les causes de fatigue et de surmenage capables de provoquer l'apparition d'un processus pneumonique.

Cette hémoptysie correspond au type que réalisent les *hémoptysies supplémentaires des règles* des jeunes filles et des femmes surmenées.

3° L'hémoptysie peut encore, au cours de l'évolution d'une tuberculose abortive, se répéter avec une telle fréquence, que l'on a pu décrire (Bezançon), sous le nom de *tuberculose pulmonaire hémoptoïque à étapes éloignées*, des cas où l'hémoptysie est assez fréquente pour caractériser un type clinique. Andral et Peter avaient donné à cette forme le nom de *tuberculisation à forme hémoptysique*, G. Sée, celui de *phtisie hémoptoïque à longue échéance*.

Il s'agit de sujets qui, à plusieurs reprises plus ou moins éloignées, sont pris d'hémoptysie, sans que, dans l'intervalle, l'on puisse observer chez eux le moindre signe de tuberculose en évolution. L'hémoptysie est en général peu abondante ; elle ne s'accompagne ni de fièvre, ni d'aucun des signes traduisant une poussée évolutive de la tuberculose. L'examen des crachats est négatif. L'auscultation, au moment de l'hémoptysie, montre des signes de congestion légère, très localisés ; dans l'intervalle, l'on observe tout au plus quelques signes discrets d'induration, un peu d'obscurité respiratoire, un peu de rudesse, quelques modifications de l'ombre radioscopique.

Cette hémoptysie relève d'un processus pneumonique. Comme nous l'avons déjà expliqué, il s'agit de malades à système vaso-moteur très impressionnable, qui présentent sous l'influence des causes les plus variables, avec la plus grande facilité, des poussées congestives pulmonaires s'accompagnant d'hémoptysie.

Malgré la répétition de ces hémoptysies, le pronostic reste bénin : nous verrons plus loin qu'il existe une forme hémoptoïque, dans laquelle, au contraire, entre les hémoptysies, la tuberculose pulmonaire évolue, ce qui modifie totalement et l'allure clinique et le pronostic de cette autre variété d'hémoptysie à répétition.

c. Hémoptysies des phtisies fibreuses. — Au cours de l'évolution des phtisies fibreuses, il n'est pas rare d'observer des hémoptysies qui se rapprochent des précédentes par leur bénignité.

L'hémoptysie est en effet fréquente au début de la phtisie fibreuse des arthritiques ; comme l'a bien montré Marfan, on observe chez ces malades une hypertension artérielle très manifeste, un pouls vibrant et fort : il s'agit là des *formes éréthiques de la tuberculose pulmonaire*, procédant par poussées congestives, avec hémoptysies assez abondantes, fréquemment périodiques, assez souvent accompagnées d'un peu de fièvre.

Il n'est pas rare non plus d'observer une hémoptysie analogue, chez des sujets qui, après avoir présenté une fonte caséeuse du parenchyme pulmonaire, ont *sclérosé*, *cicatrisé en quelque sorte leurs lésions*, en même temps qu'ils ont recouvré un état général excellent. Ces malades, à l'occasion d'un refroidissement, font autour de leurs lésions pulmonaires cicatrisées une poussée pneumonique déterminant facilement une hémoptysie : cette hémoptysie est légèrement fébrile, on peut retrouver quelques bacilles dans l'expectoration ; tant que persiste la poussée congestive, les symptômes d'auscultation sont très alarmants (signes cavitaires, gargouillements), néanmoins, le processus congestif disparaît assez vite, la lésion n'évolue pas, elle reste cicatrisée. Ce type d'hémoptysie s'observe quelquefois aussi dans la *tuberculose fibreuse discrète, avec emphysème*.

A première vue, la fréquence des hémoptysies est un peu surprenante au cours de l'évolution des tuberculoses fibreuses : en réalité, cette fréquence s'explique facilement si l'on se rappelle la richesse vasculaire du tissu de sclérose dans la tuberculose pulmonaire.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 79 — SAMEDI 12 JUILLET 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 12 JUILLET 1913. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale le journal ne paraîtra pas mardi.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 20 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

La première série étant close, les demandes pour la deuxième série doivent nous parvenir avant le 15 juillet.

Écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — M. Florence, docteur en médecine, est institué agrégé des facultés de médecine (section de pharmacie).

— Des concours s'ouvriront à Paris, en 1914, pour neuf places d'agrégé des écoles supérieures de pharmacie, à répartir de la manière suivante entre les écoles des universités ci-après désignées :

Section de physique, chimie et toxicologie. — Paris, 2 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 1.

Section d'histoire naturelle. — Paris, 3 ; Montpellier, 1.

Section de pharmacie. — Montpellier, 1.

Ces concours s'ouvriront :

Le 25 février 1914 pour la section de physique, chimie et toxicologie.

Le 4 mai 1914 pour la section d'histoire naturelle et de pharmacie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Labbé, agrégé des Facultés de médecine (section de chimie biologique et médicale), est attaché à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Réchou, agrégé des Facultés de médecine (section de physique biologique et médicale), est attaché à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

M. Chelle, agrégé des Facultés de médecine (section de chimie biologique et médicale), est attaché à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

— Toulouse. — M. Escande, agrégé des Facultés de médecine (section de physique biologique et médicale), est attaché à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Un congé du 1er au 31 juillet 1913, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Jagot, professeur de clinique médicale.

M. Denéchau, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, du 1er au 31 juillet 1913 (durée du congé accordé à M. Jagot), d'un cours de clinique médicale.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le conseil supérieur vient d'adopter le projet d'arrêté relatif à l'organisation des concours d'agrégation dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie. Nos lecteurs connaissent bien ce projet qui est celui de M. le professeur Grasset. (Voir *Gaz. des hôp.*, 22 février 1913, n° 22, p. 339.)

GUERRE. — La médaille d'honneur des épidémies en argent est décernée à MM. les médecins-majors de deuxième classe Noirot et Bailly (Maroc occidental).

LES VACANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Institut de France est actuellement l'unique corporation savante du monde entier qui ne prend jamais ses vacances.

Sur l'initiative de M. Lallemand, 25 membres de l'Académie des sciences avaient pensé qu'il était désirable de rompre avec cette tradition, tout au moins en ce qui concerne cette académie, chaque classe de l'Institut étant libre de modifier à sa guise son règlement intérieur.

La question a été soumise à l'Académie des sciences réunie en comité secret à l'issue de la séance. Après une longue délibération, ce sont les partisans de la tradition qui l'ont emporté, et la proposition de M. Lallemand n'a réuni que cinq voix sur la totalité des membres présents.

Cela n'empêchera pas, bien entendu, la plupart des académiciens de s'absenter, comme d'habitude, pendant les mois d'août et de septembre, mais il n'y aura pas de vacances officielles.

P.

REVUE GÉNÉRALE

KYSTES HYDATIQUES DES OS

Par M. C. BARDIN,
Interne des hôpitaux de Saint-Etienne.

I

Historique. — Longtemps confondus avec les autres affections du squelette, les kystes hydatiques des os ne font leur apparition dans la littérature médicale que vers la fin du XVIIIe siècle. Chez un malade, entré le 19 pluviôse an IX à l'hôpital des vénériens, Cullerier remarqua, à l'ouverture d'une tumeur osseuse de la jambe, des hydatides « de l'espèce de celles signalées par Laënnec sous le nom d'acéphalocystes ».

Pour Dezeimeris, les chirurgiens hollandais « Van Wy » et « Van der Haar » auraient mentionné cette affection avant Cullerier, mais l'authenticité de cette assertion serait douteuse pour Gangolphe. Après Cullerier, Webster, Keate (1819), Langenbeck (1820), A. Cooper, Dupuytren, Rame (1836) publièrent de nouvelles observations.

En 1838, dans le journal *l'Expérience*, Dezeimeris rassemble tous ces faits épars auxquels il joint une observation fort intéressante d'hydatides du bassin, observation parue dans un journal allemand (*Hamburg Zeitsch. f. d. ges. Med.*).

La même année à la Faculté de Montpellier paraissait la thèse d'Escarraguel qui complétait l'observation de Rame en y ajoutant quelques détails anatomiques.

Douze ans plus tard, Bérard, dans un article du « dictionnaire en 30 volumes », trace de l'affection un tableau très exact. Il insiste sur sa gravité, sa marche envahissante et signale la fréquence des fractures spontanées.

Peu à peu, le nombre des observations s'accroît; en 1875 Viertel publie un mémoire sur la question et Davaine donne une statistique de 20 cas. Récrey (1877-1878) arrive à un total de 33 cas, chiffre exagéré pour Gangolphe.

Viennent ensuite les observations de « Virchow » en 1879 et de « Hahn » en 1882. A propos de cette dernière observation, Virchow, dans une communication à la Société de médecine de Berlin, reprend la question et expose ses idées sur quelques points d'anatomie pathologique. Il insiste sur l'influence du milieu, sur la forme des hydatides, forme qui serait déterminée par leur séjour dans les aréoles spongieuses. Avec lui, prend naissance la théorie alvéolaire de l'échinococcose osseuse.

Duplay, en 1885, Moynac, en 1886, rapportent deux nouvelles observations et reproduisent les idées de Virchow. A la même époque, paraît la thèse d'agrégation de Gangolphe qui réunit les observations parues jusqu'à lui et arrive ainsi à une statistique de 52 cas. Il critique sans la réfuter la théorie alvéolaire. Pour lui la forme multiloculaire des kystes hydatiques serait due à la prolifération exogène des vésicules. En 1894 paraît son « Traité des maladies infectieuses des os » qui jusqu'à ce jour a servi de base à toutes les descriptions cliniques et anatomiques que l'on a faites des kystes hydatiques osseux.

C'est de Gangolphe également que s'inspire Bron, en 1894, dans sa thèse « sur les kystes hydatiques du fémur » où l'on trouve une observation longue et détaillée prise à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du docteur Monod. Nous ne citerons que pour mention les articles de Dubourg et Labougle en 1889, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, et Salvia (1893), dans le *Progrès médical*.

En 1898, Wilms (de Leipzig) publie un cas d'échinococcose multiloculaire de la colonne vertébrale. Il admet que l'échinocoque des os est multiloculaire ce qui veut dire pour lui alvéolaire. Il demande à ce qu'on distingue les kystes hydatiques en grands, moyens et petits, ce qui est nier la spécificité de la tumeur alvéolaire.

En 1899, Abée Conrad (de Marbourg), dans les *Virchow Archiv*, joint à deux observations d'échinococcose alvéolaire du foie, un cas d'échinococcose de la hanche et du bassin. Mais il n'en fait pas de l'alvéolaire, car il y a des vésicules filles dans une grande cavité. A ce moment la théorie de l'échinococcose alvéolaire passionne les auteurs et Devé incrimine violemment les kystes hydatiques des os, cause de la confusion jetée entre les kystes multiloculaires et l'échinococcose alvéolaire, à laquelle la plupart des auteurs assimilent les kystes hydatiques des os « bien que ces deux maladies n'offrent entre elles que de grossières analogies ».

En 1909, Reich (de Tubingen) publie, dans le *Beiträge zür klinischen Chirurgie*, un travail très documenté. Il cite la statistique de Frangenheim et y réunit plusieurs nouveaux cas dont deux de Cramwell et Lejars, ce qui porte à 113 le nombre des observations sur les échinocoques des os.

Daujat (Lyon, 1912), dans sa thèse sur l'échinococcose alvéolaire, consacre un intéressant chapitre à l'échinococcose alvéolaire des os. Il résume très bien la question et conclut qu'à part peut-être deux cas de tumeurs alvéolaires (Brentano et Benda, Elenewsky) la plupart des cas publiés de kystes hydatiques des os « sont dus à des hydatides multiples avec prolifération exogène ou à la forme multiloculaire vraie ».

C'est à cette forme que se rapporte enfin la dernière observation, recueillie à Lyon dans le service du professeur Jaboulay et rapportée par le docteur Horand à la Société de médecine de Lyon (31 mars 1913).

II

Etiologie. Pathogénie. — Le cycle de l'échinocoque est à l'heure actuelle très bien décrit dans tous les traités classiques des maladies parasitaires. Aussi ne rappellerons-nous que très brièvement son histoire zoologique.

C'est le plus petit des cestodes connus. Il mesure 5 à 6 millimètres de long sur 1/2 millimètre de large. Sa tête est armée d'une double rangée de 14 à 15 forts crochets et de 4 ventouses.

Il a trois anneaux qui se renouvellent par segmentation de la tête à mesure que le plus postérieur se détache. Ce dernier en pleine maturité renferme 500 œufs environ contenant chacun un embryon appelé « hexacanthe » en raison des six crochets qu'il possède.

Il vit à l'état adulte dans l'intestin de certains chiens. Les anneaux mûrs du tænia, expulsés avec les matières fécales, se répandent sur le sol, infectent de leurs œufs l'herbe dont se nourrissent les ruminants et les légumes dont se nourrit l'homme.

Amené ainsi à l'intérieur de l'estomac, le suc digestif libère de sa coque l'embryon hexacanthe, qui, grâce à ses crochets, traverse la paroi de l'intestin. Il tombe alors dans une des origines de la veine porte d'où il est transporté à travers l'organisme de son nouvel hôte.

Il se fixe en un point, grossit, se creuse d'une cavité centrale qui se remplit de liquide. Sa face externe laisse exsuder un liquide hyalin qui, en se condensant, forme la membrane cuticulaire. Sa cavité est tapissée par une membrane très mince, la membrane germinative. C'est au niveau de cette dernière, seul élément actif, que se produit la suite du développement. Sur sa surface interne naissent les vésicules proligères dont la paroi est constituée par une mince couche de plasmodium germinatif. Chaque vésicule proligère renferme de 1 à 50 scolex, qui sont de petites têtes de tænia invaginées en boule. Les vésicules se détachent, peuvent se rompre, mettant en liberté les scolex. Vésicules et scolex forment le sable blanc échinococcique que l'on voit flotter dans le liquide hydatique. Ce liquide lui-même est limpide comme de l'eau de roche. Outre le sable échinococcique, il contient en suspension des vésicules filles. Selon la théorie classique, ces vésicules naissent indépendamment de la membrane germinale, dans l'interstice de deux lames de la membrane cuticulaire qu'ils finissent par rompre, soit par sa face interne donnant des vésicules filles endogènes, soit par sa face externe donnant des vésicules filles exogènes.

Dans le premier cas, on aura un kyste uniloculaire, dans le second un kyste multiloculaire, car la structure de ces vésicules filles est la même que celle des vésicules mères. Elles peuvent produire à leur tour des capsules proligères et des vésicules petites filles. Pour revenir du kyste au tænia il faudra qu'un herbivore porteur d'un kyste soit abattu et que le viscère parasité soit absorbé par un chien, dans le tube digestif duquel les scolex mis en liberté donneront naissance à un, deux, puis trois anneaux.

A côté de cette évolution normale en deux temps il existerait pour Naunyn un autre mode de développement vérifié par de nombreuses recherches expérimentales, surtout celles de Devé. Il consiste dans l'évolution vésiculaire des capsules proligères et des scolex. C'est ainsi que naîtraient, le plus souvent, les vésicules endogènes, et qu'un kyste qui se rompt peut donner naissance à de nombreux kystes hydatiques secondaires.

Tel est le cycle évolutif de l'échinocoque. Le kyste hydatique est donc le produit de l'infection par les œufs de tænia. Ceux-ci sont apportés par des eaux impures, des fruits qui ont traîné à terre, des légumes crus, ou par le simple contact de chiens contaminés. Et les chiens les plus dangereux ne seront pas, comme on l'a souvent dit, les chiens d'appartement, mais ceux exposés à ingérer des tissus kystiques.

Aussi les kystes seront fréquents dans les pays d'élevage (Australie, Argentine, Uruguay) et les pays où, comme en Islande, habitants et animaux domestiques vivent pêle-mêle.

Rareté. — Les kystes hydatiques osseux sont rares, Frangenheim en 1906 n'en cite que 113 cas dans sa statistique et, depuis, il en a été publié très peu (Cramwell, 2 cas; R. Horand, 2 cas). Le parasite, en effet, doit parcourir un trajet long et compliqué avant de se fixer au niveau d'un os. Il a deux fins réseaux de capillaires à traverser : celui du foie et celui du poumon, pour arriver dans le ventricule gauche qui le lancera dans la circulation générale où un troisième réseau capillaire périphérique l'arrêtera définitivement.

Influence du traumatisme. — Mais pourquoi cette localisation? Qui est-ce qui détermine l'arrêt du parasite au niveau d'un os? La seule cause qui semble réellement agir c'est le traumatisme que l'on retrouve dans presque toutes les observations. On le trouve déjà signalé en 1879, par Danlos, qui cependant ne lui reconnaît comme rôle « que de favoriser la fixation du parasite et son développement, soit par une rupture vasculaire, soit plutôt par fixation traumatique ».

Gangolphe rapporte les intéressantes expérimentations de Klencke qui, en injectant dans la veine crurale de divers animaux « un fluide chargé d'échinocoques », arrivait à obtenir le développement d'acéphalocystes en un point déterminé de l'organisme en produisant au bout de quelques jours une fluxion traumatique à ce niveau.

Ces expériences n'ont pas été reprises, mais il est logique, comme on le fait pour d'autres maladies infectieuses des os (tuberculose, ostéomyélite) d'admettre que le traumatisme agisse en imprimant une impulsion brusque à des lésions restées plus ou moins latentes.

Du reste, comme le staphylocoque, l'embryon hexacanthe affectionne les lieux abondamment vascularisés, et, dans les os longs, la localisation se fait presque toujours au niveau des épiphyses.

Le sexe ne semble pas jouer un rôle prédisposant, l'âge non plus.

— Mais comment se développe le parasite dans le tissu osseux? Le milieu dans lequel il évolue influe-t-il sur sa forme? Nous touchons là à une question brûlante qui a fait naître les hypothèses les plus diverses. Les kystes hydatiques des os se présentent sous deux formes bien nettes : la forme uniloculaire, excessivement rare, et la forme multiloculaire, la plus commune.

Forme uniloculaire. — Cette forme n'offre rien de particulier dans son développement. Nous n'insisterons pas, c'est le kyste hydatique ordinaire et banal.

L'embryon, devenu vésiculeux, constitue une vésicule mère qui s'entoure d'une couche adventice. La membrane interne ou germinale prolifère, en même temps les dimensions s'accroissent, le liquide clair transparent, neutre ou un peu alcalin, non albumineux, devient plus abondant. La cavité osseuse où la vésicule mère s'est développée, est progressivement usée, amincie et finalement détruite.

Ces phénomènes pathogéniques sont comparables à ceux que l'on observe lors du développement des kystes dans le foie.

Forme multiloculaire. — Quant à la pathogénie des kystes multiloculaires, « il est, dit Gangolphe, peu de questions d'anatomie et de physiologie pathologique présentant autant d'obscurité ». C'est qu'en effet, Devé le fait remarquer, « on a confondu des lésions très dissemblables englobées et réunies sous le nom de kyste multiloculaire ». Aussi nous ne ferons que signaler la plupart des théories émises pour expliquer cette forme.

— Celles qui l'attribuent à un tænia différent de celui qui produit le kyste uniloculaire.

— Celles qui considèrent les vésicules comme le résultat de la transformation d'un nombre égal d'embryons hexacanthes.

— Celles qui supposent une prolifération par segmentation d'une vésicule primitive.

— Celles qui admettent qu'une vésicule mère pleine de vésicules filles s'est rompue et a laissé son contenu se disséminer dans les aréoles.

Avant d'exposer la théorie actuellement admise, nous retiendrons seulement la théorie de Virchow qui longtemps a prévalu. Virchow rattachait les kystes multiloculaires osseux à ces tumeurs du foie qu'il décrivit en 1855 sous le nom de « tumeur à échinocoques multiloculaires à tendance ulcéreuse ».

Les travaux de Virchow repris et transformés ont établi finalement l'entité morbide de la maladie connue sous les noms divers de « tumeur hydatique multiloculaire, kyste hydatique alvéolaire, échinococcose banaro-tyrolienne » (Devé) et enfin plus communément sous le nom « d'échinococcose alvéolaire ».

Cette maladie, pour Devé, serait due à un tænia voisin de l'échinocoque du kyste hydatique. Daujat, dans sa thèse, a bien étudié l'évolution de ce cestode. Les scolex du parasite enkysté contiennent de jeunes embryons ovoïdes doués de mouvements amoebiens: ils traversent la capsule chitineuse et vont à leur tour donner de nouvelles vésicules, soit dans le tissu voisin, soit même à distance, produisant des métastases.

Pour Devé, nous l'avons déjà dit dans l'historique, les deux maladies n'offrent que de très grossières analogies. « Les kystes hydatiques des os, alvéolaires par leur aspect, dépendent tous de la variété hydatique commune ». C'est aussi l'opinion de Gramwell et Lejars pour qui « les kystes hydatiques multiloculaires des os appartiennent tous à la forme commune et non à la forme décrite par Virchow ».

Les deux affections, en effet, ne se ressemblent, ni par leur forme anatomo-pathologique, ni par leur évolution. Nous en reparlerons plus loin.

Il existerait cependant pour Daujat deux cas d'échinococcose alvéolaire osseuse ; un du bassin (Brentano et Benda) et un de la colonne (Clenevosky).

Mais ces deux cas méritent d'être décrits avec l'échinococcose alvéolaire et non avec l'échinococcose hydatique à laquelle appartiennent bien nettement tous les kystes hydatiques osseux publiés jusqu'à ce jour.

Il nous faut donc conclure que la multiplicité des loges est due tout simplement à la prolifération exogène des vésicules qui se multiplient presque toujours suivant ce mode, lorsque le kyste est venu se greffer dans un os ; la raison en est toute mécanique : la structure du tissu où il se développe ne lui permettant pas de se dilater à son aise, mais l'obligeant à se glisser dans toutes les cavités osseuses qu'il trouve ou qu'il crée.

C'est là une notion importante justement mise en valeur pour la première fois par Gangolphe dans sa thèse d'agrégation.

III

Anatomie pathologique. — En présence d'un cas d'échinococcose osseuse, on peut se demander, quand les tissus environnants sont également envahis, quel a été le point de départ. L'os a-t-il été primitivement ou secondairement atteint? On conçoit dans les cas anciens combien il est difficile d'élucider cette question. En tout cas il n'existe pas de preuves anatomo-pathologiques suffisantes qui puissent faire admettre la seconde hypothèse ; les kystes hydatiques avoisinant les os n'agissent sur eux que d'une façon indirecte en les refoulant, en les détruisant comme le ferait un anévrisme.

Siège. — Tous les os du squelette peuvent être atteints ; un certain nombre cependant sont restés indemnes jusqu'à ce jour, s'il faut en croire les statistiques dont voici la plus récente de Frangenheim :

Os frontal	3	crâne 9.
Os pariétal	4	
Os sphénoïdal	1	
Base du crâne	1	
Scapulum	2	
Sternum	2	
Côtes	2	
Vertèbres	26	
Bassin	30	
Humérus	17	extrémité supérieure.
Phalanges	1	
Fémur	10	extrémité inférieure.
Tibia et péroné	14	
Total	113	

Dans les os longs c'est surtout au niveau des régions épiphysaires que se développe le parasite. Nous avons déjà dit que la vascularisation intense de ces régions favorisait son développement. Parmi les os plats c'est l'os iliaque qui est le plus souvent atteint, grâce à sa structure spongieuse et aréolaire et à son étendue qui font de l'os une sorte de lac sanguin.

Volume. — Les dimensions des kystes hydatiques sont excessivement variables. Une fois la coque

osseuse éclatée, les vésicules envahissent rapidement les parties voisines. Il est également des tumeurs douées d'une activité germinative plus considérable que d'autres et qui s'accroissent très rapidement. Dans le cas du professeur Jaboulay, rapporté à la Société des sciences médicales de Lyon par le docteur Horand, les hydatides dont le point de départ se trouvait au niveau de l'extrémité supérieure du fémur avaient envahi tout l'os iliaque creusant l'os en une infinité de loges communiquant toutes entre elles.

Mais le volume et le développement de la tumeur varieront surtout suivant la variété en face de laquelle on se trouve, kyste uniloculaire ou kyste multiloculaire.

Kyste uniloculaire. — Cette forme est excessivement rare. Gangolphe n'en a réuni que cinq observations dans sa statistique qui porte sur 52 cas, et encore sur les cinq il y en aurait deux de contestables. Dernièrement le professeur Jaboulay faisait présenter à la Société de Lyon un fémur trouvé jadis par lui à l'amphithéâtre d'anatomie et qu'il eut la curiosité de sectionner, ce fémur possédant au niveau de son extrémité inférieure un cal produit par une ancienne fracture. La cavité de la dimension d'une mandarine était tapissée régulièrement par la membrane proligère; les parois étaient épaisses sans aucune réaction périostée, et, rien n'aurait signalé sa présence, si l'attention de M. Jaboulay n'avait été attirée par une fracture siégeant à son niveau, fracture consolidée par un « cal boursouflé mais solide ».

Les trois observations précises et indiscutables, que cite Gangolphe comme faisant partie de l'uniloculaire, ont trait toutes trois à des kystes du sinus frontal. Dans ces trois cas le kyste avait écarté et aminci les parois du sinus frontal; nulle part il n'y avait d'envahissement intra-osseux, la surface interne de la cavité était raboteuse, irrégulière, il n'y avait pas de séquestre; le liquide était clair et limpide.

Ces kystes sont donc des kystes hydatiques ordinaires, semblables à ceux que l'on trouve dans le foie. Ils prolifèrent suivant le mode endogène, évoluent lentement et peuvent passer longtemps inaperçus. Ils constituent en somme des tumeurs bénignes.

Kyste multiloculaire. — Les kystes multiloculaires, par contre, sont beaucoup plus malins. Ils se développent surtout dans les régions où prédomine soit la structure aréolaire spongieuse, soit une vascularisation abondante. Ils présentent un aspect bien différent suivant la période à laquelle on les étudie.

Première période : Période d'infiltration. — Il n'existe pas à proprement parler de kyste véritable, mais une infiltration diffuse des aréoles osseuses par de petites vésicules. Le foyer n'a pas de limites distinctes; les vésicules sont nombreuses, confluentes au centre et disséminées à la périphérie qui représente la zone d'envahissement : « C'est à cette période, dit Gangolphe, que la tumeur mérite réellement le nom d'alvéolaire. »

En tout cas nous n'avons pas de stroma, pas de tissu caséeux entre les vésicules comme dans la maladie de Virchow.

Deuxième période : Période d'état ou de nécrobiose centrale. — Peu à peu la force d'expansion du kyste amincit, use et fait disparaître le tissu compact. En outre la confluence des vésicules obstrue la circulation; il se produit une fonte ou plutôt une nécrose des parties centrales. On est alors en présence d'une cavité pleine d'un liquide puriforme, couleur « soupe aux pois », non fétide et de quantité variable. Son aspect puriforme est dû aux nombreux éléments cellulaires en voie de désintégration granulo-graisseuse; on trouve quelquefois de rares crochets, mais par contre nageant à l'intérieur du liquide de nombreuses vésicules en général toutes petites, mais dont quelques-unes, ainsi que nous l'avons constaté nous-même, peuvent atteindre le volume « du poing d'un enfant ». Il existe aussi des séquestres; les uns sont anfractueux, irréguliers et complètement infiltrés d'hydatides microscopiques; les autres, bien qu'envahis par les vésicules, sont plutôt produits par l'inflammation osseuse, suite de l'oblitération vasculaire. Ils sont d'aspect gothique et contiennent de l'os en grande partie.

Les parois de la cavité sont formées par tout ce qui reste de l'os. Isolées les unes des autres, les lamelles osseuses ne forment plus qu'une sorte de charpente, cloisonnée, irrégulière, pouvant prendre « l'aspect d'une dentelle de la plus incomparable finesse ».

Tous les auteurs classiques ont décrit jusqu'à ce jour la surface interne du kyste « irrégulière, dans quelques points purement fibreuse, d'où son aspect lisse et luisant, et donnant rarement attache à des hydatides ». (Mauclaire, collection Le Dentu et Delbet.)

Dans la communication de M. Horand nous lui trouvons un tout autre aspect : l'intérieur des cavités osseuses était tapissé par une substance gélatineuse très spéciale. « Cette substance a tout infiltré, canaux de Havers, orifices vasculaires... Elle fait corps avec l'os. La dissection ne saurait l'en séparer, il faut l'arracher. Sa face interne est semée d'innombrables petits grains qui lui donnent l'aspect velouté et villeux..., chacun est un scolex ou une vésicule proligère..., ces vésicules sont rattachées à la membrane par un mince pédicule. »

Cette description, que nous ne rencontrons nulle part dans les traités et dont nous avons pu nous-même vérifier l'exactitude rigoureuse, correspond évidemment à un envahissement de toute la paroi par une vaste membrane.

Gangolphe et après lui tous les auteurs nient formellement la présence de toute membrane limitante.

Cependant Bron en 1896 la signale d'une façon très nette sans toutefois la décrire, en faisant remarquer qu'avant lui Dubourg et Labougle l'avaient observée déjà. Sa présence sur des pièces fraîches paraît hors de doute; sur les pièces présentées par le professeur Jaboulay on put la détacher presque tout entière en faisant macérer les os dans du liquide.

Si le tissu osseux ne réagit pas comme dans le

foie en produisant une membrane fibreuse, tapissée à son intérieur par une membrane proligère, il est cependant très logique d'admettre que dans un os, la confluence des vésicules amenant la formation de vastes cavités, ces cavités soient recouvertes à leur intérieur par la membrane primitive des vésicules. Gangolfphe n'a eu sous les yeux que des pièces sèches et, comme tous les auteurs n'ont fait que décalquer sa thèse d'agrégation, on s'expliquera cette erreur que l'on retrouve dans tous les traités classiques et jusque dans les ouvrages allemands.

Un fait remarquable est l'absence de réaction du périoste; celui-ci ne produit pas d'os nouveau. Alors même que les vésicules affleurent les parties les plus excentriques de la coque diaphysaire rien ne vient révéler à l'extérieur la lésion centrale. Cette absence complète de réaction périostée, explique la fréquence des fractures et le peu de solidité du cal qui se constitue.

De proche en proche, les hydatides continuent leur marche, détruisant complètement le tissu osseux. Dans le cas de Duplay le fémur fut entièrement transformé en une sorte de sac ostéofibreux. L'os finit par être perforé en plusieurs endroits, les vésicules se répandent dans les parties molles; les cartilages articulaires n'offrent également qu'une barrière insuffisante.

D'après Gangolphe les cartilages diarthrodiaux ne seraient pas envahis mais soulevés par les vésicules; ils finiraient par éclater, se détacheraient et disparaîtraient plus ou moins complètement.

C'est ainsi que l'extrémité supérieure du fémur peut se luxer dans le bassin, à travers la cavité cotyloïde défoncée. Dans l'observation du professeur Jaboulay les hydatides avaient gagné presque entièrement tous les os du bassin situés du même côté.

Les masses musculaires avoisinantes sont ordinairement refoulées par le kyste et ses diverticules, qui arrivent à se créer des repères nombreux et forment de vastes poches communiquant plus ou moins avec la cavité centrale et contenant tantôt comme elle du liquide puriforme, tantôt du liquide séreux. Les vaisseaux de gros calibres sont ordinairement respectés. Cependant, dans le cas du professeur Jaboulay, la veine saphène interne était thrombosée, « thrombose remontant jusqu'à la veine iliaque; cette dernière était ulcérée et saignante, un hématome énorme décollant le péritoine ».

Les nerfs n'ont jamais été atteints. On ne signale pas de généralisation aux organes, sauf dans le cas de Virchow où à l'autopsie on trouva un kyste multiloculaire du foie.

IV

Symptomatologie. — Formes cliniques et pronostic. — Comme les maladies infectieuses des os (tuberculose, syphilis, ostéomyélite) l'échinococcose osseuse se prête mal à une description d'ensemble. La multiplicité des localisations de l'embryon hexacanthe suffit à expliquer le polymorphisme de la maladie et sa gravité suivant les régions atteintes. Il est cependant quelques caractères généraux qu'il est bon de mettre en relief avant de passer à l'étude des différentes formes cliniques variables suivant le siège.

Première période : Début. — Il existe toujours une période de latence excessivement longue (dix-neuf ans dans le cas du professeur Jaboulay).

Parfois quelques douleurs sourdes, profondes mais sans exacerbation, indiquent que l'os est atteint, mais en général les signes subjectifs sont des plus légers. « Il n'est pas, dit Gangolphe, d'affection osseuse qui soit aussi complètement indolente. Le canal médullaire d'un os long peut être envahi dans toute sa longueur sans que le malade ou le chirurgien soupçonne la gravité de la situation. »

Une fracture survenant sous une cause insignifiante sera souvent la première manifestation et ce symptôme de début deviendra un signe capital dans les kystes des os longs. A cette période, on peut trouver aussi, dans les os plats surtout, une *légère tuméfaction* osseuse plus ou moins nette.

A ce niveau, l'os est en général dépressible donnant parfois à la palpation la sensation de crépitation parcheminée, et, si la coque osseuse vient à céder en un point, le doigt peut percevoir une perforation limitée par un rebord osseux.

Deuxième période : Tumeur ossifluente. — Le kyste a rongé sa coque osseuse; presque immédiatement se produisent des abcès ossifluents. Ces abcès sont comparables en tout point à ceux de la tuberculose. Ils peuvent être simples, mais le plus souvent ils sont multiples, multilobés et dans certains cas communiquent largement entre eux. A leur niveau la peau est distendue et présente de la circulation veineuse collatérale.

La palpation montre une *tuméfaction de consistance inégale*, fluctuante par place, mollasse et même lipomateuse en d'autres endroits. Quant au frémissement hydatique, il fait défaut dans l'immense majorité des cas.

Troisième période : Évolution. — Que deviennent ces abcès ? Ils augmentent assez vite de volume. Il est très rare cependant que l'on signale une ouverture spontanée à la peau.

En général, ils se dirigent du côté où ils éprouvent le moins de résistance. Au rachis ils envahiront le canal rachidien; dans le bassin ils s'étendent à la hanche et pourront venir poindre vers le pli de l'aine.

Mais, pendant que l'os et les tissus nécrosés envoient vers les parties molles leurs produits de désintégration cellulaire, les hydatides continuent leur prolifération plus ou moins active, et gagnent les articulations. Les cartilages diarthrodiaux éclatent, l'articulation envahie devient volumineuse, puis l'os voisin se prend à son tour. Il se produit alors des luxations, des subluxations, surtout quand l'affection siège sur le membre inférieur.

La *ponction* des abcès donne des résultats variés. Parfois on fait des ponctions blanches (Dubourg et Labougle, Bron). Ailleurs on voit sortir du pus crémeux, *purée de pois*, où se mêlent des gouttelettes jaune brun, couleur baume du Pérou, gouttelettes que le professeur Jaboulay dit pathognomoniques d'une tumeur parasitaire.

Baignant dans l'ensemble on peut trouver encore de nombreux débris de vésicules éclatées, ressemblant à des peaux de raisin. D'autres fois le trocart plonge dans une vésicule volumineuse qui laisse échapper le classique liquide « limpide et clair comme de l'eau de roche ».

D'autres fois enfin, il s'écoule un liquide séreux, jaune, un peu gluant, pouvant contenir à son intérieur des débris plus ou moins abondants de vésicules.

Des tumeurs à prolifération aussi active, on le conçoit facilement, n'arrivent pas à ce stade sans retentir sur l'état général; sans parler des cas anciens où des phénomènes phlegmoneux, consécutifs à des ponctions plus ou moins aseptiques, venaient singulièrement aggraver le pronostic, il se produit la plupart du temps un affaiblissement considérable, une dépression notable des forces, pouvant s'accompagner de douleurs excessives, résultant de la compression exercée sur les gros troncs nerveux.

« Nous trouvâmes, dit M. Horand, une femme cachectique, hâve, jaune, terreuse, étendue dans son lit, penchée sur le côté faisant plutôt l'effet d'une tuberculeuse que de tout autre chose. Ses viscères cependant sont sains. »

Dans toutes les observations on voit, en effet, la maladie évoluer lentement vers la cachexie, lorsqu'une intervention large et précoce n'est pas venue enrayer la marche envahissante des lésions.

A part le cas de Virchow, où l'on trouva à l'autopsie un kyste multiloculaire du foie, il ne se fait jamais de localisation à distance, ni de métastase. Les lésions sont purement locales et la gravité réside dans leur propagation plus ou moins rapide aux parties et aux organes voisins.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 JUILLET 1913)

Traitement du cancer du gros intestin. — M. DEMOULIN, chargé d'un rapport sur un travail de M. Duval et trois observations de M. Schwartz relatifs à cette question. Dans les observations de M. Schwartz, il s'agit de colectomie en trois temps. La première a trait à un cancer du côlon pelvien non diagnostiqué : laparotomie exploratrice, découverte d'un cancer annulaire du côlon pevien, extériorisation, fistule sur le bout supérieur, résection ultérieure de la tumeur, guérison. L'anus artificiel n'est pas encore supprimé. Il n'y avait pas encore de récidive après onze mois. Il semble résulter de ce fait et d'autres analogues que la récidive n'est plus précoce, ni plus fréquente après l'opération en trois temps qu'après l'opération en un seul temps. Mais l'extériorisation ne doit être employée que quand elle est facile.

M. Duval entre dans les vues de M. Quénu et il ne pense pas que l'extériorisation soit utile quand le cancer est très mobile. Mais pour justifier la colectomie en plusieurs temps, il y a d'autres raisons que la mobilité de la tumeur. M. Duval dit qu'il n'y a pas à tenir compte de la difficulté de la suture. Toutefois il faut savoir que la suture du gros intestin lâche parfois après plusieurs jours. Il faut tenir compte aussi de la différence du diamètre des deux bouts de l'intestin. C'est pourquoi en présence de ces difficultés il vaut mieux souvent extérioriser.

Résection de la tête humérale avec greffe articulaire. — M. TUFFIER fait un rapport sur une observation de M. Duval. Il s'agit d'une femme de trente et un ans, épileptique qui, dans une chute, se fait une luxation de l'épaule : on ne peut réduire. Elle reste ainsi six mois, puis l'impotence musculaire, les douleurs l'engagent à entrer à l'hôpital. Une radiographie montre une luxation de l'épaule en avant, il ne faut pas songer à faire une tentative de réduction. Le 4 décembre 1912, M. Duval pratique l'opération suivante : il incise, resèque tous les tissus fibreux, tente en vain la réduction. Il resèque alors la tête humérale. Le même jour, il avait fait, chez un autre malade, la résection de la tête du premier métatarsien, et il greffe cet os dans l'articulation sur la première malade. Puis il fait la suture des muscles. C'est là un temps de l'opération auquel M. Tuffier attache beaucoup d'importance. Guérison par première intention. Examen de la malade le 3 janvier 1913 ; il y a des mouvements actifs et passifs, l'humérus se met en abduction, à angle droit. En somme, très bon résultat fonctionnel.

M. Tuffier passe en revue les différentes greffes osseuses et rapproche de ce fait et d'un fait analogue d'un chirurgien de Bucarest plusieurs observations personnelles dont il peut donner les résultats éloignés. Il a ainsi fait une greffe articulaire il y a deux ans et demi et il montre une série de radiographies successives prises chez ce malade. Il s'agissait d'un coude ankylosé à la suite d'une suppuration articulaire. Il avait greffé dans cette articulation une malléole externe; trois mois après, la soudure était complète. Après un an la malléole avait diminué de volume ; deux ans après, elle avait disparu. Cette greffe d'un centimètre et demi d'épaisseur a progressivement disparu. La surface articulaire a été un certain temps distincte de l'humérus; mais après, elle s'est complètement fusionnée avec l'humérus. L'articulation a conservé sa forme, ses rapports, sa structure. Une épine osseuse appartenant au malade lui-même a progressé, s'est accrue, ce malade a été suivi pendant deux ans.

Dans un autre cas de fracture du coude, M. Tuffier a greffé du cartilage appartenant au malade lui-même. Il n'y a pas eu de modifications, pas d'ossification. Chez un autre malade, M. Tuffier a greffé une portion du péroné dans un fémur. Ce malade a dû être amputé ultérieurement et la pièce a pu être examinée. Il est impossible de dire s'il s'agit d'une vraie greffe, mais il n'y a pas de disparition des cellules osseuses du péroné.

Le greffon, dans ces cas, vit-il de sa vie propre ou n'agit-il que comme corps étranger? Telle est la question difficile à résoudre. Ce qui est certain, c'est que lorsqu'il s'agit d'un corps étranger, d'un morceau d'ivoire, par exemple, il ne peut être question de greffe et l'on n'observe pas les mêmes phénomènes qu'avec un os. La présence du tissu osseux dans une greffe est un fait capital. Il est à présumer que l'os greffé a été envahi, pénétré par l'os sous-jacent. Il existe là une morphologie beaucoup plus nette que lorsqu'on a simplement inséré un corps étranger.

Il y a aussi une grande différence entre les greffes osseuses en masse qui se résorbent et les greffes osseuses minces pouvant avoir leur vie propre ou se laisser pénétrer par l'os sous-jacent.

Pour réussir, il faut une asepsie rigoureuse, une parfaite immobilisation de la greffe, et une parfaite coaptation. L'adaptation nouvelle de ces deux tissus osseux en présence est très importante. Les parties inutiles disparaissent, les parties utiles subissent une véritable morphologie. L'os de choix pour être greffé est la partie antérieure du tibia. M. Tuffier ne se servira plus du péroné.

M. MORESTIN fait remarquer que M. Tuffier a traité la question des greffes osseuses en général. Il serait intéressant de revoir ces malades à une longue échéance. Toutefois au point de vue purement clinique, est-ce là une pratique recommandable? Ne s'agit-il pas, dans ces cas, d'opérations de luxe? N'obtient-on pas d'aussi bons résultats, au point de vue des mouvements, après la simple résection et les efforts ne doivent-ils pas porter vers les opérations qui permettront de réintégrer dans sa cavité la tête luxée ou partie de la tête luxée? Telles sont les réflexions qu'a suggérées à M. Morestin la communication de M. Tuffier.

M. DELBET croit la greffe osseuse réalisable. Il rappelle la communication qu'il a faite à l'Académie de médecine sur le traitement du pseudarthrose du col du fémur par la greffe osseuse et qui a donné de très bons résultats. On est donc autorisé à dire que les os peuvent se greffer. M. Delbet est convaincu que le périoste est le plus mauvais agent de greffe. Le périoste laissé autour du péroné réséqué n'a pas reproduit d'os. Aussi dans les cas dont il s'agit, M. Delbet a-t-il eu soin de faire la résection sous-périostée de l'os à greffer. Nous avons vécu jusqu'ici, dit M. Delbet, sous l'influence des expériences d'Ollier. Mais au temps où ont été faites ces expériences, il y avait un agent qui n'existe plus aujourd'hui, c'est l'infection. Voilà ce que pense M. Delbet du périoste, ses greffes osseuses ont toujours été dépériostées.

Cliniquement nous obtenons des résultats des greffes osseuses; cela est incontestable. On dit : ce n'est pas une vraie greffe, c'est un bout de prolifération osseuse de l'os voisin. C'est là un argument histologique qui n'a aucune valeur clinique. La greffe intraosseuse d'os dépériosté prend parfaitement et rend des services. Le cartilage se greffe également très bien et les meilleures greffes sont les greffes ostéo-cartilagineuses.

Contrairement à M. Tuffier, M. Delbet défend les greffes du péroné. Les malades auxquels on a pris le péroné ne s'aperçoivent pas de la disparition de cet os, pourvu qu'on laisse quelques centimètres d'os au-dessus de la malléole.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE trouve très intéressantes, au point de vue physiologique, les expériences de M. Tuffier, mais pratiquement il les juge inutiles. Après les résections articulaires, il faut mobiliser le plus tôt possible, or la greffe osseuse ne peut que gêner cette mobilisation précoce.

M. SAVARIAUD considère le cas de M. Duval comme curieux et intéressant, mais dans la plupart des cas une bonne résection avec une large incision qui peut permettre la réduction à ciel ouvert lui semble préférable.

M. BROCA, contrairement à M. Tuffier, estime qu'on peut réséquer une bonne partie du péroné, sans déterminer de troubles fonctionnels.

M. TUFFIER n'a voulu soulever que la question des greffes osseuses, celle des résections est tout autre. Il y a des cas d'ankylose dans lesquels toute réduction, même à ciel ouvert, est impossible. La greffe osseuse peut avoir son utilité dans ces cas.

Branchiomes. — M. LE DENTU, le 20 novembre 1904, a opéré une femme de cinquante-neuf ans, d'une petite tumeur encapsulée sous-maxillaire en rapport avec le ventre antérieur du digastrique, ablation complète, guérison rapide, ayant persisté pendant un an sans traces de récidive. Quelque temps après, apparition d'une petite tumeur adhérente à la profondeur et avec des adhérences vasculaires. Dans l'ablation de cette petite tumeur, le nerf facial a été touché et il y a eu une légère paralysie passagère. Cette seconde opération a été pratiquée en 1907 et il n'y a pas encore de récidive. Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agissait, pour la première tumeur d'un myxo-chondrome, et pour la seconde d'un myxosarcome. Cette tumeur mixte s'était donc modifiée. Quoi qu'il en soit, voilà six ans que notre malade a été opérée pour la seconde fois et il n'y a pas encore la moindre trace de récidive.

Plaies des sinus craniens. — M. MORESTIN présente un jeune homme qui, à la suite d'une chute, eut de l'obnubilation et un gonflement à la partie latérale gauche de la nuque. Il revint à lui, mais le lendemain, il tomba dans le coma et était au plus mal. Pensant à une compression cérébrale, M. Morestin fit une incision curviligne et trouva une fracture horizontale de l'occipital. Il trépana et tomba sur un gros épanchement sanguin entre la dure-mère et le crâne. Il y avait une déchirure de la dure-mère un peu au-dessus du sinus et un affluent veineux de ce sinus saignait encore. M. Morestin comprima pendant qu'on préparait des aiguilles à suture artérielle, il fit la suture du vaisseau, l'hémorragie s'arrêta, le malade se réveilla et guérit très rapidement. M. Morestin le présenta onze jours après l'opération, complètement guéri.

M. REYNIER fait observer qu'il ne s'agit pas là d'une vraie plaie du sinus latéral.

M. SÉBILEAU rappelle un premier cas de M. Morestin où il s'agissait d'une plaie du sinus latéral qui a été traitée avec succès par le tamponnement et l'introduction de mèches dans le sinus lui-même. C'est là le traitement habituel et pratique des hémorragies du sinus. Toutefois, quand on peut faire la suture de la plaie sinusale, cela vaut encore mieux et c'est là le traitement idéal. Dans le second cas de Morestin, s'il s'était agi d'une vraie plaie du sinus, la suture aurait pu être également pratiquée. Mais il n'en est pas de même au niveau de la mastoïde où il est beaucoup plus difficile d'aborder le sinus latéral.

M. SCHWARTZ a présenté plusieurs cas de plaies des tissus du cerveau. Dans un cas où il a eu affaire à une hémorragie formidable du tissu latéral au niveau de la mastoïde, il a pu s'en rendre maître par une compression avec du fil de catgut.

Chéiloplastie. — M. MORESTIN présente une jeune fille dont la lèvre inférieure avait été détruite par des accidents spécifiques; restauration de la lèvre par distension graduelle des tissus à l'aide de boules de caoutchouc remplies d'eau introduites dans la bouche : restauration parfaite, sans débridements.

Laparoptose. — Troisième malade présentée par M. MORESTIN : laparoptose guérie par laparotomie et laparoplastie avec transplantation de l'ombilic.

Tumeur maligne de la joue traitée par le formol. — Enfin M. MORESTIN présente une quatrième malade, femme de quatre-vingts ans, guérie d'un cancer de la joue par des applications de formol.

ANALYSES

MÉDECINE

Ophtalmoscopie post mortem. La coagulation segmentaire intravasculaire. (MORRIS H. KAHN. *Medical Record*, 3 mai 1913, vol. LXXXIII, n° 17, p. 801.) — En examinant à l'ophtalmoscope la rétine presque immédiatement après la mort, on constate un phénomène intéressant. Cet examen est facilité par ce fait que, aussitôt après la mort, la pupille se dilate, sauf dans des cas rares comme l'empoisonnement par la morphine et l'opium.

Sur le vivant les vaisseaux rétiniens forment des lignes rouges ininterrompues, on voit, quelques instants après la mort, se produire des interruptions transversales de la colonne sanguine dans ces vaisseaux. Ces interruptions longues de 1 à 3 millimètres sont visibles surtout sur les veines. Elles sont dues à la coagulation du sang dans les vaisseaux. Certains mouvements de la tête, la pression sur le globe oculaire, en augmentant la tension dans les vaisseaux de l'œil les font disparaître. Elles se reproduisent dès que ces modifications sont

supprimées. Au bout d'une heure environ elles ont augmenté et ont pu se déplacer par rétraction du caillot, mais à partir de ce moment aucun changement ne peut plus être apporté dans leur disposition.

L'auteur se propose d'étudier avec précision le moment exact de leur apparition dans les diverses circonstances, et les exceptions que l'on peut observer. On conçoit l'importance possible de ce symptôme pour établir de façon précoce le diagnostic de la mort, et du moment exact de celle-ci.

M. LANCE.

De la rééducation et de son action physiologique dans le traitement des maladies nerveuses. (P. Kouindjy. *Rundsch. f. Med.*, 11 janvier 1913.) — Nous nous contenterons de signaler aux lecteurs, sans l'analyser en détail, cet excellent article du docteur Kouindjy, chef du service de rééducation et de massage à la clinique Charcot de la Salpêtrière. Avec une grande compétence, l'auteur expose les différentes méthodes employées pour parvenir à rééduquer les malades atteints d'affections nerveuses. Il montre parfaitement que cette rééducation est une action complexe comprenant dans son champ d'influence tous les organes qui forment le mécanisme de l'incoordination ataxique, cerveau, bulbe, moelle, nerfs centrifuges, nerfs centripètes, muscles, articulations. L'auteur passe ensuite successivement en revue tous les procédés employés pour réaliser cette rééducation, en les divisant en quatre cycles d'exercices très spéciaux. La lecture de cet article doit intéresser tous les médecins sans exception, mais surtout elle sera profitable à ceux qui désirent se spécialiser dans le traitement des affections nerveuses.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

De l'appendicite rétrocæcale. (Jabez N. Jackson. *Western Surgical assoc.*, déc. 1912 et *Journ. Amer. med. assoc.*, vol. LX, n° 17, 26 avril 1913, pp. 1285-1289.) — Jackson a observé un nombre assez considérable de cas d'appendicite rétrocæcale où la position de l'appendice était celle d'un des quatre types suivants : 1° appendice *pourvu d'un méso*, comme à l'ordinaire, et *remontant le long du bord externe du côlon* qui le surplombe et le confine dans l'espace péritonéal qui se trouve entre ce bord externe et la paroi de la fosse iliaque; 2° appendice *remontant en dehors du bord externe du côlon* mais sous le *péritoine pariétal* qui, bien que lui fournissant une gaine plus ou moins complète, ne forme jamais de méso régulier; 3° appendice de disposition analogue à la précédente quant au revêtement péritonéal, mais remontant *collé au bord externe du côlon* au lieu de passer sous le péritoine iliaque; 4° appendice remontant directement *derrière* le côlon, enfoui dans le tissu cellulaire rétrocôlique, sans aucun revêtement péritonéal. Le premier type est un appendice *intrapéritonéal*; les second et troisième sont des appendices *sous-péritonéaux;* le quatrième est *extrapéritonéal*. Chacun de ces types imprime certains caractères cliniques spéciaux à l'appendicite qui en dépend.

Dans l'appendicite chronique, le type rétrocæcal n'a que peu d'importance; la douleur est plus externe, irradie en haut et en arrière vers le rein et la face inférieure du foie; il y a fréquemment un point douloureux en arrière, juste au-dessus de la crête iliaque. Ce type est cause de la fréquence des absences d'appendices rapportées par les chirurgiens novices. Il faut bien fouiller la fossette latérocôlique, et dans la variété rétropéritonéale, inciser le feuillet externe du mésocôlon ascendant. S'il n'y a pas de méso, l'opération est une énucléation d'appendice, sans ligature vasculaire.

Dans les infections aiguës, la péritonite est généralement limitée à la fossette pariéto-côlique. Elle peut cependant fuser en bas vers le bassin et aussi *en haut et en arrière* le long du côlon, fait extrêmement important et qu'il ne faut pas laisser passer inaperçu, sous peine de perdre son opéré. Malgré la localisation de la péritonite, il faut savoir que cette extension peut être grave, parce que le foyer est profond et ne se voit que si on le cherche. Le danger d'abcès sous-diaphragmatique est beaucoup plus considérable dans cette variété d'appendicite que dans la variété ordinaire, ce qui, avec les difficultés du diagnostic, justifie le nom donné par Deaver à l'appendicite rétrocæcale : *mauvaise appendicite*. De même pour le danger de cellulite sous-péritonéale (dans les 3 derniers types anatomiques), et de pyléphlébite et d'abcès métastatiques.

Cliniquement, les symptômes de début ont une grande importance, car il arrive fréquemment, après l'orage initial, que tous les signes disparaissent. La douleur épigastrique et les vomissements se retrouvent comme dans l'appendicite ordinaire. La douleur et la sensibilité à la pression existent au début en avant, mais disparaissent rapidement et sont remplacées par un point postérieur juste au-dessus de la crête iliaque. La rigidité des muscles antérieurs de l'abdomen existe aussi au début, mais est transitoire. Il n'y a pas de distension abdominale antérieure, pas de tumeur à la palpation, sinon quelquefois dans la région lombaire : les symptômes généraux et la leucocytose n'ont rien de particulier, mais sont précieux pour démontrer l'existence d'un foyer profond.

L'opération hâtive s'impose. L'incision doit être un peu plus haute et plus postérieure que l'incision classique. L'incision lombaire ne donne pas assez de jour pour manœuvrer quand on veut enlever l'appendice. Mais quand on veut seulement drainer un abcès, elle suffit. Le drainage du dangereux clapier rétrocæcal ne peut se faire que par les lombes. De telle sorte qu'à l'opération antérieure avec drainage capillaire, il faut toujours adjoindre un drain lombaire. Cette précaution a fait tomber la mortalité opératoire des cas de Jackson de 75 p. 100 à 0, excepté dans les cas vus si tard que les fusées se sont faites et où le pronostic est fatal avant l'opération.

F. GARDNER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de pathologie chirurgicale, par MM. Bégouin, Bourgeois, Pierre Duval, Gosset, Jeanbrau, Lecène, Lenormant, R. Proust, Tixier. 4 vol. in-8°. T. IV : **Organes génito-urinaires; fractures et luxations; affections des membres**, par P. Bégouin, professeur à la Faculté de Bordeaux, E. Jeanbrau, R. Proust, L. Tixier, professeurs agrégés aux Facultés de Montpellier, Paris et Lyon, chirurgiens des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 1305 pages, avec 429 figures dans le texte, cartonné toile. — Prix 10 francs. — Masson et Cie.

Les Pleurésies tuberculeuses, par A. Chantemesse, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, et A. Courcoux, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-18 jésus, relié peau pleine, de 480 pages, avec 51 figures dans le texte ou hors texte (*Encyclopédie scientifique*). — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. Crinon, pharmacien de première classe, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, directeur du *Répertoire de pharmacie* et des *Annales de chimie analytique*. 20e édition. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de médecin adjoint d'oto-rhino-laryngologie vient de se terminer par la nomination de M. Philip.

Le concours de l'internat (12 places) s'ouvrira le 1er octobre.

Le concours de l'externat (50 places) s'ouvrira le 2 octobre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Okinczyc, agrégé, est nommé pour trois ans sous-directeur des exercices pratiques de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris.

— Sont institués agrégés des facultés de médecine (section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine) MM. les docteurs Bruyant, Garin, Thiry, Jannin et Viguier.

— Sont institués agrégés des facultés de médecine (section d'histologie) MM. les docteurs Champy, Policard, Dubreuil, Debeyre et Guieysse.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. le docteur Rhenter est nommé après concours chef de clinique d'accouchements.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le médecin inspecteur général Calmette.

Au grade d'officier. — M. le médecin inspecteur Troussaint, directeur du service de santé au ministère de la guerre; MM. les médecins principaux Boppe, Ferry, Poirier, Verdier, Pailloz, Camail et Piron; MM. les médecins en chef de la marine Michel et Pungier.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins majors Augier, Capillery, Dopter, du Roselle, Gorse, Guichemerre, Guitard, Renard, Rolland, Velten, Viallet, Chassin, Grandmaire, Lantieri, Letainturier de la Chapelle, Nielsen et Petit; MM. les médecins majors des troupes coloniales Andrieux, Coulogner, Dethève, Judet de la Combe, Abadie-Bayro, Aynès, de la Barrière, Féraud, Féray, Germain, Guillon, Le Groignec.

MM. les médecins de la marine Barthe, Fichet, Dufour, Lesson et Alain.

— Au titre du Maroc : M. le médecin major Chatain.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bernard, Ferré et Thiroux (de Paris).

Officier d'Académie. — M. le docteur Thouvenin (de Paris).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Dequidt est nommé inspecteur général adjoint des services administratifs du ministère de l'Intérieur.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret du président de la République en date du 9 juillet 1913, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, sont promus, et par décision ministérielle du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Bilouet, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte du Mans; maintenu; — Galzin, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Baur, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Ricoux, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier; maintenu; — Rémy, médecin chef de l'hôpital militaire de Marseille; maintenu; — Weiss, médecin chef de l'hôpital militaire de Sedan, passe à l'hospice mixte d'Epinal.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Esprit, salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier; maintenu; — Lespinasse, salles militaires de l'hospice mixte d'Angers; maintenu; — Rostan, hôpital militaire de Belfort; maintenu; — Galland, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Vannes; maintenu; — Mouret, salles militaires de l'hospice mixte de Verdun; maintenu; — Licht, hôpital militaire de Belfort; maintenu; — Pruvost, médecin chef de l'hôpital militaire de Saint-Omer; maintenu provisoirement; — Jaubert, Algérie; maintenu; — Tersen, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Douai; maintenu; — Watrin, médecin chef de l'hôpital militaire de Bayonne; maintenu; — Beigneux, médecin chef de l'hôpital militaire de Dunkerque; maintenu provisoirement; — Manoha, hôpital militaire Villemanzy à Lyon; maintenu provisoirement; — Launois, hôpital militaire du camp de Châlons; maintenu.

(Voir la suite, p. 1300.)

CLINIQUE MÉDICALE

ÉTUDE CLINIQUE DES COLITES GRAVES HÉMORRAGIQUES OU DYSENTÉRIFORMES DE L'ADULTE

Par M. Albert MATHIEU (1),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Dans la précédente étude (2), nous avons mis en parallèle l'histoire des colites graves chez l'enfant et chez l'adulte.

Chez l'enfant, il y a prédominance des phénomènes toxi-infectieux; les manifestations générales sont très marquées et il y a des cas, comme dans le choléra sec, où les manifestations intestinales sont des plus restreintes, malgré des accidents toxi-infectieux redoutables.

Chez l'adulte, s'il y a des colites graves à peu près du même type que chez l'enfant, il y a plus souvent des manifestations dysentériformes, des épreintes, du ténesme, des selles sanguinolentes, des hémorragies, et parfois il s'agit de faits impossibles à différencier de ce que l'on trouve dans les diverses variétés de dysenterie. Chez l'adulte aussi, les phénomènes généraux peuvent être intenses, la fièvre élevée, la dépression et l'amaigrissement marqués et rapides; les douleurs vives, les déjections fréquentes à caractère dysentériforme, la tendance aux hémorragies peuvent mettre le malade en danger au bout de quelques jours.

Je me propose aujourd'hui de rapporter une série d'observations susceptibles de montrer la gradation clinique insensible qui existe entre les faits les plus intenses et les formes de colite de l'adulte qui deviennent graves, beaucoup plus par leur persistance que par l'intensité de leurs manifestations.

Je laisserai donc de côté les colites dysentériformes, guérissant au bout de quelques jours, pour retenir l'attention sur les formes de colite ulcéreuse où les accidents se prolongent de telle sorte que le malade est en danger de mort de par les progrès continus de la cachexie rapide, ou celles dans lesquelles il devient un véritable infirme, alors que les accidents dysentériformes ne présentent qu'une intensité très atténuée.

Colite dysentériforme légère avec dépression générale marquée. — Voici tout d'abord un fait où l'on verra une colite dysentériforme assez légère en somme amener l'affaiblissement progressif du malade et créer un véritable état d'infirmité qui le rend incapable de vivre de la vie commune.

Il s'agit d'un Espagnol de cinquante-quatre ans, de bonne santé antérieure; on note seulement un peu de nervosisme dans les antécédents personnels et héréditaires.

En 1909, première poussée de colite qui s'amenda au bout de quinze jours.

En 1910, les mêmes accidents reparurent et durèrent trois semaines. L'année suivante, il rendit un peu de sang par les selles.

Ces accidents se présentaient toujours au début du printemps. Une semblable exacerbation printanière n'est pas rare au printemps et à l'automne et je l'attribue volontiers aux primeurs, aux fruits nouveaux dont les malades font souvent un usage intempestif.

Quoi qu'il en soit, lors de cette poussée légère, on remarqua la présence d'un peu de sang dans les selles. Ce début insidieux est typique; il se produit par poussées successives, graduellement jusqu'au moment où s'établit un état dysentériforme presque permanent. Il n'est pas rare, en effet, de voir la maladie débuter par ces petites poussées échelonnées d'année en année. Dans l'intervalle, la santé est parfaite, les selles normales; aucun régime, aucun traitement particulier n'est suivi.

Chez notre Espagnol, ces poussées guérissaient d'elles-mêmes. En mars 1912, après un excès alimentaire, il eut des selles claires au nombre de deux ou trois, puis de quatre ou cinq par jour; en même temps que leur nombre s'accentuait, elles devenaient glaireuses.

Il fut à ce moment, mis au régime lacté absolu; il n'en résulta aucune amélioration, au contraire. Les selles devinrent sanglantes et plus fréquentes, cinq ou six par jour.

La rectoscopie, pratiquée en Espagne, montra le rectum rouge, congestionné, sans ulcération.

En juin et juillet, sous l'influence d'un traitement par le pantopon, du régime féculent, il y eut une amélioration sensible. Mais au mois d'août, à Plombières, on lui fit des lavages d'intestin et il se produisit une rechute grave avec six à huit selles dysentériformes par jour.

L'ingestion de craie et de Kohsam amena une amélioration notable; néanmoins, jusqu'en janvier 1913, il y eut encore trois à quatre selles par jour avec présence de sang dans une ou deux de ces selles.

Dix mois après le début des accidents, le malade n'est pas encore guéri. Il est juste de dire que, à la fois indocile et pusillanime, il se soumet difficilement à un traitement méthodique et suivi.

Colite dysentériforme à rechutes. — Il s'agit d'une femme de chambre qui, depuis six ans, présentait des phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice d'ordre assez banal et qui, deux ans avant son arrivée dans mon service, eut une poussée diarrhéique avec six à huit selles par jour.

Elle guérit sous l'influence du régime ovo-lacté. Mais en mars 1911, elle fut prise de douleurs en ceinture avec apparition de diarrhée, puis les crises devinrent plus violentes et un soir elle eut une hémorragie abondante de sang noir sans caillot; dans l'espèce, il s'agissait sans doute de sang retenu dans le côlon et ayant pris un aspect mélænique.

Pendant huit jours, les phénomènes dysentéri-

(1) Leçon recueillie par M. Girault, interne du service, et revue par M. A. Mathieu.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 3 juillet 1913, n° 75, p. 1221.

formes continuèrent et les selles étaient constituées par du mucus sanglant. Au bout de ce temps, le sang disparut.

En mai 1911, nouvelle crise qui se produisit en juillet, août et septembre.

Les mois d'octobre et de novembre furent calmes.

Le 15 janvier, elle eut une rechute, et enfin, au mois de mars, elle entra dans le service : l'examen abdominal montra un cæcum douloureux et une sensibilité du côlon transverse, se poursuivant jusqu'au niveau de l'ombilic.

L'examen rectoscopique pratiqué par M. Friedel permit de constater une rougeur de toute l'ampoule rectale, des plaques irrégulières, jaunâtres, allongées. Si on venait à enlever l'enduit qui les recouvrait, on voyait la muqueuse sanguinolente.

On fit, à l'aide du tube rectoscopique, des pansements locaux avec le mélange suivant :

Dermatol........	3 grammes.
Oxyde de zinc...	10 grammes.
Laudanum	X gouttes.
Coréine (1)......	2 cuillerées à soupe.

Le tout délayé dans un demi-litre d'eau.

En outre le régime lacto-végétarien fut institué. L'amélioration se produisit dès le premier pansement. Dans la suite, la belladone fut donnée avec des applications chaudes sur l'abdomen, en vue de modérer le spasme du côlon, et les résultats du traitement furent très satisfaisants.

Le 10 avril un nouvel examen rectoscopique montra encore la rougeur de la muqueuse, mais plus d'ulcérations.

Formes graves de colite dysentériforme chronique. — Voici maintenant une autre observation où les accidents furent encore plus accentués. Un robuste maçon de trente ans, présentant depuis huit ans, des phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice, fut pris, en janvier 1908, d'une diarrhée sanglante.

Deux ans avant son arrivée ici, brusquement en une heure il eut sept selles contenant du sang ; puis il eut en permanence six à sept selles par jour ; des lavages de l'intestin ramenaient du sang en nature.

Une exacerbation des accidents datant de six semaines le fit entrer à l'hôpital.

Nous pûmes constater des selles liquides, sanglantes ; le malade présentait du ténesme, des épreintes ; il s'était amaigri de 12 kilogrammes pendant les six semaines.

A l'examen rectoscopique, on vit une muqueuse rectale très rouge, avec des taches hémorragiques donnant un petit suintement sanguin. On ne trouva pas cependant d'ulcérations dans la zone explorée.

En effet, l'examen rectoscopique ne permet d'explorer qu'environ 25 centimètres du gros intestin. Nous ne voyons pas ce qui se passe au-dessus, mais nous avons des raisons de penser que le maximum de lésions se produit habituellement en cas de colite dysentériforme dans les régions inférieures du gros intestin ; dans le segment recto-sigmoïdien.

Ici d'ailleurs cet examen ne fut poussé qu'à 12 centimètres, en raison des douleurs violentes provoquées par l'introduction du tube.

Les pansements furent mal tolérés. N'obtenant pas d'amélioration notable, j'adressai ce malade au professeur Segond qui pratiqua l'*appendicostomie.* Des lavages à l'eau de Labarraque (6 grammes par litre) tous les jours pendant trois mois furent institués, puis des lavages à l'eau salée pendant trois autres mois.

L'état général s'améliora progressivement pendant toute cette période de traitement. On essaya à plusieurs reprises de suspendre les lavages, mais cette tentative fut de courte durée, car du sang et du pus ne tardaient pas à réapparaître dans les évacuations anales.

En janvier 1913, l'examen rectoscopique fit voir que la muqueuse s'était asséchée, et qu'elle était moins souple qu'à l'état normal ; il n'y avait plus de taches hémorragiques.

L'examen des matières fécales provenant du côlon dévoila la présence d'assez nombreux leucocytes.

Le problème qui se pose maintenant est de savoir à quel moment nous pourrons, sans inconvénient, laisser se fermer la fistule cæcale. Il est très délicat. Nous nous contenterons, par prudence, de l'oblitérer provisoirement à l'aide d'un tampon. Avant d'en provoquer l'occlusion définitive, nous observerons pendant un temps suffisant ce que deviendront les signes de colite.

Voici la relation d'un fait plus grave encore :

Un jeune officier fut pris à Saint-Cyr d'accidents dysentériformes aigus. Au moment où je le vis, environ un an plus tard, il accusait des douleurs vives, des coliques, rendait des selles composées de matières fécales, de mucosités et de sang. La palpation montrait la rigidité spasmodique du côlon ascendant qui était douloureux à la pression. On essaya le traitement par le Kohsam et les lavements de nitrate d'argent ; les résultats furent à peu près nuls. Il faut dire du reste que cette médication ne fut pas employée avec assez de persévérance.

La situation s'empira ; le malade s'amaigrit, se cachectisa ; en octobre 1910, M. le professeur Segond pratiqua l'appendicostomie.

A la suite du cathétérisme par le moignon appendiculaire, il y eut instantanément un soulagement considérable ; il ne s'était pourtant échappé que des gaz ; mais la distension gazeuse d'un intestin malade est très pénible, c'est une cause certaine de réflexes, susceptibles de produire une dépression nerveuse marquée.

L'anus cæcal fut complété quelques jours plus tard. On fit alors des lavages avec la liqueur de Labarraque à 6 p. 1000. Le malade se réalimenta, reprit sa force et sa vigueur. Il put de nouveau monter à cheval et se livrer à des exercices intensifs.

Mais l'anus cæcal est une véritable infirmité, surtout si l'on tient compte de la position sociale de ce malade.

Je fus de nouveau appelé auprès de ce malade par le professeur Segond : pouvait-on améliorer assez la colite pour supprimer l'anus cæcal ? Tel était le problème qui m'était posé.

(1) La coréine est du mucilage pur extrait des algues marines.

Je fis pratiquer l'examen rectoscopique ; la muqueuse était amincie, marbrée, rouge par endroits, blanchâtre, pâle en d'autres points. Elle saignait facilement, il persistait encore un suintement sanieux, sans mucosités. Nothnagel nous a déjà appris que la disparition du mucus est due à l'atrophie de la muqueuse ; c'est donc un signe défavorable, puisqu'il trahit des lésions irréductibles.

Dans ces conditions, on ne pouvait songer à fermer la bouche cæcale et à rétablir le cours normal des matières. On ne pouvait espérer que la muqueuse colique pourrait supporter le contact des matières fécales sans s'enflammer et s'ulcérer de nouveau.

Notre avis fut donc de conserver l'anus cæcal. Grâce à ce que nous savons actuellement, on peut se demander s'il n'eût pas été suffisant de pratiquer la simple appendicostomie et de faire les lavages de haut en bas.

L'observation suivante, où l'on voit la maladie se poursuivre jusqu'à la mort, témoigne de l'existence de faits encore plus impressionnants.

Il y a quelques semaines, entrait dans le service un malade de cinquante-trois ans, qui avait présenté des crises de colite dysentériforme graves depuis un mois et demi, avec selles liquides, visqueuses, de consistance huileuse, mélange de sang rouge et de sang brunâtre. Il avait des coliques très douloureuses, des épreintes, un état fébrile assez marqué. La maigreur, et la dépression étaient très prononcées.

Pendant dix jours, j'ai essayé le traitement médical habituel, lavements au nitrate d'argent et Kohsam ; il n'eut aucune action sur la colite. Je demandai à M. Labey de pratiquer un anus cæcal; mais deux jours après cette intervention, le malade mourait de shock opératoire dans un état d'asthénie extrême. J'aurais dû faire opérer le malade le lendemain même de son entrée dans mon service ; mais c'est un mois plus tôt, au moins, qu'on eût pu intervenir avec chance de succès.

Parfois cependant des cas graves peuvent guérir d'une façon inespérée sous l'influence d'un traitement médical bien conduit. Je puis en citer ici un exemple caractéristique.

Il y a deux ans, je suis allé, dans les environs d'Amiens, voir en consultation, un malade du docteur Pauchet, qui présentait, depuis près de deux mois, des accidents graves de colite dysentériforme.

Les selles étaient relativement peu nombreuses, cinq ou six par jour, mais elles étaient sanglantes, sanieuses et d'une grande fétidité. Le côlon se présentait dans toute son étendue à l'état de corde dure et douloureuse. La fièvre était vive, 39°5, l'affaiblissement très grand. Le pronostic était donc des plus sévères.

Le docteur Pauchet avait, avec raison, proposé à la famille d'établir une fistule appendiculaire, et au besoin une bouche cæcale, de façon à pratiquer des lavages de haut en bas. La famille avait refusé. L'intervention chirurgicale était tout à fait justifiée ; mais en présence de la résistance de la famille à l'accepter, il fut convenu qu'on essaierait pendant trois jours le traitement par le Kohsam et les lavements au nitrate d'argent. Ce fut une transformation presque immédiate. Au bout de quarante-huit heures le sang et les épreintes avaient disparu, et la guérison se fit complètement en quinze jours.

Il y a donc lieu d'essayer cette médication avant d'infliger au malade l'établissement d'une fistule ou d'une bouche cæcale. Mais il faut aussi ne pas attendre trop longtemps avant d'en venir à l'intervention chirurgicale, seule capable parfois d'amener la guérison de l'intestin, et, parfois même, de sauver la vie du malade. Il y a là une question de mesure et d'appréciation clinique, qui demande de la part du médecin une dose suffisante d'expérience et de tact.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1913)

Etude anthropométrique de 200 Malgaches. — MM. A. Marie et Léon Mac-Auliffe.

Influence de la sécrétion surrénale sur les actions vasomotrices dépendant du nerf splanchnique. — MM. E. Gley et Alf. Quinquaud.

Le système du grand sympathique ne possède pas la même composition chimique que le tissu nerveux axial et et les nerfs craniens ou spinaux. — M. A. Barbieri.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1913)

La réglementation de la vente des substances vénéneuses. — On sait que le parlement avait demandé à l'Académie son avis au sujet d'un projet de loi réglementant la vente des substances vénéneuses.

M. Lucet donne lecture de son rapport sur la question.

Des objections ayant été soulevées par MM. Pouchet, Léon Labbé et Bourquelot, l'Académie décide de s'occuper dans une prochaine séance des substances vénéneuses, morphine, cocaïne, opium, chanvre indien, haschich, et de réserver la question de l'emploi des arsenicaux en agriculture.

La défense sociale contre la tuberculose. — C'est un vaste et fort beau programme d'ensemble pour la défense sociale contre la tuberculose dans le milieu individuel et les milieux collectifs que M. Albert Robin vient exposer devant l'Académie.

On sait que M. Albert Robin est nettement opposé à la déclaration obligatoire, il voit en elle très justement une vexation pour le malade, une atteinte au secret professionnel, bref une utopie coûteuse, inutile et inapplicable.

Le plan de M. Robin, très vaste, comprend l'utilisation de toutes les œuvres d'initiative privée ou publique qui existent actuellement et qu'il suffirait de coordonner et de développer. C'est là, un « essai de solution pratique » et cela ne vaut-il pas mieux que « ces programmes soi-disant intangibles dont l'histoire de la médecine et des sciences sociales ne nous offrent aucun exemple ».

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 JUILLET 1913)

Deux variétés fréquentes de déformations rhumatismales séniles du pouce. La nodosité du pouce. Le pouce en Z. — MM. Pierre Marie et André Léri présentent plusieurs malades atteints de déformations du pouce.

L'une de ces déformations est excessivement fréquente à un âge un peu avancé : elle consiste en une saillie de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce sur le bord externe de la main. Cette saillie se produit avec ou sans douleur.

Cette nodosité du pouce est analogue à la nodosité du carpe qui occupe les articulations carpo-métacarpiennes des deuxième et troisième doigts, aux nodosités phalangiennes et interphalangiennes dites de Bouchard et d'Heberden. Toutes ces déformations ont pour base anatomique une soufflure de l'extrémité osseuse accompagnée de phénomènes inflammatoires du côté des cartilages et des synoviales.

Il y a, en somme, au niveau de chacune des petites articulations de la main, chez les sujets âgés, des déformations très semblables aux nodosités d'Heberden et qui sont presque aussi fréquentes.

Une déformation moins fréquente, mais non pas rare, est la suivante. Le premier métacarpien se trouve accolé au deuxième, sa base présente une volumineuse nodosité, sa tête se cache (quand on regarde le dos de la main) sous la face palmaire du deuxième métacarpien, comme si le pouce était en opposition forcée. La première phalange du pouce est, au contraire, en forte hyperextension, de sorte qu'elle forme avec le métacarpien un angle rentrant ouvert en dehors et en arrière. Cette déformation constitue le pouce en Z, très spécial.

Elle est déterminée essentiellement par la nodosité du pouce : la base du premier métacarpien passant sur le dos du deuxième métacarpien et du trapèze subit une rotation qui le repousse vers la paume ; les tendons fléchisseurs sont détendus, les extenseurs hypertendus, ce qui détermine l'hyperextension de la première phalange.

Cette déformation est utile à connaître parce qu'elle a pu faire croire à tort à une fracture ou à une luxation.

Une variété rare de rhumatisme chronique. La main en lorgnette. — MM. Pierre Marie et André Léri présentent les mains d'une femme de soixante-dix ans qui avait été atteinte d'un gros rhumatisme déformant généralisé. Ces mains larges, épaisses, courtes, recouvertes d'une peau très plissée, sont surtout remarquables par le fait que les articles des doigts paraissent comme emboités en lorgnette les uns dans les autres.

Cette altération dépendait d'une véritable résorption en masse du tissu osseux : non seulement les phalanges très écourtées avaient perdu leur forme normale, et la presque totalité de leurs épiphyses, mais encore les débris restants étaient devenus presque transparents aux rayons X.

A l'examen anatomique, on constate une dégénérescence graisseuse massive non seulement des os, mais aussi des différents tissus de la main (muscles, tissu cellulaire, etc.), à l'exception des tendons, nerfs et vaisseaux. Les débris osseux sont réunis par un véritable tissu de bourgeonnement qui remplace les articulations et qui dénote le caractère inflammatoire de la lésion.

On a observé quelquefois chez les rhumatisants des altérations de même nature, mais rarement à un degré aussi accentué.

Vaccinothérapie antityphique. — M. Netter communique les résultats des vaccinations antityphiques qu'il a pratiquées dans son service. D'une manière générale, les résultats ont été très encourageants.

M. Josué rappelle qu'il a obtenu également de très bons résultats en injectant des cultures des bacilles du malade lui-même. Il pratique trois injections de deux cent millions de bacilles. Cette dose est suffisante pour amener une amélioration rapide dans les cas les plus graves.

Trois nouvelles observations de côtes cervicales remarquables par quelques particularités cliniques. — MM. Pierre Marie, O. Crouzon et Ch. Chatelin présentent trois nouvelles observations de côtes cervicales, caractérisées : l'une par des crises d'asphyxie des membres supérieurs, semblables au syndrome de Raynaud, l'autre par une atrophie thénarienne et un syndrome de Claude Bernard fruste, l'autre par un syndrome de Claude Bernard des plus nets.

Dans ces trois cas, les aspects radiographiques ont été variés. Les côtes étaient du type cunéiforme, court, et même, dans un cas, il existait, d'un côté, une côte ayant la forme et les dimensions d'une première côte thoracique.

Les auteurs insistent de nouveau sur la fréquence de cette malformation, qui doit être recherchée toutes les fois qu'il existe des troubles moteurs sensitifs, réflexes ou sympathiques de cause inexpliquée, aux membres supérieurs ou dans la région céphalique.

Un cas de côte cervicale d'origine hérédo-syphilitique. — M. Crouzon présente, au nom de M. le professeur Gaucher, l'observation d'une malade hérédo-syphilitique, présentant de la surdité, des troubles oculaires (kératite, iritis, glaucome), et sur laquelle on constate, en outre, l'existence de côtes cervicales, d'un côté du type cunéiforme, de l'autre, du type costal thoracique. Il s'agit, dans ce cas, d'une dystrophie osseuse associée à des manifestations hérédo-syphilitiques non douteuses, et qui paraît elle-même être de même nature.

Radiumthérapie de la leucémie myéloïde. — MM. Louis Rénon, Degrais et Desbouis présentent deux malades atteintes de leucémie myéloïde, avec énorme splénomégalie, traitées par des applications hebdomadaires et bi-mensuelles de 30 à 33 centigrammes de sulfate de radium faites pendant vingt-quatre heures sur la région splénique. L'effet immédiat a été très remarquable. Après 3, 4 ou 5 applications, le volume de la rate est redevenu normal, le nombre des globules blancs est tombé au taux physiologique, l'équilibre leucocytaire s'est rétabli et tous les signes généraux ont disparu.

Les auteurs ont observé le même effet immédiat chez trois autres malades. Mais, après la cessation du traitement, de nouvelles poussées leucocytaires se sont manifestées de douze à dix-huit mois après, et deux malades ont succombé. Après la reprise du traitement, l'action du radium devient moins intense et s'épuise. Il conviendrait probablement de prolonger davantage la médication et de soumettre de temps en temps les malades aux irradiations.

L'action du radium semble analogue à celle des rayons X, mais elle paraît plus rapide. En raison d'une différence possible de leurs effets physico-biologiques, il conviendrait peut-être d'alterner ou d'associer les deux méthodes.

L'examen chimique et ultramicroscopique du sang dans l'étude de l'absorption intestinale des graisses. Recherches cliniques et expérimentales sur le rôle respectif du foie et du pancréas. — MM. A. Lemierre, M. Brulé, André Weill et M. Laudat ont montré antérieurement que l'apparition des hémoconies dans le sang, après ingestion de beurre, est commandée par la présence des sels biliaires dans l'intestin et qu'elle n'est pas influencée par l'absence de la sécrétion pancréatique.

Le dosage chimique des graisses du sang par la méthode de Grimbert et Laudat fournit des résultats strictement parallèles à ceux de l'épreuve des hémoconies.

Chez les malades atteints d'ictère par rétention et chez les chiens ayant subi la résection du cholédoque, l'absorption intestinale des graisses semble à peu près complètement sup-

primée ; la lipémie n'augmente pas après repas d'épreuve et les hémoconies n'apparaissent pas dans le sang.

La résection expérimentale des canaux pancréatiques ne semble, au contraire, troubler en aucune façon l'absorption graisseuse qui reste aussi intense que normalement ; mais il importe dans ces recherches expérimentales de tenir compte d'une cause d'erreur : il existe souvent, chez le chien opéré, des troubles de l'excrétion biliaire, troubles facilement méconnus, dus peut-être à la proximité du cholédoque et du canal pancréatique supérieur et qui peuvent entraîner un défaut partiel d'absorption des graisses attribué à tort à l'insuffisance pancréatique.

L'examen chimique et ultramicroscopique du sang, procédé d'investigation plus direct que le dosage dans les fèces des graisses non absorbées, amène donc à une conception toute nouvelle du rôle respectif du foie et du pancréas dans l'absorption des matières grasses.

Myélite métatyphique chez un enfant. Bacillurie éberthienne persistant cinq mois après le début de l'infection. — MM. J. Renault et P. P. Lévy. Il s'agit d'un enfant amené à l'hôpital pour paraplégie spasmodique, avec exagération des réflexes, contractures, troubles sphinctériens d'incontinence, escarres, en l'absence de signes encéphaliques.

L'examen à l'entrée permit d'éliminer à la fois le mal de Pott, la compression médullaire et d'émettre le diagnostic de myélite toxi-infectieuse non syphilitique.

Un frère de l'enfant était soigné pour fièvre typhoïde ; on pensa à la possibilité de séquelle de cette affection chez le malade.

Le séro-diagnostic fut positif et on apprit ultérieurement que l'enfant avait été atteint de dothiénentérie. Sa mère contracta aussi cette maladie.

L'évolution de la myélite fut favorable et la guérison progressive. Pendant le séjour prolongé de l'enfant à l'hôpital, les examens répétés de la séro-réaction de Widal permirent, par la persistance de l'élévation du taux d'agglutination (1/800, quatre mois après la maladie) de suspecter la persistance de germes typhiques dans l'organisme. On put en effet isoler de l'urine et identifier le bacille d'Eberth.

Mode d'action de la radiothérapie dans la leucémie myéloïde. — MM. Aubertin et Beaujard. L'action de la radiothérapie est purement cellulaire et n'influence pas le processus essentiel de la leucémie. En effet, cliniquement, la récidive est la règle et la mort survient, plus ou moins retardée, quelle que soit l'intensité du traitement. Hématologiquement, les formes anormales persistent dans le sang et les thromboses leucémiques peuvent se produire même pendant la leucopénie.

Les auteurs ont cherché expérimentalement l'action des rayons X sur le sang, la rate et la moelle des cobayes soumis à une intoxication saturnine et présentant une pseudo-leucémie produite par le plomb. Les modifications sanguines ont été identiques à celles qu'on observe chez les leucémiques, et au point de vue anatomique, en sacrifiant les animaux alors qu'ils étaient en apparence guéris de leur pseudo-leucémie, ils ont pu voir que, bien que la rate soit atrophiée et la moelle osseuse altérée, le processus histologique n'était pas modifié dans son essence, mais seulement contrarié dans ses effets.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1913)

Influence de l'adrénaline sur l'anesthésie par le chloralose. — MM. Jean Gautrelet et Paul L. Briault. L'adrénaline supprime la phase d'excitation due à l'anesthésie par le chloralose. Elle supprime également les convulsions provoquées, dans certaines conditions, par les matières colorantes.

Contribution à l'étude des phénomènes circulatoires dans l'anaphylaxie adrénalique. — MM. Jean Gautrelet et Paul Briault ont constaté dix et vingt jours après une injection de suprarénine les phénomènes caractéristiques de l'anaphylaxie et la mort chez des chiens recevant alors une injection de 1 milligramme de suprarénine ou d'une faible dose de thionine normalement inactive.

Ils ont enregistré les phénomènes circulatoires caractéristiques (hausse et dépression consécutive).

Cardiographe à traction et à inscription horizontale. — MM. A. Richaud et C. Pezzi présentent un nouvel appareil qui permet d'inscrire les contractions du cœur de la grenouille. Basé sur le principe de la méthode de la suspension, il se différencie des appareils similaires par ce fait qu'il inscrit les mouvements cardiaques non pas sur un cylindre vertical mais sur un cylindre horizontal.

Corpuscules intramicroscopiques et filtrants dans le rhumatisme aigu. — MM. Bosc et Carrieu. Le liquide articulaire des rhumatisants renferme des inclusions intracellulaires dont les plus fines sont identiques à celles que l'un de nous a décrites, pour la première fois, dans la variole, la vaccine, etc.

Ces corpuscules, libérés dans le liquide articulaire, sont très difficiles à colorer, mais sont visibles à l'ultramicroscope et peuvent traverser les filtres (Berkefeld V).

L'absence d'un animal sensible ne permet pas d'affirmer la spécificité de ces corpuscules ; mais l'identité de ces corpuscules avec ceux de la vaccine et de la variole — leur passage à travers les bougies — la ressemblance des symptômes et des lésions du rhumatisme avec ceux des infections à protozoaires, constituent un ensemble suffisant pour nous faire admettre que ces corpuscules constituent le virus spécifique du rhumatisme, et que l'infection rhumatismale doit prendre place dans le grand groupe des infections aiguës à protozoaires.

Anaphylaxie hydatique expérimentale. — MM. Weinberg et Ciucca. Le liquide hydatique normal ne doit pas son action à des substances albuminoïdes identiques à celles du sérum. L'antigène hydatique ne vient pas du sérum, mais il est élaboré par le parasite lui-même. Il est incontestable que l'échinocoque élabore cette substance spécifique aux dépens des éléments nutritifs qu'il puise dans l'organisme, probablement dans le sérum ; mais il est aussi vrai que l'antigène hydatique représente, par ses caractères biologiques, un produit nouveau complètement distinct des albumines du sérum de l'hôte.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1913)

Radicotomie unilatérale pour algie du membre supérieur droit. — MM. Sicard, Desmarets et Reilly. Pour une algie radiculaire, la section des septième, huitième cervicales et première dorsale n'ayant pas amené d'amélioration, elle fut complétée par celle des cinquième, sixième cervicales et deuxième dorsale, ce qui détermina la guérison. Il faut donc, en pareil cas, réséquer d'emblée six ou sept racines.

Syringomyélie avec signe d'Argyll Robertson. — MM. Sicard et Galezowski. Une femme, atteinte de syringomyélie classique cervico-dorsale, avec atrophie du membre supérieur gauche et anesthésie avec dissociation, présente le syndrome de Claude Bernard-Horner, et signe d'Argyll du même côté. Ce dernier ne paraît pas syphilitique, les réactions

humorales du sang et du liquide céphalo-rachidien étant négatives.

Dysphasie. — M. MEIGE. Un débile mental présente une sorte de bégaiement, avec écholalie et stéréotypie. La période d'hésitation est tantôt atonique, tantôt accompagnée de contractions musculaires spasmodiques. Il y a dissociation de la phonation et de l'articulation : le trouble est augmenté par l'émotion, la présence de personnes étrangères : il diminue lorsque le malade frappe la main sur le genou à chaque syllabe.

Lésions unilatérales expérimentales du cervelet chez des chiens et des singes. — MM. THOMAS et DURUPT. Conformément aux dires de Rothmann, la destruction qu'on a tenté de faire superficielle, et localisée en un point des hémisphères cérébelleux, détermine une passivité plus grande du membre dont le centre cérébelleux est atteint, une statique moins bonne dans les mouvements de bascule ; la position de la tête a une influence manifeste sur les réactions du membre : il y a enfin, quelque chose d'analogue à l'adiadoccocinésie de l'homme.

Névrite du trijumeau d'origine diabétique. — MM. CERISE et POLLACK. Une femme sujette à des crises épileptiques jusqu'à la ménopause présente depuis un diabète, avec des troubles névritiques du membre supérieur droit et de l'inférieur gauche, avec, depuis un mois, névralgie du trijumeau avec anesthésie cutanée et conjonctivo-cornéenne, sans encore de troubles trophiques, paralysie des muscles extrinsèques de l'œil, sauf le petit oblique, sans troubles de la musculaire interne.

Tumeur intramédullaire opérée. — M. DE MARTEL. L'opération a été faite en un temps, ce qui permet de mieux éviter l'infection. Elle fut suivie d'amélioration de la motilité et de la sensibilité.

Hémiatrophie faciale progressive. — M. KREBS. Elle date d'une quinzaine d'années et n'a pas beaucoup progressé depuis dix ans. Elle s'étend aux cinquième, septième, neuvième, douzième paires, avec participation du voile du palais, de la luette et de la langue. Depuis un an, il s'y joint une parésie du membre supérieur droit, avec crises jacksoniennes, à début brachial, atrophie globale du membre inférieur, signe de Babinski, flexion combinée et syncinésies du membre inférieur droit.

Hémianopsie et cécité verbale. — M. PÉLISSIER. Un syphilitique de soixante ans, qui a eu, depuis quatre ans, plusieurs ictus, et présente une hémiplégie droite, est atteint d'hémianopsie homonyme, et ne peut reconnaître d'autres lettres que l'O. Il écrit bien de la main gauche.

Sur les signes de localisation dans une paraplégie pottique aiguë. — M. CLAUDE. Les lésions sont dorso-lombaires à l'autopsie. Or, au début, les réflexes cutanés de défense étaient localisés à la cinquième dorsale, puis ont descendu progressivement, en même temps que l'anesthésie suivait une marche ascendante, pour s'arrêter à la dixième dorsale, la limite supérieure indiquant le siège des lésions. Les réflexes ont disparu, la paraplégie demeurant en extension.

Sur la pachyméningite hémorragique. — M. ROUSSY, sur une cinquantaine de cas, distingue la pigmentation ocreuse du vieillard, la forme arborescente sans, puis avec hémorragies, enfin l'état pétéchial pour aboutir aux hématomes et tumeurs sanguines. Histologiquement, l'épanchement ne crée pas l'inflammation, mais est lui-même d'origine inflammatoire, ce que corroborent des injections de sang sous la dure-mère d'animaux.

Neuf observations de chirurgie du névraxe. — MM. MARIE, DE MARTEL et CHATELIN. Il y eut neuf morts, dix guérisons, cinq améliorations, cinq cas où l'intervention laissa des séquelles définitives.

Electrodes non polarisables. — M. BOURGUIGNON. Elles ont l'avantage d'une précision plus grande pour la mesure des réactions électriques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Vennin, professeur agrégé à l'Ecole d'application du service de santé militaire; maintenu ; — Bertelé, 107e d'infanterie; maintenu; — Uzac, direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris ; maintenu ; — Damond, 123e d'infanterie ; maintenu ; — Remlinger, à la disposition du département des affaires étrangères (institut sanitaire de Tanger) ; maintenu ; — Rocheron, Algérie ; maintenu ; — Marmey, 114e d'infanterie ; maintenu; — David de Drézigué, 47e d'infanterie ; maintenu ; — Rouffiandis, direction du service de santé du 16e corps d'armée ; maintenu; — Fadeuilhe, 7e d'infanterie ; maintenu ; — Le Bihan, 136e d'infanterie ; maintenu ; — Bourcier, 140e d'infanterie ; maintenu ; — Picon, aux troupes d'occupation du Maroc occidental ; maintenu ; — Lanteaume, place de Marseille ; maintenu ; — Viry, 69e d'infanterie ; maintenu ; — Thiébaut, 42e d'infanterie ; maintenu ; — Pellier, Tunisie ; maintenu ; — Baills, troupes d'occupation du Maroc occidental ; maintenu ; — Demilly, direction du service de santé du 8e corps d'armée ; maintenu ; — Mendy, Tunisie, maintenu ; — Mazière, 139e d'infanterie ; maintenu ; — Martin, 10e d'infanterie ; maintenu.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Torresse, 80e d'infanterie ; maintenu ; — Rouzaud, 38e d'artillerie ; maintenu; — Lefebvre, 9e chasseurs à pied ; maintenu ; — Roussel, Algérie ; maintenu ; — Pitois, 30e dragons, maintenu ; — Fonvieille, Algérie ; maintenu ; — Clot, aux troupes auxiliaires marocaines ; maintenu ; — Mercier, 35e d'infanterie ; maintenu ; — Ufferte, 83e d'infanterie ; maintenu ; — Solle, sapeurs pompiers ; maintenu ; — Roussille, Algérie ; maintenu ; — Moy, 128e d'infanterie, passe au 2e d'infanterie ; — Minouflet, 26e d'infanterie ; maintenu ; — Berteaux, 17e chasseurs à pied, passe au 154e d'infanterie ; — Anglade, 5e du génie ; maintenu ; — Desquiens, troupes d'occupation du Maroc occidental ; maintenu ; — Heyraud, 6e d'infanterie, passe au 47e d'infanterie ; — Odinot, 13e d'infanterie ; maintenu provisoirement ; — Langlois, 66e d'infanterie ; maintenu ; — Richard, aux troupes d'occupation du Maroc occidental ; maintenu ; — Vialle, 25e dragons ; maintenu ; — Leduc, Algérie ; maintenu ; — Paris, 113e d'infanterie, passe au 25e d'infanterie ; — Vallot, 3e cuirassiers, passe au 7e d'artillerie ; — Combe, hôpital militaire du Val-de-Grâce, laboratoire de vaccination antityphique ; maintenu.

LA CHAIRE DE PUÉRICULTURE. — A la dernière séance du Conseil général de la Seine, M. Henri Galli a rappelé qu'il présenta il y a quelques années une proposition en vue de la création d'une chaire de puériculture. Cette proposition fut étudiée et le Conseil général, d'accord entre le Conseil municipal, fonda un institut de puériculture qui aujourd'hui fonctionne admirablement sous la direction du docteur Variot à l'hôpital des Enfants-Assistés.

Le gouvernement, de son côté, a reconnu l'utilité d'une chaire de puériculture à Paris. Convaincu que nulle part elle ne saurait être mieux placée qu'à l'hôpital des Enfants-Assistés, où existent déjà les services de l'institut de puériculture, M. Galli et M. Girou ont déposé le projet de délibération suivant :

« Des négociations seront engagées avec l'Etat et la ville de Paris afin que la chaire de puériculture à créer soit installée à l'hospice des Enfants-Assistés. »

L'installation de la chaire projetée d'hygiène et de méde-

cine du premier âge dans les services de l'institut de puériculture aurait cet avantage, entre autres, d'être la solution la moins onéreuse pour le budget de l'Etat. Il n'y aurait aucune dépense à engager pour des crèches et des laboratoires, qui fonctionnent déjà à l'hospice des Enfants-Assistés.

LE CENTENAIRE DE CLAUDE BERNARD. — La semaine dernière a vu le centième anniversaire de la naissance de Claude Bernard. Il naquit en effet au village de Saint-Julien, près de Villefranche-sur-Saône, dans le département du Rhône, le 12 juillet 1813.

D'abord, par une singularité de sa carrière, auteur dramatique, il vint à Paris où il s'inscrivit à la Faculté de médecine, et fut élève de Magendie à l'Hôtel-Dieu. On sait qu'il devait devenir le fondateur de la médecine expérimentale.

Claude Bernard est mort membre de l'Académie des sciences et de l'Académie française à l'âge de soixante-cinq ans.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — La dix-septième session de l'Association française d'Urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 9 au 11 octobre 1913, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : *Des péricystites*, rapporteur : M. Averseng (de Toulouse).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue de La Boëtie, Paris (8e).

VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES A VERNET-LES-BAINS. — La direction des établissements thermaux de Vernet-les-Bains, dans les Pyrénées-Orientales, ayant décidé de convier un certain nombre de médecins parisiens à visiter cette station, avait aimablement invité la *Gazette des hôpitaux* à se faire représenter. Cette excursion a été tout particulièrement intéressante et réussie, grâce à l'extrême amabilité des directeurs et de notre confrère le docteur Pagès qui, après avoir montré aux membres de l'expédition les multiples ressources thérapeutiques et tous les perfectionnements de la station, ont organisé une série de promenades aux points les plus curieux et les plus pittoresques de cette belle région de la France. C'est ainsi que les médecins présents ont pu visiter l'abbaye de Saint-Martin du Canigou, où ils ont été reçus avec une merveilleuse bonne grâce par Mgr de Carsalade du Pont, évêque de Perpignan, auquel on doit la patiente et artistique reconstitution de l'abbaye; c'est ainsi encore que, par la nouvelle ligne électrique de la compagnie du Midi, ils ont pu aller à Puigcerda, en Espagne, où l'alcalde, les docteurs Durán Gaillard et Pujol, et M. Marti, pharmacien, correspondant du Touring-Club, leur ont fait une charmante réception. Le voyage s'est terminé par la visite de la Cité de Carcassonne, d'où les membres du voyage d'études sont rentrés à Paris enchantés. G. L. H.

LES MÉDECINS AMÉRICAINS A PARIS. — Un groupe de cinquante médecins américains, dirigés par le professeur Kovacs, de New-York, vient d'arriver à Paris, entreprenant un voyage médical d'études en France et en Allemagne, avant de se rendre au prochain Congrès de Londres.

Ils ont visité l'hôpital de la nouvelle Pitié, l'école d'infirmières de la Salpêtrière, la pharmacie centrale des hôpitaux, l'Hôtel-Dieu, la Faculté de médecine, l'Ecole pratique de la Faculté, l'Académie de médecine, le musée d'hygiène de la Ville de Paris, la clinique Tarnier, la Maternité, le nouvel hôpital Cochin et l'hôpital Broca.

M. Raoul Blondel a été chargé par le Comité central international de perfectionnement des études médicales, siégeant à Berlin, de l'organisation en France de cette excursion scientifique. Hier soir, les médecins américains sont partis pour Berlin.

RÉUNION INTERNATIONALE DE THALASSOTHÉRAPIE. — Au mois d'avril 1914, aura lieu à Cannes une « Réunion internationale de Thalassothérapie » sous la présidence d'honneur de S. A. S. le prince de Monaco.

Cette réunion, qui aura pour président M. le docteur d'Arsonval, professeur au collège de France, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, et pour vice-président M. le docteur Faisans, médecin de l'hôpital Beaujon, sera exclusivement consacrée à l'étude de l'Héliothérapie marine.

Les sujets de rapports proposés par le Comité d'organisation et de patronage scientifique sont les suivants :

1° De la nature des radiations solaires au niveau de la mer et des moyens de les mesurer.

2° L'actinométrie et la climatologie dans leurs rapports avec l'héliothérapie marine.

3° Action physiologique de l'héliothérapie marine sur la nutrition.

4° Posologie de l'héliothérapie marine.

5° De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses chirurgicales et cutanées.

6° De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses pleuro-pulmonaires et adénomédiastines.

7° De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses abdominales.

8° De l'héliothérapie marine dans les affections non tuberculeuses.

Une note ultérieure fera connaître tous les renseignements concernant l'organisation de cette « Réunion ».

LES ALLOCATIONS AUX FEMMES EN COUCHES. — Les ministres de l'Intérieur et du Travail ont fait approuver par le Conseil des ministres le texte arrêté par eux pour l'attribution d'allocations aux femmes en couches privées de ressources, pendant le repos obligatoire prescrit par la loi du 17 juin 1913. Ces allocations varieront de 0 fr. 50 à 1 fr. 50 par jour et seront majorées de 0 fr. 50 par jour si la mère allaite elle-même son enfant. Conformément à la résolution votée par la Chambre, cette allocation sera étendue aux ouvrières travaillant à domicile. La dépense, évaluée au total à 11 millions de francs, sera répartie entre l'Etat, les départements et les communes, conformément au barème adopté par le Sénat pour la loi des familles nombreuses. La part de l'Etat sera d'environ 5 700 000 francs. Ces dispositions seront applicables à partir de 1914. P.

ACADÉMIE FRANÇAISE. — L'Académie française vient de décerner le prix Fabien (de 500 francs), à M. J. Emily, médecin des troupes coloniales, pour son ouvrage sur la mission Marchand, et le prix Furtado (de 500 francs), à M. D. Goldschmidt (de Strasbourg), pour son ouvrage : *Autour de Strasbourg assiégée.*

COMPAGNIE DE NAVIGATION MIXTE. MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — La Compagnie de navigation mixte demande des docteurs français de moins de soixante ans; pour tous renseignements, s'adresser au médecin chef de la Compagnie, M. Lop, 1, quai Joliette, Marseille.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Coyne, professeur honoraire d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES HÉMOPTYSIES TUBERCULEUSES [1]

D. HÉMOPTYSIE DE LA PHTISIE FIBRO-CASÉEUSE COMMUNE (tuberculose pulmonaire chronique, évoluant en trois périodes). — L'hémoptysie peut s'observer à chacune des périodes de l'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique. Elle peut être la *première manifestation d'une tuberculose évolutive*, chez

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 72, p. 1182; n° 75, p. 1230 et n° 78, p. 1278.

un sujet sain jusque-là, au moins en apparence; mais alors on ne tarde pas à voir se développer les signes fonctionnels et généraux de la tuberculose commençante (fièvre, anorexie, troubles digestifs, amaigrissement); les signes sthétoscopiques sont nuls ou insignifiants, la recherche des bacilles est négative.

L'hémoptysie peut également apparaître alors que des signes fonctionnels et généraux existaient déjà, chez le malade, depuis quelque temps. Il ne faut pas confondre ces hémoptysies, marquant *le début d'une tuberculose qui va évoluer*, avec les hémoptysies, dites d'alarme, que l'on observe au cours des formes abortives de la tuberculose pulmonaire.

A la période d'état de la tuberculose pulmonaire chronique, on voit assez souvent survenir des hémoptysies : elles s'accompagnent toujours du tableau symptomatique d'une poussée évolutive très accusée (toux, fièvre, sueurs, amaigrissement, formule hémoleucocytaire, etc.). Le sang est rejeté à flots, il contient des bacilles. A l'auscultation, on perçoit des râles sous-crépitants nombreux. L'hémoptysie dure une semaine, parfois plus.

Enfin, *à la période cavitaire*, on rencontre différentes variétés d'hémoptysie. Les unes, de quantité modérée, résultent, soit d'une poussée pneumonique, soit de l'ouverture des capillaires du tissu de granulation constituant la paroi des cavernes, les autres considérables, tuant rapidement le malade, sont dues, soit à l'ulcération d'un gros vaisseau dans une caverne, soit à la rupture d'*un anévrisme de Rassmüssen.* Ces hémoptysies foudroyantes, peuvent survenir brusquement; le plus souvent elles sont précédées par de petites hémoptysies.

e. HÉMOPTYSIES DE LA PHTISIE FIBRO-CONGESTIVE (Bard). — Sous ce nom, il faut entendre une variété de phtisie fibrocaséeuse commune, qui emprunte sa caractéristique à la fréquence d'hémoptysies, déterminées par les causes occasionnelles les plus variables. Ce groupe correspond à la phlegmasie paraphymique avec infiltration caséeuse de Peter, aux *formes eréthiques, le plus souvent avec évolution intercurrente* (Bezançon). Il s'agit de tuberculeux, avec signes d'infiltration et de ramollissement, qui font, à l'occasion des causes les plus diverses (changement d'altitude, variations de température, surmenage, menstruation, etc.), une poussée pneumonique suivie d'hémoptysie; Marfan, Pierre Teissier, ont montré que la tension artérielle était souvent élevée chez ces malades; cette tendance hémoptoïque est due à l'évolution même du processus fibreux; toute sclérose résulte d'une vascularisation préalable, la sclérose étant provoquée elle-même par certains poisons plutôt sclérosants et congestifs que caséifiants (Auclair). Peut-être la vaso-dilatation active chez ces malades est-elle due à certains autres poisons tuberculeux.

Cliniquement, chez ces sujets, chaque poussée s'éteint en quelques semaines; au moment où elle se produit, les signes d'auscultation sont très accusés; ce sont ceux d'une turgescence congestive (souffle, râles humides, râles caverneux), puis tout s'apaise : la guérison peut s'observer; le plus souvent on note des récidives, puis plus tard, l'extension progressive des lésions.

Telles sont les diverses formes cliniques des hémoptysies tuberculeuses. Il nous reste à étudier *leur valeur séméiologique;* au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

DIAGNOSTIC. — **A. Positif.** — Nous n'insisterons pas ici sur le diagnostic proprement dit de l'hémoptysie : en présence d'un malade qui rend du sang par la bouche, on éliminera d'abord le sang provenant de l'estomac et rendu par hématémèse; on ne prendra pas pour une hémoptysie le sang provenant de la gorge, du nez; on évitera la confusion avec l'hémosialémèse, s'observant chez des femmes névropathes et consistant en une expuition de sang dissous dans de la salive. Le diagnostic positif d'hémoptysie s'affirme par l'aspect du sang, spumeux, aéré, rendu par expectoration, et par la présence, à l'auscultation, de signes pulmonaires.

B. Etiologique. — Toute hémoptysie, dont la cause ne s'impose pas à l'esprit du clinicien, fait immédiatement songer, soit à la tuberculose pulmonaire, soit à une affection cardiaque et spécialement au rétrécissement mitral. Il n'est pas d'ailleurs, jusqu'à l'hémoptysie du rétrécissement mitral qui ne soit bien souvent une hémoptysie tuberculeuse.

Parmi les autres causes d'hémoptysie, il faut citer la gangrène pulmonaire, la dilatation bronchique, l'apoplexie pulmonaire, les vomiques, l'anévrisme de la crosse de l'aorte : ces diagnostics sont en général faciles, en raison des symptômes qui accompagnent chacune de ces affections. Plus difficile est parfois le diagnostic du *kyste hydatique du poumon*, qui se manifeste par des symptômes d'induration pulmonaire pouvant en imposer pour une tuberculose, jusqu'au jour où une vomique de liquide clair, avec vésicules et crochets d'hydatides, tranchera le diagnostic. L'*examen radioscopique* sera toujours très utile, autant pour préciser un diagnostic hésitant, que pour juger de l'importance des lésions tuberculeuses pulmonaires.

Le diagnostic de l'hémoptysie tuberculeuse est surtout difficile lorsqu'il s'agit des hémoptysies d'alarme, sans aucun signe sthétoscopique. Certains cliniciens les considéraient autrefois, comme un symptôme douteux de tuberculose, et ils les attribuaient à des causes variées (hémorragies supplémentaires, congestions arthritiques, hémoptysies traumatiques, hystériques, etc.). On tend de plus en plus à ne pas admettre l'existence de telles hémoptysies; on les rattache aujourd'hui à la tuberculose dont elles deviennent ainsi un symptôme révélateur, qu'il s'agisse de la tuberculose abortive ou de la tuberculose au début.

L'hémoptysie a donc une haute valeur diagnostique en ce qu'elle révèle souvent une tuberculose pulmonaire jusque-là insoupçonnée. Elle sert en outre, dans une certaine mesure, rapprochée des autres symptômes, à individualiser la forme clinique de tuberculose pulmonaire que présente le malade.

PRONOSTIC. — Le pronostic ne dépend, ni de l'abondance, ni de la fréquence de l'hémoptysie; il est fonction de l'*importance de la poussée évolutive* qui accompagne l'hémoptysie. Nous avons insisté longuement sur les symptômes qui caractérisent une poussée évolutive : amaigrissement, fièvre, modifications du pouls, de la tension artérielle, de la formule hémoleucocytaire, rétention chlorurée, etc... Toutes les poussées évolutives ne comportent pas le même pronostic : il en est de sévères, il en est au contraire de légères qui peuvent disparaître sans aggraver l'état antérieur.

L'hémoptysie qui n'est pas liée à une poussée évolutive de tuberculose est relativement bénigne; elle traduit la rupture toute mécanique d'un vaisseau; elle peut cependant être mortelle s'il s'agit de la rupture d'un vaisseau volumineux ou dilaté (anévrisme de Rasmüssen).

Piery accorde une grande importance à la forme des bacilles de Koch, trouvés dans l'expectoration (bacilles homogènes, courts, moniliformes).

D'après Chauffard, on peut prédire la fin d'une hémoptysie, quand les crachats deviennent noirs, quand la fièvre diminue. Si les crachats restent rouges, rutilants, la fièvre élevée, le pouls rapide, petit, c'est que l'hémoptysie va continuer.

TRAITEMENT. — Le malade sera immobilisé au lit, dans le décubitus dorsal, il lui sera recommandé de ne pas parler; on donnera de petits morceaux de glace à sucer, des boissons glacées (lait, limonade) seront prises par petites quantités. Il sera bon de prescrire de l'extrait thébaïque à petites doses, ou de l'ipéca à dose nauséeuse (Dieulafoy) : on ajoutera une potion de chlorure de calcium ou d'eau de Rabel. Si l'agitation du malade est extrême, si la toux est pénible, quinteuse, on fera une ou deux injections de morphine, on appliquera sur les deux sommets du poumon un petit sachet de glace, on aura recours à l'ergotine, à l'adrénaline, aux injections de sérum gélatiné, ou de sérum de cheval. L'hémoptysie terminée, on instituera le traitement de la tuberculose pulmonaire, en se défiant, chez les sujets à tendance hémoptoïque, des altitudes trop élevées, de l'air de la mer, de la suralimentation excessive, etc.

BIBLIOGRAPHIE. — PIÉRY. *La tuberculose pulmonaire*, O. Doin, 1910 — BEZANÇON et DE JONG. Formes cliniques des hémoptysies tuberculeuses, *Société d'études scientifiques sur la tuberculose*, mai 1908. — M.-P. WEIL. *Les hémoptysies tuberculeuses*, Th. de Paris, 1912. — Question d'internat, *Gaz. des hôp.*, 1906.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE A LA SALPÊTRIÈRE. — Continuant ses visites dans les hôpitaux de Paris, M. Raymond Poincaré est allé jeudi visiter les services hospitaliers et l'Ecole d'infirmières de la Salpêtrière.

HOPITAUX DE PARIS. — Le concours pour les prx à décerner aux élèves externes en médecine (année 1913-1914) et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 février 1914 aura lieu le lundi 20 octobre 1913, à midi précis.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à trois heures, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au mardi 30 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

La lecture des compositions ainsi que l'épreuve orale auront lieu dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Avis important. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur sixième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions; d'autre part, ceux qui vont terminer leurs deux premières années d'externat ne pourront figurer sur la liste des internes provisoires que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice comme externe; il en est de même des externes de troisième, quatrième et cinquième années.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le jeudi 16 octobre 1913 aura lieu, à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon, rue Parmentier, 7, un concours public pour la nomination d'élèves internes nécessaires au service de l'hôpital, et dont le nombre pourra varier de trois à cinq. Ils seront nommés pour deux ans.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital jusqu'au 14 octobre inclus.

— Un concours public pour la nomination d'élèves externes nécessaires au service de l'hôpital, et dont le nombre pourra varier de deux à sept, aura lieu le lundi 20 octobre 1913.

Les inscriptions seront reçues, 7, rue Parmentier, jusqu'au 18 octobre inclus.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LES DÉLAIS D'AJOURNEMENT. — Un décret en date du 12 juillet fixe ainsi les délais d'ajournement :

« A partir du quatrième échec à un même examen de doctorat en médecine (examen de fin d'année ou examen de clinique), le délai d'ajournement est de deux ans pour ce même examen. »

MARINE. — Les jurys de concours qui doivent s'ouvrir à Rochefort les 29 et 30 septembre et à Toulon les 6 et 7 octobre 1913 pour des emplois de professeurs dans les écoles de médecine navale seront composés comme suit :

Pour l'emploi de professeur de pathologie interne et de thérapeutique à l'école principale de Bordeaux : président : M. l'inspecteur général du service de santé; membres : MM. les médecins principaux Aurégan et Tribondeau.

Pour l'emploi de professeur de chimie biologique à l'école annexe de Rochefort : président : M. l'inspecteur général du service de santé ; membres : M. le pharmacien en chef de 1re classe Camus et M. le pharmacien principal Gautret.

Pour l'emploi de chef de clinique chirurgicale à l'école d'application : président : M. l'inspecteur général du service de santé ; membres : MM. les médecins principaux Barrat et Gastinel.

Pour l'emploi de professeur d'anatomie à l'école annexe de Brest : président : M. l inspecteur général du service de santé; membres : MM. les médecins principaux Barrat et Gastinel.

Pour l'emploi de professeur de physiologie et d'histologie à l'école annexe de Toulon : président : M. l'inspecteur général du service de santé ; membres : MM. les médecins principaux Gastinel et Defressine.

— Des concours pour trois emplois de prosecteur d'anatomie dans les écoles-annexes de médecine navale seront ouverts à Brest, à Rochefort et à Toulon le 20 octobre 1913.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 9 juillet 1913 : M. le médecin-major de première classe, Labaste, Algérie, passe au 36e d'artillerie ; — M. le médecin-major de deuxième classe Massol, salles militaires de l'hospice mixte de Châlons; maintenu.

(Voir la suite, p. 1313.)

REVUE GÉNÉRALE

KYSTES HYDATIQUES DES OS [1]

Par M. C. BARDIN,
Interne des hôpitaux de Saint-Etienne.

Formes cliniques. — Nous avons décrit les caractères cliniques généraux des hydatides des os. Nous allons maintenant voir les troubles variés qu'ils engendrent d'après leur localisation sur tel ou tel point du squelette.

Crâne. — Dans sa statistique en 1909, Reich signale 9 cas : 3 du frontal, 4 du pariétal, 1 du sphénoïde et 1 de la base du crâne.

Les kystes intracraniens sont évidemment plus nombreux. C'est ainsi qu'Odile (thèse de Paris, 1883-1884) a réuni 5 cas d'hydatides de la base du crâne, mais, ainsi que le fait remarquer Gangolphe, aucun d'eux ne paraît siéger manifestement dans les os. Du reste, l'auteur le dit lui-même, cette distinction, importante au point de vue anatomique, perd de sa valeur dans une étude séméiologique. Les symptômes sont les mêmes ; ce sont ceux d'une tumeur cérébrale, mais plus variables et plus inconstants.

Les vertiges sont fréquents, la céphalalgie est tenace et souvent très violente. Les phénomènes de compression nerveuse sont variables suivant le siège du kyste. Dans le cas de Beaudelocque-Guesnard (kyste de la base du crâne), il existait une cécité unilatérale et de la blépharoptose du même côté ; l'œil amaurotique n'était pas dévié et possédait tous ses mouvements.

Les malades de Keate et Langenbeck ne présentaient pas de troubles cérébraux mais de graves désordres du côté de la vision.

Quand la tumeur vient faire saillie à l'extérieur, le diagnostic devient plus aisé. C'est ainsi que les malades de Keate, Langenbeck et Verdalle possédaient une tumeur volumineuse au niveau du sinus frontal.

Verdalle décrit cette tumeur « molle, fistuleuse, présentant non seulement une fluctuation profonde, mais une autre sensation plus importante et tout aussi nette : la tumeur était animée de battements parfaitement isochrones avec les pulsations artérielles, le doigt était légèrement soulevé à chaque pulsation ; mais ces battements étudiés avec soin ne semblent pas produits par une expansion des parois mêmes de la tumeur ; ils lui sont communiqués selon toute apparence par une influence de voisinage ».

En somme ce sont les phénomènes de compression nerveuse et l'apparition d'une tumeur extérieure qui caractérisent ces lésions. Westphal a signalé l'issue de vésicules par les fosses nasales, mais pour Gangolphe les données anatomiques de cette observation seraient insuffisantes pour qu'on puisse la considérer comme ayant trait à un kyste réellement développé dans le squelette de la base du crâne.

Kystes hydatiques du rachis. — Les kystes de cette région ont été signalés d'une façon relativement fréquente dans ces dernières années, puisqu'on en trouve 11 dans la statistique de Gangolphe et 26 dans celle de Frangenheim.

En 1878, Bellencontre, dans une thèse, en a donné une description clinique basée sur 14 observations.

La plupart s'étaient développés dans les parties molles avoisinant la colonne mais leur symptomatologie est la même que celle des hydatides du squelette rachidien. Comme pour le crâne ce sont les phénomènes de compression qui dominent la scène avec douleurs spontanées s'irradiant le long des racines nerveuses, sensation de picotements, de fourmillements s'accompagnant plus tard de paraplégie musculaire rappelant le cancer vertébral.

En général, ce n'est que tardivement que l'on découvre des abcès qui viennent faire saillie à la partie postérieure de la colonne.

Wilms, en 1898, publia un cas intéressant de kyste multiloculaire de la colonne. Son diagnostic était mal de Pott et l'on trouva dans un corps vertébral des vésicules hydatiques réunies par des étranglements.

Le tissu paravertébral était envahi « et les vésicules y étaient plus grosses et à contenu liquide. Il n'y avait pas de tissu caséeux ».

Sur le sujet observé par Maret le canal sacré était distendu par des hydatides sans que des troubles médullaires se soient manifestés.

Cette forme est excessivement grave et la mort est presque toujours la conséquence d'accidents septiques dus à l'ouverture du kyste.

Kystes hydatiques du bassin. — Les kystes développés dans cette région squelettique comportent également un pronostic très sombre occasionné par la diffusibilité des lésions, la difficulté et souvent l'impossibilité de les atteindre. Gangolphe en signale 11 cas et Frangenheim 30.

Ils apparaissent souvent sans cause appréciable ; d'autrefois, après un traumatisme léger auquel le malade fait remonter le début de son affection.

L'indolence est ordinairement la règle pendant très longtemps, jusqu'au jour où des collections liquides viennent faire soupçonner une lésion osseuse. On fait alors presque toujours le diagnostic d'abcès froid à point de départ osseux ou articulaire, tant que la ponction exploratrice n'a pas révélé la véritable nature de la maladie. L'autopsie découvre des lésions excessivement étendues, telles celles décrites par Abée Conrad dans les *Virchow Archiv* : « La moitié droite du bassin était complètement envahie par des hydatides ayant transformé en cavernes à parois minces l'aile iliaque, le pubis, l'ischion et ses tubérosités. Ces cavernes sont pleines d'hydatides caractéristiques. » Les vésicules avaient franchi l'articulation et envahi le fémur, s'étendant assez loin sur la diaphyse.

La mort est presque toujours la terminaison habituelle.

Kystes hydatiques des membres. — Plus acces-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 79, p. 1283.

sibles et avoisinant des organes moins importants, les kystes des membres revêtent un caractère d'une bien moindre gravité.

Ils restent latents pendant des années : dix, vingt et même quarante ans (Lesser).

Si c'est le membre inférieur qui est touché, une boiterie persistante, sans cause apparente, un peu de faiblesse, quelques vagues douleurs viennent indiquer une lésion cachée. Parfois les douleurs sont beaucoup plus vives (Bron) et obligent le malade à garder le repos.

Le symptôme capital qui doit toujours éveiller l'attention et faire soupçonner l'échinocoque, c'est *la fracture spontanée*. Tous les auteurs insistent sur ce signe et Reich y consacre un long chapitre dans son article sur « l'échinococcose des os longs ». Ces fractures comme toutes celles de ce genre surviennent brusquement à la suite d'un léger traumatisme et même sans cause appréciable. Les malades de « Rame », de « Kanzow et Virchow » se rompirent le fémur en se promenant tranquillement. Celui de Bron se fit nombre de fractures à la suite de faux pas ou en descendant les escaliers.

Rien ne distingue ces fractures des autres fractures spontanées, sinon leur gravité. Elles sont excessivement longues à consolider et s'accompagnent toujours d'un raccourcissement sensible. L'amincissement des fragments est tel, il siège sur une si grande étendue que la consolidation est à peu près impossible. Les fractures peuvent se répéter à plusieurs reprises, soit au niveau du cal, soit dans les parties voisines, avant l'apparition de tout autre symptôme.

Cramwell et Lejars, rapportant deux cas de kyste de l'humérus, insistent sur l'indolence des fractures qu'ils constatèrent : « Il n'y avait pas d'ecchymose, les tissus et les vaisseaux ne saignaient plus, à leur niveau l'os n'était pas épaissi, il est au contraire élargi, distendu, comme soufflé et dépressible; aucune tendance à la consolidation. »

Les kystes de l'extrémité supérieure du fémur sont d'un pronostic plus réservé, le voisinage du bassin en est la cause, les vésicules en effet dans presque tous les cas signalés avaient franchi l'acétabulum et envahi le pubis, l'ischion et même le sacrum.

Kystes des autres parties du squelette. — Ils sont trop peu nombreux pour mériter une description à part. Jusqu'à présent on a signalé deux cas de kystes des côtes, deux de l'omoplate, deux du sternum. Le siège de ces diverses localisations indique suffisamment les troubles et les symptômes qui ont pu se produire.

Kystes uniloculaires. — Nous n'avons envisagé dans cette description que les kystes multiloculaires. Les kystes uniloculaires sont en effet excessivement rares. Gangolphe n'en a trouvé que trois observations. Quelquefois ils sont une trouvaille d'autopsie (cas du professeur Jaboulay).

On peut dire cependant que la localisation bien limitée de cette forme en fait une affection relativement bénigne. La prolifération endogène des vésicules met l'os à l'abri d'un envahissement rapide. Il est fort possible que nombre de fractures spontanées dont on ignore la nature reconnaissent comme origine un kyste uniloculaire ayant miné sourdement le tissu spongieux de l'os sans cependant le détruire comme dans la forme multiloculaire.

Pronostic. — Par contre on peut considérer comme de véritables tumeurs malignes les kystes multiloculaires. Il n'est rien d'étonnant, que jusqu'en 1855 on les ait souvent confondus avec des cancers colloïdes.

Jusqu'à ces vingt dernières années les accidents septiques résultant de l'introduction de germes extérieurs dans les foyers hydatiques ont le plus souvent amené l'issue fatale.

Depuis, les progrès de l'asepsie et de nouvelles méthodes de traitement ont fortement fait baisser la mortalité.

Néanmoins l'échinococcose osseuse, par sa marche envahissante, sans tendance aucune à la régression, reste une maladie excessivement dangereuse. Le principal facteur de gravité réside dans la localisation des lésions. Les kystes du rachis ont toujours comporté un pronostic fatal ; il en est à peu près de même de ceux du bassin.

Les quelques cas de guérison d'hydatides du crâne ont toujours laissé des séquelles lamentables, telles que perte de la vision, affaiblissement des facultés.

Aux membres, on fut souvent obligé, après différents essais de traitement de terminer par une amputation ou une désarticulation qui ne laissèrent pas toujours la vie au malade. Cependant Cramwell a obtenu d'excellents résultats chez deux malades porteurs d'hydatides de l'humérus, en pratiquant un évidement combiné au formolage suivant la méthode de Devé.

V

Diagnostic. — La rareté des kystes hydatiques osseux explique les nombreuses erreurs de diagnostic qui ont toujours été commises. Il faut vraiment avoir l'esprit attiré de ce côté pour songer à de l'échinococcose.

1° Diagnostic positif. — Certains symptômes pourront cependant faire soupçonner la nature des lésions en face desquelles on se trouve.

Ce sont tout d'abord les *fractures spontanées*, toujours constantes dans les kystes des os longs et pouvant se répéter à quelques mois de distance.

La *tuméfaction* osseuse que l'on trouve quelquefois dans les os plats n'est pas un signe suffisant, mais la *ponction* des abcès vient toujours mettre sur la voie en donnant issue, tantôt à du liquide séreux ou « purée de pois » mélangé à des gouttelettes brun acajou et à des débris d'hydatides, tantôt à du liquide clair et limpide où le microscope décèlera des crochets.

La *douleur* n'est ni constante, ni caractéristique.

La *radiographie* sera d'un très utile secours en montrant l'absence de réaction périostée que l'on trouve dans les maladies infectieuses des os. Le tissu spongieux sera boursouflé et creusé d'une multitude d'aréoles. Cramwel et Lejars, à propos des deux cas de kyste de l'humérus qu'ils observèrent, insistent sur les services que rend la radiographie :

« Elle montre l'os occupé par des cavités transparentes, de dimension et de formes variées et que séparent des zones ou des lignes obscures représentant les restes du tissu osseux. Quand l'envahissement est complet, toute la diaphyse et les os voisins atteints par les vésicules paraissent transparents. »

Les os pourront sembler élargis, mais peu déformés. La transparence des cals formés au niveau des fractures « empêchera parfois celles-ci d'apparaître nettement. Si le kyste est infecté, sa lucidité est moindre, le pourtour est plus obscur ».

Dans les cas douteux, ou lorsqu'on soupçonnera la présence d'un kyste, on pourra toujours s'aider des méthodes de laboratoire qui servent actuellement au diagnostic de l'échinococcose.

L'*examen du sang*, en premier lieu, montrera de l'éosinophilie au taux de 4 à 8 p. 100, au lieu de 0,5 p. 100, chiffre normal.

La *réaction de fixation*, d'après les principes de Bordet, a été appliquée au diagnostic du kyste, par Weinberg et Parvu.

L'extrait alcoolique de liquide hydatique sert d'antigène ; le sérum frais de cobaye fournit l'alexine. Si l'on met le tout en présence du sérum d'un malade atteint de kyste hydatique, l'antigène fixe l'alexine et on n'obtient aucune hémolyse par l'adjonction d'un mélange de globules sanguins et de sérum hémolytique chauffé à 54 degrés; au contraire, si le malade n'a pas de kyste hydatique la dissolution sera obtenue, parce que, dans ce cas, l'alexine restée libre complètera le sérum hémolytique.

Le *séro-diagnostic* de Fleich et Lisbonne donnerait pour Camille Martin d'excellents résultats. Il suffirait pour obtenir la réaction précipitante de mettre en présence du liquide hydatique conservé aseptiquement et du sérum de malade, dans la proportion de 1 centimètre cube de liquide pour XII gouttes de sérum.

2° DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Grâce à ces moyens, on pourra éviter les erreurs. C'est ainsi qu'en face d'une *fracture spontanée*, symptôme toujours le premier en date dans les kystes hydatiques des membres, on éliminera :

Une *généralisation osseuse* d'un cancer viscéral, se traduisant brusquement par une solution de continuité;

Une *ostéomyélite gommeuse* dont la présence se révèle soudain par une fracture.

Ordinairement, ces deux affections sont précédées de douleurs ostéocopes caractéristiques. Il existe en général une tumeur osseuse suffisamment apparente. On devra cependant toujours rechercher soigneusement les signes de l'infection syphilitique.

En face d'une tuméfaction polymorphe, résistante par place, fluctuante en d'autres endroits, on écartera le diagnostic de *production sarcomateuse* : le sarcome a une marche plus rapide, il est aussi plus douloureux.

Un *kyste séreux*, survenu après un traumatisme, pourrait également prêter à confusion et les méthodes de diagnostic que nous avons énumérées, seront d'un utile secours.

Mais c'est surtout l'*ostéite* et l'*ostéoarthrite tuberculeuse* qu'elles nous aideront à éliminer. Presque toujours en face de ces volumineuses collections indolentes et froides, venues du foyer parasitaire, on a porté le diagnostic d'abcès ossifluent né d'un mal de Pott, d'une ostéite tuberculeuse quelconque ou d'une coxalgie.

Quoi de plus naturel en effet de songer à un abcès, issu d'une ostéoarthrite tuberculeuse de la hanche, en présence d'une tuméfaction fluctuante, siégeant à ce niveau et s'accompagnant de subluxation ou de luxation pathologique ? Quand, avec cela, la radiographie vient montrer une cavité cotyloïde complètement effondrée, une tête fémorale qui a disparu, un trochanter considérablement épaissi, on comprend que le plus habile clinicien puisse se tromper.

La difficulté de ce diagnostic réside, par conséquent, non seulement dans ce fait, que l'attention est rarement attirée du côté de l'infection échinococcique, mais aussi, parce que plusieurs maladies graves et autrement fréquentes viennent offrir aux regards du médecin des symptômes d'une similitude presque complète.

VI

Traitement. — « Il n'y a qu'une seule méthode de traitement, c'est l'ouverture de la cavité avec éradication aussi complète que possible du foyer parasitaire. »

Tel est le principe inscrit par Gangolphe en tête de son chapitre sur le traitement des kystes hydatiques des os. Il est en effet de toute évidence que, le diagnostic une fois posé, il faut à tout prix intervenir et faire disparaître toute trace de lésions si l'on veut prévenir les récidives. Les procédés thérapeutiques peuvent changer mais tous doivent répondre à cette donnée générale : opération hâtive et largement pratiquée.

Nous ne mentionnerons qu'à titre de document historique les méthodes médicamenteuses par voie interne, énumérées par Escarraguel : le chlorure de sodium, l'huile empyreumatique, le pétrole...

Le traitement chirurgical est le seul rationnel et le seul qu'il faille employer.

Il variera suivant l'étendue et la localisation des lésions.

1° FOYER LIMITÉ. — On incisera largement de façon à évacuer tout le foyer. Les ponctions ne seront jamais employées que comme moyen de diagnostic et, « en présence des accidents dont elles sont parfois l'origine, nous conseillerons de n'y avoir recours que si l'on est prêt à entreprendre, immédiatement après, une opération plus radicale » (Gangolphe).

On sera parfois obligé d'enlever une partie plus ou moins considérable de la paroi osseuse, afin de mettre à découvert le foyer pathologique. On procédera ensuite au curage méthodique, en faisant un évidement aussi soigneux que possible ; on enlèvera toutes les vésicules que l'on peut découvrir, ce qui n'est pas toujours facile. Bérard insiste dans son article sur la difficulté que l'on éprouve à débarras-

ser complètement l'os des hydatides qu'il contient : « Il est essentiel de ne pas oublier des vésicules entières, quelque petit que soit leur volume, et, pour les découvrir et les extraire, le chirurgien doit explorer avec le plus grand soin la cavité dans tous les sens. Il arrive pourtant assez facilement, qu'elles échappent à l'opération, ou bien, parce qu'elles sont adhérentes à la paroi intime des kystes, ou bien, parce qu'elles sont profondément situées dans les loges ou dans des anfractuosités ; de là une nouvelle cause de récidive. »

On enlèvera également toute la membrane que l'on pourra détacher. Gangolphe, nous l'avons vu, nie sa présence, mais presque tous les chirurgiens qui depuis vingt ans ont eu l'occasion d'intervenir sur des kystes hydatiques osseux l'ont parfaitement observée.

On pourra ensuite cautériser les parois au fer rouge, qui agirait pour Gangolphe non seulement comme parasiticide, mais encore en réveillant les propriétés ostéogéniques de l'os. Par un lavage antiseptique (eau oxygénée) on entraînera soigneusement les séquestres et les détritus ; on établira enfin un drainage méthodique de la région.

C'est à ces foyers limités que l'on peut appliquer aussi avec succès la méthode du formolage de Devé. Cramwell la préconise ; l'ayant employée dans deux cas d'hydatides de l'humérus il obtint une guérison radicale. Après évidement, on lave la cavité avec du formol à 1 p. 100 et à chaque pansement on renouvelle les irrigations.

Bron préconise, pour les kystes diaphysaires, une résection dans la continuité de l'os ; mais tous les auteurs (Gangolphe, Cramwel, Reich) condamnent cette méthode. Les lésions sont trop diffuses pour admettre une telle pratique. Elle ne vaut pas un évidement fait sur une étendue convenable.

2° Foyer étendu. — Mais malheureusement, très souvent, les malades ne demandent les secours du chirurgien qu'à une période trop avancée. Les os sont réduits à l'état de lame papyracée sur leur plus grande étendue. Il faut réclamer du malade un sacrifice plus grand. Nous donnerons la conduite à tenir à propos de chaque région en examinant plus en détail les indications de l'intervention suivant le siège des lésions.

Kystes hydatiques du crâne. — Nous ne parlerons ici que des kystes, comme ceux développés dans le sinus frontal, et qui sont accessibles au chirurgien.

Depuis très longtemps du reste les hydatides du crâne sont connus et traités en médecine vétérinaire. Escarraguel le raconte d'une façon pittoresque :

« Sur les dunes qui servent de digue à l'Océan nous avons appris des bergers que, lorsque leurs moutons présentaient des cas d'hydatides des os du crâne, et que ces derniers, usés, amincis bombaient en tumeur, ils brisaient tranquillement cette portion de la boîte épicranienne, vidaient les hydatides, et par cette opération, guérissaient leurs animaux.

Pourquoi, dans des circonstances semblables ne les imiterions-nous pas? L'homme a une organisation aussi plastique que les autres, je suppose. Et les connaissances chirurgicales donnent bien au médecin une chance de plus. »

Et pourtant la guérison, ainsi que le montrent les diverses observations, n'est pas facile à obtenir. Il faudra intervenir le plus tôt possible en pratiquant une résection sous-périostée des parties de l'os que normalement l'on pourra atteindre et enlever. Dans les kystes du sinus frontal on pourra ainsi que le conseille Gangolphe, s'il existe un abaissement notable du plancher du sinus, donner un libre écoulement aux liquides du côté des fosses nasales.

Kystes hydatiques du rachis. — Ici, les difficultés sont presque insurmontables. Mais néanmoins il faut agir, car la tumeur grossissant aura vite fait d'amener des phénomènes de compression excessivement graves. On se contentera d'ouvrir les poches extra-osseuses, si les lésions, et c'est la règle, siègent dans les corps vertébraux. L'évacuation de ces abcès, souvent volumineux, pourra rendre de grands services comme moyens palliatifs en faisant cesser les troubles dus à la compression. C'est, ce à quoi se sont bornés jusqu'à présent la plupart des chirurgiens qui se trouvèrent en présence de cette localisation échinococcique.

Kystes hydatiques du bassin. — Presque toujours la mort fut la conséquence de la localisation des hydatides dans le bassin. Il est très facile de s'en rendre compte en face de lésions comme celles que constatèrent Viertel, Recrey, Pihan et plus récemment Abée Conrad et Jaboulay. Et pourtant, le malade est voué à une mort fatale si l'on n'intervient pas. On pourra pratiquer, ainsi que le fit Bardleben, une large brèche à la coque osseuse, on enlèvera toutes les parties nécrosées, séquestrées et envahies que l'on pourra atteindre soit directement, soit à l'aide de la curette et l'on drainera à la partie déclive.

Quand la hanche est envahie, le pronostic est encore bien plus grave. Il faudra se laisser guider par l'état du malade. Si l'état de ce dernier le permet on est pleinement autorisé de proposer une intervention radicale, « une désarticulation interilio-abdominale totale (os iliaque et fémur) telle que le professeur Jaboulay l'a décrite et réalisée trois fois ; opération qui ne donnerait qu'une mortalité de 7 p. 25 d'après Kubentramph » (Horand) et qui seule, croyons-nous, peut arrêter la marche envahissante des hydatides.

Si le malade n'accepte pas une semblable intervention, ou, si son état ne le permet pas, on ouvrira largement les foyers, on les nettoiera le plus possible en enlevant les séquestres et les parties nécrosées et on fera suivre le tout d'un lavage au formol à 1 p. 100.

Kystes hydatiques des membres. — Quand les lésions seront trop avancées pour justifier l'emploi des méthodes que l'on a préconisées dans les foyers limités il faut alors songer à sacrifier le membre. Il faudra toujours faire porter la section sur un point relativement éloigné du foyer. Souvent même, le canal médullaire est totalement envahi ; la désarticulation s'impose, à la hanche ou à l'épaule suivant le membre atteint, surtout si l'état général trop compromis ne permet pas d'essayer un traitement plus conservateur.

BIBLIOGRAPHIE

ABÉE (Conrad). Sur l'échinocoque multiloculaire du foie et un cas d'échinocoque du bassin. *Virch. Arch.*, Bd CLVII, H. 3, p. 519, 1899. — ADAM (Fr.). Echinococcose alvéolaire, son apparition dans l'Ain et le Jura, *Gaz. des hôpit.*, 1912.

BARDIN. *Des kystes hydatiques du fémur*, Th. de Lyon, 1913. — BÉRARD. Hydatides des os, *Répert. gén. de méd.*, t. XXII, p. 150. — BONCOUR. *Des kystes hydatiques des membres*, Th. de Paris, 1878. — BORDET-GENGOU. Réaction, *Soc. de biol.*, 19 déc. 1909. — BRÉE. *Des pseudarthroses du corps du fémur*, Paris 1888. — BRENTANO et BENDA (de Berlin). Un cas d'échinocoque multiloculaire (bassin), *Deut. Zeits. f. Chir*,, 1899, vol. LII, p. 206. — BRON. *Kystes hydatiques du fémur*, Th. de Paris, 1896.

CARRIÈRE. *De la tumeur hydatique alvéolaire*, Th. de Paris, 1868. — CRUVEILHIER. *Anatomie générale*, t. XIV, p. 186. — CRAMWELL et LEJARS. Kystes hydatiques humains, *Soc. de chir.*, 16 avril 1907, p. 366.

DANLOS. *De l'influence du traumatisme accidentel considéré comme cause occasionnelle des kystes en général.* — DAUJAT. *Echinococcose alvéolaire*, Th. de Lyon, 1912. — DEBOVE, ACHARD et CASTAIGNE. *Manuel des maladies du foie et des voies biliaires*, 1910. — DEVÉ (de Rouen). Echinococcose hydatique et échinococcose alvéolaire, *Soc. de biol.*, 1903, t. LV, p. 1369. — DEZEIMEIRIS. *Expérience*, 1838, t. I, p. 529. — DODERLEIN. Kystes hydatiques du bassin, 23 cas, *Deut. Zeits.*, Bd XLVIII. — DUBOURG. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889-1890, t. XIX, p. 218, 231. — DUPLAY. *Bull. de la Soc. anat.*, 1851, t. XXVIII, p. 134.

ELENEWSKY (de Charkow). Sur l'anatomie pathologique de l'échinocoque multiloculaire chez l'homme; travail de l'Institut anatomo-pathologique de Charkow (professeur Melinkow-Raswedenkow), *Deut. Arch. f. klin. Chir.; Arch. de Langenbeck*, 1907, Bd LXXXII, Heft 2, et *Centralbl. f. Chir.*, 1907, p. 565. — ESCARRAGUEL. Th. de Montpellier, 1838.

FORGUE. *Précis de pathologie externe.* — FRANGENHEIM. *Les diverses localisations des échinocoques*, 1906; — *Neue Forge Chir.*, nos 102-127, 1903-1907, nos 116-117.

GANGOLPHE. *Kystes hydatiques des os*, Th. d'ag., 1886; — *Traité des maladies infectieuses et parasitaires des os*, Paris 1894. — GUIART. *Précis de parasitologie* (collection Gilbert et Fournier), édition 1910, p. 341. — GODEFROY. *Contribution à étude des kystes des os*, Th. de Paris, 1832.

HAHN. *Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 6, p. 89. — HEIDENREICH. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2e série, t. XVIII, p. 294.

LECÈNE et LENORMANT. *Journ. de chir.*, 1912, 1 et 605. — LE DENTU et DELBET (collection). *Maladies des os*, par MAUCLAIRE, 1908, p. 167. — LEJARS et PARVU. *Soc. de chir. de Paris*, 24 mars 1909.

MARTIN (Camille). *Etude sur le précipito diagnostic du kyste hydatique*, Th. de Montpellier, 1909. — MOYNAC. *Eléments de pathologie et de clinique chirurgicale*, t. I, p. 151, édition 1890. — MADELUNG. *Beitr. Meckl. Arz. zur Lehre von der Echin. Krankh.* 1885.

PARVU et WENBERG. *Soc. de biol.*, 5 déc. 1908. — PONCET. Tumeur des os, *Encyclop. internat. de chir.*, t. IV, p. 383.

QUÉMIN (Louis). *L'injection parasiticide préalable dans le traitement opératoire des kystes hydatiques*, Th. de Paris, 1909.

RAME. *Des acéphalocystes chez l'homme*, Th. de Montpellier, 1836, n° 126, p. 26. — REICH (de Tübingen). Sur l'échinocoque des os longs, *Beitr. zur klin. Chir.*, Bd LIX, p. 1, 1909. — ROUSSIN. *Bull. de la Soc. anat.*, t. XXVI, 1851, p. 134.

SALVIA. *Progrès méd.*, 15 et 30 avril 1893. — SINION. *Des fractures spontanées*, Th. d'ag., 1886.

THIBIERGE. *Revue de Hayem*, t. XLIII, p. 270, 1894. — TERRIER et AUVRAY. *Chirurgie du foie et des voies biliaires*, édition 1907. — TRENDELENBURG. *Verandl. d. Deut. Gesell. f. Chir.*, 1881, Bd X, p. 60-61.

VIDAL. *Considérations sur les kystes hydatiques des os*, Th. de Paris, 1877. — VIRCHOW. *Verhandlungen d. physikalisch-medicin. Gesell. in Wurtsburg*, 1855, vol. VI, p. 84; — *Berl. klin. Woch.*, 1884, n° 6.

WENBERG et PARVU. *Soc. méd. des hôpit.*, 18 déc. 1908. — WILMS. Echinocoque multiloculaire de la colonne vertébrale et la relation entre l'échinocoque multiloculaire et l'échinocoque hydatique, *Beitr. zur klin. Chir.*, Bd XXI, Heft 1, p. 151, 1898.

UN CAS DE PROCIDENCE MASTOIDIENNE DE LA DURE-MÈRE DE LA FOSSE CÉRÉBRALE MOYENNE (1)

Par JACQUES FOURNIÉ,
Oto-laryngologiste de l'hôpital Péan.

La trépanation mastoïdienne réserve parfois aux opérateurs des surprises désagréables, du fait de la procidence dure-mérienne. Le plus souvent, c'est le sinus latéral qui vient décrire sa courbe en dehors de l'antre et qui repousse son enveloppe méningée presque immédiatement sous la corticale. Dans ces cas, la trépanation haute, comme le fait systématiquement le docteur Mouret (de Montpellier), d'après son intéressante communication à la Société française d'oto-laryngologie de mai 1913, permet d'aborder l'antre.

Il n'en est pas toujours de même quand c'est la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne qui fait hernie dans la mastoïde. Nous avons tous vu des procidences de ce genre plus ou moins marquées. Cependant j'ai pensé intéressant de publier le cas suivant, où cette procidence avait un caractère exceptionnel.

OBSERVATION. — M. Gall., treize ans, otite chronique suppurée double, fétide, soignée par différents spécialistes au cours de plusieurs déplacements.

Evidement droit, le 26 avril 1913. Très légère procidence du cerveau qui ne gêne en rien la découverte de l'antre. Celui-ci, assez large et descendant vers la pointe, est rempli de pus moitié liquide, moitié concret, très fétide.

Evidement gauche, quinze jours après, le 10 mai 1913, avec l'assistance des docteurs Chevalier et Barthélemy (de Nantes). Cette fois, dès le premier copeau d'os enlevé derrière l'épine de Henle, la surface de trépanation, à 3 millimètres au-dessous de la corticale et à peine à 2 millimètres de l'épine de Henle, est entièrement occupée par une membrane blanc grisâtre, légèrement dépressible. J'avoue avoir d'abord pensé à un revêtement membraneux de la cavité de l'antre qui, dans le jeune âge, n'est pas toujours très éloigné de la corticale et peut atteindre de vastes dimensions.

J'enlevai de l'os en haut, puis en bas, sans trouver de limite à cette paroi membraneuse. Ponctionner cette membrane était prématuré et pouvait avoir des suites dangereuses si nous étions en présence de la dure-mère cérébrale. Chercher un antre profond par la paroi postérieure du conduit, ne me tentait guère autant par la difficulté même de cette recherche que par le danger de blesser le facial. Aussi, me souvenant de la prolongation centrale vers la pointe dans la mastoïde droite, je fis une nouvelle trépanation bien au-dessous de la première et tombai rapidement dans une cavité qui dissipa tous nos doutes et me permit de mener à bien l'opération.

(1) Communication à la *Société parisienne d'oto-laryngologie*, juillet 1913.

Avec cette cavité pour guide, je pus facilement réséquer la très mince paroi postérieure du conduit, sans crainte du facial, le plancher de l'aditus droit étant très abaissé, presque

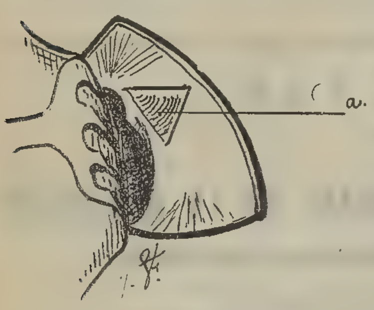


FIG. 1. — *La dure-mère occupe en α toute la surface de trépanation.*



FIG. 2. — *En α se voit la projection de l'antre.*

au niveau de la paroi inférieure du conduit. En fait, la dure-mère occupait un bon tiers supérieur de la mastoïde, recouvrant totalement un antre très vaste, se prolongeant en bas dans la pointe et rempli de pus.

1° La loi de symétrie se trouvait en défaut chez ce malade puisque à droite le mouvement procident était à peine indiqué. Toutefois, elle se trouvait réalisée dans les dimensions et la descente apexienne de l'antre, circonstance heureuse qui m'a permis de tourner la difficulté. L'éventualité d'un antre petit et profond, avec une telle procidence cérébrale, laisse à penser combien pénible et dangereuse peut être la tâche de l'opérateur.

2° Ce fait anatomique ne doit évidemment pas, en raison de son caractère exceptionnel, entrer en ligne de compte pour modifier les techniques opératoires décrites. Je tiens seulement à faire observer qu'ici une trépanation haute, même au-dessus de l'épine de Henle, eût trouvé, à proximité de l'angle antéro-supérieur du conduit, la présence immédiate de la dure-mère cérébrale.

3° La vraie conclusion clinique qui ressort de ce cas est un principe analogue à celui de la chirurgie générale. Agir toujours avec prudence, avoir toujours en éveil, au bout des doigts, le réflexe de l'anomalie possible. Si l'œil doit par ailleurs précéder le bistouri, ici, dans notre sphère, l'œil doit aussi précéder le burin ou la gouge.

JURISPRUDENCE

RESPONSABILITÉ ET REFUS DE SOINS

La cinquième Chambre de la Cour d'appel de Paris, infirmant un jugement du tribunal civil de Bar-sur-Seine, a rendu le 5 juillet dernier, un arrêt intéressant sur un point particulier de la responsabilité médicale, « le manque d'humanité ».

Voici les faits qui ont saisi la Cour d'appel de Paris.

Le 22 mars 1911, M. B..., cultivateur dans la banlieue de Bar-sur-Seine, était frappé d'un coup de couteau à l'abdomen. Le ventre, ouvert, laissait échapper les intestins. Membre d'une société de secours mutuels, M. B... envoya chercher le médecin de la société, M. X..., d'origine bulgare, aujourd'hui sur le terrain de la guerre balkanique. Celui-ci ne vint que le lendemain auprès du blessé, qui se trouvait dans une hutte de charbonnier, au fond des bois.

A son arrivée auprès du malade, le médecin fit au blessé un pansement humide à l'eau bouillie et se retira pour ne plus revenir.

Un confrère du docteur X..., prévenu seulement quelques jours plus tard, tenta une opération *in extremis*, qui échoua.

Le blessé mourut d'une péritonite généralisée.

Mme veuve B..., la femme du défunt, assigna le docteur X..., en payement d'une indemnité de 10000 francs et d'une rente de 500 francs par an, pour chacun de ses deux enfants, jusqu'à l'accomplissement de leur dix-huitième année.

Le tribunal civil de Bar-sur-Seine, estimant que le *manque d'humanité* du docteur était générateur de dommages-intérêts, condamna M. X... à verser 1 100 francs d'indemnité à Mme B... et à payer une rente de 75 francs par an à chacun des enfants du défunt.

Sur appel, la Cour a infirmé le jugement.

Elle a estimé que si un manque d'humanité pouvait donner lieu à des dommages-intérêts au cas où il aurait causé la mort, en l'espèce la blessure de M. B... était trop grave et sa position trop critique pour que de toute manière une issue fatale pût être évitée.

« Considérant que X a été appelé, le 22 mars 1911, comme médecin, au chevet de B..., atteint d'une blessure des plus graves à l'abdomen ; qu'il a eu le tort de ne pas se rendre, le soir même, auprès du blessé ; qu'il objecte en vain qu'il ignorait le chemin de la demeure de celui-ci ; qu'il lui était facile d'obtenir les renseignements nécessaires pour le trouver et qu'il a manqué à un impérieux devoir d'humanité en laissant sans aucuns soins, pendant toute une nuit, un homme dont la blessure pouvait avoir des suites mortelles ;

Considérant, d'autre part, qu'ayant visité le blessé le lendemain, vers onze heures du matin, il a commis une faute pouvant engager sa responsabilité, en l'abandonnant, sans avertir sa famille ; qu'il eût dû prévenir celle-ci de son intention de ne pas revenir... »

L'arrêt expose ensuite qu'il n'est pas démontré scientifiquement que le blessé eût pu être sauvé.

« Considérant, continue l'arrêt, que, dans ces circonstances, si regrettable qu'ait été la conduite de X..., il est impossible d'affirmer qu'il existe un rapport de cause à effet entre la faute commise par lui et la mort de B... ; qu'il ne saurait donc être prononcé de condamnation contre lui. »

La demande de la malheureuse veuve B... a été, en conséquence, repoussée.

Il est en effet de jurisprudence constante que le médecin reste libre de donner ou non ses soins. Son refus et son abstention n'engagent jamais sa responsabilité (V. Cass. 29 fructidor an X, *Sirey*, 1.1.693 ; — 4 juin 1830, *Sirey*, 1830, 1.341 ; — Trib. paix Saint-Denis, 21 novembre 1890 ; *Semaine médicale*, 30 déc. 1890 ; — Trib. paix Lamballe, 14 oct. 1898, Brouardel, *Exercice de la médecine*, annexe 7 ; Cour de Pau, 1er mai 1900, *Sirey*, 1900, 2.301). Mais il en est autrement lorsque le médecin s'est engagé par convention à donner des soins ; tel est le cas du docteur X... Comme médecin d'une société de secours mutuels, il avait promis ses soins pour toutes les éventualités susceptibles de se produire ; aussi son attitude était selon nous une faute. D'ailleurs la Cour l'a fort bien compris, et la jurisprudence a été à même de critiquer des attitudes semblables à celle du docteur X... (Cass. 18 juin 1835, *Sirey*, 1835, 1.401 ; Cour Amiens, 16 nov. 1857, *Gazette des tribunaux*, 5 déc. 1857 ; Pau, 1er mai 1900, précité).

Cependant la Cour a déclaré qu'il n'y avait pas de rapport de cause à effet entre la faute commise par le médecin et la mort du cultivateur, car il ne pouvait être démontré scientifiquement que le malade eût pu être sauvé. La Cour envisageait donc le cas d'extrême urgence. La doctrine (V. Perreau, *Eléments de jurisprudence médicale*, p. 269), qui est confirmée par la jurisprudence, assimile à l'hypothèse de refus de soins

celle où ils sont donnés si tardivement qu'ils perdent toute utilité. Au point de vue des résultats, pareil retard équivaut évidemment à un refus ; d'ailleurs sans cela, le médecin aurait toujours le moyen d'éviter la responsabilité lui incombant à la suite d'un refus, en disant seulement avoir tardé jusqu'au moment où le mal est, à son insu, devenu sans remède (Trib. Cambrai, 15 mars 1900, *La Loi*, 1900, p. 458; Cour Pau, 1er mai 1900, précité).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret du président de la République en date du 9 juillet 1913, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, sont promus, et par décision ministérielle du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Toinon, 12e chasseurs à pied; maintenu; — Simoni, Algérie; maintenu; — Graindorge, troupes d'occupation du Maroc oriental; maintenu; — Larrazet, 23e chasseurs à pied, passe au 21e d'infanterie; — Théron, 134e d'infanterie; maintenu provisoirement.

L'ASSISTANCE AUX FAMILLES NOMBREUSES. — Le *Journal officiel* du 16 juillet publie le texte de la loi relative à l'assistance aux familles nombreuses. En voici les principales dispositions :

« ART. 2. — Tout chef de famille, de nationalité française, ayant à sa charge plus de trois enfants légitimes ou reconnus, et dont les ressources sont insuffisantes pour les élever, reçoit une allocation annuelle par enfant de moins de treize ans, au delà du troisième enfant de moins de treize ans.

Si les enfants restent à la charge de la mère par suite de la mort du père, de sa disparition, d'abandon par lui de sa famille ou de toute autre cause, l'assistance est donnée pour chaque enfant de moins de treize ans au delà du premier enfant de moins de treize ans.

Si les enfants restent à la charge du père par suite de la mort de la mère, de sa disparition, de l'abandon par elle de sa famille ou de toute autre cause, l'assistance est donnée pour chaque enfant de moins de treize ans au delà du deuxième enfant de moins de treize ans.

Seront assimilés aux enfants de moins de treize ans, pour l'application des dispositions de la présente loi, les enfants âgés de treize à seize ans pour lesquels le chef de famille ou la mère aura passé un contrat écrit d'apprentissage dans les conditions déterminées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 15 de la présente loi.

Seront considérés comme chefs de famille les parents qui, en cas d'abandon des enfants ou de la disparition des père et mère, auront pris la charge des enfants. »

FORMALITÉS EXIGÉES POUR EXERCER LA MÉDECINE EN SUÈDE. — Le docteur Darras nous communique une note qui complète pour la Suède les précieux renseignements donnés dans son article sur le « Diplôme français de docteur en médecine et les conditions et formalités à remplir pour exercer à l'étranger » (*Gaz. des hôp.*, n° 45, 19 avril 1913).

Une autorisation spéciale du gouvernement est nécessaire pour subir des examens et exercer la profession médicale en Suède.

Les Français titulaires d'un diplôme de docteur en médecine délivré en France pourront, après avoir obtenu l'autorisation du gouvernement suédois, se faire inscrire directement dans une faculté de médecine sans avoir à passer en Suède l'examen du baccalauréat. Ils pourront être dispensés du stage spécial dans les cliniques universitaires, formalité exigée en vue de passer l'examen dit de « candidat en médecine » (quatre à cinq ans après le baccalauréat).

Ils devront accomplir le stage prescrit dans les hôpitaux suédois en vue de la licence en médecine; tout en jouissant de certaines facilités qui peuvent être accordées par le chancelier des universités.

Les cours et les examens ont lieu en langue suédoise.

Après avoir passé l'examen de la licence, l'intéressé devra s'adresser à la Direction royale de médecine afin d'obtenir la patente nécessaire pour exercer la médecine en Suède.

Avant d'exercer, il devra se faire naturaliser Suédois.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Masqueray (d'Auffay).

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE (149, rue de Sèvres). — — PROGRAMME DU COURS DE PERFECTIONNEMENT (19 août-4 septembre 1913). — *19 août.* — Dix heures et demie : M. Nobécourt. Les laits utilisés dans l'alimentation des nourrissons. — Dix-sept heures : M. Tixier. Tuberculose du nourrisson.

20 août. — Dix heures et demie : M. Tixier. Hérédo-syphilis du nourrisson. — Dix-sept heures : M. Paisseau. Hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx.

21 août. — Dix heures et demie : M. Tixier. Anémies. Leucémies. — Dix-sept heures : M. Nobécourt. L'allaitement et le sevrage.

22 août. — Dix heures et demie : M. Tixier : Purpuras. Hémophilie. Maladie de Barlow. — Dix-sept heures : M. Paisseau. Colites.

23 août. — Dix heures et demie : M. Milhit. Coqueluche. — Dix-sept heures : M. Darré. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde.

25 août. — Dix heures et demie : M. Paisseau. Rachitisme. — Dix-sept heures : M. Darré. Diagnostic des angines aiguës.

26 août. — Dix heures et demie : M. Paisseau : Hypertrophie du thymus. Myxœdème. — Dix-sept heures : M. Nobécourt. Les troubles digestifs des nourrissons.

27 août. — Dix heures et demie : M. Harvier. Rougeole. Erythèmes toxi-infectieux. — Dix-sept heures : M. Darré. Diagnostic des laryngites aiguës. Traitement de la diphtérie.

28 août. — Dix heures et demie : M. Harvier. Scarlatine. Diagnostic, complication, traitement. — Dix-sept heures : M. Nobécourt. Traitement des troubles digestifs des nourrissons.

29 août. — Dix heures et demie : M. Ferrand. Erythèmes, impétigo, eczéma des nourrissons. — Dix-sept heures : M. Harvier : Diagnostic clinique des méningites.

30 août. — Dix heures et demie : M. Harvier. Ponction lombaire. Traitement des méningites. — Dix-sept heures : M. Ferrand. Affections du cuir chevelu.

1er septembre. — Dix heures et demie : M. Milhit. Diagnostic et traitement de la pneumonie et des broncho-pneumonies. — Dix-sept heures : M. Schreiber. Paralysie infantile.

2 septembre. — Dix heures et demie : M. Milhit. Diagnostic et traitement des pleurésies. — Dix-sept heures : M. Babonneix. Encéphalopathies infantiles.

3 septembre. — Dix heures et demie : M. Milhit. Adénopathies trachéo-bronchiques et médiastinites. — Dix-sept heures : M. Babonneix. Tumeurs cérébrales.

4 septembre. — Dix heures et demie : M. Schreiber. Diagnostic et valeur sémiologique de l'albuminurie. — Dix-sept heures : M. Babonneix. Epilepsie.

5 septembre. — Dix heures et demie : M. Lemaire. Le rhumatisme articulaire aigu et ses complications cardiaques. — Dix-sept heures : M. Schreiber. Cardiopathies congénitales.

6 septembre. — Dix heures et demie : M. Lemaire. Symphyses du péricarde. Foie cardio-tuberculeux. — Dix-sept heures : M. Babonneix. Chorée. Tétanie.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 5, mai 1913.) LANNOIS et CHARVET : De l'état du larynx dans la paralysie labio-glosso-laryngée. — BOUTIN : L'examen de l'hypopharynx et de la bouche de l'œsophage. — BALDENWECK et André BLOCH : Note préliminaire sur l'inclinaison de la tête au cours du signe de la fistule Citelli. Gros ostéome primitif du sinus frontal. — Arnaldo MALAN. Quelques cas d'ozène traités par la méthode de Robert-Foy. — MOULONGUET : Un cas de section du nerf laryngé supérieur.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 359, 10 juin 1913.) H. Lewis JONES : L'emploi des décharges du condensateur en électrodiagnostic. — Virgilio MACHADO : A quoi attribuer l'excitation produite sur l'organisme animal par la fermeture et par l'ouverture d'un courant galvanique ? — BABINSKI, DELHERM et JARKOWSKI : Sur l'emploi simultané de deux courants en électrodiagnostic et en électrothérapie. La réaction faradique latente. La farado-galvanisation. La galvano-galvanisation. — Ludwig MANN : Sur la réaction galvanique vestibulaire. — DRAULT et RAULOT-LAPOINTE : Petit contact tournant de grande puissance.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 25, 22 juin 1913.) BARGUES : L'enfumage iodé. — Jean DOCHE : Immobilisation des arthrites tuberculeuses et héliothérapie.

Journal des praticiens. — (N° 24, 14 juin 1913.) E. SCHWARTZ : Du pronostic des ruptures tendineuses du triceps crural. — H. MAYET : Scoliose et appendicite chronique. — CHAUFFARD : Epilepsie. — BABINSKI : Diagnostic des états organiques. — G. de PARREL : Rééducation auditive.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 23, 7 juin.) DELASSUS : Appendicite opérée dans les trente-deux heures du début. — (N° 24, 14 juin.) L. DANEL : Sycosis lupoïde bilatéral.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 24, 12 juin 1913.) A. HUSTIN : Notions de physiologie pathologique du gros intestin envisagée spécialement au point de vue chirurgical.

Paris médical. — (N° 27, 7 juin 1913.) Paul CARNOT : La pathologie digestive en 1913. — ŒTTINGER : Ulcère du duodénum et cholélithiase. — LION : Des sels de bismuth en pathologie gastrique. — LŒPER : Les réactions gastro-coliques. — R. GRÉGOIRE : Rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle. — CADE, MARTIN et DE MOURGUES : Les diverticules acquis du gros intestin et leur rôle en pathologie. — (N° 28, 14 juin.) Pierre DESCOMPS, Paul DESCOMPS et Pierre BROUSSE : Les points douloureux abdominaux. — L.-A. AMBLARD : L'hypertension artérielle permanente suivant l'âge, pathogénie et valeur séméiologique. — CARNOT : Traitement local des œdèmes.

Pédiatrie pratique. — (N° 16, 5 juin 1913.) KIRMISSON : Tumeurs angiomateuses. — LANCE : L'existence du signe de Dupuytren dans la luxation congénitale de la hanche chez l'enfant. Sa fréquence et sa signification. — TRAPENARD : De l'emploi des gaz thermaux du Mont-Dore dans certains cas de surdité. — BRELET : L'aphasie dans la fièvre typhoïde infantile. — PERPÈRE : Les indications du traitement thermal de l'asthme chez l'enfant.

Presse médicale. — (N° 46, 4 juin 1913.) Ch. PÉRIER : La genèse et le rôle de l'Académie de médecine généralement ignorés. — H. GAUDIER et P. GORSE : Lymphangiome kystique abdomino-scrotal rétropéritonéal. — CARDOT et LAUGIER : Loi polaire de Pflüger et électrodiagnostic. — (N° 47, 7 juin.) LARDENNOIS : La stase colique par déformation des côlons. La thyphlectasie symptomatique. — H. BIERRY : Capsules surrénales et glycémie. — (N° 48, 11 juin.) GUILLEMINOT : L'énergétique générale et la chimie. — CANTONNET et SCHREIBER : L'aniridie. — (N° 49, 14 juin.) E. RIST : Le diagnostic des maladies thoraciques avant l'invention de la percussion et de l'auscultation. — Alfred MARTINET : Les éléments pharmacologiques essentiels de la médication hypertensive.

Progrès médical. — (N° 22, 31 mai 1913.) ALLAMAN : Folie à deux. Deux sœurs persécutées, possédées. Hallucinations de la vue et de l'ouïe. Hallucinations psycho-motrices et de la sensibilité générale. — (N° 23, 7 juin.) LŒPER et SCHULMANN : Les lésions du pneumogastrique et le syndrome de la petite courbure. — GORSE : Traitement des péricardites à épanchement postérieur. — GOUGEROT : Signes, diagnostic et traitement du psoriasis. — (N° 24, 14 juin.) CADE, ROUBIER et J.-F. MARTIN : Les ulcères simples du jéjuno-iléon. — F. TERRIEN : Les corps étrangers intra-oculaires. — Paul BONCOUR : Epilepsie et syphilis cérébrale héréditaire tardive. Guérison par l'iodothérapie. — (N° 25, 21 juin.) Edg. HIRTZ et P. BEAUN : Des modifications du fonctionnement du diaphragme an cours de l'emphysème pulmonaire. Influence de l'opération de Freund. — Ed. GINESTOUS : De l'ophtalmie sympathique dans les accidents du travail.

Province médicale. — (N° 23, 7 juin 1913.) G. ETIENNE : Le but de l'enseignement de la pathologie interne et les tendances actuelles de la pathologie générale. — FAIRISE et J. BENECH. Sarcome interhémisphérique intéressant la partie antérieure du corps calleux.

Revue de la tuberculose. — (N° 3, juin 1913.) P. CHAUSSÉE : La réinoculabilité de la tuberculose et la résistance acquise par l'organisme tuberculeux. — M. VILLARET et R. PORAK : A propos de quelques cas de méningite tuberculeuse de l'adulte. — E. PALLASSE et Ch. ROUBIER : Les cavernes tuberculeuses de la base du poumon.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 23, 7 juin 1913.) R. GÉZES : Considérations sur la valeur diagnostique des déviations de la marche dans les otopathies (*fin*). — (N° 24, 14 juin.) GAULT : Des résections partielles du maxillaire inférieur par voie buccale dans les cas de cancer de l'isthme du gosier. — H. JOLIAT : Une certaine association médicamenteuse paraissant très efficace dans le traitement de l'otite moyenne chronique suppurée.

Revue médicale de l'Est. — (N° 11, 1er juin 1913.) P. JACQUES : L'anesthésie par infiltration en otorhinolaryngologie (*fin*).

Revue neurologique. — (N° 10, 30 mai 1913.) André THOMAS : Abcès du lobe pariétal. Hémianesthésie. Dysmétrie et bradykinésie. Asynergie. apraxie. Perturbation des fonctions d'arrêt (5 fig.). — J. M. RAÏMISTE : Contribution à la symptomatologie de la paralysie organique d'origine centrale du membre supérieur (2 fig.). — G. MARINESCO et J. MINEA : A propos de la présence du treponema pallidum dans le cerveau des paralytiques généraux.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Notions pratiques d'électricité, à l'usage des médecins, par M. Lermoyez, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. grand in-8° de XIII-863 pages, avec 426 figures, cartonné toile. — Prix : 20 francs. — Paris, Masson et Cie.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, par le professeur A. Gilbert. 1 vol. in-8° de 312 pages, avec figures noires et coloriées. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont institués agrégés (section d'anatomie pathologique) :

Faculté de médecine de Lille : M. le docteur Gellé.
Faculté de médecine de Lyon : M. le docteur Savy.
Faculté de médecine de Nancy : M. le docteur Fairise.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Delépine, professeur de minéralogie et hydrologie à l'école supérieure de pharmacie de Paris, est nommé, à partir du 1er novembre 1913, professeur d'hydrologie et hygiène.

LE VINGT-CINQUIÈME ANNIVERSAIRE DE L'INSTITUT PASTEUR. — Le Sénat vient d'adopter, d'accord avec le gouvernement, une proposition autorisant, pour le 14 novembre prochain, une promotion exceptionnelle dans la Légion d'honneur, à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de la fondation de l'institut Pasteur.

Cette promotion comprendra une croix de grand-officier, cinq croix de commandeur, douze d'officier et trente-deux de chevalier.

LA LOI DE TROIS ANS ET L'INCORPORATION A VINGT ANS. — Le groupe médical parlementaire réuni sous la présidence de M. le sénateur Léon Labbé a voté par 18 voix contre 5 l'ordre du jour suivant :

« Le groupe médical ne voit pas de raisons scientifiques qui puissent empêcher l'incorporation à vingt ans :

1° Si une sélection médicale rigoureuse et complètement rénovée préside au recrutement;

2° Si les conditions hygiéniques du service actif pour le soldat sont rigoureusement respectées : *a.* en évitant une éducation militaire brusque et intensive sans entraînement; *b.* en évitant l'encombrement dans les casernes et même dans les hôpitaux; *c.* en améliorant le vêtement, le chauffage et toutes les conditions hygiéniques de la vie du soldat; *d.* en augmentant le personnel du service de santé, afin que la surveillance médicale des hommes soit constante et que toutes les mesures sanitaires utiles soient appliquées. » P.

LA LOI DE TROIS ANS ET L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ. — Les jeunes gens admis à l'Ecole du service de santé militaire entreront directement dans cette école pour y faire leurs deux années de service. Ils seront versés chaque année pendant deux mois dans un corps de troupe, à la date du 1er août, pour y servir, la première année comme soldats, la deuxième année comme sous-officiers et participer aux grandes manœuvres. Ces jeunes gens, en entrant à l'école, devront contracter un engagement de huit années.

Les élèves de l'Ecole du service de santé militaire qui n'ont pas satisfait aux examens de sortie et ceux qui ont quitté l'école pour une cause quelconque sont incorporés dans un corps de troupe comme soldats ou comme sous-officiers, pour y accomplir le complément des trois années de service exigées par la présente loi. Ce complément ne pourra être inférieur à deux ans.

Dans ce cas, l'engagement qu'ils avaient contracté est annulé.

LA LOI DE TROIS ANS ET LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Les étudiants en médecine, en pharmacie et les élèves vétérinaires pourront être autorisés, après une première année de service, à demander des sursis pour achever leurs études.

Ils seront ensuite appelés pour terminer leurs deux années de service, qu'ils accompliront comme médecins, pharmaciens ou vétérinaires auxiliaires.

Les sursis ne pourront être accordés à ces étudiants que jusqu'à l'âge de vingt-sept ans révolus.

Les docteurs ou les étudiants en médecine ou en pharmacie munis de douze inscriptions qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de médecin ou de pharmacien auxiliaire, peuvent être nommés à cet emploi et accomplissent leurs deuxième et troisième années de service comme médecins ou pharmaciens auxiliaires.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Antelmy (de Cannes) et Félix Branzon-Bourgogne), médecin-major de première classe des troupes coloniales.

VARIÉTÉS

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'EXODE RURAL

Il est certains mots ou certaines associations de mots qui, sans avoir besoin d'être accompagnés d'épithètes et en dehors de tout commentaire, éveillent immanquablement en nous une impression favorable ou défavorable. Or parmi les expressions auxquelles s'attache ainsi, comme une tunique de Nessus, un sens péjoratif, figure la suivante, si fréquemment employée de nos jours : *exode rural*.

On a tant parlé, tant écrit, tant formulé d'accusations contre le phénomène social que représentent ces deux mots réunis, que rien qu'à les entendre prononcer nous entrevoyons les campagnes abandonnées, l' « agriculture manquant de bras », et d'autre part une foule de malheureux qui, après avoir quitté leur pays natal, peinent et gémissent dans la géhenne des grandes villes, Paris surtout, et fournissent le plus fort contingent de la clientèle hospitalière.

Certes, il y a une part de réalité dans cette vision, et si nous nous plaçons au seul point de vue de l'hygiène et de la médecine, il est bien évident que les déracinés des champs sont les plus exposés à pâtir de l'encombrement des grandes cités et à devenir la proie de la tuberculose. Depuis que, dans *Emile*, Jean-Jacques Rousseau écrivait que « l'homme est, de tous les animaux, celui qui peut le moins vivre en troupeaux. Des hommes entassés comme des moutons périraient tous en peu de temps », et que « les villes sont le gouffre de l'espèce humaine. Au bout de quelques générations les races périssent ou dégénèrent : il faut les renouveler, et c'est toujours la campagne qui fournit à ce renouvellement », depuis ce temps, disons-nous, nombreux sont les travaux qui ont montré les dangers que fait courir l'exode rural à l'individu et à la société. Nous citerons entre autres, dans ces dernières années, l'étude si consciencieuse du docteur Georges Bourgeois, secrétaire de la commission permanente de la tuberculose, étude intitulée *Exode rural et tuberculose* (1), et d'autre part les *Villes meurtrières* (2), des docteurs Guérillon et Lancry. On trouvera dans ce dernier ouvrage une bibliographie très complète de la question. Rappelons encore, ne fût-ce qu'à cause de l'expression fortement et heureusement imagée, la conférence faite à Paris, en 1899, par M. Vandervelde sous ce titre : *Les villes tentaculaires*.

Bien hardi semblerait donc, en présence de ce concert de malédictions, l'homme qui viendrait prendre la défense de l'exode rural et soutenir que, pareil en cela à la plupart des choses humaines, il peut, à côté de beaucoup de mauvais, avoir aussi du bon. C'est cependant ce que vient de faire un savant, pour la clarté d'esprit, la rigoureuse logique et la force d'argumentation duquel je professe depuis longtemps une très vive admiration. Je veux parler de M. Daniel Zolla, l'éminent économiste professeur à l'école de Grignon. Dans un tout récent ouvrage, *L'Agriculture moderne* (3), il consacre un long chapitre à l'exode rural, et je serais heureux d'en résumer ici les points principaux, car dans une question qui touche de si près à la médecine par ses conséquences sur l'individu et la race, il importe que nous, médecins, nous connaissions toutes les données du problème. Et d'ailleurs est-il une profession à laquelle s'applique mieux qu'à la nôtre le *nihil humani alienum ?*

Dans l'avant-dernier chapitre de son lumineux ouvrage,

(1) Chez Félix Alcan, Paris, 1905.
(2) Dunkerque, 1908.
(3) Un vol. de la Bibliothèque de philosophie scientifique, chez Flammarion.

M. Daniel Zolla commence par établir quelle est la condition actuelle du salarié rural, et en se basant sur une enquête que vient de publier l'administration de l'agriculture (1) et dont les renseignements précis et sincères ont été fournis par les professeurs d'agriculture, il conclut que « partout s'améliore rapidement la situation matérielle de l'employé. Ce dernier partage le sort de son patron ; leur condition commune s'élève à mesure que la richesse produite grandit elle-même. La rémunération et le bien-être de l'auxiliaire salarié restent étroitement liés aux progrès techniques accomplis, au développement de l'épargne productive appliquée à l'œuvre agricole. Le patron ne s'enrichit pas à côté du salarié appauvri et dépouillé ».

Comment, se demande alors M. Zolla, concilier ces données indéniables avec l'exode rural non moins indéniable : « Le contraste est étrange et la contradiction paraît visible ; le personnel salarié abandonne-t-il donc les campagnes au moment même où il reçoit des satisfactions si longtemps désirées, si impatiemment attendues ? »

Il convient tout d'abord de remarquer qu'une première cause de la diminution du nombre des salariés ruraux réside dans l'abaissement de la natalité, or la preuve est faite : « La natalité est d'autant plus faible et diminue d'autant plus rapidement que la richesse est plus grande et plus également répartie. » D'autre part, et ceci est un phénomène d'évolution sociale du plus haut intérêt, « l'ouvrier rural tend à devenir propriétaire et chef de culture, à conquérir ainsi son indépendance, à conserver pour lui seul le bénéfice de son activité qu'il dépense alors sans compter ». Et le fait est général, l'enquête, dont nous parlions tout à l'heure, le signale sur tous les points de la France.

(1) *Enquête sur les salaires agricoles*, Imprimerie natle, 1912.

Quoi qu'il en soit, l'exode rural existe, et c'est là que nous allons entrer dans la partie la plus originale de la discussion de M. Daniel Zolla. « Oui, dit-il, un grand nombre de jeunes gens et de jeunes filles abandonnent les champs pour devenir notamment employés de commerce, ou salariés dans les ateliers industriels. *Est-ce donc là un mal ; est-ce une perte que rien ne compense ? Il nous est impossible de l'admettre.* »

Le développement des échanges et de la production industrielle est en effet lié à l'augmentation numérique du personnel salarié, et dans un pays comme la France dont la population reste stationnaire, l'accroissement de l'effectif ouvrier suppose un déplacement. Ce mouvement est déterminé en particulier par l'offre d'un salaire élevé. D'ailleurs, « l'accroissement si notable du bien-être dans nos campagnes correspond à une demande plus active, à une consommation plus large, et par suite à un débouché nouveau ouvert à la production de nos manufactures, de nos ateliers, de nos mines... Comment les dix-sept ou dix-huit millions d'agriculteurs français pourraient-ils recevoir les denrées industrielles

AFFECTIONS NERVEUSES ET VALÉRIANE

Dans son *Traité de thérapeutique*, Rabuteau raconte que, ayant pris une assez forte dose de valérianate d'ammoniaque, il n'observa aucun effet appréciable. Les choses se sont passées, dit-il, comme si j'avais bu un verre d'eau.

Ceci s'explique depuis que l'on sait que dans la Valériane le principe actif est non pas l'acide valérianique, mais le bornéol soluble ou « neurène », lequel agit sur le système cérébro-spinal par la voie du système ganglionnaire.

Ce « neurène » s'emploie en solution à la dose de 20 à 50 centigrammes par jour. Il a, en outre, le précieux avantage d'être sans odeur.

qu'ils réclament et qu'ils paient si l'industrie, les transports, le commerce ne trouvaient pas dans les campagnes elles-mêmes le personnel nécessaire à leurs opérations ? Momentanément, nous en sommes persuadés, mais enfin actuellement, le travail industriel ou commercial assure des profits assez larges pour attirer l'ouvrier par l'appât de salaires élevés, que l'agriculture ne donne pas toujours, ou ne donne *pas encore*. L'équilibre en quelque sorte est rompu pour un temps, mais pour un temps seulement. Si la ruine de l'agriculture devait être la conséquence de l'exode rural, la production des campagnes déclinerait aussitôt; *le débouché ouvert à l'industrie et au commerce serait en partie fermé, et la baisse des salaires dans les ateliers ferait disparaître la concurrence souvent victorieuse de la manufacture à l'égard de la ferme.* » Nous avons souligné ces dernières lignes, car elles expriment une vérité trop souvent méconnue. Les désastres, que la réduction de la main-d'œuvre disponible dans les campagnes doit, paraît-il, entraîner, sont-ils vraiment à craindre ? M. Daniel Zolla ne le croit pas. Le développement de la production agricole ouvre, nous l'avons vu, aux produits de l'industrie un énorme débouché, et il importe pour les producteurs agricoles que le nombre et la richesse de leurs clients augmentent.

« Or, la population commerciale et industrielle se développe. Il ne s'agit pas ici d'un groupe social qui consomme sans produire. Les services industriels et commerciaux sont des services productifs qui s'échangent à leur tour contre des produits agricoles et leur offrent un débouché. » Or, le *débouché* est la grande cause permanente d'activité et de progrès. « Tant vaut le débit, a dit Quesnay, tant vaut la reproduction. »

Et justement notre industrie rurale n'a été que trop longtemps privée de ce merveilleux stimulant. « L'agriculteur travaillait pour assurer sa propre subsistance et celle d'une population médiocre qui vivait dans les villes ou les bourgs. On ne s'inquiétait guère à cette époque de l'exode rural et de ses dangers. Mais en revanche, faute de débouchés, la culture restait misérable et l'industrie, à son tour, était paralysée par la médiocrité des échanges possibles avec des consommateurs ruraux incapables d'acheter ses produits... L'agriculteur et l'industriel sont donc des émules et non pas des rivaux. A mesure qu'a grandi la production rurale la production industrielle a pu grandir à son tour, et, par une réaction ou une solidarité économique partout et toujours observée, l'existence d'une industrie prospère a précipité les progrès de l'agriculture elle-même. *En multipliant les consommateurs des produits de la terre, on peut donc dire que l'exode rural lui-même n'a pas été une cause de ruine pour l'industrie rurale; il a, dans une certaine mesure, servi au contraire ses intérêts et assuré sa prospérité.* »

Nous voudrions pouvoir reproduire avec M. Daniel Zolla les passages si suggestifs d'une étude publiée il y a soixante ans par Léonce de Lavergne au sujet de l'Angleterre, et qui plaident d'autant mieux dans le sens indiqué plus haut, que les prévisions de cet économiste ont été pleinement réalisées. Mais la place nous manque, et nous nous bornerons à dire avec l'auteur de l'*Agriculture moderne*, que « l'exode rural n'a donc pas uniquement des inconvénients et des dangers à la condition, bien entendu, qu'en se déplaçant la population des campagnes rende ailleurs des services productifs. »

Mais il est une question qui se présente immédiatement à l'esprit et que M. Daniel Zolla ne pouvait se dispenser d'aborder. « Il est permis de se demander si l'agriculture, privée des bras dont elle a besoin, sera capable de supporter cette épreuve sans subir du même coup une prochaine déchéance. Est-elle en état d'abandonner ainsi à l'industrie, au commerce, aux services des transports, aux administrations publiques, un nombre croissant de travailleurs ? Pour le savoir, il convient d'étudier le passé, car la réduction de la main-d'œuvre rurale

CLINIQUE MÉDICALE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES COLITES DYSENTÉRIFORMES ET HÉMORRAGIQUES DE L'ADULTE

LES MODALITÉS POSSIBLES DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LEUR TRAITEMENT

Par M. Albert MATHIEU (1),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Dans les études précédentes (2), nous avons vu que les colites peuvent être graves soit par les phénomènes généraux qu'elles entraînent, comme cela se voit surtout chez les enfants, soit par leurs manifestations intestinales proprement dites et que, chez les adultes, ces manifestations prennent le plus souvent un aspect dysentériforme.

On a vu que les colites dysentériformes de l'adulte, à début rapide, peuvent s'accompagner de fièvre, d'un état général grave, puis prendre l'allure subaiguë et même chronique, en même temps que le malade maigrit, s'affaiblit, de façon que, suivant les cas, sa vie peut être menacée, ou que, tout au moins, il reste indéfiniment un infirme incapable de reprendre ses occupations habituelles.

Certaines colites dysentériformes prolongées, durant des mois ou des années, avec des manifestations locales atténuées, peuvent cependant être non seulement une cause d'affaiblissement et d'impotence, mais même devenir à la longue une cause de cachexie et même de mort; j'en ai cité des cas très nets.

De là résulte l'importance qu'il y a à connaître ces différents états et à intervenir d'une façon énergique par les moyens médicaux pour arrêter ces poussées. Dans un certain nombre de cas, alors que le traitement médical est insuffisant, on doit avoir recours au traitement chirurgical et j'ai l'intention d'exposer tout à l'heure quelles sont les ressources qu'il nous offre.

Avant d'en venir à l'exposé des méthodes chirurgicales, je voudrais insister sur le diagnostic différentiel des colites dysentériformes ou hémorragiques. L'examen rectoscopique nous a, à ce point de vue, fourni depuis quelques années de précieux éléments d'information.

Données fournies par l'examen rectoscopique dans les colites dysentériformes et hémorragiques. — Les renseignements donnés par l'examen rectoscopique ont une importance si grande qu'il convient tout d'abord de les exposer. Procédons donc des faits les plus simples aux faits les plus complexes.

Tout d'abord, on est souvent surpris de constater que, dans les formes chroniques, alors que le malade avait souffert pendant des mois, présentant des phénomènes dysentériformes incessants, l'examen rectoscopique ne montre cependant que des lésions très superficielles. C'est généralement une rougeur diffuse plus ou moins marquée, puis, parfois, une fragilité de la muqueuse telle que le passage de l'extrémité du rectoscope suffit à produire un suintement en nappe.

Dans les cas récents, en même temps que la rougeur, on peut voir une tuméfaction de la muqueuse appréciable surtout sur les valvules dont les bords épaissis contrastent avec leur tranchant habituel.

Dans un certain nombre de cas, surtout dans les anciens, au contraire, on constate de la sécheresse lisse de la muqueuse. Elle est rosée, friable, le mucus fait défaut. Ce sont là des signes graves d'atrophie et de lésions irréparables.

Parfois, suivant la comparaison de Mummery, la muqueuse est dépolie, comme frottée avec du papier à l'émeri.

Dans quelques cas intermédiaires, vous trouverez des taches hémorragiques saignant facilement, puis des érosions de divers ordres.

On peut voir des érosions superficielles à fond rouge, à bords jaunâtres, allongées, de la dimension d'une lentille. Parfois, ce sont des points blanchâtres saillants correspondant à des follicules clos de l'intestin augmentés de volume ; si les érosions portent au niveau de ces follicules, elles sont petites, arrondies, espacées ou confluentes.

La dysenterie, considérée autrefois comme une entité morbide, est maintenant dissociée en des formes pathogéniques différentes qui présentent souvent des caractères cliniques particuliers. Les principales de ces formes sont : la *dysenterie amibienne* particulièrement fréquente dans les pays chauds, Egypte, Extrême-Orient, etc. ; la *dysenterie bacillaire* dont le germe a été décrit par Widal et Chantemesse, puis par Shiga, Flexner. MM. Vaillard et Dopter pensent qu'il s'agit là d'une même variété initiale, ayant subi des modifications secondaires.

On distingue encore d'autres dysenteries dues à la présence de spirilles, de protozoaires.

Dans les deux principaux groupes, dysenterie amibienne et bacillaire, on trouve des lésions différentes. Dans la forme amibienne, les lésions sont surtout profondes, sous-muqueuses ; on trouve des abcès, des escarres détruisant la muqueuse soulevée et décollée. Dans la forme bacillaire, au contraire, l'inflammation est étalée à la surface de la muqueuse ; la sécrétion est moins abondante. Il se produit de petites ulcérations par nécrose qui tendent à se rapprocher et à se fusionner; les bords de ces pertes de substance sont irréguliers et légèrement soulevés, la lésion est ici en nappe superficielle, elle ne se localise pas à la sous-muqueuse comme dans le cas précédent.

Dysenterie amibienne et bacillaire chronique. — Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que, dans ce qu'on appelle en bloc les colites dysentéri-

(1) Leçon recueillie par M. Girault, interne du service, et revue par M. A. Mathieu.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, 3 juillet, n° 75, p. 1221 et 15-17 juillet, n° 80, p. 1295.

formes, il existe des faits de dysenterie bacillaire non déterminés, non reconnus.

Toutefois, dans les dysenteries chroniques, même dans les dysenteries amibiennes, on peut souvent, comme nous l'avons vu maintes fois avec Friedel, et comme l'a constaté de son côté le professeur Chauffard, ne trouver que des lésions superficielles identiques à celles des colites dysentériformes habituelles à nos climats.

Il y a donc lieu souvent, en pratique, de différencier les colites dysentériformes, des dysenteries chroniques. Cela est le plus souvent facile pour les dysenteries amibiennes, en raison des circonstances étiologiques, il n'en est pas de même pour la dysenterie bacillaire dont le diagnostic doit se faire par l'examen microscopique et le séro-diagnostic.

Colite dysentériforme au début d'une infection paratyphique. — Une jeune fille de vingt-deux ans présentait de la fatigue, depuis trois semaines, elle était déprimée, avait de la céphalée; elle avait été obligée de négliger ses travaux journaliers. Au bout de quelques jours, apparurent des phénomènes de colite dysentériforme, diarrhée, un peu de sang dans les selles. Elle se fit des lavages qui amenèrent l'expulsion de glaires et de peaux.

A son entrée dans le service, elle avait des épreintes, du ténesme ; à la palpation, on déterminait de la douleur le long du côlon descendant et du côlon transverse, avec maximum à gauche. Je fis le diagnostic de colite dysentériforme fébrile.

Partant de cette idée, j'instituai le traitement par des lavements de nitrate d'argent, des applications chaudes, l'administration du Kho sam à l'intérieur.

Au bout d'une semaine, le type de la fièvre, le ballonnement du ventre, la tuméfaction de la rate, l'apparition de taches rosées montrèrent l'erreur de diagnostic. Il s'agissait d'une fièvre paratyphoïde ; aujourd'hui la malade est parfaitement rétablie et ne présente plus aucun trouble.

L'occasion d'établir le diagnostic entre la colite dysentériforme et la fièvre typhoïde ou les infections paratyphoïdes se rencontre de temps en temps ; il convient de ne pas l'oublier.

Diagnostic différentiel du cancer rectal ou sigmoïdo-rectal. — Dans une étude antérieure, j'ai rapporté un cas dans lequel j'avais pendant des semaines fait à tort le diagnostic de colite hémorragique. Il y avait eu, en effet, au début une poussée hémorragique brusque, puis des phénomènes dysentériformes prolongés. L'examen rectoscopique a permis de faire le diagnostic de cancer.

C'est là un fait exceptionnel et différent de ce qui se voit habituellement ; en général le diagnostic du cancer recto-sigmoïdien est facile. Il s'agit le plus souvent d'un malade de quarante-cinq à cinquante ans, qui se présente à la selle 8 ou 10 fois par jour, pour ne rendre que des mucosités ou des matières en petite quantité, parfois des matières sanguinolentes, des selles noires, sanieuses. Dans l'intervalle des selles, le malade perd quelquefois des substances de même nature qui souillent ses vêtements. Dans ces cas, le toucher rectal et l'examen rectoscopique permettent de faire rapidement le diagnostic et de découvrir la lésion néoplasique.

Le début de ces accidents est progressif et ces phénomènes, bien que pénibles, ne débutent que rarement par une crise aiguë comme cela est au contraire fréquent pour la colite hémorragique pure.

Il convient de rappeler que, dans un certain nombre de cas, il y a de la *polypose intestinale*, en même temps que de la dégénérescence néoplasique siégeant sur un certain point du côlon. J'en ai cité un cas dans la précédente étude.

Colite pelvienne symptomatique d'une lésion de l'utérus et des trompes. — Il peut y avoir des crises de colite dysentériforme à maximum pelvien et rectal quand il y existe une affection inflammatoire des organes génitaux de la femme : salpingite, périmétrite.

L'examen rectoscopique peut montrer la compression de l'intestin par une saillie d'origine utérine par exemple, et l'examen gynécologique s'impose ici. Il faut toujours penser à cette possibilité chez la femme.

Tuberculose rectale. — Les ulcérations tuberculeuses du rectum peuvent, elles aussi, provoquer des accidents de colite dysentériforme. En cas semblable, il peut s'agir de tuberculeux avérés, et la l'hypothèse de lésions tuberculeuses vient facilement à l'esprit. L'examen rectoscopique fait alors trouver les lésions caractéristiques : pertes de substance assez profondes, à bords décollés, polycycliques, avec au pourtour de petites saillies blanchâtres correspondant à des tubercules agglomérés. Les symptômes sont parfois dans ces cas analogues aux accidents des colites dysentériformes.

Le diagnostic est plus difficile quand il y a peu ou pas de lésions pulmonaires ; rien ne peut faire supposer qu'il s'agit a priori de lésions tuberculeuses ; l'examen rectoscopique est de toute nécessité.

Syphilis recto-sigmoïdienne. — Le syphilome anorectal est bien connu, il se caractérise par un certain degré d'induration totale du rectum ; l'aspect en est bien particulier. Un exemple typique en est fourni par un malade récemment soigné à la consultation ; il s'agit d'un ancien syphilitique ayant des selles fréquentes avec du mucus et du sang, selles pénibles surtout pendant la nuit.

A l'examen rectoscopique pratiqué par le docteur Friedel rien d'anormal dans la partie inférieure de l'ampoule, aucune ulcération, mais à partir de 10 centimètres de hauteur on trouve un tube rigide, inextensible, résistant à l'entrée du rectoscope ; on y aperçoit des ulcérations par plaques recouvertes de pus concrété et ne saignant pas facilement. Les lésions dues à la tuberculose scléreuse pourraient du reste se présenter avec les mêmes signes et la même apparence rectoscopique.

Ulcère simple du côlon. — L'ulcère simple du côlon a été signalé à plusieurs reprises et bien décrit dans la *Revue de chirurgie* par MM. Quénu et Duval.

Il n'y a pas ici de phénomènes dysentériformes, les mucosités manquent ; il y a simplement des alter-

natives de diarrhée et constipation. La douleur est bien localisée à la palpation; on trouve des points douloureux correspondant à des zones indurées. Ce qui caractérise surtout cette lésion, ce sont les hémorragies abondantes, répétées, d'autant plus fortes que l'ulcération est plus proche du rectum. Cet ulcère présente dans son aspect et même ses lésions histologiques une analogie très grande avec l'ulcère simple de l'estomac. Ce n'est pas cependant un *ulcus*, puisque ici l'auto-digestion manque. Il y a en ce moment dans le service une femme chez laquelle j'ai fait le diagnostic d'ulcère simple du côlon. J'avais pensé, devant les hémorragies abondantes et répétées, à l'intervention chirurgicale et à la résection du segment malade; mais j'ai dû y renoncer en raison de la survenue de phénomènes de péricolite.

Ce sont surtout ici les hémorragies répétées qui font faire le diagnostic.

Ulcérations hémorroïdaires. — Signalons encore les ulcérations chez certains hémorroïdaires et les hémorragies qu'elles provoquent; elles sont assez caractéristiques, elles surviennent en dehors des selles, contrairement aux hémorragies hémorroïdaires proprement dites. Quelquefois il y a perte de sang pur, mais le sang peut devenir noirâtre et mélænique, s'il y a eu rétention rectale. Chez ces malades, à l'introduction du rectoscope, on ne constate rien; pas même de rougeur de la muqueuse; ce n'est qu'en retirant le tube qu'on découvre, à la partie supérieure du canal anal, une ulcération lenticulaire, à fond rouge foncé, à bords irréguliers; au niveau ou au voisinage de saillies plus ou moins prononcées des veines hémorroïdales. Le professeur Quénu a déjà décrit ces ulcérations hémorroïdaires; nous avons pu, avec le docteur Friedel, en observer plusieurs exemples récemment, et il semble qu'il s'agisse là de faits relativement fréquents et d'autant plus intéressants par là même.

Modalités possibles de l'intervention chirurgicale dans le traitement des colites graves. — Je me contenterai pour le moment de dire, en les définissant, quelles sont les interventions auxquelles on peut avoir recours : vous trouverez des renseignements plus étendus dans la thèse de M. Labey en 1902, dans le rapport de Segond au congrès international de chirurgie de Bruxelles (1911).

Le premier, le professeur Follet (de Lille) établit, mais trop tardivement, un anus cæcal dans un cas de colite dysentériforme. Novero en Italie, en 1887, eut un succès dans un cas analogue.

Puis les interventions se multiplièrent et Franke en Allemagne, Mayo Robson à Londres, Reith en Angleterre, pratiquèrent ce genre d'opération. On a cherché à réaliser deux choses :

1° Mettre le côlon au repos, en empêchant le séjour dans sa cavité de substances susceptibles d'être le point de départ de putréfaction et de devenir un milieu de culture pour les anaérobies;

2° Faire des lavages modificateurs de haut en bas. Il y a toujours une difficulté assez grande quand on fait des injections par le rectum, à atteindre le cæcum; on va à l'encontre du cours normal des matières et Guinard faisait justement remarquer, du reste, que ce qui est vraiment contre nature, c'est le lavage de bas en haut.

Pour isoler le côlon, on a eu recours à des bouches situées en différents points : *colostomie*.

On a établi ces bouches sur le cæcum, sur le côlon ascendant, et Mummery est partisan de la bouche placée à la région lombaire pour les malades déprimés et alités.

On a pratiqué encore la bouche artificielle sur la partie supérieure du côlon descendant et sur le côlon iliaque. L'infirmité la moins pénible, c'est la bouche située aussi bas que possible sur le côlon descendant, car les matières sont dans ce segment intestinal de plus en plus épaisses. Mais pour établir une bouche sur la partie inférieure du côlon, il faut que les lésions soient limitées à la zone sous-jacente. L'étendue habituelle de la colite fait que, le plus souvent, l'anus contre nature doit être placé sur le cæcum ou sur le côlon ascendant.

On a eu l'idée de remplacer l'abouchement extérieur par le détournement des matières de l'intestin grêle au côlon sigmoïde : c'est l'*iléosigmoïdostomie*. Toutefois, pour que cette opération soit réalisable, il ne doit pas y avoir de lésion du côlon pelvien, cela est évident. Cette dernière opération est d'une gravité plus grande que la simple colostomie et, de plus, il se produit souvent un reflux des matières vers la partie supérieure du côlon et vers le cæcum, ce qui a amené Lane à faire consécutivement la résection totale du côlon. Il s'agit là d'un traumatisme opératoire vraiment grave.

L'opération qu'on doit préférer est, lorsqu'elle peut suffire, l'*appendicostomie*. Elle fut réalisée pour la première fois en 1902, par Weir en Amérique; elle fut pratiquée ensuite par Katley en Angleterre et depuis par un grand nombre de chirurgiens.

En voici les différents temps : incision de la paroi abdominale portant sur quelques centimètres; recherche du cæcum, puis de l'appendice; fixation de la base de l'appendice dans la plaie et accolement du cæcum à la paroi par deux points de suture; résection de l'extrémité de l'appendice; introduction d'une sonde par l'appendice, jusque dans le cæcum. Le moignon d'appendice resté au dehors se sphacèle et tombe; il ne reste alors qu'une fistule superficielle de petites dimensions, par laquelle on passe la sonde pour le lavage du gros intestin.

Quand l'appendice est oblitéré, on ne peut pas pratiquer le drainage par sa cavité, mais on peut alors, établir une bouche valvulaire de petites dimensions et créer ainsi une sorte d'appendicostomie artificielle.

Dans certains cas, on a pu refermer la fistule appendiculaire, dans d'autres, on l'a maintenue, mais elle offre peu d'inconvénients, car elle ne donne lieu qu'à un suintement minime.

Cette opération si simple constitue un progrès considérable pour le traitement chirurgical des colites et il semble bien qu'elle pourra, dans l'avenir, être employée beaucoup plus souvent qu'elle ne l'a été jusqu'à présent.

LE TRAITEMENT DES SCOLIOSES GRAVES

PAR LA

MÉTHODE D'ABBOTT

Par M. M. LANCE,
Assistant d'orthopédie à l'hôpital Bretonneau.

Les scolioses graves, celles qui s'accompagnent de déformations importantes des vertèbres et des côtes, étaient considérées jusqu'à ces dernières années comme incurables. A part quelques essais infructueux de redressement, tous les efforts des orthopédistes se bornaient à essayer d'enrayer la marche de la déviation, ce à quoi on n'arrivait pas toujours.

On en était là lorsque, en juin 1911, le docteur Abbott, de Portland (Maine, U. S. A.), annonça qu'il avait découvert une méthode avec laquelle il redressait et même hypercorrigeait les scolioses aussi facilement que les pieds bots ou le genu valgum. Les redressements ainsi obtenus se maintenaient. Le docteur Abbott avait des cas guéris ainsi depuis 1909. Le premier article ne donnait que des renseignements très vagues sur la technique suivie. Dans un deuxième article paru en avril 1912 le docteur Abbott donne une description complète de sa méthode et une série d'observations convaincantes.

Ces assertions n'ont d'abord rencontré que des incrédules. Mais peu à peu les orthopédistes américains allèrent voir Abbott à Portland et la plupart revinrent convaincus de l'excellence de la méthode et s'en firent des défenseurs. Dans les discussions qui eurent lieu en Amérique sur la méthode (*Acad. de méd. de N. Y.*, 15 mars 1912; *Med. ass. of the greater city of N. Y.*, 15 avril; *Amer. orthop. ass.*, juin; *Congrès des chir. de l'Am. du Nord.*, 14 nov. 1912; *Amer. orthop. ass.*, 6-8 juin 1913), nous voyons qu'une vingtaine d'orthopédistes l'ont utilisée sur le malade [Royal Whitman 40 cas, Ashley, Kleinberg 52 cas, Myers (de N.-Y.), Napier, Truslow (de Brooklyn), Goldthwait, Osgood, R. Soutter (de Boston), Riely, Taylor (de Baltimore), K. Young (de Philadelphie), L. Porter, J. Ridlon (de Chicago) 23 cas, Peckham, Eikenbarry, Bucholz, Root, etc.].

A part quelques rares critiques, tous émettent des avis favorables sur la technique d'Abbott. Celle-ci s'est aussi répandue au Canada. En Angleterre R. Jones (de Liverpool) l'utilise depuis plus d'un an et a traité ainsi plus de 80 cas.

En France, Calvé et Lamy, il y a près d'un an, puis nous-même dans le service de M. Ombrédanne à l'hôpital Bretonneau avons expérimenté la méthode, et publié les premiers résultats à la Société de pédiatrie et de l'Internat en novembre 1912. Au Congrès d'éducation physique de Paris, le docteur Abbott a exposé sa technique. Depuis lors des articles nombreux l'ont fait connaître au public médical français.

En Allemagne, au Congrès de chirurgie orthopédique la méthode donna lieu à une discussion que nous avons suivie avec grand intérêt et qui dura trois séances. Le premier jour le docteur Abbott exposa sa méthode ainsi que les orthopédistes allemands qui l'avaient appliquée, le deuxième jour la méthode fut longuement discutée par les grands noms de l'orthopédie allemande et le troisième jour le docteur Abbott fit une application de son appareil sur le malade.

La valeur thérapeutique de la méthode d'Abbott constitue donc un problème qui passionne actuellement les orthopédistes du monde entier. Nous allons exposer ici brièvement les principes et la technique de la méthode. Nous verrons ensuite ses indications, enfin les résultats qu'on est en droit d'en attendre en nous appuyant sur les constatations personnelles que nous avons pu faire sur nos malades depuis dix mois.

Principes de la méthode. — Abbott pose tout d'abord en principe que pour obtenir la guérison d'une scoliose grave, comme de toute déviation, la correction est insuffisante, il est indispensable d'arriver à l'hypercorrection et de maintenir celle-ci un temps suffisant. Ceci est indiscutable, mais jusqu'alors on n'avait jamais pu obtenir même la correction des scolioses graves, tandis qu'Abbott arrive à les hypercorriger. Voici pourquoi. Jusqu'alors on cherchait toujours à redresser les scolioses dans l'hyperextension de la colonne vertébrale. Dans cette attitude, dit Abbott, les vertèbres sont bloquées les unes sur les autres et absolument immobilisées. Dans la flexion au contraire elles présentent un maximum de mobilité les unes sur les autres et la correction devient facile. C'est en flexion d'ailleurs que se produisent les déviations de la colonne vertébrale : ainsi, l'écolier qui tient son bassin et ses épaules inclinées dans un sens s'incline aussi en avant. C'est dans cette situation de flexion qu'on placera le malade pour faire parcourir aux vertèbres le chemin inverse de celui qu'elles ont parcouru pour produire la déviation. La réduction de la torsion vertébrale et costale est facile si, au lieu de chercher à repousser en avant la gibbosité postérieure en appuyant dessus, ce qui ne fait qu'augmenter l'extension de la colonne vertébrale et bloquer les vertèbres, on prend point d'appui sur l'autre côté de l'ovoïde costal, sur la gibbosité antérieure. Ici la pression augmentera la flexion et la mobilité vertébrale. La réduction deviendra possible. Ces principes admis, la technique d'Abbott est facile à comprendre.

Technique de la méthode. — Elle comporte trois périodes distinctes : une période de préparation, une période de réduction, une période de maintien de la réduction.

Période préparatoire. — Avant de pouvoir être redressée, toute scoliose doit être assouplie par la gymnastique. C'est faute d'avoir négligé ce principe, en mettant en appareil des malades non ou insuffisamment préparés, que nous avons eu des résultats médiocres chez deux de nos malades. Ces mêmes malades, assouplis convenablement et remis à nouveau en appareil, se sont alors corrigés rapidement. Le choix des exercices n'a rien de particulier. La longueur de cette période varie naturellement selon chaque cas, de deux mois à quatre mois le plus souvent.

Période de réduction. — Cette réduction se fait dans un appareil plâtré spécial et s'accomplit de deux manières bien différentes : α. au moment de l'application du corset; β. pendant le port du corset.

α. Application du corset. — Cette application est compliquée, minutieuse. Elle demande une instrumentation spéciale et deux, ou mieux, trois aides très bien exercés. Abbott l'a modifiée à plusieurs reprises dans les détails. Voici la technique qu'il suit actuellement.

Le malade est revêtu de deux maillots superposés d'un tissu de coton très épais et résistant. Entre les deux maillots on dispose des morceaux de feutre souple et épais (2 à 3 centimètres d'épaisseur); un grand morceau de feutre matelasse le dos, l'aisselle et la moitié antérieure des côtes du côté de la convexité, deux ou trois autres morceaux superposés sont placés dans le dos et l'aisselle du côté de la concavité. Le malade est alors couché dans une sorte de cage métallique (fig. 1) sur un hamac de forme spéciale. Ce hamac d'étoffe résistante et souple (tissu éponge, cellular, flanelle de coton) est coupé à angle droit à un bout et à 45 degrés à l'autre) si bien que, quand on le tend, un côté, le plus long, reste flottant. On place le malade la gibbosité sur le côté court du hamac, la concavité sur le côté flottant. Une courroie est tendue sous le cou, un coussin relève la tête. Les pieds sont posés sur de petits hamacs suspendus à la partie supérieure du cadre. Le malade est donc couché en flexion, la tête et les jambes relevées.

On complète alors le rembourrage avec le feutre, une plaque sur la gibbosité costale antérieure, recouverte d'une plaque

de carton glacé pour que les bandes glissent sur lui, des demi-feutres sur les épines iliaques antérieures et sous le sacrum; enfin on fixe avec un tour de bande souple un gros paquet de trois feutres superposés et de diamètre décroissant sur le dos

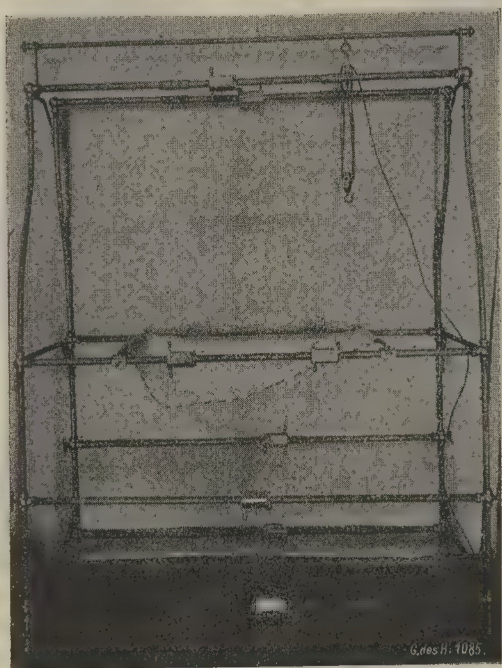


FIG. 1.

au niveau de la concavité; on forme ainsi une fausse gibbosité du côté opposé à la vraie gibbosité uniquement pour faire un plâtre trop grand de ce côté, dans lequel le malade devra venir se modeler peu à peu plus tard.

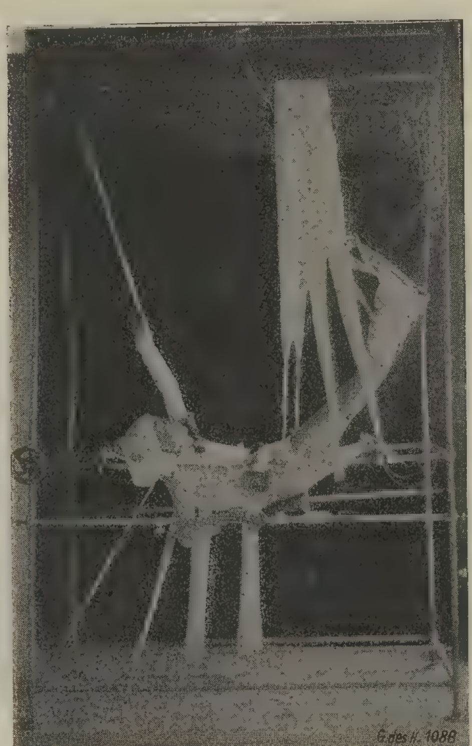


FIG. 2.

Ces préparatifs terminés, on applique sur le malade une série de bandes d'étoffe de coton dont la largeur varie selon leur emplacement et la taille du malade, dont la disposition et le nombre changent selon les cas (scolioses totales, dorsales, lombaires, cervico-dorsales, gauche, droite, à une, deux, trois courbures, etc.). Prenons comme type une scoliose totale droite (fig. 2, 3 et 4).



FIG. 3.



FIG. 4.

Pour corriger la déviation latérale, on placera :

1° Une bande partant du côté droit du cadre contournant la

partie supérieure du tronc en passant dans l'aisselle gauche;

2° Une autre bande entourant de même le bassin;

3° La partie moyenne du tronc est au contraire encerclée par une large bande qui, partie du côté gauche du cadre, s'enroule autour des côtes à droite.

Les deux bouts de chaque bande sont fixés au cadre sur la même barre; un dispositif spécial permet de tourner les bandes horizontales du cadre de facon à les serrer ou desserrer à volonté. Dans le modèle représenté ici et construit par M. Bouisseren, chaque bande est fixée à un support spécial et peut être serrée isolément.

Quand on tend la bande médiane, on fait effort sur la partie moyenne de la convexité vertébrale, et comme les épaules et le bassin sont fixés en sens inverse la colonne vertébrale tend à se redresser.

Pour combattre la rotation vertébrale voici le dispositif adopté par Abbott.

Les épaules sont fixées en sens inverse de leur déviation, c'est-à-dire ici l'épaule droite en bas et en arrière, l'épaule gauche en haut et en avant, au moyen de bandes qui, passant à travers le maillot, tirent l'épaule droite vers le bas du cadre, l'épaule gauche vers le haut de celui-ci.

Le bassin est tourné dans le même sens. Dans ce but, sur la bande qui entoure le bassin vient se coudre du coté gauche un troisième chef qui, passant par-dessus le sommet du cadre, élève le côté gauche du bassin. Les deux extrémités de la colonne vertébrale étant ainsi fixées, on tourne en sens inverse toute la partie intermédiaire; pour cela une large bande est fixée le long du bord gauche du thorax sur la bande thoracique déjà placée, la transformant en bande à trois chefs. Cette bande passe devant le thorax, appuyant sur la gibbosité antérieure, descend verticalement vers le sol, se réfléchit autour de la barre inférieure du cadre, pour être serrée sur une des barres à gauche du cadre.

C'est cette bande, dont l'action est capitale; en la serrant, on voit la partie droite du thorax se déplacer peu à peu vers la gauche, exécutant une véritable dérotation du thorax, qui tend à faire disparaître la gibbosité postérieure droite et à en créer une postérieure gauche. Pour que son action soit efficace, il faut que les épaules et le bassin soient strictement fixés en sens inverse, et que les bandes qui les tiennent ne se déplacent pas. Aussi avons-nous, nous inspirant de la technique du traitement de la scoliose publiée récemment par Bradford, modifié ainsi la technique d'Abbott : avant de serrer la bande, on roule autour des épaules et du haut du thorax d'une part, du bassin d'autre part, des bandes plâtrées, constituant deux appareils distincts. Quand ces plâtres sont secs, les épaules et le bassin ne peuvent plus se déplacer. On serre alors la bande de détorsion du tronc et aussi la bande de redressement de la convexité vertébrale

On serre jusqu'à ce que le malade se plaigne d'avoir de la difficulté à respirer, puis on attend. Au bout de quelques minutes, les feutres se tassent, les bandes s'allongent, la déviation cède un peu, et le malade se sent moins gêné, on peut serrer à nouveau. On recommence ainsi à plusieurs reprises, et on laisse le malade encore un quart d'heure ou une demi-heure. Si la correction n'est pas suffisante, on le retire de l'appareil pour l'y remettre plus tard. Si au contraire elle semble suffisante, on termine l'application du corset plâtré.

Celui-ci étant bien sec, on sort le malade du cadre en coupant toutes les bandes et le hamac. On pratique trois fenêtres dans le corset : d'abord une énorme fenêtre postérieure du côté de la concavité; on enlève à ce niveau tout le feutre qui bourrait les maillots, on a ainsi un énorme entonnoir renversé dans lequel le dos du malade doit arriver à se projeter par le modelage respiratoire; puis deux fenêtres longitudinales antérieures droite et gauche pour le passage des feutres de compression.

β. *Traitement pendant le port du corset.* — Pendant quarante-huit heures le malade est gêné dans son corset, puis peu à peu la contracture musculaire cesse, il ne cherche plus à se redresser. Au bout de huit jours il flotte dans le corset. On fait alors une deuxième fenêtre postérieure à droite.

On entre alors dans le corset par les deux fenêtres antérieures des carrés de feutre qui ressortent par les fenêtres postérieures. On en ajoute un environ chaque semaine, toujours en avant, de façon à augmenter la flexion et repousser le malade en arrière. En plus, le malade fait des exercices respiratoires fréquents. Dans ce but, nous avons adopté depui peu le procédé de la bouteille du docteur Pescher, bien plus facile à exécuter pour ces malades que les mouvements de bras. Ces exercices ont une *importance capitale*, car la deuxième partie du traitement d'Abbott constitue un véritable modelage du thorax au moyen de la respiration. Le thorax, au moment de l'inspiration rencontre la résistance élastique du feutre dans tous les sens, sauf en arrière du côté opposé à la gibbosité, c'est là que se fait l'expansion costale et peu à peu on voit en ce point le thorax grossir, une véritable gibbosité se créer.

On obtient ainsi l'hypercorrection dans le plâtre au bout de un, deux, trois mois. Si on ne l'obtient pas dans un premier plâtre, il nous a paru très avantageux de pratiquer des plâtres successifs, on obtient bien plus de correction au deuxième ou au troisième plâtre qu'au premier. La correction de la rotation vertébrale se fait en général la première ; pour obtenir celle de la déviation latérale on est parfois obligé de faire une recoupe du plâtre de façon à abaisser l'épaule du côté convexe, et à projeter le bassin du même côté en bourrant de feutre du côté opposé du bassin.

Quand la correction et l'hypercorrection ont été obtenues depuis six semaines à deux mois, le plâtre est enlevé.

Période de maintien de la réduction. — Le malade doit être maintenu très longtemps, un an environ, dans un celluloïd en hypercorrection. Le corset est retiré matin et soir pour des exercices de gymnastique symétrique, on le retire ensuite la nuit au bout de quelques mois, puis un jour sur deux, puis deux jours sur trois, etc., jusqu'à enlèvement complet.

Voilà dans ses grandes lignes la méthode d'Abbott. Nous ne pouvons mentionner ici toutes les variantes multiples qu'elle affecte selon les cas. On voit que dans son ensemble elle est compliquée, minutieuse, d'une durée assez grande, puisque, au total, il faut compter quinze à dix-huit mois pour les trois périodes. Il nous reste à examiner ses indications et ses résultats.

Indications et contre-indications. — Bien qu'on ait fait dire le contraire à Abbott, la méthode présente des indications et contre-indications. Voici quelques faits qui semblent d'ores et déjà acquis.

Tout d'abord, l'*âge du malade et l'ancienneté de la scoliose ne sont pas une contre-indication.* Il y a de vieilles scolioses qui sont demeurées souples d'une façon extraordinaire ; en tout cas, on les assouplit très bien par la gymnastique. Bien plus, les scolioses des adultes de vingt à trente ans semblent plus faciles à corriger que celles des tout petits. Abbott a déjà énoncé le fait, et nous avons pu le vérifier. Les scolioses des petits rachitiques de quatre, six ans, sont bien plus difficiles à redresser que celle d'une jeune fille. L'explication nous paraît simple : pour redresser des segments osseux, il faut avoir des points d'appui, l'action correctrice sera d'autant plus efficace que ces points d'appui seront résistants. Si on n'a comme point d'appui que les os mous d'un petit rachitique ou d'un enfant, on risquera de le déformer, et l'action correctrice sera très faible. De plus, les enfants âgés et les adultes exécutent mieux la gymnastique préparatoire d'assouplissement et la gymnastique respiratoire qui, après la pose du corset, joue un rôle capital dans le modelage du thorax.

La présence de douleurs ne constitue pas une contre-indi-

cation. La malade des figures 9 et 10 était une scoliose très douloureuse ; elle a bien supporté le redressement et ses douleurs se sont calmées rapidement dans le corset.





FIG. 5. FIG. 6.

FIG. 5. — J. A..., treize ans. — *Scoliose depuis l'âge de cinq ans. Essais infructueux de redressement en extension ou sans assouplissement. Corset en position d'Abbott pendant deux mois.*

FIG. 6. — *Aspect à la sortie du plâtre.*

Parmi les contre-indications que nous avons rencontrées, les unes se rapportent à la déformation elle-même, les autres à l'état général du sujet.

Le rachitisme en évolution nous paraît une indication à surseoir plusieurs années au traitement. On se contentera du traitement général avec immobilisation en décubitus.





FIG. 7. FIG. 8.

FIG. 7. — T. R..., neuf ans. — *Scoliose traitée par deux appareils d'Abbott successifs, de deux mois chacun.*

FIG. 8. — *Aspect à la sortie du plâtre.*

L'existence de déformations thoraciques graves autres que la scoliose peut empêcher le traitement. Nous avons vu un cas de scoliose grave avec thorax en entonnoir formidable qui nous demandait de la redresser. L'impossibilité d'exercer des pressions sur la partie antérieure de la poitrine contre-indiquait le traitement.

Certaines déformations extrêmes et étendues des côtes avec





FIG. 9. FIG. 10.

FIG. 9. — M. M..., douze ans et demi. — *Scoliose douloureuse à marche rapide. Un seul appareil d'Abbott pendant deux mois.*

FIG. 10. — *Aspect à la sortie du plâtre.*

des soudures osseuses, constituent des cas au-dessus des ressources de la méthode.

Enfin, il faudra examiner avec soin les poumons et le cœur des malades. Des lésions de bacillose latente ou en évolution rendront dangereuse la diminution du champ respiratoire résultant de la compression dans le corset. En présence d'une insuffisance cardiaque due à la scoliose, on pourra ten-





FIG. 11. FIG. 12.

FIG. 11. — D. H..., quatorze ans. — *Scoliose datant de six ans, traitée par deux plâtres de deux mois chacun et encore en traitement.*

FIG. 12. — *Aspect à la sortie du deuxième plâtre.*

ter le redressement, mais avec une extrême prudence. Nous avons actuellement une malade en traitement dans ces conditions, on peut espérer, comme Abbott, R. O. Meisenbach le

disent qu'après redressement de la scoliose l'insuffisance cardiaque s'améliorera rapidement.

Résultats. — Il y a deux points à examiner : la correction et l'hypercorrection des scolioses graves peut-elle être obtenue ? Si on l'obtient, est-elle durable ?

Beaucoup d'orthopédistes ne peuvent concevoir qu'une affection qui a mis cinq, dix ans à se produire, avec des rétrac-



FIG. 13. — *Radiographie de la malade de la figure 5 avant le traitement.*



FIG. 14. — *Radiographie de la malade de la figure 5 après le traitement.*



FIG. 15. — *Radiographie d'une scoliose avec déformations osseuses.*



FIG. 16. — *Radiographie de la même après deux plâtres de deux mois.*

tions des ligaments, des déformations des vertèbres et des côtes, puisse se corriger, s'hypercorriger en quelques semaines. Abbott l'affirme cependant. Il ne prétend pas expliquer les résultats qu'il obtient. Il apporte les faits et demande qu'on en trouve l'explication. Il maintient que, même dans les cas avec vertèbres cunéiformes, il a pu obtenir la correction et l'hypercorrection. Les radiographies qu'il a apportées jusqu'ici sont peu probantes. Il est sur le point d'en publier de nouvelles qui seraient très démonstratives. Pour nous, nous avons obtenu facilement dans bien des cas la correction et l'hypercorrection des gibbosités petites et moyennes, la correction et l'hypercorrection des déviations de la colonne

sans déformation marquée des vertèbres. Tel est le cas des malades représentés dans les figures 5 et 6, 7 et 8, 9 et 10, 13 et 14, malades qui ont été présentés avec leurs moulages et radiographies à la Société de pédiatrie, séance du 10 juin 1913. Au contraire, dans les cas d'énormes gibbosités avec côtes déformées à angle aigu, si on obtient rapidement une amélioration énorme, on ne peut obtenir la disparition complète de la gibbosité (voir fig. 11 et 12). La radiographie dans les cas où il y a des vertèbres cunéiformes montre la formation de courbures de compensation, la diminution de la longueur et de la flèche de la déviation, mais il persiste une petite courbure au niveau des vertèbres déformées (voir fig. 15 et 16).

Lorsque la correction a été obtenue, est-elle durable ? Toujours au nom de l'anatomie pathologique, beaucoup d'orthopédistes nient cette possibilité. Les faits leurs donnent un démenti formel. Moyennant la précaution de maintenir longtemps le malade en bonne attitude, la guérison doit devenir définitive pour les cas hypercorrigés. Abbott a des malades guéris depuis 1909 qui n'ont pas récidivé. Nous-même, avons un malade, porteur d'une scoliose lombaire grave, guéri depuis novembre 1912, qui se maintient guéri sans aucun soutien depuis cinq mois.

Pour les malades où l'hypercorrection n'a pu être obtenue et où on a seulement une correction considérable mais incomplète, peut-on espérer conserver cette amélioration avec le port d'un simple corset de maintien ? La méthode d'Abbott, à défaut de guérison complète, peut-elle être employée comme une méthode palliative ? On ne peut être affirmatif sur ce point, on n'a pas encore apporté de résultats éloignés de ces observations.

Conclusions. — Nous croyons que, à l'heure actuelle, on est en droit de formuler les conclusions suivantes :

La méthode d'Abbott donne des résultats incomparablement supérieurs à toute autre technique antérieure dans le traitement des scolioses graves.

En choisissant les cas justiciables de la méthode, un grand nombre de scolioses avec gibbosité marquée, même chez les adultes, sont susceptibles d'une correction complète et durable.

Les cas de déformations extrêmes, très graves, tirent un bénéfice rapide et considérable da la méthode, mais on ne peut encore dire si ces résultats sont définitifs.

PRINCIPALES PUBLICATIONS PARUES SUR LA MÉTHODE D'ABBOTT

1911. ABBOTT. *New-York med. Journ.*, 2 juin.

1912. ABBOTT. *New-York med. Journ.*, 27 avril, p. 834. — D. ASHLEY. *Idem.* — C. OGILVY. *Idem.* — D. D. ASHLEY et discussion. *Med. Ass. of the greater City of New-York*, in *Med. Record*, 22 juin, p. 1205. — BRADFORD, GOLTHWAIT et discussion. *Amer. orthoped. Ass.*, 29 mai, in *The Amer. Journ. of orthoped. surg.*, vol. X, n° 2, nov., p. 187. — ABBOTT et discussion. *Cong. des chir. de l'Amér. du Nord*, 15 nov., in *Med. Record*, 23 nov., p. 964, et 7 déc., p. 1039. — CALVÉ et LAMY. *C. r. de la Soc. de pédiat.*, nov. — OMBRÉDANNE et LANCE. *Idem.* — CALVÉ et LAMY. *Paris méd.*, n° 50, 9 nov.; *Bull. de la Soc. de l'internat*, nov. — LANCE. *Idem.*

1913. ABBOTT et discussion. *Cong. d'éducat. physique*, Paris 17-20 mars, in *Gaz. des hôpit.*, n° 38, 3 avril, p. 626. — SPITZY. *München. med. Woch.*, 18 mars. — FOUCHET. *Journ. des prat.*, nos 12 et 13, 22 et 29 mars. — ABBOTT et dicussion. *Cong. de la Soc. allem. de chir. orthopéd.*, Berlin, 24-25 mars, in *Gaz. des hôpit.*, n° 40, 8 avril, p. 654. — CALVÉ et LAMY. *Soc. de l'internat*, avril. — VULPIUS. *Deut. med. Woch.*, n° 15, 10 avril. — JOACHIMSTHAL. *Berl. klin. Woch.*, 14 avril, L, n° 15, p. 671. — CALOT. *Quinzaine thérap.*, 25 avril, p. 97. — CALOT et PRIVAT. *Paris méd.*, n° 21, 26 avril, p. 500. — J. CALVÉ. *Quinzaine thérap.*, 10 mai, p. 121. — ABBOTT et discussion. *Amer. orthoped. Ass.*, 6-8 mai, in *J. A. m. Ass.*, 7 juin, vol. LX, n° 23, p. 1817. — CALVÉ et LAMY. *Soc. de pédiat.*, 20 mai. — LANCE. *Idem.* — LANCE. *Soc. de pédiat.*, 10 juin.

ACTUALITÉS

LES ŒDÈMES INFECTIEUX DU POUMON

Alors que les œdèmes mécaniques du poumon, dans leurs formes aiguë et chronique, sont connus depuis longtemps et partout bien décrits, l'étude des œdèmes infectieux est de date plus récente; aucun travail d'ensemble ne leur avait été consacré. Aussi, la thèse de M. Logre (1) mérite-t-elle de retenir l'attention, car on y trouve un exposé très complet de ce chapitre relativement nouveau de pathologie pulmonaire. Sous le terme d'œdèmes infectieux du poumon, Logre décrit un syndrome anatomo-clinique dont les principaux caractères sont : pour l'étiologie, l'infection, le plus souvent pneumococcique; pour l'anatomie pathologique, l'œdème du tissu conjonctif et de l'alvéole, avec desquamation mécanique et prolifération inflammatoire des épithéliums ; pour la clinique, une séméiologie particulière, avec signes physiques liquidiens, avec symptômes généraux fébriles, et d'apparence fréquemment pseudo-pleurétique ou pseudo-tuberculeuse.

Pour bien comprendre les œdèmes infectieux du poumon, il faut d'abord préciser leur définition, en rappelant quelques notions de pathologie générale : l'œdème est constitué par un épanchement de sérosité dans les organes, et, comme le poumon est essentiellement un parenchyme creux, il s'ensuit que le fait dominant, dans l'infiltration séreuse du poumon, ce n'est ni l'imprégnation du tissu conjonctif, ni la tuméfaction des épithéliums, c'est l'inondation alvéolaire, c'est l'épanchement de sérosité dans une cavité naturelle. Si la notion d'œdème mécanique du poumon est couramment admise en pathologie pulmonaire et si celle d'œdème infectieux est plus rarement invoquée, c'est, d'après Logre, que l'on attache une importance trop absolue à la distinction entre les exsudats, épanchements inflammatoires, et les transsudats, épanchements mécaniques. La clinique montre le plus souvent des liquides mixtes, participant, à la fois, aux caractères de l'œdème mécanique et des épanchements inflammatoires; il faut donc surtout apprécier l'importance relative de ces deux ordres de réactions associées et l'on constatera ainsi que, dans un grand nombre de faits, l'inflammation se traduit sous la forme prédominante de l'hydropisie et de l'œdème. Dans certains accidents d'origine infectieuse, c'est l'épanchement séreux qui constitue la lésion inflammatoire et « l'originalité d'un tel exsudat est précisément de revêtir, en l'absence de diapédèse cellulaire notable, l'apparence générale d'un transsudat ». Tel est l'œdème infectieux, et Logre montre que la notion générale de l'œdème infectieux du poumon peut s'éclairer utilement, à la lumière d'une comparaison avec les différents types les plus courants d'œdème infectieux : œdème infectieux des membres, œdèmes inflammatoires du larynx, infiltration d'urine, oreillons, manifestations diverses du rhumatisme articulaire aigu. Ainsi compris, l'œdème infectieux du poumon devient un cas particulier des épanchements séreux inflammatoires dans les cavités naturelles.

Les œdèmes infectieux du poumon présentent deux grands types cliniques : les œdèmes infectés, c'est-à-dire les faits où l'infection se surajoute à un épanchement séreux déjà constitué, et les œdèmes infectieux proprement dits, où l'invasion microbienne précède et crée l'exsudation séreuse, où l'infection se traduit sous la forme de l'œdème.

Les œdèmes infectés sont très fréquents, qu'il s'agisse d'œdèmes cardiaques ou d'œdèmes rénaux. Chez les cardiaques atteints d'œdème passif du poumon, à localisation hypostatique, l'infection peut provoquer plusieurs complications : congestion pulmonaire, pneumonie, entourées

(1) G. LOGRE. *Les œdèmes infectieux du poumon.* Th. de Paris, 1913. G. Steinheil.

d'œdème ; elle explique aussi la pleurésie des cardiaques, avec formule cytologique indiquant un processus mixte, exsudatif et transsudatif ; dans tous ces cas, l'infection de l'œdème passif joue un rôle important ; quelquefois même, c'est le bacille de Koch qui vient se greffer sur cet œdème mécanique, en particulier sur l'hydrothorax. Les mêmes considérations s'appliquent aux œdèmes pleuro-pulmonaires d'origine rénale ; pour prendre un exemple, la bronchite albuminurique de Lasègue est un type d'œdème rénal infecté, avec une expectoration mixte où la sérosité traduit l'œdème, où la purulence démontre l'infection surajoutée. Très souvent aussi, les œdèmes pulmonaires brightiques se compliquent de pneumococcie (Caussade et Logre). En résumé, l'infection de l'œdème pulmonaire est, dans beaucoup de cas, la complication terminale qui entraîne la mort des rénaux, des cardio-rénaux et des cardiaques.

Parmi les œdèmes infectieux proprement dits, Logre distingue les œdèmes infectieux associés ou satellites, qui sont sous la dépendance d'une autre lésion inflammatoire, et les œdèmes infectieux isolés ou autonomes, dans lesquels la réaction hydropigène est la seule expression clinique du processus inflammatoire.

Les œdèmes infectieux associés ou satellites se développent, à titre de réaction secondaire, au voisinage d'une localisation inflammatoire. Tel est l'œdème péricongestif ; chez un malade atteint d'une congestion pulmonaire type Woillez, de nature pneumococcique, survient secondairement un œdème pulmonaire, dont la sérosité imprègne la lésion primitive. Un autre type fréquent d'œdème infectieux associé, c'est l'œdème périphymique, qui revêt les formes les plus variées.

Voici maintenant les œdèmes infectieux isolés ou autonomes. Dans leur étiologie, on trouve les principales maladies infectieuses : le paludisme, les fièvres éruptives, le charbon, le choléra, la peste, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la grippe, le rhumatisme articulaire aigu et surtout l'infection pneumococcique, qui l'emporte sur toutes les autres par son aptitude à créer l'œdème pulmonaire. Les œdèmes infectieux autonomes peuvent être aigus, subaigus ou chroniques. Les œdèmes aigus pneumococciques ont été bien étudiés par Caussade et Milhit (1), Guillain et Laroche ; quelquefois, c'est un œdème suraigu à forme bronchoplégique, qui constitue l'unique manifestation d'une infection pulmonaire à pneumocoques. Guillain et Laroche considèrent l'œdème aigu pneumococcique comme un équivalent œdémateux des pneumonies fibrineuses. Les œdèmes infectieux subaigus ou chroniques affectent plusieurs types cliniques : œdème du sommet, simulant la tuberculose, œdème pleuro-pulmonaire avec épanchement pleural, œdème à forme de spléno-pneumonie, œdème infectieux pseudo-pneumonique ou pneumococcie séreuse.

L'œdème infectieux du sommet donne les signes fonctionnels d'une pneumopathie subaiguë ou chronique (expectoration séro-purulente, dyspnée) et, comme signes physiques, un ensemble qui évoque l'idée d'une localisation tuberculeuse : submatité, inspiration diminuée, sourde et basse, expiration soufflante, râles humides, sous-crépitants fins, puis moyens ; quant aux vibrations vocales, elles sont assez souvent conservées ou même exagérées, mais parfois elles sont diminuées ou abolies et cette diminution des vibrations constitue alors un excellent signe d'œdème pulmonaire. L'examen des crachats montre que l'expectoration est riche en albumine et en chlorures, mais ne contient pas de bacilles de Koch ; on remarquera encore, pour distinguer cet œdème de la tuberculose, que l'état général du malade est beaucoup moins atteint que s'il s'agissait d'un ramollissement tuberculeux.

Dans l'œdème infectieux pleuro-pulmonaire, la réaction pleurale est au premier plan et masque la lésion pulmonaire ; c'est l'examen du liquide pleural qui permet de faire le diagnostic, car on constate que ce liquide est d'aspect séro-purulent, avec réaction prédominante de l'endothélium pleural, desquamé et proliféré ; on ne trouve pas de lymphocytes, peu ou pas de polynucléaires. Dans un cas de Caussade et Logre, le liquide pleural épais et jaunâtre, chargé de cellules endothéliales dégénérées, constituait une variété particulière de faux pus, le faux pus septique endothélial.

L'œdème infectieux pulmonaire à forme de spléno-pneumonie donne le syndrome, aujourd'hui classique, de la spléno-pneumonie de Grancher, simulant une pleurésie avec épanchement moyen. D'après Logre, la spléno-pneumonie considérée par Grancher comme « un état morbide intermédiaire entre la congestion pulmonaire et la pneumonie, voisin de la broncho-pneumonie », appartient en réalité à l'histoire de l'œdème infectieux du poumon, dont elle représente le type le plus massif ; c'est l'œdème infectieux compact à symptomatologie pseudo-pleurétique.

La dernière forme clinique des œdèmes infectieux du poumon est l'œdème infectieux pseudo-pneumonique, pneumococcie séreuse qui simule, de préférence, la pneumonie et la broncho-pneumonie tuberculeuses. Après un frisson, un point de côté, après quelques jours de fièvre, accompagnée de toux quinteuse et de dyspnée, le malade expectore des crachats spumeux, aérés, assez souvent rosés ou striés de sang, et qui, laissés au repos dans le crachoir, se divisent en deux couches : une inférieure, fluide, séreuse, une supérieure, muqueuse ou muco-purulente. Cette expectoration est souvent très abondante ; en examinant les crachats au microscope, on constate qu'ils sont formés d'un liquide albumineux, de mucus bronchique, avec des éléments épithéliaux, des cellules de pus et des pneumocoques. La recherche des signes physiques révèle, habituellement à la partie moyenne du poumon, une zone mate, où les vibrations sont abolies, où le murmure vésiculaire est très diminué. On entend quelquefois, à ce niveau, un souffle lointain, un peu aigre, de l'égophonie, des râles sous-crépitants fins, et des frottements pleuraux. En faisant une ponction pulmonaire, on retire quelques gouttes, parfois même quelques centimètres cubes d'un liquide séro-sanguinolent contenant des pneumocoques ; lorsqu'on pratique cette ponction exploratrice, il est souvent difficile de savoir si l'aiguille est enfoncée dans la plèvre ou dans le poumon ; Logre indique un signe permettant de reconnaître où se trouve l'extrémité de l'aiguille : lorsque l'aiguille est enfoncée dans une collection pleurale, elle reste ordinairement immobile et ne suit pas les mouvements respiratoires, sauf si l'extrémité est au contact immédiat de la plèvre viscérale, tandis qu'une aiguille enfoncée dans le poumon suit les mouvements respiratoires et oscille, à chaque temps de la respiration, par un mouvement de bascule. L'état général du malade atteint de pneumococcie séreuse est souvent assez grave : température élevée, pouls rapide, anorexie, diarrhée, sueurs, amaigrissement ; cependant il ne faut pas faire un pronostic trop sombre, car l'évolution habituelle de la maladie conduit vers la guérison, après des semaines et des mois, le cours de l'affection étant accidenté de rémissions et de recrudescences, dues à des poussées œdémateuses et fluxionnaires. Vers la fin de la maladie, l'expectoration devient de plus en plus abondante : c'est comme une pseudo-vomique séreuse ; on entend souvent, au centre du foyer pulmonaire, de gros sous-crépitants, presque cavernuleux. Si la plupart des cas se terminent favorablement, quelquefois cependant le malade meurt en état d'insuffisance pulmonaire et de cachexie.

Après cette étude analytique des diverses formes d'œdèmes pulmonaires infectieux, Logre fait une synthèse du syndrome œdème infectieux du poumon ; le syndrome œdémateux n'est en somme qu'une des modalités de l'inflammation, les autres étant représentées par le syndrome fibrineux (pneumonie), le syndrome suppuratif (broncho-pneumonie), le syndrome congestif (maladie de Woillez). Puis il expose l'anatomie

(1) Caussade et Milhit. *Gaz. des hôp.*, 11 juillet 1911, n° 78.

pathologique de ces œdèmes infectieux. Macroscopiquement, on constate de l'œdème sous-pleural gélatineux et de l'œdème parenchymateux ; au microscope, lésions de bronchite mucopurulente, lésions d'alvéolite catarrhale, hydropisie séreuse alvéolaire, infiltration séreuse interstitielle. C'est donc de l'œdème par l'hydropisie et la desquamation épithéliale ; c'est de l'œdème infectieux parce que la sérosité est bactérifère et parce qu'il existe de la prolifération et de la dégénérescence épithéliales.

A propos des œdèmes infectieux du poumon, plusieurs questions importantes de diagnostic et de pronostic peuvent se poser. Logre montre que le syndrome œdémateux est essentiellement simulateur et dissimulateur, car d'une part il simule les affections pulmonaires les plus diverses (tuberculose du sommet, pleurésie, broncho-pneumonie tuberculeuse), en même temps que, d'autre part, il peut dissimuler certaines affections pulmonaires, par exemple la tuberculose. Dans un grand nombre de cas, le diagnostic différentiel est à faire entre une phtisie galopante ou une pneumococcie prolongée ; c'est l'examen complet du malade, c'est l'analyse des crachats et du liquide recueilli par ponction, c'est même l'inoculation de la sérosité au cobaye qui permettront de résoudre le problème.

En ce qui concerne le traitement, Logre donne comme formule générale : soigner l'œdème infectieux, comme un œdème mécanique, c'est-à-dire saignée ou ventouses scarifiées, théobromine, régime lacté ou déchloruré ; contre l'élément infectieux, collargol, électrargol, antithermiques. La plèvre doit toujours être attentivement surveillée, pour ne pas laisser se développer un épanchement pleural qui, comprimant un poumon déjà œdémateux, pourrait déterminer des accidents graves.

M. BRELET.

HYDROLOGIE

LES CURES DE DIURÈSE AUX STATIONS THERMALES FRANÇAISES (1)

Par M. BAUP,

Médecin directeur de l'Etablissement thermal d'Evian.

Les *cures de diurèse*, suivant un mot qui a fait fortune et qui, croyons-nous, a été prononcé pour la première fois dans le sens où nous l'entendons par notre collègue Cottet, consistent dans la stimulation physiologique des reins, par ingestion méthodique de certaines eaux minérales. Sans doute, quelques médicaments, agissant de façons diverses, soit par réactions chimiques, soit en modifiant la circulation, sont capables de produire momentanément une élimination plus abondante d'urine, mais ces médicaments n'ont rien à faire avec la stimulation physiologique des reins par l'eau, qui est le composé le plus naturellement diurétique.

De même beaucoup d'eaux minérales, d'actions diverses, peuvent produire des effets diurétiques et la plupart des stations s'en recommandent. Mais ces effets ne sont que secondaires et ne réalisent pas toujours une cure d'élimination à travers les reins aussi puissante et aussi complète qu'aux stations diurétiques.

Il existe donc des stations, des eaux diurétiques, dont l'effet total est appliqué à favoriser l'élimination par la voie rénale. Ces stations, du reste, n'existent guère qu'en France. Il est donc naturel que ce soit dans ce pays surtout que l'étude de la cure de diurèse et du rythme urinaire ait été entreprise et que les travaux d'Albarran, de Widal, d'Huchard, de Vaquez et de leurs élèves, ceux de tous nos confrères dans ces stations, aient conféré une importance de premier ordre à cette cure.

Les stations diurétiques sont réparties en deux groupes principaux, l'un dans les Vosges, l'autre dans les Alpes, sur les bords du lac Léman. Elles comprennent dans le premier groupe Vittel, Contrexéville, Martigny, dans le second Evian et Thonon. A ces deux groupes, il faut ajouter Capvern dans les Pyrénées et Aulus dans l'Ariège.

Les stations diurétiques ont acquis une importance et une prospérité considérables. Dans le groupe des stations vosgiennes, Vittel, Contrexéville et Martigny, situées sur les premières pentes des Vosges, à une altitude qui varie de 312 à 317 mètres, présentent un climat très pur et offrent aux baigneurs toutes les ressources des stations les plus modernes : buvettes confortables, galeries de cure, établissements thermaux admirablement outillés, hôtels de toute espèce, excellents casinos et distractions variées, promenades, golf, courses de chevaux, etc. De plus, Martigny possède un lac poissonneux, très apprécié de ses habitués. Dans le groupe des Alpes, Evian est la station la plus importante ; située au pied des premiers contreforts des Alpes, au bord du lac Léman, elle jouit d'un admirable panorama. Son climat, d'altitude moyenne (Evian est situé environ à 500 mètres), est toujours tempéré par les brises et remarquablement sédatif.

Là encore, toutes les ressources des grandes villes d'eaux se trouvent réunies : merveilleux établissement thermal, hôtels de tout genre, depuis les plus luxueux jusqu'à de modestes pensions, promenades charmantes sur le lac qui permettent aux malades de changer de panorama sans fatigue, splendide casino, golf, parc des sports, canotage, pêche, etc. Thonon, situé non loin de là, dans un site analogue, est une vieille petite ville pittoresque et qui réalise un lieu de séjour moins mondain, moins luxueux.

Enfin Capvern, que l'on peut rattacher aux eaux diurétiques, est situé dans les Hautes-Pyrénées, près de Tarbes, et offre à ses baigneurs le charme des vallées pyrénéennes et les ressources d'un établissement thermal fort bien aménagé.

Si nous avons groupé ainsi toutes ces stations, éloignées les unes des autres, c'est que leurs eaux ont des propriétés communes, jouissent d'une certaine analogie de composition et d'action, qui permettent de les réunir.

Ces eaux sont des eaux froides, variant aux environs de 11 degrés (sauf Capvern dont les eaux ont 21 à 24 degrés), limpides, agréables à boire et très douces au toucher, ce qui les a fait nommer assez généralement eaux savonneuses. Leur caractéristique est d'être faiblement minéralisées, celles des Vosges le sont un peu plus.

Contrexéville Pavillon..	2g384	par litre.
Vittel Grande Source...	1g739	»
Martigny..............	2g334	»

Celles de Capvern le sont un peu moins, de 0,95 à 1,70 par litre, et le groupe des Alpes est de tous le plus faiblement chargé en matières solides, puisque à Evian la source Cachat n'en contient que 0,51 par litre et Thonon 0,45.

Cependant, leur composition chimique n'est pas absolument semblable et si les eaux du groupe des Alpes, Evian, Thonon, peuvent être rangées dans les eaux faiblement alcalines, bicarbonatées, les eaux du groupe des Vosges, plus minéralisées, sont surtout sulfatées, calciques et légèrement lithinées, et Capvern est à la fois sulfaté calcique et magnésien. Il semble donc qu'a priori il doive y avoir dans les résultats obtenus à ces stations de légères différences ; ces différences existent et nous aurons l'occasion d'en parler quelquefois au cours de cette conférence ; mais, en réalité, les déterminantes chimiques ne peuvent suffire à caractériser ces eaux quelles qu'elles soient, et leur valeur thérapeutique découle presque exclusivement de leur action physiologique commune, c'est-à-dire l'augmentation de la quantité d'urine

(1) Conférence faite à l'exposition de Gand, le 2 juin 1913.

et de sédiments urinaires qu'elles provoquent. C'est au point qu'un de nos confrères, le docteur Bordet, a pu dire en parlant de l'une d'elles : « Elle agit plus parce qu'elle emporte que par ce qu'elle apporte. »

Comment se comportent physiologiquement ces eaux pour produire la diurèse? Cette question fort complexe a été étudiée souvent par nos confrères des différentes stations : Debout d'Estrées, Monsseaux, Amblard, Bordet, Cottet, Chiaïs, Bergouignan, etc., et, pour faire mieux comprendre cette action, nous prendrons comme type de notre description l'eau d'Evian, source Cachat, qui a servi dans maintes de ces études.

L'eau introduite dans l'estomac est rapidement évacuée dans le duodénum. Ceci ressort non seulement des examens pratiqués aux rayons X, mais Monsseaux à Vittel a pu le démontrer chez des chiens fistulisés. De là, elle passe très rapidement aussi dans l'intestin. Si l'action de ces eaux bicarbonatées comme Evian, Thonon, est pour ainsi dire nulle sur l'estomac et l'intestin, il faut tenir compte avec les eaux sulfatées, Vittel, Contrexéville, Martigny, d'une certaine action sur ces organes, plus accentuée encore avec l'eau de Capvern à cause probablement de sa teneur en sulfate de magnésie.

De l'intestin, l'eau est reprise par le système porte, amenée au foie qu'elle traverse d'un flot lixiviant, et, dans la grande circulation, où son passage peut être décelé par une légère hypertension passagère, plus marquée avec les stations plus fortement minéralisées qu'avec les autres. Enfin, elle est amenée au rein d'où elle est excrétée en provoquant une certaine émission d'urine. Mais cette eau, que nous avons ainsi suivie dans son chemin, ne fait pas que de traverser les différents organes et les espaces intercellulaires, comme une simple eau de lavage. Elle y produit certes un véritable drainage désinfectant, et dont l'action expultrice va débarrasser l'organisme des obstacles accumulés sur sa route, mais il faut tenir compte aussi que ces eaux, faiblement minéralisées, constituent un sérum favorable aux épithéliums qu'elles arrosent et comportent par conséquent une action sédative pour les organes et les canaux irrités. Et, de plus, ce *sérum hypominéralisé*, ainsi que l'a si bien dit Landouzy, réalise les meilleures conditions pour provoquer l'osmose au niveau des cellules dont il va baigner les membranes. Ces eaux ont donc à côté de leur action expultrice une action altérante qui excite et ranime le fonctionnement cellulaire. Et ceci est prouvé non seulement par les décharges de sédiments, de produits toxiques à travers les reins au cours d'une cure de diurèse, mais il a été prouvé expérimentalement par les expériences de Chiaïs sur l'augmentation du pouvoir réducteur de l'hémoglobine dans les tissus, sous l'influence de l'eau absorbée.

Quelle quantité d'eau faut-il ordonner pour provoquer la diurèse?

Autrefois, sous l'empire d'idées simplistes, trop simplistes même, on avait l'habitude, dans les stations de diurèse, de faire boire d'énormes quantités d'eaux minérales; nous nous souvenons encore d'un curé, qui buvait à Evian, chaque matin, près de six litres d'eau. Actuellement, une réaction bien naturelle contre cette façon de faire s'est introduite dans la plupart des stations; l'on a compris qu'on ne pouvait appliquer à tous les cas un traitement uniforme et qu'il était nécessaire de distinguer entre les divers malades, étant donné surtout que, ainsi que nous le verrons plus loin, bien des obstacles peuvent s'opposer dans l'organisme à la libre circulation de l'eau.

S'il s'agit par exemple d'un calculeux rénal chez lequel les autres organes étant sains, le rein étant resté parfaitement perméable, il n'y a qu'à provoquer l'expulsion d'un calcul ou de sables engagés dans l'uretère, on peut user de quantités assez grandes de liquide, allant jusqu'à deux litres, deux litres et demi dans les vingt-quatre heures.

Qu'il s'agisse, au contraire, de produire surtout une action de désencombrement des tissus, chez un sujet hypertendu, et dont la perméabilité rénale est faible, on agira avec la plus grande prudence, avec de petites doses variant de 200 grammes à un demi-litre d'eau et l'on obtiendra ainsi souvent des effets diurétiques, des décharges sédimenteuses aussi considérables et même plus considérables qu'avec des doses massives. On pourra, au bout d'un certain temps, si la perméabilité rénale s'améliore, augmenter un peu la quantité d'eau prescrite. Le principe actuel est donc de limiter les doses d'eau et de les faire varier suivant les différents cas et suivant la perméabilité rénale.

Comment se pratique la cure dans les stations de diurèse? Partout de la même façon : le matin à jeun, le malade absorbe l'eau par verres de contenance variable de 100 à 300 grammes, espacés de dix à vingt minutes et bus lentement. La cure se prolonge d'autant plus que le nombre de verres est plus grand mais elle doit être terminée en tout cas au moins une heure et demie avant le déjeuner. Parfois la cure est complétée par un ou deux verres absorbés dans l'après-midi avant le dîner, ou même d'un verre dans la soirée.

Faut-il boire debout ou couché, et faut-il se promener entre les verres? Il n'y a pas bien longtemps encore, la cure ne se faisait que debout et l'on forçait les malades à déambuler pour favoriser l'élimination de l'eau. Si cette pratique avait des avantages hygiéniques certains, en forçant les malades à se lever tôt et à faire un peu d'exercice, on s'est aperçu qu'elle présentait dans bien des cas de sérieux inconvénients. D'abord, dans les journées chaudes, elle favorisait la transpiration au détriment de l'élimination rénale; mais on s'est surtout aperçu que l'orthostatisme pendant la boisson contrariait son absorption et son élimination, tandis qu'au contraire le décubitus les favorisait. C'est principalement, ainsi que l'ont bien démontré Gilbert et ses élèves, Lereboullet, Cottet, Linossier, Lemoine, etc., dans le cas où le système porte est congestionné, où la circulation générale est déficiente, que la cure dans la position allongée aide à l'absorption de l'eau. Il en est de même chez certains gastropathes à estomac dilaté, chez certains malades fatigués, impressionnables; et la cure dans le décubitus horizontal a pris pour ces multiples raisons une place de plus en plus importante.

Un autre point à noter est le fait que les eaux diurétiques étant froides provoquent parfois chez certains sujets nerveux des incidents désagréables, lourdeurs d'estomac, douleurs gastriques, vertiges, qu'on évite facilement en chauffant légèrement l'eau à absorber.

Pour nous rendre plus facilement compte des effets d'une cure de diurèse, prenons un type de malade et choisissons, si vous le voulez bien, un sujet peu atteint, un goutteux, par exemple, sans lésions apparentes de ses organes, ayant eu simplement quelques attaques de goutte aiguë et, dans ses urines, ordinairement, un dépôt rouge d'acide urique, ce malade venant pour la première fois faire une cure dans une station diurétique.

Rapidement chez ce sujet l'ingestion d'eau prise le matin à jeun, ainsi qu'il a été dit, est suivie d'émissions successives d'une urine pâle, claire, de faible densité, 1010 à 1003, et qui a reçu le nom d'*urine de cure*. Cette urine commence à apparaître environ une heure après l'absorption du dernier verre et continue à se produire pendant les trois heures suivantes; son volume dépasse habituellement d'une façon notable celui de l'eau ingérée. Ceci se produit plus dans les stations faiblement minéralisées qu'aux stations qui le sont plus fortement et où, après quelques verres, on constate chez le sujet une légère diarrhée qui diminue d'autant l'élimination rénale.

Cette *polyurie de cure* cesse assez brusquement pour être remplacée pendant le reste des vingt-quatre heures par une urine plus rare, très colorée, de densité élevée, dans laquelle abondent les chlorures et où se dépose une fine poussière rouge d'acide urique.

Il semble donc y avoir dissociation entre les deux urines, l'une constituant la *diurèse aqueuse*, l'autre une *diurèse sèche*. Mais en étudiant de plus près le phénomène, en faisant l'analyse quantitative de l'urine de cure, on s'aperçoit que, si la proportion des matières solides au volume d'urine est diminuée, il n'y en a pas moins augmentation de l'urée, des corps xanthiques et des chlorures par rapport à l'unité de temps; et qu'en somme, un sujet soumis à la cure élimine dans sa matinée plus de sédiments urinaires qu'il ne l'aurait fait sans cette cure.

Et c'est bien là la preuve qu'il n'y a pas seulement, sous l'influence de la diurèse, lavage mécanique de l'organisme, mais qu'il y a aussi stimulation physiologique des tissus et de la fonction glandulaire du rein.

Ces éliminations abondantes de sédiments ont lieu surtout au début ; vers la fin de la cure et lorsqu'elle a cessé, les quantités de chlorures et d'acide urique diminuent, tandis que le rapport urée à acide urique redevient normal, indiquant par là que la nutrition des tissus se fait mieux.

Nos malades éprouvent du reste rapidement une amélioration dans leur état général : la pression diminue chez les hypertendus; les fatigues, les maux de tête disparaissent, le corps devient plus souple, le teint devient plus clair. Les malades, fait important, maigrissent généralement au cours d'une cure de diurèse, de quelques kilos. Cet amaigrissement favorable tient pour une bonne part à l'élimination abondante des chlorures et de la rétention aqueuse qu'ils provoquent.

La durée de la cure est d'environ trois semaines à un mois, mais cette durée, purement arbitraire, peut être diminuée, fractionnée ou augmentée, suivant les effets à produire. Elle n'est suivie d'aucun inconvénient pour le malade, qui peut aussitôt après reprendre ses occupations.

Mais chez beaucoup de malades, l'élimination de l'eau, au lieu de se faire rapidement après l'ingestion, ne commence que plus longtemps après, vers la fin de la matinée, dans l'après-midi même. Ces troubles ont été bien étudiés par Gilbert, Lereboullet, Lamarre, Cottet, et ont reçu le nom d'*opsiurie*; parfois aussi les émissions d'urine ne débutent que plus tard encore, dans l'après-midi, pour se continuer la nuit, provoquant ainsi de la *nycturie* ou exagérant celle dont souffrait déjà le malade. Enfin, chez certaines personnes l'élimination n'est pour ainsi dire pas influencée par l'absorption d'eau, le rein ne présentant pas une perméabilité suffisante.

Tous ces faits soulèvent des problèmes excessivement intéressants tant au point de vue de l'emploi thérapeutique des cures de diurèse qu'au point de vue du diagnostic et du pronostic différentiels chez chaque malade et s'expliquent mieux si l'on se représente quel chemin l'eau ingérée doit parcourir dans l'organisme et quels nombreux obstacles peuvent s'opposer à sa progression.

C'est au niveau de l'estomac d'abord qui, ne se contractant pas normalement, se laisse distendre par le liquide, clapote et ne chasse l'eau dans le duodénum qu'au bout d'un certain temps. C'est au niveau du foie, s'il y a gêne intrahépatique, que le système porte engorgé, stagnant, retarde la progression du liquide. C'est aussi dans la grande circulation que l'eau peut être gênée par ralentissement de cette circulation, sous l'influence retardante du cœur ; ou par la difficulté qu'elle éprouve à provoquer au niveau des tissus encombrés de déchets le courant osmotique nécessaire : sans compter que les humeurs elles-mêmes trop chargées en chlorures peuvent retenir une partie de cette eau.

Enfin, au niveau des reins, l'eau peut encore être arrêtée dans sa marche par de la congestion rénale, de l'insuffisance de cet organe par lésions ou obstruction calculeuse.

On voit donc à quels phénomènes complexes donne lieu l'étude de la diurèse, quel examen attentif de chaque malade est nécessaire, alors que les habitués de nos stations ont trop souvent tendance à se passer de conseils médicaux pour leur plus grand inconvénient du reste.

Maintenant que nous sommes au courant de l'action physiologique de l'eau minérale, il nous sera facile de nous rendre compte que la cure de diurèse rendra les plus grands services dans tous les cas où l'organisme est encombré de produits toxiques, que l'origine de ceux-ci soit dans une infection ou dans une perversion du métabolisme (acide urique, oxalique, composés xanthiques).

Quelles sont donc les affections que l'on traite dans les stations de diurèse ? Il faut d'abord subdiviser ces affections en deux groupes : 1° *maladies générales*, *diathésiques*, et 2° *maladie des organes*, rein, foie et appareil cardio-vasculaire.

Dans le premier groupe, il faut faire une place tout à fait à part à la *goutte*, dans toutes ses manifestations, depuis la goutte à accès francs jusqu'à ces cas de goutte chronique où le malade affaibli supporterait mal une eau plus alcaline. Le plus souvent, sous l'influence du traitement, les raideurs et les gonflements articulaires diminuent, les tophi se résorbent partiellement, les accès douloureux deviennent plus rares et peuvent même disparaître dans l'intervalle des cures.

La goutte viscérale, les complications abarticulaires, la congestion hépatique, les troubles cardio-rénaux, avec albumine et hypertension, les névralgies, etc., sont également fort améliorés par la cure.

Le traitement de la gravelle est également une indication au premier chef et aucune autre médication ne pourrait être aussi efficace pour cette catégorie de malades. Ceux-ci qui, souvent, s'ignorent eux-mêmes au début, habitués à une alimentation trop riche, trop abondante, migraineux ou légèrement obèses, et qui éliminent des urines trop concentrées, trop acides et déposant du sable rouge, doivent être soumis aussitôt que possible à la cure de diurèse pour éviter des accidents plus sérieux. Et l'on ne voit pas assez souvent des enfants de souche goutteuse ou arthritique dans nos stations, qui leur conviennent pourtant d'une façon toute particulière.

De plus, ainsi que nous l'avons vu avec Cottet, ce sont souvent des sujets en état d'*oligurie habituelle physiologique*, se retenant de boire soit par crainte d'engraisser, soit pour d'autres motifs. Il importe donc de leur imposer une cure rationnelle de boisson. Dans tous les cas, que la gravelle soit urique, oxalurique ou phosphatique, la cure de diurèse élimine les sables, empêche la formation de calculs et rétablit le métabolisme cellulaire troublé. Quant à la gravelle plus avancée, la lithiase biliaire ou hépatique, nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin en parlant des affections de chaque organe.

Les cures de diurèse rendent aussi des services dans certaines formes de *diabète*, surtout le diabète arthritique avec hypoazoturie ou lorsqu'il y a association du diabète avec la goutte ou la lithiase rénale.

Les *neurasthéniques* sont également justiciables de nos stations. Chez beaucoup de ces malades, les phénomènes qu'ils présentent dépendent, jusqu'à un certain point, d'une intoxication gastro-intestinale, d'une insuffisance rénale ou hépatique et l'eau agit en activant la dépuration sanguine. De plus, nos stations possèdent des établissements physiothérapiques très complets, où une hydrothérapie bien comprise apaise les réactions nerveuses des neurasthéniques. Ajoutons aussi le facteur du climat d'Evian extrêmement sédatif, dont on a dit comme de celui de Pau qu'il est un *bromure atmosphérique*.

Si nous passons maintenant aux indications d'ordre local, nous voyons qu'elles concernent tout spécialement le *foie*, les *reins* et l'*appareil cardio-vasculaire*.

Chaque année, de nombreux malades atteints d'affections *hépatiques* viennent demander aux stations de diurèse l'amélioration sinon la guérison de leurs maux. Nous avons vu qu'en effet l'eau, bien que souvent retardée au niveau du foie par congestion du système porte, n'en exerce pas moins une action lixiviante, fluidifiante sur la bile et tonifiante sur les cellules hépatiques dont elle va exciter les fonctions en décon-

gestionnant le foie. Si l'on ajoute que cette eau par son passage subséquent dans le sang et les reins contribue à hâter l'élimination des produits de rétention, des pigments biliaires, on conçoit toute l'importance d'un tel médicament sur une des affections les plus fréquentes du foie, la *lithiase biliaire*. Mais il faut, sur ce point, faire une légère différence d'action entre les eaux bicarbonatées comme Evian ou celles sulfatées comme le groupe des Vosges et Capvern. Les secondes, par le fait de leur composition chimique et de leur effet excitant sur l'estomac, l'intestin et même les canaux biliaires, ont une force expultrice plus considérable sur les calculs du foie. Il faudra donc les choisir de préférence toutes les fois que, dans un organe pas trop irritable ou trop infecté, il s'agira de provoquer l'expulsion d'un calcul ou de sables hépatiques et de produire une dérivation sur l'intestin.

Au contraire, les eaux bicarbonatées dont l'action est plus sédative réussissent mieux dans les cas où il s'agit de modifier un foie excitable, douloureux, en instance de poussées congestives. Les eaux du groupe Evian sont peut-être également plus indiquées toujours à cause de leurs propriétés moins excitantes, dans les *cirrhoses* au début, où elles permettent de rétablir partiellement la perméabilité hépatique et d'agir avec douceur sur les cellules du foie pour en retarder la déchéance. De même dans les poussées d'*angiocholite*, où il est nécessaire de faire un drainage prudent et de ménager la cellule hépatique.

Les cures de diurèse en général sont non moins formellement indiquées dans tous les *états cholémiques*, dans les *subictères*, où non seulement l'action de l'eau stimulante et lixiviante se fera sentir au niveau du foie, mais où elle réalisera un véritable lavage du sang.

Enfin, nous réclamons, pour être traitées dans nos stations, les *affections hépatiques des pays chauds*. Non seulement les coloniaux profitent à merveille de la cure de diurèse, mais se trouveront également bien de la cure d'altitude moyenne que l'on y réalise.

Une longue pratique a consacré l'efficacité de la cure de diurèse dans le traitement des affections des *voies urinaires*. Nous avons déjà vu quelle était son action sur la gravelle; elle n'est pas moins utile dans la *lithiase rénale* confirmée, à toutes ses phases; à la phase de sables pour prévenir la formation de calculs, à la phase de gravier de calculs, à la phase chirurgicale pour favoriser la désinfection et préparer l'opération, soit même après l'opération pour laver les reins et prévenir le retour de nouveaux calculs. La nature du dépôt, qu'il soit urique, oxalique ou phosphatique, ne modifie en rien les indications du traitement. On doit avoir recours, dans tous ces cas, à de grandes masses d'eau données le matin et, chose curieuse, le premier effet de la cure est d'être sédatif; sous son influence, les douleurs rénales, les courbatures s'effacent et les expulsions de gros sables ou de calculs, qui sont assez fréquentes, sont cependant moins douloureuses qu'en temps ordinaire.

On peut essayer également l'effet de ce flux diurétique pour chasser de petits calculs séjournant dans la vessie, mais s'ils sont trop gros, il faudra au contraire s'abstenir de cette manœuvre.

Dans toutes les suppurations urinaires *pyélonéphrites*, s'il n'y a pas rétention au niveau des reins, le traitement hydrominéral est la médication de choix. De même dans les urétrites aiguës ou chroniques le flot d'une urine faiblement minéralisée qui vient balayer incessamment le canal exerce une heureuse action sur l'évolution de la maladie.

Dans le traitement des *albuminuries*, il faut distinguer celle de la *néphrite parenchymateuse* qui n'a rien à faire avec une cure hydrominérale. L'albuminurie de la *néphrite interstitielle* n'est justiciable de nos stations que si la perméabilité rénale est conservée, l'eau favorisant surtout alors l'élimination des chlorures et des substances toxiques. Mais les cures de diurèse sont surtout indiquées dans les *albuminuries non brightiques*, soit celles dues à une irritation du rein par des cristaux uratiques, phosphatiques, oxaliques; les *albuminuries résiduelles d'infections*, l'albuminurie de la *grossesse*, l'albuminurie *orthostatique*, l'albuminurie *digestive*. Dans tous ces cas, on obtient des améliorations rapides, souvent même la guérison.

Une indication plus récente des cures de diurèse est celle de leur emploi dans le traitement de l'*artériosclérose* et de l'*appareil cardio-vasculaire*. Huchard et ses élèves Bergouignan et Amblard, Bouloumié, Chiaïs ont surtout attiré l'attention sur la valeur de la diurèse dans les différentes phases de cette affection. Dans la première phase, où l'hypertension est d'abord d'origine toxique, où l'insuffisance rénale précoce est modifiable, le balayage de l'économie par une cure hydrominérale fait merveille, et les éliminations, parfois un peu intermittentes au début, se régularisent, tandis que la pression s'abaisse. Dans la seconde phase, alors que le malade est devenu un *cardio-rénal*, bien que le pronostic soit, on le comprend, plus sombre, on peut encore obtenir quelque effet, surtout chez les sujets qui sont plutôt des *cardiaques avec oligurie*. Dans ces cas, en donnant de faibles quantités, en opérant avec l'eau minérale une véritable réduction des liquides, on arrive à faire éliminer plus qu'il n'y a été ingéré, à réduire la masse totale du sang et à soulager le myocarde.

Mais chez ceux qui sont plutôt des *rénaux* avec hypertension, pollakiurie nocturne, rétention chlorurée et azotée, on peut tout au plus espérer par une cure prudemment conduite, dans le décubitus horizontal, augmenter un peu la diurèse solide et diminuer d'autant l'intoxication de l'organisme. Le pronostic dépend entièrement du degré de perméabilité rénale.

Pour clore cette liste déjà longue des malades qu'on nous envoie dans nos stations de diurèse, signalons encore que certains *dyspeptiques* atones peuvent se trouver bien de la cure de boisson, surtout si le malade s'astreint à boire lentement, couché sur le côté droit. Les stations sulfatées calciques des Vosges, Capvern et Aulus, ont une action eupeptique stimulante dont il faut tenir grand compte dans le traitement de ces affections.

Les contre-indications de nos stations s'expliquent d'elles-mêmes; il n'y faut pas envoyer des malades trop affaiblis, des tuberculeux, ou des malades menacés d'hémorragies gastriques ou d'hématurie. Si les lésions rénales ou cardiaques sont trop avancées, elles rendent la cure inutile, de même que les cas de cirrhose hépatique déjà prononcée. Enfin, on ne prescrira pas une cure de boisson aux malades chez lesquels une pierre est engagée dans la vessie ou le bassinet, ni à ceux atteints d'une grosse hypertrophie de la prostate.

En dehors de leurs eaux si remarquablement efficaces, les stations diurétiques sont admirablement outillées pour l'utilisation de traitements adjuvants à la cure. Elles possèdent des établissements thermaux modèles, parfois même confiés à une direction médicale et où toutes les ressources de la physiothérapie, bains, douches, massages, applications d'air chaud, électricité, mécanothérapie, se trouvent réunies, permettant d'agir suivant les indications soit sur le système nerveux qu'il faut apaiser, soit sur l'hypertension qu'il faut réduire, soit sur les gonflements articulaires, les douleurs, les névralgies qu'il faut améliorer. On trouve également dans nos stations une organisation de tables de régime dans les hôtels, laissant toute liberté d'appliquer aux malades un traitement diététique sévère (régime végétarien, déchloruré, etc.). A Evian, il existe même un hôtel spécial de régime, l'Ermitage, placé sous la surveillance médicale et qui fonctionne à la satisfaction de tous. On pratique enfin dans nos villes d'eaux des cures d'air d'altitude moyenne près des montagnes, des cures de terrain qui viennent ainsi ajouter leur action efficace à celle de la cure de boisson.

ANALYSES

MÉDECINE

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les sérums spécifiques. (Charles GUEIT. Thèse de Montpellier, 1913. Imprimerie Firmin et Montane, Montpellier.) — La thèse de M. Gueit contient une bonne étude théorique de la sérothérapie antituberculeuse et un exposé des résultats cliniques obtenus par l'auteur en appliquant cette sérothérapie à diverses formes de tuberculose pulmonaire.

La lecture des observations relatées par M. Gueit ne provoque vraiment aucun enthousiasme en faveur de la sérothérapie. Voici d'abord des malades traités par le sérum de Marmorek : six cas de tuberculose pulmonaire aiguë caséeuse, avec cinq échecs, une amélioration très passagère de l'état général ; un cas de tuberculose hémoptoïque à marche rapide, échec du traitement; six cas de tuberculose fibro-caséeuse ulcérée et fébrile, aucun résultat; six cas de tuberculose fibro-caséeuse non ulcérée, mais fébrile, avec deux améliorations durables, deux améliorations passagères, deux échecs ; six cas de tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse subfébrile, avec amélioration notable chez quatre malades ; cinq cas de tuberculose pulmonaire apyrétique, avec cinq insuccès, la sérothérapie paraissant même plutôt défavorable.

Trois malades furent soumis au traitement par la bactériolysine de Maragliano. Le premier n'obtint aucune amélioration ; le second vit son état général heureusement influencé, les lésions pulmonaires restant stationnaires ; chez le troisième on nota des modifications très légères dans les symptômes fonctionnels et l'état général, mais la marche progressive des lésions ne fut pas arrêtée. M. Gueit fait remarquer qu'on ne peut tabler sur ce trop petit nombre d'observations pour juger la bactériolysine, et il rappelle l'opinion très favorable de Teissier et Arloing sur ce sérum.

Avec le sérum de Vallée M. Gueit a traité trois malades : deux paraissent en avoir retiré une certaine amélioration ; dans le troisième cas, échec.

Trois autres malades reçurent du sérum de Rappin ; deux l'ont assez bien supporté, mais les résultats ont été insignifiants. Le troisième malade se sentait mieux quand il fallut interrompre le traitement par suite d'accidents anaphylactiques.

Dans les conclusions de cette thèse, M. Gueit écrit que les sérums employés actuellement n'ont qu'un pouvoir curatif modeste. C'est bien en effet l'impression que l'on a en lisant les observations de ses malades. M. BRELET.

MEDECINE INFANTILE

Etats méningés curables chez les enfants. (COMBY. *Arch. de méd. des enfants*, janv. 1913.) — MM. Guillain et Baumgartner ont présenté à la Société médicale un cas d'état méningé à début comateux, terminé *par la guérison*, et présentant une réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien, faisant craindre une méningite tuberculeuse. MM. Guinard, Triboulet et Rist ont vu des méningites curables dans les mêmes circonstances. M. Comby en rapporte deux cas analogues qui relèvent, suivant toute probabilité, de la poliomyélite aiguë, de la maladie de Heine-Medin dans sa forme méningée. M. le professeur Hutinel a vu 8 cas analogues en quelques mois. Certains enfants présentent le tableau de la méningite tuberculeuse, plus souvent celui de la méningite cérébro-spinale. Le liquide céphalo-rachidien reste limpide et contient des lymphocytes.

Il est possible qu'un certain nombre de ces états méningés curables aient été pris pour des méningites tuberculeuses guéries. MM. Netter et Tinel, dès 1910, avaient insisté sur les formes méningitiques de la poliomyélite et en avaient rapporté, à deux reprises, neuf et six cas démonstratifs.

Au point de vue du diagnostic, M. Dufour souligne l'importance de l'examen du liquide céphalo-rachidien par le procédé de Nageotte. Dans la méningite tuberculeuse les lymphocytes sont très nombreux; ils le sont peu dans les états méningés curables. B. GAYARD.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Le nerf laryngé supérieur et sa névrotomie. Anatomie. Technique opératoire. (G. LIÉBAULT et René CELLES [de Bordeaux]. *Rev. hebd. de laryng., d'otol. et de rhinol.*, déc. 1912.) — Dans ce travail, les auteurs nous donnent une excellente étude sur l'anatomie du nerf laryngé supérieur et de ses branches, corrigeant ou précisant, d'après leurs travaux personnels, les données classiques. C'est ainsi que, au niveau de sa terminaison laryngée, le laryngé supérieur, comme déjà l'avaient indiqué Poirier et Picqué, pénétrerait toujours dans la membrane thyro-hyoïdienne avant d'avoir rencontré le muscle thyro-hyoïdien.

Dans une seconde partie les auteurs étudient la technique opératoire de la névrotomie. Ils rejettent l'incision transversale interthyro-hyoïdienne de Challier et Bonnet pour adopter l'incision oblique sterno-mastoïdienne de P. Descomps qui conduit à trouver la carotide externe. De là ils vont à la découverte du laryngé supérieur en se repérant sur la thyroïdienne supérieure et sur la laryngée supérieure. Mes recherches sur le cadavre me font préférer la découverte directe du nerf au-dessous de l'os hyoïde. Pour trancher la question sur le vivant, où les conditions changent vraisemblablement, il me semble nécessaire de recueillir un certain nombre d'observations que fourniront sans doute avant peu ceux qui auront l'occasion d'appliquer ces différentes méthodes.

J. FOURNIÉ.

GYNÉCOLOGIE

Contribution à l'étude histologique de l'hypophyse pendant la gestation. (Alfred SIGURET. Thèse de Paris, 1912. Jouve, édit.) — On connaît l'action de l'extrait hypophysaire sur la fibre musculaire en général et sur la fibre utérine en particulier. La question des modifications de l'hypophyse au cours de la grossesse, tant au point de vue de ses éléments histologiques que de ses sécrétions, est donc d'actualité. M. Siguret y apporte une contribution intéressante, en étudiant l'hypophyse, au cours de la gestation, chez le cobaye et la lapine.

Pendant la gestation, le lobe glandulaire de l'hypophyse est le siège de modifications histologiques manifestes; on remarque surtout l'élargissement des cordons cellulaires, l'hypertrophie des cellules et des noyaux, la diminution du nombre des cellules chromophobes, l'augmentation des cellules sidérophiles. Quant à la substance principale de sécrétion, la substance colloïde, M. Siguret ne l'a jamais nettement décelée. L'épaississement et la dilatation des cordons cellulaires tiennent sans doute à ce qu'ils sont gorgés d'une substance dont on ne connaît encore ni le mode, ni la forme d'excrétion.

M. Siguret a aussi constaté que les modifications de l'hypophyse apparaissent dès le début de la gestation et ne semblent pas s'accroître progressivement avec l'âge de celle-ci.

M. BRELET.

PSYCHIATRIE

Troubles mentaux observés chez un sujet morphinomane et chloralomane. (R. MIGNOT et USSE. *L'Encéphale*, mars 1913.) — Les troubles mentaux réalisèrent dans ce cas le syndrome paralytique avec tremblement, embarras de la parole et crise épileptiforme. Pendant une première période où les deux intoxications étaient associées, le chloral put être rendu responsable des hallucinations de la vue et de l'ouïe à

type pseudo-cocaïnique présentées par le malade. Mais dans une seconde période, alors que ce morphinomane ne prenait plus de chloral depuis un an et que les hallucinations avec idées délirantes de persécution et de jalousie s'étaient reproduites, on peut se demander si la morphine seule a provoqué le délire et les hallucinations. Les auteurs le croient, mais ils invoquent le mécanisme de l'insuffisance viscérale et l'existence d'altérations hépatiques et rénales. P. CAMUS.

PRATIQUE MÉDICALE

PANTOPON ET DIARRHÉES

Par M. A. MOURLAN.

Quand on veut constiper un malade, on lui donne de l'opium; cette action constipante de l'opium serait due surtout aux impuretés qu'il contient (méconates et résines) et cela est si vrai que certains opiums mal choisis provoquent une constipation particulièrement rebelle, de l'hyperconstipation, si l'on peut dire. Comme le pantopon est de l'opium purifié, privé, par conséquent, de ses méconates et de ses résines, il ne possède pas ce pouvoir hyperconstipant si désagréable de l'opium brut.

Et cependant le pantopon agit merveilleusement dans les diarrhées. Quelle explication rationnelle, scientifique, peut-on donner de cette prétendue anomalie ? On sait que l'action parésiante de l'opium sur l'intestin est due, en majeure partie du moins, à la morphine. Or, le pantopon représente la totalité des alcaloïdes de l'opium, c'est dire non seulement la morphine, mais aussi les autres alcaloïdes, lesquels corrigent et compensent l'action parésiante et la toxicité de cet alcaloïde : si le pantopon ne provoque pas cette sorte de parésie consécutive à l'emploi habituel des opiacés, c'est qu'il est de l'opium total, tout à fait purifié ; en outre l'action nocive de la morphine sur l'intestin est en quelque sorte annihilée par les autres alcaloïdes. Mais le pantopon conserve toutes les propriétés utiles de l'opium, c'est-à-dire son action antisécrétoire, qui permet de lutter efficacement, et sans crainte de la constipation intense consécutive, contre les diarrhées de quelque nature qu'elles soient, même chez les enfants. Tout cela a été bien mis en lumière par Pouchet, Sicard, Rémond, Gaussel ; de même, on trouvera de multiples observations prouvant la valeur incontestable du pantopon dans les thèses soutenues devant les Facultés de Paris, Lyon, Montpellier, Nancy et Toulouse (1).

J'ai eu moi-même l'occasion de contrôler l'efficacité du pantopon dans des cas de diarrhées particulièrement rebelles chez les aliénés et les épileptiques. J'ai d'ailleurs consacré ma thèse inaugurale à l'étude de ce produit qui présente pour le praticien un intérêt de premier ordre. Avec Cot, Souty, Trotain, Soncourt et les autres auteurs qui se sont occupés de ce médicament, j'ai constaté que le pantopon possède une action antidiarrhéique absolument remarquable et, d'autre part, il ne provoque pas la constipation secondaire qui succède habituellement à l'emploi des opiacés. Il nous a donc semblé utile de signaler ce produit à l'attention du corps médical en ce moment de l'année où abondent les entérites de toute origine et où il est bon de connaître un médicament qui soit capable de les guérir sans amener d'effets secondaires désagréables.

D'ailleurs le pantopon se substitue de plus en plus à l'opium, à la morphine et à tous leurs dérivés ; il réussit là où beaucoup d'autres sédatifs ont échoué (Martinet, Vires, Gaussel, etc.) ; il possède une action eupnéique très nette (Pouchet, Bardet, Rauzier); il présente une action hypnotique parfaitement établie (Rémond, Sicard, Salin) ; d'autre part ses effets analgésiques ont été constatés, particulièrement dans des cas de douleurs dues à des coliques hépatiques, néphrétiques, utérines (Barbaroux, Guillon, Gross, Adam, Perrin, Schmidt, etc.), dans les cancers (Petitjean, Claret, Huchon, Laroche, etc.), dans les névralgies si fréquentes et si tenaces des tuberculeux (Gy, Laffite, Morel-Lavallée, Arrivat, Gaussel, etc.), et nous n'avons pas le temps de parler ici de ses applications en pathologie cardiaque, en neurologie, en psychiatrie et en chirurgie (Rémond, Martinet, Vires, Sicard, Leriche, de Rouville, etc.).

Enfin, au point de vue des résultats, je crois qu'il est utile d'insister sur quelques points ; le pantopon ne provoque pour ainsi dire jamais ni vomissements, ni même nausées. D'autre part, les cas d'intolérance au pantopon sont excessivement rares et j'ai même pu observer des malades qui supportaient admirablement le pantopon alors que la morphine produisait chez eux des phénomènes d'intoxication intense ; jamais non plus, je n'ai noté cet état d'euphorie qui suit l'injection de morphine, ni cette sensation de dépression et d'hébétude qui s'observe parfois au réveil chez des patients dont le sommeil a été obtenu grâce à la morphine ; en outre les malades n'ont pas présenté d'accoutumance, ce qui est un point très digne d'être noté ; enfin autre avantage pratique, le nom de pantopon est inconnu du public... Remarquons en terminant que le pantopon Roche qui est présenté sous forme de sirop, de comprimés et d'ampoules, peut, grâce à sa préparation rigoureusement surveillée et à son dosage précis, être donné sans aucun danger même aux petits enfants, en particulier sous la forme de sirop qui permet d'administrer le produit à doses fractionnées et progressives (Ausset).

(1) Voir surtout prof. POUCHET, *Acad. de méd.*, 18 oct. 1910 et *Soc. de thérap.*, 8 mai 1912 ; — prof. agr. SICARD, *Soc. méd. des hôpit.*, 11 nov. 1910 ; — prof. RÉMOND, *Soc. méd.-psychol.*, 26 déc. 1910 ; — Dr. BARDET, *Soc. de thérap.*, 13 avril 1910 ; — prof. agr. GAUSSEL, *Soc. méd. de Montpellier*, 15 déc. 1911, etc., et thèses Paris (Dr. TROTAIN), Lyon (Dr. SOUTY), Nancy (Dr. SONCOURT), Montpellier (Drs. COT et LE CALVEZ), Toulouse (Drs. BIGOU et MOURLAN), etc.

COURS ET CONFÉRENCES

L'ENSEIGNEMENT DE L'ÉLECTROLOGIE DE LA RADIOLOGIE ET DE LA RADIUMTHÉRAPIE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

La Société des médecins chefs des laboratoires de radiologie et d'électroradiothérapie organise, deux fois par an, en novembre et en mai, une série de conférences théoriques et pratiques d'électrologie, de radiologie, de radiumlogie, cryothérapie, finsenthérapie, etc. La première série, dont la durée sera d'un mois, commencera le lundi 3 novembre, à quatre heures trente, à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié. Le programme de ces conférences, qui sont gratuites, sera publié ultérieurement.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges.
PARIS.
Sirop Roche
Ch. Weiss
Comprimés Roche

n'est pas un fait nouveau. » Elle était déjà signalée en effet, dans l'enquête agricole décennale de 1882, comme très considérable et générale en France, et l'auteur de l'enquête, M. Tisserand, disait alors : « La diminution actuelle n'est pas encore un mal; elle oblige l'agriculteur à mieux utiliser les bras, à diminuer ses frais de main-d'œuvre; elle conduit à l'emploi de l'outillage perfectionné, tout en permettant de donner de meilleurs salaires; en un mot, elle force à mieux cultiver. Le laboureur devient de son côté plus actif et son intelligence se développe pour la conduite des machines et pour les travaux qu'il est obligé de mieux soigner; en même temps que son bien-être augmente, l'ouvrier rural voit aussi sa condition s'élever au point de vue matériel et intellectuel, et c'est là un résultat auquel on ne peut qu'applaudir. Quant au chef d'exploitation, si, faute de surabondance de travailleurs, il est forcé de déployer plus d'activité, d'organiser son travail avec plus d'intelligence, de façon à suffire à tous les besoins, en développant par suite la puissance productive de l'ouvrier, il y trouve également son compte. Les 500 000 journaliers et domestiques qui, défalcation faite de l'Alsace-Lorraine, ont délaissé la culture du sol national, correspondent à une économie de salaire qu'on ne peut chiffrer, nourriture comprise, à moins de 240 à 250 millions de francs par an. C'est une diminution de frais de production qui dépasse le montant de l'impôt foncier, en principal et centimes additionnels, et qui accroît d'autant le bénéfice des exploitants. Produire beaucoup avec le moins de dépense possible, de façon à nourrir la plus nombreuse population, tel doit être le but du cultivateur. Le mal n'est pas d'avoir moins de bras pour obtenir le même produit, loin de là. Quand avec un ouvrier on arrive à faire le travail de deux, il y a progrès. Ce qui est un grand mal c'est la diminution du nombre des enfants dans les familles rurales. »

Nous avons reproduit tout ce passage, car ce qui était vrai en 1882 le demeure encore à l'heure actuelle. Et il y a mieux. M. Daniel Zolla établit que de 1852 à 1882 le personnel salarié rural avait subi une réduction de près de 650 000 unités. Or, que voyons-nous pendant ce laps de temps? « Grâce à la hausse générale du prix des produits agricoles et au merveilleux encouragement dont profite ainsi le cultivateur, la prospérité de l'industrie rurale reçoit un extraordinaire accroissement : la valeur de la terre passe de 61 à 91 milliards de francs, augmentant de 30 milliards dans l'espace de trente ans. Le capital de culture, indice fidèle de l'étendue des épargnes réalisées, s'élève de 2 milliards 800 millions de francs à 5 milliards 700 millions. La valeur de la production brute annuelle atteignait seulement 8 milliards en 1852 et dépasse 13 milliards en 1882. Comparée au nombre des cultivateurs qui la créent par leur travail et leurs capitaux, cette valeur augmente de 90 p. 100! »

Et l'auteur insiste à nouveau sur le fait que cet essor merveilleux a eu comme corollaire un développement parallèle de la consommation dans les campagnes, que pour satisfaire aux demandes croissantes de la population rurale plus exigeante et plus riche la production industrielle a grandi. « Il lui a fallu demander aux campagnes les auxiliaires indispensables à ses travaux, et le *déplacement* observé de nos jours a été constaté dans la seconde moitié du XIXe siècle. » Donc, ajoute M. Daniel Zolla, « l'agriculture a déjà subi l'épreuve que lui imposait la diminution du nombre des bras disponibles et la hausse simultanée des salaires. Elle a victorieusement résisté, et triomphé de cet obstacle. Sous l'influence toute puissante des débouchés qui s'ouvrent plus larges devant lui, l'agriculteur perfectionne les procédés techniques, dans le but de produire davantage et de profiter des hauts prix que lui assure précisément le développement de la consommation. Ses épargnes réalisées accroissent le capital dont il dispose, c'est-à-dire les agents de transformations et les moyens de produc-

tion de toutes catégories. Non seulement le territoire cultivé est mis en valeur d'une façon plus parfaite, mais les surfaces incultes sont conquises; la jachère est réduite ou disparaît. *Ainsi, l'étendue du sol productif augmente réellement malgré la diminution absolue du nombre des travailleurs chargés de le cultiver.* C'est cela que nous apprend l'étude du passé, et pareil enseignement ne saurait être négligé. »

Il serait intéressant de suivre encore M. Daniel Zolla dans les développements par où il montre que la rareté et la cherté de la main-d'œuvre ont amené une profonde transformation des systèmes de culture. « Aux céréales ou aux plantes industrielles le cultivateur substitue la prairie ou les cultures fourragères qui demandent moins de bras », et cela permet l'extension de l'élevage et de l'engraissement du bétail, une des opérations agricoles les plus lucratives.

Il faudrait encore suivre le savant économiste quand il nous explique comment la réduction des surfaces consacrées à la culture des céréales, et du blé en particulier, ne constitue pas le péril redouté de tant de gens. « Aucune crainte n'est plus chimérique; nulle idée n'est plus fausse et ne trouve plus aisément sa réfutation dans l'observation des faits. Les préoccupations exclusives et exagérées, manifestées tant de fois à propos de la production du blé, ont causé à notre agriculture un véritable préjudice. »

Mais la place nous manque. Il nous suffit d'avoir appelé l'attention de nos confrères sur ces côtés généralement méconnus du problème si complexe de l'exode rural.

Certes, M. Daniel Zolla n'en méconnaît point la gravité. « Personne assurément, dit-il, ne doit oublier que le séjour dans les villes et le travail dans l'atelier présentent des dangers au point de vue moral aussi bien qu'au point de vue matériel. L'élévation des salaires industriels ne compense pas toujours l'augmentation des dépenses nécessaires... ou superflues — celles qu'impose, même aux plus sages, le désir si humain d'acquérir ce que l'on voit étalé près de soi. On voudrait épargner à l'émigré volontaire, au « déraciné », les déceptions ou les regrets, les misères et les souffrances, en lui conseillant de demeurer et de vivre auprès de la colline qui avait abrité son berceau. Les conseils ne sont-ils pas inutiles et les vœux impuissants? L'expérience paraît l'avoir prouvé. Ce que l'on peut seulement admettre et espérer, c'est que l'industrie rurale elle-même sera, dans bien des cas, en état de lutter victorieusement contre l'usine et l'atelier en leur disputant la main-d'œuvre. L'agriculture devenue précisément une industrie, comme disait Léonce de Lavergne, peut offrir des rémunérations assez régulières et assez larges pour retenir l'ouvrier rural. »

Arrêtons-nous sur cette perspective encourageante. Somme toute on peut maintenant, ce nous semble, appliquer à l'exode rural cette parole profonde de Shakespeare : « Il existe un principe bienfaisant au fond des pires choses, mais il faut que l'homme sache l'en dégager avec soin (1). » M. Daniel Zolla a su précisément, grâce à sa science des choses économiques et à sa clairvoyante pénétration, dégager ce qu'il y a de bon dans le phénomène social, tant maudit, de l'exode rural, et de cela nous devons le féliciter et le remercier.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Il est extrêmement difficile de traduire exactement en français la formule, lapidaire dans sa concision, du grand dramaturge. La voici :

There is some soul of goodness in things evil,
Would men observingly distil it out.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

La digitaline Nativelle, employée dans tous les hôpitaux de Paris, donne des résultats cliniques rigoureusement précis. Sa sûreté d'action ne peut être obtenue avec aucune autre préparation de digitale.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de chirurgie journalière (1), par le docteur Maurice PATEL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien des hôpitaux.

Ce volume fait partie de la collection Testut, et est destiné aux étudiants en médecine; mais lorsqu'on a parcouru l'ouvrage, on voit qu'il aura sa place toute marquée dans la bibliothèque de l'étudiant devenu praticien. L'ouvrage est en effet conçu dans un esprit très pratique. Après une première partie de généralités qui comporte dix chapitres différents sur la pratique des opérations courantes et les maladies des tissus, la deuxième partie expose les maladies chirurgicales courantes des diverses régions. Pour chaque affection on y trouve discutées les indications et contre-indications, préparatifs opératoires, technique, pansement, soins consécutifs. La petite chirurgie des yeux, nez, oreille, voies urinaires est décrite à sa place. A propos des traumatismes des membres on trouvera même l'évaluation des incapacités pour les accidents du travail. Le texte est éclairé par une multitude de figures, calques de radiographies, qui en rendent la lecture encore plus facile. M. LANCE.

(1) Un vol. in-12 de 770 pages, avec 440 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Nouveau Traité de chirurgie, sous la direction de A. LE DENTU et Pierre DELBET. Fascicule XXI : *Maladies du cou* (1), par les docteurs Joseph ARROU, Pierre FREDET et Ernest DESMAREST, chirurgiens des hôpitaux de Paris.

Ce nouveau fascicule du *Traité de chirurgie*, dû à la collaboration de trois chirurgiens des hôpitaux, constitue une mise au point très complète de la chirurgie de la région du cou. On y trouvera exposée avec précision et clarté l'histoire un peu complexe des suppurations du cou, des kystes et fistules congénitales du cou, des variétés de torticolis. On y trouvera résumés avec soin les travaux sur certaines affections étudiées récemment comme les plaies du canal thoracique au cou, les phlegmons ligneux, le traitement des adénopathies bacillaires, des branchiomes, des lipomatoses symétriques, le torticolis spasmodique, etc.

En résumé, un excellent fascicule à ajouter à la belle publication du *Nouveau Traité de chirurgie*. M. LANCE.

(1) Un vol. gr. in-8°, broché, de 164 pages, avec 41 figures. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 83. — JEUDI 24 JUILLET 1913 86e ANNÉE. JEUDI 24 JUILLET 1913. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — M. le président de la République a visité hier l'hôpital Broca.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le lundi 20 octobre 1913, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour neuf places d'élèves internes.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices à l'Hôtel-Dieu. La liste sera close le lundi précédant le jour du concours (terme de rigueur).

CONCOURS D'AGRÉGATION. — L'examen des procès-verbaux du concours d'agrégation des Facultés de médecine (section de chirurgie générale) a fait constater une erreur matérielle commise par le jury dans la notation de la seconde épreuve du concours.

Invité à procéder à une rectification conforme aux prescriptions du statut de l'agrégation, le jury s'est réuni à la Faculté de médecine de Paris, le 13 juillet 1913. Après délibération du jury, le classement pour l'admission définitive est établi ainsi qu'il suit :

Paris. — MM. Alglave, 95,66; Mocquot, 89,66; Desmarets, 89,33.
Montpellier. — M. Etienne, 89,33.
Lyon. — MM. Cotte, 86,33; Duroux, 84,33.
Bordeaux. — M. Duvergey, 88,33.
Toulouse. — M. Gorse, 81,66.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Un concours pour un emploi d'aide de clinique des voies urinaires s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Lille, le lundi 27 octobre 1913, à huit heures et demie du matin.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 20 octobre.

COLLÈGE DE FRANCE. — Par arrêté en date du 16 juillet 1913, M. Nattan-Larrier a été nommé titulaire de la chaire d'études coloniales et de pathologie exotique au Collège de France.

LA PROMOTION DU XXVe ANNIVERSAIRE DE L'INSTITUT PASTEUR. — Nous avons annoncé dans notre dernier numéro que le Sénat avait voté un contingent de croix de la Légion d'honneur à décerner à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de l'Institut Pasteur. Le vote n'a pas été sans soulever un débat assez vif et un peu surprenant si l'on songe avec quelle facilité nos assemblées parlementaires accordent les croix supplémentaires et seule une énergique intervention à la tribune de M. Léon Labbé a pu faire adopter la proposition.

LA DÉCLARATION DE LA TUBERCULOSE. — La commission permanente de préservation contre la tuberculose, dans sa réunion de samedi dernier, tenue au ministère de l'intérieur, sous la présidence du professeur Debove, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, vice-président de la commission, a adopté le vœu suivant à l'unanimité :

« La commission,

Considérant que nul ne peut envisager la possibilité de rendre obligatoire la déclaration de la tuberculose avant que soient organisées tout un ensemble de mesures d'assistance et de prophylaxie en faveur des tuberculeux,

Décide de présenter au gouvernement un programme minimum de défense antituberculeuse,

Et émet le vœu que le gouvernement constitue une commission interministérielle chargée de rechercher les modalités d'application utile de ce programme et les dépenses qui résulteraient de son application. »

HONORAIRES. — Le docteur Robineau, chirurgien des hôpitaux, a, en décembre 1908, opéré Mme X..., qui est décédée quelques jours après l'opération.

M. Robineau présenta une note d'honoraires de 4000 francs, que M. X... refusa de payer.

Sur une réclamation en justice du docteur Robineau, la troisième section de la sixième chambre prescrivit une expertise, qui fut confiéee aux docteurs Delbet, Auvray et Monod.

Hier, après plaidoiries de Mes Fernand Izouard et Justal, le tribunal, présidé par M. Le Roy, a rendu un jugement dont cet attendu est à reproduire :

«... Attendu que le rapport des docteurs Auvray, Delbet, et Monod conclut nettement qu'il n'y a eu de la part de Robineau aucune erreur de diagnostic; que l'opération faite à la dame X... ne doit pas être considérée comme inutile et funeste; qu'il est faux de dire que la prudence la plus élémentaire commandait l'abstention de toute intervention chirurgicale... »

Le tribunal a condamné M. X... à payer au docteur Robineau les 4000 francs d'honoraires réclamés par celui-ci.

(*Voir la suite, p. 1357.*)

RENSEIGNEMENTS

RAPPORTS DE L'HYPOPHYSE

AVEC LES AUTRES

GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE

Par M. F. DUNAN (1),
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris,
Interne à l'asile d'aliénés de Fains.

A une époque où les syndromes polyglandulaires prennent une si large place dans le domaine de la pathologie, il nous a paru utile d'étudier les relations de l'hypophyse avec les autres glandes à sécrétion interne.

Les glandes dites à sécrétion interne sont connues depuis longtemps, mais c'est depuis une vingtaine d'années seulement que les recherches physiologiques et cliniques ont permis de ne plus les considérer comme des organes rudimentaires, ainsi que le faisait Wiedersheim, et d'apprécier l'importance de leurs fonctions. Mais, bien qu'à l'heure actuelle la littérature médicale soit riche de faits montrant les rapports existant entre ces différentes glandes, on ne connaît pas encore le mécanisme intime de ces rapports, la cause exacte des réactions qu'une glande produit sur les autres.

De fait, en clinique, on a remarqué que parfois à un syndrome dû au trouble fonctionnel d'une des glandes venaient s'ajouter les symptômes dus à l'hypofonction ou à l'hyperactivité d'une autre. Expérimentalement, on a vu que, si certaines glandes produisent de l'hypotension, d'autres ont une action antagoniste; ainsi l'extrait surrénal est vaso-constricteur, l'extrait thyroïdien vaso-dilatateur.

Nous avons consacré ce mémoire à l'étude des réactions histologiques de l'hypophyse après l'ablation de l'une ou de l'autre des glandes à sécrétion interne. Cependant, avant de songer à interpréter l'état pathologique d'un organe, il faut au moins connaître son état normal.

Chez le chien, animal que nous avons choisi pour nos expériences, l'hypophyse consiste en un cône aplati, dont la base, dirigée en haut, est collée à l'infundibulum. Elle est placée dans la selle turcique qui est à peine excavée; elle n'est pas recouverte par la dure-mère et baigne dans le liquide céphalo-rachidien.

Quand on examine une coupe très mince passant par le pédicule on remarque les faits suivants :

1° La cavité ventriculaire s'arrête au niveau du pédicule.

2° La substance corticale entoure de tous côtés le lobe nerveux.

3° L'adhérence à la selle turcique se fait au sommet de l'hypophyse.

4° Les artérioles se trouvent à la base de l'organe.

Si l'on veut avoir une histologie plus fine et plus détaillée, on doit faire des coupes en série. On voit tout d'abord l'hypophyse composée de deux parties, une nerveuse et une glandulaire qui embrasse la première presque de tous les côtés. Nous empruntons la suite de notre description à Rogowitsch qui a fait une étude très approfondie de cette question.

La partie nerveuse consiste en tissu conjonctif touchant au type de la névroglie, la glandulaire en cellules épithéliales. Cette dernière se divise à son tour en deux sections : la couche médullaire et le lobe antérieur.

La couche médullaire embrasse immédiatement la moitié nerveuse de l'hypophyse et se trouve séparée du lobe antérieur par la cavité du canal central. Seulement, au niveau du passage de la moitié nerveuse à la tige, la couche médullaire confine, immédiatement et sans limites nettes, au lobe antérieur. Dans la partie qui entoure la partie nerveuse de la glande, elle présente plusieurs rangs de cellules épithéliales au milieu desquelles se trouvent en grande quantité des cavités arrondies qui renferment en partie une vraie substance colloïde, en partie une substance pâle contenant les restes des cellules. La couche médullaire s'élargit par ci, par là, et alors les follicules colloïdes forment plusieurs étages. Au niveau du passage de la section nerveuse à la tige, elle devient plus épaisse et se ramifie sur le système des travées qui se restreignent par une masse de cavités de forme arrondie et ovale qui se relient à la cavité du canal central. Ces cavités sont vides, ou contiennent une substance pâle et les restes des cellules; la paroi est recouverte de cellules cylindriques et renferme des nids de cellules épithéliales qui ne se distinguent point des cellules dites maternelles du lobe antérieur. Cette partie de l'hypophyse rappelle d'une façon remarquable le tableau d'une des phases du développement embryonnaire du corps thyroïde.

Le lobe antérieur contient des anneaux de larges veines avec de minces parois et des capillaires dans les mailles desquels se trouvent les cellules glandulaires qui ne sont séparées assez souvent de la tunique endothéliale des vaisseaux que par une mince membrane propre. Les cellules du lobe antérieur se divisent en deux catégories; quelques-unes, parmi elles, dessinées d'une manière nette sur les préparations non colorées, ont un éclat hyaloïde, résistant très énergiquement à l'action des acides et des alcalis et se colorent très vivement par l'acide picrique, l'acide osmique, l'éosine.

Lorsqu'on fait les préparations par la méthode de Weigert ces cellules se colorent presque en noir ou tout à fait en noir. En un mot, elles présentent par leurs propriétés chimiques une ressemblance complète avec la substance colloïde. Pour la première fois Pérémesko, qui avait émis l'opinion que l'hypophyse joue le même rôle physiologique que la glande thyroïde, signala la nature colloïde des cellules. Lothringer les nomme chromophiles. Sur les préparations dans la glycérine avec addition d'acide acétique, Rogowitsch a vu quelquefois des cellules chromophiles contenant une substance colloïde sous forme de petits grains brillants et ronds. Plus il y a de ces grains et plus ils sont rapprochés et plus la cellule entière paraît homogène.

Les cellules de la seconde catégorie n'ont pas de

(1) Travail du laboratoire de M. le professeur Roger.

contours nets, leur protoplasma est granuleux, elles n'ont pas d'éclat hyaloïde, ne présentent pas les réactions données par les éléments précédents et acquièrent une coloration jaunâtre par le Weigert. Ce sont les cellules maternelles de Rogowitsch. Mais ces deux variétés de cellules ne sont pas les seules qui se rencontrent dans le lobe antérieur de l'hypophyse. En effet, nous avons trouvé des cellules dont les contours étaient bien marqués, dont le protoplasma était plutôt mat. Ces cellules, bien que se colorant par l'éosine, ne sont pas si éclatantes que les véritables cellules colloïdes. Dans l'intérieur, on aperçoit souvent une vacuolisation et leur quantité, à l'état normal, est bien petite.

Telle est l'histologie normale de la glande pituitaire du chien. Voyons maintenant les altérations qu'elle subit après l'ablation d'une des autres glandes à sécrétion interne.

I. HYPOPHYSE ET CORPS THYROÏDE. — Il y a des analogies nombreuses entre la glande thyroïde et le corps pituitaire au point de vue de leur origine, de leur structure et de leur rôle physiologique. A ce sujet, M. Rousselot s'exprime ainsi : « Nous ne trouvons des liens analogues avec aucune des autres glandes à sécrétion interne. Dans le système glandulaire interne, la thyroïde et l'hypophyse forment un groupe à part dont les éléments ont probablement une signification et une fonction voisines, puisque leur origine et leur structure sont voisines. »

L'hypothèse des relations fonctionnelles entre ces deux glandes a été établie sur des faits cliniques et expérimentaux.

A. *Faits pathologiques.* — Schonemann a examiné l'hypophyse sur des cadavres d'individus goitreux et, sur 85 cas, une seule fois l'hypophyse fut trouvée normale ; 84 fois elle était augmentée de volume et, au microscope, montrait un nombre extraordinaire de cellules chromophiles.

Chez un sujet jeune, auquel Kocher avait enlevé totalement la thyroïde, et mort six ans après l'opération, la glande pituitaire pesait 1g59.

Comte a étudié le corps pituitaire de 108 cadavres d'individus morts de maladies diverses : dans les cas de goitre, il a trouvé l'hypophyse plus ou moins augmentée de volume. Ainsi, chez un enfant myxœdémateux, sans aucune hyperplasie osseuse, il note la transformation graisseuse de la thyroïde et l'hypertrophie de la glande pituitaire au double de son volume normal.

Pisenti et Viola, chez une femme goitreuse, trouvèrent l'hypophyse augmentée de volume et présentant, dans le lobe antérieur, de petites cavités remplies de substance colloïde.

Boyer et Beadles, Burckhardt ont observé des cas analogues.

Vassale, à l'autopsie d'un cas typique de myxœdème, avec corps thyroïde petit et sclérosé, a trouvé la pituitaire volumineuse et au microscope une hyperplasie de sa portion glandulaire.

Chez un homme de quarante-quatre ans, ayant 1m25, myxœdémateux, Caldèra a observé un corps thyroïde dur, atrophié et de consistance calcaire et une hypophyse double du volume normal avec de nombreuses cellules chromophiles rondes et polygonales volumineuses.

Par contre, Coulon, chez les crétins, a rencontré des lésions atrophiques dans les deux glandes.

Ponfick, dans un cas de myxœdème congénital, constate une diminution notable de l'hypophyse avec destruction du lobe épithélial dans sa partie supérieure ; il ne restait plus que le segment inférieur atrophié. L'auteur conclut que le corps thyroïde et l'hypophyse n'existaient plus au point de vue fonctionnel.

Schonemann a vu un crétin chez lequel il y avait atrophie notable de l'épithélium glandulaire de la pituitaire.

Il semble donc que le corps pituitaire, augmenté de volume dans le cas de goitre, serait au contraire atrophié chez les crétins et les myxœdémateux.

MM. Pierre Marie et Marinesco considèrent l'acromégalie comme « une atrophie due à la diminution ou à l'abolition des fonctions de l'hypophyse ». Paulesco constate que, dans le gigantisme, il existe toujours une augmentation considérable des dimensions de la selle turcique et des lésions de la glande. Il est donc intéressant de rechercher quelles sont les modifications du corps thyroïde qui ont été observées dans cette maladie.

En 1887, Heurot rapporte les résultats d'une autopsie d'acromégalique, où il trouva à l'hypophyse une tumeur ovoïde du volume d'un petit œuf de poule et une augmentation de quatre à cinq fois le volume normal de la thyroïde.

Chez le géant Goliath, Dallemagne signale une tumeur de la selle turcique et une dégénérescence colloïde du corps thyroïde.

Lancereaux et Marray ont observé la coexistence de l'acromégalie avec le goitre exophtalmique.

MM. Launois et Roy ont vu le poids de la thyroïde, qui est de 20 à 25 grammes en moyenne, atteindre 250 grammes.

Un cas intéressant est celui que Bassœ rapporte du géant Wilkins âgé de vingt-deux ans et possédant une thyroïde pesant 112 grammes. Cette glande était uniformément augmentée de volume, luisante à la coupe et présentant une quantité anormale de substance colloïde. Dans la région de la selle turcique il a trouvé une tumeur qui, enlevée de l'hypophyse, pesait 150 grammes, une portion plus importante ayant été laissée en arrière.

MM. G. Ballet et Laignel-Lavastine, à l'autopsie d'un acromégalique de soixante-dix ans, voient hypophysite parenchimateuse et cirrhose thyroïdienne hyperthrophique.

En lisant la statistique de Hinsdale nous trouvons sur 36 acromégaliques :

13 fois : hyperthrophie de la thyroïde
11 fois : atrophie —
12 fois : état normal —

Enfin, Furnival, sur 24 cas, a rencontré 5 thyroïdes normales.

B. *Faits expérimentaux.* — Recherchons ce que devient l'hypophyse après la thyroïdectomie.

Rogowitsch cherchant l'organe constant capable par son activité de compenser l'absence de la glande thyroïde avait examiné l'hypophyse dont la structure ressemble à celle de la thyroïde. Il chercha l'influence de l'extirpation de cette dernière sur le corps pituitaire et trouva que chez le lapin thyroïdectomisé, ayant survécu à l'opération, l'hypophyse augmente de volume.

Ces expériences ont été répétées par Stiéda qui confirma les résultats et prétendit, de plus, avoir constaté l'augmentation progressive du poids de l'hypophyse.

Tizzoni et Centini conservèrent 3 chiens, un an, un an et demi et quatre ans après l'intervention. A l'autopsie ils remarquèrent les mêmes modifications.

Les résultats furent identiques pour Horsley et Lusena.

M. Gley signale chez le lapin adulte, privé de thyroïde, une glande pituitaire pesant 0g05 à 0g10 au lieu du poids normal 0g02.

Eisselberg examinant l'hypophyse chez le chat après thyroïdectomie en deux temps cite comme phénomène capital l'hypertrophie.

Hofmeister observa 6 lapins pendant cent vingt-six jours après l'ablation de la thyroïde avec conservation des parathyroïdes. L'augmentation du poids du corps pituitaire par comparaison avec les témoins de même portée était en moyenne de 1 centigramme.

Léonhardt trouve une augmentation de volume et des modifications dans la portion glandulaire de l'hypophyse.

Gatta sur 4 chats enlève les 2 glandes et les animaux meurent de trois à six jours après l'opération.

Caselli entreprend trois séries d'expériences remarquables pour déterminer les relations fonctionnelles entre la thyroïde, l'hypophyse et les parathyroïdes.

1° Il enlève à 5 chats et 2 chiens simultanément hypophyse, parathyroïdes et un lobe thyroïdien, il constate alors que les animaux meurent en trois et quatre jours sans présenter des accidents moteurs consécutifs à l'extirpation des parathyroïdes.

2° Il pratique la parathyroïdectomie chez 8 chiens et pendant la tétanie qui en résulte il enlève l'hypophyse ; l'expérience lui montra que l'hypophysectomie modifie la tétanie ; les accidents moteurs disparaissent et sont remplacés par des phénomènes paralytiques qui aboutissent au coma et à la mort au bout de un à deux jours.

3° Cherchant à établir l'effet de la thyroïdectomie chez les animaux privés d'hypophyse, Caselli opère six chiens et arrive à la conclusion suivante : « L'hypophysectomie, dit-il, aggrave les effets de la thyroïdectomie sans en altérer les symptômes, mais en accélérant l'évolution. »

M. Thaon examinant l'hypophyse d'un jeune bélier de quarante jours, après thyroïdectomie s'exprime ainsi : « Nous n'avons pas observé une hypertrophie analogue à celle que décrivent communément les auteurs dans les cas de même genre. Nous n'avons relevé qu'une tendance à l'hyperplasie et des lésions cellulaires. »

Expérience personnelle. — Dans sa thèse, M. Perrier nous a indiqué le chemin à suivre pour nos expériences.

Nous avons, à un chien pesant 10k500, enlevé le corps thyroïde en respectant les parathyroïdes. L'animal opéré le 2 mai 1910 a passé par plusieurs phases critiques pour se relever complètement à tel point que nous avons dû le sacrifier le 2 août, exactement trois mois après l'opération. L'animal pesait 13k500.

A l'autopsie nous avons trouvé une hypophyse pesant 10 centigrammes. A l'examen microscopique nous avons pu voir une vascularisation très grande, et les cellules granuleuses sont remplacées par des éléments offrant l'aspect d'un corps creusé de vacuoles. Les cellules chromophiles avaient augmenté de volume et de nombre et présentaient aussi des phénomènes de vacuolisation. Les capillaires étaient volumineux. Enfin, un fait important aussi à signaler, c'est l'augmentation considérable des éléments éosinophiles et sidérophiles.

Toutes ces modifications indiquent une grande réaction et un état très net de suractivité de l'hypophyse. De fait, d'après M. Perrier, nous devons conclure à une activité exagérée de cette glande lorsqu'on trouve :

1° Une augmentation de son volume et de son poids ;

2° Une dilatation de ses capillaires ;

3° La présence de quelques globules de colloïde ;

4° Une augmentation des cellules sidérophiles et éosinophiles.

Nous pouvons donc conclure que la thyroïdectomie a une influence et un retentissement très grands sur la glande hypophysaire, et que toutes les fois que la thyroïde est absente ou lésée l'hypophyse entrera en activité et elle réagira et s'altérera.

II. Hypophyse et organes génitaux. — Pendant la croissance les os s'allongent, aux dépens de deux lames cartilagineuses situées à chacune de leurs extrémités, entre la diaphyse et les épiphyses, tandis que leur épaississement se fait aux dépens du périoste. Ces deux processus se poursuivent lentement pendant l'enfance, plus rapidement durant l'adolescence pour s'arrêter vers vingt-cinq ans, époque à laquelle l'accroissement des os cesse en épaisseur et en longueur.

« Quand les cartilages juxta-épiphysaires, dit Paulesco, fonctionnent d'une façon excessive et surtout quand leur fonctionnement se prolonge au delà du terme normal, il en résulte le gigantisme. De même quand les fonctions périostiques des os, surtout de ceux des extrémités persistent ou se réveillent après l'époque où elles doivent normalement cesser (vingt-cinq ans) il en résulte des déformations de l'acromégalie. »

De fait chez de nombreux géants on a constaté pendant la vie, à l'aide de la radiographie, ou après la mort, sur le squelette, la persistance de ces cartilages épiphysaires des membres. Paulesco explique l'allongement excessif des os des membres inférieurs de ces individus en montrant que les cartilages juxta-épiphysaires de ces os sont les derniers à disparaître par ossification.

Mais, chose remarquable, l'allongement des membres inférieurs et la persistance anormale des cartilages juxta-épiphysaires s'observent chez les individus privés, de bonne heure, de leurs organes génitaux. Les observations de ce genre sont nombreuses : celles de Ecker, Becker, Godard, Pittard, Poncet, Sellheim, Brian ; celle de Lortet à propos de l'allongement des membres inférieurs chez un eunuque. Pirsche, cité par Paulesco, signale les « Skopitzi », châtrés volontaires (secte russe), qui sont grands, longs en jambes, imberbes, gros, ont un aspect féminin et leur voix a une tonalité élevée comme celle des femmes. On en voit un grand nombre à Bucarest où ils se sont réfugiés de Russie pour échapper aux persécutions et où ils sont presque tous cochers de fiacre.

Partant de ce fait que dans l'acromégalie et le gigantisme on observe souvent des troubles fonctionnels et même des altérations anatomiques des organes génitaux et que l'on constate un plus grand développement du système osseux, quelques auteurs ont cherché à déterminer expérimentalement si des relations existent entre les organes génitaux et l'hypophyse.

En 1905, Fichera étudie la glande pituitaire chez 50 coqs, 59 chapons, 5 taureaux, 5 bœufs et 5 buffles châtrés et 5 non châtrés. Il trouve comme poids moyen de l'organe :

Coq	0g0133
Chapon	0g0267
Taureau	3g35
Bœuf	4g46
Buffle	3g45
Buffle non châtré	1g80

Au microscope il observe une vaso-dilatation relativement considérable, de nombreuses cellules volumineuses à noyau vésiculeux et à cytoplasma contenant en abondance de la substance éosinophile, cellules rares, selon Paulesco, chez les animaux normaux.

Dans une deuxième série d'expériences Fichera recherche les effets de l'ablation des ovaires sur l'hypophyse, sur 3 cobayes et 3 lapines, qu'il tue dix, vingt et trente jours après l'ovariectomie. Il remarque une augmentation de volume de la pituitaire (cobaye 0,015 à 0,022 au lieu de 0,015 poids moyen normal ; lapine 0,02 à 0,031 au lieu de 0,016 à 0,018) et au microscope les mêmes modifications histologiques que les mâles châtrés. L'auteur conclut que chez les animaux jeunes châtrés, c'est l'hyperactivité de l'hypophyse qui engendre le développement exagéré du tissu osseux.

M. Thaon a de même constaté des modifications chez les animaux châtrés, mais devant l'inconstance de leurs caractères il n'ose conclure, tout en admettant qu'il y a un rapport certain entre l'hypophyse et l'appareil génital interne.

Dans un récent travail Barnabo a trouvé aussi une hypertrophie hypophysaire manifeste chez les animaux castrés, particulièrement nette quatre-vingt dix jours après l'opération.

Parhon et Goldstein ont castré 17 animaux mâles et ont constaté une prédominance de cellules éosinophiles dans la pituitaire. Chez 3 chattes privées de leurs ovaires, sans conclure ils relatent cependant une prédominance de cellules éosinophiles cependant moins marquée que chez les mâles.

En 1909, M. Perrier a opéré deux mâles et une femelle. Chez un des mâles l'hypophyse pesait 8 centigrammes et présentait une réaction nette bien que légère. Les cellules acidophiles granuleuses étaient augmentées de nombre, de même que les éléments sidérophiles, mais d'une façon moins considérable. Les capillaires étaient dilatés. Cependant M. Perrier fait remarquer que les troubles que la castration produit dans l'organisme sont lents à se manifester, mais pourtant Barnabo les a signalés au bout de quatre-vingt-dix jours et Fichera a constaté chez trois jeunes coqs châtrés et tués cinq, vingt et vingt-cinq jours après, des modifications de la pituitaire. D'ailleurs nous avons pu contrôler ce fait en sacrifiant notre animal, quarante jours après l'opération et remarquer des altérations histologiques.

D'autres auteurs ont étudié les réactions de l'hypophyse durant la grossesse et c'est en somme à Louis Comte (de Lausanne) que revient l'honneur d'avoir montré le premier qu'il existait des rapports entre l'appareil génital et le corps pituitaire.

En examinant six glandes provenant de femmes mortes étant enceintes, il a constaté que trois d'entre elles, correspondant à des femmes en état de grossesse avancée, présentaient une forte augmentation de volume et paraissaient fortement hypertrophiées et hyperplasiées.

M. Launois a repris l'étude de la pituitaire durant la gestation et a montré que dans cette période l'hypophyse était en état manifeste d'hyperfonctionnement se traduisant par une augmentation de nombre et d'activité des cellules sidérophiles.

Joris trouve que, chez les femelles en état de grossesse, non seulement le lobe antérieur est en suractivité, mais que le lobe postérieur participe aussi à cet hyperfonctionnement.

Cependant signalons en passant que, si la castration retentit sur l'hypophyse, l'hypophysectomie ne retentit point sur les organes génitaux. Fichera examinant les testicules et les ovaires de quatre poulets mâles et femelles auxquels il avait enlevé le corps pituitaire n'a trouvé ni changement de volume ou de poids, ni aucune modification de la structure histologique de ces organes.

Expérience personnelle. — Dans le but de contrôler ces faits nous avons châtré un chien pesant 13kg200. Opéré le 10 mai 1910, il a été sacrifié le 18 juin. Son hypophyse avait un poids de 12 centigrammes et était assez congestionnée.

Microscopiquement nous avons relevé les lésions suivantes :

1° Dilatation des capillaires ;

2° Augmentation des cellules éosinophiles et sidérophiles mais moins grande que dans la thyroïdectomie ;

3° Quelques gouttes de colloïde entre les parois des vaisseaux.

Ici encore la glande pituitaire est en état d'hyper-

activité très grande, réagissant en augmentant son volume et finissant par faiblir, dans la lutte, en créant des modifications histologiques importantes.

III. Hypophyse et capsules surrénales. — L'étude de l'action de l'ablation des capsules surrénales sur le corps pituitaire a été très peu faite. C'est en 1895 que nous trouvons la première observation à ce sujet. De fait des relations fonctionnelles existeraient entre l'hypophyse et les surrénales. Cependant d'après les faits qui vont suivre nous verrons que les réactions de la pituitaire sont peu marquées et peu nettes.

Boinet, sur 50 autopsies de rats auxquels il a enlevé les surrénales, a trouvé 4 fois une augmentation de volume de la pituitaire.

Des figures karyokynétiques ont été signalées par Marenghi dans l'hypophyse des cobayes, des lapins et des chats écapsulés.

Golgi, cité par Pirrone, aurait noté un effort de suppléance de l'hypophyse à la suite de l'ablation expérimentale des surrénales.

En 1907, Alquier reprend cette étude et enlève les surrénales à 5 chiennes et 5 fois il a trouvé l'hypophyse à peine augmentée de volume. L'examen histologique n'a montré les signes que d'une hyperactivité légère.

Deux années plus tard M. Perrier a examiné trois corps pituitaires de chiens placés dans les mêmes conditions et dans la première autopsie il a constaté une réaction très franche et très marquée. « Il existait, dit-il, un très grand nombre de grosses cellules, à bords bien limités, prenant très fortement l'éosine. De même la sidérophilie était très marquée. Les chromophobes étaient assez nombreux. Les capillaires étaient très dilatés... En résumé, l'hypophyse, dans ces 3 cas, a paru franchement réagir à la suite de l'ablation des capsules surrénales. »

Au point de vue clinique Oppenheim et Lœper ont trouvé deux fois l'hypophyse très augmentée de volume dans la tuberculose des surrénales, ainsi que M. Thaon qui, dans sa thèse, rapportant quatre examens de corps pituitaires enlevés à des individus ayant eu le syndrome addisonien, a constaté un certain degré de prolifération cellulaire et une légère hyperplasie.

De tous ces divers faits nous pouvons constater seulement que l'ablation des surrénales semble donner lieu à un léger hyperfonctionnement du corps pituitaire.

IV. Hypophyse et pancréas. — Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale que cinq observations relatives à l'état de l'hypophyse à la suite de lésions du pancréas.

Parhon et Goldstein les premiers relatent une expérience dans laquelle ils ont lié les canaux pancréatiques à une chienne. Ils ont vu l'hypophyse exclusivement formée de cellules chromophobes et ne tirèrent aucune conclusion.

Après ces auteurs Perrier reprit la question et opéra quatre chiens; sur un premier animal il n'a enlevé que 6 grammes de pancréas, la tête de la glande ayant été laissée. L'hypophyse prélevée vingt-cinq jours après pesait 4cg5. Il n'a vu aucune modification du lobe glandulaire, aucune augmentation de nombre ni des cellules chromophobes ni des cellules chromophiles. Les trois autres animaux ont subi l'ablation totale du pancréas et alors par trois fois il a remarqué une réaction très accusée de l'hypophyse présentant une augmentation du volume des cellules en majorité granuleuses fortement colorées par l'éosine. En un mot l'hypophyse était en hyperactivité manifeste caractérisée par une forte augmentation des cellules chromophiles et par la dilatation des capillaires.

Il nous semble que ces deux éléments ne suffisent point pour déclarer une glande en état d'hyperfonctionnement typique et, comme nous n'avons pas encore contrôlé les expériences faites sur les capsules surrénales et le pancréas, nous ne tirerons aucune conclusion de tous ces faits, à l'exemple de Parhon et Goldstein pour les rapports du corps pituitaire et du pancréas.

Cette étude des rapports de l'hypophyse avec les autres glandes à sécrétion interne nous a permis de comprendre le mécanisme de certaines affections. Parmi ces glandes celle qui a le plus d'analogies d'origine, de structure et de fonctions avec l'hypophyse, c'est le corps thyroïde dont la destruction entraîne les plus graves désordres dans la structure de la glande pituitaire. Ensuite par ordre d'importance nous placerons les organes génitaux, les capsules surrénales et le pancréas.

Cet ensemble de considérations conduit enfin à nous demander s'il n'existe pas entre les fonctions de ces organes des relations de suppléance qui permettent à l'une des glandes de remplacer l'autre dans ses fonctions.

BIBLIOGRAPHIE

Alquier. *Gaz. des hôp.*, 1906; — *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1907.

Ballet (G.) et Laignel-Lavastine. *Soc. de neurol.*, 1904; — *Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1905. — Barnabo. *Il Policlin.*, 1908. — Bassœ. *The journ. of nerv. and ment. disease*, 1903. — Becker. *Arch. f. Anat.*, Leipzig, 1889. — Boinet. *Soc. de biol.*, 1895. — Boyce et Beadles. *Journ. of pathol. and bacter.*, 1892-1893. — Brian. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 15 avril 1901.

Caldera. *Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, 1907. — Caselli. *Studi anat. e sperim. sulla fisiopat. della glandola pituitaria*, 1900. — Comte. Th. de Lausanne, 1898. — Coulon. *Wirchow's Archiv*, 1897.

Dallemagne. *Arch. méd. expérim.*, 1895.

Ecker. *Abhaudé herasug. v. d. Lenkenberg. Naturforsch. Gesell.*, 1864. — Eisselberg. *Verhandl. der deut. Gesell. f. Chir.*, 1893.

Fichera. *Boll. R. Acc. med. di Roma*, 1905; — *Arch. di Biol. norm. et patol.*, 1905; — *Policlin.*, juin et juillet 1905. — Furneval. *Soc. de pathol. de Londres*, 1907.

Gatta. *Gaz. degli osped.*, 1896. — Gley. *Soc. biol.*, 1891; — *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1892. — Godard. *Observ. méd. et scient. Egypte, Palestine*, Paris 1867.

Heurot. *Notes cliniques médicales*, p. 56, Reims, 1877. — Hofmeister. *Beitr. f. klin. Chir.*, 1894. — Hinsdale. *Acromégalie*, Détroit (U. S. A.), 1898.

Joris. *Acad. roy. de méd. de Belgique*, 1907.

Kocher. *Arch. f. klin. Chir.*

Lancereaux. *Traité d'anatomie pathologique*, 1889; — *Semaine méd.*, 1895. — Launois. *Glande hypophysaire chez l'homme*, 1904. — Launois et Roy. *Etude biologique des géants*, 1904. — Launois et Cléret. Syndrome hypophysaire adiposo-

génital, *Gaz. des hôp.*, n° 5, p. 57 et n° 7, p. 83, 1910. — LÉONHARDT. *Wirchow's Arch.*, 1897. — LORTET. *Arch. d'antrop. crimin. de Lyon*, 1896. — LOTHRINGER. *Arch. f. mikr. Anat.*, 1886.

MARENGHI. *Rendic. r. istit. lomb.*, 1903 ; — *Lo sperimento*, 1903. — MARIE (P.) et MARINESCO. *Arch. méd. expérim.*, n° 4, 1891.

OPPENHEIM. *Die Gerchwulste des Geherns*, p. 165.

PAULESCO. *Journ. de méd. interne*, 1907. — PARHON et GOLDSTEIN. *Soc. de biol.*, 1903 et 1908 ; — *Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1907. — PERRIER. Th. de Paris, 1909. — PIRRONE. *Riforma med.*, n° 8, 1903. — PIRSCHE. Th. de Lyon, 1902. — PISENTI et VIOLA. *Istituto anat. pat. della Universita di Perugia*, 1890 ; — *Gazz. degli Ospedali*, 1895. — PONCET. *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, Havre, 1877. — PONFICK. *Cent. f. allg. Pathol.*, 1899 ; — *Zeit. f. klin. Med.*, 1899. — PRESBEANU. Th. de Paris, 1908-1909.

ROGOWITSCH. *Zieglers Beitrage*, 1888 ; — *Arch. de physiol. norm. et de pathol.*, 1880. — ROUSSELOT. Th. de Paris, 1909.

SCHONEMANN. Hypophyses und Thyreoïda, *Wirchow's Arch.*, 1892. — SELLHEIM. *Beit. z. geb. v. Gynak.*, II, 1899.

THAON. Th. de Paris, 1906. — TIZZONI. *Archivio per le science mediche*, 1890. — TRAINA. *Policlin.*, 1898.

VASSALE. *Regio nell' Emilia*, 1902.

WEIGERT. *Wirchow's Archiv*, 1875. — WIEDERSHEIM. *Grundniss der Verghleiesende Anatomie der Wirbelthiere*, 1896.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1913)

Le fluor dans l'organisme animal. Cerveau, glandes, muscles, sang, lait, excrétions. — MM. Armand GAUTIER et P. CLAUSMANN. Continuant leurs recherches sur le fluor dans l'organisme animal, les auteurs montrent que le fluor, comme le phosphore, existe dans tous les organes et tissus de l'animal, mais à des degrés très différents.

Les tissus les plus riches sont, en exprimant sa quantité en milligrammes pour 100 grammes de tissu sec normal et à l'état adulte : l'*émail dentaire*, 180 milligrammes à 118 milligrammes ; l'*os* (diaphyse), 87 milligrammes à 56 milligrammes ; l'*épiderme*, 16mg4. Viennent ensuite les *cheveux* et les *poils*, 19mg7 à 13 milligrammes ; le *thymus*, 11 milligrammes à 4 milligrammes ; le *testicule* (adulte), 3mg3 à 4mg2 ; le *sang*, 4mg4 à 2mg5 ; le *cerveau* (hémisphères), 3 milligrammes.

Les organes les plus pauvres sont : le *cartilage*, 1mg5 à 0mg3 pour 100 grammes secs ; les *tendons*, 0mg35 ; le *muscle*, 0mg6 à 0mg15.

Les excrétions, urines et fèces, sont extrêmement pauvres en fluor.

Avant les recherches de MM. A. Gautier et P. Clausmann, on ne savait à peu près rien des quantités et du rôle du fluor chez l'animal. Ces auteurs se proposent maintenant d'établir comment le fluor s'introduit dans l'économie animale par l'alimentation. Dès maintenant nous connaissons son rôle remarquable de satellite du phosphore qu'il accompagne dans les tissus vivants, comme il le fait si souvent dans le règne minéral, satisfaisant ainsi à l'une des affinités les plus singulières de l'édifice complexe des phosphates et phosphatides naturels. Il semble jouer le rôle de *sensibilisateur* vis-à-vis de ces substances et permettre aux composés phosphorés de se fixer dans les tissus.

Inoculation intraveineuse de bacilles typhiques vivants. — MM. Ch. NICOLLE, A. CONOR et E. CONSEIL ont montré précédemment que l'inoculation intraveineuse de vibrions cholériques ou de bacilles dysentériques vivants, séparés des substances du milieu de culture par des centrifugations et lavages successifs, est sans danger pour l'homme. Ils établissent aujourd'hui qu'il en est de même des bacilles typhiques et présentent ce procédé comme un mode de vaccination préventif particulièrement actif présentant l'avantage de ne produire aucune réaction locale. Ils étudient actuellement un procédé dans lequel la vitalité des microbes est supprimée, mais leur altération moindre que dans les méthodes actuelles de coagulation par la chaleur ou l'addition d'antiseptiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 JUILLET 1913)

Autovaccination antityphique. — MM. O. JOSUÉ et F. BELLOIR ont soigné douze cas de fièvre typhoïde par l'autovaccination. Dès qu'un malade suspect de fièvre typhoïde entre à l'hôpital, ils pratiquent l'hémoculture qui, dans la majorité des cas, est positive au bout de quarante-huit heures. Ils stérilisent cette culture par la chaleur à 58 degrés pendant six heures et, après avoir numéré la quantité de bacilles contenus dans un centimètre cube, pratiquent la vaccination en injectant trois fois 200 millions à douze heures d'intervalle. Si, au bout de cinq jours, la température dépasse encore 38 degrés, on refait une nouvelle injection de 200 millions qui suffit dans la majorité des cas à déterminer une amélioration rapide.

Les cas très graves évoluent après la vaccination comme des fièvres typhoïdes de moyenne intensité qui se terminent favorablement en un laps de temps qui varie de trois semaines à un mois d'évolution totale.

Dans les formes moyennes on obtient quelquefois une sédation rapide ; la diminution de fréquence du pouls précédant en général la chute thermique. Parfois, l'évolution se prolonge un peu avec oscillations entre 37 et 38 degrés et une nouvelle injection amène la guérison.

Dans les formes bénignes, la sédation est souvent immédiate.

Onze malades sur douze ont guéri. Quatre malades étaient très gravement atteints. La défervescence thermique fut cependant complète chez ces malades entre le vingt-cinquième et le trentième jour de l'évolution totale. Les cas de moyenne intensité furent guéris entre le onzième et le vingt-cinquième jour. Nous avons vu apparaître la première éruption de taches rosées lenticulaires alors que la température était redescendue aux environs de 37 degrés.

Chez les malades traités, on note dès la première injection une sédation marquée des manifestations cardio-vasculaires. L'autovaccination apparaît donc à MM. Josué et Belloir comme une méthode extrêmement utile qui vient renforcer dans une large mesure la thérapeutique habituelle qui doit être appliquée en même temps.

Fausses coxalgies d'origine appendiculaire (appendicites claudicantes). — MM. Ed. ENRIQUEZ et René A. GUTMANN présentent, comme suite aux appendicites claudicantes qu'ils ont étudiées récemment (sciatique par appendicite chronique latente), des observations de malades qui sont venus consulter pour un syndrome coxalgique durant depuis des mois (flexion de la jambe droite, contracture musculaire, douleurs spontanées de la région coxofémorale, douleurs provoquées par la palpation, impossibilité de la marche). Les examens radioscopiques ayant montré l'intégrité de l'articulation, les auteurs ont porté le diagnostic d'appendicite chronique d'après l'examen clinique et radioscopique. Ils ont en effet trouvé une sensibilité légère de la fosse iliaque, sensibilité qui correspondait sous l'écran à l'extrémité inférieure du cæcum bas placé ; ce cæcum était fixé quand on l'examinait aux rayons X successivement dans la position debout et dans la position couchée.

Les interventions chirurgicales ont confirmé le diagnostic. Il y avait une inflammation chronique avec adhérences autour de la région cæco-appendiculaire bas placée. Après libération des adhérences et résection de l'appendice, les malades ont été guéris de leur pseudo-coxalgie.

Ces formes indiquent la nécessité d'une exploration de l'appendice dans certains diagnostics douteux de coxalgie. Elles grossissent encore le nombre des cas qui montrent l'extrême polymorphisme d'allures de l'appendicite chronique et viennent s'ajouter au passif de la coxalgie hystérique.

Pseudo-coxalgie et appendicite. — MM. BABINSKI, Ed. ENRIQUEZ et Gaston DURAND rapportent l'observation d'une jeune malade présentant depuis un an des phénomènes douloureux de la hanche droite, une attitude caractéristique de la coxalgie, avec raccourcissement apparent très marqué, une claudication des plus prononcées, avec déhanchement pendant la marche qui était impossible sans l'aide de béquilles. Cette malade avait été soumise pendant quatre mois à l'immobilisation et à l'extension.

Il s'agissait en fait d'une pseudo-coxalgie dont les auteurs ont pu établir la pathogénie un peu complexe : contracture réflexe des muscles de la hanche, sous la dépendance d'une appendicite chronique larvée, contracture fixe, et en plus déhanchement spécial pendant la marche, trouble d'origine pithiatique, partiellement influencé par la contre-suggestion.

Basé sur l'existence de troubles dyspeptiques antécédents, d'ailleurs vagues, le diagnostic d'appendicite chronique a été certifié par l'examen radioscopique.

Après résection de l'appendice, aidée par un traitement psychothérapique, la guérison complète des accidents s'est effectuée rapidement et a persisté depuis un an.

Les secousses nystagmiques dans le syndrome de Basedow. — M. Paul SAINTON. Il n'est fait mention dans aucun traité classique, ni dans aucune monographie, d'un symptôme que l'on rencontre assez fréquemment dans le syndrome de Basedow. Signalées par Vaquez, Sainton, puis par Léopold Lévi, les secousses nystagmiques s'observent dans près de la moitié des cas. Le nystagmus spontané est exceptionnel, le plus souvent il s'agit de nystagmus transversal provoqué qui consiste en une série de petites secousses rarement très brusques comme dans le nystagmus à ressort, le plus souvent simplement rapides, exceptionnellement très lentes dans le regard latéral. Dans un cas, les secousses étaient verticales.

Ce symptôme ne paraît avoir aucune connexion avec les autres signes oculaires, il se rencontre aussi bien dans les grandes exophtalmies que dans les exophtalmies légères, aussi bien chez les malades qui ont le signe de Mœbius ou de Græfe que chez ceux qui ne le présentent pas. C'est un phénomène de même ordre que le tremblement, car il varie suivant les différentes phases de la maladie et sa diminution coïncide avec l'amélioration des autres symptômes.

Radiographie de côtes cervicales. — M. SAINTON présente une radiographie de côtes cervicales chez une enfant de dix ans, atteinte de tuberculose. Cette côte était perceptible à la palpation.

Lipomatose symétrique. — MM. ACHARD et LEBLANC présentent 3 cas de lipomatose symétrique. Le premier malade est diabétique, albuminurique, syphilitique et porteur d'un mal perforant. Les masses lipomateuses sont exclusivement cervicales mais le malade a une tendance à l'obésité.

Le second a surtout des lipomes cervicaux avec des nodules indurés qui ressemblent à des ganglions ; mais il y a, de plus, des tumeurs sur la paroi de l'abdomen, la crête iliaque et les régions inguinales.

Le troisième porte des masses volumineuses tout autour du cou. Mais on en trouve d'autres très nombreuses en d'autres points : au thorax, dans la région sacro-lombaire, aux bras et aux plis du coude, à la face externe des jambes.

Chez le premier et le troisième malade, l'examen du sang a été fait et a montré l'existence d'une éosinophilie sanguine (4 et 4,5 p. 100) signalée déjà par Rathery et Binet, mais inconstante, car elle manquait dans un cas de Clerc et Thibaut.

Etude des lésions du poumon tuberculeux dans deux cas traités par le pneumothorax artificiel. — MM. Louis RÉNON et E. GÉRAUDEL, après avoir étudié les lésions du poumon dans deux cas de tuberculose pulmonaire traités depuis trois et quatre mois par le pneumothorax artificiel, cas où les insufflations avaient dû être abandonnées depuis quarante-six à cinquante jours, présentent les remarques suivantes :

Le pneumothorax n'a eu d'action que sur les alvéoles pulmonaires sains, en restreignant le champ d'ensemencement pulmonaire offert aux colonies bacillaires issues du ou des premiers foyers tuberculeux. Les zones pulmonaires, sièges de lésions tuberculeuses, sont peu modifiées par la compression ; celle-ci semble déterminer seulement une tendance à l'arrêt des granulations tuberculeuses dans leur propagation excentrique. La sclérose pleuro-pulmonaire observée relève du processus de pneumonie chronique tuberculeuse et non de la compression, d'où possibilité, pour le poumon comprimé, de récupérer, après décompression, son expansion antérieure.

Enfin les auteurs signalent la coexistence de lésions ulcéreuses intestinales considérables, exceptionnelles par leur intensité, et dont ils discutent la pathogénie.

Traitement local de l'angine de Vincent par l'arsenobenzol. — MM. ACHARD et FEUILLIÉ rapportent un cas d'angine de Vincent qui confirme les bons résultats, obtenus pour la première fois par MM. Achard et Flandin, des applications locales d'arsenobenzol. Le soulagement fut presque immédiat et la guérison très prompte. Mais le malade se trouvant guéri abandonna le traitement au bout de deux jours. Or, six semaines après, se produisit une récidive sur la même amygdale et de nouveau, sous l'influence du traitement local, l'exsudat disparut avec une extrême rapidité. L'examen microscopique avait montré chaque fois dans l'exsudat une culture presque pure de spirilles et de bacilles fusiformes.

Cette observation s'ajoute à celles déjà publiées par divers auteurs et qui montrent l'efficacité des applications locales, infiniment plus simples que les injections dans les veines ou dans les muscles.

Elle montre de plus que les microbes de l'angine de Vincent peuvent persister après guérison et que les malades peuvent être pendant un certain temps encore porteurs de germes. Il en résulte que, malgré la rapidité de la guérison, le traitement doit être poursuivi pendant quelque temps afin d'éviter pour le malade la récidive et pour l'entourage la contagion.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

DIGESTIONS LENTES, PÉNIBLES. INSUFFISANCE GASTRIQUE (HYPOPEPSIE)

Prescrire après chaque repas 4 à 6 comprimés de Trouette-Perret à la Papaïne, ou, si un peu d'alcool n'est pas contre-indiqué, un verre à liqueur d'Elixir du même produit.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret, en date du 1er juillet 1913, rendus par le Président de la République française, sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de réserve et de l'armée territoriale Dupret, Desprez, Courboulès, Goudal, Péradon, Pousson, Brault.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de deuxième classe en réserve spéciale, Pascal.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve Mauroux, Fasquelle, Vigier, Petges, de Lauwereyne de Rosendaële, Mouly.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPHYSE CARDIAQUE

DÉFINITION. GÉNÉRALITÉS. — La symphyse cardiaque est caractérisée par des adhérences plus ou moins étendues, plus ou moins complètes et serrées qui unissent ou fusionnent les deux feuillets du péricarde. Entrevue par Lancisi, décrite pour la première fois par Sénac et Corvisart, la symphyse cardiaque a été bien étudiée par Skoda, Morel-Lavallée et Potain chez l'adulte, par Hutinel, Moizard et Jacobson chez l'enfant.

Malgré la riche symptomatologie que nous lui décrirons, la symphyse cardiaque est en clinique bien souvent méconnue; seul un examen radioscopique systématique permettrait, comme l'ont montré Vaquez et Bordet, d'en affirmer l'existence alors qu'elle ne s'accompagne pas encore des accidents graves par lesquels très fréquemment elle se révèle seulement au clinicien.

Il y a lieu de distinguer d'ailleurs entre la symphyse représentée uniquement par quelques adhérences localisées, constituant une tare peu importante, découverte seulement par hasard à l'autopsie et l'accolement total ou très étendu des feuillets séreux, associé souvent à une sclérose diffuse du tissu cellulaire du médiastin, à une symphyse pleurale (péricardite externe, médiastino-péricardite), coexistant fréquemment avec une cardiopathie valvulaire, une myocardite et déterminant ainsi, soit des accidents asystoliques, soit parfois même la syncope ou la mort subite.

ÉTIOLOGIE. — La symphyse cardiaque est surtout fréquente chez l'adolescent, de quinze à vingt ans : elle s'observe aussi chez les vieillards brightiques et artérioscléreux.

Elle succède chez l'enfant aux péricardites aiguës et relève ainsi de tous les facteurs étiologiques des péricardites (scarlatine, pneumonie et surtout rhumatisme).

La *symphyse rhumatismale* s'observe de préférence à la suite de crises graves et répétées de rhumatisme articulaire aigu : elle s'associe fréquemment dans ce cas à des lésions de l'endocarde et du myocarde; mais la symphyse succède également aussi, assez souvent, à des rhumatismes subaigus, légers, apyrétiques et surtout à la *chorée*.

La symphyse cardiaque s'installe parfois lentement, progressivement, sans qu'on puisse en découvrir la provenance dans l histoire pathologique du malade : il s'agit là d'une *diathèse fibreuse* qui porte son action non seulement sur le péricarde, mais aussi sur les plèvres, le tissu conjonctif du médiastin, le péritoine sous-diaphragmatique, etc. Cette diathèse fibreuse est alors le fait presque toujours de la tuberculose, plus rarement de la syphilis.

La *symphyse tuberculeuse* peut être la première en date des manifestations de la tuberculose, l'infection succédant néanmoins en réalité souvent à une tuberculose des ganglions du médiastin; dans d autres cas elle est consécutive à une lésion pleurale. L'infection bacillaire se propage ensuite au médiastin et, finalement, les plèvres, le péricarde, le médiastin ne forment plus qu'une masse fibreuse s'étendant à travers le diaphragme, aux organes contenus dans la partie supérieure de l'abdomen. Rarement, la symphyse tuberculeuse prend des allures extensives au cours d'une phtisie pulmonaire très accusée : elle s'observe plutôt chez des sujets peu tuberculeux, dont on pourrait accuser les séreuses d'être particulièrement vulnérables ou les bacilles de Koch, spécialement riches en poisons sclérosants.

La *symphyse syphilitique* est certainement plus fréquente qu'on ne le croit. La réaction de Wassermann a permis, en effet, d'affirmer la nature spécifique d'un certain nombre de symphyses dont l'étiologie n'eût pu être précisée sans le secours de cette réaction : on connaît maintenant d'ailleurs bien (Hutinel, Sergent, Lian) la fréquence des médiastinites syphilitiques; l'anévrisme de l'aorte, presque toujours de nature syphilitique, peut s'accompagner aussi de symphyse cardiaque; enfin, la syphilis et la tuberculose peuvent s'associer dans certains cas et réaliser précisément au maximum ce processus de sclérose (Hutinel, Sergent). Très souvent, la symphyse cardiaque syphilitique est secondaire à des lésions syphilitiques hépatiques ou périhépatiques.

Relativement encore assez fréquente est la symphyse cardiaque des *vieillards artérioscléreux* et *brightiques* : elle est souvent associée, soit à une périhépatite chronique, c'est alors la symphyse péricardo-périhépatique de Gilbert et Garnier, soit à des inflammations chroniques des diverses séreuses : ce sont les périviscérites disséminées, les scléroses viscérales multiples.

Il faut encore citer parmi les causes capables de déterminer la symphyse cardiaque : les inflammations septiques ou aseptiques de voisinage (inflammations pleuro-pulmonaires, abcès, néoplasme du médiastin, infarctus du myocarde, etc.), certaines causes auto-toxiques, ou hétéro-toxiques (alcoolisme, goutte, rhumatisme chronique, sénilité, etc.).

En résumé, il importe surtout de retenir, parmi les plus communes de toutes ces causes, le rhumatisme, la tuberculose, la syphilis, l'artériosclérose et le brightisme.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — La symphyse cardiaque gêne considérablement le cœur dans son fonctionnement normal et cela d'autant plus qu'elle est totale et surtout qu'elle s'accompagne d'un épaississement, d'une calcification même, plus ou moins importante des feuillets péricardiques. Dans ce dernier cas, comme bien souvent elle est associée à une sclérose diffuse du tissu du médiastin, à une symphyse pleurale, elle est rapidement mal tolérée et détermine à brève échéance, d'abord la congestion hépatique, puis l'asystolie irréductible. Cette évolution est d'autant plus à redouter, qu'il existe en même temps des lésions valvulaires du cœur, de la myocardite, etc. Elle peut enfin provoquer la mort subite, suivant un mécanisme d'inhibition réflexe. Lorsque la symphyse est peu accusée elle gêne alors infiniment peu le fonctionnement du cœur, ce qui explique bien la latence de bon nombre de symphyses cardiaques en clinique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les adhérences péricardiques résultent de la prolifération conjonctive et de la néoformation vasculaire qui envahissent, peu à peu, les exsudats fibrineux pathologiques du péricarde; il s'établit ainsi entre les feuillets de la séreuse des adhérences filamenteuses qui peuvent disparaître ou s'organiser en des tractus fibreux capables de former une coque épaisse et susceptibles de s'infiltrer de sels calcaires.

Les *adhérences partielles* sont en général souples et se rencontrent dans les régions les moins mobiles du cœur.

Les *adhérences généralisées* sont parfois *molles* permettant assez facilement de séparer les deux feuillets de la séreuse; on voit çà et là des végétations rougeâtres, des logettes remplies de liquide et de néo-membranes vasculaires. S'il s'agit de tuberculose, on peut rencontrer quelque tubercule ou quelque masse caséeuse; mais il est parfois difficile, même au microscope, d'établir la nature tuberculeuse, en raison de la rareté des bacilles et des follicules.

Les adhérences généralisées peuvent être plus épaisses ; le cœur est alors entouré d'une coque fibreuse, molle vers la base et présentant à sa face postérieure des cavités ou logettes contenant un liquide louche, séro-purulent ou parfois des masses caséeuses. Les adhérences anciennes peuvent enfin être si épaisses qu'elles forment au cœur une vraie carapace, de consistance cartilagineuse ou ossiforme, quand elle est infiltrée de sels calcaires. On observe alors en même temps des adhérences extrapéricardiques (*médiastinite calleuse de Kussmaul*). Le tissu fibreux englobe les vaisseaux, les nerfs, les plèvres et les poumons. Il fait adhérer cette masse à la colonne vertébrale et à la paroi sterno-costale; il englobe le diaphragme, et soude les organes intrathoraciques aux viscères sous-diaphragmatiques; on trouve dans cette masse fibreuse des foyers puriformes, des ganglions plus ou moins ramollis.

Histologiquement, la symphyse est une péricardite chronique; il s'est fait une organisation des fausses membranes qui tapissaient primitivement les feuillets du péricarde ; ces fausses membranes ont été pénétrées par des néo-vaisseaux bourgeonnant dans leur épaisseur, ces capillaires embryonnaires amènent des leucocytes qui sont ensuite transformés en cellules conjonctives. Ainsi se constituent des néo-membranes qui s'épaississent, deviennent fibreuses et s'infiltrent ensuite de sels calcaires. Quand il s'agit de tuberculose, on pourra mettre en évidence, mais non dans tous les cas, des granulations miliaires et des bacilles de Koch. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 84. — SAMEDI 26 JUILLET 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 26 JUILLET 1913. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE......... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le transfert des agrégés. — Un décret en date du 18 juillet dispose que tout agrégé des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, à quelque section qu'il appartienne, peut, sur sa demande, être transféré d'une faculté dans une autre suivant les conditions déterminées ci-après.

Lorsqu'une place d'agrégé devient vacante, avis de la vacance est publié au *Journal officiel*. Un délai d'un mois, à partir de la publication de cet avis, est accordé aux agrégés pour produire une demande de transfert. Ce délai est de rigueur.

Aucune demande de transfert n'est recevable, une fois publié l'arrêté ministériel mettant les places d'agrégé vacantes au concours.

Le transfert est prononcé par le ministre après avis de la faculté à laquelle l'agrégé désire être attaché et de la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public.

Jusqu'au moment de leur entrée en fonction, les agrégés inscrits sur une liste unique ont, en cas de vacance d'une des places attribuées aux agrégés de cette liste, le droit d'opter pour cette place. Ce droit peut être exercé par chacun d'eux suivant son rang d'admission.

— Lyon. — M. Martin (Etienne), agrégé près la faculté de médecine de Lyon, est nommé à partir du 1er novembre 1913, professeur de médecine légale à ladite faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours s'ouvrira, le 5 janvier 1914, devant l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Montpellier pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Rennes. — Un concours s'ouvrira le 2 février 1914, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Rennes.

— Un concours s'ouvrira le 2 février 1914, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie à l'Ecole de médecine de Rennes.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. Favrel, professeur de chimie, membre du conseil de l'Université, est nommé assesseur du directeur.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE. — En 1914, les examens de sortie de l'Ecole d'application du service de santé commenceront le 15 avril et les élèves devront avoir rejoint leur poste d'affectation le 1er mai.

Pour les concours ouverts en 1913 et 1914, pour l'admission à cette Ecole, la limite d'âge fixée pour les candidats par le décret du 8 mai 1900, est exceptionnellement reculée de vingt-huit à vingt-neuf ans.

LE SERVICE DE TROIS ANS ET LES ÉTRANGERS. — La Chambre a, le 17 juillet, voté sans discussion l'article 8 de la loi militaire qui modifie les obligations militaires des naturalisés. La loi de 1905 n'imposait le service militaire *actif* aux étrangers qui se faisaient naturaliser qu'autant qu'ils étaient âgés de moins de vingt-sept ans. Il en résultait que les étrangers poursuivant les carrières libérales et spécialement la médecine attendaient cet âge pour revendiquer la qualité de Français ; naturalisés, ils étaient versés dans la réserve, avec pour les médecins cette circonstance aggravante qu'ils obtenaient d'emblée le grade de médecin aide-major.

Pour éviter ces abus, M. Maurice Barrès avait proposé que l'âge d'incorporation de ces naturalisés tardifs fût reporté à trente-deux ans. Ecarté d'abord par la commission de l'armée, cet amendement fut repris ultérieurement et, grâce aux efforts combinés de la Ligue médicale française et des syndicats médicaux, il a été présenté et adopté par la Chambre sous une forme particulièrement satisfaisante. C'est, en effet, jusqu'à l'âge de trente-cinq ans que les étrangers naturalisés seront susceptibles d'être incorporés dans l'armée active.

Ainsi se trouve dès maintenant réalisé le point le plus urgent du programme que la Ligue médicale française faisait acclamer aux Sociétés savantes le 19 juin 1913 et qui tend à mettre sur un pied d'égalité avec les nationaux les étudiants étrangers jusqu'ici singulièrement favorisés.

Ajoutons que M. le sénateur Léon Labbé a déjà entretenu la commission sénatoriale de l'armée de cette proposition et qu'il la défendra devant le Sénat avec son ardeur habituelle.

GUERRE. — Service de santé. — Par décret, en date du 1er juillet 1913, rendu par le Président de la République française, sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe

de réserve et de l'armée territoriale Saury, Noury, Bazot, Bérard, Gélis, Dubousquet-Laborderie, Yvon, Goethals, Rocheblave, Planès, Peyramaure-Duverdier, Coutray de Pradel, Chevalier, Larrieu, Versepuy, Jourdin, Cacarrié, Deschamps, Dufour, Quenet, Fauvel, Rouveix, Vandenabeele, Jean, Polguère, Bordas, Doyon, Henry, Culan, Lamarque, Bosselut, Bezançon, Reymond.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Fesq, Gallois, Ronzier-Joly, Brandstetter, Chocreaux, Pierre, Coche, Caboche, Revel, Mével, Grouhel, Latour, Flammarion, Morillon, Guizol, Biard, Contal, de Boucaud, Joubert, Ruais, Dubois, Sarrautte, Andérodias, Dupont, Polliot, Beulque, Bournhonet, Laborde, Guilpin, Derocque, Dubois, Lemeignen, Joulia, Lemonnier, Batailler, Fuchs, Vast, de Pindray, Coyon, Berchoud, Bouvier, Cazals, Crouzet, Fouineau, Fachatte, Danos, Terrier, Lallement, Huillet, Destouches.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Gabriel, Jacquemart, Picot, Widiez, Renard, Burdet, Lassalle, Ladouce, Pangon, Pezet, Barrié, Cassaigneau, Sifflet, Girard, Breffeil, Lallemand, Mailhetard, Nurdin, Aujay de la Dure, Ribetou, Leroux, Moullade, Nouvel, Cubertafon, Deglaire, Roubinovitch, Guimet, Bar, Rey, Mary, Jaugey, Deroche, Gibory, Princeteau, Pacaud, Heim, Bonnet, Vénot, Jallot, Durand, de Gauléjac, Isch-Wall, Moret, Ventuéjol, Lanos, Cossa, Leseigneur, Jay, Spindler, Petit, Schwartz, Blanc, Valette, Cros, Gastou, Petitpas, Piéry, Poulain, Loisel, Martin, Fischer, Grasset, Texier, Dacheux, Thiélemans, Cocard, Beaufort, Louart, Petit, Devoir, Mourette, Pellerin, Lantzenberg, Poisson, Josué, Audoucet, Mencière, Philouze, Leplat, Aubineau, Baderot, Vaissier, Painblan, Rouquet, Reynders, Allard, Guilbaud, Chalais, Robin, Lévi, Piatot, Pasteau, Coville, Bossion, Winstel, Pitance, Bonnemaison, Duhamel, Drucbert.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Paquet, Lafarge, Boyer, Izon, Rovery, Galezowski, Dechaux, Swinghedauw, Boissart, Bonnabel, Graziani, Triqueneaux, Langlais, Baudet, Peltier, Dupuy, Thibault, Savouré, Barlatier, Labrunie, Adler, Bataille, Rogery, Milan, Dreux, Descusses, Jousset, Caron, Truchet, Rochu, Thiéry, Lorne, Jacobée, Troullieur, Bertrand, Ponsoye, Bosquette, Cullère, Minon, Arnould, Stouff, Bax, Guilhaume, Dupont, Marmoiton, Bourgerette, Culty, Ross, Massicot, Gurcel, Martineau, Mossé, Laporte, de Mouzon, Nordmann, Foatelli, Blusson, Savournin, Trouvé, Bailleul, Sabotier, Reif, Didier, Schulz, Coulanges, Vinceneux, Beltrami, Corcelle, Saligue, Mage, Ferrand, Daynès, Pellegrin, Bouffard, Lancet, Lucasse, Aerts, Dupin, Moisson, Terras, Bigonnet, Curel, Ledroit, Petit-Lardier, Chapoy, Mouton, Jacqueau-Descoust, Sécheret, Loubry, Deswarte, Pinchart, Gérart, Lamotte, Dugoua, Leprat, Pasqueron de Pommervault, Vachez, Leroy, Torchausse, Cazeaux, Roblot, Schneyder, Hocquette, Mont-Refet, Bonnefon, Sanlaville, Gentil, Schmitt, Ducros, Tournier, Morel, Chanal, Etcheverry, Saintot, Paliard, Chevillotte, Moreau, Crespin, Flamencourt, Pailles, Coste, Charreire, Garimond, Kahn, Miquel-Maille, Cunnac, Voillemot.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Richard, Ollivier-Beauregard, Baudoin, Genevoix, Massequin, Catz, Villebrun, Veirat, Perrenot, Chapotin, Maillard, Delay, Puy, Larre, Bouic, Le Barzic, Bertrand, Henry, Guillard, Gouin, Pitous, Astre, Picart, Hérault, Mazoux, Le Maitre, Mesmain, Petit, Dufaur, Molas, Rolland, Fumoux, Pradel, Lecoconnier, Guiraud, Jouen (C.-F.), Jouen (R.-E.-L.), Duge de Bernonville, Pesportes.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — Les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Bordes-Pagès, Keim, Alliot, Collet.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — Les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Botte, Vermullen, Rigal.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — Les médecins aides-majors de première classe de l'armée active démissionnaires Biros, Bellot, Mercier.

Au grade de médecin principal de première classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de première classe de l'armée active retraité Toussaint.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe retraités Robin, Spillmann.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active retraité Voulgre.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Guyonneau, Durand, Lapiné, Granel, Bochot, Ferté, Loiseleur, Dumas, Ruault, Assire, Bonhoure, Laurent, Faroy, Plaziat, Gauthereau, Gendreau, Pélissier, Nony, Antonelli, Larrieu, Cottenot, Bourrouillou, Proust, Mock, Girard, Bouër, Culan, Robert, Estrade, Thuau, Gaudefroy, Teisset, Martin, Mairet, Ménard, Salomon, Maffre-Baugé, Terrasson de Fougères, Pallier, Bonhomme, Goulfier, Bélicha, Moriez, Siguret, Phéline, Massina, Houttelette, Faige, Nouel, Sauty, Mersey, Corbineau, Guinet, Hosteing, Aubry, Guéméné, Gourcerol, Duval, Pinault, Guillaume, Le Coz, Girard, Massé, Usse, Jeanson, Lévy, Bulliard, Tortat, Passelègue, Reverdy, Nory, Dunoyer, Chalard, Bousseau, Gabalda, Pille, Laplume, Besançon, Monplaisir, Dauvert, Ardouin, Sainmont, Fauvet, Boutin, Romefort, Peltier, Jacquet, Adad, Tronquet, Bonnaud, Bretagne, Amidieu, Picard, Godemel.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Martin, Le Caïn, Denéchau, Guerder, Kauffmann, Izard, Dreyfus.

— Sont inscrits d'office au titre des missions importantes à la suite du tableau de concours pour la Légion d'honneur de 1913 :

Pour la croix d'officier de la Légion d'honneur : M. Arnaud, médecin principal de deuxième classe hors cadres, mission militaire française en Grèce.

Pour la croix de chevalier de la Légion d'honneur : M. Cousergue, médecin-major de première classe, ministère de la guerre, 7e direction, détaché au secrétariat général.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — PRIX DÉCERNÉS. — *Médecine et chirurgie.* — PRIX MONTYON. — Trois prix de 2500 francs chacun, sont décernés à : 1° Mme Lina Negri Luzani, pour ses « Etudes sur les corpuscules qu'elle a découverts (avec feu son mari) dans le système nerveux des animaux enragés » ; 2° M. L. Ambard, pour son « Mémoire sur la sécrétion rénale » ; 3° MM. A. Raillet, G. Moussu et A. Henry, pour leurs « Recherches sur l'étiologie, la prophylaxie et le traitement de la distomatose des ruminants ».

Trois mentions de 1500 francs chacune sont accordées à : 1° M. Masquis pour son mémoire intitulé : « Le sublimé en chirurgie » ; 2° M. Lagrange, pour son mémoire intitulé : « Traitement du glaucome chronique » ; 3° MM. Fernand Bezançon et S.-L. de Jong, pour leur ouvrage intitulé : « Traité de l'examen des crachats ».

Des citations ont été accordées à : 1° M. Henri Paillard, pour ses « travaux sur la pleurésie » ; 2° M. Paul Hallopeau, pour son travail intitulé : « La désarticulation temporaire dans le traitement des tuberculoses du pied » ; 3° MM. A. Satory et Marc Langlais, pour leur ouvrage intitulé : « Poussières et microbes de l'air ».

PRIX BARBIER (2000 francs). — Le prix est partagé entre : MM. Jules et André Boeckel, d'une part, pour leur ouvrage intitulé : « Les fractures du rachis cervical sans symptômes médullaires » ; MM. de Beurmann et Gougerot, d'autre part, pour leur volume intitulé « La sporotrichose ».

PRIX BRÉANT (100000 francs). — Ce prix, destiné à récompenser celui qui aura trouvé le moyen de guérir le « Choléra asiatique », n'est pas décerné.

L'Académie décerne sur les arrérages de la fondation, trois prix de 2000 francs chacun, à : 1° M. C. Levaditi, pour l'ensemble de ses travaux sur « la poliomyélite aiguë épidémique et le pemphigus infectieux aigu » ; 2° MM. A. Metter et R.

Debré, pour leur ouvrage intitulé : « La méningite cérébro-spinale »; 3° M. V. Babes, pour son « Traité de la rage ».

Prix Godard (1 000 francs). — Le prix est décerné à M. J. Tanton, pour ses travaux « Sur l'urétroplastie par transplantation veineuse et par greffe muqueuse ».

Prix du baron Larrey (750 francs). — Le prix est décerné à M. Albert Dejouany, pour son « Etude sur le personnel civil de la cartoucherie militaire de Vincennes »; une mention est accordée à M. Emile Job, pour son mémoire intitulé : « La dysenterie bacillaire dans l'armée ».

Prix Bellion (1 400 francs). — Le prix est décerné à MM. Albert Frouin et Pierre Gérard, pour leur mémoire sur les « Variations du potassium et du sodium dans la sécrétion gastrique ».

Prix Argut (1 200 francs). — Ce nouveau prix biennal est destiné à récompenser le savant qui aura fait une découverte guérissant une maladie ne pouvant, jusqu'alors, être traitée que par la chirurgie et agrandissant ainsi le domaine de la médecine.

Le prix est décerné à MM. Robert Crémieu et Claudius Regaud, pour leur ouvrage intitulé : « Etude des effets des rayons X sur le thymus et relative au traitement de l'hypertrophie du thymus par la rœntgenthérapie ».

XIIIe CONCOURS « RIBERI » DE 20 000 FRANCS. — L'Académie de médecine de Turin vient de déclarer ouvert le treizième concours pour le prix « Riberi » de 20 000 francs.

Les médecins, qui désirent y participer avec des travaux sur les sciences médicales en général, peuvent s'inscrire jusqu'au 31 décembre 1916.

S'adresser, pour les conditions du concours, au secrétaire de l'Académie de médecine, 18, rue de Po, Turin.

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA. — Un concours pour trois places d'interne en pharmacie aura lieu le lundi 10 novembre 1913, à une heure et demie de relevée, à l'hôpital civil de Mustapha.

La liste d'inscription sera close le samedi 8 novembre, à cinq heures du soir.

INTERNES DES HOPITAUX ET RETRAITES OUVRIÈRES. — Le juge de paix de Montpellier vient de rendre une décision déclarant que les internes des hôpitaux, nommés à la suite d'un concours et recevant non un salaire, mais une gratification et ayant des fonctions simplement temporaires, destinées à leur permettre de se perfectionner dans leur art, ne doivent pas être inscrits sur les listes des assurés obligatoires aux retraites ouvrières. P.

UN COURS DE BALNÉOLOGIE ET DE BALNÉOTHÉRAPIE, organisé avec l'aide du comité international pour l'enseignement médical complémentaire, aura lieu à Carlsbad du 28 septembre au 4 octobre 1913. Parmi les conférenciers inscrits on cite : professeur docteur Albu (de Berlin); docteur Dautwitz (de Saint-Joachimsthal); professeur docteur Falta (de Vienne); professeur docteur Glax (d'Abazzia); professeur docteur Goldscheider (de Berlin); professeur docteur Grödel (de Nauheim); professeur docteur Hoffmann (de Düsseldorf); professeur docteur von Jaksch (de Prag); professeur docteur Kionka (de Jena); professeur docteur R. Kutner (de Berlin); professeur docteur Lüthje (de Kiel); professeur docteur Mohr (de Halle); professeur docteur Plehn (de Berlin); professeur docteur Riehl (de Vienne); professeur docteur Schauta (de Vienne); professeur docteur A. Schmidt (de Halle); professeur docteur Strauss (de Berlin). Tout médecin est autorisé à suivre le cours complet moyennant un versement de 10 couronnes comme droit d'inscription.

On peut se procurer les programmes et cartes au Kuramt de Carlsbad, au bureau duquel on est prié d'adresser toutes les correspondances.

VOYAGE D'ÉTUDES EN ESPAGNE, MAROC, PORTUGAL (27 sept. au 19, 23, 29 oct. 1913). — On sait que le voyage d'études organisé par l'A. P. M., à l'occasion de Pâques, avait été retardé afin de coïncider avec le Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie de Madrid (15 octobre). Voici l'itinéraire.

La concentration se fera à Perpignan et la dislocation à Biarritz. Le voyage d'études de la session suivra l'itinéraire : Port Bou-Cerbère, Barcelone, Lerida, Saragosse, Caspe, Reus, Tarragone, Alcala, Sagonte, Valence, La Incina, Alicante, Busot, Elche, Murcie, Aguilas, Baeza, Grenade, Bobadilla, Gibraltar, Tanger, Algésiras, Tarifa, San Fernando, Cadix, Séville, Cordoue, Linarès, Alcazar, Madrid, Escorial, Tolède, Entrocamento, Lisbonne, Cascaès, Cintra, Coïmbre, Porto, Barca de Alba, Salamanque, Valladolid, Burgos, Miraflorès, Venta de Banos, Palencia, Santander, Solarès, Bilbao, San Sébastian, Irun-Hendaye.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'A. P. M., 12, rue François-Millet, Paris XVIe.

CÉLIBATAIRES ET NOURRISSONS. — Une curieuse mesure vient d'être prise par le conseil municipal de Memphis, dans le Tennessee. A Memphis, les célibataires de plus de vingt et un ans qui se trouveront dans les rues après neuf heures du soir, ou qui accompagneront une femme mariée au théâtre ou dans quelque autre lieu d'amusement, devront être porteurs d'une sorte de « licence de célibataire ». Le prix de ce document a été fixé à 25 francs, qui seront versés à un fonds spécial destiné à l'achat de lait et d'aliments pour les nourrissons pauvres, au cours des mois d'été.

Les célibataires de Memphis tentèrent tout d'abord de résister à l'édit municipal, mais une amende s'élevant au double de la taxe les amena promptement à résipiscence. Les sommes, perçues uniquement pendant les mois d'été, sont suffisantes pour couvrir les frais d'un hôpital où plus de cent nourrissons sont traités gratuitement. P.

LA DOUBLE QUARANTAINE. — Une épidémie de peste ayant il y a quelques années éclaté à Majunga, une commerçante de Madagascar, la dame P..., qui devait se rendre en France, subit une quarantaine de cinq jours au lazaret. Puis les agents sanitaires la firent transporter par un remorqueur sur le paquebot *la Gironde* où sa place était retenue.

Mais le commandant, d'accord avec le médecin du bord, refusa de la recevoir en alléguant qu'elle s'était trouvée sur le remorqueur en contact avec l'équipage indigène qui n'avait pas subi de quarantaine.

La dame P... dut retourner à terre et ne put s'embarquer que sur le paquebot suivant après avoir fait une seconde quarantaine !

Comme elle se rendait en France pour affaires commerciales, elle subit un préjudice et demanda à la colonie de Madagascar une indemnité.

Elle vient de voir sa demande accueillie par le Conseil d'Etat.

Ainsi que l'a fait remarquer en effet le commissaire du gouvernement M. Pichat, les agents sanitaires ont violé leurs instructions en mettant les voyageurs sortant du lazaret en contact avec des matelots évacuant des lieux contaminés, alors même que ces matelots auraient subi une désinfection, dont l'efficacité est d'ailleurs contestée.

L'arrêt du 5 juillet 1913 porte que le fait d'avoir confié le transport des passagers du lazaret jusqu'au paquebot à des matelots indigènes qui, bien que provenant d'un port contaminé, n'avaient pas été soumis à une période d'observation, était de nature à rendre illusoire la quarantaine qu'avaient subie ces voyageurs. Il y a donc eu faute à la charge du service de santé de Madagascar.

En conséquence la colonie a été condamnée à payer une indemnité de 4 000 francs à la dame P... P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jacques Mornet (de Bourges) et Jules Thiriar, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique.

REVUE GÉNÉRALE

L'ÉOSINOPHILIE LOCALE

Par M. L. BABONNEIX.

« Je réclame pour le globule blanc, s'écriait Virchow vers 1850, une place dans la pathologie. » Ce désir a été exaucé. Les leucocytoses, dont la description tenait jadis en quelques lignes, occupent aujourd'hui, dans tous les Traités, la place d'honneur. Nul n'ignore plus l'importance séméiologique de la polynucléose neutrophile, de la lymphocytose, de la myélocytose. L'éosinophilie elle-même a été l'objet de travaux extrêmement nombreux et importants (1), les uns relatifs à l'éosinophilie *sanguine*, *générale*, les autres, à l'éosinophilie *locale*. Celle-ci, surtout, mérite une attention particulière, en raison de l'intérêt diagnostique et pronostique qui s'attache à son étude et des problèmes de pathologie générale qu'elle soulève.

*
* *

Avant d'aborder notre sujet, il nous semble indispensable de rappeler quelques notions élémentaires d'hématologie.

Depuis les géniales recherches d'Ehrlich, on distingue deux grandes variétés de leucocytes suivant que leur protoplasma contient ou non des granulations colorables. Les premiers, provenant (comme les hématies d'ailleurs) de la moelle des os, appartiennent à la série *myéloïde*, les seconds, à la série *lymphoïde*.

A l'origine de tous les leucocytes, se trouve une cellule indifférenciée : cellule-souche, *Stamzelle* des auteurs allemands. Cette cellule-souche donne naissance à un élément que, depuis M. Dominici, on désigne sous le nom de *grand mononucléaire orthobasophile;* son protoplasma, en mince bordure, fixe en effet les matières basiques plus fortement que le noyau, qui est pâle et vésiculeux. Ce grand mononucléaire élabore lui-même dans son protoplasma des granulations et se transforme ainsi en *myélocyte*. Suivant les réactions chimiques de ces granulations, on décrit trois variétés de myélocytes : *basophiles*, *neutrophiles et acidophiles*. Puis le myélocyte se transforme à son tour : son noyau, pâle, large, étalé, se condense, s'échancre, se divise en deux ou trois lobes, souvent réunis par un léger filament; nous nous trouvons alors en présence du *polynucléaire*. Le protoplasma de ce dernier élément contenant les mêmes sortes de granulations que le myélocyte, il existe trois variétés de polynucléaires : neutrophiles, à granulations dites ε; *basophiles*, à granulations dites γ; *acidophiles*, à granulations dites α.

(1) V. surtout, en ce qui concerne l'éosinophilie locale, les travaux des auteurs suivants : AUDIBERT, *L'éosinophilie*, Th. de Montpellier, 1903, n° 48; LEVADITI, *Le sang*, Collec. Scientia; LIGOUZAT, *La cellule éosinophile*, Th. de Lyon, 1894; RIEUX, Collection Testut; WEINBERG, in *Traité du sang*, Gilbert-Weinberg, J. B. Baillière, 1913.

Le polynucléaire éosinophile est donc un leucocyte qui diffère : 1° des éléments de la série lymphoïde par l'existence de granulations à l'intérieur de son protoplasma; 2° du myélocyte éosinophile (dont il dérive) par la lobulation de son noyau; 3° des autres polynucléaires surtout par l'affinité spéciale que présentent, pour les substances acides, les granulations de son protoplasma (aussi ces granulations sont-elles dites indifféremment *acidophiles*, *oxyphiles ou éosinophiles*) et, accessoirement, par leur volume assez considérable. Son noyau est polymorphe, mais plus simple que celui des polynucléaires neutrophiles, généralement formé de deux lobes réunis par un filament chromatique extrêmement fin. Ce leucocyte, à l'état normal, se voit uniquement dans le sang, où l'on n'en trouve guère plus de 1 p. 100; dans certaines circonstances particulières, dont nous reparlerons, quelques organes peuvent en contenir un plus ou moins grand nombre.

*
* *

Etude analytique des éosinophilies locales. — Les éosinophilies locales peuvent être rangées en deux groupes, suivant qu'elles ont été observées chez l'*homme* ou chez l'*animal*.

I. **Eosinophilies locales humaines.** — Elles peuvent elles-mêmes être *physiologiques* ou *pathologiques*.

A. Eosinophilies physiologiques. — Elles sont encore très mal connues. La plus intéressante semble être l'*éosinophilie intestinale*, étudiée par L. G. Simon, puis par Oehler. Normalement, la muqueuse de l'intestin grêle contient toujours un certain nombre d'éosinophiles ; occupant surtout l'épithélium qu'ils traversent pour tomber dans les cavités glandulaires, ces éléments deviennent particulièrement abondants au moment de la digestion intestinale; ils jouent sans doute un grand rôle dans l'élaboration de la kinase, et, accessoirement, des autres ferments digestifs.

Signalons seulement l'*éosinophilie de la glande mammaire consécutive à l'interruption brusque de la lactation* (Michaelis) : nous la retrouverons plus tard.

B. Eosinophilies pathologiques. — On peut, schématiquement, les répartir en cinq classes, suivant qu'elles ont été observées dans : 1° l'*asthme;* 2° certains *épanchements pleuraux;* 3° les *parasitoses;* 4° les *dermatoses bulleuses;* 5° les *affections hématolytiques;* 6° *diverses affections non classées.*

1° **Asthme.** — Signalée pour la première fois par Gollasch, la présence de cellules éosinophiles dans les crachats de l'asthmatique a été retrouvée depuis par de nombreux auteurs ; pour Müller et Fink, elle ne s'observerait qu'en période de crise, et, plus particulièrement encore, à la fin de celle-ci; Charcot et Leyden montrent qu'aux éosinophiles s'associent des cristaux incolores, très fragiles, souvent réunis deux par deux; Curschmann mentionne également la présence de filaments spiralés; Teichmuller, enfin, croit démontrer que la richesse des crachats en éosinophiles ne constitue nullement un caractère parti-

culier à l'asthme, mais peut être retrouvée dans les affections respiratoires les plus diverses : bronchites, broncho-pneumonies, pneumonies, emphysème, tuberculose pulmonaire. Les remarquables travaux de MM. F. Bezançon et I. de Jong ont fait justice de cette hypothèse et péremptoirement établi que la *présence d'éosinophiles* dans les crachats ne se voit jamais en dehors de l'*asthme essentiel*. Pour ces auteurs, les crachats de l'asthmatique contiennent : 1° du mucus hyalin en nappes épaisses ; 2° des cellules éosinophiles, toujours très abondantes, mais de divers ordres, tantôt analogues aux polynucléaires éosinophiles du sang, tantôt offrant l'aspect de cellules conjonctives, tantôt, et plus souvent, formées par de véritables mononucléaires chargés de granulations oxyphiles, tantôt enfin, nettement altérées, comme le prouve l'état pyknotique de leur noyau et l'essaimage de leurs granulations. Au début de la crise de l'asthme, ce sont les mononucléaires éosinophiles qui dominent; plus tard, les polynucléaires éosinophiles ; ultérieurement encore, les polynucléaires neutrophiles. A ces éléments cellulaires s'associent fréquemment des cristaux de Leyden-Charcot et des spirales de Curschmann.

Comme toujours, le crachat n'est, suivant l'expression de MM. Bezançon et de Jong, qu'un décalque fidèle des lésions de l'appareil respiratoire ; dans une autopsie d'asthmatique, on trouva, en effet, des éosinophiles, non seulement dans la lumière des bronches, autour des bouchons muqueux, mais encore dans l'épaisseur des parois bronchiques (Fränkel).

Fait curieux à noter, le plus souvent, il n'y a pas d'*éosinophilie sanguine*.

2° **Epanchements pleuraux.** — Signalée pour la première fois, par M. Widal et ses élèves (Burnet, Faure-Beaulieu, Ravaut), l'éosinophilie pleurale a été retrouvée par un grand nombre d'auteurs (Achard et Ramond, Auché et Carrière, Barjon et Cade, Mosny, Dumont et Saint-Girons).

a. Dans *les cas si bien étudiés par M. Widal et ses élèves*, il s'agissait d'épanchements pleuraux sans étiologie nette, puisqu'on pouvait, dans certains cas, incriminer la tuberculose, la syphilis, les affections cardio-aortiques, tandis que, dans d'autres, l'enquête n'aboutissait à aucun résultat. Le liquide pleural, stérile, toujours très toxique, habituellement riche en hématies, contenait deux sortes d'éosinophiles. Les uns étaient identiques à ceux du sang. Les autres, au contraire, en différaient par leur noyau unique ; mais ce n'étaient ni des myélocytes, dont ils ne possédaient pas le noyau large, pâle, étalé, ni des éléments en pyknose, reconnaissables, comme on sait, à leur noyau sphérique, extrêmement foncé, opaque ; c'étaient, comme le montrait leur noyau petit, fortement coloré, des mononucléaires chargés de granulations acidophiles.

A cette éosinophilie pleurale se joignent parfois de l'éosinophilie sanguine et, exceptionnellement, une réaction éosinophilique de la plupart des viscères : rate, ganglions lymphatiques, moelle osseuse, foie, poumons; c'est l'*histo-éosinophilie* de MM. Widal et Faure-Beaulieu.

b. Dans le liquide de *certaines pleurésies purulentes*, MM. Mosny, Dumont et Saint-Girons ont constaté, non seulement des éosinophiles, mais encore des polynucléaires basophiles ; tous les intermédiaires existaient entre ces deux variétés de leucocytes, et l'on pouvait voir des éléments contenant des granulations α au centre, et des granulations γ à la périphérie ; d'autres, basophiles à un pôle et éosinophiles à un autre, d'autres, enfin, où prédominaient les granulations α et qui sont peut-être à identifier avec les *cellules cyanophiles* de Malloizel. Cette éosinophilie pleurale un peu particulière se doublait d'éosinophilie sanguine.

c. L'éosinophilie locale a encore été signalée à la période terminale des *pleurésies typhique*, *pneumococcique et tuberculeuse*.

d. Dans un cas de *pleurésie cancéreuse*, MM. Rieux et Savy ont constaté une grosse éosinophilie locale dont l'apparition a semblé coïncider avec l'envahissement de la plèvre par le néoplasme.

e. Resterait encore à parler des *pleurésies hémorragiques*. Nons les retrouverons au chapitre des affections hémolytiques.

3° **Parasitoses diverses.** — *a*. L'éosinophilie locale, dans les *kystes hydatiques* a été signalée, pour la première fois, par M. Sabrazès, et retrouvée, depuis, par de nombreux auteurs, au premier rang desquels il faut citer surtout M. Chauffard et ses élèves, MM. Boidin et Fiessinger. Le liquide du kyste contient un certain nombre d'éosinophiles, sains ou altérés; on retrouve encore ces éléments dans la paroi, où ils se présentent sous l'aspect de mononucléaires à noyau unique, condensé, vivement coloré, situés au milieu d'amas embryonnaires ; ils manquent toutefois en cas de mort du parasite, de suppuration de kyste (Loeper) ou lorsque celui-ci reste stérile. La poche s'est-elle rompue dans le péritoine, le liquide d'ascite contient parfois les mêmes éléments (Lereboullet). Une fois même, on a trouvé une réaction myélocytaire éosinophile dans un ganglion du hile (Sabrazès et Lafon). A cette éosinophilie locale s'associe toujours, comme on sait, une importante éosinophilie sanguine.

b. Dans l'*helminthiase intestinale*, l'éosinophilie locale a été mentionnée par Leichtenstein ; les selles contiennent souvent des éosinophiles et des cristaux de Charcot; l'éosinophilie sanguine est la règle.

c. Mêmes constatations dans l'*oxyurose* et dans la *dysenterie amœbienne* (Dubreuilh, Léger, Mathis); dans la dysenterie bacillaire, par contre, l'éosinophilie locale manque toujours.

d. Dans la *trichinose*, les muscles malades sont le siège d'une infiltration éosinophilique d'autant plus accusée qu'on se rapproche davantage des régions les plus atteintes (Brown, Huebner, Schleip).

e. Dans un cas de *filariose*, M. Nattan-Larrier a constaté que les mailles du tissu conjonctif étaient occupées par de très nombreux éosinophiles.

f. Enfin, dans les *distomatoses*, l'éosinophilie locale n'est pas rare : MM. Sabrazès et Léger ont vu la muqueuse des voies biliaires infiltrée d'éosinophiles ; ceux-ci devenaient d'autant plus abondants qu'on se rapprochait davantage du parasite.

4° **Dermatoses bulleuses.** — L'éosinophilie locale a été parfois observée dans les dermatoses suivantes : *mycosis fongoïde* (Danlos), *eczéma*, *varicelle*, *zona*, *herpès*, *prurigo* (Dubreuilh), *toxidermies* consécutives à l'administration d'iodure ou de mercure, *sporotrichose* (E. Brissaud, Joltrain et Weill), mais c'est surtout dans les dermatoses bulleuses qu'elle semble le plus constante. Dans la *dermatite herpétiforme* de Dürhing-Brocq, les éosinophiles infiltrent le derme, où ils occupent le pourtour d'amas embryonnaires périvasculaires ; on les retrouve, de plus, en grand nombre dans le liquide de la bulle, où il y en avait, dans un cas célèbre, 214 sur 220 leucocytes. Lorsque la bulle s'infecte, aux polynucléaires éosinophiles se substituent les polynucléaires neutrophiles. A l'éosinophilie locale se joint souvent un certain degré d'éosinophilie sanguine. Même constatation dans la *dermatite pustuleuse* de Neumann-Hallopeau, dans certains *pemphigus*, surtout si l'on examine les bulles récentes (Griffon et Abrazzi), dans certains *érythèmes polymorphes* bulleux. M. Leredde, qui a consacré à ces questions un grand nombre de mémoires intéressants, estime que l'existence d'une éosinophilie à la fois locale et générale caractérise essentiellement les dermatoses bulleuses, et qu'il y a lieu, par suite, de considérer les affections précitées moins comme des affections autonomes que comme des formes diverses d'une même maladie. Cette ingénieuse hypothèse a malheureusement été très critiquée, car, dans les dermatoses bulleuses, l'éosinophilie sanguine n'est pas très fréquente, et l'éosinophilie locale, elle-même, est loin d'être absolument constante.

Avant de passer à un autre chapitre, signalons encore l'*épreuve du vésicatoire*, proposée par MM. Roger et Josué. Chez un individu normal, la sérosité du vésicatoire contient un grand nombre d'éosinophiles (22 à 23 p. 100). Cette formule subit, dans divers états pathologiques, des modifications quantitatives importantes ; c'est ainsi que les infections font tomber à 15, à 10, à 5 p. 100 le nombre des éosinophiles. C'est là une question sur laquelle nous reviendrons d'ailleurs plus loin.

5° **Affections hématolytiques.** — Toutes les fois qu'il se produit, en un point quelconque de l'économie, une abondante destruction de globules rouges, les éosinophiles y apparaissent. C'est dire que l'éosinophilie locale est habituelle dans l'hémothorax, où elle n'a pas été retrouvée, pourtant, par MM. Guillain et Troisier, et dans les *hémorragies méningées*, où elle est, ordinairement, tardive et éphémère (Froin).

6° **Affections non classées.** — Dans ce chapitre nous rangerons :

a. L'*éosinophilie locale intestinale*, observée dans la plupart des affections chroniques de l'intestin : entérite muco-membraneuse, sténoses cancéreuses ou non, polypes du rectum, et aussi dans une forme de diarrhée muco-purulente spéciale aux nourrissons, et qui, parfois, alterne avec l'asthme (*toxémie intestinale pseudo-typhoïde de Langstein*).

b. L'*éosinophilie du liquide céphalo-rachidien*. Dans un cas de MM. Mosny et Harvier, il s'agissait d'une méningo-encéphalite syphilitique, qui fut ponctionnée quatre fois ; l'éosinophilie, absente à la première ponction qui ne ramena que des lymphocytes, augmenta progressivement jusqu'à la dernière. Les éosinophiles se présentaient sous trois aspects : mononucléaires chargés de granulations α ; polynucléaires à noyau bilobé ; polynucléaires à noyau trilobé. Dans le cas de MM. Teissier, Duvoir et Scheffer, concernant une encéphalo-myélite aiguë de cause indéterminée, on constata, lors de la première ponction, de la polynucléose ; lors de la seconde, une éosinophilie marquée ; ultérieurement encore, de la lymphocytose.

c. L'*éosinophilie locale dans certaines productions lymphatiques* : végétations adénoïdes, polypes muqueux des fosses nasales (Leyden, Benz, Lœwski), lymphomes (Bezançon, Goldmann).

d. L'*éosinophilie locale dans les tumeurs* (Klein), sarcomes (Neusser), séminomes (Milian), épithélioma utérin, surtout infecté (Ménétrier), lipomes (Neusser), etc.

e. L'*éosinophilie locale dans les épanchements du péritoine* (Gilbert et Villaret).

f. L'*éosinophilie locale dans l'urétrite blennorragique*, signalée en 1892, par Janoski, et qui a été l'occasion de nombreuses recherches, d'ailleurs presque toujours contradictoires. Pour les uns, l'éosinophilie est un symptôme précoce ; pour d'autres, elle n'apparaît que vers la troisième semaine. Ceux-ci la trouvent augmentée, ceux-là la croient diminuée par l'orchite. La prostatite semble l'exagérer dans une notable mesure. Cette éosinophilie est parfois doublée d'une éosinophilie sanguine.

g. L'*éosinophilie locale des néphrites*. Sultan a décrit une forme de néphrite interstitielle unilatérale, manifestant surtout son existence par des coliques néphrétiques, et dans laquelle le rein était infiltré de cellules éosinophiles.

h. L'*éosinophilie locale dans les processus inflammatoires et suppuratifs* : appendicite, conjonctivite (Pascheff), pyosalpinx, pyélonéphrite.

i. L'*éosinophilie localisée aux organes lymphoïdes*, et signalée par Forster dans la *diphtérie et la tuberculose*.

II. **Eosinophilies observées chez l'animal.** — On peut schématiquement les répartir en trois groupes.

A. Eosinophilies physiologiques. — Heidenhain a signalé, il y a déjà bien longtemps, la présence de nombreux éosinophiles dans les *villosités intestinales* des chiens à la période de la digestion. D'autre part, sur des coupes de *bronche* d'un bœuf, Bonne (de Lyon) a constaté une infiltration massive des diverses couches de la paroi, mais surtout de l'épithélium, par des éosinophiles.

B. Les éosinophilies pathologiques ont été vues chez le lapin dans la *coccidiose*, chez le cheval dans les *sarcosporidies* et dans certaines *tumeurs inflammatoires*, chez le bœuf dans la *distomatose*.

C. Dans le groupe des éosinophilies locales d'origine expérimentale rentrent un certain nombre de faits disparates dont voici l'énumération.

1° Les *injections de sécrétine* ont été utilisées par L. G. Simon, d'une part, MM. Aubertin et Ambard de l'autre: à la suite de ces injections, il se produit, d'après L. G. Simon, une éosinophilie intestinale sans éosinophilie spléno-médullaire ; d'après MM. Aubertin et Ambard, au contraire, une éosinophilie spléno-médullaire persistante, sans éosinophilie intestinale.

2° L'éosinophilie locale peut être produite par certaines *substances chimiques* : cantharide, pilocarpine et surtout iodure de potassium, qui, par ingestion, provoque l'apparition d'éosinophilie dans les crachats (Labbé et Lortat-Jacob). Les sérums, surtout le sérum antidiphtérique, ont été expérimentés par L. G. Simon et M. Ménard.

3° Les *injections intrapéritonéales* ont été fréquemment utilisées, que l'on s'adresse aux *toxines insolubles* du tænia (Pöscher) [avec les toxines solubles, on provoque une éosinophilie sanguine], au *liquide hydatique* (Grosso), au *liquide provenant d'une pleurésie à éosinophiles* (Rist et Kindberg), aux *cultures de sporotrichum* (Brissaud, Joltrain et Weil), à la *toxine diphtérique* (Forster), etc.

4° On a encore eu recours aux *injections intra-oculaires* et utilisé dans ce but soit la *toxine ascaridienne* (Weinberg et Séguin), soit le *virus de la pneumonie du lapin.*

5° L'*intoxication oxycarbonée* produit une éosinophilie péribronchique.

6° Enfin on peut, par *simple variation de la concentration*, obtenir la transformation de polynucléaires neutrophiles en acidophiles (Achard et Feuillé).

*
* *

Etude synthétique des éosinophilies locales. — Nous étudierons successivement, dans ce chapitre, la valeur *diagnostique* et *pronostique* des éosinophilies locales, leur *origine* et, enfin, leur *signification.*

I. Valeur diagnostique. — Comme l'éosinophilie sanguine, mais à un moindre degré, toutefois, l'éosinophilie locale, peut, dans certaines circonstances, rendre des services au diagnostic. Voici à ce sujet quelques exemples.

Vous trouvez dans les selles un grand nombre d'éosinophiles associés ou non à des cristaux de Charcot; cela vous permet de soupçonner l'*helminthiase.*

Voici un sujet dans lequel le diagnostic de *dysenterie amœbienne* n'est pas encore confirmé. Pratiquez (Albu et Werzberg) la rectoscopie, et procédez à l'examen microscopique d'un des bouchons muqueux qui occupent la cavité rectale : même à défaut d'amibes, la présence d'éosinophiles doit vous faire penser à la dysenterie.

Vous êtes en présence d'une gomme cutanée. La constatation, dans le liquide qui s'en écoule, de nombreux éosinophiles permet d'éliminer la tuberculose et la syphilis et d'affirmer, avec réserves, l'existence d'une *sporotrichose.*

Dans la *trichinose*, la biopsie d'un fragment de muscle peut, dans les cas suspects, mettre de même sur la voie du diagnostic (Brown).

La diminution de l'éosinophilie locale, provoquée par l'épreuve du vésicatoire, aide à dépister certaines formes latentes de *tuberculose pulmonaire.*

Mais c'est surtout dans l'*asthme* que la constatation de l'éosinophilie locale rend les plus grands services. Elle suffit, en effet, à séparer l'asthme vrai, essentiel, de toutes les dyspnées à type paroxystique qui peuvent le simuler. En effet, un des grands mérites de MM. Bezançon et de Jong a été montrer que l'éosinophilie locale manque dans les crises dyspnéiques des aortiques et des urémiques, où les crachats offrent simplement le type congestif; dans l'œdème pulmonaire, où ils sont surtout formés par des exsudats séro-albumineux, et, enfin dans l'emphysème d'origine tuberculeuse. On peut donc dire que la présence d'éosinophiles dans les crachats constitue, pour l'asthme essentiel, un symptôme pathognomonique.

II. Valeur pronostique. — Elle est généralement favorable. Les pleurésies à éosinophiles sont fugaces, bénignes (Widal, Malloizel) ; les néoplasmes infiltrés d'éosinophiles ont souvent une marche lente. Dans la tuberculose, l'éosinophilie provoquée par l'épreuve du vésicatoire est d'autant plus marquée que le pronostic est meilleur. L'éosinophilie locale comporte la même signification que l'éosinophilie sanguine qui, fréquemment, veut dire convalescence. On peut donc, avec Achard, considérer l'éosinophile comme un témoin de la santé, ou plutôt déclarer qu'il caractérise des maladies peu graves (Audibert) à évolution lente, chronique (Rieux).

III. Origine des éosinophiles dans l'éosinophilie locale. — A ce sujet deux théories principales.

A. Pour les uns, l'ÉOSINOPHILE NAIT *in situ*. A l'appui de cette hypothèse, on peut faire valoir : 1° qu'il n'existe, dans les éosinophilies locales, aucune réaction spléno-médullaire (L. G. Simon) ou médullaire (Neusser) ; 2° que l'éosinophilie sanguine est inconstante, tardive, nettement secondaire ; 3° et surtout que l'on a vu, bien des fois, les éosinophiles naître sur place d'éléments divers, qui peuvent être :

1° Le *lymphocyte.* — M. Dominici avait déjà signalé la transformation de lymphocytes en polynucléaires neutrophiles. Les mêmes constatations ont été faites pour la transformation de lymphocytes en polynucléaires acidophiles dans la pleurésie (Widal et Faure-Beaulieu), dans la paroi du kyste hydatique (Chauffard, Boidin et Fiessinger), dans certains érythèmes bulleux (Griffon et Abrami), dans le liquide céphalo-rachidien d'une méningo-encéphalite aiguë (Teissier, Duvoir et Schaeffer), etc. Prenons comme exemple la pleurésie à éosinophiles si bien décrite par MM. Widal et Faure-Beaulieu. Dans une première phase, tout se passe dans la paroi pleurale ; on voit un certain nombre de lymphocytes se modifier : leur noyau sphérique se déforme, s'échancre, devient réniforme, et, finalement, se divise en deux ou trois lobes. Le protoplasma s'étale, et se charge de granulations α. Entre le lymphocyte et le polynucléaire acidophile, toutes les formes de transition peuvent

être observées. Seconde phase : les éosinophiles ainsi formés se déversent dans la cavité pleurale. Troisième : l'éosinophilie sanguine apparaît.

2° Le *polynucléaire.* — Pour MM. Mosny et Saint-Girons, le polynucléaire *basophile* peut se transformer en polynucléaire acidophile. D'après ces auteurs, ces deux variétés de leucocytes coexisteraient d'ailleurs fréquemment.

D'autres auteurs, et surtout M. Ménard, font dériver le polynucléaire éosinophile du polynucléaire *neutrophile*, et montrent, sur des coupes de trachées ou de bronches provenant d'animaux auxquels ils ont fait une injection intratrachéale de sérum antidiphtérique, par quelles phases intermédiaires passe le neutrophile pour devenir éosinophile.

3° Le *myélocyte* (Dominici).

4° Les *hématies en voie de destruction.* — Cette théorie, déjà ancienne, se fonde sur l'abondance des éosinophiles dans les foyers hémorragiques et sur les réactions chimiques communes aux granulations et aux produits de l'hémoglobinolyse. Elle a été reprise ces derniers temps par M. Leuret. Pour cet auteur, l'éosinophile n'est qu'un polynucléaire neutrophile qui se charge de produits hémoglobiniques sous forme de granulations oxyphiles.

5° Les *fibres musculaires.* — Dans un cas de MM. Sabrazès et Laffon, concernant une tumeur inflammatoire posttraumatique, on trouve un grand nombre de fibres musculaires en voie de destruction; leur sarcoplasma se chargerait de débris hémoglobiniques et se transformerait ainsi en leucocytes acidophiles, mécanisme d'ailleurs exceptionnel.

6° La *cellule endothéliale*, ainsi qu'il résulte des recherches expérimentales de Proscher.

7° Pour MM. Achard et Feuillé, les polynucléaires neutrophiles pourraient se transformer en acidophiles sous l'influence des *seules variations de concentration.*

En résumé, l'éosinophile provient habituellement d'un mononucléaire ou d'un polynucléaire.

B. L'éosinophilie locale est due a l'irritation produite par certaines toxines sur les organes hématopoiétiques et surtout sur la moelle osseuse.

En faveur de cette seconde théorie, soutenue surtout par M. Weinberg, on peut faire valoir des arguments de divers ordres.

1° On a d'abord essayé de *réfuter les arguments* invoqués à l'appui de la théorie précédente. On a fait remarquer qu'après injection de sécrétine, et contrairement aux résultats obtenus par L. G. Simon, il se produit une réaction éosinophile spléno-médullaire beaucoup plus précoce et plus marquée que la réaction intestinale (Aubertin et Ambard). On a contesté, non sans raison, l'affirmation de Neusser relative à l'absence de toute réaction médullaire dans les cas d'éosinophilie locale. Cet auteur n'a examiné, en effet, qu'un cas, et encore ses examens n'ont-ils porté que sur une moelle jaune, normalement très pauvre en cellules, comme on sait.

A la théorie de la transformation *in situ*, on a fait aussi toutes sortes d'objections. Pourquoi, s'il s'agit de transformation locale, ne trouve-t-on jamais de figures karyokinétiques? Pourquoi les éosinophiles accumulés dans les tissus sont-ils identiques à ceux du sang? Pourquoi à ces éosinophiles s'associent parfois des hématies nucléées (Wagner)? Pourquoi l'éosinophilie locale se complique-t-elle, dans certains cas, d'histo-éosinophilie viscérale?

Autres critiques adressées, celles-ci, à la théorie qui admet la transformation des diverses variétés de leucocytes les unes dans les autres. N'admet-on pas avec Ehrlich, qu'entre les mono et les polynucléaires, entre les polynucléaires neutro, acido et basophiles existe une ligne de démarcation infranchissable? D'autre part, si les éosinophiles proviennent des polynucléaires neutrophiles, pourquoi, en cas d'éosinophilie locale, le nombre de ceux-ci ne diminue-t-il pas dans le sang? S'ils dérivent des hématies, pourquoi l'éosinophilie locale manque-t-elle dans les anémies graves, la chlorose, le paludisme? Ne peut-on pas, enfin, expliquer les résultats obtenus par MM. Mosny, Dumont et de Saint-Girons par des phénomènes de dégénérescence métachromatique?

Toutes ces objections sont loin, à vrai dire, d'être décisives, et nombre d'entre elles peuvent être aisément réfutées : 1° les éosinophiles se multiplient parfois dans les tissus, soit par division simple, soit par mitose (Sabrazès); 2° les éosinophiles accumulés dans les tissus diffèrent notablement, de l'avis de tous les auteurs, des éosinophiles normaux du sang; 3° l'association, aux éosinophiles, d'hématies nucléées plaiderait bien en faveur d'une réaction médullaire; elle n'a malheureusement été trouvée que par Wagner; 4° les divisions établies par Ehrlich entre ces diverses variétés de leucocytes et même de granulations leucocytaires, ne sont pas aussi absolues que le croit cet auteur, comme le prouve l'existence des granulations amphophiles.

Quoi qu'il en soit, la théorie qui rattache l'éosinophilie locale à une réaction spléno-médullaire s'appuie sur un certain nombre d'arguments, les uns expérimentaux, les autres anatomiques.

Arguments expérimentaux. — Si, avec MM. Weinberg et Séguin, on procède à une injection intrapalpébrale de toxine ascaridienne, on produit d'abord une éosinophilie sanguine. Ultérieurement survient l'éosinophilie locale, qui évolue en deux phases : une première intracapillaire, une seconde extracapillaire; les éosinophiles disparaissent alors du sang circulant.

Arguments anatomiques. — Ils sont au nombre de trois : 1° dans la trichinose expérimentale, on observe une myélocytose éosinophile de la moelle (Weinberg); 2° de même, dans l'ascaridisme expérimental, où la moelle, de jaune, devient rouge (Weinberg); 3° si l'on procède à des examens en série, on constate que l'éosinophilie sanguine précède toujours l'éosinophilie locale (Rieux).

On a, comme toujours, essayé de concilier ces deux théories, en acceptant une théorie *mixte* qui rattache l'éosinophilie locale à l'afflux des polynucléaires acidophiles, et l'éosinophilie générale à la réaction des organes hématopoïétiques (Levaditi).

Bien qu'il soit difficile de choisir entre ces diverses hypothèses, il semble que la première doive être préférée aux autres. D'une part, en effet, le développement *in situ* est incontestable (Ménard); de l'autre, la transformation d'un élément cellulaire en un autre est conforme aux données de l'hématologie moderne et trouve sa confirmation dans ce que nous savons des métaplasies épithéliales de la tuberculose.

IV. Signification de l'éosinophilie locale. — 1° Modifiant les vieilles théories des *bioblastes* d'Altmann et des *antiphteires* d'Audibert, Ehrlich attribue aux éosinophiles un rôle spécial dans la défense de l'organisme. Pour lui, tandis que les polynucléaires neutrophiles sont surtout chargés de la lutte contre les microbes, les acidophiles interviennent dans la neutralisation de certaines substances toxiques liées à la destruction de cellules épithéliales ou épithélioïdes. Produites en certains endroits limités, ces substances attirent à elles les éosinophiles par une véritable chimiotaxie positive. Sont-elles résorbées, à l'éosinophilie locale s'associe l'éosinophilie sanguine.

En faveur de cette ingénieuse théorie, on peut faire valoir des arguments expérimentaux et anatomiques.

Les premiers ont été rapportés par Pröscher et Michaelis. Pröscher, en injectant de la toxine insoluble de tænia dans le péritoine d'un cobaye, provoque un afflux leucocytaire constitué uniquement par des éosinophiles, sans aucun neutrophile. Cela prouve que la tæniatoxine exerce un chimiotactisme positif sur les premiers, négatif sur les seconds. Michaelis constate que, lorsqu'on interrompt brusquement la lactation chez des cobayes femelles, la glande mammaire est presque aussitôt envahie par d'innombrables éosinophiles. Pourquoi? Probablement parce que la glande mammaire possède une sécrétion intense qui exerce une chimiotaxie positive sur les éosinophiles, et qui augmente d'une façon « kolossale » en cas de suppression de la sécrétion externe (Erlich).

Quant aux seconds, ils sont de divers ordres : 1° Jadassohn a vu, après injection de tuberculine, de nombreux éosinophiles infiltrer les foyers lupiques; vraisemblablement, cette éosinophilie s'explique par la destruction locale des cellules malades ; 2° l'éosinophilie locale se rencontre dans les affections où les cellules épithéliales sont le siège de processus destructifs très intenses : dermatoses bulleuses, tumeurs cancéreuses ; 3° lorsqu'un asthmatique contracte une pneumonie franche, les crachats se modifient par disparition des acidophiles et apparition des neutrophiles : cela tient à ce que les toxines du pneumocoque exercent une action chimiotactique positive sur ceux-ci, négative sur ceux-là ; 4° les crachats des leucémiques ne contiennent jamais d'éosinophiles : cela est dû à ce que, dans la leucémie, il n'y a pas production intrabronchique des substances chimiotactiques appelant les éosinophiles; 5° de même, dans les abcès qui peuvent survenir chez les asthmatiques, on ne trouve jamais d'éosinophiles; il n'y a pas, en effet, production locale de substances exerçant une chimiotaxie positive sur cette variété de leucocytes.

Le rôle de défense des éosinophiles s'exerce sans doute aussi contre certains poisons *d'origine anaphylactique*. MM. Chauffard et Boidin ont attiré l'attention sur cette éosinophilie locale que l'on observe dans le kyste hydatique du foie. Quelle est sa signification? Elle n'est pas liée à la phagocytose puisque les éosinophiles n'exercent aucune action phagocytaire sur les crochets hydatiques et qu'inversement, si l'on insère des crochets dans le péritoine, on ne provoque pas de réaction éosinophile (Chauffard et Boidin, Dévé, Loeper). Il s'agit donc d'une réaction de défense qui a pour but de protéger l'organisme contre la toxine soluble du tænia echinococcus. Cependant, à la longue, cette toxine finit par sensibiliser l'organisme. La toxicité cesse d'être *enclose*. L'éosinophilie sanguine apparaît, et, avec elle, les anticorps; la réaction de fixation devient positive. Survienne alors une rupture du kyste dans le péritoine, celui-ci, non défendu par une éosinophilie locale, se comporte comme un animal neuf, et le malade succombe à l'anaphylaxie.

On sait, d'autre part, qu'après l'intervention chirurgicale sur le kyste, l'éosinophilie sanguine baisse rapidement. Pour M. Weinberg, cela est dû à ce que l'opération favorise la résorption d'une grande quantité de liquide hydatique; cette résorption provoque un afflux considérable d'éosinophiles : l'éosinophilie locale explique, à son tour, la disparition de l'éosinophilie sanguine. Expérimentalement, en effet, par injection de liquide hydatique, on détermine une chute marquée de l'éosinophilie sanguine. Cette chute est plus marquée après la seconde injection qu'après la première, après la troisième qu'après la seconde, etc., comme s'il y avait sensibilisation des éosinophiles qui réagissent de plus en plus vite à l'action toxique. Il est vraisemblable que, chez l'homme, si l'éosinophilie sanguine disparaît vite après l'opération, c'est qu'il y a sensibilisation antérieure de l'organisme par le liquide toxique.

Dernière expérience relative aux rapports de l'éosinophilie locale et de l'anaphylaxie. Elle est due à Schlecht. Si l'on sensibilise les animaux par une injection *préparante* de sérum dans la cavité péritonéale, et si l'on pratique ensuite l'injection *déchaînante* dans la trachée, il se produit un choc anaphylactique. Eh bien! chez les animaux qui survivent, on constate un afflux d'éosinophiles dans la paroi de la trachée et des bronches. De même, dans le phénomène d'Arthus, on constate fréquemment, au voisinage des plaques de gangrène, de l'éosinophilie locale sous-cutanée.

V. Etude d'ensemble des états où l'on trouve de l'éosinophilie locale. — L'éosinophilie locale, en somme, se voit dans certains états pathologiques et physiologiques. Abstraction faite des parasitoses, on peut dire que l'éosinophilie locale *pathologique* caractérise surtout trois affections : l'asthme, les dermatoses bulleuses et certaines colites.

Dans l'*asthme*, elle répond (Bezançon et de Jong) à l'élimination paroxystique, par les bronches, de produits toxiques mal déterminés.

Dans les *dermatoses bulleuses*, même mécanisme. A certaines périodes s'éliminent, par la peau, des

substances toxiques, provoquant une éosinophilie locale. Ces substances sont *spécifiques*. En effet, si l'on applique un vésicatoire sur la peau d'un sujet atteint de pemphigus, la sérosité ne contient pas d'éosinophiles (Neusser).

Souvent, avec l'asthme ou les dermatoses dites diathésiques alternent des crises de *colite*. Ne peut-on supposer que l'organisme produit, dans des conditions mal déterminées, des substances toxiques spéciales, des toxalbumines; qu'il ne peut s'en débarrasser par les urines (le rein étant souvent imperméable dans ces cas); et que, suivant certaines affinités, peut-être passagères, il choisit, comme voie d'élimination, tantôt le tube digestif, tantôt la muqueuse respiratoire, tantôt le revêtement cutané?

Dans l'éosinophilie locale *physiologique*, il s'agit de substances chimiques spécifiques produites dans un tissu donné, et y provoquant un effet de leucocytes acidophiles. Toutes les éosinophilies locales relèvent donc du même mécanisme. Nouvel argument à invoquer pour ceux qui n'établissent aucune distinction fondamentale entre l'état pathologique et l'état physiologique, et qui pensent, avec Cl. Bernard que « ces états sont régis par les mêmes forces et ne diffèrent que par les conditions particulières dans lesquelles la loi vitale se manifeste ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1913)

Les vacances approchent, l'Académie renvoie au mois d'octobre la discussion des rapports sur la réglementation de la vente des substances vénéneuses, sur la revision de la loi Roussel et sur l'épuration des huîtres.

La tuberculose et les linges souillés. — M. Letulle expose des expériences faites par M. Chaussé qui montrent les dangers que présente la manipulation de linges infectés. Sur 50 cobayes en présence desquels des linges ou des mouchoirs ayant appartenu à des malades ont été agités, 46 sont devenus tuberculeux. Ces expériences ont également prouvé que le danger des manipulations de linges infectés ne dure guère qu'une quinzaine de jours. Il se prolonge davantage quand ces linges restent mouillés ou humides.

Les dangers de certaines tétines. — M. Lutz montre que les tétines appartiennent à plusieurs catégories. Les unes sont faites en feuille anglaise, c'est-à-dire en caoutchouc pur, vulcanisé à chaud au bain de soufre. Celles-là sont tout à fait inoffensives. D'autres sont constituées par un mélange de caoutchouc pur et de caoutchouc factice obtenu par l'action du chlorure de soufre sur les huiles siccatives; ces mélanges ne peuvent se vulcaniser qu'à froid et à l'aide de chlorure de soufre.

Les modes usuels de fabrication ne permettent pas l'élimination totale de ce chlorure de soufre qui se décompose peu à peu, lors des stérilisations successives que l'on fait subir aux tétines, en mettant en liberté de l'acide chlorhydrique.

Bien plus, lorsqu'il s'agit de tétines mélangées de factice et colorées en rouge, l'acide formé réagit sur le colorant, qui n'est autre que du sulfure rouge de mercure, et le transforme en un chlorosulfure, soluble dans les réactifs neutres et notamment dans les corps gras. Il peut donc s'ensuivre des accidents d'intoxication mercurielle chronique chez les nourrissons.

Certaines tétines, notamment les tétines transparentes, sont fabriquées en évaporant sur des moules une dissolution de caoutchouc dans la benzine. Elles se vulcanisent au chlorure de soufre et présentent par suite l'inconvénient de mettre de l'acide en liberté par stérilisation. De plus, elles renferment toujours des résidus de benzine qu'il est facile de mettre en évidence. Elles sont donc également à rejeter.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1913)

Greffes osseuses et articulaires. — M. Mauclaire apporte un certain nombre d'observations comme appoint à la question des greffes osseuses. Il a pratiqué une série de greffes :

1° Greffes pour réparer une brèche osseuse diaphysaire résultant de l'ablation d'un néoplasme ;

2° Greffes intramédullaires pour fraction diaphysaire ;

3° Greffe osseuse pour remplacer un fragment osseux atteint d'ostéite et enlevé ;

4° Greffe articulaire partielle pour ankylose du coude.

M. Mauclaire juge les résultats obtenus encore insuffisants pour juger de la valeur réelle des greffes osseuses. Il faut encore bien d'autres observations, mais, comme il le disait l'an dernier en rapportant des observations de greffe ovarienne, il ne faut pas encore actuellement exiger une grande précision sur les indications de ces greffes d'organes en totalité ou en partie, car nous ne sommes pas encore assez fixés sur leurs résultats réels ; de plus, la technique peut encore se perfectionner beaucoup grâce aux chirurgiens et aux physiologistes.

Si les faits si curieux de Küttner et de Lexer greffant avec succès des fragments articulaires pris sur des cadavres se multipliaient, ces greffes, pense M. Mauclaire, donneraient de bien meilleurs résultats que les meilleures des résections. Mais nous n'en sommes pas encore là, ajoute-t-il très sagement.

M. Lucas-Championnière fait, à propos du cas de M. Mauclaire, les mêmes remarques qu'il avait faites à propos des faits de M. Tuffier. Ces sortes de greffes osseuses ou cartilagineuses après des résections articulaires destinées à conserver le mouvement sont intéressantes à étudier au point de vue physiologique. Mais au point de vue des indications chirurgicales ce ne sont pas des pratiques qu'il faille préconiser.

Typhlo-sigmoïdostomie pour stase intestinale. — M. Pauchet (d'Amiens) apporte les résultats de son expérience personnelle sur la question. Pour lui, la stase cæcale est une complication de l'entéroptose; elle résulte de coudures et de dilatations anormales de certains segments de l'intestin, qui provoquent des résorptions toxiques, d'où l'ensemble des divers troubles nerveux, intestinaux, etc., qui expliquent la variété des diagnostics portés.

Contre la stase stercorale, il a fait trois sortes d'opérations :

a) Opérations simples : sections de brides, cæco-plicature, cæco-fixation en nombre considérable; les résultats qu'il a obtenus ont été peu appréciables;

b) 33 entéro-anastomoses : iléo-sigmoïdostomie ou cæco-sigmoïdostomie par sept procédés différents;

c) 3 résections totales ou presque totales du gros intestin : deux fois la résection s'est arrêtée au côlon descendant; une fois au côlon iliaque.

Les opérations simples : cæcopexies, cæcoplicatures et

section de brides, n'ont que peu de valeur thérapeutique ; la résection totale du gros intestin ne donne, quant à présent, aucune satisfaction; les anastomoses sont les opérations de choix, mais elles sont de valeur très inégale ; les meilleures sont les cæco-sigmoïdostomies et l'iléo-sigmoïdostomie. Ces opérations sont bénignes; les résultats éloignés ne peuvent être appréciés qu'au bout de plusieurs mois; les digestions sont meilleures, le poids augmente, la constipation, les céphalées disparaissent; le malade reprend goût à la vie ; les résultats sont bons, mais jamais parfaits; il s'agit, en effet, le plus souvent, d' « organismes déchus », avec système musculaire abdominal atrophié.

Les opérés pour constipation devront, en vue d'une guérison complète, avoir recours également à la gymnastique, à la culture physique et au massage.

Etant donné que la stase intestinale chronique ne menace pas les jours du sujet d'une façon absolue, il est de toute nécessité que le chirurgien ne pratique que des opérations bénignes qui ne fassent courir aucun risque aux malades; c'est pourquoi M. Pauchet est si peu enthousiaste des opérations élégantes comme la cæco-sigmoïdostomie en Y, qui, personnellement, lui a donné deux bons résultats, mais qui, certainement, dans une longue série d'opérations, pourrait éventuellement donner un décès.

Sporotrichose primitive de l'humérus. — M. Jeanne (de Rouen) a observé un cas de sporotrichose chez une jeune fille de quinze ans. Début par une ulcération de la face postérieure du bras, qui disparaît rapidement après quelques injections de biiodure de mercure.

Puis, douleur dans le membre supérieur et tuméfaction de la partie inférieure de l'humérus.

Traitement : 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Guérison obtenue en quinze jours. Le diagnostic avait été vérifié par l'agglutination.

M. Mauclaire fait observer qu'il s'agit d'un cas léger, mais qu'il faudra songer à la récidive possible.

Rapports. — M. Delbet fait un rapport sur un mémoire de MM. Guillot et Dehelly (du Havre) au sujet de 19 cas de *transfusion directe du sang.*

M. Launay lit un rapport sur l'*os « tibiale externum », ses rappors avec la tarsalgie et la fracture du scaphoïde tarsien*, d'après cinq observations, par M. Albert Mouchet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 JUILLET 1913)

Albumine des expectorations. — M. Roger rapporte les résultats de ses recherches sur l'albumine des expectorations.

On sait que dans les cas de bronchite simple, aiguë ou chronique, les expectorations ne renferment jamais d'albumine; qu'elles en contiennent souvent quand la bronchite est symptomatique d'une affection cardiaque ou rénale; qu'elles en contiennent toujours quand le parenchyme pulmonaire est lésé, dans la pneumonie aussi bien que dans la tuberculose.

On admet sans conteste que cette albumine provient du sang et qu'elle transsude dans le poumon malade. Les expériences de M. Roger ne cadrent pas avec cette conclusion simpliste. En injectant à des animaux, par la voie veineuse, des extraits préparés avec les expectorations de malades atteints de tuberculose ou de pneumonie, M. Roger a constamment observé un abaissement de la pression sanguine, abaissement marqué et durable, se prolongeant vingt et trente minutes. Si l'on coagule l'albumine contenue dans l'extrait, on supprime l'action hypotensive. Réciproquement en injectant des extraits de crachats dépourvus d'albumine, la pression ne subit aucune modification notable. Elle n'est pas modifiée non plus quand les crachats proviennent de malades atteints d'affections cardiaques ou rénales, alors même que les expectorations contiennent de l'albumine. Or on sait que l'albumine du sang n'influence pas la pression artérielle, tandis que l'albumine contenue dans les poumons l'abaisse. On peut donc admettre deux variétés d'albumine, expectoration ou leucoptysie; dans l'une l'albumine provient du poumon, c'est ce qui a lieu dans la pneumonie et la tuberculose; dans l'autre elle provient du sang, c'est ce qui a lieu au cours des affections cardiaques et rénales.

Richesse du nœud de Keith et Flack et du faisceau de His en fibrilles élastiques. — MM. Louis Rénon et E. Géraudel montrent qu'il existe une différence très marquée dans le réseau conjonctivo-élastique mêlé aux fibres myocardiques, selon qu'on examine le myocarde proprement dit ou le faisceau atrio-ventriculaire. Les fibrilles élastiques sont très développées au niveau de cette dernière formation ainsi qu'au niveau du nœud sino-auriculaire. Colorables par la fuchsiline de Weigert, elles permettent de différencier ces régions cardiaques au cours des recherches histologiques normales et pathologiques.

Sur la fixation prédominante du radium par le squelette. — M. H. Dominici, Mme A. Laborde et M. A. Laborde, ayant injecté un sel soluble de radium à un lapin, l'animal a été sacrifié après trente-trois jours : l'analyse a montré que le squelette retient 75 à 80 p. 100 de la totalité du radium restant à ce moment dans l'organisme.

Recherche de l'utilisation des sucres par l'analyse des gaz du sang veineux. — MM. Achard et Desbouis ont étudié l'utilisation des sucres chez l'homme par le dosage de l'acide carbonique du sang veineux avant et après l'ingestion de sucre. Ils se sont servis de l'appareil de Haldane pour l'analyse des gaz du sang. Les résultats sont suffisamment nets lorsqu'on fait ingérer 40 grammes de glycose et qu'on prend du sang dans la veine quarante-cinq minutes après. L'augmentation du gaz carbonique dans le sang indique, comme dans l'air expiré, la combustion du sucre.

Après s'être assurés par une expérience chez le chien de la valeur de ce procédé, ils l'ont appliqué à l'homme. Chez un sujet normal et chez un convalescent de méningite cérébro-spinale et un cirrhotique qui utilisaient bien le glycose, le gaz carbonique s'éleva dans le sang veineux.

Par contre, chez deux diabétiques et chez trois typhiques fébricitants qui avaient de la glycosurie alimentaire après ingestion de 150 grammes de glycose, le gaz carbonique ne monta pas dans le sang veineux.

Il y a donc là un procédé pour la recherche clinique de l'insuffisance glycolytique et cette substitution de l'analyse des gaz du sang à celle des gaz expirés peut avoir des avantages quand il n'est pas possible de recueillir dans de bonnes conditions les gaz de la respiration, en cas de dyspnée vive, de coma, de troubles psychiques, d'indocilité. Elle peut encore être utile aux expérimentateurs, parce qu'elle évite la trachéotomie nécessaire pour la mesure de la ventilation pulmonaire : elle permet donc de conserver plus longtemps les animaux et de prolonger les expériences.

Sur l'augmentation d'amplitude des postextrasystoles après les contractions supplémentaires interpolées. — MM. Busquet et Tiffeneau.

Mouvements réactionnels d'origine vestibulaire, et mouvements contre-réactionnels. — MM. J. Babinski et A. Weill.

Sur les fixateurs chromo-osmiques. — MM. Mayer, Rathery et Schœffer.

Influence de divers liquides perfusés sur la survie de la muqueuse gastro-intestinale. — D'après MM. Carnot et

DUMONT, la circulation artificielle au moyen du liquide de Locke, excellente pour l'étude physiologique de la musculeuse du tractus gastro-intestinal, ne peut convenir à l'étude expérimentale de ses sécrétions, car elle entraîne des lésions profondes de la muqueuse et notamment de l'épithélium. En rendant les liquides artificiels isovisqueux par l'adjonction de gomme ou de gélatine, on obtient de meilleurs résultats, mais encore insuffisants. Seule, la perfusion avec du liquide d'ascite, ou mieux encore avec du sang défibriné ou du sérum d'un animal de même espèce, permet la survie prolongée d'une muqueuse gastro-intestinale intacte. Cette muqueuse reste longtemps capable de sécréter. Dans l'estomac, il y a production de pepsine et de ferments lab, hydrolyse de l'amidon par reflux bilio-pancréatique. Dans l'intestin, on constate la formation d'invertine et peut-être d'érepsine.

HYDROLOGIE

LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES CHEZ L'ENFANT AUX STATIONS FRANÇAISES (1)

Par M. MAURICE SEGARD (de Saint-Honoré),
Ancien interne de l'hôpital des Enfants-Malades.

Dans la conférence très applaudie, qu'il vient de faire à l'Exposition de Gand, le docteur Segard rappelle la valeur des cures thermales comme préventives et régénératrices surtout lorsqu'elles sont pratiquées « dès le matin de la vie » et au cours des différentes affections du nez, du pharynx et des bronches : les unes, de nature arthritique, les autres, reliquats de grippe, de rougeole, de coqueluche compliquées, le plus grand nombre, telle l'adénopathie trachéo-bronchique, relevant de la tuberculose ganglio-pulmonaire latente ou fruste. La nature du terrain (lymphatique ou arthritique) a une importance capitale tant pour le pronostic que pour le choix de la cure thermale. C'est qu'en effet, comme y insiste justement le conférencier, le choix peut être difficile parmi les nombreuses et riches stations de France, bien qu'à l'heure actuelle celles-ci tendent de plus en plus à se spécialiser.

Au lieu d'adresser les enfants « à la mer » qui trop souvent les excite et donne un coup de fouet à des lésions latentes, il est préférable de les envoyer aux eaux minérales au premier rang desquelles se placent : les *Eaux arsenicales*, *La Bourboule* à 850 mètres d'altitude, dans les monts d'Auvergne, station des anémiques et des torpides; les Eaux mixtes ou sulfo-arsenicales : Saint-Honoré (Nièvre) à 300 mètres dans les monts du Morvan, eaux toniques dans la note douce, non congestives, remarquablement supportées par la muqueuse respiratoire des lympho-arthritiques et dans les adénopathies trachéo-bronchiques même fébriles; *le Mont-Dore* (Auvergne) convient admirablement aux arthritiques respiratoires.

M. Segard insiste longuement sur les indications des *Eaux sulfureuses des Alpes* (Allevard, Challes, Marlioz, Uriage, etc.); des *Pyrénées* (Ax, Cauterets, Eaux-Bonnes, Luchon, etc.), et appuyant sa démonstration par des photographies, il expose les différentes techniques de cure utilisées dans ces stations.

Pour finir, le conférencier remercie son auditoire et le monde médical belge « dont la distinction n'a d'égal que le souci de la plus large hospitalité ». S'adressant aux confrères présents, il termine ainsi : « Et si, guidés par vous, vos jeunes malades viennent demander aux stations françaises leur amélioration physique, nous nous efforcerons de vous les restituer en bonne santé et de vous donner ainsi sous une forme heureuse une nouvelle preuve de notre sympathie pour nos voisins. »

(1) Conférences médicales sur les Stations françaises faites à l'Exposition de Gand.

ARTICLES ORIGINAUX DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies vénériennes. — (N° 6, juin 1913.) HOFFMANN : Sur l'évolution lointaine de plusieurs cas de syphilis tertiaire traités par une seule injection intramusculaire de salvarsan. — ANTONELLI : Quelques notes sur les examens ophtalmologiques dans le service de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis. — HISCHMANN : Syndrome de Basedow au cours de la syphilis. — BORY : Polynévrite cranienne après le 606.

Annales médico-psychologiques. — (N° 6, juin 1913.) Paul JUQUELIER et Jean VINCHON : Les vapeurs, les vaporeux et le docteur Pierre Pomme. — G. LERAT : Délire d'interprétation avec fabulation et affaiblissement intellectuel probable. — A. REMOND (de Metz) et Roger SAUVAGE : Évolution rapide d'une paralysie générale alcoolique. — C. ROUGÉ : Un cas de folie simulée à forme stupide. De la valeur de quelques signes physiques de la stupidité au point de vue médico-légal (*fin*). — A. FILASSIER : La réforme de la loi de 1838 sur les aliénés et la commission du Sénat.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 360, 25 juin 1913.) MIRAMOND DE LAROQUETTE : Mesure radiographique des mouvements de l'épaule. — GUISEZ : Diagnostic et traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. — Heinz BAUER : Un dispositif simple pour l'examen et la démonstration du rayonnement secondaire. — P. GASTOU : La fusibilité des anticathodes dans les tubes de Röntgen. — F. OEHLECKER : La radiographie des vertèbres cervicales avec son dispositif. — DESSAUER et KÜPFERLE : Des radiogrammes des phases séparées du mouvement du cœur. — E. B. HAZLETON : Appareil radiographique transportable par automobile.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 6, juin 1913.) SÉGARD : La tuberculose ganglio-pulmonaire latente chez l'enfant. — SAVIN : Réactions vestibulaires au moyen des épreuves de Barany. — CONSTANTIN : Cure marine et héliothérapie. — HACHE : Sur un procédé simple de suture de la vessie avec cystopexie. — HAMEL : Un cas d'avortement fébrile. — MORICHAU-BEAUCHANT : La vaccinothérapie de la fièvre typhoïde d'après les travaux récents. — R. LE BLAYE : Les méthodes d'injection du dioxydiamido-arsenobenzol.

Bulletin d'oto-rhino-laryngologie et de broncho-œsophagoscopie. — (N° 4, juillet 1913.) H. LUC : De la suture systématique des piliers palatins comme mesure préventive de l'hémorragie, à la suite de l'amygdalectomie. — P. JACQUES : Tumeur tuberculeuse du larynx. — André CASTEX : Anosmies traumatiques. — Henri ABOULKER : Abcès extradural d'origine otique et paralysie du moteur oculaire externe. — MOSSÉ : Deux cas de syphilis nasale, à forme mutilante, traités par les injections intraveineuses de salvarsan et de néosalvarsan. — MOSSÉ : Simple note sur un érythème scarlatiniforme fébrile provoqué par l'enfumage iodé. — Maurice DENIS et Louis VACHER (d'Orléans) : Un cas d'ostéome des fosses nasales.

Bulletin médical. — (N° 50, 25 juin 1913.) PECH : Autour de la fièvre typhoïde. — (N° 51, 28 juin.) JANICOT : Au conseil municipal de Paris. Le libre choix pour la participation des religieuses au service hospitalier. — (N° 52, 2 juillet.) GRENIER : Procédé pratique d'hémoculture. — (N° 53, 5 juillet.) L. BROCQ : Le cautère en dermatologie. — LOIR : Au pays de l'entente cordiale. — PLICQUE : Les injections sous-cutanées d'oxygène dans les asphyxies infectieuses d'origine pulmonaire.

Clinique. — (N° 27, 4 juillet 1913.) GOUGEROT : Erythèmes infectieux. — MAUCLAIRE : Le mal perforant plantaire. — RUDAUX : Végétations ano-vulvaires pendant la grossesse.

Echo médical du Nord. — (N° 24, 15 juin 1913.) René LE FORT et BACHMANN : Des manifestations pseudo-tuberculeuses de l'hérédo-syphilis. — DELÉARDE et G. LEBORGNE : Observation d'un cas d'anémie pernicieuse à marche suraiguë avec hémorragies multiples des muqueuses de la peau, chez une enfant de huit ans. Double transfusion. Mort. — DESCARPENTRIES : Ankylose unilatérale temporo-maxillaire. Diagnostic à l'aide de la radiographie. Greffe aponévrotique pour empêcher la récidive. — (N° 25, 22 juin.) PUECH et VANVERTS : Du rôle du corps jaune dans la nidation et le développement de l'œuf chez la femme. — DUVILLIER et LEBORGNE : Quelques expériences sur la transfusion du sang. — VANHAECKE : Stérilisation des lésions syphilitiques par le néosalvarsan. — (N° 26, 29 juin.) ARSIMOLES et LEGRAND : Cancer métastatique et ostéoplastique secondaire à un cancer du sein chez une aliénée.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 24, 15 juin 1913.) SABRAZÈS et DUPÉRIÉ : Nouvelles contributions à l'étude anatomo-pathologique et microbiologique de l'hérédo-syphilis des nourrissons (*fin*). — (N° 25, 22 juin.) Roger LABEAU : De la radiothérapie des maladies nerveuses. — (N° 26, 29 juin.) J. GUYOT : Eléphantiasis nostras du membre inférieur gauche. Lymphangioplastie suivant la technique de Sampson Handley (2 fig.).

Gazette médicale de Nantes. — (N° 25, 21 juin 1913.) LEBAUPIN : Sur l'emploi systématique du sérum antidiphtérique dans les angines et quelques autres affections. — (N° 26, 28 juin.) BIAUTE : De la dépopulation.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 26, 29 juin 1913.) A. GUÉRIN : La diète hydrique chez l'adulte. — CHARBONNEL et PÉRY : Opération césarienne pour rétrécissement du bassin. Hémorragie grave. Hystérectomie subtotale. Guérison.

Revue médicale de Normandie. — (N° 11, 10 juin.) QUERTON et J. LEJEUNE : La question de l'air pur pour les écoliers des villes. — DUTOUR : Les formes cliniques de l'appendicite chronique.

Semaine gynécologique. — (N° 22, 3 juin 1913.) DELASSUS : La théorie du spéculum. — (N° 23, 10 juin.) FUNCK-BRENTANO : Rétention prolongée dans l'utérus d'un crâne de fœtus malgré deux curettages faits à un mois d'intervalle.

Semaine médicale. — (N° 23, 4 juin 1913.) F. DE QUERVAIN : Du traitement des ganglions tuberculeux et des affections tuberculeuses des gaines tendineuses, des muscles et du tissu sous-cutané. — (N° 24, 11 juin.) MANDRU : Un nouveau procédé de diagnostic du pneumothorax.

Toulouse médical. — (N° 10, 1er juin 1913.) RISPAL et LAVAU : Sur un cas de maladie de Recklinghausen. — DUCUING et MARTY : Fibrome de la paroi abdominale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'anatomie et de dissection, par H. ROUVIÈRE, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris. Préface de M. le professeur A. NICOLAS. 2 vol. in-8° de la Collection de Précis médicaux. — Vient de paraître t. II : *Thorax, abdomen, bassin, membre inférieur.* 1 vol. in-8° de 478 pages, avec 259 figures en noir et en couleurs, cartonné toile souple. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Technique clinique médicale et séméiologie élémentaires, publiées sous la direction du docteur Emile SERGENT, et avec la collaboration de MM. RIBADEAU-DUMAS, LIAN, D'HEUCQUEVILLE, FECAROTTA, S. CHAUVET, PRUVOST, HAZARD, Préface de M. Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. In-8°, 173 figures. 2 planches en couleurs. — Prix : 12 francs. — Paris, A. Maloine.

Conférences sur les accidents du travail et les affections traumatiques. 2e série : *Accidents du travail et Maladies professionnelles. Tuberculose et traumatisme. Syphilis et traumatisme. Cancer et traumatisme*, par le docteur Olivier LENOIR, médecin principal de la Compagnie Paris-Orléans. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Beurre de vache et graisse de cacao, par Jean LAHACHE, docteur en pharmacie, et Francis MARRE, chimiste-expert près la Cour d'appel de Paris et les tribunaux de la Seine. 1 vol. in-12. — Paris, Maloine.

La Syphilis expérimentale dans ses rapports avec la clinique : clartés apportées par l'expérimentation à la connaissance de la syphilis humaine, par H. GOUGEROT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 broch. gr. in-8° de l'Œuvre médico-chirurgical. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

L'Instabilité thyroïdienne infantile (étude clinique et thérapeutique) (*Consultations médicales françaises*, fasc. 49), par le docteur Léopold LÉVI, ancien interne lauréat des hôpitaux, lauréat de l'Académie de médecine. In-16 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

COMMUNIQUÉS

L'ARGUS DE LA PRESSE offre, dans chaque commune, des situations de grand avenir, sans quitter la région; une certaine instruction est nécessaire.

Ecrire : *Argus*, 37, rue Bergère, Paris.

L'ARGUS DE LA PRESSE est le premier bureau de coupures de journaux qui ait été fondé, non seulement en France, mais à l'étranger : il est le plus considérable de tous.

L'Argus utilise près de 150 employés à Paris et plus de 300 à l'étranger; *l'Argus* dépouille quotidiennement plus de 14000 journaux et publications et envoie chaque jour plus de 20000 coupures de tous pays.

Des autres bureaux de coupures de journaux de Paris, certains de Londres, de Berlin, de New-York, ont été fondés par d'anciens employés de *l'Argus*, qui les avait formés et éduqués.

Depuis sa formation, *l'Argus de la Presse* a envoyé plus de 2 milliards de coupures de journaux.

L'Argus édite : *l'Argus des Revues*, *l'Argus de l'Officiel*, *l'Argus des Salons*, *les Archives de la Presse*, etc.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Trains spéciaux, à prix réduits* (2e et 3e classes) *sur l'Auvergne.* — Départs de Paris, les 28 juillet, 3, 7 et 18 août.

Retour au gré des voyageurs, jusqu'au 1er novembre 1913, par tous les trains du service régulier, sans arrêt en cours de route, et sous réserve, pour l'usage des express et rapides, des conditions de parcours relatives à l'admission dans ces trains.

Les billets seront délivrés *exclusivement à l'Agence des voyages d'Auvergne*, 26, rue de la Cerisaie, à Paris; la délivrance de ces billets commencera huit jours avant le départ des trains et cessera la veille du départ.

Pour tous renseignements sur les conditions, les prix et l'horaire de ces trains, à nombre limité de places, se reporter à l'affiche spéciale ou s'adresser soit à l'Agence des voyages d'Auvergne, soit aux bureaux de ville de la Compagnie.

— *Fête de l'Assomption.* — A l'occasion de la Fête de l'Assomption, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 7 août 1913, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 21 août, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Petite Insuffisance thyroïdienne et son traitement, par les docteurs LÉOPOLD-LÉVI et H. DE ROTHSCHILD, lauréats de l'Académie de médecine (prix Mège et Barbier). 1 vol. in-18 jésus, cartonné, de 320 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Sur la demande de M. Grangier, le Conseil municipal de Paris vient d'approuver une proposition relative à la reconstruction de l'hôpital Broussais, et de renvoyer à l'administration, sur la demande de M. Petitjean, une proposition portant qu'un laboratoire et une salle de radiothérapie seront installés à l'hôpital de Berck-sur-Mer.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Les agrégés des Facultés de médecine (section d'histologie) dont les noms suivent sont attachés aux Facultés ci-après désignées :

Faculté de médecine de Paris : M. Champy.
Faculté de médecine de Lyon : M. Policard.
Faculté de médecine de Bordeaux : M. Dubreuil.
Faculté de médecine de Lille : M. Debeyre.
Faculté de médecine de Toulouse : M. Guieysse.

— Lille. — M. Combemale, professeur de clinique médicale, est nommé doyen, pour trois ans, à partir du 24 juillet 1913.

— Toulouse. — M. Florence, agrégé des Facultés de médecine (section de pharmacie), est attaché à la Faculté de médecine de Toulouse.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Un congé sans traitement, du 1er août 1913 au 31 juillet 1914, est accordé, sur sa demande, à M. Launay, chef des travaux d'histologie.

— Limoges. — M. Corvisy, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de chef des travaux physiques et chimiques pour les élèves en pharmacie.

M. Devaux, professeur d'histoire naturelle, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de chef des travaux de bactériologie.

— Marseille. — M. Aubert, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, d'un cours d'anatomie.

— Poitiers. — M. Rouchy, licencié ès sciences, pharmacien supérieur de première classe, docteur en médecine, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargé, en outre du 1er juin au 31 octobre 1913, et pour l'année scolaire 1913-1914, d'un cours complémentaire de minéralogie.

— Rouen. — M. Brunon, professeur de clinique médicale, est nommé directeur, pour trois ans, à dater du 1er décembre 1913.

— Tours. — M. Guibbaud, professeur de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

M. Villedieu, professeur de chimie et toxicologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de chef des travaux de chimie.

LE MUSEAU DE BOEUF ET LE CONSEIL D'HYGIÈNE. — Depuis quelques semaines, le conseil d'hygiène se préoccupe de la préparation du « museau de bœuf », dont on avait signalé de nombreuses falsifications.

Une commission d'hommes éminents avait été nommée : MM. Armand Gautier et Roux, de l'Institut ; Vaillard et Barrier, de l'Académie de médecine ; Martel, vétérinaire en chef de la préfecture de police.

M. Barrier, à la dernière séance du conseil, a apporté son rapport.

Pour lui, il n'y a qu'un moyen d'assurer sur tout le territoire de la République une préparation rationnelle du museau de bœuf ; c'est d'exiger que la préparation ait lieu dans les abattoirs mêmes, ainsi que le veut l'ordonnance prise par le préfet de police le 17 juin 1912.

Mais cette ordonnance a soulevé des réclamations sans nombre. Le ministre du commerce et celui de l'agriculture eux-mêmes s'en sont émus, et la question se pose aujourd'hui de savoir si on doit la maintenir.

Le conseil n'a pu se mettre d'accord sur ce point. Après une vive discussion, chacun est resté sur ses positions et la discussion sera reprise à la prochaine séance.

Le museau de bœuf peut-il espérer être enfin réglementé ?

P.

ERRATUM. — Dans la Revue générale, p. 1370, 1re col., ligne 38, lire *interne* au lieu d'*intense*, et p. 1371, 1re col., ligne 19, lire *afflux* au lieu d'*effet*.

RENSEIGNEMENTS

CLINIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES COLITES CHRONIQUES GRAVES ET DES FORMES GRAVES DE LA CONSTIPATION

Par M. Albert MATHIEU (1),
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Il convient maintenant d'exposer les indications de l'intervention chirurgicale et les résultats qu'on en peut espérer, non seulement dans le traitement des colites graves, aiguës, subaiguës ou chroniques, mais aussi dans ce qu'on a appelé les formes graves de la constipation, ce qui correspond du reste à des états morbides complexes et encore insuffisamment déterminés.

Dans son rapport au Congrès de chirurgie en 1911, Segond a écrit ceci (2) :

« L'opportunité de l'opération n'est point subordonnée à la variété de la colite ; ce qui la conditionne exclusivement c'est, avec la réelle gravité du cas, l'échec avéré d'un traitement médical bien dirigé. »

Dans cette phrase il n'y a qu'un mot dont je sois tenté de contester l'exactitude : c'est « exclusivement ». En effet, il y a d'autres éléments qui conditionnent l'intervention que l'échec du traitement médical : c'est la gravité de l'opération et ses résultats éloignés.

Segond énumérait trois catégories de faits dans lesquels on devait réclamer l'intervention opératoire :

A. Les colites graves dysentériformes, hémorragiques ou ulcéreuses.

B. Les colites muco-membraneuses ou muqueuses.

C. Les formes graves de la constipation.

Les moyens chirurgicaux ont surtout été étudiés par les chirurgiens et ceux-ci — Segond le déclarait avec une modestie méritoire — ne connaissaient pas toujours suffisamment les variétés de colite auxquelles ils avaient affaire. Ils étaient d'ailleurs parfaitement excusables, les notions acquises par les médecins sur ces questions à l'étude étant encore insuffisantes et lacunaires.

Il me sera donc impossible de donner ici des indications définitives ; je me bornerai à m'efforcer de fournir des données suffisantes pour suivre le mouvement actuel et pour prendre parti dans les conditions les mieux caractérisées, qui sont aussi les plus graves.

Ces opérations consistent, on le sait, dans l'établissement d'une *bouche artificielle ou d'une fistule* portant sur le trajet du gros intestin, cæcum, côlon ascendant, transverse, descendant, anse sigmoïde ou d'une *iléo-colostomie*.

Nous avons vu précédemment, et je me contente de le rappeler ici brièvement, la série des interventions faites en cas semblable. Ce sont les suivantes :

Bouche artificielle établie sur le cæcum, sur le côlon ascendant, le côlon transverse et le côlon descendant ;

L'anastomose d'un segment de l'intestin avec un autre segment sous-jacent, et plus particulièrement l'iléo-colostomie ou l'iléo-sigmoïdostomie ;

La résection de la partie supérieure du côlon après établissement d'une anastomose iléo-sigmoïdienne ;

L'appendicostomie ou son succédané, la fistule cæcale.

Chemin faisant, nous rencontrerons encore l'iléo-sigmoïdostomie avec plicature de l'angle hépatique du côlon pratiqué avec succès par Wilms et de Quervain dans le traitement de la forme cæcale de la constipation.

Voilà les ressources chirurgicales dont on peut disposer. Dans quelle mesure convient-il d'en user ? Il serait prématuré de donner des conclusions fermes à propos d'une question dont l'étude est à ses débuts. J'ai moins ici la prétention de la résoudre que de la poser nettement.

Indications de l'intervention opératoire. — Dans les colites dysentériformes, hémorragiques ou ulcéreuses, qui ont surtout prêté à ces opérations, il faut distinguer des formes aiguës et des formes subaiguës et chroniques.

Dans les formes aiguës, intenses, il est difficile d'avoir recours au traitement chirurgical, en raison de la gravité de l'état général, de la fièvre élevée, de l'intensité des phénomènes d'entérite et de la faible résistance du malade. Toutefois, l'appendicostomie, en raison de sa bénignité, pourra, dans des cas de ce genre, être beaucoup plus facilement réalisée que la cæcostomie.

Dans les formes subaiguës et chroniques, il est bon, avant d'en venir à l'intervention, d'essayer un traitement médical méthodique et suffisant. Qu'il me soit permis de rappeler les méthodes que nous employons habituellement avec le docteur Friedel. Nous faisons des lavages intestinaux d'une solution de nitrate d'argent à 0g20, 0g30 p. 1 000 ; un ou deux lavements par jour sont ainsi prescrits. En même temps, nous donnons le Kohsam à l'intérieur à la dose de huit à douze graines, ou d'un nombre égal de comprimés.

On peut aussi, s'il existe des érosions, des ulcérations de la partie inférieure du gros intestin, constatables par la rectoscopie, avoir recours aux pansements directs avec les préparations à base de dermatol dont nous avons donné la formule.

Il est assez difficile de fixer le terme de cet essai de traitement médical ; il est naturellement variable suivant les cas. Quoi qu'il en soit, une fois la période aiguë terminée, si les accidents locaux persistent et si le malade continue à s'affaiblir, il est légitime d'intervenir.

---

(1) Leçon recueillie par M. Girault, interne du service, et revue par M. A. Mathieu. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 3 juillet 1913, n° 75, p. 1221 ; 15-17 juillet, n° 80, p. 1295 et 22 juillet, n° 82, p. 1326.

(2) P. Segond. Traitement chirurgical des colites chroniques, *IIIe Congr. de la Soc. internat. de chir.*, Bruxelles, sept. 1911.

Qu'a-t-on fait dans ces cas? La plupart du temps, nous le savons déjà, on a eu tout d'abord recours à un anus cæcal pour mettre le côlon au repos.

Plus tard, on pratiqua l'appendicostomie ou la cæcostomie valvulaire qui donnèrent de bons résultats même dans les cas les plus graves.

Une observation rapportée par M. Segond et concernant un malade de M. Jacob au Val de Grâce montre d'une façon très nette la véritable résurrection qu'on peut quelquefois obtenir dans des cas graves, médicalement incurables.

Il s'agit d'un soldat de trente et un ans, entré au Val de Grâce le 9 mars 1911 avec des accidents péritonéaux fort inquiétants (douleurs, vomissements avec brusque réapparition des selles dysentériques typiques à raison d'une selle toutes les demi-heures au cours de la convalescence d'une dysenterie fort grave, contractée au Tonkin en septembre 1909). L'application de glace sur le ventre, la diète absolue et les injections de sérum ayant amené la sédation des symptômes, l'appendicostomie fut pratiquée le 20 mars. Les lavages commencés deux jours après furent continués tous les jours pendant la première quinzaine, puis tous les deux jours. Le liquide utilisé a été de l'eau bouillie, puis une solution de nitrate d'argent à 1 p. 4000, mais la solution argentique étant mal supportée il a fallu revenir très vite à l'eau bouillie.

Dès les premiers lavages, l'amélioration a été manifeste, et, lorsque l'opéré a été présenté deux mois et demi après l'opération à la Société de chirurgie, voici quel était son état. Ici je transcris textuellement, car on pourrait, en vérité, dire que la fin de cette observation résume, au mieux, tout ce que nous savons aujourd'hui des résultats et des suites éloignées de l'appendicostomie : « Les forces et l'appétit sont revenus; le poids a augmenté de 8 kilos; l'état général est parfait. Les signes de dysenterie ont disparu; il n'y a plus de sang dans les selles qui sont redevenues moulées, et l'alimentation normale a été reprise depuis plus d'un mois. Le cæcum et l'S iliaque sont à la palpation souples, indolores; le toucher rectal n'est plus douloureux et montre une muqueuse normale. Mais il persiste au niveau de la portion gauche du côlon transverse un point douloureux à la pression et des coliques qui surviennent très irrégulièrement et se localisent au même niveau. La radiographie montre l'existence, en ce point, d'une coudure très prononcée du côlon transverse avec rétrécissement de son calibre. Il s'agit sans doute soit d'un rétrécissement cicatriciel consécutif à la guérison d'une ulcération dysentérique étendue et profonde, soit d'une adhérence due à un point de péritonite péricolique. Quoi qu'il en soit, si ces troubles persistent (et ils paraissent s'atténuer) ils seront justiciables d'une opération complémentaire (section de bride, iléo-sigmoïdostomie). Quant à la fistule appendiculaire, elle est restée perméable et continente, et par elle le malade continue à laver son gros intestin tous les deux jours. »

Il convient de remarquer qu'ici il s'agissait d'une dysenterie chronique d'origine amibienne probablement. Dans un cas semblable, il y aurait lieu d'essayer tout d'abord le traitement par les injections hypodermiques d'émétine préconisées par Roggers, et dont les recherches du professeur Chauffard ont montré la remarquable efficacité.

Les résultats sont sensiblement analogues avec la cæcostomie valvulaire, opération indiquée lorsque l'appendice n'est pas perméable. Dans ce cas, l'opération pratiquée, l'appendicostomie est une intervention simple et bénigne. Nous l'avons citée par anticipation, et, avant d'aller plus loin il est nécessaire de rechercher tout d'abord quels sont le danger et les résultats durables de la cæcostomie et de la colostomie. Les avantages de l'appendicostomie en ressortiront ensuite d'autant plus nettement.

Voici à ce propos quelques données statistiques. M. Zweig (1) cite les statistiques de Nehrkorn (2). Sur 34 cas opérés, dans quelques-uns desquels il s'agissait peut-être de tuberculose ou de dysenterie, il relève :

5 morts après l'opération;

20 guérisons (il n'est tenu compte que des sorties quelques semaines après l'opération);

6 améliorations;

3 insuccès.

Les morts dans ce relevé sont généralement survenues chez des malades opérés trop tard.

Steiner rapporte deux cas soignés médicalement pendant des années sans succès, dans lesquels l'anus cæcal fut pratiqué. Il put être fermé après six et neuf mois, et la guérison se maintenait quatre et six ans après l'opération.

Vogel cite un cas de guérison après établissement d'un anus au coude splénique; ce résultat est donné moins d'un an après l'opération.

Voici une autre statistique établie par Mummery dans son *Traité des maladies du côlon* (3).

Sur 60 cas de colites dysentériformes :

33 n'ont pas été opérés et 26 sont morts, ce qui fait un pourcentage de 78 p. 100.

Sur 27 cas opérés (cæco ou colostomie) 6 seulement sont morts, ce qui donne une mortalité de 22 p. 100.

Il convient du reste de noter que cette mortalité aurait été certainement moins considérable si l'opération n'avait pas été dans bon nombre de cas pratiquée beaucoup trop tardivement.

Mummery pense que la cæcostomie ou colostomie droite est préférable à la colostomie gauche. Sur 6 cas de colostomie gauche il a en effet relevé 3 morts et 6 succès sur 6 colostomies droites. On peut dire, il est vrai, que ces chiffres sont peu considérables, et par conséquent insuffisamment démonstratifs.

Au bout de combien de temps peut-on fermer la bouche cæcale? C'est un point très difficile à préciser et très variable. D'après Makins, cité par Mummery, si on ne peut fermer la bouche six à neuf mois après l'opération, on doit y renoncer, en raison, dit-il, de la rétraction qui se produit dans le côlon inu-

(1) ZWEIG. *Boas Archiv*, 1908, p. 284.

(2) NEHRKORN. Die chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa chronica, *Mitt. a. der Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg.*, Bd. XII, p. 372.

(3) MUMMERY. *The diseases of the colon*, Bristol 1910.

tilisé. Ce n'est peut-être pas là la seule raison : il faut à mon avis, tenir compte de l'atrophie beaucoup plus grande de la muqueuse intestinale sous-jacente et de la persistance des lésions ulcéreuses dans la partie inférieure du côlon.

Dans tous les cas, il faut toujours faire des essais d'oblitération momentanée avant de décider l'oblitération définitive de la bouche cæcale.

Avantages de l'appendicostomie. — L'appendicostomie est très préférable aux autres procédés indiqués plus haut en raison non seulement de la gravité moindre de l'opération, mais aussi de l'infirmité relativement peu grave qu'elle entraîne, infirmité beaucoup plus facilement supportable qu'un anus artificiel permanent et surtout qu'un anus cæcal. Il reste en effet une petite fistule, donnant lieu seulement à un petit suintement de liquide; quelquefois même l'orifice est continent; ce sont là des ennuis légers au regard des inconvénients graves de la bouche cæcale.

Sur 18 cas de colite ulcéreuse, traités par l'appendicostomie, Mummery a obtenu 17 guérisons contre une seule mort survenue cinq semaines après l'opération. A l'autopsie, on trouva dans ce cas une ulcération portant non seulement sur le côlon mais sur la partie terminale de l'iléon.

Après l'opération, on doit faire par la fistule cæcale des lavages de l'intestin. Grâce à eux, l'état local de l'intestin s'améliore rapidement. Pour ces lavages, on a employé soit de l'eau bouillie simple, soit une solution de nitrate d'argent, d'argyrol, soit encore de liqueur de Labarraque à 6 p. 1000 (Segond).

Colites chroniques simples, non dysentériformes. — En dehors des colites dysentériformes, Segond a rangé en bloc dans la même catégorie les colites muco-membraneuses et les colites muqueuses; mais il aurait lieu d'établir ici une importante distinction.

Dans une première série de cas, la colite muco-membraneuse, il s'agit de constipés avec spasme et nous savons que la grande cause de l'apparition du spasme et des membranes est l'abus des lavages. Depuis qu'on en use en France avec plus de réserve, nous avons vu le nombre de ces faits décroître et tendre à devenir aussi faibles que dans les pays étrangers. Les indications opératoires se présentent donc ici dans les mêmes conditions que pour la constipation d'une façon générale, s'il n'y a pas eu aggravation par un traitement médical mal réglé sinon nocif.

Dans les colites muqueuses, au contraire, il n'y a pas constipation, mais des selles molles, en purée, en tas. La tendance ici est, non pas vers la constipation, mais vers la diarrhée. Ce que donnerait l'intervention chirurgicale dans ces cas, personne, à ma connaissance, ne peut le dire à l'heure actuelle. Les chirurgiens n'ont jamais, je crois, établi de différence entre ces deux catégories de faits ordinairement confondues, et il y a là une cause d'incertitude et de malentendu. On a rapporté des cas de colite muco-membraneuse traités par l'établissement d'un anus cæcal, quelquefois guéris, quelquefois donnant lieu à des rechutes, à la fermeture de l'anus. Le danger, d'après les données réunies par M. G. Labey (1), serait le retour de la constipation qui entraîne de nouveau à sa suite des phénomènes de colite.

Dans la plupart des cas de colites muco-membraneuses graves les malades présentent un fond nerveux très marqué; ils s'étudient, s'alimentent insuffisamment par peur de souffrir. Dans un certain nombre de faits, ces phénomènes nerveux ont pu disparaître après l'intervention, mais ils peuvent reparaître à l'occasion d'une reprise des accidents. On peut considérer, du reste, le nervosisme marqué comme une véritable contre-indication à l'intervention chirurgicale.

Traitement chirurgical de la constipation chronique. — J'en arrive maintenant au traitement chirurgical des formes graves de la constipation chronique.

L'étude de la constipation chronique et de son traitement chirurgical a été l'objet de nombreuses publications, en Angleterre et en Allemagne surtout (2).

Frankel en Allemagne avait pratiqué l'iléo-sigmoïdostomie avec des résultats satisfaisants. Massel Moullin a été le premier à établir l'iléo-sigmoïdostomie en 1901. Puis vinrent les opérations plus nombreuses faites surtout en Angleterre par Arbuthnot Lane (3). Le professeur Lejars leur a récemment consacré une très intéressante revue critique (4). Le terme employé par Lane est stase colique, au lieu de constipation chronique. « Ces malades, écrit un de ses élèves, Chapple, ont des maux de tête fréquents, des crises de nausées suivies ou non de vomissements, quelquefois même des vomissements de sang; ils ont froid aux extrémités, accusent des douleurs musculaires généralisées, de l'amaigrissement, de l'apathie morale allant parfois jusqu'à la torpeur. »

Lane et ses élèves ont cité des phénomènes généraux ou des accidents localisés à distance au moins inattendus comme de la mammite chronique, de la dégénérescence kystique du sein. Les phénomènes d'intoxication retentissent sur le cœur, les vaisseaux,

(1) G. Labey. *De l'intervention chirurgicale dans les formes graves de colites rebelles*, Th. de Paris, 1901-1902.

(2) Dans le cadre de la constipation chronique ou de la stase colique, on a, je le répète, rangé des cas dissemblables, dont l'étude demanderait à être soigneusement dissociée. On y retrouverait sous des appellations différentes des faits étudiés en France à propos de la constipation spasmodique, de la colite muqueuse, de la colite muco-membraneuse et des réactions coliques, et on aurait ainsi beaucoup moins l'impression qu'il s'agit de syndromes inconnus des médecins français. Il y aurait lieu du reste de reprendre plus largement cette revue critique. L'exposé sommaire actuel dans lequel, en raison de la date à laquelle il a été fait, il n'a pu être tenu compte des publications ultérieures de Pierre Delbet, de Lenormand et de G. Lardennois, n'a nullement la prétention d'être ni complet, ni définitif. Nous nous proposons de revenir prochainement sur ces questions fort intéressantes de pathologie, de diagnostic et de traitement.

(3) Arbuthnot Lane. Le traitement opératoire de la constipation chronique, *The Practitioner*, LXXXIV, mai 1910, 684-700.

(4) Lejars. La stase intestinale chronique, *Semaine méd.*, 1911, p. 241. — Voir aussi l'intéressante revue sur la constipation chronique et son traitement chirurgical, publiée par M. Perdoux, élève de M. Lejars, dans les *Archives médico-chirurgicales de province*, n° 5, mai 1913. On y trouvera une série d'indications bibliographiques.

les reins : quand on fait intervenir l'intoxication générale on peut tout attendre et tout expliquer, provisoirement tout au moins.

Nous connaissons ces malades en France, nous aussi, mais nous les classons différemment. Ce sont des constipés chroniques plus ou moins névropathes, avec spasme douloureux et phénomènes de réaction colique, débâcles plus ou moins espacées, et phénomènes paroxystiques d'auto-intoxication. Je serais volontiers tenté de croire que nous avons poussé plus loin que nos voisins l'analyse des éléments séméiologiques et des facteurs pathogéniques de ces divers syndromes, quoi qu'il en paraisse au premier abord.

D'autre part, cette question de constipation chronique grave se confond avec celle de l'entéroptose, elle se lie encore à l'histoire de la dilatation du cæcum et du cæcum mobile dont la notion a été introduite en médecine par Wilms, de Bâle. Cet auteur pense que nombre de faits attribués à l'appendicite chronique sont dus en réalité au cæcum mobile, à son élongation qui le fait se couder en rendant ainsi permanente la stase des matières accumulées dans sa cavité.

Dans un travail récent sur la constipation grave et ses rapports avec l'entéroptose et la dilatation du cæcum, Stierlin (1), assistant de Wilms et de de Quervain, soutenait récemment qu'il fallait distinguer plusieurs catégories de faits :

1° La constipation par stase au niveau du côlon pelvien ou de l'ampoule rectale, circonstance qui ne se prête guère à l'intervention chirurgicale;

2° La constipation ascendante, dont le siège est le cæcum et le côlon ascendant; dans ce cas, vingt heures après un repas bismuthé, l'angle hépatique n'est pas dépassé.

Cette dernière forme serait justiciable de l'iléo-transversotomie; de plus, la première partie du côlon transverse doit être soudée au côlon ascendant de façon à accentuer l'angle hépatique à angle très aigu, à fixer cette plicature, et à empêcher ainsi les matières de refluer du côlon transverse dans le cæcum et à le distendre. Les gaz et les liquides peuvent au contraire passer facilement du cæcum dans le côlon.

Stierlin rapporte cinq opérations de ce genre faites par Wilms et deux faites par de Quervain. Il n'y eut aucun cas de mort. Au bout de deux semaines après l'opération survinrent des selles spontanées, elles étaient encore régulières et quotidiennes quatre semaines après l'opération. Ces résultats s'étaient maintenus pour les premiers opérés au bout d'un an après l'opération.

Cette intervention moins grave serait donc préférable à l'iléo-sigmoïdostomie suivie de résection du côlon.

V. Beck a établi l'iléo-sigmoïdostomie dans six cas, dont deux pour colite ulcéreuse. Il supprime le côlon en entier, le considérant comme un organe inutile et dangereux, en voie de régression naturelle, ainsi que le démontre l'existence de l'appendice qui ne serait qu'une partie du cæcum en voie de régression!

Lane, dans 28 cas avec résection du côlon aurait eu sept morts, ce qui donne une mortalité de 25 p. 100; c'est beaucoup même pour la cure de la constipation rebelle et grave.

Les résultats obtenus par ce chirurgien se seraient du reste améliorés par la suite. D'après le professeur Lejars, il n'aurait eu, dans une série plus récente d'interventions, qu'un seul cas de mort sur seize iléo-sigmoïdostomies. Ce cas de mort serait dû à la rupture intrapéritonéale d'un abcès de la paroi, sept jours après l'opération.

Le shock serait presque nul ; il y aurait disparition des accidents, pas de diarrhée persistante; quelquefois seulement quelques douleurs dues à des adhérences postopératoires se feraient sentir dans la fosse iliaque droite après résection cæcale.

Je n'ai qu'une expérience personnelle très restreinte du traitement de la forme grave de la constipation. Il s'agissait d'une malade, atteinte antérieurement d'un ulcère gastrique, chez laquelle l'estomac ne supportait que le lait, mais chez laquelle aussi le régime lacté provoquait de la constipation et de la colite paroxystique. Elle mourut de péritonite huit jours après l'établissement de l'iléo-sigmoïdostomie.

Cette observation malheureuse ne me suffit certes pas pour condamner la méthode. En tout cas, en présence du danger toujours possible d'une intervention de ce genre, il convient de ne l'appliquer qu'à des cas définitivement rebelles au traitement médical et en présence d'accidents généraux réellement graves.

Ce qui ressort en tout cas de la revue que nous venons de faire, ce sont les avantages de l'appendicostomie qui est une opération de peu de gravité. Elle peut être souvent, comme le disait justement Segond, un adjuvant de la thérapeutique médicale. Elle ouvre, aux lavages faits de haut en bas, une voie étroite mais suffisante pour obtenir parfois de merveilleux résultats. La fistule, même persistante, ne constitue qu'une infirmité minime et facilement acceptable.

Dans quelle mesure serait-elle efficace dans des cas dits de constipation chronique, de colite muqueuse, d'alternatives de constipation avec diarrhée, de stase cæcale avec phénomènes d'intoxication générale et de réactions coliques graves? Il nous est impossible de le dire ; et il semble même que l'essai n'en ait pas été fait dans des faits de ce genre, et que, par une sorte de paradoxe, on n'ait pas mesuré la gravité de l'intervention à celle de la maladie.

(1) Stierlin. Sur un nouveau traitement opératoire de certains cas de constipation rebelle simulant l'appendicite chronique. *Mitteil. aus der Grenzg. d. Med. u. Chir.* XXIII, 3, 1911, 509-530, 9 figures.

CONGRÈS DE PÉDIATRIE NÉERLANDAISE

(Groningue, 18-19 juillet 1913)

L'Association Néerlandaise de Pédiatrie vient, pour la première fois, de se réunir en Congrès. Il nous a semblé bon de donner, de ce Congrès, un bref compte rendu. D'une part, en effet, toutes les communications et discussions ont eu lieu en français ; d'autre part, la *Société de Pédiatrie* avait reçu, de sa cadette, une invitation officielle, et notre pays se trouvait, là-bas, brillamment représenté par le professeur Hutinel, par MM. Apert, Jean Hallé, P. Nobécourt, Paisseau, L.-E. Tixier, Veau (de Paris), et par le professeur Crespin (d'Alger).

* * *

Peu de communications, mais toutes intéressantes. La première, faite par M. Nobécourt, au nom de M. Maillet et au sien, concerne la **cachexie azotémique des nourrissons.** Chez les athrepsiques, l'urée du liquide céphalo-rachidien est toujours très augmentée, tandis que, chez les nourrissons atteints de cachexie tuberculeuse, syphilitique, etc., elle est généralement diminuée. L'azotémie constitue donc le véritable substratum chimique de l'athrepsie, que l'on peut aujourd'hui définir une cachexie azotémique.

Une communication de M. Babonneix sur les **rapports de l'hérédo-syphilis avec les encéphalopathies infantiles** devient le point de départ d'une discussion animée. Pour M. le professeur Hutinel, le terme de parasyphilis nerveuse englobe des faits disparates, parmi lesquels il faut citer les anomalies de développement du cerveau et certaines infections intercurrentes. M. le professeur Crespin parle des infections survenues chez des paludéens et que l'on attribue à tort au paludisme; il établit ainsi un rapprochement entre le paraludisme et la parasyphilis. M. Babonneix rappelle combien la signification du terme *parasyphilis* a varié depuis Fournier, et pense que nombre de faits englobés jadis sous cette dénomination relèvent, en réalité, de la syphilis elle-même.

De M. Haverschmidt, une étude très documentée sur le **traitement des troubles digestifs d'origine toxi-infectieuse, chez les nourrissons**, et, particulièrement, sur le régime de Finkelstein. A la discussion qui suit prennent part MM. Nobécourt, Huet, Scheltema. On est à peu près d'accord pour admettre que le régime de Finkelstein ne donne pas que des succès. Les idées de cet auteur ont, d'ailleurs, suffisamment varié. S'il est vrai qu'en toute chose il faille la manière, laquelle est celle de Finkelstein, demande M. Nobécourt : la première ou la seconde?

Les **tumeurs de l'épiphyse** ne sont pas très fréquentes. M. van der Heide en a observé un cas curieux. Il s'agit d'un petit garçon de quatre ans, hydrocéphale et diplégique, et chez lequel les organes génitaux ont pris, depuis peu de temps, un développement extraordinaire. Le diagnostic a pu être établi par la radiographie. Celle-ci a montré, dans la région de l'épiphyse, une opacité qui correspond sans doute à la tumeur. Il y a des chances pour que celle-ci soit un tératome. A ce sujet, M. Apert rappelle un cas analogue, concernant une jeune fille de quatorze ans, chez laquelle l'examen anatomique montra l'existence d'une tumeur épiphysaire ayant produit la dilatation : 1° du ventricule médian; 2° du diverticule de celui-ci qui s'enfonce dans la selle turcique; d'où ultérieurement, compression de l'hypophyse. Pour M. Apert, les tumeurs épiphysaires n'aboutiraient au gigantisme génital que par destruction totale de cette dernière glande.

M. Nobécourt communique le résultat de recherches, poursuivies avec M. Gaulier, sur l'**élimination urinaire du salicylate de soude chez les enfants.** Chez les enfants normaux ou rhumatisants, l'élimination commence pendant la première demi-heure et se termine de la dix-huitième à la vingt-sixième heure. Pendant les premières phases de l'élimination salicylée, l'élimination des chlorures est diminuée. Dans les néphrites hydropigènes, l'élimination du salicylate est légèrement retardée, mais la rétention chlorurée est plus accusée. Ces modifications de la fonction rénale sont des plus légères et n'entraînent pas, comme conséquence, la suppression de la médication salicylée. Dans les néphrites albumineuses simples, aucune modification. L'ingestion simultanée de bicarbonate et de salicylate ne semble pas troubler l'élimination de ce dernier.

La **rougeole des nourrissons** est considérée comme exceptionnelle par les classiques. M. Sheetman a eu l'occasion d'en observer plusieurs cas, sévissant sous forme épidémique. Il insiste sur les exanthèmes prodromiques, et plus encore, sur le caractère fruste de l'éruption, qui explique la facilité avec laquelle peut, dans une crèche, se propager la maladie. M. Hallé croit avoir noté que la rougeole est moins fréquente chez les enfants nourris au sein, ce qui tient sans doute à ce que l'immunité maternelle se transmet au fœtus. Pour M. Hutinel, cette immunité est réelle, mais disparaît rapidement. Quant aux exanthèmes, ils sont souvent en rapport avec une infection secondaire. D'après M. Crespin, la rougeole des nourrissons se complique souvent de diarrhée.

M. Scheltema rapporte un cas de **pyélite à coli-bacille guéri par la médication alcaline.** A ce sujet, M. van der Heide fait remarquer qu'il y a des urines alcalines sans coli; M. Hallé, que ces pyélites avec urines alcalines sont le fait d'associations microbiennes dans lesquelles les anaérobies jouent le rôle principal; M. Hutinel, que la maladie dure toujours très longtemps, quel que soit le traitement suivi.

La **pathogénie de l'ictère des nouveau-nés** est encore très discutée, et l'on ne sait encore laquelle doit prévaloir, des théories hématogène ou biliaire. M. Gorter (de Leyde) a repris la question. Pour lui, dans l'ictère des nouveau-nés, il n'y a pas de fragilité globulaire; bien au contraire la résistance des hématies est légèrement augmentée. La technique de Donath-Landsteiner ne permet pas de déceler la présence, dans le sérum, d'hémolysines : l'origine hémolytique de cet ictère reste donc à démontrer. M. Gorter n'a pas retrouvé non plus l'état laqué du sérum décrit par M. Leuret. Par contre, il a constaté, dans presque tous les cas une augmentation de bilirubine dans le sérum. M. Tixier observe que le fait de ne pas trouver d'hémolysines libres dans le sérum, ou de ne pas constater de fragilité globulaire, ne suffit pas à éliminer l'hypothèse d'ictère hémolytique. Il y a des hémolyses d'origine splénique (Gilbert). L'ictère du nouveau-né se rapproche beaucoup plus, en effet, d'un processus hémolytique que d'une affection biliaire.

M. L.-E. Tixier étudie les **méthodes récentes de diagnostic et de traitement de l'hérédo-syphilis, chez le nourrisson.** Pour lui, la réaction de Wassermann possède une valeur diagnostique de premier ordre, à condition que l'on utilise, sans aucune modification, la technique de Wassermann. Elle peut être positive dès les premiers jours de la vie; souvent, elle est d'abord légère, puis franchement positive; dans la syphilis latente, elle devient généralement positive une semaine avant l'apparition des manifestations contagieuses. En cas de doute, la recherche des anticorps spécifiques dans le sérum doit être faite en série.

La réaction de Wassermann étant fréquemment positive chez des femmes indemnes en apparence de toute syphilis, il y a lieu de se demander ce qui reste des lois de Colles-Baumès et de Profeta. Sans doute, ces femmes se trouvent en état

d'infection atténuée, latente, et sont justiciables du traitement spécifique. Le mercure constitue le médicament de choix dans l'hérédo-syphilis; le 606 ne donne de bons résultats que si on l'introduit dans l'organisme maternel, pendant la grossesse, sous forme d'injections veineuses, suivant la technique conseillée par M. Jeanselme.

M. J. Hallé a vu une jeune fille qui présentait, depuis la naissance, une sorte de fissure superficielle allant de l'oreille droite à l'extrémité interne de la clavicule, du même côté. En certains points, les bords de cette fissure présentent une tendance nette à former des papillomes. Il s'agit d'un **branchiome cutané**, qui pourrait bien, à un moment donné, subir la dégénérescence épithéliale. Malheureusement, les parents se refusent à toute intervention.

M. Huët étudie l'influence de l'**hygiama lactogène sur la sécrétion lactée**.

M. P. Nobécourt fait une conférence très goûtée sur l'**hygiène sociale et collective des enfants**. Il étudie les moyens de réaliser l'hygiène individuelle dans les cas où l'on ne peut compter sur la Société, indique comment il faut surveiller la santé des enfants qui vivent loin de leurs familles ou dans des groupements, édicte les règles à suivre aux différents âges et termine en exposant l'état actuel de l'hygiène infantile en France.

M. Paisseau rapporte l'observation d'un nourrisson de six mois qui fut pris, au cours d'un eczéma étendu et rebelle, d'accidents infectieux extrêmement graves. Cette observation de **septicémie cutanée chez un nourrisson** présente quelques particularités intéressantes : tout d'abord une hyperthermie excessive, la température ayant atteint très rapidement le chiffre exceptionnel de 43 degrés ; cependant, bien que la température se fût maintenue pendant trois jours au-dessus de 41 degrés, le petit malade guérit, l'amélioration ayant coïncidé avec l'apparition d'un foyer suppuratif étendu de la paroi abdominale que l'on pouvait considérer comme un abcès de fixation. L'incision de l'abcès permit de constater, par l'inoculation et l'examen direct du pus, la présence de staphylocoques dorés.

Ces constatations bactériologiques confirment les résultats obtenus par MM. Hutinel et Rivet qui ont démontré par l'ensemencement du sang la nature infectieuse des accidents, le plus souvent mortels, d'évolution aiguë et parfois même suraiguë, qui surviennent, dans certaines conditions, chez les enfants très jeunes atteints d'eczéma généralisé.

***

Aux discussions théoriques s'entremêlent les démonstrations pratiques. M. Scheltema fait défiler devant nos yeux de très belles projections représentant une myopathie, une atonie musculaire d'Oppenheim, un myxœdème, des pylorospasmes, diverses dermatoses. Nous visitons ensuite le petit hôpital modèle réservé aux maladies d'enfants, les services de l'université, et le magnifique laboratoire de physiologie, que dirige le professeur Hamburger, aidé de plusieurs assistants, parmi lesquels nous avons la joie de reconnaître un Français de France, le fils du regretté Quinquaud.

***

Les « travaux » de tout Congrès qui se respecte comportent toujours un certain nombre de distractions. Le Congrès de Groningue n'a pas fait exception à la règle. Réception au « café Riche », visite du musée, excursions aux environs, dîners champêtres, rien n'a été épargné pour nous plaire. Aussi le professeur Hutinel nous a-t-il semblé particulièrement bien inspiré lorsque, répondant à une fine allocution de M. Scheltema, il a, en termes heureux, exprimé à nos collègues hollandais toute la joie que nous avait causée leur cordial accueil, et tous les vœux que nous formions pour leur pays et pour eux-mêmes.

***

Voilà terminé le premier Congrès de Pédiatrie néerlandaise. Adieu Groningue, ville aimable, où les automobiles sont à peu près inconnues, où il pleut moins que dans le reste de la Hollande, où toutes les femmes sont gracieuses, tous les hommes spirituels! L'impression que tu nous laisses est si poétique qu'elle risque d'effacer toutes celles que nous pourrons ressentir désormais. C'est ainsi qu' « une première odeur, respirée jusqu'à l'enivrement, empêche l'odorat de sentir ensuite une corbeille des mêmes fleurs ».

L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 JUILLET 1913)

Anémie pernicieuse cryptogénétique avec hémolysinhémie et fragilité globulaire alternantes. Présence constante de l'isosensibilisatrice dans le sérum. Résistance à l'action de la sensibilisatrice hémolytique des hématies provenant d'individus dont le sérum est doué de propriétés isolytiques. — MM. F. Widal et R.-J. Weissenbach. L'étude systématique des propriétés lytiques du sérum et de la résistance globulaire, chez une femme de cinquante-cinq ans atteinte d'anémie pernicieuse cryptogénétique de type métaplastique, leur a permis de relever plusieurs particularités intéressantes sur les rapports des propriétés humorales et globulaires et l'évolution de la déglobulisation.

On notait par intermittence l'existence d'une isolysine dans le sérum et l'apparition de fragilité globulaire. Il existe dans cette observation un parallélisme rigoureux entre l'apparition de la fragilité globulaire aux solutions hypotoniques de chlorure de sodium et les poussées de déglobulisation. L'apparition de la fragilité globulaire alterne avec la présence de l'isolysine dans le sérum. Toutefois la disparition du pouvoir hémolytique du sérum coïncidant avec l'apparition de la fragilité globulaire, ne peut être, dans ce cas, un argument en faveur de la fixation de l'hémolysine libre sur les globules ainsi fragilisés. Une technique appropriée permet de déceler, même à ce moment, la présence dans le sérum de la sensibilisatrice hémolytique.

En étudiant les propriétés hémolytiques du sérum de notre malade sur différents échantillons de globules rouges humains, nous avons pu mettre en évidence le fait suivant, vérifié pour toute une série d'autres cas : les hématies provenant d'un individu, dont le sérum possède, au même moment, des propriétés isohémolytique ou isosensibilisatrice ne sont pas hémolysées par le sérum d'autres individus présentant mêmes propriétés. Il ne semble pas exister de rapport direct entre la présence d'une isolysine sanguine, la résistance globulaire à l'isolysine et l'hyperrésistance aux solutions hypotoniques. La notion de la résistance des hématies à l'action de l'isosensibilisatrice hémolytique établit, au cours d'états pathologiques sanguins analogues, l'existence, à côté de ressemblances anatomiques, de ressemblances biologiques entre globules d'une part et sérums d'autre part, créant de véritables équilibres pathologiques.

La constante d'Ambard dans quelques états cardiaques et vasculaires. — MM. Pr. Merklen et Croissant ont recherché les modifications subies par la constante d'Ambard au cours des affections cardio-vasculaires.

Ils ont étudié, à ce point de vue, dix aortiques et dix mitraux, dont les reins paraissaient indemnes ou traduisaient leurs altérations par l'existence d'albuminurie.

Sur dix aortiques et artériels, ils ont noté neuf fois l'élévation du coefficient uréo-sécrétoire. Trois fois l'hyposystolie des sujets obligeait à faire une part à la stase rénale. Sur les six autres sujets, l'albuminurie a été notée deux fois. La participation rénale en définitive s'est révélée plus souvent par l'exagération.

Sur dix mitraux, la constante a été cinq fois exagérée, une fois il s'agissait d'une asystolique albuminurique, trois fois de mitraux compensés non albuminuriques, une fois d'un asystolique non albuminurique. La constante était normale dans les mêmes proportions pour chaque groupe de malades.

Le nombre des constantes au-dessus de la normale est plus faible chez les mitraux que chez les artériels. De plus l'augmentation de la constante n'atteint pas en général une valeur aussi élevée chez les premiers que chez les seconds.

Traitement local de l'angine de Vincent par le salvarsan. — MM. Louis Rénon et Desbouis utilisant la méthode de Achard rapportent une nouvelle observation dans laquelle l'emploi du salvarsan en applications locales faites au cinquième jour d'une angine de Vincent a donné un excellent résultat. En trois jours, on constata une chute complète de la température et la disparition de tous les signes locaux et fonctionnels.

JURISPRUDENCE

DIVORCE ET SYPHILIS

D'après la jurisprudence la communication d'un mal vénérien à l'un des conjoints peut être envisagée comme constituant une cause de divorce.

Mais il faut que la communication du mal vénérien ait eu lieu en connaissance de cause ; en effet, les excès, sévices et injures graves, n'étant une cause de divorce qu'autant qu'ils impliquent l'intervention de la volonté personnelle, il s'ensuit que la communication du mal vénérien ne peut motiver la séparation et le divorce quand elle a lieu inconsciemment et que l'époux qui a contaminé son conjoint ne se savait pas atteint ou se croyait guéri (V. Douai, 18 mars 1907, *D. P.*, 1907, 2. 294).

Le conjoint peut établir sa demande soit en produisant un certificat médical soit en faisant témoigner le médecin. Mais le tribunal doit-il tenir compte du certificat ou du témoignage ? C'est un point tout particulier du secret professionnel. Sans entrer dans le détail, il faut dire ici que la jurisprudence est très variable.

D'après certaines décisions lorsque l'intérêt du malade et celui de sa famille entrent en conflit, le premier demandant le secret, l'autre qu'il parle, le médecin a le droit de tout dire. Jugé en conséquence que l'un des époux produit valablement en justice un certificat constatant une maladie provenant d'un conjoint (Poitiers, 3 déc. 1894, *S.*, 1895, 2. 36 ; Toulouse, 10 février 1898, *D. P.*, 1899, 2. 257). D'autres décisions affirment le contraire (Cass. 19 déc. 1885, *D. P.* 1886, 1. 347 ; Douai 28 janv. 1896, *D. P.* 1896, 2. 251).

Mais le conjoint ainsi accusé a-t-il le moyen de se défendre ? Un jugement rendu par la quatrième chambre du tribunal de la Seine, le 24 juin 1913, le lui donne.

Voici les faits.

A l'instance en divorce introduite contre elle par son mari la femme voulut répondre du tac au tac. Et, à cet effet, elle imagina d'articuler que son mari était avarié. Celui-ci aussitôt protesta et, pour établir sans contestation possible qu'il n'avait jamais été atteint de cette maladie, il a eu recours à un moyen qui, pour être probant, n'en est pas moins nouveau. Il fit analyser son sang par l'Institut Pasteur.

« Attendu qu'il s'est rendu, à l'Institut Pasteur de Paris, 25, rue Dutot ; qu'un prélèvement de sang y a été fait sur lui, le jeudi 21 novembre 1912 ; que le résultat de l'analyse a été communiqué au docteur le 23 novembre suivant, et que ce certificat porte : « Monsieur le docteur, nous avons l'honneur de vous informer que l'examen du sérum de votre client a fourni un résultat NÉGATIF. Agréez, etc. » ;

Attendu qu'il est hors de doute que le mari a été gravement injurié par sa femme, laquelle, malade d'une maladie honteuse, n'a pas craint d'en imputer la partie initiale à son mari, avec une désinvolture qui n'a d'égale que son inconduite... »

Le tribunal, estimant que l'accusation portée par Mme D..., contre son mari, sans la moindre justification, constituait une injure grave, a prononcé le divorce à ses torts et griefs.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies des méninges (1), par Hutinel et R. Voisin, Klippel, Claude, Levy-Valensi.

Ce fascicule est une mise au point très heureuse de bon nombre de questions considérablement modifiées, depuis la dernière édition de cet ouvrage. Il rendra les plus grands services aux étudiants et aux médecins, en leur évitant des recherches bibliographiques longues et fastidieuses, et en leur mettant au point ces diverses questions si délicates de la pathologie des méninges.

C'est ainsi, en particulier, que l'excellente étude consacrée à la méningite cérébro-spinale épidémique condense heureusement tous les travaux de ces dernières années sur cette importante question : MM. Hutinel et R. Voisin ont su tirer le meilleur parti des documents si nombreux parus sur cette question, et la lecture de leur article est particulièrement attrayante. Il en est de même de l'excellent article consacré par M. Klippel à l'hémorragie méningée, spécialement à l'hémorragie sous-arachnoïdienne.

MM. Claude et Levy-Valensi ont étudié la pathologie des méninges rachidiennes ; nous signalons tout spécialement l'article consacré à la pachyméningite et au liquide céphalo-rachidien.

Ce fascicule est appelé à rencontrer le plus légitime succès auprès des étudiants et des médecins qui désirent se tenir au courant des questions nouvelles.

B. GAYARD.

Introduction à la chimie colloïdale (2), par le docteur Pöschl. Traduction d'après la troisième édition allemande, par C. Heymans.

Cette introduction a surtout pour but d'initier à la chimie colloïdale les étudiants et en général tous ceux qui s'intéressent à la chimie pure ou appliquée, biologique ou industrielle. D'abord mise à l'écart, la chimie colloïdale est devenue de nos jours une partie importante de la chimie physique ; elle acquiert un rôle de plus en plus considérable dans toutes les branches des sciences naturelles, depuis la médecine jusqu'à la technologie La lecture de cette introduction rendra d'utiles services à ceux qui désirent faire de cette chimie colloïdale le but de leurs recherches. La traduction est agréable à lire et l'ouvrage est très heureusement édité.

B. GAYARD.

(1) Collection Gilbert et Thoinot, fasc. XXXV. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Paris, O. Doin et fils.

FORMULAIRE

DYSPEPSIE ATONIQUE

Extraits fluides de kola, coca, quina	ãã	10g10
Glycérophosphates de Ca et Na	ãã	10g
Arséniate de Na		0g10
Sulfate de strychnine		0g03
Sirops de menthe et vanille	ãã	60g
Teinture d'orange. Q. s. p.		1000 cc.

(Rummo.)

Filtrer vingt-quatre heures après le mélange. Un verre à liqueur avant chaque repas.

Faire suivre cette prescription à la fin du repas de Papaïne (cachets ou élixir de Trouette-Perret).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine interne. — (N° 18, 30 juin 1913.) Pierre DELBET et P. MOCQUOT : Varices du membre inférieur ; indications opératoires. — PIERRET et DUHOT : Maladie de Werlhoff ; mort par inondation ventriculaire. — FUNCK-BRENTANO et ROULLAND : Deux cas de septicémie grave guéris par le sérum antistreptococcique associé à l'abcès de fixation.

Journal des praticiens. — (N° 26, 28 juin 1913.) Paul DALCHÉ : Myxœdème de la ménopause et pseudo-myxœdème. — Ch. SABOURIN : Températures orthostatiques et clinostatiques chez certains tuberculeux.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 25, 21 juin 1913.) M. D'HALLUIN : La radiothérapie en gynécologie.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 25, 19 juin 1913.) A. BAYET : Nouveau procédé d'injection du néosalvarsan en injections concentrées (méthode de Ravaut). — (N° 26, 26 juin.) DE GRAEUWE : Petites et grosses hypertrophies de la prostate. — DE RIDDER : Un cas de nystagmus unilatéral.

Lyon médical. — (N° 26, 29 juin 1913.) COLLET : Psychopathies pharyngo-laryngées. — CARLE : Des accidents dits « neuro-récidives » consécutifs aux injections d'arsenobenzol.

Montpellier médical. — (N° 25, 22 juin 1913.) CORONE (de Cauterets) : La dysphagie des tuberculeux laryngiens ; son traitement.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 9, 4 mars 1913.) WILMS : Quelles formes de résections thoracoplastiques sont-elles à recommander suivant la gravité et l'étendue de l'affection pulmonaire ? — VULPINS : Traitement des blessures internes de l'articulation du genou. — KAHN : Influence du thorium X sur les plantes en germination. — KOLB et LAUBENHEIMER : Sur la sérothérapie prophylactique du tétanos. — WAGNER : Expériences avec la plaque tellurique de Conradi Troch pour le diagnostic de la diphtérie. — ARNOLD : L'albuminurie orthostatique et ses rapports avec la tuberculose. — ABDERHALDEN : La question de la spécificité des ferments protecteurs. — ALTMANN et DREYFUSS : Salvarsan et liquide céphalo-rachidien. — WAIBEL : Blessures et affections traumatiques des orteils. — GRŒDEL : Expérience de quatre ans avec des appareils Röntgen sans interruption. — WOLF EISNER : Recherches expérimentales sur les dangers d'infection consécutive aux avortements et leur prophylaxie. — JANSEN : Bandage simple pour fracture de la clavicule. — MANN : Expériences cliniques sur le codéonal. — (N° 10, 11 mars.) OBERNDORFER : Syphilis aortique. — ERNE : Examen fonctionnel du rein au moyen de la phénolsulfonphtaléine. — CONRADI : Présence de bacilles diphtériques dans les sécrétions vaso-pharyngées des nourrissons ayant des troubles de la nutrition. — WITZEL : Généralités sur le traitement des hernies et surtout des grosses hernies. — SPIETHOFF : Emploi thérapeutique de l'autosérothérapie. — FRÆNKEL : Sur les médicaments contre la toux et sur une nouvelle préparation de codéine. — KAUFFMANN : Sur un nouveau médicament amaigrissant : l'hydroxydale de palladium. — HILDEBRANDT : Narcose au chloroforme et affections hépatiques. — ANDRÉE : Extirpation d'une tumeur des méninges cérébrales à l'anesthésie locale. — HAUER : Corps étranger rare dans l'urètre humain. — ALTHOFF : Deux cas d'intoxication grave par le plomb. — ALTMANN et DREYFUSS : Salvarsan et liquide céphalo-rachidien.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de médecine légale, par L. THOINOT, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Deux vol. in-18 grand jésus, cartonnés toile, formant 1660 pages avec 56 planches, contenant 101 figures, hors texte (*Collection Testut*). — Prix : 20 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Précis de radiodiagnostic technique et clinique, par le docteur F. JAUGEAS, assistant de radiothérapie à l'hôpital Saint-Antoine, chef du laboratoire de radiologie du docteur Béclère. Préface du docteur BÉCLÈRE, de l'Académie de médecine. 1 vol. gr. in-8° de XXII-437 pages, avec nombreuses figures dans le texte et 48 planches hors texte, relié toile. — Prix : 16 francs. — Paris, Masson et Cie.

Guide du médecin-praticien. Aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, par le docteur F. JACOULET, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine. Un vol. in-18 de 650 pages avec 373 figures. — Prix : cartonné, 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire. Consultations médicales et chirurgicales, par MM. les professeurs LEMOINE, GÉRARD, DOUMER, VANVERTS (de Lille). 6e édition. 1 vol. in-18 raisin de 1044 pages, relié peau. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

L'Hystérie. Définition et conception, pathogénie, traitement, par le docteur H. BERNHEIM, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy. Un vol. in-18 grand jésus, cartonné toile, de 450 pages (*Encyclopédie scientifique*). — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Formulaire des nouveaux remèdes, par le docteur G. BARDET, secrétaire général de la Société de thérapeutique. Vingt-deuxième édition. Un vol. in-18 jésus, cartonné toile, de 380 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin et fils.

La Toux émétisante des tuberculeux (*Consultations médicales françaises*, fasc. 50), par le docteur Henri PAILLARD, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. In-16 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco ; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

La Médecine, ce qu'elle est. Le médecin, ce qu'il doit être, par M. le docteur VINCENT (d'Armentières). Un vol. de 420 pages. — Paris, G. Beauchesne.

Le Radium. Son emploi dans le traitement du cancer, des angiomes chéloïdes, tuberculoses locales et d'autres affections, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. Un vol. de 95 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. le docteur Parisot est nommé professeur agrégé (section de médecine générale) près la Faculté de médecine de Nancy.

— Toulouse. — M. le docteur Rémond, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET LE SERVICE DE TROIS ANS. — M. Paul Doumer, rapporteur de la loi sur le service de trois ans au Sénat, vient d'adresser la lettre suivante au président de l'Association générale des étudiants de Paris :

« Monsieur le président, par lettre en date du 21 juillet dernier, vous avez bien voulu me demander certains renseignements complémentaires en ce qui concerne l'accomplissement du service militaire par les étudiants en médecine sous le régime de la loi de trois ans.

J'ai l'honneur de vous faire remarquer tout d'abord que les dispositions de l'article 21 de la loi du 21 mars 1905, en ce qui concerne les sursis d'incorporation, restent entières. Les étudiants en médecine pourront donc obtenir, comme les autres étudiants, des sursis d'incorporation jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans.

J'ajoute que les jeunes étudiants âgés de vingt ans, auxquels vous faites allusion, ne seront pas obligés de partir au régiment dès cette année ; ils pourront bénéficier desdits sursis d'incorporation.

L'article 15 du projet de loi permet, d'autre part, aux étudiants en médecine d'accomplir en deux fois leurs trois années de service.

Il leur est loisible en effet — leur première année de service une fois accomplie — soit de rester au régiment, soit d'aller achever leurs études jusqu'à la limite de vingt-sept ans, pour revenir ensuite accomplir, en qualité de médecin auxiliaire d'abord, puis de médecin aide-major de réserve pendant le dernier semestre, leurs deuxième et troisième années de service.

Ces dispositions correspondent exactement aux desiderata qui ont été exprimés par les représentants de la faculté de médecine, devant la commission présidée par M. Liard, chargée d'examiner les conditions particulières suivant lesquelles les étudiants pourraient être admis à accomplir leurs trois années de service.

En ce qui concerne les facilités qui pourraient être accordées aux étudiants en droit de faire acte de scolarité pendant leur troisième année de service, le ministre s'est borné à déclarer, lors de la discussion à la Chambre, qu'il ferait étudier la question. Au surplus, une solution ne pourrait intervenir à ce sujet que par entente entre les deux départements de la guerre et de l'instruction publique. »

L'INCORPORATION A VINGT ANS DEVANT LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE. — M. le médecin-major Boigey communiquait récemment à la Société de médecine militaire un travail qui a été le point de départ d'une intéressante discussion. Ses conclusions sont à citer au moment où le Sénat va s'occuper de la question.

« C'est vers sa vingt-cinquième année qu'un homme est à l'apogée de sa vigueur et de sa résistance physiques.

Un homme de vingt ans vaut moins qu'un homme de vingt-cinq ans.

Les hommes de vingt ans et de vingt et un ans ont une aptitude physique sensiblement équivalente.

L'armée allemande compte aujourd'hui 40 à 45 p. 100 de soldats de vingt ans.

Si la loi militaire actuellement examinée par le Parlement français était adoptée avec incorporation à vingt ans, l'armée compterait 33 p. 100 de soldats de vingt ans (une classe sur trois).

La proportion des enrôlés par rapport aux inscrits réellement examinés serait de 40 à 45 p. 100 dans notre armée et de 27 p. 100 dans l'armée allemande.

En raison de l'abaissement de l'âge des jeunes soldats, il conviendra de procéder à une sélection sévère des conscrits, d'apporter à l'entraînement des hommes la plus grande attention et de redoubler de soins en ce qui concerne la nourriture et le logement. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Aguilar, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Grenade, et de M. le professeur Bourget (de Lausanne).

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'ÉVACUATION DES SUPPURATIONS PAROTIDIENNES DIFFUSES ET GRAVES

Par M. H. MORESTIN,
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

Un grand nombre de parotidites sont susceptibles de guérir par des moyens très simples, et même de se résoudre spontanément. Parmi ces infections glandulaires, il en est en effet d'extrêmement légères, d'autres où les phénomènes phlegmasiques sont très accusés, mais dans lesquels la suppuration reste limitée à l'appareil excréteur. Dans ces cas, le massage du canal de Sténon, l'expression de la glande, les mouvements de mastication et la sollicitation sécrétoire permettent très souvent dans des cas qui au premier abord paraissaient assez inquiétants d'obtenir une prompte guérison.

Mais il est des cas dont l'évolution est beaucoup plus sérieuse, soit que l'on n'ait pu mettre en œuvre en temps opportun les efficaces procédés que nous venons de rappeler, soit qu'il s'agisse de lésions inflammatoires d'emblée plus étendues et plus graves.

On se trouve alors en présence d'une suppuration diffuse occupant en général toute l'étendue de la glande et cette suppuration offre au point de vue du traitement des difficultés particulières.

Le pus ne se collecte que très difficilement. Il se forme une multitude de foyers qui répondent aux logettes limitées par les cloisons fibro-celluleuses qui fractionnent la glande. On a justement comparé ces foyers nombreux et juxtaposés aux alvéoles d'un rayon de miel. Quand la maladie est abandonnée à elle-même, toute la glande enflammée se nécrose, et c'est lentement, péniblement, que la guérison est obtenue par l'élimination des escarres. Plus souvent, la mort survient, d'ailleurs entraînée moins par la parotidite elle-même que par l'infection générale dont elle est une localisation.

En pareil cas, les procédés de douceur ne sont pas de saison, et l'indication est de donner issue le plus rapidement, le plus complètement possible aux produits septiques, au pus, aux amas nécrosés accumulés dans la loge parotidienne. Il est certain que le pronostic est singulièrement amélioré quand on a pu ouvrir largement la région infectée et assurer son libre drainage. Pourvu que l'intervention ne soit ni trop tardive ni trop parcimonieuse, on n'en saurait contester l'extrême utilité.

Mais comment réaliser cette évacuation de la loge parotidienne ou, plutôt, quelle est la façon la plus efficace et la plus logique d'assurer cette évacuation? D'une façon générale, l'opérateur procède de la manière suivante : sur la partie la plus saillante de la tuméfaction, qui est considérable, il trace verticalement une longue incision. Celle-ci passe en général à une faible distance du tragus et du lobule de l'oreille. On traverse la peau et l'aponévrose, et alors au bistouri on substitue la sonde cannelée, qui dissocie le parenchyme glandulaire et donne issue au pus contenu dans les principaux foyers.

Dans la brèche ainsi creusée par dilacération, un drain est introduit.

Cette opération répond, sans aucun doute, à l'indication principale, et quand le cas n'est pas trop grave, quand surtout l'infection générale laisse quelque crédit à l'organisme, on voit la guérison survenir après une élimination plus ou moins lente des parties mortifiées, et une réparation dont la durée est naturellement variable puisqu'elle dépend de l'importance des déchets, de la résistance du malade, sans parler de la façon plus ou moins attentive dont sont compris les soins consécutifs.

En mettant les choses au mieux, le sujet guérit avec une cicatrice moins étendue qu'on ne pourrait le supposer au moment de l'intervention, car elle se réduit dans la proportion même où diminue la tuméfaction. Mais néanmoins cette cicatrice en plein visage ne peut qu'être très apparente et c'est là un dommage qui n'est pas contestable, surtout s'il s'agit d'une jeune fille ou d'une jeune femme. Ce dernier cas n'est pas absolument rare, beaucoup de parotidites étant observées chez des sujets jeunes, à la suite de fièvre typhoïde ou d'infection puerpérale.

Ce n'est pas là le seul reproche que l'on puisse adresser à l'incision habituelle. En réalité, cette incision ne permet d'atteindre qu'une étendue restreinte de la glande infectée. L'on est gêné par la crainte de léser le nerf facial et il est très difficile d'agir utilement sur les parties profondes de la loge parotidienne. Or, la disposition en nid d'abeilles de la suppuration exigerait que l'on pût atteindre aisément presque toutes les parties de la glande.

Enfin, le drainage ne s'effectue pas dans des conditions idéales. Il est difficile de l'établir en déclivité parfaite, et surtout de drainer la profondeur de la loge.

Une autre incision me paraît beaucoup plus recommandable. C'est une incision basse, sous-parotidienne, et rétro-parotidienne, plus cervicale que faciale. L'ayant souvent mise à l'épreuve, je crois pouvoir affirmer qu'elle répond d'une façon très satisfaisante à toutes les indications du traitement, qu'elle assure une évacuation prompte et complète de tout le territoire glandulaire, qu'elle donne en particulier un accès très facile vers la profondeur de la loge parotidienne, et qu'au surplus elle laisse une cicatrice bien moins apparente, bien moins choquante que l'incision commune.

Si l'on aborde la glande de bas en haut en ayant soin de se guider sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien et du digastrique, on pourra pénétrer au-dessous d'elle très profondément ; on aura ainsi sous les yeux, accessible aux instruments, toute la largeur de la glande. On y pourra forer des puits de drainage, y creuser des galeries, atteindre aussi complètement que possible toutes les lésions. Il s'agit donc moins d'un tracé d'incision, bien que la chose ne soit pas négligeable, que d'une technique méthodi-

quement orientée pour permettre d'atteindre successivement tous les foyers de suppuration et établir d'emblée un drainage déclive de toute la masse infectée.

Voici comment on peut procéder :

Une grande incision est tracée, commençant derrière l'oreille, dans le sillon auriculo-mastoïdien, et se portant en bas et en avant, pour finir à la limite de la région sous-maxillaire, après avoir contourné la tuméfaction parotidienne. Cette incision curviligne offre une longueur assez considérable et son étendue permet d'exécuter aisément toutes les manœuvres ultérieures. Néanmoins, quand la guérison est obtenue, son étendue sera très courte ; elle sera visible seulement de la pointe de la mastoïde jusqu'au-dessous de l'angle de la mâchoire. L'incision qui avait 8 ou 9 centimètres n'en aura plus que 3 ou 4, ce qui s'explique aisément puisqu'elle est pratiquée sur des téguments prodigieusement distendus.

On gagne peu à peu vers la profondeur en repérant la partie antérieure du sterno-mastoïdien, et l'on essaie d'atteindre le digastrique. Chemin faisant, il arrive que l'on coupe une ou deux veines, descendant de la parotide, et il n'y a à cela aucun inconvénient. On a ainsi une voie d'accès extraordinairement large et commode. J'entame alors les couches superficielles de la parotide parallèlement à la peau et taille un lambeau comprenant la peau, l'aponévrose et les parties immédiatement sous-jacentes de la glande. On voit alors directement une multitude de logettes remplies de pus verdâtre ou jaunâtre ou d'amas grisâtres. Ce seul coup de bistouri ouvre donc un nombre considérable de foyers.

C'est sans aucune crainte que l'on peut tailler cette sorte de lambeau dans les couches superficielles. La parotide tuméfiée a triplé, quintuplé d'épaisseur ; en passant à 1 centimètre de l'aponévrose, on pourrait encore être à peu près certain de n'intéresser aucun filet important du facial.

Ce n'est pas tout : on enfonce dans l'épaisseur de la masse glandulaire la sonde cannelée ou une pince, de bas en haut, de centimètre en centimètre, de façon à larder la glande dans toute son étendue antéro-postérieure et dans toute son épaisseur. Toutes ces galeries de drainage seront admirablement disposées pour l'évacuation, étant parallèles et verticales et venant toutes déboucher dans la grande brèche sous-parotidienne.

L'opération est complétée par l'introduction dans tous les recoins de la plaie de teinture d'iode ou de tout autre antiseptique. Il n'est pas besoin, en général, de mettre de tube.

Les suites de l'intervention sont ordinairement d'une grande simplicité.

Bien entendu, on ne peut espérer que ce procédé opératoire puisse modifier beaucoup le pronostic dans les très mauvais cas où la parotidite n'est qu'un détail d'une affection formidable. Mais quand il s'agit d'une lésion locale ou d'une lésion ayant part prépondérante dans la gravité de l'état du malade, on peut affirmer que l'évacuation ainsi réalisée place le sujet dans les plus favorables conditions pour obtenir la guérison.

Voici ce qui se passe, en effet, le plus souvent. La température descend ; elle ne revient pas toujours d'une façon immédiate à la normale, mais il y a toujours une diminution rapide de l'hyperthermie. Très vite les douleurs cessent, l'état général s'améliore, la plaie se déterge, puis se répare. Finalement, il reste une cicatrice presque rectiligne, alors que l'incision était courbe, qui s'étend de derrière le lobule de l'oreille jusqu'à l'angle de la mâchoire; elle est en général un peu déprimée, traçant un léger sillon. Cette disposition contribue à la rendre moins visible.

Dans quelques cas, la dépression est assez accusée. Il serait alors possible, tardivement, d'exciser la cicatrice adhérente aux parties profondes et par une suture bien faite, après mobilisation des bords de la plaie, de faire disparaître cette dépression. Je dois dire que les malades auxquels j'ai proposé cette petite opération complémentaire n'y ont point consenti, trouvant acceptable leur cicatrice plus ou moins déprimée. A la vérité, cette gouttière oblique sous-parotidienne attire peu l'attention et semble une légère exagération d'un sillon naturel du cou.

Telle est la pratique qui nous paraît la meilleure dans les cas de suppuration grave de la parotide.

Ce mot de suppuration grave précise à lui seul les indications et justifie du même coup ce que cette technique pourrait avoir d'un peu compliqué en apparence.

Comme nous l'avons dit en commençant, beaucoup de parotidites ne demandent qu'à guérir au prix de soins très simples.

Il est certain que des cas, susceptibles de guérir par l'expression et le massage, auraient cédé aisément à une incision quelconque.

Mais justement, je crois qu'il faut réserver l'acte chirurgical pour les infections glandulaires qui ont résisté aux manœuvres d'expression, et surtout pour celles qui s'accompagnent d'un état général mauvais avec élévation persistante de la température et des signes locaux qui ne laissent aucun doute sur l'intensité du processus phlegmasique. A ces cas dont le pronostic est sérieux, sombre même, convient une opération assurant d'emblée l'évacuation complète et radicale des foyers innombrables dont est semée la masse glandulaire, permettant l'assainissement de toute la région infectée. Quand on a pu réaliser entièrement cette indication, il est certain que le pronostic ne peut qu'être amélioré dans une proportion qu'il est difficile de préciser, mais qui est considérable.

A titre d'exemple, nous donnons ici l'observation de notre plus récente opérée.

Il s'agissait d'une parotidite bilatérale et des plus graves, chez une toute jeune femme. L'opération pratiquée des deux côtés, et selon la technique que nous avons indiquée, lui a procuré une guérison rapide, alors que son existence était menacée. De plus,

elle a guéri dans des conditions très acceptables au point de vue de l'esthétique.

OBSERVATION. — G..., âgée de dix-neuf ans, est entrée à l'hôpital Bichat, le 21 février 1913, dans un état fort grave. Deux jours auparavant, cette jeune fille avait fait une fausse couche de deux mois. Dès le lendemain, la malade présentait des signes d'infection, de la fièvre, des frissons, des douleurs abdominales. Le 21 février, elle se réveille avec une douleur très forte au-dessous de l'oreille droite. Rapidement, une tuméfaction apparaît dans cette région, cependant que les souffrances deviennent de plus en plus vives : cinq ou six heures après, les mêmes phénomènes se montrent du côté gauche. La tuméfaction augmente avec une rapidité très grande, et s'étend à une grande partie de la face.

La malade éprouve en outre de la difficulté à ouvrir la



FIG. 1.

bouche : prise d'une vive inquiétude, elle se fait alors transporter à l'hôpital.

Le 22 février, je constate que de chaque côté la région parotidienne et même les régions environnantes sont occupées par un énorme empâtement dont le maximum répond au centre de la région parotidienne, au-devant du lobe de l'oreille. Les oreilles sont comme écartées du crâne et de l'apophyse mastoïde.

Les téguments présentent une coloration rosée. La palpation réveille une vive douleur au niveau des parotides et permet également de mettre en évidence un œdème très accusé. Les mouvements de la mâchoire sont limités : la déglutition est difficile. La malade ne peut tourner la tête ni à droite ni à gauche, et éprouve non seulement des douleurs dans la région tuméfiée, mais encore au niveau du cou et de la nuque. La température est de 39 et le pouls rapide.

Du côté de la matrice, on ne constate qu'une légère augmentation de volume, un orifice externe béant, admettant facilement l'extrémité de l'index, et donnant issue à des mucosités purulentes mêlées à un peu de sang.

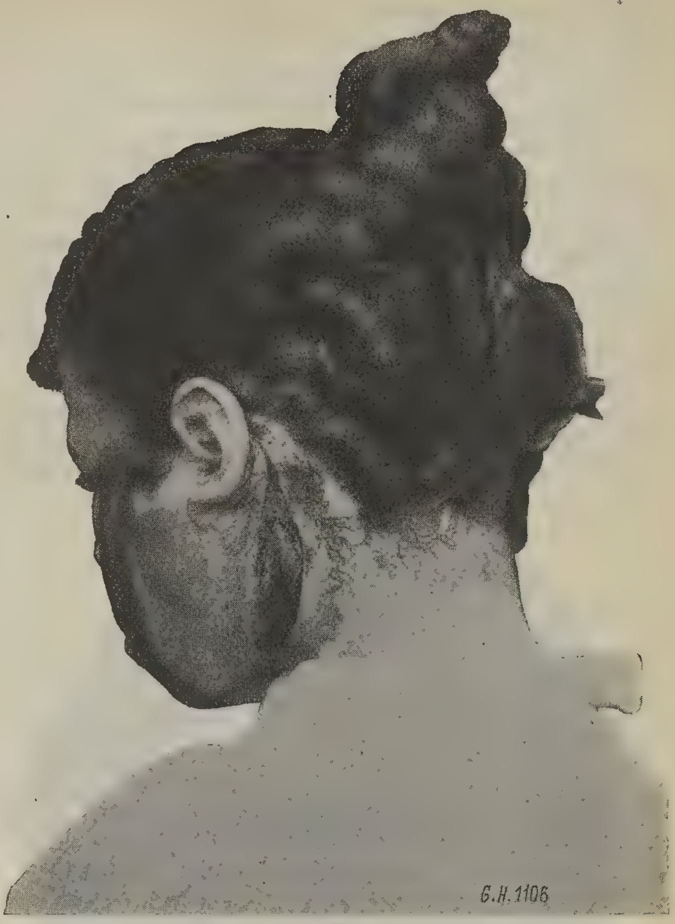


FIG. 2.

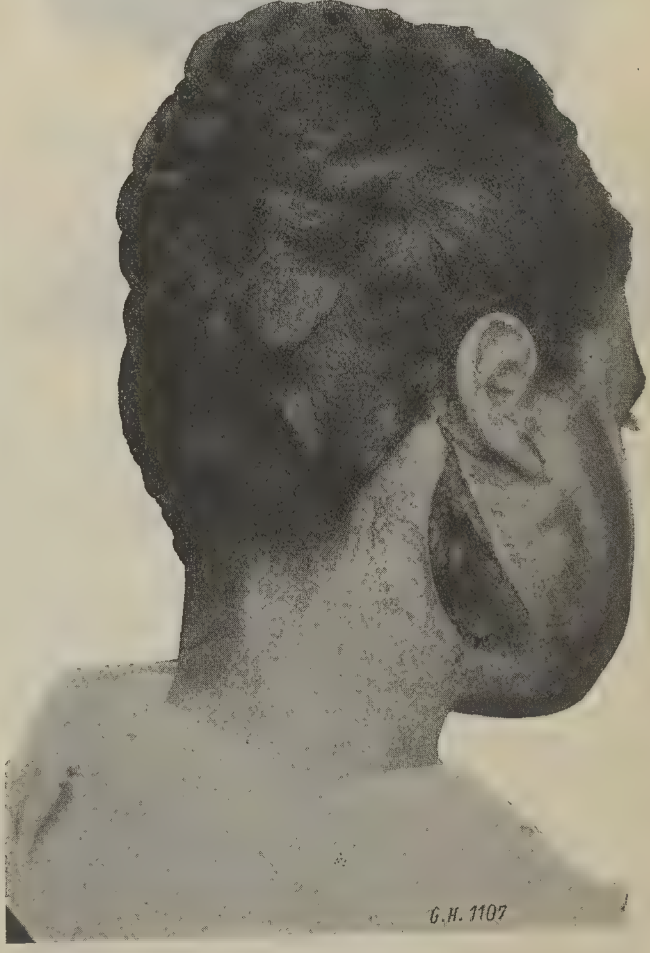


FIG. 3.

Le diagnostic de parotidite double consécutive à une infection utérine ne saurait faire de doute.

On applique sur la face un vaste pansement humide : on s'efforce de désinfecter d'une part la bouche et d'autre part la cavité utérine et le vagin.

Le lendemain, un léger mieux semble se dessiner : car la température est moins élevée : les souffrances sont moins vives, et la malade a pu passer une nuit tranquille. Mais néanmoins la tuméfaction a encore progressé : elle continue à augmenter le lendemain, s'étend de chaque côté à la joue tout entière, aux paupières, aux lèvres et même à la tempe. En même temps, les téguments commencent à rougir au niveau des parotides.

Le 25 au matin, l'œdème s'étend à toute la face, si bien que la tête paraît presque sphérique. C'est véritablement un facies lunaire (fig. 1).

Le trismus s'est encore accusé. La déglutition est très difficile. La température depuis l'entrée de la malade oscille autour de 38 degrés.



Fig. 4.

L'état général fléchit; la malade est visiblement très infectée. Il n'y a plus lieu d'espérer la terminaison par résolution, et l'on ne saurait différer davantage l'intervention qui s'impose.

Je pratique à droite et à gauche la même opération : c'est une grande incision commençant derrière l'oreille dans le sillon auriculo-mastoïdien, d'ailleurs en grande partie effacé par la tuméfaction, descendant vers le cou, contournant en bas la parotide, pour se porter vers la région sous-maxillaire et finir au-dessous de l'angle de la mâchoire.

Le bistouri traverse des tissus énormément infiltrés et œdémateux. Je m'efforce de gagner le bord antérieur du sterno-mastoïdien, puis de pénétrer dans la profondeur dans la direction du ventre postérieur du digastrique. Ayant ainsi creusé une tranchée profonde sous la partie basse de la parotide (fig. 2 et 3), je porte le bistouri dans l'épaisseur des tissus tuméfiés comme pour tailler une sorte de lambeau comprenant les téguments, l'aponévrose et les couches les plus superficielles de la glande. Je mets ainsi à découvert une multitude de foyers purulents, un véritable nid d'abeilles : on aperçoit des amas verdâtres, séparés les uns des autres par des cloisons grisâtres. De plus, j'enfonce profondément la sonde cannelée dans l'épaisseur de la masse parotidienne de bas en haut, créant ainsi des puits verticaux qui aboutissent à la vaste tranchée tracée sous la parotide; de tous côtés on voit sourdre du pus épais. La glande est transformée en une véritable éponge purulente. La plaie est touchée avec de l'iode, puis remplie de gaze.

Le soir du même jour, la température s'élève à 39°5 et l'opérée se plaint d'une dysphagie encore plus accusée que précédemment. Mais dès le lendemain, la détente survient : graduellement, le mieux s'accentue ; des débris mortifiés s'éliminent ; les plaies se détergent; l'œdème de la face rétrocède et disparaît. Enfin au bout d'un mois la cicatrisation est complète.



Fig. 5.

Il ne reste plus que deux dépressions cicatricielles linéaires allant de derrière l'oreille au-dessous de l'angle de la mâchoire (fig. 4 et 5).

Dans ce cas qui était extrêmement grave, il a fallu donner aux incisions une étendue relativement énorme, mais dans des conditions moins alarmantes l'incision peut être réduite, limitée au voisinage de l'angle de la mâchoire, être purement cervicale, et rigoureusement sous-parotidienne.

Nous nous résumerons en déclarant que l'incision basse, pratiquée à la limite du cou et de la région parotidienne, livre entièrement la glande infectée, permet d'inciser, de tunneliser et de drainer méthodiquement toutes ses parties, sans que l'on ait rien à redouter des organes dangereux.

Seule, elle permet d'assurer l'évacuation rapide

et totale de la loge et notamment de ses parties profondes. Enfin, de toutes les voies d'accès sur la parotide, c'est celle qui laisse les traces les moins apparentes. Ainsi, à l'efficacité la plus grande, elle joint les risques les plus minimes de difformité.

ACTUALITÉS

TRAITEMENT DE L'EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS

Dans une excellente Revue générale (1), S. Chauvet a exposé la question de l'empoisonnement par les champignons ; il a montré comment on pouvait distinguer l'intoxication par la muscarine et par la phalline, celle-ci beaucoup plus redoutable, car, dans l'empoisonnement phallinien, la mortalité est environ de 80 p. 100 des cas, tandis que l'empoisonnement muscarinien est grave, mais rarement mortel. En ce qui concerne le traitement, Chauvet le résume en quatre indications : vider le tube digestif, favoriser l'élimination du poison par les émonctoires, traiter les divers symptômes et particulièrement soutenir le cœur.

Il n'y aurait donc pas eu lieu de revenir sur ce sujet, si MM. Pic et J.-F. Martin n'avaient récemment ajouté, au traitement classique de l'empoisonnement par les champignons, l'emploi des abcès de fixation et relaté les résultats obtenus avec cette méthode (2). Voici d'abord, très résumée, l'observation qui a été le point de départ de la communication de MM. Pic et Martin : un homme de quarante-huit ans mange le 14 mai au soir un plat de champignons cueillis par lui ; le lendemain matin à sept heures, après une excellente nuit, il ressent des douleurs abdominales et a plusieurs selles diarrhéiques ; vers neuf heures, il se sent très malade ; un pharmacien lui fait prendre deux vomitifs, une rémission légère se produit, mais, ensuite, surviennent des crampes dans les mollets, des soubresauts et des convulsions à allure tétanique ; les souffrances sont atroces pendant toute la journée. Un médecin est mandé, pratique un lavage de l'estomac, fait des piqûres d'éther et prescrit des lavements purgatifs ; la nuit est mauvaise et, le lendemain matin, on amène le malade à l'hôpital, où l'on note les symptômes suivants : langue sèche, diarrhée et vomissements ; foie et rate augmentés de volume ; subictère ; urines rares, albumineuses, avec une réaction de Gmelin positive ; pouls filiforme ; bruits du cœur mal frappés ; les pupilles, en mydriase, réagissent mal à la lumière et à l'accommodation ; exagération des réflexes rotuliens ; signe de Kernig ; pas de troubles de l'intelligence. C'est donc bien un syndrome phalloïdien, avec des accidents à début tardif et insidieux, des troubles intestinaux, du subictère, de l'anxiété avec conservation de l'intelligence ; d'ailleurs le malade a fait cueillir et apporter à l'hôpital des champignons semblables à ceux qu'il avait mangés et l'on reconnaît que ce sont des amanites phalloïdes (amanita verna). Comme traitement, MM. Pic et Martin ordonnèrent des injections de sérum, des lavements chauds, des bains à 37 degrés, des injections sous-cutanées d'huile camphrée ; de plus, on fit au malade, à son entrée dans le service, un *abcès de fixation*. Le lendemain, la situation était encore très grave : pouls filiforme, 36°4, collapsus ; mais, les jours suivants, on constate une amélioration, les phénomènes nerveux rétrocèdent, les urines sont plus abondantes, le pouls redevient bon. Neuf jours après l'empoisonnement, un changement complet se produit ; le malade a une crise urinaire, quatre litres d'urines en vingt-quatre heures, en même temps que tous les phénomènes s'atténuaient pour disparaître bientôt. Or, cette véritable transformation survint le jour où l'on constata de la fluctuation au niveau de l'abcès et l'abcès de fixation semble ainsi avoir été la cause de la guérison.

Déjà en 1911, M. Pic avait signalé les bons résultats obtenus en appliquant la méthode de Fochier à vingt-trois malades empoisonnés à Trévoux par des champignons; de ces vingt-trois sujets, neuf seulement moururent, de sorte que la mortalité fut de 39 p. 100, au lieu de la moyenne 86 p. 100.

Théoriquement d'ailleurs, la méthode des abcès de fixation est très rationnelle dans l'empoisonnement par les champignons; car la phalline est une toxalbumine qui se comporte comme une toxine microbienne ; et l'on sait aujourd'hui que, dans le pus des abcès de fixation, on trouve parfois les microbes ou les toxines qui causent la maladie pour laquelle on a employé cette thérapeutique. On peut donc penser que la phalline est vraiment fixée dans le pus de l'abcès.

Dans une monographie récente (1), M. Carles avait aussi conseillé l'emploi de la méthode de Fochier dans diverses intoxications, en particulier dans l'empoisonnement par le sublimé, dans l'intoxication saturnine. M. Faniel (2) a obtenu, avec l'abcès de fixation, d'excellents résultats chez deux malades atteints d'encéphalopathie saturnine. Les observations de MM. Pic et Martin viennent donc s'ajouter à des faits analogues; on y trouvera une nouvelle preuve que la méthode de Fochier mérite d'être bien connue et plus souvent utilisée.

M. BRELET.

(1) Stephen CHAUVET. Les empoisonnements par les champignons, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 21 sept. 1912.

(2) A. PIC et J.-F. MARTIN. Empoisonnement par les champignons et abcès de fixation, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 3 juin 1913, et *Lyon méd.*, 15 juin, p. 1310.

(1) J. CARLES. Les abcès de fixation, *Consultations médicales françaises*, n° 42.

(2) FANIEL. Traitement du saturnisme par les abcès de fixation, *Le Nord méd.*, 1er mai 1911.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1913)

Virus de la poliomyélite et cultures des cellules in vitro. — M. LEVADITI a essayé de cultiver le virus de la poliomyélite en se servant de la méthode de Harisson-Burrows, modifiée par Carrel, méthode qui permet la survie et la multiplication de certaines cellules in vitro. Des ganglions rachidiens ont été prélevés chez des singes atteints de paralysie infantile et ensemencés dans du plasma de singe. Au bout de quatre passages pratiqués dans l'espace de vingt et un jours, le virus s'est montré aussi actif pour le singe qu'au début. La méthode en question permet donc la conservation du virus poliomyélitique hors de l'organisme, à la température de 37 degrés. Il y a très probablement symbiose entre le microbe et les éléments cellulaires. Cette symbiose n'intéresse pas forcément les cellules nerveuses ; en effet, ces dernières peuvent avoir perdu depuis longtemps leur vitalité, sans qu'il y ait, pour cela, arrêt dans la vie et la multiplication du microbe. Les éléments des tissus conjonctifs qui se multiplient in vitro par voie de karyokinèse, et les cellules capsulaires, qui survivent le plus longtemps, assurent à eux seuls les conditions qui favorisent la conservation et la pullulation du virus de poliomyélite.

Recherches sur les produits hypotensifs dérivés des plaquettes. — MM. L. LE SOURD et Ph. PAGNIEZ, poursuivant leurs recherches sur ce sujet, ont constaté les faits suivants :

Le produit hypotenseur qu'on extrait des plaquettes du

lapin par l'eau distillée peut facilement donner des chutes de pression allant jusqu'à 6 et 7 centimètres de mercure après injection intraveineuse chez le lapin.

L'importance de l'effet hypotenseur est proportionnelle à la quantité de produit injecté. Toute injection est suivie de chute de pression et on n'observe pas de phénomène de tachyphylaxie.

La substance hypotensive résiste à la chaleur ; l'ébullition et même un séjour de dix minutes à l'autoclave à 120 degrés n'altèrent point son activité. Cette substance enfin est soluble dans l'alcool ; en traitant des plaquettes par vingt volumes d'alcool absolu on obtient par dessiccation un produit qui se dissout incomplètement dans l'eau et présente une forte activité hypotensive.

Contribution à l'étude des sensibilisatrices hémolytiques naturelles du sérum humain. Nouvelle technique de recherche de l'isosensibilisatrice. Résultats de l'examen de cinquante sérums normaux et pathologiques. — MM. F. Widal et R. J. Weissenbach, par un procédé dont ils exposent en détail la technique, ont recherché la présence d'une isosensibilisatrice hémolytique dans cinquante sérums humains normaux et pathologiques pour lesquels la recherche d'une isohémolysine par le procédé classique donnait un résultat négatif.

La recherche a donné un résultat négatif avec 41 échantillons de sérum provenant d'individus normaux (9 cas) ou atteints d'affections variées, dans quelques cas accompagnées d'anémie. La présence de l'isosensibilisatrice a été constatée à plusieurs reprises dans le sérum de huit individus atteints d'états anémiques de causes différentes (3 cas d'anémie pernicieuse cryptogénétique, 1 cas d'anémie de troisième degré avec splénomégalie sans ictère, 1 cas d'anémie chez un tuberculeux, 1 cas d'anémie chez une femme atteinte de fibromes avec métrorragies, 1 cas de cancer de l'estomac avec anémie de type pernicieux, 1 cas d'ictère hémolytique acquis en poussée). La recherche a de même donné un résultat positif avec le sérum d'une femme non anémique, dont la résistance globulaire était normale mais qui avait antérieurement présenté des poussées d'ictère hémolytique.

Technique de la trachéofistulisation chez le chien et le lapin. — M. G. Rosenthal. La trachéofistulisation se fait sans anesthésie locale par une incision transversale et une découverte verticale de la trachée qui est ponctionnée. Avant l'introduction de la canule de 2 millimètres qui sera laissée à demeure, il est utile de passer les fils médians dont les chefs supérieurs et inférieurs seront noués. Chez le chien, la canule humaine s'utilise ; chez le lapin, il y a lieu d'employer une canule spéciale en baïonnette, c'est-à-dire coudée à angle droit.

De l'obtention à l'aide de la thionine de réactions cardiovasculaires caractéristiques d'une injection antérieure d'adrénaline. — MM. J. Gautrelet et P.-L. Briault ont observé l'apparition de contractions cardiaques d'allure adrénalique, véritables rappels à la suite d'injections de thionine, chez un certain nombre de chiens qui avaient reçu, quelques heures et même vingt-quatre jours auparavant, une légère dose de suprarénine ; ils ne peuvent affirmer pour le moment s'il s'agit de phénomènes d'anaphylaxie fonctionnelle ou de phénomènes indépendants de l'anaphylaxie.

VARIÉTÉS

LA LÈPRE DANS LES COLONIES FRANÇAISES

M. le député Doizy avait demandé au ministre des colonies quelles mesures prophylactiques sont prises contre la lèpre dans nos colonies asiatiques et quels ont été, jusqu'à ce jour, les résultats de l'arrêté du 4 décembre 1909 (Indochine).

M. J. Morel vient de répondre dans les termes suivants à cette question.

« La lèpre en Indochine est inégalement répartie. On évalue à environ 4000 à 5000 le nombre des lépreux au Tonkin et de 5000 à 6000 celui des lépreux en Cochinchine.

En Annam, au Laos et au Cambodge, la lèpre n'existe qu'à l'état de foyers épars, sans tendance à l'extension.

De tout temps, les Indochinois ont considéré la lèpre comme une maladie contagieuse et ont pris, à l'égard des lépreux, certaines mesures d'isolement.

Mesures prophylactiques prises. — En 1903, un arrêté local du 18 juillet prescrit l'isolement des lépreux et la création de la léproserie de Culao-Rang, en Cochinchine.

En 1905, l'arrêté du 15 septembre portant réglementation de la protection de la santé publique en Indochine stipule (art. 6) que le gouverneur général détermine les mesures à prendre à l'égard des lépreux.

En 1909, en exécution de ces prescriptions, l'arrêté du 4 décembre interdit aux lépreux la circulation sur les voies publiques, l'accession aux emplois publics et l'exercice de certaines professions.

En 1910, la mise en application de l'arrêté du 4 décembre 1909 a été entreprise dès le début de 1910.

I. Au Tonkin, dès cette époque, il convient de signaler l'installation d'un véritable village de lépreux à Haiduong et la plus complète organisation de la léproserie de Tre-Truong, à 11 kilomètres de Hanoi, léproserie qui existait déjà depuis plusieurs années (1905).

La province de Tai-Binh a organisé une colonie agricole.

II. En Annam, l'isolement des lépreux est encore laissé à l'initiative des provinces. Le nombre relativement restreint des lépreux de cette région diminue les dangers d'extension.

III. En Cochinchine, l'arrêté du 4 décembre 1909 permet une plus complète organisation de l'importante léproserie de Culao-Bang.

IV. Au Cambodge, les lépreux cambodgiens sont isolés en dehors des villages et les lépreux chinois sont expulsés.

V. Au Laos, la plupart des lépreux vivent à l'écart des villages, dans des paillottes individuelles, à la charge de leur famille, ou bien d'aumônes quand ils n'ont pas de parents. La résidence supérieure a prescrit récemment le groupement des lépreux au village de Nam-Lun, à 25 kilomètres en aval de Luang-Prabang.

En 1912, un arrêté du 11 janvier confie la direction des léproseries du Tonkin au docteur Barbezieux, médecin de l'assistance en Indochine, avec un budget global de 57239 piastres.

L'arrêté du 31 décembre prescrit l'isolement des lépreux :

a. Soit dans la léproserie de Tre-Truong ;

b. Soit dans les colonies agricoles du modèle de Van-Mou (province de Thai-Bing) ;

c. Soit, exceptionnellement, à domicile.

On compte, à la fin de 1912, une vingtaine de léproseries provinciales, savoir : Bac-Giang, Bac-Ninh, Hadong, Haïduong, Haï-Ninh, Ha-Nam, Hao-Binh, Hung-Yen, Kien-An, Lang-Son, Lao-Kay, Nam-Dinh, Nin-Binh, Phu-To, Phuc-Yen, Son-Tay, Taï-Binh, Vinh-Yen, deuxième territoire militaire, troisième territoire militaire.

Programme nouveau. — Les colonies agricoles doivent être réparties d'après le nombre des lépreux, à 2 kilomètres de toute agglomération urbaine, et réunir les conditions d'existence des autres villages, sauf pour les habitants (lépreux) la défense d'en sortir et de laisser sortir les produits agricoles ou autres, destinés à être consommés ou utilisés par les villages voisins. L'impression d'internement doit être atténuée le plus possible de façon à éviter les tentatives d'évasion et à réaliser ainsi un isolement effectif.

Le fonctionnement régulier de ces colonies agricoles aurait pour avantage de diminuer l'importance et les dépenses de la

léproserie de Tre-Truong, dont les lépreux, actuellement au nombre de 986, pourraient être répartis entre ces nouvelles colonies.

Enfin, à la date du 14 janvier 1913, une note du gouvernement général de l'Indochine annonçait à l'inspection générale du service de santé la préparation d'un projet réglementant définitivement les colonies agricoles de lépreux.

Grâce à ces mesures prophylactiques, le nombre des lépreux en Indochine n'est plus en progression croissante, et on est en droit d'espérer que, dans un avenir prochain, il diminuera dans des proportions appréciables. » P.

PRATIQUE MÉDICALE

LIVRES NOUVEAUX

Notions pratiques d'électricité (1), par Marcel Lermoyez, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux de Paris.

Ce livre n'est pas un traité d'électrothérapie médicale, il étudie l'énergie électrique dans toutes ses modalités, il traite de sa production, de sa mesure, des distributions urbaines, des installations médicales, même de l'éclairage électrique et du chauffage. Il dépasse, on le voit, les promesses de son titre. Les notions pratiques qu'il renferme ne sont pas seulement à l'usage des médecins et des oto-rhino-laryngologistes, elles intéresseront vivement quiconque suit le mouvement scientifique, en un mot ce traité technique met au point de la façon la plus heureuse les impressions parfois un peu contradictoires et confuses qui résultent de la publication presque quotidienne de tant de perfectionnements nouveaux, il fixe de la façon la plus précise l'état actuel de la technique et de l'instrumentation électriques.

L'électricité et le magnétisme, mesure, graduation, générateurs et réservoirs, sont traités dans les premières parties de l'ouvrage, on y trouvera notamment pour les accumulateurs, leur choix, leur charge, leur entretien, les conseils les plus judicieux et les plus pratiques. L'auteur nous fait bénéficier de son expérience personnelle, aucun détail utile n'est omis et ce chapitre, entre beaucoup d'autres, est remarquable d'intérêt, de précision et de clarté. Il nous faudrait répéter ceci à propos de la galvanocaustie, de l'endoscopie, de l'électromotion, de l'électrolyse.

Dans les distributions urbaines sont étudiées les courants continus, l'alternatif, les pertes à la terre (ce « guet-apens électrique » dont beaucoup d'entre nous ne songent pas à tort à se garantir), les accidents qu'ils occasionnent et les moyens de s'en préserver.

Enfin la septième partie de l'ouvrage, dont on voit l'importance, est consacrée aux installations médicales portatives; la huitième aux installations médicales à poste fixe ; elles formeraient à elles seules un petit précis bien utile. L'éclairage électrique, le chauffage sont traités dans les deux dernières parties.

Ce remarquable ouvrage réunit en somme une multiplicité de documents et de conseils pratiques précieux. Son style clair et pittoresque, le luxe de son édition rendent sa lecture non seulement facile mais attrayante. On peut prévoir son grand succès. G. LEGROS.

(1) Grand in-8° avec 426 figures dans le texte. — Paris, Masson et Cie.

Le Diabète arthritique. Sa cause. Son traitement (1), par le docteur Albert Veillard (de Vichy).

L'examen et l'interrogatoire d'un grand nombre de diabétiques ont amené M. Veillard à adopter une théorie nouvelle sur la pathogénie du diabète. Si l'on recherche le régime que suivaient les malades, avant le diagnostic de leur diabète, on constate que le plus souvent ils faisaient abus de la viande, de l'alcool et du sucre. D'après M. Veillard, « le carnivorisme, l'alcoolisme d'industrie et le sucrisme composent la triade pathogénique que l'on trouve à l'origine de tous les diabètes, qu'ils soient héréditaires ou acquis ». Comme le docteur Carton, l'auteur dénonce les trois aliments meurtriers; aussi admet-il que le diabète est une maladie évitable par un régime normal.

Après ces considérations sur la cause de diabète, M. Veillard en étudie le traitement ; les deux derniers chapitres du volume sont consacrés au régime et à la cure thermale de Vichy dans le diabète arthritique. M. BRELET.

Synthèse du bacille de Koch (2), par Albert et Alexandre Mary.

« Le bacille de Koch » ne serait pas une unité, mais un *groupement linéaire*, plus ou moins lâche, en nombre très variable d'éléments sensiblement sphériques. Le bacille de Koch est un produit de précipitation, imputable à la réaction virulente sur le milieu ambiant : on obtient instantanément des nuages de ces soi-disant bactéries, en déposant des gouttes de tuberculine dans le glycérophosphate de soude : les corpuscules obtenus ainsi offrent les mêmes difficultés de coloration et la même acido-résistance que les « bacilles » de Koch qui sont engendrés sans nul doute par un processus analogue au sein des organismes infectés.

Telle est cette théorie originale, que les auteurs développent et soutiennent avec une très forte conviction.

B. GAYARD.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPHYSE CARDIAQUE (3)

Lésions du cœur et des autres viscères. — Au cours de la symphyse cardiaque, le cœur et les viscères présentent des modifications assez spéciales selon qu'il s'agit de symphyse rhumatismale ou de symphyse tuberculeuse.

a. **Symphyse rhumatismale.** — Dans la symphyse rhumatismale le cœur est augmenté de volume, parfois même d'une manière considérable. L'*hypertrophie cardiaque* dépend en grande partie de la myocardite et des lésions orificielles coexistantes (insuffisance aortique, mitrale), déterminées elles aussi d'ailleurs par le rhumatisme; c'est spécialement chez l'enfant que l'on observe ces énormes hypertrophies du

(1) Un vol. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, E. Bougault.
(2) Paris, J. Rousset.
(3) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 83 p. 1358.

cœur, surtout à la suite de pancardite rhumatismale. L'accord n'est pas fait en ce qui concerne l'importance des lésions du myocarde; pour Balzer, Morel-Lavallée, elles sont constantes; Renaut et Weill ne les ont jamais constatées; on observe assez souvent une *myocardite corticale* scléreuse, d'origine péricardique; parfois on rencontre des foyers scléreux de myocardite chronique en rapport avec des lésions d'artérite coronaire. West a signalé la présence de dégénérescences graisseuses.

Le *foie* est congestionné; c'est le type du *foie cardiaque*, du foie muscade, parfois il se fait une véritable cirrhose inégalement répartie; le foie prend fréquemment l'aspect de *foie glacé* (Curshman). Souvent il existe tout autour du foie des adhérences fibreuses; d'ailleurs l'on rencontre ces processus de sclérose non seulement dans le péricarde et le médiastin, mais aussi dans les plèvres et le péritoine sous-diaphragmatique; il s'agit là de véritables périviscérites.

b. **Symphyse tuberculeuse.** — L'hypertrophie du cœur fait ici le plus souvent défaut; si elle existe, elle est alors peu importante et il s'agit plutôt d'une dilatation des cavités que d'une hypertrophie des parois. Parfois le cœur est comme atrophié au milieu du tissu fibreux qui l'enserre. On peut observer des lésions tuberculeuses de l'endocarde, plus rarement du myocarde; très fréquemment il existe des adhérences avec les *plèvres*, très épaissies elles-mêmes, comprimant les poumons, les vaisseaux. Le *médiastin* est envahi par une masse fibreuse adhérente à la colonne vertébrale, à la partie antérieure du thorax, au diaphragme, à tous les vaisseaux qui le traversent, c'est la médiastinite calleuse de Kussmaul. Il en résulte des troubles circulatoires qui retentissent rapidement sur le foie : c'est en effet souvent l'hypertrophie du foie qui attirera uniquement l'attention du clinicien. Il existe au début une congestion très intense qui fait croire parfois à la cirrhose, c'est la *pseudo-cirrhose d'origine péricardique* de Pick, plus tard la cirrhose apparaît. Le foie énorme est entouré d'un tissu fibreux qui le fait adhérer aux organes voisins, sa surface est dépolie, granuleuse; sa consistance est ferme. Le processus de cirrhose est la conséquence de l'infection tuberculeuse; c'est la *cirrhose cardio-tuberculeuse* de Hutinel. A la coupe, le foie prend un aspect bigarré; sur un fond noir de foie muscade, avec foyers apoplectiques, tranchent des arborisations pâles, zones graisseuses ou scléreuses. Au microscope on constate de la stase veineuse avec dilatation des veines centrales, de la sclérose périportale et péri-sus-hépatique, des îlots de sclérose, de la dégénérescence graisseuse, ces dernières lésions correspondant à des granulations tuberculeuses. Assez souvent les lésions des autres organes traduisent mal leur origine bacillaire; parfois au contraire la tuberculose est évidente, tant au niveau du péricarde, que des plèvres et du péritoine.

c. **Symphyse syphilitique.** — La symphyse syphilitique est consécutive le plus souvent à des *lésions scléro-gommeuses du foie*; insistons à nouveau sur la *médiastinite syphilitique* avec symphyse cardiaque, bien étudiée en ces dernières années, qu'elle accompagne ou non avec un *anévrisme de l'aorte*; parfois syphilis et tuberculose coexistent.

d. **La symphyse des brightiques et des artérioscléreux** est associée à de multiples lésions viscérales, atrophie rénale, dilatation de l'aorte, etc. Le cœur est très volumineux, à parois très hypertrophiées. Il existe souvent de l'insuffisance aortique.

SYMPTOMATOLOGIE. — La symphyse cardiaque est souvent latente, ne se révélant par aucun symptôme, surtout lorsque les adhérences péricardiques sont partielles et lâches, quelquefois aussi dans certains cas de symphyse totale. Elle est d'autre part souvent méconnue alors même qu'elle s'accompagne de troubles graves, tout spécialement de manifestations hépatiques, que l'on ne rapporte pas à leur véritable cause. Cette erreur provient de ce que la richesse symptomatique de la symphyse n'est qu'apparente; aussi doit-on signaler en première ligne, parmi les signes qui serviront à dépister la symphyse, l'examen radioscopique, dont Vaquez et Bordet ont encore récemment montré l'importance.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE. — Les signes radiologiques que retiennent surtout ces auteurs, sont les suivants : immobilité absolue de la pointe dans les déplacements latéraux; mobilité légère dans les déplacements verticaux; diminution plus ou moins marquée de l'amplitude des mouvements respiratoires, surtout à gauche; diminution d'amplitude du jeu diaphragmatique, surtout à gauche; augmentation de l'aire cardiaque; réduction du profil respiratoire; disparition de l'espace clair rétrosternal pendant l'inspiration.

Les signes par lesquels se traduit en clinique la symphyse cardiaque sont surtout les signes physiques.

SIGNES PHYSIQUES. — **Inspection.** — On constate parfois une *voussure* précordiale, mais bien plus souvent une *dépression* de la paroi thoracique (Bouillaud), surtout nette quand le péricarde est relié à la paroi sterno-costale; s'il existe des adhérences à la plèvre, au diaphragme on observe un amoindrissement de la saillie thoracique inspiratoire du côté gauche (Rendu), et l'absence, pendant l'inspiration, d'expansion en avant de la partie inférieure du sternum (Wenckebach). Un signe plus important consiste dans la *dépression systolique de la région de la pointe du cœur* (Skoda), phénomène à pathogénie complexe, mais dont la valeur n'est absolue que si la dépression occupe plusieurs espaces intercostaux (*dépression pluricostale* de Jaccoud), par exemple toute la région sterno-costale inférieure et l'épigastre; ce signe, comme l'ont bien montré Heim et Kreysig, indique en réalité bien plutôt la présence d'adhérences du péricarde à la cage thoracique que l'existence d'une symphyse cardiaque véritable. Cette dépression pluricostale s'accompagne d'une *diminution de sonorité de l'espace* de Traube. Il faut encore signaler comme signes importants : l'ondulation de la paroi thoracique (Morel-Lavallée) coexistant avec le retrait systolique de l'épigastre, le *mouvement de roulis, de reptation* (Jaccoud) de la région précordiale, progressant de haut en bas et de droite à gauche; pendant la systole, la partie supérieure du thorax est portée en avant, la partie inférieure étant en retrait; pendant la diastole, un mouvement inverse se produit. Chauffard a signalé, dans un cas avec adhérences complexes, la *déviation de la base du cœur vers la gauche*. On a signalé encore dans certains cas la rétraction d'un ou de plusieurs espaces intercostaux, dans la région dorsale.

Palpation. — L'impulsion cardiaque est parfois exagérée, parfois diminuée; au niveau du point où se produit le retrait systolique de la pointe on note un *choc diastolique* (Friedereich). La valeur de ce signe n'est pas absolue, car il se rencontre chez des malades indemnes de symphyse.

Percussion. — La percussion met en évidence une *augmentation de la matité précordiale avec hépatomégalie* (Merklen). Cette augmentation de la matité précordiale rappelle celle des péricardites avec gros épanchement. On y a signalé l'encoche de Sibson; nous savons les réserves qu'il faut faire au sujet de l'existence de ce signe (Bleichmann). La percussion montre encore la FIXITÉ DU CŒUR révélée par l'invariabilité de la matité pendant l'inspiration et l'expiration et dans toutes les positions données au malade. De même si l'on recherche le réflexe d'Abrams, on constate que l'aire cardiaque ne se modifie pas. Enfin, quelle que soit la position donnée au malade, la *pointe du cœur reste fixée à la même place* (Potain). Cette *fixité de la pointe* est un des meilleurs signes de la symphyse cardiaque. (*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie gastro-intestinale, par les docteurs Albert MATHIEU, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et J.-Ch. ROUX, ancien interne des hôpitaux de Paris; — Quatrième série : **Les Grandes médications.** Un vol. in-8 carré de 432 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin et fils.

L'Univers-organisme (néo-monisme), par L. BARDONNET. — Paris, G. Ficker.

Le Mal de tête. Ses différentes formes. Nature, diagnostic et traitement, par Siegmund AUERBACH. Un vol. de 220 pages. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etude clinique des phlébites utéro-pelviennes au cours de la puerpéralité (*Consultations médicales françaises*, fasc. 51), par le docteur Cyrille JEANNIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux. In-16 de 32 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Puériculture et Pouponnière, par le docteur RAIMONDI. Un vol. in-18 de 100 p. (*Les Actualités médicales*). — Prix : cart., 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE.......... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont institués agrégés (section de médecine générale) les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Faculté de médecine de Paris : MM. Villaret, Tanon, Ribierre, Lemierre et Lereboullet.

Faculté de médecine de Bordeaux : MM. Mauriac, Micheleau, Leuret et Dupérié.

Faculté de médecine de Lille : MM. Pierret et Leclercq.

Faculté de médecine de Lyon : MM. Froment, Thévenot et Piéry.

Faculté de médecine de Montpellier : MM. Rimbaud et Roger.

Faculté de médecine de Nancy : M. Parisot.

Faculté de médecine de Toulouse : MM. Lafforgue, Sorel et Serr.

Faculté de médecine d'Alger : M. Gillot.

— Sont institués agrégés (section de chirurgie générale) les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Faculté de médecine de Paris : MM. Alglave, Mocquot et Desmarests.

Faculté de médecine de Montpellier : M. Etienne.

Faculté de médecine de Lyon : MM. Cotte et Duroux.

Faculté de médecine de Bordeaux : M. Duvergey.

Faculté de médecine de Toulouse : M. Gorse.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Gontier, médecin-major de deuxième classe en retraite, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'or. — M. le docteur Paul Faivre (de Paris).

Médaille de vermeil — MM. les docteurs Vallée (d'Anzin), Ott et Sagrandi (d'Avignon).

Témoignage spécial à titre de rappel : M. le médecin-major de deuxième classe Orticoli.

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Baratier (de Jeugny), Breillot (de Sourdeval), Dujardin-Beaumetz (de Paris), Ghisgant (d'Anzin), Laurent (de La Pallice), Lebrun (de Bar-sur-Aube), Legroux (de Paris), Loubiou (de Montauban) et Pehu (de Lyon).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Bourgoin (de Paris), Felhoen (de Roubaix), Feuvrier-Laforêt (de Bussière-Badil), Laborie (des Ballots), Morigny (de Rimogne), Rancon (de Samer), Rascol (de Pauillac), Rosenthal, Roucayrol (de Paris), Rouma (de Puy-l'Evêque) et Trousset (de Paris).

M. Bouget, interne des hôpitaux de Lyon.

MM. Sirota et Wilmoth, externes des hôpitaux de Paris.

MÉDAILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Les récompenses suivantes ont été attribuées pour services exceptionnels rendus à l'assistance publique :

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Bloch (de Saint-Maurice), Brassart (de Villers-Cotterets); Antoine Corcellet, médecin de colonisation en retraite; Lheureux (d'Airaines) et Rossignol (de Vitré).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Dubain (de Beaugency), Victor Gardon, secrétaire de la Commission sanitaire de l'arrondissement d'Alger; Martinais (de Vitré), Léon Petit (de Paris) et Ravarit (de Poitiers).

ACADÉMIE DES SCIENCES. — PRIX DÉCERNÉS. — PRIX MONTYON. — Le prix (700 francs) est décerné à M. Michel Cohendy, pour son travail : « Expériences sur la vie des microbes. »

PRIX PHILIPPEAUX (900 francs). — M. Louis Lapicque, pour ses travaux relatifs à « l'Excitabilité électrique ».

Mention honorable : M. Samson Levin, pour ses « Recherches expérimentales sur l'involution du thymus ».

PRIX LALLEMAND (1 800 francs). — Le prix n'est pas décerné.

Mention très honorable : M. A. Barré, pour son ouvrage : « Les ostéoarthropathies du tabes ; étude critique et conception nouvelle ».

PRIX POURAT (1 000 francs). — Le prix est décerné à MM. Th. Nogier et Cl. Regaud.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gascard (de Paris).

COMMUNIQUÉS

REVUE GÉNÉRALE

OBLITÉRATIONS DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE

Par M. P. HÉBRARD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique. — Inconnues des anciens auteurs (à tel point qu'Hodgson croyait que l'on n'avait jamais rencontré la veine cave supérieure complètement oblitérée) les oblitérations de la veine cave supérieure ont été étudiées pour la première fois par M. Oulmont dans les *Mémoires de la Société d'observation* en 1856. Cet auteur, qui avait pu réunir dix-neuf observations, classe en deux grandes catégories les causes de l'affection qui nous occupe : il distingue les oblitérations par concrétions et celles par compressions. Et comme ces 19 cas s'étaient tous terminés par la mort, M. Oulmont considérait comme extrêmement sombre le pronostic de la maladie. Depuis 1856, l'attention des cliniciens ayant été attirée sur les oblitérations de la veine cave supérieure, de nouvelles observations ont été publiées. Dans ces dernières années notamment, en même temps qu'ils décrivaient les médiastinites chroniques, les auteurs insistaient sur la compression que les lésions médiastinales peuvent exercer sur la veine cave et ils démontraient aussi la curabilité de certaines de ces oblitérations. De sorte que ces travaux récents ont modifié la question des oblitérations de la veine cave supérieure à la fois au point de vue de son étiologie et son anatomie pathologique, de son pronostic et de son traitement.

II

Etiologie. — Affection *relativement rare*, l'oblitération de la veine cave supérieure peut se voir aussi bien dans un *sexe* que dans l'autre. Elle peut exister chez l'*enfant* (Rilliet et Barthez considèrent l'œdème de la face chez l'enfant comme un symptôme de tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques). Elle peut survenir aussi chez le vieillard, mais c'est surtout à l'*âge adulte* que la majorité des cas ont été observés.

Les causes d'oblitération sont assez nombreuses. Les unes agissent par *obstruction* de la veine : obstruction due soit à un *envahissement* par des bourgeons néoplasiques, soit à une *thrombose* provoquée par une phlébite (phlébite primitive dont l'existence n'est peut-être pas absolument démontrée, ou phlébite secondaire à une lésion du voisinage). Mais beaucoup plus fréquentes sont les oblitérations par compression : compression par un organe voisin augmenté de volume (*ectasie* de la crosse aortique, tuberculose des *ganglions* trachéo-bronchiques, cancer d'un *corps thyroïde* goitreux) ou compression par un tissu néoformé (*cancer* du médiastin ou du poumon, *médiastinites chroniques*). De toute cette étiologie nous voudrions surtout retenir deux causes : l'ectasie de l'aorte et les médiastinites chroniques. L'ectasie de l'aorte, parce que c'est la cause la plus fréquente ! et il n'y a là rien de bien étonnant pour qui sait les rapports de voisinage qui unissent aorte et veine cave. Quant aux médiastinites chroniques (individualisées par les travaux récents et bien étudiées par Lian et Baron, dans le *Progrès médical*, en 1912) elles sont surtout intéressantes, parce que c'est à elles qu'appartiennent les formes curables des oblitérations de la veine cave supérieure. Ces médiastinites chroniques peuvent avoir pour point de départ une syphilis (mal traitée et arrivée à la période tertiaire), une tuberculose (dans l'adénopathie trachéo-bronchique, la pleurésie médiastine ou la symphyse péricardique), un cancer d'un organe voisin et, dans des cas plus rares, le rhumatisme articulaire aigu, les traumatismes, et des infections répétées de l'appareil respiratoire. Mais c'est surtout la syphilis qui est à retenir, parce que la médiastinite syphilitique est celle qui lèse le plus souvent la veine cave supérieure et parce que de toutes les médiastinites c'est celle sur laquelle la thérapeutique peut avoir le plus d'action.

III

Anatomie pathologique. — Les lésions sont évidemment très variables suivant la cause de l'oblitération. S'agit-il d'une *thrombo-phlébite ?* Lorsque l'on fend la veine cave on la trouve oblitérée par un caillot dense, plus ou moins jaunâtre, organisé, adhérant intimement à la paroi veineuse. Ce caillot peut se prolonger dans les troncs veineux brachio-céphaliques, les veines sous-clavières et jugulaires internes. Parfois l'adhérence au lieu d'être totale se fait par filaments plus ou moins denses et résistants. Au-dessus du caillot obturateur la paroi interne de la veine est souvent rouge foncé et recouverte d'une fausse membrane fibrineuse épaisse adhérente. Dans la plupart des cas il existe des lésions périveineuses car la phlébite primitive doit être bien rare dans ce vaisseau si court dépourvu de valvules et dans lequel la direction du sang est absolument perpendiculaire. Plus souvent certainement la thrombose est provoquée par des *bourgeons néoplasiques* qui ont envahi la lumière de la veine. D'où viennent ces bourgeons ? De la paroi veineuse ? Les observations de cancer primitif de la veine ne sont pas démonstratives car il existait en même temps des lésions des organes voisins. Dans la règle, ce sont ces organes devenus cancéreux qui poussent vers la veine cave des prolongements. Ceux-ci envahissent la paroi externe de la veine, refoulent et amincissent la paroi interne, venant faire saillie dans la lumière du vaisseau. Et sur ces saillies la fibrine va se déposer en couches stratifiées ; ainsi est amorcée puis réalisée l'oblitération de la veine par obstruction.

Beaucoup plus fréquentes sont les oblitérations par *compression*. En réalité dans la plupart des cas le mécanisme est double ; il y a à la fois compression et obstruction ; compression par la tumeur et obstruction par la thrombose secondaire à la compression.

C'est en particulier le cas lorsqu'il s'agit de l'*ectasie de l'aorte* : lorsque l'anévrisme de l'aorte arrive en contact avec la veine cave supérieure il la comprime et détermine soit la coagulation du sang, soit une sorte d'inflammation adhésive entre les deux feuillets opposés de la paroi interne. Parfois l'oblitération n'est que partielle et un peu de sang peut encore circuler parmi les brides fibreuses organisées d'une paroi à l'autre. Si au contraire la compression a été plus forte, la veine complètement aplatie se trouve confondue avec le sac anévrismal. Il s'agit tantôt d'une dilatation totale *fusiforme* de la crosse (renflement en fuseau d'un segment aortique), tantôt d'une dilatation *sacciforme* (sorte de sac appendu à l'aorte par un collet rétréci). C'est à cette dernière variété que se rattache l'anévrisme *cupuliforme*, petit, hémisphérique, siégeant surtout à l'origine de l'aorte et dont la convexité vient s'invaginer dans la cavité de la veine cave supérieure. Ce dernier cas est d'ailleurs très rare : Weill et Mauban en ont apporté un exemple à la Société anatomique en 1898. Il s'agissait ici d'une dilatation cupuliforme née sur un anévrisme fusiforme de l'aorte ascendante et invaginé dans la veine cave supérieure (voir fig. 1 et 2).

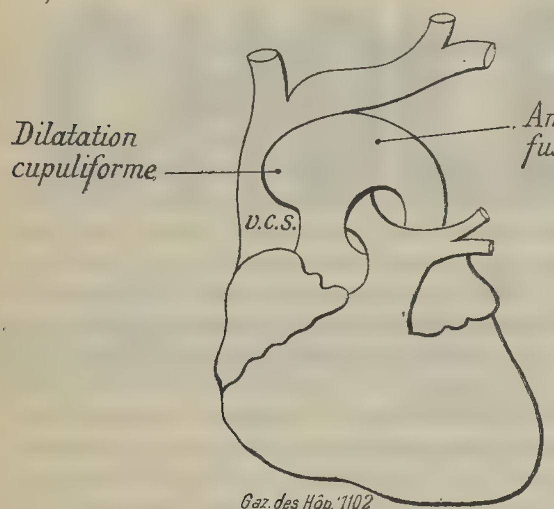


FIG. 1.

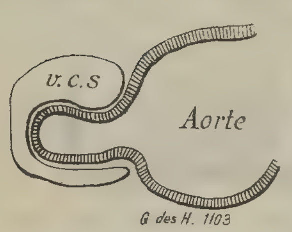


FIG. 2. — *Coupe horizontale montrant l'invagination cupuliforme de l'anévrisme dans la veine cave supérieure et l'oblitération incomplète de la veine.*

Dans d'autres cas, qui ne sont pas rares, l'anévrisme est associé à des lésions médiastinales : adénopathie trachéo-bronchique ou surtout médiastinite syphilitique ainsi que nous le verrons plus loin. Dans ces cas la veine cave peut se trouver comprimée entre une ectasie et la lésion associée : tel est le cas qui s'était présenté chez le malade étudié par Jaccoud dans ses « Leçons de clinique médicale » de 1886-1887. La veine cave supérieure était ici comprimée entre un sac anévrismal et un gros ganglion suppuré (voir fig. 3).

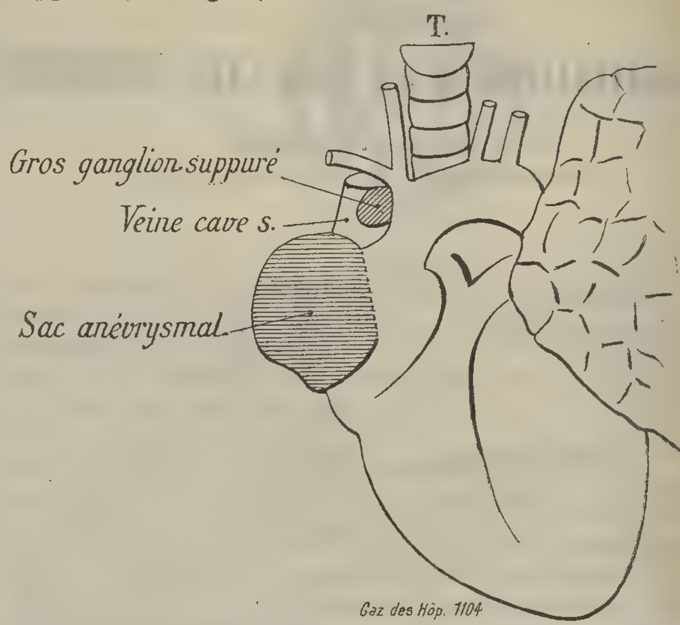


FIG. 3. — *La veine cave supérieure est comprimée entre un sac anévrismal en avant et un gros ganglion suppuré en arrière* (Jaccoud).

Si l'ectasie aortique peut quelquefois s'unir à des lésions médiastinales pour comprimer la veine cave, il est des cas où ces lésions suffisent à elles seules à produire une oblitération. Nous voulons parler des *médiastinites chroniques*, « qui sont le résultat d'une inflammation chronique du tissu cellulaire du médiastin aboutissant à la formation d'un tissu scléreux, quelquefois très abondant ». (Charles Renault, Th. de Paris, 1913.) La plus typique des médiastinites chroniques est assurément la *médiastinite syphilitique*. Elle nous intéresse d'autant plus que son siège d'élection est la partie antéro-supérieure du médiastin, c'est-à-dire le voisinage de la veine cave supérieure. On trouve là un énorme syphilome médiastinal, véritable amas de tissu fibro-adipeux intimement adhérent à la veine cave, à la trachée, aux bronches et dans lequel cheminent de nombreuses veines dilatées. Cette médiastinite calleuse, grosse comme le poing, unit tous les organes du médiastin, enserre les gros vaisseaux de la base du cœur, véritable type de ces « médiastinites enserrantes » dont parlait Jaccoud. A la coupe, on voit parfois des ganglions noirs, anthracosiques, parfois de petits ganglions grisâtres d'adénopathie syphilitique, et des gommes spécifiques gris jaunâtre, dures, fermes, élastiques, dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une amande. Et cette masse scléro-gommeuse est dure à la coupe : elle crie sous le scalpel.

Les parois de la veine cave supérieure se trouvent fusionnées avec le tissu fibreux médiastinal, mais surtout, le fait important c'est que son calibre est considérablement diminué. Bien mieux, sa lumière est souvent obstruée par un caillot organisé. La veine peut même se trouver transformée en un cordon fibreux plein comme un tendon. Du côté du cœur, il reste souvent une petite portion de la veine encore perméable, en forme de cône à base car-

diaque et dont la pointe effilée se continue avec la veine oblitérée.

De la partie supérieure de la veine cave, les lésions assez souvent s'étendent dans les troncs veineux brachio-céphaliques qui peuvent être complètement oblitérés, et même se perdre dans la gangue médiastinale sur un trajet plus ou moins long (Martin Solon). Et la thrombo-phlébite peut encore envahir les jugulaires.

Il est à noter que dans quelques cas de médiastinites chroniques syphilitiques la thrombo-phlébite, respectant la veine cave supérieure, a pu atteindre l'un des troncs veineux brachio-céphaliques.

Avec la médiastinite, on peut observer diverses lésions syphilitiques des organes voisins (qui ont pu du reste être le point de départ de la médiastinite), qu'il s'agisse de lésions de l'arbre respiratoire ou de l'appareil circulatoire : lésions artérielles telles qu'une gomme de la paroi aortique ayant formé un anévrisme, puis médiastinite syphilitique périanévrismale ou bien lésions veineuses, ayant atteint primitivement la veine cave. « La veine cave supérieure, dit Renault, paraît être un siège de prédilection du syphilome gommeux. »

Histologiquement, on trouve, au début, le tissu cellulaire du médiastin plus ou moins sclérosé, avec çà et là des gommes syphilitiques. Plus tard, il n'y a plus que du tissu fibro-adipeux, avec, par endroits, des amas de cellules rondes. Une lame fibreuse représente toutes les tuniques de la veine cave supérieure, parsemée parfois de dépôts calcaires ; un caillot organisé et plus ou moins calcifié occupe la lumière de la veine. Telle est la médiastinite syphilitique la plus fréquente des médiastinites chroniques.

Si la *médiastinite tuberculeuse* siège plus volontiers vers la partie inférieure du médiastin, elle peut cependant, dans quelques cas, atteindre la région supérieure et comprimer la veine cave. Il n'est pas rare alors qu'elle s'associe à la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques comme la médiastinite syphilitique peut s'associer à des lésions syphilitiques des organes du médiastin. En général, il s'agit d'un tissu fibreux peu abondant reliant les organes les uns aux autres, mais dans certaines autopsies on a trouvé une masse fibreuse volumineuse : peut-être s'agissait-il ici de sujets à la fois atteints de tuberculose et de syphilis. Et ces *médiastinites mixtes*, tuberculo-syphilitiques, peuvent s'observer surtout chez les enfants hérédo-syphilitiques. Tel serait le cas d'un petit malade dont Nobécourt et Paisseau ont pratiqué l'examen nécropsique :

« Le tissu médiastinal présentait une alternance de zones claires et de zones opaques. Les zones claires étaient centrées par un vaisseau de néoformation autour duquel se disposaient des éléments figurés assez clairsemés : cellules fixes du tissu conjonctif et éléments mononucléés. Au centre des zones opaques plus étendues, montait une colonne fibreuse, reliquat du vaisseau oblitéré. Autour se disposait un tissu réticulé, plus dense que dans les zones claires, renfermant de nombreuses hématies plus ou moins altérées et parfois même de petits foyers hémorragiques. Dans ce tissu, on trouvait aussi des formations tuberculeuses disséminées : les unes constituées par du caséum au centre, par des cellules épithélioïdes, des cellules géantes nettes, et une zone fibreuse à la périphérie ; les autres comprenant seulement de petits amas de cellules épithélioïdes. » D'après Nobécourt et Paisseau ces lésions artérielles et périartérielles ne peuvent s'expliquer que par l'association de la syphilis avec la tuberculose, chez un enfant qui présentait, ainsi que son frère, une réaction de Wassermann positive.

Histologiquement, la médiastinite tuberculeuse pure se caractérise par la présence de cellules géantes et souvent même de tubercules disséminés au milieu d'un tissu fibro-adipeux.

Nous ne ferons que mentionner la médiastinite chronique d'origine *rhumatismale*, car c'est en général une médiastinite inférieure accompagnant la péricardite et la symphyse du péricarde.

Nous avons insisté sur l'étude anatomo-pathologique des médiastinites chroniques, lésions peu étudiées jusqu'à ces derniers temps. Mais il est d'autres affections du médiastin susceptibles de comprimer plus souvent peut-être la veine cave supérieure. C'est tout d'abord l'*adénopathie trachéo-bronchique* qui peut être simple, syphilitique, cancéreuse, mais surtout tuberculeuse. En ce cas on observe une masse irrégulière, bosselée, parfois grosse comme un œuf, dans laquelle chaque ganglion a le volume d'une amande et ces ganglions qui se trouvent à des phases diverses d'infiltration, de caséification, de ramollissement pendant que d'autres se sclérosent et s'infiltrent de sels calcaires, ces ganglions peuvent assez fréquemment comprimer la veine cave supérieure.

Ou bien ce sont des *tumeurs du médiastin* : les unes, les plus fréquentes, sont des tumeurs *malignes*, qui se rencontrent surtout chez l'homme et à un âge assez avancé, provenant soit des ganglions lymphatiques (lymphadénomes et lymphosarcomes), soit des débris du thymus (épithéliomes, sarcomes ou fibro-sarcomes). Rapidement, ces tumeurs adhèrent aux gros vaisseaux et peuvent les comprimer. Plus rarement, la tumeur est *bénigne* : on a signalé quelques cas de fibrome ou de lipome du médiastin, des kystes hydatiques et surtout des kystes dermoïdes, qui se voient de préférence chez des sujets jeunes à la partie antéro-supérieure du médiastin, dans la région du thymus et qui adhèrent souvent aux organes voisins. Enfin la tumeur peut être formée par un *corps thyroïde* plongeant dans le médiastin : Piorry a vu plusieurs fois le cancer d'un corps thyroïde goitreux comprimer l'aorte et la veine cave supérieure.

A l'étude des lésions qui causent l'oblitération de la veine cave supérieure, nous devons joindre l'étude des lésions qui sont la conséquence de cette oblitération.

Ces conséquences se font sentir en premier lieu sur le *système veineux*. La veine cave supérieure étant le tronc veineux principal de la partie supérieure du corps, lorsque la circulation est rendue

impossible dans sa cavité, le sang doit, sous peine d'accidents immédiats très graves, se frayer un chemin vers l'oreillette droite, grâce à une circulation de suppléance. Les veines superficielles, les veines profondes, les capillaires eux-mêmes se dilatent. Cette dilatation se produit au niveau de la face, du cou, de la partie supérieure du tronc; on peut voir sur la face ou le front des veines qui ont le volume d'une plume d'oie. Les veines superficielles de la poitrine sont très dilatées, et largement anastomosées ensemble; on voit des dilatations veineuses sur les épaules, sous l'aisselle et même sur les bras, et il existe une légère dilatation de quelques veines de la partie inférieure du corps (veines épigastriques, veines lombaires) et de quelques veines sous-cutanées de la cuisse. De même les veines profondes sont également dilatées; la grande veine azygos, dont l'embouchure dans la veine cave est d'ordinaire obstruée, se trouve doublée de volume. Les veines intercostales droites (surtout la supérieure) sont énormes. Il en est de même de la petite azygos.

Tout le sang veineux du corps, excepté celui de la veine coronaire, étant versé dans l'oreillette droite par la veine cave inférieure, le tronc de cette veine est extrêmement dilaté. Il en est de même de son orifice dans l'oreillette qui, dans certains cas, admet l'introduction de trois doigts. Les veines réno-azygo-lombaires et les veines rénales sont aussi très volumineuses.

Dans d'autres cas, plus rares, la grande veine azygos ne présentait à l'autopsie aucune augmentation de volume; seules les veines superficielles du tronc et les veines épigastriques étaient distendues et paraissaient avoir suffi à ramener le sang vers l'oreillette droite. Il est vrai que dans ces observations la suppléance n'était que relative et les malades présentaient divers épanchements, une cyanose et un œdème considérables.

Quant à l'oreillette droite, on l'a quelquefois trouvée petite, contractée, telle qu'elle pouvait à peine contenir une noix. Parfois existait à son intérieur un caillot rouge se prolongeant vers la veine cave supérieure. Ailleurs l'oreillette était dilatée ou normale.

Dans la moitié des observations environ existe un épanchement pleurétique, citrin. Plus rarement il y a du liquide dans le péricarde. Le cœur peut présenter de l'hypertrophie avec dilatation. Le cerveau, le foie, les reins sont congestionnés; la stase veineuse a retenti directement sur le cerveau (parfois même existent des hémorragies cérébrales) et indirectement, par l'intermédiaire de la veine cave inférieure, sur le foie et les reins.

Nous signalerons enfin que dans des cas tout à fait exceptionnels on a vu l'oblitération de la veine cave inférieure coexister avec l'oblitération de la veine cave supérieure.

IV

Physiologie pathologique. — Physiologiquement la veine cave supérieure ramène à l'oreillette droite le sang veineux de la moitié supérieure du corps, à l'exception du sang des veines cardiaques. Elle est opposée à la veine cave inférieure. Entre les deux est tendu un système anastomotique qui révèle surtout son utilité lorsque l'une des deux veines caves est oblitérée. Ce système anastomotique est double : il y a des anastomoses directes entre les deux veines caves (anastomoses caves-caves) et il y a des anastomoses indirectes par l'intermédiaire de la veine porte (anastomoses porto-caves). Ces branches veineuses doivent être bien connues pour bien comprendre le rétablissement de la circulation en cas d'oblitération de la veine cave supérieure.

Les *anastomoses caves-caves* se font sur la paroi abdominale antérieure par l'intermédiaire des veines mammaires internes et externes qui s'anastomosent avec les veines sous-cutanées abdominales et épigastriques; sur le diaphragme par l'union des diaphragmatiques supérieures et inférieures; enfin sur la paroi abdominale postérieure par l'intermédiaire des veines azygos, des veines intrarachidiennes et des veines extrarachidiennes postérieures.

Quant aux *anastomoses porto-caves*, les unes mettent la veine porte en relation avec la veine cave supérieure tandis que les autres communiquent avec la veine cave inférieure. Les anastomoses porto-caves supérieures sont peu volumineuses : elles sont représentées par des anastomoses qui unissent les veines diaphragmatiques supérieures avec les veines du ligament suspenseur, les veines mammaires internes et intercostales avec le groupe paraombilical, les veines œsophagiennes avec les veines du cardia, enfin l'azygos avec la veine splénique par la veine azygo-splénique de Smieden. Mais toutes ces anastomoses porto-caves seront moins utiles, dans le rétablissement de la circulation collatérale, que les anastomoses directes caves-caves, et au premier rang de celles-ci il faut placer le système anastomotique des azygos.

Plusieurs cas d'ailleurs sont à considérer suivant la localisation de l'oblitération.

1° L'*obstacle siège-t-il uniquement dans la moitié supérieure de la veine cave supérieure?* La grande veine azygos restée perméable recueille tout le sang qui lui est apporté par les veines intercostales, et ces veines sont elles-mêmes riches en anastomoses avec les veines superficielles du cou et des membres supérieurs. Ce sang va alors se déverser dans la moitié inférieure de la veine cave supérieure. Mais c'est là un cas peu fréquent.

2° *En général, l'obstacle occupe la moitié inférieure de la veine cave, et par conséquent obture l'orifice de l'azygos*, que l'obstacle soit limité à cette moitié inférieure de la veine cave ou plutôt qu'il occupe toute la veine cave, pouvant même remonter plus ou moins vers les troncs brachio-céphaliques. Dans ces cas, c'est-à-dire lorsque la terminaison de la grande veine azygos est oblitérée en même temps que la veine cave supérieure, le sang doit nécessairement arriver à l'oreillette droite par l'intermédiaire de la veine cave inférieure. C'est dans cette circonstance que les anastomoses porto-caves et surtout caves-caves vont se montrer utiles. Le sang va prendre un cours rétrograde par les mammaires internes, les veines superficielles du thorax et les

vertébrales qui par les intercostales supérieures le ramènent dans les veines azygos. La portion de la grande azygos qui est restée perméable va en effet servir à la circulation de suppléance. Le sang arrivera ainsi dans les veines rénales et dans la veine cave inférieure. Dans un cas cité par M. Oulmont une veine supplémentaire qui émanait des deux azygos passait à travers le diaphragme et aboutissait directement à la veine cave inférieure. Dans une observation de Martin Solon, où il y avait en plus une oblitération des troncs veineux brachio-céphaliques, les veines azygos ne présentaient aucune dilatation anormale. Seules les veines superficielles du tronc et les veines épigastriques étaient très élargies et distendues.

3° Enfin dans des cas très rares qui peuvent compter parmi les curiosités anatomiques, les *deux veines caves sont oblitérées :* Stannius a vu une oblitération de la veine cave supérieure, des troncs brachio-céphaliques, des jugulaires, sous-clavières, mammaires internes, de la moitié supérieure de l'azygos et des intercostales. La veine cave inférieure était oblitérée immédiatement au-dessous des veines sus-hépatiques et de là le caillot s'étendait jusqu'à l'extrémité inférieure de la veine cave inférieure. En revanche il existait une dilatation compensatrice des veines sous-cutanées des membres supérieurs, du cou et de la tête, de la partie antérieure et moyenne des intercostales, de la partie inférieure de l'azygos. Ce fait montre les incroyables ressources de la circulation collatérale. « Ces ressources sont telles, dit Lancereaux, que dans certains cas on voit des veines qui ne sont même pas désignées par un nom particulier acquérir un volume égal à celui des veines caves. »

Sans doute il s'agit là de faits exceptionnels, mais, dans la règle, on observe toujours une circulation collatérale notable. C'est cette circulation qui permettra la survie du malade et l'on peut dire, ainsi que nous allons le voir dans l'étude clinique, que la gravité de la maladie est en raison inverse du degré de développement de la circulation complémentaire.

V

Symptomatologie. — Il est des cas extrêmement rares dans lesquels le *début* de l'oblitération s'est fait brusquement et Cruveilhier cite une observation dans laquelle la maladie fut caractérisée en quarante-huit heures. Mais en général, plus ou moins masqué par les symptômes de l'affection causale, le début de l'oblitération est insidieux. Tantôt c'est un malade qui présente depuis des mois de la toux et de la dyspnée (dues à une affection intrathoracique). Il ne peut pas monter les escaliers sans être essoufflé. Il présente des accès de constriction thoracique avec tachycardie. Tantôt le premier signe est cérébral (céphalée, vertiges, tendance à la congestion du cerveau). Enfin le début peut se faire d'emblée par de l'œdème de la face. Dans tous les cas ce symptôme ne tarde pas à survenir et il constituera avec la cyanose et la circulation collatérale les trois signes cardinaux de la maladie.

A la PÉRIODE D'ÉTAT, ces trois symptômes attirent simultanément l'attention lorsque l'on examine le malade.

L'*œdème* débute par la face. Parfois unilatéral tout d'abord, il ne tarde pas à envahir toute la face. Il est volontiers plus marqué à la partie inférieure, ce qui donne à la tête l'aspect piriforme. Il s'étend ensuite au front et au cuir chevelu, envahit le cou qui est gonflé surtout vers sa base et le gonflement emplissant les creux sus-claviculaires forme suivant la comparaison des auteurs américains un véritable collier de chair (collar of flesh). Le malade est obligé de desserrer ses vêtements. L'œdème gagne les membres supérieurs en débutant par les mains, souvent plus marqué d'un côté que de l'autre, enfin la paroi thoracique elle-même, mais surtout la paroi antérieure du thorax et notamment les seins. L'œdème est plus rare à la partie dorsale, mieux drainée probablement grâce aux veines azygos. En tout cas ce qui est caractéristique c'est que la limite inférieure de l'œdème ne dépasse pas la région ombilicale. En ce point l'œdème cesse non pas brusquement mais par gradation insensible. Et il existe un contraste saisissant entre le volume de la moitié supérieure du corps considérablement augmenté et celui de la moitié inférieure souvent amaigrie. A la fin cependant de la maladie peut se montrer un œdème cachectique des membres inférieurs.

Comment va évoluer ce symptôme ? Nous avons vu qu'il débutait par la face. C'est toujours là qu'il prédomine. Les paupières deviennent tellement tuméfiées que l'on est souvent obligé de pratiquer des mouchetures, les joues deviennent énormes, les traits du visage sont effacés. Les muqueuses elles-mêmes sont infiltrées : les lèvres sont gonflées, la bouche empâtée, la luette tuméfiée prend la forme d'un grain de raisin, le pharynx étant atteint, la déglutition peut devenir impossible, la salive coule hors de la bouche. Cet œdème s'étend à la partie supérieure du thorax où dans certains cas il affecte la disposition dite en pèlerine : « tippet like », dit Stokes.

C'est parfois un œdème dur, élastique, résistant, ne formant pas de godet, tout comme dans la phlegmatia alba dolens. C'est dans d'autres cas un œdème mou que le doigt peut déprimer. Chez un malade, il présentait un véritable tremblottement gélatiniforme.

Dans quelques cas, il peut subir des alternatives d'augmentation et de diminution, il peut augmenter brusquement sous l'influence d'un effort, à l'occasion d'une quinte de toux par exemple. Il peut diminuer par les saignées et les purgations réitérées. Dans beaucoup de cas, il persiste jusqu'à la fin de la vie. Parfois cependant il régresse à mesure que se développe la circulation collatérale. Il peut même disparaître complètement si cette circulation est très développée.

L'œdème s'accompagne de *cyanose*, teinte bleuâtre plus accusée au niveau des lèvres, du nez, des oreilles et des pommettes. La conjonctive oculaire est injectée. Cette cyanose augmente par les efforts, la toux et toutes les causes qui apportent une gêne au retour du sang vers le cœur. Elle ne disparaît

pas par le repos complet. Elle peut se montrer sur les mains et les doigts.

Œdème et cyanose tendent à s'effacer à mesure que s'étend la *circulation collatérale.* La disposition de cette circulation a été bien étudiée par Lian et Baron (*Progrès médical*, 9 et 16 novembre 1912). Il existe un réseau veineux sur les deux tiers supérieurs de la paroi antérieure du thorax. Il empiète largement sur la racine des bras et la base du cou, souvent même la partie inférieure de la face. Ses mailles sont allongées dans le sens vertical. Des troncs collecteurs, deux gros troncs verticaux généralement, partent de sa portion inférieure pour aller rejoindre les veines sous-cutanées abdominales et épigastriques, tributaires de la veine cave inférieure. La circulation du sang se fait de haut en bas, ainsi qu'on peut s'en rendre compte dans bien des cas tout au moins, en vidant une veine entre deux doigts. Quelques troncs vont aux veines de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic. Les veines du bras se dégagent dans le réseau pectoral par les veines acromio-thoraciques. Il n'y a pas en général de veines à la face dorsale du thorax.

Tandis que l'œdème tend à diminuer au bout d'un certain temps, la circulation collatérale au contraire tend à augmenter. Finalement elle peut constituer le seul symptôme, lorsque la maladie est bien compensée. On a vu sur la paroi thoracique de véritables taches ecchymotiques produites par la rupture d'une veinule, survenue surtout lorsque l'oblitération s'est produite brusquement.

Œdème, cyanose, circulation collatérale, tels sont les trois symptômes principaux de l'oblitération de la veine cave supérieure. Tous les autres symptômes sont moins constants : distension des jugulaires qui roulent sous le doigt comme un cordon tendu, et qui parfois même sont thrombosées, céphalée soulagée souvent par des épistaxis qui peuvent être abondantes, vertiges, éblouissements, tintements d'oreille, surtout marqués lorsque le malade se baisse pour ramasser un objet. Il peut y avoir de l'insomnie (le malade ne peut d'ailleurs pas supporter dans la plupart des cas la position horizontale), des troubles dyspnéiques avec accès de suffocation et parfois petites hémoptysies. Les urines sont foncées, diminuées de volume et souvent renferment de l'albumine, explicable peut-être par ce fait que le sang refluant dans le canal réno-azygo-lombaire de Tuffier et Lejars vient congestionner le rein. On a signalé des convulsions ; il peut y avoir des troubles psychiques, une diminution des facultés intellectuelles, de la somnolence, un état subcomateux, voire même comateux.

VI

Complications. — Les complications qui peuvent survenir au cours de l'oblitération de la veine cave supérieure sont dues le plus souvent à l'affection causale. Ce sont, en général, des troubles résultant de la compression des autres organes du médiastin. Il n'est pas rare d'observer un épanchement pleural, surtout à droite, plus rarement un épanchement péricardique.

La pneumonie n'est pas exceptionnelle dans le cas de tumeur du médiastin et siège souvent à droite. La compression du récurrent peut donner des troubles laryngés. La congestion du cerveau peut s'accompagner d'hémorragie cérébrale.

VII

Formes cliniques. — La forme la plus fréquente est celle qui est due à la compression par un *anévrisme* de la portion ascendante de la crosse aortique. Aux signes de l'oblitération se superposent ceux de l'ectasie : voussure, matité, battements, souffles, inégalité des deux pouls radiaux et ce sont des cas dans lesquels la radioscopie peut rendre de grands services.

Chez un enfant au contraire l'oblitération sera le plus souvent associée à la *tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques*, adénopathie qui peut s'accompagner de ses signes classiques, de son cornage tantôt inspiratoire, tantôt expiratoire, mais adénopathie qui peut aussi rester latente, décelable seulement (et M. Variot a bien insisté sur ce fait) à l'ombre que la radioscopie montre dans le hile pulmonaire.

Enfin la troisième forme sur laquelle nous voudrions insister c'est l'oblitération de la veine cave supérieure consécutive à une *médiastinite syphilitique.* Accident tertiaire d'une syphilis mal soignée, c'est une oblitération curable à condition qu'elle soit diagnostiquée et traitée dès les premiers symptômes. Son diagnostic est difficile, sans doute, car les signes sont inconstants, mais on peut s'aider de la radioscopie et de la séro-réaction de Wassermann.

VIII

Evolution. — L'oblitération de la veine cave supérieure peut avoir une évolution assez rapide et durer peu de mois, mais en général cette évolution est lente et l'on a vu des malades survivre à leur lésion pendant douze et quinze ans. La plupart des cas se terminent par la mort. Les symptômes vont s'aggravant progressivement, le malade de plus en plus dyspnéique présente une face énorme violacée. L'œdème des bras augmente au point de gêner les mouvements, sur la poitrine les veines deviennent de plus en plus saillantes ; il y a des signes graves de congestion encéphalique, du délire, de l'agitation, finalement, c'est le coma et la mort.

Dans d'autres cas, au lieu de cette terminaison lente survenant dans un véritable état de cachexie, on peut observer la mort subite par syncope ou bien au cours d'un accès de suffocation.

La mort n'est pas toutefois la terminaison fatale de toute oblitération de la veine cave et nous avons vu que certaines oblitérations syphilitiques sont susceptibles de guérir si leur traitement a été institué de bonne heure.

IX

Pronostic. — Le pronostic dépend donc absolument de la cause de l'oblitération, mais dans tous les cas il est très grave, parce que les guérisons obtenues en cas de syphilis sont jusqu'ici bien peu

nombreuses et parce que le traitement spécifique ne peut agir que s'il est très précoce. D'où l'on voit toute l'utilité d'un diagnostic étiologique précis.

X

Diagnostic. — En se basant sur la cyanose, l'œdème et la circulation collatérale localisés à la moitié supérieure du corps, il est facile en général de diagnostiquer une oblitération de la veine cave supérieure. Sans doute, l'œdème de la face peut ne plus exister au moment où on examine le malade ; il peut ne rester qu'une teinte violacée, bleuâtre, avec injection des yeux, cyanose des muqueuses, dyspnée, et l'on croirait à une *affection cardiaque* si l'auscultation du cœur ne restait négative et si l'on n'apprenait qu'il y a eu, à l'origine, œdème de la moitié supérieure du corps. C'est au contraire dans le domaine de la veine cave inférieure que prédominerait un œdème asystolique.

Ailleurs, c'est au *mal de Bright* que l'on pensera quand l'œdème existe sans cyanose, pâle, blafard, plus ou moins tremblottant, s'accompagnant d'albumine dans les urines. Mais bientôt les veines souscutanées ne vont pas tarder à se développer et l'examen de la poitrine montre d'ailleurs l'existence d'une tumeur ou d'un anévrisme.

Il est, en somme, assez facile de reconnaître une oblitération de la veine cave supérieure. Tout au plus, pourrait-on confondre cette lésion avec l'*oblitération* d'un *tronc veineux brachio-céphalique*. « Les signes sont les mêmes, disent Lian et Baron, mais limités à une moitié de la partie supérieure du tronc. La circulation collatérale a un type un peu spécial. Les veines forment un riche réseau à mailles allongées dans le sens horizontal, abondamment anastomosé avec les veines du bras et dont les troncs collecteurs vont aboutir aux veines du tronc innominé non oblitéré. » De même, la circulation collatérale n'a pas la même localisation en cas d'*obstruction porte* ou d'*oblitération cave inférieure*.

Mais s'il est assez facile de reconnaître une oblitération de la veine cave supérieure, il est bien plus difficile d'en préciser la *cause*. Chez l'enfant, on pensera surtout à l'adénopathie trachéo-bronchique que l'on recherchera par la radioscopie. Chez l'adulte, on pensera surtout à l'anévrisme de l'aorte, à une tumeur du médiastin, et à une médiastinite chronique généralement syphilitique. Dans tous les cas, la radioscopie et la radiographie, la réaction de Wassermann, si le malade nie la syphilis, devront être pratiquées.

XI

Traitement. — En dehors des oblitérations syphilitiques, le traitement est à peu près réduit à l'impuissance. Les diurétiques, les saignées, les purgatifs répétés peuvent certainement diminuer l'œdème, mais cela d'une façon très transitoire. On peut être amené également à pratiquer des mouchetures bien aseptiques sur les paupières extrêmement tuméfiées. Mais ce qui est surtout intéressant c'est de dépister à son début une médiastinite syphilitique et d'en faire un traitement intensif mercuriel ou arsenical, en évitant l'iodure de potassium qui aggrave l'œdème pharyngo-laryngé.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. Oblitération v. c. s., *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 1896.
DOPTER. Compression v. c. s., *Rev. de méd.*, Paris, 1900.
MEYER. On a case of complete obstruction of both v. c., *Med. Rec.*, New-York, 1903.
MOUISSET. Compression de la v. c. s., *Lyon méd.*, 1903.
BARJON. Compression de la v. c. s., *Lyon méd.*, 1904.
REYNAUD. *Id.*
COMBY. Oblitération. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 1892, 1906.
VIGOUROUX. Oblitération. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1905.
COMBY. Maladies des veines caves, *Méd. mod.*, Paris, 1892.
LANCEREAUX. Veines caves, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, Paris, 1873.
M. RAYNAUD. Veines caves, *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1867.
BARTH. Veine cave supérieure oblitérée, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1853.
CARSON. Oblitération v. c. s. par cancer du poumon, *Edimb. M. and S.*, p. 1847.
JACCOUD. Compression, *Leç. de clin. méd.*, Paris, 1886.
MEIGS. Report of a case of occlusion, *Tr. Coll. Phys.*, Philadelphie, 1886.
OULMONT. Des oblitérations de v. c. s., *Mém. Soc. méd. d'obs.*, Paris, 1856.
PIORRY. *Gaz. des hôpit.*, 1862.
WILKINS. On a case of obliteration of v. c. s., *Lancet*, London, 1883.
WILLIAMS. Occlusion, *Proc. Path. Soc. Dublin.*, 1877.
SKILLERN. Deux cas d'occlusion v. c. s. et v. c. i., *Ann. Surg.*, Philadelphie, 1912.
CORRE. *Médiastinites syphilitiques*, Th. de Paris, 1913.
RENAULT. *Id.*
SERGENT. *Presse méd.*, 1912.
THIROLOIX et MIGINIAC. *Soc. méd. des hôpit.*, juin 1910.
DIEULAFOY. *Presse méd.*, 1910.
OULMONT et DELORT. *Soc. méd. des hôpit.*, 1912.
BABONNEIX et BARON. *Gaz. des hôpit.*, 1912.
LIAN et BARON. *Progrès méd.*, 1912.
— *Paris méd.*, 1912.
SERGENT et COMBIER. *Soc. méd. des hôpit.*, 1906.
NOBÉCOURT et PAISSEAU. *Soc. méd. des hôpit.*, 1910.
HUTINEL. Médiastinites chroniques, *Bull. méd.*, 1911.
LAMBOUR. Th. de Paris, 1911.
APERT. *Soc. méd. des hôpit.*, 1906.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1913)

Etude spectrographique des eaux minérales françaises. — M. Jacques BARDET indique que l'on peut mettre facilement et indiscutablement en évidence grâce au spectrographe les corps dont les eaux minérales ne contiennent que des traces non isolables, et parmi eux figurent des corps rares : germanium, gallium, etc., dont la présence est pour la première fois signalée dans les eaux minérales.

Nouveau procédé de découverte des corps étrangers. — M. MIRAMOND DE LAROQUETTE a basé sa méthode sur le principe suivant : projeter sur le cliché, sous deux positions différentes de l'ampoule, une double image des corps étrangers et l'image d'un repère métallique horizontal en forme de croix, dont les branches graduées en centimètres embrassent dans un de leurs secteurs l'image du corps étranger. Les données du cliché sont reportées sur un graphique quadrillé destiné

à figurer la situation horizontale et verticale de l'objet par rapport au repère et le tracé des rayons donnant sur la plaque les deux images de cet objet. Le repère métallique dont l'emplacement a été marqué sur la peau sert ensuite de base à un compas qui pendant l'intervention s'applique sur la région et indique la situation du corps étranger.

Du volume total du suc gastrique sécrété pendant la digestion. — M. J. Winter.

Différences apparentes d'actions polaires et localisation de l'excitation de fermeture dans la maladie de Thomsen. — MM. G. Bourguignon et H. Laugier.

COURS ET CONFÉRENCES

GYNÉCOLOGIE. — Cours de vacances (Clinique gynécologique de l'hôpital Broca. Service de M. le professeur Pozzi.) — M. le docteur G. Rouhier, chef de clinique, fera un cours de perfectionnement à la Clinique gynécologique (hôpital Broca), à partir du 18 août 1913. Les leçons auront lieu tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, à neuf heures moins le quart. Le cours sera complet en douze leçons. (Ces leçons auront un caractère essentiellement pratique.)

Programme du cours. — Première leçon : Examen gynécologique des malades.

Deuxième leçon : Les voies de l'infection génitale chez la femme. Prophylaxie générale de cette infection. Vulvite et vaginite.

Troisième leçon : Les métrites et leur évolution. Traitement médical des métrites. Indications et technique du curettage. Indications du traitement opératoire dans les métrites.

Quatrième leçon : Complications des métrites. Salpingo-ovarites. Pelvi-métro-salpingite et phlegmon du ligament large. Indications du traitement chirurgical dans les affections annexielles.

Cinquième leçon : Les déviations utérines. Causes générales. Indications du traitement non sanglant. De l'emploi du pessaire. Indications du traitement opératoire.

Sixième leçon : Déchirures du périnée et prolapsus génitaux. Traitement prophylactique. Indications du traitement chirurgical.

Septième leçon : Vaginite blennorragique. Bartholinites. Kystes et tumeurs de la vulve et du vagin.

Huitième leçon : Types anatomiques et cliniques des fibromes utérins. Complications et diagnostic. Traitement palliatif et indications opératoires dans les fibromes.

Neuvième leçon : Anatomie pathologique. Signes et diagnostic des cancers de l'utérus.

Dixième leçon : Indications et limites d'une intervention radicale dans les cancers utérins. Traitement palliatif des cancers inopérables.

Onzième leçon : Kystes de l'ovaire. Tumeurs solides de l'ovaire. Anatomie pathologique. Signes et diagnostic. Complications (torsion, grossesse, etc.).

Douzième leçon : Grossesse extra-utérine : étiologie, signes et diagnostic. Rupture et hématocèle pelvienne.

Le droit à verser est de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement. — Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

CLINIQUE BAUDELOCQUE. (Service de M. le professeur Pinard.) — Cours pratique d'accouchements, par MM. Wallich et Couvelaire, agrégés. — *Cours de vacances.* — Ce cours, avec l'assistance de MM. Lévy, chef de clinique, et Eudes, chef de clinique adjoint, commencera le lundi 22 septembre. Il aura lieu tous les jours, pendant deux semaines, et se terminera le samedi 4 octobre.

Programme du cours. — Le matin, de dix heures à midi : exercices cliniques de diagnostic et de pratique obstétricale (gestation, accouchements, suites de couches, nouveau-nés, allaitement). Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des femmes et des nouveau-nés et à la pratique des accouchements.

L'après-midi, de deux heures à quatre heures : manœuvres et opérations obstétricales.

Le droit à verser est de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs aux cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Paris médical. — (N° 30, 28 juin 1913.) Maxwell : De la responsabilité du chirurgien en matière d'opérations. — H. Perreau : Fondements respectifs des responsabilités civile et pénale du médecin traitant. — Ollève et Le Meignen : Tuberculose et accidents du travail. — Lamare : La loi sur les accidents du travail au syndicat des médecins de la Seine. — R. Ledent : Le projet de loi sur les assurances sociales en Belgique.

Presse médicale. — (N° 52, 25 juin 1913.) Hugounenq et A. Morel : Sur le dosage de l'urée dans le sang et les divers liquides de l'organisme par l'emploi du réactif de Fosse (xanthydrol). — Zimmern, P. Cottenot et A. Dariaux : La radiothérapie radiculaire dans le traitement des névralgies (sciatique, névralgie du plexus brachial, du trijumeau, etc.). — (N° 53, 28 juin.) Bertolotti : Contribution à l'étude de l'orchondroplasie. Interprétation des variétés morphologiques basée sur l'ontogenèse. — M. Letulle : Hépatoptose et rayons X. — G. Heuter : Trois observations de cyanose congénitale permanente.

Progrès médical. — (N° 26, 28 juin 1913.) M. Loeper : La bradycardie dans les affections intestinales. — Thévenot : Rétrécissements de l'urètre et lithiase urinaire. — Jaboulay : Hernie épiploïque engouée.

Province médicale. — (N° 24, 14 juin 1913.) M. Perrin (de Nancy) : Essais d'administration par voie gastrique des corps immunisants de Carl Spengler. — J. Chalier et L. Nové-Josserand (de Lyon) : Polynévrite diphtérique à forme de maladie de Landry. — (N° 25, 21 juin.) Deléarde et G. Leborgne (de Lille) : Le vaccin antityphique de Besredka dans le traitement de la fièvre typhoïde. — A. Henry et G. Thiry (de Nancy) : Un cas d'associations parasitaires multiples : filariose, ankylostomatose, plasmodiose et oxyurose. — (N° 26, 28 juin.) A. Pierret (de Lyon) : Les cérébraux. — L. Bérard et A. Buche (de Lyon) : Absence congénitale de l'appendice et syndrome appendiculaire aigu.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 26, 28 juin 1913.) Q. Toubert : Contribution au traitement des fistules alvéolaires du sinus maxillaire.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 12, 30 juin 1913.) Pol Gosset : Les sceaux de santé du musée de Reims. — Constant : L'uricémie, le système nerveux et la neurasthénie (*fin*).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Ulcère simple de l'estomac sans complications (*Consultations médicales françaises*, fasc. 52), par le docteur J. CASTAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. In-16 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco ; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Station climatérique du Leysin. Etudes sur la tuberculose (3e série), par MM. les docteurs MORIN, MEYER, JACQUEROD, ROLLIER, BOREL, SILLIG, DE PEYER, BURNAND, DE REYNIER, TECON, FRANZONI, ADAD et KAPLANSKI. Un vol. de 567 pages. — Paris, A. Maloine.

Médecins et médecine en Ethiopie, par MERAB. Un vol. de 218 pages. — Paris, Vigot frères.

N° 88. — MARDI 5 AOUT 1913. 86e ANNÉE. MARDI 5 AOUT 1913. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — DIEPPE. — *Concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint.* — Le mercredi 8 octobre 1913, à neuf heures et demie du matin, un concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour la nomination d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Dieppe. Le concours est public, les fonctions de chirurgien adjoint sont gratuites. Délai d'inscription : 8 septembre 1913.

S'adresser, pour tous renseignements et conditions du concours, au secrétaire directeur des hospices civils de Dieppe.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Le concours pour un emploi de chef de clinique ophtalmologique s'est terminé par la nomination de M. le docteur Arnould.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — CONCOURS DE CLINICAT MÉDICAL. — Le jury a proposé la nomination de M. le docteur Lucas.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'or. — MM. les docteurs Ouzilleau, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales, et Flourens, médecin aide-major de première classe.

Médaille de vermeil — M. le docteur Pannetier, médecin de l'assistance médicale en Indochine.

LE DIPLOME DE CHIMISTE-EXPERT. — Une loi, en date du 6 juin dernier, a créé un diplôme d'Etat de chimiste-expert. Le ministre de l'Instruction publique vient d'instituer, par arrêté, une commission chargée d'élaborer des règlements fixant : 1° les programmes d'études et d'examens; 2° les conditions de scolarité; 3° le tarif des droits à percevoir pour l'obtention du diplôme d'Etat de chimiste-expert créé par la loi susvisée.

Sont nommés : président de cette commission, M. Rabier, conseiller d'Etat; vice-présidents, MM. Guignard, directeur honoraire de l'Ecole supérieure de pharmacie, membre de l'Institut, et Appell, doyen de la Faculté des sciences de Paris, membre de l'Institut.

UN VŒU DES JURÉS DE LA SEINE SUR LES ASILES MÉDICO-LÉGAUX. — Les jurés de la seconde session de juillet des assises de la Seine ont, avant de se séparer, émis le vœu, qui sera transmis à la Chancellerie, que « le Parlement étudie la question de l'internement dans des asiles spéciaux des coupables déclarés irresponsables par des médecins légistes, et acquittés pour cela par le jury ».

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — CONSEIL GÉNÉRAL. — *Séance du 18 juillet 1913.* — Après avis de M. le baron Cerise et de M. E. Fleury, conseillers financiers, le Conseil décide de demander au ministre l'autorisation de placer en valeurs mobilières nominatives garanties par l'Etat, les espèces, ou capitaux libres, appartenant aux trois caisses des fonds généraux, pensions viagères et veuves et orphelins.

Cette modification aurait pour résultat d'augmenter de 10000 francs les revenus affectés aux pensions et allocations, sans compter les primes d'amortissement qui viendraient encore grossir le capital.

Le Conseil donne mission à M. Levassort, secrétaire général, d'intervenir auprès de M. le ministre de l'Intérieur pour obtenir l'envoi d'une circulaire aux préfets rappelant que, seuls, peuvent faire des remplacements les étudiants candidats au diplôme d'Etat.

Le Conseil examine le cas d'un confrère qui se plaint d'une décision récente de la Commission administrative d'un hôpital abaissant la limite d'âge pour la mise à la retraite et modifiant ainsi les conditions dans lesquelles il avait été nommé. Une décision de ce genre ne saurait avoir d'effet rétroactif.

PHARMACIEN, COMMERÇANT ET MÉTROPOLITAIN. — Le Conseil d'Etat a rendu, le 16 avril dernier, un arrêt qui mérite d'être signalé parce qu'il paraît en contradiction avec sa jurisprudence antérieure. Il avait rejeté, le 5 août 1911, la requête d'un pharmacien qui demandait une indemnité pour la gêne que les voitures et les piétons éprouvaient pour accéder à sa boutique par suite de travaux publics.

Il a, au contraire, accordé une somme de 1500 francs à un hôtelier du boulevard de Strasbourg qui avait vu avec effroi un chantier du Métropolitain s'ouvrir devant sa porte et le trottoir remplacé par une passerelle en bois. En réformant la décision du conseil de préfecture qui avait rejeté la demande de l'hôtelier, le Conseil d'État retient comme causes de préjudice, d'une part la diminution de la clientèle, d'autre part la dégradation de l'immeuble et du mobilier due aux poussières dégagées par les matériaux employés. Dont acte ! P.

LE TRAITEMENT DES BRULURES PAR L'HÉLIOTHÉRAPIE

Par M. A. AIMES,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

Bernhard, remarquant l'évolution favorable des plaies chez les habitants de la Haute-Engadine et l'attribuant à l'action du soleil et à la sécheresse de l'air, utilisa l'héliothérapie dans les plaies traumatiques, les ulcères variqueux, les engelures et les *brûlures*. Il obtint d'excellents résultats.

Depuis, ce mode de traitement des brûlures fut oublié et, cependant, nous avons obtenu des succès si remarquables, qu'il est utile d'attirer l'attention sur cette méthode.

Ce sont les heureux résultats que nous avons remarqué par l'emploi du bain de soleil dans des cas de plaies atones qui nous ont incité à essayer l'héliothérapie chez deux malades :

1° Dans un cas de vaste brûlure dont la cicatrisation d'abord rapide était arrêtée depuis plusieurs semaines et ne faisait que de très lents progrès;

2° Dans un cas de brûlure récente.

On peut nous objecter que deux observations ne sont pas une documentation suffisante pour démontrer la valeur d'une méthode. Aussi n'avons-nous pas cette ambition, nous avons obtenu de si intéressants résultats que nous croyons utile d'attirer l'attention sur l'emploi du bain de soleil dans les brûlures.

Voici tout d'abord l'histoire de nos deux malades :

Observation I. — O... Antoinette, âgée de douze ans, entre à l'hôpital le 10 octobre 1912, service du professeur Estor.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé, quatre frères et trois sœurs bien portants.

N'a jamais eu *personnellement* de maladie.

Maladie actuelle. — Le 10 octobre 1912, en allumant le feu, l'enfant enflamme ses vêtements. Un voisin se porte à son secours et éteint les flammes. On apporte immédiatement la petite malade à l'hôpital.

Elle présente une vaste brûlure du troisième degré au niveau du bras gauche et de l'hémithorax correspondant.

Le bras est brûlé depuis le moignon de l'épaule jusqu'à quelques centimètres au-dessus du coude, toute sa circonférence est atteinte. *En largeur*, le thorax est brûlé depuis le sternum en avant, jusqu'à quelques centimètres de la colonne vertébrale en arrière. *En hauteur*, les lésions s'étendent en avant depuis la quatrième côte jusqu'à l'hypocondre gauche, elles remontent en arrière, jusqu'au-dessus de l'épine de l'omoplate.

A la périphérie de la zone ainsi intéressée se trouvent des lésions de brûlure du deuxième degré.

L'état local est grave, la plaie est souillée, sa surface est formée d'escarres, de lambeaux sphacélés.

L'état général est bon.

Traitement immédiat. — Savonnage soigneux de la plaie très souillée, lavage à l'alcool puis badigeonnage à la teinture d'iode dédoublée.

Pansement aseptique.

Sérum, huile camphrée, régime lacté.

On fait les jours suivants des pansements humides, puis des pansements à la vaseline stérilisée après de grands lavages.

On obtient ainsi au début du traitement une active cicatrisation à la périphérie de la plaie, malheureusement cette réparation se ralentit ensuite et durant de longues semaines les progrès sont extrêmement lents.

C'est alors que l'enfant est soumise à l'héliothérapie. Les séances sont de courte durée au début, puis par une progression rapide on arrive à insoler le thorax de neuf heures du matin à quatre heures du soir.

Phénomène exceptionnel, l'enfant souffre au début du traitement. On sait que dans presque tous les cas l'héliothérapie calme rapidement les douleurs et, depuis que nous utilisons le bain de soleil, c'est le seul cas dans lequel nous ayons vu cette loi se trouver en défaut.

En une dizaine de séances la plaie se déterge, elle prend un meilleur aspect et la cicatrisation paraît activée. Puis, elle se fait rapidement et bientôt toutes les parties exposées au soleil sont recouvertes d'un épiderme rose et très souple, sans rétraction.

Actuellement toutes les parties facilement insolées, toute la circonférence du bras, les faces antérieure et postérieure du thorax sont cicatrisées.

L'enfant a fait en tout 35 séances d'héliothérapie.

Seul le creux de l'aisselle dans lequel les rayons solaires pénètrent difficilement n'est pas encore guéri.

Obs. II. — S... Germain, âgé de neuf ans et demi. Entre à l'hôpital le 20 avril 1913 pour brûlure du pied droit. Cinq jours avant l'entrée, il s'est laissé tomber sur le pied droit une casserole d'eau bouillante.

L'enfant portant à ce moment des sandales avait la face dorsale du pied recouverte seulement d'une chaussette, ce qui explique la facilité avec laquelle il a pu se brûler.

Les parents appliquent immédiatement un mélange de farine et d'huile.

Le lendemain on perce les phlyctènes avec une aiguille flambée puis on enlève l'épiderme et l'on panse à l'acide picrique.

A son entrée à l'hôpital, trois jours après, l'enfant présente une vaste plaie suppurante, étendue à toute la face dorsale du pied droit, cette plaie mesure 10 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur. Les pansements sont extrêmement douloureux, les gazes adhèrent à la plaie qui saigne très facilement à la moindre manipulation.

Le jour de l'entrée grand lavage à l'eau oxygénée et badigeonnage à la teinture d'iode dédoublée. Séance d'héliothérapie locale d'une durée d'un quart d'heure.

Le lendemain séance d'une durée d'une heure environ.

La troisième séance est prolongée toute la journée. A ce moment l'*indolence est absolue. La plaie ne suppure plus, elle ne suinte même plus, elle est comme recouverte d'une fine pellicule ou d'un vernis et l'on peut impunément frotter sa surface sans déterminer ni douleur ni hémorragie.* Les gazes aseptiques placées le soir n'adhèrent plus à la plaie.

Dès la huitième séance la presque totalité de la brûlure est guérie, il ne reste au centre qu'un point non épidermisé de la dimension d'une pièce de 2 francs, qui est guéri en deux séances.

La plaie est remplacée par une surface rosée et souple.

Est-il possible d'expliquer ces remarquables résultats ? Considérons pour cela l'action des rayons solaires sur une brûlure.

1° Action bactéricide. — On connaît le nombre considérable de travaux qui ont démontré les propriétés bactéricides de la lumière. Sans entrer dans de longues discussions, nous rappellerons que la grande majorité des auteurs accorde aux rayons chimiques (bleus, violets et ultraviolets) la part la plus active dans cette destruction microbienne.

Cette action bactéricide est utile dans les brûlures dans deux conditions également importantes :

a. Dans le cas d'une brûlure infectée, cette in-

fluence microbicide agit directement sur les microorganismes pour les détruire et hâter la réparation.

b. Dans une brûlure récente peu ou pas infectée, la lumière solaire confère à l'organisme une remarquable résistance vis-à-vis de l'infection microbienne ainsi que l'a bien démontré Rollier.

2° Action excitatrice. — Le bain de soleil produit une vaso-dilatation locale augmentant dans une proportion considérable les échanges tissulaires.

Cette vaso-dilatation paraît être l'effet des rayons rouges et infrarouges, c'est-à-dire des rayons calorifiques. Ces radiations agiraient à la façon de la méthode de Bier avec cette importante distinction que dans le bain de soleil l'hyperhémie est *active* et non passive.

On conçoit par l'apport intense des hématies et des leucocytes, par l'activité nouvelle apportée aux tissus [par assimilation de l'énergie rayonnante par le protoplasma subissant en quelque sorte une recharge dynamique (1)], par l'accroissement des échanges, l'action favorable du bain de soleil. « Il y a donc, sous l'influence des rayons rouges et infrarouges, deux processus, l'un réparateur cicatriciel et l'autre phagocytaire et indirectement microbicide. »

3° Action analgésiante. — Tous les auteurs insistent sur l'action analgésiante du bain de soleil. L'effet analgésiant de la cure solaire, dit Rollier, est un des premiers symptômes de son action locale.

L'analgésie est rapidement obtenue dans les ostéoarthrites ou les cystites bacillaires, dans les annexites tuberculeuses, les périmétrites, etc.

Dans notre observation II, après le troisième bain de soleil, le malade ne souffrait de sa brûlure ni spontanément, ni pendant les manipulations, en général si pénibles, nécessitées par l'application des pansements.

L'observation I est une exception à cette règle et c'est la seule infraction que nous ayons pu constater. Dans tous les cas que nous avons traités par l'héliothérapie si des douleurs existaient elles furent calmées, si l'affection ne s'accompagnait pas de douleurs la cure fut toujours indolore.

Nous devons donc constater l'existence de douleurs par l'exposition au soleil de la vaste brûlure de l'enfant de l'observation I. Peut-être s'agissait-il de simples picotements exagérés par la patiente qui est très pusillanime, c'est ce que nous pensons, les phénomènes ne furent d'ailleurs remarqués qu'au début de la cure.

4° Dessiccation. — Un fait remarquable à noter est la dessiccation qui se produit au niveau des brûlures sous l'influence des rayons solaires. Ces vastes plaies suintantes et suppurantes se recouvrent bientôt comme d'un léger vernis ou d'une fine pellicule protectrice.

Et, en quelques jours, alors que le moindre contact provoquait de vives douleurs et des hémorragies, la plaie est transformée au point qu'on peut impunément promener ses doigts sur la pellicule protectrice.

(1) Miramond de Laroquette.

La dessiccation se produit avec une rapidité d'autant plus grande que la brûlure est moins infectée.

5° Cicatrisation. — On peut affirmer que l'héliothérapie donne des cicatrices idéales. Elles sont, d'après Révillet, « souples, solides, égales, jamais kéloïdiennes, parfaitement lisses ».

Dans les deux cas que nous rapportons, la cicatrice actuelle est constituée par un épiderme nouveau rosé, lisse, parfaitement mobile, sans rétraction. Nos observations sont trop récentes pour que nous puissions affirmer que nos cicatrices resteront telles, mais, d'après les résultats que nous avons obtenus depuis déjà longtemps dans d'autres affections, nous pensons qu'il en sera ainsi.

Technique. — La technique est aisée. Tandis que dans un grand nombre d'affections nous insisterons sur la nécessité d'insoler la totalité du corps, dans le cas particulier des brûlures, par l'insolation régionale ou locale on obtiendra des résultats suffisants.

Mais l'insolation doit être *directe*, c'est-à-dire qu'il faut éviter d'interposer un corps quelconque entre le soleil et les téguments.

En particulier, on ne pratiquera pas l'héliothérapie dans une galerie fermée par des vitres, car le verre arrête en grande partie les rayons actiniques.

Les gazes légères placées sur les téguments par certains auteurs pour atténuer l'action des rayons solaires sont inutiles.

Un point particulier est encore à signaler. On a souvent l'habitude de panser les brûlures avec de la vaseline, des pommades formées de l'association d'un corps légèrement antiseptique, ou analgésiant, ou kératoplastique. Miramond de Laroquette a récemment montré que les corps gras atténuent dans une grande mesure l'action des rayons solaires puisqu'ils empêchent la production de l'érythème solaire et de la pigmentation. Contrairement à l'opinion de cet auteur (qui considère la pigmentation comme un phénomène plutôt nuisible qu'utile) nous conseillons d'éviter l'usage des corps gras afin de laisser agir la totalité des radiations solaires.

a. S'il s'agit d'une brûlure située sur *un membre*, la plaie bien détergée sera librement exposée au soleil. On se contentera le premier jour d'une ou de deux séances de dix minutes chacune. Le lendemain on peut doubler la durée de l'insolation.

On augmente ainsi progressivement le temps d'exposition au soleil et, en quelques jours, on arrive à insoler le malade plusieurs heures.

Chez certains sujets à peau délicate, cette progression doit être lente. En général elle est rapide, car on n'a pas à redouter d'incidents comme dans les cas d'héliothérapie générale.

b. Lorsque la brûlure est *abdominale ou thoracique* on se contentera, au début, de temps d'exposition courts.

c. Enfin, en cas de brûlure *céphalique ou cervicale* on doit protéger la tête à l'aide d'un écran, percé d'un orifice, permettant de localiser l'insolation.

En plus de ce traitement local, on instituera évidemment le traitement habituel, sérum antitéta-

nique si la plaie est souillée, régime lacté si la brûlure est étendue, etc.

Conclusions. — I. Nous avons obtenu, dans deux cas de brûlure : l'une ancienne à cicatrisation arrêtée, l'autre récente, des résultats qu'aucune autre méthode ne nous eût donnés.

II. Le soleil agit sur les brûlures :

1° Par action bactéricide, en détruisant les germes.

2° Par action excitatrice, une active vaso-dilatation créant un foyer de vie intense favorable à la réparation des tissus et défavorable aux microorganismes.

3° Par action analgésiante que nous avons exceptionnellement trouvée une fois en défaut.

4° Par la formation d'une pellicule protectrice.

5° Par la formation d'une cicatrice satisfaisante.

III. La technique est aisée :

L'héliothérapie peut être uniquement locale ou régionale.

Elle doit être directe, sans interposition de vitres, de gazes ou de corps gras.

L'insolation doit être dosée progressivement, la tête doit être toujours placée à l'abri des rayons solaires.

LA CONTRACTION GALVANO-TONIQUE

DANS LA

RÉACTION DE DÉGÉNÉRESCENCE

AVEC HYPOEXCITABILITÉ GALVANIQUE

Par M. Louis DELHERM.

La contraction galvano-tonique a été observée parfois dans certaines conditions déterminées, au cours de la réaction de dégénérescence. Mais, elle ne semble pas avoir, jusqu'ici, suffisamment attiré l'attention des électrothérapeutes, et pourtant cette réaction paraît être fréquente.

Sans doute, Erb en parle en termes très nets, et qui ne laissent aucun doute, dans sa description de la réaction de dégénérescence avec hyperexcitabilité galvanique du muscle; mais il n'accompagne cette description d'aucun commentaire.

Huet l'a rencontrée parfois au début de la réaction de dégénérescence, quand il existe encore de l'hyperexcitabilité galvanique, ainsi qu'il l'a signalée dans un cas de paralysie de la septième paire.

Peut-être d'autres observateurs l'ont-ils mentionné, mais il est de fait que, dans les auteurs classiques en électrodiagnostic, cette réaction n'est pas décrite.

Il y a quelques années, avec Laquerrière, nous avons vu quelques cas analogues, en particulier, nous avons observé cette réaction chez un malade, porteur d'une paralysie saturnine, mais sans y attacher une bien grande importance.

Dans ces derniers temps, M. Bourguignon nous dit l'avoir observée et étudiée assez fréquemment, il nous a montré, à la Société d'électrothérapie, des graphiques de contractions galvano-toniques, absolument typiques et tout à fait remarquables.

D'après le texte d'Erb et aussi celui de Huet, cette contraction paraît au cours de la réaction de dégénérescence, à une période assez rapprochée du début, quand il y a encore de l'hyperexcitabilité.

Dans les quelques cas que nous avons observés récemment, il n'en a pas été ainsi; nous l'avons vu, en effet, sur les muscles des membres en hypoexcitabilité.

Observation I. — Un sujet, âgé de cinquante-deux ans, nous est conduit le 24 avril 1913, pour un examen électrique. Le malade présente de la paralysie des muscles innervés par le médian et le cubital; ces nerfs sont inexcitables au coude et au-dessous. Néanmoins, l'excitation du cubital au coude détermine une ébauche de flexion du poignet. Les muscles qu'ils innervent sont en réaction de dégénérescence complète et absolue.

Quand on explore les muscles de l'éminence thénar, on constate les réactions suivantes :

1° Il y a inexcitabilité complète au faradique.

2° Au galvanique, en excitation monopolaire, avec 8 milliampères et même encore avec 15 à 20 milliampères, on constate l'existence d'une contraction tétanisante complète, qui persiste pendant toute la durée de la fermeture, pour tomber progressivement après l'ouverture.

En excitation monopolaire, cette réaction nous a semblé plus nette au positif qu'au négatif.

La main était complètement paralysée depuis le début d'avril et un examen pratiqué le 9 avril avait permis de constater qu'il y avait réaction de dégénérescence complète.

Le malade a été soumis à un traitement électrique et les muscles de l'éminence thénar, quoique étant encore en réaction de dégénérescence, commencent à se contracter volontairement.

Depuis le 24 mai, nous avons cherché, à différentes reprises, la réaction tétanisante, et nous avons pu constater qu'elle était moins nette qu'à notre premier examen et qu'en particulier le tétanos, au lieu d'être complet, était devenu incomplet, en ce sens qu'à la fermeture il s'établissait d'une façon très nette, puis pendant le passage du courant, il se détendait quelque peu, pour revenir complètement sur lui-même aussitôt après l'ouverture.

Obs. II. — Un enfant, âgé d'une douzaine d'années, a été atteint, il y a deux mois, de névrite périphérique des membres inférieurs (douleurs à la pression sur la masse musculaire, ponction lombaire négative, etc.).

Lorsqu'on excite le nerf poplité externe, il est complètement inexcitable aux deux modes du courant. Le jambier antérieur est presque inexcitable au faradique; au galvanique, il présente de l'hypoexcitabilité et se contracte avec 15 milliampères; par contre, il existe une réaction tétanisante incomplète.

Obs. III. — Un jeune homme de vingt et un ans, a été atteint au cours de son service militaire, d'une affection qui a été diagnostiquée : névrite du crural, avec parésie du vaste interne et anesthésie de la cuisse gauche.

On pratique un électrodiagnostic quatre mois environ après le début de l'affection et on constate l'existence d'une réaction de dégénérescence complète, avec hypoexcitabilité à 20 milliampères, lenteur, inversion sur tout le quadriceps.

On n'a pas observé la réaction tétanisante.

On a revu le malade, il y a quelques jours, et on a constaté une amélioration de son état, la disparition de la lenteur de la secousse pour le quadriceps et l'existence d'une réaction tétanisante incomplète.

OBS. IV. — Sur un homme atteint de névrite, présentant la réaction de dégénérescence sur son jambier antérieur, on observe la contraction galvano-tonique avec hypoexcitabilité, lenteur.

*
* *

En résumé, il semble curieux que la réaction galvano-tonique ne soit pas plus signalée dans les livres, car elle nous paraît loin d'être rare.

Il nous a paru intéressant d'insister sur ce point qu'elle peut se montrer, non pas seulement à la période d'hyperexcitabilité, mais à la période d'hypoexcitabilité, et qu'il peut y avoir contraction galvano-tonique complète ou incomplète.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 JUILLET 1913 [*suite*])

Vertige de Ménière. Sa nature syphilitique. Guérison par le 606. Réaction de Herxheimer. — M. MILIAN rapporte l'observation de deux malades atteints de vertige de Ménière. L'un, âgé de soixante-neuf ans, en était affligé depuis plusieurs années. Il était considéré comme atteint d'artériosclérose du labyrinthe. Il avait eu la syphilis quarante et un ans auparavant. Il guérit avec rapidité par le 606, mais il eut une rechute deux mois après. Le second, âgé de quarante-six ans, ne présentait aucun antécédent syphilitique. La réaction de Wassermann était négative. Mais sa femme sur trois grossesses fit une fausse couche et donna naissance à un enfant épileptique et à un autre très chétif et très anémique. L'absence de toute autre cause reconnaissable et l'existence de ces accidents héréditaires fit penser à la syphilis. Cinq injections de néosalvarsan le guérirent avec une extraordinaire rapidité car les vertiges avaient disparu le lendemain de la première injection. Le traitement s'accompagna au début d'une violente réaction de Herxheimer, qui se manifesta surtout par une surdité complète survenant pendant plusieurs heures et accompagnée de vomissements incoercibles.

La réaction de Wassermann fut réactivée par le traitement. M. Milian tire de son travail les conclusions suivantes: le vertige est le plus souvent d'origine labyrinthique, vérité souvent méconnue. En dehors des épreuves spéciales que les spécialistes peuvent seuls pratiquer, il existe plusieurs signes cliniques qui permettent de dépister, à peu près à coup sûr, l'origine labyrinthique d'un vertige : bourdonnements d'oreille, diminution de l'acuité auditive, qu'il faut mettre en évidence par l'épreuve de la montre ; ils n'entendent pas le tic tac, à une faible distance, alors qu'ils entendent fort bien la conversation, provocation du vertige par le mouvement, particulièrement par le mouvement de la tête.

L'origine syphilitique d'un vertige labyrintique doit toujours être soupçonnée avant toute autre, car le nerf auditif est plus fréquemment touché par la syphilis que le nerf optique. Un très grand nombre de cas catalogués artériosclérose du labyrinthe relèvent en réalité de la syphilis. La réaction de Wassermann est souvent négative, aussi le traitement d'épreuve est-il le seul mode de démonstration. Le mercure n'a qu'une action médiocre. L'action du 606 sur le vertige est au contraire extraordinaire, cessant dès le lendemain de l'injection. Celle-ci peut s'accompagner d'une violente réaction (surdité, vomissements, céphalée) qui constitue une réaction de Herxheimer interne portant sur le nerf auditif et non pas une réaction d'intolérance. Il importe de passer outre et de continuer le traitement en prenant seulement la précaution de graduer les doses.

Réinfection syphilitique après guérison par le 606. — M. QUEYRAT présente un jeune homme qui fut traité, il y a plus d'un an, par trois injections de 606 pour un chancre induré typique, dont la nature syphilitique n'était pas douteuse, puisque l'examen à l'ultramicroscope avait révélé la présence de nombreux tréponèmes.

Ce malade qui n'avait jamais eu de roséole ni de plaques muqueuses, et chez lequel la réaction de Wassermann était restée négative, présente depuis un mois, à la suite d'un coït avec une femme syphilitique avérée, un chancre avec adénite, ayant tous les caractères d'un accident primitif.

Ce qui semble prouver qu'il s'agit d'une réinfection, c'est non seulement l'aspect du chancre, mais encore l'apparition de syphilides papuleuses caractéristiques.

M. HUDELO croit que dans le cas présenté par M. Queyrat le doute n'est pas permis et que ces accidents prouvent la réalité de la réinfection. Il croit cependant devoir faire remarquer l'abus qu'on a fait de ce mot, depuis ces dernières années. On a souvent considéré, et l'auteur en a vu des exemples, comme guérisons des syphilides chancriformes. Un fait paraît bien admis, c'est que le 606 peut retarder d'une façon manifeste les accidents secondaires et il en cite un cas des plus démonstratifs où l'on avait confondu accidents retardés avec réinfection.

Pigmentation des muqueuses d'origine ethnique. — M. O. CROUZON présente un Juif roumain atteint d'une pigmentation marquée des muqueuses. Jusqu'à ces dernières années, en dehors de la maladie d'Addison, on qualifiait d'inconnue l'étiologie de cette étrange affection.

Pour M. Crouzon il importe dans l'histoire clinique et diagnostique de ces cas, de distinguer trois groupes de pigmentations des muqueuses :

1° Les pigmentations dues à un addisonisme latent ;
2° Les pigmentations d'origine ethnique ;
3° Les dyschromies évolutives.

L'auteur fait rentrer ce malade dans la deuxième catégorie.

La constante d'Ambard dans quelques états cardiaques et vasculaires. — M. WIDAL, à propos de la communication de M. Merklen (1), fait remarquer que le dosage de l'urée dans le sérum et la recherche de la constante d'Ambard ne donnent pas toujours des résultats comparables. Tout en reconnaissant que les lois formulées par Ambard constituent une découverte importante en physiologie rénale, il ne croit pas que la recherche de la constante donne en clinique journalière des renseignements aussi précis que le simple dosage d'urée dans le sang.

Le coefficient d'Ambard représente bien une constante chez les sujets dont les reins sont normaux, mais chez les brightiques, lorsque la fonction d'élimination azotée est troublée, le coefficient varie d'un jour à l'autre de façon irrégulière et inexplicable.

Chez les cardiaques comme chez les brightiques on constate de notables discordances entre le chiffre d'urée contenue dans le sang et celui qui est fourni par la constante d'Ambard.

M. Widal cite le cas d'un malade cardio-brightique asystolique et oligurique soumis à un régime alimentaire fixe chez lequel le chiffre de l'urée du sang dosé cinq fois de suite à un ou deux jours d'intervalle ne présentait que de très légères oscillations. Il variait entre 2g16 et 2g45. Pendant ce temps les chiffres représentant le coefficient d'Ambard subissaient des écarts très considérables et oscillaient entre 0,22 et 0,90. Parmi les causes diverses que peuvent produire une discordance entre la quantité d'urée du sang et le coefficient d'Ambard, il faut compter avec les variations de la quantité d'urines émise. La formule d'Ambard est établie, en effet, par un rap-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 85, p. 1384.

port entre l'urée du sang et l'urée émise par les urines pendant un temps donné.

On conçoit que cette formule puisse être troublée chez un malade qui par toute une série de transitions passe de l'oligurie à la polyurie libératrice. Lorsque le chiffre de l'urée du sang est au-dessous de 50 centigrammes, on peut être sûr qu'il n'y a pas d'azotémie méritant d'entrer en ligne de compte pour le pronostic.

De plus la moindre erreur dans le dosage de l'urée ou dans le chronométrage du temps qui sépare la prise des deux urines, peut faire varier les résultats dans des proportions relativement élevées. Enfin, comme l'a montré M. Ambard, il faudrait, pour être sûr de ne recueillir que les urines en un temps donné, faire des sondages, pratique difficilement acceptable pour un malade qui n'est pas atteint d'une affection chirurgicale des voies urinaires.

En *résumé*, c'est le dosage de l'urée du sang qui, pour M. Widal, donne la meilleure mesure de l'azotémie, c'est de ce seul dosage qu'à l'heure actuelle on doit se contenter dans la pratique.

MM. Josué et Belloir apportent des faits qui viennent à l'appui de l'opinion exprimée par M. Widal. Ils ont recherché le coefficient d'Ambard et la concentration uréique du sérum sanguin dans un grand nombre de cardiopathies et dans les états asystoliques. Ils ont constaté très souvent des différences notables entre les chiffres donnés par le coefficient d'Ambard et l'urée dans le sérum. Cette double recherche a été effectuée chez 11 malades, dont 4 cardio-rénaux, 3 asystoliques hépatiques, 4 cardiaques purs. Voici quelques chiffres. Dans un cas de cardio-brightisme, il y a 0gr78 d'urée dans le sérum, la constante d'Ambard est de 0,22. Dix jours après un traitement digitalique l'urée du sérum est à 0,65, le coefficient d'Ambard est de 0,20. Quelques jours après de 0,062 pour 0,34 d'urée. Chez un autre cardio-rénal les différences sont encore plus sensibles, U = 0,62, K = 0,33. Après dix jours de digitale, U = 0,55, K = 0,10. Dix jours après, U = 0,63, K = 0,09; on voit donc les dissemblances qui existent entre ces différents résultats. Le chiffre fourni par le simple dosage d'urée dans le sang a toujours donné des renseignements pronostiques conformes à la clinique.

Les auteurs ont en outre remarqué que la quantité d'urée est souvent au-dessous de la normale chez les asystoliques, fait peut-être dû aux troubles hépatiques concomitants.

Un malade atteint de péricardite a un coefficient d'Ambard de 0,29, puis de 0,15, tandis que la quantité d'urée dans le sang est de 0,16, 0,18. Le simple dosage de l'urée dans le sang donne des indications suffisantes.

M. Rathery confirme cette manière de voir en montrant les difficultés d'interprétation du coefficient d'Ambard dans certains cas de néphrites chroniques.

Il se rappelle un cas, dans lequel le coefficient d'Ambard devenait de plus en plus élevé à mesure que l'affection évoluait, tandis que le chiffre de l'urée dans le sang, en se maintenant à peu près normal, permettait de porter un bon pronostic qui se vérifia cliniquement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 JUILLET 1913)

A la suite du rapport de M. Launay, M. Broca verse au débat une observation d'os « **tibiale externum** », recueillie par M. Capette.

Puis reprennent les discussions sur la transfusion du sang et le traitement de l'appendicite.

Transfusion du sang. — M. Robineau estime que la transfusion du sang ne doit pas être employée en dehors des anémies graves : il n'a observé que deux cas justiciables de cette pratique. Dans le premier cas, il ne put trouver de donneur et contre son attente d'ailleurs la blessée se rétablit rapidement.

Dans le second cas, la transfusion a été faite et a été suivie d'une véritable résurrection : il s'agissait d'un homme de trente-huit ans qui, par des hémorroïdes, avait depuis quelques mois des hémorragies journalières très abondantes. Les injections de sérum de cheval arrêtèrent les hémorragies, mais l'état du malade ne se releva pas et, au bout de huit jours, en présence de cet état très alarmant, M. Robineau crut devoir recourir à la transfusion du sang. Un de ses internes servit de donneur. La transfusion dura treize minutes. Le malade se recolore rapidement et ressent un certain bien-être. Une heure et demie après la transfusion, le nombre des globules rouges était remonté de 1 115 000 à 2 480 000.

Si la transfusion a immédiatement amélioré le malade, en le mettant hors de danger, il s'est écoulé cependant une semaine pendant laquelle l'amélioration a été lente ; puis, en quarante-huit heures, le retour à l'état normal a été brusquement obtenu ; les examens du sang montrent que la première période est une phase d'hémolyse, la seconde une phase de formation globulaire. Il semble donc que la transfusion ait rendu au malade le pouvoir hématopoïétique qu'il avait perdu.

Traitement de l'appendicite. — M. Ombrédanne opère volontiers sans délai l'appendicite qu'il voit dans les trente-six premières heures, ce qui est malheureusement encore rare, mais seulement lorsque les symptômes démontrent un diagnostic évident et indiscutable.

Il opère plus ou moins rapidement les crises légères, nettement bénignes, dans lesquelles douleur et fièvre ont disparu au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, dans lesquelles ne persiste plus qu'un point douloureux appendiculaire : ce sont les cas si nombreux, dont M. Routier a dit excellemment qu'ils sont le triomphe des deux méthodes. En thèse générale, M. Ombrédanne ne se hâte pas.

Il opère les péritonites généralisées dès qu'il les voit.

Il n'opère pas l'enfant, pas plus que l'adulte, chez qui il constate un empâtement dans la fosse iliaque droite, sans généralisation de la douleur dans le reste du ventre. Il attend ou le refroidissement de cet abcès périappendiculaire ou le moment favorable pour l'évacuer sans danger, du douzième au seizième jour.

L'appendicite pour laquelle il a varié est celle qu'il voit du deuxième au cinquième jour, encore douloureuse, sans généralisation pourtant de la douleur, avec peu de fièvre, pourtant plus de 37°5, avec un pouls un peu rapide, sans être discordant, avec une figure un peu fatiguée, sans que le facies soit grippé, au début de laquelle il y a eu un ou deux vomissements, du reste arrêtés. Souvent il s'agit d'un enfant qui a été purgé.

Cette forme est la seule embarrassante : au début, chez les enfants, M. Ombrédanne tentait son refroidissement, et c'est alors qu'il a connu les péritonites dites secondaires. Aujourd'hui, il l'opère.

M. Riche estime que le public et les médecins sont encore trop imbus de cette idée que le traitement de choix de l'appendicite est l'ablation à froid. Il faut répéter à satiété que le traitement de choix est l'ablation dès le début. Il faut dire aux médecins : « L'opération de l'appendicite est facile et sans mortalité à deux périodes : dans les trente-six premières heures et à froid. En faisant opérer vos malades au début, vous les guérirez tous ; en les faisant opérer à froid, vous guérirez seulement ceux qui auront eu le bon esprit de ne pas mourir en cours de traitement. »

M. J.-L. Faure pense que dans cette question il faut se placer sur le terrain des faits, et non des doctrines absolues.

Il vaut mieux attendre dans les crises en voie de refroidissement évident.

Il vaut mieux intervenir immédiatement lorsqu'on voit le malade au début de la crise.

On peut cependant attendre, à condition que le malade puisse être surveillé de très près, dans les crises commençantes à caractère bénin.

Il faut intervenir le plus tôt possible, et dès le début, dans les crises commençantes, qui semblent devoir être graves ou simplement sérieuses.

Il faut intervenir chez les malades surveillés, au premier signe qui montre que le refroidissement se fait mal.

Il faut intervenir, enfin, chez les malades que l'on voit pour la première fois, quelques jours seulement après le début de la crise, dès que la situation n'apparaît pas comme évidemment bénigne, à plus forte raison lorsqu'elle apparaît comme sérieuse ou grave.

M. Broca est partisan de l'opération immédiate si le diagnostic immédiat est fait; mais il ne veut pas laisser passer sans protestation l'assertion de M. Riche qu'alors la guérison est certaine. Mais, quand il est appelé à une période plus ou moins avancée de la maladie, après deux, trois jours, souvent plus, M. Broca estime que, quand on a commencé à attendre, le danger est moindre à continuer qu'à opérer le tout venant.

M. Jacob fait un rapport sur les **Notes de chirurgie de guerre de l'arrière**, dans la première guerre des Balkans (Croix-Rouge française à Sofia), qui ont été adressées à la Société par MM. Cadenat et Gourtaylor (de Paris).

Ces observations confirment tout ce que l'expérience des dernières guerres nous a enseigné, savoir : le rôle capital d'un premier pansement bien fait et appliqué le plus tôt possible après la blessure; le rôle néfaste des longues évacuations faites dans des conditions trop rudimentaires; la nécessité de pousser la conservation le plus loin possible dans les blessures des membres; la nécessité de l'abstention dans la recherche des corps étrangers ne provoquant pas d'accidents; enfin, la nécessité de l'intervention retardée dans le cas de blessures des nerfs, beaucoup de ces blessures guérissant spontanément, et dans le cas d'anévrismes consécutifs aux blessures vasculaires. Ce sont là, aujourd'hui, des vérités démontrées et devenues classiques en chirurgie d'armée, et les faits rapportés par MM. Cadenat et Gourtaylor les confirment une fois de plus.

Ostéosarcome du tibia; plombage par une nouvelle masse. — M. Paul Delbet présente un homme chez qui il a fait un plombage des deux tiers du tibia après un évidement pour ostéosarcome il y a deux mois. La composition semble parfaitement bien tolérée.

M. Sebileau présente un gros **myxome naso-pharyngien** qu'il a enlevé par la voie buccale chez une femme âgée. Cette tumeur est composée de deux parties : une rouge, dure, du volume d'un œuf de dinde, qui remplissait le cavum; l'autre blanche, molle, qui obturait la fosse nasale.

M. Potherat présente les radiographies qui lui ont permis d'enlever le matin même une **balle de revolver** de la moelle épinière d'une jeune fille qui avait été blessée, il y a trois semaines, par un coup de feu à l'épigastre.

Enfin, M. Delbet présente une **radiographie des artères de l'appendice**, injectées avec une masse opaque aux rayons X. On y voit très nettement la disposition de ces vaisseaux. De l'artère appendiculaire se détachent huit artérioles; chacune de ces dernières, arrivée au bord de l'appendice, se divise en deux branches qui l'enserrent d'un véritable anneau. On comprend donc très bien que l'oblitération d'une de ces artères amène un sphacèle annulaire qui divise l'appendice en deux segments.

DOCUMENTS OFFICIELS

ARRÊTÉS : RELATIF A L'ORGANISATION DU CONCOURS D'AGRÉGATION DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE ET LES FACULTÉS MIXTES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE; — FIXANT LA PROCÉDURE POUR L'INSCRIPTION DES CANDIDATS AUX ÉPREUVES DE L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES FACULTÉS MIXTES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.

Le président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le statut du 16 novembre 1874 sur l'agrégation des facultés;

Vu l'arrêté du 21 juillet 1909 modifiant transitoirement certaines dispositions du statut du 16 novembre 1874, relatives à l'agrégation des facultés de médecine;

Vu les arrêtés des 17 février et 25 mars 1910 et du 20 juillet 1912;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

TITRE PREMIER

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article premier. — L'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie se subdivise en vingt et une sections, savoir :

1. Pathologie et clinique médicales, pédiatrie, neurologie et thérapeutique;
2. Dermatologie et syphiligraphie;
3. Anatomie pathologique;
4. Hygiène;
5. Pathologie expérimentale et comparée;
6. Bactériologie;
7. Psychiatrie;
8. Médecine légale;
9. Chirurgie générale et pédiatrie chirurgicale;
10. Chirurgie des voies urinaires;
11. Gynécologie;
12. Obstétrique;
13. Ophtalmologie;
14. Otorhinolaryngologie;
15. Anatomie... } Embryologie avec les deux.
16. Histologie... }
17. Parasitologie et histoire naturelle médicale;
18. Physiologie et pharmacologie;
19. Physique médicale;
20. Chimie médicale;
21. Pharmacie et matière médicale.

Art. 2. — Les épreuves qui déterminent la nomination des agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont réparties en deux séries indépendantes : épreuves du premier degré et épreuves du second degré.

Ces deux séries d'épreuves sont subies devant deux jurys distincts.

Art. 3. — Le ministre arrête, d'après les besoins des établissements d'enseignement supérieur médical de l'Etat, sur la proposition des facultés et après avis du comité consultatif de l'enseignement public (1re section), le nombre des places d'agrégé qui seront mises au concours pour chaque section.

Art. 4. — Nul n'est admis à s'inscrire s'il n'est Français ou naturalisé Français et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine.

Pour l'agrégation de pharmacie et matière médicale, les candidats doivent justifier soit du titre de pharmacien et du grade de docteur en médecine, soit du diplôme supérieur de pharmacien, soit du titre de pharmacien et du grade de docteur ès sciences physiques ou naturelles.

Art. 5. — La date et le siège des épreuves du premier degré et des concours pour les épreuves du deuxième degré sont fixés par le ministre.

Les registres d'inscription sont ouverts dans les secréta-

riats des académies quatre mois avant la date fixée pour les épreuves. Ils restent ouverts pendant deux mois.

En s'inscrivant, chaque candidat désigne, au premier degré, le groupe pour lequel il s'inscrit; au deuxième degré la section ou les sections et la faculté ou les facultés pour lesquelles il se présente, réserve faite des dispositions de l'article 24.

TITRE II

DES ÉPREUVES DU PREMIER DEGRÉ

ART. 6. — Les épreuves du premier degré comportent quatre groupes :

1° Sciences anatomiques, physiologiques, physiques, chimiques, naturelles;

2° Sciences médicales;

3° Sciences chirurgicales et obstétricales;

4° Sciences pharmaceutiques (pharmacie et matière médicale).

ART. 7. — Les épreuves du premier degré, correspondant au premier, au second et au troisième groupes, sont une épreuve écrite et une épreuve orale.

ART. 8. — L'épreuve écrite porte sur une question de sciences anatomiques et une question de sciences physiologiques.

Les sujets de cette épreuve sont choisis par le jury. L'enveloppe qui les contient ne doit être ouverte qu'au début de la composition, en présence des candidats.

La durée de cette épreuve est de quatre heures; elle a lieu dans une salle fermée. Les candidats ne peuvent s'aider d'aucune note, d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit. Toute communication entre les candidats est interdite. Chaque candidat, après avoir signé sa composition sur un en-tête détachable, la remet à un représentant de l'administration chargé de la surveillance, lequel y appose son visa.

Les copies sont transmises au directeur de l'enseignement supérieur, qui fait retirer l'en-tête détachable après l'avoir numéroté et avoir reporté le numéro sur la copie.

Les compositions sont ensuite remises au jury, qui les lit en comité secret.

ART. 9. — L'épreuve orale porte sur la pathologie générale.

Trois heures sont accordées à chaque candidat pour la préparation, en salle fermée, sans notes et sans ouvrages imprimés ou manuscrits, de l'exposé oral, qui durera trois quarts d'heure au maximum.

Tous les sujets proposés pour cette épreuve sont choisis par le jury avant le commencement de la série des exposés oraux.

ART. 10. — Les épreuves du premier degré, correspondant au quatrième groupe, sciences pharmaceutiques (pharmacie et matière médicale), consistent en une composition écrite, d'une durée de quatre heures, dans les conditions prévues à l'article 8, sur une question générale de pharmacie et de matière médicale.

ART. 11. — Les épreuves du premier degré donnent accès, pour les épreuves du second degré :

1er groupe : aux sections 15 à 20;

2e groupe : aux sections 1 à 8 et 13 et 14;

3e groupe : aux sections 9 à 14 (1);

4e groupe : à la section 21.

ART. 12. — Tout candidat qui aura obtenu une moyenne de points de quinze vingtièmes sur l'ensemble des épreuves du premier degré pourra, pendant quatre concours successifs, se présenter aux épreuves du second degré.

Il ne sera délivré ni diplôme ni certificat correspondant aux épreuves du premier degré.

TITRE III

DES ÉPREUVES DU SECOND DEGRÉ

ART. 13. — Les épreuves du second degré comprennent :

1° Un exposé des titres;

2° Une leçon orale de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation, sans l'aide d'aucun document, écrit ou imprimé;

3° Une leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation;

4° Une épreuve clinique (pour certaines sections);

5° Une épreuve pratique spécialisée.

ART. 14. — L'épreuve des titres consiste en un exposé public fait par le candidat de ses travaux personnels; la durée de cet exposé ne doit pas dépasser une demi-heure.

En s'inscrivant, chaque candidat doit déposer la liste de ses titres et travaux scientifiques et un exemplaire de chacune de ses publications.

ART. 15. — La leçon orale d'une heure est faite, après quarante-huit heures de préparation libre, sur une question se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat concourt.

ART. 16. — Pour les sections 1 et 2 et pour les sections 7 à 14, la quatrième épreuve du second degré est une épreuve clinique : deux heures sont accordées au candidat pour l'examen du malade et les examens de laboratoire; le candidat fait ensuite une leçon d'une demi-heure.

Pour l'épreuve clinique de la section 12 (obstétrique), les candidats auront à examiner deux patientes.

Pour la section 3 (anatomie pathologique), la quatrième épreuve consiste en une autopsie, suivie d'un exposé oral d'une demi-heure.

ART. 17. — La dernière épreuve est une épreuve pratique spécialisée, suivie d'un exposé oral :

Pour les sections 1 à 8 :

Epreuve de laboratoire sur un sujet se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat concourt;

Pour les sections 9 à 11 :

a. Médecine opératoire;

b. Epreuve de laboratoire comme au paragraphe précédent;

Pour les sections 12 à 17 :

Epreuve pratique spéciale;

Pour la section 18 :

a. Physiologie;

b. Chimie et physique;

Pour les sections 19 et 20 :

a. Epreuve spéciale;

b. Physiologie afférente à la spécialité;

Pour la section 21 :

a. Epreuve pratique de pharmacie;

b. Epreuve pratique de matière médicale;

Ces deux épreuves comportant une reconnaissance de produits de pharmacie et de matière médicale.

Dans les sections où l'épreuve pratique spécialisée est subdivisée, le jury peut attribuer à chaque partie une note spéciale, mais à la condition que la somme des deux notes ne dépasse pas le total de 30 points.

TITRE IV

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DEUX ORDRES D'ÉPREUVES

ART. 18. — Les juges des concours d'agrégation sont tirés au sort parmi les professeurs titulaires et les professeurs adjoints des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, suivant les dispositions qui sont déterminées par l'arrêté du 25 mars 1910.

Pour l'agrégation de pharmacie et matière médicale, les juges sont tirés au sort sur une liste comprenant les professeurs de pharmacie, de matière médicale, de chimie, de physique, d'histoire naturelle, de botanique et de zoologie dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie et dans les écoles supérieures de pharmacie.

Tout professeur titulaire ou tout professeur adjoint des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie qui n'est pas désigné par le titre de son enseignement pour faire partie des jurys des concours d'agrégation des facultés de médecine peut être appelé à siéger dans les jurys où l'ordre d'agrégation auquel il appartient se trouve représenté.

Les juges d'un concours précédent ne peuvent siéger dans le concours suivant de la même section, qu'après épuisement de la liste, et un juge ne peut siéger simultanément dans deux

(1) On remarquera que les épreuves du premier degré du deuxième groupe (sciences médicales) et celles du troisième groupe (sciences chirurgicales et obstétricales) donnent les unes et les autres accès aux sections 13 (ophtalmologie) et 14 (otorhinolaryngologie).

jurys qu'après épuisement de la liste. Les juges d'un concours pour les épreuves du premier degré peuvent siéger dans le concours pour les épreuves du second degré suivant immédiatement.

Un arrêté ultérieur déterminera la composition des deux jurys.

ART. 19. — Chaque jury comprend un membre titulaire ou associé national de l'Académie de médecine tiré au sort, pour chaque jury, sur une liste de cinq membres, présentée pour chaque section par l'Académie de médecine.

ART. 20. — Les jugements des jurys peuvent être valablement rendus : par trois membres, quand ils sont composés de cinq juges ; par quatre, quand ils sont composés de sept; par cinq, quand ils sont composés de neuf.

ART. 21. — Le président du jury est nommé par le ministre parmi les juges désignés par le sort.

La direction et la police du concours lui appartiennent. Il désigne, de concert avec les membres du jury, les sujets de composition, de leçons et d'épreuves pratiques destinés à être tirés au sort par les candidats.

ART. 22. — Chacune des épreuves du premier degré et des épreuves du second degré est cotée par le jury, après délibération consignée au procès-verbal sous peine de nullité, de 0 à 30.

A la fin de chaque séance, les notes attribuées aux candidats qui ont subi des épreuves dans chaque séance sont publiées par voie d'affiche.

ART. 23. — La liste, arrêtée par le jury, est soumise à la ratification du ministre. Elle est dressée, pour chaque faculté, par ordre de mérite.

Elle ne peut comprendre plus de noms qu'il n'y a de places mises au concours ; mais elle peut en comprendre moins si le résultat des épreuves est jugé insuffisant par le jury.

ART. 24. — Il est dressé une liste unique pour toutes les facultés dans les sections suivantes : anatomie pathologique (3), hygiène (4), pathologie expérimentale et comparée (5), bactériologie (6), médecine légale (8), anatomie (15), histologie (16), parasitologie et histoire naturelle médicale (17), physiologie et pharmacologie (18), physique médicale (19), chimie médicale (20) et pharmacie et matière médicale (21).

Les agrégés, portés sur cette liste unique, choisissent, suivant leur rang d'admission, la faculté à laquelle ils seront attachés, parmi celles où des places de leur section ont été mises au concours.

TITRE V

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

ART. 25. — Les candidats à l'agrégation déclarés admissibles dans les concours antérieurs au 1er décembre 1913 sont dispensés, pour trois concours successifs, des épreuves du premier degré prévues au titre II du présent arrêté.

Toutefois les candidats déclarés admissibles antérieurement à cette date, dans les sections où il n'est pas dressé de liste unique d'agrégés, ne pourront bénéficier de la disposition précédente que pour les places qui seront mises ultérieurement au concours dans les facultés pour lesquelles, suivant leur option, ils ont été déclarés admissibles.

ART. 26. — Seront abrogées, à partir de l'entrée en vigueur du régime établi par le présent arrêté, les dispositions contraires des statuts du 16 novembre 1874 et du 27 décembre 1880, des arrêtés des 17 juillet 1885, 30 juillet 1887, 21 juillet 1909, 17 février 1910 et 20 juillet 1912.

ART. 27. — Le présent arrêté est applicable à partir du 1er décembre 1913.

Fait à Paris, le 18 juillet 1913.

LOUIS BARTHOU.

Le président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le statut du 16 novembre 1874 ;

Vu l'arrêté en date du 18 juillet 1913 relatif à l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Les registres d'inscription pour les épreuves du premier degré et pour les épreuves du second degré qui déterminent la nomination des agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont ouverts dans les secrétariats des académies quatre mois avant les dates fixées par le ministre pour ces épreuves. Ils restent ouverts pendant deux mois.

Le droit conféré aux recteurs par l'article premier de l'arrêté du 28 juin 1869 d'autoriser des inscriptions après clôture des registres ne peut s'exercer après que le ministre a arrêté la liste des candidats admis à prendre part aux épreuves.

ART. 2. — Les candidats aux épreuves du premier degré déposent en se faisant inscrire :

1° Une demande sur papier timbré, écrite en entier et signée de leur main, dans laquelle ils indiquent pour quel groupe d'épreuves ils se sont fait inscrire ;

2° Une expédition authentique de leur acte de naissance ou de leur acte de naturalisation ;

3° Les diplômes exigés, suivant le groupe d'épreuves pour lequel ils se présentent, par l'article 4 de l'arrêté du 18 juillet 1913.

ART. 3. — Les candidats aux épreuves du second degré déposent en se faisant inscrire :

1° Une demande sur papier timbré, écrite en entier et signée de leur main. Ils indiquent sur cette demande pour quelles sections et, dans les sections pour lesquelles il n'est pas dressé, à la fin des épreuves, une liste unique des candidats admis pour quelles facultés ils demandent à concourir.

La déclaration de cette dernière option peut être modifiée ultérieurement par demande olographe sur papier timbré, mais seulement jusqu'au jour où le ministre a arrêté la liste des candidats admis à concourir.

2° Une expédition authentique de leur acte de naissance ou de leur acte de naturalisation.

3° Dix exemplaires d'une notice sur leurs services et leurs travaux.

4° Un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils ont publiés.

Fait à Paris, le 18 juillet 1913.

LOUIS BARTHOU.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire, par le docteur PICQUÉ, agrégé du Val-de-Grâce, docteur ès sciences. Préface de M. le docteur MIGNON, médecin inspecteur de l'armée, directeur de l'école du Val-de-Grâce. Deux vol. petit in-4 avec 300 planches originales. — Prix : 40 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire des spécialités pharmaceutiques pour 1913, par le docteur V. GARDETTE. Un vol. in-18 de 400 pages. — Prix : cartonné, 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Quelques Consultations médicales, par R. OPPENHEIM, médecin de la maison départementale de Nanterre, avec la collaboration de MM. H. BOURGEOIS, CHIFOLIAU, FAGE, POULARD, SABATIÉ. Un vol. in-16 carré de 268 pages, reliure souple pleine toile. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Rouzaud.

Riviera. Climat, par le docteur Ernest LIOTARD. Une broch. in-8. — Nice, chez l'auteur.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Inspection, palpation, percussion, auscultation. Leur pratique en clinique médicale : 106 figures expliquées et commentées par M. LETULLE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un vol. petit in-8 de VIII-264 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les produits biologiques médicinaux, par BYLA et DELAUNAY. Un vol. de 466 pages. — Paris, Gittler.

Exploration comparée du rein par l'épreuve du bleu et la méthode d'Ambard, par ARNOULD. Thèse. — Lille, Dufrenoy.

N° 89. — JEUDI 7 AOUT 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 7 AOUT 1913. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de la médaille d'or vient de se terminer par la nomination de M. Félix Papin.

MM. Lacour, Bonnin, Lataste, Secousse, Seringes, Villar, ainsi que M. Papin, ont été admis à faire une quatrième année d'internat.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Le concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Georges Siauve-Evausy.

MARINE. — Sont nommés professeurs à l'Ecole d'application de Toulon pour une période de cinq ans :

M. le médecin principal Gastinel, à la chaire de chirurgie d'armée;

M. le médecin principal Palasne de Champeaux, à la chaire de clinique des maladies exotiques et des maladies du marin.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes dont les noms suivent :

Médaille de vermeil. — MM. les docteurs Brégeat, directeur de la santé, à Oran, et Schieffer (de Tlemcen).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs J. Lapin (d'El-Biar) et J. Merle (de Mercier-Lacombe).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Castelli (d'Alger), de Gournay (d'Hussein-Dey), Malbois (de Beni-Saf) et Nicolaï (de Châteaudun-de-Rhummel).

LA COCAINOMANIE. — L'usage seul de la cocaïne ou la remise gratuite, le *don*, en un mot, de celle-ci, tombe-t-il sous le coup de la loi pénale ?

Pour l'opium, il est entendu que le simple usage ou don est délictueux, en raison du décret d'octobre 1908, mais pour la cocaïne, le décret de 1846 qui le vise, en tant qu'alcaloïde végétal, ne parle que de la *vente* et non de l'usage ; décret qui avait été pris à la suite du fameux procès de Mme Lafarge.

Par un jugement en date du 30 juin 1913, la dixième Chambre du Tribunal de la Seine a déclaré qu'il n'y avait pas un délit dans l'usage et la dose de cocaïne. P.

INSTITUTEURS, MARIAGE ET UNION LIBRE. — La section de l'intérieur, des cultes, de l'instruction publique et des beaux-arts du Conseil d'Etat, fut dernièrement consultée par le ministre de l'intérieur sur la question de savoir si, lorsqu'un instituteur est marié avec une institutrice exerçant dans la même commune, celle-ci doit à chacun d'eux une indemnité distincte de logement ou si elle n'est tenue de leur payer qu'une indemnité calculée conformément aux prescriptions des articles 1 et 2 combinés du décret du 20 juillet 1894. Elle vient d'émettre un avis d'après lequel « la commune peut se considérer n'être débitrice que d'une indemnité à l'égard d'un instituteur et d'une institutrice mariés ensemble et exerçant dans la même commune ».

Les conséquences de cet avis sont des plus curieuses. Un jeune instituteur et une institutrice vivaient dans l'union libre, ils recevaient chacun une indemnité de logement. Mais ils viennent à régulariser leur situation par le mariage. Aussitôt l'indemnité versée à l'institutrice disparaît. Devant cette situation désavantageuse créée par l'avis du Conseil d'Etat, les époux divorcent. Le mari prit tous les torts à sa charge, et l'enfant, née du mariage, fut confiée à la mère. De ce fait, l'institutrice reçut une indemnité de logement supérieure en raison de sa situation ; de son côté l'instituteur conserva la sienne. Les anciens époux se retrouvèrent à nouveau dans l'union libre avec des indemnités supérieures ! N'est-ce pas là un moyen de favoriser l'union libre, et par suite un peu la dépopulation. P.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Les publications artistiques P.-L.-M.* — La compagnie P.-L.-M. vient d'éditer une remarquable affiche-carte de la région de Chamonix et du mont Blanc. Très documentée, donnant une impression saisissante du relief des Alpes de la Savoie, tirée sur beau papier avec un soin tout particulier, cette affiche, d'un haut intérêt touristique, sera recherchée des collectionneurs et des nombreux amis de la montagne.

L'affiche-carte « Le Mont Blanc-Chamonix », mesurant 1m08 × 0m78, est en vente, au prix de 2 fr. 50, au bureau des renseignements de la gare de Paris-Lyon et dans les bureaux succursales de la Compagnie P.-L.-M. Elle est aussi envoyée franco sur demande adressée au service de la publicité P.-L.-M. 20, boulevard Diderot, à Paris, accompagnée de 2 fr. 50 en mandat ou timbres-poste.

DE LA CURABILITÉ DU CANCER DE LA LANGUE

Par M. Pierre BAUDET,
Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Sous le titre de curabilité du cancer de la langue, nous nous proposons d'étudier les indications et les résultats de l'intervention chirurgicale dans le traitement de cette affection.

Dans cette étude, nous essaierons de répondre aux questions suivantes qui se posent naturellement :

1° Doit-on opérer le cancer de la langue ?
2° Doit-on opérer dans tous les cas ?
3° Quand doit-on opérer ?
4° Comment doit-on opérer ?
5° Quels sont les résultats de l'opération ?

1° Doit-on opérer le cancer de la langue ? — « J'affirme, dit Verneuil à la Société de chirurgie, en 1880, que nous pouvons dire que nous guérissons les épithéliomas. Nous ne détruisons pas l'état constitutionnel sous l'influence duquel les néoplasmes se produisent ; mais nous donnons une survie telle qu'on peut la considérer comme une guérison... »

« Ne jouons donc pas sur les mots et reconnaissons les avantages incontestables d'une opération qui, lorsqu'elle est faite de bonne heure, procure une survie infiniment plus longue que tous les autres moyens. »

La question de l'intervention est admise depuis longtemps, mais la technique de cette intervention a évolué à travers les âges, et si le nombre de ses procédés est très grand, ce n'est pas une preuve de leur insuffisance, comme on a voulu le dire, mais la garantie de leur perfectionnement.

Bien des chirurgiens se sont découragés devant ces récidives fréquentes qui, parfois, font croire à l'incurabilité du cancer, incurabilité énoncée par Richard qui, après avoir opéré un grand nombre de cancéreux de la langue, las des insuccès, ne voulut plus intervenir. Huguier, Chassaignac, Cloquet, Otto Just avaient pourtant publié leurs faits de guérison dans des statistiques où le résultat paraît trop beau. Ne risquaient-ils pas en effet de considérer comme guéris, dans ces interventions incomplètes, des malades sortis avec une plaie parfaitement cicatrisée, mais susceptibles de voir leur affection récidiver quelques mois après ?

La récidive est-elle fatale ? Dans certaines observations nous trouvons l'absence de récidive notée après un temps parfois très long ; ces cas pourraient presque être considérés comme des guérisons radicales. Il faut cependant ne pas oublier que, dans d'autres faits, on a vu la récidive survenir après trois ou quatre ans. Mais dans les cas sans récidive qui datent de trois, quatre, six, huit ans, peut-on prétendre que, chez ces malades, on a obtenu la guérison radicale du cancer ?

Ceux qui ne l'admettent pas disent que la récidive est encore possible et peut apparaître d'un moment à l'autre, ou que la tumeur enlevée n'était pas un cancer, que l'examen histologique n'a pas été fait ou a été mal fait. Ce raisonnement est une fin de non recevoir pure et simple, mais il n'en a pas moins son importance.

Même si les succès sont peu nombreux, ils doivent, malgré leur petit nombre, suffire à nous encourager dans la lutte engagée contre le cancer avec la seule arme que nous ayons en notre pouvoir, l'intervention chirurgicale.

« Pour moi, dit J.-L. Faure (1), c'est avec l'ardeur d'une conviction profonde que je viens prononcer ici des paroles d'espoir et dire de nouveau que toutes les fois que nous nous trouverons en présence de cancers encore assez limités, l'intervention chirurgicale nous permettra d'en guérir quelques-uns, et que le jour où l'éducation progressive des malades et la confiance des médecins nous permettra de ne pas les opérer trop tard, nous pourrons en guérir beaucoup. »

On a reproché à l'opération de provoquer une récidive rapide et, en somme, de faire mourir le malade beaucoup plus tôt que ne l'auraient fait les progrès de la néoplasie. Pour démontrer le peu de valeur de cette accusation, on ne peut mieux faire que comparer la durée de la maladie abandonnée à elle-même et la fréquence et la marche des récidives après l'opération. Les statistiques des différents auteurs donnent au cancer de la langue, livré à sa marche naturelle, une durée moyenne de quatorze mois. Tout cancer ulcéré de la langue meurt dans l'année, écrivent encore les auteurs classiques.

Si nous consultons, au contraire, les statistiques des chirurgiens, nous remarquons que, si elles ne donnent pas assez de guérisons définitives, elles donnent du moins des guérisons de vingt à trente mois. Ce bilan est donc la meilleure réponse à faire à ceux qui s'avouent impuissants et désarment devant le cancer.

D'ailleurs, malgré la discussion sur la curabilité, la question de l'intervention subsiste. Si on a vu le triste état dans lequel tombent bientôt les malades dont le cancer de la langue est abandonné à son évolution spontanée, si on a vu la répulsion qu'ils inspirent à eux-mêmes et à leur entourage, la cachexie dans laquelle ils tombent bientôt, on comprendra que le chirurgien, n'eût-il que l'espoir d'atténuer ces souffrances, essaie de les calmer.

Presque toujours le chirurgien aura la main forcée et interviendra malgré lui ; il fera une de ces opérations tardives dont le résultat est trop souvent funeste.

Mais alors, dira-t-on, pourquoi ne pas intervenir au début du mal, quand l'intervention est plus aisée, plus facile pour le chirurgien, moins dangereuse pour le malade auquel elle permet d'envisager l'espoir d'une guérison, sinon définitive, du moins durable ?

Souhaitons que ces temps soient proches.

2° Doit-on opérer dans tous les cas ? — Disons tout de suite que, pour les cancers peu étendus, limités à la partie antérieure de la langue et sans engorgements ganglionnaires, presque tous les

(1) J.-L. Faure. *Soc. de chir.*, 23 mars 1904.

auteurs sont d'accord sur l'utilité de leur extirpation.

Mais le mal est fait, la tumeur a dépassé le tiers antérieur de la langue, elle s'étend vers la base, le plancher de la bouche est pris, les ganglions sont dégénérés. Que doit-on faire dans ces conditions? Faut-il se borner à instituer le traitement médical symptomatique ou se contenter des moyens que nous offre le traitement chirurgical palliatif? Faut-il, au contraire, essayer d'obtenir une guérison temporaire en faisant l'ablation complète des parties malades?

Pour ce qui est des ganglions, Verneuil (1) compare heureusement le cancer de la langue au cancer du sein. « L'engorgement ganglionnaire peut être une contre-indication dans certains cas. Quand nous rencontrons un cancer de la mamelle avec des ganglions dégénérés dans la région du cou, nous n'opérons pas. Quand nous rencontrons un épithélioma de la langue avec des ganglions dégénérés le long de la carotide, nous n'opérons pas non plus; mais quand les ganglions existent seulement dans l'aisselle pour le cancer mammaire et dans le plancher de la bouche pour l'épithélioma lingual, nous opérons. »

Quand le plancher de la bouche, les piliers, les amygdales sont envahis, les opinions les plus diverses règnent parmi les chirurgiens. Il suffit, pour s'en convaincre, de relire les comptes rendus des séances de la Société de chirurgie (2) dans lesquelles cette question fut longuement discutée.

Pour simplifier, essayons d'établir deux variétés de cancer de la langue : les cancers opérables et les cancers inopérables, et cherchons à baser l'indication ou la contre-indication de l'opération sur certains caractères relatifs à l'évolution, à la forme anatomo-pathologique, aux connexions et à la propagation de la tumeur, ou sur certaines considérations, touchant l'état général du malade.

a. *L'évolution.* — On ne peut malheureusement rien prédire de l'évolution du cancer : autant de cancers, autant d'évolutions différentes. Il y a un agent évolutif qui échappe au chirurgien et à l'histologiste : on voit, en effet, des malades porteurs de lésions étendues, ulcérées, profondes, obtenir des survies très appréciables après l'opération, tandis que d'autres malades, opérés largement d'un petit épithélioma bien limité, récidivent et meurent, faisant errer ainsi un pronostic d'abord favorable.

Comme à l'estomac, au sein, au rectum, on a voulu faire pour la langue des formes de cancer dites galopantes, que l'on a opposées à d'autres formes dites formes lentes. Les anatomo-pathologistes ont donné, comme critérium à cette malignité cancéreuse, la rapidité de pénétration des boyaux épithéliaux, néoplasiques dans les interstices musculaires profonds. Cet envahissement des couches profondes n'est pas toujours en rapport avec l'étendue du cancer ni avec son âge, des tumeurs récentes et peu étendues pouvant déjà plonger dans les muscles.

(1) Verneuil. *Société de chirurgie*, 1er décembre 1880.
(2) *Société de chirurgie*, 23 avril 1902; 2 mars 1904; 16 mars 1904; 23 mars 1904; 12 juillet 1905.

D'où la nécessité, dans tous les cas reconnus opérables, d'opérer largement, et dans l'impossibilité où l'on est d'apprécier si le cancer observé évoluera lentement ou au contraire très vite, le chirurgien, très souvent perplexe, interviendra le plus souvent pour tenter cette chance, ce facteur inconnu de l'évolution.

b. *La forme anatomo-pathologique.* — Il y a un épithéliome à forme papillaire et un épithéliome à forme interstitielle. La forme papillaire est essentiellement limitée à la muqueuse; le cancer se propage très vite en surface, et sa nappe déborde très rapidement les limites de l'organe pour s'étendre aux muqueuses voisines du voile du palais, des piliers, de la voûte, et surtout du plancher de la bouche. C'est surtout dans cette forme que l'on rencontrera des adénopathies précoces et volumineuses; c'est cette forme qui demandera surtout à être opérée de bonne heure, et c'est cette forme que l'on ne devrait pas opérer quand la lésion est trop étendue.

L'épithélioma à forme interstitielle se développe au début dans les tissus interpapillaires, puis plonge vers la profondeur et envahit rapidement les régions intermusculaires qui sont admirablement disposées pour recevoir ses prolongements. Cette forme est également très grave, car l'organe est rapidement envahi dans sa structure intime, la langue est cancer partout, et si les adénopathies paraissent moins précoces dans cette forme, c'est sans doute à cause de la plus longue conservation de la muqueuse linguale et de l'apparition plus tardive des ulcérations.

Ce n'est donc pas encore sur la forme anatomique du cancer que l'on pourra se baser pour trouver des différences assez marquées pour que l'on puisse faire de tel ou tel cancer, un cancer opérable ou un cancer inopérable.

c. *Les connexions et la propagation du néoplasme.* — Berger (1) considère comme frappés d'une contre-indication formelle les cas suivants :

D'abord, tous ceux où le cancer s'étend jusqu'à la base de la langue et s'approche de l'épiglotte;

Ceux où le pilier du voile du palais et l'amygdale sont primitivement ou secondairement envahis par le cancer;

Ceux où les deux moitiés de la langue sont prises au delà de sa partie horizontale ou même antérieure;

Ceux où il y a des engorgements ganglionnaires à forme inflammatoire et mal circonscrite.

d. *Etat général du malade.* — L'âge du malade doit également influer sur la décision du chirurgien qui sait bien que la résistance au shock est habituellement fonction de l'âge de l'opéré. Et puis, le vieillard sera d'autant plus exposé à cette complication si fréquente chez les opérés de la langue, la broncho-pneumonie septique, qui emporte si rapidement les malades hypostatiques, qu'elle peut être considérée comme ayant provoqué la presque totalité des morts immédiates qui ont suivi les opérations tentées contre le cancer de la langue.

Hormis cette question d'âge, doivent entrer en ligne de compte : l'état de résistance du malade, sa

(1) Berger. *Académie de médecine*, 13 novembre 1906.

nutrition générale, son énergie physique et même morale, le bon état de ses organes et l'intégrité de leurs fonctions.

N'y a-t-il pas, pour le cancer de la langue, certains signes spéciaux?

M. Morestin (1) insiste sur la coloration du visage du cancéreux de la langue. Pour lui, tout cancéreux à visage blanc est un individu dont l'état général est très mauvais; c'est un malade qui ne supportera pas l'opération et qui ne relève que du traitement palliatif. Tandis qu'une face rouge, une constitution robuste, un état général satisfaisant sont de bon augure quant au résultat opératoire.

Il faut tenir compte aussi, pour le pronostic opératoire, de l'impression que donne le sujet. Les malades timorés, hésitants, inquiets, sont des malades qui résisteront mal et qui n'échapperont pas au shock ou aux complications.

Pour résumer, nous pouvons dire que les indications et les contre-indications de l'intervention chirurgicale ne peuvent guère être codifiées. Le chirurgien doit surtout s'inspirer des circonstances et du cas particulier qui l'occupe. Il tiendra principalement compte de l'étendue du cancer et de l'état général du cancéreux. Ce sont ces deux facteurs qui, le plus souvent, justifieront son abstention ou motiveront son intervention. Et si le chirurgien se laisse parfois entraîner à opérer des cas pour lesquels l'abstention pourrait être plaidée, c'est qu'il aura été entraîné par les supplications du malade ou de l'entourage et qu'il conserve quand même l'espoir du succès.

Le débat reste donc encore ouvert, et à Poirier déclarant que tout cancer de la langue traité dès son début d'une façon large et logique doit guérir, M. Reclus (2) répond en citant des cas où une intervention économique, dans des cancers étendus et avancés de la langue, a donné une survie de huit à dix ans. Dans d'autres cas, rapportés encore par M. Reclus, où la tumeur était tout à fait à son début et se présentait sous forme d'une induration large comme l'ongle, l'extirpation totale de la langue n'a pas empêché le malade de succomber à la généralisation du cancer, quelques mois après cette large intervention.

3° Quand doit-on opérer? — Sur ce chapitre, il n'y a plus de désaccord et l'unanimité des chirurgiens répond : le plus tôt possible, dès que le diagnostic est fait. Quand le malade se présente avec un épithélioma au début, faut-il essayer un traitement médical sous prétexte que le diagnostic n'est pas certain? Ne doit-on pas opérer tout de suite, et dans le doute intervenir quand même? Voici ce que disait Trélat à ce sujet à la séance du 24 novembre 1880 de la Société de chirurgie : « Au lieu de reconnaître que l'opération opportune, c'est-à-dire précoce, est le vrai et l'unique moyen de guérison, que ce moyen n'est pas dangereux, qu'il est d'une exécution facile, qu'il laisse un organe apte à toutes ses fonctions, chacun s'en va répétant que le diagnostic est souvent incertain, ce qui n'est vrai que dans un petit nombre de cas; qu'il est bon de perdre son temps à tâtonner et à laisser la néoplasie prendre position dans les gaines vasculaires, les travées intervasculaires, les lymphatiques et défier désormais l'action chirurgicale; que d'ailleurs, il sera toujours temps d'en venir à l'ultima ratio opératoire.

«... De là résulte que nous n'opérons pas les malades que nous guéririons sans danger et sans grandes mutilations, tandis que, nous laissant aller au mirage des espérances improbables, ne sachant pas nous refuser à un acte secourable directement réclamé, nous faisons des opérations étendues, hardies, bien conduites, mais stériles, parce qu'il est trop tard et que l'*occasio præceps* a depuis longtemps disparu. »

Ces fortes paroles qui datent de plus d'un quart de siècle, Poirier eût pu les rappeler à l'Académie de médecine, dans cette mémorable séance de novembre 1906, lors de la discussion sur la curabilité du cancer en général et du cancer de la langue en particulier.

« D'ordinaire, dit Poirier, voici comment les choses se passent : le malade vient montrer à son médecin une petite ulcération sur une langue saine par ailleurs ou, parfois, sur une langue présentant des lésions de leucoplasie ou de glossite, et comme à la question du médecin : *Avez-vous eu la vérole?* le consultant répond 19 fois sur 20 : *Oui, mais il y a bien longtemps*, le médecin institue d'abord le traitement spécifique. C'est l'épreuve thérapeutique par le mercure et souvent par l'iodure, bien que Verneuil ait jadis démontré les dangers de ce dernier médicament. D'autres, avant d'affirmer le diagnostic d'épithélioma, recherchent les ganglions des régions sous-maxillaires et carotidiennes. Cette recherche est illusoire, inutile, dangereuse; car, lorsque ces ganglions sont assez pris pour être reconnus sur le fond mou et mobile de ces régions, on a perdu presque toutes les chances d'une guérison durable. »

Il ne faut donc pas attendre l'adénopathie pour faire le diagnostic. Ce serait une temporisation coupable, et il serait aussi absurde d'attendre l'adénopathie sous-maxillaire pour opérer un cancer de la langue, qu'il le serait d'attendre l'adénopathie axillaire pour diagnostiquer et opérer un cancer du sein.

« Dans le doute, continue Poirier, je ne m'abstiens pas; je croirais commettre une mauvaise action en attendant, pour décider une intervention, que la présence des ganglions vienne affirmer la nature maligne d'une tumeur dont la récidive sera alors plus que probable. C'est parce que la plupart des médecins n'envoient pas au chirurgien les malades atteintes de tumeur du sein chez lesquelles ils n'ont pas trouvé de ganglions axillaires, c'est pour cela que nous n'avons à opérer, le plus souvent, que des malades chez lesquelles l'infection est trop avancée pour que l'intervention, même large, donne dans tous les cas un succès durable. »

Poirier va même plus loin dans cette voie du diagnostic précoce : pour guérir le cancer, il le prévoit. D'après sa thèse, le traitement chirurgical s'impose

(1) Morestin. *Congrès de chirurgie*, Paris 1901.
(2) Reclus. *Académie de médecine*, 30 octobre 1906.

dès que le médecin a échoué, dès que les lésions de glossite superficielle ou de leucoplasie résistent au traitement général et aux applications locales, il faut enlever au bistouri ces promesses de cancer.

C'est ce que fait en Angleterre Butlin, le chirurgien de Saint-Bartholomew's Hospital. Il décortique au bistouri les bords d'une langue atteinte d'une leucoplasie rebelle et douloureuse.

On a d'autant moins de raisons pour s'attarder au traitement spécifique que Fournier a montré, dans de magistrales communications, le rôle considérable de la syphilis dans l'étiologie du cancer lingual, à tel titre qu'on pourrait dire de tous les cancéreux qu'ils ont été syphilitiques. La notion de syphilis antérieure n'est donc pas suffisante pour justifier le traitement spécifique, et surtout un traitement prolongé.

Tous les chirurgiens s'élèvent également contre la tendance qu'ont les médecins, le plus souvent d'ailleurs poussés par les malades eux-mêmes, à essayer le traitement radiothérapique. C'est une perte de temps. Si dans les néoplasmes de certaines régions, la radiothérapie a donné et en partie réalisé des espoirs, pour le cancer de la langue, son action paraît déplorable. Aux premières séances, les douleurs sont atténuées, les adénopathies paraissent subir un retrait, mais le mal progresse dans la profondeur et quand, l'impuissance des rayons ayant été démontrée, le malade se résigne à une opération, celle-ci est devenue très grave.

En somme, si la radiothérapie donne d'excellents résultats dans les épithéliomas cutanés, ceux de la face, en particulier, il n'existe pas de cas de guérison d'épithélioma de la langue. Le traitement radiothérapique est donc à rejeter pour le cancer lingual, d'abord à cause de son inefficacité et puis parce que, au niveau du cou, il peut entraîner des modifications gênantes pour l'opération par la production d'adhérence intime des ganglions au tissu cellulaire, rendant ainsi fort pénible le curage ganglionnaire et rendant même ce curage très dangereux de par la difficulté qu'éprouvera le chirurgien à enlever intacts, sans les avoir écrasés ou fendus, les ganglions dégénérés et intimement fusionnés au tissu cellulaire voisin.

Il faut, avons-nous dit, il faut opérer le plus tôt possible et dès que le diagnostic sera posé.

Mais si le diagnostic est douteux? En pareil cas, faisons une biopsie pour permettre un examen histologique qui pourra ainsi établir un diagnostic irréfutable. Cette biopsie doit être faite assez largement : elle doit non seulement intéresser la muqueuse, mais le muscle lui-même, de manière à pouvoir reconnaître la nature et suivre l'étendue de la lésion.

Pour conclure, nous pouvons dire que le meilleur conseil à donner au malade porteur d'une lésion linguale reconnue de mauvaise nature, sera de se faire opérer au plus tôt. Et les malades qui se confieront au chirurgien avant l'engorgement ganglionnaire seront en droit d'espérer la guérison.

4° Comment doit-on opérer? — Dans notre réponse, nous n'essaierons pas de poser en règle la supériorité de tel ou tel procédé opératoire, nous chercherons simplement à établir la relation qui peut exister entre telle lésion et tel procédé, entre telle disposition anatomique ou clinique et telle méthode opératoire.

Il est évident que l'on ne peut conseiller un procédé unique qui, fatalement, ne saurait pas s'adapter à tous les cas. Le choix du procédé dépendra moins de l'étendue que du siège des lésions. Un cancer limité de la pointe ne relèvera pas de la même technique opératoire qu'un cancer diffus de la base, de même qu'un cancer au début ne saurait être assimilé opératoirement à un épithélioma compliqué de gros ganglions dégénérés ou ayant envahi la base de la langue et le pharynx ou l'amygdale ou le voile du palais.

Nous devons donc, pour rester méthodique, chercher à établir une sorte de protocole opératoire dans lequel nous indiquerons, pour telle lésion donnée, tel procédé, telle méthode opératoire qui nous paraîtront les plus appropriés, c'est-à-dire le plus faciles pour le chirurgien en même temps que le plus utiles pour le malade.

En progressant du simple au compliqué, nous pouvons diviser les lésions infiniment variées en sept catégories que nous allons examiner successivement :

a. Soit un cancer de la pointe de la langue ou des bords du tiers antérieur de la langue. Il reste limité au-dessus du point où la muqueuse linguale se réfléchit sur le plancher de la bouche qui reste intact.

Dans ce cas, l'amputation de la langue par voie buccale (procédé de Whitehead) est indiquée, précédée, bien entendu, du curage ganglionnaire et de la ligature des linguales faits dans un temps préalable.

b. La tumeur siège, non plus sur le tiers antérieur, mais sur le tiers moyen d'un bord de la langue ; la muqueuse du repli gingivo-lingual est libre et il n'y a pas propagation au plancher de la bouche.

La méthode de Whitehead convient ici comme dans le premier cas. Elle permet de dépasser les limites du néoplasme et de sectionner à assez grande distance en tissu sain.

c. Le cancer occupe le tiers postérieur de la langue, mais n'est pas propagé au plancher de la bouche.

C'est encore le procédé de Whitehead que Poirier conseille en pareil cas, la voie buccale pouvant d'ailleurs être facilitée par l'incision jugale. Il est inutile de répéter que l'amputation de la langue sera précédée par un double évidement ganglionnaire.

d. La langue entière est envahie. Encore dans ce cas, si le plancher de la bouche n'est pas envahi, Poirier conseille de conserver la sangle mylohyoïdienne pour assurer la déglutition et pour conserver cette cloison musculaire, cloison étanche de l'infection isolant la cavité buccale, toujours septique, des espaces celluleux du cou qui ne demandent qu'à s'infecter.

e. Le plancher de la bouche est envahi par le néoplasme.

Dans ce cas, il faut ou s'abstenir ou enlever, d'un

seul bloc, langue, plancher de la bouche, régions sous-maxillaires et carotidiennes. Si l'on prend le bistouri, il y a même indication formelle de réséquer toute portion osseuse avec laquelle le tissu malade aura contracté des adhérences. Il faut suivre la voie sus-hyoïdienne, il faut employer le procédé de Kocher-Morestin. On fera ainsi une opération terrible, très grave, le plus souvent mortelle.

f. Un cancer de la base de la langue a envahi les piliers du voile, l'amygdale, l'épiglotte, la paroi pharyngée.

La plupart des chirurgiens n'opéreront pas ces cas désespérés et demanderont au traitement palliatif le soulagement du malade. Ces opérations sont en effet très graves ; la pharyngectomie et la résection du maxillaire (quand on emploie les procédés qui la comportent) rendent leur pronostic extrêmement sombre, la mortalité s'élève dans des proportions effrayantes.

g. Nous devons considérer enfin le cas des cancers inopérables, et, quoique nous ne voulions pas parler ici du traitement chirurgical palliatif ce qui sortirait des limites que nous avons assignées à ce travail, nous dirons cependant deux mots de la méthode de Küster. Dans ces cancers inopérables, Küster (1) conseille la ligature des carotides externes comme traitement de choix.

L'évolution du cancer n'est guère modifiée par les ligatures ; mais, par contre, il y a amélioration en ce qui concerne les phénomènes douloureux, les hémorragies et les sécrétions fétides.

Le chirurgien est à peu près désarmé devant ces malheureux en proie à d'atroces souffrances, chez qui la déglutition est si douloureuse que leur salive s'écoule constamment hors de la bouche ; et s'il peut leur procurer un soulagement, même minime et temporaire, par les ligatures palliatives, ne doit-il pas saisir l'occasion qui lui est offerte ?

5° Quels sont les résultats de l'opération ? — La pneumonie, le shock, l'infection, l'hémorragie secondaire sont autant de facteurs qui se disputent les causes de la *mortalité immédiate* dont le taux moyen peut être approximativement fixé à 20 p. 100 des cas opérés. Ce fait demande à être bien établi, que cette mortalité dépend de la gravité de l'opération pour l'extraction du mal, c'est-à-dire de l'étendue du mal lui-même.

La mortalité par *récidive hâtive*, nous voulons dire ce retour, cette revanche du cancer irrité par l'opération, qui tue l'opéré quelques semaines ou quelques mois après elle, est difficile à établir parce que les statistiques ambiguës sont difficiles à interpréter. Dans telle statistique, tel opéré est porté à la colonne des guérisons qui, sans doute, est parti guéri de l'hôpital, en ce sens que sa plaie était cicatrisée et que l'opérateur n'en a plus eu de nouvelles, mais qui peut très bien avoir récidivé.

Combien des malades, qui figurent sur ces listes, ont été suivis régulièrement ? La récidive ganglionnaire est de beaucoup plus fréquente que la récidive dans la cicatrice ou dans le plancher de la bouche. Cela pour plusieurs raisons : d'abord parce que trop souvent on n'enlève que la tumeur linguale, sans s'occuper des ganglions cervicaux, pour ce motif que ces ganglions n'étaient pas perceptibles au toucher. Mais ces ganglions, quoique imperceptibles au toucher et manifestement non indurés, peuvent déjà être envahis et, au bout de peu de temps, le patient revient montrer un cou tuméfié et déformé par des ganglions qui ont pris un accroissement rapide. Les opérateurs ont ensuite cette tendance bien naturelle à n'enlever que les ganglions les plus saillants, les plus visibles, les plus hypertrophiés sans s'astreindre au curage systématique de tous les ganglions qui ont pu s'infecter et qui peuvent receler des germes cancéreux.

L'étude des *récidives tardives* doit également manquer de précision dans ses résultats, toujours pour le même motif que les malades échappent trop souvent à un contrôle de longue durée et ne sont pas toujours suivis régulièrement. Par définition, nous appelons tardives les récidives qui se montrent de un à trois ans après l'opération, la grande majorité des auteurs admettant que, trois ans après l'intervention, l'opéré qui n'a pas encore fait de récidive entre dans la période de survie prolongée. Si nous nous rapportons aux auteurs qui, à leurs statistiques, joignent les fiches détaillées des malades et parmi eux Whitehead, Kocher, Krönlein, Butlin et les auteurs français, nous voyons que la proportion des récidives tardives est de 20 p. 100 environ. C'est-à-dire que sur cent opérés on n'en compte que vingt qui survivent de un à trois ans avant de faire la récidive de leur cancer. Donc, sur cinq opérés, un seul a quelques chances de rester au moins deux ou trois années sans récidive. La proportion est très faible, elle le sera d'autant plus que nous nous éloignerons davantage de la date de l'opération ; la proportion des survies prolongées sera fatalement encore plus minime.

Il est évidemment impossible de fixer un délai précis au terme duquel on puisse affirmer la *guérison définitive*. C'est donc arbitrairement qu'un délai de trois ans a été choisi. En effet, un malade qui ne doit jamais récidiver peut être considéré comme guéri dès le lendemain de l'opération ; et réciproquement, un opéré considéré comme guéri quarante ou cinquante mois après l'opération peut très bien, à ce moment, faire une récidive qui l'emportera. Mais si ce terme de trois ans a été choisi de convention presque générale, c'est parce que, après trois ans, un opéré qui n'a pas encore récidivé a moins de chances de récidiver que de voir sa guérison continuer.

A-t-on observé des guérisons postopératoires définitives ? En un mot, le cancer de la langue est-il curable chirurgicalement ?

Les résultats décevants de la chirurgie du cancer en général font que la réponse ne peut être ici catégoriquement affirmative.

« Le cancer, dit Poirier, est guérissable dans la plupart des cas lorsqu'on peut intervenir contre lui, à une époque assez rapprochée de son début, par une opération précoce largement conduite et anato-

(1) Küster. *Arch. f. klin. Chir.*, 1906, p. 292.

miquement dirigée suivant les voies de propagation. » Le cancer est un mal d'abord local et qui reste plus ou moins longtemps local, et, pendant tout ce temps, il est guérissable par une large exérèse, par l'ablation totale et bilatérale des territoires lymphatiques de l'organe.

Ce que l'on peut affirmer, c'est que, à la langue plus que partout ailleurs, l'intervention chirurgicale est efficace, à condition d'être précoce, plus que précoce même, devrait-on ajouter, c'est-à-dire préventive. Le jour où les malades prudents confieront au chirurgien leurs plaques de leucoplasie « cancérogène », ce jour-là, on pourra répondre nettement et affirmativement à la question que nous avons posée plus haut.

Pour clore cette étude, nous ne saurions mieux faire que rapporter ces nobles paroles de J.-L. Faure (1) :

« Quelle que soit l'imperfection des résultats obtenus, je trouve qu'ils doivent suffire à nous encourager dans la lutte sans merci que nous devons engager contre le cancer. Nous appelons de tous nos vœux, pour cette lutte où nous marchons encore sur une route semée de cadavres, des moyens d'action supérieurs à ceux que nous possédons aujourd'hui.

« Peut-être nous est-il permis de les entrevoir et de vivre dans l'espérance de leur prochaine réalisation, mais tant que nous ne les aurons pas, nous n'avons qu'une seule arme efficace et certaine, l'intervention chirurgicale. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 JUILLET 1913)

Opération du pied bot par l'ablation de tous les os du tarse. Régénération osseuse chez de jeunes sujets. — Depuis 1889, M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a, sur 42 sujets atteints de pied bot, pratiqué la résection de tous les os du tarse, sauf la partie postérieure du calcanéum. Cette opération, qui paraît d'une brutalité extrême, laisse un pied dont la partie centrale est tellement molle qu'on le moule à volonté; on peut redresser les pieds, si difformes qu'ils soient, et leur donner la forme voulue par un redressement parfait et immédiat, sans avoir besoin de recourir à des sections tendineuses complémentaires et sans avoir besoin d'appareils orthopédiques secondaires. Malgré cela, les parties fibreuses centrales du pied prennent une résistance telle que la marche est très rapidement possible et parfaite. Par l'examen radiographique, on constate qu'il n'y a aucune reproduction osseuse chez l'adulte. Chez l'enfant, au contraire, la reproduction est si importante qu'on pourrait croire que l'extirpation des cunéiformes et du cuboïde n'a pas été faite.

M. Lucas-Championnière pense que cette différence des résultats est due à la facilité de production osseuse chez les très jeunes sujets, et en outre à ce que chez eux le squelette du pied est loin de l'achèvement; l'ablation des noyaux osseux est imparfaite et les cartilages restés en place au milieu des tissus mous sont des centres de reproduction osseuse très importants.

Sur l'irradiation des bactéries et les vaccins irradiés. — M. Maurice RENAUD.

Sur un veau géneiocéphale; nouveau genre de cyclocéphalien. — MM. F.-X. LESBRE et R. PÉCHEROT.

Eaux de Spa. Radioactivité, résistivité et point cryoscopique. — MM. Eric GÉRARD et Hermann CHAUVIN.

Sur les matières albuminoïdes solubles du lait. — M. L. LINDET.

Sur la diversité des hémocyanines suivant leur provenance zoologique. — M. Ch. DHÉRÉ.

ANALYSES

MÉDECINE

Les porteurs de germes dans la propagation de la méningite cérébro-spinale. (ORTICONI et ZUBER. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, séance du 20 juin 1913.) — Une recrudescence de méningite cérébro-spinale, survenue l'hiver dernier dans la région de l'est de la France, a donné aux auteurs l'occasion d'observer des faits intéressants de contagion et de propagation par les « porte-germes ».

Depuis le 1er novembre 1912 jusqu'au 1er juin 1913, le département de Meurthe-et-Moselle a enregistré à lui seul 40 cas de méningite cérébro-spinale causés par le méningocoque de Weichselbaum et ayant fourni une mortalité de 30 p. 100 environ, malgré la sérothérapie par le sérum de Dopter.

Un foyer très net s'est constitué dans la région de Nancy où plus de 20 cas ont été constatés dont 4 sur les élèves du lycée de Nancy où ils ont provoqué un commencement d'épidémie rapidement enrayé par des mesures de prophylaxie très sévères.

Les mesures de prophylaxie prises par l'autorité universitaire de concert avec le service départemental d'hygiène eurent rapidement raison de ce commencement d'épidémie.

Elles consistèrent :

1° Dans le licenciement général des élèves pour une période de huit jours;

2° Dans la désinfection complète des locaux du lycée;

3° Dans l'examen du personnel du lycée et d'un certain nombre d'élèves internes au point de vue de la recherche du méningocoque dans le mucus rhino-pharyngien.

Un seul cas était constaté par la suite, le 13 mars, sur un élève de quatrième, et il se terminait comme les trois premiers, par la guérison, grâce à la sérothérapie précoce.

Le mode d'importation de la maladie au lycée n'a pu être précisé; mais il paraît certain que les trois premiers malades qui ont été atteints dans une période de huit jours ont été entre eux en contact immédiat : les deux domestiques se voyaient fréquemment et l'un d'eux faisait le service de la classe à laquelle appartenait le premier élève atteint.

Mais à côté de ces cas intérieurs, et postérieurement à leur apparition, MM. Orticoni et Zuber ont observé, dans la population civile de Nancy, quelques atteintes de méningite cérébro-spinale, dont la filiation apparente permet de mettre en cause la contagion par les porteurs de germes.

Simples coïncidences ! diront peut-être encore quelques auteurs qui ne veulent pas souscrire à l'opinion généralement admise sur la contagiosité des porteurs de germes et qui oublient que le méningocoque n'est pas un germe banal en dehors d'un milieu épidémique.

En tout cas, coïncidences bien troublantes, et qui posent devant l'hygiéniste la question de l'opportunité dans le milieu civil des mêmes mesures prophylactiques, qui sont prises actuellement dans l'armée. L. GAYARD.

(1) J.-L. FAURE. *Soc. de chir.*, 23 mars 1904.

CHIRURGIE

Distension des ventricules cérébraux par de l'air, après fracture de la base du crâne. (W.-H. LUCKETT. *New-York Neurological Society*, 4 fév. 1913.) — A la suite d'une chute sur la tête, les phénomènes initiaux s'amendèrent spontanément si bien que l'on n'intervint pas. Huit jours après sa sortie de l'hôpital, le malade y rentra avec des phénomènes de compression cérébrale marqués : céphalée, vomissements de temps en temps, hébétude, névrite optique bilatérale, leucocytose; le diagnostic posé fut abcès. Cependant la radiographie montra que les ventricules cérébraux étaient énormément distendus, probablement par de l'air ou un autre gaz. L'état général empirant, on fit une trépanation. Les méninges n'étaient pas tendues; il y avait une légère inflammation. Une ponction capillaire dans la corne antérieure du ventricule latéral ramena de l'air et du liquide cérébro-spinal. On établit un drainage sous-occipital des méninges. Le malade mourut au bout de quatre jours, en hyperthermie (41°7). A l'autopsie, on trouva les ventricules pleins d'air (incision sous l'eau). Il y avait une déchirure de la base du lobe frontal juste au-dessous de la corne latérale et au-dessus de la fracture de la voûte orbitaire. L'air avait été forcé dans le ventricule pendant un violent accès d'éternuement. F. GARDNER.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Les interventions à distance sur les nerfs sensitifs du larynx dans les laryngites douloureuses. (G. LIÉBAULT, ancien interne des hôpitaux de Paris. Impr. Gounouilhou, Bordeaux.) — Après avoir rappelé quelques données anatomiques et sa technique opératoire de la découverte du laryngé supérieur, l'auteur aborde les indications de la section physiologique (injections analgésiantes) ou chirurgicale du nerf (névrotomie), étude fort intéressante et qui a été l'objet de différents travaux au cours de ces dernières années. Ressortissent à cette thérapeutique toutes les laryngites chroniques s'accompagnant de douleurs spontanées, de dysphagie, d'odynphagie (tuberculose, cancer, syphilis même, et certains troubles neuromusculaires des névropathes). Il étudie l'effet des diverses solutions analgésiantes (cocaïne, alcool, solutions mixtes), en préconise l'essai d'abord, pour aboutir en fin de compte à la névrotomie, opération idéale, tout en constatant que cette dernière même est parfois insuffisante (intervention du glossopharyngien et peut-être du récurrent). J. FOURNIÉ.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas. Professeur : M. Paul BAR). — COURS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE, par MM. Lequeux, professeur agrégé; Dupont, ancien chef de clinique; Lemeland, chef de clinique; Metzger et Levant, chefs de clinique adjoints; assistés de MM. Roullier, Pellissier, Brisson, Siguret, Wilhelm, Didier, Sabate, moniteurs. — Réservé aux étudiants ayant seize inscriptions, et aux docteurs français et étrangers.

Le cours commencera le 18 août. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours, à neuf heures du matin, à trois heures et à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Lundi 18 août 1913. M. Lequeux, à neuf heures du matin. Examen des femmes accouchées et des nouveau-nés (visite dans les salles). — M. Lemeland, à cinq heures. Diagnostic des présentations et des positions (palpation, toucher, auscultation).

Mardi 19 août. M. Lequeux, à neuf heures du matin. Présentation de malades; — à trois heures. Exercices de palper, de toucher et d'auscultation au lit des malades. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions directes).

Mercredi 20 août. M. Lequeux, à neuf heures du matin. Consultation des femmes enceintes; examen des malades par les élèves du cours; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques).

Jeudi 21 août. M. Lequeux, à neuf heures du matin. Examen des femmes accouchées (visite dans les salles); — à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Levant, à cinq heures. Le forceps sur la face et le front.

Vendredi 22 août. M. Lequeux, à neuf heures du matin. Examen des nouveau-nés et consultation des nourrissons; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Levant, à cinq heures. Le forceps sur les présentations élevées.

Samedi 23 août. M. Lequeux, à neuf heures du matin. Les procédés de dilatation rapide du col; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Levant, à cinq heures. Les indications du forceps.

Lundi 25 août. M. Lequeux, à neuf heures du matin. Visite des accouchées dans les salles; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps (revision). — M. Dupont, à cinq heures. La version par manœuvres internes (version séparée).

Mardi 26 août. M. Lequeux, à neuf heures du matin. Présentation de malades; — à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Dupont, à cinq heures. L'extraction du siège décompleté mode des fesses.

Mercredi 27 août. M. Lequeux, à neuf heures du matin. Consultation des femmes enceintes; examen des malades par les élèves; — à trois heures. Exercices pratiques : l'extraction du siège décompleté mode des fesses et après version. — M. Dupont, à cinq heures. L'extraction après la version : les difficultés.

Jeudi 28 août. M. Lequeux, à neuf heures du matin. Examen des femmes accouchées (visite dans les salles); — à trois heures. Exercices pratiques de version (revision). — M. Metzger, à cinq heures. L'embryotomie céphalique.

Vendredi 29 août. M. Lequeux, à neuf heures du matin. Consultation des nourrissons. — M. Metzger, à trois heures. Les différents procédés d'embryotomie rachidienne; — à quatre heures. Exercices pratiques d'embryotomie céphalique et rachidienne.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le droit à verser est de 50 francs.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPHYSE CARDIAQUE [1]

Auscultation. — L'auscultation fournit peu de renseignements; l'affaiblissement des bruits normaux est dû à la faiblesse du muscle cardiaque et non à la symphyse; on a signalé un retentissement métallique par adhérences du péricarde au diaphragme; il existe souvent des souffles. Ils peuvent tenir soit à une endocardite valvulaire préexistante, soit à une insuffisance valvulaire fonctionnelle par dilatation des ventricules (Jaccoud-Gilbert). Potain a signalé l'existence d'un souffle cardio-pulmonaire présystolique. Vaquez insiste sur l'apparition d'*extra-systoles* comportant une aggravation du pronostic. On a signalé encore des bruits de frottements, reliquats d'une péricardite ancienne, un bruit de claquement méso-sys-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 83 p. 1358 et n° 86, p. 1397.

tolique, indiquant la présence d'adhérences. Barth et Potain ont signalé la fréquence d'un rythme à trois temps, rythme de galop, qui paraît dû à un choc diastolique. Gilbert et Garnier ont décrit un *bruit de rappel paradoxal*, avec prolongation de la systole et du petit silence, dû à l'obstacle apporté à la contraction ventriculaire.

Le *pouls* est normal, souvent faible. Le *pouls paradoxal* de Kussmaul n'est pas pathognomonique : il consiste en l'affaiblissement, la suppression du pouls radial pendant l'inspiration profonde; il n'indique pas nécessairement l'existence d'une médiastinite; il s'observe également en cas d'affaiblissement du myocarde, de péricardites, dans certaines affections récurrentielles, etc.

Les signes veineux sont intéressants à rechercher : on observe le gonflement inspiratoire des jugulaires (pouls veineux paradoxal), dû aux tractions exercées par les brides fibreuses sur la veine cave supérieure, parfois on note l'affaissement brusque des veines du cou pendant la diastole (*collapsus veineux diastolique* [Eichhorst]), dû à l'aspiration veineuse considérable qui se fait pendant la diastole et à l'abaissement brusque du diaphragme entraînant les gros troncs veineux.

Signes fonctionnels. — On a décrit des battements irréguliers, des palpitations, des sensations d'angine de poitrine. Ces signes n'ont aucune valeur pathognomonique : les douleurs angineuses s'observent surtout dans les symphyses récentes, à phénomènes inflammatoires encore en activité : elles sont dues aux altérations des plexus cardiaques, parfois à une coronarite; elles peuvent être suivies de syncope mortelle; les signes fonctionnels que l'on observe le plus souvent sont ceux de l'asystolie, spécialement de l'*asystolie hépatique*, rapidement progressive (foie douloureux, hypertrophié, ascite précoce), cette prédominance des signes hépatiques s'explique peut-être, par l'existence de solides adhérences qui, comprimant la veine cave inférieure, s'opposent à l'écoulement du sang dans l'oreillette. Tous ces signes sont d'ailleurs variables et dépendent moins de la symphyse que de l'état du myocarde sous jacent. Pour apprécier la valeur fonctionnelle du myocarde, on pourrait faire appel aux renseignements fournis par l'électro-cardiographie.

Tels sont les signes par lesquels le clinicien dépistera une symphyse cardiaque, le plus souvent à l'occasion d'un examen médical pour tout autre cause, parfois à l'occasion d'une crise d'asystolie, d'une hypertrophie du foie inexpliquée, etc. Il nous reste à étudier ce que devient la symphyse une fois établie.

Évolution. — La symphyse cardiaque est souvent méconnue pendant toute la vie du malade et elle n'est bien souvent constatée qu'à l'autopsie; dans d'autres cas elle ne se traduit que par quelques signes d'insuffisance cardiaque : parfois elle se révèle à l'occasion d'une affection aiguë intercurrente, grippe, pneumonie, par une asystolie à marche rapide; d'après Brouardel, certaines morts subites, inexpliquées, reconnaîtraient pour cause une symphyse. D'une manière générale, l'évolution de la symphyse cardiaque se fait assez rapidement, surtout chez l'enfant, vers l'*asystolie* à répétition, puis vers l'*asystolie irréductible*. L'évolution de la symphyse est d'ailleurs assez variable suivant la variété clinique observée : ce sont ces différentes formes cliniques de la symphyse que nous allons maintenant passer en revue.

Formes cliniques. — *Symphyse rhumatismale.* — Cette variété reste exceptionnellement latente; chez l'enfant surtout, elle s'accompagne d'une riche symptomatologie (voussure précordiale, retrait systolique de la pointe, ondulation pluricostale, fixité de la pointe, etc.), tous symptômes, qui en permettront facilement le diagnostic. La symphyse rhumatismale évolue rapidement vers l'*asystolie*; cette asystolie est en général définitive, irréductible; elle est annoncée précocement par une congestion passive du foie. La mort subite n'est pas rare ; on observe également la mort rapide par le fait d'une sorte d'asystolie aiguë.

Symphyse tuberculeuse. — Dans la symphyse tuberculeuse, ce qui est caractéristique, c'est le mode de début qui se fait, non par des signes de défaillance cardiaque, mais par des accidents viscéraux et particulièrement d'ordre hépatique.

L'affection débute de deux façons; tantôt d'une manière insidieuse, par de la toux, de la bronchite, de la pâleur, de l'amaigrissement, de la fièvre, tantôt suivant une allure plus aiguë, par des symptômes de pleurésie, surtout de pleurésie gauche avec épanchement long à disparaître. Quand le syndrome est constitué, ce qui frappe avant tout, c'est l'*hypertrophie du foie*, souvent considérable. La rate n'est pas toujours augmentée de volume. Puis apparaissent des troubles circulatoires, des dilatations veineuses sur la paroi abdominale, enfin de l'ascite. Souvent l'ascite est méconnue; parfois son développement est tel qu'il nécessite une ponction : le liquide est louche, très albumineux, décelant ainsi une réaction péritonéale : par l'inoscopie, l'inoculation, on y démontre souvent la présence de bacilles de Koch. A côté de ces accidents d'origine hépatique qui fixent d'abord l'attention, il faut signaler des troubles de la circulation générale (lèvres cyanosées, face violette, extrémités froides, doigts renflés, dyspnée, angoisse) ; le pouls est petit, la tension artérielle abaissée. L'examen du cœur ne fournit à peu près aucun renseignement. Le cœur n'est pas hypertrophié, il n'y a pas de voussure précordiale ; on ne constate pas de souffles, parfois on entend un rythme de galop, mais ce qui frappe surtout, c'est la *fixité de la pointe* et l'*invariabilité de la matité précordiale* dans l'inspiration et l'expiration (Weill).

Les poumons ne sont jamais indemnes; on y décèle des adhérences, parfois une pleurésie avec épanchement. La marche de l'affection est irrégulière ; elle se fait par poussées souvent fébriles, attestant l'imprégnation tuberculeuse ; on constate des alternatives de rémission et d'aggravation, puis l'asystolie s'installe et l'enfant succombe, soit dans une syncope, soit comme un cardiaque, soit emporté par une granulie, par une méningite tuberculeuse.

La *symphyse des artérioscléreux et des brightiques* survient d'une façon insidieuse, sans péricardite antérieure, par une sorte de travail scléreux d'origine toxique. Elle est souvent méconnue et est prise pour une myocardite chronique. Elle s'accompagne souvent de périhépatite et même de périviscérites multiples. La *symphyse péricardo-périhépatique* de Gilbert et Garnier se manifeste par les signes habituels de la symphyse, avec ascite abondante et rapidement récidivante.

Sous le nom de *forme extracardiaque* de la symphyse, on décrit une symphyse compliquée de péricardite externe avec médiastinite, symphyse pleurale, sclérose pulmonaire, qui se révèle en clinique par l'apparition du syndrome médiastinal.

La *syphilis* serait assez souvent à l'origine de cette variété, spécialement quand cette symphyse avec médiastinite est associée à un *anévrisme de la crosse de l'aorte*.

La *médiastinite syphilitique*, bien étudiée récemment par Hutinel, Sergent, Lian, coexiste très souvent avec une symphyse cardiaque ainsi que le démontre parfaitement l'examen radioscopique : la symphyse succède assez souvent aussi à une *syphilis hépatique :* dans tous ces cas, la réaction de Wassermann, les épreuves à la tuberculine servent à préciser s'il s'agit de syphilis ou de tuberculose : parfois les deux infections pourront d'ailleurs s'associer, se combiner.

Fleich et Schossberger ont décrit une variété de symphyse qui se caractériserait par une ascite isolée, de l'hypertrophie hépatique, de la bouffissure de la face avec cyanose des lèvres et un état à peu près normal du cœur.

D'après ce qui précède, il est facile de concevoir l'existence assez spéciale de formes suivant l'âge, chez l'enfant et le vieillard. Chez l'enfant, il s'agit surtout de symphyse rhumatismale ou tuberculeuse, chez le vieillard de symphyse par artériosclérose, brightisme. (*A suivre.*)

La Narcose. Théorie et pratique, par le docteur Th. Hammes, ex privat-docent à l'Université d'Amsterdam. Traduction française d'après la deuxième édition, par le docteur Ch. Dam, ex-assistant de chirurgie des hôpitaux de Bruxelles. Préface du docteur Th. Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon. Un joli vol. in-8 écu, cart. toile, de 280 pages, avec 22 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Essai sur l'hygiène et la prophylaxie antituberculeuses au début du XXe siècle, par Mme le docteur Nicole GIRARD-MANGIN. Un vol. in-8, de XIV-356 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Diabète arthritique, par le docteur A. VEILLARD. Un vol. in-12 de 140 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Berthier, Emile Bougault, successeur.

N° 90. — SAMEDI 9 AOUT 1913. 86e ANNEE. SAMEDI 9 AOUT 1913. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. Aubaret, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé, à partir du 1er novembre 1913, professeur de clinique ophtalmologique.

— RENNES. — M. Lhuissier, professeur d'anatomie, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1913.

M. Lhuissier est nommé professeur honoraire, à partir du 1er novembre 1913.

M. Lautier, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé, à partir du 1er novembre 1913, professeur d'anatomie.

M. Lautier, professeur d'anatomie, est chargé, en outre, pour l'année 1913-1914, des fonctions de chef des travaux d'anatomie et histologie.

M. Millardet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé, à partir du 1er janvier 1914, professeur d'hygiène et de médecine légale.

GUERRE. — La date d'ouverture du concours annuel pour la nomination aux emplois de professeurs adjoints à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales est reportée du 8 septembre au 20 octobre 1913.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés aux grades ci-après dans les corps de sapeurs-pompiers :

MM. Baillo, médecin-major de deuxième classe, à Thuir, et Woimant, médecin aide-major de première classe, à Soissons.

TUBERCULOSE ET STATISTIQUE. — On commence maintenant en France à se préoccuper de lutter énergiquement contre la tuberculose. Il en est grand temps. Les statistiques nous le prouvent surabondamment.

A Paris, en 1875, il mourait 41 sujets de tuberculose pulmonaire pour 10 000 habitants; en 1910, le nombre des décès était descendu à 35,30, soit une baisse de 14 p. 100. Pendant le même temps, les chiffres, à Berlin, ont décru de 45 p. 100, puisqu'ils étaient de 34 p. 10.000 en 1875 et de 18,75 en 1910.

Une période plus courte et toute récente nous montrerait un écart plus grand encore en faveur de nos voisins. En 1906, la France perdait, par tuberculose de tout ordre, 22,2 habitants sur 10 000; en 1911, 21,6; le gain est faible : 2,7 p. 100. Les chiffres de la Prusse, aux mêmes époques, furent 17,3 et 15,1 et le gain de 12,4 p. 100. L'Angleterre nous donnerait des éléments de comparaison du même genre, prouvant qu'elle aussi est entrée résolument dans la bonne voie.

La lutte a été entreprise, dans ces deux pays proches, en partant de points de vue différents. L'Angleterre a établi avant tout une forte organisation sanitaire, acceptée par des citoyens très épris de liberté, mais très respectueux des lois. Elle achève son œuvre en installant l'assurance sociale. L'Allemagne est partie de l'assurance « qui tient en mains la santé des travailleurs et fournit aux institutions d'hygiène sociale les capitaux nécessaires ». Débuts différents, résultats identiques. Ce sont ceux que l'on obtiendra si l'on veut bien appliquer le quadruple principe : connaître, assainir, éduquer, assister. P.

LA VACCINATION ANTITYPHOIDIQUE DANS LA FLOTTE. — Une récente circulaire du ministre de la marine signale que depuis que la vaccination antityphoïdique facultative a été autorisée dans la marine, soit depuis le 5 avril 1912, 3652 hommes ont été immunisés à l'aide du vaccin et que sur ces 3652 hommes aucun accident n'a été constaté ; les réactions locales ou générales n'ont pas dépassé le degré normal ; enfin aucun d'entre eux n'a été atteint par la fièvre typhoïde.

En attirant l'attention du personnel de la marine sur ces résultats, le ministre invite le corps médical à exposer dans des conférences l'efficacité et l'innocuité de la prophylaxie vaccinale de la fièvre typhoïde. P.

LA CRISE DE LA MÉDECINE MILITAIRE EN ALLEMAGNE. — Le manque de médecins militaires se fait vivement sentir dans l'armée allemande, aussi l'administration s'est-elle vue obligée, dit *le Temps*, de prendre diverses mesures pour tenter de remédier à ce mal. Pour commencer, elle a élevé de 250 à 500 marks l'allocation annuelle accordée aux étudiants qui se destinent à la médecine militaire; ensuite, elle a décidé que, dorénavant, les années d'études seront décomptées pour la retraite. (Pratiquement, cette dernière mesure équivaut à augmenter de cinq soixantièmes le taux de la pension des intéressés.) Enfin l'autorité militaire compte demander au Parlement une importante majoration du nombre des médecins généraux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Alphonse Desmarres, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 4 aout 1913 en Bretagne, où il s'était retiré depuis de longues années. Le défunt, lui-même ophtalmologiste distingué, était le fils du célèbre ophtalmologiste Louis-Auguste Desmarres.

REVUE GÉNÉRALE

MÉNINGITES A PARAMÉNINGOCOQUES

(ETUDE CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE)

Par MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et J. DUMAS.

I

Définition. — A côté des méningites à *méningocoques* ou à *pseudoméningocoques*, on doit, aujourd'hui, placer des méningites qui tendent, par leur fréquence relative, à jouer un rôle important en pathologie et qui sont dues à des germes voisins des précédents, les *paraméningocoques*. Ces *paraméningocoques* isolés et étudiés par M. Dopter présentent les mêmes caractères morphologiques et culturaux, les mêmes réactions sucrées que le *méningocoque* de Weichselbaum; *mais ils ne sont pas agglutinés par le sérum antiméningococcique non chauffé*. Le tableau clinique auquel donne lieu la présence de ces germes dans le liquide céphalo-rachidien diffère peu de celui de la méningite cérébro-spinale vraie, et c'est l'examen bactériologique qui permet, presque seul, d'établir le diagnostic et d'instituer le traitement. Cependant, un certain nombre de faits doivent être retenus en clinique : d'abord le caractère sporadique plutôt qu'épidémique de ces atteintes, mais surtout l'inefficacité du sérum antiméningococcique et l'efficacité au contraire du sérum antiparaméningococcique.

II

Historique. — Nul ne songe plus à contester la spécificité du méningocoque décrit en 1887 par Weichselbaum sous le nom de *diplococcus intracellularis meningitidis*, comme agent pathogène de la méningite cérébro-spinale épidémique. On sait que ce microbe présente les principaux caractères suivants : ce sont des diplocoques en grains de café, les deux surfaces accolées étant planes; ils se colorent par toutes les couleurs d'aniline, mais les cocci sont inégalement colorés; ils sont Gram-négatifs. Les *méningocoques* sont parfois groupés en amas, souvent en tétrades, jamais en chaînettes. En règle générale intracellulaires, ils sont peu nombreux dans les préparations directes. Ce sont des germes délicats, aérobies stricts qui poussent bien sur gélose-ascite en donnant des colonies arrondies, assez transparentes, d'un gris bleuté. Ils font fermenter seulement la glucose et la lactose, enfin, ils sont agglutinés spécifiquement par un sérum antiméningococcique non chauffé.

Les recherches entreprises à son sujet ne restèrent pas limitées à l'examen du liquide céphalo-rachidien. Déjà l'on savait que le rhino-pharynx est « le repaire du méningocoque » et la notion des *porteurs de germes* conduisit à une analyse méthodique des microbes du rhino-pharynx chez les malades et leur entourage. On découvrit ainsi, tout d'abord, à côté du méningocoque des *pseudoméningocoques* dont les travaux de von Lingelsheim et de ses élèves en Allemagne, de Dopter en France, permirent l'identification.

Les *pseudoméningocoques* qui peuvent, eux aussi, causer des méningites cérébro-spinales, se rapprochent du méningocoque par certains points, mais en diffèrent par des caractères morphologiques et culturaux ainsi que par des réactions biologiques telles que la fermentation des sucres et l'agglutinabilité.

Or, au cours des innombrables examens de mucus rhino-pharyngé qu'il avait dû pratiquer pour assurer la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique, M. Dopter avait été frappé par la présence, chez certains sujets sains, « de germes ressemblant étrangement au méningocoque » mais n'agglutinant pas avec le sérum antiméningococcique. Ces germes se séparaient donc nettement du *méningocoque* de Weichselbaum, mais ils ne pouvaient pas non plus être rangés dans le groupe des *pseudoméningocoques* puisqu'ils ne présentaient pas les mêmes réactions biologiques, et en particulier ne donnaient pas les mêmes fermentations sucrées, moyen d'identification des *pseudoméningocoques* dont von Lingelsheim avait montré toute la valeur. C'est pour ces raisons que M. Dopter proposa, dans une communication à la Société de biologie au mois de juillet 1909, de leur donner le nom de *paraméningocoques* qui a été conservé depuis.

Dès cette époque, M. Dopter émit la pensée que ces microbes pourraient à l'occasion « franchir cette première étape rhino-pharyngée, et fuser dans la circulation sanguine et lymphatique pour engendrer des septicémies et même des méningites ». Depuis, des observations cliniques sont venues montrer le bien fondé de ces prévisions.

A côté de ces recherches bactériologiques, un autre fait, fait clinique celui-là, permit l'identification d'une méningite à paraméningocoques; ce fut l'échec de la sérothérapie. Car, dans des cas de méningites cérébro-spinales, analogues cliniquement à des méningites qui guérissaient par la sérothérapie, le sérum antiméningococcique restait complètement inefficace. Si bien, que ce sérum paraissait avoir une action inconstante. Or parmi les causes d'échec de la sérothérapie on en découvrit une importante : la méningite était due souvent aux germes que M. Dopter venait de décrire sous le nom de paraméningocoques. Depuis la connaissance de ces méningites à pseudo ou à paraméningocoques, suivant le mot très juste de Follet et Bourdinière, « beaucoup de résultats négatifs nous paraissent éclaircis et beaucoup de critiques nous paraissent injustifiées ». Les heureux résultats que donna l'application d'un sérum spécifique, sérum antiparaméningococcique préparé par M. Dopter furent une preuve de plus à l'appui de la spécificité de ce germe.

Depuis que les recherches de M. Dopter ont permis d'identifier les *paraméningocoques*, on s'est mis à étudier dans ce sens le liquide céphalo-rachidien des méningites. Plusieurs observations d'infection paraméningococcique ont été publiées : dans cer-

tains cas, il s'agit de septicémies, dans d'autres de méningites. En 1910, Carnot et Marie apportèrent à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'un malade atteint de *purpura fulminans* chez lequel l'hémoculture révéla l'existence du paraméningocoque. Ménétrier publia deux observations de méningite à paraméningocoques : la première en 1910, la seconde en 1912. En quelques mois M. Dopter put réunir 7 cas de méningites dues à ce germe. Puis vinrent les observations de Méry (1911), de Barral, Coulomb et Couton (juin 1912), (dans laquelle il s'agissait d'une septicémie paraméningococcique sur laquelle vint se greffer un épisode méningé), celles de Widal et Weissenbach (juillet 1912), de Chevrel (oct. 1912), de Méry, H. Salin et A. Wilborts (21 février 1913), de H. Salin et J. Reilly (21 février 1913), de Ménétrier et Legrain (21 février 1913), de A. Follet et Bourdinière (28 février 1913), d'Œttinger et Baron (mai 1913).

III

Clinique. — L'infection paraméningococcique peut se montrer sous des aspects cliniques assez différents. On sait que le méningocoque de Weichselbaum n'est pas seulement l'agent pathogène de la méningite cérébro-spinale, mais qu'il passe fréquemment dans la circulation sanguine et détermine des septicémies. Il existe de même des *paraméningococcémies*. Du reste, on peut voir, chez un même sujet, un épisode méningé se greffer sur une septicémie. Et, bien que les observations publiées ne soient pas encore très nombreuses, il semble que l'on puisse décrire de l'infection paraméningococcique plusieurs manifestations cliniques :

Septicémie pure ;
Septicémie avec signes méningés ;
Méningite.

Nous n'avons pas à parler ici de la septicémie qui n'entre pas dans le cadre de notre sujet ; quant aux deux autres formes, elles ne tirent pas de leur étiologie paraméningococcique des caractères cliniques bien particuliers.

a. SEPTICÉMIE AVEC SIGNES MÉNINGÉS. — Dans l'observation de Barral, Coulomb et Couton, que nous pouvons prendre pour exemple, et où des signes méningés vinrent s'associer à la septicémie, ce fut cette dernière qui débuta. Le tableau clinique fut, du reste, celui des septicémies en général. Ici, le début fut insidieux mais dans d'autres observations il fut brusque. Le début fut marqué entre autres signes par du coryza et ce détail a une grande importance étiologique. Puis, la céphalée, les frissons, les selles diarrhéiques, le ballonnement du ventre, des taches sur l'abdomen, une température élevée firent poser le diagnostic de fièvre typhoïde. Le sérodiagnostic fut négatif. Vers la fin de la première semaine apparurent des signes méningés : position en chien de fusil, signe de Kernig, raideur de la nuque, raie méningée. La présence du *paraméningocoque* fut reconnue dans le liquide céphalo-rachidien, et l'enfant guérit sans séquelles sous l'influence de la sérothérapie antiparaméningococcique.

b. MÉNINGITE. — Le tableau clinique de la méningite à *paraméningocoque* ne diffère pas, dans l'ensemble, de celui des méningites à *méningocoque*. C'est le syndrome méningé aigu classique : céphalée, vomissements, constipation, raideur de la nuque, contractures, paralysies, etc. Mais tandis que la méningite cérébro-spinale peut parfois guérir seule, la méningite paraméningococcique était toujours mortelle avant la sérothérapie. Du reste le sérum antiméningococcique qui a donné de si bons résultats dans les méningites à *méningocoques* ne donne aucun résultat dans ces méningites. Au contraire, les dernières observations publiées ont bien mis en relief les heureux effets du sérum antiparaméningococcique préparé par M. Dopter.

L'*insuccès de la sérothérapie antiméningococcique* est donc le fait capital au point de vue pratique, et tous les auteurs s'accordent à lui donner une importance considérable. Le liquide céphalo-rachidien peut-il déjà en clinique donner une orientation rapide au diagnostic? Son aspect, comme dans la méningite cérébro-spinale épidémique, est trouble, variant du simple louche à la purulence. Mais alors qu'après injection de sérum antiméningococcique on voit les germes diminuer de nombre dans l'immense majorité des cas, puis disparaître, dans le cas de méningite paraméningococcique les germes persistent ou se multiplient, et cette constatation doit déjà attirer l'attention du clinicien.

L'examen du sang ne montre pas ici des faits spécifiques, il semble cependant, d'après l'examen des observations publiées que tandis que la polynucléose est notée au début, la fin de la maladie, en cas de guérison, serait marquée par une prédominance des mononucléaires.

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE. — Lorsqu'un malade présente un syndrome méningé, son liquide céphalo-rachidien doit être l'objet d'un certain nombre de recherches bactériologiques. Les recherches qui permettent d'identifier le *paraméningocoque* sont longues et parfois délicates. On doit étudier d'abord les caractères morphologiques et culturaux, la fermentation des sucres, les caractères biologiques d'une façon générale, l'inoculation aux animaux. Cette étude sera complétée par celle des réactions humorales : précipitation, agglutination, déviation du complément, épreuve du péritoine, épreuve de la veine. De plus certains malades présentant de la paraméningococcémie, l'hémoculture est indispensable pour étudier les caractères morphologiques et culturaux des microbes. On ensemencera 10 centimètres cubes de sang dans un ballon de bouillon d'eau peptonée de 300 à 400 centimètres cubes . En général les germes poussent lentement, et il faudra repiquer quotidiennement sur gélose ascite jusqu'au quatrième ou cinquième jour.

Aspect morphologique. — *a.* Dans le liquide céphalo-rachidien, le *paraméningocoque* a la forme d'un coccus en grain de café, souvent en diplocoque, les deux faces convexes se regardant. Le *méningocoque* est peu abondant dans les frottis ; on en observe 4 à 6 par champ et souvent même il faut les chercher

avec soin. Les *paraméningocoques*, au contraire, sont beaucoup plus abondants. Ils sont intra ou extra-leucocytaires.

b. Dans les cultures, le *paraméningocoque* est un germe un peu plus volumineux que le *méningocoque*. Sur les frottis des cultures en bouillon ou en gélose, il se présente sous la forme d'un coccus isolé, en diplocoque ou en tétrades. Mais ce qui le différencie du *méningocoque* c'est que dans les premières cultures *on observe exceptionnellement* les différences de volume si fréquentes dans les cultures de *méningocoque*; on ne rencontre pas en effet sur les frottis de formes de gros cocci se colorant intensément. Comme le *méningocoque*, le *paraméningocoque* ne prend pas le Gram et se colore très facilement par tous les colorants à base d'aniline.

Caractères des cultures. — Le culot de centrifugation du liquide céphalo-rachidien, recueilli aseptiquement, et ensemencé largement sur un tube de gélose Martin capuchonné, donne naissance, après vingt-quatre heures d'étuve à 37 degrés, à de petites colonies grisâtres, transparentes, légèrement surélevées et dont les bords sont réguliers. Les jours suivants ces colonies prennent une teinte bleutée et deviennent plus épaisses. Les repiquages doivent être faits sur gélose ascite car, comme pour le *méningocoque*, les milieux riches en albumine sont les milieux de beaucoup les plus favorables. Sur sérum de bœuf coagulé il donne de petites colonies grises.

Le *paraméningocoque* trouble le bouillon ascite, et après quarante-huit heures un dépôt gélatineux généralement peu abondant tombe au fond du tube.

La température de 37 degrés étant indispensable pour cultiver ce germe, il ne pousse pas en gélatine.

Fermentations sucrées. — Le *paraméningocoque* et le *méningocoque* ont des caractères fermentatifs identiques; ils attaquent la glucose, la maltose, au contraire ils ne font pas fermenter la lévulose, la saccharose, la galactose, la lactose, et le sucre de canne. En pratique ces fermentations sucrées peuvent être recherchées sur des milieux solides ou liquides, et il suffit de se servir de trois sucres : glucose, maltose et lévulose.

Dans une boîte de pétri stérile on coule de la gélose à 5 p. 100, additionnée d'un tiers d'ascite, de VI à VIII gouttes d'une solution sucrée à 20 p. 100, et d'un centimètre cube d'une solution de tournesol stérile. Ces boîtes de pétri ayant été exposées pendant vingt-quatre à quarante-huit heures à l'étuve à 37 degrés, le *paraméningocoque* isolé est ensemencé largement, en faisant 3 à 4 stries parallèles. Après vingt-quatre heures ou quarante-huit heures d'étuve à 37 degrés, les milieux maltosés et glucosés sont nettement virés au rouge; le milieu lévulosé est intact.

Ces caractères de fermentation permettent donc de distinguer facilement un paraméningocoque ou un méningocoque vrai d'un pseudo-méningocoque. Dans le tableau suivant on se rendra facilement compte des caractères fermentatifs qui différencient ces germes entre eux.

	GLUCOSE	MALTOSE	LÉVULOSE
Méningocoque	+	+	0
Paraméningocoque...	+	+	0
Catarrhalis	0	0	0
Gonocoque	+	0	0
D. Flavus I.........	+	+	+
D. Flavus II.........	+	+	+
D. Flavus III........	+	+	0
D. Crassus..........	+	+	+

Caractères biologiques. — En présence d'un microbe ayant les caractères morphologiques d'un *méningocoque* ou d'un *paraméningocoque*, et faisant fermenter la glucose et la maltose sans attaquer la lévulose, il est indispensable pour l'identifier de rechercher les réactions agglutinantes. Le *paraméningocoque* n'est pas agglutiné par le sérum antiméningococcique non chauffé, au contraire un sérum antiparaméningococcique l'agglutine à un taux élevé. En pratique il faut toujours se servir d'antisérums non chauffés. S'il est admis que les anticorps agglutinants ne sont pas détruits à 55 degrés, la tyndallisation des sérums thérapeutiques diminue notablement cette propriété. On peut disposer ces agglutinations de la façon suivante :

Dans un premier tube on met XX gouttes d'une solution de sérum antiméningococcique non chauffé au 1 p. 100; dans le deuxième le même nombre de gouttes d'une dilution de sérum normal de cheval; dans le troisième XX gouttes d'eau physiologique à 9 p. 1000; dans un quatrième tube, on met XX gouttes d'une dilution de sérum antiparaméningococcique non chauffé au 1 p. 100; on émulsionne dans ces quatre tubes une dose de culture du microbe isolé; on porte les tubes à l'étuve à 37 degrés et on lit les résultats après vingt-quatre et quarante-huit heures. Si le germe est un *paraméningocoque* il y a agglutination nette dans le quatrième tube, et dans tous les autres l'émulsion conserve son aspect homogène. S'il s'agit d'un *méningocoque* le premier tube seul présente des agglutinats.

Sous prétexte que la réaction serait plus nette et plus rapide et que les propriétés spécifiques des sérums seraient mieux mises en évidence, Friese et Muller conseillent de porter les tubes dans une étuve à 55 degrés. Sachs-Muke, sur les conseils de Lingelsheim, fit un certain nombre d'expériences, et conclut que les vrais *méningocoques* sont agglutinés par le sérum antiméningococcique beaucoup plus facilement et d'une façon plus marquée à 55 degrés.

Ces recherches d'agglutination à cette température ont une certaine importance pour différencier les *pseudo-méningocoques*, et quand on se sert d'un sérum antiméningococcique polyvalent, ou d'un sérum polyvalent antiparaméningococcique.

Recherche des précipitines. — On prépare un autolysat du paraméningocoque isolé, en l'émulsionnant dans de l'eau physiologique stérile et on centrifuge. Ce liquide est mélangé dans différents tubes avec des dilutions décroissantes de sérum antiméningococcique et antiparaméningococcique. Après vingt-quatre heures de contact à la température du laboratoire, on remarque la présence d'un précipité dans

les tubes contenant l'autolysat microbien et le sérum antiméningococcique et le sérum antiparaméningococcique. Le sérum antiméningococcique contient donc des précipitines vis-à-vis du paraméningocoque. M. Dopter, dans une communication à la Société de biologie en 1909, a montré qu'il s'agissait de « coprécipitines » et cet auteur proposa l'épreuve de la « saturation des précipitines ».

Pour saturer les précipitines on mélange à parties égales dans un tube stérile l'autolysat du paraméningocoque isolé, et du sérum antiméningococcique non chauffé ; dans un deuxième tube le même autolysat et du sérum antiparaméningococcique. On met à l'étuve pendant quarante-huit heures, on agite de temps en temps, on décante ensuite ces deux sérums, et dans chaque tube on agite pendant plusieurs jours une *assez grande quantité* de *paraméningocoques* autolysés. Quand il n'y a plus formation d'un précipité dans le tube contenant le sérum antiparaméningococcique, on centrifuge une émulsion de *paraméningocoques*, que l'on met en contact sur le sérum antiméningococcique et antiparaméningococcique. On remarque alors qu'il n'y a pas de précipité dans le tube contenant le sérum antiparaméningococcique, le pouvoir précipitant du sérum a été annihilé, les précipitines étaient donc rigoureusement spécifiques. Au contraire, s'il existe un léger précipité dans le tube contenant le sérum antiméningococcique, le pouvoir précipitant n'a pas été annihilé, il s'agit bien de précipitines non spécifiques, précipitines du groupe « coprécipitines ».

Déviation du complément. — Cette méthode, due aux remarquables travaux de Bordet, a rendu de très grands services pour le diagnostic de certaines maladies infectieuses. Employée couramment pour la recherche des anticorps syphilitiques (Wassermann), elle a été aussi utilisée pour le diagnostic de la fièvre typhoïde (Widal et Louis Le Sourd), de la dysenterie (Dopter), de la fièvre de Malte (Ch. Nicolle). On peut s'en servir chez des malades atteints de méningite cérébro-spinale, et on différenciera assez facilement les germes.

Comme antigène on peut utiliser les extraits microbiens (méthode de Wassermann et Brück) ou une émulsion microbienne. On peut se servir d'un microbe identifié antérieurement et rechercher les sensibilisatrices dans le sérum de la malade. On peut aussi faire la réaction en utilisant comme antigène le microbe isolé, et comme anticorps du sérum antiparaméningococcique non chauffé. Cependant il ne faudra jamais prendre dans ce cas, comme témoin, du sérum antiméningococcique, car par suite de la présence de cosensibilisatrices, il y a déviation du complément.

Epreuve du péritoine. — Par analogie avec « le phénomène de Pfeiffer », Dopter a décrit sous le nom d'épreuve du péritoine un procédé qui permet de différencier un germe isolé, en étudiant les phénomènes de bactériolyse, vis-à-vis d'un antisérum préparé.

A un cobaye de 250 à 300 grammes, on injecte dans le péritoine 1 centimètre cube de sérum antiméningococcique non chauffé ; à un autre cobaye 1 centimètre cube de sérum antiparaméningococcique non chauffé. Le lendemain on émulsionne cinq tubes de gélose ensemencée largement avec le microbe isolé, dans 6 centimètres cubes d'eau physiologique stérile à 9 p. 1000, et à chaque animal on fait une injection intrapéritonéale de 1 centimètre cube de cette émulsion. Avec une pipette effilée on fait une prise de l'exsudat péritonéal toutes les vingt minutes. Si le germe est un paraméningocoque, on observe, chez l'animal qui a reçu l'émulsion de paraméningocoque et l'antisérum, une phagolyse suivie d'hypoleucocytose et d'une disparition à peu près complète des microbes : à l'examen direct par champ de microscope on perçoit cinq à six microbes ; sur les frottis ils prennent mal les colorants. D'ailleurs il est facile de comparer avec l'exsudat péritonéal de l'autre cobaye qui a reçu en injection le paraméningocoque et le sérum antiméningococcique. Il y a aussi phagolyse et hypoleucocytose, mais les germes sont très abondants, et ils se colorent facilement.

L'exsudat péritonéal des deux cobayes examinés une demi-heure à deux heures après l'injection intrapéritonéale est très riche en leucocytes à noyaux polymorphes.

Epreuve de la veine. — Si on injecte dans la veine jugulaire d'un cobaye de 250 à 300 grammes un mélange de sérum antiparaméningococcique et d'une émulsion de *paraméningocoques*, on détermine l'apparition de *phénomènes pathologiques* qui peuvent amener la mort dans un temps variable. L'animal détaché de l'appareil contentif devient subitement inquiet, le poil se hérisse, présente deux secousses généralisées, la respiration s'accélère et après deux à trois minutes l'animal titube, se couche sur le côté et meurt. Un cobaye, au contraire, qui a reçu en injection intraveineuse du sérum antiméningococcique et une émulsion de *paraméningocoques*, ne présente aucun phénomène pathologique. Un troisième témoin, qui reçoit une injection intraveineuse de 2 centimètres cubes de *paraméningocoques*, ne présente aucun trouble immédiat. L'intensité de la crise observée chez le premier cobaye est variable, suivant la quantité de sérum-virus injecté. Pour expliquer la pathogénie de ces accidents, Briot et Dopter supposent que l'antisérum contient une « lysine qui en détruisant les corps bactériens met en liberté un poison responsable des troubles décrits ». Pour Besredka, ces accidents sont dus à une substance étrangère aux corps microbiens, liée à la peptone, qui, incorporée dans le milieu de culture, serait absorbée par les microbes, et fixerait les germes sensibilisés sous l'influence de l'alexine. D'ailleurs *quelle que soit l'hypothèse* pour expliquer ces accidents, il faut admettre qu'en pratique *cette épreuve garde toute sa valeur.*

Vitalité. — Comme le *méningocoque*, le *paraméningocoque* est un microbe fragile. A la température de laboratoire, il meurt après quatre à cinq jours. Pour le conserver, il doit être repiqué tous les huit jours dans des tubes de gélose Martin en culot,

capuchonnés et conservés à l'étuve à 37 degrés. Il résiste peu à la chaleur; cinq minutes à 70 degrés le tuent; il résiste pendant dix minutes à 60 degrés.

Pouvoir pathogène. — Le *paraméningocoque* est peu pathogène pour les animaux de laboratoire; les souris, rats, cobayes, résistent aux injections sous-cutanées et intraveineuses. Au contraire une émulsion de paraméningocoques, en injection intrapéritonéale, tue le cobaye de 250 à 300 grammes en vingt-quatre à quarante-huit heures. On trouve peu de germes dans le péritoine, et l'animal meurt par toxémie.

Ayant étudié avec M. Darré, dans le service de notre maître M. Martin, à l'hôpital Pasteur, un cas de méningite cérébro-spinale due à un germe qui agglutinait légèrement le sérum antiméningococcique, mais s'en différenciait par l'absence de bactériolyse intrapéritonéale et de phénomènes pathologiques chez un cobaye après une injection intraveineuse de sérum-virus, et qui d'autre part ne présentait aucune réaction agglutinante vis-à-vis du sérum antiparaméningococcique non chauffé, nous avons essayé de reproduire expérimentalement un syndrome de méningite aiguë. Chez plusieurs lapins, après ponction cervicale ou lombaire, l'inoculation d'un demi-centimètre cube d'une émulsion de ce germe n'a déterminé aucun phénomène pathologique. De même l'inoculation dans le cul-de-sac sous-arachnoïdien d'un singe « cynomalgus » fut négative.

Toxine. — Comme le *méningocoque*, le *paraméningocoque* produit un poison microbien qui est lié aux corps des microbes. Pour mettre en évidence cette toxine il suffit de cultiver des corps de microbes en boîtes de Roux, laisser quarante-huit heures à l'étuve, racler dans 10 centimètres cubes d'eau distillée, laisser trois jours à la température du laboratoire et centrifuger. Le liquide clair contient le poison microbien : la toxine. Dans l'échantillon que nous avons examiné, 1 centimètre cube d'une dilution au 1/20 de centimètre cube, en injection intrapéritonéale, tuait un cobaye de 250 à 300 grammes en vingt-quatre à quarante-huit heures.

En résumé, par ses caractères morphologiques, ses caractères de culture, de fermentation, le *paraméningocoque* se rapproche donc du *méningocoque*; au contraire, ses caractères biologiques, agglutination, recherche des précipitines, épreuves de la veine et du péritoine, en font un microbe nettement différent. Quelles sont donc les épreuves pratiques qu'il faut rechercher pour identifier *rapidement* ce germe? Si le microbe isolé fait fermenter glucose et maltose et laisse intacte la lévulose, faire une agglutination avec des sérums antiméningococciques et antiparaméningococciques non chauffés et dilués au 1/100. Si le microbe agglutine le sérum antiparaméningococcique, on pourra rechercher les phénomènes de bactériolyse intrapéritonéale et faire l'épreuve de la veine.

IV

Prophylaxie. — *Epidémiologie.* — Dans les cas d'infection paraméningococcique qui ont été publiés jusqu'à ce jour, il s'agissait d'atteintes *sporadiques*. Mais la rhino-pharyngite paraméningococcique du début peut s'observer avec une telle fréquence « qu'on ne peut s'empêcher, dans certains cas, de lui apposer l'étiquette d'épidémique », comme le fait si justement remarquer M. Dopter. Cette notion est de première importance; elle conduit à faire considérer comme contagieuse une méningite dont les cas paraissent uniquement sporadiques. Elle conduit aussi à un certain nombre de mesures prophylactiques, telles que le traitement de ces rhino-pharyngites, l'isolement des sujets qui en sont atteints, etc.

Traitement sérothérapique. — Les différences que le *paraméningocoque* présentait avec le *méningocoque* et par ses caractères d'agglutinabilité et par ses réactions vis-à-vis du sérum antiméningococcique, l'échec de la sérothérapie antiméningococcique dans les méningites à paraméningocoques, incitèrent M. Dopter à préparer un sérum antiparaméningococcique.

Dès la fin de 1910, M. Dopter commença à immuniser un cheval contre plusieurs échantillons de *paraméningocoques* qu'il avait pu recueillir. Il employa, dans ce but, la même technique qu'avec le méningocoque en inoculant progressivement des cultures vivantes de paraméningocoques en injection sous cutanée, puis intraveineuse. Il obtint alors, au bout de six mois, « un sérum doué de propriétés agglutinantes sensibilisatrices, bactéricides; au point de vue expérimental, il paraissait doué de qualités désirables pour pouvoir être employé utilement en thérapeutique humaine ».

Les résultats obtenus par l'emploi de ce sérum antiparaméningococcique furent remarquables. A la séance du 14 juin 1912 de la Société médicale des hôpitaux, M. Dopter rapporta qu'il avait pu réunir dans la littérature médicale, jusqu'à cette date, 12 observations de méningites à *paraméningocoques* avec une mortalité de 100 p. 100. Il indiqua à cette même séance les heureux résultats qu'il avait obtenus avec son sérum dans un cas de septicémie et dans un cas de méningite. Dans les observations qui ont suivi on a presque toujours noté la guérison des malades. Nous donnons ici quelques tableaux à titre d'exemple; ils indiquent dans quelles conditions la sérothérapie a été pratiquée.

Observation de MM. Barral, Coulomb et Couton. — (Un cas de septicémie paraméningococcique traitée par le sérum antiparaméningococcique, *Soc. méd. des hôp.*, 14 juin 1912.) Le malade est soigné depuis le 22 janvier 1912.

Du 2 février au 10 février on fait sans résultats, en tout, 60 centimètres cubes de sérum antiméningococcique. Devant l'aggravation des symptômes on injecte du sérum antiparaméningococcique.

Le 10 février, 10 centimètres cubes de sérum antiparaméningococcique sous-cutané.

Le 12 février, 10 centimètres cubes de sérum antiparaméningococcique sous-cutané = 20 centimètres cubes.

Guérison sans séquelles.

Observation de MM. Widal et Weissenbach. — (Observation de méningite cérébro spinale à paraméningocoques, *Acad. de méd.*, 23 juillet 1912.) La malade entre à l'hôpital dans la nuit du 14 au 15 juin 1912.

15 juin, 40 centimètres cubes de sérum antiméningococcique intrarachidien.

17 juin, 30 centimètres cubes de sérum antiméningococcique.

19 juin, 40 centimètres cubes de sérum antiméningococcique = 110 centimètres cubes.

Devant l'aggravation des symptômes :

22 juin, 40 centimètres cubes de sérum antiparaméningococcique intrarachidien.

28 juin, 40 centimètres cubes de sérum antiparaméningococcique.

29 juin, 40 centimètres cubes de sérum antiparaméningococcique = 120 centimètres cubes.

Guérison le 12 juillet, il persistait à peine un léger degré de raideur dans les mouvements d'extension du membre inférieur.

Observation de MM. H. Méry, H. Salin, A. Wiborts. — (Un cas de méningite à paraméningocoques traitée et guérie par le sérum antiméningococcique, *Soc. méd. des hôp.*, 21 fév. 1913.) Entrée à l'hôpital le 6 octobre 1912.

Du 6 au 27 octobre il a été injecté en tout 180 centimètres cubes de sérum antiméningococcique.

Le 29 octobre, 1 centimètre cube sous la peau et une heure après 20 centimètres cubes de sérum antiparaméningococcique.

Le 30 octobre, 30 centimètres cubes de sérum antiparaméningococcique sous la peau.

Le 31 octobre, 20 centimètres cubes de sérum antiparaméningococcique sous la peau.

Le 4 novembre, 10 centimètres cubes sous la peau + 10 centimètres cubes intrarachidien.

Le 5 novembre, 20 centimètres cubes intrarachidien = 111 centimètres cubes.

Guérison mais avec quelques séquelles.

Dans l'observation de méningite paraméningococcique de H. Salin et J. Reilly (*Soc. méd. des hôp.*, 20 nov. 1912), on avait injecté sans résultats 80 centimètres cubes de sérum antiméningococcique, on injecta 80 centimètres cubes de sérum antiparaméningococcique et l'enfant guérit sans séquelles.

Dans un cas de méningite à paraméningocoques rapporté par MM. Ménétrier et Legrain à la *Société médicale des hôpitaux* le 21 février 1913, le malade reçut sans succès en tout 105 centimètres cubes de sérum antiméningococcique et huit jours après le début de la maladie, en tout 150 centimètres cubes de sérum antiparaméningococcique par voie sous-cutanée, et 70 par voie intraveineuse.

Dans l'observation de Follet et Bourdinière la malade mourut malgré l'injection en tout de 80 centimètres cubes de sérum antiméningococcique et 52 centimètres cubes de sérum antiparaméningococcique.

Au total :

Avant la sérothérapie antiparaméningococcique *mortalité de 100 p. 100.*

Depuis la sérothérapie :

Une observation de septicémie : guérison sans séquelles.

7 observations de méningite :

2 morts,

5 guérisons : trois sans séquelles, une avec séquelles très légères, une avec séquelles plus sérieuses surdité, trouble de la marche, *soit 71,43 de guérisons p. 100.*

Bien que les observations d'infection paraméningococcique soient encore peu nombreuses, il est permis de conclure :

1° Le sérum antiméningococcique se montre sans effets, parfois même aggrave les symptômes. S'agit-il là d'accidents d'anaphylaxie sérique? Les accidents si graves que l'on note dans certains cas peuvent être dus à cette cause, et il est vraisemblable qu'il s'agit là d'un véritable phénomène d'Arthus intrarachidien suivant la très ingénieuse explication de MM. Hutinel et Darré.

2° L'efficacité du sérum antiparaméningococcique préparé par M. Dopter paraît indiscutable.

3° Il est à remarquer que dans la plupart des cas ce sérum a été injecté *tardivement* et que, malgré ce fait, les résultats en ont été excellents.

En résumé, la question du traitement doit ainsi se résoudre dans la pratique; un malade présente le tableau classique de la méningite cérébro-spinale, syndrome méningé et liquide louche; dans ce liquide, le microscope décèle un coccus en grain de café, intra ou extracellulaire, Gram-négatif.

Il peut s'agir d'une méningite à *méningocoques*, mais peut-être aussi d'une méningite à *paraméningocoques* évoluant sous le masque clinique d'une méningite ordinaire; dans l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet, aucun doute n'est possible; il faut injecter du sérum antiméningococcique, les méningites à diplocoques de Weichselbaum étant les plus fréquentes. On fera ensuite des recherches bactériologiques complètes, et quand on aura identifié — *le plus rapidement possible* — le germe en cause, on pourra faire une sérothérapie antiparaméningococcique. Dans certaines observations cliniques, les auteurs ont cru pouvoir se baser sur l'échec de la sérothérapie antiméningococcique pour injecter du sérum antiparaméningococcique avant d'avoir les résultats des recherches bactériologiques qui sont venues par la suite montrer le bien fondé de cette initiative.

Cette conduite pourrait être suivie par les praticiens qui n'ont pas à leur disposition les ressources indispensables du laboratoire.

Ne serait-il pas préférable d'injecter d'emblée un sérum polyvalent? A la suite de la communication de M. Widal à l'Académie de médecine, M. Netter a soutenu qu'il « serait infiniment désirable que le sérum antiméningococcique soit rendu en même temps antiparaméningococcique ».

Cet auteur rappelle en outre, à l'appui de sa thèse, que le sérum antiméningococcique est préparé avec un « mélange de souches de méningocoques », et que cette fabrication d'un « sérum antiméningococcique polyvalent s'est imposée à tous les sérologues, étant données les différences de virulence et autres relevées entre les *méningocoques* de toutes provenances ». L'argument est spécieux; il paraît impossible de conclure des races diverses de méningocoques aux germes voisins, pseudo ou paraméningocoques. Entre les deux, il y a des différences profondes, tandis que les méningocoques de différentes races ont les mêmes réactions générales et cela par définition même. D'autre part, ce sérum polyvalent est inacceptable dans la pratique, car combien minime serait la quantité de sérum spécifique opposé au microbe en cause malgré les quan-

tités élevées de sérum polyvalent que l'on serait obligé d'injecter. La vérité n'est donc pas dans cette thérapeutique à multiples fins qui risquerait d'être insuffisante pour un cas déterminé. Elle est dans l'application d'un sérum spécifique opposé à un germe dont les recherches bactériologiques auront défini la nature. C'est seulement à rendre plus rapides ces recherches de détermination que devront tendre tous les efforts du médecin et du bactériologiste.

Sans doute, étant donnée la rareté plus grande des méningites à paraméningocoques, l'emploi du sérum antipara sera beaucoup plus limité que celui du sérum antiméningococcique, mais il pourra cependant rendre les plus grands services et amener la guérison dans des cas de méningites cérébro-spinales dont le pronostic pouvait, jusqu'alors être considéré comme fatal.

BIBLIOGRAPHIE

1. ARKWRIGHT (J.-A.). Varietis of the meningococcus with special reference to a comparaison of strains from epidemic and speradic Sources, *Journal of Hygiene*, n° 1, avril 1909, p. 104.

2. *Id.* Variations of the meningococcus and its differentiat. from other cocci occuring in the cerebrospinal fluid, *Journal of Hygiene*, London, juillet 1907, p. 193-204 et *Ibid.*, juillet 1907, p. 193-204.

3. *Id.* The serum reactions (complement fixation) of the meningococcus and the gonococcus, *Journal of Hygiene*, vol. II, 1911, n° 4, p. 515-530.

4. BARRAL, COULOMB et COUTON. Septicémie paraméningococcique sur laquelle vint se greffer un épisode méningé assez léger, *Soc. méd. des hôp.*, 14 juin 1912.

5. BERG (Henri W.), (de New-York). Diagnostic différentiel entre la méningite cérébro-spinale à méningocoque et les autres types de méningite cérébro-spinale, *Med. record*, n° 1960, p. 887, 30 mai 1908.

6. BESREDKA, STRÖBEL et JUPILLE. *Soc. de biol.*, 23 déc. 1911.

7. BUCHANAN (R.-M.). Differentiat. of the meningoc. from other Gram negative Diplococci in the nasopharynx of cerebrosp. fever contacts, *The Lancet*, London, 1907, p. 1590-1591.

8. CARNOT et MARIE. Observation d'un malade atteint de *purpura fulminans*, chez lequel l'hémoculture révéla du paraméningocoque, *Soc. méd. des hôp.*, 1910.

9. COHEN. La méningite cérébro-spinale septicémique, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1909, n° 4.

10. DOPTER (Ch.) et KOCH. Action du méningocoque et des bactéries similaires sur les milieux sucrés au Neutralroth, *Soc. de biol.*, t. LXV, 1908, n° 29.

11. *Id.* Sur la coagglutination du méningocoque et du gonocoque, *Soc. de biol.*, 25 juillet 1908.

12. *Id.* Sur les précipitines du méningocoque et du gonocoque, *Soc. de biol.*, 17 oct. 1908, t. LXV, p. 285.

13. *Id.* Recherches du méningocoque dans les fosses nasales, *Presse méd.*, n° 88, p. 967, 31 oct. 1908.

14. *Id.* Précipitine méningococcique et coprécipitines, *Soc. de biol.*, t. LVI, 26 juin 1909, p. 1055.

15. *Id.* Paraméningocoques, *Soc. de biol.*, n° 25, t. LXVI, 10 juillet 1909.

16. *Id.* Les acquisitions récentes sur la méningite cérébro-spinale épidémique, *Progrès méd.*, p. 417, 14 août 1909.

17. *Id.* Les données nouvelles sur la méningite cérébro-spinale épidémique et son agent pathogène, *Bull. de l'Inst. Pasteur*, t. VII, n° 22, nov. 1909, p. 953; n° 23, 15 déc. 1909, p. 1001.

18. *Id.* Le liquide céphalo-rachidien de la méningite cérébro-spinale, *Progrès méd.*, 25 janvier 1910.

19. *Id.* Action bactériolytique comparée du sérum antiméningococcique sur les méningocoques et les germes similaires, injectés par voie veineuse, *Soc. de biol.*, 10 déc. 1910.

20. *Id.* Différenciation du méningocoque et des germes similaires par l'épreuve du péritoine, *Soc. de biol.*, t. LXIX, 1910, p. 600, 24 déc. 1910.

21. *Id. Soc. méd. des hôp.*, séances des 5 et 12 mai 1911; *Semaine méd.*, 17 mai 1911.

22. *Id. Soc. méd. des hôp.*, 14 juin 1912.

23. *Id.* L'infection paraméningococcique, *Paris méd.*, 12 oct. 1912.

24. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. *Méningites à pseudoméningocoques et méningites à paraméningocoques*, Th. de Paris, 1912.

25. FOLLET (A.) et BOURDINIÈRE. *Soc. méd. des hôp.*, 28 fév. 1913.

26. FRIESE und MULLER. Weitere Untersuchungen über meningokokken meningokokkenähliche Bakterien, *Klin. Jahrbuch*, 1908, n° 3.

27. FICKER (M.). Zur Differenzierung des Meningokokken, *Arch. f. Hygiene*, Band LXVIII, 1908, S. t. p. 9.

28. GUIGNARD. *Les insuccès de la sérothérapie antiméningococcique. Leurs causes et les moyens de les éviter*, Th. de Paris, 1911, Leclerc, édit.

29. KUTSCHER. Ein Beitrag zur Agglutination der Meningokokken, *Deut. med. Wochen.*, 1906, n° 46.

30. LINGELSHEIM (V.). Die bakteriologischen Arbeiten der königl. Hygienischen Station zu Beuthen (O/S) während der Genickstarreepidemie in Oberschlesien im Winter 1904-1905, *Klin. Jahrbuch*, 1905, Band XV.

31. *Id.* Meningokokken und verwandte Bacterien. In *Bericht über den XVI intern. Kongres f. Hyg.*, Band II, Berlin, 1908, p. 85-93.

32. *Id.* Beiträge zur Aetiologie der Epidemischen Genickstarre nach den Urgebnissen der letzen Jahre, *Zeit. f. Hygiene, Infektionskrank*, 1906, Band LIX.

33. LINGELSHEIM (V.) und LEUCHS. Tieversuch mit dem Diplococcus intracellularis, *Klin. Jahrbuch*, Band XV.

34. MENETRIER. *Soc. méd. des hôp.*, 1910 et 1912.

35. MENETRIER et LEGRAIN. *Soc. méd. des hôp.*, 21 fév. 1913.

36. MÉRY. In th. de Guignard.

37. MÉRY, H. SALIN et A. WILBORTS. *Soc. méd. des hôp.*, 21 fév. 1913.

38. NETTER et DEBRÉ. *La méningite cérébro-spinale*, 1911, Masson, édit.

39. ŒTTINGER, MARIE et BARON. *Soc. méd. des hôp.*, 2 mai 1913.

40. SACHS-MUKE. Untersuchungen über Vorkommen von Meningokokk. und Pseudomening. in Nasenrachenraumgesunder, *Klin. Jahrbuch*, Band XXIV, 1911.

41. H. SALIN et J. REILLY. *Soc. méd. des hôp.*, 21 fév. 1913.

42. SURIA (Roger). Septicémie à paraméningocoque, *Rev. de méd. y cir. praticas*, n° 1122, analysé in *Bull. méd.*, 20 juil. 1912.

43. WIDAL et WEISSENBACH. *Acad. de méd.*, juillet 1912.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 JUILLET 1913)

M. MOSNY lit un rapport approuvant les conclusions du travail de M. Fabre-Domergue sur **l'épuration des huîtres par la stabulation**.

M. CADIOT (d'Alfort) expose ensuite l'histoire de la **tuberculose des carnivores domestiques** et en signale les principales particularités.

Il montre qu'elle est presque toujours d'origine humaine, qu'elle est commune surtout parmi les animaux appartenant à des personnes atteintes de phtisie pulmonaire vivant en leur compagnie ou séjournant en des locaux infectés par elles. Pour la région parisienne, comme dans toutes les grandes agglomérations, la morbidité clinique de la tuberculose, chez le chien, est de 3 à 4 p. 100, environ trois fois plus forte que chez le chat, et au moins cinq cents fois plus que chez le cheval.

Ainsi que M. Cadiot l'a reconnu dès le début de ses re-

cherches; la tuberculose est extrêmement commune sur les chiens qui vivent dans certains établissements publics (débits, cafés, restaurants mal tenus) où le sol est d'ordinaire souillé de crachats bacillaires, constatation portant à penser que l'homme lui-même doit être également exposé, en ces lieux, à la contamination tuberculeuse.

Sans aucun doute, le chien, qui reçoit très généralement de l'homme l'infection tuberculeuse, peut la lui rendre dès qu'il est porteur de lésions ouvertes. Mais c'est là une éventualité dont il convient de n'exagérer ni la fréquence ni les risques; il importe seulement d'en être averti. Encore que la tuberculose canine soit assez répandue, le danger de sa transmission aux personnes est en réalité rare, presque négligeable, au regard de celui de la contagion interhumaine.

— La prochaine séance de l'Académie aura lieu le mardi 7 octobre.

FORMULAIRE

ENTÉRITE CATARRHALE AIGUE TOXIQUE (CHOLÉRA INFANTILE)

Diète hydrique deux à trois jours. Contre la fièvre, bains frais. A moins de crainte de méningite tuberculeuse on pourra faire des injections de sérum artificiel (20-25 centimètres cubes additionnés de 2 centigrammes de citrate de caféine).

Dès qu'on revient au lait, le donner très prudemment, coupé au 1/5, par petites doses qu'on n'augmentera que si elles sont bien tolérées. A chaque repas une cuillerée à café de :

Sous-nitrate de bismuth lavé	2	grammes.
Bétol	1	—
Julep gommeux	90	—

Agiter avant usage.

On facilitera beaucoup la digestion du lait et le retour rapide à la santé par l'administration de sirop à la papaïne de Trouette-Perret.

COURS ET CONFÉRENCES

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — COURS DE VACANCES (treizième année). — L'Association organise, chaque année, deux séries de cours de vacances. Les praticiens et les étudiants y trouvent tous les éléments nécessaires de perfectionnement. Les deux séries ont lieu : l'une à Pâques (quinzaine de Pâques), l'autre, à la fin des grandes vacances (dernières semaines de septembre).

Les cours de la prochaine série auront lieu tous les jours, du lundi 22 septembre au samedi 4 octobre 1913, avec le programme suivant :

A huit heures et demie : M. Bourguignon (cabinet d'électrothérapie, 2, square du Croisic et hospice de la Salpêtrière). L'électricité dans les maladies du système nerveux : électrodiagnostic, électrothérapie, radiothérapie.

A huit heures et demie : M. Caboche (clinique, 31, rue Ballu). Examen, diagnostic et thérapeutique des maladies du nez, du larynx et de l'oreille. — M. Menier. *Cours de Pâques.*

A neuf heures et demie : M. Audistère (hôpital Beaujon). Etude clinique des maladies du cœur et du poumon.

A dix heures : M. d'Herbécourt (clinique, 31, rue Ballu). Examen, diagnostic et traitement des affections gynécologiques.

A dix heures et demie : M. Civatte (hôpital Saint-Louis). Dermatologie et syphiligraphie.

A onze heures : M. Pasteau (Hôtel-Dieu). Maladies des voies urinaires. — M. Lavenant. *Cours de Pâques.*

A onze heures : M. Rousseau-Decelle. Stomatologie. *Cours de Pâques.*

A deux heures et demie et huit heures et demie du soir : MM. Delherm et Laquerrière (Pitié et Clinique Apostoli, 61, rue de Rome). Electrothérapie, radiothérapie et applications indirectes de l'électricité.

A quatre heures : M. Judet (Clinique orthopédique, 33, rue de Grenelle). Chirurgie osseuse. Examen. Opérations. Appareils. — M. Barbarin. *Cours de Pâques.*

A cinq heures : M. Dubrisay (Sociétés savantes, 28, rue Serpente). Accouchements. Opérations et manœuvres obstétricales. — M. de Font-Réaulx (Clinique, 31, rue Ballu). Examen et traitement des principales affections oculaires.

A six heures : M. Agasse-Lafont (Sociétés savantes, 28, rue Serpente). Maladies de l'appareil digestif.

S'inscrire : 1° par correspondance auprès de M. Mouly, 28, rue Serpente (Sociétés savantes); 2° auprès du professeur lors de la première leçon.

Le droit d'inscription est de 25 francs pour chaque cours qui comprendra de huit à onze leçons. Tous les cours commenceront le lundi 22 septembre, aux heures indiquées, et seront terminés le samedi 4 octobre.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Mouly, 28, rue Serpente. Envoi du programme détaillé sur demande.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 54, 9 juillet 1913.) Henry THIERRY : Le goitre et la question de l'adduction des eaux du lac Léman. — (N° 55, 12 juillet.) CERNÉ : Deux cas de plaies du cœur suturées. Une mort, une guérison. — MALJEAN : Le botriocéphale et l'adduction des eaux du lac Léman à Paris. — (N° 56, 16 juillet.) A. ROBIN : Un programme d'ensemble pour la défense sociale contre la tuberculose.

Gazette des praticiens. — (N° 450, 1er juillet 1913.) G. LEMOINE : Tuberculose pulmonaire et révulsion. — BENI-BARDE : Hydrothérapie dans la tuberculose pulmonaire. — F.-A. PLICQUE : Les nouvelles méthodes de traitement dans la péritonite aiguë. — BIGNON : Quelques travaux récents sur le traitement de la goutte. — Paul BONCOUR : Epilepsie et syphilis héréditaire tardive; guérison par l'iodothérapie.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 27, 5 juillet.) LAVRAUD : Ozène guéri depuis sept ans par l'électrolyse cuprique. — Maurice DEKESTER : Infection puerpérale à forme septicémique. Abcès de Fochier. Guérison.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 11, 18 mars 1913.) GRAFE : L'albumine dans les échanges de l'homme fébricitant. — KRECKE : L'appendicite chronique. — SPITZY : Emploi des forces respiratoires dans le traitement de la scoliose. — FRAENKEL : Mode de production de l'inclinaison exagérée du bassin. — GLAESSNER et KREUZFUCHS : Sur le spasme du pylore. — WERNER et ZUBRZYCKI : Influence de l'électrargol sur les opsonines. — FAUSER : Sur la présence de ferments protecteurs dans le sérum des aliénés. — ENGELHORN : Diagnostic biologique de la grossesse. — FROMM et RUBNER : Exploration fonctionnelle du rein au moyen de la phénolsulfonphtaléine. — DECKER : Les polypes du rectum et de l'S iliaque. — POLLAND : Sur l'administration interne du mercure. — LADE : Emploi de la réaction de Perntz dans la ponction lombaire. — DREISBACH : Intoxication par les champignons.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Régimes alimentaires dans les maladies des voies digestives et de la nutrition, par les docteurs HAMAIDE, médecin consultant à Plombières, et NIGAY, médecin consultant à Vichy. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Berthier, E. Bougault, successeur.

N° 91. — MARDI 12 AOUT 1913. 86e ANNÉE. MARDI 12 AOUT 1913. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'intérieur. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Gilbert.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Gaston Lion, C. Leroux et Monin (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Ferrier, Clairfond, Garsaux, Gastou, Hartenberger, Paul Roger et Léon Meunier (de Paris); Bardon (de Brive), Cenas (de Saint-Etienne).

Promotion Pasteur. — *Au grade de grand officier.* — M. le docteur Roux.

Au grade de commandeur. — MM. les docteurs Metchnikoff (au titre du ministère des affaires étrangères), Yersin (des troupes coloniales), Faisans, Pouchet et Reclus (de Paris), Pitres (de Bordeaux).

Au grade d'officier. — MM. le professeur Bouvier, Vallery-Radot; les docteurs Borrel, Kirmisson, L. Martin, P. Marie, Schwartz, Gilbert Ballet, Déjerine, Maurice de Fleury (de Paris), Ferré (de Pau), Courmont (de Lyon).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz, A. Marie, Roubaud, Veillon (de Paris), Nicolle (de Tunis), Prévost (de Garches), Viala, Arrou, Léon Bernard, Bouffe de Saint-Blaise, Brouardel, Claisse, Etienne Dufour, Gouget, Jeanselme, Lesage, Emile Sergent, Thiroloix, Wurtz, Laurens, Albert Weil et Wickham (de Paris), Barbary (de Nice), Perdrix (de Marseille), Rivière (de Bordeaux), Garrigou (de Toulouse), Baumel (de Montpellier), Roussel (de Reims), de Lauwerens de Roosendaele (de Valenciennes), Lafourcade (de Bayonne), Gougombles (de Bagnères-de-Bigorre), Dufour (de Fécamp).

— Ministère de l'Instruction publique. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur de Lapersonne.

Au grade de chevalier. — M. le professeur Spillmann (de Nancy); M. le docteur Jacques Liouville (au titre de la mission Charcot).

— Ministère de la Guerre. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale Vigenaud.

Au grade de chevalier. — (Croix civiles.) MM. les docteurs Chouvet (de Brassac-les-Mines) et Barbot (de Falaise).

— Ministère de la Marine. — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin de première classe de réserve Boudié.

— Ministère du Travail. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Heim.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Darras (de Paris).

CONVOCATIONS PROCHAINES DE NOMBREUX MÉDECINS DES RÉSERVES. — On sait combien les médecins militaires de l'armée vont être pris par les opérations des conseils de revision en vue de l'incorporation de la classe 1913.

Le ministre de la guerre a en conséquence décidé de réduire les exercices spéciaux du service de santé aux prochaines manœuvres d'automne, et en outre de suppléer, pendant les mois de septembre, octobre et novembre, les médecins de l'active distraits de leurs corps ou services par des médecins des réserves.

Les officiers supérieurs du corps de santé retraités depuis moins de cinq ans, donc *à la disposition du ministre*, seront convoqués dans les hôpitaux militaires pour y faire une période. Les autres officiers du cadre auxiliaire du service de santé appartenant à la réserve ou à l'armée territoriale seront de préférence appelés dans les corps de troupe, suivant les besoins et principalement à l'époque des manœuvres.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Aubin, ancien vice-président du Conseil général du Var.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions en automobile dans la forêt de Fontainebleau.* — La Compagnie des chemins de fer P.-L.-M. a organisé un service d'auto-cars, en correspondance avec son train express de 9 h. 25 du matin, pour la visite des principales curiosités de la forêt de Fontainebleau. Grâce à ce service qui fonctionne chaque jour, du 1er mai au 31 octobre, les touristes peuvent, pour le prix modique de 11 francs par personne, parcourir, le matin, le côté Nord de la forêt, l'après-midi, le côté Sud, effectuant en une journée un parcours de 65 kilomètres environ et disposant de deux heures et demie pour le déjeuner et la visite du palais.

Le départ a lieu à la gare de Fontainebleau vers 10 h. 35 et le retour vers 16 h. 45.

Le touriste peut, s'il le désire, n'effectuer que la visite de la partie Nord de la forêt (4 francs) : Tour Denecourt, Croix de Toulouse, Mont-Ussy, Gorges d'Apremont, etc., ou celle de la partie Sud (8 francs) : Franchard, la Croix de Saint-Hérem, la Mare aux Fées, Marlotte, Montigny, les bords du Loing, l'Obélisque, etc.

Pour plus de détails, consulter les affiches spéciales.

LE

CANCER DES MAMELLES BILATÉRAL D'EMBLÉE

Par M. E. MARQUIS,
Professeur suppléant de clinique chirurgicale
à l'Ecole de médecine de Rennes.

Le cancer primitivement bilatéral des seins est une affection qui présente un double intérêt. D'abord sa rareté; puis la possibilité actuelle de lui distinguer, à la faveur des quinze observations bien authentiques qu'on en a publiées tant en France qu'à l'étranger, deux formes cliniques très distinctes. Après en avoir relaté un cas personnel je ferai l'étude de ces deux variétés d'une même affection et cependant si différentes par leur allure, leur pronostic et leur traitement : la forme aiguë, la forme chronique.

Anne D..., soixante-quatorze ans. Passé pathologique presque nul ; bronchites de temps à autre. A eu deux enfants qu'elle a nourris au sein et qui actuellement sont bien portants. Son père est mort de coxalgie ouverte et infectée, sa mère de maladie inconnue.

Histoire de la maladie. — En mars 1910, elle s'aperçut que dans les deux seins (la malade est très affirmative sur le synchronisme de cette apparition), existait une tuméfaction de la grosseur d'une noisette, située de chaque côté au-dessus du mamelon ; elle alla consulter un médecin qui ordonna l'application d'une pommade. Elle en usa avec persévérance pendant dix-huit mois. Néanmoins, peu à peu, chaque tumeur augmentait de volume, et au mois d'octobre 1912 la peau du sein gauche commença à rougir avec tendance à l'ulcération. Lasse enfin de l'insuccès de son traitement la malade se décida à consulter un second médecin qui, mieux inspiré, lui ordonna de venir à l'hôpital où elle entre le 27 décembre 1912.

Etat actuel. — 1° *Sein gauche.* — Il est déformé par une tumeur saillante en avant qui occupe la région supéro-interne. A ce niveau, sur une largeur d'une pièce de 5 francs, la peau est très rouge, même violacée, très amincie elle menace de s'ulcérer (voir figure). A la palpation on trouve une masse ferme, rénitente, de la grosseur d'une mandarine, confondue avec cette peau amincie qui la recouvre, et adhérente dans la profondeur au grand pectoral. Le mamelon situé en dehors de la tumeur n'est pas rétracté, mais si l'on cherche à le soulever, on voit qu'on ne peut plus l'étirer. Dans l'aisselle et sous le grand pectoral se trouvent plusieurs gros ganglions de même consistance que la tumeur.

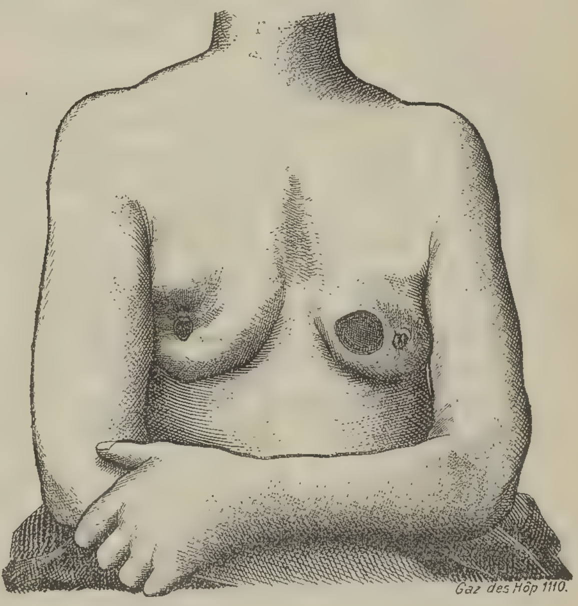
2° *Sein droit.* — Le mamelon est rétracté invaginé, déterminant une dépression au centre de la mamelle. Directement au-dessus de lui se trouve la tumeur, mais, contrairement au côté opposé, la peau qui la recouvre est saine. La palpation permet de constater l'imprécision de ses limites et son volume un peu moins gros que celui de la précédente. Elle présente des adhérences avec le mamelon qui lui est intimement uni, avec les téguments sus-jacents qui offrent le phénomène de la peau d'orange, avec le grand pectoral dont la contraction l'immobilise. Dans l'aisselle correspondante se trouvent trois ou quatre ganglions assez volumineux. Pas trace de dissémination néoplasique ni sur la peau qui sépare les deux seins, ni sur les territoires cutanés périphériques, mais l'on voit de minuscules nævi dont la malade est pourvue non seulement dans la région pectorale mais aussi dans le dos, sur les bras et sur les avant-bras.

D'un côté comme de l'autre les régions sus et sous-claviculaires ne présentent rien d'anormal.

Pas trace de généralisation ni aux plèvres ni au foie, ni à la colonne vertébrale.

Le cœur est normal, les urines ne contiennent ni albumine ni sucre, mais l'appareil pulmonaire présente des lésions marquées d'emphysème.

Le 15 janvier, ablation du sein droit et du grand pectoral, évidement de l'aisselle. La seule particularité à signaler est que la mobilisation cutanée vers le sternum étant dangereuse en raison du cancer de l'autre sein, il me fallut, pour la réunion des deux lèvres de la plaie, faire un décollement étendu



vers le dos suivant la méthode de M. Morestin. Suites normales sauf formation d'un petit escarre à la partie moyenne de la plaie dont la cicatrisation demanda six semaines.

L'âge de la malade, soixante-quatorze ans, m'ayant semblé contre-indiquer l'ablation des deux seins dans la même séance, le gauche fut enlevé suivant la même technique, trois semaines après le droit. La cicatrisation se fit normalement et fut complète au bout d'une quinzaine de jours.

L'examen microscopique a montré une similitude parfaite dans la morphologie des deux tumeurs; il s'agissait d'un carcinome alvéolaire classique.

Le cancer primitif et simultané des deux seins est plus rare que certains ne l'ont écrit. On en a grossi le nombre en y faisant figurer ces observations où après l'évolution plus ou moins longue d'un carcinome mammaire unilatéral, l'autre mamelle se trouvait secondairement envahie par une métastase. Ces propagations d'un sein à un autre sont, elles, assez fréquentes, puisque M. Rieffel (1) a trouvé comme récidive dans le sein opposé, 1 p. 100 pour le squirre et 11 p. 100 pour l'encéphaloïde. Mais quel que soit leur intérêt augmenté par les théories récentes d'Handley (2) sur la perméation, nous ne saurions les confondre avec le cancer primitif des deux seins, et c'est pourquoi il nous faut rejeter à l'encontre de certains, toutes ces observations

(1) Rieffel. *De quelques points relatifs aux récidives et aux généralisations des cancers du sein chez la femme*, Th. de Paris, 1890, n° 123, p. 50.

(2) Handley. *Le cancer du sein et son traitement opératoire*, Londres, John Murray, 1906.

[Blanchard (1), Ramond (2), Villar (3), Albert (4), Baumgarten (5)] qui ne doivent qu'à une métastase apparue plus ou moins tard, leur dualité carcinomateuse. Et l'on doit réserver le nom de cancer primitif des deux seins à des tumeurs développées *simultanément* dans chaque mamelle, qu'elles aient comme le veulent Billroht (6) et Bard (7) une structure histologique différente, ou même comme le dit Hansemann (8) une nature identique.

Ainsi nettement délimité, le cancer primitif des deux seins se présente sous deux formes cliniquement très distinctes tant par le diagnostic et le pronostic, que par le traitement : la forme aiguë et la forme chronique.

La forme aiguë n'est autre que la mastite carcinomateuse de Klotz-Volkmann envahissant d'emblée les deux seins. Elle frappe des femmes jeunes et son évolution toujours mortelle est extrêmement rapide : cinq mois dans l'observation de Volkmann (9), six semaines dans celle de Billroth (10), quatre mois dans celle de Butlin (11) rapportée par M. Ricard, deux mois dans celle de W. Aikten (12), et quatre dans celle de Jaubert (13). Elle est très rare et en faisant figurer l'observation de MM. Chaput et Souligoux (14) qui au point de vue clinique fut bien le type qui nous occupe, mais qui histologiquement se montra du sarcome globo-cellulaire, je n'ai pu relever que six observations de ce carcinome mammaire bilatéral se terminant très vite par la mort.

En opposition avec cette forme suraiguë se trouve le squirre atrophique des mamelles. On lui a bien injustement attribué, le sombre pronostic de la mastite carcinomateuse bilatérale. Les huit observations très authentiques que j'ai pu en réunir témoignent du contraire : son évolution avait demandé trois ans chez la malade de Gilbert (15), deux ans et demi chez la mienne sans pour cela être très avancée, M. Launay (1) a enlevé dans de bonnes conditions un cancer bilatéral qui durait depuis sept mois, un autre opéré par M. Mauclaire (2) n'avait pas récidivé un an après ; Ochsner [de Chicago (3)] a opéré et même réopéré une malade de ce genre qu'il voit depuis douze ans et Oliver (4) suit également 2 cas de cancer simultané des deux seins dont la guérison se maintient respectivement depuis cinq ans et demi et sept ans et demi.

Mais comme terme de transition entre la double mastite carcinomateuse si rapidement mortelle et le squirre atrophique bilatéral du sein relativement bénin, existe une forme ambiguë où l'affection après avoir débuté aux deux seins par des symptômes très aigus, perd cette allure dramatique et continue son évolution comme un cancer à marche lente. Le type en est représenté par la curieuse observation de MM. Le Dentu et Morestin où, malgré des débuts alarmants qui firent penser à une mastite carcinomateuse à marche suraiguë, la double néoplasie mit un an et demi pour finir en squirre atrophique.

Quant à la pathogénie de ce cancer bilatéral simultané des seins, elle est celle de tous les carcinomes primitifs multiples, c'est dire que deux théories se trouvent en présence. Aucune n'admet une pure coïncidence ; celle de Verneuil reprise et développée par Ricard (5) invoque une diathèse néoplasique, celle de Cohnheim (6) et de Bard (7) veut y voir des malformations du développement embryologique.

En somme ce qu'il faut retenir de cet exposé de faits, c'est que la formule très répandue en chirurgie « tout cancer du sein bilatéral d'emblée est rapidement mortel », est en défaut dans la moitié au moins des cas. C'est que la bilatéralité primitive ne permet par elle-même aucun pronostic et réclame assez souvent l'intervention. C'est qu'il serait dangereux pour son malade que le chirurgien continuât à considérer le cancer mammaire primitivement bilatéral comme un « noli tangere ».

(1) BLANCHARD. Squirre atrophique des deux seins, *Soc. anat.*, 1884.

(2) RAMOND. Carcinome des deux seins avec généralisation rapide, *Bull. de la Soc. anat.*, 1896.

(3) VILLAR in BELLONNE. *Tumeurs malignes bilatérales du sein*, Th. de Bordeaux, 1905, n° 78, p. 29.

(4) ALBERT. Carcinome simultané des deux seins, *Wiener med. Wochen.*, 1899

(5) BAUMGARTEN in MÜLLER. *Sur les carcinomes primaires multiples*, Th. de Tubingen, 1902, n° 57, p. 16.

(6) BILLROHT in MÜLLER. Loc. cit., p. 18.

(7) BARD. De la coexistence de deux cancers primitifs chez le même sujet, *Arch. de méd.*, 1892, p. 541-555.

(8) HANSEMANN in ALTSCHULD. Etude sur la multiplicité des carcinomes primitifs, *Med. klin.*, t. VIII, n° 29, 3 mars 1912, p. 354-355.

(9) VOLKMANN in KLOTZ. *Carcinome encéphaloïde simultané des deux seins*, Th. de Haale, 1869.

(10) BILLROTH. *Deut. chir.*, 1869.

(11) T. BUTLIN in RICARD. *De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille*, Th. de Paris, 1885, n° 90, p. 56.

(12) W. AIKTEN. Epithélioma simultané des deux seins, *Med. Times and Gaz.*, 1857, t. II, p. 359.

(13) JAUBERT. *Un cas de carcinome mammaire bilatéral. Le cancer primitif des deux seins*, Th. de Montpellier, 1905, n° 92.

(14) CHAPUT et SOULIGOUX. Mammite double de la lactation simulant une tumeur maligne. Evolution sarcomateuse ultérieure, *Soc. de chir.*, 16 janvier 1907.

(15) GILBERT. Cancer squirreux des deux seins, *Arch. gén. méd.*, 1885.

(1) LAUNAY in MONTHIOUX. *Contribution à l'étude du cancer bilatéral du sein*, Th. de Paris, 1900, n° 50, p. 29.

(2) MAUCLAIRE in KATZENELENBOGEN. *Cancer simultané des deux seins*, Th. de Paris, 1904, n° 248, p. 54.

(3) OCHSNER. *Rapport au Congrès américain de chir. de* 1907.

(4) OLIVER. *Idem.*

(5) RICARD. Loc. cit., p. 172.

(6) COHNHEIM in KAUFMANN. Sur la multiplicité des carcinomes, *Arch. f. pathol. Anat. und Phys. und f. klin. Med.*, Bd. XXV, p. 328.

(7) BARD. Loc. cit., p. 328.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION SPASMODIQUE

M. Pissavy ordonne couramment la préparation suivante :

Bismuth (carbonate)	2 grammes.
Magnésie	1 —
Belladone	0g02

pour un paquet. Prendre trois paquets par jour une demi-heure avant les repas.

On diminue *ad libitum* la quantité de magnésie suivant l'effet laxatif (*Soc. de thérap.*, 11 juin 1913).

CONCEPTIONS NOUVELLES

RELATIVES A

L'HÉRÉDITÉ DES CARACTÈRES

Par M. J. LAUMONIER.

Il est un fait singulier sur lequel il ne semble pas que l'attention des médecins et des eugénistes se soit jusqu'ici suffisamment portée. Voici, à cet égard, un exemple qui fixera les idées.

En 1890, A... ouvrier peintre, alcoolique, âgé de vingt-quatre ans, épousa B..., jeune fille saine et de bonne conduite, âgée de vingt-et-un ans. Il en eut cinq enfants : Georges, né en 1891, Louis, en 1893, Léon en 1896, Adèle en 1898 et Léonie en 1901, six mois après la mort de son père, qui succomba à une crise de *delirium* ; entre Louis et Léon, au commencement de 1895, il y eut une fausse-couche. Georges, qui ressemble à sa grand'mère paternelle, a été réformé ; il est malingre, peu intelligent, paresseux et a déjà subi une condamnation pour vol à l'esbrouffe ; Louis est épileptique et ressemble à son père ; Léon est mort, en 1897, de méningite tuberculeuse ; Adèle et Léonie sont bien portantes, sans tare appréciable, et ressemblent à leur mère, la dernière surtout. N'est-il pas paradoxal que les deux filles, conçues au moment où le père était à la période la plus grave de son alcoolisme, compliqué du reste de saturnisme, ne présentent absolument aucun des caractères, normaux ou pathologiques, de leur géniteur, l'hypothèse de l'adultère n'étant pas ici admissible ? Et ce cas ne saurait être regardé comme exceptionnel. Tout médecin a pu observer son pareil, non seulement dans l'hérédité alcoolique, mais aussi chez les descendants de syphilitiques, de névropathes et de psychopathes, d'arthritiques, etc.

Jusqu'ici, reconnaissons-le, nous étions incapables de l'expliquer. On invoquait bien, dans la syphilis en particulier, une interruption mystérieuse du processus morbide, permettant, en dehors de l'influence du traitement, d'avoir un enfant sain entre deux hérédo-syphilitiques, mais elle ne reposait sur aucune donnée rigoureuse et cessait d'être valable quand il s'agissait de la descendance d'intoxiqués chroniques ou de vésaniques. Les recherches récentes d'Oscar Hertwig posent cette question sur un terrain nouveau et lui apportent une solution très intéressante, dont j'emprunte au professeur Y. Delage (1), les éléments essentiels.

« Voici les expériences d'Hertwig, dit-il. Si l'on soumet à l'action des rayons du radium, disons, pour abréger, à l'*irradiation*, des spermatozoïdes de grenouille et qu'on s'en serve ensuite pour féconder des œufs vierges et intacts, on observe, dans le produit, des altérations et des malformations d'autant plus accentuées que l'irradiation a été plus intense et plus prolongée... Pour une irradiation pas trop poussée, il y a proportionnalité (dans la mesure où l'on peut parler de proportionnalité en pareille matière) entre l'effet et la cause, c'est-à-dire entre le degré de l'irradiation et celui des malformations ; mais, si l'on dépasse un certain taux d'irradiation, cette proportionnalité se renverse et l'on voit le produit se montrer d'autant plus normal que l'irradiation a été plus accentuée, au point que, à la limite compatible avec la vie du spermatozoïde, le produit est, sauf une certaine réduction de taille et peut-être de vitalité, entièrement normal ».

(1) Cf. *Biologica*, mai 1913.

Pourquoi en est-il ainsi ? Tant que le spermatozoïde n'est pas trop lésé, répond Hertwig, il peut non seulement déclancher le développement de l'ovule mûr, mais encore fusionner sa chromatine avec celle du pronucléus femelle. Comme toute la chromatine cellulaire du produit dérive, par assimilation fonctionnelle, de l'union des chromatines parentales, il n'est pas étonnant, la chromatine paternelle ayant été modifiée dans ses propriétés par la lésion que le spermatozoïde a subie, que le produit présente des insuffisances, des anomalies et des malformations d'autant plus marquées que la lésion du gamète est plus grave. Mais si la lésion est trop grave, le spermatozoïde n'est plus capable que de provoquer le développement de l'ovule, sans pouvoir fusionner sa chromatine avec la chromatine maternelle. Ainsi que l'a constaté Hertwig, « elle reste inactive dans un coin du cytoplasma et est reléguée dans l'un des blastomères à l'état de corps étranger, sans prendre part à aucune division ». Et alors le produit, en quelque sorte *parthénogénitique* (puisque le gamète mâle n'y participe en rien), ne saurait hériter de caractères propres au père, et dérive exclusivement de la mère, dont il garde en partie (à cause des ancêtres maternels) ou en totalité la ressemblance.

La conception d'Hertwig, fondée sur des expériences et des observations microscopiques très soignées, fournit une interprétation excellente aux exemptions morbides signalées dans la descendance de l'homme taré. En effet, ce que Hertwig a obtenu par l'irradiation, il l'a également obtenu par le bleu de méthyle. On est donc autorisé à supposer que tout agent (alcool, morphine, cocaïne, toxines bactériennes, poisons tissulaires, etc.), apte à léser les cellules germinales, mâles ou femelles (1), peut aussi déterminer des modifications dans les propriétés de leur chromatine et, par suite, influencer finalement la constitution de l'individu qui en provient. Nous comprenons ainsi que les premiers enfants de A... aient présenté des anomalies en rapport avec l'intoxication alcoolique du père et que ces anomalies se soient aggravées à mesure que l'intoxication devenait plus profonde. Mais, à partir du moment où cette imprégnation toxique a supprimé la possibilité de fusion de la chromatine de A... avec celle de B..., le spermatozoïde du premier s'est borné à déclancher le développement de l'ovule de la seconde ; le développement des produits s'est donc fait uniquement

(1) Ce qui a été dit du spermatozoïde s'applique également à l'ovule ; dans ce dernier cas, cependant, le cytoplasma ovulaire a probablement une certaine influence sur les caractères du produit, dont la ressemblance peut ne pas être exclusivement celle de la ligne paternelle. (Y. Delage, *op. cit.*).

à l'aide de la chromatine maternelle, et c'est pourquoi les deux filles présentent la ressemblance de la mère et n'ont hérité d'aucune des tares de leur père.

De ces constatations, l'eugénique doit tenir compte, car elles impliquent une conséquence remarquable : c'est que les tarés semblent d'autant moins dangereux, au point de vue de la descendance, qu'ils sont plus sérieusement atteints, car, dès que la chromatine des gamètes du taré perd sa faculté de fusion, elle ne joue plus aucun rôle dans la constitution de l'enfant, qui demeure sain, si l'autre élément reproducteur est lui-même sain. On comprend ainsi que certaines lignées, profondément tarées, aient pu, par des mariages avec des familles indemnes, continuer à se perpétuer et même fournir des rejetons sains. Cela donnerait, au moins en partie, raison aux eugénistes qui préconisent la recherche du nombre plutôt que de la qualité des enfants, la nature se chargeant, en somme, d'éliminer petit à petit, par inhibition du pouvoir de transmission héréditaire, les tarés dont la déchéance est le plus avancée. Malheureusement, nous ne possédons pas encore le moyen de distinguer à quel moment le gamète du malade devient impropre à fusionner sa chromatine. Il y a, en tout cas, dans cette voie, matière à d'intéressantes recherches pour les médecins appelés à suivre pendant longtemps l'histoire pathologique d'une même famille et M. Y. Delage a grandement raison de faire appel à leur documentation.

Mais nous pouvons aller plus loin, à l'aide d'une ingénieuse hypothèse formulée par le même savant biologiste (1). Depuis E. van Beneden, on suppose que les chromatines paternelle et maternelle renferment, en puissance d'évolution, les principaux caractères héréditaires et que, dans toute la série des cellules-filles de l'ovule fécondé, c'est-à-dire dans toutes les cellules du descendant, ces chromatines se trouvent normalement en proportions égales. Mais, de cette dernière supposition, nous n'avons plus aucune preuve après les premières segmentations. Nous voyons, lors de la mitose, la chromatine de la cellule-mère doubler à peu près de volume, puis se partager sensiblement par moitié et chaque moitié aller à l'une des cellules-filles. Mais nous ne savons pas si chacune de ces moitiés contient réellement des quantités égales de chromatine paternelle et de chromatine maternelle. Nous devons même croire, d'après les expériences d'Hertwig, qu'il n'en est pas toujours ainsi, puisque, dans certains cas, l'une des chromatines est atteinte dans sa propriété d'assimilation fonctionnelle et son pouvoir d'accroissement. Celle-ci se trouve donc en état d'infériorité vis-à-vis de l'autre, est représentée en quantité plus faible et a, par suite, moins de puissance pour reproduire, chez le rejeton, les caractères qu'elle supporte. M. Y. Delage admet ainsi une sorte de *coefficient d'accroissement* inégal pour chaque chromatine, aboutissant à une répartition inégale dans les tissus, et, en fin de compte, à la prédominance des caractères (ou de la ressemblance) de la chromatine qui possède le plus fort coefficient d'accroissement.

La chromatine toutefois, n'est vraisemblablement pas une substance homogène ; elle est, sans doute, constituée par de très nombreux groupements moléculaires, différents entre eux et dont chacun présente, suivant les circonstances, héréditaires, nutritives, toxiques, un coefficient d'accroissement également différent. Il en résulte que, dans la fusion des chromatines paternelle et maternelle, certains groupements peuvent se trouver plus forts que leurs groupements homologues et l'emporter, par conséquent sur ces derniers, ainsi rendus inaptes à manifester leurs caractères, de telle sorte que l'enfant tendrait à exprimer, dans son organisme total, somatique et psychique, les caractères du père et de la mère ayant pour support les groupements chromatiques à coefficient d'accroissement le plus élevé. « Ainsi se trouveraient expliqués, ajoute M. Y. Delage, non seulement le fait grossier de la ressemblance générale avec l'un des deux parents, mais aussi cette intrication compliquée de ressemblance avec l'un et avec l'autre, suivant les organes et les caractères, qui constitue, en somme, le problème total de l'hérédité. »

Maintenant, le point capital est de savoir si le groupement chromatique le plus fort est toujours et nécessairement le groupement normal et sain. M. Y. Delage l'admet; il admet, du moins, que tous les agents pathogènes agissent comme l'irradiation et le bleu de méthyle d'Hertwig. Les agents pathogènes, intervenant d'une manière continue et unilatérale (c'est-à-dire chez un seul des géniteurs), abaissent de plus en plus le coefficient d'accroissement des groupes chromatiques touchés, qui sont vaincus par leurs groupements homologues sains et, partant, plus forts, et finissent par ne plus pouvoir s'extérioriser, chez le descendant, en anomalies, en tares, en prédispositions morbides, en malformations. Et M. Y. Delage conclut : « Il doit y avoir, dans les cellules du produit, prédominance de la chromatine la plus saine et, par conséquent, prédominance des caractères du parent le plus sain. Les altérations pathologiques se trouvent ainsi transmises à un moindre degré, au grand bénéfice des caractères normaux de la race. »

L'observation ne vérifie pas entièrement cette manière de voir. Il est constant qu'un parent taré, — l'autre étant sain — peut transmettre sa ressemblance et les anomalies d'hérédité que comportent ses tares à quelques-uns de ses rejetons. La descendance de A et de B (cas de Louis) le prouve. On pourrait citer beaucoup d'autres exemples du même genre. Il semble donc que la puissance d'accroissement ne soit pas le seul facteur qui intervienne dans la lutte entre groupements chromatiques homologues, ou, du moins, qu'elle n'appartienne pas exclusivement aux groupements normaux. Nous pouvons supposer que l'adjonction à certains de ces groupements d'une molécule nouvelle, d'un antigène notamment, leur confère un coefficient d'accroissement plus élevé, mais peut-être localisé, qui laisse apparaître, chez le rejeton, le caractère correspon-

(1) Cf. *Biologica*, juin 1913.

dant. Bien que d'ordre un peu spécial, la faculté de prolifération *similaire* dont jouissent les cellules cancérisées indique ou paraît indiquer que toutes les causes pathogènes ne sont pas nécessairement destructives du pouvoir d'accroissement chromatique et que, par suite, des tares unilatérales ont parfois chance de se reproduire dans la descendance. Il est incontestable que les unions d'individus tarés avec des individus parfaitement sains restreignent, dans une certaine mesure et dans certains cas, la propagation des tares, mais elles ne la suppriment pas nécessairement, et il serait en conséquence, imprudent de compter sur le bénéfice de telles unions pour sélectionner la race et la débarrasser sûrement et progressivement des éléments nocifs qui l'encombrent et menacent sa vitalité.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DISCOURS DE M. LÉON LABBÉ A PROPOS DE L'INCORPORATION A VINGT ANS (1)

Messieurs, il a paru nécessaire à la commission de l'armée du Sénat que l'un de ses membres montât à la tribune pour justifier la mesure de l'incorporation à vingt ans qu'elle a votée à l'unanimité, différant ainsi de la commission de l'armée de la Chambre, qui l'avait repoussée par trois fois.

Il faut d'ailleurs convenir que les conditions d'appréciation n'étaient pas les mêmes dans l'une et l'autre assemblée.

La commission de l'armée du Sénat, pour asseoir son jugement, a eu tout le bénéfice de la discussion remarquable à laquelle avait donné lieu, au Palais-Bourbon; cette question de l'incorporation à vingt ans.

Personnellement, j'ai, dès le début, été partisan de cette incorporation; j'ai exprimé publiquement mon opinion à plusieurs reprises et je me suis trouvé fort honoré de l'intérêt que plusieurs des orateurs qui ont défendu cette thèse ont paru attacher à ma manière de voir sur ce point.

C'est donc pour moi un devoir de justifier devant vous la mesure qui vous est proposée..

Si nous regardons en arrière, nous constatons que, depuis un temps indéfini, il a été admis que les jeunes gens pouvaient s'engager à l'âge de dix-huit ans, étant bien entendu qu'ils seraient soumis à un examen sévère.

Sous le régime de la loi de 1872, les volontaires d'un an s'engageaient à dix-huit, dix-neuf et vingt ans, et jamais on ne s'est plaint de l'insuffisance de leur résistance à la fatigue. Et cependant, à cette époque, leur entraînement militaire était poussé au maximum.

Je sais bien qu'à ce sujet on a fait remarquer que presque tous disposaient de ressources pécuniaires qui leur permettaient de vivre d'une façon plus confortable. A cet avantage que je reconnais, j'oppose ce fait, pour un grand nombre d'entre eux : que des jeunes gens habitués au bien-être, n'ayant jamais subi ni grandes fatigues physiques, ni privations, étaient à un certain point de vue, par cela même, moins aptes à supporter sans transition la vie pénible et rude du soldat.

L'argument que je combats perd donc beaucoup de sa valeur.

Si nous remontons un peu loin dans l'histoire, nous voyons que, sous la Restauration, l'expérience de l'incorporation d'une classe de vingt ans, simultanément avec une classe de vingt et un ans, a été faite en 1823, au moment de la guerre d'Espagne, et que la mortalité générale de l'armée n'en fut nullement influencée.

A l'heure actuelle, l'âge du départ pour les colonies des engagés volontaires des troupes coloniales est fixé à vingt ans.

L'inscription maritime recrute à vingt ans.

Dans l'armée italienne, l'incorporation se fait à vingt ans, et en Allemagne, dans ce pays où les conscrits de vingt et un ans seraient presque en surnombre, c'est aussi à vingt ans qu'est fixée l'incorporation. Et, comme le reconnaît M. Paté dans son rapport à la Chambre, sur 100 soldats de l'armée allemande, il y en a 50 de vingt ans, 25 de vingt à vingt et un ans et 25 de vingt-deux ans. Ainsi, l'Allemagne recrute 50 p. 100 de soldats de vingt ans. Or, si nous acceptons l'incorporation à cet âge pour novembre prochain, nous n'aurons certainement pas dans notre armée 50 p. 100 de soldats de vingt ans.

Les médecins militaires — et beaucoup sont dans ce cas — qui ont pu suivre des jeunes gens engagés à vingt ans, qui ont fait campagne avec eux, savent qu'ils supportent très bien les fatigues du service, et que, s'ils sont choisis convenablement, le métier militaire a sur leur développement physique le plus heureux effet.

L'anatomie et la physiologie fixent à vingt-cinq ans le développement complet de l'organisme ; c'est entendu, mais jamais à aucune époque et dans aucun pays, il n'est venu à l'esprit que cet âge pourrait être choisi pour constituer les armées.

Des avis divers ont été émis au sujet de cette question, et on comprend que les esprits les plus éclairés aient pu être impressionnés par certaines des contradictions qui se sont produites.

Je n'en citerai qu'un exemple.

Le comité consultatif de santé de l'armée avait été consulté et, après mûr examen de deux enquêtes récentes, il avait répondu affirmativement, sous réserve qu'il serait procédé à une sélection rigoureuse et que l'hygiène de l'armée serait améliorée.

A la suite de l'avis de ce comité — avis favorable dans des conditions sur lesquelles il convient d'insister — les deux vice-présidents de la commission de l'armée de la Chambre, MM. Joseph Reinach et de Montebello, présentèrent, immédiatement, un amendement confirmant et corroborant celui dont MM. Puech et Noulens étaient les auteurs. Assurément, leur conviction était établie à ce moment.

Mais alors survint l'avis de la commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie militaire, dont les conclusions — à coup sûr mal interprétées — jetèrent le trouble dans les esprits; et aussitôt les deux vice-présidents de la commission de l'armée de la Chambre renoncèrent à leur amendement.

Oui, la commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie militaire, dans les prémisses de ses conclusions, estimait qu'au point de vue de l'hygiène de l'armée « il valait mieux fixer à vingt et un ans l'âge de l'incorporation du contingent », se figurant peut-être que le contingent en entier serait appelé ; mais elle voulait donner aux jeunes gens le droit de devancer l'appel dès l'âge de vingt ans s'ils présentaient une bonne attitude physique.

Plus loin, cette même commission s'exprimait ainsi :

« L'incorporation à vingt ans ne pourrait être admise qu'avec une sélection rigoureuse du contingent, pour laquelle le fonctionnement des conseils de revision actuels n'offre pas les garanties nécessaires. »

Je répondrai dans un instant à cette objection.

En réalité, avec cette restriction de la sélection rigoureuse, la commission admettait la possibilité de l'incorporation à vingt ans.

Et, en somme, comité consultatif de santé de l'armée, commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie militaire arrivent néanmoins à conclure à la possibilité de l'incorporation à vingt ans, sous la réserve expresse d'une sélection bien faite et de l'amélioration des conditions de l'hygiène fonctionnelle du soldat, c'est-à-dire de tout ce qui touche aux méthodes d'entraînement progressif, au logement, à l'habillement et à l'alimentation.

Il existe un groupement désigné sous le nom de « groupe interparlementaire médical », composé des médecins appartenant au Sénat et à la Chambre, et que j'ai l'honneur de présider. En présence de l'indécision qui existait dans beaucoup d'esprits, il me parut indiqué de convoquer mes collègues et confrères pour s'entretenir de cette importante question.

Le mercredi 16 juillet, un nombre très appréciable de parlementaires assistèrent à cette réunion. Une discussion, qui ne manqua pas d'une grande vivacité, s'engagea. Les avis

(1) *Journal officiel*. Sénat. Première séance du 6 août 1913.

pour et contre furent émis. Des médecins qu'une longue pratique dans les provinces, où l'on peut bien plus facilement que dans les grandes villes suivre le jeune soldat avant, pendant son incorporation et après son service militaire, donnèrent le résultat de leur longue expérience; et, la discussion terminée, les quatre cinquièmes des membres présents se déclarèrent partisans de l'incorporation à vingt ans.

Lorsque cette décision, prise par des hommes qui étaient à la fois médecins et membres du parlement, fut connue à la Chambre, elle produisit, paraît-il, une vive impression, et il n'est pas douteux qu'elle a influé sur le vote définitif.

Chemin faisant, je tiens à signaler l'opinion du docteur Charles Périer, vice-président de l'Académie de médecine, médecin en chef de la Compagnie du Nord, qui, depuis plus de quarante ans, a eu à examiner des milliers de jeunes gens de dix-huit ans et au-dessus désirant entrer au service de cette compagnie.

De sa longue expérience, il conclut que rien ne prouve qu'un homme de vingt ans soit inférieur à un homme de vingt et un ans et que le passage de la première date à la seconde puisse avoir la valeur d'une transformation.

Il émet cette idée intéressante et vraiment admissible que lorsque l'on a fixé à vingt et un ans l'âge de l'incorporation obligatoire, on a, probablement, été influencé par le fait que cet âge correspondait à celui où l'individu devient majeur.

L'homme de recrue de la campagne est aussi vigoureux à vingt ans qu'à vingt et un ans, et l'ouvrier des villes n'a pas encore été aussi touché dans ses œuvres vives par la vie pénible de l'atelier, les tentations de l'alcoolisme, et parfois aussi par les mauvaises conditions de l'existence.

Assurément, au régiment, au point de vue de l'hygiène, de l'alimentation, de la régularité d'existence, la situation sera sensiblement meilleure pour un très grand nombre de jeunes gens incorporés, et plus tôt ces conditions seront remplies, mieux cela vaudra.

Naturellement, on a parlé statistiques. Les partisans et les adversaires de l'incorporation à vingt ans en ont, tour à tour, tiré des arguments en faveur de leur thèse.

En passant, je ne puis m'empêcher de signaler la statistique de l'armée anglaise, qu'à juste titre M. Puech a rappelée dans son discours.

Cette statistique porte sur l'ensemble de cette armée. Si l'on s'en réfère aux six dernières années où elle a été établie, de 1900 à 1906, on constate qu'elle donne les résultats les plus favorables à notre opinion.

Il y avait dans l'armée anglaise, en 1900, 30000 jeunes gens au-dessus de vingt ans et 36000 de vingt à vingt-cinq ans.

En 1900, les premiers n'ont eu que 38 décès et 812 réformes; les seconds — ceux âgés de vingt à vingt-cinq ans — 225 décès et 1479 réformes.

La proportion a été sensiblement la même tous les ans, jusques et y compris 1906.

Chez nous, quoi qu'on puisse dire, il est incontestable que les statistiques sont bien plus favorables aux jeunes soldats de vingt ans qu'aux hommes de recrue de vingt et un ans. Mais il faut loyalement convenir qu'elles visent, dans le premier cas, des hommes choisis.

Elles nous apprennent tout au moins que la sélection faite comme il convient à vingt ans est une excellente garantie d'un bon état sanitaire.

La conclusion toute naturelle et nécessaire, c'est qu'on devra désormais appliquer aux classes à incorporer les méthodes rigoureuses mises en usage quand il s'agissait des engagés volontaires du même âge.

On m'objectera qu'à l'heure actuelle, avec le peu de temps qui nous est imparti, il sera bien difficile de procéder à cette sélection sévère. Mais je n'avais pas attendu de prendre la parole dans ce débat pour dire de la façon la plus formelle dans le discours que j'ai prononcé, le 23 mai dernier, au cours de la discussion du budget de la guerre sur l'état sanitaire de l'armée, qu'il fallait à tout prix renforcer l'examen des jeunes gens qui devaient être incorporés.

Je m'exprimais ainsi :

« Dans un but très louable, on a tenté de renforcer l'examen médical du conseil de revision, mais, quoi que l'on fasse il sera toujours difficile, sinon impossible, dans les conditions où fonctionnent ces conseils, de dépister les symptômes obscurs de lésions souvent très difficilement appréciables à l'oreille.

En réalité, il faut insister sur ce fait que c'est au moment de la visite d'incorporation et dans les semaines qui suivent, que l'œuvre de sélection définitive devra et pourra s'accomplir d'une manière réellement satisfaisante.

L'examen complet, répété au besoin, fait à ce moment, garantit les hommes de recrue, sans compromettre la santé des collectivités auxquelles ils peuvent être passagèrement mêlés, puisqu'en tout cas, après le premier examen fait au moment de la revision, il ne peut s'agir que de la tuberculose non ouverte. »

Assurément il faudra, de toute nécessité, lors de l'incorporation au 15 novembre prochain, que ce contre-examen, sur lequel j'ai tant insisté, soit fait avec le soin le plus rigoureux dès l'arrivée au corps.

Et à ce propos je dois dire que j'ai lu au *Journal officiel*, avec une grande satisfaction, les déclarations de M. le général Legrand, commissaire du gouvernement, qui, répondant à M. Augagneur, a affirmé que « les médecins militaires recevront des instructions leur prescrivant d'examiner les conscrits avec tout le scrupule voulu, avec la seule préoccupation de donner à l'armée des hommes capables de supporter sans danger les fatigues du métier militaire ».

Pour l'avenir, il y aura lieu d'examiner s'il ne conviendra pas de prendre certaines mesures analogues à celles auxquelles ont recours nos voisins, en vue d'assurer une sélection absolument rigoureuse ; et il importe que, dès la rentrée des Chambres, cette question soit mise à l'étude. A tout prix, il faudra modifier dans une très large mesure l'organisation des conseils de revision.

Messieurs, j'en aurais terminé si je ne tenais à vous faire part du véritable réconfort que m'a apporté une lettre qui m'était adressée par un homme dont je m'honore d'être l'ami depuis près de soixante ans ; je veux parler du grand savant, le professeur Chauveau, membre de l'Institut, qui, comme physiologiste, jouit d'une réputation mondiale, dont l'opinion fait autorité, et qui, bien qu'entré dans sa quatre-vingt-sixième année, prend encore part, avec une ardeur juvénile, aux discussions de nos Académies.

Ayant suivi, je dirai presque avec passion, les débats qui ont eu lieu sur la question de l'incorporation à vingt ans, et connaissant mon opinion à ce sujet, il m'a écrit la lettre suivante :

« Mon cher ami,

Je suis entièrement avec vous et l'immense majorité des parlementaires du groupe médical.

De ma dix-septième à ma trente-cinquième année, c'est-à-dire pendant près de vingt ans, j'ai vécu, soit comme élève à l'école d'Alfort, soit comme chef de travaux à l'école vétérinaire de Lyon, en contact journalier et permanent avec des jeunes gens dont l'âge oscillait autour de la vingtième année.

J'étais ainsi bien placé pour me rendre compte du degré de résistance que le sujet de vingt ans, comparé au sujet de vingt et un ans, peut opposer à la fatigue. C'est donc en parfaite connaissance de cause que je partage votre manière de voir.

Le témoignage que je vous apporte a d'autant plus de valeur que ma comparaison a été faite sur des sujets qui, au moment dont je parle étaient soumis à de pénibles corvées, de dures obligations disciplinaires et vivaient ainsi dans des conditions très rapprochées de celles du soldat à la caserne.

Voilà comment j'ai pu former mon opinion sur le très grand nombre de sujets de vingt ans aptes à subir l'incorporation au régiment, aussi bien que les sujets de vingt et un ans.

Et combien se sont multipliées plus tard mes occasions de comparaison !

Quand je suis devenu professeur à l'école de Lyon, en raison de la nature de mon enseignement et de mes travaux de recherche personnelle, mon contact avec les sujets en question s'est continué tout aussi fréquent, mais avec une moindre durée, pendant treize ans.

Puis est arrivée la période de dix années pendant lesquelles, chargé, comme directeur, de la conduite de l'impor-

tant internat de l'école, j'ai eu la responsabilité de la santé de l'immense majorité des élèves.

Enfin, j'ai pu, en qualité d'inspecteur général, poursuivre mes observations pendant vingt-cinq années, dans les trois écoles vétérinaires de France. Le goût des sports s'y était développé comme partout ailleurs. On s'est plu à me faire constater souvent que les champions heureux n'étaient pas nécessairement ceux qui avaient dépassé leur vingtième année. Bien amicalement à vous. »

Messieurs, j'ai fini. Je serais heureux si j'avais pu vous faire partager ma conviction.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE CLINIQUE PRATIQUE ET D'APPLICATION DES MÉTHODES DE LABORATOIRE AU DIAGNOSTIC CLINIQUE. — COURS DE VACANCES ET DE PERFECTIONNEMENT. (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Professeur : M. A. GILBERT.) — Le cours de vacances commencera le lundi 22 septembre 1913, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur A. Gilbert, le matin à dix heures et demie et l'après-midi à trois heures. Ce cours comprendra vingt-huit leçons et sera terminé en quatorze jours. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, à la rédaction d'ordonnances, au maniement des appareils, aux travaux de laboratoire, et pourront emporter les préparations exécutées par eux.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 22 septembre, à dix heures du matin, leçon inaugurale de M. le professeur A. Gilbert.

Lundi 22 septembre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Herscher : Diagnostic de la tuberculose. Procédés biologiques applicables au diagnostic de la tuberculose pulmonaire (tuberculino-diagnostic : sous-cuti et cuti-réactions, ophtalmo-réaction, intradermo-réaction). — Traitement de la tuberculose. Tuberculines, sérums antituberculeux. Corps immunisants de Spengler. Méthodes de Freund, de Forlanini, etc.

Le soir, à trois heures. M. Deval : Analyse chimique des urines, éléments anormaux. Matières protéiques et produits de transformation. Sucres urinaires et produits connexes, corps acétoniques, etc. Pigments urinaires.

Mardi 23 septembre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Paul Descomps : Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire. Recherche du bacille de Koch dans les crachats. Méthode de Ziehl, de Bezançon, de Spengler, de Jacobson, etc. Albumino-diagnostic. Cyto-diagnostic. — Recherche du bacille de Koch dans les urines et les liquides pathologiques. Inoscopie. — Diagnostic avec les bacilles acido-résistants. Cultures. Inoculations. Autopsie d'un cobaye tuberculeux.

Le soir, à trois heures. M. Lippmann : Les méthodes d'exploration clinique du système circulatoire. Interrogatoire et examen d'un cardiopathe. Procédés d'exploration du cœur et des vaisseaux. Cardiographie. Phlébographie. Sphygmographie. Sphygmomanométrie (oscillomètre de Pachon). Viscosimétrie. Orthodiagraphie. Electrocardiographie.

Mercredi 24 septembre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Herscher : Traitement de la tuberculose (*suite*). Diagnostic et traitement des pleurésies séro-fibrineuses. Ponctions exploratrice et évacuatrice. Autosérothérapie. Injections gazeuses.

Le soir, à trois heures. M. Deval : Analyse chimique du sang. Urée, dosage et constante d'Ambard. Glycémie. Cholestérinémie.

Jeudi 25 septembre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Lippmann : Etude clinique et thérapeutique des arythmies cardiaques (tachycardies, bradycardies, pouls lent permanent, extrasystoles), des angines de poitrine.

Le soir, à trois heures. M. P. Descomps : Examen du liquide céphalo-rachidien et des épanchements pleuraux et péritonéaux.

Vendredi 26 septembre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Bénard : Notions générales de bactériologie pratique. Staphylocoques, streptocoques. Diagnostic de l'angine diphtérique et des autres angines à fausses membranes. — Paludisme. Maladie du sommeil. Diagnostic de la fièvre typhoïde par les procédés de laboratoire. Hémoculture. Séro-réaction. Paratyphoïdes. Fièvre de Malte.

Le soir, à trois heures. M. Deval : Chimisme gastrique. Acides libres et combinés. Diastases. Technique de l'examen. Interprétation des résultats. — Chimisme intestinal. Diastases. Graisses. Technique de l'examen. Interprétation des résultats.

Samedi 27 septembre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Lippmann : Les agents thérapeutiques dans les cardiopathies. — L'asystolie : son traitement. — L'artériosclérose : son traitement.

Le soir, à trois heures. M. Herscher : Cholémimétrie.

Lundi 29 septembre. — Le matin, à dix heures et demie. M. P. Descomps : Les nouveaux procédés cliniques de diagnostic et de traitement de la syphylis.

Le soir, à trois heures. M. Bénard : Diagnostic bactériologique de la syphilis et du chancre mou. — Recherche du tréponème pâle à l'ultramicroscope. Sa coloration (procédés de Giemsa, de Levaditi). — Caractères morphologiques et coloration du bacille de Ducrey.

Mardi 30 septembre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Grivot : Technique de l'examen clinique de l'oreille, du larynx, des cavités faciales.

Le soir, à trois heures. M. Guilleminot : Technique de l'électro-diagnostic. Son utilité en clinique.

Mercredi 1er octobre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Guilleminot : Application des rayons X et du radium au diagnostic clinique et à la thérapeutique.

Le soir, à trois heures. M. Bénard : Globules rouges : numération, altérations morphologiques. Dosage de l'hémoglobine (méthodes d'Hénocque, Tallqvist, Malassez). Valeur globulaire. — Globules blancs : Caractères hématologiques des différentes anémies. Leucémies.

Jeudi 2 octobre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Jomier : Procédés d'exploration des reins. Exploration physique; radiographie; cryoscopie; étude des éliminations provoquées (épreuve du bleu de méthylène; épreuve de la phloridzine; polyurie expérimentale; concentration maxima; épreuve de l'ovalbumine).

Le soir, à trois heures. M. Chabrol : Recherche de la résistance globulaire (méthodes de Vaquez, de Widal, etc.) — Application à l'étude des ictères. — Les hémolysines dans le sérum et les liquides pathologiques. Epreuve de Donath et Landsteiner. — Les opsonines de Wright. L'activité et la résistance leucocytaires.

Vendredi 3 octobre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Jomier : Examen clinique d'un malade atteint d'une affection du tube digestif. Notions récentes sur la séméiologie et la thérapeutique des gastrites et des entérites.

Le soir, à trois heures. M. M. Villaret : Examen d'un hémiplégique, avec ou sans aphasie.

Samedi 4 octobre. — Le matin, à dix heures et demie. M. Jomier : Examen clinique d'un malade atteint d'une affection hépatique. Notions récentes sur la séméiologie et la thérapeutique des maladies du foie. — Le syndrome ictère. — Syndromes d'hypertension portale et d'hypertension sus-hépatique. — Insuffisance hépatique.

Le soir, à trois heures. M. Chabrol : Les réactions de fixation. Méthode de Bordet et Gengou. Antigènes. Anticorps. Préparation des animaux. Principes de la réaction de Wassermann.

Lundi 6 octobre. — Le matin, à dix heures et demie. M. M. Villaret : Examen clinique d'un paraplégique et d'un tabétique.

Le soir, à trois heures. M. Dausset : Les procédés nouveaux de thermothérapie (air chaud; diathermie; bains de lumière à incandescence, avec lampes de Cooper-Hatwey).

Mardi 7 octobre. — Le matin, à dix heures et demie. M. M. Villaret : Diagnostic et traitement des méningites aiguës et chroniques. Méningite cérébro-spinale épidémique. Méningite tuberculeuse. Méningites syphilitiques.

Le soir, à trois heures. M. Chabrol : Réaction de Wassermann. Réaction de Weinberg dans le kyste hydatique. Dévia-

tion du complément dans la tuberculose, la fièvre typhoïde, l'actinomycose, la sporotrichose.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue des cours.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Nota. — En mars 1914, un cours sur « les notions récentes sur les maladies du foie, du pancréas et de la rate » aura lieu à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu dans les mêmes conditions que les années précédentes.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 28 juin 1913.*) A. Poskin : Les pouhons de Spa. Etude physico-chimique des eaux minérales ferrugineuses de Spa. — Van Gehuchten : Lésion grave du lobe frontal : 1° Tumeur volumineuse du lobe frontal droit; 2° Abcès volumineux du lobe frontal gauche par anomalie des sinus ethmoïdaux. — Van Gehuchten et Debaisieux : Un curieux cas de compression médullaire. Opération. Guérison. — Edg. Zunz et M. Cerf : Recherches sur la digestion gastrique des protéines du pain et de la viande crue chez l'homme.

Archives générales de chirurgie. — (N° 6, 25 juin 1913.) E. Sambuc : Les abcès du foie à l'hôpital de Haïphong. — F. Devé : Des kystes hydatiques multiples du péritoine. — Noël Lapeyre : La voie transpleurale. — Mauclaire : Ablation des corps étrangers sous le contrôle de la radioscopie.

Æsculape. — (N° 6, juin 1913.) Le Double : Une particularité anatomique du crâne de Descartes (persistance de la suture métopique [6 illustr.]. — Lecoutour : Les Borgia, leurs poisons (9 illustr.). — Pomet : De la baleine ; du blanc de baleine (2 illustr.). — Bittard : Les « bonnes fontaines » du Limousin (11 illustr.). — Pillet : Le mal de Maupassant (9 illustr.). — Douzans : L'Islam guerroie (3 illustr.). — Fosseyeux : Le service médical à l'hôpital de la Charité aux XVIIe et XVIIIe siècles (4 illustr.).

Journal de médecine de Paris. — (N° 27, 5 juillet 1913.) Marcel Labbé : Traitement des diabètes avec nutrition.

Journal de médecine interne. — (N° 19, 10 juillet 1913.) Léopold-Lévi : Peut-on guérir le rhumatisme chronique par le traitement thyroïdien ?

Journal des praticiens. — (N° 27, 5 juillet 1913.) Emile Sergent : Le point de côté abdominal et le diagnostic des affections pleuro-pulmonaires aiguës de l'adulte. — Guisez : Du diagnostic des corps étrangers trachéo-bronchiques. — (N° 28, 12 juillet.) Bernheim : Des bains froids dans la fièvre typhoïde. — Hutinel : Les méningites syphilitiques. — Babinski : Diagnostic et traitement de la syringomyélie. — Michaïloff : Cas de rupture sous-cutanée de la rate. Splénectomie. Typhus abdominal. Guérison.

Montpellier médical. — (N° 26, 29 juin 1913.) Corone : La dysphagie des tuberculeux laryngiens ; son traitement (*fin*). — (N° 27, 6 juil.) Grasset et Vedel : Traitement de l'aphasie.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 12, 25 mars.) Sauerbruch : Influence des paralysies artificielles du diaphragme sur les affections pulmonaires. — Morpurgo et Donati : Sur l'hérédité du terrain favorable à l'évolution des tumeurs. — Rubsamen : Expériences sur l'action des médicaments provoquant les contractions utérines en obstétrique. — Dreyfus : Néosalvarsan. — Gerber : Le traitement par le salvarsan et le néosalvarsan dans les spirochétoses locales. — Maïer : Sur la morbidité et la mortalité dans la bronchopneumonie rubéolique. — Seeligmann : Sur une tentative heureuse de guérison dans un sarcome récidivant de l'ovaire et de la colonne vertébrale. — Reichel : Expériences sur l'anesthésie par la scopolamine associée à la morphine, au pantopon, à la narcophine. — Schüffner : Le béri-béri est-il aussi en Europe une affection sporadique ? — Gastpar : Examen des yeux chez les écoliers. — Kuhn : Les premiers secours chez les asphyxiés par insufflation directe d'air. — Bruck : Prophylaxie personnelle de la syphilis. — Sasse : Ulcère calleux de l'estomac. Extirpation.

Paris médical. — (N° 31, 5 juil. 1913.) P. Lereboullet et J. Heitz : Les maladies du cœur et des vaisseaux en 1913. — J. Teissier : Sur quelques points de l'histoire anatomo-clinique de l'aortite abdominale et plus particulièrement sur la valeur sémiologique du signe de la pédicure. — E. Barié : L'artérite rhumatismale. — H. Weiss : Le traitement des plaies des grosses artères et plus spécialement de celles qui sont produites par les balles de petit calibre. — H. Vaquez et Laubry : Le régime diététique des affections cardio-vasculaires. — Josué : Séméiologie sphygmomanométrique, coefficients cardio-artériels. — (N° 32, 12 juil.) L. Bernard : Néphrite hydropigène tuberculeuse et amylose rénale. — Balthazard : Plaintes et poursuites criminelles contre les médecins, sages-femmes et dentistes. — Milian : La posologie du 606. — Olivier : Hémorragie intestinale grave au cours d'une fièvre typhoïde, maîtrisée par injection intraveineuse de sang humain frais.

Presse médicale. — (N° 54, 2 juil. 1913.) Ch. Richet : La réaction leucocytaire : I. Digestion. II. Intoxication. III. Immunité. — Aug. Broca : Pseudarthrose du péroné droit. Scoliose par inégalité des membres inférieurs. — A. Goris : La stabilisation des végétaux. Ses conséquences. Son avenir. — (N° 55, 5 juil.) Bonnaire et Duranti : Le poumon ombilical. — Emile Sergent : Tuberculose et grossesse. — (N° 56, 9 juil.) E. Weill et A. Dufourt : De l'hyperrésistance globulaire au cours de certains états lytiques des sérums. — H. Lebon et P. Aubourg : Radiologie. Contractions réflexes du gros intestin par excitation de l'estomac. — (N° 57, 12 juil.) Auguste Pettit : Sécrétion externe et sécrétion interne. — H. Bordier : Le traitement électrique du rhinophyma (acné hypertrophique). — (N° 58, 16 juil.) G. Weiss : Les gaz du sang. — Alfred Martinet et Léon Meunier : De l'évacuation gastrique. Divergences fournies dans son évaluation par la radioscopie bismuthée ou par le repas d'épreuve.

Progrès médical. — (N° 27, 5 juil. 1913.) Corone : La dysphagie des tuberculeux laryngiens. Son traitement. — A. Rodiet : De l'influence des émotions dans la genèse de l'attaque d'épilepsie. — Marcel Labbé : Le traitement de la goutte. — (N° 28, 12 juil.) Oppenheim et Narcy : Fièvre typhoïde et pneumo-typhus chez le vieillard. — F. Terrien : La stase papillaire dans les tumeurs cérébrales.

Province médicale. — (N° 27, 5 juil. 1913.) J. Brault (d'Alger) : Autoplasties des parties molles chez les syphilitiques. Face, naso-pharynx. — Jullien (d'Amiens) : A propos de l'hystérectomie totale dans les présentations vicieuses négligées. — Manine (de Rochefort) : Un cas d'arthrite purulente du genou à diplocoque non encapsulé, guérie après injection de rhodium β colloïdal électrique. — (N° 28, 12 juil.) Argaud, Crespin et Legroux (d'Alger) : Métaplasie du connectif pulmonaire au cours d'un épithélioma primitif.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 92. — JEUDI 14 AOUT 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 14 AOUT 1913. — N° 92.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux s'ouvrira le mardi 2 décembre 1913, à huit heures du matin.

Les inscriptions sont reçues, jusqu'au 17 novembre 1913, au secrétariat des hospices, 91, cours d'Albret.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. le docteur Jules Sébilleau est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole de médecine de Nantes.

MARINE. — Un concours pour l'emploi de professeur de séméiologie médicale et de petite chirurgie à l'Ecole annexe de médecine navale de Toulon sera ouvert dans ce port, le 6 octobre 1913, en vue de pourvoir au remplacement de M. le médecin de première classe Barbe, nommé professeur à l'Ecole principale de Bordeaux.

— M. Valleteau de Moulliac, médecin de première classe de la marine, démissionnaire, est nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de la Guerre. — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée territoriale Letulle et Troy.

M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Augé.

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major de première classe de réserve Boursiac.

MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Jouet et Rayneau.

MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve Maurin et Vaudremer.

M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale Mouchet.

MM. les médecins aides-majors de l'armée territoriale Lesage et Wuilhomenet.

— Ministère des Colonies. — *Au grade d'officier.* — (Au titre civil.) M. le docteur Fruitet, médecin-chef de l'hôpital indigène de Nouméa.

Au grade de chevalier. — (Au titre civil.) M. le docteur Le Siner, médecin du lycée Leconte-de-Lisle à Saint-Denis (Réunion).

(Au titre militaire.) M. le docteur Lebœuf, médecin-major des troupes coloniales.

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées pour services rendus à la mutualité aux docteurs dont les noms suivent :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Aviérinos (de Marseille), Dufau (de Léon), Dehenne (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Archambaut (de Paris), Brissé Saint-Macary (de Bordeaux).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Thibaut (de Lille), Barlerin, Degorce, Deschamps, Dutard, Gibard, Isaac, Lécacheur, Legendre, Montagné, Planchon, Schrœder, Sureau, Tucker (de Paris).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Besançon (de Villefranche-sur-Saône), Coudrain (de Dammarie), Duclos (de la Roche sur-Yon).

COLLÈGE ROYAL DES CHIRURGIENS DE LONDRES. — A l'occasion du Congrès international de médecine, le Collège royal des chirurgiens de Londres a procédé à une promotion exceptionnelle de membres associés étrangers, parmi lesquels trois de nos compatriotes ont été nommés : M. le professeur Hartmann et le docteur Tuffier (de Paris) et M. le professeur Monprofit (d'Angers).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Pour faciliter les excursions à Fontainebleau et à Moret, pendant l'été 1913, un train spécial à prix réduits (2e et 3e classes seulement) sera mis en marche tous les dimanches jusqu'au 21 septembre inclus.

Départ de Paris à 7 h. 18 du matin. — Arrivée à Fontainebleau à 8 h. 16, à Moret à 8 h. 29.

Retour par tous les trains du même jour, dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Londres, du 6 au 12 août 1913.

Il semble au premier abord que rien ne doive plus ressembler à un congrès international qu'un autre congrès international. Cela est exact si l'on se contente de lire les rapports et discussions du congrès, mais il en est tout autrement si l'on y assiste. Le lieu où se tient le congrès, imprime à chacun d'eux un caractère bien tranché.

Une des caractéristiques de celui qui vient de s'ouvrir à Londres est son organisation. Alors que dans tous les autres pays, les congrès reçoivent de l'Etat, de la Ville, de larges subventions, alors que les réceptions officielles succèdent aux réunions officielles, ici c'est tout différent. En Angleterre, tout est laissé à l'initiative privée. Il n'y a pas à compter sur « la princesse », pas plus pour les congrès que pour les hôpitaux. C'est une société, la Royal Society of Medicine, analogue à notre Académie de médecine, qui l'a organisé par souscription de ses membres. Toutes les réceptions sont privées. Il ne faut pas croire qu'elles aient perdu pour cela en intérêt et en magnificence. Le nombre énorme des congressistes a obligé à les multiplier en limitant le nombre des invités de chacune. Mais chaque jour, il y a garden-parties, dîners, soirées aux quatre coins de Londres. Certains ne manquent pas d'une certaine saveur : tantôt, c'est un breakfast (8 heures du matin, tempérance) avec discours anti-alcooliques, tantôt c'est une soirée dans le Muséum des sciences naturelles ou dans une salle d'exposition de peinture futuriste, tantôt un banquet dans le Musée d'anatomie d'une université, dans la salle d'exposition des crânes. Enfin, il n'y a pas de visite d'hôpital sans un sérieux thé ou luncheon.

On ne peut donc que remercier les médecins Anglais de la large hospitalité que, fidèles à leur réputation, ils ont pratiquée envers leurs confrères, et aussi, il faut bien le dire, à l'amabilité évidente qu'ils ont montrée particulièrement envers les Français.

On attribue généralement aux Anglais un grand esprit d'ordre et d'organisation. Il faut avouer que le présent congrès n'en est pas une preuve éclatante. Les deux envoyés de la *Gazette des Hôpitaux* *(quorum pars fui)* en ont fait la triste expérience. N'ayant pas la prétention de se trouver à la fois aux séances de 26 sections, travaillant sans relâche dans des locaux fort distants les uns des autres, ils s'étaient, dès leur arrivée à Londres, enquis du siège du bureau de la Presse au congrès, pour s'y procurer les rapports et, chaque soir, les résumés des discussions, ainsi qu'on l'annonçait dans le programme. Soins inutiles ! Pendant toute une matinée, ils ont erré à la recherche du fameux bureau. Aux « Renseignements » où personne ne parlait français, on les adresse au secrétariat, qui les envoie au bureau de poste, d'où on les conduit à une loge de théâtre ; toutes les fois qu'ils interrogent un gentleman, celui-ci prend un air entendu : « Step this way with me », part à larges enjambées, à l'allure d'un cross country, vers un point inconnu. « Enfin, celui-ci à l'air de savoir ! » Il va, et soudain s'arrête, hésite, et finit par déclarer qu'il faut demander où il est. Conduits ainsi de l'Albert Hall à l'Université de Londres, à l'Imperial college, arrêtés en route par une manifestation de suffragettes agitant leurs drapeaux, vert, blanc, violet, les deux infortunés, vers le midi, découvrent enfin le fameux bureau : quatre murs, une table vide. Que les lecteurs de la *Gazette* les excusent donc, si leurs comptes-rendus sont incomplets, mais n'ayant pas le don d'ubiquité, ils ne pourront dire que « ce que leurs yeux ont vu ».

Le congrès débutait par une séance solennelle d'ouverture, le 6 août à l'Albert Hall, sous la présidence du duc de Connaught.

L'Albert Hall est une salle de concerts énorme, que rappelle en petit la salle du Trocadéro ; 12000 personnes peuvent y tenir. Un orgue énorme occupe le fond, derrière l'estrade. La salle était presque pleine quand le cortège officiel fait son entrée : le parterre comprend les délégations officielles : robes de professeurs anglais, rouges et bleu ciel ; américains, rouge et blanc ; uniformes de médecins militaires, d'académiciens ; puis en arrière, les congressistes (7000 environ dit-on...?) Sur la tribune officielle, les présidents des délégations de tous les pays en uniformes rutilants ; aux balcons et amphithéâtres, des congressistes encore avec leurs femmes, des invitées nombreuses en toilettes claires. L'ensemble de la salle est vraiment imposant. Soudain le grand orgue rugit le « god save the king ». Tous debout. Voici les doyens des Universités en robes éclatantes, précédés chacun de leur massier, enfin, deux longs et fins gentlemen, figures rasées, redingote noire : sir Edouard Grey, ministre des Affaires Etrangères, le duc de Connaught.

Ce dernier souhaite la bienvenue aux congressistes accourus des quatre coins de l'univers : « Bien que le Congrès se tienne à Londres, ce n'est pas l'Angleterre seule qui reçoit ses invités. Le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Sud-Africain, l'Inde sont représentés dans les divers comités. C'est donc réellement l'Empire, et non le Royaume-Uni, qui souhaite la bienvenue aux congressistes. » Il rappelle que le roi Edouard, alors prince de Galles, ouvrit le Congrès international de 1881. Il annonce que le roi ouvrira largement les portes du château de Windsor aux congressistes. Il souhaite à ceux-ci de se trouver en Angleterre aussi bien chez eux que dans leur propre maison.

Sir E. Grey qui lui succède apporte au Congrès la bienvenue du gouvernement. D'une voix nette et dans un langage élevé il rappelle les efforts constants de la médecine et de la chirurgie pour arracher à la nature ses secrets. « L'imagination des hommes est suspendue à vos travaux et attend à tout moment de vous la stimulation de la pensée, l'accélération du pouls de l'humanité en soulevant un peu plus un coin du voile et mettant en lumière un peu plus de ce qui était auparavant mystérieux, inexpliqué, inintelligible. »

C'est maintenant sir Thomas Barlow, le président

du Congrès, qui parle, grande figure entourée d'une barbe blanche, revêtu d'une robe noire et or. Il rappelle les noms des savants présents au Congrès de Londres en 1881 : Pasteur, Lister, Koch : « c'étaient des géants alors »; puis énumère les progrès de la science moderne : étude des maladies parasitaires, leurs rapports avec les animaux, les maladies tropicales, le problème du lait qui n'est pas encore résolu, l'étude de l'alcoolisme, la lutte contre la tuberculose sous toutes ses formes par le traitement à l'air libre. Puis voici le triomphe de la chirurgie avec ses conquêtes récentes : chirurgie cérébrale, intrathoracique, anastomoses intestinales. Et il conclut : « il est impossible même d'énumérer, les voies variées dans lesquelles la médecine a coopéré avec la législation économique, sociale et philanthropique que nous appellerons d'un mot, la santé publique. L'école et les écoliers, la maison du pauvre, la mine, l'usine, les professions dangereuses, la vie sans soleil (sunless life), les faibles d'esprit, ont profité et profiteront encore de son invasion bienfaisante, et j'ose prédire que dans peu d'années la vie et le travail dans toutes leurs variétés seront fortifiés, purifiés, rendus plus éclatants par la santé et l'influence pénétrante de la science de la médecine. »

Après ce discours, un délégué de chaque nation, par ordre alphabétique, s'avance. L'orgue joue les premières mesures de l'hymne national du délégué. Celui-ci serre la main du duc de Connaught et du président puis en quelques mots remercie ses hôtes et apporte la bienvenue de ses compatriotes.

Trois orateurs ont été particulièrement applaudis : le docteur Agramonte (de Cuba), un grand spécialiste de la fièvre jaune qui s'enferma avec des malades pour attraper la maladie et noter lui-même ses symptômes et les effets du traitement. Un autre docteur qui l'accompagnait succomba.

Le professeur Landouzy, en robe rouge, est vigoureusement applaudi quand, de sa voix claire et nette, il rappelle les liens qui unissent l'Angleterre à la France et prononce les mots d' « Entente cordiale », compris par tous.

Enfin le délégué allemand, en tenue de général, casque au poing, sabre au côté, soulève les « Hoch » de la partie germanique de la salle par un discours prononcé d'une voix de commandement.

La séance est levée. Les travaux du Congrès vont commencer.

En même temps que ceux des sections, une séance plénière est tenue chaque après-midi dans la salle de l'Albert Hall pour des conférences qui se suivent ainsi :

Médecine interne : professeur Chauffard ;
Chirurgie : professeur Harvey Cushing ;
Pathologie : professeur Herlich ;
Hérédité : professeur Bateson ;
Santé publique : R. H. John. Burns.

Le jour de l'ouverture même du Congrès, le professeur Chauffard fait la première conférence devant un auditoire nombreux. Il a pris comme sujet : « Le pronostic médical au point de vue de sa méthode, de son évolution, de ses limites. »

Dans un discours d'une grande tenue littéraire et très académique, il montre le chemin parcouru depuis que le premier malade posa cette question au premier médecin : « Guérirai-je? ». Il montre ce qu'était la médecine au temps d'Hippocrate et la compare à celle de nos jours. A côté du pronostic immédiat de la maladie le pronostic éloigné s'est fait une grande place, non seulement pour l'individu, mais pour ses descendants. Il y a le pronostic de la famille, de la collectivité, de la société.

Les porteurs de germes constituent un grand problème social actuel. Les grandes épidémies sont enrayées, les maladies qui menaçaient des races entières comme la maladie du sommeil, la dysenterie sont attaquées de nos jours par la science. Mais la maladie ne sera jamais vaincue. Si théoriquement, le progrès du pronostic n'a pas de limites, cliniquement ses limites sont certaines. Cependant, l'espoir doit rester le grand stimulant de l'ardeur médicale.

En terminant, il nous reste à faire une remarque. Il est indéniable que les médecins français sont venus nombreux au congrès de Londres, plus nombreux que dans les congrès antérieurs. Dans beaucoup de sections, ils ne sont plus noyés dans la masse des médecins de langue allemande. Mais beaucoup de grands noms de la science française se sont abstenus; souvent dans les discussions, ce sont les élèves et non les maîtres qui parlent. Cela est très regrettable, car il est indéniable que les allemands par leur nombre, la qualité de leurs représentants et leur cohésion, nous ont montré quel agent de diffusion scientifique et nationale constituent les congrès comme celui-ci.

Londres, 8 août. M. LANCE.

DES
FONCTIONS CUTANÉES SYNERGIQUES OU ANTAGONISTES
DE LA FONCTION PILIPARE

Par M. BOUVEYRON,
Ex-chef de clinique dermatologique,
Licencié ès lettres et sciences.

Il nous semble que ce serait une grave erreur dermatologique que de considérer la fonction pilipare comme isolée et indépendante parmi les autres fonctions cutanées, ou même de considérer n'importe laquelle des fonctions cutanées comme isolée ou indépendante des autres. L'objet de ce travail est précisément de montrer l'existence de certains groupes d'associations fonctionnelles qui ont des rapports étroits avec la fonction pilipare et de montrer qu'à côté des fonctions solidaires et synergiques il en est d'autres antagonistes.

Dans un premier groupe (le mieux connu) d'associations fonctionnelles, nous allons trouver localement et solidairement unies la séborrhée et l'hyperidrose; et en même temps nous verrons que cette association fonctionnelle est habituellement, dans les régions pileuses où on l'observe, antagoniste de la fonction pilipare.

Nous discuterons incidemment quelques problèmes touchant l'influence du régime circulatoire sur la pousse pilaire.

Puis, bien que la question de la différenciation de l'origine des kératines et des graisses cutanées soit encore des plus embrouillées, nous essayerons de montrer que les agents d'hyperkératinisation sont en même temps des antiséborrhéiques et des excitants directs de la pousse pilaire.

Nous montrerons ensuite qu'il existe un antagonisme entre les sécrétions glandulaires de la peau et les épidermites quelles qu'elles soient, spontanées ou provoquées, qui arrivent à bouleverser, à disloquer et à obturer les orifices des glandes cutanées.

Comme dernier exemple d'associations fonctionnelles, nous indiquerons que les excitations répétées portées sur les muscles arrecteurs des poils, s'associent habituellement à une excitation de la pousse pilaire et sont assez généralement liées aussi à un état tonique des vaso-moteurs de la peau.

En même temps, nous ferons ressortir l'antagonisme existant entre les excitations pilo et vasomotrices et les sécrétions glandulaires cutanées.

En somme, ces associations et ces antagonismes fonctionnels de la peau tiennent en partie sous leur dépendance la physiologie de la fonction pilipare. Mais, à leur tour, ils sont dépendants, ainsi que cette dernière, de la plupart des autres fonctions de l'organisme. Et cela suffirait à montrer l'énorme complexité d'une pathogénie et d'une thérapeutique adéquates de la plupart des états d'alopécie diffuse ou de calvitie.

Séborrhée et alopécie. — Le mot de séborrhée est très habituellement employé en dermatologie dans deux sens très différents. Tantôt on désigne sous ce nom une exagération, avec ou sans viciation qualitative, du flux sébacé ; tantôt on désigne ainsi un état clinique de la peau et presque un véritable état morbide.

Pour M. Audry (*Pratique dermat.*, t. IV, p. 270), « séborrhée désigne une anomalie du tégument caractérisée par l'apparence graisseuse cliniquement appréciable ». Mais cette dernière définition est complexe, car la graisse cutanée peut avoir une triple origine : épidermique, sudorale et surtout sébacée. La plupart des oiseaux, en effet, qui n'ont pas de glande sudoripare et dont la glande du croupion est l'unique glande sébacée, ont néanmoins la peau riche en graisse. Et même certains oiseaux, comme l'outarde, le perroquet et l'autruche, qui n'ont pas de glande uropygienne, ont encore une certaine graisse cutanée. D'autre part, Langerhans et Ranvier ont montré que les glandes de la sueur sécrétaient de la graisse et Unna a même prétendu faire de la séborrhée une hyperidrose huileuse. Il n'en est pas moins vrai que les glandes sébacées fournissent la plus grande partie de la graisse du tégument humain. Mais un autre élément vient encore compliquer la définition. Déjà en 1840, Fuchs (de Göttingen) distinguait une forme fluente de la séborrhée ou séborragie et une forme kystique, qui est le comédon. En d'autres termes, les troubles de la sécrétion sébacée peuvent être d'ordre seulement quantitatif et donner lieu à la séborrhée fluente, ou d'ordre également qualitatif et donner lieu à la séborrhée concrète. Ainsi donc, quand certains auteurs parlent de la séborrhée, c'est non seulement un état déjà complexe des glandes sébacées qu'ils ont en vue, mais c'est un état clinique bien plus complexe encore, représentant tous les troubles qui résultent de l'exagération ou de la viciation des diverses fonctions stéatipares de la peau.

Dans ce travail, nous désignons sous le nom de séborrhée la simple exagération de la sécrétion sébacée. Quand elle n'est pas accompagnée de viciation de sécrétion, c'est plus spécialement la séborrhée fluide ou fluente. Dans le cas contraire, c'est la séborrhée concrète ou séborrhée-comédon. Quant à la séborrhée-maladie, nous la désignons, pour éviter toute confusion, sous le nom d'état séborrhéique de la peau.

Rayer fit observer le premier que la chute des poils était fréquemment la conséquence du flux sébacé. Mais depuis Rayer l'on s'est efforcé de préciser cette relation ; et pour M. Sabouraud la séborrhée (qu'il définit par le cylindre gras ou cocon séborrhéique infesté de microbacilles) résume et comprend à peu près toute la pathogénie de la calvitie, qui serait une affection microbacillaire. L'obligation s'impose donc d'étudier de près les rapports de la séborrhée et de la calvitie.

Et d'abord, c'est une notion d'anatomie normale qu'il existe un véritable balancement dans le développement relatif des deux parties constituantes de l'appareil pilo-sébacé. Tous les traités d'anatomie enseignent que, « en règle générale, la taille des glandes sébacées est en raison inverse de celle des poils auxquels elles sont annexées ». (*Traité d'anat.*, de Poirier et Charpy, t. V, f. 1, p. 838.) « Les plus petites (de ces glandes) sont annexées aux racines des cheveux, elles mesurent environ $0^{mm}2$ à $0^{mm}4$; des glandes de dimensions moyennes de $0^{mm}4$ à $0^{mm}6$ sont implantées contre les poils de la barbe; les plus volumineuses se rencontrent au niveau des poils follets des ailes du nez, du pavillon de l'oreille, etc. Elles peuvent alors atteindre là 2 millimètres de diamètre ou plus encore. » (*Traité d'histol.*, de Prenant, Bouin et Maillard, t. II, p. 635.)

Tantôt leur orifice s'ouvre dans le follicule pileux et tantôt s'abouche directement à la peau. Quand les poils ne sont pas des follets, les glandes sébacées sont de simples annexes des follicules pileux, dans lesquels elles déversent leur produit de sécrétion. Mais, quand les glandes sébacées sont très développées comme, par exemple, aux ailes du nez, leur orifice s'ouvre alors directement à la peau en livrant passage à des poils follets minuscules, lesquels ne sont plus que des annexes et des satellites sans importance des glandes devenues hypertrophiques et monstrueuses.

Le même antagonisme de développement se voit avec plus de netteté encore, si c'est possible, dans les poils qui sont de tous les plus développés et les plus parfaits : je veux dire les poils tactiles de la moustache chez le cobaye, le rat, le chat, le lapin, le

cheval, etc., et dans les poils de la membrane de l'aile de la chauve-souris. Ces poils, en effet, volumineux et même énormes, ne présentent pas de glande sébacée ou du moins pas de glande sébacée distincte; et dans ce cas la fonction sébipare n'est remplie que par certaines cellules de la gaine épithéliale externe du follicule.

L'anatomie pathologique du cuir chevelu des chauves va nous montrer entre les deux parties constituantes de l'appareil pilo-sébacé le même antagonisme de développement que l'anatomie normale. A ce sujet M. Rémy dit de la glande sébacée (*Journ. de l'Anat.*, an. 1880, p. 114) : « Cette glande contraste par son volume avec l'atrophie de tout l'organite pileux. C'est l'annexe qui est alors devenu principal, et qui semble s'être hypertrophié. Cette glande sébacée se fait remarquer particulièrement par son volume, car d'autre part elle a la constitution normale. »

Mais cette hypertrophie de la glande sébacée, qui est une des lésions les plus caractéristiques de la calvitie, est-elle d'origine fonctionnelle et acquise ou bien d'origine congénitale?

La première opinion est celle de M. Sabouraud : « L'hypertrophie de la glande sébacée, dit-il (*Les Maladies séborrhéiques*, p. 183), n'est pas une hypertrophie passive par refoulement de ses produits de sécrétion. C'est une hypertrophie active. La glande peut être décuplée de volume, mais elle présente ses cellules sébacées normales, ayant tous leurs attributs propres. Aucune de ces cellules ne donne l'idée de la dégénérescence. Non seulement chaque lobe de la glande sébacée est augmenté de volume, mais il semble que ses digitations soient augmentées de nombre. Ce fait ne peut même faire de doute quand on examine ces glandes dans la peau du scalp d'un chauve. Chacune a certainement fait de toutes pièces des digitations neuves. »

D'après M. Audry, au contraire « on peut admettre que la séborrhée résulte d'une hyperplasie congénitale latente des sébacées et des sudoripares, c'est-à-dire, d'une malformation cutanée qui se révèle au fur et à mesure du développement de l'individu. » (*Pratique dermat.*, t. IV, p. 291.)

Quelle que soit, d'ailleurs, la part de vérité de ces deux conceptions, l'antagonisme entre le développement du poil et celui de sa glande à sébum n'en reste pas moins un fait acquis, aussi bien en anatomie pathologique qu'en anatomie normale.

Si maintenant nous nous plaçons au point de vue de la physiologie normale et pathologique, nous verrons qu'entre les fonctions sébipare et pilipare il y a le plus souvent un balancement analogue et tout à fait superposable aux deux précédents. Nous nous garderons d'énumérer à ce sujet toutes les causes presque innombrables qui peuvent exagérer la fonction sébacée en même temps qu'influencer la fonction pilipare. Nous nous contenterons de citer les glandes sexuelles. Ce sont elles, en effet, et le testicule surtout, qui activent d'une façon énorme la sécrétion sébacée, tout comme elles excitent à la puberté et même à la naissance la glande mammaire ou comme elles excitent au moment du rut les glandes sébacées à parfums de certains mammifères. Leur action sur l'appareil pilo-sébacé est même si grande qu'on pourrait diviser toute la pathologie de cet appareil en deux chapitres : celui d'avant la période d'activité sexuelle et celui d'après, et que ces deux chapitres n'auraient, au surplus, qu'assez peu de maladies communes. En même temps qu'augmente ou se modifie la sécrétion sébacée apparaît avec le fonctionnement sexuel ce que M. Sabouraud appelle très élégamment l'âge critique de la chevelure.

Comme les fonctions sexuelles que nous avons prises pour exemple, la plupart des causes qui influent sur la glande sébacée influent aussi (et pour ainsi dire d'une façon inverse) sur le cheveu auquel elle est annexée. Ainsi la suralimentation, la vie sédentaire, la contention d'esprit, les périodes estivales, le séjour dans des pays chauds augmentent le flux sébacé et sont en même temps des causes importantes de calvitie.

De même encore, quand la pelade se produit à un âge et dans des régions où se manifeste d'ordinaire la séborrhée, il est fréquent de trouver la peau très séborrhéique au niveau des plaques alopéciques.

Donc, apparent ou réel (car la même cause ou le même mécanisme nerveux peut à la fois exciter régulièrement une fonction et en inhiber régulièrement une autre) l'antagonisme des deux fonctions sébipare et pilipare est un fait physiologique d'une haute portée; et sa traduction pathologique, qui est l'association locale habituelle de la séborrhée et de la calvitie, est un fait clinique de très haute importance. Si cette association était rigoureusement constante, elle constituerait même un argument majeur en faveur de la théorie séborrhéique étroite de la calvitie; et, en tous cas, elle constitue la base première et la condition nécessaire d'une théorie microbacillaire de cette affection.

Cependant, de l'avis de la grande majorité des dermatologistes, il ne semble pas qu'il y ait d'équation rigoureuse ni même de corrélation absolument constante entre la séborrhée et la calvitie : M. Brocq notamment admet l'existence d'alopécies prématurées, dites idiopathiques, c'est-à-dire dont l'origine non séborrhéique reste encore à élucider. « J'ai vu, dit également M. Audry (*Prat. dermat.*, t. IV, p. 291), des cuirs chevelus chauves ou en train de le devenir où microbes et cocons (séborrhéiques) étaient moins développés que sur des cuirs chevelus sains. » Et il est d'observation assez commune de voir des calvities évoluer avec assez peu de phénomènes séborrhéiques, alors que des cuirs chevelus bien plus séborrhéiques gardent quand même leur chevelure.

Sur ce point nous nous séparerons aussi de M. Sabouraud malgré notre respectueuse admiration pour cet éminent dermatologiste. Nous ne croyons pouvoir adopter, en effet, ni la théorie séborrhéique exclusive ni surtout la théorie microbacillaire exclusive de la calvitie. Il nous semble même que la théorie séborrhéique (la moins contestable cependant) n'est pas complètement justifiée quand on examine certains faits minutieusement et dans le détail.

A ce point de vue, nous citerons à titre d'exemple

un cas de calvitie dont nous avons observé très minutieusement l'évolution et que nous résumerons ainsi. Il s'agit d'un homme de quarante ans, de vie intellectuelle et sédentaire, dont la calvitie débuta vers l'âge de vingt-cinq ans par dénudation progressive de la tonsure d'abord, puis des triangles fronto-pariétaux. Avant l'âge de vingt-cinq ans, l'état du cuir chevelu était pelliculaire et non gras, tout le vertex transpirait déjà un peu facilement et un peu abondamment, mais sans exagération très marquée. La séborrhée fluide ne s'observait guère qu'au nez, au front, aux angles fronto-pariétaux et pas au cuir chevelu. Sur les ailes du nez seulement, se pouvaient extraire des cocons séborrhéiques.

Vers l'âge de vingt-cinq ans, les pellicules sont devenues moins abondantes et moins sèches et les cheveux se sont mis à tomber courts. Cette chute de cheveux courts est allée crescendo pendant quelques années, puis s'est à peu près maintenue au même degré pendant quelques autres années et enfin a très nettement régressé vers la quarantaine. Elle s'exacerbait à chaque période estivale, après les surmenages, les maladies fébriles, les grandes douleurs morales. La calvitie s'est ainsi constituée, mais bien plus complètement et plus largement dans la région de la tonsure que dans celle des triangles fronto-pariétaux.

Fait digne de remarque, dans cette région de la tonsure où l'hyperidrose déjà existante s'est développée localement au cours de la calvitie d'une façon énorme, il n'y a jamais eu de cocons séborrhéiques qu'on pût extraire, ni même d'accentuation marquée des orifices sébacés ; et la séborrhée exclusivement fluide y était assez peu marquée pour tacher à peine une feuille de papier à cigarette. En revanche, il y avait à cette région spéciale, du moins dans la période estivale, une rosée sudorale abondante et presque constante. De très petits follets seulement sont restés sur cette plaque hyperidrosique.

Au contraire, dans la région des triangles fronto-pariétaux où la calvitie a été bien moins complète et bien moins étendue, et où les poils, bien qu'atrophiques, sont devenus bien moins follets, il s'est produit au cours de l'évolution de la calvitie une augmentation considérable de la séborrhée fluide locale et de l'hyperidrose locale déjà antérieurement existantes ; mais il ne s'est pas produit du tout de cocons séborrhéiques qu'on puisse extraire ni même d'accentuation des orifices sébacés.

En somme, il semble bien dans cette observation que ce n'est pas la séborrhée ni surtout l'infection microbacillaire des cocons séborrhéiques qui aient exclusivement conditionné la calvitie. Dans la région la plus chauve (qui est celle de la tonsure) l'hyperidrose à peu près seule, et dans la région des triangles fronto-pariétaux (à cheveux beaucoup moins atrophiques) la séborrhée fluide et l'hyperidrose réunies ont accompagné son évolution.

Hyperidrose locale, séborrhée et calvitie. — L'association locale habituelle de la séborrhée et de l'hyperidrose dans la calvitie est un phénomène bien connu et sur lequel nombre d'auteurs ont justement insisté. Besnier, en particulier, avait bien mis en lumière cette association fonctionnelle en la désignant sous le nom unique d'hyperstéatidrose.

Si l'on veut s'assurer à quel point l'hyperidrose est associée localement à la séborrhée dans la calvitie, qu'on prenne un chauve dont la calvitie soit en évolution et dont les cheveux soient coupés ras pour faciliter l'examen et qu'on lui fasse faire un exercice déterminant de la sudation : on verra alors que les perles de sueur commencent toujours à sourdre et sont toujours plus marquées dans les régions précises du cuir chevelu qui se dégarnissent de cheveux, c'est-à-dire, dans les régions de la tonsure et des triangles fronto-pariétaux.

Comme la calvitie, « l'hyperidrose du cuir chevelu fréquente chez l'homme est rare chez la femme » ; et dans la calvitie, M. Audry note encore que « précisément au cuir chevelu on constate souvent l'existence d'un développement tout à fait anormal des glandes sudoripares, qui prennent un développement extraordinaire ; leurs acinis se multiplient au point de former de véritables nappes » (*loc. cit.*, p. 270 et 286).

Bien qu'il semble que l'hyperidrose locale puisse se développer et augmenter considérablement au cours de l'évolution de la calvitie, l'auteur conclut (ce qui n'est pas démontré) à l'origine seulement congénitale de cette hypertrophie.

Mais une question se pose : l'hyperidrose locale joue-t-elle un rôle dans la calvitie ? Ou n'en est-elle qu'un symptôme accessoire, un simple témoin ?

Cette dernière opinion est celle de M. Sabouraud : « Si, dit-il (*loc. cit.*, p. 214), dans l'expression du cuir chevelu séborrhéique on examine quels sont les points d'issue des gouttelettes de sueur, on peut, par un examen attentif, se rendre compte que l'hyperidrose n'est pas un phénomène diffus et uniforme, et que les gouttelettes de sueur sont invariablement fournies par les orifices des glandes sudoripares périfolliculaires, celles-là même que l'anatomie nous a montrées *adossées aux follicules pilo-sébacés*. Or, ces glandes, bien que théoriquement distinctes du follicule, se trouvent avoir avec lui une vascularisation et une innervation communes. Rien d'étonnant en ces conditions que leurs phénomènes réactionnels s'observent ensemble. »

Sur ce point, nous sommes heureux d'être tout à fait d'accord avec ce grand dermatologiste et nous admettons très bien avec lui qu'entre les glandes sébacées et les sudoripares il y ait des associations fonctionnelles (nerveuses ou autres). Mais nous ne comprenons pas du tout que le même auteur ait pu dire (*loc. cit.*, p. 212) : « Tous les malades et beaucoup de médecins déclarent traditionnellement que la calvitie provient des crises sudorales qui l'accompagnent. C'est là encore une de ces opinions basées sur ce que nous avons plus haut qualifié de « comparaisons horticoles ». La plupart des plantes placées dans un sol détrempé périssent par la fermentation et la pourrriture de leurs racines. A l'opinion qui donne pour cause à la calvitie la sudation excessive des chauves on chercherait vainement un autre fondement que celui-là. Il est ridicule. »

Nous ne savons pas si un pathologiste quelconque s'est jamais fait une pareille conception horticole et simpliste du rôle pathogénique de l'hyperidrose dans la calvitie. Quant à nous, qui essaierons plus loin d'établir ce rôle sur des faits qui nous semblent positifs, nous admettons simplement qu'en vertu de mécanismes encore inconnus (mécanismes d'innervation ou autres) il y a des fonctions cutanées synergiques et d'autres antagonistes, et qu'une cause, interne ou externe, qui excite exagérément l'un des éléments (ou les deux) de l'association hyperstéatidrosique est en même temps antagoniste de la fonction pilipare.

En réalité, pour ceux à qui ne s'impose pas la théorie strictement microbacillaire de la calvitie, les faits qui militent en faveur du rôle pathogénique de l'hyperidrose sont exactement de même ordre que ceux qui militent en faveur du rôle pathogénique de la séborrhée. Nous dirons même qu'en certains cas le rôle de l'hyperidrose est plus apparent que celui de la séborrhée.

La relation de l'hyperidrose et de la calvitie peut être établie en effet par deux ordres de faits : faits de coïncidence locale et faits de succession physiologique.

Parmi les premiers nous ne retiendrons comme significatifs que ceux dans lesquels l'hyperidrose locale s'observe à peu près sans séborrhée appréciable, et peut être considérée comme le facteur étiologique local dominant de la calvitie. De tels faits existent. L'observation que nous avons citée plus haut en est un. Et M. Sabouraud en reconnaît l'existence implicitement, lorsqu'il dit (*loc. cit.*, p. 212) : « D'autres fois, le phénomène synchrone de l'hyperidrose peut être si développé (dans la calvitie), qu'il en arrive à masquer le phénomène séborrhéique. »

Fait également digne de remarque, le cuir chevelu de la femme peut garder ses cheveux, tout en étant même très gras ; mais on n'y voit jamais l'hyperidrose localisée et excessive qu'on rencontre seulement dans les régions chauves chez l'homme, et même rarement l'hyperidrose diffuse, qui est, au contraire, fréquente chez l'autre sexe. En somme, le cuir chevelu de l'homme se distingue de celui de la femme autant par la prédominance de la sécrétion sudorale que par l'infériorité de l'énergie piloformatrice. Et ces deux caractères nous semblent pouvoir être rapprochés.

Dans certains cas de pelade nous apparaît nettement ce balancement entre les fonctions glandulaires et piloformatrices de la peau, et l'on sait combien est fréquent le phénomène de la rosée sudorale au niveau des plaques peladiques.

En zoologie même, l'observation comparée a imposé l'opinion qu'une exagération presque permanente de la sécrétion sudorale peut en certains cas amener la chute généralisée des poils : « Un climat humide et chaud, lisons-nous dans la *Vie des animaux*, publiée sous la direction de M. Edmond Perrier (t. I, p. 394) amène la dépilation. Par suite de l'hyperactivité des glandes sudoripares, la peau perd ses phanères, ce qui facilite la déperdition de chaleur par rayonnement. C'est le cas des bœufs, dits calongos, et des chevaux nus de Caboul, etc. »

De même, cette relation entre l'hyperidrose et la diminution de l'activité piloformatrice nous est encore attestée par ce fait que la plupart des espèces de mammifères ont perdu la richesse de leur fourrure en passant de pays froids ou tempérés dans des régions tropicales. Inversement, nous verrons plus loin que les causes excitant l'arrection des poils (le froid par exemple) excitent d'ordinaire en même temps la fonction piloformatrice et inhibent de même les fonctions glandulaires de la peau. Ces antagonismes et ces synergies de fonctions cutanées ont la plus haute importance au point de vue de la philosophie biologique, car ils sont une condition même de l'adaptation des mammifères ou, pour mieux dire, des pilifères à leur milieu climatérique. Et le principe même des conditions d'existence impliquait, pour ainsi dire, la nécessité d'un tel mécanisme d'adaptation.

Mais, en faveur du rôle dépilant de l'hyperidrose, il y a mieux que des considérations de philosophie biologique ; il y a surtout des faits d'observation très vulgaire. C'est d'abord que nous perdons en général nos cheveux (les courts et les longs) en beaucoup plus grande quantité à la suite des saisons chaudes qui déterminent une sudation inaccoutumée du cuir chevelu. C'est aussi que les coiffures trop chaudes, les séjours dans les pays chauds amènent le même résultat. C'est encore ce fait d'observation un peu plus délicate : à savoir que le chauve (qui, nous le savons, transpire avec élection dans la région de sa calvitie, tandis que les régions restées pileuses de son cuir chevelu transpirent beaucoup moins) voit presque toujours sa calvitie s'exacerber à la suite de chaque période estivale.

En effet, qu'il s'agisse de chutes diffuses de cheveux longs, qu'il s'agisse de chutes de cheveux courts localisées et rattachables à la calvitie dite séborrhéique, toutes subissent une recrudescence ou une exacerbation à la suite de la saison chaude. C'est qu'en ce cas l'hyperidrose du cuir chevelu vient ajouter vraisemblablement son influence nocive à toutes les autres influences nocives. Nous considérons même que dans la calvitie on a attribué sans preuve et exclusivement à la séborrhée un rôle qui peut être mis partiellement au moins sur le compte d'une hyperidrose locale excessive. Il est vrai qu'il est bien difficile, sinon impossible, de faire le départ, dans la plupart des cas, de ce qui peut appartenir à l'une et à l'autre cause, qui se trouvent presque toujours associées. Mais, dans ces cas, qu'a-t-on fait ? On a simplifié la question en attribuant toute dépilation à la séborrhée exclusivement. On nous a montré que les effets dépilants de la séborrhée s'exacerbaient à la suite de chaque période estivale et il semble bien qu'en ce faisant on nous ait décrit en les attribuant à la séborrhée les effets de l'hyperidrose elle-même.

Il est vrai que ce n'est pas en état de sudation que le dermatologiste examine les cuirs chevelus ; et ainsi le symptôme important de l'hyperidrose lui échappe et ne laisse pas de traces à son observation

tandis que la séborrhée laisse un témoignage permanent. Mais son rôle ne nous semble pas moins réel. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 AOUT 1913)

Le manganèse dans les eaux d'alimentation et les eaux minérales. — MM. F. JADIN et A. ASTRUC. Les eaux d'alimentation contiennent en général fort peu de manganèse ; tout au plus celui-ci se manifeste-t-il dans les eaux ayant parcouru des massifs montagneux. Par contre, les eaux minérales en relation directe avec les roches volcaniques sont assez riche en manganèse.

Essai de reproduction expérimentale des oreillons chez le singe. — MM. Charles NICOLLE et E. CONSEIL. La sérosité des oreillons est virulente pour le bonnet chinois par inoculation intraparotidienne. Après une incubation de vingt-cinq à vingt-sept jours, la maladie se réduit ordinairement chez l'animal à une fièvre de quatre à sept jours de durée, les signes généraux sont faibles ou nuls, le gonflement des parotides généralement inappréciable. Si fruste que soit cette infection, elle n'en est pas moins spécifique, et une première atteinte expérimentale vaccine contre l'inoculation d'épreuve.

Les auteurs font remarquer que chez l'enfant on observe des formes à réaction parotidienne atténuée, et que la longue incubation de la maladie expérimentale, cadre bien avec celle de la maladie naturelle. L'examen du sang montre chez le singe une mononucléose comme chez l'homme.

Choléra expérimental des singes inférieurs. — MM. A. POTTEVIN et H. VIOLLE. Pour metre les animaux (Cynomolgus et Rhesus) à l'état de réceptivité, il suffit de leur administrer une dose de sulfate de soude, capable de produire en trois ou quatre heures, un effet purgatif énergique (7 à 8 grammes suffisent en général). On fait alors ingérer aux singes par la sonde, une certaine quantité d'une culture sur gélose âgée de vingt-quatre heures, délayée dans 20 centimètres cubes d'une culture du même âge, en bouillon.

Suivant la dose de culture ingérée, les animaux meurent en dix-huit à quarante-huit heures ; avec une dose moindre, ils meurent après une maladie de deux à quatre jours, enfin, une dose minime réalise une infection qui ne tue que quelques-uns des inoculés.

La maladie expérimentale reproduit les principaux caractères cliniques et anatomiques du choléra humain : hypothermie, selles riziformes, avec des flocons muqueux, vibrions en abondance, lésions intestinales.

Les auteurs ont pu entreprendre une série de recherches sur les vaccinations anticholériques, dont les premiers résultats sont fort encourageants.

JURISPRUDENCE

LA COCAINOMANIE

Le 30 juin dernier, la dixième chambre du tribunal correctionnel de la Seine, a rendu un jugement qui vise, dans ses attendus, la fâcheuse passion. Est-ce que les priseurs de la coco, qui se remettent entre eux la vénéneuse poudre, sans en faire le commerce, commettent-ils le délit prévu et puni par la loi du 19 juillet 1845 sur les substances vénéneuses ? Non, ont répondu les juges auxquels ce point de droit était soumis.

« Attendu que la vente seule des alcaloïdes végétaux vénéneux et de leurs sels est visée par les ordonnances et décrets relatifs au commerce des substances vénéneuses ;

« Attendu qu'il n'est pas prouvé que X... Y... et Z... se soient livrés au trafic commercial de la cocaïne... »

En effet, ce que répriment les ordonnances et décrets relatifs au commerce des substances vénéneuses, c'est la vente des alcaloïdes végétaux vénéneux et leurs sels. La loi du 19 juillet 1845 dispose dans son article premier, que les contraventions aux ordonnances royales, portant règlement d'administration publique sur la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses seront punies d'une amende de 100 francs à 3 000 francs, et d'un emprisonnement de six jours à deux mois.

Mais en ce qui concerne spécialement la cocaïne, à la différence de ce qui a lieu pour l'opium, la vente seule est prohibée, mais non la remise à titre gratuit. Si on se reporte à l'ordonnance du 29 octobre 1846, rendue après la fameuse affaire de Mme Lafarge qui règlemente dans son titre premier le commerce des substances vénéneuses, on se rend compte qu'elle ne vise que ceux qui veulent faire le commerce des substances comprises dans un tableau annexé à la dite ordonnance. Le décret postérieur du 8 juillet 1850, relatif à la vente des substances vénéneuses n'a fait qu'ajouter au tableau de l'ordonnance du 29 octobre 1846, les alcaloïdes végétaux vénéneux et leurs sels.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 10, 8 mars 1913.) ROTKY : La myosite traumatique. — (N° 11, 15 mars.) HERZFELD et BAUR : Dosage des petites quantités d'indol.

Semaine médicale. — (N° 27, 2 juil. 1913.) Guido BANTI : Splénomégalie hémolytique anhémopoiétique ; le rôle de la rate dans l'hémolyse. — (N° 28, 9 juil.) LEJARS : Le traitement des plaies par armes à feu de l'abdomen en pratique de guerre et en pratique de paix.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 10, 6 mars 1913.) KLEIN : Action du benzol sur le processus leucémique. — STERN : Traitement de la leucémie par le benzol. — SCHOPPER : Le choléra en Roumélie orientale pendant la guerre des Balkans. — ISHIVARA : Etude expérimentale sur la réaction cellulaire d'après Freund-Kaminer chez les rats. — MAREK : L'impétigo herpétiforme de Hebra. — TELEKI : Atrophie isolée de quelques muscles de l'éminence thénar chez les tailleurs de limes. — (N° 11, 13 mars.) JONAS : Les strictures de l'estomac et du duodénum pendant la diète lactée. — MATZENAUER : Actions toxiques surajoutées dues à la production d'alcali par le verre après les injections de salvarsan. — STEIN : La réaction cutanée dans la syphilis et ses rapports avec la réaction de Wassermann. — LIER : Expériences sur le néosalvarsan. — HEINZ : Chirurgie de guerre sur le terrain turco-monténégrin. — BARKAU : Sur le tabes infantile et juvénile. — (N° 12, 20 mars.) FLEISCHMANN : Sur le traitement opératoire des myomes — FREUND : Traitement radiologique du psoriasis. — DEUK : Expériences et impressions de la guerre des Balkans. — HINTERSTUISSER : Un ascaris dans le canal hépatique. — ORTH : Volvulus partiel de l'estomac. — VOGEL : Fracture du maxillaire supérieur.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPHYSE CARDIAQUE (1)

DIAGNOSTIC. — *a*. DIAGNOSTIC POSITIF. — Le diagnostic positif repose essentiellement sur la constatation des signes physiques dont nous avons longuement démontré l'importance. Il faut surtout retenir la fixité de la pointe, l'invariabilité de la matité cardiaque pendant l'inspiration et l'expiration, l'hypertrophie hépatique, les signes veineux. Il faut y ajouter les renseignements fournis par l'examen radioscopique.

Le diagnostic doit encore se compléter par le diagnostic de la *nature* de la symphyse. Est-on en présence d'une symphyse rhumatismale, tuberculeuse, syphilitique, etc.? Nous n'insisterons pas à nouveau sur les caractères spéciaux qui permettent de déterminer l'étiologie particulière à chaque cas de symphyse observée, anamnestiques, Wassermann, épreuve à la tuberculine, etc.

Le diagnostic comprend encore l'appréciation du degré de la symphyse; il faut déterminer s'il existe des adhérences du péricarde, aux plèvres, au diaphragme, à la cage thoracique, enfin quelle est la valeur fonctionnelle du myocarde.

b. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — La symphyse cardiaque est souvent méconnue, ce qui revient à dire que son diagnostic est difficile surtout parce que l'on n'y songe pas; elle devrait être, en effet, recherchée de parti pris, chez les sujets qui ont eu un rhumatisme articulaire aigu compliqué de péricardite, comme chez tous les sujets suspects de bacillose qui présentent des symptômes d'asystolie ou de médiastinite et chez tous ceux qui présentent une hypertrophie cardiaque et hépatique mal expliquée.

Si l'on constate, à l'examen du cœur, quelques-uns des symptômes qui peuvent orienter le clinicien vers la symphyse, avant d'en affirmer l'existence, il faudra éliminer la *myocardite chronique*, la *dilatation du cœur*, l'*épanchement péricardique* : on recherchera surtout si la pointe est immobilisée et si la matité cardiaque est invariable; la constatation de souffles orificiels au cours d'hyposystolie ou d'asystolie ne doit pas faire éliminer sans appel la symphyse, car celle-ci peut coexister avec une cardiopathie valvulaire; dans certains cas même, c'est la symphyse qui détermine les insuffisances valvulaires par dilatation cardiaque.

La symphyse tuberculeuse avec cirrhose du foie prêtera à confusion avec tous les *gros foies* (syphilis, abcès, kyste hydatique, surtout avec le foie cardiaque, etc.). Il s'agit là des *pseudo-cirrhoses* d'origine péricardique, de Pick, mais parfois de cirrhose vraie (cirrhose cardio-tuberculeuse de Hutinel); l'absence de signes cardiaques, à l'auscultation, alors que le tableau clinique est celui d'une asystolie, conduit en effet à penser à une affection primitive du foie : aussi dans ces cas, faudra-t-il toujours penser systématiquement à la symphyse, en rechercher les signes, et contrôler les résultats obtenus par la radioscopie.

L'ascite de la symphyse tuberculeuse peut être prise pour une *péritonite tuberculeuse* et la lésion péricardique peut être totalement méconnue, d'autant plus que dans la cirrhose cardio-tuberculeuse, il existe une légère réaction péritonéale.

Lorsque l'ascite est très considérable, s'il existe en même temps de la circulation veineuse collatérale, si la percussion du foie n'est pas possible, on sera entraîné dans quelques cas, au diagnostic de cirrhose de Laënnec.

En résumé, lorsque les signes physiques cardiaques prédominent, le diagnostic est à faire avec la dilatation du cœur et la myocardite chronique; lorsque ce sont les signes veineux, l'asystolie qui résument la symptomatologie, le diagnostic se discutera avec les causes habituelles de l'asystolie (lésions valvulaires, obstacle périphérique, etc.); lorsque la symphyse s'accompagne d'hypertrophie hépatique et d'ascite, c'est avec toutes les *cirrhoses*, la péritonite tuberculeuse, que le diagnostic prêtera à confusion. En raison des multiples aspects que prend en clinique la symphyse cardiaque, le diagnostic en est toujours difficile, surtout si l'on n'en recherche pas systématiquement les symptômes caractéristiques chaque fois qu'un diagnostic de cirrhose, d'ascite, d'asystolie est hésitant.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la symphyse cardiaque est lié à l'importance de la symphyse et à la présence ou l'absence de médiastinite concomitante. Dans tous les cas de symphyse, même de moyenne importance, le pronostic reste sévère; en raison d'une syncope possible ou de la mort subite, si souvent observée ; en dehors de ces complications, le pronostic est encore grave parce que l'évolution de la symphyse se fait obligatoirement vers l'asystolie et assez rapidement vers l'asystolie irréductible.

Pour Vaquez, l'apparition d'*extrasystoles* est un indice de gravité; le pronostic est encore assombri par l'apparition d'une infection intercurrente, surtout d'une affection aiguë pleurale ou pulmonaire.

Dans la symphyse tuberculeuse, la mort survient parfois rapidement, par granulie ou méningite.

TRAITEMENT. — On est en droit de parler de *traitement prophylactique* en ce qui concerne la symphyse rhumatismale. Ce traitement consiste à immobiliser longtemps tout sujet atteint de péricardite rhumatismale, à faire de la révulsion précordiale, à prescrire à haute dose le salicylate et à en poursuivre longtemps son emploi, à prescrire ensuite les iodures, la thiosinamine, etc.

Lorsque la symphyse est constituée, le malade doit être traité comme un cardiaque ; il devra éviter les courses, les fatigues, le surmenage ; on surveillera de près l'énergie de son myocarde et au moindre signe de défaillance cardiaque, on instituera le traitement cardiosthénique (repos au lit, régime lacté, strophantus, digitale) ; s'il s'agit de tuberculose, on instituera parallèlement un régime approprié (aération, suralimentation modérée, etc.).

Dans les cas où il existe des adhérences avec la paroi costale, on a proposé l'*intervention chirurgicale*. Brauer a pratiqué la *cardiolyse*, opération qui consiste dans la résection des cartilages costaux et des extrémités précordiales ; cette opération aurait des chances de succès si la rétraction systolique est assez énergique et si le myocarde est encore vigoureux; sous le nom de *thoracostomie*, Beck, Urban, Winkemann, Delbet ont tenté avec succès une opération analogue.

BIBLIOGRAPHIE. — BERGÉ. Symphyse cardiaque, Revue gén., *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 79. — HUTINEL. *Traité des maladies des enfants*, t. IV; *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1893, et *Bulletin méd.*, fév. 1908. — BARIÉ. *Traité des maladies du cœur*, nouv. édit., 1912. — VAQUEZ et BORDET. Radiologie de la symphyse cardiaque, *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, 1er janv. 1913.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 83, p. 1358; n° 86, p. 1397, et n° 89, p. 1433.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité du sang, publié sous la direction de M. A. GILBERT, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, et M. WEINBERG, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur. Deux vol. gr. in-8 avec fig. noires et coloriées. En vente tome Ier. Le tome II paraîtra en octobre. — Prix en souscription : 42 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Grands Processus morbides : congestion, inflammation, suppuration, gangrène, par le docteur Camille HAHN, licencié ès sciences, médecin assistant à l'hôpital Saint-Michel. Un vol. in-18 grand jésus, cartonné toile, de 480 pages, avec fig. dans le texte (*Encyclopédie scientifique*). — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 93 — SAMEDI 16 ET MARDI 19 AOUT 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 16 ET MARDI 19 AOUT 1913. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à la place de médecin de l'hôpital de Forges-les-Bains (Seine-et-Oise) sera ouvert le lundi 10 novembre 1913 à midi dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 6 octobre au samedi 25 octobre 1913, de dix heures à trois heures, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Lecointe, chef de clinique adjoint à la clinique d'accouchements (Beaujon), est nommé, pour l'année scolaire 1913-1914, chef du laboratoire de chimie biologique, en remplacement de M. Le Lorier, appelé à d'autres fonctions.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Un concours pour quatre places d'interne à l'asile public d'aliénés d'Aix-en-Provence s'ouvrira le 24 novembre 1913, à Marseille, à la préfecture.

Traitement, 700, 800, 900 et 1200 francs pour les internes-docteurs préparant le concours de l'adjuvat.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser à la préfecture ou à l'asile.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle, les médecins aides-majors de deuxième classe, élèves sortis de l'école d'application du service de santé militaire dans l'ordre ci-dessous, ont reçu les affectations suivantes :

MM. Pauron, Val-de-Grâce (bactériologie); Lacronique, hôpital militaire de Nancy; Terracol, hôpital militaire de Belfort; Nimier, 2e d'artillerie de campagne; Bachelet, 22e d'infanterie; Clavelin, 22e de dragons; Cenet, 4e du génie; Grimal, 52e d'artillerie; Bouissou, 11e bataillon de chasseurs à pied; Cazalas, 24e bataillon de chasseurs à pied; Dubrulle, 113e d'infanterie; Plontz, 79e d'infanterie; Guichot, 10e d'artillerie de campagne; Pacaud, 37e d'infanterie; Audouard, 16e d'infanterie; Sebillot, 64e d'infanterie; Jacquetty, 6e d'infanterie; Bureau, 18e de chasseurs à cheval; Welsch, 23e bataillon de chasseurs à pied; Tamalet, 115e d'infanterie; Fribourg-Blanc, 26e bataillon de chasseurs à pied; Soulié, 2e bataillon de chasseurs à pied; Dupain, 12e de dragons; Heyaud, 9e d'artillerie à pied; Pequegnot, 170e d'infanterie; Dioclès, 11e de chasseurs à cheval; Queheille, 109e d'infanterie; Montel, 12e bataillon de chasseurs à pied; Maliver, 35e d'infanterie; Camors, 12e d'artillerie de campagne; Vauvray, 8e d'artillerie à pied; Guggenbuhl, 171e d'infanterie; Cousinié, 1er du génie (20e bataillon); Despujols, 3e de cuirassiers; Renard, 158e d'infanterie; Hollier, 145e d'infanterie; Grand, 172e d'infanterie; Corroy, 168e d'infanterie; Thibault, 4e de dragons; Massonnaud, 150e d'infanterie; Saltet de Sablet d'Estières, 40e d'artillerie de campagne; Chaisemartin, 12e de hussards; Freydier, 17e d'infanterie; Duclauzaux, 155e d'infanterie; Chaineaux, 42e d'artillerie de campagne; Canac, 20e bataillon de chasseurs à pied; Poursain, 148e d'infanterie; Fauré, salles militaires de l'hospice mixte de Verdun; Bulit, 167e d'infanterie; Mosnier, 47e d'artillerie de campagne; Rey, hôpital militaire de Toul; Drevon, 169e d'infanterie; Coulon, salles militaires de l'hospice mixte d'Épinal; Lhuissier, 31e bataillon de chasseurs à pied; Talenton, 17e bataillon de chasseurs à pied; Boissezon, hospice mixte de Saint-Mihiel.

LE SERVICE DE TROIS ANS ET LES ÉTUDES UNIVERSITAIRES. — On nous communique la note suivante :

En exécution de la circulaire ministérielle du 12 août 1913, les jeunes gens appartenant à la classe de 1913 qui, justifiant du baccalauréat, ont l'intention de demander un sursis d'incorporation pour raisons d'études supérieures et doivent par suite avoir pris leur première inscription dans une faculté ou école d'enseignement supérieur, avant leur comparution devant le conseil de revision, pourront prendre cette inscription dans les secrétariats des établissements de l'Université de Paris, du lundi 18 août au samedi 23 août 1913 inclus, aux heures ci-après indiquées :

Faculté de droit, de dix heures à midi.
Faculté de médecine, de midi à trois heures.
Faculté des sciences, de dix heures à midi.
Faculté des lettres, de dix heures à midi.
Ecole supérieure de pharmacie, de deux heures à quatre heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Castelbon (de Cannes) et Bélières, médecin en chef de la Chambre des députés.

DES
FONCTIONS CUTANÉES SYNERGIQUES OU ANTAGONISTES
DE LA FONCTION PILIPARE (1)

Par M. BOUVEYRON,
Ex-chef de clinique dermatologique,
Licencié ès lettres et sciences.

CONSIDÉRATIONS HYPOTHÉTIQUES TOUCHANT L'INFLUENCE DU RÉGIME CIRCULATOIRE SUR LA POUSSE PILAIRE. — On peut se demander s'il y a un état particulier de la circulation cutanée qui accompagne l'hyperstéatidrose et la calvitie.

M. Darier note particulièrement un état succulent ou œdémateux de la peau séborrhéique.

Il nous a semblé en étudiant au cuir chevelu ce dernier caractère qu'un œdème rosé ou non accompagnait parfois les poussées ou les états marqués d'hyperstéatidrose dans la calvitie en évolution. Et, quoique souvent difficile à mettre en évidence au cuir chevelu, ce caractère nous paraît avoir une certaine importance et une certaine signification comme symptôme d'hyperfonctionnement glandulaire. Car, dans les cas où il accompagne nettement l'hyperstéatidrose, il semble qu'on puisse le rattacher vraisemblablement à « l'inondation lymphatique circumglandulaire » ainsi qu'à la dilatation énorme des vaisseaux blancs reprenant la lymphe exsudée hors des vaisseaux rouges, toutes modifications histologiques qui accompagnent déjà le fonctionnement isolé et intense des glandes sudoripares et que M. le professeur Renaut a magistralement décrites dans ce cas particulier.

Mais ce n'est là, en somme, qu'une induction et non une constatation.

Un fait plus directement appréciable et fondé sur l'observation, c'est que les états d'inflammation avec exosérose du cuir chevelu sont le plus souvent accompagnés de chute pilaire. Que l'inflammation du cuir chevelu soit due à un eczéma vrai ou à une dermite artificielle ou à un pityriasis secondairement eczématisé, le résultat est en général le même, et c'est la dépilation.

Les inflammations marquées et prolongées du cuir chevelu ne sont donc favorables ni à la kératinisation cutanée, ni à la formation pilaire, qui est une autre variété de kératinisation; et pour le moment, nous accepterons ce rapprochement simplement comme un fait d'observation.

Par contre, il ne semble pas que certaines épidermites sèches, qui restent très superficielles (comme certains psoriasis, par exemple), aient le même inconvénient pour la chevelure. Nous avons tous vu (et même d'une façon assez habituelle) des cuirs chevelus avec furfurations psoriasiques conserver une chevelure magnifique et même avoir bien souvent une chevelure beaucoup plus abondante qu'en ont des cuirs chevelus sains.

En réalité, nous ne savons guère dans quelles conditions et dans quelle mesure la congestion superficielle de la peau est favorable ou non à la pousse pilaire. Et quant à la congestion et à l'exosérose assez intenses et assez profondes pour atteindre la papille elle-même, on ne s'est pas assez demandé si elles ne pouvaient pas être nuisibles.

Cependant, à voir l'insouciance avec laquelle la thérapeutique traditionnelle rubéfie parfois brutalement et torture souvent sans mesure le cuir chevelu des malheureux peladiques, on croirait que la question a dû être résolue et que congestion de la papille du poil doit égaler pousse pilaire.

A vrai dire, le problème est extrêmement complexe, même en dehors de la pelade, et nous voudrions en montrer au moins quelques-unes des difficultés, n'ayant aucunement la prétention de le résoudre. En effet, quand on irrite modérément le cuir chevelu, surtout par des applications de substances ayant une action kératoplastique, on détermine une épidermite tout à fait superficielle, qui peut cependant épaissir d'abord, exfolier ensuite les lamelles cornées épidermiques, et qui peut, en outre, obturer les orifices des glandes et inhiber leur sécrétion. On détermine surtout une excitation nerveuse intense et on fait ainsi une œuvre très complexe. Mais rien ne prouve qu'on provoque en même temps une congestion avec exosérose des papilles pilaires et des couches profondes du derme. C'est à peu près simplement ce qui se produit au niveau des papules très superficielles et sèches de psoriasis du cuir chevelu, lesquelles ne nuisent en rien à la chevelure, bien au contraire. A l'endroit où elles siègent, les sécrétions glandulaires sont simplement suspendues. Mais sur les larges et épaisses papules de psoriasis qui infiltrent profondément le cuir chevelu, il y a généralement dépilation.

De même, quand on détermine une congestion sanguine et une exosérose assez intenses pour atteindre le derme profond et déterminer de l'œdème du tissu conjonctif lâche sous-jacent au chorion, il y a habituellement chute pilaire consécutive. C'est ainsi qu'à la suite d'une dermite cadique du cuir chevelu, s'accompagnant d'un œdème considérable du tissu conjonctif lâche sous-jacent au chorion, nous avons vu, dans la quinzaine consécutive, la région enflammée se dénuder, comme à la suite de certains érysipèles graves. Chez un peladique, des applications irritantes déterminèrent au niveau et loin de la plaque peladique une dermite violente avec œdème sous-jacent au chorion ; et sur tout le territoire de la dermite, il y eut consécutivement une chute de cheveux diffuse. Chez un neurasthénique très affecté d'un début de calvitie et qui se fit très longtemps des applications espacées d'essence de térébenthine pure (applications qui allaient parfois jusqu'à déterminer de l'œdème au-dessous du chorion), les cheveux ne cessèrent de tomber qu'après cessation de ce traitement violent.

Dans une auto-observation de M. Jardet (*Ann. dermat.*, 1891, p. 161), à la suite d'un voyage pendant l'été austral dans l'Amérique du Sud, l'auteur qui avait vécu là-bas « constamment au dehors et presque toujours au soleil » et qui avait « éprouvé

(1) Suite et fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 92, p. 1464.

des transpirations extrêmement abondantes » vit à son retour ses cheveux et sa barbe tomber et des sillons transversaux apparaître sur ses ongles ; et il attribue ces faits à « une congestion vive et prolongée des vaisseaux du derme et des vaisseaux de la papille, ce qui trouble et suspend pendant un certain temps la production régulière du poil ».

Il est possible, en effet, qu'un état intense de congestion et d'exosérose de la papille du poil, aussi bien que de la matrice de l'ongle, soit peu favorable à la formation et à l'évolution cornée de ces phanères. Suchard a depuis longtemps montré que l'inflammation de la matrice ou du lit de l'ongle donne lieu à une production d'éléidine et que cette kératinisation anormale rend l'ongle feuilleté et fragile.

Antagonisme probable entre l'évolution cornée et l'évolution grasse des épithéliums. — Mais il y a plus : cette production d'éléidine sous l'influence de l'inflammation de la matrice et du lit de l'ongle serait incompatible, d'après les idées du professeur Renaut que nous exposerons plus loin, avec un processus régulier de kératinisation unguéale. Et cela nous amène à rechercher s'il n'y a pas un antagonisme général et un balancement entre l'évolution cornée proprement dite et l'évolution grasse des épithéliums.

Actuellement, malgré les travaux d'histologie et de microchimie les plus récents, et en particulier ceux d'Unna et de ses élèves, peu de questions sont plus embrouillées et plus obscures que celle de l'évolution épithéliale qui aboutit d'une part à la formation des diverses graisses de la peau (graisses cholestériniques et graisses glycériniques) et d'autre part à la formation des diverses kératines (kératines A, B et C dans la terminologie d'Unna et Godoletz). On n'est pas beaucoup plus fixé sur la signification rigoureuse des divers réactifs tinctoriaux des kératines et des graisses; et ce chapitre d'histochimie de la peau est encore un chapitre d'attente.

Citons d'abord le *Traité d'histologie* de MM. Prenant et Bouin, qui résume les principaux faits et les principales opinions à ce sujet : « Le stratum granulosum comprend presque partout une seule couche de cellules qui peut être discontinue ou faire complètement défaut. Ces cellules sont aplaties, losangiques, à grand axe parallèle à la surface cutanée avec un noyau clair et un protoplasme chargé de granulations nombreuses. Elles sont encore réunies par des filaments intercellulaires moins visibles que dans les couches sous-jacentes (Ranvier, Rabl, Weidenreich, Unna, Branca). Les fibres protoplasmiques n'ont pas disparu, mais elles ont changé complètement de nature microchimique (Schridde). Les granulations qu'elles renferment sont formées par de l'éléidine (Ranvier) et de la kératohyaline (Waldeyer). L'éléidine est une substance semi-liquide de consistance huileuse, d'après Ranvier, qui est répandue sous forme de gouttelettes dans le corps cellulaire et qui noircit sous l'influence de l'acide osmique. La kératohyaline se présente sous la forme de corpuscules solides qui ne noircissent pas après l'action de l'acide osmique et qui ne se colorent pas par l'hématoxyline, Il s'agit ici de deux substances différentes (Rabl) qui représentent deux stades de l'évolution d'une même substance. Les grains solides de kératohyaline se différencient tout d'abord, puis se transforment en gouttelettes liquides d'éléidine. Les granulations de kératohyaline apparaissent d'ailleurs très tôt dans les couches profondes du corps muqueux de Malpighi et augmentent peu à peu de volume (Laffont). On n'est pas exactement renseigné sur les processus cytologiques qui président à sa formation, ni sur les parties du protoplasme qui lui donnent naissance. Les uns le font provenir des filaments intercellulaires (Renaut, Kromayer), les autres de la substance interfilaire (Weidenreich, Apolant). D'autres enfin la considèrent comme une élaboration nucléaire (Posner et Selhorst, Rabl, Mertsching, Ernst, d'Urso et Tattenhammer). » [T. II, p. 585 et 586].

« Le *stratum lucidum* (*couche cornée basale* de Unna) comprend plusieurs assises de cellules polyédriques aplaties dont les noyaux sont peu visibles. La partie profonde de cette couche a été distinguée par Ranvier sous le nom de *stratum intermedium*. C'est une bande mince formée par deux ou trois assises de cellules dont les réactions colorantes sont un peu particulières. Ces cellules ne sont plus réunies par des ponts intercellulaires, leurs fibrilles intracytoplasmiques se sont tassées au niveau de l'exoplasme, leur corps cellulaire s'est revêtu d'une gaine kératinisée et renferme l'*éléidine diffuse* de Ranvier, l'*éléidine* de Waldeyer, qui devient liquide parce qu'elle s'imbiberait des liquides sortis du noyau atrophié (Weidenreich). Beaucoup d'auteurs admettent que l'éléidine se transforme dans les couches plus superficielles de l'épiderme en graisse épidermique et en kératine; aussi Waldeyer lui donne-t-il également le nom de *prokératine*. » (*Traité d'histologie*, Prenant et Bouin, t. II, p. 587.)

« Les cellules germinatives devenant successivement cellules granuleuses et cellules cornées, cette évolution considérée dans son ensemble, semble bien indiquer que la phase à éléidine est nécessaire, indispensable au processus de kératinisation, puisqu'elle le précède toujours et que la phase éléidine est une forme de passage entre la cellule protoplasmique et la cellule cornée. Cette proposition ne pourrait pas faire de doute, si, dans certains cas pathologiques, la kératinisation des cellules superficielles épidermiques ne se réalisait sans l'intermédiaire de la couche granuleuse. » (Loc. cit., p. 588.)

Voilà la théorie classique. L'éléidine, d'abord en grains puis en gouttelettes, serait l'intermédiaire nécessaire de la kératinisation, et aux dépens de cette éléidine se formeraient ensuite les kératines et les graisses cutanées.

D'après le professeur Renaut, la kératinisation se ferait indépendamment de l'éléidine (1), qui serait seulement une graisse.

(1) « Dans l'évolution cornée propre à la corne des phanères (ongles, écorce et épidermicule des poils, des dents cornées), la kératinisation s'opère sur les cellules malpighiennes munies de tous leurs filaments unitifs, principaux ou secondaires. *L'éléidine*

En étudiant d'une manière comparative l'évolution épidermique et l'évolution cornée juxtaposées dans le modèle du sabot d'un embryon de mouton, le professeur Renaut a observé qu'au niveau du limbe du sabot l'évolution cornée se fait avec conservation des noyaux et sans disparition d'aucun des filaments d'union, principaux ou secondaires, qui relient solidement les cellules entre elles. Au contraire, au niveau de la sole et de l'outidure l'évolution épidermique juxtaposée à la précédente se manifeste par la disparition progressive des filaments unitifs principaux et l'apparition concomitante de grains d'éléidine. Au-dessus de la couche granuleuse, « toutes les fibres unitives principales ont disparu ». Ensuite se produit progressivement la disparition des noyaux cellulaires.

Ainsi l'éléidine, loin d'être une substance kératogène comme le supposait Ranvier, est caractéristique, au contraire, lorsqu'elle apparaît en couche continue, d'un épiderme destiné à desquamer. Elle apparaît quand disparaissent les filaments unitifs principaux des cellules épidermiques, aux dépens de qui elle serait formée, d'après le professeur Renaut. Et comme la caractéristique d'une substance cornée solide (telle la substance unguéale par exemple), est la kératinisation des cellules à noyaux avec conservation des filaments d'union qui assurent la solidité des connexions intercellulaires, la présence de l'éléidine est incompatible avec une substance unguéale normale et avec une substance cornée solide.

La différence capitale entre la conception classique de Ranvier et celle de M. Renaut consiste dans le rôle différent que l'un et l'autre attribuent à l'éléidine. D'après Ranvier, la kératinisation de l'épiderme se fait par l'intermédiaire de l'éléidine, qui devient par là même une substance kératogène. Au contraire, d'après le professeur Renaut, la vraie kératinisation solide (celle de l'ongle, de la corne ou du sabot, par exemple) se fait sans l'intermédiaire de l'éléidine; et quand l'éléidine apparaît dans les phanères, elles perdent leur solidité propre. De même, c'est dans les épidermes destinés à desquamer que l'éléidine apparaît en couche continue. Ainsi la vraie kératinisation solide, loin de se faire par l'intermédiaire de l'éléidine, est incompatible avec la présence même de cette substance.

Maintenant, que nous enseigne la pratique dermatologique ? Quelles théories ses résultats confirment-ils ? Et vers laquelle nous orientent-ils de préférence?

En dermatologie, on désigne sous le nom de kératoplastiques les substances qui favorisent une kératinisation épidermique abondante, rapide et solide. Au lieu de desquamer comme d'habitude en furfurations petites et parfois un peu grasses, la couche cornée épidermique forme en ce cas d'épais et larges lambeaux secs, adhérents et résistants qui se détachent difficilement par une véritable exfoliation. Or, *toutes les substances dites kératoplastiques ont une action franchement antiséborrhéique*. Non seulement, en effet, le soufre, la résorcine, l'acide salicylique et les divers goudrons que nous prenons comme exemples s'opposent à la production générale de graisse dans l'épiderme tégumentaire, mais elles semblent s'opposer aussi, à doses convenables, à la production spéciale de graisse dans les glandes sébacées : « S'il est un fait d'expérience acquis, dit Darier (*Ann. dermat.*, 1907, p. 34), c'est que les affections séborrhéiques bénéficient hautement de l'action locale du soufre, des goudrons, et de ce groupe de médicaments qu'on appelle les réducteurs, et parmi lesquels figurent les mercuriaux, etc. Et ce n'est pas au titre d'antiseptiques, c'est à celui de kératoplastiques, de favorisants de la kératinisation normale que ces substances sont utiles. »

Il est à remarquer également que, d'une façon générale, les substances kératoplastiques favorisent la pousse pilaire. L'action du goudron de cade, le mieux expérimenté à ce point de vue, doit être considérée comme certaine; mais, d'après notre expérience, il semble que tous les médicaments plus haut cités de la série kératoplastique agissent à divers degrés de la même manière. Et leur action n'est pas seulement indirecte par amélioration de l'état séborrhéique du cuir chevelu, car cette action se manifeste aussi sur des cuirs chevelus non séborrhéiques et en particulier chez des enfants. Il semble plutôt que ces substances qui favorisent la production et l'évolution cornées d'une façon générale favorisent aussi bien l'hyperkératinisation dans les cheveux que l'hyperkératinisation dans la peau.

En somme, les résultats de la pratique dermatologique qui semblent établir un certain balancement entre l'évolution cornée et l'évolution grasse des épithéliums cutanés s'explique beaucoup mieux dans la théorie du professeur Renaut. Nous dirons même que sa théorie implique, pour ainsi dire, cet antagonisme et qu'elle reçoit ainsi des faits dermatologiques un supplément d'intérêt pratique, sinon de force démonstrative.

Par extension un peu risquée de cette théorie, nous pourrions trouver jusque dans l'appareil pilo-sébacé un exemple de balancement entre l'évolution à peu près exclusivement cornée qui aboutit à la production du poil et l'évolution à peu près exclusivement grasse qui est celle des glandes sébacées. Nous disons à peu près exclusivement, car la moelle et le manteau du poil renferment de l'éléidine et certaines cellules sébacées subissent une véritable kératinisation et forment un réseau désigné sous le nom de « formation cloisonnante ». C'est dans la glande sébacée que la fonction stéatipare (qui a pour substratum principal l'éléidine) et qui est une fonction normale de la peau indifférenciée, paraît être différenciée et portée là à sa plus haute puissance; mais il ne s'agit nullement d'une fonction nouvelle. De même, les kératines du poil sont identiques, d'après Unna et Godoletz, aux kératines cutanées. Il semble donc que l'antagonisme entre l'évolution cornée et l'évolution grasse des épithéliums nous fasse mieux comprendre l'antagonisme de développement anatomique entre les deux parties constituantes de l'ap-

---

n'intervient jamais dans ce processus. » (*Traité d'histologie pratique*, t. II, p. 240.)

« La présence de l'éléidine en couche continue est la caractéristique histologique d'un épiderme destiné à desquamer. » (Loc. cit., p. 241.)

pareil pilo-sébacé et aussi l'antagonisme physiologique entre la sécrétion sébacée et la sécrétion pilaire, si nous pouvons ainsi dire. Il nous fait mieux comprendre également (et ceci est d'importance capitale en pratique dermatologique) comment toutes les substances hyperkératinisantes sont en même temps antiséborrhéiques et excitatrices directes de la formation pilaire.

Ajoutons d'ailleurs que le fait dermatologique nous importe avant tout et qu'il ne saurait partager le sort des explications histologiques qu'on en pourrait fournir actuellement (1).

Antagonisme des épidermites « porolytiques » et des sécrétions glandulaires de la peau. — On sait qu'à la surface des épidermites qui remanient et bouleversent la structure de l'épithélium cutané et qui peuvent en même temps bouleverser et obstruer momentanément les orifices des glandes sudoripares et même sébacées, il y a généralement suspension de la sécrétion sudorale et même de la sécrétion sébacée. Le fait s'observe spontanément à la surface, par exemple, des lésions d'eczéma ou de psoriasis et en un mot de toutes les lésions cutanées, quand elles en arrivent à un certain degré de bouleversement épidermique. De même, les épidermites provoquées par des applications médicamenteuses, pourvu qu'elles arrivent à bouleverser suffisamment l'épithélium, produisent momentanément un résultat analogue. Ainsi en est-il quand on produit la cure d'exfoliation de la peau au moyen de la résorcine, de l'acide salicylique, ou bien encore quand on fait exfolier la peau au moyen de la teinture d'iode, des vésicatoires, etc., ou bien encore quand on tanne et durcit l'épiderme au moyen de coagulants des albumines, tels que l'acide chromique, le perchlorure de fer, le formol, le tannin, l'acide phénique concentré, l'alun, les sulfates de zinc, de fer et d'alumine, — toutes substances employées contre l'hyperidrose.

Il se produit dans tous ces cas une épidermite que nous qualifierons de « porolytique », car elle bouleverse et obstrue momentanément les pores ou orifices des glandes dont elle inhibe les sécrétions. C'est pour cette raison encore que les substances comme l'acide salicylique et la résorcine employés à dose suffisante pour produire une épidermite hyperkératoplastique et une exfoliation cutanée légère, sont de bons moyens pour modérer la sécrétion sébacée et la sécrétion sudoripare et pour lutter dans la calvitie contre l'hyperstéatidrose du cuir chevelu. Leur mode d'action est ainsi assez complexe, dans ce cas particulier du moins.

Synergie de la fonction horripilatrice et de la fonction pilipare. — Jusqu'à présent nous avons surtout envisagé les fonctions glandulaires et stéatipare de la peau, qui sont antagonistes de la fonction piloformatrice. Nous allons envisager maintenant une fonction, qui est, au contraire, synergique de cette dernière : c'est la fonction musculaire d'horripilation.

Un simple coup d'œil jeté sur la zoologie nous montre que d'une façon générale ce sont les phanères douées de la plus grande motilité (et souvent même de motilité volontaire) qui se font parmi leurs congénères remarquer par leur développement extraordinaire. Tout le monde sait, par exemple, combien les poils de la moustache chez le rat, le chat, le lapin, le cobaye, etc., sont extraordinairement développés par rapport aux autres poils du même animal. Or, à ces poils tactiles sont annexées non-seulement d'importantes fibres musculaires lisses, mais même, suivant divers auteurs, des fibres striées transversalement, qui font de certains de ces poils de véritables organes de mouvement volontaire. De même, les plumes de la queue du paon, si remarquables par leur gigantesque développement, se font également remarquer par leur motilité extraordinaire, qui est soumise à la volonté de l'animal. Il en est encore de même des piquants du hérisson et du porc-épic. Les plus volumineux qui siègent vers la région postérieure du corps ont aussi la motilité la plus grande; et ces animaux les redressent à volonté pour se défendre.

En dehors de ces exemples, qui sont des cas extrêmes, il est d'observation tout à fait vulgaire que les plumes rémiges ou rectrices ou les poils qui ont la plus grande motilité relative sont aussi relativement les plus développés. On sait de même que chez beaucoup d'animaux les poils du dos qui s'horripilent sont bien plus développés que les poils du ventre auxquels la fonction horripilatrice fait à peu près défaut.

Dans le même ordre d'idées, il est également à remarquer que la plupart des causes qui excitent la croissance des poils excitent en même temps la contraction des muscles lisses cutanés et particulièrement des horripilateurs. Ainsi en est-il du froid dont l'action pilomotrice et piloformatrice, vraiment prépondérante, détermine une richesse extraordinaire de la fourrure chez les mammifères habitants des zones glacées du globe. Ainsi en est-il aussi (mais à un moindre degré) de la plupart des substances employées empiriquement comme toniques de la chevelure et qui sont *également* des toniques des muscles lisses de la peau et en particulier des muscles arrecteurs. Parmi ces substances, il nous suffira de citer la quinine, la pilocarpine, la caféine, l'acide formique, qui sont des excitants bien connus des fibres musculaires lisses, et la teinture de capsicum dont l'emploi à doses fortes produit une véritable horripilation de la chevelure.

De même, toutes les frictions dites excitantes de la chevelure éveillent en même temps la contraction des appareils pilomoteurs.

Comme moyen encore d'exciter la pousse pilaire, d'après Leistikov (*Thérapeutique des maladies de la peau*, trad. franç., p. 411), « Seeger a proposé d'exciter les muscles redresseurs des poils par voie réflexe, au moyen de frôlements sur la région de la nuque et des épaules ».

(1) Nous regrettons de ne pouvoir exposer comme il conviendrait les récents et intéressants travaux d'Unna et de ses élèves sur le mécanisme de la kératinisation et l'origine des graisses cutanées. On en trouvera un bon résumé dans l'article de M. Civatte sur « la Chimie de la peau ». (*Ann. de dermat.*, 1912, p. 659.)

A l'horripilation s'associe une véritable synergie de toute la musculature lisse de la peau; et déjà en 1899 (*Soc. de dermat.*, 9 nov. 1899) M. Jacquet avait montré que les injections de pilocarpine constituent un excellent moyen de mettre en lumière la synergie des muscles lisses cutanés. « En même temps que l'arrecteur érige le poil, dit Branca, il entrave la circulation; il est synergique des vaso-constricteurs. Lewandowsky a montré que l'extrait de capsule surrénale, injecté sous la peau du chat, provoque la contraction des pilomoteurs en même temps qu'il agit sur la circulation sanguine. »

« Ainsi qu'Unna l'a fait remarquer, dit aussi M. Darier (*Prat. dermat.*, t. I, p. 58), l'arrecteur s'insère par son extrémité libre au réseau élastique du corps papillaire; en tirant sur les mailles de ce réseau, il entrave ainsi la circulation dans les vaisseaux qui le traversent. Ce muscle est donc synergique des vaso-constricteurs. »

Cette association de l'horripilation et de la vaso-constriction cutanée est particulièrement frappante dans le frisson, ainsi que chacun a pu en faire l'observation sur soi-même.

En se contractant, le muscle arrecteur du poil peut-il comprimer et anémier spécialement une glande sébacée comprise entre le poil et lui? En exprime-t-il le contenu comme le supposait Hesse? Cela est admis par certains auteurs et rejeté par d'autres.

A défaut de cette action directe, il y a certainement un antagonisme entre la fonction pilo et vasomotrice, d'une part, et, d'autre part, les fonctions sécrétoires de la peau et notamment la fonction sudorale. Chacun sait par expérience que le frisson est incompatible avec la sudation. Dans les accès de fièvre paludéenne, par exemple, la peau est sèche et pâle durant toute la période de frisson. Ce n'est qu'après la cessation du frisson que la peau devient moite et le visage vultueux.

Cet antagonisme entre les fonctions pilo et vasomotrice, d'une part, et les fonctions glandulaires, de l'autre, s'exprime même par des dispositifs anatomiques spéciaux. Ainsi, le professeur Renaut a montré que chez certains animaux, comme l'âne et le cheval, les canaux sudorifères de l'aisselle s'engagent souvent dans une boutonnière que leur fournit l'arrecteur. Pendant le frisson, la boutonnière se rétrécit sous l'influence de la contraction de ce muscle, et la lumière du canal sudorifère s'aplatit et s'efface, rendant ainsi impossible toute sudation abondante.

Indications thérapeutiques générales. — Les considérations précédentes sur les associations et les antagonismes fonctionnels de la peau nous ont montré l'existence d'un système assez étroitement lié, de conditions locales défavorables à la pousse pilaire, et l'existence d'un système généralement antagoniste du précédent, de conditions locales favorisantes de la pousse pilaire et liées entre elles.

Nous pouvons tirer de leur étude les indications générales suivantes :

Eviter toutes les conditions (générales ou locales) qui favoriseraient l'exagération des sécrétions et l'état d'œdème ou d'exosérose du cuir chevelu.

Rechercher, au contraire, toutes les conditions (générales ou locales) qui favorisent les processus d'hyperkératinisation sèche du cuir chevelu, ainsi qu'un état tonique habituel de ses muscles lisses pilo et vaso-moteurs.

Il n'entre pas dans notre sujet d'étudier maintenant la meilleure façon pratique de réaliser ces diverses indications au moyen de prescriptions hygiéniques ou de médicaments d'emploi nouveau ou déjà ancien. Cette étude est trop importante et trop vaste pour que nous n'en fassions pas l'objet d'un travail spécial, qui sera ultérieurement publié. Il nous a suffi de montrer dans celui-ci que, en vertu d'associations ou d'antagonismes fonctionnels, la fonction pilipare est solidaire, dans un sens ou dans un autre, des autres fonctions cutanées dont elle dépend étroitement. Comme elles, elle est liée directement ou indirectement à la plupart des fonctions de l'organisme.

ANALYSES

MÉDECINE

Le cycle de la cholestérinémie. (Adrien Grigaut. Th. de Paris, 17 juillet 1913.) — Ce travail est divisé en trois parties :

Dans la première partie, l'auteur fait l'exposé technique et critique de la méthode de dosage qu'il a instituée et qui est à la base des recherches qu'il a poursuivies en collaboration avec MM. le professeur Chauffard et Guy Laroche. Il montre que cette méthode est absolument rigoureuse pour le dosage de la cholestérine dans le sérum et dans les tissus.

La seconde partie contient le résumé des travaux de MM. Chauffard, Guy Laroche et A. Grigaut concernant les variations cliniques de la cholestérinémie. Ces recherches, rappelons-le, établissent que :

1° Le taux de la cholestérine par litre de sérum humain oscille normalement entre 1gr40 et 1gr90 et le chiffre moyen normal de la cholestérinémie chez l'homme est de 1gr60.

2° Très abaissé dans la règle pendant la période d'état des infections, le taux de la cholestérine s'élève au contraire au-dessus de la normale pendant la période de convalescence. Son évolution suit ainsi fidèlement la courbe des différentes réactions organiques qui caractérisent l'infection : l'hypocholestérinémie coïncide avec la période de moindre résistance de l'organisme; l'hypercholestérinémie s'installe au contraire au moment où l'organisme s'immunise et lutte victorieusement contre l'infection.

3° Pendant la durée de la période gravidique et puerpérale, la cholestérine du sérum subit une augmentation et s'élève au taux moyen de 2gr50. Cette hypercholestérinémie semble destinée à la fois à subvenir aux besoins du fœtus et à lutter contre les intoxications consécutives à la gestation et à la parturition.

4° Chez les brightiques, l'hypercholestérinémie est dans la règle très accusée et peut atteindre des chiffres supérieurs à 15 grammes pour 1 000. Le taux de la cholestérine évolue en raison inverse de l'azotémie.

5° Chez les ictériques, l'hypercholestérinémie est également dans la règle très accusée et peut aussi atteindre le chiffre de 15 grammes par litre. Elle évolue d'une manière générale parallèlement à la rétention des autres éléments de la bile : la bilirubine et les sels biliaires. Toutefois, les disso-

ciations entre les trois éléments de la cholémie : la bilirubinémie, la cholalémie et l'hypercholestérinémie ne sont pas rares et chez les lithiasiques et les xanthomateux par exemple, on voit parfois l'hypercholestérinémie exister seule et constituer le seul élément de la rétention biliaire.

6° L'hypercholestérinémie alimentaire qui survient consécutivement à un régime riche en graisse et en cholestérine est transitoire et inconstante. L'organisme détruit d'ailleurs par jour plus de cholestérine que n'en comporte l'alimentation, la majeure partie lui en étant fournie par les synthèses intra-organiques.

La troisième partie de ce travail est consacrée à l'étude proprement dite du cycle de la cholestérinémie : l'auteur s'attache à démontrer les origines et le sort de la cholestérine du sérum.

Origines de la cholestérine du sérum. — 1° L'alimentation n'a qu'un rôle secondaire dans la genèse de la cholestérinémie et la majeure partie de la cholestérine du sérum provient d'une malformation de cholestérine au niveau des glandes surrénales et accessoirement du corps jaune (A. Chauffard, Guy Laroche et A. Grigaut).

2° La surrénale est l'organe par excellence de la cholestérinigénèse. C'est à son hyperfonctionnement qu'est due l'hypercholestérinémie des gravidiques, des brightiques et des infectés à la période de convalescence. Au contraire, la déchéance de cet organe amène de l'hypocholestérinémie comme chez les infectés à la période d'état.

3° Le corps jaune est également le siège d'une abondante cholestérinigénèse et vient à ce point de vue renforcer l'action des surrénales pendant les premiers mois de la gestation.

Destinée de la cholestérine du sérum. — 1° La cholestérine de l'organisme est normalement éliminée par le foie.

2° Par suite d'une obstruction de cet organe ou d'une diminution dans sa fonction sécréto-excrétrice biliaire, la cholestérine s'accumule en excès dans l'organisme, d'où hypercholestérinémie par rétention.

3° Ce n'est pas à l'état de cholestérine, mais en majeure partie sous forme d'un produit de transformation, l'acide cholalique, que la cholestérine est éliminée par le foie.

4° L'acide cholalique qui se forme ainsi dans le foie aux dépens de la cholestérine représente le produit principal d'élimination de la cholestérine de l'organisme.

5° Lorsque la fonction secréto-excrétrice biliaire s'atténue et que la cholestérine s'accumule dans l'organisme, il en résulte une diminution dans l'excrétion de l'acide cholalique par la bile d'où hypocholalécholie.

Et l'auteur conclut ainsi :

« Hypercholestérinémie par rétention et diminution de production d'acide cholalique sont ainsi deux états connexes occasionnés par une seule et même cause : le défaut d'élimination de la cholestérine par le foie. »

Cette conception nouvelle prête singulièrement à réflexion et nous fait entrevoir l'explication scientifique de l'élément diathésique héréditaire qui tient une place si importante dans la pathogénie de la lithiase et que l'on pourrait traduire chimiquement par cette formule : « hypercholestérinémie et hypocholalécholie ». L. GAYARD.

Des Réactions méningées observées au cours de la syphilis. Leur enchaînement et leur pronostic. (L.-C. JOLIVET. Th. de Paris, 1912; J. Rousset, édit.) — Ce travail a été fait dans le service du docteur Hudelo, à l'hôpital Broca. L'auteur montre que les reliquats des méningites aiguës syphilitiques (lymphocytose, troubles des réflexes) constituent des faits de passage entre la méningite syphilitique aiguë et la méningite chronique syphilitique, celle-ci ayant, d'autre part, des relations avec la parasyphilis; ces séquelles des méningites aiguës syphilitiques en modifient considérablement le pronostic qui doit toujours être très réservé, en ce qui concerne l'avenir des malades.

La ponction lombaire sera pratiquée chez les syphilitiques et leurs descendants à la moindre menace d'accidents méningés; elle fournit des éléments de diagnostic par l'examen du liquide céphalo-rachidien et elle constitue aussi un agent thérapeutique précieux, par son action sur la céphalée.

Comme traitement des réactions méningées syphilitiques, M. Jolivet conseille les injections intramusculaires ou intraveineuses de sels solubles de mercure ; le traitement ioduré n'est qu'un adjuvant. Quant au 606, il a une action rapide sur les phénomènes méningés, mais nulle sur les séquelles. Quel que soit le traitement choisi, il faut le continuer longtemps et à doses intensives. Ainsi traitées, la céphalée guérit constamment, les formes frustes et latentes de méningite aiguë guérissent presque toujours, mais peuvent laisser des séquelles ; les méningites aiguës laissent après elles des séquelles presque constantes ; dans la méningite chronique, les résultats thérapeutiques sont nuls. M. BRELET.

MÉDECINE INFANTILE

A propos de la résistance à la fatigue chez le jeune enfant. (LESAGE et COLLIN. *Arch. de méd. des enfants*, janvier 1913.) — Tous les enfants jusqu'à deux ans et huit mois environ résistent d'une façon spéciale à la fatigue. Ceci peut être mis en évidence par la longueur de l'expérience du bras levé ou par le fait qu'ils ne baissent qu'un bras quand une impulsion unilatérale leur est donnée. Ce fait doit être rattaché à tous les autres signes dits de débilité motrice physiologique. Étant donné qu'il n'existe pas chez l'idiot et chez l'imbécile, sa constatation peut rendre des services chez les enfants pour lesquels on pourrait craindre l'idiotie ou l'imbécillité, en montrant que leur système nerveux retardé dans son évolution n'est pas terminé et que beaucoup des symptômes constatés s'évanouiront au fur et à mesure du développement.

La prolongation de ce signe permet de dépister précocement de futurs psycho-névropathes. B. GAYARD.

Les rétentions azotées et salines des nourrissons nourris au biberon. Les atrophiques florides. (BARBIER. *Soc. de pédiat.*, 12 nov. 1912.) — Les enfants nourris au biberon ingurgitent pour le même volume de lait une quantité plus élevée d'albumine et de sels; les selles de ces enfants renferment également une quantité plus élevée de matières protéiques et de substances salines; le tube digestif absorbe également une plus grande quantité d'albumine et de sels; enfin ils retiennent dans leur organisme une plus grande quantité de matières azotées et de sels. Deux faits dominent la pathogénie des accidents que présentent ces nourrissons ; ce sont d'une part les troubles urinaires et d'autre part les rétentions toxiques et salines qui, avec l'infiltration de la peau, leur donnent un aspect particulier et déterminent des accidents nerveux plus ou moins intenses ; les nourrissons qui ont une diurèse excessive, prennent l'aspect desséché des athrepsiques, ceux qui n'éliminent pas l'excès de sels font une *hyperminéralisation* intense et présentent des œdèmes durs de la peau ; ces derniers représentent des atrophiques florides. Cet état s'améliore assez vite sous l'influence de la diète hydrique. Ce qui caractérise cliniquement encore les atrophiques florides c'est l'existence de troubles nerveux que l'auteur attribue à la rétention azotée et qu'il rapproche de la *forme somnolente de la rétention azotée*, que viennent de bien étudier MM. Nobécourt et Maillet. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Réimplantation tubaire : nouvelle méthode conservatrice de stérilisation chez la femme. (George DE TARNOWSKY, *Journ. amer. med. assoc.*, vol. LX, n° 16, 19 avril 1913, pp. 1221-1223.) — Les méthodes de stérilisation généralement employées sont sujettes aux reproches d'inefficacité ou de destruction permanente. Tarnowsky propose une méthode

qui a beaucoup d'avantages ; elle maintient les fonctions de l'épithélium cilié, assure le drainage tubaire normal (et ainsi empêche la production d'un hydro-salpinx postopératoire, fait qui a été plusieurs fois noté avec les méthodes d'occlusion de la trompe) ; enfin, si, après un certain temps, la femme veut faire cesser sa stérilité, la disposition normale peut être rétablie. Tarnowsky a opéré quatre cas en un an et demi. L'un de ces cas sera réopéré pour rétablir la possibilité de grossesse.

Le nom de réimplantation tubaire ne nous semble pas donner une idée exacte du procédé ; transplantation ou surtout transposition seraient de meilleurs termes. Les trompes sont divisées à six millimètres de la corne utérine ; le bout utérin est inverti et les revêtements péritonéaux suturés. Les deux bouts périphériques sont amenés sur la paroi utérine postérieure dans un canal sous-péritonéal creusé avec une pince après incision du péritoine, de telle sorte qu'à la fin de l'opération les deux extrémités des trompes sont parallèles l'une à l'autre et perpendiculaires au grand axe de l'utérus. Elles sont fixées dans cette position par quelques points de suture et l'extrémité ouverte est fendue et légèrement retroussée en manchette. F. GARDNER.

PSYCHIATRIE

L'hérédité vésanique similaire. (Georges DEMAY. *Revue de psychiat. et de psychol. expériment.*, avril 1904, n° 4.) — La question des psychoses familiales, question de connaissance déjà ancienne puisqu'elle fut déjà étudiée par Esquirol en 1838, a suscité, dans ces dernières années, plusieurs travaux importants surtout à l'étranger. A la suite de ces différents travaux, de nombreux aliénistes ont regardé comme fréquente la transmission héréditaire des psychoses par types similaires. Quant aux conditions suivant lesquelles se ferait la transmission des psychoses, elles nous échappent jusqu'à présent. Cependant certains auteurs et particulièrement Cannon, Rosanoff et Florence Orr ont cherché, récemment, à étendre à la transmission des maladies nerveuses et mentales, les découvertes faites par Mendel dans le domaine de l'hérédité morphologique et qui ont été confirmées depuis par de Vries et Cuenot. Les résultats de leurs travaux favorables à la conception mendelienne ne doivent pas être rejetés a priori, quelques singuliers qu'ils paraissent. D'autant moins que certaines maladies hérédo-familiales semblent obéir aux lois de Mendel. Ces maladies ont d'ailleurs pu être séparées en deux groupes : dans l'un, le caractère morbide est récessif (albinisme, surdimutité familiale, rétinite pigmentaire) ; dans l'autre, le caractère morbide est dominant (dysostose cléido-cranienne héréditaire, brachydactylie, paralysie périodique familiale, chorée de Huntington).

Apert a montré que cette distinction pouvait être faite par l'observation clinique et que les maladies à caractère dominant sont les mêmes que les maladies à hérédité continue : lorsqu'un membre de la famille échappe au mal, ses descendants restent indemnes. « Au contraire les maladies familiales qui ne se reproduisent que de loin en loin dans la lignée, et qui sont particulièrement fréquentes chez les enfants issus d'unions consanguines, sont des maladies à caractère récessif » et qui obéissent à la formule mendelienne. Toutes ces règles qui sont aisément vérifiables quand elles consistent en perturbations objectives sont à la vérité beaucoup plus difficiles à étudier dans le domaine de l'aliénation mentale. Sans parler de la dissimulation volontaire de la tare dans l'ascendance, de l'action perturbatrice d'éléments étrangers et de cette cause d'erreur toujours possible qu'est l'adultère, comment affirmer qu'un individu a ou n'a pas présenté d'aliénés dans ses ancêtres ? C'est pourquoi, comme il n'existe pas, en psychiatrie, beaucoup d'observations analogues à celle qui existe en ophtalmologie, par exemple sur la famille héméralope des Nougaret (qui porte sur 10 générations), il importe de n'accueillir qu'avec réserves les résultats de Cannon, Rosanoff et Orr, pour si intéressants qu'ils soient. Ce sujet demande donc de nouvelles études ; et, puisqu'il en est ainsi, il serait intéressant de chercher s'il existe pour certaines formes de vésanie ce mode curieux d'hérédité appelé par Apert hérédité matriarcale et qui s'observe dans l'hémophilie, le daltonisme, la paralysie périodique familiale. Tous ces faits ne sont d'ailleurs pas seulement intéressants au point de vue spéculatif, mais encore au point de vue pratique, car, s'ils étaient bien connus, ils permettraient peut-être de réaliser la prophylaxie des maladies familiales. En cas de maladie à caractère dominant, tout sujet indemne de la tare est incapable de la transmettre à ses descendants et le mariage peut être permis. S'il s'agit d'une maladie à caractères recessifs, au contraire le germe de la maladie, s'il est latent chez les descendants, n'est pas disparu et peut se manifester dans la suite, si une union intervient avec un sujet porteur également d'un germe latent. Aussi lorsqu'une maladie recessive s'est manifestée une fois dans une famille, même en remontant très loin dans l'ascendance, toute union consanguine entre les descendants devrait-elle être bannie. B. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

La Narcose. Théorie et pratique (1), par le docteur Th. HAMMES, ex-privat-docent à l'Université d'Amsterdam ; traduction française par le docteur Ch. DAM, ex-assistant de chirurgie des hôpitaux de Bruxelles ; préface du docteur Th. TUFFIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Le temps n'est plus où la technique de l'anesthésie consistait à verser du chloroforme sur une compresse et à le faire respirer au malade jusqu'à ce que la résolution soit obtenue. La fréquence des accidents a incité les chirurgiens à étudier des méthodes de dosages plus précises au moyen d'appareils, l'étude des divers anesthésiques généraux et de leurs mélanges a fait aussi de grand progrès, l'emploi d'appareils spéciaux dans la chirurgie de la face et des voies aériennes, autant de circonstances qui sont venues compliquer le rôle de l'anesthésiste, si bien que, à l'étranger, ce rôle est dévolu à un spécialiste en la matière, et cet usage tend à s'établir chez nous, au moins dans la clientèle de la ville. Les guides théoriques et pratiques pour l'étude de l'anesthésie existent déjà à l'étranger depuis plusieurs années, et c'est la traduction de l'un d'eux qui nous est présentée. Il comporte une série de chapitres sur l'historique, la chimie, les généralités et la théorie de la narcose, puis l'étude des anesthésiques les plus usuels avec les accidents de leur administration. Puis vient la partie pratique de technique : préparation du malade, attitude, instrumentation, appareils, etc. Puis l'indication des narcoses par succession d'anesthésiques ou par mélanges. Enfin le choix de l'anesthésique selon les cas, puis une bibliographie très considérable. Nous ferons à l'ouvrage une critique : selon nous s'il s'adresse à l'étudiant, au praticien qui doit en toute occasion être susceptible de savoir endormir correctement un malade, l'ouvrage est trop complet, beaucoup de choses sont inutiles et l'embarrasseront dans sa lecture. Si l'ouvrage s'adresse au contraire au médecin désireux de devenir un anesthésiste de profession, il nous semble incomplet en certains points ; par exemple pour l'anesthésie à l'éther, l'appareil d'Ombrédanne dont l'emploi tend à se généraliser chez nous, est seulement mentionné en passant. Néanmoins, tel quel, c'est un volume intéressant, documenté, qui rendra service à ceux que ces questions intéressent spécialement. M. LANCE.

(1) Un vol. in-8° de 272 pages avec 22 fig. — Paris, O. Doin et fils.

Précis de Physiologie (1), par M. ARTHUS.

Ce livre est le résumé fidèle de l'enseignement que professe à Lausanne le célèbre physiologiste Arthus; ce précis étant un livre d'enseignement, l'auteur s'est efforcé tout en restant clair, d'y réunir sous le plus petit volume, le plus grand nombre de faits. Ce livre comprend en réalité deux ouvrages : un premier traité de physiologie imprimé en grand texte, destiné aux commençants, et un second traité de physiologie, comprenant l'ensemble de l'ouvrage, grand et petit texte, destiné aux étudiants plus avancés.

Cette quatrième édition est imprimée avec le même soin que les précédentes; elle est illustrée d'excellentes et nombreuses figures; nul doute que cette nouvelle édition ne rencontre auprès des étudiants comme des médecins, le même succès que les précédentes, succès bien légitime d'ailleurs, en raison de la clarté de l'ouvrage et de la compétence universellement reconnue de son auteur.

B. GAYARD.

Ce que j'ai vu en Allemagne (1), par le docteur Louis LAVIELLE (de Dax).

Le sous-titre de cette brochure, *Notes et impressions d'un voyage d'études aux stations thermales*, suffit à en préciser l'objet principal. L'auteur a fait partie du voyage d'études médicales qui, récemment, visita huit des principales stations allemandes, et ce sont les impressions toutes fraîches qu'il en a rapportées que nous trouvons exposées dans son intéressant opuscule. C'est là du bon travail et bien français ; car admirer l'étranger dans ce qu'il a de louable et chercher à diriger son pays dans la même voie est une forme de nationalisme à laquelle on ne saurait qu'applaudir. Or notre France est assez riche en stations thermales de toutes les variétés pour que nous n'ayons rien à envier à nos voisins, bien au contraire. Le tout est de s'entendre pour mettre ces richesses en valeur, et c'est à susciter l'entente et l'initiative que visent des travaux comme ceux du docteur Bardet, que le docteur Lavielle ne manque pas de rappeler, et comme celui qu'il nous offre lui-même aujourd'hui. Il convient, dans l'intérêt français de méditer ces appels et de les mettre à profit.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

COURS ET CONFÉRENCES

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE. (M. CASTEX, chargé de cours.) — COURS PENDANT LES VACANCES. — MM. Collinet, Rabé et Paul-Boncour, assistants de M. le docteur Castex, commenceront le mardi 23 septembre 1913, à l'amphithéâtre Cruveilhier (École pratique de la Faculté, rue de l'École-de-Médecine, 15), une série de dix-huit leçons, avec présentation de malades.

Ces leçons auront lieu tous les jours (excepté le dimanche) à trois heures.

Les élèves inscrits seront exercés à l'examen et au traitement des malades de la clinique.

Programme du cours. — 1. Technique des examens en otorhino-laryngologie et broncho-œsophagoscopie. — 2. Affections et chirurgie des amygdales. — 3. Tuberculose du larynx. — 4. Tumeurs bénignes et malignes. — 5. Corps étrangers du larynx et de la trachée. — 6. Névroses du larynx. — 7. Rhinites hypertrophique et atrophique (ozène). — 8. Malformations de la cloison. — 9. Epistaxis. — 10. Syphilis du nez. — 11. Tumeurs bénignes et malignes des fosses nasales. — 12. Végétations adénoïdes. — 13. Sinusites et ethmoïdites. — 14. Affections de l'oreille externe. Corps étrangers. — 15. Maladies de la trompe d'Eustache. Cathétérisme. — 16. Infections de l'oreille moyenne. Complications. — 17. Sténose tympano-labyrinthique. — 18. Vertiges otiques. Maladie de Ménière. Infections du labyrinthe.

Le droit à payer pour ce cours est de 50 francs.

Seront admis : les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Un certificat d'études est délivré aux élèves.

(1) Quatrième édition. — Paris, Masson et Cie.

(1) Broch. de 114 pages avec 8 gravures. — Paris, A. Maloine.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 10, 6 mars 1913.) DENEKE : L'aortite syphilitique. — WALB : Le lupus du nez. — SCHUTZ : Présence de bacilles typhiques sur les amygdales des typhiques. — BESCHE : Recherches sur la tuberculose infantile. — BONTEMPS : Moyen d'éviter une erreur dans la recherche des bacilles de Koch. — ARONSON et SOMMERFELD : Toxicité de l'urine dans la rougeole. — HARTUNG : L'anesthésie locale dans les opérations sur le sternum. — BÖCKER : Les indications de l'arthrodèse. — HERZ : Traitement opératoire des néphrites. — HOLH : Mères traitées par le salvarsan et leurs enfants. — SEMENOW-BLUMENFELD : L'érysipèle latent. — BATTERSAK : Le savon, cause de prurit. — DUTOIT : Le pneumothorax artificiel. — (N° 11, 13 mars.) KÜTTNER : La fistule hypomandibulaire, nouvelle forme de fistule congénitale du cou. — FÜHNER : Les substances actives isolées de l'hypophyse. — SCHOUG : La durée de l'incubation de la paralysie infantile. — STOERK : Ulcère rond de l'estomac et lymphatisme. — LEUBUSCHER : Le phosphore dans le traitement de l'épilepsie. — LÖWENSTEIN : Bacilles tuberculeux dans l'urine dans la tuberculose du testicule. — UNGER : L'extirpation totale de l'estomac. — STRAUSS : Traitement des tuberculoses externes par le cuivre. — HÜBNER : Le psoriasis est-il le symptôme cutané d'une affection constitutionnelle bactérienne ou une vraie dermatose ? — ANTONI : Sept cas de réinfection syphilitique. — BECKER : Que doit savoir le médecin non radiologue sur la radiodermite ? — KOUDRING : Le chlornutacrésol pour la désinfection rapide des mains. — DUTHOIT : La radiothérapie de l'hyperplasie thymique.

Medizinische Blätter. — (N° 6, 15 mars 1913.) SCEBELT : Sports d'hiver et cures d'hiver. — (N° 7, 5 avril.) TEDESCO : Remarques sur l'emploi du benzol dans les maladies du sang. — (N° 8, 19 avril.) ULBRICH : Sur la conjonctivite. — (N° 9, 3 mai.) RIBADEAU-DUMAS et BONCOMPAIN : Etude sur la sténose pylorique avec hypertrophie musculaire chez le nourrisson.

Semaine gynécologique. — (N° 26 et 27, 1er et 8 juil. 1913.) J. DELACOUR : Relations entre la sphère génitale et les voies respiratoires supérieures.

Toulouse médical. — (N° 12, 1er juil. 1913.) R. CESTAN : La spondylite post-traumatique ou maladie de Kümmel (*fin*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Arriérés scolaires (conférences médico-pédagogiques), par Marcel NATHAN et H. DUROT. Un vol. de 360 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, Nathan.

Traitement de la Constipation, par le docteur VITRY, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris; **Traitement de l'Emphysème**, par le docteur DE JONG, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris; et **Traitement du Tabes**, par le docteur LORTAT-JACOB. Collection des *Actualités thérapeutiques*. — Prix de chaque brochure séparée envoyée franco : 1 franc. — Paris, O. Berthier, Emile Bougault, successeur.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Des concours s'ouvriront :

1° Le lundi 8 décembre 1913, à neuf heures du matin, pour une place d'ophtalmologiste des hôpitaux;

2° Le jeudi 11 décembre 1913, à neuf heures du matin, pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux;

3° Le lundi 15 décembre 1913, à neuf heures du matin, pour une place de chirurgien-dentiste-stomatologiste des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Commission administrative huit jours au moins avant l'ouverture de chaque concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Sont nommés chargés de cours : MM. les professeurs agrégés H. Verger (médecine légale); A. Venot (médecine opératoire); Pery (accouchements).

— Sont nommés chefs de travaux : MM. les docteurs Beylot (histologie); Lasserre (histoire naturelle); Soulé (physiologie); L. Muratet (anatomie pathologique).

— Sont nommés chefs de laboratoire : MM. les docteurs P. Lande (médecine légale); Montéli (hygiène).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM les docteurs Abadie (de Bordeaux), Argaud (d'Alger), Baigue (de Besançon), Bar (de Paris), Barthez (de Narbonne), Beylot (de Bordeaux), Bondouy (de Tours), Bourguignon (de Limoges), Bruntz (de Nancy), Cabannes (de Montpellier), R. Cestan (de Toulouse), Couvelaire (de Paris), Dalous (de Toulouse), Daunic (de Toulouse), Donnet (de Limoges), Eymeri (de Limoges), Garraud (de Limoges), Gillot (d'Alger), Guilbaud (de Nantes), Hautefeuille (d'Amiens), Ingelrans (de Lille), Jousset (de Paris), M. Labbé (de Paris), Lapin (d'Alger), Lecène (de Paris), Lenormant (de Paris), Lépine (de Lyon), Louis (de Lille), Marie (de Paris), Martin (de Lyon), Muratet (de Bordeaux), Oddo (de Marseille), Patel (de Lyon), Piollet (de Clermont), Richaud (de Paris), Richou (de Nancy), Rouchy (de Poitiers), Saletès, médecin principal de première classe; Tourrou (de Bordeaux), Trabaud, médecin en chef de première classe.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Binet (de Nancy), Blum (de Reims), Bosquette (de Grenoble), Courtellemont (d'Amiens), Delaunay (de Bordeaux), Euzière (de Montpellier), Faisant (de Lyon), Filhoulaud (de Limoges), Fortineau (de Nantes), Fuster (d'Alger), Galtier (de Bordeaux), Garipuy (de Toulouse), Job, médecin-major de première classe; Joubert (de Paris), Lande (de Bordeaux), Leriche (de Lyon), Menuet (de Tours), Minet (de Lille), Morin (de Nantes), Née (de Rouen), Petitjean (de Dijon), Sauvage (de Tours), Tavernier (de Lyon), Veillon (de Nantes), Verdier (Saône-et-Loire), Viguier, médecin de première classe.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies (médaille de bronze) a été décernée à M. Goldzeiguer, interne des hôpitaux de Béziers,

L'INFLUENCE DE L'ALCOOL SUR LES GÉNÉRATIONS FUTURES. — Sur la demande du gouvernement allemand, une commission de savants vient d'établir, après enquête, des échelles comparatives, montrant les différences observées entre les descendants d'alcooliques et de ceux de buveurs modérés.

Faisant porter leurs observations sur dix familles de chaque classe, les savants allemands ont découvert que, pour les enfants d'alcooliques, la proportion des morts durant le mois qui suit la naissance est de 43,8 p. 100, tandis qu'elle n'est que de 8,2 p. 100 pour les enfants de buveurs modérés. Les idiots viennent ensuite à raison de 10,5 p. 100 chez les alcooliques. On n'en a pas observé un seul dans les familles des tempérants.

Les épileptiques sont de 8,7 p. 100 chez les alcooliques, à 0 chez les autres; 8,7 p. 100 doivent encore à l'alcool de naître nains. Pas de nains chez les modérés.

Enfin, le développement normal de l'intelligence se dénombre par 17,5 pour les enfants d'alcooliques et 81,9 pour ceux dont les ascendants n'ont pas abusé de la dive bouteille. Après une pareille énumération, il est superflu d'insister sur les ravages qu'aura causé l'alcool dans quelques années parmi les peuples qui en abusent. P.

LES LÉPROSERIES DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE. — Un arrêté du gouverneur de la Nouvelle-Calédonie décide la création de deux léproseries aux îles Loyalty.

Il est créé à Maré deux léproseries, l'une à Betseda pour recevoir les malades du district de Guama, l'autre à Bone pour recevoir les malades des districts de La Roche, Tawainedre, Penélo, Medu et Eni. P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Berrué (de Briouze).

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE DIFFÉRENTIEL

ET

INTERPRÉTATION DES CIRRHOSES DU FOIE

Par M. F. CAILLIAU,
Chef de laboratoire à l'hôpital du Perpétuel-Secours.

La question des cirrhoses et de leur pathogénie, malgré les nombreux mémoires et les discussions qu'elle a suscitée est loin d'être envisagée de la même façon par tous les anatomo-pathologistes. La plupart des auteurs modernes rejettent la classification étiologique et prétendent que le diagnostic différentiel est le plus souvent impossible sous le microscope.

Tel n'est pas notre avis; nous croyons, au contraire, que chaque variété de cirrhose peut être étiologiquement définie et différenciée histologiquement, et que la classification étiologique est la seule rationnelle.

L'histologie normale nous montre la glande hépatique constituée d'un épithélium trabéculaire parcouru par des vaisseaux artériels, par un double système veineux, par des lymphatiques, des canaux biliaires, des nerfs et revêtu extérieurement d'une capsule d'enveloppe.

Si l'on excepte les nerfs, on peut dire que chacun de ces éléments adaptés aux fonctions de l'épithélium peut entraîner par sa lésion propre une variété spéciale de cirrhose.

Nous distinguerons : une *cirrhose œnolique* à point de départ biveineux, une *cirrhose paludique*, à point de départ lymphatique, une *cirrhose syphilitique*, à point de départ artériel, une *cirrhose biliaire*, à point de départ canaliculaire, une *cirrhose cardiaque*, à point de départ sus-hépatique, une *périhépatite tuberculeuse*, à point de départ glissonnien.

Nous ajouterons à ce groupe la *cirrhose pigmentaire* avec diabète.

Tout histologiste pourra toujours différencier d'une façon certaine sous le microscope chacune de ces variétés étiologiques et la rattacher à tel ou tel facteur, pourvu qu'il use d'une technique histologique irréprochable et qu'il porte ses recherches sur de nombreux fragments prélevés tant à la surface que dans la profondeur du viscère.

Le type le plus communément observé à Paris est la cirrhose du buveur de vin, variété désignée par Lancereaux sous le nom de *cirrhose œnolique* et qui correspond à la cirrhose de Laënnec, foie clouté, cirrhose alcoolique des auteurs classiques. On l'observe chez des sujets absorbant du vin en grande quantité : certains individus plus sensibles au toxique deviennent cirrhotiques en deux ou trois ans, en ingérant une quantité relativement faible de vin, d'autres absorbant quatre et cinq litres par jour résistent dix et quinze ans.

Nous avons observé des cirrhoses chez de jeunes enfants; nous nous rappelons particulièrement le cas d'une petite fille de trois ans Elisa G..., suivie par le docteur Dumont et nous-mêmes à l'hôpital du Perpétuel-Secours pendant plusieurs années dont l'autopsie n'a pas été faite mais qui présentait un syndrome clinique complet et des antécédents indéniables.

Avec notre maître M. Variot nous avons récemment présenté à la Société de pédiatrie le cas d'une cirrhose œnolique avec autopsie et examen histologique chez un jeune sujet de huit ans qui s'adonnait au vin avec intempérance.

Le foie des œnoliques varie suivant le stade où le sujet succombe.

Il subit au début une hypertrophie progressive puis se rétracte et s'atrophie, ses bords deviennent épais et mousses.

C'est consacrer une erreur que de distinguer comme le font certains traités une variété hypertrophique et une variété atrophique et de ne pas y voir les deux stades successifs d'un même processus. Atteignant parfois dans la première phase 1800 et 2000 grammes, le foie ferme, congestionné et lisse, présente au microscope une légère prolifération du tissu conjonctif au niveau des veines portes et sus-hépatiques, la cellule hépatique restant intacte si l'intoxication est due exclusivement au vin.

Plus accentué dans la suite, cette prolifération ne reste pas localisée autour des veines, elle envahit tout l'espace porte, gagne l'intérieur du lobule, suivant les capillaires, comprimant et atrophiant les cellules glandulaires. Le viscère de consistance très dure présente alors une coloration jaune grisâtre, s'atrophie et est parsemé de granulations égales, petites, séparées par de petits sillons. C'est la cirrhose diffuse.

Parfois la prolifération conjonctive reste limitée aux espaces portes, à la périphérie des lobules et aux veines sus-hépatiques; des anneaux de tissu embryonnaire circonscrivent des lobules ou parties de lobules, sans dissocier le tissu glandulaire et lorsque ce tissu néoformé devient adulte et que le viscère s'atrophie et crie sous le couteau, on observe à sa surface des granulations saillantes inégales dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un grain de millet. C'est la cirrhose annulaire.

Quelle que soit la variété c'est toujours l'endopériphlébite porte et sus-hépatique qui est le phénomène initial.

La rate hyperémiée subit toujours une augmentation moyenne de volume, puis son parenchyme s'indure, le stroma conjonctif s'épaissit. Mais ce n'est pas l'hypertrophie colossale des rates paludiques.

A la suite de recherches de laboratoire, Lancereaux accusa les sels de potasse des vins plâtrés (bisulfate de potasse et crème de tartre) d'être l'agent des scléroses œnoliques.

Les animaux (chiens et lapins) qu'il soumit à l'action de ces sels présentaient bien comme nous l'avons contrôlé avec lui des cirrhoses biveineuses.

L'alcool incriminé par la plupart des auteurs n'aurait donc aucun rôle sclérogène et déterminerait des dégénérescences graisseuses du foie comme le prouve la stéatose des buveurs d'alcool et d'apéritifs.

Lancereaux dans son *Traité des maladies du foie et du pancréas* (1899) mentionne à côté de la cirrhose

œnolique une autre variété de sclérose hépatique due à l'usage de la bière.

La description de cette forme n'a pas été publiée par cet auteur. En Allemagne et dans les pays du Nord, où l'usage du vin est peu répandu, dans la classe ouvrière, on observe des cirrhoses qui vraisemblablement se rattachent à cette cause.

Nous avons observé récemment un cas de ce genre à l'hôpital du Perpétuel-Secours dans le service de M. Variot.

Il s'agissait d'une femme de cinquante ans qui avouait s'être adonnée depuis longtemps avec intempérance à l'usage de la bière. Elle niait tout excès œnolique ou alcoolique et présentait de l'ascite, de la circulation collatérale, de l'œdème des jambes et un foie rétracté. La rate était hypertrophiée, les urines albumineuses, les sommets pulmonaires légèrement infiltrés.

L'autopsie nous permit de constater une tuberculose pulmonaire et péritonéale, et une altération du foie différente de la cirrhose œnolique.

En effet le foie était atrophié, sa surface presque unie était chagrinée par place de granulations très peu saillantes.

La capsule de Glisson était épaissie. A la coupe, le viscère offrait une teinte jaune uniforme sur laquelle tranchaient quelques tubercules, l'aspect était celui d'un foie plutôt gras que cirrhosé.

L'examen histologique donne des résultats différents sous la capsule et dans la profondeur du viscère.

En effet, profondément on constate une stéatose non systématisée très intense avec une sclérose biveineuse peu marquée, très ferme à rares fibroblastes, n'arrivant pas à circonscrire le lobule.

Les coupes portant sur des fragments sous-glissoniens montrent au contraire une sclérose biveineuse à la fois embryonnaire et adulte morcelant souvent le lobule et présentant de nombreux néocanalicules.

L'épaississement périveineux est considérable, les artères épaissies et les canalicules biliaires intacts.

De la face profonde de la capsule partent d'épaisses travées scléreuses morcelant les lobules, isolant par place les trabécules les uns des autres.

Les rameaux artériels sous-glissoniens présentent de la périartérite et de l'endartérite parfois oblitérante.

Remarquons que la glande hépatique offrait des bords minces, tranchants, différents des bords épais et mousses des foies œnoliques.

En somme sclérose corticale avec stéatose marquée.

Pas plus que dans la cirrhose œnolique l'alcool ne nous paraît être en cause dans cette sclérose.

Le facteur est peut-être comme dans l'œnolisme, un principe chimique ou végétal. Lesson n'attribue-t-il pas aux condiments l'origine des cirrhoses communes dans les Indes et Segers à l'usage des moules les cirrhoses des Feugiens (Buenos-Ayres).

Le *paludisme* dans sa phase chronique s'accompagne souvent de lésions slcéreuses du foie, de la rate, de l'aorte et des reins et Lancereaux a montré l'existence d'une cirrhose hépatique d'aspects clinique et histologique tout à fait particuliers.

Le foie présente une capsule de Glisson extrêmement épaissie; il garde sa forme et ses bords coupants, il s'hypertrophie. Progressivement sa consistance s'accroît et sa surface est chagrinée de granulations; l'organe s'atrophie et à la section on peut voir des anneaux grisâtres de tissu conjonctif circonscrivant des îlots de glande hépatique de dimensions très variables. Très souvent, si les antécédents du malade font défaut malgré la grosse hypertrophie de la rate, malgré l'ictère plus intense et plus fréquent, il est difficile de faire le diagnostic même sur la table d'autopsie et seul le microscope permettra une différenciation certaine.

Nous nous rappelons à ce sujet une malade qui niait tout excès de vin dont la rate était très volumineuse et dont le foie nous avait paru à l'autopsie ressembler beaucoup à celui des œnoliques.

L'examen histologique nous montra que le paludisme était en cause.

En effet dans le tissu conjonctif hyperplasié des espaces portes, les veines, artères et canalicules étaient intacts. Les lymphatiques des espaces portes sont le point de départ du processus scléreux; dans ces espaces on voit en effet de nombreux lymphatiques ectasiés et entourés de sclérose ancienne.

Là où la sclérose est moins avancée on peut saisir le début du processus et on voit des fentes lymphatiques entourées de cellules rondes embryonnaires dans un espace porte où les veines, les artères et les canalicules sont intacts.

Il est en effet difficile dans les scléroses anciennes de dire que tel élément est le point de départ, car les veines portes, les canalicules et les artères sont également entourés de tissu scléreux et l'absence de sclérose périveineuse est surtout évidente autour des veines sus-hépatiques. La cirrhose paludique est donc périlobulaire circonscrivant un ou plusieurs lobules.

Comme dans les autres cirrhoses on y voit de nombreux néocanalicules dus à la compression et la dissociation des travées glandulaires. En outre le parenchyme hépatique est infiltré de pigments bruns ou verts et les lésions scléreuses ne sont pas généralisées, une grande partie de la glande échappant au processus morbide, ce qui permet souvent une longue survie.

Nous avons soigné à l'hôpital du Perpétuel-Secours une jeune fille atteinte de cette affection pendant une période de plus de douze ans.

Les lésions du système lymphatique, des gros viscères abdominaux, de la rate en particulier, aident le diagnostic.

Ces lésions du foie à point de départ lymphatique concordent bien avec le caractère de l'infection paludéenne dont les manifestations portent avant tout sur le système lymphatique.

L'accord existe à peu près entre tous les auteurs sur les *cirrhoses syphilitiques*.

Chez l'héréditaire nous observerons le plus souvent le foie silex, hépatite interstitielle diffuse, qui fragmente et dissocie les travées cellulaires par une néoformation intense de tissu conjonctif isolant parfois une à une les cellules atrophiées et infiltrées de pigment.

Nous avons pu étudier cette lésion sur des sujets que M. Variot a bien voulu mettre à notre disposition à l'hôpital des Enfants-Assistés.

Dans la syphilis acquise on peut observer la sclérose diffuse sans gomme ou l'hépatite gommeuse pure. Mais ces deux variétés sont exceptionnelles, le plus souvent il s'agit d'hépatite scléro-gommeuse.

Le foie toujours volumineux et dur est lisse dans la sclérose diffuse (comme « une planche d'ivoire » disait Litten) il est labouré de sillons, d'incisures, de dépressions dans l'hépatite scléro-gommeuse.

Il présente à sa surface des bandes scléreuses larges (cirrhoses rubannées) ou effilées (foie ficelé) ou des cicatrices stellaires (Lancereaux) correspondant à des gommes disparues.

A la coupe la capsule de Glisson est très épaisse; on voit d'épais tractus fibroïdes, irréguliers, encerclant des segments de glande où l'on distingue parfois des gommes.

Ces cirrhoses syphilitiques portales respectant les veines sus-hépatiques, offrant assez souvent de l'endo et périphlébite portale, présentent toujours des lésions artérielles remarquables; en effet la sclérose est disposée en couches concentriques autour des espaces portes et les tractus scléreux naissent soit du pourtour des artères et de leurs gaines, suivant les capillaires ou les fines artérioles, soit du pourtour des artères glissonniennes dilatées, épaissies et multipliées.

Les artères plus volumineuses ont l'adventice et l'endartère épaissies et sont souvent oblitérées.

Cette sclérose rayonne des espaces portes vers la veine centrale.

C'est la cirrhose périartérielle sans systématisation où les prolongements conjonctifs renflés et réunis entre eux par des travées plus fines, fragmentent le lobule en îlots pluricellulaires, lésion bien facile à différencier de la cirrhose biveineuse du buveur et de la cirrhose lymphatique du paludéen.

Nous avons particulièrement bien étudié ces lésions chez une femme qui succomba au cours d'accidents tertiaires de syphilis pulmonaire et hépatique (communication à la Société anatomique, Dumont, Cailliau et Carianopol, 7 avril 1911).

La *cirrhose biliaire* est décrite par Lancereaux chez les enfants atteints de malformation des voies biliaires et chez l'adulte au cours de la rétention mécanique de la bile.

Sous cette influence, les voies biliaires se dilatent et s'amincissent, puis s'épaississent aux dépens surtout de la tunique externe de ces canaux.

Autour des voies biliaires dilatées se produit un travail d'irritation inflammatoire qui gagne le tissu conjonctif voisin et aboutit à la sclérose (cirrhose péribiliaire).

Le foie, tuméfié d'abord, olivâtre et foncé, présente des cellules glandulaires infiltrées de pigment.

Il ne présente pas les granulations arrondies et à peu près régulières de la cirrhose du buveur.

Il ne tarde pas à se rétracter, sa consistance devient ferme, sa surface irrégulière et plissée.

La rate conserve ses dimensions normales. Au microscope, le processus scléreux suit la direction des canaux biliaires et circonscrit souvent plusieurs lobules, laissant intacts les veines, les artères hépatiques et les lymphatiques.

Cette cirrhose multilobulaire se rapproche assez des cirrhoses syphilitiques et paludéennes. Si l'obstruction se localise à un seul conduit hépatique, seul le lobe correspondant se sclérose et s'atrophie, se réduisant progressivement à une languette fibreuse renfermant de vastes poches formées par les canalicules dilatés et remplis de bile.

Chez une femme ictérique soignée pour lithiase, et qui succomba au cours d'une cholécystite suppurée, nous avons rencontré cette cirrhose calculeuse.

Le foie était hypertrophié, sa surface lobulée et irrégulière; à la section, on notait la dilatation des voies biliaires, gorgées de bile épaisse avec cirrhose péribiliaire.

Au microscope, cette cirrhose est exclusivement portale, à point de départ canaliculaire; elle est insulaire et extralobulaire, à bandes scléreuses en masses repoussant le lobule plutôt qu'elles ne le pénètrent.

Si le fait se produit, la cirrhose affecte le caractère pénicillé et dissocie les travées hépatiques infiltrées de graisse et de pigments.

Elle respecte les veines sus-hépatiques, présente de nombreux néocanalicules, des lésions intenses d'angiocholite et de péri-angiocholite.

C'est en 1875 que Hanot décrivit, sous le nom de *cirrhose hypertrophique biliaire*, une hépatite proliférative scléreuse consécutive à une angiocholite des petits canaux biliaires.

Dans cette forme que Lancereaux ne décrit pas, le foie hypertrophié serait tantôt entouré de fausses membranes, parfois lisse ou très légèrement granuleux, de consistance ferme, de couleur variable, jaune, vert ou brunâtre.

A la coupe, on distinguerait des bandes scléreuses irrégulières et renflées, dans lesquelles sont inclus des territoires hépatiques d'étendue variable.

Les vaisseaux et les gros canaux biliaires sont indemnes.

La rate varierait de 1000 à 1200 grammes; elle serait entourée de fausses membranes, ferme et scléreuse à la coupe.

Au microscope, les auteurs décrivent une sclérose disposée en colonnes qui se coudent et se ramifient en dessinant des mailles, se renflent et se recourbent près de la veine centrale qu'elles n'atteignent pas.

Il s'agirait donc d'une cirrhose péri et intralobulaire à point de départ portal.

En effet, à l'espace porte les canalicules biliaires sont entourés d'un manchon fibreux épais, leur épithélium est desquamé, infiltré de leucocytes et de pigments.

On noterait parfois de petits abcès biliaires intracanaliculaires.

Les néocanalicules sont des plus nombreux, creusés parfois de cavités kystiques.

Les veines, les artères sont indemnes; on noterait l'intégrité des travées hépatiques et Hanot signalait leur hyperplasie nodulaire.

Pour Hanot, la lésion proviendrait d'un catarrhe

des petits canaux biliaires consécutif à leur dilatation; l'hypertrophie des cellules hépatiques amenant une hypersécrétion biliaire qui distend ces canalicules.

D'autres auteurs, Chauffard et Gilbert, accusent l'infection qui déterminerait une lésion parenchymateuse avec hyperplasie trabéculaire et hypersécrétion biliaire.

L'existence de cette cirrhose de Hanot est vraisemblable. Nous l'avons décrite d'après les auteurs classiques, car nous ne l'avons jamais rencontrée.

En tout cas, elle doit être rare et il est probable, comme le disait Lancereaux, que la plupart des cas décrits sont imputables au paludisme.

Nous avons eu une seule fois l'occasion de rencontrer une variété de cirrhose décrite par les auteurs sous le nom de *cirrhose hypertrophique pigmentaire du diabète sucré*. Il s'agissait d'un sujet maigre qui succomba à l'hôpital au cours d'un pyopneumothorax tuberculeux et qui présentait dans les urines 100 grammes de sucre par litre. Il n'y avait pas d'ascite, pas de circulation collatérale, pas d'ictère.

Cette variété de cirrhose comporte un foie hypertrophié (2k100), parfois très volumineux (Barth cite un cas de 3k700).

Sous une capsule de Glisson épaissie la glande est finement chagrinée; mais ces granulations ne ressemblent en rien aux élevures sphériques du foie des buveurs. La couleur du viscère est brune ou jaune foncé (rouille) avec des placards gris ardoisés. La forme est cubique et les bords sont arrondis; la consistance est ferme, tous les lobes sont également atteints. A la section, on observe la même teinte rouille, ou brun marbré de jaune avec des aspects pigmentés par place.

Les vaisseaux et les voies biliaires sont normaux.

Hanot qui a publié l'un des premiers mémoires avec Chauffard, sur cette affection, dit que la cirrhose est surtout péri-sus-hépatique.

En réalité, c'est une cirrhose biveineuse portale et sus-hépatique, affectant souvent la disposition annulaire, peu systématisée et très riche en néo-canalicules.

On note dans les espaces portes de l'endartérite, de la phlébite porte et de la péricanaliculite.

Mais s'il est impossible de caractériser l'affection par la prédominance des lésions dans un élément quelconque du foie, la présence du pigment dans le tissu conjonctif néoformé, dans les cellules hépatiques et la capsule de Glisson suffit à individualiser cette forme clinique.

Ce pigment (rubigine), jaune ocre donnant la coloration bleue, caractéristique par le ferrocyanure de potassium, se présente dans les tractus scléreux, sous l'aspect de masses noirâtres ressemblant à des traînées poussiéreuses où de gros blocs sombres, ou de granulations jaunes ou brunes dans les cellules accumulées autour des noyaux qu'elles masquent ou éparses dans le protoplasma.

On les rencontre aussi dans les cellules de Kupfer ou dans les épaississements glissoniens.

La pigmentation des viscères, des ganglions du hile hypertrophiés, de la rate souvent volumineuse et indurée, du myocarde, des reins, des glandes surrénales, la sclérose et la pigmentation du pancréas, les plaques ardoisées de l'intestin et du péritoine sont autant de caractères qui différencient cette variété de cirrhose aussi étrange que rare.

Hanot et Chauffard attribuaient cette affection à l'hyperglycémie amenant des troubles nutritifs de la cellule hépatique qui réagit par l'hypergénèse pigmentaire.

Ce serait une élaboration surabondante et déviée du pigment hépatique.

Letulle rapporte le pigment à l'hémoglobine qui s'accumule dans le foie, le muscle, le cœur, etc. Ces auteurs expliquent bien la pigmentation, mais non la cirrhose.

Peut-être le mécanisme serait-il le même que dans la cirrhose cardiaque où nous voyons de fines travées scléreuses se substituer progressivement au pigment laissé dans la glande par les extravasats.

L'existence d'une *cirrhose cardiaque* tour à tour mise en doute et réhabilitée, est encore contestée aujourd'hui par de nombreux auteurs. Nous l'avons observée assez souvent dans les asystolies prolongées.

Le foie est le plus souvent hypertrophié, il arrive rarement au stade d'atrophie. Il est ferme, induré, sa surface est très finement granuleuse.

La capule de Glisson est épaissie; la rate a son volume normal. Au microscope, les anciens décrivent une sclérose périportale.

Avec Sabourin et Parmentier, nous croyons qu'il s'agit au contraire d'une cirrhose péri-sus-hépatique. Sur les coupes que nous avons sous les yeux c'est bien autour des veines sus-hépatiques que rayonne le long des trabécules atrophiés, le tissu de sclérose affectant la disposition pénicillée, décrite par Parmentier.

Il semble bien que la sclérose ne débute pas au niveau même des veines, mais bien là où se font les extravasats, dans la portion la moins résistante de la glande, sous forme de fins tractus qui se substituent peu à peu au pigment et se fusionnent en bandes plus larges.

La sclérose est cependant guidée par les veines, mais moins que dans les cirrhoses œnoliques et elle irradie vers les veines sus-hépatiques ou dans tout autre direction, laissant le plus souvent les espaces portes indemnes, les veines, les artères et canalicules offrant leur aspect normal.

Dans les cas avancés, les espaces portes paraissent petits, non épaissis, tandis que des irradiations scléreuses réunissent entre elles les veines sus-hépatiques de différents lobules, et ces anneaux de cirrhose circonscrivent le lobule interverti de Sabourin à centre porte. Géraudel nie la cirrhose cardiaque. Dans un travail très documenté (*Archives de médecine expérimentale*, juillet 1906), il mentionne un état fibrillaire de la zone sus-hépatique « pris à tort pour de la sclérose ». Il nous semble au contraire, qu'il ne s'agit pas d'un œdème, mais bien d'une hyperplasie fibrillaire, c'est-à-dire d'une cirrhose. En effet, sous l'influence de la stase, le tissu conjonctif apparaît autour des veines sus-hépatiques

et si on ne le voit que rarement former des placards denses mais plutôt des lacunes spongieuses, c'est que la cardiopathie emporte souvent le malade avant que la sclérose ne soit adulte. Nous ne pouvons voir d'autre facteur étiologique que la stase pour expliquer ce processus.

Dans la *symphyse tuberculeuse du péricarde* avec médiastinite, on peut rencontrer parfois chez l'enfant un notable épaississement de la capsule de Glisson.

M. Hutinel décrit ces lésions sous le nom de *cirrhose cardio-tuberculeuse*.

La tuberculose nodulaire s'associerait à des lésions congestives et conjonctives (péri-hépatique fibro-tuberculeuse).

Il s'agirait d'une sclérose à la fois sus-hépatique et porto-biliaire.

En outre, les auteurs signalent des cirrhoses hypertrophiques tuberculeuses d'aspect biliaire (analogues à la maladie de Hanot) et des cirrhoses graisseuses tuberculeuses, affectant tantôt le type hypertrophique (graisse, sclérose et tubercules), tantôt le type atrophique (foie ficelé tuberculeux), Hanot et Gilbert ont insisté sur deux aspects particuliers, le foie ficelé tuberculeux et la cirrhose capitonnée.

Nous ne discuterons pas la cirrhose cardiotuberculeuse de M. Hutinel, nous avons fait relativement peu d'examens nécropsiques d'enfants et nous ne l'avons jamais rencontrée.

Chez l'adulte, nous avons observé des péri-hépatites tuberculeuses qui, si elles se prolongent, entraînent une sclérose corticale prenant l'aspect capitonné, décrit par Gilbert et rappelant quelque peu par la configuration extérieure du foie l'aspect du foie ficelé syphilitique.

Mais le terme de cirrhose nous semble ici tout à fait impropre ; ce sont des scléroses sous-glissonniennes sans systématisation aucune, suivant les espaces conjonctifs normaux et surtout sans pénétration dans les éléments du lobule.

Dans ces foies, sur des fragments prélevés assez profondément dans le viscère, on trouve indépendamment de la sclérose corticale et de l'épaississement de la capsule de Glisson, des lésions tuberculeuses avec cellules géantes, localisées le plus souvent aux espaces portes, parfois isolés en plein parenchyme.

Dans le premier cas, l'espace porte est renflé, soit par le fait de l'infiltration lymphoïde du nodule tuberculeux, soit par la sclérose qui succède au tubercule cicatrisé.

Remarquons que ces épaississements scléreux portaux restent localisés à l'espace ; ils n'envoient aucun prolongement intralobulaire, ni interlobulaire qui les réunirait aux irradiations analogues des autres espaces.

En un mot, ce n'est pas une sclérose systématisée ce n'est pas une cirrhose.

De même, les nodules tuberculeux intraparenchymateux, laissent après leur évolution des placards réguliers, arrondis, isolant parfois quelques cellules glandulaires, mais n'envoyant aucune expansion dans la glande.

Nous avons particulièrement bien étudié ces lésions chez des tuberculeux adultes et nous avons toujours observé le même ordre d'altérations.

Ajoutons que toujours dans ces foies tuberculeux, on observe des lésions d'hépatite parenchymateuse nodulaire ou diffuse avec des stéatoses plus ou moins accentuées.

Quant aux cirrhoses graisseuses tuberculeuses hypertrophiques ou atrophiques décrites par Hanot et Gilbert, nous ne les avons jamais rencontrées.

Nos recherches sur les foies tuberculeux nous ont conduit à cette opinion :

La tuberculose du foie (en dehors des lésions histologiquement spécifiques : granulations tuberculeuses du parenchyme, tuberculose des voies biliaires, abcès froid intrahépatique, péri-hépatite tuberculeuse) est susceptible de provoquer dans le viscère l'infiltration graisseuse, l'hépatite nodulaire tuberculeuse, l'hépatite parenchymateuse diffuse, la péri-hépatite avec ou sans sclérose corticale capitonnée. Elle ne donne jamais de cirrhose systématisée.

Les auteurs décrivent une cirrhose au cours du *saturnisme*.

Depuis longtemps, Potain avait signalé la rétraction du foie dans cette intoxication.

Nous avons rencontré des cirrhoses chez les saturnins, mais lorsqu'on cherche bien dans les antécédents, on trouve le plus souvent dans ces cas une intoxication œnolique ou paludique et il semble bien difficile alors d'accuser le plomb. D'autre part, il paraîtrait étrange qu'un observateur comme Lancereaux ait nié l'existence d'une cirrhose dans l'intoxication par le plomb qu'il a particulièrement bien étudiée.

Laffite reprenant l'idée de Potain émet cette opinion que peut-être les vins frelatés par la litharge sont susceptibles d'entraîner une sclérose du foie.

Mais on peut se demander pourquoi l'auteur accuse ici le plomb, plutôt que le bisulfate de potasse des vins plâtrés.

Il est probable que ces cirrhoses sont d'origine œnolique, les lésions anatomiques décrites par les partisans du foie saturnin sont d'ailleurs identiques à celles de la cirrhose du buveur de vin, et malgré les expériences de Laffite, ces données nous paraissent insuffisantes pour permettre de décrire une cirrhose saturnine.

L'auteur se garde bien d'ailleurs d'établir une différence entre la cirrhose du buveur et la cirrhose saturnine.

Les travaux de Boix sur le foie dyspeptique, ont encore soulevé la question des *cirrhoses dyspeptiques*. Mais les conditions dans lesquelles l'auteur réalise ces cirrhoses chez l'animal diffèrent tellement du processus, qu'il suppose chez l'homme qu'on doit hésiter à se prononcer sur l'existence de ces cirrhoses toxi-alimentaires. Nous ne croyons pas davantage au rôle de la goutte et de l'artério-sclérose dans la genèse des cirrhoses.

Nous ne ferons que mentionner la *cirrhose des fondeurs de cuivre* décrite par Lancereaux, qui est la conséquence d'une lésion mécanique plutôt que d'une intoxication, les poussières charbonneuses

dégluties et absorbées par l'intestin, s'arrêtant au niveau du foie et provoquant une cirrhose anthracosique d'aspect pigmenté spécial.

Cette conception des cirrhoses s'écarte beaucoup des théories classiques. C'est, à part quelques modifications, celle que nous a enseignée notre maître Lancereaux, et que nous avons vérifiée aussi bien au lit du malade qu'à la salle d'autopsie et au laboratoire.

Contrairement à ce qui est enseigné, l'alcool, à notre avis, ne peut déterminer la cirrhose de Laënnec. Cette affection commune chez les buveurs de vin et les buveurs de bière ne s'observe jamais chez des sujets abusant exclusivement des eaux-de-vie et apéritifs, qui présentent toujours à l'autopsie des dégénérescences graisseuses du foie.

L'intoxication mixte (vin et alcool) donne des cirrhoses panachées (foies gras et cirrhosés).

Parmi les types que nous avons décrits nous croyons devoir insister particulièrement sur la cirrhose paludique.

On mentionne dans tous les traités l'infection paludéenne parmi les agents étiologiques des cirrhoses, mais on ne décrit qu'en quelques lignes ou même pas du tout cette affection.

Et pourtant elle répond à un type clinique et anatomopathologique bien tranché.

Elle n'est pas aussi rare qu'on le croit généralement et il faut toujours y songer avant d'établir un diagnostic étiologique.

En effet le paludisme passe très souvent inaperçu du malade si les accès ne sont pas francs et le malade n'attire généralement pas l'attention du médecin sur cette voie.

A l'hôpital du Perpétuel-Secours nous avons rencontré assez souvent des cirrhoses paludéennes. On a objecté aux partisans de la cirrhose alcoolique qu'en Roumanie, où les cirrhoses sont fréquentes dans toutes les classes, l'usage du vin est réservé aux classes riches. Mais nous savons que l'infection paludéenne est fréquente dans cette région et nous croyons que bon nombre de cirrhoses lui sont attribuables.

En revanche, la cirrhose hypertrophique biliaire occupe à notre avis une trop large place dans le cadre nosologique donné par les classiques; les descriptions de certains types donnés par Chauffard et Gilbert semblent se rapprocher particulièrement de la cirrhose des paludéens.

Notons en passant qu'il est bien difficile de se prononcer sur le diagnostic histologique différentiel de ces cirrhoses si on ne multiplie les coupes dans le viscère afin de saisir le début du processus qu'on ne peut que difficilement préciser dans les scléroses très anciennes.

Les auteurs modernes ont fait jouer un grand rôle à la tuberculose dans l'étiologie des cirrhoses. Nous nous sommes assez longuement étendus sur la tuberculose du foie pour ne pas y revenir. Mais nous avons fait à ce sujet une différence entre la *cirrhose* et la *sclérose* du foie.

A quoi correspond donc ce terme de cirrhose que tout le monde emploie et que personne ne précise. Il est certain que ce terme est bien impropre puisqu'il dérive de κιρρος, roux, et que la coloration est loin d'être assez constante pour caractériser les cirrhoses.

Nous croyons qu'il faut distinguer les *cirrhoses* des *scléroses*. La cirrhose est une sclérose, qui, partant d'un espace porte ou sus-hépatique, pousse des prolongements qui tendent à rejoindre les travées scléreuses issues des autres espaces d'une part, et qui tendent souvent, d'autre part, à pénétrer intimement à travers les travées cellulaires du foie. En un mot, c'est une sclérose systématisée.

Cette différence établie, nous croyons pouvoir dire qu'il n'y a pas des cirrhoses, mais des scléroses tuberculeuses, dans la péri-hépatite tuberculeuse, l'envahissement scléreux de la glande hépatique n'affectant aucune systématisation.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES PELOTONS D'INSTRUCTION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

A la suite d'une question qui lui était posée par un confrère civil, le médecin-major de première classe Bonnette, vient d'étudier dans la *Presse médicale* (1), un excellent projet d'éducation technique à appliquer aux étudiants en médecine, pendant leur présence sous les drapeaux.

Après un mois de service fait dans une compagnie, les étudiants en médecine sont affectés à l'infirmerie, où ils concourent au service sanitaire, dans la mesure de leurs moyens. Les circulaires ministérielles en vigueur prescrivent bien aux chefs de service de s'occuper tout spécialement de ces jeunes gens, qui « sont la pépinière de nos médecins auxiliaires et de nos médecins de réserve », de leur enseigner leur rôle en temps de paix et en campagne; mais il y a loin du rêve à la réalité, des prescriptions réglementaires à l'exécution ponctuelle des ordres reçus.

En principe, les étudiants en médecine prennent les températures des malades, font les pansements et assistent à la visite médicale, *toujours longue en hiver :* aussi, quoi d'étonnant si le médecin-major très occupé oublie d'instruire ces jeunes gens?

En été, ces étudiants sont chargés, sous la surveillance du médecin aide-major, d'instruire les brancardiers régimentaires : excellent moyen d'apprendre en enseignant aux autres. Mais le maniement du brancard n'est qu'une très faible partie des notions qu'ils devraient acquérir. Aussi notre confrère pose cette question :

Pourquoi ne pas grouper les étudiants en médecine dans des pelotons spéciaux, pendant six mois ou un an, avant de les nommer médecins auxiliaires?

« Sur la nécessité d'un enseignement spécial, ajoute-t-il, tout le monde est d'accord, c'est pour cela qu'on crée les centres d'instruction et qu'on organise les manœuvres du service de santé.

« Mais les réservistes sont moins dans la main de l'autorité militaire que les hommes du service actif. Ils arguent de leurs occupations pour demander des sursis, dispenses, ajournements, etc. Et il faut bien dire que, le plus souvent, les motifs qu'ils invoquent sont exacts.

« De plus, on ne peut les convoquer que pour un temps assez court, donc enseignement superficiel. Enfin ces convocations entraînent des dépenses élevées (soldes et frais de déplacement). *Il est donc plus logique de profiter du moment où les étudiants en médecine font leurs deux ou trois ans de service pour leur apprendre leur métier de réserviste.*

(1) 12 juillet 1913.

« Mais cet enseignement ne peut pas se donner sérieusement *en les laissant dispersés dans les corps de troupe ;* même si le médecin-major, déjà très absorbé par son service régimentaire, trouvait le temps de leur donner l'enseignement théorique, il est de toute évidence qu'on ne pourrait affecter à chaque garnison le matériel nécessaire pour leur donner un enseignement pratique. D'ailleurs, s'il en était autrement, on n'aurait pas besoin d'apprendre leur métier aux médecins de réserve actuels.

« On pourrait aussi convoquer ces étudiants plusieurs fois dans des centres d'instruction au cours de la deuxième et de la troisième année de service. Mais il me semble qu'ici encore l'enseignement sera bien court, que les frais de déplacement resteront élevés, et qu'enfin, on désorganiserait périodiquement le service régimentaire, en privant le chef de service de ses médecins auxiliaires du cadre actif.

« Reste le peloton spécial, au cours de la première année de service, avec la loi de trois ans.

« Etant donné que l'élève médecin de réserve y passerait six mois ou un an, on aurait du temps, on pourrait morceler l'enseignement, répéter les mêmes choses, surtout, on pourrait y faire beaucoup de pratique, et, au lieu de montrer de loin le matériel aux élèves, le leur faire manœuvrer eux-mêmes :

« J'ai vu quelquefois, au hasard de mes promenades à Versailles ou à Fontainebleau, des batteries revenir du polygone avec les officiers-élèves, à la place des servants dont ils venaient de faire le métier : *c'est le même principe que je voudrais voir appliqué aux médecins.*

« Charger et décharger toutes les voitures médicales régimentaires d'abord, puis de l'ambulance, vider et regarnir les différents paniers jusqu'à ce qu'on en connaisse imperturbablement le contenu, monter et démonter des tentes, aménager un wagon de train sanitaire improvisé (ce qui peut se faire dans la cour de la caserne avec une vieille caisse de wagon à marchandises). Exercices de brancardiers et école de commandement pour que, l'année suivante, les médecins auxiliaires puissent former les brancardiers régimentaires. Mais, tous ces exercices, les faire, et les refaire *en décomposant* d'abord dans la cour, puis sur le terrain de manœuvre, puis en terrain varié, et surtout *faire agir* les élèves, au lieu de les *faire regarder*. Naturellement, l'enseignement théorique n'est pas oublié, on peut même, puisque l'on a le temps de faire un assez grand nombre de leçons, professer un enseignement sérieux de chirurgie d'armée, par exemple, matières que mes contemporains ignorent complètement. Je n'oublie pas davantage l'instruction militaire générale théorique et pratique, ni l'équitation, quoique, je l'avoue, celle-ci serait plus difficile à enseigner, et nécessiterait le voisinage d'un corps de troupe à cheval. Mais n'est-ce pas le cas des stagiaires du Val-de-Grâce ?

« Il me semble que, pour un enseignement ainsi conçu, il est inutile, jusqu'à une période avancée de l'instruction, de figurer une manœuvre, et que même la figuration des blessés peut être très réduite et fournie par les élèves du peloton. Donc on n'a pas besoin des troupes de la garnison, sauf de quelques conducteurs du train pour les voitures, quand le peloton fera du service en campagne.

« Reste la question budgétaire : mais, l'étudiant en médecine, qui va passer deux ans — ou trois — au régiment coûtera toujours le même prix. Les diverses indemnités, habillement, viande, etc., sont les mêmes quelle que soit l'unité qui les perçoive. *Le groupement en pelotons ne crée donc pas de dépense nouvelle.*

« Le matériel d'instruction est à créer une fois pour toutes, mais il en faut aussi dans les centres d'instruction créés pour les médecins de complément.

« Restent les cadres : on pourrait détacher quelques médecins instructeurs, quelques officiers d'administration et quelques sous-officiers, sans créer d'emplois nouveaux.

« Il est d'ailleurs bien évident que, si les élèves du peloton le suivent au cours de leur première année de service, ils n'ont pas besoin d'ordonnances, ils couchent à la chambrée, font la corvée de pommes de terre, et même celle de quartier. »

Il y a là, pense M. Bonnette, un plan d'instruction technique, qu'il serait bon d'employer pour les étudiants en médecine, groupés en pelotons spéciaux aux chefs-lieux des corps d'armée.

Là, pendant six mois ou un an, avec un cadre spécial (1 médecin-major, 1 officier d'administration, 2 sergents infirmiers), on les initierait au service de santé en temps de paix et en campagne, on leur apprendrait le maniement du brancard, le montage et démontage d'une tente d'ambulance, le transport des blessés par voie de terre, voie ferrée et voie fluviale (en cacolets, voitures de réquisition aménagées, wagons, péniches, etc.). On leur apprendrait à bivouaquer, à cantonner, à faire la cuisine, en un mot à vivre en campagne. On leur enseignerait également les principales maladies des armées en campagne, le traitement, la physionomie et le pronostic des blessures de guerre et de leurs principales complications. Un manuel pourrait résumer ces questions, qui devraient être sues comme les pages d'une théorie.

Au classement final, les candidats qui n'auraient pas obtenu un nombre de points suffisants n'obtiendraient pas leur certificat de médecin auxiliaire *et les premiers pourraient choisir leur garnison.*

L'idée de ces pelotons spéciaux est à retenir, à méditer et à essayer.

COURS ET CONFÉRENCES

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE. (Professeur : M. PRENANT.) — Un cours technique d'histologie aura lieu, du 5 octobre au 5 novembre, tous les jours, de deux heures à cinq heures, au laboratoire et sous la direction du professeur assisté d'un préparateur. Les préparations exécutées par les élèves resteront leur propriété.

Programme du cours pratique d'histologie. — Technique générale : 1° fixation, réactifs fixateurs; 2° inclusion à la paraffine; 3° coupes, microtomes; 4° coloration, réactifs colorants et montage.

Cette technique générale sera répétée plusieurs fois, avec des réactifs fixateurs et colorants différents et sur des organes variés.

Dans l'intervalle de ces manipulations, seront exécutées des méthodes de dissociation, d'imprégnation au nitrate d'argent, de coloration vitale.

Une ou deux séances seront ensuite consacrées à la critique des résultats obtenus et au dessin histologique.

Dans les autres séances : Méthode des coupes par congélation et après inclusion à la celloïdine. — Recherche microchimique des graisses, du fer. — Coloration des fibres conjonctives et élastiques. — Technique du sang et des frottis. — Techniques du système nerveux : méthodes de Nissl, de Weigert, de Cajal. — Techniques cytologiques, méthodes mitochondriales.

Seront admis à ces cours les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance des droits. Le nombre des places est limité.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le droit à verser est de 50 francs.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

NOTES POUR L'INTERNAT

PÉRITONITES TUBERCULEUSES

DÉFINITION. GÉNÉRALITÉS. — Le bacille de Koch détermine au niveau du péritoine toute une série de lésions, les unes spécifiques, les autres banales qui s'associent différemment, créant ainsi un grand nombre de types anatomo-cliniques très variés : en effet, l'affection peut prendre une allure *aiguë, subaiguë ou chronique ;* il peut s'agir de lésions intéressant la totalité du péritoine, ou seulement une partie (*péritonites généralisées, péritonites partielles*) ; enfin suivant les cas, la réaction anatomique du péritoine devant le bacille de Koch est différente : tantôt il se fait un exsudat abondant, (*forme ascitique*), tantôt les tubercules subissent la transformation *ulcéro-caséuse* ou *fibreuse*, tantôt les symptômes de localisation péritonéale sont peu caractéristiques, (*forme anascitique*, etc.)

A l'histoire des péritonites tuberculeuses, sont attachés les noms de Louis, Chomel, Grisolle, qui ne décrivirent tout d'abord que les *formes caséuses* de la *tuberculose* du péritoine. Les recherches de Guéneau de Mussy, Bucquoy, Lancereaux, démontrèrent plus tard l'existence des *formes ascitiques :* Fernet et Boulland, Delpeuch, Marfan, Jalaguier, Lejars, décrivirent enfin tour à tour, des formes *subaiguës*, des formes *partielles*, chirurgicales, qui complétèrent l'histoire clinique des péritonites tuberculeuses.

L'*expérimentation* et les interventions chirurgicales permirent aussi de nouvelles constatations très intéressantes. Chez le cobaye et le lapin par exemple, l'inoculation de bacilles de Koch ne détermine sur place qu'une infiltration fibro-caséuse du grand épiploon, (cobaye) ou l'apparition de quelques dépôts isolés, fibro-caséux (lapin). Au contraire, chez le chien, Lévi-Sirugue a pu obtenir, en *variant la nature du produit tuberculeux injecté*, toute la série des formes anatomiques observées chez l'homme ; par l'inoculation de poisons solubles (*éthéro-bacilline d'Auclair*), Strauss et Gamaleia, Auclair, ont pu réaliser également chez le cobaye et le lapin des lésions fibro-caséuses absolument typiques, démontrant ainsi parfaitement l'action plastique, inflammatoire des poisons locaux du bacille de Koch.

PATHOGÉNIE. — L'infection du péritoine se réalise par *contiguïté*, par voie *lymphatique*, par voie *sanguine*. L'infection, par effraction traumatique, cutanée, chirurgicale, est à peu près inconnue ; on a signalé quelques cas d'infection par le cordon ombilical.

a. **Voie lymphatique et par contiguïté.** — Il faut réunir en un même chapitre l'étude de l'infection par contiguïté et par voie lymphatique : les rapports qui unissent ces deux voies de propagation sont tout particulièrement évidents en ce qui concerne le péritoine et l'intestin : il s'en faut cependant que la tuberculose péritonéale reconnaisse dans la majorité des cas une *origine intestinale :* malgré les affirmations de Behring et certaines expériences de Calmette et ses élèves sur ce sujet, la tuberculose humaine est loin de dépendre exclusivement en effet d'une infection digestive ; quant à la tuberculose péritonéale proprement dite, elle n'a pu être réalisée en aucun cas par Dobroklonski, par la voie intestinale, en dehors des cas où il existait des lésions intestinales très accusées : mais lorsqu'il existe des lésions intestinales, ce que l'on observe alors, c'est non pas une péritonite tuberculeuse généralisée, mais une péritonite plastique, circonscrite, réalisant l'une quelconque des *formes entéro-péritonéales* de Bérard et Patel.

La tuberculose péritonéale généralisée d'emblée est également exceptionnelle pour Dieulafoy et Marfan, à la suite d'une infection intestinale.

On sait cependant, depuis longtemps, que les bacilles de Koch peuvent passer à travers la muqueuse intestinale saine et aller ensuite se loger dans les GANGLIONS MÉSENTÉRIQUES ET ILIAQUES : aussi l'on pouvait supposer que fréquemment ces ganglions deviendraient le point de départ de la tuberculose péritonéale : en réalité, si ce mode d'infection est en effet possible, par contre, les recherches anatomo-cliniques ont montré qu'il était en fait très exceptionnel.

La *tuberculose génitale* a souvent été invoquée également à l'origine de la tuberculose généralisée du péritoine. Chez l'homme, cette pathogénie est une rareté. Chez la femme, elle est également assez exceptionnelle malgré les affirmations contraires de Leuret, pour qui toutes les tuberculoses péritonéales, même l'ascite essentielle des jeunes filles, dépendraient le plus souvent de lésions génitales tuberculeuses : il faut faire d'importantes réserves cependant en ce qui concerne la péritonite plastique circonscrite, localisée autour des foyers de tuberculose génitale (métrite, salpingite, ovarite bacillaire), dont la fréquence est aujourd'hui bien démontrée.

L'infection par voie lymphatique, peut encore se réaliser par *voie pleurale :* la coexistence de lésions tuberculeuses du péritoine et de l'une ou des deux plèvres, paraissait autrefois si incontestable à tous les cliniciens, qu'elle fut érigée en loi (*loi de Godelier*). En réalité Kœnig a montré que la tuberculose pleurale fait défaut dans la moitié des cas de péritonite chronique tuberculeuse et que dans les cas où la coexistence existe, la plèvre n'a été envahie que secondairement : c'est ce qui se passe par exemple, dans les formes décrites par Fernet et Boulland, Vierordt, etc., sous le nom de forme pleuro-péritonéale. Cependant, Girodes, Lasserre et récemment Hutinel, ont décrit des cas, très bien observés, dans lesquels la tuberculose du péritoine a succédé d'une manière indiscutable, soit à une pleurésie tuberculeuse, soit à une médiastinite tuberculeuse avec symphyse.

Ce qu'il importe d'ailleurs de bien retenir à propos de ces discussions pathogéniques, c'est la *prédilection de certaines tuberculoses pour les séreuses*. Or, l'existence de telles formes ruine à elle seule l'hypothèse d'une simple propagation des bacilles par voie lymphatique. Si l'on peut invoquer, en effet, la voie lymphatique pour expliquer la coexistence de tuberculoses péritonéale, pleurale, péricardique même, il ne peut plus en être ainsi quand on observe en même temps, ce qui est assez fréquent d'ailleurs, une tuberculose des séreuses articulaires : il semble bien qu'il faille faire appel alors à l'*infection* par voie sanguine, qui, seule, permet de comprendre l'éclosion de multiples foyers, contemporains, éloignés les uns des autres sans aucune connexion directe entre eux. Quant à tenter d'expliquer pourquoi dans certains cas, la tuberculose se localise exclusivement aux séreuses, c'est là une tâche difficile. On a dû jusqu'ici se contenter d'hypothèses (bacilles tuberculeux atténués, races spéciales de bacilles provenant déjà de séreuses [Bezançon, Labbé, Griffon], résistance spéciale du sujet, etc.).

b. **Voie sanguine.** — L'origine sanguine de l'infection du péritoine au cours d'une granulie, est parfaitement admise depuis longtemps, mais c'est surtout à la suite des recherches contemporaines de Marfan, de Jousset, que l'on a fait jouer un bien plus grand rôle à la septicémie bacillaire dans la pathogénie de la tuberculose du péritoine. La constatation de *poussées bacillémiques* est relativement assez fréquente au cours de l'évolution d'une tuberculose quelconque et l'existence de bacillémies même temporaires, même discrètes, explique parfaitement le transport sur le péritoine de bacilles jusque là exclusivement localisés aux ganglions par exemple ; elle explique aussi le caractère *diffus* de nombreuses formes de la tuberculose péritonéale.

Si bien des points restent encore obscurs dans la pathogénie de la tuberculose péritonéale, il n'en est pas moins vrai que la forme diffuse de cette affection paraît bien résulter dans l'immense majorité des cas, d'une *dissémination de bacilles ou peu nombreux, ou fortement atténués*, se faisant par *voie sanguine*, chez des sujets particulièrement *prédisposés*.

(*A suivre.*)

Le Traitement de l'obésité par la culture physique, par le docteur RUFFIER. Une brochure de 112 pages. — Paris, librairie de « Portez-vous bien », 35, rue de la Victoire.

Archives urologiques de la clinique de Necker. Fasc. 1. Une brochure de 130 pages. — Paris, F. Gittler.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

LE SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1913

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à Paris, à l'adjudication des fournitures d'articles de *pansement, gazes antiseptiques, mackintosch, protective, coton hydrophile*, nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er octobre 1913

Le montant desdites fournitures est évalué approximativement comme suit :

1er lot. *Gaze hydrophile; gaze iodoformée, au salol, boriquée; lint boriqué*, 25000 mètres.

2e lot. *Mackintosh et protective*, 2000 mètres.

3e lot. *Ouate coton hydrophile*, 90000 kilogr.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au 13 septembre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies du cou, par les docteurs ARROU, FREDET et DESMAREST, chirurgiens des hôpitaux de Paris. Un vol. gr. in-8 de 166 pages avec 41 fig. — Prix : broché, 4 francs; cartonné, 5 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 95. — SAMEDI 23 AOUT 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 23 AOUT 1913. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Un concours pour la nomination à quatre places d'élèves internes en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 10 novembre 1913, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois heures à cinq heures du soir, jusqu'au 3 novembre inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1913-1914, chefs de travaux et de laboratoires :

Travaux pratiques. — Chimie : M. Maillard, chef.
Physique : M. Guilleminot, chef.
Parasitologie et histoire naturelle : M. Brumpt, chef.
Histologie : M. Branca, chef.
Anatomie pathologique : M. Roussy, chef.
Physiologie : MM. Langlois, chef, et Garrelon, chef-adjoint.

Laboratoires de recherches et d'enseignement. — Anatomie : M. Augier, chef.
Physiologie : MM. Camus (Jean), chef, et Tiffeneau, chef-adjoint.
Thérapeutique : M. Carnot, chef.
Pathologie et thérapeutique générales : M. Feuillié, chef.
Chimie : M. Moog (Robert), chef des travaux biologiques.
Médecine légale : MM. Ogier, chef du laboratoire de chimie, et Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.
Pathologie expérimentale et comparée : M. Garnier, chef.
Pathologie externe : MM. Lutembacher, chef, et Bordet, chef-adjoint.
Pharmacologie et matière médicale : M. Brissemoret, chef.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1913-1914, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. Jeannin, accouchements, et Couvelaire, enseignement théorique aux élèves sages-femmes.

ÉCOLE DE MÉDECINE. — RENNES. — M. Véron, professeur de clinique obstétricale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, de l'enseignement de la théorie et de la pratique des accouchements aux élèves sages-femmes.

M. Marquis, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, de l'enseignement de l'anatomie, physiologie et pathologie élémentaires aux élèves sages-femmes.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de chefs de travaux :

MM. les professeurs Lefeuvre (physiologie), Castex (physique), Lenormand (chimie) et Houlbert (histoire naturelle).

LA FRAUDE DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL. — La commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre s'est préoccupée de remédier aux abus qui ont été dénoncés à maintes reprises, en matière de frais médicaux et pharmaceutiques consécutifs à des accidents du travail.

Elle a décidé d'introduire dans le dispositif du projet de loi relatif aux maladies professionnelles le texte suivant :

« Sera puni d'une amende de 100 à 500 francs et d'un emprisonnement de trois jours à trois mois quiconque par menaces, dons, promesses d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux, fournitures pharmaceutiques, faits à des accidentés du travail, à des syndicats ou associations, à des chefs d'entreprise, à des assureurs ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer les victimes des accidents du travail ou de maladies professionnelles dans une clinique ou cabinet médical ou officine de pharmacie, et aura ainsi porté atteinte ou tenté de porter atteinte à la liberté de l'ouvrier de choisir son médecin ou son pharmacien. » P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur H. Cormoy (de Luché).

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES. — La dixième session du cours de vacances de physiothérapie, aura lieu du 9 au 31 octobre prochain à l'école des *Hautes études sociales*, 16, rue de la Sorbonne et dans divers hôpitaux ou cliniques de cinq heures à sept heures tous les jours.

Ce cours essentiellement pratique est divisé en deux séries de vingt leçons : la première comprend l'électro, la radio, la radiumthérapie, la photothérapie et l'hydrothérapie avec comme professeurs MM. Albert Weil, Degrais, Dominici, Sandoz. La deuxième comprend le massage médical, chirurgical, gynécologique, la gymnastique, l'éducation physique, la rééducation motrice, la mécanothérapie et la méthode de Bier avec comme professeurs MM. Durey, Dausset, Kouindjy, Leroy, Rœderer et Wetterwald.

Le prix de chaque série de vingt leçons est de 50 francs.

S'adresser pour les renseignements et les inscriptions, chez MM. Vigot, éditeurs, 23, place de l'Ecole de Médecine, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Cœur et l'aorte. Etudes de radiologie clinique, par MM. H. VAQUEZ, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et E. BORDET, chef de laboratoire adjoint à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8 de 250 pages, avec 169 fig. dans le texte. — Prix : relié, 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité de pathologie exotique, clinique et thérapeutique, publié en 8 fascicules, sous la direction de Ch. GRALL, inspecteur général du service de santé des troupes coloniales, et A. CLARAC, directeur de l'Ecole du service de santé des troupes coloniales. Vient de paraître : *Maladies parasitaires coloniales.* Un vol. gr. in-8 de 450 pages avec fig. — Prix : broché, 12 francs; cartonné, 13 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

XXIIIe session (Le Puy, 1-7 août 1913).

Le XXIIIe Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'est tenu au Puy, du 1er au 7 août, sous la présidence de M. le docteur Arnaud (de Vanves) et la vice-présidence de M. le professeur Dupré (de Paris). M. l'inspecteur général des services administratifs Granier y représentait le ministre de l'Intérieur, le médecin-major Haury le ministre de la Guerre, et M. Hesnard, médecin de la marine, le ministre de la Marine.

PREMIÈRE QUESTION. — PSYCHIATRIE.

Les troubles du mouvement dans la démence précoce. — M. Lucien Lagriffe (d'Auxerre) rapporteur. On est tenté aujourd'hui de chercher à caractériser la démence précoce autrement que par son trouble psychologique, étant donnée la rapidité d'apparition de ses troubles physiques, surtout de ses troubles du mouvement. Cela est-il possible?

Les grands syndromes moteurs de la démence précoce se réduisent en définitive en A. catatonie 1° rigide : négativisme; 2° flasque : suggestibilité et catalepsie; B. stéréotypie des gestes. Ils sont tous bien connus à quelque période de l'affection qu'ils se manifestent. Physiologiquement, les uns intéressent la vie de relation consciente, les autres la vie de relation subconsciente ou inconsciente. Parmi les premiers, sont les troubles de la mimique émotionnelle (grimaces, pleurs et rires) du langage parlé et écrit, de l'attitude, des gestes et de la marche; les autres troubles traduisent des altérations de la fonction n'appartenant pas en propre à la démence précoce.

L'origine musculaire des troubles du mouvement ne semble pas pouvoir être soutenue. L'étude des réflexes prouve que leurs troubles n'ont qu'une importance minime. D'autre part, l'anatomie pathologique montre que la prédominance des lésions, — lésions qui sont surtout celles des prolongements cellulaires — se trouve dans les lobes frontaux, c'est-à-dire en dehors des régions motrices. Les troubles moteurs de cette affection ne semblent donc pas avoir une origine directement organique.

Aussi l'auteur conclue-t-il :

1° Les phénomènes moteurs ne peuvent, dans ce complexus auquel on donne le nom de démence précoce, caractériser nettement que la forme dite catatonique; celle-ci, en dehors de toute question doctrinale, est la seule qui, au point de vue de la motricité, semblerait avoir une existence bien autonome. Mais la réalité de cette autonomie est très ébranlée par ce fait que les phénomènes moteurs constituent un ensemble se retrouvant au cours de syndromes mentaux qui ne sont pas de la démence précoce : ces syndromes mentaux sont les états confusionnels, que ces états confusionnels apparaissent dans l'enfance, dans l'adolescence, dans l'âge mûr ou dans la vieillesse; qu'ils reconnaissent pour cause une intoxication, une infection (intoxication), des altérations cérébrales disséminées dues à un traumatisme, à la sénilité ou à toute autre cause.

2° Les troubles du mouvement que l'on observe au cours de la démence hébéphrénique et de la démence paranoïde participent, eux aussi, d'états divers, formes d'excitation en général, démences vésaniques et, ici aussi, états de confusion.

3° Ces phénomènes moteurs ne semblent pas, comme l'a dit Kraepelin des phénomènes cliniques généraux de la démence précoce, pouvoir être mis directement sur le compte de lésions profondes des éléments cellulaires de l'écorce cérébrale, en ce sens que les lésions observées laissent à la fonction musculaire toute sa potentialité et lui permettent de redevenir, suivant les circonstances, égale à ce qu'elle était autrefois

4° Ces troubles présentent donc les caractères de ceux auxquels on donne, pour la commodité de l'étude, le nom de troubles fonctionnels. Il faudrait pour que nous puissions nous prononcer d'une façon formelle sur leur nature, que nous eussions des certitudes sur l'origine du mouvement volontaire.

Les manifestations cliniques de la démence précoce semblent tenir surtout à des troubles de l'association; la régulation cérébrale n'étant plus assurée, l'inhibition se trouve par conséquent en défaut. Le trouble de l'association réside dans le fait que les représentations ne peuvent surgir qu'en petit nombre dans le champ de la conscience, ainsi l'antagonisme devient impossible, et l'absence de motifs contrastants fait que les représentations persévèrent. Mais de cette difficulté d'évoquer plusieurs motifs à la fois, il résulte que, si une idée fait naître dans le champ de la conscience une image antagoniste, celle-ci devient prédominante et le négativisme se produit. Ainsi les troubles moteurs dans la démence précoce apparaissent non pas comme des troubles de la fonction motrice, mais, bien plutôt, comme des troubles de l'expression motrice : les muscles répondent normalement à des incitations dont les conditions sont faussées, parce que les excitations ne déterminent plus dans les centres d'association les réflexes nécessaires à ces incitations. C'est à cause de ce trouble de la réflectivité cérébrale que la richesse intellectuelle peut persister dans la démence précoce sans parvenir à s'actualiser.

Discussion. — M. Dide (de Toulouse). Il y a lieu de distinguer parmi les troubles moteurs ceux qui paraissent être simplement l'expression d'un trouble mental (stéréotypie, négativisme, phénomènes athétosiques, paradoxaux, variables) et ceux au contraire dont la fixité permet de songer à des altérations anatomiques. Les réflexes et ceux de la marche sont très importants. La démence précoce est une maladie cérébro-spinale caractérisée par l'involution des grandes cellules nerveuses. Cette affection se situera en nosologie à côté de l'idiotie amaurotique de Tay-Sachs.

M. Hesnard (de Bordeaux). M. Lagriffe est arrivé à l'intéressante conclusion que les troubles moteurs sont d'origine psychique, la maladie n'atteignant pas la fonction motrice proprement dite et étant compatible avec une richesse cérébrale non actualisable. Cette conclusion — il est frappant de le constater — est celle de beaucoup d'auteurs dont le professeur Bleuler (de Zurich). Pour cet auteur, la schizophrénie est constituée par des troubles fondamentaux et secondaires. Les premiers comprennent : le désordre des éléments psychiques, une *dissociation* psychique ou maladie des associations (images, idées, sentiments); l'*ambivalence* ou surestimation de l'idée ou de l'émotion contraire. De cette dissociation, qui morcelle la personnalité, dépendent l'adhérence des éléments psychiques entre eux, la surestimation de tel ou tel élément prédominant dans le champ de la conscience; les barrages ou arrêts brusques du mécanisme mental, l'éparpillement du but psychique, la difficulté pour le sujet de se détourner d'une idée, etc. La dissociation procède suivant les lois du rêve normal, imposant à la mentalité du sujet des pensées confuses et incohérentes associées au gré des forces affectives (intérêts sentimentaux empruntés à des événements impressionnants, contemporains

du début de la maladie), le détournant de la vie réelle et expliquant son inintérêt au milieu ambiant.

Parmi les seconds, se trouvent précisément les troubles moteurs, qui résulteraient d'une adaptation du malade aux nouvelles conditions psychiques. Les uns, comme le négativisme, les troubles des actes volontaires, la suggestibilité, la catatonie passive, la dyspraxie seraient la conséquence directe du trouble associatif. Les autres, comme l'excitation stérile, les automatismes, etc., seraient l'effet d'une décharge motrice consécutive à la distraction intense. D'autres enfin, comme certains gestes, salades de mots, troubles de l'écriture, seraient l'expression symbolique ésotérique de sentiments et d'idées délirantes, ainsi que pourrait le démontrer la psycho-analyse ou même l'effet de certaines tendances assez volontaires à être malade et à préférer la maladie à la vie réelle.

Les grandes lignes de cette théorie sont à retenir malgré les exagérations psychologiques et terminologiques et se concilient avec la notion des troubles psychiques, conséquence d'une auto-intoxication cérébrale. Ce sont les principes mêmes de doctrines classiques et bien françaises, particulièrement de l'opinion du professeur Régis sur les rapports de la confusion mentale et de la démence précoce. Beaucoup de ces malades font preuve d'une activité psychique méconnue et peuvent même guérir. Ce sont moins des déments au sens classique du mot, que des malades en proie à une sorte de psychose confusionnelle et onirique. Bleuler dit même, à ce sujet, que le plus haut degré de la dissociation psychique est la confusion mentale, caractéristique des états aigus de la maladie.

Quant aux déductions extrêmes qu'en tirent Yung et certains adeptes de l'école de Zurich, qui proclament que c'est dans le but de se détourner d'une réalité trop pénible que le malade se réfugie dans la psychose et pour lesquels la maladie mentale, évoluant sans cause anatomo-cérébrale, accessible seulement au poète dénonciateur des causes morales de la folie, devient une spéculation subtile à l'usage des âmes délicates, elles sont inacceptables. Il est à souhaiter que ces doctrines, lesquelles se désintéressant de l'anatomie pathologique constituent un essor philosophique hors de la pathologie, vers les éléments métaphysiques des causes finales, ne fassent pas perdre de vue l'œuvre réellement scientifique et intéressante de Bleuler et ne la déshonorent pas par leurs tendances téléologiques inadmissibles.

M. Voivenel (de Toulouse). Il ne faut pas rejeter la psychologie, il faut la conquérir.

M. Crocq (de Bruxelles) ne croit pas à une formule quelconque dans les troubles des réflexes chez les déments précoces. Les résultats qu'il a obtenus ont toujours été inconstants. Les signes physiques ne pouvant aider au diagnostic, il se demande comment savoir en présence de deux malades semblables celui qui guérira, n'ayant fait que de la confusion mentale, et celui qui sombrera faisant de la démence précoce. Il ne croit pas à la possibilité d'un pronostic. C'est l'hérédité cérébrale du malade qui le fait.

M. le professeur Régis (de Bordeaux) regrette que le rapporteur n'ait pas classé les troubles moteurs des déments précoces en troubles moteurs proprement dits, en troubles psycho-moteurs, en troubles purement psychiques. Il rappelle les deux formes essentielles de la démence précoce, forme postconfusionnelle et forme constitutionnelle, et il expose qu'il tend à se faire de plus en plus un rapprochement entre la confusion mentale et la démence précoce. Les troubles moteurs rapprochent aussi ces deux affections, la démence précoce et la confusion mentale sont contiguës, elles ne sont pas identiques. Dans la nouvelle édition de son *Précis de psychiatrie* qui va paraître, l'auteur a mis la démence précoce à part de la confusion mentale. Peut-être la démence précoce représente-t-elle un état de lésions cellulaires à une période où il n'y a plus de réparations possibles, et est-elle due à une confusion mentale chronique devenue incurable. Quoi qu'il en soit, il estime que c'est la clinique qui doit donner le secret des psychoses.

M. Delmas (de Paris) apporte à la discussion l'appoint de deux faits cliniques : dans le premier il s'agit d'une jeune fille hébéphréno-catatonique chez laquelle des symptômes physiques en avaient imposé pour de la paralysie générale. Ce syndrome de paralysie générale accompagné de lymphocytose discrète disparut assez vite. Un processus méningo-encéphalique avait donc conditionné des troubles moteurs qui étaient rattachables uniquement à la démence précoce.

M. Dupré (de Paris) rappelle que le syndrome de la démence précoce se développe facilement chez les débiles mentaux et aurait désiré que le rapporteur eût fait le parallèle entre les troubles moteurs de ces deux états. La débilité mentale s'accompagne fréquemment de débilité motrice. Les troubles moteurs peuvent en imposer parfois pour de la démence précoce. Avec Logre il a présenté à la Société de psychiatrie un cas semblable : les troubles moteurs s'y compliquaient d'attitudes cataleptoïdes. L'auteur croit en effet qu'une grande partie du syndrome de la démence précoce appartient sans doute à la débilité mentale.

M. Jacquin (de Bourg) rappelle l'importance du rire dans la démence précoce et le travail de Mlle Pascal. Il dit que des soldats ont pu être pris pour des simulateurs à cause de leur sourire gouailleur. Il insiste sur le geste de la poignée de la main dans la démence précoce et cite le travail qu'il a fait avec Anglade pour établir que les tremblements et les spasmes existent surtout au niveau du facial.

M. Ameline rappelle l'alternance du fonctionnement des hémisphères cérébraux.

DEUXIÈME QUESTION. — NEUROLOGIE

Les anesthésies dans l'hémiplégie cérébrale. — M. R. Monier-Vinard, rapporteur. Depuis le jour où fut signalée l'existence de troubles de la sensibilité au cours des hémiplégies, les travaux se sont accumulés pour élucider la nature, les caractères symptomatiques, les lésions de cette catégorie de manifestations. Ce fut d'abord et surtout, sous la direction de Charcot que l'anesthésie cérébrale fut analysée, et c'est à son inspiration que sont dues les recherches de Vayssières, Gilbert-Ballet, Rendu, Brissaud... Plus tard, Dejerine et ses élèves Long et Roussy, et d'autre part Verger-Claparède, Brécy, Courgeon-Bonnier... abordaient encore les uns l'étude de l'aspect symptomatique, les autres le point de vue anatomique et psychologique de la question. Parallèlement d'ailleurs, à l'étranger, des recherches semblables étaient poursuivies sans cesse dans des sens analogues.

Les troubles sensitifs dans l'hémiplégie cérébrale devaient en effet susciter de nombreuses investigations, le sujet étant de ceux qui comportent une complexité particulière d'aspects et de problèmes.

Au point de vue pratique, l'un des plus importants à été celui des éléments de diagnostic entre les hémianesthésies fonctionnelles et les hémianesthésies organiques. Longtemps on s'est trouvé dans un grand embarras pour faire avec certitude le diagnostic différentiel entre ces deux types, et cette impuissance contribua maintes fois à créer de la confusion dans la description de l'un et de l'autre. Bien souvent, il se produisit un empiètement des manifestations hystériques sur celles de nature organique, et c'est seulement dans ces dernières années, qu'une série de travaux, parmi lesquels il convient de citer particulièrement ceux de M. Babinski, apportèrent les moyens de séparer formellement les anesthésies névropathiques des anesthésies organiques.

L'on s'est attaché encore à l'étude anatomique des voies de conduction intra-cérébrales de la sensibilité, et surtout à celle du siège et de l'étendue de la zone corticale répondant à cette fonction. Sous l'inspiration de M. Dejerine, Long a abordé le problème dans son entier, et depuis son travail qui avait trait

à l'ensemble de la voie sensitive, Roussy a considéré spécialement le noyau thalamique et ses connexions avec le ruban de Reil. Plus récemment on a surtout mis à l'étude la topographie cortico-cérébrale sensitive et motrice. Le sujet à l'heure actuelle est en pleine discussion et les faits anatomo-cliniques se multiplient, mais aussi se heurtent, et toute conclusion formelle sur cette question serait pour le moment prématurée.

Il a paru au rapporteur à la fois intéressant et utile de faire un exposé comparatif des troubles de la sensibilité d'origine corticale et des troubles d'origine centrale. Ces deux catégories d'anesthésies, tout en ayant des analogies symptomatiques considérables, et de tout temps reconnues, présentent aussi certaines différences méritant d'être développées.

Ces caractères différentiels propres, les uns aux anesthésies corticales, les autres aux anesthésies thalamiques, ont été particulièrement étudiées par Head et Holmes, et par quelques autres auteurs de l'école anglaise contemporaine. En s'inspirant de leurs travaux et de leurs méthodes d'observations, il a examiné un nombre important d'hémiplégiés hospitalisés dans le service de son maître M. Klippel. Ses constatations ont été régulièrement confirmatives de celles des auteurs anglais.

Dans la première partie de son rapport il développe l'exposé symptomatique des troubles sensitifs de l'hémiplégie corticale puis, de ceux de l'hémiplégie thalamique.

Dans une deuxième partie il fait un rapide et simple parallèle entre les deux catégories de troubles sensitifs corticaux et thalamiques au point de vue de leurs aspects symptomatiques et de leur mécanisme psycho-physiologique.

Troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie corticale. — Les troubles sensitifs dans l'hémiplégie par lésion corticale sont de deux ordres : les uns sont objectifs et consistent en phénomènes d'anesthésies, les autres sont subjectifs, ce sont les douleurs posthémiplégiques et plus rarement les douleurs préhémiplégiques. La sensibilité au contact est très fréquemment altérée, mais l'importance de cette atteinte est extrêmement variable, non seulement d'un sujet à un autre, ce qui s'explique facilement par l'inégalité des lésions corticales, mais encore chez le même sujet, suivant que la lésion est de date récente ou bien anciennement constituée. Dans les premiers jours qui suivent l'apparition de l'hémiplégie, la sensibilité tactile est affaiblie dans presque toute la totalité de la moitié du corps paralysé ; mais peu à peu, l'étendue du territoire anesthésique se restreint, le tronc, la face, la racine des membres récupèrent la sensibilité, tandis qu'au niveau des extrémités, et particulièrement de la main et des doigts, le trouble persiste presque indéfiniment à un degré plus ou moins accentué.

Des excitations tactiles, graduées de façon que leur intensité soit régulièrement progressive, provoquent des réponses remarquables par leurs irrégularités et leurs contradictions. Ainsi une série d'excitations faibles n'étant pas perçues, on peut par un contact plus fort éveiller la sensation, mais que l'on continue à augmenter l'intensité de l'excitant, on ne provoquera pas nécessairement une perception tactile plus nette que par les premiers contacts et les réponses seront tantôt positives, tantôt négatives. Ces irrégularités déconcertantes de la perception tactile s'amplifient à mesure que l'exploration se prolonge, et, de plus, les résultats comparatifs d'explorations successives pratiquées à de plus ou moins longs intervalles donnent entre eux des discordances aussi remarquables que celles observées dans le cours d'un même examen. Un seuil de perception tactile ne peut en somme être déterminé avec exactitude. Sans cesse il varie, et l'irrégularité de son niveau est un caractère cardinal de cette anesthésie.

Cette irrégularité et cette variabilité croissantes des réponses à mesure que l'exploration se prolonge, apparaissent comme les conséquences de la rapide fatigue de l'attention du sujet et de la production d'illusions de contact à la suite de la répétition des excitations tactiles.

Cette fatigue présente le caractère de ne pas s'étendre aux perceptions suscitées dans toute l'étendue du corps, elle est limitée à la moitié du corps hémiplégique, car, du côté sain, les réponses se produisent avec régularité et exactitude, quelle que soit la durée de l'examen imposé au malade.

La persistance anormale des sensations tactiles est un phénomène qui intervient en outre pour perturber les perceptions ultérieures; elle met dans l'obligation de suspendre toute exploration pendant un temps qui est assez variable, mais qui peut atteindre plusieurs minutes. L'observation montre que le défaut d'attention des malades apparaît d'autant plus vite que ces illusions de contact se produisent plus promptement. L'épreuve du compas de Weber montre que la perception simultanée de deux pointes du compas est régulièrement troublée et qu'un seuil de perception est difficilement fixé avec exactitude. En outre, la faculté de discrimination tactile reste affaiblie, alors même que l'application des deux pointes n'est pas exactement simultanée. Les excitations douloureuses de piqûre, de pincement, sont exactement perçues par le sujet atteint d'hémiplégie corticale; mais, au cours de cette exploration, il arrive que le malade accuse avec une certaine lenteur la sensation douloureuse, et que la nature de l'excitant douloureux, ainsi que l'intensité de son application, paraissent incertaines. Le retard et l'hésitation de la réponse relèvent seulement de l'obtusion tactile et concomitante. La sensibilité thermique ne présente habituellement pas non plus de troubles considérables dans l'hémiplégie corticale.

Pour le sens musculaire, la notion de position et celle de mouvements passifs sont généralement altérées simultanément et parallèlement, mais le degré de leur affaiblissement est variable. La notion du mouvement actif est altérée dans un grand nombre de cas. La notion de poids est altérée et il existe un parallélisme constant entre le degré de l'anesthésie tactile et celui de l'affaiblissement de la notion de poids explorée par ce procédé. On constate toujours de grossières erreurs dans l'appréciation comparative et simultanée de deux poids, placés, l'un dans la main saine, l'autre dans la main paralysée. L'acte de jugement comparatif est affaibli bien au delà de ce que le comporterait l'atténuation de la notion de poids dans le côté malade, et, de plus, il est impossible de fixer un seuil pour l'appréciation exacte de poids différents. Les notions de dimension, forme, volume des objets sont très communément affaiblies dans l'hémiplégie corticale. La faculté de localisation est indemne si la sensibilité segmentaire est normale et les erreurs de localisation ne se produisent encore qu'en proportion de l'affaiblissement de la perception des sensations cutanées. Ces troubles subjectifs de la sensibité font souvent complètement défaut, et, quand ils existent, ils ont une intensité relativement faible. Survenant d'ordinaire au bout de quinze à vingt jours, c'est-à-dire au moment où l'hémiplégie tend de flasque à devenir spasmodique, les sensations douloureuses spontanées ont pris pour siège la racine des membres, et particulièrement le moignon de l'épaule. Elles ne se produisent guère qu'à l'occasion de déplacements spontanés ou provoqués du membre. — Des auteurs ont signalé l'existence d'anesthésies à type radiculaire à la suite de lésions corticales; il conviendra d'en tenir compte en présence d'un trouble à topographie radiculaire avant d'exclure, sur la foi de la doctrine classique, la possibilité du siège cérébral de la lésion; puis, au point de vue anatomique, ils amènent à conclure que les faisceaux sensitifs ascendants gardent, même au niveau du cortex, contrairement à ce que l'on pensait jusque-là, une individualisation persistante, reproduisant celle des troncs radiculaires.

Les troubles sensitifs par lésions corticales se présentent le plus communément associés à des manifestations motrices, sensorielles, mentales. Ces groupements syndromiques ont une diversité qui tient à celle même de l'étendue des lésions cérébrales. C'est une règle que dans les cas où la paralysie ne se

porte pas d'une façon égale sur toute une moitié du corps, c'est toujours le segment le plus gravement paralysé qui est le plus anesthésique.

L'hémianesthésie consécutive à des lésions corticales d'assez grande étendue peut, au début, être totale et complète, mais elle ne persiste pas très longtemps sous cette forme; bientôt elle regresse, les extrémités étant les dernières à s'améliorer. L'explication donnée à cette plus grande amélioration du déficit sensitif serait que la voie sensitive a un plus grand nombre de relais et que, par suite, une excitation sensitive peut se propager suivant de plus nombreuses voies de dérivation. Von Monakow a montré que dans les lésions corticales, en dehors des états de shock, la sensibilité à la douleur est la moins atteinte, la sensibilité thermique et la sensibilité tactile le sont plus communément; mais ce sont surtout la sensibilité musculaire et le sens de la localisation qui sont le plus altérés, ainsi que la résultante de ces différentes sensibilités, la stéréognosie. Le sens stéréognostique est de tous le plus atteint, et c'est de plus celui qui s'améliore le plus tardivement.

Troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie thalamique. — Le syndrome thalamique a été individualisé par Roussy, qui en a fait, sous l'inspiration de Déjerine, une étude anatomique et clinique des plus complètes. Les phénomènes d'anesthésie par lésion de la région capsulo-thalamique sont d'autant plus considérables que la lésion causale, hémorragie, ramollissement ou tumeur, a été plus largement destructrice. L'étendue plus ou moins grande de la lésion entraîne un nombre plus ou moins considérable de phénomènes anesthésiques. Si la couche optique se trouve enfin directement intéressée, aux symptômes d'anesthésie s'ajoutent les douleurs spontanées et l'hyperréaction aux excitations douloureuses. Les phénomènes de déficit sensitif ont le plus souvent un degré moyen. La sensibilité tactile est une de celles dont l'atteinte présente les plus grandes variations au double point de vue du degré et de l'étendue topographique, mais elle ne fait à peu près jamais défaut, au moins à un degré léger. Il est toujours possible de déterminer dans chaque région que l'on explore un seuil de perception tactile remarquablement fixe.

La fatigue de l'attention n'intervient pas non plus, comme dans le cas de lésions corticales, pour troubler la recherche. La sensibilité au chaud et au froid est fréquemment indemne (un tiers des cas). La localisation des sensations tactiles et thermiques est souvent inexacte. Le plus souvent, le point excité est apprécié faussement, mais sans sortir des limites mêmes du membre soumis à l'exploration. Le pouvoir de discrimination a un affaiblissement variable, mais qui, dans chaque cas, répond à un seuil de perception rigoureusement fixe et au niveau duquel la double excitation est toujours exactement perçue. La perception des vibrations du diapason n'est à peu près jamais complètement abolie.

La forme de sensibilité qui est atteinte avec la plus grande fréquence, et aussi avec la plus grande intensité, est cette partie du sens musculaire répondant à la notion de position et à l'appréciation des mouvements passifs. Les malades se plaignent de n'avoir plus conscience de la situation de leurs membres hémiplégiques. Mais, bien souvent, le degré de la perturbation est moindre et, au premier abord, elle peut même sembler faire défaut. Il faut alors la rechercher méthodiquement. On voit alors que des malades à sensibilité musculaire et articulaire en apparence indemne, présentent un trouble insoupçonné de la notion de position et des mouvements passifs. Dans l'anesthésie d'origine centrale, l'appréciation comparative de poids successifs placés dans la main appuyée sur un plan résistant est souvent exacte, en raison de la fréquente intégrité de la sensibilité tactile; par contre, l'estimation d'un poids par soupèsement est souvent altérée par suite de l'atteinte de la sensibilité musculaire. Il existe, comme pour les sensibilités élémentaires, un seuil constant d'appréciation stéréognostique.

L'hyperréaction aux excitations d'ordre affectif constitue une deuxième catégorie de troubles sensitifs à étudier chez les sujets atteints de lésions thalamiques. Selon Head et Holmes, sa valeur sémiologique serait considérable pour fixer le diagnostic d'altération du thalamus. Son existence, indiquent-ils même, serait subordonnée à la destruction d'une région déterminée de la couche optique : la portion postérieure du noyau externe.

Parfois l'hyperréaction ne se produit pas indifféremment pour chaque malade avec toutes les excitations d'ordre affectif, mais seulement, pour chacun des sujets, à propos de certaines catégories d'excitations. La piqûre ou le pincement sont les causes provocatrices les plus communément efficaces. Les pressions graduées sont un facteur remarquable d'hyperréaction douloureuse; les sensations thermiques l'engendrent aussi. L'exploration de la sensibilité viscérale peut la provoquer également. Non seulement les excitations de la sensibilité générale ou de la sensibilité viscérale, mais encore les excitations psycho-sensorielles et même les états émotifs, peuvent provoquer des impressions agréables ou désagréables dans la moitié du corps qui est hémiplégique. Des douleurs spontanées s'observent dans environ un tiers des cas d'hémiplégie par lésion cérébrale. Elles ont une date d'apparition variable, le plus souvent tardive. Les sujets leur attribuent pour siège les plans superficiels, peau et plan cellulo-graisseux, et aussi les masses musculaires; ils les comparent à des pincements, à un broiement, plus rarement à une secousse électrique. Au niveau des membres, elles sont indépendantes des mouvements spontanés ou provoqués. Quelle que soit leur siège, leur acuité est généralement très vive. Roussy a donné la formule exacte des éléments constitutifs essentiels du syndrome thalamique.

Rappelons maintenant que c'est le cortège propre des troubles associés à l'anesthésie (aphasie motrice ou sensorielle, hémianopsie, hémichorée, hémiathétose, etc.), qui fait seul le diagnostic topographique de la lésion encéphalique.

Les similitudes entre les deux espèces d'anesthésie sont grandes en effet. Elles ont une même formule générale : 1° prépondérance habituelle de l'atteinte de la sensibilité profonde et intégrité relative des sensibilités superficielles avec inégalité dans leurs atteintes (la sensibilité tactile étant la plus atteinte); 2° topographie cérébrale du trouble, prépondérance des phénomènes d'anesthésie à la périphérie du membre; 3° superposition des troubles de la sensibilité aux paralysies motrices. (Parfois cependant, on a vu une anesthésie d'origine corticale se présenter avec une distribution radiculaire.)

Les divergences entre ces deux anesthésies sont des plus importantes au point de vue de leur intensité comme à celui de leur évolution clinique.

Le syndrome hémiplégie avec maximum de troubles sensitifs et minimum de troubles paralytiques est le fait surtout de lésions du thalamus, le syndrome inverse relève plutôt d'altérations corticales.

L'anesthésie corticale est une anesthésie sans cesse variable dans son degré et dans son intensité. L'impossibilité de fixer un seuil de perception est la conséquence de la fatigue rapide, de l'attention et de l'apparition de perceptions hallucinatoires. Dans cette variété d'hémianesthésie, les phénomènes du déficit sensitif sont aggravés par un affaiblissement du pouvoir de jugement comparatif des sensations entre elles, donc ici intervention de phénomènes idéatoires dans l'anesthésie. Elle ne s'accompagne d'aucune atteinte du jugement : contrairement à ce qui se passe pour la précédente, il est constamment possible de déterminer un seuil régulièrement fixe pour l'efficacité des excitations.

L'anesthésie thalamique est souvent accompagnée de deux troubles de la sensibilité que ne provoquent jamais les lésions

corticales : ce sont les douleurs spontanées, et l'hyperréaction ou phénomènes d'hyperréponse aux excitations ayant comme caractères de provoquer des sentiments de douleur ou de plaisir (excitations dites affectives par Head). Ces deux derniers phénomènes s'observent quand il y a destruction de la portion postérieure du noyau externe du thalamus.

Discussion. — M. Long (de Paris) aurait voulu trouver dans le rapport le résultat de l'expérience personnelle de l'auteur. Il donne plusieurs exemples des difficultés devant lesquelles on peut se trouver malgré la précision très remarquable des données fournies par les travaux de Head et Holmes, les deux auteurs anglais dont les opinions font foi en la matière. Et il termine en faisant des réserves sur la valeur des rapports anatomiques connus avec l'anesthésie.

M. Dupré. Toute une série de faits montrent qu'on ne peut pas faire de bonne neurologie dans un rapport neurologique sans faire de la psychiatrie. Un hémiplégique est, en effet, soit un débile, soit un dément, soit un intoxiqué (un alcoolique notamment), soit un homme sain. Il y a donc dans l'examen d'un malade, des éléments de terrain psychologique qui sont de première importance pour le médecin.

Le rapporteur aurait dû faire place peut-être aux hystériques et aux simulateurs. Il faut aussi se souvenir qu'un syndrome cénesthopathique pur peut avoir l'apparence hémiplégique.

Il y a en effet un intérêt primordial à ne jamais séparer la neurologie de la psychiatrie et réciproquement surtout si l'on se souvient de cette grande vérité énoncée par Binet : *Toutes les fois qu'on examine la sensibilité, on fait de la psychologie.*

M. V. Truelle (de Paris) rapporte un cas d'hémianesthésie corticale sans paralysie motrice suivi d'autopsie.

Il s'agit d'une femme de cinquante-sept ans environ, présentant depuis plus de quatre ans un syndrome pariétal complexe dont les caractéristiques principales sont les suivantes. Troubles psychiques : amnésie et surtout amnésie d'acquisition, aprosexie, désorientation, persévération, déficit global relativement faible. Aphasie amnésique, alexie et agraphie. Apraxie complexe, unilatérale gauche, mais avec parfois des tendances à se généraliser et présentant à l'analyse des signes communs aux trois variétés idéomotrice, idéatrice et agnosique. Anesthésie unilatérale gauche, superficielle et surtout profonde, présentant exactement les caractères des hémianesthésies corticales. Hémianopsie gauche. Pas de paralysie motrice cliniquement décelable.

A l'autopsie, on trouve un vaste foyer de ramollissement sur l'hémisphère droit détruisant tout le lobe pariétal, à l'exclusion de P^a légèrement atteinte dans sa partie postérieure.

Ce sont les perceptions sensitives les plus complexes, partant les plus intellectuelles, qui font constamment défaut (destruction du centre d'association pariétal) les sensations élémentaires, moins intellectuelles, étant perçues quand l'attention peut être fixée (conservation relative de P^a).

L'absence de paralysie motrice s'explique par l'intégrité de F^a.

TROISIÈME QUESTION. — MÉDECINE LÉGALE

Des indications opératoires chez les aliénés au point de vue thérapeutique et médico-légal. — M. Lucien Picqué, rapporteur. Depuis un siècle, les psychiatres français, Esquirol, Macé, Morel, Baillarger, éloignés à ce point de vue de toute préoccupation doctrinale et s'appuyant exclusivement sur la clinique, ont mis en lumière le rôle de la périphérie dans la genèse de la folie.

Quoi qu'il en soit, il faut que de son côté le chirurgien établisse d'une façon rigoureuse l'influence directe de certaines lésions chirurgicales dans la genèse de la folie. C'est alors seulement qu'il lui sera possible d'envisager une chirurgie de l'aliénation mentale et d'aborder utilement l'étude des indications opératoires. Origine extracérébrale de la folie et chirurgie de l'aliénation mentale doivent rester étroitement unies.

Mais comment arriver à cette démonstration fondamentale ? L'auteur procède d'abord à la délimitation du sujet. Il lui paraît indispensable d'étendre sa sphère d'observation de l'asile à l'hôpital pour y faire rentrer les psychopathies au début et étudier ainsi tous les psychopathes, qu'ils soient ou non internés.

Le chirurgien d'hôpital peut, en s'appuyant sur l'observation clinique, établir la part qui revient, dans un délire, à la prédisposition et à la lésion périphérique et aboutir ainsi à une doctrine concernant les rapports de l'une et de l'autre. Guidé par celle-ci, il peut dès lors redescendre vers la pratique, envisager la prophylaxie des psychoses postopératoires en étudiant les contre-indications opératoires d'ordre central et combattre d'autre part les formes délirantes transitoires par la suppression de certains foyers périphériques.

Il cherche ensuite à établir les règles à suivre dans l'observation des malades et la méthode chirurgicale en médecine mentale, car il lui a paru indispensable de constituer une méthode chirurgicale pour donner aux observations un caractère scientifique et en même temps régler le contrôle des résultats obtenus. Toutes les observations doivent être en effet soumises au contrôle des psychiatres. Or, en examinant les très nombreuses observations publiées d'affections mentales guéries par la chirurgie, il a constaté que la plupart étaient justiciables des mêmes reproches. Le diagnostic de l'affection mentale est le plus souvent mal précisé, parfois il est fantaisiste, rarement il a été établi ou contrôlé par les psychiatres, et le contrôle psychiatrique indispensable des résultats manque ordinairement.

Puis il montre *qu'il y a des contre-indications opératoires chez les aliénés*, car on ne touche pas impunément aux psychopathes. C'est de l'opposition entre les indications ou contre-indications chirurgicale et mentale que le chirurgien doit déduire la vraie indication ou contre-indication qui est à la base de la chirurgie des psychopathes.

Prévenir la psychose avant de chercher à la combattre, tel est le postulat sur lequel repose toute la chirurgie des psychopathes.

Des indications opératoires chez les aliénés. — Pour qu'une lésion périphérique fournisse une indication opératoire spéciale du trouble mental et qu'elle devienne ainsi la base d'une chirurgie rationnelle des aliénés, il faut établir tout d'abord le rôle de cette lésion dans la genèse de la folie, c'est-à-dire fixer un rapport de causalité avec le trouble mental.

Or les aliénistes et les opérateurs, envisageant la question à un point de vue différent, accordent *a priori* à certains organes un privilège spécial qu'ils appuient en général sur des données plus ou moins précises de physiologie normale ou pathologique.

Utérus et troubles mentaux. — Des aliénistes américains se sont appliqués à démontrer la prépondérance des affections de l'utérus et des annexes dans la genèse de la folie. Certes, les proportions des lésions utérines chez les aliénées est considérable, il a autrefois trouvé une proportion de 89 p. 100; il n'en est pas moins vrai qu'il est des aliénées chez lesquelles l'appareil génital est absolument indemne.

Il conviendrait en outre de déterminer d'une façon précise s'il existe réellement une prédominance de maladies utérines chez les psychopathes.

Le principe des opérations systématiques préconisées à l'étranger par les chirurgiens qu'encouragent les résultats thérapeutiques annoncés n'est pas soutenable.

Goitre et délire. — L'origine thyroïdienne des troubles mentaux chez les basedowiens reste encore indécise. Il est encore prématuré de formuler à l'heure actuelle des conclusions précises touchant l'influence de la chirurgie sur les trou-

bles psychiques qui accompagnent le goitre exophtalmique ou les tumeurs du corps thyroïde.

Rein mobile et délire. — La fréquence du rein mobile chez les aliénés a été très exagérée. Le rein mobile dans certaines formes mentales dépendant spécialement de l'hystérie ou de l'hypocondrie est justifiable de l'intervention chirurgicale, mais les indications opératoires sont délicates à établir.

En présence d'une affection chirurgicale chez un aliéné on doit envisager successivement deux indications : 1° l'indication causale ; 2° l'indication de la méthode thérapeutique à utiliser. L'origine extra-cérébrale du délire conduit à la première indication.

Le rapporteur estime qu'il est arbitraire de rejeter l'infection chronique de l'étiologie des délires périphériques et qu'on doit réserver aux formes aiguës la dénomination de délire infectieux.

Dans le cas qu'il a présenté avec Capgras à la Société de psychiatrie, la permanence du trouble mental (confusion mentale) n'était qu'apparente et due à une lésion de l'appendice. La malade guérit après intervention. Dans un autre cas présenté avec Leroy à la Société clinique de médecine mentale il en était de même pour une crise d'agitation maniaque et qui guérit très rapidement par l'extirpation du cæcum tuberculeux.

Le rapporteur étudie ensuite les *déductions thérapeutiques tirées de la notion d'infection, et le délire lié à des lésions périphériques non infectieuses*. Une lésion périphérique donnant lieu par elle-même à une indication chirurgicale est-elle bien dans un cas particulier la cause du délire qui l'accompagne ou au contraire indépendante de celui-ci ? Car on ne saurait trop répéter que l'existence d'une affection chirurgicale intéressant un « organe privilégié » comme l'utérus ou le testicule, n'implique pas, comme beaucoup le croient, un rapport de causalité. Le trouble mental est souvent indépendant comme dans certaines formes du varicocèle mental, par exemple.

Le rapporteur établit 1° qu'en l'absence du syndrome clinique de l'infection qui caractérise le délire infectieux, tout accès maniaque, avec ou sans hallucination, tout délire clinique accompagné ou non de confusion mentale, certaines formes de délire mélancolique ou hypocondriaque, doivent faire penser à l'existence possible d'une lésion chirurgicale infectieuse profondément située et latente ; 2° de même, certaines formes de délire hypocondriaque doivent être tenues, conformément à l'opinion de quelques psychiatres autorisés, pour des interprétations hypocondriaques délirantes de lésions périphériques non infectieuses.

Dans le cas précédent, l'indication est facile à remplir ; ici, au contraire, elle exige du chirurgien une connaissance approfondie du terrain hypocondriaque et un dosage exact des préoccupations hypocondriaques. Il convient de se rappeler en effet que l'intervention peut dans les conditions que nous avons envisagées, aggraver le délire. A l'asile, les cas sont encore peu nombreux qui démontrent l'influence favorable de la chirurgie.

Les indications opératoires *chez les hystériques* n'ont jamais été établies d'une façon bien précise.

C'est la contre-indication opératoire d'ordre mental qu'il faut rechercher ici comme dans toutes les catégories de psychopathes. Quoi qu'il en soit, il importe de savoir qu'il existe une catégorie d'hystériques en imminence de troubles mentaux et chez lesquels il faut se montrer très réservé au point de vue de l'intervention (que beaucoup d'entre elles réclament parfois avec insistance) et se borner à la chirurgie d'urgence.

Quelques auteurs ont émis l'opinion que l'hystérique est capable de créer de toutes pièces, non seulement un symptôme comme la douleur, mais encore un syndrome fonctionnel pouvant simuler la péritonite, l'occlusion intestinale, la sténose pylorique ou l'appendicite aiguë.

La connaissance de ces réactions est, on le conçoit, indispensable pour fixer d'une façon précise les indications opératoires.

La connaissance du *terrain hypocondriaque* est indispensable pour apprécier les modes de réaction du cerveau sur les syndromes fonctionnels et établir dans certains cas des contre-indications opératoires.

— Quant à la méthode thérapeutique qu'il convient d'utiliser, elle doit varier selon les formes mentales. Dans certains cas le choix s'impose (cancer). Dans d'autres affections, processus inflammatoire ou tuberculose par exemple, le traitement médical ou conservateur peut amener la guérison. C'est un des côtés intéressants de cette chirurgie des psychopathes de faire naître une indication opératoire spéciale parfois différente et souvent opposée à l'indication chirurgicale ordinaire.

La méthode thérapeutique est susceptible de varier selon l'état mental du malade, la *technique opératoire* ne l'est pas moins.

Des indications opératoires au point de vue médico-légal. — Comment l'intervention peut-elle être pratiquée ? Dans les conditions ordinaires, le malade donne l'autorisation. Or, l'aliéné n'est pas « compos sui » ; on ne peut ni lui expliquer les motifs d'une intervention, ni obtenir de lui l'autorisation nécessaire. Il faut demander l'autorisation aux familles. Si elles refusent, le chirurgien s'abstient. Malheureusement, ce modus fasciendi est, dans un grand nombre de cas, contraire à l'intérêt des malades et il entraîne parfois des abus révoltants. Dans un trop grand nombre de circonstances, on est réduit à une impuissance bien funeste, car, en l'absence d'un texte de loi, la société qui exerce ses droits de protection légale sur les biens de l'aliéné est dépourvue d'action sur le maintien de sa santé.

Les familles peuvent même interdire au chirurgien d'examiner l'état des organes profonds et de fixer ainsi la part des lésions périphériques dans la genèse du délire. Et cependant, la question se pose de la façon suivante : la société a interné un malade malgré sa volonté. Elle doit avoir le droit de le soigner. Or, l'entourage du malade ignorant ou cupide, refuse l'intervention nécessaire, car il attend souvent avec impatience la mort du malade pour hériter. Il faut que la loi nouvelle proclame nettement le droit qu'elle a de protéger l'aliéné dans sa santé comme dans ses biens, et que, pour permettre l'application de ce droit, elle étende les attributions de l'administrateur provisoire à tout ce qui intéresse la santé des malades.

En terminant, le rapporteur pense qu'il est permis d'espérer que l'application rigoureuse de la méthode chirurgicale, en multipliant le nombre des observations indiscutables, permettra de découvrir dans l'avenir, des corrélations nouvelles, et contribuera ainsi à étendre peu à peu le domaine des indications opératoires chez les aliénés.

Discussion. — M. Lagriffe fait remarquer que parfois le bistouri du chirurgien se retourne contre lui-même. Il rappelle le cas d'un sujet qui, se plaignant de troubles assez vagues dans la sphère génitale, avait obtenu d'un chirurgien habile qu'il l'opérât d'un varicocèle peu gênant. Les troubles du malade ne cessèrent pas et l'individu poursuivit son opérateur de ses plaintes ; il l'accusa de l'avoir rendu stérile et lui tira un coup de revolver sans l'atteindre.

Ce malade fut interné après expertise. C'était un constitutionnel, interprétateur, au passé très mouvementé, dont le délire était constitué par des préoccupations hypocondriaques multiples qui n'étaient pas sans base puisque le malade mourut peu après d'un cancer du rectum.

M. le professeur Régis commence par rappeler que l'origine extra-cérébrale de la folie est aussi ancienne que la psychiatrie. Il souligne ensuite le fait que le rapporteur a essayé

d'établir que c'était au chirurgien qu'il convenait de préciser les relations entre l'aliénation mentale et le traitement opératoire. C'est là une erreur. C'est le psychiatre qui devrait en toutes cir constances avoir le rôle principal, le chirurgien n'étant qu'un collaborateur qui n'a pas les éléments suffisants pour résoudre le problème : La meilleure preuve en est le rapport lui-même, lequel, malgré la valeur reconnue de son auteur, contient cependant quelques erreurs. De plus, l'orateur se demande si certaines guérisons sont bien le fait de l'opération (exemple d'une confuse opérée en mars, guérie seulement en octobre) et non pas de l'évolution naturelle de la maladie. De plus encore, il y a dans le rapport de petites inexactitudes au point de vue psychiatrique, par exemple il y est parlé « de délires transitoires qui peuvent devenir permanents », de « délire total » en fait de confusion mentale, tous états qui n'existent pas.

Il estime que quelle que soit la modération personnelle du rapporteur, à qui il rend tout l'hommage qu'il mérite, la chirurgie doit rester strictement cantonnée dans ses attributions. Le chirurgien ne doit intervenir que quand l'aliéniste le fait appeler et, à part quelques cas, fort rares, que lui seul peut indiquer, la chirurgie ne peut être un traitement de la folie. (L'auteur l'a dit depuis longtemps dans son *Précis de psychiatrie*, et il cite les pages qui ont bien mis au point cette question des rapports de la chirurgie et de l'aliénation mentale.)

M. Dide présente l'évolution qu'il a faite : il croyait autrefois au rôle presque exclusif des causes périphériques, aujourd'hui il croit au contraire que ce sont les modifications congénitales qui pèsent lourdement sur le cerveau des malades. Il ajoute, lui aussi, qu'il se demande comment on peut faire la preuve que le malade qu'on a opéré n'aurait pas guéri spontanément.

M. Dupré abonde dans le sens du professeur Régis. Il dit que dans le titre du rapport le terme « psychopathes » eût été plus compréhensif que celui d'aliénés et aussi plus juste, car tous les psychopathes ne sont pas internés.

Il critique quelques observations de malades présentés comme guéris, alors que l'évolution spontanée de la maladie peut tout expliquer. La grande notion de l'intermittence des troubles psychiques domine de beaucoup la question de la guérison d'une foule de maladies mentales, traitées médicalement ou chirurgicalement.

De plus le rapporteur a oublié tous les cénesthopathes qui assiègent les cabinets de consultation des spécialistes pour le nez, la gorge, les oreilles ou les organes génitaux. Il y a des malades qui ont subi toutes les « pexies » possibles bien inutilement et les chirurgiens ne suivent pas toujours jusqu'au bout leurs malades pour apprendre qu'à la fin c'est à l'aliéniste qu'ils ont définitivement abouti.

Le rapporteur a oublié enfin la liste martyrologique déjà si longue des médecins, des aliénistes ou même des chirurgiens, que des malades ont poursuivi comme l'a été le docteur Guinard.

Il a oublié aussi certaines catégories de malades comme ceux atteints du délire de possession et de zoopathie interne et aussi la « folie opératoire » de certains autres.

De même il aurait sans doute fallu rappeler que s'il y a des gens normaux que l'infection rend psychopathes, il y a aussi des psychopathes que l'infection guérit.

M. le professeur Gilbert-Ballet. L'intervention opératoire pouvant guérir la folie est une formule générale mauvaise et dangereuse. Mais, avant tout, dans cette tentative chirurgicale, il faut avoir une terminologie précise et satisfaisante. Or le rapporteur parle d'aliénés et de « faux aliénés ». Cette manière de parler ne laisse pas que d'être défectueuse.

L'auteur accepte l'idée que l'intervention chirurgicale puisse quelque chose dans le cas de confusion mentale, mais pas dans le cas de mélancolie. Il ne faut pas en effet confondre avec la mélancolie des états bien différents. On peut guérir ainsi un malade atteint de confusion mentale, même s'il a en même temps quelques phénomènes mélancoliques légers, mais la mélancolie non pas ! pas plus du reste que la manie (sauf quand il s'agit de simple confusion mentale avec agitation maniaque).

En tout cas, quand on parle de malades traités chirurgicalement, il faut avoir soin de dire toujours bien exactement à quel genre de maladie on a affaire, et de mentionner le diagnostic non pas laconiquement, mais avec tous les détails nécessaires.

M. Jacquin. Contrairement à l'opinion du rapporteur, la loi de 1838 n'a jamais empêché un aliéniste de faire une exploration génitale ou même la ponction lombaire.

COMMUNICATIONS

Délire d'imagination en bouffées. — MM. Dupré, Terrien et Le Savoureux apportent deux observations pour enrichir et éclairer l'histoire des bouffées de délire imaginatif déjà esquissé par Dupré et Logre dans leur mémoire sur le délire d'imagination.

Il s'agit dans le premier cas d'un garçon d'hôtel de vingt-cinq ans, sobre, bien portant, qui, sans prodromes saisissables, se montre le 27 juin dernier, au milieu du repas de midi, soucieux, distrait, taciturne, agressif vis à vis de l'entourage qui s'étonne, du médecin, et enfin des agents de police qui interviennent, et prétend au commissariat qu'il attend le paiement de la somme de treize cent mille francs qu'il vient de gagner à la suite d'un pari fait par lui avec un de ses anciens patrons.

A l'infirmerie spéciale le malade déclare ne pas avoir gardé le souvenir de la scène de distraction et de mutisme de l'hôtel, prétend avoir dormi, et affirme son absolue conviction d'avoir gagné un pari de treize cent mille francs. Il persiste, malgré toutes nos objections et en dépit de l'intégrité chez lui de la mémoire et du jugement en général, dans cette idée absurde à laquelle il ne renoncera, dit-il, que si la patronne avec laquelle il prétend avoir parié vient jurer devant lui n'avoir jamais tenu ce pari.

A Saint-Anne, en effet, dix jours après, le sujet en présence des dénégations et des propos de cette patronne déclare renoncer à son idée, qu'il qualifie de folle, et démontre depuis, par son attitude et ses réactions, la totalité de sa guérison.

On ne trouve dans les antécédents de ce malade aucun élément susceptible d'éclairer l'étiologie du syndrome, ni intoxication, ni épilepsie, ni surmenage, etc. Le sujet présentait seulement, depuis quelques mois, un état paranoïaque avec tendance à la méfiance, et aux interprétations morbides, dans le sens d'idées vagues de persécution. Très amélioré dans son humeur et ses réactions, depuis quelques semaines, c'est quelques jours après la reprise de son métier qu'il présente l'idée délirante plus haut décrite, qui apparaît comme une bouffée délirante imaginative transitoire, brusquement apparue à la suite d'une brève période d'état psychique anormal qu'on peut, en raison de l'amnésie consécutive, assimiler aux états dits second, somnambulique, vertigineux, sans pouvoir préciser la pathogénie de la fabulation délirante.

Le second cas est relatif à une débile de vingt-trois ans, d'origine belge, d'existence instable et irrégulière, qui, après quelques jours de fatigue et d'excès probables de boisson, eût brusquement, au cours d'une partie de canotage avec un ami de rencontre, la conviction qu'elle était devenue « reine d'Anvers » et accompagna aussitôt cette affirmation de projets de réforme sociale, de toilette etc... Cette idée absurde et puérile de grandeur était vaguement liée à quelques interprétations

rétrospectives. Aucun état confusionnel, ni amnésique. Lucide et euphorique, la malade persiste huit jours dans sa conviction délirante et y renonce en se déclarant incapable d'expliquer ses « loufoqueries ».

M. Hesnard voulait attirer l'attention sur cette petite question de l'origine imaginative de certaines idées inexplicables surgies sans motif dans la conscience de certains individus, question qui soulève celle plus grande de l'origine des *fabulations* dont les auteurs actuels paraissent discuter sans se comprendre. M. Dupré appelle imaginatives ces idées pour les distinguer des autres. Mais elles ressemblent à s'y méprendre à certaines idées post-oniriques constituant commun véritable des bouffées délirantes subites, sans motif apparent mono ou polyidéiques. Dans le cas du premier malade, beaucoup plus intéressant et caractéristique, on relève quelques instants avant les premières manifestations de l'idée délirante, un épisode de courte durée, sur la nature duquel il est difficile d'être fixé, mais qui nous apparaît comme ayant déterminé chez le malade du mutisme, un air un peu égaré, une sorte de négativisme transitoire et surtout une lacune amnésique incontestable. Je ne conteste certes pas la dénomination de « imaginative » donnée à l'idée délirante qui lui a succédé, mais il est logique de soupçonner que l'origine de cette idée délirante peut être précisément dans cet épisode d'inconscience ou de demi-conscience, et d'automatisme avec amnésie consécutive. Si l'on admet qu'au cours de cet épisode le malade a subi une courte phase de délire ou de rêve, l'idée en question en serait un reliquat *post-onirique*. M. Dupré paraît vouloir écarter ce diagnostic pour la raison que *le malade n'a pas dormi*. Mais il n'est pas nécessaire pour qu'il y ait reliquat post-onirique ou post-somnanbulique, que le malade ait eu une crise de sommeil proprement dit. Une obnubilation transitoire une courte et fugitive confusion mentale de quelques minutes, ou un vertige épileptique, ou tout autre épisode s'étant accompagné d'automatisme délirant non manifesté extérieurement, pourrait très bien expliquer la genèse d'une telle idée délirante. En tout cas, cette idée délirante est à distinguer d'autres idées délirantes « imaginatives » d'une autre origine, c'est-à-dire non manifestement en rapport avec une lacune amnésique, comme celle qui vient de soulever cette discussion.

M. Régis. Je ne puis que confirmer ce que vient de dire M. Hesnard au sujet de l'origine de l'idée délirante. Cette idée subie par le malade, imposée à sa conviction sans qu'il puisse savoir ni soupçonner d'où elle vient, est, si on la qualifie d'imaginative, à distinguer d'idées délirantes véritablement forgées par l'imagination créatrice. Une telle idée peut très bien s'expliquer parce qu'elle est puisée dans l'automatisme du malade, lequel s'est cliniquement et manifestement exprimé par l'intervalle d'obnubilation psychique qui traduit la lacune amnésique. Ce mécanisme est tout à fait analogue à celui qui préside à la genèse des idées délirantes post-oniriques ou post-somnambuliques.

M. Dupré. Invoquer, pour expliquer le mécanisme pathogénique de l'idée délirante, un épisode aussi bref de confusion mentale et de délire onirique paraît possible mais non démontré. Peut être pourrait-on qualifier de postulat le raisonnement qui suppose un état confusionnel ou somnambulique à l'origine d'une idée pathologique, qui présente en effet de nombreuses analogies avec les idées post-onirique. Ces deux cas, dont on voit aisément les analogies cliniques, présentent, dans l'étiologie du syndrome délirant transitoire, une différence notable. Le premier malade a puisé son idée morbide dans une crise psychopathique extrêmement courte, suivie d'amnésie, de nature imprécise et qu'on peut assimiler aux états de rêverie, de distraction, de somnambulisme, d'absence, etc. La bouffée imaginative apparaît ici comme secondaire à un automatisme psychique plus ou moins analogue au rêve. La seconde malade a improvisé son délire imaginatif au cours d'une courte période d'agitation et de fatigue, mais consciente et mnésique, qui a favorisé par le désordre de l'esprit, la création, chez une débile vaniteuse, d'une idée délirante soudainement apparue et bientôt évanouie.

Ces deux observations mettent bien en évidence la diversité étiologique des bouffées délirantes de nature imaginative.

(A suivre.)

HAURY,
Médecin-major de l'armée.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

GASTRO-ENTÉRITE INFANTILE

Quelle que soit la gravité de l'affection, que l'on mette l'enfant à la diète hydrique, au régime lacté réduit ou au bouillon de légumes, etc., on prescrira à chaque repas une demi ou une cuillerée à café de sirop de Trouette-Perret à la Papaïne, ce remède étant en général capable à lui seul de rétablir les fonctions digestives et d'arrêter la diarrhée.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 12, 20 mars 1913.) Thiemich : Traitement des convulsions de l'enfance. — Schubert : La cymevime, nouveau médicament cardio-vasculaire. — Schönborn et Cunz : Sur la parasyphilis. — Bacmeister et Henes : La teneur en cholestérine du sang dans différentes maladies internes. — Landau : Capsules surrénales et échanges graisseux. — Feldt : Chémothérapie de la tuberculose avec l'or. — Dibbelt : Etiologie du rachitisme et échanges calcaires. — Diesing : Etiologie du rachitisme. — Schlesinger : La radiologie dans l'ulcère gastrique. — Momburg : L'injection intrapéritonéale d'huile. — Lewy : Scolioses congénitales. — Neumann : Traitement du bec de lièvre. — Freuzel : Appareil pour fractures du maxillaire. — Dutoit : Traitement du tétanos par le magnésium.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 13, 27 mars 1913.) Bartel : Le stade de latence lymphoïde dans la marche de l'infection tuberculeuse. — Houssay : La combinaison d'adrénaline et d'hypophysine et son emploi clinique. — Gessuer : Sur les échanges graisseux. — Glaessuer : Sur les calculs pancréatiques. — Kahane : Sur les états anxieux. — Mayer : L'enseignement de Bossi en gynécologie. — (N° 14, 3 avril.) Oberstenier : L'évaluation pathologique en système nerveux. — Schenk : Le sérodiagnostic des tumeurs malignes — Arzt et Kerl : L'action biologique du radium. — Glück : Contribution expérimentale à la question des idiosyncrasies. — Hatiegan : La réaction des oxydases de Wrukler Schulze. — (N° 15, 10 avril.) Finger : Mercure et salvarsan. — Wiczkowski : Contribution à l'étude de la leucémie. — Deutsch : Le système nerveux végétatif dans la tuberculose pulmonaire. — Sohn : Influence du benzol sur les échanges. — Byloff : Contribution à l'étude des anévrismes de l'aorte abdominale. — Skudro : Influence des préparations mercurielles sur l'évolution des cancers de la souris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 96. — MARDI 26 AOUT 1913. 86e ANNÉE. MARDI 26 AOUT 1913. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1913-1914, chefs de travaux et de laboratoires :

Laboratoires des cliniques. — Clinique médicale (Beaujon) : MM. Jousset, chef des travaux de chimie; Castaigne, chef des travaux d'anatomie pathologique; et Rathery, chef des travaux de bactériologie.

Clinique chirurgicale (Cochin) : MM. Jolly, chef, et Brulé, chef adjoint.

Clinique médicale (Hôtel-Dieu) : MM. Deval, chef du laboratoire de chimie, et Bénard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Chabrol, dont les fonctions expireront le 31 octobre 1913.

Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu) : M. Dreyfus, chef.

Clinique médicale (Laënnec) : MM. Laëderich, chef, et Labbé (Henri), chef adjoint.

Clinique chirurgicale (Laënnec) : M. Renaud, chef.

Clinique médicale (Saint-Antoine) : MM. Troisier, chef des travaux d'anatomie pathologique et de bactériologie; Gigaut, chef des travaux de chimie; et Ronneaux, chef des travaux d'électrologie et de radiologie.

Clinique chirurgicale (Necker) : MM. Herrenschmidt, chef (chargé des travaux d'anatomie pathologique), et Beauvy, chef des travaux biologiques.

Maladies du système nerveux (Salpêtrière) : MM. Huet, chef, et Tinel, chef des travaux d'anatomie pathologique.

Clinique d'accouchements (Tarnier) : MM. Daunay, chef, et Le Serrec de Kervily, chef adjoint.

Clinique des maladies mentales (Sainte-Anne) : MM. Dreyfus-Rose, chef du laboratoire de chimie; Laignel-Lavastine, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; Dumas, chef du laboratoire de psychologie; Revault d'Allonnes, chef adjoint du laboratoire de psychologie; Schrameck, chef des travaux ophtalmologiques; et Courtade, chef du laboratoire d'électricité et de photographie.

Clinique d'accouchements (Baudelocque) : M. Lelièvre, chef.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) : MM. Paris, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; Ehrmann, chef du laboratoire de physiologie pathologique; et Desmoulière, chef du laboratoire de chimie.

Clinique ophtalmologique : MM. Bourdier, chef; Pley, chef des travaux d'optique; et Gellé, chef des travaux d'otorhinologie.

Clinique des maladies des enfants (hôpital des Enfants-Malades) : M. Nobécourt, chef.

Clinique des maladies des voies urinaires (Necker) : MM. Verliac, chef du laboratoire de bactériologie; Ambard, chef du laboratoire de chimie; et Morel, chef du laboratoire d'urologie expérimentale.

Clinique thérapeutique (Beaujon) : MM. Bournigault, chef; et Bith, chef (en remplacement de M. Claret, dont les fonctions expireront le 31 octobre 1913).

Clinique d'accouchements (Beaujon) : M. Cartier, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Diphtérie (hôpital des Enfants-Malades) : M. Dorlencourt, chef (en remplacement de M. Bloch-Michel, dont les fonctions expireront le 31 octobre 1913).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle, sont inscrits d'office au tableau d'avancement pour faits de guerre au Maroc.

Pour le grade de médecin principal de deuxième classe : MM. les médecin-majors de première classe Barbot et Cultin.

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe : M. le médecin aide-major de première classe Millet.

— Par décision ministérielle sont inscrits d'office au tableau de concours :

Pour le grade de chevalier de la légion d'honneur : M. le médecin-major de première classe Rouvillois.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Beyne, George, Guyard, Moulin et Perié.

— Par décision ministérielle du 22 août 1913 :

M. le médecin-major de deuxième classe Poirée passe au 141e d'infanterie, et M. le médecin aide-major de première classe Gallès passe au 58e d'infanterie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Borne, sénateur, président du Conseil général du Doubs, décédé à Montbéliard, et Citerne (de Nantes).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Pour faciliter les excursions à Fontainebleau et à Moret, pendant l'été 1913, un train spécial à prix réduits (2e et 3e classes seulement) sera mis en marche tous les dimanches jusqu'au 21 septembre inclus.

Départ de Paris à 7 h. 18 du matin. — Arrivée à Fontainebleau à 8 h. 16, à Moret à 8 h. 29.

Retour par tous les trains du même jour, dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Londres, du 6 au 12 août 1913 (1).

Dans un précédent article, nous avons donné quelques aperçus généraux sur le congrès. Rectifions ici quelques chiffres que nous avons donnés inexacts. Il y avait authentiquement 11000 congressistes (dont 2000 femmes). Après les Anglais, les Français venaient en première ligne pour le nombre (835), puis les Américains. On ne comptait guère que 300 Allemands, ce dont on ne s'apercevait guère dans les sections.

Arrivons maintenant à l'œuvre scientifique du congrès, pour sa partie chirurgicale tout au moins. Les vingt-six sections ont fourni un travail colossal : plus de 200 rapports et 1500 communications. Malgré ce chiffre formidable, s'il y a eu de beaux travaux d'ensemble, des initiatives heureuses sur des sujets limités, il faut avouer que le congrès de Londres ne nous a révélé en chirurgie aucune grande découverte, aucune nouveauté d'un intérêt capital.

SECTION DE PÉDIATRIE

Tuberculose chirurgicale. — Dans ce compte rendu, nous ne suivrons pas l'ordre des sections, mais rapprocherons les unes des autres les communications portant sur des sujets connexes. Pour aujourd'hui, nous allons voir les rapports et communications sur la tuberculose chirurgicale. C'est à la SECTION DE PÉDIATRIE que le sujet était traité par deux rapporteurs, M. MÉNARD (de Berck-sur-Mer) et H. J. STILES (d'Edimbourg). Le rapport de M. MÉNARD, avec de nombreuses figures, reproductions de radiographies, forme une revue complète du sujet.

L'auteur envisage surtout les indications du traitement opératoire :

Au point de vue du traitement local, l'ostéite tuberculeuse doit être nettement séparée de l'ostéo-arthrite de même nature.

L'évidement est très souvent applicable à la cure de l'ostéite tuberculeuse, surtout à l'état fistuleux, soit à distance, soit plus spécialement à proximité des articulations.

Le traitement local de l'arthrite tuberculeuse relève de la méthode conservatrice, presque toujours efficace, à la condition expresse d'être appliquée intégralement pendant la durée totale, toujours longue, de la maladie.

Les meilleurs procédés opératoires, y compris le plombage ne peuvent être substitués à la conservation.

De l'irrégularité du traitement conservateur provient en général l'indication opératoire la plus pressante : la suppuration septique qui menace la vie. On est ainsi amené à intervenir à la suite d'infections associées, accidentelles, et dans certaines formes anatomiques de tuberculose articulaire.

L'acte opératoire supprime un obstacle à la réparation locale, tel le drainage, telle la résection atypique, qui n'est souvent qu'une forme large du drainage.

La mortalité opératoire est minime, sauf pour la hanche ; dans ce dernier cas, elle n'est pas une objection, puisqu'on opère pour écarter une cause presque certaine de décès.

Les résultats orthopédiques sont bons, si les soins post-opératoires sont rationnels et persistants. Le contraire est l'exception.

Malgré les progrès du traitement médical dans la tuberculose ganglionnaire, un rôle reste à la chirurgie, pour débarrasser le malade, vite et sans inconvénients, d'une masse de ganglions limitée à l'aine ou à l'aisselle, et même d'un groupe de ganglions caséeux du cou. L'objection de la difformité visible ne compte pas, si l'on sait, comme il est facile, limiter la longueur de l'incision.

En toute éventualité, l'acte chirurgical n'étant qu'un secours apporté à une réparation locale, le tuberculeux opéré, comme celui qui ne l'a pas été, ne rétablit et ne conserve sa santé générale qu'avec l'aide d'une hygiène favorable, pour une longue période, pour toute la vie.

Sur une question du docteur ANDRIEU (de Berck), M. MÉNARD précise plus tard les indications de la résection de la hanche dans la coxalgie. Il n'opère que les hanches fistuleuses infectées, la résection n'est qu'un drainage large. Si la résection ne suffit pas, on peut être obligé de faire la désarticulation pour sauver le malade.

M. STILES se montre plus interventionniste. Il opère toutes les ostéites de bonne heure, juxta-articulaires ou non, parfois il opère les arthrites et toujours les adénites. Stiles insiste longuement sur l'importance considérable du lait et du bacille bovin dans la production de la tuberculose de l'enfance. On trouvera dans son rapport les travaux considérables entrepris depuis plusieurs années en Ecosse sur ce sujet (docteur Delapine à Manchester, inspection sanitaire d'Edimbourg, énonciation des cas opérés par le docteur Fraser, le docteur Nutchell, etc.). On sait que si en Angleterre et en Amérique l'importance de la contamination tuberculeuse est admise, elle est au contraire déniée par les auteurs allemands et français.

M. KOPLIK (de New-York) vient apporter sur ce point son assentiment aux assertions du docteur Stiles. Au contraire M. NORDHEMI, M. COMBY lui refusent toute importance. Le laboratoire n'a pas la même valeur que la clinique, et celle-ci montre que les enfants qui deviennent tuberculeux sont de souche tuberculeuse, vivent en milieu contaminé et s'infectent par les poussières.

Tous les auteurs prenant part à la discussion insistent sur ce fait que le traitement local, quel qu'il soit, n'est qu'un adjuvant au traitement général : tous ces malades sont des tuberculeux, la lésion n'est que la traduction d'un ensemencement. La vie au grand air, à la mer, à la montagne constitue la base du traitement. MM. COMBY et MÉNARD insistent sur la nécessité de la création d'œuvres de convalescence pour placer les malades après leur guérison de la lésion locale. Si on les remet dans le milieu parisien pauvre, en quelques années 3 p. 100 meurent de tuberculose.

L'héliothérapie a été naturellement fort discutée. M. ROLLIER (de Leysin) apporte au congrès sa statistique et des photographies déjà publiées dans le *Paris médical* (février 1913). M. MÉNARD indique que l'héliothérapie est largement pratiquée à Berck par lui et MM. ANDRIEU et CALVÉ.

M. FREPLIN la pratique aussi sur les bords de la mer du Nord, DOLLINGER à Budapest. D'ŒLSNITZ (de Nice) vient rapporter les merveilleux résultats que l'on peut en retirer sur les bords de la Méditerranée. Mais tous sont d'avis qu'on a eu tort d'exagérer ses résultats, et de vouloir en faire, comme Rollier, une méthode exclusive de traitement. C'est un adjuvant de premier ordre, mais cela doit rester un adjuvant au traitement. La durée de la maladie n'est pas raccourcie pour cela comme on l'a soutenu à tort. Il ne faut pas prendre une amélioration très rapide pour une guérison. De plus le traitement orthopédique reste indispensable, ainsi que le traitement local des abcès, l'extraction des séquestres, etc. A méconnaître ces faits et à faire de l'héliothérapie un remède unique des tuberculoses locales, on courrait à de nombreux déboires.

La radiothérapie constitue un autre adjuvant puissant utilisable à la ville, dans le traitement des tuberculoses locales. MM. A. BROCA et V. MAHAR depuis dix-huit mois ont traité plus de deux cents cas avec des résultats très encourageants ; à doses faibles et éloignées, l'emploi des rayons X n'offre

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 92, p. 1463.

pas de danger et améliorent très vite les ostéites et ostéo-arthrites. Pour les adénites les doses fortes d'emblée de rayons filtrés sont préférables. Pour le traitement des lésions de la peau, il vaut mieux ne pas filtrer les rayons.

Le traitement orthopédique des arthrites tuberculeuses était l'objet de deux rapports, l'un de DOLLINGER (de Budapest), l'autre de John RIDLON (de Chicago). Le mémoire de Dollinger, orné de nombreuses figures, constitue une monographie complète de la question. Dans une première partie, l'auteur expose le mode de redressement des déviations, méthode rapide ou lente. Dans la deuxième partie, beaucoup plus volumineuse, il expose le mode de construction, et l'agencement des diverses sortes d'appareils orthopédiques. Ces appareils jouent dans le traitement un rôle capital : le malade est presque toujours soumis à un traitement ambulatoire ; pour le membre inférieur, en même temps que la contention, l'appareil est aménagé de façon à pouvoir pratiquer l'extension continue, au moyen de traction avec une crémaillère. L'auteur se montre très partisan de l'héliothérapie et la radiothérapie. Nous ne pouvons nous prononcer sur la valeur curative de cette méthode, si opposée à la stricte immobilisation pratiquée chez nous. Nous remarquerons cependant que ces appareils ne nous ont pas paru sans reproche même au point de vue orthopédique. Les appareils pour coxalgie sont nettement en flexion de la cuisse sur le bassin et non en extension, dans les corsets de mal de Pott les épaules sont surélevées et les clavicules et premières côtes non moulées.

Ridlon, dans un très bref rapport, indique sa technique personnelle du traitement mécanique de la coxalgie. Il discute les trois grandes méthodes de traitement employées en Amérique, l'extension continue avec des poulies et des poids, appareils de Taylor, de Schaffer, les appareils de traction élastique avec attelles métalliques, dont l'attelle de Taylor est le type, enfin les appareils agissant comme un levier pour le redressement et un simple appareil de maintien comme l'attelle de Thomas et de Robert Jones. La première méthode exige le repos au lit, les deux dernières permettent la marche avec des béquilles et une semelle surélevée sous le pied sain. L'auteur supprime même cette semelle et fait marcher ses malades sur le membre atteint, ce qu'il juge avantageux pour la guérison : on observe rapidement des abcès, l'ankylose est plus fréquente, mais le temps de durée de l'affection est abrégé. L'auteur convient cependant que ces méthodes ne peuvent donner la même contention que l'appareil plâtré, mais il ne juge pas cette immobilisation absolue, indispensable.

M. ALBEE (de New-York) expose au congrès sa méthode, autre plastique de traitement du mal de Pott, qu'il a publiée déjà depuis deux ans. Il pratique une section pacamédiane des apophyses épineuses de la région malade, et au-dessus et au-dessous il prélève un segment de tibia correspondant à la largeur de la plaie vertébrale, et y inclut ce segment osseux, le fixe par des sutures. Si l'os pratique un redressement de la gibbosité avant la fixation du transplant osseux, celui-ci maintient le redressement. Aucun appareil après l'opération. Le malade garde le repos pendant deux mois. Il est porteur ensuite, comme le montre l'expérimentation, d'un cal osseux comprenant les arcs postérieurs de la région malade, l'affaissement vertébral est impossible, l'immobilisation du foyer est assurée. Albee a pratiqué plusieurs centaines d'interventions à l'hôpital maritime de New-York avec succès; à Londres, il pratiqua une opération semblable devant un nombreux public. Nous ne pouvons ici développer les nombreuses objections que souleva cette méthode de traitement du mal de Pott.

La démonstration d'Albee avait lieu au Royal general orthopædic Hospital, hôpital privé comme tous ceux de Londres, luxueusement aménagé, avec de vastes locaux pour la consultation, la gymnastique, la mécanothérapie, des salles d'opérations, salles de malades, pouvant soutenir la comparaison avec les hôpitaux analogues qui existent à l'étranger (Italie, Allemagne, Autriche, Amérique), tandis que chez nous il n'existe aucun hôpital d'orthopédie.

Le traitement chirurgical des ankyloses était l'objet de deux très remarquables rapports de BAER (de Baltimore), et du professeur PUTTI (de Bologne). Elle donna lieu à une fort intéressante discussion. Les travaux de Payr, de Murphy, d'Helferich, ont dans ces dernières années démontré la valeur des interpositions de greffes de tissus, entre les sections osseuses, pour la reconstitution de nouvelles articulations. Ce sont les résultats de semblables opérations que Baer fait défiler sous nos yeux au moyen de projections : radiographie d'ankylose de la hanche, puis radiographie après résection et interposition de tissus, photographies de malades avant et longtemps après l'opération, puis des ankyloses de la tibio-tarsienne traitées par la création d'une néarthrose dans le péroné et le tibia au-dessus de l'ancienne articulation, traitement des ankyloses des diverses articulations du genou. Les résultats sont réellement merveilleux et les congressistes ne ménagent pas leurs applaudissements au chirurgien américain. Puis c'est Putti qui expose la question de façon complète. Pour obtenir des succès, il importe avant tout d'avoir des indications nettes du traitement. Les indications générales de la mobilisation chirurgicale d'une ankylose sont complexes: nettes et fréquentes dans les ankyloses d'origine traumatique où cependant il faut savoir attendre longtemps la disparition de tout phénomène douloureux pour opérer, elles sont déjà plus restreintes pour les arthrites aigües ankylosantes (blennorragie), et difficiles à juger pour les arthrites chroniques, surtout tuberculeuses. On manque là souvent de base clinique et l'on hésite à intervenir pour une ankylose solide non douloureuse. En tout cas, on doit toujours attendre la guérison clinique absolue du processus.

L'état fonctionnel constitue souvent une indication absolue, par exemple l'ankylose temporo-maxillaire empêchant l'alimentation, ou l'ankylose des deux hanches mettant obstacle à la marche. L'indication est moins fréquente pour le poignet ou le cou-de-pied.

La technique est maintenant nettement définie : résection osseuse de façon à donner aux os une forme appropriée à leur rôle mécanique, résection de tout le périoste et de tout le manchon fibreux et ligamenteux de l'articulation qui est inutile, la mobilisation entraînant la formation d'une nouvelle capsule et de ligaments, la présence de l'ancienne étant souvent l'origine d'adhérences douloureuses, hémostase absolue, enveloppement de chaque extrémité osseuse dans un lambeau autoplastique *libre* (les lambeaux adhérents sont bien inférieurs). La greffe de choix semble être l'aponévrose. Les autres tissus, graisses, muscles, donnent des résultats mais sont d'un maniement moins sûr. Fermeture complète. Repos pendant les premiers jours, dans un appareil avec traction continue, puis mobilisation progressive. Tous les auteurs insistent sur la longueur, la difficulté de ce traitement par les mouvements, le massage, la chaleur, l'électricité, traitement patient et qui doit être personnel. Les résultats sont très encourageants surtout à distance, si l'indication était juste et le traitement bien conduit.

M. HELFERICH (d'Eisenach) conclut en apportant une statistique de deux cent soixante de ces opérations, et montre les excellents résultats que l'on peut tirer de leur emploi. Il insiste en particulier sur la technique de l'intervention dans les ankyloses de la mâchoire inférieure. Pour Helferich les interpositions de greffes libres sont bien supérieures aux greffes osseuses et cartilagineuses ou d'articulations entières selon la méthode d'Alexander. La présence de véritables corps étrangers est toujours à éviter dans les tissus.

La section de radiologie conjointement avec la section

d'orthopédie avait à traiter la radiographie des os et des articulations. Trois excellents rapports furent exposés sur ce sujet par HAENISCH (de Hambourg), NOVÉ-JOSSERAND (de Lyon), REDARD (de Paris). Nous ne pouvons dire que quelques mots sur leur travail qui forme un volume entier avec de multiples figures. La radiographie a rénové entièrement l'orthopédie et l'orthopédiste ne peut plus se passer d'elle chaque jour. Parmi les régions qui ont le plus profité de ces progrès il faut citer la colonne vertébrale, avec la découverte et la fréquence des malformations congénitales, si bien que l'origine congénitale d'une grande partie des scolioses est aujourd'hui discutée, la hanche, avec le traitement des luxations congénitales, la coxa vara, la coxa valga, les arthrites déformantes, les formes précitées de la coxalgie; puis le pied plat congénital ou acquis, les synostoses radio-cubitales, etc. Autant d'affections qui ont été mises en lumière par la radiographie.

M. Redard montre les règles à suivre pour faire de bonnes radiographies osseuses. Il insiste sur l'outillage moderne qui permet de substituer à tous les cas de radiographie avec pose la radiographie instantanée, bien supérieure, puis la radiographie stéréoscopique.

Il faut d'ailleurs noter que sur le terrain de la technique radiographique presque tous les perfectionnements sont dus à des auteurs français.

Telles sont les principales communications faites sur la tuberculose chirurgicale et sur les lesions qui peuvent s'en rapprocher. Dans un prochain article nous parlerons du traitement de la scoliose et des diverses communications en orthopédie pure. M. LANCE.

SECTION DE PHYSIOLOGIE (1)

Relations entre les organes à sécrétions internes et les troubles de ces sécrétions. — M. E. GLEY, rapporteur. — La notion de sécrétion interne est complexe. L'idée première est celle de substances modificatrices du sang (Claude Bernard). Brown-Séquard y a ajouté l'idée des excitants fonctionnels, d'où est sortie celle des corrélations fonctionnelles humorales.

Division des glandes endocrines suivant le mode d'action de leurs produits, suivant qu'elles fournissent des matériaux nutritifs, des substances à action trophique (morphogénétiques), des hormones proprement dites, des produits de déchet doués d'une action physiologique (parhormones).

Insuffisance des recherches sur l'action physiologique des extraits d'organes pour la détermination des fonctions de sécrétion interne.

Caractères généraux des substances endocrines.

Leur rôle. Leurs relations réciproques; critique de la question des interrelations humorales.

Troubles du fonctionnement des glandes endocrines; critique des notions d'hyper et d'hypofonctionnement.

Proposition d'une classification pour les hormones. — M. le professeur E. A. SCHÄFER (d'Edinburgh).

(1) Nous avons traduit et résumé toutes les communications que nous avons pu nous procurer. Malheureusement un grand nombre d'auteurs n'avaient préparé pour la presse, ni tirages à part de leurs communications, ni même de petits résumés de celles-ci. Ces communications ne figurant pas, d'autre part, sur les premiers rapports imprimés des sections, il est donc de toutes façons matériellement impossible d'en rendre compte. Pour obvier à cet inconvénient nous avons néanmoins donné les titres des principales d'entre elles afin que les lecteurs sachent qu'elles ont été publiées et puissent; si elles les intéressent, s'inscrire auprès du comité du Congrès pour recevoir la deuxième série de fascicules qui doit paraître dans quelque temps et qui contiendra les textes de toutes les communications faites *pendant* le congrès.

Corrélation des organes à sécrétions internes et leurs troubles. — M. F. KRAUS (de Berlin).

Apnée et polypnée adrénalinique. — M. le professeur J.-P. LANGLOIS (de Paris). — L'injection d'adrénaline à un chien normal provoque un arrêt respiratoire qui peut persister pendant une minute et demie. Mais la même injection d'adrénaline au lieu d'apnée peut provoquer une polypnée intense dans certains cas.

Si on met un animal en état de polypnée centrale suivant la technique de Richet : chien anesthésié au chloralose, puis chauffé jusqu'à ce que sa température s'élève à 41°,5, on obtient une polypnée thermique centrale qui peut atteindre 133 respirations par minute. Une injection d'adrénaline porte cette polypnée à 250 respirations.

Chez l'animal non anesthésié, on obtient dans les mêmes conditions les mêmes effets : chien muselé, chauffé, polypnée au moment où il est démuselé avec une température centrale de 41°4 (170 respirations, après adrénaline 270 respirations).

Les animaux en état de polypnée réflexe (chauffés sans anesthésie et sans muselière) donnent également une accélération du rythme après l'injection d'adrénaline (avant 240, après adrénaline 320).

Enfin un animal ayant fait de la polypnée spontanée, course, excitation, puis ayant repris son rythme normal par le repos, présente de la polypnée si l'injection d'adrénaline est faite peu de temps après l'accalmie respiratoire.

Mieux encore, si on anesthésie au chloralose un animal en pleine polypnée spontanée, l'injection d'adrénaline va faire éclater la polypnée. L'animal dans ce cas était en état polypnéique latent.

La section des vagues chez un animal en état de polypnée centrale provoque une accélération intense du rythme polypnéique (avant 240, après vagotomie, 350).

Il n'en est plus de même chez l'animal en polypnée réflexe, la section des vagues amène alors soit une diminution du rythme polypnéique, soit même la disparition de la polypnée et l'apparition du rythme ralenti, caractéristique des animaux vagotomisés.

Si à ces derniers on injecte de l'adrénaline, la polypnée intense éclate (20 respirations après vagotomie, 250 après adrénaline).

Dans les conditions ordinaires, l'adrénaline inhibe le centre respiratoire bulbaire, d'où l'apnée; mais si le centre polypnéique est en état d'hypersensibilité, les effets sur ce centre masquent l'action sur le centre respiratoire.

Cette double action est à rapprocher de celle que l'auteur a signalée avec la cocaïne. L'application directe de la cocaïne sur le bulbe à faible concentration arrête l'activité polypnéique en laissant persister l'activité respiratoire.

Des corrélations des organes entre eux, spécialement entre les reins et les capsules surrénales et des sécrétions internes. — M. le professeur NICOLLE DE DOMINICIS (de Naples), ayant remarqué que la destruction partielle du foie détermine d'une façon constante des lésions dégénératives des reins et des capsules surrénales, a voulu étudier les relations fonctionnelles qui pouvaient exister entre les reins, les capsules surrénales et les autres organes. Ne pouvant extirper les capsules surrénales pour voir ce qui survient ultérieurement dans les reins, parce que les animaux meurent quelques heures plus tard, Dominicis a supprimé les reins et il a remarqué que cette suppression entraînait la disparition de toute la matière chromaffine des capsules surrénales.

De même en déterminant l'atrophie lente des reins (par étranglement lent de leurs artères) il a déterminé une disparition progressive de la matière chromaffine et la mort des animaux.

La suppression d'un seul rein, ne modifie en rien la matière chromaffine de la capsule surrénale correspondante.

D'autre part l'injection d'adrénaline à des animaux mourant à la suite de destruction des reins ou des capsules surrénales a permis à ces animaux de se rétablir pendant quelques jours.

Ces faits démontrent les relations qui existent entre les capsules surrénales et les reins.

Les lipoïdes, sécrétions internes des organes. Leur rôle physiologique. — M. Iscovesco (de Paris).

Innervation réciproque. — M. le professeur Max Verworn.

Innervation réciproque. — M. le professeur Scherrington (de Liverpool).

Des ferments renfermés dans le fœtus. — M. de Backer (de Paris) pense que les fœtus et tissus embryonnaires ne peuvent vivre que dans un milieu sucré et azoté, et qu'ils sont pleins de véritables ferments-levures jouant un rôle capital pendant la vie intra-utérine et la plupart des maladies. Dans la vie intra-utérine, les ferments joueraient le rôle de globules sanguins et deviendraient eux-mêmes globules, après la naissance. L'auteur montre du *sang artificiel* obtenu par des ferments-levures. Il pense que ses expériences confirment celles de Claude Bernard et de Carrel pour la conservation des organes et expliquent les succès obtenus par les ferments dans la *tuberculose* et la *cancérose*.

Corrélation des organes à sécrétion interne et leurs troubles. — M. Alexander v. Korányi (de Budapest).

Le métabolisme endogène des protéines. — MM. G. Embden (de Francfort), H. Dakin (de New-York) et Emile Abderhalden (de Halle), rapporteurs.

Résumé de la communication du docteur Abderhalden (1).

Le mode de désintégration des protéines dans les échanges organiques cellulaires est aujourd'hui expliqué d'une manière approfondie : c'est l'hydrolyse des protéines. Il se forme une peptone, une polypeptide et des amino-acides. La dégradation la plus étendue est représentée par ces derniers. Deux modes de destruction des amino-acides sont ensuite spécialement étudiés. Parfois il peut se dégager de l'acide carbonique. Il se forme des amines. Ou bien, le groupe aminé est écarté tout d'abord, et il se produit ensuite des modifications plus étendues. Les atomes libres des chaînes carboniques peuvent trouver une utilisation dans des synthèses de diverses sortes. Sans aucun doute, c'est ainsi que se réalise la formation des hydrates de carbone aux dépens des amino-acides, à l'aide de ce carbone résiduel. Les amino-acides peuvent même fournir les éléments de formation des phosphates. Partout nous nous trouvons en présence de dégradations progressives.

SECTION DE BACTÉRIOLOGIE ET IMMUNITÉ

L'antianaphylaxie. — M. A. Besredka (de Paris).

L'anaphylaxie alimentaire. — M. Ch. Richet (de Paris). L'ingestion de certains aliments déterminés provoque chez certaines personnes des accidents anaphylactiques d'intensité variable. Ces accidents sont dus à la pénétration dans le sang de certains aliments (antigènes) non transformés par les sucs digestifs, soit parce que ceux-ci sont trop peu actifs, soit parce que ces aliments sont ingérés en trop grande quantité. Mais la pénétration de l'antigène dans le sang ne suffit pas : et il est vraisemblable que les accidents n'apparaissent que parce que tels ou tels individus ne sont pas immunisés contre ces antigènes, alors que la plupart des individus sont immunisés contre eux. L'anaphylaxie alimentaire est due vraisemblablement au défaut d'immunisation. Pour arriver à l'immunité, il faut le plus souvent que l'organisme ait passé par la phase d'anaphylaxie (Ch. Richet, 1906). Par conséquent, les accidents d'anaphylaxie alimentaire sont dus à ce que la phase d'anaphylaxie, transitoire, n'a pas été franchie et que l'organisme n'est pas arrivé à la période d'immunité. De là peut se déduire un système d'alimentation plus rationnel et plus méthodique, à savoir : des alimentations variées et analogues, répétées presque quotidiennement. L'aliment, s'il est ingéré presque chaque jour et en petites quantités, finira par immuniser l'organisme, qui pourra alors sans trouble supporter tous les antigènes de l'alimentation, car l'organisme se sera habitué à eux et immunisé contre eux. Il est vraisemblable que dans ces conditions la santé et la nutrition générales seront excellentes. Toutes les fois qu'une alimentation nouvelle (en albuminoïdes) sera mise en œuvre, il faudra que l'ingestion de cet albuminoïde nouveau soit en petite quantité et fréquemment répétée pour y habituer l'organisme. Ainsi l'étude de l'anaphylaxie alimentaire aura mis sur la voie d'une meilleure alimentation; les avantages que les médecins ont retirés de l'emploi d'un régime diététique régulier tiennent sans doute à ce qu'il n'y a alors ni grande ni petite anaphylaxie de possible.

Action locale du sérum antituberculeux de Marmorek. — M. Jacobson (de Paris) communique plusieurs observations, où le sérum antituberculeux de Marmorek fut appliqué *loco dolenti*. Dans deux cas de cystites tuberculeuses, le sérum fut introduit par l'urètre. Dans les ostéites et arthrites, le sérum fut injecté par le trajet fistuleux. Dans d'autres cas, le sérum fut injecté à travers la peau, dans le tissu malade ou dans sa périphérie. Cette méthode d'application du sérum se serait montrée très active, déterminant une cicatrisation plus rapide de la lésion, même là où le traitement sérique général n'avait pu modifier d'une façon appréciable l'état local.

Les toxines de la tuberculose et leurs antitoxines. — M. Albahary (de Paris) considère que le vaccin antituberculeux doit être une toxine qui serait capable de provoquer chez l'homme et l'animal sain une réaction de défense sous l'aspect d'une crise de tuberculose atténuée. Or la matière constitutive des bacilles de Koch n'est pas une toxine, puisque injectée aux animaux normaux elle ne détermine aucun symptôme morbide; mais lorsqu'on introduit une quantité infinitésimale de cette substance dans un organisme tant soit peu touché par l'infection tuberculeuse, on voit éclater des symptômes morbides caractéristiques. La tuberculine se comporte donc comme un virus violent chez les tuberculeux et comme une matière indifférente dans un organisme normal. L'auteur explique ce phénomène par ce fait que l'économie tuberculeuse renferme des substances sensibilisatrices capables de rendre la tuberculine virulente, et la véritable toxine tuberculeuse n'est dès lors que le produit de conjugaison de la matière bacillaire avec certains principes du sérum sanguin des tuberculeux, ou un couple tuberculino-sensibilisateur. Ce couple posséderait toutes les propriétés de la toxine tuberculeuse et pourrait servir de vaccin antituberculeux préventif. Behring a obtenu tout récemment un autre vaccin en utilisant une méthode analogue.

Une fois en possession de la toxine active, l'auteur a cherché si son introduction dans un organisme n'y provoquait pas l'élaboration des matières antagonistes capables de neutraliser ses effets morbides, comme c'est le cas dans les tuberculoses torpides.

Les expériences ont prouvé que l'animal est pourvu d'un appareil spécial — les glandes endocrines — ayant pour rôle d'élaborer et de déverser dans la circulation les antitoxines correspondantes à une excitation toxique déterminée. Les animaux sains, les taureaux de préférence, maintenus pendant quelque temps sous l'influence de la tuberculine sensibilisée par une vaccination répétée deviennent très riches en anti-

(1) Certains résumés anglais et allemands ont été traduits par M. Blondel.

toxines; leurs glandes endocrines et leur sérum sanguin contiennent une grande quantité de matière défensive.

Les effets toxiques qu'on observe chez les phtisiques relèveraient dès lors de l'insuffisance de ces glandes, et en suppléant à leur sécrétion déficiente par des extraits glandulaires d'animaux convenablement vaccinés, on réussirait à neutraliser ces effets et à lutter contre l'infection tuberculeuse.

Communication sur l'anaphylaxie. — M. H. DE WAELE (de Paris).

Les microbes filtrants. — Sir J. M. FADYEAU (de Londres) et M. LŒFFLER (de Greifswald), rapporteurs.

Adoptant les conclusions présentées par Lœffler et Dœrr au Congrès indépendant de microbiologie, à Dresde, en 1911, M. LŒFFLER donne un aperçu des maladies dont les agents pathogènes appartiennent au groupe des microbes traversant les filtres, actuellement au nombre de 38 : il décrit la morphologie et la biologie de ces agents, en mentionnant les circonstances essentielles de la filtration : la dimension nécessaire des spores, la pression filtrante, la durée de la filtration, la proportion du filtrat, de même que la filtrabilité de ces agents à l'ultrafiltre. Il étudie avec plus de détails les cultures des microbes filtrants de la péripneumonie, du choléra des poules, de la fièvre aphteuse, du piétin (maladie du sabot) et du *molluscum contagiosum*, enfin la mammite chez les bestiaux, avec la varicelle et l'agalactie. Le rapporteur recommande la création d'instituts spéciaux pour l'étude des microbes filtrants.

Les dernières recherches sur le bacille de la lèpre. Sa culture et sa différenciation des autres bacilles acido-résistants. — M. C. W. DUVAL (de la Nouvelle-Orléans). Les bacilles acido-résistants décrits dans les lésions lépreuses humaines comme bacilles de Hansen peuvent être cultivés *in vitro* dans des conditions spéciales de milieu. Leur développement initial hors d'un organisme vivant ne se produit que dans un milieu renfermant les produits ultimes de la digestion des protéines. Néanmoins, après des repiquages répétés, les cultures s'adaptent lentement à un développement dans d'autres milieux nutritifs. Les expériences montrent d'une manière concluante que le micro-organisme spécifique de la lèpre est incapable d'attaquer la masse protéique lorsqu'il vient d'être isolé des tissus de son hôte. La rapidité avec laquelle il se développe sur des fragments prélevés sur des nodules lépreux et digérés, son inaptitude à se développer dans les tissus excisés qui n'ont pas subi d'altération ou à croître dans tout milieu d'où les animo-acides sont absents, prouve la justesse de cette hypothèse. Le micro-organisme spécifique de la lèpre, *in vitro* aussi bien que sur le vivant, est toujours manifestement acido-résistant et du type bacille. Ces traits caractéristiques sont aussi constants pour la lèpre qu'ils le sont pour la tuberculose. Les formes diphtéroïdes, streptothriciques ou actinomycosiques non acido-résistantes, décrites pour le bacille de Hansen par quelques auteurs européens (Babès, Kedrowski, Rost et Williams et Bayon) n'existent pas. On peut conclure avec certitude que le microorganisme de la lèpre humaine appartient à la famille des bactéries, genre bacille, et non à la famille des chlamyobactéries, genre streptothrix.

Nature de la virulence. — M. le professeur RITTER V. GRUBER (de Munich), rapporteur.

STEPHEN CHAUVET.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

JURISPRUDENCE

LA NOUVELLE LOI MILITAIRE ET LA MÉDECINE.

La loi de trois ans est définitivement adoptée. Aussi est-il intéressant de signaler à nos lecteurs médecins, et étudiants, les articles qui les visent tout particulièrement.

Réforme et conseils de revision. — Les articles 9 et 10 sont relatifs aux exemptions et aux conseils de revision. Voici quelles en sont les dispositions qui intéressent les médecins, car ceux-ci peuvent soit figurer dans les conseils de revision, soit donner des certificats pour que le jeune homme qui passe la revision puisse demander une exemption définitive ou provisoire (V. *Gazette des Hôpitaux*, notre étude sur les *cas de réforme au conseil de revision*, 1912, n° 18, p. 248).

ART. 9. — L'alinéa 4° de l'article 18 de la loi du 21 mars 1905 est ainsi modifié :

4° Ceux chez qui une constitution générale mauvaise ou certaines infirmités déterminent une impotence fonctionnelle partielle ou totale, et qui sont exemptés de tout service militaire actif, soit armé, soit auxiliaire.

Les hommes de cette dernière catégorie sont toutefoi astreints à se présenter et à subir l'examen d'un conseil de revision :

1° A la date de leur passage dans la réserve active (vingt-quatre ans);

2° Cinq ans après cette première visite (vingt-neuf ans);

3° Au moment de leur passage dans l'armée territoriale (trente-cinq ans).

Ceux reconnus, à l'un quelconque de ces examens, aptes au service militaire, sont immédiatement soumis aux obligations de la classe à laquelle ils appartiennent par leur âge.

L'article 18 de la même loi est complété par les paragraphes suivants :

L'emploi de chacun est fixé dans la mesure du possible suivant ses aptitudes physiques, morphologiques et professionnelles.

Le recrutement sera organisé de telle sorte que les réservistes soient le plus près possible du centre des unités actives où ils auront fait leur service et qu'ils devront rejoindre au moment de la mobilisation.

Toutefois, les jeunes gens classés dans les 3e et 4e catégories n'y seront définitivement maintenus qu'après avoir été convoqués, examinés et entendus par la commission de réforme, dont la date et le siège leur seront individuellement notifiés.

S'ils ne se rendent pas à la convocation, s'ils ne s'y font pas représenter ou s'ils n'ont pas obtenu un délai, il est procédé comme s'ils étaient présents et ils sont considérés comme aptes au service armé.

L'article 10 est consacré aux conseils de revision.

L'article 19 de la loi du 21 mars 1905 est modifié ainsi qu'il suit :

« Le fonctionnement du conseil de revision est modifié de la façon suivante :

A côté du conseil de revision, fonctionnant après lui, est créée une commission médicale militaire chargée d'examiner les cas douteux reconnus par l'expert médical du conseil de revision.

Cette commission, réunie au chef-lieu de chaque subdivision de région, sera composée de trois médecins militaires.

Elle adressera au préfet un rapport sur chacun des hommes examinés.

Le conseil de revision, dans sa séance finale, statuera sur tous les cas présentés en dehors de la présence des intéressés. Ultérieurement, le préfet communiquera à chacun des hommes examinés la décision prise sur son compte.

Les jeunes gens, reconnus par le conseil de revision d'une constitution physique trop faible peuvent être ajournés jusqu'à l'époque où ils passent dans la réserve de l'armée active.

A moins d'une autorisation spéciale, ces ajournés sont astreints à repasser la visite devant le conseil de revision du canton qui les a examinés une première fois.

Les jeunes gens ajournés une première fois, reconnus bons l'année suivante, feront trois ans; après deux ajournements, les hommes pris par la revision feront deux ans.

Ceux qui, ayant été ajournés trois fois, sont pris au quatrième examen, sont astreints à un an de service.

Ceux enfin qui, après avoir été ajournés quatre fois, sont déclarés bons au dernier examen qu'ils doivent subir, sont versés dans l'armée de réserve et astreints aux périodes de la classe à laquelle ils appartiennent.

Les jeunes gens dont l'état physique est suffisant pour qu'ils soient versés dans l'armée active mais qui présentent une tare accidentelle ou congénitale les empêchant de faire du service armé, sont versés dans le service auxiliaire et font trois ans de service.

Sous aucun prétexte, les hommes reconnus faibles de constitution ne peuvent être versés dans le service auxiliaire.

Les ajournés sont, après leur libération, astreints aux obligations de leur classe d'origine.

Les règles applicables aux ajournés le sont également aux jeunes gens réformés temporairement, qu'ils soient appelés ou engagés, qu'ils appartiennent au service armé ou au service auxiliaire, si, le temps de la réforme temporaire écoulé, ils sont reconnus aptes à reprendre du service. Le temps passé dans la position de réforme temporaire compte pour le service actif. »

Ainsi donc la nouvelle loi a prévu des dispositions qui n'existaient pas dans celle de 1905 en ce qui concerne le soin avec lequel on procédera à l'avenir à l'examen médical de nos conscrits. Tous ceux d'entre eux reconnus douteux par le médecin du conseil de revision seront renvoyés devant une commission médicale, composée de trois médecins militaires, qui examinera à loisir et très attentivement les jeunes gens dont il s'agit. Nul doute que cette innovation n'ait sur l'état sanitaire de l'armée les plus heureuses conséquences, car il est trop certain qu'on a maintes fois incorporé, jusqu'à présent, des jeunes gens qui n'auraient jamais dû être versés dans nos régiments.

En outre la loi de 1913 se montre plus rigoureuse que celle de 1905 à l'égard des ajournés. Tandis que celle-ci ne prévoyait qu'un seul ajournement, la loi nouvelle en prévoit jusqu'à quatre, avec cette atténuation néanmoins qu'après deux ajournements les jeunes gens reconnus bons au troisième ou au quatrième examen ne feront respectivement que deux ans ou un an de service, ceux reconnus bons au cinquième examen n'étant astreints qu'aux seules périodes dans la réserve et l'armée territoriale.

Casernements. — Rappelons simplement que, d'après l'article 41, les casernes nouvelles et les casernes anciennes, après achèvement de leurs travaux d'aménagement et de réparations, ne pourront être utilisées qu'après avoir été reçues et déclarées en état de salubrité nécessaire et suffisant par le service de santé.

Etudiants en médecine. Sursis d'incorporation. — Les étudiants en médecine ont un régime spécial, en raison même de la profession qu'ils ont embrassée. L'article 15 dispose en effet :

« L'article 25 de la loi du 21 mars 1905 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les docteurs ou les étudiants en médecine ou en pharmacie munis de douze inscriptions qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de médecin ou de pharmacien auxiliaire, peuvent être nommés à cet emploi et accomplissent leurs deuxième et troisième années de service comme médecins ou pharmaciens auxiliaires.

Les jeunes gens pourvus du diplôme de vétérinaires civils ou admis en quatrième année qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de vétérinaire auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leurs deuxième et troisième années de service comme vétérinaires auxiliaires.

Les étudiants en médecine, en pharmacie et les élèves vétérinaires pourront être autorisés, après une première année de service, à demander des sursis pour achever leurs études.

Ils seront ensuite appelés pour terminer leurs deux années de service, qu'ils accompliront comme médecins, pharmaciens ou vétérinaires auxiliaires. S'ils ont leur diplôme de docteur en médecine, de pharmacien ou de vétérinaire, ils pourront accomplir le dernier semestre de leur troisième année de service comme médecin ou pharmacien aide-major de réserve ou aide-vétérinaire.

Les sursis ne pourront être accordés à ces étudiants que jusqu'à l'âge de vingt-sept ans révolus. »

Il résulte donc que l'article 15 du projet de loi permet d'autre part aux étudiants en médecine d'accomplir en deux fois leurs trois années de service.

Il leur est loisible, en effet — leur première année de service une fois accomplie — soit de rester au régiment, soit d'achever leurs études, jusqu'à l'âge limite de vingt-sept ans, pour revenir ensuite en qualité de médecin auxiliaire d'abord, puis de médecin aide-major de réserve dans la suite.

Ces dispositions correspondent exactement aux desiderata qui ont été exprimés par les représentants de la faculté de médecine, devant la commission, présidée par M. Liard, chargée d'examiner les conditions particulières suivant lesquelles les étudiants pourraient être admis à accomplir leurs trois années de service.

Cependant certains renseignements complémentaires sont utiles à donner aux étudiants en médecine.

Tout d'abord les dispositions de l'article 21 de la loi du 21 mars 1905 en ce qui concerne les sursis d'incorporation restent entières; les étudiants en médecine pourront donc obtenir, comme les autres étudiants, des sursis d'incorporation. En outre ceux qui auront vingt ans au moment de la promulgation de la loi, ne seront pas obligés de partir au régiment dès cette année : ils pourront bénéficier desdits sursis d'incorporation.

Les demandes de sursis d'incorporation prévus à l'article 21 de la loi du 21 mars 1905, sous le régime de trois ans, doivent d'après l'article 7, être adressées aux maires dix jours au moins avant la date fixée pour les opérations des conseils de revision. Elles seront instruites et soumises d'urgence au préfet dans les formes en vigueur.

Les étudiants qui ont obtenu, sur leur demande, un ou plusieurs sursis, suivent le sort de leur classe d'origine (art. 11).

Ainsi donc, et en résumé, avec la prolongation d'une année de la durée du service, l'incorporation à vingt ans constitue certainement la caractéristique la plus saillante de la nouvelle législation. Mais, pas plus qu'avec l'appel des classes à vingt et un ans, nos futurs conscrits ne seront obligatoirement astreints à accomplir dès l'âge de vingt ans leurs trois années de service. Une disposition de la loi de 1905, qui reste toujours en vigueur, prévoit que des sursis d'incorporation, renouvelables d'année en année jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, peuvent être accordés aux jeunes gens qui en feront la demande dans l'intérêt de leurs études. Ce cas permettant d'obtenir un sursis d'incorporation montre que les jeunes gens de vingt ans pourront facilement retarder pendant cinq années la date de leur arrivée au régiment.

Comme la nouvelle loi n'est pas applicable aux classes 1910, 1911 et 1912, l'article 25 de la loi de 1905 reste en vigueur.

Les docteurs ou les étudiants en médecine, munis de douze

inscriptions, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de médecin auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leur deuxième année de service comme médecins auxiliaires. Les jeunes gens pourvus du diplôme de vétérinaire civil ou admis en quatrième année, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de vétérinaire auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leur deuxième année de service comme vétérinaires auxiliaires.

Les jeunes gens visés aux deux alinéas précédents qui auront pris l'engagement d'accomplir trois périodes supplémentaires d'instruction pendant leur séjour dans la réserve et qui auront subi avec succès, à la fin du troisième semestre, les épreuves d'un concours pour le grade d'aide-major ou d'aide-vétérinaire de réserve, sont nommés à ce grade, dans la limite des besoins, et accomplissent en cette qualité leur quatrième semestre de service dans l'armée active.

Élèves des Ecoles du service de santé militaire et du service de santé de la marine. — Une situation nouvelle est également faite aux futurs médecins militaires. L'article 13 dispose que les jeunes gens admis à l'Ecole du service de santé militaire et à l'Ecole du service de santé de la marine entreront directement dans ces écoles pour y faire leurs deux années de service. Ils seront versés chaque année, pendant deux mois, dans un corps de troupe, à la date du 1er août, pour y servir, la première année, comme soldats, la deuxième année, comme sous-officiers et participer aux grandes manœuvres. Ces jeunes gens, en entrant à l'école, devront contracter un engagement de huit années.

« Les élèves de l'Ecole du service de santé militaire et de l'Ecole du service de santé de la marine qui n'ont pas satisfait aux examens de sortie et ceux qui ont quitté l'école pour une cause quelconque sont incorporés dans un corps de troupe comme soldats ou comme sous-officiers, pour y accomplir le complément des trois années de service exigées par la présente loi. Ce complément ne pourra être inférieur à deux ans.

Dans ce cas, l'engagement qu'ils avaient contracté est annulé. »

Cependant pour les élèves de ces écoles en cours d'étude l'article 26 de la loi de 1905 leur est toujours applicable.

« Les jeunes gens admis à l'Ecole du service de santé militaire devront faire une année de service dans un corps de troupes aux conditions ordinaires avant leur entrée dans cette école.

Ils contractent, dès leur entrée à l'école ou leur nomination à l'emploi, l'engagement de servir dans l'armée active pendant six ans au moins à dater de leur nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe.

Ceux qui n'obtiendraient pas le grade d'aide-major ou qui ne réaliseraient pas l'engagement sexennal accomplissent leur deuxième année de service dans les conditions prévues à l'article 25 que nous avons cité plus haut.

Ces dispositions sont également applicables aux élèves de l'Ecole de médecine navale. »

Telles sont dans leur ensemble les dispositions de la nouvelle loi militaire qui intéressent le corps médical.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

L'Action directe sur les centres nerveux. Centrothérapie, par le docteur Pierre BONNIER. Un vol. in-8, avec fig. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

Les Tubercu'oses suppurées. Comment les guérir sûrement par la méthode des ponctions. Les raisons des insuccès, par le docteur BAILLE. — Paris, Vigot frères.

Les Oblitérations de la veine cave inférieure, par Paul HÉBRARD. Thèse. — Paris, Ollier-Henry.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU TRAITEMENT DES BRULURES PAR L'HÉLIOTHÉRAPIE.

Alger, 16 août 1913.

Monsieur le Directeur de la *Gazette des hôpitaux*,

Dans son article sur le traitement des brûlures par l'héliothérapie paru dans la *Gazette des hôpitaux* du 5 août, M. Aimes, interne à Montpellier, me fait l'honneur de me citer mais sans indication bibliographique et en faisant à mon sujet une erreur d'interprétation que je lui demande ainsi qu'à vous la permission de rectifier.

Le travail auquel M. Aimes fait allusion est une note « sur l'érythème solaire et la pigmentation » que j'ai présentée au Congrès de radiologie de Prague, octobre 1912, qui a été publiée dans le *Monde médical*, n° 471, et qui faisait suite à un rapport à l'Association française pour l'avancement des sciences, août 1912, sur l'action des bains de lumière naturelle et artificielle.

A propos des brûlures M. Aimes écrit : « Miramond de Laroquette a récemment montré que les corps gras atténuent dans une grande mesure l'action des rayons solaires puisqu'ils empêchent la production de l'érythème et de la pigmentation. Contrairement à l'opinion de cet auteur qui considère la pigmentation comme un phénomène plutôt nuisible qu'utile, nous conseillons d'éviter l'usage des corps gras afin de laisser agir la totalité des radiations solaires. »

M. Aimes a parfaitement raison de penser qu'il vaut mieux s'abstenir de recouvrir de corps gras les brûlures ou autres plaies exposées au soleil. Depuis longtemps, je traite par l'insolation directe les plaies atones (brûlures, ulcères, plaies contuses, etc.), que je laisse à l'air libre deux heures matin et soir sous le rayonnement intensif du soleil d'Alger. Je n'ai jamais dit, écrit, ni pensé qu'il fallait protéger ces plaies par des corps gras.

Dans le travail indiqué plus haut, j'ai rapporté des expériences faites *sur la peau saine* et j'en ai tiré des conclusions concernant l'héliothérapie générale, celle des lésions profondes, particulièrement des tuberculoses viscérales ou articulaires, mais qui ne sauraient se rapporter au traitement local des plaies et des brûlures.

Lorsqu'il s'agit d'atteindre à travers une peau intacte des lésions profondes, l'action des rayons ultraviolets solaires qui ne pénètrent guère au delà de l'épiderme me paraît sans grande importance ; l'érythème sous-épidermique et la pigmentation qu'ils produisent paraissent pouvoir être avantageusement évités.

La question est différente pour ce qui est des plaies et des brûlures.

J'ai écrit (*loc. cit.*) : « Les corps gras en simple onction ne modifient pas la qualité ni la quantité du rayonnement arrivant à la peau ; ils paraissent agir sur l'épiderme en augmentant sa résistance à l'action irritante des rayons chimiques. L'érythème solaire et la pigmentation n'ont pas l'importance thérapeutique qui leur a été attribuée...

« *En protégeant la peau* contre les rayons chimiques par des filtres, verre de vitre, étoffes légères ou par des corps gras on peut d'emblée en héliothérapie prolonger et étendre à toute la surface du corps les effets de l'insolation : à divers points de vue la pratique de l'héliothérapie s'en trouve facilitée ; d'une manière générale et *sauf pour les affections cutanées* il ne semble pas qu'il y ait avantage à utiliser la partie la plus réfrangible du spectre. »

Ces considérations générales ne s'appliquent évidemment pas aux plaies et aux brûlures ; j'ai eu soin d'excepter les lésions cutanées qui, en raison de leur situation superficielle,

peuvent théoriquement, dans une certaine mesure, bénéficier de l'action excitante, antiseptique de l'ultraviolet solaire. L'érythème solaire et la pigmentation ne peuvent d'ailleurs se produire sur les plaies et les brûlures dans lesquelles la peau est lésée, l'épiderme détruit.

Toutefois, comme ces réactions peuvent se produire sur la peau saine à la périphérie de la brûlure, je conseille lorsqu'il s'agit de femmes ou d'enfants, et surtout au début du traitement, de faire sur la peau *autour de la plaie, mais non sur la plaie*, une légère onction à la vaseline qui évite à la peau saine les petits ennuis du coup de soleil. La guérison de la plaie n'en paraît nullement retardée.

En terminant, pour mettre les choses au point, je dois dire que même dans le traitement des plaies l'intervention des rayons ultraviolets solaires ne me paraît pas très importante. L'action calorifique l'est certainement bien davantage, de beaucoup plus efficace et dans tous les cas suffisante. Avec la douche d'air chaud ou par le rayonnement rapproché d'une simple lampe à incandescence pauvre en rayons chimiques, on accélère de la même manière la cicatrisation des plaies et des brûlures et l'on observe les mêmes effets que sous le rayonnement solaire. Ces effets, comme l'a très bien vu M. Aimes, sont caractérisés par un assèchement presque immédiat de la plaie, avec formation d'un vernis protecteur : action analgésique, cicatrice rapide et de bon aspect. Ces effets sont dus à la chaleur bien plus qu'aux rayons ultraviolets. Un point aussi dans la cure solaire des plaies et des brûlures est à noter, beaucoup plus important, je crois, que l'intervention des rayons chimiques : c'est l'exposition de la plaie à l'air libre; l'action excitante, desséchante et nettement favorable de l'air sur les plaies soumises au rayonnement solaire est pour moi ce qui contre-indique le plus l'application de corps gras sur les plaies et les brûlures pendant l'insolation.

Veuillez, Monsieur le directeur, excuser la longueur de cette lettre, et agréez avec mes remerciements l'expression de mes dévoués sentiments.

R. MIRAMOND DE LAROQUETTE.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de chirurgie, publié sous la direction de A. Le Dentu et Pierre Delbet. Fascicule XXXIII : *Chirurgie générale et chirurgie orthopédique des membres* (1), par P. Mauclaire, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de la Charité.

La grande compétence de l'auteur dans les questions traitées dans ce fascicule est trop connue pour qu'il soit besoin d'y insister. Son érudition considérable sur ces matières lui a permis de mettre entre les mains de ses lecteurs un travail aussi complet que possible sur la chirurgie des membres. Sous un volume relativement restreint on trouve dans l'ouvrage de M. Mauclaire un nombre considérable de renseignements et d'indications bibliographiques précises. Cette érudition n'empêche pas de laisser souvent percer le clinicien, qui cite des observations personnelles et donne avec autorité son opinion sur la thérapeutique à suivre.

Toute analyse de l'ouvrage serait fastidieuse puisqu'il comporte une description des plus complètes de toutes les affections des membres, d'origine acquise ou congénitale.

M. LANCE.

(1) Un vol. grand in-8° broché de 542 pages avec 317 fig. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 13, 27 mars 1913.) Vulpius : Traitement du pied bot congénital. — Hürthle : Courant sanguin et pouls artériel. — Léo : Action de la solution aqueuse saturée de camphre. — Birerfeld : Les nouveaux médicaments de l'année dernière. — Möllers : Recherches sérologiques chez les lépreux. — Mühsam : Expériences chirurgicales dans le lazaret allemand de la Croix-Rouge à Belgrade. — Lotsch : Action de la balle pointue. — Freund : Sur l'emphysème. — Salkowski : L'analyse d'urine. — Schöne : La mesure de la tension artérielle dans la diphtérie. — Cohn : L'appendice en radiologie. — Loose et Steffen : Les corps amylacés à l'examen endoscopique de la vessie. — Hénius : Etat actuel du traitement de l'artériosclérose. — (N° 14, 3 avril.) Ettinger : La fonction du cervelet. — Barany : Localisation dans l'écorce des hémisphères cérébelleux. — Uhlenluth et Emmerich : Le testicule du lapin dans les infections expérimentales à trypanosomes et à spirochètes. — Rothe et Bierbaum : L'apparition des anticorps tuberculeux chez les bovidés. — Fudner : Influence de la pression intraabdominale et de la réplétion gastrique sur la pression sanguine. — Plehn : Herzblock et Stockes-Adams. — Huber : Modifications de la moelle dans l'atrophie musculaire. — Richartz : Cures d'hydrates de carbone dans le diabète. — Babitzki : L'anesthésie du plexus brachial d'après Kulenkampf. — Rieck : Traitement des hémorragies menstruelles trop abondantes. — Mehliss : Trivaline. — Pollaud : Traitement de la gonorrhée par les bâtonnets de sannaugentan. — Herz : Pansements humides et enveloppements humides dans les affections aiguës.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 16, 17 avril 1913.) Frankel et Kirchbaum : L'adigan, nouvelle préparation de digitale. — Bauer : Ferments destructeurs d'organes dans le sérum du goitreux endémique. — Hesse : Sur l'emploi de sérum actif et inactif dans la réaction de fixation. — Clairmont : Expériences de chirurgie de guerre. — Steiner : Sur un cas de maladie de Hirchsprung. — Ferrari et Urizio : La méiostagmine réaction avec emploi d'extraits de lécithine. — (N° 17, 24 avril.) Epstein : Le sérodiagnostic d'Abderhalden dans le cancer. — Luithlen : Modification de la réaction cutanée dans l'injection de sérum et de substances colloïdes. — Dautwitz : Rapports des cures en 1912. — Wiener : Découverte d'un vibrion dans un bouton de l'Yémen. — Jampolski : Sclérose initiale de la caroncule lacrymale. — Neumann-Knenker : Anesthésie par le froid du nerf mentonnier. — (N° 18, 1er mai.) Mannaberg : Tentatives pour agir sur la maladie de Basedow par irradiation des ovaires. — Izar : Les antigènes pour la méiostagmine réaction. — Fieber : Chirurgie de guerre à Belgrade pendant la guerre des Balkans. — Lauber : Un cas de paralysie cyclique du moteur oculaire commun. — Luidström : L'intoxication arsenicale.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 97. — JEUDI 28 AOUT 1913. 86e ANNÉE JEUDI 28 AOUT 1913. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Nous rappelons que l'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars 1913 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 15 septembre 1913, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, jusqu'au *samedi 30 août inclusivement.*

Avis spécial. — Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont appelés à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

MARINE. — Les épreuves orales d'admission à l'école principale du service de santé de la marine pour les étudiants en médecine et en pharmacie qui doivent les subir à Brest commenceront dans ce port le vendredi 29 août, à huit heures du matin.

LE NOUVEAU RÉGIME ALIMENTAIRE DES MALADES DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — Voici le nouveau régime alimentaire arrêté par la Commission administrative :

1. Les malades classés à la diète sèche reçoivent matin et soir : Une galette. Fruits secs, 80 grammes.
2. Les malades classés au bouillon reçoivent par jour : Quatre bouillons de 25 centilitres.
3. Les malades classés à la soupe reçoivent par jour : Deux bouillons de 25 centilitres. Deux soupes de 40 centilitres.
4. Les malades classés au demi-quart reçoivent matin et soir : Deux bouillons de 20 centilitres. Un potage de 40 centilitres. Pain, 40 grammes. Vin, une mesure de 35 millilitres. Un aliment particulier.
5. Les malades classés au quart reçoivent matin et soir : Un bouillon de 20 centilitres. Un potage de 40 centilitres. Pain 75 grammes. Vin, une mesure de 65 millilitres. Un aliment particulier.
6. Les malades classés aux deux quarts reçoivent matin et soir : Un bouillon de 20 centilitres. Un potage de 40 centilitres. Pain, 150 grammes. Vin, une mesure de 125 millilitres. Viande, une ration de 50 grammes. Légumes, une mesure de 13 centilitres.
7. Les malades classés aux trois quarts reçoivent matin et soir : Un potage de 40 centilitres. Pain, 225 grammes. Vin, une mesure de 190 millilitres. Viande, une ration de 75 grammes. Légumes, une mesure de 13 centilitres.

Les bénéficiaires des régimes particuliers ne sont point compris dans les rations. P.

LA DÉRATISATION A NOUMÉA. — Une équipe de dératiseurs vient d'être créée à Nouméa pour rechercher et détruire les rongeurs qui sont dangereux pour la santé publique. P.

RENSEIGNEMENTS

478. — **EXTERNE DES VOIES URINAIRES**, Necker, demande remplaçant, externe de préférence, à partir du 1er septembre. — Écrire G. B., 25, rue Pasquier.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Train de chasseurs entre Paris et Gien.* — La Compagnie P.-L.-M. rappelle aux chasseurs que, pour faciliter leurs déplacements dans les régions du Gâtinais, de la Puisaye et de la Sologne, elle mettra en marche, à partir du 30 août 1913, un train express (1re classe et wagon-restaurant) qui circulera, pendant la durée de la chasse :

Les samedis et veilles de fêtes, de Paris à Gien;
Les dimanches et fêtes, de Gien à Paris.

Départ de Paris, 19 h. 35; arrivée à Gien, 22 h. 15.
Départ de Gien, 19 h. 29; arrivée à Paris, 22 h. 10.

Ce train ne prend pas de bagages enregistrés.

INTRODUCTION

A

L'ÉTUDE DE L'HYGIÈNE ET DE LA PATHOLOGIE

DES MINEURS (DE HOUILLE)

Par M. Stephen CHAUVET,
Interne des hôpitaux de Paris.

On croit généralement que les mineurs travaillent dans des positions fort pénibles et respirent un air confiné et malsain. On les imagine encore menacés de périls de toutes sortes et blessés ou tués très fréquemment. Et l'on s'apitoye outre mesure sur leur sort. La réalité est tout autre. Pour le démontrer, nous allons étudier l'hygiène et la pathologie des mineurs de houille (1).

*
* *

On entre tôt à la mine. On y entrait plus tôt encore autrefois. Jusqu'en 1833, en effet, on employait dans les mines anglaises des enfants de l'âge de quatre ans, pour fermer les portes des galeries.

Pour ce faire, ces enfants étaient immobilisés douze heures durant dans une étroite niche (2).

En France, un décret du 3 juin 1813 défendit de faire travailler les enfants au-dessous de dix ans. La loi du 2 novembre 1892 enfin permit de faire commencer l'apprentissage à treize ans.

En règle générale, le « gamin » est employé vers la quatorzième année au triage. A seize ans il descend avec son père au fond de la mine et devient successivement : galibot (chargé des transports), freinteur puis rouleur; quatre ans après, il est aide à la taille et commence à piquer à la veine, puis, si les circonstances le permettent, il est mineur à proprement parler, au moment où il part faire son service militaire.

A son retour il reprend son poste de mineur à la veine et le garde jusque vers cinquante ans. A cet âge il prend généralement, toujours au fond, des emplois moins fatigants tels que ceux de raccommodeur (chargé de remplacer les bois brisés ou insuffisants), de rancheur (chargé de rétablir dans les dimensions normales les galeries affaissées), de cantonnier, ou bien il remonte au jour pour remplir un poste quelconque : graisseur, lampiste, moulineur (chargé de recevoir les berlines à leur arrivée au jour), etc., tous postes réservés aux vieux ouvriers. Si, au cours de sa carrière, il s'est montré plus capable, plus instruit, plus consciencieux que ses camarades, il pourra devenir un porion ou chef mineur.

Si enfin le goût du commerce le tenaille, il s'établit, à l'âge mûr, cabaretier dans le coron (série de maisons en briques de modèle uniforme, construites par les compagnies pour loger les ouvriers).

Tel est, d'une façon générale, le cycle du mineur.

Ce cycle, il le parcourt en entier car, contrairement à ce qu'on pense communément, les conditions de travail sont satisfaisantes. Pour le démontrer nous envisagerons successivement l'hygiène du travail à proprement parler; les salaires et les avantages matériels (qui eux aussi jouent un rôle dans l'hygiène des mineurs puisqu'ils conditionnent le confort et l'hygiène de son alimentation) et enfin les maladies et les accidents des mines.

*
* *

Hygiène du travail. — Les huit heures de travail que l'ouvrier passe au fond de la mine sont effectuées dans des galeries où il fait suffisamment chaud et dans lesquelles l'atmosphère n'est nullement malsaine. De puissantes machines d'aérage maintiennent dans l'air constamment renouvelé de la mine une teneur en oxygène égale à celle du plein air et autrement préférable à celui de quantité d'ateliers parisiens. Des dosages opérés par comparaison avec l'air libre, soit dans les tailles en plein travail, soit dans les chantiers denses, ont révélé au docteur Roger la même quantité d'oxygène (à quelques centièmes pour 100 près) et l'absence d'acide carbonique et d'oxyde de carbone. Ceci n'a d'ailleurs rien de surprenant car il passe, dans une galerie, de 15 à 30 mètres cubes (selon les cas) d'air frais par seconde, et cet air, dans son trajet rapide depuis la surface jusqu'au ventilateur qui l'expulse, n'a pas le temps de se contaminer au contact des causes souterraines de viciation.

L'examen bactériologique aboutit à des constatations aussi satisfaisantes (1).

D'autre part si le mineur manque pendant quelques heures des bienfaits de la lumière, il ne connaît par contre ni les intempéries, ni le froid. Il travaille au fond, le torse nu, à une température presque égale en toutes saisons et très supportable, tout d'abord parce que modérée et ensuite parce que palliée par le courant d'air frais que le ventilateur envoie.

A l'abri des intempéries, des poussières microbifères et des vapeurs corrosives, ne craignant aucune intoxication professionnelle, il se trouve dans des conditions sanitaires bien meilleures que les terrassiers, les verriers, les carriers, les plâtriers, les ouvriers d'industries chimiques et tant d'autres (2).

L'ouvrier mineur respire des poussières de charbon, dira-t-on. C'est exact, mais cela ne lui occasionne aucun trouble respiratoire ni général. L'anthracose pulmonaire, variété de pneumonie chronique, que Zeuker avait décrite et qu'il croyait relever uniquement de l'inhalation des poussières de charbon, n'est plus guère admise.

Après les expériences concluantes de MM. Claisse et Josué, on pense, à l'heure actuelle, que les pous-

(1) Il m'est particulièrement agréable de remercier M. Dessans, directeur de la Compagnie des mines de Marles, et M. Leconte, secrétaire général de cette Compagnie, pour les renseignements techniques qu'ils m'ont si aimablement procurés.

(2) Article : Mineurs. *La grande Encyclopédie.*

(1) Déposition des médecins devant la Commission d'enquête sur la durée du travail dans les mines de houille en Belgique, Bruxelles 1908.

(2) Notice de la Compagnie des mines de Marles.

sières ne jouent dans l'étiologie des pneumokonioses qu'un rôle prédisposant. Par contre le rôle de l'infection consécutive est primordial dans la genèse de la sclérose pulmonaire, que cette affection soit streptococcique, tuberculeuse ou d'autre nature. C'est elle qui, entretenue par l'action mécanique des poussières, engendre à la longue le processus scléreux pulmonaire [Oberthür, Claisse, Letulle, etc.] (1).

Quant aux poussières de charbon qui sont plaquées par la sueur sur le torse du mineur elles ont un rôle salutaire. Elles l'obligent au sortir de la mine à de grands lavages journaliers (2) qui lui donnent un goût remarquable pour la propreté corporelle.

Aussi le mineur est-il un homme propre et cela le distingue nettement de l'ouvrier citadin et de l'ouvrier agricole.

Cette propreté, le mineur l'apprend à ses enfants et l'applique à tout son intérieur. La maison du mineur est propre aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur (dans ses moindres détails). Sans cesse on lave à grande eau le carrelage des pièces et les murs. Cette propreté générale est pour beaucoup dans la rareté des épidémies de maladies contagieuses.

Un dernier facteur du travail au fond de la mine nous reste à envisager.

La pression atmosphérique, plus élevée au fur et à mesure que l'on descend dans la profondeur de la terre, n'influe-t-elle point sur les conditions de la circulation sanguine et n'est-elle pas capable de retentir à plus ou moins longue échéance sur le système cardio-vasculaire?

A cet égard encore on peut être rassurant.

Des recherches exécutées à 1 100 mètres montrent que, pour une augmentation de pression de l'atmosphère qu'on pourrait évaluer à 7 centimètres de mercure, il n'y avait aucune modification intéressante de la pression artérielle maxima (3) [prise au fond de la mine] comparativement avec celle prise au jour, chez le même individu (4). Quant aux tensions minima elles étaient les mêmes dans les deux cas. Il ne semble donc n'y avoir aucune influence appréciable sur la tension artérielle.

En résumé, le mineur travaille huit heures dans des conditions hygiéniques satisfaisantes à tous points de vue. Si l'on ajoute qu'étant donnée l'heure matinale de la descente il est libéré assez tôt pour pouvoir jouir des fins d'après-midi, se reposer, cultiver son jardin, vivre en famille, on peut déjà prévoir qu'un tel ouvrier doit avoir un état de santé satisfaisant, à condition toutefois qu'il soit sobre.

Ces prévisions sont justes. Les maladies aiguës ne sont pas, dans ce milieu, plus fréquentes qu'ailleurs; l'artériosclérose, les maladies chroniques, la tuberculose sont rares; tant et si bien que le mineur peut travailler jusqu'à un âge avancé.

(1) Dr Collis. Les effets de la poussière dans la production des maladies du poumon, *XVIIe Congr. internat. de méd.*, Londres 1913.

(2) Ces lavages sont effectués soit immédiatement au sortir de la mine dans de confortables bains-douches que les compagnies ont fait construire, soit à domicile.

(3) A l'oscillomètre de Pachon.

(4) Dr Monguet. *La Normandie médicale*, 15 fév. 1913.

Les statistiques montrent qu'on trouve à la mine 13,64 p. 100 de travailleurs âgés de quarante-cinq à cinquante-quatre ans et 6,11 p. 100 âgés de cinquante-cinq à soixante-quatre ans, alors qu'on ne trouve dans l'agriculture que 6,24 p. 100 de cultivateurs de quarante-cinq à cinquante-quatre et 4,43 p. 100 de cinquante-cinq à soixante-quatre ans.

Un autre fait reflète indirectement l'état de santé des mineurs adultes; c'est celui non moins satisfaisant de leurs nombreux enfants. Les enfants de mineurs sont robustes et la preuve que la mine n'est pas débilitante, c'est qu'à l'âge du service militaire, alors qu'ils ont déjà passé, comme nous l'avons vu, plusieurs années au fond, ils fournissent un pourcentage d'exempts de service plus faible que les agriculteurs.

Dans le Pas-de-Calais, par exemple, de 1901 à 1903 (1), il n'y a eu que 7,77 p. 100 d'exemptés parmi les mineurs, contre 9,72 p. 100 parmi les agriculteurs. D'autre part, on relevait, parmi les exemptés :

0,75 p. 100 de phtisiques parmi les mineurs contre 1,60 à 1,81 p. 100 parmi les paysans;

1,78 p. 100 de rachitiques parmi les mineurs contre 2,60 p. 100 de rachitiques parmi les cultivateurs et 2,9 p. 100 parmi les ouvriers industriels.

La taille des conscrits enfin n'était pas moins instructive. Les mineurs fournissaient 46 p. 100 de conscrits ayant plus de 1m67 de taille et au-dessus, contre 40 p. 100 fourni par les populations industrielles.

* * *

Salaires et avantages matériels. — Ce qui précède ayant démontré, d'une part, que le mineur exécute un travail régulier dans des conditions hygiéniques que la technique moderne de l'exploitation a rendu sensiblement supérieures à celles de la moyenne des travaux industriels et, d'autre part, que son état de santé n'a nullement à pâtir de sa profession, voyons maintenant quels sont les salaires moyens et les avantages matériels qui sont offerts aux mineurs, questions importantes au point de vue hygiène, puisqu'elles commandent en quelque sorte la qualité et la quantité de la nourriture et le confort de l'existence.

Les chiffres, à cet égard, sont des plus rassurants.

Le salaire journalier d'un ouvrier mineur du fond qui était en moyenne en 1882 de 4 fr. 65 pour 9 h. 22 de travail, était en 1892 de 5 fr. 68 pour 9 h. 26, en 1901 de 6 fr. 54 pour 9 h. 18 et en 1911 de plus de 7 francs pour 8 heures de travail.

Ces chiffres ne représentent d'ailleurs que des *moyennes*, car un piqueur du Nord ou du Pas-de-Calais gagne environ 7 fr. 50 par jour, et un habile ouvrier arrive facilement à gagner 10 francs.

Parallèlement à la progression des salaires, le prix des denrées a baissé, grâce aux coopératives. C'est ainsi que le kilogramme de beurre valait en 1882, 3 fr. 90; en 1892, 3 fr. 80 et en 1901, 3 fr. 40.

(1) Travaux de la Commission parlementaire d'enquête sur les mines, 1901-1903.

Le café, de consommation abondante dans le pays, valait 4 fr. 72 le kilogramme en 1882, 4 fr. 20 en 1892 et 3 fr. 40 en 1901. Le pain valait 1 franc les 3 kilogrammes en 1882, 0 fr. 95 en 1892 et 0 fr. 85 en 1901. Les autres denrées ont subi des baisses analogues.

Ces deux facteurs, élévation des salaires et baisse des prix des denrées, permettent aux mineurs de se bien nourrir. Ils ne s'en font pas faute. Au marché, les femmes de mineurs achètent souvent sans hésiter ni marchander les volailles, les poissons, les primeurs que les femmes d'employés ou de bourgeois hésitent à acquérir à cause de leur prix élevé.

Les mineurs ont encore, en sus de leurs salaires, des avantages matériels accessoires plus considérables que dans aucune autre industrie.

Toutes les grandes mines logent la plupart de leurs ouvriers dans des maisons faisant partie de corons et bâties toutes sur le même modèle. Ces maisons de quatre à cinq pièces avec un jardin de deux à trois ares, ne sont louées par les compagnies que de 5 à 8 francs par mois.

Celles-ci fournissent en outre gratuitement de 5 à 7 quintaux de charbon par mois aux familles de mineurs.

Elles mettent encore à la disposition de leurs ouvriers, des bains douches et un hôpital, et offrent à leur famille un dispensaire, une consultation de nourrissons, une goutte de lait, des salles d'asile pour enfants, des salles de réunion pour adultes, des terrains de jeux ; elles entretiennent enfin, toujours à leurs frais, des instituteurs, des bibliothèques, des écoles de couture, des écoles ménagères ; tout cela pour préserver l'enfance, soigner les malades, abaisser le prix de la vie, compléter l'éducation professionnelle, distraire et retenir l'ouvrier, dresser de bonnes ménagères.

Et ce n'est pas tout. Des caisses de secours, imposées par la loi du 29 juin 1894, existent partout et font face aux frais de maladies et de décès. Elles prélèvent bien (au maximum) 2 p. 100 sur le salaire de l'ouvrier, mais elles fonctionnent surtout, grâce aux cotisations patronales. Les retraites ouvrières minières ont été réglées par la loi du 27 juin et du 14 décembre 1894. Elles fonctionnent par la capitalisation d'une double et égale contribution ouvrière et patronale : 2 p. 100 retenus sur les salaires, 2 p. 100 versés par les compagnies. Au produit de ces cotisations viennent s'ajouter des fonds provenant de la somme dite million des mineurs et qui s'élève en réalité à 1 500 000 francs, inscrite chaque année au budget et votée par les Chambres.

De plus, les compagnies houillères du Nord et du Pas-de-Calais se sont engagées à bonifier les pensions de leurs vieux ouvriers pour leur faire atteindre le chiffre de 600 francs par an.

On peut prévoir à brève échéance, le moment où tous les mineurs jouiront à cinquante-cinq ans d'une retraite de 2 francs par jour avec reversibilité de moitié sur leur veuve en cas de décès.

En récapitulant tous ces avantages, on comprend que le mineur dont l'emploi est assuré (jamais de chômage), le salaire élevé, le logement vaste et sain, la retraite confortable et qui se voit libre de tout travail professionnel au début de l'après-midi, soit envié dans tout le pays, dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Libéré des soucis du pain quotidien, de la maladie et de la vieillesse, le mineur l'est aussi de ceux de la famille.

Il a place à loger ses enfants à l'aise, il a de l'argent pour les nourrir, des médecins et des médicaments gratuitement pour les soigner, des instituteurs pour les instruire et leur place est retenue d'avance à la mine.

Il sait que de treize à dix-huit ans, employé au jour au triage ou à d'autres besognes, ou employé au fond, il lui rapportera de bonnes payes, suppléments de revenus appréciables ; aussi, ne redoute-t-il pas la naissance de nouveaux enfants. Les familles de mineurs sont nombreuses ; la natalité dans les communes minières est la plus forte de France. Si l'on ajoute, de plus, que ces mêmes communes ont un taux très bas de mortalité, on est en droit d'en déduire que les conditions hygiéniques de cette profession ne laissent rien à désirer.

*
* *

MALADIES PROFESSIONNELLES. — Tout cela est fort bien, dira-t-on, mais il n'en existe pas moins des maladies professionnelles et des risques accidentels fréquents.

Les maladies professionnelles ?

Nous avons vu que, contrairement à ce qu'on pouvait penser, les affections pulmonaires aiguës ne sont pas plus fréquentes qu'ailleurs, que la tuberculose est rare, que la pneumokoniose est un mythe.

Le nystagmus est rare. Pour Coppez (1), on l'observerait chez 5 p. 100 environ des mineurs. Ce chiffre me paraît exagéré. Je sais telle mine du Pas-de-Calais occupant 6 000 ouvriers, chez lesquels on n'a découvert, lors du dernier recensement, que deux cas de nystagmus spontané.

Quand il est marqué, le nystagmus s'accompagne de deux phénomènes subjectifs principaux : le vacillement des objets et l'adaptation défectueuse de la rétine rendant fort pénibles les changements brusques d'éclairage.

Le nystagmus lui-même appartient au type ondulatoire pur. Les oscillations, de régularité parfaite, sont au nombre de 150 à 240 par minute. Le nystagmus s'accompagne dans 5 p. 100 des cas de blépharospasme et de tremblement de la tête. A côté de cette forme type il existe plusieurs autres modalités cliniques de l'affection. Dans les cas très légers, le nystagmus ne se produit que quand le malade regarde en haut. Il existe aussi un nystagmus latent. D'une façon générale, le nystagmus des mineurs est une affection si bénigne que, dans 99 p. 100 des cas, les mineurs atteints n'en ont pas conscience et n'en sont pas gênés dans leur travail. Le nystagmus serait lié, pour certains, à la parésie des muscles droits internes, pour d'autres, à des perturbations de l'appareil d'équilibration. Quelques auteurs enfin,

(1) COPPEZ. Sur le nystagmus. *Congr. de la Soc. Franç. d'ophtalmol.*, Paris 1913.

n'ont pas craint d'en faire une névrose motrice, hypothèse stupéfiante. Nous ignorons, en réalité, la pathogénie réelle de cette affection. Quoi qu'il en soit, tous les cas guérissent sans exception. Il suffit pour arriver à ce résultat, de faire remonter les ouvriers atteints et de les faire travailler au jour pendant trois mois environ. Tout traitement chirurgical doit être rigoureusement proscrit.

Non moins exceptionnelle, dans les mines françaises, est l'ankylostomiase qui détermine l'anémie des mineurs. Rien d'étonnant à cela.

Pour qu'une mine soit infectée, il faut tout d'abord qu'elle soit ensemencée par des ouvriers venant de régions ou de mines contaminées ; il faut aussi, pour que les ankylostomes puissent évoluer, une température élevée et une grande humidité. Or, nous avons vu que, grâce à la ventilation intense, la température n'était pas particulièrement élevée. Ventilation et épuisement des eaux combattent également l'humidité. Enfin, toutes les précautions sont prises pour éviter la contamination de la mine par des ouvriers étrangers. Avant l'embauchage, leurs matières fécales sont analysées pour déceler les parasites. Trouve-t-on des œufs, le mineur est mis en traitement dans un dispensaire spécial.

Même à l'étranger, les mines contaminées sont l'exception.

En Belgique, van Beneden a trouvé quelques ankylostomes chez des mineurs de Mons, mais les cas sont devenus très rares.

Une mine du Hainaut, celle de Ghlin est contaminée. Cette mine n'étant pas grisouteuse, la ventilation y est moins puissante, partant l'humidité plus grande, circonstance favorable pour l'évolution des parasites.

Une commission du Parlement belge a nommé des médecins experts pour examiner les fèces des mineurs. Cet examen a décelé 1 à 2 p. 100 d'hommes atteints dans les 10 fosses des charbonnages belges.

Les mines contaminées peuvent d'ailleurs être assainies. On fait usage, dans ce but, de lysol en solution à 5 p. 100, ou d'un lait de chaux ou de sulfate ferreux. Ces antiseptiques sont projetés sur le sol et sur les parois et le boisage, sur lesquels les larves, écloses dans la boue, peuvent venir se cantonner.

*
* *

Les blessures professionnelles relèvent de deux causes : les violences extérieures et les explosions.

Dans la première catégorie, qui est la plus nombreuse à cause des affaissements de terrain, on observe toute la série des traumatismes : contusions, plaies, fractures et lésions internes.

Dans la seconde, les mêmes cas peuvent se présenter, mais avec complication de brûlure (1).

Or ces accidents professionnels, qui se révèlent à l'imagination dans le drame poignant des grandes et d'ailleurs rares catastrophes, pèsent en réalité sur la mortalité des mineurs bien moins que dans les autres métiers. En France, en effet, pendant les dix dernières années (1901-1910, y compris Courrières), le nombre des ouvriers mineurs (houille) *tués* par accident a été de 1,686 p. 100 (1).

Considération qui surprend tous les non-initiés, la profession minière est donc une de celles dans lesquelles la vie paraît être la moins menacée.

Les statistiques anglaises, les seules qui éclairent sur la mortalité par profession, classent les ouvriers des houillères dans le premier tiers, dans le tiers le plus favorisé des professions, et établissent que la mortalité accidentelle minière est inférieure à celle des boulangers et des bouchers. Les compagnies allemandes admettent que les accidents ne sont pas plus nombreux parmi les mineurs que parmi les cochers et les charretiers. Il est à noter, d'ailleurs, que la mortalité par accident des mineurs de France, qui est de 1907 à 1910 de 1,06 p. 100, est inférieure, dans ce laps de temps, de 1,22 p. 100 à la moyenne allemande, de 0,39 p. 100 à la moyenne anglaise et de 2,83 p. 100 à la moyenne américaine (de Peyerimhoff). Cette moyenne s'abaissera encore au fur et à mesure que l'on connaîtra mieux le grisou et le rôle des poussières. Or le Comité central des houillères de France a fondé, en 1907, à Liévin, une station d'étude à cet effet, dotée d'un capital d'un demi-million et d'un budget annuel d'une centaine de mille francs.

Mais les chiffres précédents représentent de vastes moyennes. Pour prendre un exemple plus concret, examinons les statistiques accidentelles de la Compagnie de Marles. Dans l'hôpital remarquable qu'elle a construit furent hospitalisés, dans l'année 1912, 117 ouvriers, soit un peu plus de 2 blessés par semaine, sur un effectif d'environ 8000 ouvriers. Au reste, un accident arrive-t-il, tout est prévu pour assurer au personnel les soins les plus complets et les plus diligents. Estimant, à juste titre, que cette diligence dans les premiers soins est l'un des facteurs primordiaux d'où dépend, bien souvent, soit la guérison, soit l'apparition de complications graves, cette compagnie a placé son hôpital au centre de son exploitation. Un réseau téléphonique met l'hôpital en communication d'une part avec chaque siège, avec les principaux centres des travaux du jour, ateliers, chemins de fer, etc., et, d'autre part, avec l'habitation du médecin en chef située dans le voisinage. Dès qu'un accident, si léger soit-il, se produit, l'ingénieur de service ou, à son défaut, le chef de chantier, avise téléphoniquement l'hôpital, qui envoie immédiatement chercher le blessé par une voiture spécialement aménagée à cet effet. Le médecin, prévenu aussitôt après l'accident, se trouve à l'hôpital avant l'arrivée du blessé.

Si la blessure est légère, l'ouvrier, après les soins donnés, retourne à son domicile et revient chaque jour à l'hôpital pour se faire panser.

Si la blessure est grave ou même de peu d'importance, mais susceptible de se compliquer, ou bien exige des soins spéciaux, le blessé est interné à l'hôpital. Il y a dans cet hôpital tout ce qu'il faut pour le soigner, car les derniers perfectionnements

(1) Compagnie des mines de Marles. *Notice sur l'hôpital.*

(1) H. de Peyerimhoff, secrétaire général du Comité central des houillères de France. *Les charbonnages français.*

hospitaliers et chirurgicaux ont été adoptés au fur et à mesure de leur apparition.

Ce que nous venons de dire pour les services hospitaliers de la Compagnie de Marles peut s'appliquer à tous les grands charbonnages : Lens, Bruay, Béthune, Liévin, Drocourt, Aniche, etc.

*
* *

Nous en avons fini avec l'étude de l'hygiène et de la pathologie des mineurs. De cette rapide esquisse, on peut conclure que le mineur travaille dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, et que son existence n'est pas plus menacée par les accidents que dans les autres métiers, bien au contraire. Si l'on ajoute que sa profession, certes fatigante, lui procure un bon salaire et de nombreux avantages matériels, on se convainc rapidement qu'elle ne mérite pas le mauvais renom qui lui est attaché.

MÉDECINE PRATIQUE

DIAGNOSTIC CLINIQUE DE L'INSUFFISANCE PANCRÉATIQUE

L'importance considérable et sans cesse grandissante qu'acquiert le pancréas dans la physiologie des phénomènes digestifs fait, de l'insuffisance pancréatique, un des signes les plus utiles à rechercher en clinique.

Cette recherche vient justement d'être exposée de la façon la plus claire et la plus pratique par le docteur Vitry, dans les remarquables *Éléments d'anatomie et de physiologie médicales* parus récemment sous la direction du professeur Landouzy et du professeur agrégé Léon Bernard (1), et nous allons résumer les données principales de cette étude d'ensemble.

Les moyens propres à déceler de l'insuffisance pancréatique sont tirés de l'examen des urines et de l'examen des matières fécales.

L'examen des urines comporte tout d'abord la recherche de la glycosurie, bien que celle-ci ne constitue qu'un signe incertain. Nous ne parlerons pas de la *réaction de Cammidge*, très délicate, de valeur contestée et impraticable quand l'urine contient du sucre.

La méthode des *éliminations urinaires provoquées* nous arrêtera davantage.

L'épreuve du salol consiste à noter le moment d'apparition de l'acide salicylique dans l'urine après absorption d'un cachet de salol; ce dernier, qui est du salicylate de méthyle, est décomposé par le suc pancréatique en phénol et acide salicylique. Malheureusement plusieurs conditions peuvent faire varier le moment d'apparition dans l'urine, et surtout d'autres sucs digestifs peuvent produire le même dédoublement. Les mêmes objections peuvent être opposées à l'épreuve de l'iodoforme ou des huiles iodées, avec mise en liberté de l'iodure.

L'épreuve des enveloppes est plus démonstrative, qui consiste à faire absorber de l'iodure de potassium dans des capsules que seul peut digérer le suc pancréatique, cire, kératine, glucoïde. Si le suc pancréatique fait défaut, les capsules restent intactes et l'iodure ne passe pas dans l'urine.

Mais c'est l'analyse des fèces qui fournit les renseignements les plus précieux. Elle comporte trois recherches : examen macroscopique, examen microscopique, analyse chimique.

(1) Par MM. Léon Bernard, Gougerot, Halbron, S. I. de Jong, Laederich, Lortat-Jacob, Salomon, Sézary, Vitry. — Un vol. gr. in-8° de 770 pages, avec 336 figures en noir et en couleurs et 6 planches hors texte en couleurs. — Paris, Masson et Cie.

Examen macroscopique. — L'abondance anormale des matières fécales est un signe fréquent, augmentées qu'elles sont par les substances non digérées ; de même la consistance est généralement plus molle et plus pâteuse. L'odeur putride, traduisant des fermentations anormales, s'observe surtout dans les cas fréquents où l'absence de bile vient compliquer l'insuffisance pancréatique.

La couleur est d'ordinaire peu accusée ; les matières sont pâles à cause de la graisse et parfois roses par suite de la présence de fibres musculaires non digérées, caractères que l'absence de bile rend dans certains cas encore plus nets.

Les selles contiennent en effet une grande quantité de graisses, ce qui constitue la *stéarrhée* des auteurs classiques. « La graisse se présente sous la forme de masses blanches de la consistance du beurre, se figeant par le refroidissement ; d'autres fois, la graisse peut surnager à la surface du liquide diarrhéique, formant des taches huileuses ; d'autres fois enfin, elle constitue un enduit graisseux qui enrobe les matières fécales. ».

On reconnaît encore à l'examen macroscopique de nombreux débris végétaux sans signification spéciale et des fibres musculaires de viande non digérée.

Examen microscopique. — Il peut révéler des grains d'amidon ou des débris de cellulose, ce qui dénote un trouble digestif intestinal mais rarement pancréatique, car les hydrates de carbone sont digérés par le suc intestinal et les microbes de l'intestin. Parmi les aliments d'origine animale, la présence de fibres musculaires constitue un bon signe d'insuffisance pancréatique, à condition qu'elles ne proviennent ni d'une mastication insuffisante, ni d'une traversée trop rapide du tractus gastro-intestinal, ni d'une surabondance de l'alimentation carnée. Parmi ces fibres, « les unes ont conservé leurs noyaux, leur striation longitudinale et transversale ; les autres ont perdu leur noyau mais conservé leur striation au moins transversale ; d'autres enfin, ont perdu toute structure et constituent des débris petits, irréguliers, jaunâtres ». Schmidt fait avaler de petits cubes de viande enfermés dans des sachets de gaze ; « puis il recherche ces cubes dans les matières, il les inclut à la paraffine comme pour une préparation histologique habituelle et recherche, sur une coupe colorée à l'hématéine-éosine, si ces débris contiennent encore leurs noyaux cellulaires. S'il en trouve, il admet qu'il y a déficit pancréatique parce que seul le suc pancréatique est susceptible de digérer la substance nucléaire. »

Les graisses neutres apparaissent comme des gouttelettes inégales en volume, insolubles dans l'eau, solubles dans l'alcool à chaud, l'éther, le chloroforme ; elles se colorent en noir par l'acide osmique. Les acides gras revêtent l'aspect d'aiguilles finement recourbées ; insolubles dans l'eau ils se colorent en noir par l'acide osmique, en rose par la fuschine phéniquée. Les savons se montrent sous forme de cristaux polygonaux à bords arrondis ; ils sont solubles dans l'eau chaude et l'alcool.

L'analyse chimique montre que dans l'insuffisance pancréatique les hydrates de carbone sont bien utilisés, contrairement aux matières albuminoïdes ; à l'état normal on ne retrouve dans les fèces que 5 p. 100 de l'azote ingéré, tandis que dans l'insuffisance pancréatique on en retrouve 26 à 33 p. 100, et même 41 p. 100 s'il y a de l'obstruction biliaire concomitante.

Les graisses sont très augmentées dans leur ensemble ; alors que normalement le rapport des graisses fécales aux graisses ingérées est comme 5 est à 100, dans l'insuffisance ce rapport devient comme 60 ou même 80 sont à 100. Mais les auteurs ne sont plus d'accord sur l'état auquel se trouvent ces graisses fécales ; on sait cependant que la proportion de graisses neutres non dédoublées paraît plus élevée qu'à l'état normal.

Les différents signes que nous venons de passer rapidement en revue permettent de dépister non seulement les troubles très accusés de la sécrétion pancréatique, comme l'oblitération du canal de Wirsung ou la sclérose totale de la glande, mais encore les troubles fonctionnels légers. Aussi, dans certains cas de digestions défectueuses dont la cause est restée imprécise, peut-on parfois arriver à incriminer le pancréas à bon escient, et l'opothérapie est susceptible de donner d'excellents résultats thérapeutiques.

C'est par cette donnée d'ordre pratique que M. Vitry termine la très claire et substantielle étude d'ensemble que nous venons de résumer brièvement. A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 AOUT 1913)

Respiration thoracique et respiration abdominale volontaires au cours de la croissance. — M. Paul Godin, après de nombreuses observations faites dans les écoles d'enfants de troupe, et des observations toutes récentes faites sur les 120 pupilles du stade raphaélois, arrive à cette conclusion que l'inspiration volontaire est exclusivement thoracique chez l'enfant avant la puberté. Après la puberté elle devient en partie abdominale. Ce qui peut encore s'exprimer de la façon suivante : avant la puberté l'ampliation pulmonaire provoquée est horizontale; après la puberté elle est à la fois horizontale et verticale (l'ampliation pulmonaire s'opérant *surtout* dans le plan horizontal quand le thorax fait tous les frais de l'inspiration, et *surtout* dans le plan vertical quand le diaphragme est le principal agent de l'inspiration).

ANALYSES

MÉDECINE

Contribution à l'étude d'une des manifestations de l'arthritisme : « la cellulite ». (A. Hanriot. Thèse de Paris, 1913 ; Ollier-Henry, éditeur.) — Parmi les manifestations de l'arthritisme, la cellulite est rarement signalée ; aussi passe-t-elle généralement inaperçue parce qu'on ne la recherche pas. La cellulite est une affection du tissu cellulaire conjonctif, caractérisée par l'infiltration et le dépôt, dans ce tissu, des produits de décomposition des albuminoïdes ; bien qu'il y ait des accès aigus de cellulite, et que la terminaison « ite » semble aussi désigner une inflammation aiguë, la cellulite est cependant une affection chronique. Elle peut occuper le tissu conjonctif des divers organes ou le tissu cellulaire sous-cutané ; c'est, en somme, un œdème localisé, douloureux, apyrétique du tissu conjonctif, sans tendance à la suppuration.

La cellulite péri-utérine et péri-annexielle, donnant lieu à des indurations simulant des tumeurs, a été décrite depuis longtemps; puis les médecins suédois ont signalé la cellulite sous-cutanée. Les trois symptômes capitaux de la cellulite sont les nodosités, la douleur et l'œdème ; les troubles de la sensibilité sont souvent très marqués et se manifestent sous la forme d'algies ; les algies les plus fréquentes sont celles qu'on désigne sous le nom de douleurs rhumatismales ou rhumatoïdes. Les formes cliniques de la cellulite sont très nombreuses et varient selon le siège de la lésion; autour des articulations, la cellulite donne lieu à des péri-arthrites, autour des veines à de la péri-phlébite ; les localisations de la cellulite autour des nerfs provoquent des névralgies, dont la cause est habituellement méconnue.

La cellulite s'observe surtout chez les arthritiques, les obèses, les artérioscléreux, dans les maladies causées par le ralentissement de la nutrition. Par conséquent, il faudra, en cas de cellulite, instituer le traitement général de l'arthritisme; comme traitement local, le massage donne de très bons résultats. M. BRELET.

Etude radiologique de la tuberculose pulmonaire du nourrisson. (L. Ribadeau-Dumas, A. Weill et Maingot. *Soc. de Pédiatrie,* 12 nov. 1912.) — Après avoir rapporté un grand nombre d'observations contrôlées par l'examen radiographique, les auteurs formulent les conclusions suivantes :

1° Pour mettre en évidence les foyers tuberculeux pulmonaires chez le nourrisson, la radiographie *rapide* complète de très heureuse façon les résultats obtenus à l'écran fluorescent; 2° cette méthode révèle des lésions parenchymateuses que dans la majeure partie des cas l'examen sthétoscopique est insuffisant à déceler; 3° elle apporte des résultats intéressants, puisque dans un grand nombre de faits on voit le foyer pulmonaire satellite de l'adénopathie similaire, dont l'autopsie établit la constance quasi absolue dans la tuberculose du premier âge; 4° les rayons X permettent de localiser ce foyer ganglio-pulmonaire : chez le nourrisson la localisation ne se fait pas au niveau du sommet du poumon mais en un point quelconque, les bases de préférence, et plus particulièrement, à la base droite; 5° les images fournies par les rayons X consistent en taches opaques disposées à la périphérie du poumon, ou le long d'un arbre bronchique.

Il faut signaler cependant certains cas où d'importantes lésions constatées à l'autopsie ont été absolument insoupçonnées pendant la vie. B. GAYARD.

Sur un cas bénin de méningite à pneumocoques cliniquement primitive. (Ducastaing. *Revue neurol.*, 1913, p. 361-364.) — Sans aucun autre signe de pneumonie, un homme est pris brusquement de fièvre à 38°5, avec albuminurie, pouls dicrote, herpès labial et méningite aiguë qui s'atténue le troisième jour et guérit le septième après une nouvelle poussée. Le liquide céphalo-rachidien, à peine louche, renfermait surtout des cellules uninucléées, quelques polynucléaires et de nombreux pneumocoques au cinquième jour de la maladie.

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Emploi des membranes fœtales pour greffes cutanées. (N. Sabella. *Med. Rec.*, vol. LXXXIII, n° 11, 15 mars 1913, pp. 501-506.) — Sabella conseille de bien examiner l'amnios pour voir s'il est normal. Après l'avoir lavé à l'eau chaude, on le garde dans une solution salée physiologique où il peut se conserver soixante-douze heures. On relave les morceaux juste avant de s'en servir dans une solution salée fraîche. La surface du cordon ombilical et de l'amnios qui est posée sur la plaie doit être la continuation de la surface interne du cordon. La gelée de Wharton est alcaline et se résorbe très facilement. Les principes habituels de nettoyage de l'ulcère et d'hémostase complète doivent être observés rigoureusement. Sabella couvre les greffes d'un morceau de taffetas-chiffon fenêtré, fixé tout autour par du collodion, et au-dessus duquel il applique un pansement imbibé de solution salée décinormale, lequel pansement est changé tous les jours. De bons résultats sont publiés. F. GARDNER.

PSYCHIATRIE

Le véronalisme. (Ch. Vallon et Bessière. *L'Encéphale*, mars 1913.) — Les observations d'intoxication par le véronal semblent actuellement assez nombreuses pour permettre d'esquisser un tableau d'ensemble. Elles peuvent se diviser en trois groupes.

Dans les cas légers il y a hébétude, somnolence, nausées et vomissements, état vertigineux, asthénie et incertitude de la marche, en somme le tableau de l'ivresse avec parfois quelques exanthèmes.

Dans les cas moyens il y a torpeur et léthargie, refroidissement et sueurs, diminution des réflexes tendineux, paresse des pupilles, oligurie ou anurie.

Les cas graves ressemblent aux intoxications mortelles par la morphine : coma, myosis, faiblesse du pouls, mort par paralysie respiratoire.

Dans les intoxications chroniques la torpeur, la perte de la mémoire, les troubles des réflexes et les troubles pupillaires pourraient rappeler le syndrome paralytique.

Le diagnostic se fait toujours par l'examen de l'urine, voie d'élimination du véronal : précipité blanc par l'acide nitrique et le réactif de Millon. Après la mort le médicament se retrouve aussi dans l'urine, dans les reins, dans le foie, la rate et le tube digestif. Le traitement consiste à débarrassser l'organisme du poison : vomissements, lavages d'estomac, puis à combattre ses effets : diurétiques, purgatifs, spartéine, caféine, et même morphine s'il existe de l'excitation. La suppression brusque du véronal, chez les individus habitués à en user, ne produit pas d'accident.

P. CAMUS.

NEUROLOGIE

Un curieux cas de compression médullaire. Opération. Guérison. (Van Gehuchten et G. Debaisieux. *Acad. royale de méd. de Belgique*, séance du 28 juin 1913.) — Il s'agit d'un homme de trente-sept ans qui se plaint depuis dix mois de douleur dans la région lombaire et de difficulté de la marche ayant débuté dans le membre inférieur droit pour envahir ensuite le membre inférieur gauche.

A l'examen clinique, fait le 23 avril, il présente les symptômes cliniques de paraplégie spastique sans trouble aucun du côté de la sensibilité.

L'évolution de la paraplégie plaidait en faveur d'une lésion extramédullaire, mais l'absence de tout trouble de la sensibilité cutanée ne permettait pas un diagnostic de siège. En se basant, toutefois, sur l'abolition du réflexe abdominal inférieur et moyen et la persistance du réflexe abdominal supérieur on pouvait admettre que la lésion médullaire devait se trouver au-dessus du dixième segment dorsal et en dessous du septième. L'examen du dos paraissait confirmer ce diagnostic de siège. Il y avait, en effet, une apparence de gibbosité au niveau de l'apophyse épineuse de la huitième vertèbre dorsale, de plus, la huitième et la neuvième vertèbre étaient douloureuses à la percussion. Cet ensemble de symptômes plaidait en faveur du diagnostic de mal de Pott.

Une radiographie montre que les vertèbres étaient saines et l'existence d'un corps étranger, triangulaire, d'une longueur de plus de deux centimètres, ressemblant à la pointe d'une lame de couteau enfoncée dans le ménisque séparant la huitième de la neuvième vertèbre dorsale.

Le malade ne se rappelle pas avoir jamais reçu un coup. La peau ne présente aucune cicatrice. La gibbosité, mieux examinée, paraît être un abcès sous-cutané.

Une laminectomie devenait donc indispensable. L'abcès sous-cutané ne communiquait pas avec la cavité rachidienne. On reséqua les lames de trois vertèbres. Le corps étranger occupait la cavité rachidienne le long de la face latérale droite de la dure-mère. C'est le bout d'une lime de forme triangutaire, mesurant 21 millimètres de longueur. La dure-mère se montre épaissie sur la hauteur des trois vertèbres. On jugea inutile de l'inciser, de peur, en la suturant, d'augmenter la compression de la moelle.

Les suites ont été anodines. Quinze jours après l'opération, le malade a pu se lever et on assista à la disparition progressive de tous les symptômes cliniques.

L. GAYARD.

COURS ET CONFÉRENCES

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — Cours de vacances (treizième année). — L'Association organise, chaque année, deux séries de cours de vacances. Les praticiens et les étudiants y trouvent tous les éléments nécessaires de perfectionnement. Les deux séries ont lieu : l'une à Pâques (quinzaine de Pâques), l'autre, à la fin des grandes vacances (dernières semaines de septembre).

Les cours de la prochaine série auront lieu tous les jours, du lundi 22 septembre au samedi 4 octobre 1913, avec le programme suivant :

A huit heures et demie : M. Bourguignon (cabinet d'électrothérapie, 2, square du Croisic et hospice de la Salpêtrière). L'électricité dans les maladies du système nerveux : électrodiagnostic, électrothérapie, radiothérapie.

A huit heures et demie : M. Caboche (clinique, 31, rue Ballu). Examen, diagnostic et thérapeutique des maladies du nez, du larynx et de l'oreille. — M. Menier. *Cours de Pâques.*

A neuf heures et demie : M. Audistère (hôpital Beaujon). Etude clinique des maladies du cœur et du poumon.

A dix heures : M. d'Herbécourt (clinique, 31, rue Ballu). Examen, diagnostic et traitement des affections gynécologiques.

A dix heures et demie : M. Civatte (hôpital Saint-Louis). Dermatologie et syphiligraphie.

M. Pasteau (septembre 1914). Maladies des voies urinaires.

M. Lavenant. *Cours de Pâques.*

M. Rousseau-Decelle. Stomatologie. *Cours de Pâques.*

A huit heures et demie du soir : MM. Delherm et Laquerrière (Pitié et Clinique Apostoli, 61, rue de Rome). Electrothérapie, radiothérapie et applications indirectes de l'électricité.

A quatre heures : M. Judet (Clinique orthopédique, 33, rue de Grenelle). Chirurgie osseuse. Examen. Opérations. Appareils. — M. Barbarin. *Cours de Pâques.*

A cinq heures : M. Dubrisay (Sociétés savantes, 28, rue Serpente). Accouchements. Opérations et manœuvres obstétricales. — M. de Font-Réaulx (Clinique, 31, rue Ballu). Examen et traitement des principales affections oculaires.

A six heures : M. Agasse-Lafont (Sociétés savantes, 28, rue Serpente). Maladies de l'appareil digestif.

S'inscrire : 1° par correspondance auprès de M. Mouly, 28, rue Serpente (Sociétés savantes) ; 2° auprès du professeur lors de la première leçon.

Le droit d'inscription est de 25 francs pour chaque cours qui comprendra de huit à onze leçons. Tous les cours commenceront le lundi 22 septembre, aux heures indiquées, et seront terminés le samedi 4 octobre.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Mouly, 28, rue Serpente, Paris 6e. Envoi du programme détaillé sur demande.

COMMUNIQUÉS

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie organise, au départ de Paris, avec le concours de l'agence Lubin, le 29 août et le 12 septembre, les excursions suivantes (chemin de fer et cars-automobiles) :

1° *Dauphiné, Savoie, Italie et Suisse.* — Durée : huit jours. Prix : 1re classe, 420 francs ; 2e classe, 390 francs.

2° *Dauphiné.* — Durée : quatre jours. Prix : 1re classe, 220 francs ; 2e classe, 190 francs.

3° *Dauphiné et Savoie.* — Durée : huit jours. Prix : 1re classe, 395 francs ; 2e classe, 350 francs.

Les prix comprennent le chemin de fer, suivant la classe choisie, toutes les excursions en auto-cars, la nourriture (vin compris) et le logement dans de très bons hôtels, sous la responsabilité de l'agence Lubin.

Pour les programmes détaillés et les demandes de souscriptions s'adresser à l'agence, 36, boulevard Haussmann, à Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

PÉRITONITES TUBERCULEUSES [1]

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — I. **Tuberculose aiguë généralisée.** — *a.* FORME MILIAIRE GRANULIQUE AIGUE. — Il peut s'agir d'une granulie généralisée sans prédominance péritonéale, ou au contraire d'une granulie à prédominance péritonéale : il existe alors dans le péritoine une ascite séro-fibrineuse, pouvant atteindre plusieurs litres : le liquide est citrin, verdâtre, parfois hématique : Jousset a décrit des épanchements chyliformes, opalescents; Claude a signalé un épanchement hémorragique : le liquide est pauvre en bacilles. La séreuse a un aspect dépoli, poisseux; elle présente quelques rougeurs ecchymotiques, parfois un léger exsudat pseudo-membraneux. On note la présence de nombreuses granulations miliaires prédominantes en certains points (grand épiploon, foie, rate), de traînées de lymphangites sous-séreuses, des adénopathies rétropéritonéales et mésentériques : à retenir encore le fait que chez le grand enfant cette granulie peut être localisée exclusivement aux séreuses. Signalons encore les péritonites aiguës généralisées ou enkystées succédant à l'*appendicite aiguë tuberculeuse*, à la *pelvipéritonite aiguë tuberculeuse*.

b. FORME MILIAIRE PLEURO-PÉRITONÉALE SUBAIGUE. — Les lésions sont limitées à la plèvre et au péritoine : elles paraissent contemporaines. Le passage à la chronicité peut s'observer; parfois les désordres portent également sur le médiastin avec symphyse du péricarde, médiastinite calleuse, hypertrophie hépatique, mais il s'agit là plutôt de formes chroniques.

II. **Tuberculose chronique du péritoine.** — Les variétés anatomiques que nous allons décrire représentent bien plutôt les divers stades successifs d'une même évolution que des formes distinctes : ainsi s'explique le mélange de ces formes sur la même séreuse.

a. FORME ASCITIQUE. — C'est une forme très particulière, propre à l'enfant : elle se caractérise par un épanchement citrin ou séro-purulent considérable, pauvre en albumine et en sels, et par l'existence de quelques granulations discrètes, les unes sous-endothéliales, les autres profondes, périvasculaires.

Ces granulations sont surtout abondantes dans le petit bassin, autour des trompes : elles ont une évolution spontanée vers la guérison, soit par disparition complète, soit par enkystement, calcification; parfois elles subissent la transformation ulcéro-caséeuse, plus rarement la transformation fibreuse.

b. FORME CASÉEUSE. — Cette forme peut succéder à l'épanchement ascitique ou suivre d'emblée l'éruption de tubercules crus : elle se caractérise par la fonte nécrotique et la liquéfaction des masses tuberculeuses; cette destruction progressive détermine des ulcérations et des perforations des organes sous-jacents, d'où le nom d'*ulcéreuse* qui lui est donné également. En même temps que ce processus destructeur suppuratif progresse au centre, l'on observe à la périphérie un processus actif de *sclérose*, aboutissant à la formation d'adhérences. Ce double processus anatomique s'explique maintenant fort bien depuis que l'on connaît l'existence des poisons tuberculeux sclérosants et caséifiants (éthéro-bacilline d'Auclair, poison caséifiant; chloroformo-bacilline, poison sclérosant).

A l'autopsie, on constate une couche continue d'adhérences fibreuses parfois très épaisses unissant les viscères entre eux, les fixant aussi à la paroi; ces cloisons fibreuses, sur lesquelles se voient des tubercules jaunâtres, parfois des granulations miliaires, circonscrivent des loges pseudo-kystiques contenant du liquide séro-purulent, quelquefois hématique; souvent la péritonite est localisée dans le petit bassin; elle peut se fistuliser dans le vagin, le rectum, l'espace pelvi-rectal supérieur. Le grand épiploon est toujours atteint; il est très épaissi, recouvert de fausses membranes et de pus, rétracté par la sclérose : il forme une corde fibreuse dense, étendue d'un hypocondre à l'autre (*corde épiploïque de Velpeau et Aran*).

Les viscères sont très altérés : l'intestin est comprimé, dévié, rétréci, raccourci par atrophie (Grisolle). Il présente souvent des lésions spécifiques (entérites, ulcérations aboutissant à des fistules). Ce sont là les formes *entéro-péritonéales* déterminant la formation d'abcès, de clapiers purulents : très souvent, et l'on ne saurait trop y insister, l'*occlusion intestinale* est réalisée pendant l'évolution de cette forme anatomique (Lejars).

Les autres viscères, rate, foie, trompes, etc., les ganglions, sont infiltrés de tubercules et restent enkystés dans une épaisse coque de péritonite locale. Il n'est pas rare d'observer aussi des lésions tuberculeuses au niveau des plèvres, des poumons, des ganglions du médiastin.

Assez souvent ces lésions sont *circonscrites ;* on les observe autour d'un appendice, d'un cæcum tuberculeux, autour du foie, de la rate et surtout de l'appareil génital, s'accompagnant alors de pelvi-péritonite : ces lésions circonstrites peuvent guérir par transformation fibreuse, par intervention chirurgicale, par ouverture spontanée dans un organe voisin, ou à l'ombilic (*phlegmon péri-ombilical* de Vallin). A la suite de ces ouvertures surviennent souvent des phénomènes septicopyémiques. Très souvent les foyers bacillaires se surinfectent : il en résulte la production d'un *phlegmon* qui, dans les formes enkystées, peut être traité chirurgicalement, mais qui, dans les formes généralisées, précipite la mort du malade.

La recherche des bacilles de Koch est toujours positive dans le pus de ces dégénérescences caséeuses.

c. FORME FIBREUSE. — La forme fibreuse est la conséquence de l'organisation scléreuse des foyers tuberculeux aboutissant à la formation de tissu fibreux cicatriciel, enkystant les tubercules, arrêtant leur marche extensive, destructive. Parfois cette évolution fibreuse peut se manifester d'emblée; elle peut succéder à la forme ascitique, plus rarement à la granulie péritonéale; le plus souvent on l'observe à la suite de la péritonite caséeuse. On note alors l'atténuation progressive des lésions infectieuses : il se développe des tractus, des brides reliant entre eux les feuillets de la séreuse; les viscères sont englobés dans un réseau d'adhérences et de nappes membraneuses épaisses et irrégulières, renfermant encore quelques tubercules en voie de régression. Cette sclérose possède malheureusement une *tendance rétractile* qui en fait une véritable complication. Au fur et à mesure que la sclérose progresse, le tissu fibreux se rétracte de plus en plus : il s'ensuit un tassement, une déviation, un étranglement des viscères abdominaux; le ventre est rétracté. Grancher, qui a bien étudié les désordres réalisés par la péritonite fibreuse, rapproche de ces lésions celles que l'on observe dans la symphyse pleurale : c'est ainsi qu'il décrit une *symphyse péritonéo-viscérale*, avec sclérose des viscères sous-jacents, et une *symphyse péritonéo-pariétale*, avec épaississement des feuillets et caséification centrale. Cette sclérose intéresse également enfin les viscères eux-mêmes, foie, rate, ovaire, etc., et surtout l'*intestin*. Elle réalise ainsi souvent le syndrome de l'*occlusion intestinale* suivant plusieurs mécanismes bien étudiés par M. Lejars, au sujet desquels, d'ailleurs, cette année encore, la Société de chirurgie a longuement discuté.

L'OCCLUSION INTESTINALE, au cours de la péritonite tuberculeuse, peut être la conséquence d'étranglements par tractus fibreux, de coudure par brides, d'agglutination des anses, parfois de paralysie intestinale; on la voit survenir parfois très *tardivement*, alors que la péritonite discrète était guérie en apparence depuis longtemps.

d. FORMES ISOLÉES. — Nous ne pouvons décrire en détail toutes les formes isolées des péritonites tuberculeuses : quelques-unes se présentent sous l'aspect de *véritables tumeurs* spécialement certaines pelvi-péritonites, péri-typhlites, etc.); elles sont constituées par des masses fibro-caséeuses ou kystiques à contenu séreux ou purulent. La *péri-hépatite tuberculeuse* peut accompagner une tuberculose fibreuse généralisée : elle peut être isolée ou associée à la symphyse péricardique (symphyse péricardo-hépatique de Gilbert et Garnier). Signalons enfin l'*épiploïte chronique* (corde épiploïque); la *mésentérite* rétractant en bloc l'intestin contre le rachis, la *péri-gastrite* avec sténose pylorique.

(*A suivre.*)

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 94, p. 1494.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE... 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Alger. — M. Hérail, professeur de matière médicale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, d'un cours complémentaire de thérapeutique.

M. Raynaud, docteur en médecine, est chargé, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions d'agrégé (section de médecine générale).

ÉCOLE DE MÉDECINE. — Caen. — M. Charbonnier, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est prorogé dans ses fonctions pour un an, à dater du 21 novembre 1913.

M. Charbonnier, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

M. Danjou, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargé, en outre, pendant l'andée scolaire 1913-1914, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

M. Gidon, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est prorogé dans ses fonctions, pour trois ans, à partir du 4 décembre 1913.

M. Chrétien, docteur ès sciences physiques, ancien suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, pendant l'année scolaire 1913-1914, d'un cours de chimie et toxicologie, et, en outre, d'un cours complémentaire de chimie analytique et minéralogie.

— Reims. — M. Villemin, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, pour l'année scolaire 1913-1914, d'un cours d'anatomie.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES PRISONNIERS DE DROIT COMMUN. — En janvier 1906, au cours de la discussion du budget, la Chambre invitait le gouvernement à déposer avant la fin de la législature un projet de loi étendant à la main-d'œuvre pénitentiaire le principe de la loi de 1898 sur les accidents du travail.

Pour se conformer à cette invitation, le gouvernement déposa, le 28 juin 1907, un projet de loi concernant les accidents du travail dans les établissements pénitentiaires et dans les établissements hospitaliers. Ce projet n'ayant pas été rapporté dans le courant de la législature a été frappé de caducité.

En octobre 1911, le gouvernement, avant de le soumettre à nouveau au Parlement, en a confié l'examen au conseil supérieur des prisons. Celui-ci, après une discussion qui a occupé plusieurs séances, sous la présidence de M. Ferdinand-Dreyfus, sénateur, vient d'adopter un texte définitif.

Dans un rapport des plus remarquables, M. Grimanelli a formulé les idées directrices du projet. Il a soutenu que l'humanité, l'équité et l'intérêt du public bien entendu, réclamaient en faveur des prisonniers victimes d'accidents du travail autre chose que le régime des articles 1382 et suivants du Code civil, mais il a montré que l'application aux détenus de la loi de 1898 était impossible. Dans les prisons, il n'y a ni contrat de travail ni salaire de base au sens propre du mot. Le travail ne donne pas de bénéfices, il est onéreux pour l'Etat.

Le travail dans ces établissements a un caractère spécial; il convient donc de faire une législation spéciale. C'est cette législation qui a été faite.

Le projet qui a été adopté laisse de côté les établissements de bienfaisance. Il ne vise que les établissements pénitentiaires, et encore ne les vise-t-il pas tous. Il s'applique aux maisons centrales, aux prisons départementales, aux dépôts de transportés et de relégués de France et d'Algérie. Il laisse en dehors de son application les colonies de jeunes détenus et les prisons de la guerre et de la marine.

Le projet de loi reconnaît le droit à une indemnité aux prévenus et condamnés victimes d'accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail pénal.

Cette indemnité est inférieure à celle que prévoit la loi de 1898, puisque dans le cas le plus grave, lorsque l'accident aura causé une incapacité absolue et permanente, elle ne pourra dépasser 360 francs.

Si la victime est morte, une rente viagère du tiers de cette allocation ira à la femme ou aux enfants.

Cette indemnité est due par l'Etat lorsque le travail est exécuté en régie, et par l'entrepreneur lorsqu'il est exécuté par voie d'entreprise.

L'Etat ou l'entrepreneur supportent les frais médicaux pharmaceutiques et funéraires nécessités par l'accident postérieurement à la libération définitive ou conditionnelle, conformément à un tarif indiqué.

L'indemnité pourra être réduite ou même supprimée l'accident résulte de la faute inexcusable de la victime.

Tout détenu convaincu d'avoir simulé ou intentionnellement occasionné un accident afin de bénéficier de la loi sera puni d'un emprisonnement de un à cinq ans.

L'application de cette loi coûterait une centaine de mille francs par an. P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Savreux-Lachapelle (de Paris).

REVUE GÉNÉRALE

LES NÉVROSES TRAUMATIQUES

Par M. R. BENON,
Médecin de l'Hospice général de Nantes.

SOMMAIRE. — Il y a plusieurs variétés de névroses ou psychonévroses traumatiques. — *A.* L'asthénie prolongée traumatique (neurasthénie traumatique curable) et l'asthénie chronique traumatique (complication). Excellente description de Dupuytren. Actuellement préoccupations surtout médico-légales : clinique plutôt délaissée. Statistique importante. — *B.* L'hyperthymie anxieuse traumatique. Forme nouvelle : observations dans les auteurs. Curabilité fréquente. — *C.* L'hypocondrie traumatique ou hystérie (?) traumatique. Le pithiatisme de Babinski et les états morbides d'inquiétude. — *D.* L'hyperthymie spéciale des accidentés ou sinistrose. Brissaud. — *E.* Les crises hystériques et les traumatismes. — *F.* Bibliographie.

Il n'y a pas une, mais des névroses traumatiques (1). Il en existe au moins quatre variétés. Ce sont :

1° L'asthénie prolongée et l'asthénie chronique traumatiques ;
2° L'hyperthymie anxieuse traumatique ;
3° L'hypocondrie traumatique (hystérie?) ;
4° La sinistrose ou hyperthymie spéciale des accidentés ;
5° Nous dirons un mot des crises hystériques et des traumatismes.

En principe, dans l'asthénie prolongée et dans l'asthénie chronique traumatiques, ce sont les phénomènes d'épuisement nerveux, d'abattement, de diminution de la force générale qui prédominent. Au contraire dans l'hypocondrie traumatique, dans l'hyperthymie anxieuse, dans la sinistrose, ce sont les troubles émotionnels douloureux qui constituent le fond du tableau clinique. L'hypocondrie traumatique, que la plupart des auteurs dénomment *hystérie traumatique*, n'a rien à voir avec l'hystérie proprement dite, c'est-à-dire avec les crises hystériques; celles-ci se développent sous l'influence de l'émotion, énervement ou colère (2) ; l'hypocondrie traumatique est un état morbide d'inquiétude, d'anxiété. La sinistrose est à séparer également de l'hystérie; l'inquiétude, là encore, joue un rôle considérable.

On ne saurait expliquer ces faits à l'aide du *pithiatisme* de M. Babinski, qui n'est plus l'hystérie, c'est-à-dire les crises nerveuses à base d'énervement, et qui désigne avant tout des états morbides variés d'anxiété : les pithiatiques sont des inquiets alors que les hystériques sont des coléreux. Le pithiatisme est chose simple en apparence ; à la vérité il n'est encore que confusion.

A. L'asthénie prolongée traumatique (neurasthénie traumatique) **et l'asthénie chronique traumatique.** — 1° **Historique.** — La lecture des anciens auteurs, et surtout la lecture des œuvres de certains chirurgiens, n'est pas vaine en pareille matière comme quelques-uns seraient portés à le croire. Nous allons le montrer de suite.

Nous distinguons dans cet historique deux périodes : *a.* la période d'observation clinique ; *b.* la période médico-légale.

a. PÉRIODE D'OBSERVATION CLINIQUE (*jusque vers 1880*). — Les faits sont connus, notés, décrits, puis oubliés, et cela simplement, semble-t-il, parce qu'ils n'étaient que fonctionnels ou dynamiques.

C'est ainsi que Desault à l'occasion de la commotion cérébrale dit : « L'ébranlement (du cerveau) a-t-il été moins considérable ? Les fonctions reviennent peu à peu, et à un degré plus ou moins parfait. Souvent le malade porte toujours l'influence funeste de son accident. L'imbécillité, l'oubli total du passé, un changement marqué dans le caractère en sont quelquefois le résultat durable... » Et plus loin : «... Il y a longtemps trouble, confusion dans les idées, dans la mémoire, etc. »

Le baron J. Larrey (1828-1829-1836), Gama (1830), Boyer (1833?), rapportent quelques observations de névrose traumatique (voir la bibliographie).

Dupuytren (1832-1835), dans la première édition de ses Leçons, dit de la commotion cérébrale : «... Les suites sont pendant longtemps une faiblesse, de l'incapacité pour la lecture, pour toute conversation prolongée, pour toute préoccupation d'esprit; ils (les malades) commencent une lettre et ne peuvent la finir; les digestions sont pénibles ; l'affaiblissement de la marche et de l'action des organes génitaux se prolonge pendant assez longtemps... »

Dans son Traité, comme dans la seconde édition des Leçons, après avoir noté la lenteur avec laquelle les blessés se rétablissent, il ajoute : « Il y a de fréquentes alternatives d'accroissement et de diminution dans le mal, et les malades qui ont été le plus heureusement rétablis conservent une faiblesse des sens, de l'intelligence et des mouvements, qui les rendent pendant longtemps incapables d'une contention d'esprit soutenue et de tout exercice du corps un peu prolongé. Des pesanteurs, des maux de tête, des lassitudes dans les membres viennent les avertir de la nécessité dans laquelle ils sont de se reposer.

« Nous avons souvent observé que l'affaiblissement des fonctions du cerveau ne portait pas d'une manière égale sur toutes les fonctions de cet organe, que tantôt c'était sur les fonctions relatives à l'intelligence, et tantôt sur les fonctions relatives au mouvement... »

Il ajoute encore, après avoir dit que certaines parties du cerveau sont parfois plus atteintes : « C'est surtout alors que j'ai vu le raisonnement, le jugement et la mémoire altérés à des degrés différents, et quelques malades ne pouvoir pendant longtemps se rappeler les uns les noms des lieux, les autres les noms des personnes, ceux-ci les substantifs, ceux-là les adjectifs, quelques autres substituer les termes génériques aux noms spécifiques, ou se servir du mot chose et d'autres analogues, au lieu

(1) R. BENON. *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques*, Paris, 1913.
(2) J. TASTEVIN. Les émotions afflictives, *Revue neurol.*, 1912, n° 12, 30 juin.

des noms propres que leur mémoire ne leur fournissait plus. »

La première partie de la description de Dupuytren a manifestement trait aux « neurasthéniques » traumatiques. La fin est moins précise ; elle paraît englober des états mentaux divers : états amnésiques complexes, états démentiels, etc. De toutes manières, ce sont des pages qu'il importait de tirer de l'oubli.

Dans le *Compendium de chirurgie* (1851) on peut lire aux complications de la commotion : « ... On voit persister de la faiblesse, de l'incapacité pour toute occupation de l'esprit, pour la conversation, la lecture, le travail ; les digestions sont encore difficiles, et il s'écoule un certain temps avant que le système musculaire ait repris toute sa vigueur et l'intelligence toute sa force. »

Et plus loin : « On voit même des blessés conserver toute leur vie des traces de l'accident qu'ils ont éprouvé ; tantôt c'est la mémoire qui a souffert ou le jugement qui est demeuré affaibli ; tantôt, c'est le sens de l'ouïe ou de la vue dont les fonctions sont abolies d'un seul ou des deux côtés ; d'autres fois le blessé reste en proie à une sorte de démence, sujet à la céphalalgie, à des vertiges, à des accès épileptiformes. »

Ce n'est guère là sans doute qu'une copie de Dupuytren, mais à peine trouverait-on cette description dans un traité de chirurgie moderne.

Moutard-Martin, en 1860, publie une observation intéressante de troubles psycho-névrosiques post-traumatiques.

Erichsen (1866) fait une description spéciale de la névrose traumatique ; c'est le premier auteur que chacun cite à l'historique de ce sujet, et c'est pourquoi le nom de maladie d'Erichsen a été proposé pour désigner cette variété de névrose. Il indique comme signes cardinaux : la faiblesse générale, l'incapacité de travail, les troubles de la mémoire, l'irritabilité, les palpitations, la rachialgie, etc. Il fait remarquer aussi qu'il n'y a aucun symptôme objectif dans cette maladie, que les troubles psychiques sont de beaucoup les plus importants, et qu'enfin la maladie peut faire son apparition — ou plutôt se compliquer, dirions-nous — des semaines sinon des mois après le traumatisme. Il attribue à la maladie une origine organique (myélite, méningite, encéphalite).

A signaler deux bonnes observations, l'une de Delfau (1868) et l'autre de Dubiau (1875).

Pick (de Prague), en 1879-1880, publie un certain nombre de cas de névrose traumatique. Il insiste sur ce fait que la faiblesse (?) intellectuelle de ces malades s'accompagne de la conscience de l'état maladif, ce qui n'est pas le cas des déments paralytiques, même au début.

b. Période médico-légale (*depuis environ 1880*). — La loi sur les accidents du travail, appliquée en Allemagne depuis 1885, en France depuis 1898, devait donner à la « névrose traumatique » un intérêt de tout premier ordre. Rien n'étant facile à simuler, paraît-il, comme une affection fonctionnelle ou dynamique, les controverses sur la réalité et la nature de la maladie furent multiples autant que confuses ; actuellement encore, elles n'ont point pris fin.

C'est une tâche ardue que de faire l'historique de la « névrose » traumatique dans les temps actuels et récents, tant sont nombreux ceux qui ont collaboré par leurs recherches à l'étude de cette question si complexe, si délicate.

Quelques auteurs pourtant nous paraissent devoir être mis en avant soit à cause de leurs opinions personnelles, soit par la précocité et la valeur de leurs travaux : ce sont Westphall, Charcot, Oppenheim, Knapp et Vibert.

Westphall (1878 à 1885) soutient après Erichsen que cette « névrose » est une maladie organique. Il a laissé un certain nombre d'observations précises.

Charcot (1888 à 1889) partage une opinion opposée. Pour lui la « névrose traumatique » est une maladie purement fonctionnelle et cette maladie n'est pas autre chose que l'hystérie ou l'hystéro-neurasthénie. Etant donnée l'influence profonde et générale qu'il eut sur son époque, cette opinion fut accueillie avec ferveur par le plus grand nombre et combattue difficilement par quelques autres.

Oppenheim (1884 à 1889) fait une étude très complète de la question. Il relate trente-trois observations personnelles ; il remarque que, dans ces cas, il n'y a pas toujours eu guérison, mais quelquefois simplement amélioration. Dans le tableau clinique, il attache une importance spéciale aux anesthésies et au rétrécissement concentrique du champ visuel. Il considère la simulation de la « névrose » traumatique comme difficile à réaliser. L'exagération est fréquente et malaisée à déterminer. Si le traumatisme n'engendre pas « la névrose » qui était latente, il l'aggrave, ce qui constitue un motif suffisant d'indemnité. Beaucoup de cas demeurent incurables ; il n'est pas possible de fixer d'une manière certaine le temps nécessaire à la guérison, si elle doit se produire. Oppenheim signale encore que beaucoup d'employés de chemin de fer, atteints de « névrose » traumatique, sont incapables de reprendre leur service. Enfin, au sujet de la nature de la maladie, l'auteur, qui s'était d'abord rallié à l'idée organiciste, admet plus tard avec Charcot que l'affection est purement fonctionnelle ; toutefois ce n'est ni l'hystérie, ni la neurasthénie, c'est une psycho-névrose spéciale et complexe.

Ph. C. Knapp (1888), dans son important travail, publie douze observations, choisies presque toutes parmi celles qui concernent des individus ne réclamant pas de dommages-intérêts. D'autre part quelques-uns des blessés souffrent depuis de longues années — plus de vingt ans — des conséquences de leur accident ; les troubles s'étaient à peine amendés ou bien même s'étaient aggravés avec le temps. Parmi les symptômes les plus fréquents, il signale : la dépression, l'anxiété, la perte de mémoire, l'impossibilité de fixer l'attention, l'irascibilité, la tristesse, les maux de tête, les vertiges. Au point de vue de la nature de l'affection, il se refuse à admettre, ainsi que l'a écrit Charcot, que la névrose traumatique « c'est de l'hystérie et rien que de l'hystérie ». Comme Westphall, il opinerait pour une maladie

organique. Au point de vue du pronostic, il distingue les cas légers et les cas graves. Les troubles qui accompagnent les cas légers « n'empêchent pas toujours le patient de vaquer à ses occupations et parfois même de gagner de l'argent; mais ils ont fait de lui un tout autre homme; d'un bon compagnon qu'il était autrefois, il est devenu maintenant irritable, déprimé, arrêté et découragé pour un rien, triste, quinteux, insupportable à tout le monde et à lui-même. On regarde cela comme des bagatelles, dit l'auteur, et aucun jury ne voudrait accorder une indemnité à un plaignant pour ce motif. Il n'en est pas moins vrai que ces bagatelles sont ce qui rend la vie heureuse ou malheureuse, que cet état persiste souvent des années, et que même le patient peut ne jamais recouvrer son ancien équilibre moral, sa tranquillité antérieure et la considération d'autrui. Pour les cas graves, le pronostic est plus mauvais et il l'est d'autant plus qu'il y a des signes plus nets de lésions organiques. »

En 1900, Knapp est revenu sur cette question pour déclarer que les indemnités obtenues par les blessés étaient le plus souvent au-dessous du dommage causé. Il dit encore que le pronostic et la marche de la maladie sont les mêmes, qu'il y ait ou non intervention litigieuse. Une seule chose est à remarquer, ajoute-t-il justement, c'est que la longueur des procès assombrit le pronostic.

Vibert (1888-1893), avec raison, ne partage pas non plus l'opinion de Charcot. Il a recueilli et publié les observations de nombreux blessés, particulièrement celles des sinistrés de Charenton (5 septembre 1881) et de Saint-Mandé (26 juillet 1891). Ses observations sont toutes intéressantes au point de vue de la névrose traumatique et son livre est une mine riche et variée. Depuis 1893, aucun travail analogue n'a été exécuté sur cette question, en France du moins. A propos de la nature de la maladie, il pense qu'il s'agit d'une névrose spéciale qui se produit tantôt dans des cas où il existe des lésions disséminées des centres nerveux, notamment de l'écorce cérébrale, tantôt et le plus souvent, dans des cas où ces altérations matérielles feraient défaut. Enfin, au sujet de la prédisposition, il estime qu'elle ne joue « qu'un rôle très secondaire et le plus souvent nul ».

A côté de ces auteurs, dont les travaux et les opinions semblent avoir eu le plus de relief, il importe cependant d'en citer quelques autres.

Page (1885) a observé les mêmes symptômes qu'Erichsen, mais il pense que souvent il n'y a ni inflammation ni autre lésion de la moelle ou des méninges. La raideur et la douleur du rachis seraient sous la dépendance d'une entorse ou d'une autre affection des articulations vertébrales; les troubles de la sensibilité et de la motilité des membres résulteraient d'un traumatisme ayant porté directement sur ceux-ci.

Brosius (1887) attache une grande importance à la prédisposition héréditaire ou acquise, décrit les séquelles nerveuses post-traumatiques et signale l'apparition secondaire de psychoses qui peuvent nécessiter l'internement.

Jehn (1888) montre que les blessés sont des invalides du travail. Il pense que les idées de persécution se développent sous l'influence des troubles intenses de l'émotivité.

Strumpell (1888), après un tableau détaillé de la névrose et de la psychose traumatiques, discute la valeur des anesthésies ou des hyperesthésies.

Hoffmann (1890), constatant les aspects variés de la névrose traumatique, est d'avis de désigner l'affection suivant l'élément morbide prédominant : affection nerveuse organique traumatique, psychose traumatique, hystérie traumatique, etc.

Bouveret (1891), dans son livre sur la neurasthénie, fait une claire description de l'hystéro-neurasthénie traumatique; il insiste sur la ténacité des symptômes et la gravité du pronostic.

Friedmann (1892-1893 ?) s'élève contre la névrose traumatique, entité morbide; Rosenbach (1893), Blum (1893), disent fréquente la simulation, mais reconnaissent cependant que parfois le pronostic est défavorable, car il n'y a pas guérison, mais simplement amélioration.

Ch. Legrain (1894) traite surtout l'hystéro-traumatisme : paralysie, paraplégie.

Schaefer (1895), dans son important mémoire sur les traumatismes du cerveau, décrit la neurasthénie traumatique, note le passage à l'état chronique, l'apparition secondaire de psychoses, etc.

Crocq fils (1896), comme Vibert, considère qu'il y a des névroses traumatiques graves, avec lésions organiques probables, et des névroses traumatiques plutôt bénignes, purement fonctionnelles; l'ébranlement du cerveau engendre les premières, la frayeur les secondes. Quant à la prédisposition, elle ne joue un rôle que dans les formes fonctionnelles.

Gœbel (1896) cite un cas de névrose traumatique qui se transforme en un délire de persécution. L'évolution postérieure n'est pas précisée.

H. Röder (1898) appelle particulièrement l'attention sur la tendance des accidentés à se fatiguer rapidement; au contraire, lorsque l'amélioration doit se produire, on constate que ce phénomène diminue. Des tentatives ont été faites, à l'instigation de l'auteur, par différentes personnes, pour simuler les effets d'une névrose traumatique, mais jamais la simulation n'a été parfaite.

Schuster (1899) fait une étude sémiologique détaillée des maladies du système nerveux d'origine traumatique; il note que la tendance actuelle est de croire chaque jour un peu moins à la simulation.

Köppen (1900) pense que la névrose traumatique est une affection organique du cerveau, « caractérisée par des altérations diffuses ou par de petites cicatrices exerçant une irritation continue ». Dans son travail, il ne distingue pas la neurasthénie traumatique, prolongée ou chronique, de la démence post-traumatique; il paraît même les confondre. C'est un point sur lequel nous insisterons lors de l'étude clinique. Quoi qu'il en soit, il fait des asthéniques un tableau que nous croyons devoir reproduire, à cause de certains détails très précis.

« En ce qui concerne leur aptitude à travailler, il est toute une série de circonstances qui s'y opposent

en dépit de la bonne impression qu'ils font à cet égard. Leurs phénomènes morbides consistant surtout en malaises subjectifs, on se demande si réellement ils sont dans l'incapacité d'exécuter tel ou tel travail, tout en reconnaissant qu'ils ne sont plus utilisables dans une fabrique bruyante ou sur un échafaudage.

Ce sont au demeurant des malades très oublieux, sujets aux étourderies les plus incroyables. Il faut souvent leur mettre tout par écrit. Leur capacité de penser a souffert, on le voit parfois dans la lenteur de leur cogitation. Incapables de concentrer leur attention, ils sont lamentables dans les occupations qui procèdent de la conversation, telles que la lecture et les jeux de cartes. Ce qu'ils préfèrent, c'est rester plongés dans une morne apathie ; tout entretien leur est à charge. Cette allure est tellement caractéristique qu'elle est la pierre de touche pour les distinguer de ceux qui exagèrent leurs plaintes. Ces derniers, au bout d'un certain temps de séjour à l'hôpital, prennent part à la conversation et saisissent avec plaisir l'occasion de tuer le temps en jouant aux cartes, tandis que les vrais malades en question évitent tout jeu, toute conversation, parce que cela constitue pour leur cerveau un trop grand effort.

On leur conseille de se livrer à une légère occupation physique, mais ils en sont également incapables. L'extrême sensibilité de leur tête les force à éviter tout travail entraînant quelque ébranlement ou des saccades. Ils éprouvent une peine extrême à se baisser et il n'y a guère d'occupation physique qui n'exige cet acte. Quand ils se courbent, le sang leur afflue à la tête, leurs douleurs de tête s'exaspèrent, ils sont en proie au vertige et ne peuvent plus travailler. Où ils se sentent le mieux, c'est en plein air, sans rien faire, pourvu qu'on les y laisse tranquilles.

Il se produit des conflits entre la comptabilité des associations professionnelles et eux, parce que les rapports médicaux qui les concernent ne relatent que les plaintes qu'ils font et ne les appuient que de faibles signes objectifs tels que : accélération du pouls, rougeur congestive de la face, autographie de la peau (dermographie), tremblements et incertitude de la station debout les pieds joints et les yeux fermés, nervosité générale ; ce sont en effet ceux que l'on constate d'ordinaire. Et cependant telle est la ressemblance des plaintes formulées par tous ces malades, les signes principaux sus-mentionnés reviennent avec une telle régularité, que l'homonymie des malaises subjectifs permet à elle seule de conclure à leur bien fondé.

En résumé, le tableau morbide décrit a pour caractère une faiblesse mentale se manifestant par une extrême propension à la fatigue, par un ralentissement de la faculté de penser, par l'incapacité de retenir les impressions. par l'excitabilité, ainsi que par un grand nombre de sensations désagréables, au premier rang desquelles les céphalalgies et les vertiges. »

S. Markoff (1901) rappelle que les troubles hystéro-neurasthéniques peuvent apparaître tardivement (ou plus exactement acquérir tardivement de l'intensité).

Vitek (1901-1902) dit aussi que la simulation est relativement rare.

P. Kovalevsky (1903) dans son traité de psychopathologie fait une revue assez longue, mais plutôt obscure, des névroses et psychoses traumatiques.

H. Aucopt (1903) insiste sur la gravité de certains cas ; il est nécessaire de terminer les procès le plus rapidement possible.

X. Francotte (1904) accorde étiologiquement peu de valeur au traumatisme ; l'émotion-choc est le facteur déterminant de la névrose.

Kurella (1905) signale que quelques-uns des troubles nerveux survenus à la suite de décharges électriques doivent être rapportés à la névrose traumatique.

P. Bailey (1906) traite la névrose et la psychose traumatiques dans la seconde partie de son livre ; il les considère comme des états complexes.

E. Régis (1906) estime qu'il y a des rapports étroits entre la neurasthénie traumatique et l'artériosclérose. Quand ces rapports existent, l'affection est particulièrement tenace et grave.

Citons encore Chopard (1906), Lecaplain (1906), Monthélie (1906), Nonne (1906), Taty et Chaumier (1907), Lombroso (1908), Bernheim (1908), Friedel (1909), Moglie (1909), Ollive et Le Meignen (1909), Pototzky (1909), Walton (1909), Mendel (1909), Brissaud (1909), Juarros (1910), etc.

D'autres noms d'auteurs enfin pourraient être rappelés ici ; ce sont notamment ceux de G. Mackenzie Bacon (1882), Schrœter (1885), Sperling et Kronthal (1889), Dubuisson (1890), Pitres (1890), Bernhard et Kronthal (1893), Luys (1893), Weiss (1893), Derode (1895), Ide (1899), Vitek (1899), Pervouchine (1899), Vedrani (1903?), Tissot (1904), Conti (1906), Debove (1906), Westphall (1906), Kraepelin (1907), Hasche-Klünder (1907), etc.

2° **Etiologie.** — Les phénomènes d'asthénie traumatique, prolongée ou chronique, paraissent avoir diverses causes, toutes importantes à considérer ; elles sont directes, prochaines ou médiates.

a. *Causes directes.* — Ce sont la douleur physique, la douleur émotionnelle et l'ébranlement possible du cerveau.

Tout traumatisme (chocs, chutes, pressions, etc.) engendre une douleur physique ; toute douleur physique s'accompagne d'épuisement ; l'intensité de celui-ci est généralement en relation étroite avec l'intensité de la douleur.

Dans quelques cas, le traumatisme physique est précédé d'une douleur émotionnelle, douleur due à la peur de l'accident qui va arriver. Le plus ordinairement, cette émotion pénible n'a pas le temps de se produire. Quand elle existe, elle peut être regardée comme une cause importante d'épuisement, puisqu'il est démontré que les douleurs émotionnelles sont suivies des mêmes phénomènes d'asthénie que les douleurs physiques.

Enfin, il est possible que l'épuisement musculaire et idéatif qui suit les traumatismes physiques soit

dû à l'ébranlement de la masse encéphalique, surtout dans les grands traumatismes, craniens ou non, accompagnés de commotion cérébrale.

Le coma post-traumatique apparaît comme la résultante de toutes ces actions asthénisantes.

b. *Causes prochaines.* — Immédiatement après le trauma, quand le sujet qui a généralement perdu connaissance, revient à lui, on constate qu'il accuse des douleurs dans la tête ou dans la « périphérie » extrêmement pénibles. Parfois il est en proie à des hallucinations qui provoquent chez lui de l'anxiété, ou bien il s'inquiète vivement de sa situation, de sa maladie, de sa famille, de son affaire d'accident, etc. Ce sont là encore, ces douleurs physiques ou ces douleurs morales, des facteurs d'épuisement intense.

Ces causes prochaines nous paraissent pourtant agir moins fréquemment que les premières.

c. *Causes médiates.* — Ce sont les prédispositions individuelles à l'asthénie, prédispositions héréditaires ou acquises. Interviennent-elles toujours ? Non. Fréquemment ? Oui. Pratiquement et actuellement, elles sont à négliger, puisque obscures, complexes, très difficilement appréciables.

3° **Description clinique.** — L'asthénie prolongée ou chronique post-traumatique constitue un syndrome qu'il importe d'abord de décrire dans son ensemble, avec ses caractères généraux et fondamentaux. Nous étudierons ensuite les complications qui surgissent fréquemment au cours de ce syndrome. Nous verrons en troisième lieu son évolution, sa marche, sa durée, sa terminaison. Puis nous exposerons une statistique personnelle. Enfin nous envisagerons ses formes ou aspects cliniques.

I. LE SYNDROME. — Avant de décrire ce syndrome, rappelons, sans nous étendre à nouveau sur sa complexité étiologique, qu'il survient à la suite des traumatismes les plus variés, graves ou bénins en apparence, mais pourtant généralement à la suite des traumatismes craniens avec perte de connaissance et commotion cérébrale. Les phénomènes immédiats d'asthénie intense qui accompagnent tout traumatisme important et qui durent quelques jours ou quelques semaines, s'atténuent d'abord considérablement; le blessé se lève, va et vient, mais il ne retrouve pas son état « sthénique » antérieur : la période de début est ouverte.

Début. — Le malade se plaint de phénomènes qui traduisent sa faiblesse musculaire et idéative. Il n'a pas de goût au travail, que celui-ci soit manuel ou intellectuel. Il ne cherche qu'à se reposer ; il s'asseoit, se couche dans le jour sur son lit. Tout effort le fatigue rapidement. Le matin il se lève avec difficulté. Il a quelques douleurs dans la tête, dans les membres. Il mange mal ; il dort cependant. Il s'inquiète peu encore ; il espère la guérison que d'ailleurs son entourage, son médecin ne cessent ordinairement de lui promettre. Il n'a pas encore de signes d'énervement. La durée de cette période de début est variable selon les sujets. Elle peut aller de quelques semaines à plusieurs mois. Maints auteurs, par défaut d'observation, négligent les phénomènes asthéniques de cette période de début et parlent d' « éclosion » tardive de la maladie. En réalité, les symptômes s'enchaînent solidement.

Période d'état. — Les symptômes observés à cette période sont les uns fondamentaux, les autres accessoires. Parmi les premiers, l'asthénie, avec les troubles de l'émotivité qu'elle crée, domine le tableau clinique. Les seconds sont les douleurs, les vertiges, etc.

L'asthénie, qui est générale, constitue la base de la maladie actuelle. Elle touche toutes les fonctions d'ordre musculaire et d'ordre mental. Si quelques malades ne la placent pas d'emblée au premier plan, s'ils la font passer après quelques douleurs qu'ils éprouvent, c'est ordinairement par absence d'analyse, ou quelquefois par crainte d'insister sur un phénomène que l'entourage ne considère pas comme morbide, etc. En tout cas, lorsque l'observateur vient à rechercher ces phénomènes, le blessé alors s'exprime nettement sur eux, les développe aisément, les détaille avec minutie. Ce ne sont certes là que des troubles subjectifs, mais leur valeur apparaît comme primordiale, absolue.

L'AMYOSTHÉNIE, la faiblesse musculaire, est le phénomène que le sujet accuse souvent le plus clairement. « Je n'ai pas de force, je n'ai plus de force, je suis abattu, je suis anéanti, je me sens épuisé, je suis sans courage, sans énergie, sans volonté, je n'ai de goût à rien, je ne peux pas travailler, etc. » Le malade aime à garder l'immobilité, il se trouve bien assis, couché, il reste des heures ainsi, sans bouger. Le matin, il s'attarde au lit, il ne se trouve pas dispos, agile. Tout effort est une peine, la fatigue survient très vite ; alors le corps est brisé, courbaturé. Si le goût du travail, d'après le malade, persiste, l'aptitude au travail est toujours très diminuée, sinon abolie. Dans les cas où l'asthénie est intense, la parole, la marche sont pénibles ; la vue est troublée, la puissance génitale disparue.

Les troubles de la vue ont une grosse importance, ils tiennent à la faiblesse de contraction du muscle ciliaire qui ne modifie plus ou qui modifie insuffisamment la courbure du cristallin. On les désigne justement sous le nom d'asthénopie accommodative. La lecture, l'écriture sont presque impossibles ; le champ visuel est rétréci ; celui-ci peut paraître normal, car le sujet est capable par moments d'efforts.

Voici au point de vue de l'amyosthénie générale, ce que nous racontait par exemple un de nos malades, capitaine d'artillerie : « Auparavant, j'allais, je venais ; aujourd'hui, je ne suis bien qu'au repos, dans un fauteuil. Je me sens accablé, assommé, affaissé... moi qui autrefois étais l'activité même, moi qui étais vigoureux, vif, fort ; quand je voyais des agrès, j'allais tout de suite exécuter quelques mouvements ; aujourd'hui, je n'essaie plus jamais... Je sens que mes organes ne suivent plus ma volonté, ne répondent plus à mon désir. Ça ne part pas, ça ne répond pas à ce que je veux.... Ce n'est pas de la fatigue corporelle ; c'est la force qui est diminuée. Je n'ai pas de goût, pas d'envie de faire. Quand je veux quelque chose je le fais tout de même, je le fais tout d'une traite, mais après je suis fatigué, accablé...

Si ma femme ne venait pas me chercher pour sortir, je resterais là, dans mon fauteuil, des heures immobile... Quand je me lève de mon siège, quand je remue, c'est un effort, une peine... » (Obs. 57 de notre Traité.)

Signalons encore au point de vue amyosthénique la constipation (asthénie intestinale) et la bradycardie (asthénie cardiaque). La bradycardie fait maintes fois place à la tachycardie (110, 120 pulsations); cette accélération est permanente; mais on constate que si le pouls est rapide, il se montre faible, mal frappé, presque imperceptible.

L'asthénie idéative (ANIDÉATION) accompagne l'asthénie musculaire. Le sujet a de la difficulté à penser, ses idées s'associent mal, il évoque avec lenteur ses souvenirs. Sa tête est « vide ». Ses représentations mentales, ses idées sont confuses, embrouillées. Par moments, il reste sans penser à rien.

Les troubles de la mémoire et de l'attention sont constants et bien développés. L'amnésie est peu remarquée par la famille du blessé; c'est surtout celui-ci qui s'en plaint. Cette amnésie est de l'amnésie antérograde de conservation ou plus souvent de reproduction. Depuis son accident (amnésie antérograde), le malade a constaté qu'il oubliait maintes fois ses affaires, ses outils, ses rendez-vous, etc. Il pense à ses affaires lorsqu'il n'est plus temps, il retrouve ses outils quand il n'en a plus besoin; il songe à voir les personnes qui l'attendent quand l'heure ou le jour sont écoulés, etc. Rarement, il oublie complètement le fait (amnésie de conservation); le plus ordinairement, il se le remémore tardivement (amnésie de reproduction).

L'attention volontaire est assez peu modifiée : le sujet exécute l'ordre donné, même complexe, sans erreur, mais avec un effort pénible. L'attention spontanée est beaucoup plus troublée; il ne réfléchit pas; les faits qui se déroulent autour de lui, ne le frappent pas vivement. Ce défaut d'attention, cette aprosexie, explique même en partie les oublis et les erreurs du patient.

Certains malades ont ainsi ce qu'ils appellent des absences. Ils décident de faire une chose et aussitôt ils l'oublient; on doit la leur rappeler. Par exemple, ils sortent dans un but et ils errent au hasard. Notre officier part à la tête d'une colonne pour aller au champ de manœuvre; mais il prend une direction opposée à celui-ci et il ne s'en aperçoit que parce que la colonne a cessé de le suivre (v. plus haut). L'anidéation était extrêmement marquée chez ce malade; il disait : « Souvent, je reste longtemps sans penser à rien... Je ne peux pas suivre une idée, fixer mon attention. J'ai dessiné autrefois un type de moteur; aujourd'hui, je n'arrive plus à me le représenter, à en comprendre le mécanisme, etc. »

Les opérations de calcul, surtout le calcul mental, sont difficiles, pénibles, sinon impossibles; de même l'écriture et la lecture, qui nécessitent des contractions musculaires prolongées, des associations d'idées variées, etc.

Troubles du caractère. — Cet état d'asthénie physique et mentale détermine chez le malade des troubles du caractère parfois très intenses; il s'inquiète de sa situation, s'en attriste et parfois se montre d'une irritabilité extrême.

C'est peu à peu que l'asthénique vient à se préoccuper de plus en plus de son état somatique (préoccupations hypocondriaques). Il se demande s'il guérira; il croit par moments que sa maladie, la faiblesse, augmente ou se complique de tuberculose, de paralysie, etc. Il s'inquiète de l'avenir qui lui apparaît de plus en plus sombre : « Je ne pourrai plus travailler. Que vais-je devenir dans cet état? etc... » L'agitation anxieuse pourtant reste encore légère.

D'autres malades, particulièrement disposés à la tristesse, se désolent et se lamentent sur leur sort : « Quel malheur pour moi, pour nous! Qu'ai-je donc fait? Je ne méritais pas cela, etc. »

Tous les asthéniques traumatiques enfin ont une tendance excessive à l'énervement. Leur irritabilité, leur susceptibilité sont considérablement augmentées. Ils s'emportent, menacent, brisent et quelquefois frappent. Ces colères surprennent d'autant plus les parents ou amis que d'habitude le patient garde une immobilité à peu près complète.

Enfin, à côté de ces troubles émotionnels, on observe d'ordinaire un certain degré d'indifférence pour les proches et notamment pour les malheurs familiaux; l'affectivité générale est diminuée.

Asthénie, inquiétude, tristesse, énervement constituent un tableau clinique précis, qui, quoique purement subjectif, n'en a pas moins une valeur positive et démonstrative.

A ces signes cardinaux s'en ajoutent d'autres, qui moins importants, secondaires, se traduisent par des phénomènes douloureux ou des malaises divers.

La *céphalée*, généralement diffuse, parfois localisée au front, à l'occiput, sur le sommet de la tête, présente le plus souvent des paroxysmes diurnes ou nocturnes. Elle peut affecter le type de céphalée en casque. La rachialgie, les douleurs dans les membres, le dos, le cou, etc., sont fréquentes, souvent vagues, mais quelquefois aussi, intenses, déchirantes.

Les *vertiges*, étourdissements, éblouissements sont presque constants. Les éblouissements sont caractérisés par des troubles momentanés de la vue. Dans les étourdissements, le sujet a la sensation que les objets, qu'il voit mal du reste, tournent autour de lui; il cherche un appui quelque part, il ne tombe pas. Dans les vertiges, il y a chute sans perte de connaissance; non seulement le sujet a la sensation de tournoiement des objets, mais encore il sent que lui-même tourne, oscille, que le sol se déplace. L'équilibre est rompu, il tombe.

Les bourdonnements d'oreilles, unis ou bilatéraux, sont encore habituels et quelquefois très pénibles. La diminution de l'ouïe, et aussi de l'acuité visuelle, du goût, de l'odorat, est souvent notée.

Les « bouffées de chaleur », les tremblements généralisés, les sueurs profuses, les crises de suffocation, les crises de marche, les « malaises généraux », sont des phénomènes liés à l'état émotionnel, c'est-à-dire à l'inquiétude ou à l'énervement.

L'insomnie, avec ou sans cauchemars, est en rapport avec l'état de plus ou moins grande anxiété du blessé.

L'appétit est diminué, la langue blanche et pâteuse; les digestions sont difficiles et s'accompagnent d'éructations, de ballonnement du ventre, etc.

II. COMPLICATIONS DE CE SYNDROME. — Cet état d'asthénie musculaire et idéative peut se compliquer et les phénomènes psychiques et émotionnels paraissent prendre la première place. Cela explique certainement que quelques auteurs aient préféré au terme de « névrose » traumatique, celui de psychonévrose. Ces complications qui sont comme des épisodes aigus de la maladie sont : l'hypocondrie, la mélancolie, les phobies, le délire de persécution, les accès aigus hallucinatoires.

Hypocondrie. — Tout asthénique, en raison de son asthénie, a tendance à devenir un hypocondriaque; l'hypocondrie est ici secondaire aux phénomènes d'épuisement. L'asthénique traumatique est alors inquiet de sa santé, de sa faiblesse générale, de la diminution de sa force musculaire, de ses troubles de la mémoire, etc. Si cette inquiétude s'accroît, s'il pense qu'il ne guérira pas, qu'il est atteint d'une maladie incurable, qu'il a de l' « anémie », de la paralysie, de la tuberculose, etc., il ne tarde pas à exprimer des idées délirantes hypocondriaques. Il se livre à des interprétations fausses sur l'état de ses voies digestives, sur la couleur de sa peau. Il arrive à l'agitation anxieuse. C'est dans ces cas qu'apparaissent les accès de désespoir avec suffocation, les idées de suicide; en général, le sujet exprime simplement le désir de mourir plutôt qu'il n'a la résolution bien arrêtée de se tuer : il tend au suicide plutôt qu'il ne veut se suicider (tendance au suicide). A noter qu'il a toujours une disposition marquée à l'énervement et à la colère (agitation coléreuse). Quelques auteurs désignent à tort cet état sous le nom de mélancolie anxieuse.

Mélancolie. — Dans ces cas le malade est seulement mélancolique, c'est-à-dire triste, affecté de son état. Le délire mélancolique avec idées de culpabilité, d'indignité, de ruine, paraît exceptionnel. Fréquemment l'état émotionnel est complexe; le sujet est triste et anxieux à la fois, c'est-à-dire mélancolique et hypocondriaque (mélancolie hypocondriaque). La tendance au suicide ou les idées de suicide sont constantes.

Phobies. — La disposition émotionnelle morbide à l'inquiétude peut encore se manifester sous forme de phobies variées. Celles qu'on observe le plus communément sont l'agoraphobie et la sidérodromophobie.

Délire de persécution. — L'asthénique, inquiet, triste, fait aisément, comme beaucoup d'autres malades qui ont des troubles de l'émotivité, des interprétations délirantes, plus rarement des illusions ou hallucinations. Le malade croit qu'on lui en veut, que sa famille, son médecin, ses voisins, sont mal disposés pour lui, qu'ils désirent le faire disparaître. Il l'affirme d'après ce qu'il voit ou d'après ce que chacun dit autour de lui. Il organise ainsi quelquefois un délire de persécution, qui d'ailleurs, le plus ordinairement, évolue vers la guérison.

Etats aigus hallucinatoires délirants avec anxiété. — Parfois, chez quelques asthéniques traumatiques, on assiste au développement d'épisodes hallucinatoires diurnes ou surtout nocturnes. Le malade se croit à son travail, assiste à des accidents, il a peur. Ou bien il voit, il entend des personnes qui veulent lui faire un mauvais parti, et il a des craintes encore. Cette agitation anxieuse, d'origine hallucinatoire (délire hallucinatoire anxieux, délire onirique), paraît être plutôt exceptionnelle.

III. EVOLUTION, MARCHE, DURÉE, TERMINAISON DU SYNDROME. — L'évolution, ainsi que le démontrent les complications que nous venons d'exposer, peut être accidentée d'épisodes de nature variée ; elle se déroule rarement sans accès, sans à-coups ; le sujet traverse des périodes d'amélioration et d'aggravation. Les altérations du caractère sont les troubles qui occasionnent le plus fréquemment ces exacerbations.

La marche de la maladie est en général lente. Elle peut être rapide et fatale, lorsque le blessé est un prédisposé ou que l'asthénie est particulièrement intense ; les cas de mort ne sont pas en effet une rareté.

La durée et la terminaison sont liées entre elles. Tantôt la neurasthénie traumatique, après une durée de plusieurs mois ou de quelques années, disparaît complètement (asthénie traumatique prolongée ou neurasthénie traumatique curable). Tantôt l'état asthénique persiste ; l'affection passe à la chronicité (asthénie traumatique chronique). Tantôt l'individu se cachectise et la mort survient (asthénie traumatique grave). Tantôt enfin, après une plus ou moins longue période asthénique, on peut voir survenir un état maniaque (voir obs. 45 de notre Traité), et probablement des phénomènes de dysthénie périodique, comme après toute cause d'épuisement nerveux.

IV. STATISTIQUE PERSONNELLE. — Voici, au sujet de l'asthénie traumatique prolongée (neurasthénie transitoire), et l'asthénie traumatique chronique (neurasthénie chronique), le résultat de nos observations personnelles. Il porte sur des blessés que nous avons suivis de 1907 à 1912, et sur des blessés dont le traumatisme est de beaucoup antérieur et que nous avons recherchés et visités en vue d'établir leur état actuel.

a. *Asthénie traumatique prolongée.* — Neurasthénie traumatique transitoire ou curable : 7 cas.

Dans ces 7 observations, les malades ont été suivis :

1 fois pendant 2 ans
1 — 3 —
1 — 4 —
2 — 5 —
1 — 6 —
1 — 7 —

Or la guérison fut obtenue :

4 fois en 6 mois à 1 an
1 — 2 à 3 ans
1 — 3 à 4 ans
1 — 5 à 6 ans

b. *Asthénie traumatique chronique.* — 13 cas

Quelques-uns de ces cas ne font l'objet de notre examen que depuis trois à six ans, et nous avons noté précédemment des cas de guérison dans ces conditions de temps. Si donc nous les rangeons parmi les faits d'asthénie chronique, c'est que la ténacité ou la gravité des symptômes constituent chez eux un pronostic mauvais, pronostic que ne suggéraient pas les cas antérieurs d'asthénie prolongée.

Voici la durée, actuellement, de ces cas :

1 cas...........	3 ans
1 —...........	4 —
3 —...........	5 —
1 —...........	6 —
1 —...........	7 —
1 —...........	8 —
1 —...........	9 —
1 —...........	11 —
1 —...........	16 —
1 —...........	17 —
1 —...........	22 —

c. *Asthénie traumatique grave.* — Nous avons recueilli 3 cas suivis de mort :

1 cas après	1 an et demi
1 —	4 ans
1 —	6 ans

d. *Cachexie terminale.* — Les malades qui évoluent vers une terminaison fatale, aboutissent plus ou moins rapidement à un état de cachexie prononcée. Ils s'alimentent mal, digèrent péniblement, présentent de la constipation. Ils accusent toutes sortes de douleurs, perdent l'espoir de la guérison, s'attristent et s'irritent sans cesse. Peu à peu, lentement, ils s'amaigrissent, gardent le lit pour ne plus se relever. Ils ont un pouls rapide et faible, avec lypothymies. Ils s'éteignent en général au cours d'un état syncopal.

V. Formes du syndrome. — Cliniquement lorsque l'observateur envisage l'évolution des phénomènes asthéniques, leur intensité et leur gravité, les prédominances symptomatiques, il peut distinguer des formes variées, du reste déjà entrevues dans notre description antérieure.

a. *Formes d'après l'évolution.* — Ce sont : 1° l'asthénie traumatique prolongée ou neurasthénie curable et 2° l'asthénie traumatique chronique. Notre statistique nous dispense de nous étendre à nouveau sur l'importance de ces deux formes qui dominent en fait la question médico-légale. Il faut ajouter pourtant que, même lorsque l'asthénie passe à l'état chronique, la capacité professionnelle n'est pas complètement abolie. Elle a surtout en général considérablement diminué.

b. *Formes d'après l'intensité des symptômes.* — Ce sont les formes asthénique, hypocondriaque, mélancolique, délirante.

Forme asthénique. — Ici l'amyosthénie et l'anidéation sont au premier plan dans le tableau clinique. Les préoccupations hypocondriaques existent, mais elles ne voilent pas les phénomènes de faiblesse, de dépression, d'anéantissement.

Forme hypocondriaque. — C'est une forme fréquente. Il importe de bien constater que les préoccupations hypocondriaques sont secondaires aux symptômes asthéniques. Le sujet s'inquiète de son état parce qu'il se sent faible, épuisé, abattu, parce qu'il a les idées confuses, le cerveau vide, la mémoire diminuée, parce que tout effort, même minime, le fatigue, parce qu'il ne peut plus gagner sa vie, etc. Rien ne l'irrite comme le fait de lui dire que sa maladie est simplement nerveuse, qu'elle n'est pas grave, qu'avec un peu de courage il se remettra au travail. Cet état d'inquiétude va s'aggravant ; il aboutit couramment à l'agitation anxieuse, qui alors provoque le placement du sujet à l'asile. Il peut se compliquer d'énervement et de violences (agitation coléreuse), de tentatives ou idées de suicide.

Forme mélancolique. — Le délire mélancolique est rare, c'est-à-dire que rarement le malade s'accuse de crimes ou délits ; rarement il se considère comme indigne, ruiné. Ce qu'on observe le plus souvent, c'est la mélancolie hypocondriaque, état de tristesse avec préoccupations marquées de la santé. L'agitation anxieuse avec ou sans excitation coléreuse, les idées de suicide ou la tendance au suicide, constituent le cortège habituel de cet état morbide.

Forme délirante. — L'asthénique, inquiet et triste, se livre fréquemment à des interprétations délirantes ; il déclare qu'on lui en veut ; il se base pour le prouver sur des faits qui se déroulent autour de lui, sur des paroles qu'il entend, sur des gestes qu'il remarque. Les hallucinations de l'ouïe paraissent être une exception. Nous n'avons pas trouvé de véritables délires systématisés chez ces malades ; ce sont plutôt des épisodes délirants de persécution, plus ou moins prolongés pourtant. *(A suivre.)*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Eléments d'anatomie et de physiologie médicales, publiés sous la direction de L. Landouzy, professeur de la clinique Laënnec, doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, et Léon Bernard, agrégé, médecin de l'hôpital Laënnec, par MM. Léon Bernard, Gougerot, S. I. de Jong, Laederich, Lortat-Jacob, Salomon, Sézary, Vitry. Un vol. gr. in-8 de 770 pages, avec 336 fig. en noir et en couleurs et 6 pl. hors texte en couleurs — Prix : relié toile, 20 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les Albuminuries intermittentes irrégulières, par Pierre de Saint-Avid. Thèse. — Paris, Steinheil.

Etude historique et médico-légale du masochisme, par le docteur René Ch. Breteille. Thèse. — Paris, Ollier-Henry.

Thérapeutique des cliniques de la Faculté de Paris, par Laignel-Lavastine. Un vol. de 739 pages. — Paris, F. Gittler.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Nº 99. — MARDI 2 SEPTEMBRE 1913. 86e ANNÉE. MARDI 2 SEPTEMBRE 1913. — Nº 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50**. — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LA CAISSE DES RECHERCHES SCIENTIFIQUES. — Le *Journal officiel* vient de publier le rapport annuel pour l'année 1912 sur la Caisse des recherches scientifiques, fondée en 1901. Les recettes générales s'élèvent à 558 162 francs, sur lesquels il reste disponible, après répartition, une somme de 287 259 francs. Le montant des subventions distribuées aux savants depuis la création de la caisse s'élève à 1 915 300 francs.

C'est à M. Audiffred, sénateur de la Loire, que revient l'initiative de la création de la Caisse des recherches, appelée à rendre les plus grands services aux sciences, en donnant aux savants les moyens d'investigations nécessaires.

Quatre-vingt-six subventions ont été accordées en 1912 à des savants dont les recherches ont trait principalement à la biologie, et dont on trouve annexé au rapport un compte rendu succinct.

P.

L'INSTITUT DE MICROBIOLOGIE DE NOUVELLE-CALÉDONIE. — Un arrêté du gouverneur de la Nouvelle-Calédonie règle ainsi le fonctionnement de l'Institut de microbiologie :

L'Institut de microbiologie sera un service de recherches de laboratoires et d'études de prophylaxie des maladies infectieuses ou parasitaires, endémiques ou épidémiques, susceptibles de se manifester dans la colonie.

Cet établissement aura pour but :

1° D'exécuter les analyses microscopiques d'ordre médical ou hygiénique ;

2° De poursuivre l'étude des maladies microbiennes ou parasitaires de l'homme et des animaux ;

3° De préparer le vaccin antivariolique nécessaire à l'application dans la colonie des dispositions de l'article 7 du décret du 20 septembre 1911 ;

4° De préparer le vaccin antipesteux nécessaire à la colonie ;

5° D'étudier la meilleure manière de fournir à la colonie des quantités de sérum antipesteux qui sont nécessaires, soit pour la préparation sur place du sérum, soit pour tout autre moyen qui pourra être reconnu supérieur ;

6° D'étudier la valeur des virus antimurins et de rechercher si ces virus peuvent être utilement appliqués à la destruction des rats et des souris en Nouvelle-Calédonie ;

7° La prophylaxie spéciale de la lèpre (recherches étiologiques et thérapeutiques, surveillance médicale des léproseries, recherches des lépreux indigènes dans les tribus, statistique et classement des lépreux) ;

8° De fournir aux médecins les sérums et autres moyens thérapeutiques ainsi que toutes les indications utiles pour éclairer leur diagnostic et leurs études cliniques ;

9° De procéder à toutes les analyses demandées par les autorités militaires dans l'intérêt de l'hygiène des troupes.

P.

LE MOUVEMENT DE DÉPOPULATION EN ALLEMAGNE. — D'après des statistiques récentes, on peut constater une diminution importante des naissances dans les grandes villes allemandes.

C'est ainsi que le chiffre des naissances pour 1 000 habitants a passé, de l'année 1902 à l'année 1912 :

De 31,5 à 21,9 pour Munich ;
31,5 à 22,1 — Leipzig ;
31,5 à 20,2 — Dresde ;
42,6 à 28,7 — Manheim ;
35,3 à 22,7 — Stettin ;
38,7 à 25,5 — Nuremberg, etc.

Le record de la diminution appartient à deux grands faubourgs de Berlin, où la proportion des naissances est seulement de 13,8 p. 1 000 habitants (on sait qu'en France, en 1910, le chiffre des naissances était de 19 p. 1 000, pour l'ensemble du pays).

Les conséquences de cette diminution progressive des naissances en Allemagne ne se feront vraiment sentir que dans une vingtaine d'années.

P.

VARIÉTÉS

UN MANUEL D'HYGIÈNE POLAIRE

C'est une bien intéressante et bien suggestive étude que vient de publier le docteur Ernest Gourdon sous ce titre : *Un Hivernage dans l'Antarctique* (1). Notre confrère a pris part en effet aux deux expéditions que Jean Charcot a conduites dans les mers glaciales du Sud, et l'ouvrage dont nous donnons le titre ci-dessus est le résumé de ses observations personnelles en ce qui concerne la première expédition, celle de 1903-1905.

Et un tel travail est infiniment utile, car ce n'est pas une raison parce que Peary a planté le drapeau américain au pôle Nord le 7 avril 1909, et parce qu'Amundsen a conduit celui de la Norvège jusqu'au pôle Sud le 14 décembre 1911, précédant de peu l'héroïque et infortuné Scott, ce n'est pas une raison, disons-nous, pour que l'exploration polaire ait perdu de son importance ou de son attrait, et nombreux sans doute seront encore les équipages qui, guidés par l'amour de la science et attirés par l'inconnu, cingleront vers ces inhospitaliers et lointains parages. A ceux-là, les épreuves, les expériences, les observations de leurs devanciers seront d'une incontestable utilité, et tel détail qui pour nous paraît futile sauvera peut-être un jour la vie à un des explorateurs à venir.

Dès les premières pages de son livre le docteur Gourdon tient à mettre en relief le rôle de la France dans les expéditions polaires antarctiques. C'est en effet un nom français qui ouvre leur histoire : « En 1738, le capitaine Bouvet, de Lorient, à bord de la frégate l'*Aigle*, s'aventure pour la première fois dans les glaces du sud. Il est bientôt suivi par Yves de Kerguelen Tremarec qui, avec les flûtes la *Fortune* et le *Gros-Ventre*, prend possession des îles qui portent son nom. Ce sont ensuite Marion du Frêne et Crozet, puis, en 1838, le nom glorieux de l'amiral Dumont d'Urville qui, sur l'*Astrolabe* et la *Zélée*, accomplit deux admirables voyages, découvrant la terre Louis-Philippe, la terre Adélie et la terre Clarie. »

(1) Paris, G. Steinheil.

Puis, pendant soixante ans le pavillon français n'apparaît plus sur ces mers, et c'est à Charcot, dit M. Gourdon, que revient l'honneur de l'y avoir fait flotter à nouveau et « d'avoir permis que la France ne fût point absente du grand tournoi des nations autour du continent austral ». Les deux expéditions de Charcot sont un éclatant démenti à cette opinion longtemps courante que la race française est incapable de supporter les effroyables rigueurs des climats polaires, et M. Gourdon insiste même avec raison sur ce fait que la première expédition, celle du *Français* (1903-1905), « est une des rares expéditions antarctiques qui n'ait pas eu de mort à déplorer et qui ait ramené tout son personnel en bonne santé ». Ce merveilleux résultat est certainement dû aux scrupuleuses précautions d'hygiène qui ont été prises pendant toute la durée de l'expédition, et à la rigueur avec laquelle il a été tenu la main à ce que ces précautions ne devinssent pas lettre morte mais fussent réellement appliquées. Or, ces mesures spéciales l'auteur les expose minutieusement, et c'est ce qui fait que son ouvrage, sous son petit volume, possède une importance considérable et constitue le premier « Manuel d'hygiène polaire » qui ait été systématiquement composé. Nous lui emprunterons quelques-unes de ses données les plus intéressantes ou les plus caractéristiques.

Après avoir montré que le froid est bien moins à redouter pour l'explorateur polaire que le vent et l'humidité, le doc-

teur Gourdon établit un parallèle entre les deux pôles. « Le climat antarctique est caractérisé plus encore par la basse température de ses étés que par la rigueur de ses hivers. C'est en cela surtout qu'il diffère du climat arctique. Ceci s'explique par la dissemblance de configuration des deux pôles. Le nord est occupé par un bassin maritime enfermé dans une masse continentale continue (sauf entre la Norvège et le Groenland). Cette masse subit pendant l'hiver un refroidissement bien plus considérable que la mer polaire, mais en été l'échauffement qu'elle éprouve fait sentir ses effets jusqu'au pôle. Au sud, au contraire, nous voyons un continent, ou tout au moins un complexe de terres, entouré par une ceinture ininterrompue d'océans largement ouverts. Cette masse d'eau qui, en hiver, forme matelas et empêche le froid de s'étendre vers l'équateur, s'échauffe peu en été et la région antarctique ne reçoit que la chaleur directe du soleil sous un angle très faible. Aussi, tandis qu'au Spitzberg, par près de 80 degrés de latitude nord, le thermomètre monte assez haut pendant l'été pour permettre à la végétation de pousser et de fleurir, aux Shetlands du sud, par seulement 62 degrés de latitude sud, c'est à peine si quelques lichens et quelques mousses représentent toute la flore australe. Et la conséquence de cette différence de régime, c'est que, tandis qu'au nord le renne et le bœuf musqué, trouvant des pâturages suffisants, remontent jusque bien au delà du cercle polaire, tout l'Antarctique au contraire, entièrement enseveli sous son manteau de neige, est complètement dépourvu d'animaux terriens. »

Le vêtement de l'équipage devait donc répondre à ces conditions rigoureuses, et voici comment il se composait.

« Nous portions de chauds lainages, mais sans nous couvrir beaucoup plus que nous n'eussions fait en France pendant l'hiver : une chemise et des caleçons en flanelle, des bas de laine, des pantalons de drap; les uns préféraient les jersey, les autres le gilet et le veston en drap. Le cou était en général peu couvert. Ces vêtements sont suffisants en temps ordinaire et même il n'est pas rare, lorsqu'on travaille au soleil, que l'on soit obligé de quitter la veste. Les fourrures ont l'inconvénient d'embarrasser les mouvements ; de plus, elles favorisent la transpiration et la sueur gelant sur le corps lorsqu'on s'arrête est tout à fait désagréable. . . . .

En revanche, il est un vêtement indispensable lorsqu'il fait tant soit peu de vent, c'est l'anorak, sorte de blouse à capuchon, en toile serrée, imperméable au vent, accompagnée d'un pantalon de même étoffe, que l'on serre à la ceinture pardessus la blouse; léger et souple, l'anorak laisse toute liberté aux mouvements et, emprisonnant une couche d'air sur les lainages, il protège très bien contre le froid en même temps que contre le vent.

Les chaussures varient suivant la température et les travaux. Par les froids moyens, c'est aux brodequins à semelle épaisse, bien cloutée, que nous donnons la préférence pour les excursions dans les rochers et sur les pentes glissantes. Pour les promenades à skis, les souliers en peau de phoque restent plus souples et leur extrémité bombée laisse toute liberté aux orteils. Pour les travaux du bord ou pour les recherches des naturalistes le long du rivage, ce sont les bottes de mer qui sont indiquées. Mais, lorsque le thermomètre descend aux environs de — 20 degrés, il n'y a plus qu'une chaussure vraiment pratique, le mocassin ou kromager des Lapons, en peau de renne; elles s'usent malheureusement assez vite et, lorsqu'elles sont mouillées, elles perdent toute valeur; elles sont, en outre, très glissantes; mais elles restent souples par les plus grands froids et ce sont les seules chaussures qui mettent à l'abri des gelures. Les bandes molletières sont d'un usage extrêmement commode tant pour sou-

tenir le mollet pendant la marche que pour empêcher la neige de pénétrer dans la chaussure. Les gants à doigts sont interdits comme exposant aux gelures : les mitaines de laine tricotée ou de feutre laissent passer le vent; celles qui nous ont fait le meilleur usage avaient été confectionnées à bord et taillées dans des couvertures de laine. Un cordon passé autour du cou permettait de les quitter et de les reprendre sans risque de les perdre. Notre coiffure la plus habituelle est un bonnet en peau de mouton avec oreillères se rabattant de chaque côté et couvre-nuque en arrière, mais beaucoup d'entre nous se contentent d'une casquette ordinaire. Enfin, des lunettes de glacier complètent notre accoutrement. »

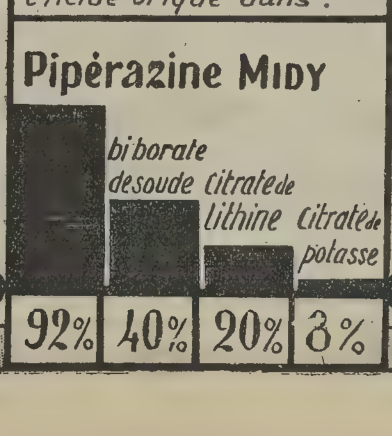
La question des vivres présentait en l'occurrence, on le conçoit aisément, une importance primordiale.

« Charcot, dit M. Gourdon, avait apporté dans cette préparation un soin méticuleux et presque un certain luxe malgré son budget minime; c'est le chapitre sur lequel avaient le moins porté les économies. Toutes les listes des expéditions antérieures avaient été compulsées par lui; tous les explorateurs vivants avaient été consultés et lui avaient fourni ces mille renseignements pratiques que seule enseigne l'expérience. Servi par ses propres lumières médicales, il avait pu de la sorte dresser un programme admirablement adapté à la fois au tempérament français et aux conditions si spéciales de la vie polaire. Le problème était neuf puisque jamais une expédition française n'avait hiverné à ces hautes latitudes et les résultats ont montré combien il a été judicieusement résolu. »

Nous ne pouvons naturellement pas songer à résumer, même brièvement, la liste des substances alimentaires qui avaient été embarquées, ni les observations particulières faites à propos de chacune d'elles. Notons cependant ce trait caractéristique de notre race en ce qui concerne le pain, que tout avait été mis en œuvre pour en assurer la confection aussi abondante et parfaite que possible, aussi nos valeureux compatriotes en mangeaient-ils deux ou trois jours sur sept; les autres jours le pain était remplacé par le biscuit de mer.

Le passage suivant, qui a trait à l'alcool, mérite d'être cité en entier, et ceux qui rêvent de supprimer l'alcoolisme par des croisades, des conférences et autres moyens de persuasion feront bien de le méditer. « L'usage du vin et de l'alcool dans les expéditions polaires est une de ces questions maintes fois soulevées, maintes fois résolues de façons différentes. L'exemple de Nansen est souvent cité par les partisans de l'abstinence, mais voilà qu'Amundsen, le vainqueur du pôle Sud, vient de déclarer qu'un verre de schnaps n'a jamais fait de mal à personne et qu'il est un stimulant précieux et à recommander. Envers nos matelots, habitués au vin de France, à qui, d'ailleurs, la loi octroyait le quart de vin journalier ainsi que le boujaron de tafia, il n'y avait qu'une conduite possible à tenir : les maintenir dans la modération en veillant à ce que la ration obligatoire ne soit pas dépassée.

Je ne suis point l'ennemi des abstentionnistes dont j'admire, au contraire, les louables efforts pour nous délivrer du fléau de l'alcoolisme. Avec eux, je conviens que nos vaillantes populations bretonnes, en particulier, sont ravagées par le mal. Mais serait-on bienvenu à commencer une cure rigoureuse au moment où l'on demande à ces hommes un effort considérable et d'ajouter une privation nouvelle à tant d'autres déjà pénibles ? Au reste, je crois bien qu'à vouloir trop on n'obtiendrait rien. Un épisode est typique à cet égard. Nous étions en plein hiver antarctique, vers le commencement de juillet, dans cette période difficile où l'absence de soleil, la longue inactivité, la monotonie d'une vie calfeutrée font sentir leurs effets déprimants; pour secouer la torpeur qui menaçait d'envahir les corps et les esprits, nous organisions des jeux, des courses, des luttes sur la neige; or, un jour, le quartier-maître vint trouver le commandant pour lui annoncer la pré-


Pipérazine MIDY
biborate de soude
Citrate de lithine
Citrate de potasse
92%
40%
20%
8%

LE DIABÈTE HYPOPHYSAIRE

Par MM. Paul SAINTON et Louis ROL.

Le rôle capital que jouent les glandes endocrines dans les échanges nutritifs apparaît chaque jour plus grand, à la lumière des travaux récents. L'on commence à discerner l'importance de leurs altérations anatomiques ou fonctionnelles dans l'étiologie et la pathogénie des affections qui se traduisent ou se révèlent par des troubles du métabolisme. La recherche des réactions entre leurs lésions et le trouble des échanges nutritifs a été particulièrement poussée en ce qui concerne les hydrates de carbone.

Il paraît évident que, parmi les diabètes, certains dépendent de l'altération tantôt isolée, tantôt simultanée de glandes telles que les surrénales, la thyroïde, l'hypophyse. Cette dernière a bénéficié récemment de travaux physiopathologiques nombreux et importants qni ont apporté des précisions à la conception d'un diabète hypophysaire. La possibilité de ce type clinique avait été envisagée, il y a déjà plusieurs années par des auteurs qui ne pouvaient alors se baser que sur des constatations cliniques et anatomopathologiques.

Historique. — Si, à la vérité, Rosenthal en 1870, Bernhardt en 1881, avaient observé dans certains cas de tumeurs de l'hypophyse le diabète, ils n'avaient établi aucune relation entre ces deux phénomènes et ils admettaient la coexistence d'une lésion du quatrième ventricule. Mais dès 1884 Loeb notait la coïncidence fréquente de la glycosurie et des lésions de la pituitaire. Péchadre publiait en 1890 l'observation d'une femme acromégalique dont l'urine renfermait 71 grammes de sucre par litre et l'année suivante Lépine à l'autopsie de cette même malade trouvait une grosse tumeur de la pituitaire. Depuis lors les observations de diabète au cours de l'acromégalie se multiplient et, sans tenir compte de celles qui ne font que mentionner la simultanéité d'un diabète et d'une lésion hypophysaire, de nombreux travaux paraissent et envisagent les relations de causalité entre le diabète et les tumeurs pituitaires. Déjà Rath en 1888 soulevait l'hypothèse d'une altération secondaire du liquide céphalo-rachidien, altération qui l'amènerait à agir comme un irritant des cellules nerveuses pour produire la glycosurie. Dallemagne (1895), Hansemann (1897), Pineles (1897) admettent en se basant sur leurs constatations anatomiques une coexistence fortuite de lésions pancréatiques ou bulbaires. C'est par une compression bulbaire que Loeb explique la glycosurie tout en discutant néanmoins la vraisemblance de son origine hypophysaire. Launois et Roy (1904) dans leur ouvrage sur le gigantisme et l'acromégalie défendent aussi cette opinion d'une action par compression de voisinage. Mais d'autres auteurs ont considéré cette glycosurie comme relevant directement d'un trouble dans le fonctionnement de l'hypophyse. Ar. Lorand (de Carlsbad) dans son étude sur l'origine du diabète et ses rapports avec les états morbides des glandes vasculaires sanguines conclut que le diabète n'est qu'un symptôme et un symptôme de la maladie des glandes endocrines : cette même opinion est soutenue par Richardière et Sicard. Debove (1908) admet franchement dans une leçon clinique la notion d'un diabète hypophysaire. En somme, pour expliquer la glycosurie trop fréquemment constatée au cours des tumeurs de l'hypophyse pour qu'il soit possible de n'y voir qu'une coïncidence, on peut ramener à trois les opinions en présence.

1° Pour les uns :

La tumeur agit par les compressions du voisinage qu'elle exerce sur les centres nerveux.

2° Pour d'autres :

Il y aurait toujours lésions pancréatiques coexistantes.

3° Pour les derniers enfin :

La lésion glandulaire elle-même est à l'origine du trouble observé.

Mais ce ne sont là que des conclusions tirées de faits cliniques et pour intéressantes que soient ces déductions elles n'en restent pas moins des hypothèses auxquelles manque la confirmation expérimentale. Ce n'est pas que l'étude des fonctions hypophysaires n'ait depuis longtemps attiré les physiologistes, mais les résultats assez confus, souvent contradictoires, des premières expériences ne permettaient pas de conclure et n'ont pas été sans compliquer parfois étrangement le problème. Cela tient à ce que l'on abordait l'étude d'un organe dont le rôle était totalement inconnu, qui vraisemblablement possède des fonctions variées d'une dissociation particulièrement délicate; car nulle raison ne permettait de supposer a priori une action d'insuffisance plutôt que d'hyperfonctionnement pour expliquer la glycosurie. L'hypophyse tout entière était-elle en jeu ou seulement l'un de ses lobes on pouvait se le demander et c'est un point qui ne fut pas toujours envisagé avec précision lors des premières tentatives expérimentales. Enfin la difficulté d'aborder la glande, la gravité des opérations pratiquées pour son ablation totale ou partielle venaient encore compliquer le problème. Aussi, les premières expériences tentées ne présentent plus guère qu'une valeur historique.

C'est Caselli qui semble le premier s'être occupé de la question. Dans une expérience restée unique, ayant réussi à détruire le lobe postérieur sans toucher au lobe antérieur il obtint une glycosurie passagère qu'il expliqua par l'action du traumatisme sur le tubercinereum; mais les recherches de contrôle effectuées par Paulesco amenèrent celui-ci à contester ce résultat.

Les recherches de Rosgowicht, Friedmann et Mass, furent négatives. Quant aux autres expérimentateurs Biedl et Renn, de Cyon, Masay, Livon, Gemelli, Schaffer, Hérissey, ils ne notent dans le protocole de leurs différentes expériences aucun phénomène qui soit en rapport avec le métabolisme des hydrates de carbone.

Nulle part la glycosurie n'est signalée. Il est vraisemblable de supposer qu'elle l'eût été si elle s'était montrée d'une façon un peu continue ou importante.

Depuis, des expériences nombreuses ont été faites qui ont apporté quelques éclaircissements au problème, mais l'exposé des résultats expérimentaux actuellement acquis est intimement lié à l'étude de la conception pathogénique actuelle du diabète hypophysaire et doit être envisagé avec elle.

Etiologie. — α. SYMPTOMATOLOGIE. — Le diabète conditionné par une lésion de l'hypophyse se montre tantôt au cours d'un des syndromes hypophysaires (acromégalie et gigantisme), tantôt au milieu d'un ensemble symptomatique qui révèle une tumeur de l'hypophyse, tantôt enfin, mais plus rarement semble-t-il au moins d'après l'inventaire actuel des observations publiées, à titre de symptôme isolé et révélant à lui seul le dysfonctionnement glandulaire.

1° *Diabète au cours des syndromes hypophysaires.* — Sa fréquence est grande au cours de l'acromégalie et du gigantisme : on la constaterait dans la moitié ou le tiers des cas pour Pierre Marie et, si des auteurs donnent des chiffres inférieurs (Hansemann 12 diabétiques sur 97 observations, Hinsdall 14 diabétiquus sur 130 cas), il faut tenir compte de ce fait que le sucre n'a pas toujours été recherché chez tous les malades et suivant l'expression de MM. Launois et Roy l'affirmation de Pierre Marie garde toute sa valeur si on la complète en disant que la glycosurie a été notée dans plus de la moitié des cas où elle a été recherchée.

Pour Babonneix néanmoins quelques restrictions s'imposeraient, chez l'enfant, où l'acromégalie habituellement fruste n'est cependant pas exceptionnelle, mais chez qui la glycosurie ne serait pour ainsi dire jamais constatée. Elle fait défaut dans les observations de cet auteur comme dans celles que son élève Gaillard a groupées dans sa thèse ; cependant dans une observation de Schlessinger intéressante un diabète apparu dans l'enfance et complètement guéri se montra de nouveau avec les premiers symptômes d'une acromégalie qui se manifesta ultérieurement, si bien que l'on peut se demander si la première crise de glycosurie n'avait pas la valeur d'un symptôme avant-coureur de la lésion glandulaire.

A quel moment de l'évolution de la maladie le diabète est-il constaté ? On relève un certain nombre d'observations où le sucre qui s'était montré au premier stade a disparu dans la période terminale (observation Buday et Jancso). Dans une autre série de faits, telles les observations de Strumpell, de Salvey, après avoir disparu le sucre se montre de nouveau et ces phénomènes d'intermittence dans la glycosurie se répètent à plusieurs reprises. Dans d'autres cas enfin le sucre a persisté jusqu'à la mort mais en diminuant notablement pendant les derniers jours.

De toute façon, ce diabète ne survient pas comme complication terminale, mais se montre aux périodes initiales de la maladie dont il semble même pouvoir être une des toutes premières manifestations. La quantité de sucre éliminé est toujours notable et souvent très abondante. C'est au cours des tumeurs hypophysaires que l'on a vu les glycosuries les plus considérables. Le malade d'Achard et Lœper urinait 380 grammes, celui de Lancereaux 6 à 8 litres avec 180 à 240 grammes par litre, celui de Perwuschin et Foworski 3 à 8 litres avec 30 grammes par litre, celui de Ravaut 15 à 20 litres donnant 500 à 1500 grammes de sucre. Ce diabète est extraordinairement bien toléré par les acromégaliques, pourtant le malade de Stadelmann est mort dans le coma, celui de Rathery et Carnot a vu son diabète s'aggraver subitement, la réaction de Gerhardt qui faisait défaut étant apparue brusquement. Il y avait de l'acétonurie chez le malade de Ravaut, des troubles circulatoires et cardiaques dans l'observation de Frankel. La polyurie, la polyphagie et la polydipsie sont habituelles, mais d'après Cammidge il n'y aurait pas de troubles secondaires du métabolisme, l'élimination de l'azote, du phosphore et du calcium serait normale : néanmoins, chez un malade de Marinesco, cette élimination était exagérée.

Notons que polyurie, polyphagie, polydipsie peuvent exister en dehors de la glycosurie réalisant alors le syndrome du diabète insipide. C'est ce diabète insipide et celui-là seulement qui est observé au cours des syndromes hypophysaires connus sous le nom de syndromes de Frœlich. Dans aucun des cas de dystrophie adiposo-génitale jusqu'ici publiée on ne note la glycosurie. Bien au contraire, dans les cas où ces recherches ont été effectuées, on a trouvé augmentée la tolérance de l'organisme pour les hydrates de carbone. Et ceci est d'autant plus intéressant que la tendance se manifeste chaque jour davantage d'opposer l'un à l'autre acromégalie et dystrophie adiposo-génitale en rapportant la première à des altérations hyperplasiques et l'autre à des troubles d'insuffisance. Ceci d'ailleurs n'a pas une valeur absolue, on connaît des cas mixtes où la dystrophie adiposogénitale s'alliant à l'acromégalie on a noté l'existence d'un diabète, MM. Goris et Van Gehuchten en rapportaient récemment un cas suivi d'autopsie. Cushing dans un tout récent article en signale une observation.

2° *Diabète au cours des tumeurs hypophysaires simples sans acromégalie.* — La glycosurie, sans être très rare, ne paraît pas fréquente. Frankl-Hochwart indique 2 p. 100, Bychowski Dean D. Lewis, Courtellemont et les auteurs qui se sont occupés de la question signalent la glycosurie comme possible, mais n'indiquent pas de pourcentage. Des 25 observations étrangères publiées dans la thèse de Toupet, dans une seule d'Horsley on note de la glycosurie, et dans les 4 cas publiés par Purves Stewart il n'y eut jamais de sucre dans les urines. Il s'agissait dans le premier cas d'un gros sarcome kystique parti du corps pituitaire et occupant l'espace interpédonculaire ; dans le deuxième, d'une grosse tumeur lobulée remplissant la fosse pituitaire ; dans un autre d'une tumeur sarcomateuse issue de l'infundibulum. Ces statistiques ne peuvent, au reste, présenter qu'une valeur toute relative, car il faudrait pouvoir faire le départ parmi les tumeurs dites hypophysaires de celles qui sont sus ou juxtahypophysaires (et elles s'avèrent comme les plus fréquentes) comme de celles des lobes antérieurs et postérieurs, et même classer à part les tumeurs amenant une hyper-

trophie des éléments glandulaires et celles qui aboutissent au contraire à leur atrophie.

3° *Tumeurs hypophysaires à prédominance de symptômes diabétiques.* — Plus rares encore sont les faits où un diabète fut le symptôme révélateur d'une lésion latente ou le premier signe d'une tumeur ultérieurement confirmée par son évolution. On en connaît cependant un certain nombre d'observations. Celle de Rosenthal concerne un homme de trente-quatre ans, ayant succombé à un diabète sucré grave sans signe d'acromégalie et à l'autopsie duquel on trouva un sarcome du corps pituitaire sans aucune autre lésion centrale capable d'expliquer le diabète. Messedaglia en signale trois cas, Lucien et Parisot publient l'observation clinique et nécroptique d'une femme qui mourut diabétique et chez qui on trouva des lésions tuberculeuses de l'hypophyse. Foucault dans sa thèse signale que de Vecchi et Bolognesi ont vu l'un et l'autre coïncider un diabète avec une tuberculose hypophysaire, malheureusement ils ne donnent pas d'indications bibliographiques. Ameuille et Mallet à l'autopsie d'un sujet ayant présenté une glycosurie passagère ont trouvé une tumeur hypophysaire du volume d'une noisette. La glycosurie fut le premier symptôme et, pendant une partie de l'évolution, le seul symptôme chez le malade à propos duquel le professeur Debove fit une leçon clinique. Elle resta le symptôme dominant jusqu'à la phase ultime de la maladie chez celle dont l'observation a été publiée par Sainton et Rol.

De ces cas, on pourrait sans doute rapprocher ceux où l'acromégalie était tout à fait fruste, tels les cas de Grossmann, Bernhardt, Rath, Muller, Sternberg que cite Lépine dans son ouvrage sur le diabète et celui de Josserand et Beriel qui ont observé un diabétique âgé de trente ans qui présentait seulement une augmentation de volume des doigts et des orteils. L'autopsie révéla une tumeur de la pituitaire. C'est à ces faits qu'il faut comparer ceux où au cours de certains états, telle la grossese, amenant des perturbations physiologiques importantes de la fonction hypophysaire, on a constaté une glycosurie susceptible parfois d'être rapportée à un dysfonctionnement glandulaire. On connaît l'hypertrophie hypophysaire de la grossesse, Erdheim et Stümme l'ont vu se traduire par des troubles visuels passagers accompagnés parfois de glycosurie et toujours d'insuffisance glycolytique. Dans plusieurs cas, cette hypertrophie fut vérifiée par l'autopsie qui révéla un hyperfonctionnement glandulaire. Ces faits ont été confirmés par Cushing et Richenstein ; cette hypertrophie hypophysaire de la gestation a d'ailleurs été constatée chez l'animal tel qu'il résulte des recherches entreprises par Siguret (Th. de Paris 1912). De plus, dans un cas publié par Rich. Mreck des symptômes d'acromégalie ont apparus au cours de la grossesse.

Anatomie pathologique. — On peut dire que dans toute acromégalie se compliquant de diabète, il y a tumeur de l'hypophyse. Launois et Roy, en 1904, rassemblaient 16 observations d'acromégalie diabétique comprenant les résultats de l'autopsie : dans aucune la tumeur ne faisait défaut. Il n'y a pas eu d'exceptions à cette règle dans les observations publiées depuis. Il serait intéressant comme corollaire à ces faits de savoir quel était le siège exact de la tumeur dans les cas de diabètes, accompagnant des néoformations hypophysaires n'ayant donné lieu à aucun syndrome particulier. Malheureusement, le nombre des observations est encore des plus restreints et nous n'avons pu retrouver le protocole d'aucune autopsie comportant à ce sujet des renseignements suffisamment précis. De même, il est fort difficile de savoir au moins pour les observations un peu anciennes le type histologique duquel relevait la tumeur. Et ceci provient suivant la remarque de Roussy et Clunet de ce que la terminologie employée est trop souvent imprécise : les termes hyperplasie, adénome, épithéliome, carcinome, sarcome, étant souvent pris avec des significations différentes. Alors que dans les premières statistiques les formes conjonctives sarcome et adéno-sarcome l'emportent de beaucoup par leur fréquence (Parona sur 100 tumeurs indique 26 adénomes, 45 sarcomes ; pour Paulesco, la plupart des cas relèveraient du sarcome), pour Alezais et les auteurs les plus récents il conviendrait d'attribuer aux tumeurs glandulaires nombre de tumeurs considérées autrefois comme des sarcomes. La prudence s'impose donc dans les conclusions que l'on serait tenté de tirer de l'ensemble des observations. Tout au plus peut-on remarquer que dans les cas de diabète hypophysaire où l'examen hystologique a pu être fait et sans tenir compte de l'étiquette sous laquelle fut classée la tumeur (adénome, sarcome, adéno-sarcome) les auteurs s'accordent pour remarquer la tendance à l'hyperfonctionnement. Cette tendance est signalée dans plusieurs des observations rapportées par Launois, elle est expressément notée dans la récente observation de Carnot et Rathery. « Il ne s'agit pas là, disent ces auteurs, étant donnés les caractères de la tumeur, d'une hypertrophie simple, on peut se demander cependant si une semblable glande n'était pas en état d'hyperfonctionnement relatif. » Ajoutons qu'il est admis actuellement que la lésion habituelle de l'acromégalie est une tumeur épithéliale glandulaire à prédominance d'éosinophiles, ce qui cadre bien avec la remarque précédente.

Physiologie pathologique. — La clinique, ni l'anatomie pathologique n'étant suffisantes à elles seules pour résoudre le problème de l'origine directement hypophysaire de la glycosurie, on s'est adressé à l'expérimentation.

Les recherches physiologiques peuvent être divisées en deux groupes suivant que leurs auteurs se sont adressés à des expériences d'ablation réalisant ainsi des lésions destructives partielles ou totales ou qu'ils tentèrent par des méthodes variées (qui furent le plus souvent des injections d'extrait) de provoquer un hyperfonctionnement glandulaire. Au premier groupe se rattachent les expériences anciennes déjà citées et celles d'Handelsmann et Horsley. Les essais des auteurs ont porté sur 54 animaux, 20 chats,

21 chiens et 13 singes. L'hypophysectomie fut pratiquée par la voie temporale; deux fois seulement chez des animaux chez qui l'extirpation avait été *presque* complète on constata une légère glycosurie. Ascoli et Legnani dans leurs séries de plus de 70 hypophysectomies ayant porté sur des chiens ne notèrent jamais de glycosurie, si bien qu'on peut conclure à l'action négative de l'extirpation glandulaire comme cause provocatrice de la glycosurie. L'unique expérience de Caselli n'est pas valable et Handelsmann et Horsley ne firent qu'une ablation incomplète. L'autre groupe comprend les tentatives d'excitation fonctionnelle de l'organe. Les auteurs comme de Cyon qui eurent recours à l'excitation mécanique ou électrique ne se sont pas préoccupés des modifications du métabolisme. Au contraire, plusieurs résultats intéressants sont à retenir parmi ceux qui ont été obtenus par injection ou ingestion d'extrait glandulaire. Le premier, Borchardt, a constaté chez le lapin après injection d'extrait pituitaire une glycosurie passagère mais très nette. Dans les expériences de contrôle entreprises par Franchini la glycosurie ne fut obtenue qu'avec des doses massives. Quant à Rossi il obtient les mêmes résultats que Borchardt; par contre Giadovini et Ruggieri essaient en vain de reproduire sur 21 lapins l'expérience de Borchardt. Cet insuccès des auteurs italiens s'explique peut-être par cette remarque que fait Dunan poursuivant ses recherches dans le laboratoire de Roger à savoir que le principe actif se trouve dans la partie insoluble de l'extrait. Toutefois, il est vraisemblable d'après ces mêmes expériences que le liquide filtré doit entraîner avec lui un principe qui réuni à la substance insoluble occasionne la véritable glycosurie hypophysaire durant trois ou quatre jours. Et chez le lapin cette glycosurie oscille entre 20 et 25 grammes de sucre par litre d'urine pour 0g10 d'extrait sec d'hypophyse. Il est utile de noter que dans toutes ces expériences aucune distinction n'a été faite entre le lobe postérieur et le lobe antérieur. L'extrait employé a été l'extrait de lobe total. Claude et Baudouin, au contraire, constatent l'activité exclusive à ce point de vue du lobe postérieur. Chez l'homme, ils parviennent à provoquer la glycosurie par l'injection d'une demi à deux glandes de bœuf. Mais à cette dose la glycosurie n'est pas constante, elle ne se produit pas à jeun, mais après un repas de lait, de pain et de sucre correspondant à 150 grammes de glucose. C'est une glycosurie alimentaire. De plus, elle n'apparaîtrait pas chez les sujets jeunes et normaux mais seulement chez les arthritiques. Elle est parfois très considérable chez les sujets atteints de diabète arthritique léger en phase d'aglycosurie. Cependant, Achard et Desbouis étudiant le métabolisme des hydrates de carbone non plus par la recherche du sucre dans les urines, mais en mesurant leur insuffisance d'utilisation par la méthode du quotient respiratoire, mettent en évidence l'insuffisance glycolytique provoquée même chez des sujets parfaitement normaux après l'ingestion ou l'injection d'extrait hypophysaire. Ott et Scott injectant de l'extrait à 2 p. 100 trouvent dans tous les cas après deux heures et demie environ 1/8 p. 100 de sucre chez le chien et le chat, ils notent que la section des splanchniques semble arrêter la glycosurie. De ces expériences on peut rapprocher celles de Cushing Gœtsch, Jacobson qui abordent le problème par une voie différente et montrent tant par leurs expériences que par leurs observations cliniques que l'extirpation ou l'insuffisance du lobe postérieur et de celui-là seulement amène une très notable augmentation de la tolérance pour les hydrates de carbone. L'ensemble de ces constatations expérimentales est suffisamment concordant pour permettre d'estimer que l'hypophyse joue un rôle important dans le métabolisme des matières sucrées. C'est au lobe postérieur de la glande qu'est dévolu ce rôle et son hyperactivité est facteur de glycosurie. On s'est demandé quel était le mécanisme intime de ce trouble. Claude et Baudouin supposent que l'hypophyse détermine au niveau du foie un processus d'insuffisance à la faveur duquel le glucose filtre à travers le tissu hépatique sans être retenu à l'état de glycogène. Les expériences d'Achard et Desbouis étendent cette action hypophysaire à tous les tissus qui se trouvent en état d'insuffisance glycolytique. Cette action s'exerce-t-elle par l'intermédiaire du système sympathique comme paraîtrait l'indiquer les phénomènes généraux de l'intoxication hypophysaire qui traduisent une vive excitation de ce système et aussi la similitude d'action des injections d'extrait hypophysaire et surrénaux sur les échanges hydrocarbonés, ou bien la corrélation est-elle l'effet d'une hormone pituitaire et faut-il voir là l'une de ces corrélations chimiques dont a parlé Starling? Seule l'expérimentation pourrait permettre une réponse précise en montrant par exemple ce que devient la glycosurie hypophysaire après section des splanchniques. L'unique expérience de Ott et Scott plaide en faveur de la première hypothèse.

*
* *

La réalité d'un diabète et d'une glycosurie hypophysaire découle de l'exposé des faits précédents. Cette conception s'appuie sur trois ordres de preuves.

Cliniquement, la concordance se trouve établie par la fréquence du diabète acromégalique, contrastant avec la rareté relative du symptôme dans les cas de tumeur hypophysaire sans acromégalie, ni gigantisme, que nous savons être fréquemment sus ou juxtahypophysaire.

Elle l'est *anatomopathologiquement* par la constatation au cours de l'acromégalie diabétique d'une tumeur constante réalisant un type histologique d'hyperactivité glandulaire s'opposant aux formes d'hypofonctionnement qui règlent le syndrome de Frœhlich au cours duquel on ne voit jamais apparaître le diabète.

Elle l'est enfin expérimentalement, par l'impossibilité de provoquer la glycosurie dans les expériences d'ablation totale, alors que celle-ci est obtenue par les injections d'extrait; par ce fait, aussi, qu'aux syndromes d'hypofonctionnement (acromégalies) correspondent des états d'insuffisance glycolytique, alors qu'aux syndromes d'hypofonctionnement (syndrome adiposo-génital) correspondent des états de

tolérance exagérée pour les hydrates de carbone. Il est bien vrai que l'acromégalie est un syndrome d'hypofonctionnement du lobe antérieur; quant à la glycosurie, elle paraît le résultat d'un hypofonctionnement du lobe postérieur. Il serait ainsi facile de concevoir l'acromégalie avec ou sans diabète suivant l'extension du processus.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE LA FIBROMYECTOMIE TRANSVAGINALE CONSERVATRICE PAR COLPOTOMIE ANTÉRIEURE

Par M. Louis DARTIGUES,
Ancien chef de clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Paris.

A part certains fibromes sur lesquels médecins et chirurgiens sont tous d'accord et qui veulent être respectés, soit à cause de leur silence pathologique absolu, soit à cause du mauvais état général ou d'une tare viscérale trop accentuée, le traitement du fibrome ne peut être logiquement et par la force de l'expérience des innombrables cas observés, qu'un traitement chirurgical.

Nous traversons, au sujet de la thérapeutique du fibrome une période où, d'une part on ne fait pas assez par des traitements médicaux absolument vains, où d'autre part, on fait souvent trop en recourant à une *chirurgie immédiatement trop mutilatrice.*

En 1900, je tentai, par un ouvrage d'ensemble sur la chirurgie du fibrome, de déterminer un courant nouveau dans le sens de la technique opératoire conservatrice, et je décrivis surtout et réglai la technique de la vieille opération d'Amussat rénovée par Péan et par mon regretté maître Segond.

Il y a dans la thérapeutique du fibrome, plus qu'on ne le croit, *place pour toute une chirurgie conservatrice*, à la condition que la pusillanimité des malades ne soit entretenue en faveur de traitements le plus souvent inefficaces, et que les patientes n'attendent pas des symptômes trop accentués et le grossissement de la tumeur avant de se soumettre à l'examen et à l'action chirurgicale.

L'ancienne opération d'Amussat que j'ai décrite sous le nom de *Fibromyectomie par hystérotomie cervicale conservatrice uni ou bi-commissurale* s'adresse aux fibromes sous-muqueux ou intrapariétaux qu'on va énucléer en passant par la voie vagino-utérine, c'est-à-dire en pénétrant dans l'utérus dont on fait la discision uni ou bi-commissurale du col.

Mais il est une autre catégorie de petits fibromes, sous-péritonéaux sessiles ou pédiculés, qu'on peut également aborder par la voie vaginale, de façon à les extraire de la périphérie de l'utérus où ils sont placés, mais en incisant un des culs-de-sac vaginaux, c'est-à-dire en faisant une colpotomie ou antérieure, ou postérieure, ou latérale. C'est ce que j'ai

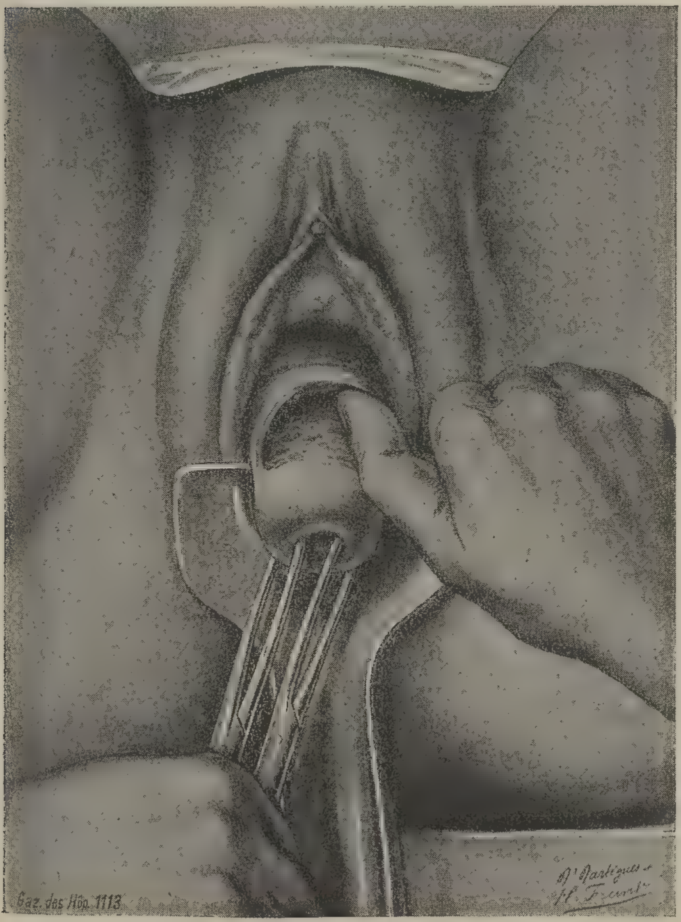


Fig. 1. — *Section transversale colpotomique antérieure; décollement de la vessie, comme dans le premier temps d'une hystérectomie vaginale.*

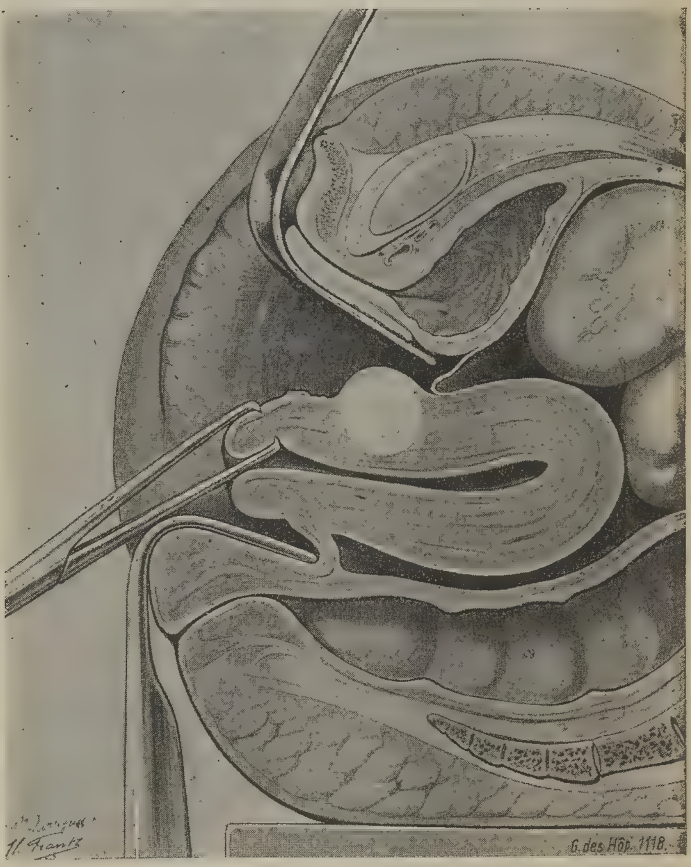


Fig. 2. — *Le péritoine n'est pas ouvert. On peut faire l'extraction de ce petit fibrome sans pénétrer dans la cavité péritonéale : il s'agit donc d'une fibromycétomie par colpotomie simple ou extrapéritonéale.*

appelé : la *Fibromyectomie transvaginale conservatrice par colpotomie.*

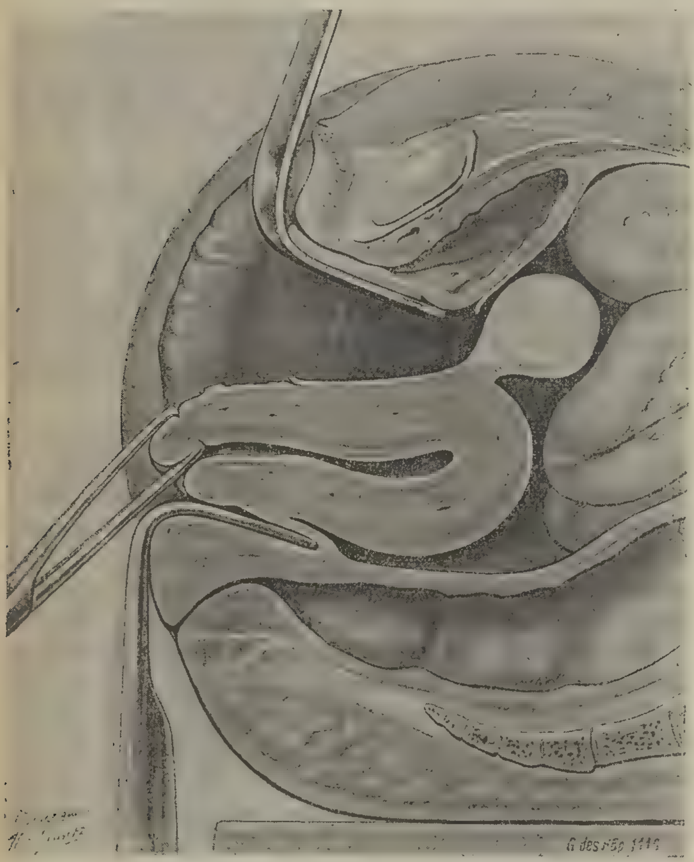


Fig. 3. — *Ici le péritoine est ouvert au niveau du cul-de-sac vésico-utérin et permet de faire par cette voie une polypectomie abdominale pour un petit fibrome pédiculé du fond de l'utérus.*

J'ai eu l'occasion d'opérer un certain nombre de cas de petits fibromes insérés sur la face antérieure de l'utérus, dont quelques-uns chez de jeunes femmes. Cette variété topographique de fibromes, arrivée à un certain stade, occasionne des troubles vésicaux, parfois de la rétention d'urine et souvent occasionne un déplacement de la vessie attirée en haut et qu'on peut blesser assez facilement, si l'on n'y prend garde, au cours de l'hystérectomie abdominale ou vaginale, aussi y a-t-il utilité à extirper ces fibromes malencontreusement placés avant qu'ils aient pris un certain volume.

A. **Appellation. Division.** — Je vais décrire ce que j'appelle la *Fibromyectomie transvaginale conservatrice par colpotomie antérieure.*

Dans cette opération conservatrice qui consiste à enlever la variété sus-dite de fibromes en traversant le cul-de-sac antérieur du vagin, on ouvre ou n'ouvre pas le péritoine, d'où je distingue :

a. La *fibromyectomie par colpotomie simple ou extrapéritonéale.*

b. La *fibromyectomie par colpotomie transpéritonéale ou vésico-utérine ou colpo-cœliotomie antérieure.*

Lejars en 1878, Derveer en 1879, Czerny en 1881, Martin en 1895, Bouilly en 1895, utilisèrent cette voie pour l'extraction de certains fibromes. Bouilly trouvait que si c'est là une opération d'exception, elle n'en représente pas moins l'opération idéale dans les cas où il n'y a pas de fibromes multiples et

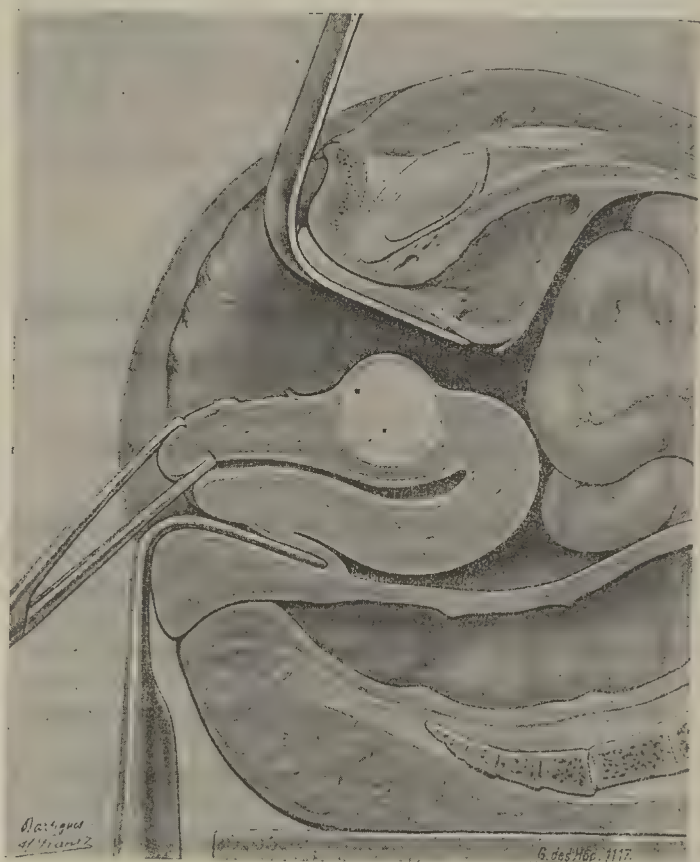


Fig. 4. — *La colpotomie achevée, le péritoine est ouvert au niveau du cul-de-sac vésico-utérin et permet de faire l'énucléation de ce petit fibrome de la paroi antérieure de l'utérus.*

où la tumeur est peu considérable. Lejars en 1896 et Herbécourt en 1900, dans sa thèse, préconisent cette voie.

B. **Instrumentation.** — Une valve à poids ou mon vaginostat, une valve antérieure courte pour bien découvrir le cul-de-sac antérieur, une valve plus longue et étroite pour pénétrer dans l'incision colpotomique. Bistouri, Ciseaux droits et courbes. Pinces tire-balle et petites pinces de Museux. Petite aiguille courbe avec porte-aiguille.

C. **Technique opératoire.** — FIBROMYECTOMIE PAR COLPOTOMIE SIMPLE OU EXTRAPÉRITONÉALE. — Après avoir placé la valve périnéale à poids, on amarre le col de l'utérus avec deux pinces de Museux. On prend ensuite une bougie métallique de Hegar que l'on introduit dans l'urètre et l'on se rend compte jusqu'où descend la vessie par rapport au col pour éviter de la blesser.

On pratique alors sur la face antérieure du col une incision transversale courbe demi-circulaire, un peu prolongée sur les côtés. Mackenrodt, A. Martin et Doderlein faisaient au contraire une incision vaginale, sagittale, verticale. Je ne crois pas qu'on doive adopter cette dernière incision qui risque de blesser la vessie.

La section transversale colpotomique antérieure donne en général un orifice de 3 centimètres et demi

de large, moindre que celui qu'on peut obtenir dans le cul-de-sac postérieur, mais pouvant néanmoins atteindre 4 centimètres et demi en incisant sur les côtés jusqu'au niveau des artères utérines. En tout cas, il ne faut pas oublier que les utérines et les uretères ne seront épargnés, lorsqu'on cherche la dilatation extrême, qu'à la condition de produire celle-ci, non par incision, mais par distension progressive des tissus. Du reste, à propos de l'ouverture colpotomique, il y a lieu de tenir compte des conditions individuelles ou pathologiques : dimensions et dilatabilité du vagin, saillie de la symphyse, abaissement facile de l'utérus, adhérences.

Puis, avec le doigt, on décolle, comme dans le

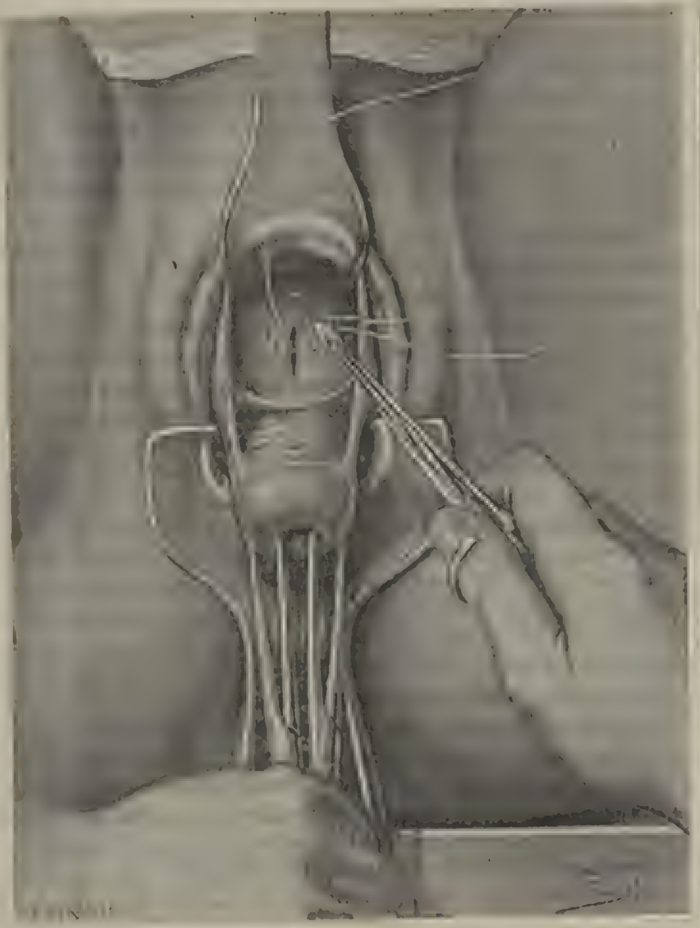


Fig. 5. — *Suture de la loge d'énucléation après la fibromyectomie par colpotomie antérieure transpéritonéale.*

premier temps de l'hystérectomie vaginale, la vessie et les uretères qu'elle entraîne dans sa séparation.

A ce moment, on peut en rester là, soulever et respecter le péritoine sans ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin, et enlever un petit fibrome pariétal ou pédiculé antérieur bas situé au niveau de l'isthme utérin. Cette manœuvre est souvent aisée du moment que la petite tumeur est développée dans le tissu conjonctif pelvien lâche qui se trouve à ce niveau et qu'elle n'est pas revêtue du péritoine en totalité. Il s'agit donc bien d'une fibromyectomie par énucléation extrapéritonéale ou sous-péritonéale.

Sitôt qu'on a perçu le petit fibrome, on l'amarre avec une pince tire-balle ou une pince de Museux et on le décortique très aisément en s'aidant au besoin de la pointe fermée des ciseaux courbes et mousses.

S'il s'agissait d'un fibrome inter-utéro-vésical sous-péritonéal d'un certain volume on s'aiderait du morcellement en deux ou trois fragments.

Une fois le fibrome enlevé, on peut capitonner par un surjet la loge d'énucléation et suturer par un autre surjet les lèvres de la colpotomie.

Sinon, on peut se borner à tamponner avec une mèche de gaze cette loge et le cul-de-sac antérieur du vagin.

Si l'on pensait avoir ouvert le péritoine et si la plaie saignait, il faut s'assurer que la séreuse est



Fig. 6. — *Suture de l'incision vaginale antérieure. On voit, en pointillé, la projection de l'utérus avec la suture utérine. Quant au col de l'utérus on voit ici les sutures d'une stomatoplastie par laquelle j'ai, dans un cas, complété l'opération.*

ouverte et au besoin drainer afin d'être certain qu'une suffusion sanguine ne se fasse dans le péritoine.

Fibromyectomie par colpotomie transpéritonéale ou colpo-cœliotomie antérieure. — Si l'on se trouve en présence de fibromes plus haut situés, soit sur la face antérieure, soit sur le fond de l'utérus, l'on effondrera le péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. Au besoin, on peut repérer ce péritoine en même temps que les lèvres de la colpotomie afin que l'hémostase des tranches soit plus assurée et que du sang n'aille séjourner dans la cavité abdominale.

Si on le peut, on luxe l'utérus en avant à travers

la plaie colpotomique, mais ce sera loin d'être toujours possible. Il est alors facile d'extirper le fibrome de la paroi antérieure ou du fond de l'utérus.

Sinon, on introduit à travers la plaie colpotomique une valve longue qui pénètre dans la cavité péritonéale et qui soulève en haut la vessie. On peut alors apercevoir et sentir le fibrome à travers cette ouverture.

On le saisit avec une pince de Museux. S'il s'agit d'un fibrome pédiculé, on liera et sectionnera le pédicule : on fait alors une polypectomie abdominale par voie colpotomique antérieure. S'il s'agit d'un fibrome sous-péritonéal sessile, l'on incisera l'utérus au bistouri, on ouvrira la capsule et l'on énucléera : on fait alors une myomo-énucléation abdominale par voie colpotomique antérieure. Dans ce dernier cas, il ne reste plus qu'à suturer la loge d'énucléation, réduire l'utérus, puis suturer le péritoine et réparer la brèche vaginale.

Pour faciliter la suture et le capitonnage de la loge d'énucléation, on peut saisir ses lèvres avec de petites pinces, ce qui permet de mieux passer l'aiguille et ce qui empêche la fuite de l'utérus si on n'a pas pu le luxer.

On peut associer cette opération à d'autres complémentaires : par exemple, comme j'ai eu l'occasion de le faire, à un curettage, à une stomatoplastie, voire même, comme Lejars, à une annexectomie unilatérale.

Comme on le voit, cette opération est bien différente de l'hystérotomie médiane antérieure qui fend l'utérus jusqu'à sa cavité sur une plus ou moins grande hauteur.

D. **Indications.** — La fibromyectomie transvaginale conservatrice par colpotomie antérieure est entièrement subordonnée à l'ouverture vaginale que l'on peut obtenir, or, celle-ci est limitée, par conséquent elle ne permettra que d'extirper des fibromes de volume peu considérable.

En somme, avant d'entreprendre cette opération, en dehors des conditions habituelles qui dictent d'une façon plus générale une opération conservatrice, le premier point à résoudre est l'évaluation la plus exacte possible du fibrome qui ne doit pas excéder un certain volume : celui d'une noix, d'un abricot, par exemple.

Si l'on a été assez heureux d'appliquer cette opération à bon escient, on aura l'avantage de laisser à la malade sa matrice et ses annexes avec la menstruation et la possibilité de la grossesse ; de plus, on aura évité une section laparotomique qu'il est préférable, si on le peut, de ne pas faire ; enfin, on aura débarrassé la malade d'une variété de fibrome qui, par sa topographie, est destinée d'une façon presque fatale à grossir et à déterminer des troubles de compression vésicale sérieux.

ACTUALITÉS

LE LAIT DESSÉCHÉ

Dessécher du lait, c'est-à-dire « séparer son eau de son résidu sec d'une façon telle que celui-ci, replacé en présence d'eau, puisse redonner un liquide reconstituant tout à fait le lait originel » (Porcher), voilà certes une opération industrielle dont le résultat paraît devoir faciliter singulièrement la pratique de l'allaitement artificiel, car, avec ce système, « le lait desséché, c'est la vache dans le placard » ; à toute heure, en tout lieu, on peut remplir un biberon et ainsi se trouveraient résolues toutes les questions relatives à la conservation du lait de vache destiné aux nourrissons.

Plusieurs travaux importants ont été déjà consacrés au lait desséché ; les uns mettent surtout en évidence les avantages de ce lait ; d'autres font des réserves et limitent les indications de son emploi. Quel que soit l'avenir réservé à la poudre de lait, il paraît utile de se documenter un peu sur ce sujet ; on lira donc avec intérêt la brochure du professeur Porcher (1), les articles de Schreiber (2), de Bonnamour (3), la thèse de Xavier Cazalas (4), dont nous allons donner un aperçu.

L'histoire des origines de l'industrie du lait desséché est assez curieuse, car la fabrication de ce produit n'a pas été la conséquence d'une idée théorique ; elle a été inspirée par la nécessité économique d'utiliser le lait écrémé ayant servi à faire du beurre. Pendant longtemps, ce lait écrémé fut destiné à l'alimentation et à l'engraissement des veaux et des porcs ; mais les bénéfices n'étant pas assez rémunérateurs, on eut l'idée de dessécher le lait écrémé pour en faire du lait sec et c'est seulement par la suite que l'on se mit à dessécher le lait entier. Parmi les nombreux procédés de préparation du lait desséché, trois surtout sont employés : dessiccation après pulvérisation (procédé Bévenot de Neveu), le lait arrive à l'état de brouillard dans des chambres traversées par un courant d'air chaud, la dessiccation est presque instantanée et la poudre de lait tombe sur le sol de la chambre où elle est recueillie ; dessiccation sur cylindres chauffés au-dessus de 100 degrés (procédé Just-Hatmaker), on fait passer le lait entre deux cylindres tournant en sens inverse, chauffés à 140 degrés environ, le lait desséché très rapidement adhère aux cylindres sous forme d'une pellicule blanchâtre ; dessiccation sur cylindres chauffés au-dessous de 100 degrés, après concentration du lait (procédés Gabler-Saliter, Mignot-Plumey et Kunick). Avec l'un ou l'autre de ces procédés, on traite soit du lait non écrémé, soit du lait demi-écrémé ou écrémé, si bien qu'il existe trois variétés de poudre de lait : poudre grasse, demi-grasse et maigre.

Le lait sec obtenu par dessiccation après pulvérisation est une poudre fine, de coloration jaune beurre, d'odeur un peu suiffeuse, alors même que la poudre a été récemment fabriquée ; quand on y ajoute la quantité d'eau chaude nécessaire pour reconstituer le lait, on obtient un liquide homogène où surnagent de très rares et très fines gouttelettes huileuses, liquide agréable à boire et possédant la saveur du lait bouilli (Porcher). Le lait sec obtenu par les deux autres procédés a un aspect différent : la poudre a une consistance craquelante, elle donne au toucher une sensation de friabilité et de sécheresse ; quand elle est de fabrication récente, elle a une odeur

(1) Professeur Ch. Porcher, de l'Ecole vétérinaire de Lyon. *Le lait desséché*, Asselin et Houzeau, éditeurs, Paris, 1912, et *Arch. de Méd. des Enfants*, juin 1913.

(2) Schreiber. Le lait sec ou lait en poudre, *Presse Méd.*, 21 sept. 1912.

(3) Bonnamour. *Arch. de méd. des Enfants*, mai et juin 1913.

(4) Cazalas. *Le lait desséché*, Thèse de Lyon, 1912, Asselin et Houzeau, éditeurs, Paris.

agréable et appétissante de pâtisserie fine; la poudre maigre conserve longtemps cette odeur tandis que la poudre grasse acquiert peu à peu l'odeur suiffeuse. Le lait reconstitué avec des poudres Just-Hatmaker ou Mignot-Plumey se recouvre rapidement d'une couche de matière grasse sous la forme de taches huileuses, quand on se sert d'eau bouillante (Porcher).

L'étude chimique de la poudre de lait montre qu'elle est composée de toutes les matières solides du lait originel (graisse, sucre, matières azotées et sels); mais cette poudre n'est jamais tout à fait anhydre, elle contient encore de 2 à 6 p. 100 d'eau. On notera aussi que les éléments du lait ont subi dans la fabrication du lait desséché diverses modifications: l'albumine est coagulée; les sels solubles de calcium sont transformés en sels neutres insolubles; la caséine, la matière grasse et le lactose ne présentent pas de modifications importantes; enfin le lait sec ne renferme plus aucune des diastases normales du lait de vache.

Pour reconstituer du lait liquide on doit employer des proportions d'eau variables selon les différentes poudres: on prendra donc, pour faire un kilogramme de lait liquide, 125 grammes de poudre grasse et 875 grammes d'eau, 110 grammes de poudre mi-grasse et 890 grammes d'eau, 90 grammes de poudre maigre et 910 grammes d'eau, selon que l'on voudra reconstituer du lait entier, du lait mi-écrémé ou du lait écrémé. De l'eau très chaude à 70-80 degrés sera versée petit à petit sur la totalité de la poudre; on délayera avec une cuiller pour faire une pâte bien régulière, sans grumeaux, puis, tout en continuant à brasser doucement, on ajoute le reste de l'eau chaude; on termine en portant sur le feu jusqu'à un premier bouillon (Porcher).

D'après le professeur Porcher, le lait sec possède deux qualités fort remarquables. C'est un aliment d'une très grande digestibilité et c'est un aliment presque aseptique. L'expérimentation tant *in vitro* que *in vivo* et l'expérience de ceux qui utilisent le lait sec chez l'enfant montrent que la digestibilité du liquide obtenu avec l'eau et la poudre de lait est plus grande que celle du lait naturel. Deux facteurs peuvent expliquer ce fait: l'influence de la chaleur utilisée pour amener le lait liquide à l'état de poudre et la coagulation, à l'état de crème épaisse, du lait reconstitué sous l'influence du lab. Au point de vue microbien, on constate que le lait sec n'est pas rigoureusement aseptique, mais que sa flore est banale; le lait sec est dépourvu de germes pathogènes; par conséquent, le liquide reconstitué avec de l'eau bouillie et de la poudre de lait est un aliment pratiquement stérile. Mais il ne faut pas oublier, et M. Porcher a insisté à diverses reprises sur ce sujet, il ne faut pas oublier que pour faire du bon lait desséché, il faut du bon lait naturel. Puisque les procédés de dessiccation du lait tendent à l'obtention de produits relativement aseptiques, on pourrait penser que la dessiccation du lait permet d'utiliser des laits défectueux, des laits mal recueillis, des laits sales ou provenant de bêtes malades, de bêtes mal nourries. C'est une erreur absolue; tant vaut le lait originel, tant vaut la poudre de lait et il faut toujours opérer sur une matière première aussi irréprochable que possible.

Une dernière question se pose à propos de l'étude théorique et industrielle des poudres de lait: c'est la question de leur prix de vente. A l'heure actuelle, la poudre grasse, prise à l'usine, peut être vendue 2 fr. 50 à 2 fr. 80 le kilogramme; la poudre demi-grasse 1 fr. 80 à 2 francs; la poudre maigre 1 fr. à 1 fr. 20. Dans ces conditions, le kilogramme de lait reconstitué revient à 35 centimes (lait entier), 20 centimes (lait demi-écrémé), 10 à 12 centimes (lait écrémé). Ces chiffres doivent être majorés des frais d'emboîtage et de transport, plus ou moins élevés selon les cas, mais le lait en poudre reste toujours d'un prix très abordable et même la poudre maigre donne un produit très bon marché.

La poudre de lait peut servir à l'alimentation animale (élevage des jeunes chiens); elle est utilisée dans la boulangerie, la biscuiterie, la préparation des macaronis et des nouilles. Mais ce qui nous intéresse surtout, c'est l'emploi du lait desséché pour l'alimentation des nourrissons. En Angleterre, en Belgique et en France (Paris, Dieppe et surtout Lyon), on a préconisé la poudre de lait chez le nourrisson normal; avec la poudre de lait on peut pratiquer soit l'allaitement artificiel exclusif, soit l'allaitement mixte; pendant les six premiers mois de la vie, c'est la poudre demi-grasse qu'il faut utiliser; à partir du sixième mois, si l'enfant est bien portant, on donnera la poudre grasse.

D'après le docteur Miele (de Gand) la poudre de lait peut très bien servir d'aliment constant chez les nourrissons normaux jusqu'à l'âge de quatorze et seize mois; le scorbut infantile et le rachitisme n'ont jamais été observés par le docteur Miele sur un très grand nombre d'enfants ainsi élevés. M. Miele donne aussi le lait desséché aux prématurés soit comme alimentation mixte, l'enfant prenant quelques tétées, soit comme alimentation exclusive; on commence par donner à chaque repas, pour un enfant de 2 kilogrammes, 2 grammes de poudre, 2 grammes de sucre, 40 grammes d'eau; puis on augmente la dose, 2g 50 de poudre, 2g 50 de sucre, 45 grammes d'eau; en suivant ces indications, on réussirait dans 90 p. 100 des cas (Miele).

Chez les nourrissons malades, atteints de troubles digestifs, la poudre de lait est parfois mieux supportée que tout autre lait; dans les cas d'intolérance à l'égard du lait de femme, le remplacement partiel ou total des tétées par des repas au lait sec donne souvent de bons résultats; dans les gastro-entérites, chez les atrophiques, le lait sec peut rendre de grands services; Aviragnet, Bloch-Michel et Dorlencourt ont publié des observations très favorables et ils concluent que les nourrissons dyspeptiques tolèrent mieux la poudre de lait que les autres préparations lactées (1).

Pour régler l'emploi de la poudre de lait dans l'alimentation d'un nourrisson, une formule très simple a été donnée par Cazalas : on calcule d'abord la ration en lait ordinaire qui convient à l'enfant de tel âge et de tel poids; puis on exprime cette ration en grammes de poudre, en se rappelant que, chaque fois que l'on aurait dû donner 100 grammes de lait, on donnera :

12 grammes de poudre grasse;
14 grammes de poudre demi-grasse;
16 grammes de poudre écrémée.

Comme pour tous les autres modes d'allaitement, c'est une ration moyenne; il ne faut pas s'y tenir absolument et c'est en pesant l'enfant que l'on verra s'il convient d'augmenter ou de diminuer les doses de poudre de lait.

Nous avons jusqu'ici indiqué l'opinion des médecins qui considèrent la poudre de lait comme donnant d'excellents résultats dans la plupart des cas; il nous faut dire un mot des critiques adressées à ce nouveau mode d'alimentation infantile. D'après J. Chevalier (2) le lait reconstitué avec une poudre maigre est une simple caséine lactosée; il faut être très réservé pour son emploi et J. Chevalier adopte l'opinion exprimée par M. Planchu à la Société de médecine de Lyon (25 avril 1912) : « La poudre de lait vaut mieux que le mauvais lait, plus ou moins mouillé ou fraudé, acheté à bas prix par les familles nécessiteuses. Elle est notablement inférieure au bon lait de vache ordinaire, que l'on trouve couramment à Lyon, à 0 fr. 30 ou 0 fr. 40 le litre. » Pour MM. Variot, Zuber, Lavialle et Sédillot (3), l'emploi de cet aliment nou-

(1) Aviragnet, Bloch-Michel et Dorlencourt. *Soc. de Pédiatrie*, février 1912; *Arch. de médecine des enfants*, septembre 1912.
(2) J. Chevalier. Le lait desséché, *La clinique infantile*, 15 août et 1er septembre 1912.
(3) *Société de Pédiatrie*, janvier 1913.

veau ne constitue pas un progrès sur les méthodes antérieures d'allaitement artificiel; le lait desséché ne leur a pas donné des résultats aussi satisfaisants que l'ont prétendu les premiers observateurs.

Pour ceux qui n'ont aucune expérience du lait desséché, et qui ne peuvent se faire une opinion que par la lecture des travaux publiés sur ce sujet, voici, je crois, l'impression qui se dégage : la poudre de lait doit rendre de précieux services dans les pays où la production laitière est minime, par exemple en Algérie et en Tunisie; chez les nourrissons atteints de troubles digestifs, le lait desséché peut réussir là où d'autres modes d'alimentation ont échoué; en ce qui concerne les nourrissons normaux, on obtient de si bons résultats avec du lait de vache de bonne qualité et soigneusement bouilli, que le lait desséché ne paraît présenter aucun avantage dans les familles soigneuses et aisées; le lait desséché semble être d'un maniement commode dans les milieux où la propreté et le soin sont rudimentaires; il reste bien entendu que toutes ces méthodes d'allaitement artificiel ne doivent être conseillées que si, pour une raison quelconque, l'allaitement au sein est impossible. M. BRELET.

XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Londres, du 6 au 12 août 1913 (1).

SECTION DE PÉDIATRIE (*suite*).

Ainsi que nous l'avons dit dans un précédent article nous allons indiquer ici les principales questions d'orthopédie pure traitées dans le congrès.

Le traitement de la scoliose a été l'objet d'une importante discussion. Son intérêt reposait principalement dans la discussion de la méthode de redressement des scolioses graves préconisé depuis quelques années par Abbott. Nous ne reviendrons pas sur la description de cette méthode que nous avons faite en entier dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 20 juillet dernier.

Deux des rapporteurs, MM. LOVETT (de Boston) et SCHANZ (de Dresde), exposent d'abord les principes généraux du traitement de la scoliose. Pour Schanz, dans la scoliose vraie il y a deux indications principales : réduire la déformation, augmenter la force de sustentation de la colonne vertébrale. Cette seconde indication est capitale. On l'obtient par le traitement de l'état causal, le massage, la chaleur, l'électricité, la gymnastique.

La correction ne peut être aucunement obtenue par la gymnastique. On ne l'obtient que par le redressement forcé et le port de corsets plâtrés. Mais les récidives sont fréquentes, et « le résultat final peut être une plus grande difformité qu'auparavant ». Schanz est assez pessimiste sur les résultats de sa propre thérapeutique : elle ne réussit pas à faire disparaître dans tous les cas la cause de la scoliose, et il ne peut redresser tous les malades, et surtout les maintenir réduits.

Lovett insiste sur la différence entre la scoliose fonctionnelle, ou fausse scoliose, dont le traitement est purement musculaire et consiste à substituer des attitudes correctrices à des attitudes vicieuses, et la scoliose organique ou scoliose vraie. Celle-ci implique, en plus d'attitudes vicieuses, la présence d'une cause osseuse, anomalie congénitale ou maladie acquise qu'on appelle rachitisme tardif. Le traitement général est donc indispensable. Pour le traitement local, le redressement ne peut être obtenu par la gymnastique, la correction avec des appareils tels que ceux de Schulthess est imparfaite. On est en face d'un problème osseux et non musculaire. Lovett est partisan convaincu du redressement forcé avec application de corsets plâtrés. Il discute les différentes manières d'application de la méthode : suspension debout (Wullstein, Schanz), couchée sur le ventre (Lovett), sur le dos avec flexion (Abbott). Toutes les méthodes appliquées avec habileté ont donné des résultats. Il donne cependant la préférence à la technique d'Abbott, bien que sur certains points elle soit encore « sub judice ».

M. ABBOTT (de Portland) expose ensuite sa méthode et en montre les résultats. Trois jours après d'ailleurs, en présence des membres de la section d'orthopédie, il pratique au Royal general orthopaedic Hospital une démonstration sur le malade. Une longue discussion s'engage alors. M. REDARD (de Paris) considère que la nouvelle méthode d'Abbott a eu surtout comme résultat important d'attirer à nouveau l'attention sur la valeur du redressement forcé des scolioses trop délaissé. Il rappelle la technique qu'il a constamment préconisée depuis 1895. Il pense que la méthode d'Abbott est susceptible de redresser les cas moyens, mais il croit que beaucoup de cas graves resteront au-dessus de ses ressources.

M. VULPIUS (de Heidelberg) est un chaud partisan de la méthode d'Abbott qui lui a donné d'excellents résultats et qu'il continuera à appliquer. Il en est de même du professeur SPITZY (de Vienne). M. GOURDON (de Bordeaux) estime que la scoliose est la manifestation locale d'une maladie générale souvent infectieuse. Il en résulte des lésions et des déformations osseuses des vertèbres et des côtes. Le traitement orthopédique est insuffisant, il faut rechercher et traiter l'affection générale. L'auteur a employé avec succès l'extrait d'hypophyse. Le traitement orthopédique est inefficace contre les déformations osseuses. M. FRŒLICH (de Nancy) insiste aussi sur l'importance de l'état général et ne croit pas à la possibilité de la guérison d'une scoliose constituée. M. LANCE (de Paris), partisan du redressement des scolioses graves par la méthode d'Abbott qu'il pratique depuis un an dans le service du professeur agrégé Ombrédanne à l'hôpital Bretonneau, expose les résultats très encourageants qu'il a obtenus jusqu'ici et montre des radiographies de scolioses graves redressées par la méthode d'Abbott.

M. J. B. ROTH (d'Aberdeen) est un partisan convaincu du traitement de la scoliose par la gymnastique. Il expose les principes de sa méthode de traitement par les positions rectifiées et l'exercice. Il ne croit pas qu'une gibbosité puisse être redressée et guérie par le redressement forcé. M. CALOT (de Berck) applique depuis plusieurs mois la technique d'Abbott. Il en a obtenu déjà de beaux résultats, et fait défiler des photographies de malades redressés par cette méthode.

M. CALVÉ (de Berck), qui est aussi un partisan convaincu de la méthode d'Abbott, insiste sur l'insuffisance des photographies comme preuve des redressements de la scoliose, les moulages en série et les radiographies sont indispensables.

M. MENCIÈRE (de Reims) constate que la méthode d'Abbott constitue un progrès certain. Convaincu du rôle puissant des exercices respiratoires pour le modelage correcteur du thorax, il associe maintenant à son propre automodeleur le port du corset plâtré d'Abbott.

M. E. JONES emploie le traitement par les exercices de gymnastique et, entre ces exercices, fait coucher le malade sur le côté de la convexité dans un lit plâtré fait en hypercorrection.

De cette discussion, un peu confuse en apparence, on peut tirer deux grandes tendances :

1° La mise en relief de l'existence d'une cause générale de la scoliose et de la nécessité de son traitement; malheureusement cette cause générale nous échappe encore, des travaux sont indispensables pour arriver à la déterminer d'une façon précise;

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 92, p. 1463 et n° 96, p. 1511.

2° La réhabilitation du redressement forcé des scolioses graves, qui ne guérit peut-être pas tous les malades, mais peut redresser des cas abandonnés par les autres méthodes. Jusqu'à nouvel ordre, la méthode d'Abbott semble être la méthode de redressement la meilleure. Elle constitue un progrès considérable sur ses devancières.

Une autre question mise à l'étude par la section d'orthopédie était le **traitement chirurgical des paraplégies spasmodiques**. Trois rapporteurs, MM. KUTTNER (de Breslau), E. MUIRHEAD LITTLE (de Londres), Oskar VULPIUS (de Heidelberg), ont exposé successivement les progrès accomplis dans ces dernières années. Bien que les neurologistes établissent une différence nette entre la diplégie cérébrale et la paraplégie spinale spasmodique infantile, les auteurs avouent que, cliniquement, il n'y a pas de distinction possible, car il existe presque toujours des symptômes cérébraux (strabisme, anomalies cérébrales) dans la paraplégie spinale. D'ailleurs le même traitement est applicable aux deux.

Les symptômes relèvent de la disparition de l'action régulatrice et inhibitrice du cerveau, sur les centres subcorticaux soumis au stimulus centripète. Comme Küttner le résume de façon imagée, « les centres sous-corticaux sont continuellement éperonnés et jamais refrénés ». Il en résulte des contractures musculaires avec des déformations telles que la marche et même la station debout peuvent devenir impossibles. Depuis plus de vingt ans, on s'est efforcé de remédier à cet état par des redressements, la ténotomie, l'allongement tendineux, la rupture des muscles contracturés suivis de redressement dans les appareils, plus rarement d'arthrodèses et d'ostéotomies. Chacune de ces interventions a donné des succès, en particulier dans les cas de contractures limitées. En les combinant patiemment, on peut arriver à de très beaux résultats orthopédiques.

Depuis 1908, à la suite de J. J. NUTT (de New-York), puis de O. FŒRSTER (de Breslau), on a tenté de substituer aux opérations sur les muscles les sections de leurs nerfs moteurs afférents, ou des racines sensitives au niveau de leurs centres médullaires. Nutt pratiquait la section du sciatique suivie de sa suture, Fœrster et Tietze la section de plusieurs racines postérieures des nerfs dans le canal rachidien, Guleke proposa ensuite leur section hors de la dure-mère, Taylor la section des seules parties des racines correspondant aux nerfs des muscles contracturés.

Plus récemment, Stöffel fait porter la section sur les nerfs moteurs eux-mêmes en ne coupant que la partie du nerf où passent les fibres nerveuses destinées au muscle atteint. Vulpius tente un certain nombre de transplantations nerveuses pour remplacer ces sections.

D'autres auteurs comme Allison et Schwab remplacent la section des filets nerveux par leur destruction au moyen d'injections d'alcool dans le nerf.

Les trois rapporteurs vantent les résultats obtenus par chacune de ces méthodes. La section nerveuse paraît supérieure aux injections d'alcool. Quant à savoir si la préférence doit être donnée à la section de la racine postérieure, aux névrotomies partielles de Stöffel, aux transplantations nerveuses de Vulpius, l'avenir seul peut le dire. Chaque méthode possède des guérisons et des échecs, des avantages et des inconvénients.

En tout cas, il ne faut intervenir que si l'état mental du sujet le permet. E. M. Little insiste sur l'importance du traitement de rééducation postopératoire. Si l'on a affaire à un enfant d'insuffisance mentale certaine, il vaut mieux s'abstenir. Dans le cas de doute sur l'intelligence de l'enfant, il vaut mieux opérer, car l'amélioration de l'état physique est suivie parfois d'une surprenante transformation de l'état mental. Il faut opérer vers trois ans et ne pas attendre trop tard.

M. MENCIÈRE (de Reims) a eu de bons résultats par les interventions musculaires et n'use que de celles-ci jusqu'à nouvel ordre.

Parmi les communications libres de la section, nous relevons une **classification des lésions congénitales de la colonne vertébrale et des côtes**, par Max BÖHM (de Berlin), avec d'intéressantes projections de schémas et de pièces de scoliose congénitale.

M. MAUCLAIRE (de Paris) présente trois observations de **scoliose cervicale primitive** dont l'une avec paraplégie intermittente qui guérit par le port d'une minerve pendant un an. M. MENCIÈRE (de Reims) expose sa technique pour la cure des **paralysies flasques du membre supérieur** consécutives aux paralysies infantiles (greffe du grand pectoral et du trapèze pour la paralysie du deltoïde, greffes au niveau du poignet, des doigts, du pouce). M. MAUCLAIRE (de Paris) a observé plusieurs cas de **subluxation du poignet** (maladie de Dupuytren-Madelung), les cas légers sont fréquents chez les joueurs de tennis. Il montre les radiographies de deux cas graves. L'un est un radius curvus, l'autre une lésion épiphysaire avec déformations nettes du cartilage de conjugaison.

R. C. EMSLIE (de Londres) présente une longue étude sur la **coxa vara, sa pathogénie et son traitement**. En dehors des coxa vara fausses, il distingue trois classes de faits bien distincts : les coxa vara congénitales avec leur col volumineux mal orienté, les coxa vara rachitiques de l'enfance avec une inflexion à la base du col et une intersection fibreuse le plus souvent à ce niveau, les coxa vara de l'adolescence avec glissement de l'épiphyse en bas et en arrière. Ces dernières sont souvent consécutives à un décollement épiphysaire traumatique mal consolidé, mais il existe des cas indéniables où il n'y a pas eu de traumatisme ou dans lesquels des douleurs ont précédé le traumatisme. Dans tous les cas on doit prescrire le traitement par le repos et n'avoir recours au traitement chirurgical (ostéotomie, résection de la tête) que dans les cas graves et invétérés.

M. MAUCLAIRE (de Paris) rappelle la classification qu'il a proposée pour les déviations pathologiques du col fémoral et présente un cas de **coxa valga hypoflecta** consécutif à une arthrite infectieuse de la hanche au cours d'une entérite, très amélioré par une ostéotomie. M. César ROUX (de Nice) expose son procédé de **redressement des pieds bots** du nouveau-né en deux temps : redressement de l'adduction d'abord, puis de l'équinisme.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE expose les résultats de son **opération du pied bot par l'ablation de tous les os du tarse** qu'il a récemment communiquée à l'Académie de médecine. Il a pratiqué 42 fois l'opération chez des adultes pour des déformations extrêmes, puis chez le jeune enfant. Chez ce dernier on assiste à une régénération osseuse presque complète. Les résultats fonctionnels sont excellents. M. P. V. BADIN (de Paris) insiste sur l'**importance de la radiographie dans l'étude du pied plat valgus des adolescents.**

Dans notre prochain article, nous verrons les principales discussions de la section de chirurgie générale.

M. LANCE.

SECTION DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'appareil musculaire excitateur et combinateur du cœur. — M. O. JOSUÉ (de Paris), rapporteur. La notion des localisations cardiaques est une acquisition récente. Mises en lumière grâce aux recherches physiologiques, ces localisations ont été retrouvées en pathologie humaine. Cette notion domine toute l'histoire clinique et anatomo-pathologique des myocardites. Elle nous fait comprendre pourquoi la sympto-

matologie constatée pendant la vie n'est pas toujours adéquate aux lésions du myocarde trouvées à l'autopsie. On n'avait pas été sans remarquer, en effet, qu'à des troubles très marqués répondent parfois des lésions minimes et qu'inversement des lésions étendues donnent lieu, dans certains cas, à des manifestations légères.

C'est qu'à vrai dire la localisation des lésions importe plus que leur étendue. Par exemple, une petite cicatrice scléreuse interrompant le faisceau de His aura des conséquences autrement sérieuses qu'une lésion beaucoup plus étendue siégeant dans la paroi antérieure des ventricules.

Nous avons passé en revue les manifestations permettant d'établir les localisations dans les différentes portions du muscle cardiaque. Nous avons étudié les troubles qui caractérisent l'apparition de foyers d'origine anormaux des systoles cardiaques, et ceux qui permettent de diagnostiquer l'interruption des faisceaux de conduction. Nous avons envisagé successivement les reliquats embryonnaires du tube cardiaque primitif, portions spécialisées en vue de la production et de la transmission de la contraction cardiaque, et le reste du myocarde.

Les localisations cardiaques doivent être considérées comme des localisations de fonctions. De ce qu'on a pu localiser ces troubles dans une région du cœur, on n'est pas en droit d'admettre qu'on trouvera à coup sûr une lésion matérielle dans la région incriminée. Le trouble fonctionnel siège dans une région précise du muscle cardiaque, mais il n'est pas toujours facile de se rendre compte dans quelle mesure il dépend d'une lésion locale, ou d'une autre cause, comme l'influence du système nerveux.

M. Thomas LEWIS (de Londres), rapporteur. Le travail du docteur Lewis résume des observations relatives à l'appareil régulateur du cœur chez les mammifères. En comparant les formes des courbes électriques obtenues par l'excitation des diverses régions de l'oreillette avec les courbes électriques normales, et en étudiant les formes des courbes électriques obtenues en partant directement du tissu auriculaire, il arrive à cette conclusion que la poussée de contraction prend naissance dans le voisinage immédiat du nodule sinu-auriculaire pour le cœur normal. Les applications de chaud et de froid en divers points de l'oreillette ont permis d'établir le fait que les impulsions sont créées dans le même voisinage. Des expériences dans lesquelles on a provoqué une lésion du nodule par une action mécanique, chimique ou thermique, viennent confirmer encore cette conclusion. Le nodule sinu-auriculaire est le régulateur du cœur chez tous les mammifères.

M. I. MACKENSIE (de Glasgow), rapporteur. Le nodule sinu-auriculaire et le nodule auriculo-ventriculaire ainsi que le faisceau musculaire connectif ont leurs homologues dans les divers types de cœurs des vertébrés. Chez les poissons, ils ont la forme d'anneaux musculaires individualisés, entourant les orifices sinu-auriculaires et auriculo-ventriculaires. Ils passent de l'état d'anneaux à celui de faisceaux étalés, en conséquence des modifications morphologiques grâce auxquelles le cœur se segmente pour réaliser la propulsion du sang veineux et du sang artériel. Le faisceau sinu-auriculaire est dérivé de l'anneau sinu-auriculaire primitif et le faisceau auriculo-ventriculaire est probablement dérivé en partie du tissu sinu-auriculaire et en partie du canal auriculaire. Le premier emprunte son innervation au côté droit et le second au côté gauche. Leur fonction est en relation, d'une façon jusqu'ici non expliquée, avec la coordination des mouvements du cœur.

La pathologie des corps gras et des lipoïdes. — MM. Ivar Christian BANG (de Lund) et Sigmund FRÄNKEL (de Vienne), rapporteurs.

Comment examiner le faisceau de His? — MM. L. RÉNON et E. GÉRAUDEL (de Paris). Les auteurs pensent que la meilleure manière d'examiner le faisceau de His comprend les opérations successives suivantes :

1° Fixation du cœur non ouvert;

2° Ouverture du cœur droit;

3° Repérage du bloc à inclure, par rapport à la face droite auriculo-ventriculaire;

4° Débit du bloc en coupes sériées horizontales;

5° Mode de coloration des coupes.

A propos de la coloration des coupes, les auteurs insistent sur la différence très marquée qui existe dans le réseau conjonctivo-élastique mêlé aux fibres myocardiques, selon qu'on examine le myocarde proprement dit ou le faisceau atrio-ventriculaire. Ces fibrilles élastiques sont très développées au niveau de cette dernière formation ainsi qu'au niveau du nœud sino-auriculaire. Colorables par la fuschiline de Weigert, elles permettent de différencier ces régions cardiaques au cours des recherches histologiques normales et pathologiques. Ces fibrilles élastiques assurent probablement l'état d'équilibre nécessaire au bon fonctionnement des éléments conducteurs sino-atrio-ventriculaires, en suppléant au faible degré de contractilité de ces fibres myocardiques spéciales.

La pathologie de l'ulcère gastrique. — M. C. BOLTON (de Londres).

La pathologie du « shock ». — MM. G. W. CRILE (de Cleveland, U. S. A.), et Yandell HENDERSON (de New-Haven, U. S. A.)

Résumé du rapport de M. HENDERSON :

Le shock, au sens large dans lequel le terme est souvent employé, n'est pas un trouble particulier nettement défini, mais un ensemble d'états d'apparence superficiellement similaire. Ce terme est aussi appliqué à des modes très divers de mort subite. Nos connaissances actuelles de la physiologie pathologique de ces processus est brièvement exposée par l'auteur. La théorie de l' « acapnia » ou de l'apnée mortelle, comme effet de la douleur ou d'excitations de tous ordres, est également exposée et des cas typiques sont cités à l'appui. Le shock, dans le sens d'arrêt de la circulation, est défini comme étant dû, non à la fatigue, à la paralysie, à l'inhibition ou à quelque défaillance des centres vaso-moteurs, mais à un processus qui amène la diminution du volume du sang et qui résulte d'un état de la circulation pratiquement identique à celui qui est produit par l'hémorragie.

Les greffes de tissus normaux en relation d'affinités zoologiques ou individuelles (autoplastique, isoplastique, hétéroplastique). — MM. Max BORST (de Münich) et Montrose BURROWS (de New-York), rapporteurs.

Action des corps radio-actifs et des radiations sur les tissus normaux et pathologiques. — M. O. HERTWIG (de Berlin), rapporteur. Les radiations du radium et du mésothorium amènent avant tout des modifications dans les éléments du noyau des cellules végétales et animales. C'est pourquoi les ovules et les spermatozoaires, malgré la nature très différente de leur protoplasma, exposés à des radiations d'égale intensité, subissent des modifications sensiblement aussi prononcées. La preuve en est fournie par l'arrêt du développement de l'œuf fécondé lorsque l'une des deux cellules germinatives a été soumise aux radiations avant la fécondation. A la suite d'une exposition intensive des spermatozoaires aux radiations, les œufs fécondés par eux ne donnent plus qu'un développement parthénogénétique. L'hypothèse, jadis émise, que c'était la lécithine qui se trouvait alors décomposée à l'intérieur des cellules, n'est, par suite, plus soutenable. Les cellules embryonnaires et en voie de multiplication active, les éléments non encore différenciés, chez qui les substances nucléaires l'emportent sur la substance protoplasmique, sont plus profondément modifiées par les actions radioactives que les éléments figurés complètement développés.

M. W. S. LAZARUS-BARLOW (de Londres), rapporteur. Les travaux antérieurs ont démontré que des effets nuisibles peuvent être produits sur les cellules vivantes par de fortes doses de radiations et particulièrement par les rayons alpha. Des substances chimiques peuvent être décomposées. Il est certain que de très faibles doses peuvent stimuler la prolifération des cellules. Ceci est important parce que, fait suggestif, des traces minimes de radium même ont été trouvées associées au carcinome dans le corps humain. Il est probable que l'action des rayons X et des rayons durs gamma est indirecte, c'est-à-dire fonction des rayons mous secondaires auxquels ils donnent naissance. Toute cette question demande encore des recherches plus étendues.

Sur les réactions cytologiques produites dans les tissus par les dépôts locaux de cristaux de cholestérine. — M. ROUSSY (de Paris). L'auteur a étudié particulièrement les réactions cellulaires provoquées dans les cholestéatomes par les dépôts locaux de cristaux de cholestérine. Ces observations ont porté sur : deux cas de parois de vésicules lithiasiques; une paroi de vaginale dans un cas d'hydrocèle essentielle ; un kyste ancien et à paroi très fibreuse du corps thyroïde ; un kyste du mésentère ; une tumeur inflammatoire de la gencive ; un fibro-adénome du sein ; un épithélioma primitif du rein ; une tumeur volumineuse de la région pararénale ; un épithélioma malpighien de la main. Dans tous ces cas, on trouve des fentes ou lacunes allongées fusiformes le plus souvent, qui sont, soit orientées en tous sens, soit parallèles, et qui forment par leur groupement des amas en un ou plusieurs points de la préparation ; ces lacunes enfin sont vides de contenu. Leurs parois sont formées par des cellules aplaties du type endothélial, ou encore par de véritables cellules épithélioïdes ou enfin par de vastes masses plasmodiales. Ces cellules géantes se retrouvent également en très grande abondance dans les zones interlacunaires. Avec leur cytoplasme de forme irrégulière, mais plutôt allongée, à réaction plutôt basophile, avec leurs nombreux noyaux très chromophiles, aussi bien centraux que périphériques, ces cellules ont tous les caractères de cellules dites « de corps étrangers ». L'aspect histologique est identique à celui qu'on observe dans les cholestéatomes des plexus choroïdes du cheval. L'analogie permet de rapprocher ces deux ordres de faits comme type de dépôts locaux de cristaux de cholestérine. En résumé, ces faits semblent présenter un double intérêt : *a.* au point de vue cytologique pur, ils montrent que la présence de cristaux de cholestérine et d'acide gras dans les tissus donne une image très particulière et très caractéristique, difficile sinon impossible à interpréter au premier abord, et qui, par contre, se reconnaît facilement, quand on est prévenu, même sur des préparations ordinaires après passage dans les alcools ; *b.* à un point de vue plus général, ils montrent l'existence et la fréquence des dépôts locaux de cholestérine sous forme cristalline, se faisant secondairement dans les tissus, au cours des processus inflammatoires ou néoplasiques (surtout kystiques).

Le phénomène de la conglutination neurofibrillaire cellulaire dans la pathologie du système nerveux central des mammifères adultes. — M. A. DONAGGIO (de Modène).

L'origine tuberculeuse des thyroïdites. — M. Joseph HOLLOS (de Sreged). La connaissance de la symptomatologie clinique des intoxications tuberculeuses, d'une part, et, d'autre part, les résultats excellents obtenus avec le traitement par les corps immunisants de C. Spengler chez les malades basedowiens, ont amené l'auteur à la conviction que les thyroïdites sont, dans la grande majorité des cas, d'origine tuberculeuse. Le foyer de l'infection tuberculeuse est presque toujours dans les sommets, sous une forme latente, à peine ou point constatable par les moyens physiques ordinaires. Les toxines ou virus atténués produisent, par excitation de la thyroïde, la thyroïdite basedowienne ou pseudo-basedowienne, des intoxications tuberculeuses simples.

Sur 33 malades, l'auteur a constaté dans 21 cas une hérédité tuberculeuse prononcée, et, dans 28 cas, une bacillose légère des sommets décelable par les méthodes physiques ordinaires. M. Hollos a employé les corps immunisants dans 26 cas : 10 ont guéri, 15 ont été améliorés. Dans le cours du traitement, il y eut des réactions toxiques spécifiques chez plusieurs malades : fièvre, arthralgies, céphalalgie, diarrhée, aggravation de la tachycardie, dysménorrhée, etc. Chez quelques malades, surtout dans les cas subaigus, la régression de tous les symptômes et la guérison complète ou temporaire étaient obtenues au bout d'un temps relativement court (quelques mois); mais, dans la plupart des cas, un traitement tenace était nécessaire. Le traitement spécifique (avec tuberculine ou mieux corps immunisants) doit donc être essayé dans certains cas de thyroïdite.

Les états pathologiques créés par un régime défectueux. — MM. F. GOWLAND HOPKINS (de Cambridge) et H. SCHAUMANN (de Hambourg), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. SCHAUMANN :

Les recherches récentes ont montré, contrairement à l'opinion généralement reçue jusqu'à ces derniers temps, qu'une alimentation rationnelle ne dépend pas seulement de sa teneur, en proportions suffisantes, en albumines, en hydrates de carbone, en combinaisons minérales de diverses sortes, et en eau, comme matériaux alimentaires — mais que le mode de groupement des albumines, de même que la présence d'éléments qu'on ne connaissait pas et dont, par suite, on n'avait pas tenu compte jusqu'ici, dans l'alimentation, avaient une importance considérable pour l'équilibre organique des animaux supérieurs. L'auteur passe en revue les résultats obtenus, à l'heure actuelle, sur les points suivants :

1° Une alimentation, même composée, en quantité suffisante, des matériaux alimentaires ci-dessus énumérés, est incomplète si, dans l'albumine introduite, il manque certains amino-acides (acyclo-poïèse de l'organisme).

2° Une alimentation rationnelle dépend surtout de sa teneur en certains composés jusqu'ici inconnus ou considérés comme non essentiels, dont les proportions, dans les matériaux nutritifs paraissent relativement très faibles, et variables.

3° Parmi ces composés, jusqu'ici, on a isolé à l'état cristallisé une *vitamine* dont le mode d'action, au moins indirect, est mis en lumière par l'auteur.

4° Cette base azotée n'est, selon toute apparence, qu'une des multiples combinaisons qui, outre les matériaux nutritifs indiqués plus haut, sont nécessaires dans une alimentation rationnelle.

5° Ces composés, habituellement contenus en faible proportion dans la plupart des aliments, se trouvent relativement en plus grande abondance dans certaines substances végétales et animales (levure, péricarpe des graminées, testicules, cerveau, cœur, ovules des mammifères et surtout des oiseaux). C'est à cette circonstance que ces dernières substances doivent leur rôle salutaire et protecteur.

6° Les composés connus jusqu'ici n'existent qu'en faible portion à l'état libre : la plupart se rencontrent dans les aliments sous forme de corps d'une haute complexité moléculaire et, pour une part, à l'état de combinaisons phosphorées (phosphates, nucléine, etc.).

7° Leur mode d'action montre qu'ils jouent le rôle de facteurs intermédiaires dans les échanges organiques, avec une action propre et spécifique pour chacun de ces composés.

8° L'absence ou l'insuffisance d'un ou de plusieurs de ces composés paraît entraîner, selon le mode d'action propre à chacun d'eux, des troubles spécifiques des échanges organiques, troubles dont l'effet se révèle dans quelques maladies

infantiles plus ou moins typiques (béribéri, scorbut, maladie de Möller-Barlow, pellagre, etc.)

9° La plupart de ces composés se comportent comme des substances très instables, facilement altérées par le temps, la chaleur, les alcalins, comme par les champignons et les moisissures, ou par la coction prolongée, la macération, etc.

10° Les procédés connus jusqu'ici pour l'obtention de cette classe de corps à l'état pur sont très imparfaits et ne permettent ni de les isoler ni de savoir s'ils existent à l'état libre ou sous forme de combinaisons complexes, ni même laquelle de ces combinaisons se trouve réalisée, dans les aliments envisagés.

11° En raison de ces difficultés on ne peut dire d'avance avec certitude si les corps, appartenant à ce groupe, qui renferment du phosphore, ne jouent pas quelque rôle dans la teneur en phosphore de la molécule organique complète. Un choix d'observations pour et contre montre que les échanges phosphorés sont influencés d'une façon particulièrement favorable par la présence de l'un ou de plusieurs des corps en question.

Le diagnostic des maladies gastriques, spécialement du carcinome par l'analyse chimique du contenu gastrique. — M. G. Graham (de Londres).

Le cancer. — MM. E. F. Bashford (de Londres), E. Freund (de Vienne), et C. Neuberg (de Berlin), rapporteurs.

L'aminoacidurie pathologique. — MM. Labbé et Bith. Le métabolisme des acides aminés, molécules constituantes des substances protéiques, offre un intérêt primordial. A l'état normal ils sont presque entièrement combinés dans l'organisme ; on ne retrouve dans les urines que 0g,05 à 0g,35 d'azote aminé par jour, et le rapport de l'azote aminé à l'azote totale $\left(\frac{Aza}{AzT}\right)$ varie de 0,5 à 3,5 p. 100.

A l'état pathologique leur combustion est incomplète et l'on en retrouve de bien plus fortes proportions dans les urines. L'hyperaminoacidurie se rencontre dans trois circonstances : 1° au cours des maladies du foie, chaque fois que la cellule hépatique est lésée anatomiquement ou troublée gravement dans ses fonctions ; l'excrétion d'azote aminé peut atteindre 0,60 et plus ; le rapport $\left(\frac{Aza}{AzT}\right)$ peut monter jusqu'à 80 p. 100 ; 2° au cours du diabète avec dénutrition, compliqué d'acidose ; elle résulte d'un trouble du métabolisme protéique, trouble commençant par la mauvaise combustion de la molécule carboxylée de l'acide aminé (acidose), et se poursuivant par une insuffisance aminoacidolytique (aminoacidurie) ; c'est dans ces cas que l'on rencontre les plus fortes éliminations d'aminoacides ; le chiffre d'azote aminé peut monter jusqu'à 3 grammes et le rapport $\left(\frac{Aza}{AzT}\right)$ jusqu'à 20 p. 100 ; 3° dans les affections au cours desquelles les destructions tissulaires sont rapides et abondantes (leucémie, pneumonie, fièvre typhoïde, cancer).

Pour mettre en lumière l'aminoacidurie on peut utiliser l'ingestion de peptone à la dose de 20 grammes. Cette épreuve augmente l'excrétion d'aminoacides chez les malades atteints d'une insuffisance hépatique.

Recherche comparée de l'amylase de la salive, des fèces, des urines pour le diagnostic de l'insuffisance pancréatique. — M. A. Ferrannini (d'Amerino).

La sulfhémoglobinurie. — M. Mackenzie Walles (de Londres).

Applications cliniques de la chimie pathologique. — MM. le professeur O. Folni (de Boston, U. S. A.) et Garrod (de Londres), rapporteurs.

La chimie pathologique du tube digestif. — MM. les professeurs Otto Cohnheim (d'Heidelberg) et G. Barger (de Londres), rapporteurs.

L'urologie dans le cancer. — M. Alex. Desgrez (de Paris).

(A suivre.) STEPHEN CHAUVET.

HYDROLOGIE

LES STATIONS FRANÇAISES A L'EXPOSITION DE GAND

Le 18 août, le docteur G. Bardet, directeur du laboratoire d'hydrologie générale à l'Ecole des hautes études, secrétaire général de l'Institut d'hydrologie de Paris, a fait à l'exposition de Gand une intéressante conférence sur les stations balnéaires, climatiques et thermales de France. Il a montré comment, grâce à sa configuration géographique, et à la constitution géologique de ses terrains, la France présente une variété considérable de sites et de conditions climatiques très spéciales, tant sur son littoral que dans les régions alpestres. On peut dire que tous les climats se trouvent représentés dans le pays, et aussi toutes les conditions relatives aux différentes altitudes. On n'a donc que l'embarras du choix pour diriger les malades vers les stations les plus propres à améliorer leur état morbide, puisque toutes les indications thérapeutiques peuvent se trouver remplies.

Au point de vue thermal, le conférencier a établi que, en raison des mêmes conditions géologiques, la France se trouve posséder une quantité considérable d'eaux minérales, et particulièrement d'eaux thermales de haute température, provenant presque toutes directement des profondeurs du sol, et représentant, au point de vue de la composition, une gamme infiniment variée et des plus délicates.

Grâce à ces conditions matérielles, scientifiquement démontrées, les eaux françaises, en tant que médicaments, possèdent des propriétés très différenciées, ce qui a permis de les spécialiser d'une manière très variable au traitement des différents groupes d'affections. Il est en effet intéressant de noter que, tandis qu'en Allemagne la tendance générale considère l'eau minérale comme un accessoire certainement utile, mais non nécessaire, ce qui permet d'affecter une station quelconque au traitement de toutes les maladies, en France la tendance est diamétralement opposée.

La thérapeutique hydrominérale française a pour caractéristique d'utiliser les propriétés pharmacologiques très nettes de ces eaux si variées, et de les spécialiser à certaines affections ; cela est certainement au point de vue médical un avantage très considérable.

En terminant, le docteur Bardet a rapidement exposé l'importance de la part contributive prise en France dans l'étude scientifique des eaux minérales, il a rappelé les travaux récents de Curie, de Moureu et d'Urbain, et surtout du professeur Garrigou (de Toulouse), travaux qui ont eu pour effet de mettre au jour des notions très modernes qui montrent la grosse importance de l'étude de l'eau minérale, non seulement au point de vue médical, mais encore au point de vue des sciences physico-chimiques et de la minéralogie. C'est grâce à l'importance de ces travaux particuliers qu'il a pu être fondé tout récemment à Paris un Institut d'hydrologie qui aura le grand avantage de concentrer, dans un établissement spécialement affecté à l'étude des eaux et de l'atmosphère, la collaboration de toutes les compétences. Il n'y a aucun doute que cette création nouvelle si intéressante n'amène de rapides progrès dans les découvertes qui peuvent être faites sur ce terrain très nouveau.

ANALYSES

MÉDECINE

Colite ulcéreuse due à un parasite flagellé, le lamblia intestinalis, perforation, mort. (G. FAIRISE et C. JACQUOT. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, juin 1913.) — Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans qui présenta, étant au Tonkin, une affection dysentériforme de courte durée. Trois ans après son retour en France, il souffrit, sans cause apparente, de troubles intestinaux caractérisés par une diarrhée intense et rebelle. Ces troubles duraient depuis près de douze ans quand le malade fut pris brusquement de symptômes péritonéaux dont il finit par mourir. On trouva, à l'autopsie, des lésions anciennes et récentes de péritonite et une colite ulcéreuse chronique. Les altérations rencontrées étaient comparables à celles de la dysenterie chronique amibienne et produites par l'amœba dysenteriæ. Les parasites, très nombreux, présentaient tous les caractères morphologiques des Lamblia intestinalis, protozoaires de la classe des Flagellés, qui étaient considérés jusqu'à présent comme des hôtes presque inoffensifs de l'intestin de l'homme et des animaux. B. GAYARD.

Contracture spasmodique des muscles du cou et de la nuque, symptôme de la tuberculose au début. (POTTENGER. *Zeit. f. Tuberk.*, Bd XIX, H. 4). — L'auteur attire l'attention sur un signe de la tuberculose au début, signe qu'il a étudié et qu'il décrit minutieusement. Il s'agit d'une contracture spasmodique des muscles du cou et de la nuque du côté atteint, contracture plus aisément appréciable par la palpation que par la vue, et qui s'accompagne presque constamment d'un spasme du diaphragme du même côté.

A l'inspection l'on constate une asymétrie des deux sommets, les scalènes, le sterno-cléido-mastoïdien et même le trapèze du côté atteint étant plus proéminents ; la palpation donne une sensation de rigidité. Quant au spasme du diaphragme, il se manifeste par une moins grande amplitude inspiratoire du côté malade.

Il peut y avoir de la difficulté à apprécier ce signe lorsqu'il existe des lésions anciennes, car il existe alors de l'atrophie des muscles de l'épaule correspondante, ce qui peut faire croire à une hypertrophie de ceux du côté opposé ; mais la palpation permet de reconnaître une diminution de la résistance et de l'élasticité des tissus dégénérés. S'il s'agit d'un foyer en activité au niveau d'une lésion ancienne, on constatera la présence d'une atrophie musculaire combinée à du spasme.

Cette contracture spasmodique et celle du diaphragme seraient d'origine réflexe. A. GAULLIEUR L'HARDY.

MÉDECINE INFANTILE

Azotémie et athrepsie. La forme athrepsique de l'azotémie des nourrissons. (NOBÉCOURT et MAILLET. *Soc. de pédiat.*, 12 nov. 1912.) — Les auteurs ont étudié au point de vue de la rétention azotée quinze enfants athrepsiques du service du professeur Hutinel. L'albuminurie a été constatée dans tous les cas, à la dose de 15 à 20 centigrammes par litre. Le sucre fait toujours défaut et l'ingestion de 4 grammes de glucose par kilogramme de poids n'a jamais provoqué de glycosurie.

Dans le sérum, on constate une augmentation du taux de l'albumine jusqu'à 70 et 90 grammes, alors que la normale est de 60. L'urée a été dosée dans le liquide céphalo-rachidien; chez ces 15 athrepsiques il a été trouvé sept fois plus d'un gramme d'urée par litre, 8 fois un taux supérieur à 50 centigrammes.

Chez les nourrissons non athrepsiques atteints de cachexie d'autre nature, syphilitique, tuberculeuse, etc., le taux de l'urée a toujours été inférieur à 50 centigrammes par litre.

On retrouve d'ailleurs chez les athrepsiques tous les signes qui caractérisent avant tout l'azotémie : inappétence progressive, torpeur, cachexie sèche progressive. L'athrepsie paraît ainsi devoir être rattachée au syndrome azotémie.

B. GAYARD.

De la fièvre alimentaire ou syndrome de Finkelstein. (Fernandes FIGUEIRA et Ursulina LOPES. *Arch. de méd. des enf.*, janv. 1913.) — Le *syndrome de Finkelstein* est une fièvre produite principalement par le lait, à laquelle ne contribuent pas les processus bactériens, mais exclusivement des phénomènes de physique et de chimie biologiques, dont les points de départ sont le sucre et les sels du lait. Selon M. Finkelstein, non seulement la fièvre alimentaire peut apparaître à la suite de la diète hydrique, mais elle peut aussi constituer l'accès primitif de la maladie. L'action fébrigène du sel et du sucre peut se montrer à n'importe quel âge, mais elle est plus nette, et surtout plus fréquente, chez les tout petits enfants et chez les dyspeptiques.

L'action pyrétogène de ces substances est difficile à comprendre. M. Finkelstein invoque l'hypothèse suivante. A l'état normal, la muqueuse intestinale possède la propriété de désintoxiquer le sel et le sucre; cette action diminuée par une altération de la muqueuse pourrait être suppléée par le foie; mais si le foie et l'intestin sont simultanément lésés, la substance toxique pénètre telle quelle dans l'organisme et favorise sans doute l'élaboration de substances capables d'influencer le centre de la régularisation thermique. Suivent de nombreuses observations fort bien étudiées de ce syndrome de Finkelstein. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Un cas de thrombose de la veine cave inférieure. (Thomas WILLET et E. W. MAECHLE. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LX, n° 24, 14 juin 1913, p. 1878.) — Cas intéressant à cause du diagnostic fait pendant la vie et de la guérison par établissement de la circulation collatérale, pour laquelle les auteurs ont soin de ne réclamer aucun mérite. Une femme de trente ans, pendant un accouchement, présente une légère éclampsie, des symptômes de toxémie et, trois semaines après l'accouchement, des douleurs dans la jambe droite. Deux semaines après, oligurie progressive (jusqu'à 120 grammes par jour) avec albumine, cylindres, leucocytes. Facies urémique. Comme il y avait douleur vive à la pression, rigidité des muscles et qu'on pouvait sentir dans la région ilio-lombaire droite une masse régulière et lisse, on fit un diagnostic d'abcès périnéphrétique. A l'incision on trouva une infiltration séreuse considérable de l'atmosphère périrénale droite. Le rein était congestionné. Derrière le rein on trouva la masse sentie à la palpation, qui n'était autre que la veine cave inférieure thrombosée en entier, depuis les veines iliaques jusqu'à l'hiatus diaphragmatique. Drainage de l'espace périrénal. On assiste au développement progressif de la circulation collatérale. Deux mois et demi après l'opération, la malade se porte bien sauf un peu de gonflement des pieds quand elle est restée trop longtemps debout. F. GARDNER.

DERMATOLOGIE

Essai sur l'autohématothérapie dans quelques dermatoses. (Paul RAVAUT. *Annales de dermatol. et de syphil.*, n° 5, mai 1913, pp. 292-296.) — Les recherches de quelques auteurs allemands Mayer et Linser, Henck, Spiethof ayant vanté les résultats obtenus dans quelques dermatoses par injection aux malades de sérum humain ou même de son propre sérum, Ravaut reprit ces expériences et simplifia encore le procédé en réinjeclant directement aux malades son propre sang, faisant ainsi l'*autohématothérapie*. Pratiquement il ponctionne la veine et réinjecte immédiatement 20 à 25 centimètres cubes. L'opération est répétée tous les deux jours, même tous les jours. Il a traité ainsi avec succès les cas les plus

disparates : eczéma séborrhéique, eczéma rubrum, dermatite exfoliatrice chronique, lichen de Wilson, psoriasis, acné, blennorragie, orchite blennorragique. Les lésions prurigineuses sont surtout améliorées par cette méthode. Les autres lésions peuvent également bénéficier de cette thérapeutique ; peut-être faut-il penser que cette injection de sang active les réactions humorales et phagocytaires de l'individu. Cette pratique de l'autohématothérapie donne des résultats semblables à ceux de l'hétéro et autosérothérapie; elle est enfin encore plus simple. Ajoutons que l'auteur n'a jamais observé ni le phénomène d'Arthus ni le moindre accident anaphylactique.

P. GASTINEL.

NEUROLOGIE

Névrites périphériques par ischémie. (DUHOT, PIERRET et VERHAEGHE. *L'Encéphale*, 10 février 1913.) — L'ischémie, résultant d'altérations vasculaires de cause locale, peut être un facteur étiologique des névrites périphériques. Les processus peuvent être de deux modes, aigu ou chronique.

Dans les cas aigus, après embolie ou thrombose rapide, ligature ou hématome artériel, l'ischémie provoque des modifications rapides et profondes de la motilité, de la sensibilité des réflexes, dues à des lésions histologiques de névrite parenchymateuse dégénérative.

Dans les cas chroniques, il s'agit d'artérite progressive avec oblitération des vasanervorum. Des troubles fonctionnels se surajoutent à l'affection primitive, ils sont dus à des altérations à la fois parenchymateuses et interstitielles. Certains, localisés aux extrémités, tels que ceux qu'on observe dans la claudication intermittente et la maladie de Raynaud, relèvent peut-être de l'ischémie. On doit tenir compte spécialement de la distribution globale et terminale des troubles nerveux qui offrent souvent l'apparence d'une topographie segmentaire et dont la limite n'est autre que celle de l'ischémie.

Les auteurs rapportent une observation de troubles polynévritiques apparus après une grande hémorragie et une élévation prolongée des membres inférieurs. Les troubles moteurs s'accompagnaient d'atrophie musculaire et de réaction de dégénérescence partielle, de troubles sensitifs et trophiques, portant sur tous les nerfs mixtes des jambes et des pieds. Les symptômes ne s'atténuèrent que peu à peu. P. CAMUS.

COURS ET CONFÉRENCES

CONFÉRENCES THÉORIQUES ET PRATIQUES D'ÉLECTROLOGIE, DE RADIOLOGIE ET DE RADIUMLOGIE. — Sous le patronage de l'Administration de l'Assistance publique, les chefs des laboratoires d'électroradiologie des hôpitaux de Paris organisent une série de conférences sur l'électrologie médicale (revue sommaire de l'électrophysique, électrodiagnostic, électrothérapie), sur la radiologie (radioscopie, radiographie, radiothérapie) et sur la radiumlogie; accessoirement, quelques conférences seront consacrées à la douche d'air chaud, à la photothérapie, aux applications de la neige carbonique.

Les conférences théoriques, au nombre d'une soixantaine, auront lieu à raison de deux par jour à quatre heures trente et à cinq heures quarante-cinq, à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié; mais de plus, les élèves seront répartis par série de dix dans les différents laboratoires de façon à ce que leur matinée tout entière soit consacrée à l'instruction pratique.

En somme, en un mois de séjour à Paris, les élèves pourront, sinon apprendre une spécialité qui demande un apprentissage clinique, au moins recevoir un enseignement complet théorique et pratique : s'ils veulent faire de la médecine générale, ils auront acquis d'une façon précise les grandes données que tout médecin devrait connaître, mais auxquelles il lui est impossible actuellement de s'initier d'une façon pratique et rapide. S'ils ont l'intention de devenir des électroradiologistes, ils trouveront dans ces conférences une base sérieuse leur permettant de se perfectionner en fréquentant les différents laboratoires.

On sait qu'il existe dans les pays étrangers des conférences de ce genre qui attirent un grand nombre d'élèves, et il arrivait souvent que les étrangers, tout en louant l'amabilité et la science des Français, nous quittaient pour aller, par exemple, en Allemagne; ils se plaignaient, en effet, que l'instruction qu'ils acquéraient leur était fournie d'une manière trop décousue. Ils étaient forcés, par suite de l'absence d'entente entre les divers laboratoires, d'aller de l'un à l'autre, ils n'avaient ni renseignements exacts sur les endroits et les heures, ils ne trouvaient pas de direction, bref ils étaient obligés de perdre beaucoup de temps.

L'enseignement de la radiologie existait déjà, grâce au cours si parfait professé par le docteur Béclère dans son service de l'hôpital Saint-Antoine ; mais il n'existait pas à Paris d'organe central permettant à l'élève étranger, pressé par le temps, de profiter des ressources scientifiques des divers laboratoires et surtout il n'existait pas d'enseignement de l'électrologie.

Si l'on songe que le pays où brillèrent il y a plus d'un siècle Mauduyt, l'abbé Nollet, Sigaud la Fond et bien d'autres, où à une époque plus récente Duchenne (de Boulogne), Tripier, Boudet (de Paris), Onimus, Apostoli, d'Arsonval, Bergonié, Oudin, Huet, pour n'en citer que quelques-uns, illustrèrent l'école électrothérapique, que ce pays est considéré, et avec raison, croyons-nous, comme celui « où il faut venir quand on veut s'instruire en électrothérapie » (1), on comprendra toute l'importance de l'innovation actuelle.

D'autre part, ces conférences présenteront un intérêt particulier parce qu'elles seront faites non pas par une ou quelques personnalités, mais bien, pour ainsi dire, par tous les chefs de laboratoires. Elles ne seront donc pas la manifestation d'un esprit de chapelle, mais représenteront la moyenne de l'école française contemporaine et, de plus, chaque sujet sera traité par le conférencier le plus compétent de l'avis de ses collègues.

Aussi, semble-t-il bien que les conditions les meilleures soient réalisées pour que les auditeurs retirent le plus grand profit de cet enseignement; et c'est pourquoi nous espérons —nos laboratoires ne le cédant en rien ni par leur organisation matérielle, ni par le savoir des chefs qui les dirigent à ceux de l'étranger — que, puisqu'ils trouveront maintenant chez nous des cycles de conférences méthodiquement faites, les élèves cesseront de se rendre à l'étranger.

LAQUERRIÈRE et DELHERM.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICATION PRÉVENTIVE DE L'ASYSTOLIE

A la dose quotidienne d'un dixième de milligramme, la digitaline cristallisée Nativelle peut être prescrite, sans crainte d'accumulation, pendant des mois et même des années (Huchard, Mayor, Henrijean, etc.).

(1) *Archives of the Rœtgen Ray.*, éditorial, janvier 1912.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
Produits: F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges . PARIS
CACHETS "ROCHE" DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50 DE THIOCOL "ROCHE"
PRIX 2frs.
Sirop Roche
Prix 4Fr le Flacon
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL


THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.
OVULES "ROCHE" AU THIGÉNOL dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie PARIS
Thigénol Roche
EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS. F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.

paration d'une épreuve sensationnelle et surtout pour demander l'autorisation de la doter d'un prix tout spécial : chaque concurrent abandonnerait son boujaron du jour et le verserait au vainqueur qui se verrait ainsi à la tête d'une copieuse portion de tafia. Charcot refusa catégoriquement, mais proposa d'autres prix en nature ou en espèces. Rien ne put arriver à séduire nos pauvres gars déçus ; ils préférèrent renoncer à leur projet. Autre exemple : un de nos gabiers, parmi les plus braves et les plus audacieux, interrogé sur le désir qui le tenaillait le plus vivement et qu'il aurait le plus de joie à voir réaliser au retour : « Moi, répondit-il, je ne pense qu'à une chose, c'est à me flanquer une bonne cuite au retour. » C'est navrant, mais c'est vrai ; ces hommes, que l'on peut mener au bout du monde en se jouant, qui affrontent le danger en riant, ne marcheraient pas si on leur supprimait l'alcool. »

Je me vois forcé de passer une foule de points fort intéressants relatifs à l'alimentation de nos explorateurs, signalons cependant parmi les ressources du pays les œufs des innombrables oiseaux qui couvrent les îles et les côtes australes.

« La période de la ponte des oiseaux ouvre pour l'explorateur une ère d'abondance et de festins ; le 6 novembre, jour de la découverte du premier œuf de cormoran, fut une date mémorable ; malgré la couleur un peu trop vive du jaune, qui étonne tout d'abord, l'omelette fut très appréciée. Mais bientôt les œufs de pingouins accaparèrent tout le succès ; le nid du pingouin est rudimentaire : quelques petites pierres disposées en cercle sur les roches empêchent les œufs de rouler ; chaque nid contient deux ou trois œufs. L'œuf de pingouin est de la taille d'un gros œuf de cane ; le jaune est rougeâtre, l'albumine, très abondante, est légèrement verdâtre et coagule assez mal à la chaleur. En omelettes, sur le plat, en crèmes, en mayonnaises, la consommation en fut formidable ; nous estimons en avoir absorbé plus de 8000 en un mois. »

Le chapitre le plus typique de l'ouvrage du docteur Gourdon est celui où il conte la vie de l'expédition pendant l'hivernage. Une campagne polaire présente en effet ordinairement trois phases ; une période de navigation pendant le court été antarctique, un long hivernage, puis une deuxième période de navigation. Le point d'hivernage choisi on commença les préparatifs et tout un petit village s'éleva sur la rive, mais, dit M. Gourdon, et en lisant ces lignes on éprouve un frisson, « le soleil s'élève chaque jour un peu moins sur l'horizon, les ombres s'allongent de plus en plus sur la neige, la mer se couvre de jeune glace, qui envahit peu à peu les baies et les chenaux, tissant autour de nous la trame solide qui nous fait prisonniers. Les oiseaux désertent nos rivages, la vie semble s'éteindre avec le jour qui pâlit. Le 1er mai, nous prenons officiellement le régime d'hiver. »

A ce moment, Charcot promulgue un règlement qui résume les quelques principes d'hygiène devant présider à la vie du bord et lutter le mieux possible contre les maladies, dont deux surtout sont à redouter, le scorbut et l'affaiblissement du cœur. C'est ainsi que chacun doit manger de tout ce qui est servi à table, que la ration journalière de vin et d'alcool est scrupuleusement surveillée, qu'une pastille d'acide citrique est absordée tous les jours délayée dans un peu d'eau, que les dents doivent être quotidiennement nettoyées à la brosse. La propreté corporelle habituelle doit se faire à l'eau froide, et les pieds notamment sont fréquemment lavés à l'eau froide afin d'éviter le « froid au pied ». Cependant, les jours de lessive, c'est-à-dire tous les samedis, les hommes profitent de l'eau chaude pour procéder à une ablution générale, ce qui a lieu sur la neige glacée. L'aération des logements, de la literie, des vêtements, est aussi un point très important, et quant aux hommes eux-mêmes, tous ceux qui n'auront pas eu dans la journée à travailler en plein air doivent prendre trois quarts d'heure d'exercice au dehors. La température dans les logements ne doit pas dépasser + 15 degrés dans l'après-midi et

doit être beaucoup plus basse pendant la nuit. Enfin le moindre malaise doit être déclaré immédiatement.

Les journées du petit corps expéditionnaire étaient bien remplies et je laisse aux lecteurs le plaisir de suivre nos compatriotes dans le détail de leur vie polaire, grâce au vivant récit du docteur Gourdon; mais il convient d'insister sur les minutieuses précautions prises par Charcot pour maintenir en bonne forme l'état moral de ses compagnons : lectures, jeux, causeries en commun, école trois fois par semaine. D'ailleurs, dit le narrateur, « toutes occasions sont bonnes pour décréter un jour de fête et hisser le pavillon. C'est un prétexte à des menus somptueux, où apparaissent les mets délicats et inusités : choucroute garnie, poulet à la gelée, cassoulet, galantine, asperges, fonds d'artichauts, arrosés de quelque vieille bouteille ou d'une coupe de champagne. Ces jours-là, comme le dimanche, chacun est libre d'employer son temps à sa guise et, seules, les observations scientifiques suivent leur cours. Quand le temps est beau, les hommes se dispersent au dehors et s'en vont en promenade le long de la côte ou dans les rochers; il y a des amateurs de ski, des lugeurs, des alpinistes; on organise des courses, des tirs, même des piquenique. Si le ciel est trop inclément, les jeux du bord, la lecture, mille petits travaux occupent le temps, pendant que retentissent inlassablement les morceaux favoris du gramophone. »

C'est que l'énergie morale et la volonté sont des éléments de premier ordre dans ces sinistres régions, et, comme le dit notre confrère, « plus que dans aucune autre expédition, le choix des équipages polaires ne devra porter que sur des hommes gais, en train, enthousiastes même, animés de ce souffle intérieur qui ne connaît pas le découragement. A ce point de vue, nos équipages français sont admirablement doués ». Et il ajoute, fait très intéressant, que si les gens du Nord, gros mangeurs, sanguins, protégés par une abondante couche de tissu adipeux sont physiquement mieux organisés pour la résistance au froid, « en revanche il faut tenir compte du ressort nerveux des méridionaux et l'on a souvent remarqué que ceux-ci, bruns, secs et petits mangeurs résistent admirablement au froid ». Presque toutes les régions de la France étaient d'ailleurs représentées parmi les explorateurs qui montaient le *Français*.

« Nos hommes, dit M. Gourdon, presque tous Bretons ou Normands, appartenaient à cette race magnifique de matelots de la Manche et de l'Océan, intrépides, endurants et débrouillards, qui a donné à la France tant de marins fameux et de corsaires légendaires. Leur solde n'excédait pas d'un centime celle du commerce ordinaire; ils n'ont reçu au retour que des récompenses honorifiques et nous les avons pourtant retrouvés prêts à repartir pour l'expédition de 1908. Seuls, l'amour de leur métier, le goût de l'aventure, la fierté de servir une noble cause les poussaient à s'enrôler sous un pavillon qu'ils soutinrent non seulement avec honneur, mais avec une gaieté toute française. Le guide des Alpes était le seul parmi nous qui fût d'origine étrangère; encore venait-il de cette vallée d'Aoste où la langue et les sentiments se ressentent tellement de notre voisinage.

L'état-major représentait un peu toutes les régions de la France : Paris, Brest, Montpellier, Bordeaux, Guéret, Lyon apportaient avec eux une variété d'humeurs et de tournures d'esprit, de caractères et de tempéraments qui ne manquaient pas d'avantages pour la petite collectivité intellectuelle. »

J'arrêterai là ces citations du palpitant ouvrage de notre vaillant confrère le docteur Gourdon, laissant de côté, faute de place, toute la partie purement médicale de son travail. Mais je ne saurais terminer sans insister sur le sentiment d'admiration et de fierté nationale qui ressort de la lecture d'un pareil

livre. C'est, nous l'avons dit au début, grâce aux deux expéditions de Charcot que les trois couleurs françaises ont flotté de nouveau sur les mers antarctiques. Ces expéditions n'ont point, comme celle d'Amundsen, atteint le pôle Sud ; « mais le sort différent laisse l'honneur égal », et c'est dans la région la plus difficile de l'Antarctique, de l'aveu même d'Amundsen, que nos hardis compatriotes, simples marins et savants, ont supporté fraternellement les horreurs et les périls d'un long hivernage pour le plus grand profit du patrimoine scientifique universel et la plus grande gloire de la Patrie.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

La Direction du service de santé en campagne (1), par M. le médecin inspecteur TROUSSAINT.

La nécessité, moins de deux ans après l'apparition de la *Direction du service de santé en campagne*, d'en publier une deuxième édition, est un témoignage significatif de son utilité ; et, d'autre part, la haute récompense que vient de décerner l'Académie des sciences (prix Larrey, 1912) à l'auteur, le médecin inspecteur Troussaint, directeur du service de santé au ministère de la guerre, montre qu'à cette qualité majeure s'en ajoutent d'autres qui le recommandent à l'attention de tous ceux que touche l'avenir du service de santé.

Cette deuxième édition, mise à jour avec le plus grand soin, est complétée par une annexe où sont réunis, très méthodiquement, en plusieurs chapitres, les renseignements relatifs au personnel et au matériel des multiples organes du service de santé, de façon que tous ceux qui auront la charge de les diriger y puissent trouver toute la documentation nécessaire.

Nous signalons les pages remarquables qui servent d'introduction à cet ouvrage, et qui, à l'époque où elles furent écrites, constituaient un véritable programme dont les indications sont en pleine voie de réalisation. La nécessité de se préparer activement aux graves devoirs que la guerre imposera, surtout, aux directeurs et aux chefs de service ; l'obligation d'une collaboration étroite et permanente avec l'état-major et dans laquelle le service de santé ne doit voir qu'un gage certain de développement progressif ; l'exposé de l'œuvre complexe de prévision, de préparation et d'exécution, propre au service de santé militaire, ces diverses questions sont traitées dans la préface avec une ampleur et une sincérité singulièrement favorables à la vulgarisation des idées et des conceptions qu'elle préconise.

Et nous conseillons encore, en y insistant, la lecture attentive des divers chapitres de la deuxième partie, où sont détaillés les attributions et les devoirs des directeurs et chefs de service dans les principales situations de guerre, depuis la mobilisation jusqu'après la bataille.

Par l'effort qui a été tenté pour en accroître le caractère pratique, cette nouvelle édition mérite d'être aussi bien accueillie que son aînée.

L. GAYARD.

(1) Prix : 5 francs. — Paris, Charles-Lavauzelle.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1913.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Les registres d'inscription seront clos le mercredi 15 octobre, à seize heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie), ou une composition d'histologie; *b.* une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Peuvent obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient :

Soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention *assez bien* au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat;

Soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention *assez bien* au certificat d'études supérieures des sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit la mention *assez bien* au baccalauréat et de la mention *bien* audit certificat.

Marine. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Merleau-Ponty.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Ségard.

L'examen médical des conducteurs d'automobiles. — M. Peyroux, député d'Elbeuf, membre de la commission d'hygiène, a déposé un rapport sur la proposition de loi de M. Augé, député de l'Aveyron (*Gaz. des hôp.*, n° 75, 3 juillet 1913, p. 1218), tendant à faire subir un examen médical à tous les candidats au diplôme de conducteur d'automobile. La proposition de loi est ainsi conçue :

« Tout candidat au diplôme de conducteur d'automobile devra joindre à sa demande un certificat médical dûment légalisé, attestant :

« 1° Qu'il a une bonne constitution ; 2° qu'il a une vue normale ou une vue anormale (myopie ou hypermétropie), mais dont l'acuité visuelle, après correction par les verres, sera d'au moins 8/10; 3° qu'il a une ouïe normale; 4° qu'il n'est atteint d'aucune lésion organique : ni du cœur, ni de la plèvre, ni des reins, pouvant amener une brusque syncope; 5° autant qu'il sera possible de l'établir, qu'il est exempt de toute affection névropathique : *monomanie, hystérie, épilepsie;* 6° enfin, qu'il ne présente aucun signe sérieux d'alcoolisme, aigu ou chronique. »

Cet examen médical a pour but d'écarter les chauffeurs qui sont exposés à des accidents physiologiques soudains.

P.

RENSEIGNEMENTS

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

XXIIIe session [*Le Puy*, *1-7 août 1913* (1)].

Un dément précoce engagé volontaire. — M. Haury, médecin-major de l'armée. Il s'agit d'un dément précoce qui était malade depuis plusieurs années déjà quand il s'engagea et qu'on dût réformer après deux mois de présence dans un régiment d'infanterie.

Du matin au soir il était en faute, se faisant répéter constamment les ordres, ne se levant jamais à l'heure, toujours en retard aux rassemblements, jamais prêt pour l'exercice, incapable d'exécuter les mouvements les plus simples de l'école du soldat, et même de faire son lit et ses affaires tout seul. Mais c'était plus qu'une non-valeur, c'était un mauvais soldat dans toute l'acception du terme. Il se montrait indiscipliné : il fut même à plusieurs reprises violent et agressif, ayant frappé d'un coup de poing en plein visage un ancien qui lui commandait un service et un autre jour frappé de même un camarade dont il avait pris la place dans le rang. Il parlait de « tuer quelqu'un ». Il avait failli partir, en civil, avec les autres, le jour de la libération de la classe, ayant cru ce que les autres lui avaient dit qu'il pouvait le faire.

Ce jeune homme, aboulique, apathique, avait une attention très diminuée et une perte complète du sentiment du réel, dus à des troubles marqués de la perception et du jugement.

Il avait eu au régiment une période sans aucun doute hallucinatoire, dont il gardait de nombreux souvenirs. Il avait des interprétations délirantes assez nombreuses et surtout un ensemble d'idées vagues et incoordonnées de persécution par des camarades et des personnes inconnues. Il avait des rires et des sourires sans motifs, il disait des phrases bizarres, des cocasseries. Son indifférence émotive et affective était complète. Il était en outre d'une suggestibilité très manifeste et avait eu des impulsions motrices. Bref, c'était un dément précoce hébéphrénique et il l'était depuis plusieurs années. Le moindre examen eût très aisément mis en évidence son aliénation mentale.

L'expertise psychiatrique des engagés volontaires s'impose donc au bureau de recrutement. Si elle n'est pas faite, les régiments sont appelés à continuer à recevoir non seulement des anormaux, mais aussi des aliénés comme celui-ci qui n'est venu au régiment que pour s'aggraver évidemment, mais aussi pour troubler dans une tâche déjà difficile des officiers et des médecins qui ont assez à faire sans qu'on leur complique leur besogne.

L'expertise psychiatrique et l'engagement volontaire. — M. Haury. L'expertise psychiatrique des engagés volontaires, au bureau de recrutement, si souhaitable cependant comme chacun sait, n'existe pas encore. Les régiments continuent à recevoir des anormaux de toute espèce et même des aliénés comme nous l'avons vu plus haut. Bien plus, depuis qu'une circulaire du ministre de l'Intérieur, en date du 29 janvier dernier, oblige l'administration à faire connaître au recrutement tous les sujets, futurs appelés ou réservistes, qui ont été l'objet de placement dans les asiles, il n'y a plus maintenant que les engagés qui, du fait qu'ils peuvent se présenter à la visite où ils veulent, pourront venir au régiment après avoir été internés auparavant sans qu'on le sache.

L'autorité supérieure est cependant bien avertie de ces choses et connaît bien le peu de valeur intellectuelle et morale de beaucoup trop d'engagés. Mais si elle ne modifie rien, c'est uniquement, on le sait, parce que le commandement a peur que la psychiatrie ne tarisse plus ou moins l'engagement. Cette crainte n'est pas fondée.

La première application qui ait été faite en France de la psychiatrie au bureau de recrutement donne à l'auteur le droit de le penser et de croire que l'on peut faire la sélection nécessaire et qui s'impose parmi les engagés sans en réduire le nombre et peut-être même en l'augmentant.

Plus d'un an de psychiatrie dans un grand bureau de recrutement de l'Est, à Châlons-sur-Marne, dans le 6e corps d'armée, lui a donné l'occasion en faisant cette sélection psychiatrique, de rejeter quelques débiles de tous ordres comme de plus nombreux déséquilibrés, et même des candidats à l'aliénation qui avaient presque réussi. Or sur 196 jeunes gens examinés l'auteur en a accepté 145 et refusé 51, ce qui fait 1 candidat refusé sur 3 d'acceptés, soit 3 pris bons sur 4 présentés. Cette proportion d'acceptés est très élevée pour un bureau de recrutement très proche de la frontière où le nombre est grand, parmi les candidats, des individus de tout âge et aussi de tous pays qui, las de la route ou de la misère, s'engagent pour la légion étrangère et qui sont évidemment très variables de constitution et de résistance physiques. Mais elle paraît avoir toute sa valeur si on la compare à quelques autres. C'est ainsi qu'il n'y a que 3,5 pris bons pour 6 présentés (c'est-à-dire un peu plus seulement de 1 sur 2 au lieu de 3 sur 4 pour le cas présent) dans un corps d'armée du centre de la France où les circonstances locales de choix des engagés sont meilleures, le 13e corps, et où, pendant la dernière période quinquennale de 1907 à 1911 il y a eu seulement 3486 acceptés sur 5978 engagés.

D'ailleurs à ce même bureau de recrutement de Châlons-sur-Marne, il y avait habituellement plus de refusés que d'acceptés (143 contre 118 acceptés en 1910). Et, bien plus, durant l'année où il y faisait le service, pendant les petites absences forcées qu'il dut faire pour suivre son régiment aux grandes et petites manœuvres, écoles à feux, aux grèves et pour aller à la revision, etc., les camarades qui l'y remplacèrent, refusèrent à peu près autant de candidats qu'ils en acceptèrent (196 contre 173) tandis que lui en avait accepté à peu près trois fois plus qu'il en refusait.

Le « chercheur de tares » qu'on pourrait accuser *a priori* d'être toujours un spécialiste n'a donc pas fait œuvre trop destructive en faisant la sélection psychiatrique des engagés. Bien loin de là ! il a fait bénéficier le pays de plus de soldats qu'on ne l'eût fait à sa place et qu'on ne le faisait habituellement.

On n'a donc rien à reprocher à une méthode capable de procurer à la fois le nombre et la qualité.

Aussi croit-il que la pratique généralisée de l'examen psychiatrique ne peut qu'accroître les effectifs d'un certain nombre d'engagés. Elle enlèverait au médecin habituel le souci de faire le triage efficace parmi eux, triage qui lui est bien difficile, s'il n'est pas spécialisé. Elle ferait tomber la défiance de principe qu'ont rencontrée au bureau de recrutement beaucoup d'engagés qui sont épluchés physiquement de la manière la plus sévère par des médecins trop inquiets du lendemain mental de ces candidats (c'est cette défiance de principe et cet examen sévère qui nous expliquent la diminution croissante d'année en année du nombre des engagements). Elle empêcherait aussi qu'un examen incomplet, comme par exemple la recherche des stigmates dits de dégénérescence ne fasse rejeter des jeunes gens qui n'ont que des défectuosités anatomiques malheureusement trop visibles et trop connues.

Seules, en effet, une méthode rationnelle et complète peut avoir de bons résultats. La psychiatrie doit compléter au bureau de recrutement cette œuvre de prophylaxie parfaite

(1) Suite et fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 95, p. 1499.

qu'on attend d'elle et qui est si désirable pour l'armée.

On n'a rien à redouter d'elle pour la diminution des effectifs. On aurait encore moins à craindre si cette sélection de l'engagement avait pour corollaire direct la surveillance mentale dont, au régiment, les engagés plus que tous les autres soldats ont besoin d'être l'objet.

Le jour où les officiers seront à même de l'exercer, possédant les notions voulues pour cela, on verrait que la psychiatrie doit être, sans danger aucun, l'auxiliaire indispensable du recrutement comme elle l'est déjà de la discipline et de la justice militaire.

M. GRANIER, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur, prend prétexte de la circulaire, dont il a été parlé dans la communication précédente et d'après laquelle l'armée s'efforcera d'écarter d'elle les hommes qui ont subi l'internement, pour se demander dans quelles limites le secret professionnel est gardé par le médecin d'asile vis-à-vis des familles. Il estime, en fin de compte, que si la communication du nom des aliénés se fait d'une part sans diagnostic et d'autre part par la voie uniquement administrative, c'est-à-dire par l'intermédiaire de la préfecture, la question du secret médical est pratiquement solutionnée.

L'assistance psychiatrique dans la marine française; les troubles psychiques des catastrophes maritimes; l'opium dans la marine. — M. HESNARD, médecin de la marine, assistant du professeur Régis. L'assistance psychiatrique dans la marine fonctionne depuis janvier 1910 (application de la circulaire Chéron du 23 décembre 1909). Deux services sont actuellement créés, l'un à Toulon, l'autre à Rochefort. Il est déjà passé à Toulon 401 cas de troubles nerveux et psychiques parmi lesquels on remarque : des états névropathiques, de l'alcoolisme, de la paralysie générale et syphilis cérébro-spinale, des délires symptomatiques, des états psychopathiques curables sur fonds de dégénérescence atténuée, de la démence précoce. Ces services sont faits surtout pour des états transitoires ou des malades d'hôpitaux.

Les *catastrophes maritimes*, comme les explosions de l'« Iéna » et de la « Liberté », ont donné lieu à des remarques intéressantes sur des gens normaux (déséquilibre léger transitoire, petites amnésies, etc., de l'émotion cataclysmique, contagion mentale), sur des gens entachés de névropathie (états anxieux, névrose traumatique, réminiscence obsédante ou hallucinatoire), et, chez les prédisposés à la psychopathie, des syndromes variés (syndromes mélancoliques, confusionnels, alcooliques, etc.), parmi lesquels deux cas de psychose confusionnelle pure. La plus intéressante concerne un sujet sans tare apparente, est survenue après une phase de « préparation » durant laquelle il a pris part au sauvetage avec activité, et s'est accompagnée de rétention urinaire et chlorurée avec débâcle terminale. En l'absence de toute intoxication, externe ou interne décelable, n'y aurait-il pas lieu d'invoquer l'action, consécutive à un trouble nerveux du grand sympathique, d'un déséquilibre endocrinien ayant déterminé une autre intoxication ?

La question de l'*opium dans la marine* a fait l'objet d'une récente campagne de presse, dont les exagérations ont créé dans le grand public l'opinion erronée que tout officier est suspect d'intoxication. En réalité, il y a très peu parmi eux de grands fumeurs, les officiers, pour la plupart moralement sélectionnés et hommes d'action, fument non pour des causes tenant à une constitution psychique mauvaise (comme les toxicomanes des ports, qui sont opiomanes comme ils pourraient être cocaïnomanes ou éthéromanes, et deviennent des « porteurs de germe »), mais pour des causes occasionnelles tenant au milieu (snobisme des jeunes, curiosité littéraire, charme spécial des fumeries, besoin professionnel d'intimité, etc.). Il y a parmi eux pas mal de petits intoxiqués, très facilement sevrables, et beaucoup de fumeurs accidentels, qui répandent l'habitude. La prophylaxie spéciale à ce milieu semble devoir être (mieux peut-être que des mesures un peu humiliantes d'enquêtes privées à terre) la surveillance et la répression disciplinaire rigoureuse à bord, et surtout l'éducation des officiers, la réforme de leurs opinions erronées, de leurs illusions touchant la drogue dont ils méconnaissent les effets, un appel à leur bon sens. Il s'agit chez eux, non de prévenir chez des sujets tarés les effets d'une grande intoxication, mais de déraciner dans des esprits normaux et cultivés la *mode* de fumer l'opium.

M. DUPRÉ. L'intéressante question des catastrophes maritimes soulève celle des « psychoses émotives » et de leur rapport avec l'hystérie. M. Hesnard pourrait-il nous dire s'il a observé des troubles hystériques ? La phase de préparation de ses malades pourrait être comparée jusqu'à un certain point à la phase dite de méditation des accidents névropathiques.

M. HESNARD n'a observé de phénomènes d'apparence hystérique que chez des sujets préalablement entachés d'hystérie, par exemple un cas de phobie tardive chez un sous-officier, lequel présenta longtemps, en même temps que des signes d'hystérie, des crises anxieuses avec réminiscence hallucinatoire des incidents de l'explosion de l'« Iéna ». Quant à la phase de préparation, il y voit non une analogie avec les accidents causés par l'autosuggestion (laquelle d'ailleurs, de l'avis même de M. Babinski, ne s'observe guère après des émotions-chocs), mais une présomption en face de l'origine toxique de la psychose, laquelle serait secondaire au même titre que les psychoses cliniquement identiques des chocs chirurgicaux, en réalité autotoxiques.

M. J. LÉPINE. Cette discussion pleine d'intérêt des psychoses émotives me rappelle un certain nombre d'observations intéressantes de troubles nerveux et psychiques d'origine traumatique (états anxieux, névrose traumatique, états confusionnels), dans lesquels le trauma moral avait joué le plus grand rôle. Le fait signalé par M. Hesnard, des troubles de la diurèse, au cours de la psychose confusionnelle du matelot de la « Liberté », est extrêmement intéressant et dans plusieurs de mes observations j'ai pu constater des phénomènes urinaires analogues. On pourrait dire comme M. Dupré, que la rétention urinaire s'explique par une sorte d'inhibition sécrétoire du rein, d'origine immédiatement émotive. Mais comment expliquer alors le parallélisme inverse des courbes psychique et délirante, et l'amélioration manifeste du trouble nerveux ou mental au moment où la régularisation urinaire se produit ? Les malades que j'ai observés étaient des arthritiques et la thérapeutique m'a paru hâter leur guérison. L'un appartenait précisément aux malades de l'« Iéna ».

M. DELMAS a eu l'occasion de causer avec des officiers de marine opiomanes, traités dans une maison de santé et a été frappé de leurs étranges et naïves conceptions de la drogue, qu'ils considèrent comme une substance pleine d'attraits, nullement dangereuse, exerçant sur la santé une influence éminemment favorable. Il est tout à fait de l'avis de M. Hesnard sur la question de la prophylaxie morale. Il s'agit de changer à ce point de vue la mentalité des officiers.

M. RÉGIS fait remarquer, en la résumant dans ses grandes lignes, l'intérêt de cette importante discussion soulevée par des médecins militaires, qui, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte par les communications de MM. Haury et Hesnard, sont des spécialistes documentés et rompus à toutes les difficultés de l'examen psychiatrique. Bien des questions ont été étudiées avec profit, depuis que fonctionne l'assistance psychiatrique dans l'armée, la marine et les colonies ; la question de la démence précoce dans l'armée, du secret médical psychiatrique à la caserne et au conseil de revision, celle de la simulation, de psychoses exotiques (paludisme, trypanosomiase, etc.). Pour la question de l'expertise psychiatrique

militaire, il ne saurait trop insister sur ce point si bien mis en valeur par le docteur Haury dans son intéressante communication, que le danger redouté par le commandement dans la sélection mentale des contingents par des spécialistes est complètement dépourvu de fondements, et que, bien au contraire, l'armée a tout intérêt à l'organiser pour utiliser les anormaux au mieux des intérêts de l'Etat et éviter le zèle bien intentionné des médecins non familiarisés avec la psychiatrie à procéder à une élimination prodigue.

Quant à la question des psychoses cataclysmiques, il pense, comme son élève Hesnard, que la théorie de l'auto-intoxication est la seule qui puisse expliquer les apparences cliniques de ces psychoses, surtout la phase de préparation, ou d'élaboration des toxines, et la rétention urinaire avec débâcle terminale, signe auquel il attache une importance de premier ordre, dans toutes les psychoses toxiques, quelle qu'en soit l'étiologie.

A propos de quelques observations d'aliénés et de névrosés devant le conseil de guerre. — MM. Louis de Santi et Paul Voivenel. Sous ce titre, ils présentent un certain nombre d'observations que, malgré leur intérêt au point de vue psychiatrie générale, ils s'astreignent à ne considérer qu'au point de vue médico-légal militaire. Ils envisagent successivement les questions de la filtration et de l'élimination, donnent des cas d'aliénés méconnus, de « bons absents », de débiles légers et enfin d'un soldat qui déserta sous l'influence d'un subdélire passager de nature infectieuse.

Ils estiment : que l'augmentation numérique des cas d'aliénation mentale dans l'armée ne prouve que les progrès de l'examen médical ; qu'il faut, autant que possible, obéir à la circulaire du 3 juin 1897 et réformer tout homme atteint d'aliénation mentale ; que la débilité mentale est l'affection la plus fréquente chez le jeune soldat ; que l'examen mental préalable de tout prévenu est nécessaire.

Enfin, après avoir insisté sur la nécessité de la collaboration du maire et de l'officier avec le médecin, les auteurs croient à la nécessité de la collaboration de l'instituteur à cette œuvre de défense sociale. Ils espèrent que l'armée profitera des efforts accomplis pour l'éducation des *anormaux* et celle des *arriérés scolaires* et qu'on verra l'obligation de joindre, aux renseignements officiels sur l'appelé et l'engagé volontaire, les renseignements précieux de l'éducateur mis en contact journalier avec un organisme physique et psychique qui se développe.

Un cas de délire d'interprétation (forme hypocondriaque). — MM. Paul Sérieux et Lucien Libert rapportent l'observation d'une persécutée dont le délire repose presque uniquement sur des interprétations erronées des troubles de la ménopause. C'est un cas pur d'une forme rare du délire d'interprétation : la forme hypocondriaque. Il s'agit d'une malade de quarante et un ans, fille d'alcoolique, qui a été arrêtée en 1912 pour une tentative de meurtre sur la personne de son patron. Elle accuse ce dernier de lui avoir fait prendre de la cantharide pour développer chez elle « une folie érotique », elle a voulu le tuer pour mettre fin à ses tortures. En réalité la malade souffre de troubles qui relèvent les uns du surmenage et les autres de la ménopause ; elle présente le tableau classique de l'insuffisance ovarienne, de la dysovarie. A l'asile, elle se plaint avant tout de sa santé. Ce sont ses interprétations fausses des troubles morbides de la ménopause qui déterminent chez elle des idées de persécution. Les troubles de la ménopause ont donné au délire sa couleur caractéristique, ils ont produit des préoccupations hypocondriaques et des tendances érotiques sous l'influence desquelles s'est systématisé un délire de persécution très actif englobant le patron de la malade, les médecins et les infirmiers de l'asile. Ce délire d'interprétation a donné lieu à des réactions persécutives.

Les auteurs insistent sur ce fait que souvent l'idée hypocondriaque n'est que l'interprétation délirante d'une sensation organique véritable et insistent sur le rôle de la ménopause dans l'éclosion du délire d'interprétation.

Délire obsessif de persécution chez une obsédée constitutionnelle à syndromes multiples. — M. Roger Dupouy (de Paris) rapporte une nouvelle observation de délire obsessif faisant suite à celles qu'il a publiées antérieurement, soit seul, soit en collaboration avec Rogues de Forsac et qui constituent des documents intéressants pour servir à l'histoire de cette variété si spéciale de délire. Le délire obsessif survient chez les obsédés constitutionnels et succède à une phase plus ou moins longue d'obsessions pures, impulsives ou phobiques, avec paroxysmes anxieux, moments d'accalmie, rémission ou intermission. Dans une deuxième phase, le délire obsessif, de formule extrêmement variable, se fixe définitivement et s'adjoint un certain nombre d'idées nouvelles qui se groupent et constituent de la sorte un système. Dans une troisième phase, le système est formé ; il s'accroît et progresse constamment, évoluant dans le sens nettement délirant, le plus souvent vers un délire de persécution ou un délire hypocondriaque et mélancolique et comportant fréquemment des représentations hallucinatoires.

Il insiste, en terminant, sur la valeur pronostique des *absences* conscientes des obsédés, en voie d'évolution chronique vers la maladie du doute ou un délire du type obsessif, absences qui sont opposées, par leur caractère même, à celles des épileptiques.

Correction du traitement bromuré des crises convulsives par l'adjonction de bleu de méthylène (bromocyanine). — M. Henri Aimé (de Paris) communique plusieurs observations d'épileptiques traités par le bromure et le bleu de méthylène associés (bromocyanine). L'adjonction du bleu, dans la proportion d'une partie à neuf de bromure, permet une tolérance plus grande de ce sel, assure son élimination, supprime les accidents cutanés, autorise une réduction de ses doses, mais n'entraîne pas une jugulation plus rapide des crises convulsives, tout en améliorant l'état mental des malades. C'est, en somme, une correction heureuse du traitement classique ; ce n'est encore aussi qu'un traitement d'attente. Des études en cours laissent espérer davantage.

M. Haury rappelle à ce propos que l'adjonction du bleu de méthylène à d'autres substances a déjà été employée dans le but d'une amélioration thérapeutique. Le docteur Billard, professeur de physiologie à Clermont-Ferrand, a montré que son association à la cocaïne permettrait aux dentistes d'employer des doses plus considérables de ce médicament sans danger. Il y a là une voie d'études fort intéressante, étant donné ce qu'on sait de l'action élective du bleu sur les cellules nerveuses.

Contribution à l'étude des troubles mentaux dans la fièvre typhoïde. — M. Paul Voivenel (de Toulouse) donne deux observations de troubles psychiques au début de la fièvre typhoïde, dans lesquelles il était bien difficile, sinon impossible, de rapporter ces troubles à l'infection éberthienne.

Alors que la psychose du début se présente surtout sous la forme de *confusion mentale*, alors que dans les cas les plus propices à l'erreur on peut noter de la céphalée, des modifications urinaires rappelant le type fébrile, un état saburral des voies digestives, dans les deux observations de l'auteur il y eut simplement des modifications du caractère et du désordre des actes. Le premier de ces malades âgé de vingt et un ans fit de l'excitation génitale et présenta des phénomènes hypomaniaques. Le second devint désobéissant, manqua à son travail, fit deux fugues de courte durée ; chez ce dernier l'état fébrile apparut immédiatement après une injection arsenicale.

Dans les deux cas, seule l'évolution ultérieure permit de les rattacher à la fièvre typhoïde.

Le signe de la poignée de mains dans la démence précoce. — M. G. Jacquin (de Bourg). Sous le nom de « signe de la poignée de main » l'on peut réunir toutes les réactions motrices et psycho-motrices qu'on observe dans la main du dément précoce, invité à exécuter ce geste : main négativiste (passive et oppositionniste); main suggestible (docile et persévératrice); main maniérée; main stéréotypée. Ces réactions, plus ou moins liées à la catatonie, se manifestent soit isolément, soit le plus souvent associées entre elles en des combinaisons diverses, mais qui, toujours, donnent à la poignée de main de ces malades un cachet bien spécial. Le signe de la poignée de main se rencontre à toutes les périodes et dans toutes les variétés de la démence précoce, surtout dans les formes hébéphréno-catatoniques.

De recherche simple et facile, d'apparition très précoce, ce signe constitue, à la période prodromique, un élément précieux de diagnostic.

Il permet en même temps de constater dans la main d'autres symptômes importants, tels que l'hyperhydrose palmaire, la cyanose, le refroidissement, les pseudo-œdèmes, etc. Peu ou pas étudié jusqu'ici, il pense que le signe de la poignée de main mérite de prendre place en raison de son importance et de sa valeur parmi les symptômes d'alarme de la démence précoce.

La paranoïa d'involution. — MM. P. Puillet et L. Morel. C'est une psychose qui survient à l'époque de la ménopause. Elle se manifeste par un ensemble d'idées de préjudice et de grandeur. Elle demeure stationnaire et n'aboutit jamais à la démence ou à la destruction de la personnalité. Un vaste travail d'ensemble sur cette question est dû à Kleist (rapport au Congrès allemand de Psychiatrie, 30 mai 1912). Ce travail comprend dix observations très longues, très minutieuses. L'auteur allemand a bien mis en relief la constitution paranoïque sur laquelle germe et se développe la paranoïa d'involution. Sur ce fond paranoïque on voit naître des idées et des interprétations délirantes de préjudice et de grandeur qui finissent souvent par se coordonner en un système qui ne se dissociera plus. Les interprétations délirantes jouent un grand rôle. Kleist accorde aussi une influence assez grande aux troubles des perceptions : illusions et hallucinations et c'est, nous semble-t-il, la plus grande différence que présenterait la paranoïa d'involution avec le délire d'interprétation (forme tardive) de Sérieux et Capgras, si, comme on le voit à la lecture des observations, les hallucinations n'étaient pas assez rares. Quand elles existent, elles prennent une part active à la formation du délire.

L'état intellectuel est, lui aussi, marqué au coin de l'involution. C'est un état improductif, avec, comme caractères, le bavardage pauvre et uniforme de nombreux séniles, de la persévération alliée à une certaine fuite d'idées, un amour des détails. Les réactions sont différentes; mais en général la dépression domine. Il n'y a ni troubles du langage, ni néologismes. Au point de vue étiologique, il faut citer l'influence de la superstition, des préjugés religieux, politiques et sociaux; des faits de l'histoire de la malade ou de sa famille qui alimenteront le délire, de la solitude, de la vie sexuelle. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. La paranoïa d'involution se différencie de la démence sénile, de la démence par artériosclérose, du délire de préjudice présénile de Kræpelin. Kleist accorde un rôle à la ménopause, mais surtout à la constitution hypoparanoïque des malades. Nous pensons, d'après l'exposé même de Kleist, qu'il y a lieu de délimiter encore mieux la paranoïa d'involution.

1° Il faut la distinguer de la psychose systématique progressive (là il y a prédominance des hallucinations, dissociation finale de la personnalité et souvent démence). Les cas de délire de Magnan, qui n'arrivent pas à la démence, ne sont-ils pas assimilables à la paranoïa? 2° On doit également la différencier de la psychose hallucinatoire chronique où il y a désagrégation de la personnalité sans démence. 3° Il apparaît que les points de ressemblance avec la forme tardive du délire d'interprétation sont nombreux. La seule différence est dans le rôle important attribué aux hallucinations. Mais comme les hallucinations sont très rares et que, d'autre part, elles ont été signalées à titre exceptionnel dans le délire d'interprétation, on voit que la ressemblance des deux psychoses est très grande et que les deux dénominations paraissent désigner un même état psychopathique.

En résumé, MM. Sérieux et Capgras ont surtout envisagé le rôle de l'interprétation et Kleist a bien décrit le terrain sur lequel elle germe.

Affaiblissement de la nocivité d'un traumatisme épileptisant et de la syphilis acquise ou héritée avec l'ancienneté de leur action sur l'organisme. — M. le docteur Ameline (de la colonie agricole de Chezal-Benoît). Dans des travaux antérieurs, il a recherché la loi d'évolution de l'épuisement cérébral et montré que cette loi n'est pas spéciale à la fatigue intellectuelle, mais qu'elle régit l'évolution de processus ayant la durée parfois de toute l'existence : tension artérielle, fréquence du pouls, élimination de l'urée et de l'acide carbonique. L'activité évaluée numériquement du cerveau, du cœur, des poumons et des reins, s'épuise peu à peu avec les progrès de l'âge en tendant vers une limite selon une progression géométrique.

Poursuivant ses recherches, et utilisant toujours des travaux dont l'objet et le but sont tout à fait différents des siens, il a pu se rendre compte que la prédisposition héréditaire à la folie, d'une part, suivait la même loi que l'épuisement cérébral et, d'autre part, était comparable à l'infection tuberculeuse, l'activité de ces processus morbides (à laquelle s'oppose la résistance de l'organisme) s'épuisant de la même façon avec les progrès de l'âge.

Aujourd'hui il compare encore une affection cérébrale et une maladie ordinaire considérée dans une première et une seconde génération : épilepsie traumatique (d'après les recherches de Marchand), et syphilis acquise ou héritée (d'après Ameline et E. Fournier).

L'examen des courbes, qu'il a calculées en partant de la loi exposée plus haut et des chiffres trouvés et observés par les auteurs cités, montre qu'un processus biologique peut suivre avec une extrême rigueur une loi exprimable par une formule précise.

Il en tire les conséquences suivantes déjà énoncées l'an dernier.

La prédisposition héréditaire à la folie, ou dégénérescence mentale, mérite bien d'être considérée comme une espèce nosologique, puisqu'elle est tout à fait analogue à des processus morbides bien déterminés et classés, héréditaires ou acquis, comme un traumatisme, la syphilis, la tuberculose.

On peut signaler aussi l'importance que pourra prendre la loi d'évolution en question dans l'eugénique : en effet cette loi se rattache étroitement à la loi de Galton-Pearson. Il en résulte notamment qu'en ce qui regarde les transmissions héréditaires les vues hypothétiques de Mendel rencontrent dans ses recherches des objections précises et graves si on veut les appliquer à des individus d'une même espèce ou variété.

Trophœdème chronique, en apparence non familial, ni héréditaire, dans un cas de manie chronique suivie de démence. — MM. Coulonjou et Condomine.

Méningisme cérébro-spinal, avec hypertension du liquide céphalo-rachidien, survenu au cours d'une confusion mentale; guérison des deux états. — MM. Coulonjou et Devaux.

Application des pesées à l'étude physiologique et pathologique du tonus musculaire. — M. Pailhas (d'Albi).

Abcès intraduraux d'origine otique. — MM. Lannois et Aloin (de Lyon).

Sur la pathogénie des anesthésies dans les lésions centrales dans l'encéphale. — M. Bériel (de Lyon).

Délire d'interprétation post-confusionnel d'origine toxique (guérison après huit ans d'internement). — MM. A. et J. Courbon.

Pathogénie et thérapeutique : 1° des crises gastriques; 2° des arthropathies tabétiques. — M. Faure (de La Malou).

***

M. le professeur Gilbert Ballet, après avoir exposé avec éloquence que le rapport Paul Strauss continue un projet de réforme de la loi sur les aliénés, qui est en chantier depuis vingt-neuf ans, et montré que le rapport ne fait que reproduire le projet de loi Dubief (sauf de bien légères modifications), met en relief trois articles qu'une assemblée médicale ne peut laisser passer sans protestation, dit-il. Le premier de ces articles veut n'admettre de malades dans les asiles ou dans les maisons de santé qu'après une décision judiciaire ; le deuxième dit que, chaque fois que dans une famille il y aura un malade soigné par les siens, directement ou indirectement, au bout de six mois le procureur de la République devra être prévenu du fait. Le troisième dit que, toutes les fois qu'une famille voudra placer un de ses membres dans un asile de l'étranger, elle devra au préalable en faire la déclaration au procureur du lieu de la résidence de l'aliéné. C'est toujours le spectre de la séquestration arbitraire qui fait trembler les législateurs.

Après avoir montré les multiples inconvénients qu'entraîneraient ces articles, le professeur Gilbert-Ballet fait voter à l'unanimité les trois vœux suivants qui répondent aux desiderata envisagés :

« Les membres du XXIIIe congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française réunis au Puy au mois d'août 1913;

En présence du projet de revision de la loi de 1838 voté par la Chambre des députés et actuellement soumis au Sénat, émus par certaines dispositions de ce projet;

Considérant que, si l'intérêt des médecins en général et des médecins d'asile et de maisons de santé en particulier est que leur responsabilité dans l'application des mesures légales qui visent les psychopathes soit autant que possible dégagée, l'intérêt des malades et de leur famille doit être cependant pour le législateur la préoccupation dominante;

Que, s'il est légitime et souhaitable d'exiger pour les aliénés criminels et pour ceux qui protestent contre l'internement d'une façon habituelle, formelle et cohérente, l'intervention d'une décision judiciaire, il serait infiniment vexatoire d'imposer une décision de même nature aux autres malades qui constituent plus de 80 p. 100 et de transformer ainsi les asiles et maisons de santé en des sortes de prisons où, comme dans les maisons actuelles, on n'entrerait qu'en vertu d'un jugement;

Que, si l'autorité doit veiller à éviter les séquestrations à domicile possibles mais très rares, et les mauvais traitements dont il arrive de loin en loin que les malades gardés chez eux soient l'objet, on doit éviter avec soin d'imposer une surveillance humiliante et compromettante pour leurs intérêts matériels et moraux aux familles, qui, pour soigner leurs malades chez elles, font de louables sacrifices de temps, de dévouement et d'argent;

Qu'exiger, en cas de placement d'un malade dans un établissement de l'étranger, une déclaration au procureur de la République du lieu de la résidence, c'est sacrifier au souci de préoccupations chimériques d'internements injustifiés la possibilité de dissimuler certaines infortunes et léser ainsi des intérêts éminemment respectables;

Regrettent que la mort du président et la non-réélection du rapporteur primitif de la commission sénatoriale aient rendu nécessaires la remise sur chantier du projet de loi, estiment qu'il serait fâcheux qu'un projet de cette importance, quelque ancienne que soit la question, et précisément parce qu'ancienne, soit voté sans enquête suffisante;

Et adressent respectueusement au Sénat le vœu qu'il ne discute le projet de loi soumis à ses délibérations qu'après que sa commission remaniée se soit livrée à une enquête technique dont pourrait s'inspirer son nouveau rapporteur. »

Après ce vote, un autre vœu a été adopté qui est le suivant :

« Le congrès du Puy émet le vœu que soit constitué un comité international pour l'organisation des congrès internationaux de neurologie, de psychiatrie et de psychologie. »

(On comprend que ce vœu vise la nécessité d'une entente entre les différents pays pour que les congrès ne se nuisent pas les uns aux autres par le rapprochement de leurs dates.)

En terminant, nous rappelons que le prochain congrès des médecins aliénistes et neurologistes se tiendra au mois d'août 1914, au Luxembourg; les questions traitées y seront les suivantes :

M. Delmas : *Psychoses postoniriques.*
M. Roussy : *Maladie de Basedow.*
M. Coulonjou : *Maladies mentales professionnelles.*

HAURY.

LIVRES NOUVEAUX

L'Hystérie. Définition et conception. Pathogénie. Traitement (1), par le professeur H. Bernheim.

On connaît la conception du professeur de Nancy : l'hystérie se réduit pour lui aux seules crises convulsives, bien entendu débarrassées de tout ce qui constituait la grande attaque d'hystérie, que tout le monde s'accorde aujourd'hui à reconnaître comme artificielle, produite par culture chez certains sujets soumis à la suggestion, médicale le plus souvent. Ainsi comprise, l'hystérie n'est pas une maladie mais un syndrome réactionnel émotif psycho-nerveux qui peut exister seul ou se greffer sur des maladies diverses.

L'auteur décrit d'abord la crise, puis passe en revue les autres symptômes, attribués, à tort, selon lui, à l'hystérie, et critique les théories couramment adoptées aujourd'hui. Il se sépare de M. Babinski, en refusant d'admettre que le pithiatisme soit synonyme d'hystérie : « La suggestion, dit-il, est une fonction normale du cerveau humain. L'hystérabilité est une exception ; elle n'est pas proportionnelle à la suggestibilité. » Avec Breuer et Freund, il reconnaît l'heureuse influence de la psycho-analyse sur le sujet, mais il ne peut croire avec eux que la cause est l'insuffisance de la réaction émotive au choc initial. Il enregistre avec satisfaction la tendance actuelle de rechercher dans l'émotivité l'origine des accidents. Comme traitement, il préfère à la méthode de Freund la rééducation du sujet, en lui suggérant progressivement de lutter contre la cause émotive de l'hystérie.

L. ALQUIER.

(1) Un vol. de l'Encyclopédie scientifique du docteur Toulouse. — Paris, O. Doin.

Le Fétichisme. Restif de la Bretonne fut-il fétichiste ? (1), par le docteur Louis Barras. Préface de M. John Grand-Carteret.

Plusieurs écrivains médicaux ont soutenu dans ces dernières années que Restif de la Bretonne était un fétichiste. Le docteur Louis Barras est d'un avis contraire et il le soutient avec une force d'argumentation qui est bien près d'entraîner la conviction. Au fond peu nous importe que Restif fût ou ne fût pas un fétichiste, et vraiment on abuse à l'heure actuelle de ces diagnostics rétrospectifs alors qu'il est déjà si ardu d'en porter d'exacts chez le vivant. Ce que j'en dis d'ailleurs ne vise en rien M. Barras, puisque ce n'est pas lui qui a soulevé le premier la question Restif. On doit même le féliciter d'avoir écrit son ouvrage, car il y fait une étude d'ensemble très complète et très documentée sur le fétichisme, et d'autre part il s'élève avec juste raison contre deux travers regrettables du moment présent. L'un consiste dans l'emploi excessif et très souvent inexact des termes médicaux en littérature ; l'autre, plus grave, réside dans le fait de classer tel ou tel individu parmi les anormaux sans preuves suffisantes. Ne fût-ce qu'à ce point de vue le travail de notre confrère est d'une lecture intéressante et suggestive.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Traitement de l'hyperchlorhydrie, de l'hyperpepsie et de l'ulcère gastrique (2), par le docteur Agasse-Lafont.

Nous avons déjà signalé aux lecteurs de ce journal ces Actualités thérapeutiques, dans lesquelles ont paru, le *Traitement de la diphtérie*, par le docteur Brelet, le *Traitement de la fièvre typhoïde*, par le docteur Milhit. Nous signalons aujourd'hui celle qui est consacrée par le docteur Agasse-Lafont au *Traitement de l'hyperchlorhydrie, de l'hyperpepsie et de l'ulcère gastrique*. C'est avec un esprit de clarté débarrassé de toute idée doctrinale, que ce petit ouvrage est rédigé. Il fourmille de renseignements utiles, tant en ce qui concerne le régime alimentaire à imposer aux malades, qu'en ce qui concerne la thérapeutique à instituer. Il n'est pas enfin jusqu'aux indications du traitement chirurgical, qui ne soient très minutieusement exposées.

Nous pouvons prédire à ce fascicule un succès aussi considérable et aussi légitime d'ailleurs, qu'aux deux précédents.

B. GAYARD.

Le Mal de tête. Ses différentes formes. Nature, diagnostic et traitement (3), par le docteur Siegmund Auerbach (de Francfort-sur-le-Mein). Traduction française par le docteur A. Françon, médecin consultant à Aix-les-Bains.

Les raisons qui ont poussé le docteur Françon à donner aux médecins français cette excellente traduction sont les mêmes qui ont décidé l'auteur à publier sa monographie. Tous deux sont convaincus par l'expérience que beaucoup de médecins ne savent pas établir le diagnostic différentiel des diverses formes de mal de tête, et par suite n'en peuvent formuler le traitement rationnel. D'autre part, il leur a paru que les travaux publiés jusqu'ici n'accordent pas à l'étude complexe du mal de tête, qui souvent se présente comme une affection autonome, l'importance qu'elle mérite. On peut, en particulier, rencontrer chez le même individu des formes différentes au point de vue étiologique, ou des combinaisons de ces différentes formes.

L'ouvrage que nous présentons ici est destiné à apporter la lumière, autant que faire se peut dans l'état de la science, sur cette question si compliquée. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 174 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.
(2) *Les Actualités thérapeutiques*. — Paris, O. Berthier.
(3) Un vol. de 220 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Traitement de l'emphysème (1), par le docteur S. I. de Jong, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Après quelques considérations générales sur les formes cliniques de l'emphysème, l'auteur aborde immédiatement l'examen de la théorie de Freund et la discussion du traitement chirurgical de l'emphysème, il conclut que l'opération de Freund « est une intervention d'exception et qu'elle représente, non pas le traitement chirurgical de l'emphysème, mais le traitement de certaines altérations thoraciques, s'accompagnant de signes fonctionnels et physiques rappelant l'emphysème ». Les emphysémateux doivent donc être soignés médicalement et de M. de Jong indique successivement le traitement de l'emphysème dit constitutionnel, de l'emphysème avec crises d'asthme et bronchite chronique, de l'emphysème des tuberculeux ; il termine par le traitement des accidents infectieux et des accidents cardio rénaux chez les emphysémateux.

M. BRELET.

PHARMACOLOGIE

ÉTHER ORTHO-ÉTHYLBENZOIQUE DU 2.4 DIOXYBENZOYL

L'éther ortho-éthylbenzoïque du 2.4 dioxybenzoyl se présente sous forme d'une poudre cristalline, jaunâtre, fusible entre 134 et 136 degrés. Le produit est sans saveur et presque insoluble dans l'eau ; la solution aqueuse saturée montre une fluorescence verte.

Cette nouvelle préparation possède des propriétés antidiarrhéiques et se distingue par son action prolongée dépourvue d'effets gastriques secondaires. Elle se prend à la dose de 50 centigrammes deux ou trois fois par jour dans de l'eau, ou de préférence dans de la crème d'orge.

COURS ET CONFÉRENCES

Laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie. (Professeur : M. Pierre Marie.) — Les méthodes de diagnostic biologique appliquées a la clinique. — MM. Gougerot, agrégé, et P. Abrami commenceront une série de quinze démonstrations et exercices pratiques, le jeudi 9 octobre 1913, à trois heures trente, au laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie de l'Ecole pratique (premier étage, porte à gauche), et les continueront aux mêmes heures, les lundis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis suivants.

Programme. — Les sérodiagnostics : agglutination de Widal. — Les réactions de fixation : réaction de Wassermann. — Sang. — Diagnostic biologique des pleurésies et des ascites, des méningites (cytodiagnostic). — Ictères hémolytiques et hémolysines. — Insuffisance hépatique. — Examen des crachats. — Examen du suc gastrique. — Vaccins de Wright et opsonines. — Fonctions rénales : cytodiagnostic, urémie, chlorurémie, cryoscopie, perméabilité rénale, albumines, peptones, hématurie. — Azotémie. — Glycosurie et coma diabétique.

Le droit à verser pour cette série est de 60 francs.

Sont admis tous les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés. Des certificats seront délivrés à la fin des exercices.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) de midi à trois heures.

Deux séries de démonstrations sont faites chaque année : l'une en octobre-novembre, l'autre en mai-juin, soit avant, soit après les démonstrations de diagnostic bactériologique. Ces derniers commenceront le mercredi 5 novembre 1913.

(1) Broch. de 28 pages. Collection « Les Actualités thérapeutiques ». — Prix : 1 franc. — Paris, E. Bougault.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juillet 1913.) G. THIBIERGE : La valeur en médecine légale des méthodes récentes de diagnostic de la syphilis. — V. BALTHAZARD : Applications médico-légales des recherches récentes sur l'intoxication oxycarbonée aiguë.

Archives d'électricité médicales, expérimentales et cliniques. — (No 361, 10 juillet 1913.) AUBERTIN et BEAUJARD : Radiothérapie des polyadénomes de l'intestin. Etude histologique. — DE NOBELE : Action physiologique et thérapeutique des dérivés du thorium. — ZIMMERN, COTTENOT et DARIAUX : Vingt et un cas nouveaux de radiothérapie radiculaire.

Centralblatt für innere Medizin. — (No 15, 12 avril 1913.) LIPPMANN et HUFSCHMIDT : Signification des inclusions leucocytiques de Doehle dans la scarlatine. — (No 16, 19 avril.) RAWITSCH : Un cas de méningite cérébro-spinale guérie par le sérum antidiphtérique. — (No 17, 26 avril.) ROTH : Sur l'intoxication par le nitrobenzol. — (No 19, 10 mai.) SCHNEE : Nouveauté sur le traitement de la maladie de Basedow. — (No 21, 24 mai.) DAVID : Technique de l'examen radiologique du duodénum.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (No 15, 10 avril 1913.) GROBER : Traitement général des maladies infectieuses. — TACHAU : La teneur en sucre du sang. — MERREM : Appendicite et paratyphus B. — GURKE : Propriétés autolytiques du sérum de cobaye. — LADE : Expériences avec la réaction d'Hermann Perutz. — VULPIUS : Traitement de la scoliose par l'appareil d'Abbot. — BIESALSKI : La paralysie spastique de l'enfant et son traitement. — HEINLEIN : Etiologie et traitement du genu valgum. — HERZENBERG : Les calculs ombilicaux. — (No 16, 17 avril.) ZANGEMEISTER : L'inversion utérine puerpérale. — ARNETH : Action du thorium X sur les cellules sanguines. — FRAENKEL : Bacilles tuberculeux dans le sang circulant. — SCHIBAYAMA : Action du sérum et la toxine en injections intrarectales. — NEMMSER : Injections répétées de sérum et hypersensibilité. — ANITSCHKOW : Modifications pathologiques des organes internes dans l'engraissement expérimental par la cholestérine. — REUSS : Hernie diaphragmatique ou situation haute unilatérale du diaphragme. — HARZBECKER : Sur la hernie pectinée. — VON GAZA : Nécrose des tissus et hémorragie artérielle après administration de solutions de novocaïne. — REINHARD : Traitement médicamenteux de la faiblesse des contractions utérines pendant l'accouchement. — LANG : Traitement des inflammations de la bouche, du pharynx et du larynx. — FORBAT : Sur les « éclats » dans l'expectoration des phtisiques. — COUTO : La fièvre intermittente de la colite muqueuse.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (No 13, 1er avril.) SCHLIMPERT et HEUDRY : Expériences sur la réaction d'Abderhalden. — FREUND et BRAHM : Diagnostic de la grossesse par la méthode optique et le procédé de la dialyse. — LOEWI : Les troubles du mélange des cathions comme cause du diabète expérimental. — STERN : Le mode d'emploi du salvarsan et du néosalvarsan. — HOFFMANN : Sur le sérum thyroïdien. — WALTHER : L'hydrastinine synthétique Bayer comme succédané de l'hydrastis canadensis fluide. — DESSAUER : Recherches sur les rayons Röntgen durs. — EMMERICH : Sur la présence de rubidium dans les eaux d'Adelholzen (Bavière). — DECKER : Pansement pratique pour l'anus. — FREUND : Histoire du séro-diagnostic de la grossesse. — ABDERHALDEN : *Idem.*

Riforma medica. — (No 21, 24 mai 1913.) Giuseppe ROASENDA : Réflexe de rétraction du membre inférieur et réflexe d'allongement croisé. — Vincenzo SIMEONI : Les épithéliomas de la mamelle masculine. — Gino MONZARDO : La tuberculose hypertrophique du cæcum. — O. MARCHETTI : La colpocystotomie. — (No 22, 31 mai.) Nicola PENDE : Existence d'une nouvelle glande à sécrétion interne. — Amleto NACCIARONE : Les corps inclus dans les leucocytes polymorphonucléés pendant le cours des affections chirurgicales. — G. ROMANELLI : L'emploi de sérum bactériolytique antituberculeux par la voie rectale. — Gino MONZARDO : La tuberculose hypertrophique du cæcum. — Emmanuele GRANDE : Le pouls lent dans la parotidite épidémique. — (No 23, 7 juin.) Piero BOVERI : Lésions aortiques d'origine syphilitique chez les singes. — Beniamino ROSATI : La diazoréaction d'Ehrlich dans la tuberculose chirurgicale. — Amleto NACCIARONE : Les corps inclus dans les leucocytes polymorphonucléés pendant le cours des affections chirurgicales. — G. ROMANELLI : L'emploi de sérum bactériolytique antituberculeux par la voie rectale. — G. GIORGIS : Recherches sur la réaction de Hermann Perutz. — (No 24, 14 juin.) Umberto SCINICARIELLO : Nouvelle méthode opératoire pour l'étude expérimentale de l'hypophyse cérébrale. — G. GIORGIS : Recherches sur la réaction de Hermann-Perutz. — Alberto SALMON : La thrombose des artères bulbaires. — (No 25, 14 juin.) Camillo NINNI : La disparition des antigènes bactériens du sang. — Antonio PODDIGHE : Etude anatomo-pathologique et clinique d'un cas de cholécystite. — (No 26, 28 juin.) E. MARAGLIANO : La vaccination de l'homme contre la tuberculose. — A. ILVENTO : Recherches sur le lait caillé, ou yoghurt, consommé à Tripoli. — (No 27, 5 juillet.) E. MARAGLIANO : La vaccination de l'homme contre la tuberculose. — Roberto DE MARTINO : Rapport entre le pouvoir hémotoxique et la virulence des streptocoques. — (No 28, 12 juillet.) G. BOERI : Quelques vues directrices pour l'enseignement de la clinique médicale. — G. DE FRANCISCO : A propos de deux cas de kystes spermatiles avec absence du canal déférent. — (No 29, 19 juillet.) G. BOERI : Quelques vues directrices pour l'enseignement de la clinique médicale. — Vincenzo PALMULLI : L'adrénaline dans le travail musculaire et intellectuel. — Cesare BARTOLOTTI : Dystrophie endocrino-sympathique; hypogénitalisme avec hémilipomatose diffuse de la peau. — (No 30, 26 juillet.) G. BOERI : Quelques vues directrices pour l'enseignement de la clinique médicale. — C. FARMACHIDIS : Les glycosuries. A propos de quatre cas de pharyngo-amygdalite aiguë. — Rodolfo STANZIALE : Une nouvelle préparation mercurielle à base de mercuriosulfaminediméthylphénylpyrazollone, dans le traitement de la syphilis.

NOTES POUR L'INTERNAT

PÉRITONITES TUBERCULEUSES (1)

ÉTIOLOGIE. — **Causes adjuvantes.** — Parmi ces causes il faut ranger toutes celles qui diminuent la résistance du sujet, en premier lieu, l'*alcoolisme* : rappelons ici, d'ailleurs, l'existence de péritonites tuberculeuses au cours des cirrhoses alcooliques (Lancereaux, Delpech) et l'hypothèse de la nature presque exclusivement tuberculeuse de la cirrhose atrophique de Laënnec soutenue par Landouzy et ses élèves; on a invoqué dans certains cas le *rôle du traumatisme.*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, no 94, p. 1494, et no 97, p. 1530.

Causes prédisposantes. — La péritonite tuberculeuse est surtout fréquente entre six et douze ans : elle est assez exceptionnelle au-dessous de six ans. Elle s'observe aussi chez l'adulte, surtout chez les femmes; on la rencontre quelquefois chez le vieillard, surtout chez les alcooliques.

Causes déterminantes. — Elle est due au bacille de Koch dont nous avons déjà étudié les voies de pénétration sur le péritoine; il semble souvent s'agir d'une localisation *primitive;* en réalité il existait déjà une localisation ganglionnaire discrète, souvent médiastinale; elle est plus rarement secondaire, au moins dans sa forme généralisée, diffuse, à un foyer tuberculeux, plus ou moins avéré.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les modalités cliniques de la péritonite tuberculeuse sont extrêmement variées : nous allons les passer successivement en revue en discutant à propos de chacune d'elles les différents diagnostics à envisager. Nous insisterons longuement sur les formes aiguës ou subaiguës encore peu connues; nous serons bref sur les formes chroniques parfaitement au point dans tous les traités classiques.

I. Tuberculose péritonéale aiguë. — *a.* FORME AIGUË GÉNÉRALISÉE GRANULIQUE. — Au cours de la granulie généralisée il existe presque toujours des symptômes péritonéaux, mais ceux-ci passent en général inaperçus au milieu du complexus symptomatique de l'affection; parfois cependant l'atteinte du péritoine se révèle d'une manière indiscutable par des douleurs abdominales, du ballonnement, des vomissements porracés, un épanchement ascitique peu abondant. Il est également des cas dans lesquels l'éruption granulique prédomine sur les *séreuses* (péricarde, plèvre, méninges, péritoine), imprimant ainsi à la granulie une allure très spéciale.

Le diagnostic de ces formes aiguës granuliques, avec ou sans prédominance des symptômes péritonéaux, n'est intéressant qu'en ce qui concerne le diagnostic de la granulie proprement dite, car la localisation péritonéale n'est ici qu'un épiphénomène.

b. FORMES AIGUËS LOCALISÉES. — Très intéressantes et cependant encore assez mal connues sont les formes aiguës localisées qui s'observent surtout pendant l'enfance.

Le plus souvent elles simulent l'appendicite : elles peuvent ainsi réaliser le tableau d'une *appendicite aiguë avec péritonite septique par perforation* (Quénu, Brun), avec un début brusque par une vive douleur abdominale, surtout marquée à droite, des vomissements, un facies grippé, le pouls petit, une hyperthermie modérée : l'intervention paraît s'imposer; elle montre qu'il s'agit d'une granulie péritonéale. La mort est la règle en quelques jours. Le diagnostic est difficile, impossible même; M. Hutinel conseille de pratiquer le *toucher rectal* qui ne réveillera aucune douleur à droite dans le petit bassin.

Au lieu de se présenter avec cette allure de péritonite aiguë septique, la granulie péritonéale peut se présenter sous le masque d'une *appendicite aiguë avec péritonite localisée* : tous les signes d'appendicite sont au complet; il existe de l'empâtement dans la fosse iliaque droite, le point de Mac Burney est très net : on laisse refroidir en vue d'une intervention ultérieure; lorsque plus tard on opère, on constate que l'appendice est sain, mais qu'il existe des granulations tuberculeuses sur tout le péritoine, spécialement groupées d'ailleurs autour du cæcum. L'évolution se fait assez souvent vers la guérison : des brides fibreuses peuvent se développer et réaliser, beaucoup plus tard, l'*occlusion intestinale*. Le diagnostic avec l'appendicite aiguë est très difficile, à peu près impossible même : seuls le toucher rectal et l'examen du sang peuvent donner d'utiles renseignements; l'existence d'accidents antérieurs tuberculeux, spécialement de pleurésies, doit mettre en garde le clinicien contre une erreur de diagnostic possible, mais elle ne peut faire nier d'une manière définitive le diagnostic d'appendicite. Rappelons d'ailleurs l'existence d'appendicites tuberculeuses à allure aiguë; parfois la *carcinose miliaire aiguë péritonéale* se présente comme une péritonite aiguë tuberculeuse.

Parmi les formes aiguës localisées, il faut encore signaler la *pelvi-péritonite* aiguë tuberculeuse. Au début, la nature véritable de la pelvi-péritonite est absolument méconnue : chez les petites filles, on pense à des accidents aigus péritonéaux compliquant une *vulvo-vaginite*, ou coïncidant avec l'apparition des règles; chez la femme, on croit à une pelvi-péritonite *gonococcique* accompagnant une métrite, une salpingite; ce n'est que beaucoup plus tard que le toucher révélera la présence de masses caséeuses dans le petit bassin.

A ces différentes formes aiguës, Armand-Delille rattache, sous le nom de *forme anascitique*, une forme particulière de péritonite tuberculeuse aiguë très intéressante à bien connaître. Cette forme s'observe le plus souvent chez des petites filles : elle débute soit par des accidents péritonéaux d'allure assez brusque (coliques, vomissements, accès de fièvre intense), soit par des symptômes d'occlusion intestinale aiguë, soit d'une manière plus insidieuse, prenant l'aspect d'une fièvre typhoïde, d'une typho-bacillose; rien n'attire avec précision l'attention du côté du péritoine; le ventre est souple, il n'y a pas d'ascite; cependant l'état fébrile persiste, l'anorexie s'installe, l'amaigrissement s'accuse; parfois les douleurs prédominent en un point faisant croire alors à une appendicite, à une cholécystite, d'autant plus qu'il peut exister de l'ictère dû à la compression du cholédoque par un ganglion tuberculeux. Ce n'est que très tardivement que l'on sent l'empâtement du ventre, des gâteaux épiploïques. L'évolution se fait habituellement vers la guérison. Les erreurs de diagnostic communément faites, en raison des localisations douloureuses, sont l'appendicite, la cholécystite, une affection annexielle; lorsqu'il n'y a pas de signes de localisation, on peut croire à une *typhoïdette*, à une *granulie atténuée* : on recherchera dans ces cas s'il ne s'agit pas plutôt d'une typho-bacillose évoluant en deux phases successives, une première aiguë de fièvre continue, une seconde de localisation au niveau du péritoine.

II. Tuberculoses péritonéales subaiguës. — TUBERCULOSE DES SÉREUSES, FORME PLEURO-PÉRITONÉALE, FORME PÉRITONÉO-PLEURALE. — Il est classique de décrire sous le nom de tuberculose péritonéale subaiguë, la forme pleuro-péritonéale de Fernet et Boulland : le début rappelle celui d'une péritonite aiguë de moyenne intensité; au bout de quelques jours le ventre se ballonne, puis une ascite apparaît parfois très minime, parfois très abondante : on observe aussi une légère circulation collatérale abdominale, un peu d'œdème de la paroi abdominale, parfois aussi des membres inférieurs : l'examen du thorax révèle aux deux bases, soit de la pleurésie sèche, soit un *épanchement bilatéral* toujours plus marqué d'un côté; il existe de la toux, des points de côté, de la dyspnée. Il n'est pas rare d'observer la participation d'autres séreuses au processus tuberculeux (péricarde, synoviales articulaires, méninges). Dans les cas très aigus, la mort survient en quelques semaines; la maladie peut se prolonger parfois plusieurs mois; on peut observer enfin le passage à l'état chronique. Vierordt a signalé des formes anormales, une forme typhique, une forme avec œdème.

A côté de ces formes débutant par le péritoine, M. Hutinel décrit des formes à *début pleural*. La tuberculose débute par l'une des plèvres, elle gagne bientôt le médiastin, puis l'autre plèvre; l'on voit ensuite se développer un complexus symptomatique très caractéristique : le foie se tuméfie, le ventre se ballonne, une ascite apparaît; cette ascite est la conséquence à la fois de troubles circulatoires et de l'infection bacillaire péritonéale qu'atteste la sensation d'empâtement, de gâteaux péritonéaux. La guérison peut s'observer, mais elle est rare; parfois la tuberculose se généralise et le malade meurt de *granulie* ou de *méningite tuberculeuse;* parfois enfin l'évolution peut se faire vers la chronicité : l'on voit alors se réaliser le tableau des cirrhoses cardiotuberculeuses. M. Hutinel donne à cette forme le nom de *pleuro-médiastino-péritonéale* : ces variétés cliniques de la tuberculose péritonéale subaiguë représentent l'un des chapitres les plus intéressants de l'histoire si spéciale de la *tuberculose des séreuses* : elles sont fréquemment l'origine d'erreurs de diagnostic surtout en ce sens que le diagnostic porté est incomplet : on a bien vu par exemple la péritonite, mais l'on n'a pas songé à la pleurésie, aux synovites articulaires, à la péricardite, ou inversement, l'on a bien noté la pleurésie, mais l'on n'a pas su dépister la médiastinite, la péricardite, parfois le début de la réaction méningée.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 101. — SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1913. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Un concours s'ouvrira, le 9 mars 1914, devant l'Ecole de pharmacie de l'Université de Paris pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

L'INTERNEMENT DES INFIRMES MENTAUX EN ANGLETERRE. — Le gouvernement anglais vient de déposer un projet de loi permettant de faire placer dans des maisons spéciales les infirmes mentaux.

Voici les dispositions, d'après la *Province médicale*, les plus intéressantes de ce projet :

I. Seront considérés comme infirmes mentaux au sens du présent acte :

a. Les idiots, c'est-à-dire les personnes assez insuffisantes au point de vue mental, depuis leur naissance ou depuis leur jeune âge, pour être incapables de se protéger elles-mêmes contre les dangers physiques ordinaires ;

b. Les imbéciles, c'est-à-dire les personnes chez qui il existe, depuis leur naissance ou leur jeune âge, une insuffisance mentale n'allant pas jusqu'à l'idiotisme, mais assez prononcée pour qu'elles soient incapables de se diriger elles-mêmes ou de diriger leurs affaires, ou, s'il s'agit d'enfants, d'apprendre à le faire ;

c. Les faibles d'esprit, c'est-à-dire les personnes chez qui il existe, depuis leur naissance ou leur jeune âge, une insuffisance mentale n'allant pas jusqu'à l'imbécillité, mais assez prononcée pour qu'elles aient besoin de soins, de surveillance et de contrôle pour leur propre protection ou en vue de la protection d'autrui, ou, s'il s'agit d'enfants, pour qu'ils soient incapables de recevoir les bienfaits de l'instruction dans les écoles ordinaires ;

d. Les débiles moraux, c'est-à-dire les personnes qui, dès leur jeune âge, montrent quelque défaut mental de nature permanente joint à de fortes propensions vicieuses ou criminelles sur lesquelles les punitions n'ont que peu ou point d'effet.

II. Les personnes pouvant être considérées comme infirmes mentales, au sens indiqué par les définitions précédentes, pourront être envoyées dans un établissement spécial, ou placées sous la surveillance de gardiens dans les cas suivants :

1° Si les parents ou les gardiens en font la demande ;

2° Sur la demande des autorités locales ou de tierces personnes, s'il s'agit d'une personne qui, outre son infirmité mentale :

a. Se trouve négligée, abandonnée ou traitée avec cruauté ;

b. Est reconnue coupable de quelque délit, ou au sujet de laquelle un jugement a été rendu, ou puisse être rendu, ordonnant de l'envoyer dans une école industriells autorisée ;

c. Est en train de subir un emprisonnement (sauf l'emprisonnement en matière civile) ou des travaux forcés, ou est détenue dans une maison pénitentiaire à la suite d'un jugement, ou dans une maison de correction ou école industrielle, ou dans une maison de correction pour les ivrognes, ou dans un asile d'aliénés ou dans une maison de fous criminels ;

d. Est un alcoolique invétéré au sens des acts contre l'ivresse, 1879 à 1900, où l'envoi dans les maisons spéciales ne pourra avoir lieu qu'après un examen médical et l'autorisation de la commission de contrôle. P.

LIÈVRES AVEUGLES. — La Suisse, pour assurer la reproduction des lièvres dans ses campagnes, fait venir d'Autriche un grand nombre de ces animaux que l'on expédie dans des caisses. Or, à l'arrivée, beaucoup d'entre eux sont aveugles. Cela ne peut résulter que d'une cause accidentelle, car les lièvres ainsi expédiés sont capturés à l'état sauvage, et l'on conçoit aisément qu'un lièvre aveugle en liberté ne saurait se procurer sa nourriture ou deviendrait très rapidement la proie des rapaces.

M. Aloys Slavik, vétérinaire de la ville de Prague, qui a étudié la question, déclare que la cécité des lièvres provient de ce que leurs paupières très courtes ne protègent pas leurs yeux contre les corps étrangers et les blessures. Les poussières, l'urine coulant d'une caisse dans l'autre, par suite de la superposition, pénètrent dans l'œil et l'enflamment; pour se soulager l'animal se frotte avec les pattes souillées, le mal s'aggrave, des ulcérations de la cornée se produisent et l'infection s'étend au globe de l'œil qui est partiellement détruit.

Cette conclusion est également celle de M. Emile André, de l'Institut zoologique de Genève ; aussi recommande-t-il de rechercher un mode d'emballage évitant ces accidents. Une toile arrêterait les poussières mais n'arrêterait pas l'urine, aussi faudrait-il trouver une caisse à double fond remplie de matière absorbante, de la tourbe pilée par exemple.

G. L. H.

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

LES NÉVROSES TRAUMATIQUES

Par M. R. BENON (1),
Médecin de l'Hospice général de Nantes.

4° Diagnostic. — Le diagnostic positif repose sur le développement, après un traumatisme, du syndrome asthénie. Notre description a été assez détaillée pour qu'il soit inutile de rappeler les symptômes fondamentaux et accessoires qui le spécialisent; nous ne reviendrons pas non plus sur le diagnostic des complications et des formes.

Diagnostic différentiel. — Il n'est pas possible, à moins d'examens insuffisants, de prendre le syndrome asthénie pour de la confusion mentale traumatique ou de l'amnésie traumatique simple. L'anidéation, avec les troubles de la mémoire et la confusion dans les idées qui la caractérisent, ne ressemble ni à la confusion mentale vraie dans laquelle dominent les troubles de la reconnaissance et de la perceptivité, ni à l'amnésie traumatique simple dans laquelle la succession des processus idéatifs est aussi rapide qu'à l'état normal. Du reste la confusion mentale et l'amnésie traumatique, qui sont surtout des accidents immédiats posttraumatiques, ne s'accompagnent pas d'amyosthénie. Ajoutons pourtant que des cas complexes peuvent se présenter et que le diagnostic devient alors très difficile.

La démence précoce, la paralysie générale posttraumatiques et surtout la démence traumatique, qui sont des états psychopathiques touffus, seraient plus aisément causes d'erreurs. La démence précoce, la démence paralytique peuvent s'extérioriser au début sous forme de phénomènes d'asthénie et par suite faire croire à un état neurasthénique vrai. Il suffit, semble-t-il, que l'attention soit attirée sur ce point, pour que l'erreur soit évitée.

La *démence* dite *traumatique* est plus difficile à différencier du syndrome asthénie, surtout du syndrome asthénie chronique. Quelques auteurs allemands, par exemple Mœli, Westphal, considèrent même la « névrose » traumatique comme une démence simple. A notre sens, il importe de ne pas confondre la faiblesse idéative de l'asthénique chronique, avec l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles qui caractérise tout état démentiel.

Chez l'asthénique, la mémoire est intacte ; seulement l'évocation des souvenirs est lente, difficile, pénible. Chez le dément, la mémoire est diminuée par disparition des souvenirs ; il cherche et ne trouve pas, parce qu'il n'y a plus trace des faits dans son cerveau. L'asthénique est attentif, mais il se fatigue très vite ; il lit, écrit, mais au prix d'efforts et de douleurs de tête pénibles. Le dément peut être attentif ; il ne se plaint pas de fatigue extrême comme l'asthénique. Le jugement, le raisonnement sont normaux chez l'asthénique. Chez le dément, ils sont toujours atteints avec évidence : le sujet ne se rend pas très bien compte de sa situation ni des conséquences de sa maladie. Les troubles de l'émotivité, chez l'asthénique, sont liés à la maladie elle-même. Comment le sujet pourrait-il ne pas s'inquiéter, s'attrister ou s'irriter, en constatant son état morbide, en voyant sa situation brisée, son foyer misérable. Les réactions émotionnelles du dément sont toujours moins vives, moins logiques : on observe un état de sensiblerie plus ou moins mal motivée. Enfin l'amyosthénie fait défaut chez le dément, et chez lui aussi la céphalée, la rachialgie, les vertiges, etc., sont moins marqués que chez l'asthénique chronique. Notons qu'il apparaît comme possible que la démence et l'asthénie coexistent chez un même sujet ; ces cas complexes sont naturellement très délicats au point de vue diagnostique.

La simulation vraie, cupide, ne peut guère être ici une cause d'erreur. L'asthénie sans doute est un syndrome purement subjectif : mais comment un blessé pourrait-il simuler d'une manière durable l'amyosthénie, l'anidéation ? Comment pourrait-il exprimer les sensations, les émotions de l'asthénique ? L'insuffisance d'observation seule paraît devoir donner naissance à des erreurs de diagnostic.

De même pour l'exagération. L'asthénie se suffit par elle-même. Elle est précise, typique dans ses manifestations verbales et physiques ; le sujet décrit naturellement son mal ; s'il y ajoutait, il le déformerait de telle sorte qu'il deviendrait aisé de reconnaître le fait au cours d'examens successifs.

Diagnostic de l'évolution. — Le syndrome asthénie observé après un traumatisme, guérira-t-il ou passera-t-il à la chronicité ? Question fondamentale et presque impossible actuellement à résoudre. Il semble que plus les phénomènes d'amyosthénie et d'anidéation sont intenses, et cela dès les premiers mois, plus la chronicité a de chances pour s'établir. D'autre part, les complications, les épisodes aigus, les douleurs violentes, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, etc., qui à certains moments de la maladie occupent en apparence le premier plan, ne prouvent pas en faveur de l'évolution vers la chronicité. En principe, le diagnostic d'asthénie curable ne devra être posé qu'avec la plus grande prudence, d'autant que nous savons que certains cas d'asthénie traumatique prolongée peuvent évoluer vers la manie et donner naissance à des dysthénies périodiques.

Diagnostic étiologique. — Un terrain spécial est-il nécessaire pour que l'affection se développe ? Cela est probable, mais cela n'est pas certain. Le traumatisme est-il cause déterminante ou cause occasionnelle ? Ce qui importe pratiquement, c'est que le traumatisme, s'il ne détermine pas directement l'état morbide, est l'occasion qui le fait apparaître, et ce rôle n'est pas sans importance.

Reste cette constatation que certains traumatismes légers peuvent, comme les traumatismes graves suivis de commotion cérébrale, donner naissance à l'asthénie chronique. Mais à la vérité, ces traumatismes, c'est nous qui les jugeons bénins, d'après leurs circonstances, leurs suites immédiates,

(1) Suite et fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 98, p. 1535.

Que valent nos interprétations si de son côté le patient se sent en proie à une faiblesse générale, éprouve un sentiment permanent de mal être, etc. ? Pourquoi n'aurait-on pas affaire là à des sujets particulièrement prédisposés à l'asthénie ?

5° **Pronostic et médecine légale.** — Le pronostic de l'asthénie traumatique prolongée doit presque toujours être réservé, à cause du passage fréquent de l'affection à la chronicité. Les complications, qui surviennent sous forme d'épisodes aigus, n'aggravent pas sensiblement le pronostic ; le syndrome asthénie peut guérir après ces accidents, comme il peut ne jamais s'effacer.

Médecine légale. — Un certain nombre de questions, généralement toujours les mêmes, sont posées au médecin expert :

1° L'affection existe-t-elle réellement ? Il suffit de constater le syndrome asthénie, et d'écarter la simulation ou l'exagération de phénomènes subjectifs approchants.

2° L'affection est-elle en relation avec le traumatisme ? Le fait que le blessé a travaillé régulièrement jusqu'à son accident démontre qu'il n'avait antérieurement ni amyosthénie ni anidéation.

3° L'affection est-elle curable ? Il n'est pas possible de répondre d'une manière catégorique à cette question. L'intensité des phénomènes asthéniques ne paraît pas être toujours une preuve du passage à la chronicité.

4° Dans combien de temps pourra guérir cette maladie ? Aucune date ne peut être fixée.

5° Est-elle cause d'une incapacité temporaire, permanente, partielle ou complète ? Tout dépend de l'évolution de la maladie et aussi du degré de l'asthénie à l'état chronique.

En matière d'accidents du travail, ces cas doivent être réglés rapidement, et, à notre avis, avec une indemnité d'emblée très élevée.

Si le sujet vient à se suicider, étant donné que les troubles psychiques sont sous la dépendance des phénomènes asthéniques posttraumatiques, la famille doit être indemnisée de la même façon que lorsque l'accident entraîne directement une terminaison fatale.

B. L'hyperthymie anxieuse posttraumatique. — 1° **Définition.** — Sous le nom d'hyperthymie anxieuse, posttraumatique, nous désignons une variété de peur, d'anxiété morbide posttraumatique, anxiété tantôt continue, tantôt intermittente. Elle est entretenue par l'évocation de l'accident, elle s'accompagne de cauchemars très pénibles et elle aboutit quelquefois à un état hallucinatoire terrifiant ; elle évolue habituellement vers la guérison.

2° **Historique.** — L'hyperthymie anxieuse posttraumatique n'a pas été jusqu'ici séparée de la névrose ou des névroses traumatiques en général. Un certain nombre d'auteurs pourtant ont remarqué et noté ces faits d'hyperémotivité anxieuse. Il en est d'ailleurs qui tablent sur ces phénomènes émotionnels morbides posttraumatiques pour soutenir que la peur, la « frayeur, émotion, choc », est le véritable facteur de la « névrose traumatique », qu'ils ont par suite appelée *schreckneurose*.

3° **Etiologie.** — L'étiologie de l'hyperthymie anxieuse posttraumatique paraît dominée par la notion de la prédisposition individuelle ; autrement dit celui-là sera atteint de ces troubles spéciaux qui présente une disposition spéciale à la peur, à la crainte, disposition du caractère acquise ou congénitale.

La peur peut précéder le traumatisme physique ; mais elle peut aussi à ce moment-là faire défaut.

L'état émotionnel morbide se développe généralement peu de temps après le traumatisme physique, que le sujet ait ou non perdu connaissance. Il est à noter que maintes fois le traumatisme physique est en lui-même léger, si léger que dans quelques cas il est permis de se demander s'il a existé. Personnellement nous estimons que dans certains cas son existence est secondaire ; c'est dire par suite que le fait, pour un sujet donné, d'assister à un accident ou à une catastrophe, suffit pour produire chez lui les mêmes effets d'hyperthymie anxieuse que chez ceux qui ont été véritablement blessés.

4° **Description.** — Les phénomènes d'hyperémotivité anxieuse posttraumatique se développent le plus souvent après les accidents de chemin de fer, les tremblements de terre, mais aussi après d'autres traumatismes (accidents de voiture, submersion, attentat criminel, etc., etc.). Ils passent d'ordinaire par trois périodes : période de début, période d'état, période terminale.

Début. — Que le traumatisme physique ait été grave, anodin ou presque nul, qu'il ait été ou non précédé de peur, l'anxiété ne se montre pas en général intense immédiatement après l'accident. Il s'écoule un certain temps, quelques heures, sinon quelques jours ou même quelques semaines, avant que l'état hyperthymique soit bien caractérisé. Période de méditation, disent certains auteurs ; à la vérité, plutôt simple période préparatoire, tout phénomène morbide, quel qu'il soit, n'atteignant le plus souvent que progressivement la période d'acmé.

Durant cette période de début, le sujet, maître encore de ses réactions émotionnelles, peut paraître tout à fait normal. C'est ainsi qu'on le voit, après une catastrophe, soigner les blessés et travailler avec ardeur. Puis peu à peu, après quelques heures ou plus, le souvenir de l'accident, le récit de ses circonstances et de ses suites, la lecture des journaux, déterminent un état d'inquiétude, de crainte, de frayeur avec cauchemars, qui empêche presque tout sommeil : c'est la période d'état.

Période d'état. — Le malade a le souvenir pour ainsi dire constant et plus ou moins obsédant de l'accident. Il en revoit les scènes pénibles, les tableaux tragiques, qu'il les ait vécus réellement ou non. Au moindre bruit, il tressaille et devient angoissé ; un enfant qui crie, une porte qui se ferme brusquement, une voiture qui ébranle la maison, le fait sursauter et demander anxieusement ce qui se passe. La nuit, il dort difficilement ; des cauchemars terribles (chutes, zoopsies) le réveillent en

sursaut, l'empêchent de trouver un sommeil réparateur. Le jour, il est plus calme, plus rassuré, mais il reste abattu, inerte avec des maux de tête, de l'inappétence; s'il parle de l'accident, il est aussitôt en proie à une émotion profonde, il pleure, gémit, suffoque, tremble de tout son être. Il ne redevient calme qu'au bout de plusieurs heures.

Évolution et complications. — Ces phénomènes émotionnels morbides peuvent s'atténuer petit à petit, mais dans un assez grand nombre de cas, surviennent des complications, des hallucinations, des phobies variées, des crises hystériques, de l'asthénie secondaire, etc.

Etat aigu hallucinatoire avec agitation anxieuse. — Cet état hallucinatoire se développe tantôt très vite, d'emblée presque, tantôt au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Dans le premier cas, l'insomnie est complète dès le début; les cauchemars, les hallucinations et illusions, apparaissent de suite et persistent pendant le jour. Dans l'autre cas, les cauchemars précèdent durant quelque temps l'état hallucinatoire, de sorte que dans le jour, si le sujet reste émotif, il se montre du moins assez tranquille.

Dans sa période aiguë le malade présente des hallucinations et illusions, surtout de la vue et de l'ouïe. Le plus ordinairement ce sont les scènes de l'accident qui se déroulent devant lui; il les revoit se produire dans tous les détails qu'il connaît; il entend des bruits, les plaintes des victimes. Alors il crie, s'agite, et en proie à la terreur il cherche à se sauver. L'entourage se trouve dans la nécessité de le maintenir de force pour éviter une fuite éperdue. Quelquefois il accuse un serrement épigastrique qui lui arrache des cris de douleur; il suffoque, angoissé, anhélant.

La nuit, les troubles psycho-sensoriels sont toujours plus intenses, mais la lumière les calme relativement. Ils peuvent ne pas être permanents, laissant au sujet quelques intervalles de repos; durant ces périodes on constate que le blessé n'est ni amnésique, ni confus, ni délirant à proprement parler.

Ces illusions et hallucinations avec agitation anxieuse disparaissent progressivement en quelques semaines ou mois.

Phobies. — L'agoraphobie, la sidérodromophobie, etc., qui ne sont que des formes variées et intermittentes d'hyperémotivité anxieuse posttraumatique compliquent parfois l'état morbide durant des mois, sinon durant des années. A la longue, presque toujours, ces accidents s'atténuent et finalement s'effacent.

Hystérie. — Il arrive aussi que quelques-uns de ces malades présentent des crises hystériques. Les phénomènes d'énervement qui précèdent ces crises se produisent probablement sous l'influence soit des douleurs physiques, soit des contrariétés que provoquent l'agitation anxieuse et la tendance à la fuite.

Asthénie secondaire. — Il n'est pas exceptionnel de voir se développer progressivement au cours de ces états hyperthymiques douloureux, des troubles asthéniques secondaires plus ou moins intenses. Le malade accuse de l'amyosthénie; il se sent faible, anéanti, courbaturé; il est incapable de lire, écrire; il se fatigue très vite. Il a de l'anidéation, sa mémoire est infidèle, ses idées sont embrouillées. Il importe de ne pas confondre cette asthénie secondaire posdouloureuse émotionnelle, avec l'asthénie immédiate traumatique.

Troubles divers. — L'insomnie prolongée, la céphalée, les étourdissements, les vertiges peuvent enfin compliquer durant des mois et des années l'hyperthymie anxieuse posttraumatique.

Marche, durée. — La marche de la maladie est généralement rapide. Elle atteint assez vite un maximum pour s'atténuer et finalement guérir. La durée va de quelques mois à plusieurs années, surtout si l'asthénie se développe particulièrement.

Terminaison. — La guérison est habituelle, mais elle peut se faire attendre des années. Le malade est incapable pendant longtemps de remonter en chemin de fer, en voiture, sans éprouver de la crainte, de la peur.

D'autre part, l'asthénie secondaire à l'hyperthymie douloureuse peut non seulement se prolonger durant plusieurs mois, mais encore passer à l'état chronique ou donner naissance à d'autres troubles sthéniques semblables à ceux que nous avons déjà relatés (asthéno-manie, dysthénies périodiques). Personnellement nous avons observé un cas d'hyperthymie anxieuse posttraumatique qui a contribué à engendrer un état asthénique intense et cet état asthénique a été suivi de manie. C'est là un exemple d'asthénomanie posttraumatique indirecte (v. obs. 15 de notre Traité).

5° **Diagnostic.** — Cette forme de névrose est assez spéciale pour que le diagnostic positif en soit facile. A la période d'état, étant données les complications qui accident son évolution, elle pourrait être confondue avec la neurasthénie posttraumatique. L'analyse clinique démontre que l'asthénie constatée est secondaire non pas au traumatisme physique, mais aux émotions consécutives anxieuses. En revanche, ces deux états névrosiques ont des complications communes (hallucinations, phobies, etc.). Dans quelques cas, par suite, le diagnostic est certainement hérissé de difficultés; il n'est quelquefois possible qu'après la disparition des phénomènes bruyants.

Quant à l'état aigu hallucinatoire d'origine alcoolique, il se différencie de l'état hallucinatoire postémotionnel par les circonstances et conditions de son développement plutôt, semble-t-il, que par ses caractères propres.

6° **Pronostic et médecine légale.** — L'affection guérit habituellement, quelquefois pourtant seulement après des mois et des années. D'autre part, des complications graves d'ordre « sthénique » (asthénie ou manie) peuvent survenir; il importe donc en principe de réserver l'avenir.

L'hyperthymie anxieuse posttraumatique est mal aisée à simuler ou même à exagérer.

Pratiquement elle doit être considérée comme étant en relation avec l'accident : sans doute, nous avons dit que les prédispositions émotionnelles indi-

viduelles jouaient un rôle fondamental, mais ces prédispositions, sans le traumatisme, ne se seraient point brusquement éveillées.

L'incapacité de travail, temporaire habituellement mais prolongée, peut en cas de complications rester permanente et partielle sinon complète.

C. **L'hypocondrie traumatique.** — **1° Définition.** — L'hypocondrie traumatique est caractérisée cliniquement par l'état d'inquiétude, de préoccupation, de tristesse qu'engendrent chez un blessé les *sensations* et *idées* liées à la blessure elle-même. Comme l'hyperthymie anxieuse, l'hypocondrie est une forme d'anxiété morbide posttraumatique. D'autre part elle est semblable cliniquement à l'hypocondrie en général, dont elle n'est qu'une variété à étiologie particulière, le traumatisme.

2° Historique. — Nombre d'auteurs, qui cherchaient les caractères cliniques fondamentaux de la « névrose » traumatique, ont été frappés par les préoccupations hypocondriaques de certains blessés. Cet état émotionnel semble être au premier plan, chez les asthéniques ou neurasthéniques traumatiques, qui s'inquiètent si vivement de leur asthénie; mais, en fait, nous l'avons vu, leur inquiétude est en relation étroite avec leurs phénomènes asthéniques. Ce n'est pas là l'hypocondrie traumatique. Celle-ci, qui peut venir à la suite d'un traumatisme quelconque, prend son origine dans les sensations variées et vagues, mais réelles, qui accompagnent le traumatisme lui-même. Conditionnée par ces sensations, elle est quelque chose qui apparaît secondairement, mais ce n'est pas secondairement à l'asthénie, phénomène précis, immuable et bien défini. Dans quelques cas, l'hypocondrie traumatique, comme du reste un certain nombre de variétés d'hypocondrie, pourrait être appelée, en raison de son aspect clinique, mélancolie hypocondriaque traumatique. Cette hypocondrie, actuellement, est le plus souvent dénommée par les auteurs *hystérie traumatique*.

3° Etiologie. — En dehors de la notion de prédisposition individuelle qui, ici encore, semble fondamentale, l'étiologie de l'hypocondrie traumatique ou mélancolie hypocondriaque traumatique, est très variée. Voici les affections que nous relevons chez les treize malades que nous avons observés (voir notre Traité) : piqûre du bras gauche suivie de phlegmon (obs. 134); plaie de l'œil gauche (obs. 139); morsure du bras droit (obs. 138); fractures diverses (obs. 130, 133 et 136); contusions (obs. 131, 132, 135 et 137); effort (obs. 140).

La blessure fréquemment est anodine ou paraît telle à l'observateur. Quoi qu'il en soit, elle suffit pour provoquer l'apparition de l'état hypocondriaque.

4° Description. — Trois périodes bien nettes caractérisent l'évolution de l'hypocondrie traumatique; une période de début, une période d'état et une période terminale.

Début. — La période de début, dominée d'abord par les troubles immédiats, organiques ou dynamiques, ne s'ouvre que lorsque ceux-ci se sont atténués. Le sujet alors constate qu'il continue à souffrir dans la région blessée, qu'il ne revient pas à son état normal, et il s'inquiète vivement de cette nouvelle situation. Si la plaie est cicatrisée, après ou sans complications (abcès, phlegmon, etc.), il déclare qu'il n'est pas guéri à cause des douleurs qu'il y éprouve; s'il a subi une fracture de jambe par exemple, il fait remarquer qu'il est moins puissant qu'auparavant, qu'il ne retrouve pas dans sa jambe la force d'autrefois, et il ne tarde pas à ajouter qu'il ne la retrouvera plus jamais, etc. Un simple effort, une douleur posttraumatiques peuvent engendrer le même état morbide émotionnel.

Cette période initiale est une période d'inquiétude légère, avec méditation et auto-suggestion si l'on veut. Ce sont les sensations ressenties par le sujet et les jugements plus ou moins erronés qu'il porte à l'aide ou à l'occasion de ces sensations, qui produisent l'inquiétude et c'est cette inquiétude qui est morbide. Tout d'abord le phénomène émotionnel est peu marqué, parce que le sujet conserve l'espoir de la guérison. Quand cet espoir de guérir disparaît plus ou moins complètement, la période d'état est constituée. La phase de début dure quelques semaines, sinon plusieurs mois. La progression des phénomènes est plutôt lente que rapide.

Etat. — A la période d'état les manifestations psychopathiques sont très variables comme intensité, aspect et degré. Le malade exprime des idées délirantes hypocondriaques et il éprouve de l'anxiété. Il a l'idée qu'il ne guérira pas, qu'il est perdu. C'est une idée fixe, une idée obsédante. Ainsi tel sujet atteint de fracture de jambe avec cal vicieux disait : « Je ne peux plus marcher... je souffre sans cesse... je ne guérirai jamais... C'est bien fini... » Cela a duré cinq ans, jusqu'à la mort du sujet. — Tel autre qui avait une contracture des muscles du cou déclarait : « Je ne pourrai jamais redresser la tête; j'ai la colonne vertébrale déviée... Je ne pourrai plus jamais travailler... J'ai un dépôt de sang dans l'estomac... Ça ira bien quand je serai mort. » Cet état a duré dix-sept ans : la tuberculose emporta le malade. Celui-ci encore était très typique (monoplégie brachiale gauche dite hystérique) : « Je ne peux plus travailler. Il n'y a pas moyen. Mon bras ne peut plus fonctionner. Si je fais un effort du bras (le droit), ça me correspond douloureusement dans le bras gauche. Oh! oui, je travaillerais bien, si mon bras était guéri. En venant ici (à l'asile) je pensais guérir... l'isolement, la tranquillité, mais ça ne va pas mieux; je ne suis pas plus tranquille ici que chez moi, je suis autant inquiet. Je crois que je ne guérirai pas. Quand je souffre dans le bras gauche, ça descend aussi dans la jambe gauche. Il faudrait qu'on me donne des médicaments. Je voudrais tant être guéri! Souvent je me dis : vont-ils me guérir? Je pense toujours à guérir pour partir. Je suis venu ici pour me guérir, et c'est toujours pareil. Si j'étais guéri, je partirais vite. J'essaie de me servir de mon bras, mais je ne peux pas, je le vois bien; c'est ça qui me tourmente. Si je ne dois pas guérir, alors autant mourir. Si j'allais être paralysé? Si ça me montait au cerveau? »

Les interprétations fausses sont constantes chez l'hypocondriaque. Sa santé générale est ordinairement assez bonne ; or il trouve qu'il a le teint jaune, la peau sèche, etc.

Par intervalles, sinon d'une manière durable, le sujet a de l'agitation anxieuse; il va et vient, la tête baissée, les bras ballants, d'un pas plutôt mal assuré. Il ne dort pas, se lève, marche dans sa chambre, se plaint, se lamente. Il est alors facile à énerver et, en maintes circonstances, l'agitation anxieuse fait place à l'excitation coléreuse.

A d'autres moments, le malade est triste et abattu : c'est la mélancolie hypocondriaque. Il gémit sur son sort, pleure sur sa situation actuelle et sur les besoins de sa famille; le délire mélancolique paraît rare, mais les idées de suicide ou la tendance au suicide sont fréquentes.

Complications. — Parmi les complications qui peuvent survenir à la période d'état, en dehors des troubles psycho-sensoriels, des idées de persécution, etc., il en est une qu'il importe de bien connaître, à cause du diagnostic différentiel, c'est l'asthénie secondaire à l'état hypocondriaque. Cette asthénie apparaît progressivement et elle peut être très manifeste à un moment donné de l'évolution de la maladie. Il est inutile de rappeler à nouveau les signes de ce syndrome.

Examen somatique. — L'hypocondriaque traumatique ne présente pas de signe dit organique. Les mono, hémi ou paraplégies avec ou sans asthénie, qui accompagnent quelquefois l'état morbide, sont d'ordre purement fonctionnel, hystérique, a-t-on dit à tort. A la vérité, elles se développent ou mieux se précisent sous l'influence de l'inquiétude pour disparaître quand celle-ci s'est dissipée. D'autre part, la céphalée, les étourdissements, les bourdonnements d'oreilles, etc., sont des phénomènes subjectifs communs à beaucoup d'états névrosiques.

Marche, durée, terminaison. — La maladie prend une marche rarement rapide; elle offre à l'observateur une ascension progressive, puis une décroissance plutôt en lysis. Elle guérit après une durée de plusieurs mois, sinon de plusieurs années; elle guérit lentement surtout quand l'asthénie vient compliquer l'état hypocondriaque. Parfois elle aboutit à un état cachectique qui entraîne la mort. Parfois enfin elle passe à l'état chronique; cette forme chronique ou hypocondrie traumatique chronique s'accompagne presque toujours de phénomènes asthéniques.

5° **Diagnostic.** — Dans les cas simples, le diagnostic positif se fait très vite. Lorsque le syndrome asthénie est surajouté à l'hypocondrie, il importe de ne pas prendre celle-ci pour la neurasthénie traumatique; l'erreur est d'autant plus aisée à commettre que la neurasthénie est à peu près constamment accompagnée de préoccupations hypocondriaques. Dans l'hypocondrie traumatique, l'asthénie se développe lentement, sous l'influence de l'état d'inquiétude et d'anxiété du sujet; autrement dit, ce sont les douleurs émotionnelles qui engendrent l'asthénie. Dans la neurasthénie traumatique, les phénomènes asthéniques existent dès le début, liés qu'ils sont au traumatisme lui-même, et ils ne disparaissent jamais : ils s'atténuent les premiers mois, mais pour augmenter et s'aggraver au fur et à mesure que grandit l'inquiétude du sujet vis-à-vis de cette asthénie. En un mot, dans l'hypocondrie traumatique, il y a d'abord inquiétude, anxiété, puis asthénie, tandis que dans la neurasthénie traumatique il y a d'abord asthénie, puis préoccupations hypocondriaques.

L'analyse des sensations, idées et émotions du sujet, leur enchaînement, leur évolution permettent seuls de mener au diagnostic exact.

6° **Pronostic et médecine légale.** — L'affection guérit souvent, mais quelquefois elle évolue vers la cachexie et la terminaison fatale, ou elle passe à la chronicité avec asthénie persistante. Cela suffit pour que le pronostic soit réservé en principe.

Au point de vue médico-légal, l'affection devra être distinguée de la simulation et de l'exagération. Elle a une origine traumatique indiscutablement. Si elle guérit fréquemment, elle est parfois incurable. Les conséquences, au point de vue de la capacité du travail, varient suivant la durée, l'évolution et la terminaison.

D. **L'hyperthymie spéciale des accidentés ou sinistrose.** — 1° **Définition.** — La sinistrose est un syndrome hyperthymique, d'intensité variable, assez spécial et complexe, lié à l'accident subi par le sujet « assuré »; elle est caractérisée avant tout par la crainte que les symptômes éprouvés ne disparaissent pas et que l'indemnisation ne soit nulle ou insuffisante. Cette inquiétude pathologique, cet état passionnel morbide est à rapprocher de l'hyperthymie anxieuse et de l'hypocondrie posttraumatiques. On pourrait peut-être l'appeler encore l'hyperthymie inquiète des sinistrés.

2° **Historique.** — C'est Brissaud qui a créé le mot sinistrose pour « désigner un état psychopathique spécial, qui n'est jamais une conséquence nécessaire et inéluctable de l'accident, car il procède exclusivement d'une interprétation erronée de la loi et consiste en une sorte de délire raisonnant, fondé sur une idée de fausse revendication ». Il affirme justement que c'est une « maladie authentique », caractérisée au point de vue mental par une « inhibition de la volonté ». Personnellement, nous pensons que la sinistrose a une existence propre, mais que l'état d'inquiétude, inhibiteur de la volonté (?), domine le tableau clinique et que l'interprétation erronée de la loi est tout à fait accessoire.

3° **Etiologie.** — Tous les traumatismes suivis de litige peuvent se compliquer de sinistrose. Les grandes catastrophes (tremblements de terre, inondations, etc.) y donnent naissance chez les blessés à l'occasion de la distribution des secours.

L'état hyperthymique spécial, qui caractérise la maladie, ne se développe pas d'emblée; il apparaît après les accidents aigus, au moment où se pose la question de la guérison et de la reprise du travail, c'est-à-dire au moment de la fixation de la date de « consolidation » de la blessure pour les accidentés

du travail (loi française de 1898). L'affection s'organise donc secondairement, consécutivement aux troubles immédiats.

Il est probable, sinon certain, que les prédispositions individuelles jouent un rôle capital dans l'apparition de la sinistrose.

4° **Description.** — Trois périodes bien distinctes marquent l'évolution de la maladie.

Début. — Le début est extrêmement variable. Les troubles les plus divers le précèdent; ils peuvent être graves ou bénins. La sinistrose complique les affections traumatiques aussi bien fonctionnelles qu'organiques, les fractures aussi bien que les efforts, les plaies aussi bien que la neurasthénie ou l'hypocondrie posttraumatiques curables, etc.

Le début véritable part de l'époque où la guérison est discutée, guérison qui d'ordinaire apparaît comme étant sur le point de se produire. C'est à ce moment que l'inquiétude s'empare du malade, s'accroît de jour en jour et que l'état morbide nouveau s'affirme et se précise avec évidence.

Etat. — Le malade ne reprend pas son travail parce qu'il est inquiet relativement à la réalité de la guérison et aussi au sujet de l'indemnité qu'il obtiendra.

Certainement le malade est souvent très amélioré; quelquefois même il le reconnaît volontiers. Pourtant il ne se sent pas complètement guéri; il ne se considère pas comme revenu encore à son état antérieur; il manque de force, il éprouve des malaises plus ou moins vagues; il a encore des douleurs. Il résume maintes fois ainsi son état : « Je souffre, je suis faible. Je ne peux pas recommencer à travailler. » En raison de ces sensations spéciales, anormales, il hésite à se dire guéri; il désire qu'on ajourne la date de consolidation. C'est qu'il pense toujours : « Si je n'allais pas guérir tout à fait? Si ça allait se compliquer, s'aggraver? S'il allait me rester quelque chose de cet accident? » Cette inquiétude plus ou moins vive, plus ou moins douloureuse, est logique et naturelle, puisque rattachée à des sensations pathologiques.

Une foule de facteurs du reste interviennent, qui augmentent cet état d'inquiétude.

Ainsi le patient remarque qu'il a non seulement des douleurs au niveau de la région atteinte, mais encore en divers endroits du corps. Or, autrefois, sa santé était excellente; il n'avait jamais de malaise, jamais de douleur nulle part. Que se passe-t-il donc pour qu'il continue à souffrir?

Il ajoutera, considérant la nature du traumatisme (plaie de la tête, par exemple) que la blessure qu'il a subie doit être très sérieuse à cause de son siège, ou bien, évoquant la gravité de l'accident, qu'un choc semblable a dû déterminer des lésions internes, etc.

La situation des siens, de sa famille, de ses enfants, leur avenir, les préoccupations au sujet de sa profession, la crainte de la perte de son emploi viendront encore le tourmenter moralement et l'affecter davantage.

Enfin — et cette question matérielle a une importance naturelle — il se demande si l'indemnité qu'il va obtenir sera suffisante, d'autant que la guérison est douteuse.

Ces incertitudes, ces hésitations, ces questions incessantes qu'il se pose, entretiennent un état douloureux permanent d'inquiétudes et de préoccupations qui constituent la sinistrose. D'ailleurs, cet état morbide émotionnel ou mieux passionnel, entraîne lui-même des sensations pénibles, variées et encore aggravantes.

Cette inquiétude pourrait sans doute être diminuée par la notion de la « revision » possible de l'affaire, par exemple en matière d'accidents de travail. Mais que vaut ce texte en regard des malaises, des douleurs, ressentis par le sujet?

Des phénomènes d'énervement, d'irritabilité, quelquefois une tendance marquée à l'indignation et à la colère, viennent s'ajouter à l'état d'inquiétude morbide. Le blessé s'emporte, revendique ses droits, proteste violemment contre l'indemnité (transactionnelle et forfaitaire) qui lui est offerte, menace, accuse patrons, médecins, magistrats, etc., quand, en réalité, la loi lui est simplement appliquée.

L'insomnie, la céphalée, les étourdissements ou vertiges sont fréquents chez ces malades.

Terminaison. — La terminaison de la sinistrose par la guérison, après liquidation de l'affaire judiciaire, est très fréquente. Cette guérison pourtant peut se faire attendre longtemps; il est possible que parfois même elle fasse défaut. D'autre part, l'état émotionnel morbide qui caractérise la sinistrose, se complique parfois d'asthénie et ce syndrome, s'il est habituellement transitoire, peut passer à l'état chronique. Enfin, chez quelques sujets, plus particulièrement disposés à la colère, à l'indignation, à la violence, se développent probablement de véritables formes de *délire de revendication*, incurables souvent.

La sinistrose prolonge la durée des affections traumatiques. On n'a pas manqué de s'élever contre ce fait que les blessures « assurées » exigeaient plus de temps pour guérir que les blessures « non assurées ». Mais si le fait paraît exact, on comprend aussi que le patient, qui a droit légalement à une indemnité, ne se déclare capable de travailler que lorsqu'il a retrouvé la tranquillité morale, c'est-à-dire lorsqu'il se sent bien guéri et revenu à son état normal.

5° **Diagnostic.** — Les conditions de développement de la sinistrose, l'état passionnel particulier qui la caractérise, permettent seuls de la reconnaître et de la séparer de la simulation cupide et de l'exagération calculée. Le syndrome asthénie qui l'aggrave parfois, le délire de revendication dont elle peut marquer l'origine, sont des complications qu'il est assez aisé de diagnostiquer.

L'hyperthymie spéciale des accidentés devra être distinguée : 1° de l'hypocondrie traumatique : les idées délirantes hypocondriaques et l'agitation anxieuse sont plus marquées chez l'hypocondriaque que chez le sinistrosé; le premier paraît plus égoïste que le second qui est vivement préoccupé par l'avenir des siens, etc.; 2° de l'hyperthymie anxieuse :

l'agitation, les cauchemars atteignent alors chez le malade une intensité qu'ils n'ont pas dans la sinistrose ; 3° de la neurasthénie posttraumatique : mais chez le sinostrosé, l'asthénie quand elle existe est un phénomène qui apparaît secondairement à l'inquiétude et non immédiatement après le traumatisme.

Dans certains cas, le diagnostic restera très difficile, car ces divers syndromes peuvent se combiner et constituer des états complexes que l'analyse clinique ne parvient pas à débrouiller ni à classer exactement.

6° **Pronostic et médecine légale.** — Si le pronostic est meilleur que dans les autres états névrosiques, il n'en devra pas moins être réservé à cause des complications possibles.

Au point de vue médico-légal, la sinistrose est un syndrome en relation médiate avec l'accident, habituellement guérissable, mais susceptible aussi de s'aggraver et de donner naissance à des états chroniques. Le règlement rapide de l'affaire s'impose ; il ne pourra que hâter la guérison, si elle doit avoir lieu. La sinistrose en elle-même, sauf complications, n'entraîne pas d'incapacité permanente de travail.

E. **Crises hystériques et traumatisme.** — Il paraît assez rare d'observer des crises hystériques après les traumatismes physiques. Les observations de ces faits sont peu nombreuses et toutes très insuffisantes. En général ces crises surviennent au cours d'états psychopathiques posttraumatiques touffus.

Comment se produisent ces crises hystériques ? C'est là un point que les observateurs ont laissé dans l'ombre. Il est vrai que la conception de Charcot sur l'hystérie avait bien compliqué les faits. De par sa situation, en raison des nombreux malades qu'il examinait, cet auteur ne pouvait guère ne pas voir en partie les phénomènes d'inquiétude morbide des traumatisés ; il les appela à tort hystériques. M. Babinski les a justement séparés en fait de l'hystérie, puisqu'il leur a donné un nom nouveau : le pithiatisme.

En principe toutes les crises hystériques sont en relation avec des phénomènes d'énervement, que ceux-ci soient déterminés par des causes précises (contrariétés, discussions, etc.), ou bien qu'ils se produisent exceptionnellement sans cause. Les crises hystériques posttraumatiques, complexes peut-être dans leur genèse, ne sauraient échapper à ce mécanisme. Il semble, dans un certain nombre de cas du moins, qu'elles soient produites par les douleurs vives, déchirantes, paroxystiques, qu'éprouvent les blessés ; nous savons en effet que les douleurs s'accompagnent toujours d'énervement. Dans les autres cas, les causes ordinaires, c'est-à-dire les contrariétés ou bien l'énervement spontané, doivent intervenir.

Cliniquement ces crises se présentent avec leurs caractères habituels récemment précisés à nouveau par J. Tastevin : énervement, serrement à l'épigastre et à la gorge, sensation de boule œsophagienne, chute avec ou sans obnubilation, contorsions, cris, notion plus ou moins vague de ce qui se passe, et enfin apparition des pleurs. L'amnésie de la crise est une rareté.

Ces crises hystériques s'associent presque toujours à d'autres états psychopathiques posttraumatiques, par exemple à l'hyperthymie anxieuse, à la neurasthénie, etc.

Elles sont toujours aisées à distinguer des crises épileptiques à moins que hystérie et épilepsie ne se trouvent réunies chez le même sujet.

Elles n'aggravent pas le pronostic.

BIBLIOGRAPHIE

ADAMKIEWICZ (Vienne). La pseudo-névrose traumatique au point de vue médico-légal, *Zeits. f. klin. Med.*, 1896, XXX, 149; *Revue neurol.*, 1897, 54.

AGOSTINI (Cesare). Hémianesthésie sensitivo-sensorielle et incontinence d'urine dans un cas d'hystérie traumatique. Contribution à l'étude des manifestations tardives de la névrose traumatique, *Ann. del manicom. provinc. di Perug. ed Autoriassunti e riv. di Psich. et Neurop.*, 1909, III; *Revue neurol.*, 1910, I, 649.

AIKHENVALD. Contribution à l'étude des névroses traumatiques, *Moniteur neurol.* (russe), 1909, XVI; *Revue de psychiat.*, 1909, 132.

ANTONINI. Une forme rare d'impulsion ambulatoire survenue chez un hystéro-épileptique à la suite d'un traumatisme, *Rivist. Speriment. di Frenatr.*, 1894, fasc. II; *Revue neurol.*, 1894, 655.

ATWOOD (C. E.) et TAYLOR (A. S.). Un cas de symptômes psychonévropathiques associés à l'existence d'une ancienne fracture du crâne avec dépression au niveau de la région frontale. Opération. Guérison apparente, *Soc. neurol. de New-York*, 7 mars 1911; *The Journ. of nerv. and ment. dis.*, juillet 1911, 416; *Revue neurol.*, 1912, II, 159.

AUCOPT (H.). *De l'hystérie traumatique et de la simulation (étude médico-légale)*, Th. de Paris, 1903.

BAILEY. Sur l'hystéro-traumatisme au point de vue médico-légal (et les psychoses secondaires), *Med. Record*, mars 1899; *Arch. de neurol.*, 1900, I, 239. — Pronostic de l'hystérie traumatique, *Med. Record*, août 1901; *Revue neurol.*, 1901, 1181. — La névrose traumatique; mosaïque psychologique, *New-York med. Journ.*, 1910, 62; *Revue neurol.*, 1910, I, 649.

BATAILLE. *Traumatisme et névropathie*, Paris 1887.

BENON (R.). Psycho-névrose traumatique ou démence traumatique (avec M. Simonin), *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1909 (séance du 26 nov.). — L'asthéno-manie posttraumatique, *Gaz. des hôpit.*, 1911, 1423 et 1435. — Neurasthénie traumatique suivie de manie, *Congr. des alién. et des neurol.*, Tunis 1912, *Gaz. méd. de Nantes*, 1912, 641. — *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques posttraumatiques*, Paris 1913.

BÉRARD, les C. DENONVILLIERS père et fils, GOSSELIN. *Compendium de chirurgie pratique*, II, 603.

BERBEZ (P.). *Hystérie et traumatisme*, Th. de Paris, 1887.

BERNHARDT et KRONTHAL. Observation de névrose traumatique avec autopsie, *Neurol. Centralbl.*, 1890; *Arch. de neurol.*, 1891, I, 453; *Ann. méd.-psychol.*, 1893, I, 456.

BERNHEIM. *Neurasthénies et psychonévroses*, Paris 1908, 75 p.

BILLSTROM (Jacob). Etude sur le pronostic de la névrose traumatique, *Hygiea*, 1910, 1086; *Revue neurol.*, 1912, I, 516.

BLOCH (E.). Contribution à l'histoire des névroses traumatiques, *Mediz. Klin.*, 1906, VIII, 1167; *Revue neurol.*, 1907, 389.

BLUM. *L'hystéro-neurasthénie traumatique (Railway spine)*, Paris 1893.

BOERI (G.) [Naples]. Recherches sur les névroses traumatiques. 1° Rareté de la simulation dans les névroses traumatiques. Simulation naïve et inconsciente. 2° Distribution des symptômes dans la névrose traumatique. Leur généralisation. Dissimulation inconsciente, *XVIe Congr. italien de méd. interne*, 1906; *Revue neurol.*, 1907, 387.

BONAMAISON. Un cas d'hystérie traumatique, *Lyon méd.*, 1891, LXVI; *Arch. de neurol.*, 1892, I, 109.
BOUVERET. *La neurasthénie, épuisement nerveux*, Paris, 1891, 247 et 325.
BOYER. *Traité*, 5e édit., 1847, IV, 286.
BRISSAUD. *Concours méd.*, 1908, 114; *Bull. méd.*, 1909, 439 et 455; *Presse méd.*, 24 juillet 1909.
BROSIUS. Psychoses à la suite de lésions mécaniques, *Der Irrenfr.*, 1887, 1 et 2; *Ann. méd.-psychol.*, 1889, II, 143.
BRUNS. Casuistique des névroses traumatiques, *Neurol. Centralbl.*, 1889; *Arch. de neurol.*, 1891, I, 452; *Ann. méd.-psychol.*, 1891, II, 316.
BURR (Ch. W.). Hystérie traumatique consécutive à des traumatismes de la tête, *Philad. neurol. Soc.*, 22 janv. 1909; *The Journ. of nerv. and ment. disease*, 1909, 368; *Revue neurol.*, 1910, I, 98.
BUZZARD (Th.). Traumatisme par accident de chemin de fer; leur influence sur le système nerveux et leurs résultats, *Med. Times*, 1867.
CARAFI. Tremblement hystérique d'origine traumatique du membre inférieur droit (aphonie), *France méd.*, 1882, I; *Arch. de neurol.*, 1884, I, 247.
CASTEX (A.). Traumatismes et névropathies, *Médecine mod.*, Paris 1891, II, 117.
CHARCOT. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, III, 441. — *Leçons du mardi*, 1888 et 1889, 36, 133.
CHAVIGNY. Hystéro-traumatisme et ses conséquences médico-légales dans l'armée, *Soc. de méd. milit. franç.*, 1908, 33; *Revue neurol.*, 1909, 83.
CHOPARD. *Névrose traumatique et Loi sur les accidents du travail*, Th. de Paris, 1906.
CLEVENGER. *Spinal concussion* (Philadelphie et Londres), 1890.
CONGRÈS (XIIe) DE MÉDECINE INTERNE, Wiesbaden 1893. Des névroses traumatiques : Strümpell, Wernicke, etc., *Revue neurol.* 1893, 275.
CONTI (A.). A propos de deux cas de névrose traumatique, *Gazz. degli Ospedali e delle Clin.*, XXVII, 1906, 973; *Revue neurol.*, 1907, 25.
COSSERAT. *Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme*, Th. de Nancy (?), 1890.
CROCQ fils. *Les névroses traumatiques*, 1896. — *Arch. de neurol.*, 1896, I, 309.
CULLERRE. Des névroses consécutives aux accidents, *Ann. méd.-psychol.*, 1891, I, p. 261.
DAGONET. *Traité des maladies mentales*, 1894 : traumatisme, accidents de chemins de fer, 140, 144.
DEBOVE. Hystéro-traumatisme, *Gaz. des hôpit.*, 1906, 495.
DEBOVE et RÉMOND. Accidents hystéro-traumatiques consécutifs à une décompression brusque, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1891, 3e s., VIII, 273.
DELFAU. Th. de Paris, 1868, 61.
DERODE. Observation d'un cas de névrose traumatique, *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1894; *Arch. de neurol.*, 1895, I, 204.
DEROUBAIX (A.). Un cas de psychose traumatique, *Belgique méd.*, 1906; *Encéphale*, 1907, I, 198.
DESAULT. *Œuvres chirurgicales*, pub. par X. Bichat, 1798, 53 à 59.
DROBNER (Hermann). Sur les psychoses et les neuroses de chemins de fer, *Wien. med. Presse*, 1893, nos 12, 13, 14, 16, in *Revue neurol.*, 1894, 454.
DUBIAU. Rapport médico-légal sur un accident de chemin de fer, ayant entraîné un accès d'aliénation mentale, *Ann. méd.-psychol.*, 1875, II, 95.
DUBUISSON. *Congr. de méd. ment.*, 1890, 270.
DUNHAM (S. A.). Traumatic insanity, *Buffalo med. Journ.*, 1900-1901, n. s., XL, 413.
DUPUYTREN. *Leçons orales de clinique chirurgicale*, 1832, II, 494; 2e édit., 1839, V, 253. — *Traité des blessures*, 1834, I, 253.
DURAND-BONNAL (Ch.). *L'hystérie traumatique au point de vue médico-légal*, Th. de Montpellier, 1904.
ERICHSEN. *On Railway and other injuries of the nervous system*, London 1866; anal. in *The Dublin Quaterly Journ.*, 1867, 388.
FABRE. Th. de Paris, 1893-1894, 85.
FAGUET. Névrose traumatique consécutive à un accident de chemin de fer. Expertise. Rapport médico-légal. Jugement, *Revue de méd. légale*, 1908, 262.
FRANCOTTE. Quelques observations pour servir à l'histoire de la névrose traumatique, de son pronostic en particulier, *Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, 1903, XVII, 101.
FRANK. Hystérie traumatique. Opération cranienne. Guérison, *Philad. med. Journ.*, 31 août 1901, in *Revue neurol.*, 1902, 103.
FREUND. Présentation de quelques malades atteints de névrose traumatique, *Cong. des alién. de l'Est de l'Allem.*, LIVe session, à Breslau, 2 déc. 1890; *Arch. de neurol.*, 1892, I, 434. — Sur les troubles psychiques de la névrose traumatique, *LXIIIe séance de la Soc. des méd. alién. de l'Allem. orient.*, Breslau 25 nov. 1893; *Allg. Zeit. f. Psychiat.*, LI, 5; *Arch. de neurol.*, 1895, II, 476 (?).
FRIEDEL (E.). Du pronostic des névroses traumatiques, *Monats. f. Psychiat. u. neurol.*, 1909, XXV, 3, 189; *Revue neurol.*, 1911, I, 629.
FRIEDMANN. Un cas de convulsions cloniques du bras, à la suite de traumatisme; réponse à cette question : Le sommeil chloroformique permet-il de déceler la simulation d'une névrose traumatique? *Neurol. Centralbl.*, 1892; *Ann. méd.-psychol.*, 1895, II, 309. — D'une forme grave spéciale d'épiphénomènes consécutifs à la commotion cérébrale et du complexus vaso-moteur qui généralement les accompagne, *Arch. f. Psych.*, XXIII, 1; *Arch. de neurol.*, 1893, I, 262.
FRY (F. R.). Hystérie traumatique. Opération cranienne. Guérison, *Philad. med. Journ.*, 1901; *Revue neurol.*, 1902, 103.
GALANTE (P.). Névrose traumatique et lésions circulaires consécutives à un traumatisme cranien, *Ann. di elettric. med. e terap. fisic.*, 1909, an VIII, f. 1, 2 et 3; *Revue neurol.*, 1911, II, 46.
GAMA. *Traité des plaies*, Paris 1830, 119, 375; 2e édit., 46.
GARD. Manifestations neurologiques et psychologiques du traumatisme, *Pedag. Seminary*, déc. 1908, 439.
GARNIER, DROUIN, BOËTEAU. Consultation médico-légale sur un cas d'hystéro-traumatisme, *Revue de psychiat.*, 1901, 210.
GAYET, GALLAVARDIN et LAURENT. Hystéro-traumatisme avec épilepsie jacksonienne. Sept opérations chirurgicales, *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1908; *Lyon méd.*, 1908, II, 289; *Revue neurol.*, 1909.
GAYOT (H.). *Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux traumatismes chez les prédisposés*, Th. de Paris, 1904 (41 p.).
GLORIEUX. Les névroses traumatiques pures; conférences faites à la policlinique, *Policlin. de Bruxelles*, 1900; *Arch. de neurol.*, 1902, 53.
GŒBEL. Un cas de névrose traumatique suivi de transformation rapide en psychose, *Berl. klin. Woch.*, 1896.
GOLDSCHEIDER. Un cas de névrose cardiaque et d'artériosclérose à la suite d'un trauma, *Berl. klin. Woch.*, 1906, nº 17 ou nº 7.
GRASSET. Leçons sur l'hystéro-traumatisme, *Montpellier méd.*, 1888, X, 485, 533. — *Leçons de clinique médicale (1886-1890)*, Montpellier 1891.
GUERMONPREZ (F.). Troubles nerveux consécutifs à une fracture du crâne, etc., par accident de chemin de fer; émissions sanguines répétées; guérison, *Gaz. des hôpit.*, 1883, 56e année, 139-141.
GUIRONNET. Th. de Lyon, 1907.
HASCHE-KLÜNDER. *Arch. f. Psychiat.*, LXIV, 2 (Obs. 5, 7), 687, 692.
HASKOVEC (L.). La question de la névrose traumatique, *IIIe Congr. des méd. et natural. tchèques à Prague*, 1901; *Revue neurol.*, 1902, 1005.
HIGIER. Sur les soi-disant neuroses traumatiques et leur simulation, *Wien. med. Presse*, 1893, 34, 44, in *Revue neurol.*, 1894, 296.
HITZIG (Halle). Rapport médico-légal sur l'état de l'ouvrier B..., *Arch. f. Psychiat.*, XXXIX, 1905, 957; *Revue neurol.*, 1905, 984.
HOFFMANN (Heidelberg). Névrose traumatique, *XVe Congr. des neurol. et alién. de l'Allem. du Sud-Ouest*, 8 juin 1890, in *Arch. de neurol.*, 1891, I, 140.
HUGUENIN. Le pronostic sur les névroses traumatiques, *Cor-*

resp. Bl. f. Schw. Aerzte, 1904, 623; *Revue neurol.*, 1905, 51. — L'hystérie traumatique, *loc. cit.*, 1904, 649 et 688; *Revue neurol.*, 1905, 100.

Ide (C. E.). Observation d'un cas de neuro-psychose traumatique, *The New-York med. Journ.*, 1899; *Arch. de neurol.*, 1900, I, 247.

Jaumes. *Accident de chemin de fer. Action intentée contre la compagnie*, Montpellier 1890. — *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1892, 27.

Jehn. *Congr. des méd. alién. allem.*, 1888; *Arch. de neurol.*, 1889, XVIII, 464.

Joffé et Kaplan. Contribution à l'étude de la névrose soi-disant traumatique. Un cas d'hystérie après un traumatisme psychique, *Médecine pratique*, 1902, n° 41.

Juarros (C.). Valeur de l'état mental dans le diagnostic des psychonévroses, *Arch. espagn. de neurol., psych. et physioth.*, 1910, I, n° 2, 40-54; *Revue neurol.*, 1911, I, p. 446.

Kamensky. Contribution à l'étude des psychoses traumatiques, *Revue* (russe) *de psych., de neurol. et de psychol. expérim.*, 1903, n° 9, 651, 656, in *Revue neurol.*, 1904, 957.

Knapp (C.). Affections nerveuses consécutives à un traumatisme (commotion spinale, troubles de la moelle et du cerveau, après des accidents de chemin de fer), *The Boston med. and surg. Journ.*, 1888, in *Arch. de neurol.*, 1889, I, 499, et *Ann. méd.-psychol.*, 1890, I, 335. — Neurasthénie et hystérie traumatiques, *Brain* XX, 385; *Arch. de neurol.*, 1900, II, 153.

Köppen. De l'atteinte de l'encéphale à la suite des traumatismes, *Arch. f. Psychiat.*, 1900, XXXIII, 568.

Korniloff. Névrose traumatique, *Gaz. des hôpit. de Botkine*, 1893; *Revue neurol.*, 1893, 239.

Kouniaeff. De la névrose traumatique, *Gaz.* (russe) *méd. sibérienne*, 1908; *Revue neurol.*, 1909, 83.

Kovalevski. *Psychopathologie légale générale*, trad. franç., 1903, II, 260.

Kraëpelin. *Psychiatrie clinique*, trad. franç., 1907, p. 331.

Kurella. *LXXVIe Congr. de la prov. du Rhin. L'Encéphale*, 1906, I, 516.

Lapersonne (de), Ballet, Dupré, Claude, Sicard. Sur les résultats de la loi française de 1898 concernant les accidents du travail. Rapport, *Revue neurol.*, 1912, II, 148.

Larat (J.). Contribution au diagnostic de la névrose traumatique. Son syndrome réactionnel électro-musculaire, *Presse méd.*, 1909, 833.

Larrey (le baron). *Clinique chirurgicale*, 1828, I, 168 et 71, et 1836, V, 45, 26, 57.

Lecaplain. *Suites médicales tardives des affaires judiciaires relatives à l'hystéro-traumatisme*, Th. de Paris, 1906.

Legrain (Ch.). Considérations médico-légales sur les troubles fonctionnels consécutifs aux traumatismes simulés ou exagérés, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1894.

Lemoine. A propos d'un cas d'hystéro-traumatisme, *Nord méd.*, 1904, 277; *Revue neurol.*, 1905, 102.

Libert. *VIIe Congr. belge de neurol. et de psychiat.*, sept. 1912; *Ann. méd.-psychol.*, 1912, II, 319. Observation d'une créole commettant des vols et reconnue neurasthénique traumatique. A propos du rapport sur les « voleurs aliénés ».

Lombroso (G.). Sur la névrose traumatique, *La Clinica mod.*, 1905, XI, 113, 125; *Revue neurol.*, 1905, 813. — Névrose d'obsession à la suite d'un traumatisme. Expertise médico-légale, « *Ramazzini* » *giorn. ital. d. med. soc.*, 1908; *Revue neurol.*, 1909, 347. — Quelle est l'influence des formes de l'indemnité sur l'évolution des affections nerveuses post-traumatiques, *IIe Congr. internat. des accidents du travail*, Rome, mai 1909; *Revue neurol.*, 1910, I, 650.

Löwenfeld. Kritisches und casuistisches zur Lehre von d. sogen traumatisch Neurosen, *Münch. med. Woch.*, 1889, 38.

Luys (J.). Obnubilation des facultés mentales et sensorielles produite par un traumatisme tout à fait insolite, *Ann. de psych. et d'hypnol.*, 1893, 152.

Mackenzie Bacon. *The Journ. of ment. sc.*, 1881, 511; *Arch. de neurol.*, 1882, III, 225.

Magnin (M.). L'hystérie de rente (?), *Journ. de méd. de Paris*, 24 nov. 1907.

Majono. Névrose traumatique ou névrose terrifique, *Arch. di Psich., neuropat., antrop. crimin. e med. leg.*, 1903; *Ann. méd.-psychol.*, 1906, II, 461.

Markoff (S.). *De l'hystérie-neurasthénie traumatique et la loi sur les accidents du travail*, Th. de Paris, 1901.

Mendel (K.). La neurasthénie traumatique, *Neurol. Centralbl.*, 1909; *Revue neurol.*, 1910, I, 333.

Monthelie (L.). *La névrose traumatique et la loi sur les accidents du travail*, Th. de Paris, 1906.

Moglie (G.). *Le diagnostic de la névrose traumatique*, 1 vol. in-8° de 204 p., Rome et Milan, 1909; *Revue neurol.*, 1911, I, 629.

Morselli (E.). Rapport snr les névroses traumatiques avec considérations particulières sur les formes qui donnent lieu à des indemnités, *Congr. des malad. profession.*, Turin, oct. 1911.

Moutard-Martin. *Gaz. des hôpit.*, 1860, 69 et 93.

Mullier. Observation de névrose traumatique, *Arch. méd. belges*, Bruxelles 1892, 3e s., XLII, 242.

Nonne. De l'influence des lois régissant les accidents du travail sur l'évolution des névroses traumatiques, *Monats. f. Unfallheilk. u. Invalid.*, 1906; *L'Encéphale*, 1907, I, 111; *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.*, 1907, I, 372.

Ollive (G.) et Le Meignen (H.). Le pronostic dans les troubles nerveux posttraumatiques (hystérie traumatique, névrose traumatique), *Gaz. méd. de Nantes*, 1909, XXVII, 777; *Revue neurol.*, 1910, II, 587.

Oppenheim (H.). Nouvelles communications sur les affections du système nerveux qui se rattachent à des lésions céphaliques et à des commotions cérébro-spinales (dans l'espèce, accidents des voies ferrées), *Arch. f. Psych.*, XVI, 3; *Arch. de neurol.*, 1886, II, 237. — Contribution à l'appréciation critique de la névrose traumatique, *Neurol. Centralbl.*, 1889; *Arch. de neurol.*, 1891, I, 453. — *Les névroses traumatiques*. Berlin, 1889, Hirschwald; *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1889, II, 567.

Page (H. W.). *Injuries of the Spine and spinal cord wthout apparent mechanical Lesion, and nervous Shok, in their surgical and medico-legal Aspects*, 1885, 2e édition.

Parisot (P.). Quelques considérations sur l'hystéro-neurasthénie traumatique chez le vieillard, *Congr. de méd. de Paris*, 1907; *Revue méd. de l'Est*, 1908, 353; *Revue neurol.*, 1909, 347.

Pavlowsky. De l'hystérie traumatique, *Soc. des médecins marins de Sébastopol*, 1907; *Revue neurol.*, 1908, 212.

Pel. Un cas remarquable d'hystérie traumatique, *Berlin. klin. Woch.*, 1893, 561; *Revue neurol.*, 1893, 421.

Pervouchine (P. V.). Névrose traumatique et paramyoclonus multiplex, *Conférence de la clinique neurologique de Kazan*, 16 janv. 1899, 601, 2; in *Revue neurol.*, 1900, 422.

Phelps (Ch.). Cases illustrative of localization of the mental faculties in the prefrontal lobe, *Amer. journ. of med. sc.*, Philadelphie, avril-mai 1902, CXXIII, 563-594; 751-772. — — The operative treatement of traumatic intracranial lesions, *New-York med. Journ.*, 1902, LXXV, 45-49.

Piccinino. Un cas important de névrose traumatique, *Gli incurabili*, fév. 1897; in *Revue neurol.*, 1897, 389.

Pick (Prague). Sur la névrose traumatique, *Prager med. Woch.*, 1879, 1880; et *LXIIIe séance de la Soc. des méd. all. de l'All. orientale*, Breslau, 25 nov. 1893; *Allg. Zeitsch.*, LI, 5; *Arch. de neurol.*, 1895, II, 477.

Pitres. De la neurasthénie et de l'hystéro-neurasthénie traumatiques, *Progrès méd.*, 1890, II, 477.

Poitevin (G.). *De l'avenir des hystéro-traumatisés*, Th. de Paris, 1906.

Pototzky (C.). De l'utilisation des associations d'idées pour juger les névroses traumatiques, *Monatsch. f. Psychiat.*, 1909, XXV, 6, 521; *Revue neurol.*, 1911, I, 629.

Putnam. The medico-legal significance of hemianaesthesia after concussion accidents, *Amer. journ. of neurol. and psychol.*, août 1884.

Rebizzi (Renato). Contribution au diagnostic de la névrose traumatique, *Ann. du manicome provincial de Pérouse et Autoriassunti e riviste di psychiat. e neuropatol.*, 1908, I-II; *Ann. méd.-psychol.*, 1912, II, 437; *Revue neurol.*, 1909, 347.

Régis. La neurasthénie traumatique chez les artérioscléreux, *Journ. de méd. lég., psychol. et d'anthrop. crimin.*, 1906, 3 (ce journal n'a paru qu'une année).

Richter (A.). Deux rapports médico-légaux sur la névrose

traumatique avec aliénation mentale, *Arch. f. Psych.*, XXII, 2; *Arch. de neurol.*, 1891, II, 227.

RÖDER. Sur l'emploi d'une nouvelle méthode d'examen chez les individus atteints de troubles nerveux à la suite d'accidents, *Münch. med. Woch.*, 1898, 1554; in *Revue neurol.*, 1899, 247.

ROSENBACH. Des névroses traumatiques, *Ve Congr. des méd. russes*, séance du 28 déc. 1893; in *Revue neurol.*, 1894, 245.

ROUGIER. *Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme*, Paris, 1889 (Thèse ?).

ROUSSEL et LESNÈS. Deux observations d'hystérie chez les soldats (hystéro-traumatisme). Vagabondage impulsif, *Le Caducée*, 1906; *Revue neurol.*, 1907, 499.

ROUX (J.). De l'hystérie traumatique, *Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1910, 202.

SACHS et FREUND (Livre sur les accidents du travail)? Cité notamment par Thoinot. *Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique*, Paris, 1904, 467.

SAND (R.). *La simulation et l'interprétation des accidents du travail*, Paris, 1907.

SCHÆFER. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, LI, 4; *Arch. de neurol.*, 1895, XXX, 54.

SCHAIKEWITSCH. Un cas original de névrose traumatique, *Obozriéné psichiatrii*, IV, 1899; *Arch. de neurol.*, 1901, 496.

SCHRŒTER. *Soc. psychiat. de Berlin*, 16 mars 1885; *Arch. de neurol.*, 1886, XI, p. 281.

SCHULTZE. Sur la névrose traumatique. Sur les affections nerveuses consécutives au traumatisme, *XIVe et XVIe Congr. des neurol. et alién. de l'Allemagne du Sud-Ouest*, 1889, 1891; in *Arch. de neurol.*, 1890, I, 264 et 1892, I, 238; *Deut. med. Woch.*, 1893, 5 et 31; et *Revue neurol.*, 1893, p. 33.

SCHUSTER. *L'examen des maladies traumatiques du S. N.*, Berlin, 1899; *Revue neurol.*, 1899, 155.

SEELIGMUELLER. Contribution à la simulation des affections nerveuses consécutives au traumatisme, *Neurol. Centralbl.*, 1889; *Arch. de neurol.*, 1891, I, 453.

SOREJS. Sur la névrose traumatique, *Casopis cesky ' ch le Karu*, 1894; *Revue neurol.*, 1898, 54.

SPERLING et KRONTHAL. Névrose traumatique avec autopsie, *Neurol. Centralbl.*, 1889; *Arch. de neurol.*, 1891, I, 453; *Ann. méd.-psychol.*, 1892, I, 476.

STROMINGER (L.). Quelques considérations sur un cas de névrose traumatique, *Spitalul*, 1903; *Revue neurol.*, 1905, 484.

STRUMPELL. Des névroses traumatiques, *Berlin. klin. Woch.*, 1888.

TATY et CHAUMIER. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, séance du 10 juillet 1907.

TERRIEN. Du rôle exact du traumatisme dans les accidents hystéro-traumatiques, *Soc. académique* (section de médecine), 1908; *Gaz. méd. de Nantes*, 1908; *Revue neurol.*, 1909, p. 84; *Congr. des neurol. et des alién. de Dijon*, 1908.

THERMES. L'hystéro-traumatisme, *Bull. Soc. méd. prat. de Paris*, 1889, 452-484.

THOINOT. *Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique*, Paris, 1904.

THOMSEN et OPPENHEIM. Ueber das Vorkommen und die Bedentung der sensorischen anaesthesie bei Erkrankungen des centralen Nervensystem, *Arch. f. psychiat. u. nervenkrank.*, 1884.

TISSOT. Un cas de neurasthénie traumatique ayant évolué à longue échéance vers le délire systématique, *Ann. méd.-psychol.*, 1904, 248, I.

TOUMPOVSKY. De la névrose traumatique et de la simulation, *Revue méd. sibérienne*, 1907; *Revue neurol.*, 1908, 212.

TOUREY-PIALLAT. L'obsession traumatique, *La Clinique*, 1908, 744.

URBANO (A.). Névrose traumatique chez un artérioscléreux, *La Clinica moderna*, 1906, 493; *Revue neurol.*, 1907, 161.

VEDRANI. Considérations sur un cas de psychose consécutive à un traumatisme de la tête, *Ann. méd.-psychol.*, 1903, II, 497.

VERGA (G.). Sur les névroses traumatiques : quatre cas cliniques, *Gaz. med. ital.*, 1904; *Revue neurol.*, 1905, 102.

VIBERT. 1° Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1887, 524, XVIII (1er article). — 2° Etude médico-légale sur les conséquences des blessures produites par les accidents de chemin de fer, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1888, XIX (2e article). — 3° *Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer*, Paris, 1888. — 4° La névrose traumatique (deux observations chez des enfants), *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1892, XXVIII, 139. — 5° Contribution à l'histoire de la névrose traumatique, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1893, 97 et 228, XXIX. — 6° La névrose traumatique. Communication à la Société de médecine légale, *Ann. d'hyg.*, 1893, 557, XXX. — 7° *La névrose traumatique. Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer et les traumatismes analogues*, Paris, 1893 (réunion de l'étude de 1888 et de l'étude de 1893). — 8° *Précis de méd. lég.*, Paris, 1903. — 9° *Les accidents du travail*, Paris, 1906.

VITEK (V.). Un cas de neurasthénie traumatique (contribution à la question de la névrose traumatique), *Casopis ceskych le Karu*, 1899, 48; *Revue neurol.*, 1900, 672. — Les névroses traumatiques et la question de leur simulation, *Sbirka Prednaseck a Rozprar zoborn Lekarského*, nos 95-96; *Rev. neurol.*, 1902, 461.

VIZCOLI. Névrose tardive due à la foudre, *Annali d. neurol.*, a. IX, f. I.

VOISIN. Hystérie traumatique guérie par la suggestion hypnotique, *Soc. d'hypnol.*, 18 nov. 1912; in *Arch. neurol.*, 1903, I, 109.

WALTON. Hysterical anesthaesia brought on by a fall, *Arch. of med.*, 1882, X; *Boston med. and surg. Journ.*, 11 déc. 1884.

WALTON (G. L.). Le diagnostic différentiel des psychonévroses n'est pas toujours nécessaire, *Amer. neurol. assoc.*, 27-29 mai 1909; *The journ. of nerv. and ment. dis.*, nov. 1909, 678; *Revue neurol.*, 1910, I, 646.

WEISS. Un cas de névrose traumatique, *Collège des docteurs en médecine de Vienne*, séance du 6 fév. 1893; *Revue neurol.*, 1893, 137.

WESTPHAL. *Charité Annalen*, Berlin, 1878, V. — Névrose consécutive à un accident de chemin de fer, *Soc. de Psych. et maladies nerveuses de Berlin*, séance du 11 mai 1885; *Arch. de neurol.*, 1886, II, 113. — *Congr. de la province du Rhin*, 16 juin 1906; *L'Encéphale*, 1908, I, 87.

WILLIAMS (Tom A.). Les névroses traumatiques et la conception de l'hystérie de Babinski, *Med. Record*, 1909, 557; *Revue neurol.*, 1910, I, 649.

WIMMER (A.). La névrose traumatique, *Ugeskrift f. Lager*, 1906, 721, 745, 769, 794; *Revue neurol.*, 1907, 1147.

LES HÉROS DE LA MÉDECINE MILITAIRE

MALLET

Le médecin aide-major de première classe Mallet (André) est tombé glorieusement au combat de Sidi-Ali-Bou-Brahim le 28 avril 1913 en voulant arracher aux Marocains le caporal fourrier Lyons de la 2e compagnie du 8e tirailleurs sénégalais, grièvement blessé.

Cet officier du corps de santé, qui servait au Maroc depuis deux ans, avait fait partie successivement des colonnes Ditte, Gouraud, Mazillier, Dalbiez, Gueydon et Mangin, où son abnégation, son dévouement et sa valeur professionnelle lui valurent plusieurs citations à l'ordre du jour.

Au cours de la colonne des Hayaïnas, où il était seul médecin, et pendant les rudes journées des 17, 18 et 19 juin 1912, il montra un courage admirable et passa toutes ses nuits au chevet des blessés et des mourants.

A la fin du combat de Sidi-Ali-Bou-Brahim, Mallet, accompagné seulement du caporal infirmier Samba Coulibaly, s'était porté courageusement en arrière pour sauver un blessé égaré. Après une marche assez longue et pénible au milieu des rochers il parvint jusqu'à lui, lui donna des soins, et le plaça sur un brancard improvisé dont il saisit une des hampes.

C'est au cours de ce périlleux transport vers l'ambulance et sous la fusillade des Marocains que Mallet fut frappé mortel-

lement d'une balle à la nuque. Le caporal fourrier Lyons, déjà blessé, fut tué, et le caporal infirmier Samba Coulibaly grièvement atteint.

Le médecin aide-major Mallet avait à peine trente ans. Né à Razès (Haute-Vienne) le 3 mai 1883 il était entré à l'école du service de santé militaire le 10 septembre 1904 et au Val-de-Grâce le 1er février 1908. Il avait été affecté successivement à l'hôpital militaire de Belfort, au 3e bataillon de chasseurs à pied, puis aux troupes débarquées au Maroc occidental le 21 avril 1911.



Cliché SAUVADET (Limoges).

Une décision ministérielle du 9 avril 1913 l'avait affecté au 66e régiment d'infanterie qu'il avait demandé à ne pas rejoindre. « Trois compagnies de mon bataillon font actuellement partie de la colonne Mangin au Tadla, écrivait-il au directeur du service de santé à Casablanca. Au moment où le 8e bataillon sénégalais tout entier a des chances d'être engagé, je serais heureux de marcher avec lui. »

C'est dans cette marche en avant, en face de Sidi-Ali-Bou-Brahim, qu'il tombait glorieusement atteint.

La mort du médecin aide-major de première classe Mallet ajoute un nom de plus à la liste déjà si longue des médecins militaires tués à l'ennemi ou morts victimes des épidémies, et son nom figurera désormais au Livre d'or des médecins d'armée à côté de ceux d'Auvert, Peutot, Rollin, Louis, Christiany et Maissonnave, morts au champ d'honneur sur la terre marocaine.

Dr J. DES CILLEULS.

Un comité s'est organisé à Limoges pour élever à Mallet un monument. Nous prions nos confrères civils ou militaires, qui désireraient participer à l'érection de ce monument, à Limoges, d'envoyer leurs cotisations au docteur Fauconnier, pharmacien, trésorier du comité du monument Mallet, place des Bancs, à Limoges.

Ce comité vient de se créer sous la présidence de M. le médecin inspecteur Fournié, du cadre de réserve, et le haut patronage de M. le préfet de la Haute-Vienne, du maire de Limoges, du docteur Raymondaud, directeur de l'Ecole de médecine, des docteurs Thouvenet, Donnet, de nombreux confrères et de hauts personnages politiques du Limousin.

COURS ET CONFÉRENCES

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — Une série de conférences sera professée du 15 au 31 octobre 1913, dans le local central de l'association (hôpital de la Charité, rue Jacob, amphithéâtre Potain) aux heures ci-dessous spécifiées, par un groupe de membres de l'association, médecins, chirurgiens, accoucheurs, ophtalmologistes, aliénistes des hôpitaux de Paris.

PROGRAMME. — *Mercredi 15 octobre*, trois heures et demie. M. Lucas-Championnière : Les opérations anciennes et modernes de décompression cérébrale.

Quatre heures et demie. M. Bensaude : Les endoscopies du tube digestif (œsophagoscopie, gastroscopie, rectoscopie) avec projections (première leçon).

Cinq heures et demie. M. Thibierge : Les méthodes récentes de traitement de l'eczéma.

Jeudi 16 octobre, trois heures et demie. M. Broca : La syphilis héréditaire des os et des articulations (première leçon).

Quatre heures et demie. M. Michon : Traitement endovésical des tumeurs de la vessie.

Cinq heures et demie. M. Rudaux : De la thérapeutique des accidents toxiques de la gravidité.

Vendredi 17 octobre, trois heures et demie. M. Ribadeau-Dumas : Le syndrome polyglandulaire terminal dans les affections aiguës.

Quatre heures et demie. M. Poulard : De l'hémianopsie.

Cinq heures et demie. M. Béclère : La place de la radiologie dans l'enseignement médical. (Cette conférence sera l'introduction à l'enseignement théorique, technique et clinique, de la radiologie médicale que le docteur Béclère donnera avec ses collaborateurs, à l'hôpital Saint-Antoine, spécialement à son cours de vacances du dimanche 19 octobre au dimanche 16 novembre.)

Samedi 18 octobre, trois heures et demie. M. Courcoux : Les pleurésies diaphragmatiques.

Quatre heures et demie. M. Labey : L'ulcère du duodénum et son traitement chirurgical.

Cinq heures et demie. M. Sergent : Le rôle du terrain dans la tuberculose.

Lundi 20 octobre, trois heures et demie. M. Josué : Le syndrome surréno-vasculaire.

Quatre heures et demie. M. Robineau : Traitement de l'appendicite aiguë.

Cinq heures et demie. M. Hudelo : Traitement arsenical de la syphilis.

Mardi 21 octobre, trois heures et demie. M. Lesné : L'anaphylaxie alimentaire chez les enfants.

Quatre heures et demie. M. P. E. Weil : Les hémorragies médicales et leur traitement ; médications anciennes et nouvelles.

Cinq heures et demie. M. Bazy : Diagnostic clinique des pyélites simples et tuberculeuses.

Mercredi 22 octobre, trois heures et demie. M. Josué : Séméiologie sphygmomanométrique, coefficients cardio-artériels.

Quatre heures et demie. M. Broca : La syphilis héréditaire des os et des articulations (deuxième leçon).

Cinq heures et demie. M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose du nourrisson (tuberculose pulmonaire initiale : étude pathogénique, anatomique, étiologique).

Jeudi 23 octobre, trois heures et demie. M. Bensaude : Les endoscopies du tube digestif (deuxième leçon).

Quatre heures et demie. M. P. E. Weil : L'hémophilie et les états hémorragipares.

Cinq heures et demie. M. Roubinovitch : La pathogénie et le traitement des syndromes épileptiques (première leçon).

Vendredi 24 octobre, trois heures et demie. M. Savariaud : Traitement du pied bot congénital. (Les deux conférences du docteur Savariaud sont les premières d'une série de 10 leçons qui seront en novembre et en décembre professées les samedis à dix heures trois quarts à l'hôpital Bretonneau.)

Quatre heures et demie. M. Queyrat : L'immunité dans la syphilis, l'auto-inoculation du chancre syphilitique.

Cinq heures et demie. M. Le Noir : Diagnostic des maladies de l'estomac et méthodes d'exploration gastrique (première leçon).

Samedi 25 octobre, trois heures et demie. M. Michon : Traitement des pyélites.

Quatre heures et demie. M. Robineau : Traitement des infections puerpérales.

Cinq heures et demie. M. Rudaux : De la conduite à tenir dans les rétrécissements rachitiques du bassin.

Lundi 27 octobre, trois heures et demie. M. Queyrat : Peut-on guérir la syphilis d'une manière définitive ?

Quatre heures et demie. M. Savariaud : Traitement de la paralysie infantile.

Cinq heures et demie. M. Poulard : Les paralysies oculo-motrices.

Mardi 28 octobre, trois heures et demie. M. Bensaude : Les endoscopies du tube digestif (troisième leçon).

Quatre heures et demie. M. Courcoux : La symphyse pleurale de la grande cavité.

Cinq heures et demie. M. Ribadeau-Dumas : La tuberculose du nourrisson (étude clinique, radiologique, prophylactique).

Mercredi 29 octobre, trois heures et demie. M. Queyrat : Etude clinique et microbiologique des balano-posthites.

Quatre heures et demie. M. Hudelo : Traitement arsenical de la syphilis (deuxième leçon).

Cinq heures et demie. M. Le Noir : Diagnostic des maladies de l'estomac et méthodes d'exploration gastrique (deuxième leçon).

Jeudi 30 octobre, trois heures et demie. M. Rist : Comment se pose à l'heure actuelle le problème du diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (Cette conférence sera l'introduction à l'enseignement technique, que le docteur Rist donnera, avec ses collaborateurs, à l'hôpital Laënnec, à partir du 1er novembre.)

Quatre heures et demie. M. Sergent : Le rôle de l'insuffisance surrénale en pathologie.

Cinq heures et demie. M. Roubinovitch : Pathogénie et traitement des syndromes épileptiques (deuxième leçon).

Vendredi 31 octobre, trois heures et demie. M. Josué : L'échéance asystolique dans les cardiopathies valvulaires.

Quatre heures et demie. M. Le Noir : Diagnostic des maladies de l'estomac et méthodes d'exploration gastrique (troisième leçon).

Cinq heures et demie. M. Thibierge : Traitement des prurits.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (Nº 7, juillet 1913.) RIEUX et HORNUS : Notes sur le paludisme dans le Maroc occidental. — VAILLARD : Mesures à prendre contre les mouches.

Archives internationales de neurologie. — (Juillet 1913). R. WEBER : Quelques rêves. — LEGRAIN et MARMIER : Epilepsie et mort rapide par œdème pulmonaire.

Clinique. — (Nº 28, 11 juillet 1913.) LEGUEU : Les lésions de l'urètre postérieur dans la neurasthénie urinaire. — E. SERGENT : Valeur de l'exploration des sommets dans la recherche des premiers signes physiques de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. — V. PAUCHET : Traitement chirurgical du prolapsus de l'utérus et des parois vaginales. — (Nº 29, 18 juillet.) BEZANÇON : Le début de la tuberculose pulmonaire chronique chez l'adulte. — V. PAUCHET : Laparotomie transversale en gynécologie — GAUCHER : Polyclinique du mercredi.

Echo médical du Nord. — (Nº 27, 6 juillet 1913.) TONNEL et PERRIN : La réaction d'Adler et la réaction d'Axenfeld sur les crachats. — VANVERTS : Hernie inguinale graisseuse. Hernie crurale propéritonéale intermittente. — (Nº 28, 12 juillet.) BOSQUET : Maladie de Recklinghausen et capsules surrénales. — PÉCHEUX et L. LOTTE : Traitement du hoquet, succès dû au laminal. — FINCK : Hypertendus compensés et hypertendus mal compensés.

Policlinico. — (Juin 1913, fasc. 6.) *Section médicale.* Prof. R. MASSALONGO et U. GASPERINI : La valeur hématopoïétique du sérum des animaux anémiés par saignée. — Prof. Francesco GHILARDUCCI : L'action curative de l'électricité statique dans la chlorose. — Guglielmo PAOLONI : La résistance des hématies dans les états anémiques et ictériques. — Beniamino E. ANSELMI : La valeur de la déviation du complément d'après von Dungern pour le diagnostic des néoformations malignes. — (Juillet, fasc. 7.) M. MAGNINI : Contribution clinique à l'étude de la spondylose rhyzomélique. — Prof. Domenico DE SANDRO : Contribution à l'étude des entérorragies pneumoniques. Entérite ulcéreuse hémorragique pneumococcique. — Giovanni PIANTONI : Observations cliniques sur la recherche du suc pancréatique dans l'intestin. — Ugo DARETI : L'évolution des composés azotés dans les urines au cours de quelques maladies fébriles. — (Fasc. 6.) *Section chirurgicale.* Prof. Giovanni PEREZ : A propos des kystes osseux. — Ignazio SCHINCAGLIA : La position exacte des corps étrangers dans l'organisme humain. — Luigi VACCARI : L'invagination intestinale. — A. MARASSINI : A propos d'un mémoire du docteur Barnabo relatif à de nouvelles recherches sur la sécrétion interne du testicule. — (Fasc. 7.) Prof. Giovanni PEREZ : A propos des kystes osseux. — Francesco PURPURA : Les toxines des streptothrix. — A. CANTILENA et G. STRETTI : Volumineux corps étranger des voies aériennes ; extraction par la trachéotomie, guérison. — Gustavo MAZZANTINI : Les antigènes pour l'épreuve de la déviation du complément dans l'échinococcose. — Nicola LEOTTA : Les plaies du cœur.

Wiener klinische Wochenschrift. — (Nº 20, 15 mai 1913.) ALBRECHT et JOANNOVICS : Contribution à la culture artificielle des tumeurs malignes. — KRAUS et KIRCHBAUM : L'intoxication anaphylactique. — LÖWENSTEIN : La tuberculose aviaire chez l'homme. — ARZT et KERL : Etudes sur la variole et le typhus exanthématique sur les Bosniaques revenus des Balkans. — POTPESCHNIGG : Le lazareth marin. — ZARZYCKY : Infection typhique des voies biliaires et aplasie de la vésicule. — (Nº 21, 22 mai.) MÜLLER et STEIN : La réaction cutanée dans la syphilis et ses rapports avec la réaction de Wassermann. — BAUER et SKUTEZKI : Pathologie des lipoïdes du sang et en particulier dans la syphilis. — RÖSLER : Traitement de la leucémie par le benzol. — PRZYGODE : Formation d'agglutinines spécifiques dans les cultures artificielles de tissus. — CZYHLARZ et SELKA : Image radiologique de l'estomac pendant les crises gastriques et pendant le vomissement. — DANTWITZ : Emanations de radium dans la pyorrhée alvéolaire. — (Nº 22, 29 mai.) JANUSCHKE : Sur l'empêchement de l'inflammation. — WELTMANN : Importance clinique de la recherche de la cholestérine dans le sang. — BRANDWEINER : Sur la gonorrhée. — TWELL : Arthrite paratyphique du tarse. — PRIBRAM : Sur le mal de mer. — REIS : Sur la myase ophtalmique. — CLAIRMONT et HABERER : Existe-t-il une péritonite bilieuse sans perforation de la vésicule ?

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Louste, Lortat-Jacob, Cl. Vincent, Bourgeois, Roux-Berger, P. Mathieu, P. Hallopeau et Devraigne.

MARINE. — Les épreuves orales d'admission à l'Ecole principale du service de santé de la marine pour les étudiants en médecine et en pharmacie qui doivent les subir à Rochefort commenceront dans ce port le mercredi 20 septembre, à quatorze heures.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :
Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bouley (de Beaune), Daubois (de Valence), Dionis du Séjour (de Clermont-Ferrand), Garcin (de Morestel).
Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Allen (d'Entrains), Jorrot (de Beaune), Léo (de Paris).

LE PERSONNEL MÉDICAL EN FRANCE ET EN ALGÉRIE. — Le ministère de l'intérieur vient de publier la *Statistique du personnel médical de France et d'Algérie* pour l'année 1911. Ce document contient une série de tableaux détaillés par cantons; il en résulte que, en 1911, 5563 communes sur 36241 possédaient au moins un médecin et 4008 au moins un pharmacien. Le personnel médical, résidant en France, était ainsi réparti par catégories professionnelles :

Docteurs en médecine	20.113
Officiers de santé	696
Dentistes	2.848
Sages-femmes	13.066
Pharmaciens	11.585
Herboristes	1.002

Voici, d'après la *Province médicale*, un résumé comparatif des dernières statistiques quinquennales :

	Docteurs en médecine.	Pharmaciens.	Sages-femmes.
1876	10.734	6.232	12.847
1881	11.764	6.443	13.503
1886	11.995	7.100	13.610
1891	12.407	8.013	14.343
1896	13.412	8.910	13.665
1901	15.907	10.248	13.249
1906	18.211	11.105	13.011
1911	20.113	11.585	13.066

En 1911, l'Algérie comptait 484 docteurs en médecine, 15 officiers de santé, 46 dentistes, 255 sages-femmes, 290 pharmaciens et 8 herboristes.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cyprien Darricarrère, médecin inspecteur de l'armée en retraite, décédé à Bayonne; et Tenneson, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de soixante-seize ans. (Conformément à la volonté du défunt, il n'a pas été envoyé de lettres d'invitation.)

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Cours de vacances du docteur L. Rocher. — *Chirurgie infantile et Orthopédie.* — Dans son service de l'hôpital des Enfants de Bordeaux, M. le docteur L. Rocher, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, fera, du 6 au 12 octobre 1913, une série de conférences pratiques sur la chirurgie infantile et l'orthopédie, conférences accompagnées de démonstrations (projections, radiographies, présentations de pièces anatomo-pathologiques et de malades avant, pendant et après le traitement). Pendant cette période, seront pratiquées la plupart des opérations courantes en chirurgie infantile et orthopédie. Des exercices pratiques (examen de malades, application d'appareils plâtrés dans la coxalgie, le mal de Pott, les tumeurs blanches, ponctions et injections dans les tuberculoses articulaires et ganglionnaires, etc.) seront faits par les médecins inscrits (sous sa direction et celle de ses assistants).

Cet enseignement aura lieu tous les jours de neuf heures à midi et de trois heures à cinq heures et demie. Ultérieurement paraîtra le programme détaillé du cours et des exercices pratiques.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers. Prière de s'adresser pour tous renseignements et pour l'inscription (gratuite), à M. René Villar, interne à l'hôpital des Enfants, cours de Bayonne, Bordeaux.

ERRATUM. — N° 99, page 1556, 2e colonne, 4e ligne avant la fin : syndromes d'hyperfonctionnement, au lieu de syndromes d'hypofonctionnement.

Page 1557, rétablir ainsi la phrase : « Il est bien vrai que l'acromégalie est un syndrome *d'hyperfonctionnement* du lobe antérieur; quant à la glycosurie elle paraît le résultat d'un *hyperfonctionnement* du lobe postérieur. »

UNE OBSERVATION DE FIÈVRE TYPHOIDE

AYANT DÉBUTÉ AU COURS D'UNE

VACCINATION ANTITYPHIQUE

PAR

JEAN FERRAND et R. COVILLE
Médecin Interne
De l'hôpital Saint-Joseph.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer la vaccination antityphique sur une quarantaine de personnes. infirmiers ou infirmières de l'hôpital. Cette vaccination a été faite avec le vaccin polyvalent du professeur Vincent. Au cours de cette opération qui comprend, comme on le sait quatre injections successives, séparées chacune par une période de huit jours, il nous a été donné d'observer une femme chez laquelle les premiers accidents d'une fièvre typhoïde sont apparus après la deuxième injection de vaccin et avant la troisième.

C'est son observation que nous rapportons ici avec les conclusions qu'on peut en tirer.

OBSERVATION. — N... Françoise, vingt-deux ans, infirmière, venue de Bretagne, il y a quelques mois, n'a jamais été malade avant l'affection actuelle.

Histoire de la maladie. — La malade a reçu deux injections de vaccin antityphique polyvalent de Vincent; une première injection (un demi-centimètre cube) le 3 mai 1913 à la suite de laquelle apparurent quelques douleurs locales dans le bras gauche et une légère céphalée. Une seconde injection d'un centimètre cube est faite le 10 mai 1913 et détermine les mêmes douleurs locales avec une céphalée qui persiste le lendemain en même temps qu'une sensation de fatigue et de courbature générale.

Le jeudi 15, les malaises s'accentuent; en même temps la malade se sent fiévreuse et a, vers le soir, plusieurs frissons.

Le dimanche 18, exagération des signes, céphalée plus vive, courbature générale, insomnie, épistaxis peu abondant. Elle ne s'alite que le 20 mai.

A l'entrée dans le service, la malade présente une prostration et un état adynamique très caractéristique. La céphalée est vive.

Langue saburrale avec sensation de sécheresse pharyngée.

Léger météorisme abdominal, gargouillement iliaque. Mais pas de diarrhée.

Rate non perceptible, foie normal, ne déborde pas les fausses côtes.

Rien au cœur ni au poumon, ni sucre, ni albumine.

22 mai. — La température baisse un peu sous l'influence de doses de pyramidon. Dès les premiers lavements, la diarrhée ocreuse apparaît. Intolérance gastrique absolue et vomissements incessants. La céphalée très vive nécessite une vessie de glace sur la tête.

24 mai. — Malgré les bains, la température remonte; on fait 20 centimètres cubes d'électrargol, on donne de l'urotropine. La diarrhée et les vomissements persistent; la céphalée nécessite le maintien de la glace en permanence sur la tête.

L'examen du poumon révèle dans la partie moyenne du poumon droit en arrière dans la région du hile une zone de respiration soufflante sans bruits adventices surajoutés et sans autre modification du rythme respiratoire; application de quelques pointes de feu.

26 mai. — Hyperthermie considérable; pression artérielle plutôt basse, peu de réaction au bain.

xv gouttes d'adrénaline par jour.

28 mai. — La céphalée diminue.

30 mai. — Expulsion d'un ascaris femelle dans un effort de vomissement. Chute thermique. Suppression de l'électrargol, etc. Les vomissements ont disparu.

31 mai. — Foie légèrement douloureux au point cystique. La rate n'est toujours pas perceptible, les taches rosées manquent toujours.

2 juin. — Amélioration nette. La prostration cesse. Transpirations sont abondantes.

4 juin. — Accentuation de la détente.

6 juin. — Convalescence.

Examens du sang. — *21 mai.* — Un *séro-diagnostic* montre que le sang agglutine fortement l'Eberth, ce qui est naturel puisque la malade a reçu deux injections de vaccin antityphique, et ce qui par conséquent ne prouve rien en faveur de la maladie. Le para B n'est pas agglutiné par le sérum de la malade.

24 mai. — *Hémoculture.* — Après deux jours on voit une culture d'un bacille court mobile, qui est repiqué sur gélose puis ensemencé en bouillon.

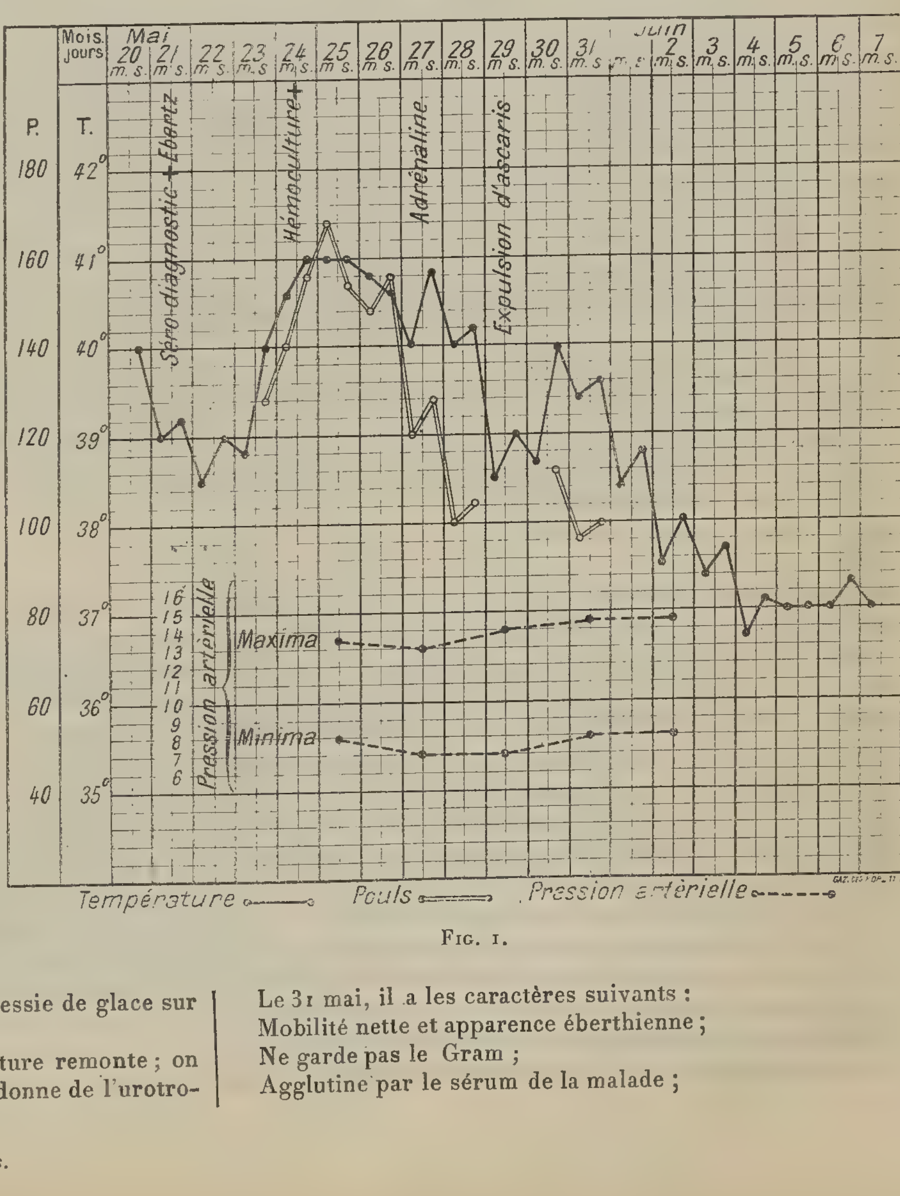


FIG. 1.

Le 31 mai, il a les caractères suivants :
Mobilité nette et apparence éberthienne;
Ne garde pas le Gram;
Agglutine par le sérum de la malade;

Agglutiné par un sérum qui agglutine aussi l'Eberth, se développe sur gélose et bouillon avec la même rapidité et les mêmes caractères que l'Eberth.

30 mai. — On doit cependant noter, ce jour, qu'un sérum qui agglutine l'Eberth ne l'a pas agglutiné.

31 mai. — Examen du sang. Pas de leucocytose appréciable. Peut-être prédominance de mononucléaires.

1er juin. — Examen des crachats. Expectoration peu abondante, séro-muqueuse. Microbes banaux.

6 juin. — Même expérience que le 30 mai, provoque une agglutination positive avec un autre sérum typhique.

Voici donc une femme qui a reçu le 3 mai, un demi-centimètre cube et le 10 mai 1 centimètre cube de vaccin antityphique. Le 14 mai, les premiers signes d'une fièvre typhoïde apparaissent. Cette malade a donc été contaminée dans les premiers jours du mois avant le 3 mai, date de la première injection. Bien que l'enchaînement chronologique des faits soit en faveur de cette hypothèse, on ne manquera pas de poser à ce sujet plusieurs questions auxquelles nous sommes en mesure de répondre à la suite des examens que nous avons pratiqués.

1° *La fièvre typhoïde de la malade n'est pas due à la première injection* qui lui a été faite le 3 mai. On pourrait soutenir en effet que quelques bacilles vivants seraient restés dans le vaccin et auraient déterminé la maladie. Ceci ne paraît pas possible. Le délai entre la première injection et l'apparition des premiers accidents serait un peu court ; mais

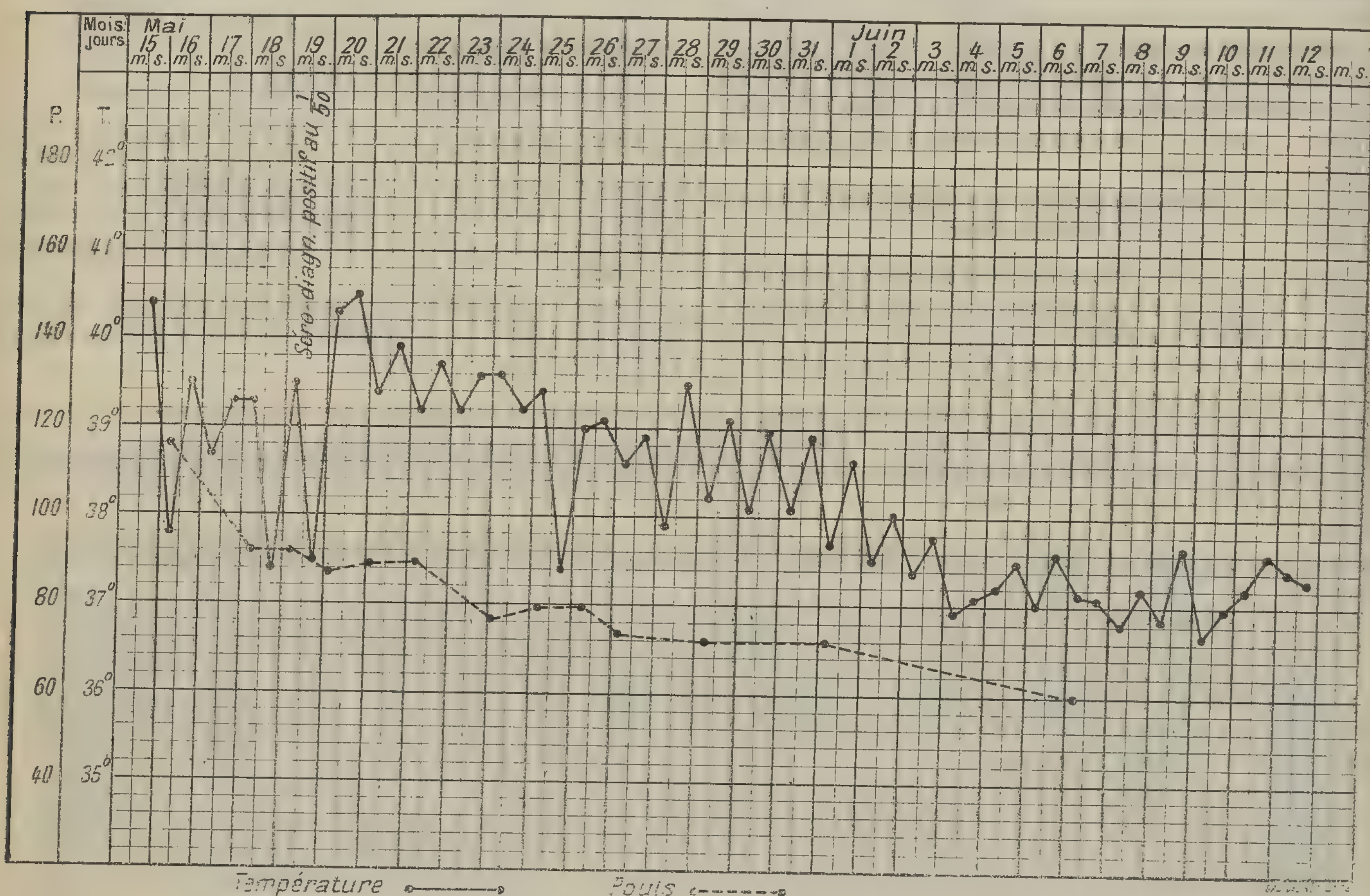


Fig. 2.

ceci est peu probant, ce délai étant variable. Voici qui est plus convaincant : nous avons toujours vacciné au moins quinze personnes à la fois, nous servant d'ampoules de 20 centimètres cubes préparées par le laboratoire du Val-de-Grâce. Il faudrait donc supposer que, des bacilles vivants subsistant dans cette ampoule de 20 centimètres cubes, quatorze personnes auraient été inoculées avec ce vaccin virulent sans en être incommodées et une seule aurait contracté la maladie.

Le fait serait déjà assez extraordinaire. Mais voici qui est plus rassurant encore pour la cause du vaccin. Le 14 mai, entrait dans notre service une autre infirmière de l'hôpital, Yvonne M..., qui était atteinte d'une fièvre typhoïde typique. Nous ne donnons pas ici son observation qui ne présente absolument rien de particulier. Le séro-diagnostic était positif le cinquième jour après l'entrée dans le service et la courbe ci-jointe (fig. 2) suffit à prouver ce diagnostic.

Or ces deux infirmières étaient ensemble dans le même pavillon de l'hôpital, l'une ayant désiré être vaccinée contre la maladie, l'autre ayant refusé le vaccin. Toutes deux ont été contaminées en même temps et l'examen des courbes montre que le 4 juin toutes deux étaient apyrétiques et entraient en convalescence au même moment.

On ne peut donc pas dire que la fièvre typhoïde de Françoise N... est due au vaccin.

2° *La maladie de Françoise N... est bien une fièvre typhoïde.* — Cliniquement ce diagnostic était en effet

contestable. La marche irrégulière de la température, l'absence de taches et le petit volume de la rate pouvaient faire hésiter dans l'affirmation d'une dothiénentérie. D'autre part, l'apparition d'un souffle pulmonaire net et localisé n'était pas sans rendre incertain le diagnostic : enfin l'agglutination avait perdu toute sa valeur du fait de la vaccination de la malade.

Il a fallu le résultat non douteux de l'hémoculture pour affirmer le diagnostic et nous pensons, après avoir vu évoluer sous nos yeux les deux malades prises simultanément, que la différence de symptomatologie des deux cas est due au vaccin qui a déformé la maladie de Françoise N..., tandis que celle d'Yvonne M... évoluait de la manière la plus classique.

La maladie en question était donc bien une fièvre typhoïde.

3° *Elle a évolué en pleine* PHASE NÉGATIVE *sans dommage pour la malade*. — On sait en quoi consiste l'inconvénient des vaccinations que l'on a appelé la phase négative et auquel on a voulu attacher une grande importance. Le fait consiste en ceci : un sujet qui reçoit une première injection n'est pas vacciné (il ne le sera qu'après la quatrième). Si au moment de cette première injection il est en incubation de la maladie, non seulement il ne subit pas un début d'immunisation, mais il est sensibilisé et l'injection donne à la maladie une recrudescence dont on ne peut mesurer la gravité. Il y a donc une période entre le moment de la première inoculation et celui de l'immunisation où le sujet est hypersensible. C'est ce qu'on a appelé la phase négative à laquelle les détracteurs de la méthode vaccinale ont attaché une importance suffisante pour déconseiller toute vaccination au cours d'une épidémie.

Ce raisonnement ne correspond à aucune réalité ; c'est une simple vue de l'esprit, et la phase négative ne se produit pas plus avec les vaccins de Wright qu'avec celui de Vincent. Notre exemple en est une nouvelle preuve. Que cette malade ait été contaminée avant ou après sa première injection vaccinale du 3 mai, les réactions n'ont pas été modifiées chez elle sensiblement et on ne peut dire qu'elle a eu une forme plus grave de la maladie de ce fait. Il lui a manqué seulement un certain nombre des signes classiques de la fièvre typhoïde.

Cet exemple vient à l'appui de la thèse d'après laquelle la phase négative n'a aucune valeur. On ne peut pas cependant en conclure que la vaccination pratiquée tout au début de la maladie en atténue la marche et la gravité. La maladie de Françoise N... a été une forme sérieuse par certains côtés mais qui a évolué exactement dans le même laps de temps que celle de la compagne contaminée avec elle.

On peut en conclure que la phase négative n'existe pas et que la peur de ces accidents hypothétiques ne doit pas arrêter la vaccination antityphique dont les résultats ne se discutent plus aujourd'hui, même en temps d'épidémie.

UN COUPLE D'HOMMES HOMOSEXUELS

Par M. VITRY (de Metz).

C'étaient deux dégénérés, qui me rendirent visite pendant de longues années : l'un représentait le dernier rejeton d'une famille de la haute bourgeoisie, qui avait produit pendant deux siècles des diplomates de premier talent, des savants illustres, des commerçants à grande envergure. Je poursuis la dégénérescence de cette famille dans toutes leurs branches et ne trouve d'autre explication que l'épuisement nerveux des mâles surmenés qui s'alliaient à des femmes riches mais tarées, et cela pendant plusieurs générations. Lui, le fils de famille, vint me consulter pour la première fois, il y a quinze ans. Se disant « homme de lettres » il avait lu un de mes travaux sur la poésie homosexuelle. Il me confia, qu'il était inverti sexuel et n'était pas étonné que je le connusse comme tel depuis longtemps. Il me raconta son enfance entre un père très doux et une maman excentrique ; qu'il portait des robes de jeune fille jusqu'à la première communion à douze ans ; que le port d'habits de garçonnet lui causait alors une répugnance extrême, mais que peu à peu il s'y était accoutumé. Quant à ses dessous, il ne les portait qu'en soie et dans des couleurs estompées, tant que ses moyens le lui permettaient encore. Après la communion — où il s'était trouvé presque en extase — il entra dans un collège tenu par des religieux. Ses études étaient brillantes ; il passait régulièrement tous les examens. Pendant les vacances il se plaisait à ranger ses poupées journellement deux fois. De quinze à dix-sept ans survint une forte crise de masturbation avec des accès de scrupulosité et de dépression religieuse. A partir de dix-sept ans il tomba dans un mysticisme extrême. La différenciation sexuelle se fit alors dans le sens homosexuel. Il se liait à des camarades aux formes arrondies, répudiait les femmes mais, guidé par une bonne éducation, restait en rapport de conversation avec celles de sa famille. A dix-huit ans, il eut la première éjaculation en présence d'un jeune étranger de formes très agréables. Ses prières ne s'adressaient qu'à des saints jeunes, jamais à la Vierge. A dix-neuf ans, il passa à l'Université, s'y lia avec des amis du même milieu social, mais devint bientôt solitaire, quand il vit ses camarades jouir des grâces féminines. Son travail à l'Université n'était pas très grand, ses ambitions baissèrent déjà. Il songea à entrer dans les ordres, mais finit par passer mollement ses examens pour retourner dans sa ville natale. Il ne fut jamais fumeur ni buveur à l'Université, mais il se plaisait là à courir les grands magasins, à fouiller dans les soies, à admirer les robes de velours (pas de soie) et à les toucher. Ses parents étant morts pendant son séjour à l'Université, il disposait d'une belle fortune et menait un assez grand train d'intérieur, fréquenté surtout par de jeunes abbés. Pas de promiscuités homosexuelles jusqu'alors.

Revenu dans le pays, il s'installa très confortablement, mais ne s'occupa pas de travail, faisant de la

littérature doucereuse et de la broderie. La lecture de quelques ouvrages scientifiques l'édifiait complètement sur son inversion sexuelle, qu'il acceptait tranquillement. Seulement, depuis ce temps-là il souffrait d'érythromanie. Il recevait dans sa garçonnière l'évêque et le haut clergé, donnait quelques dîners à des amis et s'occupait pour le reste de lecture et de broderies style gobelins, un art, dans lequel il se perfectionnait avec le temps. Entre temps, il se mit en semi-ménage avec un autre homosexuel des classes de la basse population. Ils s'étaient rencontrés par hasard dans un urinoir. L'autre, plus âgé, l'avait deviné, flairé pour ainsi dire, et lui avait adressé quelques mots. Il l'invitait dans sa garçonnière, par un goût d'égalité sexuelle, aussi bien que par la poussée du dégénéré intellectuel et élégant vers le crasseux, le populo. Il l'équipait convenablement, et eut dès lors le parasite dans la maison. Leurs relations homosexuelles consistaient dans l'onanisme mutuel. Depuis lors, il baissait et suivait tout doucement et ensuite vertigineusement la pente vers les bas-fonds de l'ami homosexuel. Sa fortune se fondit; sa famille et les anciennes relations dans son monde l'évitèrent; il se négligea dans l'habillement; il fréquenta, avec dégoût au commencement, les gargotes de son ami — mais malgré toutes mes admonestations ils ne se lâchèrent pas. Il quitta le pays avec lui, devint simple scribe, ensuite vagabond, mangea le soir aux soupes de l'Armée du salut, fut nourri à midi par l'ami qui gagnait seulement pour le loyer, le café et le déjeuner — et un beau soir d'une fête de la Vierge il se jeta loin de la ville, l'estomac creux, un chapelet autour du cou et une sale chemise de soie des temps d'antan sur le corps, dans l'eau silencieuse et noire.

L'autre moitié du couple fit et fait encore des apparitions rares chez moi. Il descend de parents alcooliques et est homosexuel sadiste meurtrier. Son ami ne sut ce dernier point que plus tard, mais leur liaison n'était alors plus à rompre. Le sentiment religieux n'était pas du tout développé chez lui. Il a su cacher son homosexualité sadiste jusqu'ici avec une telle astuce, que personne ne se doute que son inversion spéciale ait pu le pousser au meurtre.

Un jour, on trouvait dans les promenades boisées d'une ville un jeune ouvrier égorgé et mutilé. Il y avait passé la nuit à la belle étoile, s'était endormi sous l'influence d'une forte dose d'alcool à côté d'une autre personne comme les empreintes du sol le démontraient. L'autre l'avait égorgé avec une main d'Hercule sans lutte et lui avait pratiqué alors l'ablation nette et quasi anatomique des parties génitales. La police de tous les pays fut mise en alerte. On arrêtait quantité de pauvres diables, on les relâchait tous. L'affaire fut classée. L'auteur du meurtre est resté introuvable pour les policiers. C'était l'homosexuel sadiste du couple. Je l'ai su plus tard, après des années. L'intellectuel dans ce ménage homosexuel avait remarqué, malgré l'abrutissement du milieu dans lequel il était descendu, que le caractère tranquille de son compagnon changeait, avait des soubresauts, des dépressions mal cachées. Lui, le peureux, se mit alors un jour à cuisiner l'Hercule et obtint la confession du meurtre. Il me fit la description de cette scène. C'était saisissant, horrible, digne d'être décrit par Huysmans. Ce qui m'étonnait, c'est que le sadiste n'avait jamais exercé le moindre acte sadique sur son ami. Quand j'expliquai à l'intellectuel que, plus que probablement, son ami volage contait fleurette à d'autres homosexuels pour assouvir ses goûts sadiques, il ne voulut pas ajouter foi à ce soupçon, tant il était aveuglé. Mais son sentiment religieux luttait en lui vis-à-vis de cette amitié; le sentiment social, justicier, avait sombré. Il n'allait pas accuser, n'allait pas confesser; mais il sut ployer par ses sermons mystiques et réitérés la conscience de son ami meurtrier d'une telle façon que, avec l'absence de sentiment religieux chez cet être quasi primitif, le sentiment sexuel s'appropriait un mysticisme sauvage : l'intellectuel pardonnait le meurtre à son ami en s'érigeant justicier et en lui infligeant, comme peine d'expiation, de porter les parties mutilées du cadavre sur le corps. L'autre, qui jusqu'alors avait conservé les parties sexuelles anatomiquement préparées de sa victime dans les endroits les plus cachés de leur bouge commun, accepta. Il les porte et il les regarde comme son « talisman ». Le sadiste est devenu fétichiste convaincu. Latent, il l'était depuis longtemps. Quand l'intellectuel me racontait cette « punition », je vis les premières lueurs du coup de foudre définitif qui le tuerait. Un certain temps après, l'autre vint me raconter tranquillement la fin de son ami. Puis il retourna se plonger dans le gouffre de la grande ville.

XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Londres, du 6 au 12 août 1913 (1).

SECTION DE THÉRAPEUTIQUE

Les procédés défensifs de l'organisme contre les substances étrangères dans le sang. — MM. J. C. Mc. Walter (de Dublin) et E. Abderhalden (de Halle), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. Abderhalden :

L'organisme possède, contre l'action des diverses substances étrangères, un puissant moyen de défense : la digestion. C'est elle qui désagrège la structure propre de chacun des matériaux nutritifs introduits. En outre, tout ce qui a pu être absorbé, est présenté aux cellules hépatiques qui peuvent, une fois encore, exercer leur contrôle sur le tout, en sorte que la composition de ce qui est introduit dans la circulation sanguine est constamment la même, et que les cellules de l'organisme reçoivent constamment le même apport nutritif.

Cependant cette harmonie est troublée quand des cellules de tissus ou des éléments libres, tels que les cellules cancéreuses et les microorganismes, introduisent dans le sang des substances qui présentent encore certains caractères de la structure cellulaire correspondante, d'où ces substances sont dérivées. Là encore il existe un puissant moyen de défense. C'est le système lympathique, avec toutes ses dépendances. Si, malgré tout, il parvient encore au sang des substances étrangères à sa composition et d'origine cellulaire, divers

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 92, p. 1463; n° 96, p. 1511, et n° 99, p. 1562.

autres moyens de défense entrent en jeu. Tantôt ce sont les organes d'excrétion qui procèdent à l'élimination de ces substances. D'autre part, des ferments se dégagent du plasma sanguin, qui s'attaquent à la structure compliquée de ces substances et leur font perdre leur individualité. L'apparition de certains ferments nous renseigne sur l'arrivée de certaines substances dans le sang, et de cette façon l'examen du sang et la recherche de ses ferments, qui repose sur des éléments précis, nous donnent un aperçu des fonctions des organes envisagés isolément. Les résidus engendrés par l'action des ferments peuvent avoir des effets toxiques.

Extraits animaux et hormonethérapie. — M. J. C. Mc Walter (de Dublin).

Virus sensibilisés en thérapeutique. — MM. Bertrand et Cohendy (de Paris).

Mode d'action et emploi des analgésiques et des hypnotiques (les anesthésies locales et générales exceptées). — M. A. R. Cushny (de Londres), rapporteur, n'envisage que les substances médicamenteuses qui calment la douleur en agissant sur le système nerveux central. Cette action sur le système nerveux est d'ailleurs actuellement fort mal connue, bien qu'il existe pour l'expliquer des hypothèses fort nombreuses que l'auteur expose successivement dans une partie de son rapport. Au reste, ces interprétations importent peu, ce qui est important ce sont les faits, et à cet égard le rapport de Cushny en apporte de particulièrement utiles à connaître pour la pratique journalière. Les voici. Comme hypnotiques on doit employer le chloral et le véronal parce qu'ils sont, tous deux, facilement absorbés, dépourvus d'action nocive et déprimante sur l'appareil cardio-vasculaire, et suivis d'effets constants. Le groupe du sulfonal doit être rejeté parce que d'action fort incertaine et par contre très souvent dangereuse. Quant aux autres très nombreux hypnotiques qui ont été successivement créés et proposés ils doivent être laissés de côté parce que n'ayant pas les avantages du chloral et du véronal ils ont, par contre, divers inconvénients. Pour ce qui est de calmer la douleur c'est à l'opium et spécialement à la morphine qu'il faudra s'adresser, sauf pour certaines algies telles que la céphalalgie et les névralgies qui réagissent très bien à la phénacétine et à l'aspirine. Cushny termine en insistant à juste titre sur ce fait qu'on doit toujours calmer la douleur parce qu'elle épuise le malade et diminue considérablement sa résistance.

Le mécanisme de la sécrétion rénale. — M. T. G. Brodie (de Toronto).

Radiumthérapie de la leucémie myéloïde. — MM. L. Renon, Degrais et Dreyfus (de Paris).

La radiumthérapie a une action immédiate très puissante sur la leucémie myéloïde, aux doses massives de 30 à 33 centigrammes de sulfate de radium appliquées pendant vingt-quatre heures sur la rate hypertrophiée. Après trois ou quatre applications, le volume de la rate redevient normal, le nombre des globules blancs tombe au taux physiologique, l'équilibre leucocytaire se rétablit et tous les signes généraux disparaissent. Telle a été l'évolution observée chez cinq malades dont deux, antérieurement, avaient été soumises, sans résultat, aux rayons X. Une troisième n'avait pas été améliorée par les rayons X et le benzol. Ce dernier n'avait pas eu d'action chez une quatrième malade.

Cependant, de nouvelles poussées leucocytaires, auxquelles ont succombé deux de ces malades, peuvent se manifester dans les deux à dix-huit mois qui suivent la cessation du traitement ; malgré la reprise de celui-ci, tardive il est vrai dans ces deux cas, l'effet leucopénique ne s'est plus manifesté, soit par suite d'une insuffisance de doses, soit à cause d'un espacement trop grand des applications de radium.

L'action du radium paraît analogue à celle des rayons X, bien que ses effets immédiats soient plus rapides ; mais, en raison de la différence possible de leurs effets physico-biologiques, il conviendrait de les alterner ou de les associer.

Très facilement utilisable chez les malades non transportables, capable d'arrêter pour un temps appréciable la marche de la leucémie myéloïde, la radiumthérapie mérite d'être utilisée dans le traitement de cette affection.

Des phénomènes d'asséchement des lésions tuberculeuses sous l'influence de l'extrait pétroléique de bile. — MM. Lemoine et Gérard (de Lille).

Le traitement du diabète et de la glycosurie. — M. N. Tirard (de Londres) expose tout d'abord les divers traitements médicamenteux du diabète puis la cure de désintoxication de Guelpa. Il recommande ensuite d'opérer le plus tôt possible les processus gangréneux ou ulcéreux qui surviennent chez les diabétiques parce que, ainsi, d'une part, on abaisse la glycosurie et que, d'autre part, on diminue la résorption septique.

Rapport sur le traitement curatif de la tuberculose pulmonaire par les vapeurs d'arsenic. — M. Chavaut (de Grenoble). Trois données fondamentales, tirées de l'anatomie pathologique, ont été le point de départ de la nouvelle théorie de l'auteur. Ce sont les suivantes : 1° Le tubercule débute toujours au point où la bronchiole va s'aboucher dans l'infundibulum et il va former autour d'elle soit un manchon, soit un croissant (Rindfleisch). 2° Consécutivement et dans un stade plus avancé, les vaisseaux qui accompagnent cette bronchiole sont bientôt oblitérés (H. Martin) et frappés d'artérite donnant ainsi naissance au ramollissement et à la formation de substance caséeuse. 3° Dans les cas favorables, la guérison du tubercule s'opère par enkystement, c'est-à-dire par transformation fibreuse de la périphérie au centre.

Ces trois propositions renferment à elles seules toute l'histoire de la tuberculose pulmonaire, toute l'évolution du bacille tuberculeux. Le bacille de Koch, dont nous pouvons ainsi connaître la marche, a suivi la voie aérienne, voie normale pour lui. Dans cette première phase il s'est implanté sur l'épithélium pulmonaire et, comme il est aérobie, il vit de l'air inspiré, mais il n'a pas encore de contact direct avec le sang. Au contraire, dans le deuxième stade, les vaisseaux ont été rompus et le bacille a pénétré dans le torrent circulatoire, de sorte que les agents ou les sérums introduits par la voie sanguine ne pourront atteindre l'ennemi que pendant la deuxième et non dans la première phase.

Ces considérations ont amené l'auteur à rechercher un agent antiseptique gazeux capable de s'opposer au processus initial de l'évolution du bacille. Il a fixé son choix sur l'arsenic dont la valeur antibacillaire est remarquable. On sait qu'à l'exhumation d'un sujet ayant succombé à un emprisonnement arsenical, on est frappé de l'état de conservation du cadavre. C'est l'arsenic, à lui seul, qui a détruit des légions de microbes dont est si riche la faune des tombeaux. En outre, les vapeurs arsenicales que l'auteur a particulièrement étudiées sont très actives sur nos tissus. Après ces considérations générales qui ont été le point de départ de sa méthode, l'auteur passe à la description de son appareil.

Les conclusions de l'auteur sont que la tuberculose pulmonaire doit être traitée au moyen de l'arsenic simultanément par les deux voies aérienne et circulatoire.

Quelques indications de l'air surchauffé en thérapeutique. — M. Vignat (de Paris) pense que l'air surchauffé est le traitement spécifique dans les affections suivantes : les radiodermites ulcérées, qui guériraient avec une seule cautérisation ; les lésions phagédéniques qui guérissent par ce traitement, alors qu'elles ont résisté à tous les autres ; les escarres sacrées qui sont désinfectées par la simple douche d'air chaud (la fièvre tombe et la plaie se cicatrise) ; les gan-

grènes septiques qui voient leur évolution arrêtée; les gangrènes par artérites se dessèchent plus vite et le traitement s'oppose au sphacèle.

Enfin, sans être un spécifique, l'air chaud s'est montré un bon traitement, dans les angiomes, les nævi, les cancroïdes et le lupus. Dans les angiomes et les nævi, il se fait remarquer par sa rapidité et la perfection de la cicatrice obtenue. En quinze ou vingt jours, on pourrait débarrasser un malade d'un angiome ou d'un nævus assez étendu. Dans les cancroïdes et les lupus, on a obtenu, en quinze ou vingt jours, des guérisons apparentes dans des cas qui avaient résisté à tous les traitements.

Nouveau traitement des paralysies spasmodiques. — M. FAURE (de La Malou). L'expérience a montré que la contracture, l'atrophie, la rétraction apparaissent d'autant plus aisément et se développent d'autant plus vite à la suite des paralysies, que les malades sont laissés dans une immobilité plus grande. L'auteur a indiqué, en 1903, une méthode de traitement manuel qui permet d'obtenir des résultats progressifs, pouvant aller quelquefois jusqu'à la restauration complète des fonctions motrices.

Cette méthode de traitement consiste en une mobilisation manuelle journalière de tous les muscles atteints de contracture, jusqu'à ce qu'on obtienne l'assouplissement permanent de ces muscles. L'auteur y joint aussi le massage des muscles ayant une tendance à l'atrophie et à la rétraction. Lorsque le malade est arrivé à un degré suffisant de mobilité pour effectuer des mouvements volontaires, on procède à une rééducation détaillée des mouvements, suivant les règles que l'auteur a indiquées pour d'autres affections paralytiques ou ataxiques. Ce traitement symptomatique conviendrait particulièrement aux paralysies spasmodiques pures, dues à l'irritation des voies motrices par une lésion de voisinage, une infection, ou une intoxication. C'est dans les cas de ce genre que la méthode donnerait les meilleurs résultats. Dans les cas où la paralysie spasmodique est associée à la paralysie flasque, à l'atrophie, à la rétraction musculaire, etc., il y a lieu de penser qu'il existe alors une lésion destructive de la voie motrice. On peut cependant obtenir encore des résultats intéressants par l'utilisation des muscles qui restent et par des mouvements compensateurs; mais ces résultats sont alors incomplets, et moins parfaits, par conséquent, que ceux obtenus dans la catégorie précédente.

Ce procédé de traitement local ne s'oppose pas à la thérapeutique médicale générale, qui doit être poursuivie concurremment et adaptée à la cause de la lésion du système nerveux, qu'il faut toujours chercher à soigner.

Loi pharmacodynamique gouvernant la suppression de la morphine. — M. O. JENNINGS (du Vésinet). La suppression sans douleur s'obtient en conservant aux morphinomanes la même quantité de solution journalière mais en diminuant progressivement le titre.

La kinésithérapie dans le traitement des maladies nerveuses. — M. KOUINDJY (de Paris). La kinésithérapie avec les quatre agents qui la composent, le massage méthodique, la rééducation, la mécanothérapie et la gymnastique, forme un ensemble de moyens thérapeutiques, qui rend de grands services dans le traitement des affections nerveuses. Pour que le massage puisse rendre tout son effet, il faut que son application soit faite d'une façon méthodique. Dans le massage des contractures il faut masser, surtout au début du traitement, les muscles en hypotonie (parésie, atonie ou atrophie), et laisser sans massage les muscles en hypertonie (contracture). De cette façon on rétablit la tonicité des groupes musculaires antagonistes au même niveau, ce qui contribue à rétablir le jeu régulier dans le fonctionnement des antagonistes.

Dans les paralysies le massage stimule la tonicité musculaire, contribue à rétablir sa fonction et à restaurer la nutrition propre du muscle. La rééducation de la marche et des mouvements a pour but de restaurer l'harmonie interrompue dans la coordination des mouvements. Elle agit favorablement dans l'ataxie locomotrice, dans l'hémiplégie, dans les névrites, les crampes professionnelles, la maladie de Little, etc. Mais elle est inefficace dans les affections telles que la paralysie agitante, la sclérose en plaques et la maladie de Friedreich.

La mécanothérapie est utile pour combattre les raideurs musculaires et les raideurs articulaires.

La gymnastique, enfin, sous toutes ses formes, peut être d'une grande utilité au cours du traitement kinésique des affections nerveuses.

Valeur comparée des médicaments cardiaques. — MM. R. GOTTLIEB (d'Heidelberg) et T. G. JANEWAY (de New-York), rapporteurs. Le rapport de ce dernier auteur est fort important et impossible à résumer. L'auteur passe en revue les indications des principaux médicaments cardiaques : digitale, strophantus, caféine, diurétine, théoéine, théophylline, adrénaline, nitroglycérine, nitrites, etc. Il est regrettable qu'à cette liste manquent la spartéine et l'adonis, employées si couramment chez nous. L'auteur insiste sur ce fait que c'est bien plus avec un bon examen clinique général qu'avec les renseignements fournis par la polygraphie et l'électrocardiographie que l'on peut apprécier la valeur thérapeutique des divers médicaments cardiaques.

Action de la digitale sur la pression sanguine chez l'homme. — M. Frederick W. PRICE (de Londres).

Thérapeutique par l'air chaud. Nouveaux appareils. — M. Pierre MÉNARD.

Cryocautère indicateur de pression et mesures thermométriques en cryothérapie. Cautère par l'air liquide. — M. H. BÉCLÈRE. Les applications des basses températures en thérapeutique constituent la cryothérapie. La cryothérapie locale qui utilise des températures allant de — 79 degrés (acide carbonique) à — 180 degrés (air liquide) trouve son application dans les verrues, certaines kératoses, certains nævi, toutes affections pour lesquelles une seule application suffit généralement. Pour les tuberculoses cutanées, les plaies atones, le lupus érythémateux, les tatouages, certains néoplasmes, les hémorroïdes, les chéloïdes,.. il faut répéter les applications tous les quinze jours. La cryothérapie a pour elle l'avantage de ne nécessiter qu'un matériel restreint et peu coûteux. C'est une méthode inoffensive dans ses conséquences; les cicatrices sont souples et esthétiques. Ce mode de traitement n'expose pas les malades aux télangiectasies qui sont souvent la signature lointaine des traitements par le radium ou les rayons de Rœntgen.

(A suivre.) STEPHEN CHAUVET.

JURISPRUDENCE

LA LOI DE FINANCES DU 30 JUILLET 1913 ET LA MÉDECINE

La loi annuelle portant fixation du budget général des recettes contient toujours un certain nombre de dispositions qui intéressent le corps médical. Nous allons passer en revue celles que nous relevons dans la loi relative à l'exercice 1913.

* * *

Taxe des biens de mainmorte des établissements de bienfaisance et d'assistance. — La loi du 20 février 1849 a institué une taxe annuelle représentative des droits de transmission entre vifs et par décès frappant les biens de main-

morte, c'est-à-dire ceux qui ne changent pas de propriétaire et qui, par suite, échappent aux droits de mutations : tels sont les biens des hospices, des bureaux de bienfaisance, etc. L'article 2 de la loi du 30 juillet 1913 a augmenté le taux de cette taxe représentative, sauf en ce qui concerne les biens appartenant aux établissements publics d'assistance et de bienfaisance qui restent soumis au régime institué par la loi du 31 mars 1903 (art. 3).

ART. 2. — A partir du 1er janvier 1913 la taxe annuelle représentative des droits de transmission entre vifs et par décès, instituée par la loi du 20 février 1849, sera calculée à raison de 170 centimes par franc du principal de la contribution foncière des propriétés bâties et de 105 centimes par franc du principal de la contribution foncière des propriétés non bâties, sauf en ce qui concerne les biens appartenant aux départements, aux communes et aux établissements publics d'assistance et de bienfaisance, à l'égard desquels le nombre de ces centimes demeure fixé à 112 centimes 5 pour la contribution foncière des propriétés bâties et à 70 centimes pour celle des propriétés non bâties.

La taxe continuera d'être soumise aux décimes auxquels sont assujettis les droits d'enregistrement.

***

La répression des fraudes. — L'article 7 a assuré, au point de vue fiscal, la surveillance en vue de la répression des fraudes.

A partir du 1er janvier 1913 une taxe annuelle de 1 franc sera perçue sur tout établissement affecté à la vente en détail des boissons, denrées alimentaires pour l'homme et les animaux, produits agricoles ou naturels, engrais, substances vénéneuses, drogues et produits chimiques ou photographiques.

Cette taxe ne s'appliquera ni aux pharmacies, ni aux fabriques et dépôts d'eaux minérales, ni aux fabriques de margarine ou d'oléo-margarine, lesquels resteront soumis aux droits de visite, d'inspection ou de surveillance, conformément aux lois et règlements en vigueur.

Les drogueries et épiceries cesseront d'être passibles dudit droit de visite et seront assujetties à la taxe instituée par le paragraphe premier du présent article.

Ladite taxe ne sera pas appliquée aux patentés des septième et huitième classes du tableau A.

Les états matrices de la taxe pour frais de surveillance en vue de la répression des fraudes seront dressés par les agents chargés de cette surveillance et transmis par eux au préfet.

Les rôles seront établis, publiés et recouvrés et les réclamations seront présentées, instruites et jugées comme en matière de contributions directes. Il sera délivré des avertissements aux contribuables à raison de 5 centimes par article.

La date d'entrée en vigueur des dispositions qui précèdent est fixée au 1er janvier 1913.

***

Les habitations à bon marché. — On sait que les établissements de bienfaisance peuvent prêter leurs fonds disponibles aux sociétés de constructions des habitations à bon marché.

Un régime spécial a été institué en faveur des offices qui peuvent emprunter.

ART. 15. — Les emprunts contractés par les offices publics d'habitations à bon marché créés par les articles 11 et suivants de la loi du 23 décembre 1912 sont dispensés de l'impôt sur le revenu établi par la loi du 29 juin 1872. Ces offices sont, en outre, exonérés des droits de timbre pour leurs titres d'obligations.

***

Infirmiers militaires coloniaux. — L'article 31 a mis à la charge des colonies qui les emploient l'entretien des infirmiers militaires par elles employés.

Constituent des dépenses obligatoires pour les budgets locaux des colonies :

1° L'entretien et les frais de voyage des infirmiers de la section des infirmiers militaires des troupes coloniales hors cadres, mis à la disposition des services locaux sur la demande de ces services ;

2° L'entretien en France du personnel de relève correspondant. Cette dépense fait l'objet d'une contribution forfaitaire ordonnancée au profit du Trésor public et fixée à 577 francs par infirmier employé et par an.

Les infirmiers placés hors cadres pour servir à l'administration pénitentiaire coloniale sont à la charge du budget du ministère des colonies; les frais de relève de ce personnel sont remboursés par le ministère des colonies au ministère de la guerre, en prenant pour base le chiffre forfaitaire fixé pour les infirmiers détachés dans les services locaux.

***

La limitation des débits de boissons. — L'article 46 de la loi de finances cache sous sa rédaction une disposition fort importante. Il donne aux préfets les mêmes pouvoirs que la loi du 17 juillet 1880, en abrogeant le décret du 29 décembre 1851, avait conférés aux maires en ce qui concerne l'ouverture des débits de boissons.

L'article 9 de la loi du 17 juillet 1880 est complété par l'alinéa suivant :

« Le préfet, sur avis conforme du conseil général, aura le même droit dans l'étendue du département. »

Voici d'ailleurs le texte même de l'article 9, si heureusement complété : « Les maires pourront, les conseils municipaux entendus, prendre des arrêtés pour déterminer, sans préjudice des droits acquis, les distances auxquelles les cafés et débits de boissons ne pourront être établis autour des édifices consacrés à un culte quelconque, des cimetières, des hospices, des écoles primaires, collèges ou autres établissements d'instruction publique. »

Il est impossible, lorsqu'un arrêté municipal a été pris en vertu de l'article 9 de la loi du 17 juillet 1880, d'ouvrir de nouveaux débits de boissons dans le périmètre fixé par l'autorité administrative. L'article 46 a permis aux préfets de limiter dans ce périmètre restrictif l'ouverture de cabarets, en suivant une procédure à peu près semblable que celle exigée par la loi de 1880.

(*A suivre.*)

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement de la constipation (1), par le docteur VITRY, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

L'auteur montre bien les difficultés du traitement de la constipation et la nécessité d'approprier la thérapeutique à chaque cas cliniquement observé. L'institution d'un régime alimentaire convenable est la base de tout traitement rationnel; puis M. Vitry discute l'emploi des purgatifs et laxatifs, des lavements; il expose les résultats obtenus par le massage, l'électrothérapie, les cures thermales. M. BRELET.

(1) Broch. de 28 pages. Collection « Les Actualités thérapeutiques ». — Prix : 1 franc. — Paris, E. Bougault.

NOTE DE PRATIQUE

MALADES DIFFICILES A ALIMENTER

Que la difficulté de l'alimentation tienne à de l'anorexie, à l'état de l'estomac ou de la bouche ou à tout autre cause, il faut recourir à la poudre de viande de Trouette-Perret donnée soit au repas, soit une heure avant pour utiliser son pouvoir peptogène, à la dose de deux à trois cuillerées à soupe délayées dans un verre d'eau sucrée.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 28, 12 juil. 1913.) VON FUNKE : La maladie de Basedow aiguë. — (N° 30, 26 juil.) HERZFELD et STOCKER : Présence d'acide urique dans la salive normale et pathologique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 17, 24 avril 1913.) TREUPEL : La gangrène pulmonaire et son traitement. — HENIUS et ROSENBERG : Le sérum de Marmorek dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — ALLARD : La cymarine, nouveau médicament cardiaque. — SCHÜRMANN et HAJOS : Expériences avec les milieux de cultures telluriques pour le diagnostic bactériologique de la diphtérie. — ARNETH : Action du thorium X sur la vie des globules sanguins. — SAISAWA : Contribution à l'étude de l'érythème polymorphe. — ZALOZIECKI : Propriétés autolytiques du sérum de cobaye. — GRŒDEL : Technique de la cinématographie Röntgen. — (N° 18, 1er mai.) KOLLE, HARTOCH, ROTHERNUMDT et SCHÜRMANN : Nouveaux médicaments pour le traitement des trypanosomiases. — HENIUS et ROSENBERG : Le sérum de Marmorek dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — HAMPELN : Hémorragies pulmonaires dans les anévrismes perforés de l'aorte. — KEUPER : La melubrine, comme antirhumatismal et antipyrétique. — PANKOW : Causes anatomiques du placenta prævia. — HAEGLER, FRAENKEL et SCHUM : Sur l'hématoporphyrie congénitale. — WEIHRAUCH : Fixation de la résistance des érythrocytes dans la tuberculose. — HOLLÄNDER : Sur la pathogénie des tumeurs épiploïques. — QUADFLIEG : Modification de la réaction de Wassermann. — SUNDE : Herpès zoster frontal avec présence de microbes dans le ganglion de Gasser. — FISCHER : Sur la présence d'érythème après l'usage de baume de copahu.

Medizinische Blätter. — (N° 13, 5 juillet 1913.) WEYGANDT : L'usage de l'alcool chez les enfants et les adolescents. Ses dangers. — (N° 14, 19 juillet.) LATHAM : Sur le traitement de l'asthme bronchique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 14, 1er avril 1913.) NOGUCHI : Etudes sur la présence du spirochète pallida dans le système nerveux central des tabétiques et paralytiques généraux. — MAYER, ROCHA-LUNA et WERNER : Recherches sur la verruga péruvienne. — HOFFMANN : Sur la myéline birefringente dans les cataractes. — HARBITZ : Sur la tuberculose congénitale. — GRŒDEL : Représentation radiologique du processus vermiforme. — KELLUER : L'idiotie mongoloïde. — MEHLER et ASCHER : Contribution à la chimothérapie de la tuberculose. — SCHWENKE : Signification des inclusions leucocytiques de Döhle dans la scarlatine. — LEUSSER : La nouvelle « Sprudel » de Kissingen et son importance pour les affections cardio-vasculaires. — GOLDSTEIN : Un cas d'acromégalie après castration chez une femme adulte. — NEUDORFER : Le pylorospasme dans l'ulcère gastrique. — SULTAN : Indication rare à la résection intestinale. — KANGIESSER : La consanguinité a-t-elle une influence nocive sur les descendants ? — STURM : Albuminurie orthostatique dans la tuberculose.

Presse médicale. — (N° 59, 19 juillet 1913.) Maurice NICLOUX : L'alcool et l'alcoolisme au point de vue biochimique. — L. OMBRÉDANNE : L'orchite aiguë primitive des enfants.

Revue de chirurgie. — (N° 7, 10 juillet 1913). Fred. V. ALBEE : Greffe d'une partie du tibia sur l'épine dorsale dans le traitement du mal de Pott (14 fig.). — H. NIMIER et A. NIMIER : Sur le traitement des fractures du rocher. — COUTEAUD : Abcès métastatiques de l'encéphale en rapport avec les suppurations hépato-pulmonaires. — E. MARQUIS : Le sublimé en chirurgie. — P. GUIBAL : Contribution à la chirurgie du cou. La résection unilatérale de la jugulaire interne et du pneumogastrique est-elle inoffensive.

Revue de médecine. — (N° 7, 10 juillet 1913.) A. PIERRET : Pathologie de l'épilepsie. — E. WEILL et Ch. GARDÈRE : Les érythèmes infectieux au cours de la rougeole (3 fig.). — L. JANNIN : Sensibilisation de l'organisme par un champignon du poumon.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 27, 5 juillet 1913.) COLLET : Kystes du sinus maxillaire. — (N° 28, 12 juillet.) P. JACQUES : La question des amygdales. — LAVRAUD : Cas d'ozène guéri depuis dix ans par l'électrolyse cuprique.

Revue médicale de l'Est. — (N° 13, 1er juillet 1913.) ETIENNE et R. DURET : Elimination de l'urohypertensine chez les vieillards. — (N° 14, 15 juillet.) SCHNEIDER : Indications et technique de la vaccination antityphoïdique.

Revue médicale de Normandie. — (N° 13, 10 juillet 1913.) J. PESCHER : L'entraînement respiratoire par le « procédé de la bouteille ».

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 13, 15 juillet 1913.) L. JAUBERT et MINELLE : Applications pratiques de l'héliothérapie à l'usage des médecins.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 23, 5 juin 1913.) VON EISELSBERG : Le premier pansement des blessures. — JAWORSKI et SZYMANOWSKY : Le sérodiagnostic de la grossesse. — LINTHLEU et MUCHA : Analyse expérimentale et clinique de la fièvre par le salvarsan. — ULLMANN : Sur l'organotropie des préparations de salvarsan. — ALBRECHT : Opération du phimosis hypertrophique. — KEY : Un cas d'embolie opérée de l'artère fémorale. — (N° 24, 12 juin.) SCHUR et PLASCHKES : Indications du pneumothorax artificiel dans la tuberculose. — EISLER et LAUB : Teneur du sang en lipoïdes. — FRANKFURTER : Traitement de l'asthme par la tuberculine. — KLAUSNER : Une réaction cutanée dans la syphilis tertiaire. — SPIETSCHKA : Mes expériences sur le salvarsan. — SERKOWSKI et KRAZSEWSKI : Emploi du réfractomètre dans les recherches chimio-physiologiques. — ULLMANN : Sur l'organotropie des préparations de salvarsan. — (N° 25, 19 juin.) FREUND et KAMINER : Sur l'origine des substances du sérum influençant les cellules cancéreuses. — HOFER : Le bacille de Perez et l'ozène. — HATSCHEK : Sur la pratique de la psychothérapie. — FRIEDLÄNDER : L'attaque coxalgique pendant l'enfance. — MÜLLER : La constitution chimique des granulations éosinophiles. — BONDI : Le poids des nouveau-nés et la nutrition de la mère. — RIND : Tentatives thérapeutiques avec l'arséniate d'argent.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50**. — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Louste, Lortat-Jacob, Cl. Vincent, Roux-Berger, P. Mathieu, P. Hallopeau, Devraigne, qui ont accepté, et Bourgeois, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le jury du concours de l'internat est composé de MM. Leclerc, Bret et Bonnet, médecins des hôpitaux, Gayet, Delore et Bérard, chirurgiens des hôpitaux, et Voron, accoucheur.

— ROUEN. — Un concours pour la nomination à quatre places d'interne en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 6 novembre 1913, à quatre heures et demie, à l'Hospice Général.

La Commission administrative des hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours si de nouvelles vacances se produisaient avant le 15 octobre 1913. Dans ce cas, les candidats en seraient avisés par voie d'affiches apposées dans les hôpitaux.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Administration quinze jours avant la date fixée pour ce concours, soit le 22 octobre, avant midi au plus tard.

GUERRE. — Ont été promus ou nommés dans la première section du cadre de l'état-major général de l'armée :

Au grade de médecin inspecteur. — M. le médecin principal de première classe Collin, directeur du service de santé du 2e corps d'armée, pour prendre rang du 13 septembre 1913, en remplacement de M. le médecin inspecteur Polin, qui sera placé, à cette date, dans la section de réserve.

M. le médecin principal de première classe Descours, directeur du service de santé du 11e corps d'armée, pour prendre rang du 19 septembre 1913, en remplacement de M. le médecin inspecteur Trifaud, qui sera placé, à cette date, dans la section de réserve.

— Par décision du ministre de la guerre, modifiant l'instruction du 27 janvier 1913, pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire, les demandes de bourses faites en faveur des candidats admis à subir les épreuves orales doivent être déposées le plus tôt possible dans les préfectures.

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES, du 9 au 31 octobre 1913, à l'Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne.

SÉRIE A, à six heures. — *Electrothérapie* (huit leçons, du 9 au 18 octobre 1913). — M. le docteur Albert-Weil, chef du laboratoire d'électro-radiologie de l'hôpital Trousseau.

Radiumthérapie (trois leçons, 18, 20, 21 octobre). — M. le docteur Dominici, ancien interne des hôpitaux.

Photothérapie (une leçon, le 22 octobre). — M. le docteur Degrais, ex-chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Radiothérapie (quatre leçons, les 23, 24, 25 et 27 octobre). — M. le docteur Albert-Weil.

Hydrothérapie (trois leçons, 28, 29 et 30 octobre). — M. le docteur Sandoz, directeur de l'Institut Zander de Paris.

Méthode de Bier (une leçon, le 31 octobre). — M. le docteur Dausset, assistant de physiothérapie de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

SÉRIE B, à cinq heures. — *Massage en général, massage des membres, massage viscéral* (dix leçons, du 9 au 21 octobre). — M. le docteur Durey, assistant de physiothérapie de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Immobilisation et repos (une leçon, le 21 octobre). — M. le docteur Roederer, ancien assistant d'orthopédie des hôpitaux.

Mécanothérapie (deux leçons, les 22 et 23 octobre). — M. le docteur Sandoz.

Rééducation (deux leçons, 24 et 25 octobre). — M. le docteur Kouindjy, chargé du service de rééducation à la Salpêtrière.

Gymnastique et éducation physique (deux leçons, les 27 et 28 octobre). — M. le docteur Durey.

Kinésithérapie gynécologique (deux leçons, 29, 30 octobre). — M. le docteur Wettervald, secrétaire général de la Société de kinésithérapie.

Massage de la face (une leçon, 31 octobre). — M. le docteur Raoul Leroy.

Le prix de chacune des séries de vingt leçons est de 50 francs.

S'inscrire pour une série ou pour les deux chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Pour faciliter les excursions à Fontainebleau et à Moret, pendant l'été 1913, un train spécial à prix réduits (2e et 3e classes seulement) sera mis en marche tous les dimanches jusqu'au 21 septembre inclus.

Départ de Paris à 7 h. 18 du matin. — Arrivée à Fontainebleau à 8 h. 16, à Moret à 8 h. 29.

Retour par tous les trains du même jour, dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Londres, du 6 au 12 août 1913 (1).

SECTIONS DE CHIRURGIE GÉNÉRALE

Dans le présent article, nous allons indiquer les principaux travaux des sections de chirurgie générale.

La première question mise à l'étude était le **traitement opératoire des tumeurs malignes du gros intestin (rectum excepté)** avec deux rapporteurs : MM. Raffaele Bastianelli (de Rome) et le professeur W. Körte (de Berlin). Le docteur Biastianelli rappelle d'abord les différentes formes anatomiques de ces tumeurs montrant que les formes très malignes siègent plutôt sur la moitié gauche du gros intestin, alors que dans le cæcum et le côlon ascendant les formes moins infiltrantes sont plus fréquentes. Il rappelle que les examens histologiques récents ont montré que l'extension en surface des cellules cancéreuses se faisait bien au delà des limites de la tumeur à l'œil nu, d'où la nécessité de résections larges. Par contre, les métastases sont tardives, et bien souvent les adénopathies à distance sont de nature inflammatoire, non cancéreuse, et ne contre-indiquent pas l'opération. Le premier point du traitement chirurgical sur lequel tout le monde est d'accord est qu'il ne faut entreprendre aucune extirpation en crise d'obstruction, sauf pour les tumeurs cæcales. Dans tous les cas d'obstruction, l'auteur conseille la laparotomie latérale droite et un anus artificiel cæcal de larges dimensions. La résection primitive est dangereuse parce que l'anastomose est plus difficile à effectuer que sur le grêle, et que la bouche risque de s'obstruer avec des matières fécales solides.

L'anus cæcal doit être préféré à tout autre à cause de la facilité de sa fermeture. En dehors de l'obstruction, il faut pour le traitement radical faire une grande différence entre les tumeurs du cæcum et du côlon ascendant, et celles de la moitié gauche du gros intestin. Le pronostic de ces dernières est plus grave, toutes les statistiques le montrent. Celles de la moitié droite de l'intestin peuvent être traitées par l'extirpation en un temps, pour celles de la moitié gauche Bastianelli préfère les opérations en plusieurs temps, le plus souvent sans anus prémonitoire. L'auteur a opéré, de 1900 à 1905, 84 cas avec une mortalité de 60 p. 100, et depuis 1905, 44 cas avec seulement deux morts (4,5 p. 100). Il réunit une statistique de 739 cas avec 26 p. 100 de mortalité. Celle-ci restera élevée tant que le diagnostic ne sera pas fait de façon plus précoce. Les récidives sont beaucoup moins fréquentes pour les tumeurs du cæcum que pour celles des côlons.

W. Körte cite de nombreuses statistiques à l'appui des différentes méthodes opératoires des tumeurs des côlons; il est aussi d'avis qu'en cas d'obstruction la seule conduite à tenir est la confection d'un anus avec ablation consécutive de la tumeur. En dehors de l'occlusion, sauf des cas particulièrement favorables, il préfère l'ablation en deux temps, plus sûre. Cependant, selon le siège et les variétés anatomiques de la tumeur on sera souvent obligé de modifier son plan opératoire. Les résultats éloignés sont très encourageants. En cas d'inopérabilité, le traitement palliatif consistera soit en une entéro-anastomose, soit en une cæcostomie.

M. A. L. Soresi (de New-York) décrit une méthode personnelle d'entéro-anastomose, qui peut être effectuée en quatre minutes. Le principe consiste à se servir d'un mandrin creux de caoutchouc dans lequel sont passées des anses de catgut, l'intestin est cousu à ces anses par un seul plan de sutures. M. Paterson insiste sur la nécessité de pratiquer systématiquement l'exploration de tout l'abdomen lorsqu'il y a une diminution de l'acide chlorhydrique stomacal ; de cette manière on découvrirait les tumeurs intestinales tout à fait au début. Il affirme que le chirurgien ne doit jamais refuser l'opération à cause de la présence d'adénopathies. Sir Frédéric Eve (de Londres) apporte la statistique complète du traitement opératoire des tumeurs du gros intestin au London Hospital de 1901 à 1911, au total 375 cas avec 61 p. 100 en période d'obstruction. Sur 127 malades on pratiqua une colotomie avec 54 p. 100 de mortalité. La résection en un temps fut faite chez 95 malades avee une mortalité de 48,4 p. 100; la résection secondaire donna une mortalité de 38,8 p. 100. Il pense que c'est l'opération en trois temps (avec anus artificiel prémonitoire) qui est la plus sûre. L'étendue de la résection intestinale n'augmente pas la gravité opératoire. M. A. E. Barker (de Londres) se range absolument aux idées du professeur Körte. M. le professeur Krynski est favorable à la résection en un temps lorsqu'elle est possible. Au contraire, M. Charters Symonds (de Londres) pense que celle-ci est « indesirable ». Il avoue qu'il est le plus souvent impossible de distinguer entre les adénopathies inflammatoires ou cancéreuses. Pour les tumeurs situées à gauche, il pratique l'anus sur le côlon transverse. M. Spencer, pour ce cas, plaide vigoureusement la cause de l'appendicectomie qui ne donne pas d'incontinence, il la croit supérieure à la colostomie qu'on doit réserver à des cas exceptionnels.

En résumé, les conclusions de cette discussion sont les mêmes que celles de la discussion qui a eu lieu au mois de juillet dernier à la Société de chirurgie (MM. Demoulin, Duval, Quénu, etc.). En cas d'obstruction la confection d'un anus est la seule conduite à tenir, en dehors de l'obstruction on agira différemment selon le siège et les conditions anatomiques : résection en un temps pour le cæcum et le côlon ascendant, pour le restant le plus souvent résection en plusieurs temps.

La deuxième question en discussion était le **traitement de la tuberculose rénale et vésicale au premier stade** avec deux rapporteurs : M. le professeur Rochet (de Lyon) et M. Wildbolz (de Berne). On sait que, sous l'impulsion d'Albarran, d'Israël et de leurs élèves, on admettait le principe suivant : toutes les fois que le diagnostic précis et ferme de tuberculose unilatérale est posé, il faut enlever le rein malade. Le traitement médical ne donne que des rémissions et non des guérisons. Il est insuffisant et dangereux par la perte de temps et les dangers de contagion auxquels il laisse le malade exposé.

Depuis quelques années, principalement sous l'impulsion de Castaigne, une réaction s'est faite contre cet absolutisme, et le traitement médical a trouvé des défenseurs. Une première bataille s'est livrée au dernier Congrès d'urologie où interventionnistes et abstentionnistes sont restés sur leurs positions.

Le rapport du professeur Rochet constitue un très impartial et très lumineux exposé du débat. Il conclut ainsi : rien ne démontre irréfutablement, à l'heure présente, l'existence d'une forme granulique (à lésions discrètes et peu profondes) qui n'évoluerait pas fatalement vers la forme ulcéro-caséeuse, vers la caverne et la destruction fonctionnelle du rein. Rien non plus ne prouve qu'elle n'existe pas et qu'elle ne puisse pas se réparer et guérir, au rein, comme dans d'autres organes. A défaut de pièces anatomiques inexistantes, certains faits cliniques plaident en ce sens.

Le diagnostic de cette forme non ulcéreuse de la tuberculose rénale serait très difficile au début. On a mis en avant certains symptômes comme l'incontinence nocturne d'urine, l'hématurie rénale, l'albuminurie, la réaction de « Debré et Paraf », etc. En présence d'un malade qui présenterait les signes de cette tuberculose au début et dont l'un des reins

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 92, p. 1463 ; n° 96, p. 1511 ; n° 99, p. 1562 et n° 101, p. 1610.

donne seulement de l'urine bacillifère inoculant positivement le cobaye, M. Rochet ne conseille pas l'opération immédiate. Il attendrait pour le faire : 1° l'apparition de la pyurie comprise de certaine façon ; 2° une certaine diminution de la valeur fonctionnelle du rein; 3° ou des complications comme des hématuries sérieuses et répétées, des accidents vésicaux, de la fièvre, etc.

Mais pendant cette expectative le malade doit être surveillé de très près par un urologue, les urines seront soumises à des examens répétés au point de vue sang, pus, bacilles, au besoin le cathétérisme uretéral sera renouvelé de distance en distance pour vérifier la valeur fonctionnelle du rein touché.

Le traitement médical consistera en repos, grand air (altitude, climat marin) et « essai loyal » du traitement spécifique, en particulier des corps immunisants de Spengler.

Dans la tuberculose bilatérale les indications à intervenir ne commencent qu'avec de grosses lésions d'un côté mettant en péril immédiat le malade et faisant sa situation plus grave que si le rein était enlevé. Dans la tuberculose bilatérale le traitement spécifique trouve une indication nette. La cystite tuberculeuse dite primitive est une rareté, le plus souvent elle est secondaire à la tuberculose rénale ou génitale, et c'est celle-ci qui doit être soignée tout d'abord.

M. Hans Wildbolz insiste aussi sur la grande difficulté de reconnaître la tuberculose rénale à sa période de début; en réalité, lorsque le diagnostic est fait, la maladie est le plus souvent avancée. Beaucoup plus absolu que le professeur Rochet il pense que le meilleur traitement dans tous les cas de tuberculose unilatérale du rein est l'extirpation la plus précoce possible de l'organe et que le traitement médical est justifié seulement dans les cas où le malade refuse l'opération.

M. A. Fullerton (de Belfast) pense que la tuberculose rénale est le plus souvent unilatérale pour longtemps, et que, dans presque tous les cas, la tuberculose vésicale est secondaire à une tuberculose rénale. M. H. Kümmel (d'Hambourg) soutient les mêmes idées, et conclut que l'ablation du rein, tant que la tuberculose est unilatérale, constitue le meilleur traitement, M. G. van Houtum (de la Haye) a une haute opinion de la valeur du traitement local de la tuberculose de la vessie. Il emploie 1-2 centimètres cubes de solution de nitrate d'argent de 1/2 à 2 p. 100. M. C. A. Lœdham Green (de Birmingham) pense qu'il est très difficile d'estimer le stade de la maladie, et que par conséquent on ne doit pas se précipiter à enlever le rein. Pour M. David Newman (de Glascow) la tuberculose commence toujours dans un rein et de là suit une marche descendante. L'examen cystoscopique présente une grosse valeur pour le diagnostic, mais il est nécessaire d'en avoir une grosse pratique pour pouvoir interpréter ce que l'on voit. Si l'orifice uretéral est normal on peut assurer que le rein correspondant est normal. Il présente de nombreuses figures en faveur de sa démonstration.

M. le professeur Rovsing (de Copenhague) avoue qu'il est très rare que le chirurgien voie la tuberculose rénale tout à fait au début. Ce sont les médecins qui examinent pour une assurance sur la vie qui la décèlent parfois de façon précoce. Il n'a qu'une très petite opinion de la valeur de la tuberculine. M. le docteur E. Hurry Fenwick (de Londres) croit que parfois on peut faire ce diagnostic précoce, même trois semaines après le début. Il a une haute opinion de la valeur de la tuberculine, il ne la tient pas pour un vrai agent curateur, mais comme un tonique puissant. L'ablation précoce du rein est le meilleur mode de traitement, il n'entraîne que 8 p. 100 de mortalité.

Aucune conclusion nette ne peut être tirée de la discussion, et si la valeur du traitement médical de la tuberculose rénale unilatérale semble avoir gagné un peu de terrain, la démonstration absolue de sa valeur comme traitement *curateur* n'est pas encore faite.

Conjointement avec la section de neuropathologie le section de chirurgie avait à discuter le problème du **traitement des tumeurs du cerveau et leurs indications opératoires**. Pour le professeur Bruns (de Hanovre), le premier rapporteur, le traitement chirurgical des tumeurs du cerveau est de deux ordres : l'opération radicale ou extirpation, l'opération palliative ou décompressive, et celle-ci peut être faite de propos délibéré ou lorsque le chirurgien, parti pour exécuter une extirpation, ne peut l'effectuer. Les indications pour l'opération radicale ainsi que le pronostic de celle-ci dépendent de trois points : 1° la nature de la tumeur à enlever ; naturellement les plus favorables à l'extirpation sont les tumeurs bien limitées et se projetant à l'extérieur de la surface cérébrale ; il faut se souvenir qu'il peut être impossible cependant de distinguer cliniquement certaines de ces tumeurs, par exemple des sarcomes circonscrits de gliomes infiltrés. Il peut être de même très difficile de faire le diagnostic entre de vraies tumeurs cérébrales et des abcès, des gommes, des tuberculomes.

2° La localisation de la tumeur est de la première importance pour décider ou non l'extirpation. Il y a des parties du cerveau dans lesquelles la présence d'une tumeur ne détermine aucun signe permettant la localisation de la lésion. Plus le chirurgien est incertain sur cette localisation, plus il doit s'abstenir d'intervenir.

3° La facilité d'accès de la tumeur. Il y a peu d'endroits du cerveau qui soient inaccessibles à une extirpation, mais il faut savoir que les tumeurs du troisième ventricule et celles qui sont dans la profondeur de la substance cérébrale ne peuvent être pratiquement enlevées. L'opération décompressive est indiquée nettement toutes les fois que le siège exact de la tumeur est inconnu et que les symptômes généraux sont très graves.

M. le professeur von Eiselsberg (de Vienne) apporte à grand renfort de tableaux, de pièces anatomiques, de radiographies, sa statistique complète d'opérations pour tumeurs du cerveau, tumeurs de l'hypophyse, et même de la moelle épinière. Statistique vraiment peu encourageante pour les cas d'extirpation si l'on envisage les résultats éloignés.

M. H. H. Tooth (de Londres) n'est guère plus optimiste. On obtient bien dans quelques cas d'extirpation des résultats brillants, mais les échecs sont bien plus fréquents, et l'on peut se demander s'il est sage de tenter des opérations radicales sauf dans des cas exceptionnels. Son étude se base sur soixante-six cas personnels d'opérations diverses et cinq cents observations d'extirpation qu'il a pu recueillir et qui sont résumées dans le rapport. Il montre en particulier que si l'extirpation de certains sarcomes bien limités n'est pas suivie de récidive, il n'en est pas de même des cas de gliome; dans ces cas l'extirpation semble avoir pour résultat de remplacer une tumeur à marche lente par une récidive à marche très rapide.

Les opérations décompressives sans incision de la dure-mère sont utiles et innocentes ; les opérations exploratrices avec incision de la dure-mère, surtout dans les tumeurs infiltrées de la base et du cervelet, donnent au contraire une grosse mortalité dans les premières heures qui suivent l'opération.

Pour M. Harvey Cushing (de Baltimore), le jeune et illustre chirurgien américain, quand on parle des résultats d'extirpation des tumeurs, il faut s'entendre sur ce qu'on appelle la guérison. Si, dit-il, on considère comme guéri un malade chez lequel après l'extirpation d'une tumeur du cerveau il persiste de la cécité ou de l'épilepsie corticale, les guérisons sont assez fréquentes ; si l'on exige pour parler de guérison la restauration complète de la santé, celle-ci ne sera pas atteinte dans plus de 5 p. 100 des cas. Pour ses 100 dernières opérations il n'a eu que 7 cas de mort, et encore l'une due à du diabète et de l'urémie.

Il expose ensuite à l'aide de projections quelques points de sa technique. Pour les tumeurs de la région occipitale il se sert d'une incision verticale médiane, avec une incision transversale au-dessus ; il obtient ainsi un large accès des deux côtés, ce qui est indispensable, car le diagnostic du siège à droite ou à gauche est ici impossible. Pour la décompression dans la région occipitale, il enlève toujours la moitié postérieure du trou occipital, et souvent l'arc postérieur de l'atlas. Il insiste sur la nécessité absolue d'opérer très lentement : certaines opérations ont duré quatre heures et sont épuisantes pour le chirurgien. « Ce ne sont pas des opérations, dit-il, à faire rapidement le matin. »

C'est ensuite sir Victor Horsley (de Londres), le maître incontesté de la chirurgie cérébrale, auquel tous les orateurs ont tenu successivement à rendre hommage. Il se plaint de l'absence de classification histologique nette des tumeurs cérébrales. Cette classification serait d'un précieux secours pour le chirurgien. Pour la technique peu de choses à dire : l'hémorragie ne doit pas effrayer le chirurgien, on en vient facilement à bout avec le lavage à l'eau chaude pour l'hémorragie capillaire, avec l'oxygène pour l'hémorragie veineuse, avec l'emploi judicieux du chloroforme pour l'hémorrgie artérielle, le chloroforme abaissant notablement la tension dans les artères cérébrales. Le pronostic de ces extirpations n'est pas encore brillant. Comment peut-on l'améliorer ? Par un diagnostic beaucoup plus précoce. Tant que, dit Horsley, les livres classiques continueront à dire que la céphalée, les vomissements, la névrite optique sont les symptômes des tumeurs du cerveau, les malades arriveront trop tard au chirurgien. Ces trois signes classiques apparaissent généralement lorsque la tumeur est devenue inopérable. La névrite optique peut cependant être de grande valeur, le côté où elle débute indique nettement le côté où siège la tumeur. Il faut bien se pénétrer de ce fait que l'apparition d'un seul signe, comme l'épilepsie, exige que l'on fasse une opération exploratrice qui n'est rien. C'est ainsi seulement qu'on peut arriver à un diagnostic précoce.

L'opération exploratrice constituera souvent le premier temps de l'extirpation qui doit être faite en deux temps.

Dans la discussion qui suivit ces remarquables rapports, nous avons noté : M. le professeur Krause (de Berlin) qui montre les figures et pièces de quelques tumeurs cérébrales dont l'extirpation fut suivie de guérison complète ; M. le professeur Claude (de Paris), qui apporte la statistique des 21 malades qu'il a fait opérer par MM. Tuffier, Lejars, de Martel, soit 13 opérations décompressives d'emblée (avec 2 guérisons définitives qui étaient sans doute des erreurs de diagnostic), 8 cas où il y avait des signes de localisation pour croire une extirpation possible. Celle-ci ne fut possible que deux fois avec un résultat éloigné mauvais. Pour lui le diagnostic précoce est actuellement impossible par exemple entre une tumeur et une méningite séreuse localisée. Il faut faire le diagnostic précoce d'hypertension au moyen de la ponction lombaire manométrique, et de l'examen papillaire systématique. On pratiquera précocement la décompression sans incision de la dure-mère, puis, si cela est utile, des ponctions ventriculaires répétées. Sir Will Macewen insiste sur la difficulté d'un diagnostic précoce, car l'on peut observer tous les symptômes d'une tumeur cérébrale sans que celle-ci existe. MM. Bianchi (de Naples), Byrom Bramwell (d'Edimbourg), apportent leurs statistiques personnelles.

M. de Martel (de Paris) voudrait voir les neurologistes rechercher systématiquement la stase papillaire chez leurs malades. Pour poser le diagnostic précoce de tumeur cérébrale un seul symptôme suffit, car il impose une intervention décompressive qui n'offre aucune gravité si on la pratique précocement. Si la stase cède à cette intervention on en reste là, si elle persiste on incise la dure-mère. De Martel apporte une statistique de 400 opérations décompressives et de 49 extirpations. Le diagnostic de la localisation peut être fait pour les tumeurs des zones rolandique, occipitale, ponto-cérébelleuse, il est confus pour les tumeurs de la région frontale et du cervelet. Sur ces 49 opérations faites en vue d'une extirpation on n'a pu l'exécuter que 23 fois, avec 10 morts et 5 récidives. Les tumeurs limitées de la surface donnent les meilleurs résultats : 5 tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux ont donné 5 morts de shock. C'est de shock en effet que meurent tous ces malades, car l'auteur n'a pas eu d'infection, et l'hémorragie ne tue pas. Pour les opérations décompressives il a eu 31 morts immédiates et dans ces cas il s'agissait presque toujours de tumeurs de la base. Les opérations décompressives pour les tumeurs de l'écorce donnent au contraire une mortalité insignifiante.

Pour la technique l'auteur vante l'irrigation chaude de Horsley qui empêche les tissus de se dessécher, il est indispensable de toucher le moins possible à la substance cérébrale avec les doigts, il faut interrompre l'opération dès que la tension artérielle prise au Pachon baisse, il préfère l'opération en un temps qui expose moins à l'infection que celle en deux temps. Enfin il vante comme anesthésie l'emploi du protoxyde d'azote-oxygène sous pression dans une cloche métallique (méthode de Paul Bert) qui n'augmente pas la tension sanguine, ne donne pas de shock, le malade s'endort et s'éveille en cinq ou six secondes.

Malgré tout l'extirpation de ces tumeurs reste très ingrate ; beaucoup de malades meurent immédiatement de shock, les autres font des complications, hémiplégie, hernies cérébrales, etc., bien peu guérissent réellement.

La chirurgie du système artériel est l'objet d'un seul rapport par M. Rudolph Matas (de la Nouvelle-Orléans), M. N. A. Oppel (de Saint-Pétersbourg), absent, n'ayant pas fait lire le sien. Matas résume les progrès énormes accomplis dans la chirurgie artérielle depuis dix ans et s'en tient au traitement des anévrismes. Il expose sa technique personnelle d'endo-anévrismorraphie bien connue maintenant. Il a pu réunir 225 opérations pour anévrisme dont 194 au membre inférieur, 23 au membre supérieur, 4 à la carotide, 4 à l'aorte abdominale. Dans 150 cas l'opération a été oblitérative, 50 fois restaurative, 25 fois reconstructive. Il y eut 206 guérisons, et seulement 4 cas de gangrène. Les 4 opérations sur l'aorte abdominale se terminèrent par la mort.

M. C. A. Ballance (de Londres) admire beaucoup la méthode d'endoanévrismorraphie de Matas, mais croit que l'on doit la réserver aux cas où la méthode de Hunter est inapplicable.

M. A. L. Soresi (de New-York) critique les méthodes de sutures de Carrel, trop lentes. Pour éviter la coagulation du sang il faut opérer très vite, sans blesser la tunique interne des vaisseaux, et en les affrontant intimement. Il présente une instrumentation spéciale pour obtenir ce résultat.

Dans une autre communication Soresi étudie la **valeur de la transfusion directe du sang d'après 600 cas**. Il ne faut l'employer que dans des cas choisis, dans lesquels il est indispensable de gagner du temps pour permettre aux organes hématopoïétiques de reconstituer les pertes de sang. La principale indication est l'hémorragie. Pendant les préparatifs, il faut faire du sérum artificiel. Pour l'intoxication par le gaz d'éclairage il faut pratiquer une saignée avant de faire la transfusion. Il pratique la transfusion de la radiale à la veine jugulaire externe, en pratiquant un affrontement exact des deux tuniques internes au moyen de son instrumentation spéciale. Pendant le temps de l'opération les vaisseaux sont maintenus humides avec du sérum.

M. Soubbotich (de Belgrade) étudie les **anévrismes traumatiques** observés pendant la guerre des Balkans. Ceux-ci sont très fréquents, il a pu en relever 63 cas opérés par 16 chirurgiens, il y eut seulement 3 morts, une amputation. Les

autres malades guérirent. M. Charles Goodman (de New-York) lit un travail sur l'**anastomose artério-veineuse pour la gangrène au début**, avec le rapport de 15 cas consécutifs au niveau des vaisseaux fémoraux. C'est à la prégangréneuse qu'il convient d'opérer, ou tout à fait au début. Il est indispensable d'employer des précautions considérables pour éviter la thrombose. Le meilleur mode d'anastomose semble être la termino-terminale. L'auteur conclut que si on a opéré assez tôt la gangrène peut être évitée.

M. Ernst Jeger (de Berlin) montre son matériel de chirurgie expérimentale vasculaire : pinces spéciales pour anastomose latéro-latérale des vaisseaux, plaques de magnésium pour la suture. Il a réussi chez l'animal l'anastomose de l'artère innominée à une artère pulmonaire. et celle d'un vaisseau sanguin avec le ventricule gauche.

M. N. A. Dobrowolskuja (de Saint-Pétersbourg) montre aussi des pièces expérimentales de suture vasculaire. M. Danis (de Bruxelles) a étudié expérimentalement la pression après la ligature des vaisseaux. Il montre qu'après la ligature de la veine principale d'un membre, loin d'être nocive, la ligature de l'artère améliore les conditions de pression dans le membre. M. A. Chiasserini (de Rome) a pu obstruer des pertes de substance de l'aorte avec des lambeaux d'aponévrose. En cas d'absence d'une partie du trajet d'une artère le mieux est de la remplacer par un fragment de la veine collatérale; si cela est impossible, on peut interposer un tube de verre paraffiné, cependant on s'expose souvent alors à la formation de thrombus dans le tube.

Somme toute très nombreux travaux expérimentaux fort intéressants, d'où sortiront sans doute de nouvelles applications pratiques de chirurgie vasculaire.

La dernière question traitée dans la section de chirurgie était la **chirurgie intrathoracique**. Dans son rapport M. F. Sauerbruch (de Zürich) montre que les progrès énormes de la chirurgie intrathoracique dans ces dix dernières années sont dues à trois facteurs principaux : 1° l'emploi des rayons X dans l'exploration thoracique; 2° l'étude du pneumothorax et des différences de pression intra et extrathoracique ; 3° l'étude de l'absorption dans la cavité pleurale. Il expose ensuite les différentes méthodes employées pour établir une égalité de pression intra et extrapulmonaire. Une pression extérieure de 7 à 10 millimètres de mercure est suffisante pour empêcher l'affaissement pulmonaire. Il préfère la méthode des chambres avec pression à celle de l'insufflation trachéale (méthode d'Auer-Meltzer). Peu de choses sur la technique de ces opérations sauf la nécessité de ne pas faire le drainage et de fermer avec soin la plaie thoracique. L'auteur passe en revue ensuite toutes les interventions thoraciques : thoracotomie exploratrice, plaies du poumon, du cœur, chirurgie du médiastin, de l'œsophage, traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire et de la dilatation des bronches.

Le deuxième rapporteur, M. Théodore Tuffier (de Paris) étant absent, son rapport est lu par M. E. Caillaud (de Monte-Carlo). Autant qu'il nous a été permis d'entendre, nous voyons que, après avoir montré les difficultés du diagnostic des affections intrathoraciques, l'auteur aborde certains points de la technique; il montre la tendance à remplacer la résection des côtes par leur écartement forcé après section; on a beaucoup exagéré la gravité du pneumothorax opératoire, elle est minime si l'entrée de l'air a été lente, cependant M. Tuffier emploie l'insufflation trachéale avec l'appareil de Meltzer modifié par Elsberg. Il énumère ensuite les diverses affections intrathoraciques qui conduisent à des opérations, insistant sur la tuberculose pulmonaire, par le pneumothorax artificiel, la thoracoplastie, l'opération de Freund.

Sir William Macewen (de Glascow) attire l'attention sur deux points : tout d'abord il a effectué 4 fois l'extirpation d'un poumon pour tuberculose, et l'un de ces cas se porte très bien après dix-huit années; après l'extirpation du poumon le péricarde devient flasque et il faut suturer le péricarde à la paroi pour rendre le cœur moins mobile; le second point est que l'auteur ne croit pas que le poumon soit maintenu au contact de la paroi par la pression athmosphérique, il en donne une démonstration expérimentale. M. S. J. Meltzer (de New-York) prend la défense de son instrumentation. On a tort de la présenter comme une méthode pour insuffler dans la trachée et augmenter la tension intrapulmonaire, c'est une méthode de respiration artificielle. Dans 2 cas on a pu maintenir ainsi une respiration artificielle pendant dix et douze heures. Cette méthode a fait ses preuves dans plusieurs milliers de cas, et n'a donné d'échecs qu'entre des mains inexpérimentées.

M. Henry Delagénière (du Mans) montre son instrumentation spéciale et un insufflateur en caoutchouc pour prévenir le collapsus pulmonaire. M. G. E. Gaski (de Londres) présente un appareil très simple pour l'insufflation intratrachéale, M. Danis (de Bruxelles) un appareil pour la baronarcose ou narcose à l'éther ou chloroforme sous pression, appareil très simple et de dimensions infimes. M. J. Bouchon (de Paris) préconise une rapidité extrême dans ces opérations et montre des instruments destinés à augmenter la rapidité d'ouverture de la paroi. M. H. Morriston Davis (de Londres) a eu d'excellents résultats dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel, le shock est diminué considérablement par la novocaïnisation du nerf vague.

Parmi les multiples communications libres de la section de chirurgie générale nous avons relevé les suivantes :

M. Albee (de New-York) lit un travail sur les **transplantations osseuses** qu'il a utilisées en particulier pour le traitement du mal de Pott comme nous l'avons indiqué à la pédiatrie.

M. John B. Murphy (de Chicago) indique les résultats cliniques qu'il a obtenus par l'**arthroplastie et l'ostéoplastie**. Il montre de nombreuses projections montrant l'excellence des résultats obtenus dans le traitement de l'ankylose par l'interposition de lambeaux d'aponévrose. M. R. Milne (de Londres) confirme ces résultats qu'il a vus à la clinique de Murphy. M. Mauclaire (de Paris) indique les cas dans lesquels il a été appelé à faire des **greffes osseuses ou articulaires**, soit pour remplacer un os extirpé pour néoplasme ou ostéite, soit pour pseudarthrose à la suite de fracture, soit pour un cas d'ankylose du coude. M. H. Eckstein (de Berlin) montre les résultats esthétiques que l'on peut retirer des **injections de paraffine**.

M. Angelo Chiasserini (de Rome) expose les recherches expérimentales qu'il a faites sur les **inflammations du corps pituitaire**.

M. Savariaud (de Paris) rapporte un cas heureux d'opération de Förster qu'il a pratiquée. M. Arth. H. Evans (de Londres) présente un malade chez lequel il a pratiqué quatre ans auparavant l'extirpation complète du larynx pour cancer.

M. Walter F. Burrows (de New-York) vante l'emploi de l'huile de pétrole purifiée dans le péritoine pour prévenir la **formation d'adhérences postopératoires et la stase intestinale**. Il injecte 180 à 240 grammes d'huile stérilisée par ébullition. M. Russel S. Fowler (de Brooklyn) expose les résultats excellents qu'il obtient dans le traitement de la péritonite par la position semi-assise qui porte son nom.

M. Herbert P. Paterson (de Londres) étudie la **physiologie de la gastro-entérostomie**, il montre que cette opération n'agit pas seulement mécaniquement. Même dans les cas d'ulcère de la petite courbure, du cardia, sans stase, on observe après elle une diminution rapide du chlore total dans la sécrétion gastrique.

M. Ch. Borsczsky (de Budapest) emploie, pour prévenir

les **hémorragies dans les opérations sur le foie**, l'hémostase passagère du petit épiploon par un clamp. Il l'a utilisé dans 11 cas avec 9 guérisons. L'hémostase de l'artère hépathique ne doit pas dépasser une heure. M. E. Laplace (de Philadelphie) étudie les **artério-thromboses et thrombo-phlébites du mésentère**. Elles sont toujours d'origine infectieuse même en dehors de toute maladie apparente. Il se sert pour combattre l'infection de la proctoclyse selon la méthode de Murphy, à la moyenne de XL gouttes à la minute, avec une solution d'acide citrique à 1 p. 500.

Dans l'article suivant, nous verrons les principales communications faites aux sections d'obstétrique et gynécologie, radiologie, anesthésie, oto-rhino-laryngologie.

M. Lance.

SECTION DE MÉDECINE

Les aspects cliniques de l'hémolyse. — M. le professeur G. Banti (de Florence), rapporteur.

La pathologie de l'insuffisance cardiaque. — MM. K. F. Wenckebach (de Strasbourg), E. Hernig (de Prague), et H. Vaquez (de Paris), rapporteurs.

M. H. Vaquez expose tout d'abord, dans la première partie de son très remarquable rapport, les procédés qui sont propres à diagnostiquer l'insuffisance cardiaque et quelques considérations générales sur la valeur des signes physiques dans le diagnostic de l'insuffisance cardiaque. La seconde partie est consacrée à l'étude des grands syndromes de l'insuffisance cardiaque : syndrome d'insuffisance auriculaire, syndrome d'insuffisance ventriculaire, syndrome d'insuffisance cardiaque totale.

M. C. Lian (de Paris) fait quelques remarques personnelles sur plusieurs questions telles que : la pression artérielle dans l'insuffisance cardiaque, l'épanchement pleural droit de l'insuffisance ventriculaire droite. Il rappelle ses travaux qui ont suivi ceux de Pierre Merklen sur le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, et voit avec plaisir cette conception généralement admise. Il insiste sur la tachycardie, signe précoce de la défaillance du ventricule gauche, et montre que dans la pathogénie des accidents de l'insuffisance cardiaque il faut tenir compte de la toxémie asystolique, selon l'expression de M. Debove.

Diabète. — MM. Carl von Noorden (de Francfort-sur-le-Mein) et G. Dock (de Saint-Louis), rapporteurs.

Le rapporteur expose l'état actuel des recherches anatomiques sur le diabète. Les résultats des expériences cliniques tendent à élucider la pathologie et spécialement le métabolisme de cette maladie. Relations de celle-ci avec la pratique médicale. Problèmes de diagnostic et de thérapeutique posés par les différents types observés.

Différenciation des maladies désignées sous le nom d'arthrite chronique. — MM. F. V. Müller (de Munich) et F. Barker (de Baltimore, U. S. A.), rapporteurs.

Le rapporteur, passant en revue les progrès de nos connaissances sur ces maladies, explique l'origine des termes qui ont été employés et les modifications que ceux-ci ont graduellement subies. Il pense qu'une bonne part de la confusion de la terminologie est due à la prétention de faire coïncider les classifications clinique, pathologique, anatomique et étiologique, tâche impossible.

Il divise les principales arthropathies chroniques en cinq groupes essentiels :

1° Les arthropathies vraies d'origine goutteuse ;

2° Les arthropathies névropathiques (tabes, syringomyélie) ;

3° Les arthropathies primitives hypertrophiques (ostéoarthrite déformante) ;

4° Les arthropathies chroniques secondaires, consécutives aux maladies infectieuses ;

5° La polyarthrite primitive progressive chronique (arthrite rhumatismale dans le sens le plus étroit).

Il admet que cette dernière puisse être une maladie infectieuse et vienne finalement prendre place dans le groupe 4 ; mais il estime que jusqu'ici l'évidence est en faveur d'une maladie autonome.

L'auteur étudie les rapports des arthrites villeuses, des arthropathies de l'axe vertébral, de la maladie de Still, des nodosités d'Heberden, de la camptodactylie de Bouchard et des nodules fibreux sous-cutanés, avec les types mentionnés plus haut.

Hémolyse sidérogène en pathologie. — MM. les professeurs G. Roque, J. Chalier, L. Nové-Josserand (de Lyon), rapporteurs.

1° La sidérose viscérale est, de façon constante, le résultat d'un processus hémolytique.

2° Ce processus hémolytique se produit toujours dans la rate et se traduit par la sidérose de cet organe, qui ne fait jamais défaut.

3° Il y a des sidéroses exclusivement spléniques, comme cela se voit en particulier dans certains cas de tuberculose pulmonaire.

4° Mais dans les hémolyses plus intenses, la sidérose devient polyviscérale ; d'abord spléno-hépatique, elle ne déborde qu'ultérieurement dans les autres organes.

5° Rien ne nous empêche de concevoir que, dans des circonstances variables et encore indéterminées que nous n'avons jamais observées, le rôle hémolytique de la rate se trouvant gêné par un processus quelconque, l'hémolyse puisse d'alors accidentellement et par suppléance se faire dans d'autres organes ou dans le torrent circulatoire.

L'insuffisance pluriglandulaire tardive et totale et les divers syndromes pluriglandulaires. — MM. Henri Claude et H. Gougerot ont signalé, en 1907, l'existence d'un type anatomo-clinique caractérisé, chez des sujets adultes, dont les fonctions génitales et le développement physique étaient normaux, par la disparition des caractères sexuels et des modifications générales traduisant le déficit fonctionnel simultané des diverses glandes endocrines. Ce sont des sujets qui ont une atrophie de la verge et des testicules, qui ont perdu à peu près complètement leurs poils, dont les traits sont modifiés, dont la physionomie vieillie et souffreteuse exprime la misère physiologique. La peau est grasse, épaissie, d'une coloration un peu foncée ; ces sujets, qui manifestent une frilosité excessive, sont atteints d'une asthénie physique et psychique des plus accusées, leur pression artérielle est faible, on a noté chez eux des troubles graves de la nutrition : chute des dents, glycosurie, etc. A l'examen anatomique, on constate une atrophie des diverses glandes à sécrétion interne, dont les éléments sécrétoires tendent à disparaître, parfois une infiltration scléreuse, parfois des lésions tuberculeuses ou syphilitiques. Ce type doit être distingué de l'infantilisme qui est caractérisé par l'arrêt du développement général de l'individu et surtout de l'appareil génital. L'infantilisme est généralement réalisé chez l'individu qui n'a pas encore subi l'évolution pubérale par l'altération d'une seule glande (thyroïde, testicule, ovaire, hypophyse). Il doit être distingué de la gérodermie ou du sénilisme de Rummo et Ferronini qui concerne également des sujets qui n'ont pas subi la transformation de la puberté, présentent de l'atrophie génitale, et se montrent comme certains enfants cachectiques avec une allure sénile précoce. L'insuffisance pluriglandulaire totale et tardive rentre dans le cadre des dystrophies glandulaires ; à côté d'elle il faudra reconnaître un grand nombre de variétés de syndromes pauci ou pluriglandulaires dans lesquels le nombre des glandes insuffisantes varie suivant les cas, et

dans lesquels aussi l'insuffisance de certains organes est compensée par l'hypertrophie vicariante d'autres, ce qui crée des aspects cliniques très polymorphes.

La glande choroïdienne, sa sécrétion et la doctrine de la circulation des liquides céphalo-rachidiens. — M. Cathelin (de Paris), rapporteur.

Considérations cliniques sur le rhumatisme chronique par insuffisance thyroïdienne. — M. P. Ménard a dégagé, dès 1908, avec son maître M. Emile Sergent, un type clinique de rhumatisme thyroïdien et indiqué les signes qui permettent de le différencier des autres formes de rhumatisme. Il apporte des observations de malades suivis pendant plusieurs années et où la relation du rhumatisme et de la perturbation de la sécrétion thyroïdienne est flagrante.

Influence de la fibrillation expérimentale des oreillettes sur le rythme ventriculaire du cœur affaibli de lapin et du cœur de chien pilocarpiné. — M. H. Busquet (de Nancy). On sait que l'arythmie dite *perpétuelle* est due à la trémulation fibrillaire des oreillettes; aussi l'étude expérimentale de ce dernier phénomène présente-t-elle au point de vue de la physiologie pathologique du cœur un intérêt de premier ordre.

L'auteur rapporte deux faits nouveaux relatifs à cette question : 1° sur le cœur affaibli de lapin, la fibrillation des oreillettes, loin de produire comme sur le cœur normal l'*affolement* des ventricules, provoque l'arrêt de ces cavités en diastole; 2° chez le chien, après une dose convenable de pilocarpine, la fibrillation auriculaire fait apparaître un rythme des ventricules irrégulier, mais encore *plus lent* que le rythme pilocarpinique antérieur. L'auteur attribue ces résultats à une moindre conductibilité du faisceau de His apparue dans les conditions de ses expériences.

L'intérêt médical de ces faits physiologiques réside dans leur analogie avec des faits cliniques déjà connus, mais non encore reproduits expérimentalement. L'irrégularité cardiaque *sans accélération* chez le chien réalise une modalité d'arythmie perpétuelle déjà décrite par les médecins et dans laquelle le pouls est *lent ou moyennement fréquent*. Le brusque arrêt diastolitique des ventricules chez le lapin fournit vraisemblablement l'explication de la mort subite survenant éventuellement, chez l'homme, au cours de l'arythmie complète.

Rythme nodal et blocage du cœur dans les infections aiguës. — MM. Cowan, G. R. Flemnig et Kennedy (de Glasgow).

Les infections hématogènes du rein. — M. G. Emerson Brewer (de New-York), rapporteur. Depuis de longues années, les infections hématogènes du rein ont été signalées, mais leur importance n'a été reconnue que récemment. L'expérience a prouvé complètement que la présence de bactéries dans le sang, qu'elle qu'en soit la cause, peut faire de l'un ou des deux reins le siège d'une lésion infectieuse. Dans la grande majorité des cas, ces lésions sont unilatérales, et dues à une résistance amoindrie de l'organe, par suite soit d'un traumatisme, soit d'une maladie septique antérieure, d'une irritation due à un calcul, d'anurie, d'une obstruction passive hyperhémique de l'uretère, d'une hydronéphrose intermittente ou permanente. Le passage de microorganismes pathogènes à travers un rein dans ces conditions amène souvent la formation de caillots bactériens logés dans les petites artérioles ou les vaisseaux capillaires. Les infarctus triangulaires résultent des premiers : les foyers emboliques multiples, aboutissant à des abcès corticaux miliaires, résultent des secondes.

Au point de vue clinique, les infections du rein peuvent être divisées en trois catégories : les aiguës, les moyennes et les subaiguës. Le type aigu n'est souvent pas reconnu ; il est presque toujours fatal, s'il n'est pas traité par la néphrectomie précoce. Le type moyen est dangereux, non en raison de la toxicohémie initiale, mais parce qu'il est rarement reconnu avant le développement d'une des graves lésions pathologiques telle que la pyélonéphrite, la pyonéphrose, ou l'abcès rénal. Ces lésions cliniques représentent le dernier degré dans les deux types d'infection rénale, tant ascendante que descendante. Leur présence indique un diagnostic primitif erroné. Le traitement du type moyen consiste dans la décapsulation précoce, la ponction et le drainage des abcès corticaux ou aires de nécrose. Le troisième type, le plus bénin, ne relève pas de la chirurgie, mais il fournit au chirurgien une explication rationnelle de l'association des cas dénommés pyélite idiopathique.

Certains effets de la digitale sur le cœur. — MM. A. E. Cohn et F. R. Fraser (de New-York).

Des troubles dyspeptiques dans l'insuffisance cardiaque. — M. C. Lian (de Paris) rappelle que dans les descriptions classiques on divise les troubles gastriques des cardiaques en deux groupes opposés : ceux des aortiques et ceux des mitraux. En réalité, aux troubles épigastralgiques des aortiques il faut opposer les troubles dyspeptiques, non pas des affections mitrales seules, mais de l'insuffisance cardiaque en général.

Ces derniers se superposent exactement à la dyspepsie sensitivo-motrice de M. A. Mathieu. L'auteur envisage surtout les cas où les troubles dyspeptiques prédominent, réalisant une véritable forme dyspeptique de l'insuffisance cardiaque. Il en rapporte deux observations démonstratives où les malades étaient venus consulter pour leurs troubles gastriques, et où la dyspepsie est disparue sous l'influence exclusive de la digitale, ni le genre de vie, ni le régime alimentaire n'ayant été modifiés.

Après avoir discuté le diagnostic et la pathogénie de ces troubles dyspeptiques, l'auteur insiste sur l'intérêt qu'il y a dans de pareils cas à recourir à l'emploi des injections intramusculaires de préparations digitaliques.

A propos du triangle paravertébral de Grocco. — M. Guido Bigi. Le triangle paravertébral de Grocco serait, selon l'auteur, pathognomonique d'un épanchement intrapleural libre. La raison de ce phénomène réside en une certaine tension pariétale qui est la conséquence directe de l'action du liquide pleurétique sur la colonne vertébrale et médiatement sur la région paravertébrale opposée.

Pathogénie et traitement de la chlorose. — M. N. de Domicis (de Naples) constate que les seules caractéristiques de cette affection sont les altérations des globules rouges. Toutes les autres modifications portant sur l'hémoglobine et le plasma sont communes avec d'autres maladies.

L'auteur s'étant aperçu que les modifications globulaires des chlorotiques ressemblaient à celles des syphylitiques a été amené à considérer la chlorose comme un effet de l'hérédo-syphilis. Les résultats de la réaction de Wassermann, de celle du glycocolate de soude, la présence d'adénopathies et en particulier celle des ganglions épitrochléens l'ont confirmé dans cette idée. Il a été ainsi amené à traiter les chlorotiques avec diverses compositions hydrargyriques et les résultats auraient été satisfaisants.

Le diabète hépatique. — MM. Labbé et Bouchage.

Glycosurie alimentaire consécutive à l'absorption de saccharose. — M. Le Goff (de Paris) s'est demandé si la consommation exagérée du sucre présentait des inconvénients. Dans une première série d'expériences l'auteur a recherché sur l'homme sain dans combien de cas se produisait la glycosurie après une seule absorption de 100 grammes de saccharose. Pour cela il a choisi 22 sujets sains et de bonne volonté

n'ayant jamais présenté de glycosurie, et leur a fait absorber le matin 100 grammes de saccharose dissous dans un verre d'eau. Il avait, au préalable, fait vider la vessie. Les sujets n'avaient rien changé à leurs habitudes ni dans leur alimentation ni dans leur travail. Au bout de quatre heures, l'auteur a recueilli lui-même les urines qui, à l'examen sommaire, ont produit la réduction de la liqueur cupropotassique, ce qu'elles ne faisaient pas avant l'expérience. Dans tous les cas il y a eu saccharosurie, qui a entraîné l'élimination plus ou moins grande de glucose, sauf dans deux cas se rapportant à des sujets jeunes et ne prenant pas habituellement de sucre. Des expériences complémentaires poursuivies sur le chien ont donné des résultats analogues.

Le coefficient iodé dans l'urine dans le diabète. — M. P. J. Cammidge (de Londres).

Le traitement médical de l'ulcère peptique. — M. Thomas A. Bradshaw (de Dublin).

Contribution au traitement de la phtisie pulmonaire par le pneumothorax artificiel (méthode de Forlanini). — M. Umberto Carpi.

La valeur de la laparoscopie. — M. L. Renon (de Paris). La méthode de Jacobaeus (de Stockholm) permet d'explorer la cavité abdominale.

Quand le malade à examiner présente de l'ascite, on évacue d'abord le liquide, puis on insuffle de l'air stérilisé dans la cavité abdominale, et, à l'aide d'un cystoscope spécial, on explore les modifications d'aspect et de couleur du foie, du péritoine pariétal, du péritoine viscéral et de l'intestin. Grâce à une nouvelle technique indiquée par M. Rénon, il semble possible d'appliquer sans danger la méthode s'il n'existe pas d'ascite.

Dans dix cas, cirrhoses Laënnec, péritonites chroniques, la méthode a rendu de réels services. Elle a une valeur indiscutable, bien qu'elle expose parfois à des erreurs d'interprétation. Chez un malade supposé atteint de cancer du péritoine, le laparoscope montra sur le côlon ascendant plusieurs petites masses arrondies blanchâtres, qui furent considérées comme des greffes cancéreuses péritonéales secondaires. L'autopsie fit voir qu'il s'agissait de petits lipomes pédiculés existant seulement sur le point du côlon découvert par le laparoscope. La méthode a permis de reconnaître ces productions anormales, mais elle a fait commettre une erreur sur leur nature.

Relations entre les syndromes surrénaux et les troubles des fonctions surrénales. — M. L. Bernard. On peut aujourd'hui, grouper des syndromes surrénaux en relation avec des troubles définis des fonctions surrénales.

L'histo-physiologie a montré que les glandes surrénales comprennent trois sortes d'éléments cellulaires : les cellules corticales, sécrétrices de lipoïdes, et chargées de la fonction myotonique et peut-être de la fonction antitoxique de l'organe ; — les cellules médullaires ou chromaffines, sécrétrices de l'adrénaline et destinées à la fonction angiotonique ; — les cellules nerveuses, en relation physiologique d'une part avec les cellules chromaffines, d'autre part le sympathique abdominal.

Les réactions générales de ces éléments aux processus morbides aboutissent soit à la suractivité, soit à l'insuffisance de leurs fonctions : hyperépinéphrie et hypoépinéphrie.

Ces deux états opposés des glandes surrénales se traduisent par des images, facilement reconnaissables au microscope ; ils se manifestent en clinique par des phénomènes particuliers ; on peut ainsi distinguer trois syndromes différents.

Le *syndrome d'hyperépinéphrie* comprend les accidents de l'hypertension artérielle, l'athérome aortique, et parfois de la glycosurie ; il est dû alors à l'excès de production d'adrénaline. Mais ces mêmes désordres peuvent se rencontrer en dehors de l'hyperépinéphrie, provoqués alors par d'autres facteurs pathogènes.

Le *syndrome d'hypoépinéphrie* comprend essentiellement l'asthénie musculaire et l'hypotension artérielle, dues à l'insuffisance des fonctions myotonique et angiotonique ; d'autres symptômes accessoires s'y ajoutent. L'insuffisance surrénale s'observe pure dans de multiples circonstances cliniques, sous la forme de syndrome chronique, ou subaigu, ou aigu.

Le *syndrome mélanodermique* est probablement lié aux troubles de l'appareil sympathico-surrénal. Toujours chronique, il peut exister isolément, ou s'associer au syndrome d'hypoépinéphrie, constituant alors la maladie décrite par Addison.

Variations de la teneur en adrénaline des capsules surrénales après l'anesthésie. — M. Carlo Oliva.

Tuberculose et phtisie. — M. H. W. Middendorp développe sa théorie à savoir que les bacilles de Koch ne se rencontrent que dans les cavernes ouvertes et ne s'y développent qu'à partir du moment où la communication avec une bronche s'est faite. Il considère que ces bacilles sont de simples bactéries de putréfaction et ne sont pas la cause de la tuberculose.

Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu. — MM. J. Poynton et A. Paine.

La guérison du diabète. — M. Guelpa croit pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° Le diabète, le vrai diabète et non la manifestation sucrée dans une autre maladie, est toujours la conséquence de l'exagération absolue ou relative de l'alimentation surtout carnée.

2° Il est, donc, une simple intoxication exogène comme le sont l'éthilisme, le morphinisme, l'éthéromanie, etc.

3° La suppression de l'élément intoxicant d'abord et la rééducation alimentaire ensuite suffisent pour amener la guérison.

4° On réalise ce résultat, cet équilibre nutritif en soumettant le diabétique à l'alimentation végétarienne restreinte, précédée et interrompue par des périodes de purgation abondantes et des jeûnes absolus plus ou moins longs et répétés aussi souvent qu'il est nécessaire.

5° Le succès immanquable est rapide, quelles que soient la durée et la gravité du diabète, à la condition qu'il ne soit pas encore parvenu à l'état d'agonie.

(*A suivre.*) Stephen Chauvet.

NOTES POUR L'INTERNAT

PÉRITONITES TUBERCULEUSES (1)

II. Tuberculoses péritonéales subaiguës. — Tuberculose des séreuses ; forme pleuro-péritonéale : forme péritonéo-pleurale. — Il est classique de décrire, sous le nom de tuberculose péritonéale subaiguë, la *forme pleuro-péritonéale* de Fernet et Boulland ; le début rappelle celui d'une péritonite aiguë de moyenne intensité ; au bout de quelques jours le ventre se ballonne, puis une ascite apparaît, parfois très minime, parfois très abondante ; on observe aussi une légère circulation collatérale abdominale, un peu d'œdème de la paroi abdominale, parfois aussi des membres inférieurs ; l'examen du thorax révèle aux deux bases, soit de la pleurésie sèche, soit un *épanchement bilatéral* toujours plus marqué d'un côté ; il existe de la toux, des points de côté, de la dys-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 94, p. 1494 ; n° 97, p. 1530, et n° 100, p. 1585.

pnée. Il n'est pas rare d'observer la participation d'autres séreuses au processus tuberculeux (péricarde, synoviales articulaires, méninges). Dans les cas très aigus, la mort survient en quelques semaines; la maladie peut se prolonger parfois plusieurs mois; on peut observer enfin le passage à l'état chronique.

Vierordt a signalé des formes anormales, une forme typhique, une forme avec œdème.

A côté de ces formes, débutant par le péritoine, M. Hutinel décrit des formes à *début pleural*. La tuberculose débute par l'une des plèvres, elle gagne bientôt le médiastin, puis l'autre plèvre; l'on voit ensuite se développer un complexus symptomatique très caractéristique; le foie se tuméfie, le ventre se ballonne, une ascite apparaît; cette ascite est la conséquence, à la fois, des troubles circulatoires et de l'infection bacillaire péritonéale qu'atteste la sensation d'empâtement, de gâteaux péritonéaux. La guérison peut s'observer, mais elle est rare; parfois la tuberculose se généralise et le malade meurt de *granulie* ou de *méningite tuberculeuse*; enfin l'évolution peut se faire vers la chronicité; l'on voit alors se réaliser le tableau des cirrhoses cardio-tuberculeuses. M. Hutinel donne à cette forme le nom de *pleuro-médiastino-péritonéale*; ces variétés cliniques de la tuberculose péritonéale subaiguë représentent l'un des chapitres les plus intéressants de l'histoire si spéciale de la *tuberculose des séreuses*; elles sont fréquemment l'origine d'erreurs de diagnostic surtout en ce sens que le diagnostic porté est incomplet; on a bien vu, par exemple, la péritonite, mais l'on n'a pas songé à la pleurésie, aux synovites articulaires, à la péricardite, ou inversement l'on a bien noté la pleurésie, mais l'on n'a pas su dépister la médiastinite, la péricardite, parfois le début de la réaction méningée.

III. **Tuberculose péritonéale chronique**. — Il existe trois formes de la tuberculose péritonéale chronique: ascitique, ulcéro-caséeuse, fibro-adhésive; elles peuvent n'être que les étapes successives de la maladie chez un même sujet; chacune d'elles au contraire peut être la première et la seule manifestation de l'infection bacillaire péritonéale.

A. Forme ascitique. — Sous cette dénomination l'on étudie l'ascite *essentielle des jeunes filles* de Cruveilhier, la *péritonite exsudative chronique simple des enfants* (Quincke), affections caractérisées par leur fréquence dans la seconde enfance et chez les petites filles, leur apparition au moment de la puberté, le développement d'une ascite simple, apyrétique, à peu près indolore, spontanément curable, dont la nature tuberculeuse est à l'heure actuelle bien démontrée par le résultat des inoculations et de l'inoscopie, par la présence de granulations sur le péritoine, présence constatée au cours des interventions chirurgicales; à cette forme se rattache également l'*ascite idiopathique* des anciens auteurs. Il s'agit là d'une réaction péritonéale très particulière à l'enfance et que l'on ne retrouve pas chez l'adulte; ainsi que le fait remarquer M. Courtois-Suffit, l'ascite de la tuberculose du péritoine chez l'adulte ne réalise jamais une entité clinique parfaitement isolée: elle s'accompagne toujours d'autres manifestations anatomiques et cliniques de la péritonite tuberculeuse.

La pathogénie de cette ascite chez l'enfant est d'ailleurs peu élucidée; on discute sur le rôle de l'irritation péritonéale, des lésions des petits vaisseaux, d'une sclérose hépatique légère, etc.

Chez l'enfant, l'apparition de l'ascite est précédée par une période où dominent des troubles intestinaux tels que, coliques, douleurs vagues, mauvaises digestions, vomissements, constipation, puis diarrhée; à cette période, la palpation peut parfois déceler quelques bruissements péritonéaux; l'auscultation fait entendre quelques frottements pleuraux; l'enfant est pâle, amaigri; il existe un peu de fièvre. Puis peu à peu, très insidieusement, l'ascite se développe; ce n'est souvent d'ailleurs qu'en raison de ce développement anormal et progressif de l'abdomen, que l'enfant est conduit au médecin. L'examen révèle alors l'existence d'une *ascite libre*, peu abondante, sans gâteaux péritonéaux, sans veinosités sous-cutanées; le ventre est globuleux et ne s'étale pas; l'ascite est rarement assez abondante pour nécessiter une ponction; elle subit assez souvent des oscillations. On note quelquefois de la micropolyadénopathie, mais il n'y a pas de fièvre et l'état général n'est pas mauvais. Marfan signale l'indicanurie.

L'évolution se fait, en général, en quelques mois, vers la guérison complète, définitive, sans qu'à l'ascite ait succédé ou la forme fibreuse, ou la forme caséeuse; c'est à cette forme ascitique pure que Marfan a donné le nom d'*ascite chronique tuberculeuse bénigne de la seconde enfance*. Parfois cependant l'évolution se fait vers la forme fibro-caséeuse; l'état général devient moins bon; la fièvre apparaît, l'amaigrissement s'accuse et bientôt la palpation fait sentir un empâtement diffus de l'abdomen, puis des gâteaux péritonéaux; dans certains cas, c'est vers la forme fibro-adhésive que l'évolution va se faire; le ventre se rétracte et l'on peut voir survenir plus tard des accidents d'*occlusion intestinale*.

Chez l'adulte, l'ascite apparaît aussi assez souvent au cours de la péritonite tuberculeuse, mais elle ne constitue jamais à elle seule toute la réaction péritonéale; elle s'accompagne presque toujours de lésions caséeuses ou fibreuses et elle est d'ailleurs presque constamment *cloisonnée*.

Le *diagnostic* de la forme ascitique comporte tout d'abord l'affirmation de l'ascite; chez l'enfant, on éliminera la rétention d'urine, le météorisme abdominal; chez l'adulte, le kyste de l'ovaire, les grands kystes hydatiques, la grossesse avec hydramnios; l'ascite une fois reconnue, on vérifiera si elle est *libre* ou *cloisonnée*. Si l'ascite est libre et s'il s'agit d'un enfant, on aura à discuter entre l'ascite du *foie cardiaque*, l'ascite de l'*anasarque rénal*, l'ascite du *foie syphilitique* héréditaire, ou l'ascite essentielle. Les signes propres à chacune de ces affections permettront rapidement le diagnostic, aussi n'y insisterons-nous pas ici; pour affirmer que l'ascite, dite essentielle, est bien d'origine tuberculeuse, il ne faudra pas compter, comme dans les pleurésies avec épanchement sur les renseignements fournis par l'examen cytologique du liquide, on aura recours à l'*inoculation*, à l'*inoscopie*, aux épreuves à la tuberculine; le liquide est en général très albumineux, il renfermerait de la tuberculine.

Chez l'adulte la constatation d'une ascite libre pose tout d'abord le problème de l'existence ou d'*une cirrhose de Laënnec* ou d'une péritonite tuberculeuse; les symptômes d'insuffisance hépatique et d'hypertension portale, les antécédents éthyliques permettront le diagnostic qui, néanmoins, bien souvent, restera fort hésitant; nous ne pouvons pas en effet ne pas signaler le rôle que certains auteurs font jouer au bacille de Koch dans la réalisation anatomo-clinique de la cirrhose de Laënnec elle-même. Avant de conclure à l'existence d'une ascite tuberculeuse on éliminera rapidement les autres causes d'ascite (cirrhoses tuberculeuses, syphilitiques, palustres, compression de la veine cave, pyléphlébite adhésive, ascite chyleuse, hémorragique, etc., péritonite chronique des alcooliques, des brightiques, des artérioscléreux), ces diagnostics seront loin d'être toujours très faciles, d'autant plus que souvent plusieurs causes pourront se trouver associées chez le même sujet.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, il est encore un syndrome qui se rapproche beaucoup de la forme ascitique; chez l'enfant, c'est la *cirrhose cardio-tuberculeuse de Hutinel* qui accompagne si fréquemment la symphyse cardiaque tuberculeuse; chez l'adulte, c'est la *symphyse péricardo-périhépatique de Gilbert et Garnier* (voir *symphyse cardiaque*, *question d'internat*, *Gaz. des hop.*, juillet 1913).

Nous ne dirons que quelques mots du diagnostic de la *période préascitique*, caractérisée par du météorisme, quelques troubles digestifs, un peu de fièvre; chez l'enfant on aura à éliminer les troubles gastro-intestinaux des *rachitiques* avec ventre volumineux et flasque; la dyspepsie gastro-intestinale avec tympanisme, la colite et l'entérocolite, parfois la maladie de Hirschprung; chez l'adulte, il est deux diagnostics qu'il est classique de signaler à cette période, le péritonisme hystérique et un début de grossesse; le diagnostic peut encore être plus justement discuté avec les symptômes digestifs de la *cirrhose alcoolique à son début* (météorisme, crises de diarrhée, etc.); la constatation des stigmates d'éthylisme, d'insuffisance hépatique (petits signes de Hanot), et d'hypertension portale, plaideront en faveur de la cirrhose alcoolique.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Louste, Lortat-Jacob, Cl. Vincent, Roux-Berger, P. Mathieu, P. Hallopeau, Devraigne, qui ont accepté, et Magitot, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

— Liste des candidats :

Candidats militaires (48). — 1. MM. André, Auger, Bertrand (Louis), Boudou, Boyer, Castille, Caulier, Chaussier, Dalsace, Dardel,

11. Dimey, Duchein (Jean), Dufestel, Dumoulin, Durieux, Dutertre, Goldité, Hirschberg, Humbert, Jacob (Ernest),

21. Jacquet, Joseph-Lafosse, Kaminer, Lafont, Lafourcade-Cortina, Le Meillour, Liesse, Long-Depaquit, Louet, Lubin,

31. Lyot, Ménard, Moreau, Moret, Neveux, Pelletier, Péraldi, Perrot, Picot, Pingat,

41. Pucheu, Quéret, Raiga, Raoul, Rouchon, Thiellé, Viennot, Walter.

PREMIÈRE MOITIÉ. — *Première série* (101). — 1. M. Adelmann, Mlle Akbroït, MM. Alamartine, Alary, Albert, Ameline, Androutzellis, Mlle Angelini, MM. Arfeux, Aris,

11. Armingeat, Arnaudet, Arnauld, Arnould, Arrambide, Audigier, Auffret, Bakaleinik, Bareyt, Barthe,

21. Basch, Mlle Baute, MM. Bayle, Bécardit, Belelis, Benoit, Mlles Bernard (Suzanne), Bernard (Marthe), MM. Bernard (Etienne), Bernard (René),

31. Bernardin, Berthier, Bertrand (Yvan), Bézine, Bidermann, Bidet, Biguet, Bilhaud, Bilmès, Blaise,

41. Blanchet, Blondet, Blume, Bollet, Bouchet, Boudot, Bouisson, Boulay, Boulin, Bourges,

51. Bourloton, Bourquin, Bouvet, Bréger, Mlle Brian, MM. Briault, Brochériou, Brosio, Brulé, Buchard,

61. Cabanis, Camous, Candau, Carabin, Carréga, Mlle Cassel, MM. Cassidanius, Castéran, Cauchois, Cénac,

71. Cerné, Mlle Chabannas, MM. Challier de Grandchamps, Chapard, Charles, Charpin, Charpy, Chazallet, Chéreau, Chevallier (Arthur),

81. Chevallier (Joseph), Chofardet, Choquet, Comet, Cordey, Cornilus, Corticchiato, Coulaudon, Cournand, Couton,

91. Cuel, Cuvigny, Daban, Dacla, Dameuve, Danglemont, Danziger, David, Decoularé-Delafontaine, Degouy,

101. Mlle Déjerine.

Deuxième série (100). — 1. MM. Delarue, Delgove, Delitch, Delobel, Delotte, Demelin, Demerliac, Démétriadis, Demony, Denoyelle,

11. Derville, Desbrières, Desnoyers, Mlle Desplas, MM. Digonnet, Diwany, Djismedjian, Doiteau, Dombrowski, Doniol,

21. Duchatellier, Duchein (Paul), Ducoudré, Dufour, Duhail, Duhamel, Dujarier, Dumas (Charles), Dumas (Jean), Dumoutet,

31. Dumouthiers, Dupretz, Duprez, Durupt, Duvacher, Ehrlich, Emile-Zola, Estrabaud, Eustache, Ferreri,

41. Ferrier, Fettu, Feyler, Mlle Finkelstein, MM. Florentin, Forest-Defaye, Fortin, Foucault, Fouché, Fouet,

51. Fougeras-Lavergnolle, Fouquet, Franjou, Mlle Friedmann, MM. Froment, Fruchaud, Mlle Gaboriau, MM. Gadrat, Galland, Gambillard,

61. Gardinier, Garnier, Gaube, Gaugier, Gauran, Gautier, Geffray, Geghre, Genty, Mlle Gimbert,

71. MM. Ginet, Giraud, Giraudeau, Godeau, Mlle Gomberg, M. Gosselet, Mlle Gotchalkowsky, MM. Goubert, Grandhomme, Grangeneuve,

81. Grenaudier, Grenier, Griaux, Grünkraut, Guéneau de Mussy, Guerry, Guibet, Guillermet, Hamon, Hardoin,

91. Harriague, Hartmann, Hazan, Hermet, Hertzog, Hervé, Hochard, Humbert, Imbert.

DEUXIÈME MOITIÉ. — *Première série* (101). — 1. MM. Jacob (Jules), Jacque, Jarraud, Jarry, Jarzembowski, Joannon, Jondeau, Juge, Kaplan, Kesseler,

11. Klébaner, Krongold, Ksentine, Laban, Labesse, Lacombe, Lafont, Lafont-Rapnouil, Lalanne, Lamaze,

21. De Lamer, de Langenhagen, Laporte, Lappin, Largeau, Lassus, Lauriol, Lauzier, Lazard (Pierre), Lazare (Henri),

31. Mlle Lebert, MM. Le Coulm, Lefranc, Legay, Léger, Le Goff, Lemariée, Lemoine, Lenfant, Lenferna de la Mothe,

41. Lenoir, Le Rasle, Lescot, Lesur, Lévêque, Lévi, Mlle Lévy, MM. Liber, Lier, Limousin,

51. Linval, Loir, Loisel, Lougnon, Lourdel, Maechler, Mahieu, Maillard, Maisonnave, Mlle Malartic,

61. MM. Maleysson, Marassi, Marcel, Marchal, Marchant, Marot, Martin, Marty, Meersseman, Meneau,

71. Mercier, Meyer, Michaut, Michel, Millanitch, Million, Minor, Missirlin, Monnier, Mordret,

81. Moscovici, de Moüy, Mozer, Murat, Mustelier, Naar, Nappez, Normand, Ollivier, Orange,

91. Ortodoxu, Mlle Ostwalt, MM. Oswald, Oudinot, Oulès, Ovion, Paillet, Pain, Panas, Pannier,

101. Papillaud. *(Voir la suite, p. 1638.)*

REVUE GÉNÉRALE

LES MÉNINGITES ÉBERTHIENNES

ET LES

MANIFESTATIONS MÉNINGÉES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par R.-J. WEISSENBACH,
Interne des hôpitaux de Paris.

On peut observer, au cours de la dothiénentérie confirmée, ou même dès le début de la maladie, quand le diagnostic est encore hésitant, des symptômes qui, par leur association, permettent de suspecter l'atteinte des méninges.

Ces manifestations méningées, qui se présentent parfois comme de véritables complications, sont connues depuis fort longtemps, mais c'est surtout dans ces dernières années que, par la pratique de la ponction lombaire, l'étude cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien a permis de distinguer, parmi ces accidents, ceux qui relèvent d'une véritable méningite suppurée microbienne et ceux qui semblent dépendre d'une action indirecte, peut-être toxinique, ou tout au moins d'une action transitoire du germe sur les méninges.

Elle a permis encore de distinguer les méningites dont la cause est le bacille d'Eberth, véritables méningites éberthiennes, des méningites causées par des germes d'infection secondaire, au cours de la dothiénentérie.

Elle a permis surtout d'isoler des méningites aiguës dont l'agent est le bacille d'Eberth, et qui évoluent pour elles-mêmes, à la manière des méningites cérébro-spinales sans qu'à aucun moment de leur évolution apparaissent des signes de fièvre typhoïde proprement dite, de dothiénenterie; ce sont les *méningites éberthiennes primitives*, dont les observations sont encore peu nombreuses. Leur existence n'est plus pour nous surprendre, depuis que l'hémoculture, systématiquement pratiquée dès la période d'invasion de la dothiénentérie, a démontré que la fièvre typhoïde est une septicémie à bacilles d'Eberth avec localisation prédominante habituelle sur l'intestin, donnant naissance au tableau classique de la dothiénentérie de Louis; mais la septicémie éberthienne peut, associée ou non au tableau de la dothiénentérie, se manifester par d'autres localisations, parmi lesquelles les localisations méningées, sans être très fréquentes, sont loin d'être exceptionnelles.

Le groupe de faits que nous envisageons n'est donc pas univoque. Il comprend :

a. Les *méningites éberthiennes proprement dites*, avec présence démontrée du bacille dans le liquide céphalo-rachidien, qu'elles apparaissent au cours ou au début de la dothiénentérie;

b. Les *états méningés* observés au début ou au cours de la dothiénentérie, vraisemblablement causés par le bacille d'Eberth, mais dont la pathogénie n'est pas élucidée;

c. Les *méningites éberthiennes évoluant en dehors de toute dothiénentérie* comme localisation unique ou prédominante de la septicémie éberthienne;

d. Enfin les *méningites causées, au cours de la dothiénentérie, par des germes autres que le bacille d'Eberth*, que celui-ci peut, d'ailleurs, exceptionnellement accompagner.

I

Historique. — Avant la découverte du bacille de la fièvre typhoïde par Eberth, en 1881, on note, sans en discuter l'étiologie et en s'appuyant exclusivement sur l'examen clinique ou les constatations d'autopsie, la coexistence d'accidents méningés et de dothiénentérie. Forget les signale le premier en 1841; puis paraissent pour ne citer que les principaux les travaux de Taupin, Hualson, Wunderlich, Fritz, Piorry, de Hugues, etc.

Depuis la découverte du bacille d'Eberth, l'isolement du germe du pus méningé et son identification semblent permettre facilement d'affirmer la nature des accidents. Il s'en faut toutefois que toutes les observations aient la même valeur. Avant l'invention de la ponction lombaire par Quincke en 1890, et même depuis, la présence du bacille d'Eberth dans les exsudats méningés n'a souvent été vérifiée que sur le cadavre. La facile diffusion des germes après la mort donne à ces observations une valeur moindre qu'à toutes celles où la ponction lombaire, pratiquée pendant la vie, a permis d'isoler le bacille d'Eberth.

Depuis 1881, Sthulen, Silva, Netter, Dabout, Meusi et Carbone, Breton, Fernet, Widal, Laignel-Lavastine, Dopter, Grenet, Sainton et Voisin, Vadi, Kuhnen ont par leurs observations apporté une contribution importante à l'étude clinique des méningites de la fièvre typhoïde.

C'est aux travaux de Dupré, de Widal, d'Achard et Paisseau, de Collet, de Lesieur, de Carles et Rocaz, de Lereboullet, de Trémolières et Touraine, de Sacquépée, que nous devons la plupart de nos connaissances sur les « états méningés » dans la fièvre typhoïde.

Wentworth, Jemma, Guinon et Tollemer, Cruchet et Buard, Lewkowicz, Cole, Schutze, Silberg, Claret et Lyon-Caen, Milhit, Lesieur et Marchand ont rapporté des cas de méningites à bacille d'Eberth isolé pendant la vie et ayant évolué au cours ou au début de la dothiénentérie.

Les observations de Richards et Southard, de Milligan, de Nieter, de Stühmer, de David et Speix, de Bergé et Weissenbach, de Lemierre et Joltrain se rapportent à des faits de méningites éberthiennes primitives ayant évolué sans signes de dothiénentérie. Signalons que, pour les trois premières, le diagnostic ne fut fait qu'après la mort.

Lesieur et Marchand ont isolé le bacille d'Eberth du liquide céphalo-rachidien dans un cas de méningite éberthienne purulente secondaire à un état typhoïde, sans localisations intestinales.

Les premiers, Claret et Lyon-Caen ont signalé la présence de l'agglutinine, Bergé et Weissenbach celle de la sensibilisatrice éberthienne dans le liquide céphalo-rachidien.

II

Etiologie et pathogénie. — En dehors des notions statistiques concernant la fréquence absolue, la coexistence ou non des méningites éberthiennes avec la dothiénentérie, la date d'apparition des accidents, l'étiologie des méningites éberthiennes ne présente pas de particularités.

On a invoqué pour elles, comme pour toutes méningites, et peut-être sans grande raison, le rôle prédisposant du surmenage, la débilité nerveuse, l'hérédité névropathique, l'atteinte antérieure du système nerveux, certaines intoxications chroniques, comme l'alcoolisme.

Elles seraient plus fréquentes chez la femme et chez la fillette, au-dessous de six ans (Méry).

La fréquence absolue est variable pour chaque type.

Les observations de *méningites éberthiennes primitives* sont encore peu nombreuses; il en existe huit cas, tous publiés récemment (depuis 1908).

Les *méningites éberthiennes accompagnant la dothiénentérie* sont mieux connues; depuis la thèse de Fritz en 1863, on en compte plus de 60 observations, mais le bacille d'Eberth n'a été isolé du liquide céphalo-rachidien pendant la vie que pour huit d'entre elles. Ces méningites de la dothiénentérie apparaissent le plus souvent au cours de l'évolution de la fièvre typhoïde, parfois pendant la convalescence. Il n'est pas rare de voir les accidents méningés survenir brusquement, après quelques symptômes vagues d'infection générale; les signes classiques d'une dothiénentérie apparaissent ensuite : ces cas sont le plus souvent décrits sous le nom de *méningotyphus* ou *méningotyphus d'emblée*.

Les *états méningés* s'observent parfois au cours de la fièvre typhoïde, ils sont plus fréquents au début de la dothiénentérie et constituent un des deux aspects du *méningotyphus*.

Les manifestations méningées de la fièvre typhoïde sont l'apanage des formes graves ou moyennes; elles sont exceptionnelles dans les formes légères. Les méningites tardives ont toujours été observées à la suite de formes sévères, plus spécialement dans les formes à rechutes.

La fréquence absolue des accidents méningés de la fièvre typhoïde est faible, mais il faut insister sur ce fait qu'on n'a guère publié que des cas à symptomatologie complète. Le syndrome méningé peut être fruste, confondu dans le tableau de l'état typhoïde. La recherche systématique de certains signes méningés, l'étude du liquide céphalo-rachidien permettraient sans doute de considérer comme plus fréquente, au moins dans ses formes atténuées, l'atteinte méningée au cours de la dothiénentérie. Netter, en recherchant systématiquement le signe de Kernig chez 313 typhiques, l'a constaté 44 fois soit dans 11,8 p. 100 des cas.

Les *méningites par infection secondaire* sont tout à fait exceptionnelles; elles peuvent être dues : au staphylocoque (Giraudet, Breton, Sergent et Lemaire), au méningocoque (Kerr), au streptocoque (Vaillard et Vincent), au pneumocoque (Dervitte, Sacquépée), au bacille de Koch (Chantemesse et Ramond, Comby).

Le bacille d'Eberth gagne les méninges par la voie sanguine, comme le démontrent dans les méningites de la dothiénentérie les cas d'hémoculture positive avant l'apparition des accidents méningés. Dans l'observation de Lemierre et Joltrain, la maladie débuta par des douleurs de l'oreille gauche, un écoulement séreux léger, des vomissements et un peu de raideur de la nuque. Vingt-quatre heures plus tard le syndrome méningé complet était constitué, l'ensemencement du liquide céphalo-rachidien et du sang donnait naissance à une culture pure de bacille d'Eberth; mais l'écoulement d'oreille ayant cessé on ne put en pratiquer l'étude bactériologique. Ce fait, joint à l'absence de toute lésion pétreuse constatée à l'autopsie, rend, comme le font remarquer Lemierre et Joltrain, peu vraisemblable l'origine otitique de la méningite et de la septicémie dans ce cas.

La propagation microbienne partie de l'oreille moyenne peut expliquer toutefois certaines observations de méningite suppurée non éberthienne (Hutinel et Voisin).

Le bacille d'Eberth agit par lui-même dans les méningites éberthiennes suppurées comme le démontre sa présence dans le liquide céphalo-rachidien. En est-il de même dans les cas où le syndrome méningé évolue sans modification du liquide céphalo-rachidien, et sans qu'on ait pu y déceler le microbe? Widal, Dupré, Concetti, Carles et Rocaz admettent pour les expliquer l'action des toxines spécifiques diffusées sur le système nerveux; ce seraient des méningites toxiniques aseptiques mais spécifiques du bacille, agent de la maladie causale. Certains auteurs font toutefois remarquer que la présence du germe dans les méninges peut être éphémère et que la stérilité du liquide céphalo-rachidien, au moment de l'examen, n'implique pas toujours que la méningite ait été aseptique.

III

Anatomie pathologique. — Les lésions rencontrées ne diffèrent en rien de celles que l'on constate dans les méningites aiguës suppurées.

L'exsudat, soit louche, soit franchement purulent, siège surtout à la convexité; les circonvolutions cérébrales sont œdématiées et la congestion pie-mérienne intense (Fernet, Laignel-Lavastine). Exceptionnellement, l'exsudat est très abondant dans la région basilaire, s'étendant le long de la gaine des nerfs (Lemierre et Joltrain). Boden, Rocca-Jemma n'ont constaté que de l'œdème cérébral avec congestion pie-mérienne; Barthélemy et Durbin ont rapporté un cas d'hémorragie méningée.

Au microscope, les vaisseaux sont béants, gorgés de sang, les artérioles entourées d'un manchon de leucocytes. Les lésions de la substance nerveuse sont minimes; on note une prolifération légère des cellules de la névroglie (Pierret, Thomas).

Dans les cas de méningites éberthiennes primitives terminés par la mort, on a constaté, outre les lésions du névraxe, des altérations toujours minimes des viscères. Dans l'observation de Lemierre et Jol-

train existaient des lésions nettes, mais peu avancées, de dothiénentérie : piqueté hémorragique et tuméfaction des follicules et des plaques de Peyer, lésions types du deuxième septénaire. Or le malade est mort au septième jour de la maladie. Dans l'observation de Lesieur et Marchand, la méningite purulente éberthienne qui emporte la malade survient au cours d'un « état typhoïde » sans dothiénentérie, sans lésions intestinales comme l'autopsie permet de le vérifier.

Ces constatations anatomiques prouvent qu'il peut exister tous les intermédiaires entre les formes caractérisées par la coexistence des localisations intestinale et méningée de la septicémie éberthienne et les formes à localisation méningée exclusive ou prédominante.

IV

Etude clinique. — Nous envisagerons dans cette étude quatre cas différents en passant en revue :

1° Les manifestations méningées de la dothiénentérie confirmée ;

2° Les manifestations méningées du début de la dothiénentérie ou méningotyphus ;

3° Les méningites éberthiennes primitives.

Cette division nous semble répondre le plus à la réalité clinique. Nous ajouterons quelques mots sur :

4° Les méningites par germes d'infection secondaire au cours de la dothiénentérie.

1° Manifestations méningées de la dothiénentérie confirmée (méningites éberthiennes secondaires et états méningés). — Ces manifestations, les plus fréquentes, s'observent d'ordinaire à la période d'état de la fièvre typhoïde, du sixième au vingtième jour ; parfois, mais plus rarement, à la convalescence ou au cours d'une rechute.

Les symptômes méningés peuvent s'installer avec grand fracas et brusquement, c'est l'exception ; le plus souvent le début est insidieux et l'on pense à l'atteinte méningée devant l'apparition d'un symptôme qui fait pratiquer un examen complet du système nerveux.

Dans quelques observations (Claret et Lyon-Caen, Milhit), le syndrome méningé est au complet avec céphalée, rachialgie, vomissements, contractures, position en chien de fusil. Les crises convulsives peuvent, par leur fréquence dans certains cas, spécialement au cours de la première enfance, donner naissance à une véritable *forme éclamptique*.

Il est beaucoup plus fréquent d'assister à un tableau clinique incomplet ; les symptômes les plus souvent observés sont la céphalée et les raideurs. Un signe qui ne fait pour ainsi dire jamais défaut, qui souvent seul existe pour affirmer l'irritation méningée est le signe de Kernig. Netter l'a systématiquement recherché de 1898 à 1901 au cours de la fièvre typhoïde. Chez 313 malades, il l'a constaté 44 fois, soit dans 11,8 p. 100 des cas. On a encore signalé, comme symptômes isolés de cause méningée, des troubles du pouls, bradycardie (Boisseau) ou tachycardie (Tchilian), du hoquet, des altérations du rythme respiratoire (Nobécourt et Tixier), l'amaurose subite (Widal, Joltrain et Weill), les paralysies oculaires.

L'évolution des phénomènes méningés est très variable. Tantôt les accidents s'accentuent, des paralysies surviennent : paralysie des membres, des yeux ; l'état général s'aggrave rapidement, et le malade succombe le plus souvent avant le dixième jour qui suit l'apparition des accidents méningés. Tantôt les accidents disparaissent rapidement.

Il est nécessaire, à ce point de vue, de distinguer plusieurs types suivant l'aspect du liquide céphalo-rachidien, aspect en rapport avec l'atteinte plus ou moins profonde des méninges. Les formes à liquide purulent, avec présence du bacille d'Eberth, véritables méningites, sont graves ; les formes à liquide clair, à réaction discrète, sont d'un pronostic immédiat bénin et rentrent dans le cadre des « états méningés ».

L'apparition de la complication méningée a une action très variable sur l'évolution de la dothiénentérie ; la courbe thermique peut n'être pas influencée ou présenter un abaissement, d'ailleurs éphémère. Mais, en règle générale, les fièvres typhoïdes qui s'accompagnent de phénomènes méningés, même atténués, sont des formes graves. Les recherches de Netter et de Carrière ont bien précisé ce point : alors que, dans les fièvres typhoïdes sans signes méningés la mortalité est de 7 p. 100 et la proportion des rechutes de 16 p. 100, dans les fièvres typhoïdes, au cours desquelles on a constaté le signe de Kernig, la mortalité est de 20,5 p. 100 et la proportion des rechutes de 43 p. 100.

On a pu attribuer à l'atteinte méningée certaines *séquelles* nerveuses de la fièvre typhoïde.

2° Manifestations méningées du début de la dothiénentérie (méningotyphus). — Tout autre est le tableau clinique dans ces cas : après quelques symptômes vagues d'infection générale, qui ne permettent en rien de penser à la dothiénentérie, ou même sans prodromes, apparaissent *brusquement* des symptômes, qui imposent le diagnostic de méningite aiguë. Si on ne pratique pas la ponction lombaire le diagnostic est impossible. Le plus souvent, même, l'examen du liquide céphalo-rachidien n'apporte pas d'éclaircissement ; l'absence de méningocoques ou de pneumocoques, ajoutée à quelque anomalie clinique, laisse planer un doute sur la nature de l'affection ; l'origine éberthienne est méconnue. C'est l'évolution qui se chargera de la préciser. Au bout de quelques jours, avant le dixième le plus souvent, que les accidents méningés aient disparu ou non, apparaissent les signes classiques de la dothiénentérie : langue rôtie, taches rosées, gargouillements de la fosse iliaque, facies typhique.

Les auteurs qui ont rapporté des observations ont parfois noté dans l'évolution de la dothiénentérie ultérieure quelques particularités ; aucune n'a de réelle valeur, car elles sont loin d'être constantes et caractéristiques. C'est ainsi qu'on a signalé l'apparition tardive des taches rosées, la constipation, l'absence de crise polyurique à la convalescence, un retard dans l'apparition du pouvoir agglutinatif du sérum.

L'étude du liquide céphalo-rachidien plus que la clinique permet de distinguer dans le méningo-typhus deux ordres de manifestations dont l'évolution et le pronostic sont différents; les unes sont l'expression de véritables méningites éberthiennes suppurées, les autres rentrent dans ces faits autrefois classés sous le nom de *méningisme* (Dupré), actuellement isolés sous le nom d'*états méningés* (Widal), terme qui ne préjuge en rien de leur nature.

Le type des premières est réalisé par les deux observations de Schutze. L'affection débute brusquement par des signes de méningite cérébro-spinale aiguë; la ponction lombaire permet l'issue d'un liquide trouble, hyperalbumineux, purulent, contenant du bacille d'Eberth. Vers le dixième jour, apparaissent des signes classiques de dothiénentérie de gravité moyenne et qui se termina par la guérison.

Dans d'autres observations plus nombreuses, mais où le bacille ne fut pas isolé pendant la vie (Fernet, etc.), la maladie se termina au contraire par la mort.

Beaucoup plus fréquemment le méningotyphus ressortit aux états méningés. Telles sont les observations d'Achard et Paisseau, de Dupré, de Widal, de Hirtz, de Moutard-Martin, de Trémolières et Touraine, de Collet et Lesieur, de Lereboullet, de Sacquépée. Le début des accidents est brusque, annoncé presque toujours par la céphalée, et très rapidement se constitue un syndrome méningé aussi complet que dans une méningite : raideur de la nuque et du rachis, signe de Kernig, photophobie, céphalalgie, vomissements, raie méningitique. A la suite de la ponction lombaire ou spontanément, les accidents disparaissent en quelques jours et laissent évoluer une fièvre typhoïde.

Le malade ne meurt jamais des accidents méningés; mais, alors que, dans certains cas, la fièvre typhoïde consécutive est de gravité moyenne, dans d'autres, plus fréquents d'après Sacquépée, il s'agit de formes graves, accompagnées de complications, et souvent même mortelles. Le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction ne présente le plus souvent aucune modification autre que l'hypertension; parfois on note une légère augmentation de l'albumine, une leucocytose discrète du type lymphocytaire; la recherche des germes par examen direct ou par culture est toujours négative.

3° Méningites éberthiennes primitives. — La notion de l'existence de méningites éberthiennes primitives, pouvant évoluer sans s'accompagner ou être suivies à aucun moment de signes de dothiénentérie, et décelables uniquement par les examens de laboratoire, est capitale pour le diagnostic causal des méningites cérébro-spinales.

Si l'on s'en rapporte aux observations publiées, on voit en effet que *rien ne les distingue cliniquement des méningites cérébro-spinales aiguës*.

Dans toutes les observations, le début fut brusque ou précédé de vagues prodromes. Le premier symptôme important noté par les malades est la céphalée toujours violente, suivie de vomissements ou de nausées. Dans l'observation de Lemierre et Joltrain, la céphalée s'était accompagnée dès le début de deux symptômes bien faits pour égarer le diagnostic, une otalgie violente et un écoulement séreux passager par le conduit auditif externe. La fièvre est constante, entre 38°5 et 40 degrés, le syndrome méningé accentué ; on trouve signalés, dans les observations, les contractures, la raideur de la nuque, le signe de Kernig, l'hyperesthésie, la raie vaso-motrice.

Un symptôme, qu'on n'observe pour ainsi dire jamais dans la dothiénentérie, l'herpès, symptôme au contraire si fréquent dans la méningite cérébro-spinale qu'on lui accorde une grosse valeur diagnostique, est signalé dans deux des observations : le malade de Milligan présente, en l'espace de six jours, deux poussées d'herpès labial; la malade de Bergé et Weissenbach porte à son entrée à l'hôpital, sur les lèvres, le bras gauche et la fesse droite, de larges placards d'éruption herpétiforme.

La malade de Bergé et Weissenbach guérit rapidement sans présenter de complications : malgré la netteté des signes méningés, l'état général était peu atteint et l'évolution générale fut bénigne. Le malade de Stühmer guérit aussi, mais l'évolution fut plus longue, accompagnée de délire et de symptômes de défaillance cardiaque.

Tous les autres cas se terminèrent par la mort : en quatre jours (cas de Milligan), en sept jours (cas de Richards et Southard, cas de Nieter, cas de Lemierre et Joltrain). Dans toutes ces observations, les phénomènes observés furent graves d'emblée ; ce sont les seules où l'on trouve signalés la présence de paralysies, dès le début des accidents.

Les symptômes de dothiénentérie ont été soigneusement recherchés par les auteurs, qui insistent sur leur absence. De plus l'absence de splénomégalie est notée dans trois observations ; l'hypertrophie splénique est au contraire spécifiée dans l'observation de Lemierre et Joltrain.

Nous indiquerons plus loin les renseignements fournis par l'étude du sang et du liquide céphalo-rachidien.

4° Méningites par germes d'infection secondaire de la dothiénentérie. — Elles sont tout à fait exceptionnelles ; seule l'étude bactériologique du liquide céphalo-rachidien permet d'en diagnostiquer la cause. Elles peuvent survenir au cours ou à la convalescence de la dothiénentérie, comme dans les observations de Sergent et Lemaire, de Giraudet, de Breton (staphylocoque), de Dervitte (pneumocoque), de Chantemesse et Ramond, de Comby (bacille de Koch), de Kerr (méningocoque). Mais elles peuvent aussi apparaître dès le début de la fièvre typhoïde, comme dans les observations de Vaillard et Vincent (streptccoque), de Sacquépée (pneumocoque), de Vincent (pneumocoque associé au bacille d'Eberth).

On conçoit la difficulté du diagnostic dans ces derniers cas.

Au point de vue clinique, rien ne les distingue des méningites suppurées.

Elles se sont toujours terminées par la mort.

V

Diagnostic. — Le problème diagnostique se pose en clinique dans deux conditions différentes : tantôt le syndrome méningé, plus ou moins complet, apparaît au cours d'une fièvre typhoïde diagnostiquée; tantôt au contraire, il n'est que le premier épisode d'une dothiénentérie, ou bien, ce qui revient au même au point de vue du diagnostic, il s'agit d'une méningite éberthienne primitive, qui ne sera pas suivie de dothiénentérie : il faut, dans cette double hypothèse, établir l'origine éberthienne de l'atteinte méningée.

Dans le *premier cas*, l'examen du liquide céphalo-rachidien permettra seul, le plus souvent, de répondre à la question. Seul il permettra de préciser la nature des accidents, d'apprendre s'ils ressortissent à une méningite proprement dite ou à une « réaction méningée », s'ils ressortissent à l'action du bacille d'Eberth ou à celle d'un germe d'infection secondaire.

Il sera d'ailleurs, au seul point de vue clinique, plus fréquent de méconnaître l'atteinte méningée lorsqu'elle est légère, que d'attribuer à une méningite des symptômes révélateurs d'une autre complication de la dothiénentérie.

La *spondylite typhique* est une complication assez rare de la fièvre typhoïde; elle apparaît d'ordinaire pendant la convalescence, les symptômes fonctionnels sont toujours moins diffus, l'intelligence est intacte, la céphalée fait défaut. La rachialgie intense, localisée à la région lombaire, s'accompagnant précocement d'immobilisation du segment vertébral lésé en est le signe le meilleur. L'exploration méthodique, par la percussion des apophyses épineuses des vertèbres lésées, provoque une vive douleur qu'on ne retrouve pas à ce degré dans les méningites. Le liquide céphalo-rachidien est normal ou hypertendu, exceptionnellement albumineux, mais ne présente *jamais de réaction cellulaire*. L'observation publiée par Raymond et Sicard sous le nom « d'épidurite purulente à bacilles d'Eberth » est un cas de spondylite typhique avec abcès collecté ; l'aiguille à ponction lombaire avait permis, dans ce cas, avant de pénétrer dans le cul-de-sac sous-arachnoïdien, de retirer de l'espace épidural un liquide purulent, qui contenait le bacille d'Eberth à l'état de pureté. L'évolution est lente, le pronostic bénin.

Il n'est guère possible de confondre la méningite avec les formes typiques, d'ailleurs rares, de la *myélite typhique aiguë*, qu'elle affecte le type de myélite transverse ou de myélite diffuse. Il n'en est pas de même pour les myélites frustes qui ne se traduisent que par l'exagération des réflexes, la trépidation épileptoïde, le signe de Babinski. L'examen du liquide céphalo-rachidien ne tranchera pas toujours la question, car les associations méningomédullaires peuvent s'observer ; d'ailleurs la distinction, dans ces cas frustes, sera le plus souvent spécieuse, puisqu'il ne s'agit que d'une prédominance des lésions, les symptômes qui traduisent l'atteinte des méninges étant pour la plupart ceux qui traduisent l'irritation du névraxe.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux *encéphalites aiguës de la fièvre typhoïde*, tout à fait exceptionnelles.

Dans *le deuxième cas*, en présence d'un méningotyphus ou d'une méningite éberthienne primitive, le diagnostic clinique est pratiquement impossible. On pense à la *méningite cérébro-spinale épidémique*, aux *méningites aiguës* et parfois même, comme dans l'observation de Lemierre et Joltrain, l'existence d'une otalgie ou d'une otorrhée apporte une difficulté de plus au diagnostic étiologique, en permettant de soupçonner l'origine otitique des accidents observés. Mais, aux renseignements fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien, s'ajoutent, si on songe à les rechercher, les renseignements fournis par l'examen du sang, le séro-diagnostic et l'hémoculture, d'un secours particulièrement précieux dans les « états méningés » du début de la dothiénentérie, qui ne s'accompagnent pas de modifications pathognomoniques du liquide céphalo-rachidien.

Ponction lombaire et modifications du liquide céphalo-rachidien. — Le liquide retiré par ponction est toujours plus ou moins hypertendu, et parfois très fortement. Il peut être absolument clair, sans hyperalbuminose, sans réaction cellulaire.

Telles sont les modifications constatées dans les cas « d'états méningés ». Parfois, à l'hypertension, s'ajoutent une hyperalbuminose légère, une réaction cellulaire discrète, de type lymphocytaire ; l'aspect louche « puriforme » des méningites aseptiques n'a pas été signalé dans les « états méningés » de la dothiénentérie. Les ensemencements sont toujours restés négatifs.

Ces faits ont permis de supposer qu'il s'agissait dans les deux cas de phénomènes méningés congestifs ou d'irritation méningée provoqués par les toxines diffusées du bacille d'Eberth, de méningites toxiniques. Il faut toutefois remarquer que l'infection méningée peut être fugace et que la stérilité du liquide céphalo-rachidien ne prouve pas que la méningite soit, ou plutôt, ait été aseptique. La recherche des propriétés agglutinantes et celle de la présence de la sensibilisatrice spécifique dans le liquide céphalo-rachidien au cours des « états méningés » typhiques n'a pas été faite systématiquement ; cette étude mériterait d'être entreprise et pourrait peut-être apporter un moyen de différencier ces manifestations des méningites microbiennes proprement dites, point d'intérêt pratique et théorique tout à la fois.

Dans tous les cas où le bacille d'Eberth a pu être isolé du liquide céphalo-rachidien, celui-ci présentait des modifications importantes. L'hypertension est de règle. Le liquide est opalescent, trouble avec aspect moiré, ou franchement purulent. Une seule fois on a observé un liquide clair, de cytologie normale, avec présence du bacille d'Eberth décelée par culture (Lesieur et Marchand).

L'albumine est toujours augmentée, et fortement dans les liquides très troubles. La formule cytologique n'a rien de spécial à la méningite éberthienne ; elle varie d'un jour à l'autre et suit l'évolution de

l'infection méningée; les polynucléaires altérés prédominent au début, puis sont remplacés par des mononucléaires et des lymphocytes. La lymphocytose histologique peut persister fort longtemps; on la constatait encore deux mois et demi après la guérison clinique, dans l'observation de Bergé et Weissenbach, qui concerne un cas bénin.

La constatation directe d'un bacille fin, mobile, dans le culot de centrifugation examiné à l'état frais, a été faite par Milhit.

Le bacille a de même été retrouvé sur lames après coloration par quelques auteurs, en particulier par Stühmer, par Milhit, par Lemierre et Joltrain.

Ces recherches ne sont qu'exceptionnellement faites avec succès, d'ailleurs la nature éberthienne de la méningite ne peut être affirmée que par l'identification du germe isolé par culture. On pratiquera l'ensemencement large du liquide céphalo-rachidien : le germe pousse en général rapidement, en vingt-quatre heures.

L'identification devra être très rigoureuse, comme elle a été faite par la plupart des auteurs qui ont publié des observations récentes de méningite éberthienne. Le bacille isolé ne fait pas fermenter la lactose, ne produit pas d'indol dans les cultures, ne fait pas virer les milieux au neutralroth, etc.; il est agglutiné par le sérum antiéberthien très dilué, par le sérum de typhiques authentiques, par le sérum du malade et même par le liquide céphalo-rachidien. Cette identification rigoureuse est absolument indispensable, car seule elle permet de distinguer les méningites éberthiennes des méningites à paratyphiques; notons dès maintenant, pour ne pas y revenir, que la même identification est nécessaire pour le germe isolé du sang au cours des états méningés à liquide céphalo-rachidien aseptique, car pour certains auteurs, comme Sacquépée, ces manifestations sont beaucoup plus fréquentes au cours des infections paratyphoïdes qu'au cours des infections éberthiennes.

On a signalé deux autres propriétés du liquide céphalo-rachidien au cours des méningites éberthiennes. Claret et Lyon-Caen, puis Bergé et Weissenbach, Lemierre et Joltrain, Milhit, Lesieur et Marchand ont montré que le liquide céphalo-rachidien, dans les méningites éberthiennes, agglutinait le bacille typhique, et même à un taux légèrement plus élevé le bacille du malade, isolé par culture. Le taux d'agglutination est toujours faible, 1/20, 1/30 et 1/40, mais cette constatation n'en est pas moins capitale car, comme l'ont établi les recherches de Widal et Sicard, dans les fièvres typhoïdes qui ne s'accompagnent pas de méningite, le liquide céphalo-rachidien ne contient pas d'agglutinine, même lorsque le sérum sanguin présente un pouvoir agglutinatif très élevé.

L'étude du pouvoir agglutinatif présente encore un autre intérêt. Sa constatation peut permettre de poser un diagnostic rétrospectif de la nature éberthienne d'une méningite, alors que les cultures du liquide céphalo-rachidien restent stériles. Dans le cas de Bergé et Weissenbach, le pouvoir agglutinant du liquide céphalo-rachidien, négatif le sixième jour de la maladie alors que la culture donnait un résultat positif, était positif au 1/5 le septième jour, au 1/20 le huitième jour, au 1/5 le onzième jour, alors que toutes les cultures restaient négatives.

Bergé et Weissenbach ont signalé la présence dans le liquide céphalo-rachidien de la sensibilisatrice spécifique, constatée depuis par Lemierre et Joltrain dans leur observation. La présence de la sensibilisatrice fut à la fois plus précoce et plus prolongée que celle du pouvoir agglutinant puisqu'elle fut notée le sixième jour de la maladie (jour du premier examen) et persistait les onzième, quatorzième et vingt-troisième jours, après le début de la maladie, dix jours après la disparition du pouvoir agglutinant.

L'examen bactériologique complet du liquide céphalo-rachidien, examen direct, culture et inoculation, permettra seul de faire le diagnostic des méningites dues à d'autres germes que le bacille d'Eberth. Il ne faudra jamais le négliger car nous avons vu la possibilité de méningites où le bacille typhique est associé à un autre germe d'infection secondaire.

Examen du sang. — L'examen bactériologique du sang, lorsqu'il a été pratiqué, a toujours fourni des renseignements importants. L'hémoculture précoce a permis d'isoler le bacille d'Eberth dans les cas de David et Speix, de Bergé et Weissenbach, de Lemierre et Joltrain.

Le séro-diagnostic s'est de même montré positif précocement (du quatrième au sixième jour) à un taux suffisant (du 1/50 au 1/100) dans ces trois observations, ainsi que dans celle de Stühmer. On n'est donc pas en droit de se priver des renseignements fournis par un procédé d'investigation aussi important et aussi simple que la séro-agglutination, dans le diagnostic du méningotyphus, en s'appuyant sur l'existence, en somme exceptionnelle, des cas où la séro-réaction est retardée.

V

Pronostic. — Nous avons précisé, à propos de chaque forme, le pronostic qu'elle comporte; il est impossible, en effet, de porter un pronostic d'ensemble des manifestations méningées de la fièvre typhoïde.

Les méningites causées par des germes d'infection secondaire sont d'un pronostic des plus graves; tous les cas publiés se sont terminés par la mort.

L'apparition, au cours ou au début de la dothiénentérie, d'un syndrome méningé aggrave le pronostic, non pas que l'atteinte méningée comporte en elle-même un pronostic fâcheux, mais parce qu'elle semble l'apanage des formes graves ou tout au moins sévères de la fièvre typhoïde. L'examen du liquide céphalo-rachidien apporte à ce point de vue un élément d'appréciation important : les « états méningés » avec hypertension simple, ou bien avec réaction albumineuse et cellulaire discrètes et liquide stérile ne comportent jamais un pronostic fâcheux, du fait de la complication méningée. Les méningites à bacilles d'Eberth, au contraire, entraînent de par leur évolution même un pronostic des

plus réservés, puisque la guérison ne s'observe guère que dans la moitié des cas.

Le pronostic des méningites éberthiennes semble plus grave encore : cinq malades sur huit ont succombé. Si l'on songe au petit nombre d'observations publiées, si l'on songe que la malade de Bergé et Weissenbach a présenté une forme réellement bénigne par l'ensemble des symptômes, on peut toutefois penser que toute conclusion à ce sujet est prématurée, les cas échappant au diagnostic causal étant vraisemblablement les cas bénins.

VI

Traitement. — C'est surtout au point de vue thérapeutique, qu'il est important de porter un diagnostic causal précis ; il faut éviter de traiter les malades par la sérothérapie antiméningococcique, toujours inutile dans ces cas, et parfois même dangereuse. C'est seulement, lorsqu'il sera impossible d'avoir, en moins de vingt-quatre heures, le résultat de l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien, en présence d'un syndrome méningé cliniquement primitif et lorsque la ponction lombaire donne issue à un liquide purulent, qu'on pourra, sous réserve de contrôle ultérieur, procéder à l'injection du sérum antiméningococcique.

La rachicentèse, la ponction lombaire évacuatrice simple, est le traitement de choix des « états méningés » d'origine typhique; la céphalée, les douleurs, la plupart des éléments du syndrome cèdent rapidement, parfois même après une seule intervention.

C'est encore le meilleur traitement des méningites éberthiennes. Les ponctions seront au besoin répétées quotidiennement; en observant les précautions d'usage, en préférant le décubitus horizontal à la position assise, en laissant le liquide s'écouler lentement on pourra soustraire, suivant le degré d'hypertension, 30 à 40 centimètres cubes de liquide.

L'injection intraarachnoïdienne d'argent colloïdal, quand elle a été pratiquée, ne semble pas avoir heureusement modifié l'évolution de la maladie.

Si la céphalée est vive, on fera mettre en permanence une vessie de glace sur la tête.

On ne prescrira pas les bains froids mais les bains chauds ou tièdes pour leurs effets sédatifs et leur action générale.

Si l'excitation persiste malgré ces différents procédés thérapeutiques, on pourra recourir aux préparations bromurées et au chloral.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne donnerons ici que la bibliographie des observations récentes. On trouvera les autres références dans les travaux suivants : BROUARDEL et THOINOT. Fièvre typhoïde, t. III du *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique*, 1907. — HUTINEL et VOISIN. Maladies des méninges, t. XXXV du *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique*, 1912, p. 240. — CLARET et LYON-CAEN. Les méningites typhiques, *Gaz. des hôpit.*, 1910, p. 709.

BERGÉ et WEISSENBACH. Méningite cérébro-spinale éberthienne. Réactions humorales spécifiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 nov. 1911, p. 279.

COLLET et LESIEUR. Un nouveau cas de méningotyphus. Fièvre typhoïde à début brusque par un état méningé, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 mai 1911, p. 615.

DAVID et SPEIX. *The Journ. of the amer. med. assoc.*, 1911, p. 882.

GALLIARD et BAUFLE. Le diagnostic des méningites bénignes, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 oct. 1910, p. 269.

LEMIERRE et JOLTRAIN. Méningite purulente éberthienne. Début par symptômes d'otite aiguë, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 nov. 1912, p. 581.

LEREBOULLET. Etat méningé au début d'une fièvre typhoïde, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 déc. 1910, p. 776.

LESIEUR et MARCHAND. Méningite purulente éberthienne au cours d'un état typhoïde sans lésions intestinales; — Etat méningé au cours d'une fièvre typhoïde. Hypertension et infection éberthienne du liquide céphalo-rachidien, sans réaction leucocytaire. Evolution bénigne après la ponction lombaire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 déc. 1912.

MILHIT. Les méningites éberthiennes, *La Médecine moderne*, janv. 1913.

MILLIGAN. *The Brit. med. Journ.*, 1908, p. 1295.

NIETER. *Münch. med. Woch.*, 1908, p. 1009.

PACAUD. *Le Méningotyphus*, Th. de Lyon, 1912-1913.

SACQUÉPÉE. Sur les accidents méningés d'emblée dans la fièvre typhoïde, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 mars 1911, p. 325.

STÜHMER. *Münch. med. Woch.*, 1911, p. 357.

TRÉMOLIÈRES et TOURAINE. Etat méningé dothiénentérique initial, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 16 déc. 1910.

WIDAL, JOLTRAIN et WEILL. Amaurose subite au cours d'une fièvre typhoïde. Œdème de la papille. Hypertension du liquide céphalo-rachidien, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 30 juillet 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE 1913)

Infections expérimentales de la souris par Herpetomonas ctenocephali. — MM. A. LAVERAN et G. FRANCHINI, en inoculant à des souris l'Herpetomonas de la puce du chien, ont réussi à provoquer une infection générale assez durable. Ils espèrent par passages successifs arriver à renforcer le pouvoir pathogène de l'herpetomonas.

Influence du poids des bras sur les modifications respiratoires au cours de la croissance. — M. Paul GODIN.

Réaction de fixation, en présence d'antigène syphilitique, dans la syphilis, le pian, la trypanosomiase et l'ulcère phagédénique au Congo français. — MM. F. HECKENROTH et M. BLANCHARD ont fait ces recherches en employant la méthode de Levaditi-Latapie. La réaction de fixation s'est montrée spécifique de la syphilis pour les Européens et les indigènes, exception faite des individus atteints de pian (5 cas = 5 réactions positives) et certains cas de trypanosomiase (15 réactions positives sur 27 malades en bon état soit 55 p. 100; 27 réactions positives sur 41 malades en mauvais état, soit 65 p. 100).

Enfin le sérum de 13 malades porteurs d'ulcères phagédéniques a donné 6 résultats positifs. Aucun de ces indigènes n'était trypanosomé et n'avait eu d'atteinte de pian, au moins depuis le temps où pouvait remonter son souvenir. Seules, les lésions des malades à réaction positive ont été favorablement influencées par le traitement mercuriel ou le 606.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

Deuxième série (100). — 1. MM. Parant, Pellé, Peltier, Penther, Péril, Perlis, Pescher, Philippeau, Phronimos, Pichard du Page,

11. Pick, Pigot, Pinguet, Pinot, Pitres, Placet, Plet, Plicque, Poincloux, Mlle Pommay,

21. Mlle Porquer, MM. Potheau, Pouillard, Poujade, Poujaud, Prévost (Charles), Prévost (Félix), Prévost (Georges), Mlle Pylkov, MM. Quénum,

31. Queyroi, Racadot, Rebuffel, Reinhold, Rémy-Neüs, Reverdy, Riberolles, Richard (Alfred), Richard (Armand), Rigolage,

41. Robin, Roche, Rocheblave, Roland, Rossignol, Rougier, Roujansky, Roy, Ruelle, de la Ruelle,

51. Sabassier, Mlle Salinas, M. Salle, Mlle Salmon, M. Salmon, Mlle de Saussines, MM. Savary, Schwartz, Ségal, Sememon.

61. Sénéchal, Séron, Simon, Mme Sloutzky née Taslitzki, MM. Sordinas, Souchay, Souvray, Susini, Szarvas, Tachoires,

71. Tamzali, Tancelin, Tapon, Tassin, Terris, Testart, Thévenot, Thibault (Réginald), Thibaut (Alexandre), Thomé,

81. Thouvenot, Tounissont, Trétiakoff, Mlle Tronçay, MM. Trotsky, Tsacouris, Vallée, Mlle Vandamme, MM. Vangeon, Vannieuwenhuyse,

91. Veillat, Vimal-Charrier de Fléchac, Walser, Weismann, Wickham, Wiesner, Wigniolle, Mlles Willème, Wolff, M. Zvibak.

HOPITAUX DE PROVINCE. — CAEN. — Un concours pour cinq places d'interne en médecine et chirurgie aura lieu le jeudi 25 septembre 1913, à l'hôpital de Caen, rue de Ouistreham, à neuf heures du matin.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices, rue de Ouistreham, à Caen, avant le 18 septembre.

— SAINT-ETIENNE. — La Commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne rappelle qu'un concours public pour la nomination d'un dermatologue de ses établissements sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 15 décembre 1913.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat des hospices, rue de la Badouillère, à Saint-Etienne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS POUR LE CLINICAT. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 13 octobre 1913, à neuf heures du matin.

Places mises au concours. — 1° Clinicat médical : titulaires, 3; adjoints, 5. — 2° Clinicat chirurgical : titulaires, 2; adjoints, 3. — 3° Clinicat des maladies mentales : titulaires, 2; adjoints, 2. — 4° Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : titulaire, 1; adjoint, 1. — 5° Clinicat des maladies nerveuses : adjoint, 1. — 6° Clinicat médical infantile : titulaire, 1; adjoint, 2. — 7° Clinicat obstétrical : titulaire, 1; adjoints, 4. — 8° Clinicat chirurgical infantile : titulaire, 1; adjoint, 1. — 9° Clinicat thérapeutique : titulaire, 1; adjoint, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat de la Faculté, jusqu'au samedi 4 octobre, inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.)

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 9 septembre 1913 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Marion passe à l'hôpital militaire de Grenoble; Marie, à l'hospice mixte de Verdun; Gauran, au 3e d'infanterie; Escande de Messières, au 141e d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Gabrielle passe au 157e d'infanterie; Clerc, au 17e d'infanterie; Josse, au 72e d'infanterie; Morel, au 91e d'infanterie; Dumoulin, au 12e bataillon de chasseurs à pied; Beaumont, au 146e d'infanterie; Toinon, aux troupes d'occupation du Maroc oriental; Feuillé, aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

RENSEIGNEMENTS

478. — **EXTERNE DES VOIES URINAIRES**, Necker, demande remplaçant de suite. — Ecrire G. B., 25, rue Pasquier.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 15, 15 avril 1913.) KLAPP : Chirurgie physiologique. — DOINIKOW : Action du salvarsan sur le système nerveux des lapins sains. — BETTMANN : Traitement confirmé du lupus par la tuberculine et le cyanure auropotassique. — SCHLAYER : Examen fonctionnel du rein. — SCHLECHT : Eosinophilie locale et générale dans l'hypersensibilité contre les préparations arsenicales organiques. — KALL : Emploi de l'action provocatrice du salvarsan. — MÜLLER : Vasocommotion du cerveau, nouveau syndrome consécutif aux injections de salvarsan, dû au défaut d'eau. — DAPPER-SAALFELS : Indication du nouveau « Sprudel » de Kissinger. — HAUSER : Quatre jumeaux. — SCHWARZ : Rupture d'utérus gravide après césarienne antérieure. — REICHMANN : Localisation des corps étrangers de l'œil. — RECKLINGHAUSEN : Nouveaux appareils de mesure de la tension artérielle. — (N° 16, 22 avril.) SEITZ : Sur l'irritabilité galvanique neuromusculaire dans la grossesse et sur la tétanie de la grossesse. — VOGEL : L'asthénie générale du tissu conjonctif dans ses rapports avec la guérison des blessures et la formation des cicatrices. — FINSTERER : Sur la découverte des carcinomes gastriques inopérables pour l'irradiation par le radium et sur les résultats obtenus. — ROMINGER : La réaction de fixation provoquée par addition au sérum de substances chimiques. — GRUND : La myotomie atrophique. — TRAUTMANN : La tuberculose des ganglions cervicaux dans ses rapports avec l'amygdale et le poumon. — PRAETORIUS : Guérison d'un pemphigus malin par une seule injection intraveineuse de sang. — VON RECKLINGHAUSEN : Nouveaux appareils pour la mesure de la pression artérielle. — EIJKMANN : La cause du béribéri. — (N° 17, 23 avril.) KLEIN : Traitement Röntgen dans le cancer de l'utérus, du sein et de l'ovaire. — HIRSCH : Traitement Röntgen dans les myomes et la fibrose de l'utérus. — RIEMER : Influence de l'alcalinité du milieu de culture sur l'agglutinabilité du bacille d'Eberth. — FRŒSCH : Réaction de fixation dans l'idiotie congénitale et autres affections dégénératives du système nerveux. — HALPERN : Sérodiagnostic des tumeurs par la déviation du complément. — HEIMANN : Valeur de la réaction d'Abderhalden. — FAULHABER : Diagnostic et traitement de l'ulcère chronique du pylore. — SCHMIDT : Remarques sur la sténose de l'intestin grêle. — HÜSSY : Un cas de péritonite mortelle après dilatation par une laminaire. — LEVINSOHN : Nouveau plessimètre cardiaque. — GRUND : L'atrophie myotonique. — REICHMANN : Mesure de la pression du liquide céphalo-rachidien.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Péristaltine Ciba

GLUCOSIDE SOLUBLE DU CASCARA SAGRADA

Régularise les fonctions de l'Intestin

ACTION LENTE, SANS COLIQUES, SANS ACCOUTUMANCE

Constipation chronique : *Comprimés à 0 gr. 05*

Atonie intestinale post-opératoire : *Ampoules à 0 gr. 50*

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :

SOCIÉTÉ pour l'INDUSTRIE CHIMIQUE, Départem. pharm. SAINT-FONS (Rhône).

L'Iodo vasogène à 6%.

Iodosol

N'irrite ni ne colore la peau. Absorption immédiate action certaine, élimination rapide. Pas d'iodisme. Très supérieur à la teinture d'iode et aux iodures. Vente en flacons de 1 fr. 60 et 4 francs.

L'extrait des graines du cotonnier, le

Lactagol

Poudre spécifique galactogène, augmente et améliore la sécrétion lactée ; **la rétablit, même après une interruption de plusieurs semaines.** La boite : 3 fr. 50.

Ttes phies. Prts documents échant. : USINES PEARSON, 43, r. Pinel, St-Denis (Seine). Tél. 456-38.

BAIN DE PENNES

Hygiénique, Reconstituant, Stimulant

Remplace ***Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux***, surtout les ***Bains de mer.***

Exiger Marque de Fabrique. — PHARMACIES, BAINS

Rapport favorable de l'Académie de Médecine

VINAIGRE PENNES

Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique

Purifie l'air chargé de miasmes.

Préserve des maladies épidémiques et contagieuses

Précieux pour les soins intimes du corps.

Exiger Marque de Fabrique. — TOUTES PHARMACIES

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dispepsies, anorexies vomissements, etc.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Phies.

Dans les ***CONGESTIONS***

et les ***Troubles fonctionnels*** du ***FOIE***.

la ***DYSPEPSIE ATONIQUE,***

les ***FIÈVRES INTERMITTENTES,***

les ***Cachexies*** d'origine ***paludéenne***

et consécutives au long séjour dans les pays chauds

On prescrit dans les hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de

BOLDO-VERNE

ou 4 cuillerées à café d'ÉLIXIR de BOLDO-VERNE

Dépôt : VERNE, Professeur à l'École de Médecine de GRENOBLE (FRANCE)

Et dans les principales Pharmacies de France et de l'Étranger.

KÉPHIR SALMON

28, Rue de Trévise. — *TÉLÉPHONE* 149-73.

MALADIES DU CŒUR

Insuffisances, Aortites, Athérome, Artério-Sclérose, Angine de Poitrine.

DRAGÉES LEBRUN

Caféine Iodoformée, Spartéine, Strophantus **TONI-CARDIAQUES**

Sans Saveur, sans Odeur, parfaitement tolérées

ECHANTILLONS ET NOTICE : ***PHARMACIE CENTRALE, 50, Faubourg Montmartre, PARIS.***

IODE COLLOÏDAL Injectable

IODÉOL VIEL

IMMUNISANT & ANTIBACILLAIRE

LYMPHAGOGUE, HYPOTENSEUR

DIURÉTIQUE ANTITHERMIQUE

L'IODÉOL résout les ADÉNOPATHIES favorise la LEUCOCYTOSE et ÉLÈVE L'INDEX OPSONIQUE dans la PNEUMONIE, la TUBERCULOSE, etc.

INDOLORE non caustique l'IODÉOL ne s'accumule pas

POSOLOGIE

1° USAGE INTERNE :

1 cent^3, tous les jours, dans les infections aiguës.

1 cent^3, en injection intramusculaire, tous les deux jours, dans la Tuberculose et les affections chroniques.

1 cent^3, en injection intraganglionnaire, dans les Adénopathies.

2° USAGE EXTERNE : (CONTIENT 50% IODE)

Dix fois plus actif que la teinture d'iode, s'emploie de la même façon. N'irrite ni ne colore la peau.

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS

E. VIEL & Cie 9, Rue Saint-Paul PARIS

N° 105. — MARDI 16 SEPTEMBRE 1913. 86e ANNÉE. MARDI 16 SEPTEMBRE 1913. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Louste, Lortat-Jacob, Cl. Vincent, Roux-Berger, P. Mathieu, P. Hallopeau, Devraigne et Magitot.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 9 septembre 1913 :

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Maupin passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Roudouly, au 94e d'infanterie; Barboni, au 24e d'infanterie.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Trotabas passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Fauré, au 164e d'infanterie.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Des concours seront ouverts, le 2 décembre 1913, à neuf heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé militaire, pour l'admission à quarante emplois de médecin aide-major de deuxième classe et à trois emplois de pharmacien aide-major de deuxième classe, élèves à ladite école.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe ayant eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1913 et ayant satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étudiants en médecine ou en pharmacie qui ne sont pas encore en possession du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe sont également autorisés à concourir, sous réserve de l'annulation de leur admission s'ils ne sont pas reçus docteur ou pharmacien de première classe avant le 31 décembre 1913.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avant le 15 novembre 1913, au ministre de la Guerre (7e direction, 1er bureau).

Les programmes arrêtés le 5 avril 1913 donnant les conditions de ces concours sont insérés au *Bulletin officiel du ministère de la Guerre* (partie semi-permanente).

LE TREMPAGE DES NOIX. — En septembre et octobre, l'amande de la noix est mûre et l'amande fraîche est facilement dépouillée de sa pellicule; à partir de novembre, l'amande est sèche. Dès les premiers jours de septembre, aux lieux de production, la noix est lavée, trempée et soufrée.

Le lavage est effectué par un passage rapide dans l'eau additionnée de 3 kilos de sel pour 1000 litres d'eau; ce lavage ne présente aucun inconvénient, l'eau n'ayant pas le temps de pénétrer jusqu'à l'amande; il n'en est pas de même du trempage qui consiste à laisser les noix dans l'eau pendant plusieurs jours. Cette opération a pour but d'augmenter le poids de l'amande et constitue certainement une opération délictueuse, les noix étant ordinairement vendues au poids.

La noix ayant subi le trempage moisit facilement; l'amande devient visqueuse et gluante; il n'est pas rare d'être obligé d'ouvrir cinquante noix pour en trouver quinze qui soient irréprochables.

La pratique du trempage est relativement récente et est interdite par l'article 16 du décret du 15 avril 1912; lorsque le service de la répression des fraudes a voulu sévir, les intermédiaires ont invoqué les intérêts des expéditeurs, qui sont les seuls coupables.

Pour que des poursuites puissent être intentées, nous dit le *Répertoire de pharmacie* d'après les *Annales des falsifications*, il faudrait avoir le moyen de reconnaître facilement les noix trempées; or, ce moyen n'existe pas pour le moment, et le service de la répression des fraudes serait heureux de recevoir des indications sur le meilleur procédé permettant de reconnaître avec certitude les noix trempées.

Quant au soufrage, qui a lieu soit après le lavage, soit après le trempage, il est effectué en disposant les noix sur des claies qu'on place dans une chambre close dans laquelle on brûle du soufre. Cette opération est considérée comme licite, bien que les noix soufrées causent parfois une irritation de la gorge.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lourties, médecin en chef de la Compagnie des mines de Courrières.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour de vacances, à prix réduits* (1re, 2e et 3e classes), *aux familles d'au moins trois personnes*, délivrés jusqu'au 30 septembre. Validité : jusqu'au 5 novembre. Minimum de parcours simple : 150 kilomètres. Arrêts facultatifs.

Prix : les deux premières personnes paient le tarif général, la troisième personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la quatrième et chacune des suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Faire la demande de billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

A PROPOS DES CERTIFICATS MÉDICAUX

CERTIFICAT ET SECRET MÉDICAL

Par le docteur J. VANVERTS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille,
Chirurgien des hôpitaux.

L'action du médecin ne s'exerce pas seulement dans le soin des malades et des blessés, mais aussi dans la constatation et l'estimation de tous les faits d'ordre médical, dans la confection et le fonctionnement des lois et des règlements concernant l'hygiène, les maladies, les accidents, et cela dans l'ordre privé aussi bien que dans l'ordre public.

Les deux sortes de fonctions qui incombent au médecin et que nous venons de rappeler ont été jusqu'ici et sont souvent encore confondues dans l'esprit du public, du législateur et des agents chargés de l'application des lois. C'est presque toujours le même médecin qui procède d'une part au traitement des malades et des blessés, d'autre part aux diverses constatations qu'il consigne dans des certificats ou dans des rapports.

Cette confusion, mauvaise en principe, entraîne dans la pratique de multiples inconvénients que nous aurons à signaler au cours de cette étude.

Le médecin, appelé à donner ses soins à un malade ou à un blessé, est généralement désigné sous le nom de *médecin traitant*. Il procède d'abord à un examen qui lui permet d'établir le diagnostic et le pronostic, puis il institue la thérapeutique qu'il juge convenable. Il conserve ensuite la direction du traitement ; il s'assure que ses prescriptions sont correctement exécutées ; il suit l'évolution des lésions, de façon à dépister et à enrayer les complications qui peuvent survenir ; si le malade est contagieux, il prend les mesures nécessaires pour assurer la désinfection et la prophylaxie ; si l'affection s'aggrave, il expose la situation aux proches parents, parfois au malade lui-même, de façon à éviter toute surprise et à permettre aux intéressés d'assurer en temps utile la solution des diverses questions d'ordre spirituel ou matériel.

Le médecin, chargé d'une mission aussi importante et aussi élevée, est astreint au secret absolu. Rien de ce qui lui a été confié ou de ce qu'il a pu connaître au cours de l'exercice de ses fonctions ne peut être dévoilé par lui.

L'obligation du secret médical, obligation fixée par la conscience et par la loi, est rigoureuse et absolue pour tout médecin qui donne ou qui a donné des soins à un malade ou à un blessé. Dans aucune circonstance et pour quelque raison que ce soit (1), le médecin n'a le droit de s'y soustraire, et cela même dans le cas où la personne intéressée l'autorise à parler (1).

« Le secret médical, dit Brouardel, présente un intérêt tel que le législateur a voulu que, quel que soit le malade, il soit certain de pouvoir se confier en toute sécurité à un homme capable de lui donner les soins que réclame son état, incapable de le trahir. Que votre malade soit un assassin qui, au cours de son crime, a reçu une blessure, qu'il soit indigne de toute compassion, vous lui devez les soins nécessaires et votre devoir vous interdit de le livrer aux tribunaux. Le législateur a pensé que l'intérêt de la santé de cet homme était supérieur même à celui de la justice (2). »

La seconde fonction que le médecin peut être appelé à exercer est de nature et de but tout différents (3).

Tantôt le médecin, commis par la justice, remplit une mission officielle ; tantôt il agit officieusement, soit à la demande d'un tiers (administration, compagnie d'assurances, patron, etc.), qui désire être renseigné sur la situation d'un malade ou d'un blessé, soit sur le désir simplement exprimé par le malade auquel le certificat est alors remis pour qu'il s'en serve comme il le jugera utile.

Le rôle rempli ici par le médecin, qu'il soit officiel ou officieux, est celui d'un expert (4).

Le certificat ou rapport dans lequel ce médecin rend compte des faits qu'il a observés doit être exact et par conséquent remplir deux conditions : à savoir être complet et être impartial. Il est l'attestation de la vérité, telle qu'elle découle des constatations faites au cours de l'examen, et cette vérité doit être exposée complètement et sans réticences. C'est elle seule qui est à considérer, sans qu'il y ait à tenir compte des intérêts particuliers qu'elle peut favoriser ou léser.

« Le certificat, dit Brouardel, est presque un acte médico-légal ; c'est sur lui que s'engagent tous les procès. N'est-ce pas lui et lui seul, qui permet au juge de conclure à l'existence d'une lésion, à sa gravité, à ses conséquences, etc. ? »

---

(1) La loi autorise et oblige même le médecin à violer le secret médical dans certains cas où l'intérêt général peut être en cause, en matière de maladies contagieuses par exemple. Cette autorisation et cette obligation n'ont jamais été admises par le Corps médical qui estime que le secret est obligatoire en toute circonstance et qu'il s'agit là d'une question relevant exclusivement de la conscience.

(1) Contrairement à une opinion courante, le secret médical reste obligatoire, même dans les cas où l'intéressé autorise le médecin à le violer.

(2) Cette question du secret médical a été magistralement étudiée par Brouardel dans plusieurs travaux auxquels nous renvoyons le lecteur : *Le Secret médical*, Paris, 1897, 2e édition, 1893 ; — *La Responsabilité médicale*, Paris, 1898, 61-171.

(3) Nous n'envisagerons pas la question de l'intervention du médecin dans la confection des lois et des règlements, car son action est ici impersonnelle et générale ; elle ne présente aucun intérêt au point de vue qui nous occupe.

(4) D'après M. Sachet (4e édit. 1906, t. II, supplément), dont l'avis est adopté par M. Bourdon (Le secret professionnel en matière d'accidents du travail, rapport lu à la Chambre criminelle de la Cour de Cassation le 8 mai 1913 et publié dans la *Semaine médicale*, 1913, n° 32, p. 373), le médecin désigné par le chef d'entreprise pour le renseigner sur l'état de la victime n'aurait point le caractère d'un médecin expert parce qu'il ne serait pas assermenté et que ses honoraires devraient être dans tous les cas supportés par le chef d'entreprise.

J'avoue ne pas comprendre cette distinction. Que le médecin soit mandaté par la justice ou par le chef d'entreprise, il a pour rôle de rechercher la vérité et de communiquer à son mandant le résultat de ses recherches.

Ces considérations nous permettent par déduction d'affirmer que l'*établissement d'un certificat ou d'un rapport est incompatible avec le secret médical.*

L'acte dans lequel sont exposées les constatations faites par le médecin n'est pas destiné au malade lui-même. Même dans le cas où il a été réclamé par celui-ci et où il lui a été remis en mains propres, il sera ensuite communiqué à un tiers à l'appui d'une demande, d'une justification, d'une protestation, etc., et ainsi son contenu sera divulgué. Le médecin qui établit un certificat ou un rapport ne respecte donc pas et ne peut pas respecter le secret médical. Il en résulte qu'aucun certificat ou un rapport ne doit être établi par un médecin astreint au secret vis-à-vis de celui que cet acte concerne, c'est-à-dire par le médecin traitant.

Le secret médical n'existe pas, avons-nous dit, pour le médecin chargé d'une mission d'expertise officielle ou officieuse. Cette affirmation n'a pas besoin d'être discutée, nous semble-t-il. Pour connaître la vérité, le juge s'adresse à des experts, qu'il commet pour le renseigner. Si la question à élucider est d'ordre médical, c'est un médecin qu'il désigne pour remplir ce rôle d'expert. Le but de l'expertise étant de le documenter, il doit naturellement recevoir communication des constatations de l'expert.

Il en est de même pour les expertises officieuses, confiées par un particulier (patron, administrateur, société, etc.) à un médecin pour le renseigner sur l'état d'un ouvrier, d'un candidat à une fonction, etc. Ces expertises ont encore pour but de renseigner un tiers et c'est parfois un article de loi qui force celui-ci à y faire procéder. L'obligation du secret ne peut donc exister pour les médecins chargés d'une expertise officielle ou officieuse (1). Notons, du reste, que ces médecins se trouvent dans une situation toute particulière vis-à-vis des individus à expertiser ; ils n'ont pas donné de soins à ceux-ci et ne sont pas chargés de leur en donner ; ils n'ont pas reçu leurs confidences ; le but de l'examen pratiqué est connu des intéressés qui savent que les constatations faites par les experts seront communiquées à des tiers. La situation est donc bien nette.

Notons toutefois que, si l'obligation du secret médical n'existe pas pour l'expert, celui-ci n'a le droit de révéler le résultat de ses recherches qu'à celui qui l'a chargé du mandat d'expertise. « L'instruction est secrète, en matière judiciaire » ; elle doit l'être de même en matière privée.

Ces divers points établis, voyons comment les choses se passent dans la pratique.

(1) Tel n'est pas l'avis récemment exprimé dans le journal *La Clinique*, n° du 15 novembre 1912, p. 728, par un avocat distingué, M. Tourey-Piallat. La désignation par le chef d'entreprise d'un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime au cours des trois années pendant lesquelles peut s'exercer l'action en revision, désignation admise par la loi du 31 mars 1905, serait, d'après M. Tourey-Piallat, incompatible avec la théorie du secret professionnel intégral.

Je m'élève contre cette interprétation : le médecin ainsi désigné par le chef d'entreprise est un expert qui n'est pas tenu au secret médical vis-à-vis de son mandant.

Considérons d'abord la question en général.

Un certificat ou un rapport est demandé à un médecin. Il s'agit d'établir l'existence ou l'absence d'une blessure, d'une maladie ou d'une infirmité, la nature de celles-ci, leur importance, etc.

Ce certificat et l'examen qui le précède peuvent être exécutés soit par le médecin de l'intéressé — le médecin traitant — soit par un médecin n'ayant jamais donné ses soins à celui-ci.

Dans ce dernier cas, aucune difficulté ne se présente. Le médecin a été choisi à seule fin de pratiquer un examen et de dresser un rapport de ses constatations. Il se trouve dans des conditions normales pour remplir le mandat dont il est investi ; il n'est pas tenu au secret médical, il est absolument libre pour rechercher et attester la vérité.

Si, au contraire, le certificat doit être établi par le médecin du malade ou du blessé, la situation n'est plus la même. Nous ne reviendrons pas sur le fait de la violation du secret professionnel commise par ce médecin et nous nous contenterons d'insister sur les conditions défectueuses dans lesquelles il se trouve pour établir son certificat. Pour que celui-ci ait la valeur que l'on réclame de lui, il faut, comme nous l'avons vu, qu'il soit complet et impartial

Pour être complet, il doit exposer toute la vérité et non pas seulement une partie de celle-ci. Si donc le médecin connaît, en raison des soins qu'il a donnés antérieurement au malade ou à un individu semblant actuellement en bonne santé, des faits défavorables à celui-ci — telle l'existence d'une diathèse ou d'une infection qui ne présente actuellement aucune manifestation, mais dont l'action ou le retour offensif sont toujours à craindre — il est obligé de les mentionner dans son certificat. Le médecin m'objectera-t-on, n'a qu'à noter les faits qu'il constate au moment de son examen et n'a pas à tenir compte de ceux dont il a pu avoir connaissance antérieurement; il doit se mettre dans les conditions où se trouverait un médecin ignorant du passé de l'intéressé. A cette remarque je répondrai que c'est le mettre dans une situation singulièrement délicate vis-à-vis de sa conscience que de le forcer ainsi à faire abstraction de faits qu'il connaît et qui peuvent avoir, en la circonstance, au point de vue du diagnostic et du pronostic, une importance considérable. Un expert doit rechercher dans les antécédents du malade les troubles qui peuvent indiquer l'existence d'affections antérieures ; le médecin traitant, appelé à établir un certificat et à remplir en somme une fonction d'expert, doit agir de même ; mais on voit les conditions particulièrement bizarres dans lesquelles il se trouve, puisqu'il n'a qu'à faire appel à sa mémoire pour établir la préexistence certaine et non plus seulement douteuse de ces lésions.

J'ai dit, en second lieu, que le certificat devait être impartial. Le médecin choisi par le malade ou par le blessé ne peut être considéré comme absolument indépendant vis-à-vis de celui-ci. Aussi se trouvera-t-il dans une situation délicate quand il aura à attester des faits contraires aux intérêts de son client. S'il veut remplir son devoir, il ne s'occupera que de la vérité ; mais il courra le risque de se voir préférer

ensuite un confrère moins scrupuleux. Si, moins consciencieux, il ne perd pas de vue son intérêt personnel, il rédigera un certificat faux ou, du moins, il atténuera les points défavorables à l'intéressé et il établira un rapport qui ne sera plus l'attestation exacte et impartiale de la vérité. Le médecin traitant est, dans ces conditions, exposé à se trouver placé entre son intérêt et son devoir, situation qui est désagréable pour lui et qui risque d'être défavorable à la cause de la vérité.

La nécessité de présenter un certificat médical à l'appui d'une demande de secours, de congé, de prolongation d'incapacité ou, au contraire, d'une candidature à une fonction pour laquelle un parfait état de santé est exigé, expose journellement le médecin à subir de la part de ses clients des demandes d'attestation de persistance de maladies qui n'existent plus ou qui n'ont jamais existé, de persistance d'incapacités disparues, d'augmentation non justifiée du taux d'incapacités permanentes ou, au contraire, d'absence d'infirmités existantes.

Le Corps médical renferme, hélas! des membres indignes qui n'hésitent pas à se servir de leur diplôme pour des besognes louches et à apposer leur signature au bas de documents faux. Ils sont rares, sans doute, ceux qui agissent de cette façon et qui altèrent sciemment la vérité ; mais nombreux sont ceux qui n'osent pas refuser à leurs malades d'exagérer les conséquences d'une lésion antérieure, d'établir dans un certificat de complaisance la persistance d'un état de faiblesse qui ne permet pas la reprise du travail ou les fatigues, etc. Peut-on blâmer de tels actes? Oui, en principe. Mais que l'on se représente la situation délicate du médecin, qu'on tienne compte aussi des conséquences parfois légères que peut avoir cette entorse donnée à la vérité et l'on comprendra qu'il ne faille pas trop jeter la pierre à ceux qui s'en rendent coupables Le résultat n'en est pas moins que des certificats de ce genre ne représentent plus l'attestation de la vérité.

Sans entrer dans les détails d'une question aussi simple et aussi connue, je voudrais insister sur les conséquences néfastes qui résultent de cet état de choses quand celui-ci a été établi par le législateur. Je prendrai à titre d'exemple la loi sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses et la loi sur les accidents du travail qui, toutes les deux très bonnes dans leur essence, ont donné et continuent à donner de nombreux et graves mécomptes dans leur application.

Est-il besoin de rappeler l'accueil hostile fait par le Corps médical à la loi sur la déclaration des maladies contagieuses et la résistance qu'il lui a opposée? La raison de cette situation est que cette loi force le médecin à violer le secret professionnel et à dénoncer à l'autorité administrative son client atteint d'affection contagieuse.

Il n'est pas douteux que la Société ait le droit et le devoir de défendre ses membres contre la contagion provenant de quelques-uns d'entre eux et par conséquent d'être prévenue de celle-ci pour pouvoir mettre en œuvre les moyens de désinfection et de prophylaxie. Mais, pour obtenir ce résultat, elle doit éviter de porter atteinte au devoir du secret, sacré pour le médecin, et de faire retomber sur celui-ci le poids pénible et onéreux de la déclaration obligatoire. Les résultats sont là qui montrent les inconvénients de cette manière de faire. Si l'on veut que la loi fonctionne réellement, il faut lui apporter des modifications qui la feront accepter du Corps médical et qui permettront à celui-ci de coopérer à son fonctionnement. « Tout ce qui est fait contre le secret médical, écrivait récemment Championnière à propos de la déclaration obligatoire de la tuberculose, mène à des erreurs. Il est si facile d'opérer en protégeant ce secret médical qu'on ne comprend vraiment pas comment les médecins discutent encore sur les atermoiements à apporter au respect absolu de ce secret (1). »

J'insisterai plus longuement sur la question des accidents du travail. C'est en effet en cette matière que l'erreur se manifeste davantage et présente des conséquences particulièrement graves. Ayant autrefois étudié cette question avec détails (2), je me contenterai de la résumer.

Depuis le moment de l'accident jusqu'à celui de la reprise du travail, quand la guérison est obtenue, ou à celui de l'attribution de la rente, quand l'incapacité est permanente, l'intervention du médecin est constamment indispensable au fonctionnement de la loi. C'est le médecin qui fait les premières constatations et c'est lui qui les relate dans un certificat. C'est lui qui s'efforce de supprimer ou d'atténuer les conséquences de l'accident, en soignant les lésions que celui-ci a causées. C'est lui qui, au cours du traitement, établit les certificats demandés par le patron ou par le juge pour se rendre compte de l'état du blessé. C'est lui qui certifie l'existence de la guérison et la possibilité de la reprise du travail. C'est lui enfin qui, si l'incapacité est permanente, établit dans un rapport l'existence et le taux de celle-ci.

Ces diverses fonctions sont remplies par le même médecin, qui est ainsi à la fois médecin traitant et médecin expert. Sans doute, la loi donne au patron le droit d'envoyer hebdomadairement auprès du blessé, après autorisation du juge de paix, un médecin chargé de le renseigner sur l'état de ce blessé ; sans doute aussi, le juge peut, en cas de contestation, désigner un ou plusieurs experts à l'effet d'établir l'existence ou l'absence d'une incapacité et le taux de celle-ci. Cette intervention d'experts officieux ou officiels ne devait cependant être qu'exceptionnelle, dans l'esprit du législateur ; elle est devenue courante et tend à se généraliser, en raison des vices que présente la loi et qui en empêchent le fonctionnement normal.

---

(1) J.-L. Championnière La déclaration obligatoire de la tuberculose à l'Académie de médecine, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1913, LXXXIV, 529

(2) J. Vanverts et P. Levallois. *De la confusion des rôles du médecin expert et du médecin traitant dans la loi sur les accidents du travail. Incompatibilité de ces rôles*, Paris, 1910, Vigot, édit.

« La situation créée au médecin par la loi de 1898 et par l'article 378 du code civil est contradictoire » (1), puisque c'est le médecin traitant, tenu au secret médical, qui fait œuvre d'expert en délivrant des certificats et qui remplit ainsi deux rôles incompatibles. Faut-il s'étonner qu'une erreur primordiale aussi importante, puisqu'elle concerne l'intervention du médecin, rouage indispensable de la loi, ait entraîné de fâcheuses conséquences ?

Supposons d'abord le cas d'un médecin choisi par l'ouvrier. Ce médecin, qui a eu connaissance des tares du blessé par les soins qu'il a donnés antérieurement à celui-ci ou qui en a constaté l'existence au moment de l'accident, va-t-il les consigner dans son certificat initial? S'il les omet, son pronostic ne peut être basé que sur la nature des lésions traumatiques, parfois minimes ; il a donc grande chance d'être erroné et cela de la faute du médecin. Si, au contraire, il en fait mention, non seulement il viole le secret médical, mais il peut aussi porter un notable préjudice à son client, en révélant l'existence d'une diathèse.

Voici, en second lieu, le cas d'un ouvrier atteint d'une blessure insignifiante, qui ne nécessite que trois ou quatre jours de repos. Cette courte durée de l'incapacité passagère ne donne pas droit au demi-salaire. Si l'ouvrier qui a intérêt à toucher celui-ci désire augmenter la durée de cette incapacité et demande à son médecin de reculer la date de la reprise du travail, ce médecin devra, en conscience, refuser d'altérer ainsi la vérité; mais, en pratique, il lui sera difficile de refuser à son client ce petit service et il lui arrivera parfois de délivrer un certificat de complaisance.

Plus embarrassante encore est la situation du médecin quand, à un certain moment de l'évolution de la blessure, il constate que l'incapacité qui persiste est minime et disparaîtra sous l'influence du travail, alors qu'au contraire l'immobilité entretiendra cette incapacité. Le blessé, obnubilé par l'appât de la rente à laquelle on lui a suggéré que tout accident donnait droit, se refuse à reprendre le travail. Que va faire le médecin ? Va-t-il céder devant le refus de l'ouvrier et se rendre complice d'une mauvaise action, dont le blessé ne se rend pas toujours exactement compte, mais que lui, médecin, n'ignore pas? Va-t-il au contraire, violant le secret médical et jouant le rôle peu agréable de délateur, refuser de commettre un acte malhonnête et établir un certificat de guérison, qu'il enverra au patron ?

Envisageons enfin le cas d'une incapacité permanente à apprécier et à certifier. Le blessé désire naturellement que le taux de cette incapacité soit élevé. Le médecin sait que ce blessé l'abandonnera s'il ne sert pas ses desseins et qu'il aura recours, avec certitude de succès, à un confrère plus complaisant et moins scrupuleux. Malgré cette perspective peu engageante, il se refusera souvent à participer à une indélicatesse et il délivrera un certificat exact. Exceptionnellement, il ne saura pas résister à l'appât du gain et il exagérera notablement le taux d'incapacité.

Ces quelques exemples suffisent à montrer les conditions particulièrement défectueuses dans lesquelles se trouve le médecin de l'ouvrier pour établir les certificats.

Est-il nécessaire de faire remarquer que les faits signalés plus haut sont exceptionnels, que le médecin ne se laisse ordinairement guider que par sa conscience et que les petites exagérations, parfois observées, ne portent guère à conséquence et sont excusables puisqu'elles profitent au parti le plus faible? Nous avons simplement voulu appeler, une fois de plus, l'attention sur les inconvénients, parfois graves, de l'organisation médicale actuelle de la loi et sur les facilités qu'elle donne au médecin peu consciencieux pour altérer la vérité.

A l'appui de cette dernière affirmation, nous signalerons les faits qui se passent journellement dans les grands centres industriels où les ouvriers abandonnent leur médecin ordinaire, auquel ils ont cependant confiance, pour s'adresser à des médecins qui se disent « spécialistes en accidents du travail », ce qui signifie simplement qu'ils s'engagent à fournir aux blessés le « bon certificat » qu'ils réclament, et qui, du reste, pour attirer à eux la clientèle, ne craignent pas d'avoir recours à divers procédés de racolage, dans lesquels l'argent joue le principal rôle.

Supposons, en second lieu, le cas d'un médecin envoyé par le patron pour soigner l'ouvrier et accepté par celui-ci.

Ici les conditions sont inverses. Ayant intérêt à servir les désirs du patron et de la Compagnie d'assurances, ce médecin peut être poussé à raccourcir la durée d'une incapacité passagère et à diminuer le taux d'une incapacité permanente.

Sans doute il ne s'agit là encore, presque toujours, que de différences insignifiantes, la conscience du médecin étant le seul guide de ses actes, en matière de certificat comme en toute autre matière professionnelle. Mais ne peut-on craindre — et les exemples ne manquent pas — que des médecins peu scrupuleux n'hésitent pas à sacrifier injustement les intérêts de l'ouvrier à ceux du patron?

Voilà les écueils auxquels se heurte la loi de 1898 et les conséquences fâcheuses qui résultent de ses défauts. Ils ne sont pas les seuls et c'est la question du secret médical qui est venue en augmenter le nombre.

Jusque-là ce secret ne comptait guère en matière d'accidents du travail. Les médecins, se rendant compte qu'il leur était impossible de le respecter sans nuire aux intérêts légitimes du patron ou à ceux de l'ouvrier, délivraient les certificats nécessaires au fonctionnement de la loi. Il était à prévoir que, en cas de contestation, l'un des partis dont les intérêts auraient été menacés par les conclusions d'un certificat médical protesterait contre la violation du secret professionnel et attaquerait le médecin en réparation du dommage causé. C'est ce qui s'est produit récemment, et la Cour de cassation a été ainsi appelée à trancher ce point important de droit.

(1) J. HUBERT. *La Loi sur les accidents du travail et le secret professionnel*, Th. de Paris, 1903-1904, n° 464, p. 101.

Son jugement, en date du 9 mai 1913, établit — contrairement à ce qu'avaient déclaré le Tribunal correctionnel de Lille (17 juillet 1912) et la Cour de Douai [22 octobre 1912] (1) — que le secret médical existe en matière d'accidents du travail (2).

Est-il exagéré de conclure que, à la suite de cet arrêt, le fonctionnement de la loi sera encore plus malaisé qu'antérieurement et que les difficultés pour établir la vérité en matière d'accidents du travail ne feront qu'augmenter (3)? Si, en effet, le médecin traitant est tenu au secret professionnel — ce que, pour mon compte, j'admets parfaitement — il ne peut plus délivrer aucun certificat et l'on peut être certain qu'il hésitera à s'exposer à des poursuites judiciaires (4).

(1) Dans les considérants de son jugement, le Tribunal de Lille déclare que « le régime institué par la loi du 9 avril 1898 est exclusif du secret médical; qu'en matière d'accidents du travail ce secret n'existe pas ».

La Cour de Douai, réformant ce jugement, estime qu'il y a là une erreur juridique; elle déclare qu'en matière d'accidents du travail les médecins sont tenus au secret médical; mais, ajoute-t-elle, « ils en sont délivrés tant au regard des tribunaux que des parties en cause, relativement aux questions litigieuses ressortissant des accidents du travail et dans la limite de ce qui intéresse la solution de ces questions ». Il me semble qu'on peut résumer assez exactement l'opinion de la Cour de Douai de la façon suivante : « En matière d'accidents du travail les médecins sont tenus au secret médical en principe; ils n'y sont pas tenus en pratique. »

(2) L'arrêt de la Cour de cassation établit, « que l'article 378 du Code pénal interdit aux médecins, hors des cas prévus par la loi, de révéler les secrets dont ils sont dépositaires par état ou profession; que la prohibition édictée par la loi ne souffre pas d'exception dans les cas d'accidents prévus par la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905; que, si cette loi autorise les chefs d'entreprise à s'assurer, par leurs propres moyens d'investigation, de l'état de santé des ouvriers blessés, elle ne relève nullement les médecins traitants de l'obligation de ne pas révéler les secrets dont ils sont dépositaires ».

(3) Tout récemment un ouvrier a déposé contre moi une plainte en violation du secret médical parce que j'avais communiqué au patron, à son insu (je lui avais donné la copie du certificat), un certificat concluant à la consolidation de la blessure avec incapacité presque totale de la main. Le procureur n'a pas donné suite à cette plainte.

(4) A l'appui de ce que j'avance sur l'impossibilité du fonctionnement normal de la loi, j'apporterai les conseils donnés aux médecins par un organe professionnel important, le *Concours médical*, dans son numéro du 27 juillet 1913. Ces conseils paraîtront peut-être excessifs. J'estime qu'ils sont logiques. Mais, encore une fois, comment la loi pourra-t-elle fonctionner si ces conseils sont mis en pratique?

« *Confrères vous violez donc le secret professionnel :*

Quand vous dites :

A un patron, à un assureur, à une Société de secours mutuels, à un fonctionnaire et, en général, à toute autre personne qu'au blessé lui-même que, par exemple, un blessé :

a. Est un alcoolique;

b. Est un artérioscléreux;

c. Est un syphilitique;

d. Est atteint de leucémie.

Quand vous communiquez à qui que ce soit :

Une radiographie;

Une épreuve radiographique;

Le résultat d'une analyse soit d'urine, soit du sang;

D'une réaction de Wassermann;

La copie d'une lettre.

Confrères, vous violez le secret professionnel :

Lorsqu'une compagnie d'assurances ou un patron vous demandant un rapport sur l'état du blessé, vous êtes assez naïfs pour lui envoyer un certificat ou une copie du certificat que vous avez délivré au blessé pour la mairie.

Alors que faut-il que vous fassiez?

Il faut répondre à qui vous demande des nouvelles du blessé : « Monsieur, si vous voulez des renseignements sur le blessé que je soigne, remettez-lui 10 francs, dites-lui de me demander par lettre recommandée un certificat sur l'état actuel de sa blessure.

Je remettrai mon certificat au blessé qui le gardera ou l'enverra à qui il voudra et pourra même l'afficher sur les murs de la ville.

Mais, notez bien que dans ce certificat je ne dirai pas un mot des maladies antérieures ou des tares que j'aurai pu découvrir en soignant le blessé. Je ne parlerai que de l'état de la blessure, car je n'ai pas envie d'être poursuivi, surtout après l'arrêt de la Cour de cassation du 9 mai 1913. »

Confrères, si vous ne voulez pas être poursuivis :

Sachez que votre client, celui vis-à-vis duquel vous êtes lié par le secret professionnel, *n'est pas la personne qui vous paie.*

Sachez que votre client *est la personne que vous soignez.*

Sachez que les *syndicats ouvriers* sont décidés à faire respecter le secret professionnel par les médecins.

Sachez que de nouveaux médecins vont être poursuivis... »

L'absence de certificats empêchant le jeu normal de la loi, il faut, comme je l'ai proposé autrefois, qu'un second médecin non traitant intervienne chaque fois pour établir ces certificats. On voudra bien reconnaître, en effet, que le remède ne consiste pas à recommander au médecin traitant de remettre, comme certains l'ont proposé, les certificats à l'ouvrier et de n'en délivrer aucun au patron. Ce moyen, qui ne respecterait pas le secret médical, aurait comme autre inconvénient de ne renseigner le patron que par l'intermédiaire de l'ouvrier et celui-ci ne communiquerait à son patron que les certificats lui donnant toute satisfaction.

La conclusion de cette étude est que le certificat médical est loin de remplir d'ordinaire les conditions d'exactitude et d'impartialité qui sont nécessaires pour qu'il présente la valeur que l'on réclame de lui. Il n'y a donc pas à s'étonner que cette valeur diminue peu à peu dans l'esprit du public et de celui des juges, en même temps que la considération dont était autrefois entouré le Corps médical tend à décroître de jour en jour.

A cette situation mauvaise il faut s'efforcer d'apporter un remède.

La question est, je le reconnais, de solution difficile. C'est une transformation complète qui doit être apportée dans les habitudes; ce sont des modifications importantes qui doivent être introduites dans les lois et les règlements.

Malgré tout, il faudra bien que l'on se persuade que l'état actuel ne peut durer et que l'on se mette à l'étude des moyens de le transformer, en mettant à la base de l'organisation nouvelle la séparation complète des fonctions du médecin traitant et du médecin expert (1).

(1) Nous ne visons ici que l'expert officieux qui procède à des constatations et rédige des rapports sans être commis par la justice. En ce qui concerne les expertises officielles, l'incompatibilité entre les deux fonctions est reconnue par la loi et par les règlements.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE « LA JOLIETTE »

CANCER DE L'UTÉRUS

HYSTÉRECTOMIE TOTALE — GUÉRISON CONSTATÉE SANS RÉCIDIVE APRÈS SEPT ANS

Par M. LOP (de Marseille).

Ces jours derniers, assistant, par hasard, à l'arrivée du courrier d'Alger, j'étais interpellé par une dame d'un certain âge, à l'aspect réjoui qui s'écria :

— Voilà mon docteur, voilà mon docteur!

Après quelques minutes d'hésitation, le jour se faisant dans mon esprit, je reconnaissais une de mes clientes, d'Algérie, opérée quelques années auparavant et que je croyais, ma foi, partie depuis longtemps pour un monde meilleur.

La retrouver était pour moi un souvenir intéressant à plusieurs titres.

Qu'on en juge :

Observation. — Mme X... avait été ma première hystérectomie totale pour cancer faite en ville; elle avait été ma première cliente dans ma clinique et j'avais enfin la satisfaction de la *revoir vivante sept ans après l'opération.*

La connaissance refaite, je priais cette dame de vouloir bien me revoir avant son départ et de se laisser examiner.

Le lendemain, après avoir relu son observation, je pouvais constater, avec le plus grand plaisir, un bel état de santé locale que me faisait d'ailleurs prévoir l'aspect général de ma cliente.

J'avais vu Mme X... pour la première fois, le 10 mars 1905; elle avait alors quarante-sept ans : épithélioma classique mais avec un état général bon.

A ce que déclarait la malade, le début des symptômes, ménorragies et métrorragies, remontait à cinq ou six mois.

Cette dame avait été plus ou moins soignée par une de mes anciennes élèves, établie en Algérie, qui l'avait adressée à mon maître le professeur Queirel et à moi.

Remplaçant mon maître absent, je m'occupai de cette malade et, en présence de son état, je lui proposais aussitôt une intervention.

La santé générale était si bonne que, pris d'un scrupule, je ne décidai à intervenir qu'après avoir pratiqué une biospisie dont je confiai l'examen histologique à mon confrère et ami, le docteur Brika, chef de travaux anatomo-pathologiques à l'École de médecine.

Quatre jours après, le diagnostic histologique confirmant le diagnostic clinique, j'opérai Mme X..., le 25 mars.

Hystérectomie totale abdominale, sans incident opératoire à signaler et dont les suites postopératoires furent si satisfaisantes que, six semaines après, la malade regagnait Alger.

L'examen macroscopique et un deuxième examen histologique du docteur Brika confirmaient le diagnostic de « cancer ».

J'ai suivi, pendant près d'une année, par correspondance, la malade confiée aux soins du médecin de sa localité, puis, plus rien jusqu'à ces jours derniers où j'eus la bonne fortune de la retrouver vivante. Ma satisfaction fut grande et j'ai pensé que son histoire serait, pour le moins, toute aussi intéressante pour mes lecteurs.

J'estime, en effet, qu'une survie aussi longue que celle rapportée ici, sans constituer une très grande rareté, n'est pas moins digne d'attirer l'attention des médecins en démontrant, une fois de plus, combien le diagnostic précoce suivi de l'intervention immédiate donnent des survies que l'on doit toujours envisager.

Ces survies se multiplieront certainement dans l'avenir, par une technique plus perfectionnée dont les résultats seront d'autant meilleurs que le diagnostic clinique, bioscopique et l'opération auront été précoces.

En terminant, voici quelques chiffres de survie empruntés à Hartman (*Gynécologie opératoire*, 1911):

Brunn sur 46 malades ayant survécu après l'hystérectomie a eu 20 opérés sans récidive depuis plus de deux ans.

Nertheim sur 151 malades a constaté 88 guérisons après plus de cinq ans.

Mackemodt a trouvé 74 p. 100 de malades survivant après une période d'observation de dix-huit mois à six ans et demi.

Salomon, en 1909, compte de malades vivantes :

35 p. 100 de celles opérées avant juin 1905 et 61 p. 100 de celles opérées de 1905 à 1906.

Les chiffres rapportés par mon maître et ami le professeur J.-L. Faure ne sont pas moins concluants.

XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Londres, du 6 au 12 août 1913 (1).

SECTION D'OPHTALMOLOGIE

La pathogénie de l'uvéite chronique à l'exception des variétés syphilitique, tuberculeuse et sympathique. — MM. E. Fuchs (de Vienne) et de Schweinitz (de Philadelphie), rapporteurs.

Opérations pour glaucome, spécialement au point de vue des résultats comparatifs obtenus par l'iridectomie et les opérations récentes. — MM. P. Smith (de Birmingham), Lagrange (de Bordeaux) et R. H. Elliot (de Madras, I. M. S.), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. Smith :

Le rapport montre la rapide extension avec laquelle les nouvelles opérations pour le glaucome ont supplanté l'iridectomie classique dans la pratique des chirurgiens anglais. Pendant l'automne de 1912, le rapporteur a fait une enquête sur ce point auprès de tous les membres de la Société d'ophtalmologie du Royaume-Uni, excepté ceux connus comme non-opérateurs. Il en résulte que l'iridectomie, exécutée d'après les divers procédés en cours, tient encore une place incontestée dans le traitement du glaucome aigu, tandis que les opérations destinées spécialement à établir une fistule sous-conjonctivale ou une cicatrice filtrante, et la trépanation scléro-cornéenne qui leur est très supérieure, l'ont supplantée de très loin pour le glaucome chronique. L'auteur expose, à l'occasion des divers procédés passés en revue, leurs indications, et leurs contre-indications.

Résumé du rapport de M. Lagrange :

Le glaucome chronique, dont la guérison était jusqu'ici rarement obtenue par l'iridectomie, la sclérotomie et les opérations analogues, est justiciable d'un traitement nouveau qui consiste à fistuliser l'œil sous la conjonctive à l'aide d'une sclérectomie limbique antérieure.

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 92, p. 1463; n° 96, p. 1511; n° 99, p. 1562; n° 102, p. 1610 et n° 103, p. 1619.

Cette méthode fistulisante, mise en pratique depuis dix ans, a donné des résultats absolument supérieurs à ceux de l'iridectomie; on peut affirmer sans crainte que, dans tous les cas, le chirurgien peut normaliser l'œil, c'est-à-dire se rendre maître d'une façon définitive de l'hypertension, qui est le symptôme essentiel, du glaucome.

Cette méthode fistulisante est réalisable par un certain nombre de procédés. L'auteur recommande de se servir des ciseaux ou d'un emporte-pièce pour réséquer sous la conjonctive la lèvre antérieure de la plaie; il a décrit dans son rapport, avec grand soin, le manuel opératoire à suivre. Kalt préfère se servir d'un couteau de Grafe. Elliot et un grand nombre d'auteurs anglais mettent en usage un petit trépan à l'aide duquel ils résèquent la coque oculaire sous la conjonctive, en face de la chambre antérieure, mais tous font, par une technique un peu différente, la même opération, c'est-à-dire la sclérectomie sous-conjonctivale antérieure.

Dans son rapport très complet, l'auteur passe en revue les indications de la sclérectomie et l'utilité qu'il y a à lui adjoindre l'iridectomie sous la forme d'une boutonnière périphérique ou d'une résection complète, comme dans l'iridectomie ordinaire.

Il ressort de sa démonstration que l'iridectomie dans le glaucome chronique ne doit être faite que pour éviter le prolapsus de l'iris; la valeur curative de l'intervention réside dans la résection sclérale, c'est-à-dire dans l'établissement de la fistule sous-conjonctivale permanente.

L'auteur fait connaître 104 cas, tous suivis plus d'un an, dans lequel cette fistulisation durable a été obtenue pour le plus grand profit du malade. Les sujets qui, après cette intervention supprimant toujours l'hypertension glaucomateuse, continuaient à perdre la vision sont au nombre de 5 p. 100 et la gravité de leur cas tient à des troubles trophiques lacunaires du nerf optique ou à des désordres vasculaires très accusés.

Trépanation scléro-cornéenne dans le traitement opératoire du glaucome. — Résumé du rapport de M. Elliot :

Cette opération convient pour le soulagement du glaucome simple ou du glaucome congestif, soit primaire, soit secondaire, traumatique ou postopératoire. Elle est aussi très précieuse comme mesure prophylactique. Les étages opératoires sont les suivants : 1° exciser et relever un grand lambeau conjonctival, concentrique au limbe; 2° fendre la cornée au milieu de la base du lambeau; 3° trépaner la sclérotique, aussi loin que possible vers la fente de la cornée; 4° pratiquer l'iridectomie; 5° remise en place du lambeau. L'opération n'est pas difficile et la convalescence est rapide. Les résultats sont excellents. Cette opération a été exécutée dans plus de 800 cas et beaucoup d'entre eux ont été maintenus en observation depuis un à trois ans. Les complications sont rares dans les cas diagnostiqués de bonne heure.

Un nouvel appareil à fonctionnement électrique pour la mensuration de l'acuité visuelle. — M. G. Folinea (de Naples).

Affections de l'œil causées par l'exposition excessive à la lumière. — MM. le professeur C. V. Hess (de Munich) et J. H. Parsons (de Londres), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. Carl von Hess :

L'auteur discute l'opinion, généralement acceptée aujourd'hui, d'après laquelle la lumière ordinaire du jour est déjà nuisible pour l'œil sain, à plus forte raison pour l'œil malade : il arrive à cette conclusion que tel n'est pas le cas. En particulier, il s'élève contre la supposition commune que le clignotement associé des paupières, dans l'ophtalmie scrofuleuse, reconnaît pour cause la photophobie. Il montre, par divers exemples, que le diagnostic de photophobie n'est pas applicable ici et que les terminaisons du trijumeau dans la cornée et l'iris ne peuvent déterminer aucune photophobie, comme on l'accepte souvent aussi bien pour les scrofuleux que pour les maladies de la rétine et de la cornée, opinion que les cures banales d'obscurité (chambre noire, lunettes noires) ne suffisent ni à expliquer théoriquement ni à justifier. La cataracte sénile ne saurait, comme on l'a souvent admis, être amenée par un effet intensif de la lumière du jour. Dans les divisions suivantes de son rapport, l'auteur étudie les effets nocifs, pour l'œil, d'une lumière solaire anormalement intense : l'aveuglement causé par l'observation des éclipses solaires (dû essentiellement à l'effet des rayons à grande longueur d'ondes du spectre, qui brûlent la rétine) ou par l'éblouissement en face de la neige (causé par les rayons spectraux à courte longueur d'ondes). Puis sont exposés les résultats de recherches expérimentales sur les effets de rayons en longueurs d'ondes variées, en particulier ceux des rayons de courte longueur sur la cornée, le cristallin et la rétine, l'éblouissement par l'éclair, par les courts-circuits, les troubles déterminés par un travail trop prolongé sous les rayons ultraviolets.

Un paragraphe spécial est consacré aux effets des diverses sources modernes de lumière artificielle sur l'œil. Avec l'emploi généralisé des becs Auer, de la lumière par incandescence, il n'est pas nécessaire d'assurer une protection spéciale de l'œil contre les rayons à courtes ondes (par l'emploi des verres fumés ou jaunes), car, en général, lorsque les lampes sont bien placées, la lumière qui parvient à l'œil n'est ni plus intense ni plus riche en rayons ultraviolets que celle du soleil. Les ouvriers qui travaillent beaucoup et régulièrement sous des lampes à arc, souffrent rarement de la vue, et les moyens de protection qu'ils emploient pour leurs yeux sont évidemment suffisants en général. Il en va autrement pour la taie des souffleurs de verre, qui est étudiée ensuite : l'idée que celle-ci est causée par les rayons de courte longueur d'ondes compte certains arguments en sa faveur, mais est encore insuffisamment démontrée.

Résumé du rapport de M. H. Parsons :

Principales affections de l'œil produites par l'exposition insolite à la lumière : photophtalmie (y compris l'aveuglement par la neige et l'ophtalmie électrique), lésions par l'éclair d'un court-circuit et par l'éclair de la foudre, la cataracte des ouvriers verriers, l'érythropsie. Tous ces états sont passés en revue après une introduction traitant des spectres lumineux, ultraviolet et infrarouge et de l'absorption des rayons du spectre par les divers milieux de l'œil.

L'anaphylaxie dans ses rapports avec l'ophtalmologie. — MM. V. Morax (de Paris) et Aurel von Szily (de Fribourg-en-Brisgau), rapporteurs.

Des échanges nutritifs des glaucomateux. — MM. Sulzer et Ayrignac (de Paris). De leurs recherches, les auteurs retiennent surtout que le glaucome primitif est une maladie générale à retentissement et à localisation oculaire et que ces états doivent être nettement séparés des exagérations d'origine locale de la pression oculaire.

L'effet régulateur des sécrétions et excrétions produit par la régularisation des échanges nutritifs n'intervenant qu'avec un certain retard, l'indication des opérations régulatrices de la pression oculaire subsiste en entier. Leur efficacité est assurée par la régularisation de la nutrition. Cette régularisation semble mettre les malades à l'abri des accidents post-opératoires graves (decursus malignus, accidents hémorragiques).

« Herpes zoster ophtalmique » bilatéral du premier et du deuxième rameau du trijumeau. — M. E. Passera.

De l'influence des saisons sur les conjonctivites. — M. A. Angelucci (de Naples).

Considérations générales sur le nystagmus. — M. H. Coppez (de Bruxelles).

(A suivre.) Stephen Chauvet.

L'Intoxication fongique. Ses causes, ses effets, son traitement, par René Le Roy. Thèse. — Paris, Lhomme.

Les Œdèmes infectieux du poumon, par Logre. Thèse. — Paris, Steinheil.

Les Méningococcémies, septicémies méningococciques, par Portret. Thèse. — Paris, Paulin.

JURISPRUDENCE

LA LOI DE FINANCES DU 30 JUILLET 1913 ET LA MÉDECINE (1)

Nous avons publié, dans un de nos derniers numéros, les premiers articles de la loi de finances se rattachant par leurs dispositions à la médecine. Aujourd'hui nous en détachons ceux qui organisent financièrement l'assistance aux femmes en couches, nouveau service entièrement créé.

L'assistance aux femmes en couches. — La loi du 17 juin 1913, complétée pour application par une circulaire du 12 août dernier, sur le repos des femmes en couches, prévoit dans son article 3 que toute femme de nationalité française et privée de ressources, qui se livre habituellement chez autrui à un travail salarié comme ouvrière, employée ou domestique, a droit, pendant la période de repos qui précède et suit immédiatement ses couches, à une allocation journalière, sans que celle-ci puisse se cumuler avec aucun secours public de maternité. L'exécution de cette disposition a fait l'objet des articles 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75.

ART. 68. — L'assistance aux femmes en couches pendant leur repos, dans les conditions déterminées par la loi du 17 juin 1913 et par les articles 69 à 73 de la présente loi, constitue un service obligatoire pour les départements avec la participation des communes et de l'Etat.

Ce service est organisé par le conseil général. Il est administré par le préfet. Si un conseil général refuse ou néglige de délibérer, ou si sa délibération est suspendue, par application de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il peut être pourvu à l'organisation du service par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

ART. 69. — Le taux de l'allocation journalière est arrêté pour chaque commune par le conseil municipal sous réserve de l'approbation du conseil général et du préfet. L'allocation ne peut être inférieure à 0 fr. 50 ni supérieure à 1 fr. 50. Si elle est supérieure à 1 fr. 50, l'excédent est à la charge exclusive de la commune.

L'allocation est majorée de 0 fr. 50 par jour après les couches si la mère allaite elle-même son enfant.

ART. 70. — Sont obligatoires pour les communes dans les conditions des articles 136 et 149 de la loi du 5 avril 1884 les dépenses d'assistance résultant des allocations pour le repos des femmes en couches et pour l'allaitement maternel accordées en vertu des articles ci-dessus aux femmes privées de ressources ayant le domicile de secours communal.

Les communes pourvoient à ces dépenses à l'aide :

1° Des ressources spéciales provenant des fondations ou libéralités faites en vue du repos des femmes en couches ;

2° De la participation éventuelle du bureau de bienfaisance et de l'hôpital ;

3° En cas d'insuffisance d'une subvention du département calculée sur la portion des dépenses non couvertes par les ressources visées aux paragraphes 1 et 2 ci-dessus, conformément au barème A (tableaux 1, 2 et 3) annexé à la loi du 14 juillet 1913, et sans que la charge de la commune puisse être inférieure à 10 p. 100 de cette portion de dépenses ;

4° Pour le surplus, à l'aide des recettes ordinaires ou des ressources provenant de l'impôt, d'impositions ou de taxes dont la perception est autorisée par les lois.

ART 71. — Sont obligatoires pour le département, dans les conditions des articles 60 et 61 de la loi du 10 août 1871 :

1° Les dépenses d'assistance résultant des allocations pour le repos des femmes en couches et pour l'allaitement maternel accordées en vertu des articles ci-dessus aux femmes privées de ressources ayant le domicile de secours départemental ;

2° Les frais d'administration et de contrôle départemental du service ;

3° Les subventions à allouer aux communes par application de l'article précédent.

Les départements pourvoient à ces dépenses à l'aide :

1° Des ressources spéciales provenant des fondations ou des libéralités à eux faites en vue du repos des femmes en couches ;

2° En cas d'insuffisance, d'une subvention de l'Etat calculée sur la partie de la dépense non couverte par les ressources visées au paragraphe 1er, et conformément au barème B (tableaux 1, 2 et 3) annexé à la loi du 14 juillet 1913, et sans que la charge du département puisse être inférieure à 5 p. 100 de cette portion de dépense ;

3° Et, pour le surplus, à l'aide des recettes ordinaires et des ressources provenant de l'impôt, d'impositions ou de taxes dont la perception est autorisée par les lois.

ART. 72. — Indépendamment de la subvention allouée en exécution de l'article 71, l'Etat est chargé :

1° Des allocations pour le repos des femmes en couches et pour l'allaitement maternel, accordées en vertu des articles ci-dessus aux femmes privées de ressources n'ayant aucun domicile de secours ;

2° Des frais généraux d'administration et de contrôle occasionnés par l'exécution de la présente loi.

ART. 73. — Les articles 3 et suivants de la loi du 17 juin 1913 et les dispositions des articles 68 à 72 de la présente loi sont applicables aux femmes se livrant habituellement à leur domicile à un travail salarié.

En conséquence, elles doivent justifier, pour recevoir l'allocation prévue par lesdits articles, non seulement qu'elles ont suspendu l'exercice de leur profession habituelle, mais encore qu'elles observent tout le repos effectif compatible avec les exigences de la vie domestique et qu'elles prennent, pour leur enfant et pour elles-mêmes, les soins d'hygiène nécessaires dans les conditions déterminées par l'article 4, paragraphe 3, de la loi du 17 juin 1913.

ART. 74. — Les règlements d'administration publique prévus à l'article 11 de la loi du 17 juin 1913 détermineront, en outre, les mesures nécessaires à l'application des articles 68 à 73 de la présente loi.

Un règlement spécial d'administration publique déterminera les conditions d'application à la ville de Paris de la loi du 17 juin 1913, complétée par les articles 68 à 75 de la présente loi.

ART. 75. — La loi du 17 juin 1913 et les articles 68 à 73 de la présente loi seront applicables dans les trois mois qui suivront l'insertion au *Journal officiel* des règlements d'administration publique prévus à l'article 11 de la loi du 17 juin 1913 et au paragraphe 1er de l'article 74 de la présente loi.

Tels sont les différents articles qui, dans la nouvelle loi de finances, nous ont paru intéresser la médecine et que nous publions aujourd'hui.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 102, p. 1612.

PRATIQUE MÉDICALE

Dans les infections chroniques comme la tuberculose, et dans les affections diathésiques, on cherche à augmenter la résistance de l'organisme et à obtenir des digestions aussi parfaites que possible; ce double résultat est obtenu par l'emploi des Pilules Elkin (bile, pancréatine, soufre organique).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 106 — JEUDI 18 SEPTEMBRE 1913. 86e ANNEE. JEUDI 18 SEPTEMBRE 1913. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Composition des deux sections du jury :

Anatomie. — MM. Cl. Vincent, Lortat-Jacob, Roux-Berger et P. Mathieu.

Pathologie. — MM. Louste, P. Hallopeau, Magitot et Devraigne.

Ordre de passage. — 1° *Candidats militaires.*

2° *Anatomie.* — Première moitié : première et deuxième séries; deuxième moitié : première et deuxième séries.

Pathologie. — Deuxième moitié : première et deuxième séries; premièrc moitié : première et deuxième séries.

— La section d'anatomie siégera en principe les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures un quart, rue des Saints-Pères.

La section de pathologie siégera les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures un quart, rue des Saints-Pères.

Notes. — *Pathologie.* — Séance du 15 septembre. — Question donnée : « Diagnostic et traitement de l'ascite. »

(Candidats militaires.) MM. Ménard, 7; Dalsace, 15; Pingat, 13; Dufestel, 16; Neveux, 14; Jacquet, 7; Bayer, 10; Rouchon, 12; Louet, 18.

Anatomie. — Séance du 16 septembre. — Question donnée : « Surfaces articulaires de l'articulation tibio-tarsienne. »

(Candidats militaires.) MM. Viennot, 13; Raoul, 14; Lafourcade-Cortina, 19; Ménard et Dalsace, 16; Duchein (Jean), 17; Moret, 15; Quéret, 19; Neveux, 17; Joseph-Lafosse, 15.

Prochaine séance jeudi 18 septembre, à quatre heures un quart (candidats militaires).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le professeur J. Girard de Grenoble) est nommé officier de la Légion d'honneur.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — Institut de médecine coloniale rattaché a la Faculté de médecine de Paris. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours durent environ deux mois et demi.

La session de 1913 commencera le 1er octobre et sera terminée vers la fin de décembre.

Peuvent s'inscrire les étudiants pourvus de seize inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen et obtiennent le diplôme de médecin colonial de l'Université de Paris.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine), dans les laboratoires suivants : Pathologie expérimentale et comparée; Parasitologie; Hygiène.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital d'Auteuil (hôpital des Dames françaises), 93, rue Michel-Ange (1).

L'enseignement théorique et de laboratoire a lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi, à l'Ecole pratique.

L'enseignement clinique, deux fois par semaine, le matin, à dix heures, à l'hôpital d'Auteuil.

Le programme des cours est mis à la disposition de MM. les étudiants et docteurs en médecine français et étrangers (s'adresser au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de midi à trois heures). Il peut être également envoyé sur demande au secrétaire de la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-médecine.

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 20 francs; un droit de bibliothèque, 10 francs; un droit de laboratoire, 150 francs; deux examens gratuits.

Conditions d'admission. Les inscriptions sont reçues tous les jours au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures. Les titres et diplômes, et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gilbert-Edmond Fredet, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, médecin honoraire des hôpitaux.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

(1) Cet hôpital, récemment construit, réunit tous les desiderata de l'hygiène moderne. Accès par : 1° Tramways Louvre-Versailles (arrêt à la porte de Billancourt); Montreuil-Boulogne (passe rue Michel-Ange); 2° Chemin de fer de ceinture (station du Point-du-Jour); 3° Bâteaux-Omnibus (Point-du-Jour).

EMPALEMENT TRANSAXILLAIRE

SUR UN BALIVEAU COUPÉ, PAR CHUTE DU HAUT D'UNE ÉCHELLE-OBSERVATOIRE

LONGUE SUPPURATION

SÉJOUR A BOURBONNE — GUÉRISON

Par M. BONNETTE,
Médecin-major de première classe au 39e régiment d'artillerie.

Le 20 avril 1909, le 39e régiment d'artillerie exécutait des tirs préparatoires dans le champ de tir de Bois-l'Evêque, situé à 14 kilomètres de Toul. Le lieutenant de L... avait été chargé de l'observation des points de chute pour les batteries



FIG. 1. — *Echelle-observatoire pour les tirs d'artillerie.*

du premier groupe et le sous-lieutenant de réserve G... lui avait été adjoint pour ce service.

L'observation des coups était assurée au moyen d'une échelle-observatoire de siège et place (échelle Gugumus), fournie par la Direction de l'artillerie de Toul et installée par le 6e bataillon d'artillerie à pied, sur la lisière nord du champ de tir et à peu près à la hauteur des premiers objectifs.

A huit heures du matin, le lieutenant observateur monte au sommet de l'échelle et s'assied sur le siège de la troisième plateforme. Le sous-lieutenant G... monte également à mi-échelle.

Bientôt un vent assez violent s'élève, imprime à l'échelle quelques oscillations, mais les deux observateurs ne manifestent aucune inquiétude. Vers 9 h. 30, sous l'action d'un coup de vent plus fort, l'échelle craque, se brise au-dessus des pieds de soutènement et s'abat sur le sol (fig. 1 et 2). Projeté à terre, le lieutenant de L... tombe, de 18 mètres de hauteur, sur un baliveau de 6 centimètres de diamètre, coupé en dos d'âne, à 1 mètre du sol. Ce pieu pénètre, à la partie postérieure du creux de l'aisselle gauche, en perforant le manteau de drap, la tunique et la chemise, glisse entre l'omoplate et le gril costal et sort au milieu de la nuque, en faisant éclater la peau, au niveau du bord saillant du trapèze droit. Quant au sous-lieutenant G..., qui s'est instinctivement cramponné aux barreaux de l'échelle, il glisse avec elle et en est quitte pour quelques contusions et la peur.

Désempalé immédiatement par les deux téléphonistes qui sont de service au pied de l'échelle, le lieutenant de L... est couché sur le gazon, perdant beaucoup de sang par les deux orifices cutanés. L'étudiant en médecine Simon, qui assiste aux tirs pendant la permission de l'aide-major du régiment, accourt auprès du blessé et arrête l'hémorragie en faisant un large pansement ouaté compressif.

L'ambulance automobile de la place, demandée par le télé-



FIG. 2. — *Echelle-observatoire rompue par un coup de vent.*

phone, ne tarde pas à arriver sur les lieux et le blessé est transporté à l'hôpital militaire de Toul à une allure modérée, sous la surveillance du médecin-major de service, qui s'était muni d'ampoules d'éther, de caféine et d'une seringue hypodermique de Pravaz.

A son arrivée vers midi, le blessé est reçu par tout le personnel médical de l'hôpital, MM. les médecins principaux Marty et Vachez et les médecins-majors de première classe Ott et Bernardy. De L..., qui a perdu beaucoup de sang, est en hypothermie, avec pâleur extrême du visage, pouls filiforme, incomptable et extrémités glacées. Résolution musculaire complète. Déshabillé avec précaution, les membres inférieurs sont enveloppés de feuilles d'ouate et entourés de bouillottes d'eau chaude. Puis il est stimulé par des frictions, du champagne, du thé chaud fortement alcoolisé. On lui fait alors une injection sous-cutanée de sérum artificiel

(500 grammes) et une injection de sérum antitétanique que cette vaste plaie contuse réclame.

Une heure après, le blessé sort de son assoupissement, de son shock traumatique et peut adresser quelques paroles de remerciements à son entourage.

Dans l'après-midi, les plaies qui laissent suinter un faible liquide hématique sont examinées, soigneusement désinfectées à l'eau oxygénée diluée et entourées d'un large pansement ouaté compressif.

EXAMEN ET DESCRIPTION DES PLAIES. — *Orifice d'entrée.* — Au sommet du creux de l'aisselle gauche et à la partie postérieure, on constate une vaste plaie perforante en forme de croissant, à concavité supérieure, à bords déchiquetés et légèrement inversés en dedans, longue de 10 centimètres et large de 4 centimètres. En écartant le bras du corps, on voit au fond de cet hiatus une surface cruentée, qui laisse suinter du sang en nappe. La corne antérieure du croissant cutané s'arrête au niveau du paquet vasculo-nerveux que l'on sent battre, mais qui n'a pas été intéressé. La corne postérieure se termine dans les muscles de la paroi postérieure du creux axillaire.

Orifice de sortie. — A la partie médiane de la nuque, à 2 centimètres de la ligne centrale, vers la droite, on voit une plaie irrégulièrement carrée, à bords déchiquetés et légèrement éversés vers l'extérieur, ayant 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large. Quelques fibres musculaires arrachées pendent effilochées sur les lèvres béantes de la brèche cutanée.

Dans la région pectorale gauche et surtout sus-claviculaire, on note un peu de crépitation gazeuse. Les mouvements provoqués du bras, de l'avant-bras et de la main gauche, sont possibles mais très douloureux. Le pouls est égal dans les deux radiales. Pas d'obnubilation intellectuelle, mais un peu de torpeur cérébrale. Les pupilles réagissent bien à la lumière. Langue sèche et rôtie.

EXAMEN DES VÊTEMENTS ET DU BALIVEAU. — Le lieutenant était porteur d'une chemise rayée en coton, d'une tunique d'été et d'un manteau gris fer en drap de sous-officier.

Manteau. — Sous l'emmanchure, en arrière de la couture interne de la manche, on note un vaste hiatus presque carré de 15 centimètres de long sur 12 de large. Le drap est déchiré, perforé, ainsi que la doublure de serge noire.

Tunique. — A la même place, on constate un hiatus plus petit, sensiblement ovalaire de 10 centimètres sur 10.

Le drap a cédé circulairement à la base d'implantation de la manche. Une fissure radiale de 4 centimètres s'étend horizontalement sous la poche du vêtement. La tunique entière est maculée de sang coagulé. Le col en celluloïde est brisé au centre. Le col de la tunique est également rompu à droite du bouton central, sous la poussée du pieu, qui est sorti à ce niveau, en pleine nuque.

Chemise. — L'orifice de la chemise rappelle celui de la tunique avec sa fente horizontale. Si on rapproche les bords de cette perforation, on constate qu'il manque au centre une perte d'étoffe bien plus large qu'une pièce de 5 francs.

Baliveau. — Le baliveau est coupé à un mètre du sol presque horizontalement, tout en formant un léger dos d'âne. La circonférence est de 13 à 14 centimètres. A la périphérie on note 4 nœuds assez saillants, qui ont formé des crans d'arrêt. L'écorce est arrachée sur 12 centimètres de long et porte partout des traces de sang coagulé. Au niveau des nœuds et du plateau supérieur on constate des débris musculaires et vestimentaires, figés dans du sang. En résumé, ce baliveau représente un mandrin de 14 centimètres d'épaisseur à bord supérieur presque taillé horizontalement mais non en sifflet.

EVOLUTION CLINIQUE (observation recueillie par l'aide-major du service, M. Labastie). — *Le 20 avril*, désinfection énergique du trajet qui est perméable aux liquides antiseptiques et vaste pansement ouaté compressif, pouls 92, température 37°7.

Le 21 et 22 avril, même état. Le pansement est renouvelé tous les deux jours. La température oscille entre 37°5 le matin et 38°5 le soir. Pas de complications. L'artère brachiale semble se recouvrir; on ne la voit plus battre à l'angle interne du croissant.

Le 23 avril. — Le quatrième jour, après le pansement, le blessé éprouve un violent frisson qui dure dix minutes avec sensation d'étouffement, température 39 degrés, pouls 120, pouls fort et bondissant. La quinine calme cette poussée fébrile mais la nuit est mauvaise et agitée.

Le 24 avril, température 40 degrés, pouls 130. Après avoir défait le pansement, le blessé est ausculté. Il présente tous les signes d'un épanchement pleurétique à gauche (submatité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate, pas de râles sous-crépitants fins, ni de crachats rouillés, léger souffle rude, quintes de toux, dyspnée).

Le gonflement de la région pectorale et sus-claviculaire gauche ayant notablement diminué, on constate une fracture de la clavicule gauche au tiers interne.

Le 25 avril. — Température 39°5, pouls 125. Gêne respiratoire assez marquée, quintes de toux. La suppuration étant peu abondante et toute la région un peu tendue, on pratique deux contre-ouvertures pour drainer plus largement le trajet infecté. Deux drains sont placés, l'un partant de la région infraclaviculaire et se dirigeant vers la plaie axillaire, l'autre partant de la région supraclaviculaire et se dirigeant en haut et en arrière vers le trajet supérieur de la nuque. (Incisions faites à la cocaïne.)

Les 26, 27, 28 avril. — L'état reste stationnaire. La température oscille entre 38°5 et 39°5 et le pouls entre 120 et 140 pulsations. La suppuration est pourtant bien drainée.

Le 29 avril. — L'épanchement pleural ne se résorbant pas, on fait une ponction avec l'aspirateur Potain. On retire *un litre de liquide hématique clair.* L'examen microscopique montre qu'il n'y a pas de tendance à la suppuration; la proportion des polynucléaires est normale.

Le 30 avril et le 1er mai. — La dyspnée diminue mais l'état général reste à peu près stationnaire, quoique la rémission matinale soit plus marquée. Température oscillant entre 37°5 et 38°5, pouls 120.

Le 2 et le 3 mai. — Le blessé accuse un engourdissement dans tout le bras gauche et une douleur assez vive au niveau de son avant-bras qui, sans cause appréciable, devient rouge, tendu, œdémateux. Le pouls est rapide, la langue saburrale, le teint terreux.

Le 4 mai. — Tout le bras gauche est atteint d'un œdème considérable *avec impotence absolue.* A la face externe de l'avant-bras, on note de la rougeur diffuse, violacée, avec un point central fluctuant, qui *est immédiatement incisé* et laisse sourdre une cuillerée à soupe de pus crémeux, bien lié.

A partir du 5 mai, l'état général semble s'améliorer sensiblement mais la suppuration persiste et la fièvre continue, quoique les oscillations soient moins prononcées. La plaie de la nuque suppure moins, le cratère bourgeonne et le trajet se comble et se ferme vers le 15 mai.

Dans le creux sus-claviculaire gauche au contraire l'œdème reparaît le 10 mai: toute la région s'enflamme, devient rouge et tendue par rétention du pus.

Le 13 mai. — On pratique à ce niveau deux nouveaux pertuis reliés par un drain: on fait également une incision infraclaviculaire pour relier par un drain ces deux étages.

Grâce à ce vigoureux drainage, complété par des lavages abondants à l'eau oxygénée et au sérum artificiel, l'état général redevient meilleur et les oscillations thermiques moins fortes. T. 36°8 le matin, 37°8 le soir. Les mouvements du bras sont toujours impossibles.

Le 21 mai. — L'état du blessé étant satisfaisant, le médecin

chef permet aux parents de l'emmener à Paris « couché », un mois après son entrée à l'hôpital militaire de Toul.

Séjour à Paris. — Du 22 mai au 10 juillet, les pansements et les lavages des plaies sont régulièrement continués. L'état général reste stationnaire et la température oscille toujours entre 36°8 et 38 degrés.

Le 15 juin, après un assez violent frisson avec dyspnée, et quintes de toux, T. 39 degrés, le blessé est atteint d'une congestion pulmonaire gauche avec faible épanchement pleurétique, qui s'est résorbé lentement, sans ponction, vers la fin du mois de juin.

Mais, comme la fièvre et la suppuration ne cessaient pas, il fut décidé que le lieutenant de L... se rendrait à Bourbonne-les-Bains pour y faire une cure thermale.

Séjour à Bourbonne-les-Bains du 10 juillet au 5 août. — Notre excellent confrère le docteur Gay, médecin consultant à Bourbonne, a bien voulu nous tenir au courant du traitement institué et des résultats obtenus.

Voici in extenso l'observation qu'il nous a remise :

« A son arrivée à Bourbonne, 10 juillet 1909, M. le lieutenant de L... était encore porteur de deux grandes fistules : celle de l'aisselle gauche recevait un drain de 10 centimètres de long, elle ne suppurait presque plus ; la seconde placée un peu au-dessus du milieu de la clavicule gauche laissait passer un drain moyen de 6 centimètres de long et se dirigeait de bas en haut vers la nuque. Le trajet était irrégulier, à clapets et il ne permettait pas l'exploration à la sonde. On se rendait compte qu'il devait rejoindre la blessure de sortie du baliveau, dont la cicatrice, récemment fermée, siégeait au côté droit de la nuque. Ce drain donnait une petite cuillerée de pus, dans le pansement du matin.

Les fragments de la clavicule gauche fracturée au tiers interne étaient superposés et réunis par un cal fibrocartilagineux, qui permettait une certaine mobilité.

Immédiatement au-dessous de la fracture, le thorax montrait une cicatrice déprimée et au centre l'orifice d'une fistulette qui se fermait et s'ouvrait constamment.

L'articulation scapulo-humérale présentait de la périarthrite avec raideur et mouvements limités ; les muscles de la nuque, de l'épaule, et surtout le deltoïde étaient très atrophiés. Enfin, des douleurs vives s'étendaient à tout le plexus brachial, avec des paroxysmes plus aigus qui ne cédaient qu'à l'injection de morphine devenue régulière, indispensable.

L'état général était assez mauvais : amaigrissement, pâleur des téguments, vertiges, dépression, etc.

Ces désordres nous incitèrent à conduire la cure très doucement : nous nous contentons au début d'un bain tiède de quinze minutes et d'un verre d'eau minérale en boisson.

Les effets sédatifs se manifestèrent rapidement : aussi avons-nous conseillé de renoncer à l'injection de morphine. Cette suppression radicale fut pénible pendant quelques jours, mais le blessé persista dans sa résolution et le calme revint.

Pendant le bain nous avons fait des *irrigations des trajets fistuleux avec de l'eau thermale recueillie aseptiquement.*

En quinze jours, la fistule de l'aisselle se comble. Celle du cou donne au contraire du pus plus abondant et plus séreux. La sensibilité augmente, quand on exerce quelques pressions sur les trajets fistuleux dans le but d'expulser les bourbillons et les corps étrangers qui peuvent s'y trouver.

Du dix-huitième au vingt-cinquième jour, la suppuration diminue beaucoup ; le drain ne peut plus être maintenu dans le trajet fistuleux. Il semble que la réparation avance à grands pas.

Vers le 1er août survient un nouvel incident. La fistule thoracique, située au-dessous de la fracture de la clavicule gauche, s'ouvre davantage et laisse s'échapper une notable quantité de sérosité assez mal liée. Cependant les fragments claviculaires ne sont plus mobiles, et la consolidation est certaine.

Le 5 août, M. le lieutenant de L... quitte Bourbonne, mangeant bien, dormant, accusant une reprise de forces de plus en plus manifeste.

L'épaule a retrouvé des mouvements assez étendus et l'atrophie des muscles s'est notablement atténuée sous l'action des douches chaudes.

Nous conseillons au blessé de prendre des bains additionnés des eaux concentrées de Bourbonne et surtout de continuer les irrigations dans les trajets fistuleux. »

Séjour à Vannes. — Le blessé arrive à Vannes le 6 août. La suppuration continue par les deux fistules sus-claviculaires. Lavages quotidiens à l'eau de Bourbonne. Mais quelques jours après, de L... voit éclater brusquement des phénomènes inflammatoires et douloureux ; les fistules suppurent, même celle de la nuque droite depuis longtemps cicatrisée.

Par une des deux plaies sus-claviculaires (qui n'ont plus de drain) sort, le 14 août, un fragment d'écorce ligneuse ayant 4 centimètres de long, sur 1 de large et 2 millimètres d'épaisseur, un semblable le 21 août, un troisième le 28 août. Pendant tout le mois d'août, la suppuration est restée assez abondante. Entre le 1er et le 10 septembre, la suppuration devient presque nulle, mais à cette date, les deux fistules s'ouvrent à nouveau et éliminent deux esquilles osseuses et quelques petits éclats de bois. La plaie du cou s'ouvre également et laisse passer un petit fragment ligneux. *Cicatrisation rapide et complète le 20 septembre, cinq mois après l'accident.* Les fragments d'écorce et de bois ajoutés bout à bout mesurent 15 centimètres, longueur de l'érosion constatée sur le baliveau.

Après l'élimination de tous ces corps étrangers, les forces reviennent à grands pas et l'atrophie musculaire, d'ailleurs combattue par le massage, les poids et la mécanothérapie, rétrocède rapidement.

En résumé, la guérison était définitive un mois et demi après la cure de Bourbonne-les-Bains.

Le 20 octobre, de L... commence à monter à cheval au pas et cinq mois après, le 20 mars, il reprend le service militaire, ne ressentant plus ni douleur, ni fatigue.

Examen du blessé un an après l'accident. — L'épaule gauche paraît un peu moins étoffée et plus abaissée que l'épaule droite. En arrière, à la face dorsale, on constate des boutons d'acné plus nombreux au niveau de la région traumatisée.

A la nuque, on constate à droite une dépression cupuliforme nacrée (trou de la sortie du baliveau) ; les muscles sectionnés n'ont plus un relief aussi marqué qu'à gauche.

En avant, dans la région claviculaire gauche, on note quatre petites dépressions nacrées, traces persistantes des anciennes fistules.

La cicatrice axillaire est linéaire, sans dépression, ni adhérences. A ce niveau, dix-sept mois après l'accident, le 1er octobre 1910, se forma un abcès de la grosseur d'un œuf. Au milieu du pus apparut une esquille de bois longue d'un centimètre et large de 2 millimètres. Après cette élimination la cicatrice se ferma pour ne plus se rouvrir.

A l'avant-bras, on voit aussi une dépression longitudinale nacrée, qui représente la soudure de l'abcès incisé.

A la *palpation*, les muscles de l'épaule sont un peu plus mous à gauche qu'à droite. Le creux sus-claviculaire n'existe plus, car la clavicule gauche fracturée s'est soudée sous la forme d'un A majuscule très évasé.

Force et mouvements. — La force musculaire est récupérée, quoique un peu amoindrie à gauche. Tous les mouvements sont conservés, en particulier celui de l'élévation de l'épaule (le deltoïde ne présente plus d'atrophie sensible). Le mouvement le plus limité est pour porter la main derrière le dos (grattage du dos).

Sensibilité. — Les sensibilités au froid, au chaud, à la piqûre sont bien conservées.

En résumé, le lieutenant de L..., qui est un vigoureux officier, d'une constitution athlétique, au moral bien trempé, s'est senti si bien guéri qu'il n'hésita pas, un an et demi après ce grave accident, à accomplir un stage, pourtant fatigant, d'une année à l'Ecole de cavalerie de Saumur.

Conclusions. — Cette observation nous paraît intéressante à relater à plusieurs points de vue :

1° Pour la *rareté du traumatisme :* nous n'avons en effet trouvé dans la littérature médicale aucune observation similaire de chute d'un lieu élevé (de la troisième plateforme d'une échelle-observatoire, 18 mètres de haut), chute qui a été suivie d'un empalement transaxillaire.

2° Pour l'*énorme perforation* qui n'a provoqué aucune lésion grave et qui n'a entraîné aucune incapacité permanente partielle. Ce vaste traumatisme ne rappelle-t-il pas celui du duc de Guise, dit le Balafré, ainsi relaté par Ambroise Paré : « M. le duc de Guise, François de Lorraine, fut blessé devant Boulogne d'un coup de lance, qui au-dessus de l'œil dextre, déclinant vers le nez, entra et passa outre de l'autre part, *entre la nuque et l'oreille*, d'une si grande force, que le fer de la lance, avec portion du bois fut rompu et demeura dedans, en sorte qu'il ne peust estre tiré hors qu'à grande force, mesme avec des tenailles de mareschal. Toutefois nonobstant cette grande violence, *qui ne fut sans fracture d'os, nerfs, veines et artères et autres parties*, mondit Seigneur, par la grâce de Dieu, fut guary. » (*Apologie et voyages*, p. 785.)

3° Pour l'*action curative des eaux de Bourbonne*, qui ont si puissamment aidé à l'élimination des corps étrangers disséminés dans ce long tunnel, tout en améliorant l'état général.

4° Enfin, pour montrer l'utilité de l'ambulance automobile qui nous a permis de ramener promptement et confortablement ce grand blessé à l'hôpital. Si nous avions dû le transporter, pendant 14 kilomètres, dans la petite voiture Masson, nous avons l'impression que nous aurions ramené un cadavre. Nous sommes donc heureux de pouvoir affirmer ici les immenses services rendus, à Toul, par cette ambulance automobile pour le service médical des forts de la place et les transports urgents à l'hôpital en cas des traumatisme graves.

CANCER & HÉRÉDITÉ

Par le docteur Et. GUENOT
[De La Roche-en-Brenil (Côte-d'Or)],
Médecin des Enfants assistés de la Seine, etc.

Le vieux praticien, qui a toujours exercé la médecine dans la même localité, ayant eu à soigner plusieurs générations d'une même famille, a pu quelquefois faire des observations assez intéressantes ; tel me semble le cas d'une famille de cancéreux dont l'observation est résumée dans le tableau de la page ci-contre.

Il s'agit d'un officier de fortune du premier Empire (que je n'ai pas connu, non plus que sa femme), mort à 68 ans d'une maladie d'estomac (cancer ?), d'après les dires de ses enfants. Il a eu 6 enfants ; 2 sont allés à Paris où il sont morts assez jeunes ; je ne les ai pas connus, mais j'ai connu les 4 autres enfants qui sont restés dans leur pays natal ; j'ai été leur médecin et aussi le médecin de leurs enfants et d'une partie de leurs petits-enfants.

Ces 4 enfants, 3 filles et 1 fils, sont désignés dans le tableau, selon leur âge, par les lettres A, B, C, D, dans la colonne verticale I ; dans la colonne verticale II sont les petits-enfants au nombre de 12 ; dans la colonne verticale III les arrière-petits-enfants au nombre de 19 ; mes renseignements sur la quatrième génération sont incomplets.

Les 4 enfants, qui se ressemblaient physiquement, grands et maigres, sont tous morts de cancer de l'estomac ; ce fait de voir 4 frère et sœurs mourir de la même maladie, après avoir quitté depuis longtemps la maison paternelle et ne pas vivre de la même vie, semble bien indiquer qu'il s'agit là d'une transmission héréditaire, sinon de la maladie elle-même, tout au moins d'une prédisposition à la maladie.

A remarquer que 2 des maris sont morts aussi de cancer de l'estomac ; l'on ne peut conclure pour cela à une contamination conjugale, car si le mari de C (il était un peu alcoolique) est mort 5 ans après sa femme, le mari de B (qui n'était pas du tout alcoolique) est mort 5 ans avant sa femme. Autre remarque : c'est que ces 6 cancéreux sont tous morts à un âge très avancé, 70, 73, 75, 76, 81 et 83 ans.

Si nous examinons la descendance de ces cancéreux, qui ont eu 12 enfants, nous voyons 4 cancéreux certains et un cas douteux (une fille de D, tumeur abdominale) ; la maladie conserve un caractère familial, mais à évolution moins fatale. Comment se répartissent ces cancers ?

Le cas douteux provient du frère D ; et à noter que, même s'il s'agit de cancer, il n'est pas de l'estomac.

Les 4 cas certains sont issus des filles ; il semblerait donc que l'hérédité est plus fatale par la mère que par le père.

Pourtant sur les 3 sœurs cancéreuses, une d'elles, l'aînée, n'a pas fait souche de cancéreux ; on n'observe chez ses 2 enfants qu'une fille tuberculeuse ; et les 2 autres sœurs qui ont fait souche de cancéreux, 2 sur 2 enfants pour B, 2 sur 4 enfants pour C (les 2 autres n'auraient-ils pas été cancéreux s'ils ne fussent morts jeunes ?), sont celles dont les maris sont également morts de cancer de l'estomac. D'où, conclusion, fort naturelle d'ailleurs, que l'hérédité double est plus fatale que l'hérédité simple.

Ces cancers de la deuxième génération sont tous des cancers de l'estomac comme ceux de la première génération ; il y aurait donc une certaine individualité parmi les cancers ; il semblerait que la prédisposition au cancer existerait non pas d'une façon générale pour n'importe quel organe, mais que la néoplasie doit plutôt atteindre un organe déterminé à l'avance qui est le même pour la même famille.

Les cancers de la deuxième génération se sont manifestés beaucoup plus précocement que ceux de la première génération, la mort est survenue à un âge bien moins avancé (42, 45, 46, 56 ans).

OFFICIER DE FORTUNE DU PREMIER EMPIRE, MORT A 68 ANS D'UNE MALADIE D'ESTOMAC (CANCER ?), AYANT EU 6 ENFANTS

I. ENFANTS	II. PETITS-ENFANTS	III. ARRIÈRE-PETITS-ENFANTS	IVe GÉNÉRATION
A. *Fille* morte à 75 ans (1876) de *cancer de l'estomac*. Mari mort à 89 ans de vieillesse. Ont eu 2 enfants.	1. Fille morte à 82 ans de vieillesse. Mari mort vers 80 ans. Ont eu 1 enfant.	Fils environ 58 ans, bien portant. Femme bien portante.	1 fils bien portant.
	2. Fille morte à 48 ans de *tuberculose*. Mari mort à 76 ans subitement. Ont eu 1 enfant.	Fils mort à 46 ans de *tuberculose*. Femme bien portante. 2 enfants.	Fils, 26 ans, bien portant. Fille, 28 ans, a 1 enfant, bien portants.
B. *Fille* morte à 73 ans (1878) de *cancer de l'estomac*. Mari mort à 81 ans de *cancer de l'estomac*. Ont eu 2 enfants.	1. *Fille* morte vers 46 ans de *cancer de l'estomac*. Mari mort vers 60 ans de ?. Ont eu 1 enfant.	Fils mort vers 50 ans de ?. Femme ?.	1 fils vivant.
	2. *Fils* mort à 45 ans (1876) de *cancer de l'estomac*. Femme morte à 80 ans de ramollissement cérébral. Ont eu 1 enfant.	Fils, 45 ans, bien portant. Femme bien portante. Ont eu 2 enfants.	2 enfants, l'un bien portant, l'autre mort peu après la naissance.
C. *Fille* morte à 70 ans (1881) de *cancer de l'estomac*. Mari mort à 83 ans (1886) de *cancer de l'estomac*, un peu alcoolique. Ont eu 4 enfants.	1. *Fils* mort à 56 ans (1886) de *cancer de l'estomac*, un peu alcoolique, célibataire.	Pas d'enfants.	
	2. *Fils* mort à 42 ans (1874) de *cancer de l'estomac*, très alcoolique. Femme morte à 55 ans de *cancer de l'utérus*.	Pas d'enfants.	
	3. Fils mort vers 35 ans par accident. Femme morte vers 60 ans de ?. Ont eu 3 enfants.	1. Fils célibataire, 50 ans, bien portant. 2. Fille bien portante, mariée. 3. Fille bien portante, mariée,	 3 enfants bien portants. 2 enfants bien portants.
	4. Fille morte vers 30 ans de suites de couches. Mari mort de ?. Ont eu 1 enfant.	Fils, environ 50 ans, bien portant.	Enfants ?
D. *Fils* mort à 76 ans de *cancer de l'estomac*. Femme morte à 70 ans de pneumonie. Ont eu 4 enfants. (Ces 4 frère et sœurs A, B, C, D se ressemblaient beaucoup physiquement, grands et maigres.)	1. Fils mort à 78 ans (1912) de hernie. Femme morte à 65 ans de pneumonie. Ont eu 2 enfants.	1. Fils mort à 10 ans de fièvre typhoïde. 2. Fille mariée, 26 ans, 1 enfant.	 1 enfant, va bien.
	2. Fils mort vers 70 ans de ?, à Paris. Femme ?. Ont eu 2 enfants.	2 enfants perdus de vue.	
	3. Fille morte vers 45 ans de *tumeur abdominale* (?). Mari mort âgé. Ont eu 5 enfants.	5 enfants bien portants.	14 enfants.
	4. Fille morte à 78 ans (1913) d'hémorragie cérébrale. Mari mort tuberculeux vers 40 ans. Ont eu 2 enfants.	1. Fils, 50 ans, bien portant, célibataire. 2. Fille, 48 ans, bien portante. Mari bien portant.	Pas d'enfants.
E. Fille } morts jeunes à Paris, perdus de vue. F. Fils }			

S'agit-il d'une transmission héréditaire du cancer lui-même ? Il est difficile de l'admettre (ces 4 enfants étant morts avant ou sensiblement en même temps que leurs parents). Si l'on considère le cancer comme débutant à peu près au moment des premiers symptômes cliniques, il est pourtant impossible de ne pas voir, de ce fait de parents cancéreux engendrant des enfants cancéreux, plus qu'une coïncidence.

Alors nous ne voyons que deux explications possibles :

a. Ou bien les enfants n'héritent que d'une prédisposition cancéreuse ;

b. Ou bien ils héritent du cancer proprement dit; mais celui-ci, avant de se manifester cliniquement, passe par une phase latente où il est absolument impossible à dépister. On naît cancéreux, mais le cancer ne se manifeste qu'à une période ultérieure. Cette date de l'apparition du cancer est variable; dans notre observation familiale elle a été très reculée pour la première génération (70 à 83 ans) et beaucoup plus restreinte pour la deuxième génération (42 à 56 ans).

Si cette explication était vraie, peut-être s'agirait-il alors d'une contamination d'ordre conjugal chez les maris de B et de C, la date d'apparition des symptômes cliniques n'étant plus celle qui importe, mais celle inconnue de la contamination. Pourtant si, à la rigueur, on comprend la transmission héréditaire d'un microbe, d'un germe quelconque qui reste inoffensif, absolument latent durant de longues années (on en a une preuve dans les faits de syphilis héréditaire tardive), on s'explique moins que ce microbe endormi puisse être pendant son sommeil l'agent d'une contamination directe.

Si nous passons à la troisième et à la quatrième génération, pas de cancers, sous réserve qu'un certain nombre de ces arrière-petits-enfants sont encore jeunes et ne sont pas fatalement indemnes.

Dans notre famille donc : 1° pas d'exemple de

cancer sautant une génération (comme il arrive quelquefois dans l'épilepsie); 2° l'hérédité s'atténue rapidement; à noter que 2 cancéreux de la deuxième génération n'ont pas eu d'enfants.

En résumé, notre observation semble montrer :

Qu'il existe des familles de cancéreux (fait bien connu);

Que le cancer se transmet sur le même organe;

Qu'il s'agit bien d'une transmission héréditaire soit de la maladie, soit tout au moins d'une prédisposition à la maladie (en effet, on ne peut expliquer ce grand nombre de cancéreux de la même famille par la similitude des habitudes car il n'y a pas eu de longue cohabitation; la vie, les professions étaient différentes);

Que cette transmission n'est pas fatale; que l'alcoolisme est un facteur important, mais non nécessaire dans l'apparition du cancer;

Que l'hérédité maternelle et surtout l'hérédité double sont plus fatales;

Que l'hérédité semble s'atténuer et disparaître rapidement, ne portant que sur un petit nombre de générations.

ACTUALITÉS

LA DÉCOUVERTE DU MICROBE DE LA RAGE

Un mémoire qui fait sensation dans le monde scientifique vient d'être publié dans les annales du *Rockefeller Institut for medical Research* de New-York et reproduit par la *Presse médicale* (1) : le microbe de la rage vient d'être isolé et cultivé par M. Hideyo Noguchi, l'un des chefs de service de l'Institut Rockfeller.

C'est en 1881 que Pasteur fit entrer l'étude de la rage dans une voie rigoureusement scientifique et put démontrer que la rage était une maladie virulente. Quatre ans plus tard, le 6 juillet 1885, il tentait la première application à l'homme de la méthode préventive de la rage.

Mais l'agent causal de la maladie restait toujours inconnu, et pourtant, tout dans les mémorables expériences de Pasteur prouvait qu'il s'agissait d'un organisme vivant.

Cependant les recherches bactériologiques se multipliaient, et les microorganismes les plus divers étaient décrits : bacilles par Bruschettini, saccharomyces par Lévy, protozoaires par Négri, par Guarneri, etc. Mais aucune de ces recherches n'entraînait la conviction.

Il y a dix ans, enfin, M. Remlinger faisait faire à la question un pas important en démontrant que, contrairement à l'opinion généralement admise jusqu'alors, le virus rabique était un virus filtrant (2).

C'est au commencement de 1912 que Noguchi a entrepris la culture du virus rabique. Il a fait environ cinquante séries de cultures avec le cerveau ou la moelle, enlevés aseptiquement, de cobayes, de lapins et de chiens auxquels on avait transmis du virus des *rues*, du virus de *passage* ou du virus *fixe*.

La méthode de culture employée par Noguchi est celle qu'il avait déjà appliquée avec succès à la culture des spirilles de la fièvre récurrente (3). Dans ces cultures il se produit des corpuscules granulaires minuscules et des corpuscules pléomorphiques chromatoïdes, un peu plus gros, qui, à la suite de transplantations, reparaissent dans les nouvelles cultures pendant de nombreuses générations. Les plus petits de ces corpuscules se trouvent à la limite même de la visibilité microscopique.

A quatre occasions différentes le savant japonais a observé dans des cultures de virus de *passage* et de virus *fixe* des corpuscules nucléés, ronds ou ovales, entourés de membranes qui différaient totalement des corpuscules granulaires plus petits, bien que se produisant dans les mêmes cultures que ces derniers. Leur apparition a été soudaine et abondante, d'une durée de quatre à cinq jours; ils ont ensuite subi une diminution qui a coïncidé avec l'augmentation des corpuscules granulaires.

Noguchi a comparé ces corpuscules avec les corpuscules découverts par Negri dans le cerveau de chiens ayant succombé à la rage et constaté de très nettes différences.

Les corpuscules nucléés de Noguchi se multiplient rapidement par bourgeonnement ou par division. Ils ont l'apparence non pas de bactéries, mais de *protozoaires*. Comme grandeur ils vont de un μ à douze μ. A l'ultramicroscope ces corpuscules présentent des caractères bien déterminés. Leur centre est à noyau; la membrane qui les entoure est très distincte et très réfringente.

Une expérience de contrôle absolument concluante a été faite par Noguchi. Il a inoculé des cultures pures de ces corpuscules granulaires pléomorphiques ou nucléés et a reproduit la rage chez des chiens, des lapins et des cobayes, comme l'ont prouvé les symptômes typiques et les inoculations positives aux animaux. Dans les préparations de frottis faites avec les cerveaux de ces animaux, les corpuscules granulaires existent toujours et les corpuscules nucléés sont quelquefois présents et en quantité considérable.

C'est une découverte extrêmement importante, que vient de faire Noguchi et qui datera dans l'histoire de la bactériologie.

De nouvelles recherches permettront-elles d'obtenir en partant de cultures un sérum ou un vaccin plus actifs que les moelles employées actuellement dans la vaccination antirabique et d'abréger le traitement actuel qui est long et quelque peu douloureux? Ce sont là encore pures hypothèses qui ne doivent pas nous faire oublier les admirables résultats donnés par la méthode pastorienne.

Depuis la fondation de l'Institut Pasteur jusqu'en janvier 1909 (1), 31 183 personnes traitées par les injections antirabiques ont fourni 127 décès soit une mortalité de 0,36 p. 100. Encore dans ces dernières années cette mortalité a-t-elle été réduite à 0,2 p. 100!

L. GAYARD.

(1) H. Noguchi. Etudes culturales sur le virus de la rage, *Presse méd.*, 1913, nº 73, p. 729.

(2) Remlinger. Le passage du virus rabique à travers les filtres, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1903, p. 834 et 1904, p. 150.

(3) Hideyo Noguchi. The pure cultivation of spirochæta Duttoni, spirochæta Kochi, spirochæta Obermeieri and spirochæta Novyi, *Journ. of exper. Medicine*, t. XVI, f. 2, août 1912, p. 199.

(1) A. Calmette. Art. Rage du *Traité de thérapeutique pratique*, t. III, p. 606.

LIVRES NOUVEAUX

Störungen der männlichen Geschlechtfunkturien und ihre Behandlung (2), par E. Kantorowicz.

Après un exposé rapide de l'anatomie et de la physiologie normales des organes génitaux de l'homme, l'auteur étudie dans ce manuel les troubles du sens génital et les perturbations de l'acte sexuel. Il étudie successivement les perversions de l'instinct sexuel (masturbation, fétichisme, masochisme, sadisme, homosexualité), les psychoses génitales, l'impuissance. La partie thérapeutique qui suit l'exposé symptomatique est particulièrement détaillée et peut être consultée avec fruit par le médecin qui a bien souvent affaire, dans sa pratique, aux phénomènes morbides étudiés dans cet ouvrage.

A. LEMIERRE.

(2) 118 pages. — Berlin-Vienne, Urban et Schwarzenberg.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Biologica. — (N° 31, 15 juillet 1913.) CAULLERY : Le problème du déterminisme du sexe. — BUSQUET : Exposé succinct des connaissances actuelles sur l'inhibition cardiaque.

Bulletin médical. — (N° 57, 19 juillet 1913.) Albert ROBIN : Un programme d'ensemble pour la défense sociale contre la tuberculose (*fin*). — PLICQUE : Le traitement du mal de tête rhumatismal. — (N° 58, 23 juillet.) P. SAINTON et P. GASTAUD : Syndrome de Basedow et diabète. — J. ROUBINOVITCH : Sur un cas de délire de persécution infantile.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 19, 8 mai 1913.) BEHRING : Sur un nouveau préservatif contre la diphtérie. — SCHUBERG : Sur la voie d'infection par les trypanosomes et les spirochètes. — UHLENLUTH et MULZER : Infectiosité du lait de femme syphilitique. — KRAUSE : La varicelle chez l'adulte. — QUECKENSTEDT : L'anémie pernicieuse. — GUDZENT : La formule hématologique dans le rhumatisme chronique. — PLESCH : Sur l'emphysème. — FRÜHNXALD : Contribution à l'étude des cas de mort postopératoire. — ABBOT : La correction des scolioses. — SENATOR : Rapports entre les rhumatismes et les affections nasales. — RECKZEH : Sur l'origine des hémorroïdes. — KIOSHI-SATO : Nouvel hémomètre. — LORENTZ : Epreuves radioscopiques sur papier sensible à la lumière. — KREUZFUCHS : La radiothérapie en gynécologie. — (N° 20, 15 mai.) HUBNER : Pathogénie et traitement de la dégénération. — GUDZENT et WINKLER : Traitement du psoriasis par le thorium X. — ROSENBERG : Diagnostic sérologique du carcinome. — SCHREIBER : Prophylaxie, traitement de la diphtérie. — RÜBSAMEN : Traitement sérothérapique des toxicoses de la grossesse. — SOWADE : Expériences cliniques avec l'embarine. — KUHN : Opération élargie des tumeurs malignes du maxillaire supérieur. — SASSE : Hernie intestino-appendiculaire étranglée. — FRÖSE : Opérations nasales contre la céphalalgie. — GRAUL : Maladie de constitution asthénique et diabète sucré. — TOBIAS : Traitement physique de l'impotence sexuelle. — WOLF : Action des lavements de collargol dans les processus septiques.

Encéphale. — (N° 7, 10 juillet 1913.) Gilbert BALLET et Raymond MALLET : Hallucinations et dissociation de la personnalité. — H. CLAUDE et Mlle M. LOYEZ : Les voies de propagation du cancer secondaire du cerveau (4 planches). — André THOMAS et A. DURUPT : Recherches expérimentales sur les fonctions cérébelleuses. Dysmétrie et localisations (2 fig. et 3 planches hors texte.) — Lucien PICQUÉ et Emile GEORGHIU : Ectopie rénale et troubles mentaux.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 27, 6 juillet 1913.) Henry DUPUY : La mortalité infantile et la morti-natalité dans les contrées de Captieux et Villandrant (4 graphiq.). — (N° 28, 13 juillet.) L. PLAZY : Ulcérations buccales et génitales non syphilitiques, guéries par le néo-salvarsan. — René GUYOT : Du traitement des morsures de serpents et de scorpions. — MATIGNON : Rebouteux moraux ou orthopédistes psychiques ?

Gazette médicale de Nantes. — (N° 27, 5 juillet 1913.) DURBÉCÉ : Dysphagie chez les tuberculeux. — (N° 28, 12 juil.) CHASTENET DE GÉRY : Un procédé d'autoplastie stomacale par transplantation d'une anse grêle. Présentation d'une pièce d'expérimentation sur le chien. — HAMAIDE et HIGAY : Le régime des néphrites chroniques (maladie de Bright).

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 juillet 1913.) JOLLY : Traitement des épithéliomas cutanés par l'acide acétique. — SIREDEY : La leucorrhée. — SOUQUES : Infantilisme hypophysaire.

Journal des praticiens. — (N° 29, 19 juillet 1913.) GOUGEROT : Eczéma, réaction de défense. Importance de cette notion pathogénique en nosographie et en thérapeutique. — PERRIER : Un cas de mort après une seule injection de néo-salvarsan.

Lyon médical. — (N° 27, 6 juillet 1913.) LEURET et GAUVENET : Etude sur deux cas d'hémothorax traumatique. — (N° 28, 13 juillet.) CLUZET et BAUR : Hydropneumocyste hépatique, au cours d'un grand abcès du foie, consécutif à une dysenterie, examens radioscopiques et radiographiques. — (N° 29, 20 juillet.) P. COURMONT et DURAND : Action des lavements de salvarsan sur certaines formes de tuberculose.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 18, 6 mai 1913.) SEHRT : Etiologie thyréogène de métropathies hémorragiques. — GEHB : La chemothérapie dans les infections oculaires à diplobacilles. — BERNOUILLI : Influence de la digitale sur le relèvement du cœur après le travail musculaire. — KIELLENTHNER : La valeur des opérations intravésicales. — HAHN : Traitement heureux des hémorragies hémophiles par le thermocautère. — MERCKENS : Cas grave de melæna des nouveau-nés guéri par injection de sang humain défibriné. — ERTL : Recherches cliniques sur les médicaments provoquant les contractions utérines. — SPITZY : Instrument pour la cure radicale du phimosis. — JORES : Méthode améliorée de conservation des pièces anatomiques. — FALKNER : Traitement de la péritonite tuberculeuse par les préparations d'iode. — COHN : Traitement de l'iritis par l'hétol. — FAULHABER : Diagnostic et traitement de l'ulcère chronique du pylore.

NOTES POUR L'INTERNAT

PÉRITONITES TUBERCULEUSES (1)

B. FORME CASÉEUSE. — La forme caséeuse peut apparaître d'emblée ; elle peut succéder à la forme ascitique ou plus rarement à la forme fibreuse ; il n'est pas exceptionnel de la voir succéder aussi aux formes aiguës et subaiguës. Lorsqu'elle est primitive, son début est analogue à celui de la forme ascitique ; il se fait par des troubles digestifs vagues, avec inappétence, météorisme abdominal ; au bout d'un certain temps, l'examen de l'abdomen révèle la présence d'une ascite, mais d'une ascite *cloisonnée* ; le ventre est tendu, la peau est blanche, parfois œdématiée et sillonnée d'un réseau de veines superficielles ; la palpation profonde n'est pas douloureuse, la décompression brusque l'est un peu ; la percussion dénote un mélange irrégulier de zones mates, submates et sonores (*matité en damier*), en rapport avec le cloisonnement de l'ascite et l'adhérence des anses intestinales à la paroi. Lorsque l'épanchement a été évacué par ponction, ce qu'il est rarement nécessaire de faire, ou lorsqu'il s'est résorbé, la palpation fournit une résistance élastique de *pâte consistante*, de *ventre de cadavre*, très particulière. On perçoit de la crépitation amidonnée, de petits gargouillements ; la palpation profonde révèle la présence de gâteaux péritonéaux et de la corde épiploïque.

L'auscultation du ventre permet d'entendre des frottements, des bruits musicaux (Guéneau de Mussy). Il existe souvent des coliques, des irradiations douloureuses au moment des règles ; les signes fonctionnels consistent en constipation, vomissements, anorexie ; les signes généraux sont plus importants : l'amaigrissement, l'asthénie sont extrêmes, le pouls est rapide, petit ; il existe d'importants accès de fièvre vespérale. L'évolution normale se fait vers la mort par les progrès de la

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 94, p. 1494 ; n° 97, p. 1530 ; n° 100, p. 1585 et n° 103, p. 1625.

cachexie; le malade meurt dans le marasme; parfois c'est une complication qui hâte le dénouement (abcès, phlegmon, généralisation tuberculeuse). Plus rarement la guérison se fait par évacuation spontanée du foyer purulent, ou par passage à la forme fibreuse.

Le *diagnostic* de cette forme est à discuter à deux points de vue : tout d'abord un examen trop rapide peut faire croire à l'existence d'une forme ascitique pure, alors qu'il s'agit d'une ascite cloisonnée coexistant avec des masses caséeuses. Il faudra se souvenir que chez l'adulte la forme ascitique pure est exceptionnelle. En second lieu la forme caséeuse de la péritonite tuberculeuse peut prêter à confusion, en raison de ses signes physiques avec le kyste de l'ovaire, les kystes hydatiques du péritoine (réaction de Weinberg), et surtout le cancer du péritoine; il n'est pas rare d'observer dans ce cas des indurations superficielles doublant la paroi; chez l'enfant on pensera à la tuberculose isolée des ganglions mésentériques, à la dégénérescence sarcomateuse des organes abdominaux et bien souvent à la péritonite à pneumocoques.

C. Forme fibreuse. — La forme fibreuse peut être primitive; elle peut succéder à la forme précédente ou aux formes aiguës. Le début se fait par des troubles intestinaux, un peu de fièvre, puis apparaît le météorisme auquel succède bientôt une ascite qui ne se développe que lentement et qui peut ne pas se reproduire après une ponction. Elle se résorbe le plus souvent spontanément; la palpation pratiquée à ce moment fait sentir l'empâtement de l'intestin, des frottements, la crépitation neigeuse; on trouve fréquemment la corde épiploïque de Velpeau. Bientôt le ventre se rétracte en *bateau.* L'intestin est accolé contre le rachis et l'exploration fournit nettement la double sensation de *symphyse péritonéo-viscérale et péritonéo-pariétale.* Le malade est amené à prendre une attitude courbée; il fléchit, dans le décubitus, ses cuisses sur le bassin. Pendant assez longtemps l'état général est satisfaisant; il n'y a ni fièvre, ni troubles digestifs.

La guérison peut s'observer dans certains cas, surtout lorsque le sujet est jeune. Bien plus souvent la mort a lieu par suite de la généralisation tuberculeuse, de la dégénérescence caséeuse des lésions fibreuses, ou par suite de complications que nous étudierons plus loin, en particulier de l'occlusion intestinale.

Le diagnostic de cette forme est analogue à celui de la variété précédente; il ne comporte de difficultés spéciales qu'en ce qui concerne l'apparition de l'occlusion ou de l'obstruction intestinales; nous y reviendrons plus loin.

D. Formes localisées. — Parmi les formes localisées sur lesquelles il nous est d'ailleurs impossible de nous étendre longuement, nous mentionnerons spécialement la *pelvi-péritonite* (Brouardel), qui se présente souvent avec les allures d'une tumeur pelvienne s'accompagnant de troubles génito-urinaires et donnant au toucher la sensation de masses douloureuses adhérentes à l'utérus; la *périhépatite* caractérisée par l'intensité des douleurs, l'hypertrophie du foie, l'apparition précoce d'une ascite abondante et de pleurésie; l'on pourra se trouver en présence de pérityphlite, d'épiploïte, de périsigmoïdite, etc. Chacune de ces formes pourra subir l'évolution fibreuse ou caséeuse avec abcès et fistules, et transformation fibreuse du parenchyme des viscères sous-jacents. Signalons encore, en y insistant, la *forme entéro-péritonéale* décrite par Bérard et Patel (voir « Tuberculose intestinale », revue générale, in *Gaz. des hôpit.*, 1911).

Le diagnostic de ces formes localisées soulève une foule de difficultés : la pelvi-péritonite doit être différenciée des hématocèles, des salpingo-ovarites, etc.; la périhépatite, des cirrhoses, des abcès, des kystes hydatiques; la pérityphlite, de la typhlocolite simple, de l'appendicite avec péritonite plastique localisée, etc.

L'évolution de la plupart des formes cliniques que nous venons d'étudier est très souvent modifiée par l'apparition de complications que nous allons rapidement passer en revue.

Complications. — Parmi les nombreuses complications qui peuvent survenir au cours de la péritonite tuberculeuse il faut retenir parmi les plus importantes la généralisation tuberculeuse, la formation de collections suppuratives et les accidents relevant du développement du tissu fibreux, tout spécialement l'occlusion intestinale.

L'infection tuberculeuse peut ou *s'étendre à d'autres organes* (plèvres, poumons, méninges, foie, etc.) ou *se généraliser*, réalisant alors la granulie rapidement mortelle.

Les *collections suppurées* se développent surtout dans les formes enkystées (périappendicite, périhépatite, pelvipéritonite). Elles s'annoncent par l'apparition de fièvre à grandes oscillations, de sueurs; elles aboutissent à la perforation, soit d'un organe profond, soit même de la paroi abdominale; il s'ensuit la production de *fistules intestinales* (biintestinales ou intestino-cutanées), avec parfois le syndrome du *phlegmon stercoral périombilical.*

Les *brides fibreuses* peuvent être l'origine de compressions nerveuses (névralgies), veineuses (thrombose, œdème), des voies biliaires, etc. Mais il faut surtout retenir l'apparition de cirrhoses viscérales progressives et l'occlusion intestinale.

L'*occlusion intestinale*, bien étudiée par Lejars, peut être aiguë ou chronique. L'*occlusion aiguë* peut s'observer au cours de la forme fibreuse, comme dans les formes aiguës. Parfois c'est elle qui révélera une tuberculose péritonéale jusque-là méconnue; l'*occlusion chronique* se traduit par des crises de constipation suivies de débâcles jusqu'au jour où le syndrome apparaît au complet avec vomissements fécaloïdes, hypothermie et mort rapide.

Pronostic. — La tuberculose péritonéale est dans tous les cas une affection grave en raison de la menace d'extension ou de généralisation des manifestations tuberculeuses, en raison aussi de l'apparition d'abcès avec fistules, de la formation de brides fibreuses avec accidents d'occlusion intestinale. Cependant il faut retenir le fait que la tuberculose péritonéale guérit souvent spontanément; elle guérit d'autant plus facilement d'ailleurs que le sujet est plus jeune; bien souvent elle se comporte comme une *tuberculose locale* dont on sait le pronostic en général relativement favorable; enfin, elle peut bénéficier, en de nombreux cas, d'interventions chirurgicales.

Traitement. — Le traitement sera, suivant les cas, médical ou chirurgical.

a. **Traitement médical.** — Les manifestations aiguës péritonéales seront calmées par les applications de glace, par l'opium, les compresses chaudes; les formes torpides apyrétiques relèvent du repos absolu, du grand air, des cures marines; la révulsion abdominale sous toutes ses formes (héliothérapie, etc.) rendra de grands services; on a préconisé également la radiothérapie, les boues radifères; il faudra se défier des cures marines dans les formes fébriles; signalons encore la sérothérapie, l'autosérothérapie.

b. **Traitement chirurgical.** — La *ponction* peut être utile en cas d'ascite abondante; assez souvent le liquide ne se reproduit pas; certains auteurs injectent après la ponction des substances modificatrices parmi lesquelles surtout du naphtol camphré; cette injection a été suivie d'accidents graves, parfois mortels; aussi ne doit-on pas employer cette méthode. L'injection d'azote, d'air atmosphérique d'oxygène, aurait été suivie de succès assez nombreux.

La *laparotomie* simple, sans lavage du péritoine, est actuellement la méthode paraissant donner les meilleurs résultats; on déconseille les traumatismes sur les anses agglutinées, le drainage, etc. Enfin, l'on sera encore appelé à intervenir chirurgicalement en cas d'abcès, de phlegmon et surtout d'occlusion ou d'obstruction intestinales. En résumé, les indications du traitement à instituer varient suivant la variété clinique, la résistance du sujet, l'état d'intégrité des principaux viscères, les complications.

Bibliographie. — Hutinel. *Traité des maladies des enfants*, t. III; — La tuberculose des séreuses, *La Clinique*, 20 avril 1912. — Dupré et Ribierre. In Gilbert et Thoinot, nouvelle édition, fasc. 18. — Armand-Delille. La forme anascitique de la péritonite tuberculeuse, *Presse méd.*, 15 mai 1913. — A. Leblanc. Formes cliniques des péritonites tuberculeuses, *Le Mouvement médical*, 1911. — Lejars. Péritonite tuberculeuse, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1891, n° 142. — Bruhl. *Id.*, 1890, n° 123.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 107. — SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1913. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hopitaux de Paris. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 17 septembre. — Question donnée : « Symptômes de la pneumonie franche lobaire aiguë sans les formes, sans les complications. »

(Candidats militaires.) MM. Quéret, 15; Hirschberg, 18; Caulier, 2; Golditė, 7; Kaminer, 14; Auger, 15; Moret, 8; Humbert (René), 16 1/2; Duchein (Jean), 19 1/2; Lubin, 6; Dimey, 5; Castille, 19; Lafourcade-Cortina, 17 1/2; Dardel, 16 1/2; Raiga, 14; Lafont (Henri-Hippolyte), 2.

Anatomie. — Séance du 18 septembre. — Question donnée : « Artère axillaire. »

(Candidats militaires.) MM. Rouchon, 14; Louet, 19 1/2; Durieux, 16; Perrot, 14; Walter, 15; Péraldi, 16; Liesse, 15; Moreau, 14; Auger, 16; Humbert (R.), 18; Lubin, 17; Dimey, 16.

Prochaine séance samedi 20 septembre, à quatre heures.

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier (89, rue d'Assas. Professeur : M. Paul Bar). — Cours de pratique obstétricale, par MM. Brindeau, Dupont, Lemeland, Metzger, Levant, assistés de MM. Roullier, Pellissier, Brisson, Siguret, Wilhelm, Didier, Sabate, moniteurs. — Réservé aux étudiants ayant seize inscriptions, et aux docteurs français et étrangers.

Le cours commencera le 22 septembre. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours, à neuf heures du matin, à trois heures et à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Lundi 22 sept. 1913. M. Brindeau, à neuf heures du matin. Examen des femmes accouchées et des nouveau-nés (visite dans les salles). — M. Lemeland, à cinq heures. Diagnostic des présentations et des positions (palpation, toucher, auscultation).

Mardi 23 sept. M. Brindeau, à neuf heures du matin. Présentation de malades; — à trois heures. Exercices de palper, de toucher et d'auscultation au lit des malades. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions directes).

Mercredi 24 sept. M. Brindeau, à neuf heures du matin. Consultation des femmes enceintes; examen des malades par les élèves du cours; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques).

Jeudi 25 sept. M. Brindeau, à neuf heures du matin. Examen des femmes accouchées (visite dans les salles); — à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Levant, à cinq heures. Le forceps sur la face et le front.

Vendredi 26 sept. M. Brindeau, à neuf heures du matin. Examen des nouveau-nés et consultation des nourrissons; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Levant, à cinq heures. Le forceps sur les présentations élevées.

Samedi 27 sept. M. Brindeau, à neuf heures du matin. Les procédés de dilatation rapide du col; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Levant, à cinq heures. Les indications du forceps.

Lundi 29 sept. M. Brindeau, à neuf heures du matin. Visite des accouchées dans les salles; — à trois heures. Exercices pratiques de forceps (revision). — M. Dupont, à cinq heures. La version par manœuvres internes (version séparée).

Mardi 30 sept. M. Brindeau, à neuf heures du matin. Présentation de malades; — à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Dupont, à cinq heures. L'extraction du siège décompleté mode des fesses.

Mercredi 1er oct. M. Brindeau, à neuf heures du matin. Consultation des femmes enceintes; examen des malades par les élèves; — à trois heures. Exercices pratiques : l'extraction du siège décompleté mode des fesses et après version. — M. Dupont, à cinq heures. L'extraction après la version : les difficultés.

Jeudi 2 oct. M. Brindeau, à neuf heures du matin. Examen des femmes accouchées (visite dans les salles); — à trois heures. Exercices pratiques de version (revision). — M. Metzger, à cinq heures. L'embryotomie céphalique,

Vendredi 3 oct. M. Brindeau, à neuf heures du matin. Consultation des nourrissons. — M. Metzger, à trois heures. Les différents procédés d'embryotomie rachidienne; — à quatre heures. Exercices pratiques d'embryotomie céphalique et rachidienne.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

REVUE GÉNÉRALE

FRACTURES DE L'APOPHYSE CORACOÏDE

Par J. TANTON,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Pendant longtemps l'histoire des fractures de l'apophyse coracoïde s'est résumée à des constatations anatomo-pathologiques.

Cependant Desault en 1798, puis Lonsdale en 1838, Arnolt (1839) attirèrent l'attention sur les fractures de cette apophyse et en apportèrent quelques observations. Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, rapporte un cas de fracture isolée de la coracoïde par choc d'un timon de voiture; la lésion fut vérifiée à l'autopsie, et Boyer, généralisant trop hâtivement, concluait que ces fractures, d'ailleurs très rares, sont produites exclusivement par choc direct.

Hamilton (1865) en observa deux cas; Hulme (1873) publia la première observation de fracture isolée de la coracoïde par cause indirecte. En l'espèce, la cause était l'action musculaire; son blessé était resté suspendu par le bras à un treillage de fil de fer.

Il existe dans différents musées un certain nombre de pièces anatomiques de fracture de la coracoïde; on en trouvera l'énumération dans la thèse de Delestaing (Toulouse 1912).

Viennent ensuite les observations de Gurlt, de Holmes, Packard, Little, Cooper, Lane, Houdley, Morgan; puis celles, plus récentes, de Le Dentu, Ziegler, Greene, Petty, Lucas, Bécigneul, Heilporn, Larine, Paterne, Delestaing, etc., observations pour la plupart confirmées par l'examen anatomo-pathologique, l'intervention chirurgicale ou la radiographie.

I

Anatomie pathologique. — Les fractures de l'apophyse coracoïde ne sont, bien souvent, qu'un épiphénomène au milieu des graves lésions osseuses ou viscérales, des contusions profondes qui accompagnent une chute d'un lieu élevé ou un traumatisme violent de l'épaule. Elles accompagnent très souvent d'autres fractures de l'omoplate, fractures de l'acromion, du col chirurgical et de la cavité glénoïde de cet os, ou bien des fractures d'os voisins : clavicule, surtout dans son tiers externe, humérus, côtes, etc. Dans le cas observé par Malgaigne, et dont la pièce est reproduite dans son atlas, il existait, avec la fracture de la coracoïde, une fracture transversale de la glène propagée au corps de l'omoplate et une fracture du col chirurgical de l'humérus.

Elles coexistent également assez souvent avec une luxation complète ou incomplète de l'épaule (South, Holmes, Le Dentu, Delestaing), en particulier une luxation sous-coracoïdienne, ou avec une luxation de l'extrémité externe de la clavicule (Hamilton, 2 cas). D'ailleurs, luxation de l'épaule et fractures multiples de l'omoplate ou des os voisins peuvent simultanément s'associer à une fracture de la coracoïde.

Les fractures *isolées* de la coracoïde, les seules que nous étudierons ici, sont relativement rares, à telles enseignes que sur sa statistique de 19 fractures de l'omoplate vérifiées par la radiographie Plagemann (1) n'en signale aucune de cette apophyse. Sa situation profonde, la protection que réalise pour elle la saillie claviculaire, sa solidité, expliquent suffisamment cette rareté. Nous avons pu cependant en colliger 20 cas.

Le trait de fracture, transversal ou oblique, siège le plus souvent à la base de l'apophyse (Jackson, Holmes), quelquefois à sa partie moyenne, à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres de sa pointe (Weill, Delestaing) ou à son extrémité (Gibson, Le Dentu, etc.). La fracture peut être à trois fragments, l'extrémité détachée est elle-même divisée en deux, un fragment reste adhérent au petit pectoral, l'autre au coraco-biceps (Gurlt). Heilporn (2) a observé une fracture verticale qui, allant du sommet jusqu'à la base de l'apophyse, la divisait en deux parties à peu près égales par un trait parallèle au diamètre longitudinal de l'os (3). Ce dernier fait est toutefois exceptionnel et cette observation unique. Dans le cas de Shattock, le trait, oblique en arrière et en dehors, passait entre l'insertion du petit pectoral et l'origine du coraco-biceps.

Déplacement. — Il manque souvent, les fragments étant maintenus en contact par les ligaments coraco-claviculaires et acromio-coracoïdiens exceptionnellement déchirés (Hamilton, Hulke, Plower, Bécigneul). Il ne s'observe guère que dans les fractures de l'extrémité ou de la partie moyenne de l'apophyse dans lesquelles le trait passe en avant de l'insertion coracoïdienne des ligaments conoïde et trapézoïde, en particulier dans les fractures par action musculaire (4). Loin de se faire, comme on l'a dit, toujours dans le sens de la résultante de l'action des trois muscles qui s'insèrent à son sommet, c'est-à-dire directement en bas, le déplacement est de sens variable.

Le fragment détaché peut être attiré soit en bas et en avant (Gibson, Hulme), soit en dehors vers le bord du deltoïde (Lucas), soit en dedans vers le thorax (Little, Petty, Holmes) suivant que prédomine l'action du coraco-biceps ou celle du petit pectoral. Enfin, Joulia, Delestaing l'ont vu déplacé en haut et en arrière.

Le déplacement du fragment varie avec la position du bras. Le fragment s'abaisse davantage,

(1) Plagemann. *Beit. z. klin Chir.*, 1911, vol. LXXIII.

(2) Heilporn. *Clinique*, Bruxelles, 6 janv. 1912.

(3) Cavayé en a obtenu une semblable expérimentalement (Th. de Paris, 1882).

(4) Je rappelle ici les diverses insertions musculaires ou ligamenteuses qui se font sur la coracoïde : le ligament conoïde s'insère à l'angle antérieur de l'apophyse; le ligament trapézoïde sur sa face supérieure. Le petit pectoral envoie une expansion sur le bord antérieur et la surface supérieure; le bord postéro-externe est occupé par le ligament coraco-acromial, le sommet est saisi par le tendon commun du coraco-brachial et du court biceps, le ligament coraco-huméral s'insère sur la base et sur le bord externe de l'apophyse.

l'écartement fragmentaire augmente si le bras est mis en abduction, l'avant-bras étendu; le déplacement se réduit à peu près complètement grâce au relâchement musculaire si le bras est mis en adduction, l'avant-bras complètement fléchi, le coude ramené sur la poitrine. Dans son cas, Little a vu le fragment porté en bas et en dedans reprendre sa place normale lorsque l'humérus était placé en forte rotation externe. Une contraction violente du biceps abaisse également le fragment.

A côté des fractures prennent place les *décollements épiphysaires*. Liston, Bryant (2 cas), Bennett, Arnolt en ont rapporté des observations, les deux dernières avec vérification anatomo-pathologique. Ils peuvent s'observer jusqu'à treize ou seize ans, date ordinaire de la soudure de la coracoïde avec le corps de l'omoplate. La séparation peut se faire soit entre le corps de l'apophyse et l'os subcoracoïde, soit au delà de ce dernier. Dans ce dernier cas, la partie supérieure de la cavité glénoïde se trouve entraînée avec l'os subcoracoïde, l'articulation scapulo-humérale est alors intéressée (Bennett).

Les décollements épiphysaires du bec de la coracoïde sont possibles sous une traction musculaire violente, ce point se développant par un noyau d'ossification spécial qui ne se soude au reste de la coracoïde que de seize à dix-huit ans, mais aucune observation n'en est actuellement connue.

II

Etiologie. Mécanisme. — Les fractures de la coracoïde sont de cause directe ou indirecte.

Les fractures *directes*, malgré l'opinion inverse de Ashurst et de Larine, sont peu nombreuses; sur un total de 20 observations que nous avons relevées nous n'en trouvons que 6. Le fait s'explique facilement si l'on songe qu'elles nécessitent pour leur production une violence considérable et tout à fait limitée, fait exceptionnel. Boyer, Greene ont observé chacun une fracture directe de la coracoïde par choc d'un timon de voiture; dans le cas de Morgan la fracture était due à un coup de pied de cheval sur le sommet de l'épaule, à un coup de feu dans celui de Ravaton.

Les fractures *indirectes* sont les plus fréquentes (14 sur 20). Elles s'observent à la suite d'une chute sur le coude ou sur la main, d'une chute en avant sur l'épaule, très souvent le bras étendu. Gurlt, Holmes l'ont observée à la suite d'un mouvement de supination forcée.

Le mécanisme en a été diversement interprété. D'après Hamilton, Le Dentu, une pression violente exercée de bas en haut par la tête humérale, en luxation ou subluxation sous-coracoïdienne, peut fracturer l'apophyse; la fréquence de la luxation concomitante de la tête humérale vient à l'appui de cette hypothèse.

Inversement, un abaissement forcé de la clavicule sur la coracoïde peut briser cette dernière. Deux observations de Kelly et d'Hamilton répondent à ce mécanisme. Dans la première la fracture était due au passage d'une roue de voiture sur l'épaule, la fracture préalable de l'acromion permit celle de la coracoïde par l'intermédiaire de la clavicule.

Enfin, Lane estime que, dans la flexion extrême de l'épaule, l'omoplate continuant à tourner jusqu'à ce que la coracoïde soit arrêtée par la surface inférieure de la clavicule, l'apophyse peut se fracturer si ce mouvement est violent.

La fracture du processus coracoïde reconnaît fréquemment pour cause l'*action musculaire*; une contraction brusque et violente, simultanée ou isolée, du petit pectoral, du coraco-brachial et du court biceps, fracture l'apophyse, rarement à sa base, le plus souvent à son extrémité ou à sa partie moyenne. Hulme, en 1873, puis Holmes, Weber, Bennett, Gurlt, Petty, Bécigneul en ont rapporté des observations probantes. Dans les cas de Holmes et de Gurlt, la fracture se produisit à l'occasion d'un mouvement de supination forcée, le bras étant en extension, chez une femme qui tordait du linge; dans ceux de Hulme et de Orlando Petty elle succéda à un effort violent de traction exécuté le bras en extension. Bennett observa une disjonction épiphysaire de la coracoïde chez un enfant de six ans à la suite de convulsions tétaniques.

Dans la plupart des observations on trouve à l'origine de la fracture une chute sur la face antérieure de l'épaule, souvent le bras étendu (Lucas, Houdley, Hulke, Delagenière, etc.). Il est probable que, dans ce cas encore, il s'agit de fracture par contraction musculaire; au moment de la chute la contraction réflexe brusque du coraco-brachial et du court biceps arrache la coracoïde.

III

Symptomatologie. Diagnostic. — Le diagnostic clinique d'une fracture de la coracoïde est des plus délicats, étant données la profondeur de l'apophyse et la difficulté de l'exploration, augmentée encore par le gonflement des parties molles.

La déformation est nulle dans les fractures isolées; quand elle existe, elle est due à la luxation fréquemment concomitante de la tête humérale ou à une fracture d'un os voisin. L'ecchymose tardive est légère, localisée à la paroi antéro-inférieure de l'aisselle.

Deux signes présentent cependant une valeur considérable : d'une part la constatation d'une *douleur* fixe, permanente, localisée au siège normal de cette apophyse, douleur qui s'exagère par le mouvement d'élévation du bras ou lorsque l'on s'oppose à la flexion de l'avant-bras en supination, en raison de la traction exercée sur le fragment par le coraco-biceps; d'autre part, la constatation d'une *crépitation* osseuse superficielle, lorsqu'on fait mouvoir le bras, deux doigts appuyés sur le sommet de la coracoïde.

Lorsque le fragment coracoïdien est abaissé, on peut, en cherchant à le saisir entre deux doigts, l'un sur la paroi antérieure, l'autre dans le creux de l'aisselle derrière le grand pectoral, percevoir de la *mobilité anormale*; en outre, en faisant exécuter au bras différents mouvements, on constate que le fragment suit constamment les mouvements imprimés à la tête humérale (Hamilton).

L'impotence fonctionnelle est constante, mais incomplète, et souvent assez spéciale. Elle se caractérise par l'impossibilité de l'élévation et de la projection du bras en avant; le malade peut soulever l'épaule et la ramener en arrière, mais non la porter en avant.

Les fonctions de l'avant-bras et de la main sont normales; la puissance de flexion de l'avant-bras sur le bras est diminuée puisque seule la longue portion du biceps peut agir. Les mouvements passifs sont tous possibles.

Malgré tout, très souvent, la fracture de la coracoïde passe inaperçue; isolée, parce qu'elle se cache sous le masque d'une contusion simple; associée, parce que les fractures concomitantes de l'humérus ou de la clavicule retiennent l'attention. Chez un malade observé par Ricard on diagnostiqua la fracture de la clavicule, celle de la coracoïde ne fut constatée qu'à l'intervention sanglante. On se souviendra que la fracture de la coracoïde accompagne fréquemment les luxations incomplètes ou complètes de l'épaule et qu'elle doit être recherchée systématiquement, comme on recherche les fractures tubérositaires de l'humérus dans le même cas.

IV

Pronostic. Traitement. — La gravité de la fracture de la coracoïde dépend moins de la fracture elle-même que des lésions concomitantes, et c'est ainsi que l'on doit comprendre la proportion que donne Malgaigne de 6 décès sur 6 cas.

On a signalé, dans les fractures directes avec déplacement du fragment en dedans, des complications nerveuses primitives dues à la contusion du paquet nerveux axillaire par le fragment (paralysie complète du bras, de l'avant-bras et de la main, Little). En réalité, elles dépendent de l'action directe de l'agent vulnérant sur le plexus nerveux plus que du déplacement fragmentaire.

Les complications nerveuses secondaires reconnaissent comme cause la compression du paquet nerveux par un cal exubérant. Dans un cas opéré par Delagénière et relaté par Paterne, la consolidation de la coracoïde fracturée à sa base après une chute sur l'épaule se fit par un cal volumineux qui en tripla le volume. La tumeur osseuse ainsi formée comprimait le plexus brachial et provoquait des douleurs atroces dans le bras et le cou. La guérison fut complète après l'ablation de la masse. Lorsque le cal coracoïdien exubérant se soude à la clavicule également fracturée (obs. Ricard) il en résulte une semi-ankylose de l'épaule.

Les fractures de la coracoïde se consolident fréquemment par un cal fibreux (5 fois sur 6, Gurlt), ce qu'explique le déplacement du fragment coracoïdien. Elles laissent assez souvent après elles une impotence fonctionnelle assez marquée et longtemps persistante qui se traduit par une gêne dans l'élévation et la projection du bras en avant.

Le traitement de ces fractures est simple. Une écharpe maintiendra, pendant douze à quinze jours, le bras en adduction forcée, l'avant-bras fléchi et le coude légèrement soulevé de façon à relâcher les muscles qui s'insèrent sur la coracoïde, on commencera ensuite la mobilisation et le massage.

BIBLIOGRAPHIE

Bécigneul. *Soc. anatomo-clin.*, Lille 1892.
Delestaing. Th. de Toulouse, 1912.
Greene. *Brit. med. Journ.*, 1890.
Heilporn. *Clinique belge*, 6 janv. 1912.
Holmes. *Med.-chir. Trans.*, t. XLI, p. 447.
Houdley. *Brit. med. Journ.*, 1889.
Hupp. *New-York med. Journ.*, 1892, t. LVI, p. 654.
James. *Brit. med. Journ.*, 25 janv. 1890.
Kelly. *Pathol. Soc. Trans.*, t. XX, p. 270.
Larine. Th. de Lausanne, 1900.
Clément Lucas. *Guy's hospit. Reports*, 1890, p. 45.
Rosslewin Morgan. *Brit. med. Journ.*, 1899, p. 1331.
Orlando Petty. *Ann. of surg.*, mars 1907.
Paterne. *Anjou méd.*, 1898.
Plagemann. *Beit. z. klin. Chir.*, 1911, t. LXXIII.
South. *Med.-chir. Trans.*, t. XXII, p. 270.

ACTUALITÉS

LA SANTÉ PUBLIQUE EN ESPAGNE

Le 8 juin dernier, un nombreux auditoire se pressait, à la *Real Academia de medicina* de Madrid, pour la réception de Don Manuel Martín Salazar, inspecteur général de santé extérieure au ministère de la « Gobernación ». Il était donc naturel que l'éminent récipiendaire choisît comme thème de son discours la *Santé publique en Espagne*, et tous ceux qui savent quel hygiéniste consciencieux, averti et clairvoyant, est Don Manuel Martín Salazar ne seront point surpris que ce discours dépasse de beaucoup la portée ordinaire de ces sortes de compositions et constitue une œuvre considérable, tant au point de vue de la forme impeccable, qu'à celui de la richesse de la documentation et de la hauteur de vues.

A ce remarquable travail nous aimerions pouvoir faire de très larges emprunts afin d'en donner une suffisante idée d'ensemble; malheureusement la place nous manque pour un tel résumé, et nous devrons nous borner à reproduire ici quelques données particulièrement intéressantes.

Avec la sincérité d'un patriotisme éclairé, l'auteur montre que l'état sanitaire actuel de l'Espagne est loin d'être satisfaisant, et il recherche avec soin les causes de cette situation qu'il déplore. Parmi les raisons historiques qu'il invoque nous signalerons le passage suivant : « Notre peuple professe sur la vie, la santé, la maladie et la mort, des idées qui ont influé et influent encore puissamment sur notre état sanitaire actuel... Il ne faut pas oublier en effet l'influence qu'ont exercée sur l'esprit de notre race pendant toute la durée de la domination arabe, les croyances des morisques relativement au fatalisme de la vie. Nous ne saurions comprendre l'existence simultanée de deux races en lutte constante sur un même territoire, pendant une période atteignant huit siècles, sans admettre un mélange de mœurs et de coutumes, un échange intellectuel réciproque, une diffusion perpétuelle de sentiments et d'idées semblables. Ces croyances fatalistes de nos classes sociales inférieures en l'action de la Providence et l'attitude stoïque avec laquelle elles supportent les maladies et la mort, sont un reste ancestral des idées mahométanes dont notre race est imprégnée, surtout dans les régions où la domination arabe a le plus tardé à disparaître. »

Quoi qu'il en soit de cette cause et de bien d'autres dans l'étude détaillée desquelles nous ne pouvons suivre M. Martín Salazar, voyons avec lui quelle a été la mortalité générale en Espagne pendant la première décade du xxe siècle, de 1901 à 1910. Cette mortalité a oscillé entre un minimum de 407387 pour 18858104 habitants en 1903, et un maximum de 517578

pour 18690778 en 1901, soit de 21,60 à 27,69 p. 1000 habitants. Il suffit de consulter le tableau comparatif établi par l'auteur, et qui montre quelle fut la mortalité des différents pays d'Europe pendant le même laps de temps, pour se rendre compte que l'Espagne est loin d'être favorisée sous ce rapport. Et, ajoute M. Martín Salazar : « Cet excès de mortalité est d'autant plus à regretter que la moyenne de notre natalité est considérable et supérieure à celle des principales nations d'Europe. La proportion annuelle des naissances est en Angleterre de 2,81 p. 100, en Allemagne de 3,48, en Italie de 3,24, en France de 1,9 et en Espagne de 3,50. Et cependant des calculs parfaitement établis et d'une rigoureuse exactitude démontrent, en prenant pour base la moyenne du mouvement de la population dans ces mêmes pays, pour la période de 1901 à 1905, qu'il faut cent trente-trois ans à l'Allemagne pour doubler le nombre de ses habitants, cent soixante-cinq ans à l'Angleterre, deux cent quatre-vingt-quatre ans à l'Italie, tandis que l'Espagne en dépit de sa grande puissance prolifique ou génératrice, et par suite de sa mortalité excessive, demande quatre cent trente-six ans pour doubler le chiffre de sa population. »

Aussi l'auteur réclame-t-il énergiquement la réforme de l'administration sanitaire espagnole, en se basant sur les importantes conquêtes de la science sanitaire dans ces dernières années et sur les résultats obtenus par les pays qui ont su mettre leur législation d'accord avec ce progrès scientifique. A ce propos, M. Martín Salazar étudie en détails les lois concernant la santé publique dans les différents pays, et nous devons reconnaître que la législation française est loin de lui inspirer une admiration sans limites. « La loi française de 1902, dit-il, qui est l'unique Code sanitaire édicté par la République voisine dans ces derniers temps, incarne tous les défauts que nous pouvons imputer à l'organisation sanitaire des pays latins, le nôtre compris. Il y a dans cette loi un grand souci de la forme systématique et un peu artificieuse de légiférer, bien propre à notre race, et dont le défaut est de croire à la virtualité de certaines institutions creuses, qui ne possèdent aucune efficacité quelconque dans la réalité. Malgré cela, il faut convenir que, bien qu'elle laisse beaucoup à désirer à certains égards, cette loi représente un réel progrès si l'on considère la législation antérieure et l'état actuel des idées et des coutumes du peuple français. » Nous ne suivrons pas l'auteur dans la critique détaillée qu'il fait de nos diverses institutions sanitaires, nous nous bornons à la signaler, car si elle est sévère elle n'est point malveillante comme cela eût pu se faire si elle était venue d'au delà telle autre frontière. Il nous paraît d'ailleurs que l'opinion d'un spécialiste, aussi autorisé que l'éminent inspecteur général de santé extérieure du royaume voisin et ami, doit être prise en sérieuse considération, et nous tenions simplement à attirer l'attention sur elle.

Pour en revenir à l'objet principal de ce travail, c'est-à-dire à la santé publique en Espagne, voyons avec M. Martín Salazar quelle a été la mortalité générale par maladies infectieuses, que l'auteur en bon hygiéniste appelle plutôt maladies évitables, pendant la décade considérée tout à l'heure. Ces données ont été fournies par l'*Instituto Geográfico y Estadístico*, et pour simplifier la question M. Martín Salazar n'a considéré que les affections principales, fièvre typhoïde, typhus exanthématique, variole, rougeole, scarlatine, coqueluche, diphtérie, grippe, pneumonie, septicémie puerpérale et tuberculose, aussi a-t-il bien soin de nous prévenir que les chiffres fournis sont encore bien inférieurs à la réalité. Or, dans la première période quinquennale 1901-1905, la mortalité par maladies infectieuses fut de 533761, soit 27 p. 1000 de la population totale. La typhoïde causa 41881 décès, le typhus 907, la variole 21226, la rougeole 62751, la scarlatine 5552, la coqueluche 21490, la diphtérie 23577, la grippe 59122, la pneumonie 104000, la septicémie puerpérale 11837, la tuberculose 181418. Pendant la seconde moitié de la décade, de 1906 à 1910, les mêmes affections causèrent les nombres de décès suivants : 31831 ; 1164; 16550; 37126; 9805; 18749; 19367; 58947; 11610; 87158; 169505. Soit un total de 461812 ou 23 p. 1000 de l'ensemble de la population. Le total général pour la décade est donc de 995573 décès.

Ces premières données établies, notre éminent confrère consacre une étude particulière à quatre des principales maladies infectieuses, tuberculose, fièvre typhoïde, variole et diphtérie, et pour chacune d'elles il a dressé une carte d'Espagne divisée en provinces, où des teintes plus ou moins foncées et une indication numérique font saisir du premier coup d'œil quelle a été la proportion de décès annuelle pour 1000 habitants dans chaque province, pendant la période décennale 1901-1910. Nous ne pouvons naturellement reproduire ici qu'une faible partie de cette consciencieuse documentation.

En ce qui concerne la *tuberculose*, jamais une étude d'ensemble portant sur un temps aussi long n'avait encore été publiée en Espagne, et les éléments en proviennent du département dirigé par M. Martín Salazar au ministère et de l'Instituto geográfico. Nous y voyons que de toutes les maladies contagieuses, c'est la tuberculose qui a provoqué le plus de décès pendant la décade, soit le chiffre énorme de 350923. Si nous décomposons ce total nous constatons que, dans la période 1901-1905, il y eut 181418 décès, dont 52312 dans les capitales de provinces, et 169505, dont 49315 pour les capitales, pendant le lustre 1906-1910. Serrant encore de plus près ces chiffres, nous voyons qu'il y a eu dans la seconde moitié de la décade une diminution de 11913 décès, due sans doute « au petit effort tenté en Espagne dans ces dernières années pour combattre le développement du fléau ». La proportion des décès pour l'ensemble du pays fut en effet de 9,63 p. 1000 durant le premier lustre et de 8,66 pendant le second, soit 18,29 pour la décade ou 1,82 par an. Dans les capitales de provinces prises à part, la proportion fut de 16,64 pour le premier lustre et 14,67 pour le second, soit 31,31 pour la décade et 3,13 annuellement.

Les provinces les plus frappées pendant la période 1901-1905 furent celles de Guipuzcoa, Madrid, Vizcaya, Santander et Oviedo, et de 1906 à 1910 celles de Sevilla, Cádiz, Madrid, Vizcaya et Santander. Pendant les mêmes périodes ce furent les capitales de provinces suivantes qui payèrent le plus lourd tribut : Cádiz, Sevilla, Oviedo, Huelva et San Sebastian pour le premier lustre, Cádiz, Sevilla, Gerona, Oviedo et Huelva pour le second. Et M. Martín Salazar dit à ce propos : « Il est difficile de donner une explication complète des différences de mortalité observées dans les diverses provinces, et qui des unes aux autres peuvent varier presque de plus du double... Là où, par suite de conditions climatologiques spéciales, manque la toute puissante influence stérilisatrice des rayons solaires, et où persiste dans le sol une grande quantité d'humidité, comme il arrive dans les provinces maritimes du nord de l'Espagne, doivent se rencontrer plus de facilités pour que la vie et la virulence du germe de Koch se perpétuent dans le milieu ambiant dans des conditions susceptibles d'infecter l'homme. Il est possible qu'indépendamment de cette cause entrent en jeu, pour expliquer cette excessive mortalité par tuberculose des régions humides et nuageuses d'Espagne, d'autres facteurs d'ordre social ou tenant à la race et qui influent puissamment sur cette prédisposition à contracter la maladie, que présentent sans doute aucun les habitants. Peut-être aussi pourrait-on tenir compte, pour éclairer le phénomène, de la relation possible de la tuberculose des vaches, si répandue dans ces provinces, avec la tuberculose humaine, étant donnée la cohabitation fréquente qui existe là, chez les paysans, entre l'homme et cette catégorie d'animaux.

« A part la mortalité excessive des provinces baignées par la mer Cantabrique, un fait qui appelle l'attention est l'intensité

de la tuberculose dans certaines provinces du Sud de l'Espagne, comme, par exemple Cádiz, Sevilla, Huelva, et particulièrement dans leurs capitales respectives. Les causes qui expliquent cette mortalité inaccoutumée par tuberculose sont de caractère social et économique bien plus que d'ordre climatologique. Dans ces provinces andalouses il existe une cause commune avec les provinces du Nord, cause qui exerce, à mon sens, une action puissante sur le développement de la tuberculose : cette cause d'ordre social est l'alcoolisme qui, uni à la misère, explique plus que suffisamment les ravages occasionnés par la maladie dans cette région. »

Et cependant, malgré ces chiffres élevés, l'Espagne est loin de venir en tête pour la mortalité tuberculeuse parmi les nations européennes ; elle vient, comme en font foi les tableaux annexés, après la France, le Danemark, l'Autriche-Hongrie et la Suisse, « ce qui nous fait penser, dit l'auteur, que les conditions naturelles de notre climat, de notre race et de l'état social de notre peuple, ne sont pas à ce point de vue aussi défavorables que celles d'autres pays d'Europe ».

Nous nous sommes arrêtés si longtemps sur la tuberculose qu'il nous reste malheureusement bien peu de place pour parler des autres grandes affections contagieuses.

La *fièvre typhoïde* vient, comme fréquence, après la tuberculose. Dans la période de 1901-1905 elle a tué 41881 personnes, dont 6907 dans les capitales, et 31831, dont 6319 pour les capitales, pendant le lustre 1906-1910, soit un total de 73712 morts avec une diminution de 10050 pendant la seconde moitié de la décade. La mortalité moyenne de la fièvre typhoïde en Espagne étant de 15 p. 100 malades, le total de 73712 décès représente donc environ 491413 typhiques pour la décade, soit 49141 par an.

Nous ne nous arrêterons pas à la comparaison de la mortalité entre les diverses provinces, mais nous citerons le passage suivant. « Quiconque connaît les conditions où vivent les classes pauvres de Galice au milieu de la pire saleté en promiscuité constante avec les animaux domestiques, quiconque songe en outre à l'humidité de ce sol imprégné de matières organiques et à l'absence de soin habituelle pour l'évacuation des excreta humains autour des habitations rurales et même urbaines, ne pourra faire moins que de s'étonner que ce soient les provinces galiciennes qui donnent le minimum de mortalité par fièvre typhoïde.... Ce fait ne peut s'expliquer en bonne doctrine pathogénique, sinon en admettant que cette même abondante imprégnation du milieu ambiant par l'agent microbien a donné lieu pendant le cours du temps à une vaccination spontanée des individus, vaccination qui serait parvenue à produire chez eux un état d'immunité relative ou de résistance naturelle contre l'infection, peut-être parce que la majorité des habitants l'a subie sous des formes légères pendant l'enfance, ou encore par suite d'une transmission héréditaire d'un certain degré de l'immunité acquise de l'une à l'autre génération. » Et fort judicieusement M. Martín Salazar part de ce fait pour préconiser la vaccination antityphique en Espagne.

La *variole* est encore très fréquente en Espagne, et le décret royal de 1903 n'a malheureusement rendu la vaccination obligatoire qu'en temps d'épidémie ou de recrudescence de l'endémie. Durant la période 1901-1905 il y a eu 21226 décès par variole, dont 7314 pour les capitales, et durant la période 1906-1910, 16550 décès, dont 4370 pour les capitales, soit un total de 37776 pour les dix années.

Enfin, la *diphtérie* a causé 23577 morts, dont 2396 pour les capitales, pendant les cinq premières années du siècle, et 19367, dont 3567 pour les capitales, pendant la seconde période de cinq années ; soit au total 42944 décès.

A ce sujet l'auteur réclame avec raison que l'Etat espagnol intervienne « pour vérifier et contrôler aussi bien le sérum antidiphtérique que toute espèce de sérums, vaccines, tant nationaux qu'étrangers, qui circulent aujourd'hui librement dans le commerce sans que personne puisse répondre de leur préparation convenable, ni de leur conservation, ni de leur innocuité, ni de leur véritable efficacité ».

Nous sommes forcés d'arrêter ici cette insuffisante analyse d'un travail considérable (1). Nous tenions avant tout à signaler cette remarquable étude d'ensemble, cette source si riche de documentation, due à Don Manuel Martín Salazar, et à laquelle seront heureux de pouvoir recourir dorénavant tous ceux qui s'occuperont de la santé publique en Espagne. Nul doute d'ailleurs, que, grâce à la ligne de conduite conseillée par l'éminent Inspecteur général de la Santé extérieure, grâce aussi à cette ère admirable de progrès intellectuel, scientifique et social où est entrée l'Espagne, la santé publique ne s'améliore rapidement chez la grande nation transpyrénéenne.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Londres, du 6 au 12 août 1913 (2).

SECTION DE PSYCHIATRIE

Les démences des syphilitiques (observations personnelles inédites). — M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris) range dans quatre groupes les démences des syphilitiques qu'il a jusqu'alors observées.

I. La paralysie générale, démontrée syphilitique par l'étiologie, les réactions humorales et l'examen anatomo-pathologique, est une démence par encéphalopathie atrophique à type inflammatoire méningo-conjonctivo-vasculaire.

II. La démence précoce, syndrome anatomo-clinique d'origine variable, est une démence par encéphalopathie atrophique à type neuro-épithélial, dont certains cas, comme celui rapporté par l'auteur, dérivent directement de la syphilis.

III. La démence, avec prédominance de symptômes en foyer, répond chez les syphilitiques, soit à de gros ramollissements par artérite, soit à une encéphalomalacie à foyers miliaires multiples par polymicroartérite spécifique, comme dans un cas d'aphasie totale avec démence étudié par l'auteur.

IV. La démence de type sénile se caractérise chez les syphilitiques par sa précocité relative et fréquente. C'est un type de démence par cérébrosclérose atrophique.

En résumé, voici les quatre principaux types auxquels l'auteur propose de ramener les démences des syphilitiques :

1° Le type paralytique ou inflammatoire méningo-conjonctivo-vasculaire ;

2° Le type précoce ou atrophique neuro-épithélial ;

3° Le type en foyer ou encéphalomalacique volumineux ou miliaire ;

4° Le type sénile ou cérébroscléreux atrophique.

Ces quatre types ont leur individualité anatomo-clinique. N'empêche qu'il existe entre eux des intermédiaires.

Le régime des aliénés en France au XVIIIe siècle. — MM. SÉRIEUX et LIBERT (de Paris).

Etiologie et pathogénie de la paralysie générale. — M. A. MARIE (de Villejuif). La paralysie générale est une maladie due à la pullulation des tréponèmes dans l'écorce cérébrale et aux lésions que cette pullulation engendre. La prolifération des parasites paraît procéder par poussées successives ; ses localisations varient d'un cas à l'autre, tout en

(1) Madrid. Imprenta del Colegio Nacional de Sordomudos y de Ciegos. Paseo de la Castellana, 69.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 92, p. 1463 ; n° 96, p. 1511 ; n° 99, p. 1562 ; n° 102, p. 1610 ; n° 103, p. 1619 et n° 105, p. 1648.

étant plus fréquentes au niveau des zones antérieures du cerveau. Il y a une analogie frappante entre ces poussées tréponémiques cérébrales, d'une part, et l'apparition périodique des manifestations spécifiques cutanées et muqueuses, d'autre part. On pourrait comparer ces foyers multiples et successifs à autant de syphilomes du cortex cérébral, laissant après eux une sclérose équivalente à l'induration postchancreuse. Lorsqu'un foyer parasitaire se stérilise spontanément, après avoir engendré des lésions indélébiles, un autre se forme dans des circonvolutions encore intactes; cela explique pourquoi les zones cérébrales les plus lésées macroscopiquement ne sont pas toujours, d'après nos observations, les plus riehes en parasites. Enfin, il nous paraît probable que l'*ictus apoplectiforme* des paralytiques correspond à ces poussées tréponémiques aiguës, surtout lorsque ces poussées sont localisées au niveau des zones motrices. On aura donc plus de chance de déceler le tréponème dans le cerveau des paralytiques qui succombent en ictus que chez les malades qui meurent dans l'intervalle de ces poussées parasitaires aiguës, à la suite de maladies intercurrentes.

Le nucléinate de soude dans le traitement de la démence précoce. — M. J. DONATH (de Budapest) a publié au Congrès de Budapest les résultats favorables qu'il a obtenus dans le traitement de la paralysie générale initiale avec des injections sous-cutanées de nucléinate de soude. Les résultats favorables furent corroborés depuis par une série d'auteurs, O. Fischer, Hussels, Jurmann, Tsiminakis et d'autres. La même idée qui le guida dans la paralysie générale, à savoir qu'il y a des produits d'échange toxiques qui doivent être détruits par l'oxydation élevée résultant de la fièvre et de la leucocytose provoquées, lui fit appliquer le même traitement à la démence précoce. Les arguments qui plaident en faveur de cette conception sont : 1° les états de confusion mentale qu'on rencontre dans la démence précoce comme dans les psychoses dont la nature toxi-infectieuse est indubitable; 2° la torpeur qui rappelle le myxœdème, par conséquent quelque chose d'analogue à la thyréotoxicose; 3° la leucocytose trouvée par plusieurs auteurs et qu'on sait être une réaction aux bactéries et toxines; 4° le rôle pathogénique joué quelquefois par la tuberculose et la syphilis; 5° la présence de ferments décomposants « Abbaufermente » à l'égard des glandes germinales, récemment trouvés par Fauser avec les méthodes d'Abderhalden. On connaît aussi l'influence favorable souvent exercée sur la démence précoce par la fièvre typhoïde et des processus suppuratifs. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui a lieu pour la paralysie générale. M. Lépine a obtenu des résultats remarquables avec le nucléinate de soude chez les psychoses maniaques dépressives. S'il n'a pas réussi dans les cas de démence précoce cela peut tenir à ce qu'il a employé (de même que M. Itten) des quantités insuffisantes. M. Donath a employé des doses deux fois et demie plus grandes que M. Itten. De plus, les malades de l'auteur étaient des cas récents. M. Halvar Lundvall, qui a démontré l'existence « de crises sanguines », c'est-à-dire de leucocytoses périodiques coïncidant avec les états d'excitation dans la démence précoce et qui même les précèdent, a récemment aussi obtenu de très beaux résultats avec le traitement intensif avec le nucléinate de soude. M. Donath, qui a commencé le traitement nucléinique de la démence précoce en octobre 1907, donne des doses élevées de nucléinate de soude s'élevant de 0,5 à 5 grammes, en solutions à 10 p. 100; il en administre huit à douze injections tous les cinq jours. Parmi 14 cas de démence précoce traités avec du nucléinate de soude, 3 furent guéris, c'est-à-dire reprirent l'apparence d'une santé parfaite et recouvrèrent leur capacité intégrale de travailler ; 5 furent améliorés dont 2 devinrent capables de travailler de nouveau; 3 s'améliorèrent d'abord puis empirèrent de nouveau; 3 cas furent sans résultat. Le chiffre des guérisons et améliorations est de 57 p. 100 ; les guérisons et améliorations obtenues par M. Lundvall sont de 72 p. 100. M. Donath conclut que le traitement nucléinique de la démence précoce donne un taux beaucoup plus considérable de guérisons et d'améliorations que le taux de guérisons spontanées qu'on observe habituellement. L'inaction thérapeutique envers cette psychose grave n'est donc plus justifiée.

(*A suivre.*) STEPHEN CHAUVET.

ANALYSES

MÉDECINE

Etude sur les syndromes ictériques. Pathogénie et classification. (Henri GAUVENET. Th. de Bordeaux, 1912; Bordeaux, imprimerie moderne A. Destout.) — Ce travail très important ne peut être résumé en quelques lignes, l'auteur étudie, en effet, la question très complexe de la pathogénie des syndromes ictériques. Guidé par le docteur Leuret, il a fait de nombreuses recherches hématologiques, des examens du sérum sanguin, des urines et des selles chez un certain nombre de malades atteints d'ictère. Voici ses principales conclusions.

Il existe deux classes véritablement distinctes d'ictères; l'une est due au passage de la bilirubine dans le sang, s'accompagnant de cholurie, de phénomènes de rétention biliaire et cliniquement de symptômes d'imprégnation biliaire; l'autre est due au passage dans le sang et les humeurs de pigments hémopyrroliques, autres pigments dérivant directement de l'hémoglobine sans intervention du travail de la cellule hépatique. Ces derniers ictères sont acholuriques et ne s'accompagnent pas de symptômes cliniques d'imprégnation biliaire, étant également acholémiques.

Les ictères hémolytiques locaux, pigmentogénies locales, ne constituent qu'une application, en un point de l'organisme, du processus général des ictères acholuriques ; ils sont dus à une transformation in situ de l'hémoglobine en pigments hémopyrroliques par l'intermédiaire du leucocyte macrophage.

Les deux processus ictérigènes se combinent souvent en clinique, lorsque la rétention biliaire amène secondairement une hémolyse exagérée et lorsque, au cours d'un ictère hémolytique, une lésion hépatique empêche l'élimination des pigments biliaires.

Les ictères peuvent donc être répartis en trois grandes classes : ictères choluriques ou par rétention ; ictères acholuriques ou hémolytiques; ictères mixtes. M. BRELET.

MÉDECINE INFANTILE

De quelques particularités de l'érysipèle du nouveau-né. Forme clinique avec signe d'insuffisance surrénale. (LESNÉ et FRANÇON. *La Pédiatrie pratique,* nov. 1912.) — Les lésions trouvées à l'autopsie des 2 cas observés par les auteurs sont superposables. Elles consistent en congestion des bases pulmonaires et en une hémorragie massive des deux capsules surrénales.

Il semble bien que l'on puisse attribuer à l'insuffisance surrénale aiguë les symptômes suivants observés dans ces 2 cas : diarrhée verte, vomissements, plaques érythémateuses, hypothermie, asthénie et collapsus algide.

Cette constatation justifie l'emploi de la solution d'adrénaline, à la dose de V à VI gouttes par jour, chez les nourrissons qui présenteraient de pareils signes. B. GAYARD.

Sur les modifications histologiques des tissus de l'utérus sous l'action de l'utéramine, un principe actif de l'ergot. (James BURMANN. *Runds. f. Med.*, nov. 1912.) — L'utéramine possède une action spécifique et directe sur l'utérus; le mécanisme de cette action s'explique par le fait de la contraction des fibres lisses circulaires; l'hémostase et la rétraction

de l'utérus sont la conséquence directe de cette contraction qui produit l'oblitération des vaisseaux sanguins. La couche de fibres lisses entraîne nécessairement dans son mouvement de contraction les couches adhérentes, les couches internes en se contractant élargissent la cavité utérine.

Les doses thérapeutiques modérées sont de 0,5 à 1 centimètre cube d'une solution à 0,5 p. 100. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Rupture très étendue de l'estomac causée par le mécanisme de l'éclatement. (John D. SINGLEY. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LX, n° 20, 17 mai 1913, p. 1913, p. 1535.) — Un homme vigoureux de vingt-trois ans reçoit, quatre heures après le dernier repas, un poids de fonte sur l'abdomen. A la laparotomie, on trouve l'estomac éclaté sur une si grande étendue qu'il est difficile de se rendre compte comment il fallait rajuster les lambeaux. La rupture était en ≺, la branche horizontale, assez courte, partant du milieu de la face antérieure du pylore, la branche supérieure croisant la petite courbure vers son milieu pour s'étendre à peu près jusqu'au milieu de la face postérieure de l'estomac, la branche inférieure s'étendant jusqu'au point le plus déclive de l'estomac, croisant celle-ci et remontant sur la face postérieure jusqu'à un point au-dessus de la terminaison de la branche supérieure; de telle sorte que la portion gauche de l'estomac et la région pylorique ne tenaient plus ensemble que par un lambeau d'environ 3 centimètres de large. L'artère coronaire stomachique et la gastro-épiploïque étaient rompues au point où les déchirures croisaient les courbures; les déchirures s'étendaient loin dans les petit et grand épiploons. Mort sept heures après l'opération.

Cette rupture circulaire presque totale de l'estomac, remarquable par son étendue, semble ressortir au mécanisme de l'éclatement analogue à celui d'un sac de papier plein d'air que l'on aplatit brusquement. L'écrasement direct entre la colonne vertébrale et le corps vulnérant ne saurait l'expliquer. F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Sarcome naso-pharyngien guéri par « l'électrocuprol ». (P. JACQUES [de Nancy]. *Revue médicale de l'Est*, 15 avril et 1er juin 1913.) — L'auteur, en deux communications successives à la Société de médecine de Nancy (séances du 26 février et du 9 avril 1913), rapporte l'histoire d'un malade âgé de trente-huit ans, mécanicien, porteur d'un sarcome ayant envahi la presque totalité du cavum rhino-pharyngien à droite et qui fut tout d'abord opéré, avec un succès temporaire, puis récidiva.

La tumeur, examinée au laboratoire, apparut comme un sarcome globo-cellulaire à marche rapide, et la récidive avec de graves symptômes locaux amena rapidement l'amaigrissement, puis l'état cachectique. C'est dans cet « état désespéré » que l'auteur eut l'idée de pratiquer des injections intrafessières d'électrocuprol.

Dès les premières injections, qui furent de 10 centimètres cubes, il observa la cessation des crises épileptiformes qui compliquaient gravement la maladie. Un mieux général ne tarda pas à se faire sentir. L'alimentation devint possible, et les céphalées gravatives qu'éprouvait le malade disparurent.

Un arrêt de la médication fit réapparaître certains de ces symptômes. Mais une reprise régulière de la médication amena ensuite progressivement la régression de la tumeur et le relèvement de l'état général.

L'auteur présenta le malade, à la Société de médecine de Nancy, une première fois presque guéri après neuf injections, puis, un mois et demi après, complètement guéri après douze injections.

« Une tumeur cliniquement et histologiquement des plus malignes, écrit P. Jacques, récidivée et devenue inopérable, a subi, sous nos yeux, une régression rapide sans aucun traitement local, sous l'influence d'injections intrafessières d'électrocuprol. » Et l'auteur écrit encore : « J'ignore ce que l'avenir réserve à ce malade, mais le fait subsiste de la disparition anatomique d'une tumeur très maligne, sous l'influence d'injections de cuivre colloïdal faites à distance et n'ayant, par suite, pu agir que par la modification des humeurs. »

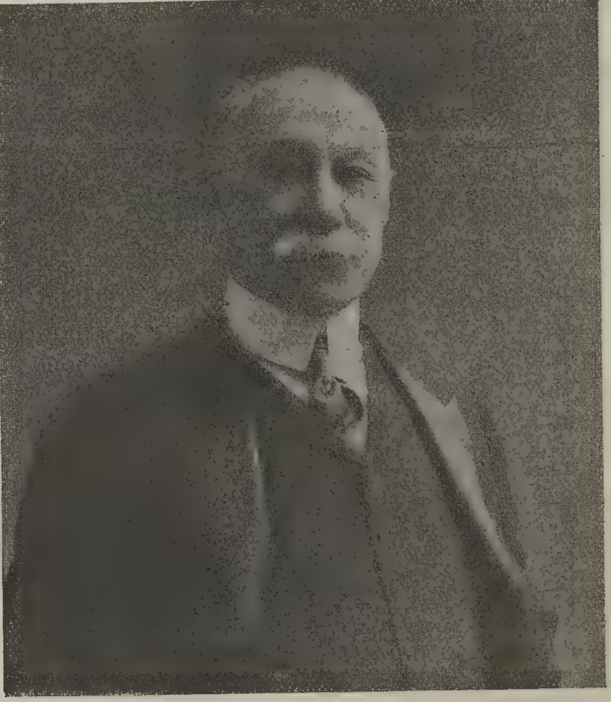
L. GAYARD.

ANTONIN PONCET

(1846-1913)

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* partageront nos vifs regrets en apprenant la mort d'un de ses plus éminents collaborateurs, le professeur Antonin Poncet (de Lyon). Il a succombé subitement hier en son château du Colombier à Culoz.

Né à Saint-Trivier-sur-Moignans (Ain), en 1846, Poncet, appartenant à une famille modeste, fit ses études à Paris. Agrégé de chirurgie, il alla s'installer à Lyon où il fut nommé, en 1882, professeur de médecine opératoire, puis, en 1890, professeur de clinique chirurgicale. Son enseignement, à la Faculté de Lyon, fut des plus brillants, et il y forma de nombreux élèves. Elu membre de l'Académie de médecine en 1895, il était officier de la Légion d'honneur.



Cliché VALERY.

Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur ses nombreux travaux dont il donna souvent la primeur aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*. Rappelons cependant ses recherches sur les maladies des os et des articulations, sur la cystostomie, les maladies de la vessie, de la prostate, sur la castration, sur l'actinomycose humaine, ses curieuses recherches historiques sur les maladies auxquelles succombèrent les grands hommes, tels que Napoléon, Richelieu, Jean-Jacques Rousseau, etc. Enfin, dans ces dernières années, Poncet fit de nombreuses publications sur le rhumatisme tuberculeux. Il ne fallut rien moins que son énergie, sa ténacité, sa profonde conviction pour combattre les vieilles idées d'antagonisme entre l'arthritisme et la tuberculose. En frappant fort et souvent, il parvint à attirer l'attention sur des faits qui lui paraissaient probants et à faire partager son opinion à plusieurs de ses

collègues. Poncet n'était pas seulement un travailleur assidu, un clinicien distingué, un praticien d'une réelle habileté, c'était surtout un novateur, un progressiste.

Doué d'un grand savoir, d'une éloquence simple, élevée, Poncet, partout où il prenait la parole, savait se faire écouter et avait fini par acquérir une réelle autorité dans toutes les questions relevant de la chirurgie et même de la médecine générale.

Depuis plusieurs années, il habitait Paris tout en continuant son enseignement à Lyon. Sa grande activité lui permettait de mener de front cette double existence.

On se rappelle que ce fut lui qui dans la soirée du 24 juin 1894 arriva le premier au secours du Président Carnot, assassiné par Caserio. Assisté du regretté professeur Ollier, il tenta, par une laparotomie, d'arrêter l'hémorragie causée par le poignard de l'assassin.

Poncet était un de ces hommes que partout on aime à rencontrer. Sa haute stature, une certaine crânerie d'allure, le chapeau sur l'oreille, le cigare aux lèvres, sa physionomie franche et ouverte, ses grosses moustaches, tout cela donnait plutôt l'impression d'un officier de cavalerie que d'un médecin.

Tous ceux qui, comme nous, ont pu l'approcher, gardent le souvenir d'un maître autorisé, d'un confrère aimable et plein d'entrain, d'un ami dévoué. C'est une perte pour la science, c'est une grande perte pour notre profession, c'est un deuil cruel pour ses amis, et ils étaient nombreux.

Nous adressons à sa veuve et à ses filles nos plus sincères condoléances.

A. BROCHIN.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 21, 22 mai 1913.) ZANGEMEISTER : Sur le nouveau procédé de Behring contre la diphtérie. — VIERECK : Sur le nouveau procédé de Behring contre la diphtérie. — V. BEHRING : Sur le nouveau procédé de Behring contre la diphtérie. — GIELDEMEISTER et BERTHLEIN : Recherches bactériologiques sur les nourrissons atteints d'affections intestinales. — STEINER : Histologie du système nerveux central des lapins syphilitiques. — TSUZUKI : L'antiluétine, nouveau médicament combiné. — TSUZUKI, ICHIBAGAZE, HAGASHI, HTANO : Action thérapeutique de l'antiluétine. — ROSENHEIM : La colite chronique grave. — MAC NÉE : La teneur en cholestérine de la bile pendant la grossesse. — ASCHOFF : La teneur en cholestérine de la bile pendant la grossesse. — BAUM : Thrombose traumatique des veines du membre supérieur. — LISSMANN : Un cas rare d'impuissance. — NŒTHE : Traitement du tabes et particulièrement de sa forme fruste. — ENGELEN : Manifestations curieuses dans un cas d'urémie. — (N° 22, 29 mai) LŒFFLER : Emploi des microorganismes chauffés et particulièrement de ceux qui ont été traités par les ferments digestifs, comme antigènes, et en particulier les bacilles tuberculeux. — MOMOSE : Sur l'action antigène des bacilles tuberculeux dégraissés. — DRESEL : Statistique de la mortalité par tuberculose dans le grand-duché de Bade. — NAKANO : Formes de division des spirochètes de la syphilis cultivés à l'état de pureté. — WILMS : Traitement opératoire du pied plat. — RAUTENBERG : Pouls auriculaire et pouls veineux. — KAPLAN : Analyse du liquide céphalo-rachidien et du sérum ; son importance en neurologie. — HESS : Guérison d'un cas de carcinome utérin après curettage explorateur. — FRAENKEL : Méthode de l'examen bactériologique de l'estomac vide. — PINKUSS : Traitement par le mésothérium des métropathies hémorragiques et des myomes. — MÜHSAM : Extirpation de la rate et du rein gauche après un traumatisme. — BURCHARD : Quelques indications de l'alendrine.

Gazette des praticiens. — (N° 451, 15 juillet 1913.) HERVÉ : Contribution à l'étude du pneumothorax artificiel.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 27, 6 juillet 1913.) P. BALARD : La crise de la dépopulation. Théories néo-malthusiennes et avortements. — H.-L. ROCHER : Trois cas de méningocèle traumatique. — (N° 28, 13 juillet.) BARTHE : Nécessité de l'éducation hygiénique en France. — H. VINCENT : A propos de la vaccination antityphoïdique.

Marseille médical. — (N° 13, 1er juillet 1913.) POUCEL : Traitement des rétrécissements cicatriciels par l'électrolyse. — ESCAT, IMBERT et POUCEL : Discussion à propos du précédent mémoire. — ROUX DE BRIGNOLES : Traitement des entérites graves par l'appendicostomie. — (N° 14, 15 juil.) ODDO et ESCANDE : Paralysie faciale syphilitique précoce. — L. BILLON : Hémoptysie grave ; piésithérapie (pneumothorax artificiel) ; transfusion du sang. — Ch. MATTEI et Ch. REBOUL-LACHAUX : Aortite thoracique chronique, artérite symétrique des artères tibiales, gangrène consécutive. — Ch. MATTEI et Ch. REBOUL-LACHAUX : Néoplasme de l'estomac et du pancréas. — AYMES, MATTEI et REBOUL-LACHAUX : Large ulcère de l'estomac chez un tuberculeux.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 19, 13 mai 1913.) STÄUBLI : Mesures comparatives de la température et leur importance clinique. — HEIDENHAIN : Les indications dans l'oblitération calculeuse aiguë du cholédoque. — FRIEDMANN : Les injections intraveineuses durables. — KLUNKER : Emploi des tablettes telluriques de Conradi-Trosch pour le diagnostic de la diphtérie. — MANGOLD : Nouvelles remarques sur la contraction volontaire du tenseur du tympan. — TRURUP : Atteinte de deux sœurs par la maladie de Heine-Medin. — LENK et EISLER : Etudes de radiologie expérimentale sur la physiologie et la pathologie du tractus digestif. — JESSEN : Sur l'opération de l'emphysème de Freund. — JANKE : Sur le diagnostic des tumeurs de la moelle. — WOLZE et PAGENSTECHER : Traitement heureux d'un sarcome inopérable des amygdales par la cuprase et les rayons Röntgen. — HIRSCH : Sur le traitement du tabes et particulièrement des douleurs et des paresthésies. — ORTH : Sur un cas d'anévrisme rompu d'une artère cérébrale par un traumatisme. — SCHÜTZ : Mesure de l'angle articulaire. — (N° 20, 20 mai.) CONRADI : Un nouveau principe de culture élective et son application à la diphtérie. — GIEMSA : Contribution à la chimiothérapie des spirochétoses. — CAAN : Essais thérapeutiques avec le traitement local par le chlorure de thorium chez les souris à cancer et les rats à sarcome. — VULPIUS : Traitement des tuberculoses chirurgicales par la lumière. — ZIEGLER : Nouvelle méthode pour le dosage des urates dans le sérum. — ETAUGE : Diagnostic biologique de la grossesse. — JÖDIKE : Diagnostic de certaines convulsions par l'examen hématologique. — ZIMMERN : Infusion ou injection de salvarsan. — DUHOT : Nouvelle seringue pour injection de solution de salvarsan concentrée préparée à l'abri de l'air. — MOKRZEKI : Traitement du charbon par le salvarsan. — JAKOB : Contribution au traitement de la myosite. — GROEDEL : Recherches sur les rayons Röntgen durs. — STÄUBLI : Sur les mesures de température comparées et sur leur utilisation clinique.

Toulouse médical. — (N° 13, 15 juillet 1913.) MÉRIEL et DAUNIC : Kyste gélatineux de l'appendice. — BAUDET : L'amputation de la langue par la voie buccale. — UTEAU et E. SAINT-MARTIN : Les solutions isotoniques dans le traitement de la blennorragie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 108. — MARDI 23 SEPTEMBRE 1913. 86e ANNÉE. MARDI 23 SEPTEMBRE 1913. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 19 septembre. — Question donnée : « Symptômes et traitement d'une fracture de jambe non compliquée à la partie moyenne. »

MM. Walter et Moreau, 8; Durieux, 15; Raoul, 6; Liesse, 8; de Langenhagen, 17; Péraldi, 15; Perrot, 12; Viennot, 13; Joseph-Lafosse, 9; Lappin, 1; Minor, 14; Loir, 13; Mozer, 17 1/2; Le Rasle, 16 1/2.

Anatomie. — Séance du 20 septembre. — Question donnée : « Clavicule. »

MM. Goldité, 16; Kaminer, 11; Castille, 14; Pingat, 12; Raiga, 18 1/2; Dufestel, 12; Boyer, 10; Hirschberg, 17; Lafont (Henri-Hippolyte), 15; Dardel, 16; de Langenhagen, 19 1/2; Buchard, 10; Adelmann, 12; Aris, 18; Couton, 12.

Prochaine séance le mardi 23 septembre, à quatre heures du soir.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Un concours pour trois places d'internes titulaires sera ouvert le vendredi 12 décembre 1913, à deux heures et demie, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans (salle de la Bibliothèque).

Pour s'inscrire au concours et pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général des hospices d'Orléans.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin inspecteur Trifaud, directeur du service de santé du 15e corps d'armée à Marseille, est placé, à dater du 19 septembre 1913, dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

MUTUELLE MÉDICALE FRANÇAISE DE RETRAITES. — Nous rappelons à nos lecteurs la Mutuelle médicale française de retraites, œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'Association des médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après cinquante ans d'âge et vingt ans de participation), soit proportionnelle (après cinq ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er juillet dernier, le nombre des sociétaires (hommes et femmes) s'élevait à 1014, l'avoir social à 372 829 fr. 67.

La Société compte aujourd'hui trois retraités qui reçoivent annuellement : le premier, 375 francs; le deuxième, 600 francs; le troisième, 375 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, docteur Terrien, à Varennes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (professeur M. GILBERT). — *Enseignement clinique complémentaire*, par MM. les anciens chefs de clinique Herscher et Lippmann, et MM. les chefs de clinique Jomier, Maurice Villaret et Paul Descomps.

I. *Séméiologie* (tous les matins de neuf heures à neuf heures et demie, au lit du malade). — M. Herscher : Appareil respiratoire.

M. Lippmann : Appareil circulatoire.

M. Jomier : Appareil digestif, foie.

M. Maurice Villaret : Appareil nerveux.

M. Paul Descomps : Rein, peau, syphilis.

II. *Technique de petite chirurgie médicale* (un jeudi sur deux, de onze heures un quart à onze heures trois quarts). — M. Jomier : Lavages. Émissions sanguines. Hémostase. Vaccination. Respiration artificielle.

M. Maurice Villaret : Révulsion, réfrigération. Bains. Thoracentèse. Paracentèse du péricarde. Paracentèse de l'abdomen.

M. Paul Descomps : Injections sous-cutanées, intramusculaires et intraveineuses. Injections épidurales et intrarachidiennes.

TRAVAUX PRATIQUES DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE. — Les travaux pratiques de laryngologie, rhinologie et otologie (examen et traitement des malades) ont lieu à la clinique de M. le docteur Castex, chargé de cours (École pratique), de trois heures à cinq heures, toute l'année, sans interruption.

Le droit à payer pour chaque série d'un mois est de 50 francs.

Seront admis : les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Un certificat d'études est délivré aux élèves.

XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Londres, du 6 au 12 août 1913 (1).

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

La section d'obstétrique et de gynécologie avait mis à l'étude un certain nombre de questions importantes.

Tout d'abord, conjointement avec les sections de pédiatrie et d'hygiène, elle traite une question très importante : **Les causes de la mort chez l'enfant durant les quatre premières semaines après la naissance.** Trois rapports sont exposés sur ce sujet. M. A. K. Chalmers (de Glascow), au moyen de recherches statistiques, prouve : 1° que les décès pendant le premier mois forment près du tiers de la mortalité totale de la première année; 2° que la moitié de ces décès du premier mois se place dans la première semaine. Pour Chalmers, les deux tiers de ces morts du premier mois sont dues à un défaut de vitalité cellulaire relevant de causes intra-utérines que l'auteur appelle « immaturité ». Ce sont, dit-il, des enfants « nés pour mourir ». Ces constatations indiquent la nécessité de la puériculture intra-utérine, des soins à donner à la mère pendant la grossesse pour préserver la vie de l'enfant. Une étude plus approfondie est nécessaire pour montrer les causes premières du mal : mariages entre individus trop jeunes ou trop âgés, rôle de l'alcoolisme et de la syphilis, conditions sociales de la mère, etc.

M. H. Koplik (de New-York) abonde dans le même sens : la mortalité du premier mois est énorme et est due à des influences prénatales. La syphilis figure pour un chiffre peu élevé dans les antécédents, mais cela peut être dû à la difficulté de son diagnostic; il discute le rôle joué dans cette mortalité par les complications obstétricales, l'alimentation, la légitimité, la position sociale. Pour lui, 60 p. 100 de cette mortalité est due à la négligence, l'ignorance, la pauvreté. La prématurité n'est pas une grande cause de mort, mais le manque de soins pour les prématurés en est une. M. Koplik réclame des hôpitaux pour prématurés. Il est indispensable de faire l'éducation des mères; un allaitement artificiel bien conduit est préférable à l'allaitement au sein mal effectué.

M. Wallich (de Paris), par une longue étude statistique, arrive aux mêmes conclusions quant à la mortalité du premier mois (32 p. 100 de la première année). Les causes purement obstétricales de mortalité du premier mois sont assez restreintes; les dangers du traumatisme obstétrical se font sentir au maximum chez les prématurés. La mortalité par infection gastro-intestinale dans le premier mois porte aussi surtout sur les prématurés. Enfin, la mortalité tient beaucoup à des causes d'ordre social et se trouve par ordre décroissant : 1° chez les illégitimes en nourrice; 2° chez les légitimes en nourrice; 3° chez les illégitimes à domicile; 4° au minimum chez les légitimes à domicile. Il faut donc avant tout dénoncer la prématuration causée par le travail des mères, les fatigues, le traumatisme sexuel, la combattre par l'assistance de la femme enceinte et les refuges ouvroirs. Pour le nourrisson il faut multiplier les crèches, gouttes de lait, et par des lois sociales éviter la séparation de la mère et de son nourrisson.

Une longue et intéressante discussion suit ces rapports. M. A. L. Mac Ilroy (de Glascow) insiste sur l'importance de la syphilis. Sur 100 cas d'une consultation il a vu la réaction de Wassermann positive dans 49 cas. Si M. Fr. Champneys (de Londres) préconise la fondation d'écoles pour les mères; il insiste sur le rôle du médecin près d'elles pour les empêcher de se séparer de leur enfant. M. Amand Routh (de Londres) demande que la déclaration des mort-nés soit obligatoire en Angleterre. M. John Byers (de Belfast) a tenté sans succès l'organisation d'une maternité avec repos pour les femmes enceintes. Mme Charlier (de Londres) insiste sur l'importance du rôle du médecin et des nurses sur l'allaitement maternel, elle préconise la fondation de clubs maternels. M. le professeur de Lee (de Chicago) et M. T. W. Eden (de Londres) plaident aussi en faveur de l'allaitement par la mère que rien ne peut remplacer. M. le professeur G. Munro Kerr (de Glascow) et miss Alice Winter pensent que la déclaration de la grossesse devrait être obligatoire et entraîner l'assistance de la mère pendant toute sa durée.

On voit qu'il ressort nettement de cette discussion : 1° cette notion nouvelle de la grande mortalité dans le premier mois après la naissance; 2° l'importance des mesures sociales pour combattre cette débilité prénatale par les mesures de protection et d'assistance de la femme enceinte, idées défendues chez nous depuis de longues années par M. le professeur Pinard.

La deuxième question d'obstétrique mise à l'étude était **le traitement des hémorragies d'origine placentaire dans les derniers mois de la grossesse**, avec deux rapporteurs, MM. les professeurs Döderlein (de Münich) et Essen-Möller (de Lund) qui s'étaient partagés la besogne, le premier traitant les hémorragies du placenta prævia, le deuxième les hémorragies accidentelles. M. Döderlein s'est livré surtout à un travail statistique considérable réunissant les observations en six tableaux : 1° dilatation artificielle par ballons; 2° tamponnement du vagin; 3° braxton hicks; 4° métrauryse; 5° césarienne abdominale; 6° césarienne vaginale. Il donne la préférence aux opérations et en particulier à la césarienne vaginale dont il a pratiqué 88 cas, et qui ne donne que 11 p. 100 de mortalité. M. le professeur Essen-Möller étudie les hémorragies accidentelles et montre que les travaux récents ont montré que dans ces cas l'hémorragie provenait souvent du muscle. Peu de cas sont liés au traumatisme, la grande majorité sont associés à l'albuminurie, ce qui suppose que leur cause est une intoxication générale de l'organisme. Il faut rapprocher ces hémorragies de l'éclampsie. Il pense que dans les cas graves où une intervention rapide s'impose il faut pratiquer la césarienne (abdominale ou vaginale). L'hystérectomie n'est de mise que si l'inertie utérine persiste après la délivrance. Il doute de l'efficacité du tamponnement tandis que la rupture prématurée des membranes semble efficace pour les cas peu graves.

Dans la discussion qui suivit, sur les hémorragies du placenta prævia, les avis sont très partagés sur la conduite à tenir. M. J. M. Munro Kerr (de Glascow) plaide en faveur de la césarienne précoce que soutient M. le professeur Recasens (de Madrid) tandis que M. le professeur Murdoch Cameron (de Glascow) n'en est pas partisan. M. P. R. Jardine (de Glascow) préconise l'emploi de pituitine que M. le professeur de Lee (de Chicago) accuse d'être un danger de rupture de l'utérus. M. E. P. Davis (de Philadelphie), partisan de la césarienne, l'a faite 14 fois dans ces cas sans décès ni de la mère ni de l'enfant. M. le professeur Paul Bar (de Paris) et d'autres orateurs montrent que dans certains cas le shock opératoire de la césarienne peut aggraver l'état de la malade.

Dans la discussion sur le traitement des hémorragies accidentelles, sir J. Byers (de Belfast), M. le professeur Jardine (de Glascow), M. E. Hastings Tweedy (de Dublin) montrent les bons résultats obtenus par eux, contrairement au rapporteur, au moyen du tamponnement, les deux premiers y ont joint le sérum artificiel et l'extrait de glande pituitaire.

En gynécologie, la première question discutée était **le traitement opératoire du cancer de l'utérus (corps et col),**

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 92, p. 1463; n° 96, p. 1511; n° 99, p. 1562; n° 102, p. 1610; n° 103, p. 1619; n° 105, p. 1648 et n° 107, p. 1671.

technique et résultats. Le rapport est fait par M. le professeur WERTHEIM (de Vienne) remplacé par son assistant, M. W. Weibel. Il énumère un certain nombre de modifications récentes de sa technique : le tamponnement préopératoire du vagin avec de la gaze imbibée d'une solution de nitrate d'argent à 5 p. 100; la péritonisation doit être complète, et si un uretère a dû être sacrifié et que son implantation dans la vessie (ou parfois le vagin ou le rectum) soit impossible, l'excision du rein est la meilleure conduite à tenir. Il n'a pas eu de sphacèle de l'uretère dans ses 214 derniers cas. Sur 714 cas la mortalité est de 16,6 p. 100; 186 sont sans récidives après cinq ans bien que 14 aient eu déjà des adénopathies au moment de l'opération. Ces cures représentent 53 p. 100 des malades qui ont survécu à l'opération et à ses suites. L'opérabilité des cas observés dépasse un peu 50 p. 100.

M. le professeur DE OTT (de Saint-Pétersbourg) propose les conclusions suivantes :

1° Pour l'opération du cancer de l'utérus, la voie abdominale, avec ablation des ganglions lymphatiques, ne doit être pratiquée que dans des cas limités, car les résultats obtenus ne justifient aucunement le risque du danger immédiat.

2° L'opération de choix doit être la méthode vaginale (pour ainsi dire « élargie »); les résultats acquis ne sont nullement inférieurs à ceux de la méthode abdominale; en même temps le risque de l'issue mortelle et de lésions des organes voisins est infiniment moindre.

3° Les opérations risquées dans les cas évidemment désespérés, qui ne servent qu'à l'augmentation du pourcentage opératoire, doivent être complètement abandonnées; exposer les malades à un risque déraisonnable ne peut être que condamné au point de vue humanitaire.

M. le professeur PROUST (de Paris) préconise la ligature prémonitoire des artères iliaques internes situées en dehors des uretères, aussi près que possible de l'iliaque primitive. M. F. J. MAC CANN (de Londres) a employé le nitrate d'argent pour le vagin depuis quatre années. Il ne pratique pas de curettage préliminaire et cependant n'a pas eu un seul cas d'infection de la paroi. Sur 63 cas de cancer du col il n'a eu que 3 morts, et 28 cas de cancer du corps avec 1 mort. M. Comyns BERKELEY (de Londres) opère des cas plus avancés que les orateurs précédents. Avec M. Bonney, l'opérabilité des cas qu'il a vus s'élève à 6,3 p. 100 et la mortalité à 22,5. Chez 33 p. 100 de leurs opérés ils ont trouvé des adénopathies. M. le professeur J.-L. FAURE (de Paris) a des cas opérés depuis dix-sept ans et certains cas guéris depuis dix, onze, quatorze ans. Sur 24 malades de la ville, 2 sont mortes de l'opération, 5 de récidive, 17 sont guéries depuis vingt mois à six ans et demi. Il vante l'action puissante du radium sur le cancer utérin après l'opération. Son emploi avant l'opération fait perdre du temps et rend l'acte opératoire plus difficile. M. R. L. DICKINSON (de New-York) est le seul avec M. de Ott à préconiser l'hystérectomie vaginale pour le cancer utérin. Somme toute, résultats très favorables à l'hystérectomie abdominale élargie telle que la préconise Wertheim.

La deuxième question à traiter, conjointement avec la section de radiologie, était l'**emploi thérapeutique des rayons X et du radium en gynécologie**, avec deux rapporteurs, MM. ALBERS-SCHÖNBERG (de Hambourg) et FOVEAU DE COURMELLES (de Paris).

M. Albers-Schönberg rapporte les cas qu'il a eu à traiter par les rayons X : 46 cas de fibrome, 26 de cancer, 35 d'utérus fibreux, quelques troubles menstruels et des cas de prurit vulvaire. Les rayons exercent une influence stérilisante certaine sur les glandes génitales mâle ou femelle, mais cette action n'est pas la seule sur les fibromes, il faut y joindre une action directe sur le tissu myomateux. Peu de fibromes disparaissent par le traitement, beaucoup voient leurs symptômes s'améliorer. On arrive à guérir quelques cas favorables, mais d'autres restent rebelles au traitement. Les indications du traitement ne semblent pas encore bien définies. Pour lui, les indications pour l'emploi des rayons X en gynécologie sont : 1° l'établissement de la ménopause artificielle; 2° la cure des hémorragies après la ménopause; 3° la guérison de tous les troubles menstruels à tout âge, sans stérilisation si possible. L'emploi de doses très faibles est indispensable.

M. Foveau de Courmelles est convaincu de la grande utilité des rayons X dans les fibromes. Dans tous les cas les hémorragies et douleurs cessent rapidement, surtout aux environs de la ménopause. Quelques cas, après une amélioration passagère, ne profitent plus du traitement. Il ne faut pas appliquer les rayons X aux polypes ni aux tumeurs malignes. Quant au radium, son action sur le cancer utérin est excellente. Sur 100 cas de cancer inopérable, 70 sont améliorés depuis un à quatre ans, la mobilité de l'utérus a augmenté; la leucorrhée, les hémorragies ont diminué. Il emploie 1 à 5 centigrammes de radium dans le col pendant six à vingt-quatre heures.

M. P. KRŒMER (de Greifswald) est très satisfait de l'emploi du mésothorium dans les tumeurs malignes. M. DÖDERLEIN (de Münich), par des projections en couleur, montre les résultats excellents qu'il a obtenus par l'emploi du radium et du mésothorium. M. JACOBS (de Bruxelles) préfère le traitement par le radium à l'opération. Il emploie des doses massives. Il rapporte des observations de guérison maintenue déjà depuis trois ans et trois ans et demi. MM. CHÉRON et RUBENS-DUVAL (de Paris) apportent une statistique de 100 cas de cancers utérins traités par le radium à dose massive — avec des guérisons de trois et quatre ans — certains utérus extirpés après le traitement ont montré l'absence de tout tissu néoplasique. M. Walter TATE (de Londres) a employé le radium pour les récidives postopératoires mais sans succès. M. le professeur W. NAGEL (de Berlin) n'a encore vu aucun résultat bien net de l'emploi des rayons X pour les fibromes. M. H. R. SPENCER (de Londres) considère le traitement des fibromes par les rayons X comme dangereux, outre la stérilisation leur action pourrait entraîner la dégénérescence maligne des myomes. M. JAUGEAS (de Paris) a obtenu au contraire de bons résultats de ce traitement. Les rayons X amènent rapidement surtout chez des femmes après quarante ans la ménopause, et de plus ont une action directe sur le tissu du myome. M. CHÉRON (de Paris) obtient de très bons résultats (hémostase, régression de la tumeur), dans le traitement des fibromes utérins par le radium intra-utérin à doses massives. M. LAQUERRIÈRE (de Paris) a eu de bons résultats dans certaines formes de métrite, mais si dans le fibrome l'action hémostatique est certaine, il n'a pas vu de modification du volume de la tumeur.

De cette discussion un peu confuse semblent se dégager deux notions : 1° l'excellence des résultats obtenus avec le radium dans certains cas de cancer inopérables ou récidivés de l'utérus; 2° l'incertitude des résultats obtenus avec les rayons X et le radium dans le traitement des fibromes utérins.

Quelques mots seulement sur les communications libres de cette section :

MM. Fr. FRANK (de Cologne) et Munro KERR préconisent la **symphyséotomie sous-cutanée**. M. le professeur DAVIS pratique la **néphrotomie dans les cas de pyélite** de la grossesse résistant au traitement médical, méthode supérieure à l'accouchement provoqué. M. le professeur FABRE (de Lyon) a étudié au moyen de l'**hystérographie externe** les contractions utérines pendant la grossesse et l'accouchement, il montre la valeur des différents médicaments sur ces contractions utérines. M. le professeur P. NUBIOLA (de Bellido) rapporte les résultats de l'**étude électro-cardiographique du cœur** chez la femme enceinte. M. P. J. O. POLAK (de New-York) fait une importante communication sur le **traitement**

de l'intérieur de l'utérus dans l'infection après l'avortement et l'accouchement qui est le procès du curettage. Chiffres en main l'auteur montre ses méfaits et vante la technique suivante : 1° un drainage effectif; 2° la stimulation de la contraction utérine; 3° la préservation du tissu protecteur de granulation dans l'utérus. M. H. ROULLAND (de Paris) est un partisan convaincu du curettage et du nettoyage complet de la cavité utérine dans la **thérapeutique de l'avortement**. A l'appui de la technique qu'il préconise, il apporte la statistique du service du docteur Doléris à la maternité de Saint-Antoine. Sur 594 avortements, il est intervenu 503 fois, avec une mortalité de 4,7 p. 100. M. O. TUSZKAI (de Budapest) traite des **indications de l'accouchement provoqué dans les vomissements incoercibles et les affections cardiaques.**

En gynécologie, nous relevons le travail de M. J. Riddle GOFFÉ sur la **fonction biochimique de l'endomètre dans les ménorragies et métrorragies.** En dehors de toute lésion locale ces hémorragies sont dues à une déficience du pouvoir coagulateur dans l'endomètre, et il faut les traiter par les extraits d'ovaire et de thyroïde. M. P. RECASENS parle de **l'action de l'extrait d'ovaire sur certaines formes de fibromes.** Mlle Marie LOYEZ fait une étude sur les **follicules atrésiques et la formation des kystes de l'ovaire.** Elle montre que beaucoup de kystes de l'ovaire n'ont pas pour origine des follicules atrésiques et sont des néoplasmes. M. le professeur POZZI (de Paris) décrit l'opération de **stomatoplastie du col utérin** qu'il préconise dans les cas de stérilité consécutifs à des métrites cervicales atrésiques. M. le professeur BEUTTNER (de Genève) décrit une **opération économique** qui permet d'enlever l'appendice, une trompe avec la corne utérine, tout en conservant l'ovaire et la menstruation. M. Munro KERR (de Glascow) indique les diverses opérations que l'on peut pratiquer dans le **traitement des malformations de l'utérus et du vagin.**

SECTION DE RADIOLOGIE

La section de radiologie avait mis à l'étude quatre sujets dont deux communs avec les sections d'orthopédie et de gynécologie. Nous les avons déjà indiqués. Le troisième était la **Radiographie de l'estomac et de l'intestin** avec MM G. HOLZKNECHT (de Vienne) et Charles Lester LEONARD (de Philadelphie) comme rapporteurs. Ceux-ci étant absents, leur travail est résumé par MM. A. Kohler et Pancoast. M. Holzknecht expose qu'il a l'habitude de pratiquer l'examen à l'écran de la motilité de l'estomac avant d'interroger le malade sur les fonctions de l'estomac, on peut mettre ainsi en lumière les principaux symptômes. Il considère l'ulcère duodénal comme la cause principale des troubles stomacaux. Comme technique il préconise l'emploi du double repas de Handek. Il passe ensuite en revue toutes les affections stomacales et intestinales. Le travail de Pancoast forme un travail énorme impossible à analyser et donnant non seulement la technique de l'auteur mais l'analyse de tous les travaux parus sur la question. Dans la discussion qui suit, M. A. C. JORDAN (de Londres) indique la nécessité d'examiner chaque malade couché et debout, et de suivre le repas dans toute sa traversée du tube digestif. M. A. H. PIRIÉ (de Montréal), par des projections cinématographiques, montre la **forme et les mouvements de l'estomac normal.** La forme de l'estomac est absolument variable et dépend de son contenu, seule la ligne cardio-pylorique présente une forme et une direction constante. M. L. Gregory COLE (de New-York) lit une importante communication sur le **diagnostic de l'ulcère postpylorique (duodénal) au moyen de radiographies en série.** Cette méthode permet de mettre en évidence la présence constante sur toutes les épreuves de fissures en coup d'ongle sur la face duodénale du pylore, éraillure remplie de bismuth, ou de dépressions en cratères, ou encore de cicatrices, d'adhérences; la grosse difficulté du diagnostic réside avec les lésions des voies biliaires. Il est nécessaire de faire de trente à quarante radiographies en série.

M. CASE (de Michigan), dans un travail très intéressant, étudie le **péristaltisme et antipéristaltisme intestinal surtout au point de vue de la fonction de la valvule iléo-cæcale.** Il a examiné aux rayons X nombre de sujets pendant un temps qui a atteint parfois huit heures de suite. Il a pu suivre ainsi les mouvements de tout l'intestin. Il a pu voir que les contractions du gros intestin semblent provoquées par l'arrivée des aliments dans l'estomac. Il a étudié aussi la valvule iléo-cæcale avec des lavements de bismuth. Normalement elle est suffisante et son insuffisance peut entraîner des troubles sérieux et, d'après lui, la formation du repli du grêle décrit par M. A. Lane.

La dernière question étudiée par la section était la **radiographie du thorax** avec M. le professeur K. WENCKENBACH (de Strasbourg) comme rapporteur. Après avoir brièvement indiqué sa technique, l'auteur donne des vues de l'aspect normal du poumon, puis des différentes affections thoraciques, dont le diagnostic peut être fait par la radiographie. Nous ne pouvons résumer une telle description qui n'a de valeur que par les épreuves qui l'accompagnent.

Quelques communications libres méritent d'être signalées : MM. BÉCLÈRE et H. BÉCLÈRE (de Paris) montrent les excellents résultats obtenus par les **rayons X dans le traitement des leucémies**; dès la fin du premier ou deuxième mois, une grande amélioration peut être notée dans la composition du sang. MM. BELOT (de Paris) et Cecil R. C. LYSTER (de Londres) préconisent le **traitement du goitre exophtalmique par les rayons X.** Pour M. Belot c'est le meilleur et le moins dangereux des traitements de ce syndrome. Il indique sa technique de façon précise et associe toujours ce traitement à l'électrothérapie. MM. WICKAM et DEGRAIS (de Paris) indiquent les bons résultats que l'on peut tirer de l'**emploi des rayons X dans le traitement des tumeurs malignes,** M. G. E. PFAHLER (de Philadelphie), **le traitement des récidives du cancer du sein par les rayons X,** qu'ils associent avec l'emploi d'extrait de corps thyroïde.

M. C. Thurstan HOLLAND (de Liverpool) apporte sa **statistique sur l'examen des calculs des voies urinaires.** Elle porte sur 1 707 cas, avec la découverte de 402 calculs. Il y eut seulement 12 cas d'erreur dont 4 par mauvaise interprétation de la plaque. L'auteur pense que les calculs uriques, que ne peuvent déceler les rayons, sont une exception dans les lithiases chirurgicales. MM. POTOCKI, DELHERM et LAQUERRIÈRE (de Paris) ont réussi à obtenir de belles épreuves de **radiographie du fœtus in utero.** Ils en exposent la technique assez délicate, et montrent des radiographies de fœtus à terme et jusqu'à cinq mois et même quatre mois et demi.

SECTION D'UROLOGIE

La section d'urologie avait mis à l'étude trois questions dont l'une, le **traitement de la tuberculose rénale au début,** a déjà été examinée à la section de chirurgie. La deuxième question, le **diagnostic et le traitement précoce des tumeurs malignes de la prostate,** avait pour rapporteurs, MM. les professeurs KÜMMEL (de Hambourg) et Hugh YOUNG (de Baltimore). M. Kümmel donne une histoire complète de l'affection, sa fréquence par rapport au cancer en général, aux autres affections de la prostate. Il montre que la maladie affecte deux formes cliniques bien différentes selon qu'elle est hypertrophique ou non. Dans le premier cas, les symptômes sont les mêmes que dans l'hypertrophie sénile. Dans le deuxième cas, on a, comme signes précoces de la fréquence des mictions avec difficulté et faiblesse d'émission; l'hématurie est rare. Les symptômes peuvent faire défaut jusqu'à l'apparition de métastases et l'inopérabilité. C'est l'examen

local qui permet de faire le diagnostic avec l'adénome, c'est une question de pratique. Le seul traitement est l'extirpation. Les statistiques montrent quelques cas authentiques de guérison, dont l'un avec durée de neuf années. M. Hugh H. Young étudie en détail 12 cas précoces de carcinome. Les symptômes du début ne diffèrent pas de ceux de l'hypertrophie bénigne. La douleur et l'hématurie sont les symptômes du début. Le diagnostic se fonde sur l'existence d'une induration marquée, plutôt un petit nodule qu'un lobule, ou qu'un lobe entier ou que la prostate entière, accompagnée d'infiltration sous le trigone. Le carcinome est accompagné d'hypertrophie bénigne dans 50 p. 100 des cas, le néoplasme étant distinct et occupant la portion postérieure sous la capsule dans presque tous les cas.

L'opération radicale doit comprendre toute la prostate, une partie de la vessie avec la plus grande partie de trigone, et les deux vésicules séminales (opération de l'auteur). Le rapport relate 10 cas, avec trois guérisons radicales (un et cinq ans) de petits nodules cancéreux, complètement enlevés par des opérations moins radicales, et 46 carcinomes étendus opérés par la prostatectomie périnéale conservatrice, avec 65 p. 100 de soulagement permanent de l'obstruction et 2 décès seulement.

Dans la discussion qui suit, M. le professeur Gayet (de Lyon) décrit sa technique personnelle d'extirpation du cancer de la prostate avec une incision antérectale en fer à cheval. Il persiste souvent un rétrécissement et parfois une fistule périnéale. M. J. Swift Joly (de Londres) a opéré 4 cas par la méthode de M. Young, sans avoir eu d'incontinence, trois des malades sont morts assez vite, le dernier est vivant deux ans et demi après l'opération.

M. le professeur T. Rovsing (de Copenhague) a modifié la technique de M. Young, au lieu de chercher à rétablir la miction par l'urètre, il établit d'abord un drainage sus-pubien permanent. M. H. Wildbolz (de Berne) décrit aussi une modification à la technique de M. Young pour éviter l'incontinence. Sur ses 8 opérés, 6 sont continents. MM. H. Schuller (de Vienne), F. Weiss (de Budapest) insistent sur la difficulté du diagnostic au début de l'affection. M. O. Pasteau (de Paris) croit que l'exérèse totale du cancer de la prostate est très aléatoire. Il préfère le traitement au radium, soit par incision, soit par les voies naturelles. Il a traité ainsi quinze malades avec de bons résultats. Un malade est guéri depuis plus de trois ans.

Le troisième sujet étudié était le **diagnostic et traitement des infections d'origine sanguine de l'arbre urinaire** avec deux rapporteurs, MM. les professeurs E. Brewer (de New-York) et Rovsing (de Copenhague).

M. Brewer montre d'abord pourquoi l'affection est diagnostiquée tardivement ou méconnue, c'est parce qu'on croit que ces infections ne surviennent que dans les grandes septicémies ou pyohémies, alors qu'elles sont aussi bien occasionnées par des lésions banales comme un furoncle, une angine. Il faut distinguer trois types cliniques. 1° La forme fulminante avec frisson, température très élevée (39°5, 40 degrés), pouls à 120 et plus, symptômes de toxémie intense. Un des flancs est douloureux et rigide. L'urine est souvent claire ou avec des traces de pus, mais par centrifugation on obtient un culot purulent. Le rein malade ne sécrète plus en effet et l'urine recueillie est presque exclusivement celle du rein sain. La mort est rapide et presque fatale si on ne fait pas une néphrectomie. Sur 16 cas observés M. Brewer en a traité 6 médicalement et tous sont morts, il a fait dix fois la néphrectomie précoce et les malades ont guéri. 2° La forme intermédiaire, la plus commune, avec les mêmes symptômes que dans la forme précédente mais moins intenses et sans tendance à s'accroître. L'intoxication est moins profonde, la température à 38°8, 39°7. L'urine est encore d'aspect presque normal. Dans ces cas, le meilleur traitement est la décapsulation du rein qui donne de meilleurs résultats que la néphrotomie. Sur 20 cas ainsi traités, il n'y eut pas de mort, mais on fut trois fois obligé de faire une néphrotomie secondaire. 3° Pour le troisième type, ou forme bénigne, appelée souvent à tort idiopathique, le traitement se résume en trois mots : repos, eau et urotrophie.

M. le professeur Rovsing établit d'abord que contrairement à l'opinion soutenue par Guyon et son école les infections urinaires ascendantes sont très rares, elles sont presque toutes d'origine sanguine. Mais leur diagnostic n'est possible que lorsque aucun instrument n'a forcé le sphincter urétral ou lorsque celui-ci a toujours pu fonctionner normalement.

Toutes les infections peuvent occasionner une lésion urinaire, mais il y en a deux grandes classes. 1° L'infection colibacillaire avec un début brusque et des symptômes très graves. Parfois il y a hématurie, puis urines troubles, contenant des bactéries, du pus, des globules sanguins. Dans ces cas, il n'y a jamais de cylindres, et M. Rovsing s'élève contre la légende de la nécessité de cylindres dans l'urine pour porter le diagnostic de néphrite. Une des affections qui causent ces coli-néphrites est l'appendicite. Le diagnostic est alors très difficile, la crise d'appendicite simulant les symptômes de la pyélonéphrite. 2° L'infection à coccipyogène comprenant les cas moins aigus, dans lesquels on trouve des cylindres, de l'albuminurie, et qui surviennent dans les angines, ostéomyélites, etc.

Quand il n'y a pas de complications (présence de calcul, d'hydronéphrose, de grossesse, etc.), ces infections colibacillaires ne réclament pas le traitement chirurgical, l'auteur en vient à bout par l'ingestion de grandes doses d'eau distillée (3 à 4 litres par jour), 1 à 4 grammes de salol par jour, et l'établissement du cathétérisme à demeure. Quelques cas seulement résistent à ce traitement et on observe des rechutes, l'intervention montre alors la présence d'abcès miliaires et conduit à la néphrectomie totale ou partielle. L'auteur vante pour ces cas l'emploi des vaccins de Wright qui lui ont donné des résultats très beaux. C'est ce traitement qui donne aussi les meilleurs résultats dans les formes subaiguës ou chroniques dues aux microbes pyogènes.

M. Frank Kidd (de Londres) pense aussi que les interventions sont rarement indiquées et que le repos au lit, les diurétiques, l'urotropine et au besoin le lavage du bassinet suffisent. Les vaccins ne lui ont rien donné.

M. J. Cunningham (de Boston) juge la néphrectomie indispensable dans les formes aiguës suppurées, le traitement médical suffit dans les autres. M. G. Berg (de Francfort) a observé l'association de la néphrite aiguë avec l'appendicite décrite par M. Rovsing. M. R. Picker (de Budapest) pense que les cas qui ne guérissent pas sont ceux où il y a un obstacle à l'évacuation du bassinet.

Somme toute aucune conclusion ne peut être tirée de cette discussion au sujet du traitement qui reste discuté, la seule opinion générale est la fréquence et l'importance de ces infections d'origine sanguine.

Les communications libres montrent de façon éclatante le grand intérêt que les urologistes attachent à l'emploi des méthodes nouvelles d'exploration et en particulier de la radiographie.

M. le professeur Posner (de Berlin) étudie les **sédiments urinaires au moyen de la microphotographie.** M. le professeur Wahby (du Caire) montre des spécimens de l'**anatomie des vaisseaux du rein** obtenus par injection et corrosion.

M. Desmoulins (de Paris) étudie la recherche des **calculs des voies urinaires par la radiographie**, on les trouve en deux zones, zone rénale et uretérale supérieure, zone pelvienne, bien distinctes pour la technique radiographique de leur recherche. M. Mosenthal (de Berlin) fait une communi-

cation sur le même sujet. Nous avons vu plus haut à la section de radiologie une autre communication de M. C. T. Holland traitant la même question.

M. J. W. Thomson Walker (deLondres) montre les bénéfices que l'on peut tirer pour le diagnostic des hydronéphroses, compressions uretérales, etc., de l'**emploi de la pyélographie** après injection de collargol dans le bassinet. Passant à l'**examen de la vessie**, nous voyons M. D. Newman (de Glascow) montrer des planches reproduisant l'aspect cystoscopique de l'orifice uretéral au début de la tuberculose rénale et l'aspect de la tuberculose vésicale au début. M. O. Pasteau (de Paris) montre de même l'aspect cystoscopique des diverticules vésicaux.

M. Joly lit un travail sur les **diverticules congénitaux de la vessie**. Il pense qu'il s'agit de dilatation d'uretères surnuméraires incomplets. Le traitement est l'extirpation. M. R. Kütner (de Berlin) traite les **tumeurs de la vessie par une combinaison des courants de haute fréquence et le galvanocautère**. La tumeur est détruite par les courants de haute fréquence et pour éviter les hémorragies, l'infection, quelques jours après les masses nécrosées sont enlevées à l'anse électrique.

M. O. Pasteau (de Paris) critique cette technique, le premier temps d'électro-coagulation lui semble inutile et dangereux. L'ablation endo-vésicale de la tumeur par cautérisation simple lui semble excellente et sans danger, mais elle n'est pas toujours possible. M. G. Nicolich (de Trieste) rapporte 2 cas de **cystectomie partielle** pour tumeur vésicale avec bons résultats. M. D. Picker montre par une série de projections l'**anatomie des vésicules séminales et des déférents** après injection de bismuth. Il déduit de son étude que le meilleur mode de traitement des spermatocystites est le massage digital. M. G. Luys (de Paris) montre l'utilité du **cathétérisme des conduits éjaculateurs** dans le cas d'éjaculations douloureuses. M. Hugo Schüller (de Vienne) montre une série d'instruments pour l'**application du radium par voie urétrale**. MM. Rochet et Thévenot (de Lyon) démontrent l'**impossibilité de l'hypertrophie de la prostate chez les rétrécis**. La présence du rétrécissement et de la sclérose qui l'entoure empêche le développement de l'adénome, si la glande n'a pas été détruite par la suppuration. M. J. A. Pires de Lima (de Porto) lit une intéressante étude sur les **fistules juxta-urétrales congénitales**.

SECTION D'ANESTHÉSIE

La section d'anesthésie avait mis à l'étude une quinzaine de questions qui furent très discutées, chaque auteur préconisant un appareil ou une technique différente. Nous ne pouvons ici que les énumérer rapidement.

C'est M. Tuffier (de Paris) qui fait le rapport sur les **méthodes modernes d'anesthésie spinale**. MM. L. Mac Gavin (de Londres), C. A. Leedham Green (de Birmingham), Tyrrel Gray (de Londres) parlent en faveur de la méthode, la ponction haute préconisée par Jonnesco est rejetée comme dangereuse, l'adrénaline semble aussi dangereuse à certains, tous les auteurs sont d'avis que l'injection basse depuis l'emploi de la novocaïne est devenue dangereuse.

M. Le Filliatre (de Paris) continue pourtant à se servir de cocaïne.

M. W. S. Dickie (de Middlesbrough) a vu des cas de shock grave après l'injection intrarachidienne de stovaïne.

MM. les professeurs Heinrich Braun (de Zwickau) et Leedham Green font des rapports sur l'**anesthésie locale et régionale** qui constituent une technique complète des différentes méthodes. Braun indique que l'adjonction de traces d'acide dans le sérum artificiel rend les solutions d'anesthésique et d'adrénaline stables à la stérilisation. M. J. D. Mortimer (de Londres) insiste sur l'impossibilité d'appliquer l'anesthésie locale chez les nerveux où elle entraîne un shock considérable.

M. R. H. Ferguson (de New-Jersey) décrit la **méthode d'anesthésie par l'éther à l'air libre**. Il décrit le masque spécial qu'il préconise pour l'emploi de l'éther au goutte à goutte. Il s'ensuit une discussion confuse, chaque orateur préconisant un appareil différent.

L'éthérisation rectale est décrite par M. J. H. Cunningham (de Boston) qui emploie un appareil spécial à air comprimé pour la pénétration de l'éther. Il n'a jamais eu d'accidents sérieux avec cette méthode. M. Dudley W. Buxton (de Londres) décrit une instrumentation différente qu'il emploie. MM. C. Arnd (de Berne) et A. L. Flemmidg (de Bristol) ont employé l'éther dissous dans un sérum en injection dans le côlon.

C'est M. le professeur L. Burkhardt (de Nuremberg) qui fait le rapport sur l'**injection intraveineuse d'éther**. Il apporte une statistique de 600 cas. Les accidents sont exceptionnels ; il faut éviter son emploi chez les personnes ayant un rein déjà touché ou une pression sanguine élevée. M. le professeur Kümmel qui a une grande expérience de la méthode parle en sa faveur. Elle donne d'excellents résultats si on sait choisir ses indications.

M. Z. Mennell (de Londres) parle de l'**injection intraveineuse d'hédonal**, très employée en Angleterre. Il se sert de l'appareil de M. Page. Les doses doivent être limitées avec soin, car on ne possède aucun signe directeur du degré d'anesthésie. Le danger est l'asphyxie. La méthode est contre-indiquée dans le cas de tension sanguine élevée. C'est la méthode de choix pour les opérations intracraniennes, le cou, la partie supérieure de l'abdomen.

M. le professeur S. J. Meltzer (N.-Y.) décrit sa technique bien connue d'**insufflation intratrachéale** pour les opérations intrathoraciques. M. C. A. Elsberg (N.-Y.) approuve pleinement sa technique. MM. H. E. Boyle (de Londres), R. E. Kelly (de Liverpool), F. E. Shipway (de Londres), Nagle (de Montréal) décrivent l'instrumentation spéciale de Janeway et vantent son excellent fonctionnement. M. D. W. Buxton fait une démonstration de l'appareil de Janeway et de celui d'Ehrenfried.

M. J. Flint (de New-Haven) remplacé par M. Page (de Londres) décrit l'**anesthésie par voie nasale** avec des tubes et un appareil comme celui de Crile ou de Vernon Harcourt.

M. Karl Gauss (de Fribourg) expose les **méthodes d'anesthésie par les alcaloïdes**, en particulier sa méthode bien connue d'anesthésie par la scopolamine-morphine dans les accouchements. M. P. L. Giuseppe (de Felixstowe) n'a qu'à se vanter de la méthode. M. W. J. Mac Cardie (de Birmingham) la croit au contraire dangereuse et préfère l'emploi du pantopon.

M. C. K. Teter (de Cleveland) parle de l'**emploi du protoxyde d'azote en grande chirurgie**. L'avantage de cet anesthésique est de ne léser en rien le système nerveux mais son emploi est méticuleux, et il faut une grande attention pour éviter l'asphyxie. MM. W. Guy (d'Edimbourg), J. Stuart Ross (d'Edimbourg) emploient cet anesthésique en l'associant à l'oxygène.

Sur les **méthodes dosimétriques d'administration du chloroforme**, deux rapports de MM. Dudley W. Buxton (de Londres) et E. H. Embley (de Melbourne) montrent que les dangers de la chloroformisation résident : 1° dans un pourcentage trop élevé d'anesthésique ; 2° une ventilation trop grande qui permet l'épuisement du centre respiratoire. L'emploi d'un appareil dosant le chloroforme et l'entrée de l'air fait disparaître ces dangers. M. A. D. Waller (de Londres), Paul

REYNIER (de Paris) présentent leurs appareils à chloroformisation.

M. G. W. CRILE (de Cleveland) expose ses théories sur le shock et le moyen de l'éviter par l' « **anoci-association** ». Rappelons que pour M. Crile le malade étant anesthésié à l'éther par exemple et ayant perdu la conscience, cependant la conduction n'est pas détruite dans les nerfs périphériques et l'excitation de l'opération amène des lésions des cellules nerveuses. En même temps que l'anesthésie générale au protoxyde d'azote, il faut « bloquer » les nerfs périphériques par une anesthésie locale. Crile décrit la technique pour opérer sur les membres et dans l'abdomen. MM. Warren LOW (de Londres), Tyrrell GRAY, FLEMMING, DUDLEY BUXTON, critiquent la théorie de Crile, et sa méthode. Le protoxyde d'azote ne donne pas la résolution musculaire. La méthode est extrêmement coûteuse et pas pratique.

M. le professeur YANDELL HENDERSON (de Yale) expose la théorie de l'**acapnée**. Le shock n'est pas dû à un surmenage des centres vaso-moteurs. Mais l'anesthésie entraîne une hypersécrétion des surrénales et une trop grande activité respiratoire par suite de la peur, de la douleur, de l'irritation des nerfs périphériques. Cette excessive respiration abaisse la tension de l'acide carbonique dans le sang, excitant naturel du centre respiratoire. MM. Tyrrell GREY, Leonard PARSONS discutent cette théorie et pensent que le shock est dû à un défaut de fonctionnement du centre vaso-moteur et que son meilleur médicament est la strychnine.

M. William HUNTER (de Londres) résume les notions connues sur les **toxémies postanesthésiques** (delayed poisoning-acidosis). Il pense que l'on peut éviter ces accidents par un examen de l'état des fonctions hépatiques avant d'opérer. MM. L. GUTHRIE et W. FREW (de Londres) ne pensent pas que ces accidents soient toujours évitables en particulier chez les enfants. Enfin M. J. F. W. SILK (de Londres) indique la **sélection appropriée à chaque cas des différentes méthodes d'anesthésie.**

SECTION D'OPHTALMOLOGIE

Dans la section d'ophtalmologie quatre questions sont mises à l'étude. C'est tout d'abord la **pathogénie des inflammations du tractus uvéal, exception faite de la syphilis, la tuberculose et les lésions sympathiques** avec MM. les professeurs FUCHS (de Vienne) et SCHWEINITZ (de Philadelphie) comme rapporteurs. Ils concluent à l'origine infectieuse de ces inflammations, la plupart dues non aux microbes mais à leurs toxines; les formes dites rhumatismales ou par autointoxication sont dues à des infections cachées (bouche, pharynx, sinus, utérus, peau, intestin, etc.). Certains orateurs, comme MM. le professeur AXENFELD (de Fribourg), E. FRANKE (d'Hambourg) insistent sur l'impossibilité d'exclure cliniquement la tuberculose dans certains cas. La deuxième question était les **opérations pour glaucomes, et spécialement les résultats comparatifs de l'iridectomie et des opérations récentes qu'on lui a substituées**, avec MM. les professeurs Priestley SMITH (de Birmingham), LAGRANGE (de Bordeaux), le lieutenant-colonel R.-H. ELLIOT comme rapporteurs. Bien que ne méconnaissant pas les services rendus par l'iridectomie, les rapporteurs sont d'accord pour proclamer la supériorité des différentes sclérotomies et sclérectomies. La première opération due à Lagrange a donné de bons résultats à son auteur dans 137 cas, et au lieutenant-colonel Elliot dans 900 cas. Une discussion à laquelle prennent part 28 orateurs confirme ces conclusions et met en lumière la valeur des différentes méthodes de ponctions de la sclérotique, de sclérectomies avec des lambeaux variés, de lymphangioplasties. La troisième question, les **affections des yeux produites par une exposition exagérée à la lumière**, avec MM. Carl V. HESS (de Münich) et J. H. PARSONS (de Londres) comme rapporteurs. Ces affections allant depuis les irritations passagères que Parsons appelle les « photophtalmies » jusqu'à la cataracte des souffleurs de verre et la cécité due au séjour sur la neige semblent dues à l'action nocive des radiations courtes de la lumière, aux rayons ultraviolets. La dernière question, les **critères de la vision pour les marins**, est exposée par M. GROSSMANN qui propose des mesures internationales pour apprécier le degré de vision des couleurs et de la lumière. La motion est renvoyée à un comité international.

Parmi les nombreuses communications faites à la section nous relevons un travail de M. le professeur DE LAPERSONNE (de Paris) sur les **kystes dermoïdes de la région fronto-orbitaire** qui évoluent soit vers la région frontale, soit vers l'orbite. Il insiste sur l'importance de l'examen radiologique pour les distinguer des sinusites. M. MAGITOT (de Paris) expose sa **technique de la cure du leucome** par ablation suivie de greffe de lambeau de cornée saine. Il montre les bons résultats qu'il a pu obtenir dans quatre cas. MM. MAGITOT et J. MAWAS (de Paris), un travail sur le **rôle des cellules des vitrés dans la formation chez l'homme du liquide de la chambre antérieure.**

Deux communications importantes de MM. V. MORAX (de Paris) et A. VON SZILY (de Fribourg) sur l'**anaphylaxie et ses rapports avec l'ophtalmologie**, et il s'ensuit une longue discussion sur la nature des affections de la cornée, de l'iris, de la choroïde que peuvent entraîner les injections de sérum.

SECTION DE RHINOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Dans la section de rhinologie et laryngologie six questions ont été mises à l'étude. La première, les **récentes méthodes endoscopiques appliquées au larynx, à la trachée, aux bronches, à l'estomac**, est l'objet d'un rapport de MM. CHEVALIER JACKSON (de Pittsburg) et G. KILIAN (de Berlin). Ce dernier montre qu'outre les applications chirurgicales la méthode a des applications médicales comme la cure de l'asthme par les pulvérisations intrabronchiques d'adrénaline et cocaïne. Quinze orateurs présentent ensuite des observations et instrumentations variées pour l'endoscopie.

M. A. CASTEX (de Paris) fait un rapport sur les **méthodes et les résultats du traitement des affections de la gorge, du nez, de l'oreille, par le salvarsan et autres composés arsenicaux.** Il pense que les médicaments sont sans utilité et dangereux dans les affections de l'oreille où ils peuvent entraîner la surdité. Leur emploi semble utile au contraire dans les affections du nez, pharynx et larynx. Ce rapport est suivi d'une discussion où les opinions les plus opposées sont exprimées et d'où aucune conclusion ne peut être tirée.

M. le professeur BURGER (d'Amsterdam) et M. J. L. GOODALE (de Boston) exposent les **indications et la valeur relative de la tonsillotomie et de la tonsillectomie.** Ici encore une grande diversité d'opinions se révèle parmi les congressistes, les uns avec Burger ne pratiquent l'extirpation complète de l'amygdale que dans des cas exceptionnels, au contraire les Anglais et les Américains plaident en faveur de celle-ci contre l'ablation partielle au moyen des classiques guillotines.

Le **traitement des affections du nez et de la gorge par les inoculations thérapeutiques à l'exception des tuberculines et antitoxines diphtériques** est exposé par M. W. D. HARMER (de Londres), qui vante l'emploi des vaccins sensibilisés qui donnent de bons résultats dans les affections streptococciques, dans la rhinite atrophique les vaccins du bacille de Friedlander ne donnent rien; ces vaccins sont utiles à employer avant les opérations pour les sinusites frontales et la laryngectomie. M. LOGAN TURNER (d'Edimbourg) au contraire a observé des améliorations dans la rhinite atrophique,

et ne voit pas l'utilité de ces vaccins avant les opérations. Somme toute question encore à l'étude.

M. le professeur FERRERI (de Rome) expose l'état actuel de la question du **traitement des tumeurs malignes du nez et du nasopharynx** (les fibromes exceptés). Les diverses voies d'accès sont discutées et plusieurs auteurs vantent l'emploi du radium.

M. A. SARGNON (de Lyon) lit un travail sur l'**état actuel de la laryngostomie**. Il montre les bénéfices que l'on peut tirer de cette opération dans les rétrécissements tuberculeux ou cartilagineux, du larynx, dans les papillomes récidivants.

M. MOURE (de Bordeaux) traite cette question : **Que deviennent les sinusites opérées?** M. Oskar HIRCH (de Vienne) expose le **traitement opératoire des tumeurs de l'hypophyse**. M. J. GUISEZ (de Paris) montre le parti que l'on peut tirer de l'**emploi du radium dans les affections de l'œsophage** : rétrécissements, diverticules, cancers. MM. E. J. HARRIS (de New-York), FRENDENTHAL démontrent de même son utilité pour la cure des papillomes du larynx.

SECTION D'OTOLOGIE

A la section d'otologie en dehors de deux questions traitées conjointement avec la précédente, il faut signaler un travail du professeur MOURET (de Montpellier) sur l'anatomie de la mastoïde, une longue discussion sur la **surdimutité** et sur le **traitement des maladies non suppurées du labyrinthe**.

SECTION DE STOMATOLOGIE

A la section de stomatologie les principales questions traitées sont : une discussion sur la **pyorrhée alvéolaire**, la majorité des auteurs semble favorable à un traitement énergique et à l'extirpation de la dent s'il est nécessaire, d'autres vantent l'emploi des vaccines; des travaux sur la **relation de l'obstruction nasale avec les maladies dentaires**; enfin on discute longuement sur le **rôle social des maladies dentaires, et leur importance sur la santé des enfants**.

M. HÖNCZ lit un travail intéressant sur l'**implantation traumatique des dents**.

MM. LORGNIER, F. COLEMAN et J. LEWIN PAYNE (de Londres) exposent leurs vues sur le **traitement des fractures du maxillaire inférieur** et l'emploi des divers appareils que l'on préconise dans ce but.

M. Ed. SHERIDAN (de Dublin) lit un travail sur la prothèse chirurgicale et M. LLOYD WILLIAM (de Londres) expose la **technique de la préparation de la bouche avant les opérations chirurgicales**.

— Nous arrêtons ici ce compte rendu de la partie chirurgicale du Congrès de Londres, nous excusant de son imperfection et des omissions considérables qu'il contient. Nous avons fait cependant tous nos efforts pour indiquer aux lecteurs les travaux les plus importants qu'il aura intérêt à lire in extenso dans cette bibliothèque médicale que constituera le compte rendu in extenso. A côté du Congrès médical se tenaient les sessions d'autres multiples Congrès : de la Presse médicale, de l'Enseignement médical complémentaire, de l'Esperanto, voire des Médecins francs-maçons, etc. Enfin une vaste exposition se tenait dans les locaux du Congrès comprenant d'une part les pièces, photographies, radiographies, appareils exposés par les congressistes et constituant une énorme encyclopédie médicale, d'autre part, les expositions des commerçants : appareils d'optique et d'électricité, de chirurgie et de fourniture hospitalière, de médicaments, d'aliments, d'hygiène, d'eaux minérales, de littérature médicale. En parcourant ces salles nous avons été frappés et peinés de constater sauf pour les instruments de radiologie que nos commerçants s'étaient presque entièrement abstenus d'exposer, alors que des maisons allemandes ou américaines présentaient d'admirables étalages, munis d'employés parlant cinq ou six langues étrangères et au courant de toutes les innovations dans leur profession. Par exemple dans les produits pharmaceutiques, à part la maison Comar et Cie qui exposait ses préparations colloïdales, et la maison Darasse, nous n'avons vu aucun nom français; bien plus, la France si riche en eaux minérales de toute nature qui ne devrait perdre aucune occasion de les faire connaître à l'étranger n'était, sauf erreur, représentée que par l'eau de Vittel. Quant à la section d'instruments de chirurgie, nous n'avons pu y trouver l'exposition d'aucun fabricant français; ceci nous a semblé d'autant plus étonnant que les instruments anglais exposés nous ont paru inférieurs comme fini et qualité, bien que leur prix soit en moyenne d'un bon tiers supérieur aux nôtres. Les tables d'opération sont bien moins perfectionnées que celles que nous employons chaque jour. Il y aurait peut-être là un débouché sérieux pour nos fabricants. Mais l'abstention semble être le propre du Français à l'étranger, et n'avons-nous pas vu avec stupéfaction un de nos maîtres incontestés de la neurologie, inscrit pour une discussion très importante de sa spécialité, présent dans la salle, ne pas répondre à l'appel de son nom.

En terminant ses réunions, le Congrès a émis un certain nombre de vœux : l'un en faveur de la lutte contre la syphilis et les maladies vénériennes, l'autre édictant des règles d'hygiène applicables dans les régions tropicales, le dernier en faveur de la vivisection dont l'emploi est fort restreint et très attaqué en Angleterre.

Une association internationale d'orthopédie est créée sous la présidence de sir R. Jones (de Liverpool).

— La commission internationale permanente des congrès internationaux attribue :

Le *prix de Moscou* au professeur Richet pour ses travaux sur l'anaphylaxie;

Le *prix de Paris* au professeur von Wassermann (de Berlin) pour ses travaux sur la thérapeutique expérimentale et l'immunité;

Le *prix de Hongrie* à sir A. E. Wright (de Londres) pour ses travaux sur l'anaphylaxie.

Elle décide d'accepter l'invitation du gouvernement bavarois, de la Ville et de l'Université de Munich, et de fixer le prochain congrès international en 1917, à Munich.

M. LANCE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES TROIS ANS DE SERVICE DU MÉDECIN

Par le docteur QUIDET.

Le Parlement vient de voter la loi portant à trois années la durée du service dans l'armée active et fixant désormais l'incorporation à vingt ans.

De cette dernière disposition nous ne parlerons incidemment que pour faire ressortir l'absolue nécessité d'apporter toute la souplesse désirable aux méthodes destinées à réaliser l'entraînement progressif du jeune soldat, afin d'assurer l'adaptation graduelle de l'organisme des recrues à leurs nouvelles conditions d'existence et d'habitat.

Nous sommes, à cet égard, fondés à faire toute confiance à la sollicitude éclairée de l'autorité militaire, secondée et conseillée par le Service de Santé compétent et conscient de l'étendue plus grande de ses devoirs envers le Pays.

Corrélativement, il est opportun de souligner l'utilité de plus en plus manifeste, pour le futur conscrit, de fréquenter une des nombreuses sociétés de préparation militaire dont

les adhérents sont certains de retirer de multiples avantages, tant physiques que matériels.

Le dépôt récent du projet de loi élaboré par le Comité consultatif de la préparation militaire montre en quelle importance le gouvernement tient cette question où l'intérêt bien compris de la jeunesse se confond avec celui de la patrie elle-même.

Sur l'important chapitre des dispositions qui régissent le service militaire de l'étudiant en médecine et du médecin, l'ère des discussions est close, et, franchement, ce n'est pas dommage !

Depuis qu'il était question de reviser la loi militaire, il n'est pas de journal médical, ou médico-littéraire, qui n'ait servi son petit couplet en préconisant, bien entendu, sa solution.

Certes, si nos législateurs avaient été obligés de lire tout ce qui a été écrit sur ce thème, il faut avouer qu'ils auraient fini par n'y plus rien comprendre !

Certains de nos confrères, invoquant le prétexte que le médecin n'a pas à faire, à proprement parler, œuvre de combattant, réclamaient son affectation à l'infirmerie après un stage de six semaines à deux mois dans le rang ; les autres, arguant du nombre restreint des médecins militaires, proposaient que les docteurs en médecine fussent admis à accomplir leurs deux dernières années de service en qualité d'aide-majors ; d'aucuns, au nom de la *considération qui doit s'attacher au titre de docteur en médecine*, opinaient gravement qu'il fallait éviter à son titulaire le passage par la chambrée, et lui attribuer d'emblée, durant ses trois années de service, rang et prérogatives d'officier.

Tel autre demandait, avec candeur, que, dès leur incorporation, les étudiants en médecine fussent versés dans les hôpitaux militaires comme internes ou externes pendant un an, avant d'accéder ultérieurement, par voie de concours, aux grades de médecin auxiliaire et d'aide-major de réserve.

Enfin, l'Association des professeurs des écoles mixtes de médecine et de pharmacie émettait, à l'unanimité, le vœu que les étudiants en médecine et en pharmacie soient répartis dans les vingt-trois villes, sièges de Facultés ou d'Ecoles, avec l'autorisation de poursuivre leur scolarité, tout en étant soldats-infirmiers ; tandis que, dix jours plus tard, l'Association du corps enseignant des Facultés votait, par voie de referendum, des conclusions différentes, et même opposées, repoussant le système des « bataillons d'étudiants en uniforme », rejetant la « dispense déguisée » découlant d'un tel régime, et préconisant que l'étudiant en médecine, après un certain temps de service armé fût employé successivement comme infirmier, médecin auxiliaire, puis aide-major.

Au milieu de ce chaos d'opinions contradictoires, les principes admis, après discussion longue et sérieuse par la Commission nommée par l'Union fédérative des médecins de la réserve et de l'armée territoriale, apparaissent comme les plus proches du texte des dispositions adoptées par le Législateur.

L'explication en est fournie par ce fait que cette association possède la bonne fortune de réunir à la fois des médecins de l'active, des membres du corps enseignant et des médecins praticiens, titulaires les uns et les autres d'un grade dans le cadre auxiliaire du service de santé.

Aussi est-il permis de dire que la Commission de l'Union fédérative a su envisager la question au triple point de vue social, militaire et professionnel.

Il importait, en effet, pour aboutir à des conclusions logiques et rationnelles, conciliant les multiples intérêts en présence, de se garder de disjoindre des considérations étroitement solidaires les unes des autres, en raison de leur inévitable répercussion réciproque : la méconnaissance de l'un quelconque des aspects de la question ayant pour conséquence inéluctable de vicier la solution proposée.

En effet, au point de vue *social*, il est incontestable que tous les Français devant participer, sans exception, au sacrifice que les circonstances imposent présentement à la nation, aucune catégorie de citoyens, si intéressantes que soient leurs destinées, ne saurait prétendre se soustraire à l'effort commun, ni obtenir un allègement de « l'impôt du temps » (1) réclamé à tout homme en état de porter les armes.

Le premier des devoirs du citoyen — le plus élevé, sans doute — ne consiste-t-il pas à apprendre à défendre le sol de la Patrie ?

Et puis, quelle fameuse école d'endurance physique et morale, quel excellent milieu de culture des sentiments d'altruisme, de fraternité, de solidarité, que le régiment où, confondus quelques mois dans une égalité parfaite, les jeunes gens issus de tous les degrés de l'échelle sociale, vivent rassemblés sous les plis d'un même drapeau, loin de tout ce qui divise, au sein même de ce qui rapproche et unit.

Pour parachever l'instruction générale de la jeunesse studieuse, pour assouplir les caractères et tremper les volontés, pour développer l'aptitude au commandement par le respect d'une discipline de bon cœur observée, pour acquérir enfin cette suprême connaissance des hommes à défaut de laquelle la supériorité intellectuelle et morale demeure vaine et inféconde, peut-on concevoir rien de supérieur à ce contact prolongé entre jeunes gens du même âge, mais de condition différente, soumis aux mêmes obligations, partageant les mêmes fatigues, compagnons d'armes entre qui la camaraderie fait vite éclore les liens de l'amitié la plus précieuse parce que vraiment sincère et désintéressée ?

Le voilà bien l'élément actif et bienfaisant d'apaisement social !

Au point de vue *militaire*, il est essentiel de rechercher la meilleure utilisation des aptitudes physiques et professionnelles de chacun, dans le but d'accroître la force et la valeur de l'Armée Nationale. A cet égard, s'il est judicieux d'employer les jeunes médecins à donner leurs soins à leurs camarades touchés par la maladie — circonstance en laquelle les premiers rendent plus de services à la collectivité tout en acquérant eux-mêmes davantage de pratique et d'expérience — il convient de réfuter, une fois pour toutes, l'erreur fondamentale que propagent ceux qui déclarent que le médecin n'a nul besoin d'apprendre le métier de combattant sous prétexte qu'il n'aura jamais à remplir ce rôle.

Des circonstances, infiniment exceptionnelles, il est vrai, peuvent obliger le médecin à « faire le coup de feu », comme les autres ; cela s'est vu... et peut se voir encore.

En tous cas, il serait malséant qu'il en fût totalement incapable, ce qui révélerait une infériorité fâcheuse pour lui.

D'autre part, la préparation des futurs médecins des réserves demeure l'objet des légitimes préoccupations du Service de Santé, car il importe d'assurer à ces jeunes gens une instruction à la fois militaire et technique aussi complète que possible et judicieusement appropriée aux fonctions qu'ils peuvent avoir à remplir à un moment donné de leur carrière.

Le savoir et l'habileté ne suffisent pas seuls pour transformer en un médecin militaire compétent le plus réputé des praticiens, le plus adroit des chirurgiens, surtout lorsqu'il s'agit d'adapter leurs connaissances théoriques et pratiques aux nécessités du service en campagne. Il faut une étude préalable, une préparation méthodique qui ne saurait s'improviser, ni rien laisser au hasard, sous peine d'exposer aux pires déboires les braves gens que le feu ou la maladie obligeront à se confier à nos soins.

Ne serait-ce, enfin, que pour exercer dignement sa fonction d'expert, en temps de paix comme en campagne, le mé-

(1) C'est à dessein que nous employons cette formule car, en vérité, « l'impôt du sang » ne s'acquitte que sur le champ de bataille.

decin doit posséder l'exacte notion de l'effort physique demandé au soldat ; il faut, de toute évidence, que le médecin connaisse la vie du soldat, l'ayant lui-même vécue.

Pour qui dispose, en effet, du droit d'exemption totale ou partielle du travail imposé à la collectivité, la parfaite connaissance de la nature de l'effort à déployer est indispensable afin de juger de la *qualité de l'effort préalable* au delà duquel il y a péril pour l'organisme observé.

Pour apprécier la somme de travail à fournir et mesurer la composante de la bonne volonté et de l'énergie physique qui interviennent pour sa réalisation, il faut avoir soi-même été appelé à fournir cet « effort » dans les conditions mêmes où il est exigé.

Quelle autorité morale, quel prestige conserverait le médecin de réserve en face d'un « professionnel de la carotte » dont l'impertinence se soulagerait d'un refus d'exemption par cette boutade : « Il en peut parler à son aise, le major, lui qui n'a jamais fait que six semaines de service comme soldat ! »

Rien que pour couper court à la velléité d'une telle réflexion, il est excellent que l'étudiant en médecine soit appelé à accomplir sa première année de service dans les conditions de droit commun.

Il serait, en outre, désirable qu'il fût incorporé dans les troupes à cheval (cavalerie ou artillerie montée), de façon à recevoir une instruction équestre suffisante.

Sans doute nous ne rêvons point de faire du médecin de réserve l'émule des écuyers du cadre noir !

Mais, pour être à même de remplir sa tâche éventuelle qui l'astreint à suivre dans leurs évolutions les troupes auxquelles sa fonction l'attache, il faut qu'il sache enfourcher un cheval et qu'il puisse se porter rapidement d'un point à l'autre *avec le minimum de fatigue physique pour lui* et sans décrire courbes et zig-zags au gré de sa monture...

Inutile d'insister davantage sur une nécessité qui n'est plus à démontrer.

Reste le point — délicat entre tous — des considérations d'ordre corporatif, *professionnel.*

Eliminons d'abord le spectre de « l'atteinte portée au niveau des études » : dès lors qu'après la première année de service l'étudiant pourra, suivant, bien entendu, son désir personnel, obtenir des sursis lui permettant d'achever ses études, l'objection ne tient pas.

Donc, aucune gêne sérieuse pour les examens et les concours, aucun préjudice à redouter pour les recherches scientifiques, car, pendant l'année de caserne où l'étudiant exercera et fortifiera ses muscles, en reposant son cerveau, il acquerra en même temps plus de maturité d'esprit et n'en sera que mieux dispos, physiquement et intellectuellement, à se remettre ensuite au travail.

Et même, sous le rapport de l'instruction médico-chirurgicale proprement dite, les deux années complémentaires accomplies, les trois premiers semestres comme médecin auxiliaire et les six derniers mois en qualité d'aide-major, seront vraisemblablement fertiles en résultats de toute espèce.

Constituant d'une part, pour le jeune médecin, une sorte d'école d'application de ses connaissances théoriques et pratiques, de stage sous la direction et le contrôle effectifs du médecin-major dont les conseils, dictés par l'expérience, seront toujours précieux au débutant, celui-ci verra se perfectionner ainsi son éducation médicale, technique, professionnelle.

Par un phénomène de réciprocité très compréhensible, la présence de ces docteurs frais émoulus de la Faculté, apportant avec eux l'écho des conceptions originales et des méthodes nouvelles, stimulera l'activité scientifique de nos confrères de l'armée, heureux de vivre au contact de jeunes intelligences qu'ils s'attacheront à conquérir et à éduquer par l'exemple de leur science et de leur dévouement.

Est-il exagéré d'entrevoir, à la faveur de cette mesure profitable à tous les intéressés, une ère de rayonnement moral du Service de Santé capable d'enrayer les symptômes de découragement signalés parfois dans ses cadres si méritants, si dignes d'estime et de considération ?

Pour le Pays, la perspective de gain est certaine, car ses soldats bénéficieront de pouvoir être examinés plus longuement, de façon plus complète et plus minutieuse, partant, mieux soignés ; seuls les tire-au-flanc auront quelque droit de se plaindre... ou de se méfier.

Voilà le beau côté de la médaille ; considérons à présent le revers.

N'allons-nous pas au-devant d'un accroissement de la pléthore médicale — qui n'est pas un mythe — et dont les conséquences pèsent déjà si durement sur beaucoup d'entre nous ?

A bien regarder, les avantages concédés au médecin le sont, dans une égale et juste mesure, au pharmacien ainsi qu'au vétérinaire.

On s'explique aisément que le Législateur se soit efforcé de tirer le parti maximum des ressources que, comparativement à l'ensemble des autres professions, ces catégories spéciales de techniciens fournissent sous une forme directement et immédiatement propice aux intérêts du Service de Santé militaire ou du Service Vétérinaire, dans le temps de paix et davantage encore suivant la conception de la nation en armes.

Chiffres en main, on sait que les 1 200 médecins du cadre actif — sur lesquels on peut compter au jour de la mobilisation (1) — reçoivent l'appoint formidable de 9000 médecins des réserves.

Pour les pharmaciens, la proportion est plus considérable encore : 120 d'active contre 2 170 du cadre auxiliaire.

L'effectif normal des 550 vétérinaires ne se renforce que de 965 camarades du cadre complémentaire.

L'intérêt supérieur de la défense nationale commande donc d'assurer, en même temps que le recrutement de ces éléments indispensables, leur instruction et leur préparation en vue de leurs fonctions éventuelles.

Ainsi se justifient les avantages accordés dont s'effaroucheront seuls les esprits à courte vue, imbus d'égalitarisme outrancier.

Cependant, à considérer les choses de plus près, en tenant compte de la durée des études qui figurent parmi les plus longues, le privilège est-il réellement si enviable d'être obligé de revenir à vingt-sept ans accomplir les deux années complémentaires, de telle sorte qu'on ne sera définitivement libéré qu'à vingt-neuf ans, sans possibilité de songer à s'installer avant cet âge ?

Comparons cette situation à celle des autres étudiants qui, bénéficiant des dispositions de l'article 14 relatives aux élèves-officiers de réserve, auront la latitude de concourir pour les écoles militaires des différentes armes ou services, y pourront être admis après un an de caserne et viendront passer un an dans ces écoles pour en sortir *aspirants.* Ils accompliront en cette qualité le premier semestre de leur troisième année pour terminer ensuite leurs six derniers mois de service avec le grade de *sous-lieutenant de réserve.*

Si leurs études se trouvent interrompues pendant trois années, du moins recouvrent-ils à vingt-trois ans la liberté de leurs projets d'avenir.

Tel n'est point tout-à-fait le cas du médecin, du pharmacien et du vétérinaire, si bien qu'en dernière analyse on demeure étrangement perplexe pour se prononcer sur ce qu'on s'est un peu hâté de qualifier « d'entassement de privilèges en faveur de ces professions ».

---

(1) Voir *Presse médicale* du 5 mars 1913.

L'avenir seul permettra de juger du retentissement de la loi de trois ans sur les intérêts corporatifs en général; toutefois, on ne saurait méconnaître que la modification reculant jusqu'à trente-cinq ans la limite d'âge pour l'incorporation des étrangers naturalisés français ne constitue, pour toutes les carrières libérales, et surtout pour la médecine, une disposition des plus salutaires.

Rendons ici un hommage mérité aux heureux efforts de son auteur, M. Garat; ému des chiffres produits par les représentants des syndicats médicaux établissant que les médecins étrangers forment plus du dixième des médecins parisiens, le sympathique député des Basses-Pyrénées s'est livré à une enquête d'où il ressort que, depuis 1905, les statistiques du ministère de la Justice accusent la naturalisation de 746 avocats, dentistes, médecins et pharmaciens étrangers, qui, bien entendu, ont éludé la charge des obligations militaires!

Personne ne critiquera une telle mesure de protection avisée du travail national, laquelle n'affecte aucune apparence d'hostilité vis-à-vis des étrangers qui sollicitent la qualité de Français : n'est-il pas logique et équitable qu'il y ait pour eux et pour nos nationaux égalité de charges militaires puisque l'égalité des droits leur est accordée?

Considérons, enfin, que la durée totale du service militaire étant désormais portée à vingt-huit années (au lieu de vingt-cinq) il s'ensuit que les anciens, les pères de famille, restent mobilisables trois années de plus, demeurant ainsi à la merci des événements jusqu'à quarante-huit ans.

Cette perspective n'est pas pour émouvoir ceux qui acceptent volontiers de prendre leur part du devoir patriotique en présence duquel l'attitude de la jeunesse s'est affirmée jusqu'ici infiniment réconfortante et digne.

Car, en face des lourds sacrifices de temps et d'argent demandés à tous les citoyens en invoquant le salut de la Patrie, nul doute que le corps médical ne mette son point d'honneur à déclarer noblement comme les autres : *Suprema lex esto.*

JURISPRUDENCE

DE L'USURPATION DU TITRE DE VÉTÉRINAIRE

Un jugement rendu le 23 janvier 1913 par le tribunal de Clamecy a, sur ce point, réuni les principes, épars dans diverses décisions, qui président au port du titre de vétérinaire.

Il est généralement admis que le titre de vétérinaire n'appartient qu'à ceux qui ont obtenu le diplôme institué par l'ordonnance du 1er septembre 1825 (article 19) sur l'organisation des écoles vétérinaires (Cour de cassation, 1er juillet 1851, *Sirey*, 1851, 1, 584; — Cour d'Angers, 16 fév. 1881, *Sirey*, 1881, 2, 1891; — Cassation, 10 nov. 1893, *Sirey*, 1894, 1, 205; — V. Briaud et Chaudé, *Traité de médecine légale*, 4e édition, p. 849). Ces mêmes décisions ont cependant admis qu'une personne quelconque pouvait exercer librement la médecine animale et pouvait l'exercer sans diplôme, sous réserve toutefois de l'article 12 de la loi du 21 juillet 1881 sur les épizooties et qui réserve un rôle tout spécial au titulaire du diplôme de vétérinaire (v. Dictionnaire de droit, Max Legrand, v° *Epizooties*).

Il en résulte nécessairement un privilège pour les vétérinaires pourvus de ce diplôme, et, en même temps, le droit pour eux de poursuivre l'individu non diplômé qui prend le titre de vétérinaire, et à obtenir de lui une réparation du préjudice qu'il leur a causé. Ainsi le président d'une association de vétérinaires peut se porter demandeur dans un procès en dommages-intérêts au nom du groupe qu'il représente et exercer l'action que la loi réserve à quiconque peut se plaindre de la faute d'autrui.

Voici d'ailleurs les attendus du jugement qui sont basés sur les dispositions de l'article 1382 du Code civil. Il y aurait peut-être eu la possibilité d'intenter un procès en usurpation de titres (art. 258 et suivants du Code pénal).

« Attendu que B..., vétérinaire à la Charité, agissant ès qualité de président de l'association des vétérinaires de la Nièvre, ayant comme tel qualité d'ester en justice au nom et comme représentant de cette association pour la défense des intérêts moraux et matériels des membres de l'association, a assigné R..., se disant vétérinaire à Brinon, en 1000 francs de dommages-intérêts pour usurpation de titre;

Attendu que, si l'art de guérir les animaux peut être exercé par toute personne, il est unanimement reconnu par la jurisprudence que le titre de vétérinaire n'appartient qu'à ceux qui, après avoir fait des études professionnelles dans les écoles spéciales, ont obtenu le diplôme institué par l'article 19 de l'ordonnance du 1er septembre 1825;

Attendu que R... qui, de son propre aveu, n'est pas muni de ce diplôme, ainsi qu'il appert des déclarations par lui faites à la gendarmerie au cours d'une enquête ordonnée par le parquet de Clamecy, communiquée au tribunal, a néanmoins, depuis le mois de mars 1912, date de son installation à Brinon, pris le titre de vétérinaire;

Attendu que cette usurpation de qualité s'est manifestée par de nombreuses annonces dans les journaux de Nevers;

Attendu que cette usurpation de qualité ne pourrait être contestée par R... qui a reconnu au cours de l'enquête susénoncée avoir délivré en plusieurs circonstances des certificats autorisant la vente d'animaux morts à la suite d'accidents ou d'accouchements, et cela malgré la prohibition édictée par l'article 12 de la loi du 21 juillet 1881;

Attendu que le défendeur ne comparaît pas, ce qui fait supposer qu'il n'a aucune objection sérieuse à opposer à la demande;

Attendu que les agissements quasi délictueux du sieur R... ont causé aux vétérinaires brevetés de la Nièvre un dommage dont l'association demanderesse est fondée à demander la réparation;

Attendu que le tribunal a des éléments suffisants pour fixer à 200 francs le préjudice causé;

Attendu qu'il y a lieu, en outre, de faire défense à l'avenir à R... de prendre la qualité de vétérinaire;

Par ces motifs,

Donne défaut contre R... qui n'a pas constitué avoué;

Condamne R... à payer à l'association des vétérinaires de la Nièvre, représentée par le demandeur ès qualités, la somme de 200 francs de dommages-intérêts en réparation du préjudice qui lui a été causé par les agissements abusifs du sieur R...;

Fait défense à l'avenir à R... de prendre la qualité de vétérinaire sous peine d'une astreinte de 25 francs par chaque infraction dûment constatée;

Condamne R... à tous les dépens. »

Il résulte donc de cette décision que, si l'art de guérir les animaux peut être exercé par toute personne, le titre de vétérinaire n'appartient qu'à ceux qui, après avoir fait des études professionnelles dans des écoles spéciales, ont obtenu le diplôme institué par l'article 19 de l'ordonnance du 1er septembre 1825. Par suite, lorsque l'exercice de l'art de guérir les animaux a été accompagné de l'usurpation du titre de vétérinaire, les vétérinaires brevetés sont fondés à demander en justice la réparation du préjudice qui leur a été causé par cette usurpation. Et il appartient au président d'une association départementale de vétérinaires d'exercer cette action au nom et comme représentant de cette association.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique des cliniques de la Faculté de Paris (1), publiée sous la direction de M. Laignel-Lavastine, professeur agrégé, médecin des hôpitaux. — Tome I, par MM. Lortat-Jacob, Vitry, Lian, Troisier, Gaultier, Herscher, Villaret, Lévy-Franckel, Tinel, Barbé, Babonneix.

En publiant cette *Thérapeutique des cliniques de la Faculté de Paris*, M. Laignel-Lavastine a eu une idée nouvelle et très heureuse. Il ne s'agit pas d'un traité doctrinal de thérapeutique, ni d'un formulaire : traités de thérapeutique et formulaires sont d'ailleurs en nombre tel, qu'ils suffisent amplement aux médecins et aux étudiants. Ce qu'on trouvera dans ce volume, c'est l'exposé des méthodes thérapeutiques actuellement employées par les professeurs de la Faculté de Paris, dans leurs services de clinique; M. Laignel-Lavastine a demandé aux chefs ou anciens chefs de clinique de rédiger les divers chapitres de l'ouvrage.

Le premier volume est surtout consacré à la thérapeutique des maladies et affections ressortissant à la médecine générale, qui en occupe la plus grande partie; puis viennent la thérapeutique de dermatologie et syphiligraphie, le traitement des affections nerveuses et mentales, la thérapeutique infantile.

Chacun des collaborateurs de M. Laignel-Lavastine indique la thérapeutique habituelle de la clinique à laquelle il est ou fut attaché. Il le fait avec clarté et précision, sans avoir à énumérer, pour telle ou telle maladie, tous les traitements qui ont été proposés. En consultant ce livre, on trouve donc immédiatement une ligne de conduite, alors que, dans certains ouvrages, plusieurs méthodes sont préconisées, sans qu'aucune d'elles soit particulièrement recommandée, si bien que le lecteur est souvent dans le plus grand embarras pour adopter l'une ou l'autre.

M. BRELET.

Traité pratique d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire (2), par le docteur Robert Picqué, agrégé du Val-de-Grâce, docteur ès sciences; préface du docteur Mignon, médecin inspecteur de l'armée, directeur de l'école du Val-de-Grâce.

Le docteur Picqué a réuni dans cet ouvrage les leçons professées pendant cinq années au Val-de-Grâce, et il a su conserver à son style la vigueur de la parole.

Ce n'est pas la seule particularité de ce livre. Pour chaque région, l'auteur étudie successivement l'anatomie topographique et opératoire, constituant, comme il le dit lui même, le mariage de l'anatomie et de la chirurgie.

Une autre particularité est que toutes les figures de l'ouvrage sont des reproductions de photographies de préparations anatomiques de l'auteur. Et l'auteur insiste particulièrement pour chaque région sur l'importance des voies d'accès; il s'attache pour chaque région à décrire une voie d'accès unique permettant de découvrir simultanément tous les organes, la voie d'accès synthétique.

Telles sont les particularités de ce bel ouvrage destiné à rendre de grands services à tous ceux qui veulent se perfectionner dans l'étude de l'anatomie et de la chirurgie. Ce sera pour eux un guide sûr et précieux à l'amphithéâtre.

M. LANCE.

(1) Un vol. de 740 pages. — Paris, Société d'éditions scientifiques et médicales, F. Gittler, directeur.

(2) 2 vol. grand in-12, de 940 pages avec 294 photographies. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Die Ambulante Therapie der Lungentuberkulose (1), par Karl Blümel.

Tous les tuberculeux pulmonaires ne peuvent être traités dans les sanatoriums ; Blümel estime qu'en Allemagne, pour 500000 tuberculeux, il y a à peine 50000 places dans les établissements de cure, et de plus ceux qui ont fait un séjour dans ces établissements en sortent améliorés, mais non guéris. Il est donc nécessaire que le médecin sache qu'il peut soigner avec succès les tuberculeux chez eux et qu'il sache comment les soigner. C'est à cette cure des tuberculeux à domicile que Blümel consacre le présent ouvrage où « les considérations théoriques sont réduites au minimum ». Praticien exercé au traitement des tuberculeux l'auteur cherche à faire profiter les autres de sa propre expérience.

La base du traitement de la tuberculose pulmonaire est aujourd'hui encore hygiénique et diététique, comme Brehmer l'a établi depuis longtemps déjà. C'est à cette partie de la cure que l'auteur consacre la première partie de son travail, en montrant comment le médecin doit adapter les grandes lignes de son traitement à la situation particulière du malade.

Il montre ensuite le parti qu'il peut tirer de la médication spécifique par la tuberculine et comment il doit savoir user de la thérapeutique médicamenteuse pour parer aux symptômes pénibles. Il étudie ensuite rapidement les traitements opératoires : pneumothorax artificiel et thoracoplastie extrapleurale, opérations réservées actuellement à la minorité des cas.

Blümel termine son livre par l'étude des complications de la tuberculose pulmonaire. Parmi celles-ci, il range, comme très sérieuse, la grossesse. Aussi, considère-t-il une tuberculose pulmonaire en activité comme une indication absolue à l'interruption de la grossesse. En cas de tuberculose inactive, torpide, il pense qu'on peut respecter la grossesse, si la malade appartient à une classe sociale qui lui permet de garder tout le repos et de recevoir tous les soins nécessaires ; dans le cas contraire l'interruption de la grossesse est préférable.

A. LEMIERRE.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 23, 5 juin 1913.) Kraus et Baecher : Rapports entre la teneur en antitoxine du sérum antidiphtérique et son pouvoir curateur. — Schelble : La tuberculose infantile. — Lust : Pathogénie de la tétanie pendant l'enfance. — Levy : Emploi des substances radioactives dans les affections de la bouche et des dents. — Knauth : Paratyphus B. — Schmid : Nouvelles expériences avec la mélubrine. — Momburg : Stricture du pylore par l'épiploon. — Popping : Traitement de Rehn dans la péritonite. — Jonas : La réaction d'Abderhalden dans la grossesse. — Sievert : La désinfec-

(1) Un volume de 208 pages. — Berlin-Vienne, Urban et Schwazenberg, édit.

tion en obstétrique. — ALSBERG : Traitement de l'inversion utérine puerpérale. — OPPENHEIM : Traitement des troubles climatériques par l'adamon. — AMMAN : Les préparations de brome. — (N° 24, 12 juin.) BUCHHOLZ : L'hygiène publique en Allemagne depuis l'avènement de Guillaume II. — BACMEISTER : Origine aérogène ou hématogène de la tuberculose pulmonaire. — GÖBEL : La présence du bacille tuberculeux dans le sang circulant. — BRANDES et MAU : Bacilles tuberculeux dans le sang dans les tuberculoses chirurgicales. — CASPER : Diagnostic de la tuberculose rénale bilatérale. — ORZACKI : Emploi de la précipitation de l'uranil pour la recherche de l'acide urique dans le sang. — FRANKE : Extraction d'un ratelier de l'œsophage sans ouverture de celui-ci. — PERS : Résections gastriques. — FIORI : Kystes du cordon spermatique. — ZYPKIN : Anévrisme de l'aorte abdominale perforé par un ulcère rond de l'estomac. — JMAÏ : Cas d'anévrisme de l'artère anonyme guéri par extirpation. — DOERR : L'anaphylaxie, intoxication par des produits de désintégration des albumines. — (N° 25, 19 juin.) HILLER : Cause et traitement du coup de chaleur. — BETTMANN ; Les dermatoses chez les diabétiques. — ROTHSCHILD : Expériences chimiothérapeutiques dans le traitement de la tuberculose. — ELSÄSSER : Expériences avec la tuberculine de Rosenbach. — WOLFF : Mères traitées par le salvarsan et leurs enfants. — KIENITZ : Facilitation de l'alimentation dans le carcinome de l'œsophage. — WELZ : Syphilis du rein. — BAUMM : Traitement par les ballons à l'aide de vessies d'animaux. — PATEK : Expériences avec le noviforme. — WAGNER : Blessure de l'os après l'extension de Nagel. — GYERGYAI : Nouveau procédé pour élargir la trompe d'Eustache. — GIERSZEWSKI : Les grosses hernies scrotales. — HOFFA : Le pellidol et l'azodolen en pratique des nourrissons.

Journal de médecine interne. — (N° 20, 20 juillet 1913.) G. CORIN : La mort subite au cours de l'avortement criminel.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 27, 3 juillet 1913.) A. HUSTIN : A propos des perforations couvertes de l'estomac.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 21, 27 mai 1913.) V. HŒSSLIN : La lymphocytose chez les asthéniques et les névropathes et sa signification clinique. — BAERMANN et HEINEMANN : Traitement de la dysenterie amibienne par l'émétine. — KÖNIG : Plastique articulaire au coude par implantation d'une prothèse d'ivoire. — PETRI : Sur la présence de ferments dans le corps de l'homme et des animaux après introduction parentérale de sérum. — HEGNER : Emploi du procédé de la dialyse d'Abderhalden en oculistique. — RUBSAMEN : Diagnostic biologique de la grossesse au moyen de la méthode optique et du procédé de la dialyse. — HERXHEIMER : La fracture des cheveux. — MORO : Erythème noueux et tuberculose. — WEIKSEL : Anémie pernicieuse syphilitique — REICHART : Déformation particulière de l'apophyse coronoïde du cubitus. — HANK : Hémorragie cérébrale spontanée chez un hémophile. — DUDWEILER : Raretés dans la pratique. — (N° 22, 3 juin.) BRUCK et SOMMER : Emploi diagnostique et thérapeutique des injections intraveineuses d'arthigon. — VOIGTS : Le mesothérium comme succédané des rayons Röntgen en gynécologie. — HERTEL : La diminution de la pression intraoculaire dans le coma diabétique. — SPIETHOFF : Sur l'élévation de la pression cérébrale dans la syphilis après le salvarsan. — MANDELBAUM : Un phénomène remarquable post mortem dans la méningite tuberculeuse. — ENGELHORN : Influence de la grossesse sur le catalysateur d'hémoglobine. — WEGENER : Le sérodiagnostic d'Abderhalden en psychiatrie. — SCHIFF : Le procédé d'Abderhalden est-il applicable au diagnostic ? — KNIG : Poudre sèche de placenta et procédé d'Abderhalden. — FORCART : Le larosan comme succédané de l'albumine du lait. — SCHMINKE : Contribution à la régénération du sang dans l'administration du fer. — MEES : La rigidité pupillaire réflexe alcoolique. — JENSEN : L'intoxication par le nitrite après injection de la pâte de bismuth de Beck. — SCHWAER : Diagnostic hématologique de la rubéole. — TREPLIN : Contribution à l'étiologie de l'invagination celludiale. — KOHN : La glettoline comme cause d'une dermatite du cou. — HŒSSLIN : La lymphocytose chez les asthéniques et les névropathes et son importance clinique. — (N° 23, 10 juin.) ZANGEMEISTER : Instrument pour modifier la situation du visage. — AUTEURIETH et FUNK : Les méthodes colorimétriques de fixation. — RIEDEL : Fistules de l'oreille moyenne et perforations de la base du crâne. — BENNEÇKE ; Symptômes pseudocholécystiques dans la fièvre typhoïde. — SCHREIBER : Traitement de la maladie de Raynaud. — GEINITZ : Traitement des varices par les sections en spirale. — MACCABRUNI : La réaction d'Abderhalden dans la grossesse. — KAUFMANN : Nouvelles recherches sur l'hydroxydule de palladium colloïdal. — PERUTZ : Sur le lactate d'aluminium. — BLECHER : L'huile camphrée dans la péritonite. — SCHAUMANN : La cause du béribéri.

Revue de psychothérapie. — (N° 12, juin 1913.) BONJOUR : Les guérisons miraculeuses. — SARAFIDI : Une auto-observation sur les pertes séminales nocturnes involontaires. — L. DAURIAC : Le problème des demi-fous et la pénalité. — BÉRILLON : La mémoire gustative. — LEHMANN : Troubles du sommeil. Cauchemars. Somnambulisme. Guérison par la suggestion en hypotaxie. — Mlle BÉRILLON : L'éducation de l'oreille. La mémoire et l'imagination auditives.

Semaine gynécologique. — (N° 28, 15 juillet 1913.) R. ENGEL : Le sérum-rhum.

Semaine médicale. — (N° 30, 23 juillet 1913.) W. FALGOWSKI : Le traitement opératoire des anciennes infiltrations du petit bassin, y compris la paramétrite postérieure.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 26, 26 juin 1913.) SCHÜTZ : Diagnostic précoce des cancers du tube digestif. — EHRLICH et MARESCH : La gangrène des extrémités et son traitement. — KYRALFI : Sur l'action thérapeutique du benzol. — WICZKOWSKI : Cancer primitif du poumon. — SCHERBER : Les ulcérations pseudo-tuberculeuses des organes génitaux de la femme. — BONDI : Le mélanosarcome de l'ovaire. — WITTEK : Traitement par le soleil des tuberculoses chirurgicales. — (N° 27, 3 juillet.) BAUER et HABETIN : Affections syphilitiques et postsyphilitiques du rein. — BAUER : Recherche des ferments destructeurs d'albumine dans le sérum au moyen du procédé d'Abderhalden. — BIACH et VELTMANN : Influence empêchante de la rate sur le sarcome du rat. — KELLING : La méiostagmine-réaction au moyen d'extraits de jaunes d'œuf et de sérums de cancéreux. — DOSTAL et EUDER : Différenciation de bacilles acido-résistants. — SAPHIER : Technique des injections intraveineuses. — (N° 28, 10 juillet.) HOKE et RIHL : Recherches expérimentales sur le retard du pouls. — EXNER et KARPLUS : Extraction d'un projectile hors du troisième ventricule. Mort. — VOGEL : La péritonite biliaire. — ELSE : Contribution à l'étude des îlots de Langerhans du pancréas. — FRANKE : La lévulosurie alimentaire dans la néphrite chronique. — JANUSCHKE : Action antiinflammatoire des injections d'adrénaline. — (N° 29, 17 juillet.) KAUFMANN et DONATH : L'action inverse de l'atropine. — EXNER : Traitement des tumeurs malignes par le radium. — KROKIEWICZ : Sur les tumeurs malignes primitives multiples. — SZYLY : Physiochimie de la coloration cellulaire. — ZUMBUSCH : Emploi du salvarsan sans succès dans la rage. — POLLAK : Paralysie congénitale unilatérale du sympathique cervical. — MAHRHOFER : La trépanation du maxillaire dans l'abcès dentaire. — JERUSALEM : Traitement par le soleil de la tuberculose chirurgicale. — (N° 30, 24 juillet.) MARUYAMA : Une réaction diagnostique dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. — HIFT : Manifestations allergiques cutanées après absorption de métaux colloïdaux. — MARKL : Diagnostic sérologique du typhus exanthématique. — STARKENSTEIN : Action pharmacologique des acides précipitant le calcium et des sels de magnésium. — BAUER et WASSING : Sur l'adiposité hypophysaire. — HANDEK : Luxation centrale du fémur.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 109. — JEUDI 25 SEPTEMBRE 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 25 SEPTEMBRE 1913. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 22 septembre. — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'érysipèle. »

MM. Lazare, 11; Jacob (Jules), 8; Lefranc, 14; Orange, 4; Ortodoxu, 5; Meersseman, 18 1/2; Lenfant et Lafont (Henri-Claude), 13; Le Coulm, 7; Lenferna de la Mothe, 10; Marchant, 19; Murat, 16; Marot, 16 1/2; Nappez, 15 1/2; Mlle Lévy, 12; MM. Lyot, 14; Liber, 11; Kesseler, 12.

Anatomie. — Séance du 23 septembre. — Question donnée : « Anatomie du nerf médian à partir de la sortie du creux de l'aisselle. »

MM. Cordey, 17; Comet, 14; Boudot, 9; Boulin, 19; Blondet, 9; Bareyt, 12; Arrambide, 6; Arnould, 19; Basch, Bilmès et Arfeux, 16; Cuel 17; Boulay et Audigier, 15.

Prochaine séance le jeudi 25 septembre, à quatre heures du soir.

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. — Le lundi 1er décembre 1913, à huit heures et demie du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour la nomination d'un accoucheur des hospices civils de Saint-Etienne.

Les candidats devront se faire inscrire, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de l'administration des hospices civils de Saint-Etienne, rue Badouillère.

— Le lundi 15 décembre 1913, à huit heures et demie du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour la nomination d'un dermatologue des hospices civils de Saint-Etienne.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices civils de Saint-Etienne, rue Badouillère. Le registre d'inscription sera clos le samedi 29 novembre, à six heures du soir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, le legs fait à son profit par M. Pannetier aux termes de son testament olographe du 10 décembre 1908 et consistant en une somme de cent mille francs (100000 fr.), dont les arrérages seront employés à la création d'un prix décerné chaque année à l'auteur d'une découverte en médecine ou en chirurgie ou à toute personne qui se sera distinguée dans l'application des découvertes récentes. Si, pendant une ou plusieurs années, le prix ne peut être décerné, le montant en sera affecté au capital, de façon à augmenter le revenu des années suivantes.

La somme ainsi léguée sera employée en rente française 3 p. 100 au nom de l'Académie de médecine, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

MARINE. — M. le médecin principal Denis, du port de Brest, est désigné pour être chargé du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital maritime de ce port.

M. le médecin de première classe Lucciardi, du port de Toulon, est désigné pour être chargé du service d'électrothérapie à l'hôpital Sainte-Anne.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Voici la liste, par ordre de mérite, des candidats admis à l'école du service de santé militaire et des élèves déjà admis qui passent dans une division supérieure à la suite du concours de 1913 :

A. *Nouveaux élèves.* — Pour entrer en deuxième division : MM. Jarry, Dufilhol, Wallet, Barbier, Villaceque, Gardes, Dupas, Brau, Cheyroulagrèze, Guérinet, Brissac, Carrade.

Pour entrer en troisième division : MM. Heimsch, Pilliot, Jeune, Marty, Durieu, Didier, Colombies, Picot, Guyonnet, Bruas, Le Meillour, Bertholon, Chevant, Pierron, Clerc, Bugeau, Vincens, Chaton, Lemaire, Faure, Chapusot.

Pour entrer en quatrième division : Vialle, Cahier, Pinard, Crozes, Chambelland, Millo, Guéret, Hennequin, Morel, Championet, Bonnet, Vidal, Péan, Hugonot, Gache, Richard, Pradier, Dumon, Berlandi, Marion, Gallois, Plamme, Ben-Aouda, Mages, Lormeau, Battistelli, Mirgon, Bonneterre, Gaffet, Tripeau, Déchet, Seilhan, Zimmermann, Paramelle, Vignon, Chove, Didiée, Fellman, Pruvot, Eyraudjoly, Luguet, Bergeaud, Toureng, Magnenot, Astruc, Meyssan, Migout, Fournès, Grimaud, Cieutat, Fiquet, Guillaume, Maleyx, Châtinières, Girod, Désormeaux, Martène, Rivet, Guillobey, Marchal, Dupin, Franchi, Peytraud, Destandau, Loubens, Rihouey, Bidault, Sciaux, Guillet, Ehringer, Dalbera, Couture, Prévôt, Squivier, Schousbœ, Nectoux, Bourquard, Genest, Courp, Desplats, Pruvost, Castillon, Blanchard, Christofle, Chaffaut, Bellanger, Beylac, Liégeois, Humblet, Franck, de Preaumont.

B. *Aspirants de l'école du service de santé militaire.* — Passent en deuxième division : Lenoir, Bardon, Goux, Maupin.

Les élèves admis à la suite du concours de 1913 se présenteront au médecin inspecteur, directeur de l'école du service de santé militaire, le vendredi 10 octobre prochain, à huit heures du matin.

XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Londres, du 6 au 12 août 1913 (1).

SECTION DE NEUROPATHOLOGIE

Les symptômes des troubles cérébelleux et leur signification. — MM. J. Babinski et A. Tournay (de Paris) et M. Rothmann (de Berlin), rapporteurs.

Résumé du rapport de MM. J. Babinski et A. Tournay :

Par suite de connexions particulières entre le cervelet et l'appareil vestibulaire, certains symptômes sont communs aux affections de ces deux organes; dans le syndrome cérébelleux il importe de distinguer ces symptômes d'avec ceux qui sont propres aux maladies du cervelet.

I. Les auteurs, après avoir rappelé les connaissances tirées de l'expérimentation et de la clinique, confrontent le syndrome labyrinthique avec le syndrome cérébelleux classique. Certains troubles se rencontrent dans l'un et dans l'autre ; il est même permis de se demander si, quand on les observe au cours d'une affection du cervelet, ils ne sont pas dus à une perturbation de l'appareil vestibulaire, s'ils ne sont pas des symptômes d'emprunt. Ainsi le nystagmus, les vertiges, la titubation, la latéropulsion, la rétropulsion, certaines attitudes forcées constituent des phénomènes qui — bien que sans doute pas absolument identiques dans l'un et l'autre cas — ne suffisent pas à établir une démarcation tranchée entre les affections labyrinthiques et cérébelleuses.

II. Il faut faire appel à une autre catégorie de symptômes qui, d'une manière générale, sont propres aux affections du cervelet.

Mouvements démesurés : hypermétrie. — Chez les cérébelleux on peut constater que les mouvements volontaires, ou tout au moins certains mouvements, et dans certaines conditions, sont exécutés d'une manière démesurée. Cela est surtout net pour les mouvements accomplis au commandement et avec rapidité. Il est à remarquer que le mouvement conserve son orientation générale et que l'occlusion des yeux ne l'influence pas sensiblement, contrairement à ce qui se passe chez le tabétique.

Asynergie. — C'est la perte de la faculté d'accomplir simultanément les mouvements qui constituent un acte. Elle se manifeste dans les mouvements combinés du tronc et des membres inférieurs, dans les mouvements isolés des membres, et même dans les mouvements conjugués de la tête et des yeux. Elle est tantôt bilatérale, tantôt localisée aux membres d'un côté (hémiasynergie).

Adiadococinésie. — C'est l'amoindrissement de la faculté d'exécuter rapidement des mouvements volontaires successifs (par exemple : de pronation et de supination de la main).

Tremblement intentionnel, troubles de l'écriture et de la parole. — S'observent comme dans la sclérose en plaques (affection qui d'ailleurs intéresse l'appareil cérébelleux) mais avec une moins grande intensité dans les lésions cérébelleuses pures.

Asthénie. Atonie. — Ces phénomènes considérés comme primordiaux par Luciani, peuvent s'observer mais peuvent aussi faire défaut dans des cas où les autres symptômes sont très accusés.

Ataxie cérébelleuse. — Les auteurs critiquent l'emploi courant de cette expression qui pourrait prêter à confusion et donner l'idée d'une ressemblance entre les symptômes et le mécanisme de l'ataxie tabétique et du syndrome cérébelleux, alors que l'analyse rigoureuse des faits montre des dissemblances importantes.

D'une façon générale, chez les cérébelleux, les phénomènes ne sont pas influencés par l'occlusion des yeux et le signe de Romberg fait défaut. Les mouvements rapides démesurés conservent leur orientation. Au contraire chez les tabétiques, les mouvements rapides mal mesurés perdent leur orientation et l'occlusion des yeux aggrave considérablement les troubles. Chez lui les mouvements d'ensemble ne sont pas décomposés et les mouvements successifs sont exécutés correctement. Chez les cérébelleux, il y a de l'asynergie, de l'adiadococinésie. La démarche titubante de certains cérébelleux et la démarche asynergique de certains autres ne peuvent être confondues avec la démarche des ataxiques.

Enfin l'équilibre est très troublé dans l'ataxie tabétique, tandis que chez les cérébelleux, alors que l'équilibre cinétique est considérablement troublé, l'équilibre statique peut être conservé. Parfois même il est exalté : c'est la *catalepsie cérébelleuse.*

III. Les troubles cérébelleux, comme le montre l'expérimentation, sont susceptibles de régression par suite de suppléances exercées par d'autres parties du système nerveux. Chez l'homme, d'une part les lésions cérébelleuses pures peuvent rester latentes, d'autre part l'association à une lésion du cervelet de lésions des organes compensateurs explique dans certains cas la gravité, la ténacité des troubles. Les variations dans l'intensité, la forme et la durée des symptômes cérébelleux, devront être étudiées à l'aide d'observations anatomo-cliniques précises.

La question des localisations, renouvelée par l'expérimentation, appelle aussi de nouvelles recherches cliniques.

Résumé du rapport de M. D. Rothmann :

Après un exposé de la nouvelle division anatomique des lobes du cervelet et de la structure microscopique de ses éléments, l'auteur énumère les diverses théories proposées au sujet de ses fonctions et explique l'impossibilité de leur donner une formule univoque. Partant des recherches d'anatomie comparée de Bolk, il décrit et discute nos connaissances sur les localisations cérébelleuses, telles qu'elles ressortent des recherches physiologiques expérimentales sur les chiens et les singes. D'après celles-ci il existe, dans l'écorce des hémisphères cérébelleux, des centres commandant principalement les mouvements des extrémités inférieures et supérieures du même côté. Dans la portion centrale se trouvent des centres coordonnés pour le tronc et les extrémités, et en outre, dans le lobe antérieur, des centres d'innervation des muscles du cou, de la mâchoire et du larynx. A l'intérieur des centres correspondant aux extrémités, on a démontré l'existence d'une localisation étendue réglant la direction des mouvements. Aussitôt après la destruction des noyaux cérébelleux, apparaissent de graves troubles de l'équilibre, et des mouvements involontaires. Chez l'homme, où l'encéphale exerce une action compensatrice certainement plus puissante, les données anatomo-pathologiques permettent la connaissance de localisations plus délicates. Après une description des symptômes généraux et de leur action sur les territoires nerveux voisins, l'auteur décrit, comme symptômes propres au cervelet, les troubles de la vue et de la marche, et l'asynergie cérébelleuse de Babinski comme un signe du vermis. A ceci s'ajoutent des troubles de l'innervation de la tête et de la parole. Les troubles portant sur les extrémités d'un seul côté se rapportent à l'écorce des hémisphères. Outre l'ataxie et l'atonie, l'adiadococinésie de Babinski est, sans aucun doute, un symptôme dépendant de l'écorce. Les déviations des extrémités et de leurs articulations en divers sens, constatées par Barany, prouvent également l'existence d'une localisation régulatrice dans l'écorce cérébelleuse chez l'homme. L'auteur analyse les rapports du cervelet et de l'appareil vestibulaire, principalement en partant des recherches de Barany sur le nystagmus

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 92, p. 1463 ; n° 96, p. 1511 ; n° 99, p. 1562 ; n° 102, p. 1610 ; n° 103, p. 1619 ; n° 105, p. 1648 ; n° 107, p. 1671 et n° 108, p. 1679.

calorique. Les troubles profonds de l'équilibre, les états convulsifs, les troubles de l'œil, doivent être rattachés à des affections des noyaux cérébelleux. Une étude plus approfondie des localisations cérébelleuses rendra possible un diagnostic plus précoce, et par là une amélioration des résultats de l'intervention chirurgicale dans les maladies du cervelet.

Aphasie motrice, anarthrie et apraxie. — MM. les professeurs Déjerine (de Paris) et Lipmann (de Berlin), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. Déjerine :

Les dénominations d'*aphasie motrice et d'anarthrie* doivent être conservées. Le terme d'anarthrie sera réservé aux troubles vocaux d'origine motrice proprement dite, par spasme, paralysie ou incoordination, aux troubles, en d'autres termes, qui résultent d'une mauvaise exécution des ordres normalement conçus par les centres de la mémoire des images d'articulation des mots et normalement transmis par les fibres qui en émanent.

On dira qu'il y a aphasie motrice quand on voudra désigner les troubles du langage tenant à la perte de la représentation vocale des mots ou résultant, si cette représentation reste conservée, de la perte de son pouvoir idéo-moteur.

Les désignations d'*aphasie motrice vraie* ou *de Broca* et d'*aphasie motrice pure* peuvent être maintenues pour désigner respectivement les cas où, avec les pertes des images motrices d'articulation, le langage intérieur se trouve atteint, et ceux où, avec la conservation de ces images il se trouve respecté.

On ne doit pas confondre les troubles qui résultent de l'atteinte directe de l'intelligence, avec ceux qui succèdent à la perte du langage intérieur.

Anatomiquement l'anarthrie peut être attribuée à des lésions bulbaires, à des lésions corticales, à des lésions de faisceaux cortico-bulbaires. L'opercule rolandique paraît être le centre cortical dont la lésion entraîne, lorsqu'elle est bilatérale, l'anarthrie permanente. Les lésions centrales qui créent de l'anarthrie paraissent agir par destruction ou irritation du seul faisceau géniculé.

Le rôle intrinsèque du noyau lenticulaire dans la production de l'anarthrie semble entièrement négatif.

Anatomiquement l'aphasie motrice répond à une lésion de la zone antérieure du langage. Celle-ci comprend certainement le pied de la troisième frontale.

Il est possible qu'il faille faire rentrer encore dans cette zone, pour des raisons anatomiques et pour des raisons architectopiques, le cap de la troisième frontale, le pied de la deuxième et peut-être la partie antérieure de l'insula.

Les cas de lésions de F^3 sans aphasie sont assez rares et peuvent s'interpréter (existence effective d'une aphasie transitoire méconnue, sujets ambidextres, gauchers congénitaux devenus droitiers par éducation).

Les cas d'aphasie motrice sans lésions de F^3 tiennent à ce que, la troisième frontale restant indemne, ses fibres sous-jacentes peuvent être sectionnées par une lésion sous-corticale.

Aux détails près la doctrine de l'aphasie, telle qu'elle est classique depuis Broca et Wernicke, reste entière.

Discussion sur l'apraxie et l'aphasie. — M. Henri Claude (de Paris). L'apraxie consiste essentiellement dans un trouble de la mémoire portant sur l'exécution d'actes simples ou une succession d'actes répondant à des idées, indépendamment de tout son déficit moteur. L'aphasie est une variété d'apraxie et doit être distinguée de l'anarthrie qui comporte une altération des mouvements des organes de la phonation. L'aphasique n'a plus la notion de la manière dont il convient d'exécuter les actes simples de la phonation, ou bien il a perdu les images verbales et graphiques des mots, ou bien enfin il n'a plus le souvenir des mouvements nécessaires à l'écriture. Ce qui complique l'étude de l'aphasie-apraxie c'est l'adjonction presque constante d'un affaiblissement psychique. L'apraxie au contraire peut être isolée à l'état de pureté. L'auteur a observé un homme atteint d'hémiplégie droite avec apraxie se révélant par les troubles des mouvements du côté gauche, et la difficulté ou l'impossibilité dans l'exécution des actes. On a parlé dans ces cas d'apraxie homolatérale, en réalité il s'agit d'une apraxie généralisée. A l'autopsie, à côté de lésions accessoires et de date récente, on trouva un foyer de ramollissement occupant la partie interne et supérieure du lobule paracentral, le tiers postérieur de la circonvolution du corps calleux et un autre petit foyer dans le tiers interne de la substance blanche du lobe frontal coupant certaines fibres calloso-frontales. Cet homme au début n'était guère affaibli intellectuellement, mais il avait également perdu la mémoire des noms, et présentait un trouble curieux dans la localisation sur les différentes parties du corps des excitations sensitives cutanées, qui étaient perçues dans leurs divers modes avec une acuité normale. La localisation des troubles apraxiques est encore moins nette que la localisation des diverses formes d'aphasie, mais il y a lieu de supposer que les fibres, près de la corticalité de l'hémisphère gauche se rendant par le corps calleux dans l'hémisphère droit, sont lésées particulièrement dans la substance blanche de la zone psycho-motrice, à la partie interne et supérieure, près de l'épanouissement des fibres du corps calleux dans le centre ovale.

Statistique personnelle anatomo-clinique de l'aphasie. — M. Laignel-Lavastine (de Paris).

L'auteur, d'après l'examen de 12 cerveaux d'aphasiques se répartissant ainsi :

3 aphasies de Wernicke,
2 aphasies motrices pures,
5 aphasies de Broca,
2 aphasies totales,

remarque que toutes ces observations peuvent s'expliquer par les deux théories, la classique élargie selon Déjerine et Liepmann et celle de Pierre Marie.

Il conclut de la façon suivante :

1° Il n'existe pas d'aphasie motrice par lésion exclusivement localisée au pied de F^3 gauche. Mais il existe des cas d'aphasie de Broca par lésion de la zone antérieure du langage et avec intégrité de la zone de Wernicke.

2° Il n'existe pas sûrement de cas de lésions du tiers postérieur de la circonvolution de Broca sans troubles du langage chez les droitiers.

3° Il n'existe pas d'aphasie motrice par lésion strictement localisée au noyau lenticulaire, mais il y en a par lésion de l'insula et de la capsule externe coupant le faisceau arqué.

4° La lésion de l'aphasie motrice avec alexie et agraphie occupe un siège plus étendu que celui de l'aphasie motrice pure.

5° C'est que l'aphasie motrice résulte soit de la lésion corticale ou sous-corticale de la partie antérieure de la zone du langage (corps et pied de F^3, partie inférieure de la frontale ascendante, partie antérieure de l'insula), soit de sections de fibres d'association l'unissant aux autres régions de l'écorce ou de fibres d'irradiation.

Rapports des affections myopathiques. — Résumé du rapport de M. le professeur H. Oppenheim (de Berlin) :

Les myopathies sont des états pathologiques qui affectent exclusivement ou principalement les muscles de la volonté, et qui ne peuvent être séparés de maladies correspondantes du système nerveux central ou périphérique. Les maladies suivantes appartiennent au groupe des myopathies dans le sens strict du terme :

1° Les dystrophies;
2° Les absences congénitales de muscles;
3° La myotonie congénitale;
4° La myatonie congénitale;

5° La paralysie myasthénique;
6° La paralysie périodique des extrémités;
7° La paralysie rachitique et ostéomalacique.

Les myopathies se reconnaissent aux signes suivants :

a. L'atrophie, la dystrophie, la paralysie ou l'impotence simple non dégénérative, allant de pair avec les modifications de la réaction au courant électrique, laquelle ne répond pas au type de la réaction de dégénérescence, mais présente diverses variétés, à savoir : 1° la simple diminution quantitative de la sensibilité; 2° la réaction myotonique; 3° l'abolition temporaire de la sensibilité; 4° la réaction myasthénique.

b. L'extension progressive des troubles fonctionnels, selon un mode qui ne répond à l'innervation ni cérébrale, ni spinale, ni radiculaire, ni périphérique.

c. Caractère purement moteur des symptômes.

d. Tendance au caractère familial, origine diathésique congénitale, etc.

e. Il existe une certaine tendance à l'existence de types mixtes et de formes de transition. Myopathies occasionnelles, facteurs congénitaux. Hyperfonction, hypofonction ou trouble de fonctionnement des glandes endocrines, causes extérieures agissantes, etc.

Résumé du rapport de M. G. Spiller (de Philadelphie, Etats-Unis) :

La myopathie comprend les formes congénitales et les formes acquises. La myopathie congénitale englobe les cas de croissance arrêtée dans certaines régions désignées. Elle peut provenir d'imperfections des muscles, soit avec intégrité complète de l'appareil nerveux, soit avec graves lésions des neurones périphériques. Généralement, elle n'est pas progressive. La forme acquise est, à l'origine, musculaire, avec un système nerveux intact ou avec dégénérescence des neurones périphériques. — Rapports de l'amyotonie congénitale avec le type myopathie et le type Werdnig Hoffmann. Elle ressemble à la myopathie, mais, dans la plupart des cas, elle a des traits caractéristiques, et les exceptions montrent seulement une transition entre l'amyotonie et la myopathie, mais non l'identité des deux maladies. L'amyatonie peut être due à des lésions purement musculaires, ou bien il peut exister de l'altération des cellules antérieures, parfois légère, dans d'autres cas très intense, où la disposition du type Werdnig Hoffmann peut être difficile à retrouver. Type distal de myopathie. Myotonie atrophique. Hypertrophie musculaire vraie, état un peu négligé. Description de cas illustrant les différents types décrits.

M. Henri Claude (de Paris). L'intérêt des myopathies réside surtout dans leur pathogénie et dans les rapports de ces affections avec les syndromes asthéniques, myatoniques ou myotoniques. Il est fréquent d'observer de plus chez les myopathiques des symptômes traduisant un état de dégénérescence générale (anomalies de développement, exostoses généralisées) ou des troubles du fonctionnement glandulaire. Chez deux enfants myopathiques et atteints d'atonie musculaire et articulaire, il existait une adipose généralisée analogue à l'adipose d'origine hypophysaire. Chez une autre myopathique M. Claude a constaté des tendances au gigantisme avec altérations des os du crâne du type acromégalique (élargissement de la selle turcique, augmentation d'épaisseur des os du crâne et du sinus frontal). Il y a, enfin, des myopathiques présentant un syndrome myasthénique très accusé et qui sont très améliorés par les traitements glandulaires. On peut donc penser que la dystrophie musculaire du type myopathique présente, dans certains cas, des formes de transition avec les états atoniques, myotoniques, et que ces formes de transition éclaireront la pathogénie et le traitement des myopathies.

Les tumeurs du cerveau et leurs indications opératoires. — MM. les professeurs Bruns (de Hanovre), Harvey Cushing (de Harvard University), von Eiselsberg (de Vienne), le docteur H. H. Tooth (de Londres), rapporteurs. (Voir le compte rendu à la section de chirurgie.)

Résumé du rapport de M. L. Bruns :

1° Les interventions opératoires pour tumeurs du cerveau se divisent en deux classes :

a. Opérations radicales avec extirpation de la tumeur.

b. Opérations palliatives pour dégager le cerveau. Celles-ci peuvent avoir été préméditées, ou bien être pratiquées secondairement quand l'opération radicale projetée n'a pu, pour une raison quelconque, être menée à bien.

2° Les indications de l'opération radicale, et par suite le pronostic de ces opérations, dépendent de trois circonstances :

a. De la nature de la tumeur. Les plus favorables sont les tumeurs nettement circonscrites et particulièrement celles qui se sont développées hors du cerveau. Malheureusement la délimitation clinique entre les gliomes infiltrants communs et les sarcomes circonscrits, etc., est encore très difficile.

b. De la possibilité d'une diagnose générale et locale très sûre; la diagnose générale peut être difficile, entre le tabes, l'hydrocéphalie et les fausses tumeurs : la diagnose locale est parfois impossible dans les cas de tumeurs des lobes temporaux ou frontaux situées à droite, difficile également dans celles du centre semi-ovale et du corps calleux.

c. De la facilité d'accès de la tumeur. Les tumeurs du pédoncule, du troisième ventricule, et certaines tumeurs de la substance blanche des hémisphères sont inaccessibles. Toutes les autres peuvent être atteintes par le chirurgien, mais avec des risques opératoires très variables.

3° Les opérations palliatives conçues comme telles sont indiquées quand, en l'absence d'un diagnostic local précis ou d'un diagnostic général certain, les symptômes généraux deviennent très graves, en particulier quand l'acuité visuelle s'abaisse au point que la cécité soit imminente.

Nature de l'état dénommé « parasyphilis ». — MM. les docteurs F. W. Mott (de Londres) et Nonn (de Hambourg), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. Mott :

Délimitation de la parasyphilis avec le tabes et la paralysie générale. Caractérisée par des formes bénignes de l'infection, des lésions osseuses et cutanées, une longue période de latence avant apparition des signes de dégénérescence nerveuse. Discussion de ses causes. Immunité ou immunité partielle due à la propagation de la syphilis latente. Causes de la syphilis latente. Réaction de Wassermann et découverte de la syphilis latente, congénitale et acquise. La modification de l'agent spécifique par l'extension de l'emploi du mercure fait l'objet d'une discussion, ainsi que les possibilités d'infection par les spirochètes indemnes de mercure. Analogie avec les trypanosomes indemnes d'arsenic. Discussion de l'inutilité de l'emploi du mercure dans le traitement. Etude des différentes formes de spirochètes en relation avec la parasyphilis par analogie avec les trypanosomes. Eventualité de l'existence d'un microorganisme spécialement neurotoxique ou d'une affinité spéciale du microorganisme spécifique pour le système nerveux. Altérations dues à la dégénérescence primitive des neurones, caractéristiques de la parasyphilis, en relations avec la réaction de Wassermann dans le sang et celle du liquide cérébro-spinal. — Evidence de l'hypersensibilité des neurones dans la parasyphilis. Excès de fixation complémentaire dans le liquide extrait par ponction lombaire comparé avec celui des ventricules, indiquant les neurones en dégénérescence comme source de fixation complémentaire. La parasyphilis est due à l'effet du virus spécifique ou du microbe spécifique sur le métabolisme des neurones en corrélation avec les facteurs d'épuisement qui déterminent la mort des cellules et l'hyperplasie inflamma-

toire chronique compensatrice. La découverte, par Noguchi et Moore, du spirochète dans 12 cas de paralysie générale sur 70, est de nature à modifier notre opinion sur l'existence d'une parasyphilis distincte de la syphilis parenchymateuse.

Discussion des rapports sur la nature de la parasyphilis. — M. André Léri fait remarquer que le domaine de la parasyphilis ne doit pas être limité au tabes et à la paralysie générale; il n'y a aucune raison pour en séparer certaines atrophies des nerfs optiques réputées primitives, mais tout à fait semblables à l'atrophie dite tabétique, certaines lésions des faisceaux moteurs comme celles qui déterminent la paraplégie de Erb, certaines lésions des cornes antérieures déterminant des atrophies musculaires progressives, certaines lésions médullaires combinées donnant des syndromes plus ou moins analogues à la sclérose latérale amyotrophique.

L'extension du domaine de la parasyphilis est importante, parce que c'est précisément l'étude de certains de ces cas, à lésions plus limitées et plus faciles à étudier que celles du tabes et de la paralysie générale qui fournira sans doute la clef du problème de la nature de la parasyphilis. Ainsi l'étude des nerfs optiques dans l'atrophie tabétique ou dans l'atrophie primitive des syphilitiques montre le rôle important et précoce des lésions vasculaires; c'est autour des vaisseaux que se groupent les altérations dégénératives; l'étude des atrophies musculaires progressives syphilitiques montre dans les cornes antérieures des lésions très analogues. Toutes ces lésions ont d'ailleurs nettement un caractère syphilitique. La parasyphilis ne peut, bien entendu, plus être considérée comme une affection non syphilitique développée sur un terrain syphilitique.

Nouvelle méthode de numération des éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien. — M. Durupt (de Paris). Pour remédier aux inconvénients de la cellule de Nageotte qui ne permet pas la numération qualitative et à ceux de la méthode par la centrifugation qui abîme, dit-il, les éléments et ne permet pas la numération exacte, l'auteur expose une nouvelle méthode qui est basée sur l'utilisation des propriétés filtrantes des membranes de collodion. Grâce à un dispositif spécial les éléments après filtration par le vide avec trompe à eau viennent reposer sur une membrane amovible de collodion. Il ne reste plus qu'à enlever celle-ci, à la fixer sur une lame et à la colorer comme une coupe à celloïdine.

Sur la différenciation élective des diverses substances grasses dans les processus de désintégration du tissu nerveux. Le corps granuleux dans le ramollissement cérébral. — MM. Roussy et Laroche (de Paris) montrent les microphotographies des préparations qui leur ont servi à faire l'étude de la différenciation élective des lipoïdes du système nerveux. En employant le microscope polarisant (birefringence) et les colorations électives au Sudan III, au Nilblau et au Neutralrot, on constate dans les corps granuleux l'existence d'images dont plusieurs n'existent pas à l'état normal dans le tissu cérébral. Or, on sait d'une part que la birefringence appartient à certains lipoïdes (éthers de cholestérine, mélange cholestérine-acides gras, sphyngomyéline, cérébroside, mélange céphaline-cholestérine), substances grasses dont la présence dans les corps granuleux est donc révélée par ce moyen. On sait, d'autre part, que les colorations différentes des graisses au moyen de certains colorants répondent à des corps gras différents, graisses neutres, éthers de cholestérine, lipoïdes phosphorés, cérébrosides et acides gras, dont ici encore nous retrouvons les images histochimiques dans les corps granuleux. A l'appui des faits qu'ils apportent les auteurs pensent pouvoir dégager une première notion générale : les phénomènes de résorption ou de désintégration d'un tissu comme le tissu cérébral s'accompagnent d'un remaniement ou de modification des graisses qui le composent. S'agit-il d'une dislocation par le macrophage des graisses qui, à l'état normal, sont si intimement combinées entre elles et avec les albumines que les complexes qui en résultent laissent difficilement apercevoir leurs éléments simples par nos méthodes grossières? Telle est la question qu'on peut se poser, mais à laquelle il est impossible de répondre encore.

L'albumine rachidienne au cours des compressions médullaires ou cérébrales. Ses variations postopératoires. — MM. Sicard et Foix (de Paris). Toute compression intra ou extramédullaire avec symptômes cliniques en évolution provoque une réaction d'hyperalbuminose rachidienne sans hypercytose.

Les compressions cérébrales n'obéissent pas toutes à cette règle. Par contre, l'hyperalbuminose s'est toujours montrée très manifeste au cas de stase papillaire. Ces deux signes, stase papillaire et hyperalbuminose, marchent de pair, l'hyperalbumine précédant souvent la stase.

Les opérations décompressives du rachis et du crâne, même après la simple ponction lombaire, exercent en général une influence rétrocessive marquée sur l'albumine rachidienne. Celle-ci peut même rapidement revenir à son taux normal après laminectomie et craniectomie.

La recherche de l'albumine rachidienne doit se faire à l'aide de l'acide nitrique à froid, quatre gouttes environ d'acide par centimètre cube de liquide.

L'appréciation quantitative clinique de l'albumine rachidienne est facilitée par l'emploi de tubes spéciaux effilés et gradués qui mesurent approximativement le précipité formé. La graduation 1 correspond à l'albumine normale (20 centigrammes environ); la graduation 2 à l'albumine augmentée (50 centigrammes environ); la graduation 3 à l'hyperalbumine (75 centigrammes environ), rapporté au litre de liquide céphalo-rachidien.

Radicotomie postérieure et gangliectomie rachidienne pour algies. — MM. Sicard et Desmarets (de Paris). Toute opération sur le rachis destinée à combattre le symptôme douleur doit tendre à l'ablation du ganglion rachidien. La radicotomie, même avec résection de la racine, n'interrompt en effet qu'un des segments de transmission des impressions douloureuses. Elle prête en outre à la régénération du bout central ganglionnaire et elle explique la récidive algique.

Expérimentalement, chez le chien, l'excitation du segment sectionné radiculaire, attenant au ganglion, provoque encore de vives douleurs.

Il paraît donc logique d'admettre au moins théoriquement que l'ablation des ganglions responsables de l'algie soit l'opération de choix, puisqu'elle vise la destruction globale des centres douloureux, trophiques et de régénération.

Fixation des poisons sur le système nerveux. — MM. Guillain et Laroche (de Paris) apportent la synthèse des recherches qu'ils ont poursuivies sur la fixation des poisons sur le système nerveux. En ce qui concerne la diphtérie, ils ont constaté dans le bulbe de malades morts à la suite de paralysies diphtériques graves la présence de substances toxiques n'existant pas dans le bulbe de sujets morts de toute autre affection. Avec M. Grigaut, ils ont vu que la toxine diphtérique avait une affinité particulière pour les lipoïdes phosphorés du groupe des phosphatides; cette toxine, au contraire, ne se fixe pas sur les lipoïdes non phosphorés ni sur les substances protéiques. Pour le tétanos, il est rare de déterminer expérimentalement cette affection chez un animal par l'inoculation du système nerveux d'un homme ou d'un animal mort de tétanos. De telles inoculations ne peuvent être positives que si la dose fixée dépasse la dose neutralisée. Vis-à-vis de la toxine tétanique, les substances albuminoïdes sont nettement fixatrices alors que les lipoïdes phosphorés et non phosphorés, à l'exception de protagon, sont peu fixateurs. Ils ont constaté que la tuberculose était fixée et activée par la substance ner-

veuse, spécialement par les lipoïdes phosphorés. Les poisons adhérents du bacille de Koch se comportent vis-à-vis du système nerveux d'une façon analogue. La fixation et l'activation de la tuberculine par la substance nerveuse expliquent fort bien la gravité des symptômes observés au cours des méningites tuberculeuses où existent souvent un minimum de lésions anatomiques visibles. Il est possible que la tuberculine sécrétée au niveau des méninges vienne se fixer et s'activer sur les éléments nerveux, principalement dans la région bulbo-protubérantielle.

Pour la strychnine, ils ont vu, comme Torata Sano, que la substance blanche et les cornes antérieures de la moelle ont un pouvoir fixateur plus accentué que les autres parties du système nerveux. Les essences de poisons alcooliques (essence de sauge, de tanaisie, d'hysope) injectées dans la veine auriculaire du lapin se fixent sur le système nerveux et spécialement sur le bulbe. Ils ont constaté que l'inoculation intracérébrale aux cobayes de bulbe de lapins intoxiqués par les essences détermine un syndrome clinique avec convulsions épileptiformes identique à celui que l'on peut déterminer chez cet animal en lui injectant un mélange fait *in vitro* de tissu nerveux broyé avec quelques gouttes d'une de ces essences. Les fixations sur le système nerveux des anesthésiques, du plomb, des poisons de l'anaphylaxie ont été démontrés par différents auteurs. Les affinités du système nerveux, vis-à-vis des différents poisons, s'expliquent par la constitution physico-chimique des divers territoires du névraxe et par les phénomènes d'absorption et d'adhésion moléculaire étudiés par Gengou. Le tissu nerveux et les toxines forment des complexes plus ou moins stables, présentant des propriétés physiologiques variables suivant les divers éléments de complexe, la substance fixatrice et la toxine fixée. On peut détruire le complexe formé en mettant en sa présence une troisième substance dont l'affinité pour la toxine sera plus intense que l'affinité de la toxine pour le tissu nerveux. Ce phénomène de reversibilité peut expliquer la neutralisation *in vitro* et *in vivo* d'un cerveau toxique par l'antitoxine correspondante.

Les auteurs pensent qu'un grand nombre d'accidents nerveux (convulsions, contractures, paralysies, comas, etc.) ou de troubles mentaux, dont la pathogénie échappe et que l'anatomie pathologique n'explique pas, sont sous la dépendance de la fixation de certains poisons sur certains territoires du névraxe.

Les atrophies musculaires spinales d'origine syphilitique (le syndrome vasculaire syphilitique des cornes antérieures). — M. A. Léri (de Paris). La syphilis est extrêmement fréquente dans l'étiologie de très nombreuses atrophies musculaires, progressives ou non.

Les cas d'atrophie musculaire progressive Aran-Duchenne d'origine syphilitique, comme celui que Raymond a publié en 1893, ne sont pas l'exception, mais bien la règle. En 1903, l'auteur en a signalé plus de 30 observations; actuellement plus de 80 observations d'amyotrophies spinales progressives syphilitiques pures ont été rapportées, plus de 180 si l'on compte les cas où s'associaient à l'atrophie Aran-Duchenne quelques signes de tabes ou de paralysie générale.

Certaines amyotrophies non progressives comme celles des petits muscles de la main signalées par MM. Pierre Marie et Foix, et certaines amyotrophies consécutives à une poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte, comme dans le cas de MM. André Léri et S. A. K. Wilson, sont sans doute aussi d'origine syphilitique.

Les caractéristiques anatomiques de ces amyotrophies, en dehors de l'atrophie des cellules des cornes antérieures avec ou sans lésions en foyer, sont les lésions vasculaires et souvent méningées (infiltration lymphocytaire de la méninge, manchons lymphocytaires périvasculaires dans la moelle). Ces lésions sont plus diffuses que celles de la poliomyélite antérieure chronique classique. Il y a, en somme, un véritable syndrome vasculaire des cornes antérieures, syndrome étiologiquement syphilitique et cliniquement amyotrophique.

Le diagnostic étiologique peut presque toujours être fait pour peu qu'on pense à la syphilis et qu'on la recherche. Il n'y a pas le plus souvent, comme le pensait M. Raymond, une évolution aiguë ni des douleurs, mais on constate la réaction de Wassermann, la lymphocytose céphalo-rachidienne, le signe d'Argyll-Robertson ; aucun de ces signes n'est constant, mais la présence d'un seul d'entre eux suffit presque au diagnostic. A ces signes se joignent souvent quelques signes de sclérose latérale, comme l'exagération des réflexes ou le signe de Babinski ou quelques signes de sclérose postérieure, comme des douleurs ou des signes plus nets de tabes ; ces signes indiquent qu'il ne s'agit pas d'une poliomyélite antérieure systématique, mais d'une méningo-myélite plus diffuse et probablement spécifique.

Il est important de faire ce diagnostic étiologique précocement, car le pronostic en dépend ; c'est seulement par le mercure et l'iodure que des auteurs aujourd'hui nombreux ont pu arrêter, faire rétrocéder ou même guérir une amyotrophie progressive.

Le tabes et son traitement. — M. Jaworski attribue à l'action réflexe un grand rôle dans la symptomatologie si complexe du tabes.

Dans cette maladie il y aurait d'après lui deux éléments bien distincts :

1° Une lésion médullaire irréparable ;

2° Une lésion périphérique irritative sur laquelle le médecin peut agir par la réflexothérapie.

Cette méthode consiste à rechercher et à supprimer les lésions périphériques (ulcérations duodéno-pyloriques, éruptions zostéroïdes de l'urètre et du rectum, rétrécissements spasmodiques) et à faire une véritable rééducation sensitive par la dilatation et la percussion. Les résultats obtenus par la réflexothérapie seraient les suivants : au bout de quelques séances, amélioration de la marche, diminution ou disparition des douleurs et du Romberg, les malades sentiraient le sol, et l'ataxie disparaîtrait. Par la réflexothérapie également l'auteur aurait obtenu des résultats satisfaisants dans l'asthme, dans l'entérite, et certaines cardiopathies.

Remarques anatomo-pathologiques et pathogéniques sur les amyotrophies des tabétiques. — M. Barré (de Paris). Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

« 1° Il existe dans certains cas d'amyotrophies tabétiques des lésions vasculaires très importantes qui consistent en endo et périartérite, en endo et périphlébite subaiguë et chronique. 2° Ces lésions vasculaires nous paraissent suffisantes à elles seules pour expliquer les atrophies musculaires au-dessus et au niveau desquelles on les trouve, et nous pensons que certaines au moins des amyotrophies dites tabétiques sont d'origine vasculaire et d'ordre ischémique. 3° Les amyotrophies d'origine vasculaire des tabétiques doivent, à notre avis, être rapprochées, au point de vue pathogénique des autres troubles trophiques du tabes, arthropathies, mal perforant plantaire. De même que nous avons dit dans notre thèse que les arthropathies des tabétiques ne sont pas tabétiques, nous pensons aujourd'hui que les amyotrophies d'origine vasculaire de ces malades n'appartiennent pas au tabes. Notre conception s'appuie sur les notions que nous possédons touchant la nutrition, avant tout vasculaire, des tissus quels qu'ils soient. Les théories antérieures sont au contraire basées sur l'existence réelle du pouvoir trophique du système nerveux ; il n'est pas inutile de rappeler ici que l'hypothèse d'un pareil rôle des cellules des cornes antérieures n'a jamais reçu de démonstration péremptoire. 4° Aux propositions qui précèdent, nous ajoutons les deux hypothèses suivantes : *a*. Il est possible que les lésions des nerfs intramusculaires, auxquelles on a fait jouer un rôle pathogénique de premier ordre, soient

secondaires aux altérations syphilitiques des vaisseaux, au même titre que les lésions musculaires. *b.* Il est possible, d'autre part, que les lésions des cellules des cornes antérieures qui sont, dans certains cas d'amyotrophies, tardives et très inconstantes, soient secondaires à l'immobilité relative, à l'impotence fonctionnelle qui résultent de ces troubles musculaires. Il est possible de penser qu'il existe une analogie entre les lésions cellulaires des cornes antérieures constatées chez les tabétiques amyotrophiques et celles de la moelle des amputés. 5° Le nombre des cas où les amyotrophies des tabétiques reconnaissent vraiment pour cause une lésion des cornes antérieures, des racines antérieures, ou des nerfs intramusculaires, est probablement beaucoup moins grand qu'on ne le croit actuellement. »

Le traitement de la paraplégie spasmodique. — M. E. M. Little (de Londres). Les cas étudiés ici sont dus à une altération ou à un trouble de fonction du neurone moteur supérieur.

Jusqu'ici, des cas de paraplégie spasmodique et d'hémiplégie de l'enfance ont été très améliorés ou soulagés par le traitement orthopédique portant sur les muscles et les tendons.

La névrotomie partielle ou complète, l'injection d'alcool sur le trajet des nerfs et les transplantations de nerfs ont été employées sans succès. Dans les plus mauvais cas seulement on peut avoir recours à la modification apportée par Fœrster à l'opération de Bennett, consistant à sectionner les racines postérieures des nerfs. En cette occurrence, il y a là une innovation utile. L'opération en un temps et la rhizotomie près du cone médullaire sont les opérations de choix.

Aucun traitement n'a de valeur dans les cas d'idiotie, d'épilepsie ou d'athétose.

Les pachyméningites hémorragiques, étude anatomique, histologique et expérimentale. — MM. P. Marie, Roussy et Laroche (de Paris) ont essayé de préciser l'étude anatomique et histologique pathogénique des inflammations de la dure-mère, en s'appuyant sur deux cas cliniques et expérimentaux. Les formes qu'ils ont isolées sont au nombre de trois : 1° La forme arborescente, caractérisée par des ramifications vasculaires d'aspect arborescent, sous forme de plaques plus ou moins étendues histologiquement; on trouve des néo-membranes fibreuses avec de très nombreux vaisseaux capillaires et peu d'hémorragie. Il faut en rapprocher la forme gélatineuse à prédominance d'exsudation fibrineuse, et la forme fibreuse à tissu conjonctif adulte. 2° La forme ocreuse, caractérisée par un état cuivré de la dure-mère, histologiquement cet aspect est dû à des pigments hématiques donnant la réaction ferrique. 3° La forme hémorragique, comprenant un type en plaques, un type diffus et un type enkysté (hématome en tumeur ou en nappe). Dans les formes hémorragiques en plaques ou diffuses l'exsudat plus ou moins abondant est piqueté d'hémorragies qui se trouvent histologiquement dans les coupes. Les hématomes en tumeur ou en nappe sont caractérisés par l'enkystement de ces hémorragies devenues très abondantes. Il existe de très nombreuses formes de transition entre des divers aspects, ce qui indique qu'il s'agit là de types évolutifs. Les auteurs font remarquer l'intérêt de ces formes latentes qui expliquent l'apparition brutale d'un hématome soi-disant primitif. D'autre part, elles sont en faveur de la nature inflammatoire de pachyméningite hémorragique. D'ailleurs les expériences personnelles sur le lapin et le chien leur ont montré que l'injection de sang à elle seule ne suffit pas à déterminer un état inflammatoire durable, et qu'au contraire l'injection de substance irritante sans addition de sang détermine un état blanchâtre ou ocreux avec néo-membrane, tout comme dans les pachyméningites humaines.

Cavités médullaires et méningites cervicales (étude expérimentale). — MM. Camus et Roussy (de Paris) ont provoqué expérimentalement, chez le chien, la formation de cavités médullaires rappelant anatomiquement et histologiquement celles de la syringomyélie. Ces cavités ont été obtenues par injection dans l'espace arachnoïdien, entre l'atlas et l'occipital, d'un mélange irritant composé d'acide gras, de nucléinate de soude et de talc. Ce mélange produit toujours une méningite considérable formant une véritable virole fibreuse, épaisse, unissant par symphyse les trois méninges et s'étendant au-dessus et au-dessous du lieu de l'injection. D'après les auteurs les processus qui interviennent dans la formation des cavités sont avant tout, par le siège, la topographie et les caractères des lésions, de nature ischémique. Il n'est cependant pas possible d'éliminer d'une façon complète l'intervention de phénomènes inflammatoires. L'interprétation des rapports pathogéniques des méningites et de la syringomyélie a passé par plusieurs phases. Dans une première avec Charcot et Joffroy, Joffroy et Achard, les cavités médullaires sont au point de vue pathogénique considérées comme secondaires à la méningite. Dans une seconde phase dans laquelle se trouve exprimée l'opinion classique actuelle, la pachyméningite passe au second plan, la lésion syringomyélique devient essentielle et peut, ou non, s'accompagner de pachyméningite. D'après le travail de MM. Camus et Roussy, il semble donc que la méningite est la lésion primitive et essentielle et entraîne la formation de cavités médullaires.

Psychologie du crime. — M. de Weygandt (de Hambourg). Cette question a fait l'objet de récentes dispositions législatives en Hongrie (1908), en Angleterre (1909) et en Italie (1910). Les opinions sur le crime se modifient et la loi est parfois en avance ou parfois en retard sur l'opinion publique. Le crime est l'œuvre d'une individualité et de son milieu, et dans celui-ci l'hérédité joue le principal rôle. On peut diviser les criminels en :

1° Criminels d'occasion ;
2° Criminels spontanément ou par induction ;
3° Opportunistes ;
4° Criminels habituels ;
5° Criminels professionnels ;
6° Criminels faibles d'esprit;
7° Criminels fous ;

qui représentent des degrés progressifs de variations de la normale.

On ne peut défendre la cause des pénalités comme sanctions de ces actes. Cette idée a été la source d'un grand nombre d'injustices, bien qu'elle soit encore très ancrée dans l'opinion du vulgaire. Rarement la crainte du châtiment a empêché le crime. La répression devrait viser à protéger la société contre de nouveaux actes délictueux du criminel, et pourrait prendre la forme d'un isolement appliqué aux criminels habituels, d'institutions industrielles et de réforme pour les criminels d'occasion, d'institutions d'éducation pour la jeunesse ou les faibles d'esprit, d'asiles pour les ivrognes et les déséquilibrés. Mais la durée de ces cures d'isolement devrait dépendre du succès du traitement et ne jamais être fixée à l'avance. Les mesures préventives sont, en résumé, au moins aussi importantes que les châtiments.

Deux cas de méningite otogène suppurée suivis de guérison. — M. Coulet (de Nancy).

Lésions labyrinthiques expérimentales; vertige voltaïque. — MM. J. Babinski, Vincent et Barré font assister les congressistes à une série d'expériences établissant d'une manière incontestable que des lésions labyrinthiques expérimentales modifient le vertige voltaïque. Ils montrent un cobaye dont on a détruit chirurgicalement le labyrinthe et dont la tête ne tourne plus sous l'influence du courant électrique que d'un seul côté, du côté demeuré sain.

Les perturbations du vertige voltaïque peuvent donc permettre dans un certain nombre de cas de déceler l'existence d'altérations labyrinthiques.

Les auteurs montrent en outre que les cobayes délabyrinthés gardent facilement certaines attitudes; si on les place dans le décubitus latéral, ils peuvent rester longtemps immobiles, dans une véritable *attitude cataleptoïde*, tandis qu'un cobaye normal se redresse immédiatement.

Ces phénomènes avaient déjà été présentés à la Société de neurologie (6 février, 6 mars 1913).

La trépanation du labyrinthe pour vertiges et bourdonnements. — M. Ricardo Botey (de Barcelone) rapporte trois observations dans lesquelles il a pratiqué cette opération.

Le premier cas concerne un homme de trente-six ans qui avait une démarche très incertaine, du Romberg avec chute à droite, du nystagmus, de la lenteur de la parole, une paralysie des cinquième et septième paires du côté droit, de la surdité et « peut-être » atteinte des neuvième et douzième paires. L'auteur pratique l'épreuve calorique. A gauche, il obtient au bout de cinquante-cinq secondes, avec de l'eau à 20 degrés, un nystagmus horizontal. A droite, aucun nystagmus après trois minutes d'irrigation. Croyant avoir affaire uniquement à une affection labyrinthique, l'auteur décide de trépaner le labyrinthe postérieur et le vestibule. Résultats : vertiges, bourdonnements et autres troubles persistent.

Deuxième observation. Malade de quarante-quatre ans ayant depuis deux ans des attaques de vertiges. Opération : « Evidement large avec élimination des osselets. Ouverture de la boucle du conduit semi-circulaire externe par laquelle j'introduis un tire-nerf de dentiste. Je creuse un tunnel d'un centimètre de profondeur entre le massif et le sinus et j'ouvre les conduits postérieurs et le vestibule. Défénestration. Mon opéré guérit au bout de trois mois. »

Le troisième cas concerne un homme de quarante-neuf ans atteint de vertiges et de bourdonnements. Opération. Guérison de l'opération en quatre mois avec persistance des bourdonnements.

Il est regrettable que l'auteur, avant de pratiquer des opérations aussi sérieuses, n'ait pas essayé une ponction lombaire. On sait en effet que cette intervention fort bénigne, proposée par M. Babinski et employée après lui par différents auteurs, dont M. Barani, donne très fréquemment de remarquables guérisons.

Différences apparentes d'action polaire et localisation de l'excitation de fermeture dans la maladie de Thomsen et la dégénérescence. — MM. G. Bourguignon et H. Laugier montrent, par des expériences sur deux sujets atteints de maladie de Thomsen, que la différence de la forme du début de la contraction obtenue suivant que l'électrode différenciée placée au point moteur du muscle est positive ou négative est due, non à une action polaire, mais à une localisation différente de l'excitation. Le départ brusque est obtenu lorsqu'il y a excitation du nerf; le départ lent est obtenu lorsqu'il y a excitation seulement de la fibre musculaire. Lorsque l'électrode placée au point moteur est positive, l'excitation prend naissance à une cathode diffuse située dans le muscle et l'excitation se localise sur la fibre musculaire.

Une étude du même ordre des cas de dégénérescence dans lesquels, l'électrode de petite surface étant placée au point moteur du muscle, la contraction est vive lorsque cette électrode est négative et lente lorsqu'elle est positive, aboutit aux mêmes conclusions et montre que, là aussi, il n'y a que des différences apparentes d'action polaire et des différences réelles de localisation de l'excitation qui, en méthode monopolaire, comme en méthode bipolaire, prend toujours naissance à la fermeture, à l'électrode négative, différenciée ou diffuse, ainsi que l'ont établi H. Cardot et H. Laugier.

La contraction galvano-tonique, durable et non durable, dans la maladie de Thomsen, la myopathie et la dégénérescence. — MM. G. Bourguignon et E. Huet montrent que la description classique des réactions électriques dans la myopathie n'est vraie que pour les muscles les plus atrophiés. Mais, dans les muscles peu atteints, ils ont trouvé des réactions qu'ils groupent de la façon suivante : 1° augmentation des secousses d'ouverture aux deux pôles, avec seuils de fermeture normaux; 2° tétanisation galvanique aux deux pôles pour de faibles intensités; 3° réaction d'ordre myotonique constituée par une tétanisation galvanique durable et un tétanos faradique persistant. Ces réactions les ont amenés à rapprocher les réactions des muscles des myopathiques de celles des muscles de la maladie de Thomsen et de celles des muscles dégénérés. La contraction galvano-tonique des myopathiques présente avec celle de la maladie de Thomsen quelques différences. Il faut, en général, des intensités plus élevées pour l'obtenir. La différence dans la forme du début de la contraction, suivant que l'électrode différenciée placée au point moteur est positive ou négative, est beaucoup moins marquée chez le myopathique que chez le Thomsen. La secousse d'ouverture, au positif surtout, est plus marquée chez le myopathique que chez le Thomsen. Enfin, chez le myopathique, cette réaction s'accompagne moins souvent que chez le Thomsen de tétanos faradique persistant et de persistance de la contraction dans le mouvement volontaire et par l'excitation mécanique. Les phénomènes myotoniques, qui rapprochent les réactions des myopathiques de celles des Thomsen, sont donc moins prononcés chez le premier que chez le second, ce qui empêche de les assimiler complètement l'un à l'autre. De plus, permanents pendant toute la durée de la maladie chez le Thomsen, ces phénomènes ne sont que transitoires dans la myopathie et disparaissent au cours de l'évolution. Si, par la contraction galvano-tonique durable, les réactions des muscles atteints de myopathie au début se rapprochent des muscles du Thomsen, ils se rapprochent des muscles dégénérés par l'augmentation des secousses d'ouverture et par la contraction galvano-tonique non durable. Dans la réaction de dégénérescence, en effet, on a depuis longtemps décrit, surtout dans la période initiale, une disposition marquée des muscles à entrer en contraction tonique pendant le passage du courant galvanique (Erb, Huet, Delherm et Laquerrière, Bourguignon).

D'une étude de ce dernier auteur, il résulte que la contraction galvano-tonique de la réaction de dégénérescence peut prendre plusieurs aspects. Si la réaction de dégénérescence est légère, la contraction tonique succède à une secousse à départ brusque. Si elle est assez accentuée, la contraction tonique succède à une secousse lente. Enfin, dans certains cas, la contraction tonique s'établit sans qu'il y ait de démarcation possible entre la secousse initiale et la contraction tonique, celle-ci se trouvant au niveau le plus élevé. Il y a, dans les trois ordres de muscles, des différences de même ordre dans la forme du début de la contraction, suivant que l'électrode placée au point moteur est positive ou négative. Les auteurs les interprètent dans tous les cas par une différence, non d'action polaire, mais de localisation de l'excitation, comme l'ont fait G. Bourguignon et H. Laugier pour la maladie de Thomsen. Enfin, c'est l'excitation directe du muscle, et surtout l'*excitation longitudinale* qui font apparaître la contraction galvano-tonique. De tous ces faits, les auteurs tirent les conclusions suivantes : 1° la contraction galvano-tonique durable ou non durable, produite surtout par l'excitation du muscle et avec de faibles intensités, contrairement à celle qu'on obtient à l'état normal, paraît liée à l'altération de la fibre musculaire; 2° en coïncidence avec cette réaction fonctionnelle commune à la myopathie, à la maladie de Thomsen et à la dégénérescence, on a décrit une lésion musculaire commune qui est la multiplication des noyaux et la prolifération du sarcoplasma, lésion

qui a son maximum de développement dans la maladie de Thomsen. La contraction galvano-tonique est donc, vraisemblablement, la réaction pathologique d'une fibre musculaire pathologique, de même qu'à l'état normal la contraction lente est la réaction de la fibre lisse, la contraction vive celle de la fibre striée.

SECTION DE MÉDECINE NAVALE ET MILITAIRE

Le transport des blessés dans les régions montagneuses. — M. Nieuhaus, rapporteur.

La vaccination antityphoïdique. — MM. W. Leishman (A. M. S.), F. Russel (U. S. A.), Chantemesse et H. Vincent (de Paris).

Résumé du rapport de M. H. Vincent :

« La vaccination contre la fièvre typhoïde procède des méthodes pastoriennes. Elle a été pour la première fois appliquée à l'homme en 1896, par Pfeiffer et Kolle, et par Almroth Wright. Depuis lors cette méthode s'est répandue dans un certain nombre de pays où elle s'est montrée très efficace. Les résultats obtenus en France sont également très remarquables.

Un laboratoire a été fondé spécialement, au Val-de-Grâce, à l'effet de préparer le typho-vaccin. Il a expédié, jusqu'à ce jour, du vaccin pour 280 000 personnes. Le nombre des vaccinés atteint ou dépasse actuellement 100 000.

Le vaccin que j'utilise est polyvalent (préparé par addition de multiples races typhiques empruntées, en particulier, aux pays où se font les vaccinations). Il est stérilisé par addition momentanée d'éther, et ne renferme, au moment de sa répartition en ampoules et de son emploi, aucun antiseptique. Il contient seulement 400 millions de bacilles par centimètre cube (1). Enfin on peut l'associer à du vaccin antiparatyphoïdique A ou B, que je prépare suivant les mêmes principes.

Les résultats que je vais faire connaître concernent les opérations de vaccination faites en 1912.

Bien que la vaccination antityphique soit facultative dans l'armée française, elle y est très bien acceptée. En 1912, le nombre des militaires vaccinés a été de 53 157. Les vaccinations ont été faites surtout dans les régions où la dothiénentérie est fréquente (sud et sud-est de la France, Algérie, Tunisie, Maroc). En Algérie-Tunisie, la proportion des vaccinés a été d'un sur quatre; au Maroc oriental, d'un sur 6. Au Maroc occidental, le nombre des vaccinés (10 794) a été supérieur à celui des non vaccinés (6 293).

Dans la population civile, on a pratiqué la vaccination avec le même succès. Dans certaines localités menacées par la fièvre typhoïde, la moitié des habitants se sont fait vacciner. Le nombre des enfants vaccinés dépasse 900.

Les réactions provoquées sont, en effet, vraiment rares. La douleur locale est nulle, faible ou légère, exceptionnellement plus marquée. Chez les sujets sains, la fièvre, atteignant ou dépassant 39 degrés, existe seulement chez 1,5 p. 100 des vaccinés. Elle ne dure que très peu. Les réactions fébriles moyennes (38 degrés) se montrent en France, chez 3 p. 100 des vaccinés. Ces réactions sont donc moins accusées et moins fréquentes que chez les sujets vaccinés pour la première fois contre la variole.

Le paludisme est souvent réveillé par le typho-vaccin. On prévient les accès par l'administration répétée de la quinine.

On ne doit pas vacciner les sujets malades, convalescents, anémiés, etc., ou ayant eu antérieurement la fièvre typhoïde.

A la suite d'erreurs, des doses très fortes de vaccin, 5, 10, 20 centimètres cubes, ont été inoculées. Elles ont provoqué une fièvre peu intense, de la céphalée parfois forte, de la douleur locale, mais jamais d'accidents sérieux. Le typho-vaccin polyvalent stérilisé par l'éther est donc très peu toxique.

L'injection de vaccin antiparatyphique A ou B éveille plus souvent des réactions locales ou générales; néanmoins celles-ci sont très tolérables.

1° L'efficacité du vaccin antityphoïdique s'est manifestée par la protection qu'il a assurée à sept médecins, étudiants, etc., ayant involontairement absorbé d'énormes quantités de bacille typhique (Vincent, Haibe, Thiroloix), dans des conditions équivalentes à des expériences de laboratoire. L'antigène provoque donc dans l'organisme la sécrétion précoce et active d'anticorps.

2° Il protège, de la même manière, une forte proportion des sujets qui sont déjà *en incubation* de fièvre typhoïde.

Pendant les épidémies violentes (Maroc, Avignon, etc.), on a constaté, en effet, qu'un grand nombre de personnes qui étaient déjà sûrement infectées, échappaient à la maladie. Si la fièvre typhoïde survient, elle est, le plus souvent, bénigne. A Avignon, les non-vaccinés ont eu 1 cas sur 4. Ceux qui ont été vaccinés pendant l'épidémie et qui sont tombés malades aussitôt après la première ou la deuxième injection (*ils étaient, par conséquent, en incubation au moment où ils les recevaient*), ont eu 1 cas sur 369, c'est-à-dire qu'ils ont été 92 fois moins éprouvés que s'ils n'avaient reçu aucune injection.

On peut donc vacciner en tout temps, même en période épidémique, avec de grands avantages.

3° Les publications que j'ai déjà faites sur les résultats de la vaccination antityphique par le typho-vaccin polyvalent ont montré que, pratiquée dans les conditions cependant les plus défavorables, c'est-à-dire chez les sujets surmenés, fatigués, et en pleine épidémie, le vaccin *donne une immunité puissante à l'égard de l'infection éberthique.*

Il en a été ainsi au Maroc oriental en 1911 et, en 1912, dans les garnisons où la fièvre typhoïde a été très fréquente. Il a été vacciné, en 1912, 30 325 hommes appartenant aux troupes de la métropole, plus 1 045 hommes du corps d'armée colonial séjournant en France. Aucun cas de fièvre typhoïde n'a été observé chez ces militaires immunisés. Les non-vaccinés ont eu 2,22 cas, et 0,30 décès p. 1000 (armée métropolitaine) et 6,34 cas et 0,58 décès p. 1000 (armée coloniale).

Je ne rappellerai pas l'immunité remarquable dont ont bénéficié les vaccinés, comprenant les deux tiers de la garnison, lors de la célèbre épidémie d'Avignon. Les soldats non vaccinés ont eu 225,61 cas et 32,02 décès p. 1 000.

En Algérie-Tunisie, le nombre des vaccinés, en 1912, a été de 10031. On a constaté un cas de fièvre typhoïde moyenne, chez un homme vacciné à Mogador avec un vaccin périmé et qui, par conséquent, avait perdu son efficacité.

Au Maroc oriental, les 962 militaires vaccinés n'ont eu aucun cas d'infection éberthique. La morbidité typhique a été, chez les non-vaccinés de 38,22 p. 1000 et la mortalité de 5,51 p. 1000.

Au Maroc occidental où les conditions d'infection se sont toujours montrées si graves depuis l'occupation de ce pays, les troupes, en continuel mouvement, livrant de nombreux combats, couchant presque en permanence sous la tente, soumises à un surmenage incessant, ont été exposées aux plus dures vicissitudes et aux facteurs de contagion les plus dangereux. Dans de telles circonstances, et en dépit des mesures usuelles très rigoureuses de prophylaxie, l'absorption d'eau impure, la contagion par les mouches, etc., expliquent la proportion élevée de cas de fièvre typhoïde et de décès observés chez les 6293 militaires non vaccinés : ce chiffre a atteint 168,44 cas et 21,13 décès pour 1000 hommes.

La morbidité typhique chez les vaccinés a été infime : 0,18 cas, et 0,09 décès p. 1000. Il y a donc lieu d'espérer que l'application de la vaccination antityphique obligatoire aux troupes du Nord de l'Afrique fera pratiquement et presque entièrement disparaître cette redoutable maladie.

Comme en Amérique et dans l'armée anglaise des Indes, on a pu constater que les sujets vaccinés contre la fièvre typhoïde seule, étaient exposés, au même titre que les non-vaccinés, au

(1) Les autres vaccins renferment un milliard de bacilles.

paratyphus A ou B. Dans l'armée anglaise, même, le paratyphus a été plus fréquent chez les vaccinés que chez les non-vaccinés. Au Maroc occidental, les vaccinés ont eu 2,78 cas (contrôlés par le laboratoire), p. 1000, de paratyphus A ou B. Au Maroc oriental, la proportion a été de 3,12 p. 1000.

Du vaccin antityphique a été envoyé à un grand nombre de municipalités ou de bureaux d'hygiène, pour prévenir ou combattre les épidémies de fièvre typhoïde. Les résultats ont été aussi favorables. Dans de nombreuses familles, dans des factoreries, des équipes de chemin de fer (Congo belge), des missions scientifiques, des écoles, etc., on a constaté, à côté d'atteintes nombreuses chez les non-vaccinés, la protection complète de ceux qui avaient été immunisés avec le vaccin polyvalent.

A Paimpol et à Puy-l'Evêque, villes éprouvées par une grave épidémie, le nombre total des vaccinés a dépassé 700 : tous les vaccinés ont été épargnés par la fièvre typhoïde. *C'est la première fois en France ou à l'étranger, que cette méthode a été employée en grand et comme moyen prophylactique exclusif, pour combattre une épidémie dans la population civile.* Ces faits montrent combien les inoculations préventives sont facilement acceptées de tous, et combien elles sont efficaces.

Fait important, lorsque la vaccination est instituée en masse dans une localité, au début ou au cours d'une épidémie, *elle exerce une véritable action d'arrêt sur celle-ci. A défaut de toute autre mesure prophylactique, on a constaté qu'après quinze jours la fièvre typhoïde a disparu brusquement, ne donnant plus lieu, lorsqu'elle le fait, qu'à des atteintes exceptionnelles, et seulement chez les non-vaccinés.* On n'a jamais rien observé qui rappelle la « phase négative ».

D'après un « communiqué officiel » du ministère de la Guerre (*France militaire*, 4 avril 1913), « étant connues la morbidité et la mortalité moyennes par fièvre typhoïde dans l'armée, en métropole, Algérie-Tunisie et au Maroc, on peut estimer que la vaccination antityphoïdique a économisé au pays, 2101 cas de fièvre typhoïde et 266 décès pendant la seule année 1912 ».

La vaccination contre la fièvre typhoïde réalise donc un progrès considérable dans la prophylaxie de cette maladie. N'offrant pas, comme certains autres modes de vaccination antiéberthique, les dangers d'une infection ou d'une localisation viscérale, biliaire ou autre, ne risquant pas de créer, chez les vaccinés, des porteurs de germes, le typho-vaccin polyvalent assure une puissante protection contre l'infection. L'expérience démontrera quelle est la durée de l'immunité ainsi conférée. »

RÉSULTATS DE LA VACCINATION ANTITYPHOÏDIQUE PAR LE TYPHO-VACCIN POLYVALENT EN 1911 ET 1912

RÉGIONS ET MILIEUX OU ONT ÉTÉ FAITES LES TYPHO-VACCINATIONS	NOMBRE DES NON VACCINÉS	NOMBRE DES VACCINÉS	FIÈVRE TYPHOÏDE 1° CHEZ LES NON VACCINÉS Cas p. 1.000	Décès p. 1.000	2° CHEZ LES VACCINÉS Cas p. 1.000	Décès p. 1.000
Maroc Oriental (1911)	2.632	171	64,97	8,35	0	0
Armée française (Métropole en 1912)	447.159	30.325	2,22	0,30	0	0
Epidémie d'Avignon (juillet-août 1912)	687	1.366	225,61	32,02	0	0
Algérie-Tunisie (1912)	41.514	10.031	12,14	1,88	0,09	0
Maroc Oriental (1912)	5.240	1.529	38,23	5,51	0	0
Maroc Occidental (1912)	6.293	10.794	168,43	21,13	0,18	0,09
Corps d'armée colonial (effectif présent dans la Métropole, en 1912)	11.961	1.045	6,34	0,58	0	0
Armée hellénique (épidémie de Larissa, 1912)	»	500	100 »	?	0	0
Epidémie de Paimpol (population civile, 1912)	2.400	400	41,66	4,58	0	0
Epidémie de Puy-l'Evêque (population civile, 1912)	388	312	62,85	7,14	0	0

Vaccin antityphique iodé. — M. REYNÈS (de Marseille). Le vaccin antityphique iodé des docteurs Ranque et Sénez (de Marseille) est obtenu en stérilisant le bacille d'Eberth par une solution iodo-iodurée que l'on neutralise elle-même en temps voulu par adjonction d'hyposulfite de soude. L'action de l'antiseptique très diffusible est immédiatement suspendue après la durée de contact jugée nécessaire.

L'expérimentation a permis aux auteurs du procédé de n'utiliser qu'une faible dose d'antiseptique qui détruit seulement le pouvoir de reproduction du bacille en lui conservant toutes ses propriétés biologiques et immunigènes.

Le professeur H. Reynès et de nombreux médecins ont appliqué le vaccin iodé à Marseille et dans la région, principalement dans plusieurs centres d'épidémie où les résultats les plus satisfaisants ont été obtenus.

Dans les groupements ouvriers où la vaccination a été appliquée on n'a enregistré aucun cas de fièvre typhoïde, alors que jusque-là la morbidité par cette infection était très élevée.

Plus de 2000 injections de vaccin ont été faites; les réactions générales consécutives, toujours moyennes, ne se sont produites que dans la faible proportion de 0,3 p. 100 des cas.

Les contre-indications paraissent beaucoup moins étendues qu'on l'a dit jusqu'ici.

La vaccination antityphique a été pratiquée chez de nombreuses femmes enceintes dans le service du professeur Guérin-Valmale sans le moindre ennui : la grossesse ne contre-indique nullement la vaccination.

Organisation sanitaire militaire sous les tropiques. — Résumé du rapport de M. P. HÉHIR (de Burma, I. M. S.) :

L'organisation sanitaire de l'armée de l'Empire indien est la plus rationnelle, la plus pratique, et, comme le montrent les résultats, la plus efficace. L'auteur la présente comme un modèle de ce que devrait être partout l'organisation sanitaire militaire. Il montre en particulier l'intérêt qu'il y a à rendre les officiers responsables des conditions hygiéniques de leurs casernes et de ses environs, ainsi que du confort hygiénique de leurs troupes. Il conclut que l'institution de divisions sanitaires régimentaires a été d'un grand secours pour l'amélioration de la santé des troupes aux Indes.

Résumé du rapport de M. HINTZE (de Berlin) :

L'organisation sanitaire dans les colonies allemandes est différente dans les colonies tropicales ou sous-tropicales, selon qu'il s'y trouve ou non des troupes coloniales, des troupes blanches ou des troupes de couleur. Pour le service de santé civil, il existe des médecins du gouvernement et des auxiliaires sanitaires. Le service des troupes est fait par des médecins

militaires et des sous-officiers. De plus, pour les deux ordres de service, il y a des sœurs hospitalières. — Devoirs, droits et appointements du personnel. — Son rôle dans les hôpitaux, dans les lazarets des troupes, les asiles de convalescents, les policliniques, et au cours des expéditions. — Le service des sages-femmes dans le sud-ouest africain. — La lutte contre la maladie du sommeil. — Les recherches scientifiques. — Publication des rapports. — Le matériel sanitaire : sa constitution et sa répartition. — Equipement sanitaire du soldat.

Le traitement de la syphilis dans l'armée par le salvarsan et les substances alliées. — M. VENNIN (de Paris). L'introduction de l'arsenobenzol dans les hôpitaux de l'armée, particulièrement sous forme de néosalvarsan, est désirable en raison de l'action rapide et intense de ce médicament sur la syphilis. Il ne peut constituer cependant qu'une médication exceptionnelle et temporaire à cause : 1° des accidents qui en sont parfois la conséquence; 2° des précautions minutieuses qu'exige son emploi. Il doit être réservé aux malades en traitement dans les hôpitaux et appartenant à l'une des catégories suivantes : 1° syphilis à la période d'invasion (traitement curatif); 2° syphilis maligne, accidents rebelles au mercure (traitement symptomatique); 3° accidents contagieux (traitement prophylactique). En dehors de ces cas, le mercure doit rester le médicament de fond, le seul que le médecin militaire puisse utiliser en dehors des établissements hospitaliers.

Le traitement de la syphilis par le salvarsan et les substances du même genre. — Résumé du rapport de MM. F. W. GIBBARD et L. W. HARRISON :

Les auteurs ont expérimenté sept différents modes de traitement de la syphilis par le salvarsan, et ont obtenu la plus faible proportion de rechutes avec l'emploi de deux injections de salvarsan et de neuf injections mercurielles. Si l'on compare les résultats de ce mode de traitement avec ceux qui font appel exclusivement au mercure, il semble que l'adoption, pour le traitement habituel des soldats syphilitiques dans l'armée anglaise, de la méthode du salvarsan et du mercure, entraînera une économie annuelle équivalant à ce que coûterait l'entretien à l'hôpital, pendant plus de trois mois, d'un bataillon d'infanterie. Une comparaison entre les résultats du traitement commencé à la période primaire ou à la période secondaire montre tout l'intérêt qu'il y a à entreprendre la cure dès le début. Les convulsions épileptiformes et la mort après les injections de salvarsan font l'objet d'une discussion et les auteurs émettent l'avis qu'elles sont dues à l'intoxication arsenicale, par le salvarsan, de malades présentant une susceptibilité particulière, et qu'elles pourraient être évitées en pratiquant les injections à de plus larges intervalles, de façon à prévenir toute action cumulative. L'étude des réactions consécutives aux injections de salvarsan semble indiquer que les symptômes fébriles sont dus aux endotoxines des spirochètes, tandis que les vomissements et la diarrhée sont dus au salvarsan. Les troubles des nerfs craniens sont dus à la syphilis et non au salvarsan. Le salvarsan est un remède suffisamment sûr pour justifier son emploi habituel dans le traitement de la syphilis dans l'armée.

Le rapport est illustré de quatre tableaux.

Maladies du caisson. — Sommaire du rapport de M. STEWART :

Il faut observer des précautions spéciales pour les plongeurs. — Cas récents de maladies causées par les plongées dans les conditions actuelles. — L'importance d'une provision d'air pur. — La quantité d'air nécessaire. — Les effets de la haute pression de CO^2 dans l'air des casques. — Le danger de la décompression rapide. — Ce qu'il faut faire quand les accidents de suffocation se produisent chez le plongeur. — L'emploi de la chambre de récompression. — La décompression après les descentes répétées. — Le traitement de la maladie du caisson quand le plongeur est inanimé (*a*) en tenue de plongeur, (*b*) débarrassé de sa tenue de plongeur. — Le danger des plongées dans les débris de bâtiments naufragés. — L'influence de l'embonpoint chez le plongeur. — Les dangers du séjour prolongé aux grandes profondeurs.

Physiologie de l'exercice physique et de la marche. — Résumé du rapport de M. BUCHINGER (de Flensburg) :

L'auteur expose, en les résumant, les points principaux de la physiologie des exercices physiques. Puis vient, à propos des recherches expérimentales de Zunts et Schumburg sur la marche, une énumération rapide des résultats de ces travaux.

L'auteur examine ensuite de plus près deux questions qu'il considère comme particulièrement importantes. C'est d'abord l'influence de l'alcool sur les exercices physiques et la marche : il recommande pour tous les gymnastes, les sportsmen et les soldats, l'abstinence totale. Vient ensuite la question, non moins importante, de l'alimentation. L'auteur fait un exposé des faits et des découvertes scientifiques qui parlent très nettement en faveur du régime végétarien, surtout pour les exercices de durée.

Il termine en préconisant des expériences de marche exécutées par des soldats, dont certains groupes seraient soumis au régime végétarien, sous la direction de physiologistes instruits, et avec participation des chefs aux expériences alimentaires.

(A suivre.) STEPHEN CHAUVET.

FORMULAIRE

ANOREXIE

Vanadate de soude.......... 0g04
Eau distillée................ 150 grammes.

Une cuillerée à café avant le repas.

Remédier à l'alimentation insuffisante avec un peu de poudre de viande de Trouette-Perret et utiliser ses propriétés peptogènes et apéritives en la donnant deux ou trois heures avant un repas, il est rare qu'elle ne réveille pas l'appétit.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 7, juillet 1913.) Nicolas MOUTOT et CHARLET : Dermatose congénitale et familiale. Lésions trophiques progressives et chroniques ulcéro-végétantes, à début pemphigoïde, avec dystrophies unguéales. Variété nouvelle de pemphigus congénital de forme dystrophique (4 fig.). — PETGES : La morphée en gouttes et le white-spot disease (9 fig.). — SABOURAUD et LORÉ : Milieu rendant facile la culture du gonocoque.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 6, juin 1913.) LUC : La voie d'accès dans le labyrinthe ethmoïdal suivant le procédé d'Harris-Mosher (de Boston). — FALGAR : Sur l'implantation effective des tumeurs fibreuses du naso-pharynx. — GAREL et GIGNOUX : Une épingle dans la bronche gauche chez une fillette de dix-sept mois. — GUISEZ : Diagnostic et traitement des corps étrangers des voies aériennes.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 6, juin.) BARTHÉLEMY : Stations de pansements et transport de blessés dans les combats sur mer. — HENRY : Note sur les peintures vernissées. — KERGROHEN : Note sur quelques hôpitaux de l'Extrême-Orient et du Pacifique (*suite*). —

ROUCHÉ : Note sur une épidémie de dengue à bord de la *Manche* en 1911.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 juin 1913.) A. MONSSEAUX : De l'action exercée par la cure diurétique de Vittel sur le fonctionnement rénal.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 11, 10 juin 1913.) R. ARGAUD : Sur une région endocardique directement excitable. — CURTILLET, P. LOMBARD et G. PÉLISSIER : Rate paludéenne en ectopie pelvienne. Splénectomie. — L. COCHEZ : Pseudo-myxome de l'appendice. — DODIEAU : Myostéome développé à la suite d'un hématome diffus après une injection de sérum. — ROUSSEL et FOURCADE : Méningite ourlienne.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 26, 28 juin 1913.) Maurice D'HALLUIN : La radiothérapie en gynécologie (*fin*).

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Juin 1913.) Francis BIRAUD : Traitement par la radiothérapie des ulcères variqueux.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 26, 26 juin 1913.) KRÖNIG et GAUSS : Traitement du cancer par les rayons Röntgen. — FORSTER et TOMACZESWKI : Présence de spirochètes vivants dans le cerveau des paralytiques généraux. — DEIGALSKI et BIERAST : Procédé pour la recherche du bacille diphtérique. — LÜDIN : Influence du repas dans l'examen radiologique de la mobilité gastrique. — DOWATSKI et ROSENBERG : Expériences avec la tuberculine « Rosenbach ». — JESSEN : Embolie gazeuse artérielle et technique du pneumothorax artificiel. — JELKE : Sérum de convalescents dans la pneumonie. — TÖBBE : Aphasie motrice comme seul symptôme immédiat après un traumatisme. — PRYM : Ablation totale d'un carcinome artériel par curettage explorateur. — LILIENTHAL : La varicelle chez l'adulte. — STERN : Réinfection syphilitique après traitement par le salvarsan. — MERKENS : Remarques critiques sur la méthode de Gross. — ENGEL : Nutrition et traitement de la nutrition chez le nourrisson. — KIRCHBACH : Utérus bicorne dans un seul col avec grossesse simultanée dans les deux cornes. — NIEULESEN : Emploi de capsules de gélatine durcie dans la thérapeutique médicamenteuse. — ENGELEN : Sedobrol. — SCHNÉE : Contribution au traitement par les amons. — (N° 27, 3 juillet.) BIRK : Emploi des purgatifs et des constipants dans l'enfance. — EWALD et FRIEDBERGER : Sur la pathogénie de l'anémie pernicieuse. — BERGMANN et KATSCH : Mouvement intestinal et forme intestinale. — KRUSIUS : Résultats de recherches comparatives de la réfraction dans les écoles supérieures du Levant et de l'Inde orientale. — JESPERSEN : Cas de leucémie traité par le benzol. — GALI : Strumite post-typhique tardive et maladie de Basedow secondaire. — DAHL : Action de la paracodéine. — STERN : Diagnostic de l'atonie du cæcum. — KLARE : Traitement des infections des voies aériennes par un nouveau prophylactique « la mallébréine ». — SALAGHI : Action de la gymnastique médicale sur la circulation. — STEIN : Traitement des arthropathies par la diathermie. — SCHERESCHEWSKI : Prophylaxie de la syphilis par la pommade à la quinine. — SEELIGMANN : Traitement combiné des tumeurs malignes par la chemo et la röntgenothérapie. — ZURHELLE : Erreur de sexe à la suite d'hypospadias péniscrotal. — (N° 28, 10 juillet.) — GRAWITZ : Cellules mobiles formées dans la cornée. — WEBER : Etiologie des psychoses aiguës. — RAECKE : Traitement par le salvarsan de la paralysie générale. — WEINTRAND : Emploi du camphre intraveineux. — PEKANOWITCH : Tentative chimothérapeutique dans la tuberculose. — SCHERN et CITRON : Sur la lévulusurie dans la trypanosomiase. — OPPEINHEIMER : Un cas d'augmentation de l'excrétion d'acide glycuronique dans la scarlatine. — KREBS : Syphilis et neurasthénie. — BÄUMER : La iodostarine Roche dans le traitement de la syphilis. — VOGT : Importance obstétricale de l'état hypoplastique. — GAUS : Désinfection en obstétrique et extraction manuelle du placenta. — WAGNER : Méthode d'extraction des corps étrangers hors de l'œsophage. — WEINBERG : Les enfants des tuberculeux. — NAECKE : La reproduction pendant l'ivresse. — HAMM : Traitement de la surdité après les affections auriculaires au moyen de la diathermie. — FRITSCH : L'hexal, comme sédatif. — KIRCHENTSEIN : Sur les éclats dans les crachats des phtisiques.

Tunisie médicale. — (N° 6, juin 1913.) BOUQUET : De la rachianesthésie à la novocaïne.

NOTES POUR L'INTERNAT

PÉRITONITES AIGUËS

DÉFINITION. — La péritonite aiguë est le résultat de l'infection soudaine de la séreuse péritonéale par des microbes. Il n'existe pas un type uniforme de péritonite aiguë, mais au contraire de multiples variétés cliniques, suivant que l'infection péritonéale est généralisée, diffuse, ou localisée, suivant que le germe causal est plus ou moins virulent, suivant enfin que le sujet offre une résistance plus ou moins énergique à l'infection. Aussi serons-nous obligés d'étudier successivement ces diverses formes cliniques; néanmoins nous commencerons par bien isoler les traits communs qui groupent en quelques types synthétiques les diverses variétés de péritonites aiguës; cette étude nous permettra d'apprécier plus facilement ensuite les nuances qui séparent les différentes formes que nous passerons en revue.

ÉTIOLOGIE. — Les microbes, pour infecter le péritoine, peuvent venir, soit du dehors (infection extrinsèque), soit des cavités septiques de l'abdomen (infection intrinsèque locale), soit par la circulation générale (septicémie).

A. **Péritonites par infection extrinsèque.** — Ces péritonites sont consécutives à une plaie (traumatique ou opératoire) de la paroi abdominale, rarement à un érysipèle de la paroi, à une phlébite du cordon (nouveau-né). La péritonite postopératoire est favorisée par la longueur de l'opération, l'abus des antiseptiques, la stagnation des exsudats séreux ou sanguins. Ces péritonites ont souvent une *allure suraiguë*, sans lésions anatomiques constatables à l'autopsie; elles correspondent au *shock postopératoire* des anciens auteurs.

B. **Péritonites par infection intrinsèque locale.** — Ce type de péritonite est réalisé, soit par perforation, soit par transsudation, soit par propagation lymphatique; le point de départ en est, soit l'appareil digestif, soit les voies biliaires, soit l'appareil génito-urinaire, soit la rupture d'une poche purulente intra ou extrapéritonéale.

Les *péritonites d'origine digestive* sont parmi les plus fréquentes : il peut s'agir de plaies et ruptures par contusion de l'estomac et de l'intestin ou de perforations non traumatiques, telles que : ulcérations gastriques et intestinales (ulcère simple de l'estomac, du duodénum), péritonites appendiculaires, typhoïdiques, ulcérations tuberculeuses, dysentériques, charbonneuses, actinomycosiques. Il faut encore signaler les ulcérations toxiques, spécialement les ulcérations duodénales des urémiques (Perry et Shaw), les ulcérations par néoplasmes intestinaux, par iléus et étranglement intestinal.

Les *péritonites herniaires*, bien étudiées cliniquement par Nepveu, Wurtz, expérimentalement par Clado, Blanc et Bosc, sont particulièrement redoutables. Les péritonites secondaires à des épanchements sanguins intraabdominaux aseptiques relèvent de transsudation microbienne.

Les *péritonites d'origine biliaire* sont bien connues depuis les recherches récentes de Gilbert et Lereboullet; ces auteurs

ont montré que loin d'être aseptiques, comme on l'avait cru pendant longtemps, les voies biliaires étaient le siège d'un microbisme latent; Widal, Lemierre ont en outre récemment mis en lumière la fréquence de l'infection des voies biliaires par voie sanguine pendant l'évolution des septicémies, spécialement au cours de la fièvre typhoïde; aussi les péritonites au cours des cholécystites, particulièrement des cholécystites typhoïdiques, ne sont-elles pas une exception (voir Angiocholites et cholécystites, question d'internat, *Gaz. des hôp.*, 1912).

Il est plus rare d'observer des péritonites d'*origine urinaire* par perforation du bassinet ou de la vessie; fréquemment au contraire, on observe chez la femme des péritonites d'*origine génitale*, à la suite d'infections vénériennes ou puerpérales (métrite, salpingite, péritonite par rupture de l'utérus, par propagation). Chez l'homme il est exceptionnel de voir une péritonite se développer au cours d'une déférentite par exemple.

Les péritonites par propagation ou par rupture d'une poche purulente intra ou extrapéritonéale succèdent aux suppurations viscérales du foie, de la rate, du rein, des ganglions mésentériques, de l'appendice, des trompes, aux suppurations cellulaires des périmétrites, du ligament large, enfin à la pleurésie purulente diaphragmatique, à la péricardite purulente, etc.

C. **Péritonites par infection intrinsèque générale.** — Dans cette variété, l'infection du péritoine est consécutive à une infection générale, ce sont des *péritonites aiguës septicémiques* que l'on observe au cours de la pyohémie, de l'érysipèle, de la pneumonie, de l'endocardite maligne; il s'agit presque toujours de pneumocoques ou de streptocoques; nous n'envisageons pas en effet ici les péritonites à bacilles de Koch, même lorsqu'elles prennent une allure aiguë.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions varient considérablement suivant la date de leur début et la cause de leur développement. Ce qui domine tout d'abord c'est l'hyperémie irrégulièrement répartie sous le péritoine, prédominant sur le feuillet viscéral et l'épiploon, c'est le dépoli de la séreuse et plus tard l'agglutination des anses intestinales par l'*exsudation séro-fibrineuse*; l'importance de l'exsudat est très variable, il varie de quelques centimètres cubes à plusieurs litres, il occupe les parties déclives de l'abdomen, à moins qu'il ne soit cloisonné par des fausses membranes; il est séro-purulent ou purulent; son enkystement est d'autant plus prononcé que les lésions sont plus anciennes. Sa nature varie beaucoup suivant l'origine de la péritonite; s'il s'agit de péritonites par perforation, l'exsudat est mélangé à de la bile, des aliments, des matières fécales; il s'accompagne alors de gaz très fétides; on peut retrouver des corps étrangers, calculs biliaires, hydatides, etc.

Les *néomembranes* se présentent sous la forme d'un revêtement gris jaunâtre, tapissant inégalement les organes abdominaux, établissant entre eux des brides, circonscrivant des loges où s'accumule le pus. Le pneumocoque provoque la formation d'épaisses fausses membranes enkystant un pus verdâtre épais; le streptocoque détermine l'exsudation d'un épanchement moins fibrineux. Les anaérobies se révèlent par leur odeur gangréneuse.

Suivant la variété anatomique observée on décrit des types cliniques différents. Lorsqu'il s'agit de *péritonite généralisée* on peut avoir affaire, soit à la *péritonite septique diffuse*, comportant, malgré son maximum de gravité, un minimum de lésions apparentes (peu ou pas de fausses membranes, minime quantité de sérosité louche, pauvre en éléments leucocytaires), soit à la *péritonite purulente généralisée* avec épanchement liquide très abondant, séro-purulent ou purulent, parfois fétide, sans tendance à l'enkystement. S'il s'agit de *péritonites localisées* caractérisées par l'abondance des néo-membranes, il peut s'agir soit de péritonite purulente localisée ou *abcès péritonéal*, soit de *péritonite purulente à foyers multiples* (Lejars) procédant de l'enkystement secondaire d'une péritonite généralisée (Sonnenburg), soit de péritonite plastique dans laquelle le pus fait défaut.

L'évolution se fait souvent vers la mort; parfois les exsudats peuvent s'enkyster et se résorber, les néomembranes disparaître, ou se transformer en brides fibreuses, origine d'accidents ultérieurs d'étranglement. Le pus enfin peut s'évacuer au dehors, par l'ombilic, comme dans la péritonite pneumococcique, ou dans le vagin, le rectum, l'intestin, ou encore, à travers le diaphragme, dans la plèvre, parfois même dans le poumon donnant lieu à une vomique.

A côté des lésions péritonéales proprement dites, il faut signaler les lésions de l'intestin dont les parois sont œdémateuses, molles, friables, du mésentère souvent rétracté, des autres viscères présentant un début de processus inflammatoire qui pourra aboutir plus tard à une sclérose périphérique. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est également enflammé (péritonite phlegmoneuse), on observe aussi de la pleurésie, sèche, séro-fibrineuse ou purulente.

Rappelons enfin brièvement l'existence des lésions ayant provoqué la péritonite, lésions intestinales typhoïdiques, dysentériques, tuberculeuses, cancéreuses, les perforations de l'estomac, du duodénum, de l'appendice; les contusions de l'abdomen, avec gangrène secondaire de l'intestin, les étranglements internes, les lésions des voies biliaires, les lésions de l'utérus et des annexes, que l'on devra toujours rechercher systématiquement.

On retrouvera encore à distance des lésions infectieuses et toxiques, abcès pulmonaires, broncho-pulmonaires, phlébites, gangrènes périphériques, *lésions infectieuses du foie*, etc. Nous étudierons plus loin les *modifications du sang*. Signalons que Barbacci a décrit chez le chien, mort de péritonite par perforation, des lésions de chromatolyse au niveau de l'écorce cérébrale et des cellules ganglionnaires de la chaîne sympathique.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Parmi les agents microbiens qui déterminent le plus souvent l'infection péritonéale, il faut placer en premier lieu le coli-bacille et les microbes anaérobies; viennent ensuite le streptocoque, le pneumocoque, le gonocoque, l'entérocoque, le bacille d'Eberth, etc. Chez certains animaux, lapin, cobaye, si l'on veut réaliser l'infection péritonéale il faut recourir à un microbe très virulent et l'inoculer à très forte dose; malgré cette précaution l'on réalise bien plus souvent une septicémie qu'une péritonite proprement dite, sauf si l'on a altéré, au préalable, l'endothélium péritonéal. Au début de l'infection péritonéale, il se fait une vaso-dilatation excessive des vaisseaux abdominaux qui favorise la résorption péritonéale, cette première phase constitue la phase d'*intoxication*, à laquelle fait suite la *phase de défense*, caractérisée par une diapédèse avec phagocytose rapide, par l'apparition d'un exsudat, souvent riche en fibrine, contribuant à la limitation et à l'atténuation du processus péritonéal. Un rôle important est dévolu dans cette lutte *à l'épiploon*, vaste ganglion lymphatique étalé, qui balaye la cavité péritonéale et possède un pouvoir plastique réparateur considérable.

Telles sont les *réactions défensives* au cours des péritonites aiguës, il nous reste à essayer d'expliquer la physiologie des principaux symptômes cliniques : schématiquement on distingue, dans le syndrome des péritonites, des phénomènes généraux d'ordre septico-toxémique, des phénomènes nerveux et cardio-vasculaires. Les variations thermiques (hypothermie ou hyperthermie) relèvent plus de la virulence des toxines et des altérations hépatiques que des variétés microbiennes. Les douleurs abdominales paraissent en rapport avec des lésions du plexus solaire (Laignel-Lavastine); les troubles circulatoires, le shock, le collapsus proviennent des relations qui existent entre l'innervation sympathique abdominale et les centres bulbaires de l'innervation du cœur; cependant Heincke ne fait pas intervenir, dans la production de ces accidents, l'innervation cardiaque, mais simplement l'*hypotension artérielle* que provoque la manipulation des viscères abdominaux, d'où la nécessité de s'abstenir de toute manipulation inutile lors des interventions chirurgicales.

En résumé, d'après Laignel-Lavastine, il faudrait distinguer dans l'interprétation des phénomènes cliniques un *syndrome solaire aigu d'excitation* (douleur, constipation, élévation de la tension artérielle), et un *syndrome solaire aigu de paralysie* (abattement, diarrhée, vomissement, petitesse du pouls, oligurie). (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 110. — SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1913. 86e ANNÉE SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1913. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie*. — Séance du 24 septembre. — Question donnée « : Injection de sérum artificiel. Indications, technique, accidents. »

M. Panas, 4; Mlle Lebert, 19; MM. Maechler, 15; Labesse, 16; Oulès, 4; Mustelier, 15; Lemarié, 17; Maillard, 7; Martin, 15 1/2; Missirliu, 15; Marty, 18; Klébaner, 5; Lemoine, 15; Jarraud, 13; Loisel, 14; Paillet, 8.

Prochaine séance lundi 29 septembre, à quatre heures du soir.

Anatomie. — Séance du 25 septembre. — Question donnée : « Anatomie du muscle sterno-cléido-mastoïdien sans la physiologie. »

MM. Bouchet, 15; Decoularé-Delafontaine, 13; Cerné, 14; Bouisson, 19 1/2; Mlle Cassel, 18 1/2; MM. Danziger, 11; Casteran, 16; David, 19; Chérau, 12; Dameuse, 16; Dacla, 8; Challier de Grandchamps, 16; Cuvigny, 17; Carabin, 16.

Prochaine séance le samedi 27 septembre, à quatre heures du soir.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Liste de classement des médecins et pharmaciens aides-majors de deuxième classe sortant de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales :

Médecins. — Médecins aides-majors de deuxième classe nommés à ce grade pour prendre rang du 16 janvier 1912, par application des dispositions de la loi du 6 juillet 1912 :

MM. Guillemet, Laveau, Pons, Peltier, Le Gallen, Landry, Solier, Ricou, Jardon, Puncet, Théron, Rainaut, Gautron, Armand, Toullec, Stéfani, Bonrepaux, Déjean, Eggimann.

Médecins aides-majors de deuxième classe nommés à ce grade pour prendre rang du 31 décembre 1912 :

MM. Bijon, Bédier, Février, Bonneau, Cariou.

Pharmaciens. — Pharmacien aide-major de deuxième classe nommé à ce grade pour prendre rang du 31 décembre 1912 :

M. Riqueau.

L'ordre ci-dessus détermine le rang d'ancienneté dans le grade de médecin et de pharmacien aide-major de deuxième classe de ces aides-majors qui sont placés en résidence libre jusqu'à la date de leur embarquement pour les colonies.

Les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms précèdent compteront pour ordre au 4e régiment d'infanterie coloniale à Toulon.

MARINE. — M. le médecin de première classe Fatome, du port de Cherbourg, est désigné pour remplir les fonctions de chef de clinique médicale à l'hôpital maritime de ce port.

M. le médecin de première classe Bellot, du port de Cherbourg, est désigné pour remplir les fonctions de chef de clinique chirurgicale à l'hôpital maritime de ce port.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Guilhaud, A. Herpin, stomatologiste des Quinze-Vingts, et Houzel (de Paris).

HOPITAL SADIKI, A TUNIS. — Une place d'interne sera prochainement vacante à l'hôpital Sadiki, à Tunis.

Avantages : logement, éclairage, chauffage, blanchissage. Traitement annuel, 2400 francs. Bibliothèque. Amphithéâtre. Très grand mouvement chirurgical.

Conditions : être Français, scolarité terminée avec ou sans thèse. Engagement minimum d'un an. Le service comprend : l'assistance, la visite et contre-visite, les pansements, les opérations d'urgence. Garde de vingt-quatre heures un jour sur trois. Préférence accordée à interne en exercice justifiant d'une pratique chirurgicale sérieuse.

Adresser la demande, avec toutes pièces justificatives utiles, à M. le docteur Brunswic Le Bihan, médecin chef de l'hôpital Sadiki, à l'hôtel Lutetia, boulevard Raspail, Paris, du 1er au 15 octobre 1913.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Train de chasseurs entre Paris et Gien*. — La Compagnie P.-L.-M. rappelle aux chasseurs que, pour faciliter leurs déplacements dans les régions du Gâtinais, de la Puisaye et de la Sologne, elle met en marche un train express (1re classe et wagon-restaurant) qui circule, pendant la durée de la chasse :

Les samedis et veilles de fêtes, de Paris à Gien;
Les dimanches et fêtes, de Gien à Paris.
Départ de Paris, 19 h. 35; arrivée à Gien, 22 h. 15.
Départ de Gien, 19 h. 29; arrivée à Paris, 22 h. 10.
Ce train ne prend pas de bagages enregistrés.

RENSEIGNEMENTS

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la **FIÈVRE TYPHOÏDE** *et du* **CHOLÉRA**



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

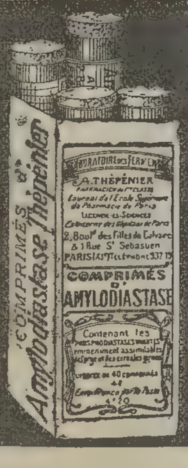
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* **DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* **LAIT**
Préparation des **BOUILLIES MALTÉES**

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* **FÉCULENTS**



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le " Laboratoire des Ferments " A. THÉPÉNIER, 12, rue Clapeyron, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

NERF LARYNGÉ SUPÉRIEUR

Par MM. JACQUES RAMADIER et HENRI VIGNES,
Internes des hôpitaux de Paris.

I

Définition. — Sous le nom de laryngé supérieur, on décrit un nerf mixte, branche du pneumogastrique, qui donne au larynx toute sa sensibilité et une partie de sa motricité.

II

Développement. — Les centres du glosso-pharyngien, du pneumogastrique et du spinal forment une colonne continue, et la distribution de ces nerfs est parallèle. Chez les amniotes en particulier, le nerf pneumo-glosso-spinal, après avoir donné une branche cutanée, fournit une branche pour chaque arc viscéral à partir du troisième, c'est-à-dire pour les arcs branchiaux vrais : glosso-pharyngien pour le troisième arc, laryngé supérieur pour le quatrième, récurrent pour le cinquième ; et il se termine par un gros nerf intestinal. Chacun de ces nerfs branchiaux se divise en deux rameaux, l'un superficiel, sensitif, l'autre profond, mixte.

En ce qui concerne le laryngé supérieur chez l'homme, Soulié et Bardier l'ont vu à la fin du premier mois sous forme de plusieurs gros rameaux qui gagnent les troisième et quatrième arcs viscéraux. A un mois et demi le nerf peut être suivi jusqu'aux régions aryténoïdes et à la lame épithéliale qui a comblé l'hiatus interaryténoïdien. A deux mois, il contourne les parties latérales du pharynx et se distribue à la muqueuse située en arrière des muscles ary-aryténoïdien ; en même temps, on voit apparaître successivement le laryngé externe qui n'atteint pas encore le muscle crico-thyroïdien, puis l'anse anastomotique de Galien. A deux mois et demi, se développe sur le trajet du laryngé supérieur, entre la lame latérale du cartilage thyroïde et le sommet des cartilages aryténoïdes un amas nerveux de 150 μ sur 300 μ : c'est le ganglion que Remak a vu chez le mouton et que Nicolas a retrouvé chez le fœtus humain.

III

Anatomie. — Le nerf laryngé supérieur donne une branche collatérale de beaucoup plus importante que les autres, le nerf laryngé externe. Celle-ci, renferme la portion motrice du nerf et peut avoir une origine indépendante, ce qui permet de lui considérer une individualité anatomique et fonctionnelle. Nous étudierons donc l'anatomie du nerf laryngé supérieur en deux chapitres : 1° le *nerf laryngé supérieur proprement dit* qui au delà de la naissance du laryngé externe prend le nom de *laryngé interne* ou *branche sensitive*, et 2° le *laryngé externe* ou *branche motrice* (1).

Nerf laryngé supérieur. — ORIGINE. — Le laryngé supérieur naît du ganglion plexiforme du pneumogastrique, à la partie interne de son pôle inférieur. Cruveilhier et Sappey font remarquer que cette origine a lieu sur la face du ganglion opposée à celle qui reçoit l'anastomose du spinal ; ils en déduisent que le laryngé supérieur proviendrait exclusivement ou du moins principalement du pneumogastrique (Sappey).

Le niveau de cette origine est à 2 centimètres environ au-dessous du trou déchiré postérieur.

Variétés d'origine. — Beaucoup moins fréquemment le laryngé supérieur naît du pneumogastrique par deux racines qui se rejoignent après un trajet propre de plusieurs millimètres; ou encore il reçoit, ainsi que nous le verrons, une racine supplémentaire importante venant du sympathique.

TERMINAISON. — Le laryngé supérieur se divise en ses branches terminales en un point très variable, tantôt avant, tantôt après la traversée de la membrane thyro-hyoïdienne ; mais ces branches restent accolées en un pinceau serré jusque sous la muqueuse des replis aryténo-épiglottiques ; là seulement elles s'éparpillent en des directions très diverses et c'est ce point que nous considérerons comme la terminaison du tronc du laryngé supérieur.

DIRECTION. — De son origine à sa terminaison, le laryngé supérieur décrit une longue courbe qui regarde en haut et en avant et dont le sommet est à 2 ou 3 millimètres en arrière et au-dessous de l'extrémité postérieure de la grande corne de l'os hyoïde. Sa portion descendante, plus longue, est d'abord oblique en bas et en dedans, puis oblique en bas, en avant et un peu en dedans ; sa portion antéro-postérieure, plus courte, se dirige en avant, un peu en bas et un peu en dedans, presque parallèle au bord inférieur de l'os hyoïde.

LONGUEUR. — D'une extrémité à l'autre, le nerf laryngé supérieur mesure environ 6 centimètres.

VOLUME. — Sa grosseur représente environ un peu plus de la moitié de la grosseur du grand hypoglosse.

TRAJET. — 1° Dans la première partie de son trajet, le laryngé supérieur est au contact du paquet vasculo-nerveux carotidien : d'abord dans l'espace rétrostylien, puis dans la région carotidienne, la limite entre ces deux régions étant représentée par un plan horizontal tangent au bord inférieur de l'angle de la mâchoire.

2° Quittant le paquet carotidien, le nerf s'engage dans l'espace thyro-hyoïdien latéral, qu'il parcourt d'arrière en avant.

(1) Les chapitres qui concernent le laryngé supérieur dans les traités classiques d'anatomie contiennent sur certains points des données incomplètes ou contradictoires; aussi avons-nous pratiqué huit dissections de ce nerf, dont nous tiendrons compte au cours de cette monographie. L'étude du laryngé supérieur se fait, d'une part, en disséquant la région latérale du cou, d'autre part en disséquant, après coupe du pharynx, l'espace rétrostylien, l'endo-pharynx et l'endo-larynx.

3° Il perfore alors la membrane thyro-hyoïdienne, plancher de cette région.

4° Il débouche ainsi sous la muqueuse qui tapisse le fond des gouttières pharyngo-laryngées et se termine en arrivant à la base des replis aryténo-épiglottiques.

La courbe qu'il décrit est ainsi la plus inférieure et la plus interne des quatre courbes nerveuses orientées à peu près dans le même sens, que décrivent le lingual, le glosso-pharyngien, l'hypoglosse et le laryngé supérieur. La longueur de chacune de ces principales portions (stylo-vertébrale, carotidienne, sous-hyoïdienne + sous-muqueuse) est de 20 millimètres environ.

Rapports. — Nous devons étudier les rapports du laryngé supérieur dans les diverses régions qu'il traverse.

1° *Tout à son origine dans l'espace rétrostylien*, le nerf est situé dans l'angle dièdre antérieur formé par la face antéro-externe du pôle supérieur du *ganglion cervical supérieur* du grand sympathique, et la face antéro-interne du pôle inférieur du *ganglion plexiforme* du pneumogastrique duquel il émerge.

Ces deux ganglions sont à ce niveau appliqués l'un contre l'autre, souvent réunis par de courtes et nombreuses anastomoses, resserrant entre eux deux l'origine du laryngé supérieur.

En avant la face postérieure de la *carotide interne* transforme cet angle dièdre en un espace prismatique triangulaire.

Le *nerf pharyngien inférieur* du pneumogastrique, né de la partie moyenne du ganglion plexiforme, à 2 ou 3 millimètres au-dessus du laryngé supérieur s'unit à celui-ci par de nombreux filets et se dirige aussitôt en dedans. C'est aussi, en général, à quelques millimètres au-dessus de l'origine du laryngé supérieur que le *grand hypoglosse*, se dirigeant en bas, en avant et un peu en dehors, croise la face postéro-externe du ganglion cervical supérieur et du plexiforme, s'accrochant à chacun d'eux par un ou deux filets anastomotiques.

2° *Pendant son trajet oblique en bas et en dedans, dans l'espace rétrostylien*, le nerf contracte les rapports suivants :

En avant, il coupe obliquement la face postérieure de la *carotide interne* allant de son bord externe vers son bord interne. Il abandonne là un filet descendant pour la glande intercarotidienne. Plus en avant se trouve le *rideau des muscles styliens*. Le stylo-pharyngien, qui est le plus postérieur et le plus interne et qui est flanqué du glosso-pharyngien sur sa face postéro-externe puis sur son bord externe, descend vers la paroi pharyngienne dans laquelle il disparaît entre les constricteurs supérieur et moyen. Le muscle présente une obliquité en bas et en dedans à peu près parallèle à celle du laryngé supérieur.

En arrière, le laryngé supérieur croise obliquement la face antéro-externe du *ganglion cervical supérieur* du sympathique.

Les deux nerfs sont au contact l'un de l'autre à ce niveau. Ce n'est que plus bas, en effet, au-dessous du ganglion cervical supérieur que l'aponévrose prévertébrale envoie au-devant du sympathique un mince feuillet qui l'isole du paquet vasculo-nerveux.

Cette intimité de rapports s'accentue du fait que le laryngé supérieur envoie, dès son origine, un ou plusieurs rameaux qui, s'intriquant aussitôt avec des filets émanés du ganglion cervical supérieur, constituent le plexus d'origine du petit nerf sous-thyroïdien supérieur, décrit par Garnier et Villemin.

Plus en arrière, le corps et les apophyses transverses des deuxième et troisième vertèbres cervicales tapissées par les muscles droit antérieur de la tête et long du cou, revêtus eux-mêmes de l'aponévrose prévertébrale, forment le fond de la région.

En dedans, le nerf se rapproche, en descendant, de la paroi interne de l'espace rétrostylien. Poirier a montré que cet espace, appelé par lui stylo-vertébral, est limité en dedans par la lame sagittale du pharynx ; le pharynx n'appartenant à la paroi interne de l'espace stylo-vertébral que par son angle postéro-externe.

Ce n'est en effet que plus bas, quand il oblique en avant, que le laryngé supérieur se met au contact de la paroi pharyngienne. Dans tous les cas, il laisse certainement bien en avant de lui la région amygdalienne qui répond, on le sait, à l'espace préstylien. En avant de lui aussi montent, appliquées contre le pharynx, l'artère pharyngienne ascendante (branche de la carotide externe) ou ses deux branches de bifurcation, et la palatine ascendante (branche de la faciale).

En dehors, le laryngé supérieur est d'abord appliqué contre la face antéro-interne du *pneumogastrique* ; il la quitte à angle aigu et s'en éloigne au fur et à mesure qu'il se rapproche de la paroi interne de l'espace rétrostylien. Plus en dehors descend la jugulaire interne. La paroi externe de l'espace (digastrique, mastoïde et sterno-cléido-mastoïdien) recouvre le tout.

3° *Dans la région carotidienne*. — Dès lors oblique en bas et en avant, le laryngé supérieur s'engage entre les deux carotides interne et externe, en dehors, et la paroi pharyngienne, en dedans.

En dedans. — La paroi pharyngienne est constituée par l'aponévrose péripharyngienne tapissant divers muscles. C'est donc par l'intermédiaire de cette aponévrose que le laryngé supérieur contracte les rapports musculaires suivants. Il s'applique d'abord contre la partie toute inférieure du constricteur supérieur ; puis, sans rencontrer d'intervalle libre entre les deux muscles, contre le constricteur moyen jusqu'au niveau de la grande corne hyoïdienne. Arrivé au bord inférieur du constricteur moyen, il s'applique contre l'intervalle triangulaire à base antérieure, compris entre les deux constricteurs moyen et inférieur ; la paroi pharyngienne musculaire n'étant plus représentée là que par les fibres descendantes du palato-pharyngien.

C'est au niveau de cette zone que le nerf change nettement de direction pour se porter en avant, cheminant à peu près parallèlement au bord supérieur du constricteur inférieur. Il atteint ainsi rapidement la région thyro-hyoïdienne latérale.

Sous l'aponévrose pharyngienne s'étalent les mailles du riche plexus veineux péripharyngien, de même que les ramifications des artères du pharynx et celles du plexus nerveux pharyngien.

En dehors. — Le laryngé supérieur croise très obliquement la face interne de la *carotide interne*, puis de la *carotide externe.*

Vers le bord antérieur de celle-ci, il peut se mettre en contact avec l'origine d'une ou plusieurs de ses branches collatérales : *l'artère linguale* souvent, parfois la *faciale*, parfois aussi la *thyroïdienne supérieure.* Nous avons vu ce dernier rapport sur deux préparations où la thyroïdienne supérieure naissait au niveau de la grande corne.

Le laryngé supérieur contracte des rapports intimes avec ces troncs artériels; il est resserré entre eux et la paroi pharyngienne.

C'est sur un plan plus élevé et en même temps plus externe, puisqu'il croise la face externe des deux carotides, que le grand hypoglosse décrit son trajet oblique en bas et en avant. Sa direction se rapproche plus de l'horizontale que celle du laryngé supérieur et forme avec elle un angle aigu ouvert en bas et en avant, de sorte que, au moment où ils atteignent le bord antérieur de la carotide externe pour s'engager l'un dans la région sus-hyoïdienne, l'autre dans la région sous-hyoïdienne, les deux nerfs sont distants de 3 centimètres environ. Plus en dehors, le long du bord externe de la carotide interne descend la jugulaire interne, recouverte elle-même par le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

En arrière. — Au fur et à mesure qu'il descend, en obliquant en avant, le laryngé supérieur s'éloigne peu à peu du ganglion cervical supérieur du sympathique. Il laisse ainsi à une certaine distance derrière lui le cordon du sympathique qui fait suite à ce ganglion et les filets qui en émanent, parmi lesquels le premier nerf cardiaque est le plus volumineux.

4° *Dans l'espace thyro-hyoïdien latéral.* — Le laryngé supérieur atteint le ligament thyro-hyoïdien latéral, tendu obliquement, en bas et un peu en arrière entre l'extrémité de la grande corne hyoïdienne et la corne supérieure du cartilage thyroïde. Ce ligament marque la limite postérieure de l'espace thyro-hyoïdien latéral. Il n'est que le bord postérieur épaissi de la membrane thyro-hyoïdienne et renferme souvent un petit noyau cartilagineux, sur lequel passe le laryngé supérieur.

Celui-ci va effectuer, dans l'espace thyro-hyoïdien latéral, la partie superficielle de son trajet, c'est-à-dire la partie chirurgicale. Aussi s'est-on particulièrement attaché à préciser ses rapports dans cette région.

Espace thyro-hyoïdien latéral. — L'espace thyro-hyoïdien latéral, décrit par Poirier et Picqué, est une couche celluleuse assez peu épaisse comprise entre un plan superficiel, cutanéo-aponévrotique (peau et aponévroses cervicales) et un plan profond fibreux (membrane thyro-hyoïdienne). Cette couche celluleuse, de forme quadrilatère, est limitée d'autre part :

En haut par la grande corne de l'os hyoïde que déborde souvent le bord inférieur de la sous-maxillaire (Ricard);

En bas, par le bord supérieur échancré du cartilage thyroïde que continue le bord antéro-supérieur de la corne supérieure du cartilage thyroïde revêtue par les insertions du constricteur inférieur;

En avant, par le bord postérieur des muscles omo-hyoïdien (superficiel) et thyro-hyoïdien (profond), superposés mais séparés par une frange graisseuse (Poirier et Picqué); le thyro-hyoïdien débordant un peu le bord postérieur de l'omo-hyoïdien dans sa partie supérieure.

En arrière l'espace s'ouvre dans la gouttière carotidienne; sa limite postérieure est marquée superficiellement par le bord antérieur de la carotide et du sterno-cléido-mastoïdien, profondément, comme nous l'avons vu, par le ligament thyro-hyoïdien latéral.

Le nerf laryngé supérieur chemine dans cet espace un peu oblique en bas et en avant, presque horizontal, sus-jacent et à peu près parallèle au bord supérieur du constricteur inférieur.

En dedans. — Il est là profondément enfoui dans une lame celluleuse résistante qui le cache et l'applique sur la membrane thyro-hyoïdienne. Cette disposition, bien décrite par Liebault et Celles, nous a semblé très exacte; le nerf paraît cheminer dans l'épaisseur même du plancher de la région, relativement aux autres organes qui sont plus superficiels et moins solidement engainés.

Sur la face profonde de la membrane thyro-hyoïdienne, dans la partie postérieure tout au moins, descendent appliquées, quelques fibres clairsemées, émanées du stylo-pharyngien et du palato-pharyngien (faisceaux thyroïdiens de ces muscles) allant se fixer sur le bord supérieur des lames latérales du cartilage thyroïde et même sur leur face interne et sur la muqueuse qui la recouvre.

Le laryngé supérieur n'est ainsi séparé de la muqueuse des gouttières pharyngo-laryngées que par un rideau musculo-membraneux mince, mais assez résistant.

Organes de l'espace thyro-hyoïdien. — Le laryngé supérieur est le plus profond des organes qui cheminent dans le même espace thyro-hyoïdien latéral. Il affecte avec eux les rapports suivants :

L'artère thyroïdienne supérieure, née du bord antérieur de la carotide externe, décrit généralement une crosse à convexité supérieure qui s'avance plus ou moins dans l'espace quadrilatère; puis elle descend verticalement le long du bord postérieur de cet espace.

Cette crosse remonte parfois assez haut vers l'os hyoïde pour venir affleurer ou même recouvrir la face externe du laryngé supérieur. De cette même crosse naît *l'artère laryngée supérieure*, d'assez gros calibre. Elle se dirige à peu près transversalement en avant, avec quelques flexuosités. Avec elle et généralement sur son bord supérieur chemine la *veine laryngée supérieure*, affluent direct ou indirect du tronc thyro-linguo-facial ou de la jugulaire interne.

Ce paquet vasculaire, appliqué contre la partie inférieure de la membrane thyro-hyoïdienne, laisse le laryngé supérieur à une distance de quelques millimètres au-dessus de lui. Il tend toutefois à s'en rapprocher, sans l'atteindre en général ; nerf et vaisseaux se sont enfoncés dans la membrane thyro-hyoïdienne avant leur jonction. Cependant Poirier et Picqué écrivent que les vaisseaux laryngés supérieurs croisent la face superficielle du nerf un peu avant de perforer avec lui la membrane thyro-hyoïdienne. Rappelons que ces vaisseaux sont contenus dans un manchon celluleux émané de la gaine carotidienne, manchon distinct et plus superficiel que celui du nerf : à la dissection, une fois l'aponévrose cervicale moyenne soulevée, on commence à voir les vaisseaux par transparence, alors que le nerf n'apparaît pas encore.

Une petite *artériole sous-hyoïdienne*, née aussi de la crosse de la thyroïdienne supérieure, chemine dans la partie supérieure de l'espace quadrilatère, croisant la face superficielle du laryngé supérieur avant de se perdre dans les insertions des muscles sous-hyoïdiens.

Le *filet du grand hypoglosse*, destiné à ces mêmes muscles, croise l'angle antéro-supérieur de l'espace quadrilatère, restant plus élevé et plus superficiel que le laryngé supérieur.

Plus superficiellement encore s'étale un plan veineux représenté par les troncs suivants :

La *veine thyroïdienne supérieure* monte presque verticalement se jeter dans le confluent veineux de Farabeuf ; elle croise à distance la face externe du laryngé supérieur, déjà grossie de la veine laryngée supérieure.

Une *petite veine de la région sous-mentale* oblique en bas et en arrière croise de plus près la face externe du laryngé supérieur, et va se jeter dans le tronc thyro-linguo-facial, ou directement dans la jugulaire interne.

Une *anastomose entre la veine thyroïdienne supérieure et la veine jugulaire antérieure*, anastomose très inconstante, croise aussi la direction du paquet laryngé supérieur.

Enfin le *gros confluent veineux thyro-linguo-pharyngo-facial de Farabeuf* peut s'avancer dans le quadrilatère sur la face externe du laryngé supérieur.

Ici comme ailleurs, bien entendu, la disposition de ce plan veineux est éminemment variable.

En dehors. — Le couvercle de la région thyro-hyoïdienne qui repose sur tous ces organes est constitué par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané où cheminent les ramifications antérieures du plexus cervical superficiel avec quelques veinules, le peaucier, les aponévroses cervicales superficielle et moyenne minces et peu résistantes. Au total couvercle peu épais que le bistouri traverse rapidement pour atteindre les vaisseaux et le nerf laryngés supérieurs.

5° Pénétration du laryngé supérieur à travers la membrane thyro-hyoïdienne. — Le point de pénétration du laryngé supérieur dans la membrane thyro-hyoïdienne doit être d'une grande variabilité, si on en juge par la diversité des descriptions qui en ont été données. On peut réunir celles-ci en deux groupes ;

a. Pour certains auteurs le laryngé supérieur s'enfonce avant d'atteindre le bord postérieur des muscles sous-hyoïdiens. C'est l'opinion de Poirier et Picqué qui placent l'orifice de perforation vers le milieu (ou un peu plus en avant) de l'axe horizontal de l'espace quadrilatère, de Chalier et Bonnet, de Liebault et Celles pour la majorité des cas.

b. Pour la plupart des classiques (Cruveilhier, Sappey, Testut), le laryngé supérieur franchit la limite antérieure de l'espace thyro-hyoïdien latéral avant de perforer la membrane. Il aurait donc un court trajet sous la face profonde du muscle thyro-hyoïdien.

Voici d'ailleurs les repères topographiques qui permettraient de déterminer la situation de cet orifice :

Pour Lacour cet orifice est situé à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la membrane thyro-hyoïdienne ; à 8 millimètres en avant de la corne supérieure du thyroïde, à 3 centimètres de la ligne médiane.

Paul-Boncour place ce point de pénétration un peu plus en bas et en avant : dans le quart inférieur de la membrane, à 2 centimètres de la ligne médiane, avec des variations entre 20 et 25 millimètres.

Ces discussions qui pourraient paraître superflues ont un point de vue pratique. Le lieu d'élection pour atteindre le laryngé supérieur avec un agent anesthésique ou neurolytique doit être aussi antérieur que possible afin d'éviter les organes vasculaires de la partie postérieure de la région sous-hyoïdienne latérale. Il fallait donc déterminer le point le plus antérieur que le nerf atteint dans son trajet superficiel.

Pour nous, nous avons constaté, par l'examen de nos huit préparations, des variations assez considérables à cet égard. Dans le sens vertical le laryngé supérieur pénétrait toujours dans la moitié inférieure de l'espace quadrilatère, parfois très près du bord supérieur du thyroïde. En ce qui concerne le sens antéro-postérieur nous nous contenterons d'indiquer les cas extrêmes. Une fois l'orifice de pénétration était situé sous le muscle thyro-hyoïdien à 20 millimètres de la ligne médiane, à 18 millimètres en avant de la corne supérieure du cartilage thyroïde. Dans le cas extrême opposé le nerf perforait la membrane à 10 millimètres environ en arrière du muscle thyro-hyoïdien ; à 33 millimètres en arrière de la ligne médiane ; à 5 ou 6 millimètres en avant de la corne thyroïdienne supérieure. Six fois sur huit l'orifice nerveux était situé en arrière du muscle thyro-hyoïdien.

Ajoutons que la symétrie n'existe généralement pas entre les côtés droit et gauche.

Il est encore intéressant de déterminer quels sont les rapports du nerf avec les vaisseaux laryngés supérieurs au moment de sa pénétration dans la membrane.

Pour Poirier et Picqué et la plupart des classiques, vaisseaux et nerf pénètrent par le même orifice. Chevrier admet une disposition variable, les vais-

seaux pénétrant généralement avec le nerf, mais souvent aussi au-dessous de lui par un orifice distinct, parfois même à travers la lame latérale du thyroïde.

Chalier et Bonnet, au contraire, fixent aux vaisseaux laryngés un orifice toujours distinct, plus antérieur que celui du nerf, sous-musculaire. De même d'après Celles, il y a toujours indépendance de pénétration entre les deux sortes d'organes : l'orifice vasculaire est sous-jacent de 5 à 6 millimètres à l'orifice nerveux.

Nos dissections confirment cette description : les vaisseaux pénétraient au-dessous, et généralement en avant du nerf, sauf dans un cas où les deux organes s'étant croisés les vaisseaux pénétraient au-dessus du nerf, mais encore par un orifice propre.

Dans la majorité des cas, le laryngé supérieur est divisé au moment où il s'enfonce dans la membrane thyro-hyoïdienne. Généralement, ses branches, au nombre de deux, trois ou même quatre, sont réunies en un faisceau serré qui pénètre par un seul et même orifice. Mais il n'est pas rare, en cas de division très précoce, se faisant dès l'entrée dans la région thyro-hyoïdienne de voir les branches perforer séparément la membrane. La zone de pénétration ainsi criblée mesure de 5 à 7 millimètres carrés.

Qu'il soit unique ou multiple, l'orifice nerveux affecte une forme ombilicale avec un petit repli semi-lunaire antérieur, en raison de la forte obliquité du nerf en avant et en dedans.

Herle (cité dans le traité de Poirier) fait passer le laryngé supérieur dans une fente musculaire limitée par deux faisceaux du palato-pharyngien s'insérant, l'antérieur à la base de la corne supérieure du thyroïde, le postérieur sur le bord postérieur de la face latérale de ce cartilage. Cette disposition nous paraît être inexacte et impossible attendu que l'orifice de pénétration du nerf est situé bien en avant de la corne thyroïdienne supérieure. Tout au plus le laryngé supérieur traverse-t-il le rideau de fibres clairsemées stylo-pharyngiennes, qui se rendent au bord supérieur du thyroïde.

6° *Sous la muqueuse pharyngo-laryngée.* — Le laryngé supérieur débouche ainsi sous la muqueuse lâche qui tapisse le fond des gouttières pharyngo-laryngées, appelées aussi sinus piriformes. Il traverse le fond de ces gouttières de dehors en dedans, en soulevant la muqueuse en un relief, le *pli laryngé* de Hyrtl qui divise la fosse en deux étages.

Pour His l'étage supérieur est une trace de la troisième fente brachiale ; l'inférieur représente le reste de la quatrième fente. Le nerf arrive ainsi à la base des replis muqueux arythéno-épiglottiques, en s'aplatissant un peu et il disperse là ses branches suivant une disposition radiée remarquable.

On conçoit facilement que ce trajet sous-muqueux sera plus ou moins long et le pli du laryngé supérieur plus ou moins saillant suivant que le nerf aura perforé précocement ou tardivement la membrane thyro-hyoïdienne. Dans ce dernier cas en effet le nerf arrive directement à la base des replis arythéno-épiglottiques.

Variétés de rapports. — Reid a vu le laryngé supérieur passer sur la face externe de la carotide interne.

Branches collatérales du laryngé supérieur. — 1° Tout près de son origine, le laryngé supérieur envoie de nombreux *filets anastomotiques au nerf pharyngien inférieur du pneumogastrique* qui naît juste au-dessus de lui, *et au plexus pharyngien* lui-même. On sait que de ce plexus, constitué d'autre part par des branches du glosso-pharyngien, du pneumogastrique et du sympathique, émanent les filets moteurs destinés aux constricteurs du pharynx et les filets sensitifs et vaso-moteurs de la plus grande partie de la muqueuse pharyngienne.

2° Un ou plusieurs filets naissent à ce niveau pour aller prendre part à la formation de l'anse thyroïdienne supérieure de Garnier et Villemin.

3° Un peu au-dessous, le laryngé supérieur émet son *filet descendant de Luschka*, qui s'applique sur la face profonde de la carotide interne et va aboutir à la glande intercarotidienne.

4° Quelques filets nés soit directement du laryngé supérieur, soit du laryngé externe, vont s'unir derrière la carotide primitive aux branches laryngées grêles issues du ganglion cervical supérieur du sympathique. Cette anastomose constitue le *plexus laryngé de Haller.*

De la partie postérieure de ce petit plexus naissent plusieurs filets destinés à l'œsophage ; deux ou trois autres détachés de sa partie supérieure se rendent au larynx ; les plus inférieurs vont se terminer dans le corps thyroïde ; enfin un filet irait s'unir au récurrent sous le bord inférieur du cricoïde (Sappey).

Branches terminales du laryngé supérieur. — Elles sont toutes sous-muqueuses. Nous les distinguerons en *branches supérieures* (antérieures ou épiglottiques de Cruveilhier) et *branches inférieures* (postérieures ou laryngiennes de Cruveilhier).

1° *Branches supérieures.* — Elles sont destinées les unes à l'épiglotte, les autres à la base de la langue :

a. *Rameaux épiglottiques.* — Nombreux et grêles ces rameaux se portent au-devant et sur les bords de l'épiglotte. Les uns atteignent l'extrémité libre de celle-ci ; les autres se portent entre ce cartilage et le tissu adipeux connu sous le nom de glande épiglottique ; quelques-uns percent l'épiglotte pour se rendre à la muqueuse de la face postérieure de ce cartilage (Cruveilhier).

b. *Rameaux linguaux.* — Un ou deux rameaux vont se distribuer à la muqueuse de la base de la langue. Le territoire lingual du laryngé supérieur a la forme d'un triangle dont la base répond à l'épiglotte, et le sommet répond généralement au sommet d'une ligne unissant l'épiglotte à la pointe du V lingual. Les parties latérales de la base de la langue sont du domaine du IX dont le champ de distribution se superpose d'ailleurs à celui du laryngé supérieur (Zander).

2° *Branches inférieures.* — Ces branches forment deux groupes :

a. *Rameaux laryngés.* — Ces rameaux se distribuent à la portion sus-glottique de la muqueuse du larynx ; les filets destinés aux cordes vocales supérieures étant particulièrement nombreux en raison de l'exquise sensibilité de cette portion du larynx.

b. *Rameaux pharyngés.* — Ils se distribuent à la partie de la muqueuse du pharynx qui tapisse la face postérieure des cartilages arythénoïde et cricoïde.

Un de ces filets, grêles, descend verticalement s'anastomoser sur la face postérieure du cricoïde avec un filet ascendant du récurrent, constituant ainsi l'*anse de Galien.*

Variétés de distribution du laryngé supérieur. — Le laryngé supérieur peut envoyer des filets moteurs aux muscles suivants : thyro-hyoïdien (Meckel, Reid, C. Mayer, C. Krause) ; stylo-hyoïdien (Cloquet) ; sterno-hyoïdien (C. Krause) ; crico-arythénoïdien latéral (Valentin).

Nous avons suivi sur une de nos préparations un filet très grêle, qui né du laryngé supérieur, dans la partie postérieure de l'espace thyro-hyoïdien latéral, montait, perforait la membrane, croisait la face profonde de la corne hyoïdienne, et se distribuait au faisceau musculaire du *stylo-pharyngien*, inclus dans le repli pharyngo-épiglottique.

Nerf laryngé externe. — En raison de son importance on peut considérer le laryngé externe soit comme une branche de bifurcation du laryngé supérieur, dont l'autre branche serait le laryngé interne ; soit comme la branche collatérale principale du laryngé supérieur. Nous adoptons cette dernière conception, d'ailleurs classique.

Origine. — Testut, Poirier, Chevrier, Chalier et Bonnet et la plupart des classiques font naître le laryngé externe à 2 ou 3 millimètres en arrière de la grande corne de l'os hyoïde.

Pour Cruveilhier il se détache du laryngé supérieur près de l'origine de ce nerf ; de même, d'après Celles, il naîtrait bien avant que le laryngé supérieur atteigne l'os hyoïde. Cette origine sus-hyoïdienne du laryngé externe était réalisée sur toutes nos préparations, elle était située à 5 millimètres en moyenne au-dessus de la corne de l'os hyoïde.

Elle est d'ailleurs sujette à de très grandes variations.

Variétés d'origine. — Le laryngé externe peut naître très haut à quelques millimètres de l'origine du laryngé supérieur, ou inversement très bas, sous l'extrémité de la grande corne hyoïdienne. On le voit parfois recevoir une racine supplémentaire du pneumogastrique, ou même, comme Cruveilhier le mentionne, avoir une origine distincte sur le pneumogastrique. Nous l'avons vu aussi, dans un cas, naître isolément de la dixième paire, à 2 ou 3 millimètres au-dessous du laryngé supérieur. Du côté opposé, et sur le même sujet, le laryngé externe prenait naissance sur le pôle inférieur du ganglion cervical supérieur du sympathique, à 15 millimètres environ au-dessus de la corne hyoïdienne. Il y avait dans ce cas une grosse anastomose rejoignant l'origine du laryngé supérieur au pôle supérieur du ganglion cervical supérieur.

Direction et trajet. — Né de la face interne du laryngé supérieur, le laryngé externe descend d'abord presque verticalement, avec une très légère obliquité en avant, formant avec le tronc d'origine un angle aigu ouvert en bas et en avant.

Dans le tiers inférieur de son trajet il se rapproche un peu de l'horizontale, de façon à décrire une courbe très ouverte en avant et en haut. Situé d'abord dans la gouttière carotidienne, il la quitte dans sa portion oblique en avant pour passer sur la face externe de l'aile thyroïdienne.

Terminaison. — Il se termine vers le bord inférieur du cartilage thyroïde, en atteignant la face externe du crico-thyroïdien. Il se divise là en deux ordres de rameaux.

Longueur. — La longueur totale du laryngé externe est de 65 millimètres environ ; très variable d'ailleurs suivant le niveau d'origine.

Volume. — Le laryngé externe est une branche nerveuse assez grêle ; représentant environ le quart du volume du tronc laryngé supérieur.

Rapports. — Les rapports du laryngé externe doivent être étudiés successivement dans la région carotidienne et dans la région de la face externe du cartilage thyroïde.

1° *Dans la région carotidienne.* — *En dedans.* — Le laryngé externe est appliqué contre la paroi pharyngienne, c'est-à-dire, successivement : contre la partie inférieure du constricteur moyen ; contre l'intervalle situé entre les deux constricteurs moyen et inférieur ; puis contre la partie antérieure du constricteur inférieur, au niveau même des insertions que ce muscle prend sur la corne supérieure et sur le bord postérieur du cartilage thyroïde. D'abord à peu près parallèle à la direction de ce bord postérieur, le nerf finit par le croiser vers la moitié de sa hauteur pour arriver sur la face externe de l'aile thyroïdienne.

En dehors. — La *carotide externe* d'abord, puis la *carotide primitive* appliquent le laryngé externe contre la paroi pharyngienne. Le nerf croise très obliquement la face profonde de ces artères et quitte leur bord antérieur.

En avant. — Le *laryngé supérieur* descend et s'éloigne peu à peu du laryngé externe.

En arrière. — En arrière du laryngé externe se forme le petit *plexus laryngé*, par anastomoses entre ce nerf et le nerf cardiaque supérieur du sympathique, situé plus en arrière contre l'aponévrose prévertébrale.

2° *Sur la face externe de l'aile thyroïdienne.* — *En dedans.* — Arrivé sur la face externe de l'aile thyroïdienne, le laryngé externe est encore appliqué en dedans contre les insertions du constricteur inférieur, longeant le bord antérieur de ces insertions, c'est-à-dire la ligne oblique de l'aile du thyroïde.

Le plus souvent, il pénètre dans l'épaisseur du muscle, prenant parfois même contact direct avec le cartilage thyroïde. Il ressort du muscle vers le tubercule marginal du bord inférieur de ce cartilage, et s'applique alors sur la face externe du crico-thyroïdien où il se ramifie.

En dehors. — L'*artère thyroïdienne supérieure*, longeant le bord postérieur de l'aile thyroïdienne, juste en avant de la carotide primitive, croise la face externe du laryngé externe. La pointe supérieure du lobe latéral du corps thyroïde dans lequel elle pénètre peut atteindre lui-même la face externe du nerf. Sur la face externe de l'artère monte la *veine*

thyroïdienne supérieure. Dans ce trajet, mais à un niveau assez variable, la thyroïdienne supérieure donne l'*artère crico-thyroïdienne* ou *laryngée inférieure*, branche généralement assez grêle, satellite du nerf.

En réalité, ces deux organes ne sont pas contigus. Chevrier et Cauzard ont bien montré que l'artère crico-thyroïdienne chemine le plus souvent sur la face externe du muscle *sterno-costo-thyroïdien.* Elle est ainsi séparée du nerf par l'épaisseur de ce muscle en même temps que par une couche plus ou moins épaisse de constricteur inférieur. C'est seulement en émergeant du bord antérieur de ce dernier muscle que les deux organes se rencontrent sur la face externe du crico-thyroïdien : l'artère au-dessus et en dehors du nerf. Tandis que celui-ci se divise l'artère continue son trajet en avant, en donnant des branches qui s'enfoncent au-dessus du bord supérieur du crico-thyroïdien ; elle passe entre la membrane crico-thyroïdienne et la pyramide de Lalouette (à gauche) pour s'anastomoser avec son homologue sur la ligne médiane.

Une veine laryngée inférieure accompagne l'artère.

Plus superficiellement se trouvent les deux muscles *sterno-hyoïdien* et *omo-hyoïdien* engainés dans l'aponévrose cervicale moyenne.

Variétés de rapports du laryngé externe. — Nous avons insisté sur les variétés d'origine du laryngé externe. Elles entraînent des variétés de rapports :

Quand le laryngé externe naît précocement, ses rapports avec le paquet carotidien sont naturellement plus étendus.

Quand, au contraire, son origine est tardive, le nerf a de ce fait une situation plus antérieure. Il n'affecte alors que peu de rapports avec la carotide. Il chemine contre le bord postérieur de la membrane thyro-hyoïdienne et sort de cette région au niveau de l'échancrure supérieure du cartilage thyroïde pour passer sur la face externe de ce cartilage. Cette disposition est même donnée comme ordinaire par Chalier et Bonnet.

Branches collatérales. — Les branches collatérales du laryngé externe sont :

1° Un ou deux filets *anastomotiques pour le nerf cardiaque supérieur* qui participent à la constitution du *plexus laryngé de Haller.*

2° Plus bas, en arrivant sur la face externe du cartilage thyroïde, le laryngé externe donne quelques filets au *corps thyroïde.* Ils abordent cet organe, d'après Garnier et Villemin, plutôt avec les veines thyroïdiennes profondes qu'avec l'artère thyroïdienne supérieure.

3° A la même hauteur, à peu près, naissent un ou deux filets destinés au *muscle constricteur inférieur* dans lequel ils s'enfoncent aussitôt.

Branches terminales. — Le laryngé supérieur se divise en abordant le crico-thyroïdien en deux ordres de filets :

1° *Filets moteurs.* — Nombreux, ils représentent la majeure partie de l'épanouissement du nerf et s'enfoncent aussitôt dans le *muscle crico-thyroïdien.*

2° *Un filet sensitif.* — Il perfore la membrane crico-thyroïdienne juste au-dessus du bord antéro-supérieur du muscle crico-thyroïdien et arrivé sous la muqueuse laryngée il se distribue à la *portion sous-glottique* de cette muqueuse.

IV

Anastomoses. — Les anastomoses contractées par le laryngé supérieur et le laryngé externe ont été déjà citées avec les branches de ces deux nerfs. Nous pouvons cependant en présenter une étude d'ensemble en les groupant suivant le nerf auquel elles s'adressent.

1° Avec le sympathique. — 1. Le *ganglion cervical supérieur* fournit normalement des filets anastomotiques fins au tronc du laryngé supérieur et au laryngé externe (Schwalbe). Mais, dans certains cas, il fournit une véritable et volumineuse racine à l'un ou l'autre de ces nerfs (Chassaignac, Filkenstein). On peut rapprocher de ces cas celui où nous avons vu le laryngé externe naître en entier du ganglion cervical supérieur.

2. Par son filet descendant de Luschka le laryngé supérieur prend part au *plexus carotidien* formé d'autre part par le sympathique.

3. De même, par les filets qu'il envoie au *plexus pharyngien*, le laryngé supérieur s'anastomose indirectement avec le sympathique.

4. Nouvelle anastomose du même ordre par l'intermédiaire du *plexus laryngé* de Haller, entre le laryngé supérieur ou le laryngé externe, et d'autre part le nerf cardiaque supérieur du sympathique et le ganglion cervical supérieur.

5. Un ou deux filets anastomotiques directs entre le *nerf cardiaque supérieur* du sympathique et le laryngé externe.

6. Enfin, deux à six branches du ganglion cervical supérieur s'unissant à un ou plusieurs filets nés du laryngé supérieur tout près de son origine constituent le chef profond de l'*anse préthyroïdienne supérieure* décrite par Garnier et Villemin.

Quand le laryngé supérieur se divise prématurément cette anastomose est fournie par sa branche interne.

2° Avec le pneumogastrique. — Le laryngé supérieur s'anastomose avec le *plexus pharyngien* et le *nerf pharyngien inférieur du pneumogastrique.* Le laryngé supérieur envoie en effet soit à ce nerf, soit à ce plexus, soit en général aux deux à la fois, de nombreux filets.

Comme nous le verrons plus loin, dans la conception du nerf laryngé moyen d'après Onodi, les filets qui constituent ce nerf se trouveraient parmi ces branches anastomotiques.

3° Avec le glosso-pharyngien. — Par l'intermédiaire du même plexus pharyngien le laryngé supérieur doit contracter des anastomoses avec la neuvième paire qui envoie d'importants filets à ce plexus.

4° Avec le récurrent. — 1. L'*anse de Galien* constitue entre le récurrent et la branche interne du laryngé supérieur une anastomose de premier ordre. Nous en étudierons plus loin la signification.

2. Onodi a décrit, en 1895, de *nombreux filets*

unissant, dans la région du muscle ary-arythénoïdien, le laryngé externe au rameau du récurrent destiné à ce muscle. De ces anastomoses, en partie sous-muqueuses, la principale est formée par un rameau qui, venu du laryngé supérieur, traverse le muscle ary-arythénoïdien pour se croiser sur la ligne médiane avec un filet analogue venu du côté opposé et se jeter finalement dans le récurrent.

3. Moura a encore trouvé, mais dans un cas seulement, un *filet* anastomotique qui unit la terminaison directe du récurrent à la branche interne du laryngé supérieur, au niveau du thyro-arythénoïdien externe sous la muqueuse de la paroi interne du sinus piriforme.

4. Enfin, d'après Huguier, un *filet issu du plexus laryngé de Haller*, auquel prend part le laryngé supérieur, va s'unir au récurrent sous le bord inférieur du cricoïde.

5° **Anastomoses des laryngés supérieurs entre eux.** — Des anastomoses en anses, dans la région ary-arythénoïdienne, unissant les deux laryngés internes, ont été décrites par Onodi.

V

Anatomie microscopique. — Nous étudierons sous ce titre, d'une part, les ganglions nerveux que l'on a décrits sur le trajet des branches du laryngé supérieur, d'autre part, le mode de distribution des ultimes filets de ce nerf.

1° **Ganglions nerveux.** — Remack, le premier, a décrit en 1840 chez le mouton, puis chez divers animaux et chez l'homme, des ganglions nerveux sur le trajet du laryngé supérieur, dont un constant et visible à l'œil nu situé sur un rameau épiglottique. Nicolas, d'après l'étude de huit embryons humains, confirme la présence de ganglions sur le laryngé supérieur humain, dont un constant sur le laryngé interne, juste en dedans de la membrane crico-thyroïdienne. Soulié et Bardier ont suivi les diverses phases de la formation de ce ganglion.

Plus récemment (1907) Hédon et Grynfelt ont précisé chez le chien le système ganglionnaire des nerfs du larynx. Voici leurs conclusions :

a. Il existe chez le chien des ganglions sur tous les nerfs du larynx, mais en particulier sur le laryngé supérieur. *b.* Ces ganglions sont tantôt englobés dans les branches nerveuses, leurs cellules étant en quelque sorte dissociées par leurs fibres, tantôt simplement accolés le long des nerfs. *c.* Ces ganglions sont constitués soit par des cellules nerveuses isolées, disséminées partout sur les branches et sur les ramuscules du laryngé interne et même du laryngé externe, soit par des groupes cellulaires nettement distincts et même visibles à l'œil nu après coloration. Deux de ces groupes (groupe thyro-hyoïdien et groupe arythéno-épiglottique) sont situés sur les branches du laryngé interne, y compris l'anse de Galien. Un seul groupe moins important (crico-thyroïdien) est annexé au récurrent.

Le groupe thyro-hyoïdien paraît répondre au ganglion décrit par Nicolas.

2° **Mode de terminaison.** — Le mode de terminaison des nerfs du larynx a pu être bien précisé grâce aux méthodes de Golgi et d'Ehrlich.

La terminaison des filets moteurs n'a ici rien de spécial.

En ce qui concerne les filets sensitifs, ils se comportent comme dans la peau ou dans les muqueuses épidermiques, c'est-à-dire qu'ils constituent un *plexus sous-épithélial* d'où partent des fibres nerveuses qui se terminent soit librement dans l'épithélium, soit dans des organes spéciaux.

a. *Plexus sous-épithélial.* — Ce plexus est constitué par un réseau compliqué qui se met en rapport avec de nombreuses cellules nerveuses globuleuses ou ovoïdes. Les fibres de ce plexus sont particulièrement abondantes et serrées au niveau de la corde vocale inférieure (Fusari, Simanowsky).

b. *Fibres terminales.* — Les fibres terminales émanées de ce plexus sont de deux sortes. Les unes se terminent librement en se ramifiant entre les cellules épithéliales, sous forme de petites touffes de fibrilles.

Les autres se terminent dans des organes spéciaux inclus à la fois dans l'épithélium et dans le chorion. Les premiers de ces organes, très analogues aux bourgeons gustatifs, existent surtout sur la face postérieure de l'épiglotte, sur la face interne des replis arythéno-épiglottiques et des cartilages arythénoïdes ; il y en aurait aussi sur la face libre des cordes vocales.

VI

Physiologie. Centres et voies conductrices. — Le nerf laryngé supérieur prenant part aux divers modes de l'innervation du larynx, son étude physiologique nécessite un aperçu de l'ensemble de cette innervation, et des divers travaux qu'elle a suscités, car elle n'est pas encore déterminée d'une façon définitive.

On peut diviser en trois étapes la série de ces travaux.

Pour les anciens physiologistes le laryngé supérieur fournissait la sensibilité à toute la muqueuse du larynx (par sa branche interne, ou laryngé interne) et la motricité au seul muscle crico-thyroïdien (par sa branche externe, ou laryngé externe). Le récurrent, nerf exclusivement moteur, innervait les autres muscles.

Dans une deuxième période, marquée surtout par les travaux d'Exner et de ses élèves (Mandelstamm, Veinzweig, Grossmann, etc.), Exner découvre une branche nerveuse nouvelle, indépendante du laryngé supérieur et du récurrent, et destinée surtout à animer une partie du crico-thyroïdien. De plus, s'appuyant sur des recherches expérimentales plus méthodiques et plus complètes que celles de ses devanciers (étude de la dégénérescence musculaire consécutive à la section de tel ou tel nerf) cet auteur établit de 1884 à 1886 une théorie motrice qui peut se résumer ainsi : non seulement les muscles d'une moitié du larynx sont innervés par tous les nerfs du même côté, mais quelques-uns d'entre eux sont innervés aussi par les nerfs du côté opposé (1).

Au point de vue sensitif la distribution des trois nerfs laryngés serait aussi complexe : la face postérieure ou pharyngienne reçoit sa sensibilité du laryngé supérieur, et de la branche anastomotique de Galien. L'endo-larynx comprend

(1) On peut trouver dans la thèse de Griner le détail de cette innervation pour chaque muscle.

trois territoires étagés : la région supérieure innervée par le laryngé supérieur; les cordes vocales inférieures par le laryngé supérieur et le récurrent (en arrière), par le laryngé externe et le récurrent (en avant); l'étage inférieur, enfin, par des rameaux du laryngé moyen qui traversent le ligament crico-thyroïdien. Tous ces rameaux sensitifs s'anastomosent entre eux et avec ceux du côté opposé.

Plus tard, Exner lui-même apporta des modifications importantes à sa première théorie; et l'on tend maintenant à revenir à l'enseignement simpliste du début, complété toutefois par des notions d'acquisition récente, en ce qui concerne surtout l'innervation vaso-motrice du larynx.

Voici le rôle physiologique que l'on attribue actuellement au laryngé supérieur.

1° **Rôle moteur**. — *a*. Le nerf laryngé supérieur innerve le *muscle crico-thyroïdien* par sa branche externe (laryngé externe).

On admet actuellement qu'*il est seul à innerver ce muscle*, tout au moins chez l'homme. Que reste-t-il de la découverte d'Exner attribuant une part de cette innervation à une branche nouvelle, le laryngé moyen?

L'existence du laryngé moyen a été prouvée anatomiquement et expérimentalement chez le chien et le lapin. Exner le décrivit comme un nerf indépendant, né du rameau pharyngien du pneumogastrique et se rendant au crico-thyroïdien dans lequel il pénètre, à côté du laryngé externe.

Onodi retrouve le laryngé moyen, mais il le considère comme naissant du laryngé supérieur sous forme de rameaux qui se détachent du laryngé externe, pénètrent dans le nerf pharyngien du pneumogastrique et l'abandonnent ensuite pour atteindre le muscle.

Livon, en 1890, trouve chez le chien, parmi les rameaux qui naissent du plexus pharyngien, un filet dont l'excitation provoque la contraction du crico-thyroïdien. Ce filet, que l'auteur considère comme le laryngé moyen, se dirige en haut et en dedans et se jette dans le laryngé externe au moment où ce nerf va atteindre le muscle.

Livon constate, d'autre part, au cours de ses expériences, que la section du laryngé supérieur, aussi haute soit-elle, n'entraîne qu'une paralysie passagère du crico-thyroïdien. Pour que cette paralysie soit complète et définitive, il faut sectionner à la fois le laryngé supérieur et le filet en question ou laryngé moyen. Contrairement à Onodi, Livon admet donc que le laryngé moyen a une origine indépendante du laryngé supérieur et qu'il emprunte seulement le tronc de celui-ci vers sa terminaison.

Il existe donc chez plusieurs animaux un nerf laryngé moyen, né du plexus pharyngien, et dont l'autonomie a été prouvée anatomiquement et physiologiquement. Ce nerf agirait spécialement sur le faisceau postéro-externe du muscle crico-thyroïdien, proposition contestée par Fr. Frank qui lui attribue une action sur l'ensemble du muscle, de concert avec le laryngé externe.

Mais chez l'homme aucune observation anatomique n'a pu mettre en évidence l'existence du laryngé moyen. Exner suppose, par analogie, qu'il doit être compris dans le plexus pharyngien, perdu dans l'intrication de ce dernier. Jusqu'à preuve du contraire, il faut donc admettre que chez l'homme la motricité du crico-thyroïdien relève du seul nerf laryngé supérieur.

On doit considérer, d'autre part, que le *crico-thyroïdien est le seul muscle du larynx innervé par le laryngé supérieur*. Comment dès lors expliquer qu'Exner ait trouvé constamment des phénomènes d'atrophie et de dégénérescence dans le muscle vocal (thyro-arythénoïdien) après section du laryngé supérieur, et que, d'autre part, la section du récurrent n'entraîne que peu d'atrophie dans ce même muscle?

Grossmann, élève d'Exner, renouvelle ces expériences et il obtient les mêmes résultats, mais il les interprète différemment : « La paralysie d'un des deux nerfs laryngés entraîne dans le territoire d'action du nerf respecté une atrophie par inaction », les muscles de ce dernier territoire n'ayant plus à lutter contre l'antagonisme des muscles paralysés.

Il y a donc dans le thyro-arythénoïdien, après section du laryngé supérieur, une simple atrophie par inaction et non par insuffisance nerveuse, comme on pourrait d'abord le croire. Pour la même raison la section du récurrent entraîne une certaine atrophie du crico-thyroïdien sans que pour cela ce nerf innerve ce muscle.

Inversement, la conservation relative d'un muscle (muscle vocal) après section de son nerf (récurrent) s'explique par les mouvements passifs énergiques que lui impriment les muscles sains (crico-thyroïdiens et muscles du côté opposé).

Ajoutons enfin que, contrairement à la théorie d'Exner, il n'y aurait, *pas plus pour le laryngé supérieur que pour le récurrent, d'action bilatérale*. Ce fait a été établi par les expériences de Fr. Frank en 1904 et exposé dans son cours au Collège de France : l'irritation d'un laryngé supérieur produit bien un déplacement bilatéral du cricoïde et un gonflement du crico-thyroïdien du côté opposé, mais ce gonflement est purement passif, par rapprochement des insertions, car ce muscle reste flasque. De plus, le même effet croisé a lieu même après paralysie des muscles du côté opposé par cocaïnisation forte de ces muscles.

En résumé, chez l'homme le laryngé supérieur innerve la totalité du muscle crico-thyroïdien sans action croisée ou bilatérale et il n'innerve que ce muscle dans le larynx.

Nous rappelons que la contraction du crico-thyroïdien a pour but de tendre les cordes vocales en éloignant les unes des autres les insertions antérieures et postérieures de ces cordes; soit que prenant point d'appui sur le cricoïde il attire le thyroïde en avant et en bas; soit que s'appuyant sur le thyroïde fixé par d'autres muscles il attire en haut et en arrière le cricoïde et avec lui les arythénoïdes.

Le laryngé supérieur prend part encore à l'innervation motrice du constricteur inférieur, innervé d'autre part par le plexus pharyngien et par un ou plusieurs rameaux du récurrent. Ce muscle a pour fonctions de rétrécir le pharynx et de jouer le rôle de sphincter dans la bouche de l'œsophage par ses

fibres inférieures. En outre, il élève le larynx, et d'après Longet et Luschka il tend à fermer la glotte en rapprochant les deux faces du cartilage thyroïde au moment de la déglutition.

Les origines centrales et les voies de conduction des fibres motrices du laryngé supérieur sont confondues avec celles du récurrent jusqu'au point où le laryngé supérieur émerge du pneumogastrique, ou du moins elles n'ont pu être dissociées les unes des autres.

Nous indiquerons rapidement les centres et le trajet d'ensemble de ces fibres.

Depuis les découvertes de Krause, on admet qu'il existe chez l'homme un centre cortical ou volontaire des mouvements du larynx situé au pied de la troisième circonvolution frontale et à la partie inférieure de la frontale ascendante.

Ce centre serait décomposable en deux centres : l'un phonatoire ou d'adduction (renfermant par conséquent entre autres les origines motrices du laryngé supérieur) et un centre respiratoire ou d'abduction. Mais ces deux centres paraissent être confondus chez l'homme.

Parties de là, les fibres motrices traversent le centre ovale ; passent par le genou de la capsule interne entre le faisceau de l'aphasie et le faisceau pyramidal ; par le tiers moyen du pied du pédoncule cérébral ; traversent la protubérance, en arrière et en dedans du faisceau pyramidal ; et après entrecroisement, arrivent à leurs noyaux bulbaires, véritables centres moteurs réflexes. Ce sont le noyau de l'aile grise pour le faisceau phonatoire et le nucleus ambiguus pour le faisceau respiratoire.

De là, les fibres motrices laryngées s'engagent dans les racines les plus inférieures du bulbe. Selon que l'on attribue ces racines au X (faisant du XI un nerf purement médullaire), ou qu'on les partage entre le X et le XI, on peut admettre que les deux faisceaux sont contenus dans le pneumogastrique seul, ou en partie dans le pneumogastrique (faisceau respiratoire) et en partie dans le spinal (faisceau phonatoire). Ce dernier faisceau, qui doit contenir les fibres du laryngé supérieur, s'accolle un instant au spinal, puis par la branche interne de ce nerf elles rejoignent le pneumogastrique.

Ajoutons que le sympathique, d'après les expériences de Brœckaert (1907) et contrairement aux assertions d'Onodi et de Grossmann, n'interviendrait aucunement dans la motricité du larynx. Les anastomoses qu'il donne au laryngé supérieur sont donc, sans doute, seulement d'ordre sensitif et vasomoteur.

2° **Rôle sensitif.** — En 1842, Longet établit par ses expériences sur le chien que le laryngé supérieur donne au larynx toute sa sensibilité et que le récurrent est un nerf exclusivement moteur. De nombreux expérimentateurs confirmèrent ensuite la vérité de cette loi (Burckart, Sencou, Horsley, Grossmann, etc.). On reconnut seulement l'existence de fibres sensitives dans la portion périphérique du récurrent, au delà du point où ce nerf reçoit l'anse de Galien ; il s'agissait donc de fibres empruntées par le récurrent au laryngé supérieur (Rethi, Katzenstein, Schultz, Dorendorf) et celui-ci gardait intégralement son rôle de seul nerf sensitif du larynx. Mais en même temps, des expériences analogues entreprises sur le chat, le lapin (Burckart, Rethi, Schultz, Brœckaert, etc.) et le singe (Dorendorf), aboutirent à des conclusions différentes : chez ces animaux le récurrent apportait au larynx des fibres sensitives indépendantes de toute anastomose avec le laryngé supérieur.

On ne pouvait donc appliquer la loi de Longet à l'homme par simple analogie avec le chien.

De nouveaux arguments d'ordre anatomique et clinique sont d'ailleurs invoqués pour faire admettre que le récurrent chez l'homme renferme un certain nombre de fibres sensitives laryngées.

Onodi suivant le trajet des fibres de l'anse de Galien voit la majorité de ces fibres remonter par la portion centrale du récurrent vers les ganglions du pneumogastrique, et une petite quantité seulement pénétrer dans le larynx avec la portion périphérique du récurrent.

Au point de vue clinique, les observations de Masséi (1903), puis de Mancioli et d'autres constatant l'anesthésie du vestibule laryngien dans les paralysies récurrentielles, constitueraient un argument très sérieux en faveur du récurrent nerf mixte, si ces observations n'avaient pas été contredites par d'autres nombreuses (Küttner et Meyer, Glas).

Enfin Rethi et Onodi et tout récemment Gignoux (de Lyon) ont constaté que la section bilatérale du laryngé interne pratiquée pour soulager la dysphagie de certains tuberculeux ne produisait qu'une hypoesthésie dans les espaces sous-glottiques, sur les cordes vocales et sur les arythénoïdes et que, d'autre part, elle respectait la sensibilité tactile (sensation du contact de la sonde) dans le vestibule, tout en y supprimant la sensibilité douloureuse et réflexe. Ces observations n'apportent pas, nous semble-t-il, une preuve décisive. On sait, en effet, que le laryngé externe apporte des filets sensitifs à l'étage inférieur du larynx. Jusqu'où ces filets remontent-ils? N'ont-ils pas à un certain degré sous leur dépendance les territoires où la sensibilité persiste encore, après la section du laryngé interne ?

En somme la preuve n'est pas encore faite chez l'homme, que le récurrent apporte au larynx une partie de sa sensibilité ; et l'on doit encore considérer le laryngé supérieur comme le nerf sensitif par excellence de cet organe.

La distribution du laryngé supérieur à la muqueuse laryngée est-elle unilatérale, ou bilatérale ? A l'appui de la bilatéralité de distribution, opinion la plus en faveur, voici les arguments que l'on apporte :

L'hémianesthésie laryngée pure ne se rencontre que dans l'hystérie ; et d'autre part les lésions du vago-spinal réalisant les syndromes d'Avellis ou de Schmidt n'entraînent généralement pas de troubles sensitifs marqués du larynx, ce qui s'expliquerait par une distribution sensitive bilatérale du laryngé supérieur du côté opposé (Avellis).

La section unilatérale du laryngé interne pour dysphagie tuberculeuse entraîne, en même temps

que l'analgésie du côté opéré, une hypoalgésie marquée du côté opposé (Avellis, Rethi, Gignoux).

Enfin les dissections attentives de Madelstmann, Weinzweig, et celles plus récentes d'Onodi ont mis en évidence certains filets du laryngé supérieur franchissant la ligne médiane et se distribuant au côté opposé. Gordon Wilson confirme ces données anatomiques en constatant qu'à la suite de la section d'un laryngé supérieur on peut suivre la dégénérescence de certains filets au delà de la ligne médiane.

Nous devons encore signaler les recherches assez récentes d'Yvanoff sur les divers modes de la sensibilité du larynx.

Il y aurait quatre sortes de sensibilités pour la muqueuse laryngée et l'on pourrait très bien observer en clinique leur dissociation :

α. La sensibilité tactile qui a son maximum au niveau de la face laryngée de l'épiglotte et des cordes vocales ; β. la sensibilité réflexe qui défend les voies aériennes contre l'introduction des corps étrangers, grâce à un double mécanisme : l'occlusion de la glotte ou spasme glottique et la toux ; la sensibilité réflexe pour le spasme glottique est répandue sur toute la muqueuse ; la sensibilité réflexe pour la toux serait localisée à la paroi laryngée postérieure, et les cordes vocales elles-mêmes en seraient à peu près dépourvues ; γ. la sensibilité douloureuse ; δ. la sensibilité thermique.

D'après certains partisans de la dualité d'origine de la sensibilité du larynx, la sensibilité réflexe serait sous la dépendance du laryngé supérieur et la sensibilité tactile sous celle du récurrent.

La sensibilité réflexe de la muqueuse laryngée étend sans doute son action au delà de la glotte. On connaît en effet les anciennes expériences de Paul Bert ; la faible excitation du laryngé supérieur déterminait une accélération respiratoire, l'excitation forte provoquait un arrêt respiratoire.

Betcherew a montré encore que l'excitation du laryngé supérieur déterminait une expiration réflexe.

Nous avons vu que la distribution du laryngé supérieur dépassait le territoire laryngé, en haut. Elle s'étend à une petite zone médiane de la base de la langue que nous avons déjà limitée au chapitre anatomique et sur laquelle se superposent des ramifications du glosso-pharyngien. Il s'agit là d'après Rantenberg, d'une innervation de sensibilité générale et non de sensibilité gustative.

Les origines réelles des fibres sensitives du laryngé supérieur se trouvent dans les cellules des ganglions jugulaire et plexiforme du pneumogastrique confondues avec les origines des autres fibres sensitives du pneumogastrique. Le prolongement central de ces cellules se porte vers le bulbe et se divise dans l'épaisseur de ce dernier en deux branches qui vont se terminer dans la colonne grise annexée au faisceau solitaire. Les connexions centrales corticales de ces fibres sensitives ne sont pas connues.

3° **Rôle vaso-moteur et excito-sécrétoire.** — Le laryngé supérieur préside aux actes vaso-moteurs et sécrétoires de la muqueuse laryngée.

La section du laryngé supérieur enlève à l'excitation du sympathique tout effet vaso-constricteur sur le larynx. Cette expérience montre bien que les fibres vaso-constrictives destinées au larynx sont conduites à cet organe par le laryngé supérieur.

D'après les recherches de Hédon chez le chien, l'origine et le trajet de ces fibres seraient les suivants : sortis de la moelle cervicale par les premier, deuxième et accessoirement troisième et quatrième rameaux communicants dorsaux, ils passent par le premier ganglion thoracique, l'anse de Vieussens, le ganglion cervical inférieur, la chaîne du sympathique cervical qu'ils remontent, le pneumogastrique et enfin le laryngé supérieur.

La présence dans le laryngé supérieur des fibres vaso-dilatatrices et excito-sécrétoires destinées au larynx est démontrée par l'expérience suivante. L'excitation du bout périphérique du laryngé supérieur produit de la rougeur de la muqueuse laryngée, et fait sourdre des gouttelettes de mucus, notamment sur la face postérieure de l'épiglotte et sur la muqueuse arythénoïdienne (Hédon). Ce résultat, coexistant avec la présence des fibres vaso-constrictives dans le même tronc nerveux, semble indiquer une excitabilité plus grande des filets vaso-dilatateurs.

L'action vaso-dilatatrice et sécrétoire constatée est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale avec précocité et prédominance du côté excité.

On doit considérer cette action comme directe et non réflexe, car elle apparaît encore après la section des récurrents et des vago-sympathiques. Suivant l'expression de Hédon : « Le laryngé supérieur est donc à la muqueuse laryngienne, ce que la corde du tympan est à la glande sous-maxillaire. »

Le mécanisme de la vaso-dilatation laryngée semble consister, d'après les idées actuelles, en une action inhibitrice se passant dans les ganglions nerveux que renferment les ramifications du laryngé supérieur au delà du point excité, sans doute dans les artérioles du larynx, et analogues à ceux qui ont été constatés dans les artérioles de la face, de la bouche et de la langue.

Quant à la voie suivie par les fibres vaso-dilatatrices et sécrétoires pour atteindre le laryngé supérieur et à leurs origines elles ne sont pas encore déterminées.

Le laryngé supérieur conduit encore par ses rameaux thyroïdiens un certain nombre des filets vaso-moteurs et sécrétoires que le sympathique cervical envoie au corps thyroïde

Malgré cette complexité de détails de l'étude physiologique du nerf laryngé supérieur, on peut en fixer les notions pratiques essentielles en indiquant les troubles fonctionnels qui résultent de la paralysie de ce nerf chez l'homme. Cette paralysie est d'ailleurs extrêmement rare en clinique à l'état isolé ; elle peut cependant s'observer à la suite de la diphtérie, ou de certaines hypertrophies ganglionnaires.

Unilatérale, elle n'entraîne qu'un très léger trouble de la voix, à peu près négligeable.

Bilatérale, elle se traduit par un certain degré d'enrouement de la voix (voix cassée) et par la disparition des notes élevées.

Si on rapproche mécaniquement le cricoïde du thyroïde, on remplace de la sorte l'action tensive des muscles crico-thyroïdiens sur les cordes vocales, et on peut ainsi faire réapparaître la voix normale.

En ce qui concerne les troubles de la sensibilité, ils passent généralement inaperçus et doivent être recherchés : une sonde introduite dans le larynx est tolérée sans provoquer ni toux, ni spasme. Parfois cependant, ils permettent le passage de corps étrangers dans les bronches et l'apparition de complications pulmonaires.

A l'examen laryngoscopique, on note un relâchement des cordes vocales ; celles-ci ne peuvent plus se tendre, les muscles tenseurs normaux n'ayant plus leurs antagonistes crico-thyroïdiens. Tandis qu'à l'état de repos les deux cordes offrent comme d'habitude un bord libre légèrement excavé, elles présentent pendant l'occlusion phonatoire une ligne ondulée ; et le doigt appliqué sur le ligament crico-thyroïdien ne sent, pendant la phonation, aucune tension de ce ligament, ni aucun rapprochement des deux cartilages.

BIBLIOGRAPHIE

1° **Anatomie.** — BONCOUR (Paul). *Méthodes analgésiantes contre la dysphagie des tuberculeux avancés*, Th. de Paris, 1912.
CELLES. *Le Nerf laryngé supérieur : anatomie, analgésie, résection*, Th. de Bordeaux, 1912.
CHALIER et BONNET. Névrotomie du laryngé supérieur, *Soc. anat. de Lyon*, 12 fév. 1912; — *Presse méd.*, nov. 1912.
CHEVRIER et CAUZARD. *Bull. méd.*, 1907.
CHEVRIER. *Soc. anat.*, 1904.
CRUVEILHIER. *Traité d'anatomie descriptive*, 1877.
CUNÉO. *Nerfs craniens* (in P.).
GARNIER et VILLEMIN. Anse nerveuse sympathique autour de l'artère thyroïdienne supérieure, *Journ. d'anat. et de physiol.*, juillet-août 1910.
HERBET. *Sympathique cervical*, Th. de Paris, 1899-1900.
LIÉBAULT et CELLES. Le laryngé supérieur et sa névrotomie, *Revue hebd. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, déc. 1912.
MOURA-BOUROUILLON. Anastomose des nerfs laryngés, *Revue de laryngol.*, 1885.
ONODI. *Die Innerv. des Kehlkopfes*, Vienne 1895.
POIRIER. *Traité d'anatomie descriptive*.
SAPPEY. *Traité d'anatomie descriptive*, 1872.
SOULIÉ et BARDIER. *Journ. de l'anat.*, 1900.
TESTUT-JACOB. *Traité d'anatomie topographique*.
VIALLETON. *Eléments de morphologie comparée*, 1911.

2° **Histologie.** — GRYNFELTT et HÉDON. Recherches anatomiques sur les ganglions nerveux du larynx, *Arch. intern. de laryngol.*, nov.-déc. 1907, p. 835.
NICOLAS. Appareil respiratoire (in *Traité* de Poirier) ; — *Bibliographie anat.*, 1894.
SOULIÉ et BARDIER. Loc. cit.

3° **Physiologie.** — BRŒCKAERT. Sur l'intervention du sympathique dans l'innervation motrice du laryngé, *Arch. intern. de laryngol.*, nov.-déc. 1907, p. 847.
EXNER. *Arch. f. die Ges. phys.*, t. XLIII, 1888.
Fr. FRANK. *Cours du collège de France*, 1904.
GIGNOUX. Innervation sensitive du laryngé, *Arch. intern. de laryngol.*, mai-juin 1913.
GRINER. *Paralysies récurrentielles*, Th. de Paris, 1898.
GROSSMANN (M.). Contribution à l'étude des relations fonctionnelles des muscles laryngés entre eux, *Arch. intern.*, janv.-fév. 1907.
HÉDON. Innervation vaso-motrice du laryngé, *Arch. intern. de laryngol.*, nov.-déc. 1906 et janv.-fév. 1907 ; — Présence dans le laryngé supérieur de fibres vaso-dilatatrices et sécrétoires, *C. r. de l'Acad. des sciences*, 27 juillet 1896.
LIVON. *Travaux de physiologie expérimentale de l'Ecole de Marseille*, 1890-1891.
LONGET (F.-A.). *Traité de physiologie*, 1860.
ONODI. *Centralbl. f. die Med. Wissensch.*, 1888.
YVANOFF. *Arch. intern. de laryngol.*, 1912.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 24, 17 juin 1913.) HEINE : Sur la hauteur de la pression cérébrale dans quelques affections oculaires. — WEBER : Sur l'injection intraveineuse de petites quantités de sang humain dans le traitement des anémies graves. — WECHSELMANN : Sur mille injections sous-cutanées de néosalvarsan. — ERLACHER : Traitement des scolioses par l'appareil plâtré d'Abbot. — MEYER : Traitement chirurgical du carcinome œsophagien. — PETRIDIS : Le séro-diagnostic des tumeurs d'après von Dungern. — PAGENSTECHER : Utilisation des rayons secondaires pour le renforcement de l'action des rayons Röntgen. — LOEWE : L'implantation de peau à la place de la libre plastique des aponévroses. — SAENGER : Sur la mort subite, pendant ou peu après l'accouchement. — SCHMIZ : Epidémie de typhoïde dans un régiment de dragons. — BRIX : Septicémie puerpérale guérie par une opération. — SCHERBAK : Moyen de reconnaître facilement les petits manques de placenta. — FUCHS : Contribution au traitement des crises gastriques. — LUBINUS : La gymnastique médicale en Suède et en Allemagne. — (N° 25, 24 juin.) BÄUMLER : Diagnostic différentiel de la variole. — MÜLLER : Recherches bactériologiques sur le typhus exanthématique. — STOFFEL : Causes de la sciatique et nouveaux procédés de traitement opératoire de l'affection. — HOHMANN : Opération de Stoffel dans les paralysies spastiques. — STEIN : Correction cosmétique de la paralysie faciale par plastique faciale libre. — CHRISTEN : Simplification du diagnostic du pouls. — REICHMANN : Pronostic et traitement de la méningite. — JUNKER : Traitement de la tuberculose pulmonaire par le cyanure d'or. — BERGEAT : Traitement des blessures granuleuses. — GRÜNWALD : Injections trachéobronchiques dans l'asthme. — KOHLSCHÜTTER : Un mot sur le lever précoce après les opérations abdominales. — THERSTAPPEN : L'ostéite fibreuse. — (N° 26, 1er juil.) LIEFMANN : Différenciation des bactéries d'espèces voisines par précipitation de leur albumine au moyen des solutions salines concentrées. — HOHLWEG : Traitement de la pyélite par les lavages du bassinet. — LAMPÉ et PAPAZOLU : Recherches sérologiques sur la réaction d'Abderhalden. — FRANK et ROSENTHAL : Recherches sur la spécificité des ferments protecteurs protéolytiques. — LICHTENSTEIN : La séroréaction d'Abderhalden. — MULZER : Technique du prélèvement du sang pour le Wassermann. — REICHMANN et RAUCH : Deux cas guéris de méningite tuberculeuse. — BADE : Traitement des paralysies spondylitiques. — P. WEBER : La thrombose traumatique de la veine cave inférieure. — NUSSBAUM : Procédé de réduction des hernies des nouveau-nés. — BERTLICH : Thrombose des tissus caverneux chez un nourrisson de cinq mois. — KREISS : Une malformation rare du thorax. — GRUMANN : Action de la pituitrine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 111. — MARDI 30 SEPTEMBRE 1913. 86e ANNÉE. MARDI 30 SEPTEMBRE 1913. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Anatomie*. — Séance du 27 septembre. — Question donnée : « Rapports de l'estomac. »

Mlles Bézine, 9; Chabannas, 10; MM. Benoit, 17; Cauchois, 10; Cabanis, 13; Degouy, 18 1/2; Carréga, 9; Camous, 17; Ameline, 17; Bayle, 18 1/2; Cassidanius, 15; Barthe, 19 1/2; Mlle Bernard (Yvonne-Marthe), 18 1/2; MM. Bernard (Et.), 18 1/2; Charles, 15; Albert, 16.

Prochaine séance le mardi 30 septembre, à quatre heures du soir.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours d'internat des hôpitaux de Lyon s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Bonniot (classé premier, qui reçoit la trousse Bonnet), Wertheimer, Badin, Buche, Michon, Drey, Pelloux, Rochet, Contamin, Martin, Martine, Aimé Richard, Colrat, Lamy, Richer, Reignier, Fouilloux-Buyat, Morénas.

Internes suppléants. — MM. Joseph Maurel, Paillard, Porte, Georges Rollet, de Lambert, Marius Morel, Haour, Ardisson, Charmot, Carry, Longy, Saugues, Vialleton, Belmont, Berthouin, Charrat, Gelas, Emery, Viret, Ferréol, Philip, Vionnery, Delorme, Pierre Rollet, Barbier, Proby, Branche, Chavériat, Hauw, Laferrière, Millot, Barrère et Chapuis.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — M. le médecin inspecteur Hassler, directeur du service de santé du 9e corps d'armée, a été nommé directeur de l'Ecole du service de santé militaire, à Lyon, en remplacement de M. le médecin inspecteur Polin, placé dans la section de réserve.

M. le médecin inspecteur Béchard, directeur du service de santé du 17e corps d'armée, a été nommé directeur du service de santé du 15e corps d'armée, en remplacement de M. le médecin inspecteur Trifaud, placé dans la section de réserve.

M. le médecin inspecteur général Nimier, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée, a été nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, membre du Comité consultatif de santé, en remplacement de M. le médecin inspecteur Polin, placé dans la section de réserve.

MARINE. — Les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent ont été nommés, à la suite du concours de 1913, élèves du service de santé de la marine à Bordeaux :

Ligne médicale. — 1° Etudiants à douze inscriptions : MM. Daude, Cheyrou-Lagrèze, Bayle.

2° Etudiants à huit inscriptions : MM. Le Jeune, Guillet.

3° Etudiants à quatre inscriptions : MM. Kergrohen, Simonneau, Le Floch, Espagnon, Bréard, Rivière, Lafontaine, Schennberg, Le Calvé, Carboni, Souloumiac, Rouvière, Tisseuil, Maudet, Ben-Aouda, Le Nalbot, Variot, Pujos, Le Gall, Guédon, Barthelet, Le Coz, Vendran, Gueurmeur, Mazé, Le Meillour, Bigois, Clottes, Piuchet, André, Laigret, Aubry, Chaigneau, Suzanne, Jeansotte, Donadey, Rétière, Bernard, Arrighi, Chové, Planchais, Hilleret, Caccavelli, Bouron, Lapouze, Rauline, Cussec, Lefrou, Circan, Marçon, Sellier, Pellen, Charenton, Le Joliff, Sénès, Maleville, Delinotte, Sicard, Fontorbe, Salicetti, Lacaze, Brette, Grosso, Le Voyer, Morvan, Grall, Calmels, Malaussène, Moreau (N.-J.-B.), Carli, Chauchard, Yvon, Gilly, Lavandier, Gayno, Jobard, Derrien (P.-E.), Tempon, Petit.

Ligne pharmaceutique. — MM. Foata, Le Janne, Fumey, Soumet, Brun, Ginabat.

Ces élèves devront être rendus à Bordeaux le samedi 25 octobre 1913 et se présenter au directeur de l'Ecole (cours Saint-Jean), à huit heures du matin.

Tout élève qui renoncera au bénéfice de son admission devra envoyer au ministre de la Marine, dans le plus bref délai, sa démission accompagnée, s'il est mineur, du consentement de ses parents ou tuteurs. Les élèves démissionnaires seront remplacés.

INTERNAT DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — M. Genil-Perrin, médecin adjoint des asiles d'aliénés, commence une revision du programme du concours, portant spécialement sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux.

Pour s'inscrire, lui écrire à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Mizon (de Lomme), Ronnaux (de Cambrai) et J.-P. Sainclair (de l'Arbresle).

ARTHROPLASTIE FÉMORO-ROTULIENNE
POUR ANKYLOSE DU GENOU

Par M. A. DIEL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Si les divers procédés de restauration articulaire par méthode sanglante ont été employés souvent avec succès pour certaines ankyloses, celles du coude de préférence ; par contre, les cas d'arthroplastie du genou sont rares, et le résultat jusqu'à présent problématique. Cela tient, on le comprend aisément, aux difficultés techniques que comporte la nature même de cette articulation.

Il me paraît donc d'autant plus intéressant de rapporter ici un procédé d'arthroplastie fémoro-rotulienne lequel, il y a deux ans, m'a donné pour une très ancienne ankylose du genou, un résultat excellent.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, de constitution robuste, qui, à l'âge de trois ans, fut atteint d'une tumeur blanche du genou gauche laquelle aboutit à la suppuration. Traitée à cette époque par Lannelongue, puis par de Saint-Germain, elle guérit par une ankylose en flexion prononcée, d'où la nécessité de béquilles depuis cette époque. Lors de mon premier examen l'état du membre inférieur gauche est le suivant : jambe en flexion sur la cuisse, forme avec celle-ci un angle maximum de 115 degrés; atrophie complète du quadriceps fémoral, par contre les fléchisseurs sont conservés. Le genou globuleux montre une hypertrophie considérable du condyle interne du fémur, la jambe est subluxée en dehors et forme baïonnette avec la cuisse. La rotule comme le montre la radiographie est intimement soudée au fémur. Au point de vue fonctionnel l'ankylose n'est pas totale, car on peut provoquer quelques petits mouvements passifs d'une ampleur de 15 degrés environ. Par contre tout mouvement actif d'extension est supprimé et ne peut être exécuté qu'avec l'aide de la main.

Il y a un raccourcissement total du membre de 4 centimètres et le malade étant debout, la pointe du pied est à 5 centimètres au-dessus du sol. Cette infirmité avait causé une telle exaspération nerveuse chez lui qu'il était décidé à tout tenter pour supprimer ses béquilles, trop heureux s'il pouvait marcher plus tard avec des cannes. Par contre, il s'opposait à une résection classique du genou.

Le problème se posait donc de la façon suivante :

Recréer si possible la fonction de la poulie rotulienne et, par cela même, celle des muscles extenseurs de la jambe, pour que le champ des surfaces articulaires puisse augmenter par l'extension devenue possible. La principale crainte pour l'avenir était le réveil de foyers tuberculeux éteints, mais la date éloignée de leur activité, soit plus de vingt ans, en atténuait l'éventualité.

Un traitement préopératoire était nécessaire. Tout d'abord il fallait assouplir, autant que faire se peut, tous les tissus rétractés tapissant la face postérieure de l'articulation. Une section sous-cutanée du tendon du biceps et de quelques cordes tendineuses facilita le travail d'extension progressive que fit mon ami le docteur Mahar à l'aide d'un ingénieux appareil qu'il imagina, rappelant une sorte de garrot. Trois séances par semaine et cela pendant trois mois nous permit de constater un peu plus de souplesse dans les tissus périarticulaires. En outre ayant fait en même temps du massage tous les jours de la région antérieure de la cuisse, j'estimais que nous nous trouvions alors dans des conditions relativement favorables pour l'intervention.

Opération le 17 octobre 1911. — Avec l'aide de mon collègue et ami le docteur F. Monod, anesthésie à l'éther. La veille les faces antérieure, postérieure du genou, tiers inférieur de la cuisse avaient été rasés et pansés à l'alcool.

Incision cutanée classique de la résection du genou, légèrement modifiée en ramenant un peu plus sur la ligne médiane les deux branches de la raquette. Le lambeau cutané relevé, j'incise franchement jusqu'à l'os les tissus fibreux sur les bords de la rotule que je dégage le plus possible en remontant jusqu'aux insertions du quadriceps atrophié, que je libère du fémur en creusant une sorte de gouttière sur cet os. Puis avec la scie de Gigli insinuée à ce niveau, je scie prudemment en suivant les gouttières latéro-rotuliennes et une ligne concave en arrière que m'indique l'épreuve radiographique, en ayant soin de ne pas blesser le cul-de-sac sous-rotulien qui est abaissé. La rotule est ainsi désinserrée et peut être mobilisée surtout latéralement. Je dois encore ruginer en haut vers le quadriceps pour obtenir un mouvement d'ascension suffisant.

A ce moment on sacrifie un lapin auquel on enlève avec toutes les précautions aseptiques voulues l'épiploon, que j'insinue aussitôt entre les deux surfaces osseuses cruentées, en tapissant aussi haut que possible la surface fémorale jusqu'aux insertions du quadriceps. Puis je prends deux morceaux de tendons de renne, préparés spécialement par Carrion, longs de 5 à 6 centimètres et larges de 8 à 10 millimètres que je glisse sous la rotule en les plaçant en X, les chefs étant fixés au tissu fibreux périarticulaire. Ces tendons forment la vraie interposition et en outre forcent l'épiploon à rester étalé. Le lambeau cutané est rabattu et suturé par cinq ou six crins de Florence espacés. Pansement à la gaze et ouate stérilisées modérément serré. Pas de gouttière.

Le premier soir, morphine pour atténuer les douleurs.

Aucune réaction fébrile ne se manifeste dans la suite, la température rectale n'ayant jamais dépassé 37°5 et le pouls 72.

Le quatrième jour, le pansement est défait et, après avoir changé les compresses, je mobilise très doucement la rotule latéralement. Le patient supporte avec courage cette douloureuse séance qui est répétée tous les jours. Le huitième jour les crins de Florence sont enlevés et je commence la mobilisation dans le sens vertical, la rotule se déplace de plus d'un centimètre.

Le malade est levé le seizième jour sans qu'il se soit présenté aucun incident postopératoire. Au bout

d'un mois environ nous nous apercevons, Mahar et moi, que le courant faradique fait apparaître une ébauche de quadriceps, lequel, dans sa contraction tire la rotule. Dès le deuxième mois cette contraction peut être volontaire et suivie d'un petit mouvement d'extension de la jambe. Celui-ci s'accentue peu à peu et le malade assis sur le bord de son lit peut lever avec son pied un poids d'un kilogramme en parcourant un arc de 15 degrés environ. Je puis donc dire que la nouvelle fonction de l'articulation est amorcée et que c'est au patient de l'augmenter par des exercices quotidiens combinés avec des séances de massages et d'extension avec l'appareil, et cela pendant plusieurs mois.

La rotule n'a aucune tendance à se souder, on la voit sous l'écran radioscopique se soulever à chaque mouvement d'extension et séparée du fémur par une zone très claire. Dans la station debout la pointe du pied gauche est très abaissée et les orteils prennent appui sur le sol. C'est le moment de quitter les béquilles pour faire l'apprentissage de la marche avec des cannes. L'ancienne chaussure orthopédique dont la semelle était haute de 4 centimètres est changée, une semelle de un demi-centimètre étant suffisante.

Cette éducation est assez longue et ce n'est que dans le courant d'août 1912 que mon patient peut marcher facilement avec ses cannes et sans fatigue. On constate alors que le pied gauche appuie franchement dans sa moitié antérieure sur le sol, la jambe étant fixée par le quadriceps fémoral qui s'est reformé par l'exercice de sa nouvelle fonction.

Actuellement il se sent assez sûr et adroit pour faire de fréquents voyages et se livrer au sport de l'aviron.

Discussion. — Lorsque les parents me confièrent leur fils pour tenter « n'importe quoi » pouvant atténuer cette difformité et cette infirmité, j'étais resté tout d'abord très hésitant sur le procédé d'arthroplastie à employer. En effet j'étais fort peu encouragé par l'interposition fibreuse, musculaire ou graisseuse ayant assisté déjà à un échec complet pour un cas semblable, les surfaces osseuses s'étant ressoudées en quinze jours malgré la mobilisation très précoce.

Je m'étais arrêté au procédé qu'emploient certains chirurgiens allemands, c'est-à-dire de tapisser la région osseuse de néo-arthrose par une membrane amniotique préparée spécialement dans ce but. Malheureusement toutes les tentatives que fit Carrion pour stériliser de l'amnios échouèrent. Finalement je résolus le problème en satisfaisant aux deux conditions suivantes : la première de maintenir le plus longtemps possible écartées l'une de l'autre les deux futures surfaces articulaires, par un corps organique qui soit résorbable lentement et d'un maniement facile, je choisis pour cela un tendon de renne large de 8 millimètres, épais de 4 millimètres; la seconde, faire une sorte de greffe avec un tissu vivant porteur d'un épithélium actif qui ait le temps de s'adapter à la nouvelle fonction de glissement, je choisis l'épiploon de lapin sacrifié pendant l'opération. Le résultat dépassa mes espérances.

Mais le succès n'a pas été dû qu'à cette technique seulement. Je suis intimement convaincu, en effet, que pour les cas d'ankylose du genou en flexion le traitement préopératoire par ses moyens physiques et mécaniques est de la plus grande importance pour rompre quelques petites adhérences, étirer progressivement les tissus rétractés du creux poplité... On sait que le gros obstacle au redressement de ces ankyloses réside dans la rétraction de la capsule articulaire en arrière. Or il m'était défendu d'y suppléer par une résection osseuse, le membre déjà diminué de longueur aurait été trop court et la difformité encore plus grande. De même après l'opération un traitement de gymnastique appropriée doit être fait longtemps, suivi par autant de patience de la part du chirurgien qu'il faut de courage au malade pour le supporter.

En résumé ce procédé d'arthroplastie fémoro-rotulienne m'a paru très bon et met à l'abri des inconvénients que l'on rencontre dans les interpositions des ailerons rotuliens, du couturier ou du retournement de la rotule. En outre c'est à dessein que j'ai attendu près de deux ans après l'opération pour publier ce résultat désirant qu'il ait subi l'épreuve du temps pour pouvoir porter un jugement plus juste sur sa valeur.

ACTUALITÉS

LE PRONOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Le pronostic de la tuberculose pulmonaire constitue certainement un des problèmes les plus difficiles de la pratique journalière. M. Léon Bernard vient de consacrer à l'étude de cette question un article très important dans lequel il expose plusieurs notions nouvelles d'un grand intérêt (1).

M. Léon Bernard ne s'occupe que de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. Il fait d'abord remarquer que les signes physiques d'auscultation fournissent peu d'éléments au pronostic, celui-ci ne pouvant être fondé sur l'étendue des lésions, car l'évolution et la durée d'un cas déterminé ne sont pas nécessairement relatifs à ses caractères anatomiques. Certains malades ne présentent que des lésions peu avancées et doivent être considérés comme atteints de manière rapidement mortelle; par contre, il y a des tuberculeux cavitaires qui vivent dix et quinze ans. La division traditionnelle de la tuberculose pulmonaire en degrés est donc « détestable pour le clinicien ».

Pour ce qui est de la classification de Turban, M. Léon Bernard trouve que cette notion volumétrique ne peut donner aucun éclaircissement sur l'évolution ni sur la gravité de la maladie; il préfère la classification de Bard, tout en regrettant qu'elle soit un peu trop compliquée (2).

(1) Léon Bernard. Les éléments du pronostic chez les tuberculeux pulmonaires, *Le Journal médical français*, 15 août 1913.

(2) Pour montrer combien toutes ces questions relatives au pronostic de la tuberculose pulmonaire sont délicates et complexes, il suffira de citer l'opinion d'un spécialiste très connu, le docteur Küss, et l'on verra qu'elle diffère beaucoup de celle de M. Léon Bernard. Küss attribue une grande importance à l'étendue lésionale, car il écrit : « L'étendue lésionale est un élément essentiel du pronostic à condition que l'on s'attache à déterminer à la fois l'étendue, la confluence et la densité des lésions. » D'après Küss, la division de Turban est recommandable pour évaluer cette étendue. Küss reconnaît aussi que la notation en

La tendance évolutive de la tuberculose a une valeur beaucoup plus considérable pour le pronostic. Bezançon et ses élèves ont mis en relief ce fait capital que la tuberculose présente alternativement des périodes de trêve, de latence plus ou moins complète et des périodes d'activité, des poussées évolutives qui se traduisent par un réveil des symptômes et par une progression des lésions. Il est évident que la fréquence et l'intensité des poussées évolutives indiquent une gravité particulière.

Le pronostic de la tuberculose pulmonaire sera basé sur les symptômes de la maladie et sur les caractères du terrain. Parmi les symptômes fonctionnels, quelques-uns présentent un certain intérêt; mais encore faut-il en faire une étude minutieuse, car, selon les circonstances, leur signification peut être très variable; la dyspnée, par exemple, révèle souvent une évolution des lésions, mais dans d'autres cas elle appartient à la symptomatologie d'une tuberculose fibreuse, d'une forme emphysémateuse et asthmatique dont le pronostic n'est pas mauvais. Les mêmes considérations peuvent être appliquées à l'hémoptysie qui survient tantôt avec une poussée évolutive, tantôt par hypertension chez un sujet porteur de lésions scléreuses; elle est beaucoup moins grave dans ce dernier cas (1).

Les symptômes généraux, tels que la fièvre, l'amaigrissement, doivent être considérés avec attention. Puis on examinera tous les organes du malade; certaines localisations de la tuberculose aggravent le pronostic, en particulier la méningite, la laryngite et l'entérite tuberculeuses; au contraire, une tuberculose osseuse ou articulaire n'assombrit pas le pronostic de la tuberculose pulmonaire concomitante; il en est de même d'une tuberculose rénale infiltrée unilatérale, tandis que les néphrites tuberculeuses hydropigènes constituent une complication très grave.

L'examen de l'appareil cardio-vasculaire fournit au pronostic une donnée que M. Léon Bernard considère comme des plus importantes; c'est l'état de la pression artérielle. On sait que, dès 1891, Marfan avait étudié l'hypotension des tuberculeux; il a, depuis, complété cette étude en montrant que les variations de la tension artérielle chez les tuberculeux ont une grande valeur pronostique : une pression habituellement normale ou supérieure à la normale a une signification favorable; il en est de même lorsque la pression artérielle, d'abord basse, s'élève par la suite; si, au contraire, la pression artérielle, d'abord normale, s'abaisse au cours de la maladie, le pronostic devient défavorable; une pression constamment basse est aussi un mauvais symptôme. M. Léon Bernard confirme les faits avancés par le professeur Marfan et il croit que ces variations de la pression artérielle font partie d'un ensemble de phénomènes qui individualisent les diverses formes de la tuberculose pulmonaire : les tensions moyennes et basses s'observent dans la tuberculose caséeuse chronique, les tensions normales ou légèrement faibles dans les formes frustes et abortives, les tensions normales ou fortes dans les formes fibreuses ou emphysémateuses; les tuberculoses aiguës s'accompagnent toujours d'une tension très basse.

Après avoir recherché ces divers symptômes, on devra se préoccuper des éléments apportés au pronostic par l'étude du terrain préalable du malade sur lequel est venu s'implanter le bacille de Koch. S'il est inexact que l'arthritisme confère une certaine immunité contre la tuberculose, il n'en reste pas moins vrai que les arthritiques présentent habituellement une forme de tuberculose à évolution favorable; le bacille de Koch a plus de chance d'engendrer chez ces malades l'asthme ou l'emphysème que la caséification. L'influence exercée par la syphilis sur la marche de la tuberculose est variable selon les circonstances; une infection syphilitique récente aggrave le pronostic de la tuberculose, celle-ci affectant une forme sévère, souvent aiguë; au contraire, une syphilis ancienne dispose aux réactions scléreuses, et vienne une infection bacillaire on verra souvent se développer une tuberculose fibreuse plutôt que caséeuse (Landouzy, Sergent).

Tous les classiques enseignent que l'alcoolisme prédispose à la tuberculose et que la phtisie des alcooliques est toujours très grave. M. Léon Bernard n'admet pas cette opinion; d'après lui, le parallélisme de la tuberculose et de l'alcoolisme dans diverses régions s'explique par les conditions déplorables d'hygiène et d'alimentation qu'entraîne l'alcoolisme, facteur de misère physiologique et sociale. Quant à l'influence de l'alcoolisme sur la marche de la tuberculose, elle dépend du degré de l'intoxication; sans doute, la phtisie est plus grave chez les individus profondément dégradés par une intoxication excessive, mais l'alcoolisation modérée paraît enrayer plutôt que favoriser la germination du bacille; M. Léon Bernard a vu souvent chez les alcooliques la tuberculose se présenter sous la forme fibreuse à marche lente.

La valeur pronostique d'une atteinte antérieure de tuberculose a un intérêt considérable, mais, dans beaucoup de cas, il est bien difficile de savoir si l'on est en présence d'une première atteinte ou d'une réinfection; on admet, en effet, aujourd'hui que presque toujours la tuberculose se contracte dans l'enfance et que les manifestations de la maladie survenant chez les adolescents ou les adultes ne sont que les réveils de l'infection ancienne. Dès 1886, Marfan avait admis que les sujets ayant eu dans l'enfance un lupus ou des adénites cervicales, et qui avaient guéri, étaient immunisés contre une atteinte ultérieure de tuberculose, en particulier de tuberculose pulmonaire. Les observations de M. Léon Bernard confirment cette théorie; il a constaté que les tuberculeux pulmonaires avaient très rarement dans leurs antécédents des adénopathies bacillaires suppurées et guéries; lorsque, par exception, des tuberculeux ont des cicatrices d'adénites bacillaires, on remarque qu'ils sont atteints de formes atténuées et frustes de tuberculose pulmonaire. Cette loi n'est d'ailleurs vraie que si un grand intervalle de temps a séparé l'infection ganglionnaire de l'infection pulmonaire.

M. Léon Bernard termine en étudiant les indications que peut fournir au pronostic la cuti-réaction de von Pirquet. Cette question a fait l'objet de plusieurs travaux allemands (Wolff Eisner et Reichmann, Stadelmann); elle a été signalée en France par Oppert, mais c'est seulement en 1912 qu'elle donna lieu à une discussion importante à la *Société d'études scientifiques sur la tuberculose*. M. Léon Bernard a publié un travail sur ce sujet en collaboration avec M. Baron (1). Voici la technique conseillée par MM. Bernard et Baron : avec un vaccinostyle, on fait, sur la région deltoïdienne, deux scarifications de 4 à 5 millimètres; l'une sert de témoin; sur l'autre, on dépose une goutte de tuberculine brute de l'Institut Pasteur; les scarifications ne doivent pas être trop profondes; il ne faut pas que le sang coule. On sait que cette inoculation de tuberculine provoque, chez les tuberculeux, l'apparition d'une papule érythémateuse, mais la réaction est plus ou moins intense selon les cas. Léon Bernard et Baron distinguent plusieurs degrés : la réaction moyenne est caractérisée par l'apparition, dix-huit à vingt-quatre heures après la cuti, d'une papule d'un rouge vif, grosse comme une lentille, entourée d'une zone congestive; la papule grossit, atteint les dimensions d'une pièce de 50 centimes, puis elle s'atténue en quelques jours; la réaction forte donne une papule volumineuse sur laquelle peuvent apparaître quelques vésicules étendues ou même une bulle, la zone érythémateuse entourant la papule

degrés est insuffisante. (Küss. Traitement de la tuberculose pulmonaire, *Thérapeutique des maladies respiratoires*, un volume de la bibliothèque de thérapeutique Gilbert et Carnot, 1911.)

(1) Mathieu-Pierre Weil. *Les Hémoptysies tuberculeuses*, Th. de Paris, 1912; — Voir *Gaz. des hôpit.*, 4 juin 1912.

(1) Léon Bernard et Baron. La valeur pronostique des réactions cutanées à la tuberculine chez l'adulte (cuti-pronostic de la tuberculose), *Presse méd.*, 12 juin 1912.

est large, la réaction persiste longtemps; la réaction est faible quand une papule petite et peu colorée ne se produit que trente-six ou quarante-huit heures après l'inoculation; la réaction négative, enfin, est celle qui n'a pas duré au moins quarante-huit heures. Or on a remarqué que les réactions fortes se voient chez les tuberculeux peu atteints, qui se défendent bien et qui ont une tuberculose à marche favorable; les réactions moyennes s'observent chez les malades qui supportent assez bien des lésions souvent avancées; les réactions faibles chez les tuberculeux caséeux avec mauvais état général; aux phases ultimes de la maladie, la réaction devient nulle. La cuti-réaction est donc d'une valeur pronostique très appréciable; au moment d'une poussée évolutive, elle peut encore renseigner sur la marche probable de cette poussée, car une cuti-réaction positive montre que l'organisme se défend et que sans doute la poussée sera bénigne; une cuti-réaction négative est d'un pronostic sévère. Si M. Léon Bernard attache une grande importance au cuti-pronostic de la tuberculose pulmonaire, il fait toutefois très judicieusement observer qu'il ne faut pas demander à la cuti-réaction plus qu'elle ne peut donner; des accidents intercurrents, des complications soudaines viendront parfois modifier un pronostic que la cuti-réaction avait donné favorable. L'explication théorique des variations dans l'intensité de la cuti-réaction n'est pas encore donnée d'une façon certaine; pour les uns, la cuti-réaction est un phénomène d'hypersensibilisation, d'anaphylaxie locale; pour les autres, et en particulier pour Jousset, la cuti-réaction est liée à l'immunité.

En résumé, M. Léon Bernard conseille d'établir le pronostic d'un cas de tuberculose en se basant sur l'analyse des différents symptômes, en tenant grand compte de la tension artérielle qui apporte des indications sur la forme anatomo-clinique de l'infection tuberculeuse, en pratiquant une cuti-réaction dont l'intensité fournit la mesure de la résistance du malade et de son degré d'immunisation.

M. BRELET.

XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Tenu à Londres, du 6 au 12 août 1913 (1),

SECTION DES MALADIES DES ENFANTS

Traitement de la tuberculose dans l'enfance au point de vue chirurgical en considérant spécialement les os, les articulations et les glandes. — MM. V. MÉNARD (de Berck-sur-Mer) et J. STILES (d'Edimbourg), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. Ménard :

Au point de vue du traitement local, l'ostéite tuberculeuse doit être nettement séparée de l'ostéo-arthrite de même nature.

L'évidement est très souvent applicable à la cure de l'ostéite tuberculeuse, surtout à l'état fistuleux, soit à distance, soit plus spécialement à proximité des articulations.

Le traitement local de l'arthrite tuberculeuse relève de la méthode conservatrice, presque toujours efficace, à la condition expresse d'être appliquée intégralement pendant la durée totale, toujours longue, de la maladie.

Les meilleurs procédés opératoires, y compris le plombage, ne peuvent être substitués à la conservation.

De l'irrégularité du traitement conservateur provient en général l'indication opératoire la plus pressante : la suppuration septique qui menace la vie. On est aussi amené à intervenir à la suite d'infections associées, accidentelles, et dans certaines formes anatomiques de tuberculose articulaire.

L'acte opératoire supprime un obstacle à la réparation locale : tel le drainage, telle la résection atypique, qui n'est souvent qu'une forme large du drainage.

La mortalité opératoire est minime, sauf pour la hanche : dans ce dernier cas, elle n'est pas une objection, puisqu'on opère pour écarter une cause presque certaine de décès.

Les résultats orthopédiques sont bons, si les soins post-opératoires sont rationnels et persistants. Le contraire est l'exception.

Malgré les progrès du traitement médical dans la tuberculose ganglionnaire, un rôle reste à la chirurgie, pour débarrasser le malade, vite et sans inconvénients, d'une masse de ganglions limitée à l'aine ou à l'aisselle, et même d'un groupe étendu de ganglions caséeux du cou. L'objection de la difformité visible ne compte pas, si l'on sait, comme il est facile, limiter la longueur de l'incision.

En toute éventualité, l'acte chirurgical n'étant qu'un secours apporté à une réparation locale, le tuberculeux opéré, comme celui qui ne l'a pas été, ne rétablit et ne conserve sa santé générale qu'avec l'aide d'une hygiène favorable, pour une longue période, pour toute la vie.

Sur les caractères cliniques, le diagnostic, le pronostic, et le traitement médical des infections des voies urinaires chez les enfants, dues au bacterium coli. — MM. John THOMSON (d'Edimbourg) et Francesco VALAGUSSA (de Rome), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. J. Thomson :

Prédispositions. — Influence de l'âge et du sexe. — Les filles sont plus souvent atteintes. L'infection est habituellement primitive chez elles. Gravité de l'infection en général, chez les filles plus que chez les garçons. — L'âge des garçons atteints est moins élevé, mais la mortalité est plus grande que dans les cas observés chez les filles.

Caractères de la fièvre : convulsions, évanouissements et vomissements. Troubles généraux. Hyperesthésie abdominale. Hypertrophie des reins. Miction fréquente et douloureuse : caractères de l'urine.

Diagnostic, pronostic, mortalité, rechutes. Traitement par la dilution urinaire : laxatifs; traitement médicamenteux. Alcalinisation de l'urine. Les effets de la fièvre et des autres symptômes sur le cours de la maladie. Antiseptiques intestinaux. — Antiseptiques urinaires. — Sérum et vaccins.

Des premiers signes de la tuberculose pulmonaire chez le nourrisson. — M. P. VAN PEE (de Verviers). L'auscultation du nourrisson outre qu'elle est généralement très difficile, fournit encore souvent des résultats de peu de valeur. La petitesse du thorax, son élasticité, sa sonorité, l'indocilité de l'enfant qui, très souvent, crie et s'agite à la première tentative d'application de l'oreille ou du stéthoscope, l'existence de nombreux bruits se produisant dans le nez, l'arrière-gorge, le larynx, l'œsophage, sont autant de causes qui entravent l'examen. Tout ceci explique pourquoi il est impossible d'attacher de l'importance à l'affaiblissement du murmure vésiculaire, si tant est que ce signe ait la valeur qu'on lui a prêtée. D'autre part l'examen de l'excursion thoracique, la recherche du frémissement vocal, l'auscultation de la voix ne peuvent être utilisées chez le nourrisson. Aussi faut-il attacher à la percussion une importance primordiale à condition de savoir comment et où la pratiquer. Pour ce qui est du « modus faciendi » l'auteur, après lecture des travaux de Goldscheider, Curschmann et Schlayer, a été conduit à essayer le procédé de percussion employé par ces auteurs pour la délimitation de la matité cardiaque, à la recherche des minimes différences de sonorité dans l'étendue du poumon ou au niveau des ganglions du hile. Cette méthode désignée sous le nom de « Schwellenwertperkussion » ou de « Orthoperkussion » est basée sur les principes suivants :

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 92, p. 1463; n° 96, p. 1511; n° 99, p. 1562; n° 102, p. 1610; n° 103, p. 1619; n° 105, p. 1648; n° 107, p. 1671; n° 108, p. 1679 et n° 109, p. 1695.

1° Percuter aussi légèrement que possible, c'est-à-dire en essayant de rester à la limite du son qui peut encore être entendu ou, si l'on veut, au niveau du seuil de la perception auditive ;

2° Percuter un espace aussi restreint que possible et, pour cela, se servir comme plessimètre, non pas de la dernière phalange, mais de la pointe du doigt placée verticalement dans la position de Plesch (le médius ou l'index gauche étant fléchi à angle droit au niveau de la première articulation interphalangienne, on percute très légèrement l'extrémité distale de la première phalange) ;

3° Percuter sagittalement, c'est-à-dire le doigt plessimètre étant parallèle au plan médian du corps. On essaye ainsi d'obtenir une projection exacte des organes sur la surface du thorax en même temps qu'une action en profondeur. L'auteur pense que ce résultat est réellement atteint en se basant sur le contrôle que Curschmann et Schlayer ont effectué par la radiographie. Ils ont constaté que les limites de la matité cardiaque obtenues par la méthode de l'orthopercussion se superposent d'une façon remarquable à celles de l'orthodiagramme. Ce seul fait suffirait à démontrer la précision de cette technique.

D'une façon théorique, Goldscheider explique les phénomènes de la façon suivante : le choc de percussion engendre, en dehors des ondes concentriques se diffusant d'une façon uniforme, d'autres ondes qui se propagent dans le sens déterminé par la direction du doigt servant de plessimètre. Ces ondes sont animées d'une force vive considérable. Quand on se sert de la « schwellenwertperkussion », seules les ondes axiales ont une importance et sont amorties de suite par les organes privés d'air qu'elles rencontrent. On conçoit ainsi qu'elle permette de déterminer, avec une grande précision, la projection d'un organe tel que le cœur, dont toutes les parties ne sont pas au contact de la cage thoracique. Pour la même raison, on doit admettre que cette méthode d'examen puisse déceler des différences de densité minimes au sein du tissu pulmonaire. Les expériences de Moritz et Röhl effectuées à l'aide d'un tissu pulmonaire cicatriciel confirment le fait que le choc de percussion se transmet dans le sens où il a été donné. Waller confirme également la valeur de la méthode de Goldscheider et ajoute que les altérations pulmonaires sont décelables à la percussion alors qu'il n'existe encore aucun signe d'auscultation. Au point de vue clinique, sa valeur est reconnue par Bandelier et Roepke, Antunes et d'autres. Elle se combine d'ailleurs très bien avec la « tatsperkussion » d'Ebstein.

L'auteur a adopté, pour l'examen de l'enfant, une attitude toujours la même. Pour l'exploration de la face antérieure, le nourrisson est couché sur un coussin, les bras légèrement écartés du tronc de façon à ce que les muscles pectoraux, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau soient légèrement tendus et permettent ainsi au doigt de se placer plus aisément dans les espaces intercostaux. L'auteur examine alors symétriquement les régions suivantes :

A. *En avant.* — 1° La région située entre les deux chefs d'insertion du sterno-mastoïdien qui répond, d'après les recherches de Goldscheider, à la partie la plus élevée du sommet;

2° Le triangle sus-claviculaire;

3° La partie externe de la région sous-claviculaire correspondant à la fossette de Mohrenheim;

4° La région du manubrium sternal et les articulations sterno-claviculaires.

B. *Sur les côtes.* — Les bras sont relevés dans le prolongement du corps et maintenus dans cette position, pour permettre l'exploration des faces latérales du thorax et du creux de l'aisselle qui fournissent des renseignements complémentaires sur les modifications de la sonorité du sommet.

C. *En arrière.* — L'enfant est tenu sur les bras de sa mère, appuyé sur la poitrine de celle-ci. On veille à ce que les épaules soient légèrement portées en avant, de façon à rendre plus accessible l'espace intercapsulaire. Si l'enfant est très jeune et que sa colonne vertébrale ne puisse être maintenue rectiligne, on contrôle les résultats par l'exploration dans la position couchée latérale. On procède alors à l'examen systématique de la colonne vertébrale, le doigt percuteur étant appliqué sur les apophyses épineuses de la région dorsale en commençant par le bas. On continue l'examen suivant des lignes parallèles de dedans en dehors. Une attention toute spéciale est accordée à la partie interne de la fosse sus-épineuse, « zone d'alarme » de Stephen Chauvet, sur laquelle M. E. Sergent a insisté récemment, et au point décrit par Piery sous le nom de sommet postérieur.

Pratiquée d'une façon méthodique, sur un très grand nombre d'enfants, la percussion permet de constater que les deux poumons réagissent de façon différente. Le poumon gauche réagit toujours le premier et revient également le plus vite à son état normal. Les signes du côté droit n'apparaissent que plus tard et ont une tendance à persister, pour se localiser bientôt au sommet.

Comme contrôle des résultats obtenus, il faut noter que, si la toux fait régulièrement défaut au début, il est d'autres signes qui permettent de confirmer les signes de percussion. C'est, tout d'abord, l'allure de la courbe du poids. L'auteur a constaté, d'une façon régulière, un arrêt dans l'accroissement pondéral du nourrisson, dès les premiers jours de la maladie, et c'est même à cause de ce fait que son attention a été attirée d'une façon toute spéciale sur l'appareil respiratoire. En effet, si en présence d'un bel enfant nourri au sein dont la courbe s'est montrée, pendant de nombreuses semaines, d'une régularité remarquable et qui ne présente aucun trouble digestif, il constate à la fois des modifications du côté du poumon et un arrêt de croissance, il se croit autorisé à penser qu'il y a entre ces deux phénomènes une relation de cause à effet. Cette hypothèse deviendra encore plus acceptable s'il voit les troubles du côté de l'appareil respiratoire traîner en longueur et coïncider avec une courbe de pesée qui redescend à chaque poussée congestive nouvelle. Un autre signe, qui lui a très souvent permis de vérifier l'exactitude des résultats fournis par la percussion, c'est la dilatation pupillaire du côté congestionné. Ce phénomène est quelquefois tellement évident que des profanes, dit-il, le constatent à première vue et que l'on peut ainsi prévoir souvent, avant tout examen local, quel est le poumon envahi.

De l'avis de beaucoup de pédiatres, dit van Pée, la tuberculose, chez le nourrisson, est habituellement latente : ou bien elle échappe à nos moyens d'investigation, ou bien, si elle devient manifeste, elle évolue rapidement vers une issue fatale. L'auteur ne peut souscrire sans réserves à ces deux propositions. Il pense, au contraire, qu'il est possible, dans l'immense majorité des cas, sinon d'affirmer formellement, tout au moins de suspecter la tuberculose du nourrisson, et que, d'autre part, la plupart de ces cas évoluent, comme ceux de l'adulte, d'une façon chronique avec tendance aux récidives et à l'extension.

A l'appui de ses observations cliniques, l'auteur trouve, dans les recherches des anatomo-pathologistes, certains faits qui lui paraissent importants. L'ouvrage extrêmement consciencieux de Ghon lui apporte, d'une part, la confirmation des recherches de Küss sur les rapports qui unissent les lésions pulmonaires à celles des ganglions trachéo-bronchiques et, d'autre part, un fait intéressant : *c'est la prédominance régulière* des lésions tuberculeuses du *côté droit.* Sur 142 cas, où l'on ne trouvait qu'un seul foyer tuberculeux pulmonaire, il siégeait 87 fois à droite et 55 fois à gauche; ce qui donne les pourcentages respectifs de 61,27 et de 38,73.

On trouvait, de plus, ce foyer localisé le plus souvent *au sommet.* Les proportions des localisations sont les suivantes :

A droite :

Lobe supérieur	50,58 p. 100	
Lobe moyen	12,64	—
Lobe inférieur	36,78	—

A gauche :

Lobe supérieur	60	—
Lobe inférieur	40	—

L'auteur tient à faire remarquer que ces résultats ne sont pas tous empruntés à des autopsies d'enfants au-dessous d'un an, mais aussi de grands enfants jusqu'à l'âge de dix ans. De plus, l'auteur ne s'est servi, pour ses recherches, que de l'examen macroscopique et reconnaît que, dans beaucoup de cas, il n'a retrouvé le foyer morbide pulmonaire que très difficilement ou même pas du tout. On sait, d'autre part, par les recherches d'Arloing, de Poncet et Leriche, de Landouzy, que l'infection tuberculeuse n'est pas nécessairement caractérisée par l'apparition de cellules géantes ni de tubercules macroscopiques, qu'elle peut prendre l'apparence d'une inflammation banale. On est donc autorisé à croire qu'une infection tuberculeuse légère, réalisée chez le nourrisson, peut disparaître sans laisser de traces et que, d'autre part, les phénomènes cliniques ne sont dus, souvent eux-mêmes, qu'à des congestions plus ou moins étendues autour d'un foyer microscopique.

Le diagnostic précoce de la tuberculose chez le nourrisson, par les seuls moyens de l'observation clinique, sans le secours du laboratoire, restera souvent discutable. Il en sera d'ailleurs de même, dans de nombreux cas, même après l'emploi de ces épreuves. En effet, au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la naissance, les chances d'infection ont augmenté, le nombre des enfants réagissant positivement s'accroît jusqu'à atteindre le chiffre de 100 p. 100 vers l'âge de quatorze ou quinze ans (Hamburger). On aura donc toujours à se demander, en présence d'une manifestation pulmonaire, si elle est réellement tuberculeuse ou due à une infection surajoutée. Si la réaction est négative, le doute sera encore permis aussi longtemps qu'on n'aura pas épuisé la série des épreuves tuberculiniques.

Il faut donc se garder de tout schématisme et accorder aux méthodes cliniques habituelles l'importance qui leur revient. L'auteur a essayé de montrer qu'elles peuvent, chez le nourrisson, nous renseigner très précocement sur l'envahissement tuberculeux du poumon.

Les effets de l'hypersucrage du lait dans le traitement des dyspepsies infantiles avec vomissements. — MM. Variot et Lavialle (de Paris).

Mortalité infantile dans les quatre premières semaines de la vie. — MM. Chalmers (de Glasgow), Henry Koplik (de New-York) et Wallich (de Paris), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. H. Koplik :

Influences nuisibles au fœtus. — Leur effet sur la vie après la naissance. — Comment elles se manifestent chez le nouveau-né. — Maladies des parents influençant la résistance aux infections après la naissance. — Infections au cours de l'accouchement. — Mortalité pendant l'accouchement et dans les premières heures qui suivent la naissance. — Pourcentage de la mortalité à cette période. — Influences des méthodes modernes sur la diminution de la mortalité à cette période. — Maladies communes autrefois et rares aujourd'hui, grâce au perfectionnement des méthodes. — Morbidité chez les nouveau-nés dans les crèches. — Causes évitables et causes dépendant de faiblesse congénitale ou d'influences antérieures à la naissance.

Quelques formes de maladies commençant à la naissance. Prospérité apparente de l'enfant, succombant ensuite après le premier mois de la vie. — Mortalité dans les services d'accouchement et les hôpitaux : causes. — Influence du mode d'alimentation : supériorité de l'allaitement au sein comparé à l'allaitement artificiel, conduite à tenir pour les enfants atteints de faiblesse congénitale. — Mortalité hors de ces services : causes. — Difficulté d'obtenir des statistiques permettant la comparaison entre la mortalité actuelle et celle d'il y a dix ans. — Enregistrement systématique des naissances et de la mortalité : préliminaires nécessaires à l'institution des mesures préventives. — Statistiques et méthodes des Etats-Unis comparées à celles des pays étrangers. — Tables détaillées et statistiques de mortalité dans les quatre premières semaines de la vie.

Résumé du rapport de M. Wallich :

A la notion conrante de la grande mortalité de la première année il faut en ajouter une nouvelle — celle que le déchet se fait surtout sentir dans le premier mois — en particulier au cours des première et troisième semaines.

C'est vers ce mois qu'il convient dès à présent de concentrer le principal effort et le meilleur du secours. Les causes de cette mortalité sont d'ordre obstétrical, d'ordre médical, d'ordre social. Le remède obstétrical s'applique tous les jours victorieusement, le remède médical est connu, c'est le remède social qu'il s'agit maintenant de formuler et d'appliquer, pour arriver par étapes à la plus belle œuvre de solidarité, et au meilleur rendement humain.

Encéphalite aiguë chez les enfants. — M. J. Comby (de Paris).

Influence du mouvement brownien des globules gras du lait homogénéisé sur la digestibilité de ce lait. — M. Lavialle (de Paris). La grande surface présentée par la matière grasse, dans le lait homogénéisé étudié, est un facteur important de sa rapide transformation par les sucs digestifs. Mais, une autre cause qui, jusqu'ici, n'a pas été signalée, est le mouvement brownien présenté par tous les globules gras de ce lait. La dimension de ces globules est, en effet, assez faible, non seulement pour annuler pratiquement l'action de la pesanteur sur eux, mais aussi pour les animer des mouvements browniens.

Ces mouvements de chaque globule non seulement renouvellent constamment les divers points de contact de sa surface avec le milieu environnant, mais encore établissent au sein du lait homogénéisé, ou au sein des mélanges de ce lait avec les sucs digestifs, des courants et une agitation favorables aux réactions biochimiques.

Traitement spécial de la gorge, du nez et des oreilles pendant la période aiguë de certaines maladies infectieuses. — M. E. W. Goodal. Le sujet est étudié à quatre points de vue :

1° Une courte description des conditions morbides de la gorge, du nez et des oreilles dans les maladies infectieuses;

2° Les conséquences que ces conditions peuvent entraîner;

3° L'ordre de succession et la proportion des cas, tels qu'on peut les préjuger;

4° Le traitement envisagé à deux points de vue : *a.* local (applications locales, ablation des végétations adénoïdes, etc.); *b.* général (traitement par les sérums et les vaccins).

SECTION DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

L'épithélioma de la peau bénin et malin. — MM. Darier (de Paris), Fordyce (de New-York) et Jodassohn (de Berne), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. Fordyce :

Les observations dermatologiques confirment le fait que l'hypertrophie épithéliale est le résultat d'une excitation soit due à des parasites, soit d'origine mécanique, physique ou chimique — le degré et la nature de l'irritation, aussi bien que

la susceptibilité individuelle, conditionnant ses résultats.

L'auteur aborde successivement l'étude des affections cancéreuses de la peau — de la kératose sénile, des verrues séborrhéiques, du xéroderma pigmentosum, de la leucoplasie, du lupus, des nævi, des brûlures par les rayons X et autres radiations, des cicatrices.

Etude des divers types d'épithéliomas appartenant aux groupes à cellules plates ou à cellules basales.

Traitement des épithéliomas cutanés par les méthodes chirurgicales et dermatologiques, y compris la radiographie.

« Alopecia areata » et maladies en relation avec elles. — MM. Sabouraud (de Paris) et Pellizzari (de Florence), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. Sabouraud :

En France, depuis les travaux de L. Jacquet, on ne croit plus guère à la contagion de la *pelade*. Jacquet, appliquant les recherches de Head à la pelade, la croit d'origine réflexe, fréquemment gingivo-dentaire. Sabouraud remarque que cette théorie ne s'applique, en tous cas, qu'aux pelades unilatérales, petites ou moyennes, et que ce sont les pelades les plus graves dont nous comprenons le mieux que nous ignorons la cause. Pour Sabouraud, le processus de dépilation, dans la pelade, est spécifique, et l'évolution des grandes pelades semble correspondre à une maladie générale, avec diverses altérations de la peau, des ongles, avec concomitance fréquente de *vitiligo*, de *lupus érythémateux* des oreilles, de *psoriasis*, etc. La pelade est familiale et héréditaire dans un quart des cas; elle récidive dans la moitié. Elle paraît fréquente chez les hérédo-syphilitiques et les tuberculeux, sans que ce soit une lésion syphilitique ou tuberculeuse. Elle peut suivre de grands traumatismes physiques ou nerveux. Les dernières recherches de Sabouraud montrent la fréquence de la pelade chez la femme à la ménopause, et *le fréquent rapport de la pelade avec des troubles thyroïdiens dans les deux sexes, ou thyro-ovariens chez la femme.*

Résumé du rapport de M. Pellizzari :

L'auteur pense que l'*alopecia areata* doit être considérée (selon les plus récentes recherches cliniques, anatomo-pathologiques, biologiques et expérimentales) non pas comme une entité nosographique unique, mais plutôt comme un syndrome symptomatologique, à pathogénie nerveuse et dont l'étiologie varie selon les cas.

L'auteur pense aussi que la même hypothèse peut expliquer les multiples et variables formes cliniques qui, sous des noms différents, indiquent cependant des états morbides très proches de l'alopécie : tels sont ceux qui envahissent en foyer la peau dans sa totalité, provoquant des troubles précoces de son trophisme; ou ceux qui ont leur point de départ dans les appareils folliculaires et, à la suite de processus inflammatoires, à caractères un peu spéciaux, conduisent également à l'atrophie cicatricielle.

L'auteur admet enfin que quelques formes cliniques, tout en présentant entre elles une grande ressemblance, peuvent être produites par des processus morbides complètement différents, quoique appartenant au même groupe, et que le même processus morbide peut déterminer des types cliniques différents selon la phase de son développement et selon le terrain sur lequel il évolue.

La syphilis comme danger social. La question du contrôle de l'Etat. — MM. Gaucher et Gougerot (de Paris), A. Blashko (de Berlin) et H. C. French, rapporteurs.

Résumé du rapport de MM. Gaucher et Gougerot :

Les auteurs étudient les principaux modes de contagion et préconisent les mesures propres à les combattre. Ils s'attachent en particulier au problème des prostituées syphilitiques; ils combattent le réglementarisme actuel et proposent :

L'organisation du traitement des prostituées syphilitiques par un « abolitionnisme » comprenant l'application des projets que la commission extraparlementaire française a élaborés en 1906 : suppression du racolage, du proxénétisme, des maisons de la traite des blanches.

Le délit pénal de la transmission de la syphilis.

La protection et la rééducation des jeunes filles prématurément prostituées et des prostituées majeures.

La prévention de la prostitution par la recherche de la paternité, par l'attribution à la fille déflorée des droits de l'épouse légitime, par la sanction pécuniaire ou pénale de l'abandon d'une maîtresse par son amant.

La protection de la jeune fille par l'éducation postscolaire, par l'institution d'ateliers-ouvroirs.

L'éducation morale et une transformation des mœurs; renforcement de l'idée de famille, punition sévère de l'adultère, mariage à un âge plus jeune, etc.

Résumé du rapport de M. A. Blashko :

Parmi les mesures générales de défense contre la syphilis, le contrôle de l'Etat, c'est-à-dire les dispositions administratives visant les maladies répandues par la prostitution, est inévitable. La soi-disant réglementation de la prostitution ne s'est cependant jamais révélée, dans aucun pays, comme un agent efficace de la diminution des maladies vénériennes, parce que précisément cette réglementation n'atteint pas les individus les plus dangereux. A la place de la réglementation, il faudrait instituer un système de mesures simplement sanitaires, qui — dans la conviction que toutes les sources d'infection ne sauraient être atteintes par aucun mode de surveillance — tendrait à rendre inoffensif les éléments les plus dangereux. Un tel système — tel qu'il existe déjà en Norvège — devrait s'appliquer de la même manière aux deux sexes, mais en ne se risquant pas à stigmatiser légalement, comme prostituées, des personnes isolées, ni à leur imposer des mesures d'exception telles qu'immatriculation, visite préventive et contrôle policier, tandis qu'il suffirait, dans la plupart des cas de maladies, de donner à tous les citoyens les plus larges facilités pour leur traitement. C'est seulement contre les sujets les plus dangereux au point de vue hygiénique, les adolescents, les faibles d'esprit et les criminels — éléments largement représentés dans le milieu des prostituées — que des mesures de coercition éducative devront être prises, et, si des rapports sexuels ont lieu en état de maladie, un traitement dans l'isolement avec contrôle des suites de la maladie jusqu'à guérison.

Résumé du rapport de M. H. C. French :

Au point de vue des compagnies d'assurances, la syphilis doit être classée parmi les maladies à déclarer, vu les conséquences financières qu'elle entraîne pour elles.

Il est indispensable que la profession médicale agisse d'un commun accord pour obtenir que les efforts nécessaires soient faits par l'Etat en ce qui concerne le contrôle de la syphilis. Le contrôle exercé par l'Etat sur le développement d'une maladie est un fait complètement distinct de la régularisation du vice par l'Etat. Un type de projet concret pourrait être établi sur la base du code du cantonnement aux Indes de 1899. La première chose à obtenir est le contrôle légal de l'hospitalisation des syphilitiques dès le début de la contagion, avec mise en œuvre d'un traitement approprié.

Le traitement de la syphilis par le salvarsan et les substances voisines. — MM. P. Ehrlich (de Francfort-sur-le-Mein), A. Neisser (de Breslau), Vennin (de Paris), Gibbard et Harrison (R. A. M. C.), rapporteurs.

Injection supermaximale de benzoate de mercure pour le traitement de la syphilis. — M. Ehlers (de Copenhague).

Traitement des maladies de la peau par la vaccination. — MM. G. Gilchrist (de Baltimore) et A. Whitfield (de Londres), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. G. Gilchrist :

1° Traitement des diverses maladies cutanées à l'aide d'un vaccin autogène ou d'un vaccin étranger, résultats variables;

2° Traitement de quelques cas spéciaux de maladies de la peau à l'aide de microorganismes vivants, par exemple quelques cas de dermatite blastomycétique traités par des doses croissantes de vaccin filtré, excellents résultats;

3° Applications de topiques, d'énergie variable, préparés au moyen de bacilles morts, en partant de maladies cutanées diverses, en particulier l'eczéma, résultats indécis jusqu'ici;

4° Emploi de vaccins préparés au moyen de cultures autogènes retirées des excrétions de malades souffrant de maladies de peau diverses, surtout des formes toxiques, bons résultats dans quelques cas, variables dans d'autres;

5° Emploi de vaccins obtenus à l'aide de bacterium coli dans plusieurs maladies cutanées, particulièrement l'urticaire, résultats variables.

Résumé du rapport de M. A. Whitfield :

1° Dans les maladies à marche rapide, se terminant par la mort ou la guérison, exemple l'érysipèle, le traitement par la vaccination peut amener la guérison;

2° Dans les maladies consistant en une série de lésions aiguës, exemple la furonculose, le traitement par la vaccination peut empêcher l'apparition de lésions nouvelles;

3° Les maladies tendant à devenir chroniques, exemple sycosis, peuvent être enrayées dès leur début; si elles sont invétérées, elles deviennent rebelles;

4° La tuberculose torpide, exemple l'érythème induré, peut être influencée favorablement par la méthode de réaction.

Le lupus peut être amélioré dans certains cas, par la méthode d'immunisation, mais les résultats sont si légers et si vagues que la méthode ne doit être employée que comme adjuvant de mesures curatives plus certaines.

Traitement actuel du tabes. — M. M. Faure (de La Malou).

Action du radium sur certaines modifications hypertrophiques de l'épiderme (verrues juvéniles, vulgaires, plantaires, durillons). — MM. Wickham, Degrais et Bellot (de Paris). En dehors de l'action du radium sur les cancers cutanés et profonds, sur les tumeurs angiomateuses, les chéloïdes, il a paru intéressant aux auteurs de rapporter les résultats qu'ils ont obtenus des verrues juvéniles, vulgaires, durillons et verrues plantaires.

Le caractère superficiel des verrues planes vulgaires demande l'utilisation des rayons peu pénétrants du radium; le caractère profond de la verrue plantaire demande au contraire l'emploi des rayons pénétrants. Grâce à ceux-ci, d'une façon absolument indolore et sans gêner en rien l'existence des malades, les auteurs ont pu faire disparaître une affection douloureuse qui, auparavant, relevait presque uniquement de la chirurgie.

Le 606 ne stérilise pas la syphilis. — M. A. Lévy-Bing (de Paris). « On est obligé d'admettre qu'il est extraordinairement difficile, pour ne pas dire impossible, de stériliser la syphilis, même si l'on attaque l'infection dès le début de son évolution, alors qu'elle semble être encore une maladie locale, et même si l'on emploie des doses fortes et répétées de salvarsan.

Et que l'on ne vienne pas dire que nous sommes tombés sur une série malheureuse, au contraire; nous nous sommes efforcés de rencontrer des conditions idéales, témoin notre observation IX où nous avons commencé le traitement au troisième jour du chancre, cas peut-être unique par la précision possible du diagnostic.

Les cas de guérison et de réinfection publiés ces temps derniers sont suspects, car les deux critériums dont nous disposons pour affirmer la stérilisation d'une syphilis sont encore tout à fait insuffisants.

L'absence d'accidents syphilitiques, la présence d'une séro-réaction de Wassermann négative ne prouvent pas que le traitement a fait avorter la syphilis.

La question est beaucoup plus difficile à juger.

L'infection syphilitique peut en effet rester latente des années sans jamais disparaître complètement. Le traitement a atténué la syphilis, il ne l'a pas guérie. L'apparition tardive de lésions parfois graves vient trop souvent démentir les espérances qu'avait fait naître une longue période sans accidents. Ne voyons-nous pas le même fait se produire dans les syphilis conceptionnelles, qui peuvent rester silencieuses des années, même sans aucun traitement, pour se manifester ensuite par une hémiplégie ou tout autre accident tertiaire grave.

Quant à la réaction de Wassermann négative après traitement par le 606, nous savons avec quelle facilité elle peut redevenir positive; il faut se souvenir également de ces cas assez nombreux où l'on a vu des accidents syphilitiques faire leur apparition en pleine période négative.

Actuellement, ce que nous croyons pouvoir dire, c'est que le salvarsan ne nous paraît pas capable de stériliser la syphilis et que, malgré les conditions les plus favorables d'expérimentation dans lesquelles nous nous sommes placés, nous n'avons pas une fois pu réaliser la *sterilisatio magna* préconisée par Ehrlich et affirmée par de nombreux auteurs. »

La vaccinothérapie de l'acné pustuleuse et de la furonculose. — M. A. Lassueur (de Lausanne). La vaccinothérapie de la furonculose, des folliculites et de l'acné pustuleuse représente une méthode simple, indolore et propre.

La vaccinothérapie de la furonculose et des folliculites à staphylocoques donne des résultats remarquables, incontestablement bien supérieurs à ceux des autres traitements en usage.

La vaccinothérapie de l'acné pustuleuse par le vaccin staphylococcique et de bacilles d'acné donne quelquefois de très beaux résultats, le plus souvent une amélioration passagère. L'inconstance des résultats et la courte durée de l'immunité ne paraît pas devoir exclure l'emploi des lotions antiseptiques, des pommades exfoliantes ou de la radiothérapie dans le traitement de l'acné.

Valeur des réactions de fixation dans l'étude des maladies cutanées et syphilitiques. — MM. E. Gaucher et E. Joltrain (de Paris). Historique de la question. Valeur de la réaction de Wassermann au cours des périodes primaires, secondaires et tertiaires de la syphilis et au cours des accidents parasyphilitiques. Effets du traitement sur la réaction de Wassermann :

« Si nous reconnaissons une valeur incomparable à cette méthode et si nous croyons à l'intérêt de sa recherche pour modifier l'intensité du traitement, nous pensons qu'il peut être dangereux, comme le veulent certains auteurs, de se baser uniquement sur ses résultats pour instituer et diriger la thérapeutique antisyphilitique. Une réaction négative aujourd'hui peut devenir positive demain, précédant de peu l'apparition des accidents contagieux ou même n'apparaissant qu'avec eux. La phase négative peut durer un an et plus sans qu'il soit prudent de suspendre complètement le traitement pendant toute cette période. Aussi croyons-nous avec Brocq, Finger, Delamarre, Jadassohn, etc., qu'il convient d'adopter la règle suivante. Même en l'absence de séro-réaction, la thérapeutique des cas primaires doit être poursuivie sous peine d'accidents graves. Une réaction positive particulièrement tenace fera seulement recourir dans les limites de la tolérance des malades à un traitement plus intensif. Après une période de trois à cinq ans pendant laquelle on doit poursuivre le traitement, une réaction de Wassermann positive le fera continuer même si c'est le seul symptôme de l'infection spécifique. Une séro-réaction négative permettra de cesser tout traitement à

condition de pratiquer toutefois l'analyse du sang à intervalles réguliers, car on doit toujours craindre le retour de la réaction positive. Dans les cas de syphilis anciennes on éprouve parfois les plus grandes difficultés pour faire céder une réaction positive. Il ne faut pas en conclure que le traitement le plus intensif est nécessaire et il n'est pas sans inconvénient.

La recherche de la réaction de Wassermann ne nous paraît pas avoir une très grande valeur pour le mariage des syphilitiques et pour la prophilaxie. »

Séro-diagnostic de la lèpre. — MM. Gaucher et Abrami.

Séro-diagnostic des mycoses. — M. Widal.

Séro-diagnostic du mycosis fongoïde. — MM. Gaucher, Joltrain et Brin.

Du 606 comme cicatrisant en dehors de la syphilis. — M. Breyner (de Lisbonne).

Nouvelles mycoses. — M. Gougerot (de Paris) montre la fréquence croissante des mycoses depuis qu'en collaboration avec M. de Beurmann il a mis en lumière l'importance des sporotrichoses.

Les sporotrichoses ont non seulement rénové la question des mycoses, tant au point de vue pratique qu'au point de vue général ; mais elles ont encore été l'occasion de la découverte de plusieurs mycoses nouvelles. L'auteur résume les caractères des mycoses qu'il a individualisées. Il a découvert avec Caraven l'hémisporose, due à l'hemispora stellata ; avec de Beurmann et Vaucher, une oïdiomycose due à un parasite nouveau, l'oïdium cutaneum, dont il vient de rencontrer une nouvelle observation ; avec Carougeau, la nocardia carougei, parasite des nodosités juxta-articulaires ; avec Balzer et Burnier, une parendomycose due à un parasite nouveau, le parendomyces balzeri ; avec ces mêmes auteurs, une dermatomycose végétante et verruqueuse, due au mycoderma pulmoneum, dont il vient de retrouver une deuxième observation. Il étudie encore des parasites nouveaux isolés en recherchant la sporotrichose, tels que le mastigocladium, de Bloch, l'acremonium, de Patron et Noisette, et l'enanthiothamnus, de Brault.

Pathogénie et traitement des eczémas. — M. Gougerot (de Paris). L'eczéma est un syndrome anatomo-clinique dû à des causes diverses ; il n'y a pas de différence essentielle entre l' « eczéma diathésique » et l'eczéma externe dû au ciment par exemple ; en effet dans les deux cas, à des degrés divers on retrouve le même terrain, la même prédisposition du tégument à faire de l'eczéma.

L'eczéma, quelle qu'en soit la cause, est à son début une réaction de défense contre une cause irritante toxique interne (diathèse) ou externe (ciment, etc.), c'est une réaction inflammatoire aseptique contre cet apport de toxiques.

Parmi les éléments de cette réaction inflammatoire l'œdème (qui tient souvent la première place, qui se traduit par la vésiculation et le suintement épidermique, par l'œdème du derme et souvent de l'hypoderme) sert à diluer ces toxiques afin de diminuer leur action nocive locale.

Les toxiques endogènes s'éliminent par la peau parce que les autres émonctoires fonctionnent imparfaitement, parce que la peau est fragile par prédisposition héréditaire ou acquise et se laisse « transpercer » par les toxines. De même les toxiques exogènes pénètrent la peau parce qu'elle est poreuse.

Le terrain spécial « eczématisable » de déterminisme obscur semble donc consister en une sorte de fragilité cutanée dont la porosité est le caractère principal.

Cette théorie pathogénique confirme : 1° l'excellence du traitement antiphlogistique de l'eczéma à sa première période, par les pansements humides et les pulvérisations, traitement préconisé par Gaucher dès 1889 ; 2° la nécessité d'un traitement interne approprié aux troubles organiques et au terrain de chaque malade.

Syphilis et salvarsanothérapie. — M. Duhot (de Bruxelles).

SECTION D'HYGIÈNE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE

Les effets de la poussière dans la production des maladies du poumon. — MM. Heim, Agasse-Lafont et Collis (de Londres), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. Collis :

Ce travail résume de nombreuses recherches, dont on trouve le compte rendu dans les publications administratives, sur les effets produits par les poussières. Partant de là, l'auteur aboutit aux deux conclusions suivantes ; 1° les poussières sont nuisibles en proportion de l'écart de leur composition chimique avec celle du corps humain ; 2° les poussières qui contiennent de la silice libre à l'état cristallin sont en relation évidente avec le développement de la phtisie pulmonaire, qui augmente en proportion de la quantité de silice inspirée.

L'auteur étudie les poussières d'origine animale, végétale ou inorganique, et cite les résultats positifs ou négatifs obtenus à l'appui des deux propositions précédentes. Une mention spéciale est réservée aux relations existant entre les poussières siliceuses et la phtisie. La phtisie, née dans ces conditions, présente certains caractères différents de ceux de la phtisie due à d'autres causes. L'auteur étudie les différents types de maladies des voies respiratoires provoquées chez des sujets exposés aux diverses poussières et suggère l'opinion que ces différences dépendent plutôt de la composition chimique des poussières que du volume de leurs particules.

Les facteurs qui déterminent l'éclosion, le développement et la gravité des maladies épidémiques. — M. Major Greenwood (de Londres). Après une étude des définitions classiques d'une épidémie, l'auteur divise son rapport en deux parties. Dans la première, il passe en revue les variations des épidémies au cours des siècles, en s'attachant spécialement à l'histoire de la fièvre scarlatine, envisage plusieurs explications possibles de ces variations séculaires. Dans la seconde, il discute les symptômes directs d'une épidémie, et étudie les méthodes à l'aide desquelles on peut les découvrir. Des statistiques et des analyses chimiques, lorsque la chose est possible, figurent comme documents dans un appendice.

M. G. Sticker (de Bonn). Les exemples que l'auteur a étudiés plus spécialement, influenza, peste, choléra, montrent que si l'on veut se rendre compte des conditions de développement des épidémies parasitaires, il faut s'abstenir avant tout de toute conception systématique : qu'il faut étudier chaque épidémie séparément en elle-même et dans toute son étendue, au point de vue historique, géographique, biologique, nosographique, expérimental, et même un peu au point de vue de l'histoire naturelle : qu'il ne suffit pas, ni actuellement, ni jamais, de l'étudier ou la combattre du point de vue anthropocentriste comme un fléau pour les humains, mais qu'un point de vue plus élevé est indispensable pour l'étude de l'épidémiologie, celui du « Loimologue ». La loimologie future doit orienter ses investigations vers les points suivants : quels lieux et quelles époques sont favorables pour chaque épidémie ; quels lui sont défavorables, sont favorables ou défavorables d'une façon passagère ou durable ; si et jusqu'à quel point le règne animal et le règne végétal prennent part à la maladie humaine comme victimes ou comme véhicules du germe épidémique ; où se dissimulent les premiers porteurs du germe épidémique qui sont ses véhicules ; s'il existe des porteurs directs, des porteurs intermédiaires et des agents de transmission du germe épidémique — dans le règne animal, le règne végétal ou le règne inorganique, (si des porteurs

sains ou des dépositaires inanimés prennent part à la diffusion de l'épidémie ; — quelles autres perturbations épidémiques s'allient aux épidémies parasitaires, occasionnellement ou fondamentalement, pour accroître le développement et la gravité de l'épidémie et influencer la gravité des maladies isolées.

Mortalité infantile dans les quatre premières semaines de la vie. — MM. Chalmers (de Glasgow), H. Koplik (de New-York) et Wallich (de Paris). [Voir section des Maladies des enfants.]

Les écoles et la myopie. — M. James Kerr (de Londres), rapporteur. Une myopie accentuée chez les enfants nécessite une éducation spéciale dans des écoles de myopes.

L'existence dans le public d'un certain degré de myopie légère, associée très souvent à un excès de travail visuel, appelle un traitement prophylactique à l'école, par la diminution de tout travail nécessitant l'usage des livres, et même par sa suppression dans la pratique, avant l'âge de huit ans. L'éclairage des écoles appelle beaucoup d'améliorations : l'éclairage par derrière, comme principale source de clarté, dans les salles de classes, devrait être absolument interdit.

Une loi sévère permettant l'exclusion des myopes des carrières littéraires devrait faire refuser les bourses aux myopies de 4 D. ou plus : tous les candidats aux professions de l'enseignement devraient être éliminés à partir de 6 D. et plus.

Etiologie, prophylaxie et traitement des troubles de la vue chez les écoliers. — M. R. Possek (de Graz), rapporteur. La cause la plus fréquente des troubles de la vue observés chez les écoliers est la myopie, qui se développe à l'occasion du travail exécuté de trop près pendant certains moments du séjour à l'école. D'après les recherches de Levinsohn, que le rapporteur a pu contrôler, c'est l'inclinaison de la tête qui fait que les yeux, obéissant aux lois de la pesanteur, subissent une dissociation des couches profondes du globe oculaire. C'est pourquoi il importe d'interdire tout ce qui peut entraîner une inclinaison de la tête. Outre la suppression de toute disposition défectueuse qui peut avoir pour conséquence de nécessiter le travail de la vue à trop courte distance, telle que mauvais éclairage, caractères typographiques trop fins, sièges mal appropriés, il faudra, avant tout, donner aux pupitres une inclinaison plus marquée, assurer un contrôle médical et effectif par des médecins d'écoles spécialement désignés, et réaliser une correction exacte, et en temps utile, de la myopie, chez les sujets qui en sont atteints.

La surveillance de la santé des enfants entre le premier âge et l'âge scolaire. — MM. L. Mackenzie (d'Edimbourg), Dinet (de Paris), James (de Londres).

SECTION DE MÉDECINE LÉGALE

La mort des enfants au point de vue médico-légal. — MM. E. Martin et Mouriquand (de Lyon), Strassmann (de Berlin), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. F. Strassmann :

Le médecin légiste doit se préoccuper, pour les nouveau-nés, de deux genres de mort qui leur sont spéciaux, l'étouffement dans le lit par suite d'une négligence, et la privation calculée de nourriture (faire des anges). On pourrait diagnostiquer celle-ci en présence des résultats négatifs de l'autopsie. Mais de tels cas se produisent rarement. Presque toujours, on se trouve en face de morts naturelles. Le rôle du thymus n'est pas encore bien éclairci. L'auteur ne conteste pas la possibilité de la mort par compression, suite d'une hypertrophie thymique, ni l'existence du *Status thymicus*. Mais l'une et l'autre sont rarement constatées par le médecin légiste. Celui-ci rencontre le plus souvent la bronchite, l'entérite ou les deux réunies, et accessoirement, par hasard, l'hypertrophie du thymus, le rachitisme grave, la dilatation du cœur. L'athrepsie n'est pas très fréquente : à elle seule, elle ne constitue pas une présomption d'alimentation diminuée, laquelle, dans les rares cas où elle est bien démontrée, doit être prouvée par des témoignages, les résultats de l'autopsie n'ayant qu'une valeur confirmative. Une alimentation vicieuse du nourrisson pourrait, en cas d'instruction suffisante, être l'objet de poursuites pour homicide par imprudence, bien qu'en présence des points de vue défectueux répandus au sujet du régime des enfants, on ne puisse guère prendre en considération que les fautes graves. Du même point de vue, le rapporteur considérerait comme une erreur de faire un grief de la cessation de l'allaitement au sein.

L'identification des projectiles. — M. Balthazard (de Paris).

Note sur le diagnostic rétrospectif de la morphinomanie. — M. O. Jennings (du Vésinet). Les morphinomanes intellectuels se piquent en travaillant; en essayant de se débarrasser de la bulle d'air qui est fréquemment contenue dans la seringue ils font tomber parfois quelques gouttes de solution sur le livre qu'ils sont en train de lire. Ces taches en se desséchant prennent une teinte café au lait. Elles permettraient, d'après l'auteur, de porter le diagnostic rétrospectif de morphinomanie.

L'enseignement de la médecine légale. Construction et organisation d'un institut médico-légal. — MM. L. Thoinot (de Paris) et H. Zangger (de Zurich), rapporteurs.

Résumé du rapport de M. Zangger :

Le programme d'un institut médico-légal et d'un enseignement de la médecine légale consiste dans la mise en œuvre, en théorie comme en pratique, des applications des dispositions législatives de toutes sortes, dans leurs rapports avec les sciences médicales, en particulier dans l'appréciation quantitative et qualitative des faits positifs, lorsqu'une conséquence légale quelconque a entraîné une action réelle ou supposée sur le corps humain ou quelqu'une de ses parties. (Droit criminel, droit civil, emprisonnement, assurances.) Sur ce point également, des études comparées peuvent seules conduire rapidement à des applications sur le vivant. L'étudiant devra examiner chaque cas particulier, en cherchant à se faire une opinion personnelle, en éveillant en lui le sentiment de sa responsabilité jusque dans les conséquences du jugement : il lui faut apprendre à être méthodique, à savoir faire choix d'une méthode et, avant tout, à connaître exactement le crédit qu'elle mérite dans les circonstances les plus variées. Le travail capital consiste dans la reconstitution des circonstances et des causes qui ont amené le dommage, à l'aide des traces constatées des effets produits ou de l'examen matériel, indépendamment des circonstances de l'acte.

La syphilis : ses dangers pour la communauté; sa surveillance par l'Etat. (Voir section de Dermatologie et syphiligraphie.)

La psychologie du crime. (Voir section de Neuropathologie.)

SECTION DE MÉDECINE TROPICALE ET HYGIÈNE

De la peste. Sur la valeur des recherches sur les puces de rat dans la découverte des germes de la peste. — Résumé du rapport de M. S. Kitasato (du Japon) :

Puisque la peste bubonique, contrairement à la forme pulmonaire, est principalement propagée par les rats, il est nécessaire de recourir à une nouvelle méthode de préservation. La recherche précoce du bacille et la suppression des porteurs de germes (principalement les rongeurs) sont parmi les

moyens les plus recommandables. En conséquence, on a eu recours à l'examen bactériologique et à l'extermination des rongeurs. Mais les résultats de l'observation systématique faite à Kobe, lors de l'épidémie de 1909-1910, ont confirmé la théorie des puces et ont amené à conclure que l'examen bactériologique des puces de rats, recueillies et étudiées au moyen d'expériences sur le cobaye, est indispensable en plus de l'examen des rats eux-mêmes. Car, tandis que l'examen des rats a eu des résultats négatifs, les 3336 cobayes inoculés à l'aide des puces suspectes ont révélé une infection suivie de nombreuses victimes, et amené la découverte de puces de rats, quand on leur a rendu la liberté, à 774 places différentes.

Quelques faits intéressants relatifs à l'épidémiologie de la peste. — Résumé du rapport de M. W. Glen Liston (I. M. S.) :

1° Le bacille ne conserve pas longtemps son pouvoir infectant hors du corps de l'animal vivant ou de l'insecte.

2° Les mesures à prendre pour empêcher la diffusion de la peste doivent être différentes selon qu'il s'agit de la forme pneumonique ou de la forme bubonique de la maladie.

Il est plus facile d'enrayer une épidémie de peste pneumonique, où les personnes infectées sont les seuls agents de propagation, qu'une épidémie de peste bubonique, où les rats et leurs puces sont les principaux agents de transmission de la maladie.

Immunité du Mus Ratus contre l'infection pesteuse.

Quand la peste bubonique éclate dans une localité on voit les épidémies se succéder pendant une période de plusieurs années, les premières étant généralement plus graves que les dernières, jusqu'à ce que, graduellement, leur virulence décline, et la maladie finit par disparaître sans qu'aucune des mesures spéciales prises pour l'enrayer y soit pour rien. Le territoire où a sévi l'épidémie demeure ensuite indemne pour plusieurs années. Ces phénomènes peuvent s'expliquer par l'une quelconque des théories formulées quant à l'étiologie de la peste.

La peste bubonique chez l'homme est sous la dépendance de la peste du rat.

Des courbes accompagnant le rapport illustrent les relations observées entre la peste des rats et la peste humaine à Bombay pendant une période de six ans, et montrent que, sur sept cent mille rats examinés au Parel Laboratoire, plus de soixante-neuf mille ont été trouvés infectés.

Les expériences entreprises par la Commission des recherches sur la peste établissent que l'immunité des rats (M. Ratus) est plus prononcée dans les endroits qui ont le plus souffert de la peste.

Traitement de quelques cas de trypanosomiase humaine par le salvarsan et le néosalvarsan. — M. A. Hopke (de Lisbonne). Le salvarsan employé en injections intraveineuses ne réussit pas à faire disparaître les trypanosomes du liquide céphalo-rachidien des malades atteints de maladie du sommeil.

Comme l'atoxyl et les autres dérivés de cette substance, il peut faire disparaître rapidement les flagellés du sang et du suc lymphatique; il est encore trop tôt pour pouvoir dire si cette disparition sera dans quelques cas définitive et par conséquent si on a obtenu vraiment des guérisons.

Les injections sous-arachnoïdiennes de néosalvarsan n'ont pas détruit les trypanosomes sous les méninges et n'ont pas été exemptes d'inconvénients.

Kala-asar méditerranéen ou infantile. — Résumé du rapport de MM. Laveran et Nicolle.

Le rapport est divisé en cinq parties : historique; géographie médicale ; le kala-asar méditerranéen chez l'enfant; le kala-asar méditerranéen chez les animaux; rapports du kala-asar méditerranéen avec le kala-asar indien. Les auteurs constatent, comme conclusion, que les différences qu'on pouvait invoquer naguère entre les deux kala-asar tendent de plus en plus à disparaître et que, vraisemblablement, l'identité de ces maladies sera bientôt démontrée.

STEPHEN CHAUVET.

JURISPRUDENCE

LA PROTECTION DE LA GROSSESSE

Nous avons publié, dans un de nos récents numéros, les dispositions des articles 68 à 75 de la loi de finances du 30 juillet 1913 (voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 105, p. 1650) qui, complétant celle du 17 juin 1913, organisent l'assistance aux femmes en couches.

Une autre loi du 27 novembre 1909, toujours en vigueur, protège encore la femme enceinte. Cette loi comportant un article unique garantit leur travail ou leur emploi aux femmes en couches. Elle est ainsi conçue : « La suspension du travail par la femme pendant huit semaines consécutives, dans la période qui précède et suit l'accouchement, ne peut être une cause de rupture par l'employeur du contrat de louage de services, et ce à peine de dommages-intérêts au profit de la femme. Toute convention contraire est nulle de plein droit. L'assistance judiciaire sera de droit, pour la femme, devant la juridiction du premier degré. »

Un récent jugement, rendu le 8 août 1913 par la cinquième chambre du tribunal de la Seine, a fait une application pratique de cette loi, presque ignorée, motivée par les faits suivants.

Une ouvrière était rentrée comme cloueuse, en décembre 1912, chez un fabricant de jouets. Le 9 mars 1913, elle avertissait son patron qu'elle était enceinte, et qu'elle s'attendait à accoucher dans la quinzaine, en raison des malaises concomitants à son état de grossesse. Le 26 mars, elle cessa de travailler, et elle se faisait régler ses heures de travail, le 29 mars. Mais le 14 avril, elle se présentait chez son patron, déclarant qu'elle s'était trompée sur l'époque de son accouchement, et elle demandait à reprendre son travail. Le patron répondit qu'il l'avait remplacée. Cependant l'accouchement eut lieu le 9 mai. Aussitôt accouchée, elle intenta contre son patron, devant le conseil des prud'hommes, pour renvoi brusque et injustifié, une action en dommages-intérêts, se fondant sur ce que son accouchement avait eu lieu dans le mois de son congédiement ; elle obtint gain de cause.

Le patron fit appel, et c'est sur cet appel que fut rendu le jugement dont nous reproduisons les principaux attendus.

« ...Attendu que la dame G..., qui avait avisé régulièrement son patron du motif de son absence, se trouvait dans les conditions prévues par la loi du 27 novembre 1909; que la grossesse ne peut être considérée que comme une cause de suspension du contrat et que le refus par B... de l'accepter le 14 avril n'est autre chose qu'une véritable rupture de contrat;

Attendu que B... soutient qu'il peut lui devoir tout au plus les salaires d'une semaine, à titre d'indemnité de rupture...

Mais attendu que, dans ce cas tout spécial de rupture de contrat, au cours de la période de huit semaines qui précède ou suit l'accouchement, la loi du 27 novembre 1909 a réservé le droit à la femme d'obtenir non pas seulement l'indemnité ordinaire, équivalente aux salaires qui lui auraient été acquis pendant la période du délai-congé en usage dans la profession, mais bien des dommages-intérêts, c'est-à-dire une indemnité dont le montant reste soumis, suivant les circonstances, à l'appréciation des tribunaux... »

Il était intéressant de signaler cette espèce, au moment où l'assistance aux femmes en couches est organisée.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 26 juillet 1913.*) R. Erpicum : Contribution à l'étude du sérodiagnostic du cancer. — F. Schoofs : Note sur la préparation des solutions de salvarsan et de néosalvarsan. — Paul Heger et Daniel Baruch : Hématose et lipoïdes.

Æsculape. — (N° 7, juillet 1913.) P. Delmas : Comment s'est constituée l'ancienne Ecole de médecine de Montpellier (13 illustr.). — Douzans : L'Islam frémit (3 illustr.). — H. Bon : Psychologie bourguignonne en temps de peste (10 illustr.). — E. Duchatel : Les fillettes jumelles du docteur Samona et l'enquête italienne sur la réincarnation (5 illustr.). — M. Pillet : La migraine de Guy de Maupassant (10 illustr.). — Bonnette : Médecins militaires d'autrefois (5 illustr.). — Daumier : L'ouïe (similigravure hors texte sur papier teinté).

Annales des maladies vénériennes. — (N° 7, juillet 1913.) Theodoresco : Sur les localisations des syphilides tertiaires cutanées avec deux observations personnelles de syphilides tertiaires rares comme localisation. — Joltrain et Lévy-Franckel : Difficultés de diagnostic différentiel entre la méningite syphilitique et la méningite tuberculeuse de l'adulte.

Annales médico-chirurgicales de l'Auvergne, du Limousin et du Quercy. — (N° 5, 1er juillet 1913.) Coussieu : A propos de quelques abcès de la base de la langue. — Langle : Doit-on énucléer un œil staphylomateux. — Saulay : L'évacuation des blessés dans une guerre européenne. — Debidour : Le Mont-Dore. Renseignements utiles au praticien.

Archives d'électricité médicales, expérimentales et cliniques. — (N° 362, 25 juillet 1913.) Comandon : Transport électrique des microbes. — Nogier et Regaud : Influence des variations du nombre d'interruptions du courant primaire sur le rendement des bobines Ruhmkorff. — Heinz Bauer : Contribution à la dosimétrie des rayons X. — Droit : Nouveaux tissus de protection contre les rayons X. Deux nouveaux tubes.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 7, juillet 1913.) Bellille : Etude sur la fièvre des phlébotomes. — Kergrohen : Note sur quelques hôpitaux de l'Extrême-Orient et du Pacifique (*suite*). — Goéré : Le choléra à Ferryville (Tunisie) en 1911. Etude clinique et bactériologique. — Palasne de Champeaux : Considérations cliniques sur un cas d'ulcère du duodénum.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 29, 17 juillet 1913.) Fürbringer : Sur la possibilité de la fécondation dans la tuberculose épididymaire bilatérale. — Lippmann et Plesch : Etudes sur l'animal sans leucocytes. Genèse des lymphocytes dans les exsudats des cavités séreuses. — Reckzeh : Etat du sang après l'extirpation totale ou partielle du corps thyroïde. — Schultz : Méthodes de recherches hématologiques en psychiatrie. — Ohly : L'acidité de l'estomac dans les affections de la vésicule biliaire. — Einhorn : Indications pour la nutrition par le duodénum. — Rupp : Voie intracranienne pour l'extirpation des tumeurs hypophysaires. — Schereschewsky : Simplification des procédés de culture pure des spirochètes de la syphilis. — Boruttau : Résorption du mercure dans les frictions. — Daunehl : Contribution à la pathogénie et au traitement du rhumatisme articulaire dans l'armée. — Veith : Une nouvelle méthode de cure d'amaigrissement et de gymnastique musculaire. — Heusner : L'actino-chronomètre, nouvel actinomètre. — (N° 30, 24 juillet.) Scholz et Riebes : Guérison de la syphilis par le traitement combiné par le salvarsan et le mercure. — Schoenfeld : Le psoriasis est-il un symptôme d'infection chronique ? — Stumpke : Traitement sérothérapique des dermatoses. — Eward et Friedberger : Pathogénie de l'anémie pernicieuse. — Hagemann : Traitement des tuberculoses chirurgicales par la lumière solaire. — Fröhlich : Recherches comparatives sur le sens de la couleur et de la lumière. — Basch : Sur la glande thymique. — Schrœder : Recherches sur la toxicologie de l'alypine. — Schoenfeld : Traitement avec succès du rhumatisme articulaire aigu par le collargol. — Baehr : Pathologie de l'articulation du genou. — Glaser et Fliess : Pyélite du nouveau-né et otite moyenne. — Heinemann : Deux cas remarquables de calculs du nez.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 27, 8 juillet 1913.) Hapke : Recherches sur la circulation avec l'énergomètre. — Kleinschmidt : Diphtérie cutanée avec formation inusitée d'antitoxines. — Mayer : Rapports entre la pyélite à coli et la possibilité d'une nouvelle grossesse. — Faginoli : La réaction de la thermoprécipitine dans la tuberculose. — Lust : Influence des alcalis sur l'apparition des états spasmophiles. — Erhardt : Sur le carcinome des souris. — Sehrt : Extraction des corps étrangers du poumon chez l'enfant. — Scherer : La tuberculose et la syphilis dans le Sud-Ouest africain allemand. — Stümpke : L'iodostarine. — Wertheimer : Traitement de l'ulcère variqueux par simple bandage empesé. — Hohlweg : Traitement de la pyélite par le lavage du bassinet. — Schröder : Traitement de la typhoïde à l'air libre il y a cent ans. — (N° 28, 15 juillet.) Lewin : Les actions photodynamiques des substances constituantes du goudron de houille chez l'homme. — Heilner et Petri : La réaction d'Abderhalden et sa signification. — Lampé et Papazolu : Sur la réaction d'Abderhalden. — Steising : Nature du ferment actif dans la réaction d'Abderhalden. — Mompurgo et Satta : Les échanges de substances nutritives chez les rats à parabiose. — Baermann et Heinemann : La réaction intracutanée dans la syphilis et la frambœsia. — Weinert : Les élévations rectales de température. — Christen : Traitement par extension des fractures du bras. — Brenner : Emploi de la fibrolysine dans la pneumonie chronique. — (N° 29, 22 juillet.) Stuber et Rütten : Méthode simple de mesure de l'indice phagocytaire. — Baer : Pneumolyse extrapleurale et plombage immédiat dans la tuberculose pulmonaire. — Jessen : Sur la pneumolyse. — Conradi : Recherche de la tuberculose chez les animaux par la méthode de Pirquet. — Frank, Rosenthal et Biberstein : Recherches expérimentales sur la spécificité des ferments protéolytiques. — Grassmann : Quinze cas de tachycardie paroxystique. — Gœbel : Remplacement d'articulations des doigts par des articulations des orteils. — Kaefer : Traitement des fractures de la clavicule. — Schnandigel : Lésions de la cornée après narcose. — Alexandrescu-Dersca : Nouveau procédé pour les injections intraveineuses de salvarsan. — Barladeau : Méthodes de distillation d'eau. — Henius : Un nouveau saccharomètre à fermentation.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 112. — JEUDI 2 OCTOBRE 1913. 86e ANNÉE JEUDI 2 OCTOBRE 1913 — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Florand, Triboulet, Aubertin, Belin, Alexandre Renault, Lardennois, Proust, Auvray, Dujarier, Couvelaire.

— Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 29 septembre. — Question donnée : « Signes de la coxalgie. »

MM. Joannon, 18; Naar, 13; Lier, 13 1/2; Maleysson, 20; Michel, 16; Mlle Krongold, 15 1/2; MM. Limousin, 10; Lazard, 18 1/2; Lévi, 3; Meneau, 18; Ollivier, 14; Lougnon, 13 1/2; Largeau, 16 1/2; Lalanne, 4; Jarzembowski, 5; Lauriol, 15 1/2; Laban, 6; Mlle Ostwalt, 10 1/2.

Anatomie. — Séance du 30 septembre. — Question donnée : « Tiers supérieur du fémur. »

Mlles Chapard, 10; Angelini, 19; MM. Armingot, 17; Charpin, 18; Brulé, 15; Coulandon, 17; Brochériou, 15; Mlle Bernard (Suzanne), 18 1/2; MM. Bernard (René), 13; Auffret, 5; Brosio, 10; Bakaleinik, 16; Duban, 14; Chevallier (Joseph), 19; Mlle Déjerine, 19 1/2; M. Bourges, 16; Mlle Baute, 17.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le lundi 12 janvier 1914, à neuf heures du matin, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Commission administrative huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE. — Le docteur Brouardel, médecin des hôpitaux, auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France, a été nommé membre dudit conseil, en remplacement du docteur J. Borne, décédé.

COLLÈGE DE FRANCE. — Le ministre de l'Instruction publique vient de faire signer des décrets élevant les traitements d'un certain nombre de membres de l'enseignement.

Le nombre des chaires du Collège de France est ramené de quarante-trois à quarante. Les suppressions de chaires auront lieu au fur et à mesure des vacances.

Le traitement annuel des quarante professeurs du Collège de France est fixé à 12000 francs.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs O'Followell (de Paris), H. Rajat (de Vichy) et Stépinski (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Beaugeois (de Saint-Valéry-en-Caux), Beausoleil (de Bordeaux), Bonnet dit Bonnet-Lemaire, Lortat-Jacob et May (de Paris), Orlanducci (de Vescovato), Oursel (d'Evreux), Poutrin, médecin-major de la place de Paris, et Steinhart (de Nonant-le-Pin).

ÉCOLE DENTAIRE DE LYON. — L'ouverture officielle des cours aura lieu le 13 octobre prochain.

Les nouveaux élèves devront se faire inscrire avant cette date au siège de l'Ecole, 20, quai de la Guillotière.

La clinique est ouverte tous les jours, de huit heures à onze heures. Seuls les malades indigents sont admis. Tous les soins sont donnés gratuitement. Des cours spéciaux sont organisés pour les étudiants et docteurs en médecine.

CONTRE L'ALCOOLISME. — Le maire socialiste de Carmaux, « considérant qu'il est du devoir de l'autorité municipale de prendre des mesures en vue d'enrayer les progrès de l'alcoolisme et, en particulier, d'empêcher la création de nouveaux débits de boissons auprès des établissements publics d'enseignement, des édifices consacrés au culte, des cimetières et des hospices », vient de prendre l'arrêté que voici :

« A partir de la publication du présent arrêté, l'ouverture de nouveaux débits de boissons est formellement interdite dans un rayon de 200 mètres autour des édifices consacrés à un culte quelconque, des cimetières, hospices, écoles primaires, collèges ou autres établissements d'instruction publique. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Jules Ogier, directeur du laboratoire de toxicologie de l'Institut de médecine légale à la Préfecture de police, membre du Comité consultatif d'hygiène.

RENSEIGNEMENTS

CLINIQUE CHIRURGICALE DE « LA JOLIETTE »

DEUX OBSERVATIONS DE CHIRURGIE CRANIENNE D'URGENCE

Par M. LOP (de Marseille).

I

OBSERVATION I. — *Fracture par enfoncement de la voûte du crâne*, sans lésion de la peau, *hématome sous-dure-mérien*, *épilepsie jacksonienne généralisée, craniectomie et résection de 8 centimètres du pariétal, ouverture de la dure-mère. Prothèse métallique cranienne soixante-quinze jours après*, *en collaboration avec M. Raynal, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris, résultat parfait.* — Le 28 octobre 1912, à huit heures du soir, arrivait à la clinique, par ses propres moyens, L..., matelot du vapeur *La ville de Sfax*, qui venait d'être blessé dans les circonstances suivantes :

Alors qu'il était occupé dans la cale de son navire, pour un motif assez futile, il reçut, de la part d'un de ses camarades, un violent coup de latte sur la tête.

Quoique étourdi il eut encore la force de remonter sur le pont perdant par le nez du sang en abondance. Il est aussitôt conduit par ses camarades, au dispensaire des Messageries maritimes pour y recevoir les premiers soins. Là, s'étant rendu compte qu'il s'agissait d'un cas particulièrement grave, le blessé est dirigé sur ma clinique.

A peine arrivé dans la salle de pansement, L... perd connaissance rendant du sang à flots par la bouche et le nez. Il est aussitôt allongé et on le ranime non sans peine.

L'on me téléphone, j'arrive une demi-heure après et trouve un grand et solide gaillard de vingt ans, pâle, défait, poussant des cris inarticulés, couché en chien de fusil.

L'épistaxis a diminué sous l'influence d'applications glacées. Mis au courant de l'accident, j'examine le crâne et à mon grand étonnement je ne trouve pas la plus petite *solution de continuité*, pas la *moindre ecchymose* sur le cuir chevelu. Je n'étais pas au bout de mes surprises. Si les téguments n'étaient pas intéressés ni même contus, en revanche la voûte cranienne avait souffert et combien!

Au niveau et sur toute l'étendue de la région pariétale gauche, sur une ligne parallèle à la suture des deux os on sentait sous le cuir chevelu une saillie, véritable berge de près d'un demi-centimètre de hauteur, formée par un enfoncement du pariétal gauche allant jusqu'au bord antérieur du frontal. Il n'y a donc aucun doute à avoir sur l'existence d'une fracture par enfoncement de la voûte du crâne.

En présence d'un traumatisme aussi grave, je fais préparer tout ce qu'il faut pour intervenir.

Pendant que l'une des surveillantes coupe les cheveux, le blessé pâlit tout à coup, pousse un cri strident, pris d'une violente crise d'épilepsie généralisée, avec stertor bruyant, projection de la langue, cyanose et écume sanguinolente, contractures des extrémités. Cette première crise dure près de deux minutes, c'est à grand'peine que l'on peut parvenir à saisir la langue fortement comprimée entre les arcades dentaires.

Après cette première alerte, le malade reprend partiellement connaissance et jure comme un païen.

Je fais donc reprendre la toilette du cuir chevelu. Tant que celle-ci se fait aux ciseaux, on n'observe rien de particulier, les pupilles sont très petites, le stertor persiste mais moins bruyant.

Je pensais que le moindre heurt ne pourrait que provoquer une crise. Il fallait pourtant se hâter de raser le cuir chevelu.

A peine le rasoir, manié avec toute la douceur possible, a-t-il appuyé sur la région blessée qu'une nouvelle crise se déclare, et quelle crise!

Malgré la précaution prise de placer un bouchon entre les mâchoires et la pince à langue, la crise est tellement violente, tellement asphyxique qu'il ne fallut pas moins d'un quart d'heure de respiration artificielle pour rappeler le malade à la vie.

En présence d'une pareille susceptibilité, je décide que l'on ne terminera de raser que sous le chloroforme quand tout sera prêt. Malgré cette précaution le malade a deux autres crises, violentes mais moins intenses.

Sitôt la résolution obtenue on achève la toilette du cuir chevelu. Je trace alors une large incision, s'étendant presque de la racine du nez jusqu'au bord postérieur du pariétal gauche et j'obtiens ainsi un large lambeau qui est rabattu sur l'oreille.

L'épicrâne ruginé avec soin est rabattu sur les lambeaux cutanés.

La région blessée ainsi mise à nu apparaît un enfoncement de toute la portion antérieure du pariétal et, au milieu de celui-ci jusqu'au niveau du frontal, existe une fracture par embarrure profonde, formée par un fragment osseux divisé en deux parties inégales.

Ces parties osseuses mesurent l'une 3 centimètres et demi de large, l'autre 4 et demi.

Elles sont complètement détachées et dépourvues de périoste, leurs bords esquilleux.

Le fragment postérieur ayant basculé à l'intérieur du crâne a dilacéré la dure-mère.

C'est avec la plus grande difficulté que j'arrive à dégager ces deux fragments qu'il ne faut point songer à conserver. Aussitôt extraits, il se produit une hémorragie excessive tenant à la présence d'un hématome sus-dure-mérien. C'est à grand'peine que je parviens à dégager le cerveau des caillots qui le compriment et à me rendre maître de l'hémorragie dont la source est difficile à préciser. J'arrive à la tarir grâce à l'application de mèches imbibées d'une solution de suprarénine de « Creil ». Je me hâte de dire que l'action hémostatique de ce médicament fut presque miraculeuse.

Je n'étais pas au bout de mes peines; après avoir débarrassé la cavité cranienne des compresses hémostatiques, pendant que j'examinais la surface de la dure-mère, mise à nu, celle-ci fit brusquement hernie à travers l'orifice de la brèche osseuse, pendant que s'écoulait de cette enveloppe, par un tout petit pertuis, un filet de sang noir assez abondant.

Après avoir saisi avec deux pinces de Kocher la dure-mère, j'agrandis en croix, prudemment, aux ciseaux, la petite ouverture. A peine achevée, cette incision donne issue à un flot de sang noirâtre, épais, qui baignait toute la surface du cerveau. J'agrandis davantage la séreuse mettant largement le cerveau à nu. Au niveau de la zone motrice reposait un volumineux caillot long de plus de 10 centimètres.

Le caillot est extrait et après un assèchement aussi minutieux que prudent du cerveau et un examen attentif, celui-ci est mis à l'abri, par la suture au catgut fin de la dure-mère, non sans avoir, au préalable, introduit un faisceau de crins de Florence, étalé en éventail, sur le cortex.

Un drainage semblable est établi à la surface de la dure-mère, la plaie est refermée, les lambeaux rabattus et suturés.

L'opération admirablement supportée a duré quarante minutes.

Le facies est très pâle, la respiration lente, le pouls a un caractère très nettement cérébral. L'on injecte quatre seringues d'huile camphrée et le malade est recouché.

De crainte d'infection je m'abstiens de faire une application de glace, qu'il eût été d'ailleurs très difficile de faire conserver au malade très agité pendant les trente-six premières heures qui suivirent l'opération.

Les suites opératoires ont été satisfaisantes au delà de toute espérance. Pas un seul jour le thermomètre ne dépassa 37°5.

Dès le deuxième jour, la connaissance est complète et le malade réclame énergiquement à manger. Le troisième jour, j'enlève le pansement légèrement souillé par de la sérosité rose, l'état local est parfait.

Le cinquième jour, toujours pas de température, on défait le pansement et on supprime le drainage capillaire intradure-mérien.

Le huitième jour, on enlève quelques points de suture et on retire le drainage sus-dure-mérien.

Le onzième jour, tous les points de suture sont enlevés, réunion par première intention, le malade demande à se lever. Rien ne s'y oppose. Apyrexie complète, toutes les fonctions s'exécutent normalement, l'intelligence et la mémoire *sont intactes*, le malade lit son journal, joue aux cartes sans la moindre fatigue cérébrale.

Cette énorme perte de substance n'est pourtant pas sans me préoccuper. Le cerveau vient battre sous le cuir chevelu qui constitue une bien médiocre protection pour l'avenir.

Je me propose donc d'étudier les moyens de combler cette brèche afin de permettre à mon opéré de pouvoir reprendre non seulement la vie mais encore sa profession de marin, sans risques.

II

Après avoir examiné les différents procédés, mis à notre disposition pour combler les pertes de substance de la boîte cranienne et ce, grâce au remarquable rapport de Morestin et au substantiel travail de mon collègue le professeur Imbert et de Th. Raynal (*Gaz. des hôp.*, 1910), je m'arrêtai à la prothèse métallique interne, dont la technique est aujourd'hui bien connue, grâce aux travaux de Delair et Sebileau.

La difficulté était, non seulement de trouver un moyen efficace et solide pour obturer cet immense vide, mais encore les moyens financiers.

Enfin, après pas mal de vicissitudes, grâce à la complaisance d'une âme charitable (Mlle de X..., de Nantes) qui voulut bien s'intéresser à mon malade, je pus réunir les fonds nécessaires à l'achat de la plaque d'or, destinée à cette prothèse.

Ce n'était pas tout d'avoir la plaque, il fallait encore trouver l'artiste à qui la confier, car je n'hésite pas à avouer que, personnellement, je me sentais incapable de faire la partie techno-métallique de cette opération.

Fort heureusement pour mon malade j'eus la bonne fortune d'obtenir le concours aussi habile que désintéressé de M. Th. Raynal, chirurgien-dentiste. Je puis dire que c'est grâce à cette précieuse collaboration que j'ai pu mener à bien cette intervention, dont la plus grande partie revient sans conteste à mon collaborateur.

D'ailleurs, M. Raynal n'en était pas à son premier essai, puisque ses hautes connaissances techniques avaient été mises en œuvre, avec succès, par mon collègue le professeur Imbert, dans un cas analogue au mien publié dans le *Marseille médical* de 1910.

Le 13 janvier, le jeune L... entrait de nouveau à la clinique et y était opéré le 14 au matin, en présence du docteur Péhut, médecin chef de la Compagnie Transatlantique.

Une vaste incision curviligne est menée de la racine du nez à la pointe de l'occipital. La surface osseuse est mise à nu et dépériostée à la rugine, mais la dissection de la portion antérieure du lambeau est rendue assez délicate en raison des adhérences cicatricielles qui se sont fermées avec la duremère. J'arrive pourtant à mettre complètement à nu la brèche, dont les dimensions, bien qu'il se soit écoulé soixante-quinze jours depuis l'accident et qu'il s'agisse d'un sujet jeune, ne se sont en rien modifiées.

Les bords de la plaie se sont épaissis et recouverts de bourgeons grisâtres. L'hémostase faite, la surface opératoire bien préparée, je cède la place à mon collaborateur, M. Raynal, qui m'a remis la note suivante :

Les bords de la brèche osseuse sont nettement avivés au maillet et avec des gouges de formes différentes et appropriées.

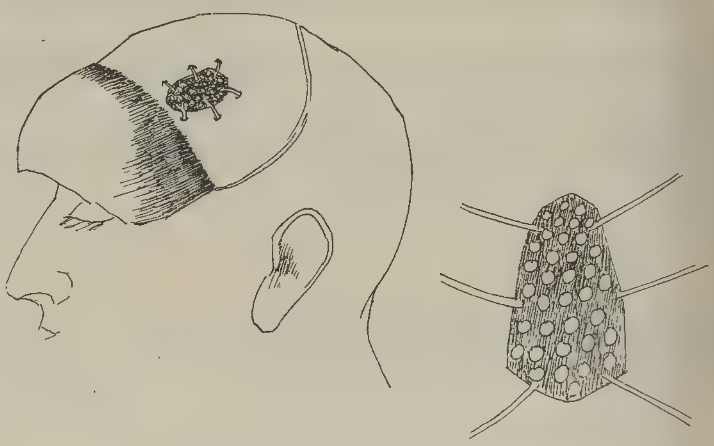


Fig. 1. — *Dessins exécutés pendant l'opération.*

On présente alors sur l'orifice la plaque prothétique préalablement préparée au laboratoire de prothèse. Cette plaque a été établie d'après des mesures métriques prises en s'aidant de la palpation et de tracés au crayon démographique. Elle est constituée par de l'or vert au titre de 750 millièmes. Son épaisseur est de 15 dixièmes de millimètres et on lui a donné par le martelage la forme convexe correspondant aux caractères anatomiques de la région à restaurer. Six griffes d'or l'arment sur son pourtour. Elle est perforée de trous réguliers et régulièrement espacés. Sa forme générale est celle d'un ovale dont le grand axe aurait environ 8 centimètres et le petit 5. Finie, son poids est de 56 grammes. La plaque s'ajoute exactement sur les bords de la perte de substance. Six trous sont forés dans le tissu osseux cranien à l'aide du tour dentaire. Ces trous reçoivent l'extrémité recourbée des griffes. Un coin d'or enfoncé fortement au marteau dans le même trou les y maintient.

Le lambeau est rabattu et suturé au crin de Florence.

III

Cette deuxième opération admirablement supportée a duré à peu près une heure.

Les suites ont été parfaites. Pas la moindre réaction locale, pas la plus petite élévation thermique. Le troisième jour le malade faisait son lit, se levait définitivement le cinquième, pour quitter la clinique le

treizième jour. Réunion par première intention.

Les radiographies ci-jointes montrent le crâne avant et après l'opération.

Quel sera l'avenir de ce garçon ?

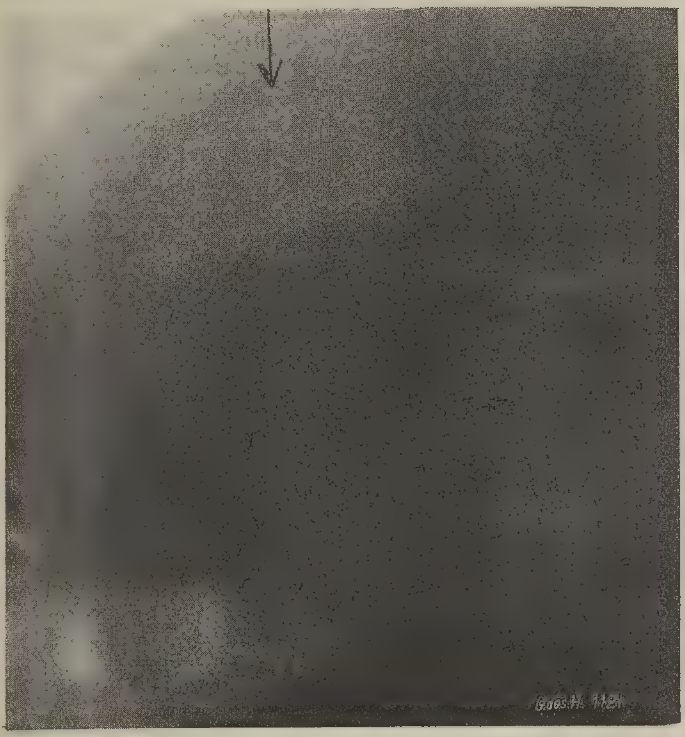


FIG. 2. — *Radiographie avant l'opération.*

Tout est, à mon avis, subordonné à la tolérance éprouvée à l'égard de la plaque prothétique. Pour l'instant en l'absence de toute réaction je n'ai pas

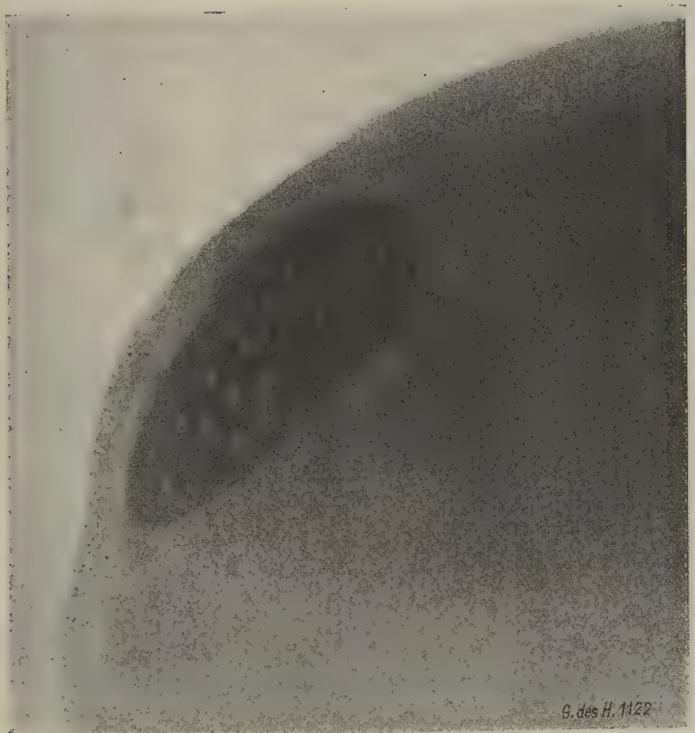


FIG. 3. — *Radiographie après l'opération.*

hésité à conseiller à mon opéré à reprendre la mer à la fin de février 1913.

Je viens de recevoir des nouvelles de mon opéré (28 août), l'état général continue à être parfait, il n'y



FIG. 4. — *Aspect du blessé à son départ de la clinique.*

a aucun signe d'intolérance du côté de l'appareil prothétique.

OBS. II. — *Fracture du crâne par enfoncement du frontal (région sus-orbitaire gauche) propagée à la base, hématome sous-dure-mérien. Paralysie faciale. Fracture du maxillaire supérieur gauche au niveau de la fosse zygomatique. Issue de substance cérébrale par les narines. Craniectomie. Redressement. Guérison.* — Le 12 octobre 1912, au moment de l'appareillage du navire autrichien *Mostar*, à son départ de Marseille, le sieur Peyssu matelot, âgé de seize ans, fait une chute du pont de ce navire sur le tunnel de l'hélice, à fond de cale.

Bien qu'étourdi par sa chute il remonte seul sur le pont, mais là, il s'affaisse et on doit le transporter dans sa couchette. Aussitôt averti par téléphone, j'arrive à bord vingt-cinq minutes après.

Je me trouve en présence d'un robuste garçon de dix-huit ans, à peu près sans connaissance, couché en chien de fusil, perdant par le nez du sang mêlé à une substance grisâtre que je prends tout d'abord pour des mucosités nasales. Au niveau de la face, du côté gauche, se trouve une vaste ecchymose, et enfin (signe qui ne peut laisser de doute sur l'existence d'une fracture du crâne) une paralysie faciale.

Le capitaine du navire parlait d'emmener le blessé. Il va sans dire que je m'y oppose et le fais transporter immédiatement à ma clinique.

Aussitôt arrivé, le malade est rasé et examiné à nouveau.

Pas de solution de continuité des téguments du front et du cuir chevelu, seules quelques éraflures sur la joue gauche. Le pouls a un caractère nettement cérébral. La connaissance est à peu près revenue mais le blessé ne répond à aucune de nos questions, il est à peu près insensible aux différentes excitations. Les pupilles sont punctiformes.

On essaye de faire boire le blessé, on y arrive assez aisément, la déglutition est normale. La respiration est un peu bruyante, somme toute l'état ne paraît pas inquiétant. Pas d'otorragie. Le nez laisse toujours passer l'écoulement que j'ai signalé plus haut, cependant en quantité moin-

dre. De prime abord, je n'avais pas songé à en recueillir un échantillon; devant la persistance et l'aspect particulier de cet écoulement, j'en recueille un peu sur une compresse ayant l'impression qu'il s'agit de substance cérébrale.

Effectivement, un examen microscopique démontra qu'il s'agissait bien de substance cérébrale, dont l'écoulement avait été favorisé par le siège des lésions.

Après nettoyage minutieux des oreilles et du nez on recouvre la joue gauche d'un pansement antiseptique et on applique de la glace sur la tête.

La nuit est agitée, à différentes reprises le malade arrache son pansement et le sac à glace.

Le lendemain 13, l'état général est toujours assez bon. Néanmoins persistent l'attitude en chien de fusil, le pouls cérébral, battant de 90 à 100, l'hématome s'est étendu de la région sus-orbitaire presque jusqu'au bord du maxillaire inférieur. La paralysie faciale s'est accentuée. Il existe une légère otorrhée sanguinolente de l'oreille gauche et une forte ecchymose conjonctivo-palpébrale, par le nez s'écoule toujours un peu de substance cérébrale.

Le malade est conduit à la salle d'opération. Une fois endormi je puis localiser d'une façon assez nette le siège du traumatisme. Celui-ci consiste en un enfoncement de la région sus-orbitaire gauche accompagné (autant que me permet de le dire le gonflement de la joue gauche) d'une fracture de l'apophyse zygomatique.

Une incision, partant de la racine du nez, est menée sur la ligne médiane jusqu'au niveau de la suture fronto-pariétale, le lambeau est disséqué jusque dans la fosse temporale et rabattu sur l'oreille.

Cette large incision me permet de confirmer mon diagnostic de fracture par enfoncement sus-orbitaire gauche propagée à la voûte et à la base du crâne. C'est-à-dire qu'un trait de fracture s'étend du bord supérieur de l'enfoncement jusqu'au pariétal gauche, un autre passant par le rebord externe du même enfoncement se propage dans la fosse temporale avec une netteté telle que j'hésite un moment et me demande si je ne me trouve pas en présence de sutures anormales du crâne (hypothèse possible chez un sujet jeune) tellement l'écart est considérable.

Après avoir pu, en prolongeant l'incision jusqu'à l'apophyse zygomatique, débarrasser toute la région des caillots qui l'encombrent, je constate qu'il ne s'agit pas de suture anormale du crâne, mais bien d'une fracture propagée jusqu'à la base et se perdant à la partie inféro-interne du temporal, expliquant ainsi la paralysie faciale.

Le foyer de la fracture mis à nu et bien nettoyé je procède au traitement de l'embarrure qui repose assez fortement sur la substance cérébrale à travers la dure-mère que l'on aperçoit assez dilacérée.

Le fragment osseux, long de 4 centimètres et large de 2 centimètres et demi, tient encore par son bord interne. En prenant les plus grandes précautions pour éviter de libérer cette adhérence, je parviens à soulever cette esquille, je puis ainsi me rendre compte de l'état de la dure-mère dont j'agrandis l'ouverture par une incision cruciale et de la substance cérébrale. Il s'écoule aussitôt une quantité abondante de sang constituée par un hématome exclusivement liquide.

Toute la région soigneusement asséchée, je constate non sans satisfaction que le cerveau, quoique contusionné, ne présente aucune solution de continuité; d'ailleurs, en dehors de la paralysie faciale qu'explique la fracture de la base du crâne, il n'existe aucun autre symptôme de localisation cérébrale pouvant faire supposer une lésion plus grave du cerveau.

Cette vérification terminée, je place quelques points au catgut fin sur la dure-mère, je replace avec précaution le fragment osseux dégagé, non sans avoir interposé un faisceau de crins de Florence pour drainer le péricrâne. Le lambeau cutané est rabattu et suturé.

On fait un nettoyage minutieux des fosses nasales et de l'oreille gauche dans laquelle on instille une bonne quantité d'huile goménolée, instillation qui sera renouvelée matin et soir jusqu'à guérison.

Le malade est recouché après avoir reçu 5 centimètres cubes d'huile camphrée.

L'opération a duré environ de trente à trente-cinq minutes.

Les suites opératoires ont été des plus satisfaisantes.

Le même jour, le malade qui n'avait pas repris connaissance depuis sa chute s'est réveillé, tout étonné de se trouver dans un lit étranger et a demandé immédiatement à boire.

A partir de ce jour-là et graduellement, la connaissance, l'intelligence sont revenues, sans que le malade ait jamais présenté, jusqu'à son départ, aucun trouble de ce côté-là, sauf pourtant dans les trois ou quatre premiers jours où il n'avait plus souvenance de ce qui lui était arrivé. Dès le cinquième jour il s'exprimait assez facilement, en dialecte slave, pour expliquer à son interprète comment il était tombé, donnant point par point les détails que j'avais recueillis, à ce sujet, des officiers du bord.

Si du côté du crâne tout a marché à souhait, il n'en fut pas de même du côté de la face. Effectivement, la paralysie faciale gênait considérablement l'alimentation et la déglutition, surtout pour les liquides.

Assez rapidement pourtant cette paralysie s'améliora et permit au malade de s'alimenter comme les autres blessés.

Quinze jours après l'accident, je confiais le blessé aux soins de mon ami le docteur Hann pour lui faire suivre un traitement électrothérapique.

Le 23 décembre, notre bonhomme s'en allait, complètement guéri de son traumatisme, n'en conservant qu'une très légère déviation faciale.

ACTUALITÉS

LA DYSMÉNORRHÉE ESSENTIELLE. SON TRAITEMENT

La dysménorrhée sans cause appréciable est intéressante à cause de son caractère tenace et rebelle à toute médication, sauf à certaines médications nouvelles dont M. Dalché (1) vient de faire ressortir toute l'importance.

La dysménorrhée a pour caractère de ne pas être en rapport avec les phénomènes cliniques perceptibles, subjectifs ou objectifs; il n'y a pas de modifications appréciables de l'ovaire et de l'utérus.

Le mot dysménorrhée signifie menstruation difficile et douloureuse; il s'agit de femmes chez qui les règles sont douloureuses ou modifiées dans l'abondance.

Le plus grand nombre des femmes, même bien portantes, éprouvent au moment de l'époque menstruelle un léger malaise, de la pesanteur dans le bas-ventre; quelques coliques et même des douleurs assez fortes pour les obliger à se mettre pendant quelques heures au lit; chaque femme réagit suivant sa propre sensibilité et sa propre nervosité; or, la dysménorrhée essentielle, c'est-à-dire l'exagération des troubles menstruels précédents est due à un état fonctionnel défectueux, à un état d'insuffisance de certains organes.

Après plusieurs mois d'évolution, cette dysménorrhée aboutit à des lésions véritables; la lésion ovaro-salpingienne ou utérine est alors la conséquence de la dysménorrhée, de même que l'ulcère d'estomac peut être la conséquence d'une dyspepsie prolongée; dyspepsie qui est elle-même la cause d'une mauvaise hygiène générale ou alimentaire.

La dysménorrhée essentielle est caractérisée par les symptômes suivants : 1° la douleur; 2° les phénomènes menstruels

(1) Dalché. *Médecin praticien*, 1913, p. 489.

proprement dits; 3° les phénomènes concomitants de moindre importance.

1° *La douleur.* — La douleur est prémenstruelle et menstruelle; elle survient généralement trois ou quatre jours, quelquefois huit jours avant les règles, et s'exaspère au moment de l'écoulement. Le gynécologue TAPFER a fait remarquer qu'il existe dans la période des vingt-huit jours qui sépare chaque époque menstruelle deux poussées ou *molimens* constituant des vagues menstruelles ; le premier molimen cessant du sixième au dixième jour et le second du vingtième au vingt-huitième ; c'est donc à propos de ce second molimen que se produisent les douleurs prémonitoires de la dysménorrhée C'est ainsi que se produisent les dysménorrhées intermenstruelles; ces douleurs préliminaires n'ont pas l'intensité des douleurs des règles; ce sont des malaises : bouffées de chaleur, sensibilité gastrique, souffrance abdominale vague, sensation pénible du côté des seins; état supportable entrecoupé de crises douloureuses plus ou moins vives. Le sang coule. Pendant cinq ou six heures avant l'apparition des troubles menstruels la douleur devient atroce avec irradiation vers l'anus, le rectum, le pelvien et prend parfois l aspect véritable de névralgies pelviennes; c'est pendant ces périodes qu'il faut se méfier des fausses appendicites qui ont été le plus souvent diagnostiquées.

2° *Ecoulement des règles.* — Les règles sont généralement plus faibles que normalement; toutefois elles peuvent être plus abondantes; le toucher vaginal fait souvent constater un utérus plus petit que normalement avec antéflexion ; l'orifice du col est oblitéré partiellement; cet orifice peut être normal comme dimension; les dimensions de l'utérus sont également normales.

3° *Phénomènes concomitants.* — Les malades présentent de la leucorrhée, pertes blanches pendant l'intervalle des règles; ces pertes augmentent pendant la semaine qui les précède par suite de la congestion due au second molimen de TAPFER ; les métrorragies sont rares.

Quelques phénomènes circulatoires peuvent exister : palpitations, dyspepsie ; la thyroïde peut augmenter de volume et s'accompagner d'un véritable Basedow d'origine génitale.

La *dyspepsie* est la règle; le sujet se plaint de gastralgie, de météorisme et de constipation.

Un grand nombre de ces femmes restent *inféconds* pendant longtemps; parfois elles deviennent enceintes vers l'âge de trente-cinq ans ; leur évolution génitale se faisant tardive, de vingt-six à trente-deux ans, alors que d'autres la font entre seize et vingt-six ans.

L'origine des troubles menstruels est le plus souvent inconnue ; ARBUNOTH LANE (de Londres) et PAUCHET (d'Amiens) ont remarqué très souvent chez ces femmes une constipation rebelle ; il serait très probable que chez un grand nombre d'entre elles la dysménorrhée serait le résultat de la stercorémie chronique; chez ces constipées inconscientes ou conscientes le retard est indiqué par l'élimination du bismuth vue aux rayons X. Il s'agit souvent d'une stase intestinale chronique par coudure, par ptose; c'est alors que les moyens physiques (ingestion de paraffine ou paralaxol, combinée au massage abdominal) provoqueraient une grande amélioration et peut-être la guérison; dans les cas rebelles, l'opération chirurgicale consistant en une entéro-anastomose (PAUCHET) ou une collectomie (LANE).

Traitement (Dalché). — Quelquefois la cause de la dysménorrhée est un fait évident; c'est qu'elle coïncide le plus souvent avec de l'hypothyroïdisme et avec de l'atrophie des ovaires; l'absorption d'ovarine et de thyroïdine constitue donc la base du traitement.

Au moment des douleurs on administre à la malade un lavement comprenant 100 grammes d'eau, 1g50 de bromure et x gouttes de laudanum ; dans l'intervalle des règles on administrera à la malade de la poudre de thyroïde à la dose de 0g025 à chaque repas et cela pendant les quinze jours qui précéderont les règles; pendant les quinze autres jours on fera prendre au sujet de la poudre de verre ; on pourra associer des médications ; mais, je le répète, il faut veiller sur la constipation.

R. DE BUTLER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE 1913)

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a été désigné pour la lecture à faire au nom de l'Académie dans la séance publique du 25 octobre.

(SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1913)

Comparaison des organismes vigoureux et des organismes débiles au point de vue de leur aptitude à recevoir et à cultiver les microbes virulents. — M. A. CHAUVEAU rappelant la longue discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine au sujet de la lutte contre la tuberculose expose le bilan des expériences comparatives qui permettent d'appliquer à l'ensemble des maladies à virus les conclusions fournies par l'étude expérimentale de la tuberculose.

« Il est prouvé maintenant, d'une manière irréfutable, que les sujets forts sont tout aussi aptes que les faibles à contracter les maladies virulentes : celles qui ont une très courte durée, comme la clavelée, aussi bien que celles dont l'évolution peut être extrêmement lente, comme la tuberculose.

Donc, il est tout à fait chimérique de poursuivre l'extinction du fléau social de la tuberculose en s'efforçant de rendre l'organisme intuberculisable, par la suppression de toutes les causes de misère physiologique.

Seules, la guerre directe à l'agent de la tuberculose et la défense des sujets sains contre l'action infectante des porteurs de bacilles sont indiquées, par la science, comme moyens capables d'enrayer, diminuer et supprimer les ravages dudit fléau.

Ces prescriptions logiques, appliquées couramment contre la propagation des maladies virulentes de l'homme et des animaux, constituent, du reste, la base des règles générales de l'hygiène privée et de l'hygiène publique. Il n'y a jamais intérêt à se dérober à l'observation de ces règles. Une exception dans le cas de tuberculose serait un non-sens scientifique. »

Sur la résorption intrarénale des chlorures dans divers états du rein. — MM. R. LEPINE et A. BOULUD.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UN DÉBOUCHÉ POUR LES MÉDECINS : LE MAROC

Alors que, dans toute la France, à la ville comme à la campagne, la pléthore médicale provoque les doléances des confrères, il y a un réel intérêt à attirer l'attention sur l'important débouché que le Maroc peut, dès maintenant, constituer pour le corps médical.

Il est impossible de ne pas reconnaître que la nomination du général Lyautey a été pour le pays un immense bienfait. Dès son arrivée, la pacification a marché à pas de géants. Toutes les villes de la côte (Tanger, Rabat, Casablanca, Mazagan, Saffi, Mogador) et de l'intérieur (Fez, Méquinez, Marrakech) connaissent aujourd'hui une prospérité que les plus

optimistes n'auraient — il y a un an seulement — jamais osé espérer. Elles se peuplent rapidement d'Européens de toutes nationalités, de Français en particulier. Ces nouveaux arrivés gagnent largement leur vie et sont à même d'honorer de façon très satisfaisante le médecin dont ils ont d'autre part un fréquent besoin (accidents du travail, acclimatement, paludisme, fièvre typhoïde, dysenterie, maladies vénériennes, etc.). Les médecins militaires, les médecins officiels de colonisation ou de dispensaires suffisent difficilement à cette besogne et il semble que dès maintenant toutes les villes énumérées permettraient de vivre très honorablement à un confrère qui viendrait s'y installer.

Un certain nombre de conditions sont toutefois nécessaires pour réussir au Maroc.

Nous venons de mentionner les places de médecin de colonisation et de dispensaire. Ces situations encore peu nombreuses sont très recherchées. Les demandes dépassent de beaucoup les offres. Le médecin qui attendrait pour venir au Maroc d'être assuré d'un « fixe » risquerait d'attendre longtemps et ferait un mauvais calcul. Il est nécessaire au contraire d'avoir devant soi quelques milliers de francs qui permettent de s'installer convenablement dès le début et de « voir venir » pendant un mois ou deux. Les « fixes » viendront un peu plus tard lorsqu'on se sera fait connaître et apprécier et il y a bien des chances pour que, dans ces conditions nouvelles, ils ne se fassent pas attendre bien longtemps.

Le Maroc n'est pas encore mûr pour les « spécialités ». Il faut y être à la fois médecin, chirurgien et accoucheur. Toutefois est-il indispensable d'être rompu au diagnostic et au traitement des maladies vénériennes, ces affections constituent, comme on l'a dit, « le fond, l'essence même de la pathologie marocaine » (Remlinger).

S'il n'est pas absolument nécessaire de connaître dès son arrivée la langue arabe, il faut avoir tout au moins assez de volonté et assez d'aptitude pour être après quelques mois à même de « se débrouiller » avec les indigènes. Bien que moins utile que l'arabe, l'espagnol serait un sérieux appoint pour un médecin qui pourrait s'exprimer en cette langue.

L'histoire est un perpétuel recommencement. C'est l'organisation du protectorat tunisien que la France refait en ce moment au Maroc. Les médecins français qui de 1881 à 1890 ont quitté la métropole pour venir s'installer à Tunis, à Sousse, à Sfax, à Bizerte, n'ont eu qu'à se féliciter de leur détermination. Il ne fait aucun doute que le Maroc ne tienne en réserve des satisfactions analogues aux médecins qui viendront à lui dès maintenant. Il serait à tous égards regrettable que, dans un pays de protectorat français, d'excellentes situations médicales fussent prises par des médecins étrangers. Cette éventualité ne manquerait pas de se produire si nos compatriotes ne venaient à brève échéance marquer au Maroc une place qui leur revient à tant de titres. L. G.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 23 septembre 1913, sont promus, et par décision ministérielle du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Salebert, médecin chef de l'hôpital militaire de Rennes; maintenu; — Simonin, professeur à l'école d'application du service de santé militaire; maintenu.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Chevalier, des troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Bardot, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Langres ; maintenu ; — Barthélemy, des salles militaires de l'hospice mixte d'Aix; maintenu; — Augias, nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Compiègne (service).

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Chassin, du 5e d'infanterie; maintenu; — Folly, des troupes d'occupation du Maroc oriental ; maintenu; — Rauzy, du 125e d'infanterie; maintenu; — Roqueplo, désigné pour l'hôpital militaire d'Ajaccio (médecin chef); — Paul, du 118e d'infanterie; maintenu; — Blary, des troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Taste, du 78e d'infanterie; maintenu.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Lheureux, des troupes auxiliaires marocaines; maintenu; — Boisseau, de l'Algérie ; maintenu; — Walther, du 69e d'infanterie; maintenu; Audet, des troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Bourguignon, de l'école spéciale militaire; maintenu provisoirement; — Delacroix, du 164e d'infanterie; maintenu ; — Millet, des troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Augé, du 18e d'artillerie ; maintenu ; — Debombourg, de l'Algérie; maintenu ; — Chatinières, des troupes auxiliaires marocaines; maintenu; — Guerrier, du 124e d'infanterie; maintenu; — Monloup, du 39e d'infanterie ; maintenu; — Sarda, des troupes d'occupation du Maroc oriental; maintenu; — Garnier, du 127e d'infanterie; maintenu; — Buffé, de l'Algérie; maintenu; — Bouchet, des troupes d'occupation du Maroc oriental; maintenu; — de Vezeaux de Lavergne, du 137e d'infanterie ; maintenu; — Gillain, de l'Algérie; maintenu; — Fidon, des troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Louis, du 157e d'infanterie ; maintenu ; — Scherrer, du 3e génie; maintenu provisoirement; — Théobalt, des troupes auxiliaires marocaines; maintenu ; — Vanlande, du 8e d'infanterie; maintenu provisoirement; — Izard, de l'Algérie; maintenu; — Pradourat, des troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu ; — Baverey, du 20e bataillon de chasseurs à pied ; maintenu ; — Gaud, du 4e d'infanterie; maintenu.

— SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 23 septembre 1913 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Lacronique est nommé directeur du service de santé du 17e corps d'armée; Godet, directeur du service de santé du 9e corps d'armée; Simon, directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie; Lapasset, directeur du service de santé de la division d'Alger; Bernard, médecin chef de l'hôpital militaire du Dey à Alger.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Niclot passe à l'hôpital Villemanzy à Lyon; Manoha, aux salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Dié (médecin chef).

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Dauthuile passe au 1er d'infanterie ; Ménard, à la direction du service de santé du 2e corps d'armée.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 23 septembre 1913, ont été promus aux grades ci-après, et par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Gouzien, de l'hôpital militaire de Bordeaux; maintenu.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Tedeschi, du Tonkin; maintenu ; — Condé, affecté au 6e d'infanterie coloniale; maintenu en congé.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Plomb est affecté au 8e d'infanterie coloniale; — Bernard, de l'Institut Pasteur de Paris; maintenu; — Pin, du Siam; maintenu; — Marque, de l'Afrique occidentale; maintenu; — Mouillac, de la Chine; maintenu.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Daniel, de la Côte d'Ivoire; maintenu; — Georgelin, de l'Indochine ; maintenu ; — Jaulin du Seutre, du Maroc; maintenu ; — Colombani, de la Cochinchine ; maintenu; — Guillen, de la Guyane ; maintenu; — Jouveau-Dubreuil, de la Chine; maintenu; — Rebufat, du 5e d'infanterie coloniale ; maintenu ; — Handelsmann,

de Madagascar; maintenu; — Guyomarc'h, de l'Afrique équatoriale; maintenu; — Soing, de l'Afrique occidentale; maintenu; — Le Camus, du 3e d'infanterie coloniale; maintenu; — Dubalen, de l'Indochine, maintenu.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 7, juillet 1913.) HALLEZ : Critique expérimentale de différents procédés en usage pour la recherche des hémorragies occultes du tube digestif. — DAUWE : L'hérédité de l'ulcère rond de l'estomac. — JAISSON : La perforation dans le cancer de l'estomac.

Archives des maladies des enfants. — (N° 7, juillet 1913.) DELÉARDE et VALETTE : Contribution à l'étude de la théorie organique de la chorée de Sydenham. — E. WEILL, MOREL et MOURIQUAND : De l'emploi des arseno-aromatiques (606) par voie rectale, en thérapeutique infantile.

Archives générales de chirurgie. — (N° 7, 25 juillet 1913.) DUBREUIL-CHAMBARDEL : La scoliose congénitale liée à la présence d'une hémivertèbre. — CACCIA : Plaies thoraciques par armes à feu. — TOURNEUX et BASSAL : Le cancer psammeux du sein.

Archives générales de médecine. — (Juillet 1913.) ROSENTHAL : Recherches sur l'injection intratrachéale à haute dose.

Archives médicales d'Angers. — (N° 7, 20 juillet 1913.) H. LEGLUDIC : Strangulation d'un nouveau-né par un lien, pendant l'accouchement, après dégagement de la tête hors de la vulve. — Ch. MARTIN : Une alerte grave à la suite de l'injection de naphtol camphré pour une arthrite tuberculeuse du coude. — Olivier COUFFON : Les cours d'accouchement en Anjou à la fin du XVIIIe siècle (*suite*).

Archives médico-chirurgicales de Normandie. — (N° 7, 15 juillet 1913.) J. SANARENS : De la possibilité de réglementer le commerce du lait. — Maurice GUILLOT : La greffe d'une partie du tibia dans le traitement du mal de Pott.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 7, juillet 1913.) D'ŒLSNITZ : Valeur de l'exploration radiologique du thorax pour le diagnostic des affections respiratoires de l'enfance. — LANGEVIN et GENDRONNEAU : Chorée et syphilis. — COMBIER : L'anesthésie locale en chirurgie viscérale. — RODIEL : De l'importance de l'hérédité alcoolique dans la genèse de l'attaque d'épilepsie.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 juillet 1913.) A. GILLOT : Sur le progrès et l'application des nouveaux résultats obtenus dans le domaine de la sérothérapie. — (15 juil.) Louis SAUVÉ : Que faut-il attendre en thérapeutique de la gastro-entérostomie. — (23 juillet.) Alb. ROBIN : Un programme d'ensemble pour la défense sociale contre la tuberculose. — Louis SAUVÉ : Que faut-il attendre en thérapeutique de la gastro-entérostomie (*suite*). — (30 juillet.) Alb. ROBIN : Un programme d'ensemble pour la défense sociale contre la tuberculose (*suite*). — G. BARDET et Abel GY : Contribution au traitement de la douleur.

Bulletin médical. — (N° 59, 26 juillet 1913.) MORAT : L'œuvre de Carrel. — BRISARD : Des abus et difficultés qu'engendrera la loi sur les maladies professionnelles. — (N° 60, 30 juil.) Paul SAINTON : Le réflexe oculo-cardiaque dans le syndrome de Basedow.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 12, 10 juillet 1913.) J. CIAVALDINI : Variole et varicelle (hématologie et microscopie comparées).

Clinique. — (N° 30, 25 juillet 1913.) LABBÉ : Tableau moderne de la goutte. — GOUGEROT : Sporotrichoses. — PERDRIZET : La réaction d'Abderhalden.

Echo médical du Nord. — (N° 29, 20 juillet 1913.) F. CURTIS et O. LAMBRET : Volumineux adénome du rein droit. Ablation. Guérison. — J. VANVERTS : De l'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. — (N° 30, 27 juillet.) A. PÉCHEUX et L. LOTTE : Le « luminal » comme antiépileptique. — BETTREMIEUX : La sclérectomie simple dans le glaucome aigu.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 29, 19 juillet 1913.) G. ALLAIRE : A propos de quelques cas de radiodermite. — (N° 30, 26 juillet.) MORIN : Balles perdues. — G. PAISSEAU : Les purpuras chez l'enfant.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 29, 20 juillet 1913.) G. BOUTIN : Grippe et phlébite grippale. — (N° 30, 27 juillet.) BRUNETIÈRE : La filaire de l'œil (filaria loa) peut-elle déterminer des complications cérébrales. — Et. GINESTOUS : Un cas de blépharochalasis (1 fig.).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 29, 20 juillet 1913.) H. VENNAT et P. LAFARGUE : Les basites tuberculeuses. Essai de classification et de pathogénie des congestions insidieuses de la base des poumons. — (N° 30, 27 juillet.) GUYOT et JEANNENEY : Appareils plâtrés à anse armée du docteur Gourdet dans le traitement des fractures compliquées. — BUARD : Mise en évidence facile et rapide des bacilles fusiformes et des spirilles de la bouche. Essai de leur culture.

Journal de médecine de Paris. — (N° 30, 26 juillet 1913.) P. EMILE-WEIL : Les hémorragies supplémentaires des règles et les règles déviées.

Journal des praticiens. — (N° 30, 26 juillet 1913.) Paul RECLUS : Les injections bismuthées. — H. GOUGEROT : Eczéma-réaction de défense. Importance de cette notion pathogénique en nosographie et en thérapeutique (*fin*). — WIDAL : Salvarsan et Wassermann.

NOTES POUR L'INTERNAT

PÉRITONITES AIGUËS [1]

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous allons tout d'abord, avant de passer en revue les différentes formes cliniques des péritonites, tenter une étude synthétique de l'allure générale des péritonites, basée essentiellement sur la rapidité de l'évolution qui permet de décrire des péritonites suraiguës, aiguës, et subaiguës.

I. Péritonite suraiguë. — Avec Dupré et Ribierre on peut en distinguer deux variétés : l'une survenant chez un sujet en bonne santé, c'est la forme sthénique, l'autre apparaissant chez un sujet malade (typhique, cancéreux, etc.), c'est la forme asthénique.

a. FORME SURAIGUE STHÉNIQUE. — Le type en est réalisé par la péritonite aiguë appendiculaire (voir Formes cliniques des appendicites aiguës, question d'internat, *Gaz. des hôp.*, 1912), le début est brusque par une douleur abdominale aiguë, déchirante, en coup de pistolet, s'accompagnant souvent de symptômes de lipothymie, de syncope. Rapidement apparaissent les symptômes principaux du syndrome péritonéal :

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 109, p. 1705.

frissons, vomissements, accélération et petitesse du pouls, constipation, météorisme, facies péritonéal, immobilité dans le décubitus dorsal. Nous n'insisterons pas ici sur ces symptômes de tout premier ordre, les ayant déjà longuement décrits ailleurs (loc. cit.); la fièvre s'élève à 39-40 degrés; parfois au contraire l'on observe de l'hypothermie, soit d'emblée, soit vers le deuxième ou le troisième jour, s'accompagnant alors d'une accélération considérable du pouls (*dissociation du pouls et de la température, symptôme capital*). Il faut insister également sur la *défense musculaire* (ventre de bois), sur la *disparition de la matité hépatique*, sur l'hyperesthésie cutanée, la disparition du réflexe abdominal, le hoquet. Enfin ce qui caractérise encore cette forme, c'est la courte durée de cette péritonite; à la vive réaction du début, succèdent rapidement l'adynamie, le collapsus; le malade succombe en deux à trois jours dans une agonie paisible et lucide, avec pouls filiforme, extrémités cyanosées, « parfois en parlant » (Grisolle).

b. FORME SURAIGUË ASTHÉNIQUE. — Elle s'observe chez des sujets déjà intoxiqués par une affection en évolution (fièvre typhoïde, cancer intestinal, tuberculose intestinale, etc.). Elle correspond à la variété décrite par certains auteurs sous le nom de *péritonite septique diffuse*, de *péritonite putride* de Courtois-Suffit. Les signes qui la caractérisent sont l'insidiosité, la latence du début et de l'évolution, le peu de modifications de la température, la rapidité d'apparition du collapsus mortel. Dieulafoy insistait sur le caractère hypothermique du début de ces péritonites contrastant avec le pouls très rapide, filiforme, souvent incomptable. L'évolution de cette forme est très rapide et se fait vers la mort en deux à trois jours.

II. **Péritonite aiguë purulente généralisée.** — Cette variété de péritonite est fonction, non pas de la nature même de l'agent causal, mais de l'atténuation de sa virulence et de ses toxines, ce qui permet au péritoine de réagir. Suivant la cause, le terrain, l'allure de ces péritonites aiguës est assez profondément modifiée, comme nous le montrerons en étudiant en détail les diverses formes cliniques que l'on peut observer, mais néanmoins on retrouve toujours le grand syndrome péritonéal aigu tel que nous l'avons décrit à propos de la péritonite suraiguë sthénique (douleur abdominale vive et soudaine, météorisme, constipation, vomissements, altération du facies, modifications du pouls, etc.).

La durée de l'évolution n'excède guère une semaine; parfois elle peut être plus courte, comme dans les formes suraiguës; dans d'autres cas elle peut se prolonger, comme dans la péritonite subaiguë, ce qui autorise alors quelque espérance dans le pronostic.

III. **Péritonite subaiguë.** — Cette forme peut succéder exceptionnellement à la précédente; presque toujours elle correspond à un processus d'enkystement; il s'agit alors de péritonites partielles, enkystées; parmi ces péritonites partielles il faut surtout retenir, en raison de leur importance, la périhépatite (abcès sous-phréniques), la périappendicite, la pelvipéritonite, la péritonite à pneumocoques des enfants. Après un début parfois assez bruyant, l'on observe une atténuation des symptômes généraux, puis l'apparition d'un plastron péritonéal (péritonite plastique); l'on constate bientôt ensuite une fluctuation profonde, c'est alors l'abcès péritonéal enkysté. On peut observer parfois la résorption des exsudats inflammatoires, surtout dans la péritontite plastique; parfois le pus collecté s'enkyste au point de simuler une tumeur; le plus souvent, le pus s'évacue au dehors, soit par l'ombilic (péritonite à pneumocoques), soit dans la plèvre, le poumon, soit dans un organe de voisinage, rectum, vessie, etc.; dans certains cas, on peut voir succéder à cette péritonite enkystée la péritonite septique diffuse secondaire.

Avant d'aborder l'étude détaillée des diverses formes cliniques que l'on peut rencontrer, nous allons dans un chapitre d'ensemble discuter les principaux diagnostics auxquels le clinicien devra tout d'abord penser lorsqu'il se trouvera en présence du syndrome péritonéal.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic *positif* repose essentiellement sur la constatation des principaux symptômes que nous avons déjà énumérés; nous n'y reviendrons pas; il faut y ajouter les renseignements fournis par certains procédés de laboratoire, en particulier par l'*hématologie*; au cours des suppurations péritonéales on observe une leucocytose à polynucléaires atteignant jusqu'à 30000; au cours de certaines appendicites, l'hyperleucocytose progressant chaque jour révèle la formation ou l'extension d'un abcès. Cependant, au cours des péritonites septiques diffuses, on ne rencontre pas d'hyperleucocytose.

Le *diagnostic différentiel* soulève différents problèmes, suivant qu'il s'agit du syndrome de la péritonite aiguë généralisée, subaiguë ou partielle.

La *péritonite aiguë généralisée* doit être différenciée avant tout de l'*occlusion intestinale aiguë* et de la *rupture cataclysmique de la grossesse tubaire*; dans l'occlusion, l'arrêt des matières et des gaz est plus absolu; le ventre, très ballonné, ne présente pas la sensibilité diffuse de la péritonite; les vomissements sont plus rapidement fécaloïdes; le diagnostic est néanmoins souvent impossible à faire; d'ailleurs l'erreur de diagnostic, parfois inévitable, est fort atténuée par la nécessité de l'intervention chirurgicale dans les deux cas; la rupture cataclysmique d'une grossesse tubaire se différencie par l'apparition plus rapide des signes de collapsus, par la constatation au toucher d'un utérus gros à col mou entr'ouvert; enfin par la notion importante de l'absence de règles depuis quelques mois.

Les autres syndromes douloureux abdominaux sont d'un diagnostic plus facile, aussi n'y insisterons-nous pas; ce sont les coliques hépatiques et néphrétiques (Quénu), la colique saturnine. Il faut signaler encore les crises aiguës d'entérocolite ou de colite, certaines fièvres typhoïdes à début appendiculaire (Moizard) qui peuvent en imposer parfois pour une péritonite aiguë; une mention spéciale doit être réservée aux pancréatites, surtout à la *pancréatite aiguë hémorragique* (drame pancréatique, Dieulafoy), à la pancréatite suppurée, au phlegmon sous-péritonéal.

Le syndrome péritonéal aigu peut encore être simulé par la torsion brusque du pédicule d'une tumeur pelvienne, par l'étranglement d'un rein mobile, l'inflammation aiguë d'un testicule ectopique.

L'*insuffisance surrénale* aiguë peut s'accompagner d'accidents pseudo-péritonitiques de diagnostic toujours difficile (Sergent et Bernard); au cours du paludisme aigu l'on a décrit également un syndrome pseudo-péritonitique; les renseignements hématologiques sont ici de la plus haute importance.

Le *coma diabétique* prend parfois également le type péritonéal, mais le diagnostic se fait en général aisément grâce à la constatation des troubles respiratoires, à l'odeur d'acétone de l'haleine, à la glycosurie.

Le *purpura rhumatoïde* revêt souvent, chez l'enfant, un syndrome pseudo-péritonéal, bien étudié par Vieillard et caractérisé par des douleurs abdominales très vives et continues, des vomissements fréquents, souvent fécaloïdes, des selles sanglantes, dysentériformes.

Les *crises gastriques* et *gastro-intestinales du tabes* peuvent parfois susciter des difficultés diagnostiques; il en est de même de l'infarctus hémorragique de l'intestin.

Chez l'enfant, la *pneumonie*, avec point de côté abdominal, peut être prise pour un début de péritonite.

Il reste enfin à éliminer le péritonisme hystérique caractérisé par l'apyrexie, l'absence de modifications du pouls, le caractère névralgique des douleurs abdominales, l'intégrité relative de l'état général, la notion de la cause occasionnelle de l'explosion des phénomènes.

Le diagnostic des péritonites subaiguës, localisées, varie beaucoup suivant le type clinique observé, aussi aurons-nous l'occasion de revenir plus loin sur cette question; signalons parmi les diagnostics les plus délicats la tuberculose hypertrophique du cæcum s'il s'agit d'une péritonite périappendiculaire; l'abcès, le kyste hydatique suppuré du foie, la cholécystite, s'il s'agit d'un abcès sous-phrénique. Le diagnostic positif repose surtout sur l'évolution, l'étude des commémoratifs, l'apparition des éléments du syndrome péritonéal.

Nous allons aborder maintenant l'étude des principales formes cliniques des péritonites aiguës, en tenant compte essentiellement de leur étiologie particulière.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 113. — SAMEDI 4 OCTOBRE 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 4 OCTOBRE 1913. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Queyrat, Triboulet, Aubertin, Belin, Alexandre Renault, Lardennois, Proust, Auvray, Dujarier, Couvelaire.

— Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 1er octobre. — Question donnée : « Examen clinique et diagnostic des orchi-épididymites chroniques. »

MM. Lauzier, 12; Léger, 9; Monnier, 14; Moscovici, 4; Jondeau, 18 1/2; Meyer, 19 1/2; Pannier, 16; Marchal, 19; Lescot, 18; Lenoir, 5; Mordret, 13; Papillaud, 9; Millanitch, 7; Ovion, 15 1/2; Kaplan, 4; Juge, 8; Marcel, 16 1/2; Lesur, 11.

Anatomie. — Séance du 1er octobre. — Question donnée : « Veine cave inférieure. »

Mlle Androutzellis, 13; MM. Alary, 19 1/2; Bilhaud, 15; Blaise et Blanchet, 18; Choquet, 8; Bécardit, 19; Blume, 9; Bourloton, 17; Bréger, 18; Mlle Brian, 19; MM. Bertrand (Yvan), 17; Bidermann, 14; Biguet, 15; Belelis, 6; Berthier, 7; Alamartine, 18 1/2.

Séance du 2 octobre. — Question donnée : « Trous de la base du crâne. »

MM. Fettu, 17; Humbert, 18; Mlle Finkelstein, 10; MM. Doiteau, 14; Gosselet et Forest-Defaye, 5; Ducoudré, 7; Hermet, 19; Hazan, 18 1/2; Fouet, 19 1/2; Démétriadis, 11; Fruchaud, 19; Demelin, 9; Guéneau de Mussy, 5.

Prochaine séance, samedi 4 octobre, à quatre heures du soir.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Questions données au concours de l'internat :

Première épreuve. — *Question sortie.* — Rapports de l'estomac. Physiologie de la muqueuse gastrique.

Questions restées dans l'urne. — Voies d'excrétion du sperme (anatomie et physiologie). — Circulation sanguine du rein (anatomie et physiologie). — Le canal cholédoque. Rôle de la bile dans la digestion. — De l'uretère (anatomie et physiologie). — Topographie et fonctions de la glande sous-maxillaire. — Les nerfs récurrents.

Deuxième épreuve. — *Question sortie.* — Symptômes et complications des oreillons.

Questions restées dans l'urne. — Des modes de terminaison de la pneumonie aiguë. — Symptômes cardiaques du mal de Bright. — Le muguet. — Du zona intercostal. — Symptômes et diagnostic de l'endocardite ulcéreuse infectante. — Symptômes de la maladie de Basedow.

Troisième épreuve. — *Question sortie.* — Formes cliniques et diagnostic du cancer de la prostate.

Questions restées dans l'urne. — Pathogénie. Symptômes et diagnostic des fractures fermées de la rotule. — Pathogénie et symptômes de l'invagination intestinale aiguë. — Complications des luxations de l'épaule en avant. — Pathogénie et symptômes des luxations traumatiques de la hanche en arrière. — Symptômes et diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine. — Symptômes et diagnostic du cancer du rein.

Quatrième épreuve. — *Questions sorties.* — 1° De la mort par le cœur dans la fièvre typhoïde. Indiquer les agents thérapeutiques préventifs. — 2° Conduite à tenir dans un cas d'éclampsie survenant après l'accouchement. — 3° Diagnostic des rétrécissements de l'œsophage.

Questions restées dans l'urne. — Conduite à tenir en présence d'une hémorragie par insertion vicieuse du placenta, la dilatation du col étant complète. — Diagnostic et traitement des épanchements pleuraux dans les cardiopathies. — Traitement immédiat du scalp. — Traitement des luxations compliquées du pouce. — Diagnostic et conduite à tenir dans le cas de perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. — Symptômes de la grossesse à la fin du troisième mois. — Diagnostic des lésions après un coup de pied de cheval dans l'épigastre. — Symptômes et traitement du délire aigu alcoolique. — De la manière de pratiquer l'examen de l'arrière-faix après la délivrance et des enseignements fournis par cet examen. — Symptômes et traitement de l'œdème aigu du poumon. — Diagnostic et traitement de l'abcès de la cornée. — Indications de la version podalique par manœuvres internes. — Conduite à tenir en présence d'une hématurie grave d'origine vésicale. — Diagnostic et traitement de la colique saturnine. — Des difficultés du deuxième temps de la version podalique par manœuvres internes. Moyens d'y remédier. — Empoisonnement par les champignons. — Diagnostic et trai-

RENSEIGNEMENTS

tement du paraphimosis. — Conduite à tenir dans l'accouchement par le siège complet, le siège étant au niveau du détroit supérieur.

— SAINT-ETIENNE. — La commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne rappelle qu'un concours public pour la nomination d'un chirurgien suppléant de ses établissements sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon le lundi 12 janvier 1914.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la commission administrative des hospices. Il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue de la Badouillère, à Saint-Etienne.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Régis est nommé professeur des maladies mentales.

M. Moure est nommé professeur d'oto-rhino-laryngologie.

MÉDECINS EXPERTS. — Le tribunal de la Seine a nommé de nouveaux médecins experts pour l'année judiciaire 1913-1914 : MM. les docteurs Crouzon, médecin des hôpitaux; Marchand, médecin en chef de la maison nationale de Charenton ; Nobécourt, professeur agrégé et médecin des hôpitaux; Destot, ancien directeur des services radiographiques des hôpitaux de Lyon.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur au titre du Maroc :

Au grade de chevalier. — MM. le médecin-major Rouvillois, de première classe, et le médecin aide-major Hirtzmann.

LES MOUSTIQUES A PARIS. — Les pluies continues de cet été et de cet automne ont favorisé l'éclosion de nombreux moustiques dont on signale actuellement la présence dans un certain nombre d'immeubles de différents quartiers de Paris. A la suite d'un rapport de la commission d'hygiène du VIIIe arrondissement, le professeur Laveran a été prié par le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine de procéder à une étude. M. Laveran vient de terminer son rapport où il conclut en demandant qu'une instruction concernant les mesures à prendre pour empêcher l'éclosion des moustiques soit répandue dans le public.

MORT D'UN HOMME DE 300 KILOS. — *Le Temps* signale à La Châtre (Indre) la mort d'un employé de commerce, âgé de quarante-sept ans, dont le poids atteignait le chiffre extraordinaire de 300 kilos.

LES ANIMAUX ET L'OPIUM. — En parcourant un volume déjà ancien du *Tour du Monde* (1), nous avons relevé le passage ci-dessous, extrait d'un « Voyage d'exploration en Indo-Chine » par Francis Garnier, et nous croyons intéressant de le reproduire au moment où la question de l'opium est plus que jamais à l'ordre du jour. « La culture du pavot a fait disparaître du marché de Yun-Nan une denrée très importante, la cire. D'après le dire des indigènes, les abeilles, autrefois très nombreuses dans cette partie de la Chine, ont éprouvé pour la fleur du pavot la même affection malsaine que le Chinois éprouve pour le suc qu'on retire de son fruit. A l'époque où fleurissent les champs de pavots, ces insectes venaient en foule y butiner, mais ils ne pouvaient ensuite reprendre goût à une autre nourriture, et ils succombaient dans l'intervalle de deux saisons consécutives. On nous cita un autre exemple de cette attraction singulière que le pavot exerce sur les animaux aussi bien que sur l'homme. Dans une bouillerie d'opium de la ville, on avait remarqué que des rats venaient en grand nombre, le soir, humer les vapeurs qui s'échappaient des fourneaux. A la suite de l'occupation momentanée de Yun-Nan par les mahométans, la bouillerie cessa de fonctionner et fut abandonnée pendant quelque temps. Quand un nouveau propriétaire vint s'y installer, il trouva sur le clayonnage resté en place plusieurs cadavres de rats : ils étaient morts de faim en attendant la jouissance qu'ils avaient coutume d'éprouver en respirant les vapeurs de l'opium. »

Il serait curieux de rapprocher de ces faits ceux qui pourraient venir les corroborer. G. L'H.

(1) *Le Tour du Monde*, 1873, 1er sem., p. 291.

UNE PÉTITION ORIGINALE. — Lorsque le *Zeppelin*, le fameux dirigeable allemand, atterrit à Lunéville, on remarqua avec étonnement l'aménagement d'un water-closet fort bien compris.

Mais cette installation ne fut pas trouvée géniale par les Américains. Aussitôt cette nouvelle répandue aux Etats-Unis, les habitants de la libre Amérique signèrent la pétition suivante aux législateurs :

« Nous demandons à l'honorable assemblée des législateurs de tous les Etats de l'Union d'employer tous les moyens légaux afin d'empêcher qu'on établisse des water-closets (toilet rooms) dans les navires aériens. »

Dont acte. P.

DÉMONSTRATION. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot fera le mardi 7 octobre, à neuf heures et demie du matin, à sa clinique, 7, avenue Montaigne, une démonstration du traitement de la scoliose par la méthode d'Abbott.

SYNDICAT DES UROLOGISTES. — La première réunion pour la constitution du Syndicat des urologistes français aura lieu le vendredi 10 octobre prochain, à l'hôtel des Sociétés savantes, 26, rue Serpente, à Paris, salle F, à huit heures et demie précises du soir.

MM. les urologistes ayant adhéré au Syndicat sont priés d'y assister pour établir les statuts définitifs et élire les membres du bureau.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Gallois, 121, boulevard de la Liberté, à Lille (Nord).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Hospice de la Salpêtrière. Professeur : M. DÉJERINE.) — COURS DE VACANCES. — Un cours de vacances, comprenant l'enseignement complet des maladies du système nerveux, étude clinique, anatomique et thérapeutique, sera fait à la Salpêtrière, du 9 au 31 octobre 1913, sous la direction de M. le professeur Déjerine, par MM. les docteurs Jumentié, Mme Long-Landry, Pelissier, Huet, André Thomas, Tinel, Baudouin et Chenet, chefs de clinique et chefs de laboratoire de la Faculté.

Le cours comprendra quarante leçons, avec présentations de malades et de pièces anatomiques, autopsies, étude de coupes microscopiques, projections lumineuses de coupes et de photomicrographies en couleur.

Les leçons auront lieu à dix heures du matin et à quatre heures de l'après-midi.

Tous les jours, de deux à quatre heures de l'après-midi, quelques malades du service seront mis à la disposition des élèves qui pourront les étudier, prendre leur observation et les présenter aux chefs de clinique.

Les élèves seront exercés par des travaux pratiques facultatifs aux réactions de laboratoire utilisées en clinique nerveuse (ponction lombaire, cyto-diagnostic, réaction de Wassermann, etc.).

Le droit d'inscription est fixé à 80 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ORCHESTRE MÉDICAL. — L'Orchestre médical va reprendre tout prochainement ses répétitions et préparer de nouveaux concerts auxquels seront conviés les médecins parisiens et leur famille.

Au groupe orchestral vient d'être adjoint un groupe choral qui ne saurait manquer de réunir de nombreux éléments.

Les membres de la famille médicale (médecin, femme, sœur, frère, fille et fils de médecin) désireux de faire partie de l'orchestre ou des chœurs sont priés de s'inscrire sitôt que possible chez l'un des membres du comité de l'Orchestre médical, notamment chez MM. les docteurs Richelot, président, 3, rue Rabelais; Vaucaire, bibliothécaire-archiviste, 52, rue La Boétie; Destouches, secrétaire général, 4, rue Thénard.

Les Sténoses inflammatoires chroniques de la région cardiaque de l'œsophage, par G. LIÉBAULT, Thèse. — Bordeaux, Gounouilhou.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DES ANÉVRISMES INOPÉRABLES PAR LE " WIRING "

INTRODUCTION DANS LA POCHE D'UN FIL MÉTALLIQUE ET ÉLECTROLYSE

Par M. F. GARDNER (de New-York).

Les anévrismes inopérables restent encore nombreux malgré les immenses progrès réalisés par la chirurgie vasculaire dans les dix dernières années : l'endoanévrismorraphie de Matas (voir *Gaz. des hôp.*, 15 oct. 1910, n° 118) est certainement applicable aux anévrismes de l'aorte abdominale (Gibbon) au-dessous des artères rénales. Les travaux expérimentaux de Carrel sur le tubage de l'aorte nous permettent de concevoir l'avenir, peut-être pas si lointain après tout, où le système circulatoire tout entier sera du domaine chirurgical. Mais, aujourd'hui, la presque totalité des anévrismes thoraciques restent inopérables et, malheureusement, ces anévrismes (de l'aorte surtout, plus rarement des gros vaisseaux de la base du cou) comptent parmi les plus fréquents, puisque l'anévrisme aortique, à lui seul, représente 50 p. 100 du nombre total des ectasies artérielles. Une thérapeutique antisyphilitique plus précoce, plus méthodique, plus énergique, un diagnostic plus parfait réduiront notablement le nombre de ces cas, mais ce serait faire preuve d'optimisme exagéré que de croire que l'on obtiendra ainsi la disparition totale de cette terrible affection.

Multiples et variés sont les moyens directs et indirects, diététiques et autres, auxquels l'ingéniosité des médecins a eu recours pour le traitement des anévrismes thoraciques : cette diversité même montre combien insuffisants sont les résultats de la plupart d'entre eux. En fait, les résultats ne sont guère brillants, même dans les meilleures statistiques, même aussi en tenant compte de la nature de l'affection qui fait que tout est à gagner et rien à perdre. C'est pourquoi il nous semble intéressant d'attirer l'attention sur une méthode qui, imaginée par un Anglais, modifiée par un Italien, n'a été utilisée qu'en Amérique, mais dans un nombre de cas suffisants pour que l'on puisse se faire une idée des résultats. Il s'agit de l'introduction à l'intérieur du sac d'un fil métallique de longueur variable, souvent considérable, au moyen duquel on fait passer un courant électrique qui amène le dépôt de lamelles de fibrine le long des parois et, par conséquent, le renforcement de celles-ci. Il n'y a point en français de terme correspondant au mot unique anglais « wiring », qui suffit, à lui seul, pour désigner tous les temps successifs de l'opération.

I

HISTORIQUE. — La première idée de l'introduction d'un fil métallique revient à Charles H. Moore, chirurgien de l'hôpital Middlesex, de Londres, et à son collaborateur Charles Murchison, et date de 1864, époque à laquelle les dangers omniprésents d'infection donnaient à une telle tentative un caractère de grande hardiesse, voire de témérité. Le premier cas de Moore ne réussit pas, ce qui, d'ailleurs, n'empêcha pas l'auteur de recommencer. L'idée d'employer le courant continu après introduction du fil est due à Burresi et Corradi, en 1879. En 1886, Barwell, en Angleterre, et Abbe, en Amérique, publièrent les premiers cas après celui de Corradi. Jusqu'ici, à part ce premier cas et deux ou trois observations anglaises, tous les cas publiés sont américains. Les noms de Stewart, Hunner, Finney, Matas, Freeman, Hare et Lusk, sont à mentionner de façon spéciale. La statistique de Stewart compte 6 cas, celle de Hare 26, celle de Finney 23. Le mérite particulier de Lusk qui a opéré 6 cas est d'avoir mis la question sur une base expérimentale (151 expériences sur l'aorte du chien) et d'avoir ainsi établi une technique méthodique et réglée en place des variantes individuelles plus ou moins empiriques dont la plupart de ses prédécesseurs, ceux qui n'avaient point eu la bonne fortune de disposer d'assez de cas pour se faire une technique à eux, ont été obligés de se contenter. Au total, bien qu'il soit difficile de donner un chiffre mathématique, car il est quelquefois difficile de déterminer si telle ou telle observation ne fait pas double emploi avec telle autre, il est certain que le nombre des opérations pratiquées dépasse la centaine.

Cette méthode a été signalée en France par Lenormant et par Pauchet, mais, jusqu'ici, elle n'y a jamais été employée.

II

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE ET MODE D'ACTION. — L'idée des premiers auteurs était simplement de provoquer la coagulation du sang autour d'un corps étranger ; le caillot mou, passif, était supposé devenir plus tard lamelleux et actif ; cette transformation d'une variété dans l'autre était, à cette époque, considérée comme un simple phénomène physique et le fouettage du courant sanguin contre les mailles du réseau de fil comme l'élément le plus important. Il n'y avait point de différence entre l'idée fondamentale de Moore et celle de Baccelli qui, plus tard, introduisait et laissait dans la poche anévrismale plusieurs ressorts de montre. L'idée de Burresi et Corradi n'était autre que celle de la galvanopuncture de Velpeau : hâter par l'action du courant électrique la formation du caillot mou qui devait plus tard s'organiser. Ainsi conçue, la méthode paraît à bon droit aveugle, incertaine et loin d'être dépourvue de danger ; on s'explique facilement que maint chirurgien n'ait point été séduit et ait refusé de s'en servir, même si une échéance fatale à bref délai de par l'évolution spontanée de la maladie autorisait toutes les tentatives. Cependant cette théorie a survécu pendant de longues années ; nous voyons encore Hunner, en 1900, et Freeman, en 1901, recommander de choisir un fil que le courant puisse attaquer, parce que les rugosités du fil corrodé hâtent la formation du caillot.

Pourtant il y avait déjà longtemps que l'on savait

que l'organisation du caillot, au contact de la paroi d'une poche anévrismale, n'est point une simple transformation physique, mais un phénomène vivant, résultant de l'activité de l'endartère. Cela avait été prouvé par le « needling » de Macewen, méthode de traitement des anévrismes qui consiste à érafler l'intima de la poche avec la pointe d'une aiguille, ce qui amène ultérieurement un dépôt de thrombus blanc sur la paroi ; méthode dont l'emploi ne s'est jamais répandu, parce qu'elle demande des séances répétées sur une longueur de temps que l'on a bien rarement à sa disposition dans les cas d'anévrisme inopérable, mais qui n'en est pas moins très intéressante au point de vue physiologique et qui a donné récemment un très beau succès (voir *Gaz. des hôp.*, 1913, n° 7). C'est à Lusk que revient le mérite d'avoir établi les principes scientifiques du wiring et d'en avoir précisé le manuel opératoire en vue d'obtenir certains faits anatomiques bien définis, en dehors desquels nulle guérison n'est à espérer, sauf accidentellement et par pure chance.

Etudiant les pièces d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique antérieurement traité par lui, et où l'opération n'avait donné qu'un soulagement temporaire, Lusk put se rendre compte de la différence des résultats obtenus suivant les divers rapports du fil et de la paroi en certains points. Il se peut que les portions du fil qui sont en contact étroit avec l'intima soient enfouies dans du tissu de prolifération cicatricielle qui les attache solidement à la paroi sans dépôt intermédiaire de fibrine stratifiée ; c'est là le meilleur résultat, celui qu'il faut poursuivre et qui donne un maximum de renforcement avec un minimum d'épaississement. D'autres fois, ils ne sont couverts que de fibrine sans tissu de cicatrice organisé, mais cette fibrine est adhérente et lamelleuse ; c'est encore là un bon résultat, car le processus d'organisation ira plus loin. Mais là où le fil n'est point en contact avec la paroi, il n'est recouvert que d'un caillot fibrineux non adhérent qui n'a point de valeur au point de vue de la consolidation et même crée un sérieux danger d'embolie. A plus forte raison, les caillots mous, cruoriques, qui ne sont pas susceptibles d'organisation, sont-ils inutiles.

Le dépôt de fibrine stratifiée sur les parois de la poche après wiring et électrolyse est *un phénomène secondaire dû à un traumatisme de l'endartère causé par le courant électrique* et favorisé par le ralentissement du sang résultant de la présence d'anses métalliques dans sa cavité. Toutefois, ce qui montre bien que le contact avec l'endartère est beaucoup plus important que le ralentissement du courant, c'est que, dans la première pièce de Lusk, les deux endroits où l'union de la paroi avec le fil était la meilleure et la plus complète étaient ceux où, d'après les conditions physiques, le courant sanguin devait être le plus rapide.

Lusk a confirmé ces conclusions par des expériences sur 151 chiens. Par conséquent, le but que l'opérateur doit se proposer, ce n'est point d'introduire au hasard, n'importe comment, une certaine longueur de fil métallique dans la poche, où il occupera une position quelconque, centrale ou périphérique, mais au contraire, de *doubler*, de barder l'endartère par des anses nombreuses de fil partout appliquées directement contre lui, comme feraient les cerceaux d'un tonneau s'ils étaient appliqués à l'intérieur du tonneau et non à son extérieur. Il faut que les lignes de brûlure légère produites par le courant soient aussi voisines les unes des autres que possible. Le rôle de renforcement de ce cerclage intérieur n'a pas besoin qu'on l'explique. Des radiographies stéréoscopiques prises par Lusk trois mois après l'intervention sur son second cas ne laissent aucun doute sur la possibilité de réussir un pareil cerclage que l'on voit partout appliqué sur la paroi du sac.

Nous sommes donc loin des principes de Moore et de Corradi. En fait, si les anciennes techniques ont donné des succès, c'est parce que les manipulations nécessaires pour les exécuter entraînaient nécessairement des traumatismes de l'endartère. La méthode de Lusk, ainsi que la méthode de Macewen, déjà citée, reposent sur des bases scientifiques : mais le wiring a sur le needling l'avantage, après introduction correcte du fil, de faire l'ouvrage en une seule fois, ou, au moins, d'en faire la plus grande partie ; de plus, les séances peuvent être répétées à intervalles assez courts.

III

TECHNIQUE. — La *nature* du fil employé est fort importante. Les plus anciens opérateurs se sont servis de fil d'acier, de cordes fines de piano. Stewart, Hunner et Finney ont employé un fil d'argent contenant environ 7,5 p. 100 de cuivre, Freeman, un fil d'argent absolument pur, sans aucun alliage d'autre métal. Hare et Eshner ont eu recours au fil d'or. Lusk emploie un fil d'alliage d'or et de platine de la composition suivante : or, 62,9 p. 100 ; argent, 17,9 p. 100 ; platine, 13,4 p. 100 ; cuivre, 5,8 p. 100. Cet alliage est dit « clasp ». Le fil doit être étiré très fin, jusqu'au numéro 29 ou 28 de la filière Brown et Sharpe, ce qui ne laisse point que d'être difficile, surtout pour le numéro 29, pour lequel il faut souvent essayer bien des fois avant d'obtenir un fil de longueur suffisante. Les qualités spéciales qui rendent ce fil le meilleur de tous sont son *ressort* qui lui permet de reprendre immédiatement sa forme primitive après le passage à travers une aiguille droite et son *inaltérabilité sous l'influence du courant électrique*. Il est à remarquer que ces desiderata sont exactement l'inverse de ceux formulés par Freeman, en 1901, à savoir, un fil absolument mou, sans aucun ressort et le plus attaquable possible par le courant électrique. Freeman justifie le choix de son fil d'argent pur qui remplit ces conditions, en disant que les rugosités du fil attaqué sont favorables à la coagulation rapide et que, si le fil est suffisamment attaqué, il se rompra ultérieurement et n'offrira pas de résistance à la contraction du sac. C'est là une idée théorique erronée, inacceptable aujourd'hui, ainsi que nous le verrons plus loin.

La manière habituelle d'essayer l'élasticité d'un échantillon de fil consiste à l'introduire à travers l'aiguille dans un ballon de verre dont le diamètre est choisi approximativement égal à celui de la poche anévrismale ; il est ainsi facile de constater comment il a tendance à s'enrouler. L'alliage d'argent et de cuivre employé par Stewart et Finney a l'avantage de coûter beaucoup moins cher et d'être plus facile à se procurer, mais il n'a pas assez de ressort et est attaqué par le courant. Lusk a constaté expérimentalement que dans l'aorte du chien un courant de 35 à 50 milliampères, maintenu pendant trois quarts d'heure, le réduisait à peu près au tiers de son calibre primitif, ce qui amène sa rupture spontanée. Or, il faut un fil capable de résister à un courant beaucoup plus fort. De même un fil d'or à 500 de titre se brisa spontanément en dehors de l'aorte d'un chien après avoir été soumis pendant une heure vingt-cinq minutes à l'action d'un courant de 50 milliampères; quand on essaya de l'extraire de la pièce anatomique, la portion intrathoracique du fil se rompit en plusieurs fragments. Dans les deux expériences, le caillot était rouge, mou, et présentait une couleur métallique dans les parties au contact du fil. Nous avons déjà dit que ce caillot mou n'avait point de valeur thérapeutique. Cette corrosion du fil explique probablement certains faits observés par ceux qui se sont servis chez l'homme de fils de même composition. Dans un cas, les rayons X ne décélèrent aucune trace du fil d'or, probablement détruit au cours de l'opération par un courant de 20 milliampères seulement. De même, Hare, à l'autopsie d'un cas quatre mois après l'opération ne trouva aucune trace de 5 mètres et demi de fil d'or introduits dans la poche d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique et supposa que le malade l'avait extrait, ce qui paraît beaucoup moins vraisemblable que l'hypothèse de sa dissolution sous l'influence du courant.

La *longueur* de fil employée a beaucoup varié, depuis les 42 centimètres de fil d'acier annelé introduits par Burresi et Corradi, jusqu'aux 67 mètres et demi utilisés par Roosevelt en 1887. La même année, Abbe introduisit dans la poche d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique 30 mètres de catgut numéro 1, et, huit jours plus tard, 45 mètres de fil d'acier, soit un total de 75 mètres. De pareilles quantités étaient peut-être justifiées par l'idée alors régnante de créer un lacis à mailles serrées pour faciliter la coagulation du sang; c'est dans le même but que nous voyons Freeman soutenir que, plus on met de fil, mieux cela vaut; mais avec les données actuelles, point n'est besoin de tant de fil. De 2 mètres et demi à 4 mètres sont amplement suffisants et c'est la longueur adoptée par Hare, Finney et Lusk.

L'*enroulement* du fil est chose délicate et laborieuse. Il faut qu'il puisse se dérouler régulièrement, sans secousses et sans production de coudes qui, même redressés, empêcheraient le fil de passer dans l'aiguille et exposeraient à une cassure. La portion initiale est roulée en spirale de telle sorte qu'elle n'ait point de tendance à se porter vers l'extérieur du sac et à aller s'égarer dans un chenal s'ouvrant dans la poche ; et aussi pour qu'elle n'aille pas déchirer ou trouer la paroi en pressant directement contre elle ; la possibilité de ce dernier accident a été démontrée expérimentalement. Après la spirale initiale, le fil est enroulé en cercles d'un diamètre de 7 à 8 centimètres, ou plutôt en cercles de diamètre correspondant au diamètre de la poche anévrismale, ou mieux encore un peu supérieur à celui-ci, tel qu'on a pu le déterminer approximativement par la percussion et l'examen fluoroscopique. Pour faire les cercles successifs bien réguliers et bien égaux, il faut au préalable tracer sur une feuille de papier une circonférence du diamètre voulu et fixer chaque spire au moyen d'un petit poids pendant que l'on dispose la suivante. Il est absolument nécessaire d'éviter tout croisement de deux spires successives, car cela emmêlerait le fil irrémédiablement, ou tout au moins créerait des difficultés très sérieuses au moment du dévidement et du passage dans l'aiguille. Pour éviter cet ennui, on fixe les spires du fil, une fois fini d'enrouler, par un autre fil entortillé autour d'un point de la circonférence du paquet et on engage l'extrémité de la spirale initiale dans un tour de ce fil d'attache. On n'enlève ce dernier, au cours de l'opération, que lorsque la spirale a été déjà passée à travers l'aiguille, et on a soin de maintenir les tours de fil en position correcte à l'aide des trois derniers doigts de la main gauche (Lusk). Finney, plus simplement, enroule son fil autour d'une bobine en bois, ce qui est aussi très bon pourvu qu'on choisisse une bobine de diamètre un peu supérieur au diamètre de la poche.

L'aiguille actuellement employée est une aiguille d'or recouverte d'une couche d'isolant, soit vernis laque, soit émail à porcelaine spécialement vitrifié sur l'aiguille même. Il faut être bien sûr que le métal de l'aiguille n'est point attaqué par l'électrolyse; si l'on n'en est pas certain, mieux vaut suivre le conseil de Lusk et l'essayer préalablement sur un chien. L'emploi d'une aiguille d'or simplement isolée par une gaine extérieure en caoutchouc durci n'est pas satisfaisant, car le calibre extérieur total de l'aiguille et de sa gaine est trop considérable et pourrait exposer à la formation d'hématomes après l'intervention.

La *lumière* de l'aiguille doit être *juste suffisante* pour laisser le fil passer librement, sans frottement qui exposerait à la formation de coudures dans la partie extérieure du fil, pas assez large toutefois pour permettre un écoulement de sang le long du fil. Ceci est extrêmement important, car l'hémorragie par l'aiguille avant l'introduction du fil peut être très considérable. Dans une observation il est dit que le jet de sang sortant au début à travers l'aiguille s'élevait à une hauteur de près d'un mètre. Si l'on se sert d'une aiguille émaillée il faut en prendre un soin extrême, car un choc, même léger, peut détacher un éclat d'émail; la réparation est longue et ne peut se faire que dans une usine spéciale. Sous ce rapport, les aiguilles isolées au moyen d'une bonne couche de vernis laque employées par Finney

sont certainement plus pratiques parce qu'on peut les réparer soi-même.

L'aiguille et le fil sont stérilisés par ébullition dans l'eau distillée, sans addition d'antiseptique, pas même de carbonate de soude.

Le *courant*, dans la plupart des cas, a été pris sur une batterie d'accumulateurs. Ceux-ci ont l'avantage d'être tout entiers sous la surveillance de l'opérateur, ce qui rend impossible une interruption brusque accidentelle du courant, possible quand la source est un secteur industriel commandé par des leviers qui ne sont pas tous dans la salle d'opération. Par contre, les accumulateurs ont le désavantage de se décharger progressivement et le courant risque fort de varier d'intensité durant la séance surtout si la batterie n'a pas été fraîchement rechargée.

L'*intensité* du courant employé a beaucoup varié, de 5 à 100 milliampères. Naturellement, au début, il ne pouvait s'agir que de tâtonnements. Finney se sert de courants d'intensité moyenne de 50 à 75 milliampères, souvent beaucoup moins ; il déconseille l'emploi de courants plus forts; car, au moins une fois, dans son premier cas, avec un courant d'intensité supposée pas supérieure à 50 milliampères, il y eut brûlure de la paroi du sac avec gangrène consécutive et mort par hémorragie. Toutefois, il y a lieu de se demander si, dans ce cas, il n'y a point eu erreur dans l'évaluation de l'intensité du courant, car les expériences nombreuses de Lusk n'ont montré rien de pareil avec des intensités de 100 milliampères. Freeman insiste sur l'importance qu'il y a à ne pas augmenter trop vite l'intensité du courant, ce qui, selon lui, amène une trop vive excitation des pneumogastriques et des phénomènes syncopaux. Lusk conseille d'élever progressivement, en deux minutes, l'intensité à 100 milliampères, de maintenir cette force pendant un quart d'heure, puis d'abaisser successivement à 50, 40 et 30 milliampères, chacune de ces intensités étant aussi maintenue pendant un quart d'heure, de telle sorte que la durée totale de la séance électrique est d'une heure. Cette longueur totale est aussi celle admise par Finney qui, cependant, dans quelques cas, a prolongé l'électrolyse pendant deux heures sans le moindre inconvénient (toutefois avec des intensités moindres que celles préconisées par Lusk). Les expériences de Lusk sur le chien, au nombre de 34, prouvent que lorsqu'on part avec 100 milliampères, le dépôt de fibrine sur le fil est plus considérable et plus ferme là où l'endartère a été traumatisé que dans l'intervalle. Il en est de même chez l'homme ; dans trois cas opérés de cette façon par Lusk la diminution de la pulsation dans la poche fut manifeste dès la huitième heure après l'intervention, tandis que dans un cas antérieur où le maximum d'intensité appliqué n'avait été que de 75 milliampères le même phénomène ne se produisit qu'au dixième jour.

L'électrode négative est une large pièce de feutre mesurant 30 centimètres sur 25 doublée sur sa face qui ne repose pas sur la peau d'une feuille de caoutchouc et placée sur le dos du malade après avoir été imbibée d'une solution de sel à 10 p. 100. Elle doit correspondre à la zone anévrismale, recouvrir et dépasser celle-ci. Les dimensions de cette électrode, sa position et la position du fil la rattachant au pôle négatif influent grandement sur la manière dont le caillot se forme et se dépose à l'intérieur du sac. Avec une petite électrode, le caillot est irrégulier; avec une électrode à grande surface, il est beaucoup meilleur. Comme le courant passe à travers le corps avec intensité maxima suivant la ligne de la plus courte distance entre les pôles, on s'explique facilement ces résultats et aussi pourquoi il faut établir le contact avec le fil négatif au centre même de l'électrode, centre qui doit sensiblement correspondre au centre de la zone anévrismale. On s'imagine assez difficilement pourquoi Beardsley plaça l'électrode négative au-dessous des fesses de son malade.

Le pôle négatif est plus marqué par des phénomènes de dissolution que par de la coagulation. Dans une expérience de Lusk, on intervertit le courant dès le début de l'application : pôle négatif au fil, pôle positif au dos; aucun effet, ni brûlure de l'endartère, ni dépôt de fibrine, ne se produisit. Dans un cas déjà ancien, Abbe, après avoir appliqué le courant de la manière ordinaire pendant une heure, intervertit les pôles dans un but dont il est assez difficile de se rendre compte. La dissolution du caillot déjà formé fut très vraisemblablement le résultat de cette manœuvre ; en tout cas, l'intervention ne donna absolument rien et le malade mourut le lendemain. Il en fut absolument de même dans un cas plus récent de Griffiths, où le courant fut interverti dès le début de son passage. La mort survint en quelques heures.

Pour *introduire l'aiguille*, on ne choisit pas l'endroit le plus proéminent de la tumeur, car c'est invariablement un des points les plus amincis. Au contraire, on cherche un point où la paroi est épaisse. Dans les anévrismes abdominaux, l'introduction de l'aiguille ne peut se faire qu'après laparotomie, sous anesthésie locale si possible; Loreta a reproché à cette mise à nu de la tumeur d'exposer à la rupture, ce qui paraît un peu exagéré. Dans les anévrismes thoraciques, l'introduction est en général très facile et se fait directement à travers la paroi ou après que l'on a fait à celle-ci une petite incision. Dans un cas de Finney, celui-ci eut à réséquer la presque totalité du sternum, tous les cartilages costaux droits et une partie des gauches avant d'oser insérer l'aiguille dans le sac, tellement ce dernier était voisin du cœur. Mais pareille éventualité est exceptionnelle; d'ordinaire, la poche fait déjà saillie sous la peau et la mise en place de l'aiguille n'offre point de difficultés. Finney recommande de dévier fortement la peau d'un côté avant d'introduire l'aiguille, afin que lorsqu'on retirera celle-ci la piqûre de la peau et celle de la paroi anévrismale ne correspondent point.

L'aiguille est poussée lentement jusqu'à ce que le sang en jaillisse en jets synchrones aux battements du pouls. Parfois, surtout lorsque la séance n'est pas la première, il n'y a point d'hémorragie tout d'abord; on a la sensation de passer à travers du caillot mou. On arrête l'écoulement de sang en bou-

chant l'aiguille avec le doigt et l'on introduit le fil. Finney préfère introduire le fil dans l'aiguille avant de pousser celle-ci. Cette manière de faire diminue l'hémorragie, mais ne la supprime pas entièrement. Cependant, même si le sang s'écoule en quantité notable entre l'aiguille et le fil (ce qui ne doit pas arriver si les deux sont correctement calibrés), cette hémorragie s'arrête dès que l'intensité du courant atteint 50 milliampères. Si l'on prévoit que la poche est profonde et qu'il faudra par conséquent introduire presque toute la longueur de l'aiguille, il est prudent de piquer celle-ci avant son introduction à travers un petit morceau de caoutchouc qui isolera sa garde de la peau et empêchera une brûlure électrolytique de celle-ci, qui sans cette précaution ne manquerait point de s'ensuivre. Un isolement imparfait de l'aiguille elle-même produit une brûlure analogue dans la profondeur, éventualité très regrettable, car dans les quelques observations où elle s'est produite, elle a été invariablement suivie de sphacèle de la portion brûlée avec mort par hémorragie externe répétée ou foudroyante.

Lorsque le fil pénètre dans la poche trop facilement, sans donner la sensation de rencontrer une surface sur laquelle il frotte, cela prouve que le diamètre des anses de fil est trop petit pour les dimensions du sac; Lusk propose de tordre une ou deux fois, toujours dans le même sens, la partie extérieure du fil; grâce à l'élasticité de ce dernier, cette torsion se traduit à l'intérieur du sac par un changement de position des anses déjà introduites qui, de ce fait, deviennent plus grandes. Lorsque, au contraire, on éprouve une forte résistance à l'introduction du fil, cela démontre que les anses sont trop grandes pour le diamètre de la poche. Dans un cas de ce genre, Lusk essaya aussi la torsion de la portion extérieure du fil, pour tâcher de changer l'orientation de la partie déjà introduite ; mais celle-ci était trop solidement fixée à l'intérieur et la torsion ne produisit rien. De trop grandes anses, si le fil est gros, pourraient déterminer par pression l'ulcération des parois de la poche; aussi y a-t-il toujours avantage à se servir d'un fil très fin (numéro 29) qui est assez flexible pour s'adapter sans violence au contour de la paroi, même quand les anses ont été faites un peu trop grandes et avec lequel il n'y a pas à craindre de nécrose par pression de la paroi. Un fil de cette finesse roulé en cercles d'un diamètre de 11 à 13 centimètres s'enroule parfaitement à l'intérieur d'un ballon de verre de 9 centimètres de diamètre. Un fil plus gros ne donne pas la même latitude.

Quand le fil est relié à la source électrique, il est bon de placer au-dessous une feuille de caoutchouc; cela peut éviter des courts-circuits et des secousses désagréables.

Une fois la séance d'électrolyse terminée, on décolle, par de petits mouvements de va-et-vient très légers, l'aiguille du fil auquel elle adhère à cause du caillot qui s'est formé entre les deux. De même, on décolle l'aiguille des tissus environnants, par de petits mouvements de rotation. Puis on retire l'aiguille des tissus. Si l'on se sert d'une aiguille émaillée, il faut la faire glisser le long du fil sans la désenfiler complètement, afin de pouvoir se servir du tronçon de fil qui reste à l'intérieur pour nettoyer la lumière. Si, en effet, on enlève le fil d'abord et qu'on essaye de le réintroduire après, on tasse le caillot dans l'étroite lumière de l'aiguille, dont il ne peut plus être extrait après que par forage et destruction de l'émail protecteur. Il faut d'abord plonger l'aiguille et le fil qu'elle contient dans de l'eau froide, puis imprimer au fil un mouvement de va-et-vient de manière à nettoyer l'aiguille.

Pour retirer l'aiguille des tissus, on procède de la façon suivante. On commence par tirer très légèrement sur le fil qui est dans la poche, de manière à amener la portion qui était juste au-dessous de la pointe de l'aiguille et qui maintenant est revêtue d'une couche de fibrine, dans le trajet de pénétration de l'aiguille dans la poche, où il fera bouchon s'opposant à l'hémorragie. Une légère résistance sentie par le doigt annonce que le but a été atteint. Alors on prend une paire de ciseaux courbes dont on applique la convexité sur la peau; on déprime celle-ci autant qu'on peut et l'on coupe le fil. Si l'on a eu soin au début de dévier la peau d'un côté, elle reprend alors sa place normale en recouvrant complètement le fil. Généralement il n'y a point d'hémorragie, ou elle est minime et s'arrête facilement par la compression sous un pansement occlusif. Si, toutefois, elle semblait inquiétante après l'enlèvement de l'aiguille, Lusk conseille, avant de couper le fil, de faire repasser un courant de 50 milliampères pendant cinq ou dix minutes à travers ce même fil qui n'est plus alors isolé des tissus avoisinants. La légère brûlure électrolytique ainsi produite est suffisante pour arrêter le saignement dans tous les cas. Dans les expériences de Lusk sur l'aorte abdominale saine du chien, l'hémorragie fut toujours considérable au moment de l'enlèvement de l'aiguille mais fut régulièrement arrêtée par 50 milliampères pendant trois minutes. Jamais plus de neuf minutes ne furent nécessaires.

Il nous semble que l'on pourrait réaliser une technique à la fois scientifique et simple en combinant l'aiguille et la manière d'enrouler le fil de Finney avec le fil et le mode d'application du courant de Lusk.

Dans la plupart des cas, l'opération est entreprise d'urgence, et l'on n'a pas le temps de faire une longue préparation qui n'est d'ailleurs pas nécessaire. Cependant, dans quelques cas moins pressés, différents opérateurs, en particulier Finney, ont institué un traitement préliminaire, repos, iodure, injections de sérum gélatiné, qui semble avoir eu une heureuse influence.

Par contre, tous les auteurs sont d'accord sur l'importance de *maintenir les malades dans un état de repos complet* pendant une période assez longue, quatre semaines au moins et, mieux, huit semaines après l'intervention. Des injections de sérum gélatiné ont quelquefois été données avec avantage pendant cette période. On a aussi souvent maintenu un sachet de glace sur la région précordiale pendant

les premiers jours après l'opération. La valeur de ces mesures de précaution est soulignée par le contraste entre les résultats obtenus dans ces conditions et ceux observés chez des malades indociles qui, forts du soulagement immédiat causé par l'opération dans la plupart des cas, se considèrent comme guéris et insistent pour se lever et aller travailler.

IV

ACCIDENTS ET INCIDENTS. — Ils ne sont point nombreux et le caractère de l'opération est loin d'être aussi hasardeux qu'il pourrait le paraître à première vue. En fait, Finney déclare cette méthode sans danger; Hare qui l'a pratiquée 26 fois est un médecin, non pas un chirurgien; il n'a jamais eu d'accidents et aucun de ceux qui ont employé le wiring ne semble en avoir eu. Les incidents dus à une faute de technique, infection, hématome, brûlure, nécrose, ont été énumérés chemin faisant, en même temps qu'était indiquée la manière de s'en garer.

L'*égarement du fil dans un diverticule du sac, ou dans l'aorte* vers le cœur, est un accident possible, mais rare. Dans le premier cas américain de wiring (simple sans électrolyse), Ransohoff, à la première séance, vit son malade subitement pris d'accidents syncopaux qui obligèrent à interrompre l'opération; deux semaines après Ransohoff fit une autre séance. Le malade mourut huit jours après et, à l'autopsie, les accidents syncopaux furent expliqués par ce fait que le fil avait glissé dans l'aorte jusqu'aux valves aortiques du cœur. Cet accident n'est donc pas mortel, ainsi que le démontre un autre cas de Parham où, à l'autopsie, quarante-cinq jours après l'opération, on trouva le fil remonté dans l'aorte jusqu'aux valvules aortiques sur lesquelles le bout du fil avait laissé une empreinte ecchymotique. La simple présence d'anses dans l'aorte elle-même ne semble point occasionner de symptômes; dans un cas de Finney, on trouva des anses métalliques descendues jusqu'au niveau de l'origine du tronc cœliaque et des artères rénales. Dans un cas de Griffiths, il y avait deux anses dans l'aorte.

L'*embolie* est un autre accident possible. Il semblerait même, *a priori*, devoir être fréquent. Il est certain que toute technique qui aboutirait seulement à un tassement central du fil dans la cavité anévrismale avec formation de caillot mou, sans fibrine stratifiée solide et sans irritation proliférative de l'endartère, inviterait trop facilement une embolie. De fait l'embolie n'est signalée que dans deux observations : dans un cas de Stewart, rapporté par Salinger, il y eut embolie cérébrale le troisième jour, avec hémiplégie et aphasie transitoires; le malade guérit. Dans un autre cas, rapporté par Finney, l'opérateur était lui-même un médecin qui avait été guéri d'un anévrisme thoracique par un wiring exécuté par Finney; pendant qu'il procédait à la même opération sur un de ses malades, celui-ci ressentit une douleur vive et soudaine dans le bras gauche. L'avant-bras se gangrena et il fallut amputer au coude. Le malade guérit et se déclarait fort satisfait, préférant un seul bras avec un anévrisme silencieux à deux bras avec un anévrisme en évolution; ce qui somme toute nous paraît, en l'espèce, une assez saine philosophie. Enfin il se peut qu'une embolie ait été la cause de la mort dans le cas déjà ancien de Roosevelt où il y eut gangrène d'un orteil.

V

STATISTIQUE ET RÉSULTATS. — Nous avons trouvé environ 75 observations dans lesquelles des détails suffisants sont donnés. Deux choses frappent surtout dans cette statistique : la prépondérance énorme du sexe masculin; il n'y a qu'une seule femme dans la série entière; et la proportion élevée de sujets jeunes, près d'un tiers étant au-dessous de quarante ans, et 5 ou 6 cas seulement au-dessus de cinquante ans. C'est qu'en effet la proportion des anévrismes pour lesquels une origine traumatique (effort exagéré avec sensation de craquement dans la poitrine et dyspnée immédiate, contusion violente ou écrasement du thorax) y est assez élevée. Mais on retrouve aussi les antécédents ordinaires dans la plupart des cas. Dans la statistique de Finney, la syphilis est avouée dans la moitié des cas et, parmi ceux niant toute infection, un certain nombre ont une réaction de Wassermann positive. La plupart des malades étaient de grands buveurs et beaucoup faisaient une consommation exagérée de tabac.

Les RÉSULTATS IMMÉDIATS sont très généralement satisfaisants. La mortalité sur la table d'opération a été nulle jusqu'à présent, bien qu'il y ait eu parfois des accidents syncopaux par excitation trop forte des pneumogastriques. La mort rapide après l'intervention (dans la première semaine) se voit dans à peu près 1/7 du total des cas, mais ne figure pas dans les statistiques de ceux qui ont eu des séries un peu longues, preuve, ou que ces morts rapides sont évitables avec une bonne technique ou que les opérateurs apprennent à mieux choisir leurs cas. Cependant cette dernière hypothèse ne semble pas la bonne, car Finney et Hare n'ont refusé un wiring à aucun malade, quelque désespéré que parût son état. Trois ou quatre fois seulement (dans le premier cas de Finney notamment), l'intervention peut être accusée d'avoir hâté la fin.

La *sédation de la douleur* souvent si pénible et angoissante dans les anévrismes thoraciques et dans ceux de l'aorte abdominale, est pour ainsi dire constante après wiring; elle ne manque que dans quelques observations. Souvent cette sédation est immédiate et commence dès l'introduction du fil : ceci est évidemment d'origine réflexe, probablement dû à un mécanisme analogue à celui du réflexe d'Abrams (la percussion de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale détermine une contraction réflexe du sac des anévrismes de la crosse de l'aorte, Abrams a érigé cette manière de faire en méthode de traitement, et des succès ont été publiés). Le soulagement continue et s'accentue pendant et après la séance électrique; de même la dyspnée qui, dans bien des cas, disparaît. Cette amélioration est si fréquente qu'aux yeux de Finney elle justifierait le wiring, quand bien même celui-ci ne donnerait pas d'autre résultat. Ce rôle du wiring est bien mis en évidence dans une observation de Finney; le

malade était un médecin atteint d'anévrisme de l'aorte abdominale que Halsted traita d'abord en plaçant une de ses bandes métalliques de constriction; le foyer de l'opération s'infecta et les douleurs devinrent si vives que l'on eut recours au wiring; celui-ci fit bien cesser les douleurs, mais l'infection progressa et le malade mourut. A l'autopsie on trouva l'anévrisme guéri.

En même temps, dans bien des cas, il y a *diminution de la violence des pulsations de la poche.* Ceci aussi a été noté dès le milieu de la séance de traitement. Plus fréquemment, elle a été observée moins de huit heures après l'opération; quelquefois, elle s'est fait attendre plusieurs jours. D'autres fois, elle ne se produit pas et la sédation de la douleur n'est pas accompagnée de modifications appréciables des signes physiques.

Un peu plus tard, il y a rétraction de la poche dans les cas les plus favorables. Dans un cas de Hare, au moment de l'opération, la partie externe de la poche était énorme et la paroi si amincie qu'elle transsudait du sérum sanguinolent; cependant, après le wiring, elle diminua au tiers de ses dimensions antérieures et, quatre mois après l'opération, le malade était en bon état. D'autres fois, la rétraction de la poche ne se produit pas, bien que les signes fonctionnels restent améliorés.

Ces bons effets ne sont le plus souvent que temporaires et l'on peut être obligé de renouveler le traitement. Environ un tiers des cas ont été ainsi traités plusieurs fois. Un cas de Hare fut « wired » quatre fois. Dans un cas de Finney, deux wirings avec électrolyse n'empêchèrent pas la poche d'augmenter; une troisième introduction de fil, sans galvanisme, faite d'urgence au lit même du malade, arrêta l'évolution et amena la rétraction de la poche (1).

Au point de vue des RÉSULTATS ÉLOIGNÉS, il ne faut évidemment point s'attendre à une très forte proportion de longues survies, considérant la nature de l'affection et le fait que, dans la plupart des cas, l'opération n'a été tentée que comme une suprême ressource chez des malades épuisés par la souffrance et en imminence de mort par suffocation ou rupture. La considération des cas où la survie est indiquée donne les résultats suivants :

Survie d'un à sept jours	10
Survie de sept jours à un mois....	10
Survie d'un à trois mois	7
Survie de trois mois à un an......	16
Survie de plus d'un an...........	10

De plus, il y a certains cas de Finney qui n'ont pas été suivis, mais qui étaient en bon état à leur sortie de l'hôpital, un mois, deux mois, trois mois, quatre mois, cinq mois, six mois après l'opération, et quatre cas de Lusk et un de Willy-Meyer qui sont trop récents pour que l'on puisse estimer le résultat final. Les plus longues survies sont comme suit :

Vingt-sept mois (Hare), malade encore vivant.

Trois ans et demi (Kerr); aux dernières nouvelles, l'opéré exerçait la profession de paveur.

Trois ans (Hare); mort de pneumonie alcoolique.

Trois ans et demi (Stewart et Salinger); mort de thrombose cérébrale.

Plus de quatre ans (Finney).

Sept ans et demi (Jones), après lesquels l'opportunité d'un nouveau wiring était discutée.

Onze ans huit mois (Rosenstirn); dix ans après le wiring, le malade était colonel d'un régiment de volontaires.

La mort fut due le plus souvent à la rupture, plus rarement à la dyspnée progressive; une fois, dans un cas déjà cité, elle fut due à une infection préexistante, tandis que l'anévrisme fut guéri.

On peut résumer ces résultats en disant que l'opération a quelquefois hâté la mort, mais rarement, qu'elle a donné un soulagement à presque tous et qu'elle en a guéri quelques-uns. C'est là un bilan encourageant.

VI

INDICATIONS. — Le wiring est actuellement considéré en Amérique comme la seule méthode qui ait quelques chances de succès dans le traitement des anévrismes inopérables (1). Naturellement, les progrès de la chirurgie vasculaire ont reculé la limite d'opérabilité. Dans la statistique de wiring il y a des anévrismes de l'aorte thoracique et abdominale, de la splénique, de la mésentérique supérieure, du tronc cœliaque, du tronc brachio-céphalique, de la sous-clavière. Il nous semble que les anévrismes thoraciques seront ceux qui resteront le plus longtemps justiciables du wiring. Finney fait observer que ses premiers cas étaient presque tous des cas abdominaux, ses derniers des cas thoraciques. Il n'y a pas de contre-indications; la douleur vive peut être regardée comme une indication spéciale.

Naturellement, l'état de la paroi artérielle est très important en vue du résultat que l'on est autorisé à espérer. Si la paroi est bonne, sauf en un point, comme par exemple en cas d'anévrisme traumatique chez un sujet jeune, le renforcement du point défectueux peut amener la guérison (2). Si, au contraire, la paroi artérielle est malade en de nombreux points, le problème ressemble beaucoup à la réparation d'un vieux tuyau de caoutchouc usé. Si l'on renforce un point, un autre cède à côté. En effet, dans plusieurs observations, on voit signalé ce fait que, peu après que la tumeur primitive avait diminué, on vit une bosselure se développer en un point voisin. Cela est d'autant plus probable que, malgré les dénégations de Freeman, le renforcement d'un point change la direction du courant et peut amener le point de choc systolique maximum sur un autre point, peut-être déjà altéré et incapable de résister au surcroît de pression.

---

(1) Un certain nombre de cas traités ainsi ont donné de très beaux succès. Tel un cas d'Anders et de Mann où la survie fut de plusieurs années. Il nous semble que l'explication de ces cas réside dans un grattage de l'endartère par le bout du fil. C'est en somme un « needling » de Macewen accidentel.

(1) Cette opinion a aussi été exprimée récemment en Angleterre par d'Arcy Power.

(2) Cas de Rosenstirn, cité plus haut.

On s'accorde généralement à reconnaître que le wiring n'est appliquable qu'aux anévrismes sacciformes. Cela est vrai si l'on ne songe qu'à remplir la poche de caillots. Mais si l'on cherche et réussit à barder l'endartère à la manière de Lusk, sans oblitération de la lumière centrale du vaisseau, on ne voit pas pourquoi la méthode ne pourrait aussi servir pour les variétés fusiformes. De fait, il y a des anévrismes fusiformes parmi les cas traités avec succès (cas de Kerr par exemple).

BIBLIOGRAPHIE

ABBE. *Med. news*, 1887.
ANDERS et MANN. *Trans. Coll. Phys. Philadelphia* 1908, t. XXX.
BALLANCE. *Lancet*, 1er oct. 1904, p. 939.
BARLING. *Lancet*, 1912, t. I, p. 1999.
BARWELL. *Lancet*, 5 juin 1886, p. 1058.
BEARSDLEY. *Ther. Gaz.*, mars 1911.
BURRESI-CORRADI. *Lo Sperimentale*, avril 1879, p. 445.
CORSON. *Philadelphia med. Journ.*, 4 mars 1899, p. 511.
DALAND. *Pennsylvania med. Journ.*, 1903-1904, p. 134.
DE FOREST WILLARD. *Ann. surg.*, t. XXXIV, 1901, p. 143; t. XXXV, 1902, p. 128.
ESHNER. *Amer. Journ. med. sciences*, t. CXL, 1910, p. 496.
FINNEY. *Ann. surg.*, t. LV, 1912, p. 668.
FREEMAN. *Trans. amer. surg. Assoc.*, 1901.
GRIFFITHS. *Lancet*, 12 août 1905, p. 442.
HARE. *Therap. Gaz.*, 1898, p. 203; 1900, p. 9; 1900, p. 510; 1903, p. 19; 1905, p. 433; — *Journ. amer. med. Assoc.*, 6 avril 1912, p. 1088.
HERSHEY. *Therap. Gaz.*, 1896, p. 510.
HUNNER. *Johns Hopkins hosp. Bull.*, 1900, p. 263.
KERR. *Occidental med. Times*, 1889, p. 1.
LUSK. *Ann. surg.*, juin 1912, p. 789; mars 1913.
MATAS. *Amer. med.*, 1901, p. 546.
MAUNSELL. *Brit. med. Journ.*, 18 juin 1904, p. 1421.
MOORE. *Med. chir. Trans.*, 1864, p. 129.
NEFF. In HUNNER et cité par ESHNER.
NOBLE. *Phil. med. Journ.*, 25 juin 1898, p. 1203.
PARHAM. Cité par MATAS.
RANSOHOFF. *Med. news*, 29 mai 1886.
REEVE. *Ann. surg.*, 1899, t. XXX, p. 704.
ROOSEVELT. *Med. news*, 1887, p. 397.
ROSENSTIRN. *Amer. Journ. med. sciences*, t. CI, 1891, p. 55.
RUSS. *Occidental med. Times*, 1903, p. 284.
SALINGER. *Therap. Gaz.*, 1903, p. 438.
STEWART. *Phil. med. Journ.*, 12 nov. 1898, p. 1011.
TORRANCE. *Alabama med. Journ.*, 1905-1906, p. 487.
Willy MEYER. *Ann. surg.*, mars 1913.

CORRESPONDANCE

UN PROCÉDÉ DE RÉDUCTION A PROPOS DES LUXATIONS DES DOIGTS

Monsieur et honoré confrère,

Je me permets de soumettre à votre appréciation la technique d'un procédé qui, s'il n'a pas grande valeur au point de vue scientifique, n'en présente pas moins, je crois, pour les praticiens un certain intérêt.

Les luxations des doigts, en particulier celles du pouce, peuvent être citées parmi les cas ennuyeux de la pratique journalière. Dans les cas récents, la réduction s'obtient parfois facilement. Le plus souvent, le patient ne vient consulter que quelques jours après l'accident, après avoir épuisé les diverses médications à sa connaissance, sangsues, compresses chaudes, frictions diverses, massage, etc. Pendant ce temps le doigt s'est œdématié, les ligaments glénoïdiens se sont rétractés, et bien des praticiens, après des tentatives laborieuses de réduction, hésitant à recourir à diverses opérations chirurgicales, ont dû abandonner la partie et laisser le doigt déformé en témoignage de leur impuissance. Beaucoup n'ont pas dans leur arsenal la pince de Farabeuf; cet instrument donne parfois des déboires; les procédés opératoires de Verneuil, de Jalaguier, de Farabeuf, immobilisent le doigt un certain laps de temps.

Le procédé que j'emploie a pour lui sa simplicité. Il peut être pratiqué par tout et par tous sans demander d'aptitude chirurgicale spéciale. Il consiste à embrocher à l'aide d'un foret, d'un clou, d'une vis, l'extrémité de la phalange luxée suivant la méthode que Godiville et Steidmann préconisent dans la réduction des fractures. Cette broche permet d'exercer des tractions très fortes au point le plus proche de l'articulation, et cela sans élonger les tissus et les ligaments, ce qui favorise singulièrement la réduction.

Un peu de novocaïne rend cette intervention indolore.

J'ai employé trois fois avec plein succès ce procédé. Voici les observations :

1. Homme, trente-cinq ans, fait une chute de bicyclette et se luxe la phalangette du pouce droit en arrière; un de mes confrères, après de vains efforts pour obtenir la réduction, me l'amène. A l'aide de la pince de Farabeuf nous essayons le procédé classique : l'instrument dérape. Le sujet est endormi à l'éther. Même insuccès malgré la résolution complète des muscles; l'idée me vint d'employer le procédé précédemment décrit; après désinfection de la peau à la teinture d'iode, je ponctionne la peau au niveau de la tête de la phalangette, je transperce cet os avec un foret flambé; tandis que mon confrère fait de la contre-extension avec le doigt placé dans l'espace interdigital, je pratique la réduction avec une très grande aisance.

2. Homme, cinquante et un ans, s'est luxé la phalange de l'auriculaire droit en avant en tombant dans un escalier. Il fut soigné par un masseur durant un mois, puis vint me consulter. Quelques tentatives de réduction ne donnent aucun résultat. Après désinfection à la teinture d'iode, j'injecte de chaque côté du doigt un centimètre cube de novocaïne au 1/50; ponction de la peau au bistouri, embrochement de la tête de la phalangine à l'aide d'un foret. Après quelques tractions la luxation est réduite sans peine et sans douleur.

3. Femme, cinquante-neuf ans, entre à l'hôpital pour un panaris; en examinant la main on trouve une luxation en arrière de la phalangette du pouce datant de trois mois; cette femme très pusillanime demande à être anesthésiée pour l'incision du panaris; anesthésie à l'éther, réduction de la luxation suivant la technique; elle fut très facile.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr DESCARPENTRIES
(de Roubaix).

LIVRES NOUVEAUX

Ce qu'il ne faut pas faire dans les affections du nez, de la gorge et des oreilles (1), par le docteur BOSVIEL.

Ce petit volume fait partie d'une collection essentiellement pratique. Mettre en garde le praticien contre des manœuvres qu'il est tenté de faire plutôt que de confier son malade à un spécialiste. L'ouvrage fait suite à la connaissance des préjugés en oto-rhino-laryngologie. L'analyser n'est pas facile, car il constitue un répertoire de la plupart de ces affections spéciales et donne avec une très grande précision la marche à suivre dans chaque cas et surtout les fautes à éviter. C'est dire qu'on aura à tout instant besoin de le consulter et que

(1) In-8°. — Paris, Maloine.

tout médecin qui soigne des enfants devra le tenir à portée de sa main. C'est cette pensée qui a conduit M. Comby à en écrire une préface tout à fait de circonstance.

L'énumération des diverses maladies du nez, de la gorge et des oreilles, est forcément longue et fastidieuse; mais l'auteur nous a habitués à ne pas nous rebuter de ces difficultés; son style chaud et varié en rend la lecture des plus agréables, c'est un récidiviste de ces tours de force. J. FERRAND.

Inspection, palpation, percussion, auscultation. Leur pratique en clinique médicale (1), par le docteur M. LETULLE.

Ce manuel de technique contient 106 figures représentant les diverses façons de pratiquer l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation des poumons, du cœur, des vaisseaux, du foie, de la rate, de l'estomac et des reins. Ces figures montrent quelles sont les attitudes les plus favorables pour le patient et le médecin ; elles précisent les mouvements indispensables et permettent ainsi à l'étudiant d'adopter d'emblée, dès les premiers examens qu'il pratiquera au lit du malade, une bonne méthode seule capable d'être féconde dans les investigations cliniques. B. GAYARD.

Manuel de diagnostic et de traitement de la tuberculose pulmonaire (Taschenbuch der Diagnostik und Therapie der Lungentuberkulose (2), par H. GERHARTZ.

Ce petit livre s'adresse aux praticiens et aux étudiants déjà instruits. L'auteur y a rassemblé tout d'abord les procédés de diagnostic de la tuberculose pulmonaire; procédés de diagnostic biologique : cuti-réaction, intradermo-réaction, ophtalmo-réaction, bactérioscopie, inoculation; procédés de diagnostic purement cliniques : signes extrapulmonaires, habitus extérieur, malformations thoraciques, adénopathies; signes pulmonaires proprement dits; radioscopie et radiographie. Après une revue rapide des différents aspects cliniques de la tuberculose pulmonaire et de ses complications, l'auteur passe à l'hygiène et au traitement des tuberculeux, ce qui constitue la moitié du volume : traitement à la maison et au sanatorium, traitement hygiénique et médicamenteux, traitement spécifique par les tuberculines et les sérums, traitement opératoire par le pneumothorax artificiel.

Des planches en couleur représentant les cuti et ophtalmo-réactions, les préparations de bacilles et de poumon tuberculeux, et d'autre part d'intéressantes reproductions de radiographies illustrent le texte.

Cet ouvrage est une mise au point précise de la question du diagnostic et du traitement de la tuberculose pulmonaire tels qu'on les comprend à l'heure actuelle en Allemagne.

A. LEMIERRE.

Le Cœur et l'aorte. Etudes de radiologie clinique (3), par H. VAQUEZ et E. BORDET.

La séméiologie de l'appareil cardio-vasculaire s'est considérablement enrichie depuis qu'aux méthodes anciennes d'investigations, percussion, palpation, auscultation, se sont adjointes l'inscription graphique et la radiologie. Le domaine de cette dernière s'est en particulier considérablement agrandi depuis que la radiologie de précision a permis d'obtenir des images instantanées et non déformées du cœur représentant la configuration exacte et les contours vrais de l'organe. En donnant ainsi un signalement précis du cœur, en objectivant ses déformations pathologiques, la radiologie autorise à conclure à l'existence de telle ou telle lésion organique ou valvulaire.

Ce sont toutes les données relatives à ces sortes d'examen que les auteurs ont réunies en un volume qui sera utilement consulté et par les radiologistes et par les médecins.

B. GAYARD.

Grundriss der Dermatologie (1), par le docteur J. DARIER. Traduit du français par K. G. ZWICK, avec remarques et additions de J. JADASSOHN.

Il faut applaudir à l'idée qu'a eue M. Zwick de traduire en allemand l'excellent livre de M. Darier. Comme le fait remarquer M. Jadassohn dans la préface qu'il a consacrée à ce livre, il subsiste encore, malgré la diffusion de la science, des manières d'envisager la pathologie, qui diffèrent d'un pays à l'autre ; et il est intéressant de présenter au public allemand l'œuvre d'un esprit aussi original que M. Darier. Avec l'assentiment de l'auteur français, M. Jadassohn a intercalé dans le texte des remarques, dont aucune n'a le caractère d'une critique mais qui sont, soit l'exposé d'une conception personnelle, soit le rappel d'une idée plus généralement admise en Allemagne. A ce point de vue, la traduction allemande du livre de M. Darier peut intéresser aussi le lecteur français.

A. LEMIERRE.

Les Régimes alimentaires dans les maladies des voies digestives et de la nutrition (2), par HAMAIDE et NIGAY.

Ce manuel succint et pratique de régimes alimentaires comprend, en outre, une notice complémentaire sur le traitement hydro-minéral des maladies des voies digestives par le docteur A. Mathieu, et un chapitre d'indications hydrologiques dans les maladies de la nutrition par le docteur Marcel Labbé. B. GAYARD.

Puériculture et pouponnières (3), par le docteur R. RAIMONDI.

Dans ce petit livre qui résume son expérience personnelle, l'auteur, médecin en chef de l'institut de puériculture de Porchefontaine, étudie successivement : l'organisation médicale d'une pouponnière, l'organisation médicale d'une colonie pour l'élevage mercenaire, le fonctionnement du pavillon d'enseignement d'un institut de puériculture, le lait animal, la cuisine de laits et de régimes, et enfin les principes élémentaires d'élevage enseignés ou mis en pratique à Porchefontaine. B. GAYARD.

Formulaire des nouveaux remèdes (4), par le docteur G. BARDET, secrétaire général de la Société de thérapeutique.

Que dire d'un ouvrage qui en est à sa vingt-deuxième édition, sinon répéter l'adage connu : *vires acquirit eundo?* Aussi n'avons-nous point la prétention de faire ici l'éloge de l'ouvrage de M. Bardet, le nom de l'auteur étant d'ailleurs la meilleure garantie de la valeur du livre.

Encore convient-il de féliciter ledit auteur de ne point s'endormir sur ses lauriers et d'apporter constamment à son formulaire les modifications et les perfectionnements qu'il juge nécessaires. C'est ainsi que cette année la nouvelle édition a subi des changements importants soit dans la forme soit dans le fond; notons entre autres choses que vu l'importance de beaucoup de drogues nouvelles, M. Bardet s'est imposé de faire des résumés considérables de pharmacologie critique pour tous les médicaments qui en valaient réellement la peine.

C'est dire que ce formulaire continuera à rendre au méde-

(1) In-8, avec 106 figures expliquées et commentées. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un vol. de 200 pages. — Berlin et Vienne, Urban et Schwarzenberg.

(3) Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) Un vol. de 540 pages. — Berlin, Julius Springer.

(2) Paris, Bougault.

(3) Actualités médicales. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(4) In-8 de 362 pages (22e édition revue et corrigée). — Paris, O. Doin et fils.

cin, soucieux de la thérapeutique qu'il met en œuvre, tous les services qu'il lui a demandés dans le passé et qui ne lui ont jamais fait défaut. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Essai sur l'hygiène et la prophylaxie antituberculeuses au début du XXe siècle (1), par Nicole Girard-Maugin.

Les ravages causés par la tuberculose dans l'armée et la marine, dans les diverses professions civiles, à l'école même, imposent le devoir de lutter contre cette affection en enseignant l'hygiène au peuple. En Amérique, en Angleterre, cet enseignement surtout populaire est réalisé grâce aux conférences faites durant la semaine de santé et à l'action des nurses scolaires. En France, il y a beaucoup à créer dans cet ordre d'idées, et c'est ce qu'il est indispensable de faire que l'auteur expose dans cette utile étude. B. GAYARD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1912-1913

M. Gauvenet. Etude sur les syndromes ictériques. Pathogénie et classification. — M. Bonrepaux. De l'hémiplégie par plaie pénétrante de l'orbite. — M. Duviau. Contribution à l'étude du vertige stomacal. — M. Doré. De l'état antérieur du blessé dans les accidents du travail. — M. Frahier. Etude de la pathogénie des kystes dermoïdes multiples de la cavité abdominale. — M. Le Gallen. Contribution à l'étude pharmacologique et thérapeutique de la théobromine. — M. Guillemet. Le signe des spinaux et le diagnostic des épanchements pleuraux. — M. Peltier. La mort dans le cancer du larynx. — M. Pons. Contribution à l'étude de la sphygmomanométrie directe. — M. Février. De la position genu-axillaire dans le traitement des luxations congénitales de la hanche. — M. Laveau. Méfaits sociaux de l'alcoolisme. — M. Verdollin. A propos de la méthode thérapeutique de l'enfumage iodé. — M. Théron. Contribution à l'étude du syndrome astasie-abasie. — M. Mondin. Des paralysies du membre supérieur consécutives à l'application de la bande d'Esmarch. — M. Dalger. Etat actuel et contribution à l'étude radiologique du cœur et du péricarde. — M. Chabiron. De la fréquence du sarcome dans le fibrome utérin. — M. Baillet. Traitement chirurgical des crises gastriques du tabes. — M. Brus. Du poids et de l'axe du cœur. — M. Guinaudeau. De l'épithélioma sur cicatrice de brûlures. — M. Marcard. Contribution à l'étude du spasme de l'accommodation chez l'enfant. — M. Merlo. Des ulcérations tuberculeuses de la bouche et du pharynx. — M. Proux. Contribution à l'étude du traitement sanglant de l'orchi-épididymite blennorragique. — M. Gabarit. Contribution à l'étude de la torsion spontanée du cordon spermatique chez l'homme. — M. Fragnaud. Résultats éloignés de la saphénectomie. — M. Perrot. Tuberculose du maxillaire inférieur chez l'enfant. — M. Pinsolle. Contribution à l'étude des kystes épidermiques de la paume de la main et des doigts. — M. Guianvarch De l'extirpation systématique des pectoraux dans le cancer du sein. — M. Hosteing. Contribution à l'étude de l'omoplate scaphoïde et de ses relations pathologiques. — M. Rudier. Le traitement du prolapsus du rectum chez l'enfant par la méthode de Thiersch. — M. Charrière. Les eaux sulfatées sodiques de Mias-Alvignac (Lot). Carlsbad français. — M. Levrier. Contribution à l'étude de la thérapeutique conservatrice dans les dacryocystites. — M. Holper. Contribution à l'étude du signe de Nikolsky et de sa pathogénie dans le pemphigus foliacé de Cazenave. — M. Bohec. Sur une technique chirurgicale de l'embryotomie comparée aux méthodes obstétricales classiques. — M. Dublanc. Epithélioma du col et grossesse. — M. Lafforgue. Kyste de l'ovaire et puerpéralité. — M. Forgues. Contribution à l'étude des exoascées pathogènes. — M. Billot. Contribution à l'étude étiologique d'un mal social, la tuberculose. — M. Dantin. De la sérothérapie dans les vomissements graves de la grossesse et les dermatoses gravido-toxiques. — M. Poey-Noguez. La syphilis dans une ville de province (Bayonne). — M. Grousset. Contribution à l'étude de l'étiologie du pemphigus chronique. — M. Raulx. De l'émasculation totale dans le cancer de la verge. — M. Rolland. Contribution à l'étude de la pathogénie du varicocèle. Son origine congénitale. — M. Cazaux. De l'orchidopexie chez l'enfant. — M. Duranthon. Contribution à l'étude de la salicylamide. — M. Dubourg. Diagnostic de l'adénopathie trachéobronchique tuberculeuse chez l'enfant. — M. Celles. Le laryngé supérieur. Anatomie. — M. Singer. De la ténonite séreuse rhumatismale. — M. Mazères. L'humidité dans les habitations, ses causes, ses effets, sa thérapeutique. — M. Brulé. Du bain carbo-gazeux naturel et artificiel. Ses indications dans les affections cardio-vasculaires. — M. Delalande. Rôle des glandes vasculaires sanguines dans la pathogénie du diabète. — M. Landry. Neurasthénie et psychasthénie. — M. Gautron. Le phlegmon périnéphrétique comme complication des suites de couches. — M. Ricou. De la dilatation bimanuelle de Bonnaire (accouchement méthodiquement rapide). — M. Ranvoizé. La médecine à la campagne. Son outillage. — M. Pradel. L'influence des changements de position du sujet dans l'examen physique du cœur. — M. Cayla. Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus. — M. Simonot. Etude toxicologique de quelques cas d'inondation expérimentale de l'organisme du chien par l'arsenic minéral. — M. Fontaine. Des épanchements pleuraux et péritonéaux relativement à la recherche des albumines. — M. Romefort. La fibrillation auriculaire dans ses rapports avec l'arythmie complète. — M. Eggimann. Valeur au point de vue du pronostic de l'ophtalmo-réaction dans les tuberculoses cliniques. — M. Poncet. Contribution à l'étude de la topographie cranio-encéphalique. — M. Carriou. De la cheilitis exfoliative. — M. Jardon. De la cystoscopie à vision directe selon les procédés modernes. — M. Rainant. De la cure du glaucome chronique par la sclérectomie simple perforante antérieure. — M. Stéfani. Les délires hystériques. — M. Darleguy. Etude clinique de la myotomie avec amyotrophie. — M. Bastide. Contribution à l'étude des boues végéto-minérales utilisées en France et en Allemagne. — M. Solier. Dax. Station hydro-minérale et climatique. — M. Goéré. Contribution à l'étude expérimentale et clinique du pouls veineux jugulaire. — M. Tach. A propos de deux observations de néphrite précoce chez des syphilitiques. — M. H. Fromaget. L'intra-dermo-réaction au glycocholate de soude dans la syphilis. — M. Belot. Contribution à l'étude du développement physique de l'enfant. — M. Bats. Du traitement de l'ophtalmie blennorragique de l'adulte par les vaporisations d'eau chaude. — M. Moré. Contribution à l'étude du début brusque de la fièvre typhoïde. — M. Grenier. Quelques documents concernant la durée de la gestation et le poids de l'enfant à terme. — M. Foucaud. Étude critique des procédés opératoires pour la création d'un vagin artificiel. — M. Condamine. Des abcès froids de la mamelle et de leur diagnostic. — M. Lamaison. De l'héliothérapie dans la tuberculose. — M. Dupuy. Des troubles nerveux dans les luxations congénitales de la hanche. — M. Maurin. Psoriasis et tuberculose inflammatoire. — M. Dufranc. Contribution à l'étude de la tuberculose rénale chez l'enfant. — M. Favreau. Suppuration des sacs herniaires et salpingo-ovarites. — M. Petit. Sur une variété de pseudo-hallucinations : les auto-représentations aperceptives. — M. Le Nestour. Extraction des corps étrangers sous le contrôle de la radioscopie. — M. Poey-Noguez. Quelques recherches sur la morbidité à la clinique obstétricale de la Faculté de Bordeaux. — M. Neau. Essai sur la contagiosité de la rougeole chez le nouveau-né et le nourrisson et ses allures cliniques. — M. Battesti. De la bradycardie ictérique. — M. Gasne. Mécanisme, pathogénie et traitement des scolioses.

(1) Paris, Masson et Cie.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicales, expérimentales et cliniques. — (N° 364, 25 août 1913.) Guido HOLZKNECHT : L'état actuel de l'examen radiographique de l'estomac et de l'intestin. — BELOT : Traitement radiothérapique du goitre exophtalmique.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 8, août 1913.) CHARUEL : Empoisonnement phalloïdien. Quatre observations. Considérations cliniques et thérapeutiques. — KERGROHEN : Notes sur quelques hôpitaux de l'Extrême-Orient et du Pacifique (*suite*). — GOÉRÉ : Le choléra de Ferryville (Tunisie) en 1911. Etude clinique et bactériologique (*suite*). — CAZAMIAN : Abcès du foie opéré ouvert secondairement dans l'estomac. Vaste ulcère par autodigestion de la paroi. Mort.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 juillet 1913.) SERGENT : L'opothérapie surrénale dans la tuberculose.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 28, 12 juillet 1913.) SABLÉ : Traitement de la fièvre typhoïde par le vaccin sensibilisé de Besredka. — (N° 29, 19 juillet.) SABLÉ : Traitement de la fièvre typhoïde par le vaccin sensibilisé de Besredka (*fin*). — (N° 30, 26 juillet.) A. BONNET-LABORDERIE : Considérations sur le diagnostic des hémorragies rétroplacentaires.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 28, 10 juillet 1913.) J. DE MEYER : Aperçu des méthodes modernes d'examen physiologique de l'appareil cardio-vasculaire chez l'homme. — (N° 29, 17 juillet.) TACQUIN : Le blanchissage du linge de corps. — J. DE MEYER : Aperçu des méthodes modernes d'examen physiologique de l'appareil cardio-vasculaire chez l'homme. — (N° 30, 24 juillet.) VAN NECK : Le traitement de la scoliose par la méthode d'Abbott. — J. DE MEYER : Aperçu des méthodes modernes d'examen physiologique de l'appareil cardio-vasculaire chez l'homme. — (N° 31, 31 juillet.) LE CLERC DANDOY : Néphrite chronique douloureuse. — J. DE MEYER : Aperçu des méthodes modernes d'examen physiologique de l'appareil cardio-vasculaire chez l'homme.

Journal médical français. — (N° 7, 15 juillet 1913.) ROUSSY : La biopsie et ses applications à la pratique médico-chirurgicale. — JACOBAEUS : Sur la laparoscopie et la thoracoscopie.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Juillet 1913.) DELAUNAY : Les relations du foie et de l'appareil thyro-parathyroïdien. — LE BLAYE : Angine de Vincent à forme gangréneuse.

Languedoc médico-chirurgical. — (N° 7, 25 juillet 1913.) R. POUX : Un cas de fièvre ondulante ou infection mélitococcique.

Lyon chirurgical. — (N° 7, 1er juillet 1913.) CADE, ROUBIER et MARTIN : Les sténoses non néoplasiques du côlon sigmoïdien et leurs relations avec le mégacôlon (4 fig.). — THÉVENOT : Phlegmon périnéphrétique ligneux de diagnostic clinique et causal difficile. — LERICHE : Comment faut-il réaliser l'exclusion du pylore et du duodénum.

Lyon médical. — (N° 29, 20 juillet 1913.) P. COURMONT et DURAND : Action des lavements de salvarsan sur certaines formes de tuberculose. — (N° 30, 27 juillet.) GALLAVARDIN et DUFOURT : Embolie de l'artère coronaire antérieure avec bradycardie à 22-28.

Montpellier médical. — (N° 30, 27 juillet 1913.) DE ROUVILLE (de Montpellier) : A propos de trois cas de tuberculose annexielle.

Paris médical. — (N° 33, 19 juillet 1913.) P. MULON : Les paraganglions ou glandes hypertensives. — A. COLLIN et GAUCHERY : Paralysie infantile à début méningé. — G. BLECHMANN : Doit-on ponctionner le péricarde? — E. ALBERT-WEIL : Traitement électrique des névralgies du trijumeau. — (N° 34, 26 juillet.) M. BOURCART : Les rapports de la veine cave inférieure avec les organes de la cavité pelvienne. — J. RIEUX : Les péricardites avec épanchement. — M. MIRAMOND DE LAROQUETTE : Sur la nutrition par la chaleur. — J. DUMONT : Cytologie pleurale.

Pédiatrie pratique. — (N° 19, 5 juillet 1913.) MILHIT : Diagnostic et traitement des pleurésies de l'enfance. — H. ROUÈCHE : Traitement et prophylaxie de la rougeole. — Mme NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH : L'appendicite chez les tout petits. Opération chez un enfant de seize mois. — (N° 20, 15 juillet.) MILHIT : Diagnostic et traitement des broncho-pneumonies et pneumonies de l'enfance. — TRIBOULET et DEBRÉ : Tuberculose intestinale et mésentérique sans localisations thoraciques chez un nourrisson. — D'ŒLSNITZ (de Nice) : Note sur les éléments d'appréciation des indications de l'intensité et de la durée utiles de la cure solaire dans les affections tuberculeuses de l'enfance. — OMBRÉDANNE : Traitement de l'appendicite. — (N° 21, 25 juillet.) PAISSEAU : Myxœdème. — BRIQUET : Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement de l'obésité infantile. — NOBÉCOURT et SAINT-GIRONS : Pleurésie purulente à pneumocoques du sommet droit chez un nourrisson. — BABONNEIX et BLECHMANN : Vomissements acétonémiques et encéphalite aiguë.

Presse médicale. — (N° 61, 26 juillet 1913.) HOUSSAY et BERUTI : Sur l'emploi de la médication hypophysaire comme agent entérocinétique. — BROCQ : Comment peut-on et doit-on à l'heure actuelle employer le salvarsan. — (N° 62, 30 juillet.) Ch. LESIEUR et J. MARCHAND : La submatité de la base droite (submatité rétro-hépatique) signe de fièvre typhoïde. Statistique portant sur 150 observations. — Léon FREY : Quelques mots d'orthodontie à l'usage des médecins.

Progrès médical. — (N° 29, 19 juillet 1913.) J. TINEL et PAPADATO : Etude anatomo-pathologique de la pachyméningite cervicale hypertrophique. — GOUGEROT : Les pyodermites et leur traitement. — PATEL : Ostéosarcome de l'extrémité supérieure du tibia. — (N° 30, 26 juillet 1913.) Maurice LŒPER : Sur le diagnostic des douleurs tardives.

Province médicale. — (N° 29, 19 juillet 1913.) J. CAREL et L. GALLAVARDIN (de Lyon) : Paralysie récurrentielle gauche et maladie mitrale. — E. MAUREL (de Toulouse) : De la masculinité comme caractère de l'eugénisme ou du dysgénisme. — (N° 30, 26 juillet.) Léon THÉVENOT : Calculs développés dans les formations diverticulaires annexées à la vessie et à l'urètre.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 29, 19 juillet 1913.) PHILIP : Hématome traumatique du larynx; organisation et transformation en une tumeur angio-fibreuse. — TRETROP : Un cas de lèpre naso-bucco-pharyngée. — (N° 30, 26 juillet.) BERTEMÈS : Hémiplégie palato-laryngée d'origine traumatique. — BRŒCKAERT : Moyen pratique pour éviter la formation de la buée sur les miroirs laryngiens.

Revue neurologique. — (N° 13, 15 juillet 1913.) ROUSSY et CLUNET : Lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow (3 fig.). — NOÏCA : Sur les réflexes tendineux et périostiques contralatéraux et les mouvements associés spasmodiques.

Semaine gynécologique. — (N° 28, 15 juillet 1913.) ENGEL : Le sérum-rhum. — (N° 29, 22 juillet.) BOULLAUD : Les missions esthétiques de la paroi abdominale.

Semaine médicale. — (N° 31, 30 juillet 1913.) La réaction de l'urobilinogène et sa valeur clinique dans les maladies infectieuses.

Tribune médicale. — (N° 7, juillet 1913.) HIRTZ : Les vieux emphysémateux semeurs de bacilles.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 14, 30 juillet.) A. BOURGEOIS : Ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur gauche chez un nouveau-né, avec complications de voisinage.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Triboulet, Belin, Lardennois, Proust, Auvray, Dujarier, Couvelaire, qui ont accepté ; Aubertin, Queyrat, Gandy, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 3 octobre. — Question donnée : « De la saignée aux plis du coude, technique, indications, complications. »

MM. Marassi, 16; Pitres, 12; Rougier, 9; Pescher, 17; Roy, 6; Vimal-Charrier de Fléchac, 14; Rebuffel, 8; Terris, 13 ; Sénéchal, 14; Mlle Pommay, 15 ; MM. Philippeau, 11; Placet, 12; Trétiakoff, 10; Potheau, 14; Trotsky, 13 1/2; Poincloux, 18; Walser, 19; Mlle Wolff, 19; MM. Savary, 11; Penther, 10.

Deuxième séance du 3 octobre. — Question donnée : « Signes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. »

MM. Roche, 8 ; Thibault (Réginald), 10 ; Peltier, 12; Rocheblave, 13 ; Thévenot, 8; Wickham, 9; Pichard du Page, 2 ; Salle, 16 1/2; Vannieuwenhuyse, 15; Rigolage, 8; Péril, 7; Salmon, 10; Parant, 1; Vallée, 6; Mlle de Saussines, 19; MM. Ruelle, 3; Rossignol, 15 ; Zviback, 2 1/2.

Anatomie. — Séance du 4 octobre. — Question donnée : « Muscles longs et courts péroniers latéraux. »

M. Geghre, 15 ; Mlle Gimbert, 10; MM. Froment, 19; Estrabaud, 13; Eustache, 1; Galland, 17; Mlle Gotchalkowsky, 11; MM. Emile-Zola, 18; Hartmann, 19; Giraud, 15; Geffray, 16; Duvacher, 15; Gardinier, 18 1/2; Gaugier, 19.

Prochaine séance mardi 7 octobre, à quatre heures du soir.

HOPITAUX DE PROVINCE. — AVIGNON. — Le jeudi 13 octobre 1913, à huit heures du matin, sera ouvert, à l'hôpital d'Avignon, un concours pour deux places d'interne en médecine et en chirurgie.

Les candidats devront se faire inscrire au moins huit jours avant la date fixée pour le concours, au secrétariat général des hospices.

— ROUEN. — Un concours pour la nomination à quatre places d'internes en médecine aura lieu le jeudi 6 novembre.

Le registre des inscriptions est ouvert jusqu'au 22 octobre.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Les opérations des concours de physiologie et d'ophtalmologie ayant été annulées, de nouveaux concours vont s'ouvrir à la Faculté de médecine de Paris, le 5 novembre prochain.

Voici l'ordre de tirage des jurys :

SECTION DE PHYSIOLOGIE (4 places au concours). — Cinq juges titulaires : 3 professeurs de physiologie, 1 professeur de physique, 1 professeur de chimie.

Cinq juges suppléants : 3 agrégés de physiologie, 1 agrégé de physique, 1 agrégé de chimie.

Le sort a désigné dans l'ordre suivant :

I. *Professeurs de physiologie* (3 juges). — MM. Abelous (Toulouse), Pachon (Bordeaux), Wertheimer (Lille), Hédon (Montpellier), Doyon (Lyon), Rey (Alger), Morat (Lyon), Richet (Paris), Meyer (Nancy).

II. *Professeurs de physique* (1 juge). — MM. Bergonié et Sigalas (Bordeaux), Guilloz et Charpentier (Nancy), Doumer (Lille), Marie (Toulouse), Weiss (Paris), Cluzet (Lyon), Imbert (Montpellier).

III. *Professeurs de chimie* (1 juge). — MM. Malosse (Alger), Ville (Montpellier), Lescœur (Lille), Sambuc (Alger), Garnier (Nancy), Denigès (Bordeaux), Lambling (Lille), Blarez (Bordeaux), Hugounenq (Lyon), Desgrez (Paris), Morel (Lyon).

Suppléants. — MM. les professeurs agrégés en exercice :

Physiologie : MM. Dubois (Lille), Langlois (Paris), Bédart (Lille), Lambert et Busquet (Nancy), Camus (Paris).

Physique : MM. Zimmern (Paris), Dufour (Nancy), Nogier (Lyon), Escande (Toulouse), Réchou (Bordeaux), Guilloz (Nancy).

Chimie : MM. Derrien (Montpellier), Nicloux (Paris), Chelle (Bordeaux), Maillard (Paris), Guillemard (Lyon), H. Labbé (Paris), Laborde (Toulouse), Robert (Nancy).

SECTION D'OPHTALMOLOGIE (1 place au concours). — Cinq juges titulaires : 3 professeurs de clinique ophtalmologique, 1 professeur de clinique chirurgicale, 1 professeur de physique.

Cinq juges suppléants : 4 agrégés de chirurgie, 1 agrégé de physique.

Le sort a désigné dans l'ordre suivant :

I. *Professeurs de clinique ophtalmologique* (3 juges). — MM. Lagrange (Bordeaux), Cange (Alger), Rohmer (Nancy), de Lapersonne (Paris), Baudry (Lille), Frenkel (Toulouse), Rollet (Lyon), Truc (Montpellier).

II. *Professeurs de clinique chirurgicale* (1 juge). — MM. Jaboulay (Lyon), Hartmann (Paris), Tédenat (Montpellier), Quénu (Paris), Weiss (Nancy), Forgue (Montpellier), Chavannaz (Bordeaux), Vincent (Alger), Dubar (Lille), Villar

Fds de PHARMACIEN *à Fontenay-aux-Roses*, 46, r. Boucicaut. A adj. Ete de Me KASTLER, not. à Paris, 116, fg St-Honoré, 14 oct., 12 h. 1/2. M. à p. (pouvt ét. baiss.), 25 000f. Consignat., 5 000f. — S'adr. audit Me KASTLER.

(Bordeaux), Jeannel (Toulouse), Delbet et Reclus (Paris), Gross (Nancy), Lambret (Lille).

III. *Professeurs de physique* (1 juge). — MM. Bergonié (Bordeaux), Guilloz (Nancy), Cluzet (Lyon), Marie (Toulouse), Doumer (Lille), Imbert (Montpellier), Sigalas (Bordeaux), Weiss (Paris), Charpentier (Nancy).

Suppléants : MM. les agrégés en exercice :

Chirurgie et ophtalmologie : MM. Rocher et Guyot (Bordeaux), Riche (Montpellier), Okynczic (Paris), Martin (Toulouse), Tavernier et Laroyenne (Lyon), Mocquot et Alglave (Paris), Vanverts (Lille), Massabuau (Montpellier), Desmarest (Paris), Duvergey (Bordeaux), Thévenot (Lyon), Gross (Nancy), Cotte (Lyon), Lenormant et Terrien (Paris), Etienne (Montpellier), Lecène (Paris), Potel (Lille), Ombrédanne (Paris), Leriche et Duroux (Lyon), Sencert (Nancy), Gorse (Toulouse), Schwartz (Paris), Binet (Nancy), Chevassu (Paris).

Physique : MM. Zimmern (Paris), Guilloz (Nancy), Escande (Toulouse), Nogier (Lyon), Réchou (Bordeaux), Dufour (Nancy).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — RÉPARTITION DES STAGIAIRES DANS LES SERVICES HOSPITALIERS. — I. *Inscription et classement des stagiaires de première année d'études.* — MM. les étudiants de première année seront répartis, lors de leur immatriculation, entre les services de clinique générale de la Faculté (médecine et chirurgie), où ils seront inscrits pendant les neuf mois consécutifs que dure le stage annuel.

Ils seront appelés, en s'inscrivant à la Faculté, à choisir le service dans lequel ils accompliront leur période de stage.

II. *Inscription et classement des stagiaires de deuxième, troisième et quatrième années d'études.* — Le choix des services hospitaliers pour MM. les étudiants de deuxième, de troisième et quatrième années d'études et pour la période de stage comprise entre le 1er novembre 1913 et le 1er mars 1914, aura lieu les 28, 29 et 30 octobre 1913, de huit heures à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Seront seuls inscrits d'office, pour être appelés à choisir, MM. les étudiants en cours régulier d'études, c'est-à-dire ayant pris à la Faculté de médecine de Paris, en juillet 1913, les quatrième, huitième ou douzième inscriptions.

Ne seront appelés que sur leur demande écrite, MM. les étudiants soumis au stage se trouvant dans l'une des situations suivantes :

1° Elèves en cours irrégulier d'études;

2° Elèves libérés du service militaire;

3° Elèves sortant d'une faculté ou école des départements.

Les demandes d'inscription devront parvenir à M. le doyen avant le 15 octobre.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux élèves inscrits.

III. *Dispositions relatives aux internes et externes des hôpitaux.* — Le stage de spécialité, imposé aux élèves de quatrième année par l'article premier du décret du 20 novembre 1893, n'est pas exigé des internes et externes titulaires des hôpitaux. Toutefois, en consignant pour la première partie du cinquième examen, MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux doivent justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchement. Le certificat à produire doit être revêtu de la signature du chef de service d'accouchement et du directeur de l'hôpital, ainsi que du visa de M. le secrétaire général de l'Assistance publique.

MARINE. — La composition du jury du concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Brest, insérée au *Journal officiel* du 25 septembre 1913, est modifiée comme suit :

M. le médecin général de deuxième classe Duval, président.

MM. les médecins principaux Palasne de Champeaux et Avérous, membres, en remplacement de MM. les médecins de première classe Brunet et Cazanian, le premier allié d'un candidat au concours et le second, titulaire d'un congé d'études.

— Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Barrau, en remplacement de M. Parin, décédé.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Penaud, en remplacement de M. Barrau, promu.

INAUGURATION DU MONUMENT DU PROFESSEUR RAYMOND. — Dimanche a été inauguré à Saint-Christophe le monument élevé à la mémoire du professeur Fulgence Raymond, en présence de MM. les professeurs Landouzy, Blanchard, Déjerine, Dastre et de M. Mesureur.

L'EMBOUTEILLAGE DES VAPEURS DE RADIUM. — On sait qu'il y a deux ans, grâce à l'offre généreuse de sir Ernest Cassel et de lord Iveagh, se fondait à Londres l'institut radiographique qui était placé sous la direction de sir Frederik Treves. L'institut dispose d'une quantité de radium relativement considérable, environ 4 grammes. Au prix actuel du radium, sa valeur est d'environ 2 millions. Aucun autre laboratoire n'en possède probablement pareille quantité.

Grâce à la perfection de son outillage, l'institut de Londres qui depuis deux ans travaillait en silence est arrivé à des résultats remarquables. Des expériences répétées ont prouvé notamment que les émanations de radium sont pour quelques jours au moins d'un effet thérapeutique analogue au radium lui-même. Si on pouvait embouteiller ces émanations, on comprend tout de suite combien pourrait être multiplié le champ d'action de la plus minuscule parcelle de radium.

Le Temps annonce que le problème est aujourd'hui résolu :

Les émanations de radium peuvent être embouteillées dans de petits flacons de métal blanc remplis d'air liquide qu'on peut expédier sans danger par la poste et à très peu de frais. Les émanations perdent la moitié de leur pouvoir dans un intervalle de trois ou quatre jours. La dégradation ultérieure est plus ou moins lente suivant les circonstances.

« Au cours des dix derniers jours, a déclaré sir Frederick Treves, nous avons expédié treize étuis de ces émanations d'un pouvoir thérapeutique égal à celui de 860 milligrammes de radium dont le prix serait de 450 000 francs. » L'institut est également arrivé à préparer de l'eau radioactive, beaucoup plus active qu'aucune eau minérale naturelle, et employée avec succès dans le traitement des déformations arthritiques.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Bonet, de Barcelone. Il était professeur à la Faculté de médecine, recteur de l'Université, administrateur principal de l'Hôpital clinique, président de l'Académie royale de médecine, de Barcelone. Clinicien et chirurgien réputé il avait pratiqué pour la première fois en Espagne, en 1883, l'opération de l'ovariotomie; — et de MM. les docteurs Léon Jagot, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers, professeur de clinique médicale, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu; Haguier (de Bolbec), et M. Fournel-Gavault, externe des hôpitaux d'Alger.

ERRATUM. — Notre collaborateur, le docteur Lance, nous signale un lapsus qui s'est glissé dans son compte rendu du Congrès de Londres à propos de la novocaïne et de l'injection basse (n° 108, p. 1683). On lui a fait dire que « l'injection basse depuis l'emploi de la novocaïne est devenue dangereuse ».

Il nous prie de rectifier ainsi sa phrase :

« Tous les auteurs sont d'avis que l'injection basse, depuis l'emploi de la novocaïne, est devenue *inoffensive.* »

Le public n'a pas dû, d'ailleurs, s'y tromper, car le fait est aujourd'hui bien connu.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Toussaint.* — A l'occasion de la Fête de la Toussaint, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 28 octobre 1913, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 4 novembre, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

XXVIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 6 au 11 octobre 1913.

DISCOURS D'OUVERTURE

LA CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Quelques mots d'histoire. — Son état actuel. — Son but. Ses moyens.

Par M. le professeur E. KIRMISSON,
Président du XXVIe Congrès français de chirurgie.

Mesdames, Messieurs,

Mes premières paroles doivent être des paroles de reconnaissance pour vous remercier du très grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider le XXVIe Congrès français de chirurgie. Cet honneur, je le dois à votre bienveillance; mais je le reporte tout entier sur la chirurgie orthopédique, dont je suis parmi vous le plus ancien représentant. C'est sur elle que je vous demande la permission d'attirer pendant quelques instants votre attention.

Ce n'est pas devant un auditoire aussi instruit que le vôtre qu'il convient de retracer dans tous ses détails l'histoire de la chirurgie orthopédique; cette histoire, vous la connaissez aussi bien que moi. Qu'il me soit permis cependant de rappeler que le nom, comme la chose, sont d'origine française, puisque c'est Andry, qui, en 1774, créa le mot d'orthopédie, et publia le premier ouvrage qui ait été écrit sur le sujet. Cet ouvrage, d'ailleurs, est bien terne, et bien peu fait pour donner idée de son fougueux auteur, le doyen querelleur de la Faculté de Paris. Au nom d'Andry succèdent ceux de Mellet, de Maisonabe, de Jalade-Lafond, de Humbert (de Morley), Pravaz et tant d'autres. Mais, ce qui nuisait à l'expansion de l'orthopédie, ce qui l'empêchait de prendre, à côté des autres branches de la chirurgie, le rang qui lui appartient, c'est qu'elle était alors purement instrumentale et manuelle.

A la faveur de la grande révolution chirurgicale réalisée de nos jours par l'antisepsie, il était réservé à l'orthopédie de se transformer, d'agrandir son domaine, et, ainsi, de prendre rang dans la science chirurgicale, à côté des autres spécialités : gynécologie, urologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie. En un mot, à l'orthopédie s'est substituée, sous l'influence des progrès de la chirurgie contemporaine, la chirurgie orthopédique.

Ce n'est pas à dire cependant que jusque-là, on n'eût tenté aucune intervention sanglante pour combattre les difformités. Déjà, en effet, au XVIIe siècle, la ténotomie avait fait son apparition avec Lorenz et avec Roonhuysen. Mais cette section à ciel ouvert des tendons était chose trop grave, à cette période éloignée de la chirurgie, pour qu'elle pût se généraliser. Il fallait pour cela que la méthode sous-cutanée fût imaginée; et, ici encore, nous trouvons à citer les noms de deux grands chirurgiens français : Delpech (de Montpellier), qui pratiquait pour la première fois, en 1616, la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille, et Dupuytren, qui, en 1822, appliquait également pour la première fois la méthode sous-cutanée à la ténotomie du sterno-mastoïdien. Tandis qu'en France, la méthode se généralisait grâce aux travaux de Bouvier, de Vincent Duval et de Jules Guérin, en Allemagne, elle était répandue par Dieffenbach et Stromeyer, en Angleterre par Little qui, lui-même, opéré par Stromeyer, avait pu en apprécier par son expérience personnelle les bienfaits, et qui fonda en Angleterre la science de l'orthopédie.

Mais qu'était-ce que la ténotomie sous-cutanée? Bien peu de chose, en vérité, à côté des nombreuses et complexes interventions de la chirurgie orthopédique actuelle : ostéotomies diverses, transplantations osseuses, résections orthopédiques, interventions variées sur les muscles et les tendons, interventions portant sur les nerfs, et jusque sur les racines nerveuses elles-mêmes, dans l'opération de Förster.

Mais j'entends murmurer à mes oreilles une objection qui revient incessamment dans les discussions mondaines sur ce sujet : « A quoi bon prendre tant de peine; à quoi bon recourir à des opérations si complexes pour corriger les difformités de pauvres êtres qui, quoi que vous fassiez, resteront toujours dans un état de déchéance et d'infériorité? » Pour un peu, nos contradicteurs nous proposeraient de revenir à la méthode spartiate, et de précipiter dans les flots de l'Eurotas tous les enfants mal conformés. Mais, qu'on ne s'y trompe pas : il y a là plus de paradoxe que de sentiment réfléchi; et bien souvent, ces mêmes hommes qui, dans les discussions théoriques, nous tiennent un pareil langage, émus de pitié à la vue des difformités multiples que renferment nos services d'hôpital, sont les premiers à nous demander : « Et, ne pouvez-vous donc rien pour ce malheureux enfant? »

A plus forte raison, si l'enfant porteur d'une difformité les touche de près. On sait, quelles sont, en pareil cas, les illusions des parents, et nous connaissons tous les réponses de ces pauvres mères, qui, nous présentant un enfant dont le vide du regard traduit assez le vide cérébral, ne manquent jamais de nous dire : « Oh! monsieur, il est très intelligent. »

« Mes petits sont mignons, dit le hibou, beaux, bien faits, et jolis sur tous leurs compagnons. »

Laissant de côté ces illusions heureuses, inspirées par la tendresse des parents, il est bien certain qu'il est nombre d'êtres chez lesquels la difformité se rencontre associée à une déchéance intellectuelle telle qu'aucune intervention chirurgicale ne saurait améliorer leur triste condition. C'est là, par exemple, ce qui domine tout le pronostic dans la maladie de Little. Certains de ces malades possèdent une intelligence normale, ou tout au moins suffisante pour leur permettre de tirer bon parti de leurs membres après correction de la difformité; chez d'autres, l'atrophie des fonctions cérébrales rend vaines toutes les tentatives de redressement.

L'art a parfois merveilleusement saisi cette association de la difformité physique et de la déchéance intellectuelle. Pour ma part, je ne vais jamais au Louvre, sans m'arrêter longuement, à la galerie Lacaze, devant le pied bot de Ribeira. Comme il est bien campé son bonhomme! avec sa béquille sur l'épaule, sa figure falotte et son sourire béat, il est parfaitement idiot, et... parfaitement heureux! Ici, l'artiste a saisi sur le vif l'association de la déchéance intellectuelle et physique. Mais, le plus souvent, au contraire, il n'en est pas ainsi, et la difformité physique constitue à elle seule toute la maladie. L'intelligence est respectée, et pour peu qu'on intervienne pour supprimer la difformité dont il est atteint, l'opéré est capable de reprendre sa place dans la société, et de lutter avantageusement avec ses semblables.

On pourrait même, comme j'ai l'habitude de le répéter, se proposer de rechercher dans l'histoire, parmi les hommes illustres, ceux qui étaient porteurs de difformités. En remontant jusque dans l'antiquité, on trouverait Tyrtée, le poète boiteux, Esope, le fabuliste, dont le buste modelé par Torwaldsen reproduit bien la difformité du mal de Pott.

Alexandre le Grand était-il atteint de torticolis? La question a été étudiée par Dechambre dans deux articles consacrés à l'Hermès du Louvre, et résolue par lui par l'affirmative. Sur le buste, en effet, on constate, dit Dechambre, l'inclinaison de la tête à droite, la courbure du cou à convexité gauche, la réduction générale du côté droit de la face, avec un léger abaissement de l'œil droit, bref tous les caractères d'un torticolis du côté droit. J'avoue qu'après examen du fameux buste, les caractères me paraissent si peu marqués que, pour mon compte, je n'oserais pas me prononcer.

Quatre hommes célèbres, a écrit Alexandre Dumas, ont enjambé, boiteux, le passage qui sépare le XVIIIe du XIXe siècle : le maréchal Soult, Talleyrand, Walter Scott et lord Byron.

L'infirmité du maréchal Soult est en dehors de notre sujet, puisqu'elle fut causée par une blessure de guerre. Le maréchal avait eu la jambe droite fracassée par une balle devant Gênes.

Quant à Walter Scott, il est intéressant pour nous de chercher quelle fut la cause de sa claudication. Il nous est facile de répondre à cette question, grâce aux renseignements qui nous sont fournis par l'auteur lui-même dans son autobiographie. « Jusqu'à dix-huit mois, nous dit-il, je montrais tous les signes de la force et de la santé. Un soir, j'étais fort agité, courant à travers la chambre ; on eut beaucoup de peine à me mettre au lit. Le lendemain matin, j'étais atteint de la fièvre qui accompagne souvent l'éruption des grosses dents. Elle me tint trois jours; lorsque, le quatrième jour, on voulut me donner mon bain habituel, on s'aperçut que la jambe droite était paralysée. »

Au bout de quelques années, tous les traitements étant inutiles, on se décida, sur les conseils de son grand-père, le docteur Rutherford, à le placer à la campagne, dans l'espoir de le fortifier. Là, il fut soumis à un traitement bizarre. Toutes les fois que l'on tuait un mouton, l'enfant était enveloppé dans la peau toute chaude de l'animal. Il nous fait de la scène un tableau pittoresque. « Je me vois, dit-il, étendu à terre dans ce costume de tartare, tandis que ma grand'mère m'excitait à ramper sur le sol » ; à côté d'elle, un vieux militaire, ami de la famille, sir George Mac Dongal, se mettant à genoux, promenait sa montre sur le plancher pour engager l'enfant à venir la saisir.

En présence de détails aussi précis, il ne saurait y avoir de doute. Il s'est agi chez Walter Scott de paralysie infantile ayant déterminé de l'équinisme. Un de ses biographes, Robert Chambers, nous dit qu'il reposait sur l'extrémité des orteils. Au bout de deux ans seulement, il commença à marcher à l'aide de béquilles. On sait que ses goûts l'entraînaient violemment vers la carrière militaire. Il fut profondément affecté de cette maladie qui l'obligeait à y renoncer. Mais nous, nous devons à cette attaque de poliomyélite, les fictions ingénieuses et les récits entraînants qui ont charmé notre jeunesse.

A propos du pied bot, il est deux noms qui sont sur toutes les lèvres : ceux de lord Byron et de Talleyrand. Pour ce dernier personnage, bien des fables ont couru sur l'origine de sa difformité. Afin d'écarter l'idée d'un vice originel, on a répandu le bruit d'une blessure infligée à l'enfant par un porc. On reconnaît là la fable du dindon traumatisant le jeune Boileau, avec une variante sur l'organe lésé. Il est, du reste, assez difficile de se procurer des renseignements exacts sur la difformité de Talleyrand. Chose curieuse, certains de ses biographes qui relatent tout au long les détails de son autopsie, ne font pas mention de la difformité du pied.

Heureusement, nous avons à cet égard un document intéressant. C'est une chaussure léguée dans ces dernières années au musée Carnavalet, et qui nous permet de reconnaître le côté et le sens de la difformité. Grâce à la complaisance du conservateur du musée, j'ai pu l'étudier.

C'est un soulier pour le pied droit, dont la semelle est fortement surélevée au côté externe; il est muni d'un tuteur épais en fer qui traverse perpendiculairement la plante du pied et remonte sur son côté interne. En dehors, au contraire, se voit une bosselure volumineuse, fortement capitonnée, creuse à l'intérieur, et destinée à loger la bosselure répondant à la face dorsale du pied. Deux languettes en cuir s'entrecroisant au niveau de cette bosselure passent, l'une sur le talon, l'autre sur la face dorsale du pied, et viennent se rejoindre au niveau du tuteur latéral interne où elles se fixent par une boucle. Le tuteur sert donc de point d'appui à ces deux languettes embrassant la bosselure externe et tendant à la ramener en dedans, de façon à s'opposer aux progrès de la difformité. Il n'est pas douteux, d'après cela, que la malformation de Talleyrand ait consisté en un pied bot varus équin du côté droit.

Je me garderai bien de suivre ici dans ses déductions aventureuses Luys qui veut voir dans les anomalies du cerveau consécutives au pied bot l'explication du caractère de Talleyrand. Je craindrais trop qu'on me fît l'application du vieil adage : *Ne sutor ultra crepidam.* Il ne paraît pas d'ailleurs que cette disgrâce de la nature ait grandement troublé dans sa marche ascendante cet arriviste fameux.

Pour lord Byron, tout comme pour Talleyrand, il n'est pas facile d'être fixé sur le siège et la nature de sa difformité. Lady Blessington, Moore, Galt et la comtesse Albrizzi n'ont jamais su quel était le pied déformé. Les moules d'après lesquels ses souliers ont été faits sont conservés dans le musée de Nottingham, et tous deux seraient normaux. Le docteur James Millingen, qui examina les pieds après la mort du poête, dit qu'il s'agissait d'un pied bot du côté gauche.

Heureusement, ici comme pour Talleyrand, nous possédons un document qui nous permet d'établir notre conviction. Ce sont deux souliers orthopédiques construits pour lord Byron enfant, et qui sont en la possession de M. Murray, le grand éditeur anglais. Pendant mon récent séjour à Londres, M. Murray, dont la maison est toute pleine des souvenirs du grand poète, a bien voulu, avec une bonne grâce parfaite, nous permettre d'examiner ces souliers. Tous deux sont pour le pied droit, l'un plus grand que l'autre, répondant à la taille d'un enfant de huit à dix ans pour l'un, d'un jeune homme de treize à quatorze ans pour l'autre. Ils possèdent une semelle en liège convexe à la partie interne, mais fortement surélevée en dehors, ils sont munis d'une jambière enveloppant tout le mollet et remontant jusqu'au genou. Cette jambière est fortement capitonnée à la partie postérieure, sans doute en vue de masquer l'atrophie du mollet; elle possède, en outre, à sa partie inférieure, une pelote surajoutée destinée à venir appuyer sur le tendon d'Achille, de façon à lutter contre sa rétraction. Cette description nous permet de conclure que la difformité de lord Byron, comme celle de Talleyrand, consistait en un pied bot varus équin du côté droit. Elle est bien en rapport avec une lettre écrite par sa mère, quand l'enfant avait trois ans, et disant : « Le pied de Georges tourne en dedans, c'est le pied droit ; il marche presque entièrement sur le côté du pied. » Elle est en rapport également avec la description donnée dans le *Lancet* par Sheldrake qui fut chargé de construire pour le malade des chaussures orthopédiques. Le pied reposait, nous dit-il, sur son bord externe, mais on pouvait assez facilement corriger avec la main l'attitude vicieuse; la jambe était beaucoup plus petite que l'autre.

Si l'infirmité dont il était porteur semble n'avoir pas grandement préoccupé Talleyrand, il n'en fut pas de même, hélas! pour Byron. Sa difformité fut, pour l'âme hautaine et tumultueuse de Manfred et de Childe-Harold, une véritable torture. Lorsqu'à seize ans il conçut de tendres sentiments pour Marie Chaworth il fut profondément ulcéré en entendant la jeune fille le repousser et l'appeler *the lame boy*, l'enfant boiteux.

Un jour que le vicaire de Southwell, M. Bécher, voulait dissiper sa mélancolie, en lui affirmant que son intelligence le mettait au-dessus du reste des hommes. « Ah ! mon cher ami, lui dit-il, si ceci — il touchait son front — me met au-dessus, ceci — et il montrait son pied — me met bien au-dessous. »

Un de ses anciens camarades du collège de Harrow, le revoyant après plusieurs années et ne l'ayant pas reconnu, il lui dit : « Il me semblait que la nature m'avait marqué d'un signe qui ne pouvait s'oublier. »

« Ce n'est pas sans raison, dit son biographe Thomas

Moore que Gœthe a dit de lui qu'il était inspiré par le génie de la Douleur. » C'est le chagrin qu'il éprouvait de cette difformité physique qui l'incitait à être grand par l'esprit. Avec un évident retour sur lui-même, il décrit ce sentiment dans la *Métamorphose du Bossu*. La difformité, dit-il, est naturellement pleine d'audace. C'est son essence de marcher de pair avec les autres hommes par l'énergie de l'âme et du cœur, de se rendre l'égale, et même de s'élever au-dessus de tous. Sa marche tortueuse lui sert d'encouragement pour l'exciter à atteindre le but auquel d'autres ne sauraient parvenir dans une carrière commune; c'est là une indemnité de l'avarice d'une marâtre nature...

C'est en voyant quelle source de tourments physiques et moraux peut créer une difformité qu'on comprend les bienfaits de la chirurgie orthopédique. Déjà je me suis appliqué à montrer comment, profitant des immenses progrès de la chirurgie générale, elle avait élargi dans des proportions énormes le champ de ses interventions opératoires. Toutefois, elle ne saurait, sans méconnaître son origine et son véritable but, laisser de côté complètement les appareils, et substituer aux méthodes purement mécaniques ou manuelles, les seules interventions sanglantes. A quiconque veut faire de la chirurgie orthopédique, il est aussi indispensable de posséder des notions exactes de mécanique, qu'il est nécessaire à l'ophtalmologiste d'avoir, en optique, des connaissances précises.

Il est une autre réflexion qui trouve ici sa place, c'est celle qui est relative à l'importance des méthodes conservatrices, en matière de chirurgie infantile et d'orthopédie. Sous ce rapport, il existe une divergence marquée entre la chirurgie ancienne et celle d'aujourd'hui. Avant l'ère antiseptique, nos prédécesseurs, peu confiants (et pour cause) dans le résultat des opérations chirurgicales, avaient tendance à en différer autant que possible l'exécution. Ils étaient plus soucieux d'observer la marche naturelle des lésions, conduisant, dans un certain nombre de cas heureux, à la guérison spontanée. Aujourd'hui, on est plus pressé d'intervenir.

Or, c'est surtout en matière de chirurgie infantile que la méthode conservatrice peut conduire à d'heureux succès. Chez les enfants, les principaux viscères sont sains en général ; chez eux, la nutrition possède une activité et une force qu'on ne retrouvera plus aux autres périodes de la vie, et qui, dans un grand nombre de cas, aideront puissamment à la guérison d'une lésion locale.

Il est enfin une remarque que j'ai déjà faite bien souvent, et que je tiens à renouveler ici, c'est celle qui consiste à dire que, en chirurgie orthopédique, il importe de distinguer soigneusement la forme et la fonction. Trop épris de la forme, nous sommes bien souvent tentés d'agir en artistes, et de corriger avant tout une difformité choquante à la vue. Agir ainsi dans tous les cas ne serait pas toujours la méthode la plus sage; car, si nous observons bien nos malades, nous voyons que certains d'entre eux, avec une difformité pénible à la vue, ont en réalité une fonction satisfaisante. Corriger par une opération chirurgicale la forme vicieuse ne serait pas toujours leur rendre un service, bien au contraire. Réfléchissons donc bien avant de prendre le bistouri, et ne visons à corriger la difformité visible qu'après nous être assurés que, par là, nous ne porterons pas atteinte à l'état fonctionnel.

Même avec ces restrictions, la chirurgie orthopédique possède encore un champ d'action assez large. Sans doute, elle nous donne bien rarement l'occasion d'entreprendre ces belles opérations de la chirurgie abdominale, qui ont fait l'étonnement et l'admiration de nos contemporains. Mais, en revanche, si nous considérons, non plus l'acte opératoire en lui-même, mais bien les résultats éloignés, la chirurgie infantile et orthopédique nous apparaît comme essentiellement utile et bienfaisante. Rarement, en effet, nous avons à compter avec les néoplasmes malins dont les récidives viennent réduire à néant les plus belles conceptions de la chirurgie opératoire, les interventions les plus brillamment exécutées. Remarquable par la bénignité de ses interventions, la chirurgie orthopédique ne l'est pas moins par la persistance des résultats obtenus.

Il est, du reste, dans ce court parallèle entre la chirurgie abdominale et orthopédique, un point que je tiens à bien préciser, parce qu'il possède en pratique la plus haute importance. Je veux parler de la différence absolue qui les sépare dans l'exécution des moyens. En chirurgie abdominale, tout est dans la parfaite exécution de l'opération. Si vous avez apporté un soin minutieux dans l'application des sutures, si vous avez fait une hémostase parfaite et que l'asepsie n'ait rien laissé à désirer, le malade est guéri, et vous n'avez pour ainsi dire plus rien à faire. En chirurgie orthopédique, il en va tout autrement. L'opération, même la mieux faite et la plus aseptiquement pratiquée, restera sans résultat, si le traitement consécutif n'est pas bien dirigé. C'est ici qu'interviennent l'application et la surveillance longtemps prolongée des appareils, qui, seules, peuvent assurer le résultat définitif. La chirurgie abdominale est avant tout une chirurgie brillante; la chirurgie orthopédique est faite de patience et de soins longtemps prolongés.

Si, du reste, nous nous laissions hypnotiser par les beautés de la chirurgie viscérale, et que nous ayons tendance à négliger la chirurgie des membres, la radiographie, en mettant sous nos yeux les résultats souvent loin d'être à l'abri de toute critique, obtenus dans le traitement des fractures, se chargerait de rappeler violemment notre attention sur la chirurgie orthopédique. Ce n'est pas là un des moindres services que nous ait rendus l'admirable découverte de Rœntgen.

Et d'ailleurs, si j'ai insisté, dans les considérations précédentes, sur la part légitime qui revient à l'orthopédie dans la chirurgie générale, mon but n'est pas de lui faire une place exagérée. L'équilibre est nécessaire en chirurgie, comme dans tout organisme vivant. N'oublions pas l'apologue de Ménénius, et faisons en sorte que les membres et l'estomac vivent en bonne harmonie.

Entre les deux grandes branches de la chirurgie que nous envisageons ici, il ne saurait être question de rivalité, mais seulement d'une noble émulation dans l'effort pour la guérison des malades et la recherche de la vérité.

Et, dans la sphère qui nous occupe, que de questions restent encore à élucider. La méthode de Förster vient nous ouvrir des horizons nouveaux dans la cure des paralysies spasmodiques. Quelle sera la part définitive à faire aux différents procédés de plastique tendineuse et de transplantation nerveuse dans la cure de la paralysie infantile? Voici Albee (de New-York) qui nous apporte sa méthode de transplantation osseuse dans la cure du mal de Pott. Abbott (de Portland) qui préconise une méthode nouvelle de redressement des scolioses invétérées. Si, aujourd'hui, nous réussissons assez bien à guérir les arthrites chroniques par les différents procédés de la méthode conservatrice, l'ankylose est trop souvent encore pour nous le seul résultat définitif de la guérison, et nous devons avouer notre impuissance à rétablir dans la plupart des cas les mouvements de l'articulation. Un tel état de choses ne saurait être regardé comme définitif, et aucun problème n'est, à mon avis, plus digne d'attirer notre attention. Bien des voies s'ouvrent devant nous : interpositions musculaires et aponévrotiques, lambeaux libres ou pédiculés, membranes stérilisées de Baër, transplantations osseuses et articulaires; quelles seront les méthodes de l'avenir? Cette question du traitement curatif des ankyloses est une de celles qui sont portées cette année à l'ordre du jour de notre Congrès, et j'aime à croire que vos discussions marqueront un progrès important dans la solution de cette étude si complexe.

Que d'inconnues encore! que de questions à résoudre! C'est, hélas! une pensée qui projette une teinte de mélancolie sur ceux qui, comme moi, approchent du terme de leur car-

rière. Se dire qu'il est tant de choses que l'on ignore, et que l'on ne connaîtra jamais! Certes, les hommes de notre génération ont vu de grandes choses. Mais vous, nos jeunes collègues, vous en verrez de grandes aussi. Vous aurez sur nous l'avantage de résoudre des questions qui nous sont encore inconnues. Elancez-vous donc avec ardeur à la recherche de la vérité; il n'est pas pour l'esprit humain de plus pure jouissance.

Mais si notre pensée se porte toujours au delà, nous devons, pendant quelques instants, revenir en arrière pour célébrer les mérites des compagnons de route que nous avons perdus. Parmi eux, il est une figure qui se dessine au premier plan, et qui tout de suite s'impose à nos regards : c'est celle de notre ami et regretté collègue, Paul Segond. Il était de ceux qui possèdent au plus haut degré le tempérament chirurgical, fait d'audace et d'habileté dans l'exécution des opérations, de science et de jugement dans l'établissement du diagnostic et des indications chirurgicales. Cœur chaud, âme ardente, toujours attaché aux grandes et nobles idées, ami sûr et dévoué, collègue toujours aimable, il joignait à toutes les qualités de l'esprit celle qui en est le complément indispensable, et sans laquelle toutes les autres ne sont rien, la bonté. De toute sa personne se dégageait une atmosphère de sympathie : aussi vous étiez-vous empressés de le choisir comme président de notre Congrès. Son souvenir demeurera longtemps parmi nous.

A cette perte si cruelle nous devons ajouter celle du docteur Thiriar (de Bruxelles). C'était pour nous un ami fidèle, un ouvrier de la première heure, qui faisait partie du Congrès français de chirurgie depuis sa fondation. Il appartenait à cette élite de chirurgiens hardis qui, dès l'apparition de la méthode antiseptique, se sont lancés avec succès dans la chirurgie abdominale. Il y a marqué sa place avec distinction.

A ces noms vient s'ajouter celui de notre collègue Th. Anger, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la Société de chirurgie. C'était un collègue aimable et bon, un chirurgien distingué qui a donné la preuve de son ingéniosité par la création de procédés opératoires utiles. Malheureusement, plusieurs atteintes de maladies sont venues l'entraver dans sa carrière, et l'empêcher de donner toute la mesure de sa valeur.

A l'étranger, nous avons perdu encore le docteur Ribeira y Sans, professeur à la Faculté de Madrid; le docteur Tavel, professeur à l'Université de Berne, élève et ancien assistant de Kocher; le docteur van Stockhum (de Rotterdam), le docteur Verhoef, chirurgien de l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles. En province, nous avons les docteurs Mauny et Lavaux, tous deux anciens internes des hôpitaux de Paris.

Ces lignes étaient écrites, et j'espérais clore ainsi la liste de nos collègues disparus, lorsque, le 17 septembre dernier, la presse nous apportait une triste nouvelle. Le professeur Antonin Poncet (de Lyon) venait de mourir subitement. Comme Segond, il a été président de notre Congrès; comme lui, il méritait cet honneur par ses qualités personnelles et par la valeur de ses travaux. Elève d'Ollier, il commença par vulgariser les idées de son maître sur les maladies des os et des articulations. C'est ainsi qu'il publia sa thèse sur la périostite albumineuse. Mais, par la suite, il élargit beaucoup le cadre de ses travaux, s'occupant successivement du goitre et de son traitement, de la cystostomie appliquée à la rétention d'urine, de l'actinomycose, en laissant partout la trace de son originalité. On sait comment, dans les dernières années de sa vie, il consacra son activité à l'étude de la tuberculose, créant une entité clinique nouvelle, le rhumatisme tuberculeux, et rattachant à l'infection tuberculeuse les productions pathologiques les plus diverses, celles qui paraissent au premier abord lui être les plus étrangères. Sur ce dernier point, je suis loin d'être d'accord avec lui; des discussions souvent très vives se sont produites entre nous. Mais ce qui prouve l'aménité de son caractère, c'est que, à peine la discussion terminée, il ne voyait plus en moi qu'un ami, auquel il était toujours le premier à tendre la main. Nous perdons en Poncet un collègue aimable, un chirurgien éminent, qui faisait honneur à notre association.

Pour combler les vides qui se sont produits dans nos rangs, de nombreux collègues sont venus se joindre à nous. La multiplicité des demandes d'admission vient affirmer la vitalité de notre association, et prouve en quelle estime elle est tenue dans le monde médical. De cette estime nous donnent aujourd'hui la preuve les hautes personnalités qui ont bien voulu honorer de leur présence notre séance inaugurale; je les en remercie en votre nom.

Je vous remercie encore de vos suffrages, mes chers collègues, et mon vœu le plus cher sera rempli si cette session que vous m'avez appelé à présider vient rehausser encore l'éclat de notre association.

Je déclare ouverte la XXVIe session du Congrès français de chirurgie.

PREMIÈRE QUESTION

TRAITEMENT CURATIF DES ANKYLOSES PAR LA MÉTHODE SANGLANTE

Rapporteurs : MM. A. Baumgartner (de Paris) et Denucé (de Bordeaux).

La première question mise à l'ordre du jour du Congrès a trait à l'un des plus récents et plus brillants progrès de la chirurgie orthopédique : le traitement curatif des ankyloses par la méthode sanglante, et qui avait déjà été le sujet de deux discussions récentes au Congrès allemand de chirurgie en 1912, et au Congrès international de Londres en 1913. Elle est l'objet de deux rapports par MM. A. Baumgartner, chirurgien des hôpitaux de Paris, et Denucé, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les deux rapporteurs spécifient que le mot « curatif » élimine toutes les tentatives plus ou moins heureuses de mobilisation des raideurs articulaires ou ankyloses incomplètes, de même que les opérations palliatives juxta-articulaires, ostéotomies avec ou sans interposition. Ils n'étudieront que les opérations faites sur l'articulation même en vue de rétablir entièrement ses fonctions.

M. Baumgartner expose les généralités sur ces opérations, M. Denucé montrant au contraire les applications qu'on en a faites aux différentes articulations.

Après un historique rapide, M. A. Baumgartner résume les différentes opérations proposées dans le tableau suivant :

1° *Résections :*
- *a.* Résection simple articulaire ou semi-articulaire;
- *b.* Résection avec luxation temporaire des os;
- *c.* Arthrolyse.

2° *Interpositions de corps étrangers :*
- *a.* Corps étrangers anorganiques;
- *b.* — — organiques;
- *c.* — — résorbables.

3° *Interpositions de parties molles à lambeaux pédiculés.*

4° *Transplantations de tissus simples.*

5° *Greffes articulaires :*
- *a.* Greffes semi-articulaires;
- *b.* Greffes d'articulations sans capsule ni synoviale;
- *c.* Greffes d'articulations totales.

Les résections constituent les premières opérations pratiquées pour la cure des ankyloses. Pour éviter la reproduction de la soudure, on est obligé de faire des résections larges ou, comme Ollier le montre, des « résections périostées interrom-

pues ». De bons résultats ont pu ainsi être obtenus à la mâchoire (Kirmisson, Hoffa, Hartley, etc.), au coude, au poignet (Ollier), même à la hanche (Volkmann, Ricard). Mais les récidives sont fréquentes, et, avec une résection étendue, on obtient de la mobilité aux dépens de la solidité. Si les résultats sont acceptables au membre supérieur, ils sont déplorables au genou par exemple, où elles créent un membre ballant. Aussi sont-elles presque entièrement abandonnées et remplacées par des résections économiques : l'arthrolyse de Julius Wolff, qui est une section de l'ankylose avec ablation de toutes les parties cicatricielles et modelage des extrémités osseuses, les résections trochléiformes, l'ostéotomie énarthrodiale de l'ankylose, etc.

Tous les auteurs insistent sur l'importance de l'ablation complète des tissus cicatriciels périphériques. La plupart des échecs proviennent de l'insuffisance de cette excision (Payr, Sumita). Pour prévenir la récidive de l'ankylose dans les résections économiques, il est indispensable de faire une interposition entre les deux fragments osseux.

On a bien pu, dans quelques cas, même au genou (Stegg, Hoffa, Deutschländer), arriver à avoir des résultats sans interposition, mais il s'agissait d'ankylose fibreuse avec lésions surtout péri-articulaires. Dans la plupart des cas, on aura recours à l'interposition. Mais de quelle substance?

M. Baumgartner passe en revue, de façon très détaillée, toutes les tentatives expérimentales ou thérapeutiques qui ont été faites avec les divers corps étrangers anorganiques (argent, or, étain), organiques (caoutchouc, baudruche) ou résorbables (ivoire, os décalcifié, magnésium), pour arriver à les rejeter.

Il faut donc avoir recours aux corps organiques. Ceux-ci sont employés soit libres, comme transplants, soit à l'état de lambeaux pédiculés.

Les tissus employés comme transplants (séreuses : sac herniaire, poches d'hydrocèle, amnios ou périoste, aponévroses, graisse, etc.) peuvent être employés à l'état frais ou après conservation à la glacière (cold storage). Mais le rapporteur n'aime pas beaucoup ces conserves. Et il avoue que l'emploi de ces tissus, même vivants, donne des résultats qui « n'entraînent pas la conviction ». Seuls, les transplants libres d'aponévrose ont donné des résultats à Murphy et surtout à Putti, qui s'est fait leur défenseur.

Aux interpositions de transplants libres, le rapporteur préfère les lambeaux pédiculés.

La méthode des interpositions musculaires, une vieille méthode française avec Verneuil, Rochet, Nélaton, a fait ses preuves aujourd'hui. Il en est de même de l'interposition d'aponévrose ou de graisse à lambeau pédiculé, qui a donné des résultats superbes à Murphy, Hoffa, Payr. Le choix entre l'interposition de tissu musculaire ou d'aponévrose doublée de graisse se fera surtout par le siège de l'articulation ankylosée.

Dans certains cas (genou après la tuberculose, doigts), où ni le muscle ni l'aponévrose ne peuvent être utilisés, il faudra avoir alors recours à l'interposition soit d'aponévrose selon la technique d'Hoffmann, soit de cartilage. Les observations de Tuffier, le travail expérimental de Judet ont montré la possibilité de ces greffes cartilagineuses; le cartilage est prélevé soit dans l'articulation elle-même si des parties sont restées saines, soit d'une autre articulation du même sujet ou d'un autre sujet (amputation, arthrodèse, etc.), frais ou conservé.

Quant aux greffes totales d'articulations, malgré des succès de Kuttner, de Lexer, les travaux de Ducuing, elles restent encore à l'étude. De plus, la difficulté de se procurer la greffe classera toujours la méthode au rang des méthodes d'exception.

Ces diverses opérations présentent des indications et contre-indications qui restent à établir. C'est à l'âge moyen qu'elles sont d'ordinaire pratiquées. Elles ne sont cependant pas contre-indiquées chez l'enfant depuis qu'aux résections larges on a substitué les opérations économiques respectant les cartilages de conjugaison.

Aucune cure sanglante ne doit être tentée avant que la maladie causale n'ait terminé son évolution. Tous les auteurs insistent sur l'importance de l'état mental du sujet, la nécessité de sa coopération à un traitement postopératoire, long, douloureux, nécessitant de l'intelligence et de l'énergie. Il vaut mieux ne pas opérer des malades ne présentant pas ces qualités. Il faut se méfier de même des accidentés du travail qui croient avoir intérêt à prolonger la durée de leur affection.

Il faut tenir compte dans les indications de la profession du malade, et des mouvements qui lui sont indispensables. Le pronostic varie beaucoup selon la nature de l'ankylose. Favorable pour les ankyloses traumatiques surtout récentes, il devient mauvais pour les ankyloses blennorragiques, par arthrite suppurée, à cause de l'étendue des lésions périarticulaires, très mauvais après la tuberculose car on ne peut opérer que très tard alors que les muscles ont presque disparu.

Aussi avant de se décider à opérer convient-il de faire un examen complet de l'articulation à la radiographie, examen électrique des muscles. L'état de la musculature présente en effet un intérêt capital pour le retour des fonctions. Il ne faut cependant pas, dit le rapporteur, que la crainte de l'atrophie musculaire pousse le chirurgien à opérer avant l'extinction complète du processus pathologique qui a amené l'ankylose. Beaucoup d'échecs sont dus à une opération trop hâtive; la fixation du temps où l'on peut opérer est fort difficile pour les ankyloses blennorragiques, et surtout tuberculeuses.

L'indication de la cure radicale est aussi tirée du siège et de la position de l'articulation ankylosée.

L'ankylose est vicieuse ou non. Il n'existe que deux régions où elle est toujours vicieuse; à la mâchoire où elle empêche l'alimentation, à la hanche quand elle est bilatérale.

Aux membres, dit le rapporteur, la formule classique, il y a peu d'années, restait encore la suivante :

Au membre supérieur tenter la mobilisation, au membre inférieur, chercher la solidité.

Au membre inférieur on redressait l'ankylose vicieuse, on respectait l'ankylose en bonne position.

Aujourd'hui dans les ankyloses vicieuses de la hanche ou du genou on cherche en redressant à obtenir la mobilisation, on a même tenté délibérément la cure radicale des ankyloses du genou en rectitude. Le rapporteur estime que, pour décider le chirurgien à intervenir, il faut que le malade, averti des risques de l'opération, la réclame impérieusement.

Plus tard, avec les progrès de la méthode on pourra peut-être proposer le traitement aux ankyloses même en bonne position. Car, conclut A. Baumgartner, les progrès évidents, accomplis dans la cure radicale et sanglante depuis à peine dix ans, font espérer que le jour n'est pas éloigné où tout malade, atteint d'ankylose, pourra espérer le retour aux mouvements normaux de son articulation malade, au moyen d'une intervention chirurgicale.

Puis M. Denucé expose les procédés opératoires applicables à chaque articulation. Voici les conclusions auxquelles il arrive pour chacune d'elles.

Pour l'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE, l'indication d'intervenir existe toujours, que l'ankylose soit uni ou bilatérale. Il rappelle la difficulté du diagnostic de cette unilatéralité et de la recherche du côté ankylosé. M. Kirmisson a récemment montré que les mouvements de déduction supprimés dans l'ankylose bilatérale persistent dans l'unilatérale, et que la mâchoire est atrophiée du côté ankylosé.

Pour la cure radicale de cette ankylose, on a le choix entre trois opérations : 1° l'ostéotomie ou résection cunéiforme de la branche montante, avec interposition musculaire [opération de Rochet (de Lyon)] ; 2° la résection simple ; 3° la résection suivie d'interposition musculaire (opération de Verneuil-Helferich).

L'opération de Rochet, dit M. Denucé, certainement plus facile et exposant à des dangers ou à des complications opératoires (facial, maxillaire interne) beaucoup moindres, donnera de meilleurs résultats entre des mains peu expertes. La résection temporo-maxillaire simple a encore de nombreux partisans, elle semble avoir les préférences du professeur Kirmisson. Mais je ne trouve pas que l'interposition musculaire complique ou allonge beaucoup l'opération. En revanche, elle donne une assurance plus grande contre la réankylose, c'est donc entre les opérations de Rochet et celles de Huguier ou de Gernez-Douay qu'on peut hésiter.

Epaule. — L'articulation scapulo-humérale est une de celles où l'ankylose totale réclame le moins souvent l'emploi des procédés de cure radicale sanglante. Dans le cas où on croirait devoir recourir à ces procédés, on se rappellerait, dit le rapporteur que la résection simple donne fréquemment des résultats médiocres ou mauvais, et qu'on peut, à bon droit, lui préférer un des procédés modernes suivants :

1° Si après luxation de la tête on trouve celle-ci intacte et revêtue d'un cartilage normal, faire la résection modelante, et réimplanter la coque ostéo-cartilagineuse de la tête (Tuffier-Jacob) ; 2° si le cartilage est inutilisable, on pourra modeler l'extrémité supérieure de l'humérus, et recreuser au besoin la glène, et interposer un lambeau musculaire pris au deltoïde ou grand pectoral (Coville-Huguier); Klapp, après Payr, conseille dans ces cas d'extirper la capsule; 3° dans le même cas, ou pourra encore achever l'ablation du cartilage de la tête, réséquer la tête, la réimplanter, et interposer un lambeau libre d'aponévrose.

Quel que soit le procédé adopté, le traitement postopératoire devra être fait minutieusement et pendant un temps très long. L'immobilisation immédiatement après l'opération est nécessaire. Le bras sera placé en extension et la mobilisation commencée seulement du douzième au quinzième jour.

Coude. — L'ankylose du coude, même à angle droit, était déjà regardée par Ollier comme justiciable de la résection. A plus forte raison de nos jours doit-on tenter sa cure par une des interventions suivantes :

Pour les greffes totales (Buchmann), elles constituent peut-être le procédé de l'avenir, mais pour le moment on ne doit pas les considérer comme pouvant passer dans la pratique. Il en est à peu près de même pour les greffes homoplastiques (Tuffier). En revanche, je crois les greffes autoplastiques cartilagineuses ou ostéocartilagineuses (Tuffier, Klapp) parfaitement légitimes et susceptibles dès à présent de rendre de grands services.

La résection simple a donné de beaux succès, mais a aussi trop souvent abouti à des échecs, réankylose ou coude ballant.

Parmi les procédés modernes, il en est qui offrent des garanties plus réelles.

Dans les cas posttraumatiques, on cherchera d'abord à faire, après résection peu étendue, trochléiforme si possible, une greffe cartilagineuse ou ostéocartilagineuse à couche osseuse très mince. Si les cartilages ne sont pas utilisables, on aura recours à une interposition pédiculée, musculaire ou aponévrotique, ou à une transplantation aponévrotique libre. A plus forte raison devra-t-on choisir ce dernier procédé si les muscles sont atrophiés, friables, si l'interposition pédiculée n'est pas possible.

Dans les cas d'origine infectieuse, je donnerais la préférence à une résection moins parcimonieuse, complétée par une interposition pédiculée ou une transplantation libre aponévrotique. L'extirpation complète capsulo-aponévrotique serait ici indiquée.

Le membre doit être ensuite immobilisé dans un appareil, mais dans quelle position? Les uns préfèrent l'extension complète ou incomplète, d'autres la flexion. Combien de temps doit durer cette immobilisation? Ici encore les divergences sont énormes (entre cinq et vingt-cinq jours). La méthode récente des changements successifs de position a des partisans de plus en plus nombreux (Chaput, Bier). Le malade est fixé dans une position, puis au bout de huit à quinze jours on refait de temps en temps le pansement en le fixant chaque fois dans une nouvelle position de flexion ou d'extension.

Poignet. — *Articulation radio-cubitale inférieure.* — Que son ankylose soit d'origine congénitale ou traumatique, elle est en général traitée par la résection de l'extrémité inférieure du cubitus qui donne de bons résultats.

Articulation radio-carpienne. — Son ankylose est le plus souvent consécutive à la dislocation du carpe, c'est-à-dire, ainsi que Delbet l'a montré, la luxation dorsale du grand os avec luxation du carpe, moins le semi-lunaire et le scaphoïde souvent fracturé.

Dans ces cas, si la lésion est assez récente, on tentera l'extirpation du semi-lunaire et du fragment attenant de scaphoïde puis réduction dans l'axe du membre. Si le cas est trop ancien, ou s'il s'agit d'une luxation carpienne ou médio-carpienne, faire la résection ou mieux l'hémirésection en n'enlevant que la première rangée du carpe et ensuite l'interposition d'un lambeau pédiculé musculaire (procédé de Nélaton) ou aponévrotique.

Dans les ankyloses d'ordre pathologique, le même procédé semble pouvoir suffire.

Doigts. — Ici après ankylose on ne peut utiliser pour l'interposition que soit la gaine du tendon fléchisseur (Payr), soit un morceau de périoste libre (Hoffmann).

Hanche. — L'ankylose de la hanche, même unilatérale et en bonne position, est justiciable de la cure radicale, à plus forte raison si elle est vicieuse; ici l'ostéotomie redresse bien le membre mais lui laisse toujours de la raideur et de la claudication. Dans les ankyloses bilatérales il était d'usage de laisser un côté ankylosé et de mobiliser l'autre par une ostéotomie. M. Denucé pense qu'il y aurait avantage, avec les procédés modernes, de tenter successivement la mobilisation des deux côtés.

Quant au choix des méthodes, on peut actuellement, dit le rapporteur, laisser de côté les greffes qui ne constituent pas un procédé pratique. Pour les raisons mêmes exposées à propos des articulations précédentes, les opérations avec interposition me paraissent préférables aux opérations simples. Celles-ci exigent pour avoir une mobilité réelle des sacrifices étendus d'os, et sans assurer la mobilité exposent à avoir un membre ballant. Les méthodes d'interposition, en sacrifiant aussi peu d'os que l'on voudra, sans sacrifice d'os même si on se contente d'imiter les procédés de Murphy, donnent évidemment plus de sécurité au double point de vue de la mobilité et de la solidité articulaire. Mais l'arthrotomie de Murphy n'est possible que dans le cas d'ankylose périphérique fibreuse ou osseuse. Dans les cas d'ankylose totale, l'arthrotomie modelante deviendrait nécessaire. L'interposition alors serait indispensable. Aux lambeaux graisseux (Hoffa), M. Denucé préfère les lambeaux pédiculés musculaires (Nélaton) ou d'aponévrose libre de Putti, ceux-ci donnant une indolence postopératoire remarquable.

Après l'opération le membre est immobilisé en extension dans le plâtre ou en demi-flexion sans appareil (Putti) mais avec de la traction continue. On le mobilise progressivement après disparition des phénomènes douloureux.

Quant aux ankyloses coxalgiques, après avoir étudié les diverses éventualités, M. Denucé conclut que chez elles l'emploi des procédés de cure radicale sanglants lui paraît devoir être au moins exceptionnel.

Genou. — Ici on peut observer deux ordres d'ankyloses, les ankyloses fémoro-rotuliennes et les fémoro-tibiales.

Dans le premier cas les opérations de libération simple ont peu de chances de succès, les interpositions de lambeaux

cellulo-graisseux pédiculés ont donné des résultats peu encourageants, mais en revanche les interpositions musculaires et aponévrotiques pédiculées paraissent très recommandables.

Dans l'ankylose fémoro-tibiale, en laissant de côté les greffes articulaires, opération brillante, mais encore difficile à apprécier, l'interposition aponévrotique pédiculée et la transplantation aponévrotique libre sont les seuls procédés qui aient donné des succès nombreux. Après l'évolution de Murphy, les recherches de Payr et de Murphy, il semble indiqué de reséquer la capsule dans son intégrité, et de ne laisser des ligaments latéraux que la partie indiquée par Murphy, en la préparant suivant les indications de Payr pour faire l'allongement en Z. Les muscles extenseurs seront de même allongés (Putti) pour permettre la flexion du membre. La résection peut être limitée, mais l'interposition et la transplantation seront larges.

Après l'opération le membre est mis en extension continue dans une gouttière plâtrée. Putti seul préconise la demi-flexion, on commencera la mobilisation le plus tôt possible, mais pas trop tôt.

Pied. — *Ankyloses du cou-de-pied.* — De brillants résultats ont été obtenus dans la cure de l'ankylose de la tibio-tarsienne au moyen de l'arthrolyse suivie d'interposition d'un lambeau du tendon du triceps (Payr) ou de transplantation d'aponévrose libre (Putti).

Articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. — Putti a traité avec succès par arthrolyse et interposition d'un lambeau aponévrotique une ankylose de cette articulation.

Traitement postopératoire. — De grandes divergences subsistent entre les auteurs à ce point de vue. La seule règle généralement adoptée est que, après l'opération, le membre doit être immobilisé pendant quelques jours. Une mobilisation trop précoce cause de l'irritation articulaire et favorise la récidive. Si la mobilisation doit être précoce, elle ne doit jamais être douloureuse (Lucas-Championnière). A ce point de vue il semble bien, dit M. Denucé, que les lambeaux d'aponévrose libre de Putti, qui recouvrent entièrement les extrémités osseuses, empêchant tout contact entre elles, constituent la méthode la plus indolente, celle qui favorise le plus la mobilisation rapide.

Celle-ci sera pratiquée par le chirurgien lui-même (Arrou) ou le malade lui-même (Putti). Elle sera continuée au moyen d'appareils mécano-thérapiques. En même temps on peut faire usage de l'hyperémie passive et de la faradisation musculaire. Plus tard les mouvements actifs sont repris. On observe de grandes différences entre la date de ce retour des mouvements actifs selon les articulations ; cela dépend de la puissance des masses musculaires, et de ce fait que dans certaines articulations les muscles sont mono-articulaires comme action et seront très atrophiés, tandis que dans d'autres où ils commandent à la fois d'autres articulations que celles qui sont ankylosées, ils ont conservé une partie de leur pouvoir moteur.

M. LANCE.

FORMULAIRE

RÉGIME DES DIABÉTIQUES

Le régime lacté est souvent ordonné aux diabétiques maigres à dénutrition azotée. Le lait n'est pas toujours toléré et donne souvent soif.

C'est alors que d'excellents résultats ont été obtenus avec le « Képhir Salières », champagne lacté, sans sucre, riche en levures, à la dose d'une canette par jour.

Le Professeur PONCET

Par M. Paul BOURGET (1),
De l'Académie française.

J'ai connu, assez tard dans sa vie, le grand chirurgien dont l'école de Lyon porte le deuil. Il était plus rapproché de cinquante ans que de soixante, mais sa vigoureuse maturité semblait une seconde jeunesse tant la silhouette restait robuste et souple, le regard ouvert et curieux, l'esprit agile et vivant. L'impression qui se dégageait de ce masque presque léonin, c'était celle de la force, mais d'une force calme, sûre d'elle-même parce qu'elle était au service d'une intelligence souverainement lucide et d'une bonté souverainement généreuse. Quand il causait il penchait volontiers sa tête sur l'épaule gauche, dans une attitude réfléchie qui révélait le savant. Le caractère méditatif empreint alors sur cette puissante physionomie étonnait un peu chez un opérateur célèbre. Un chirurgien n'a-t-il pas pour qualités premières l'action immédiate et la décision prompte ? Précisément à cette époque l'ancien major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui faisait sept ou huit opérations par jour et fatiguait ses internes, était devenu le pathologiste auquel la médecine doit la théorie du rhumatisme tuberculeux et de la tuberculose inflammatoire. Les vastes conceptions systématiques détournaient de plus en plus de la pratique ce chercheur qui avait renoncé, avec un désintéressement sans emphase, comme il faisait tout, aux profits d'une nombreuses clientèle, pour se vouer à une de ces œuvres de synthèse doctrinale qui renouvellent tout un domaine d'idées. Ce passage d'un travail plus utilitaire à un labeur purement scientifique est le haut exemple d'éthique intellectuelle donné par M. Poncet. Même ceux qui cultivent un autre champ d'études peuvent en sentir la noblesse et s'efforcer de l'imiter. Que ce soit mon excuse pour apporter à cette mémoire d'un clinicien célèbre l'hommage d'un incompétent pour tout ce qui touche à la portion technique de cette activité. Une valeur d'enseignement général se dégagera du seul récit de cette vie. Commencer par l'humble besogne professionnelle, y exceller, et, quand on a fini les années d'apprentissage, employer celles de la maîtrise à ramasser, à relier ses expériences fragmentaires pour aboutir à des vues d'ensemble, et aiguiller ainsi la science dans des voies nouvelles, je ne vois pas une plus belle courbe de destinée pour un homme de pensée. M. Poncet en aura donné un modèle achevé. Avec sa bonhomie souriante, il citait volontiers le mot que lui avait dit un jour l'anatomiste Farabeuf : « Vous n'êtes pas seulement un chirurgien, vous êtes un céphalurgien », et son mâle visage s'éclairait d'une lumière intérieure, celle de la conscience d'avoir mérité cet éloge.

Il était né en 1849 dans un village de la Dombes. On appelle de ce vieux nom — *Dumbensis pagus* — ce long plateau qui s'étend de Fourvières à Bourg. Il est mort à Culoz, après avoir étudié et enseigné à Lyon depuis son entrée au lycée jusqu'à la session dernière. Il fut donc, quoiqu'il ait eu un appartement à Paris ces quelques années, l'homme d'un seul pays, comme il fut l'homme d'une seule étude. Les deux conditions sont bien favorables pour saturer une intelligence de robustesse et d'originalité. Ayant perdu très jeune son père, le notaire, il fut élevé par son grand-père, modeste praticien de campagne dont les malades étaient surtout des paludéens. Prise entre la Saône et le Rhône, la Dombes est un pays tout en étangs. La malaria y sévissait alors d'une façon permanente. Quand M. Poncet se trouvait en veine de confidences, il se décrivait, tout enfant, assis dans l'âtre de la cuisine chez

(1) Nous tenons à remercier bien vivement M. le Directeur de la *Revue hebdomadaire* d'avoir bien voulu nous autoriser à reproduire l'admirable article que M. Paul Bourget vient de consacrer à la mémoire de son ami, notre cher et regretté collaborateur Antonin Poncet. — *N. D. L. R.*

le docteur, son grand-père, et le défilé des gens qui venaient là, grelottant la fièvre, demander un peu de quinine. Les images se précisaient. Il évoquait un vieux paysan, véritable type de la cachexie palustre, le teint terreux, la peau sèche, squelettique, avec un ventre déformé par l'hypertrophie du foie et de la rate, de petits bergers ayant pris une maladie aiguë des os au bord des marais. La mémoire médicale était chez lui surprenante d'exactitude et de minutie, comme chez Trousseau qui disait, après avoir conseillé aux débutants de fréquenter les hôpitaux et de voir, de toujours voir des malades : « Arrivé aujourd'hui à la vieillesse, je me rappelle les malades que j'ai vus, il y a quarante ans, lorsque je faisais mes premiers pas dans la carrière. Je me rappelle les principaux symptômes, les lésions anatomiques, les numéros des lits, quelquefois les noms des patients qui, à cette époque si éloignée, ont frappé mon esprit... » Le témoignage que le maître de l'Hôtel-Dieu de Paris se rendait à lui-même, avec cette émouvante ferveur du bon ouvrier qui aime passionnément son métier, le maître de l'Hôtel-Dieu de Lyon aurait pu se l'approprier non moins justement.

M. Poncet avait commencé ses classes au petit séminaire de Belley. Il gardait de cette éducation un respect très profond des choses religieuses. Il ne croisait pas dans les couloirs de son hôpital une sœur de charité sans s'arrêter pour lui parler. Voici deux ou trois ans, revenant d'Italie, il rencontre sur le seuil de l'Hôtel-Dieu un de ses élèves : « Devinez ce que j'ai là », dit-il en lui montrant sa main fermée. « Je vous le donne en mille... Un chapelet que j'avais promis à la sœur X... de lui rapporter de Rome. Je ne suis pas allé à Rome, mais je lui rapporte tout de même son chapelet... » Un grand crucifix de bronze décorait sa salle de service. On voulut l'en retirer. Il s'y opposa énergiquement : « Je l'ai payé avec mon argent, dit-il, il est à moi et il restera là. » Par ces temps d'étroit fanatisme anticlérical et de mesquines persécutions, il n'est pas inutile de rapporter ces petits faits. Ils expliquent l'affluence des ecclésiastiques qui se pressaient, me raconte un témoin, à ses obsèques dans la cathédrale de Belley. Il paraît bien que s'il n'adhérait plus à la dogmatique de sa première éducation, il avait gardé une foi, indéterminée mais profonde, mais dans un au-delà que d'ailleurs il ne précisait pas, qu'il ne définissait pas. Quoique je n'aie jamais abordé ces questions avec lui qu'indirectement, je garde l'impression que ce grand esprit n'était pas plus un négateur que son maître M. Ollier. Ni l'un ni l'autre de ces deux savants n'étaient faits pour accepter la grossière hypothèse du monisme qui, expliquant le supérieur par l'inférieur, mutile la réalité qu'il ne peut comprendre. Il s'agit de concilier le monde de l'Ame avec ses besoins d'intelligence, d'amour et de moralité d'une part, le monde de la Nature, de l'autre, avec ses lois aveugles, indifférentes et implacables. Supprimer un des termes du problème, est-ce le résoudre ? J'aime à démêler dans la déférence d'un Poncet pour les représentants d'une croyance, de la lettre de laquelle il s'est détaché, cet acte d'espérance dans le mystère de l'univers que le poète a si bien défini dans les vers fameux :

> There are more things in heaven and earth, Horatio,
> Than are dreamt of in our philosophy..,

Je viens d'écrire le nom de M. Ollier. J'ai connu aussi, durant ses séjours dans le Midi, à Hyères, cet autre maître de la chirurgie. Gensoul, Bonnet, Ollier, Poncet, ce sont les quatre gloires de cette école de Lyon, créée tout entière par une institution propre à cette ville et aujourd'hui abolie, celle des chirurgiens-majors. Que de fois, en nous promenant sous les pins de Costebelle, ce sagace M. Ollier m'a expliqué les avantages de ce procédé de recrutement! En ce temps-là, Lyon n'avait pas de Faculté de médecine, mais elle avait trois vastes hôpitaux : l'*Hôtel-Dieu*, la *Charité* et l'*Antiquaille*... — ce dernier ainsi nommé parce qu'il occupait dans la partie où se dressait la ville romaine, l'antique Lugdunum, l'emplacement même où la tradition situe la prison de saint Pothin, l'évêque martyr. On y montre encore son caveau. — Dans chacun de ces hôpitaux opéraient trois chirurgiens, dits majors, sans doute par ressouvenir du premier Empire et d'une fondation militaire. Ils étaient nommés au concours, et pour dix-huit ans, si ma mémoire me sert bien. Le plus jeune était chirurgien-major désigné. Au-dessus de lui était le chirurgien-major titulaire, et à son moment, celui-ci devenait le chirurgien-major sortant. Tenus d'habiter l'hôpital et d'y avoir leur cabinet de consultations, leur clinique, toute leur existence, ils s'imprégnaient d'une atmosphère chirurgicale d'une densité singulière. Elle explique cette suite de travaux sur la chirurgie osseuse dont l'œuvre de M. Ollier, avec sa grande découverte sur le rôle du périoste dans la réfection des os, fut l'aboutissement. En écrivant ceci, je crois revoir ce vétéran du bistouri, avec sa face sérieuse et concentrée, les deux petits kystes qui pointaient à ses paupières supérieures, sa redingote dont il corrigeait la solennité, à la campagne, par un chapeau mou. Je l'entends causer de sa voix un peu nasillarde, avec Melchior de Vogüé, cet autre Cévenol, et je me redis la phrase que ce dernier prononçait avec un pressentiment si étrange, en recevant Barrès à l'Académie : « La hache du noir bûcheron m'environne ! »

C'est de M. Ollier que M. Poncet fut l'interne, quand, au sortir du lycée de Lyon, il se résolut à suivre la vocation que lui avait révélée, au coin de la cheminée de son grand-père, l'intérêt suscité en lui par les paludéens des étangs de la Dombes. Ces années d'études font penser à des campagnes menées par un jeune et vaillant général pour qui chaque conquête n'est que l'occasion d'une conquête nouvelle. A peine son internat fini, nous le trouvons à Paris dans le laboratoire de hasard installé rue Christine par Cornil et Ranvier. C'était au lendemain de la guerre, et ces savants avaient entrepris d'acclimater en France les études d'histologie pathologique, monopolisées jusqu'alors par l'Allemagne. M. Poncet avait l'intelligence trop réaliste pour ne pas reconnaître vite l'insuffisance d'une méthode, utile certes, mais qui ne pouvait aller loin, n'étant pas conforme à la vie. Etudier la cellule en dehors des fonctions, c'est se promener devant les maisons sans y entrer. Aussi ne donna-t-il qu'un an à ce travail. Coup sur coup, il passe sa thèse sur les ictères, rentre à Lyon comme docteur, devient chef de clinique d'un des collègues de M. Ollier, le professeur Dégrange, prépare son agrégation, subit l'examen à Paris dans le brillant concours où figurèrent Reclus, Pinard, Richelot, Terrillon, et tout de suite il se fait recevoir à Lyon chirurgien-major. C'était en 1879. Il avait trente ans. Il en avait trente-deux quand il fut nommé à la chaire de médecine opératoire.

Là commence la grande période active de cette vie magnifique. J'ai négligé de dire qu'entre temps l'apprenti chirurgien était allé voir Lister en Angleterre; qu'il avait voyagé en Autriche, en Allemagne, aux Etats-Unis, comme pour s'assimiler la technique entière de son époque. Il est demeuré légendaire parmi les étudiants de Lyon pour la formidable capacité de travail qu'il déployait dans ces années-là. Tous les matins, il était dans son hôpital à huit heures. Il en sortait à une heure pour reparaître à deux heures à la Faculté, et le reste du jour, il opérait encore. Aussi exigeant pour les autres que pour lui-même, il fallait que l'équipe de ses assistants fût là, tout entière et toujours. A ceux qui arrivaient en retard et balbutiaient une excuse, il avait une façon de répondre : « J'y suis bien, moi, » qui leur ôtait l'envie de récidiver. Avec cela professeur mieux encore excitateur incomparable. Un de ses collègues, M. Auguste Pollosson, dans l'éloquent discours prononcé sur sa tombe, a défini d'un mot très heureusement emprunté à la langue médicale la caractéristique de la pensée de Poncet et de sa parole, et tout son être, quand il a vanté sa « tonicité extraordinaire ». Une

légion de chirurgiens est sortie de son tablier, qu'il a tous marqués de son empreinte. Ils se reconnaissent, me dit un bon juge, avant tout à la largeur des idées, au coup d'œil physiologique, et aussi à la hardiesse du « faire » opératoire. M. Poncet répétait sans cesse à cette période-là : « Les grandes incisions font les grands chirurgiens. » Il pratiquait ce qu'il appelait encore « la chirurgie à ciel ouvert ». Cette chirurgie-là marquait le patient de traces souvent ineffaçables, mais elle guérissait. Poncet fut un grand guérisseur, un grand inventeur aussi. Traçant ici un portrait moral — le seul qui soit un peu de mon ressort — je ne mentionnerai pas les opérations hardies dont il fut l'heureux initiateur. Quelques-unes ont été dépassées. Beaucoup demeurent dans la pratique courante. Il avait la fierté de ses audaces. Je me souviendrai toujours de l'accent avec lequel, me parlant d'une opération très délicate dont le génial Albarran avait eu l'idée, il me dit : « J'ai pourtant failli trouver ça... » Aucune envie dans ces mots, mais quel regret !

Ce fut après 1891, et quand il fut monté dans la chaire de clinique chirurgicale, qu'il orienta peu à peu sa vie dans le sens que j'indiquais en commençant ces quelques notes. M. Pollosson a encore marqué cette volte-face avec une rare justesse de termes : « Le chirurgien céda la place au savant. L'homme d'action se changea en penseur. » Il y avait toujours eu en lui — les poussées de sa curiosité dans des sens si variés l'attestent et son mémoire sur l'actinomycose — ce génie investigateur qui ne se satisfait pas dans la spécialité, si brillante soit-elle. S'abandonner à ce génie, à ce moment de sa vie en pleine maturité, quand les circonstances et sa valeur faisaient de lui, sans rivalité possible, le premier chirurgien du Sud-Est, c'était une résolution héroïque. Plusieurs motifs purent y déterminer le professeur Poncet, tous également à son honneur. Le premier fut sans doute le légitime et noble désir d'une gloire qui lui survécût. La destinée des grands chirurgiens et des grands médecins qui n'ont été que des exécutants supérieurs offre cela de pathétique qu'ils réalisent vraiment, quand ils disparaissent, le *qualis artifex pereo* prononcé par un indigne. Son cri n'en demeure pas moins le symbole du tragique naufrage des beaux talents viagers. D'un Dupuytren, pour prendre un exemple cruellement significatif, que reste-t-il ? Un nom prestigieux, et rien de plus. Lasègue le disait à propos de Trousseau, avec une mélancolie qu'il ne cherchait pas à dissimuler : « Les acteurs, gens de passage comme nous... » Il n'en va plus ainsi, quand le médecin laisse après lui une découverte qui a pris place dans la science et qui n'en bougera plus. Il y a sans doute eu au XVIIe siècle des praticiens qui surpassaient William Harvey par la renommée et aussi par l'habileté. Où en est leur œuvre ? où leur souvenir ? Pour avoir trouvé les lois de la circulation du sang, Harvey est toujours présent, toujours agissant. Ajoutez à cela qu'il est toujours bienfaisant. C'était encore là, pour M. le professeur Poncet, un motif d'aller plus avant dans la voie de la science. Une immense charité faisait le fond de sa nature. Quand il marchait dans la rue, de son pas lent et un peu balancé, il lui arrivait sans cesse, s'il rencontrait un homme ou une femme du peuple qui lui paraissaient souffrants, de les arrêter, de les interroger, et il les faisait venir à sa clinique, où il leur prodiguait les mêmes soins qu'à ses clients les plus fortunés. Quoi d'étonnant qu'il ait rêvé, comme couronnement à son existence, une de ces découvertes à longue portée qui, enrichissant et renouvelant la thérapeutique, préservent et soulagent des milliers et des milliers de créatures vivantes ? Quoi d'étonnant aussi que la force de sa personnalité se soit sentie à l'étroit dans un métier dont il connaissait toutes les finesses, où il savait qu'il ne se dépasserait pas, au lieu que l'induction généralisatrice l'invitait à épanouir sa pensée dans des conceptions d'une portée indéfinie et d'une ampleur incalculable ?

Il en a trouvé une, à laquelle il s'était attaché passionnément, qu'il a développée, soutenue, défendue avec une ardeur jamais lassée. S'il ne l'a pas établie d'une manière définitive, il l'a posée avec assez de vigueur pour que ses adversaires mêmes aient dû en reconnaître l'extrême importance. Ce que la théorie de l'irritation fut pour Broussais, celle de la spécificité des maladies pour Bretonneau et Trousseau, celle des glandes à sécrétion interne pour Brown-Séquard, celle de l'hystérie pour Charcot, l'hypothèse de la tuberculose inflammatoire le fut pour M. Poncet. Autant qu'un profane peut comprendre des idées d'un ordre si particulier, voici comment il me paraît avoir raisonné. Il a été frappé de constater que des tuberculeux font du rhumatisme et qu'il n'y a dans ces rhumatismes aucune des caractéristiques de la tuberculose. Sachant, d'autre part, que certaines infections, la scarlatine par exemple, produisent aussi des accidents rhumatismaux, il en a conclu que le rhumatisme apparu chez les tuberculeux pouvait bien être produit par la tuberculose, malgré l'absence de ces caractéristiques. Mais s'il en est ainsi pour les articulations, ne peut-il pas en être ainsi partout ailleurs ? Ne s'agirait-il pas de tuberculose, anormale et méconnue, dans nombre de maladies dont on ne connaît pas la nature ? La statistique des autopsies démontre que, sur 100 personnes mortes de mort violente, 80 portent la trace d'une tuberculose latente ou guérie. Nous sommes donc là en présence d'une maladie extrêmement fréquente. Que de ces foyers, présents dans tant d'organismes, fusent des poisons atténués, trop peu virulents pour prendre la forme connue, assez virulents pour produire des désordres graves ou légers, et voilà expliqués combien de phénomènes qui demeuraient jusqu'ici des énigmes ! Voilà aussi la possibilité de les attaquer dans leur cause. Quelque incertaine que soit encore la thérapeutique curative et spécifique de la bacillose, elle existe. Le professeur Poncet en entrevoyait le commencement dans les *corps immunisants* de Spengler, qui l'ont tant préoccupé durant les derniers temps de sa vie. Il l'entrevoyait aussi dans la cure solaire, dans cette *héliothérapie* dont deux médecins sortis de l'école lyonnaise, les docteurs Jaubert et Rivier, ont fait des applications si heureuses dans leur sanatorium de la Plage, près d'Hyères. Mais il a dit lui-même ses espérances dans le livre qu'il publiait l'année dernière avec son élève, M. René Leriche. Ces six cents pages sur la *Tuberculose inflammatoire* sont un chef-d'œuvre d'ordre et de lucidité. L'immense expérience qu'elles supposent, la conviction dont elles sont animées, l'ingéniosité de leurs aperçus en font une lecture d'un extrême intérêt, fût-ce pour des ignorants.

J'ai trop la conscience d'être moi-même un de ces ignorants pour ne pas savoir que ces quelques notes sont bien pauvres, bien superficielles. C'est l'honneur à la fois et la tristesse des grands serviteurs de la Science qu'ils ne puissent être vraiment compris, admirés, loués que par leurs pairs. J'ai trop aimé M. le professeur Poncet, je l'ai trop respecté, pour ne pas avoir éprouvé le besoin de tracer de lui ce « crayon » d'après la mort qui devrait, pour être entièrement ressemblant, s'éclairer d'un reflet de grâce et de courtoisie. Je n'aurais pas donné une idée exacte de cette rare personnalité si je n'ajoutais qu'en effet ce médecin de génie était, dans le quotidien de la vie, le plus affable, le plus simple, le meilleur des compagnons. Le charme de ses manières, sa politesse exquise, son intelligence des nuances venaient chez lui d'un cœur que quarante années et plus d'hôpital et de clinique n'avaient ni endurci, ni refroidi. Je me rappelle qu'un jour, me trouvant sur le Parthénon avec quelqu'un qui n'a pas laissé d'œuvre, mais qui valait beaucoup pour la sensibilité, le capitaine Viau, qui fut longtemps le doyen de son grade dans l'armée française, ce vieillard, exalté par le spectacle que nous avions sous les yeux, me dit après un silence : « Quand vous penserez à ce paysage, je veux que vous pensiez aussi à mon meilleur ami. Souvenez-vous du nom de ***, c'est celui d'un homme excellent. » J'ai su depuis que cet ami dont l'ancien officier me par-

lait ainsi avait été pour lui d'une incomparable bienfaisance. Cherchant à résumer l'impression que le grand chirurgien lyonnais laissera de lui à ceux qui ont eu le bonheur de l'approcher dans son intimité, je ne trouve pas de meilleure formule que cette naïve et simple parole : ce fut un homme excellent. « Comment se fait-il », demandait déjà le sage antique, « comment se fait-il que la Divinité, qui a ordonné si bien toutes choses et avec tant d'amour, ait négligé un seul point, à savoir que des hommes d'une vertu éprouvée, qui ont eu une sorte de commerce avec elle, soient atteints par la mort et nous quittent pour jamais? » Et il répondait, avec cette foi dans la suprême et finale intelligibilité du monde qui seule permet de supporter l'inexplicable et universel écoulement de toutes choses et de nous-mêmes : « Nous ne disputerions pas ainsi avec Dieu, s'il n'était pas souverainement bon et souverainement juste. S'il l'est, soyons certains, malgré les apparences, qu'il n'a rien laissé passer dans l'ordonnance du monde qui soit contraire à la justice et à la raison. »

JURISPRUDENCE

UN CONTRAT DE VIVISECTION HUMAINE

Un arrêt rendu le 27 juin 1913 par la première chambre de la Cour d'appel de Lyon mérite d'être signalé tant par sa nouveauté que par son originalité.

Le point de droit posé, était le suivant : la convention intervenue entre un médecin et une personne, autorisant le praticien à faire sur son corps des expériences, est-elle valable ?

Non, a répondu la Cour; cette convention est illicite et contraire aux bonnes mœurs.

Voici les faits. Il intervenait entre un médecin lyonnais et le mari d'une femme du peuple un contrat par lequel le praticien était autorisé à pratiquer sur celle-ci des traitements de « chirurgie esthétique », sous le prétexte « d'améliorer sa situation ». Ce traitement avait pour but d'effacer les rides du visage et du cou, et plus spécialement de dissimuler l'abaissement et l'allongement des seins, et d'obtenir « une poitrine triomphante sous l'éclat des lumières ». La femme se laissa traiter et fut soumise à diverses opérations. Elle fut ensuite conduite à Paris pour être soumise, lors du Congrès chirurgical de 1908, à l'examen des congressistes. Mais les conséquences de ces interventions furent de troubler l'éclat de santé de la contractante qui, en 1910, assigna le docteur en 25.000 francs de dommages-intérêts.

L'affaire vint devant le tribunal de première instance qui débouta la demanderesse de ses prétentions, celle-ci n'ayant invoqué la nullité de la convention qu'après le jugement avant faire droit ordonnant expertise. Les attendus de ce jugement, rendu le 17 juillet 1912, sont les suivants :

« Attendu qu'en suite d'une convention intervenue entre les mariés R... et le docteur P..., la dame R... a consenti à se soumettre à des opérations chirurgicales destinées à rajeunir la moitié de son visage et de sa poitrine ;

Attendu qu'après ces opérations elle fut présentée au Congrès de chirurgie de Paris au mois d'octobre 1908 ;

Attendu qu'elle réclame aujourd'hui au docteur P... une indemnité de 25.000 francs en alléguant que les opérations pratiquées sur elle auraient une répercussion grave sur son état de santé général et lui auraient laissé des cicatrices vicieuses au visage et à la poitrine ;

Attendu que le tribunal saisi de cette demande a, par jugement du 3 décembre 1910, nommé les docteurs Boyer, Albertin et Durand, experts à l'effet d'examiner l'état de dame R... et donner leurs avis sur l'exactitude de ses allégations ;

Attendu que, dans leur rapport déposé le 2 juin 1911, ils déclarent avoir constaté que les opérations subies par Mme R... n'avaient eu aucune des suites fâcheuses invoquées par elle, et que, d'autre part, les cicatrices qui en étaient résultées demeuraient à peu près invisibles ;

Attendu qu'en présence des conclusions de ce rapport les mariés R... demandent la nomination de trois nouveaux experts, mais que, pour justifier cette mesure, ils ne produisent aucun grief sérieux contre les constatations, l'opinion et la capacité des experts ;

Attendu que la situation et la science de ceux-ci offrent au tribunal des garanties suffisantes de l'exactitude de leurs appréciations ;

Attendu que les mariés R... ont invoqué en outre, pour la première fois depuis l'expertise, aux fins de justifier leur demande en dommages-intérêts, la nullité d'ordre public de la convention intervenue entre eux et le docteur P... ;

Attendu que cette nullité résulterait de ce qu'il serait contraire aux lois et aux bonnes mœurs de louer ou vendre son corps pour le soumettre à des expériences de chirurgie ;

Attendu que le tribunal n'a pas examiné ce moyen, parce que, même en le supposant fondé, il resterait inopérant à défaut de préjudice éprouvé par Mme R..., par suite de la convention incriminée ; que l'absence de ce préjudice a déjà été ci-dessus retenu comme résultant suffisamment du rapport des experts ;

Que les mariés R... restent impuissants à démontrer par ailleurs qu'ils auraient souffert de la nullité de la convention librement acceptée par eux ;

Par ces motifs, le tribunal... homologue en tant que de besoin le rapport des experts ; rejette la demande des mariés R... »

L'affaire vint sur appel devant la Cour. Celle-ci, estimant que le débat ne pouvait rouler que sur la valeur de la convention, s'est attachée à l'étudier. Elle n'a pas hésité à déclarer que cette convention ne pouvait être que nulle comme contraire aux bonnes mœurs, et ce, par de puissants attendus.

« Attendu qu'à la date du 17 juillet 1908 intervenait, entre le sieur R... et le docteur P..., un contrat par lequel R... autorisait ce dernier à pratiquer sur sa femme « les traitements chirurgicaux utiles pour l'amélioration de sa situation » et consentait aussi aux déplacements qu'elle devrait ensuite faire « pour aller montrer le résultat de son traitement » ;

Qu'aux termes de cet engagement R... recevait ce même jour une somme de 100 francs du docteur P..., avec promesse d'une autre somme de 200 francs qui devait être ultérieurement payée ;

Attendu que le traitement, auquel la dame R... allait être ainsi soumise, n'avait aucun rapport avec l'amélioration de sa santé ; qu'il s'agissait uniquement d'expérimenter sur elle la méthode exposée dans la brochure anonyme publiée par les soins du docteur P..., sous le titre de « chirurgie esthétique » tendant à effacer les rides du visage et du cou, et plus spécialement à dissimuler l'abaissement ou l'allongement des seins; que le docteur P... explique, dans cet opuscule, que le mamelon, lorsqu'il occupe la pointe inférieure d'un sein pendant, se trouve ainsi abaissé de 7 à 8 centimètres ; que son procédé consiste à le « relever de cette même étendue, en enlevant ensuite la peau excédente à la partie inférieure du globe reconstitué » afin de « redonner au sein la forme globale de la jeunesse » ;

Attendu que la dame R... était ainsi destinée à la démonstration sur le vif de la méthode préconisée par le docteur P..., le côté droit de son corps devant être seul opéré, afin de permettre les comparaisons et les constatations des résultats;

Que la dame R... a subi à la clinique du docteur P... les diverses opérations nécessaires à cet effet, et a été conduite ensuite à Paris pour être soumise, lors du Congrès chirurgical de 1908, à l'examen des professionnels et à la curiosité du public ;

Attendu qu'elle a ultérieurement assigné le docteur P... en

paiement de dommages-intérêts à raison des troubles et des souffrances qu'elle disait avoir éprouvés à la suite de ces opérations, et conclu, dans le dernier état de la procédure, à la nullité de la convention du 17 juillet 1908, comme illicite et contraire aux bonnes mœurs ;

Attendu que les premiers juges se sont abstenus de se prononcer sur la validité de ladite convention par le motif qu'il ne résultait pas de l'expertise médicale, à laquelle il avait été procédé, qu'un préjudice eût été subi par la dame R... par suite de la convention incriminée ;

Attendu que l'on doit considérer comme illicite et contraire aux bonnes mœurs une convention qui avait uniquement pour objet ces pratiques de vivisection sur une femme âgée et besogneuse ; qu'une telle convention ne saurait être admise comme compatible avec la dignité humaine alors que, par l'appât d'un gain des plus minimes, l'appelante se déterminait à trafiquer de son corps et à le faire servir à des expériences inutiles pour elle, sinon dangereuses, qui n'étaient entreprises qu'en vue des profits que leur auteur escomptait ;

Attendu, sur le préjudice, que les médecins experts ont émis des doutes sur la réalité des désordres et des souffrances accusés par la femme R..., à la suite des multiples opérations et des cinq anesthésies générales pratiquées sur elle, dans un court espace de temps, et à un moment où elle se trouvait déjà atteinte de névropathie ou de neurasthénie aux dires du docteur P... lui-même ; mais qu'il y a lieu d'envisager un autre élément de préjudice, et qu'il résulte des constatations auxquelles la Cour a pu elle-même procéder, d'après les photographies dont la fidélité n'a point été contestée, que les opérations réalisées par P... sur le sein droit de la dame R..., loin de lui donner « la forme globale de la jeunesse », n'ont abouti qu'à un pitoyable truchement et que, pour arriver à remonter le mamelon au sommet d'un organe fléchissant sans appel, le praticien n'a fait qu'ajouter aux flétrissures de l'âge des cicatrices et des gaufrures d'un répugnant effet ;

Attendu que si, dans l'humble condition de sa vie, la femme R... trouvait de plus graves soucis que les seules préoccupations d'ordre esthétiques auxquelles répond le docteur P... par la séduisante promesse « d'une poitrine triomphante sous l'éclat des lumières », rien cependant ne saurait justifier cette aggravation inutile des déchéances laissées par l'âge et d'autres souffrances antérieurement subies ; que de ce chef, tout au moins, il a été causé à l'appelante un préjudice et que la Cour trouve dans les circonstances et documents de la cause des éléments d'appréciation qui lui permettent de l'évaluer à la somme de 500 francs ;

... Par ces motifs, la Cour, ... faisant droit à l'appel dont elle est saisie, infirme le jugement du tribunal de première instance de Lyon, en date du 17 juillet 1912, prononce la nullité, comme illicite et contraire aux bonnes mœurs, de la convention du 17 juillet 1908, condamne le docteur P... à payer à la dame R..., en réparation du préjudice par lui causé, la somme de 500 fr. à titre de dommages-intérêts. »

Praticiens, commentez cet arrêt de Lyon, unique, croyons-nous, dans les annales de la jurisprudence médicale.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

Les Epanchements du péricarde, étude clinique et thérapeutique. La ponction épigastrique de Marfan, par BLECHMANN. Thèse. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Maladie de Hodgkin. Lymphogranulomatose, par G. LACRONIQUE. Thèse. — Lyon, Imprimeries réunies.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies vénériennes. — (N° 8, août 1913.) GAUCHER et GOUGEROT : Les dangers de la syphilis pour la communauté et la question du contrôle de l'Etat. — BERTARELLI : Sur l'emploi des injections intramusculaires de salvarsan.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 8, août 1913.) CONSERGUE : La guerre des Balkans, organisation et fonctionnement du service de santé des armées coalisées. — ROUFFIANDIS : Organisation d'un service de renseignements médicaux pour les engagés à la Légion étrangère. — SAVORNIN : Spiromètre à poids compensateur. — LEVÊQUE : Note sur l'endémie typhique de l'Aurès : « la fièvre de Thout ».

Policlinico. — (Août 1913, fasc. 8.) *Section médicale.* Giuseppe MARIANI : Contribution clinique et observations critiques pour l'étude des réinfections, superinfections et récidives syphilitiques à type primaire. — I. RIGHI : L'importance pour l'étiologie de la rage de quelques formations libres décrites récemment. — Ugo DARETTI : Comment se comportent les composés azotés dans les urines au cours de certaines maladies fébriles. — Giovanni Battista ZANDA : Quelques modifications qui accompagnent la putréfaction du sérum du sang. — (Août, fasc. 8.) *Section chirurgicale.* Prof. Angelo CHIAVARO : Le rouge écarlate et l'obturation de cavités pathologiques en odontoiatrie. — Prof. Giovanni RAZZABONI : Recherches expérimentales sur la façon dont se comportent les cartilages épiphysaires dans les interventions opératoires articulaires. — Nicola LEOTTA : Les plaies du cœur. — Mario ABETTI : Deux cas d'endothéliome primitif des os. — Giulio PICCIOLI : Quelques observations sur le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. — Valentino BARNABO : A propos des rapports entre les glandes sexuelles et l'hypophyse.

Riforma medica. — (N° 31, 2 août 1913.) Prof. V. PATELLA : La maladie de Morgagni-Adams-Stokes. — Piero BOVERI : Les réactions méningées dans le saturnisme chronique. — S. CANNATA : La constatation microscopique du parasite de Leishman dans le sang périphérique. — Aldo ALHAIQUE : Trois cas de luxation compliquée. — (N° 32, 9 août.) Prof. V. PATELLA : La maladie de Morgagni-Adams-Stokes. — M. BARBERIO : Un cas rare de cholestérinurie vraie prolongée. — Alfredo PERUGIA : Aphasie motrice et surdité postaccessuelles. — (N° 33, 16 août.) Dario MARAGLIANO : Contribution à la cure radicale des tumeurs malignes des testicules avec extirpation des ganglions juxta-aortiques. — Prof. Quinto VIGNOLO : Mobilisation basale du mésocôlon pelvien pour rétablir la continuité intestinale directe dans les résections du côlon iliaque et de la portion terminale du côlon descendant. — Luca FIORAVANTI : La cautérisation d'une perte de substance osseuse est-elle préjudiciable au plombage. — Carlo PAVESIO : Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses chirurgicales par le sérum de Marmorek. — Francesco D'AGOSTINO : Abcès traumatique du foie. — (N° 34, 23 août.) Gioacchino BRECCIA : Un nouvel appareil pour le pneumothorax artificiel. — Dario MARAGLIANO : Contribution à la cure radicale des tumeurs malignes des testicules avec extirpation des ganglions juxtathoraciques. — Adolfo DELLE PIANE : Le traitement des états chloroanémiques et lymphatiques par le citrate triferreux uni à l'iodure ferreux. — Fernando MORELLI : Action des bacilles tuberculeux stérilisés injectés sous la peau des animaux à doses massives. — Carlo PAVESIO : Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses chirurgicales par le sérum de Marmorek.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Triboulet, Belin, Lardennois, Proust, Auvray, Dujarier, Couvelaire, Aubertin, Gandy, qui ont accepté ; Josué, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 6 octobre. — Question donnée : « Symptômes de la fièvre typhoïde à la période d'état et prophylaxie. »

MM. Robin, 10 ; Roland, 19 ; Pellé, 10 ; Reinhold, 10 ; Plicque, 18 1/2 ; Thouvenot, 15 ; Szarvas, 12 ; Weismann, 17 ; Semenon, 14 ; Ségal, 12 ; de la Ruelle, 12 ; Phronimos, 15 ; Richard (Alfred), 7 ; Pick, 10 ; Queyroi, 18 ; Perlis et Sordinas, 13 ; Pouillard, 14 ; Richard (Armand), 7 ; Souchay, 9.

Anatomie. — Séance du 7 octobre. — Question donnée : « Muscles masséter et temporal. »

MM. Delarue, 15 ; Mlle Desplas, 18 ; MM. Digonnet, 18 ; Dumoutet, 17 ; Harriague, 14 ; Djismedjian, 15 ; Demerliac, 17 1/2 ; Gauran, 15 ; Fortin, 16 ; Hardoin, 10 ; Ehrlich, 16 ; Hamon, 18 ; Derville, 18 1/2 ; Desbrières, 9 ; Dujarier, 19 1/2.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Denis (d'Imphy), Lehmann (de Nevers).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Desmoulins (de Grenoble), Emeric (de Saint-Etienne), Hattat (de Paris), Lelong (d'Aix-les-Bains), Pedrono (de Lorient), Tel (de Buzet).

GUERRE. — Service de santé. — Ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Massol, Poutet, Cruzel.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active démissionnaire Hourtoulle.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Ott.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active retraité Vialle.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale Luyt.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Un concours pour la nomination d'un inspecteur départemental des services d'hygiène dans le Finistère sera ouvert au ministère de l'intérieur le 25 novembre 1913.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés Français, âgés de trente ans au moins et de quarante-cinq ans au plus au 31 décembre 1913, et pourvus du diplôme de docteur en médecine. Leur demande, accompagnée des pièces et justifications qui sont indiquées par le programme, devra être adressée au préfet du Finistère et lui parvenir avant le 31 octobre.

Le traitement alloué est au début de 7 000 fraecs pour s'élever progressivement à 9000 francs avec remboursement des frais de déplacement et participation à la caisse départementale des retraites.

Le programme du concours sera envoyé par la préfecture aux intéressés qui en feront la demande.

LES CHIRURGIENS-MAJORS DES HOPITAUX DE LYON. — A propos de l'article de M. Paul Bourget sur le professeur Poncet, que nous avons publié, l'*Echo de Paris* donne les intéressants détails qui suivent sur le fonctionnement de l'institution des chirurgiens-majors à Lyon :

« Le titre de chirurgien-major ne figure dans les archives hospitalières qu'à partir du XVIIIe siècle, dès cette époque, le majorat grandit par le fait des hommes illustres qui en remplissent les fonctions.

En 1788, les recteurs décident que la place de chirurgien chef sera mise au concours. Ce premier concours eut lieu le 25 juin 1788. Marc-Antoine Petit en fut le premier lauréat.

En 1795, on trouve un aide-major ; et jusqu'en 1802 le ser-

RENSEIGNEMENTS

vice chirurgical est fait dans les hôpitaux de Lyon par des chirurgiens qui ont le titre de chirurgien-major, avec, sous leurs ordres, des aides-majors; le chirurgien-major restant toujours attaché à l'Hôtel-Dieu, comme un serf à sa glèbe.

Le règlement de 1816 paraît, à quelques détails près, aussi sévère que le règlement des siècles précédents; le major réside dans la maison et exerce pendant six années consécutives; ses honoraires sont fixés à 600 francs, indépendamment du logement, de la nourriture, du chauffage et de la lumière; il reçoit, en outre, un habit noir et une robe de visite pour trois ans. En revanche, l'administration exige qu'il soit présent dans l'établissement à toute heure du jour et de nuit, et qu'il reste célibataire. Il ne peut sortir de l'établissement que d'une heure à trois heures de l'après-midi et le soir depuis le souper jusqu'à neuf heures trois quarts.

Par délibération du 25 janvier 1832, le chirurgien-major doit être secondé par deux aides-majors, nommés au concours, dont l'un doit lui succéder à l'Hôtel-Dieu et l'autre occuper ce même poste à la Charité.

Dans le courant de cette même année, le conseil, par délibération du 5 décembre, autorisa le major à se marier après les deux premières années de son majorat.

En 1848, on créa des concours spéciaux de major pour l'Hôtel-Dieu, la Charité et l'Antiquaille réunie aux hospices en 1846. En même temps étaient abrogés les anciens règlements qui avaient défendu le mariage, la clientèle et les sorties, mais on conserva l'internement. La durée du service fut fixée à dix-huit ans : six ans comme aide-major, six ans comme chirurgien-major et six ans comme chirurgien titulaire.

Le 10 janvier 1879, le conseil supprimait en principe les concours spéciaux et les majorats dans chaque hôpital et décidait « qu'à l'avenir il y aurait des chirurgiens des hôpitaux chargés des services de chirurgie dans tous les hôpitaux, par roulement, avec choix facultatif et par ordre d'ancienneté », mais cette décision ne fut pas immédiatement appliquée.

C'est par délibération du 23 mai 1894 que fut arrêtée la modification définitive; le conseil décida que tous les services hospitaliers consacrés soit à la chirurgie générale, soit à des spécialités et confiés à des chirurgiens-majors, seraient jusqu'à nouvel ordre confiés à des chirurgiens dont la durée de service serait limitée par l'âge de cinquante-cinq ans et nommés à la suite d'un concours uniforme. »

UNE IDÉE A SUIVRE. — Nous lisons dans *El Siglo médico* (20 sept. 1913) qu'un Congrès international d'hygiène infantile s'est tenu tout récemment à Buffalo (E. U.) et que presque toutes les républiques américaines et plusieurs nations européennes s'y étaient fait représenter.

Au cours d'une des dernières séances, lecture fut donnée d'une proposition, immédiatement acclamée avec enthousiasme par l'unanimité des congressistes. Il s'agissait d'adresser un appel aux gouvernements de toutes les nations civilisées, pour demander que les navires de guerre, une fois devenus impropres au service, soient transformés en asiles et sanatoria pour enfants tuberculeux pauvres. Rien ne serait en effet plus commode pour mettre en œuvre la cure marine, si avantageuse dans beaucoup de cas. G. H.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. (Professeur : M. GILBERT.) — ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE DE LABORATOIRE, par le docteur E. CHABROL, chef de laboratoire. — I. *Technique de laboratoire applicable à la clinique.* — Tous les vendredis, de onze heures à onze heures trois quarts, à l'amphithéâtre Bichat (laboratoire de la clinique médicale).

1. Examen des crachats. — 2. Diagnostic de la tuberculose. — 3. Diagnostic de la diphtérie. — 4. Examen du sang (globules rouges). — 5. Examen du sang (globules blancs). — 6. Examen du sang (caillot, sérum, etc.). — 7. Diagnostic de la blennorragie et du chancre mou. — 8. Diagnostic de la syphilis. Réaction de Wassermann. — 9. Diagnostic de la syphilis. Ultramicroscope. — 10. Examen des liquides pleuraux et ascitiques. — 11. Examen du liquide céphalo-rachidien. — 12. Diagnostic de la fièvre typhoïde. — 13. Examen bactériologique des divers liquides et exsudats. — 14. Diagnostic du paludisme.

Les élèves seront exercés individuellement.

II. *Démonstrations d'anatomie pathologique.* — Tous les lundis, de onze heures à onze trois quarts, à l'amphithéâtre Bichat (laboratoire de la clinique médicale).

Présentation des pièces et coupes des vérifications anatomiques de la semaine précédente.

III. *Exercices pratiques de vérifications anatomiques.* — Une fois par semaine, dans la matinée, à l'amphithéâtre Bichat (laboratoire de la clinique médicale).

La date exacte et l'heure de chaque exercice seront annoncées la veille dans le service.

1. Généralités. Matériel. Dispositif instrumental. Règlements. — 2. Technique générale. — 3. Cœur, péricarde, vaisseaux. — 4. Appareil respiratoire. — 5. Appareils urinaire et génital. — 6. Tube digestif. Glandes vasculaires sanguines. — 7. Cerveau. Mésocéphale. Méninges craniennes. — 8. Moelle et ses enveloppes. Nerfs périphériques. Muscles. — 9. Foie. Voies biliaires. Pancréas. Veine porte. — 10. Applications médico-légales. Revision générale.

Les élèves seront exercés individuellement.

COURS PRATIQUE D'OPHTALMOLOGIE. — M. le professeur F. de Lapersonne, assisté de MM. Pley, Coutela et Chenet, chefs de clinique et de laboratoire, commencera ce cours le mardi 21 octobre 1913, à trois heures, à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Dupuytren).

Les leçons auront lieu tous les jours à la même heure et seront accompagnées de présentations de malades et de projections. Les élèves seront exercés individuellement au maniement de l'ophtalmoscope et des appareils employés en oculistique. Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

MM. les docteurs et étudiants français et étrangers, immatriculés à la Faculté, seront admis à s'inscrire en vue de ce cours. Le droit à verser est de 50 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Août 1913.) REMLINGER : Essai de nosologie marocaine. — ORTICONI et BOUCLIER : Une épidémie de méningite cérébro-spinale à la Flèche en 1912. — BUSSIÈRE : L'inspection médicale des écoles et des écoliers. — (Sept.) GRANEL : Hygiène des collectivités. Assainissement de la ville d'Aix en Provence. — HUBER : Mortalité professionnelle comparée en France et en Angleterre.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 8, août 1913.) GOIFFON : Etude coprologique sur les causes du déficit d'utilisation de l'amidon cuit. — HALLEZ : Critique expérimentale de différents procédés en usage pour la recherche des hémorragies occultes du tube digestif.

Archives des maladies des enfants. — (N° 8, août 1913.) MARFAN : Paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique chez les grands enfants. — SCHREIBER et DORLINCOURT : Recherches expérimentales sur l'influence de la chaleur chez les jeunes chiens.

Archives générales de chirurgie. — (N° 8, 25 août 1913.) VAUTRIN : La cure opératoire de l'hydrocèle vaginale. — DEBREZ : Le traitement et la pathogénie de la lithiase biliaire. — FRUCTUS : Les salpingites chez les vierges.

Bulletin médical. — (N° 61, 2 août 1913.) MONIER-VINARD : Les anesthésies dans l'hémiplégie cérébrale. — (N° 62, 6 août.) PAUCHET : Tuberculose du rein. Diagnostic et traitement.

LA CUTI-RÉACTION A LA TUBERCULINE
AU COURS DES INFECTIONS AIGUËS

Par A. SÉZARY,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

L'emploi de la cuti-réaction à la tuberculine pour le diagnostic de la bacillose doit être actuellement restreint à un très petit nombre de cas. Il est en effet prouvé que la plupart des sujets adultes présentent une réaction positive.

Dans certaines conditions cependant, les indications fournies par cette épreuve ne sont pas dénuées d'intérêt.

Chez l'enfant, cette réaction n'offre pas la banalité qu'on lui reconnaît chez l'adulte ; du moins, lorsqu'elle est positive, elle indique qu'il a été déjà contaminé par l'infection bacillaire à laquelle peu d'individus échappent et qu'il peut être atteint d'une affection due au bacille de Koch.

Chez l'adulte, la cuti-réaction se manifeste sous diverses modalités intéressantes à étudier.

* * *

Il est d'abord un point qui a été bien mis en évidence par MM. Léon Bernard et Baron : les cuti-réactions présentent leur maximum d'intensité et surtout de durée chez les sujets qui se défendent bien contre leur bacillose. C'est dans les formes apyrétiques, à tendance fibreuse, qu'on observe les réactions les plus nettes et les plus prolongées.

Lorsque, comme nous l'avons fait dans la Clinique du professeur Landouzy, on pratique systématiquement cette épreuve chez tous les malades d'un service de médecine générale, on constate que ce ne sont ni les tuberculeux avérés, ni les phtisiques qui donnent les résultats les plus intenses, mais au contraire les sujets qui sont atteints d'une bacillose fruste et qui assez souvent sont traités pour une affection qui ne relève pas du bacille de Koch ou qui n'en dépend pas manifestement.

La valeur diagnostique dans tous ces cas n'est pas à dédaigner ; mais le résultat doit être prudemment interprété par le clinicien, car il prouve seulement que le sujet est bacillaire et non pas que l'affection qu'il présente est de nature bacillaire. C'est ainsi que chez plusieurs sujets obèses, nous avons observé des cuti-réactions particulièrement intenses (volumineuses papules) et surtout extrêmement prolongées (trois mois dans deux observations) ; chez ces malades, on obtient des résultats analogues à ceux qu'on constate au cours de certains érythèmes noueux.

Au contraire, chez les tuberculeux avancés, chez les phtisiques, ou chez les tuberculeux aigus, les réactions sont soit peu marquées, soit complètement négatives.

Aussi la méthode est-elle bien plus utile pour fixer le pronostic que le diagnostic de la tuberculose.

* * *

Les réactions négatives soulèvent certains autres problèmes qui ont été jusqu'ici à peine effleurés ; elles ne comportent en effet pas toujours une signification de haute gravité.

Nous avons, chez l'adulte, réuni un certain nombre de faits analogues à ceux que Gavet a observés chez l'enfant (Thèse de Paris, 1912). *Au cours d'une infection aiguë grave ou intense, il est fréquent que les cuti-réactions soient négatives, alors qu'on a pu quelquefois constater leur existence avant la maladie aiguë et alors qu'on note leur réapparition pendant la convalescence.*

Le fait a été démontré d'abord pour la rougeole ; celle-ci semble avoir une action empêchante toute particulière, car elle s'exerce d'une façon constante (von Pirquet, Moltchanoff). Il a été observé également dans la fièvre typhoïde où on l'a noté dans un tiers des cas environ (Paisseau et Tixier, Mlle Duval, Rolly, Krannhals, Gavet), dans la pneumonie où on l'a signalé dans la moitié des cas (Nothmann, Rolly, Paisseau et Tixier, Gavet), dans les broncho-pneumonies, dans la fièvre rhumatismale, dans la scarlatine, dans la diphtérie, dans l'érysipèle, dans le paludisme, etc. On l'a même constaté dans l'état de gravidité (Gavet).

Pour notre part, depuis 1911, nous avons également observé la disparition de la cuti-réaction chez des typhiques, chez des pneumoniques, des broncho-pneumoniques ; la plupart de ces malades ont guéri et nous avons vu que les cuti-réactions, pratiquées pendant la convalescence, devenaient positives. Nous avons noté de plus le résultat négatif de la cuti-réaction chez un sujet atteint de gangrène pulmonaire, à l'autopsie duquel nous avons trouvé, en plus des lésions classiques de cette affection, un tubercule solitaire siégeant au sommet du poumon gauche et une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. Enfin, chez de nombreux sujets âgés et réellement séniles, la cuti-réaction s'est presque toujours montrée négative.

* * *

Il y a là, croyons-nous, un groupe de faits qui mérite d'attirer l'attention au point de vue pratique comme au point de vue doctrinal.

Tout d'abord, la disparition de la cuti-réaction au cours d'une infection aiguë n'implique pas, par elle-même, un pronostic grave ; elle peut s'observer dans les maladies dont l'évolution est normale.

Par contre, la persistance de la cuti-réaction à la tuberculine dans les mêmes circonstances est un élément favorable de pronostic ; aucun de nos malades qui ont conservé leur cuti-réaction, même atténuée, n'a succombé.

Nous avons pu même, dans le cours d'une fièvre typhoïde, voir la réaction persister pendant la première partie de la pyrexie dont l'allure était alors bénigne, disparaître au contraire au moment d'une aggravation nette pour réapparaître à la convalescence. De même, chez un alcoolique atteint de congestion pulmonaire pneumococcique, la cuti-réaction, que nous avions trouvée positive au début, a disparu dès que s'aggrava l'état du malade qui devait succomber quelques jours plus tard.

Il semble donc, d'après ces exemples, que la *cuti-réaction à la tuberculine est capable de nous renseigner sur le degré réel de l'atteinte de l'organisme, au fur et à mesure de l'évolution d'une infection aiguë*, et que son étude peut fournir des indications précises sur sa gravité, à la condition de ne prendre en considération que les réactions positives qui comportent un pronostic favorable. Les réactions négatives n'ont à ce sujet aucune valeur : car elles s'observent dans des maladies qui évoluent normalement, chez tous les sujets atteints de rougeole et quelquefois (cinq fois sur cent environ, dans une salle d'hôpital) chez des adultes qui n'ont peut-être jamais été atteints par le bacille de Koch.

L'indication fournie par cette épreuve ne s'applique d'ailleurs qu'au moment même où elle se produit ; nous avons vu qu'un résultat pouvait être d'abord positif, puis devenir négatif, lorsque la maladie s'aggravait.

La valeur pronostique de la cuti-réaction à la tuberculine peut donc s'appliquer, non seulement à la bacillose, mais encore aux maladies aiguës non bacillaires et il est intéressant de comparer les indications qu'elle fournit dans ces deux groupes d'états morbides.

*
* *

Or, fait digne de remarque, cette disparition passagère de la cuti-réaction à la tuberculine n'implique nullement dans tous les cas, comme on pourrait le craindre d'après ce que nous disions plus haut, une réceptivité spéciale de l'organisme pour le bacille de Koch, par lequel cependant il est déjà infecté.

Les convalescents de pneumonie ou de fièvre typhoïde ne semblent pas particulièrement menacés de devenir tuberculeux.

Il n'en est cependant pas de même pour toutes les maladies. Nous avons déjà signalé que la rougeole avait une action constamment empêchante sur la cuti-réaction à la tuberculine. On connaît d'autre part la fréquence des déterminations bacillaires, surtout ganglionnaires, chez les sujets guéris de la rougeole. En rapprochant ces deux constatations cliniques, on ne peut s'empêcher de conclure que les rougeoleux, du fait de leur maladie, perdent leurs moyens de défense humorale vis-à-vis du bacille de Koch et que la disparition de la cuti-réaction, qui, nous le rappelons, s'observe même dans les formes les plus bénignes, est le témoin de cette suppression des anticorps (1).

Il semble donc que, selon que l'on envisage tel ou tel groupe de maladies infectieuses, la disparition de la cuti-réaction révèle ou non un état d'aphylaxie vis-à-vis de l'infection bacillaire.

*
* *

Cette conclusion, basée sur des faits cliniques indiscutables, semble quelque peu contradictoire, puisque selon les cas la disparition de la cuti-réaction comporte des indications différentes. Mais nous croyons qu'on peut en donner une interprétation plausible, à la condition d'analyser le mécanisme de la cuti-réaction.

Il ne faut pas croire en effet que la cuti-réaction soit conditionnée uniquement par l'existence d'anticorps bacillaires dans l'organisme. En étudiant parallèlement, chez un même sujet, les réactions intradermiques, sous-cutanées et focales à la tuberculine, nous avons constaté (1), à l'encontre de Saathof, de Spengler, que l'intensité des réactions cutanées n'est pas proportionnelle à celle des réactions de foyer ; la susceptibilité cutanée ne traduit pas la sensibilité des foyers tuberculeux. La cuti-réaction n'est donc pas seulement facteur de réaction humorale, mais encore d'un état spécial des téguments, caractérisé par de l'hypersensibilité ou de l'hyposensibilité de la peau vis-à-vis des agressions extérieures. Cet état, variable avec chaque individu et selon les circonstances, joue un rôle important dans le déterminisme des affections cutanées proprement dites.

Or, il est manifeste qu'au cours de certaines maladies infectieuses les réactions cutanées perdent leur acuité. C'est ainsi que, au cours de la fièvre typhoïde, les sujets atteints d'eczéma ou de psoriasis voient leur dermatose s'effacer, pour réapparaître à la convalescence. C'est ainsi que, dans cette même maladie, les téguments ne présentent plus aucune réaction vis-à-vis de l'acare de la gale, alors qu'à la convalescence ils redeviennent le siège de prurit et de lésions cutanées caractéristiques. Il en est de même pour le favus.

Il nous semble donc que, pour une part importante, la disparition de la cuti-réaction au cours d'une infection grave, soit due à l'hyposensibilité des téguments, due sans doute à des troubles fonctionnels du système nerveux. On peut penser qu'il en est de même chez les vieillards.

La même hypothèse ne nous paraît plus soutenable à propos de la rougeole, puisque celle-ci, même dans ses formes les plus bénignes, empêche constamment la production de la cuti-réaction. La maladie dans tous les cas ne revêt pas un caractère d'intensité tel que les réactions cutanées doivent être constamment inhibées. Il semble bien que dans la rougeole les anticorps bacillaires soient absorbés ou neutralisés ; cette hypothèse seule peut expliquer ici la disparition de la cuti-réaction.

On peut se demander s'il n'en est pas de même au cours des états gravidiques qui s'accompagnent de cuti-réaction négative ; il serait intéressant de faire des recherches dans ce sens.

Les faits que nous venons de signaler nous paraissent devoir être retenus, non seulement en raison de leurs applications au pronostic, mais encore parce qu'ils permettent une analyse du mécanisme de la réaction cutanée à la tuberculine. Ils confirment l'opinion que nous avons émise, tendant à distinguer dans celle-ci deux facteurs : l'un primordial, d'ordre humoral ; l'autre, d'ordre cutané

(1) Il serait intéressant de faire des recherches analogues au cours de la variole qui, comme l'a montré M. Landouzy, prédispose nettement à la bacillose.

(1) A. Sézary. Etude comparative des réactions intradermiques, sous-cutanées et focales à la tuberculine, *Soc. de biol.*, 8 juillet 1911.

ou plutôt nerveux. L'existence d'anticorps, la conservation des réactions névro-cutanées sont des facteurs nécessaires à sa production; la suppression de l'un d'entre eux suffit pour amener sa disparition.

XXVIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 6 au 11 octobre 1913 (1).

PREMIÈRE QUESTION

TRAITEMEMENT CURATIF DES ANKYLOSES PAR LA MÉTHODE SANGLANTE

Discussion.

A la suite du résumé des rapports de MM. Baumgartner (de Paris) et Denucé (de Bordeaux) que nous avons rapportés dans le précédent numéro du journal, s'engage une discussion sur les conclusions de ces rapports.

M. Tubby (de Londres), invité du Congrès, rappelle d'abord les beaux résultats obtenus par les méthodes d'interposition par Baer (de Baltimore) et les projections présentées par cet auteur au Congrès de Londres. Pour lui-même, il n'a eu à traiter que huit cas d'ankylose : une ankylose du coude d'origine traumatique traitée par la résection simple avec un bon résultat; une ankylose double de la hanche opérée d'un côté par l'opération paraarticulaire de Jones (de Liverpool), l'autre côté par une interposition aponévrotique. Le premier côté donna un bon résultat, le second une néarthrose faible et flottante. Trois ankyloses du genou ont été opérées, l'une osseuse consécutive à une infection à staphylocoques, les mouvements restèrent très limités et douloureux, c'est un échec; une deuxième consécutive à une morsure de lion avec cicatrice énorme et oblitération de la bourse sous-tricipitale, récupéra ses mouvements et sa solidité; la troisième consécutive à une arthrite septique a des mouvements actifs à 45 degrés, mais douloureux.

Dans deux résections l'interposition d'un cartilage costal n'amena qu'un échec.

Tubby insiste sur la nécessité de n'opérer que des cas bien choisis, chez des malades particulièrement courageux décidés à subir un traitement postopératoire très douloureux.

Le traitement préliminaire par l'extension continue et les ténotomies nécessaires au redressement, est extrêmement important. Il pense que les échecs observés par suite de la douleur considérable à la mobilisation viennent du frottement des surfaces osseuses, de l'insuffisance de l'ablation osseuse.

Le matériel d'interposition idéal, quand il est possible, est le lambeau musculaire adhérent, et à son défaut le lambeau périostique ou aponévrotique libre.

Pour la confection de nouvelles bourses sous-tricipitales le péritoine de bœuf a donné de bons résultats à l'auteur.

Il faut faire une suture exacte et drainer si on met un corps étranger dans la plaie où l'ankylose est d'origine septique.

Le membre supérieur sera mis en flexion, le membre inférieur en extension. On ne mobilisera pas avant cinq ou six semaines après la disparition des douleurs.

M. le professeur Putti (de Bologne), invité du Congrès, un des deux rapporteurs de la question au Congrès de Londres, est l'auteur de travaux expérimentaux sur la question. Il a pratiqué trente fois la mobilisation d'ankyloses et a exposé au Congrès les photographies et radiographies de ces malades, avant et après l'intervention. Pour lui, les indications tirées de la nature de l'affection, des lésions constatées, de l'âge, des conditions sociales sont à discuter avec soin. Pour les ankyloses posttraumatiques on ne doit se résoudre à opérer que si tous les moyens non sanglants ont échoué; pour les ankyloses infectieuses on ne doit opérer qu'après cessation de tout symptôme de la maladie initiale, les indications les plus formelles se rencontrent dans les arthrites aiguës, elles sont au contraire très rares dans la tuberculose. Les indications sont formelles aussi pour l'ankylose de la mâchoire et l'ankylose double de la hanche. Non seulement il faut opérer les ankyloses au membre supérieur, mais à la hanche, au genou, à la tibio-tarsienne et à la métatarso-phalangienne, on peut obtenir des résultats joignant la mobilité à la solidité.

Les incisions doivent être larges, mettant à découvert toute l'articulation, mais il faut choisir des incisions ménageant les muscles qui serviront à la motilité articulaire, ce sont des incisions orthopédiques qui ménagent tout ce qui peut servir. Il faut conserver leur forme aux os et réséquer largement le périoste, enlever toute la capsule et les ligaments et tissus périarticulaires malades qui pourraient devenir l'origine d'adhérences.

Les expériences chez l'animal montrent que les ligaments et la synoviale se reproduisent. Les interpositions sont nécessaires pour la constitution d'une synoviale nouvelle. Aucune autre n'égale le lambeau aponévrotique libre. Les expériences montrent qu'il adhère à l'os et s'oppose à la formation de tout os nouveau. En prenant deux lambeaux assez larges, on encapuchonne les deux extrémités osseuses complètement. Cette technique rend la mobilisation indolente dès le début, ce qu'on n'obtient pas par les autres méthodes et est capital.

Le traitement postopératoire constitue la moitié du traitement. Le malade est mis quelques jours au repos dans des appareils à traction continue, puis on fait un traitement actif sous l'œil du médecin : les mouvements passifs, à la main, avec des appareils mus par le malade, la chaleur, la faradisation, etc., occupent presque la journée entière du malade. C'est au genou et à la temporo-maxillaire qu'il faut les prolonger longtemps.

M. Putti pense que les mauvais résultats sont dus surtout à des erreurs d'indications et de technique.

M. Lardennois (de Reims) est d'avis de s'en tenir encore à la vieille règle traditionnelle : pour le membre inférieur il faut viser à la solidité; mieux vaut une ankylose en bonne position qu'une articulation ballante. Le membre supérieur, porte-outil, manche de la main, a besoin de jointures souples, agiles, bien mobiles, bien adaptées à sa fonction.

Il rappelle le procédé d'ostéotomie chantournante pour le traitement des ankyloses vicieuses chez l'enfant qu'il a présenté au Congrès de 1906. Il pense qu'il faut chercher une consolidation complète, car les groupes musculaires ne sont plus en équilibre, les muscles fléchisseurs prédominent sur le quadriceps atrophié. Si la consolidation n'est pas complète la jambe tend invinciblement à se remettre peu à peu en flexion sur la cuisse.

Au membre supérieur il est partisan au coude de l'hémi-résection avec interposition musculaire; on reconstitue ainsi à coup sûr une articulation souple et mobile. Depuis 1906, 5 résections du coude posttraumatique lui ont donné 4 très beaux résultats et un résultat médiocre chez un malade indocile.

M. Abadie (d'Oran) apporte un certain nombre d'observations : une ankylose double de la mâchoire, traitée d'un côté par l'opération de Rochet (de Lyon), et chez laquelle il fit de l'autre côté un Douay-Gernez avec interposition musculaire, une ankylose double de la hanche consécutive à la fièvre de Malte chez lequel il fait une arthrolyse avec interposition d'un bouchon graisseux, des cas de résection du poignet, du coude, du genou, de la hanche pour ostéoarthrite tuberculeuse, mais surtout 5 résections du coude pour ankyloses posttrauma-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 114, p. 1773.

tiques. Dans 3 cas, il a fait l'hémirésection avec des résultats incomplets, un cas d'hémirésection avec revêtement chondroplastique avec un résultat imparfait, un cas de résection complète avec encapuchonnement dans la graisse avec résultat parfait. Il pense qu'il faut attendre au moins deux mois et demi à trois mois après le traumatisme pour intervenir, faire la résection complète avec interposition de bouchon graisseux. Le drainage est superflu. La position à donner au bras est indifférente. La mobilisation qui doit être indolore est commencée le huitième ou dixième jour.

M. Judet (de Paris) rappelle ses recherches expérimentales bien connues qui démontrèrent la possibilité de la greffe des tissus articulaires. L'expérimentation lui a montré il y a sept ans déjà que le cartilage articulaire doublé d'os avec le sac synovial forme un tout vivant complet qui se greffe et reste intact, greffé sur un autre animal il ne se résorbe pas et est retrouvé après un long temps presque intact. Le cartilage comme l'épiderme se nourrit par imbibition et est propre à la greffe.

La difficulté est de se procurer des greffons, cette méthode expérimentale semble liée à la conservation des greffons, et à la vie autonome des tissus démontrée par Carrel. Il y a là tout un champ d'expériences que l'avenir rendra peut-être fructueux pratiquement.

M. Dehelly (du Havre) a été voir Murphy opérer à Chicago. Il a vu des malades opérés depuis longtemps et vient témoigner de l'excellence des résultats obtenus; les ankyloses du membre inférieur opérés, genoux, hanches possèdent non seulement le mouvement mais la solidité. Une ankylose des doigts mobilisée pouvait jouer du piano. Il insiste sur certains points particuliers de la technique de Murphy dans les soins postopératoires. L'extension continue pendant des semaines est indispensable pour permettre au lambeau interposé, non comprimé, de vivre. Pour la hanche, elle sera maintenue en abduction marquée dans une gouttière spéciale. Les résultats de Murphy sont vraiment excellents et il ne voit pas pourquoi on refuserait aux malades les bénéfices de ces interventions.

Ces communications, que nous avons groupées ainsi dans un ordre différent de celui du congrès, représentent les seules qui contenaient des faits se rapportant aux méthodes nouvelles exposées par les rapporteurs dans la cure sanglante des ankyloses.

Tous les autres auteurs, que nous résumerons plus brièvement, ont exposé surtout la défense des règles anciennes, et de la technique des résections telles qu'Ollier les avait posées, et ont parlé surtout des résultats obtenus dans la résection du coude.

M. Roux (de Lausanne), dans ce style imagé qui lui est propre, avoue que son expérience personnelle de la question est nulle parce que les malades ne sont pas venus lui demander de les opérer pour des ankyloses. Mais il a fait beaucoup de résections articulaires à la Kocher pour des tuberculoses, là les résultats fonctionnels étaient meilleurs que dans les résections pour arthrite aiguë, malgré l'atrophie musculaire énorme. Il pense que dans beaucoup de cas les raideurs postopératoires sont dues à un excès de zèle, on masse et on mobilise trop vite et trop fort.

L'avantage des procédés modernes est peut-être de pouvoir opérer plus tôt, peut-être de mobiliser plus rapidement, mais cela ne semble pas évident, de faire une excision moins large, mais surtout, de pouvoir s'attaquer à l'ankylose du genou et des doigts pour lesquels on ne faisait rien jusqu'ici. Il déclare que, le jour où il verra une ankylose des doigts jouer ensuite du piano, il s'inclinera jusqu'à terre.

Il expose ensuite sa technique habituelle pour les diverses résections de l'épaule, du coude, du poignet, de la hanche, et il accepte l'idée des interpositions pour le genou et les doigts.

M. Campenon (de Paris) a toujours été frappé de la fréquence des mouvements de latéralité après les résections du coude. Cette mobilité anormale résulte d'une mauvaise technique dans la mobilisation précoce. Il faut pouvoir ne faire faire au malade que des mouvements de flexion extension bien dans l'axe, sans aucun mouvement de latéralité. Il se sert dans ce but d'un appareil métallique, sorte de gouttière montée sur un compas à écartement réglable qui est mis sur le pansement du malade, on commence la mobilisation dès le deuxième jour. Il a ainsi pratiqué 17 résections du coude dont 10 pour tuberculose, 7 pour ankylose (4 fibreuses, 3 osseuses) avec des résultats parfaits. Pas un malade n'a présenté de mouvements de latéralité.

M. Willems (de Gand) parle de la prophylaxie des ankyloses. Pour lui le grand facteur d'ankyloses est l'immobilisation. Le dogme de l'immobilisation a vécu pour les fractures, il faut le supprimer pour traumatismes articulaires. Il mobilise les anarthroses du genou après ponction, les contusions, entorses même graves, plaies articulaires (fréquence aux doigts), les luxations, les sutures de la rotule.

Pour les fractures intraarticulaires il faut faire la suture osseuse. Il ne faut pas immobiliser les ostéomyélites en gouttière. Pour les arthrites gonococciques, il faut faire la stase de Bier, excellente. Les arthrites purulentes et rhumatismales sont mobilisées dès le premier jour.

Il cite ensuite les cas d'ankyloses, qu'il a eu à opérer, de l'épaule, avec interposition musculaire du deltoïde, du coude par la résection complète large.

Pour le membre inférieur, il faut respecter les ankyloses en bonne position, redresser les ankyloses vicieuses.

M. H. Delagénière (du Mans) apporte à la discussion 30 observations d'ankylose du coude. Les ankyloses, suite de tumeur blanche au nombre de 17, ont été traitées par résection plus ou moins large sous-périostée ou avec ablation de périoste. Tous les résultats sont bons, parfois excellents. Ils ont pu reprendre des métiers pénibles, même avec des mouvements de latéralité qui ne les gênent en rien. Pour les 13 ankyloses posttraumatiques, les résultats sont moins bons.

Après luxation chez l'enfant, on a fait la reposition. Dans ces cas l'ankylose s'est plus ou moins reproduite. Les ostéotomies cunéiformes, les résections économiques donnent des résultats inférieurs à la résection large avec extirpation soignée de toutes les jetées osseuses. Les soins consécutifs sont très importants. Le bras est mis en extension pendant cinq à six jours, puis en flexion. On fera tous les jours depuis l'opération des mouvements modérés et des massages précoces de tout le membre.

M. Boeckel (de Strasbourg) a fait de nombreuses résections par les méthodes anciennes, vingt-huit au coude, vingt et une au genou, d'autres à la hanche et au cou-de-pied, surtout pour de la tuberculose, avec des cas remontant à trente-deux ans, des cas guéris très anciens.

Il pense que la résection chez l'enfant a été trop décriée, à condition de la faire parcimonieuse en respectant le cartilage de conjugaison, on aura peu de raccourcissement. Son expérience la montre d'abord un allongement par excitation du cartilage, puis après quatre ou six ans un arrêt dans le développement. Si bien qu'en définitive le membre devient plus court que l'autre, mais de 3 à 4 centimètres au plus. Seulement il faut pour avoir un bon résultat deux ans d'immobilisation après la résection.

Ses résultats sont les suivants : à l'épaule, 5 cas, avec un résultat incomplet, il fera dorénavant la greffe de la tête reséquée; au cou-de-pied l'astragalectomie donne des résultats excellents; pour les fractures mal consolidées, la résection donne une ankylose en bonne position; à la hanche il se contente de l'ostéotomie sous-trochantérienne qui lui a donné de très bons résultats dans 7 cas; au genou 21 cas de résection cunéiforme pour ankyloses en flexion avec très bons résultats; au coude, pour des cas traumatiques il faut réséquer 4 à

5 centimètres, moins chez les enfants, les résultats sont excellents.

M. Doyen (de Paris) pense qu'on éviterait beaucoup d'ankyloses par l'emploi de la mycolysine pour les arthrites blennorragiques, staphylococciques, streptococciques.

Il a pratiqué de nombreuses résections par les méthodes les plus simples possibles, sans interposition, au coude, au genou, à la mâchoire, à l'épaule. Ici on peut avoir un échec, si on a une atrophie du deltoïde due au traumatisme causal, au poignet, aux doigts, à la hanche, au pied. On peut avoir des résultats très beaux. Pour aucune articulation sauf au genou, il ne faut mettre d'appareil inamovible. On doit mobiliser dès les premiers pansements.

Ensuite nous voyons défiler à la tribune les chirurgiens de l'école lyonnaise, élèves d'Ollier, qui viennent défendre sa technique et ses résultats.

M. Vallas (de Lyon) respecte les ankyloses en bonne position du membre inférieur. Il a déjà défendu à la Société de chirurgie de Paris la résection complète du poignet pour les ankyloses traumatiques du carpe.

Au coude, il a réséqué 64 cas dont 16 pour ankylose et toujours avec la même technique quelle que soit l'origine de l'affection. C'est la technique d'Ollier que suivent tous les chirurgiens lyonnais avec des résultats comparables.

On peut faire l'incision que l'on veut pourvu qu'elle respecte le triceps, les os sont dénudés à la rugine, ont fait la résection sous-périostée. Tout le secret pour ne pas avoir une articulation ballante est de conserver la continuité des tissus qui servira à l'insertion des muscles. On enlève le bloc osseux de deux traits de scie. Ollier faisait la résection sous-périostée interrompue pour éviter la réankylose. Mais cette dernière complication était due surtout à de l'infection; avec l'asepsie actuelle on peut conserver tout le périoste, le bras est immobilisé dix jours dans le plâtre à angle droit, mobilisé lentement, méthodiquement, deux fois par jour. Les résultats sont toujours satisfaisants, parfois parfaits. M. Vallas montre des pièces de résection et une pièce de résection guérie où l'on voit que la capsule s'est reformée, la synoviale aussi et que les muscles ont leurs insertions normales. Il pense devant ces résultats que l'interposition est absolument inutile ici.

M. Nové-Josserand n'a eu à traiter chez l'enfant qu'un cas d'ankylose fémoro-rotulienne qui, opérée, s'est reproduite, et 10 ankyloses du coude, 5 traumatiques, 5 inflammatoires. Les ankyloses du coude ont été traitées par la résection selon la technique d'Ollier. Il a obtenu des résultats parfaits pour les 5 cas posttraumatiques, sans laxité latérale, pour les 5 cas postinflammatoires un cas donna un bon résultat et les 4 autres des récidives. Il ne faut pas oublier que chez l'enfant le traitement postopératoire est plus difficile et la tendance plastique plus grande. Enfin, comme Ollier le disait, il n'y a pas une ankylose, mais des espèces d'ankyloses très différentes les unes des autres et les ankyloses inflammatoires avec de la périarthrite étendue sont très difficiles à mobiliser.

M. Bérard (de Lyon), n'ayant rien à ajouter à ce qui vient d'être dit pour le membre supérieur, ne parle que du membre inférieur.

Les greffes articulaires totales ne sont encore que des expériences merveilleuses, l'arthrolyse avec interposition des tissus vivants a donné des résultats expérimentaux certains. Mais on ne tient pas assez compte pour l'application à la clinique, de l'atrophie musculaire, des troubles trophiques osseux à distance, des déformations osseuses de compensation dans les ankyloses vicieuses, des déformations des articulations à distance dans les mêmes cas; la création d'une articulation avec redressement ne remédiera pas à ces lésions.

Pour le cou-de-pied, l'auteur ne voit pas de résultats supérieurs à ceux que donne l'astragalectomie d'Ollier avec résections complémentaires des os du tarse. On a un pied mobile et solide. La résection du genou sous-périostée économique, non la grande résection pour tuberculose à la Rocher, donne un membre solide ankylosé en bonne position; à la hanche, pour les lésions d'ostéomyélite et de tuberculose, si on a une ankylose unilatérale en bonne position il ne faut pas y toucher, si elle est en position vicieuse, pratiquer l'ostéotomie sous-trochantérienne avec ou sans interposition; pour les ankyloses bilatérales on fera d'un côté l'ostéotomie sous-trochantérienne ou l'arthrolyse avec interposition musculaire.

La chirurgie expérimentale a donné de beaux résultats et des techniques nouvelles, mais avec les techniques de nos maîtres, depuis l'asepsie, depuis que nous faisons les résections sans drainage et suture immédiate, nous obtenons des résultats très beaux qui satisfont nos malades.

M. Savariaud se montre très peu partisan des techniques nouvelles proposées. Au coude, à l'épaule, il comprend une interposition musculaire, mais au membre inférieur il préfère l'ankylose en bonne position à une néarthrose rudimentaire.

Il admet l'autogreffe quand elle est possible, c'est-à-dire seulement dans quelques cas posttraumatiques où le cartilage a été en partie conservé dans l'articulation.

Pour l'hétérogreffe, le remplacement de la tête de l'humérus par un métatarsien, celui du coude par une articulation médio-tarsienne, lui semblent des expériences auxquelles il ne voudrait pas qu'on se livrât sur lui-même.

M. Dujon (de Moulins) rapporte deux cas de résection du cal vicieux dans des fractures de l'extrémite inférieure de l'humérus chez l'enfant.

M. Calot (de Berck) s'élève contre la cure de l'ankylose d'origine tuberculeuse, à la hanche en particulier. Cette cure de l'ankylose est possible, c'est certain, surtout après la coxalgie. Baer (de Baltimore) a eu là ses plus beaux résultats. Mais c'est une opération inutile et dangereuse.

Si le coxalgique traité dès le début peut espérer guérir avec des mouvements, le coxalgique grave avec abcès ne peut espérer guérir que par ankylose, et cette ankylose, on ne doit pas y toucher. On risque de raccourcir encore le membre, de favoriser l'adduction et, avec l'atrophie musculaire énorme, d'avoir un membre ballant.

Même pour l'ankylose double, M. Calot rejette l'intervention. Ici, le malade marche par les suppléances qui se créent dans les articulations de la symphyse pubienne, sacro-iliaque, lombaire, et les genoux.

Au genou, l'opération est permise; on n'a guère à craindre que la réankylose, et le malade a 50 p. 100 de chances de tirer un bénéfice du traitement.

M. Egon Pibram (de Vienne) apporte au Congrès la statistique du service de von Eiselsberg, comprenant 16 résections du coude pour ankyloses posttraumatiques. Dans 11 cas, le résultat a été très bon, imparfait dans 3 cas, et 2 mauvais. L'auteur recommande l'arthrotomie, la dénudation des extrémités articulaires combinée au besoin avec une résection partielle et un replacement; il est de la plus grande importance de commencer très tôt la mobilisation.

Résumant la discussion, le rapporteur, M. Baumgartner se félicite d'avoir apporté des réserves dans ses appréciations des procédés nouveaux.

Il est certain qu'un auditeur non prévenu aurait tiré de cette discussion l'impression que l'on y a fait surtout l'apologie des anciennes méthodes de résection.

Cependant, les travaux de Judet, de Putti sont là pour montrer la valeur des techniques proposées. Elles sont encore trop récentes pour qu'on puisse se prononcer.

Le Congrès, a dit M. Roux (de Lausanne), attendait pour donner le baptême à une nouvelle opération. Les membres n'ont pas apporté des faits probants, emportant la conviction; le baptême est encore en espérance.

DEUXIÈME QUESTION

CHIRURGIE DU COLON PELVIEN

Rapporteurs : MM. Pierre DUVAL (de Paris)
et Maurice PATEL (de Lyon).

Cette question est l'objet de deux rapports : le premier de M. Pierre DUVAL (de Paris), professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, expose la technique opératoire des opérations portant sur le côlon pelvien, suivi de deux chapitres sur l'exploration chirurgicale du côlon pelvien, l'un par M. P. AUBOURG, pour l'exploration aux rayons X, le second par M. FRIEDEL pour la sigmoïdoscopie ; le deuxième rapport de M. Maurice PATEL (de Lyon), professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, expose les connaissances anatomo-pathologiques et cliniques actuelles que nous possédons sur les affections chirurgicales de l'S iliaque, cancer excepté.

C'est par lui que nous commencerons notre résumé.

M. le professeur PATEL précise d'abord qu'il laissera de côté toutes les affections atteignant la totalité du gros intestin (entérocolites, etc.), et les hernies. Sa description débute par les *lésions traumatiques*. D'abord les contusions qui, par la situation intrapelvienne de l'S iliaque, sont des raretés, puis les plaies accidentelles, celles par armes blanches ou armes à feu, exceptionnelles, et ne présentant aucun caractère particulier, celles par empalement, plus fréquentes et d'une grande gravité (82 p. 100 de mortalité), commandant la laparotomie d'urgence, enfin les plaies chirurgicales (par examen endoscopique, ruptures d'adhérences au cours des opérations gynécologiques, résection étendue du méso après ablation de grosses tumeurs, lésion entraînant le sphacèle de l'S iliaque, etc.) ; puis les ruptures pneumatiques par introduction dans l'anus d'un tube à air comprimé, amenant l'éclatement du côlon pelvien, enfin les corps étrangers soit d'origine intestinale, soit introduits par le rectum.

Le deuxième chapitre comprend l'étude des *malformations congénitales* dont les travaux récents ont montré l'importance. Ce sont les atrésies et les dilatations congénitales. Les *atrésies* s'observent soit chez le nouveau-né, soit chez l'adulte. Chez le nouveau-né, il s'agit d'atrésies très marquées avec occlusion complète, la cure par la création d'un anus cæcal a peu de chances de succès ; lorsque la malformation est compatible avec l'existence les symptômes peuvent ne se révéler qu'à l'âge adulte. Ces « rétrécissements larges » peuvent être l'origine de cas de constipation invétérée ou de colite chronique (Okinczyc). L'exclusion unilatérale par iléo-colostomie ou rectostomie constituera le traitement de choix.

Mais la principale malformation congénitale est constituée par le *mégacôlon iliaque*, qui n'est autre que le mégacôlon total ou maladie de Hirschprung limitée à l'S iliaque.

La lésion n'est pas extrêmement rare, soit isolée, soit associée à d'autres malformations du gros intestin (40 p. 100 chez l'enfant, 71 p. 100 chez l'adulte des cas de dilatation congénitale du gros intestin). Patel étudie les caractères anatomiques de la lésion montrant ses dimensions parfois énormes, insistant sur l'épaississement inflammatoire constant et considérable de la paroi de l'intestin. Dans ses formes habituelles, le mégacôlon iliaque présente des symptômes bien connus de constipation grave, de distension abdominale, de crises de subocclusion, de gravité de l'état général. La rectoscopie peut donner quelques indications, mais c'est la radioscopie après lavement bismuthé qui fera faire le diagnostic. Cet examen est indispensable, surtout dans les formes cliniques à signes peu nets : formes diarrhéique par regorgement, fruste, localisée, avec symptômes tardifs de tumeur stercorale.

Après avoir passé en revue les résultats obtenus par les diverses interventions pratiquées dans ces cas et discuté leurs avantages et inconvénients réciproques, Patel pose les indications opératoires suivantes :

Elles dépendent de l'âge du sujet et l'état anatomique des lésions.

Chez le très jeune enfant, le traitement médical sera seul mis en œuvre ; tous les enfants, opérés au-dessous de deux ans, sont morts.

Chez l'enfant au-dessus de cinq ans et chez l'adulte, les conditions sont à peu près identiques.

En cas d'accidents aigus, il faut ouvrir l'anse intestinale, la fixer à la peau largement, faire une appendicostomie complémentaire ; ultérieurement, la résection sera pratiquée.

S'il y a gangrène intestinale, ce qui se voit dans le volvulus principalement, l'extériorisation de l'anse sera pratiquée. En cas de tumeur stercorale, la colotomie paraît insuffisante et une intervention complémentaire (anastomose, résection), deviendra nécessaire.

Si le mégacôlon est opéré à froid, sans rétention stercorale, la résection en un temps est l'opération de choix ; elle s'adresse surtout aux ectasies limitées. Les anastomoses (principalement l'exclusion unilatérale) conviennent aux dilatations fusiformes, étendues, et constitueront toujours une ressource très précieuse, si l'état général paraît trop affaibli.

Le chapitre suivant étudie les *Vices de position du côlon pelvien*. Les travaux de M. P. Duval ont montré que l'S iliaque depuis le stade de l'intestin primitif est en évolution incessante par accolement progresssif de son méso à la paroi abdominale postérieure, vers un type définitif qui serait l'S iliaque à méso court, situé entièrement dans le bassin. Mais chez beaucoup de sujets cet accolement est arrêté dans son évolution à un stade variable. Il en résulte des S iliaques à méso plus ou moins longs, mobiles et susceptibles d'occuper dans l'abdomen et le bassin les positions les plus variées. On observe d'abord des coudures de l'S iliaque. Les unes d'origine congénitale seraient une des causes de la constipation chronique de l'enfant (A. Lane), et il y a toute une pathologie de l'S iliaque mobile analogue à celle du cæcum mobile. Puis les coudures et déplacements acquis : par péritonite, appendicite, annexite, granulie qui retentit si souvent sur l'S iliaque, enfin par lésions primitives de l'S iliaque ou des appendices épiploïques. Ces lésions primitives de l'S iliaque, ces périsigmoïdites chroniques ont une grosse importance. Elles se créent le plus souvent autour de diverticules du côlon pelvien enflammés, et au centre de ces adhérences on trouve souvent la lumière intestinale, d'où le principe, en le sectionnant, de se tenir loin de la paroi intestinale et de vérifier toujours l'intérieur de la bride.

Ces coudures sont rarement aiguës, l'occlusion aiguë est exceptionnellement causée par elles. Certains auteurs considèrent la douleur à gauche pendant la défécation comme caractéristique.

Diverses opérations ont été pratiquées contre ces coudures, cause de constipation chronique. Mais Patel, se rangeant à l'avis de Roux au Congrès de 1912, incite les chirurgiens à se montrer réservés dans les indications opératoires de ces cas qui guérissent souvent par des soins médicaux.

La mésosigmoïdite est une affection chronique du mésocôlon pelvien qui a pour effet de couder l'S iliaque en rapprochant ses deux points extrêmes. Elle s'observe surtout chez l'homme âgé. Certains auteurs en font une malformation congénitale, d'autres une mésentérite suite de diverticulite et d'infection de l'S iliaque. Patel croit à l'origine inflammatoire certaine. Il faut pratiquer la libération des adhérences si elle est possible, sinon la colectomie, car l'entéro-anastomose est insuffisante.

L'invagination de l'S iliaque n'est point une rareté, en dehors du cancer, elle est souvent occasionnée par des tumeurs bénignes. Si l'invagination demeure inaccessible par le rectum, on opérera comme dans toute invagination du gros

intestin; si elle est accessible par le rectum, on pourra pratiquer sa résection par cette voie (opération de Mickulicz).

Le volvulus de l'S iliaque est le plus fréquent de tout l'intestin. Pour qu'il se produise il faut : 1° un méso suffisamment long, c'est-à-dire un arrêt de développement; 2° un S iliaque souvent volumineux, sorte de mégacôlon acquis. Les symptômes sont classiques, mais le diagnostic devra être précoce, car la perforation se fait très rapidement au collet de la torsion. Aussi faudra-t-il opérer de très bonne heure afin que l'état général du malade permette de pratiquer encore une laparotomie médiane qui seule permet un diagnostic précis. En cas de sphacèle, faire la résection rapide ou l'abouchement large à la paroi. En cas de volvulus aigu, la détorsion suivie de colostomie semble très recommandable; la fixation par le méso ou à la paroi abdominale est bonne; les anastomoses sont à rejeter. Le traitement définitif du volvulus à froid ou récidivant consiste dans la résection de l'anse pelvienne.

Dans le quatrième chapitre le rapporteur aborde l'étude des affections inflammatoires simples : sigmoïdites et périsigmoïdites. L'inflammation segmentaire isolée de l'S iliaque a été niée par certains auteurs, comme la typhlite l'a été dans ces dernières années.

Mais son existence est indéniable, dit Patel, et des observations chaque jour plus nombreuses le démontrent. C'est une affection de l'adulte qui est favorisée par la stase physiologique des matières fécales dans l'anse sigmoïde, mais surtout par la présence aujourd'hui démontrée de la présence de diverticules multiples sur l'S iliaque. Ces diverticules, extrêmement nombreux, siègent soit sur son bord libre, soit surtout dans le mésentère. On y trouve parfois des calculs ou corps étrangers. Leurs parois sont souvent le siège d'une infiltration leucocytaire. C'est l'infection de ces diverticules par la flore intestinale qui cause les sigmoïdites. On en reconnaît cliniquement plusieurs formes :

1° La sigmoïdite aiguë simple, sans lésions péritonéales. C'est un syndrome analogue à celui d'une appendicite aiguë à gauche sans réaction péritonéale, avec présence d'un boudin iliaque. De la durée d'une semaine environ, l'affection cède au traitement médical.

2° La sigmoïdite aiguë avec périsigmoïdite plastique avec signes plus sérieux et réaction péritonéale, formation d'un plastron iliaque gauche. Les observations publiées ne semblent pas justifier une intervention chirurgicale systématique. On a tout à gagner à attendre soit la résolution, soit l'apparition d'une complication (occlusion, abcès iliaque).

Les sigmoïdites suppurées entraînent la formation d'un abcès péritonéal soit par propagation à travers les parois, soit le plus souvent par perforation au niveau d'un diverticule, diverticulite perforante. Les abcès formés sont de siège variable : 1° les abcès antéro-externes, c'est un abcès appendiculaire placé à gauche et évoluant comme lui ; 2° les abcès pelviens que révèlent le toucher rectal; 3° les abcès postérieurs avec empâtement lombaire et absence de réaction péritonéale (perforation dans le méso); et enfin 4° des abcès rares (intramésocoliques, de la cavité de Retzius, intraherniaires, etc.). L'abcès antéro-externe a tendance à s'ouvrir à la peau ou dans l'intestin, les abcès pelviens dans la vessie, le vagin, les abcès postérieurs à fuser vers l'espace sous-phrénique. Leur incision est de rigueur, et Patel discute les voies d'accès pour chacun d'eux.

Les sigmoïdites et périsigmoïdites chroniques affectent trois formes bien différentes :

1° La sigmoïdite chronique simple avec lésions, ulcérations de la muqueuse, se montre comme une localisation de l'entérocolite chronique avec la diarrhée matutinale, la présence d'un boudin sigmoïdal, dans les cas plus graves des hémorragies. Elle peut être justiciable d'un traitement endoscopique (pansements) ou de l'appendicostomie.

2° La périsigmoïdite chronique qui affecte les formes les plus diverses : brides, coudures, péritonite exsudative, etc.

3° La tumeur et le rétrécissement inflammatoire de l'S iliaque. Ces lésions ont été niées. Leur existence est aujourd'hui certaine. Patel a pu en réunir 45 observations. Il s'agit d'une tumeur véritable par infiltration conjonctive des parois et nombreux diverticules enflammés. C'est de la diverticulite chronique. Le rétrécissement qui en résulte est annulaire ou tubulaire. Quant aux symptômes, ils sont absolument ceux du cancer iliaque.

Il n'existe pas, dit Patel, un signe ou un ensemble de signes certains, pour affirmer la lésion purement inflammatoire. Or la lésion peut guérir par le traitement médical ; en cas d'échec, la résection sera le traitement de choix.

Les sigmoïdites perforantes avec péritonite généralisée sont un peu plus rares. En 1911, on en connaissait 28 cas. Par exception il peut y avoir des péritonites par propagation, le plus souvent il y a perforation à bords gangréneux, d'où l'échec de la suture intestinale. Elle résulte toujours d'une diverticulite perforante. Elle se produit surtout chez les vieillards après soixante-dix ans, aussi elle passe souvent inaperçue, la péritonite affectant une forme asthénique; aucune intervention n'a jusqu'ici été suivie de succès.

L'S iliaque peut aussi être atteinte d'affections inflammatoires spécifiques : l'actinomycose qui y est rare, la dysenterie qui peut y provoquer des perforations, des rétrécissements, la syphilis, et surtout la tuberculose. Ici on y retrouve les trois formes qu'elle affecte sur tout le gros intestin; la forme ulcéreuse dont le diagnostic et le traitement peut être fait au moyen du tube sigmoïdoscopique, la forme entéropéritonéale, caséeuse ou fibreuse, et surtout la forme hypertrophique. Il s'agit alors comme au cæcum d'une véritable tumeur avec sténose du conduit intestinal, la tumeur ou la sténose dominant dans la symptomatologie.

Dans tous les cas, la résection constitue la méthode thérapeutique de choix.

Enfin l'S iliaque peut être le siège de tumeurs bénignes, les unes exceptionnelles (fibromes, myomes, lipomes), les autres vasculaires (varices, angiomes), d'autres plus fréquentes et particulières, ce sont les polyadénomes, bien connus au niveau de tout le gros intestin, on les voit surtout au rectum mais aussi à l'S iliaque. Ce sont des adénomes véritables par leur structure, remarquables par leur nombre, s'accompagnant de lésions inflammatoires, d'un état cartonneux de la paroi intestinale simulant le cancer. Elles dégénèrent d'ailleurs facilement en cancer. Leur tableau clinique est bien connu : diarrhée rebelle, douleur abdominale, anémie profonde, aspect cachectique. On a tenté diverses interventions contre ces tumeurs : ablation par voie rectale ou endoscopique, colostomie, anastomoses intestinales, résection de l'S iliaque. La radiothérapie aurait fourni des améliorations.

Le rapport de Patel est suivi d'une importante bibliographie des diverses affections dont nous venons de résumer brièvement l'histoire.

L'exploration du côlon pelvien au sigmoïdoscope est décrit par Friedel à la suite du rapport de P. Duval. Après avoir décrit l'instrumentation très simple, une série de tubes à mandrins, avec une tige porte-lumière, tubes se fermant hermétiquement pour permettre l'insufflation de l'intestin au fur et à mesure du cheminement du tube, Friedel rappelle brièvement l'anatomie de l'S sigmoïde et en déduit la technique de la sigmoïdoscopie. Il décrit l'apparence normale de la muqueuse et les différents aspects de l'éperon ou valvule rectosigmoïde normale. Puis c'est la description des différents aspects pathologiques, dans le spasme, l'atonie, le mégacôlon, affection que, seule, l'endoscopie peut diagnostiquer, les rétrécissements. Pour ces derniers le diagnostic étiologique (syphilis, tuberculose, dysenterie, etc.) étant très délicat, l'examen direct permettra de pratiquer une biopsie. Puis ce sont les

constatations faites dans les compressions par brides, les sigmoïdites simple, hémorragique, avec ulcérations, puis les ulcérations tuberculeuses, dysentériques, les polypes et tumeurs villeuses, les diverticulites et enfin le cancer. Dans beaucoup de ces affections, outre son rôle dans le diagnostic, la méthode endoscopique pourra être utile pour instituer un traitement direct (attouchements, pansements).

L'exploration radioscopique du côlon pelvien ne donne pas des renseignements moins précieux. Elle nous est exposée par P. Aubourg. Elle comporte soit la méthode haute, examen après absorption d'un lait de bismuth, soit la méthode basse, examen pendant l'administration d'un lavement bismuthé de un litre qui suffit à remplir le gros intestin. On pratiquera la radioscopie sur le malade debout et couché et au besoin des épreuves radiographiques. Après nous avoir montré l'aspect de l'S iliaque normal, le rapporteur nous montre l'arrêt brusque qui se produit dans le remplissage du côlon par lavement quand il y a une sténose, même large; cela tient au spasme surajouté occasionné par le lavement. Puis nous voyons défiler sous nos yeux les aspects radiographiques des coudures de l'S iliaque, des côlons allongés ou dolichocôlons, de dimensions parfois énormes, des mégacôlons à aspect caractéristique (image comparable à celle de l'hydro-pneumothorax, une ligne de liquide horizontale, surmontée d'un dôme gazeux), des rétrécissements de l'entérocolite ou de la syphilis dans lesquels, contrairement aux sténoses, le lavement passe donnant un aspect en sablier. Puis les spasmes, les ptoses, les adhérences, les péricolites (taches noires et blanches, donnant l'aspect en damier), l'aérocolie présentent à l'examen radioscopique des particularités qui permettent de les reconnaître ou tout au moins de corroborer ceux que la clinique a déjà fournis.

Dans son rapport, Pierre Duval expose la technique opératoire des diverses opérations pratiquées sur le segment pelvien du côlon.

Il rappelle d'abord quelques points essentiels de son anatomie. Ce qui domine, c'est que le côlon pelvien est une anse infiniment variable en son anatomie, c'est une anse intestinale en voie d'évolution. Elle peut rester une anse longue et mobile, ce qui facilite singulièrement les interventions à son niveau, ou devenir une anse brève et fixée, ce qui rend toutes les manœuvres opératoires difficiles. On peut remédier à ce défaut, ainsi que P. Duval l'a montré, en rétablissant la disposition primitive de l'S iliaque avant l'accolement du feuillet postérieur du mésocôlon primitif et cela par le décollement de ce feuillet. On rend ainsi l'S iliaque absolument libre et mobile. Cette manœuvre est, dit Duval, la clef de la chirurgie colique.

Les artères qui irriguent l'S iliaque sont de nombre et disposition variable mais forment toujours une arcade artérielle continue près du bord adhérent de l'organe, arcade se continuant en bas avec l'hémorroïdale supérieure, en haut avec une colique ascendante. Si on lie une ou plusieurs des artères de l'S iliaque, la vitalité de l'anse est-elle assurée par cette arcade artérielle? Kümmel le niait, P. Duval a démontré que la circulation se rétablissait par l'hémorroïdale supérieure ou la colique ascendante. Mais celles-ci doivent être ménagées avec grand soin. Ces ligatures artérielles, qui ont lieu surtout lors d'ablation de cancer à cause des ganglions qui se trouvent le long des artères coliques pelviennes, doivent être faites toujours sous le contrôle de la vue pour ménager à coup sûr l'hémorroïdale supérieure.

Les ganglions lymphatiques forment trois groupes : l'un le long du bord mésentérique de l'intestin, l'autre dans le méso le long des artères, ces deux premiers extirpables, le dernier sur la mésaraïque et l'aorte, entièrement inextirpable.

Pour aborder l'S iliaque il y a deux voies d'accès, la laparotomie médiane et la laparotomie latérale. Celle-ci est la voie de choix quand on part pour une intervention réglée, mais bien souvent l'opération étant exploratrice on débutera par une laparotomie médiane. Si on constate que les lésions sont sur le segment iléo-pelvien il vaudra mieux refermer cette incision et recourir à l'incision latérale.

Le rapporteur passe ensuite en revue les diverses opérations pratiquées sur l'S iliaque; cette description, accompagnée d'un grand nombre de figures très claires, ne peut être analysée. Nous nous bornerons à une brève énumération, en signalant au passage les points capitaux mis en relief dans le rapport.

La colopexie a vu sa technique fixée par Quénu et Duval et comporte trois temps :

1° Oblitération du Douglas;

2° Suture du côlon pelvien à la face postérieure du ligament large chez la femme, de la vessie chez l'homme;

3° Fixation du côlon iliaque à la fosse iliaque gauche.

La coloplicature est un complément de la colopexie.

La colectomie peut être faite soit sur anse longue où elle ne présente aucune difficulté, soit sur anse courte. Dans ce cas elle doit être précédée du décollement colo-pariétal. Celui-ci comprend l'incision du péritoine parallèlement au bord adhérent du côlon, puis le décollement. Le seul temps particulier du décollement est la libération de l'uretère, qui est le plus souvent adhérent au mésocôlon.

On a décrit des techniques très variées pour pratiquer les colectomies. Pour la clarté de la classification, P. Duval abandonne les dénominations de colectomies en un, deux ou trois temps.

Il classe les procédés en deux groupes et les décrit successivement dans cet ordre :

1° Colectomie intraabdominale avec suture immédiate (méthode de Reybard) :

a. Sans anus préalable de dérivation [procédé de Reybard (de Lyon)];

b. Avec anus préalable de dérivation (procédé de Baum-Schlofler).

2° Colectomie par extériorisation momentanée et résection secondaire (méthode de Bloch-Mickulicz) :

a. Extériorisation sans section du méso et avec fistulisation du bout supérieur, résection secondaire et colorraphie circulaire totale extraabdominale (procédé de Bloch);

b. Extériorisation avec section du méso, résection secondaire et anus transitoire in situ, fermeture ultérieure de l'anus (procédé de Mickulicz).

3° Colectomie par résection sans extériorisation, mais anus contre nature immédiat in situ (méthode de Volkmann) :

a. Résection intraabdominale, suture des bouts coliques l'un à l'autre par leurs demi-circonférences postérieures, abouchement à la peau en anus des demi-circonférences antérieures (procédé de Volkmann);

b. Résection à péritoine fermé, suture des deux bouts coliques à la paroi et dérivation du contenu par tube de verre (procédé de Paul);

c. Résection à péritoine fermé, fermeture extraabdominale du bord inférieur, dérivation du bout supérieur par tube de verre (procédé de Hartmann).

On a eu le grand tort d'élever ces diverses méthodes de colectomie en rivales, d'opposer surtout la colectomie en un temps, à la colectomie en plusieurs temps; P. Duval déclare qu'elles ne sont point opposées, mais présentent chacune des indications qu'il faut dégager. D'un examen impartial des faits et statistiques, il dégage les conclusions suivantes :

1° En période d'occlusion aiguë, on ne doit procéder à aucune entreprise opératoire importante, la fistulisation colique est seule de mise.

2° La colectomie est uniquement applicable en période de calme.

La méthode en plusieurs temps, qui est une méthode de sécurité est indiquée chez les gras, chez les malades à cœur

et reins instables, chez les intoxiqués chroniques; elle est commandée par l'état du gros intestin, et les trois conditions qui la commandent sont : la réplétion par des matières solides, l'incongruence trop considérable des deux bouts coliques, le cartonnage des parois du bout supérieur.

Dans ces cas, la méthode en plusieurs temps est absolument indiquée, elle donne d'admirables succès, elle est non une méthode de timidité, mais une méthode de simple sécurité.

La colectomie en un temps conserve de nombreuses indications. Chez les maigres, chez les gras modérés, lorsque le cœur et les reins sont bien équilibrés, lorsque le côlon est vidé, lorsque le bout supérieur n'est pas trop dilaté, lorsque ses parois ne sont pas trop cartonnées, la colorraphie immédiate complète est la méthode de choix : « J'estime que, dans ces cas, très favorables il est vrai, mais qui seront de plus en plus nombreux au fur et à mesure des progrès de la clinique, et de l'exploration du côlon pelvien par les rayons X ou la sigmoïdoscopie, nous ferons opérer les malades plus tôt, j'estime, dis-je, que, dans ces cas, la colectomie en plusieurs temps est une méthode d'inutile sécurité; elle est purement, dans ce cas, une méthode de timidité. »

(A suivre.) M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1913)

Dans cette séance de rentrée nous avons entendu plusieurs éloges, celui de Poncet par M. le vice-président Périer, celui de Marey prononcé à l'inauguration de son monument par M. Capitan, enfin celui de Raymond prononcé par son compatriote, le professeur Blanchard, à l'érection de son monument dans sa ville natale.

Le sérum thérapeutique. — M. Netter fait un rapport sur une demande d'emploi d'un nouveau sérum, rapport dont les conclusions sont adoptées.

Les crises subintrantes d'angine de poitrine. — M. Ch. Fiessinger. Le pronostic et le traitement des crises subintrantes d'angine de poitrine ne sont l'objet que d'éclaircissements vagues dans les ouvrages classiques.

Ces crises font suite à toutes les variétés d'angine de poitrine ; bénignes dans les formes névrosiques, elles entraînent fréquemment la mort quand un élément rénal, myocardique ou aortique est surajouté.

L'issue fatale peut être évitée à condition d'éviter dès les premières heures la fatigue du myocarde que ces douleurs produisent si aisément. C'est pourquoi les hautes doses médicamenteuses seront proscrites. Les petites doses de morphine (2 milligrammes en injections) toutes les trois heures, associées aux faibles doses de trinitrine (II à IV gouttes de la solution alc. à 1/100, deux à trois fois par jour) et renforcées par l'action analgésiante et toni-cardiaque d'une vessie de glace sur la région du cœur viendront en général à bout de l'accès. Le régime lacto-hydrique de réduction sera maintenu dans toute sa rigueur ainsi que le repos absolu au lit.

Si la violence de la crise amène des troubles de défaillance cardiaque (extrasystoles, tachycardie, faiblesse du pouls), les petites doses de digitaline (1/10 de milligrammes) l'emploi de la théobromine 2 cachets de 50 centigrammes) et les injections d'huile camphrée remettront d'ordinaire le cœur d'aplomb, à condition toutefois que le traitement par les petites doses de morphine et l'application de la vessie de glace ait été entrepris dès les premières heures.

La rachianesthésie générale. — M. Jonnesco (de Bucarest). Depuis 1908 qu'il a fait connaître sa méthode d'anesthésie par l'injection dans le rachis d'une solution de stovaïne et de strychnine pour toutes les opérations de la tête aux pieds, le malade conservant sa parfaite conscience, il a rencontré beaucoup d'incrédules, mais aussi d'enthousiastes adeptes. Aussi, grâce à ces derniers, M. Jonnesco peut apporter ici la statistique de 11324 opérations pratiquées rien qu'en Roumanie à l'aide de sa méthode, dont 1035 opérations hautes (tête, cou, membres supérieurs et thorax) et 10289 basses (abdomen, périnée, membres inférieurs). Personnellement, il a pratiqué 2426 opérations, dont 505 hautes, et, depuis cinq ans, il n'a jamais eu recours, pour ses opérations à l'hôpital ou dans sa pratique privée, au chloroforme ou à l'éther, ayant pu faire toutes ses interventions à l'aide de son anesthésie, et cela sans un seul cas de mort ni aucune complication immédiate ou tardive.

M. Jonnesco a constamment cherché à rendre la méthode aussi innocente que possible, tout en lui gardant son efficacité. Aussi il est arrivé à obtenir des anesthésies profondes, durables et étendues à tout le champ opératoire, avec des doses minimes d'anesthésiques, par la multiplication des ponctions du rachis qui sont faites aussi près que possible des racines nerveuses que l'on veut anesthésier. Il emploie actuellement quatre ponctions seules ou associées suivant le siège de l'opération : ponction médio-cervicale (entre les troisième et quatrième vertèbres cervicales) pour les opérations sur la tête; ponction dorsale supérieure (entre les première et deuxième vertèbres dorsales) pour les opérations sur le cou ; ponction dorso-lombaire (entre la douzième vertèbre dorsale et la première vertèbre lombaire) associée à la précédente pour les opérations sur les membres supérieurs et la partie supérieure du thorax, seule pour les opérations sur l'abdomen et les membres inférieurs ; ponction lombaire (entre les quatrième et cinquième vertèbres lombaires) associée à la précédente pour les opérations sur les organes du pelvis, seule pour les opérations sur le périnée.

Les résultats ont été toujours excellents; les complications tardives, si redoutées par les ennemis quand même de la méthode, n'existent pas; et la meilleure preuve de sa simplicité, de son innocuité et de son efficacité, c'est que la rachi-strychnostovaïnisation est devenue la méthode d'anesthésie de choix, et, pour quelques-uns exclusive, dans presque tous les services de chirurgie de Roumanie civils ou militaires. Aussi, l'auteur croit-il pouvoir conclure plus que jamais que la rachi-strychnostovaïnisation, qui à l'encontre du chloroforme et de l'éther ne connaît aucune contre-indication, deviendra la méthode d'anesthésie de l'avenir.

Les accidents du travail. — M. Imbert (de Montpellier) lit sur ce sujet un travail qui est renvoyé à l'examen de M. Schwartz.

LIVRES NOUVEAUX

Etudes sur la tuberculose (1), par les docteurs Morin, Meyer, Jaquerod, Rollier, Borel, Sillig, de Peyer, Burnand, de Reynier, Tecon, Franzoni, Adad, Kaplansky, avec une préface de M. le docteur Bard, professeur à l'Université de Genève.

Ce volume est le troisième d'une série commencée il y a quatre ans et où sont réunis les travaux publiés par les médecins de la station de Leysin.

Dans le présent volume une très large part est faite notamment à l'emploi de l'héliothérapie et au pneumothorax artificiel. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 de 570 pages (3e série). — Paris, Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

PÉRITONITES AIGUËS (1)

FORMES CLINIQUES. — **1° Péritonites par perforation des ulcérations simples de l'estomac et du duodénum.** — *a.* PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE. — Le début est brusque, il se fait par une douleur d'emblée atroce, en coup de poignard (Dieulafoy), siégeant un peu à droite de l'ombilic; très rapidement le malade présente le facies péritonéal; le ventre est d'abord plat, dur, mais quelques heures plus tard apparaît le météorisme. Il existe de l'hypothermie; le pouls est très rapide, la constipation absolue ; en un ou deux jours le malade succombe dans le collapsus ; d'après Ball, les meilleurs signes positifs de ce type de péritonite suraiguë par perforation seraient la brusquerie du début, l'intensité et la localisation de la douleur, la sonorité hépatique précoce, l'absence de vomissements, de hoquet, de fièvre.

b. PÉRITONITE LOCALISÉE. — *Abcès sous-phréniques.* — Lorsque des adhérences ont eu le temps de s'établir avant la perforation, souvent lorsqu'il s'agit de perforation consécutive à un cancer, on assiste à la formation d'un abcès sous-phrénique ; cet abcès se localise d'abord en avant du petit épiploon, dans la loge gastro-hépatique antérieure; il peut ensuite se transformer en abcès *gastro-sous-hépatique* ou remonter vers les loges *phréno-hépatiques* donnant des abcès sous-phréniques droits, médians ou gauches, dits encore *gastro-spléniques.* Les poches purulentes sont souvent très volumineuses ; souvent elles renferment des gaz fétides (*pyopneumothorax sous-phrénique*). On peut ramener en clinique tous ces abcès sous-phréniques à deux types : le premier est l'*abcès sous-phrénique à développement antéro-inférieur* se manifestant surtout par un *syndrome abdominal*, avec voussure de l'hypocondre droit, rénitence ou parfois fluctuation, matité se confondant avec celle du foie mais la débordant en haut et en bas ; s'il existe des gaz, on a des zones alternantes de sonorité et de matité. Le deuxième type est réalisé par l'*abcès sous-phrénique à développement supérieur, à syndrome thoracique* avec dyspnée, signes d'irritation du phrénique, voussure au niveau de la partie inférieure et antérieure du thorax, symptômes de pleurésie si l'abcès n'est pas gazeux, signes de pneumothorax s'il y a des gaz; dans les deux cas la *radioscopie* est indispensable pour affirmer le diagnostic; les symptômes généraux s'aggravent assez rapidement (diarrhée, sueurs, amaigrissement); il se fait souvent des infections à distance (endo-péricardite, broncho-pneumonie, gangrène pulmonaire) ; l'ouverture de l'abcès a lieu enfin dans la plèvre, le poumon, l'intestin, parfois à la peau ou dans la cavité péritonéale. Cette évacuation spontanée n'est pas suivie de guérison; même après l'intervention chirurgicale d'ailleurs, le pronostic reste sévère.

II. Péritonites appendiculaires. — **III. Péritonites typhoïdiques.** — Nous ne consacrerons, dans cette question, aucun développement à ces deux formes cliniques; nous renvoyons le lecteur à la Question d'internat parue en 1912, dans la *Gazette des hôpitaux*, sur les formes cliniques des appendicites aiguës, et à la Revue générale de Philibert, parue dans ce journal en 1910, sur les perforations dans la fièvre typhoïde.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, nos 109, p. 1705, et 112, p. 1749.

IV. **Péritonites d'origine biliaire.** — Toutes les variétés étiologiques et anatomiques des péritonites peuvent être réalisées par l'infection biliaire; mais les deux principaux facteurs étiologiques que l'on retrouve à l'origine des péritonites biliaires sont la *fièvre typhoïde* et la *lithiase biliaire*; il faut en particulier signaler l'existence de cholécystites éberthiennes primitives évoluant sans donner lieu au syndrome de la dothiénentérie. Les cholécystites calculeuses s'accompagnent fréquemment de péritonites plastiques localisées, mais elles peuvent aussi déterminer une péritonite diffuse. Certains auteurs même attribuent à la péricholécystite le syndrome douloureux rapporté classiquement à la migration d'un calcul; il s'agirait alors d'une *véritable péritonite sous-hépatique* (Tripier et Paviot).

Il n'est pas rare d'observer des péritonites suppurées localisées de la région hépatique consécutives à une *cholécystite calculeuse* ; cette péritonite peut être la conséquence d'un empyème vésiculaire ou d'une infection par transsudation ou par propagation. Si des adhérences n'ont pas eu le temps de se constituer, comme il arrive par exemple dans la fièvre typhoïde, il s'agira alors d'une péritonite purulente diffuse. L'infection péritonéale peut parfois enfin être la conséquence d'angiocholites suppurées, d'abcès biliaires; les péritonites d'origine biliaire peuvent revêtir un assez grand nombre de types anatomiques ; on peut observer une *péritonite plastique* qui pourra donner lieu ultérieurement à une sténose pylorique ou sous-pylorique, une *péritonite suppurée*, localisée, réalisant un abcès sous-phrénique, enfin une péritonite septique *diffuse*.

Cliniquement, l'on peut également décrire trois variétés de péritonites biliaires : la péricholécystite plastique, la péricholécystite suppurée, la péritonite diffuse.

La *péricholécystite plastique* se développe d'une manière insidieuse procédant par poussées subaiguës, s'accompagnant parfois de subictère et d'accès fébriles irréguliers; la palpation décèle une douleur assez aiguë au niveau du siège de la vésicule; parfois on a nettement l'impression d'une tumeur biliaire; cette poussée inflammatoire s'accompagne de fièvre, d'altération du facies, de vomissements, tous symptômes rappelant les signes de la colique hépatique. L'évolution peut se poursuivre ainsi pendant des mois, même des années; la guérison peut être obtenue si la vésicule se draine bien ; plus souvent l'on observe soit le passage à la forme suppurée, soit la formation de brides qui réalisent souvent la sténose pylorique.

La *péricholécystite suppurée* présente un début assez insidieux s'il s'agit de cholécystite calculeuse; le début est au contraire assez bruyant dans la cholécystite éberthienne. Il se fait par des douleurs, des vomissements, des frissons, de la fièvre. On sent dans la région vésiculaire une tuméfaction dure, à contours peu nets, qui ultérieurement va donner parfois de la fluctuation. La collection suppurée peut s'ouvrir à la paroi, dans l'intestin, sans que cette ouverture spontanée ne soit d'ailleurs suivie de guérison.

La *péritonite généralisée d'origine biliaire* ne présente comme signes particuliers que ceux tirés des symptômes antérieurs (colique hépatique, ictère, accès fébriles intermittents). La péritonite suraiguë d'origine biliaire est rare, mais il en a été publié néanmoins quelques cas indiscutables; elle est mortelle en deux à trois jours. *(A suivre.)*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Action des rayons X sur les glandes surrénales. Recherches cliniques et expérimentales, par COTTENOT. Thèse. — Paris, Vigot frères.

Des Réactions méningées observées au cours de la syphilis. Leur enchaînement et leur pronostic, par L.-Ch. JOLIVET. Thèse. — Paris, J. Rousset.

Des Psychoses familiales, par DEMAY. Thèse. — Paris, Ollier-Henry.

Anesthésie locale, par PIQUAND. Un vol. de 263 pages. — Paris, F. Gittler.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 116. — SAMEDI 11 OCTOBRE 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 11 OCTOBRE 1913. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » . — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 8 octobre. — Question donnée : « Signes, diagnostic et complications des fractures des côtes. »

MM. Wiesner, 7 1/2 ; Sabassier, 8 1/2 ; Thomé, 18 ; Mlle Porquer, 12 ; MM. Tsacouris, 6 ; Tamzali, 7 1/2 ; Riberolles, 11 ; Poujade, 6 ; Mlle Salinas, 13 ; MM. Wigniolle, 4 ; Susini, 9 ; Tancelin, 7 ; Schwartz, 8 ; Mme Sloutzky, 8 ; MM. Rémy-Néris, 13 ; Plet, 14 ; Tapon, 16 1/2 ; Poujaud et Reverdy, 7 ; Tassin, 16.

Prochaine séance lundi 13 octobre, à quatre heures du soir.

Anatomie. — Séance du 8 octobre. — Question donnée : « Parois osseuses de l'orbite. »

MM. Fouché, 8 ; Durupt, 19 ; Grenaudier, 9 ; Dumas (Jean) et Grünkraut, 16 ; Mlle Gaboriau, 10 ; M. Diwany, 18 1/2 ; Mlle Gomberg, 16 ; MM. Dumas (Charles), 17 ; Goubert, 18 ; Guerry, 14 ; Foucault, 18 ; Dufour et Delitch, 14 ; Ferrier, 19.

Séance du 9 octobre. — Question donnée : « Muscles longs fléchisseurs des doigts. »

MM. Duhail, 17 ; Desnoyers, 19 ; Delotte, 16 ; Franjou et Gadrat, 15 ; Giraudeau, 16 ; Delgove, 15 ; Godeau, 14 ; Guillermet, 13 ; Gautier, 12 ; Gambillard, 18 ; Mlle Friedmann, 4 ; MM. Meersseman, 18 ; Mozer, 19 1/2.

— Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *maladies de l'oreille*. Le montant de chacun de ces prix est fixé à la fin du concours.

Pour 1913, le concours sera ouvert le jeudi 11 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 20 au 27 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le lundi 27 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique ; 2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points ; pour l'épreuve clinique, 20 points.

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs de service d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants ;

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et les chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — L'Assemblée générale a procédé hier à l'élection d'un vice-président pour 1914. M. Walther a été élu par 132 voix sur 146 votants.

GUERRE. — Service de santé. — Ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Scalieri, Pujat, Roy, Crémieu, Amado, Lehmann, Née, Guiter, Martingay, Lévy, Martin, Laperche, Benet, Gaufroy, Sevestre, Fournier, Genil-Perrin, Cournet, Regnier, Labeau, Poisson, Trémolières, Logre, Bith, Rigall, Phélip, Wilhelm, Berthou, Boscq, Thibaut, Kindberg, Genay, Mignot, Hamant, Charlet, Pepy, Castets, Lefranc, Huet, Corre, Etchevers, Fataccioli, Beloux, Balland, Mailhé, Breucq, Tilmant, Sigot, Abbatucci, Spéraber, Lafargue, Bernard, Blanchès, Chevalérias, Thomas, Pierret, Culot, Bonnet, Gaspais, Sigaux, Arnould, Laydeker, Saint-Paul, Schnepp, Duchâteau, Gautier, Cabé, Ertaud, Escurré, Barsalou, Turc, Siauve, Colaneri, Pastour, Perrin, Gueit, Barras, Dubois, Carlet, Meurisse, Michard, Pichan-

RENSEIGNEMENTS

court, Planche, Bonnaud, Gaymard, Icard, Proux, Morlot, de Framond de la Framondie, Magre, Donzé, Lorillou, Duteil, Huntziger, Jaillet, Le Moniès de Sagazan, Le Faucheur, Clercq, Ruzié, Fiévez, Beurnier, Bouillette, Foucaud, Piquemal, Bidon, Laventure, Bernard, Bernard, Crop, Gélain, Carrieu, Majour, Buges, Milcamps, Benoit, Lévêque, Lubetzki, Benoist, Murard, Magnien, Dubot, Beaurepaire, Thomassin, Neau, Tarin, Melou, Didier, Herding, Berche, Chauvenet, Leclercq, Robillot, Lapeyre, Cugnier, Andrieu, Gontan, Legrand, Talent, Molin de Teyssieu, Jacob, Billot, Vinson.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine de Robillard, Pettidi, Filliozat, Pissot, Mieulet, Moreau, Faseuille, de Fenis de Lacombe, Monier-Vinard, Deglos.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Un concours pour dix places de sous-inspecteur de l'Assistance publique s'ouvrira à Paris, au ministère de l'intérieur, le 18 novembre prochain.

La clôture des inscriptions des candidatures aura lieu réglementairement un mois avant l'ouverture des épreuves, c'est-à-dire le 18 octobre. Les conditions et le programme du concours ont été publiés dans le *Journal officiel* du 12 septembre 1913.

HOMMAGE AU PROFESSEUR SPILLMANN (DE NANCY). — A l'occasion de la nomination de M. le professeur Paul Spillmann dans l'ordre de la Légion d'honneur, ses élèves et amis viennent d'ouvrir une souscription pour offrir une plaquette au maître qui s'est dévoué à l'instruction de plus de quarante promotions de médecins, qui a fondé l'Œuvre lorraine des tuberculeux indigents, et dont le nom est aussi vénéré dans toute la région qu'à l'hôpital de Nancy.

Le comité qui s'est chargé de recueillir les souscriptions est placé sous la présidence du professeur Haushalter. Les souscriptions sont reçues chez M. le docteur Legris, chef de clinique médicale, 9, rue de Rome, à Nancy.

LE MONUMENT POUILLOT-AUVERT, A MELUN. — Un comité a pris l'initiative d'élever sur l'une des places de Melun (Seine-et-Marne) un monument destiné à perpétuer la mémoire du docteur Paul Pouillot, des troupes coloniales, et du docteur Lucien Auvert, de l'armée métropolitaine, morts glorieusement en soldats face à l'ennemi, victimes du devoir sur la terre d'Afrique, arrosée déjà du sang de tant de héros.

Les souscriptions sont reçues par M. Zimmer, conseiller municipal de Melun, trésorier du comité.

ASSOCIATION MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — Le mercredi 15 octobre commencera une série de quinze conférences faites à l'hôpital de la Charité par les médecins de l'Association médicale des hôpitaux de Paris.

La première conférence sera faite à trois heures et demie par M. le docteur Lucas-Championnière sur les opérations anciennes et modernes de décompression cérébrale.

ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE (16e année). — COURS DE VACANCES, par le docteur A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, du dimanche 19 au dimanche 26 octobre.

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie, simple et stéréoscopique, des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le *dimanche 19 octobre*, à dix heures du matin, dans le laboratoire de radiologie médicale du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs; ils auront lieu à partir du lundi 20 octobre. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 OCTOBRE 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 octobre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste A. R.).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique. 1re partie), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin).

Mardi 21 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* (à neuf heures du matin).

Mercredi 22 octobre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

4e.

1er fin d'année (chirurgien-dentiste, N. R.).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec*.

Jeudi 23 octobre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral, 1re et 2e séries).

3e (oral, 1re partie).

4e.

Vendredi 24 octobre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R.).

1er (sages-femmes).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin).

Samedi 25 octobre, à une heure. — 2e (sages-femmes), *Clinique Tarnier* (à neuf heures du matin).

THÈSES

Mercredi 22 octobre, à une heure. — M. BERTHELOT. Recherches sur quelques caractères du proteus vulgaris. Nouvelles données expérimentales sur le rôle des associations microbiennes en pathologie intestinale. (MM. Landouzy, président; Achard, Letulle et Marcel Labbé.) — M. VALLERANT. Les injections intrapéritonéales d'oxygène dans le traitement des péritonites aiguës. (MM. Achard, président; Landouzy, Letulle et Marcel Labbé.) — M. TRIDON. Contribution à l'étude du syndrome de Maurice Raynaud chez l'enfant. (MM. Letulle, président; Landouzy, Achard et Marcel Labbé.)

Jeudi 23 octobre, à une heure. — M. LEMOINE. Le pseudo-rhumatisme infectieux pneumotique. (MM. Pouchet, président; Desgrez, Langlois et Carnot.) — M. DAUPHIN. Contribution à l'étude de la signification clinique de l'azote colloïde urinaire. (MM. Desgrez, président; Pouchet, Langlois et Carnot.)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Algérie-Tunisie.* — Billets de voyage à itinéraires fixes, 1re et 2e classes, délivrés à la gare de Paris-Lyon, ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires. Certaines combinaisons de ces voyages permettent de visiter non seulement l'Algérie et la Tunisie, mais encore des parties plus ou moins étendues de l'Espagne.

Voir la nomenclature complète de ces voyages circulaires dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., en vente dans les gares, bureaux de ville, bibliothèques : 0 fr. 60; envoi sur demande au Service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris, contre 0 fr. 80 en timbres-poste.

REVUE GÉNÉRALE

LE CHOLÉRA

PAR MM.

ORTICONI,
Médecin-major de 2e classe, chargé du laboratoire de bactériologie du 20e corps d'armée.

A. SARTORY,
Docteur ès sciences, chargé de cours à l'Ecole supérre de pharmacie de Nancy, lauréat de l'Institut.

Le choléra (du grec χολας intestin et ρεω je coule) est une maladie infectieuse, exclusive à l'homme (1), endémo-épidémique dans l'Inde, sévissant dans nos régions sous forme épidémique et causée par la localisation et la pullulation dans l'intestin d'un microbe spécial, le vibrion cholérique découvert par Koch en 1883.

Ce dernier caractère rigoureusement spécifique distingue le choléra (choléra indien asiatique) des divers syndromes cholériformes, appelés choléra nostras, qu'on retrouve en tout temps et dans toutes les régions, et qui affectent la forme sporadique.

Le choléra asiatique a été inconnu en Europe avant le XIXe siècle, mais semble avoir existé de toute antiquité dans l'Inde. Les écrits sanscrits le signalent sous le nom de Metsoneidan (Proust). A la fin du XVIIIe siècle, il exerce ses ravages dans l'Inde par une série d'épidémies qui s'échelonnent de 1761 à 1793 (Briquet, 1867). Il a existé également en Chine avant le XIXe siècle, comme semblent le prouver des descriptions probantes de l'époque correspondant à Hippocrate, Socrate et Confucius (Proust). Mais le berceau d'origine du choléra asiatique se trouve principalement dans l'Hindoustan où il est endémique, avec des recrudescences épidémiques à certaines époques. Il sévit surtout dans le Bengale, dans les stations de Cawnpoor et d'Allahabad, à Bombay, mais surtout à Calcutta où dans la période de 1865 à 1889 il fait 56722 victimes (Thoinot). Le choléra apparaît épidémiquement tous les ans ou tous les deux ans à Madras et dans d'autres localités où ont lieu des pèlerinages hindous.

A ces manifestations endémiques et épidémiques régionales du choléra indien, s'ajoutent des épidémies qui, dépassant les limites de l'Hindoustan, se sont généralisées à la surface du globe. C'est ainsi que de 1823 à nos jours on compte sept épidémies de choléra qui ont envahi l'Europe :

1° *Epidémie d'Astrakan* (1817 à 1823) venue de l'Inde (1817) pour s'éteindre à Astrakan, en 1823, après avoir parcouru la Chine, les Philippines, les villes du golfe Persique, la Perse et la Turquie d'Asie.

2° *Epidémie d'Europe et d'Amérique* (1830 à 1837) qui vient de l'Inde par deux courants : un courant septentrional par le Thibet, la Russie, l'Autriche (1831), la Hongrie, la Prusse, la Finlande, l'Angleterre, la France par Calais (1832), la Belgique, les Etats-Unis et un courant méridional par la Mecque, la Turquie, l'Espagne (1834), le Midi de la France, l'Algérie et l'Italie.

3° Epidémie de 1847 à 1855, qui, née dans la province de Dally, en 1844, s'est terminée en 1855, en Europe, ayant envahi la France par le Nord et ayant atteint 70 départements surtout dans la vallée du Rhône.

4° Epidémie de 1865 à 1874 venue en Russie et en France, par la Mecque et les ports de la Turquie d'Asie.

5° Epidémie de 1884-1887, émanation du choléra égyptien, qui se répand dans le Midi de la France (Toulon, Marseille), en Italie, en Algérie, en Espagne.

6° Epidémie de 1892-1894 qui atteignit la Russie, l'Allemagne, le nord de la France, par Nanterre et les environs de Paris, l'Autriche et le midi de la France (Marseille).

7° L'épidémie actuelle, née d'une recrudescence épidémique dans l'Inde a débuté en Russie, en 1908. Y a fait en 1909 et 1910 un nombre considérable de victimes (216138 cas en 1910 avec 101165 décès) et s'est répandue en même temps en Indo-Chine, au Cambodge, Tonkin, Indes Néerlandaises, Japon, Perse, Turquie d'Asie, etc. Elle a atteint l'Allemagne, la Hongrie, la France (4 cas à Marseille, en octobre 1910), l'Italie dans quelques-unes de ses provinces. En 1911, toute la péninsule italique est contaminée (Gênes, Naples, Rome, Palerme, etc.) ainsi que le sud de la France (Marseille, juillet à septembre) et Toulon (novembre 1911). En 1912-1913, la guerre turco-balkanique favorise le retour du fléau cholérique en Turquie et en Macédoine, où il fait de grands ravages chez les belligérants (1).

Les voies de pénétration en Europe peuvent se ramener à trois principales :

a. Une route terrestre par l'Afghanistan et la Perse ;

b. Une route maritime par le golfe Persique, la Perse et la mer Caspienne ;

c. Enfin une autre route maritime par la Mecque, l'Egypte et la mer Méditerranée.

Toutes les incursions faites par le choléra en Europe ont montré l'importance considérable du pèlerinage musulman dans la propagation de l'épidémie. Le Hedjaz et la Mecque constituent le relai du choléra entre l'Inde et l'Europe. Depuis le commencement du siècle dernier le Hedjaz a été contaminé à vingt reprises différentes, a été le point de départ d'un certain nombre d'épidémies qui ont envahi l'Europe. MM. Chantemesse et Borel ont pu déterminer ce qu'ils appellent la *loi du choléra du Hedjaz*, d'après laquelle « chaque fois que les fêtes musulmanes ont lieu soit en été, soit en hiver, il y a de fortes probabilités pour que le choléra vienne les infecter ; au contraire, quand les fêtes concordent avec le printemps ou l'automne, elles demeurent indemnes de toute épidémie ». La défense sanitaire du Hedjaz telle qu'elle est prévue actuellement n'est peut-être pas suffisante pour éviter le retour en Europe des grandes épidémies de choléra du siècle dernier.

(1) Pottevin aurait récemment réussi à donner la maladie au singe.

(1) P.-L. SIMOND et PASTEUR VALLERY-RADOT. Notes sur l'épidémie de choléra de Constantinople, nov.-déc. 1912, *Gaz. des hôpit.*, 21 janv. 1913, n° 8.

I

Bactériologie. — Les recherches de Koch (1884 [1]) l'ont conduit à la découverte, dans l'intestin des cholériques, d'une bactérie courbe qu'il considère comme l'agent causal de l'affection. Les travaux de Nicati et Rietsch (1885 [2]), van Ermenghen (1885 [3]), Doyen (1885 [4]) ont confirmé les résultats annoncés par Koch. Metchnikoff (1893-1894 [5]) a précisé les caractères des microbes et ses recherches ont permis d'affirmer le rôle spécifique du vibrion de Koch dans l'étiologie du choléra.

Les vibrions cholériques se rencontrent en grand nombre dans le contenu intestinal des individus morts de cette affection. On les trouve surtout dans la couche blanchâtre crémeuse et peu adhérente qui recouvre la muqueuse de l'intestin grêle, et aussi dans les flocons muqueux et les grains riziformes qui surnagent dans la partie liquide des selles. Pour les observer au microscope, il suffit après étalement d'une goutte du contenu intestinal, de colorer pendant trente à quarante secondes par une solution de fuchsine ou de violet de méthyle. Doyen a indiqué la technique suivante : après passage pendant dix à quarante minutes dans un bain d'eau anilinée additionnée de violet de méthyle, les préparations sont soumises pendant huit minutes à l'action de la solution iodo-iodurée de Gram. On traite ensuite à l'alcool absolu, puis à l'essence de girofle. On repasse à l'alcool absolu et on plonge quelques secondes les préparations dans une solution aqueuse de fuchsine. Les vibrions sont colorés en rouge, les autres microbes en violet intense.

L'examen en goutte pendante qui est d'ailleurs très recommandable permet de constater la forme et la mobilité des vibrions.

Ces bactéries pénètrent assez facilement dans la paroi intestinale et s'observent fréquemment dans l'épaisseur des villosités ou dans les glandes en tubes ; elles passent même dans la sous-muqueuse et peuvent se retrouver jusque dans les couches superficielles des follicules lymphatiques.

II

Morphologie. — Le microbe du choléra se présente sous l'aspect de bâtonnets courts, trapus, incurvés, assez épais de 1,5 μ à 3 μ de long sur 0,4 μ à 0,6 μ de large. On trouve souvent des formes en S très souvent étiré, d'autres presque rectilignes ; d'autres très courts ressemblent à des cocci. L'élément peut se présenter sous la forme d'une virgule, d'où le nom de *bacille virgule*, et décrit parfois presque une demi-circonférence.

Toutes ces formes possèdent un mouvement rapide qui donne, à l'examen microscopique, l'aspect d'un bocal contenant des petits poissons. Les éléments possèdent à une extrémité, un long cil vibratile [Neuhauss, 1889 (1), Dondeswell, 1890 (2)]. Quelquefois ce cil unique se montre bifurqué. Certains auteurs (Nicolle et Morax, Kolle et Gotschlich) ont montré que certaines variétés présentent deux, trois ou même quatre cils placés aux extrémités. La *mobilité du vibrion cholérique ne ressemble en rien*, par exemple, à *celle des bacilles typhiques et paratyphiques*, et *constitue pour un œil exercé un caractère de différenciation.*

Les cultures montrent fréquemment des formes d'involution nombreuses, des éléments arrondis qu'on a pris pour des spores, d'autres ovoïdes, en poires, ou tuméfiés.

D'après Hueppe (1885 [3]), il n'y aurait jamais formation de spores. Il se produirait simplement des arthrospores immobiles qui germent directement en donnant un bâtonnet courbe.

Dans les cultures vieilles d'un an, Bliesener (4) [1901] signale la présence de corps ovales, très réfringents, prenant la coloration des spores, mais ne résistant pas mieux à la dessiccation ou à la chaleur.

COLORATION. — Ce microbe se colore bien par les couleurs basiques d'aniline ; la fuchsine phéniquée donne aussi de très bons résultats, surtout à chaud. *Il se décolore constamment par la méthode de Gram.*

CULTURES. — Le vibrion cholérique est un aérobie vrai. Son optimum de température semble être vers 37 degrés ; il se développe encore facilement à 22 degrés et commence à végéter vers 16 degrés, mais alors très faiblement.

Les cultures s'obtiennent facilement sur les milieux habituels. La bactérie croît très mal dans l'eau stérilisée, mais l'eau riche en matières organiques est plus favorable. Nicati et Rietsch ont conservé à l'état vivant le vibrion du choléra pendant *vingt jours et plus* dans l'eau du vieux port de Marseille, fortement salée et chargée de matières organiques.

Le vibrion cholérique ne se développe pas dans les milieux acides, végète dans les milieux neutres et trouve son optimum de vitalité dans les milieux à réaction nettement alcaline.

Les bactéries de la putréfaction paraissent s'opposer à son développement.

Sur gélatine en plaques, les colonies apparaissent au bout de vingt-quatre heures (température, 18 à 20 degrés) sous la forme de petits points blanchâtres, granuleux à un faible grossissement. L'apparence granuleuse s'accentue le jour suivant et la colonie

(1) R. KOCH. *Conferenz zur Eröterung der Cholerafrage*, Berlin 1884.

(2) NICATI et RIETSCH. Recherches sur le choléra, *Arch. physiol.*, 1885, et *Revue méd.*, 1885.

(3) VAN ERMENGHEN. *Recherches sur le bacille du choléra asiatique*, Bruxelles 1885.

(4) DOYEN. Recherches anatomiques et expérimentales sur le choléra épidémique, *Arch. phys.*, 1885, p. 179.

(5) METCHNIKOFF. Recherches sur le choléra (premier, deuxième, troisième et quatrième mémoires), *Ann. de l'Institut Pasteur*, t. VII, 1893, p. 403 et 563 ; t. VIII, 1894, p. 257 et 529.

(1) NEUHAUSS. Ueber die Geisseln an den Bacillen der asiatischen Cholera, *Centralbl. f. Bakt.*, 1889, t. V.

(2) DONDESWELL. Note sur les flagella du microbe du choléra, *Ann. de microb.*, 1890.

(3) HUEPPE. Ueber die Dauerformen der sogenannten Kommabacillen, *Forts. der Med.*, t. III, 1885, n° 19.

(4) BLIESENER. Beitrag zur Lehre von den Sporenbildung bei Cholerabacillen, *Zeits. f. Hyg.*, t. XXXV, 1901, p. 76.

rappelle une agglomération de petites perles de verre. Le quatrième jour on voit débuter la liquéfaction de la gélatine ; la plaque est bientôt entièrement liquéfiée, le liquide très trouble, jaunâtre, exhale une odeur qui rappelle l'urine de souris.

Gélatine en piqûre. — Dans un tube de gélatine inoculé en piqûre on voit se former vers la vingtième heure à 20 degrés une petite dépression cupuliforme à la surface de l'inoculation. Ce phénomène s'accentue de plus en plus, et le deuxième jour on a l'illusion d'une bulle d'air incluse dans la gelée, surmontant la mince culture blanchâtre qui s'est développée dans le trajet de la piqûre. Vers le sixième ou septième jour, la liquéfaction atteint les parois du tube.

Gélose. — La gélose employée doit être à réaction alcaline.

Dans ce cas, le milieu est excellent ; les colonies sont de petits disques aplatis, d'abord transparents et un peu bleutés, devenant tardivement plus opaques.

Milieu de Dieudonné. — Pour préparer le milieu de Dieudonné (1) on fait d'abord un mélange à parties égales de sang de bœuf défibriné et de solution normale de potasse. Le liquide ainsi obtenu est stérilisé à l'autoclave à 100 degrés. Puis on ajoute 3 parties de ce mélange à 7 parties de gélose à 3 p. 100 neutre, et on coule en boîtes de Petri. La gélose ainsi préparée a une alcalinité d'environ 0,6 p. 100 de potasse.

Ce milieu est très électif pour les vibrions cholériques qui donnent en quelques heures de petites colonies transparentes, très caractéristiques. Quand il est fraîchement préparé et ne date pas de plus de cinq à six jours, le vibrion cholérique y pousse seul à l'exclusion de presque tous les autres germes. L'inconvénient de ce milieu est de ne pouvoir être utilisé qu'après un séchage des boîtes de Petri de quarante-huit heures environ à la température du laboratoire. Après sept à huit jours, le milieu a perdu une partie de son alcalinité et aussi de son électivité pour le vibrion cholérique.

On peut remplacer, dans le milieu de Dieudonné, la solution normale de potasse par une solution normale de soude.

Un certain nombre d'auteurs ont récemment modifié le milieu de Dieudonné de façon à le rendre immédiatement utilisable. Neufeld et Woithe saturent l'excès d'ammoniaque par l'acide lactique. Hoffmann, Kutscher, Pilon dessèchent le milieu de Dieudonné et utilisent la poudre ainsi obtenue. Esch, Costa remplacent le sang par l'hémoglobine. Krumwiede le remplace par l'œuf. Crendiropoulo et Mme Panayotatou (2) donnent leur préférence à une gélose de préparation plus simple, composée de la façon suivante : on dissout 5 grammes de peptone Chapoteau ou Witte dans 190 centimètres cubes d'eau, on y ajoute 10 centimètres cubes d'une solution de soude caustique à 10 p. 100 et on chauffe pendant trois à cinq minutes. Après refroidissement, on filtre sur papier et on stérilise à 100 degrés pendant une demi-heure. Au moment de l'usage, on mélange 4 parties de cette solution de peptone alcaline à 6 parties de gélose peptonisée ordinaire, neutre, stérilisée d'avance, et on coule en boîtes de Petri.

(1) Dieudonné. Blutalkaliagar eind Electionährboden für Choleravibrionen, *Centralbl. f. Bakt.*, I Abth. orig., 4, 1909, p. 107.

(2) Crendiropoulo et Mme Panayotatou. Sur un nouveau milieu pour le diagnostic du choléra, *Centralbl. f. Bakt.*, I Abth. orig., 1910, p. 248.

Sérum coagulé. — Le sérum est liquéfié et donne un liquide épais et visqueux.

Pomme de terre. — Couche brunâtre, café au lait ou plus jaune, n'ayant rien de caractéristique.

Cultures dans le bouillon ou liquides similaires. — Le bouillon se trouble rapidement, en moins de quarante-huit heures à 22 degrés, et en moins d'un jour à 37 degrés ; il se couvre en trois à cinq jours d'une pellicule mince fragile, d'un blanc sale et abandonnant un dépôt floconneux assez épais.

Metchnikoff préconise le gélopeptosel (peptone, 1 gramme ; chlorure de sodium, 1 gramme ; gélatine, 2 grammes ; eau, 100 grammes). Les solutions doivent être légèrement alcalines.

Lait. — Il pousse sans le coaguler.

Bile. — D'après Ottolenghi (1), la bile serait un très bon milieu de culture pour les vibrions cholériques ; cet auteur mélange à la bile de bœuf 3 p. 100 d'une solution au 1/10 de carbonate de soude cristallisé et stérilisé à l'autoclave. Les vibrions cholériques se développent dans ce liquide en moins de six heures, à 37 degrés.

Dans les cultures en eau peptonisée, le vibrion cholérique réduit les nitrates pour produire des nitrites et donner naissance à de l'indol. Il suffit de verser dans ces cultures quelques gouttes d'un acide minéral exempt de produits nitreux (acide sulfurique pur) pour voir se produire une réaction rouge caractéristique : c'est la *réaction de Kolera-roth* ou *indol nitreuse*.

Habitat. — Le vibrion cholérique se rencontre en assez grande abondance dans les matières fécales et dans le contenu intestinal des personnes atteintes de choléra. Il est rare dans les autres organes. On ne le trouve pas dans le sang. Après la mort, on le retrouve dans le foie, la vésicule biliaire, les reins, la rate. Il existe en temps d'épidémie des personnes saines dont les selles contiennent des vibrions cholériques (porteurs de bacilles). Les convalescents de choléra conservent pendant quelques jours le vibrion dans leurs selles. La durée d'excrétion des vibrions cholériques chez les porteurs sains et chez les convalescents ne dépasse pas en moyenne douze à quinze jours. Zlagotoroff (2) donne quatre à dix-sept jours comme durée moyenne. Cet auteur a en outre observé que le vibrion peut séjourner dans l'intestin au plus pendant cinquante-six jours. La vitalité des vibrions cholériques varierait en outre suivant la température extérieure. Montefusco admet une durée de dix à vingt-cinq jours.

Parmi les vibrions qui ont été isolés des selles d'individus atteints du choléra vrai, cliniquement

(1) Ottolenghi. Di un nuovo methodo par l'isolamento del vibrione colerigeno dalle feci, *Igiene med.*, 1910, n° 11.

(2) Zlagotoroff. *Centralbl. f. Bakt.*, originale, mars 1911.

affirmable, le plus grand nombre se rapportent au type de Koch; ce sont des vibrions courts et trapus. D'autres s'en éloignent, tels les vibrions dits de Paris 1889, de Courbevoie, de Massouah, qui se distinguent par la finesse et la longueur de leurs éléments.

Mais Metchnikoff (1) a démontré que dans certaines conditions les vibrions allongés de Courbevoie et de Massaouah pouvaient devenir trapus et raccourcis.

Le vibrion d'Angers, qui provient d'un cas authenthique, est court et trapu, mais peut devenir mince et allongé lorsqu'il est cultivé très longtemps à l'étuve dans de l'eau peptonée qui s'évapore progressivement. Il est difficile de dire actuellement si tous ces vibrions appartiennent à une seule et même espèce. Metchnikoff admet que le choléra vrai étant une unité morbide incontestable, il est impossible qu'il soit dû à plusieurs espèces microbiennes.

Hors de l'organisme, l'agent causal du choléra a été surtout rencontré dans l'eau. Koch, le premier, l'a trouvé dans un étang servant à l'alimentation d'un village des Indes où le choléra est endémique. Rietsch l'a isolé, pendant une épidémie à Marseille, de l'eau du vieux port; depuis il a été rencontré dans les eaux de puits, rivières, canaux, etc.

III

Rôle étiologique. — Le rôle étiologique du bacille virgule paraît être définitivement établi aujourd'hui.

Le fait que nous trouvons constamment dans les cas de choléra véritable le vibrion cholérique, que nous connaissons les effets pathogènes provoqués chez l'homme et les animaux par des cultures pures de ce microbe, démontre bien que cette bactérie est l'agent spécifique de ce terrible fléau.

Le choléra est endémique dans certaines parties de l'Inde (région du Bas-Bengale, sud-ouest). Ailleurs l'affection n'est constatée que sous forme épidémique apportée par des porteurs de germes ou se propageant par étapes successives arrivant ainsi jusqu'en Europe. La plupart du temps ce transport de germes se fait par voie de mer. Dans ce cas, lorsqu'elle attaque un centre, elle atteint assez rapidement un maximum, puis décline et disparaît complètement.

Parfois, on observe des cas isolés ou peu nombreux, c'est le choléra sporadique où la filiation des germes est impossible à déceler.

Le transport direct, l'importation par l'homme de la bactérie virulente est un moyen puissant de propagation. L'air ne peut guère servir de voie de transport, le vibrion du choléra ne résiste pas ou peu à une dessiccation peu prolongée. L'eau est un mauvais milieu pour ce microbe (sauf pour certains, ceux riches en détritus organiques).

La bactériologie et l'épidémiologie démontrent que le rôle seul de l'eau ne peut être invoqué ; l'étiologie du choléra est plus complexe. Il est nécessaire de tenir compte des dispositions climatériques ou telluriques encore peu connues qui font que certaines villes sont à l'abri de ces épidémies tandis que d'autres sont si brutalement éprouvées.

L'hygiène, certes, doit jouer un grand rôle dans la propagation du choléra.

Metchnikoff nous dit que des prédispositions individuelles, les troubles intestinaux, l'usage immodéré des boissons alcooliques, des *fruits non cuits* jouent un grand rôle dans l'infection. La contamination doit toujours être recherchée dans les selles des cholériques, et il est de toute nécessité que les excréments, les déjections, les draps ou les linges contaminés soient l'objet d'une surveillance de tous les instants.

Pour qu'une personne soit atteinte du choléra, il faut que le bacille virgule traverse l'estomac et puisse séjourner suffisamment dans l'intestin pour y pulluler. C'est là qu'interviennent alors les conditions qui prédisposent à l'infection.

L'apport des germes peut se faire par les eaux de boisson, les aliments crus, les poussières ou les mains qui ont touché des objets contaminés par les cholériques.

Sawtschenko (1) a démontré qu'ils pouvaient être absorbés par les mouches et disséminés avec leurs excréments.

Le spirille du choléra se conserve mal dans le sol (2).

Le plus grand danger de contamination vient des porteurs de germes qui rejettent chaque jour avec leurs déjections d'énormes quantités de vibrions cholériques très nocifs.

Le vibrion cholérique peut se trouver dans les selles avant que n'apparaissent les premiers symptômes de la maladie.

Ziroglia a remarqué qu'il était possible de faire réapparaître des vibrions dans les matières fécales (où il ne s'en trouvait plus) en faisant absorber au malade une légère purgation (3).

Rappelons-nous aussi que la maladie ne semble conférer aucune immunité; le choléra peut frapper plusieurs fois la même personne.

Dans un travail récent, Emmerich (4) a émis l'hypothèse que les symptômes du choléra étaient provoqués par l'acide nitreux, formé dans l'intestin aux dépens des nitrates présents, sous l'influence de l'action dénitrifiante du bacille virgule. Seulement cette présence des nitrites est un fait bien inconstant et nous ne savons pas s'il faut attacher une grosse importance aux données d'Emmerich.

Metchnikoff (5) a fait jouer un très grand rôle à la flore intestinale; il a démontré que certaines espèces microbiennes pouvaient empêcher le développement du vibrion cholérique, et parmi ces es-

(1) METCHNIKOFF. Sur la variation artificielle du vibrion cholérique, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. VIII, 1894, p. 268.

(1) SAWTSCHENKO. Die Beziehung der Fliegen zur Verbreitung der Cholera, *Centralbl. f. Bakt.*, t. XII, 1892, p. 893.

(2) GIAXA (DE). Le bacille du choléra dans le sol, *Ann. de Micro.*, t. II, 1890, n° 5.

(3) ZIROGLIA. Beobachtungen über die Dauer des Vorkommens von Cholerakonvalescenten, *Hyg. Runds.*, t. XXI, 1911, p. 769.

(4) EMMERICH. *Münch. med. Woch.*, n° 38, 1909; n° 58, 2 mai 1911.

(5) METCHNIKOFF. En citation *Recherches sur le choléra*.

pèces empêchantes il cite le bacille pyocyanique.

Nitsch (1) a trouvé dans l'air de Paris et de Versailles quelques coccus qui entraveraient le vibrion cholérique en cultures et qu'il a nommés « cocci anticholériques ».

Choukewitch (2) a vu qu'ils étaient sans action sur la production du choléra expérimental chez de jeunes lapins, et qu'en culture sur gélose leur action défavorable n'était que temporaire.

D'autres microbes montrent une action favorisante. Metchnikoff signale plusieurs bacilles, des sarcines, des formes levures de Torula qui sont dans ce cas.

On peut admettre en tout cas que le bacille virgule est sensible aux influences des microbes qui se trouvent mélangés à lui et qu'il subit dans l'intestin la concurrence vitale des autres germes.

Récemment, Defressine et H. Cazeneuve (3) ont relaté une épidémie de choléra asiatique qui s'est produite à Toulon en novembre 1911 et dont l'origine hydrique provenait de la contamination d'une rivière qui se jette dans la baie de la rade (baie de Brégaillon) à 400 mètres de plusieurs parcs à coquillages, objet d'un commerce très étendu.

Le vibrion fut aussitôt recherché dans les moules de ces parcs (mytillus galli, provincialis Lamarck).

Dans 20 p. 100 de ces moules on isolait un vibrion dont neuf échantillons étaient étudiés.

Ce vibrion des moules, voisin des vibrions de Finkler-Prior et Deneke, possède tous les caractères des vibrions cholériques, hormis les réactions d'immunité. Il est polymorphe, monocilié et ne prend pas le Gram. Il liquéfie la gélatine et ne produit pas d'indol. Il n'est pas agglutiné par un sérum spécifique, ne donne pas le phénomène de Pfeiffer, mais possède un pouvoir hémolytique et est pathogène pour le cobaye.

Vibrions isolés des selles cholériques. — En dehors du vibrion de Koch on a isolé des selles de cholériques un certain nombre de vibrions à caractères différenciés.

Vibrion de Massaouah. — De forme allongée, à éléments onduleux, possédant quatre cils, isolé par Pasquale en 1891 (4). Liquéfie très rapidement la gélatine. Très pathogène pour le cobaye, le lapin et le pigeon. La réaction du rouge choléra est faible et lente à se produire. Ce vibrion ne donne pas les réactions d'immunité.

Vibrion de Hambourg. — De forme courte et trapue, bien courbée en virgule, rappelant le type indien de Koch. Il ne possède qu'un cil vibratile. Ce vibrion qui a été isolé des selles cholériques pendant l'épidémie de Hambourg en 1892 produit nettement la réaction indol nitreuse et est assez pathogène pour le cobaye.

(1) Nitsch. *Bull. de l'Acad. des sciences de Cracovie*, 1908.

(2) Choukewitch. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. XXV, 1911, p. 433.

(3) Defressine et H. Cazeneuve. Sur la présence dans les moules d'un vibrion paracholérique, *Bull. de la Soc. de bact.*, t. LXXIII, 1912, p. 186.

(4) Pasquale. Ricerche bacteriologiche sul colera a Massaoua, *Giorn. med. R. Esercito*, 1891.

Vibrion de Courbevoie. — Isolé par Netter (1) des selles dans un cas très grave de choléra à Courbevoie (1892). Il est mince, assez long, bien incurvé, et ne posséde qu'un cil vibratile à une extrémité. La réaction indol nitreuse est marquée. Assez pathogène pour le lapin, le pigeon et le cobaye.

Vibrion de Rome. — Isolé par Celli et Santori (2) des selles cholériques. Il ne produit pas la réaction indol nitreuse et n'est pas pathogène pour le cobaye.

Vibrion d'Angers. — Isolé en 1893 par Metchnikoff des selles d'un cholérique. Il se rapproche du type de Koch et n'a qu'un seul cil. Il donne la réaction indol nitreuse et il est au début pathogène pour le cobaye.

Vibrion de Lisbonne. — Isolé par Pestana et Bellancourt (3) des selles de cholériques et de l'eau d'alimentation de Lisbonne. Bacille virgule assez court, peu courbé. Ne donne pas la réaction indol nitreuse. Peu pathogène pour le cobaye.

Vibrion de Paris. — Isolé d'un cas de choléra à Paris en 1884. Sa virulence pour le cobaye est très faible.

Vibrion Nasik. — Rencontré aux Indes par Simond dans les selles d'individus ayant contracté le choléra. Il donne une toxine très active tuant le lapin en quelques minutes par voie intraveineuse. Il a des propriétés hémolytiques très marquées.

Vibrion de Finkler-Prior. — Isolé d'un cas de choléra nostras, ressemble beaucoup au vibrion de Koch dont il se différencie en particulier par l'absence de réaction indol nitreuse. Il est pathogène pour le pigeon.

Citons encore le vibrion de Malte, très court, ayant l'aspect d'un coccus et le vibrion de Shangaï de forme presque droite bacillaire (4).

Le type des vibrions isolés des eaux est très fréquent et a été l'objet d'une étude très complète dans le mémoire de Sanarelli (5).

On nomme vibrion d'El-Tor un type isolé par Gottschlich (6) au lazaret d'El-Tor en 1905 sur cinq cadavres de pèlerins venant de la Mecque, morts d'affections diverses et dont aucun ne présentait des symptômes de choléra. Ces vibrions avaient les réactions d'immunité et d'agglutination du vibrion de Koch.

En résumé, sauf quelques-uns, il semble que l'on doive considérer la plupart de ces vibrions comme des vibrions chlériformes appartenant à des espèces différentes du type spécifique de Koch.

(1) Netter. Recherches bactériologiques sur des cas de choléra et de diarrhée cholériforme, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1892.

(2) Celli et Santori. Le choléra à Rome en l'année 1893, *Igiene isert.*, t. IV, 1894, p. 244.

(3) Pestana et Bellancourt. Bakteriologischen Untersuchungen über die Lisabonna Epidemie von 1894, *Centralbl. f. Bakt.*, 1894, p. 401.

(4) Froderich. Vergleichende Untersuchungen über den Vibrio Choleræ asiaticæ und besonderer Berücksichtigung der diagnostischen Merkmale desselben, *Arb. aus dem Kais. Gesund.*, t. VIII, 1892.

(5) Sanarelli. Les vibrions des eaux et l'étiologie du choléra, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. VII, 1893, p. 193.

(6) Gottschlich. Ueber Cholera und Choleraähnliche Vibrionen unter den aus Mekkazuruckkehren den Pilgern, *Zeit. f. Hyg.*, 1906, t. LIII, p. 281.

Il en est de même d'un certain nombre d'autres tels que le vibrion de Nasik, et ceux qu'on a désignés sous le nom de pseudo-cholériques ou paracholériques mais qui paraissent avoir une entité de race distincte. Seuls quelques-uns sont de vrais cholériques, malgré quelques légères différences morphologiques ou culturales.

Le criterium le plus important de l'authencité d'un vibrion paraît résider dans l'agglutinabilité à un taux assez élevé par le sérum spécifique et dans son aptitude à donner le phénomène de Pfeiffer.

Toxine cholérique. — Dès sa première publication, dans laquelle il annonçait la découverte du vibrion cholérique, Koch disait que le choléra devait être considéré comme un empoisonnement aigu dû à l'absorption d'une substance toxique spéciale élaborée par le vibrion dans l'intestin. De nombreuses recherches furent entreprises depuis pour tâcher d'obtenir des cultures une toxine semblable à celle formée dans l'intestin (Nicati et Rietsch, Poulhet, Villius, Cantani, Kunz, Brieger et Fraenkel, Winter et Lesage, Klebs, Grüber et Slugt).

Petri le premier, avec des cultures riches en peptone, obtenait une toxine soluble résistant à la température de l'ébullition (toxopeptone).

Hueppe et Scholl, en cultivant le vibrion dans des œufs, obtenaient au bout de quinze jours une substance qui, injectée dans le péritoine des cobayes, les faisait périr en quelques minutes. Grüber et Wiener reconnurent plus tard que la mort n'était pas due dans ce cas à l'action de la toxine cholérique mais d'autres substances.

Gamaleia (1892) décrivit plusieurs toxines cholériques. Dans le liquide de macération de cultures en bouillon de pied de veau il trouvait deux poisons : l'un thermolabile et capable de donner la diarrhée aux lapins ; l'autre thermostabile et capable d'intoxiquer le lapin sans amener de selles liquides.

Pfeiffer et ses élèves admirent que la toxine cholérique est adhérente aux corps mêmes des vibrions. Ce poison qu'il appelle primaire se transformerait en poison secondaire, moins actif sous l'action de l'alcool fort, de l'ébullition ou d'un chauffage prolongé à 60 degrés (1).

Ramson annonce en 1895 qu'il a obtenu une toxine cholérique d'une grande activité (2).

Metchnikoff, Roux et Salimbeni (3) [1896] montrent enfin les premiers que pour obtenir à coup sûr une bonne toxine cholérique il faut :

1° Un vibrion aussi toxigène que possible ;
2° Un milieu de culture approprié ;
3° Des conditions de culture permettant un développement des microbes aussi abondant et aussi rapide que possible.

Pour avoir des vibrions bien toxigènes, ils recoururent d'abord à la méthode des sacs de collodion mais constatèrent ensuite que les vibrions provenant de déjections cholériques et n'ayant jamais subi de passage sur les animaux ont un pouvoir toxigène aussi élevé. C'est à partir du septième jour que les cultures ont leur maximum de toxicité.

Brau et Denier ont obtenu une très bonne toxine cholérique avec un milieu spécial à base de sérum de cheval additionné de 10 p. 100 de sang de cheval défibriné.

Kraus (1907) a longtemps contesté tout pouvoir toxigène aux vibrions cholériques vrais. En se basant sur le fait que le vibrion de Nasik, qu'il ne reconnaît pas comme cholérique, donne un poison très actif, il concluait que tout vibrion donnant un poison soluble ne devait pas être considéré comme un vrai cholérique. Il s'est convaincu plus tard que les vrais cholériques donnent aussi un poison soluble.

La toxine cholérique n'est pas modifiée par un chauffage à la température de l'ébullition pendant vingt minutes. Elle est affaiblie par un chauffage de vingt-quatre heures à 60 degrés et par le vieillissement à l'air et à la lumière. Elle garde son activité à la glacière et à l'abri de l'air.

Elle dialyse à travers une membrane de collodion, est précipitée par le sulfate d'ammoniaque et l'alcool fort.

La toxine d'activité moyenne tue le cobaye en seize à dix-huit heures à la dose d'un centimètre cube.

Le cobaye est l'animal le plus sensible. Le lapin supporte mieux que le cobaye la toxine cholérique. Il faut recourir pour le tuer à l'injection intraveineuse. Le rat, la souris, le pigeon, la poule sont pour ainsi dire insensibles au poison cholérique.

Hémolysine. — A côté de ces produits toxiques proprement dits, le vibrion cholérique peut sécréter d'autres substances très actives, notamment une hémolysine décelée par Gaffky. (Voir chapitre Hémolyse.)

IV

Inoculation expérimentale. — Inoculation des cultures. Inoculation par ingestion. — Les animaux d'expériences se montrent réfractaires à l'infection cholérique expérimentale opérée par la voie intestinale. Metchnikoff, pour réussir, s'est adressé à des lapins nouveau-nés ; Zabolotny s'est adressé au spermophile ; Nicati et Rietsch (1) auraient réussi en faisant pénétrer dans l'intestin de cobayes des déjections cholériques et des cultures pures ; Koch (2) a obtenu de bons résultats, dit-il, en injectant au préalable dans l'estomac une solution de carbonate de soude et la culture pure, puis dans le péritoine une petite quantité de teinture d'opium.

Zabolotny (3) a constaté que le spermophile (sper-

---

(1) Pfeiffer et Friedberger. Zur Frage der Endotoxine und der Antiendotoxine bei Cholera und Typhus, *Centralbl. f. Bakt.*, I Abth. orig., t. XLVII, 1908, p. 98.

(2) Ransom. Choleragift und Choleraantitoxine, *Deut. med. Woch.*, 18 juillet 1895.

(3) Metchnikoff, Roux et Salimbeni. Toxine et antitoxine cholériques, *Ann. de l'Institut Pasteur*, t. X, 1896, p. 257.

(1) Nicati et Rietsch. Loc. cit.

(2) Koch. Loc. cit.

(3) Zabolotny. Infektions und Immunisierungs Versuche und Ziesel (Spermophilus guttatus) gegen den Cholera vibrio, *Centralbl. f. Bakt.*, t. XV, 1894, p. 150.

mophilus guttatus) avait une aptitude spéciale à contracter l'infection cholérique expérimentale par voie digestive. Metchnikoff (1) pensa le premier que les divers microbes du tube digestif devaient avoir une grande part dans la résistance des animaux à contracter le choléra. Pour confirmer ses dires, il prit des jeunes lapins de un à quatre jours et leur fit avaler du vibrion cholérique typique. (Il s'est servi du vibrion de Massouah et d'un vibrion isolé des eaux de Versailles.) La combinaison des microbes favorisants donna de bien meilleurs résultats. Si on fait avaler d'abord à l'animal une culture d'une torula ou d'une sarcine, isolées de l'estomac de l'homme, la plupart des animaux meurent.

Pottevin aurait réussi récemment (1913) à donner le choléra à des singes par ingestion.

Inoculation intrapéritonéale. — Koch a observé le premier la mort des cobayes auxquels on injectait des bouillons de culture du bacille virgule dans le péritoine. Les phénomènes observés par Metchnikoff sont ceux d'une péritonite cholérique.

La virulence des vibrions cholériques est très variable ; les uns sont très actifs, les autres très peu virulents.

Haffkine (2) a montré que l'on pouvait exalter la virulence du vibrion cholérique en opérant des passages successifs d'animal à animal.

Inoculation sous-cutanée. — Chez le cobaye et le lapin les résultats sont inconstants. L'injection intramusculaire est plus rapidement mortelle.

Le spermophile est très sensible aux inoculations sous-cutanées. Le rat est assez sensible, d'après Nicolle et Remlinger. Il est pathogène pour le pigeon.

Inoculation intraveineuse. — L'injection intraveineuse est très sévère chez le lapin surtout jeune, comme l'ont montré Kolle et Issaeff (3).

Inoculation des produits solubles. — La toxine de Pétri est assez peu active ; il faut au moins 2 centimètres cubes pour tuer un cobaye.

Les deux substances toxiques isolées par Gamaleia des bouillons de cultures ont des effets physiologiques différents. La toxine de Metchnikoff, Roux et Salimbeni a une action toxique très marquée sur les cobayes. Elle fait sûrement périr un cobaye de 300 grammes environ en seize ou vingt-quatre heures à la dose d'un tiers de centimètre cube par 100 grammes de poids en injection sous-cutanée.

La toxine de Brau et Denier inoculée aux animaux manifeste très rapidement ses effets, sans période d'incubation.

Inoculation a l'homme. — L'ingestion de culture de vibrions cholériques de diverses provenances a, dans plusieurs expériences, pu déterminer chez l'homme des symptômes cliniques du véritable choléra. Metchnikoff (1) décrit, en 1893, un premier cas : l'ingestion d'une certaine quantité de culture sur gélose du vibrion du choléra de Paris, en 1884, précédée de l'absorption de 1 gramme de bicarbonate de soude a causé, chez un garçon de dix-neuf ans, les symptômes du choléra asiatique. Toute une série de résultats ont été obtenus par le même auteur (2) avec les vibrions cholériques isolés d'eaux de diverses provenances en dehors de toute manifestation de choléra.

On peut également mentionner la mort d'Œrgel, assistant à l'Institut d'hygiène de Hambourg, enlevé en quatre jours par une attaque du choléra aigu, prise au laboratoire en manipulant des cultures cholériques (3).

Bactériolyse. — *Phénomène de Pfeiffer.* — Quand on injecte dans le péritoine d'un cobaye une émulsion de vibrions cholériques additionnés d'une faible quantité de sérum anticholérique, on constate, quelques minutes après l'injection, que le liquide péritonéal contient des vibrions dégénérés et morts, qui se sont transformés en petits granules arrondis et immobiles. Ce phénomène est connu sous le nom de *phénomène* ou de *réaction de Pfeiffer*.

Metchnikoff a obtenu in vitro cette réaction en ajoutant à une émulsion de culture un mélange de sérum d'animal immunisé et de liquide provenant du péritoine d'un cobaye neuf.

Bordet a obtenu la même réaction avec le sérum frais d'un cobaye vacciné contre le choléra.

Pour rechercher le phénomène de Pfeiffer, il faut employer (Pfeiffer) du sérum de *lapin immunisé* (éviter les sérums d'âne et de chèvre qui possèdent à l'état normal un pouvoir bactériolytique notable) ayant un titre bactériolytique élevé (1 p. 5000 environ) pour empêcher les causes d'erreur relevant de la bactériolyse naturelle.

Kolle et Gotschlich conseillent pour obtenir un tel sérum d'injecter en une fois dans le péritoine d'un lapin toute la culture d'un tube d'agar tuée par chauffage d'une heure à 56 degrés. On recueille le sang quatorze jours après. Il est indispensable d'évaluer le titre bactériolytique du sérum qu'on emploie.

Dans la pratique, il vaut mieux se servir de sérum anticholérique de l'institut Pasteur dont on connaît la valeur bactériolytique et le taux d'agglutination.

« On émulsionne une öse de culture sur gélose de dix-huit heures à 37 degrés du vibrion dont on veut faire l'essai, dans 1 centimètre cube de bouillon ; on y ajoute une quantité de sérum anticholérique représentant cinq fois la dose qui donnerait une dilution au titre bactériolytique le plus haut (par exemple

(1) Metchnikoff. Recherches sur le choléra et les vibrions (quatrième mémoire sur l'immunité et la recherche vis-à-vis du choléra intestinal), *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. VIII, 1894, p. 529.

(2) Haffkine. Le choléra asiatique chez le cobaye, *Soc. de biol.*, 9 juillet 1892.

(3) Kolle et Issaeff. Experimentelle Untersüchungen mit Choleravibrionen an Kaninchen, *Zeit. f. Hyg.*, t. XVIII, 1894.

(1) Metchnikoff. Recherches sur le choléra (deuxième mémoire), *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. VII, 1893, p. 583.

(2) Metchnikoff. Recherches sur le choléra (quatrième mémoire), *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. VIII, 1894, p. 534.

(3) Reinke. Ein Fall von tödlichen Laboratoriums Cholera, *Deut. med. Woch.*, 1894, n° 41.

1 milligramme pour un sérum bactériolytique à 1/5000) et on injecte dans la cavité péritonéale d'un cobaye. »

En même temps que ce premier cobaye, on a soin d'inoculer un cobaye témoin avec l'émulsion d'une öse de même culture dans 1 centimètre cube de bouillon. Un second cobaye témoin est inoculé avec une même émulsion additionnée d'une quantité de sérum de lapin normal égale à 10 fois la quantité de sérum anticholérique qu'a reçue le premier cobaye. Des prélèvements de liquide péritonéal sont ensuite effectués après vingt minutes et une heure à l'aide d'une pipette stérilisée dont la pointe est introduite dans le péritoine.

La réaction est *dite positive* quand après vingt minutes ou tout au plus après une heure on observe dans le liquide recueilli sur le premier cobaye, une transformation granuleuse ou une bactériolyse de vibrions; alors que chez les deux cobayes témoins, on ne rencontre que des vibrions, typiques et mobiles.

La réaction de Pfeiffer est utilisée couramment pour le diagnostic bactériologique du choléra.

Procédé de Bordet. — La technique de Bordet consiste d'abord à préparer une dilution de sérum anticholérique à 1/50 dans le sérum physiologique; puis dans une série de petits tubes, on verse v gouttes de sérum normal de cobaye contenant de l'alexine, v gouttes d'une émulsion du vibrion à examiner (une öse de culture sur gélose de dix-huit heures dans 1 centimètre cube de sérum physiologique); puis on verse le nombre de gouttes de la dilution de sérum anticholérique pour obtenir le titre voulu et on complète à xx gouttes avec du sérum physiologique. On dispose aussi une série de tubes témoins, avec les mêmes quantités de microbes, de l'alexine et du sérum normal.

On fait ici deux essais comparatifs : 1° avec le vibrion à étudier; 2° avec le vibrion cholérique vrai.

Après dix-huit heures, quand on a affaire à un véritable vibrion cholérique, on trouve dans tous les tubes témoins des quantités nombreuses de vibrions mobiles; dans les autres tubes au contraire, on n'aperçoit plus que des vibrions en voie de dégénérescence granuleuse.

Agglutination. — Le sérum des animaux immunisés possède une action agglutinante sur les cultures.

Metchnikoff a montré que les sérums normaux pouvaient agglutiner les vibrions cholériques à un certain taux assez faible; mais les sérums d'animaux immunisés produisent le phénomène à un taux beaucoup plus élevé.

Séro-réaction du choléra. — Pour effectuer cette réaction, on procède comme pour la fièvre typhoïde. Il est bon d'émulsionner une jeune culture à 37 degrés sur gélose âgée de dix-huit à vingt heures. Pour la préparation du sérum agglutinant, on doit préférer le lapin ou le cheval. Il est bon de n'employer que des sérums à pouvoir agglutinant élevé; 1 pour 4000 ou 1 pour 5000 au moins. En Allemagne un règlement de 1909 fixe qu'on ne doit considérer l'agglutination comme positive et regarder comme cholérique le vibrion essayé que lorsqu'on obtient une agglutination nette au taux limite du titre du sérum anticholérique employé (1).

L'instruction de 1910 en France dit que l'on doit considérer comme cholérique tout vibrion qui est agglutiné à 1 pour 2000 par le sérum anticholérique de l'institut Pasteur, dont l'activité limite est d'environ 1 pour 4000. Pour rechercher cette réaction d'agglutination et déterminer son degré, on a soin de préparer des dilutions de sérum anticholérique en solution physiologique à 1 pour 200, 1 pour 500, 1 pour 1000, 1 pour 1500, 1 pour 2000, même au-dessus si on le désire.

On dispose 1 centimètre cube de chacune de ces solutions dans de petits tubes et on ajoute une öse d'une culture sur gélose de dix-huit heures du vibrion à essayer. On prépare aussi un ou deux tubes témoins sans sérum anticholérique et un autre tube avec du sérum normal de l'espèce qui a fourni l'immun-sérum. On met à l'étuve à 37 degrés. La réaction est positive lorsque les vibrions s'agglomèrent entre eux et forment un dépôt au fond du tube en moins d'une heure.

On peut également constater l'agglutination microscopique.

Un procédé recommandable et rapide consiste à rechercher l'agglutination extemporanée sur lame ou dans un verre de montre suivant une technique décrite par différents auteurs.

Dunbar (2) a proposé à titre d'indication d'essayer l'agglutination directement sur les matières fécales.

Bandi (3) a modifié ce dernier procédé et donne à sa méthode le nom d'agglutination à l'état naissant.

Pottevin (4) tient pour cholérique « tout vibrion qui est agglutiné à 1/1000 au moins par un sérum dont l'activité est égale ou supérieure à 1/4000, lorsqu'en outre il n'est pas agglutiné à 1/200 par le sérum normal ». Pour les vibrions agglutinables par un sérum anticholérique à concentrations plus fortes, comprises par exemple entre 1/1000 et 1/500, il y aurait lieu de considérer l'épreuve comme douteuse.

Pour Zlagotoroff (5), l'agglutination serait une propriété très variable. Dans une famille, l'auteur a isolé des vibrions dont le taux d'agglutinabilité variait entre 1/500 et 1 pour 10000; une personne hébergeait des vibrions non agglutinables. L'intensité d'agglutination semblerait donc varier d'après cet auteur suivant les conditions que subit le vibrion. Ainsi, un vibrion, qui aurait séjourné sept jours dans la poitrine d'un cobaye sans le faire succomber, perdrait peu à peu le pouvoir de s'agglutiner. Un vibrion qui a séjourné dans l'eau pourrait perdre cette propriété.

L'agglutinabilité a pu être restituée par l'auteur

(1) Achard et Bensaude. Sérodiagnostic du choléra asiatique, *Presse méd.*, 26 sept. 1896, et *Soc. méd. des hôpit.*, 23 avril 1897.

(2) Dunbar. Zur bakteriologischen Cholera Diagnose, *Berl. klin. Woch.*, 1905, n° 39.

(3) Bandi. Le epidemie choleriche delle Puglie e di Napoli, *Rev. crit. di clin. med.*, t. XI, Firenze 1910.

(4) Pottevin. Rapport sur le diagnostic bactériologique du choléra, *Bull. officiel intern. d'hyg. publ.*, 1911, t. III, p. 2001.

(5) Zlagotoroff. *Centralbl. f. Bakt. Origin.*, mars 1911.

aux vibrions non agglutinables par des procédés divers.

Hémolyse. — Gaffky a signalé en 1887 le fait que le vibrion cholérique dissolvait les globules rouges du sang. On reconnut cependant que cette propriété était loin d'être spécifique et qu'on ne saurait en faire un caractère de distinction des vibrions cholériques vrais (1), puisqu'on la constatait chez des espèces voisines nettement différentes.

Cependant, il semble que la production de l'hémolyse très prononcée ou moins prononcée est assez fréquente chez beaucoup de vibrions cholériques isolés des matières fécales ou de l'eau, que les réactions de Pfeiffer et d'agglutination doivent faire classer comme vibrions véritables. Ce ne serait donc pas un caractère de différenciation très sûr (2).

Pour déceler ces propriétés hémolytiques, on opère soit en milieu solide, soit en milieu liquide.

Milieux solides. Des tubes de gélose sont placés à 40 degrés; après liquéfaction, on ajoute à chacun VI à X gouttes de sang défibriné de mouton ou de chèvre; on mélange et on coule en boîte de Pétri. On pratique l'ensemencement en surface. Après vingt-quatre heures à 37 degrés, si le vibrion est doué du pouvoir hémolytique, les colonies formées sont entourées d'une auréole claire s'apercevant d'autant mieux que la plaque a un fond sombre.

Kraus recommande de s'en tenir à la constatation dans vingt-quatre heures.

Schumacher (3) emploie le sang de veau. On peut également se servir de la gélose au sang de Dieudonné.

Milieu liquide. On émulsionne dans 5 centimètres cubes de solution physiologique une culture de vibrion cholérique sur gélose de dix-huit heures; on mélange $0^{cm^3}1$ de l'émulsion et $0^{cm^3}9$ de solution physiologique de globules rouges de mouton lavés, ou une goutte de sang défibriné. A + 17 degrés, l'hémolyse est très nette en douze à dix-huit heures. On ne doit pas prolonger l'opération au delà de quarante-huit heures.

Fixation du Complément. — La réaction de Bordet-Gengou peut être utilisée comme moyen de diagnostic. Mais les résultats et les observations sont encore trop peu nombreux pour permettre de conclure d'une façon définitive.

Certains vibrions qui n'agglutinent pas et ne donnent pas la réaction de Pfeiffer pourraient cependant, d'après certains auteurs, fixer l'alexine en présence du sérum anticholérique. Besch et Kone effectuent la réaction de la façon suivante :

Ils émulsionnent une öse d'une culture sur gélose de dix-huit heures dans 2 centimètres cubes de sérum physiologique et chauffent une heure à 60 degrés. Ils mélangent ensuite avec le sérum anticholérique et ajoutent du sérum de cobaye neuf fournissant le complément. Après une heure à 37 degrés, on ajoute le système hémolytique. Il est procédé à l'examen après un séjour de deux heures à 37 degrés et de dix-huit heures à la glacière.

Il est indispensable de disposer d'un sérum anticholérique agglutinant au moins à 1 p. 5000; $0^{cm^3}3$ d'un tel sérum doit empêcher complètement l'hémolyse avec $0^{cm^3}1$ de l'émulsion vibrionienne. S'il se produit une hémolyse partielle la réaction est douteuse.

(A suivre.)

(1) Kraus. Ueber ein ak wirkendes Bakterientoxin, *Centralbl. f. Bakt.*, I Abth. orig., 1903, t. XXXIV, p. 488.

(2) Huttensmuller et Ornstein. *Zeit. f. Hyg.*, 1911, t. LXX, p. 306.

(3) Schumacher. Die differential diagnose von cholera und cholera ähnlichen Vibrionen durch Blutagar, *Zeit. f. Hyg.*, t. IV, 1906, p. 65.

ANALYSES

MÉDECINE

Les tuberculoses suppurées. Comment les guérir sûrement par la méthode des ponctions. Les raisons des insuccès. (M. Aubin Baille. Th. de Paris, 1912; Vigot frères, édit.) — L'auteur rappelle que, dans le traitement des tuberculoses suppurées, l'intervention sanglante recule de jour en jour devant la méthode des ponctions et injections.

En principe, tout abcès froid doit être ponctionné dès que la fluctuation est bien nette. On aura soin, pour éviter les risques de fistule, de ne jamais piquer la peau perpendiculairement à l'abcès; il faut ponctionner en peau saine et aborder l'abcès par un trajet oblique, c'est-à-dire enfoncer l'aiguille à 3 ou 4 centimètres de la périphérie de l'abcès. Après avoir vidé la poche par aspiration, on fait le plus souvent une injection d'un liquide modificateur. Plusieurs ponctions sont nécessaires pour le traitement d'un abcès froid; on en pratique dans la plupart des cas sept à huit séparées l'une de l'autre par un intervalle de huit à quinze jours.

Après avoir donné la formule générale que tout abcès froid doit être ponctionné, il convient cependant de signaler quelques contre-indications de la ponction : en cas de foyers tuberculeux multiples, l'expérience montre qu'il faut réduire au minimum le traitement local et instituer surtout un traitement général; chez les sujets très amaigris, cachectiques, on s'abstiendra aussi de faire des ponctions ; en cas d'abcès profonds, on évitera d'aller blesser quelque organe important et on attendra que ces abcès soient devenus plus superficiels. En ce qui concerne l'abcès rétropharyngien, M. Baille conseille de le ponctionner par les parties latérales du cou, selon la technique de M. Calot.

M. Baille étudie encore les incidents de la ponction; puis il donne la conduite à tenir pour traiter les abcès à contenu très fluide, les abcès à pus grumeleux, les abcès en bissac et les abcès dont un séquestre forme la source. M. BRELET.

MÉDECINE INFANTILE

La forme somnolente de l'azotémie du nourrisson. Son diagnostic avec la méningite tuberculeuse. (Nobécourt et Maillet. *Soc. de péd.*, oct. 1912.) — L'azotémie des nourrissons mise en évidence par le dosage de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien est assez fréquente. Elle apparaît tantôt au cours d'affections gastro-intestinales accompagnées d'une baisse de poids importante et rapide, de sclérose et d'albuminurie ; tantôt elle se rencontre chez des athrepsiques; elle peut, enfin, s'accompagner de symptômes nerveux rappelant la méningite tuberculeuse et légitimant la description d'une *forme méningée* et d'une *forme somnolente* de l'*azotémie des nourrissons*; tantôt, en effet, ce sont les contractures et les troubles oculaires qui attirent l'attention ; tantôt, au contraire, la somnolence et la torpeur.

La somnolence et l'amaigrissement se rencontrent dans la méningite tuberculeuse comme dans l'azotémie; par contre,

la fixité du regard, l'instabilité du pouls ne se retrouvent pas dans l'azotémie, mais on y constate assez souvent le rythme de Cheyne-Stockes.

Une présomption à l'encontre de la méningite tuberculeuse peut être tirée du très jeune âge des malades, de l'absence de réaction à l'intradermo-réaction à la tuberculine et de la ponction lombaire qui permet de constater dans le liquide céphalo-rachidien des chiffres d'urée allant de 0,50 à 3 grammes, alors que dans la méningite le taux de l'urée ne dépasse pas 0,15 à 0,25 par litre.

La constatation de l'azotémie entraîne un pronostic fatal à brève échéance. B. GAYARD.

DERMATOLOGIE

Etude sur un nouveau procédé d'injection de néosalvarsan en solutions concentrées. Technique et réactions. (RAVAUT et SCHEIKEVITCH. *Ann. de derm. et syphil.*, n° 4, avril 1913, pp. 206-242.) — Dans ce long mémoire, les auteurs montrent les excellents résultats pratiques obtenus par l'emploi du procédé fort simple décrit par P. Ravaut en février 1913 à la Société de dermatologie.

En présence des accidents graves consécutifs aux injections de néosalvarsan et de la toxicité croissante qu'acquiert ce médicament dès qu'on le laisse s'oxyder à l'air, Ravaut a cherché à simplifier le plus possible les manipulations. Il a d'abord fixé dans quelles limites les solutions de néosalvarsan dans l'eau n'étaient plus hémolytiques. Pour qu'il n'y ait jamais d'hémolyse, il ne faut pas employer plus de 10 centimètres cubes d'eau pour 0,43 de médicament, puis progressivement 12 centimètres cubes pour 0,60, 15 centimètres cubes pour 0,75, 17 centimètres cubes pour 0,90. L'auteur s'assura que ces solutions étaient fort aisément supportées par le lapin, même à une dose de concentration plus élevée. Après avoir commencé chez l'homme par des injections de 0,10 dans 10 centimètres cubes, il augmenta progressivement la dose des concentrations. C'est ainsi qu'il injecta des doses de 0,75 et 0,90 de néosalvarsan dans 10 centimètres cubes au maximum.

La technique est des plus simples. On verse sur la poudre, la quantité d'eau nécessaire, la solution se fait très rapidement. Il suffit enfin d'employer l'eau distillée, stérilisée, préparée même depuis quelques semaines, sans qu'il y ait besoin de n'utiliser que de l'eau distillée le matin même de l'injection. Quand la solution est complète, elle est aspirée par un aspirateur filtre, c'est-à-dire par un tube de verre adapté à la seringue et contenant un tampon de gaze. Cette filtration empêche l'entrée de débris de verre ou de toute autre poussière. L'injection est ensuite faite dans une veine du bras.

Cette méthode des injections concentrées a été employée par Ravaut, sur 73 malades ayant reçu 228 injections. Elles sont parfaitement bien tolérées et ne provoquent *aucune réaction immédiate*.

Les réactions consécutives sont, au contraire, très intéressantes à étudier puisque le procédé simplifié supprime à peu près totalement les causes d'erreur dans l'interprétation de ces réactions qui sont bien déterminées par l'action même du médicament.

De cinq à dix heures après l'injection *première* de néosalvarsan (0,30 à 0,45) une élévation thermique à 39-40 degrés est constante, si le malade présente des lésions en activité et *s'il n'a pas été traité antérieurement*. Cette influence de traitement est si nette qu'il suffit de quelques injections de sels solubles faites dans les jours précédents pour empêcher la réaction fébrile.

Au contraire après les injections suivantes de néosalvarsan, l'absence de la réaction thermique est la règle.

A côté de ces réactions hyperthermiques apparaissant dans les dix premières heures, il en est d'autres se manifestant plus tardivement (trente-six à quarante-cinq heures) et s'accompagnant de phénomènes gastro-intestinaux avec quelquefois diarrhée sanglante. Ravaut pense que les réactions tardives dépendent des phénomènes toxiques, alors que la réaction précoce serait due à l'action spécifique du médicament sur les spirochètes.

Consécutivement à la première injection, la céphalée est très fréquente, mais légère et transitoire ; la signification est plus sérieuse si elle se répète aux injections suivantes.

L'auteur, qui a été le premier à étudier les réactions méningées des syphilitiques dès 1903, a montré en 1912 qu'après traitement par le salvarsan il pouvait exister des réactions méningées latentes, seulement décelables par la ponction lombaire, et dénommées heureusement par lui : *méningo-récidive histologique*. Il a recherché si des phénomènes analogues se produisaient par emploi du salvarsan en solution concentrée. Il conclut dans son étude à ce point de vue que, chez les malades dont le système nerveux est touché quelle que soit la période à laquelle ils appartiennent, on voit apparaître, dès que l'on dépasse certaines doses, des signes d'intolérance nerveuse. Ces réactions sont néanmoins moins violentes et brutales qu'avec le salvarsan. Aussi convient-il de n'employer le néosalvarsan qu'à doses progressives de huit en huit jours et de cesser l'augmentation des doses dès qu'apparaît un signe d'intolérance nerveuse. On se basera sur la céphalée avec nausées, vomissements, hyperthermie et surtout les renseignements histologiques fournis par la ponction lombaire qui doit toujours être systématiquement pratiquée.

Le gros intérêt de ce travail est d'avoir bien mis en lumière la simplification de technique obtenue par l'emploi de solutions concentrées de néosalvarsan, et « surtout la régularité presque mathématique des réactions consécutives ce qui donne une direction plus précise dans le traitement de la syphilis par ce médicament ». P. GASTINEL.

PHARMACOLOGIE

Incompatibilité de l'antipyrine et du calomel. (WEIDENOFF. *Pharm. Zeit.*, 1910, p. 980.) — L'auteur rapporte qu'un médecin eut la singulière idée d'associer l'antipyrine et le calomel dans une même formule ; or il se produit dans ce cas du bichlorure de mercure et du mercure métallique, d'après la réaction suivante :

$$6\ HgCl + 2\ C^{11}H^{12}Az^2O^3 + H^2O =$$
$$2Hg + Hg^2O + 2HgCl^2 + 2\ (C^{11}H^{12}Az^2O^2,HCl).$$

Il n'y eut heureusement pas d'effets toxiques dans l'espèce, parce que la dose de calomel était très faible et qu'il ne s'est formé qu'une quantité minime de produits nocifs.

On ne songerait guère d'ailleurs à attirer l'attention des praticiens sur les dangers que peut présenter cette association médicamenteuse bizarre, si, comme on le voit, elle n'avait été déjà réalisée une fois. A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ANGINE DE POITRINE

(La médication réussit surtout dans les cas d'insuffisance cardiaque commençante.) — Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou V gouttes de la solution au millième 4 ou 5 jours de suite. Interrompre quelques jours et reprendre.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 117. — MARDI 14 OCTOBRE 1913. 86e ANNÉE. MARDI 14 OCTOBRE 1913. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 4 fr. 50.	— 6 mois : 8 fr.	— 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 7 fr.	» — 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Triboulet, Belin, Lardennois, Proust, Auvray, Dujarier, Couvelaire, Aubertin, Gandy, qui ont accepté ; Hallé, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

Concours de l'externat. — Notes. — *Anatomie.* — Séance du 10 octobre. — Question donnée : « Parois osseuses des fosses nasales. »

MM. Le Rasle, 19 1/2 ; Nappez, 14 ; Loir, 19 ; Jondeau, 18 1/2 ; Marcel, 4 ; Ovion, 17 ; Léger, 14 ; Monnier, 14 ; Mlle Lévy, 10 ; MM. Paillet, 14 ; Meyer, 19 ; Pannier, 14 ; Joannon, 18 1/2 ; Martin, 16 ; Ortodoxu, 17.

Séance du 11 octobre. — Question donnée : « Muscle diaphragme sans la physiologie. »

MM. Minor et Loisel, 15 ; Naar, 11 ; Papillaud, Marot et Lauriol, 17 ; Millanitch, 18 1/2 ; Liber, 16 ; Jacob (Jules) et Lemoine, 18 ; Lefranc, 16 ; Lescot, 16 ; Mordret 17 1/2 ; Orange, 17 ; Laban, 15 ; Mlle Ostwalt, 16.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires. — MM. François Reboul, Barbier, Gignoux, Francolin, Bourguignon, Bonafé, Mondan, Choqueney, Courbis, Eugène Reboul, Hilaire, Dunand, Dufour, Paul Michel, Gaudon, Jennesseaux, Sautereaux, Fauché, Passot, Prade, Blanc, Rigondet, Sallier, Morin, Fernand, Despeignes, Arsac, Palais, Burlaton, Sédallian, de Cougny, Genieys, Charles Baillard, Cadéac, Bonnel, Cazalis, Cons, Didier, Isnardi, Bourrat, Debard, Guédel, Lutringer, Fourest, Batailh, Cattin, Guérin, Tillier, Briéry, Desvignes, Piasio, Thibaudier.

Externes suppléants. — MM. Boichot, E. Maurin, Georges Michel, Perret, Verne, Auberge, Vigne, Fontaine, Delaigue, Léorat, Louis, Nodet, Chanut, Sabot, Bernard, Chaize, Gabillon, de Lagenest.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'Assemblée générale du Syndicat médical de Paris aura lieu le dimanche 19 courant, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, à deux heures.

Ordre du jour. — 1° Lecture du procès-verbal de la dernière assemblée générale ;

2° Allocution du Président ;

3° La Commission créée par le ministre du travail ;

4° Opportunité d'un nouveau Congrès des praticiens ;

5° A propos du projet de décret modifiant l'ordonnance de 1846 relative à la vente des substances vénéneuses (docteur Désesquelle, rapporteur).

ENCORE LES « NON-COMBATTANTS ». — Sur quinze citations à l'ordre du jour faites par le général Lyautey à l'occasion des affaires de Ksiba, 8, 9 et 10 juin 1913, colonne Mangin, nous relevons les noms de cinq médecins.

Voici, d'après le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, le détail des citations :

« Sarrat, médecin aide-major de première classe : « Les 8 et 10 juin, au cours des combats de Ksiba, chargé d'un relai d'ambulance, a fait preuve d'un dévouement inlassable et d'une belle bravoure en relevant et pansant de nombreux blessés sur la ligne de feu. »

Gromier, médecin aide-major de réserve de première classe : « Le 10 juin 1913, au combat de Ksiba, a fait preuve de courage et de dévouement en relevant trois blessés sur la ligne de feu, sous une grêle de balles qui lui blessèrent son cheval. »

Pradourat, médecin aide-major de première classe au 7e régiment de tirailleurs : « Le 10 juin 1913, au combat de Ksiba, a donné une très brillante preuve de calme, de courage et de haute connaissance professionnelle en ramenant le corps d'un officier mortellement blessé au moment où, la retraite ayant été sonnée, il se trouvait en arrière de nos tirailleurs au contact d'un ennemi acharné qui l'a obligé à faire, personnellement, le coup de feu pour se dégager. »

Astie, médecin aide-major de deuxième classe au 9e bataillon sénégalais : « Le 10 juin 1913, au combat de Ksiba, a fait preuve d'un dévouement et d'une bravoure remarquables en un moment où les soins des blessés lui laissaient du répit ; pendant le passage du défilé de Foum-Taksout, s'est offert spontanément à son chef de bataillon comme agent de liaison

RENSEIGNEMENTS


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges.
PARIS.
Sirop Roche
Ch. Weiss
CACHETS ROCHE
DE THIOCOL
COMPRIMÉS ROCHE

et a porté des ordres avec un calme parfait sur les points les plus exposés de la ligne de feu. »

Maux, aide-major de première classe du 7e bataillon colonial : « Le 10 juin 1913, au combat de Ksiba, a fait preuve de zèle, de dévouement et d'une bravoure remarquables en pansant des blessés sous le feu, dans des circonstances telles que les infirmiers durent faire le coup de feu pour le protéger. »

ENSEIGNEMENT OPHTALMOLOGIQUE DES HOPITAUX DE PARIS. — (SAINT-ANTOINE, LARIBOISIÈRE, LAËNNEC, NECKER-ENFANTS-MALADES). — *Année 1913-1914.* — I. ENSEIGNEMENT CLINIQUE. — *Hôpital Saint-Antoine.* — M. Dupuy-Dutemps : Lundi, mercredi, jeudi et samedi, à neuf heures et demie : Examen des malades ; jeudi, à dix heures : Opérations ; vendredi, à neuf heures : Opérations à la Fondation ophtalmologique A. de Rothschild (29, rue Manin, XIXe arr.).

Hôpital Lariboisière. — M. V. Morax : Lundi et vendredi, à neuf heures : Examen des malades atteints d'affections superficielles ; mardi et jeudi, à neuf heures : Examen des malades atteints d'affections profondes ; mercredi et samedi, à neuf heures : Opérations.

Hôpital Necker-Enfants-Malades. — M. Poulard : Tous les matins, à neuf heures : Examen des malades ; affections externes, les mardis, jeudis, samedis ; affections profondes, les lundis, mercredis, vendredis ; opérations, mercredi, à neuf heures.

Hôpital Laënnec. — M. Rochon-Duvigneaud : Mardi et jeudi, à neuf heures et demie : Ophtalmoscopie ; samedi à neuf heures et demie : Opérations ; mercredi, à neuf heures : Opérations à la Fondation ophtalmologique A. de Rothschild.

Les élèves inscrits auprès d'un des chefs de service pourront prendre une part active aux consultations et recevoir un certificat d'assiduité.

II. COURS TECHNIQUES. — *Les infections oculaires et leur diagnostic bactériologique.* — M. Landrieu, assistant du service ophtalmologique de Lariboisière, fera, à l'hôpital Lariboisière, à partir du jeudi 6 novembre 1913 jusqu'au mardi 2 décembre, une série de douze leçons avec exercices pratiques, les mardis, jeudis et samedis, à une heure et demie. — Prix du cours : 60 francs.

Eléments d'ophtalmoscopie. — M. Landrieu fera, à l'hôpital Lariboisière, à partir du jeudi 8 janvier jusqu'au mardi 3 février 1914, un cours d'ophtalmoscopie avec exercices pratiques. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis à une heure et demie. — Prix du cours : 80 francs.

Anatomie et histologie oculaire. — M. Mawas, attaché à la Fondation ophtalmologique A. de Rothschild et préparateur au Collège de France, fera, à partir du jeudi 5 février 1914, un cours élémentaire d'anatomie et d'histologie oculaire normale et pathologique. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à deux heures, à l'hôpital Lariboisière. — Prix du cours : 60 francs.

Cours de technique opératoire oculaire. — MM. Landrieu, Magitot, Morax, Poulard, feront, à partir du mercredi 15 mai 1914, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, un cours de technique opératoire avec exercices pratiques sur le cadavre. Le cours aura lieu tous les jours à une heure trois quarts. Le nombre des élèves est limité. S'inscrire avant le mois de mai. — Prix du cours : 60 francs.

Soins pré et postopératoires. Petites interventions oculaires. — M. Landrieu, assistant du service ophtalmologique de Lariboisière, fera, à partir du mardi 2 juin 1914, un *cours complémentaire du cours de technique opératoire* et qui comprendra l'étude des soins opératoires, des procédés de stérilisation des instruments et appareils, et les petites interventions oculaires (chalazions, affections lacrymales, injections sous-conjonctivales, galvano-cautérisation, extractions de corps étrangers magnétiques, etc.). Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis à deux heures. — Prix du cours : 60 francs.

III. CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE PRATIQUE. — *Hôpital Necker-Enfants-Malades.* — M. Poulard fera, en janvier et en juin 1914, deux séries de douze conférences d'ophtalmologie pratique à l'usage des médecins praticiens. Ce cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à trois heures. — Il est gratuit.

IV. CONFÉRENCES SUR LE STRABISME ET LES RÉTINITES. — M. R. Onfray, ancien assistant d'ophtalmologie de l'hôpital Laënnec, fera, à cet hôpital, à partir du samedi 7 mars, une série de sept conférences sur le strabisme et les rétinites. Ces conférences, accompagnées de présentations de malades, auront lieu les mardis et samedis, à trois heures. — Prix du cours : 40 francs.

V. CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE DU DIMANCHE. — A partir du dimanche 9 novembre 1913, MM. Dupuy-Dutemps, Magitot, Morax, Poulard, Rochon-Duvigneaud feront, chaque dimanche, à dix heures du matin, dans leur service, une conférence sur des sujets empruntés à la clinique, à l'anatomie et à la physiologie oculaire. Le lieu, l'ordre et le sujet de ces conférences seront publiés à l'avance. Ces conférences seront gratuites et dureront jusqu'aux vacances de Pâques. Première conférence le 9 novembre, par M. Rochon-Duvigneaud.

VI. COURS COMPLÉMENTAIRES POUR OCULISTES. — Du dimanche 5 mai 1914, au dimanche 12 mai, MM. Dupuy-Dutemps, Magitot, Morax, Poulard et Rochon-Duvigneaud feront un cours complémentaire au moment de la réunion de la Société française d'ophtalmologie. Cet enseignement s'adresse aux confrères spécialisés qui désirent se tenir au courant des questions ou des techniques de connaissance récente. — Prix du cours : 50 francs.

Pour tous renseignements concernant l'enseignement ophtalmologique des hôpitaux, adresser la correspondance au service ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière, rue Ambroise-Paré, Paris.

PROGRAMME DES CONFÉRENCES OPHTALMOLOGIQUES DU DIMANCHE. — *Année 1913-1914.* — Dimanche 9 novembre 1913. — Fondation A. de Rothschild. M. Rochon-Duvigneaud : Anatomie topographique de l'orbite (projections).

Dimanche 16 novembre 1913. — Hôpital Lariboisière. M. Morax : Sémiologie de la douleur oculaire.

Dimanche 23 novembre 1913. — Hôpital Necker-Enfants-Malades. M. Poulard : Ophtalmie métastatique.

Dimanche 30 novembre 1913. — Fondation A. de Rothschild. M. Dupuy-Dutemps : Névrite œdémateuse.

Dimanche 7 décembre 1913. — Hôpital Lariboisière. M. Magitot : Scotome central.

Dimanche 14 décembre 1913. — Fondation A. de Rothschild. M. Rochon-Duvigneaud : Interprétation des images ophtalmoscopiques.

Dimanche 21 décembre 1913. — Hôpital Lariboisière. M. Morax : Cyclites.

Dimanche 11 janvier 1914. — Hôpital Necker-Enfants-Malades. M. Poulard. Traitement des affections des voies lacrymales.

Dimanche 18 janvier 1914. — Fondation A. de Rothschild. M. Dupuy-Dutemps : Hémianopsie.

Dimanche 25 janvier 1914. — Hôpital Lariboisière. M. Magitot : Héméralopie.

Dimanche 1er février 1914. — Fondation A. de Rothschild. M. Rochon-Duvigneaud : Muscles oculaires et strabisme.

Dimanche 8 février 1914. — Hôpital Lariboisière : M. Morax : Céphalées d'origine oculaire.

Dimanche 15 février 1914. — Hôpital Necker-Enfants-Malades. M. Poulard : Céphalée syphilitique ophtalmoplégique.

Dimanche 22 février 1914. — Fondation A. de Rothschild. M. Dupuy-Dutemps : Atrophies optiques.

Dimanche 1er mars 1914. — Fondation A. de Rothschild. M. Rochon-Duvigneaud : Pseudo-tumeurs intraoculaires.

Dimanche 8 mars 1914. — Hôpital Lariboisière. M. Morax : Signes de début du glaucome.

Dimanche 15 mars 1914. — Hôpital Necker-Enfants-Malades. M. Poulard : Anévrisme artériosoveineux de l'orbite.

Dimanche 22 mars 1914. — Fondation A. de Rothschild. M. Dupuy-Dutemps : Sémiologie pupillaire.

Dimanche 29 mars 1914. — Hôpital Lariboisière. M. Polack : Physiologie rétinienne.

Dimanche 5 avril 1914. — Hôpital Lariboisière. M. Morax : Phobies oculaires.

Dimanche 19 avril 1914. — Hôpital Necker-Enfants-Malades. M. Poulard : Conjonctivite diphtérique.

L'HÉMORRAGIE MÉNINGÉE

CHEZ LA PARTURIENTE

Par MM. J. EUZIÈRE et F. BONNET.

L'hémorragie méningée survenant chez la femme enceinte ou en travail est tout à fait exceptionnelle. Le fait est si vrai que les auteurs classiques emploient souvent le mot d'hémorragie méningée obstétricale pour désigner celles qui, au cours des manœuvres de l'accouchement, surviennent chez le nouveau-né, sans prendre garde que cette appellation s'applique aussi bien à celles qui surviennent chez la mère. La rareté de ces dernières leur permettent de ne pas en tenir compte.

L'observation suivante montre que pour rares qu'elles soient elles n'en existent pas moins et que les questions de pratique que peut soulever cette éventualité ne sont pas sans intérêt.

M. W... est une primipare de vingt ans. Ses antécédents héréditaires sont sans intérêt. Elle a été réglée à dix-huit ans, ses règles ont toujours été peu abondantes et précédées de quelques douleurs abdominales. C'est une petite femme normalement conformée qui présente un léger goitre. Elle n'a jamais été maladive, mais à deux reprises elle fit de l'ictère, une fois à seize ans, une seconde fois un mois avant de devenir enceinte. L'histoire de cette dernière atteinte est tout à fait intéressante, elle commença par souffrir très fort de la tête et le médecin qui la vit porta le diagnostic de méningite ; puis la méningite (?) guérit et l'ictère apparut, il fut d'ailleurs très bénin et très passager. Nous n'avons pour interpréter ces phénomènes que les dires de la malade et des siens, mais ils nous paraissent suffisants pour penser qu'il s'est agi là d'un de ces ictères avec phénomènes méningés tels que les a décrits Guillain.

La jeune femme guérit donc parfaitement et presque immédiatement devint enceinte. Les dernières règles apparurent le 10 août 1912. La grossesse fut tout à fait normale et le médecin qui la suivit ne put que constater sa régularité. L'analyse des urines fréquemment répétée ne montra pendant longtemps rien d'anormal, et ce ne fut que le 29 mai 1913, c'est-à-dire tout près du terme, qu'apparut un peu d'albumine qui monta jusqu'à 0,80. La malade fut aussitôt mise au régime lacté absolu. Vers la même époque, elle eut quelques douleurs dues à un faux travail. Elle ne présenta aucun autre signe d'intoxication.

Les premières douleurs apparurent dans la nuit du 10 au 11 juin, et la même nuit, à quatre heures du matin, la poche des eaux se rompit prématurément. Le travail continua ensuite péniblement, vingt-quatre heures après la dilatation n'était encore que de 5 francs. La femme très fatiguée par les douleurs s'endormait entre chaque contraction. Le 12, au matin, pendant une douleur, la patiente eut un premier vomissement non précédé de nausées qui fut suivi de plusieurs autres à chaque nouvelle contraction. En dehors des moments où elle souffrait la malade tombait dans un sommeil profond semi-comateux. A aucun moment il n'y eut de délire ni de convulsion.

Le 12 juin, à deux heures de l'après-midi, la dilatation étant complète, il fut fait une application de forceps dans l'excavation sur un sommet fléchi en occipito droite postérieure. L'enfant qui avait donné quelques signes de souffrance (ralentissement des bruits du cœur) était bien portant, bien constitué, il pesait 2k995. La délivrance eut lieu une demi-heure après la sortie de l'enfant ; elle se fit spontanément. Les membranes étaient complètes, le cordon normal. Le placenta inséré bas était étalé, mais d'aspect et de dimensions normales. Une injection intra-utérine iodo-iodurée fut pratiquée. La température était alors de 37°5, le pouls donnait 92 pulsations à la minute.

Le semi-coma où la malade était tombée dès avant la dilatation complète n'avait fait que s'accentuer. Aucune excitation ne pouvait tirer la malade du sommeil dans lequel elle était plongée. Ce ne fut que le lendemain soir qu'on put obtenir d'elle quelques paroles qui furent une plainte de mal à la tête, en même temps se manifestait de la photophobie. Du reste, à dater de cet instant, la torpeur se dissipa peu à peu pour faire place à un état où les symptômes méningés occupaient le premier plan. Le 15 au matin (deux jours et demi après l'accouchement) le tableau était des plus nets. La raideur de la nuque se manifestait dès que la tête de la malade quittait le plan du lit, elle se renversait alors en extension et les mouvements actifs ou passifs de flexion étaient impossibles ; il en était de même pour la rotation. Le signe de Kernig était manifeste, l'attitude en chien de fusil caractéristique. La température augmenta le soir même et atteignit 39°2. On peut dire que cet état persista sans modification pendant plusieurs jours, le quatrième il se compliqua d'un léger délire, calme et purement en parole. L'hyperthermie se maintint, il n'y avait pas de ralentissement du pouls, pas de vomissements, pas de contracture du ventre, les réflexes étaient normaux, sauf les cutanés qui étaient exagérés, il n'y avait pas de troubles de la sensibilité. Un lavement simple suffisait à obtenir une selle. Il n'y avait pas de troubles pupillaires ni symptômes paralytiques.

Etant données les circonstances particulières au milieu desquelles avaient apparu les accidents, la première explication qui venait à l'esprit était de les imputer à l'urémie. La malade urinait bien et des quantités normales, mais ses urines, malgré le régime lacté, continuaient à contenir une certaine quantité d'albumine. C'est pourquoi la saignée par sangsues d'abord, puis par phlébotomie, fut la première thérapeutique énergique employée. Elle n'eut aucune influence sur les phénomènes pathologiques. Une ponction lombaire fut alors décidée et pratiquée le 19 juin, huit jours après le début des accidents, elle donna issue à un liquide cruorique qui ne put être analysé.

Le lendemain de cette intervention la température tomba brusquement de 39 degrés à 37°2, mais les symptômes d'irritation méningée persistaient. Une nouvelle ponction lombaire donna issue à un liquide céphalo-rachidien sous tension qui s'écoula en jet. Il était d'une coloration jaunâtre rose pâle. Centrifugé il donnait un léger culot composé de globules rouges peu colorables et de quelques lymphocytes. Il ne contenait que 0,75 d'albumine et le chiffre des chlorures était normal (7,2). Mais la réaction de Kastle-Meyer était très positive et on obtenait très nettement le spectre de l'hémochromogène (1). Le diagnostic d'hémorragie méningée était donc solidement établi.

L'évolution de la maladie devint rapidement favorable. Peu à peu les symptômes disparurent. La température remonta un soir (le 22 juin) à 39 degrés, mais le lendemain elle était de nouveau à 36°8 pour ne plus dépasser la normale. Du côté utérin tout s'était passé normalement. La montée du lait fut un peu tardive, mais se fit sans incident.

Le 5 juillet, la malade, en pleine convalescence, causait avec une de ses amies quand tout à coup elle prit un air hébété et cessa de répondre. Elle raconta ensuite qu'elle entendait parfaitement le bruit des paroles qu'on prononçait autour d'elle mais n'en comprenait plus le sens. Pendant une

(1) Nous remercions le docteur Derrien, qui a bien voulu se charger de cet examen.

ou deux minutes elle eut ainsi de la surdité verbale qui disparut aussitôt et qui fut le dernier indice de son atteinte nerveuse.

Elle va depuis tout à fait bien et n'a gardé aucune trace de tous ces accidents pathologiques.

On peut résumer l'histoire en quelques lignes. Une femme jeune après une grossesse normale entre en travail. Au cours de ce travail elle tombe dans un coma assez profond, pour qu'elle ne garde aucun souvenir de l'application de forceps qui termina l'accouchement. Ce coma se dissipe progressivement et on peut alors constater quelques signes méningés, raideur de la nuque, signe de Kernig, céphalée, photophobie, attitude en chien de fusil. La fièvre qui débute trois jours après l'accouchement en dure cinq et tombe en même temps que peu à peu s'estompent les phénomènes pathologiques et que tout rentre dans l'ordre. La ponction lombaire et l'analyse du liquide céphalo-rachidien permet d'affirmer l'existence de l'hémorragie méningée.

Si, dans notre observation, l'hémorragie méningée n'est pas douteuse, le processus qui lui a donné naissance est plus difficile à établir. On sait la tendance que l'on a à ramener tous les accidents qui apparaissent chez la femme enceinte à la toxémie gravidique. Nous ne voulons pas contester le bien fondé ordinaire de cette façon de voir, mais dans le cas présent cette toxémie nous paraît réduite au minimum. Sans doute les antécédents hépatiques de notre malade, les deux ictères qu'elle a présentés dont un à une période si rapprochée du début de sa grossesse pouvaient en faire craindre à bon droit l'apparition, mais en somme cette malade qui fut très surveillée n'a présenté pour tout symptôme d'insuffisance antitoxique qu'un peu d'albuminurie dans les dix derniers jours de sa gravidité. Elle ne s'est jamais plainte ni de céphalée, ni d'épistaxis, ni de trouble de la vue, ni d'œdème, ni de douleur épigastrique. Aussi dans la genèse de l'accident qu'elle a présenté, nous paraît-il juste de faire jouer un grand rôle à la prédisposition méningée qu'avaient déjà manifestée chez elle les symptômes particuliers qui accompagnèrent son dernier ictère. Il a suffi de l'hypertension artérielle due au travail et aux efforts d'expulsion jointe au léger degré de toxémie, que nous ne nions pas, pour provoquer l'apparition de l'hémorragie dans ce lieu de moindre résistance.

Il est rare que, chez une femme en état de devenir enceinte et de mener à bien une grossesse, les méninges présentent cette susceptibilité et ceci est sans doute une des raisons qui expliquent la rareté de ce genre d'accident. Mais il nous semble qu'on peut se demander si cette éventualité n'est pas plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Il ne faut pas oublier que l'hémorragie méningée, en dehors de toute puerpéralité, a comme symptôme fréquent des crises convulsives et s'accompagne aussi d'albuminurie. Si chez la femme enceinte elle se présente avec ce tableau, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on parle d'éclampsie, de toxémie gravidique et non d'hémorragie méningée. Du reste, il peut être parfaitement légitime d'employer indifféremment pour un même cas un de ces termes ; l'éclampsie n'est qu'un symptôme convulsif qui peut relever de diverses causes, la toxémie gravidique n'est qu'un facteur étiologique qui peut entraîner diverses conséquences anatomiques ou cliniques, l'hémorragie méningée n'est qu'une lésion qui peut reconnaître différentes origines et se manifester de bien des façons. En fait les cas publiés sont malgré tout assez nombreux pour qu'on puisse se faire une idée de la façon dont ces divers éléments se combinent et dont les hémorragies méningées se présentent chez la femme grosse ou parturiente.

Ces modalités sont très variées et cela tient sans doute à la complexité des facteurs étiologiques qui interviennent dans leur production. Il en est au moins deux qui sont très importants. C'est d'une part la toxémie, d'autre part la prédisposition méningée. Les allures cliniques de l'accident prennent des caractères particuliers suivant l'importance du rôle joué par chacun de ces facteurs.

I. Le plus souvent la toxémie joue le grand rôle et provoque divers troubles qui ont leur couronnement dans les crises d'éclampsie. Les poisons circulants altèrent la vitalité des parois vasculaires et l'hypertension artérielle, qui accompagne les crises convulsives, met la résistance des vaisseaux à l'épreuve. Une crise, deux crises se passent sans effraction, mais leur répétition finit par provoquer ce qu'une seule n'avait pu faire et ainsi s'expliquent les hémorragies viscérales qui siègent parfois au niveau du cerveau et des méninges et que l'on rencontre souvent chez les femmes mortes d'éclampsie. Dans ces cas l'hémorragie méningée n'est qu'une complication, qu'une lésion secondaire, et c'est ainsi que la considère Bouffe de Saint-Blaise dans sa thèse sur les lésions anatomiques de l'éclampsie.

II. D'autres fois la toxémie est non moins indubitable, mais la prédisposition méningée plus grande rend l'effraction vasculaire plus précoce. Dans ces cas, il est bien difficile souvent de savoir si la crise convulsive a été effet ou cause de l'hémorragie méningée. C'est le cas par exemple pour cette malade de Maygrier qui meurt après une unique crise convulsive. A l'autopsie on trouve, d'une part, des lésions hépatiques très avancées, preuves de la toxémie et, d'autre part, une hémorragie de la base du cerveau qui pouvait parfaitement expliquer les convulsions terminales.

III. Reste enfin les cas analogues à celui que nous avons rapporté, la toxémie y est très atténuée et c'est l'hémorragie méningée qui occupe le premier plan. Sans doute il s'agit de femmes à vaisseaux méningiens fragiles pour lesquelles la gravidité n'est que l'occasion d'accidents qu'une autre cause aurait pu déclancher.

DEUX OBSERVATIONS DE PRATIQUE URINAIRE

Par M. R. DE BUTLER.

I

NEURASTHÉNIE URINAIRE PAR PROSTATITE CHRONIQUE GUÉRIE PAR LA PROSTATECTOMIE PARTIELLE

La neurasthénie essentielle existe, mais souvent elle couvre de sa vague personnalité un cas pathologique encore mal défini. Plus la science se développe et plus les « syndromes neurasthéniques » se raréfient. Telle femme a une cystite rebelle, douloureuse, considérée comme d'origine nerveuse et offre plus tard des symptômes nets de tuberculose rénale. Tel homme, aux phénomènes dysuriques tenaces, se trouve guéri le jour où un traitement local finit par guérir une lésion de l'urètre postérieur constatée à l'urétroscope.

Nous venons d'observer un cas semblable dans le service de mon maître M. Marion, à l'hôpital Lariboisière.

Un étudiant russe de vingt-cinq ans contracte une *blennorragie* en 1904.

Il se traite par les procédés usuels et conserve longtemps une goutte matutinale. Presque au début de cette blennorragie il présenta des *phénomènes de prostatite* : douleurs périnéales, sensation de pesanteur, épreintes rectales augmentées par la défécation, coït douloureux, éjaculation pénible.

Tous ces phénomènes augmentent peu à peu et s'accentuent depuis un an.

Le malade avait subi de nombreux traitements en Russie, entre autres le massage de la prostate; actuellement il est tout à fait neurasthénique; la vie est prise par lui en dégoût; les rapports sexuels sont impossibles parce que douloureux, il se plaint de troubles dysuriques qui consistent en douleurs au moment de la miction; difficulté d'émettre le jet d'urine; retard dans l'émission de ce jet; obligation de pousser au moment de la miction. Le malade a lu une thèse écrite par un élève de la clinique Necker sur les « prostatectomies partielles appliquées aux prostatiques chroniques ». Il vint à Paris consulter à la clinique de la Faculté. Là il s'est fait examiner, mais de cet examen résulta un traitement médical; il ne fut pas conclu à l'utilité d'une opération. Découragé, le malade se dirigea vers le service de M. Marion à Lariboisière.

C'est un « psychique » qui analyse beaucoup ses sensations, il se plaint de troubles génitaux et dysuriques que nous avons exposés.

L'exploration de la vessie montre qu'elle est normale; pas de calcul, pas de rétrécissement urétral.

Le toucher rectal fait percevoir une prostate plate, plutôt molle, large, étalée, se prolongeant vers la vésicule gauche sous forme d'un *noyau* enchatonné dans le lobe correspondant. Après le massage prostatique il sort par l'urètre un liquide contenant des filaments légers et lourds qui tombent au fond du vase. Le toucher rectal n'indique pas de signes nets d'adénome, de tumeur ni d'abcès, mais simplement quelques signes objectifs de prostatite chronique. Le malade insiste pour se faire opérer.

L'intervention est donc exécutée autant pour obtenir un résultat psychothérapique que pour un résultat matériel.

Intervention le 10 juin. — 1° Pas de résections des canaux déférents, car le sujet est jeune;

2° Distension de la vessie par du liquide, la vessie est découverte puis ponctionnée au bistouri;

3° Enucléation pénible d'un noyau prostatique du volume d'une noisette; ce noyau examiné au microscope montre que la masse est composée de tissu scléreux et de cellules inflammatoires ayant les culs-de-sac glandulaires disséminés et bien conservés;

4° Drainage de la vessie comme après une prostatectomie banale. L'intervention a été très simple.

Suites opératoires. — Le 14 juin, le drain sus-pubien est retiré.

Le 20 juin, sonde à demeure; la plaie sus-pubienne est presque fermée.

Le 23, la sonde à demeure est retirée, il urine une fois par la verge.

En voulant uriner une deuxième fois et en faisant quelques efforts pour montrer que la plaie est bien fermée il provoque une légère réouverture; la sonde à demeure est replacée pour quelques jours.

Le 28, il sort encore un peu d'urine par la plaie.

Le 29, apparition d'une légère orchite gauche; celle-ci est peu marquée; les douleurs n'existent et ne se font sentir que dans la station debout.

Le 30, la sonde à demeure est retirée.

A partir de ce jour le malade urine spontanément par la verge, mais les urines sont encore un peu troubles.

Le sujet se sent complètement transformé; le syndrome neurasthénique supprimé; il est dans un état d'euphorie absolue; son contentement vient d'abord de ce fait qu'il urine sans douleur, sans gêne, sans difficulté d'aucune sorte; les pesanteurs périnéales ont disparu et le malade escompte bientôt la satisfaction de récupérer complètement des fonctions sexuelles intégrales.

Il sort de l'hôpital le 4 juillet et compte partir d'ici quelques jours pour la Russie.

Nota. — Le malade venu à l'hôpital avant son départ déclare avec joie avoir eu un coït indolore, il a remarqué toutefois qu'il y avait peu de sperme éjaculé.

II

TRAITEMENT D'UN RÉTRÉCISSEMENT TRAUMATIQUE DE L'URÈTRE

L'urètre rétréci lentement par une *blennorragie* donne relativement peu de souci au malade et au chirurgien. A condition de recourir de temps à autre à une dilatation bien faite, le malade jouit d'une existence à peu près normale.

L'urètre rétréci par un *traumatisme* constitue au contraire une infirmité déplorable, source de soucis constants pour le malade et le chirurgien. Cette infir-

mité aboutit à une diminution importante de la vie urinaire, génitale et sociale. Aucun traitement n'est radical; les dilatations sont insuffisantes; l'urétrotomie interne est sans valeur. Seule la résection de l'urètre avec suture bout à bout des deux portions saines du canal donne un résultat *à condition qu'on se conforme à l'opération complémentaire* de la dérivation des urines.

C'est un cas semblable que nous rapportons pour l'avoir vu dans le service de M. Marion.

Un homme de vingt-cinq ans contracte une blennorragie il y a trois mois. Celle-ci est traitée par les injections au permanganate de potasse et par l'ingestion d'urotropine; elle guérit rapidement. Il y a six semaines, le malade fit une chute à califourchon sur une traverse de bois, une urétrorragie abondante apparaît; rapidement un rétrécissement s'installe et au bout de quelques jours déjà les troubles dysuriques sont nettement caractéristiques.

En l'espace de quelques semaines le sujet présente des symptômes de rétrécissement serré, la miction devient pénible, le jet filiforme. Le sujet vient consulter dans le service pour une difficulté extrême de la miction. L'explorateur à boule nous fait constater un arrêt très net au niveau de la région bulbaire. La question d'une urétrotomie interne se pose et est très rapidement éliminée, car un rétrécissement ayant aussi rapidement évolué ne pourrait être amélioré par cette intervention. M. Marion décide donc de faire l'urétrotomie externe qui est ainsi menée :

1° Incision médiane périnéale, l'urètre est découvert; dès que celui-ci est vu, il est incisé, la plaie est maintenue tendue par deux fils qui fixent les lèvres de la plaie plus loin de façon à la faire largement saillir.

2° Une sonde est introduite dans l'urètre et fait saillir le canal.

3° Section transverse de l'urètre sur la sonde, immédiatement au-dessus du point rétréci; la sonde apparaît alors dans le segment supérieur.

4° Résection de l'urètre au niveau du rétrécissement sur une largeur de 10 à 15 millimètres, l'urètre au préalable a été bien dégagé au bistouri et nettement isolé; il s'agit bien là d'un rétrécissement unique à siège antérieur. La sonde poussée dans le segment postérieur de l'urètre file directement et sans difficulté dans la vessie.

5° Réparation de l'urètre à l'aide du catgut fin; les deux bouts de l'urètre sont rapprochés l'un de l'autre au moyen de quatre points au catgut : un antérieur, un postérieur et deux latéraux.

6° Une sonde en gomme est introduite dans l'urètre, elle passe dans la portion réséquée et est introduite jusque dans la vessie.

7° Les deux segments urétraux sont rapprochés par les catguts déjà passés. L'opérateur place entre chacun des points précédents de nouveaux points pour parfaire la suture.

8° Suture des plans superficiels, en un plan à l'aide du crin de Florence. Il reste un petit espace dans lequel l'opérateur place une mèche iodoformée.

9° Cystostomie sus-pubienne (dans le but de faire de la dérivation).

La sonde urétrale est enlevée après la cystostomie; un tube coudé semblable à ceux qu'on met chez les prostectomisés est introduit dans la vessie, le drain sus-pubien va seul rester à demeure.

Le pansement sus-pubien et le pansement périnéal sont faits.

Soins consécutifs. — Grâce au drainage hypogastrique qui dérive les urines, la réunion du périnée est complète en douze jours.

Le drain sus-pubien fut supprimé le douzième jour et remplacé par une sonde à demeure qui resta huit jours.

Le malade urina seul le vingt-cinquième jour après l'opération.

Il doit revenir de temps en temps dans le service pour faire passer un béniqué.

ACTUALITÉS

LES ZONAS ATYPIQUES

Dans sa thèse, inspirée par M. le professeur agrégé Minet (de Lille), M. Galissot (1) a étudié très complètement les diverses variétés cliniques de zonas atypiques. Ces variétés sont des formes anormales du zona maladie, de la fièvre zoster, maladie infectieuse et spécifique, véritable poliomyélite postérieure ; M. Galissot élimine de son étude le zona symptôme, toutes les éruptions zostériformes, relevant d'une lésion nerveuse quelconque.

Après avoir rappelé les formes communes du zona, l'auteur décrit les zonas à éruption minime et les zonas sans éruption. Des observations, peu nombreuses mais probantes, ont été rapportées qui démontrent que, dans certains cas, nulle trace d'éruption n'a pu être découverte chez des malades présentant les autres symptômes du zona; Sicard, Widal, Minet ont vu des malades ayant des douleurs névralgiques unilatérales avec fièvre et phénomènes généraux, ayant aussi de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, mais auxquels manquaient les éléments cutanés caractéristiques du zona.

Sicard qui, le premier, décrivit les zonas sans éruption propose de grouper ces cas sous la dénomination d'algies d'origine zostérienne sans éruption ; Tinel et Mlle Zolotoreff désignent ces formes douloureuses du zona sans éruption sous le nom de névralgie zoster, modalité clinique de la fièvre zoster. M. Galissot croit préférable de maintenir la dénomination de « zonas sans éruption », car il existe aussi des zonas à éruption minime et atténuée, qui constituent des formes de passage entre le zona classique avec éruption normale et le zona sans éruption ; Nattan-Larrier, par exemple, a relaté l'histoire d'un malade atteint d'un syndrome douloureux de la région lombo-abdominale, diagnostiqué colique néphrétique, jusqu'au jour où la découverte de quelques vésicules peu nombreuses permit de reconnaître qu'il s'agissait d'un zona lombo-abdominal à éruption minime. Dans une observation de Mlle Zolotoreff, c'est un malade ayant une névralgie sciatique intense, de la fièvre, quelques phénomènes généraux, de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, et, à la partie supérieure et interne de la cuisse, un petit groupe de vésicules de zona.

(1) *Les Zonas atypiques*, Th. de Lille, 3 juin 1913. — Imprimerie Marguerit et Detuc, Lille-la-Madeleine.

Au zona sans éruption, il faut opposer les cas dans lesquels les phénomènes éruptifs prennent, au contraire, un développement considérable. Minet et Leclercq ont décrit les zonas avec éruption généralisée ; cette forme est rare, une vingtaine d'observations seulement ayant été publiées. Au cours d'un zona classique, intercostal ou autre, on voit apparaître, en divers points de la surface cutanée, une éruption nouvelle accompagnée de phénomènes généraux analogues à ceux qui ont marqué le début du zona primitif ; mais la seconde éruption diffère de la première par un certain nombre de caractères : les vésicules ne siègent plus nettement sur le trajet d'une distribution nerveuse ou radiculaire ; elles sont disséminées sans ordre apparent ; cette seconde éruption procède par poussées successives ; elle ne présente pas toujours les stades successifs de l'élément zostérien, elle peut rester au stade maculo-papuleux, au stade de placards érythémateux, sans éléments vésiculeux (Minet et Leclercq). Cette généralisation de l'éruption n'aggrave pas sensiblement le pronostic du zona et, dans tous les cas jusqu'ici publiés, la guérison a eu lieu sans séquelles.

M. Galissot décrit ensuite les zonas dédoublés, bifurqués et trifurqués, variétés d'ailleurs peu importantes de l'éruption zonateuse. Plus intéressants sont les zonas bilatéraux symétriques, observés surtout à la face et au cou ; dans d'autres cas, le zona est double, mais non symétrique, les deux éruptions se localisant en des points plus ou moins éloignés du même côté du corps, ou affectant une disposition alterne ; on voit encore des zonas multiples, avec plusieurs éruptions apparaissant en une seule poussée, ou plutôt successivement à quelques jours d'intervalle, et enfin des zonas avec placards aberrants qui doivent être rapprochés du zona avec éruption généralisée. Pour tous ces zonas à localisations multiples, Gougerot et Salin, Minet et Leclercq ont signalé le contraste qui existe entre l'intensité de la première éruption zonateuse et l'atténuation des localisations ultérieures.

L'étude des zonas atypiques fournit quelques considérations sur la pathogénie du zona. Le zona sans éruption s'accorde parfaitement avec la théorie du siège ganglio-radiculaire des lésions du zona ; il constitue, d'après Minet, un lien entre le zona banal et les radiculites ; on peut admettre que dans le zona sans éruption les racines seules sont atteintes par le processus morbide et que le ganglion est épargné ; c'est en effet la cellule ganglionnaire qui paraît détenir le trophisme ectodermique plus que la racine (Sicard). Tous ces zonas atypiques évoluent, comme le zona classique, avec de la fièvre et des symptômes généraux, montrant bien la nature infectieuse de la maladie. S'appuyant enfin sur ce fait que les localisations secondaires du zona sont habituellement moins intenses que la première éruption, Gougerot et Salin (1) ont proposé la théorie de l'auto-immunisation zonateuse, adoptée par Minet et Leclercq ; dans la plupart des cas, le zona reste localisé à un territoire nerveux, parce que très rapidement l'organisme a acquis l'immunité ; le virus zonateux, lorsqu'il diffuse, trouve des territoires nerveux déjà réfractaires et ne peut plus déterminer d'autres localisations ; en d'autres termes, l'auto-immunisation rapide du malade explique que l'infection ne puisse léser les autres racines et que le zona reste localisé à la seule racine qu'il a d'abord envahie (Gougerot et Salin). Il arrivera parfois que l'immunisation soit moins rapide et moins solide ; dans ces conditions, le zona peut avoir des localisations multiples, mais les poussées successives vont en s'atténuant. Cette théorie de l'auto-immunisation est un nouvel argument en faveur de la spécificité du zona.

M. BRELET.

(1) GOUGEROT et SALIN. Zona à localisations multiples et immunisation zonateuse, *Gaz. des hôpit.*, 17 nov. 1910.

XXVIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 6 au 11 octobre 1913 (1).

DEUXIÈME QUESTION

CHIRURGIE DU COLON PELVIEN

Discussion.

La discussion des rapports de MM. Duval et Patel a eu pour caractères particuliers de ne pas exister. Le remarquable travail des rapporteurs qui constitue un chapitre nouveau et entier de la chirurgie laissait peu de champ à la discussion. Aussi nous n'avons vu apporter à la tribune que deux ordres de faits : soit des observations rares et intéressantes, soit l'exposition de techniques opératoires particulières.

Le professeur A. CECI (de Pise) apporte l'observation d'un cas de *volvulus d'un mégacôlon* à allure foudroyante. Bien qu'opéré dix-sept heures après le début des phénomènes de torsion, par colectomie avec abouchement à la peau, le malade mourut quelques heures après l'opération. A. Ceci rappelle que la rectite blennorragique s'étend parfois à l'S iliaque. Il rappelle 2 de ces cas de recto-sigmoïdite ulcéreuse, traité l'un par anus iliaque, l'autre par résection du rectum et côlon par voie abdomino-périnéale.

M. H. DELAGÉNIÈRE (du Mans) apporte une observation d'*invagination procidente du rectum traitée par l'anastomose colo-rectale avec autosigmoïdostomie et occlusion du péritoine pelvien*. Cette invagination était irréductible chez un enfant de cinq ans. Par laparotomie on réduisit par traction l'invagination, on accola le péritoine vésical au péritoine pelvi-rectal pour combler la cavité pelvienne, puis on fit une anse tournée à droite du côlon pelvien, suturant cette masse à elle-même, puis anastomosant entre elles les deux coudures de l'anse on établit une large communication entre la terminaison du côlon descendant et le haut du rectum. Le résultat a été excellent. M. Delagenière pense que cette opération est moins grave que la résection du prolapsus, et la croit plus fidèle que la colopexie. Elle remplit toutes les indications. La portion exclue de l'intestin finit par s'atrophier et disparaître.

M. ROUX (de Lausanne) rapporte certains faits de sa technique personnelle. Pour le prolapsus du petit enfant il pratique l'injection de 8 à 12 centimètres cubes d'alcool absolu tout autour du rectum. Il n'a jamais vu de récidive, et n'a pas eu à faire de colopexie. Pour les mésosigmoïdites, il les croit plutôt une conséquence qu'une cause de volvulus. Il croit qu'elles résultent d'anses sigmoïdiennes flottantes avec torsions fréquentes qui finissent par se plisser, au moyen d'adhérences, il en résulte un épaississement de l'éventail sigmoïdien.

Il a eu 3 fois affaire à de la sigmoïdite aiguë de Mayor, et 2 fois a pu voir une perforation diverticulaire certaine. Dans un cas qui cliniquement ressemblait à une appendicite à gauche, il a trouvé une sigmoïdite et périsigmoïdite chronique, enfin il a vu un cas de fausse tumeur de l'S iliaque contenant en son centre un diverticule enflammé. Il insiste sur l'état général grave de ces malades, et la nécessité d'attendre parfois avant de les opérer. Dans ces cas, il pratique l'anus toujours sur le côlon transverse, le plus loin possible du foyer.

Pour opérer sur l'S iliaque, il emploie toujours la laparotomie médiane. On libère facilement l'S iliaque de son accolement à la paroi et on l'amène hors du ventre avec une grande

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, nos 114, p. 1773, et 115, p. 1791.

facilité. Il a usé à plusieurs reprises pour des lésions de l'S iliaque de l'invagination intrarectale suivie de résection. Après l'opération il installe une sonde intestinale métallique multiperforée qui reste en place de cinq à quinze jours et évite la tension des sutures par les gaz.

M. DOYEN (de Paris) insiste sur la difficulté clinique de faire le diagnostic des tumeurs cancéreuses ou non de l'S iliaque. Il rappelle que par la fixation du complément de Besredka on peut faire facilement le diagnostic des lésions tuberculeuses. Il a lui-même décrit une méthode analogue de diagnostic du cancer. Cette méthode vient d'être reprise par Yamanouchi et permet le diagnostic du cancer avec une grande approximation.

M. Doyen n'est pas partisan des colopexies et des plicatures. Le diagnostic des lésions cancéreuses ou non n'est pas toujours facile, même le ventre ouvert. Cependant, il faut avoir des règles de conduite puisqu'il faut agir. Faut-il extirper ou dériver ? Pour les grosses dilatations, il faut extirper, sans cela faire l'entéro-anastomose. Dans le cancer, s'il y a obstruction, faire un anus sur le cæcum, car c'est là où il est le plus facile à guérir. Si on ne fait pas d'anus, faut-il extirper ou non ? Les opérations avec invagination dans le rectum ne sont pas bonnes, l'intestin se gangrène parfois trop haut. Ou bien on fera une exclusion par iléo-sigmoïdostomie, ou bien on extirpera en fermant en cordon de bourse les deux bouts, et en anastomosant le cæcum ou l'iléon au rectum.

M. BÉRARD (de Lyon) apporte toute une série de faits. Depuis dix ans, il a observé 4 cas de suppuration pelvienne gauche résultat de sigmoïdites aiguës, chez des malades à passé intestinal ancien. Dans 2 autres cas l'abcès constitué par du pus glaireux d'odeur stercorale évolua comme un phlegmon périnéphrétique pointant dans le triangle de J. L. Petit. Au premier abord le diagnostic de phlegmon périnéphrétique gauche paraissait d'autant plus vraisemblable que le rein gauche semblait augmenté de volume, douloureux, et qu'il y avait de l'albumine dans les urines.

M. Bérard a observé deux cas de sigmoïdite chronique sténosante, l'un fut diagnostiqué cancer de l'S iliaque, à la laparotomie on trouve un S iliaque épaissi avec une grosse bride. On sectionne la bride et fait un anus cæcal, le malade guérit. Le deuxième cas concerne une tumeur de l'S iliaque qui est enlevée comme cancer, l'examen histologique montre une tumeur inflammatoire.

Pour la sigmoïdite tuberculeuse, elle n'est pas aussi rare qu'on le pense. Après le cæcum, c'est à l'S iliaque que la tuberculose du gros intestin est le plus fréquente. Depuis 1906, M. Bérard en a vu trois cas; l'un, diagnostiqué et traité par iléo-sigmoïdostomie, a guéri malgré une fistule stercorale; l'autre fut traité par un anus cæcal.

M. LIPPENS (de Bruxelles) verse au débat deux cas de sténose inflammatoire. Il retrace l'histoire clinique de ces tumeurs essentiellement chroniques avec des phases aiguës et malignes d'occlusion. Les tumeurs sont constituées surtout par de la périsigmoïdite au centre de laquelle l'intestin est ratatiné, replié, avec une muqueuse saine ou ulcérée. Le diagnostic est difficile; on pense toujours au cancer, mais la longue durée, le passé ancien de colo-sigmoïdite, peut attirer l'attention. Il pense que si le diagnostic est posé, on ne doit pas opérer de propos délibéré, mais tenter la dilatation des rétrécissements bas par le rectum, des rétrécissements hauts par un anus iliaque. Un de ses malades a été ainsi traité; on a obtenu en quelques mois la dilatation du rétrécissement qui se maintient guéri.

M. SAVARIAUD (de Paris) décrit un cas de résection colorectale par invagination sans tube et sans suture. Dans ces cas de résection, les sutures sont difficiles à placer, les tubes s'encombrent facilement par les matières fécales et doivent être renforcés par les sutures. Dans un cas, après résection, il a fait l'abouchement du côlon à travers le rectum jusqu'à la peau de l'anus, où il est suturé. Un drain passe de l'espace rétrorectal au dehors, entre l'intestin invaginé et le rectum. Le malade guérit. Il a présenté quelque temps après des phénomènes de sténose qui ont disparu spontanément.

M. LARDENNOIS (de Reims) rappelle que, après résection du côlon pelvien, la difficulté est de rétablir la continuité de l'intestin. Un des procédés les plus simples est celui de l'anastomose entéro-rectale par pince porte-bouton qu'il a décrit en 1899. La partie mâle d'un gros bouton de Murphy est introduite dans le rectum sur la pince porte-bouton. Poussée contre la paroi rectale, elle la soulève à l'endroit choisi. La pièce femelle est enchâssée sur l'intestin à anastomoser. On incise le rectum sur la saillie de la pièce mâle. On referme le bouton. L'abouchement est fait.

En 1909, M. Lardennois avait réuni 15 observations; depuis, il s'en est servi 3 fois, toujours avec succès.

M. PRINCETEAU (de Bordeaux) a pu observer 15 cas de périsigmoïdite de dehors en dedans. Il apporte quelques cas très rares de l'S iliaque : un cas d'ouverture de l'anse sigmoïde par hématocèle rétro-utérine, un kyste méso-sigmoïdien, un cas de corps étranger de l'S iliaque.

TROISIÈME QUESTION

LE TRAITEMENT DES PLAIES DU CRANE PAR PETITS PROJECTILES

Rapporteurs : MM. H. BILLET (du Val-de-Grâce) et A. DEMOULIN (de Paris).

Cette question, toute d'actualité à cette époque de guerres et grosse de menaces de guerre, était l'objet de deux rapports par M. le docteur H. BILLET, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé du Val-de-Grâce, et M. A. DEMOULIN, chirurgien des hôpitaux de Paris, le premier étudiant les plaies produites par les armes de guerre, le second celles qu'on observe dans la pratique civile.

Ainsi que M. Billet l'expose au début de son remarquable rapport, il est nécessaire que tous les médecins connaissent, dès le temps de paix, la chirurgie de guerre, car en cas de guerre tous auraient à la pratiquer, et elle ne s'improvise pas. Or, sur la conduite à tenir en campagne en présence des plaies du crâne par petits projectiles la confusion la plus extrême règne encore et il est très difficile de poser des règles fixes. Les uns, systématiquement abstentionnistes, n'opèrent que quand des complications graves apparaissent. D'autres sont systématiquement interventionnistes, pour eux il faut toujours trépaner, quelle que soit la lésion sous-jacente, quel que soit le moment où leur parvienne le blessé. D'autres, enfin, sont éclectiques, tantôt opèrent, tantôt s'abstiennent. Ceux-là, dit le rapporteur, sont dans le vrai, mais il faut encore que les règles qui décident de l'intervention ou de l'abstention soient bien précises, et justement elles ne le sont pas.

En s'appuyant uniquement sur les faits et en les discutant, le rapporteur tente d'établir ces règles précises.

Eliminant les plaies des parties molles, et aussi les véritables fracassements, entraînant une mort immédiate ou rapide, le rapporteur ne s'occupe que des plaies pénétrantes compatibles avec la survie des blessés. Celles-ci peuvent présenter des indications d'opérer primitivement ou secondairement.

Parmi les indications de l'intervention primitive, il y en a sur lesquels tout le monde est d'accord, il s'agit ici de cas de chirurgie d'urgence : l'hémorragie, les signes d'irritation. L'hémorragie est externe ou interne se traduisant alors par les phénomènes de compression du cerveau. En tout cas, que ce soit un sinus qui soit blessé, ou la méningée moyenne ou ses branches, ou une hémorragie sous-dure-mérienne, tout blessé présentant de la compression cérébrale, amené dans

une formation sanitaire, devra être opéré d'urgence. Il en sera de même pour les signes d'irritation corticale.

En dehors de ces cas, les indications de l'opération primitive sont très discutées. Pour les préciser, il faut étudier séparément les plaies par balles de fusil et par balles de shrapnell. Le rapporteur rappelle d'abord les particularités des différentes balles de fusil des armes modernes. L'armée allemande et française ont depuis peu remplacé les balles ogivales par des balles pointues (balle D, balle S). Les plaies qu'elles produisent ne diffèrent guère de leurs devancières. Cependant elles ont une tendance à basculer sur leur axe, et si elles ricochent à se déformer en pirouettant ; d'autre part la radiographie a montré que dans le crâne, arrivées à bout de course, elles ont tendance à se retourner complètement, occasionnant de vastes ravages dans la substance cérébrale.

Les plaies du crâne sont, soit des perforations de part en part, soit des perforations simples du crâne avec séjour du projectile dans le cerveau.

Après avoir pour chaque variété exposé les diverses opinions soutenues sur la conduite à tenir, les faits qui ressortent de l'expérimentation (Nimier-Delorme) et de ceux fournis par les guerres les plus récentes en particulier du travail de Holbeck sur la guerre de Mandchourie, et les constatations faites pendant la guerre des Balkans, voici les conclusions auxquelles il aboutit.

« Que conclure de ces faits ? C'est que d'une façon générale les coups de feu transversaux du crâne qui arrivent à nous dans les formations sanitaires de l'avant sont, en général, remarquablement bénins, ceci était un peu évident, a priori, puisque pour être compatibles avec la survie il faut qu'aucun centre nerveux important n'ait été atteint. Les dégâts osseux et cérébraux, grâce au petit calibre des projectiles modernes, sont réduits au minimum. En règle générale donc, ces blessés ne sont pas justiciables d'une intervention chirurgicale. Nous pouvons dire que, pas plus il n'est vrai d'affirmer que toutes les perforations du crâne de part en part sont infectées d'emblée, et toujours, pas plus il n'est exact de soutenir l'opinion contraire qu'elles sont en principe aseptiques et ne s'infectent que secondairement ; de fait, le sort des blessés est déjà réglé, dans un sens favorable ou défavorable, lorsqu'ils reçoivent de nous les premiers secours (Fraenkel). La trépanation ou le débridement des orifices d'entrée et de sortie paraît inutile, elle ne remplit en tout cas pas un des principaux buts qu'elle se propose, qui est de prévenir les accidents d'infection, puisque ceux-ci se développent dans le trajet du projectile qui est inaccessible à l'action du chirurgien.

C'est pourquoi, en principe, l'abstention opératoire sera préférée, et le rôle, très important néanmoins du chirurgien consistera dans une désinfection des plus complètes des orifices d'entrée et de sortie et dans l'application d'un pansement aseptique ; le blessé sera surveillé, de façon à être l'objet d'une intervention secondaire, si des signes apparaissent qui la justifient.

Dans les plaies perforantes du crâne, avec inclusion du projectile dans le cerveau, la règle générale de conduite sera l'abstention. Chez ces blessés, comme chez ceux de la catégorie précédente, nous ferons une désinfection soignée de l'orifice cutané, toilette et désinfection des abords de la plaie, nettoyage du foyer de contusion, et tamponnement des caillots et débris de matière cérébrale ; ablation, le cas échéant, d'esquilles libres de la plaie ; large attouchement à la teinture d'iode (qui est très bien supportée par le cerveau). Nous rechercherons toutefois si la balle n'est pas visible ou perceptible dans la plaie, ou à distance, au niveau d'une saillie anormale de la surface du crâne. Dans ces cas seulement, la recherche du projectile sera autorisée ; elle est formellement condamnée dans tous les autres. Le débridement systématique de l'orifice d'entrée, même non suivi de la recherche de la balle, nous paraît inutile ; il n'est pas supérieur à la désinfection soignée que nous préconisons pour prévenir les accidents infectieux qui peuvent se développer par la suite autour du projectile et qui, par conséquent, sont primitivement au-dessus des ressources de notre action. Il expose par contre les blessés aux infections secondaires, à la hernie cérébrale, surtout si ces blessés sont soumis aux vicissitudes d'une évacuation sur l'arrière.

Les blessés devront, par contre, être attentivement surveillés, car beaucoup seront justiciables d'une intervention secondaire ; extraction du projectile ou bien ouverture d'un abcès cérébral.

La troisième catégorie de blessures, les coups de feu tangentiels, qu'on n'observe pas dans la pratique civile se sont montrés extrêmement nombreux dans les dernières guerres (45 p. 100 d'après Holbeck). Cette fréquence serait la conséquence des méthodes tactiques modernes, où le fantassin progresse par bonds et en rampant, exposant ainsi surtout la tête au feu de l'ennemi.

Ces blessures présentent les caractéristiques générales suivantes :

1° A une lésion relativement minime de la table externe correspond toujours une fragmentation grave de la table interne.

2° Les esquilles de cette table interne, au lieu de rester près des orifices, ont tendance à prendre une direction divergente et à s'implanter dans la dure-mère et le cerveau.

3° La dure-mère et le cerveau sont attritionnés indirectement par ces esquilles, mais parfois aussi directement, dans les coups de feu tangentiels profonds, par le projectile lui-même. Il existe là un foyer de contusion ou même de destruction cérébrale, mais par opposition avec les traumatismes jusqu'à présent étudiés le foyer de contusion est superficiel, accessible à notre intervention chirurgicale.

De ces constatations découle une thérapeutique formelle et rationnelle que tous les coups de feu tangentiels sont justiciables d'une intervention ; celle-ci devra, en outre, être aussi précoce que possible. L'opération (ablation des esquilles, désinfection du foyer de contusion) est obligatoire, même lorsque, et c'est fréquent, la symptomatologie est silencieuse. Ces blessures, en effet, bien plus que les autres, sont exposées à l'infection secondaire. La statistique de Holbeck montre que les blessés non opérés succombèrent dans la proportion de 20 p. 100, tandis que tous ceux dont la lésion cérébrale était compatible avec la survie, qui furent opérés, guérirent.

Nous arrivons maintenant à l'étude des indications de l'intervention primitive dans les coups de feu par balles de shrapnell. Celles-ci sont fréquentes (10 à 20 p. 100 selon les diverses statistiques), mais heureusement beaucoup moins que celles de fusil ; elles sont ordinairement plus graves parce que, en raison de leur calibre plus grand, les dégâts osseux et cérébraux sont plus considérables ; mais surtout parce que, en raison de leur forme ronde, entraînant avec eux des fragments de vêtement, les projectiles créeront très souvent là où ils s'arrêteront (et ce sera fréquemment dans l'intérieur du crâne) des foyers d'infection qui sont là, plus qu'ailleurs, particulièrement redoutables.

Les lésions observées peuvent être des contusions et fractures par contact ; ici à des lésions en apparence bénignes de la table externe correspondent toujours des lésions plus étendues de la table interne. La trépanation s'impose dans le double but de prévenir l'infection, but primordial, et de prévenir les accidents ultérieurs de compression.

Les perforations simples avec inclusion du projectile sont ici, avec les balles de shrapnell, aussi fréquentes qu'elles étaient rares avec des balles de petit calibre (41,9 p. 100 d'après Holbeck). Elles sont exposées gravement à être infectées dans plus de 50 p. 100 des cas. Ici, c'est le projectile qui est surtout infectant, puisque, en raison de sa force et de sa vitesse faibles, il entraîne fatalement avec lui des produits

septiques (vêtements, cheveux, etc.). Or, contrairement à ce qui se passe pour les balles de fusil qui s'arrêtent n'importe où dans le cerveau, les balles de shrapnell s'arrêtent presque toujours derrière la paroi cranienne à 1, 2 ou 3 centimètres de profondeur tout au plus. Souvent même, témoin, une moitié du projectile reste dans les parties molles et nous avertit que son autre moitié se trouve tout près d'elle, de l'autre côté du mur osseux.

Le chirurgien n'a-t-il pas ici toutes raisons d'intervenir ?

La chose paraît évidente, et il y est d'autant plus autorisé qu'il sait que, s'il n'agit pas, la plaie a les plus grandes chances de s'infecter, qu'il sera presque fatalement appelé à intervenir plus tard et dans des conditions bien moins favorables. Il s'agit donc d'une désinfection et d'une exploration prudente et superficielle (2 à 3 centimètres dans la substance cérébrale). Si l'exploration reste négative, si le chirurgien acquiert la certitude que la balle n'est pas là, tout près de l'orifice d'entrée, qu'il cesse immédiatement toute tentative d'exploration plus profonde. Son opération aura été sans doute inutile, elle ne doit pas devenir dangereuse.

Les perforations de part en part par balles de shrapnell n'existent pour ainsi dire pas, elles réclameront l'abstention opératoire ; les coups de feu tangentiels, assez fréquents, exigent au contraire une intervention complète et hâtive. »

Les données précédentes sont évidemment théoriques et ne pourront pas toujours se réaliser dans la pratique.

Le rapporteur montre que les blessés du cerveau, en raison de la perte de connaissance au niveau du trauma, seront souvent relevés des derniers, et parmi ceux pour lesquels les secours arriveront trop tard. De plus, pour être réalisable, l'action chirurgicale sur ces blessés doit comporter une organisation sanitaire suffisante.

C'est à l'ambulance que ces interventions primitives devront être faites, mais dans une ambulance immobilisée, car la pratique a démontré combien l'évacuation de ces opérés est meurtrière.

Quant aux interventions secondaires dans les blessures du crâne par petits projectiles, c'est dans les hôpitaux de l'arrière ou du territoire qu'elles seront pratiquées. Leurs indications sont les mêmes que pour les plaies observées dans la pratique civile.

Les accidents infectieux sont de divers ordres : la méningo-encéphalite, la plus meurtrière de toutes les complications, comportera un large débridement avec désinfection et drainage, ponction lombaire répétée ; les abcès du cerveau, rares dans la pratique civile, constituent une complication extrêmement fréquente des plaies de guerre, abcès précoces ou tardifs, le sort du blessé est lié à la précocité du diagnostic du chirurgien et de son intervention.

La hernie cérébrale, rare dans la pratique civile, est plus fréquente dans la chirurgie de guerre à cause de l'étendue des pertes de substance ou d'interventions trop larges. On l'évitera en luttant contre l'infection et en évitant de faire de trop larges brèches. Le traitement est presque nul.

La recherche des corps étrangers dépendra de deux facteurs : la façon dont ils sont tolérés, leur siège. En principe, l'abstention opératoire est la règle pour la chirurgie d'armée.

Enfin, les complications éloignées motrices, sensitives, psychiques, sont fréquentes puisqu'elles donnent une mortalité éloignée de 17 p. 100 (Holbeck). L'épilepsie jacksonienne surtout relève du traitement chirurgical. Les paralysies semblent surtout consécutives aux coups de feu tangentiels.

Ainsi que le remarque M. Billet en terminant, si par une thérapeutique judicieusement réglée on peut dès maintenant améliorer le pronostic immédiat des blessures du crâne par armes de guerre et sauver les malades dans une proportion bien plus élevée qu'autrefois, les complications ultérieures restent malheureusement encore fréquentes et assombrissent l'avenir des blessés. Ce serait l'honneur de la chirurgie moderne de travailler dans cette voie et de chercher à améliorer le pronostic éloigné de ces traumatismes.

Puis M. Demoulin expose le résumé de son rapport sur le traitement des plaies du crâne par petits projectiles dans la pratique civile. Voici les conclusions auxquelles il aboutit :

« Les plaies du crâne par coups de feu, observées dans la pratique civile, sont dans l'immense majorité des cas, dues à des balles de revolver et résultent surtout de tentatives de suicide.

Les revolvers, le plus fréquemment usités, à l'heure actuelle, dans le milieu parisien, sont de deux types : les uns lancent des balles de plomb, molles, déformables, d'une faible pénétration ; les autres tirent des balles blindées, dont la force de pénétration est, au contraire, considérable

Les plaies pénétrantes du crâne par balles de plomb s'accompagnent, comme l'ont montré les expériences de M. le professeur Delorme (1894) et comme l'ont confirmé celles que j'ai faites avec M. Lepelletier, d'esquilles à l'orifice d'entrée, esquilles qui se disséminent dans la substance nerveuse, y produisant de graves lésions ; la balle ricoche fréquemment (expériences de Delbet et Dagron, 1891) sur la face interne des os du crâne, déterminant de nouveaux dégâts sur son trajet récurrent ; elle ne ressort qu'exceptionnellement de la boîte cranienne.

Avec les revolvers à balle blindée (genre Browning) le trou d'entrée est petit, régulier, comme creusé par une vrille, sans esquilles, la balle traverse le tissu nerveux presque sans y laisser de traces, elle ressort fréquemment du crâne après l'avoir perforé de part en part, produisant à l'orifice de sortie une fracture esquilleuse, mais dont les fragments font saillie à la face externe du crâne (cône de soulèvement).

Il est très important d'être renseigné sur le genre de l'arme employée, puisque les esquilles sont, dans certains cas, la cause unique des accidents observés. »

Les expériences poursuivies par M. Demoulin et M. le docteur Aubourg lui ont montré que la radiographie ne permet pas, dans l'immense majorité des cas, de reconnaître la présence des esquilles intracérébrales ; il faut qu'elles soient très épaisses, pour laisser leur ombre sur le cliché.

La radiographie faite avec une ampoule placée à une très longue distance du crâne (2 mètres, téléradiographie) rend négligeables les causes d'erreur qui, lorsqu'on détermine la situation d'un projectile intracranien à l'aide de deux radiographies prises dans deux plans différents, résultent de ce que les points distaux, pris comme repères sur le crâne, sont en raison de la divergence dans la radiographie à courte distance, plus éloignés qu'ils ne le sont en réalité du projectile par lequel passe le rayon normal. La téléradiographie supprime les calculs nécessaires à la correction des erreurs dues à la divergence des rayons dans la radiographie faite à courte distance.

En présence d'un sujet qui vient de recevoir une balle dans le crâne, et quel que soit son état général, il faut s'abstenir de toute recherche destinée à s'assurer de la pénétration du projectile dans le crâne, et avant la radiographie, même si elle est immédiatement possible, désinfecter la plaie cranienne à la teinture d'iode et la panser proprement.

Si le chirurgien se trouve dans des conditions telles qu'il puisse intervenir avec une asepsie ou une antisepsie rigoureuse, il devra pratiquer immédiatement la trépanation préventive, c'est-à-dire suivre les lésions pas à pas, et s'il constate que la substance nerveuse est intéressée, déterger le foyer contus avec précaution. L'opération ainsi conduite permet d'enlever les esquilles pariétales, et, dans un assez grand nombre de cas, d'extraire la balle, mais, si le projectile n'a pas été découvert, il ne faut pas le rechercher systématiquement ; on ne doit pas dépasser les limites de la zone nerveuse contusionnée et dilacérée.

Malgré la trépanation préventive, les accidents infectieux

précoces (premier septénaire) sont encore fréquents, parce que cette opération ne peut agir efficacement sur le trajet intracérébral, qui, s'il est infecté, suppurera fatalement.

Les signes de l'infection des centres nerveux ne permettent pas, dans bon nombre de cas, de faire le diagnostic exact de la lésion, méningo-encéphalite diffuse ou localisée. Cependant la première se montre en général vers le troisième jour, tandis que, lorsque les lésions sont circonscrites, les signes de l'infection sont en général un peu moins précoces (fin du premier septénaire).

Si la trépanation préventive n'a pas été faite et en cas d'infection, ou dès qu'elle apparaît, c'est au niveau même de la lésion cranienne qu'il faut intervenir par une large trépanation qui permettra souvent d'enlever les caillots sanguins infectés, de déterger un foyer de désorganisation cérébrale en voie de suppuration ; on drainera largement. Les succès ne sont pas rares dans ces cas (Berger, Lucas-Championnière) ; mais, ici encore, il ne faut pas rechercher systématiquement le projectile, d'assez nombreux cas de guérison se sont montrés sans qu'il ait été extrait (Lucas-Championnière).

Si, dans les jours qui suivent la trépanation préventive, la ponction lombaire montre l'infection du liquide céphalo-rachidien, on devra pratiquer tout d'abord des évacuations journalières répétées de ce liquide (elles ont donné quelques résultats dans les méningo-encéphalites consécutives aux coups de feu de l'oreille) ; et si les symptômes ne s'amendent pas, si le blessé résiste, si, bien entendu, l'installation du chirurgien le lui permet, il devra rouvrir le crâne pour drainer largement l'espace sous-arachnoïdien, car la gravité de la situation du blessé autorise les interventions les plus hardies.

Les abcès cérébraux profonds peuvent, dans quelques cas, se montrer à une date assez rapprochée du traumatisme (quinze jours, trois semaines), mais ce n'est pas la règle; ils apparaissent en général beaucoup plus tard, après des mois et même des années; mais on doit se rappeler qu'assez fréquemment ils ne sont pas en rapport avec le siège du projectile, qu'il faut alors se baser pour leur recherche sur les signes de localisation souvent trompeurs, et qu'en absence de ces signes, quand existe seulement le syndrome de l'hypertension intracranienne, il est indiqué de trépaner sur la cicatrice de l'orifice de pénétration, surtout si à son niveau ou dans le voisinage siège une douleur fixe qui s'irradie parfois à la moitié correspondante du crâne.

Lorsque le blessé s'est relevé du choc primitif, quand il a échappé aux accidents infectieux précoces et que la balle n'a pas été extraite lors de la trépanation préventive, ou bien cette balle est parfaitement tolérée, ou bien elle donne lieu à des accidents.

En cas de tolérance parfaite du projectile, faut-il intervenir, sous prétexte que la moitié environ (d'aucuns disent le tiers) de ceux qui conservent une balle dans les centres nerveux présentent des accidents tardifs ?

« L'intervention est logique, à la condition que la balle ne soit pas trop profondément située, et elle semble tenter quelques jeunes chirurgiens; je dois dire cependant que je ne connais pas d'observation montrant que l'extraction secondaire ait été pratiquée sans qu'il y ait eu quelques symptômes cérébraux.

Les accidents tardifs sont, dans un grand nombre de cas, dus à des abcès profonds, latents, qui s'ouvrent dans les ventricules ou l'espace sous-arachnoïdien, et je crois devoir rappeler ce que j'ai dit il y a un moment, à savoir que ces abcès sont loin d'être toujours en rapport avec le siège du projectile, et que s'il avait été extrait préventivement, l'abcès n'en aurait pas moins évolué.

La question de l'extraction secondaire systématique des balles de revolver situées dans l'encéphale, quand elles sont bien tolérées, est posée; je n'ai pas les éléments nécessaires pour la résoudre.

Le projectile intracranien détermine des accidents. Quelle que soit leur nature, l'opération est formellement indiquée s'il s'agit d'un projectile accessible sans qu'on risque de produire des désordres étendus, et lorsqu'un examen fait par un neuro-pathologiste aura montré que les symptômes observés sont bien en rapport avec le siège de la balle, et qu'ils ont chance de disparaître par son extraction.

La multiplicité des fragments du projectile qui ne paraissent pas pouvoir être enlevés par un seul orifice de trépanation, est une contre-indication à l'opération, malgré la gravité des symptômes.

Le chirurgien qui, tout bien pesé, se sera décidé à intervenir devra se rappeler que, malgré la localisation exacte de la balle ou de ses fragments par la radiographie, il ne peut pas toujours les extraire et que même, s'il y a réussi, les lésions cicatricielles que la balle a créées sur son trajet, la présence des esquilles qu'il aura pu reconnaître, rendront parfois son intervention inutile et que, en fait de chirurgie cérébrale, on a souvent des déboires tardifs après les résultats immédiats les plus brillants.

Parmi les diverses localisations des coups de feu du crâne, ceux de l'oreille présentent des particularités qui ont été étudiées dans la thèse de Le Mée.

Lorsque la balle ne s'est pas arrêtée dans le conduit auditif ou dans la mastoïde et qu'elle a pénétré dans le rocher, le foyer est ordinairement en communication avec le dehors et souvent ouvert vers le crâne. Ce trajet finit ici toujours par s'infecter et suppurer. Il n'y a pas de lésions aseptiques dans les coups de feu de l'oreille. Il faut donc intervenir le plus tôt possible, et ne pas attendre, pour agir, l'apparition des phénomènes infectieux. L'opération immédiate doit viser uniquement à la désinfection et au drainage des cavités atteintes. Si cette première opération conduit immédiatement sur la balle, ce qui n'est pas rare, il faut l'enlever ; sinon il faut remettre à plus tard les tentatives d'extraction.

On aura souvent à lutter contre des complications secondaires : hémorragies de la carotide intrapétreuse qui conduiduisent à la ligature de la carotide primitive; complications infectieuses surtout pyolabyrinthite et leptoméningite qui commandent une intervention immédiate. »

M. Demoulin termine son rapport en s'élevant contre ceux qui ont proclamé la bénignité des plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver. D'après les indications de M. Vibert la moitié des blessés par balles de revolver sont trouvés morts dans leur chambre et ont dû succomber rapidement, d'autre part la mortalité des blessés soignés dans les hôpitaux est encore à peu près de la moitié, si bien que, en réalité, un quart seulement des sujets atteints de plaies pénétrantes du crâne par les balles des revolvers, usités dans le milieu parisien, survit, et de nombreux blessés de ce dernier groupe présentent, nous l'avons vu, des accidents tardifs.

(A suivre.) M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1913)

Myxœdème acquis. Intégrité d'une parathyroïde. — MM. ACHARD et SAINT-GIRONS rapportent deux observations de myxœdème acquis consécutif à une infection de l'enfance.

Le premier malade fut atteint à dix ans d'une rougeole grave. A partir de ce moment, son développement jusque-là très régulier se fit mal, la taille ne dépassa pas 1m32, les traits du visage devinrent bouffis, le corps grossit et les cheveux poussèrent mal. Néanmoins, les fonctions génitales furent

seulement retardées dans leur apparition jusqu'à vingt-deux ans, et l'intelligence se développa suffisamment pour que le malade pût être chargé d'un service public. A trente-cinq ans il présenta tout l'aspect du myxœdème et fut traité par la médication thyroïdienne qui améliora son état et qui depuis a été suivie par périodes. A l'âge de quarante ans, étant à l'hôpital, il contracta la fièvre typhoïde qui évolua sans complications. Par la suite, il présenta des troubles psychiques qui allèrent en s'accentuant de façon progressive. Il succomba à cinquante-deux ans. A l'autopsie, aucune trace de corps thyroïde ne fut trouvée dans le tissu cellulo-graisseux du cou, mais une glandule parathyroïde put être isolée à droite. L'examen histologique montra une structure à peu près normale avec une suractivité légère et une assez grande abondance de matière colloïde.

Ce fait montre l'indépendance pathologique du corps thyroïde et du système parathyroïdien, mise en lumière par Roussy et Clunet, mais dont on ne connaît que le cas de Forsyth pour le myxœdème acquis.

Le second malade avait eu à l'âge de huit ans et demi une affection qui semble avoir été du rhumatisme articulaire aigu. L'impotence dura jusqu'à onze ans et le malade devint bouffi. Une seconde attaque eut lieu à treize ans. A quatorze ans il présentait un aspect infantile et avait une albuminurie irréductible. La radiographie montra un développement anormal des épiphyses. Le traitement thyroïdien, assez mal supporté, ne donna pas de résultats bien nets.

De la fréquence comparée des réactions de Wassermann et de Noguchi (cuti-réaction à la luétine) chez les adultes non atteints de syphilis en évolution. — MM. Mathieu-Pierre Weill et Giroux ont recherché chez 43 adultes la cuti-réaction à la luétine. Les deux réactions furent négatives dans 32 cas, chez 7 le Wassermann était positif, le Noguchi négatif, 3 d'entre eux étaient des sujets dont l'histoire clinique ne permettait pas de soupçonner la syphilis, 2 enfin étaient des aortiques, 2 des sujets atteints de méningite syphilitique tertiaire. Chez un seul malade le Noguchi était positif, le Wassermann négatif. Dans ces cas, d'ailleurs, la cuti-réaction était d'une intensité toute particulière et même du côté où une piqûre avait été faite avec du sérum artificiel, une réaction intense s'était développée, preuve d'une sensibilité cutanée toute particulière. Enfin, une malade porteuse de gommes fontales avait un Wassermann et un Noguchi négatifs.

Pigmentation de la muqueuse buccale. — M. Milian présente une malade qui a sur la muqueuse buccale des taches pigmentées en même temps que de la leucoplasie buccale. Il ne s'agit pas là d'une pigmentation d'origine ethnique, et M. Milian rapproche ce phénomène de la leucomélanodermie péri et postpapuleuse.

JURISPRUDENCE

EXPERTISES MÉDICALES EN JUSTICE DE PAIX

La jurisprudence des justices de paix présente quelquefois des irrégularités fâcheuses contre lesquelles il est bon d'être mis en garde ; en voici un exemple :

Un médecin stomatologiste poursuivait en justice de paix un client indélicat ; une expertise est ordonnée ; malgré l'indication au juge que le demandeur est docteur en médecine, expert près le Tribunal de la Seine, et qu'il serait équitable de désigner pour cette opération un docteur en médecine stomatologiste, il nomme un chirurgien-dentiste quelconque dont le choix ne peut évidemment s'expliquer que par des motifs extra-professionnels. Avec la même logique il eût pu faire expertiser un accoucheur par une sage-femme, un ophtalmologiste par un marchand de lunettes.

Il s'agissait d'un litige au-dessous de 300 francs, somme nécessaire pour pouvoir aller en appel, donc point d'autres ressources que la Cour de cassation, inabordable, ou bien une plainte à la Chancellerie : ce dernier parti fut pris. Quelques semaines plus tard, on transmettait au médecin intéressé la réponse suivante :

« Vous avez bien voulu, le 11 avril dernier, appeler mon attention sur une requête dans laquelle M. X..., docteur en médecine, se plaignait que M. le juge de paix du XVIe arrondissement eût désigné comme expert, à l'occasion d'une instance en paiement d'honoraires médicaux, un chirurgien-dentiste au lieu d'un docteur en médecine, contrairement à une circulaire de ma Chancellerie.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que, d'après les renseignements qui m'ont été fournis, le juge de paix reconnaît que l'expert n'était pas docteur en médecine ; mais il ajoute qu'étant donné le peu d'importance de la somme litigieuse, il aurait pu statuer de plano sans recourir à une expertise. Ce magistrat déclare, d'ailleurs, qu'en toute autre espèce il se conformera à la circulaire de ma Chancellerie.

Dans ces conditions, la requête de M. X... ne me paraît comporter aucune suite.

Agréez, etc.

Signé : Le garde des sceaux, ministre de la justice. »

Cette façon de classer les affaires suivant leur importance pour l'observation ou non des formes légales, et ceci de la part de la Chancellerie, peut paraître singulière ; de plus, les torts du magistrat sont indéniables, avoués ; mais il promet d'être sage une autre fois, la requête ne comporte donc aucune suite. Quant au demandeur dont le bon droit est reconnu, il n'a qu'à se soumettre aux fantaisies du magistrat, ou bien sa dignité professionnelle étant en jeu à renoncer à obtenir satisfaction.

Cependant il y a lieu de retenir cette indication intéressante, c'est qu'une circulaire de la Chancellerie prescrit en cas de litige d'ordre professionnel que l'expert désigné par le juge de paix soit lui-même docteur en médecine. Il y aura donc lieu, chaque fois qu'un cas analogue se présentera, d'exiger au besoin des juges de paix l'observation de cette règle qui sauvegarde à la fois les intérêts du médecin et sa dignité professionnelle.

A. Herpin.

Note. — Le cas que nous soumet aujourd'hui le docteur Herpin n'est pas isolé. Un procès, actuellement pendant devant le tribunal de la Seine, va trancher la question de savoir si les experts dentistes doivent être simplement dentistes ou bien docteurs en médecine. Ce point de droit médical a été soulevé à la suite d'un jugement de paix du XVIe arrondissement. La Société de médecine légale au cours des séances des 13 janvier, 10 février et 14 avril 1913, a discuté ce sujet. Elle a, sur le rapport des docteurs Cruet et Dervieux, voté des conclusions qui ont été transmises à M. le ministre de la Justice. D'après ces conclusions, les experts dentistes doivent être docteurs en médecine et inscrits sur la liste officielle ; un chirurgien-dentiste diplômé, aux termes de la loi de 1892 et du décret du 21 novembre 1893, ne peut être inscrit sur la liste des experts, car il n'a pas le titre de docteur en médecine.

Si on se reporte aux discussions préparatoires de la loi de 1892, on constate que M. le professeur Cornil fit cette déclaration conforme : « Les docteurs seuls peuvent être désignés comme experts. Nous n'avons pas mentionné les expertises qui peuvent être données à des dentistes, parce que dans les grandes villes qui comptent, comme Paris, des docteurs parmi les dentistes les plus honorables et les plus instruits, il est naturel que les experts dentistes soient choisis parmi eux. »

Il est certain que ces indications précises n'ont point été

suivies, car, parmi les experts dentistes, il y a autant de diplômés que de docteurs dentistes. Cependant depuis environ un an, une circulaire ministérielle a reconnu à un docteur dentiste le droit de choisir un expert ayant le même titre. Le 11 juin 1912, une autre circulaire du ministre de la Justice priait les procureurs généraux près les Cours d'appel de veiller à ce que les expertises concernant les docteurs stomatologistes soient confiées à des docteurs en médecine également spécialisés.

M. Monier, président du tribunal civil, à qui la question a été dernièrement posée, a justifié l'inscription des chirurgiens-dentistes en disant que ceux-ci avaient été commis en tant que mécaniciens, fabricants d'appareils de prothèse, et devaient être appelés à se prononcer en cas de litige sur la valeur de certains appareils au point de vue mécanique. Il faudrait donc alors les classer comme experts spécialistes en appareils de prothèse dentaire, comme il y a des experts spécialistes en appareils de chirurgie.

Quant à savoir si le maintien des experts dentistes non diplômés sur la liste officielle est une illégalité, le jugement qui sera rendu prochainement par la septième chambre nous le dira bientôt.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ARTICLES ORIGINAUX DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 8, août 1913.) SAINTYVES : Un prêtre guérisseur, l'abbé Julio (1844-1912) [14 illustr.]. — M. PILLET : La paralysie générale et la mort de Guy de Maupassant (7 illustr.). — G. DURVILLE : Quelques idées neuves sur l'occultisme dans l'ancienne Égypte (16 illustr.). — RAVARIT : L'énergie du baron Larrey, premier chirurgien de la Garde (4 illustr.). — DOUZANS : La traite des Juifs au Maroc (3 illustr.). — F. REGNAULT : Étude médico-psychologique sur l'œuvre de Wiertz (11 illustr.). — Paul DELMAS : Comment s'est constituée l'ancienne École de médecine de Montpellier (10 illustr.).

Archives générales de médecine. — (Août 1913.) MERMOD : Les hémorragies dans les interventions endolaryngées. — PERPÈRE : Physiothérapie de l'asthme. — ROSENTHAL : La pratique de l'inhalation et la douche d'oxygène chaud goménolé par l'inhalateur clinique universel.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 8, août 1913.) LÉOPOLD-LÉVI : Résultats éloignés de la cure thyroïdienne dans le traitement du rhumatisme chronique. — E. FOISY : Les difformités tardives des membres consécutives aux fractures épiphysaires de l'enfance et de l'adolescence (avec figures et radiographies). — OUIN : Réflexions sur les infections typhoïdes observées dans la 4e région en 1911-1912 suivies du résumé de 14 observations de fièvre paratyphoïde du type B recueillies dans le milieu militaire.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 août 1913.) COURRENT : Étude hydrologique et thérapeutique sur les eaux du bassin de la haute vallée de l'Aude (*suite*).

Clinique. — (N° 31, 1er août 1913.) KIRMISSON : Néoplasme du rein gauche. — LEGUEU : Le choix de l'intervention dans la calculose rénale. — PAUCHET : Pathologie du gros intestin. — (N° 32, 8 août.) TRIBOULET : Traitement de la chorée de Sydenham. — TERRIEN : Du meilleur éclairage de travail

Echo médical du Nord. — (N° 31, 3 août 1913.) DELÉARDE : Le lait desséché dans l'alimentation des nourrissons, ses avantages, son mode d'emploi. — (N° 32, 10 août.) L. INGELRANS : Paralysie des nerfs laryngés inférieurs et rétrécissement mitral. — F. CURTIS et J. VANVERTS : Endothéliome (d'origine lymphatique) de l'utérus, ayant entraîné la bascule complète de l'organe.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 31, 3 août 1913.) M. CHARBONNEL : Des transplantations vasculaires (état actuel). — (N° 32, 10 août.) CASATI DE MONTGOLFIER : Psychopathie à forme paranoïde et auto-intoxication intestinale où les trichocéphales jouèrent un rôle inattendu. Guérison.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 31, 2 août 1913.) R. BENON et P. DENÈS : Manie chronique. — (N° 32, 9 août.) L. FORTINEAU : Recherches biologiques sur les cultures stérilisées de bacille pyocyanique considérées comme moyens curatif et vaccinant contre le charbon.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 31, 3 août 1913.) CREYX : L'empoisonnement par les chaussures noircies à l'aniline.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 août 1913.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Traitement du pied bot par l'ablation de tous les os du tarse. Régénération osseuse chez de jeunes sujets.

Journal de médecine interne. — (N° 24, 30 août 1913.) A.-B. MARFAN : La ration alimentaire de l'enfant au sein.

Journal des praticiens. — (N° 31, 2 août 1913.) Henri CLAUDE : Ophtalmologie totale chez un saturnin. — HUTINEL : L'érythème noueux est-il tuberculeux. — CHAUFFARD : La colique hépatique. — DELBET : Fracture de l'humérus, paralysie radiale. — B. CHALMET : La constipation iléale.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 34, 23 août 1913.) LEMIÈRE : L'enseignement ménager et l'hygiène sociale. — (N° 35, 30 août.) LEMIÈRE : L'enseignement ménager et l'hygiène sociale (*suite et fin*).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 34, 21 août 1913.) Albert DELCOURT : Quelles sont les mesures propres à protéger l'enfance contre l'alcoolisme ? — J. DE MEYER : Aperçu des méthodes modernes d'examen physiologique de l'appareil cardio-vasculaire chez l'homme (*suite*). — (N° 35, 28 août.) Jules STEINHAUS : L'action des rayons X sur les tissus néoplasiques comparativement à celle sur les tissus normaux. — J. DE MEYER : Aperçu des méthodes modernes d'examen physiologique de l'appareil cardio-vasculaire chez l'homme (*suite*).

Lyon médical. — (N° 31, 3 août 1913.) SANTY et DURAND : Tuberculose iléo-cæcale hypertrophique chez une tuberculeuse pulmonaire.

Montpellier médical. — (N° 31, 3 août 1913.) DE ROUVILLE (de Montpellier) : A propos de trois cas de tuberculose annexielle (*suite et fin*). — (N° 32, 10 août.) A. AIMES : L'héliothérapie. — (N° 33, 17 août.) A. AIMES : L'héliothérapie (*suite et fin*). — (N° 34, 24 août.) Paul DELMAS : La scolarité médicale de Montpellier au XVIe siècle. — (N° 35, 31 août.) Paul DELMAS : La scolarité médicale de Montpellier au XVIe siècle.

Progrès médical. — (N° 31, 2 août 1913.) GIROUX et BRIN : Anévrismes artériels périphériques et syphilis. — MAUCLAIRE : Les arthrites blennorragiques.

Province médicale. — (N° 31, 2 août 1913.) H.-L. ROCHER et M. CHARBONNEL (de Bordeaux) : Des épanchements traumatiques intracraniens, à la fois extra et intraduraux (cas personnel). — J. FLORENCE (de Toulouse) : Un signe trompeur dans les traumatismes abdominaux : la contracture de la paroi. — P. RINN et G. THIRY (de Nancy) : Le venin des vipères françaises.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 118. — JEUDI 16 OCTOBRE 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 16 OCTOBRE 1913. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est définitivement composé de MM. Triboulet, Belin, Lardennois, Proust, Auvray, Dujarier, Couvelaire, Aubertin, Gandy, Hallé.

Concours de l'externat. — Notes. — *Anatomie.* — Séance du 13 octobre. — Question donnée : « Artère carotide externe. »

MM. Marassi, 15; Maleysson, 18 1/2; Jarraud, 14; Klébaner et Lier, 16; Murat, 17; Lenferna de la Mothe, 19; Le Coulm, 14; Largeau, 16; Lougnon, 17; Lafont, 18; Mlle Krongold, 17; MM. Ollivier et Juge, 15; Meneau, 18.

Séance du 14 octobre. — Question donnée : « Anatomie des muscles fessiers. »

MM. Tamzali, 14; Thévenot, 16; Mlles Pommay, 17 1/2; Wolff, 17; MM. Vimal-Charrier de Fléchac et Rocheblave, 15; Wiesner, 18 1/2; Prévost (Charles) et Tassin, 17; Pellé, 15; Peltier, 17; Thomé, 19; Roland, 14; Zvibak et Savary, 18 1/2; Walser, 17.

Prochaine séance jeudi 16 octobre, à quatre heures du soir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Les docteurs Julien Tellier et Francisque Martin viennent de mettre à la disposition de l'Académie de médecine de Paris la somme nécessaire pour fonder un nouveau prix de médecine qui portera la désignation de « prix Claude Martin, de Lyon ».

HOSPICE DÉPARTEMENTAL DES VIEILLARDS DE VILLEJUIF. — M. Gustave Roussy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé médecin en chef de ce nouvel hospice, et M. Gilbert Méténier (de Villejuif), médecin adjoint.

MAISON NATIONALE DE SANTÉ. — Un concours pour la nomination à quatre emplois d'interne en médecine à la Maison nationale de santé de Saint-Maurice aura lieu le 17 novembre prochain.

UNE GRÈVE DE MÉDECINS EN ITALIE. — Les médecins de bord de la marine marchande, annonce *Le Temps*, se sont mis en grève pour obtenir les améliorations de situation qu'ils réclamaient depuis longtemps. On craint que cette grève d'un nouveau genre ne retarde le départ de quelques paquebots. Dans le port de Gênes cette grève est soutenue par la fédération nationale des travailleurs de mer. Elle déclare que si les compagnies de navigation engagent des médecins occasionnels, les équipages feront cause commune avec les médecins grévistes et empêcheront les navires de partir. Toutefois on espère que grâce à des interventions puissantes on trouvera un accord possible entre les compagnies et les médecins et que les départs ne seront pas trop retardés.

L'EXERCICE DES PROFESSIONS MÉDICALES AU MAROC. — L'exercice des professions de médecin, pharmacien, sage-femme, n'était soumis jusqu'à présent au Maroc à aucune réglementation. L'augmentation rapidement croissante de la population européenne rendait la situation dangereuse.

L'Association des médecins et pharmaciens de Casablanca, préoccupée de cet état de choses et soucieuse de défendre les intérêts de ses membres, émit un vœu demandant au gouvernement du protectorat de prendre des mesures en vue de préserver la santé publique. Dans plusieurs villes en effet des personnes n'ayant aucun diplôme, n'ayant fait aucune étude préparatoire à l'exercice d'une profession dans laquelle une erreur peut avoir les plus graves conséquences pratiquent librement la médecine ou la pharmacie.

Une circulaire vient d'être soumise à l'approbation du grand vizir et signée par lui ayant pour but de transmettre aux pachas un arrêté municipal sur l'exercice de ces professions. Aux termes de ce règlement, dit *Le Temps*, il est interdit de pratiquer sans une autorisation du pacha, visée par les auto-

RENSEIGNEMENTS

rités du contrôle administratif de sa circonscription. Cette autorisation sera délivrée sur production des diplômes des intéressés et visée par le consul de leur pays d'origine.

A l'effet de ménager la transition, les praticiens étrangers non diplômés qui exerçaient au Maroc depuis au moins cinq ans à la date de la signature du traité de protectorat pourront continuer à exercer leur art. Les contrevenants aux dispositions du nouvel arrêté seront poursuivis conformément à la législation du pays dont ils relèvent.

Il est à remarquer que ce texte ne s'applique qu'aux Européens exerçant les fonctions précitées. Cette particularité s'explique par la difficulté qu'il y aurait à rechercher les nombreux indigènes qui donnent leurs soins aux sujets marocains, et par la répercussion fâcheuse que pourrait avoir dans la masse de la population l'application d'un règlement susceptible de heurter des coutumes fort anciennes.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME. — Un arrêté municipal règle depuis plusieurs années, à Grenoble, l'installation des débits de boissons. Depuis 1905, les rideaux opaques des devantures sont interdits aussi bien que les arrière-salles de cabarets.

De nouveaux débits ne peuvent s'ouvrir dans un périmètre de 200 mètres autour des monuments publics.

Cette réglementation a déjà fait disparaître un grand nombre d'établissements interlopes.

On va encore augmenter les mesures de répression contre les débits de ce genre : désormais ils ne pourront employer des servantes âgées de moins de dix-huit ans, et les patrons seront responsables des amendes encourues par les bonnes surprises assises à côté des clients ou postées sur le pas de la porte.

L'INSTITUT DE BACTÉRIOLOGIE DU TONKIN. — Par arrêté du gouverneur général, le laboratoire d'hygiène de l'Indochine et le laboratoire de bactériologie et institut antirabique du Tonkin sont fusionnés en un seul service qui prend le nom d'« Institut d'hygiène et de bactériologie du Tonkin ».

P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Louis Merck (de Darmstadt), chef de l'importante maison R. Merck, à laquelle il avait donné depuis quinze ans un essor si considérable.

CONFÉRENCES THÉORIQUES ET PRATIQUES D'ÉLECTROLOGIE, DE RADIOLOGIE ET DE RADIUMLOGIE. — La Société des médecins chefs des laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris organise deux fois par an, en novembre et en mai, une série de conférences théoriques et pratiques d'électrologie, de radiologie, de radiumlogie, d'une durée d'un mois.

La première série aura lieu du 3 novembre au 2 décembre 1913, à l'amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital.

La conférence inaugurale sera faite le 3 novembre, à 4 h. 30, sous la présidence de M. André Mesureur, chef du service de la direction de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, par M. le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine.

PROGRAMME. — I. *Partie théorique* (à l'amphithéâtre de la Pitié). — 1° ELECTROLOGIE. — *Novembre.* — Lundi 3, 5 h. 30 : M. Bourguignon. Généralités sur l'énergie électrique. Ses modalités. Ses mesures.

Mardi 4, 4 h. 30 : M. Maingot. Le courant continu. Phénomènes électrolytiques ; — 5 h. 30 : M. Baudon. Le courant faradique. L'électricité statique.

Mercredi 5, 4 h. 30 : M. Lebon. Courants de haute fréquence. D'Arsonvalisation (applications générales et locales, diathermie, effluves) ; — 5 h. 45 : M. Huet. Exploration des réactions électriques des nerfs et des muscles. Indications fournies par l'état de ces réactions pour le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Jeudi 6, 4 h. 50 : M. H. Béclère. Cryothérapie ; — M. Lobligeois. Thermoluminothérapie ; — 5 h. 45 : M. Bourguignon. Electrodiagnostic. Electrophysiologie générale.

Vendredi 7, 4 h. 30 : M. Delherm. Affections du système nerveux central. Névroses ; — 5 h. 30. M. Bourguignon. Affections du neurone moteur périphérique.

Samedi 8, 4 h. 30 : M. Albert-Weil. Affections du neurone sensitif. Troubles vaso-moteurs et trophiques. — 5 h. 45 : M. Laquerrière. Affections gynécologiques.

Lundi 10, 4 h. 30 : M. Maingot. Maladies générales et de la nutrition ; — 5 h. 45 : M. Lebon. Maladies de l'œsophage et de l'estomac.

Mardi 11, 4 h. 30 : M. Delherm. Maladies de l'intestin (lavement électrique, etc.) ; — 5 h. 45 : M. Belot. Maladies de la peau.

Mercredi 12, 4 h. 30 : M. Chicotot. Maladies de la peau ; — 5 h. 45 : M. Lomon. Maladies des voies urinaires.

Jeudi 13, 4 h. 30 : M. Pestel. Affections chirurgicales ; — 5 h. 45 : M. Bonniot. Appareil circulatoire.

Vendredi 14, 4 h. 30 : M. Laquerrière. L'électroradiologie dans les accidents du travail.

2° RADIOLOGIE. — *Novembre.* — Vendredi 14, 5 h. 45 : M. Ehrmann. Origines et propriétés des rayons X.

Samedi 15, 4 h. 30 : M. Lomon. Ampoules et soupapes ; — 5 h. 45 : M. Aubourg. Transformateurs électriques. Du choix d'une installation de rayons X.

Lundi 17, M. Jaugeas. 4 h. 30 : Technique générale de la radioscopie ; — 5 h. 45 : Technique générale de la radiographie.

Mardi 18, 4 h. 30 : M. Charlier. Radiodiagnostic des corps étrangers ; — 5 h. 45 : M. Legros. Crâne. Os et articulations en général.

Mercredi 19, 4 h. 30 : M. Calvé (de Berck). Tuberculose. Tumeurs ostéo-articulaires et lésions non traumatiques des os ; — 5 h. 45 : M. J. Belot. Face. Dents.

Jeudi 20, 4 h. 30 : M. Maingot. Appareil respiratoire ; — 5 h. 45 : M. Lebon. Appareil circulatoire. Médiastin.

Vendredi 21, 4 h. 30 : M. Desternes. Œsophage. Estomac normal ; — 5 h. 45 : M. Barret. Estomac pathologique.

Samedi 22, 4 h. 30 : M. Aubourg. Radiodiagnostic des lésions de l'intestin ; — 5 h. 45 : M. Delherm. Radiodiagnostic de la grossesse ; — M. Bouchacourt. Radiopelvimétrie.

Lundi 24, 4 h. 30 : M. J. Belot. Appareil urinaire ; — 5 h. 45 : M. Albert-Weil. Technique de la radiothérapie. Action biologique des rayons de Röntgen.

Mardi 25, 4 h. 30 et 5 h. 45 : M. J. Belot. Radiothérapie des affections cutanées.

Mercredi 26, 4 h. 30 : M. Beaujard. Organes hématopoïétiques ; — 5 h. 45 : M. Laquerrière. Radiothérapie en gynécologie.

Jeudi 27, 4 h. 30 : M. Delherm. La radiothérapie dans les affections du système nerveux et des glandes à sécrétion interne ; — 5 h. 45 : M. R. Ledoux-Lebard. La radiothérapie des tumeurs malignes.

Vendredi 28, 4 h. 30 : M. H. Béclère. Hématologie en radiothérapie ; — 5 h. 45 : M. Bouchacourt. Endoradiologie. Foie. Rate.

3° RADIUMLOGIE, PHOTOTHÉRAPIE, HÉLIOTHÉRAPIE. — *Novembre.* — Samedi, 29, 4 h. 30 : M. R. Ledoux-Lebard. Les substances radioactives. Leurs propriétés physiques et biologiques ; — 5 h. 45 : M. Haret. Appareils et technique.

Décembre. — Lundi 1er, 4 h. 30 : M. R. Ledoux-Lebard. Radiumthérapie profonde ; — 5 h. 45 : M. Haret. Radiumthérapie superficielle.

Mardi 2, 4 h. 30 : M. Gastou. Héliothérapie. Finsenthérapie. Actinothérapie.

II. *Partie pratique.* — Les démonstrations pratiques d'électrologie, de radiologie, de radiumlogie, de photothérapie, etc., auront lieu le matin dans les laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris. (Les auditeurs seront répartis, par séries de dix au plus, dans les divers hôpitaux. La répartition sera faite à l'issue de la conférence du lundi 3 novembre.)

Pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser à M. le docteur Delherm, hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital, Paris XIIIe, ou à M. le docteur Aubourg, hôpital Boucicaut, 62, rue de la Convention, Paris XVe.

LA VALEUR ACTUELLE DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

DANS LE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par M. Louis RÉNON,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Necker,
Membre titulaire de l'Association internationale
contre la tuberculose.

La méthode de Forlanini, après des débuts difficiles, a bénéficié de l'amélioration de la technique opératoire et du contrôle donné par les rayons X. Aussi est-elle très répandue à l'heure actuelle. La littérature médicale comptait, le 30 août 1913, plus de 440 publications sur le sujet (1). On peut donc déjà se faire une idée de la valeur de la méthode et discuter ses résultats.

Je ne parlerai pas des complications opératoires du pneumothorax artificiel, car ces complications n'existent plus. L'appareil de Küss, si bien imaginé pour laisser le malade aspirer lui-même le gaz compressif, le mode opératoire de cet auteur, si sûr avec son ingénieux trocart à mandrin, ne permettent pas d'insuffler le gaz dans d'autres régions que dans la plèvre. Nous ne connaissons pas, en France, l'embolie gazeuse; aucun des auteurs français qui utilisent l'appareil et la technique de Küss n'a eu à déplorer le moindre incident. L'aiguille que j'ai fait construire moi-même donne toute sécurité pour les réinsufflations.

Actuellement, le seul point vraiment intéressant à discuter est le suivant : la méthode de Forlanini a-t-elle une action sérieuse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire? Peut-elle enrayer la maladie et la guérir?

Sans doute, il est encore difficile de donner une réponse définitive à cette question, car les cas traités ne sont nullement comparables les uns aux autres, les indications de traitement n'étant pas les mêmes pour tous les auteurs. Tandis que les uns ne consentent à intervenir que dans les cas strictement unilatéraux et quand les lésions sont relativement peu avancées, les autres, au contraire, ne veulent opérer que dans les cas les plus graves, désespérés même; certains n'hésitent pas à ne pas tenir compte des lésions encore minimes du côté opposé. Cependant, malgré cette difficulté générale d'appréciation, il est possible déjà, d'après la lecture des travaux publiés et surtout d'après mon expérience personnelle, de dégager quelques résultats.

Je suis d'accord avec tous les auteurs pour admettre l'extraordinaire action d'arrêt de la médication sur certaines tuberculoses aiguës qui poursuivent sans relâche leur marche fatale (2). L'amélioration immédiate dépasse même parfois toutes les prévisions et l'on semble assister à la résurrection du malade. Mais il est rare que le résultat persiste longtemps. Outre l'apparition d'un épanchement pleural qui est presque la règle, on peut voir au bout d'un mois, deux mois, six mois, une poussée évolutive se développer du côté opposé ; tout est alors remis en question. Cependant on a gagné du temps, et parfois un temps précieux.

Les résultats éloignés sont donc, en général, moins bons que les résultats immédiats. Je ne parle pas de guérisons, car le nombre des guérisons est infime comparé au nombre de malades traités. Au mois de mai dernier, en groupant, dans différentes statistiques, 341 cas traités, j'ai noté 1 cas guéri sur 12 (1). D'après d'autres travaux, ce chiffre est certainement exagéré. D'après d'autres auteurs, il serait au-dessous de la vérité. Zink, dans une statistique parue il y a quelques jours et portant sur 110 cas personnels, a observé 31 cas favorables. Dans 9 cas, le pneumothorax n'est plus entretenu depuis longtemps; dans 22 cas, les malades conservent leur poumon comprimé, mais vaquent à leurs occupations habituelles. « Dans 6 de ces cas, on peut vraisemblablement escompter un résultat durable. Il est difficile de dire si la guérison apparente déjà obtenue continuera. Mon expérience passée ne peut rien affirmer à cet égard. Toutefois les malades se réjouissent actuellement de la pleine activité due à leur excellent état général (2). » Dans cette brillante statistique, il s'agit donc surtout d'améliorations. Je suis tout à fait de l'avis de Léon Bernard constatant des survies parfois étonnantes plutôt que des guérisons réelles, et disant : « Il n'existe, il faut l'avouer, qu'un nombre relativement minime de malades complètement guéris (3). »

La raison de la médiocrité des résultats éloignés du pneumothorax artificiel tient aux complications qui obligent à abandonner la méthode dans beaucoup de cas. Sur 22 cas personnels bien étudiés aux rayons X, strictement unilatéraux dans 15 cas et relativement unilatéraux dans 7 cas, j'ai dû abandonner la médication dans 14 cas dont 12 se sont terminés par la mort. Celle-ci fut due une fois à une pleurésie purulente, 2 fois à une entérite tuberculeuse et 9 fois à une poussée évolutive du côté opposé ayant progressé rapidement jusqu'à la mort et compliquée 3 fois d'entérite tuberculeuse. Je ne parle pas des épanchements séreux de la plèvre, car ceux-ci sont survenus 14 fois, soit dans les deux tiers des cas. Le liquide pleural contenait dans 9 cas des bacilles de Koch après centrifugation; dans 5 cas, des cobayes inoculés avec le liquide pleural ont succombé à la tuberculose expérimentale. Au point de vue pronostic, l'épanchement séreux de la plèvre ne m'a pas paru avoir une très grande impor-

(1) *Internat. Centralbl. f. die gesamte Tuberculose-Forschung*, 30 août 1913, p. 601. — Cette bibliographie comprenait, le 30 août 1913, 427 travaux sur le pneumothorax artificiel, mais elle n'était pas complète. J'ai dans mes notes 13 publications qui n'y sont pas mentionnées.

(2) Louis Rénon. Action d'arrêt du pneumothorax artificiel sur l'évolution de quelques tuberculoses aiguës, *Congrès intern. espagnol de la tuberculose*, Saint-Sébastien, sept. 1912.

(1) Louis Rénon. Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, *Journ. des prat.*, 3 mai 1913, p. 277.

(2) Zink. 110 Fälle von künstlichen Pneumothorax und die daran gemachten Beobachtungen, *Beitr. z. Klin. der Tuberk.*, Bd XVIII, heft oct. 1913, p. 221.

(3) Léon Bernard. *Le Pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*, Paris 1913, p. 37 et 86.

tance; il permet, en général, d'espacer les réinsufflations, et, s'il demande à être surveillé de très près, il n'empêche parfois pas, à lui seul, l'amélioration de se maintenir et quelquefois de continuer.

La poussée évolutive du côté sain est certainement la complication la plus grave du pneumothorax artificiel. Elle me paraît plus fréquente que ne le disent la plupart des auteurs. Je suis tout à fait d'accord avec J. Sorgo exposant dans une intéressante discussion que, contrairement à l'opinion admise jusqu'ici, le pneumothorax artificiel a souvent une action défavorable sur l'état de l'autre poumon dans les cas sévères de phtisie fébrile progressive et aussi dans les cas légers quelques mois après l'établissement du pneumothorax (1). Mon expérience personnelle me permet de trouver un peu excessive l'affirmation de R. Burnand déclarant que « le pneumothorax artificiel n'influence pas considérablement l'état du poumon symétrique » et que les accidents observés de ce côté paraissent être dus à des insufflations « trop brutales et dyspnéisantes » (2). Chez mes malades, il n'y a eu aucune faute de technique; les insufflations ont été faites très régulièrement, selon les indications constantes de la radioscopie et de la radiographie et avec des pressions qui n'ont été positives qu'à la troisième ou quatrième insufflation, car je suis partisan des pressions modérées (3), convaincu que les fortes pressions ne peuvent décoller les adhérences tenaces des sommets. D'ailleurs, mes malades n'ont présenté jamais ni dyspnée, ni signe quelconque du côté de l'appareil respiratoire au cours des insufflations. Ces poussées évolutives se sont produites chez des malades d'hôpital comme chez des malades de ville; mais elles ont été plus fréquentes chez les premiers que chez les seconds. Dans un cas, la grippe a eu une action prédisposante évidente.

Si la pathogénie de ces poussées évolutives reste encore obscure, leur existence est démontrée d'une manière indiscutable par l'anatomie pathologique. Dans deux de mes cas, l'autopsie, pratiquée quarante-six et cinquante jours après la dernière insufflation, fit voir l'envahissement des deux poumons par un processus tuberculeux aigu. Les sommets du côté traité étaient si adhérents que seul le couteau a pu les libérer. De l'étude histologique très minutieuse des lésions, nous avons pu conclure que le pneumothorax n'avait eu d'action que sur les parties du poumon indemnes, en réduisant le champ ouvert à de nouveaux ensemencements et qu'il n'avait pas modifié les parties déjà altérées. « Le pneumothorax, disions-nous, nous paraît avoir surtout pour résultat de restreindre le champ d'ensemencement pulmonaire offert aux colonies bacillaires issues du ou des premiers foyers tuberculeux. Il modifie peu ou pas ces foyers primaires et ne diminue pas le danger des ensemencements à partir de ces foyers à destination de l'autre poumon et des autres organes (1). » Sans doute, ces conclusions n'ont de valeur que pour deux cas, dont l'un a été insufflé pendant cinq semaines et l'autre pendant deux mois et demi. Mais dans un cas de H. Dufour et J. Thiers, l'autopsie fut pratiquée dix mois après le début des insufflations, la mort étant due à l'extension de la tuberculose au côté sain et au côté comprimé (2). Dans ces trois cas, les cavernes ne s'étaient point affaissées sous l'influence de la compression gazeuse. Il en a été de même dans le cas de Mongour et Leuret, où le poumon sain fut envahi par une poussée évolutive postérieure à la cure (3).

Si le pneumothorax artificiel n'empêche pas la tuberculose de se développer dans le poumon sain et dans le poumon comprimé, il ne paraît guère avoir d'action préventive sur l'éclosion et la germination de la tuberculose, ainsi qu'il résulte des expériences de H. Schur et de S. Plaschkes chez les lapins (4). Ces auteurs, après avoir pratiqué un pneumothorax artificiel unilatéral chez ces animaux, les ont inoculés de tuberculose, soit par voie intraveineuse, soit par voie intratrachéale. Après l'injection intraveineuse, la tuberculose s'est développée d'une manière plus intense dans le poumon comprimé que dans le poumon non comprimé. Après l'injection intratrachéale, les deux côtés ont été également pris. La compression pulmonaire, les modifications de la circulation et de l'aération de l'organe n'ont eu aucune influence sur le début du processus tuberculeux. Ces animaux, ayant succombé quatre semaines et demi après l'établissement du pneumothorax, n'ont présenté aucune trace de sclérose au niveau des parties comprimées. Dans les deux autopsies que nous avons rapportées avec E. Géraudel, nous avions observé la même absence de sclérose.

Tous ces faits, qui expliquent l'insuccès éloigné de la méthode de Forlanini dans beaucoup de cas, ne concordent pas avec l'opinion des auteurs qui soutiennent l'existence de la guérison anatomique du poumon tuberculeux par sclérose, après sa compression par le pneumothorax artificiel. D'autres recherches paraissent nécessaires pour élucider complètement cette grande et primordiale question de principe. D'ailleurs nous sommes encore mal fixés sur les raisons de l'action favorable, évidente et indiscutable, exercée cliniquement dans certains cas par le pneumothorax artificiel dans les premiers jours ou dans les premières semaines de son emploi.

(1) J. Sorgo. *K. K. Gesell. der Aertze in Wien*, 30 mai 1913; — *Wien. klin. Woch.*, 1913, n° 23, p. 953.

(2) R. Burnand. Comment se comporte le poumon opposé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel, *Presse méd.*, 10 sept. 1913, p. 744.

(3) Louis Rénon. Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, *Journ. des prat.*, 7 juin 1913, p. 355.

(1) Louis Rénon et E. Géraudel. Etude des lésions tuberculeuses dans deux cas traités par le pneumothorax artificiel, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 juillet 1913, p. 203.

(2) H. Dufour et J. Thiers. Résultats obtenus au bout de dix mois de pneumothorax artificiel, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1913, n° 27, p. 243.

(3) Mongour et Leuret. Mort et autopsie d'un tuberculeux traité par la méthode de Forlanini, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 23 fév. 1913, n° 8, p. 90.

(4) H. Schur et Plaschkes. Experimentelle Studien zur Pneumothoraxbehandlung. In welcher Weise beeinflusst der einseitige Pneumothorax das Entstehen tüberkulöser Erscheinungen nach intravenöser und intrachealer Infection, *Zeit. f. experim. Pathol. und Therapie*, 1913, Bd XIII, heft 3, et *Wiener klin. Woch.*, 1913, n° 24, p. 966.

Agit-il, comme nous l'avons soutenu avec E. Géraudel, en empêchant mécaniquement l'extension des lésions? C'est possible et même probable, car on sait que, dans les infections aiguës du poumon, les phénomènes de thrombose alvéolaire prédominent; en annulant par la compression les cavités alvéolaires, on restreint *ipso facto* le processus inflammatoire. Son action est-elle due à un phénomène physico-chimique encore inconnu? La nature du gaz compressif a-t-elle, par elle-même, une importance? Obtient-on avec l'azote des résultats qui seraient différents avec tout autre gaz? Il est impossible de le dire actuellement.

* * *

Au point de vue pratique, il est certain qu'il existe une limite à l'action du pneumothorax artificiel quand, il est décidé et établi, car on ne sait jamais, au début du traitement, s'il pourra être continué et s'il donnera un résultat satisfaisant. Cette limite d'action est-elle définitive et tient-elle à un vice rédhibitoire de la méthode? Est-elle, au contraire, provisoire? Peut-elle disparaître avec les progrès du pneumothorax artificiel et avec une meilleure utilisation des indications thérapeutiques? La question vaut la peine d'être discutée.

Bien entendu, je n'envisage ici le problème que d'une manière générale, sans tenir compte du faible nombre de cas justiciables du pneumothorax, puisque de l'avis de tous les phtisiothérapeutes, il s'agit d'un traitement d'exception. Si la compression absolue et complète du poumon malade est la raison essentielle d'être du pneumothorax artificiel, ce résultat sera rarement obtenu, puisque dans les quatre autopsies mentionnées dans ce travail, les adhérences du sommet pulmonaire ont résisté à la pression des doigts et n'ont pu être sectionnées qu'avec le couteau, les cavernes restant béantes à la coupe. Aucune compression gazeuse, exercée même avec les pressions les plus élevées, n'aurait pu rompre ces adhérences. Ce cas se produira souvent et le pneumothorax sera incomplet, car nous n'avons aucun moyen sûr de savoir s'il existe des adhérences aux sommets pulmonaires et si ces adhérences seront réductibles ou non; ni l'examen sthétoscopique, ni la radioscopie, ni la radiographie ne peuvent renseigner sûrement à cet égard. Pour ne pas courir le risque de traiter un cas de caverne avec des adhérences irréductibles, il faudrait se résigner à ne traiter aucune caverne. Et cependant, théoriquement, la caverne isolée, incurable, présente l'indication thérapeutique maxima; dans deux cas où les adhérences ont pu se rompre totalement, j'ai obtenu un excellent résultat. Il ne faudrait donc pratiquer le pneumothorax artificiel que sur des cas légers. Malgré l'innocuité de la méthode, je ne consentirais jamais à traiter un cas léger, capable de guérir par les moyens habituels. J'approuve complètement les conclusions de H. Schur et S. Plaschkes, qui, après l'exposé de leurs expériences et de leurs observations cliniques portant sur 50 malades, déclarent : « Il n'y a pas indication à faire le pneumothorax artificiel dans les cas légers qui ne s'accompagnent pas d'une altération sérieuse de l'état général (1). » Si l'on traitait les cas légers, si nombreux fussent-ils, il serait impossible de faire la preuve de l'action curative de la méthode, puisque ces cas pourraient guérir par le simple repos et la cure d'air.

Quand, dans le cas de caverne traitée par le pneumothorax, la persistance de l'expectoration, les signes sthétoscopiques et les rayons X montrent le non-affaissement de la caverne, il y aura mieux à faire que de continuer un traitement inutile. D'autres méthodes thérapeutiques pourront être proposées, notamment la thoracoplastie, le décollement pleuro-pariétal préconisé par Tuffier dès 1892, et amélioré récemment par cet auteur, et le plombage à la paraffine. En décollant la plèvre pariétale, Tuffier a pu avec succès comprimer et immobiliser le sommet du poumon par une greffe de tissu adipeux conservé au cold storage depuis quarante-huit heures (2). Ces nouvelles méthodes méritent toute l'attention des phtisiothérapeutes.

On pourrait peut-être aussi reculer la limite d'action du pneumothorax artificiel et diminuer la prédisposition du côté opposé aux poussées évolutives par des mesures préventives. Il faudrait exagérer la prophylaxie anti-infectieuse vis-à-vis des malades traités, il faudrait les isoler des autres tuberculeux pour diminuer le risque de la supertuberculisation et le danger de la grippe intercurrente. Peut-être le pneumothorax artificiel ne devrait-il être pratiqué que dans les cures d'air, et non en ville et dans les hôpitaux. Peut-être l'association du pneumothorax artificiel et de l'héliothérapie, pratiquée avec succès par Hervé (de Lamotte-Beuvron), sera-t-elle capable d'améliorer le pronostic tardif de cette médication.

Malgré la limite d'action du pneumothorax artificiel, bien que les résultats éloignés soient encore très discutables, l'existence d'améliorations temporaires certaines dans les cas graves d'une maladie dont le traitement est aussi décourageant que celui de la tuberculose ne doit pas faire rejeter actuellement cette méthode de la thérapeutique antituberculeuse. C'est souvent un pis aller qu'on est heureux encore d'avoir à sa disposition en attendant mieux. Avec l'appareil et la technique opératoire de Küss, la méthode est inoffensive. Mais on ne doit la considérer dans la plupart des cas que comme une médication palliative, dont l'action est assez analogue à l'effet de la chirurgie dans le cancer, en faisant toutefois cette réserve que la tuberculose guérit parfois spontanément, tandis que le cancer ne guérit jamais. L'une et l'autre méthode n'ont aucune action spécifique; elles guérissent toutes les deux les malades dans des cas rares; elles arrêtent la maladie dans des cas plus nombreux, et elles soulagent dans un assez grand nombre de cas.

Il y a neuf mois, j'ai donné la formule qui me paraît le mieux répondre à la réalité des faits; le pneumothorax artificiel permet de gagner du temps. « Gagner du temps, gagner quelques semaines,

(1) H. Schur et S. Plaschkes. Zur Indikationstellung der Pneumothoraxbehandlung bei Lungentuberkulose, *Wien. klin. Woch.*, n° 24, 12 juin 1913, p. 967.

(2) Tuffier. *Soc. de chir. de Paris*, 4 juin 1913, p. 908.

gagner quelques mois, voire même quelques années; tel est à l'heure actuelle le but réellement pratique du pneumothorax artificiel (1). »

Les considérations que je viens d'exposer sur la valeur actuelle du pneumothorax artificiel me paraissent devoir être résumées dans les conclusions suivantes :

1° Le pneumothorax artificiel, pratiqué avec l'appareil et la technique de Küss, est une opération facile et sans danger.

2° Les indications sont encore difficiles à préciser. En dehors de quelques tuberculoses unilatérales à marche aiguë, l'indication de choix semble encore être la caverne isolée qui ne cesse de s'étendre en infectant et en intoxicant l'organisme. Le pneumothorax pourra être complété par la thoracoplastie et par le décollement pleuro-pariétal, si les adhérences sont irréductibles.

3° Il ne faut demander au pneumothorax artificiel que ce qu'il peut donner réellement, c'est-à-dire un retard dans l'évolution de la maladie, quelquefois même un arrêt de celle-ci. Il fait gagner du temps. Son action retardatrice paraît ressembler à celle de la chirurgie palliative dans le cancer.

4° Le pneumothorax artificiel est un traitement d'exception. C'est aussi une médication provisoire, utilisable jusqu'au jour où la thérapeutique antituberculeuse aura fait des progrès sensibles; elle disparaîtra vraisemblablement d'elle-même à ce moment.

XXVIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 6 au 11 octobre 1913 (2).

TROISIÈME QUESTION

LE TRAITEMENT DES PLAIES DU CRANE PAR PETITS PROJECTILES

Discussion.

Le résumé des rapports fut suivi de nombreuses communications fort intéressantes, mais, à part trois ou quatre orateurs, les opinions exprimées concordaient avec celles exprimées par les rapporteurs.

Sans suivre l'ordre de la discussion, pour plus de clarté, nous parlerons d'abord de ce qui a été dit de la pratique dans la chirurgie de guerre, ensuite de la pratique civile, enfin des méthodes techniques de la recherche des balles dans le crâne.

Trois orateurs seulement nous parlent des plaies du crâne dans la chirurgie de guerre.

M. Willems (de Gand) a fait partie des hôpitaux serbes pendant la guerre des Balkans, à Belgrade et à Uskub. Ainsi qu'on l'avait préconisé déjà dans la guerre du Transvaal et la guerre russo-japonaise, il a vu appliqué le système des évacuations en masse sur l'arrière, sans pratiquer d'intervention dans les formations sanitaires de l'avant. Cette abstention systématique avant une évacuation qui peut se faire attendre deux, trois, quatre jours et plus, si elle réussit pour les plaies de poitrine et de l'abdomen, est-elle à recommander pour les plaies du crâne ? Il le pense et n'en a pas vu d'inconvénients.

Aux ambulances est réservé un rôle de pansement et désinfection, de triage des malades et organisation des évacuations.

Il propose, comme mesure prophylactique de l'infection des plaies du crâne, de faire porter aux hommes les cheveux coupés très ras, et au besoin de badigeonner le cuir chevelu de teinture d'iode avant les engagements.

M. Le Fort (de Lille), qui a pu visiter les hôpitaux de Serbie et Bulgarie pendant la guerre balkanique, est d'un avis opposé. Il arrive dans les formations de l'arrière des plaies du crâne avec de grosses infections, suppurantes, des méningo-encéphalites. On a, dit-il, l'impression qu'on pourrait faire plus au début, et on regrette cette abstention. Il croit qu'on éviterait beaucoup de cas de mort en intervenant plus tôt. Si pour toute la chirurgie de guerre il faut être résolument abstentionniste dans les formations de l'avant, il n'en est pas de même pour les plaies du crâne, non pas au poste de secours, mais à l'ambulance ; il faut faire des opérations de débridement du crâne et drainer. Dans les formations de l'arrière, il est trop tard.

M. le professeur Delorme combat l'opinion de M. Willems. Beaucoup de chirurgiens d'armée pensent que ces évacuations en masse sont préjudiciables pour les blessés. Cette évacuation n'est qu'un pis aller. Il ne faut pas croire que, même en France, elle s'exécuterait rapidement et les blessés n'arriveraient souvent aux hôpitaux de l'arrière qu'au bout de huit, dix, quinze, vingt jours. Les routes, les chemins de fer seront encombrés par le ravitaillement des troupes en munitions et alimentation. Les blessés passeront après. Dans un but d'humanité on doit traiter certains blessés à proximité du champ de bataille.

« Ainsi que M. Billet l'a mis en relief dans son rapport, les plaies tangentielles du crâne sont de ce nombre. Elles devront être traitées dans les ambulances immobilisées. Dans la guerre des Balkans, les formations sanitaires de l'avant étaient insuffisantes, le personnel chirurgical nul. Il n'en sera pas de même chez nous où les ambulances possèdent un matériel suffisant, un personnel chirurgical entraîné et dévoué. »

Quant à l'idée de faire la prophylaxie de ces infections par le nettoyage du cuir chevelu, M. Delorme la juge irréalisable. Le soldat en campagne, couché, campant dans la boue et les fossés, de longues heures, remuant la terre pour faire des retranchements, est forcément sale.

M. Billet, rapporteur, remercie M. Delorme d'avoir pris la défense des conclusions de son rapport. Il fait remarquer qu'il ne faut pas croire que la chirurgie pratiquée dans les ambulances et hôpitaux de campagne est stérile. Prenant les chiffres de la pratique civile cités par M. Demoulin et ceux de la chirurgie de guerre, il constate que si les morts primitives s'élèvent à 55 p. 100 par les armes de guerre, contre 50 p. 100 pour les revolvers de la pratique civile, au lieu de 25 p. 100 de mortalité secondaire, on ne trouve que 15 à 18 p. 100 de mortalité chez les malades traités dans les hôpitaux de campagne.

Le jeudi, M. Laurent (de Bruxelles) a fait une communication accompagnée de projections et présentations de pièces sur les enseignements de la guerre des Balkans, au point de vue de la chirurgie d'armée. Les blessures les plus nombreuses sont dues, selon lui, aux balles de fusil, les plus effroyables et les plus dangereuses aux projectiles de shrapnells.

Au point de vue du traitement, il conclut nettement en faveur de l'intervention précoce et préconise l'installation d'ambulances avec tout le matériel nécessaire, y compris les appareils de radioscopie, aussi près que possible de la ligne de feu.

(1) Louis Rénon. Valeur théorique et valeur pratique du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, *Acad. de méd.*, 21 janvier 1913.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, nos 114, p. 1773; 115, p. 1791, et 117, p. 1825.

Arrivons maintenant à la discussion du rapport de M. Demoulin.

M. le professeur LEJARS se rattache complètement à ses conclusions. Il ne faut pas suivre dans la pratique civile la même conduite que dans la chirurgie d'armée. Les conditions de milieu ne sont pas les mêmes.

« Il y a une règle absolue : il faut débrider toute plaie du crâne par arme à feu, quelle que soit cette plaie, quel que soit l'état du blessé. Il y a des cas bénins en apparence où le malade ne présente aucun symptôme et où il a une plaie pénétrante du cerveau avec esquilles et qui mourra d'infection si on ne l'opère pas. La trépanation préventive est un bien gros mot pour une petite opération qui est limitée et se fait petit à petit. On déterge la plaie, on draine avec un drain sans tamponner, un point, c'est tout. La recherche de la balle n'est pas le but de l'opération. Quelquefois on la trouve enchâssée dans l'os sans rupture de la table interne, en la retirant on risquerait de briser cette dernière, il vaut mieux la laisser.

On ne doit pas rechercher la balle dans le cerveau. Parfois, même si la dure-mère est trouée, la balle est tombée entre la dure-mère et le crâne et a filé en dessous. On peut en décollant un peu la dure-mère vers le bas la sentir et la retirer. En tout cas il faut toujours beaucoup ménager la dure-mère si on ne veut pas avoir de hernie cérébrale.

Si la balle est dans le cerveau on ne doit pas la chercher, j'ai cherché avec le cathéter mou (Terrier) et je ne l'ai jamais trouvée, dans un cas seulement j'ai trouvé une esquille. »

M. Lejars appelle l'attention sur les plaies basses de la région temporale, juste au-dessus de l'apophyse zygomatique, qui amènent une cécité double par section des nerfs optiques.

« Ici l'intervention est difficile à cause de la profondeur de la plaie cranienne. J'opère cependant dans ces cas avec une large incision et section du temporal.

Pour l'extraction tardive des balles, les indications varient. On ne doit intervenir que si on peut localiser avec précision la balle. Les moyens complexes de localisation sont bien nombreux pour être bons. J'ai trouvé trois balles avec deux radiographies simples en deux plans perpendiculaires. Dans le troisième cas j'ai eu une plaie du sinus latéral et pour l'arrêter laissé quatre jours à demeure deux grosses pinces de Kocher prenant à la fois le sinus et la paroi cranienne. »

M. DOYEN (de Paris) se rallie aux conclusions du rapporteur. Il est partisan de la trépanation préventive. Il la pratique au moyen d'une pince en gouge puissante avec anneaux pour les doigts qu'il présente et qui est d'un maniement bien meilleur que la pince en gouge ordinaire. Il faut faire le drainage et non le tamponnement.

M. IMBERT (de Marseille) a eu à soigner vingt-deux blessés par coups de revolver, tous à balle de plomb; il n'a pas vu de plaies de browning; la moitié était due à des suicides, l'autre à des attentats.

Pour les plaies de la voûte il est un interventionniste convaincu alors que l'intervention n'est pas de mise dans les plaies de la base, de l'orbite, de l'œil.

Sur ses vingt-deux malades il en a opéré neuf immédiatement. Les autres étaient dans des conditions telles que l'intervention était impossible (suicidés, un typhique qui s'était blessé avec un revolver, etc.).

« Il faut intervenir pour prévenir l'infection. Dans aucun cas il ne s'agissait de plaies de part en part.

Sur neuf cas j'ai trouvé cinq fois la balle à une très courte distance. L'infection du trajet de la balle n'existe pas toujours, mais celle de l'orifice d'entrée existe toujours.

Les signes fonctionnels manquent souvent, le malade est dans le coma ou dans le délire chez les alcooliques, ou parfois le malade ne présente aucun signe et vient simplement demander un pansement. Les esquilles sont très nombreuses, j'en ai toujours trouvé du côté de la table interne. La hernie cérébrale est une grave complication opératoire et toujours résulte d'infection.

L'intervention est simple. Les fractures par contact sont rares. Il y a un orifice d'entrée. On le circonscrit par un lambeau. On agrandit l'orifice osseux, enlève les esquilles. On cherche le projectile ou en dehors du crâne, ou dedans, au-dessous de l'orifice d'entrée.

On se trouve parfois dans une circonstance particulière : la dure-mère est intacte et on n'a pas trouvé la balle. Si elle n'a pas glissé entre la paroi et la dure-mère il faut ouvrir la dure-mère, la balle l'a perforée autre part. On la trouvera parfois tout près. »

M. AUVRAY (de Paris) considère que l'intervention précoce, préventive, s'impose dans tous les cas. Cette manière de voir n'est pas admise par tous les chirurgiens, même en France, malgré les discussions de la Société de chirurgie qui ont mis en évidence la supériorité de cette méthode. On se base sur la petitesse de l'orifice d'entrée du projectile et souvent aussi sur la conservation parfaite de l'état général du sujet, sa lucidité, l'absence de tout phénomène nerveux, pour ne pas intervenir. Or ces plaies, si petites soient-elles, doivent être considérées comme septiques, et le but de l'opération est d'abord d'assurer un bon drainage du foyer de fracture et de contusion cérébrale, de prévenir les accidents septiques. De plus, l'ablation des esquilles, corps étrangers, caillots, de la bouillie cérébrale, des lambeaux de dure-mère, prévient la formation de cicatrices vicieuses, des foyers de pachyméningite origine des kystes, hémorragies secondaires qui jouent un grand rôle dans l'étiologie des accidents tardifs (céphalée, paralysies, épilepsie).

L'opération se borne à l'agrandissement de l'orifice, sa désinfection, son drainage sans exploration dans la profondeur à la recherche de la balle. Celle-ci sera recherchée avec précision secondairement. M. Auvray a recours à l'anesthésie au chloroforme qu'il n'accuse pas du shock observé dans ces cas.

Il a vu plusieurs fois la dure-mère intacte avec cependant un foyer de contusion superficielle. Dans ce cas, il vaut mieux inciser la dure-mère et nettoyer le foyer de contusion de peur d'accidents tardifs.

L'auteur a vu un seul cas de blessure de la méningée moyenne et jamais de plaie des sinus. Celles-ci sont rares. Sur 163 cas qu'il a pu réunir, il a trouvé seulement quelques blessures par balle. C'est le tamponnement qui constitue le moyen d'hémostase le plus sûr.

Après avoir exposé rapidement la question des abcès et de l'extraction secondaire, il conclut que la proportion de mortalité indiquée par le rapporteur ne lui semble pas exagérée.

Pour M. VANVERTS (de Lille), les faits qu'il a observés confirment aussi les conclusions de M. Demoulin : intervention immédiate dans les plaies de la voûte du crâne sans recherche du corps étranger, si on ne le trouve pas sur ou sous la dure-mère; abstersion et désinfection des fosses nasales et de la bouche dans les plaies de la voûte palatine; nécessité d'un examen minutieux de l'oreille avant toute intervention dans les plaies de cette région.

M. BERGALONNE (de Genève) apporte l'intéressante observation d'un coup de revolver tiré à la tempe droite, sorti à la tempe gauche avec section des deux nerfs optiques et issue de matière cérébrale prolongée par les deux orifices craniens et les deux orbites. Malgré cela le malade guérit avec intégrité absolue de ses facultés mentales; il ne persista que la cécité et de l'anosurie complète.

M. DE BOUCAUD (de Bordeaux) rapporte 2 cas qui viennent plaider en faveur de la thèse du rapporteur. Il s'agissait de lésions absolument silencieuses, puisque l'un des malades reprenait son travail le lendemain du coup de feu. L'opération faite de propos délibéré a permis de guérir ces deux malades.

M. Egon PRIBRAM (de Vienne, Autriche) apporte la statistique du professeur von Eiselsberg. Pour les plaies par armes

de guerre, il faut laisser la balle là où elle est et attendre pour intervenir les premiers accidents. La même conduite tenue à l'égard des blessés de la ville dans 47 cas dont 34 suicides, dont 27 seulement étaient des plaies pénétrantes du crâne a donné 15 morts et 6 borgnes ou aveugles. La mortalité est donc de 55,5 p. 100 pour les plaies pénétrantes du crâne.

M. Demoulin, rapporteur, conclut en faisant remarquer que tout le monde est d'accord sur la nécessité de la trépanation préventive. Il faut opérer toutes les fois que la plaie est pénétrante ou qu'on la croit telle et ne pas attendre, comme en Allemagne, le début des accidents infectieux.

Trois orateurs ont principalement traité la question des moyens de fixer de façon précise le siège du projectile dans le crâne.

M. Gauthier (de Luxeuil) fait remarquer que pour les projectiles bien tolérés on hésite sur l'utilité de leur extraction; quand ils restent au centre de la masse cérébrale, ce qui est rare, ils provoquent généralement peu d'accidents. Dans la plupart des cas, ils ne s'arrêtent qu'au voisinage de la paroi cranienne, au point opposé à leur point de pénétration. Après avoir ricoché contre cette paroi, ils s'enfoncent à nouveau, mais peu profondément, dans la substance cérébrale. Les désordres qu'ils occasionnent au voisinage de la zone corticale obligent à les extraire.

Deux radiographies, une de face, une de profil, peuvent suffire à construire les repères nécessaires pour l'opération. La position de la balle déterminée par les deux radiographies sera repérée au moyen d'une bande métallique en forme de T, construite avec le secours des radiographies, de telle façon que la bande supérieure du T, se trouvant maintenue le long de la ligne sagittale, une de ses extrémités au sillon nasofrontal, l'autre à la protubérance occipitale externe, sa branche transversale, appliquée sur la tête vienne se terminer en face du point occupé par la balle. L'auteur a pu ainsi extraire une balle chez un malade dont il rapporte l'observation.

M. Peugniez (d'Amiens) rappelle qu'en 1904 il fait avec M. Rémy une série d'expériences à Amiens, à Bordeaux, démontrant qu'avec l'appareil imaginé par eux on pouvait extraire avec certitude une balle dans le cerveau. Il n'a jamais eu sur un grand nombre de cas qu'un seul échec, et dans ce cas on avait enfoncé un repère dans le crâne à coups de marteau ce qui avait dû déplacer la balle. Il est intervenu 2 fois pour des plaies de la méningée moyenne, l'a suturée dans les 2 cas et une fois a repéré et retiré le projectile. Le diagnostic de la pénétration dans le crâne est fait par la ponction lombaire et la radiographie. Il faut condamner l'exploration au stylet. En chirurgie de guerre, sauf des cas particuliers la recherche primitive du projectile est à rejeter. En chirurgie civile il n'a eu affaire qu'à des balles de plomb qui n'entraînent pas de perforations de part en part mais sont septiques et entraînent des produits septiques et des esquilles. Aussi il pense qu'il faut localiser et enlever le projectile le plus tôt possible, si on n'a pu le faire primitivement. Le rapporteur a dit à tort que la balle n'était rien. Elle est l'origine de la plupart des abcès tardifs et la moitié de ceux qui ont une balle dans les centres nerveux meurent d'accidents tardifs. Avec son instrumentation, on peut extraire à coup sûr n'importe quelle balle par une brèche du crâne pas plus grande que le projectile. Il cite de nombreux faits cliniques et expérimentaux où il a pratiqué l'extraction de projectiles à de grandes profondeurs dans le cerveau.

M. Rémy (de Paris) tient à préciser certains points de la communication précédente. Ce qui est remarquable c'est la grande rapidité de la localisation du projectile avec cette instrumentation. M. Périer envoyé à Amiens par l'Académie de médecine pour assister à une expérience est arrivé à dix heures et demie à l'hôpital. Sur un malade qui avait une balle dans la tête depuis la veille, on a pratiqué 2 radios; dix-sept minutes après, la balle était localisée, et trois minutes après M. Moulonguet l'avait extraite. L'appareil de Peugniez ne dérive pas de celui de Contremoulins, il en est très distinct. Il le juge aussi supérieur à celui de M. Tuffier, qui est bon seulement entre les mains d'un chirurgien très habile. Le samedi 11, à la séance de démonstrations, M. Remy exposa le fonctionnement de son instrumentation.

(A suivre.) M. Lance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 6 octobre 1913)

Peut-il exister une différence entre l'espèce humaine et l'espèce bovine, au point de vue de l'aptitude innée ou spécifique des sujets vigoureux à recevoir et cultiver le microbe de la tuberculose? — M. A. Chauveau. « Il ne peut exister aucune différence entre l'espèce humaine et l'espèce bovine, au point de vue de l'aptitude innée, ou spécifique, des sujets vigoureux à recevoir et à cultiver le bacille de la tuberculose. C'est la conséquence nécessaire du principe scientifique qui impose l'unité et la permanence dans les lois qui régissent les manifestations de la vie, comme tous les autres phénomènes naturels.

Grâce à cette aptitude innée commune aux deux espèces, et réserve faite de la rencontre possible, quoique peu probable, d'individus spontanément immunisés par l'intervention insoupçonnée d'une classique influence prophylactique, *tous* les sujets humains et bovins en parfaite santé, qui auraient reçu, dans les mêmes conditions, des bacilles tuberculeux actifs, s'infecteraient nécessairement à peu près de la même manière.

Ainsi, dans les expériences de transmission de la tuberculose du bœuf au bœuf, *tous les sujets sans exception aucune, ayant* contracté la maladie, *il en eût été nécessairement de même si* l'expérience avait pu viser la transmission de la tuberculose de l'homme à l'homme.

Du reste, les observations cliniques, seules sources où l'on puisse aller puiser les éléments d'une confirmation matérielle des résultats de cette hypothétique expérience, donnent des indications en accord avec celles qu'imposent impérieusement les lois générales de la contagion... »

... « En définitive, ajoute M. Chauveau, cette nouvelle étude, issue de la comparaison de l'espèce humaine et de l'espèce bovine, au point de vue de l'aptitude des sujets vigoureux à contracter la tuberculose, aboutit aux mêmes conclusions scientifiques et pratiques que la précédente. Pratiquement, il n'y aura rien de fait dans l'organisation de la lutte antituberculeuse, si l'effort des hygiénistes ne vise pas tout particulièrement la guerre à mort au microbe infectant et les moyens de rendre les porte-microbes inoffensifs à l'égard des sujets sains exposés à l'infection. »

Sur l'origine du sucre sécrété dans la glycosurie phlorizique. — MM. R. Lépine et Boulud. Les expériences des auteurs contredisent l'hypothèse que le sucre éliminé dans la glycosurie phlorizique provienne des cellules rénales. Le point d'attaque de la phlorizine dans le rein paraît être surtout l'endothélium vasculaire.

Un vaccin antigonococcique atoxique. Son application au traitement de la blennorragie et de ses complications. — MM. Ch. Nicolle et L. Blaizot. « Depuis qu'il a été essayé pour la première fois, c'est-à-dire depuis sept ans, le traitement vaccinal de la blennorragie et de ses complications n'a pas encore conquis la faveur du monde médical. C'est que les expérimentateurs se sont heurtés à une difficulté jusqu'à présent insoluble : la toxicité des vaccins. Cette toxicité, gé-

nérale pour tous les vaccins microbiens, est particulièrement marquée en ce qui concerne le gonocoque. Une faible dose, insuffisante au point de vue curatif, provoque une réaction si pénible que l'institution d'un traitement intensif qui, seul, permet des résultats utiles, a été jusqu'à ce jour chose impraticable. Tel est le cas en particulier de l'artigon de Brück, dont Schültz, Brück et Sommer, Fockler, Simon ont noté les effets toxiques.

Abolir la toxicité d'un vaccin est la condition indispensable à réaliser avant de préconiser son emploi. La vaccinothérapie n'est possible qu'avec des vaccins atoxiques.

Des efforts tentés pour obtenir ce résultat, le plus ingénieux a été l'application au vaccin antigonococcique de la méthode des vaccins sensibilisés de Besredka. Mais, outre que cette méthode ne paraît pas susceptible de fournir des vaccins stables capables de se conserver indéfiniment actifs, le résultat cherché, l'abolition de la toxicité, n'a point été atteint. Inoculé sous la peau (Cruveilhier), le vaccin sensibilisé détermine des troubles appréciables, fièvre, malaise, céphalalgie, et, par inoculation veineuse (Nicolle et Blaizot), une réaction générale parfois dramatique. L'inoculation pure et simple de gonocoques vivants (Nicolle et Blaizot) n'est pas plus toxique. »

Les auteurs ont réussi à supprimer totalement la toxicité du vaccin antigonococcique, en même temps qu'à obtenir un produit stable qui conserve indéfiniment ses propriétés thérapeutiques à la façon d'un sérum. Leur méthode étant applicable à d'autres microbes, ils en réservent la publication jusqu'au moment où ils auront terminé leurs expériences.

Le pouvoir curatif de leur vaccin atoxique s'est trouvé considérablement accru. Inoculé aux mêmes doses qu'auparavant, il provoque une guérison plus rapide; à doses supérieures, il montre une efficacité plus grande sans qu'on observe la moindre réaction locale ou générale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1913)

Traitement de la surdité par la gymnastique auriculaire. — M. FERNET rappelle que la rééducation fonctionnelle a déjà été appliquée, avec un certain succès, contre quelques états pathologiques, tels, par exemple, que le tabes. Or cette rééducation fonctionnelle est également applicable au traitement de la surdité. Il repose sur des exercices acoustiques obtenus par l'action des muscles de l'oreille.

La rééducation de l'oreille est possible chaque fois que la surdité est due à des altérations de la transmission des ondes sonores. Cette rééducation s'exerce sur les muscles de l'oreille, de la trompe d'Eustache. Elle est plus facilement réalisable qu'on ne le croit. La contraction volontaire de ces muscles se perd avec l'âge. Il est possible de la recouvrer. Tous ces muscles sont animés par un même nerf, le nerf facial. Il y a donc une synergie de leur contractilité. C'est à l'aide de la gymnastique auriculaire qu'on arrive à réveiller cette contractilité.

M. Fernet fait connaître la technique sur laquelle repose cette gymnastique. Elle doit être pratiquée lentement et progressivement. Cette activité, rendue ainsi à ces muscles, est un excellent moyen de régénération organique.

Les blessures à la guerre des Balkans. — M. LAURENT (de Bruxelles) fait une communication dans laquelle il insiste plus particulièrement sur les anévrismes traumatiques et les blessures des nerfs.

(Renvoyé à l'examen de M. Delorme.)

Traitement de la surdité. — M. LAIMÉ (de Paris) fait, sur sa méthode de traitement de la surdité, une nouvelle communication, dans laquelle il s'occupe spécialement des déformations de l'audition et de leur traitement. Dans tout cas de surdité, dit-il, il y a deux choses à considérer : 1° la diminution de l'acuité auditive; 2° les déformations des phénomènes ou du langage articulé. Jusqu'ici, le premier symptôme seul a été reconnu et étudié et c'est le seul auquel s'adressent toutes les méthodes de traitement employées à ce jour. L'auteur a reconnu par l'examen de l'audition chez un très grand nombre de sourds, que le second symptôme est un obstacle beaucoup plus important à l'audition pratique des conversations, que la diminution de la perception des sons. Or, s'il est presque impossible de ramener l'acuité auditive à son intensité normale, il est par contre très possible de rectifier par un traitement rééducateur les déformations de l'audition. C'est ce traitement qui lui est personnel, que l'auteur expose dans sa communication. Les résultats obtenus par l'emploi de ce traitement ont ceci de remarquable que, tout en augmentant d'une façon considérable la facilité de la compréhension chez les sourds, il donne, même au point de vue de l'intensité du son, des améliorations supérieures à celles obtenues par l'usage de n'importe quelle autre méthode.

(Renvoyé à l'examen de M. Sébileau.)

ANALYSES

MÉDECINE

Les méningococcémies. Septicémies méningococciques. (S. PORTRET. Thèse de Paris, 1913; Henry Paulin, édit.) — Le point de départ de ce travail est une observation recueillie dans le service du professeur Widal, d'une malade chez laquelle le méningocoque a produit une infection septicémique, terminée secondairement par une méningite cérébro-spinale. L'étude de ce cas a conduit M. Portret à faire un travail d'ensemble sur les méningococcémies. On sait aujourd'hui que si, le plus souvent, le méningocoque envahit primitivement les méninges et y reste localisé, chez d'autres malades, l'affection déterminée par ce germe ne peut être rangée dans le cadre étroit de la méningite et appartient plus exactement au groupe des septico-pyohémies ; en d'autres termes, le méningocoque de Weichselbaum n'est pas seulement l'agent pathogène d'une maladie localisée, la méningite cérébro-spinale épidémique; ce microbe envahit fréquemment la circulation sanguine et détermine des septicémies.

M. Portret rappelle toutes les observations de septicémies méningococciques qui ont été publiées et il distingue quatre formes cliniques : la septicémie méningococcique sans méningite ; la septicémie précédant la méningite ; la méningite cérébro-spinale, sans métastases, avec méningococcémie démontrée par l'hémoculture ; la méningite cérébro-spinale avec métastases.

Ces faits ont une grande importance pour la discussion de la pathogénie des méningites cérébro-spinales ; beaucoup d'auteurs admettent que le méningocoque, parti du rhinopharynx, envahit directement les méninges, en passant à travers la lame criblée de l'ethmoïde. Cette théorie ne peut être invoquée dans les cas où la septicémie à méningocoques précède l'apparition de la méningite, car il est certain que, dans ces cas, la contamination des méninges s'opère par voie sanguine. On peut donc se demander si la voie sanguine n'est pas le mode d'infection le plus fréquent des méninges par le méningocoque.

L'auteur montre encore l'intérêt pratique d'un diagnostic précoce de la méningococcémie ; l'hémoculture et l'agglutination sont les seuls moyens permettant de préciser la nature de l'infection.

M. Portret résume aussi les diverses recherches de laboratoire faites sur le méningocoque, le pseudo-méningocoque et surtout le paraméningocoque dont l'étude, relativement

récente, est d'autant plus intéressante que la septicémie à paraméningocoque doit être traitée par le sérum antiparaméningococcique de Dopter.

L'auteur termine son important travail en signalant la gravité du pronostic et en insistant sur la sérothérapie; pour opposer à la septicémie un traitement spécifique il faut associer la sérothérapie sous-cutanée et intraveineuse à la sérothérapie intrarachidienne. M. BRELET.

Les abcès du foie dans la dysenterie amibienne autochtone. (CADE, THÉVENOT et ROUBIER. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, oct. 1912.) — Les cas de dysenterie amibienne se manifestant chez des sujets n'ayant pas séjourné aux colonies sont peu nombreux; les auteurs ont eu l'occasion d'en étudier très complètement deux cas très intéressants; après en avoir rapporté les observations, ils discutent certains points spéciaux.

La contagion se fait par le contact de sujets dysentériques. Le pus des abcès du foie est souvent stérile; on y retrouve parfois des amibes, et aussi, comme l'ont montré Gilbert et Lippmann, des bacilles anaérobies; en réalité, d'après Kelsch et Kiener, la stérilité est secondaire, les amibes s'observent fréquemment dans la paroi des abcès, surtout dans le produit de raclage de la poche; elles sont plus difficiles à trouver dans le pus et ne sont souvent mises en évidence que par inoculation dans le rectum du chat. La dysenterie s'associe assez souvent à la tuberculose; dans les deux cas observés par les auteurs, le pus de l'abcès contenait du bacille de Koch. Le plus souvent l'abcès est volumineux ; il peut contenir jusqu'à 2 à 3 litres de pus.

Parmi les facteurs étiologiques, l'alcoolisme joue un rôle prépondérant.

Le plus souvent on constate une leucocytose très appréciable au cours de l'abcès dysentérique; il est cependant des exceptions à cette règle, et ce fait vient encore accroître la difficulté du diagnostic; les principaux signes de présomption en faveur de l'abcès hépatique sont les suivants : gros et rapide développement du foie sans interprétation satisfaisante, constatation d'une tuméfaction localisée; douleurs vives dans l'hypocondre droit; on devra rechercher au rectoscope s'il n'existe pas d'ulcérations dysentériques de la muqueuse recto-colique; on examinera les fèces pour y retrouver les amibes, on en inoculera les matières fécales dans le rectum du chat. B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Myopathie du type Leyden-Mœbius. (H. GRENET et ROUSSELOT. *Soc. de péd.*, 10 déc. 1912.) — L'enfant, porteur de cette affection, n'a eu ni rougeole, ni scarlatine, ni coqueluche. Le début remonte à l'âge de quatre ans soit en 1907, les parents remarquèrent à ce moment un certain degré de faiblesse des membres inférieurs qui parut s'améliorer cependant, pendant quelque temps, sous l'influence d'un traitement électrique, mais qui ne cessa de progresser dans la suite. A l'heure actuelle, les symptômes sont accentués surtout aux membres inférieurs. Le malade est incapable de se tenir debout, de détacher le talon du plan du lit. Le pied est en varus équin, par suite de la rétraction du tendon d'Achille ; l'atrophie des fesses et des cuisses est caractéristique. Les mollets sont bien développés. Aux membres supérieurs, l'atrophie porte sur la racine des membres ; le facies myopathique est peu accusé; il n'existe pas de contractions fibrillaires, dans les groupes musculaires. Les réflexes tendineux sont totalement abolis. La *contractilité faradique* est diminuée dans le deltoïde, le biceps et les muscles de l'avant-bras ; abolie dans les nerfs crural et sciatique, poplité externe, conservée dans les jumeaux et le soliaire. La *contractilité galvanique* est diminuée dans les muscles deltoïde et biceps brachial, dans les muscles de la face postérieure de la jambe ; la *réaction de dégénérescence* s'observe dans le quadriceps fémoral.

Il s'agit là d'une myopathie primitive, type Leyden-Mœbius, qui ne se distingue de la maladie de Duchenne que par l'absence de pseudo-hypertrophie. On a soutenu que cette myopathie n'était que l'étape atrophique de la maladie de Duchenne; d'autres auteurs admettent avec Marinesco que, dans la forme Leyden-Mœbius, l'atrophie débute d'emblée sans avoir été précédée par une pseudo-hypertrophie.

A signaler surtout dans ce cas la réaction de dégénérescence qui est un phénomène rare dans la myopathie, mais qui a été signalé et ne saurait infirmer le diagnostic.

B. GAYARD.

Exposé d'un cas de diabète infantile. (P. MERKLEN. *Soc. de péd.*, oct. 1912.) — La présence du sucre chez un enfant de huit ans fut constatée en août 1910 pour la première fois. Le diabète évolua en neuf mois ; l'enfant mourut en mai 1911. Le diabète infantile a une marche d'autant plus rapide d'ailleurs que l'enfant est plus jeune. Dans le cas observé la marche de la glycosurie peut être divisée en trois périodes : période d'accroissement du 24 août (111 grammes) au 8 octobre (152 grammes) ; période de régression jusqu'au 23 février (69 grammes); période d'ascension jusqu'à la fin. La courbe du poids, la diurèse suivent une évolution à peu près analogue, ainsi que les variations de l'état général.

Le coma s'est installé rapidement, précédé de sensation de froid et de vomissements. La quantité d'acétone était extrêmement faible, 87 milligrammes douze jours avant le coma, ce qui tend à prouver que l'acétone n'indique pas le danger d'acidose.

Le traitement du diabète infantile ne conduit en général qu'à des échecs. B. GAYARD.

CHIRURGIE

La première résection du tiers moyen de l'œsophage pour cancer suivie de guérison. (Franz TOREK. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, vol. LX, n° 20, 17 mai 1913, p. 1533.) — Nombre d'auteurs déclarent que l'on ne peut songer à attaquer chirurgicalement un cancer de l'œsophage que s'il est haut ou bas situé dans le cou ou dans l'abdomen, et qu'il faut laisser les cancers de l'œsophage thoracique tranquilles, à cause des difficultés d'accès, de l'aorte et des nerfs pneumogastriques, du danger d'infection de la plèvre. La suture du bout supérieur ne reste pas étanche parce que, chaque fois que les constricteurs du pharynx se contractent pour avaler de la salive, il y a une forte augmentation de tension sur ladite suture. Mais le cancer de l'œsophage est le plus fréquent dans le tiers moyen, puis dans l'inférieur, et rare dans le tiers supérieur. Dire qu'il faut laisser tranquilles les cancers du tiers moyen revient à dire qu'il faut renoncer à opérer la plupart des cas.

Chez une malade de soixante-sept ans, Torek fit une incision dans toute la longueur du septième espace intercostal, puis divisa les septième, sixième, cinquième et quatrième côtes au niveau de leur angle. Cette manière de faire donne beaucoup plus de jour et est plus simple que la taille d'un volet. La dissection des pneumogastriques fut ainsi facilitée et se passa sans incidents. Plusieurs des branches thoraciques de l'aorte furent sectionnées et l'aorte défléchie en avant avec un large rétracteur. Le bout supérieur de l'œsophage fut disséqué et fixé dans le cou dans une incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Fermeture complète sans drainage. Guérison sans incidents. Une gastrostomie préliminaire avait été faite. Anesthésie par insufflation trachéale.

F. GARDNER.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (30 août 1913.) GILLOT : Sur le développement et les progrès de la radiothérapie. — COURRENT : Etude hydrologique et thérapeutique sur les eaux du bassin de la haute vallée de l'Aude (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 67, 27 août 1913.) PLICQUE : Le traitement antisyphilitique dans le tabes. — GRANJUX : L'opinion des médecins militaires sur l'incorporation à vingt ans. — (N° 68, 30 août.) FIESSINGER : Pouls lent permanent. — PLICQUE : L'administration des médicaments en poudre. — GRANJUX : L'opinion des médecins membres du Parlement sur l'incorporation à vingt ans.

Clinique. — (N° 35, 29 août 1913.) RATHERY : Chylurie. — LEGUEU : Calculs urétéro-vésicaux. — LECLERCQ : Une classification nouvelle des maladies du cœur et de l'aorte. — KIRMISSON : Spondylite typhique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 35, 31 août 1913.) LEFOUR et BALARD : Malformations congénitales identiques chez deux jumeaux syphilitiques. — H. MANDOUL : Les petits Bordelais à Barèges.

Journal de médecine de Paris. — (N° 31, 2 août 1913.) LANDE : De l'infanticide par fracture du crâne.

Journal des praticiens. — (N° 35, 30 août 1913.) SCHWARTZ : Du traitement de l'occlusion intestinale aiguë. — CALOT : Thérapeutique moderne de la scoliose. Comment traiter ses diverses formes. — HUTINEL : La fièvre des tuberculeux dans l'enfance. — LECLERCQ : La neurasthénie de la cinquantaine.

Lyon médical. — (N° 35, 31 août 1913.) PETZETAKIS : Le pouls veineux jugulaire physiologique et son interprétation.

Marseille médical. — (N° 15, 1er août 1913.) E. WEILL : Traitement chirurgical des suites de la paralysie infantile.

Normandie médicale. — (N° 15, 1er août 1913.) A. CERNÉ : Deux plaies du cœur suturées. Une mort. Une guérison.

Paris médical. — (N° 35, 2 août 1913.) DOPTER : Les maladies infectieuses en 1913 (revue annuelle). — SACQUÉPÉE : Notes bactériologiques sur le rhumatisme articulaire aigu. — COYON et JOLTRAIN : Méningite cérébro-spinale aiguë avec syndrome cérébelleux. — CRUVEILHIER : Traitement des complications de la blennorragie par la méthode des virus vaccins sensibilisés de Besredka. — SCHREIBER : La sérothérapie dans la scarlatine. — WEILL-HALLÉ et LÉVY : Sur la prophylaxie de la diphtérie.

Pédiatrie pratique. — (N° 22, 5 août 1913.) BROCA : Fracture du crâne après la naissance. — KIRMISSON : Corps étranger des voies respiratoires. — A. CANTILENA : Deux cas de péritonite tuberculeuse, traités par l'héliothérapie. — Louis MARTIN, H. DEBRÉ, L. LAGANE : Sur quelques accidents de l'intubation dans le croup, traité tardivement. Moyens d'y remédier. — CHATIN et NOGIER : Note sur un cas de paralysie hypertrophique. — CHATIN et GAULIER : Dysenterie chez un enfant de dix mois traité avec succès par le sérum de Vaillard.

Presse médicale. — (N° 63, 2 août 1913.) CONTAMIN : Le cancer expérimental. — MARTINET : Traitement des hyposphyxies. — P.-J. MÉNARD : Action du sérum antidiphtérique médicinal sur le bacille diphtérique. — (N° 64, 6 août.) GOIFFON : La coprologie usuelle, son interprétation. — FERRER : Kyste hydatique primitif du grand épiploon.

Progrès médical. — (N° 35, 30 août 1913.) PAVLOS Ar. PETRIDIS : Ferments protecteurs de l'organisme animal. Diagnostic biochimique de la grossesse par la réaction d'Abderhalden. Procédé du dyalyseur.

Province médicale. — (N° 35, 30 août 1913.) A. MOUSSOUS et E. LEURET : Les sevrages anormaux.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 31, 2 août 1913.) LEVESQUE : Accident tertiaire de l'ethmoïde et du maxillaire supérieur gauche : phagédénisme térébrant de la face ; mort par cachexie.

Revue médicale de l'Est. — (N° 15, 1er août 1913.) MUTEL : De l'utilité de la création d'une inspection médicale des écoles au point de vue des affections orthopédiques en général et des déviations de la colonne vertébrale en particulier.

Revue neurologique. — (N° 15, 15 août 1913.) Mme LONG-LANDRY et QUERCY : Un cas d'épilepsie partielle continue (5 fig.). — KŒLICHEN et SKODOWSKI : Encéphalite à évolution subaiguë chez un garçon de neuf ans.

Semaine gynécologique. — (N° 34, 26 août 1913.) SEBASTIAN, RECASENS, GIROL : L'homoorganothérapie dans le traitement de quelques gynécopathies.

Semaine médicale. — (N° 32, 6 août 1913.) BOURDON : Le secret professionnel en matière d'accidents du travail.

Tribune médicale. — (N° 8, août 1913.) MARCILLE : Traitement des métrites par le formol.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 16, 30 août 1913.) CHEVRON : Un cas de chorée syphilitique. — L. LANGLET et HUMBERT : Un cas de thrombose veineuse du membre supérieur droit, dite phlébite par effort.

NOTES POUR L'INTERNAT

PÉRITONITES AIGUËS [1]

V. **Péritonites puerpérales.** — Elles s'observent dans deux conditions, l'accouchement et l'avortement; le microbe le plus souvent en cause est le streptocoque ; anatomiquement on peut rencontrer soit la péritonite suraiguë diffuse, soit la péritonite purulente diffuse, soit la péritonite à grand kyste purulent, mais c'est surtout la pelvipéritonite que l'on a l'occasion d'observer.

La *pelvi-péritonite* peut être *purulente*, s'évacuant souvent alors soit dans le rectum, soit dans le vagin ; elle peut être *fibro-adhésive*, constituée par d'énormes paquets d'adhérences qui se localisent dans le cul-de-sac de Douglas.

Cliniquement, la *péritonite diffuse suraiguë* d'origine puerpérale a un début extrêmement précoce, se faisant quelques heures après l'accouchement ou l'avortement ; l'atteinte péritonéale est noyée au milieu des phénomènes généraux de la septicémie. La mort survient en un à deux jours. La péritonite purulente diffuse survient de trois à huit jours après l'accouchement : elle s'annonce par un frisson violent avec fièvre à 40 degrés, douleur à l'hypogastre. Le ventre devient ensuite très sensible et contracturé ; les vomissements apparaissent, la soif est vive, la langue est sèche, le hoquet fréquent. Si l'on n'intervient pas, la mort survient en quatre à cinq jours. Sous le nom de péritonite à grand kyste purulent, Lejars a décrit une variété à évolution moins rapide ; le pus se collecte dans la région périombilicale et la guérison peut s'obtenir par l'incision sous-ombilicale médiane, l'évacuation et le lavage.

La *pelvi-péritonite purulente* d'origine génitale a un début aussi brusque que celui de la péritonite diffuse ; mais cependant, dès le début, la douleur paraît se localiser ; elle s'accompagne de ténesme rectal, vésical, parfois de rétention d'urine. Les nausées, les vomissements n'ont pas l'intensité de ceux de la péritonite diffuse. Au bout de trois à cinq jours, la douleur et la fièvre diminuent ; le toucher montre au début l'utérus immobilisé, le cul-de-sac de Douglas très tuméfié. Plus tard, il permettra de limiter très exactement le contour de cette tuméfaction. Au bout de quelque temps, la fièvre se rallume, l'état général s'aggrave à nouveau ; la tumeur devient fluctuante ; elle ne tarde pas à s'ouvrir dans le rectum, ou dans le vagin ; la détente que l'on observe ensuite n'est que passa-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, nos 109, p. 1705, 112, p. 1749 et 115, p. 1798.

gère ; il se fait en effet une rétention partielle du pus et la poche s'infecte secondairement si l'on n'est pas intervenu chirurgicalement.

La *pelvi-péritonite plastique* se caractérise par une atténuation des symptômes du début, puis par l'exagération passagère des symptômes fonctionnels à l'occasion des règles ; le toucher montre, ou bien l'utérus immobilisé au milieu d'une gangue mal limitée, de consistance ligneuse, ou bien une masse très limitée, ayant la consistance d'une tumeur, avec par places des points ramollis. Au cours de l'évolution de cette forme, on peut assister à des accidents d'obstruction intestinale, ou même d'occlusion aiguë.

Le *diagnostic des pelvi-péritonites* est délicat, surtout en raison des symptômes du début ; il doit être discuté avec les *salpingo-ovarites* (diagnostic à peu près impossible si l'annexite s'accompagne de péritonite), avec le *phlegmon du ligament large*, avec l'*hématocèle rétro-utérine*, l'appendicite pelvienne avec péritonite enkystée. La pelvi-péritonite plastique peut prêter à confusion avec le fibrome utérin, avec l'hématocèle rétro-utérine enkystée ; souvent enfin la *pelvi-péritonite tuberculeuse* ne sera reconnue que pendant l'opération.

VI. **Péritonites gonococciques.** — L'infection péritonéale par le gonocoque s'observe dans la période active de la vie génitale chez la femme, mais aussi chez la petite fille, à la suite de vulvo-vaginite ; elle prend alors l'allure de péritonite généralisée ; chez la femme, au contraire, il s'agit presque toujours d'une pelvi-péritonite.

Cliniquement le tableau est à peu près celui de la pelvi-péritonite puerpérale ; cependant le début est un peu moins bruyant, les douleurs moins aiguës, le ventre moins ballonné ; ultérieurement l'affection évolue sous la forme de péritonite plastique, subaiguë. Chez l'enfant, on peut observer une péritonite dont l'évolution est rapidement mortelle ; bien souvent au contraire, après un début très alarmant, l'affection tourne court et aboutit en quelques jours à une guérison complète ; c'est la *péritonite abortive* de Comby. Le diagnostic est parfois difficile avec l'appendicite, la péritonite pneumococcique, certaines formes de péritonite tuberculeuse.

VII. **Péritonites à pneumocoques.** — Les péritonites à pneumocoques représentent le type le plus incontestable des péritonites par infection sanguine ; décrite pour la première fois par Bozzolo, en 1883, la péritonite à pneumocoques a été bien étudiée, chez l'adulte d'abord par Duparcque, Gauderon, Nélaton, Charrin, puis chez l'enfant par Cassaët, Brun, Dieulafoy. Cette affection s'observe spécialement chez l'enfant, surtout de deux à dix ans et de préférence chez les *petites filles*. Parmi ces péritonites, les unes sont secondaires à d'autres localisations du pneumocoque (pneumonie, broncho-pneumonie), les autres et ce sont les plus fréquentes, sont primitives. On a successivement invoqué, pour expliquer l'infection du péritoine, le passage des pneumocoques par voie lymphatique, transdiaphragmatique, par la voie intestinale (Jensen, Lenormant, Lecène), la voie génitale (Brun) ; c'est la voie sanguine qui est le plus souvent en cause, ce qui s'explique facilement d'ailleurs depuis que l'on connaît la fréquence de la septicémie pneumococcique au cours des infections à pneumocoques.

Anatomiquement on rencontre une forme diffuse généralisée et une forme enkystée, de beaucoup la plus fréquente ; cette dernière est constituée par une collection purulente, médiane, préépiploïque, recouverte d'épaisses fausses membranes ; le pus, qui peut atteindre un ou plusieurs litres, est épais, jaune verdâtre, non fétide ; il tend à s'évacuer spontanément vers l'ombilic, plus rarement vers le vagin, le rectum.

Le type clinique le mieux individualisé est réalisé par la péritonite pneumococcique primitive de la seconde enfance.

Le début est brusque, caractérisé par une douleur intense, véritable *point de côté abdominal* (Dieulafoy), soit localisé en un point de l'abdomen, soit généralisé à tout le ventre ; aussitôt apparaissent des vomissements qui vont se répéter pendant les deux premiers jours ; la diarrhée est à peu près constante ; la fièvre est à 40 degrés ; après quelques jours, on observe une détente des phénomènes douloureux et des vomissements ; par contre, la céphalalgie, la prostration, la DIARRHÉE, le ballonnement abdominal donnent au sujet l'aspect d'un typhoïdique. Ce n'est qu'au bout de dix à quinze jours que se manifeste l'épanchement péritonéal. Peu à peu la collection augmente envahissant toute la zone sous-ombilicale. L'état général est redevenu grave, l'amaigrissement est très accusé, le teint terreux, rappelant un peu celui de la péritonite tuberculeuse. Si l'on n'intervient pas, l'évacuation spontanée se fait assez souvent à l'ombilic ; à la suite de cette ouverture, on peut observer la guérison définitive en trois semaines. Mais bien souvent, le pus s'écoule mal, il se fait de la rétention, des infections secondaires. La mort survient par cachexie ou par complications (pneumonie, endocardite, otite, abcès, etc.). Si l'on intervient de bonne heure, la guérison est assez fréquente, néanmoins la mort peut encore s'observer par suite de l'apparition de l'une des complications déjà énumérées.

La péritonite enkystée, secondaire à une pneumonie, est plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant ; elle est d'une insidiosité remarquable.

Les péritonites pneumococciques généralisées ont un début analogue à celui de la forme enkystée, mais très rapidement apparaissent des symptômes attestant la gravité de l'affection ; le malade succombe en un jour ou deux, s'il s'agit de la forme septique, en cinq à dix jours, dans la forme purulente.

VIII. **Péritonites à streptocoques.** — Dans ce groupe ne doivent point entrer les péritonites à streptocoques postopératoires, ou puerpérales, mais uniquement celles survenant spontanément au cours d'affections streptococciques, en apparence primitives. Signalons ainsi la péritonite au cours de la scarlatine (Descroizille, West), au cours de l'érysipèle (surtout à la suite de l'érysipèle du cordon chez le nouveau-né).

Le début se fait par un frisson violent, avec céphalée, fièvre à 40 degrés, douleur abdominale. Le ventre est peu ballonné, mais il donne une sonorité tympanique. Les vomissements sont abondants ; dès le début, on observe une *diarrhée séreuse*, fétide, très abondante, persistant jusqu'à la mort, qui survient, en général, du quatrième au septième jour ; la localisation du processus, la guérison sont exceptionnelles.

Telles sont, rapidement esquissées dans leur symptomatologie, les différentes formes cliniques des péritonites aiguës ; on voit combien difficile en est souvent le diagnostic, combien grave en est toujours le pronostic, comportant néanmoins de sérieuses réserves suivant les cas ; il nous reste à en étudier le traitement.

TRAITEMENT. — Il nous est impossible d'exposer ici d'une manière complète le traitement des péritonites aiguës en général. Cette question vient de donner lieu récemment à des discussions passionnées à la Société de chirurgie (mai-juin 1913).

Lorsque l'intervention chirurgicale, la laparatomie est possible, elle doit être tentée dans le plus bref délai. On pratiquera ensuite des injections de sérum physiologique, d'huile camphrée, de spartéine. On a préconisé les injections de nucléinate de soude. On assurera surtout, du mieux que l'on pourra, le drainage du péritoine (aspiration, position assise, etc.). On veillera à réaliser l'évacuation intestinale, vésicale, etc., à soutenir le malade.

Certaines formes localisées comportent une intervention chirurgicale spéciale ; il est impossible, dans cette brève étude consacrée aux péritonites aiguës, de discuter les divers procédés opératoires préconisés suivant les cas.

Le *traitement médical* comporte l'immobilisation, la diète absolue, la proscription de tout purgatif ; on donnera au contraire de l'opium, de la belladone. On appliquera une vessie de glace sur l'abdomen.

BIBLIOGRAPHIE. — DUPRÉ et RIBIERRE. In Gilbert et Thoinot, fasc. XVIII. — COURTOIS-SUFFIT. Rôle des microbes dans l'étiologie et l'évolution des péritonites, Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, 1890, n° 128. — MICHAUT. Péritonite à pneumocoques chez l'enfant, Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, 1901, n° 38. — BALL. Th. de Paris, 1904. — CARNOT. Les abcès sous-phréniques, *Semaine méd.*, 1906, n° 8. — MILHIT. Perforations intestinales d'origine typhique, *Progrès méd.*, 1908, p. 493. — LEJARS. Traitement de la péritonite, *Congr. de la Soc. internat. de chir.*, Bruxelles 1905 ; Traitement de l'appendicite aiguë, *Bull. de la Soc. de chir.*, juin 1913.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 119. — SAMEDI 18 OCTOBRE 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 18 OCTOBRE 1913. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Avis.* — La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 20 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès onze heures et demie.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Première séance du 16 octobre. — Question donnée : « Vertèbres dorsales. »

MM. Rigolage, 18; Souchay, 12; Sordinas, 18; Pick, 13; Mlle Salinas, 17; MM. Sénéchal, 15; Pitres, 18; Potheau et Schwartz, 15; Wigniolle, 16; Pescher, 19; Rougier, 17; Perlis, 15.

Deuxième séance du 16 octobre. — Question donnée : « Nerf sciatique poplité externe. »

MM. Philippeau et Queyroi, 17; Placet, 16; Riberolles, 11; Rebuffel, 6; Rémy-Néris, 16; Rossignol, 19 1/2; Tsacouris, 17; Tancelin, 10; Ségal, 15; Terris, 18; Poincloux, 18 1/2; Trotsky, 14; Roy, 15; Trétiakoff, 13; Salmon et Péril, 17.

Prochaine séance samedi 18 octobre, à quatre heures du soir.

Les candidats excusés seront appelés à partir de samedi pour l'épreuve d'anatomie.

Pathologie. — Séance du 15 octobre. — Question donnée : « Manière de faire une autopsie. »

MM. Blanchet, 6; Bareyt, 7; Charles et Belelis, 6; Carabin, 4; Mlle Bernard (Marthe), 19; MM. Blaise, 3; Bertrand (Georges), 6; Mlle Déjerine, 14; MM. Charpin, 16; Benoit, 10; Coulaudon, 5; Camous, 10; Arrambide, 6; Bilhaud, 7; Cerné, 8; Bilmès, 3; Daban, 1; Ameline, 11; Couton, 6.

Deuxième séance du 15 octobre. — Question donnée : « Signes, complications et diagnostic du rhumatisme articulaire aigu. »

M. Boulay, 12; Mlle Brian, 19 1/2; M. Danziger, 9; Mlle Baute, 19; MM. Alary, 12; David, 14; Berthier, 8; Bakaleinik, 7; Bernard (René), 10; Bécardit, 14; Pescher, 17; Bayle, 12; Androutzellis, 7; Blanchet, 6; Comet, 12; Mlle Angelini, 15; MM. Boulin, 19 1/2; Chapard, 5; Castéran, 11; Armingeat, 8; Cassidanius, 11.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont nommés élèves de quatrième division, en remplacement d'élèves démissionnaires :

MM. Escalier, Prudhomme et Chanès.

Ces élèves se présenteront le plus tôt possible au médecin inspecteur directeur de l'école.

LA LOI ROUSSEL ET SON APPLICATION EN 1910. — D'après le rapport, en date du 7 juin 1913, présenté par le ministre de l'intérieur sur l'exécution de la loi relative à la protection des enfants du premier âge en 1910, l'allaitement au sein a encore fléchi durant cet exercice par rapport à l'année 1909 et, surtout, par rapport aux années antérieures : il n'est plus que de 23 p. 100 contre 70 p. 100 pour l'allaitement artificiel; le reste du pourcentage (7 p. 100) représente les enfants soumis à l'allaitement mixte et les enfants en sevrage.

Le service de protection des enfants du premier âge fonctionne actuellement plus ou moins bien dans tous les départements, à l'exclusion de la Corse, où en 1910 il n'était encore qu'en voie d'organisation à Ajaccio; le ministre espère qu'à la fin de l'année 1913 la Corse aura achevé cette organisation. En admettant que cette prévision se réalise, la mise en application de la loi du 23 décembre 1874 dans tous les départements aura exigé cette longue période de trente-neuf ans.

P.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL EN 1912 AU TRIBUNAL DE LA SEINE. — D'après une statistique communiquée par le Ministère de la Justice il y a près de 11 000 affaires d'accidents du travail jugées par deux chambres spécialement désignées et conciliés par quatre audiences hebdomadaires. En 1912 il n'y avait eu que 9 200 affaires qui avaient été solutionnées.

P.

LA CRÉATION DE DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX. — Le texte d'une proposition de loi tendant à instituer des dis-

RENSEIGNEMENTS

pensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeux, a été présentée par MM. Léon Bourgeois, A. Ribot, Paul Strauss, Ferdinand-Dreyfus, J.-J. Peyrot et Victor Lourties. Le Sénat sera appelé à délibérer sur cette proposition à la rentrée. P.

L'INSPECTION MÉDICALE DANS LES LYCÉES. — L'association des parents d'élèves des lycées de Marseille avait saisi le ministre de l'instruction publique d'un projet d'organisation de l'inspection médicale dans les lycées de cette ville, et particulièrement dans les lycées d'externes, qui malgré le nombre de leurs élèves, n'ont pas de médecins (Périer, 400 élèves, et Montgrand, 750 élèves). Ce projet, dû au docteur Saïas, avait pour but de préserver les élèves contre les maladies contagieuses et d'assurer au point de vue physique leur développement régulier. Pour remplir ce second objet, l'association demandait que les médecins inspectassent locaux et mobilier scolaires tous les quinze jours, et qu'ils donnassent des instructions pour éviter le surmenage et réglementer les exercices physiques; leur rétribution devait être assurée au moyen du versement par les familles d'un franc par an et par élève.

Voici la réponse que le ministre a faite au recteur de l'Académie d'Aix-Marseille :

« J'ai pris connaissance du projet de l'association des parents d'élèves des lycées de Marseille, tendant à l'essai d'une surveillance médicale des externes de ces établissements. J'estime que cette surveillance, si louable qu'en soit le principe, offrirait plus d'inconvénients que d'avantages et se heurterait souvent à la mauvaise volonté des familles.

L'inspection médicale rencontrerait une opposition formelle en ce qui concerne l'examen des grandes élèves en dehors de la présence des parents. D'autre part, il ne me paraît pas possible d'imposer aux familles une contribution supplémentaire, si légère qu'elle soit, au moment où les tarifs viennent d'être relevés. » P.

L'ASSAINISSEMENT DE SAIGON. — Une note de M. l'inspecteur général des travaux publics Constantin propose les mesures suivantes pour assainir les villes de Saigon et Cholon :

1° Traitement des vidanges et des bouages, c'est-à-dire suppression des dépotoirs ;

2° Epuration bactériologique des eaux potables ;

3° Adduction d'eaux de lavage et de chasse ;

4° Canalisation des eaux vannes conduites automatiquement à l'usine de traitement dont l'importance serait accrue en conséquence.

Le traitement des vidanges et bouages pourrait être très rapidement obtenu par la construction d'une usine dont la dépense est évaluée de 500 000 à 600 000 francs ; il en serait de même de l'épuration des eaux potables. P.

UNE RETRAITE POUR LES MÉDECINS. — C'est, il est vrai, des médecins cubains qu'il s'agit. Notre distingué confrère, le docteur Francisco M. Fernandez, qui est en même temps député, vient en effet de déposer à la « Chambre des représentants » le projet de loi suivant : « Le médecin est l'homme dont on abuse le plus et qu'on rétribue le moins, à de rares exceptions près, et cependant ceux qui se consacrent à cette profession exposent leur vie à tout instant. En plus des risques qu'ils courent et des responsabilités très grandes qu'ils endossent, c'est chez eux que l'on trouve la moyenne de mortalité la plus élevée. Aussi nous demandons une retraite annuelle de 4 500 francs pour tout médecin ou chirurgien pauvre, originaire de Cuba, et âgé de soixante ans, qui sollicitera du Gouvernement cette pension. Cette dernière pourra être accordée aussi aux médecins âgés de moins de soixante ans et dans l'incapacité absolue d'exercer leur profession et de gagner leur vie. »

Sans être aussi ambitieux que notre honorable confrère cubain, nous nous plaisons à attirer l'attention sur les considérants qu'il invoque en faveur de son projet de loi.

G. L. H.

L'ENGRAISSEMENT DES CONSCRITS AMÉRICAINS. — Le gouvernement des Etats-Unis vient de décider d'entreprendre l'engraissement de ses conscrits.

Cette initiative émane du lieutenant-colonel William Kenly, inspecteur général du service du recrutement. Le colonel Kenly avait apporté avec lui à Chicago une bouteille d'une émulsion « antiamaigrissante » adoptée par le gouvernement. Son but, a-t-il déclaré, est de rendre propres au service des milliers d'hommes qui auraient été refusés par les conseils de revision, en raison de leur poids trop léger. « Au cours des mois derniers, dit le colonel Kenly au *Daily Mail*, dans presque toutes les régions du pays, on a dû constater un déficit considérable dans le nombre des recrues, déficit dû dans la grande majorité des cas à une insuffisance de poids des conscrits. C'est ce qui m'a décidé à rechercher le moyen de remédier à cet état de choses. L'émulsion que voici et dont la composition est gardée secrète par le gouvernement est en mesure de faire gagner plusieurs livres par jour à toute personne en faisant usage. P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur F.-L. Wickham, médecin de Saint-Lazare, chevalier de la Légion d'honneur.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 OCTOBRE AU 1er NOVEMBRE 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 28 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* (à neuf heures du matin).

Mercredi 29 octobre, à une heure. — 1er (oral, 1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie).

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 30 octobre, à une heure. — 1er (oral).

4e.

Vendredi 31 octobre. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* (à neuf heures du matin).

THÈSES

Mercredi 29 octobre, à une heure. — M. CHAUFOUR. Les origines du galvanisme. (MM. Gaucher, président; Desgrez, Marcel Labbé et Gougerot.) — M. MAGNAN. Variations expérimentales en fonction du régime alimentaire. (MM. Desgrez, président; Gaucher, Marcel Labbé et Gougerot.)

Jeudi 30 octobre, à une heure. — Mlle ORLISSE. Contribution à l'étude de la pneumonie dans la scarlatine. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Gilbert Ballet et Nobécourt.) — Mlle ROUSSAC. L'anémie dans les néphrites. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Nobécourt.) — M. MARCUS. Du rôle de l'alcool dans la nocivité des obsédés impulsifs et des impulsifs non délirants. (MM. Gilbert Ballet, président; Hutinel, Gilbert et Nobécourt.)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Agenda P.-L.-M. 1914.* — Nous apprenons que l'*Agenda P.-L.M. pour 1914*, actuellement sous presse, va paraître incessamment. A côté de nombreux articles et nouvelles des plus intéressants, il nous réserve la surprise de douze forts beaux hors-texte en couleurs, merveilleuses reproductions de compositions inédites représentant les plus beaux sites auxquels conduit le réseau P.-L.-M.

Le prix de cette remarquable publication restera néanmoins fixé à 1 fr. 50.

Fête de la Toussaint. — A l'occasion de la Fête de la Toussaint, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 28 octobre 1913, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 4 novembre, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

REVUE GÉNÉRALE

LE CHOLÉRA [1]

PAR MM.

ORTICONI,
Médecin-major de 2e classe, chargé du laboratoire de bactériologie du 20e corps d'armée.

A. SARTORY,
Docteur ès sciences, chargé de cours à l'Ecole supérre de pharmacie de Nancy, lauréat de l'Institut.

V

Anatomie pathologique. — Aspect général. — Les cadavres de cholériques paraissent en général amaigris et offrent une coloration sombre et grisâtre des téguments. Les yeux sont excavés et à demi ouverts, le visage est décharné, ridé et hideux, les joues creuses; les extrémités et les doigts sont fortement recourbés. La rigidité cadavérique survient rapidement et peut se prolonger. Les sujets restent chauds assez longtemps à cause d'une élévation de la température centrale. Enfin on constate dans les deux ou trois premières heures après la mort l'existence de contractions fibrillaires le plus souvent aux doigts, aux muscles de la main et du bras et plus rarement au tronc.

Tube digestif. — Le péritoine présente un état particulier dû à un revêtement visqueux qui fait s'accoler entre elles les anses intestinales. C'est le péritoine *sec* et *poisseux* décrit par les auteurs.

L'estomac est souvent distendu par des liquides et de l'air. Ses altérations sont de minime importance.

L'*intestin grêle* offre les altérations les plus importantes. Il contient des proportions variées de liquides riziformes, très clairs, grisâtres, presque sans odeur. Exceptionnellement le contenu n'est pas aqueux. Les parois intestinales sont le siège d'une imbibition œdémateuse; elles sont molles et épaisses.

Après lavage la muqueuse présente une teinte rosâtre qui peut offrir tous les degrés d'une injection diffuse plus ou moins foncée prenant souvent la teinte *hortensia* et offrant quelquefois des arborisations ecchymotiques.

Les plaques de Peyer sont saillantes, peu congestionnées, mais entourées d'une zone hyperhémique. Leur aspect est granuleux en raison de l'infiltration et de l'hypertrophie des follicules clos qui donnent lieu à des petites saillies dures et arrondies (psorentérie).

Toutes ces lésions sont plus marquées pendant la période de réaction. On peut voir alors des ulcérations et des escarres, et le contenu intestinal est sanguinolent.

Les lésions histologiques qui ont été très étudiées par Cornil et Babès, par Kelsch et Vaillard diffèrent peu de celles d'une inflammation catarrhale, et consistent surtout dans une desquamation totale de l'épithélium sur toute l'étendue de la muqueuse. Seul persiste l'épithélium qui tapisse les culs-de-sac glandulaires. On trouve également des foyers où les glandes sont atrophiées et où les leucocytes ont subi la *nécrose de coagulation* de Weigert. Ces lésions peuvent donner des foyers nécrotiques avec formation d'*escarres sèches*. Les altérations vasculaires sous-jacentes consistent en congestion, thrombose et fusion des tuniques des vaisseaux en une bande épaisse.

Le *gros intestin* est en général normal. Sa coloration pâle tranche vivement avec le rouge de l'intestin grêle qui est souvent le plus marqué au niveau de la valvule de Bauhin.

Le *rein* est en général petit, atrophié. La substance corticale est pâle; les glomérules sont injectés.

Au microscope les cellules des tubuli contorti sont en état de tuméfaction trouble, et parfois sont atteintes de nécrose de coagulation. Le tissu conjonctif est envahi par de l'œdème. Les anses du bouquet vasculaire des glomérules sont gorgées de globules rouges. L'espace compris entre le glomérule et la capsule de Bowmann est rempli d'un exsudat albumineux.

L'épithélium des tubes collecteurs, ainsi que ceux du bassinet, de l'uretère et de la vessie sont desquamés. Tout le système vasculaire est congestionné.

La *rate* présente des lésions des vaisseaux et des follicules qui sont d'ordre nécrotique (Kelsch et Vaillard). On note aussi la présence d'infarctus.

Le *foie* est pâle et hypertrophié. On trouve à sa surface des taches grisâtres. La vésicule biliaire est souvent remplie d'une bile épaisse, foncée.

Les capillaires hépatiques sont dilatés et congestionnés, les cellules sont déformées et atteintes parfois de dégénérescence granulo-graisseuse (Hanot et Gilbert).

Les autres viscères présentent des altérations congestives avec extravasations sanguines (ecchymoses sous-pleurales, sous-péricardiques, suffusions sanguines méningées, etc.). Le sang est épais, visqueux, noir et se coagule mal.

VI

Symptomatologie. — La période d'incubation du syndrome cholérique est habituellement courte et varie de quelques heures à cinq ou six jours.

L'attaque type de choléra peut éclater brusquement, mais est précédée dans un tiers des cas environ (J. Guérin), et pour quelques auteurs dans quatre cinquièmes des cas, de *diarrhée prémonitoire*.

Cette diarrhée est constituée par des évacuations d'aspect d'abord fécaloïde, puis séreuses et bilieuses débutant le plus souvent la nuit ou de grand matin. Elles sont accompagnées de plus ou moins de flatulence et surtout de borborygmes. La douleur du ventre est faible ou fait défaut. Dans beaucoup de cas on remarque un enduit blanchâtre de la langue avec céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, crampes dans les mollets, tendance au refroidissement des extrémités, palpitations et sueurs abondantes. La température est la plupart du temps normale, d'autres fois très légèrement fébrile et le malade peut continuer à vaquer à ses occupations. Après

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 116, p. 1805.

trois à cinq jours de durée, le tableau clinique change en général brusquement et l'on assiste à l'attaque cholérique qui comprend 3 périodes bien distinctes :

1° PHASE CHOLÉRIQUE DITE PHLEGMORRAGIQUE. — Elle consiste dans l'apparition de selles qui peuvent être très fréquentes et très abondantes et qui constituent le symptôme le plus important du choléra. Encore un peu colorées au début, elles se décolorent bientôt et prennent cet aspect jaune grisâtre transparent qui est caractéristique surtout quand il s'accompagne de *grains riziformes*. Le liquide n'offre aucune odeur fécale ; rarement il a une odeur putride. Sa réaction est alcaline. L'addition d'acide sulfurique donne une coloration rouge.

Dans certains cas les selles riziformes font défaut et l'on voit survenir des évacuations profuses et dépourvues de bile, constituées au début par un mucus épais ou une matière analogue à de l'empois. Le mélange de sang aux selles est très fréquent dans les cas graves et donne la *couleur lavure de chair*.

En même temps surviennent des vomissements bilieux ou porracés ou ayant l'aspect d'un liquide blanchâtre (eau de riz). Le vomisssement est en général consécutif aux évacuations intestinales et manque rarement dans l'attaque grave. Quand il fait défaut, on voit se produire des nausées et des renvois. Il a comme caractères d'être copieux et de venir sans effort. Peu douloureux au début, il s'accompagne bientôt de crampes gastriques, et même de hoquet. La soif est ardente, la langue est sèche et l'abdomen est souvent rétracté, dur, rigide et très douloureux. La pression abdominale permet de percevoir une sensation de fluctuation ou de produire des borborygmes. La sécrétion urinaire est diminuée et peut être totalement supprimée, produisant ainsi de l'*anurie*.

Déjà à cette période qui dure d'une heure à vingt-quatre ou quarante-huit heures, on voit apparaître des *crampes* débutant aux mollets et se généralisant aux autres membres.

Tous ces phénomènes peuvent cesser brusquement et tourner vers la guérison. Mais le plus souvent ils sont suivis par la période d'algidité.

2° PHASE ALGIDE. — Elle s'annonce par un peu de rémission des phénomènes abdominaux, une diminution de la diarrhée et la disparition des vomissements, sans que pour cela le malade se trouve mieux. Mais en même temps l'état général devient précaire. Le facies est pâle, émacié, le nez s'effile, la peau se sèche, les yeux se creusent. Le visage prend une teinte variable suivant l'âge des sujets : cyanosé chez les enfants (choléra bleu), blême chez les vieillards (choléra blême), noirâtre chez les adultes. La voix perd de son éclat (voix cholérique, aphonie). La peau se ride et se refroidit ainsi que les membres et les extrémités. La température buccale peut descendre de plusieurs degrés au-dessous de 37 degrés alors que la température rectale reste normale.

Cette dissociation caractéristique de la température s'accompagne souvent d'une dissociation du pouls et des battements du cœur. Le pouls d'ordinaire petit est très affaibli, parfois nul mais toujours très dépressible ; il coïncide parfois avec une intensité inattendue des battements du cœur (Lorain).

On constate pendant cette période des phénomènes de stase veineuse du cœur droit et des gros troncs veineux, ainsi que de déplétion du système artériel. Le sang est difficilement coagulable. Il est épaissi, noir, visqueux, « gelée de groseilles mal prise ». La section d'une artère laisse couler à peine quelques gouttes de sang, et peut être blanche (Magendie, Diffenbach). L'urée sanguine est augmentée. Il y a polyglobulie (6500000 Hayem) et leucocytose (OKlaDnyKl).

L'anurie est ici un symptôme capital. Bientôt la dyspnée et l'angoisse s'ajoutent à ce tableau et le malade entre dans la période asphyxique à laquelle il succombe le plus souvent.

Un phénomène de la plus haute importance se produit à cette période ; c'est l'arrêt complet de l'absorption. Les injections hypodermiques de substances diverses ne se résorbent pas (Bouchut). Seule la voie intraveineuse est perméable.

3° PHASE DITE DE RÉACTION. — Quand le cholérique n'a pas succombé à l'algidité, il passe par une période de phénomènes réactionnels offrant les caractères d'une crise et qui peut être soit une *réaction régulière* aboutissant à la guérison, soit une *réaction irrégulière* amenant fréquemment la mort.

La *réaction régulière* est presque toujours apyrétique.

Dans les cas les plus favorables, on voit rétrocéder complètement tous les symptômes de la période algide. La chaleur se répartit uniformément sur tout le corps. La cyanose disparaît ainsi que l'anxiété et l'oppression. Les vomissements s'arrêtent, les selles diminuent de fréquence et reprennent leur couleur normale. Un sommeil calme et réparateur s'établit, l'appétit renaît et le pouls devient normal ou se ralentit en même temps que les contractions cardiaques reprennent de l'énergie. La peau se couvre d'une sueur abondante. Enfin, symptôme capital, la sécrétion urinaire se rétablit et l'on assiste à une véritable *crise urinaire* apparaissant ainsi de quarante-huit heures à soixante-douze heures après l'attaque (Parkes-Buhl). La première urine émise est rare, trouble, albumineuse, pauvre en urée et en chlorure de sodium. Elle donne un sédiment qui renferme des pigments biliaires, et des cellules de toutes sortes : cellules d'épithélium vésical, cylindres épithéliaux, globules pyoïdes, hématies. Progressivement on voit s'établir une polyurie qui dure environ quinze jours avec un maximum vers le quatrième ou neuvième jour ; le malade urine quelquefois 7 ou 8 litres par jour. L'urée augmente progressivement et se maintient longtemps au-dessus de la normale. L'acide urique, l'acide phosphorique augmentent parallèlement. Le chlorure de sodium qui manque dans les premières mictions apparaît en général du cinquième au huitième jour. L'albuminurie dure quatre à cinq jours et peut être remplacée par de la glycosurie transitoire (Grübler).

On signale à ce moment la reprise de l'absorption

de l'intestin et de la peau. D'où le danger d'administrer de hautes doses de médicaments pendant la période d'algidité, ces substances pouvant se trouver absorbées quelques heures après et entraîner la mort.

Réaction irrégulière. — Elle peut se présenter sous deux formes différentes suivant qu'elle est *insuffisante* (réaction abortive) ou qu'elle offre l'aspect de l'état typhoïde (réaction typhoïde).

Dans la réaction abortive on voit s'ébaucher des phénomènes réactionnels d'une façon incomplète ou d'une façon contradictoire. C'est ainsi qu'on voit la chaleur cutanée ne pas se répartir de façon uniforme; le tronc est brûlant alors que les membres et la face sont froids. L'anurie persiste. Le malade reste abattu et prostré. Il tombe dans le collapsus et meurt. La réaction à forme asphyxique (Briquet et Mignot) s'observe chez les affaiblis et les vieillards.

Quelquefois une deuxième réaction abortive suit la première, et le malade offre ainsi des alternatives d'amélioration et de retour à l'algidité.

La *réaction typhoïde* (choléra typhoïde) présente deux formes principales : la forme gastro-intestinale et la forme cérébrale.

Dans la forme *gastro-intestinale*, le malade offre l'aspect d'un typhoïdique : langue saburrale, diarrhée bilieuse hémorragique, ventre ballonné, gargouillement, adynamie avec température normale. La mort survient du cinquième au onzième jour.

La forme *cérébrale* (Oddo) se traduit par de la céphalalgie, avec congestion de la face et épistaxis, soif vive, diarrhée, vomissements.

Ces symptômes peuvent s'accompagner soit des phénomènes d'excitation (forme *ataxo-adynamique* ou *méningitique* de Mesnet), soit des signes de dépression (forme *comateuse*). Fernet et Barthy ont décrit une *variété cérébrale* qui serait l'apanage de l'enfance.

VII

Complications. — Dans les cas bénins, la convalescence est rapide et la guérison obtenue est parfaite.

Mais les cas graves peuvent être suivis de complications nombreuses parmi lesquelles il faut surtout noter la persistance des crampes douloureuses, s'accompagnant quelquefois d'accès de tétanie.

On voit survenir également la pneumonie et la broncho-pneumonie, qui sont souvent des trouvailles d'autopsie, car elles ne se manifestent, en général, par aucun signe clinique appréciable, surtout pendant la période d'algidité.

On observe aussi des gangrènes multiples : gangrènes viscérales ou gangrènes des extrémités (Gendrin, Tardieu), des suppurations diverses (furoncles, phlegmons, otites, parotidites, conjonctivites, etc.), des ictères graves, des exanthèmes à types divers siégeant surtout aux poignets et à l'avant-bras (rubéoliformes, lichénoïdes, urticariens, etc.). Pour certains auteurs, l'apparition de l'exanthème serait d'un excellent pronostic.

L'avortement serait assez fréquent chez les femmes enceintes atteintes de choléra.

VIII

Formes cliniques. — A côté de la forme commune qui a été décrite, il y a lieu de signaler :

1° Le CHOLÉRA ABORTIF qui se résume dans une diarrhée d'aspect ordinaire, non spécifique, qui peut durer quelquefois plusieurs semaines.

A un degré plus accusé, on voit survenir un commencement d'algidité avec crampes.

2° La FORME FOUDROYANTE qui frappe brusquement les sujets en pleine santé et amène la mort en quelques heures.

3° Le CHOLÉRA SEC (Jänischen) qui ne s'accompagne d'aucune évacuation, mais dans laquelle le malade présente néanmoins tous les symptômes, l'algidité notamment, du choléra ordinaire. Dans cette forme l'exsudation séreuse s'amasse dans l'intestin paralysé sans s'évacuer. Ces cas sont toujours mortels.

En dehors de ces modalités, on observe dans la forme commune tous les degrés, depuis le type léger jusqu'aux formes les plus graves.

Le choléra est plus sévère chez les enfants et les vieillards que chez l'adulte. Chez les femmes enceintes, la mort est la règle pour la mère comme pour l'enfant. Chez les cardiaques et les brightiques l'attaque est toujours très grave. Le choléra peut aussi s'associer à la tuberculose, au paludisme, à la fièvre typhoïde, au diabète, etc.

Quand il survient ainsi au cours d'une maladie aiguë, il en atténue d'abord les symptômes ; mais il est mortel.

Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, on a décrit des formes nerveuses, pulmonaires (Chomel), entérique, asphyxique (Romberg), etc.

IX

Diagnostic clinique. — Un certain nombre d'états morbides réalisent cliniquement le syndrome cholérique ou un syndrome cholériforme. Cette apparence commune de symptômes tient à une pathogénie commune : l'intoxication.

Certains *empoisonnements alimentaires* peuvent donner le change ; de même, les intoxications par les *champignons*, les *conserves de viande*, les *légumes avariés*, les *mollusques*, et aussi par le *sublimé*, le *tartre stibié*, l'*arsenic*. Mais dans tous ces cas, les vomissements précèdent les déjections.

L'accès *pernicieux algide* cholériforme d'origine paludéenne se distingue par l'absence de selles riziformes.

Enfin, il faut savoir que le colibacille est capable de produire certains collapsus des péritonites aiguës, de l'étranglement herniaire et de l'occlusion intestinale qui peuvent en imposer pour le choléra.

X

Diagnostic bactériologique. — Chez un individu atteint de choléra, le vibrion doit être recherché dans les matières fécales, ou bien, post mortem, dans le contenu intestinal.

L'examen microscopique à l'état frais d'un peu de matière fécale délayée dans l'eau physiologique, peut quelquefois permettre de voir des vibrions

cholériques, reconnaissables à leurs mouvements très vifs, surtout vers les bords de la préparation. L'examen à l'ultramicroscope facilite beaucoup cette recherche.

Après coloration on reconnaît les vibrions à leur forme et à ce fait qu'ils fixent la couleur moins que les autres microbes du contenu intestinal.

L'*isolement en culture pure du vibrion cholérique* doit se faire de la façon suivante : ensemencer les produits suspects dans un tube d'eau peptonisée ou de gélatine-peptone de Metchnikoff et après un séjour de huit à douze heures à l'étuve à 37 degrés, prélever la semence à la surface du liquide de la culture, et repiquer en stries soit à la surface de la gélose ordinaire, soit, et de préférence, sur le milieu de Dieudonné. Le milieu de Dieudonné (gélose au sang alcaliné) étant très électif pour le vibrion cholérique, ce dernier s'y développe à la presque exclusion des autres germes, surtout dans les douze à quatorze heures qui suivent l'ensemencement.

Pour obtenir ensuite le vibrion en culture pure, il faudra toujours faire un deuxième isolement sur la gélose ordinaire.

Quand l'examen à l'état frais a permis de reconnaître un grand nombre de formes vibrioniennes suspectes, on peut ensemencer directement les matières fécales en milieu de Dieudonné, sans l'intermédiaire de la culture en eau peptonée.

Caractères distinctifs du vibrion cholérique. — La grande analogie du vibrion de Koch avec beaucoup d'autres vibrions a, pendant longtemps considérablement compliqué le diagnostic de choléra. On ne reconnaît à l'heure actuelle aucune garantie d'exactitude diagnostique aux caractères fixés par Koch lui-même, si le vibrion mis à l'étude n'est pas en même temps agglutiné ou ne donne pas le phénomène de Pfeiffer en présence du sérum spécifique. (Van Ermenghen, rapport, Conférence sanitaire internationale de Paris, 1911.)

Les *caractères morphologiques* ne sont pas suffisants pour identifier le vibrion cholérique. A côté du type trapu court, très mobile, à cil unique à une extrémité, il existe de vrais cholériques plus longs, plus courts et plus ou moins mobiles, tels que le vibrion Romanus (Celli et Santori, 1892), le vibrion de Massaouah (Pasquale), le vibrion de Courbevoie (Netter), le vibrion de Cochinchine (Calmette) et de Gand (van Ermenghen).

L'aspect *en entonnoir de la culture* par piqûre en gélatine, n'est pas non plus pathognomonique. Certains vibrions, tels celui de Massaouah, liquéfient la gélatine avec une rapidité qui autrefois excluait l'idée de vibrion cholérique.

La réaction indol nitreuse ou roth-choléra est infidèle; négative par exemple chez des vibrions cholériques, considérés autrefois comme avérés (vibrion Romanus), elle est positive pour de faux vibrions, par exemple, le vibrion de Finckler et Prior (Metchnikoff).

Sur la *gélose au sang défibriné*, on rencontre des vibrions cholériques qui hémolysent et d'autres qui n'hémolysent pas. Le caractère distinctif préconisé par Kraus n'a donc aucune importance (Knaut, 1912).

Tous ces caractères ainsi que le pouvoir pathogène pour les animaux (péritonite vibrionienne du cobaye) ne sont pas suffisants pour définir la nature cholérique d'un vibrion. Il faut pour cela *que le vibrion agglutine au moins à 1/2000 avec un sérum ayant un pouvoir agglutinant moyen de 1/5000*, et il faut que, d'autre part, il donne le *phénomène de Pfeiffer en présence du sérum spécifique.* Comme on ne connaît pas de vibrions agglutinants ne donnant pas le phénomène de Pfeiffer, ou donnant les phénomènes de Pfeiffer sans agglutiner, les deux réactions ont la même valeur, et l'une des deux est en pratique suffisante pour le diagnostic bactériologique des vibrions.

Crendiropoulo (1904) en soumettant à l'analyse simultanée des quatre procédés suivants, agglutination, phénomène de Pfeiffer, réaction de fixation, recherche de l'hémolysine, arrive à constituer quatre groupes de vibrions qui sont : un groupe de vibrions authentiques, un deuxième groupe constitué par les six vibrions d'El Tor et deux groupes de pseudo-vibrions.

Les vibrions pseudocholériques sont en effet innombrables.

Prausnitz a isolé à Hambourg, de 1893 à 1903, 389 échantillons de vibrions saprophytes de l'eau, tout à fait inoffensifs. Le *vibrion de Finkler* a été trouvé à Bonn dans une épidémie cholériforme (1884).

Le *vibrion Metchnikowi* a été isolé par Gamaleia chez des poules sur lesquelles sévissait une épizootie.

Les six vibrions d'El Tor furent isolés par Gottschilch (1906) des selles de pèlerins revenant de la Mecque et morts d'affections diverses qui n'étaient pas le choléra. Ces vibrions agglutinent et donnent le phénomène de Pfeiffer.

Dans les dernières épidémies, on a signalé un certain nombre de vibrions pseudocholériques ou paracholériques, pathogènes pour le cobaye, n'ayant pas les caractères des vibrions cholériques authentiques mais ayant produit chez l'homme un syndrome cholériforme ayant amené la mort (Joltrain, Dopter, Orticoni, Salimbeni, Saint-Pétersbourg).

Autres procédés de diagnostic bactériologique rapides. — Pour rendre le milieu de Dieudonné utilisable de suite Neufeld et Woithe conseillent d'y ajouter 2 p. 100 d'une solution à 10 p. 100 d'acide lactique. Le milieu ainsi modifié n'est utilisable que pendant quarante-huit heures au maximum. Krumwiede (1911) a remplacé le sang potassique par un œuf complet auquel il ajoute de l'eau et une solution de carbonate de soude à 12 p. 100.

Procédé de Dumbar (1905). — Ce procédé consiste dans la méthode suivante. On dépose sur un verre de montre une goutte de peptone salée contenant une goutte de sérum normal à 1/50. Dans un autre verre de montre on dépose une goutte de peptone salée additionnée d'une goutte de sérum anticholérique agglutinant à 1/500. Dans le liquide de chaque verre de montre on dépose une parcelle de matière suspecte. Si elle renferme des vibrions cholériques, l'agglutination se produit comme dans une culture pure dans le verre de montre contenant du sérum agglutinant anticholérique.

Procédé de Bandi. — On prend un tube effilé dans lequel on introduit 5 centimètres cubes de solution pepto-chlorurée. On ajoute une quantité déterminée de sérum anticholérique. On ensemence les selles suspectes. Après deux à sept heures d'étuve, s'il y a des vibrions cholériques, on voit des grumeaux dans la partie effilée du tube. Il est bon d'avoir un tube témoin.

Pollaci (1910) ensemence au préalable les matières dans 100 centimètres cubes de bouillon. Après six heures d'étuve, il prélève x gouttes à la surface du bouillon, qu'il mélange dans un verre de montre avec x ou xx gouttes de solution peptonée salée additionnée de sérum agglutinant à 1/1000. Il examine ensuite les gouttes pendantes pour voir si l'agglutination se produit.

Ces procédés n'ont pas grande valeur, parce que les vibrions n'agglutinent pas quand ils sont en culture impure.

Rappelons également que Pfeiffer et Inaeff (1) pensaient pouvoir faire de la constatation de l'état d'immunité un caractère de spécification de très grande importance. D'après eux on devrait considérer comme cholérique tout vibrion suspect qui inoculé au cobaye le vaccinait contre un vibrion cholérique authentique. D'autre part le sérum d'un animal ainsi immunisé contre le vibrion du choléra doit protéger contre l'inoculation d'un vibrion cholérique vrai et rester sans effet contre l'inoculation d'un pseudo-vibrion. Cette méthode n'a pas donné les résultats auxquels on s'attendait.

XII

Pronostic. Durée. — La durée du choléra et son pronostic sont très variables. Certains cholériques meurent pour ainsi dire foudroyés. Chez d'autres l'affection peut durer pendant quelques jours, la mort survenant à des périodes variables de l'attaque. Nos ancêtres, qui étaient d'excellents observateurs, avaient remarqué cette durée variable, et l'avaient signalée comme un des caractères de l'affection. Pour 4907 malades sains on a pu remarquer que :

204	ont vécu de	1 heure	à	6 heures,
615	—	de 6	—	12 heures,
392	—	de 12	—	18 heures,
1173	—	de 18	—	24 heures,

soit en tout 2384 ayant vécu entre une heure et vingt-quatre heures.

Les 2523 restants ont vécu entre un jour et quinze jours, la grande majorité ayant succombé dans les cinq jours de la maladie (de la Berge et Mouneret).

Le pronostic varie suivant les épidémies, suivant les cas, et suivant les époques. La mortalité oscille autour de 50 p. 100, pouvant quelquefois s'abaisser jusqu'à 30 p. 100, mais ayant atteint quelquefois le chiffre de 80 p. 100.

Au point de vue clinique il est très difficile de porter un pronostic sur les cholériques. Très souvent on voit une sorte de résurrection se produire chez des malades dont l'état était en apparence le plus grave et le plus désespéré. D'autres fois, une forme paraissant légère s'aggrave rapidement et emporte le malade. Il n'est pas de signe bien net permettant de donner des indications précises. Pourtant l'anurie prolongée, l'algidité intense sont de très mauvais augure. On est d'accord également pour reconnaître que le pouls est le meilleur baromètre de garantie d'une attaque cholérique. Un pouls qui ne dépasse pas 110 à 115 est en général d'un pronostic favorable, quels que soient l'état de faiblesse, le degré de cyanose ou d'algidité du malade. Au contraire un pouls très fréquent dépassant 130 ou 140 est toujours d'un mauvais augure, même avec des phénomènes généraux peu marqués. Salimbeni a remarqué en pratiquant sous la peau des injections de sérum spécifique additionné d'eau physiologique que, quand le liquide n'était pas absorbé, l'issue fatale était inévitable.

XIII

Traitement. — Jusqu'à ces dernières années, le traitement du choléra a été purement symptomatique. On se montrait en général assez sobre de thérapeutique chez le cholérique, et on traitait les symptômes suivant leur gravité.

Contre les vomissements on préconise habituellement l'ingestion de glace en petits morceaux, de boissons glacées, d'eau chloroformée et les lavages de l'estomac à l'eau bouillie acidulée avec 5 p. 100 d'acide lactique (Hayem-Lesage).

La diarrhée — traitée autrefois par l'opium, qui est complètement abandonné aujourd'hui — est justifiable de l'entéroclyse à la manière de Cantani c'est-à-dire par lavements de 2 litres d'eau tiède additionnée de 10 p. 100 de tannin, et envoyés le plus haut possible dans l'intestin. Le calomel à haute dose (5 à 20 centigrammes toutes les deux heures) a été employé, avec de bons résultats, ainsi que la limonade lactique de Hayem en ingestion :

Eau..........................	1000
Acide lactique...............	15
Sucre........................	q. s.

Contre l'algidité, on utilise les bains chauds à 38-39 degrés, donnés très fréquemment, les linges chauds, sacs de sable chauds, boules d'eau chaude, les injections d'éther et de caféine.

Il faut y ajouter les injections sous-cutanées ou intraveineuses soit de sérum artificiel, soit de sérum de Hayem, à raison de 1 000 à 2 000 centimètres cubes. On a proposé également le sérum caféiné, l'électrocuprol, etc. Pour tonifier l'organisme on peut prescrire avantageusement des potions à l'alcool et à l'acétate d'ammoniaque. On a proposé récemment un traitement au permanganate de potasse en solution faible, qui sera bue chaude et sans limitation (Kharitonov, Dorochine), ainsi qu'une thérapeutique par la teinture d'iode à la fois par la voie stomacale (L gouttes dans un litre) : donner 300 grammes à la fois et par la voie rectale (L gouttes dans un litre d'eau bouillie, Senise, Pagano, Consoli). Naamé (1912) recommande l'emploi de l'adrénaline, certains

(1) Pfeiffer et Inaeff. Ueber die specifische Bedeutung der Choleraimmunität, *Zeit. f. Hyg.*, t. XVII, 1894, p. 355.

symptômes du choléra étant analogues à ceux de l'hypoépinéphrie.

L'alimentation consiste dans la diète hydrique. Il faut se souvenir que le cholérique est un malade qui se déshydrate rapidement, et qu'il a besoin de beaucoup de boissons.

Sérothérapie. — De nombreux essais de sérothérapie ont été faits par plusieurs auteurs pendant ces dernières années. Le sérum préparé par Schouroupow provient de chevaux vaccinés par des injections de macérations de vibrions, dont les cultures ont été traitées par des alcalis. Le sérum de Kraus provient de chevaux immunisés vis-à-vis des produits solubles du vibrion d'El Tor. Mac Fayden et Tauner Hewlet ont préparé un sérum antiendotoxique provenant d'une endotoxine cholérique.

Ces divers sérums n'ont donné aucun résultat satisfaisant. Seul le sérum de Salimbeni, préparé à l'Institut Pasteur avec une toxine obtenue suivant la méthode de Metchnikoff, Roux et Salimbeni, a donné des résultats encourageants. Son utilisation pendant l'épidémie de Saint-Pétersbourg de 1908 permet de conclure que le sérum agit d'une façon efficace sur l'évolution de la maladie, et d'autant plus activement que la sérothérapie est instituée plus tôt. Le serum doit être administré à la dose de 50 à 100 centimètres cubes dans les veines, et il vaut mieux le mélanger à l'eau physiologique. On peut dans les cas graves augmenter la dose de sérum et répéter l'injection chaque jour. Les malades traités par cette méthode à Saint-Pétersbourg en 1908 ont donné une mortalité globale de 23,8 p. 100, alors que le pourcentage de la mortalité moyenne était à la même époque de 45,6 p. 100. Administré par la voie rectale le sérum de Salimbeni paraît avoir une action bienfaisante au point de vue de la rapidité de disparition des vibrions dans les matières fécales (Salimbeni et Orticoni 1913).

Tout récemment pendant la guerre des Balkans, le docteur Petroff a traité avec succès des porteurs de vibrions cholériques par l'iode en solution. Des expériences faites in vitro avec des cultures de vibrions cholériques paraissent avoir confirmé la valeur des résultats obtenus.

Vaccination. — L'idée de la possibilité de vacciner l'homme contre le choléra asiatique a été vivement combattue au début. A l'heure actuelle le nombre des partisans de la vaccination préventive a considérablement augmenté, et un grand nombre de méthodes ont été préconisées pour préserver l'homme contre les atteintes du choléra. Mais le plus grand nombre de ces méthodes ne sont pour ainsi dire pas sorties du domaine du laboratoire. Seules sont à retenir celles de Ferran et Haffkine qui ont été appliquées à l'homme sur une très grande échelle.

Le *vaccin de Ferran* n'est autre chose qu'une culture pure en bouillon de vibrion cholérique. On ensemence en bouillon alcalinisé et fraîchement préparé un vibrion provenant de cultures en gélatine, et on laisse deux jours à l'étuve à 37 degrés. On fait les inoculations sous la peau au niveau de la partie moyenne de la région brachiale postérieure en prenant les précautions habituelles.

Les doses à injecter sont d'un centimètre cube à chaque bras pour la première inoculation et, cinq à six jours après, 1cm³5 à chaque bras pour la seconde inoculation.

Appliqué à 50000 sujets (1885), ce vaccin a donné des résultats peu favorables. La vaccination s'accompagne d'un peu d'œdème au point d'inoculation avec légère élévation de température, céphalée, malaise et quelquefois un peu de diarrhée.

Le *vaccin de Haffkine* consiste en un virus fixe, aussi virulent que possible, dont la virulence est renforcée par des passages successifs dans le péritoine du cobaye, injecté sous la peau à la dose de 1/10 ou 1/20 de culture sur gélose. La méthode originale de Haffkine comportait l'injection préalable d'une dose de virus atténué. Mais plus tard Haffkine constata sur lui-même que le virus fixe exalté, injecté d'emblée, est très bien supporté par l'homme.

Les réactions vaccinales sont analogues à celles du vaccin de Ferran. Depuis 1893, le nombre des personnes vaccinées aux Indes avec le vaccin de Haffkine s'élève à 150000 environ. Les statistiques fournies semblent prouver que les personnes inoculées se trouvent à un degré considérable à l'abri de l'infection naturelle du choléra.

En dehors de Ferran et Haffkine, un grand nombre d'auteurs ont proposé des méthodes de vaccination anticholérique.

Hasterlik (1893), Klemperer (1892), Sawtchenko et Zabolotny (1893) ont étudié le problème de la vaccination intestinale. Des cultures de vibrions dans la gélatine ingérées sans alcalinisation préalable de l'estomac par Hasterlik ne déterminèrent aucun trouble ni local ni général. Sawtchenko et Zabolotny étudièrent sur eux-mêmes la vaccination intestinale par cultures de vibrions tués par la chaleur. Les expériences de Metchnikoff (1894) montrent d'autre part que « l'ingestion de cultures cholériques ne protège pas sûrement contre l'effet pathogène du vibrion de Koch ».

Les cultures en bouillon de thymus de veau tuées par la chaleur puis placées dans la glace donnèrent à Brieger et Wassermann d'excellents résultats dans la vaccination des cobayes (1892).

Federoff (1892) conseilla les cultures de bouillon de thymus âgées de dix jours, stérilisées à 65 degrés et additionnées de leur volume de glycérine.

Wassermann (1893), en précipitant par l'alcool absolu des cultures de vibrion en bouillon âgées de trois jours après les avoir évaporées jusqu'à consistance sirupeuse, a obtenu une substance qui, desséchée, pouvait à la dose de 0g005 par injection intrapéritonéale vacciner le cobaye contre une dose mortelle de vibrion.

Le vaccin proposé par l'Institut sérothérapique et vaccinogène de Berne consiste en la nucléo-protéide extraite du vibrion cholérique par le procédé préconisé par Lustig et Galeotti pour la préparation du vaccin antipesteux.

Besredka (1902) ajoute du sérum anticholérique à des vibrions mis en suspension dans l'eau physiologique. Quand il a obtenu l'agglutination complète, il aspire le liquide clair et, après avoir lavé à plu-

sieurs reprises le dépôt des vibrions chargés d'ambocepteurs et de récepteurs spécifiques, il le chauffe une heure à 56 degrés. Les animaux inoculés par des vibrions ainsi traités sont immunisés au bout de vingt-quatre heures pour une période de six mois environ.

Strong (1904) a préconisé pour vacciner l'homme contre le choléra l'emploi de récepteurs libres obtenus par la simple macération et l'autolyse de vibrions tués par la chaleur. On filtre ensuite sur une bougie Reichel.

P. Aaser (1910) recommande un vaccin fabriqué avec des cultures sur gélose émulsionnées dans l'eau physiologique et chauffées deux ou trois heures à 60 degrés.

Le vaccin de Nyland (1910) a été récemment employé aux Indes néerlandaises.

Enfin, tout récemment (Académie des sciences, juin 1912), MM. Nicolle, Conor et Conseil ont injecté dans la veine, à des sujets de bonne volonté, une émulsion dans l'eau salée et tiède de cultures sur agar de vibrions cholériques. Certains des sujets ainsi injectés ont pu ingérer ensuite des selles cholériques ou des cultures de vibrion sans présenter le moindre symptôme.

XIV

Prophylaxie. — Les mesures de prophylaxie individuelle sont basées sur les données étiologiques et consistent dès l'apparition de cas avérés ou de cas suspects :

1° Dans le diagnostic rapide de l'affection par l'expertise bactériologique des déjections ;

2° Dans l'isolement absolu des malades et la désinfection des urines, matières fécales, vomissements, des linges souillés ainsi que des vêtements, fournitures de literie, brancards et voitures qui ont servi au transport des cholériques ;

3° Dans les soins de propreté minutieux du personnel médical et infirmier, particulièrement avant les repas ;

4° Dans l'incinération des cadavres.

Les mêmes mesures devraient être prises également à l'égard des porteurs de germes. La disparition du vibrion cholérique semble pouvoir être rapidement obtenue par des lavements de sérum anticholérique.

En temps d'épidémie il est nécessaire de mettre en œuvre un ensemble de mesures qui ont pour but d'empêcher le vibrion cholérique de pénétrer dans les voies digestives. Ces mesures consistent dans l'ébullition de l'eau, la défense de manger des crudités, fruits, légumes, salades, coquillages, etc., et les soins de propreté minutieux pour les mains.

Dans les agglomérations contaminées, il est indispensable d'assurer la stérilisation des eaux d'alimentation et de veiller à l'hygiène des lavoirs publics, des fumiers, des ordures, etc.

Prophylaxie internationale. — Elle est réglée par la Convention du 17 janvier 1912 qui n'a pas modifié beaucoup la réglementation de la Convention sanitaire de 1903.

Les cas avérés de choléra doivent être immédiatement notifiés aux divers gouvernements signataires de la Convention, en y ajoutant les renseignements qui concernent la date des cas, leur nombre, les mesures prises, etc. (art. 1, 2, 3, 4).

Une circonscription ne cesse d'être considérée comme contaminée que cinq jours après le dernier décès ou le dernier cas constaté et après l'exécution des mesures de désinfection prescrites (art. 9).

Les autorités doivent empêcher l'embarquement sur les navires des personnes présentant des symptômes de choléra et des objets ou marchandises contaminés qui n'auraient pas été désinfectés. L'eau potable embarquée doit être saine.

Les navires infectés de choléra sont soumis à la visite médicale. Les malades sont débarqués et isolés. Les autres personnes peuvent être également débarquées et soumises à une observation qui ne pourra dépasser cinq jours après le dernier cas constaté. A la condition que ce délai ne soit pas dépassé l'autorité sanitaire peut procéder à l'examen bactériologique dans la mesure nécessaire. Les effets à usage et objets de l'équipage et des passagers considérés comme contaminés doivent être désinfectés. Les parties du navire habitées par des cholériques doivent être désinfectées.

L'eau potable qui est suspecte est déversée après désinfection et remplacée par de l'eau saine.

Une partie de ces mesures sont applicables aux navires suspects de choléra.

La réglementation, en ce qui concerne les frontières terrestres, ne comporte pas de quarantaines.

Seules peuvent être retenues aux frontières les personnes atteintes. Mais un Etat peut fermer au besoin une partie de ses frontières. L'intervention médicale doit se borner à une visite des voyageurs et aux soins à donner aux malades. « Il serait de la plus haute utilité de soumettre à une surveillance » de cinq jours au plus les voyageurs venant d'un endroit contaminé quand ils sont arrivés à destination.

La Convention de 1912 prévoit également un certain nombre de dispositions spéciales aux pays d'Orient et d'Extrême-Orient et aux pèlerinages, en particulier le pèlerinage de la Mecque. La protection sanitaire du golfe Persique et la défense sanitaire du chemin de fer du Hedjaz font l'objet d'un grand nombre d'articles et de prescriptions dont la surveillance et l'exécution sont confiées au Conseil de santé de Constantinople.

TROUBLES DUS A L'HYPERTROPHIE ET AUX VARICES DE L'AMYGDALE LINGUALE

Par le docteur A. MAURICE (de Paris).

Tout bon praticien qui se respecte ne devrait pas ignorer l'existence de l'amygdale linguale et cependant nous avons pu constater à maintes reprises combien cet organe était délaissé. S'il n'avait aucune importance au point de vue pathologique, passe encore qu'il reste inaperçu, mais les troubles qu'il

provoque sont si fréquents que le devoir d'un spécialiste est d'en avertir ses confrères.

En deux mots rappelons que l'amygdale linguale est la quatrième amygdale de l'anneau de Waldeyer dont la troisième est celle qui donne naissance aux végétations adénoïdes, elle est située dans la partie verticale de la langue entre le V des papilles caliciformes et les fossettes glosso-épiglottiques. Assez volumineuse chez les enfants elle a de la tendance à disparaître à la puberté et chez l'adulte; elle s'atrophie en commençant généralement par la partie médiane d'où son aspect bilobé.

Ses affections ressemblent beaucoup à celles des amygdales palatines et il est de règle de l'examiner lorsque ces dernières sont atteintes.

Nous n'insisterons pas sur ses affections aiguës comme l'amygdalite catarrhale d'une durée restreinte et de peu de gravité, comme l'amygdalite phlegmoneuse plus rare et plus facilement diagnosticable; de même ses tumeurs, ses affections spécifiques, son mycosis ne nous arrêteront pas, car nous voulons tout spécialement mettre en valeur, à l'usage des praticiens, ses maladies les plus fréquentes, l'hypertrophie et les varices.

Dans notre pratique personnelle nous trouvons de l'hypertrophie ou des varices de l'amygdale linguale chez environ 50 p. 100 des malades qui viennent demander des soins pour le larynx ou le pharynx.

Sur ces 50 p. 100 un grand nombre ne sont traités que pour cela. Il est à remarquer que les varicosités et la poussée hypertrophique se manifestent surtout vers la fin de l'hiver et au printemps. Il est vraisemblable d'admettre que le froid, le froid humide tout particulièrement, provoque une congestion, voire une inflammation de l'organe et que les troubles latents se manifestent alors par quelques symptômes pénibles.

Les sensations éprouvées par le patient permettent souvent de porter le diagnostic en dehors de l'examen laryngoscopique que l'on doit toujours pratiquer. Le malade éprouve surtout des « picotements » au niveau de l'os hyoïde, ces picotements provoquent chez lui une toux sèche, petite, pénible, quelquefois de véritables quintes; toutes les causes de congestion augmentent cette toux et chez certaines femmes elle n'apparaît qu'au moment des règles; beaucoup de nos clientes sont des femmes au moment de la ménopause. Nous avons vu quantité de malades traités en vain pendant des mois pour une toux d'irritation ou une « toux nerveuse » : inutile de dire que douches et bromures donnaient de piètres résultats.

Comme autres symptômes, ces malades présentent encore la sensation de corps étrangers, comme si un débris alimentaire était resté accolé à la base de leur langue. Parfois même cette sensation donne aux malades l'impression d'un corps plus volumineux, par exemple d'une boule, et en avant la « boule hystérique » dès que ce mot a eu le malheur d'être prononcé; nous avons pu fort heureusement et à plusieurs reprises débarrasser de leur pseudo-boule de pauvres hystériques ou soi-disant telles au moyen de simples galvano-cautérisations.

Les douleurs, plus rares, peuvent être constatées ou se manifester à la déglutition; d'autres symptômes moins importants viennent s'ajouter à ceux déjà énoncés. Les malades éprouvent quelquefois le besoin d'avaler à vide; ils peuvent présenter un état nauséeux assez pénible. Chez les orateurs et les chanteurs il y a fréquemment un peu de laryngite concomitante qui vient altérer leur organe; de plus, par suite du volume de l'amygdale qui vient buter contre l'épiglotte les notes élevées se donnent très difficilement, d'où gêne considérable chez les ténors et les soprani.

On a cité encore quelques troubles réflexes d'ailleurs assez rares, des névralgies stomacales ou épigastriques, de l'asthme (Heymann et Seifert), de l'ictus laryngé (Cartaz), de l'œsophagisme (Joal), des syncopes (Chauveau), des convulsions, etc.

Le diagnostic est très facile à poser si l'on songe que cet organe peut être malade; il ne faut pas espérer, sauf dans de rares exceptions, apercevoir quelque chose avec le simple abaisse-langue; le doigt conduit à la base de la langue pourra permettre de se rendre compte de l'état d'hypertrophie; ce qui vaut le mieux, c'est le miroir laryngoscopique qui vous montrera aussitôt une masse généralement assez volumineuse placée au-dessous du V lingual, cette masse peut être bilobée et présenter une surface uniformément lisse, mais plus généralement cette surface est rouge, mamelonnée, irrégulière, et s'étend sur toute la base de la langue jusqu'aux parties latérales; elle vient buter fréquemment l'épiglotte qui ne peut pas se relever suffisamment pour l'examen laryngoscopique et quelquefois pour l'émission de la voix. A ce sujet, je citerai le cas d'une femme qu'on m'adressa pour une aphonie rebelle et persistante, elle présentait une vaste hypertrophie de son amygdale linguale, or, en tirant fortement sur la langue, son amygdale était entraînée en avant, l'épiglotte se relevait davantage et la malade pouvait émettre certains sons qui étaient étouffés dès que la langue relâchée venait comprimer son épiglotte. Lorsqu'il s'agit de varices l'on voit la même région beaucoup moins mamelonnée mais couverte de varicosités rouge violacé.

Maintenant que le diagnostic est posé que faut-il faire ? C'est très simple lorsque l'on a un galvanocautère courbe; quelques pointes de feu plus ou moins profondes sur la région et au bout d'un nombre variable de séances, selon le degré du mal, vous en viendrez à bout. C'est de beaucoup la méthode de choix, pourtant l'on a conseillé des attouchements à la glycérine iodée ou au chlorure de zinc mais franchement nous ne croyons guère à la vertu de tels badigeonnages. Quelquefois lorsque l'hypertrophie est très volumineuse on en pratique l'ablation au moyen de la pince d'Escat ou du tonsillotome de Lennox Browne. Inutile d'ajouter que les gargarismes, les inhalations, les bromures et toute la thérapeutique médicale agissent un peu comme un cataplasme chez un hydropique.

Les sinapismes au-devant du cou, les bains de pieds sinapisés, la position haute de la tête pendant le

sommeil sont à conseiller pour modifier la circulation et diminuer la toux linguale.

Il nous est arrivé très fréquemment de guérir des tousseurs invétérés sans que l'examen n'ait révélé quoi que ce soit au niveau de l'amygdale linguale, mais dans les cas seulement où le malade accuse des *picotements* ou des *chatouillements* dans la gorge. La pointe de feu agit soit en détruisant les extrémités nerveuses trop sensibles, soit en créant une irritation et même une petite douleur qui masque l'autre sensation; peut-être ne s'agit-il simplement que d'une cure réflexe, comme Bonnier en obtient et comme nous-même nous en obtenons en cautérisant la muqueuse nasale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1913)

M. LE PRÉSIDENT prononce un très bel éloge de Poncet.

Péritonites appendiculaires. — M. BROCA a appliqué le traitement par l'éther aux péritonites diffuses. Il a constaté que ce traitement est très bien supporté et il a vu guérir des malades qui semblaient condamnés à une mort certaine. Toutefois, parmi ces malades, il y en a quatre qui ont présenté des phénomènes d'occlusion intestinale consécutive. Deux ont guéri après l'établissement d'un anus artificiel, deux sont morts.

M. SAVARIAUD a vu ces mêmes accidents se produire, en dehors du traitement par l'éther, qu'il a aussi employé avec succès.

M. MORESTIN estime que ce traitement fait merveille dans toutes les péritonites. Dans les cas graves, il verse dans le péritoine une très grande quantité d'éther. Il a obtenu des succès dans un grand nombre de cas; il a même vu des effets stupéfiants. Ces derniers jours, chez une jeune fille atteinte de péritonite appendiculaire avec appendice gangréné, un gros abcès derrière le cæcum, les anses intestinales recouvertes de fausses membranes, le pouls rapide et petit, le ventre ballonné, le facies profondément altéré, il a extrait l'appendice, nettoyé le ventre et y a versé une abondante quantité d'éther; puis il a refermé le ventre. Réunion par première intention, guérison.

Suture des plaies du cœur. — M. PICQUÉ fait un rapport sur trois cas de plaies du cœur traités, avec succès, par la suture. Le premier de ces cas appartient à M. Baudet dont M. Picqué rappelle l'important travail sur ce sujet, le second à M. Grégoire et le troisième à M. Silhol (de Marseille).

Dans le cas de M. Baudet, il s'agissait d'une plaie du ventricule droit par balle de revolver chez une neurasthénique de trente-quatre ans. M. Baudet la voit et l'opère quarante minutes après sa tentative de suicide. Il rabat les troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième côtes, trouve un péricarde distendu, le fend, en retire un gros caillot et trouve une plaie sur la face antérieure du ventricule droit qu'il suture. Il n'y a pas de plaie sur la face postérieure du cœur. Guérison sans incident.

Chez le malade de M. Grégoire, transporté la nuit dans le service de M. Picqué, après un coup de revolver dans la région du cœur, l'interne de garde se contente de tamponner la plaie extérieure. M. Grégoire ne voit le blessé que le matin à neuf heures; il le trouve pâle avec une température de 38°2 et le pouls à 160. Il trouve une tension très accentuée de la paroi abdominale, fait une laparotomie d'urgence, ne trouve rien, referme le ventre et se porte au niveau de la plaie thoracique. Il trouve un caillot dans le péricarde, une plaie de la face antérieure du ventricule gauche, suture cette plaie, en trouve une autre sur la face postérieure qu'il suture également. En raison de l'élévation de la température qui indique un certain degré d'infection, il draine la plèvre et le péricarde. Suites simples et guérison.

Enfin, dans le cas de M. Silhol, il s'agit d'une plaie du ventricule gauche par coup de couteau : suture et guérison.

M. Picqué fait suivre ces trois observations de réflexions générales sur les plaies du cœur et leur traitement chirurgical. Il rappelle le mémoire de M. Baudet. Il insiste sur les difficultés du diagnostic, l'importance de la percussion et de l'auscultation du cœur, des troubles fonctionnels sur lesquels a particulièrement insisté M. Delorme. Il examine successivement les signes suivants : absence des bruits normaux du cœur, bruits extracardiaques, bruits intracardiaques, de lésions des orifices antérieures au traumatisme, importance de l'hémothorax faisant matelas entre le cœur et l'oreille du médecin; bruits extracardiaques de moulin caractéristiques d'épanchement sanguin, etc.

M. Picqué entre ici dans le détail des observations. La place nous manque pour l'y suivre.

Au point de vue du pronostic opératoire, sur 137 cas on compte 59 guérisons, soit 48 p. 100. Les deux principales causes de mort sont l'hémorragie et l'infection.

Enfin, M. Picqué termine par des considérations sur la technique opératoire. En principe, il faut s'appliquer à ouvrir le péricarde sans ouvrir la plèvre; autant que possible il faut éviter le drainage quand il n'y a pas d'infection.

Le rapport très consciencieux et très documenté de M. Picqué mériterait une analyse plus complète. Nous ne pouvons ici que le résumer très brièvement.

Luxation radio-carpienne ancienne non réduite. — M. AUVRAY fait un rapport sur une observation adressée par M. Vennin (du Val-de-Grâce).

Il s'agit d'un officier de réserve qui, dans une chute de cheval, tombe sur les deux mains. On le transporte à l'Hôtel-Dieu de Nantes. On croit à une fracture de l'extrémité inférieure du radius et on met le membre dans un plâtre. Après plusieurs semaines, ce blessé, dont le poignet était très augmenté de volume, déformé, dévié en baïonnette, est examiné par M. Veninn qui font faire la radiographie et constatent que le scaphoïde est fracturé, et que le pyramidal est luxé en arrière. Le massage et la mécanothérapie améliorent l'état fonctionnel. Mais la main reste irrémédiablement très déformée.

Ces cas sont rares. Dans un cas diagnostiqué on a pu faire la réduction immédiate.

M. AUVRAY rappelle un cas analogue de Chaput, un travail de M. Claudo. Il cherche l'explication et le mécanisme de cette luxation en arrière. Il exprime le regret qu'on n'ait pas eu recours, dès le début, à la radiographie et qu'on n'ait pas tenté la réduction immédiate ou même la réduction sanglante.

Douleurs gastriques d'origine syphilitique guéries par l'arrachement des nerfs intercostaux. — M. MAUCLAIRE rapporte l'observation d'une femme de soixante-cinq ans, syphilitique, tabétique depuis l'âge de cinquante ans, ayant séjourné dix ans à la Salpêtrière, pour des crises gastriques avec vomissements intolérables : ponction lombaire, réaction de Wassermann positive. Tout a été essayé sans succès.

M. Mauclaire a pratiqué chez cette malade l'arrachement des nerfs intercostaux, à droite et à gauche. Il a un peu ouvert la plèvre et provoqué un pneumothorax léger. Cette malade a été transformée. Les crises gastriques ont à peu près complètement disparu par cette opération de Francke.

On a proposé, pour ces cas, diverses interventions telles que l'élongation, des opérations sur les racines postérieures,

la résection du nerf pneumogastrique à la terminaison de l'œsophage, la section des cordons postérieurs. L'arrachement des nerfs intercostaux semble devoir être préférée à toutes ces opérations. Sur 19 cas, Francke relève 3 morts opératoires, 9 récidives locales et 7 guérisons.

M. Mauclaire estime que cette opération mérite d'être étudiée.

M. HARTMANN dit que M. Lecène a fait cette même opération avec un succès immédiat parfait, mais qui, malheureusement, ne s'est pas maintenu, la malade souffrait de nouveau comme avant l'opération.

Blépharoplastie. — M. MORESTIN présente une jeune et jolie femme qui se trouvait défigurée par la présence dans une paupière d'un long morceau de verre, ce qui avait déterminé un entropion très disgracieux. Après avoir pratiqué par la conjonctive l'ablation de ce corps étranger, M. Morestin est parvenu, à l'aide de deux interventions successives, à rendre à cette paupière sa parfaite intégrité.

— MM. DUVAL et SCHWARTZ communiquent des observations qui feront l'objet de rapports.

Enorme calcul vésical. — M. LEJARS présente, au nom des docteurs Garrigues (de Rodez) et Saleil (de Paris), un calcul vésical du poids de 1 840 grammes, qui a été extrait par cystotomie (cette observation est renvoyée à l'examen de M. Lejars).

Présentations. — Parmi les présentations nous signalons celle qu'a faite M. Monod, en son nom et au nom de son collaborateur M. Morin, d'une *Table des matières de la Société de chirurgie* de 1843 à 1893, c'est-à-dire pendant le premier cinquantenaire de son existence, puisque c'est de 1843 que date sa fondation.

M. LE PRÉSIDENT a pensé, avec juste raison, que ce travail de bénédictin méritait plus et mieux qu'un banal remerciement et, se faisant l'interprète de la Société, il a, en termes fort heureux, remercié et félicité M. Monod et son collaborateur comme ils le méritaient. Cette table, en effet, rendra les plus grands services aux travailleurs.

LIVRES NOUVEAUX

Pathologie gastro-intestinale (1). 4e série : *Les grandes médications*, par Albert MATHIEU et Jean-Charles ROUX.

Ce volume qui clôt la série publiée par les deux auteurs vient combler, disent-ils, les lacunes laissées dans les trois volumes antérieurs. Il expose les grandes médications gastro-intestinales.

B. GAYARD.

Traitement des maladies du foie et des maladies du pancréas (2), par J. VIRES.

La première partie, consacrée au traitement des maladies du foie, débute par un chapitre important de physiologie de la cellule hépatique. Cette physiologie qui a bénéficié, en ces dernières années, de réels progrès expérimentaux et anatomo-cliniques, est, en effet, indispensable à connaître pour l'entière compréhension de la pathologie. Puis sont étudiés les syndromes circulatoires hépatiques, les cirrhoses hépato-biliaires, les syndromes lithiasiques hépato-biliaires, les syndromes ictériques, et enfin les hépatopathies spécifiques (échinococcose, paludisme, syphilis, tuberculose, cancer).

La deuxième partie, conçue selon le même esprit, expose d'abord la physiologie normale du pancréas puis les différentes affections de cet organe.

B. GAYARD.

(1) 1 vol. — Paris, O. Doin et fils.
(2) 1 vol. — Montpellier, Coulet et fils.

Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten (1), publié en 10 volumes, par Fr. KRAUS et Th. BRUGSCH.

Ce volume constitue la première partie du tome I, d'un nouveau traité de médecine publié avec l'aide de nombreux collaborateurs par les professeurs Fr. Kraus et Th. Brugsch. Il est consacré aux maladies de la nutrition.

Le chapitre diabète a été écrit par le professeur Magnus-Levy, dont on connaît les travaux sur le coma diabétique. On y consultera avec fruit tout ce qui a trait à la physiologie pathologique du diabète et particulièrement sur la partie chimique de la question, mise au point par un homme qui est à la fois médecin et chimiste.

Le professeur Umber a assumé la tâche de traiter, sous le nom de « troubles intermédiaires des échanges », de certains états pathologiques encore mal élucidés : cystinurie, diaminurie, alcaptonurie, diabètes insipides, cachexie, qu'il est intéressant de voir groupés et exposés dans un traité didactique.

Enfin le professeur Brugsch a rédigé le chapitre consacré à la goutte. Le nom seul de cet auteur à la tête de cette partie du volume suffit à indiquer que l'on y trouve exposées toutes les recherches nouvelles accomplies en Allemagne pendant ces dernières années sur la pathogénie de cette maladie.

A. LEMIERRE.

Formulaire des spécialités pharmaceutiques pour 1913 (2), par le docteur V. GARDETTE.

Il n'est pas besoin, je pense, d'insister sur la valeur pratique de ce petit ouvrage que tout médecin possède et qui lui rend chaque jour les plus signalés services. Comment se reconnaître, en effet, dans le labyrinthe sans cesse plus compliqué des spécialités pharmaceutiques si l'on n'a pas à sa disposition un fil d'Ariane pour vous permettre d'y pénétrer sans crainte et d'en sortir sans ridicule aux yeux du client? Ce guide sûr nous l'avons sous la forme de l'excellent petit volume dont nous parlons ici et qu'il faut savoir gré à son auteur de tenir ainsi chaque année si parfaitement au courant des nouveaux types apparus dans la flore exubérante de la spécialité.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Beiträge zur Klinik des Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung (3), publié par le professeur L. BRAUER et MM. H. SCHOTTMÜLLER, H. MUCH et H. LÜDKE.

Cette nouvelle publication, dont les deux premiers volumineux fascicules ont paru en novembre 1912 et mars 1913, comprend toute une série d'articles originaux consacrés aux maladies infectieuses. Citons, dans le fascicule I, du professeur Behring : Orthocrasie, dyscrasie, idiosyncrasie, eucrasie et anaphylaxie ; du professeur Schlossmann : La prophylaxie de la transmission des maladies infectieuses à l'hôpital; de M. Schöttmüller : Sur la fièvre herpétique ; de M. Much : Les anticorps gras et leur importance; de MM. Lüdke et Orndschiew : Sur la durée de l'immunité passive.

Dans le fascicule II, de M. C. Hegler : Affections des glandes salivaires de la langue ressemblant aux oreillons; de M. B. Hannes : Sur la frambœsia tropica; de M. Abderhalden : La recherche des substances étrangères au sang au moyen de la dialyse; de M. C. Römer : Sur la bactériémie dans les avortements, etc.

Cette publication est éditée avec un grand luxe de planches et de figures en noir et en couleurs.

A. LEMIERRE.

(1) Livraisons 1 à 4, 238 pages. — Berlin et Vienne, Urban et Schwarzenberg.
(2) In-8 de 415 pages, 7e édition. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(3) Vol. I, fasc. 1 et 2. — Würzburg, Carl Kabitzch.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Echo médical du Nord. — (N° 35, 31 août 1913.) André PAQUET : Fonctionnement de la clinique obstétricale de la Charité 1912.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 35, 31 août 1913.) ANGLADE : Considérations médico-légales sur un cas de psychose hallucinatoire. — GINESTOUS : Paralysie diabétique du moteur oculaire externe.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 35, 30 août 1913.) L. BABONNEIX et L. TIXIER : Un cas de splénomégalie chronique terminée par leucémie lymphoïde. — R. BENON : Enervement, anxiété périodiques et névroses de l'estomac.

Policlinico. — (Sept. 1913, fasc. 9.) *Section médicale.* Vittorio PUNTONI : Les vibrions inagglutinables. Leurs rapports avec le vibrion cholérigène et leur importance dans l'étiologie et la prophylaxie du choléra. — Prof. Domenico DE SANDRO : Les amylo-bactéries de l'intestin humain. — Pasquale FILADORO : Alvéolites syphilitiques du poumon avec anthracose. Observations clinico-histologiques et contribution étiologique à l'étude de l'anthracose. — Tommaso PONTANO : Rapports entre les maladies du sérum et les phénomènes anaphylactiques. — Luigi VIGANÓ : Les thermo-précipitines du micrococcus melitensis.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 35, 30 août 1913.) SARGNON : Contribution à l'endoscopie directe.

Riforma medica. — (N° 35, 30 août 1913.) Pietro SISTO : L'action du thorium X dans les maladies du sang. — Dario MARAGLIANO : Contribution à la cure radicale des tumeurs malignes des testicules avec extirpation des ganglions juxta-aortiques. — Adolfo DELLE PIANE : Le traitement des états chloro-anémiques et lymphatiques par le citrate triferreux uni à l'iodure ferreux. — Fernando MORELLI : Action des bacilles tuberculeux stérilisés injectés à doses massives sous la peau des animaux. — (N° 36, 6 sept.) Vincenzo PALMULLI : Modifications quantitatives et histologiques des éléments figurés du sang. — G. GAVINI : La cutiréaction dans la syphilis. Expériences avec la luétine de Noguchi. — G. B. FARMACHIDIS et A. VATTUONE : Quelques observations sur l'action glycolytique des amygdales. — Ferdinando FAZIO : Myoclonie épileptique familiale. — Adolfo DELLE PIANE : Le traitement des états chloro-anémiques et lymphatiques par le citrate triferreux uni à l'iodure ferreux. — Fernando MORELLI : Action des bacilles tuberculeux stérilisés injectés à doses massives sous la peau des animaux. — (N° 37, 14 sept.) C. B. FARMACHIDIS : Recherches expérimentales sur la genèse de l'athérome aortique et sur les altérations du myocarde qui en dépendent. — G. GAVINI : La cutiréaction dans la syphilis. Expériences avec la luétine de Noguchi. — Mario CIOVINI : Les leucocytes du sang circulant et la moelle osseuse dans l'empoisonnement par l'anhydride carbonique. — Prof. Ferdinando FAZIO : Myoclonie épileptique familiale. — (N° 38, 20 sept.) Andrea ROCCAVILLA : Sur une forme rare de myélite transverse, secondaire à une reviviscence néoplasique maligne et tardive d'un thymus persistant. Contribution clinique et anatomo-histologique à l'étude de la pathologie du thymus. — C. B. FARMACHIDIS : Recherches expérimentales sur la genèse de l'athérome aortique et sur les altérations du myocarde qui en dépendent. — G. GAVINI : La cutiréaction dans la syphilis. Expériences avec la luétine de Noguchi.

Semaine gynécologique. — (N° 35, 2 sept. 1913.) CHAMBRELENT : La proportion des garçons et des filles dans la mortalité du premier âge.

Semaine médicale. — (N° 35, 27 août 1913.) ACHARD et RIBOT : Rétention chlorurée hypochlorémique dans les néphrites hydropigènes.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 17, 15 sept. 1913.) CHRÉTIEN : Étude et observations cliniques sur les états méningés bénins.

COURS ET CONFÉRENCES

FONDATION PIERRE BUDIN (91 *bis*, rue Falguière). — ECOLE DE PUÉRICULTURE (année scolaire 1913-1914). — *Enseignement clinique.* — L'enseignement clinique est fait à la Consultation des nourrissons :

Le lundi, à deux heures et demie, par le docteur Binet, ancien moniteur à la Clinique Tarnier;

Le mercredi, à neuf heures et demie, par le docteur Planchon, ancien moniteur à la Clinique Tarnier;

Le vendredi, à neuf heures et demie, par le docteur Macé, accoucheur des hôpitaux.

Enseignement théorique. — Des leçons de puériculture du premier âge seront faites par le docteur Devraigne, accoucheur des hôpitaux. Elles commenceront le jeudi 6 novembre, à quatre heures, pour continuer les jeudis suivants à la même heure, avec interruption du 19 décembre au 21 janvier inclus.

Il y aura également des conférences de puériculture.

Les personnes qui auront suivi régulièrement les leçons de puériculture, ainsi que les consultations de nourrissons, pourront se faire inscrire pour l'obtention d'un certificat de puériculture délivré par la Fondation Pierre Budin, à la suite d'un examen qui aura lieu dans le courant du mois de juin 1914.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE. — Le docteur Bazy, chirurgien de Beaujon, fera le mardi 21 à cinq heures et demie, à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Potain) une conférence sur :

« Le Diagnostic clinique des pyélites et pyélonéphrites simples et tuberculeuses. »

CHAMBRE DE COMMERCE DE LYON. — ENSEIGNEMENT COLONIAL (Quinzième année 1913-1914). — Ouverture des cours publics : lundi 3 novembre 1913.

Cours d'hygiène coloniale et de prophylaxie des maladies exotiques. — M. le docteur Navarre, professeur; le lundi, à huit heures du soir (rez-de-chaussée du pavillon sud-est). (Des projections accompagnent certaines leçons.)

Programme. — Les climats tropicaux, où sont situées nos principales colonies, nécessitent une hygiène spéciale. Il n'est pas de question plus urgente pour le colonial que celle de sa santé et des moyens permettant de la *conserver* et de la *préserver*.

Le programme du cours d'hygiène coloniale est tout entier dans ces deux mots. Il est complet en deux années.

Dans la première année, le professeur donne aux élèves des moyens simples et pratiques d'entretenir les défenses naturelles de l'organisme, de conserver la santé par une entente rationnelle du régime alimentaire et de celui des boissons, de l'habitation, du vêtement, des soins de la peau et des divers organes.

Dans le cours de la deuxième année, l'élève apprend à se préserver des maladies exotiques. L'hygiène prophylactique est nécessairement basée sur la connaissance des causes de ces maladies. Cette partie très moderne de l'hygiène a acquis, en ces dernières années, une précision inconnue aux anciens, et de la notion des germes animés se déduisent des précautions et des prescriptions presque mathématiques. Connaître les germes et le mode de propagation de la malaria, du choléra, de la peste, c'est savoir en même temps, presque à coup sûr, les éviter.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 120. — MARDI 21 OCTOBRE 1913. 86e ANNÉE. MARDI 21 OCTOBRE 1913. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Question donnée : « Anatomie de l'uretère chez la femme (bassinet non compris), sans la physiologie. — Symptômes, diagnostic et traitement de la tuberculose rénale. »

— Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 17 octobre. — Question donnée : « Signes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. »

MM. Brosio, 2 1/2; Brulé, 12; Challier de Grandchamps, 2 1/2; Choquet, 11; Auffret, 8; Mlle Cassel, 14; M. Adelmann, 12; Mlle Bernard (Suzanne), 17; MM. Bouisson, 17; Buchard, 8; Aris, 13; Bernard (Etienne), 20; Cuel, 15; Decoularé-Delafontaine, 14; Arfeux, 9; Bouchet, 16; Arnould, 17 1/2; Albert, 14; Bourges, 8; Chevallier (Joseph), 18.

Anatomie. — Séance du 18 octobre. — Question donnée : « Rapports du rectum chez l'homme. »

MM. Richard (Alfred), 11; Reverdy, 15; Tapon, 17; Plet, 10; Mlle Porquer, 18; MM. Semenon, 18 1/2; de la Ruelle, 8; Salle, 18 1/2; Roche, 16; Mlle de Saussines, 19 1/2; MM. Susini, 15; Plicque, 19; Vannieuwenhuyse, 19; Richard, 14; Phronimos, 10; Szarvas, 18; Thouvenot, 19; Reinhold, 15; Weismann, 19.

Deuxième séance du 18 octobre. — Question donnée : « Tronc du nerf sciatique jusqu'à sa bifurcation. »

M. Thibault (Réginald), 10; Mlle Akbroït, 4; MM. Chevalier (Arthur), 7; Doniol, 4; Danglemond, 6; Gaube, 14; Pigot, 15; Lauzier, 17; Mlle Willème, 4; MM. Michaut, 2; Linval, 18 1/2; Legay, 12; Hervé, 19; Mme Sloutzky née Taslitzki, 12.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Alglave, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1913-1914, d'un cours complémentaire de pathologie externe.

IIIe CONGRÈS NATIONAL DE MÉDECINE A CUBA. — Le troisième Congrès national de médecine aura lieu à Cuba en décembre 1914. Le secrétaire général est le docteur Francisco M. Fernandez, auquel on devra s'adresser pour tous renseignements.

A l'occasion de ce Congrès se tiendra une exposition annexe, à laquelle les pharmaciens et les fabricants français de spécialités sont tout particulièrement invités à participer. M. le docteur Lucien Mathé, qui a été nommé délégué pour la France par le Comité de l'exposition, se met entièrement à la disposition de ceux de nos compatriotes qui désireraient exposer.

LA PROPORTION DES SEXES CHEZ LES POISSONS. — Le docteur Surbeck, inspecteur de l'Office fédéral de la pêche, à Berne, s'est livré à d'intéressantes recherches sur la proportion des sexes chez les poissons, et la *Schweizerische Fischereizeitung* a publié récemment les résultats de ses observations portant sur 115 000 poissons d'espèces communes pendant la période du frai. Pour 100 femelles il naquit 687,4 mâles dans le lac des Quatre-Cantons, 528,9 dans le lac de Constance, 405 dans le lac de Thun, 259,7 dans le lac de Zug. Pour les truites, notamment, il naquit 378,4 mâles pour 100 femelles.

Le docteur Surbeck cherche actuellement à élucider les causes de cette disproportion, et il rappelle à ce sujet les expériences de Hertwig qui opéra avec des œufs de grenouilles placés les uns dans de l'eau simplement froide et les autres dans de l'eau très froide. Les premiers donnèrent 319 femelles et 334 mâles, les seconds 85 femelles et 260 mâles. Le froid serait donc favorable à l'éclosion des mâles.

CONTRE L'OPIUM A JAVA. — Il vient de se constituer à Batavia une association ayant pour but de combattre l'abus de l'opium. Les consuls d'Amérique et de Chine ont été nommés membres d'honneur.

VARIÉTÉS

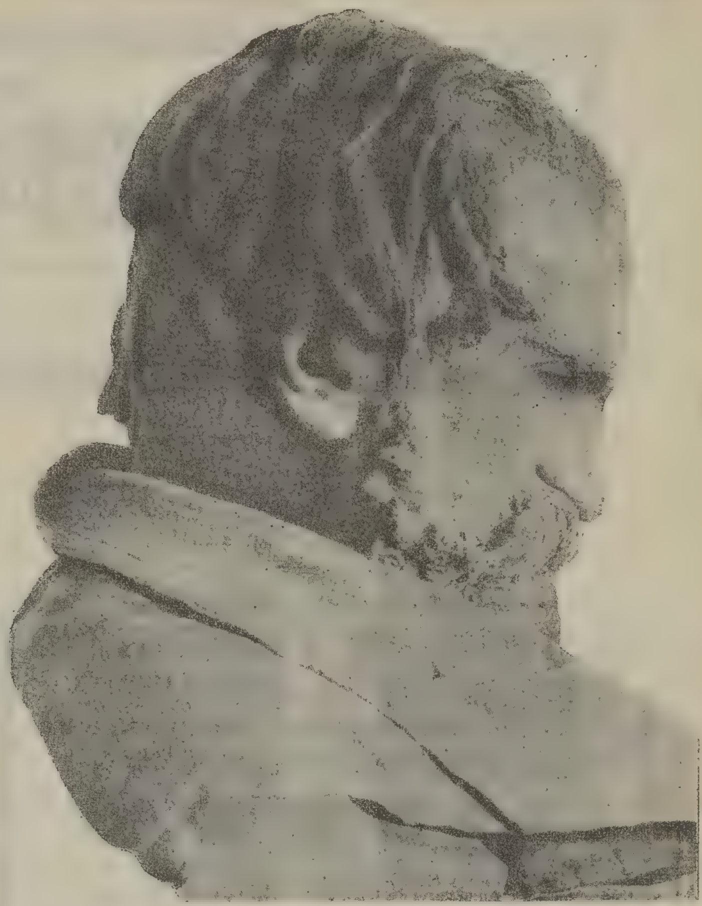
A PROPOS DU CENTENAIRE DE VERDI

La gestation et l'éclosion d'une œuvre artistique d'après M. Gabriele d'Annunzio.

C'était en 1814. Les armées autrichiennes et russes avaient envahi l'Italie et s'avançaient en semant autour d'elles les ruines, la terreur et la mort. Un matin, on signala leur approche dans un petit village appelé Roncole, et situé dans le duché de Parme tout près de Busseto. « Affolées à cette nouvelle, prises d'une véritable épouvante, les femmes de Roncole ne sachant où fuir, comment se mettre en sûreté, se réfugient avec leurs enfants dans l'unique et modeste église du hameau, espérant échapper ainsi à la barbarie de cette soldatesque sauvage. Mais, ne respectant rien, les Russes, après avoir fouillé les habitations, envahirent jusqu'à l'église dont le sol fut bientôt rougi du sang de leurs victimes. L'une de ces femmes, qui tenait son fils au sein, eut la présence d'esprit, au milieu des cris, des violences, de la confusion, de s'élancer dans l'escalier sans être vue et de grimper jusqu'au clocher. Blottie dans un coin, à moitié folle de peur, osant à peine respirer ou bouger, elle resta là jusqu'à ce que tout fût passé, et c'est ainsi qu'elle fut sauvée avec son enfant (1). »

Le petit être qui venait d'échapper ainsi miraculeusement à la mort était né à Roncone, le 10 octobre 1813. Il devait soulever plus tard l'enthousiasme universel des foules par les accents tragiques et passionnés de ses œuvres, devenir une des gloires les plus pures de l'Italie, inscrire son nom parmi

(1) Arthur Pougin. *Verdi.* — Paris, Calmann-Lévy.



BUSTE DE VERDI, PAR VINCENZO GEMITO (cliché dû à l'obligeance de *Musica*.)

ceux des plus grands musiciens que le monde ait connus. C'était Giuseppe Verdi.

Et à cette heure où de toutes parts on célèbre le centenaire de sa naissance, on m'excusera, je le suppose, bien qu'il ne semble pas que ce soit ici le lieu de le faire, d'apporter, moi aussi, le tribut de mon hommage. Mais comme je ne saurais m'en acquitter suffisamment bien par moi-même et que ma plume, restant trop au-dessous de sa tâche, serait inhabile à traduire l'admiration profonde que j'ai toujours éprouvée pour ce maître de la mélodie dramatique, j'appellerai à mon aide un artiste, fils de la même patrie que Verdi, et dont le nom est, lui aussi, universellement célèbre, M. Gabriele d'Annunzio.

Peu de temps, en effet, après la mort de Verdi, c'est-à-dire voici douze ans, M. d'Annunzio prononçait dans une des grandes universités italiennes un discours consacré à la gloire de l'illustre compositeur disparu ; ce discours, qui s'adressait à la jeunesse intellectuelle, précédait la lecture d'un poème dédié, lui aussi, à la mémoire de Verdi (1).

Affirmer que discours et poème sont d'une beauté rare et d'une superbe envolée me semble inutile, car pour qui connaît les œuvres de ce prestigieux magicien du verbe et des images qu'est M. Gabriele d'Annunzio — et qui ne les connaît aujourd'hui ? — tout ce qui émane de sa plume, si magnifiquement latine, commande toujours l'intérêt, emporte l'admiration. Rappellerai-je la longue liste de ces œuvres si variées : *Il Piacere*, *L'Innocente*, *Il Trionfo della Morte*, *Le Vergine delle Rocce*, *Il Fuoco ?* Et au théâtre cette *Ville morte*, le drame le plus impressionnant selon moi du théâtre contemporain, pour lequel l'auteur trouva dans Mme Sarah Bernhardt une interprète digne de lui et où ressuscite la sublime horreur de la fatalité antique ? Et la *Gioconda ?* Et cette extraordinaire, poétique et violente *Figlia di Jorio*, dont Mme Suzanne Desprès a fait au théâtre de l'*Œuvre* une inoubliable et pathétique création ? Rappellerai-je encore *La Nave*, *Le Martyre de Saint-Sébastien* et la toute récente *Pisanelle*, dernières œuvres parues de l'écrivain pour qui la langue française est aussi familière que sa langue natale ? Non, il est inutile de revenir sur ces pages que tout le monde connaît, alors que le discours et le poème auxquels je faisais allusion tout à l'heure sont, je crois, inconnus en France. Je serai d'ailleurs d'autant plus heureux de faire connaître quelques passages de ce discours, que nous y voyons, nous y sentons, nous y palpons pour ainsi dire la façon dont apparaît à un cerveau, comme celui de M. d'Annunzio, la gestation et l'éclosion d'une œuvre artistique.

L'auteur prend texte, en effet, d'un buste de Verdi, sorti voici bien des années déjà, des mains d'un sculpteur tout jeune alors. Ce sculpteur, né de parents inconnus, fut élevé à l'hospice des Enfants-Trouvés de Naples et reçut le nom de Vincenzo Gemito. Ce nom « qui porte en lui la victoire et la douleur » suivant la saisissante expression de M. d'Annunzio résume bien l'histoire de cet artiste qui, après des succès éclatants, devint sujet à des troubles psychiques et dut être isolé.

M. Hérelle, qui fut pour tant d'ouvrages de M. d'Annunzio un si excellent et précieux traducteur, ne s'est point occupé du discours ni du poème dont nous parlons ici. Cela est regrettable, car il l'eût fait avec son talent coutumier, alors que je ne pourrai donner ici, des passages que je vais citer, que mon humble traduction personnelle. Je n'oserais d'ailleurs le faire si je ne comptais sur la splendeur du texte original pour apparaître malgré tout.

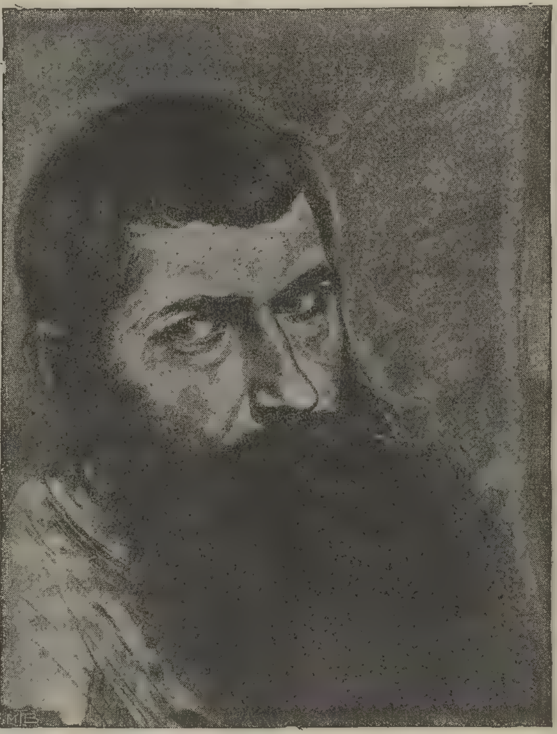
Dans un vibrant exorde, s'adressant aux jeunes étudiants

(1) Milan, Trèves, éditeurs.

qui l'entouraient, M. Gabriele d'Annunzio évoqua l'image du grand compositeur défunt, en souhaitant que cette image fût telle que la traduisit jadis le jeune sculpteur qui, leur dit-il, « vit le Maître avec des yeux semblables aux vôtres, avides et purs, avec la transfigurante vision de l'adolescence ». Puis il aborda l'histoire de cette création artistique. Ecoutons-le.

« Le Maître avait déjà près de soixante ans et touchait au point culminant de la gloire terrestre. A l'âge où le soleil intérieur pâlit et décline, lui, avait réincendié le ciel de l'Art d'un de ses embrasements soudains qui ont la nouveauté et la magnificence des aurores. A l'âge où l'âme embrasse d'un coup d'œil rétrospectif le chemin parcouru, où l'artiste fatigué ne verse plus dans des moules accoutumés qu'une matière plastique affaiblie, lui, avait donné de sa puissance de rénovation un stupéfiant témoignage, dans une œuvre vaste où la passion, la victoire, la volupté et la mort se révèlent avec une impétuosité lyrique inouïe.

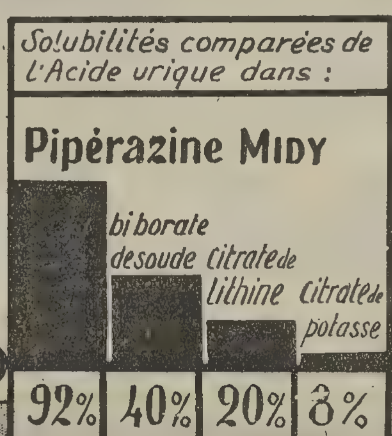
... A Naples, où il faisait un séjour, fleurissait alors un enfant merveilleux; il semblait issu vraiment d'une de ces antiques races d'émigrants qui de l'Hellade vinrent aux rives de la Campanie sur des nefs guidées à travers la nuit par le son des cymbales de bronze. La vigueur ingénue du plus beau printemps hellénique circulait dans ses membres, brillait dans ses yeux noirs subtilement veinés de sang comme ceux des coursiers généreux... Devant le golfe, en présence perpétuelle de la mer, dans un pays aux lignes harmonieuses, en face des petites îles aux bords découpés, belles comme les plus belles des Cyclades, vivant à l'air libre dans l'or solaire comme dans son élément naturel, au milieu d'un peuple demi-nu, le jouvenceau avait appris à étudier la grâce et la force du corps humain aussi bien que le long des portiques et sous les platanes des gymnases. La peau sombre des enfants bondissant par les rochers, colorée et imprégnée qu'elle était de soleil et de sel, avait donné au statuaire adolescent le *sens du bronze*. L'énergie plastique affluait incessamment au bout de ses doigts pour reproduire. Et lui, par une sorte d'affinité



PORTRAIT DE VICENZO GEMITO PAR LUI-MÊME

(Cliché obligeamment communiqué par le *Corriere della Sera*.)

constitutionnelle, en façonnant la terre, aspirait au feu terrible comme à son coopérateur nécessaire. »


Solubilités comparées de l'Acide urique dans :
Pipérazine MIDY
bi borate de soude
Citrate de lithine
Citrate de potasse
92%
40%
20%
8%

LA VACCINOTHÉRAPIE

(OU BACTÉRIOTHÉRAPIE)

DE LA FIÈVRE TYPHOIDE ET DES FIÈVRES PARATYPHOIDES

Par M. le professeur H. VINCENT
(du Val-de-Grâce).

I

Le traitement de la fièvre typhoïde par l'injection de cultures du bacille typhique a été appliqué, pour la première fois en 1892, par E. Fraenkel chez 57 malades. A. E. Wright et, après lui, Birt, Leishman, etc., ont également employé cette méthode. Depuis lors, celle-ci a été mise en usage en divers pays, notamment en France, par un nombre assez grand de médecins.

Je n'ai pas l'intention d'aborder l'historique de cette question ni de signaler les publications auxquelles elle a donné lieu. Je ferai connaître seulement les principaux résultats de ma pratique personnelle fondés sur l'emploi, chez les malades atteints de fièvre typhoïde, d'un vaccin polyvalent stérilisé par l'éther. L'antigène que j'ai utilisé a été préparé spécialement pour le traitement des malades.

Il peut paraître paradoxal de soigner une maladie infectieuse par l'inoculation du microbe lui-même de cette affection. Les constatations cliniques ont montré cependant que cette médication n'est pas sans influence sur l'évolution de la maladie.

L'injection, à un sujet sain, de doses suffisantes de bacilles typhiques (deux milliards deux cents millions environ) tués par l'éther, lui donne une immunité très forte, aujourd'hui bien démontrée par une expérience imposante, portant jusqu'ici sur près de 120 000 personnes.

Or, la bactériothérapie s'adresse non plus au sujet sain, mais au malade. Les conditions sont donc profondément différentes. Peut-on espérer que ce qui est si efficace chez le sujet normal le sera aussi chez celui qui est en puissance de bacille d'Eberth?

Lorsqu'on pratique en grand des vaccinations préventives, pendant le cours même d'une grave épidémie, il arrive fort souvent que les vaccinations sont faites chez un certain nombre de vaccinés *déjà infectés* et *en incubation* de fièvre typhoïde, ou bien contagionnés pendant la période de trois semaines que nécessite l'immunisation antityphoïdique.

Wright pensait qu'en pareille occurrence il pouvait y avoir, du fait des inoculations, une sorte de sensibilisation de l'individu qui le rendait plus accessible à l'infection et pouvait même exagérer la gravité de celle-ci (*phase négative*).

Je me hâte d'ajouter que la phase négative n'est nullement à craindre avec les méthodes modernes de vaccination. Leishman s'est élevé contre cette opinion pessimiste qui n'est plus justifiée par les faits d'observation. Ce savant estime simplement que, dans les cas de vaccination portant sur des sujets en état d'incubation, la *fièvre typhoïde survient comme si le sujet n'avait reçu aucune injection*. En d'autres termes, la dothiénentérie n'est ni atténuée ni aggravée par l'emploi, dans ces cas, du vaccin chauffé.

A la vérité, s'il en était ainsi, la pratique de la vaccinothérapie s'en trouverait, par là même, condamnée. Comment, en effet, serait-elle capable de guérir la maladie déclarée, puisqu'elle se montre inefficace même chez des sujets en état d'incubation?

Je n'ai point à parler de la vaccinothérapie par les vaccins chauffés. Je n'en ai, en effet, aucune expérience personnelle. Cependant nombre de médecins ont cité des faits favorables. Mais il m'est permis d'affirmer que, chez les sujets en incubation de fièvre typhoïde, le typho-vaccin polyvalent donne une protection très grande. Elle s'est vérifiée chez nombre de médecins, d'étudiants, de garçons de laboratoire ayant absorbé des quantités colossales de bacille typhique vivant et virulent. Ils ont été mis à l'abri de la fièvre typhoïde par l'injection de ce vaccin un à trois jours après l'ingestion du microbe (Vincent, Haibe).

Le pouvoir protecteur du même vaccin chez les sujets en incubation de fièvre typhoïde a pu être encore vérifié en de nombreuses circonstances, en particulier lors de la terrible épidémie qui a sévi à Avignon en 1912. Au début de cette épidémie, on a, en effet, vacciné 1108 hommes, femmes ou enfants (525 autres avaient été vaccinés deux mois auparavant); sur ce nombre, 267 ne reçurent qu'une dose insuffisante de typho-vaccin.

Pendant ce temps, 420 autres personnes, militaires et civils, vivant dans les mêmes conditions d'infection que les précédents, mais n'ayant reçu *aucune* injection de vaccin, ont eu 369,04 cas pour 1000 et 50 décès pour 1000, soit *plus d'un cas sur trois et un décès sur vingt*.

Les facteurs de contagion ayant été identiques chez les non-vaccinés et chez ceux qui ont été, à la même époque, vaccinés complètement ou incomplètement en pleine épidémie, comment se sont comportés les uns et les autres en face de la maladie?

On a compté, sur ces 1108 sujets, seulement 3 cas de fièvre typhoïde bénigne, sans décès, apparus *exclusivement* chez les sujets incomplètement vaccinés. La maladie a débuté, chez ces trois malades, quelques jours après la première ou la deuxième injection : ils étaient donc en incubation au moment où on a commencé à les vacciner. La proportion en est de $\frac{3}{1108} = 1$ sur 369, incomparablement plus faible, en conséquence, que chez ceux qui n'ont bénéficié d'aucune injection.

Il en résulte que, chez les sujets en incubation de fièvre typhoïde, c'est-à-dire déjà réellement infectés, l'injection de typho-vaccin polyvalent est capable, *dans le plus grand nombre des cas*, quoique non dans tous, de vaincre cette infection et de la faire avorter.

Ces exemples constituent donc une sorte de transition entre l'immunité donnée par la vaccination préventive du sujet sain et les résultats de l'inoculation du même antigène à des sujets chez lesquels l'infection est complètement déclarée, en un mot aux malades eux-mêmes.

Nous sommes, maintenant, en mesure d'étudier ce qu'il advient dans ce dernier cas.

II

Comme il n'existe pas, actuellement, de sérum réellement efficace contre la fièvre typhoïde (1), et qu'on ne peut emprunter au cheval les substances protectrices capables de neutraliser, chez le typhoïsant, le bacille d'Eberth et ses toxines, ne peut-on espérer réaliser, chez le malade lui-même, par l'introduction de l'antigène, la production de cette sensibilisatrice spécifique ?

L'injection de bacilles, ou de leurs produits solubles, a pour objet de réveiller et de stimuler les forces défensives latentes de l'organisme infecté et de provoquer la sécrétion d'un excédent d'anticorps (sensibilisatrice, bactériolysine, anticorps bactéricides, agglutinine, précipitine, etc.).

Tel est le principe de la vaccinothérapie. Il est bien évident que cette méthode thérapeutique n'offre pas l'efficacité ni la sécurité que donnerait une sérothérapie rationnelle, si celle-ci existait. On comprend aussi que, maniée sans prudence, la bactériothérapie pourrait amener, chez un malade déjà fortement déprimé et infecté, une perturbation fâcheuse de ses réactions défensives et une aggravation de sa maladie. Les questions d'opportunité thérapeutique, de date des injections, de doses d'antigène, offrent une réelle importance. C'est sans doute pour avoir employé des doses exagérées de vaccin antityphique préparé avec des cultures trop anciennes, que A. E. Wright a observé quelques cas de fièvre typhoïde grave chez des sujets en incubation de fièvre typhoïde. On a, du reste, signalé chez certains malades des hémorragies intestinales (simple coïncidence, pourtant, à ce qu'il me paraît), des exacerbations fébriles violentes, des ruptures de la rate, des cholécystites, etc.

Il est donc, dans la pratique de la vaccinothérapie, des indications et des contre-indications qui doivent réglementer son emploi. Les unes et les autres sont, d'ailleurs, fort simples. Elles se résument comme il suit :

1° On ne doit pas traiter par la vaccinothérapie un malade, trop gravement et surtout trop anciennement infecté. Il ne pourrait subir, sans inconvénients, le choc que détermine nécessairement l'inoculation d'un surcroît d'antigène. C'est donc au début de la maladie — alors que le patient possède encore des réserves défensives, et qu'il n'est pas intoxiqué à l'excès — que la vaccinothérapie pourra être employée le plus utilement.

2° Les doses d'antigène trop élevées peuvent être dangereuses. Il en est évidemment du vaccin antityphoïdique, comme de tout médicament très actif.

Mais, par contre, les doses faibles, répétées ou non, sont sans effet.

C'est l'expérience seule qui a permis de connaître la proportion utile d'antigène et la date la plus propice pour obtenir ce réveil de l'activité défensive humorale et cellulaire dans l'organisme infecté.

(1) Cependant Rodet a annoncé que son sérum donne des résultats favorables.

* * *

Mes premiers essais de vaccinothérapie antityphoïdique ont été faits en 1910. Ayant injecté à plusieurs malades une certaine quantité d'autolysat polyvalent et assez concentré de bacilles vivants (stérilisé ensuite par l'éther) afin de constater les réactions cutanées, viscérales et sanguines pouvant en résulter, je constatai, chez un certain nombre des typhoïsants, une amélioration appréciable des phénomènes infectieux. Quelques-uns firent une défervescence brusque ou rapide, deux à trois jours après cette unique injection. Il s'agissait de malades aux troisième-sixième jours de leur affection.

Le nombre des typhoïsants que j'ai ainsi traités est de 34.

Les résultats sur la courbe thermique, sur l'état général, sur les viscères, les sécrétions, etc., sont les suivants :

Chez la plupart des malades inoculés *dans la première semaine* de leur affection, la température matutinale s'abaisse un jour et, plus souvent, deux ou trois jours après, de 0°5, 0°8, 1 degré, parfois mais plus rarement davantage.

Dans près de la moitié des cas, cette défervescence (qui ne se confond pas avec la rémission thermique du septième jour de la dothiénentérie) ne dure pas, et la courbe de température revient à son niveau antérieur.

Une nouvelle injection faite trois ou quatre jours après la précédente amène parfois, mais plus rarement, une décroissance de la fièvre. Celle-ci peut, sans doute, revenir à son niveau précédent *mais fréquemment elle se maintient à un étiage plus bas*. Une troisième injection peut, mais non toujours, accentuer ce résultat.

Je reviendrai bientôt sur l'amélioration des phénomènes généraux succédant à ce traitement.

Dans un deuxième groupe de cas, la fièvre, plus ou moins élevée, est arrêtée dans son élan. On la voit (toujours après deux ou trois jours, jamais immédiatement) fléchir tantôt avec des oscillations rythmées ou irrégulières, tantôt suivre une ligne très tendue et, en un lysis plus ou moins rapide, parvenir à la normale en six à huit jours.

Enfin, dans les cas les plus favorables, ce qui s'est produit quatre fois sur 34 malades, et exclusivement chez des typhoïsants au début de leur affection, la température fébrile descend brusquement et définitivement, deux ou trois jours après l'injection d'autolysat polyvalent, et, avec ou sans saccade, atteint l'étiage normal en vingt-quatre ou quarante-huit heures. La fièvre typhoïde a avorté. Le malade est guéri.

L'état général des malades et les symptômes infectieux et nerveux suivent une évolution à peu près semblable. Un certain nombre de malades ne paraissent réellement en éprouver aucun effet; ce sont surtout, quoique non toujours, les typhoïsants traités au delà de la première semaine. Toutefois, j'ai observé deux malades fort graves, inoculés au douzième et quatorzième jours de leur affection, et chez lesquels la courbe de température a été entièrement modifiée. Elle est descendue aussitôt en un lysis

certainement imprévu avant cette médication, vers le niveau normal qu'elle a atteint en huit ou dix jours.

Il semble donc, en résumé, que le moment de beaucoup le plus favorable pour pratiquer les injections thérapeutiques d'autolysat polyvalent soit compris entre le troisième et le cinquième jour. Je n'ignore pas que les cas où le diagnostic précoce est ainsi posé sont exceptionnels. On peut en déduire néanmoins que, pour beaucoup de raisons, on devrait systématiquement, dans la pratique, ensemencer aussitôt que possible le sang de tout malade douteux. Le *spléno-diagnostic*, dont il sera question bientôt, peut venir en aide au clinicien et même lui donner le diagnostic de la maladie avant le résultat de l'hémoculture.

On sait qu'au septième jour, environ, de la fièvre typhoïde, il se produit communément une baisse momentanée de la température, *sorte de crise* thermique qui traduit assurément un état défensif de l'organisme, car à ce moment on peut commencer à observer, dans le sang, l'existence d'anticorps (agglutinine). L'injection de vaccin antityphique ayant elle-même pour effet de déterminer, deux ou trois jours après, une chute de la température, il en résulte que si cette injection a été appliquée en période opportune, c'est-à-dire précoce, les deux rémissions peuvent coïncider et l'on voit la fièvre typhoïde avorter définitivement.

Telle est encore la raison pour laquelle l'injection de typho-vaccin doit être faite, autant que possible, au début de la maladie.

Même si la défervescence ne se produit pas sous l'influence des injections, et si la marche générale de la maladie n'en est pas influencée, on constate cependant, chez un assez grand nombre de malades, même graves, à la suite de l'injection d'autolysat, une amélioration des symptômes nerveux. L'œil est plus vif, la prostration diminue ou disparaît, la céphalée cesse, la langue est moins sèche. L'effet du typho-vaccin sur les viscères n'est pas moins intéressant.

Le premier et le plus constant de ces phénomènes viscéraux, car il s'observe dans 94 p. 100 des cas, est l'*augmentation du volume de la rate.* La percussion fine, délicate et attentive de l'organe, avant l'injection d'autolysat et douze à vingt heures après cette injection, décèle un agrandissement de la zone de matité, tantôt au niveau d'un des pôles, tantôt suivant une des moitiés de la rate, tantôt enfin sur toute la périphérie de l'organe. Cette *spléno-réaction* (faible, moyenne ou forte) est *spécifique.* Elle ne se produit que chez les sujets infectés par le bacille d'Eberth. Elle est nulle dans le paratyphus B (je n'ai pas eu l'occasion d'observer des malades atteints de paratyphus A), dans la typho-bacillose, dans la fièvre de Malte, etc. Inversement, les malades atteints de paratyphus B n'ont pas de spléno-réaction sous l'influence de l'injection d'autolysat éberthien et font leur spléno-réaction uniquement lorsqu'on leur injecte de l'autolysat de bacille paratyphique B.

On a donc là, ainsi que je l'ai signalé ailleurs, un moyen facile et commode de faire le diagnostic de la fièvre typhoïde et de la fièvre paratyphoïde (*spléno-diagnostic*).

Le foie participe à ces réactions viscérales. Une fois sur cinq, le lobe gauche et la région de la vésicule biliaire augmentent de volume. Il y a hypersécrétion biliaire. La matité hépatique peut s'accroître de un demi à un centimètre.

L'appareil rénal réagit assez souvent, et d'une manière aussi remarquable que le foie. Il n'est pas rare de constater une abondante diurèse dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection. Chez un malade atteint de néphrite éberthienne avec œdème pulmonaire, dyspnée, œdème des malléoles et état général très grave, une injection faite au douzième jour de la maladie provoqua, pendant quarante-huit heures, une sécrétion abondante d'urine et amena la disparition des œdèmes et des symptômes asphyxiques. La quantité d'albumine descendit presque aussitôt à un taux très bas.

En même temps que ces symptômes, on constate parfois une élévation de la pression sanguine de 1 à 3 millimètres. Je ne pense pas que la crise urinaire soit conditionnée, au moins exclusivement, par cet accroissement de pression du sang, parce que celui-ci n'est pas très élevé ni constant. Il est plus admissible que l'autolysat introduit dans l'organisme exerce sur les reins une action stimulante analogue à celle qu'il provoque sur la glande hépatique, sur la rate et même sur l'intestin. Parfois, en effet, le nombre des selles et leur fluidité augmentent pendant un jour après l'injection.

Cette suractivité des glandes et des organes digestifs n'est sans doute pas isolée. Le sang et la moelle osseuse des malades sont probablement influencés aussi. Il y aurait, à cet égard, des recherches intéressantes à faire. Rouzaud et Cabanis ont noté une augmentation de la cholestérinémie chez les sujets sains et chez les typhoïsants inoculés avec le vaccin polyvalent. D'autre part, il m'a été signalé que l'inoculation à titre préventif du même vaccin, chez les enfants sains, amène ultérieurement un accroissement de la taille et une amélioration de la santé analogue, du reste, à ce qu'on observe après la fièvre typhoïde elle-même.

III

Ce qui précède suffit à montrer que, *à la condition qu'on ne lui demande pas plus qu'elle ne peut donner*, la vaccinothérapie ou bactériothérapie de la fièvre typhoïde est une méthode intéressante qui diminue fréquemment l'intensité des phénomènes toxi-infectieux, atténue la gravité du pronostic, diminue la fréquence des rechutes et peut même, quoique dans un nombre de cas assez réduit et chez les malades traités au début de leur affection, abréger la durée de celle-ci ou enrayer brusquement sa marche. Chez les enfants, son emploi a donné des résultats extrêmement remarquables (E. Weil) et supérieurs à ceux qu'on observe chez l'adulte. J'ai eu, par ailleurs, connaissance de guérisons rapides chez les enfants après injection du même vaccin polyvalent.

Des trente-quatre malades que j'ai traités par ce moyen, et dont beaucoup étaient gravement atteints,

aucun n'a succombé ou n'a présenté de rechute. Je suis, d'ailleurs, éloigné de penser que ce résultat doive se reproduire toujours avec cette heureuse constance.

L'expérience m'a montré que les extraits ou autolysats de bacilles vivants, un peu concentrés et préparés spécialement en vue de la thérapeutique de la dothiénentérie donnent, chez l'adulte, des résultats meilleurs que le vaccin bacillaire proprement dit.

L'autolysat est constitué par des endotoxines microbiennes et des substances colloïdales provenant des corps mêmes des bacilles typhiques et de leurs sécrétions à l'état vivant. Il provoque donc la production de substances défensives antitoxiques, et d'autre part en raison de sa constitution et de l'absence presque complète d'éléments figurés, il est résorbé plus vite et plus facilement, donnant lieu ainsi à la sécrétion plus prompte et plus efficace d'anticorps spécifiques.

Suivant le même principe, il est préparé, à mon laboratoire, du vaccin antiparatyphique A ou B. Employé dans trois cas de paratyphus B, le vaccin antiparatyphique a déterminé une spléno-réaction caractéristique. La marche de la maladie a été très brève et dépourvue de complications ou de rechutes.

Avant de pratiquer la vaccinothérapie de la fièvre typhoïde, on doit s'assurer du diagnostic par l'ensemencement précoce du sang. Toutefois, la recherche de la spléno-réaction, pratiquée avec l'autolysat (elle est inconstante avec le vaccin bacillaire) pourra aider à la découverte du diagnostic. A défaut d'hémoculture, elle peut rendre de grands services.

La première dose d'antigène à injecter est de 1 centimètre cube à $1^{cc}5$. L'inoculation se fait sous la peau de la région claviculaire (et non en arrière, comme pour le vaccin) parce que le malade reste couché. Faire l'injection de préférence le matin. Si le vaccin détermine une élévation anormale de température ou de la douleur, on donne, une heure après, sauf intolérance ou contre-indication spéciale, 50 centigrammes d'aspirine ou 1 gramme d'antipyrine avec de l'eau de Vichy.

Si la température ne descend pas d'une manière appréciable, on peut renouveler l'injection lorsque la rate, qui avait grossi, est revenue à ses dimensions précédentes. Cette régression se produit ordinairement trois ou quatre jours après. La dose à injecter la seconde fois est de $1^{cc}5$ à 2 centimètres cubes.

Cependant, si la chute thermique survient, il faut se garder de troubler cette défervescence salutaire par une nouvelle injection de vaccin. Cette injection intempestive aurait pour effet d'arrêter la décroissance de la fièvre et de créer une sorte d'état négatif, par neutralisation de la sensibilisatrice déjà existante (1). On ne renouvellera l'injection que lorsque la fièvre se sera de nouveau dessinée et lorsque la température sera remontée à son niveau antérieur ou au voisinage de celui-ci. L'hypertrophie très accusée de la rate constitue une contre-indication à l'emploi de la vaccinothérapie.

(1) On sait que, chez les chevaux parfaitement immunisés contre le tétanos, une injection nouvelle d'antigène, trop rapprochée de la précédente, détermine quelquefois l'apparition du tétanos.

Il n'y a pas lieu, chez les malades traités par la vaccinothérapie, de modifier ou de suspendre le traitement par les bains froids.

UN VACCIN ANTIGONOCOCCIQUE ATOXIQUE

SON APPLICATION AU TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE ET DE SES COMPLICATIONS (1)

Par M. Charles NICOLLE,
Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

On nomme vaccinothérapie la méthode qui consiste dans l'inoculation d'une culture microbienne ou d'un virus, soit vivants, soit artificiellement modifiés, pour le traitement d'une maladie infectieuse. Cette méthode est essentiellement différente de la sérothérapie, dans laquelle le produit inoculé dans un but thérapeutique est le sérum d'un animal auquel ont été inoculés préalablement des virus, cultures ou produits microbiens.

Jusqu'à ce jour, la vaccinothérapie n'a pas connu de succès manifestes. C'est que les expérimentateurs se sont heurtés à une difficulté longtemps insurmontable, la toxicité des vaccins. Cette toxicité, générale pour tous les vaccins, est particulièrement marquée en ce qui concerne le gonocoque. Une dose faible de cultures vivantes ou mortes, insuffisante au point de vue curatif, provoque une réaction locale et générale si pénible que l'institution d'un traitement suivi et intensif qui, seul, permettrait des résultats utiles, a été jusqu'à présent chose impraticable.

Je n'ai pas à faire ici l'historique des méthodes antérieures à celle que j'ai adoptée. Les vaccins antigonococciques, essayés depuis sept ans pour le traitement de la blennorragie et de ses complications, ont donné des résultats à coup sûr manifestes, quelquefois très nets mais seulement au prix d'une réaction violente qui pratiquement en empêcherait l'emploi.

Abolir la toxicité d'un vaccin est donc la condition indispensable à réaliser avant de préconiser son emploi. Il n'y a de vaccinothérapie possible qu'avec un vaccin *atoxique*.

Des efforts tentés dans le but d'obtenir un semblable produit pour le traitement de la blennorragie, le plus ingénieux a été l'application au vaccin antigonococcique de la méthode des vaccins sensibilisés de Besredka. Vous savez sur quelles bases expérimentales repose ce procédé. Un sérum spécifique, mis au contact du microbe homologue, fixe sur celui-ci une substance spéciale, la sensibilisatrice, qui permet sa destruction plus facile par les globules blancs et les humeurs de l'organisme.

Cette méthode, tout à fait intéressante au point de vue théorique, a permis quelques applications heureuses ; elle est utilisée actuellement avec succès pour le traitement ou la prévention de certaines maladies. Appliquée au traitement de la blennorra-

(1) Communication faite à la séance du 10 octobre de l'Association d'urologie.

gie, elle s'est montrée, dans certains cas, active, mais elle n'a pas donné le résultat attendu, l'abolition de la toxicité du vaccin. La réaction est constante, souvent très violente. Il suffit pour s'en convaincre de lire les communications tout à fait intéressantes de M. Louis Cruveilhier. Dans des expériences réalisées au début de nos recherches avec des vaccins sensibilisés, nous avons fait, mon collaborateur M. Blaizot et moi, de semblables constatations et nous nous sommes convaincus que l'inoculation pure et simple de cultures gonococciques vivantes ne se montrait pas plus toxique.

En outre la fixation de la sensibilisatrice sur le microbe étant un phénomène temporaire, de pareils vaccins cessent d'être sensibilisés lorsqu'on les inocule après un temps appréciable; ils ne sont pas stables et ne se conservent pas, sous la forme du moins de vaccins sensibilisés.

*
* *

Nous avons réussi, M. Blaizot et moi, après un an et demi d'études, à supprimer totalement la toxicité du vaccin antigonococcique par la culture des gonocoques sur un milieu spécial et à obtenir la conservation indéfinie du microbe dans toutes ses propriétés, sauf sa toxicité et sa vie, par l'emploi d'une solution particulière.

Nous possédons par conséquent et nous nous proposons d'expérimenter un vaccin *atoxique* et *stable*. Avec un semblable produit et votre collaboration, l'efficacité de la vaccinothérapie antigonococcique sera facilement jugée.

*
* *

Les résultats que nous en avons obtenus sont frappants. Les plus rapides, les plus saisissants s'appliquent aux complications aiguës de la blennorragie.

L'*ophtalmie* guérit après quelques inoculations, parfois une seule. Le lendemain de la première, l'enfant ouvre les paupières et ses yeux se trouvent de suite à l'abri de toute complication grave.

Quelques heures, un jour au plus après la première inoculation, le malade atteint d'*orchite* cesse totalement de souffrir, sa fièvre tombe et la résolution commence. Il peut aussitôt reprendre son métier. Une guérison si rapide met à l'abri de la stérilité.

Aucun des blennorragiques traités par nous n'a fait ultérieurement d'orchite ou présenté de complications extra-urétrales. L'inoculation du vaccin est donc un *moyen de prévention* de celles-ci, bien que, pas plus que la blennorragie elle-même, elle ne laisse à sa suite d'immunité durable.

Le *rhumatisme blennorragique* est rapidement amélioré. Nous en avons observé trois cas qui ont guéri après deux à huit inoculations, répétées à deux à trois jours d'intervalle. De ces cas, le plus frappant est celui d'une femme alitée depuis huit mois et qui est sortie au huitième jour du traitement.

Dans *l'urétrite aiguë* ou *chronique*, l'action thérapeutique du vaccin est également manifeste. Les douleurs, les phénomènes de tension, la cystite cessent rapidement. L'écoulement lui-même n'est atteint qu'ensuite. Dans plusieurs cas, nous l'avons vu disparaître définitivement dès la troisième inoculation. Cependant, il est prudent de ne pas considérer le malade comme guéri et à l'abri d'une rechute, sitôt l'écoulement tari : il est bon de poursuivre les inoculations. Sept à huit sont souvent nécessaires.

De très anciens écoulements (un an et demi) ont été ainsi guéris.

La vaccinothérapie ne doit pas dispenser du traitement local que nous réduisons à des lavages au permanganate faible. On s'exposerait également à des mécomptes si l'on ne prenait soin de contrôler la nature gonococcique de l'écoulement par des examens microscopiques.

Notre statistique personnelle porte sur 200 cas environ dont 24 d'ophtalmie, 25 orchites, 3 rhumatismes, 127 urétrites aiguës ou chroniques, les résultats en ont été contrôlés déjà par plusieurs expérimentateurs, dont mon éminent collègue le docteur P. Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Tanger. Je lui emprunte les observations suivantes :

Orchite. — M. X..., vingt-quatre ans. Orchite suraiguë datant de huit jours.

16 juillet. — Première inoculation de vaccin. Les douleurs disparaissent le soir même; nuit excellente.

18 juillet. — Seconde inoculation. Le testicule a diminué de volume.

20 juillet. — Troisième inoculation. Le jeune homme reprend son métier, très pénible, d'électricien.

Trois inoculations sont encore pratiquées pour consolider la guérison. Jamais de réaction locale ou générale.

Dans une nouvelle observation qu'il m'a communiquée ces jours derniers, M. Remlinger a observé la cessation de la douleur et de la fièvre (39 degrés) dans un cas grave *trois heures après la première inoculation de vaccin.*

Rhumatisme. — M. X..., trente ans. Blennorragie en 1902 et 1906, guéries sans complications.

L'écoulement actuel remonte à deux mois. Il y a un mois il s'est compliqué d'une hydarthrose du genou droit et d'une talalgie gauche qui ont résisté à la thérapeutique classique.

Douleur du talon très pénible, état général mauvais, anémie, amaigrissement.

18 juillet. — Première inoculation.

19 juillet. — Seconde inoculation. La douleur du talon diminue et l'état général s'améliore. Bientôt la talalgie disparaît et l'hydarthrose se résorbe.

Après la huitième inoculation le malade se considère comme guéri, et son état général est devenu excellent.

Voici, au hasard, une observation d'ophtalmie traitée par le docteur Guénod (de Tunis).

Ophtalmie. — X..., nouveau-né de quinze jours. Ophtalmie gonococcique de l'œil gauche.

21 juin. — Première inoculation de vaccin. Au bout de vingt-quatre heures, l'œil est décongestionné et la sécrétion purulente est devenue claire.

23 juin. — Seconde inoculation. Quarante-huit heures plus tard l'œil est redevenu normal et on suspend le traitement.

Non seulement dans ce cas l'œil atteint a été rapidement guéri, mais l'autre œil a été protégé.

Voici toute une série d'observations d'urétrites dues à un même médecin :

URÉTRITES. — M. S... Blennorragie aiguë de quinze jours. Une inoculation tous les deux jours, guérison à la septième.

M. G... Blennorragie de trois mois et demi.
Une inoculation tous les deux jours. Après la troisième, absence de gonocoques.

M. R... Blennorragie de deux mois et demi.
Même traitement. Guérison à la septième inoculation.

M. L... Blennorragie de douze mois.
Une inoculation tous les trois jours; guérison à la huitième.

M. L... Blennorragie de trois ans.
Une inoculation tous les trois jours ; guérison à la septième.

M. R. Z... Blennorragie de quinze jours.
Une inoculation tous les deux jours; guérison à la septième.

M. J. C... Blennorragie d'un mois.
Une inoculation tous les deux jours; guérison à la quatrième.

M. M... Blennorragie depuis trois ans.
Une inoculation tous les trois jours; guérison à la troisième.

Chez la femme, les résultats semblent identiques à ceux observés chez l'homme. Cependant ici, je ne puis donner des chiffres assez nombreux pour être aussi catégoriques.

Voici deux observations de métrite et de salpingite :

MÉTRITE. SALPINGITE. — Mme C... Blennorragie de deux semaines, cystite, utérus douloureux, pertes blanches.

Après la première inoculation, la malade accuse une grande amélioration ; son utérus n'est plus douloureux et les signes de cystite ont disparu; les pertes blanches se réduisent à presque rien.

Cinq jours plus tard, seconde inoculation; les pertes diminuent encore, les douleurs du bas-ventre n'ont pas reparu.

On pratique une troisième inoculation dix jours plus tard. La malade ne souffre plus et se considère comme guérie.

Mme L... Blennorragie aiguë, cystite, utérus et trompe droite très douloureux, examen impossible.

Trois inoculations de vaccin pratiquées tous les deux jours décongestionnent complètement l'utérus et les annexes. L'écoulement vaginal persiste.

Trois nouvelles inoculations (à quatre jours d'intervalle) le tarissent. Les douleurs du bas-ventre ont disparu; la palpation de l'ovaire droit ne provoque aucune réaction pénible.

* * *

L'emploi du vaccin est simple. Une seringue de 2 centimètres cubes est le seul instrument nécessaire. Deux ampoules sont remises au médecin, l'une de vaccin, l'autre d'eau physiologique. On les ouvre d'un trait de lime.

On aspire dans la seringue un demi-centimètre cube du vaccin, puis un centimètre cube et demi de l'eau physiologique, et l'on pratique l'inoculation dans les muscles de la fesse ou dans les veines. Il n'y a jamais, dans ces conditions, ni réaction locale, ni réaction générale. L'inoculation sous-cutanée provoquerait un peu de douleur sans réaction, il vaut mieux l'éviter.

La dose de vaccin inoculée correspond à trois milliards de microbes.

Dans les accidents aigus, nous pratiquons les inoculations vaccinales tous les jours ou tous les deux jours; dans les cas chroniques tous les deux à quatre jours.

* * *

En vous remerciant d'avoir bien voulu me permettre cette communication, je me mets à votre disposition pour vous adresser autant de vaccin que vous le désirerez pour vos expériences. Je serai en mesure de satisfaire à toutes vos demandes à partir du 1er novembre. Rien ne me sera plus agréable que votre contrôle et je vous en exprime à l'avance ma reconnaissance.

LES PORTEURS DE GERMES

Par M. L. LAGANE,
Médecin-assistant de l'hôpital de l'Institut Pasteur.

La question des porteurs de germes est une des acquisitions relativement récentes de l'épidémiologie des maladies infectieuses et elle a déjà déterminé un nombre considérable de travaux. Elle représente, en effet, une de celles dont l'appréciation est le plus difficile et dont les applications pratiques sont le plus délicates.

On la comprend ainsi. Sous le nom de *porteurs de germes* on désigne des sujets, en apparence sains, qui hébergent et répandent en dehors d'eux les germes spécifiques d'une maladie. On distingue ces porteurs en deux groupes : *porteurs convalescents* lorsque, ayant eu une maladie, ils en conservent le virus jusqu'à trois mois, *porteurs chroniques* lorsqu'ils le conservent au delà de ce laps de temps, et *porteurs précoces* lorsqu'ils véhiculent et expulsent le germe de la maladie avant d'en présenter les symptômes. Dans le second groupe, on place les *porteurs sains* qui se trouvent porteurs de germes sans avoir jamais présenté de symptômes morbides attribuables à la maladie.

L'existence de ces derniers semble paradoxale et l'on s'est demandé souvent si ce n'étaient pas des sujets immunisés par une atteinte antérieure de la maladie très légère et passée inaperçue.

Cependant, un certain nombre de faits semblant démontrer qu'un agent pathogène peut traverser, en quelque sorte, l'organisme sans y développer aucune réaction appréciable et s'y installer en véritable saprophyte, l'existence de porteurs sains a été généralement admise.

La conception que nous allons exposer ici est cependant un peu différente et nous estimons que les porteurs de germes sont surtout soit des convalescents, soit des malades atteints de formes frustes ou latentes de la maladie ou de lésions chroniques.

Nous estimons donc, en particulier, que, bien souvent, la persistance des bacilles dans l'organisme est due à la persistance des lésions anatomiques et que, si l'on veut faire œuvre judicieuse et utile, il faut considérer beaucoup de porteurs chroniques comme des malades chroniques dont il faut chercher à dépister et à guérir les lésions.

Nous conservons volontiers les termes de porteurs précoces, convalescents ou chroniques, qui ont le mérite de préciser la phase de la maladie dans laquelle se trouvent les sujets, mais nous n'emploierons le terme de porteurs sains qu'à propos des statistiques dans lesquelles ils sont ainsi désignés.

Les principales maladies, dans lesquelles l'élimination ou la persistance prolongée des microbes a fait se poser la question des porteurs de germes, sont la fièvre typhoïde, la dysenterie, le choléra, la diphtérie, la méningite cérébro-spinale et la poliomyélite épidémique.

Les trois premières, qui concernent des infections ayant leur siège ou leurs principales manifestations dans le tube digestif, offrent cette particularité qu'elles ont pour agents reconnus des microbes dont l'ingestion massive expérimentale échoue généralement à transmettre la maladie et dont on ne peut déceler que fort peu de temps la présence dans l'intestin de l'animal auquel on les a fait ingérer.

En cela, ces microbes suivent la loi générale d'après laquelle les microbes, pathogènes ou non, étrangers à la flore habituelle d'un intestin en sont rapidement éliminés. De même, chez l'homme, l'ingestion de ces bacilles ne provoque souvent qu'une septicémie très fugace. M. Sacquépée a cité un certain nombre de ces faits à propos de l'absorption, dans des pièces de charcuterie, de bacilles paratyphiques (1).

Dans les maladies en question, pour expliquer cette persistance prolongée des microbes, on a trouvé parfois une cause : pour la fièvre typhoïde, c'est la persistance de l'infection biliaire; ce n'est pas dans les fèces, mais dans le contenu de la vésicule biliaire que pullulent les bacilles qui ne sont déversés que secondairement dans l'intestin.

Cette explication n'est valable ni pour la dysenterie, ni pour le choléra, dans lesquels l'infection reste localisée à l'intestin.

Roubitschek (2) a fourni l'explication générale suivante.

Si, par des injections répétées à un animal (injections sous-cutanées ou intrapéritonéales) de microbes qui ne se rencontrent pas normalement dans son intestin, on immunise cet animal contre une espèce donnée, l'ingestion de cette espèce ne détermine ni altération de l'intestin, ni trouble de la santé générale. Cette espèce pullule et persiste dans l'intestin, y devient atoxique et avirulente et s'y comporte comme un saprophyte inoffensif.

L'immunisation de l'organisme vis-à-vis d'un microbe, au lieu d'empêcher sa pullulation dans l'intestin, semblerait donc la favoriser.

Par suite, l'élimination prolongée de microbes pathogènes apparaîtrait comme la conséquence naturelle de la guérison de la maladie infectieuse, comme une marque d'immunisation (Gouget). L'état des « porteurs de bacilles » s'expliquerait par une immunité acquise du fait d'une infection antérieure, parfois assez légère pour avoir passé inaperçue.

Cette explication ne saurait nous satisfaire, car elle tendrait à faire admettre que tous les sujets immunisés par une maladie, une fièvre typhoïde par exemple, doivent rester des porteurs de germes. De plus, elle n'expliquerait pas l'identité du processus que l'on peut constater à ce point de vue dans des maladies qui ont des pouvoirs immunisants si différents, la fièvre typhoïde, par exemple, qui est fortement immunisante, et la dysenterie, le choléra, la diphtérie qui ne le sont pas. La critique des faits tend à nous faire admettre, au contraire, qu'il faut souvent chercher la cause de la persistance des germes dans la persistance des lésions, et qu'il importe de considérer souvent les porteurs de germes comme des malades chroniques à lésions latentes. Le premier groupe de maladies dont nous allons nous occuper, choléra, dysenterie, fièvre typhoïde, va nous en fournir de beaux exemples.

Ce groupe de maladies comprend les infections où la théorie hydrique de la contagion fut longtemps exclusivement admise. Sous l'influence de nombreux travaux, la notion des contagions directes vint la compléter et bientôt montra toute l'étendue du rôle néfaste joué par les porteurs de germes.

Le *choléra* en offre une très belle démonstration. On sait que, comme cause initiale de toute épidémie, on trouve toujours un cholérique ou un porteur de vibrions cholériques agissant directement ou par l'intermédiaire de l'eau et des aliments. Voici les diverses catégories de porteurs que nous trouvons dans cette maladie.

En premier lieu, les très nombreux sujets atteints de *formes frustes de choléra* chez qui la maladie est méconnue. En temps d'épidémie, il faut suspecter tous les gens atteints de *diarrhée simple*, de l'apparence la plus bénigne ; les *enfants* chez qui le tableau clinique est très souvent atypique (gastro-entérite ou méningite), et les *dysentériques*. A Tor, lors du pèlerinage de 1912, sur 1000 pèlerins non dysentériques il y avait 65 porteurs de vibrions, tandis que sur 1000 dysentériques il y en avait 174.

En second lieu, les *convalescents*. Bien que les vibrions aient disparu ordinairement du tube digestif vers le quinzième jour de la convalescence, ce laps de temps est parfois prolongé. Sur les 3000 convalescents examinés en 1910 et 1911, 72 p. 100 n'avaient plus de vibrions au quinzième jour de la convalescence; 86 p. 100 au vingtième; 97 p. 100 après un mois seulement; un sujet après le cinquante-sixième jour; un autre après le soixante-neuvième jour (Zirolia). De plus, les vibrions, après une disparition apparente, peuvent réapparaître à la suite d'un écart de régime ou d'une purgation. Cette intermittence dans l'excrétion des bacilles est un point pratique fort important.

Quant aux *porteurs sains*, si l'on veut bien vérifier de près leur existence, on s'aperçoit qu'ils sont à peu près nuls : moins d'un pour 1000 parmi les habitants des régions indemnes. Quant aux autres, ce sont des sujets qui vivent dans la zone de l'épidémie ou approchent les malades. Ils se trouvent en propor-

(1) Sacquépée. Les porteurs de germes. Cf. série d'articles in *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 1910.

(2) H. Roubitschek. Zur Frage der fäkalen Ausscheidung darmfremder Bakterien, *Virch. Arch.*, t. CCIX, f. 2, août 1912.

tions très variables suivant les cas : 22 pour 100 malades en Prusse en 1905, 23 à Saint-Pétersbourg en 1908-1909, 50 en Autriche en 1910, 117 en Roumanie en 1910. Au cours de l'épidémie allemande de 1894, qui compta 1000 cas dont 490 mortels, on trouva en outre 52 individus « sains » qui avaient des germes cholériques dans leurs déjections.

Beaucoup d'entre eux étaient des enfants; sur 3173 personnes examinées à Saint-Pétersbourg en 1909-1910, on trouve 6,6 p. 100 porteurs chez les adultes, 9,8 chez les enfants d'un à quinze ans et 20 p. 100 chez les enfants de moins d'un an.

Un des arguments qui montre que ces porteurs de germes, lorsqu'il est possible de les examiner de près, se révèlent comme des cholériques plus ou moins francs, est celui du nombre considérable de ceux qui, parmi eux, présentent un jour des symptômes cholériques.

En 1908-1909, on a relevé que, sur 125 porteurs qui ont pu être découverts à une époque probablement très voisine de l'infection, 25 ont eu le choléra dans les deux ou trois jours qui ont suivi la découverte et 40 ont eu de la diarrhée simple.

Aussi, actuellement, tend-on à diminuer le rôle des porteurs de germes proprement dits pour augmenter celui des malades. Lorsque le choléra est transmis à longue distance, faisant faire à une épidémie des bonds considérables, les épidémiologistes admettent plutôt que les propagateurs de la maladie sont, non pas les « porteurs de germes sains », mais les cholériques vrais échelonnés par séries sur le cours de la route.

La conférence internationale sanitaire de 1911, après s'être longuement occupée des porteurs sains de vibrions, a conclu que, « dans l'état actuel de la science, il est difficile d'apprécier le danger que font courir à la santé publique les porteurs de germes cholériques ».

La conception des porteurs de germes dans les *fièvres typhoïdes et paratyphoïdes* doit avant tout tenir compte que, dans cette vaste maladie qu'est la septicémie éberthienne, la fièvre typhoïde proprement dite ou dothiénentérie n'est qu'une des localisations du bacille. Pour fréquente et typique qu'elle soit, elle ne représente qu'une de ses formes, un de ses aspects; on connaît les formes anormales, les formes localisées extra-intestinales (méninges, vésicule biliaire), les formes septicémiques dans lesquelles l'organisme héberge et expulse les bacilles typhiques ou paratyphiques sans que l'on songe à la dothiénentérie. Bien plus, la pullulation du bacille dans le contenu de la vésicule ou dans ses parois est fréquente et peut être indéfinie, ce qui explique la longue persistance des bacilles.

Ces notions sur la septicémie éberthienne nous expliquent que des porteurs de germes précoces puissent être constatés dans les fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes, lorsque leur période d'incubation est prolongée, et que les convalescents soient si dangereux. Bryon et Kayser estiment, en effet, à 7 p. 100 les typhiques qui éliminent encore des bacilles dix jours après l'apyrexie, mais la plupart des autres auteurs élèvent ce chiffre à 10, 13 et même 20 p. 100. Vers le troisième mois, près de 5 p. 100 environ des sujets excrètent encore le bacille.

Passé ce temps, on compte (Frosch, d'après plusieurs statistiques) qu'il y a 2,47 p. 100 de porteurs pour 100 typhiques un an après la maladie, et 1,64 p. 100 d'un à trois ans. Le bacille persiste alors des mois et très souvent des années, jusqu'à dix, vingt et trente ans.

Ce chiffre de 4 à 5 p. 100 de porteurs chroniques est sans doute bien inférieur à la réalité si l'on tient compte de la difficulté que l'on éprouve à suivre les malades et à reconnaître l'existence des bacilles dans leurs selles.

Quant aux *porteurs sains* de bacilles typhiques ou paratyphiques, nous les voyons ici encore relativement peu nombreux. Leur chiffre est de 0,64 p. 100 pour Klinger, et encore les trouve-t-on presque exclusivement dans l'entourage des malades.

La question des porteurs de germes est donc ici presque tout entière dans les dangers que font courir les malades frustes et les convalescents. Les bacilles se trouvent dans leurs selles et aussi dans leurs urines, exceptionnellement dans leurs crachats, mais l'excrétion en est intermittente, aussi ne peut-on affirmer qu'ils ont disparu que lorsque plusieurs examens, faits à plusieurs jours d'intervalle, ont été négatifs. Elle est aussi numériquement très irrégulière, donnant peu de colonies à un examen, en donnant une très grande quantité au suivant.

Les dangers que font courir ces porteurs de germes convalescents sont très réels : de multiples petites épidémies l'ont maintes fois prouvé. Ils propagent la maladie soit directement, soit surtout par l'intermédiaire de l'eau ou des aliments. La proportion de fièvres typhoïdes qui leur est imputable serait pour les auteurs allemands de 11 p. 100 cas (Kayser) avec comme chiffres extrêmes 4 et 26 p. 100. Les exemples suivants sont particulièrement impressionnants : 13 cas provoqués en trente et un ans par une ménagère, 24 en dix-sept ans par une cuisinière, 26 en dix ans par une autre cuisinière, etc.

Il est à remarquer que près des quatre cinquièmes de ces porteurs de germes sont des femmes, ce qui rend les contaminations encore plus faciles, étant données leurs fonctions de ménagères ou de cuisinières.

Les enfants sont souvent porteurs convalescents mais rarement d'une façon prolongée. Ils sont surtout dangereux à cause de l'insidiosité fréquente de la maladie chez eux.

Dans la *dysenterie bacillaire*, où le rôle de la transmission hydrique est moins important que celui de la contagion directe, les porteurs de germes ont une certaine importance, mais, par suite de diverses particularités, leur rôle est restreint.

La première raison en est que le bacille dysentérique persiste peu dans les selles après la guérison. La guérison bactériologique est cependant en retard sur la guérison clinique et elle l'est d'autant plus que la maladie a été plus grave. On peut admettre que, dans la majorité des cas, les bacilles ont disparu à la fin de la troisième semaine dans les formes légères, à la fin de la quatrième dans les formes

graves (Conradi). Cependant de nombreux faits montrent que la persistance peut atteindre deux et même trois mois (Otto Mayer). Un dysentérique, en apparence guéri, peut donc demeurer dangereux et doit être surveillé. Comme pour la fièvre typhoïde, il existe des intermittences de plusieurs semaines et même de plusieurs mois dans l'élimination des bacilles.

Malgré le petit nombre de bacilles qui existent alors dans les selles, il existe un certain nombre de cas où ces porteurs convalescents ont provoqué des épidémies dans leur entourage (Lentze, Galli-Valerio, O. Mayer).

Un certain nombre de ces convalescents continuent à excréter indéfiniment des bacilles et méritent le nom de porteurs chroniques. Ils sont peu nombreux : 3 p. 100 pour Kriege, 4 p. 100 pour H. Vincent ; ces chiffres sont peut-être même trop élevés si l'on tient compte des réinfections qui ont pu intervenir. En tout cas, on n'a actuellement aucun document permettant de dire que ces porteurs chroniques jouent un rôle pathogène.

Mais il est d'autres sujets qui méritent le nom de porteurs chroniques en ce sens que l'infection récidive plusieurs fois chez eux. Les bacilles réapparaissent alors en grand nombre et maintes fois contaminent l'entourage. Très vraisemblablement, dans ces cas, les malades sont atteints de lésions anatomiques persistantes de l'intestin, et, bien que leur maladie demeure latente, ces porteurs chroniques ne sont en réalité que des *malades chroniques*.

Ici encore les statistiques sont obligées de reconnaître que les *porteurs sains* de bacilles dysentériques sont si rares et que la persistance du bacille est chez eux si courte que leur rôle épidémiologique semble à peu près nul. D'ailleurs on les trouve surtout en milieux infectés dans l'entourage des gens malades et particulièrement chez les enfants, et comme ces « porteurs sains » peuvent ultérieurement présenter les symptômes de la dysenterie, on est amené à faire des réserves sur leur existence.

Dans la *dysenterie amibienne* dont la transmission se fait surtout par l'eau, le rôle de la contagion directe est beaucoup moins important que dans la dysenterie bacillaire. Il semblerait donc que le rôle des porteurs de germes fût encore plus restreint. Il n'en est rien et toutes les constatations récentes tendent à les mettre en relief, *en tant que malades chroniques*.

On sait en effet quelle est la chronicité de la dysenterie amibienne, sa durée de plusieurs années souvent, ses alternances de phases dysentériques et de périodes d'accalmie simulant la guérison, la fréquence de ses formes frustes d'allure banale. Or, pendant toute la durée de la maladie, les amibes persistent dans les selles du malade et en sont expulsées avec les glaires. De longues périodes se sont écoulées parfois depuis les dernières manifestations de la maladie et cependant le malade reste toujours contagieux. M. Vincent a rapporté l'observation d'un dysentérique chez lequel une rechute survint onze mois après une guérison en apparence complète et sans qu'il fût possible d'invoquer une nouvelle contamination (1).

Ce qui rend particulièrement dangereux de tels porteurs de germes est l'existence dans leurs déjections de *kystes* amibiens. Tandis que les dysentériques en période aiguë expulsent des amibes vivantes, peu mobiles, peu résistantes, incapables de conférer la dysenterie par ingestion (car elles sont détruites par les sucs de l'estomac), les chroniques et les convalescents expulsent, avec leurs déjections, des kystes. Ces kystes, petites sphères de 3 à 7 μ, formées par l'étranglement d'une portion d'ectoplasme, peuvent traverser l'estomac sans être digérés (Schaudinn) et, par suite, reproduisent la maladie.

On a pu constater des contaminations par des soldats ou des personnes en apparence saines revenant des colonies, et, dans les pays tempérés, on peut craindre qu'elles n'arrivent à rendre de plus en plus nombreux les cas de dysenterie amibienne en apparence autochtones (2). De même que dans les pays chauds où sévit la maladie, ces faits imposent un diagnostic bactériologique soigneux. Le nombre des kystes n'est jamais très considérable dans les déjections, et varie très considérablement d'un examen à l'autre. Un seul examen négatif ne peut donc suffire et « l'on ne saurait même actuellement dire à quel moment il est possible d'affirmer que les kystes ont disparu définitivement » (3).

Le second groupe de maladies dans lesquels interviennent les porteurs de germes, comprend la méningite cérébro-spinale, la poliomyélite épidémique et la diphtérie. Là, le germe persiste, non plus dans l'intestin, mais dans la gorge, le cavum naso-pharyngien, les fosses nasales.

La contagiosité de la méningite cérébro-spinale avait toujours paru se faire suivant des conditions particulières, car les cas de contagion directe étaient assez rares. C'est ainsi que les membres du personnel médical ou infirmier ou bien les membres de la famille d'un malade n'étaient presque jamais atteints. D'autre part, la fragilité du méningocoque en dehors de l'organisme rendait peu probables les contaminations indirectes.

Le mécanisme de la transmission fut élucidé en grande partie par la constatation d'intermédiaires *porteurs de germes* : convalescents ou tierces personnes demeurées indemnes de méningite, mais ayant été en contact avec un méningitique.

Le méningocoque disparaît d'une gorge enflammée après une dizaine de jours (92 fois sur 133 sujets traités, Roussel et Malard), mais il peut persister infiniment plus longtemps (de dix à quatre-vingt-dix jours, chez des sujets traités), plus longtemps chez

(1) H. Vincent. Note sur la latence prolongée de l'amibe dysentérique dans l'intestin humain. Les porteurs d'amibes. *Bull. de la Soc. de pathol. exotique*, 1909, p. 78.

(2) Ch. Dopter. Transmissibilité de la dysenterie amibienne en France, *Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 28 oct. 1904. — G. Lemoine. Un cas de contagion de dysenterie amibienne. Importance du rôle des convalescents, *Ibid.*, 1908, p. 640.

(3) C. Mathis. Recherche des kystes d'amibes dans les selles de l'homme, *Bull. de la Soc. méd.-chir. de l'Indo-Chine*, 8 juin 1913, t. IV, n° 7.

les sujets dont la gorge n'est pas traitée. Dans l'entourage immédiat des malades, il se trouve dans une proportion de 18 p. 100 environ des sujets, 25 p. 100 pour Netter et Debré.

Le méningocoque, particulièrement abondant au niveau de la partie postérieure des fosses nasales, provoque parfois de la rhino-pharyngite ou du coryza, mais peut ne causer ni réaction locale bien appréciable, ni trouble de l'état général. Le plus souvent, on constate seulement une légère hyperhémie de la muqueuse.

Tous les sujets dont le pharynx se trouve ainsi infecté par le méningocoque sont loin de contracter une méningite ; au contraire, ils ne la contractent qu'exceptionnellement. Ceux qui sont atteints sont, suppose-t-on, prédisposés par des causes encore fort mal déterminées (influence saisonnière, froid humide, etc.).

Le rôle des porte-germes a été prouvé par les recherches bactériologiques qui ont décelé le méningocoque dans les cavités nasales et surtout dans le pharynx des personnes ayant été en contact avec les méningitiques et par l'apparition de certaines petites épidémies dans les milieux bien localisés où se trouvèrent ces porteurs de germes.

Mais le mécanisme intime de ces faits et le rôle des lésions plus ou moins frustes du rhino-pharynx qui, à notre avis, explique l'existence des microbes chez ces pseudo-porteurs sains nous sera plus complètement expliqué par ce que nous constatons dans la diphtérie. Dans la *diphtérie*, la question des porteurs de germes présente une grosse importance au point de vue des mesures prophylactiques, mais beaucoup de difficultés. Elle est, entre autres points, rendue délicate par la question des bacilles pseudo-diphtériques ou bacilles d'Hoffmann, nom sous lequel un grand nombre d'auteurs désignent des bacilles semblables au bacille de Lœffler mais non diphtériques et n'ayant aucun rapport avec la diphtérie. MM. Roux et Yersin, M. L. Martin ont montré que les bacilles dits pseudo-diphtériques étaient pour la plupart des bacilles diphtériques atténués, et pouvaient reprendre leur virulence ; leur non-toxicité vis-à-vis du cobaye n'est qu'un critère infidèle, car ils peuvent être toxiques pour d'autres animaux (moineaux) et peuvent dans certaines conditions se montrer pathogènes pour l'homme (L. Martin). Ces bacilles, que les statistiques classent souvent sous le terme de bacilles avirulents, sont plus souvent rencontrés chez les gens exempts de manifestations diphtériques que les bacilles diphtériques dits virulents. D'après les recherches toutes récentes et très poussées de Meunier (1), il y aurait, suivant les milieux, de 97 à 60 porteurs de ces bacilles avirulents pour 100 porteurs de bacilles virulents; d'après celles de Guthrie, Moss et J. Gelien embrassant 3300 personnes examinées et 177 porteurs, il y aurait 85,42 porteurs de bacilles avirulents contre 14,58 de virulents (2).

Les porteurs de bacilles comprennent les convalescents de diphtéries franches et les sujets atteints de diphtéries frustes ou latentes non reconnues.

Chez les *convalescents* d'angines pseudo-membraneuses, les bacilles diphtériques persistent en général peu de temps dans la gorge. Lorsqu'il y a eu un traitement sérothérapique suffisant, ils disparaissent avec les fausses membranes 50 fois (Martin), ou 65 fois (Marfan) sur 100 quelques jours après l'entrée en convalescence ; dans les trois quarts des cas, ils ont disparu au quinzième jour ; ils persistent deux et trois mois dans 12 p. 100 des cas, et, dans les autres cas, un laps de temps variable, de trois mois à deux ans et plus.

De même, la statistique personnelle de Meunier indique la disparition des bacilles après la première quinzaine de la maladie 86 fois sur 100 et après un mois 4 fois sur 100.

C'est dans la gorge, mais aussi dans le cavum ou les fosses nasales que persistent les bacilles. Leur virulence se maintient pendant toute la durée de leur séjour, ou parfois diminue à la longue (L. Martin).

Toutes les fois que le sérum n'a pas été fait de bonne heure et à doses suffisantes, toutes les fois qu'il existe des *lésions locales*, grosses amygdales, végétations adénoïdes, abcès périlaryngés, lésions des fosses nasales, caries dentaires, etc. (L. Martin), la disparition du bacille de Lœffler est retardée.

Les dangers que font courir ces porteurs convalescents sont réels, car l'on connaît un certain nombre de petites épidémies dont ils ont été l'origine. Ustvedt estime que 2,5 p. 100 des convalescents transmettent la diphtérie, Frip 4 p. 100, Buchanan 0,8 p. 100. Ces statistiques, en montrant le danger, montrent aussi qu'il ne doit pas être exagéré.

La question des *porteurs sains*, telle qu'elle est exposée par la plupart des auteurs et telle que semblent la présenter les statistiques, mérite une revision. Sans insister sur les chiffres très différents qui ont été donnés pour évaluer le nombre de ces porteurs de germes, un tiers, la moitié ou même la totalité des personnes de l'entourage des malades pour certains auteurs, 6 p. 100 (Nishino), 7 p. 100 (Shollen), 8 p. 100 (Kober), différences qui s'expliquent par les conditions diverses des milieux dans lesquels ont observé les auteurs et par leurs différences dans la notation des bacilles, nous ferons remarquer combien est capital un facteur qu'on méconnaît trop souvent : l'existence de fréquentes diphtéries frustes ou latentes chez des gens qui sont considérés comme indemnes ou comme porteurs sains.

Ces diphtéries inaperçues sont le plus souvent des coryzas diphtériques (rhinites « fibrineuses », rhinites séro-purulentes, ou rhinites d'apparence banale) ou des adénoïdites diphtériques (Marfan). Elles n'entraînent pas toujours la production des fausses membranes pharyngées ou laryngées qui les feraient reconnaître, mais les sujets qui en sont porteurs n'en

(1) Marcel MEUNIER. Nouvelles recherches sur les bacilles diphtériques et les bacilles pseudo-diphtériques, *Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, séance du 31 mai 1913.

(2) C. G. GUTHRIE, W. L. MOSS et J. GELIEN (de Baltimore). Communication au *Congrès international de médecine de Londres*, août 1913.

sont pas moins des malades. M. L. Martin a apporté de multiples observations de ces diphtéries méconnues qui ont ultérieurement entraîné des accidents indiscutables de diphtérie laryngée chez leurs porteurs ou chez les gens contaminés par eux. Bretonneau avait signalé les rhinites comme causes fréquentes des croups appelés « croups d'emblée », M. Marfan a insisté sur l'importance de l'infection latente du cavum pharyngien. Ces formes latentes ou frustes sont particulièrement nombreuses dans certaines épidémies et il est à remarquer que, constamment, les bacilles trouvés dans le nez de ces malades sont des bacilles courts. Les statistiques montrent que ces pseudo-porteurs sains existent nombreux en période d'épidémie, dans la zone infectée. On en trouve 20 à 25 p. 100 dans les écoles infectées, 12 à 14 p. 100 dans les hôpitaux d'enfants, casernes, asiles ou autres agglomérations, jusqu'à 50 p. 100 dans les familles où on n'a pratiqué aucun isolement, parmi l'entourage des malades, chiffres qui paraissent bien exagérés, si l'on songe que Meunier, après des recherches sérieuses, ne fixe ce chiffre qu'à 8 p. 100, dont un quart seulement concerne des porteurs de bacilles virulents. Mais il est un fait avéré, c'est que ce sont surtout les enfants qui sont contaminés.

Au contraire, en dehors des épidémies ou des milieux contaminés, les porteurs de bacilles sont peu nombreux : 3 à 5 p. 100 dans les écoles, 2 à 5 p. 100 dans les hôpitaux d'enfants, casernes, à peu près aucun dans les régions où ne sévit pas la diphtérie.

La comparaison de toutes ces données et le nombre relativement restreint des cas de contagion (Guthrie, Moss et Gelien n'ont même pu constater aucun cas de contagion par les 160 porteurs de germes qu'il sont suivi) s'éclairent singulièrement si l'on veut bien admettre que tout sujet qui reçoit des germes diphtériques ne fait pas forcément une diphtérie et peut éliminer rapidement ces bacilles. Restent porteurs de germes seulement les sujets qui sont affectés d'une localisation latente ou fruste de la diphtérie.

Pratiquement, tout porteur de germe diphtérique (bacilles longs, moyens ou courts présentant les granulations de Neisser) doit être considéré comme dangereux, mais à des degrés un peu différents. Tandis que tout porteur de bacilles moyens et surtout de bacilles longs doit être considéré pleinement comme tel, les porteurs de bacilles courts (et l'on sait que ce sont les plus nombreux) peuvent être considérés comme peu dangereux, à condition qu'ils ne se trouvent pas dans un milieu d'enfants (hôpitaux) ou de sujets présentant des affections des premières voies, au premier rang desquelles nous mettons la rougeole. Dans ces cas, en effet, le pouvoir pathogène du bacille court devient très grand.

De plus, pour dépister les porteurs, il faudra examiner non seulement leur gorge, mais aussi leurs cavités nasales et leur cavum, et faire trois examens à plusieurs jours d'intervalle.

Les conditions de transmission du virus de la *poliomyélite épidémique aiguë* sont encore trop incomplètement connues pour que l'on puisse y indiquer avec précision la valeur du rôle des porteurs de germes. Ceux-ci semblent jouer un rôle incontestable et important, de même que dans la méningite cérébro-spinale aiguë. Le nombre des gens qui, par les sécrétions naso-pharyngées des malades, reçoivent le virus, semble assez grand, sans que l'on puisse fixer des chiffres, à cause des grosses difficultés de ces recherches. Flexner et Clark ont examiné les parents d'un enfant atteint de poliomyélite et ne présentant aucun symptôme morbide, ils ont vu le produit du lavage de leurs nez, inoculé à un singe, lui donner la poliomyélite.

Cependant, certaines constatations restent troublantes : la fréquence des cas surtout dans les régions à population clairsemée, la rareté des contagions familiales. Aussi a-t-on cherché d'autres explications : transport du germe par les mouches, contagion par de grands animaux.

Il semble bien difficile actuellement de faire une distinction entre les porteurs de germes malades ou sains, car de plus en plus l'on s'aperçoit de la fréquence des formes frustes ou latentes (ambulatoires) de la maladie, des formes abortives, des formes légères et anormales. Bien que les formes typiques de la poliomyélite affectent presque exclusivement les cinq premiers âges de la vie, l'on peut se demander dans quelle mesure de telles formes n'existent pas chez les adultes et les grands enfants, et si ce ne seraient pas leurs lésions rhino-pharyngées qui serviraient de réservoir à la maladie.

Nous ne saurions en tout cas qu'être réservés encore sur le mécanisme de la transmission de la maladie, si nous nous rappelons que J. Zappert dans les conclusions de son rapport au Ier Congrès de l'Association internationale de pédiatrie (octobre 1912) indiquait qu' « on n'a pas encore observé de contagion par contact de malade à malade ».

Les maladies précédentes sont les plus importantes parmi celles dans lesquelles les porteurs de germes interviennent : mais nous pourrions indiquer aussi la fièvre ondulante, dont on sait la très longue persistance et la fréquente latence, la fièvre récurrente, le tick-fever, le typhus exanthématique, la trypanosomiase, le paludisme. Les sujets infectés par l'hématozoaire du paludisme ou par les trypanosomes ne sont-ils pas en réalité de dangereux porteurs de germes et ne pourrait-on redouter leur présence dans les pays indemnes si, par bonheur, l'insecte hôte intermédiaire n'en était absent?

Les données précédentes indiquent déjà les mesures pratiques que l'on devra prendre en vue de la prophylaxie : dépister les porteurs de germes par un diagnostic précis, les isoler et, en même temps, les traiter pour leur permettre de redevenir le plus rapidement possible inoffensifs pour eux-mêmes et pour la société.

La première de ces indications est délicate et demande une connaissance exacte des meilleures et des plus simples méthodes de diagnostic bactériologique. Nous ne pouvons les indiquer ici, mais nous rappelons qu'elles sont assujetties à des règles strictes. Si la plupart sont relativement faciles

(dysenteries amibienne et bacillaire, choléra, diphtérie), quelques-unes exigent plus de temps et de soins (recherche et identification des bacilles typhiques et paratyphiques dans les fèces, diagnostic du méningocoque d'avec les pseudo-méningocoques), et ont parfois des résultats inconstants.

La difficulté est, en effet, dans la nécessité d'affirmer l'identité exacte du germe pathogène que l'on suspecte; elle est encore dans l'*obligation de ne se confier qu'à plusieurs examens faits à plusieurs jours d'intervalle.*

La mesure prophylactique essentielle est l'isolement des porteurs de germes; elle est souvent indispensable. Par ce moyen seulement, les médecins allemands ont pu réussir à éteindre les épidémies de fièvre typhoïde qui ravageaient les régions du sud et de l'ouest de l'Allemagne, les médecins sanitaires à enrayer les épidémies de choléra. Cet isolement doit être constamment employé dans les hôpitaux ou dans l'armée pour enrayer des épidémies de diphtérie, de fièvre typhoïde, de dysenterie.

Cet isolement doit-il atteindre tous les porteurs de germes? Il est certain qu'une réponse absolue n'aurait aucune portée pratique. C'est en connaissance de cause que, dans chaque cas particulier, chaque médecin doit faire le plus qu'il est possible de faire. Tels isolements de porteurs de bacilles diphthériques courts, qui peuvent être différés dans une caserne, s'imposent absolument dans un pavillon de rougeoleux; tel porteur invétéré de bacilles typhiques qui se refuse à l'hospitalisation devra être averti des dangers qu'il fait courir et des mesures de propreté qu'il doit prendre.

La lutte contre les porteurs de germes ne peut être bien menée que soutenue par des règlements judicieux et des mesures d'ordre général.

Il est, par contre, une prescription qui s'impose au médecin : c'est celle d'aider le porteur de germes, isolé ou non, à se débarrasser des microbes qu'il héberge. La conception que nous venons de soutenir, qui consiste à envisager la plupart des porteurs de germes comme des malades atteints de lésions chroniques ou latentes, nous semble, à ce point de vue, pouvoir présenter des conséquences précieuses.

Ce que nous avons dit des porteurs chroniques d'amibes dysentériques, de bacilles typhiques, cholériques ou diphtériques nous dispense d'insister davantage. Mais des lésions banales ont quelque importance et M. Martin a indiqué depuis longtemps que les bacilles diphtériques persistaient plus longtemps, même avec emploi de ses pastilles de sérum antimicrobien desséché, quand le malade était porteur de végétations adénoïdes ou de lésions des gencives et des dents.

Traiter les porteurs de germes doit donc être le souci du médecin, et cette indication est parfois difficile à remplir. L'emploi de l'émétine pour la dysenterie amibienne, de l'urotropine pour la fièvre typhoïde, des irrigations nasales, des inhalations iodo-gaïacolées de Vincent et Bellot, des applications de sérum antidiphtérique antimicrobien desséché (L. Martin) ou liquide pour les maladies à contage naso-pharyngien et pour la diphtérie, ne sont-ils pas des traitements récents d'application précieuse?

La même prophylaxie éclairée saura mettre par des mesures appropriées les personnes de l'entourage des porteurs de germes à l'abri d'une contamination. Parmi ces mesures deux des plus précieuses sont certainement les vaccinations et la sérothérapie préventives.

ACTUALITÉS

DE LA TRANSFUSION DU SANG EN CHIRURGIE URINAIRE (1)

Les hémorragies que l'urologue constate sont souvent aussi importantes que celles que le gynécologue ou l'accoucheur ont à redouter.

Hémorragies opératoires de la néphrectomie, de la néphrotomie, de la prostatectomie et de l'urétrotomie interne; *hémorragies spontanées* des néphrites hématuriques, des papillomes vésicaux, des cathétérismes vésicaux trop copieux, des fausses routes urétrales; telles sont les hémorragies en présence desquelles il a à lutter.

Une fois l'hémorragie arrêtée par un traitement local, le malade peut être remonté par les injections intraveineuses de sérum; l'eau salée augmente la masse sanguine et la tension artérielle; elle suffit souvent à ranimer le sujet, mais dans certains cas celui-ci est tellement affaibli qu'il ne peut être remonté que par la régénération globulaire et par la récupération de l'hémoglobine qui lui manque.

A ce sujet, le professeur Legueu rapporte le cas d'un calculeux qu'il a traité par lithotritie et chez lequel il a dû essayer en vain tous les traitements hémostatiques jusqu'à la transfusion qui seule a arraché momentanément le sujet à la mort; le tableau de cette grande hémorragie est brossé avec cette vivacité de couleurs dont le professeur de Necker a le secret.

Il s'agissait d'un homme de soixante-huit ans, porteur de plusieurs calculs chez lequel Legueu pratiqua la lithotritie; l'opération dura quelques minutes; le sujet se leva le troisième jour, huit jours plus tard l'opérateur pratiqua un broiement évacuateur pour un fragment resté? A la suite de cette opération il présenta une hématurie abondante, l'opérateur fit l'aspiration des caillots avec la seringue, un lavage avec une solution d'antipyrine au 1/10 ; il injecta sous la peau 500 grammes de sérum glucosé, le lendemain l'hémorragie n'avait point cessé, il recommença l'aspiration des caillots, ordonna des lavages vésicaux au sérum chaud, administra à l'intérieur du chlorure de calcium et une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique; le lendemain l'hémorragie n'ayant point cessé, l'opérateur fit une taille, évacua la vessie, la tamponna à la gaze et appliqua le tube de Freyer; l'hémorragie continuait, Legueu introduisit dans la vessie une bougie n° 20 qui fit bouchon; l'écoulement continua; l'urètre fut tamponné avec de la gaze portée par un porte-tampon de Gerota qui permit de bourrer l'urètre de gaze sans souffrance pour le malade; puis il pratiqua avec une compresse la ligature de la verge sur le tampon placé dans l'urètre, l'hémorragie continuait toujours, le malade présentait l'aspect cadavérique. Il fut décidé de faire une transfusion; une des filles du malade fut choisie. Legueu aboucha la radiale gauche du donneur avec la céphalique du receveur; il pratiqua à l'aide de la canule d'Elsberg, une transfusion qui dura

(1) D'après la clinique du professeur Legueu, rédigée par le docteur Morel, chef de laboratoire de l'hôpital Necker, *Journ. d'urol.*, juillet 1913.

vingt minutes; au fur et à mesure que le receveur devenait plus rose, le donneur pâlissait. Le résultat immédiat fut excellent; le sujet se colora, son pouls devint perceptible, malheureusement le sujet fit une escarre sacrée et des phénomènes infectieux qui le firent mourir trois semaines après l'opération, au moment où on espérait le sauver.

A ce sujet, Legueu rapporte quelques cas de Crile, d'abord celui d'un homme de vingt-trois ans, il subit la néphrotomie et quatre jours après présenta une hémorragie abondante, la transfusion sauva le malade et lui permit de supporter la néphrectomie; puis celle d'un homme de cinquante ans, également atteint d'une abondante hémorragie par néphrectomie et qui fut sauvé par la transfusion.

D'ailleurs ces faits sont superposables l'un à l'autre : à la veille ou au lendemain d'une opération normale, une hémorragie abondante se déclare, le premier jour sa persistance préoccupe, le second jour elle alarme, le chirurgien demande à la compression et au tamponnement l'arrêt de cette hémorragie et pourtant l'hémorragie continue; le clinicien escompte un résultat meilleur de l'injection de sérum gélatiné, de l'irrigation chaude additionnée d'adrénaline et ces moyens restent impuissants; dans ces cas, le sujet soutenu par le sérum physiologique, tenu en haleine par de l'huile camphrée, stimulé par la caféine, peut supporter pendant quelque temps une certaine hémorragie mais la limite arrive et *c'est la transfusion seule qui peut le ramener à l'existence.*

La transfusion moderne a été mise au point par Georges Crile (de Cleveland) qui en a pratiqué un grand nombre et pratiqua la première en 1890; elle fut exécutée en France par Tuffier (de Paris) et par Guyot et Dehelly (du Havre), c'est une méthode pleine d'avenir, inoffensive, et qui doit rendre des services signalés au médecin et au chirurgien et à l'urologue.

La méthode de Crile consiste à transfuser directement d'artère à veine une certaine quantité de sang par anastomose endothélio-endothéliale; en passant d'un organisme à l'autre le sang doit conserver le contact de l'endothélium vasculaire, qui seul permet de pratiquer l'opération sans danger de coagulation et d'embolie; elle permet de greffer vivant le sang.

Quelques précautions sont à prendre. Le donneur doit avoir subi la réaction de Wassermann, être indemne de syphilis ou d'autres infections. De plus comme les deux sangs humains ne sont pas biologiquement identiques, comme le sérum de tout individu normal contient des substances susceptibles d'hémolyser et d'agglutiner les globules rouges d'un autre individu normal, l'hémolyse et l'agglutination constituent deux griefs à la transfusion directe. Si le sérum du donneur hémolyse les hématies du receveur, la transfusion détruit finalement plus de globules qu'elle n'en apporte, et d'autre part, si le sérum du receveur hémolyse les globules rouges du donneur, le bénéfice de la transfusion est nul, sans compter que les globules détruits du donneur peuvent être toxiques pour le récipient. De plus, si le sérum du donneur agglutine les globules du receveur ou si le sérum du receveur agglutine les globules rouges du donneur il pourra en résulter des embolies capillaires.

Or, nous pouvons, par le laboratoire, nous rendre compte s'il y a incompatibilité d'unir les deux sangs, cette épreuve exige vingt-quatre heures; si la transfusion du sang est indiquée d'une façon urgente, il est préférable de prendre un consanguin, ce qui permet aux deux sangs de fusionner sans inconvénient, il ne faut point alors hésiter à prendre le sujet quel que soit son âge ou son apparence; fût-il âgé de soixante-dix ans, il peut se montrer un très bon donneur; un sujet d'apparence frêle peut donner suffisamment de sang pour rendre la vie à son parent.

Il est bon, avant l'opération, de faire également la numération globulaire et le dosage d'hémoglobine du receveur de façon à ce que, au cours ou après l'opération, on puisse se rendre compte de l'avantage qu'il en a retiré.

Voici la technique :

L'opérateur choisit l'artère radiale du donneur, puis une veine superficielle (saphène ou veine de l'avant-bras) du receveur.

L'anastomose entre les deux vaisseaux est réalisée en cas d'urgence par un simple petit tube de verre effilé; si l'opérateur possède la canule d'Elsberg, cette dernière est préférable puisqu'elle permet l'anastomose endothélio-endothéliale; cet instrument ressemble à une petite clef anglaise dont les mors sont remplacés par deux valves mobiles. Après section, l'artère à anastomoser est introduite entre les deux valves; son extrémité libre est retournée sur le tube *comme une manche qu'on retrousse*, de façon à présenter à l'extérieur sa face endothéliale, le tube ainsi coiffé est invaginé dans la veine, l'endothélium de l'artère vient donc au contact de l'endothélium de la veine, on peut commencer la transfusion.

Quelle devra être *la durée de cette transfusion?* Cela dépend du but à poursuivre, si on veut rendre de la masse sanguine à un sujet qui vient d'être saigné à blanc, il faut lui donner 500 à 600 grammes de sang (une demi-heure). Cette quantité de 500 grammes prise au donneur ne présente aucun inconvénient; si l'urologue se donne la peine, après une prostatectomie, de peser le sang qui sort de la vessie, il se rendra compte que, dans la grande majorité des cas, ce dernier rend plus de 500 grammes de sang dans l'après-midi qui suit l'opération; néanmoins le pouls de l'opéré ne faiblit pas. Par conséquent, cette dose de 500 grammes de sang à prendre chez le donneur est une déperdition sans importance. Il est impossible d'évaluer la quantité de sang donnée, elle dépend du volume de l'artère du donneur, de la pression artérielle et de l'émotivité de ce dernier, ainsi que de la résistance et du volume de la veine du receveur, il faut ajouter aussi le degré de perfection de l'anastomose, cette opération qui paraît facile au premier abord requiert une certaine habitude.

Par conséquent, pour évaluer si la transfusion est suffisante ou exagérée, examiner pendant le cours de l'intervention les deux patients en même temps; le receveur sous l'action vivifiante du sang se colore, son pouls reprend de la force et sa respiration se ralentit, inversement le donneur pâlit, accuse des vertiges et de la soif.

Il est très facile d'évaluer le taux d'hémoglobine dans le sang du receveur, cette opération demande une minute; par conséquent, il est facile de suivre de temps en temps, la récupération du taux de l'hémoglobine pendant l'intervention même.

En principe l'opération durera de vingt à trente minutes, sous le contrôle des deux opérés.

La transfusion du sang est une opération de chirurgie courante dont les indications sont nombreuses, si on n'a pas plus souvent recours à cette intervention, c'est parce qu'on se laisse arrêter aux questions de contingence; difficulté de trouver un donneur, difficulté d'exécuter une opération pourtant assez facile, l'indication est fréquente, elle permet une mise en circulation chez le receveur d'hématies vivantes et d'hémoglobine et c'est celle-ci qui importe, car un individu saigné à blanc arriverait encore à pouvoir reconstituer le sang; mais ce qu'il demande par-dessus tout au sortir de son hémorragie, c'est assez d'hémoglobine pour fixer l'oxygène immédiatement nécessaire; la transfusion lui assure ce principe physiologique en donnant de l'hémoglobine, de plus l'apport du sang vivant *favorise la coagulation* et constitue *le meilleur préventif de l'hémorragie*, enfin en stimulant l'hématopoïèse la transfusion contribue à la réparation globulaire, elle renforce l'activité des organes hématopoïétiques.

C'est donc une opération merveilleuse et pleine d'avenir, qui nous permettra de sauver un grand nombre de malades.

R. DE BUTLER.

ANALYSES

MÉDECINE

Les sténoses inflammatoires chroniques de la région cardiaque de l'œsophage. (G. Liébault. Th. de Paris, 1913; Bordeaux, Gounouilhou.) — Cette thèse débute par une partie anatomique, par une étude de la portion inférieure de l'œsophage; l'auteur montre que le cardia, en tant qu'orifice de fermeture de l'œsophage, n'existe pas anatomiquement; il faut décrire plutôt une région cardiaque.

Dans cette région, on observe parfois une sténose inflammatoire chronique, c'est-à-dire une sténose qui n'est ni néoplasique, ni traumatique (brûlure, caustiques), ni inflammatoire aiguë.

La sténose inflammatoire chronique apparaît à tout âge, mais particulièrement chez l'homme adulte; on retrouve dans l'étiologie l'abus du tabac, de l'alcool, des mets épicés, l'alimentation rapide, les varices œsophagiennes. Sous ces causes banales, se produit, à la région cardiaque, une irritation, souvent une érosion et par réflexe une contracture œsophagienne, puis les lésions inflammatoires s'accentuent avec épaississement de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

Cliniquement, ce sont les symptômes et signes physiques du rétrécissement de l'œsophage; à l'œsophagoscope, on peut voir, dans la région cardiaque, les lésions à un des trois stades d'irritation, d'exulcération, de bourgeonnement; on peut les voir aussi à la période de cicatrisation.

L'évolution est très particulière, car la marche est extrêmement lente, n'entraînant que de l'affaiblissement progressif, par suite des difficultés de l'alimentation.

C'est cette marche de la maladie qui permet de le distinguer du cancer. Dans les cas douteux, une biopsie sera souvent nécessaire.

Comme traitement, on fera la gastrostomie permettant l'alimentation du malade et procurant du repos fonctionnel à l'œsophage; localement, on fera le traitement habituel des sténoses œsophagiennes. M. BRELET.

Etiologie et signification pathologique des membranes péricoliques. (David Cheever. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LXI, n° 4, 26 juillet 1913, pp. 248-251.) — La péricôlite membraneuse a été l'objet de nombreux travaux en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, depuis l'article de Jackson en 1909. Les idées sont très divergentes sur cette question. Cela vient probablement de ce que les auteurs considèrent à tort comme identiques des lésions très différentes les unes des autres et d'origine très variable. Il y a deux sortes de membranes péricoliques, les congénitales et celles dues à l'irritation péritonéale. Parmi ces dernières doivent être rangées celles formées par l'adhérence du bord du grand épiploon à la paroi du côté droit, qui couvrent le cæcum et le côlon ascendant. Les autres membranes d'irritation péritonéale résultent de l'action des toxines transmigrées à travers les parois intestinales et plus fréquentes du côté droit; parce que c'est dans le cæcum et côlon ascendant que la stase est maxima, mais on peut les voir dans toutes les parties du gros intestin. Cheever pense qu'il faut plus que de la simple stase, ainsi que le prétend Jackson, pour amener la formation de ces membranes. La théorie de Lane qui voit dans ces replis une tentative de la nature pour soutenir des viscères ptosés est peut-être un peu trop finaliste.

Cheever considère le type décrit par Jackson comme appartenant sans doute au groupe des replis congénitaux. On trouve ces membranes fréquemment chez le nouveau-né. Admettre une péritonite fœtale est une explication assez entortillée, le repli pariéto-côlique de Jonnesco et Juvara, le repli avasculaire de Trèves sont identiques à la membrane de Jackson. Les recherches de Cheever cadrent exactement avec celles de Flint et d'Eastman.

Au point de vue de la signification clinique de cette membrane, il faut poser en principe que toute membrane qui fixe ou coude l'appendice, ou gêne le péristaltisme du côlon, doit être opérée. Il n'est guère probable qu'une légère fixation soit nuisible, le duodénum est fixé partout et cependant son péristaltisme reste normal. Il ne faut pas exagérer le rôle de la stase dans le cæcum et le côlon ascendant. Cette stase est nécessaire au point de vue de la digestion.

Cheever conclut que la membrane de Jackson est une variation anatomique congénitale qui s'observe dans 10 p. 100 des individus et qui, dans la grande majorité des cas, ne cause point de symptômes. Dans les cas rares où elle en cause, il faut opérer et la sectionner. Les autres brides, celles d'origine péritonéale irritative, naturellement demandent plus souvent une active intervention. F. GARDNER.

Traitement de l'hyperthyroïdisme par les injections d'eau bouillante. (Miles F. Porter. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LXI, n° 2, 12 juillet 1913, pp. 88-93.) — L'auteur s'est inspiré de la méthode de Wyeth, injections d'eau bouillante dans le traitement des angiomes. Il a fait des expériences démontrant que l'injection détruisait une certaine quantité de tissu glandulaire et amenait la formation d'une zone de sclérose. Il a traité 20 malades, à diviser en 3 classes : ceux qui étaient trop malades pour être opérés; ceux qui au contraire n'avaient que des symptômes légers; ceux qui refusaient une intervention sanglante. Sur 20 cas l'un n'a pas été suivi, un autre est trop récent, 13 des 18 autres ont été si améliorés qu'ils se considèrent comme guéris, 4 ont été guéris autant que l'on peut en juger. De ces 4 cas, l'un était d'un type très grave, un grave, et deux moyens.

La technique est simple. On se sert d'une seringue tout en verre, la plus grande possible, maniée à l'aide d'une longue pince et bouillie dans l'eau même qui servira à l'injection, à côté du lit du malade. Le point de piqûre est anesthésié à la cocaïne. On évite les grosses veines superficielles. On injecte de XL à CCXXX gouttes, au besoin en différents points de la glande. Après la première réaction survient la sclérose.

F. GARDNER.

MÉDECINE INFANTILE

Spondylite typhique. Nouveau cas observé chez l'enfant. (Ardin-Delteil, M. Reynaud, Max Coudray, *Arch. de méd. des enfants*, nov. 1912.) — Les auteurs, qui ont déjà publié un cas de spondylite typhique chez l'adulte, ont eu l'occasion d'en observer un cas très intéressant chez un enfant; après en avoir rapporté très en détail l'observation, les auteurs présentent les conclusions suivantes : la spondylite apparaît d'ordinaire chez l'adulte pendant la convalescence, ou même de longs mois après la guérison; chez l'enfant son apparition est plus précoce, elle évolue chez l'enfant plus rapidement que chez l'adulte; elle peut aboutir à la résolution en cinq à six semaines, l'atteinte osseuse paraissant être moins profonde. Dans la spondylite typhique, il existe à côté de lésions ostéo-arthropathiques plus ou moins accentuées un syndrome méningo-radiculaire dans lequel intervient un véritable état méningé spinal (hypertension, hyperalbuminose). Ce syndrome joue un rôle très important. La ponction lombaire peut amener dans certains cas une sédation marquée des phénomènes douloureux, elle doit être fortement conseillée en tant que moyen de soulager les malades. B. GAYARD.

Sur un cas singulier d'hérédo-syphilis nerveuse. (Tebrien, Babonneix et Dautrelle. *Soc. de pédiat.*, 10 déc. 1912.) — L'hérédo-syphilis peut produire des troubles nerveux de deux ordres : les uns intellectuels (arriération mentale, imbécillité, idiotie), les autres moteurs (hémiplégies, diplégies

cérébrales infantiles, épilepsie). Récemment M. Babonneix a également insisté sur le rôle de l'hérédo-syphilis à l'origine de la maladie de Little et de l'acromégalie; les auteurs rapportent cette fois un cas très curieux et d'interprétation très difficile, qui concerne un hérédo-syphilitique atteint depuis quelques mois de troubles moteurs très analogues à ceux que l'on observe dans l'atonie musculaire congénitale; il s'agissait d'un enfant de dix-neuf mois, hérédo-syphilitique, obèse, et qui présentait, depuis le septième mois, de l'atonie musculaire généralisée avec quelques troubles des réactions électriques; depuis quelque temps des phénomènes attribuables à une névrite optique étaient également apparus. Les injections de biiodure amenèrent une diminution considérable des phénomènes atoniques et une amélioration très évidente de la vue, ce qui paraît bien démontrer la nature franchement spécifique des phénomènes assez particuliers et difficiles d'ailleurs à cataloguer, chez ce petit malade hérédo-syphilitique.

B. GAYARD.

Complications pulmonaires de la scarlatine : abcès multiples du poumon et pyopneumothorax. Infarctus du poumon par thrombose. (R. PORAK. *Soc. de pédiat.*, 10 déc. 1912.) — Sur 111 malades atteints de scarlatine pure et soignés à l'hôpital Trousseau de janvier à mai 1912, l'auteur a observé 8 fois des complications pulmonaires. Parmi ces huit cas il en est deux particulièrement intéressants à étudier. Dans un cas, il s'est agi d'une broncho-pneumonie aboutissant à la formation d'abcès multiples, dont deux se sont ouverts dans la plèvre et ont donné lieu à un pyopneumothorax; dans le second cas, également très intéressant, l'autopsie révéla un infarctus du poumon, par thrombose artérielle. L'examen histologique de l'infarctus a permis de mettre en évidence des streptocoques; à l'origine il s'était donc probablement produit une thrombo-artérite streptococcique qui détermina, suivant le processus habituel, un infarctus du poumon.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Rupture rétropéritonéale de l'appendice avec extravasation de pus dans la cuisse et gangrène de celle-ci. (Jacob R. BUCHBINDER. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LX, n° 23, 7 juin 1913, pp. 1782-1783.) — Cas intéressant seulement en ce qu'il montre une propagation rare de l'appendicite rétrocæcale et réalise un type extrême de la psoïtis classique d'autrefois. Une jeune femme de vingt et un ans entre à l'hôpital avec des signes de septicémie et un gonflement énorme de la cuisse droite. Epanchement dans le genou droit. Douleur à la palpation du quadrant inférieur droit de l'abdomen. La malade est dans le demi-coma, et meurt avant qu'on n'ait pu obtenir une autorisation d'opérer.

A l'autopsie, on trouve une appendicite rétrocæcale avec un foyer rétropéritonéal remontant jusqu'au diaphragme et filant en bas au-dessous de l'arcade crurale, le long du psoas iliaque. Tous les muscles antérieurs et latéraux de la cuisse sont remplis de pus et nécrosés. Seuls quelques-uns des muscles postérieurs, ceux qui sont les plus proches du fémur, sont simplement infiltrés. Le genou est rempli de liquide séreux clair. Les tissus périarticulaires sont pour ainsi dire liquéfiés. Les os sont intacts. Ni thrombose, ni embolie dans les vaisseaux. L'agent causal était le coli-bacille.

F. GARDNER.

Sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson. Gastro-entérostomie, à l'âge de treize jours. Guérison. (FREDET et L. TIXIER. *La Pédiatrie pratique*, 5 mars 1913.) — Il s'agit d'un nouveau-né qui, après huit jours d'un fonctionnement digestif satisfaisant, est pris de vomissements violents, explosifs, sans bile, après chaque tétée. L'estomac est très dilaté; il y a de l'oligurie. Les selles sont réduites en quantité, mais de qualité invariablement normale. Il se fait une perte de poids rapide. Le diagnostic porté est celui d'une sténose pylorique congénitale et, au treizième jour, l'enfant est opéré par gastro-entérostomie. Il se fait après l'opération un *circulus vitiosus* qui nécessite une deuxième opération, créant une voie anostomotique entre les deux branches afférente et efférente du jéjunum. Cette complication semble avoir été causée par l'aérophagie; peut-être les lavages de l'estomac eussent pu éviter la deuxième opération. Quoi qu'il en soit le petit opéré a parfaitement guéri.

En résumé, le procédé opératoire qui semble le plus recommandable est la gastro-entérostomie, supérieur à la pyloroplastie, qui devrait être réservée aux cas légers et faciles. L'opération doit être d'autant plus hâtive que le rétrécissement est plus serré et elle doit être pratiquée le plus précocement possible. C'est de cette précocité de l'intervention que dépend surtout le résultat du traitement chirurgical.

B. GAYARD.

Un cas de mélanose bénigne. (J. Clark STEWART. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, vol. LX, n° 18, 3 mai 1913, pp. 1358-1359.) — L'intérêt de ce cas obscur réside dans son extrême rareté. En 1892, une laparotomie montre un kyste de l'ovaire droit, de couleur noire, et de multiples nodules de même couleur parsemant le péritoine. Le diagnostic de mélanosarcome est posé, l'opération abandonnée et le ventre refermé. L'examen histologique d'un nodule enlevé montra un kyste plein de matière noire sans réaction histologique connue. La santé demeura parfaite jusqu'en 1909 où Mayo enleva le kyste ovarien qui commençait à grossir. Tous les nodules avaient disparu. Le kyste, à l'examen histologique montra une dégénérescence maligne dans son intérieur. En 1912, une récidive fut opérée ; le malade mourut de cachexie en mars 1913. Rien ne peut jeter de lumière sur la nature de cette mélanose bénigne.

F. GARDNER.

DERMATOLOGIE

Tuberculose inflammatoire et psoriasis. (PETGES ET DEQUEYROUX. *Ann. de dermat. et syphil.*, n° 3, mars 1913, pp. 129-139.) — Au milieu de l'ignorance où nous sommes de l'étiologie et pathogénie du psoriasis, MM. Poncet et Leriche n'hésitent pas à déclarer que le psoriasis est, dans certaines circonstances, une dermatose bacillaire. Il doit, pour eux, rentrer dans la catégorie, bien large, il est vrai, des tuberculoses inflammatoires. Néanmoins il y a des observations qui semblent apparenter le psoriasis à la tuberculose. Les auteurs de l'article en rapportent un exemple intéressant. Il s'agit d'un adulte atteint d'arthropathies chroniques à tendances ankylosantes avec tuméfactions des extrémités osseuses juxta-articulaires. Le pseudo-rhumatisme a une marche insidieuse peu douloureuse. Existence de synovites chroniques. Sommet droit sensible atteint de tuberculose torpide. Sujet malingre pesant 41 kilos, réagit à la tuberculine. Postérieurement au rhumatisme est survenue une poussée de psoriasis persistant concurremment avec lui. Il est impossible dans cette observation d'affirmer que le rhumatisme est bien tuberculeux, que l'association avec le psoriasis n'est pas due à une simple coïncidence, enfin que le psoriasis est bien fonction de l'imprégnation bacillaire. Il s'agit d'hypothèses vraisemblables, possibles par induction et déduction. Mais il faut « attendre des faits nouveaux, précis et multipliés, avant d'être pleinement convaincus par ces hypothèses cliniques si suggestives et troublantes ».

C'est dans ce but que les auteurs rapportent ce fait très intéressant, « sans autre prétention que d'attirer l'attention sur des cas analogues certainement existants ».

P. GASTINEL.

PRATIQUE MÉDICALE

COMMENT IL FAUT COMPRENDRE LE TRAITEMENT DE LA TOUX

Par M. Tossiet.

La toux est un acte réflexe dont le point de départ et les causes sont variables, mais dont la connaissance pathogénique est d'une grande importance pour le praticien.

Elle est provoquée toujours par l'excitation du nerf laryngé supérieur. La section des laryngés supérieurs et des pneumogastriques abolit l'effet de l'excitation des zones tussipares. De même l'abolition ou l'amoindrissement de l'irritabilité de ces nerfs par les sédatifs, en particulier le pantopon (sirop ou comprimés) arrête ou diminue très nettement la toux, et c'est pourquoi il est d'usage de remplacer, dans la thérapeutique des affections respiratoires, les divers sédatifs par l'opium total soluble ou Pantopon (1).

On a également décrit une toux nasale, une toux dentaire, une toux utérine et aussi une toux gastrique; celle-ci semble consécutive au contact des aliments avec la muqueuse stomacale et s'observe spécialement chez les tuberculeux; elle indique une souffrance du poumon et elle cède d'ailleurs très vite à l'ingestion du Pantopon (sirop), pris au début du repas. Il existe enfin une toux centrale, hystérique, nerveuse, cédant aux bromures et au Sédobrol.

Mais n'oublions pas que la toux est destinée à l'expulsion de crachats et qu'elle est un moyen de défense, de protection à conserver, tout en le modérant. Elle est alors un phénomène que l'on pourrait appeler physiologique, un phénomène salutaire. Son origine est dans l'irritation de la muqueuse bronchique par les produits excrétés et, pour être plus précis, dans l'irritation de la muqueuse trachéale. Aussi, pour éviter aux malades des accès fatigants et inutiles, tant que les produits d'expectoration sont lointains, le meilleur moyen de la calmer, c'est de modifier les produits d'expectoration, c'est de les fluidifier pendant une durée variable (les signes d'auscultation ici sont le meilleur guide), puis de les tarir en asséchant toute la surface muqueuse sécrétante. Nous n'allons pas refaire la liste de tous les médicaments prescrits dans cette intention; de nombreux travaux ont prouvé déjà depuis longtemps (2) que, mieux que la terpine, l'eucalyptol, la créosote, tous pénibles à l'estomac et plus ou moins malodorants, on a trouvé, dans le thiocol (cachets ou comprimés Roche), un moyen modificateur, fluidificateur des crachats sans inconvénients et par suite indirectement sédatif de la toux. Et même la forme sirupeuse (sirop Roche) serait-elle plus active encore, et il y aurait lieu de faire intervenir alors les procédés de fabrication et en particulier la lixiviation du produit original. C'est le véritable médicament classique des affections broncho-pulmonaires et de la tuberculose; il ne jugule pas la toux brutalement, mais il attaque le bacille, tout en exaltant les processus défensifs de l'organisme; il est directement curatif de la lésion pulmonaire.

(1) Voir en particulier les travaux, communications ou observations des professeurs Pouchet, Landouzy, Alb. Robin, Courmont, Rémond, Grasset, Vires, Poncet, de Rouville, des professeurs agrégés Sicard, Leriche, Carnot, Gaussel, Mériel, Rénon, Delmas, etc., in thèses Trotain (de Paris), Souty (de Lyon), Soncourt (de Nancy), Cot et Le Calvez (de Montpellier), Bigou et Mourlan (de Toulouse), et surtout MM. Bardet et Gy (*Bull. gén. de thérap.*, 15, 23 et 30 avril 1911), M. Trotain (*Concours méd.*, 23 avril 1911), M. A. Martinet (*Presse méd.*, 25 déc. 1912), etc., etc.

(2) Cf. Depuis 1900, 31 juillet, communication à l'*Académie de médecine de Paris*, docteur Schoull; th. de Paris docteurs Kaplanski, Ader, Gripon, Grunberg; formulaires des professeurs Gilbert et Yvon, Lemoine et Gérard, Lyon et Loiseau, et consultations médicales des professeurs Grasset et Vedel; observations des professeurs Tessier, Rénon, Capitan, Gaussel, etc. etc., et docteur Chartier, *Concours méd.*, 1905, n° 4, etc., etc.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicales, expérimentales et cliniques. — (N° 365, 10 sept. 1913.) Foveau de Courmelles: Les rayons X et le radium en gynécologie. — Jaugeas: Quelques considérations sur la radiothérapie des fibromes utérins. — Béclère et Henri Béclère: La radiothérapie dans les leucémies.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 9, sept.) Cousergue: La guerre des Balkans. Organisation et fonctionnement du service de santé des armées coalisées (*fin*). — Avril: Sur un cas de tuberculose traumatique. — Bergasse et Guilmain: Des luxations dorsales de l'extrémité supérieure des métacarpiens dans leurs articulations avec le carpe. — De Person: Le service médical du groupe mobile du Hoggar (Sahara). — Legrand: Les Sociétés de la Croix-Rouge des différentes nations.

Archives des maladies des enfants. — (N° 9, sept. 1913.) Leroux: La localisation initiale de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant et son évolution par étapes vers le sommet. — Deutsch: Pédiatrie, hygiène et protection de l'enfance.

Revue de chirurgie. — (N° 9, 10 sept. 1913). Broca: Le traitement sanglant des ankyloses vicieuses du genou. — Roubachow: La théorie et l'opération de Freund dans l'emphysème pulmonaire (*suite et fin*). — Venot et Parcelier: Le carcinome primitif du jéjuno-iléon (*suite et fin*). — Potel et Veaudeau: La chirurgie des tumeurs du rachis et de la moelle (*suite et fin*).

Revue de médecine. — (N° 7, 10 sept. 1913.) Benon et Legal: Etude clinique de la démence épileptique. — Krokiewicz: Résultats d'un traitement de la tuberculose. — Barbezieux: Malformations congénitales observées chez deux consanguins issus de parents lépreux (4 fig.).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 36, 6 sept.) Roland: Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la tuberculose laryngée. — De Champeaux: Atrophie des nerfs auditifs par non fonctionnement: pas de traitement subi antérieurement; amélioration notable par l'effet du traitement tardif.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

La digitaline Nativelle, employée dans tous les hôpitaux de Paris, donne des résultats cliniques rigoureusement précis. Sa sûreté d'action ne peut être obtenue avec aucune autre préparation de digitale.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
Produits: F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges . PARIS
CACHETS "ROCHE" DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0 gr 50 DE THIOCOL "ROCHE"
PRIX 2 frs.
Sirop Roche au Thiocol
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL
Prix 4 fr le Flacon


OVULES ROCHE" AU THIGÉNOL dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.
Thigénol Roche
EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS, F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.

Ici l'orateur fait une digression et montre comment les œuvres de la grande époque hellénique « n'étaient que des mythes représentés dans une matière tangible, que des figures des forces élémentaires, vibrantes d'eaux et de rayons, de sons et de souffles... Les êtres de l'Espace infini, que Prométhée enchaîné invoque dans la tragédie d'Eschyle, avaient dans ces marbres leur demeure idéale. Le peuple, en contemplant l'Ilyssus ou le Céphise de Phidias, entendait au fond du marbre silencieux couler le fleuve saint et paternel. »

Or, reprend M. Gabriele d'Annunzio, « dans le jeune homme campanien revivait ce sentiment primitif des forces naturelles. Les aspects des choses apparaissaient divins à son ignorance. En façonnant la nudité humaine dans l'argile des Champs Phlégréens il avait inconsciemment l'âme religieuse du statuaire athénien, attentif à recueillir les attitudes des éphèbes et des canéphores aux processions des Panathénées... Et maintenant, figurez-vous cet artiste virginal passant subitement du spectacle de la mer, des vallées, des monts, des beaux corps en mouvement à la contemplation du Génie! »

Ce jeune sculpteur, sorti du peuple, était très pauvre, et grâce à l'appui d'un autre artiste, Verdi, sans le connaître, consentit à payer la somme nécessaire pour qu'il fût dispensé du service militaire et pût continuer ses travaux artistiques. « Comment, dit M. d'Annunzio, le jeune homme obscur pouvait-il manifester sa reconnaissance envers le très glorieux vieillard ? Par l'acte le plus noble et le plus spontané dont il fut capable : en créant! Ce corps toujours robuste, campé droit sur sa fière ossature, arrosé d'un bon sang de paysan, couronné d'une tête impérieuse, lui apparaissait comme l'enveloppe humaine d'une force sans limites, sacrée et inconnaissable. Comme les vents, ses mélodies se jouaient à la surface du monde. Evadées de ce cœur profond elles parcouraient les espaces, franchissaient les mers et les montagnes, secouaient l'âme des peuples comme les orages agitent les myriades des feuilles, transfiguraient en un instant la vie innombrable, de même qu'un souffle subit change la teinte des oliviers, des ombres, des prairies, des eaux. Quelle puissance se dégageait de cet être aux cheveux blancs, sillonné par les ans, recueilli dans une tristesse austère, soumis à la loi fatale de dépérissement, planté sur la terre comme toute autre créature humaine! Et néanmoins ce n'était pas un homme, mais l'incarnation d'un élément! »

Et le jeune sculpteur, assoiffé du désir de reproduire cette image, attendait l'heure propice. « Il avait là, toute prête, la matière plastique, la masse informe et neutre que ses pouces impatients n'osaient étreindre, et il épiait le moment où de ce front, de ces sourcils, de cette bouche devenus surhumains devait s'irradier vers lui une révélation foudroyante. Et le moment vint. Le jeune homme avait suivi le Maître comme un mendiant, à la fois audacieux et timide, pieds nus par instants, se faisant léger et silencieux comme un spectre. Il avait épié les pas, les attitudes, les gestes, les frémissements musculaires, les battements des paupières, les éclairs du regard. Mais un jour, enfin, il put pénétrer à l'improviste dans la pièce où le Maître méditait seul; et là il le vit assis dans l'ombre, le front formidable dans la lumière, la barbe tombant sur la poitrine soulevée par la respiration, âpre souffle d'un monde en travail, masse silencieuse de vie génératrice, élaboration lente et irréfrénable d'une vérité organisée comme un Etre. »

A ce spectacle le jeune artiste ne put retenir un cri, « et subitement il perçut en lui la force même du miracle qui venait de lui être révélé, il ressentit en lui la même impulsion irrésistible qui semblait soulever ce front comme se soulève et se cambre la croûte terrestre. Et la nécessité de perpétuer en une forme matérielle l'apparition fugitive se présenta à lui

comme un ordre auquel il fallait obéir sans retard. Il disparut, s'enfuit, traversa les voies comme en une sorte d'enlèvement, gravit la colline à la course, atteignit haletant le bloc d'argile, à coups rapides communiqua sa fièvre à la matière inerte, la mania, la bouleversa, l'enflamma, en fit une chose vivante qui parut se former à la ressemblance d'une âme palpitant en elle, comme si à l'effort de ses mains correspondît un mystérieux travail intérieur.

Et il était à l'air libre, il avait devant lui les flots, la courbe du golfe, l'horizon marin, le soleil déclinant, et dans la faible brise toutes ces grandes choses opéraient avec lui sur ce peu d'argile et lui imprimaient le sceau de leur grandeur. Et lui, palpitait et haletait tandis que le soleil baissait, que le jour diminuait, parce qu'il sentait l'impossibilité d'interrompre l'œuvre et de retrouver cet impétueux élan. Et toutes les choses l'aidèrent; l'anxiété de son cœur accéléra le rythme du monde. L'ombre tomba sur la mer, sur le volcan, sur la cité bruyante, sur le vaste front de l'image chargé de mélodie inconnue, sur ce mont de volonté et de pensée où les touffes de cheveux drus et ondulés sont comme ces insignes de la puissance dont les Orphiques ont doté le front du dieu Pan. »

J'arrête ici, par force, ces extraits du discours prononcé par M. Gabriele d'Annunzio en l'honneur de celui dont beaucoup de mélodies « ont le caractère éternel de la Nature, du sein de laquelle elles ont été tirées », et qui, « dans l'extrême vieillesse, voulut et put encore élever son esprit vers des formes de beauté plus complexes, avec une ardeur qui demeurera un éternel et merveilleux exemple pour les jeunes ». J'arrête ces citations, dis-je, et cependant que de beautés on pourrait puiser encore dans ce discours, ainsi que dans le poème qui en est la suite et la terminaison et qui évoque à nos yeux, dans une langue merveilleuse, l'impressionnante vision du Dante, de Léonard de Vinci et de Michel-Ange veillant la dépouille mortelle de Giuseppe Verdi et accueillant parmi eux, pour l'éternité, son âme glorieuse et géniale.

Mais je ne suis pas ici un traducteur, mon rôle est plus humble et se borne à signaler une œuvre exquise de M. d'Annunzio, à peu près inconnue en France jusqu'ici, et qui constitue le plus éclatant hommage qu'il soit possible de rêver, à la mémoire du grand compositeur dont l'Italie et le monde entier célèbrent ces jours-ci le centenaire.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

COMMENT ON PUNIT LES IVROGNES EN ANGLETERRE. — La peine que le tribunal londonien de Bow-Street octroie aux ivrognes invétérés est soit 5 shillings d'amende, soit cinq jours d'emprisonnement au choix des délinquants. Mais il est une peine exceptionnelle qui est infligée : c'est celle de défendre à l'ivrogne de boire pendant un laps de temps plus ou moins long.

Cette sentence n'est pas une vaine formule. Elle est communiquée à tous les districts de police du Royaume-Uni, et pendant le temps de l'interdiction l'ivrogne ne peut entrer dans le plus modeste des bars, dans le plus caché des « public houses », sans risquer d'être arrêté sur-le-champ et emprisonné. Ainsi le veut la loi anglaise. P.

L'ALCOOLISME A BORDEAUX. — Au cours d'une des dernières séances du conseil municipal de Bordeaux, le docteur Arnozan, adjoint au maire, a présenté au conseil un rapport aussi intéressant que documenté, dans lequel il a retracé les progrès de l'alcoolisme en France et en particulier à Bordeaux où la consommation de l'alcool augmente, dit-il, considérablement chaque année.

« Alors qu'en 1875, ajoute-t-il, il existait dans notre ville un débit pour 300 habitants environ, en 1910 on comptait un débit pour 80 habitants. A l'heure actuelle, on compte, d'après les chiffres officiels, plus de 3000 débits à Bordeaux. »

Comme conclusion, M. Arnozan a proposé au conseil de demander au maire de prendre, en vertu de l'article 9 de la loi du 17 juillet 1880, un arrêté interdisant l'ouverture de nouveaux débits de boissons dans une zone de 300 mètres autour des édifices visés dans cet article.

Les droits acquis seront réservés aussi bien pour les tenanciers que pour les propriétaires dans une mesure aussi large que le permettent le texte de la loi et la jurisprudence de la Cour de cassation.

La proposition du docteur Arnozan, à laquelle le maire a déclaré être heureux de se joindre, a été adoptée à l'unanimité moins une voix. P.

L'ALCOOLISME ET LES CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT. — Le *Journal des transports* annonce que M. Claveille vient de défendre aux économats, aux buffets et buvettes du réseau de l'Etat, de vendre de l'alcool ou des boissons alcoolisées aux employés, ouvriers ou fonctionnaires. Voici un passage de la circulaire portant cette interdiction :

« Le personnel dirigeant, dit la note administrative, devra exercer une surveillance de tous les instants afin d'empêcher les agents et ouvriers de sortir de l'enceinte du chemin de fer et aussi d'aller aux buffets et buvettes pendant tout le temps de service qu'ils doivent au réseau. Il doit veiller également à ce qu'aucune boisson alcoolisée ne soit introduite dans l'enceinte du chemin de fer.

Enfin il appartient à tous les chefs détenteurs d'une part d'autorité, si petite soit-elle, d'être pour eux-mêmes, au point de vue tempérance et fréquentation des cafés et buvettes, d'une sévérité telle qu'ils soient pour le personnel placé sous leurs ordres un exemple permanent de dignité et de réserve. »

M. Claveille interdit même les réunions au café à l'occasion des promotions ou des départs. « Ces petites fêtes, dit-il, constitueraient des fautes graves qui seraient punies avec la dernière rigueur. » P.

LA JEUNESSE ET L'ALCOOL A MOSCOU. — L'autorité municipale a constaté après enquête que 90 p. 100 des ivrognes buvaient de l'alcool dès l'âge où ils fréquentaient l'école.

Sur 18 134 écoliers de huit à treize ans du district de Moscou, 12 152 donc 60 p. 100 sont déjà buveurs, et sur 10 404 filles du même âge, il y en a 4733 donc 45 p. 100 qui font déjà un usage immodéré des boissons alcooliques. P.

LIVRES NOUVEAUX

Traité pratique de pathologie exotique (1). T. VI : *Maladies parasitaires, peste*, par MM. Ch. GRALL et A. CLARAC.

Cet ouvrage comprend deux parties :

Dans la première, sont traitées l'helminthiase intestinale, la distomatose, les bilharzioses, l'ankylostomiase, les myases et enfin les filarioses.

La seconde partie, exclusivement consacrée à la peste, expose d'une façon particulièrement complète les modes de propagation à courte et à longue distance de cette affection et les moyens qu'il convient d'employer selon P. Simond pour s'opposer à l'extension de ce fléau. B. GAYARD.

(1) 1 vol. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 121. — JEUDI 23 OCTOBRE 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 23 OCTOBRE 1913. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Le carnet que nous publions tous les ans pour les candidats au concours de l'internat est paru.

Ce carnet a été adressé gracieusement aux candidats abonnés au journal.

Tous les étudiants pourront se le procurer, au prix de 20 centimes, aux bureaux du journal et dans les librairies.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Question donnée : « Anatomie de l'uretère chez la femme (bassinet non compris), sans la physiologie. — Symptômes, diagnostic et traitement de la tuberculose rénale. »

Questions restées dans l'urne : « Artère sous-clavière et ses branches (sans la physiologie). — Complications des otites moyennes purulentes. »

« Muscles du voile du palais, anatomie et physiologie. — Symptômes, diagnostic et traitement de la péritonite tuberculeuse. »

Répartition des jurys. — Anatomie. — MM. les docteurs Belin, Triboulet, Auvray, Dujarier, Couvelaire.

Pathologie. — MM. les docteurs Proust, Gandy, Hallé, Aubertin, Lardennois.

Ordre de lecture. — Anatomie. — Du no 1 à 592.

Les séances auront lieu : les mardis, jeudis, samedis, à dix-sept heures, à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Boyer), et les lundis et mercredis, à vingt heures et demie, 49, rue des Saints-Pères.

La première séance a eu lieu le mardi 21 octobre, à dix-sept heures.

Pathologie. — Du no 297 à 592, puis du no 1 à 296.

Les séances auront lieu : les lundis, mercredis et vendredis, à seize heures et demie, et les mardis, jeudis et samedis, à vingt et une heures, à l'hôpital Beaujon (amphithéâtre de M. le professeur Debove).

La première séance a eu lieu le mardi 21 octobre, à vingt et une heures, à l'hôpital Beaujon.

Ordre de lecture des copies. — 1. MM. Minvielle (Paul), Bardy, Lefort (Alix), Desfarges, Delotte, Robin (Victor), Powilewicz, Duponchel, Fris-Larrouy, Lantuéjoul,

11. Broca, Anderson, Pelbois, Levesque, Malgat, Papillon, Joanny, Mlle Lecocq, MM. Rivalier, Bertaux (René),

21. Dayras, Vasselle, Périsson, Laplane, Gras, Frelezeau, Mlle Moiroud, MM. Drouet, Gasiglia, Delord,

31. Mérot, Younès, Penot, Rongier, Fournier (Jacques), Langagne, Tournay, Chandebois, Humbert, Marié,

41. Neau, Jousseaume, Walther, Vérut, Granet, Quesnel, Vincentelli, Leroux (Louis), Lory, Deschamps (Jean),

51. Gineste, de Léobardy, Odinet, Eltrich, Dauptain, Ducuing, Gerber, Gur, Toupance, Lelong,

61. Le Normand, Grenier, Lorain, Richard, Duneau, Gand, Récamier, Colombet, Langle, Boulanger,

71. Oulié, Chalut, Duval, Evrard, Barreau (Pierre), Chenain, Guérin, Rabeau, Daspres, Thomas,

81. Brunon, Longepierre, Duchamp de Lageneste, Aurousseau, Peuret, Galliard, Romain, Weiss, Benoiste-Pilloire, Cumenge,

91. Forestier, Lebrun (Maxime), Latour, Oddo, Malassez, Flot, Doumer (Armand), Bouthillier, Proust, Demarne,

101. Ecot, Chatenoud, Boppe, Binet, Goudet, Ravina, Kahn (Morel), Calderon, Bisson, Cerné,

111. Favory, Cayla, Remilly, Benoist, Marquézy, Logeais, Ollier, Mouquin, Guillaume, Villetard de Prunières,

121. Chevrolet, Tierny, Boirac, Thierry (Jacques), Le Poittevin, Trifaud, Durand (René), Mlle Thivolet, MM. Phélippes de la Marnierre, Vigneron,

131. Morin (Pierre), Mme Caussé, MM. Magnillat, Bartement, Gally, Maufrais, Duroselle, Wiart, Jacquelin (Charles), Blamoutier,

141. Crantin, Jacquelin (André), Dognon, Mlle Samet, MM. Charpin, Vallée, Denoyelle, Ernst, Omont, Morice,

151. Gaume, Bonnet, Buffet, Perrin (Henri), Bertaux (André), Ardillier, Viollet, Mérine, Hufnagel, Fatou,

161. Aubin, Moniot, Sedan-Miégemolle, Kahn (Georges) Rosset, Gibert, Wroczinski, Maire, Touflet, Constantin,

171. Piot, Parcheminey, Mercier, Béhague, Solente, Aumont, Boyau, Tourneix, Ulmann, Picard (Joseph),

181. Cojan, Couinaud, Delpérier, Malet, Gresset, Besson, Bourdier, Ratel, Giraud, Salinière,

191. Janet, Garlopeau, Martin de Laulerie, Jullien, Giroux,

Lebègue, Bardet (Daniel), Tribout, Périn (Lucien), Clément (Jean),

201. Ruelle, Chevalley, Ledoux, Chauvenet, Mlle Chauvet, MM. Thibault, Touchard, Audebert, Mouzon, Loré,

211. Schwarzfeld, Pinalie, Lepelletier, Lancesseur, Mlle Devé, MM. Huc, Lempérière, Moutier, Stiassnie, Alajouanine,

221. Vesselle, Mineur, Aubergé, Marais, Devaux, Poissonnier, Yacoël, Poisvert, de Pontich, Béthoux,

231. Greder, Exintaris, Semelaigne, Turnesco, Roberti, Errard, Mlle Cayron, MM. Moore, Arbeit, Decléty,

241. Engelhard, Richon, Ach, Mlle Sériot, MM. Minvielle (Martin), Guillemin, Ruppe, Forget, Mlle Gillot, MM. Gaumet,

251. Berthon, Burnand, Chabert, Lavergne, Olivieri, Pecker, Cochez, Allot, Misrachi, Périer (Maurice),

261. Pichon, Peignaux, Lipschitz, Mlle Demadières, MM. Hébert, Piémont, Lesage, Bourdillon, Arbassier, Furet,

271. Guillouet, Hissard, Fouquet, Pinto, Guillard, Parturier, Pautet, Larangot, Le Cocq, Abrial,

281. Lamarche, Estabial, Mlle Besson (Hélène), MM. Feuillié, Boutelier, Chemin, Mlle Harel, MM. Jeanjean, de Gennes, Surun,

291. Bertin-Mourot, Kermorgant, Cathala, Mégret, Ebrard, Jacob, Genin, Colanéri, Fogt, Dubois,

301. Regnauld de la Soudière, Barois, Le Basser, Reynaud, Mlle Urion, MM. Frédault, Réau, Balteau, Boussi, Pierquin,

311. Dardanne, Mlle Denniel, MM. Morlot (Hubert), Raout Fournier (Joseph), Parat, Lignac, Moreau, Zivy, Sibot,

321. Chalet, Chenet, Denoël, Cornet, Cassan, Vidal, Legras, Renard (Jean), Laemmer, Piguet,

331. Mozer, Portes, Gallois, Chatellier, Dufraisse, Merklen, Clément (Robert), Schlesser, Terrasse, Dohen,

341. Niel, Leroux (Roger), Bocage, Paturet, Muller, Konteschveller, Le Gac, Chaperon, Vallet, Gelin,

351. Durand (J.-René), Blum, Barraud (Georges), Gardères, Rabut, Lefèvre (Gaston), Duval-Arnould, Bechmann, Millet, Ramadier (Fernand),

361. Lapidus, Dalsace, Levent, Bertrand, Ohier, Bourgeois (Francis), Mora, Dubarry, Chirol, Ramadier (Henri),

371. Vicente, Guillemet, Deglaire, Thierry (Henri), Leflaive, André, de Carvalho, Migot, Bordier, Habibollah,

381. De Gaudart d'Allaines, Monnot, Leroux (Maurice), Brétégnier, Duter, Loyauté, Ferrier (Louis), de Peretti de la Rocca, Desgranges, Lermoyez,

391. Toupet, Bucquet, Blot, Mlle Moulard, MM. Cocault-Duverger, Labarraque, Bonnard, Dugué, Doumer (Edmond), Lambert,

401. Bozonet, Vinçotte, Crétin, Deschildre, Piédelièvre, Malherbe, Reinhold, Paulin, Texier, Lefèvre (Bernard),

411. Bazert, Robin (André), Deroche, Dupret, Mlle Lefschetz, MM. Cavaillès, Renard (Jacques-Paul), Dubranle, Carrière, Picard (René),

421. Soupault, Winter, Calvet, Delavierre, de Butler d'Ormond, Daudet, Serrand, Pollet, Delahaye, Trousset,

431. Delmas, Loiseau, Castera, Richoux, de Brun du Bois Noir, Girard (Jean), Mlle Verrier, MM. Berthomieu-Lamer, Fornairon, Marcassus,

441. Perrier (Léon), Xoudis, Gillard, Babalian, Deguignand, Chauvel, Mlle Kuntz, MM. Nora, Pierson, Le Hello,

451. Chabanier, Bardon, Brizard, Deron, Mlle Armand, M. Cornil, Mlle Franck, MM. Pradal, Codet, Tiphine,

461. Vivier, Prunier, Deschamps (Pierre), Chabrut, Eloy, Manne, Hartglass, Resmond, Bourdeaux, Yoyotte,

471. Bloch, Lamare, Netter, Rousse, Caussé, Mlle Spanowski, MM. Wallon, Coty, Thinh, Martin,

481. Mme de Tannenberg, MM. Mordret, Boucheron, Plait, Mlle Romme, MM. Sédillot, Grimbert, Nantet, Chicandard, Marceron,

491. Bartet, Taberlet, de Massary, de Nabias, Borrien, Grellety-Bosviel, Clouzeau, Mortot (René), Mlle Donnasson, MM. Alibert,

501. Laburthe-Tolra, Salles, Boisnier, Caracostea, Bouvet, Clémenceau, Sébald, Küss, Mlle Labeaume, MM. Lecarpentier-Dubosq,

511. Pouey, Imbert, Réglade, Godard (Henri), Mlles Pomsmay, Besson (Marianne), Le Conte, MM. Binard, Caron, Lanos (Jean),

521. Jacquet, Rouffiac, Leclerc, Lebée, Schutzenberger, Bouchet, Roullé, Barry, Ladroitte, Rougeulle,

531. Renard (J.-André), Mangini, Mlle Le Soudier, MM. Payen, Polonowski, Adam, Thuau, Courtois, Dramez, Kœrner,

541. Perrochaud, Soret, Mérigot de Treigny, Ferrier (Pierre), Mary, Chastang, Barabeau, Funck, Lozès, Mlle Lévy,

551. MM. Lefèvre (Paul), Bernard, Marqueste, Gallerand, Cabouat, Saxe, Dagnan-Bouveret, Coulaud, Bigot, Pierre,

561. Léonet, Lévi-Alvarès, Andral, Petit, Ill, Mlle Hochberg, M. Lauret, Mlle Lang, MM. Mugel, Galliot,

571. Festal, Veil (Prosper), Laurent, Poussin, Boulay, Paumelle, Martinet, Saint-Yves-Ménard, Bourgeois (Maurice), Doubrière,

581. Michon, Hemmerdinger, Simard, Wickham, Mlle Le Bouëdec, MM. Beaudequin, Designolle, Chapotel, Bonnot, Leroy,

591. Vazeux, Gourdin.

Lecture. — *Anatomie.* — Séance du 21 octobre. — MM. Bardy, 6; Barraud (Georges), 8; Desfarges, 5; Delotte, 12; Powilewicz, 11; Duponchel, 10.

Pathologie. — Séance du 21 octobre. — MM. Barraud, 9; Berthon, 5; Pierquin et Colanéri, 4; Fogt, 7; Dubois, 9; Regnauld de la Soudière, 11; Barois, 4; Le Basser, 13.

— Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 20 octobre. — Question donnée : « Fracture du col du fémur. »

MM. Hartmann, 16; Foucault, 18; Grenaudier, 15; Demelin et Ehrlich, 12; Fouché, 1 1/2; Fettu, 7; Desbrières, 5; Forest-Defaye, 13; Dujarier, 16 1/2; Guéneau de Mussy, 7; Gaugier, 15; Guerry, 5; Giraudeau, 11; Humbert, 9; Mlle Gotchalkowsky, 5; MM. Delgove, 9; Hermet, 18; Dumas (Jean), 3.

Anatomie. — Séance du 20 octobre. — Question donnée : « Radius. »

MM. Fougeras-Lavergnolle, 17; Bernardin, 8; Wickham et Grangeneuve, 18; Prévost (Félix), 16; Mlle Salmon, 14; MM. Corticchiato, 15; Robin, 16; Lenoir, 15; Lenfant, 18.

Guerre. — M. le médecin-major de deuxième classe Policard, de l'hôpital militaire Desgenettes à Lyon, institué agrégé auprès de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est placé dans la position hors cadres à partir du 1er novembre 1913.

Ministère de l'agriculture. — Le *Journal officiel* du 20 octobre 1913 publie un décret fixant le mode de recrutement et les traitements des inspecteurs départementaux de la répression des fraudes, et un arrêté instituant un concours pour la nomination à dix emplois d'inspecteur départemental de la répression des fraudes.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Leroy (de Constantine) et Vitrac (de la Pointe-à-Pitre).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Gérin (de Bordy-bou-Arréridj) et Lé-Quang-Trinh (de Lille).

— Notre éminent confrère le docteur D. Manuel Martín Salazar, inspecteur général de la Santé extérieure au ministère de la « Gobernación », et dont nous avons résumé il y a peu de temps le discours sur la santé en Espagne, vient de recevoir, par décret royal, la grand croix de l'Ordre civil de bienfaisance.

Nous sommes heureux de lui adresser ici nos biens vives félicitations. G. L. H.

LE PRONOSTIC
DE
L'EMPHYSÈME GÉNÉRALISÉ DE L'ENFANT

Par M. Lucien RIVET (1),
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

Alors que les auteurs classiques attribuent à l'emphysème interstitiel aigu généralisé d'origine pulmonaire une gravité très grande, puisque Roger relève 17 décès sur 21 cas (2), le professeur Hutinel, dans une leçon récente (3), estime que le pronostic est beaucoup moins sévère. Ayant eu l'occasion d'observer récemment deux cas de ce genre, qui se terminèrent, l'un par guérison, l'autre par la mort, il nous a paru intéressant de les rapprocher, et de chercher à dégager de leur étude les principaux facteurs de gravité, qui peuvent guider pour le pronostic de la maladie.

Voici d'abord l'histoire de nos deux malades.

Observation I. — *Emphysème interstitiel aigu généralisé, au cours d'une broncho-pneumonie infantile. Mort.* — Robert R..., âgé de sept mois et demi, est admis le 3 décembre 1912, à l'hôpital Saint-Antoine, crèche Budin, no 14, service du professeur Chauffard.

Sans antécédents héréditaires ou personnels notables, cet enfant, robuste, bien constitué, était mis chaque jour dans une crèche pendant que sa mère allait à son travail. Le 30 novembre, il commença à tousser et à présenter quelque gêne respiratoire ; il était abattu et paraissait fébrile. Sur le conseil d'un médecin, l'enfant est amené à l'hôpital le 3 décembre.

On se trouve en présence d'un enfant d'aspect robuste, mais pâle, abattu, très dyspnéique, avec battement des ailes du nez. La température est en plateau autour de 38°8.

A l'examen des poumons, on note : *à droite* et en arrière, de la submatité dans toute la hauteur du poumon, avec souffle surtout intense en haut, râles éclatants et quelques foyers de râles fins, retentissement du cri ; à gauche, râles sonores disséminés, un petit foyer de râles plus fins à la base.

On porte donc le diagnostic de broncho-pneumonie pseudolobaire droite, avec un petit foyer à gauche. On applique le traitement suivant : bain frais toutes les trois heures, enveloppements humides frais dans l'intervalle, inhalations d'oxygène, injections sous-cutanées d'huile camphrée, frictions au collargol.

Les bains sont bien supportés, et suivis chaque fois d'un abaissement notable de température. Néanmoins la fièvre ne cède que très lentement.

Dans les jours qui suivent l'entrée de l'enfant à l'hôpital, apparaissent des *signes méningés* qui rapidement deviennent très intenses : signe de Kernig, raideur de la nuque, avec renversement de la tête en arrière en hyperextension.

Une *ponction lombaire*, pratiquée le 7 décembre, donne issue à un liquide un peu hypertendu, mais clair, et ne contenant ni éléments cellulaires, ni excès d'albumine. Cette ponction est suivie de la disparition très rapide des signes méningés.

A partir du 10 décembre, la température tend à descendre, le souffle du côté droit paraît moins intense, et les râles plus humides. Mais le 12, la température remonte aux environs de 40 degrés pour s'y maintenir, en même temps que du souffle apparaît à gauche.

Néanmoins, l'enfant résiste bien, il est très présent, et s'alimente bien.

Le 15 décembre, au matin, c'est-à-dire au seizième jour de sa maladie, apparaît brusquement une dyspnée considérable avec cyanose, carphologie, et l'on note presque immédiatement l'apparition d'une tuméfaction d'abord bien limitée au-dessus du sternum, mais qui bientôt diffuse, envahissant les creux sus-claviculaires, et tout le cou, la partie supérieure du thorax, les aisselles, le dos. L'enfant succombe en moins de deux heures, au moment où arrive l'interne de garde, qui ne peut qu'assister au dénouement.

L'*autopsie* est pratiquée le 16 décembre. A l'examen extérieur, on note l'existence de l'emphysème sous-cutané dans les régions signalées plus haut : cou et thorax.

Après ablation du plastron sterno-costal, on est frappé par l'existence de nombreuses bulles gazeuses dans tout le tissu cellulaire interstitiel sous-pleural. Il en est de même pour tous les organes du médiastin, y compris le péricarde, et l'air a même fusé sous le diaphragme, au-dessus de la face convexe du foie. Les organes ayant été enlevés en bloc, par éviscération, on se rend nettement compte de la topographie d'ensemble des lésions : broncho-pneumonie double, surtout étendue à droite et en arrière, avec les lésions habituelles : zones d'hépatisation, zones d'atélectasie, zones de congestion, et, en appuyant sur la tranche, issue de pus au niveau des bronches sectionnées. Pas de tuberculose. Mais, outre l'inégalité d'étendue des lésions à droite et à gauche, on est également frappé de l'importance très inégale des lésions d'emphysème aigu. Alors, en effet, qu'on voit à peine du côté gauche quelques vésicules distendues, du côté droit, au contraire, on note l'existence sur toute la surface du poumon de très nombreuses bulles d'emphysème vésiculaire ou interstitiel, de calibre très inégal, certaines présentant au niveau du bord antérieur l'aspect d'une vessie de poisson, de plus d'un centimètre de large sur 3 centimètres de long. Mais ces vésicules sous-pleurales sont surtout nombreuses et volumineuses au niveau du hile et de l'interlobe supérieur droit. L'insufflation par la trachée augmente la tension gazeuse dans beaucoup de ces bulles, et montre que l'air s'échappe dans la région de l'interlobe pour cheminer sous la plèvre vers le hile.

Obs. II. — *Emphysème interstitiel aigu diffus au cours d'un état bronchitique avec laryngite striduleuse. Guérison.* — Roger G..., âgé de quatre ans. Pas d'antécédents héréditaires notables. On ne relève aucune maladie dans les antécédents personnels, sinon deux légères attaques de faux croup, jusqu'en mai 1912, époque à laquelle l'enfant est opéré de végétations adénoïdes assez volumineuses.

En juin, juillet et août, légères poussées de bronchite, éternuements fréquents, surtout la nuit. L'état général est bon.

Le 20 septembre 1912, apparition d'une angine légère, on garde l'enfant à la chambre.

Le 24 septembre, l'enfant a dans la nuit une attaque de faux croup.

Le 25, le docteur Blin constate à l'auscultation des râles de bronchite; il prescrit un vomitif et des cataplasmes sinapisés. Dans la journée, l'enfant est un peu abattu, mais son état est peu inquiétant.

Dans la nuit du 25 au 26, vers minuit, l'enfant s'agite, réclame incessamment à boire et se plaint constamment, sans cependant préciser de points douloureux. Il est fiévreux. Vers cinq heures du matin la respiration s'accélère ; vers huit

(1) Travail du service du professeur Chauffard, à l'hôpital Saint-Antoine.

(2) Voir notamment les articles de M. Guillemot (*Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby, 2e éd., t. III, p. 498) et de MM. Hutinel et Paisseau (*Traité des maladies des enfants* du professeur Hutinel, t. IV, p. 293).

(3) Hutinel. Emphysème généralisé, *La Pédiatrie pratique*, 5 août 1912.

heures on note un peu de délire, la face est légèrement cyanosée, le petit malade est très abattu et par moments perd presque complètement connaissance. La dyspnée augmente progressivement jusqu'à onze heures du matin.

C'est à ce moment, le 26, que le docteur Blin revoit l'enfant, la dyspnée est intense ; M. Blin note l'existence d'emphysème sous-cutané au niveau de la partie supérieure du thorax et à la base du cou, et à l'auscultation de gros râles et des sibilances dans toute la poitrine. Il prescrit une potion à l'acétate d'ammoniaque.

L'après-midi est un peu plus calme, l'enfant est moins agité. Vers six heures, nous le voyons avec notre ami le docteur Grelley et le docteur Blin. La respiration est haletante et bruyante, s'entendant de la pièce voisine. On compte 54 inspirations à la minute. L'enfant est agité, la figure cyanosée. L'emphysème sous-cutané a progressé, occupant la base du cou, la nuque, la paroi thoracique surtout en arrière, à droite et à gauche, avec sa crépitation caractéristique au contact. La percussion du thorax y dénote partout une sonorité plutôt exagérée.

A l'auscultation, on note : 1° des crépitations superficielles se produisant sous l'oreille, par écrasement des bulles d'emphysème sous-cutané ; 2° des râles et crépitations intrathoraciques des plus variés, surtout de gros râles sibilants, dans toute la hauteur des poumons, rythmés à la fois par les mouvements respiratoires et, du côté gauche, par les mouvements cardiaques.

Aucun foyer de crépitations fines ou de souffle.

La fièvre est modérée (38°1 environ).

On prescrit des inhalations d'oxygène, des injections d'huile camphrée et des enveloppements humides frais du thorax qui déterminent un soulagement notable avec atténuation de la dyspnée. La nuit est assez calme.

Le 27 septembre, l'emphysème sous-cutané s'est étendu jusqu'à la ceinture. Il n'a pas gagné le visage où l'on ne note aucune bouffissure. L'enfant est encore un peu oppressé, néanmoins le nombre des inspirations n'est plus que de 35 à 40 à la minute. Mêmes signes stéthoscopiques. L'enfant peut prendre un peu de lait.

Les jours suivants, l'amélioration continue. Trois jours après la crise, la respiration est redevenue normale comme fréquence, l'enfant s'alimente bien avec du lait, des potages, des œufs.

L'emphysème sous-cutané disparaît complètement en une huitaine de jours et la toux en une quinzaine de jours.

Quatre semaines après la crise, le docteur Ronneaux pratique un examen radiologique et ne constate aucune ombre anormale, ganglionnaire ou pulmonaire ; le jeu thoracique est normal.

Depuis le 24 novembre, le docteur Blin a observé chez l'enfant une crise dyspnéique à type d'asthme qui dura dix heures ; l'enfant toussa quelques jours, puis reprit sa vie normale. Il se porte fort bien depuis.

En somme, dans le premier cas, qui se termina par une mort presque foudroyante, il s'agissait d'un jeune enfant de sept mois et demi, chez lequel l'emphysème généralisé fut une complication terminale brutale d'une broncho-pneumonie double, à évolution traînante.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un enfant de quatre ans, chez lequel la rupture alvéolaire survint au cours d'un état bronchitique banal, avec laryngite striduleuse. Après un début assez dramatique, tout s'arrangea et toute trace d'emphysème était disparue au bout d'une huitaine de jours.

Cette différence d'évolution qui a donné à une même complication une gravité si différente nous paraît d'explication facile. L'emphysème interstitiel généralisé est en effet une complication toujours sérieuse par les troubles mécaniques respiratoires qu'il détermine, troubles qui peuvent entraîner une mort rapide comme dans notre premier cas.

Mais, si l'on se souvient de la diversité des circonstances dans lesquelles peut se produire cette complication, on comprend aisément qu'elle doive être très diversement tolérée.

Tout d'abord, l'*âge* de l'enfant est un facteur important à considérer ; on sait en effet que les troubles mécaniques respiratoires sont d'autant plus graves que l'enfant est plus jeune.

Mais, il faut surtout tenir compte de l'*affection respiratoire* au cours de laquelle est survenu l'emphysème interstitiel. Dans notre premier cas, il s'agissait d'un très jeune enfant, chez lequel des lésions de broncho-pneumonie bilatérale importantes restreignaient déjà par elles-mêmes considérablement le champ de l'hématose. Rien d'étonnant à ce que, chez cet enfant profondément intoxiqué, cette nouvelle cause de dyspnée brutalement surajoutée ait entraîné la mort par asphyxie rapide.

Notre second malade, au contraire, était un enfant déjà grand, chez qui l'emphysème compliquait une simple laryngite striduleuse, au cours d'un état bronchitique banal, sans lésions pulmonaires notables. Cet enfant se trouvait donc dans des conditions infiniment meilleures pour résister aux troubles dyspnéiques engendrés par sa rupture alvéolaire.

Ces deux faits viennent à l'appui de l'opinion du professeur Hutinel, qui subordonne la gravité de l'emphysème généralisé infantile d'ordre médical à la nature de l'affection qui lui a donné naissance : broncho-pneumonie, gangrène pulmonaire, tuberculose pulmonaire, adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, coqueluche, rougeole, etc. Au cours de ces divers états, l'emphysème interstitiel intervient comme facteur de gravité essentiellement par les troubles mécaniques respiratoires qu'il leur surajoute ; M. Hutinel fait en effet remarquer que, même dans les cas où la rupture alvéolaire se produit en milieu septique, il n'a jamais observé de phénomènes infectieux déterminés par cette irruption de l'air dans le tissu conjonctif. Si les malades résistent à leur affection pulmonaire et aux troubles mécaniques respiratoires que détermine la constitution de l'emphysème interstitiel, on voit assez rapidement se résorber l'air qui infiltre le tissu conjonctif.

Le traitement de l'emphysème généralisé infantile doit s'inspirer de cette conception. On a conseillé la compression, et surtout des ponctions capillaires et aspirations de l'air épanché, mais ces pratiques risquent d'infecter le malade, et le mieux est de ne rien tenter contre une infiltration aérienne qui tend à se dissiper d'elle-même en une huitaine ou une dizaine de jours (Hutinel). Cependant, il importe de limiter autant que possible l'extension de l'emphysème, en luttant contre les efforts respiratoires, la dyspnée et les quintes de toux, qui chassent l'air inspiré dans le tissu cellulaire interstitiel. C'est dans ce but que nous avons eu recours aux enveloppements humides frais du thorax, aux inhalations

d'oxygène, en même temps qu'à une médication tonique sous-cutanée. Des pratiques de ce genre, dirigées à la fois contre l'élément spasmodique et la dyspnée, et contre l'affection causale, sont souvent suffisantes.

Mais il est des cas où l'emphysème interstitiel constitue une menace de mort presque immédiate. C'est dans des cas de ce genre qu'on est autorisé à tenter prudemment des ponctions. On a même récemment proposé un traitement chirurgical, la création d'urgence d'un pneumothorax par thoracotomie suivie de drainage, que Bruslé (1) déclare le traitement de choix de l'emphysème généralisé de l'enfant. Chez l'adulte, on a obtenu par ce moyen la suppression fonctionnelle du poumon, le collapsus pulmonaire, et l'on a empêché de la sorte l'accroissement de l'emphysème interstitiel. Mais, outre que ce traitement ne saurait être conseillé que dans les cas où l'emphysème médiastinal menace l'existence, bien souvent, dans de tels cas, il est impossible de préciser de quel côté s'est faite la rupture ; parfois d'ailleurs, comme chez notre premier malade, l'évolution est si rapide que la question d'une intervention ne se pose pas. Nous avons vu enfin que, dans ces cas très graves, la sévérité du pronostic tient surtout à l'affection causale, à l'égard de laquelle un pneumothorax artificiel serait absolument inactif.

Mais, lorsque tout danger immédiat a disparu, quand l'emphysème s'est résorbé, le rôle du médecin n'est pas terminé; il doit encore chercher à savoir si la rupture alvéolaire n'avait pas été préparée par une lésion tuberculeuse pulmonaire ou ganglionnaire, qu'il resterait à traiter.

XXVIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 6 au 11 octobre 1913 (1).

QUESTIONS DIVERSES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE. ANESTHÉSIE. CANCER

MM. Barthélemy et Gross (de Nancy) montrent les avantages considérables de la **stérilisation par les vapeurs de formol** : les vapeurs de formol stérilisent non seulement en surface mais en profondeur (expériences de MM. Perdrix, Robert et Thiéry). Toute substance poreuse dans les vapeurs de formol à froid est stérilisée en vingt-quatre heures, et en vingt minutes à une demi-heure en chauffant de 45 à 50 degrés. Il ne faut pas chauffer plus haut, car à 55 ou 60 degrés, le formol se décompose. Tout le matériel opératoire peut être stérilisé dans une étuve analogue à celle de Guyon pour les sondes ; sur le fond on dépose de la poudre de trioxyméthylène et on stérilise à froid ou à chaud si l'on est pressé.

Depuis 1907 les auteurs ont ainsi stérilisé les gants de caoutchouc, ils ne sont nullement détériorés ; ils ont étendu cette stérilisation à tout le matériel chirurgical ; des instruments voient leur tranchant respecté ; les fils de soie et de lin, les compresses, le silk, le leucoplaste, le diachylon, etc. Il n'y a guère d'inconvénient que pour les compresses qui emmagasinent les vapeurs de formol un peu irritantes pour les yeux. La stérilisation est parfaite, M. Barthélemy a fait 600 à 700 opérations avec une stérilisation de tout le matériel au formol, et M. Gross a vu plus de 1 000 opérations dans les mêmes conditions, sans un ennui.

M. Moty rappelle qu'il a préconisé un procédé très simple de stérilisation du catgut dans les vapeurs de formol.

M. Sorel (de Nice), après avoir étudié expérimentalement les divers procédés d'**asepsie des mains**, conclut que pas un, même l'immersion dans la teinture d'iode, ne donne de façon constante une sécurité absolue. Il en tire cette conclusion un peu paradoxale qu'il faut abandonner tous les procédés chirurgicaux de nettoyage des mains. On doit seulement ne pas s'abîmer les mains et les protéger par le port constant à la ville, à l'hôpital, de gants ; se garder d'enlever l'enduit graisseux, physiologique de protection par de la benzine ou de l'alcool; pour opérer, se contenter d'un savonnage de propreté mondaine avec le port de gants stérilisés. Si ceux-ci se trouent dans le cours de l'opération, le risque ne sera pas grand ! Depuis un an M. Sorel a adopté ces principes dans sa pratique.

M. A. Ceci (de Pise) décrit un procédé personnel d'**autonomisation graduelle des lambeaux cellulo-cutanés très étendus et pédiculés ou à pédicule peu nourri**. Parfois, dit-il, les lambeaux cutanés ou cellulo-muqueux qui ont été préparés dans le voisinage de la perte de subtance à combler par une autoplastie et qu'on doit glisser, ou fléchir, ou tordre, peuvent présenter des conditions difficiles de nutrition. Cela, soit à cause de la largeur trop considérable des lambeaux, de la petitesse de leur pédicule, soit à cause de la compression des vaisseaux dans le pédicule par sa torsion. Depuis quelques années, M. Ceci utilise, dans la chirurgie plastique, un certain nombre d'artifices qui permettent aux lambeaux de supporter sans danger de nécrose la position nouvelle dans lesquels ils doivent se trouver. Il décrit minutieusement ces procédés qui consistent essentiellement à tracer à l'avance les incisions des lambeaux et à suturer ces incisions sur place. Privé de ses vaisseaux, au niveau de ces incisions, le lambeau futur prend en quelques jours une vitalité due à l'organisation par circulation autonome, on peut alors pratiquer l'opération.

M. de Martigny (de Montréal) expose les résultats obtenus avec la **transplantation hétérogène de la peau conservée en chambre froide**. La peau est recueillie sur des cadavres, douze heures après la mort ou même vingt-quatre heures dans la conservation en glacière. Les lambeaux sont mis dans des bocaux conservés au cold storage. « Nous nous sommes servis de peau conservée ainsi six jours, pour une greffe énorme. Il faut enlever tout le tissu adipeux de la peau, dans un bassin plat, la peau nageant dans la solution de Ringer. Toute la plaie est recouverte par le lambeau, celui-ci peut en dépasser les limites, les parties qui dépassent subissant un simple dessèchement ; pansement à la gaze sèche. Si l'asepsie a été parfaite, il n'y a pas de sphacèle. Au neuvième jour, on décolle patiemment la gaze sous un jet de solution de Ringer. Après complète adhérence, on constate qu'il y a une fusion complète et qu'il n'y a pas de cicatrice véritable. »

M. Le Dentu (de Paris) lit un important mémoire **sur les embolies pulmonaires non septiques consécutives aux interventions sanglantes sur les veines variqueuses**, avec des considérations sur la méthode thrombosante. Il rappelle un travail qu'il a publié, il y a cinquante ans, sur la méthode des injections massives de perchlorure de fer dans les veines variqueuses pour amener leur oblitération. Depuis plusieurs années, on a repris cette méthode ; après isolement par section des deux bouts de saphène, on y pratique l'injection soit

(1) Bruslé. *Du traitement chirurgical de l'emphysème généralisé d'origine pulmonaire*, Th. de Paris, 1911.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, nos 114, p. 1773; 115, p. 1791; 117, p. 1825, et no 118, p. 1840.

d'acide phénique (Tavel), soit de solution iodo-iodurée (Schiassi-Alessandri). Jamais, même avec les injections de Voillemier, on n'a observé d'embolie. Avec les résections totales des saphènes, menées très aseptiquement, on a pu observer cette grave complication. M. Le Dentu a pu en réunir 16 cas dout 6 mortels, à propos d'un cas récent survenu vingt jours après une résection bilatérale de saphène. Comment expliquer ces embolies aseptiques ? M. Le Dentu rappelle les trois modes possibles de la coagulation du sang et pense qu'ici il s'agit de la mise en liberté de la thrombokinase, ferment contenu dans les cellules endothéliales des vaisseaux, au moment du traumatisme opératoire.

M. VIANNAY (de Saint-Etienne) montre que, si dans la grande majorité des cas les épithéliomas mélaniques sont des tumeurs très malignes à récidive rapide, il y a des exceptions et qu'il existe des cas d'**épithéliomas mélaniques à évolution lente**. Il en rapporte trois observations. L'un d'une durée de douze ans avec deux ablations, un d'une durée de six ans opéré trois fois, enfin l'un opéré depuis deux ans qui va bien. Il faut donc opérer les tumeurs mélaniques et ne plus les considérer comme un noli me tangere, comme le faisait Dupuytren ; même si le premier relai ou même le deuxième relai ganglionnaire est atteint, il faut les enlever, la récidive est alors certaine, mais peut se faire attendre deux ou trois ans, et l'on pourra enlever à nouveau cette récidive.

Outre ces communications sur la pathologie générale, deux discussions se sont engagées successivement sur la rachianesthésie et l'anesthésie locale, puis sur le traitement des épithéliomas par la fulguration.

C'est M. JONNESCO (de Bucarest) qui vient d'abord, comme chaque année, apporter sa statistique de **rachianesthésie générale par la stovaïne**. Elle s'élève à 11 324 opérations dont 1 035 opérations hautes (tête, cou, membres supérieurs, thorax), dont 2 426 opérations personnelles, les autres étant dues à 40 chirurgiens roumains. Depuis cinq ans cette méthode lui a permis de supprimer toute anesthésie par inhalation.

Pour diminuer la dose d'anesthésique, depuis peu M. Jonnesco multiplie les ponctions du rachis en les faisant aussi près que possible des racines nerveuses à anesthésier. Il emploie actuellement quatre ponctions selon le siège de l'opération : ponction médiocervicale (entre troisième et quatrième vertèbre cervicale) pour les opérations sur la tête ; ponction dorsale supérieure (entre première et deuxième vertèbre dorsale) pour les opérations sur le cou ; ponction dorsolombaire (entre douzième vertèbre dorsale et première vertèbre lombaire) associée à la précédente pour les opérations sur les membres supérieurs et la partie supérieure du thorax, seule pour l'abdomen et les membres inférieurs ; ponction lombaire (entre quatrième et cinquième vertèbre lombaire) associée à la précédente pour le pelvis, seule pour le périnée. Les résultats ont toujours été excellents, pas de complications tardives. La preuve de la simplicité de la méthode est qu'elle est pratiquée par la majorité des chirurgiens civils ou militaires roumains « qui ne sont pas tous des aigles ». Pour lui c'est la méthode anesthésique d'avenir.

M. PAUCHET (d'Amiens) remarque que si les dangers immédiats de la narcose ont été très diminués par l'usage des appareils, l'habileté des anesthésistes, l'emploi de l'éther, la morbidité existe toujours. Bien des cas d'accidents postopératoires sont mis sur le compte de l'infection, l'hémorragie, le shock, où l'anesthésique entre pour quelque chose.

Il ne pratiquait personnellement l'anesthésie locale que dans quelques cas lorsque, après la visite du service de Bier à Berlin, il s'est mis à l'**anesthésie régionale par la méthode Braun**. Cette anesthésie des troncs nerveux destinée à la région à opérer permet l'anesthésie de régions étendues, évite l'œdème de l'anesthésie par infiltration.

Depuis huit mois il a pu opérer ainsi 60 p. 100 de toutes ses opérations sur la tête (trépanation du crâne, de la mastoïde, résection de la mâchoire), thyroïdectomie, suture de la clavicule, toutes les opérations sur le thorax, y compris les adénomes du sein, les opérations sur le périnée, le vagin, etc. ; dans l'abdomen toutes les opérations réglées à l'avance ne comportent pas une exploration, car alors l'exploration devient douloureuse ; sur le membre inférieur les amputations ; au membre supérieur toutes les interventions par anesthésie du plexus brachial par la méthode de Kulenkampf ; une hernie ombilicale avec résection de 2 mètres d'intestin.

Cette méthode a trois inconvénients : d'abord les tables d'opération ne sont pas faites pour un malade non endormi qui se trouve rapidement dans une situation pénible ; ensuite l'anesthésie est à elle seule une opération longue qui nécessite un assistant très entraîné qui la pratique à l'avance ; enfin, elle exige une rééducation complète du chirurgien qui ne sait pas la faire, qui doit apprendre pour chaque opération la technique spéciale d'anesthésie qui est adéquate.

Cette méthode de Braun ne s'oppose pas à la méthode d'infiltration de M. Reclus, elle en dérive au contraire ; M. Reclus a le premier montré au doigt que l'anesthésie était obtenue par l'injection d'anesthésique le long des quatre nerfs collatéraux.

La méthode allemande n'est que l'extension de la technique du chirurgien français.

M. REGNAULT (de Toulon) considère les anesthésies locales et régionales comme supérieures à la rachianesthésie. Les tissus seuls à anesthésier sont atteints par l'anesthésique. Il emploie très souvent l'anesthésie locale, il a opéré ainsi 406 hernies, 80 varicocèles, des fistules ischio-rectales, tumeurs parotidiennes, un cancer de la langue, une néphropexie, 2 appendicites, une amputation du bras. Il reconnaît à la méthode les mêmes inconvénients que M. Pauchet.

M. CHEVASSU est très heureux de constater le rôle de plus en plus grand pris par l'anesthésie locale. En chirurgie urinaire, en particulier, où le rein est malade, il faut éviter autant que possible les toxiques généraux. Il est arrivé à faire à l'anesthésie locale la moitié des opérations sur le rein et la vessie. Depuis trois ans, pour la prostatectomie il fait l'incision de la paroi à l'anesthésie locale et quand on arrive à l'extirpation de la prostate on donne quelques bouffées de chlorure d'éthyle.

M. DE MARTEL pense que, outre l'intoxication, les anesthésiques généraux ont l'inconvénient de ne pas faire disparaître complètement les réflexes généraux, de ne pas faire la section physiologique des nerfs que pratique l'anesthésie locale et régionale. C'est là une source de danger. Dans les opérations sur la moelle la section des racines postérieures s'accompagne d'une chute brusque de la tension sanguine qui n'existe pas si on les anesthésie localement avant de les couper.

M. FORGUE (de Montpellier) tient à porter son hommage à l'œuvre de M. le professeur Reclus. Depuis deux ans il fait beaucoup plus d'anesthésies locales. Il s'est fait cette rééducation spéciale, et les résultats ont été concluants. En chirurgie cranienne on peut opérer ainsi le plus grand nombre des cas. Il abonde dans le sens de M. Chevassu et conseille de faire à l'anesthésie locale ce qu'on peut faire de l'opération, et le moment venu d'ajouter quelques bouffées de chlorure d'éthyle. Il étend tous les jours l'indication de l'anesthésie locale. On est frappé, dans la gastro-entérostomie par exemple, de voir que l'anesthésie des plans superficiels rend la profondeur indolore comme si elle se projetait dans la profondeur.

M. BÉRARD (de Lyon) cite des chiffres éloquents. En deux ans il a fait dix-sept gastro-entérostomies à l'anesthésie locale sans décès, cinq laryngectomies totales d'une heure de durée sans que le malade ait rien senti, dans cinq fois où il a été obligé d'enlever avec le larynx une portion du pharynx on a

donné un peu de chlorure d'éthyle ou de mélange de Billroth.

M. JONNESCO invite M. Forgue, qui fait aussi de la rachianesthésie, à dire s'il y a une comparaison entre une gastro-entérostomie faite avec la rachianesthésie ou une autre faite à la cocaïne locale. Avec la rachianesthésie c'est le silence abdominal, pas un viscère ne bouge, on n'a jamais la moindre poussée abdominale. Pour les opérations sur les voies respiratoires c'est aussi l'anesthésie idéale, le malade ne souffre pas et cependant il peut cracher, tousser, il n'avale ni sang ni pus. Il termine en disant que Bier, le protagoniste de l'anesthésie locale, après une démonstration de M. Jonnesco, a déclaré la supériorité de la rachianesthésie.

M. FORGUE déclare que la tranquillité est naturellement beaucoup plus grande avec la rachianesthésie. Mais les indications ne sont pas les mêmes. Aux malades résistants il fait la rachianesthésie, mais aux malades très affaiblis il fait l'anesthésie locale, c'est un procédé de nécessité.

M. PAUCHET a suivi le service de Bier cette année même, et lui, l'inventeur de la rachianesthésie, sur 100 opérations en fait 75 à l'anesthésie locale, 25 à l'anesthésie générale et 5 seulement à la rachianesthésie.

M. DENIS (de Bruxelles) décrit une nouvelle méthode d'insensibilisation qui consiste à injecter de la **novocaïne dans les trous sacrés**. Il obtient ainsi un vaste territoire insensible qui comprend le périnée, les organes génitaux externes à l'exception des testicules, le petit bassin et son contenu à l'exception du corps utérin et des annexes. Le malade étant couché sur le ventre, on pique avec une aiguille mince et longue en un point situé à un pouce au-dessous de l'épine iliaque postéro-inférieure et à un pouce de la ligne médiane. On pénètre dans le troisième trou sacré et on injecte quelques centimètres cubes de novocaïne-adrénaline à 1,5 ou 2 p. 100. On répète l'injection un pouce plus bas dans le quatrième trou sacré, puis de l'autre côté dans le cas d'affection bilatérale.

Il a pu ainsi opérer des hémorroïdes, faire un curettage utérin, amputer un cancer du rectum. Le docteur Lippens a guéri de même un cas de coccydynie rebelle et effectue une résection sacrée. Il ne croit pas à l'innocuité de la rachianesthésie et a vu un cas de mort dû à la méthode de Jonnesco.

M. A. LIPPENS (de Bruxelles), partisan convaincu de l'anesthésie locale, expose la technique de l'**anesthésie du plexus brachial** par la méthode de Kulenkampft. Une aiguille est enfoncée en arrière, en bas et en dedans, au ras de la clavicule et en dehors de la sous-clavière. Un éclair douloureux, accusé dans le bras par le patient, annonce qu'on a touché le plexus, on injecte 10 à 20 centimètres cubes d'une solution de novocaïne suprarénine à 2 p. 100.

Le territoire du nerf piqué est insensibilisé d'emblée, celle des autres territoires se complète en dix à vingt minutes. L'anesthésie ne remonte pas en général plus haut que le quart supérieur du bras, les anastomoses avec les interosseux et les circonflexes n'étant pas atteints par l'injection. Elle dure une heure environ. Elle est complète et s'accompagne de paralysie.

La piqûre de la sous-clavière est sans danger (2 cas), dans 3 cas il a vu la paralysie du phrénique, incident opératoire inoffensif. L'auteur a pratiqué 32 opérations importantes sur le membre supérieur par cette méthode. Il la recommande pour la réduction des fractures et luxations.

M. CHEVASSU (de Paris) démontre l'importance du **dosage préopératoire de l'urée sanguine pour déceler les urémies latentes**. La recherche de l'albumine n'a aucune valeur, car son abondance n'est pas en rapport avec l'imperméabilité rénale, et elle manque souvent dans les néphrites urémigènes, les néphrites latentes. Ces urémies latentes expliquent beaucoup de morts postopératoires subites qu'on s'explique mal.

Le dosage de l'urée dans le sang, très facile, permet de les déceler. Si l'urée dépasse 0g50, atteint 0g60, le malade est un urémique.

Si la méthode d'Ambard (rapport de l'urée du sang et de l'urée de l'urine) est très utile en chirurgie urinaire, en chirurgie générale le dosage de l'urée du sang suffit. C'est une méthode supérieure à celle de la polyurie expérimentale d'Albarran pour la recherche de la perméabilité rénale.

M. VERHOOGEN (de Gand) partage l'opinion de M. Chevassu. Depuis deux ans avant les opérations il pratique toujours la cryoscopie du sang, et la recherche de la perméabilité du rein par le bleu d'indigo. Ces recherches demandent quinze à vingt minutes et donnent des résultats très précis.

M. JUGE (de Marseille) expose ses **résultats dans la chirurgie du cancer complétée par la fulguration**. Il montre l'action spéciale, lymphorrée, réaction fibreuse que provoque l'action de l'étincelle sur les tissus (expériences). Il insiste sur ce fait que si les récidives existent, au lieu de récidives infiltrées, inextirpables, on a sur ces tissus des récidives torpides, localisées, facilement extirpables. Il montre un nombre considérable de photographies de cas de cancers de la face, des lèvres, de la langue, du sein, traités, guéris et maintenus guéris de longues années par cette méthode.

M. BÉGOUIN (de Bordeaux) remarque que dans tous ces cas il s'agit de cancers de siège et probablement de nature spéciale, les cancers de la face. Pour le sein il y a des cas analogues aux cancers de la face, les cancers ulcérants à évolution locale et ne récidivant pas. Il a fait de la fulguration à Bordeaux et a constaté que ce procédé n'élargissait pas les indications de la chirurgie ordinaire.

La fulguration a échoué dans le cancer de l'utérus.

M. JUGE concède que la fulguration donne peu dans le cancer utérin, il a eu cependant 3 cas encourageants. Pour le sein il rapporte 2 cas démonstratifs de récidives inopérables, qui sont maintenant guéris. Enfin les cancers de la muqueuse des lèvres et de la langue n'ont jamais passé pour bénins.

M. DE MARTEL remarque qu'il est dangereux d'être l'homme d'un procédé. En face du cancer bien des agents donnent des succès, l'air chaud, la fulguration, le radium, la diathermie. Il en cite des cas probants. Il faut savoir s'en servir à propos. Il montre par exemple les nécessités topographiques qui feront que là on pourra faire du radium et non de la fulguration et inversement. Il convient d'être des physiothérapeutes et non les chirurgiens d'une méthode donnée.

M. REYMOND (de Paris) conclut que le grand danger de ces méthodes est de donner une fausse sécurité aux malades. Il a eu toujours l'impression que les cas qu'on lui montrait guéris par ces procédés pouvaient guérir chirurgicalement. Par contre bien des fois les malades traités par ces méthodes lui sont revenus trop tard avec des tumeurs inopérables.

(A suivre.) M. LANCE.

LE CONGRÈS D'UROLOGIE DE 1913

Le rapport du Congrès d'Urologie de cette année traitait la question des **PÉRICYSTITES**. Le rapporteur, M. AVERSENQ (de Toulouse) présenta sur ce sujet assez aride et complexe une étude précise et documentée. Abordant d'abord le *côté anatomo-pathologique*, il montra, grâce aux renseignements fournis par une série d'injections de gélatine colorée, que le feuillet prévésico-pelvien divise la cavité pré et périvésicale décrite par Retzius en deux espaces : l'un *antérieur, prévésico-pelvien*, dans lequel évolueront les phlegmons prévésicaux ou de la cavité de Retzius, l'autre *périvésical*, formant la gaine

propre de la vessie et qui est le siège des vraies péricystites. Ces deux espaces sont en somme assez indépendants l'un de l'autre, bien qu'une injection ou collection purulente puisse à la rigueur passer de l'une à l'autre.

M. Averseng décrit, aussi bien pour les extracystites (phlegmons de la cavité de Retzius) que pour les péricystites, une série de FORMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET CLINIQUES :

1° *Phlegmoneuse diffuse*, dépassant ordinairement la loge prévésicale ou périvésicale, vrais phlegmons diffus s'accompagnant rapidement de vastes décollements ou fusées purulentes, et entraînant souvent des perforations vésicales ou péritonéales, comme dans une observation publiée par le professeur LEGUEU.

2° *Suppurée enkystée*, donnant naissance en avant à l'abcès de la cavité de Retzius, sur les côtés et en arrière de la vessie à ces *abcès péricystiques* soit petits, « gouttes de pus enkystées » (Hallé), soit volumineux (grand lac purulent entourant la vessie).

3° *Scléro-adipeuse* par la formation autour de la vessie d'une véritable gangue inflammatoire, comme on l'observe dans les vieilles cystites chroniques (HALLÉ), et pouvant donner naissance à de véritables « tumeurs péricystiques » dues à la réaction péritonéale ou à des adhérences intestinales. Cette forme sclérosante, quand elle est localisée à la cavité de Retzius, reproduit le *phlegmon ligneux*.

En ce qui concerne l'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE, on peut, avec Legueu et Bazy, diviser les péricystites en deux catégories : 1° celles qui sont d'*origine vésicale ou urinaire* (vieilles cystites, ulcérations vésicales, calculs, corps étrangers, cellules vésicales, hypertrophie de la prostate, rétrécissements de l'urètre, etc.) ; 2° celles qui sont d'*origine extra-vésicale*, soit *intestinale* (appendicite, cancer de l'intestin), soit *génitale* (affections utérines ou périutérines, annexites, kystes simples ou dermoïdes, périmétrites, etc.) ; IMBERT (de Marseille) a même cité certains cas où des adhérences si intimes et si épaisses unissent l'utérus et la vessie qu'on peut ouvrir et reséquer la vessie sans s'en apercevoir au cours de l'hystérectomie. ESCAT (de Marseille) insiste, au point de vue étiologique, sur toutes les lymphangites sous-péritonéales qui, en gagnant vers la vessie, peuvent provoquer de la péricystite. MARION cite un certain nombre de cas de péricystites consécutives à des opérations endovésicales (lithotritie, ou opérations endovésicales pour tumeurs) et qui sont vraisemblablement d'origine lymphangitique : MARION, DELBET et LE FUR communiquent plusieurs observations de péricystites consécutives à la prostatectomie; pour les éviter, Delbet recommande de suturer systématiquement la paroi vésicale à la peau. Des péricystites ont été observées à la suite de calculs de la prostate mobilisés par des sondages qui avaient déterminé des éraillures de la muqueuse prostatique (PAYAMACHE), de glandes du col vésical infectées au cours d'une urétrite chronique (MARINGER), de spermatocystite suppurée d'origine blennorragique (LE FUR).

Enfin, HOGGE et BRIN (d'Angers) insistent sur les péricystites dues à des traumatismes des voies urinaires (rupture de la vessie, de l'urètre prostatique ou membraneuse) et montrent qu'on peut éviter ces péricystites en intervenant de suite après le traumatisme, soit par une simple incision pour évacuer le foyer sanguin sans ouvrir la vessie (HOGGE), soit par une cystostomie (BRIN).

Une dernière variété est la *péricystite tuberculeuse primitive* dont on a communiqué quelques observations (CATHELIN, MARION, LE FUR).

AU POINT DE VUE CLINIQUE, le tableau symptomatique peut varier beaucoup suivant la forme. C'est ainsi que les formes aiguës s'accompagnent surtout de symptômes d'infection ou d'intoxication générales, principalement dans la variété phlegmoneuse aiguë (LEGUEU); que les formes chroniques se caractérisent plutôt par des symptômes vésicaux tenaces et rebelles, ainsi que l'a montré Desnos : fréquence surtout nocturne et douleur qui peuvent coïncider avec des urines claires quand il n'y a pas d'infection vésicale, ou s'accompagner au contraire de pyurie persistante quand l'infection vésicale a fait son apparition. La rétraction de la vessie devient souvent telle que celle-ci ne forme plus qu'un réservoir inerte d'où une incontinence complète observée chez les malades (BAZY, POUSSON).

Le DIAGNOSTIC des péricystites est souvent fort difficile, surtout dans la forme chronique; elles simulent alors souvent soit la tuberculose urinaire [ABADIE (d'Oran)], soit surtout le cancer (LEGUEU, CATHELIN, BAZY).

Le TRAITEMENT de la péricystite doit d'abord être dirigé contre la cause, que celle-ci soit d'origine vésicale (cystite, calcul, suppuration prostatique, etc.) ou d'origine extravésicale (appendicite, salpingite). Toute collection périvésicale doit être ouverte. En cas d'abcès de la cavité de Retzius notamment, il sera nécessaire de pratiquer une *incision hypogastrique* avec *contre-ouverture périnéale ou vaginale.*

(*A suivre.*) R. LE FUR.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1913)

Inversion sexuelle et pathologie mentale. — M. MAGNAN fait un rapport sur un travail de M. Ladame (de Genève).

Avec l'auteur, M. Magnan s'élève contre la théorie des Nacke, Caldity et autres qui considèrent les invertis du sens génital comme normaux et représentant une sorte de troisième sexe. Quand on étudie les anomalies, les aberrations, les perversions sexuelles, on trouve, chez tous ces psychopathes, des caractères généraux qui les rapprochent. Ce sont de véritables malades. Telle est la conclusion à laquelle aboutit M. Magnan.

De l'emploi des vinasses dans la composition du vinaigre. — M. GRIMBERT, au nom d'une commission nommée sur la demande de M. le ministre de l'intérieur, fait un rapport sur ce sujet. Il conclut à l'admission de l'emploi des vinasses dans la composition du vinaigre.

Epidémies. — M. GILBERT donne lecture du rapport au nom de la commission des épidémies. Nous relevons, dans ce rapport, quelques constatations qui appellent l'attention; nous voulons parler de l'augmentation de la mortalité par certaines maladies, telles que la fièvre typhoïde, la rougeole, le choléra asiatique, l'infection puerpérale et la scarlatine. Ainsi pour la fièvre typhoïde, alors qu'en 1910 elle n'avait fourni que 1130 décès, en 1911 elle en a donné 1710.

Peut-être trouvera-t-on, dans ces derniers chiffres, un nouvel argument en faveur de la vaccination antityphoïdique.

Hygiène de l'enfance et modifications de la loi Roussel. — M. ACHARD lit le rapport sur l'hygiène de l'enfance.

Ce rapport se trouvait être un moyen tout naturel d'introduction à la reprise de la discussion sur les modifications à apporter à la loi Roussel et la parole est donnée, sur ce sujet, à M. Achard, pour faire connaître les conclusions de la commission nommée à cet effet. Cette conclusion porterait à quatre mois, au lieu de sept, le temps pendant lequel une mère doit nourrir son propre enfant avant de pouvoir se placer comme nourrice.

La discussion se poursuivra dans la prochaine séance.

A quel mal a succombé Pascal. — M. Cabanès fait sur ce sujet une lecture qui a été écoutée avec un vif intérêt.

Se basant sur une relation de la dernière maladie de Pascal, on avait cru pouvoir avancer que le philosophe avait été victime d'un empoisonnement par l'antimoine, que lui auraient administré inconsidérément des médecins ignorants.

Le docteur Cabanès établit avec force arguments à l'appui, qu'il n'est nullement démontré que la médication incriminée ait été réellement appliquée, chez l'écrivain des *Pensées*; celui-ci a, selon toute vraisemblance, succombé à une affection cérébrale, une méningo-encéphalite, d'origine tuberculeuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 17 octobre 1913)

Actinomycose du sphénoïde. — MM. L. Galliard et Pierre Masson, à l'autopsie d'un homme de vingt ans, marinier sur la Seine, ont trouvé le corps du sphénoïde hypertrophié formant une masse compacte qui englobait l'hypophyse détruite et qui contenait des nodules inflammatoires avec des grains d'actinomyces : filaments colorés en violet, crosses périphériques colorées en rose par la méthode de Gram.

Pas d'autre lésion du sphénoïde, sinon, sur l'un des côtés, un tout petit abcès. Pas de lésion des autres portions du squelette. Pas de pesée purulente dans les muscles. Pas de lésion buccale ni viscérale. Aussi l'actinomycose n'avait-elle pu être soupçonnée pendant la vie. Une seule fois, le malade avait mouché du pus ; mais l'exploration du rhino-pharynx ne donnait aucun résultat et les sécrétions ne furent pas examinées.

Chose remarquable, il n'y avait pas de lésion de la dure-mère, des autres méninges, des centres nerveux ; pas de compression du bulbe rachidien. Et cependant l'évolution fut assez rapide puisque le malade, qui souffrait de la tête depuis deux mois avant l'admission à l'hôpital Lariboisière où les auteurs l'ont observé, ne vécut là que sept semaines et demi. Il ne présentait, à l'entrée, qu'une paralysie de la sixième paire du côté droit. Mais bientôt la céphalalgie rebelle s'accompagna de désordres oculaires aggravés : ophtalmoplégie bilatérale, disparition presque complète de la vision. D'après leur collègue Morax, l'examen du fond de l'œil ne donnait pas d'argument à l'hypothèse d'une tumeur cérébrale, et comme les ponctions lombaires, qui fournissaient uniquement du liquide limpide, sans éléments figurés, ne soulageaient pas le malade, il n'y avait pas d'indication de trépanation décompressive.

L'iodure de potassium ne fut pas administré. On pratiqua trois séries d'injections intramusculaires de biiodure de mercure et, à la fin, quelques injections intraveineuses de sélénium ajoutées à la quinine et à un grand nombre de médicaments sédatifs, presque toujours inefficaces.

Névrite optique au cours d'un état méningé. — M. Georges Guillain. Un jeune homme de dix-huit ans, sans aucun antécédent morbide sauf une blennorragie actuelle, est pris brusquement de céphalée, de vomissements, d'une diminution très rapide de l'acuité visuelle telle qu'il ne peut reconnaître les personnes qui l'entourent et distingue seulement la lumière de l'obscurité. L'auteur a constaté à l'examen de ce malade l'existence d'un syndrome méningé avec céphalée, vomissements, constipation, bradycardie, exagération des réflexes rotuliens sans signe de Kernig et avec température normale ou même tendance à l'hypothermie. La ponction lombaire montra une lymphocytose très accentuée du liquide céphalo-rachidien qui était clair, ne contenait pas de microbes et ne tuberculisa pas le cobaye. Le malade n'avait aucun signe de syphilis héréditaire ou acquise, la réaction de Wassermann était négative. L'examen oculaire permit de constater l'absence de stase papillaire, la diminution très accentuée de l'acuité visuelle conditionnée vraisemblablement, en l'absence de lésion rétinienne, par une inflammation méningée rétro-bulbaire.

L'état méningé persista durant six semaines, s'accompagna à certains moments de la présence du signe de Kernig, de parésie faciale, d'incontinence nocturne des urines, puis tous les symptômes rétrocédèrent et la guérison fut complète.

Chez ce malade, il ne s'est agi ni d'une méningite cérébro-spinale aiguë, ni d'une méningite tuberculeuse ni d'une méningite syphilitique ; M. G. Guillain ne croit pas, d'après ce que l'on sait des complications habituelles de la blennorragie, qu'il y ait un rapport de causalité entre l'urétrite et le syndrome méningé avec névrite optique. On ne peut donc poser ici que le diagnostic d'état méningé, sans ignorer d'ailleurs combien ce terme dissimule notre ignorance sur une pathogénie exacte.

Il insiste particulièrement sur l'apyrexie ou même l'hypothermie de ce syndrome méningé, sur la coexistence de ce dernier avec une névrite optique et sur l'utilité de la ponction lombaire pour déterminer la cause de certaines amblyopies à début brusque associées à des symptômes méningés cliniques peu accentués.

Deux cas de « guérison clinique » de tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — M. Léon Bernard présente deux malades, traités depuis une année par la méthode de Forlanini. Le premier avait une tuberculose évolutive avec cavernes d'un poumon ; le second portait une lésion cavitaire localisée.

Chez ces deux sujets, le résultat fut parfait : l'état général est excellent ; la température est normale, ainsi que les forces et l'appétit; l'expectoration est tarie. Leur apparence et leurs capacités sont celles d'un homme bien portant.

Il ne peut cependant s'agir ici que de guérison clinique, dont l'avenir seul montrera la solidité. Mais le résultat actuel n'en est pas moins du plus haut intérêt.

Si de pareils faits sont en vérité exceptionnels, ils doivent cependant être connus, car aucune autre thérapeutique active ne possède actuellement une efficacité aussi satisfaisante.

Ataxie aiguë à guérison rapide. Précipité albumineux d'origine cytolytique obtenu par ponction lombaire. — M. Pierre Merle (d'Amiens). L' « ataxie aiguë » peut constituer un syndrome susceptible d'être rencontré dans des affections de nature assez différente. Certains cas, comme celui rapporté, paraissent correspondre à une maladie plus spéciale. Début par des phénomènes généraux légers. Entrée rapide dans la période d'état caractérisée par l'ataxie prédominant aux membres inférieurs et apparaissant au moment des tentatives de marche : les jambes sont lancées violemment, en coups de pied, le corps tout entier est atteint d'oscillations. La station debout elle-même est impossible. La parole de très bonne heure est entrecoupée, scandée, très difficile. Il n'existe aucun signe méningé, pas de signe de lésions de la voie pyramidale, les deux sphincters, la sensibilité, l'intelligence sont indemnes, pas de signes oculaires ni généraux, ni viscéraux. La guérison est complète en moins de trois semaines. Par ponction lombaire on a obtenu au lieu et place de liquide une substance semi-solide, blanche, constituée par un précipité albumineux d'origine cytolytique témoignant des réactions inflammatoires. Les préparations montrent des gouttes séro-albumineuses affectant la forme de levures avec pseudobourgeonnements mélangées à des cellules et leucocytes altérés.

Vaccinothérapie de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. P. Emile-Weil a traité 14 fièvres typhoïdes à l'hôpital Bretonneau, en leur inoculant le vaccin préventif du professeur Vincent. Ces fièvres typhoïdes, d'intensité moyenne ou grave, ont été prises du troisième au dixième jour de la mala-

die. Des doses quotidiennes d'un quart de centimètre cube, un demi, 1 centimètre cube, puis après un jour de repos de 1cc5 et enfin de 2 centimètres cubes furent injectées à des enfants de plus de cinq ans. Au-dessous de cet âge, on commençait par un huitième de centimètre cube, pour finir le traitement à 1 centimètre cube ou à 1cc5.

Ces doses considérables, administrées en moins d'une semaine, ont déterminé la guérison dans tous les cas, en un temps variant entre une semaine et deux semaines. Un seul cas très grave a guéri en vingt jours.

La maladie a été transformée dans son aspect, sa durée, sa gravité. Aucun décès, aucune rechute, n'ont été observés. Il n'y a eu aucune complication.

Tous les entrants ont été injectés, même ceux qui présentaient une grosse rate ou une hémorragie intestinale.

Les inoculations n'ont donné lieu qu'à des réactions locales ou générales sans importance. Ces médications concernent uniquement la fièvre typhoïde de l'enfant.

M. Josué rappelle les résultats qu'il a obtenus chez l'adulte par les injections d'auto-vaccins dans la fièvre typhoïde; sans avoir enregistré les résultats aussi brillants que ceux de M. P.-E. Weil chez l'enfant, il a obtenu des modifications nettement favorables.

M. Weill-Hallé a traité par les vaccins sept cas de typhoïde. Dans l'ensemble, cette méthode lui a donné de bons résultats et s'est toujours montrée inoffensive.

M. Vincent a traité 34 typhiques par les autolysats. Les résultats n'ont pas chez l'adulte la constance qu'ils présentent chez l'enfant. Il a observé le plus souvent la disparition de la stupeur, la défervescence en lysis, la guérison et l'absence de rechutes. Les réactions générales et locales qui suivent l'injection sont rares. La spléno-réaction toujours nette n'existe que lorsqu'on emploie des extraits bacillaires qui contiennent des toxines. Le foie lui-même participe à la réaction, et l'on observe le plus souvent une tuméfaction du lobe gauche du foie et une augmentation de la vésicule biliaire. La diurèse paraît augmentée. C'est ainsi que, dans un cas de néphrite éberthienne grave avec oligurie marquée, l'injection d'autolysat amena une véritable polyurie libératrice.

Il convient de pratiquer les injections en des endroits différents, s'adresser à des malades capables de produire un excès d'anticorps, c'est-à-dire au début de la maladie; faire les injections le matin de préférence en profitant des rémissions matinales de la température. Sans vouloir conclure de manière ferme en se basant sur un aussi petit nombre de cas, il semble donc qu'on ait intérêt à employer la vaccinothérapie dans la fièvre typhoïde et que les résultats obtenus par cette méthode thérapeutique soient des plus favorables.

M. Grenet insiste sur les bons résultats qu'on peut obtenir par la vaccinothérapie, même lorsqu'elle est pratiquée tardivement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 18 octobre 1913)

Ablation rapide et destruction lente des capsules surrénales. — MM. J. Camus et R. Porak ont expérimentalement réalisé des insuffisances surrénales aiguës et chroniques; ils indiquent les techniques qu'ils ont employées.

Pour pratiquer l'ablation des capsules surrénales, ils ont adopté la voie postérieure faisant une seule incision cutanée médiane puis deux incisions latérales musculaires. Ils suppriment tout le tissu des deux surrénales, point très important et difficile, en plaçant sur le pédicule des capsules de petites pinces en zinc en forme de V qu'on écrase et qu'on laisse en place après ablation des glandes.

Dans ces conditions la survie du lapin ne dépasse pas vingt-quatre à trente-six heures. Cependant le choc opératoire est immédiatement peu important, car l'animal court dans le laboratoire aussitôt après l'opération.

L'insuffisance surrénale chronique a été obtenue par MM. J. Camus et R. Porak en injectant dans les surrénales des acides gras qui provoquent des destructions lentes plus ou moins étendues avec, au voisinage, des réactions cellulaires traduisant une activité de suppléance.

De cette manière on détermine un processus lent qui se rapproche de celui que réalisent les lésions pathologiques chez l'homme.

Surrénales accessoires du lapin en état de suppléance fonctionnelle. — MM. Mulon et R. Porak ont examiné les glandes surrénales accessoires de lapin dont, par une technique spéciale (méthode des acides gras), on avait détruit plus ou moins complètement, mais lentement, les glandes surrénales principales. Ils ont trouvé au niveau de ces glandes surrénales accessoires : 1° de la congestion ; 2° une diminution et même une disparition des enclaves lipo-cholestériques. Or, les glandes accessoires examinées étaient évidemment en état de suppléance fonctionnelle, puisque les animaux presque décapsulés continuaient à vivre. Ceci démontre que la suppléance fonctionnelle qui exige de la glande un travail au-dessus de la normale se traduit histologiquement par une diminution des spongiocytes.

Poids normaux absolus et relatifs de quelques organes et glandes à sécrétion interne chez le lapin. — M. H. Iscovesco. Parmi les organes, le cœur présente une fixité de poids remarquable. Parmi les glandes à sécrétion interne, les capsules surrénales et les thyroïdes pèsent plus chez les femelles que chez les mâles.

Leucocytalyse digestive. La leucocytose consécutive à l'absorption des liquides injectés dans le rectum. — M. Q. A. Krolunitsky. Ayant démontré dans une précédente note que, déjà cinq secondes après la prise alimentaire, le sang acquiert des propriétés leucocytolytiques, que le nombre des globules blancs diminue et que le même phénomène s'observe sous l'influence d'une excitation psychique, l'auteur en a conclu que cette leucocytolyse est étroitement liée au travail sécrétoire de l'estomac. Mais, tandis que le travail des glandes stomacales dure plusieurs heures, la sécrétion des leucocytolysines dans le sang ne dure que trois heures après le repas. Il était intéressant de rechercher le pourquoi de cette dissociation. Ses expériences avec infections préalables dans le rectum des liquides divers (solution de peptone de Witte, d'acides aminés et autres) ont permis à l'auteur de constater que ces injections sont suivies de la disparition de leucocytolysine préexistante dans le sérum, au moment où ces liquides commencent à s'absorber. Chez le chien qui a reçu l'injection d'un de ces liquides, la leucocytolyse digestive n'a pas lieu ; on observe au contraire une leucocytose persistante avec antileucocytolysine dans le sérum. La leucocytose est donc due à ce que le liquide absorbé s'accumule dans le foie, producteur d'antileucocytolysine, excite cet organe et ce dernier sécrète dans le sang l'antileucocytolysine. Le même phénomène a lieu au cours de la digestion : vers la quatrième heure de la digestion, les aliments sont suffisamment digérés et leur absorption commence; le foie, qui recueille les produits absorbés, est excité et envoie en abondance dans le sang l'antileucocytolysine qui neutralise la leucocytolysine toujours sécrétée par la rate d'où la leucocytose dite digestive.

Disques adhésifs de quelques chauves-souris. — MM. Retterer et Lelièvre.

Globulins et rétraction du caillot. — M. Aynaud.

Transplantation de l'intestin. — Mlle Krongeld.

Action des chlorures sur les ganglions spinaux. — M. Legendre.

N° 122. — SAMEDI 25 OCTOBRE 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 25 OCTOBRE 1913. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Lecture. — *Pathologie.* — Séance du 22 octobre. — M. Reynaud, 6; Mlle Urion, 12; MM. Frédault, 13; Réau, 11; Balteau, 8; Boussi, 7; Dardanne, 6; Morlot (Hubert), 4; Raout, 3.

Séance du 23 octobre. — MM. Fournier (Joseph), 12; Parat, 4; Lignac, 2; Moreau, 6; Zivy, 10; Sibot, 6; Chalet et Chenet, 10; Cornet, 5; Vidal, 6.

Anatomie. — Séance du 22 octobre. — MM. Fris-Larrouy, 12; Berthon, 6; Lantuéjoul, 11; Broca, 7; Drouet et Levesque, 10; Malgat, 9; Papillon, 13.

Séance du 23 octobre. — MM. Joanny et Rivallier, 9; Vasselle, 7; Laplane, 6; Gras, 7; Frelezeau, 12; Penot, 13.

— Concours de l'externat. — Dans la séance du 18 octobre (anatomie), M. Phrominos a obtenu 19 et non 10.

Notes. — *Pathologie.* — Séance du 22 octobre. — Question donnée : « Signes de l'asystolie. »

MM. Galland, 12; Durupt, 13; Dufour, 10; Gadrat, 13; Estrabaud, 14; Delitch, 7; Froment, 19; Grünkraut, 12; Doiteau, 12; Ferrier, 7; Guillermet, 13; Godeau, 5; Mlle Gimbert, 16; MM. Goubert, 11; Dumas (Charles), 15; Duvacher, 9; Mlle Gomberg, 14; MM. Geghre, 16; Geffray, 15; Diwany, 12.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de clinicat. — *Obstétrical.* — Chef de clinique titulaire : M. Metzger; chefs de clinique adjoints : MM. Sellet, Levant, Wilhelm, Martinguay.

Maladies mentales. — Chefs de clinique titulaires : MM. Collin, Mallet ; chefs de clinique adjoints : MM. Gallais, Genil-Perrin.

Chirurgical infantile. — Chef de clinique titulaire : M. Monsaingeon ; chef de clinique adjoint : M. Olivier.

Chirurgical. — Chefs de clinique titulaires : MM. Bazy, Kuss; chefs de clinique adjoints : MM. Autefort, Guimbellot, Girode.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Chef de clinique titulaire : M. Bory ; chef de clinique adjoint : M. Cesbron.

Maladies nerveuses. — Chef de clinique adjoint : M. Regnard.

Thérapeutique. — Chef de clinique titulaire : M. Cawadias ; chef de clinique adjoint : M. Weil.

Médical infantile. — Chef de clinique titulaire : M. Milhit ; chefs de clinique adjoints : MM. Stévenin, Sevestre.

Médical. — Chefs de clinique titulaires : MM. Descomps, Lian, Richet ; chefs de clinique adjoints : MM. Parodin, Chabrol, Debré, Touraine.

SOCIÉTÉ DE SECOURS MUTUELS ET DE RETRAITES POUR FEMMES ET ENFANTS DE MÉDECINS (5, rue de Surène, Paris). — *Première liste d'adhésion.* — Membre bienfaiteur (200 francs) : M. le professeur Quénu.

Membres honoraires perpétuels (100 francs) : MM. Butte, Duchaussoy, Gaucher, Letulle, Ch. Monod.

Membres honoraires (cotisation annuelle, 10 francs) : MM. Angelvin, Barié, Bauzon, Bazot, Bucquoy, Cathelin, Chapon, Collinet, Combemale, Darras, Decourt, Dengler, Dignat, Fiquet, Forestier, Gairal, Gilbert-Ballet, Gilson, Leconte, Legueu, Raymond, Régis, Ricard, Richard-Lesay, Rondouly, Schmitt, A. Schwartz, de Smester, Thierry, Abel Watelet, Zipfel.

Prière d'adresser les adhésions au secrétaire général, M. le docteur Abel Watelet, 219, rue de l'Université, Paris.

LE MOUVEMENT DE LA POPULATION EN 1913. — Le ministère du Travail publie le mouvement de la population pour le premier semestre de 1913. Pendant ces six mois, l'excédent des naissances sur les décès n'a été que de 11 004 unités au lieu de 14 712 pendant les six premiers mois de 1912.

Il y a eu cependant un relèvement assez notable du nombre des naissances : 387 512 au lieu de 378 807 en 1912. Mais cet accroissement de 8 705 naissances n'a pas suffi à compenser l'augmentation du nombre des décès : 376 508 au lieu de 364 635, soit 11 875. Il faut dire qu'on prévoyait ce relèvement de la mortalité, l'année 1912 ayant fourni le nombre de décès le plus faible que l'on ait enregistré depuis l'origine des statistiques de l'état civil.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. le professeur Ledouble (de Tours), les docteurs Baudon, ancien député de Beauvais; Louis Cabot (de Carmaux) et Schuhl (de Nancy).

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

KYSTES HYDATIQUES DU REIN

Par M. G. DANIEL,
Interne des hôpitaux de Marseille.

I

Définition. — Ce sont des tumeurs kystiques du rein dues au *tænia echinococcus*.

II

Historique. — **I. Période de début ou préantiseptique.** — En 1821, pour la première fois en France, Chopart consacre aux kystes hydatiques du rein un long chapitre dans son *Traité des maladies des voies urinaires*. Rayer en recueille quelques années après de nombreuses observations personnelles.

Davaine cite ensuite plusieurs observations nouvelles.

En 1861, Béraud, dans sa thèse inaugurale, relate sept observations inédites et y ajoute onze faits nouveaux empruntés à la littérature anglaise. Il y esquisse le chapitre traitement.

II. **Période moderne ou opératoire.** — En Allemagne, Simon étudie en 1877 le traitement opératoire.

En France, Bœckel fait en 1887 la première néphrectomie pour kyste hydatique du rein suivie de guérison et en précise le manuel opératoire.

Après les observations de Péan dans ses *Cliniques* et de son élève Brodeur dans sa thèse, après celle de Bouilly dans la *Gazette des hôpitaux* en 1886, la question est surtout mise au point par Le Dentu dans son *Traité des affections chirurgicales des reins et des uretères*.

En 1893, Polosson relate une observation et y consacre un article dans le *Lyon médical* sous le titre de Traitement des kystes hydatiques du rein.

En 1896, P. Delbet dans un mémoire et son élève Baraduc dans sa thèse décrivent sous le nom de capitonnage un nouveau procédé opératoire des kystes hydatiques de l'abdomen.

Houzel [de Boulogne] (1) résume la question et établit les indications opératoires des différentes interventions pratiquées jusqu'à lui.

Citons enfin les travaux de Tuffier, Lejars, Albarran, Legueu, Bazy et Monod.

III

Etiologie. Pathogénie. — **I. Causes prédisposantes.** — 1. *Fréquence.* — La localisation de l'échinocoque dans le rein est rare, puisqu'on en compte tout au plus 400 observations. Houzel, réunissant 2111 cas de kystes hydatiques, y trouve 115 fois la localisation rénale, ce qui fait une proportion de 5,44 p. 100.

Davaine en rencontre 30 cas sur 566.

(1) Houzel. *Revue de chir.*, 1898.

Ce pourcentage est de 1,70 pour Finsen, 2,06 pour Vegas et Cranwell.

Le kyste hydatique du rein est donc une localisation des plus rares de l'échinococcose.

Le siège le plus fréquent de cette affection est, comme on le sait, le foie, puis le poumon, puis le cerveau et la rate, enfin le rein. Le kyste du pancréas est encore plus rare, ainsi que celui de la prostate. Quant à ceux de l'ovaire et du testicule, ils sont très discutés.

Nous reviendrons plus loin sur les causes de cette rareté de la localisation rénale, à propos des voies d'accès de l'échinocoque dans le rein.

Signalons, enfin, la *plus grande fréquence du kyste hydatique du rein à gauche.*

Houzel, qui sur 31 cas trouve 20 fois le rein gauche malade, attribue cette localisation à la plus grande brièveté de l'artère rénale gauche.

2. *Age.* — Il joue un rôle insignifiant. Cependant le kyste hydatique du rein est beaucoup plus rare chez l'enfant que chez l'adulte.

3. *Sexe.* — Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes : 181 femmes pour 74 hommes.

4. *Rôle du traumatisme.* — Certains auteurs ont fait jouer un rôle au traumatisme. Kirmisson (1) rapporte le cas d'un malade chez lequel un kyste hydatique avait succédé à un coup de pied de cheval. Le traumatisme paraît dans ces cas jouer un rôle localisateur.

C'est aussi par un traumatisme local que Marchi explique le rôle des calculs rénaux dans la production de certains cas de kyste hydatique du rein, où les deux affections coïncidaient.

II. **Causes déterminantes.** — *A.* Le parasite. — La condition indispensable au développement des kystes hydatiques dans les différentes parties de l'organisme est, comme on le sait, l'absorption d'œufs du *tænia nana* ou *tænia echinococcus*. Ce cestode vit normalement dans l'intestin de certaines races canines. Son corps est constitué par trois anneaux dont l'avant-dernier contient les organes génitaux et le dernier 500 œufs environ. Quand cet anneau est expulsé de l'intestin du chien, il se désagrège, puis met en liberté les œufs qui souilleront ainsi l'eau de boisson ou les légumes dont l'homme se nourrit. Le suc gastrique en dissolvant leur coque libérera les embryons hexacanthes. Quel va être le trajet suivi par ces derniers pour aborder le rein ?

B. Sa pénétration. Voies d'accès de l'échinocoque dans le parenchyme rénal. — Nous distinguerons, dans cette étude, deux cas, suivant que nous serons en présence d'un kyste hydatique primitif du rein ou d'un kyste secondaire à un autre kyste hydatique siégeant dans une partie quelconque de l'organisme.

I. *Echinococcose primitive.* — L'embryon, alors qu'il se trouve dans l'intestin et qu'il a été débarrassé de son enveloppe sous l'action du suc gastrique et intestinal, a le choix entre les voies suivantes :

1° Par les *ramifications de la veine porte*, il peut

(1) Kirmisson. *Arch. gén. de méd.*, 1883.

pénétrer dans le foie où il s'arrête le plus souvent. D'autres fois il franchira l'obstacle hépatique, passera par les veines sus-hépatiques dans la veine cave inférieure et de là dans le cœur droit. L'artère pulmonaire l'amènera au poumon qu'il pourra traverser pour aboutir, par l'intermédiaire des veines pulmonaires, dans le cœur gauche. De là il sera lancé dans l'aorte, c'est-à-dire dans le grand système artériel et pourra pénétrer dans le rein par les artères rénales. Cette voie, qui explique facilement la localisation du parasite dans le foie, le cœur, le poumon, paraît bien détournée quand il s'agit de kyste hydatique du rein.

2° L'hexacanthe peut, par les *chylifères*, gagner directement la veine sous-clavière, évitant ainsi de passer par le foie.

3° Enfin, l'embryon pourrait gagner le rein de *proche en proche* à travers le tissu cellulaire. Cette hypothèse est loin d'être démontrée.

4° Nicaise (1) a insisté sur une autre voie de pénétration que pourrait emprunter le parasite, à savoir le *système de Retzius*. Il existe, en effet, au niveau de divers segments du tractus gastro-intestinal, notamment l'estomac, le duodénum, les côlons et le rectum, c'est-à-dire partout où l'intestin se trouve rapproché des parois abdominales, de riches plexus veineux sous-péritonéaux, complètement indépendants des plexus sous-muqueux. Ce système veineux sous-péritonéal se jette directement dans le système cave, tandis que les plexus sous-muqueux sont tributaires du système porte. Or, plusieurs anatomistes ont démontré que certaines de ces veines retziennes, notamment celles qui proviennent des côlons, s'abouchaient directement dans les veines rénales. Nicaise pense que ce chemin peut être employé par le parasite. On lui a objecté que l'embryon arrivant dans la veine rénale devrait plutôt être refoulé hors du rein, puisqu'il se présentait contre le courant sanguin. Mais il semble bien que dans certains cas ces veines retziennes gagnent non pas la veine rénale proprement dite, mais les veines rénales accessoires. Or, dans ces systèmes anastomotiques, le sens du courant sanguin est variable.

En résumé, des quatre voies proposées, la voie artérielle semble la plus logique. Elle doit être la voie la plus généralement suivie.

On a formulé contre elle deux objections : 1° longueur du voyage et détours extraordinaires du parcours; 2° obstacles formés par le foie, le cœur droit, le poumon et le cœur gauche, sur le passage de l'échinocoque.

Ces faits suffisent, au contraire, à expliquer la rareté de la localisation rénale.

II. *Echinococcose secondaire.* — Le kyste hydatique secondaire du rein peut être d'origine péritonéale ou embolique.

a. *Echinococcose rénale secondaire d'origine péritonéale.* — Le rein n'est pas un organe intrapéritonéal. Il n'est tapissé par la séreuse qu'au niveau de sa face antérieure et encore incomplètement. A gauche, il n'est guère en rapport qu'avec la portion du péritoine qui constitue l'arrière-cavité des épiploons. Le rein est d'ailleurs séparé du péritoine par sa capsule adipeuse.

Ces notions anatomiques nous expliquent aisément la rareté de l'échinococcose rénale secondaire d'origine péritonéale. Elle existe cependant, comme en témoignent les observations de Murchinson, Havage et Broca où l'on trouva à l'autopsie des kystes hydatiques de la capsule adipeuse du rein coïncidant avec d'autres kystes de la cavité péritonéale, succédant indiscutablement à la rupture d'un kyste hydatique du foie.

b. *Echinococcose secondaire d'origine embolique.* — Dans l'observation de Bœcker, on trouva à l'autopsie des kystes multiples du cœur faisant saillie surtout dans l'oreillette gauche, laquelle contenait des rugosités et des fragments de membranes; l'artère rénale gauche était oblitérée par une vésicule hydatique formant embolie.

Dans l'observation de Rendu, l'autopsie montra la présence de kystes hydatiques de la cloison interventriculaire faisant saillie dans le ventricule gauche, immédiatement au-dessous de l'orifice aortique, ainsi que deux kystes dans le rein droit situés à la périphérie du parenchyme rénal.

Ces cas démontrent donc la possibilité d'une échinococcose embolique du rein, mais, de même que pour l'échinococcose d'origine péritonéale, *ces cas sont très rares.*

Les kystes hydatiques du rein sont, dans la règle, des kystes primitifs. C'est là un point bien établi à l'heure actuelle.

IV

Anatomie pathologique. — **I. Le parasite.** — Il peut se présenter sous deux aspects absolument différents :

1° La *forme simple ou univésiculaire*, caractérisée par l'absence de vésicules filles, la membrane mère ne renfermant que du liquide avec du sable échinococcique formé par les scolex;

2° La *forme composée ou multivésiculaire*, dans laquelle le parasite est encombré d'un nombre parfois considérable de vésicules filles. Dans ces derniers cas, les vésicules filles sont toujours contenues à l'intérieur d'une vésicule mère.

L'unique différence entre ces deux formes est une différence d'âge : *un kyste hydatique jeune sera univésiculaire et un vieux kyste multivésiculaire.*

La forme multivésiculaire est toujours la plus fréquente, même chez l'enfant. Elle se rencontre chez ce dernier dans les 2/3 des cas, et chez l'adulte dans les 5/6.

Le volume du parasite est variable; le plus souvent il est comparé à une tête de fœtus, à une tête d'adulte. Parfois il est plus petit, parfois il a des dimensions énormes remplissant toute une moitié de l'abdomen.

II. Kyste proprement dit. — On désigne sous le nom de *kyste proprement dit* ou *adventice* l'enveloppe fibreuse qui entoure et encapsule le parasite, ce dernier étant représenté par la membrane mère, membrane germinale et cuticule et par son contenu.

(1) Nicaise. Th. de Paris, 1905.

Le kyste proprement dit est dû à la réaction inflammatoire des tissus qui environnent le parasite. Il faut bien savoir qu'il ne s'agit nullement d'une membrane spéciale, individualisée et dissociable. Elle est constituée, au contraire, aux dépens du parenchyme rénal.

Le parasite agit à la façon d'un corps étranger vivant et actif qui tend sans cesse à s'accroître. Il va donc exercer une compression progressive sur le parenchyme environnant.

Les éléments épithéliaux du parenchyme rénal, sous l'influence de cette action mécanique continue, vont s'atrophier et disparaître, tandis que les éléments conjonctifs entreront en prolifération.

Sur une coupe, nous trouverons la zone fibreuse formée de fibres conjonctives à directions concentriques qui constitue l'adventice. En dedans, cette zone s'arrête brusquement au niveau du feuillet articulaire de la membrane mère.

Les adhérences entre la cutile et l'adventice sont rares et en tous cas facilement rompues. En dehors, au contraire, la zone conjonctive ne présentera pas de limites précises. On verra, en effet, à ce niveau les fibres conjonctives à directions parallèles de l'adventice s'écarter un peu les unes des autres, laissant entre elles des espaces où se logeront les éléments nobles du parenchyme.

En résumé, l'adventice fait corps avec le parenchyme et il n'existe pas de plan de clivage entre les deux.

C'est pour cela que : 1° l'*énucléation* repose sur une grosse erreur d'anatomie pathologique ; 2° son emploi est très dangereux, car il conduit à déchirer le parenchyme et à provoquer par suite des hémorragies en nappe très difficiles à arrêter.

Aussi, si l'on veut employer ce procédé, l'on devra tailler résolument avec le bistouri en plein parenchyme autour du kyste, sans rechercher un plan de clivage qui n'existe pas. Ce sera une *néphrectomie partielle*.

Signalons encore, à propos de l'adventice, que son réseau vasculaire n'est nullement destiné à la nutrition du kyste, qu'elle ne dérive pas d'une lésion inflammatoire, mais simplement, comme nous venons de le voir, d'une action mécanique de compression.

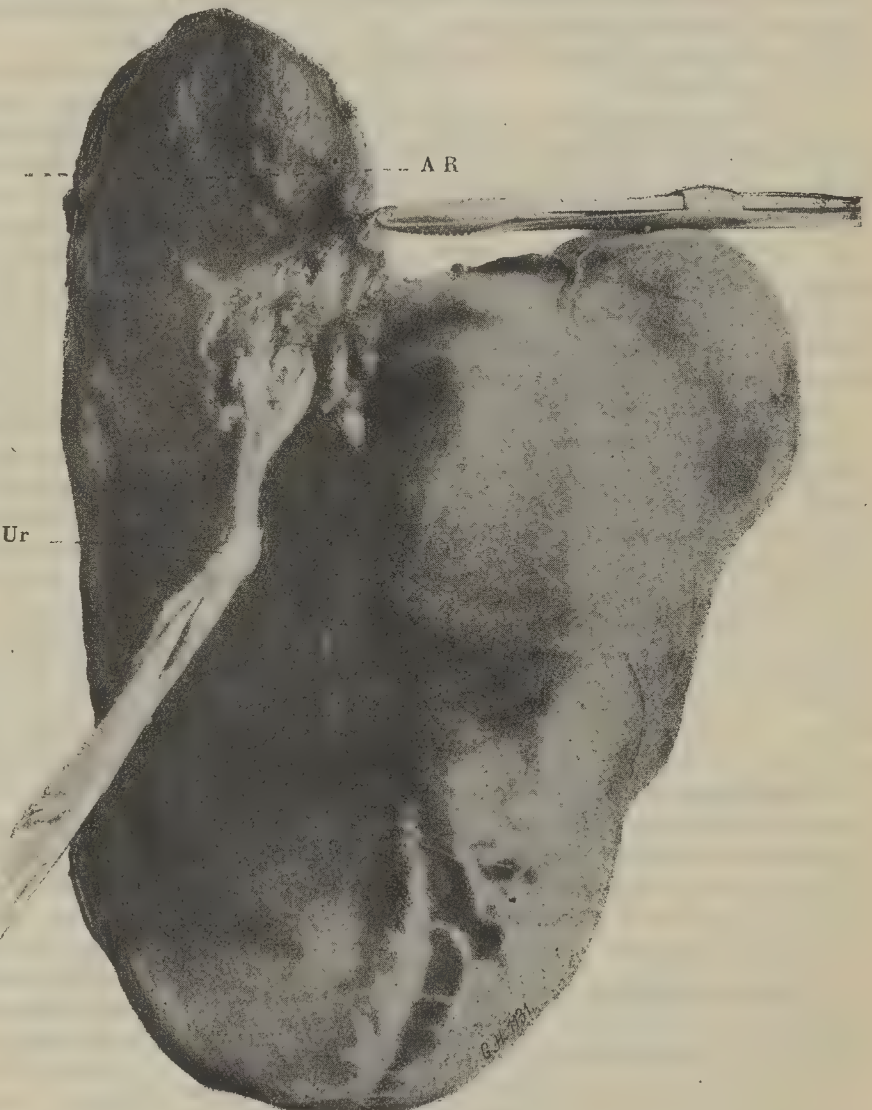
Signalons enfin que l'adventice peut subir la dégénérescence calcaire.

III. Rapports de la tumeur parasitaire avec le rein. — Le kyste peut affecter avec le rein des rapports variés :

1° Tout d'abord, on peut, dans certains cas, se demander s'il ne s'agit pas de *kystes développés extérieurement au rein et fusionnés secondairement à cet organe*, mais ce doit être l'exception, étant donné que, dans l'immense majorité des cas, le kyste du rein est primitif.

2° Le *kyste est pédiculé*. Nous n'en connaissons comme exemples que les cas de Segond et Baldini.

3° Le *kyste s'est développé au niveau d'un pôle rénal*. C'est le cas le plus fréquent, surtout dans les kystes au début. L'on trouve alors de grandes étendues de parenchyme rénal absolument sain. Le kyste siège avec une fréquence à peu près égale au pôle supérieur et au pôle inférieur.



Kyste hydatique du rein enlevé par néphrectomie. Guérison. (Louge et Daniel. *Soc. de chir. de Marseille*, 17 déc. 1912.) — Le parenchyme rénal est réduit à la portion située au-dessus du pointillé. — A R = artère rénale ; Ur = uretère.

4° Le *kyste siège au niveau du bord convexe*. Il s'ouvre alors assez souvent dans le bassinet.

5° Le *kyste a envahi la presque totalité du parenchyme rénal*. On se trouve alors en présence d'une cavité de volume variable et limitée par une paroi d'épaisseur inégale, susceptible de présenter en un point donné, soit à un des pôles, soit sur une de ses faces, une saillie plus ou moins considérable ; c'est ce qui reste du parenchyme rénal. Dans certains cas, le rein sera entièrement transformé en tissu fibreux et on ne trouvera aucune trace de parenchyme à l'examen microscopique.

Ce processus d'extension du kyste, avant d'aboutir à la phase de destruction complète du parenchyme rénal, passe par une phase intermédiaire, où l'on peut noter de l'hypertrophie des glomérules avec épaississement de la capsule de Boumann, de l'infiltration conjonctive autour des vaisseaux et tubes contournés, de la prolifération du tissu interstitiel entre les canalicules, dont les cellules augmentées de volume peuvent présenter un protoplasma granuleux trouble.

En résumé, suivant l'âge du kyste et sa situation primitive par rapport au rein, nous pourrons trouver les types anatomiques suivants :

1° Si le *kyste est jeune*, il sera tout petit, enfoui dans le parenchyme.

2° Si le kyste est *plus âgé*, il formera une tumeur le plus souvent simplement surajoutée au rein. Cette forme est relativement favorable, l'organe ne subissant pas trop de dommages.

3° Kyste *très vieux*. La valeur fonctionnelle du rein est fortement compromise.

4° Le kyste est *engainé sous la capsule propre*, extérieurement au parenchyme ou simplement réuni au rein par un *pédicule*.

Signalons que, dans les cas où le parenchyme rénal est presque totalement détruit, l'autre rein est le siège d'une hypertrophie compensatrice. Mentionnons enfin la possibilité de *kystes multiples dans un seul rein* (7 observations pour le rein droit et 4 pour le rein gauche).

L'embryon hexacanthe peut envahir aussi les deux reins et même produire des *kystes multiples dans les deux reins simultanément*, comme dans le cas de Dunn.

V

Symptomatologie. — *Le kyste hydatique du rein est une affection à début insidieux, à évolution lente et progressive, et de diagnostic très difficile, malgré sa symptomatologie complexe; un seul signe, l'hydatidurie, pouvant affirmer le diagnostic, mais étant loin d'être constant.*

I. Période de début. — Cette période est souvent fort longue et tout à fait silencieuse, se révélant seulement par quelques symptômes de compression.

C'est ainsi que le malade se plaindra d'une vague pesanteur dans le ventre avec tiraillements douloureux, parfois d'une gêne respiratoire avec accès de suffocation.

D'autres fois, ce sera pour une constipation opiniâtre que le malade viendra vous consulter.

Il va sans dire que le diagnostic ne sera jamais porté à cette période, qui pourra pourtant durer de longues années, pendant lesquelles le kyste évoluera cependant en se développant aux dépens du parenchyme rénal.

II. Période d'état. — La transition entre ces deux périodes est le plus souvent insensible.

Quoi qu'il en soit, nous emprunterons les éléments de notre diagnostic à l'interrogatoire du malade qui nous apprendra les *symptômes fonctionnels* et d'autre part à un *examen somatique* conduit méthodiquement sans négliger toutefois les *méthodes de laboratoire* qui nous permettront d'affirmer le diagnostic d'échinococcose.

A. Symptômes fonctionnels. — 1. *Douleurs lombaires et intercostales.* — Elles ne sont autre chose que l'expression symptomatique de la compression par la tumeur rénale de la douzième paire intercostale et des nerfs grands et petits abdomino-génitaux qui sont en rapport avec la face postérieure du rein.

2. *Constipation.* — C'est aussi un symptôme mécanique de compression. Elle est parfois opiniâtre au point d'affecter l'allure d'une pseudo-occlusion intestinale.

3. *Troubles respiratoires.* — Ils consistent en une dyspnée mécanique avec accès légers de suffocation.

4. *Hydatiduries. Coliques néphrétiques.* — C'est un symptôme capital. La présence de vésicules filles dans les urines est presque pathognomonique d'un kyste hydatique de l'arbre urinaire. Il est vrai qu'il peut s'agir aussi d'un kyste abdominal s'ouvrant secondairement dans les voies urinaires. A l'examen microscopique des urines, on trouvera des scolex ou des crochets d'hydatides. L'expulsion des vésicules s'accompagne du tableau clinique caractéristique de la colique néphrétique sur lequel nous n'insisterons pas. Ces symptômes douloureux font cependant défaut dans quelques observations.

L'hydatidurie indique une rupture du kyste dans le bassinet. Le kyste communiquant alors avec l'extérieur est par cela même en danger d'infection.

B. Signes physiques. — 1. *Inspection.* — L'on ne trouve de modifications à l'aspect extérieur de l'abdomen que lorsque l'on est en présence d'un kyste hydatique très volumineux, refoulant devant lui la paroi abdominale antérieure.

2. *Palpation.* — Pour palper la loge rénale, nous pourrons employer soit le procédé du pouce de Glénard, soit le procédé bimanuel de Guyon. Ce dernier nous permettra de rechercher et de trouver, dans le cas de kyste rénal, le *ballottement rénal*, signe que Guyon a donné comme caractéristique des tumeurs rénales. La valeur de ce signe a été cependant discutée par Delbet dans ses cliniques. Deux conditions sont en effet nécessaires et suffisantes pour avoir le ballottement rénal : 1° mobilité de la tumeur; 2° son contact lombaire. Or d'autres tumeurs que celles du rein sont susceptibles de répondre à ces deux conditions. C'est ainsi que Delbet a trouvé le ballottement rénal dans un cas où il s'agissait de kyste hydatique de la vésicule biliaire. Aussi pour lui le ballottement rénal n'est-il pas à lui seul une preuve certaine de l'existence d'une tumeur rénale.

3. *Percussion.* — Elle nous fournit deux signes importants :

1° *Sonorité en avant de la tumeur rénale.* — Si l'on percute en effet une tumeur rénale, un kyste hydatique assez volumineux par exemple, l'on trouve une bande de sonorité interposée à deux bandes de matité. Cette sonorité est due à la présence du côlon transverse en avant de la tumeur. Ce signe est très important et presque constant, sauf toutefois dans

les cas de kystes hydatiques très volumineux refoulant le côlon devant eux ou l'aplatissant simplement en venant se mettre en contact avec la paroi.

2° *Le frémissement hydatique de Blatin.* — C'est un signe pathognomonique de kyste hydatique, mais il est d'une rareté exceptionnelle. Nous n'avons trouvé que deux observations où on le signale. Ce sont celles de Brodbourg et de Peyrot. Il nous a été donné de l'observer nous-même dans un cas (1) où il nous a permis de faire le diagnostic.

4. *Ponction.* — Là, comme dans tout autre cas de kyste hydatique, la ponction simple, utilisée comme moyen de diagnostic, est à rejeter formellement. Il est inutile d'insister sur ses dangers.

5. *Radioscopie.* — Elle peut faciliter dans certains cas le diagnostic.

6. *Cystoscopie. Cathétérisme de l'uretère.* — On peut les utiliser d'abord comme moyen de diagnostic. Il en est ainsi dans le cas d'hydatidurie, où l'on devra, si la tumeur rénale n'est pas perceptible, examiner la vessie au cystoscope pour y rechercher la présence d'un kyste ou d'une perforation par laquelle un kyste hydatique du bassin aurait pu s'ouvrir dans le réservoir vésical.

La cystoscopie pourra aussi être utile pour éliminer différents diagnostics tels qu'uronéphrose. Il en sera de même pour le cathétérisme urétéral.

Enfin, *avant de faire une néphrectomie pour kyste hydatique du rein, on devra faire le cathétérisme des deux uretères* : 1° pour s'assurer de l'existence et de la valeur fonctionnelle de l'autre rein; 2° pour connaître la valeur fonctionnelle du rein malade. C'est là un point important sur lequel nous reviendrons à propos des indications opératoires.

C. Etat général. — Il se conserve intact très longtemps dans le cas de kyste hydatique, ce qui nous permettra d'éliminer les tumeurs malignes du rein.

D. Méthodes de laboratoire. — A l'heure actuelle, elles nous permettent dans la grande majorité des cas de pouvoir affirmer le diagnostic de kyste hydatique.

Nous étudierons seulement : *l'éosinophilie, la réaction de fixation de Weinberg, le précipito-diagnostic de Fleig et Lisbonne et la réaction de la méiostagmine.*

Les deux premières sont de beaucoup les plus importantes.

1. *Éosinophilie sanguine.* — Dans le cas de kyste hydatique, l'éosinophilie oscille de 5 à 12 p. 100. Cette réaction n'a cependant pas une valeur absolue, car : 1° *elle fait assez souvent défaut*, notamment dans les cas de kystes morts et calcifiés ou de kystes suppurés, parfois même de kystes en activité, non suppurés; 2° *l'éosinophilie n'est pas une réaction spécifique*, car on peut la rencontrer dans bien d'autres états morbides.

La genèse de l'éosinophilie dans l'échinococcose a été attribuée par Boidin et Fiessinger (2) à la formation dans la paroi des kystes d'amas embryonnaires au niveau desquels les lymphocytes se transforment sur place en éosinophiles, lesquels sont ensuite absorbés par les nombreux capillaires qui se rencontrent autour de ces foyers d'origine.

Un fait très important à connaître pour le traitement est la *disparition subite de l'éosinophilie après l'évacuation complète du kyste.* On peut en conclure que la disparition subite et définitive de l'éosinophilie est l'indice de la guérison, que sa diminution progressive doit faire penser à une évacuation incomplète, que sa persistance traduit l'existence d'un autre kyste passé inaperçu, que sa réapparition secondaire enfin indique soit une récidive du kyste, soit plus tardivement le développement d'échinococcose secondaire.

2. *Réaction de fixation de Weinberg.* — Sans étudier la technique de la réaction de Weinberg, ce qui nous entraînerait hors de notre sujet, rappelons qu'il existe deux procédés de recherche, l'un rapide utilisant le sérum frais du malade, l'autre lent utilisant du complément de cobaye. Ce dernier est plus sûr. Aussi quand le procédé rapide aura donné un résultat négatif, l'on ne devra pas s'en contenter, mais recourir au contraire au procédé lent, ce sera un moyen d'éviter de nombreuses erreurs.

Cependant, même en tenant compte de ce fait, il arrive que la réaction de Weinberg soit négative alors qu'il s'agit cependant d'un kyste hydatique. Ceci signifie dans la plupart des cas que le liquide hydatique n'a pas traversé la paroi du kyste en quantité suffisante pour donner lieu à la formation d'anticorps.

Contrairement à l'éosinophilie, la réaction de Weinberg ne devient pas négative tout de suite après l'opération. Souvent, au contraire, le sérum renferme plus d'anticorps après l'intervention. C'est ainsi que chez un malade nouvellement opéré, la séro-réaction peut être nettement positive, tandis que le diagnostic avant l'opération était négatif. L'on peut enfin retrouver les anticorps spécifiques plusieurs années après l'opération.

3. Le *précipito-diagnostic de Fleig et Lisbonne* ne donne pas toujours des renseignements très exacts. Il n'est positif que dans un tiers des cas.

4. La *réaction de la méiostagmine* a donné des résultats contradictoires.

En résumé, quand nous serons en présence d'une tumeur rénale de diagnostic délicat, nous aurons recours à la recherche de l'éosinophilie et à la réaction de Weinberg.

Chauffard et Vincent admettent, au point de vue des réactions toxiques de l'échinococcose, *trois types biologiques :*

1° *Formes complètes :* éosinophilie et Weinberg positives;

2° *Formes dissociées :* Weinberg sans éosinophilie;

3° *Formes latentes :* ni Weinberg, ni éosinophilie.

L'on conçoit aisément l'intérêt pratique considérable que comportent ces réactions, qui ne sont pas constantes dans le cas d'échinococcose, mais qui, lorsqu'elles sont positives, peuvent faire affirmer la présence d'un kyste hydatique dans l'organisme.

(1) Louge et Daniel. Communication à la *Société de chirurgie de Marseille*, le 17 décembre 1912.

(2) Boidin-Fiessinger. *Soc. méd. des hôpit.*, 31 janv. 1908.

VI

Complications. — *A.* Mentionnons tout d'abord que certains kystes, par le **volume excessif** qu'ils atteignent, peuvent amener la mort dans le marasme avec constipation opiniâtre et troubles digestifs, troubles urinaires, gêne respiratoire. Ces cas sont exceptionnels de nos jours.

B. **Rupture.** — C'est une complication autrement fréquente et autrement grave dans certains cas. Cette rupture peut se faire :

1. Dans le bassinet. — Nous aurons alors *hydatidurie* avec tous les symptômes des coliques néphrétiques qui l'accompagnent. Nous avons signalé précédemment l'hydatidurie comme symptôme ; si nous la rangeons ici dans le groupe des complications, c'est que l'ouverture de la poche kystique dans le bassinet met le kyste en communication directe avec l'extérieur par l'intermédiaire des voies urinaires inférieures. Or si celles-ci sont infectées, on conçoit facilement que le kyste lui-même ne tardera pas à l'être. Cette ouverture du kyste dans le bassinet est la plus fréquente de toutes les complications, Nicaise l'a relevée 134 fois sur un total de 357 observations.

2. Dans le tube digestif. — Nous citerons à ce propos les deux cas d'ouverture de kystes hydatiques du rein dans le côlon rapportés par Spangemacher et Tédenat.

3. Dans le péritoine. — Les cas en sont assez rares (Longuet, Harz). Il pourra en résulter une péritonite si le kyste est infecté ou, dans le cas contraire, des phénomènes d'intoxication aiguë ou même de l'échinococcose secondaire du péritoine.

4. Dans la peau de la région lombaire.

5. Dans l'appareil respiratoire. — Nous aurons alors l'expulsion par les bronches de liquide clair, eau de roche, contenant des débris d'hydatides (observations de Gorsse et Moret, de Peyrot). Fiaux rapporte un cas où la rupture se fit simultanément dans le bassinet et les voies respiratoires.

C. **Infection.** — Nous avons déjà vu que, dans la majorité des cas, elle succédait à l'ouverture du kyste dans le bassinet. Si cette communication persiste, nous aurons de la pyurie, si non, nous aurons tous les symptômes d'une pyonéphrose.

D. **Signalons** sans y insister le cas rapporté par Legueu (1) de **tuberculose d'un rein atteint d'échinococcose.**

E. **Hémorragies intrakystiques.** — Lapersonne (2) a décrit un cas d'hémorragie intrakystique qu'il attribue à la rupture de la portion du rein restée intacte dans la cavité kystique et dans le tissu cellulaire voisin.

(1) Legueu. *Soc. de chir. de Paris*, 20 janv. 1909.
(2) De Lapersonne. *Progrès méd.*, 1880, p. 345.

VII

Diagnostic. — Le kyste hydatique du rein est une affection à évolution particulièrement lente et silencieuse, sans symptômes permettant de la caractériser nettement.

L'hydatidurie est en effet le seul signe dont la simple constatation suffise à faire porter un diagnostic certain.

Dans la majorité des cas, en effet, ce sera l'ensemble du tableau symptomatique qui pourra nous faire penser au kyste hydatique du rein. Nous ne pourrons arriver à ce résultat qu'après un interrogatoire bien conduit qui nous apprendra le début torpide de l'affection se révélant seulement par quelques vagues malaises.

La lenteur d'évolution est aussi en faveur du kyste hydatique. Nous devrons enfin attacher une grande importance à l'intégrité presque absolue de l'état général.

Quant à l'examen local, nous devons dire que les nombreux signes que nous avons énumérés et décrits dans la symptomatologie sont loin d'avoir une égale valeur au point de vue du diagnostic. Aussi, dès que nous aurons découvert dans l'abdomen la présence d'une tumeur, nous devrons en étudier minutieusement tous les caractères, mais nous rechercherons surtout le ballottement, le refoulement dans la loge rénale, la sonorité sur la face antérieure de la tumeur.

Si nous sommes certains que nous nous trouvons en présence d'un rein, nous devrons, dès lors, tâcher de faire un choix parmi les tumeurs rénales. C'est alors que le cathétérisme des uretères et surtout les méthodes de laboratoire pourront nous rendre de précieux services.

Grâce à tous ces éléments réunis, le chirurgien pourra assez souvent intervenir, avec un diagnostic déjà nettement posé. Que l'on soit loin cependant de croire que ce diagnostic est aisé, nons n'en donnerons comme preuves, à côté de tant d'erreurs commises journellement, que les diagnostics suivants portés par des maîtres éminents, alors qu'il s'agissait d'échinococcose rénale (1) :

Baldini .... kyste de l'ovaire ;
Spiegelberg ..... kyste de l'ovaire ;
Hinckeldeyn..... carcinome rate, rein ou pancréas ;
Nélaton .... kyste hydatique de la rate ;
Spiegelberg ..... kyste du ligament large ;
Pick............. kyste du pancréas ;
Wagner .... kyste hydatique du foie ;
Spencer Wells.. lipome du mésentère ;
Le Dentu .... hydronéphrose ;
Knie .... hydronéphrose.

Le diagnostic est impossible à établir à la première période. Il ne peut être discuté qu'à la période d'état.

Nous distinguerons deux cas, suivant qu'il y a hydatidurie ou non, ce symptôme suffisant à lui seul à faire porter le diagnostic, sauf dans quelques cas exceptionnels que nous allons passer en revue.

(1) Marchat. Th. de Paris, 1900.

I. **Diagnostic en cas d'hydatidurie.** — Il s'agit évidemment d'un kyste hydatique, mais il reste à faire un diagnostic de siège.

Or, cette tumeur peut appartenir au rein (c'est le cas le plus fréquent), à la vessie, aux parties voisines, notamment au bassin.

Les *kystes du bassin* sont le plus souvent des kystes de l'os iliaque avec symptomatologie bien nette. Leur ouverture dans les voies urinaires n'est qu'un épiphénomène.

Les *kystes de la vessie* sont d'une rareté extrême. Aussi, en présence d'hydatides dans les urines, doit-on penser aux kystes rénaux et en rechercher minutieusement les signes. L'examen cystoscopique pourra donner quelques bons renseignements.

II. **Diagnostic en cas de tumeur sans hydatidurie.** — Nous distinguerons deux cas suivant que nous avons affaire à une grosse ou à une petite tumeur. *Nous chercherons d'abord à faire le diagnostic de l'organe, puis celui de la lésion.*

A. Grosse tumeur. — On doit tout d'abord chercher la nature physique de la tumeur.

Est-elle liquide, franchement fluctuante ou simplement rénitente ?

1. Il faut de suite éliminer l'*ascite,* en cherchant la variabilité des zones de matité et de sonorité dans les différents mouvements du malade.

2. Chez la femme, nous songerons avant tout au *kyste de l'ovaire,* qui sera d'ordinaire facile à diagnostiquer grâce à sa matité caractéristique et à sa position juxta-utérine. Remarquons cependant que les erreurs de diagnostic seront beaucoup plus faciles dans les cas de kystes de l'ovaire à long pédicule se logeant dans la partie supérieure de l'abdomen, mais dans ces cas nous nous souviendrons que, contrairement aux tumeurs rénales, le kyste de l'ovaire se développe de bas en haut.

3. Le *cystofibrome* se distingue par ses connexions avec l'utérus et l'accroissement de la cavité utérine.

4. Les *salpingites* avec *pyosalpinx* se distingueront par leur évolution par poussées avec température et phénomènes locaux caractéristiques.

5. Les *tumeurs du mésentère* sont médianes, semblent se développer sur place. Elles sont de plus caractérisées par leur grande mobilité et leur situation rétro-intestinale.

6. Les *grosses vésicules biliaires* poussent de haut en bas, leur matité se continue avec celle du foie. On observe de plus, très souvent, des troubles hépatiques.

B. Tumeurs petites ou de moyenne grosseur. — Elles donnent en général l'aspect d'une tumeur solide.

1. *Tumeurs des parois abdominales.* — Elles se distinguent par deux signes importants : 1° Elles sont immobilisées par la contraction des muscles de l'abdomen. Ce signe n'est pas toujours très net, car la sangle musculaire tendue bride aussi les tumeurs rétropariétales et les immobilise également dans une certaine mesure. 2° La contraction musculaire rend les tumeurs pariétales plus apparentes. Si la tumeur devient plus saillante pendant la contraction de la paroi, elle est sûrement pariétale, mais si elle ne le devient pas, il n'est pas sûr qu'elle ne le soit pas.

2. *Tumeurs de la vésicule biliaire.* — Elles sont généralement allongées dans le sens vertical, siègent au niveau du bord externe du grand droit de l'abdomen, leur matité se continue avec celle du foie, on peut les limiter facilement du côté de l'intestin. Enfin elles s'accompagnent de signes fonctionnels particuliers. Malgré tous ces signes distinctifs, l'erreur est cependant fort possible. Rappelons que Delbet a trouvé du ballottement rénal dans un cas où il s'agissait d'un kyste hydatique de la vésicule biliaire.

3. Les *tumeurs de la rate* se distinguent par les signes suivants :

α. Elles sont mobiles avec le diaphragme ;

β. Elles ne peuvent pas se refouler dans la loge rénale ;

γ. Elles ne présentent pas le ballottement rénal ;

δ. Leur bord antérieur est tranchant ;

ε. La matité à leur niveau est continue, car elles sont en contact direct avec le gril costal, sans interposition d'anses intestinales.

4. Les *tumeurs du pancréas* sont rares. Il faudra cependant penser aux kystes de la queue du pancréas. Ils sont médians et rétrogastriques.

5. Les *fibromes utérins pédiculés.* — Ils sont très mobiles et évoluent de bas en haut.

6. *Grossesse extra-utérine.* — Le diagnostic est ordinairement facile, car la tumeur est juxta-utérine.

7. *Kyste de la face inférieure du foie.* — Nous aurons les mêmes éléments de diagnostic que pour les tumeurs de la vésicule biliaire.

8. *Tumeurs des angles coliques.* — Elles sont immobiles et assez distantes de la loge rénale.

III. **Diagnostic avec les autres tumeurs du rein.** — Nous voilà donc à peu près certains de nous trouver en présence d'une tumeur rénale. Il nous reste à porter le diagnostic de la lésion. Pour cela, nous éliminerons successivement les diagnostics suivants :

1° Cancer. — Son évolution rapide, la cachexie qu'il entraîne et les hématuries qui l'accompagnent constamment sont autant de signes distinctifs. Remarquons cependant que l'on a vu dans certains cas le kyste hydatique du rein s'accompagner d'hématuries et même parfois de varicocèle, ce qui rendait l'erreur de diagnostic presque fatale.

2° Tuberculose. — Ici, nous trouverons également des hématuries et de la pyurie. L'état général sera atteint. L'on pourra rechercher le bacille de Koch dans les urines et recourir à l'inoculation de tuberculine, à la cuti ou à l'ophtalmo-réaction ou au sérodiagnostic de la tuberculose. L'on pourra enfin faire des inoculations d'urines au cobaye ; c'est là le moyen le plus certain. La réaction de Weinberg sera négative.

3° Pyonéphroses fermées. — Nous aurons affaire à un gros rein douloureux à la pression. Il y aura élévation de température. Enfin, nous ne négligerons pas les résultats que nous fournira le cathétérisme des uretères.

4° Uronéphrose. — C'est l'erreur de diagnostic le plus fréquemment commise. Ici, de même que dans le cas de kyste hydatique, la marche de l'affection est silencieuse, le ventre est volumineux, le palper y révèle l'existence d'une tumeur arrondie, quelquefois irrégulière, rénitente, parfois même fluctuante, mate à la percussion. Mais l'*examen cystoscopique* nous montrera :

a. Dans les *uronéphroses fermées* que l'un des orifices urétéraux ne laisse pas passer l'urine ;

b. Dans les *uronéphroses ouvertes* que l'urine de l'uretère malade s'écoule en bavant et à des intervalles plus espacés que le jet unilatéral du côté sain.

Cet examen sera facilité par l'injection préalable de bleu de méthylène.

Le *cathétérisme urétéral* nous montrera :

a. Dans les *uronéphroses fermées* l'existence d'un obstacle infranchissable ;

b. Dans les *uronéphroses ouvertes* le cathétérisme nous permettra d'arriver jusqu'à l'obstacle et de recueillir l'urine sécrétée dans le rein ; souvent, on pourra pénétrer d'emblée avec la sonde dans la poche rénale et recueillir ainsi le liquide qu'elle contient. Si ce dernier est semblable à l'urine du rein sain, il n'y a pas uronéphrose.

5° Kystes rénaux. — A. *Gros rein polikystique.* — On le distinguera aisément si l'on connaît sa *bilatéralité*, l'aspect bosselé de sa surface et si l'on sait qu'elle s'accompagne d'hématurie, de douleurs lombaires et des petits signes du brightisme ainsi que de polyurie.

B. *Grand kyste séreux du rein.* — Son évolution est analogue à celle du rein polikystique dont elle ne diffère que par l'unilatéralité et l'aspect lisse de la tumeur. Son diagnostic ne pourra s'établir que grâce aux méthodes de laboratoire.

IV. **Diagnostic des complications.** — I. *Diagnostic dans le cas de kyste hydatique suppuré.*

Ce diagnostic est à faire avec :

1° Les *pyonéphroses* ;

2° Les *abcès périnéphritiques.*

Il est très délicat et ne se fait qu'au moment de l'intervention.

II. *Diagnostic de la rupture du kyste et de l'échinococcose péritonéale secondaire.* — Si le diagnostic de kyste hydatique du rein n'a pas été porté avant que se produise la rupture, deux cas se présentent :

1° La rupture se fait de façon silencieuse, dans l'intestin par exemple. Dans ce cas elle pourra passer complètement inaperçue.

2° Elle s'accompagne de symptômes marqués. C'est le cas de la rupture dans le péritoine avec phénomènes de shock péritonéal qui seront suivis des signes de l'échinococcose péritonéale. C'est aussi le cas de la rupture dans les voies respiratoires avec rejet de liquide hydatique par les bronches.

Il sera ordinairement aisé de penser à un kyste hydatique de l'abdomen ou du thorax, mais il sera souvent impossible d'en préciser le siège initial, surtout si, le kyste s'étant complètement vidé, il ne reste plus de traces de la tumeur rénale.

VIII

Pronostic. — De l'étude qui précède, nous pouvons conclure à la bénignité de cette affection au triple point de vue du caractère de la tumeur, du retentissement sur l'état général et du retentissement sur les voies urinaires.

Quant au pronostic opératoire, il est également favorable de nos jours, à condition toutefois que l'on ait bien soin d'appliquer à chaque lésion le traitement qui lui convient.

IX

Traitement. — Rappelons pour mémoire que ce fut Bœckel qui, en 1877, tenta avec succès la première néphrectomie transpéritonéale dans un cas de kyste hydatique du rein.

Arateas l'aurait fait avant lui, mais il ne publia son observation qu'en 1890.

En 1892, Houzel fit une néphrectomie, mais, comme il s'agissait d'un rein unique, le malade mourut d'urémie.

Nous étudierons successivement les moyens de traitement de la période préantiseptique et de la période moderne.

I. **Traitements médicaux et chirurgicaux de la période préantiseptique.** — *A.* Electrolyse. — Ce procédé a été recommandé par Simon (1) qui l'a érigé en principe pour les cas où le kyste est encore petit, de date récente et non suppuré.

B. Ponction simple évacuatrice. — Nous n'insisterons pas sur les dangers de ce procédé, bien connus à l'heure actuelle.

C. Ponction suivie de l'injection d'un liquide modificateur. — Il y a un grand nombre de procédés suivant le liquide employé, suivant sa concentration, suivant qu'on le retire après la ponction ou qu'on l'abandonne dans la poche.

Chassaignac et Aran emploient la teinture d'iode. Hanot injecte 25 à 30 grammes de liqueur de van Swieten qu'il abandonne. Debove, 100 à 500 grammes de van Swieten qu'il enlève par lavage à l'eau. Bacelli enlève 20 centimètres cubes du liquide kystique, puis les remplace par la solution de sublimé, Chauffard par de l'eau naphtolée, Merklen par du peptonate ou du benzoate de mercure. Berneco (de Madrid) évacue le tiers du contenu de la poche, puis injecte à la place une quantité égale d'une solution d'azotate d'argent de 1 à 5 p. 100.

D. Ponctions répétées avec drainage. — Dans ce procédé, on remplace le trocart par un drain. C'est condamner presque sûrement la poche à l'infection.

E. Procédé de Récamier. — Il utilise les caustiques pour établir de fortes adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, puis ponctionne.

F. Procédé de Simon ou de la double ponction. — Il ponctionne le kyste, laisse le trocart en place pendant vingt-quatre heures, puis reponctionne quelques jours après en un autre point. En incisant

(1) Simon. Stuttgart, 1877.

d'un point à un autre, il peut être sûr des adhérences.

G. Procédé de Bégin-Volkmann. — C'est une kystotomie en deux temps :

Premier temps : Incision des parties molles jusqu'au péritoine, puis, celui-ci étant incisé sur une sonde cannelée et les vaisseaux étant pincés, il établissait un pansement enduit de cérat qu'il laissait en place jusqu'à ce que le kyste adhère à la plaie.

Deuxième temps : Incision du kyste.

II. Traitements chirurgicaux modernes. — Les procédés de la période préantiseptique sont aujourd'hui abandonnés. *Seule la ponction suivie d'injection modificatrice subsiste, non comme méthode de traitement, mais simplement comme premier temps d'une kystotomie.*

Dévé, en présence des nombreux cas de récidives postopératoires, a, en effet, préconisé le formolage préalable avec une solution de formol à 1 p. 100. C'est un point de technique adopté et mis en pratique par la grande majorité des chirurgiens.

A côté des moyens généraux de traitement applicables aux kystes hydatiques des différents viscères, *deux procédés opératoires sont propres à l'échinococcose rénale,* ce sont la *néphrectomie totale* et surtout la *néphrectomie partielle.* Nous allons passer en revue ces différents procédés. Nous en préciserons ensuite les indications respectives.

A. Néphrotomie. — Rappelons qu'avant toute néphrotomie nous devrons, pour éviter des récidives toujours possibles, pratiquer le formolage préalable de la poche kystique en ponctionnant cette dernière, en évacuant son contenu liquide que l'on remplacera par une égale quantité de solution de formol à 1 p. 100, que l'on retirera au bout de cinq minutes. Cette ponction sera pratiquée après la laparotomie, c'est-à-dire quand le chirurgien aura la tumeur en main.

I. *Voie d'abord du kyste rénal.* — 1. *Voie transpéritonéale.* — L'on fera une laparotomie médiane ou mieux latérale suivant le bord externe du grand droit. L'on se souviendra que le côlon coiffe le kyste et que l'incision du péritoine postérieur devra être pratiquée en dehors de lui et l'intestin récliné en dedans.

2. *Voie parapéritonéale.* — Incision allant de la onzième côte, en dehors du carré des lombes vers l'épine iliaque antéro-supérieure sur une longueur de 8 à 12 centimètres. La dissection par couches mène dans le tissu cellulaire périrénal, car le péritoine est laissé en avant et en dehors.

3. *Voie lombaire.* — Ici le péritoine n'est pas intéressé. Incision le long du bord externe de la masse sacro-lombaire. C'est la voie la plus usitée quand le diagnostic est nettement posé avant l'intervention.

II. *Description des différents procédés de néphrotomie.* — 1. *Néphrotomie simple suivie de réduction de la poche sans drainage.* — Après formolage, le kyste est incisé dans sa région la plus saillante. Les lèvres de la plaie cutanée sont bien protégées. Le kyste est évacué complètement. On en suture ensuite les bords de l'incision et on le réintègre dans l'abdomen. Ce procédé expose aux *hémorragies intrakystiques.*

2. *Marsupialisation.* — C'est le procédé de Lindemann-Landau. Il consiste à suturer les lèvres de la peau aux lèvres de l'incision du kyste. C'est un procédé efficace et bénin, mais qui retarde la guérison.

3. *Capitonnage de Delbet.* — Pour parer aux inconvénients de la néphrotomie simple avec réduction sans drainage, Delbet enlève la membrane hydatique en respectant l'adventice, puis opère le capitonnage. Pour cela on passe, avec des aiguilles à pédales coudées et très courtes, un gros catgut dans une des parois en embrochant une épaisseur de tissu suffisante pour que ce point d'appui soit solide. Il n'est cependant pas nécessaire que cette épaisseur soit considérable ; quelques millimètres suffisent. Par contre, l'orifice d'entrée et celui de sortie du fil doivent être distants d'au moins 1 centimètre et demi à 2 centimètres. On passe ensuite le même fil dans un point symétrique de la paroi opposée. On place ainsi 4 ou 5 fils que l'on serre ensuite.

Les hémorragies intrakystiques sont ainsi rendues impossibles.

4. *Procédé de Polosson.* — Il consiste en la décortication de la poche, suivie d'un tamponnement à la Mickulicz. Il repose sur une erreur d'anatomie pathologique. Il vaut mieux pratiquer la néphrectomie partielle.

B. Néphrectomie totale. — Elle pourra être pratiquée suivant 3 voies : trans, para ou rétropéritonéale. Elle sera conduite comme une néphrectomie totale ordinaire.

C. Néphrectomie partielle. — C'est le procédé opératoire idéal, puisqu'il enlève la tumeur, en respectant le tissu parenchymateux encore sain. C'est une méthode conservatrice qui a l'avantage, d'autre part, d'amener une guérison rapide, tandis que la marsupialisation traîne souvent en longueur.

Elle consiste à tailler avec le bistouri en plein parenchyme rénal à une certaine distance de la paroi kystique.

Elle nécessite comme conditions essentielles de réussite l'accolement de deux tranches rénales de même superficie et parfaitement vascularisées. Cet accolement sera pratiqué suivant la technique qu'a proposée Delbet pour le capitonnage et que nous avons rapportée plus haut.

Indications respectives des différents procédés opératoires. — I. Néphrectomie partielle. — C'est, comme nous l'avons déjà dit, le procédé idéal. Ses indications sont réalisées au maximum dans les cas de kystes hydatiques polaires ou de kystes hydatiques de petit volume développés à la partie moyenne du bord convexe du rein.

La néphrectomie partielle sera par contre inexécutable dans les cas où le kyste a pris naissance au niveau du hile.

II. Procédé de Delbet. — Il est indiqué dans les cas de kystes de moyen volume auxquels la néphrectomie partielle est difficilement applicable.

III. Néphrectomie totale. — Elle est indiquée dans les cas où le rein n'existe plus qu'à l'état de vestiges et fait corps avec la paroi du kyste. A un endroit donné, correspondant soit à un des pôles, soit à une des faces ou à un des bords de la tumeur, l'on peut constater l'existence d'un épaississement plus ou moins marqué. C'est ce qui reste du rein.

Mais avant de pratiquer la néphrectomie totale, l'on devra faire le cathétérisme des deux uretères et recueillir les urines des deux reins, cela pour deux raisons : 1° pour savoir si le rein malade n'a plus de valeur fonctionnelle; 2° pour s'assurer de l'existence et de la valeur fonctionnelle de l'autre rein. L'on s'évitera ainsi des surprises, comme dans le cas de Houzel qui fit la néphrectomie alors qu'il s'agissait d'un rein unique, et dont le malade ne tarda pas à mourir. La présence de plusieurs kystes hydatiques dans un seul rein est également une contre-indication de la néphrectomie totale.

IV. Marsupialisation. — La marsupialisation bénéficie des contre-indications des autres procédés :

1° Quand la néphrectomie partielle pour kyste hydatique localisé est difficile ;

2° Quand la néphrectomie totale est rendue impossible par les adhérences;

3° Quand le capitonnage est rendu difficile du fait de l'existence d'irréguralités des parois du kyste, ce qui est assez fréquent dans les kystes du rein.

4° Dans les cas de kystes suppurés.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. *Presse méd.*, 1901, t. II, p. 93-95. — Albarran et Imbert. *Tumeurs du rein*, 1903. — Alexinsky. Moscou 1899. — Aretaeas. *Verhandl. der X. intern. med. Cong.*, 1890; Berlin 1891, t. III, abt. VII, p. 222.

Bahr. Inaug. diss., Greifswald 1893, p. 49. — Baraduc. Th. de Paris, 1898. — Barker. *Soc. med.*, Londres, 15 déc. 1855, et *Glasglow med. Journ.*, t. III, 1855-1856. — Béraud. Th. de Paris, 1861. — Berger. Inaug. diss., Berlin 1885, p. 44. — Billard. *Union méd.*, 1863. — Birkett. *Guy's hosp. Rep.*, t. VII, 1851. — Bisaud. Th. de Paris, 1861. — Bitter. Inaug. diss., Greifswald 1886. — Blümcke. Inaug. diss., Greifswald 1888. — Bobrow. *Statistique russe de l'échinococcose*, 1894. — Bœckel. *Etude chirurgicale des kystes hydatiques du rein*, 1887. — Bœcker (Auguste). Inaug. diss., Berlin 1868. — Bogrewsky. *VIe Cong. méd.*, Russie 1896. — Bogoluboff. *Arch. chir. russes*, 1904. — Braillon. Th. de Paris, 1894. — Brodeur. Th. de Paris, 1880. — Brun. Th. de Paris, 1834. — Burckhardt. *Med. Corresp. des Wult.*, 1893.

Charcot. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1852. — Cadet de Gassicourt. Th. de Paris, 1856. — Champenois. Th. de Paris, 1900. — Chopart. *Traité des maladies des voies urinaires*, 1821, t. I. — Cramwell et Vegas. Buenos-Ayres 1901.

Devé. *Echinococcose secondaire*, Th. de Paris, 1901. — Dieulafoy. *Path. Int.*, t. III. — Dulitz. Inaug. diss., Rostock 1874.

Fenwick. *Trans. clin. Soc. London*, 1891. — Fergusson. *North-Western Lancet Saint-Paul*, 1892. — Fick. *Deut. Zeit. f. Chir.*, t. XXIV, 1885. — Finsen. *Uges. f. Läger.*, t. III. — Fischer. Inaug. diss., Greifswald 1888. — Fitz Patrick. *Austr. med. Gaz.*, t. XIII, 1894. — Freund et Chadwick. *Amer. Journ. of obst.*, 1874, t. VII. — Furbringer. Inaug. diss., Iéna 1877.

Gardner. Melbourne 1894. — Geiss. Inaug. diss., Marburg 1899. — Gerster. *Amer. Journ. of med. sc.*, 1897. — Gervais de Rouville. Th. de Paris, 1894. — Gosch. Marburg 1905. — Grohé. *Arch. f. klin. Chir.*, 1902, t. LXVI. — Guterbock. *Virch. Jahr.*, 1893, t. II.

Henczynski. Leipzig 1895. — Hildebrand Otto. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1895. — Houzel. *Revue de chir.*, 1898.

Jerosch Walther. Inaug. diss., Greifswald 1899. — Jonassen. Th. de Copenhague, 1882.

Karewski. *Berl. klin. Woch.*, 1899. — Krassintzeff. *Chirurgia*, t. XV, 1904. — Kummel. *Arch. f. klin. Chir.*, 1893 et 1903. — Kuster. Berlin.

Lamer (de). Th. de Paris, 1879. — Lavigne Sainte-Suzanne. Th. de Bordeaux, 1893. — Lazaras. *Gaz. des hôpit.*, 1834. — Le Dentu. *Affections chirurgicales des reins*, 1889. — Leigston-Lewis. *Amer. Journ. of urol.*, janv. 1912. — Legueu. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1909, t. XXV, p. 35; — *Leçons de clin. chir. de l'Hotel-Dieu*, 1901, p. 276; — Th. urol., 1910. — Legrand. Th. de Paris, 1890. — Lehmann. Inaug. diss., Greifswald 1894. — Lettsom. *Mém. med. Soc. London*, 1789. — Louge et Daniel. *Soc. de chir.*, Marseille, 17 déc. 1912. — Lhuillier. Th. de Paris, 1903. — Livois. Th. de Paris, 1843. — Lyon. *Amer. Journ. med. sc.*, t. CXXIII.

Madelung. Stuttgart 1885. — Magnusson. *Hosp. Titende*, 1835. — Mallez. *Soc. méd. des prat.*, Paris 1879. — Manasse. *Centralbl. f. die Krank. d. Hann.*, 1898. — Marchat. Th. de Paris, 1901. — Meier Sountag. Inaug. diss., Hall 1889. — Meissner. *Schmidt's Jahrb.*, 1867 et 1872. — Mercier. *Union med. Canada*, 1900.

Neyret. Th. de Paris, 1863. — Nicaise. Th. de Paris, 1905; — *XIIe Session de l'Assoc. franç. d'urol.*

Pupovac. *Wien. med. Woch.*, 1901. — Pluyette et Gamel. *Marseille méd.*, 15 mars 1913.

Rayer. *Maladies des reins*, 1841, t. III. — Raynaud. *Bull. de la Soc. anat.*, 1859. — Ribiera y Sans. *Revue med. Madrid*, 1891. — Roberts. Londres 1865. — Robertson. Inaug. diss., Freiburg 1890. — Roche. Th. de Lyon, 1837. — Romestan. Th. de Paris, 1881. — Roscher. Inaug. diss., Freiburg 1898. — Routier. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1909. — Ruszczynski. *Bull. de la Soc. de chir.*, Greifswald 1886.

Sabrazès, Loumeau et Muratet. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 19 mai 1912. — Sarrazin. Inaug. diss., Giessen 1904. — Schede. Hambourg 1887. — Schilling. *Centralbl. f. Chir.*, 1904. — Schultze. Inaug. diss., Greifswald 1896. — Schmalfuss. Inaug. diss., Breslau 1868. — Sérapin. *Ann. chir. russe*, 1898. — Simon. Stuttgart 1877.

Tabar. Th. de Lyon, 1901. — Tédenat. *Assoc. franç. d'urol.*, 1899. — Touren. Th. de Paris, 1865.

Wyss. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1901.

Ziege Inaug. diss., Berlin 1887.

ACTUALITÉS

L'EXPOSITION DE CHAMPIGNONS AU MUSÉUM

J'ai visité, avec le plus vif intérêt, l'exposition de champignons que M. le professeur Mangin, membre de l'Institut, organise quand vient l'automne, en son laboratoire du Muséum, lorsque du moins les conditions de la température favorisent l'éclosion de ces cryptogames.

Nulle exposition ne saurait être plus immédiatement et plus hautement utile, car c'est par la seule connaissance scientifique et raisonnée des espèces dangereuses que l'on parviendra, sinon à supprimer, du moins à réduire considérablement ces désastres qui s'abattent chaque année sur des familles entières lorsque les champignons commencent à apparaître.

On a exposé mille et mille fois, et nous l'avons personnellement fait ici même, qu'aucun procédé empirique ne permet de reconnaître la nocivité d'un champignon et, d'autre part, que cinq ou six champignons seulement peuvent entraîner des accidents graves ou mortels (1). Quels services ne peut-on donc pas attendre d'une aussi admirable leçon de choses que l'exposition organisée par M. le professeur Mangin.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 103.

Elle enseigne tout d'abord à se méfier de soi-même et à ne pas s'en rapporter à une science superficielle et souvent illusoire acquise à l'aide de livres et de planches en couleurs. Si parfaites que soient ces publications on se trouve désorienté lorsqu'on se trouve en présence de la nature, et l'on reste rêveur devant les faibles nuances — il n'y a pas d'autre mot — qui distinguent un honnête et succulent champignon d'un autre, non moins succulent peut-être, mais mortel. En mycologie comme ailleurs, savoir peu est pire que ne rien savoir, et là où l'ignorant se sauvera par humilité, celui qui croit savoir pourra payer sa présomption de sa vie. Et cela d'autant plus que chez les champignons comme chez tous les êtres il y a des variétés individuelles considérables et qu'à côté de types nets ne permettant pas la confusion, on rencontre fréquemment des exemplaires à caractères infiniment moins précis et qu'un connaisseur expérimenté pourra seul déterminer.

Il faut donc, soit que l'on veuille se livrer soi-même au délicieux plaisir de la cueillette des champignons, soit que l'on désire accepter sur sa table des espèces autres que la cèpe, la morille, la girole ou le champignon de couche, il faut, dis-je, étudier sérieusement, méthodiquement, longuement la mycologie. Des expositions comme celles du Muséum rendraient à ce point de vue d'éminents services, il conviendrait même de les multiplier, et c'est avec grand plaisir que nous avons eu connaissance de l'exposition mycologique, très réussie, de la ville de Fontainebleau.

Je regrette seulement que, tout en gardant à son exposition le caractère scientifique qu'elle doit avoir, M. Mangin ne la mette pas encore mieux à la portée du grand public en donnant à côté du nom scientifique de chaque espèce les noms populaires sous lesquels elle est connue. Je sais bien que ces noms sont très variables suivant les régions, mais quelques appellations prédominent toujours, et ce sont elles qui pourraient, ce me semble, être utilement indiquées. D'autre part ne serait-il pas possible de reconstituer en partie autour des types exposés l'ambiance où on les trouve? On pourrait tout au moins l'indiquer sommairement par une notice.

Ces légères critiques d'une création éminemment utile prouvent tout l'intérêt qu'elle m'inspire et j'estime qu'on doit savoir un gré infini à M. le professeur Mangin d'en avoir eu l'idée. Peut-être pourrait-il, lorsque reviendra l'époque de son exposition, donner à celle-ci une plus grande publicité. C'est par un entrefilet en tout petits caractères que j'ai appris par un journal l'ouverture de l'exposition du 63 de la rue Buffon. C'est en gros caractères, dans un endroit bien en vue qu'elle devrait être partout annoncée, et je suis convaincu qu'aucun journal ou périodique sérieux ne refuserait de s'associer à une œuvre aussi bienfaisante.

Puisque je parle des champignons, qu'il me soit permis d'exposer une autre idée. Je me rappelle avoir vu jadis un livre destiné aux écoles primaires et qui était composé de reproductions photographiques de manuscrits historiques de toutes les époques, manuscrits que l'on habituait les écoliers à déchiffrer. J'espère qu'on en est revenu de cette ridicule et, je dirai, dangereuse pratique. Ne serait-il pas préférable d'exercer les enfants de nos campagnes à reconnaître sans hésitation les espèces et les variétés de champignons croissant dans les régions qu'ils habitent? Ainsi entraînés dès l'enfance à discerner les espèces comestibles de celles qui sont nuisibles ou mortelles, garçons et filles y trouveraient de multiples bénéfices. Leur foi dans les procédés empiriques traditionnels serait détruite, leur esprit d'observation se développerait, ils augmenteraient leurs ressources alimentaires en consommant une foule d'honnêtes et excellents champignons qu'on délaisse aujourd'hui pour ne les point connaître, enfin et surtout ils ne risqueraient plus de laisser admettre à la table familiale les terribles amanites gorgées de phalline.

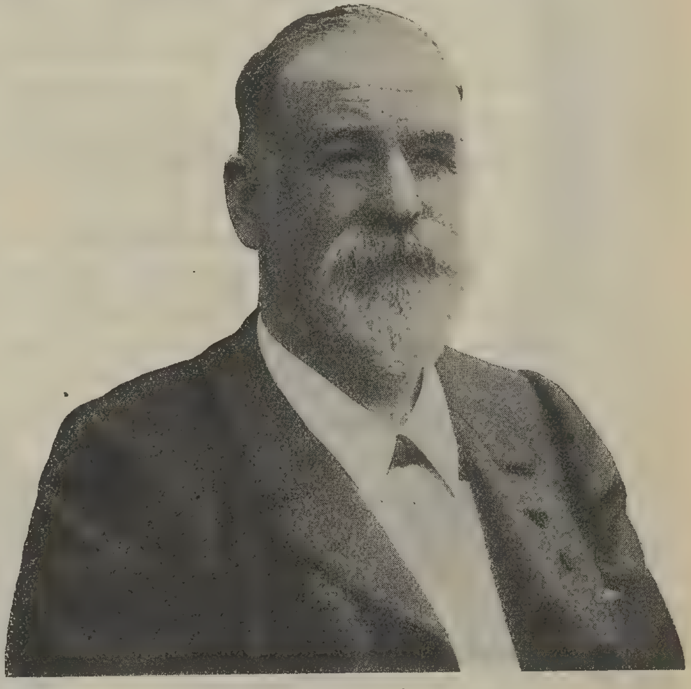
A. GAULLIEUR L'HARDY.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Lucas-Championnière vient de mourir subitement. C'est avec une profonde émotion que M. le président Delorme nous a appris la terrifiante nouvelle à la Société de chirurgie, émotion qui a gagné toute l'assistance. Si jamais un homme sembla défier les années, ce fut bien lui, resté si jeune, si vivant, si actif.

C'est une grande figure chirurgicale qui disparaît. Celui qui a introduit l'antisepsie en France, qui nous a appris la cure radicale des hernies, qui a tant fait pour la chirurgie osseuse et articulaire, pour la trépanation du crâne basée sur les localisations cérébrales, pour le traitement des fractures par le massage et la mobilisation précoce, mérite une place prépondérante dans l'histoire de la chirurgie française.

Né à Saint-Léonard (Oise), le 15 août 1843, fils d'un médecin très distingué, fondateur du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, Lucas-Championnière, comme son père, comme son frère, comme ses fils, embrasse la carrière médicale et deviendra le membre le plus illustre d'une de ces familles de médecins qui sont tout à l'honneur de notre profession. Interne des hôpitaux, en 1866, avec Dieulafoy, Lépine, Jacques Reverdin, il fut nommé chirurgien du bureau central



Cliché PIROU.

en 1874. Il fit partie de cette phalange de jeunes chirurgiens qui eurent la bonne fortune de naître, pour la chirurgie, à l'époque où, grâce à Lister et à Pasteur, elle se transforma si heureusement, et, avec Périer, Berger, Terrier et autres, il suivit les traces de Kœberlé et Péan dans la chirurgie abdominale. Mais, auparavant, à peine au sortir de l'internat, au moment où éclata la guerre de 1870, Lucas-Championnière, l'un des premiers, partit à l'armée à la tête d'une ambulance et se montra si bien à la hauteur de sa mission qu'à son retour il fut décoré. Il chercha dès lors sa voie. Ancien interne à la Maternité, il sembla d'abord devoir se consacrer à l'obstétrique et à la gynécologie et s'intéressa spécialement à la chirurgie des voies urinaires; mais d'un esprit curieux, encyclopédique et largement ouvert à toutes les questions scientifiques, la spécialisation n'était pas son fait, et ce fut à la chirurgie tout entière, en même temps qu'à certaines questions de médecine générale et à la presse médicale qu'il voua tous ses efforts, qu'il consacra sa haute intelligence et son labeur incessant. Il acquit, de bonne heure, une notoriété scientifique considérable.

Partout, d'ailleurs, où il a passé Lucas-Championnière a

accompli sa tâche avec conscience et avec succès. Chirurgien militaire pendant la guerre, accoucheur des hôpitaux au début de sa carrière hospitalière, gynécologue et chirurgien, journaliste médical, à toutes ces différentes phases de sa carrière si bien remplie, il apporta le même zèle, la même compétence, le même souci de la réussite et du succès.

Ce fut pendant son internat, en 1868, qu'au cours d'un voyage de vacances à Glascow il rencontra pour la première fois Lister dont il devint et resta l'ami. Il assista ainsi aux premières recherches du génial inventeur de l'antisepsie. Enthousiasmé des résultats qu'il constatait, il devint l'apôtre le plus fervent de la méthode listérienne, et dans un livre qui restera classique ainsi que dans diverses publications il importa et imposa, pour ainsi dire, cette méthode en France.

Parmi ses nombreux travaux, nous citerons aussi sa thèse sur les lymphatiques utérins et la lymphangite utérine, un traité de la fièvre traumatique, une étude historique et clinique sur la trépanation du crâne; le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures; une brochure sur le traitement des tumeurs blanches; enfin son livre magistral sur la cure radicale des hernies, ouvrage couronné par l'Institut et qui se trouve, comme un traité classique, dans les mains de tous les chirurgiens.

Comme tous les novateurs, il rencontra de grandes résistances et eut à lutter fortement pour ses idées. Mais la lutte, c'était son élément. N'ayant en vue que ce qu'il croyait être la vérité, faisant facilement table rase de vieilles notions classiques, quelque révolutionnaire que semblât son opinion, il la soutenait envers et contre tous avec une autorité et une énergie à toute épreuve. Dans les discussions, il se montrait parfois un peu dur pour ses adversaires, il ripostait à la moindre attaque, maintenait haut et ferme son avis et finissait par entraîner la conviction. Il n'était pas orateur, mais il avait une sorte d'éloquence originale et personnelle qui s'imposait et était persuasive.

Promoteur de l'antisepsie en France, il y resta fidèle jusqu'au dernier jour et ne suivit pas ses collègues dans l'évolution vers l'asepsie, préconisée par son ami Terrier. Il y a peu de temps encore, alors que Walther à la Société de chirurgie et Reclus à l'Académie vantaient les merveilleux effets de la teinture d'iode en médecine opératoire, Lucas-Championnière monta à la tribune et fit observer, avec juste raison, que ce nouvel enthousiasme pour l'iode n'était qu'un retour vers l'antisepsie.

Membre et ancien président de la Société de chirurgie qu'il fréquenta jusqu'à la fin, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, il arriva, l'année dernière, à l'Institut, en remplacement de Lannelongue. Ce fut le couronnement bien mérité de sa brillante carrière et, dans une fête mémorable, donnée à l'Hôtel-Dieu, le 9 juin 1912, à l'occasion de sa croix de commandeur, de sa retraite des hôpitaux, de sa nomination à l'Académie des sciences et de la remise d'une médaille gravée par son collègue Richer, Championnière eut son véritable jubilé, comme ses maîtres Lister et Pasteur. Il parcourut ainsi tous les plus hauts grades de notre profession, et fut comblé des plus grands honneurs que puisse ambitionner un médecin. Un seul titre lui manqua, celui de professeur à la Faculté, ce qui ne l'empêcha pas d'être un maître incontesté.

D'une grande noblesse de caractère, d'une parfaite honorabilité scientifique et professionnelle, d'une indépendance absolue, d'une franchise intransigeante, Lucas-Championnière ne dut ses succès qu'à son travail et à son mérite. Il ne connut jamais l'intrigue ni la flatterie; il alla toujours droit devant lui, vers son but unique qui était la vérité scientifique et le progrès.

Il pouvait avoir des contradicteurs et des adversaires, mais il n'avait point d'ennemis. La simplicité et l'aménité de ses manières, la sûreté de son commerce, la droiture de son caractère, la vivacité de son esprit lui avaient, au contraire, attiré beaucoup de bonnes et solides amitiés et commandaient l'estime et le respect de tous.

Pratiquant beaucoup les sports, il avait été un des premiers fervents de la pédale et y avait entraîné toute sa famille. Il fut le premier président du Touring-Club et ce n'était pas un de ses titres auquel il tenait le moins.

Nous le voyons encore arriver dans la salle des pas perdus de l'Académie, actif et alerte, de taille moyenne mais bien cambrée, le cou mince et vigoureux, émergeant, bien dégagé, d'un col immaculé très rabattu, le nez au vent, le chapeau en arrière, la barbe en pointe, les mains dans les poches, toujours habillé de vêtements amples et ouverts, d'un gilet clair, l'œil vif et pétillant, un sourire un peu sceptique aux lèvres, aussitôt très entouré, aussi accueillant et aimable avec les plus jeunes et les plus modestes confrères qu'avec les plus grands maîtres.

Partout où il se montrait, dans les milieux scientifiques, dans la clientèle, en famille, chez lui, à Chantilly où il ne comptait que des amis, il était toujours le bienvenu, fêté ou applaudi.

Dans sa vie tout d'une pièce, qu'il s'agisse du savant, du chirurgien d'hôpital, du journaliste, du chef de famille on retrouve toujours le même souci de la simplicité, de la franchise d'allure, de la respectabilité.

La science perd en lui un de ses plus célèbres adeptes, la profession médicale un de ses plus dignes représentants, ceux qui ont vécu quelque peu dans son intimité l'ami le plus cher et le meilleur.

Nous adressons à sa veuve, à sa famille, à nos sympathiques collègues, Just Lucas-Championnière, interne des hôpitaux, aux docteurs Paul Lucas-Championnière et Paul H. Lucas-Championnière, l'expression de nos plus vives et de nos plus sincères condoléances. A. BROCHIN.

— Les obsèques auront lieu samedi, à dix heures, à l'église Saint-Pierre de Chaillot.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 NOVEMBRE 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 4 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 5 novembre, à une heure. — 1er (oral, 1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie).

Jeudi 6 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique.

1er (oral).

2e.

3e (oral, 1re et 2e parties).

4e (1re et 2e séries).

Vendredi 7 novembre. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 8 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges.
PARIS.
Sirop Roche
Ch. Weiss
COMPRIMÉS ROCHE
THIOCOL

N° 123. — MARDI 28 OCTOBRE 1913. 86e ANNÉE. MARDI 28 OCTOBRE 1913. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE. — *Pathologie.* — Séance du 24 octobre 1913. — MM. Legras, 12; Renard (Jean), 11; Mozer, 12; Portes, 6; Gallois, 7; Dufraisse et Merklen, 8; Dohen, 3; Bocage et Paturet, 7.

Séance du 25 octobre. — MM. Muller, 4; Konteschveller, 6; Le Gac, 12; Durand (Jacques-René), 11; Blum, 13; Gardères, 7; Rabut, 9; Duval-Arnould, 6; Bechmann, 5; Millet, 11.

Anatomie. — Séance du 24 octobre. — MM. Rongier, 9; Fournier (Jacques), 5; Chandebois, 5; Humbert, 12; Marié, 13; Neau, 5; Jousseaume, 9; Walther, 12; Vérut, 9.

Séance du 25 octobre. — MM. Granet, 6; Quesnel, 8; Vincentelli, 4; Leroux (Louis), 9; Gineste, 13; de Léobardy, 11; Eltrich, 11.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 24 octobre. — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire. »

M. Démétriadis, 5; Mlle Gaboriau, 15; MM. Giraud, 9; Gauran, 2; Fruchaud, 8 1/2; Fortin, 13; Harriague, 17 1/2; Emile-Zola, 13; Djismedjian, 11; Gambillard, 17; Gardinier, 8; Desnoyers, 18 1/2; Hazan, 13; Delarue, 16; Demerliac, 5; Mlle Desplas, 16 1/2; MM. Hardoin, 18; Digonnet, 14.

Prochaine séance mercredi 29 octobre, à quatre heures.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — A la suite du concours qui s'est terminé jeudi à l'Hôtel-Dieu, les étudiants en pharmacie dont les noms suivent ont été nommés pharmaciens adjoints des hospices civils de Lyon :

Titulaires : MM. Brocard, Noblat, Fromaget, Bastide, Grandgeon, Guillaumin, Rizard, Laupin, Girard, Vincent.

Suppléants : MM. Chenailles, Januel, Morel, Poncet, Boudon, Jouclard, Plasse, Lefert, Branciard, Corbet, Malzieu.

— SAINT-ETIENNE. — Un concours public pour la nomination d'un médecin accoucheur sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 1er décembre 1913.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Viguier, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de chef des travaux de pathologie générale, microbiologie et parasitologie.

— MONTPELLIER. — *Donation Grasset.* — La Faculté est autorisée à accepter la donation faite par M. Grasset, professeur à cet établissement, d'une somme de dix mille francs (10000) dont les revenus seront affectés à la fondation d'une bourse de voyage qui sera accordée, tous les cinq ans, à un élève ou à un docteur en médecine de nationalité française ayant fait toutes ses études à ladite Faculté et reconnu le plus méritant.

— TOULOUSE. — Un congé, pour l'année scolaire 1913-1914, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Pénières, professeur.

— M. Cestan, agrégé, est chargé d'un cours de clinique des maladies mentales et nerveuses, et M. Clermont est chargé des fonctions d'agrégé (anatomie et embryologie) à la Faculté de médecine de Toulouse.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1913-1914, des cours complémentaires ci-après désignés :

M. Jacob de Cordemoy : histoire naturelle coloniale.

M. Reynaud : hygiène, climatologie et épidémiologie coloniales.

M. Escat : clinique annexe des maladies des voies urinaires.

M. Gauthier : pathologie et bactériologie des maladies exotiques.

M. Moitessier : chimie biologique.

— REIMS. — M. Téchoueyres, professeur d'histologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, d'un cours complémentaire de parasitologie et bactériologie.

M. Bottu, professeur de chimie et toxicologie, est chargé,

RENSEIGNEMENTS

en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, d'un cours complémentaire de chimie biologique.

M. Lardennois, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions pour l'année scolaire 1913-1914.

M. Quirin, pharmacien de première classe, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

M. Bouvier, docteur en médecine, chef des travaux de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

M. Zivy, agrégé des sciences physiques, est chargé, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de suppléant de la chaire de physique.

M. Zivy, agrégé des sciences physiques, chargé, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de suppléant de la chaire de physique, est chargé, en outre et pendant la même année scolaire, des fonctions de chef des travaux de physique.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de chefs des travaux :

MM. Grau, agrégé : chimie (P. C. N.) ; Laurent : botanique.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'Assemblée générale du Syndicat médical de Paris a eu lieu dimanche.

Trois questions étaient à l'ordre du jour :

Participation du corps médical aux travaux de la Commission instituée par le ministre du Travail. L'Assemblée a voté l'ordre du jour suivant :

« Le syndicat médical de Paris, estimant que les questions d'hygiène sociale et publique sont du ressort des syndicats médicaux :

1° Félicite les confrères syndiqués qui, sollicités individuellement de faire partie de la Commission instituée par le ministre du Travail, ont nettement répondu que les médecins syndiqués devaient avoir reçu mandat de leur groupement ;

2° N'accepte de faire partie de ladite Commission qu'aux conditions suivantes :

a. Les médecins syndiqués seront nommés par le ministre sur une liste établie par l'Union des syndicats;

b. Le nombre des médecins syndiqués sera notablement augmenté ;

c. Des délégués des syndicats acceptent l'étude de l'application des lois sociales, mais ils auront mission de faire écarter toute discussion relative aux honoraires médicaux ou portant atteinte au libre choix. »

La deuxième question, traitée par M. Désesquelle, était : « Le projet de décret modifiant l'ordonnance de 1846, relative à la vente des substances vénéneuses. » L'Assemblée a ratifié les conclusions du rapporteur :

1° Authentification des ordonnances médicales sous forme d'un cachet ou d'un timbre, qui devra porter le nom, l'adresse du médecin et le numéro d'enregistrement du diplôme.

2° Dépôts dans les commissariats et officines de pharmacien d'un annuaire qui portera, en plus des indications actuelles, le numéro d'enregistrement du diplôme.

3° A moins d'indication contraire de l'auteur de la prescription, toute ordonnance comportant des substances vénéneuses ne peut être renouvelée par les pharmaciens.

Enfin le Syndicat médical de Paris s'est déclaré partisan d'un prochain Congrès de praticiens.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES UROLOGISTES FRANÇAIS. — A la suite de l'appel lancé par la *Revue pratique des maladies des organes génito urinaires*, de Lille, le Syndicat général des urologistes français vient de se fonder à Paris, dans une réunion tenue le 10 octobre dernier, à l'Hôtel des Sociétés savantes, et à laquelle assistaient la plupart des urologistes de France, réunis à Paris, à l'occasion du XVIIe Congrès de l'urulogie.

Le bureau et le conseil d'administration sont constitués ainsi qu'il suit :

Bureau : président, M. Moran (de Brest) ; vice-présidents, MM. Lebreton (de Paris) et Verrière (de Lyon) ; secrétaire général, M. Gallois (de Lille) ; trésorier, M. Maringer (de Paris).

Conseil d'administration : MM. Chovelle (de Nancy), Grandjean (de Paris), Jeanbreau (de Montpellier), Le Fur (de Paris) et Oraison (de Bordeaux).

Le siège social est établi au secrétariat général à Lille, 121, boulevard de la Liberté.

La *Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires* est désignée comme organe officiel du syndicat.

Pour les admissions, MM. les confrères urologistes sont priés de s'adresser à M. le docteur Moran, président, 11, rue de l'Amiral-Linois, à Brest ou à M. le docteur Gallois, secrétaire général, 121, boulevard de la Liberté, à Lille.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 23 octobre publie une liste des officiers de réserve du service de santé qui sont passés avec leur grade dans l'armée territoriale à compter du 1er octobre 1913.

— Le *Journal officiel* du 26 octobre publie une liste très importante de mutations effectuées dans le cadre auxiliaire du service de santé (réserve et armée territoriale).

LE CENTENAIRE DE LA DÉCOUVERTE DE L'IODE. — Le centenaire de la découverte de l'iode par le chimiste dijonnais Bernard Courtois sera célébré à Dijon le dimanche 9 novembre 1913.

Le programme comprend une réception à l'Hôtel de Ville, puis l'inauguration d'une plaque commémorative sur la maison natale de B. Courtois, une conférence donnée par M. Matignon, professeur de chimie au Collège de France, et un banquet.

Remarquons que la déclaration de la découverte de l'iode ayant eu lieu à l'Académie des sciences en novembre 1813, le comité s'est proposé de commémorer cette date, bien que B. Courtois ait fait remonter sa découverte à environ dix-huit mois auparavant.

LA LUTTE CONTRE LE BROUILLARD A LYON. — Dans une des dernières séances du conseil municipal, M. Herriot, maire de Lyon, a proposé le vote d'un crédit de 1500 francs pour permettre l'essai du filage de l'huile sur la Saône proposé par M. Onofrio, directeur de l'observatoire de Fourvière, comme moyen de combattre les émissions de vapeur, cause initiale du brouillard. Si ce premier essai réussit, de nouveaux crédits pourront être votés.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour la nomination à deux places de chefs de clinique à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 8 décembre 1913, à neuf heures du matin, dans la Salle des opérations de la clinique, rue de Charenton, n° 28.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de dix heures à midi, jusqu'au vendredi 28 novembre, à midi.

— Un concours pour la nomination d'aides de clinique titulaires et d'aides de clinique provisoires à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 15 décembre 1913, à neuf heures du matin, dans la Salle des opérations de la clinique, rue de Charenton, n° 28.

MM. les candidats seront admis à se faire inscrire à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de dix heures à midi, jusqu'au vendredi 5 décembre, à midi.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Joseph-Charlez-Albert Fège (de Paris. Nous adressons à son fils, le docteur Albert Fège, nos bien sincères condoléances; Edwin Klebs, professeur d'anatomie pathologique à Berne, et Piatot (de Bourbon-Lancy).

UN CAS CURIEUX DE TÉLÉPHONOPHOBIE

Par MM. Edg. HIRTZ et BEAUFUMÉ.

La liste des diverses phobies est déjà énorme; elle est loin cependant d'être complète et semble pour ainsi dire indéfinie. C'est que, en effet, elle menace de s'accroître sans cesse, en raison même de l'évolution naturelle des choses ainsi que des progrès et des découvertes. C'est à ce titre que nous avons cru devoir signaler et rapporter un cas curieux d'une nouvelle phobie, la *téléphonophobie* ou *phobie du téléphone*.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-cinq ans, un peu délicate physiquement, très intelligente, très cultivée. Mais dès son jeune âge ce fut une timide et, de plus, depuis son adolescence, elle est devenue un peu scrupuleuse. Sa volonté est facilement défaillante ; elle n'ose pas commander ses domestiques ; dans les magasins, où elle redoute d'entrer, il suffit qu'un employé lui vante un article pour qu'elle l'achète, car elle n'ose pas refuser l'offre qui lui est faite, bien que l'objet ne lui plaise nullement. Physiquement, elle se trouve plus mal que ses amies, ce qui est absolument faux. Elle redoute d'être invitée à dîner, car elle se sent mal à son aise et n'ose pas parler à ses voisins.

Mais, par-dessus tout, Mme X... a la phobie du téléphone, et cela date de nombreuses années, car son père fut un des premiers abonnés de Paris. Quand la sonnerie du téléphone retentit, elle est prise d'une sorte d'angoisse qui la tient dans l'attente de savoir qui téléphone et l'immobilise. Elle ne peut téléphoner qu'à son frère. A toute autre personne, c'est son mari qui est dans l'obligation de répondre pour elle. Au cas où son mari est absent et où elle est parfois dans la nécessité absolue de répondre elle-même, elle ressent dès qu'elle saisit les récepteurs un violent serrement de tête, une vive oppression et des palpitations. Sa voix change tout à fait et elle ne trouve rien à répondre ou elle répond d'une façon tout à fait décousue, tout en pensant constamment à la personne qui lui parle et en se demandant ce que cette personne peut bien penser d'elle. Au cas, très rare, où elle est dans l'obligation de donner un coup de téléphone à une de ses amies, car elle laisse ignorer sa phobie dans son entourage, elle ne cesse d'y penser jusqu'à ce que le moment en soit arrivé. Si, par exemple, elle doit téléphoner le lendemain, cette idée fixe ne quitte pas son esprit, elle en parle à maintes reprises et elle a une insomnie prolongée qui dure la plus grande partie de la nuit. Jusqu'à présent aucun raisonnement n'a pu vaincre cet état obsédant phobique dont Mme X... se rend parfaitement compte et qu'elle analyse très minutieusement.

Mais quelle en est la cause ? C'est, comme le plus souvent, dans l'hérédité que l'on trouve l'explication de cet état phobique. Si, en effet, Mme X... est née d'un père robuste, d'une grande intelligence, mort subitement à la suite d'une intervention chirurgicale pour hémorroïdes, par contre sa mère, morte d'un cancer utérin, avait des phobies nombreuses, principalement la peur des foules, la peur des endroits clos, la peur des persiennes fermées, la peur du papier rouge tapissant les murs d'une chambre, la peur de s'éloigner à plus de trois heures de Paris par crainte d'être malade et de n'avoir pas près de soi son médecin habituel.

La téléphonophobie est donc une variété de phobie, curieuse par sa nouveauté et par la liste des états obsédants phobiques qu'elle permet d'entrevoir dans un avenir rapproché.

CHANCRES MOUS AVEC BUBON PHAGÉDÉNIQUE
CICATRISÉS PAR L'AIR CHAUD

Par M. H. ROZIÈS,
Ex-interne des hôpitaux de Montpellier.

L'air chaud, dont les propriétés antiseptiques, analgésiques, modificatrices et cicatrisantes sont scientifiquement établies et pratiquement utilisées, avait été de bonne heure appliqué en vénéréologie. Dès 1897, Haralamb pouvait publier les résultats obtenus par lui dans le traitement du chancre mou par la chaleur (*Bulletin de la Soc. de derm. et de syphil.*, 8 déc. 1897). Il utilisait un appareil presque identique à celui dont se servait à la même époque Hollander (de Berlin) pour traiter le lupus (Traitement du lupus vulgaire par les courants d'air chaud, *Dermat. Zeitsch.*, 1897 ; *Presse méd.*, 1897). Cet appareil se composait d'une tige métallique terminée en pointe et percée d'une lumière centrale à travers laquelle on faisait passer un courant d'air au moyen d'un appareil à soufflerie. Dans un premier temps, la tige métallique était chauffée au rouge à l'aide d'un bec Bunsen ; dans un deuxième temps, on faisait passer dans la tige rougie l'air, qui s'échauffait à son contact, puis était projeté sur les surfaces à traiter; ce dispositif qui nous paraît aujourd'hui bien rudimentaire représente probablement la première douche d'air chaud. Dès 1898, la technique de la méthode et ses résultats sont exposés par Haralamb lui-même dans le livre du docteur Brocq (*Traitement des dermatoses*, chapitre AIR CHAUD). Depuis, Le Fur a traité par la douche d'air chaud les diverses ulcérations vénériennes.

On connaît le peu de résistance du bacille de Ducrey à la chaleur ; à 41 degrés le bacille du chancre mou perd sa vitalité (Bœck, Aubert).

Dans la thèse de Gouhot (*De l'air chaud dans la thérapeutique des maladies des voies génito-urinaires chez l'homme et chez la femme*, Paris 1911), se trouvent exposés quelques résultats obtenus. Dans 5 cas de chancres mous observés, la cicatrisation fut complète en dix, douze, quinze, dix-huit, vingt-huit jours. Belot préconise également l'aérothérapie dans le traitement des ulcérations vénériennes (*Arch. d'élect. méd.*, t. XIX, n° 321, 10 nov. 1911).

L'air chaud peut également modifier heureusement les bubons qui accompagnent fréquemment les chancres mous de la verge ou de la vulve, et en hâter la cicatrisation, après incision.

Dès 1901, Ulmann avait guéri par l'air chaud des

adénites suppurées (*Wien. klin. Woch.*, 1901, n° 1). En 1908, Laquerrière et Dausset vantent le traitement par l'air chaud des plaies suppurantes. Nous-même avons eu l'occasion de traiter par l'air chaud quatorze plaies traumatiques ou opératoires en pleine suppuration et en avons eu dans tous les cas d'excellents résultats. Si le bubon prend, après incision, des allures phagédéniques, on pourra encore s'adresser à la douche d'air chaud. L'air chaud guérit, en effet, les ulcérations tenaces (Bonamy, Durey, Leporcq, Marquis, Neyron, Baumel et Lapeyre, nous-même), des escarres (Mosny et Pruvost, Achard), des gangrènes (Bonamy, Gaucher, Tuffier et Ricard, Bazy, Pasteau, Sigwalt, Dieulafoy). Comme exemples, nous citerons l'observation d'une ulcération phagédénique de la verge guérie par l'air chaud, présentée par Bazy à la Société de chirurgie, le 30 juin 1901, et le cas de Gaucher : ulcération phagédénique de la verge cicatrisée par l'air chaud (*Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 4 nov. 1909).

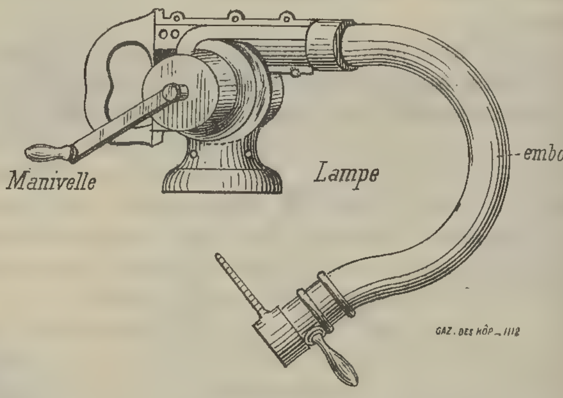
Nous avons eu l'occasion d'appliquer la douche d'air chaud chez une malade qui présentait : 1° des chancres mous génitaux qui n'étaient pas influencés par les topiques habituels ; 2° un bubon inguinal qui prit, après incision, des allures phagédéniques particulièrement inquiétantes. L'air chaud a eu raison des uns et de l'autre.

Nous avons utilisé l'appareil construit par la maison Rupalley. Cet appareil comprend une lampe à alcool inextensible, munie d'un régulateur spécial destiné à faire varier la température. Une manivelle actionne au moyen d'engrenages une hélice placée à l'intérieur d'un carter où elle aspire et projette l'air qui s'échauffe au-dessus de la flamme d'alcool. La projection se fait par un tube muni d'ajutages de formes très diverses. Ajoutons que cet appareil est simple, transportable, léger, en un mot pratique.

Les températures obtenues étaient de 100 à 120 degrés à la sortie de l'appareil, de 50 à 70 degrés au niveau de la peau du malade. Nous n'avons noté aucun accident ni général, ni local.

Voici très détaillée l'observation de notre malade. Elle a paru très résumée dans notre thèse (*L'air chaud en thérapeutique*, Montpellier, 9 juin 1913).

Marie D..., seize ans, domestique à M..., se présente à nous le 24 juillet pour tumeur de l'aine droite. La malade se serait aperçue par hasard, il y a deux à trois jours, de la présence dans le pli de l'aine du côté droit d'une petite tumeur douloureuse du volume d'un petit œuf. A l'examen nous constatons, dans l'aine droite, une tumeur ovoïde, douloureuse au palper, déjà fluctuante, adhérente aux tissus profonds et irréductible. L'examen de la vulve nous permet de noter la présence de deux chancres mous. Le bubon est immédiatement incisé, puis pansé. Les chancres vulvaires sont cautérisés à l'acide phénique-alcool à 1/10. On continue tous les jours le pansement du bubon et la cautérisation des chancres. Consécutivement le bubon, secondairement contaminé selon toutes probabilités, se chancrellise ; il s'agrandit par érosion des bords, gagne de proche en proche, crée de grands décollements et finit par former dans l'aine droite une vaste chancrelle à suppuration abondante et fétide ; on a alors recours à des attouchements répétés au chlorure de zinc à 1/10, au pansement à la pâte de Balzer, puis à la teinture d'iode à 1/10, enfin à l'aniodol ; tout cela sans grands résultats. La thermocautérisation, les lavages à l'eau oxygénée sont impuissants à modifier la plaie. Le 2 août, nous décidons de traiter à la fois les chancres mous toujours vivaces et la vaste ulcération phagédénique par la douche d'air chaud. La plaie a à ce moment les dimensions suivantes : 10 centimètres de longueur sur 7 centimètres de largeur. Nous utilisons donc la douche chaude fournie par l'appareil de Rupalley ; la malade étant couchée, on dirige le jet sur la plaie, d'abord de loin, puis de plus en plus près. La première séance dure dix minutes. Nous terminons par un pansement sec, après badigeonnage iodé périphérique. Le lendemain, deuxième séance d'air chaud sur les chancres et l'ulcération.



Appareil à douches d'air chaud de la maison Rupalley.

Dès la troisième séance, nous notons une diminution très nette des douleurs, et surtout la disparition totale de la fétidité. Dès la sixième séance, les sécrétions sont à peu près supprimées. De plus la plaie commence à se réparer régulièrement. Le 15 août, les dimensions ne sont plus que de 8 centimètres sur 6 centimètres. Le 1er septembre, les chancres mous sont cicatrisés ; les dimensions de la plaie sont de 6 centimètres sur 6 centimètres. Le 15 septembre : 6 centimètres sur 5 centimètres. Le 30 septembre : 4 centimètres sur 2 centimètres. Le 5 octobre, la plaie est entièrement réparée. La cicatrice est rosée, lisse, souple, régulière, indolore. La malade est très satisfaite de l'heureux résultat obtenu.

En résumé, nous avons constaté :

1° L'efficacité du traitement par la douche d'air chaud là où avaient échoué les pansements habituels.

2° Nous avons noté la cicatrisation relativement rapide (un mois) des deux chancres mous.

3° L'ulcère phagédénique a été très heureusement modifié. Nous avons obtenu tout d'abord la suppression des douleurs, la diminution des sécrétions, la disparition de la fétidité ; dans un deuxième temps la cicatrisation régulière de la plaie.

Toutes les propriétés de l'air chaud, aujourd'hui classiquement connues, ont eu l'occasion de se manifester. La douche fut en effet à la fois analgésique, antiseptique, désodorisante, résorbante, modificatrice. Enfin elle s'est montrée douée d'un merveilleux pouvoir de cicatrisation, qu'il nous a paru intéressant de signaler ici.

ACTUALITÉS

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

J'ai présenté récemment aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* un livre nouveau, la *Thérapeutique des cliniques de la Faculté de Paris*, publiée sous la direction de M. Laignel-Lavastine (1), et j'écrivais alors que le grand mérite de cet ouvrage résultait de ce que, en le consultant, on trouvait immédiatement une ligne de conduite, sans avoir à faire un choix, souvent très embarrassant, entre les diverses méthodes de traitement préconisées contre telle ou telle affection.

Tous les chapitres de ce volume mériteraient d'être signalés; l'intérêt particulier que je porte à la pédiatrie m'a fait lire avec une attention spéciale les pages écrites par le docteur Babonneix sur la thérapeutique infantile, d'après l'enseignement du professeur Hutinel; ces pages constituent un véritable code, court mais complet, de la thérapeutique infantile, dont les principes fondamentaux sont parfaitement mis en lumière.

M. Babonneix fait d'abord remarquer que, pour instituer un traitement rationnel, il faut être un clinicien avisé; la plus belle formule ne vaut rien si sa prescription a été précédée d'une erreur de diagnostic. Huchard répétait volontiers que, pour être un bon thérapeute, il faut être un bon clinicien, et que, pour être un bon clinicien, il faut être un pathologiste instruit, ce qui revient à dire que la thérapeutique est au faîte de l'édifice des connaissances médicales et que ce faîte doit reposer sur une base des plus solides. La thérapeutique sera, d'ailleurs, d'autant plus simple que le diagnostic sera plus précis; les ordonnances très compliquées cachent souvent une incertitude de diagnostic; en prescrivant à un malade un cholagogue, un hypotenseur, un diurétique et un expectorant, on multiplie sans doute les chances de donner le médicament utile, mais cette méthode n'a rien de scientifique. Ainsi donc, pas de traitement trop compliqué, pas de trop longues formules avec association d'un grand nombre de substances actives; sans doute ces longues formules impressionnent favorablement certains malades et certaines familles, qui considèrent comme très savant le médecin les ayant écrites; ces formules sont aussi fort appréciées par les pharmaciens, car elles leur procurent naturellement un bénéfice plus important. Pour ce qui est du malade, elles ne possèdent aucune supériorité sur une prescription plus simple; au contraire.

Les médicaments inscrits dans les traités de thérapeutique et dans les formulaires sont extrêmement nombreux; chaque année, de nouveaux remèdes sont découverts. Il est utile au médecin de connaître les uns et les autres, ne serait-ce que pour pouvoir répondre aux questions qui lui sont posées par des malades sur un quelconque d'entre eux. Mais si l'on passe de la théorie à la pratique, on reconnaît vite la possibilité de faire une bonne thérapeutique avec un très petit nombre de médicaments, à la condition d'être très exactement renseigné sur leur mode d'action et de savoir les manier avec dextérité. « Chez l'enfant comme chez l'adulte, écrit M. Babonneix, on pourrait presque condenser toute la thérapeutique en vingt médicaments », et il indique seulement ceux que l'on est appelé à prescrire le plus souvent, au total une quarantaine. A propos de la posologie infantile, M. Babonneix conseille de ne pas s'encombrer la mémoire des procédés mnémotechniques et des tableaux inventés pour adapter à l'enfant la posologie de l'adulte; on trouve dans tous les ouvrages classiques le tableau de Gaubius et la formule de Brunton, mais leur emploi nécessite un calcul assez compliqué; il est beaucoup plus simple de connaître, pour les principaux médicaments, la dose à prescrire par année d'âge. On retiendra encore, comme règle fondamentale, que, chez le nourrisson, on n'usera de médicaments actifs qu'en cas de force majeure, et, parmi ceux-ci, il en est (laudanum) qu'on ne devra jamais prescrire; pour les autres, les doses très faibles sont de rigueur. Chez le grand enfant, au contraire, les médicaments actifs peuvent être administrés à doses élevées, si les émonctoires fonctionnent bien.

M. Babonneix signale quelques médicaments dont certains médecins font un véritable abus en thérapeutique infantile; c'est, par exemple, le calomel qui ne doit pas être prescrit à des nourrissons trop jeunes; dans les entérites aiguës, le calomel est contre-indiqué toutes les fois qu'il y a des phénomènes dysentériformes (selles muco-sanguinolentes, douleurs, ténesme), c'est-à-dire dans la majorité des cas. Ce sont les ferments lactiques; « ils n'ont qu'une mince utilité dans la plupart des affections gastro-intestinales du nourrisson »; si on les prescrit, par exemple dans les cas de constipation avec fétidité des selles, leur emploi ne devra jamais être prolongé (1).

Ainsi donc, le traitement pharmaceutique des maladies infantiles doit être simple et réduit, ce qui ne veut pas dire inefficace, car, avec ce traitement bien institué, on peut obtenir le maximum d'effets utiles. Dans un très grand nombre de circonstances, d'ailleurs, la formule magistrale ne tiendra qu'une petite place sur l'ordonnance du médecin; les médications physiques, en particulier l'hydrothérapie, ont en effet acquis, en thérapeutique infantile, une importance considérable, très justifiée par les services rendus. Les bains, les enveloppements humides du thorax constituent la base du traitement des pneumonies et broncho-pneumonies infantiles; dans la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, dans toutes les infections générales, l'hydrothérapie est aujourd'hui pratiquée par tous les médecins et très facilement acceptée par la plupart des familles. Il suffit d'avoir constaté une fois, chez un enfant atteint de broncho-pneumonie grave, les merveilleux effets des bains tièdes ou de l'enveloppement de la poitrine par des compresses humides pour être convaincu de l'efficacité de ces méthodes de traitement et pour les inscrire toujours, en tête de l'ordonnance, avant la potion à l'acétate d'ammoniaque.

Tous ceux qui voudront suivre la pratique du professeur Hutinel et les conseils de M. Babonneix n'auront, j'en suis persuadé, qu'à s'en louer; si leurs formules sont courtes, si seuls quelques médicaments actifs sont judicieusement utilisés, l'action thérapeutique n'en est pas moins toujours énergique; de ces traitements nettement conçus et bien exécutés, on obtiendra les meilleurs résultats. M. BRELET.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 108.

(1) J'ai été consulté pour un enfant de six mois qui, dès l'âge de quinze jours, avait été mis au traitement par les ferments lactiques, pour prévenir l'entérite. Depuis lors, on avait toujours continué cette médication.

XXVIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 6 au 11 octobre 1913 (2).

QUESTIONS DIVERSES

ABDOMEN, ESTOMAC, FOIE, RATE.

M. VERHOOGEN (de Bruxelles) fait remarquer que l'incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane coupe la sangle transversale des aponévroses et affaiblit la paroi; l'incision

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, nos 114, p. 1773; 115, p. 1791; 117, p. 1825; 118, p. 1840 et n° 121, p. 1903.

tend à s'écarter; après les laparotomies, les efforts de vomissement tendent à écarter les lèvres de l'incision et faire couper les sutures. Les nerfs de la paroi ont une direction transversale, la peau elle-même a des fibres dirigées transversalement et s'affronte plus facilement en ce sens. Il préconise donc les **incisions transversales abdominales**. En gynécologie il emploie l'incision de Pfannenstiel, l'incision transversale pour les hernies ombilicales, la section transversale d'un droit ou de deux pour les opérations sur l'estomac, l'incision sous-costale avec section d'un droit pour les opérations sur le foie, l'incision de Péan pour le rein, une incision transversale pour l'appendicite; on affronte les muscles sectionnés avec des points en V. Il n'y a jamais d'éventration.

MM. Maire et Clergier (de Vichy) montrent l'**importance des adhérences dans la pathologie gastrique**. Beaucoup d'affections étiquetées spasme du pylore ou ulcus latent sont dues exclusivement à des adhérences périgastriques. Les symptômes sont les suivants : douleurs toujours tardives (trois, quatre heures après le repas), épigastriques et non stomacales, spasme intermittent du pylore se traduisant par de la rétention, hyperchlorhydrie intermittente, absence de sang dans les vomissements et dans les selles. Pour eux un ulcère qui souffre a des adhérences, et s'il ne souffre pas c'est que les adhérences sont absentes. Ils citent 3 observations qui confirment ces données. Dans tous les cas, la simple libération des adhérences, sans gastro-entérostomie, a suffi à guérir les malades.

M. Walther (de Paris) rappelle que les **résections larges du foie** sont rares. Il en a exécuté 3 cas avec une technique spéciale qui lui a réussi. Dans le premier cas il s'agissait d'un lobe surnuméraire greffé à droite de la vésicule donnant lieu à des crises simulant la cholécystite. La résection guérit la malade. Dans le second cas il s'agissait d'une tumeur sous-hépatique, prérénale, qui était une hypertrophie du lobe carré. Le troisième cas était une énorme tumeur de tout le lobe gauche et carré du foie pour laquelle M. Walther fait la résection médiane du foie. L'examen histologique montre une cirrhose hypertrophique partielle.

Dans les 3 cas M. Walther pratiqua l'hémostase préventive au moyen de fils en U imbriqués de façon à obtenir une hémostase absolue. On résèque en coin, suture les deux valves superficielles et ferme sans drainage. Les 3 malades ont guéri.

M. Pauchet (d'Amiens) a opéré une hémirésection analogue à celle de M. Walther (tumeur de 600 grammes) pour une cirrhose hypertrophique en prenant la paroi abdominale dans la suture pour faire une hématopexie.

M. Daspres (de Toulon) rapporte un cas d'**abcès du foie guéri par le chlorhydrate d'émétine.** Le cas est intéressant parce que le malade n'avait jamais quitté Toulon et qu'il a dû y contracter la dysenterie amibienne par contact des coloniaux. Après ponction de l'abcès on fit des injections de chlorhydrate d'émétine et le malade guérit rapidement.

Quand on intervient pour lithiase biliaire on ne trouve pas toujours des calculs dans la vésicule, et cependant les accidents peuvent être dus à la vésicule. Pour M. Villard (de Lyon), il s'agit dans ce cas de **fausses coliques vésiculaires dues à des vésicules flottantes**. Dans la colique hépatique la douleur n'est pas due uniquement au frottement du calcul, mais aussi à l'inflammation péritonéale, et surtout à la tension vésiculaire. Ce dernier facteur se retrouve dans les vésicules pédiculées, très rares, dues à une malformation congénitale, et les vésicules mobiles, fréquentes, où cette disposition est due à la distension du fond de la vésicule. La vésicule est ainsi formée d'une partie fixe sous-hépatique et d'une partie mobile libre avec, souvent, une coudure entre les deux.

L'auteur cite 3 cas où l'opération lui fit trouver cette disposition. Le procédé le plus simple de fixation de la vésicule est ici la cholécystostomie qui permet de s'assurer qu'il n'y a pas de calcul dans la vésicule, et la draine s'il y a eu infection.

UTÉRUS. ANNEXES

M. Abadie (d'Oran) fait une communication sur le **traitement des prolapsus génitaux par la bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus.**

La réfection du périnée postérieur est insuffisante dans le prolapsus avec cystocèle. Il faut refaire un périnée antérieur. Mais bien souvent les releveurs en avant manquent d'étoffe et, si on cherche à les suturer, déchirent. L'auteur a eu l'idée, pour compléter le plancher pelvien en avant, de suturer les releveurs à l'utérus, par le moyen des ligaments ronds, à travers une incision vaginale. Il expose les divers temps de cette intervention qu'il a pratiquée 9 fois avec des résultats anatomiques et fonctionnels, excellents et pas de récidive. Cette méthode s'adresse aux femmes, au voisinage de la ménopause, ayant une cystocèle marquée ou prédominante ou un prolapsus total.

M. Jayle (de Paris) pratique toujours, autant que possible, la chirurgie conservatrice de l'utérus et des ovaires. Dans un cas d'énucléation de fibrome, il a été amené à faire une **résection segmentaire transversale de la partie moyenne de l'utérus.** Il a pu raccorder le col et le fond après l'extirpation de la tumeur. La malade guérit et présente des règles normales.

MM. Pasquereau et Grosse (de Nantes) rapportent un cas de **fibrome compliqué de grossesse avec utérus en rétroversion ; impossibilité d'une opération conservatrice ; hystérectomie subtotale ; guérison.**

M. Rancial (d'Arras). Un **cas d'ablation d'un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire chez une jeune fille. Guérison.**

INTESTIN. APPENDICE. RECTUM

M. Arbuthnot-Lane (de Londres), invité du Congrès, expose ses idées bien connues sur les **conséquences directes et indirectes de la stase intestinale.** L'excès de matières toxiques dans le gros et le petit intestin amène une résorption de celles-ci, le sang devient riche en poisons et tous les tissus dégénèrent. M. Carrel a prouvé scientifiquement cette donnée : les tissus vivants croissent en raison directe de l'élimination de leurs produits toxiques. Quand cette élimination cesse, l'accroissement s'arrête. La stase intestinale occasionne donc de l'obstruction mécanique et de l'intoxication.

L'obstruction mécanique amène la distension de l'iléon, la coudure de l'iléon, la distension du duodénum, surtout de la première partie, des ulcérations et perforations du duodénum, le spasme du pylore, de la dilatation et des ulcérations de l'estomac, du spasme du cardia, enfin elle est dans l'intestin souvent l'origine du cancer.

L'intoxication se traduit par l'amaigrissement, la faiblesse musculaire, la peau prend le teint des addisonniens, les sueurs sont fétides, la température subnormale, les extrémités exsangues, parfois la piqûre du doigt ne donne pas de sang, les mains sont bleues, c'est la cyanose microbienne que l'auteur ne différencie pas de la maladie de Raynaud. Le moral est apathique, les malades sont stupides, parfois atteints de mélancolie qui peut les pousser au suicide ; ils se réveillent las, ne profitent pas de leur sommeil. Ils sont en proie à des douleurs névralgiques, néphrétiques, épileptiques. Ils ont des maux de tête intolérables, ce qui explique leur irascibilité, leur caractère violent qui peut les conduire au crime. Puis l'auteur passe en revue les lésions que l'on peut observer sur les différents organes : atrophie du corps thyroïde, variabilité de la pression artérielle, prédisposition au cancer, aux prolapsus, amaigrissement et atrophie

musculaire, rein mobile, prolapsus utérin. Ce sont des malades haletant pour rien, asthmatiques, le muscle cardiaque est dégénéré, il y a de la dilatation du cœur gauche et de l'aorte, de l'athérome. Les petits vaisseaux sont atteints aussi; les reins dégénèrent, c'est le mal de Bright, les cheveux se décolorent et tombent, plus fréquemment chez les bruns que chez les blonds ou surtout les roux; les poils se développent sur le corps, aux lèvres, menton, avant-bras, la ligne médiane du dos, les seins. La stagnation dans le duodénum amène de la pancréatite, du cancer, le diabète pancréatique; dans les canaux biliaires des calculs, de la cholécystite, du cancer, c'est l'origine de certaines maladies du foie et des yeux.

Enfin cet état des tissus affaiblit leur résistance à l'infection : les gencives suppurent, c'est la piorrhée dentaire, la tuberculose, les arthrites rhumatoïdes atteignent le malade, il peut être atteint de néphrites, métrites, salpingites, adénomes du corps thyroïde, maladie de Stiles, colites, endocardite ulcéreuse, etc.

Après le rétablissement de la circulation intestinale, les tissus reprennent leur vitalité et la santé revient avec une rapidité surprenante. Ce résultat est merveilleux surtout sur les arthrites rhumatoïdes. Les risques de l'iléo-colostomie et surtout de la colectomie sont presque nuls.

M. Pauchet (d'Amiens) après avoir suivi le service de M. A. Lane a appliqué ses idées depuis quatre ou cinq ans. Il a pratiqué pour stase intestinale 35 entéro-anastomoses et 3 colectomies. Les résultats donnés par les entéro-anastomoses sont souvent satisfaisants, parfois incomplets; l'indication de l'anastomose et du genre d'anastomose variera selon chaque cas.

« Quant à nos trois colectomies totales, j'ai dit que ces trois malades étaient en mauvais état : troubles digestifs, constipation relative, phénomènes qui m'avaient découragé.

Or, j'ai revu mes malades, il y a quelques jours, l'un d'entre eux n'est pas encore satisfait du résultat obtenu, mais les deux autres que j'avais considérés comme non améliorés se déclarent satisfaits actuellement; par conséquent, si nous voulons connaître la valeur de cette opération, il faut patienter six mois, un an, avant de parler de succès ou d'insuccès. »

M. Baudet (de Paris) attire l'attention sur une variété peu connue d'appendicites, les **appendicites à siège prévertébro-lombaire**, dont il rapporte 8 observations. Cette appendicite occasionne des abcès enkystés, profonds, médians, entre le promontoire, la racine du mégacôlon pelvien, et le bord interne du cæcum. L'uretère passe au fond de l'abcès, aussi on peut croire à des coliques néphrétiques. La douleur n'est pas à droite, mais sur la ligne médiane, cependant la fosse iliaque droite est toujours un peu douloureuse. Il est nécessaire d'opérer ces abcès qui peuvent s'ouvrir dans la grande cavité. Il a opéré 8 cas, 7 ont guéri, l'un est mort de péritonite, opéré trop tard. Ces cas sont en rapport avec le siège transversal de l'appendice. Ils ne sont pas rares (8 cas sur 60 malades).

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) se pose cette question : **grande ou petite incision dans le traitement opératoire de l'appendicite**? Lorsqu'on se contente de l'ablation de l'appendice sans exploration de l'abdomen, on est étonné de voir que beaucoup d'opérés d'appendicite chronique souffrent encore après l'opération. Ce sont les lésions d'épiploïte (Walther), les brides du segment iléo-cæcal (A. Lane), les lésions de l'ovaire droit, la sténose possible de la valvule iléo-cæcale et liée aux adhérences de la région qui expliquent ces troubles. Il faut donc explorer toute la région, non pas en attirant à soi l'un après l'autre les organes, mais en place. Pour cela, il vaut mieux faire une incision assez large. L'auteur préfère, à l'incision de Mac Burney qui conduit trop en dehors, à celle de Jalaguier qui donne moins de jour, une incision transversale le long du grand droit, avec une incision esthétique de la peau dans le pli sus-pubien.

M. Walther insiste sur cette nécessité d'explorer toute la région dans les opérations d'appendicite chronique, en particulier l'angle droit du côlon, où se trouvent les grosses lésions d'épiploïte chronique. Il pratique la désinsertion du petit oblique et transverse en dehors de la gaine des droits.

M. Veyrassat (de Genève) vante les résultats **de la colopexie dans le traitement du prolapsus rectal.** Il cite l'observation d'un gros prolapsus traité sans succès, qui reste guéri par la colopexie après dix-neuf mois. Les récidives après colopexie sont rares (8 p. 100) et dues en général à l'insuffisance de la longueur de la fixation. Il pense que c'est la meilleure méthode de traitement pour les prolapsus réductibles et mobilisables.

M. Gross (de Nancy) apporte aussi **cinq observations de colopexies pour prolapsus du rectum** par le procédé de Quénu et Duval. Le prolapsus rectal résulte d'une double malformation congénitale : longueur anormale de l'S iliaque, profondeur trop grande du Douglas. La colopexie avec fermeture du Douglas répond à toutes les indications pathogéniques. Il en cite cinq opérations avec résultats éloignés (trois ans et demi à dix mois) parfaits. La colopexie est suivie d'une réfection du plancher pelvien qui est indispensable pour Quénu et Duval. Pour Gross, on peut s'en passer ou se contenter d'opérations minimes.

M. le professeur Delorme déclare que la colopexie avec suture du cul-de-sac de Douglas serait le traitement unique, idéal du prolapsus rectal, si la pathogénie invoquée était exclusive. Or il s'inscrit en faux contre cette pathogénie exclusive. Bien des cas guérissent par l'ablation de la muqueuse du prolapsus. Le procédé de Thiersch (cerclage de l'anus), le procédé de Delorme et Juvara (ablation de la muqueuse), donnent des résultats très beaux avec des guérisons datant de douze ans. Quand on a enlevé la muqueuse sur 10, 15, 20 centimètres, et qu'on suture les deux bouts, on trouve le rectum doublé d'un énorme anneau musculaire plissé. Il ne faut donc pas présenter la colopexie comme le procédé unique de guérison des prolapsus du rectum.

M. Brunswick le Bihan (de Tunis) a fait de multiples procédés pour la cure du prolapsus; celui de Delorme est long, saigne beaucoup, mais les résultats sont excellents. Le cerclage de l'anus, simple, élégant, répond aussi à beaucoup de cas.

M. Lenormand (de Paris). La colopexie n'est pas, en effet, toute la thérapeutique des prolapsus du rectum. Le cerclage, qui semble à première vue illogique, donne cependant des résultats. C'est la meilleure opération pour remédier à la béance de l'anus; mais ce n'est qu'un traitement palliatif ou complémentaire. Le vrai traitement des grands prolapsus, qui sont des invaginations vraies de 10 à 20 centimètres, ne peut porter sur le bas, mais sur le haut, c'est la colopexie, et la meilleure colopexie est celle de Terrier et Duval.

M. Gross (de Nancy). La pathogénie invoquée des grands prolapsus est exacte; aux opérations, on trouve un S iliaque très long avec un méso long, la colopexie s'impose avec, comme complément, si cela est nécessaire, une opération périnéale qui peut suffire pour un petit prolapsus.

M. Delorme remarque que, par son procédé, il a opéré et guéri des prolapsus de 20 centimètres de longueur, qui n'étaient pas des petits prolapsus.

M. Chalier (de Lyon) apporte une observation rare de **volumineux kyste abdominal né de la face antérieure de l'extrémité du côlon pelvien.** Ce kyste, de la grosseur d'une tête d'adulte, s'implantait dans la zone sous-séreuse. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un cysto-endothelium, tumeur que les uns rangent dans les carcinomes, les autres dans

les endotheliums vrais, d'autres dans les sarcomes. La tumeur semblait développée aux dépens de l'endothelium des vaisseaux à l'union du rectum et de l'S iliaque, siège fréquent des angiomes de l'intestin.

M. le professeur HARTMANN (de Paris) présente une très intéressante étude sur l'**opération élargie dans le cancer du rectum**. Sur 49 cas d'exérèse par voie basse, il a eu 7 morts opératoires (14 p. 100); sur 20 malades suivis, 10 récidives (50 p. 100); si bien qu'au total 64 p. 100 des opérés ont succombé soit à l'opération, soit à une récidive. Un relevé de statistiques intégrales dues à divers chirurgiens donne 1616 cas avec 257 morts (15,8 p. 100); sur 805 cas suivis, 551 récidives (68 p. 100). Quel que soit l'opérateur, les résultats de l'opération par voie basse sont donc médiocres.

Les récidives sont surtout fréquentes dans le tissu cellulaire et les ganglions; le plus souvent, il y a envahissement de l'appareil lympathique assez haut; pour avoir de bons résultats éloignés, il faut donc faire une opération élargie et recourir à la voie combinée. Cette opération présente une gravité immédiate considérable. Sur 24 cas opérés par l'auteur ou M. Lecéne, il y a eu 11 morts. Si à ces 24 cas on ajoute 236 cas, résultats de statistiques globales, on arrive à 260 cas avec 98 morts (37,7 p. 100). La mortalité est plus grande chez l'homme que chez la femme; elle est surtout plus grande après soixante ans.

Les résultats éloignés sont excellents.

Sur 13 des malades suivis, il y a 2 morts par maladie intercurrente, 1 par métastase hépatique sans récidive locale, et 10 guérisons maintenues de neuf mois à huit ans. Les résultats éloignés sont excellents aussi dans les autres statistiques. Pour diminuer la gravité immédiate, il faut s'attacher à perfectionner la technique.

L'auteur expose sa technique personnelle : début par un temps abdominal qui permet l'exploration, décollement postérieur du rectum avec son appareil vasculo-lymphatique, ligature élevée de la mésentérique inférieure, et ménagement de l'arcade bordant l'intestin à 3 ou 4 centimètres de son bord, conditions indispensables pour éviter la gangrène du bout inférieur. Si on ne peut abaisser suffisamment le bout supérieur, faire une colostomie.

Temps périnéal, puis troisième temps abdominal, péritonisation complète pour éviter les adhérences et une occlusion consécutive.

Ces précautions éviteront certaines morts opératoires, et on aura une méthode donnant des résultats immédiats et éloignés très bons.

(A suivre.) M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1913)

Vaccinothérapie dans la fièvre typhoïde. — M. Henri DUFOUR, à la suite de la communication de MM. Josué et Belloir, en juillet dernier, sur les autovaccinations antityphiques, se montra beaucoup plus réservé que ces auteurs sur les effets de la vaccinothérapie.

Répondant à l'invitation qui lui a été faite, il apporte aujourd'hui ses courbes de température se rapportant à la totalité de ses malades soignés à l'hôpital Broussais depuis le 1er janvier de cette année : en tout 18; 6 ont reçu de l'autolysat du professeur Vincent concurremment avec les bains froids; 12 ont été seulement baignés.

M. H. Dufour a disposé ses courbes de façon à les rendre visuellement plus comparables, la première colonne de gauche de la feuille de température répondant toujours au premier jour de la maladie.

A chaque courbe de température provenant de malades traités par l'autolysat est superposée une ou deux courbes aussi semblables que possible de malades n'ayant pas reçu d'autolysat, ce qui constitue la seule différence de ses 2 séries. Enfin, viennent 3 courbes de malades non injectés, dont 2 ne sont superposables à aucune des précédentes (parce que ces malades ont eu des rechutes) et dont la troisième se trouve isolée parce qu'il s'est agi d'une complication survenue sous forme d'un abcès périsplénique. Ses 18 malades ont tous guéri.

Trois vaccinothérapisés ont reçu 3 injections d'autolysat correspondant respectivement à 4 milliards, 4 milliards 500 millions, 6 milliards 500 millions de bacilles d'Eberth; 2 ont reçu 2 injections correspondant à 2 milliards 500 millions et 5 milliards; 1 a reçu une injection correspondant à 1 milliard de bacilles.

Neuf malades non traités par les vaccins ont des courbes très voisines de l'une ou l'autre des 6 courbes appartenant aux malades injectés.

Les courbes 16 et 17 (malades non injectés) restent en dehors de ses séries par suite des rechutes (peu graves) qu'ont présenté ces deux malades.

L'auteur a apporté ces documents pour grossir le nombre des faits pouvant servir en la matière à l'enseignement. En ce qui le concerne il croit qu'il faut encore attendre avant de se prononcer. Il pense qu'il faut être très prudent pour juger de l'effet de la vaccinothérapie sur les cas hospitaliers, lesquels entrent le plus souvent dans les services vers le huitième ou le treizième jour de la maladie. Ce qu'il confirme absolument après M. Vincent, c'est le gonflement de la rate consécutif aux injections d'autolysat.

Il dit en terminant que, en l'état actuel, le plus sûr traitement spécifique de la fièvre typhoïde consiste à l'éviter en répandant le plus possible la vaccination préventive antityphique.

Sur la vaccinothérapie de la fièvre typhoïde. — MM. VARIOT, H. GRENET et H. DUMONT communiquent les résultats qu'ils ont obtenus dans le traitement de la fièvre typhoïde, par les injections de vaccin polyvalent de Vincent (vaccin bacillaire ou autolysat) chez l'adulte et chez l'enfant. Dans un cas, qui fut mortel, l'injection fut faite alors qu'il existait déjà des signes de perforation. Les quinze autres malades ont guéri. Quatre fois, la maladie a tourné court et la défervescence complète a été obtenue en quinze jours au plus.

Dans un autre cas, la température est tombée à 37 degrés dès le treizième jour, pour remonter ensuite légèrement et se maintenir entre 37 degrés et 38 degrés. Enfin chez un malade atteint d'une rechute grave, compliquée de phénomènes méningés et d'un érythème infectieux, la température est tombée définitivement, en quarante-huit heures, après une injection de 1 centimètre cube de vaccin bacillaire.

Dans les autres cas, la durée de la maladie n'a pas été aussi nettement abrégée. Mais d'une manière constante, l'état général a été très amélioré : diminution de la torpeur ; retour du sommeil ; ralentissement du pouls ; diurèse ; retour de la sensation de faim.

La dose injectée a toujours été, chaque fois, de 1 centimètre cube. Dans quelques cas on n'a pratiqué qu'une seule injection ; dans d'autres on en a fait deux ou trois, à deux ou trois jours d'intervalle, en se réglant sur l'évolution clinique et la marche de la température.

Dans aucun cas on n'a constaté de réaction notable, en dehors d'une élévation de température le soir même de l'injection.

La vaccinothérapie de la fièvre typhoïde semble donc constituer un traitement efficace et sans danger.

Péricardite brightique. Présence de 6g40 d'urée dans le liquide péricardique. Absence de germes microbiens. — MM. E. de Massary et Philippe Chatelin rapportent l'observation d'une femme morte en vingt et un jours d'une péricardite brightique typique. Pour tenter d'élucider le problème pathogénique si discuté de la péricardite brightique, deux ordres de recherches furent pratiqués.

D'une part, le taux de l'urée dans les humeurs fut dosé : d'abord 4g20, puis 5g78 d'urée dans le sang et enfin 6g40 dans le liquide péricardique immédiatement après la mort.

D'autre part, les recherches cytologiques des liquides pleural et péricardique ne fournirent pas de renseignements précis, mais les recherches bactériologiques, plus intéressantes, permirent d'affirmer l'absence de germes microbiens dans la plèvre et dans le péricarde. Il semble donc que l'on pourrait conclure à la seule origine dyscrasique toxique de la péricardite à l'exclusion d'une infection secondaire.

Cependant des réserves s'imposent encore, car la malade présenta vingt jours avant sa mort un petit foyer congestif pulmonaire avec fièvre. Peut-être le péricarde, siège d'un exsudat azoté subit-il à ce moment une infection minime et transitoire ?

La rétention azotée paraît donc être le facteur nécessaire. Est-il suffisant ? Il est difficile de l'affirmer.

Traitement du rhumatisme et de l'orchite blennoragique par le vaccin antigonococcique sensibilisé (méthode de Besredka). — MM. Dopter et Pauron, frappés par les heureux résultats obtenus par M. Cruveilhier à la suite de l'emploi du vaccin antigonococcique sensibilisé dans le traitement des complications blennorragiques, ont adopté cette nouvelle méthode à la thérapeutique de plusieurs cas de rhumatisme et d'orchite blennorragique.

Ils présentent notamment un malade qui contracte après une blennorragie assez sévère un rhumatisme du genou droit et des chevilles. Aucun traitement n'avait encore pu pallier les phénomènes douloureux ni la tuméfaction des jointures atteintes. Quand le malade entra au Val-de-Grâce, le genou droit était volumineux, le membre inférieur se trouvait en demi-flexion permanente ; la marche et même la station debout étaient impossibles. Une première injection sous-cutanée de vaccin amena une réaction générale de moyenne intensité et aucune réaction locale ; dès le lendemain, les douleurs et le gonflement avaient presque disparu. Une deuxième injection amena la rétrocession complète des phénomènes articulaires, et le malade, revenu à l'état normal, pouvait marcher. Cette guérison vraiment surprenante a été ainsi obtenue en cinq jours.

Les auteurs citent d'autres cas, non moins convaincants, où le traitement a porté sur des cas anciens et chroniques où tout l'arsenal thérapeutique utilisé pendant près d'un an avait complètement échoué. Dans ces cas chroniques, la guérison est beaucoup plus lente évidemment et réclame de nombreuses injections. Mais on ne peut qu'être frappé de l'amélioration considérable obtenue, alors que les traitements usuels restent parfois complètement inefficaces.

Enfin, les malades atteints d'orchite blennorragique sévère avec phénomènes douloureux intenses ont largement bénéficié de la méthode, puisque déjà, vingt-quatre heures après la première injection, toute douleur disparaissait, la tuméfaction se réduisait au bout de deux à quatre jours à un simple noyau épididymaire qui rétrocédait facilement dans la suite. Là encore, il n'y a pas de comparaison à établir entre la rapidité de la guérison obtenue par cette vaccinothérapie et la rétrocession lente des troubles orchitiques traités par les moyens usuels.

Ces cas confirment donc pleinement les résultats enregistrés et publiés antérieurement par M. Cruveilhier.

Contribution à l'étude de la valeur diagnostique de l'analyse chimique des humeurs pathologiques. — MM. Mosny, Javal et Dumont. L'observation que ces auteurs rapportent aujourd'hui leur paraît intéressante non seulement par sa rareté mais surtout par la façon dont un examen chimique leur a permis d'établir un diagnostic hésitant.

Il s'agit d'une hydronéphrose volumineuse (elle atteignait près de 30 litres), méconnue pendant dix ans, et prise d'abord pour une péritonite tuberculeuse, prise ensuite pour une ascite.

La première ponction leur montra 8 grammes d'albumine par litre, c'était peu dans l'hypothèse d'un liquide ascitique ; c'était, ainsi qu'ils l'avaient montré antérieurement, un taux qui écartait toute idée d'infection péritonéale. La seconde ponction leur montra seulement 2g20 d'albumine totale, ce qui leur permit d'exclure l'hypothèse de l'ascite, car les transsudats péritonéaux ont un minimum d'albumine qui ne descend jamais au-dessous de 3 grammes.

Le dosage des chlorures leur donna le chiffre de 5g30 par litre, ce qui leur permit d'écarter l'hypothèse du kyste de l'ovaire qui leur aurait donné un chiffre compris entre 7 et 8 grammes.

C'est le chiffre 3,87 d'urée comparé au point cryoscopique de 0,59 qui leur fit faire le diagnostic d'hydronéphrose, car, dans l'azotémie on peut bien trouver des chiffres analogues d'urée dans un liquide quelconque de l'organisme, mais dans ce cas l'urée accumulée donne toujours un abaissement à peu près proportionnel du point cryoscopique.

Ils pouvaient en conclure qu'ils n'avaient pas affaire à un transsudat ordinaire et qu'ils assistaient au dernier vestige d'une fonction urinaire qui, d'ailleurs, s'éteignit complètement par la suite, probablement sous l'influence de l'infection.

Malgré les anomalies de l'évolution clinique et des signes physiques de cette hydronéphrose ils ont donc pu, grâce à l'examen chimique très attentif, établir un diagnostic de certitude.

Il était malheureusement trop tard pour intervenir : la malade était entrée dans leur service pour une phlébite consécutive à l'infection de son hydronéphrose et elle succomba à cette affection sans qu'ils aient pu songer à une opération dont elle aurait pu bénéficier si ces examens avaient été pratiqués dix ans plus tôt.

Contribution à l'étude de l'urée du sang et de la constante d'Ambard chez les cardiaques. — MM. O. Josué et F. Belloir ont étudié l'azotémie et la constante d'Ambard chez quinze cardiaques entrés dans le service en asystolie et en hyposystolie. Chez quatre cardio-rénaux, ils ont trouvé, sous l'influence de l'asystolie, une augmentation notable de l'azotémie et de la constante d'Ambard. Après l'asystolie, chez ces cardio-rénaux, l'urée et la constante diminuent pour revenir à la normale ou rester au-dessus. Chez quatre cardio-réno-hépatiques, ils ont constaté que le taux de l'urée était normal ou au-dessous de la normale pendant l'asystolie. Après l'asystolie, le taux de l'urée est inférieur à la normale ; quant à la constante, elle est inférieure ou égale à la normale.

Dans les asystolies hépatiques, les auteurs ont trouvé constamment des chiffres d'urée et des constantes faibles. Après l'asystolie, le taux de l'urée et la constante se sont encore abaissés chez un de leurs malades, tandis que, chez deux autres malades, les chiffres se sont rapprochés de la normale.

Chez les cardiaques purs, la constante est, en général, au-dessous de la normale, alors que l'azotémie est toujours inférieure à la normale pendant l'asystolie et après celle-ci.

Si le rein est touché, l'asystolie augmente donc, en général, la rétention uréique. Si le rein est indemne, l'asystolie diminue l'azotémie, sans doute par troubles hépatiques.

MM. O. Josué et F. Belloir ont observé un certain nombre de divergences dans les résultats fournis par le dosage de l'urée dans le sang et par la constante. Les résultats fournis par le dosage de l'urée dans le sang semblent plus sûrs parce qu'ils concordent mieux avec l'évolution clinique et qu'ils ne sont pas sujets à de multiples causes d'erreurs qui entachent

l'évaluation de la constante chez des malades oliguriques et œdématiés.

Recherches sur l'étiologie et la pathogénie du zona. — MM. V. Raymond et Cot ont isolé du sang, dans deux cas de zona, un petit bacille, prenant le Gram, immobile, se groupant en palissades et chromogène.

Se basant sur la réaction de fixation, la production chez l'homme et les animaux d'éruptions vésiculeuses douloureuses, après inoculation, la constatation d'hémorragies et de bacilles dans les ganglions rachidiens des animaux infectés, ils concluent que ce bacille a des aptitudes zostérigènes et que c'est probablement le germe spécifique du zona.

Ayant retrouvé ce germe ou ses réactions humorales, chez d'autres malades, ils pensent que l'infection zostérienne comprend, outre le zona, un certain nombre de septicémies bénignes et de courbatures fébriles, ce qui élargit sérieusement le cadre de cette affection.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 22 octobre 1913)

Traitement des péritonites par l'éther. — M. Souligoux apporte de nouvelles observations qui plaident en faveur de ce traitement. Premier cas : péritonite survenue chez une jeune femme à la suite de manœuvres abortives, état grave, laparotomie, présence de fausses membranes, adhérences intestinales, ablution du péritoine avec un litre d'éther, fermeture du ventre, avec un petit drain à la partie supérieure; le lendemain température à 38°4, chute complète de la température les jours suivants, guérison rapide. M. Souligoux cite plusieurs faits du même ordre et fait connaître également plusieurs observations qui lui ont été adressées par M. Témoin (de Bourges). Voici le résumé très succinct de ces observations : dans un premier cas, il s'agit d'une occlusion intestinale avec péritonite, consécutive à la rupture d'un pédicule tordu d'un kyste de l'ovaire. Laparotomie d'urgence; on trouve du sang noir dans la cavité péritonéale, une anse d'intestin a été prise dans la torsion, dégagement de cette anse, lavage à l'éther, fermeture avec un petit drain, guérison. Deuxième cas : péritonite généralisée, intervention, appendice gangrené et perforé, lavage à l'éther, guérison. Troisième cas : péritonite suppurée consécutive à un pyosalpinx, laparotomie, lavage à l'éther, guérison. Quatrième cas : hernie crurale étranglée, sphacèle de l'intestin, suppuration; introduction d'une sonde dans la cavité abdominale par le canal, injection intra-abdominale d'un demi-litre d'éther par cette sonde; on laisse la sonde en place. La malade était mourante. Elle s'était bien remise et semblait guérie quand elle succomba le dixième jour à une syncope.

Ces cas, joints à ceux qui ont déjà été communiqués à la Société de chirurgie, semblent bien démontrer que le traitement des péritonites par l'éther donne de très bons résultats.

Pleurésie purulente gauche; migration dans la fosse rénale. — M. Morestin fait un rapport sur une très intéressante communication de M. Picquet (de Sens). Il s'agit d'un enfant de quatorze ans atteint de pleurésie purulente du côté gauche, qui aurait été consécutive à des oreillons. Opération de l'empyème au niveau de la huitième côte, qui laisse une fistule intarissable. Chaque fois que cette fistule se fermait, l'enfant était pris de fièvre. Cet état dura ainsi pendant quatre ans. Il y eut une réelle amélioration après une vomique. M. Picquet proposa de réséquer deux ou trois côtes et d'aller nettoyer le foyer pleural qui pouvait contenir encore un grand verre de liquide. Mais la famille se refusa à toute intervention. L'enfant resta dans la même situation pendant encore deux ans. Puis apparurent les signes d'un vaste abcès dans la région lombaire du même côté. Il s'agissait d'un abcès périnéphrétique. M. Picquet, pensant qu'il pouvait y avoir communication entre cette collection purulente périnéphrétique et la pleurésie purulente, à travers le diaphragme, fit une incision lombaire verticale, arriva dans la loge périrénale, évacua le pus en remontant jusqu'au diaphragme. Puis il agrandit la fistule thoracique et introduit dans la plèvre l'index de la main gauche, pendant que l'index de la main droite était conduit, par la plaie lombaire, jusqu'au dessous du diaphragme; il constata qu'il y avait très peu d'épaisseur de tissu entre les deux cavités, il effondra cette séparation et plaça un drain qui, introduit par la fistule pleurale, fut attiré à l'aide d'une pince dans la loge périrénale et sortit par la plaie lombaire. Des lavages furent faits par ce tube. Six semaines après, la fistule pleurale étant tarie, le tube fut peu à peu attiré en bas vers l'incision lombaire. Celle-ci se cicatrisa à son tour. La fièvre tomba, l'état général devint excellent et l'enfant est complètement guéri.

C'est là un fait exceptionnel de migration d'un abcès pleural dans la fosse lombaire. M. Morestin ne peut qu'approuver la conduite de M. Picquet.

M. Chaput ne trouve pas qu'il soit prouvé que, dans ce cas, l'abcès périnéphrétique n'ait été qu'une extension de l'abcès pleural.

M. Thiéry a observé un cas d'abcès périnéphrétique coexistant avec une pleurésie purulente. Celle-ci guérit après le traitement dirigé contre l'abcès périrénal.

M. Delbet cite l'exemple d'un malade présentant tous les signes d'une pleurésie purulente. Un médecin fait une ponction avec la seringue de Pravaz et tire du pus. Il envoie le malade à M. Delbet en le priant d'ouvrir cette plèvre. M. Delbet l'ouvre et ne trouve rien dans cette plèvre. Le diaphragme bombant en haut de ce côté, il le fixe à la peau, l'ouvre et donne issue à une quantité énorme de pus. C'était un abcès sous-diaphragmatique provenant d'une appendicite méconnue.

M. Jacob fait observer qu'il y a, anatomiquement, des moyens de communication directe entre la cavité pleurale et la loge périnéphrétique.

M. Hartmann ajoute que l'hiatus, dont vient de parler M. Jacob, est plus accentué à gauche qu'à droite, ce qui expliquerait la plus grande fréquence, de ce côté, de ces pleurésies purulentes se propageant dans la fosse périnéphrétique.

M. Morestin, répondant à M. Delbet, fait observer que dans le cas de M. Picquet la pleurésie purulente n'était pas douteuse puisqu'elle a pu être observée pendant six ans. L'explication de cette propagation de pus pleural dans la fosse lombaire lui paraît toute naturelle.

Deux cas de syphilis osseuse anormale. — M. Lenormand fait un rapport sur deux observations de M. Mouchet relatives à des cas de syphilis osseuse héréditaire tardive chez une jeune fille de vingt-trois ans et un homme de trente-deux ans. Chez la jeune fille il s'agissait d'un gonflement osseux progressif au niveau de la partie supérieure du cubitus droit (ostéite tertiaire). Chez le jeune homme, la localisation était au niveau de la partie inférieure du radius gauche. Ici il y avait des phénomènes inflammatoires très aigus. Ce jeune homme avait eu déjà deux poussées d'ostéomyélite avec abcès au niveau du cou-de-pied. La première idée qui venait à l'esprit était celle d'une ostéite banale du radius. M. Mouchet admit cependant la syphilis en se basant sur les trois points suivants : signes nets, par ailleurs, de syphilis héréditaire, Wassermann positif et légère amélioration après le traitement mercuriel. L'abcès s'ouvrit d'ailleurs spontanément. Malgré la rareté des accidents fébriles dans la syphilis, M. Mouchet croit pouvoir admettre qu'il s'agit, dans ce cas comme dans le premier, d'une forme anormale de syphilis osseuse.

La radiographie a montré, dans ce dernier cas, une tache claire au niveau de la région douloureuse, une certaine raréfaction de l'os et un peu d'hyperostose.

Dans le premier cas, on trouve, à la radiographie, l'aspect d'os soufflé, d'os spongieux, sans hyperostose; c'est très comparable à l'aspect que donnent les kystes multiples des os. Pourquoi ces kystes ne seraient-ils pas d'origine syphilitique? M. Lenormand, avec M. Mouchet, tend à admettre, dans ces deux cas, une forme anormale de syphilis osseuse.

M. Savariaud proteste, non sans énergie, contre cette conclusion et ne croit pas qu'il s'agisse, dans ces deux cas, de syphilis osseuse. De ce qu'un syphilitique présente des kystes des os, s'ensuit-il forcément, pour cela, que ces kystes soient d'origine syphilitique? Pour lui, dans le premier cas, il s'agit d'une ostéite banale; dans le second, d'une ostéite épiphysaire.

Il semble à M. Savariaud que la Société de chirurgie ne saurait admettre, sans réserves, les conclusions de MM. Mouchet et Lenormand.

M. Lenormand consentirait à faire quelques réserves pour le second cas; mais il ne lui semble pas douteux que, dans le premier cas, il s'agisse bien de syphilis osseuse.

Traitement du mal de Pott par des greffes osseuses. — M. Ombrédanne rappelle avoir, en 1908, présenté un cas de greffe tibiale comme soutien dans le mal de Pott. Albi ayant, en 1912, présenté de nouveaux faits de greffes tibiales, M. Ombrédanne a eu l'idée, dans plusieurs cas, d'implanter un greffon d'omoplate dans le rachis.

Ce greffon scapulaire mesure de 8 à 12 centimètres suivant les cas. Il est assez mince et bien rigide. Ayant creusé un fossé médian dans les apophyses épineuses, il y a inséré ce greffon scapulaire de champ qui pénétrait ainsi 7 apophyses épineuses. Puis il applique un appareil plâtré.

M. Ombrédanne fait connaître ici, en détail, les observations des cinq enfants atteints de mal de Pott chez lesquels il a appliqué cette greffe scapulaire. Chez plusieurs de ces enfants, les douleurs ont été calmées, la marche est devenue parfois plus facile. Mais les résultats définitifs obtenus par M. Ombrédanne, surtout au point de vue de la correction de la déformation, ne répondent pas aux faits publiés par Albi. Ils ne lui ont pas donné entière satisfaction.

M. Mauclaire fait remarquer qu'Albi pratique ces greffes plutôt et sur des malades moins avancés que ceux de M. Ombrédanne. M. Albi n'aurait sans doute pas opéré ces malades.

Pas plus, ajoute M. Souligoux, que M. Ombrédanne n'aurait opéré les malades d'Albi.

M. Ombrédanne fait observer, en effet, que ses malades étaient gravement atteints, souffraient beaucoup et ne pouvaient être envoyés au bord de la mer.

Varices lymphatiques. — M. Jacob présente un malade qu'il a déjà montré et qui était atteint de varices lymphatiques du membre inférieur extrêmement étendues. Après deux mois de radiothérapie sans succès, il a opéré ce malade; il est intervenu très largement, a enlevé toute l'aponévrose d'un seul tenant et a pu réparer cette énorme brèche par le procédé de M. Morestin. Très beau résultat.

Les Dyspepsies et leur traitement, envisagés au seul point de vue clinique, par le docteur Félix Ramond, médecin des hôpitaux de Paris. In-8. — Prix : 3 francs. — Paris, J. Cussac, 7, rue Bleue.

Les Préjugés en médecine mentale, par le docteur A. Vallet. Broch. de 136 pages. — Paris, Maloine.

JURISPRUDENCE

DIVAGATION DES FOUS, ACCIDENTS ET RESPONSABILITÉ

Un arrêt, rendu par la Cour de cassation le 22 juillet 1913, a fait une application curieuse et intéressante quant à ses conséquences d'un article du Code pénal, qui assimile les fous aux animaux malfaisants ou féroces. En effet, d'après l'article 475, § 7, dudit Code, sont punis d'amende, depuis 6 francs jusqu'à 10 francs, exclusivement « ceux qui auraient laissé divaguer des fous ou des furieux étant sous leur garde, ou des animaux malfaisants ou féroces... »

Ainsi donc cet article, en créant une contravention de simple police, a puni ceux qui ont la garde d'un aliéné. En dehors de cette sanction pénale, il reste celle que peut entraîner, au point de vue civil, la responsabilité. Mais qui doit supporter cette responsabilité? Il est bien certain que ce sont ceux qui ont la garde de l'aliéné, qu'il soit ou non interdit. C'est alors qu'il faut se demander quelles sont les personnes qui ont la garde de l'aliéné.

Les personnes qui peuvent être chargées de cette garde sont : 1° celles auxquelles la loi l'impose comme une conséquence de leurs fonctions ou comme un devoir de famille; 2° celles qui se sont volontairement chargées, à un titre quelconque, des soins et de la surveillance que réclame la position de l'aliéné. Dans la première classe, il faut placer les chefs ou directeurs, préposés ou gardiens des établissements, publics ou privés, consacrés aux aliénés. Ainsi, le gardien qui, par négligence, laisserait sortir un aliéné régulièrement détenu, serait passible de l'amende prononcée par l'article 475. A l'égard des aliénés interdits et non placés dans un établissement public ou privé, leur tuteur figure en première ligne parmi les personnes auxquelles s'applique l'article 475, § 7, en cas de divagation, en vertu des dispositions des articles 450 et 509 du Code civil, qui chargent le tuteur de l'interdit de prendre soin de sa personne et d'administrer ses biens, et en vertu de l'article 21 de la loi du 30 juin 1838 et de l'article 29 de la même loi qui désigne au premier rang le tuteur pour faire ordonner la sortie de l'aliéné.

Si l'interdiction n'a pas été prononcée, la responsabilité pénale doit peser sur les personnes sons l'autorité desquelles l'aliéné est placé : père, mère, tuteur, curateur, époux, serviteurs attachés à la personne de l'aliéné. La femme de l'aliéné est également chargée de sa garde. Ce dernier point est tranché par l'arrêt que nous mentionnons, mais les enfants ne peuvent tomber sous le coup de l'article 475.

Les membres de la famille d'un aliéné, a dit la Cour, même lorsqu'ils habitent avec lui, ne sauraient être considérés comme l'ayant, par cela seul, sous leur garde, ni encourir, le cas échéant, la peine édictée par le Code.

En l'absence de toute personne ayant autorité légale sur son mari, la femme de l'aliéné peut, sans doute, être envisagée comme ayant la charge de le surveiller. Elle l'a donc bien sous sa garde au sens de la loi. Cela dérive du devoir réciproque de secours et d'assistance, dont les époux sont tenus aux termes de l'article 212 du Code civil. Mais les enfants d'un fou, qui n'ont sur leur père aucune autorité juridique, ne sont point, *ipso facto*, chargés de sa surveillance. Pour en décider autrement, il faudrait que le juge indiquât les raisons de fait et de droit qui engagent leur responsabilité.

C'est donc à ces personnes et non à l'aliéné qu'il faut s'adresser lorsque le dément a commis un acte entraînant sa responsabilité. (Voir Cour cassat., 14 mai 1866, *D. P.*, 1867, 1. 296; — 30 juillet 1906, *D. P.*, 1907, 1. 315; — 21 oct. 1901, *D. P.*, 1901, 1. 524; — Trib. Perpignan, 15 mai 1907, *D. P.*, 1907, 5. 38.)

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR L'ADMINISTRATION DU SALICYLATE DANS LE RHUMATISME AIGU

Il est reconnu que, pour obtenir des effets favorables avec le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, il faut le donner à hautes doses : 5, 6 et 8 grammes sont nécessaires en plusieurs doses fractionnées et en solutions. Dans un assez grand nombre de cas on observe des phénomènes d'intolérance avec les doses utiles et des nausées, des vertiges, du délire obligent à cesser le remède. Il est certain, en effet, que le salicylate de soude congestionne les reins et s'accumule dans l'économie quand les organes éliminateurs ne sont pas assez perméables, aussi est-il toujours nécessaire d'examiner les urines des malades avant de l'administrer.

La présence de l'albumine est-elle une contre-indication formelle à son usage? Assurément non. Presque toujours le rhumatisme aigu s'accompagne d'albumine et surtout dans les formes intenses où le salicylate est nécessaire. Elle ne serait une contre-indication que dans le cas d'existence préalable de néphrite chronique.

Cependant, pour éviter toute manifestation toxique, on devra remplacer le salicylate par l'*Aspirine Vicario* (granulés ou comprimés) qui, préparée avec une pureté chimique absolue, ne renferme pas d'acide salicylique libre comme beaucoup d'aspirines commerciales.

On pourra donner 3 et 4 grammes par jour s'il y a lieu, puis, dès que les phénomènes douloureux et fluxionnaires auront diminué, descendre à la dose de 2 grammes par vingt-quatre heures. Les enfants supportent très bien cette médication à doses évidemment plus faibles. C. P.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 5 novembre, à une heure. — M. Camino. Hendaye (Basses-Pyrénées) station climatique. Ses indications. (MM. Landouzy, président; Bar, Letulle et Léon Bernard.) — M. Simon. Etude clinique de quelques monstruosités fœtales portant sur l'extrémité céphalique. (MM. Bar, président; Landouzy, Letulle et Léon Bernard.) — M. Dupuylatat de Laviergne. La réinfection syphilitique. (MM. Letulle, président; Landouzy, Bar et Léon Bernard.) — M. Baron. La bacillémie tuberculeuse. (MM. Letulle, président; Landouzy, Bar et Léon Bernard.)

Jeudi 6 novembre, à une heure. — M. Le Pendu. Contribution à l'étude de l'irido-choroïdite chronique. (MM. de Lapersonne, président; Lejars, Terrien et Okinczyc.) — M. Delafargue Bares. Les subluxations intermittentes de la hanche. (MM. Lejars, président; de Lapersonne, Terrien et Okinczyc.) — M. Lacau Saint-Guily. Dilatation ou extension de l'estomac chez le nourrisson hypoalimenté (tension intragastrique). (MM. Gilbert, président; Quénu, Nobécourt et Anselme Schwartz.) — M. Mornard. Contribution à l'étude des kystes hydatiques multiples du foie. (MM. Quénu, président; Gilbert, Nobécourt et Anselme Schwartz.)

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 7, juillet 1913.) Collet : Psychopathies pharyngo-laryngées. — Escat : Epreuve du diapason. Fantôme appliqué au diagnostic de la simulation de la surdité unilatérale. — Souty : Hypertrophie du tymus chez un enfant de deux ans et demi. — Mignon : Contribution à l'étude de l'antrite sphénoïdale chronique. — Bar : De l'œdème aigu infectieux primitif du larynx et de ses relations microbiologiques. — Collet : Kystes du sinus maxillaire.

Paris médical. — (N° 36, 9 août 1913.) Surmont : Le régime plurifruitarien dans les cardiopathies artérielles et le mal de Bright. — Gougerot et Quellien : Sporotrichose pharyngée primitive. Forme nouvelle ou sporotrichose des muqueuses. — Fargin-Fayolle : L'abcès vestibulaire d'origine dentaire. — Martin : Note sur un cas de lipomatose symétrique. — (N° 37, 16 août.) Cathelin : Le rein mobile congénital. — Voisin : De l'origine aérienne ou sanguine de la pneumonie. — Gourari : Le traitement spécifique et la réaction de Wassermann. — Pellot : Les thromboses veineuses du membre supérieur droit dites phlébites par effort. — Russo : Le sol et la vie. — Voisin : Description d'un petit traité de cuisine au XVIIe siècle. — (N° 38, 23 août.) Perrin et Thiry : L'identification des taches de sang. Procédés modernes. — Constantini : Méthode simple et efficace pour la guérison rapide du bubon chancrelleux. — Badin : La prophylaxie des scolioses.

Presse médicale. — (N° 65, 9 août 1913.) Chauffard et Troisier : Erythémie avec ascite, phlébite de la splénique et thrombose gastro-épiploïque. — Morestin : L'autoplastie spontanée par extension graduelle des tissus, grâce aux attitudes permettant la réunion immédiate. — Masson : Faux branchiomes. — Jeannin : Comment conçoit-on actuellement en France la technique de l'opération césarienne abdominale. — (N° 66, 13 août.) Chauffard : Le pronostic médical. Ses méthodes. Son évolution. Ses limites. — (N° 67, 16 août.) Guilleminot : L'énergétique générale et la chimie. — Lematte : Contribution à l'étude du métabolisme azoté urinaire. Séméiologie de l'urée, de l'ammoniaque et des acides aminés. Méthodes de dosage. — (N° 68, 20 août.) Martel, Tanon et Chrétien : La valeur de l'agglutination du « micrococcus melitensis » par le sérum sanguin, en particulier chez les chèvres. — Hardouin : Quelques modifications à apporter à la technique des greffes d'Ollier-Thiersch. — (N° 69, 23 août.) Lebon et Aubourg : Contractions réflexes du gros intestin et réflexothérapie. — Burnier : La culture du spirochète pâle et la cuti-réaction dans la syphilis. — Vallet : Nouveau mode d'application externe du radium.

Revue de chirurgie. — (N° 8, 10 août 1913). Quénu et Gatellier : Revue sur le traitement des fractures anciennes de la rotule. — Gorse et Dupuich : Tuberculose pulmonaire et chirurgie. — Tansini et Morone : Splénomégalie avec cirrhose hépatique en période ascitique. Splénectomie et opération de Talma. Contribution à l'étude et au traitement des splénomégalies chroniques splénothrombosiques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE. — *Pathologie.* — Séance du 27 octobre 1913. — MM. Ramadier (Fernand), 6; Lapidus, 9; Dalsace, 11; Levent, 9; Ohier, 7; Bourgeois (Francis), 12; Mora, 3; Chirol, 8; Ramadier (Henri), 11; Vicente, 9.

Séance du 28 octobre. — MM. Guillemet, 8; Deglaire, 10; Leflaive, 4; André, 8; Migot, 11; de Gaudart d'Allaines, 12; Monpot, 11; Leroux (Maurice), 6; Bretégnier, 9; Duter, 13.

Anatomie. — Séance du 27 octobre. — MM. Gerber, 10; Toupance et Lorain, 6; Richard, 10; Duneau, 9; Gand, 7; Récamier, 6; Colombet, 9; Langle, 8.

Séance du 28 octobre. — MM. Boulanger, 8; Oulié et Chalut, 10; Evrard, 11; Barreau (Pierre), 8; Chenain, 4; Rabeau, 5; Daspres, 8.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Un concours sera ouvert devant la Faculté de médecine de Paris le 2 février 1914, pour un emploi de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris un mois avant l'ouverture du concours, et y déposer leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leurs titres universitaires, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — CONCOURS POUR L'ADMISSIBILITÉ A L'EMPLOI DE RÉDACTEUR. — Un concours, pour l'admissibilité à l'emploi de rédacteur dans les services de l'Administration générale de l'assistance publique à Paris, sera ouvert le lundi 5 janvier 1914.

Le nombre maximum des candidats à admettre est fixé à 10.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve du concours.

Ne pourront être admis à se présenter, en dehors des agents faisant déjà partie de l'Administration, que les candidats de nationalité française qui, le 1er janvier 1914, auront atteint l'âge de vingt et un ans et n'auront pas dépassé l'âge de trente ans. Aucune dispense d'âge ne peut être accordée. Toutefois, pour les candidats ayant des services militaires, la limite d'âge est prorogée d'une durée égale à celle des services qui auront été accomplis pour satisfaire à la loi sur le recrutement, rengagements non compris.

Les candidats étrangers à l'Administration devront produire un diplôme de docteur en médecine, en droit, ès lettres ou ès sciences, un diplôme de l'école des chartes, de l'institut agronomique ou de l'école des sciences politiques, ou une pièce attestant qu'ils ont satisfait aux examens de sortie des écoles polytechnique, Saint-Cyr, navale, normale supérieure ou centrale.

Les inscriptions seront reçues au service du personnel de l'Administration, 3, avenue Victoria, jusqu'au mercredi 24 décembre 1913 inclusivement, dernier délai.

Les candidats inscrits devront s'adresser au service du personnel pour connaître les jours, lieux et heures où ils auront à se présenter pour subir les diverses épreuves.

Cependant, des convocations donnant ces indications leur seront adressées à domicile; mais l'administration décline toute responsabilité dans le cas où ces convocations ne leur parviendraient pas.

Le programme des connaissances exigées des candidats est déposé au service du personnel et sera remis ou envoyé à toutes les personnes qui en feront la demande

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après :

Médaille d'argent. — MM. les médecins-majors de première classe Cousergue et Lair.

UN MÉDECIN HOMME D'ÉTAT EN ESPAGNE. — On a vu récemment dans les journaux politiques que la chute du minis-

RENSEIGNEMENTS


Rhumatismes
LIQUIDE
F. BOUDIN
Révulsif liquide
à base d'essences de Crucifères
Affections
des Poumons
et des Bronches
Névralgies
Congestions
LIQUIDE
F. BOUDIN

tère espagnol était due au fait que le Sénat avait repoussé une motion de confiance proposée par le docteur Pulido.

Ce dernier est un médecin de valeur, auteur de nombreux ouvrages sur des questions variées de médecine, d'hygiène et de santé publique, de diffusion scientifique.

Orateur réputé dans cette Espagne où l'éloquence est tout particulièrement honorée et cultivée, le docteur Angel Pulido a écrit un remarquable ouvrage sur *La Emoción Oratoria*, où il étudie au point de vue physiologique, psychologique et médical, l'état d'âme de l'orateur et les moyens d'agir sur lui. Notre confrère s'y montre écrivain de grand talent.

Il est d'ailleurs un des directeurs de l'excellent journal qui s'appelle *El Siglo Médico*, et dans les bulletins hebdomadaires consacrés à tout ce qui peut intéresser la vie médicale en Espagne, on reconnaît fréquemment la plume alerte et précise et le jugement sagace de l'éminent sénateur. G. L. H.

LA LOI DE TROIS ANS ET LES EXEMPTIONS. — L'article 9 de la loi du 7 août 1913 stipule que les jeunes gens exemptés par le conseil de revision ne seront définitivement maintenus dans cette catégorie qu'après avoir été convoqués, examinés et entendus par une commission spéciale de réforme, qui se réunira au moment de l'incorporation du contingent.

Or, parmi les exemptés, il s'en trouve dont les défectuosités physiques sont irrémédiables et qu'il semble superflu de soumettre à un nouvel examen (aveugles, amputés, bossus, etc.).

Dans ces conditions le ministre de la Guerre décide que les jeunes gens dont l'exemption définitive est proposée par le conseil de revision pour une affection ou infirmité de cette nature, seront, s'ils ne se présentent pas devant la commission de réforme ou ne s'y font pas représenter, considérés comme représentés d'office par l'un des membres de la commission, qui statuera comme en leur présence. P.

LE MANQUE DE MÉDECINS MILITAIRES A MADAGASCAR. — Extrait d'une lettre d'un correspondant de la *Province Médicale* :

« ...Sans parler de *Tananarive*, où sont très nombreux nos confrères de l'armée, à la direction du service de santé, à l'Assistance médicale indigène, à l'école de médecine, etc., je citerai la place de *Diégo-Suarez* où garnisonnent : 1 médecin principal, 3 médecins-majors de première classe, 1 médecin-major de deuxième classe, 1 médecin aide-major et 1 médecin de la marine (sur le *Vaucluse* en rade).

Celle de *Majunga*, où pour *une ambulance militaire* et 74 hommes de troupes européennes, officiers et sous-officiers compris, il y a : 2 médecins-majors de première classe, 1 médecin-major de deuxième classe, 2 médecins aides-majors de deuxième classe. Total 5 MÉDECINS ! et *actuellement* il y a en traitement 3 *tirailleurs malgaches*, le reste des malades, 49, sont des civils des deux sexes admis à l'ambulance militaire ! Donc, 1 médecin militaire pour 14 hommes dans la garnison ! et 5 médecins militaires pour 3 *militaires malades à l'ambulance*. » P.

LE SUCRE ALIMENT DES SOLDATS ANGLAIS. — Le gouvernement anglais vient de décider d'augmenter la ration de sucre distribuée quotidiennement aux soldats de la Grande-Bretagne. Cette ration, qui était de deux onces, va être portée à trois onces. P.

UNE PRIME A LA PATERNITÉ POUR LES POSTIERS ALLEMANDS. — La commission du budget du Reichstag a décidé d'augmenter les salaires des employés des postes.

Les employés subalternes mariés, dont le salaire annuel ne dépasse pas 1.875 francs, recevront à partir du troisième enfant, par an et par enfant jusqu'à l'âge de dix-huit ans, une prime de 125 francs. P.

LE CONTROLE DU LAIT AUX ÉTATS-UNIS. — On sait qu'en France le contrôle du lait se fait par des prélèvements qui, analysés par le laboratoire des fraudes, décèlent la bonne ou mauvaise composition du lait mis en vente.

Aux Etats-Unis, il en est tout autrement, car on y inspecte beaucoup moins le lait que les fermes qui le produisent.

Si la ferme est mal tenue, si les locaux sont insuffisants et mal aérés, si l'eau employée est contaminée, si les vaches sont mal soignées, mal nourries et surtout malades, si les garçons laitiers sont malpropres, si le lait parvient au consommateur chargé de microbes, l'autorisation de vendre du lait en ville est retirée au fermier.

Le point de départ des enquêtes faites dans les fermes est la numération des microbes du lait mis en vente. Lorsque le service d'inspection prélève chez un commerçant de la ville, ou à l'arrivée en gare, un lait dont la teneur en microbes dépasse la moyenne, il s'informe de la ferme qui l'a produit, et, après l'avoir inspectée, il lui fait retirer, s'il y a lieu, l'autorisation de vendre.

Cet inspecteur a d'ailleurs une mission d'éducateur hygiéniste précieuse ; car il doit donner au laitier défaillant les conseils qui lui permettront de produire un lait moins chargé en bactéries et d'obtenir à nouveau son permis. P.

NÉCROLOGIE. — *Erratum.* — Sur une fausse information nous avons annoncé la mort de M. le docteur Piatot (de Bourbon-Lancy).

Nous sommes heureux de rassurer les nombreux amis de notre excellent confrère et d'annoncer qu'il ne s'est jamais mieux porté.

LES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE APPLIQUÉES A LA CLINIQUE. — DÉMONSTRATIONS ET EXERCICES PRATIQUES DE TECHNIQUE BACTÉRIOLOGIQUE, par M. H. Gougerot, agrégé, et Abrami.

Une série d'exercices pratiques commencera le mercredi 5 novembre 1913, à trois heures et demie, au laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie de l'école pratique, (premier étage, porte à gauche). Les démonstrations et exercices pratiques se continueront les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Le but de ces démonstrations est que le médecin ou le chirurgien arrivant dans un service dépourvu de laboratoire, sache organiser une installation rudimentaire mais suffisante aux besoins de la clinique — que, privé d'un bon garçon de laboratoire, il puisse faire lui-même toutes les préparations et qu'il connaisse tous les artifices techniques — enfin, qu'au lit du malade il ait la pratique des méthodes de diagnostic bactériologique. Ces démonstrations ne prétendent donc pas résumer un cours complet de bactériologie, elles sont uniquement des démonstrations pratiques des méthodes de diagnostic bactériologique en clinique.

Le nombre des élèves est limité. Le matériel et un microscope avec immersion, par groupe de trois, seront fournis par le laboratoire.

Le droit à verser pour cette série de démonstrations et exercices est de 60 francs.

Sont admis tous les docteurs, français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de 16 inscriptions. Des certificats seront délivrés à la fin des exercices.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardi, jeudi, samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Deux séries de démonstrations et d'exercices de techniques bactériologiques appliquées à la clinique sont faites chaque année : l'une en novembre-décembre, l'autre en mai-juin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. (Docteur Emile SERGENT, salles Corvisart et Cruveilhier.) — Tous les matins, à dix heures, exercices de médecine pratique et causeries cliniques au lit des malades.

Le vendredi matin, examen des malades nouveaux.

Le samedi matin, consultation spéciale sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires. (Interrogatoire des malades, discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques, manière de formuler et de rédiger une ordonnance.)

Le mardi matin, à partir du mois de février, conférences cliniques portant particulièrement sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires.

HOPITAL BROUSSAIS (service de M. le docteur DUFOUR). — Tous les matins, visite dans les salles, comprenant : salles de maladies aiguës, salles de tuberculeux, salles de chroniques. Le mercredi à dix heures, consultation externe pour les maladies du système nerveux et de la nutrition. Le mardi, à dix heures, examens radioscopiques, conférence clinique une fois par semaine à partir du mois de novembre.

DÉGÉNÉRESCENCE ET DÉSADAPTATION

Par M. J. LAUMONIER.

Sous le nom de dégénérescence, Morel a désigné une variation morbide, créée surtout par l'hérédité, dont l'aliénation mentale est l'expression la plus achevée, et qui se reconnaît à des stigmates physiques et à des troubles fonctionnels. Ce nom a obtenu rapidement beaucoup de vogue, mais son acception s'est tellement étendue par suite qu'actuellement bon nombre de psychiatres le repoussent comme insuffisant et trop imprécis.

Une telle défaveur tient en partie, je crois, à ce que l'on a oublié ou méconnu la signification exacte de la dégénérescence. Ainsi que l'a parfaitement indiqué le docteur Apert, dans une conférence récente à l'Union des Femmes de France (1), ce qui caractérise le dégénéré, c'est qu'il ne ressemble pas, au moins par un certain nombre de traits, à son géniteur; chez lui, par conséquent, l'hérédité, qui se traduit par la ressemblance, est troublée; des facteurs nouveaux sont intervenus pour modifier le type du descendant et l'écarter de celui des parents, que ces facteurs agissent uniquement sur les cellules germinales de ces derniers ou seulement d'une manière hâtive chez le jeune enfant. Ne sait-on pas, en effet, que l'alcoolisme précoce conduit aux mêmes vices de développement que l'alcoolisme des parents? Il résulte de là que la dégénérescence est une perturbation acquise sous l'influence de causes actives, perturbation qui se maintient tant que ces causes persistent, mais qui tend à disparaître quand elles ont elles-mêmes cessé. « On l'a bien vu, dit M. Apert, pour certains groupes de populations soumises à des conditions hygiéniques défectueuses; ainsi les régions impaludées de la Bresse, des Dombes et des Landes étaient habitées avant l'assainissement par des populations de petite taille qui présentaient avec une très grande fréquence (les registres de la conscription en font foi) les malformations variées décrites sous le nom de stigmates de dégénérescence. Dès le moment où ces contrées furent assainies par le dessèchement des marais, les nouvelles générations reprirent leur taille normale et actuellement il n'y a pas plus d'exemptions du service militaire pour conformation vicieuse dans ces cantons que dans ceux qui n'ont jamais été touchés par le paludisme. »

Nous devons maintenant nous demander dans quel sens agit l'élément perturbateur qui trouble l'hérédité et produit ainsi la dégénérescence. Pour répondre à cette question, il suffit de considérer d'un peu près les dégénérés. Ce sont tous, à des titres et à des degrés divers, des désadaptés aux conditions ordinaires du milieu complexe et spécialement du milieu social dans lequel ils vivent, et cette désadaptation peut affecter des caractères régressifs, mais non nécessairement, comme le croyait Lombroso. Le dégénéré est donc un type aberrant que les influences nocives qu'il subit empêchent de pouvoir se comporter comme les êtres normaux dans les mêmes circonstances.

(1) APERT. Les problèmes de l'hérédité, [*Revue scient.*, 12 juillet 1913.

Cette interprétation a déjà été formulée par Dallemagne. Pour cet auteur, l'activité normale de l'homme, dans ses différentes sphères, végétative, affective, intellectuelle, dépend d'un certain équilibre déterminé lui-même par l'adaptation. « L'équilibre végétatif bulbo-médullaire, indispensable à la vie, dit-il (1), s'effectuerait, sans intervention de la conscience et d'une manière automatique. L'équilibre affectif, apanage des centres sous-corticaux, ne posséderait qu'une sensibilité générale et une conscience atténuée... L'équilibre psychique se localiserait dans l'écorce; il se traduit surtout dans l'évolution sociologique. Il mène à l'adaptation de plus en plus parfaite de l'intelligence avec les choses de la nature... »

A la rupture de chacun de ces équilibres adaptatifs correspond donc une dégénérescence; il y a ainsi trois sortes de dégénérés, de l'ordre nutritif (ou végétatif), affectif et intellectuel, dont l'état respectif est de gravité décroissante. Voici du reste comment Dallemagne les caractérise.

« Dans les dégénérés d'ordre nutritif se trouveront les individus voués à la dégénérescence, à la déchéance irrémédiable proprement dite, ceux dont la vie semble atteinte dans son mécanisme essentiel. Ils sont, ceux-là, les véritables dégénérés, marqués pour la fin prochaine; leurs jours sont comptés. Très peu d'entre eux réussissent encore à procréer. Le plus grand nombre meurent avant l'âge adulte. Et ceux qui ont le malheur d'enfanter ne donnent le jour qu'à des produits d'une viabilité débile et rapidement épuisée. Dans ce premier groupe, nous rangerons le crétin, le myxœdémateux, l'idiot et ses transitions vers les différents degrés de l'imbécillité. Les dégénérés du second ordre seront les déséquilibrés de la motricité, de la sensibilité, de l'activité sous toutes ses formes, et surtout les déséquilibrés de la vie affective, parmi lesquels figurent en première ligne les psychopathes sexuels. Enfin les déséquilibrés de l'intellect, toute la série des phobiques, des obsédés, trouveront place dans la dernière catégorie de nos anormaux. Avec elle, nous rentrons progressivement dans la vie courante... (2) »

D'après cet exposé, il est évident — et les faits le prouvent — que le dégénéré nutritif est en même temps un dégénéré affectif et intellectuel, de même que le dégénéré affectif est en même temps un dégénéré intellectuel. Dallemagne admet donc que la dégénérescence soit la loi de régression de Lamarck, si heureusement introduite en psychologie par M. Th. Ribot, et en vertu de laquelle ce sont les fonctions les plus récemment acquises qui se perdent le plus facilement et, par conséquent, les premières. Or, les plus récemment acquises de ces fonctions ce sont manifestement celles qui répondent au milieu social et à l'adaptation à la vie collective.

C'est ce qu'a fort bien indiqué le professeur Pierre

(1) Cf. *Dégénérés et déséquilibrés*, Paris 1895.

(2) Ces citations de Dallemagne sont empruntées à la thèse de M. Genil-Perrin : *L'idée de dégénérescence en médecine mentale*, Paris, 1913.

Janet dans différents ouvrages et notamment dans son livre sur les *névroses* (1). Comme Dallemagne, il laisse de côté le schéma anatomique de Magnan, et n'envisage que les fonctions, car c'est uniquement sur elles que portent les troubles névropathiques et les maladies de la désadaptation. A ces affections, nous ne connaissons pas encore de substratum anatomo-pathologique, et tout récemment le professeur F. Raymond ne trouvait que dans cette absence de lésion le lien permettant de grouper leurs diverses modalités cliniques. Peut-être découvrirons-nous plus tard les modifications histologiques qui y correspondent, mais, quelles qu'elles soient, ces modifications ne changeront pas la signification qu'il convient d'attacher aux troubles dont nous nous occupons, parce que l'observation l'a désormais fixée. En effet, dans toute fonction, dit en substance M. P. Janet, il y a nécessairement des parties plus anciennes et des parties plus récentes, ces dernières résultant de conditions nouvelles et de l'adaptation à ces conditions. Les parties les plus anciennes sont aussi les plus simples; elles peuvent se réduire à des réflexes. Les parties les plus récentes sont au contraire très compliquées et représentent, chez l'homme vivant en société, des acquisitions de qualité supérieure, puisqu'elles impliquent la possibilité d'une adaptation immédiate à des conditions très variées et très délicates. Marcher seul sur une route déserte et traverser une place sillonnée de véhicules et encombrée de passants sont deux opérations différentes et la seconde est assurément beaucoup plus compliquée que la première. Cependant il s'agit toujours de la même fonction, marcher, aux parties fondamentales et primitives de laquelle se sont successivement ajoutées des acquisitions adaptatives en rapport avec la vie actuelle. Mais si des fonctions tellement complexes viennent à se dégrader, elles se dégradent forcément d'abord par leurs parties compliquées, perfectionnées et récentes, précisément parce que récentes, donc fragiles, non inscrites dans la structure ou le patrimoine héréditaire. Et c'est pourquoi un phobique pourra bien encore marcher dans sa chambre mais non dans la rue, ou bien s'alimenter quand il est seul, mais non dîner en habit en causant avec ses voisines. Pour une cause ou pour une autre, il a perdu les acquisitions récentes relatives à certaines fonctions et se trouve ainsi désadapté aux circonstances correspondantes de la vie collective.

Cette notion de la hiérarchisation des parties dans les fonctions est extrêmement importante, attendu que toutes les fonctions, même les plus inférieures, ont été enrichies et compliquées par la vie en société et que, dès lors, les maladies de la désadaptation ont un domaine beaucoup plus vaste qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Il faut en effet remarquer que les acquisitions adaptatives qui constituent les parties supérieures des fonctions sont de deux sortes : grâce aux unes, nous contractons l'habitude d'actes nouveaux; grâce aux autres, nous arrivons à inhiber des actes anciens ayant cessé de cadrer avec les nécessités de la vie en société. Mais ces deux formes d'adaptation sont presque inséparables : apprendre à l'enfant à être poli, ce n'est pas seulement lui imposer l'habitude de certains actes, gestes et paroles, de salutation, de complaisance ou de respect, c'est aussi lui interdire d'autres actes, grossiers et primitifs, comme de se fourrer les doigts dans le nez ou d'émettre des gaz. Il est à remarquer néanmoins que l'éducation, qui a pour but l'acquisition adaptative au milieu social, commence presque toujours par inhiber des actes fautifs et n'apprend qu'ensuite les actes supérieurs. Certes, ces inhibitions et acquisitions n'ont point toutes exactement la même valeur, ni ne témoignent d'un même perfectionnement. Ainsi, un individu, parfaitement adapté à la vie collective, peut cependant très bien ignorer les raffinements de la politesse. Néanmoins, il est bien évident que certaines de ces adaptations sont absolument indispensables et que celui qui ne les possède pas ne saurait être par suite regardé comme un individu normal, par rapport aux conditions dans lesquelles il vit. Voler, incendier, violer, assassiner, etc., sont des actes qui manifestent la désadaptation à la vie sociale, par perte ou défaut d'acquisition des fonctions supérieures, par insuffisance des inhibitions et du contrôle des centres cérébraux. Et c'est pourquoi, justement, la loi les punit. Ces actes d'ailleurs s'observent, on le sait bien, chez les phobiques, les obsédés, les impulsifs, à l'égard desquels cependant l'action pénale se trouve en partie ou en totalité suspendue, sous prétexte que la responsabilité de leurs auteurs est atténuée ou supprimée. Mais la responsabilité ne représente qu'une fiction dérivée d'anciennes croyances. Le seul critérium de la désadaptation est l'acte antisocial lui-même. Le voleur n'a donc pas besoin d'être déjà kleptomane pour rentrer dans la catégorie des malades ; le vol, à lui seul, en est la manifestation. Mais cette maladie n'affecte que certaines fonctions supérieures; le trouble de ces dernières est trop intermittent en apparence, ne retentit pas assez visiblement sur les fonctions somatiques pour que magistrats et médecins se décident à y voir la preuve d'un état morbide particulier.

Les maladies de la désadaptation à la vie collective constituent ainsi un chapitre, sinon nouveau, du moins peu développé de la pathologie mentale; elles n'englobent pas seulement les névroses et les psychoses classiques, mais aussi toute une série d'altérations affectives, intellectuelles et morales, — les passions, les vices, les délits et les crimes des individus dits responsables parce qu'intimidables — qui en sont comme l'ébauche et le début. Tout désadapté tend à devenir un dégénéré, quand l'intervention thérapeutique répressive a été insuffisante ou a manqué, car le trouble, d'abord momentané et limité, a des chances de se reproduire plus souvent, de s'installer et de s'étendre, bref, de revêtir ce caractère persistant, anormal et nouveau dans la succession héréditaire qui est le propre de la dégénérescence.

(1) P. 383 et suiv.

IXe CONGRÈS INTERNATIONAL

D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE

(MADRID, 15-21 OCTOBRE 1913)

Le IXe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie s'est ouvert à Madrid, le 15 octobre dernier.

Plusieurs jours avant la date fixée, de nombreux médecins français, désireux de connaître les trésors artistiques de l'Espagne disséminés dans les musées et dans les églises, étaient arrivés à Madrid, et se trouvèrent réunis en gare d'Atocha à l'arrivée du Sud-Express pour recevoir le professeur Albert Robin, président de la Commission permanente des congrès d'hydrologie.

La séance d'ouverture eut lieu en grande solennité au palais des musées et bibliothèques, décoré de plantes et de vieilles tapisseries, le mercredi 15 octobre à onze heures du matin. En l'absence du roi, parti la veille pour Saint-Sébastien où le professeur Moure (de Bordeaux) devait pratiquer sur lui une petite opération, la présidence fut donnée à S. A. l'infant don Carlos. Au bureau prirent place S. E. Amalio Gimeno, ministre de la Marine et président du Congrès, le maire de Madrid, M. le docteur Albert Robin, M. le docteur Alvarez Sereix, vice-président, M. le docteur Bardet et M. le docteur Rosendo Castells, secrétaires généraux. Sur le côté de l'estrade avaient pris place les délégués étrangers venus d'Allemagne, d'Angleterre, d'Autriche, du Chili, de Cuba, de France, d'Italie, de Norvège, de Russie, de l'Uruguay.

La séance fut ouverte par un magistral discours de M. le professeur Albert Robin qui sut exprimer en termes choisis la grande sympathie unissant la science française à la science espagnole, et fit un historique rapide des Congrès internationaux d'hydrologie en précisant les raisons qui, obligeant à renoncer à Budapest primitivement choisie comme siège du IXe Congrès, firent tenir celui-ci à Madrid.

Le secrétaire général Rosendo Castells exposa ensuite les efforts faits par le comité espagnol pour mener à bien la réussite du Congrès, puis la parole fut donnée aux délégués étrangers qui vinrent tour à tour porter au gouvernement espagnol les remerciements de leur pays. Le plus grand succès fut fait à l'allocution de M. le docteur Carito (de Naples), dont les paroles chaudes et vibrantes furent vigoureusement applaudies.

Le maire de Madrid, M. Vicenti, souhaita la bienvenue aux congressistes au nom de la municipalité, les remercia de leur venue et exprima tous les regrets de ne pouvoir leur offrir autre chose qu'un ciel bleu et une atmosphère de vive sympathie.

En dernier lieu, M. le docteur Amalio Gimeno, président du Congrès, déclara ouverte la neuvième session; il salua, dans le français le plus châtié, les congressistes venus nombreux, puis fit en espagnol un discours très brillant, fréquemment interrompu par les applaudissements de l'auditoire. Il montra les progrès de l'hydrologie qui forme, avec les autres agents physiques, la base d'une thérapeutique pleine de promesses pour l'avenir, la valeur de la climatologie qui, plus lente en ses progrès, affirme néanmoins chaque jour son action modificatrice des terrains morbides; l'évolution de la géologie qui arrache à la terre les secrets de sa formation.

Le bureau du comité permanent remit alors les pouvoirs entre les mains du comité espagnol. M. le docteur Amalio Gimeno fut nommé président par acclamations et la présidence d'honneur fut donnée à MM. les docteurs Albert Robin et Garrigou.

La séance fut levée à une heure aux sons de la marche royale.

A trois heures, le Congrès se réunit en séance plénière pour entendre la lecture des rapports.

Le premier rapport présenté fut celui du docteur PIATOT, secrétaire général de la Société d'hydrologie, sur la **valeur thérapeutique des gaz rares et des émanations radioactives des eaux minérales**, dont les conclusions furent adoptées après une longue discussion. Entre autres choses, il fut admis que la complexité des cures thermales et la composition des eaux minérales ne permet pas d'attribuer exclusivement leur action à l'un quelconque des éléments qui les composent, et qu'il est nécessaire d'attendre de nouvelles recherches pour attribuer aux émanations radioactives la dominante thérapeutique que l'on a actuellement tendance à admettre d'une façon trop exclusive.

Puis le docteur Edmond VIDAL (de Vichy) résuma son rapport sur le **traitement des maladies des pays chauds dans les stations thermales et climatiques**, insistant particulièrement sur les affections du tube digestif et de ses annexes, qui dominent de très haut toute la pathologie tropicale et terminant par une série de conseils pratiques s'adressant à la fois, en matière de thérapeutique hydrominérale des maladies des pays chauds, aux médecins traitants et aux médecins d'eaux.

Le docteur BOYER (de Dax) présenta ensuite une **étude critique des procédés d'application du traitement hydrominéral** qu'il termina en demandant que toutes les stations thermales aient l'outillage hydrothérapique le mieux approprié à la catégorie des malades que réclame la spécialisation de leurs eaux et en spécifiant qu'il ne peut y avoir de station thermale là où il n'y a pas d'eau minérale thérapeutique.

Pendant toute la durée du congrès les matinées furent consacrées aux travaux des sections, les après-midi à la discussion des rapports; une affluence nombreuse prit part aux réunions où les discussions furent souvent très animées.

Aux assemblées plénières l'on continua à discuter la série des rapports et furent tour à tour étudiés : **les syphilitiques aux eaux minérales françaises**, par le docteur FERRAS (de Luchon); **le régime alimentaire de la cure thermale et climatique**, par le docteur MAZERAN (de Châtel-Guyon); **les réactions de défense de l'organisme dans leurs rapports avec la cure thermale**, par le docteur SALIGNAT (de Vichy); **les métaux lourds et les éléments rares dans les eaux minérales**, par MM. BARDET père et fils; **le traitement hydrominéral des dermatoses**, par M. Georges BAUDOUIN; **l'héliothérapie**, par M. BARADAT (de Cannes).

De toutes les sections, celle de clinique hydrologique que présidèrent tour à tour les docteurs Angel Pulido, Dresch, Ferras, Edmond Vidal, fut la plus animée. Parmi les communications les plus intéressantes il faut citer celles du docteur DRESCH (d'Ax-les-Thermes) sur **le salvarsan, le mercure, les eaux sulfureuses et les cures intensives simultanées**; du docteur CALATUAVÉNO, sur les **eaux minérales dans le traitement de la syphilis**; du docteur RODRIGUEZ, sur la **catalyse des eaux minérales**; du docteur Edmond VIDAL (de Vichy), sur le **traitement hydrominéral du paludisme chronique** et sur le **traitement hydrominéral de la fièvre méditerranéenne**; du docteur DANJOU (de Nice), sur les **bains thermobalsamiques**; du docteur CAMEY, sur la **rééducation**.

La sous-section de **sanatoriums de climats** fut très suivie, sous la présidence des docteurs TOLOSA-LATOUR, CADINA et VIDAL. D'intéressants travaux y furent présentés par nos confrères espagnols et un vœu fut porté à l'assemblée plénière, demandant que fussent installés des sanatoria dans tous les points où le climat soit marin, soit d'altitude, pourra avoir une influence favorable sur les maladies de la nutrition.

Le clou du Congrès furent les deux conférences que donna le professeur MOUREU dans l'amphithéâtre de physique de la

Faculté des sciences, trop petit pour contenir les auditeurs venus nombreux pour l'écouter. Ces conférences portèrent sur **les gaz thermaux : gaz rares et radioactivité**; plusieurs fois interrompu par les applaudissements de l'auditoire, le conférencier initia ceux qui l'écoutaient aux secrets de la chimie élémentaire des eaux minérales et accompagna son exposé de démonstrations expérimentales des plus intéressantes.

Vendredi 17, M. le docteur Amalio GIMENO, président du Congrès, recevait les délégués étrangers et les présidents de section, à déjeuner au restaurant Parisiana, dans le Parc de l'Ouest. Quarante convives se pressaient autour de la table fleurie, dont faisait les honneurs, avec une grande affabilité, Mme Amalio Gimeno. Parmi les convives, quelques dames, Mmes Thomas, Ardin-Delteil, Vidal, Mlle Trémaux; MM. Albert Robin, Bardet, Boursier (de Contrexéville); Ardin-Delteil et Raynaud (d'Alger); Durand-Fardel et Edmond Vidal (de Vichy); Laussedat, Thomas (de Paris), etc., etc. Au champagne, M. Amalio GIMENO salua en français les délégués étrangers et but à la médecine française; M. Albert ROBIN but à l'Espagne et remercia le gouvernement de l'accueil plein de courtoisie fait aux membres du Congrès. Prirent tour à tour la parole le docteur CARITO (de Naples), les docteurs BARDET et LAUSSEDAT, M. Alvarez SEREIX, vice-président du Congrès, et le banquet se termina aux accents de la *Marseillaise* et de la *Marche royale*.

A son tour, le professeur Albert ROBIN recevait à dîner le bureau du Congrès, les congressistes français et les délégués étrangers dans les salons de l'Ideal Room, le samedi 18. Ce fut une soirée dont le souvenir restera longtemps gravé dans la mémoire de ceux qui eurent la bonne fortune d'y prendre part. Une atmosphère de douce intimité régnait entre tous les convives; de nombreuses dames avaient apporté une note de gaieté toute particulière, dont l'influence se fit sentir sur les toasts prononcés tour à tour par MM. Amalio GIMENO, CASTELLS, DURAND-FARDEL, FERRAS, CARITO et Albert ROBIN.

Lundi, à six heures du soir, M. VICENTI, maire de Madrid, recevait les congressistes à l'Ayuntamiento, qui avait revêtu pour la circonstance sa parure de gala. Entre deux files d'alguazils et de cuirassiers, les invités gagnaient les salons ruisselants de lumière, aux sons de l'excellente « Banda » municipale; là, avant de passer au buffet luxueusement servi, il pouvaient admirer les merveilles d'art entassées dans toutes les pièces et faire plus ample connaissance avec la société madrilène, qu'ils devaient retrouver, d'ailleurs, au concert offert le jour suivant, au théâtre espagnol, par la municipalité de Madrid.

Puis ce fut le banquet d'adieux, auquel prirent part une centaine de convives. Cette fois, à l'encontre des autres fêtes du Congrès, les Espagnols étaient en majorité et nombreux étaient les convives ayant répondu à l'appel du Comité. Très gai fut ce banquet, que présida S. Ex. Amalio GIMENO; nombreux furent les toasts, et c'est fort avant dans la nuit que se séparèrent les congressistes, attristés par l'approche d'un départ prochain.

La séance de clôture du Congrès eut lieu mardi 21, à 11 heures du matin, dans la salle d'honneur du Palais des musées et bibliothèques, sous la présidence de M. Alvarez SEREIX.

Une série de vœux touchant à l'organisation de l'enseignement de l'hydrologie, à la création de sanatoria de climats, etc., fut adoptée; l'on compléta le bureau de la Commission permanente; le secrétaire général fit un bref résumé des travaux du Congrès, puis les délégués étrangers renouvelèrent les remerciements de leur gouvernement. Enfin, le professeur Albert ROBIN, en quelques paroles pleines d'à-propos, remercia à son tour le gouvernement espagnol et fit la remise des pouvoirs au bureau permanent des Congrès d'hydrologie.

Ainsi se terminait le IXe Congrès. Pendant quelques jours, l'on avait beaucoup travaillé; de nombreuses idées avaient été échangées, d'importants problèmes avaient été discutés. En montrant la place chaque jour plus importante prise par la thérapeutique hydrominérale dans le traitement des maladies, en précisant l'action des eaux minérales sur l'organisme, en fournissant aux physiciens, aux chimistes, aux cliniciens les éléments de nouvelles recherches à poursuivre, le Congrès aura répondu au but indiqué, et, d'autre part, en nouant entre médecins français et étrangers des liens de sympathies et parfois même d'amitié, il aura pleinement servi la cause de la médecine française. A. GAULLIEUR L'HARDY.

LE CONGRÈS D'UROLOGIE DE 1913 (1)

Ne pouvant rendre compte des très nombreuses communications qui ont été faites au Congrès d'urologie, nous nous contenterons de résumer les plus importantes au point de vue pratique.

Et d'abord, en ce qui concerne les **AFFECTIONS DE LA PROSTATE**, la *prostatectomie transvésicale*, cette opération admirable, a été encore à l'honneur. Certaines indications ou points de technique opératoire y ont été discutés. C'est ainsi que M. le professeur LEGUEU, dans une communication très intéressante, faite en son nom et au nom de son chef de laboratoire Morel, a montré l'importance de l'*éosinophilie chez les prostatiques*, qu'il a rencontrée dans 90 p. 100 des cas, ce qui lui a permis d'opérer des « prostatiques sans prostate » ou « avec petite prostate », atteints de rétention d'urine : dans tous les cas où l'éosinophilie existait, il a retrouvé de petits adénomes, et l'ablation du tissu adénomateux a entraîné la guérison de la rétention, en même temps que l'éosinophilie disparaissait chez les opérés.

PAUCHET (d'Amiens) a montré toute l'importance du *régime préparatoire chez les prostatiques à opérer*, surtout chez ceux qui présentent de l'insuffisance rénale : il les soumet d'abord au régime fruitarien exclusif qui combat très heureusement l'urémie latente, et pratique la *prostatectomie en deux temps* (cystostomie, puis énucléation de la prostate).

Cette *prostatectomie en deux temps* est de plus en plus recommandée (CARLIER, PASTEAU, LE FUR). On doit la réserver à tous les prostatiques dont la fonction rénale n'est pas satisfaisante : les risques de mortalité diminuent alors considérablement, et on peut ainsi opérer et sauver des malades auxquels on n'aurait jamais songé à toucher autrefois : ce sont parfois de véritables résurrections qu'on obtient chez des malades tout à fait moribonds. Le champ de la prostatectomie transvésicale se trouve donc ainsi considérablement élargi, grâce à l'opération en deux temps, mais il faut savoir que la cystostomie, qui en constitue le premier temps, doit souvent être prolongée des mois et des mois avant de pouvoir pratiquer l'énucléation de la glande : seule la constatation du retour à l'état normal de la fonction rénale peut autoriser le chirurgien à pratiquer l'extirpation de la prostate.

Les *indications de prostatectomie dans les prostatites chroniques* sont posées par MARION : vieilles gouttes chroniques, douleurs, état neurasthénique ont disparu complètement dans trois cas sur six, ainsi que la rétention vésicale dont souffraient les malades; chez deux autres, la goutte et les filaments disparurent, mais non les douleurs ni l'état neurasthénique. Les érections ont persisté chez tous les malades, mais chez deux d'entre eux l'éjaculation ne se produit plus. Il semblerait donc que la prostatectomie transvésicale soit indiquée chez ces *prostatiques jeunes* que nous avons décrits autrefois et qui

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 121.

voient leur affection compliquée de rétention d'urine. Nous avons, nous aussi, obtenu de beaux succès opératoires dans de pareils cas.

Il est donc bien prouvé aujourd'hui que dans les cas de *prostatiques sans prostate ou avec une petite prostate* (Le Fur), la prostatectomie transvésicale permet de guérir la rétention en enlevant de petits adénomes ou lobes médians révélés par la cystoscopie. Parfois, quand on a affaire à de grandes vessies très distendues et à parois minces, on a pu obtenir la guérison de la rétention par la *plicature vésicale* (Rochet et Cathelin). Enfin, en cas de *rétractions scléreuses ou cicatricielles du col vésical* s'accompagnant de rétention d'urine, la guérison de la rétention peut s'obtenir par la *dilatation du corps vésical et de l'urètre prostatique*, sa dilacération, et parfois sa section (Escat, Le Fur, Pillet, Franck).

Quelle conduite thérapeutique doit-on tenir chez les *vieux prostatiques distendus?* Bonneau a communiqué une observation où la cystostomie a entraîné la mort par décompression brusque sans hématurie. Certains préconisent dans ces cas la sonde à demeure avec évacuation progressive; d'autres, la cystostomie avec drainage par un tout petit tube (Carlier); la cystostomie ordinaire a donné à Marion de bons résultats. Mais, ainsi que l'a montré le professeur Legueu, ces malades manquent absolument de résistance, et la moindre intervention, aussi bien un simple cathétérisme qu'une cystostomie, peut déterminer chez eux la mort. Cependant la cystostomie est encore l'opération la plus indiquée chez eux.

Les suppurations prostatiques après la prostatectomie transvésicale qui laisse en place une partie de la glande, fait actuellement bien prouvé, sont assez fréquentes et doivent être surveillées de près (Le Fur). Souvent aussi ce sont des *spermatocystites suppurées* qu'on observe chez les vieux prostatiques infectés et qui peuvent entraîner des complications après la prostatectomie (Thévenot).

Nous en aurons fini avec la pathologie prostatique, quand nous aurons dit que les *calculs de la prostate* peuvent être diagnostiqués par la radiographie, et que l'intervention de choix est encore ici la prostatectomie transvésicale (Pasteau).

Le **traitement des affections de l'urètre** a donné lieu à un certain nombre de travaux intéressants. Ce fut d'abord la communication retentissante et impatiemment attendue de Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, sur la *Vaccinothérapie de la blennorragie*. Avec l'autorité qui s'attache à son nom, Nicolle est venu apporter ses conclusions concernant l'emploi du nouveau vaccin antiblennorragique qu'il a découvert. Sa communication ayant été publiée *in extenso* dans la *Gazette des hôpitaux* (1913, n° 120, p. 1876), nous y renvoyons les lecteurs.

Notons que, à partir du 1er novembre, Nicolle sera en mesure de fournir du vaccin à tous les médecins qui lui en feront la demande.

Carle (de Lyon) montre, par l'*étude comparée des traitements expectatif et antiseptique dans la blennorragie aiguë* portant sur plus de 2.000 cas, que la plupart des complications de la blennorragie (cystites, orchites, prostatites) sont cinq fois plus fréquentes avec la méthode du « laisser couler » qu'avec le traitement local; il en est de même des folliculites, littrites, gouttes militaires. Le traitement local qui doit consister en injections urétrales et lavages urétrovésicaux ne doit pas être laissé entre les mains du malade, mais fait par le médecin lui-même, car il nécessite une surveillance quotidienne; il ne doit pas être interrompu trop tôt et il doit être prolongé plusieurs jours après la guérison qui n'est souvent qu'apparente. Enfin il ne doit être employé que tout à fait au début, *et jamais à la période d'état*, pendant laquelle, au contraire, on doit laisser couler si on veut éviter les complications.

Minet, rapportant 100 *cas d'urétrotomie interne*, montre que celle-ci n'est indiquée que dans des cas rares (rétention et poussées fébriles consécutives aux simples dilatations ou impossibilités de cathétérisme), tous les autres cas de rétrécissement relevant de la dilatation progressive et de l'électrolyse circulaire.

Franck fait une communication très intéressante sur *l'hyperhémie (méthode de Bier) dans le traitement des rétrécissements* par des bougies en gomme ou en métal qui sont portées à une haute température sous l'influence d'un courant électrique; il a toujours retiré d'excellents résultats, même dans les cas de mauvais rétrécissements, de cette méthode qu'Hamonic avait déjà utilisée autrefois avec succès en se servant d'un dispositif différent, et qu'on pourrait désigner sous le nom de *thermothérapie associée de la dilatation* pour le traitement des rétrécissements de l'urètre.

Hamonic communique sa statistique de *rétrécissements de l'urètre chez la femme*; plus fréquents qu'on ne le dit, il en a observé 16 : 1 congénital, 1 blennorragique, 4 cicatriciels, 2 syphilitiques.

L'*urétroscopie*, merveilleuse méthode d'exploration et parfois de traitement, a permis à Payenneville (de Rouen) de guérir un volumineux papillome de l'urètre prostatique qui s'accompagnait d'urétrorragie et d'hématospermie. Luys l'emploie pour pratiquer le *cathétérisme des canaux éjaculateurs* dans les spermatocystites, méthode que j'avais moi-même employée et préconisée, il y a un an, et qui m'avait permis de guérir des cas d'impuissance génitale liée à de la spermatocystite.

A noter encore des communications intéressantes de Pillet (de Rouen) sur la guérison d'anciens rétrécissements avec fistules périnéales multiples; d'André Boeckel (de Nancy) sur un cas d'opération d'*urètre double avec épispadias*; de Le Fur sur deux cas de *prolapsus de l'urètre chez la femme*, dont l'un gros comme un œuf de poule, confondu avec un polype de l'urètre, et guéris tous les deux par l'extirpation.

Hamonic communique 27 cas de *rétention d'urine chez la femme, liée au vaginisme ou plutôt au vulvisme* et guéris par la résection bilatérale partielle du constricteur de la vulve.

Debout d'Estrées (de Contrexéville) montre que, contrairement à l'affirmation de Loeper, l'*oxalurie* se rencontre fréquemment avec des urines acides.

En ce qui concerne les **affections vésicales** mentionnons une communication de Colombino (de Turin) préconisant systématiquement la *cystostomie en deux temps* toutes les fois que la vessie est infectée, méthode qui supprime la péricystite; une autre d'Arcelin, sur la *radiographie des calculs vésicaux*, qui doit ordinairement s'effacer devant l'exploration métallique; un travail très intéressant d'André (de Nancy) sur l'*électrocoagulation dans les tumeurs de la vessie*, procédé inoffensif, très efficace, non douloureux, et qui lui a donné d'excellents résultats. Enfin, Petit (de Niort) est venu apporter une statistique de 34 *lithotrities* avec deux morts, dont un seul échec à mettre sur le compte de la lithotritie, qui reste l'opération de choix contre les calculs vésicaux.

La séance qui fut consacrée aux **affections rénales** fut riche en communications intéressantes. Les *méthodes d'exploration rénale* eurent comme toujours les honneurs de la séance. On discuta encore la *valeur de la constante uréo-sécrétoire d'Ambard*, à laquelle les professeurs Legueu, Chevassu, Gayet (de Lyon), Pasquereau (de Nantes) vinrent apporter leur opinion favorable; cette méthode permettrait d'affirmer l'unilatéralité des lésions rénales lorsque la constante est normale, la possibilité d'opérer lorsque la constante est peu élevée. De même la *méthode de Widal et Javal* (recherche de l'azotémie) peut permettre de reconnaître la bilatéralité d'une tuberculose rénale ou d'établir les contre-indications d'une prostatectomie.

M. Chevassu, qui combat depuis trois ans pour leur application, montre comment, par un simple dosage de l'urée dans le sang, on peut souvent reconnaître la bilatéralité

d'une tuberculose rénale, ou prévoir les dangers d'une prostatectomie. Il insiste sur les délicatesses de l'exploration suivant la méthode d'Ambard, sur la nécessité de la faire en recueillant les urines par sondage, sur la nécessité de toujours comparer les chiffres de la constante avec les chiffres de l'azotémie correspondante. Les applications qu'il a faites de la méthode d'Ambard à la chirurgie rénale permettent d'affirmer l'unilatéralité des lésions rénales lorsque la constante est normale et l'opérabilité lorsque la constante est peu élevée, à condition qu'il n'existe pas d'autre contre-indication opératoire. Lorsque la vessie est inexplorable et le cathétérisme urétéral est impossible, on peut souvent faire, avec sécurité, la néphrectomie en se basant sur la seule constante.

En revanche, MM. Oraison (de Bordeaux) et Hogge (de Liége) tiennent à faire quelques réserves sur la méthode d'Ambard et pensent qu'elle ne saurait à elle seule remplacer toutes les autres méthodes d'exploration rénale. Celles-ci doivent se contrôler l'une par l'autre.

M. Cathelin, par l'étude des lois de l'urée qu'il a établies, estime qu'on peut évaluer de façon précise la *quantité du parenchyme restant normal et sain d'un rein malade* : un rein détruit dans ses trois quarts donne environ 2 à 3 grammes d'urée ; un rein détruit dans ses deux tiers donne environ 5 à 6 grammes ; un rein détruit par moitié donne environ de 10 à 12 grammes ; un rein bon et bien conservé donne environ de 15 à 20 grammes.

En somme, nous pouvons conclure de tous ces travaux que c'est surtout la recherche de l'urée dans l'urine et dans le sang qui compte pour établir un pronostic et une indication opératoire.

Que convient-il de faire en cas de *cathétérisme urétéral impossible*, pour cependant apprécier le fonctionnement rénal et établir l'indication opératoire ? M. le professeur Legueu et M. Carlier (de Lille), dans des cas semblables concernant la tuberculose rénale, se servent de la constante d'Ambard et pratiquent la *double lombotomie exploratrice* qu'ils préfèrent au cathétérisme urétéral par la vessie ouverte.

Un certain nombre de *formes particulières ou anormales du tuberculose rénale* ont été rapportées au Congrès.

M. Escat a communiqué le cas d'une *pseudo-tuberculose rénale* diagnostiquée du côté gauche. L'opération a montré qu'il n'existait pas de rein gauche : en réalité, il devait s'agir d'une tuberculose génitale, prostate vésiculaire latente, car il faut s'élever contre l'exclusivisme qui veut toujours placer dans le rein le début de la tuberculose génito-urinaire.

M. Vincent (de Tours) publie une observation de *tuberculose rénale limitée au bassin et aux papilles* ; M. Gauthier (de Lyon) rapporte le cas d'exclusion partielle dans des reins tuberculeux unilatéraux, due à l'oblitération d'un calice ; c'est là une forme de guérison spontanée d'une portion de rein atteinte par le processus tuberculeux. M. Abadie (d'Oran) montre qu'on peut même dans des cas de tuberculose rénale très avancée et avec un mauvais état général pratiquer une néphrectomie qui détermine la guérison.

M. Pousson (de Bordeaux) rapporte un cas de mal de Bright avec énorme albuminurie notablement amélioré par la décapsulation et il revient à ce sujet sur les *indications opératoires dans les néphrites médicales*.

Les *calculs du rein* font l'objet de plusieurs communications : M. Imbert (de Marseille) cite deux cas de *migration spontanée*. On sait que les calculs du rein peuvent, par un processus nettement inflammatoire, traverser la paroi du bassinet et pénétrer dans l'atmosphère périnéale en y créant, d'habitude, un phlegmon. Il est certainement plus exceptionnel de voir ce phénomène se produire silencieusement, sans attirer l'attention du malade. Les deux observations présentées par M. Léon Imbert sont démonstratives à ce point de vue.

L'une concerne un jeune homme chez lequel un calcul du rein droit, qui ne se manifestait que par des douleurs déjà anciennes de plusieurs années, fut révélé par la radiographie. A l'opération, on constata que le calcul avait usé en quelque sorte la paroi du bassinet ; celle-ci présentait une perforation de la dimension d'une lentille, sans aucun trouble inflammatoire ; les urines présentaient seulement un très léger louche.

Chez un autre blessé qui présentait un abcès de la région lombaire, l'opération conduisit sur un calcul urinaire entièrement indépendant du rein. L'abcès était relativement récent, et la sortie du calcul s'était effectuée sans attirer l'attention, car, au moment de l'opération, on ne trouva pas de communication de l'abcès avec le bassinet, les urines étaient claires et jamais le malade ne s'était plaint d'aucun trouble urinaire.

MM. Belot et Desnos montrent la *visibilité des calculs du rein* ; dans le cas de M. Desnos, un amas de sable urique dans le rein donna une épreuve radiographique plus nette que de volumineux calculs coralliformes dans le bassinet.

Enfin M. Pillet (de Rouen) insiste sur l'*utilité de l'examen du rein dans la position verticale*, notamment en cas de rein mobile, et M. le professeur Rochet (de Lyon) fait une communication intéressante sur les *diverses voies extravésicales permettant d'aborder chirurgicalement les uretères*.

En résumé, le Congrès d'urologie de 1913 a provoqué de nombreux et intéressants travaux ; il a continué brillamment la série des Congrès précédents et l'on peut dire qu'il a fait honneur à l'urologie française.

R. LE FUR.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1913)

Sur la présence, dans les parois des vaisseaux, d'un ferment mettant en liberté un suc réducteur, aux dépens d'un sucre virtuel du sang et dédoublant la phlorizine. — MM. R. Lépine et Boulud.

Hypertensions artérielles fonctionnelles. Pseudo-artériosclérose. — M. Raoul Dupuy. Certains cardiologues ont dénoncé l'erreur de l'équation : hypertension artérielle = artériosclérose ; mais nombre de praticiens, peu familiarisés avec les travaux récents, continuent à déclarer artérioscléreux tous les hypertendus.

Cependant, ainsi que l'ont démontré Huchard, Pal, Vaquez, Gallavardin, Martinet, etc., il y a lieu de faire une distinction entre les hypertendus lésionnels cardio-rénaux et les hypertendus dits *fonctionnels*.

L'hypertension fonctionnelle est le résultat de causes très nombreuses et plus ou moins associées. Elles doivent être recherchées dans le fonctionnement défectueux du cœur (le moteur du système), des artères, des veines et surtout des capillaires, et enfin du rein et de l'intestin (les soupapes du circuit). Ces organes peuvent être influencés soit *directement*, soit *indirectement*.

L'auteur classe les hypertensions fonctionnelles en quatre groupes : mécaniques (directes), réflexes, chimiques et toxiques, endocriniennes (indirectes).

Ces dernières peuvent être influencées soit directement par la galvanisation locale ou la radiothérapie, soit indirectement par l'opothérapie.

Les voies de pénétration du virus tuberculeux chez le veau et le pouvoir tuberculigène du lait de vache. — M. P. Chaussé. Les observations de l'auteur montrent que, à une infection locale, l'organisme oppose une réaction

locale précoce et que le stade lympathique et généralisé n'existe pas. Par suite, on constate que la tuberculose du veau a une évolution un peu plus rapide que celle de l'adulte.

L'auteur signale encore que le lait de la vache ne cause qu'un nombre restreint de cas de tuberculose et que ce liquide (ingéré généralement bouilli et en faible quantité) ne peut être qu'une cause secondaire, non négligeable assurément, de la phtisie humaine.

De l'emploi de quelques combinaisons médicamenteuses nouvelles dans le traitement des trypanosomiases. — M. J. Danysz.

Effets physiologiques du travail et du « degré de fatigue ». — M. Jules Amar.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 28 octobre 1913)

Hygiène de l'enfance. — M. Guéniot, à propos du procès-verbal, exprime le regret que les rapports étudiés par M. Achard n'établissent pas la distinction entre l'allaitement artificiel dès la naissance ou seulement après quelques mois, ce défaut de distinction viciant les résultats.

M. Pinard fait observer que le département de la Seine échappe au reproche si juste que vient d'exprimer M. Guéniot.

— M. le président lit une notice sur Lucas-Championnière et donne la parole à M. Bazy pour la lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de ce regretté collègue.

Du danger de l'emploi de certaines tétines pour les nouveau-nés. — M. Pinard fait un rapport sur un travail de M. Lutz. Il rappelle que c'est à Eulenberg que l'on doit la découverte de substances toxiques dans certaines tétines en caoutchouc vulcanisé. Cette découverte date de 1861. Depuis, les infections microbiennes ont encore accru l'importance de ces dangers d'intoxication pour les nouveau-nés. De l'important travail de M. Lutz, se dégage ce fait capital qu'un grand nombre de ces tétines en caoutchouc sont toxiques et constituent un danger dont doivent s'émouvoir les puériculteurs et il serait urgent que l'Académie émît le vœu que les pouvoirs publics prissent des mesures pour proscrire la vente de toutes tétines renfermant des éléments nuisibles.

Projet de réglementation du commerce des substances vénéneuses. — M. Lucet lit un rapport très important sur cette question. Ayant d'abord en vue certaines substances toxiques telles que la morphine, la cocaïne, le haschi, la décoction de têtes de pavot pour les enfants, etc., il demande que l'Académie émette le vœu que les pharmaciens ne puissent renouveler les prescriptions de ces médicaments sur une même et seule ordonnance et que celle-ci soit renouvelée chaque fois. Cette réglementation existe, mais elle n'est pas appliquée avec une rigueur suffisante.

M. Lucet passe ensuite à l'emploi des arséniates pour la culture. A ce sujet il demande que l'Académie émette les vœux suivants :

1° Que les prescriptions prévues soient très strictement appliquées.

2° Que les arrêtés ministériels qui déterminent les précautions devant être prises par ceux qui se servent desdits produits, ainsi que les conditions dans lesquelles ils doivent être utilisés, soient, et tout particulièrement en ce qui concerne l'arséniate de plomb, clairement et minutieusement rédigés, partout affichés, largement portés à la connaissance du public et comportent des sanctions sévères pour ceux qui en enfreindraient les dispositions.

3° Qu'enfin le gouvernement encourage les recherches ayant pour but de substituer à l'emploi d'insecticides aussi dangereux des procédés de lutte contre les parasites, qui soient inoffensifs pour l'homme et les animaux domestiques.

La Commission propose d'ajouter que la vente et l'emploi de ces substances (arsenicaux) soient formellement interdits dans les cultures maraîchères et fourragères, et cela en vue d'éviter que les égouttages des arbres ou des vignes traités par ces produits ne viennent souiller les plantes alimentaires cultivées à leurs pieds.

M. Bourquelot, après M. Lucet, vient faire un second rapport dans lequel il étend la question. La place nous manque pour analyser cet important document.

Une discussion étant ouverte, nous y reviendrons prochainement.

Ponction épigastrique du péricarde dans le diagnostic des épanchements péricardiques. — M. Marfan fait une lecture sur ce sujet. Il conclut à la grande utilité de cette ponction pour le diagnostic des épanchements du péricarde. Il en fixe la technique et fait connaître ses contre-indications.

Ablation du thymus chez les jeunes poulets. — M. Coutière a fait une série d'expériences sur ce sujet. Il a constaté que cette ablation entraînait l'atrophie des testicules et prédisposait les animaux au gigantisme.

Myoclonie épileptique. — M. Oddo (de Marseille) lit un travail sur ce sujet. Il rapporte quatre observations dans lesquelles il a constaté des secousses myocloniques chez les épileptiques. Il donne la description de ce symptôme.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 25 octobre 1913)

Topographie de la pneumonie du sommet chez l'adulte, d'après l'aspect radiologique. — M. H. Paillard tire de ses recherches cliniques et radiologiques les conclusions suivantes :

1° La pneumonie du sommet, chez l'adulte, peut revêtir l'aspect radiologique décrit chez l'enfant par MM. Weill et Mouriquand : triangle à base axillaire, à sommet plongeant dans la profondeur du poumon.

2° La pneumonie dite « centrale » peut se présenter sous un aspect analogue : ombre triangulaire à base axillaire, effleurant nettement la corticalité et ne méritant donc pas radiologiquement le nom de pneumonie centrale.

3° Dans un cas de pneumonie tuberculeuse aiguë du sommet, l'ombre a été complètement différente : deux noyaux au milieu d'un sommet complètement gris.

Note préliminaire sur la recherche d'anticorps dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des cancéreux. — MM. E. Enriquez, Mathieu-Pierre Weil et P. T. Carrié ont recherché l'existence de sensibilisatrices dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien des cancéreux. La mise en évidence de ces sensibilisatrices est délicate et les causes d'erreur multiples ; la fragilité de ces sensibilisatrices, leur altération fréquente par le chauffage à 58 degrés, la parenté des anticorps syphilitiques et cancéreux et la difficulté de préparation d'un bon antigène sont autant de causes d'erreur. Il importe de se servir de sérums non chauffés après titrage de la valeur alexique si variable de ces sérums ; la disparition de la réaction après chauffage du sérum peut permettre dans certains cas de distinguer les anticorps cancéreux et les anticorps syphilitiques. Les antigènes sont de préparation infidèle : les extraits acétoniques semblent les meilleurs.

Lésions du système nerveux dans l'anaphylaxie sérique et vermineuse. — M. Rachmanow a étudié l'état du cerveau et de la moelle épinière dans l'anaphylaxie, et a pu constater

que les cellules nerveuses ne présentent presque jamais de lésions dans le cas où l'animal succombe au choc anaphylactique suraigu; il n'en est plus ainsi lorsque les accidents anaphylactiques graves durent au moins trente minutes Dans ces conditions, il existe des altérations nerveuses évidentes.

Les lymphocytes du liquide céphalo-rachidien normal. — MM. Marcel Bloch et Arthur Verne, à la suite de très nombreux examens en cellule graduée, estiment que les chiffres de 2 à 3 lymphocites par millimètre cube donnés comme taux lymphocitaire normal sont trop élevés. Un liquide absolument normal contient moins de lymphocites par millimètre cube et les chiffres de 1 à 3 indiquent une réaction méningée faible mais manifeste. Ce fait explique le désaccord entre certains résultats obtenus par la méthode de Nageotte et Lévy-Valensi (cellule graduée) et la méthode de Widal-Sicard-Ravaut (centrifugation).

PRATIQUE MÉDICALE

ANASARQUE ET ŒDÈME

On sait que le symptôme de l'œdème est lié généralement, soit à une gêne circulatoire d'origine mécanique, soit à une affection du rein, du cœur ou du foie, soit enfin à un état dyscrasique du sang. La région œdématiée est pâle, tendue, luisante, tuméfiée, les plis normaux ont disparu et la pression y détermine un godet persistant caractéristique. Elle peut s'ulcérer, se sphacéler, se couvrir de phlyctène ou présenter des crevasses. Quand l'œdème se généralise à tout le corps, il prend le nom d'anasarque.

Indications thérapeutiques. — 1° *Augmenter la diurèse. — Soutenir le cœur et augmenter la circulation.* Pour remplir la première indication on réduira la quantité de boissons absorbées par le malade, de façon à ce que les liquides excrétés soient puisés dans l'intimité des tissus, en même temps qu'on lui fera prendre des médicaments dont l'action est de tonifier les contractions du cœur et d'assurer une meilleure circulation. On donnera par exemple des préparations à base de digitale ou de digitaline, et, suivant les cas, de caféine ou de spartéine. On n'oubliera pas que la médication doit être parfois prolongée et que la digitale s'accumule avec une grande facilité et peut être même, surtout dans les cas d'œdème d'origine rénale, cause d'accidents. On emploiera de préférence le diurène, qui renferme tous les principes actifs de l'adonis vernalis. Sous son influence, on verra la quantité des urines augmenter rapidement, en même temps que les battements du cœur se régularisent en se renforçant. On le prescrira par exemple à la dose de 3 à 6 cuillerées à café par jour. La théobromine maintiendra l'effet obteuu par le diurène, lorsque celui-ci aura cessé d'être employé.

2° *Favoriser l'action des autres émonctoires.* La désintoxication de l'organisme se fera par l'antisepsie intestinale et les soins hygiéniques de la peau. On donnera la préférence aux purgatifs drastiques et on formulera par exemple l'eau-de-vie allemande associée au sirop de Nerprun à la dose de 30 grammes de chaque, ou on aura recours aux pilules suivantes :

Evonymine..................	10 centigr.
Podophyllin................	2 —
Savon amygdalin............	75 —

pour une pilule à prendre le soir en se couchant.

On fera deux fois par jour sur tout le corps une friction sèche ou avec un linge de flanelle imbibé d'une lotion alcoolique ou d'eau de Cologne.

3° *Evacuer au besoin les sérosités du tissu cellulaire souscutané.* Si les œdèmes sont trop abondants, on pourra être amené à faire des mouchetures aux points déclives des régions les plus tuméfiées, en ayant grand soin de s'entourer des précautions les plus minutieuses pour éviter l'infection des petites plaies ainsi faites. On pourra également mettre des tubes de Southey par lesquels la sérosité s'écoulera.

4° *Hygiène et alimentation.* Les malades devront habiter un pays sec et doux, éviter la marche, les efforts, la station debout. Il sera bon de les maintenir au lit quand les œdèmes sont assez abondants. L'hydrothérapie peut rendre des services sous forme de bains tièdes, de quinze à vingt minutes de durée et suivis d'un enveloppement complet dans une couverture de laine qui détermine une sudation abondante.

Le régime alimentaire sera le régime lacté ou le régime déchloruré; tous deux réussissent parfaitement en cas d'œdème d'origine rénale ou cardiaque, On donnera dans le courant de la journée un litre de lait en dehors des repas, des légumes cuits sans sel (pommes de terre, haricots, pois, salades, riz), des pâtes alimentaires, des compotes de fruits, des fromages blancs et frais. On verra s'il y a lieu d'ajouter à ce régime un peu de viande grillée ou de poisson d'eau douce, le poisson de mer étant à rejeter. On ne tolérera que le pain sans sel et, comme boisson, que le lait et l'eau en petite quantité. Dans tous les cas, il est indiqué de traiter la maladie causale de l'œdème.

LIVRES NOUVEAUX

Guide du médecin praticien (1) [aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'obstétrique], par le docteur F. Jacoulet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'auteur, en écrivant ce livre, a voulu permettre au médecin de se remémorer rapidement en présence d'un cas embarrassant les symptômes d'une affection, les éléments principaux du traitement et les règles de l'intervention lorsqu'elle est indiquée. Les maladies des organes des sens n'ont pas été laissées de côté.

C'est surtout sur la partie thérapeutique que l'auteur a insisté en utilisant certes les progrès récents, mais aussi en écartant systématiquement les méthodes trop peu éprouvées encore, les médications trop délicates ou nécessitant une surveillance constante. En un mot, c'est un livre écrit par un praticien averti pour rendre service aux praticiens.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Diagnose und Therapie der Herzkrankheiten (2), par Ludwig Braun.

Après quelques considérations sur la physiologie normale et sur la pathologie générale du cœur, l'auteur consacre plusieurs chapitres importants au diagnostic général des cardiopathies et particulièrement à la technique de l'examen du cœur et des vaisseaux : percussion, auscultation, sphygmographie, cardiographie, électro-cardiographie, sphygmomanométrie. A propos de cette partie d'exploration physique il étudie les troubles du rythme cardiaque; puis passe en revue les effets des troubles fonctionnels du cœur sur l'ensemble de l'économie. Ce chapitre de sémiologie générale est suivi d'un chapitre de thérapeutique générale des cardiopathies.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage sont passées en revue les différentes affections cardiaques, ainsi que l'artériosclérose et l'anévrisme de l'aorte, avec leurs caractères cliniques essentiels et leurs indications thérapeutiques spéciales.

A. LEMIERRE.

(1) In-8 de 827 pages avec 373 figures dans le texte. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) 1 vol. de 362 pages. — Berlin-Vienne, Urban et Schwarzenberg.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (1), par A. GILBERT.

Ce volume renferme les leçons faites par le professeur Gilbert pendant l'année scolaire 1910-1911, comme professeur de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Les vingt leçons rapportées traitent des néphrites scarlatineuse et érysipélateuse chroniques et de leur traitement, de la maladie de Raynaud, de la tuberculose hypertrophiante des ganglions, des ictères acholuriques simples et enfin de l'hémoglobinurie paroxystique essentielle.

B. GAYARD.

Diphterie und diphterischer Croup (2), par Adolf BAGINSKI.

Ce livre est un traité fort complet où se trouve exposé tout ce que l'on sait à l'heure actuelle sur la diphtérie. Mais ce n'est pas seulement un ouvrage de compilation : l'expérience personnelle de l'auteur lui donne un caractère d'originalité qu'on ne saurait méconnaître. Cette originalité n'exclut pas une bibliographie étendue d'où, nous avons le plaisir de le reconnaître, les auteurs français ne sont pas exclus, comme le fait est trop fréquent. Signalons, à ce propos, le chapitre consacré à l'historique de la diphtérie qui est remarquablement complet et le chapitre traitant de l'anatomie pathologique, très détaillé et illustré de nombreuses figures.

A. LEMIERRE.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Le praticien éprouve souvent un réel embarras à traiter chez les hyperchlorhydriques le ballonnement et les fermentations gastro-intestinales. Les pilules Elkin (bile, pancréatine, soufre organique) donnent alors un excellent résultat.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales médico-chirurgicales de l'Auvergne, du Limousin et du Quercy. — (N° 6, 1er août 1913.) LE MOINE et Ed. BARTHÉLEMY : Le traitement actuel de la syphilis par le « 606 ». — SAULAY : L'évacuation des blessés dans une guerre européenne.

Archives d'électricité médicales, expérimentales et cliniques. — (10 août 1913.) LEDOUX-LEBARD : Les injections de sulfate de radium insoluble chez les cancéreux inopérables. — GUNSETT : La question du mésothorium dans le traitement du cancer en Allemagne. — PINKUSS : Résultats obtenus dans le traitement du cancer par l'emploi thérapeutique du mésothorium. — CRÉMIEU : Salles d'inhalation, cabines et appareils de mesure pour l'emploi thérapeutique de l'émanation du radium. — JABOIN : Effets thérapeutiques du radium employé en pharmacologie.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 sept. 1913.) A. ROBIN : Traitement de la chlorose. — COURRENT : Etude hydrologique et thérapeutique sur les eaux du bassin de la haute vallée de l'Aude (*suite*). — (15 sept.) H. PATER : Les interventions chirurgicales et le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — GILLOT : Traitement de la goutte. Revue critique des travaux récents.

Bulletin médical. — (N° 69, 3 sept 1913.) CHAUFFARD : I. Abcès sous-hépatique d'origine appendiculaire. II. Dysenterie amibienne. — PLICQUE : La motricité exagérée de l'estomac et son traitement. — (N° 70, 6 sept.) PECH : Sur le mécanisme d'action de la digitale. — PLICQUE : Les injections hypodermiques de quinine. — (N° 71, 10 sept.) PLICQUE : Les anémies de la puberté et leur traitement. — MOLLE : Le problème pathogénique de la première loi de Louis et la distribution des nerfs conducteurs de la trophicité broncho-pulmonaire.

Clinique. — (N° 36, 5 sept 1913.) TRIBOULET : Médications d'exception et médications de convalescence dans la chorée de Sydenham. — CLAISSE : Le régime lacté dans les états fébriles et en particulier dans la fièvre typhoïde. — CHEVASSU : Syphilis du testicule. — (N° 37, 12 sept.) POTHERAT : L'intervention chirurgicale dans les fibromes utérins. — LEBON : Méthodes d'exploration radiologique du gros intestin. — LYON : Traitement de la constipation chez les enfants. — ALLAMAN : Obsession d'un aliéné. S'arracher les dents : il réussit un jour avec une pince, à s'arracher seul, en cachette et d'une façon parfaite, toutes ses dents sans exception, soit 29 dents : 26 absolument saines, 3 cariées.

Echo médical du Nord. — (N° 36, 7 sept. 1913.) André PAQUET : Fonctionnement de la clinique obstétricale de la Charité 1912 (*suite*). — (N° 37, 14 sept.) André PAQUET : Fonctionnement de la clinique obstétricale de la Charité 1912 (*suite*). — (N° 38, 21 sept.) LEPLAT, RIVIÈRE et BETTREMIEUX : Un cas de charbon des paupières. — André PAQUET : Fonctionnement de la clinique obstétricale de la Charité en 1912 (*suite et fin*).

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 sept. 1913.) DEJÉRINE : Paralysie faciale périphérique (avec signe de Négro). Radiculite lombo-sacrée. Névrite cubitale périphérique. Sclérose en plaques à forme paraplégique. Difficulté du pronostic du tabes. Arthropathies tabétiques. — LEPAGE : Cardiopathies et grossesse.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 36, 7 sept. 1913.) L. CHELLE : Origine des graisses de l'organisme (non compris la digestion) et leur dégradation. — GUYOT et JEANNENEY : Erreur de morphinomane. Les abcès de fixation au nitrate d'argent. — (N° 37, 14 sept.) R. CRUCHET : Pronostic de la tuberculose subaiguë du nourrisson. — SECOUSSE et LASSERRE : Sur un cas de hernie lombaire. — (N° 38, 21 sept.) GUYOT et JEANNENEY : L'oscillomètre sphygmométrique de Pachon appliqué à l'exploration de la perméabilité artérielle dans les gangrènes. — H. L. ROCHER : Fracture de l'olécrâne gauche ; absence de consolidation. Hémicerclage. — LOUBAT et LARTIGAUT : Kyste hydatique des muscles du dos.

Journal de médecine de Paris. — (N° 34, 23 août 1913.) Edgar F. CYRIAX (de Londres) : Le traitement mécanothérapeutique de certaines formes de pleurésie aiguë. — Robert LŒWY : Considérations sur le traitement des hernies. — René DE LANGENHAGEN (de Luxeuil) : De l'emploi abusif et inconsidéré des irrigations vaginales trop chaudes en gynécologie. — R. MARIE et André SOREL : Quartier des enfants convalescents de l'hospice de Brévannes.

Journal de médecine interne. — (N° 25, 10 sept. 1913. CADIOT : Sur la tuberculose des carnivores domestiques. — (N° 26, 20 sept.) Auguste BROCA : Des adénites chez les enfants.

Journal des praticiens. — (N° 36, 6 sept. 1913.) GOUGEROT : Nouvelles mycoses. — DELBET : Mal perforant, éthylisme. — BABINSKI : Paraplégie hystérique. — MONTEUUIS : Appréciation du végétarisme sur le terrain de l'hygiène. — (N° 37, 13 sept.) CLAUDE : Mal de Pott à évolution rapide avec réflexes cutanés de défense. — GOUGEROT : Nouvelles mycoses (*fin*). — FIESSINGER : La leucémie myéloïde.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 37, 11 sept. 1913.) J. DE MEYER : Aperçu des méthodes modernes d'examen physiologique de l'appareil cardio-vasculaire chez l'homme (*suite*).

Journal médical français. — (N° 9, 15 sept, 1913.) WITTERWALD ; Les cellulites. — ROSENTHAL ; Les applications

(1) 1 vol. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Un vol. de 398 pages. — Vienne et Leipsig, Alfred Hölder.

médicales de la gymnastique respiratoire par l'exercice physiologique de respiration, son rôle dans la lutte antituberculeuse. — HECKEL : Un nouveau mode de thérapeutique générale : la myothérapie.

Lyon chirurgical. — (N° 3, 1er sept. 1913.) FRITZ DE BEULE : La résection physiologique du ganglion de Gasser ou neurotomie rétrogastérienne dans le traitement des névralgies faciales (7 fig.). — JABOULAY : Transformation maligne des tumeurs du sein bénignes et sa cause (8 fig.). — GUILLOT et DEHELLY : L'arthroplastie par la méthode de Murphy pour l'ankylose de la hanche (7 fig.). — LERICHE et DUFOURT : Quatre observations d'élongation du plexus solaire pour crises gastriques du tabès.

Lyon médical. — (N° 36, 7 sept. 1913.) Auguste GONNET et Robert RENDU : Poliomyélite antérieure par traumatisme de la colonne cervicale. — (N° 37, 14 sept.) L. GALLAVARDIN : Pseudo-dédoublement du deuxième bruit du cœur simulant le dédoublement mitral.

Paris médical. — (N° 39, 30 août 1913.) DÉTRÉ : Les fonctions mécaniques du gros intestin. Leur étude radiologique. — FINCK : La mesure de la pression artérielle par la méthode vibro-palpatoire. — BARTHÉLEMY : Ampoule « para bulle d'air Bossy » destinée à empêcher l'introduction de l'air dans les veines dans la pratique des injections intraveineuses. — DUMONT : Cytologie pleurale. — (N° 40, 6 sept.) TERRIEN : L'ophtalmologie en 1913. — TRUC : Considérations cliniques sur l'ophtalmie granuleuse. — GRIVOT : L'oto-rhino-laryngologie en 1913. — SCHAESER : La stomatologie en 1913. — FARGIN-FAYOLLE : Les suppurations d'origine dentaire de la région palpébro-lacrymale. Pathogénie et diagnostic.

Pédiatrie pratique. — (N° 23, 15 août 1913.) HUTINEL : Asphyxie symétrique des extrémités. — Joaquin AGUILAR JORDAN : Relations pathogéniques entre les réactions méningées de la poliomyélite infantile et la maladie de Heine-Medin. — CONSTANTIN : Cure marine et héliothérapie. — Léon CERF : La rhinite purulente précoce de la scarlatine. — NICOLAS, MOUTOT et GRAVIER : A propos d'un cas de tuberculose végétante du pied par inoculation externe avec propagation lymphatique. Pronostic et traitement. — (N° 24, 25 août.) BROCA : Fractures du crâne chez l'enfant. — CASTÉRO : Les préjugés en oto-rhino-laryngologie. Erreurs populaires ou médicales.

Presse médicale. — (N° 70, 27 août 1913.) BORY : Introduction à l'étude des phénomènes de cytolyse. — AUBERT : Valeur séméiologique de l'érythème noueux. — (N° 71, 30 août.) GUIBÉ : Sur les rapports entre l'appendicite et la diverticulite. — (N° 72, 3 sept.) FAURE et DESPLAS : Fibrome pur du cæcum. — (N° 73, 6 sept.) HIDEYO-NOGUCHI : Etudes culturales sur le virus de la rage. — MAUTÉ : Quelques remarques sur le traitement de la furonculose. — (N° 74, 10 sept.) KIRMISSON : Contusion de l'abdomen avec rupture de l'intestin. Occlusion consécutive. Laparotomie secondaire. Guérison. — BURNAND : Comment se comporte le poumon « opposé » dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel.

Revue de la tuberculose. — (N° 4, août 1913.) PALLASSE et ROUBIER : Les cavernes tuberculeuses de la base du poumon. — RAILLIET : Tuberculose et vers intestinaux. De quelques erreurs de diagnostic dues à l'helminthiase. — BURNET et MANTOUX : Inoculation tuberculeuse par voie intradermique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 32, 9 août 1913.) BAR : Œdèmes aigus infectieux primitifs du larynx et leurs relations microbiologiques (étude contributive). — (N° 33, 16 août.) DENIS et VACHER : Deux cas de polypes naso-pharyngiens. Quelques points de technique opératoire. — (N° 34, 23 août.) ESCAT : Epreuve du diapason-fantôme appliquée au diagnostic de la simulation de la surdité unilatérale.

Revue médicale de l'Est. — (N° 16, 15 août 1913.) M. BERNHEIM : Question de l'hypnotisme. Ses évolutions diverses. Son état actuel. — (N° 17, 1er sept.) G. ETIENNE et M. PERRIN : Définition des arthropathies nerveuses. — Jules STERNE : Considérations cliniques sur le traitement de la syphilis. — (N° 18, 15 sept.) A. FRUHINSHOLZ : Diabète et gestation. — Ph. LASSEUR et G. THIRY : La doctrine des anticorps.

Semaine médicale. — (N° 36, 3 sept. 1913.) CHEINISSE : L'ulcère du duodénum chez les enfants. — (N° 37, 10 sept.) BODILLON : La calciréaction et sa signification diagnostique. — (N° 38, 17 sept.) DE BOVIS : Le diagnostic des salpingites tuberculeuses. — (N° 39, 24 sept.) LÉPINE : L'élément rénal dans la glycosurie; nouvelle théorie de la glycosurie phlorizique. — (N° 40, 1er oct.) MARFAN : Le diagnostic des épanchements péricardiques et la ponction épigastrique du péricarde.

Toulouse médical. — (N° 14, 1er août 1913.) RISPAL et TIMBAL : L'ulcère de l'estomac tardif. — (N° 15, 15 août.) TIMBAL et LAVAU : Deux cas de perforation d'ulcère gastrique.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 15, 15 août 1913). ROYER et BLUM : Un cas d'acromégalie.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ZONA OPHTALMIQUE

DÉFINITION. — L'apparition de vésicules d'herpès sur le territoire innervé par le nerf ophtalmique ou l'une de ses branches constitue ce que l'on appelle en clinique le zona ophtalmique. Ce terme englobe d'ailleurs deux manifestations morbides fort dissemblables, d'une part le zona proprement dit, *herpès zoster*, bien individualisé par MM. Landouzy et Chauffard, véritable maladie infectieuse, spécifique, conférant l'immunité; d'autre part les *éruptions zostériformes*, zonas symptomatiques, traduisant une irritation de l'une des branches de ce nerf, par une cause quelconque, le plus souvent une gomme, une exostose, un tubercule, une plaque de méningite, etc.

Pour rendre plus facile la description du zona ophtalmique, rappelons brièvement la distribution des branches terminales de ce nerf : le *nerf lacrymal* innerve le tiers externe de la paupière supérieure; le *nerf frontal* se distribue en éventail à la partie moyenne du rebord orbitaire, en innervant le tiers moyen de la paupière, la moitié du front et du cuir chevelu jusqu'à l'occiput; le *nerf nasal* innerve le tiers interne de la paupière, la CORNÉE par l'intermédiaire des nerfs ciliaires, *muqueuse nasale* et l'*aile du nez* par l'intermédiaire du nerf naso-lobaire.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Toutes les discussions relatives à l'existence du zona, fièvre zoster, maladie infectieuse, spécifique, conférant l'immunité, s'appliquent au zona ophtalmique; nous ne pouvons entrer ici dans de nombreux détails qui, s'ils ont un intérêt théorique en ce qui concerne le zona en général, ne présentent par contre rien de particulièrement intéressant dans l'histoire du zona ophtalmique; rappelons simplement que pour MM. Landouzy et Chauffard, les preuves de la nature infectieuse de l'herpès zoster reposent sur la fièvre, l'hyperleucocytose sanguine, les résultats souvent positifs de la ponction lombaire, l'immunité conférée par une première atteinte.

Anatomiquement il est admis à peu près par tous les auteurs à la suite de Baerensprung, Head et Campbel, que la lésion du zona siège dans les ganglions spinaux et que l'on peut considérer le zona primitif comme l'expression d'une poliomyélite postérieure aiguë ; ce terme, d'abord réservé aux zonas rachidiens, mérite d'être étendu aux zonas de l'extrémité céphalique, ainsi que Ramsay Hunt s'est efforcé de le démontrer : le ganglion de Gasser est en effet, pour le trijumeau, l'homologue des ganglions spinaux : c'est lui qui est intéressé en premier lieu lors d'un zona ophtalmique ; puis le processus gagne les

méninges, ce qui explique la réaction méningée constatée par la ponction lombaire. Il est assez difficile de préciser bien exactement le territoire cutané des divers nerfs sensitifs craniens : en ce qui concerne le trijumeau, ce territoire a cependant bien été délimité par Cushing; il importera donc de se reporter aux schémas de cet auteur; il n'est pas très exceptionnel d'observer, en même temps que le zona, des phénomènes *paralytiques* intéressant la musculature extrinsèque ou intrinsèque de l'œil, le nerf facial; la paralysie des nerfs moteurs craniens s'explique par l'existence d'un processus basilaire relevant pour MM. Claude et Scheffer, d'un agent infectieux analogue dans certains cas peut-être à celui de la maladie de Heine Médin; ce processus se localiserait en premier lieu sur les ganglions, puis atteindrait secondairement les méninges et les nerfs moteurs, vraisemblablement par la voie des espaces sous-arachnoïdiens.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le zona ophtalmique est précédé le plus souvent d'une *phase prééruptive* qui peut durer de quelques heures à quelques jours et qui est caractérisée par des signes généraux (troubles digestifs, céphalée, léger mouvement fébrile) et des signes locaux consistant en *douleurs* frontale, orbitaire, souvent très violentes. Parfois l'éruption se fait brutalement sans symptômes prémonitoires.

A la période d'état apparaissent tout d'abord des placards érythémateux, sans bourrelet, s'accompagnant d'œdème très léger, au niveau du front, au contraire très considérable, au niveau de la paupière où le tissu cellulaire se laisse facilement infiltrer et distendre.

Sur ces placards ne tardent pas à apparaître des vésicules d'herpès qui siègent sur le territoire des nerfs, au niveau du front, du cuir chevelu et de l'aile du nez; elles se disposent, soit en séries linéaires, soit en éventail, comme au niveau du nerf frontal, à peu près toujours d'un seul côté; cette éruption de vésicules s'accompagne de douleurs, de signes locaux (hypoesthésie, quelquefois hyperesthésie, douleur à la pression, anesthésie douloureuse, sensations subjectives diverses), de signes généraux variables (fièvre légère, tachycardie, état saburral). Il existe une légère hyperleucocytose sanguine; la *ponction lombaire* montre assez souvent une légère réaction méningée (albumine, lymphocytose moyenne).

Le nombre des vésicules varie suivant les cas : parfois elles se groupent réalisant de véritables bulles. Chaque vésicule évolue pour son compte : la sérosité qu'elle contient disparaît; il se forme une croûtelle qui tombe à son tour laissant une cicatrice; parfois le liquide devient hémorragique, ou purulent. Il persiste assez souvent des cicatrices indélébiles dont le diagnostic rétrospectif se fait grâce à l'unilatéralité des lésions s'arrêtant sur la ligne médiane; parfois subsistent longtemps des douleurs violentes ou de simples fourmillements qui rendent dans certains cas le port du chapeau impossible. On a signalé assez rarement à la suite de l'herpès zoster la paralysie de la musculature intrinsèque ou extrinsèque de l'œil, du nerf facial, etc.

FORMES CLINIQUES. — Signalons, sans trop y insister, les formes *suivant l'éruption* (zona hémorragique, purulent, *gangréneux*), suivant l'*intensité des symptômes comprenant* toutes les variétés de *zonas atypiques* (zona abortif, zona sans éruption avec simplement hypoesthésie ou hyperesthésie, douleurs à la pression, disparition des réflexes cornéen ou conjonctival), variétés cliniques sur lesquelles M. Tinel et Mlle Zolotoreff, MM. Minet et Galissot ont attiré récemment l'attention.

Les formes *d'après l'âge : chez l'enfant*, le zona est peu douloureux et s'accompagne d'assez volumineuses adénopathies; *chez le vieillard*, au contraire, les douleurs sont très vives, persistent longtemps, les cicatrices sont très profondes.

Beaucoup plus intéressantes sont les formes du zona ophtalmique suivant que chacune des branches de ce nerf participe ou non à l'inflammation. Le *zona du nerf lacrymal* se caractérise par du larmoiement, de la rougeur du tiers interne de l'œil, la disparition du réflexe conjonctival, de l'épiphora et souvent des poussées de dacryocystite. Le *zona du frontal* se traduit par une éruption de vésicules d'herpès *en éventail* au niveau du sus-orbitaire et du cuir chevelu. Le *zona du nerf nasal* intéresse la *muqueuse nasale* du côté correspondant (picottements, sécrétion exagérée), l'*aile du nez* (bouquet de vésicules sur le territoire du nerf naso-lobaire), enfin la CORNÉE. Tout zona intéressant le lobe du nez doit attirer l'attention sur la cornée que l'on trouve le plus souvent *anesthésique* [(abolition du réflexe cornéen (*loi d'Hutchinson*)]. On constate au niveau de celle-ci, soit une infiltration interstitielle, soit la présence de vésicules d'herpès avec ulcérations consécutives, soit des ulcérations sans herpès préalable; la cornée étant anesthésique le clignement ne se produit plus et les poussières peuvent ulcérer la cornée; ces ulcérations sont très graves quoique indolores; elles peuvent aboutir à la perforation de la cornée et perte de l'œil avec ou sans phlegmon. Les modifications de l'image ophtalmoscopique sont rares, cependant on a signalé des lésions rétiniennes, de la névrite optique. On pourra observer un zona intéressant à la fois les trois branches du nerf ophtalmique, ou bien un zona localisé à l'une quelconque des trois branches; parfois le trijumeau est pris dans son ensemble et l'on devra toujours rechercher s'il n'existe pas de vésicules sur le territoire des autres nerfs du trijumeau.

DIAGNOSTIC. — Le *diagnostic positif* est en général facile lorsque l'éruption des vésicules est abondante; il est difficile, en cas de zona abortif, de zona localisé aux fosses nasales avec simple hypersécrétion et gonflement de la muqueuse, de zona à complications cornéennes avec peu de vésicules, de zona atypique.

Le *diagnostic différentiel* doit être discuté à cause de l'œdème et des placards érythémateux, avec l'*érysipèle de la face*, l'*eczéma rubrum*, la *dacryocystite*. En raison de l'aspect vésiculeux on peut penser à l'érythème polymorphe dans sa forme vésiculeuse (*l'hydroa vésiculeux*), à la dermatite herpétiforme de Dühring, à certaines éruptions urticariennes, syphilitiques, enfin et surtout à l'herpès simple; mais dans toutes ces éruptions, le groupement des vésicules ne se fait pas suivant un territoire nerveux bien défini, les vésicules occupent toute la face, il n'y a pas unilatéralité des lésions, etc.

En raison des altérations de la cornée on devra discuter le diagnostic de kératite neuroparalytique, affection qui ne s'accompagne ni d'herpès, ni de douleurs.

Une fois le diagnostic de zona posé il faudra préciser s'il s'agit du zona *herpès zoster*, maladie infectieuse, ou d'*éruption zostériforme*, de *zona symptomatique*. Dans ce dernier cas il s'agit le plus souvent d'une irritation directe du trijumeau par une exostose, un néoplasme, une gomme, une plaque de méningite, ou par une cause toxique quelconque. Le zona symptomatique récidive souvent, il ne s'accompagne pas de fièvre, ni d'hyperleucocytose sanguine; il existe d'autres symptômes locaux; les paralysies oculaires sont fréquentes ainsi que les lésions du fond d'œil; on note également la présence d'autres symptômes attestant une lésion du système nerveux central ou périphérique; ainsi Brissaud a signalé l'existence d'un zona ophtalmique avec hémiplégie alterne. A l'origine de ces zonas symptomatiques on trouve le plus souvent la syphilis, la tuberculose, le néoplasme; on ne manquera pas de rechercher la réaction de Wassermann, les épreuves à la tuberculine, etc.

PRONOSTIC. — Le pronostic du zona symptomatique reste celui de l'affection causale; le pronostic de l'herpès zoster ophtalmique est toujours sérieux en raison des *lésions cornéennes fréquentes* et des douleurs qui peuvent persister longtemps après la disparition des vésicules, en raison aussi des formes gangréneuses et hémorragiques.

TRAITEMENT. — Le traitement est celui du zona en général (poudres inertes, aspirine, pyramidon, etc., contre les douleurs); s'il existe des lésions de la muqueuse nasale, on instillera de l'huile goménolée; lorsque la cornée est intéressée, s'il y a seulement anesthésie cornéenne, on se contentera de surveiller très régulièrement la cornée; s'il y a infiltration, on mettra un pansement occlusif, ou l'on fera une tarsorraphie; s'il existe des ulcérations, la tarsorraphie sera indispensable.

BIBLIOGRAPHIE. — MORAX. *Encyclopédie*, t. V. — CLAUDE et SCHŒFFER. Zona paralytique des nerfs craniens, *Presse méd.*, 1911. — GALISSOT. *Les zonas atypiques*, Th. de Lille, 1913. — BRELET. *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 117. — BOURDIER. *Les méningites optiques primitives*, Th. de Paris, 1911

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-32

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

PRIX NOBEL. — Le prix Nobel pour la médecine vient d'être décerné à un Français. On annonce, en effet, que le titulaire pour 1913 est M. le professeur Charles Richet.

Tous les médecins français se réjouiront de voir accorder à M. Richet cette haute distinction au lendemain même du jubilé qui couronnait sa carrière toute de labeur et d'honneur.

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Lecture. — *Pathologie.* — Séance du 29 octobre 1913. — MM. Loyauté, 8; de Peretti de la Rocca, 6; Lermoyez et Toupet, 9; Blot, 8; Bonnard, 10; Dugué et Doumer (Edmond), 11; Lambert, 10.

Séance du 29 octobre. — MM. Crétin, 8; Piédelièvre, 10; Reinhold, 7; Texier, 5; Robin (André), 6; Deroche, 8; Renard (Jacques-Paul) et Carrière, 7; Picard (René), 11; Soupault, 12.

Séance du 30 octobre. — MM. Winter, 8; de Butler d'Ormond, 14; Daudet, 12; Serrand, 9; Pollet, 6; Trousset, 12; Delmas et Loiseau, 6; Castera, 10; Richoux, 12.

Séance du 31 octobre. — MM. Fornairon, 5; Marcassus, 10; Perrier (Léon), 9; Xoudis, 11; Babalian, 8; Deguignand, 9; Chabanier, 10; Bardon, 8; Brizard, 12.

Erratum. — N° 545 de l'ordre de tirage au sort : lire *Vincent* au lieu de Mary.

Anatomie. — Séance du 29 octobre. — MM. Thomas, 10; Brunon, 5; Aurousseau, 9; Weiss, 13; Benoiste-Pilloire, 10; Cumenge, 6; Forestier, 10; Lebrun (Maxime), 12.

Séance du 30 octobre. — MM. Bisson, 10; Latour, 8; Malassez, 7; Proust, 3; Ecot, 11; Chatenoud, 8; Boppe, 9; Goudet, 10.

Séance du 31 octobre. — MM. Ravina, 6; Kahn (Morel), 7; Calderon, 5; Cerné, 3; Favory, 4; Remilly, 14; Benoist et Ollier, 9; Mouquin, 12.

— Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 20 octobre. — Question donnée : « Anesthésie chloroformique. »

MM. Ducoudré, 19; Duhail, 16; Dumontel, 14; Franjou et Mlle Finkelstein, 15; MM. Fouet, 17 1/2; Delotte, 12; Gautier, 7; Hamon, 18 1/2; Mlle Salomon, 15; MM. Derville, 17; Michaut, 9; Mlle Willème, 16; MM. Fougeras-Lavergnolle, 13; Pinot, 15; Biguet, 17 1/2; Grangeneuve, 21 1/2; Doniol, 17; Linval, 7; Prévost (Félix), 16; Chevallier (Arthur), 6; Legay, 12; Mlle Akbroït, 13; MM. Huet, 19 1/2; Audigier, 14; Corticchiato, 11; Gaube, 15; Bourloton, 13.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Roubier, chef de clinique médicale.

— Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux aura lieu le lundi 4 mai 1914.

Les inscriptions seront reçues passage de l'Hôtel-Dieu, 56, jusqu'au 25 avril 1914, à onze heures du matin.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — La chaire de physique médicale de la Faculté mixte de médecine de l'Université d'Alger a été déclarée vacante le 13 octobre.

— Bordeaux. — Le concours de l'adjuvat d'anatomie s'est terminé par la nomination de MM. Darget, Perruchot et Blanchot, titulaires; Jeanneney, Bousquet et Arnould, adjoints.

INTERDICTION DE L'ABSINTHE DANS LE HAUT-SÉNÉGAL. — M. Clozel, gouverneur du Haut-Sénégal et Niger, vient de prendre un arrêté très approuvé par tous les gens consciencieux. Il interdit, à partir du 1er janvier 1915, la vente de l'absinthe aux indigènes et, dès maintenant, la rémunération avec ce produit du travail fourni par les noirs.

Cette double mesure aura certainement un effet salutaire, et il était temps que M. Clozel la prît, car l'alcoolisme fait de grands ravages dans sa colonie, comme il en faisait à la Côte d'Ivoire avant que M. Angoulvant n'entreprenne de les enrayer. P.

L'INTERDICTION DE L'ALCOOL EN TUNISIE. — Un décret beylical vient d'interdire la consommation de l'alcool dans le territoire de l'annexe du contrôle civil de Tozeur. P.

MESURES CONTRE L'ALCOOLISME A MADAGASCAR. — Le décret du 13 décembre 1902, portant règlement général de la vente des boissons alcooliques ou spiritueuses dans la colonie

RENSEIGNEMENTS

de Madagascar et dépendances et fixation des licences applicables au commerce de ces boissons, a été successivement modifié par les décrets des 1er juin 1903, 19 août 1911 et 14 août 1912.

Une nouvelle modification s'imposait encore. Il importait, en effet, non seulement de définir le commerce au détail, mais aussi celui de gros. Il fallait, en outre, une mise au point de la réglementation déjà en vigueur, afin de la mettre en harmonie, d'une part, avec l'arrêté du gouverneur général en date du 14 mai 1907, réglementant le nombre des débits de boissons, et, d'autre part, avec le décret du 4 octobre 1909 sur la fabrication et la vente de la betsabetsa.

Dans le but de faciliter les recherches à effectuer le cas échéant, il a paru préférable, dans ces conditions, de refondre en un acte unique complet et se suffisant à lui-même, les dispositions éparses dans les textes précités.

C'est l'objet du décret signé à Madrid, le 9 octobre, par le président de la République, et que publie le *Journal officiel* du 17 octobre. P.

L'UTILISATION DES PIQURES D'ABEILLES POUR LE DIAGNOSTIC DE LA MORT RÉELLE. — Nous relevons dans un journal d'apiculture le procédé suivant destiné à reconnaître la mort réelle. On remplit un verre à boire d'abeilles vivantes, on le retourne et on l'applique sur la peau du sujet. Il paraîtrait que les abeilles ne piquent point s'il s'agit réellement d'un cadavre, et si par hasard l'une d'elles vient à piquer la peau, on ne retrouve sur celle-ci que la trace de la piqûre sans aucune réaction de voisinage. Si ce procédé est susceptible de donner des résultats exacts il faut avouer qu'il n'est applicable ni en tout lieu ni en toute saison. G. L. H.

DENTISTE ET ACCIDENT. — D'après un récent arrêt de la Cour de Caen, le 27 février 1913, il n'est pas exagéré d'allouer 50 000 francs de dommages-intérêts à la victime d'un accident, laquelle, à peine âgée de trente ans, non seulement n'a pu exercer sa profession de dentiste pendant plus d'un an, mais se trouve diminuée pour toujours dans ses aptitudes physiques, sa profession lui étant rendue désormais plus pénible par la fatigue qu'elle ressent dans la station verticale. P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Lataste (de Saint-Emilion).

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. A. CHAUFFARD.) — Les docteurs et étudiants français et étrangers immatriculés à la Faculté, désireux de perfectionner leurs connaissances scientifiques ou de se livrer à des recherches personnelles, seront admis à travailler dans les laboratoires de la Clinique médicale Saint-Antoine, sous la direction de MM. Jean Troisier et A. Grigaut, chefs de laboratoire. Les instruments, appareils et réactifs (sauf l'alcool absolu) seront mis à leur disposition.

Pour être admis dans les laboratoires de la Clinique, l'autorisation de M. le professeur Chauffard est indispensable ainsi que la justification du versement des droits.

Le nombre des places est limité à trois par laboratoire.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le droit à verser est de 150 francs par trimestre.

Les étudiants en médecine ne pourront être admis dans ces laboratoires que s'ils sont titulaires de seize inscriptions.

COURS DE MÉDECINE LÉGALE. — M. le professeur Thoinot commencera ce cours le jeudi 6 novembre 1913, à six heures (petit amphithéâtre), et le continuera tous les jours suivants, à la même heure (mercredis exceptés).

Sujet du cours : La mort. — Les phénomènes cadavériques. — La mort subite. — Les blessures. — Les maladies traumatiques. — Les asphyxies mécaniques : pendaison, strangulation, suffocation, submersion.

CONFÉRENCES D'OBSTÉTRIQUE. — M. Paul Guéniot, agrégé, commencera ces conférences le lundi 10 novembre 1913, à cinq heures (petit amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme : Gestation normale. Accouchement normal. Suites de couches normales. Pathologie de la gestation.

COURS D'ANATOMIE ÉLÉMENTAIRE. — M. H. Rouvière, agrégé, commencera ce cours, le samedi 8 novembre 1913, à quatre heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Tête, cou, membre supérieur et membre inférieur (squelette, articulations, muscles, vaisseaux, nerfs).

CONFÉRENCES DE THÉRAPEUTIQUE. — M. A. Lemierre, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 7 novembre 1913, à trois heures (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Programme des conférences : 1° L'art de formuler;

2° Médicaments et médications non étudiés dans le cours du professeur;

3° Crénothérapie (eaux minérales) et climatothérapie;

4° Récapitulation générale sous forme de rédactions individuelles d'ordonnances et de régimes.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Algérie-Tunisie.* — Billets de voyage à itinéraires fixes, 1re et 2e classes, délivrés à la gare de Paris-Lyon, ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires. Certaines combinaisons de ces voyages permettent de visiter non seulement l'Algérie et la Tunisie, mais encore des parties plus ou moins étendues de l'Espagne.

Voir la nomenclature complète de ces voyages circulaires dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., en vente dans les gares, bureaux de ville, bibliothèques : 0 fr. 60; envoi sur demande au Service central de l'exploitation, 20, boulevard Diderot, à Paris, contre 0 fr. 80 en timbres-poste.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 10 AU 15 NOVEMBRE 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 10 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 11 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mercredi 12 novembre, à une heure. — 1er (oral).

2e (chirurgien-dentiste, A. R., 1re, 2e, 3e et 4e séries).

Jeudi 13 novembre, à une heure. — 3e (oral, 1re et 2e parties).

4e.

Vendredi 14 novembre. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 15 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 12 novembre, à une heure. — M. CAPDEVILA. Les infections du premier âge. (MM. Blanchard, président; Legueu, Guillain et Desmarest.) — M. GOURIOU. Etude sur les calculs diverticulaires de la vessie. (MM. Legueu, président; Blanchard, Guillain et Desmarest.) — M. ADLER. Du choix de l'intervention dans les calculs enclavés de l'uretère. (MM. Legueu, président; Blanchard, Guillain et Desmarest.

Jeudi 13 novembre, à une heure. — M. COLLETTE. Diagnostic radioscopique des biloculations gastriques. (MM. Alb. Robin, président; Lejars, Richaud et Mocquot.) — M. THOBY. L'appendicite gauche. (MM. Lejars, président; Alb. Robin, Richaud et Mocquot.)

ATROPHIE RÉNALE UNILATÉRALE

Par MM. L. BABONNEIX et R. TURQUETY.

OBSERVATION. — Marie G..., couturière, âgée de cinquante-quatre ans, entrée le 18 décembre 1912, salle Villemin, n° 15.

Ses *antécédents héréditaires* n'ont pas d'intérêt. Les seuls *antécédents personnels* dignes d'être notés sont : 1° la rougeole à huit ans ; 2° des habitudes alcooliques assez anciennes. Son mari est mort, à quarante-neuf ans, d'une affection indéterminée ; elle a eu un enfant qui, vers trois ans, a succombé à des convulsions ; ultérieurement, elle a fait une fausse couche.

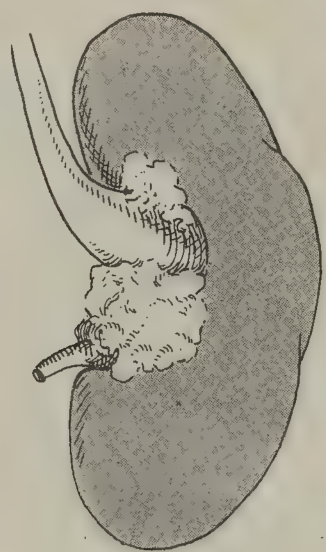


FIG. 1. — *Rein gauche.*

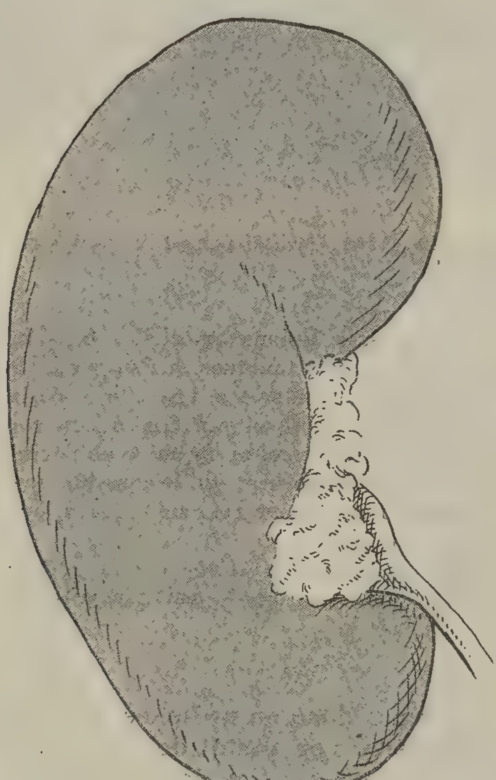


FIG. 2. — *Rein droit.*

Elle entre pour des phénomènes dyspnéiques ayant débuté il y a huit jours. Jamais elle n'aurait eu d'œdème malléolaire, de cryesthésie, de sensation de doigt mort ; par contre, elle accuse une diminution notable de l'acuité visuelle et verrait, de temps à autre, des mouches volantes.

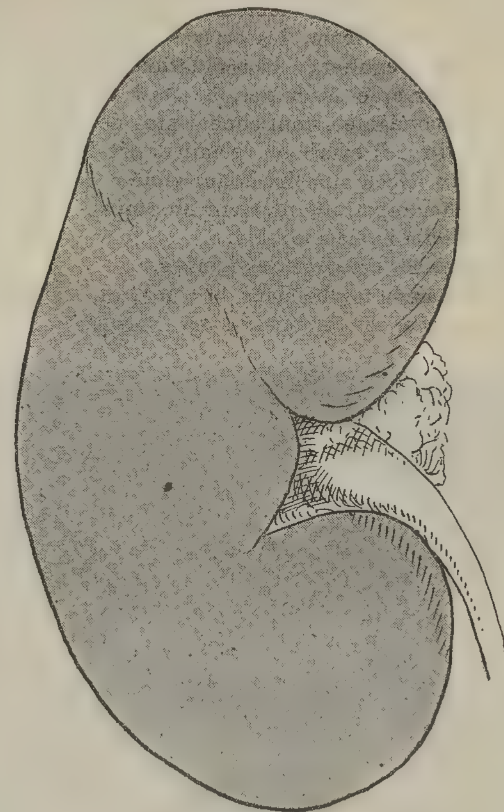


FIG. 3. — *Rein droit normal.*

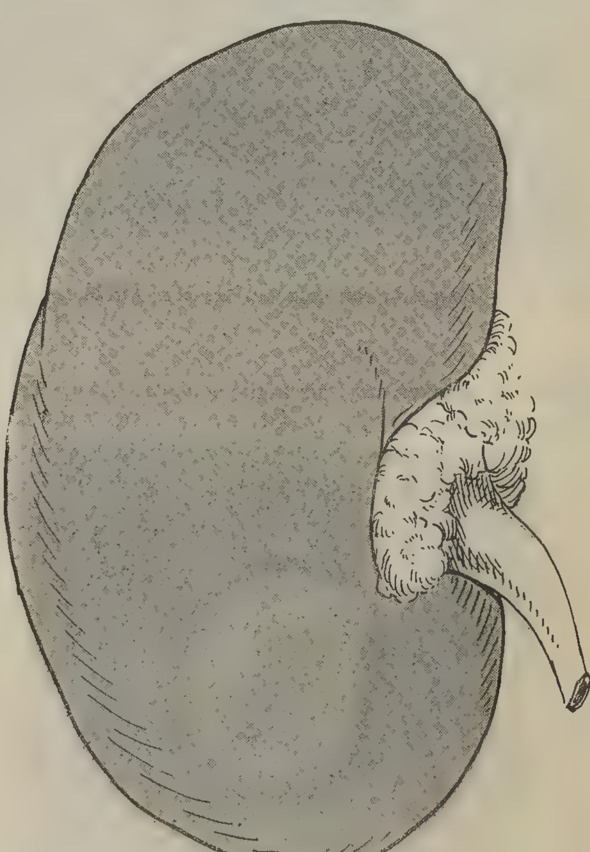


FIG. 4. — *Rein droit normal.*
(Ces quatre figures sont représentées grandeur naturelle après fixation par le formol.)

Examen actuel. — La malade est très oppressée, sans que l'on trouve, dans sa poitrine, l'explication de cette dyspnée. Les symptômes pulmonaires se réduisent, en effet, à quel-

ques râles congestifs des bases. Il n'y a aucun trouble digestif. Bien que le foie soit notablement augmenté de volume, la température est normale, les artères un peu sinueuses, le pouls dur, mais régulier; à l'auscultation du cœur, on trouve un clangor aortique assez net, et aussi un bruit de galop. Les urines, abondantes, contiennent plus de 2 grammes d'albumine par litre. Il existe un certain degré de myosis. L'examen des yeux décèle une iritis ancienne à gauche, des deux côtés de la chorio-rétinite (docteur Monthus).

Le *20*, l'albuminurie a doublé.

Le *21*, apparaît l'œdème des jambes.

Le *26*, la malade tombe dans le coma, et, malgré une saignée de 500 grammes, ne tarde pas à succomber.

A l'*autopsie*, on trouve : 1° de l'athérome aortique et basilaire, une hypertrophie modérée du ventricule gauche, de l'œdème des bases pulmonaires; 2° surtout une atrophie extrême du rein gauche (fig. 1) qui ne pèse (avec l'uretère) que 50 grammes. Il a d'ailleurs gardé sa forme et ne présente aucune cicatrice, aucune saillie, aucune déformation de quelque ordre que ce soit. Il est seulement très difficile à décortiquer. Le rein droit (fig. 2) est de poids normal mais offre, lui aussi, une capsule très adhérente.

L'examen histologique du rein gauche (fig. 5 à 8) montre les lésions suivantes : 1° disparition presque complète des glomérules; ceux qui restent ont subi une transformation scléreuse à peu près complète ; 2° dilatation des tubuli con-

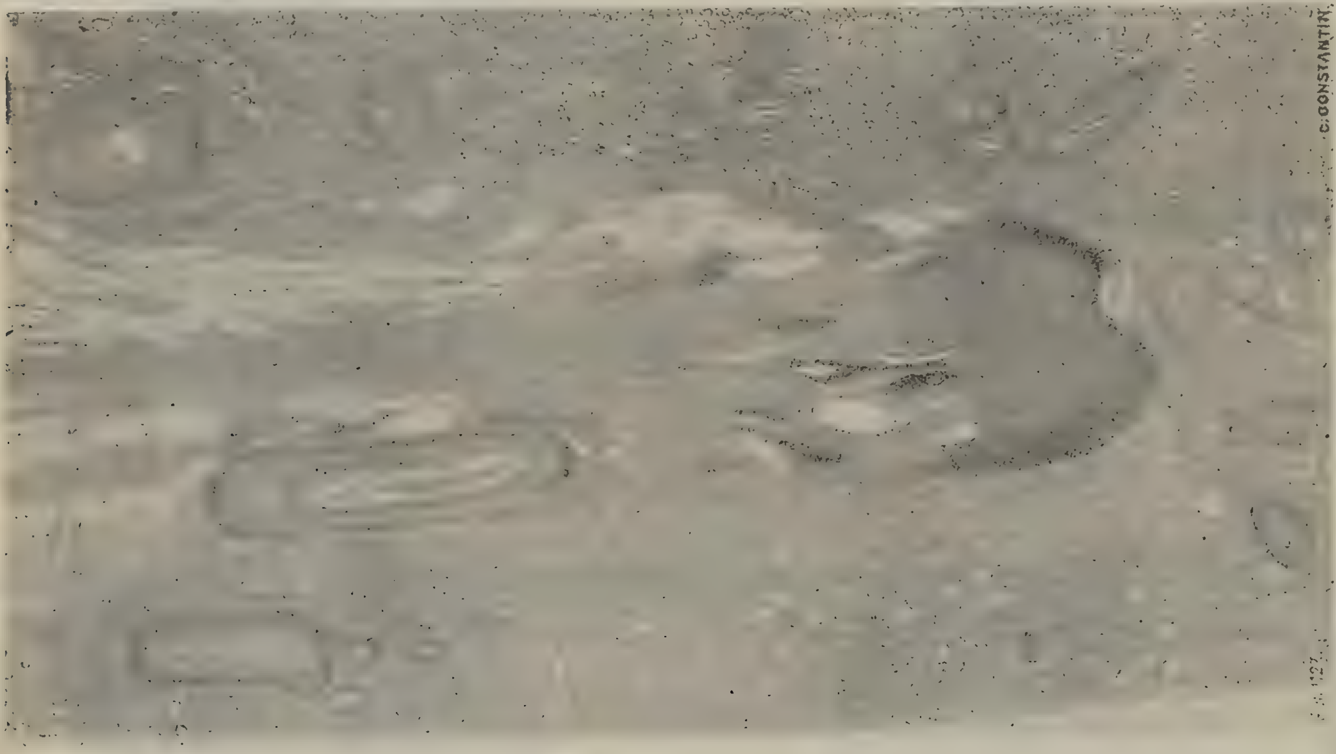


FIG. 5. — *Coupe du rein gauche, vue à un faible grossissement 20/1. Picro-carmin. Noter l'épaississement des parois artérielles et l'infiltration interstitielle.*

torti dont la plupart ont leur lumière obstruée par des amas hyalins, granuleux, etc.; 3° sclérose surtout nette dans la

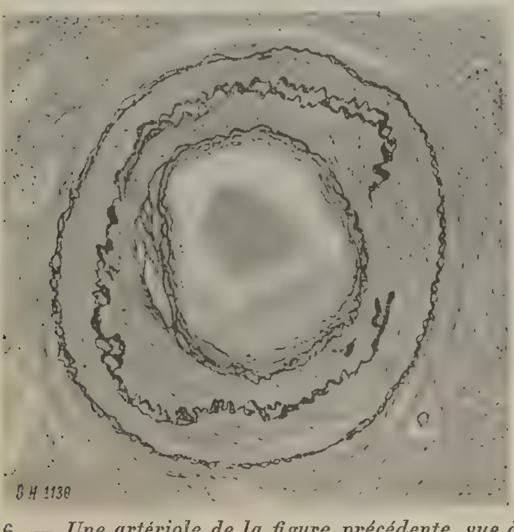


FIG. 6. — *Une artériole de la figure précédente, vue à un plus fort grossissement 50/1. Hématéine-orcéine.*

région corticale et semblant, par places, émaner de la capsule; au milieu des nappes fibreuses se voient des zones infiltrées de leucocytes appartenant, pour la plupart, au type polynucléaire; 4° grosses lésions artérielles consistant en un épaississement des trois tuniques, mais surtout de l'interne. Sur des coupes colorées soit à l'hématéine-éosine-orcéine, soit au picro-carmin, soit au van Gieson, on voit que cette tunique interne bourgeonne, de façon à oblitérer par places la lumière du vaisseau. Le tissu qui le constitue se colore mal, est très pauvre en noyaux et ressemble assez, en somme, à une lésion gommeuse.

Les tubes droits sont beaucoup moins altérés. Le rein *droit* offre des lésions analogues, mais plus discrètes.

*
* *

Nous sommes donc en présence d'un cas de néphrite unilatérale, ou plutôt de néphrite bilatérale avec prédominance sur l'un des deux reins.

Les cas de ce genre ne sont pas très fréquents. Pour M. Brault, les différences de poids et de volume entre les deux reins sont, le plus souvent, négligeables, « et c'est par exception que l'on trouve un véritable contraste d'aspect et de consistance entre les deux organes. Cependant Bartels, Lecorché et Talamon en ont cité plusieurs exemples très probants ».

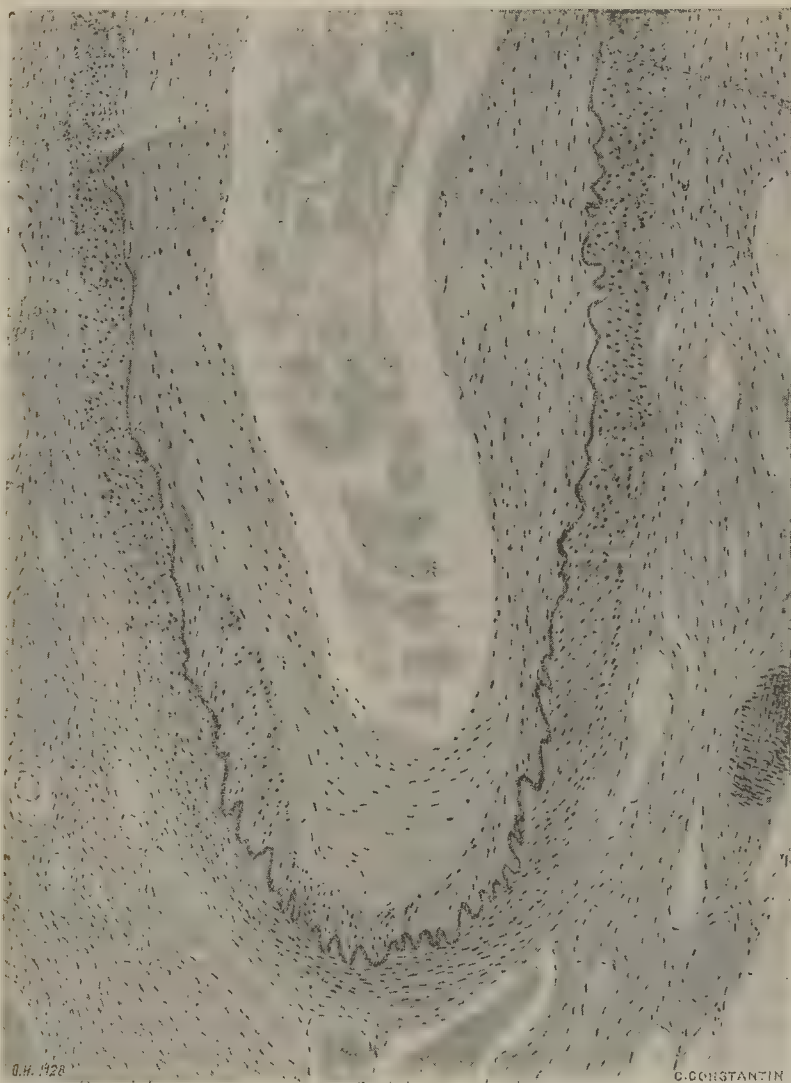


FIG. 7. — *Une autre artériole de la figure 5. Même coloration. Epaississement marqué de l'endartère avec, au bas de la figure, foyer d'apparence gommeuse* 80/1.

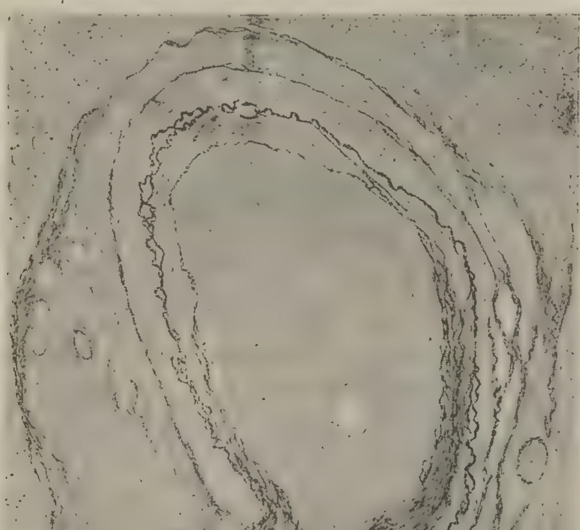


FIG. 8. — *Autre artériole. Même coloration. Oblitération de l'artériole par un thrombus fibreux. Hypergénèse élastique. Vascularisation abondante de la tunique externe* 50/1.

D'après M. Castaigne (*Manuel de médecine*, Maladies des reins, p. 181), il y a lieu de distinguer deux variétés de néphrites unilatérales, suivant qu'elles ont été observées chez l'homme ou reproduites par l'expérimentation.

Les premières nous intéressent seules ici. Elles se divisent naturellement en néphrites ascendantes et descendantes.

Les néphrites *ascendantes* « sont très fréquemment unilatérales, comme le prouvent les constatations de Goodharp qui, sur 130 cas de pyélonéphrites reconnues à l'autopsie, a rencontré 17 fois un seul rein atteint. Les observations publiées par MM. Albarran, Bazy, Tuffier, etc., plaident dans le même sens, et l'on peut dire que l'existence de cette catégorie de néphrites unilatérales est mis hors de doute par l'ensemble de ces travaux ».

Passons aux néphrites descendantes. « Nous n'avons constaté aucun cas de néphrite toxique *aiguë* ou *subaiguë* qui ne fût bilatérale ; les lésions trouvées à l'autopsie, dans un cas de ce genre, non seulement siégeaient des deux côtés, mais encore avaient une intensité sensiblement égale sur l'un et l'autre rein... En ce qui concerne les lésions *chroniques* des reins, nous n'avons jamais rencontré de néphrite qui soit absolument unilatérale, mais nous avons constaté, dans la plupart des faits, que les deux reins n'étaient pas égaux au point de vue de l'étendue et de l'intensité des lésions. Il y a même des cas dans lesquels un rein est totalement lésé par une néphrite atrophique, alors que l'autre présente des portions assez étendues de parenchyme sain. » (Castaigne.)

C'est probablement d'un cas de ce genre qu'il s'agit ici. Nous nous trouvons en présence d'une néphrite chronique à prédominance unilatérale : l'atrophie du rein le plus altéré atteignait des proportions extrêmes, mais l'autre rein était loin d'être sain, comme témoignaient l'épaississement de sa capsule, l'état granuleux de sa surface et les lésions histologiques constatées.

Quelle était la cause de cette néphrite? Comme toujours, il est très difficile de résoudre la question. L'intensité des altérations vasculaires, comme leur prédominance sur l'endartère, occupée sur certains points, par des produits d'apparence gommeuse, permet de penser à la syphilis. On sait, en effet, que nombre de néphrites interstitielles chroniques relèvent en réalité de la syphilis; on sait aussi que l'un des caractères de la syphilis rénale, c'est de créer des lésions partielles, limitées. Nous pouvons donc, avec les réserves d'usage, admettre dans notre cas l'intervention possible de la syphilis.

ACTUALITÉS

LA PATHOLOGIE DU MAROC

M. le docteur Remlinger, directeur de l'institut Pasteur de Tanger, vient de consacrer à ce sujet un travail (1), où il montre que le trait essentiel de la nosologie du Maroc est une banalité, presque désespérante pour le chercheur. La faune, la flore du Maroc s'écartent tout à fait de la faune et de la flore africaines pour se rapprocher de la faune et de la flore européennes. De même, la pathologie a beaucoup plus d'analogies avec la pathologie européenne qu'avec la pathologie africaine. Constatation assez inattendue, ce sont les *maladies vénériennes*, la *syphilis*, en particulier, qui constituent le fond de la pathologie marocaine. Le médecin les rencontre du commencement à la fin de la journée; ce sont elles qui le font vivre. La syphilis est la maladie marocaine par excellence. Beaucoup d'Européens, davantage encore d'Israélites en sont atteints. Chez les Musulmans, elle est, pourrait-on dire, la règle. Les accidents consistent le plus souvent en lésions cutanées, muqueuses et osseuses. Les pertes de substance peuvent être considérables, véritablement effrayantes, telles que depuis longtemps on n'en observe plus dans les pays civilisés. Le Maroc est le pays des nez effondrés, sinon complètement absents. A peine a-t-on débarqué dans un des ports de la Méditerranée ou de l'Atlantique qu'on est fixé à cet égard. Fort heureusement, la syphilis tertiaire marocaine est plus mutilante que grave et elle cède merveilleusement au traitement spécifique. Bien que la *variole* soit en diminution, elle se place encore au premier rang des maladies infectieuses qui sévissent sur le pays. Les Arabes sont les plus éprouvés. Les Israélites, moins réfractaires à la vaccine viennent ensuite, mais on a également à déplorer chaque année de nombreux cas de maladie et de mort parmi la population européenne, la colonie espagnole en particulier. La variole est responsable de la plus grande partie des cas de cécité qui s'observent au Maroc. Kératite ulcéreuse, perforation de la cornée avec hernie de l'iris, fonte purulente de l'œil s'y voient aujourd'hui avec la même fréquence qu'en Europe, avant Jenner. Chose curieuse, la *scarlatine* est à peu près complètement absente et ne se voit pas plus chez les Européens que chez les indigènes. Même à Tanger qui compte une colonie anglaise importante, la scarlatine n'a jamais ou presque jamais été observée. Il en est de même de la *diphtérie*. Le *typhus exanthématique* est une des maladies que les Européens ont le plus à redouter. Elle est endémique dans les quartiers misérables des villes, dans les marabouts qui servent d'asile aux mendiants, aux vagabonds de toutes catégories, chez les tribus nomades qui véhiculent d'un point à un autre. Bien qu'elle prédomine largement chez les indigènes, il n'est pas d'année, pas d'épidémie où des Européens non seulement des classes pauvres, mais encore de l'élite de la société ne contractent la maladie. Bien souvent, dit M. Remlinger, le typhus exanthématique est au Maroc ce qu'on pourrait appeler une maladie paravénérienne et c'est au contact d'une femme malpropre ou de la literie suspecte d'une maison interlope qu'on récolte son agent inoculateur : Pediculus vestimenti ou capitis. La *fièvre typhoïde* est, également, une des maladies que l'Européen a le plus à redouter. Elle n'est pas rare à Tanger où, avec le *paratyphus*, elle paraît responsable de tous les cas de *fièvre de Tanger* ou de *tangérine*, cette dernière affection ne constituant nullement une entité morbide. Elle est fréquente à Casablanca et à Rabat; plus fréquente encore à Fez. La vaccination antityphique s'impose au même titre que la vaccination antivariolique à tous les Européens qui viennent au Maroc. La *tuberculose* est loin de causer des ravages comparables à ceux qu'elle exerce en France. C'est chez les Israélites qu'elle est le plus répandue. Le fait s'explique aisément. Le Juif n'habite jamais la campagne ; il loge en ville dans des conditions épouvantables d'encombrement et de saleté; il voyage plus que l'Arabe en Europe, d'où il rapporte le germe de la maladie ; enfin l'alcoolisme est beaucoup plus généralisé au Maroc chez les Israélites que chez les Musulmans. Chez les Européens, la tuberculose n'est pas très fréquente mais, quand elle se manifeste, elle a d'ordinaire une marche rapide et les médecins sont presque unanimes à admettre que les tuberculeux ne doivent pas venir au Maroc et font bien de le quitter dès qu'ils y ressentent les premières atteintes du mal. La *dysenterie* est susceptible de se rencontrer sous ses deux formes principales, bacillaire et amibienne, dans toute l'étendue du Maroc. A Fez où les parasites intestinaux, le tricocéphale en particulier, sont très fréquents, certains cas de dysenterie ne guérissent qu'à la suite d'un traitement anthelmintique. Existe-t-il des cas de dysenterie vermineuse, causés par le tricocéphale comme il existe des cas de dysenterie déterminés par le balanti dinus coli ? Ou le ver agit-il simplement en inoculant et réinoculant comme à la lancette, dans la muqueuse intestinale, le bacille ou l'amibe ? Les deux hypothèses sont plausibles. La *peste* ne s'était pas manifestée au Maroc depuis 1818, lorsqu'au mois de juillet 1909 elle fit tout à coup son apparition dans la Chaouia, puis dans la Doukkala, apportée probablement par une tribu nomade venue du Tafilet. Les circonstances politiques s'étant, à cette époque, fort mal prêtées à une lutte contre la maladie, celle-ci s'est rapidement étendue et on estime à dix mille le nombre de ses victimes. Aujourd'hui, la maladie présente une tendance à l'atténuation démontrée par un abaissement considérable de la mortalité. Néanmoins il est à craindre que, pour de longues années peut-être, elle ne demeure endémique dans le Maroc occidental, grevant ainsi notre protectorat d'une lourde hypothèque. L'étiquette *paludisme* est fréquemment employée. Elle dispense de tout effort de diagnostic et de thérapeutique et elle est presque toujours acceptée avec plaisir par le malade. Il est probable que cette dénomination sert à couvrir de nombreux états infectieux et même non infectieux, complètement étrangers à ceux que détermine l'héma tozoaire de Laveran. Toutefois un paludisme bien authentique s'observe à Fez et à l'embouchure — toujours marécageuse — des principaux fleuves. La *fièvre récurrente* a été signalée et étudiée par M. Tournade. La *lèpre* existe en quelques points du Haouz et du Doukkala, néanmoins il semble que les léproseries abritent plus de syphilitiques que de lépreux. M. Remlinger a attiré l'attention sur la fréquence relative du *pied de Madura*. Quant à la *rage*, très rare jusqu'à ces dernières années, elle est devenue, depuis que l'émigration européenne a eu pour conséquence l'importation de nombreux chiens, singulièrement fréquente. L'*éléphantiasis* est souvent observé. Que la maladie siège au scrotum, aux membres inférieurs ou supérieurs, on la retrouve dans toutes les villes de la côte depuis Tanger jusqu'à Mogador, mais c'est à Salé qu'elle est de beaucoup le plus répandue. Ces éléphantiasis ne paraissent pas être de nature filarienne mais streptococcique. Il semble qu'il s'agisse d'une dermite à streptocoques, provoquée tout d'abord par une cause d'irritation quelconque puis entretenue par la malpropreté. L'étude des maladies des systèmes respiratoire, digestif, circulatoire, nerveux, génito-urinaire, celle des maladies par ralentissement de la nutrition, des intoxications, des affections chirurgicales, des affections de la peau et des organes des sens, etc., révèle un certain nombre de particularités intéressantes. C'est ainsi que les femmes berbères sont, tout comme les femmes israélites, réfractaires au cancer de la matrice; les Nègres sont réfractaires aux cancers épithéliaux de tous sièges; l'appendicite ne s'observe à peu près jamais chez les Marocains, bien que chez eux les vers intesti-

(1) REMLINGER, *Ann. d'hyg. publ.*, août 1913, pp. 129-167.

naux soient extrêmement fréquents ; la chorée ne s'observe pas davantage, ce qui n'est guère en faveur de son origine syphilitique ; les hydrocèles simples ou doubles sont extraordinairement répandues chez les indigènes ; le fait est attribué à l'usage du pantalon flottant qui ne soutient en rien les bourses ; le diabète est commun chez les Israélites et le diabète conjugal et héréditaire n'est pas rare chez eux. Quant aux affections cutanées causées par des parasites animaux (gale, pédiculose sous toutes ses formes) elles sont d'observation aussi courante que les maladies vénériennes et ce n'est pas peu dire. M. Remlinger se demande en terminant son travail si la conclusion à tirer de celui-ci est que la pathologie du Maroc doive se montrer toujours dépourvue d'intérêt. A vrai dire, celui-ci, pour être rencontré, devra être cherché avec assez de soin. Plongé hier encore dans les ténèbres du moyen âge, le Maroc s'ouvre avec la plus grande brusquerie à la civilisation du XXe siècle. Un changement aussi radical exercera certainement sur la pathologie des modifications importantes qu'il sera intéressant d'étudier. De même un grand nombre de races de religions opposées, de mœurs très différentes, vivent côte à côte dans l'empire marocain. Il peut y avoir dans l'étude de leur pathologie comparée une source de curieuses remarques en même temps que d'utiles renseignements. Enfin un certain nombre de points particuliers paraissent pouvoir donner lieu à des recherches d'un certain intérêt. Par exemple, l'extrême fréquence des parasites cutanés et des vers intestinaux semble devoir faire du Maroc le pays de choix pour l'étude du rôle de ceux-ci dans la pathogénie de la fièvre typhoïde et de la dysenterie et de ceux-là dans la transmission de bien des maladies infectieuses. Les affections parasitaires du cuir chevelu, la syphilis si extraordinairement répandue, la peste en passe de devenir endémique ne peuvent manquer également de fournir une moisson de faits nouveaux et intéressants. Il n'empêche qu'un chercheur qui viendrait dans l'empire chérifien dans l'espoir d'y découvrir ou simplement d'y étudier des maladies particulières au pays s'exposerait à une bien grande désillusion. Il semble que le cachet exotique de la pathologie diminue dans l'Afrique du Nord, au fur et à mesure que de l'Est on s'avance vers l'Ouest. L'intérêt déjà moins marqué en Tunisie qu'en Tripolitaine et surtout qu'en Egypte décroît encore en Algérie pour présenter son minimum au Maroc. L. GAYARD.

XXVIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Tenu à Paris du 6 au 11 octobre 1913 (1).

QUESTIONS DIVERSES

HERNIES

M. Kummer (de Genève) expose son **procédé de cure radicale de la hernie crurale**. Le point important de la cure réside dans le mode de fermeture de l'orifice supérieur du canal crural.

L'auteur introduit son index dans le canal, écartant en dehors la veine, sentant le ligament de Gimbernat en dedans ; au-dessous de lui et en arrière du pubis se trouve le puissant ligament de Cooper. C'est à lui qu'il faut suturer par un ou deux fils en U la paroi abdominale abaissée. On le fait facilement au moyen d'une aiguille courbe conduite sur l'index. Ce procédé n'est pas applicable quand le ligament de Cooper fait défaut, ou que l'orifice est trop étroit pour l'introduction de l'index. L'auteur a opéré ainsi 24 cas avec succès.

VOIES URINAIRES. ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

M. Gayet (de Lyon) rapporte **un cas de pyélo-néphrite d'origine cæco-appendiculaire**. Au cours de l'appendicite aiguë on peut observer de la pyélo-néphrite aiguë. Mais au cours de l'appendicite chronique le fait est exceptionnel. Dans un de ces cas on observa de l'hématurie, de la pyurie, et à l'opération on trouva un arrêt de développement du gros intestin avec cæcum sur la ligne médiane et un appendice collé devant le bassinet du rein droit. Le malade fit après l'opération 3 poussées de pyélonéphrite aiguë et finalement guérit.

M. Cathelin (de Paris) expose au Congrès sa **statistique personnelle de 18 néphrectomies pour cancer du rein**. Il insiste surtout sur les caractères tumeur et hématurie, sur le mode d'exploration avec l'importance des taux des matières élaborées, sur les variétés histologiques dont les tumeurs de Grawitz et les épithéliomes sont les plus fréquents, sur la technique opératoire et les résultats immédiats et éloignés. Il conclut par la formule suivante : « Quand chez un malade de quarante à soixante ans, qui a maigri, on trouve des hématuries survenant par intermittence sans douleur, le matin, de préférence, et noires, sans cystite, avec ou sans tumeur rénale, mais après cystoscopie négative et avec urine claire, il faut penser à un cancer du rein. »

M. Chibret (d'Aurillac) a employé 50 fois, depuis cinq ans, **un procédé pratique et rapide de fistulisation sus-pubienne de la vessie** avec toute satisfaction. Il consiste à ponctionner la vessie avec un assez gros trocart, à mettre à la place du mandrin une sonde n° 14, retirer la canule et fixer la sonde à demeure, même si les urines sont infectées, il n'y a pas d'infection de la paroi. On change la sonde tous les huit ou quinze jours, mais il faut en remettre une immédiatement car, au bout d'un quart d'heure, elle ne rentrerait plus. Les fistules se ferment en quelques heures une fois la sonde enlevée.

MM. Rochet et Thévenot (de Lyon) parlent de l'**ablation du testicule du canal déférent et de la vésicule correspondante au cours de la tuberculose de ces organes**. Les indications de cette extirpation complète des voies génitales correspondent à des lésions étendues et limitées, non diffuses du cordon et de la vésicule. Au lieu de l'extirpation par la voie inguinale élargie, ils recommandent le procédé suivant : 1° incision sus-pubienne transversale de Pfannenstiel permettant d'aborder les 2 canaux déférents et les 2 vésicules par une seule incision avec un jour considérable et évitant l'éventration ; on est gêné parfois par le croisement de l'uretère, il faut couper le déférent près de l'anneau inguinal et le décoller vers la profondeur ; 2° incision scrotale qui permet l'ablation du restant du déférent et du testicule.

M. Regnault (de Toulon) vante le **point de machine à coudre dit point de navette, dans le traitement du varicocèle**; cette suture est employée dans la résection en masse des parois scrotales, elle évitera des hématomes qui sont si difficiles à éviter dans ces cas, en assurant une hémostase absolue des plans sectionnés.

TÊTE ET COU

M. de Martel (de Paris) insiste sur la **nécessité d'adopter une technique spéciale dans les opérations sur le système nerveux** afin d'éviter le shock, car ces opérés ne meurent pas d'hémorragie ou d'infection, mais de shock. Il fait remarquer que le névraxe est merveilleusement protégé contre le refroidissement, les heurts et les contacts. Il recommande pour éviter le refroidissement du système nerveux d'opérer dans une pièce très chaude (37 degrés) et de ne manipuler la moelle et le cerveau qu'avec d'extrêmes précautions. Pour éviter la dessic-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, nos 114, p. 1773; 115, p. 1791; 117, p. 1825; 118, p. 1840; 121, p. 1903, et 123, p. 1935.

cation du tissu cérébral, il faut opérer sous un jet de sérum chaud.

Afin de juger de l'état de résistance du malade, on prend la tension artérielle durant toute l'opération. Si la tension s'abaisse, on interrompt l'intervention et ne la reprend que lorsque la pression est revenue à la normale.

Il conseille d'associer l'anesthésie locale à l'anesthésie générale chaque fois qu'on pratique une intervention sur les racines postérieures. De cette façon les manipulations sur ces racines, devenues réellement insensibles du fait de l'anesthésie locale, ne provoquent plus de réflexes graves (chute brusque de la tension) comme il est de règle d'en observer chez les malades opérés sous anesthésie générale seule.

Il préconise comme anesthésique général le protoxyde d'azote qu'il a étudié avec son ami Ambard, et qui lui a donné de très bons résultats, tant en chirurgie nerveuse qu'en chirurgie générale.

M. Marique (de Bruxelles) confirme les données de M. de Martel, sur la grande importance au point de vue du shock de faire l'anesthésie locale des tissus nerveux contenant des fibres sensitives; pour les amputations et désarticulations de l'épaule, de la hanche, on obtient avec cette précaution une disparition des phénomènes de shock.

M. Moure (de Bordeaux) expose sa technique de **l'antrotomie dans les mastoïdites aiguës.** Il remarque que, si tout le monde est d'accord sur ses indications et la manière d'ouvrir l'antre, les opinions diffèrent sur la façon de procéder après l'opération. Les uns laissent la plaie largement béante pour assurer le drainage ; cette plaie se comble par épidermisation de la cavité. Il en résulte une cicatrice profonde, disgracieuse.

D'autres ont proposé des procédés autoplastiques variés.

Pour M. Moure, une fois l'évidement terminé, il suffit pour guérir le malade avec une cicatrice invisible de réunir la plaie rétro-auriculaire avec un drain dans l'antre. Si toutes les cellules ont été nettoyées, la réunion se fait pour ainsi dire par première intention, et, sauf exceptions, sans déformation extérieure. La cicatrice est absolument invisible.

M. Lagrange (de Bordeaux) apporte une très curieuse **observation d'angiome de l'orbite.** L'orbite est le siège de kystes congénitaux, dermoïdes, qui subissent, en général, un accroissement rapide au moment de la puberté. Chez un malade porteur d'une exophtalmie légère congénitale, on voit, à vingt-quatre ans, un développement très rapide. On pense à un kyste dermoïde. M. Lagrange l'opère par l'opération de Kronlein. Il trouve un angiome qui, sans être cirsoïde, sans présenter de pulsations, sans modification de sa structure avait grossi subitement. L'examen histologique montra la présence de nombreuses formations lymphatiques récentes dans l'intérieur de l'angiome.

M. Gaudier (de Lille) expose la technique de la **palatoplastie par le procédé autoplastique** de M. A. Lane, qu'il a été étudier dans le service de Lane, à Londres. Il consiste dans la dissection de lambeaux pris sur le palais osseux et membraneux, lambeaux que l'on fait pivoter autour du bord libre de la division et que l'on suture d'une part au côté opposé, en en insinuant une partie sous la fibro-muqueuse du palais osseux décollée préalablement, et d'autre part au voile du palais dédoublé.

Cette méthode exige une instrumentation spéciale, une grande habileté, car M. Lane opère aussi près que possible de la naissance, les enfants n'ayant pas de dents, on peut ainsi utiliser dans les lambeaux une partie de la gencive. Depuis trois ans, M. Gaudier a opéré 20 cas, 13 seulement au-dessous de deux ans, les autres chez des enfants plus âgés, où le procédé de M. Lane a pu être appliqué malgré la présence de dents, parce que la fente était étroite. La mortalité a été de 4 sur 13. Il y a eu 2 fois une désunion totale et 4 fois une désunion partielle.

M. Gault (de Dijon) préconise la **voie endobuccale dans les résections partielles du maxillaire inférieur.** Il a eu l'occasion pour un épithélioma du sillon gingivo-lingual atteignant le maxillaire inférieur, et un sarcome du maxillaire inférieur, de pratiquer l'extirpation partielle du maxillaire par voie endobuccale, opération plus compliquée qu'à ciel ouvert, mais présentant les avantages suivants : absence d'incision visible, suites opératoires plus simples parce que la plaie buccale est facile à laver. Avec de bons écarteurs et l'éclairage artificiel, la voie d'accès est large et l'ablation aussi complète qu'à ciel ouvert.

Le curage ganglionnaire et la ligature de la carotide externe pourront être faits dans une séance antérieure, s'ils sont utiles.

M. Gibert (de Rouen) présente un malade chez lequel il a fait une **laryngectomie totale pour cancer** deux ans auparavant. Il insiste sur les avantages de l'anesthésie locale pour éviter les complications pulmonaires en deux temps : 1° laryngostomie, 2° laryngectomie. La laryngectomie partielle est à rejeter, elle est insuffisante contre le néoplasme. L'ablation du larynx, réservée aux cancers intrinsèques, ne supprime pas la voix, les malades conservent la voix chuchotée.

MM. Bérard et Sargnon (de Lyon) traitent de la **laryngo-pharyngotomie dans les cancers du larynx.** Après avoir rappelé deux cas de laryngectomie à l'anesthésie locale ou avec anesthésie générale légère, ils rapportent deux cas très étendus de laryngo-pharyngectomie avec formation d'une demi-gouttière cutanéo-muqueuse. Un cas a récidivé au bout d'un mois. Cette opération est indiquée dans les cancers laryngés propagés, ou ceux du pharynx qu'on ne peut enlever sans sacrifier le larynx. Les auteurs emploient l'anesthésie locale ou régionale à la novocaïne et l'anesthésie mixte s'il y a des ganglions à enlever.

L'opération se pratique en deux temps :

1° Trachéotomie basse sous novocaïne ;

2° Ablation radicale de haut en bas.

Plus tard, on exécute la plastique pharyngée, s'il n'y a pas de récidive.

M. Guyot (de Bordeaux) a observé un **cas de kyste hydatique du sterno-cléido-mastoïdien.** C'est une rareté. Il n'a pu en trouver que 8 cas dans la science. Dans aucun cas, il n'y avait de torticolis. Dans ces cas, il n'y a aucun phénomène de myosite.

COLONNE VERTÉBRALE. THORAX

Le traitement des scolioses graves par la méthode d'Abbott vient ensuite en discussion avec les quatre communications suivantes.

Pour M. Calot (de Berck) le pronostic et le traitement de la scoliose se trouvent entièrement changés par la méthode d'Abbott. « Jusqu'ici nous ne savions pas guérir la scoliose et nous n'étions pas même sûrs d'en arrêter les progrès. Nous pouvons maintenant affirmer qne nous arriverons à la guérison pourvu que la scoliose ne soit pas d'un degré trop avancé (4e degré), car la nature de la scoliose n'est plus une contre-indication ni non plus tout à fait l'âge des malades. C'est le degré extrême de la scoliose qui reste la seule contre-indication ou plutôt qui empêche l'obtention d'un résultat complet, car même en ces cas, on peut obtenir des améliorations très appréciables. »

Ces cas exceptés qu'on ne devrait plus rencontrer à l'avenir, puisqu'on saura guérir les scolioses avant qu'elles arrivent à ce degré, il est permis de dire que l'on peut maintenant guérir la scoliose.

Pour les scolioses du premier et du commencement du deuxième degré, M. Calot montre qu'on peut obtenir la guérison sous le plâtre inamovible d'Abbott en recourant à un corset amovible en celluloïd à deux ou trois volets, permet-

tant la compression des parties déviées du rachis et la correction douce et progressive de la scoliose.

Il fait défiler un certain nombre de photographies et radiographies de malades à l'appui de sa communication.

MM. Calvé (de Berck) et Lamy (de Paris) ont étudié la méthode cliniquement et expérimentalement. Ils se sont proposé de résoudre les trois points suivants : 1° est-elle active ? 2° est-elle nuisible ? 3° s'applique-t-elle à tous les cas ?

Après avoir fait la critique des procédés d'études à l'aide de la photographie et de la radiographie qui souvent donnent des résultats incomplets ou trompeurs, les auteurs se sont adressés aux moulages en série, ils ont moulé plus de 30 malades, puis ils ont coupé ces moulages pour les comparer entre eux aux différents stades du traitement. Ce sont les résultats de ces recherches qu'ils montrent à l'aide de projections.

La méthode est active, car elle force les parties primitivement atrophiées à se dilater, en même temps qu'elle déplace les uns sur les autres les différents segments thoraciques.

Elle n'est pas nuisible, car non seulement le système respiratoire bénéficie considérablement de ce traitement, ainsi que le montrent les observations spirométriques, mais encore l'état général s'améliore dans de grandes proportions.

Enfin, bien que ne devant pas être inconsidérément appliquée à tous les cas indistinctement, la méthode semble répondre à tous les desiderata.

M. Mencière (de Reims) est partisan du principe d'Abbott : colonne en flexion, pour obtenir la détorsion des vertèbres; mais il insiste surtout pour obtenir la correction du thorax, sur le rôle de la respiration même du sujet sous appareil passif (le plâtre), le principe est celui qui l'a guidé dans la construction de son auto-modeleur à pression pneumatique pour l'application de la gymnastique respiratoire à dos recouvert (1909). Il est persuadé que le principe de « colonne en flexion », ajouté à celui de l'auto-modeleur, doit changer le pronostic de la scoliose. Mais, contrairement à la technique d'Abbott, sujet en décubitus dorsal sur un hamac, il réalise la disposition suivante : sujet assis, tronc incliné en décubitus abdominal reposant sur une sangle, avant-bras sur pupitre, reproduisant en sens inverse les conditions étiologiques de la scoliose scolaire. L'avantage de cette position est de donner le maximum de détorsion et de permettre la construction rapide de l'appareil.

M. Lance (de Paris), depuis 15 mois qu'il traite les scolioses graves par la méthode d'Abbott, s'est attaché à fixer ses indications et contre-indications. En dehors de quelques cas exceptionnels (conditions sociales empêchant la gymnastique, scolioses douloureuses), les scolioses souples relèvent de la gymnastique; seules les scolioses fixées sont justiciables du corset d'Abbott.

Plus difficile chez l'adulte, presque impossible à appliquer chez le jeune enfant, la méthode a son maximum d'efficacité de 14 à 20 ans. Les scolioses totales, dorsales, lombaires à une courbure donnent de bons résultats. Les scolioses à deux courbures sont d'un redressement bien plus difficile. Tant qu'il est en évolution, le rachitisme est une contre-indication à l'emploi de la méthode. Il en est de même de la coexistence de certaines malformations thoraciques (thorax en entonnoir, etc.). Certains cas à grosses déformations osseuses sont au-dessus des ressources de la méthode. Son emploi doit être formellement rejeté toutes les fois qu'il y a soupçon de tuberculose pulmonaire. L'insuffisance cardiaque récente, liée à la scoliose, est au contraire influencée en bien par le redressement.

La méthode est efficace surtout sur la rotation vertébrale et costale. L'auteur fait défiler un certain nombre de photographies et radiographies qui démontrent cette action.

Le redressement complet de l'inclinaison latérale ne peut être obtenu que si les déformations vertébrales sont minimes. En cas de déformations marquées, il persiste un léger degré d'incurvation latérale.

Mais dans l'ensemble, ainsi que le prouve la série de moulages exposés par l'auteur dans la salle du Congrès, les résultats sont très encourageants. Les résultats obtenus se maintiennent, et l'auteur a des malades maintenus redressés depuis 11, 9, 8 mois.

M. Doyen (de Paris) présente une pièce de maladie bleue qu'il a tenté d'opérer, et expose ses idées sur la **chirurgie des malformations congénitales ou acquises du cœur** (voir les journaux politiques du 11 octobre).

M. Billon (de Marseille) emploie les **injections gazeuses antiseptiques dans l'espace intrapleural** dans plusieurs conditions : 1° pour produire un pneumothorax artificiel lent avant les opérations par voie transpleurale; 2° dans le traitement des pleurésies; 3° comme traitement postopératoire des pleurésies purulentes. Il emploie, dans ce but, l'azote goménolé.

MEMBRES

M. Billet (armée) étudie le **traitement des laxites articulaires du coude par la capsullorraphie.** Dans 2 cas d'entorse légère du coude, il observa par la suite une laxite articulaire marquée. Dans un cas, il opéra en attaquant l'articulation par voie antérieure; il réussit à effectuer un plissement de la partie antérieure de la capsule avec un excellent résultat.

Pour M. Silhol (de Marseille), l'**intervention sanglante pour les fractures du coude chez l'enfant** est indiquée assez souvent. Les résultats éloignés du traitement non sanglant ne sont pas si brillants qu'on le dit. Souvent il persiste une flexion très limitée. Presque toujours, c'est la cupule radiale qui vient buter sur un condyle externe gros et déplacé. Tout rentre dans l'ordre par la résection du condyle externe, et au besoin de la joue externe de la trochlée. On mobilise après 48 heures. Par la suite, il se reforme un petit condyle, et les mouvements sont excellents. Il faut intervenir le plus tôt possible, dans la semaine qui suit le traumatisme.

M. Dujon (de Moulins) montre des cas de décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure de l'humérus vicieusement consolidés; la flexion est impossible. La résection de la diaphyse par une incision antérieure et médiane rétablit les fonctions.

M. Termier (de Grenoble) présente **un cas d'homo-greffe osseuse péronéo-radiale.** Pour un sarcome du radius, on pratiqua l'ablation de la moitié inférieure de l'os et le remplaça par un fragment de péroné provenant d'une jambe amputée au même moment. Le transplant fut toléré de façon parfaite. Des radiographies successives prouvent que le greffon est toujours vivant au bout de 9 mois, mais nettement en voie de résorption par corrosion lacunaire et décalcification, sans être remplacé par de l'os nouveau.

Il conclut à la supériorité des auto-greffes prises sur le malade lui-même aux homo-greffes, et que les prétendues propriétés ostéotropiques des greffons (action d'inciter à la production d'un os nouveau) n'existent pas.

M. Ménard (de Berck) indique l'**utilité de la radiographie dans l'étude des périodes successives des ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses.** Sur les épreuves radiographiques, on apprend vite à distinguer les foyers d'ostéite tuberculeuse de date récente, taches foncées sans limites précises, avec hyperostose sous-périostique de teinte claire, des foyers anciens dont le centre clair, avec ou sans la tache sombre du séquestre, est encadré d'une bordure foncée à bord nettement dessiné. Si l'on doit intervenir, c'est seulement, sauf rare exception, quand la lésion a pris la forme caractéristique de l'ancienneté.

Dans l'étude de la coxalgie, modèle des ostéoarthrites tuberculeuses, la radiographie rend au début le service d'éliminer du diagnostic les arthrites non tuberculeuses, telle l'arthrite non tuberculeuse (arthrite déformante juvénile des Allemands, coxa vara de Calvé) qui survient dans une hanche déformée par un trouble ostéogénétique spécial que M. Ménard pense être d'origine non infectieuse mais congénitale; telles aussi les douleurs qui marquent le début de la coxa vara du type habituel. Elle écarte aussi les cas plus rares de tuberculose juxtacoxale (col fémoral, pubis, ischion).

Dans le cours de la forme habituelle ulcéreuse de la coxalgie, elle fait distinguer les périodes successives de l'arthrite : début (déplacement léger de la tête fémorale en dehors, décalcification); fin de la première année (amincissement du cartilage, décalcification accentuée avec perte de la ligne de contour des surfaces); deuxième année (ulcération céphalique et cotyloïdienne de 5, 10, 20 millimètres et ascension correspondante du fémur); troisième année (limitation des surfaces ulcérées par une bordure foncée de plus en plus nette).

Elle permet de prévoir et finalement montre les modes de terminaison de la lésion ostéo-articulaire : ankylose avec ou sans hyperostose, pseudarthrose intracotyloïdienne mobile, luxation avec ankylose ou avec mobilité.

M. Froelich (de Nancy) rappelle la description des 4 formes de début de la coxalgie que la radiographie lui a permis de déceler : forme fugace, coxa vara, sèche et ulcéreuse.

M. Gourdon (de Bordeaux) étudie l'**insuffisance de la hanche**. Il faut entendre sous ce nom des malformations congénitales atténuées de la hanche, sans luxation, se traduisant par des symptômes toujours les mêmes : sensation habituelle de fatigue à la marche, douleurs au niveau du genou et de la région antéro-interne de la cuisse, plus rarement dans la hanche, pas de claudication, mais dans les cas où il se produit un peu de déplacement de la hanche, démarche anormale par appui plus marqué sur le côté sain : les symptômes apparaissent à dix, quinze, vingt, trente-cinq ans.

A l'examen on ne trouve rien ou un peu de limitation de l'abduction.

La radiographie montre un cotyle peu profond, mais en hauteur, l'aile iliaque est verticale; la tête fémorale peut être déformée et le col court et antifléchi.

Le traitement consiste en gymnastique active d'abduction, port d'un corset en coutil emboîtant les hanches s'il y a déplacement du fémur : ténotomie des adducteurs et mise en hyperabduction pendant deux mois.

L'auteur cite 10 observations répondant à ce type clinique.

M. Coudray (de Paris) a pu observer un de ces cas qui correspondent à la description donnée par M. Gourdon.

M. Codet-Boisse (de Bordeaux) signale la **fréquence des fractures spontanées sus-condyliennes dans le décours du traitement non sanglant des luxations congénitales de la hanche**. Il l'a observée 7 fois sur 117 malades. Elle se produit dans les jours ou les semaines qui suivent l'ablation du dernier appareil, soit spontanément, soit à propos d'un traumatisme insignifiant. Elles sont dues à la décalcification par le plâtre. Diagnostiquées, elles sont d'un caractère bénin guérissant par trois à cinq semaines d'extension continue; mais elles peuvent passer inaperçues.

M. Redard (de Paris) constate aussi que cette fracture sus-condylienne est le type habituel qu'on rencontre dans ces cas, c'est une fracture en bois-vert, mais il y a parfois aussi de véritables décollements épiphysaires avec déplacement des fragments beaucoup plus difficiles à réduire.

M. Haller (de Paris) communique un travail sur l'**ostéomyélite de l'astragale**. Cette ostéomyélite primitive est très rare. L'auteur qui en a observé un cas n'a pu en trouver que 7 autres cas. Il analyse les symptômes qui ressortent de ces observations et insiste sur la gravité de l'état général qui impose une intervention précoce. Dans un cas, Gangolphe a été obligé d'amputer. L'incision suffit rarement; il faut faire l'astragalectomie avec drainage.

M. Froelich (de Nancy) rapporte 4 cas de **pied bot progressif de la deuxième enfance**. Il s'agit dans tous les cas de pied creux équin survenu vers sept, huit ans. L'examen électrique est normal au début. Dans les 4 cas, la radiographie a montré des lésions de la cinquième vertèbre lombaire et de la première sacrée, un spina bifida occulte. L'auteur se demande si la lésion ne peut s'expliquer par une lésion de la moelle non protégée à ce niveau.

M. Lamy (de Paris) expose le **traitement du pied bot varus équin congénital par l'évidement dit sous-cutané**, méthode qu'il applique depuis quatre ans à tous les pieds bots irréductibles. Applicable au jeune enfant, en raison de sa bénignité, jusqu'à huit ans, l'astragale conservant jusqu'à cet âge une coque cartilagineuse suffisante pour assurer la régénération parfaite de l'os comme le prouvent les radiographies.

L'opération se recommande par sa simplicité, son innocuité absolue et ses résultats remarquables au point de vue du redressement, avec conservation des surfaces articulaires et des mouvements, sans raccourcissement du pied.

M. Mencière (de Reims) rappelle que ce procédé est bien dû à lui, et que loin de dériver du procédé d'Ogston, résection à ciel ouvert de l'astragale, il en diffère par ses caractères principaux, et peut s'opposer à lui. Il a utilisé cet évidement de l'astragale du cuboïde et du cubitus, non seulement dans le pied varus, mais aussi dans le pied valgus.

DÉMONSTRATIONS. PRÉSENTATIONS D'APPAREILS.

Outre ces communications, il y eut pendant le congrès un certain nombre de démonstrations.

M. Perdu (d'Amiens) démontre sa **technique pour l'encerclement de la rotule entièrement sous-cutané**.

M. Luys (de Paris) **expose la technique du cathétérisme des canaux éjaculateurs**. Par une série de très belles projections en couleurs il montre les diverses dispositions normales et pathologiques de l'urètre prostatique vu à l'urétroscope et donne les indications du cathétérisme des canaux éjaculateurs (spermatocystites subaiguës ou chroniques).

M. Delangre (de Tournai) présente une **seringue porte-aiguilles ou seringue d'urgence**.

MM. Gross et Barthélemy (de Nancy) présentent leurs **modèles d'étuves à stérilisation par la vapeur de formol**.

M. Reynès (de Marseille), un **nouvel appareil pour l'enfumage iodé** et un **rectoscope simplifié**.

M. Billon (de Marseille), son **appareil à injections de gaz antiseptiques dans la plèvre**.

M. Judet (de Paris), **2 écarteurs protecteurs pour les ostéotomies sous-cutanées**.

M. Delagénière (du Mans), **un ingénieux champignon de caoutchouc pour obtenir l'ouverture thoracique après l'opération de l'empyème**, champignon qui est ponctionné chaque jour pour pratiquer l'aspiration. On obtient ainsi le recollement du poumon à la paroi.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris), **des écarteurs éclairants, des écarteurs à 3 branches pour l'opération d'appendicite**.

M. Trèves (de Paris), **une table orthopédique démontable**.

M. Rémy (de Paris), **son instrumentation pour localiser rapidement les projectiles intracraniens**.

Ajoutons que l'habituelle exposition d'appareils et instruments de chirurgie, objets de pansement, etc., qui occupait les couloirs de la Faculté n'était pas la partie du congrès qui attirait le moins de visiteurs.

— M. Maunoury (de Chartres) est élu président pour le Congrès de 1914. M. Walther qui, depuis plusieurs années,

avait rempli avec dévouement les fonctions de secrétaire général est élu vice-président et remplacé dans ses fonctions de secrétaire par M. J.-L. Faure.

Les trois questions mises à l'étude sont les suivantes :

1° *Les traumatismes fermés du poignet.* Rapporteurs : MM. Mouchet (de Paris), Thévenot (de Lyon).

2° *Les tumeurs pararénales.* Rapporteurs : MM. Lecène (de Paris), Jeanbrau (de Montpellier).

3° *Le cancer de la langue.* Rapporteurs : MM. Morestin (de Paris), Vallas (de Lyon). M. LANCE.

JURISPRUDENCE

MORPHINE, MÉDECINS ET PHARMACIENS.

Un procès intéressant, relatif à la délivrance du chlorhydrate de morphine, vient d'être solutionné par la dixième chambre de Tribunal correctionnel de la Seine, par un jugement du 30 octobre 1913. Le point de droit posé était le suivant : le fait par un médecin de prescrire en chiffres au lieu de prescrire en lettres le chlorhydrate de morphine — alors qu'il est constaté que c'est là une habitude constante du corps médical — peut-il exonérer un pharmacien des poursuites et des peines prévues par la loi du 19 juillet 1845 ? Non, a déclaré le tribunal par un jugement dont nous citons plus loin les principaux attendus.

Le 13 mars dernier, un homme était arrêté dans le hall de la gare Saint-Lazare, où il causait du scandale sous l'influence d'une piqûre de morphine qu'il venait de se faire. Interpellé au poste de police, il déclara s'appeler Formi et exercer la profession de « fantôme au cabaret du Néant ». Après une admonestation paternelle, l'honorable commissaire de police allait remettre en liberté cet artiste un tant soit peu macabre, lorsqu'une dernière inspiration le poussa à faire visiter les poches de l'étrange morphinomane.

De cette fouille devait naître le curieux procès que nous analysons aujourd'hui. Le commissaire trouva en effet dans les poches du « fantôme du Néant » un certain nombre de formules à en-têtes de médecins fantaisistes et sur lesquelles Formi, de sa plus belle écriture, rédigeait doctoralement les ordonnances destinées à lui procurer chez les pharmaciens la morphine qui lui était nécessaire.

On ne pouvait, évidemment, songer à poursuive ceux-ci, qui avaient de bonne foi délivré le poison sur le vu d'une ordonnance émanant en apparence d'un véritable médecin, mais le parquet s'avisa que, contrairement à l'ordonnance du 29 octobre 1846, les doses de morphines avaient été inscrites par Formi non point en toutes lettres, comme il est prescrit, mais en chiffres — ce qui est défendu — et de ce chef un honorable pharmacien de Montmartre était l'objet d'une poursuite en correctionnelle pour avoir livré le poison dans ces conditions.

L'article 5 de l'ordonnance du 29 octobre 1846, sur la vente des substances vénéneuses est, en effet, ainsi conçu :

« La vente des substances vénéneuses ne peut être faite, pour l'usage de la médecine, que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté. Cette prescription doit être signée, datée, et énoncer en toutes lettres la dose desdites substances, ainsi que le mode d'administration du médicament. »

Le pharmacien, devant le tribunal, prétendait qu'il avait agi de bonne foi, et il déclarait que les pharmaciens ne peuvent pas se rendre juges de l'urgence qui peut nécessiter la fourniture immédiate d'un médicament. Du moment qu'on leur présente une ordonnance, ils doivent délivrer immédiatement ce qui y est mentionné, d'autant plus que la plupart des médecins négligent de formuler en toutes lettres les doses des différents poisons qu'ils prescrivent.

Mais le tribunal n'a pas accepté la thèse du pharmacien. Il a prononcé une condamnation à 16 francs d'amende.

« Attendu que R... fait valoir, pour sa défense, l'habitude prise par les médecins, en méconnaissance des dispositions légales, de formuler simplement en chiffres les doses des substances qu'ils prescrivent pour les malades, en sorte que le pharmacien se trouve placé dans l'alternative ou de violer la loi ou de mécontenter la clientèle, en se refusant à exécuter une ordonnance irrégulière ;

Qu'il ajoute que des cas peuvent se présenter où, eu égard à l'état du malade, l'exécution de l'ordonnance a un réel caractère d'urgence et qu'alors le pharmacien se trouve induit par une véritable contrainte morale à ne pas différer la remise du médicament;

Attendu que si les considérations développées ci-dessus sont de nature à atténuer largement la culpabilité de R..., elles ne vont pas jusqu'à la faire entièrement disparaître ;

Que sans nier les difficultés dérivant, pour les pharmaciens, de l'accoutumance fâcheuse prise par les médecins de formuler en chiffres la dose des éléments dont doivent se composer les préparations, le tribunal ne peut que tenir la main à l'application des dispositions expresses de la loi ; que leur stricte observance est plus que jamais nécessaire aujourd'hui que les pouvoirs publics se préoccupent, en raison des dangers que fait courir à la santé publique la diffusion des stupéfiants, d'aviser aux moyens propres à l'enrayer ;

Que les prescriptions dont le corps médical, à tous les degrés, est enclin à s'affranchir ont précisément pour but de rendre plus difficiles les agissements des malades, qui veulent, à tout prix, se procurer les substances nocives et qui, par des altérations faites, après coup, des ordonnances, cherchent à s'en faire remettre de plus grandes quantités ; qu'à l'heure actuelle la sagesse de ces formalités est si bien comprise que la réglementation nouvelle propose, pour remplacer l'ordonnance du 29 octobre 1846, d'en reproduire la teneur, étendant seulement aux médecins, auteurs des prescriptions irrégulièrement rédigées, les sanctions de la loi du 19 juillet 1845 ;

Attendu, d'autre part, que l'excuse, tirée de la contrainte morale qui, dans certaines circonstances, en cas d'urgence extrême, pourrait abolir la responsabilité pénale des pharmaciens ne saurait être admise en l'espèce. »

Cette décision était d'autant plus intéressante à signaler qu'à l'heure actuelle, comme le fait ressortir le jugement, le Parlement s'occupe d'étendre aux médecins les sanctions qui, jusqu'ici, n'atteignaient que les pharmaciens.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

DE LA DOULEUR EN GYNÉCOLOGIE

La douleur est l'un des symptômes essentiels des affections gynécologiques. Métrites, salpingites n'existent pas sans elle. Les menstruations, surtout chez les jeunes filles dont l'utérus est antéfléchi, s'accompagnent de souffrances extrêmement pénibles. Cette dysménorrhée s'observe aussi dans certaines métrites avec déviation.

Le repos, les compresses très chaudes sur l'abdomen, les analgésiques les calment; mais il est un point intéressant de cette thérapeutique utile à signaler. Souvent on utilise contre ces douleurs les lavements laudanisés ou l'opium.

Or, il faut être sobre de ce remède quand il existe de l'entérite chronique, et c'est souvent le cas chez ces malades. La belladone alors est préférable et surtout l'*Aspirine Vicario* (comprimés ou granulé). Celle-ci, absorbée au début des souffrances à la dose d'un gramme renouvelée s'il y a lieu deux heures après la première prise, réussit presque cons-

tamment à faire disparaître les douleurs congestives ou dysménorrhéiques. On préférera ce produit à l'aspirine commerciale souvent impure et renfermant de l'acide salicylique libre caustique pour l'estomac et irritant pour les reins. On traitera également chez les jeunes filles l'anémie, la chlorose et le nervosisme. O. L.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 72, 13 sept 1913.) POTHERAT : Epididymite tuberculeuse. — CHASSEVANT : Procédé simple d'analyse bactériologique des eaux potables dans les garnisons. — PLICQUE : Le régime alimentaire dans le diabète.

Clinique. — (N° 38, 19 sept. 1913.) LAPOINTE : Les luxations dites du semi-lunaire en avant. Variétés anatomiques et mécanisme. (A propos de deux cas personnels.) — PAILLARD et BINET : Les manifestations buccales au cours du saturnisme. — RUDEAUX : De l'oblitération de l'orifice externe du col de l'utérus pendant le travail.

Encéphale. — (N° 9, 10 sept. 1913.) MILIAN et SCHULMANN : Tumeur cérébello-pontine. Métastase sous-rolandique (3 pl.). — Serge DAVIDENKOFF : Sur un syndrome peu connu. La rigidité paralysante de l'état de veille. Contribution à l'étude du « syndrome lenticulaire » (2 pl.). — RODIET : Contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie par les ferments lactiques.

Journal des praticiens. — (N° 38, 20 sept. 1913.) LEGUEU : Lésions de l'urètre postérieur dans la neurasthénie urinaire (faux urinaires). — CHAUFFARD : Les cholécystites. — DELBET : Causes d'une hémorragie de la ménopause. — GAUTHIER : Nature et causes de la paralysie agitante. — (N° 39, 27 sept.) MESLAY : A propos d'un cas de chorée de Sydenham. — LEREDDE : Etude sur la mortalité due à la syphilis. — MARION : L'hypertrophie de la prostate. — BABINSKI : Suppuration intracranienne, trépanation, guérison. — (N° 40, 4 oct.) BROCA : Mécanisme général des lésions traumatiques du coude. — HUTINEL : Particularités de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — DELBET : Arthrites dites tabétiques. — BABINSKI : Localisations organiques d'après les réflexes. — FIESSINGER et ROUDOWSKA : Endocardite urémique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 36, 6 sept. 1913.) A. BONNET-LABORDERIE : Physométrie par putréfaction fœtale. — (N° 37, 13 sept.) DELASSUS : Exohystéropexie ou suspension de l'utérus en hamac comme traitement des prolapsus génitaux.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 30, 29 juillet 1913.) ABDERHALDEN et ANDRIEWSKY : Sur l'emploi de la méthode optique et de la dialyse dans les infections aiguës. — K. KOLB : Réussit-on, à l'aide de la réaction d'Abderhalden à déceler la persistance ou l'hypertrophie d'un thymus ? — GAMBAROFF : Le diagnostic des tumeurs malignes et de la grossesse à l'aide de la méthode d'Abderhalden. — W. WIEGELS : Iléus et appendicite. — FISCHER : Mal de mer et vagotonie. — C. WULFF : Brûlures traitées par la méthode de Rovsings. — F. KIRCHBERG : Traitement par la pression et par l'aspiration dans la pratique médicale. — W. CUNTZ : Sur des effets défavorables de l'urotropine. — A. WITTEK : Sur le traitement des plaies granuleusss. — R. VOLLERT : Traitement de l'orgelet et de blépharite ciliaire par l'histopine. — M. GOLDSTEIN : Exemple de chorée chronique héréditaire. — P. EWALD : Une blessure typique du condyle fémoral interne. — J. WEICKSEL : Sur l'anémie pernicieuse syphilitique. — M. ROTHMANN : Sur la pression négative dans les os longs du chien. — (N° 31, 5 août). BUUNN et VOIGTS : Sur la technique de l'irradiation des carcinomes. — KIELLEUTHNER : Modifications dans la conception de l'hypertrophie de la prostate. — E. ABDERHALDEN et A. WEIL : Causes d'erreurs dans le procédé de la dyalise au cours des recherches sérologiques. — R. KLOTZ : Influence de la chimiothérapie sur le carcinome inopérable de l'utérus. — H.-A. JANEWAY : Une nouvelle méthode de gastrostomie. — A. ANSPRENGER : Malformations intéressantes des organes générateurs. — WERTHER : Contribution à la connaissance des pyémides. — HARTMANN : Contribution au traitement ambulant par la tuberculine. — J. GRUNBERG : Contribution au traitement de la syphilis par le cyanure d'or et de potassium. — J. KRÖL : Un cas de mort curieux par le salvarsan. — F. JAGER : Un succédané nouveau de l'ergot de seigle — A. SCHNÉE : Un nouveau procédé pratique pour le bain à quatre cellules.

Paris médical. — (N° 41, 13 sept. 1913.) SURMONT, DEHON, HEITZ : Notes de sphygmomanométrie pratique. Un nouveau procédé d'utilisation de l'appareil de Pachon. — MILIAN et SCHULMANN : Le coma cérébelleux. — DUPUY DE FRENELLE : Les écharpes. — GOUGEROT : Pyodermites tuberculoïdes. — PLAUTIER : Chiromancie obstétricale : laxité des doigts. Mesure de la rétropulsivité coccygienne. — (N° 42, 20 sept.) ARSIMOLES et HALBERSTADT : Les troubles mentaux séniles et préséniles. — ESCHBACH et MILHIET : Cyphose traumatique. Accident du travail. — TORTAT : Subluxations volontaires de l'épaule. — MOREAUX : Essais de rhinométrie clinique.

Pédiatrie pratique. — (N° 25, 5 sept. 1913.) KIRMISSON : Pied bot paralytique. — GALDIZ (de Bilbao) : La laryngite aiguë primitive simple des enfants. — Olimpio COZZOLINO : Un cas de rhumatisme articulaire tuberculeux chronique chez une fillette avec la symptomatologie de la maladie de Still. — (N° 26, 15 sept.) HUTINEL : A propos d'un cas de chorée. — A. MELCHIORRI : Contribution à la connaissance d'une complication rare de la fièvre typhoïde chez les enfants. — B. WEILL-HALLÉ et ABRAND : Inanition prolongée consécutive à des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage chez une fillette de sept ans ; guérison par œsophagotomie interne et dilatation. — A. BOURGEOIS : Ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur gauche chez un nouveau-né, avec complications de voisinage. — CHEVRON : Un cas de chorée syphilitique.

Presse médicale. — (N° 75, 13 sept. 1913.) RAVAUT : Récidives et réinfections après traitement de la syphilis récente par le salvarsan. — (N° 76, 17 sept.) Hideyo NOGUCHI : La lucétine réaction (cuti-réaction de la syphilis). — (N° 77, 20 sept.) Conférence du Docteur CARREL. — LAIGNEL-LAVASTINE : Les sympathoses. — (N° 78, 24 sept.) RÉNON et GÉRAUDEL : Technique d'examen du faisceau de His. — FLANDIN : Le traitement des hémoptysies par l'émétine. — (N° 79, 27 sept.) AUBERTIN et PASCANO : Lésions thyroïdiennes dans le rhumatisme chronique. — (N° 80, 1er oct.) Sporothrichose osseuse et sporotrichose pulmonaire simulant la tuberculose. — PARHON : Quelques considérations sur l'importance des fonctions endocrines pendant la vie embryonnaire et fœtale et leur rôle dans l'organogenèse. — (N° 81, 4 oct.) NOGUCHI. Etat actuel de la culture du tréponème pâle. — NOGUCHI : Paralysie générale et syphilis. — BERNARD : Relations entre les syndromes surrénaux et les troubles des fonctions surrénales.

Progrès médical. — (N° 36, 6 sept. 1913.) Henri DAMAYE : La thérapeutique des maladies mentales. — (N° 37, 13 sept.) GARCHER : Les artérites syphilitiques. — (N° 38, 20 sept.) KIRMISSON : Arthropathie hémophilique. — JABOULAY : Gangrène d'origine artérielle du membre inférieur.

Province médicale. — (N° 36, 6 sept. 1913.) E. MAZOYER (de Nîmes) : Le livret sanitaire de l'enfant en internat. — (N° 37, 13 sept.) J. TEISSIER (de Lyon) : Traitement des albuminuries dites fonctionnelles. — P. CARLES (de Bordeaux) : Le fluor, les aliments et le vin. — (N° 38, 20 sept.) A. CANGE et R. ARGAUD (d'Alger) : L'épithélioma du limbe scléro-cornéen. — E. MAZOYER (de Nîmes) : Le livret sanitaire du nourrisson et du petit enfant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 126. — JEUDI 6 NOVEMBRE 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 6 NOVEMBRE 1913. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE. — *Pathologie*. — Séance du 3 novembre 1913. — M. Deron, 11; Mlle Armand, 9; MM. Cornil, 7; Pradal, 3; Codet, 9; Vivier, 11; Prunier et Deschamps (Pierre), 9; Eloy, 5; Manne et Hartglass, 9.

Séance du 4 novembre. — MM. Resmond, 5; Bourdeaux, 11; Yoyotte, 10; Bloch, 9; Lamare, 11; Netter, 10; Rousse, 7; Caussé, 9; Wallon, 8.

Anatomie. — Séance du 3 novembre. — MM. Guillaume, 8; Logeais, 6; Chevrollet, 6; Boirac, 12; Thierry (Jacques), 5; Le Poittevin, 7; Trifaud, 7; Mlle Thivollet, 12.

Séance du 4 novembre. — MM. Phélippes de la Marnierre, 5; Marquézy, 8; Morin (Pierre), 11; Mme Caussé, 7; MM. Bartement, 8; Maufrais, 6; Duroselle, 11; Wiart, 13.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie*. — ERRATUM. — Dans la séance du 20 octobre (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 125, 1re page, 2e col., 8e ligne), au lieu de « 21 1/2 », lire « 2 1/2 ».

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — La prochaine assemblée générale de l'Association se tiendra, le samedi 8 novembre prochain, à cinq heures précises, à la Faculté de médecine, salle des thèses, n° 2.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal et de la correspondance;

2° M. R. Blondel, vice-président : M. le président Poncet;

3° La question de la reproduction abusive des articles médicaux;

4° Rapport sur les candidatures.

L'ESCROC DES MÉDECINS. — La *Presse médicale* publie une lettre du docteur Chiray que nous croyons utile de reproduire :

« Je vous serais reconnaissant de mettre en garde les confrères parisiens contre un escroc dont j'ai reçu tout dernièrement la visite et qui n'en est pas, je le sais, à sa première victime médicale. Il exploite spécialement les médecins ayant des attaches familiales en province, particulièrement en Charente. C'est un jeune homme qui se présente comme originaire d'un village où le médecin possède parents ou amis, raconte que, récemment agréé dans une grande Société financière, il a besoin de protecteur pour obtenir un poste dans le pays en question. Au moment de partir, il se rappelle brusquement qu'il lui manque une petite somme pour payer son hôtel, somme qu'il remboursera le lendemain.

Les confrères qu'il visitera peuvent le faire arrêter, car plusieurs plaintes en escroquerie ont été déposées contre lui. »

— Grâce à plusieurs abonnés de la *Gazette des hôpitaux* qui, eux aussi, ont reçu la visite du jeune escroc, nous pouvons donner son signalement : taille, 1m70 environ; âge, vingt-cinq à trente ans; teint clair, moustache fine, fortement relevée au fer, jaquette noire ou gris foncé, gilet jaunâtre, cravate bleu clair. Il porte parfois à la boutonnière le ruban de la médaille coloniale.

LES QUATRE ACCOUCHEMENTS D'UNE CHIENNE. — Il y a quelques mois, la maîtresse d'une jolie petite chienne faisait appeler, à neuf heures du soir, le vétérinaire. L'homme de l'art explore la bête, la trouve en travail, veut l'aider, et la tête d'un des petits lui reste entre les mains. Aussitôt il prescrit une ordonnance et s'en va.

La dame, inquiète, fait appeler un autre praticien qui aussitôt enlève le reste du premier petit chien.

Il revient le lendemain matin, et enlève un deuxième petit.

Le soir il enlève un troisième petit; le surlendemain, quelques débris. Enfin le troisième jour il s'aperçoit qu'il y a un quatrième petit et l'arrache avec les fers, ainsi qu'il l'avait fait pour les autres. La pauvre bête meurt comme étaient morts tous ses petits. Peu de jours après la note arrive, note sur

RENSEIGNEMENTS

laquelle il est compté *quatre accouchements*. Refus de payer. D'où procès.

L'expert commis, un professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, conclut que, la chienne étant dans un état d'infection très avancée, le praticien avait agi avec la plus rigoureuse prudence en espaçant les accouchements et les visites, partant, et, que la note des honoraires était normale.

Devant le tribunal la propriétaire de l'animal soutint qu'on ne pouvait cependant pas faire payer *quatre* accouchements pour *une seule accouchée*, mais un seul accouchement au prix fixé par le Syndicat des vétérinaires de la Seine, soit cinquante francs; mais le tribunal de paix du VIIIe arrondissement n'accepta pas cette façon de voir, et par un jugement rendu le 3 octobre dernier il la condamnait au paiement intégral des honoraires réclamés, c'est-à-dire 172 fr. 50 pour quarante-huit heures de soins à une petite chienne bull, en mal de petits. P.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le professeur CHAUFFARD fera sa première leçon de clinique médicale le samedi 15 novembre 1913, à dix heures et demie.

Il continuera ses leçons tous les mardis et samedis suivants à la même heure. La leçon du mardi est particulièrement consacrée à la présentation de malades du service, et à leur étude clinique et thérapeutique pratique. Le samedi, leçon magistrale.

Tous les jeudis, à la même heure, auront lieu dans le service des leçons supplémentaires sur des questions variées, leçons faites par des médecins s'étant particulièrement occupés des sujets traités.

Le sujet de la première leçon du professeur Chauffard sera le suivant : « Etude de quatre cas d'ictère hémolytique congenital. »

CLINIQUE ANNEXE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. (Hôpital Lariboisière, service de M. Pierre Sébileau.) — Tableau général des cliniques, conférences et exercices pratiques du semestre d'hiver 1913-1914 :

1° *Enseignement clinique permanent.* — L'enseignement clinique a lieu tous les matins à l'hôpital Lariboisière.

2° *Cours pratique et élémentaire de technique oto-rhino-laryngologique.* — Ce cours commencera le mardi 11 novembre, à neuf heures (salle des conférences) et continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Il comprendra douze conférences.

3° *Cours pratique et élémentaire de clinique oto-rhino-laryngologique.* — Ce cours (avec présentation de malades) commencera le mardi 9 décembre 1913, à neuf heures (salle des conférences), et se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure, et comprendra vingt leçons.

4° *Cours complémentaire de perfectionnement.* — Cet enseignement comprendra : *a*. des conférences d'anatomie chirurgicale spéciale; *b*. un cours d'opérations spéciales; *c*. des conférences sur l'acoumétrie et l'examen des appareils acoustique et vestibulaire; *d*. des conférences théoriques et pratiques de broncho-œsophagoscopie; *e*. des conférences d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'usage des spécialistes.

CLINIQUE CHIRURGICALE. — M. le professeur E. Quénu commencera son cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Cochin, le samedi 8 novembre 1913; il fera sa première leçon ce jour-là, à dix heures du matin, et continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE (clinique Tarnier, 89, rue d'Assas). — M. le professeur Paul Bar reprendra le cours de clinique d'accouchements, le samedi 8 novembre 1913, à dix heures du matin (clinique Tarnier, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX (service du docteur JOSUÉ). — Sous la direction du docteur Josué, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera, le 10 novembre 1913, et se poursuivra pendant le semestre d'hiver un enseignement des maladies du cœur et des vaisseaux, ayant pour but d'exercer chaque élève en particulier à l'examen des malades et à la pratique du diagnostic.

Ces exercices cliniques (percussion, phonendoscopie, auscultation, sphygmomanométrie, etc.) se feront par séries de cinq élèves. Ils auront lieu dans l'après-midi à partir de deux heures et demie et dureront un mois par série (douze leçons).

Pour l'inscription et pour les renseignements s'adresser à M. F. Belloir, interne du service.

COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. — M. le professeur Maurice Letulle commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le samedi 8 novembre 1913, à six heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure, au grand amphithéâtre.

COURS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. le professeur Pierre Marie commencera le cours d'anatomie pathologique le vendredi 7 novembre 1913, à cinq heures de l'après-midi (salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique, deuxième étage de l'école pratique, escalier B), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure (dans la même salle). La séance du vendredi sera consacrée aux démonstrations pratiques, macroscopiques et microscopiques.

Objet du cours : « Anatomie pathologique générale et des différents organes. »

CONFÉRENCES D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE. — M. R. Grégoire, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 7 novembre 1913, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : « Abdomen, pelvis. »

COURS DE CHIMIE MÉDICALE. — M. le professeur A. Desgrez commencera le cours de chimie appliquée à la médecine, le jeudi 6 novembre 1913, à six heures (amphithéâtre Vulpian de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : « Principes constitutifs de l'organisme à l'état normal et à l'état pathologique. Propriétés, origine, transformation et élimination de ces substances. Leur recherche et leur dosage. »

COURS DE PHARMACOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE. — M. le professeur Gabriel Pouchet commencera le cours de pharmacologie le samedi 8 novembre 1913, à quatre heures de l'après-midi (amphithéâtre Vulpian), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Sujet du cours : « Modificateurs de la nutrition. Modificateurs des sécrétions et des excrétions. Parasiticides. Antiseptiques et désinfectants. Modificateurs locaux. »

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX. — Docteur PISSAVY (hôpital Necker, consultation de médecine). — Enseignement spécial destiné aux étudiants de première année.

Chaque jour, à partir de neuf heures et demie, les étudiants sont individuellement exercés à l'examen des malades et à la rédaction des ordonnances.

ENSEIGNEMENT OPHTALMOLOGIQUE DES HOPITAUX DE PARIS (docteurs Dupuy-Dutemps, Morax, Poulard, Rochon-Duvigneaud). — Première conférence : Dimanche 9 novembre, à dix heures du matin, à la fondation Rothschild.

L'anatomie de l'orbite (avec projections), par le docteur Rochon-Duvigneaud.

DE
LA SÉCRÉTION RÉNALE
CHEZ LES HYPERTENDUS

Par MM. Camille LIAN et Henry CHABANIER (1).

La fréquence de l'hypertension artérielle permanente, au cours des néphrites, a posé depuis longtemps le problème de l'origine rénale de l'hypertension. Tout d'abord, on s'adressa exclusivement aux données de l'anatomie pathologique et de la clinique. Récemment, on s'orienta vers l'exploration fonctionnelle du rein, et on pratiqua dans ce but l'examen chimique des urines, l'étude du bilan des chlorures, le dosage de l'urée dans le sang. On a pu montrer ainsi que, dans certains cas, l'hypertension artérielle permanente ne coexistait avec aucun trouble fonctionnel rénal, appréciable tout au moins par ces méthodes.

Or, récemment, Ambard a indiqué une nouvelle méthode rationnelle de la mesure de la fonction rénale. Rappelons que cette méthode consiste à comparer l'urée du sang à l'urée de l'urine; c'est le rapport

$$K = \frac{Ur}{\sqrt{D \times \frac{70}{P} \times \sqrt{\frac{C}{25}}}},$$

constante uréo-sécrétoire (2).

L'intérêt de cette méthode est de permettre de déceler à coup sûr une altération même minime de la fonction rénale. En effet, les recherches expérimentales d'Ambard l'ont amené à considérer qu'à une constante normale correspond un rein sain, et que l'atteinte d'un rein est d'autant plus accentuée que la constante est plus mauvaise.

Une sensibilité analogue ne semble pas être présentée par les différents autres procédés d'exploration, entre autres par la simple détermination de l'urée du sang. Ainsi, chez un de nos malades (obs. XV), l'urée du sang n'était que de 0,449, chiffre considéré comme rentrant dans les limites des variations physiologiques. Or la constante de ce sujet était de 0,136, le double environ de la constante normale, 0,070. Le malade avait donc une activité rénale égale seulement au quart de celle d'un sujet sain : en d'autres termes, tout se passait comme si ce sujet n'avait que le quart de son parenchyme rénal sain. L'atteinte rénale était considérable, ce que ne permettait pas de prévoir la simple mesure de l'azotémie. Dans un autre cas, chez un sujet non hypertendu, K = 0,116 indiquait une perte fonctionnelle équivalente à la suppression d'un rein, tandis que l'azotémie n'était que de 0,346.

Il était donc indiqué de rechercher à nouveau, avec ce moyen particulièrement sensible d'exploration, les rapports existant entre l'hypertension artérielle et la fonction rénale.

Déjà F. Widal, André Weill et Laudat (1), à propos de recherches sur la lipémie des brightiques, signalaient 3 malades présentant de l'hypertension artérielle avec une constante uréo-sécrétoire voisine de la normale. En même temps, Aubertin et Parvu (2), s'attachant aux rapports de l'hypertension artérielle et du fonctionnement rénal, ont recherché la constante uréo-sécrétoire chez 8 hypertendus. Ils ont eu surtout en vue l'augmentation de la pression maxima (hypertension maxima), mais donnent cependant dans 3 de leurs observations la valeur de la pression minima.

De notre côté, nous avons recherché systématiquement la constante uréo-sécrétoire chez une quinzaine d'hypertendus, dont nous rapporterons les tensions maxima et minima.

***

Avant d'exposer brièvement les résultats et les conclusions qui découlent de nos recherches, nous mentionnerons les conditions dans lesquelles elles ont été effectuées (choix des malades, techniques). Mais tout d'abord, nous attirerons l'attention sur certains points signalés par L. Ambard.

En effet, pour que l'on puisse parler d'une constante uréo-sécrétoire, il faut que les 2 termes urée du sang et urée de l'urine puissent varier librement et simultanément. Or, comme l'indique Ambard, il est certains cas où cette condition n'est pas réalisée, ainsi que le fait comprendre la notion de « concentration maxima » due à Ambard et Papin (3). Rappelons qu'on désigne sous le nom de concentration maxima d'une substance la plus forte concentration à laquelle cette substance peut être sécrétée par le rein. Cette concentration, qui pour l'urée est de 56 p. 1000 environ chez le sujet normal, devient d'autant plus basse que le rein est plus atteint qualitativement. C'est ainsi que, au cours de la néphrite azotémique, la concentration maxima tombe à 30 p. 1000, 20 p. 1000, ou même moins (4). Or, considérons un sujet dont la concentration maxima serait de 25 p. 1000. Ce sujet, pour éliminer les 25 grammes environ d'urée qu'il fabrique chaque jour, aura besoin d'excréter au moins un litre d'eau. Supposons que la diurèse vienne à être subitement troublée, au cours d'une crise d'asystolie par exemple, et tombe à 500 grammes environ : le sujet, même si sa fonction uréo-sécrétoire n'a pas varié, ne pourra plus éliminer que 12g50 d'urée. Il retiendra donc 12g50 d'urée et la concentration de l'urée sanguine augmen-

(1) Travail de la clinique du professeur Debove et du laboratoire du docteur Ambard (clinique du professeur Legueu).

(2) Ambard et Moreno. Mesure de l'activité rénale par l'étude comparée de l'urée dans le sang et de l'urée dans l'urine, *Semaine médicale*, 19 avril 1911. — *Ur* désigne la quantité d'urée par litre de sang, *C* la concentration de l'urée dans l'urine, *D* le débit uréique calculé pour vingt-quatre heures, *P* le poids du sujet.

(1) F. Widal, A. Weill et Laudat. La lipémie des brightiques. Rapports de la rétinite des brightiques avec l'azotémie et la cholestérinémie, *Semaine méd.*, 6 nov. 1912.

(2) Ch. Aubertin et M. Parvu. La constante uréique chez les hypertendus, *Soc. de biol.*, 21 déc. 1912, et *Arch. des mal. du cœur et des vaisseaux*, mai 1913.

(3) Ambard et Papin. Etude sur les concentrations urinaires, *Arch. intern. de physiol.*, 1909, vol. VIII, fasc. 4.

(4) F. Legueu, Ambard et Chabanier. Etude de la concentration maxima dans ses rapports avec l'azotémie, *Arch. urol. de la clinique de Necker*, 30 juin 1913, t. I, fasc. 2.

tera rapidement. Or, en pareil cas, « la constante uréo-sécrétoire ne trouve guère son application, puisque le débit uréique est limité par autre chose que par le trouble de la sécrétion uréique proprement dite (1) ».

Cette limitation de l'excrétion uréique pourra s'observer assez fréquemment chez des asystoliques purs, volontiers oliguriques, et surtout chez les grands néphrétiques oliguriques, chez lesquels la concentration maxima est basse.

Aussi, pratiquement, Ambard conseille-t-il de s'abstenir de rechercher la constante uréo-sécrétoire chez les asystoliques et chez les sujets ayant dans le sang un gramme ou plus d'urée. En effet, ces grands azotémiques, dont la concentration maxima est toujours diminuée, vont pour une oligurie, même minime, retenir de l'urée, par le même mécanisme que dans l'exemple indiqué plus haut. Ces grands azotémiques tomberont donc ainsi dans l'azotémie du 2e type (azotémie par limitation de la sécrétion aqueuse), distinguée par Ambard de l'azotémie du 1er type dans laquelle ils se rangeaient avant la phase d'oligurie, azotémie qui traduit simplement le trouble de la sécrétion rénale de l'urée.

On devra donc, comme l'indique Ambard, se mettre dans les conditions où le sujet élimine le plus facilement l'eau, et où son azotémie est le moins accentuée. Pratiquement, les prélèvements d'urine et de sang seront faits à distance des repas, le matin à jeun de préférence, et au besoin les malades étant soumis à un régime peu azoté.

Faisons remarquer qu'Ambard conseille de prolonger la durée du recueil des urines, et de dépasser l'heure. Enfin, nous n'avons pas besoin d'insister sur le très grand soin que l'on doit apporter dans le recueil des urines, et ensuite dans les dosages à effectuer.

*
* *

En ce qui concerne la constante uréo-sécrétoire, nos malades étaient dans les conditions où cette constante est valable. Leur azotémie était inférieure à 1 gramme, aucun n'était franchement oligurique. Et pour une seule constante nous aurons à faire des réserves sur sa valeur exacte.

Chez ces malades les pressions artérielles maxima et minima ont été plusieurs fois mesurées avec le dispositif sphygmomanométrique Pachon-Lian (2), en particulier le jour même où était calculée la constante.

Nos malades présentaient de l'hypertension artérielle permanente, soit hypertension exclusivement maxima, soit hypertension à la fois maxima et minima. Chez les uns l'hypertension était légère, chez les autres elle était considérable arrivant à dépasser la Mx normale de 10 centimètres de Hg, et la Mn normale de 5 centimètres. Comme ces recherches étaient destinées à vérifier si l'hypertension artérielle peut exister sans troubles des fonctions rénales, nous avions choisi des malades n'ayant pas d'albuminurie, ou n'ayant que des traces d'albumine; toutefois dans un de nos cas, l'albuminurie atteignait 1 gramme par litre. Enfin parmi ces 15 sujets, il n'y a que deux insuffisances aortiques ; nous avons écarté ces derniers malades, car dans ces cas il y a des conditions mécaniques qui peuvent abaisser la valeur de la pression minima.

Nous signalerons pour chaque malade la valeur de Mx et de Mn, la présence ou l'absence d'albuminurie, et les symptômes principaux. Quant au chiffre exprimant la constante, il sera accompagné des données qui ont servi à la calculer.

Les malades seront classés en deux groupes principaux :

1° Hypertension artérielle légère ou moyenne, dans laquelle Mx dépasse la normale, Mn est normale ou ne dépasse pas la normale de 4 centimètres.

2° Grande hypertension artérielle, dans laquelle Mn dépasse la normale de 4 centimètres.

Et dans chaque groupe se suivront deux catégories de faits : constante normale, puis constante pathologique.

A. LÉGÈRE OU MOYENNE HYPERTENSION ARTÉRIELLE.

Constantes normales ou voisines de la normale.

I. Regn... Pas d'albumine. Mx 15, Mn 10 — K = 0,077. Régime lacto-végétarien.

Données ayant permis de calculer K :

Azotémie	0,352
Volume d'urine ramené à 24 heures	1440
C (concentration de l'urée dans l'urine)	15
D (débit uréique ramené à 24 heures)	21,60
P (poids du sujet)	56k
D ramené à 25 p. 1000 et à poids de 70k	20,89

OBS. — Vingt-sept ans. Céphalée, vertiges, dyspnée d'effort. Examen : pointe sixième espace, radiales dures, Wassermann négatif.

II. Comb... Mx 15 1/2, Mn 10 — K = 0,069. Pas d'albumine.

Azotémie	0,427
Volume d'urine ramené à 24 heures	3200
C	14,09
D	45,08
P	62
D ramené à 25 p. 1000 et 70k	38,16

OBS. — Trente-six ans. Dyspnée d'effort et palpitations. Examen : tachycardie permanente, 120 environ. Wassermann négatif.

III. Galt... Traces d'albumine. Mx 17, Mn 10 1/2 — K = 0,069.

Azotémie	0,400
Volume d'urine par 24 heures	3100
C	12,88
D	40
P	60
D (25 p. 1000 et 70k)	33,52

OBS. — Quarante ans. Dyspnée d'effort et palpitations. Examen : à l'entrée bruit de galop et insuffisance mitrale,

(1) LEGUEU, AMBARD et CHABANIER. Loc. cit.

(2) Ce dispositif s'ajoute à l'oscillomètre Pachon et permet de mesurer Mx par la méthode de Riva Rocci, Mn à la fois par la méthode oscillatoire et le procédé d'Ehret. (Voir C. LIAN. Le diagnostic sphygmomanométrique de l'insuffisance aortique, *Presse méd.*, 31 mai 1913, et Comment mesurer la pression artérielle, *Paris méd.*, nov. 1913.) — Avec ce dispositif les chiffres normaux varient pour Mx de 11 à 13 1/2 et pour Mn de 7 à 9 1/2 centimètres de Hg.

pouls à 120 régulier; Mx 21, Mn 12. Sous l'influence de purgation, régime hypoazoté et hypochloruré, diminution marquée des troubles fonctionnels, mêmes signes stéthoscopiques, pouls 96; Mx 17, Mn 10 1/2. Wassermann positif.

IV. Teys... Pas d'albumine. Mx 19, Mn 11 — K = 0,087. Régime hypoazoté et hypochloruré.

Azotémie	0,320
Volume d'urine par 24 heures	0,771
C	16,65
D	12,84
P	54
D (25 p. 1000 et 70k)	13,41

Obs. — Cinquante-deux ans. Douleurs angineuses. Examen : souffle systolique aortique (aortite chronique). Wassermann négatif.

V. Obl... Légère albuminurie. Mx 20, Mn 11 — K = 0,076. Régime lacto-végétarien.

Azotémie	0,268
Volume d'urine par 24 heures	0,605
C	20,19
D	12,22
P	68
D (25 p. 1000 et 70k)	11,29

Obs. — Soixante-deux ans. Dyspnée d'effort et palpitations, congestion passive hépatique, léger œdème des membres inférieurs. Pouls 100, Mx 20, Mn 11. Arythmie désordonnée. Rapidement, sous l'influence de régime hypoazoté, amélioration considérable, pouls 84, Mx 16, Mn 10.

VI. Arb... Pas d'albumine. Mx 23, Mn 12 1/2 — K = 0,072. Régime hypochloruré.

Azotémie	0,435
Volume d'urine par 24 heures	2880
C	15,75
D	45,36
P	70
D (25 p. 1000 et 70k)	35,92

Obs. — Cinquante-trois ans. Dyspnée d'effort et palpitations. Examen : arythmie désordonnée. Wassermann négatif.

VII. Ray... Pas d'albumine. Mx 18, Mn 7 — K = 0,080. Régime insuffisant, hypoazoté et hypochloruré.

Azotémie	0,140
Volume d'urine par 24 heures	0,526
C	7,04
D	3,70
P	45
D (25 p. 1000 et 70k)	3,04

Obs. — Cinquante-huit ans. Dyspnée et palpitations. Examen : maladie de Hogdson.

Constantes élevées (reins altérés).

VIII. Gir... Pas d'albumine. Mx 14 1/2, Mn 9 — K = 0,115. Régime lacto-végétarien.

Azotémie	0,540
Volume d'urine par 24 heures	0,960
C	18,91
D	18,15
P	58
D (25 p. 1000 et 70k)	19

Obs. — Cinquante-six ans. Dyspnée d'effort et palpitations. Vu après amélioration d'une crise d'asystolie. Examen : arythmie désordonnée, pouls 100. A eu la syphilis à vingt-cinq ans.

IX. Deb... Pas d'albumine. Mx 16 1/2, Mn 9 — K = 0,124. Régime lacto-végétarien.

Azotémie	0,442
Volume urine 24 heures	1,617
C	10,89
D	17,60
P	64
D (25 p. 1000 et 70k)	12,70

Obs. — Soixante-dix ans. Dyspnée, palpitations. Examen : Arythmie extrasystolique.

X. Pedr... Pas d'albumine. Mx 15, Mn 9 1/2 — K = 0,163. Régime lacté (2 litres).

Azotémie	0,769
Volume urine 24 heures	0,935
C	22,24
D	20,80
P	64
D (25 p. 1000 et 70k)	21,44

Nota. — Ce malade présentait donc une oligurie légère en même temps qu'une azotémie déjà élevée. Cependant étant donnée la concentration d'urée dans l'urine, il semble bien que la concentration maxima n'ait pas été atteinte et que par suite la constante puisse être considérée comme valable.

Obs. — Soixante-dix-ans. Vient consulter pour une crise d'asystolie avec pouls alternant; pouls 120, Mx 17, Mn 12. Après lait et digitaline, amélioration considérable, pouls normal 84, Mx 15, Mn 9 1/2.

XI. Ponc... Légère albuminurie. Mx 23, Mn 10 — K = 0,157. Régime lacté (2 litres).

Azotémie	0,663
Volume urine 24 heures	2044
C	11,91
D	24,34
P	75
D (25 p. 1000 et 70k)	15,67

Obs. — Cinquante-trois ans. Vu au décours d'une crise d'asystolie. Examen : Maladie de Hogdson, Wassermann positif.

B. Grande hypertension artérielle.

Constantes normales ou voisines de la normale.

XII. Del... Albuminurie 0g50. Mx 23 1/2, Mn 13 1/2 — K = 0,068. Régime ordinaire hypochloruré.

Azotémie	0,537
Volume urine 24 heures	3941
C	19,21
D	75,70
P	70
D (25 p. 1000 et 70k)	61,88

Nota. — Le débit uréique est élevé, mais nous ferons remarquer que le malade examiné à quatre heures avait fait à midi un repas copieux riche en aliments azotés. Les urines ont été recueillies avec les précautions habituelles, et il ne semble pas qu'il y ait eu une cause d'erreur de ce côté.

Obs. — Cinquante-trois ans. Hyposystolie, pouls 84; Mx 24, Mn 14. Amélioré par régime lacté et digitaline, pouls 72, Mx 22, Mn 12. Suit pendant quatre mois régime hypoazoté et hypochloruré, pas de dyspnée mais la pression remonte à Mx 23, Mn 13 1/2. Au moment où la constante a été recherchée le malade venait d'être mis au régime ordinaire hypochloruré.

XIII. Duv... Albuminurie 0g50. Mx 21, Mn 14 — K = 0,087. Malade examiné le matin à jeun.

Azotémie	0,489
Volume urine 24 heures	2032
C	17,93
D	36,43
P	70
D (25 p. 1000 et 70k)	30,81

Obs. — Quarante ans. Hyposystolie, léger œdème des membres inférieurs.

Nota. — La constante de ce malade avait été faite cinq mois auparavant (voir Ambard et Chabanier. La sécrétion rénale des chlorures chez les brightiques œdémateux, *Arch. d'urol. de la clin. de Necker*, t. I, fasc. 2, 30 juin 1913), et malgré une azotémie et un débit uréique assez différents était exactement la même K = 0,087.

Azotémie	0,369
C	13,49
D	24,51
D (25 p. 1000 et 70k)	18

Constantes élevées (Reins altérés).

XIV. Pen... Pas d'albumine. Mx 20 1/2, Mn 14 — K = 0,119. Régime hypoazoté et hypochloruré.

Azotémie	0,640
Volume urine 24 heures	1006
C	26
D	26,16
P	65
D (25 p. 1000 et 70k)	28,67

Obs. — Cinquante-sept ans. Vu au décours d'une crise d'asystolie. Examen : foie encore gros, bruit de galop, pouls à 84 régulier.

XV. Dei... Albuminurie 1 gramme. Mx 23, Mn 14 — K = 0,137. Régime lacté (2 litres).

Azotémie	0,449
Volume urine 24 heures	0,852
C	17,54
D	14,94
P	80
D (25 p. 1000 et 70k)	10.80

Obs. — Quarante et un ans. Céphalée, vertiges, palpitations. Examen : bruit de galop et insuffisance mitrale, Wassermann négatif.

Conclusions. — Nos résultats cadrent avec ceux d'Aubertin et Parvu, de Widal et ses élèves A. Weill et Laudat. Dans nos cas, la mensuration chez chaque malade à la fois de la pression maxima Mx, et de la pression minima Mn, a permis de confronter la valeur de la constante uréo-sécrétoire non seulement avec celle de Mx, mais aussi et surtout avec celle de Mn, qui est plus qualifiée pour représenter l'importance de l'hypertension artérielle. Il découle de ces recherches les propositions suivantes :

a. Il n'y a pas de parallélisme chez les hypertendus entre la valeur de Mx ou de Mn, et celle de la constante uréo-sécrétoire.

b. Dans l'hypertension artérielle légère ou moyenne (Mx augmentée, Mn normale ou ne dépassant pas la normale de 4 centimètres de Hg), la constante uréo-sécrétoire est normale chez les uns (7 cas), pathologique chez les autres (4 cas).

c. Même dans la grande hypertension artérielle (Mn dépassant la normale de 4 centimètres ou plus, véritable zone dangereuse de l'hypertension artérielle), la constante uréo-sécrétoire peut être normale, il en était ainsi dans 2 cas sur 4.

d. En rapprochant ces résultats des faits déjà observés, on peut en conclure qu'il existe de nombreux cas où une hypertension artérielle permanente, même considérable, peut ne s'accompagner d'aucun trouble fonctionnel rénal décelable par les méthodes actuelles d'investigation.

Ces recherches sur le fonctionnement rénal des hypertendus ne peuvent conduire à la solution du problème : l'hypertension artérielle permanente est-elle toujours sous la dépendance de lésions rénales ? En effet la constatation de l'intégrité fonctionnelle des reins est parfaitement compatible avec l'existence de lésions rénales, soit néphrite latente hypertensive de Widal, soit néphrite exclusivement glomérulaire d'Ambard, cette dernière conception s'accordant d'ailleurs pleinement avec les travaux de Lamy, Mayer et Rathery qui refusent au glomérule tout rôle sécrétoire.

Néanmoins le fait qu'il existe d'assez nombreux cas d'hypertension, même notable, sans trouble appréciable des fonctions rénales, vient plutôt à l'appui de l'opinion des auteurs qui comme Huchard, Vaquez, Josué admettent l'existence possible d'hypertension artérielle permanente sans lésions rénales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 27 octobre 1913)

M. P. Appel prononce l'éloge de Lucas-Championnière.

De l'élimination des matières colorantes artificielles par la mamelle. — MM. P. Sisley et Ch. Porcher.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 4 novembre 1913)

Rééducation physique. — M. Henrot (de Reims) fait une communication sur ce sujet.

Discussion sur la revision de la loi Roussel. — M. Fernet, après avoir rappelé les différentes phases de cette discussion et les diverses opinions qui ont été émises par MM. Pinard, Hutinel, Achard, constate que la commission actuelle de la loi Roussel comprend deux camps bien tranchés, le camp de ceux qui veulent maintenir le délai de sept mois avant qu'une femme puisse abandonner son enfant pour en allaiter un autre, et le camp de ceux qui veulent réduire ce délai à quatre mois. Il n'y a qu'une voix de majorité en faveur de ces derniers.

M. Fernet s'en sépare complètement pour maintenir, avec M. Pinard et d'autres, le délai de sept mois. Il s'en tient à ce principe fondamental, inscrit dans toutes les mairies, que l'enfant a droit au lait de sa mère et que la mère doit son lait à son enfant. Si l'on envisage l'allaitement maternel normal, pendant combien de mois la mère doit-elle allaiter son enfant? En moyenne pendant une année ou quatorze mois.

Toutefois, il faut songer aux enfants forcément privés du lait de leur mère, soit par la mort ou la maladie de celle-ci, soit par l'impossibilité où elle est de le nourrir par suite de la

misère, soit enfin par ce fait que la mère abandonne son enfant. Or, il faut des nourrices pour ces enfants. M. Fernet ne croit pas que les nourrices choisies dans ce but soient pour cela dans la nécessité d'abandonner leur propre enfant. M. Fernet appuie son opinion sur des faits et des exemples propres à entraîner la conviction.

M. Pinard, toujours ardent défenseur de l'enfant, fait observer que cette revision est d'une portée sociale et morale si haute qu'on ne saurait assez l'approfondir. Ce qu'il veut défendre aujourd'hui c'est surtout l'esprit de la loi Roussel, esprit éminemment et essentiellement protecteur de l'enfant. C'est pourquoi il combat les conclusions du rapport de M. Achard et les observations présentées par M. Hutinel à l'Académie. On nous accuse, dit-il, de vouloir la mort de pauvres petits êtres privés de leur mère en cherchant à supprimer la nourrice mercenaire. Il répondra à cette accusation, mais il constate, auparavant, les bons résultats obtenus depuis la promulgation de la loi Roussel. Ces bons résultats sont la diminution de l'industrie nourricière, ce fléau contre lequel s'élève M. Pinard depuis quarante ans.

Tout ce qu'on a fait dans le but de protéger l'enfant n'a pas été stérile. Les femmes commencent à mieux comprendre leur devoir et leur intérêt qui sont d'allaiter leur enfant. Loin de moi, dit M. Pinard, la pensée de vouloir stigmatiser la nourrice mercenaire, mais quel est celui d'entre vous qui, de propos délibéré, ferait sevrer à quatre mois son enfant?

N'oublions pas que c'est à l'Académie même qu'est née la loi Roussel, que c'est là que son auteur a défendu cette loi, et c'est l'Académie qui demanderait des restrictions à cette loi! Dans son argumentation, M. Hutinel a confondu l'allaitement maternel et l'allaitement naturel. Il a montré les pauvres petits orphelins ayant besoin du lait d'une bonne nourrice. S'appuyer sur de pareils arguments pour priver une foule d'enfants du lait de leur mère après quatre mois, c'est commettre une mauvaise action.

Revenant sur les autres arguments qui ont été invoqués, M. Pinard ajoute que la mort de la mère après l'accouchement devient de plus en plus une exception. Restent les femmes qui ne peuvent nourrir parce qu'elles sont malades, et celles, qui sont légion, qui ne *veulent* pas nourrir. Faisant allusion à ces dernières, vous dites qu'il est tout naturel que les autres femmes partagent leur lait pour ces enfants privés du lait de leurs propres mères. Mais ne serait-il pas plus naturel que ces femmes riches qui ne veulent pas nourrir partageassent leur fortune avec les mères pauvres!

Si l'Académie admet le terme de quatre mois, elle va reconstituer l'industrie nourricière.

Ces enfants faibles, sans mère, il faut leur venir en aide. Là-dessus, nous sommes tous d'accord. M. Pinard admet donc que dans ce cas, on eût recours au lait d'une étrangère, mais à cette seule condition que cette étrangère, tout en donnant son lait à ces enfants abandonnés, continue à le donner aussi à son propre enfant. C'est d'ailleurs ce qui se fait dans les maternités. C'est ainsi que dans celle que dirige M. Pinard 14 nourrices allaitent une trentaine d'enfants tout en continuant à allaiter leur propre enfant.

M. Pinard fait ensuite un tableau saisissant de toutes ces malheureuses filles devenant enceintes, abandonnées par le père de l'enfant, tombant, de ce fait, dans la misère, se trouvant dans l'impossibilité matérielle d'allaiter et d'élever cet enfant, et dans la nécessité de l'abandonner, à moins qu'elles ne vivent de leur corps pour allaiter leur enfant. C'est à ce triste état de choses qu'il faudrait que les pouvoirs publics puissent remédier. C'est là qu'il faudrait une loi de protection qui, malheureusement, n'existe pas en France.

En résumé, M. Pinard consentirait à admettre le délai de quatre mois et même de deux mois pour une femme désirant se placer comme nourrice, mais sous cette condition seule qu'elle continuera à allaiter son propre enfant.

Désorientation et déséquilibration provoquées par les courants galvaniques. — M. Babinski. La recherche de la déséquilibration et de la désorientation voltaïque doit être pratiquée systématiquement toutes les fois qu'il sera possible d'y avoir recours. Elle décèle parfois des perturbations du labyrinthe non acoustique qui, sans cette affection, auraient été méconnues. Dans l'étude des affections de l'appareil vestibulaire, elle apporte des éléments d'appréciation qui viennent s'ajouter aux données d'ailleurs fort précieuses fournies par les autres modes d'exploration.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 31 octobre 1913)

Deux cas d'adipose douloureuse. — M. Babonneix et Mlle Spanowsky présentent deux femmes atteintes d'adipose douloureuse. Les masses lipomateuses revêtent, chez l'une, la forme nodulaire, et, chez l'autre, la forme diffuse. Les troubles psychiques et l'asthénie sont assez peu marqués. L'histoire de la maladie, comme les symptômes observés, permet, dans les deux cas, d'attribuer à une insuffisance ovarienne les phénomènes observés.

Contribution à l'étude endoscopique et thérapeutique des proctosigmoïdites. — MM. Bensaude et Thibaut signalent les divers aspects que prend la muqueuse rectale et sigmoïdienne au cours des proctosigmoïdites spécifiques ou non.

En dehors des faits déjà connus, les proctosigmoïdites simples érosives, ulcéreuses, les auteurs insistent particulièrement sur les formes suivantes :

1° Les proctosigmoïdites hémorragiques dans lesquelles les érosions peuvent manquer ou au moins passer inaperçues au cours de l'examen;

2° Les proctosigmoïdites bourgeonnantes qui, parfois, par leur aspect et l'abondance des hémorragies, peuvent simuler le cancer;

3° Les proctosigmoïdites à dépôts blanchâtres, rappelant l'aspect de ceux que l'on rencontre dans la gorge.

Tantôt il s'agit de dépôts analogues à ceux facilement enlevables de l'amygdalite pultacée ou du muguet; tantôt ce sont de véritables plaques adhérentes et épaisses comme de fausses membranes diphtériques ou minces et transparentes comme des plaques muqueuses.

Ces exsudats blanchâtres sont très différents comme apparence du pus concrété ou des muco-membranes de l'entérocolite muco-membraneuse.

Parmi les moyens thérapeutiques essayés par les auteurs, ceux qui semblent avoir donné le meilleur résultat sont les applications de pommade au collargol à 15 p. 100, la haute fréquence ou, dans les formes hémorragiques, les applications de radium.

Syndrome méningé à type de poliomyélite. — MM. E. Joltrain et P. Rouffiac rapportent l'histoire d'un malade entré à l'hôpital avec un syndrome méningé des plus nets : céphalée, inégalité pupillaire, raideur de la nuque, signe de Kernig, température à 40°. La ponction lombaire révéla une forte hypertension du liquide céphalo-rachidien avec lymphocytose sans présence d'aucun microbe. L'ensemencement sur milieux aérobies et anaréobies resta négatif, ainsi que l'inoculation au cobaye et la réaction de Wassermann.

Quelques symptômes cliniques font penser à la poliomyélite antérieure aiguë. Ce sont l'impotence fonctionnelle de membres inférieurs sans prédominance dans un groupe musculaire déterminé et sans réaction de dégénérescence, et surtout l'abolition complète des réflexes rotuliens et achilléens. Ce n'est que dix jours après le début que les phénomènes rétrocèdent et que les réflexes réapparaissent. Actuel-

lement le malade est guéri, mais une légère lymphocytose rachidienne persiste. Ce fait est intéressant à signaler au moment où l'on discute l'étiologie de ces états méningés, la clinique seule ayant permis d'établir un diagnostic de probabilité.

Périarthrite rhumatismale chronique consécutive à un zona et localisée dans le territoire de l'éruption. — MM. Georges GUILLAIN et Daniel ROUTIER présentent à la Société une malade de soixante-dix ans chez laquelle, à la suite d'un zona du territoire radiculaire inférieur du plexus brachial gauche, s'est développé un syndrome de périarthrite rhumatismale chronique localisée exclusivement à la main gauche. Cette périarthrite datant maintenant de deux ans limite la flexion des articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalanginiennes des doigts et toute tentative pour compléter passivement cette flexion est douloureuse. Il n'existe chez cette malade aucun trouble de la sensibilité ni des réactions électriques.

MM. Georges Guillain et Daniel Routier font remarquer que, si certains troubles nerveux tels que les douleurs, les atrophies musculaires, les œdèmes sont bien connus dans la convalescence du zona, les troubles osseux et articulaires chroniques sont, au contraire, très rares et non mentionnés par les classiques. Quelques observations semblables ont été rapportées dans ces dernières années par M. Rose, MM. Guillain et Pernet, MM. Claude et Felter.

Le syndrome rhumatisme chronique consécutif au zona et localisé seulement dans le territoire de l'éruption est sous la dépendance des lésions nerveuses qui, elles-mêmes, sont à l'origine du zona.

Alternance de l'oreillette après une extrasystole auriculaire. — MM. POZZY et DOUZELOT ont constaté, chez trois malades atteints de néphrite chronique, l'apparition d'une alternance de l'oreillette après une extrasystole d'origine auriculaire. Ils ont constaté qu'il s'agissait d'une alternance vraie, grâce au cardiogramme. Le pronostic semble être le même que celui de l'alternance ventriculaire postextrasystolique.

Valeur de la réaction de Wassermann avec l'antigène Desmoulières. — M. LOUSTE a été frappé de voir combien sont fréquentes les discordances qui existent entre les résultats fournis par la réaction de Wassermann classique et par la réaction de Desmoulières. Il insiste sur le rôle antihémolysant de la cholestérine, et il est parvenu à rendre facilement le sérum d'un certain nombre d'animaux, injectés avec de la cholestérine, apte à devenir sensible à l'antigène de Desmoulières.

Un cas de maladie de Volkmann au membre inférieur. — MM. Cl. VINCENT et Cl. GAUTIER. La malade est une jeune fille de seize ans. A la suite d'un traumatisme léger de la cheville, la région du cou-de-pied se gonfle et le pied tout entier se dévie en dedans. Le diagnostic de contracture hystérique fut porté. Comme traitement de cette contracture 17 plâtres très serrés furent appliqués dans l'espace de quinze à dix-huit mois.

Le dernier plâtre enlevé il y avait une atrophie énorme de la jambe gauche — périmètre inférieur de 6 centimètres à celui de la droite — un œdème éléphantiasique du pied et du tiers inférieur de la jambe limité par un bourrelet, une déformation du pied — pied en flexion dorsale, déviation interne forcée — impossible à réduire même de peu et donnant l'impression d'une ankylose.

Le traitement chirurgical semblait le seul traitement susceptible de donner un résultat. Le massage et la mécanothérapie furent pourtant appliqués, et en six semaines la malade fut à ce point transformée qu'elle put mettre une chaussure.

Malgré ces résultats les auteurs pensent que l'hystérie ne peut à elle seule rendre compte de l'état du membre et qu'il est très vraisemblable qu'il faut en rendre responsable les 17 plâtres successifs, par conséquent qu'il s'agit bien d'une maladie de Volkmann.

Hydarthroses périodiques. — M. Paul DALCHÉ rapporte l'observation d'un malade âgé de vingt-six ans, exerçant une profession très pénible, légèrement rachitique et portant un genu valgum. Depuis longtemps il éprouvait de la gêne dans les genoux et constata, il y a trois ans, un certain degré d'hydarthrose fixe. Lorsque, en 1912, subitement éclatèrent des crises d'hydarthrose périodiques avec leurs trois phases d'augment, d'état et de régression, durant quatre jours, et revenant tous les quatre, puis tous les six jours. Ce jeune homme est un neurasthénique avéré atteint d'impuissance génitale absolue. Tous les traitement ayant échoué, la poudre de thyroïde lui amena une grande amélioration.

M. Dalché établit qu'il s'agit bien d'une atténuation et non d'une rémission spontanée. Il insiste sur le sexe masculin du malade et sur la pathogénie de l'affection : hérédité arthritique, la mère est atteinte de rhumatismes déformants ; genu valgum diminuant la résistance de l'articulation à la fatigue ; hydarthroses fixes antérieures ; terrain névropathique, impuissance génitale et profession des plus fatigantes. La thyroïde était petite et l'opothérapie thyroïdienne a produit d'excellents effets.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1913)

M. LE PRÉSIDENT donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de Lucas-Championnière, au nom de la Société de chirurgie.

Cette lecture est accueillie par des marques unanimes d'approbation.

La séance est suspendue en signe de deuil.

Plaies du cœur. — M. POTHERAT se demande s'il y a utilité à intervenir dans les plaies du péricarde ou du cœur. Les statistiques publiées montrent bien que, par l'intervention, on a arraché des blessés à la mort. Cela est incontestable et on a, jusqu'ici, publié un assez grand nombre de succès. Mais on publie moins volontiers les insuccès, et il y en a. C'est un insuccès que vient communiquer M. Potherat. Le 14 avril 1909 est amené à l'hôpital Broussais, dans son service, un jeune homme de 19 ans qui venait de se tirer un coup de revolver dans la région du cœur. Le chirurgien de garde est appelé, il trouve le blessé dans un état très grave et intervient immédiatement. Il trouve une plaie du ventricule gauche, éprouve quelques difficultés à faire la suture en raison des mouvements désordonnés du cœur. Il arrive cependant à suturer la plaie antérieure du ventricule. Ne trouvant pas le projectile, ni de plaie postérieure, il referme en mettant un drain. Survient une péricardite suppurée qui emporte le malade quatorze jours après l'intervention.

Ce fait semblerait donner raison à ceux qui, avec M. Rochard, estiment qu'il ne faut jamais drainer dans ces cas; M. Potherat pense cependant que le drainage peut avoir son utilité dans certains cas.

M. KIRMISSON ne voit pas quelle conclusion on pourrait tirer de ce fait.

M. POTHERAT répond qu'il ne veut tirer aucune conclusion. Il a voulu seulement apporter un cas malheureux dans lequel le drainage a pu être pour quelque chose dans la péricardite suppurée qui a emporté le malade.

M. LENORMANT estime que les plaies du cœur ne sont pas très fréquentes. Il n'en a vu que trois, dont deux ont été publiées et ont fait l'objet d'un rapport de M. Rochard. Si l'on se fiait aux statistiques publiées, on arriverait à des con-

clusions trop optimistes, par ce fait que les insuccès ne sont pas volontiers publiés et qu'un grand nombre de ces blessés meurent avant d'avoir pu être secourus.

Le diagnostic des plaies du cœur n'est pas toujours aisé. Il faudrait être en possession de symptômes précis permettant de distinguer nettement une plaie du cœur d'une plaie du poumon, l'intervention étant indiquée dans les plaies du cœur, tandis que c'est l'abstention qui est indiquée dans celles du poumon. Il y aurait bien la thoracotomie exploratrice, mais elle est loin d'avoir la bénignité de la laparotomie exploratrice. M. Picqué, dans son rapport, a bien insisté sur les troubles fonctionnels, mais ils peuvent être trompeurs. Quant aux signes physiques, ils ont plus d'importance. Parmi ces signes, il y a particulièrement la faiblesse du pouls, la diminution ou même la disparition des bruits du cœur, la matité comme signe de l'hémothorax. Malgré tout, la confusion reste toujours possible entre une plaie du poumon et une plaie du cœur. C'est ainsi que, dans un cas où M. Lenormant avait diagnostiqué une plaie du poumon, après avoir ouvert la plèvre il trouva un trou dans le péricarde par où s'écoulait du sang. Il s'agissait d'une plaie du cœur. Lorsqu'on ne trouve pas d'orifice sur la paroi postérieure du cœur, le projectile a pu rester dans le myocarde ou a pu atteindre tangentiellement le cœur et même ne pas pénétrer. Dans un des cas observés par M. Lenormant, il n'y avait qu'un orifice sur la paroi antérieure, mais on a vu à l'autopsie que la balle avait traversé le diaphragme, l'estomac et l'intestin.

Au point de vue de la technique opératoire, certains chirurgiens prétendent qu'il vaut mieux faire la suture des plaies du cœur dans la diastole que dans la systole et réciproquement; M. Lenormant, dans les cas où il est intervenu, s'est appliqué à aller aussi vite que possible et ne s'est pas arrêté à considérer les différents temps de la révolution cardiaque. Il a suturé quand et comme il a pu. Enfin, dans les cas de suture des plaies du cœur, il faut tenir compte aussi des états pathologiques antérieurs du myocarde et de ses orifices.

M. Souligoux, étant interne de Tillaux, a vu un apache de vingt-quatre ans qui venait de recevoir un coup de feu dans la région cardiaque. Il intervint, le malade étant aussi bas que possible; il trouva un seul trou. La balle n'avait pas pénétré. Il n'y avait pas de vraie perforation.

M. Robineau rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt-deux ans qui avait reçu un coup de couteau au côté gauche du thorax. La percussion et l'auscultation révélaient l'existence d'un hémothorax. La matité cardiaque était un peu élargie, mais la pointe du cœur soulevait la paroi. Il porte le diagnostic de plaie du cœur.

Il élargit le trajet fait par le couteau; un flot de sang s'écoule, le pouls disparaissait et la pâleur de la face était extrême; on trouve sur le péricarde un orifice d'où sortait du sang, et sur le cœur, à deux travers de doigt de la pointe, un autre orifice qui est obstrué avec l'extrémité de l'index.

Après étanchement de la plèvre et du péricarde M. Robineau place ses fils de suture.

Plus tard est survenu un épanchement pleural gauche qui n'a pas suppuré et qui s'est terminé par la guérison. Chez ce sujet il n'a été reséqué qu'une seule côte, ce qui a suffi pour la suture cardiaque.

Décortication linguale pour leucoplasie avec anesthésie locale. — M. Schwartz rapporte, de la part de M. Chevrier, un cas de décortication linguale pour leucoplasie. M. Chevrier a appliqué son procédé d'anesthésie locale à la novococaïne (application de tampons anesthésiques dans les sillons alvéolo-linguaux et injections de liquide anesthésique sur le trajet des nerfs linguaux) à l'ablation de toute la plaque leucoplasée qui a été suivie de sutures des bords de la langue. L'anesthésie a été parfaite.

M. Sieur a employé avec succès le même procédé pour ablation de papillomes et de nodules épithéliomateux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 25 octobre 1913)

Injections intrarachidiennes de sels mercuriels dans la paralysie générale. — M. Lévy-Bing a publié, en août 1910, un travail complet sur les injections intrarachidiennes de sels mercuriels; ces injections produisent parfois des phénomènes alarmants et ne sont pas sans danger. Dans les cas de paralysie générale, elles ne lui ont jamais donné aucun résultat; elles sont à essayer tout au plus dans les myélites, les méningites aiguës et les céphalées d'origine syphilitique.

M. Leredde estime qu'il semble invraisemblable que l'on puisse améliorer d'une manière réelle par le mercure aux doses d'un milligramme par semaine, même en injections intrarachidiennes, une affection dans laquelle le mercure, aux doses de deux centigrammes ou trois par jour, n'a souvent aucune efficacité.

M. Page croit que cette méthode de traitement de la paralysie générale est dans sa période expérimentale; dans les deux cas où il l'a employée, elle lui a paru inoffensive et même favorable.

Endoscopie intestinale pour sténose. — M. Kolbe présente 2 radiographies du côlon sigmoïde après l'endoscopie intestinale pour sténose.

Scolioses graves soignées par la méthode d'Abbott. — M. Lance présente des malades atteints de scoliose grave, qui ont été soignés par la méthode d'Abbott. Cette méthode permet d'obtenir dans un grand nombre de cas une dérotation complète avec disparition de la gibbosité; l'inflexion latérale est complètement redressée lorsque les vertèbres ne présentent pas de déformation trop marquée; dans le cas contraire, le redressement reste incomplet.

Le fonctionnement de l'intestin en circulation artificielle — M. R. Glenard, dans un travail de candidature, montre que la méthode de survie par circulation artificielle donne, avec l'intestin de divers animaux, des résultats remarquables que l'enregistrement cinématographique permet d'étudier avec la plus grande précision. Nombreuses sont déjà les investigations de cet ordre qui ont abouti à d'intéressantes déductions pratiques.

C'est ainsi que certaines expériences, poursuivies chez l'animal vivant, ont fait ressortir l'action frénatrice permanente qu'exerce le système nerveux central sur les mouvements de l'intestin; de même, il a été possible d'établir le rapport qui lie la pression artérielle à la viscosité du liquide circulant et de réaliser artificiellement le syndrome intestinal de l'hypertension portale ainsi que les différents phénomènes qui surviennent dans les cas d'occlusion.

En somme, si la méthode de perfusion donne pour l'étude de la motricité intestinale des résultats fort intéressants, notamment en ce qui concerne l'action des purgatifs, elle n'en est pas moins applicable à toutes les autres fonctions de cet organe.

Traitement de la cachexie cancéreuse par les sérums glycosés. — M. de Keating-Hart conclut dans ses recherches que le cancer est constitué par des cellules surchauffées et surnourries dans les zones irritées de l'organisme; or, d'après l'auteur, c'est surtout par le glycogène que le néoplasme est surnourri. Faisant doser le sang de ses cancéreux, M. de Keating-Hart a constaté que tous, ou presque tous, cachectiques ou non, étaient des hypoglycémiques et, de parti pris, il a

nourri un grand nombre d'entre eux d'aliments chargés d'hydrocarbone, en même temps qu'il leur pratiquait des injections de sérum glycosé (jusqu'à 250 grammes par jour). Les résultats obtenus ont été souvent des plus remarquables : l'appétit et les forces des malades augmentent, permettant une thérapeutique anticancéreuse énergique qui eût été mal supportée sans cela.

Signification du clapotage gastrique à jeun. — M. Pron (d'Alger) montre, avec observations à l'appui, que le clapotage n'est pas forcément l'indice d'une stase, comme on le croit d'ordinaire. On peut constater que le contenu gastrique qui donne lieu au clapotage, est tantôt de la bile pure, tantôt un mélange d'hypersécrétion et de bile, tantôt un liquide d'hypersécrétion renfermant tous les éléments du suc gastrique, tantôt enfin un liquide muqueux acide ou bien même de la bouillie alimentaire s'il y a sténose pylorique. L'examen clinique dans les cas de clapotage est donc insuffisant; le tubage et l'analyse du contenu gastrique peuvent seuls permettre de faire le diagnostic de la nature de ce contenu.

ACTUALITÉS

INAUGURATION DE L'ENSEIGNEMENT THÉORIQUE ET PRATIQUE D'ÉLECTROLOGIE, DE RADIOLOGIE ET DE RADIUMLOGIE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Dans le numéro 99, du 2 septembre de cette année, de la *Gazette des hôpitaux*, nos collaborateurs Laquerrière et Delherm, en faisant connaître la création de cet enseignement, en ont expliqué aussi l'esprit et la méthode.

La séance inaugurale a eu lieu lundi, à quatre heures et demie, dans le nouvel amphithéâtre de la Pitié, sous la présidence de M. André Mesureur, au milieu d'un très nombreux public et avec l'assistance de plusieurs membres du Conseil de surveillance.

Après une allocution de M. André Mesureur, dans laquelle il rappelle les débuts difficiles de la radiologie dans nos hôpitaux et les efforts couronnés de succès de l'administration de l'Assistance publique pour favoriser l'application et l'enseignement de la radiologie à Paris, M. Béclère a fait une leçon magistrale sur l'enseignement de l'électricité en médecine. Une première partie doit être consacrée à l'électricité proprement dite, une seconde partie aux radiations. Cet enseignement doit avoir un côté physique et un côté clinique. Il faut donc, pour cet enseignement, un médecin qui soit aussi physicien. L'électricité est à la fois un instrument de diagnostic (électrodiagnostic) et un agent thérapeutique (électrothérapie).

Abordant ici l'histoire des applications de l'électricité à la médecine, M. Béclère invoque la grande figure de Duchenne (de Boulogne) et rappelle ses travaux. Le premier date de 1847. A l'aide de la faradisation localisée il commença par l'étude de la fonction musculaire normale, puis dès 1849 il distingua du groupe confus des paralysies l'atrophie musculaire progressive avec dégénérescence graisseuse, puis l'ataxie locomotrice. En 1872, Duchenne aborde le traitement d'électrisation localisée. Voilà trente-huit ans qu'il est mort. Quels ne seraient pas son étonnement et son admiration s'il revenait parmi nous en voyant combien le domaine qu'il a créé s'est enrichi et agrandi! Que penserait-il de la puissance des instruments, de leur précision, du véritable dosage des agents électriques qu'ils permettent; que penserait-il du galvanomètre, de l'électro-cardiographie, enfin de l'électrothérapie actuelle qui nous donne la sédation de la douleur avec l'électrolyse, la dépilation, la dionisation, l'action calorifique des courants, les courants alternatifs de haute fréquence, l'œuvre de d'Arsonval à laquelle on a donné le nom de d'Arsonvalisation; ces courants qui, grâce à leur alternance, peuvent traverser les tissus vivants sans dommage et y apporter ce qu'on a appelé le chauffage central, la diathermie avec la diminution de la tension artérielle?

Avec Duchenne (de Boulogne), M. Béclère évoque un autre électrothérapeute : un abbé du XVIIIe siècle, l'abbé Nollet, qui, à l'aide de la bouteille de Leyde, qu'on a aussi appelée l'œuf électrique, étudia les effets de la décharge électrique.

Enfin, M. Béclère arrive à la découverte des rayons cathodiques, à l'ampoule de Crookes, à l'admirable découverte de Röntgen, à l'étude de Becquerel sur les radiations, à la découverte par Pierre Curie du radium et des substances radioactives. Les rayons de Röntgen sont devenus un merveilleux instrument de diagnostic et un précieux agent de traitement. La découverte de la radioscopie, c'est-à-dire de la reproduction de l'image sur l'écran, devait entraîner avec elle la substitution d'une plaque photographique à cet écran et la radiographie. Cette découverte n'aboutit à rien moins qu'à une véritable autopsie vivante. Cette méthode d'exploration, en effet, depuis dix-huit ans a beaucoup étendu son domaine : ce ne sont plus seulement les corps étrangers métalliques, les lésions du squelette qu'elle révèle; depuis 1896, ce sont aussi les organes internes, les différents viscères, le jeu des côtes, les mouvements du diaphragme, les battements du cœur, de l'aorte, les épanchements pleuraux, les tumeurs solides des poumons que révèlent la radioscopie et la radiographie. Si de la cage thoracique nous passons à la cavité abdominale, ce sont alors le foie, la vésicule biliaire, la rate, les voies urinaires, le tube digestif tout entier qui deviennent tributaires de ce merveilleux mode d'exploration. L'examen d'un malade, aujourd'hui, n'est vraiment complet qu'après la mise en pratique de ce mode d'exploration et on soupçonne les résultats qu'on en peut obtenir au point de vue du traitement, des indications opératoires. Combien de malades aujourd'hui lui doivent leur salut!

Si l'on envisage ensuite les effets thérapeutiques des rayons de Röntgen, c'est-à-dire la radiothérapie proprement dite, on y trouve un agent de destruction très actif, qui dans les affections tuberculeuses, dans les affections néoplasiques de la peau, dans la leucémie, dans la gynécologie, dans les altérations du thymus, de la glande thyroïde se montre d'une efficacité très réelle.

En terminant, M. Béclère dit quelques mots du radium et des substances radioactives, ces ampoules de Röntgen en miniature dont les effets sont si surprenants, si actifs.

Après cet exposé très rapide, mais très clair, que vient de faire M. Béclère, des applications de l'électricité, des rayons de Röntgen et du radium à la médecine, on comprend que cette science nouvelle, si utile pour le praticien, doive être enseignée, dans tous ses détails, aux élèves en médecine. C'est cet enseignement, théorique et pratique, que vont assurer les conférences faites à la Pitié par la Société des médecins chefs des laboratoires de radiologie et d'électrothérapie des hôpitaux de Paris.

Après que les applaudissements nourris qui ont accueilli la conférence de M. Béclère eurent cessé, M. Barth, comme membre du Conseil de surveillance des hôpitaux, a pris à son tour la parole pour remercier M. Béclère, et faire ressortir tout l'intérêt de cet enseignement dont, pour sa part, il a chaleureusement plaidé la cause auprès de l'Assistance publique.

A. BROCHIN.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des Eaux minérales de Vichy, à l'usage des praticiens (1), par le docteur Charles COTAR, médecin consultant à Vichy. Avec une lettre-préface du docteur J. THIROLOIX, professeur agrégé, médecin de la Pitié.

Après avoir exposé les théories concernant l'origine des eaux et leur composition chimique, physique et gazeuse, l'auteur étudie l'action physiologique des eaux de Vichy et en décrit les indications et les contre-indications, s'appuyant pour cela sur des observations cliniques. L. GAYARD.

Medicus 1914 (2). Guide-annuaire des étudiants et des praticiens.

Medicus 1914 vient de paraître ; nous ne saurions trop recommander ce guide-annuaire aux étudiants, mais surtout aux praticiens.

Si les premiers trouvent dans *Medicus* toute la filière de leurs études, les lois, décrets, arrêtés et règlements en vigueur, constamment tenus à jour, ainsi que les questions posées aux différents concours de l'externat, internat, adjuvat, etc., etc. ; les seconds y trouvent les lois, décrets et arrêtés concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Les renseignements concernant les concours pour les hôpitaux, les asiles d'aliénés, l'agrégation, les médecins de colonisation, les médecins sanitaires maritimes, sont longuement décrits dans *Medicus*.

Les facultés et écoles du monde entier font l'objet de la troisième partie avec les noms des professeurs et les renseignements sur l'exercice de la médecine dans les différents pays.

Les Sociétés savantes, la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, le Conseil supérieur de l'hygiène publique de France, les services médicaux des préfectures de la Seine et de police, la santé publique aux colonies, les sociétés d'assistance, de secours mutuels, d'assurance, les syndicats médicaux, les eaux minérales, etc., trouvent leur place dans cet excellent guide-annuaire.

Enfin, ce que l'on ne trouve nulle part, un dictionnaire raisonné de droit et de jurisprudence médicale exclusivement écrit pour *Medicus* par un maître du barreau, Me Paul Castel, avocat à la Cour d'appel de Paris. Ce dictionnaire répond à toutes les questions que le praticien comme l'étudiant peuvent lui poser et les met en garde contre les embûches de la profession.

La sixième partie de cet important volume contient la liste complète des médecins, dentistes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens de France avec une classification des mieux comprises.

Une table des matières très détaillée termine le volume.

Dans ses 1740 pages, *Medicus* est vraiment le Bottin de l'étudiant et du praticien, son encyclopédie, son formulaire professionnel, qui lui indique ses droits et devoirs, tout en le renseignant sur ce qui, de près ou de loin, touche à la profession médicale.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

CRISES GASTRIQUES DU TABES

Les crises gastriques par la violence de leurs douleurs, la répétition épuisante de leurs vomissements, l'asthénie profonde qu'elles déterminent, constituent une des manifestations les plus pénibles du tabes. Signalées par Graves, bien étudiées ensuite par Charcot et Fournier, les crises gastriques du tabes ont donné lieu ces dernières années à d'importantes recherches en ce qui concerne leur pathogénie et leur traitement, spécialement leur traitement chirurgical (opération de Foerster, de Franke, etc.).

PATHOGÉNIE. — La pathogénie des crises gastriques du tabes est encore très discutée ; on a incriminé comme point de départ une *altération de la muqueuse gastrique* ; cette hypothèse se vérifie dans un certain nombre de cas, d'ailleurs assez restreint ; le tabétique, souvent dyspeptique, comme l'a montré Mathieu, voit en effet parfois ses crises diminuer de fréquence ou d'intensité sous l'influence d'un régime alimentaire approprié. Dans certains cas encore c'est une lésion de l'estomac (ulcère, cancer) qui peut provoquer une hématémèse ; le plus souvent d'ailleurs, l'hématémèse au cours de la crise gastrique tabétique est liée non pas à une altération profonde de la muqueuse, mais uniquement à des troubles vasomoteurs d'origine sympathique. Signalons encore l'existence de lésions gastriques de nature syphilitique à l'origine du syndrome douloureux; la crise gastrique serait alors, ainsi que certains auteurs l'ont admis pour l'arthropathie tabétique, non pas d'origine tabétique, mais de nature franchement syphilitique. Le plus souvent comme la crise gastrique ne coexiste pas avec une altération de l'estomac, cette pathogénie ne peut être soutenue.

Pal rattache alors les crises douloureuses à des *crises vasculaires hypertensives*. La plupart des auteurs font jouer le principal rôle au *système nerveux cérébro-spinal et au sympathique*. J.-Ch. Roux insiste tout particulièrement sur l'irritation du grand splanchnique. Il est assez difficile de préciser en quel point des voies sensitives gastriques se fait l'irritation qui détermine la crise. Ayant eu récemment l'occasion d'étudier la moelle de trois tabétiques avec crises gastriques, MM. Déjerine et Tinel insistent sur l'importance, la systématisation même dans ces trois cas presque superposables, des lésions tabétiques sur les racines postérieures de la région dorsale avec dégénérescence des fibres longues jusqu'au bulbe ; or, le grand splanchnique reçoit ses *rami communicantes*, de la quatrième à la dixième racine dorsale ; comme il existe sur le trajet de ces racines dorsales un processus inflammatoire interne des gaines radiculaires méningées, on peut attribuer dans ces cas à la *radiculite* l'irritation douloureuse des fibres sensitives du splanchnique qui déterminait les crises gastriques. Pour Mouriquand et Cotte la douleur fulgurante part des racines postérieures des cinquième, sixième, septième, huitième et neuvième dorsales, gagne les rami communicantes, irradie dans les ganglions semi-lunaires (plexus solaire) et provoque ainsi la crise gastrique. Lorsque l'origine des douleurs est au niveau des dixième, onzième et douzième racines du petit splanchnique, les manifestations douloureuses sont alors intestinales ; les connexions entre les éléments du plexus étant nombreuses, on s'explique ainsi facilement l'irradiation intestinale d'une crise primitivement gastrique.

Histologiquement on a décrit dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, des altérations plus ou moins variées de la muqueuse gastrique; J.-Ch. Roux a signalé une diminution considérable des fibres grêles du grand splanchnique contrastant avec l'intégrité parfaite des grosses fibres à myéline. Laignel-Lavastine a signalé des altérations du plexus solaire. Ces notions pathogéniques variées ont eu pour conséquence de multiples tentatives thérapeutiques (injections sous-arachnoïdiennes de substances médicamenteuses, traitement chirurgical, opération de Foerster, opération de Franke, gangliectomie rachidienne dorsale de Sicard et Desmarest, etc.).

SYMPTOMATOLOGIE. — Les crises gastriques s'observent dans environ 30 p. 100 des cas de tabes, et surtout dans les premières années. Le début en est le plus souvent soudain ; le tabétique passe brusquement d'un état de santé excellent à un état de souffrance atroce ; exceptionnellement on note des prodromes tels que malaise général, fatigue, disparition d'un symptôme tabétique, par exemple des douleurs fulgurantes. A la période d'état la *douleur* est d'une violence extrême, sensation de déchirure, de constriction, de morsure ; parfois c'est

(1) Un vol. de 220 p. Prix : 5 francs. — Paris, J. Rousset.

(2) Gr. in-8° raisin de 1740 p., relié pleine toile. Prix : 5 francs. — Paris, A. Rouzaud, 41, rue des Ecoles.

comme un fer rouge qui brûle l'estomac, comme une plaie à vif; cette douleur siège à l'épigastre avec irradiation dans tout l'abdomen, le dos; le maximum peut être en arrière dans la région interscapulaire. En même temps surviennent des *vomissements* alimentaires ou composés d'un liquide glaireux, muqueux, filant; ils sont presque incoercibles et très abondants, jusqu'à plusieurs litres, alors même que le malade n'absorbe aucun liquide. Après le vomissement, le malade est soulagé, mais pour peu de temps. Un autre symptôme non moins important que les précédents est la *dépression nerveuse* (Charcot) : le malade est plongé dans un état de stupeur qui va, dans les formes graves, jusqu'au collapsus. Le ventre est dur, rétracté, contracturé; Heitz et Lortat-Jacob ont signalé une zone d'anesthésie dans la région thoracique entre la cinquième et la neuvième côte. Les urines sont très peu abondantes. V. Noorden a signalé la présence d'acétone et d'acide diacétique. L'examen du chimisme gastrique fournit des résultats variables, chaque malade faisant sa crise suivant l'état antérieur de son estomac. Pal a observé une augmentation de la tension artérielle.

La crise complète dure environ un à deux jours; une fois la crise disparue l'estomac redevient absolument normal ou, plus exactement, tel qu'il était avant la crise. Parfois les crises sont presque subintrantes et peuvent ainsi se prolonger plusieurs mois.

FORMES CLINIQUES. — Bien souvent la symptomatologie est beaucoup moins nette. La crise peut s'associer à d'autres symptômes : avec J.-Ch. Roux, on peut décrire ainsi plusieurs formes cliniques. Les *crises gastriques des dyspeptiques* sont influencées par l'état antérieur de l'estomac : elles peuvent être provoquées par des écarts de régime; elles sont améliorées par une hygiène sévère. Les *crises associées à la gastralgie hystérique*, bien étudiées par Bauer et Dobrovitch, se caractérisent par l'alternance de crises vraies tabétiques et de crises hystériques, au cours desquelles la quantité des urines n'est pas modifiée. *Chez les morphinomanes* enfin, les crises sont prolongées, très souvent subintrantes. Parfois, un signe important peut faire défaut et l'on décrit ainsi une *forme gastralgique pure*, une *forme vomitive*, *flatulente* avec météorisme et éructations, une *forme cholérique ou algide*, une *forme hémorragique* enfin avec *hématémèse et melæna*.

L'*hématémèse tabétique* se manifeste toujours durant un paroxysme douloureux d'une violence extrême : elle survient vers la fin de la crise; le sang est rarement rouge, il est plus souvent marc de café (crises noires de Charcot). L'abondance en est variable : le plus souvent, l'hématémèse est peu importante; parfois, au contraire, elle est très abondante, mais alors le sang vomi est rouge, rutilant (il s'agit d'ailleurs souvent alors de « fausses hématémèses tabétiques », liées à une lésion de l'estomac, ulcère ou cancer).

Tels sont les caractères de la crise gastrique du tabes : ce tableau clinique doit être complété par la recherche des autres symptômes cardinaux du tabes (abolition des réflexes achilléens et patellaires, signe d'Argyll-Robertson, signe de Romberg, incoordination, troubles trophiques, lymphocytose rachidienne, stigmates de syphilis, insuffisance aortique, douleurs fulgurantes, etc.). Parfois, c'est par une crise gastrique que le tabes se révélera au clinicien; parfois, la symptomatologie tabétique sera considérablement réduite (tabes monosymptomatique), et il deviendra très difficile d'affirmer le tabes.

DIAGNOSTIC. — Le *diagnostic positif* repose sur la brusquerie d'apparition de la crise, sur le bon fonctionnement de l'estomac entre les crises, sur le caractère paroxystique des douleurs, sur l'asthénie considérable du malade, sur les résultats négatifs de l'examen du chimisme gastrique, de l'examen radioscopique, enfin sur la constatation des signes cardinaux du tabes. Si ces derniers symptômes sont peu nets, on ne manquera pas de rechercher la lymphocytose rachidienne, le Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien, la présence d'une insuffisance aortique, de troubles trophiques, mal perforant, arthropathie, etc.; les lésions du fond d'œil, etc.

Le *diagnostic différentiel* doit être discuté avec la colique hépatique, la colique de plomb, certaines affections gastriques, surtout l'ulcus, plus rarement le cancer, certaines dyspepsies avec hyperchlorhydrie; M. Chauffard a décrit dans le cancer du corps du pancréas un syndrome douloureux analogue à celui de la crise gastrique du tabes. L'ulcère du duodenum peut prêter à confusion en raison de ses poussées paroxystiques alternant avec des périodes de bonne santé. Dans certains cas, le diagnostic se posera avec les crises gastralgiques de l'appendicite, du rein mobile, de l'urémie digestive. Chez les athéromateux, il peut survenir des crises gastriques et intestinales très doulouseuses : il en est de même chez les goutteux, les oxalémiques (Lieper). Chez les sujets jeunes, les arthritiques, on observe des crises migraineuses avec vomissements acides et répétés décrits par Rossbach et Lépine sous le nom de *gastroxynsis*, qui pourraient prêter à confusion; il en est de même des *vomissements périodiques de Leyden*, des vomissements incoercibles de la grossesse, du paludisme. Il est enfin d'autres affections nerveuses qui peuvent s'accompagner de crises gastriques : la paralysie générale, la sclérose en plaques, la syringomyélie, l'hystérie.

Le diagnostic de l'*hématémèse tabétique* peut être difficile si les crises gastriques surviennent au cours d'un tabes fruste : le plus souvent, en effet, on pose alors le diagnostic d'ulcère ou de cancer gastrique; le diagnostic est d'autant plus malaisé que l'on confond, en effet, sous le même nom, l'hématémèse tabétique véritable (peu abondante et de sang noir), avec la fausse hématémèse tabétique (plus abondante et de sang rouge), liée à l'évolution, chez un tabétique, d'une lésion gastrique (ulcère, cancer, linite plastique).

PRONOSTIC. — Le pronostic des crises gastriques n'est pas très grave en lui-même, mais il reste fonction du pronostic du tabes. D'autre part, lorsque les crises deviennent subintrantes, elles provoquent un état d'épuisement tel qu'il peut devenir inquiétant; par leur acuité et leur persistance, les douleurs peuvent conduire les malades au suicide.

TRAITEMENT. — On calmera les douleurs au moment de la crise par l'injection de morphine, les applications locales de glace, les courants continus, les vésicatoires morphinés, l'ingestion de potions à la cocaïne, à la belladone, l'aspirine, etc. L'institution d'un régime sévère approprié diminuera très sensiblement le nombre des crises chez les tabétiques dyspeptiques.

La thérapeutique des crises gastriques du tabes s'est encore enrichie en ces dernières années : les injections de 606 ou de néosalvarsan amènent très souvent la disparition des phénomènes douloureux.

L'atténuation des douleurs peut être encore obtenue par la ponction lombaire avec simple évacuation de 20 à 30 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, ou par l'injection *intrarachidienne* ou épidurale de *substances médicamenteuses* (cocaïne, stovaïne, novocaïne); Marinesco préconise l'injection de sulfate de magnésie; on a conseillé également la fibrolysine, l'électromercurol.

Le TRAITEMENT CHIRURGICAL enfin rallie, à l'heure actuelle, de nombreux partisans. Parmi les nombreux procédés imaginés, signalons plus particulièrement l'*opération de Foerster* (section intrarachidienne des racines postérieure des sixième, septième, huitième, neuvième paires dorsales, opération très délicate, comportant une mortalité très élevée, 20 p. 100); l'*opération de Franke* (arrachement du bout central des nerfs intercostaux sectionnés au voisinage de la colonne vertébrale); enfin la *gangliectomie rachidienne dorsale*, proposée par Sicard et Desmarest, opération qui a pour but de pénétrer après laminectomie dans l'espace épidural et d'aller, sans ouvrir la dure-mère, arracher le ganglion dans le trou de conjugaison.

BIBLIOGRAPHIE. — SAINTON et TRONC. Les crises gastriques des tabétiques, *Gaz. des hôpit.*, 8 et 15 fév. 1908. — J.-Ch. ROUX. *Manuel des maladies du tube digestif*, 1907; — Id. *Les lésions du grand sympathique dans le tabes*, Th. de Paris, 1900. — BRELET. L'hématémèse des tabétiques, *Gaz. des hôpit.*, mai 1912. — DÉJERINE, TINEL et ANGHELOFF. *Soc. de neurol.*, fév. 1913. — ROGER et BAUMEL. Thérapeutique intrarachidienne des crises gastriques du tabes, *Presse méd.*, août 1912; — Le traitement chirurgical des crises gastriques du tabes, *Presse méd.*, 23 déc. 1911; 10 juil. 1912; 6 nov. 1912 et *Journ. méd. français*, juillet 1912.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 127. — SAMEDI 8 NOVEMBRE 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 8 NOVEMBRE 1913. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE. — *Anatomie.* — Séance du 5 novembre 1913. — MM. Jacquelin (Charles), 11; Crantin, 4; Jacquelin (André), 8; Dognon, 9; Mlle Samet, 7; MM. Charpin, 8; Vallée, 4; Denoyelle, 6.

Séance du 6 novembre. — MM. Ernst, 8; Gaume, 7; Morice, 8; Buffet, 3; Perrin (Henri), 10; Bertaux (André), 11; Ardillier et Viollet, 7; Mérine, 5.

— L'ENCOMBREMENT DANS LES HOPITAUX DE PARIS. — Le conseil de surveillance de l'Assistance publique examinera, lors de sa prochaine réunion, un projet d'emploi de la subvention de 7 millions 1/2 qui lui est allouée sur la deuxième tranche de l'emprunt municipal de 900 millions.

M. Mesureur, directeur général, propose, dit *le Temps*, auquel nous empruntons ces renseignements : 1° des reconstructions, restaurations ou améliorations dans certains établissements : 1 million 1/2 à Cochin pour les pavillons de malades; 1 million à Tenon pour une salle d'opérations; 700 000 francs à Saint-Louis pour reconstruction de la maternité, etc.; au total 5 729 000 francs; 2° de grosses réparations pour plus d'un million, dans la plupart des autres hôpitaux; 3° enfin l'achat pour 150 000 francs de radium dont la ville de Paris ne possède en propre, dans ses hôpitaux, aucune parcelle.

Il ne s'agit dans tout cela que des travaux les plus urgents, et M. Mesureur déplore que les crédits dont dispose l'Assistance soient si mesurés, si insuffisants, eu égard aux besoins constatés : 5 millions seraient nécessaires pour les réparations et de plus grosses ressources encore pour reconstruire des hôpitaux anciens comme Broca, Beaujon, les Enfants-Malades, etc. On va pour le moment au plus pressé.

« Mais il est hors de doute, écrit M. Mesureur, que l'exécution de ce programme minimum n'apportera aucune amélioration à la situation si pénible qui résulte de l'encombrement de nos hôpitaux, de l'entassement des malades dans nos services. Nous verrons se prolonger cette situation qui pèse si lourdement sur le personnel, qui est la cause initiale de toutes les difficultés d'ordre médical et administratif que nous rencontrons, qui porte le plus grand préjudice à ceux qui viennent chercher la guérison dans nos salles, qui est la source de toutes les réclamations, de toutes les plaintes, de tous les abus inévitables dont la presse se fait souvent l'écho. »

Il existe bien une solution propre à soulager dans le plus bref délai les hôpitaux de cette pléthore de malades, dangereuse et inhumaine.

« Cette solution consisterait à bâtir deux nouveaux hôpitaux de 800 à 1000 lits chacun représentant une dépense de 20 à 24 millions. L'assistance publique est prête depuis longtemps à apporter son concours le plus large et le plus désintéressé à la réalisation de cette œuvre et s'engage à assurer avec ses propres ressources la construction d'un hôpital de 1000 lits. »

M. Mesureur va demander au conseil de surveillance d'émettre le vœu que cette proposition soit faite sans tarder au préfet de la Seine, au Conseil municipal de Paris et au Conseil général de la Seine.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE PHYSIOLOGIE. — Candidats : MM. Battez, Delaunay, Lafon, Lisbonne, Sarvonat, Soula, Tournade.

Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation. — Séance du 5 novembre. — M. Battez : « Quotient respiratoire. » — Note 13.

M. Sarvonat : « Phénomènes thermiques de l'activité musculaire. » — Note 12.

Séance du 6 novembre. — M. Tournade : « Automatisme cardiaque. » — Note 17 1/2.

M. Lafon : « Circulation cérébrale. » — Note 10.

— SECTION D'OPHTALMOLOGIE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure.* — Question donnée : « Du kératocone. »

MM. Fromaget, 17; Ginestous, 14; Tellière, 18.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — Un concours s'ouvrira, le 8 juin 1914, devant la Faculté de médecine de l'université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie

RENSEIGNEMENTS

et clinique médicales à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — Le ministre de la guerre a déposé sur le bureau du Sénat un *projet de loi modifiant la loi de trois ans* du 7 août 1913.

Voici les dispositions concernant les médecins :

Les élèves des grandes écoles. — ART. 3. — L'article 13 de la loi du 7 août 1913 et l'article 23 de la loi du 21 mars 1905 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les jeunes gens admis à l'école du service de santé militaire, à l'école du service de santé de la marine, entreront directement dans ces écoles. Ils seront versés, au cours de deux années et pendant deux mois à chacune d'elles, dans un corps de troupe, à la date du 1er août, pour y servir, la première fois comme soldats, la deuxième fois comme sous-officiers, et participer aux manœuvres.

« Les jeunes gens admis à l'école du service de santé militaire ou à l'école du service de santé de la marine contracteront, lors de leur entrée à l'école, l'engagement de servir pendant six ans dans les armées de terre ou de mer, à compter de leur nomination au grade de médecin ou pharmacien aide-major de deuxième classe, médecin ou pharmacien de troisième classe de la marine.

« Les docteurs en médecine et les pharmaciens diplômés admis directement à l'école d'application du service de santé militaire ou à l'école d'application du service de santé coloniale devront avoir accompli un an de service dans un corps de troupe aux conditions ordinaires avant leur entrée dans ces écoles.

« Les uns et les autres contractent, lors de leur entrée à l'école, l'engagement de servir dans l'armée active pendant six ans à dater de leur nomination au grade de médecin ou pharmacien aide-major de deuxième classe.

« Ceux d'entre eux qui n'ont pas satisfait aux examens de sortie ou qui ont quitté ces écoles pour une cause quelconque sont tenus de compléter, s'il y a lieu, de la manière suivante, les trois années de service exigées par la présente loi moyennant quoi l'engagement qu'ils avaient contracté est annulé :

« Les docteurs en médecine et pharmaciens diplômés de deuxième classe, élèves dans un service de troupe en qualité de médecins ou pharmaciens aides-majors de deuxième classe de réserve. »

Les sursis. — ART. 5. — L'article 15 de la loi du 7 août 1913 et l'article 25 de la loi du 21 mars 1905 sont remplacés par le suivant :

« Les étudiants en médecine et en pharmacie sont autorisés, après une première année de service, qui a pu être précédée d'un ou plusieurs sursis, à demander, pour achever leurs études, des sursis renouvelables d'année en année jusqu'à l'âge de vingt-sept ans révolus. Les étudiants en médecine ou en pharmacie munis de douze inscriptions, qui ont accompli une année de service et subi avec succès l'examen de médecin ou pharmacien auxiliaire, peuvent être nommés à cet emploi, dans la limite des besoins, pour accomplir en cette qualité, immédiatement ou après un ou plusieurs sursis, leurs deuxième et troisième années de service. Ceux qui, en possession du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien auront servi dix-huit mois comme médecin ou pharmacien auxiliaire, et subi avec succès les épreuves du concours pour le grade de médecin ou pharmacien aide-major de réserve, sont nommés à ce grade dans la limite des besoins, et accomplissent en cette qualité le dernier semestre de service dans l'armée active. »

HOMMAGE A M. LE PROFESSEUR PITRES. — La nomination de M. le professeur A. Pitres, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Bordeaux, au grade de commandeur de la Légion d'honneur, fournit à ses collègues, amis et élèves, l'occasion de se réunir pour exprimer leurs sentiments d'affection et de reconnaissance à ce maître dont ils admirent l'œuvre scientifique et universitaire autant que les hautes qualités morales.

Pour lui donner un témoignage de leur admiration et de leur attachement, ils ont formé le projet de lui remettre une plaquette dont l'exécution sera confiée à un artiste de talent.

Une souscription est ouverte à cet effet. Les souscripteurs d'au moins 25 francs recevront un exemplaire en bronze de la plaquette. Les souscripteurs d'au moins 50 francs recevront un exemplaire en argent.

Les adhésions sont reçues par M. le docteur Bitot, médecin des hôpitaux, rue Duffour-Dubergier, 11, Bordeaux.

LA RUE LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — M. Quentin-Bauchard vient de demander au Conseil municipal de donner le nom de Lucas-Championnière à l'une des rues de Paris.

LE SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE PENDANT LA GUERRE DES BALKANS. — M. le professeur agrégé Reverchon fera les 8 novembre et 6 décembre 1913, à dix-sept heures, dans le grand amphithéâtre du Val-de-Grâce, deux conférences sur sa mission en Serbie (juillet-août 1913).

La première sera consacrée au fonctionnement du service de santé en campagne au cours de la deuxième guerre balkanique.

La deuxième à l'évolution et au traitement des blessures de guerre au cours de cette deuxième guerre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Maurice Herrmann (de Reims).

CLINIQUE TARNIER — Un cours de thérapeutique obstétricale commencera à la clinique Tarnier, 89, rue d'Assas, le lundi 10 novembre à cinq heures.

Ce cours comprendra 14 séances (leçons et démonstrations). Les élèves seront individuellement exercés au diagnostic et aux manœuvres obstétricales.

Le droit à verser est de cinquante francs.

COURS DE PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — M. le professeur R. Blanchard commencera son cours le lundi 10 novembre, à quatre heures, au petit amphithéâtre de la Faculté. Il le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme du cours : « Etude générale du parasitisme. Infections à parasites invisibles. Les plathelminthes. »

COURS D'HISTOLOGIE. — M. le professeur Prenant commencera son cours le lundi 10 novembre, à quatre heures, à l'amphithéâtre Vulpian, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

COURS DE PHYSIQUE BIOLOGIQUE. — M. le professeur Weiss commencera son cours le lundi 10 novembre 1913, à cinq heures (amphithéâtre de physique, à la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours : « Physique médicale générale. Principales applications de la mécanique, de la physique moléculaire, de la chaleur, de l'optique, des radiations et de l'électricité aux sciences médicales. »

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE INTERNE. — M. Sicard, agrégé, commencera ses conférences le mardi 11 novembre de *trois heures à quatre heures* (petit amphithéâtre de la Faculté) et les continuera les jeudi, samedi et mardi suivants aux mêmes heures. Sujet de la conférence : « Maladies des glandes vasculaires sanguines, intoxications, maladies des nerfs périphériques ».

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE EXTERNE. — M. Pierre Mocquot, agrégé, commencera ces conférences le lundi 10 novembre 1913, à trois heures (petit amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours : « Affections chirurgicales des membres. »

HOTEL-DIEU. — Le docteur G. Leven fera des leçons les jeudis 13, 20 et 27 novembre à dix heures quarante-cinq, salle Sainte-Monique (service du docteur Caussade). Sujet traité : « Notions nouvelles sur la physiologie de la digestion; applications à la clinique et à la thérapeutique ».

REVUE GÉNÉRALE

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

DU

CANCER DU GROS INTESTIN (RECTUM EXCEPTÉ)

Par M. Paul DUVAL,
Interne des hôpitaux de Paris.

Le cancer du gros intestin, peu étudié jusqu'à ces trente dernières années, a pris depuis un intérêt croissant. Actuellement grâce aux progrès parallèles de la séméiotique et de la technique chirurgicale, son étude clinique devient particulièrement importante, car elle permet de poser un diagnostic précoce, à une époque où une intervention radicale est encore possible.

I

Historique. — Jusqu'en 1878, le cancer du gros intestin n'est guère l'objet que de quelques études anatomo-pathologiques (Cruveilhier, Virchow).

En 1878 s'ouvre la phase chirurgicale avec Güssenbauer et Shede. Puis viennent dans les années suivantes, de 1879 à 1883, un certain nombre d'interventions (Billroth, Czerny, Kraussold, Maydl, Guyon, etc.).

Les nombreux travaux publiés à cette époque, surtout en Allemagne, ont trait presque exclusivement au traitement chirurgical.

L'étude symptomatique n'est encore qu'ébauchée par Bouveret, Jalaguier, König. En 1895, Ruepp publie le premier travail d'ensemble sur le cancer du gros intestin.

Il est suivi par le très important mémoire de de Bovis (1900).

Mais, dit le professeur Quénu, pour faire progresser cette étude du cancer du gros intestin, il faut l'étudier segment par segment. Ce conseil est suivi et l'on voit apparaître les mémoires de Pierre Duval sur le cancer du côlon pelvien (1902) et de Desmarets sur le cancer du cæcum (1907).

Depuis, un certain nombre de publications ont trait aux signes de début (Mathieu) ou aux complications (Lejars, J.-Ch. Roux, Goodale, Kasemeyer, Müller, Savariaud, Viallet, Vignard), sans compter toutes les publications qui ne visent que la technique chirurgicale.

Enfin, au Congrès de chirurgie de 1913, la pathologie et la chirurgie du côlon pelvien ont fait l'objet des deux rapports de Pierre Duval et de Patel.

II

Symptômes. — La fréquence du cancer du gros intestin est assez difficile à préciser. Par rapport aux autres cancers, il vient loin après celui de l'estomac, il est 2 fois et demie plus rare que le cancer du rectum (Tutle).

Le *sujet* est le plus souvent un homme de quarante-cinq à cinquante-cinq ans.

Au delà de soixante ans le cancer est rare.

L'enfant et l'adulte jeune ne présentent guère que des cancers de l'appendice et quelques cas de sarcomes.

Nous n'aurons en vue dans cette étude que le cancer primitif ; le cancer secondaire (à un néoplasme de l'estomac, de l'épiploon, du pelvis) étant le plus souvent masqué dans son évolution par le cancer initial.

L'apparition des premiers symptômes est précédée d'une *période de latence* absolue, de durée indéterminable, probablement assez longue, étant donnée la longueur relative de l'évolution (en dehors de toute complication), à partir de la constatation des premiers symptômes.

Début. — Le début peut être anormal, *brusque ou rapide*; il se fait alors par une *complication révélatrice*, occlusion aiguë le plus souvent, abcès péricancéreux dans un certain nombre de cas; enfin exceptionnellement par une grande hémorragie (Duret) ou par une péritonite généralisée.

Dans la règle, le début est progressif et se fait par des troubles fonctionnels d'importance très variable, souvent peu marqués pendant une longue période. C'est la phase latente des auteurs anciens, mais où l'on doit aujourd'hui poser le diagnostic.

Ces troubles fonctionnels caractérisent essentiellement la première période de la maladie que suivra une deuxième période de tumeur et de cachexie.

Cette division est schématique. Dans nombre d'observations, surtout anciennes, la tumeur est constatée dès le premier examen et les troubles fonctionnels sont à peine indiqués.

Mais, depuis quelques années, une étude plus serrée des symptômes a montré l'extrême fréquence de troubles digestifs, intestinaux, sur lesquels le malade n'attire pas l'attention du médecin, mais qui ont précédé de loin les symptômes graves ou la complication pour lesquels le malade vient consulter.

Or, c'est à cette période de troubles fonctionnels qu'il faudra intervenir, car on a beaucoup plus de chances de pouvoir faire une opération radicale.

Première période. — L'intensité des troubles fonctionnels caractéristiques de cette période est très variable. Ils ne sont jamais tous réunis ; souvent même il n'existe qu'un seul symptôme, au moins pendant un certain temps. Ces symptômes sont groupés sous 3 chefs :

Douleurs,
Troubles gastriques,
Troubles intestinaux.

I. Douleurs. — La douleur constitue le signe le plus constant, mais en dehors de la crise colique qui a une haute valeur diagnostique, ses caractères ne sont souvent pas très tranchés. Elle peut être le seul symptôme pendant longtemps (deux ans); le plus souvent elle est associée à d'autres signes fonctionnels.

Siège. — Elle est rarement généralisée, elle est alors sourde, vague.

La *douleur localisée* est plus fréquente et plus importante. Elle répond souvent *au siège du cancer* où

elle y a son maximum, elle peut être continue ou intermittente; c'est là une constatation fort importante. Mais il faut savoir que parfois la localisation de la douleur se fait *à distance* du néoplasme, dans les régions ombilicale ou lombaire, plus rarement à l'épigastre ou à un autre segment intestinal; dans ce dernier cas, c'est surtout au niveau du cæcum qu'on trouve la douleur, quand le cancer siège en aval, à l'S iliaque par exemple (cas de Le Dentu, Shiller); le cæcum présente souvent alors de la dilatation atonique avec stase.

Les *irradiations* sont variables suivant le siège, elles se font dans la région lombaire, l'aine, la cuisse, l'hémithorax du côté malade. Signalons des irradiations paradoxales, sans rapport avec le siège du néoplasme : douleurs sacrées, coccydynie, douleur dans la région de la hanche, dans plusieurs cas douleurs testiculaires avec gonflement du testicule au moment des crises douloureuses.

Caractères. — Cette douleur peut être continue ou paroxystique.

Continue, c'est une vague plénitude douloureuse en un point de l'abdomen, une sensation de barre transversale, parfois exagérée par la palpation, par les efforts (Palleroni), par la défécation (Desmarets).

La douleur paroxystique est représentée par les *crises de coliques.* D'abord peu vives, durant à peine quelques minutes, ne retenant pas l'attention du malade, elles deviennent peu à peu plus longues, plus intenses, plus fréquentes. C'est une sensation de torsion, de déchirement, naissant sur l'intestin en amont du néoplasme et se dirigeant vers lui en suivant l'intestin. Ces crises sont parfois très fréquentes, toutes les dix ou quinze minutes. Elles se terminent par une sensation de filtration de liquide au point douloureux, accompagnée d'un bruit de glouglou ou par une émission de gaz qui amènent un soulagement immédiat. « La douleur fixe permanente indique la lésion de l'intestin, la crise colique révèle le trouble des fonctions intestinales. » (Pierre Duval.)

Enfin la douleur prendra des caractères spéciaux quand elle sera liée à des réactions coliques ou à des phénomènes d'obstruction. Nous les verrons plus loin.

II. Troubles gastriques. — Ils sont extrêmement variables; ils peuvent manquer complètement comme ils peuvent devenir prédominants. Leur importance diagnostique est minime.

L'*anorexie* est la règle : elle est assez souvent totale, l'anorexie élective pour la viande, la graisse, est moins fréquente que dans le cancer d'estomac. On a signalé quelques cas de boulimie : dans celui d'Homans, il s'agissait d'un enfant atteint de sarcome.

Les *troubles dyspeptiques* peuvent apparaître dès le début. Les malades se plaignent de pesanteur après les repas, parfois trois à quatre heures après le repas : un malade de Gosset avait ainsi une sensation de barre épigastrique trois heures après le repas. Parfois les *douleurs* sont calmées par le régime lacté, par l'alimentation (Mathieu) simulant ainsi l'ulcus gastrique.

Les malades peuvent arriver à un état de dyspepsie grave (dyspepsie stercorale de König) avec atteinte marquée de l'état général, *nausées*, *vomissements* alimentaires, parfois fibreux. Barié a constaté une fois des vomissements marc de café.

On conçoit que ces symptômes puissent égarer le diagnostic si les troubles intestinaux sont très estompés.

Mais dans la règle, ceux-ci sont au premier plan.

III. Troubles intestinaux. — Ce sont :

1° La diarrhée ;
2° La constipation ;
3° L'obstruction intestinale ;
4° Les hémorragies intestinales ;
5° Les réactions coliques ;
6° Les pseudo-crises d'appendicite.

1° La *diarrhée* est assez fréquente. Elle se présente sous différents aspects :

α. Diarrhée *banale*, mais permanente, résistant à toute médication s'accompagnant parfois d'épreintes et de ténesme (Desmarets). Elle peut être le symptôme initial, et le seul signe pendant des mois.

β. *Muqueuse*, glaireuse, *muco-membraneuse*, parfois muco-purulente, traduisant les phénomènes de colite chronique, parfois de durée très longue (quatre ans avant l'apparition d'autres signes de cancer dans un cas de Mathieu). Une colite chronique vraie peut dans ces cas précéder le cancer, constituant un état précancéreux Pour d'autres auteurs, le cancer a une phase latente, pendant laquelle il provoque la colite.

γ. *Dysentériforme*, avec épreintes, ténesme, fréquente surtout dans le cancer sigmoïdien. Rare pour Cramer dans le cancer du cæcum, elle serait loin d'être exceptionnelle pour Desmarets.

δ. Enfin les selles diarrhéiques peuvent contenir des débris de tumeur, atteignant parfois le volume d'un œuf (Déjerine).

On a signalé quelques cas de lientérie (Brünner, Ruepp).

2° La *constipation* est plus fréquente. C'est le symptôme dominant dans un tiers des cas. Elle dure d'abord deux à trois jours cédant aux laxatifs, puis elle devient de plus en plus persistante et rebelle. Le volume des matières diminue. Les selles, malgré la constipation sont souvent molles, presque diarrhéiques, surtout dans le cancer du cæcum. Dans le cancer sigmoïdien, les matières peuvent être dures, ovillées, rubannées, mais c'est là un signe inconstant et infidèle.

Des *alternatives de diarrhée et de constipation* peuvent apparaître assez fréquemment, constituant un assez bon signe de début pour Desmarets.

Cependant la constipation reste prédominante; elle résiste à toute thérapeutique; les périodes de constipation deviennent de plus en plus longues et se terminent par des débâcles, l'obstruction est constituée.

3° L'*obstruction intestinale* n'est pas une complication, c'est un symptôme et très caractéristique, elle suffit à poser une indication opératoire.

A quel moment exactement prend-elle naissance?

Il est difficile de le préciser, cependant des signes nouveaux vont apparaître.

La douleur se généralise : c'est une sensation de plénitude douloureuse dans tout l'abdomen. Elle peut présenter un maximum fixe, soit au siège de la tumeur, soit en amont sur l'intestin. A cette douleur fixe s'ajoutent des douleurs paroxystiques analogues à celles de la crise colique du début, mais plus intenses, plus longues, traduisant les contractions péristaltiques de l'intestin.

Les troubles digestifs prennent des caractères spéciaux : l'inappétence est absolue, la langue sale, les malades ont une saveur spéciale dans la bouche, un *goût de matières fécales*, plus spécial pour Després à l'obstruction par cancer, avec odeur correspondante de l'haleine. Les *nausées* sont de règle, mais les vomissements sont rares, peu abondants ou peu nombreux quand ils existent; ils sont alimentaires ou bilieux. On constate également des éructations, des borborygmes se reproduisant au même point, soulageant la douleur; ils sont inconstants.

La *constipation est absolue* mais il n'y a pas le plus souvent d'arrêt complet des gaz.

A l'examen, le ventre apparaît ballonné. Mais ce *ballonnement* peut être localisé au début.

a. A la région ombilicale, avec signes de fausse ascite dans le cancer du cæcum;

b. A la fosse iliaque droite, ce qui est fréquent dans toute obstruction siégeant en aval du cæcum : le ballonnement s'accompagne du syndrome de Bouveret;

c. A l'épigastre, au flanc gauche, aux côlons tout entiers parfois.

Au bout de quelque temps, le ballonnement se généralise et le médecin, qui n'est souvent appelé qu'à ce moment, constate un ventre uniformément distendu, s'opposant à la palpation. Ce météorisme est parfois assez intense pour occasionner de la dyspnée.

La palpation est douloureuse, mais ne révèle pas un point douloureux maximum.

L'auscultation de la région sténosée fait entendre parfois un bruit métallique éclatant (signe de Wilms).

Les *contractions péristaltiques* sont très fréquentes et très utiles au diagnostic. Elles se produisent spontanément quand on découvre le malade, ou sont réveillées par la percussion. Visibles sur la paroi et accessibles à la palpation, on peut les suivre se dirigeant vers le point rétréci, situé en aval. Elles peuvent servir au diagnostic du siège; elles constituent un signe très utile, mais dont la valeur n'est pas absolue : chez les malades ayant eu de nombreuses crises d'obstructions l'intestin est parésié immédiatement au-dessus de la tumeur, la contraction péristaltique se produit à distance, en amont, là où la musculeuse intestinale est intacte.

Les *signes généraux* ne tardent pas à apparaître : le malade est anxieux, il reste alité, en proie à l'insomnie, il a horreur du moindre effort; son teint est terreux. La température reste généralement normale; toutefois Pierre Duval signale de légères élévations thermiques; le pouls est normal ou accéléré (100 pulsations à la minute).

La durée est variable, mais augmente à chaque crise; elle atteint fréquemment huit à quinze jours, plus rarement vingt à trente jours et même quatre-vingt-huit jours (Eichhorst).

La terminaison se fait, soit par occlusion aiguë, soit par une débâcle qui dure vingt-quatre à quarante-huit heures, très abondante, très fétide, contenant assez souvent du pus. Le malade de Jacobs présentait des débâcles purulentes.

Après une débâcle, on doit agir comme si le diagnostic était absolument ferme et, sans attendre l'apparition d'autres symptômes, profiter de la période d'accalmie qui suit la crise d'obstruction pour pratiquer une opération : laparotomie exploratrice ou intervention dirigée directement vers le segment intestinal atteint si on a des signes de localisation.

Ces crises d'obstruction se reproduisent à intervalles variables, amenant une cachexie progressive ou aboutissant à l'occlusion aiguë.

Les signes fonctionnels que nous avons vus jusqu'ici sont capitaux; les suivants ont moins d'importance.

4° Les *hémorragies intestinales* sont très inconstantes; elles existent dans 20 p. 100 des cas seulement pour Körte. Ce peut être :

a. Du sang rouge pur, abondant, cas très rare, surtout dans le cancer haut situé, parfois elles entraînent un état anémique grave (Czerny). Dans certains cas elles simulent la colite hémorragique (cas de Mathieu). L'hémorragie peut être révélatrice d'un cancer latent (Lowson).

b. Du sang rouge mélangé aux matières; le plus souvent ce sont des stries sanguinolentes, mais il peut s'agir aussi de selles muco-sanguinolentes; celles-ci sont souvent liées à la polypose intestinale qui coexiste avec le cancer dans 50 p. 100 des cas de polypose pour Quénu. Les selles sont alors très fréquentes, quinze à vingt par jour, le sang est mélangé au mucus qui lui donne un aspect chocolat, gluant, fétide.

Nous avons déjà signalé les selles dysentériformes.

c. Du melæna. Les selles sont noires, poisseuses, marc de café, contenant parfois du pus et des débris de tumeur.

Le melæna prémonitoire constitue une des formes anormales de début.

d. Les hémorragies occultes, révélées seulement par la réaction de Weber ou de Meyer, sont assez fréquentes. Leur constatation constante au cours d'examens en série sont en faveur du cancer.

5° Les *réactions coliques* surviennent par crises, au cours d'un néoplasme qui donne souvent peu de signes par lui-même, surtout au début de son évolution.

Le malade présente pendant deux à quatre jours de la constipation, un malaise vague avec état nauséeux, puis survient une douleur extrêmement violente le long du côlon; c'est une sensation de barre transversale. Au bout de quelques heures à vingt-quatre heures, une débâcle diarrhéique se produit, puis un vomissement souvent unique, apparaissant après la dernière selle (Mathieu). Il est alimentaire

si le malade a mangé depuis peu, glaireux dans tous les autres cas.

6° Les *pseudo-crises d'appendicite* sont rares en dehors des deux cas suivants :

a. Dans le cancer du cæcum ; mais l'absence de fièvre constitue le seul signe diagnostique (Desmarets) ;

b. Dans le cancer appendiculaire, où elle est fréquente, offrant le tableau complet de l'appendicite aiguë. Souvent le diagnostic n'est fait qu'à l'examen histologique (Rolleston, Nélaton, Jalaguier).

SIGNES GÉNÉRAUX. — L'*amaigrissement* est parfois très précoce, sans rapport avec les autres symptômes.

Dans ce cas, il permet seul de soupçonner le cancer. Parfois, il est dû à l'intensité des troubles fonctionnels; le malade, pour éviter les douleurs et l'obstruction, restreint son alimentation ; il s'agit d'une cachexie de famélisme.

L'embonpoint peut persister dans d'autres cas jusqu'à une période avancée.

Examen du sang. — L'*anémie* est le symptôme dominant. Les globules rouges sont diminués de nombre (3 000 000 ou moins, 1 500 000 même), leur valeur globulaire est diminuée. Parfois le sang présente les caractères de l'anémie pernicieuse (Lereboullet et Tixier).

Les globules blancs présentent une augmentation de nombre : 12 000 à 15 000, augmentation qui peut devenir très importante (20 000, 30 000) quand la tumeur est ulcérée.

Le sang contient des *hémolysines.*

SIGNES PHYSIQUES. — Ils manquent souvent à cette période, mais quand les signes fonctionnels sont nets ils commandent de tenir la même conduite qu'en présence d'un cancer avéré. Les signes physiques sont surtout des signes de localisation.

Pendant les périodes d'obstruction, le tableau est celui que nous avons vu plus haut : les contractions péristaltiques n'ont pas une valeur absolue pour la localisation.

En dehors de ces cas, on constate :

A l'*inspection*, parfois un *ballonnement* localisé avec tympanisme, très inconstant. Le *péristaltisme* localisé peut exister en dehors des crises d'obstruction avec un abdomen absolument souple (Graff).

La *palpation* ne révèle souvent rien. Dans d'autres cas, on constate un empâtement vague, une *résistance* profonde, mal limitée, en une région de l'abdomen.

C'est cependant une bonne indication quand il existe des signes fonctionnels faisant soupçonner le cancer. La palpation peut provoquer une douleur en un point fixe.

L'auscultation au niveau du point rétréci (cæcum surtout) ne donne pas de résultats appréciables.

L'insuffisance des signes physiques fournis par l'exploration clinique oblige à recourir à quelques recherches spéciales.

Radiologie. — L'examen radiologique se fera après un repas bismuthé si l'on soupçonne un cancer du cæcum. Dans tous les autres cas, on préférera le lavement bismuthé qui, même pour l'exploration du cæcum, donnera avec une bonne technique d'excellents résultats.

Suivant le conseil de Haenich, on suivra à l'écran radioscopique la progression du bismuth et on fera des radiographies des principaux temps de sa progression.

On verra, soit le bismuth arrêté au niveau de la lésion sténosante, ou plus rarement filtrant dans la portion rétrécie qu'il dessine sous forme d'une traînée noire, tantôt filiforme, tantôt moins rétrécie, irrégulière (cancer latéral végétant) ; enfin, si le bismuth franchit le rétrécissement, on a une image complète : deux zones noires réunies par une traînée opaque ; le segment intestinal sous-jacent au cancer apparaît de calibre normal, sauf parfois quand c'est la partie supérieure du rectum. Le segment sous-jacent est dilaté, plus rarement spasmodiquement contracté. Il faudra toujours au moins deux examens radiologiques.

L'*insufflation du côlon* (Körte et Sonnenburg) dilate la partie de l'intestin située au-dessous de l'obstacle; c'est un signe infidèle.

L'injection d'eau dans le gros intestin a été pratiquée par Briquet ; normalement le gros intestin peut recevoir 2 litres d'eau. Si cette quantité ne pénètre pas, c'est qu'il y a un obstacle sur le gros intestin.

Les signes de Körte et de Briquet ne sont plus aujourd'hui que des moyens de fortune, parfois dangereux, qu'il ne faut jamais employer en période d'obstruction et auxquels on doit toujours préférer l'examen radiologique.

Deuxième période (tumeur et cachexie). — SIGNES PHYSIQUES. — Les signes physiques se résument dans la constatation de la tumeur.

La *tumeur* est souvent tardive. Elle peut manquer complètement pendant toute l'évolution.

Le *siège* est variable suivant la portion d'intestin dégénéré.

A l'*inspection*, elle se révèle rarement par une voussure.

C'est la *palpation* qui la révélera, surtout en dehors de toute crise d'obstruction, sinon le météorisme gêne la palpation. La tumeur est dure, inégale, bosselée, peu douloureuse au palper.

La *forme* est tantôt arrondie, tantôt allongée suivant le grand axe de l'intestin quand elle est plus volumineuse Elle est en général assez peu régulière.

Les *dimensions* varient de celles d'un œuf ou d'une mandarine à celle du poing ou des deux poings. Il faut dans ce volume faire la part des ganglions et des matières fécales accumulées en amont. Aussi le volume est-il sujet à des variations ; il diminue à la suite des débâcles (Eichhorst).

Les *limites* de la tumeur peuvent être nettes quand il s'agit d'une petite tumeur à bosselures dures. Bien souvent on ne trouve qu'un empâtement diffus, parfois très étendu, dans les cas de tumeur volumineuse et adhérente.

La *mobilité* des tumeurs du gros intestin est très spéciale. Elle peut être spontanée ou provoquée. La

mobilité spontanée est très caractéristique des néoplasmes intestinaux ; la tumeur est intermittente ou est retrouvée à distance; par exemple une tumeur de la fosse iliaque droite passe à l'ombilic (Lardennois), à l'épigastre, s'abaisse à l'hypogastre ou même dans le petit bassin. Parfois cette mobilité n'est qu'apparente, due à la disparition de tumeurs stercorales ou de contractures intestinales, la véritable tumeur étant seule retrouvée à un examen ultérieur. Mais dans d'autres cas il s'agit de mobilité vraie, rendue possible par l'allongement du méso sous le poids du néoplasme.

La mobilité provoquée existe toujours au début, elle est variable suivant le siège :

a. Très grande dans le cancer du côlon pelvien;

b. Grande dans le cancer du côlon transverse; moindre quand on se rapproche des angles;

c. Très notable dans le cancer du cæcum;

d. Presque nulle sur les côlons ascendant et descendant.

Plus tard, la tumeur est immobile par suite de ses adhérences. D'ailleurs la mobilité est souvent trompeuse, et telle tumeur qui jouissait de mouvements assez étendus fut trouvée presque soudée à la paroi.

Enfin, la palpation permettra parfois de sentir un froissement superficiel (Köcher) ou des borborygmes au niveau de la tumeur. On a constaté quelques cas de néoplasme pulsatile (tumeur soulevée par une artère sous-jacente).

Quand il y a dilatation et stase au niveau du cæcum, on obtiendra par la succussion la production d'un bruit de clapotement cæcal (Bouveret, de Bovis). A la percussion, la tumeur rend un son voilé, submat ou « tympanique assourdi », dit de Bovis.

Le toucher vaginal ou rectal sera employé dans certaines localisations.

Parfois la tumeur est double (une sur le côlon ascendant, une sur le côlon transverse, Feugler) ou associée à une tumeur stomacale : cancer gastrique et néoplasme iléo-pelvien (Mathieu).

Signes fonctionnels. — Les signes fonctionnels sont les mêmes qu'à la première période : constipation, obstruction croissante retentissant sur l'état général. Parfois les phénomènes d'occlusion cessent brusquement par suite de l'élimination de bourgeons cancéreux et de l'installation d'un processus ulcératif.

Dans un certain nombre de cas la constipation qui dominait depuis des mois fait place à cette période à une *diarrhée toxi-infectieuse* permanente, aqueuse, sanieuse, très fétide, épuisant le malade. Cette diarrhée traduit la toxi-infection née au niveau de l'ulcération cancéreuse.

Les douleurs peuvent prendre des caractères spéciaux; ce sont des névralgies occupant des territoires nerveux à distance, dans les membres inférieurs surtout. Elles sont dues à des compressions nerveuses variables avec le siège du néoplasme.

Signes généraux. — A cette période, l'atteinte de l'état général est constante et marquée.

L'amaigrissement ne manque jamais, mais il est variable, il n'est que de 5 à 10 kilos lorsque son début a été tardif, mais quand le malade maigrit considérablement dès l'apparition des premiers troubles fonctionnels, perdant jusqu'à 20 kilos en trois mois ou un an, son poids à cette période est souvent diminué d'un tiers.

L'amaigrissement peut être rapide chez des malades qui avaient conservé leur embonpoint, lorsque survient la diarrhée spéciale de la période terminale.

Le malade arrive ainsi à un état de cachexie complète; les téguments sont plissés, gardant les plis qu'on leur imprime.

Le teint est tantôt jaune paille, ce qui est moins fréquent que dans les autres cancers; tantôt plombé, ce qui est la règle dans l'obstruction; rarement pâle, blafard, dans les formes anémiques.

Le malade se plaint de céphalée, de vertiges, de frissons, de dyspnée qui peut être une dyspnée toxique ou une dyspnée de compression due au météorisme.

L'examen des urines révélera de l'hypoazoturie et inconstamment de l'albuminurie légère ou de la phosphaturie.

La température est normale, ou tend à descendre au-dessous de la normale. Toute élévation de température doit faire craindre une complication suppurative.

Des poussées fugaces à 38 degrés, 38°5 traduisent la résorption septique au niveau du néoplasme ulcéré; elles sont souvent le prélude d'un abcès péricancéreux. Quant à la fièvre néoplasique des anciens auteurs, son existence est bien douteuse.

Le cœur est faible, le pouls petit avec des faux pas; il y a souvent de l'œdème des malléoles ou des points déclives quand le malade est confiné au lit.

Le malade succombe à la cachexie progressive, ou par collapsus cardiaque, ou dans le coma uremique.

Mais très souvent le malade n'arrive pas à une phase de cachexie aussi prononcée et est emporté auparavant par une complication.

III

Complications. — Les complications du cancer du gros intestin sont de trois ordres :

1. Néoplasiques;
2. Mécaniques;
3. Septiques.

I. L'extension du cancer se fait par contiguité ou par métastase.

Cette généralisation est rare ou tardive. Elle manquait complètement dans plusieurs cas suivis jusqu'à l'autopsie (Haussmann, Körte).

La rareté des généralisations postopératoires et des récidives plaide également en faveur de la faible tendance à l'extension dans le cancer du gros intestin.

Les organes envahis sont :

1° Les ganglions lymphatiques dont l'envahissement, plus fréquent que celui des autres organes, est toujours tardif. D'ailleurs lorsque cliniquement les ganglions paraissent atteints, il s'agit souvent de

ganglions inflammatoires, comme le prouvent les cas de ganglions laissés en place au cours d'interventions et n'ayant pas occasionné de récidives (de Bovis, Lennander) d'une part et d'autre part les examens histologiques après ablation (cas de Mayo, Clogg, Tixier, Desmarets).

Les ganglions pris sont ceux qui reçoivent les lymphatiques efférents du segment intestinal atteint de cancer :

Ganglions de l'angle iléo-cæcal et de la chaîne du bord interne du côlon ascendant dans le cancer du cæcum.

Ganglions mésentériques inférieurs dans le cancer sigmoïdien ou du côlon descendant.

Ganglions mésentériques supérieurs dans le cancer du côlon transverse.

Mais la dégénérescence cancéreuse peut porter sur des ganglions plus éloignés : inguinaux, susclaviculaire gauche, axillaires.

2° Le PÉRITOINE peut être atteint de diverses façons : tantôt il existe un noyau secondaire dans l'épiploon ou dans le mésentère; tantôt c'est une péritonite cancéreuse localisée se traduisant par des douleurs et des adhérences ; ultérieurement, un autre organe (vessie) peut être atteint de proche en proche, tantôt enfin il s'agit d'une carcinose péritonéale subaiguë ou chronique ; il y a des douleurs abdominales ; on constate du ballonnement du ventre, une ascite peu abondante, généralement hémorragique. Dans un cas (Desmarets) il y avait une pleurésie hémorragique associée. Un noyau cancéreux peut envahir l'ombilic (Damaschino).

3° Les VISCÈRES. — Le plus fréquemment atteint est le *foie* qui présente les caractères du cancer secondaire (foie marronné). Puis vient le *poumon*.

Les autres viscères sont envahis par contiguïté. La vessie dans un certain nombre de cas a été envahie par un néoplasme du côlon pelvien surtout, rarement de l'appendice ou du cæcum ptosé.

L'intestin grêle peut être atteint soit dans la terminaison de l'iléon par un cancer cæcal s'étendant à la surface de la muqueuse, soit en un point quelconque voisin du côlon et fixé par des adhérences. Cet envahissement des viscères creux peut aboutir à la formation de fistules : entéro-coliques, vésicocoliques.

Exceptionnellement, on trouve des cancers secondaires de l'ovaire, du rein, de la rate, de la prostate.

II. Les **complications mécaniques** sont les plus nombreuses. On y range :

1. L'occlusion aiguë ;
2. L'invagination intestinale ;
3. Le volvulus ;
4. Les hémorragies foudroyantes ;
5. Les troubles de compression ;
6. Les ruptures du gros intestin.

1° L'OCCLUSION AIGUE est la *grande complication* du cancer du gros intestin. Elle survient dans 15 p. 100 des cas de cancer du gros intestin (60 cas sur 400, de Bovis).

Sa fréquence est d'autant plus grande qu'on se rapproche du rectum ; elle est minime au niveau du cæcum où Desmarets n'a relevé que 20 cas d'occlusion sur 220 cancers. Elle atteint son maximum avec les cancers sigmoïdiens qui sont en cause dans 43 p. 100 des occlusions cancéreuses (de Bovis). Cette prédisposition du côlon pelvien serait due pour Mathieu à la force de sa musculature qui le voue au spasme et à sa situation dans une cavité osseuse avec laquelle il a des adhérences; pour de Bovis, à la fréquence à son niveau du squirrhe annulaire.

Parmi les causes provocatrices, on relève l'usage intempestif des purgatifs chez des malades en état d'obstruction. Les corps étrangers jouent également un rôle, surtout les noyaux de fruits que les malades absorbent en grande quantité à cause de leurs propriétés laxatives. Dans ces deux cas la contracture intestinale joue un plus grand rôle que le néoplasme lui-même dans la production de l'occlusion ; plusieurs fois, en effet, Haussmann n'a trouvé à l'autopsie qu'un néoplasme non sténosant.

Dans d'autres cas plus rares il faut invoquer la paralysie, « l'asystolie intestinale » à la suite d'obstruction prolongée, ou même l'œdème de la muqueuse, comme le veut Pierre Duval.

Le début peut être précédé d'une période d'obstruction chronique (c'est ce qui se produit dans deux tiers des cas). Les autres fois il est brusque et assez souvent alors révélateur d'un cancer latent.

Les symptômes sont ceux de toute occlusion aiguë : arrêt complet des matières et des gaz, douleur rapidement généralisée, extrêmement violente. Mais les vomissements sont moins constants que dans les autres variétés d'occlusion. Ils *prennent tardivement le caractère fécaloïde*, du quatrième au huitième jour dans de nombreux cas, parfois du quinzième au vingt-sixième jour (Jacobs, Penrose). Ce fait est peut être dû simplement à ce que le cancer occlusif siège à la partie terminale de l'intestin. En tout cas on ne doit pas attendre l'apparition des vomissements pour intervenir.

Le météorisme empêche souvent tout examen ; le toucher rectal, qui est de règle, permettra parfois d'atteindre un néoplasme de l'S iliaque.

L'état général s'altère rapidement, le facies est grippé ; il y a de l'hypothermie, du refroidissement des extrémités, le pouls s'accélère d'heure en heure, devient filiforme, incomptable, et la mort par collapsus est fatale à bref délai si une intervention assez précoce ne dévie pas le cours des matières.

2° L'INVAGINATION INTESTINALE chronique, bien étudiée par Lejars, est une complication rare, sauf dans le cancer du cæcum, où sa fréquence égale celle de l'occlusion aiguë (21 cas, Desmarets), il s'agit le plus souvent de tumeurs de la valvule de Bauhin. Les autres cas s'appliquent presque tous à l'S iliaque. L'invagination serait cependant plus fréquente que ne le croient les classiques : Kasemeyer en a réuni 85 cas. Chez l'adulte l'invagination est presque toujours due à une tumeur, mais plus souvent à une tumeur bénigne (116 cas).

Le début semble coïncider avec des crises douloureuses de violence croissante.

A la période d'état, il existe des douleurs suivant le trajet de l'intestin ; leur maximum répond à la tête de l'invagination ; il occupe les flancs, la région ombilicale, obligeant le malade à prendre certaines positions, genu-pectorale par exemple. Des crises d'obstruction chronique, semblables aux crises d'obstruction du cancer non invaginé ; cependant l'obstruction est parfois incomplète.

Les hémorragies intestinales constituent un symptôme capital, presque constant (Lejars ne les trouve que dans la moitié des cas, mais plusieurs de ses observations sont très incomplètes). Elles sont le plus souvent peu abondantes ; ce sont des traces de sang rouge striant les selles ; d'autres fois le sang est noir, poisseux. Il existe fréquemment des selles muco-purulentes et parfois du ténesme rectal.

La tumeur, de siège variable, doit être recherchée immédiatement en amont du point douloureux maximum. Elle occupe le plus souvent l'ombilic ou les flancs. Elle présente quelques caractères constants qui permettent de la reconnaître ; c'est une tumeur en boudin, allongée parallèlement au grand axe de l'intestin, très mobile, présentant des déplacements spontanés, à surface lisse, régulière, de consistance élastique.

Le toucher rectal permettra d'atteindre une tumeur de l'S iliaque invaginée dans le rectum.

L'évolution est toujours chronique, des mois et même des années.

3° Le VOLVULUS a été signalé par Ulmann ; le poids de la tumeur favorise la torsion ; on a observé le volvulus du grêle au cours d'obstruction cancéreuse. Il ne s'agit là que de faits anatomiques ; l'étude clinique reste à faire.

4° Les HÉMORRAGIES FOUDROYANTES sont trop exceptionnelles pour mériter plus qu'une mention.

5° Les TROUBLES DE COMPRESSION varient avec le siège, ils sont surtout fréquents dans les cancers du cæcum et l'S iliaque. Nous les reverrons.

6° La RUPTURE de l'intestin est très rare ; on ne la rencontre guère que sur l'S iliaque (Müller). Elle peut être révélée par une douleur immédiate, des frissons, plus souvent la péritonite s'installe insidieusement et peut même rester latente ; la rupture est alors une trouvaille d'autopsie.

Plus rare encore est la rupture diastatique du cæcum, dilaté et atone, au cours de l'évolution d'un cancer du côlon transverse ou de l'S iliaque (de Bovis).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1913)

Canule trachéale. — M. SEBILEAU présente une canule trachéale imaginée par M. Dufourmentel qui lui paraît offrir un grand intérêt pratique. On sait que les trachéotomisés sont de véritables infirmes privés de la parole. Or, la canule présentée par M. Sebileau présente ce double avantage d'être une canule parlante et de permettre le traitement consécutif des rétrécissements ou d'autres altérations de la trachée. Elle a la forme d'une canule ordinaire qui est munie à l'intérieur d'une autre canule mobile, véritable cheminée ascendante dont la partie supérieure pénètre dans le larynx jusqu'au niveau des cordes vocales et devient ainsi une canule parlante. L'inconvénient des canules parlantes ordinaires est d'exciter, par leur extrémité, les granulations laryngées, les bourgeons charnus, et de déterminer chez les malades des douleurs exaspérantes. Elles ont un autre inconvénient; elles permettent bien au malade d'aspirer à son gré, mais elles gênent très souvent l'expiration. Ces inconvénients n'existent plus dans l'ingénieuse canule de Dufourmentel. Elle permet l'expiration aussi bien que l'inspiration, ne provoque aucune irritation sur la muqueuse laryngée et permet très aisément, par son dispositif, de traiter directement les lésions de cette muqueuse. Elle peut même assurer la dilatation permanente et progressive de certains rétrécissements.

M. SIEUR, tout en trouvant très ingénieuse cette canule et tout en ayant reconnu ses avantages chez un malade de M. Sebileau qui la porte, se demande si à la longue l'extrémité rigide de la canule intérieure ne deviendra pas une cause d'irritation pour la trachée et n'amènera pas une arthrite des articulations laryngées.

M. SEBILEAU répond que chez la plupart des trachéotomisés toute la partie de la trachée et du larynx en contact avec la canule est transformée en tissu fibreux. Enfin la disposition de la canule est telle qu'elle n'exerce pas de frottements irritants sur la muqueuse trachéale.

Plaie de la veine fémorale, suture. — M. MORESTIN fait un rapport sur une intéressante observation de M. Picqué (de l'armée) qui soulève la question de la ligature des gros troncs veineux et de la suture des plaies de ces vaisseaux.

Autrefois on se demandait si on pouvait lier, sans danger, un gros vaisseau. Avec une rigoureuse asepsie on était arrivé à admettre que cette ligature pouvait être faite. Mais aujourd'hui on va plus loin et on admet qu'on peut suturer une plaie de ces gros vaisseaux et qu'on doit même préférer la suture à la ligature. Voici l'observation de M. Picqué. Un jeune militaire, faisant office de cuisinier, se donne involontairement un coup de couteau dans le triangle de Scarpa qui est aussitôt suivi d'une hémorragie très abondante. La plaie est tamponnée et le malade est transporté à l'hôpital où M. Picqué constate que le pouls persiste à la poplitée. Il en conclut qu'il s'agit d'une plaie de la veine fémorale; il enlève le tamponnement; un jet de sang noir se produit aussitôt. M. Picqué débride la plaie cutanée et constate une plaie longitudinale de la veine fémorale, au-dessous de l'embouchure de la saphène interne. Avec une aiguille fine et du fil fin, il fait un surjet sur cette plaie, s'assure que la suture est bien étanche. Le but hémostatique qu'il se proposait est donc atteint. Il referme la plaie cutanée, et seize jours après il présentait à la Société le blessé complètement guéri.

Autrefois, avant la période antiseptique, les chirurgiens étaient terrifiés à la pensée de suturer la veine fémorale. Il y avait des accidents dus à la septicité des plaies. On avait donc abandonné la suture pour la ligature. Aujourd'hui on revient à la suture et on admet qu'elle est préférable à la ligature chaque fois qu'elle est possible et réalisable. A défaut de la suture, la ligature reste une ressource acceptable d'autant qu'elle ne donne lieu que très rarement à des accidents consécutifs.

M. QUÉNU, au cours de l'ablation d'un ganglion cancéreux du pli de l'aine, a dû pratiquer une suture sur la veine fémorale déchirée. Il n'y eut, immédiatement après, aucun accident, aucun œdème. Mais après dix jours, il y eut des phénomènes d'infection et de l'œdème secondaire avec des coagulations dans les petites veines du voisinage.

M. Roûtier a lié la veine fémorale au cours de l'ablation d'un ganglion de l'aine compliquant un épithélioma de l'anus. Il n'y eut aucun accident.

En pratiquant la cure radicale d'une hernie crurale, il accrocha la veine et dut la lier. La circulation se rétablit fort bien et il n'y eut aucun accident.

M. Marion, chez une jeune fille qui avait été opérée d'un abcès périappendiculaire et qui avait une éventration, intervint pour enlever l'appendice qui avait été laissé et pour corriger l'éventration. Il ouvrit la veine fémorale, chercha à suturer la plaie fémorale sans y parvenir complètement, et se décida alors à la lier. Il n'y eut aucun accident et cette jeune fille guérit sans aucune varice, sans rien d'anormal.

M. Sebileau fut appelé, un jour, comme chirurgien de garde pour opérer une hernie étranglée. L'interne de service lui ayant demandé de faire l'opération il l'assista. D'un coup de ciseau malheureux il coupa net la veine fémorale. Cela saigna beaucoup. M. Sebileau alla chercher la veine iliaque et la sutura au bout inférieur de la fémorale. L'hémorragie fut arrêtée. Mais huit jours après la malade succombait à un énorme abcès de la région crurale.

Du traitement des plaies par armes à feu. — M. Lejars fait un rapport sur une observation de M. Foisy (de Châteaudun). On a beaucoup discuté, dit-il, dans ces derniers temps, sur le traitement des plaies de ce genre et l'opinion générale semblait être plutôt en faveur de l'abstention. Il y a cependant des cas où l'intervention peut seule sauver les blessés. Le fait suivant en est un exemple. Un braconnier, surpris par un garde forestier, prend la fuite. Il fait une chute et son fusil part tout seul. Le garde forestier, croyant que le braconnier a tiré sur lui, tire à son tour et l'atteint dans le bas du dos. Le blessé est transporté à l'hôpital, où le docteur Foisy constate une vaste brèche remplie d'esquilles et de grains de plomb et se terminant par une large plaie du rectum. Il désinfecte de son mieux la région et applique un bon tamponnement. Le lendemain matin, le malade ayant été remonté par des injections de sérum et de caféine, M. Foisy constatant des signes de pénétration abdominale ouvre le ventre, trouve une anse d'intestin grêle perforée, la suture. Cela fait, après avoir refermé son incision médiane, il pratique une incision dans la fosse iliaque gauche et établit un anus artificiel, dans le but d'obtenir une exclusion du rectum. Cet anus fonctionne bien du mois d'octobre au mois d'avril. Il ne passe rien par la plaie rectale qui, peu à peu, se cicatrise et commence à se fermer.

Au mois de décembre, le malade présente des symptômes d'occlusion intestinale. Nouvelle laparotomie, section d'une bride épiploïque, guérison. La plaie rectale se referme complètement avec seulement un léger point de rétrécissement. M. Foisy ferme alors l'anus contre nature, après sept mois. Guérison complète datant, maintenant, de plus d'un an.

Dans ce cas M. Foisy est intervenu dès les premières indications. Il y avait une perforation intestinale qu'il fallait fermer. Grâce à l'ingénieuse idée d'avoir établi tout de suite un anus contre nature, cette minime plaie rectale a pu se cicatriser, grâce à l'exclusion du rectum. Il faut donc féliciter M. Foisy de sa conduite chirurgicale dans ce cas.

Invagination intestinale. — M. Savariaud fait un rapport sur deux cas d'invagination intestinale adressés, l'un par M. Doyé, l'autre par M. Marquis. Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de quatre ans pris brusquement de douleurs abdominales avec émission de selles sanglantes, diagnostic précoce d'invagination, intervention vingt heures après le début des accidents, guérison. Dans le second cas, un enfant de trois ans est atteint d'invagination; l'opération montre qu'il s'agit d'un diverticule de Meckel retourné, guérison. C'est le diverticule lui-même qui a été, dans ce cas, l'agent provocateur de l'invagination. Ces deux cas étaient favorables à l'intervention en raison de l'âge relativement avancé des petits malades.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France dont le siège est à Paris, 5, rue des Grands-Augustins, nous communique les deux notes suivantes qui exposent son point de vue sur deux questions importantes. Vu le débat prochain qui doit avoir lieu à l'Académie de médecine, nous publions ces deux notes à titre purement documentaire.

LE RENOUVELLEMENT DES ORDONNANCES

« Un projet de décret réglementant la vente des substances vénéneuses est soumis en ce moment à l'examen de l'Académie de médecine; l'article 19 de ce décret a pour but de remédier aux abus qui peuvent se produire lorsque les ordonnances médicales ne spécifient pas si la délivrance du médicament prescrit pourra, ou non, être renouvelée par les pharmaciens.

L'Académie de médecine aura à choisir entre les deux textes suivants :

TEXTE PROPOSÉ PAR LES SYNDICATS PHARMACEUTIQUES

A moins d'indication contraire de l'auteur de la prescription, les ordonnances prescrivant l'aconitine et ses sels, l'acide cyanhydrique en nature, le cyanure de potassium, la digitaline, le haschich et ses préparations, la strophantine, la vératrine et ses sels, ne peuvent être renouvelées, ni par les pharmaciens qui les ont exécutées pour la première fois ni par tout autre pharmacien.

La même interdiction s'applique aux ordonnances prescrivant les alcaloïdes de l'opium ou la cocaïne, ainsi que leurs sels ou dérivés, lorsque ces produits sont délivrés en nature ou sous forme de solutions injectables. Elle s'applique également aux poudres composées à base de cocaïne ou de ses sels renfermant ces substances dans une proportion égale ou supérieure au centième.

TEXTE PROPOSÉ PAR LES SYNDICATS MÉDICAUX

A moins d'indication contraire de l'auteur de la prescription, toute ordonnance comportant des substances vénéneuses du tableau A (1) ne peut être renouvelée par les pharmaciens.

Ces deux propositions ont un but analogue mais, alors que la première limite à un certain nombre de substances particulièrement nocives l'interdiction de renouvellement, la seconde étend cette interdiction à un très grand nombre de préparations exécutées dans les officines.

Le tableau A comprend, en effet, l'aconit, la belladone, le chloroforme, le laudanum, le pavot, etc., toutes substances qui entrent dans la composition des préparations pharmaceutiques les plus courantes : potions, sirops, gargarismes, collyres, pommades, emplâtres, etc.

Il apparaît donc immédiatement que, si la première proposition est d'une application relativement facile, l'adoption de la seconde choquerait profondément les habitudes du public et des médecins eux-mêmes. Combien d'entre eux ne disent-ils pas à leurs malades : faites refaire la potion, le gargarisme ou la pommade.

Jamais le pharmacien le plus prudent n'a refusé de renouveler la délivrance d'un remède à moins que le médecin n'ait assigné une limite au renouvellement, ou qu'il ne s'agisse d'une injection de morphine, d'une poudre à base de cocaïne, en somme d'une substance visée dans la première proposition ci-dessus.

(1) Le tableau A renferme 86 paragraphes visant chacun une ou plusieurs substances.

Cette proposition a déjà reçu l'approbation du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Nul doute que l'Académie de médecine ne la ratifie à son tour. La savante compagnie craindra d'adopter une mesure inapplicable qui engendrerait bientôt, comme toutes les réglementations excessives, un régime de tolérance et qui serait susceptible de provoquer de fâcheuses interprétations.

Si, en cas de silence de l'auteur de la prescription, le pharmacien refusait d'exécuter pour la seconde fois une décoction de pavot, un liniment au chloroforme, une potion renfermant un peu de teinture d'aconit, ne semblerait-il pas vouloir obliger à retourner chez le médecin un malade dont la situation de fortune pourrait ne pas permettre cette nouvelle consultation ?

Il est donc impossible de viser en bloc les substances du tableau A qui, suivant leur degré de dilution, leur destination à l'usage interne ou externe, ou leur administration à tel ou tel malade peuvent rester dangereuses ou être transformées en préparations inoffensives. Seul, le médecin peut savoir si, dans les conditions où il la formule, sa prescription est ou non susceptible de renouvellement; c'est donc à lui de donner à ce sujet une indication à laquelle le pharmacien sera toujours tenu de se conformer. La loi ne doit intervenir que dans les cas où un oubli de la part du médecin pourrait avoir de graves conséquences; c'est dans cet esprit qu'est rédigé le texte proposé par les syndicats pharmaceutiques et approuvé par le Conseil supérieur d'hygiène. »

LA VENTE DES TOXIQUES PAR LES VÉTÉRINAIRES

« D'après la législation actuelle, les vétérinaires ont le droit de *prescrire* les substances vénéneuses destinées au traitement des animaux, mais les pharmaciens seuls peuvent *vendre* ces substances au public.

Cette disposition présente, dans la pratique, l'inconvénient suivant. Lorsque l'animal malade se trouve dans une ferme isolée ou dans une localité dépourvue d'officine, le vétérinaire ne peut, sans violer la loi, lui administrer le médicament nécessaire, si ce médicament renferme une substance inscrite au tableau des toxiques.

Il y a donc lieu d'adopter, pour les vétérinaires, une disposition analogue à celle qui permet aux médecins établis dans les communes ou agglomérations dépourvues d'officine de fournir des médicaments aux personnes près desquelles ils sont appelés. C'est, toutefois, le domicile du propriétaire de l'animal qui doit être pris en considération, plutôt que le domicile du vétérinaire, ce dernier exerçant le plus souvent son art loin de chez lui. On peut même admettre, la médecine vétérinaire ayant fréquemment un caractère d'urgence, que le vétérinaire ait le droit, même dans les communes où il existe une pharmacie, d'administrer lui-même aux animaux des médicaments contenant des substances toxiques.

L'article du décret doit donc être ainsi rédigé :

Les vétérinaires sont autorisés à détenir, pour l'usage de la médecine vétérinaire, les substances visées au présent article. Sans avoir le droit de tenir une officine ouverte, ils sont autorisés, pour le traitement des animaux confiés à leurs soins, à délivrer et à vendre ces substances à leurs clients, *lorsque ceux-ci résident dans des communes ou agglomérations dépourvues de pharmacie. Dans les autres communes, ils jouissent de la même faculté dans le cas où l'administration en est faite par eux-mêmes aux animaux* (1).

Est-il possible d'aller plus loin et d'autoriser les vétérinaires à vendre couramment les médicaments toxiques destinés aux animaux, alors qu'il existe une officine à proximité du lieu où l'animal est en traitement ?

(1) La partie en *italique* constitue une addition du texte proposé à l'Académie de médecine.

Ce serait aller, sans aucune nécessité, contre l'intérêt général et contre l'esprit de la loi.

Le cumul de la médecine avec la pharmacie présente le même inconvénient, qu'il s'agisse du traitement de l'homme ou de celui des animaux. Il n'est pas bon que le juge de l'opportunité d'une médication soit en même temps le débitant du remède. La médecine vétérinaire est, d'ailleurs, une médecine essentiellement économique, le prix du traitement étant subordonné à la valeur de l'animal; l'intérêt du propriétaire, qui est, le plus souvent, un agriculteur, sera donc mieux sauvegardé si l'auteur de la médication ne peut être guidé par aucune considération d'intérêt personnel.

D'autre part, la réglementation relative aux substances vénéneuses a pour but d'établir les responsabilités en cas d'erreur ou d'accident; si le vétérinaire a rédigé une ordonnance et si le pharmacien a préparé le remède, il est facile de retrouver l'auteur de la faute commise et de lui en faire supporter les conséquences; si le vétérinaire a lui-même fourni un toxique connu de lui seul, le défaut d'ordonnance écrite supprimera un important élément d'information.

Au point de vue du contrôle exigé par le service d'inspection, il est certain que la disposition d'une officine se prête, beaucoup mieux que le domicile des vétérinaires, à la surveillance exigée par la loi. Les vétérinaires n'ont aucun local commercial et, lors de la visite de l'inspecteur, ils ne présentent à ce dernier que ce qu'ils veulent bien lui montrer.

La médecine vétérinaire doit donc, comme la médecine humaine, rester, autant que possible, distincte de la pharmacie; le cumul ne doit être toléré qu'à titre exceptionnel.

A ces considérations, les vétérinaires opposent deux ordres d'objections : 1° ils seraient mieux qualifiés que les pharmaciens pour exercer la pharmacie vétérinaire ; 2° la suppression du débit des toxiques, auquel certains d'entre eux se livrent aujourd'hui, ne leur permettrait plus de vivre de leur profession.

La première objection est contredite par le fait que le Codex, dont tous les pharmaciens sont munis, renferme une partie vétérinaire. On peut facilement se convaincre, à la lecture de cette partie de la Pharmacopée, que les procédés de préparation qui s'y trouvent inscrits ne diffèrent pas essentiellement des procédés indiqués dans la première partie. Il est invraisemblable qu'un pharmacien, habitué à toutes les manipulations exigées par le service de la thérapeutique humaine, soit considéré comme incapable d'exécuter une ordonnance clairement rédigée par un vétérinaire.

A la seconde objection, on peut répondre que la concurrence du vétérinaire, dans certaines localités où il existe une pharmacie, privera le titulaire de cette dernière de ressources qui lui sont indispensables et l'obligera à fermer son officine. Déjà, en raison de diverses circonstances, un certain nombre de pharmacies ont disparu des campagnes. Est-il conforme à l'intérêt des populations rurales de les priver des secours pharmaceutiques qui se trouvent aujourd'hui à leur portée ? Et, s'il faut absolument choisir entre la présence d'un vétérinaire et celle d un pharmacien, lequel des deux est appelé à rendre le plus de services autour de lui ? »

FORMULAIRE

RÉGIME DES DIABÉTIQUES

Le régime lacté est souvent ordonné aux diabétiques maigres à dénutrition azotée. Le lait n'est pas toujours toléré et donne souvent soif.

C'est alors que d'excellents résultats ont été obtenus avec le « Képhir Salières », champagne lacté, sans sucre, riche en levures, à la dose d'une canette par jour.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Lyon médical. — (N° 38, 21 sept. 1913.) CHAUSSENDE : Fracture compliquée de la jambe droite.

Marseille médical. — (N° 16, 15 août 1913.) RISS : De l'emploi des compresses chauffantes électriques en gynécologie et chirurgie abdominale. — L. IMBERT et P. MOIROUD : Tumeur à fibres musculaires lisses éliminée spontanément par une cicatrice de laparotomie. — ROUX DE BRIGNOLES et WEIL : Cure radicale de l'éventration par la suture métallique à fil perdu. — ROUX DE BRIGNOLES : Luxation du ménisque interne du genou droit; réduction. — (N° 17, 1er sept.) L. LOUBET : Plaie et suture du canal thoracique; guérison. — J. ESCAT : Calcul dans un rein en fer à cheval; néphrolithotomie; guérison. — L. IMBERT et P. MOIROUD : Traumatisme du poignet; — Tumeur para-intestinale. — DELANGLADE et MICHEL : Inondation des voies aériennes au cours d'une gastro-entéro-anastomose. — GAIDE : Note sur le traitement par l'émétine des abcès du foie et de la dysenterie d'origine amibienne; — Fracture ancienne de la voûte du crâne sans plaie suivie d'accidents cérébraux localisés et non traitée; amélioration progressive. — ROUX DE BRIGNOLES : Intoxication saturnine par balle de revolver séjournant depuis vingt ans dans la paroi thoracique. — (N° 18, 15 sept.) A. SAUVAN : Les méthodes modernes d'exploration physique du tube digestif. — L. IMBERT et P. MOIROUD : Syphilome du testicule.

Medizinische Blätter. — (N° 15, 2 août 1913.) MASCHINSKY : Emploi thérapeutique de l'inhalation.

Montpellier médical. — (N° 36, 7 sept. 1913.) Paul DELMAS : La scolarité médicale de Montpellier au XVIe siècle (*fin*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 32, 12 août 1913.) L. ASCHOFF : Comment naissent les calculs de cholestérine pure. — H. BODMER : Chimiothérapie de la tuberculose pulmonaire. — H. SCHLIMPERT et E. ISSEL : La réaction d'Abderhalden avec du placenta et du sérum d'animal. — P. JUNGMANN : Relation du système nerveux et de la fonction rénale. — H. DIETLEN : Orthodiagraphie et téléröntgenographie comme méthode pour la mesure du cœur. — C. JUNGLING : La méthode de désinfection de la peau par la teinture d'iode comporte-t-elle un danger pour le médecin opérant? — J. BENARIO : Sur la pathologie et le traitement du diabète insipide. — F. WEBER : Un cas d'empalement. — A. ZIMBLER : Un cas de perforation de l'utérus par un corps étranger. — G. ESPENT : Rupture de l'utérus après pituglandol. — W. BŒCKER : Sur le traitement opératoire de l'œdème chronique.

Normandie médicale. — (N° 16, 15 août 1913.) Raoul BRUNON : Alcool et tuberculose. Historique. Les boissons fermentées chez les anciens et les primitifs. — (N° 17, 1er sept.) A. CERNÉ : Syndrome de sténose de l'angle duodéno-jéjunal produit par une incarcération totale de l'intestin grêle. — DESHAYES : De la dépopulation en France et du malthusianisme. — LENORMAND : Lutte contre la mortalité infantile. Création au Havre d'un « Comité municipal pour la protection des enfants du premier âge et l'assistance maternelle ». — (N° 18, 15 sept.) LECAPLAIN : La gymnastique à l'époque grecque. Vase grec du musée d'antiquités de Rouen.

Policlinico. — (Oct. 1913, fasc. 10.) *Section médicale.* R. MASSALONGO et V. GASPERINI : L'ostéoarthropathie hypertrophique pneumonique. — G. IZAR : Un cas d'abcès du poumon guéri par le pneumothorax artificiel. — Cesare PEZZI : Considérations sur deux cas de dissociation atrioventriculaire complète. — Tommaso PONTANO : Rapports entre les maladies dues à l'emploi des sérums et les phénomènes anaphylactiques.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DU 17 AU 22 NOVEMBRE 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 17 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 18 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

Mercredi 19 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

1er (oral).

3e (oral, 2e partie).

Jeudi 20 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 2e partie).

4e.

Vendredi 21 novembre. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 22 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Mercredi 19 novembre, à une heure. — M. LONGEVIALLE. Les effets de sucrage du lait dans le traitement des dyspepsies infantiles avec vomissements. Etude de chirurgie et clinique. (MM. Pouchet, président; Letulle, Lemierre et Henri Labbé.) — M. ECHENOZ. Recherches expérimentales sur l'antagonisme du bacille hyocyanique et du vibrion cholérique. (MM. Pouchet, président; Letulle, Lemierre et Henri Labbé.) — M. LEBOSSE. Les métastases sous-cutanées dans le cancer épithélial. (MM. Letulle, président; Pouchet, Lemierre et Henri Labbé.)

Jeudi 20 novembre, à une heure. — M. GESLIN. Korbons. Histoire d'une station thermale d'Afrique. (MM. Chantemesse, président; Chauffard, Widal et Tanon.) — M. GUYOT. Ulcérations et perforations gastriques au cours de la fièvre typhoïde. (MM. Chauffard, président; Chantemesse, Widal et Tanon.) — M. PETIT. Méningite syphilitique et méningite tuberculeuse chez l'adulte. (Essai de diagnostic différentiel.) (MM. Widal, président; Chantemesse, Chauffard et Tanon.) — M. SASPORTAS. Contribution à l'étude du zona ophtalmique. (MM. de Lapersonne, président; Quénu, Terrien et Mocquot.) — M. IGNARD. Contribution à l'étude de la tuberculose hypertrophique de l'intestin grêle. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Terrien et Mocquot.) — M. DELLAC. La forme frissonnante de la phlébite typhique. (MM. Thoinot, président; Pierre Marie, Gougerot et Ribierre.) — M. FRETTE. Contribution à l'étude de l'insuffisance surrénale aiguë à forme encéphalopathique. (MM. Thoinot, président; Pierre Marie, Gougerot et Ribierre.) — M. PETIT. L'ulcère traumatique de l'estomac. (MM. Thoinot, président; Pierre Marie, Gougerot et Ribierre.) — M. HUGUET. Observations et réflexions sur la paralysie générale dans le jeune âge et la syphilis héréditaire. (MM. Pierre Marie, président; Thoinot, Gougerot et Ribierre.) — M. BRISSON. Recherches faites sur la réaction de Wassermann et sur les résultats obtenus par l'emploi du salvarsan et du néosalvarsan chez les femmes enceintes et les nouveau-nés. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Jeannin et Sauvage.) — M. PERADON. Contribution à l'étude de l'opération césarienne moderne. Indications. Technique opératoire. Résultats. Suites opératoires. Statistique de la Maternité de l'hôpital Boucicaut, 1908-1913 (juillet). (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Bar, Jeannin et Sauvage.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges.
PARIS.
Sirop Roche
Ch. Weiss
THIOCOL
COMPRIMÉS ROCHE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Lecture. — *Anatomie.* — Séance du 7 novembre 1913. — MM. Hufnagel, 9; Fatou, 3; Aubin et Sedan-Miégeviolle, 8; Kahn (Georges), 10; Gibert et Wroczynski, 9.

Séance du 8 novembre. — MM. Constantin, 6; Piot, 3; Parcheminey et Mercier, 8; Béhague, 7; Tourneix, 12; Ulmann, 7; Cojan, 10.

Pathologie. — Séance du 8 novembre. — MM. Coty et Thinh, 9; Martin, 5; Mme de Tannenberg, 8; MM. Mordret, 9; Boucheron, 6; Plait, 5; Mlle Romme, 11; MM. Sédillot, 4; Grimbert, 6.

— Concours de l'externat. — *Epreuve supplémentaire.* — Séance du 8 novembre. — Question donnée : « Signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou. »

MM. Maleysson, 15; Marchal, 17; Boulin, 17 1/2; Meyer, 16; Mlles Brian, 14 1/2; de Saussines, 16 1/2; M. Bernard (Etienne), 15 1/2.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Section de physiologie. — *Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 7 novembre. — M. Lisbonne : « Ration alimentaire. » — Note 14.

M. Delaunay : « Physiologie de la vessie. » — Note 14.

Exposé des travaux personnels. — Séance du 8 novembre. — MM. Soula, 30; Lafon, 31; Battez, 28; Lisbonne, 35; Tournade, 21; Sarvonat, 28; Delaunay, 35.

Sont admis aux épreuves définitives : MM. Battez, Delaunay, Lafon, Lisbonne, Sarvonat, Soula, Tournade.

Ordre de passage pour la leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre : MM. Sarvonat, Soula, Delaunay, Lafon, Lisbonne, Tournade, Battez.

— Section d'ophtalmologie. — *Epreuve de titres.* — MM. Teulières, 16 × 2 = 32; Ginestous, 16 × 2 = 32; Fromaget, 15 × 2 = 30.

GUERRE. — M. le médecin-major de première classe Baussenat, de la septième direction du ministère de la guerre, a été détaché au secrétariat général.

LE SERVICE MÉDICAL A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS. — Par décision du conseil de questure en date du 7 novembre, le docteur Husson, médecin suppléant du personnel de la Chambre des députés, passe médecin titulaire en remplacement du docteur Bélières, décédé, et le docteur Peter est nommé médecin suppléant en remplacement du docteur Husson.

LE CENTENAIRE DE L'IODE. — La ville de Dijon a célébré dimanche le centenaire de la découverte de l'iode par le chimiste dijonnais Bernard Courtois.

C'est en 1812 que Courtois parvint à extraire de l'iode d'une lessive de varech; un an après, le 29 décembre 1913, le dijonnais Clément présenta l'iode à l'Académie des sciences et lut un mémoire intitulé : « Découverte d'une substance nouvelle dans le varech, par B. Courtois. »

M. C. Matignon, en rappelant ces faits au cours d'une conférence à l'hôtel de ville de Dijon, a montré l'importance capitale de cette découverte que complétèrent bientôt les beaux travaux de Gay-Lussac et de J.-B. Dumas.

Rappelons encore que la première application thérapeutique de l'iode est due au génevois Coindet qui, en 1820, en préconisa l'emploi dans le goitre.

LA SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE tiendra sa prochaine séance le mardi 11 novembre 1913, à quatre heures trois quarts très précises, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Rappelons que la séance du mardi 9 décembre est, conformément aux statuts, la séance solennelle.

Comme les années précédentes, elle présentera un intérêt particulier en raison des hautes personnalités qui la présideront et des travaux qui y seront communiqués. Elle sera suivie d'un banquet.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 20 novembre 1913, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Un cours pratique sur les maladies des voies urinaires, sous la direction du docteur Genouville, chirurgien chef du service des maladies des voies urinaires à l'hôpital Saint-Joseph, assisté des docteurs Lacaille, assistant de consultation, et Dalençon, chef de clinique, commencera le mardi 18 novembre 1913, à trois heures, au dispensaire de l'hôpital Saint-Joseph, 1, rue Pierre-Larousse, et continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Le droit à verser est fixé à 50 francs.

S'inscrire chez le docteur Genouville, 75, rue de Lille, ou chez le docteur Lacaille, 65, rue d'Amsterdam.

RÉPERTOIRE

DES

DOCTEURS EN MÉDECINE

Reçus par les Facultés françaises

PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1912-1913

avec l'indication du sujet de leur thèse,

Par M. le docteur CH. DARRAS.

Le répertoire que nous publions aujourd'hui donne des indications à la fois biographiques et bibliographiques.

BIOGRAPHIE : Nom, prénoms, date de la naissance, lieu de la naissance, numéro du diplôme, Faculté devant laquelle la thèse a été soutenue, date de la soutenance de la thèse.

BIBLIOGRAPHIE : Sujet de la thèse, lieu de l'édition, année de l'édition, format, nombre de pages (et de planches), Faculté, année scolaire, numéro de la thèse.

Cette publication poursuit un double but :

1° Au point de vue *biographique* elle constitue la liste officielle et complète de tous les docteurs en médecine reçus par les neuf Facultés françaises en 1912-1913. Les noms des titulaires de diplôme d'Université sont précédés d'un astérisque, ils n'ont pas de numéro de diplôme et portent, en outre, la mention « Doctorat de l'Université », ce qui permet de distinguer facilement les docteurs en médecine n'ayant pas le droit d'exercer en France.

On voit toute l'importance que présente un tel recueil au point de vue de la surveillance de l'exercice illégal de la médecine.

2° Au point de vue *bibliographique*, ce répertoire sera utile aux médecins en leur faisant connaître l'existence et les titres d'un certain nombre de travaux qui pourraient échapper à leurs recherches et en leur donnant des indications précises qui leur permettront de se les procurer facilement (1).

NUMÉROTAGE DES DIPLOMES ET DES THÈSES. — **A. Diplômes.** — Le ministère de l'Instruction publique numérote les diplômes d'Etat des docteurs en médecine par années sociales, du 1er janvier au 31 décembre.

Les titulaires de diplômes d'Université ne portent pas de numéro de diplôme.

Pendant l'année scolaire 1912-1913, 919 diplômes d'Etat ont été obtenus : 325 pendant le quatrième trimestre de 1912, des nos 683 inclus à 1007 inclus; 594 pendant les trois premiers trimestres de 1913, des nos 1 à 594 inclus. Quatre d'entre eux (les nos 1007, de 1912, 171, 305 et 306, de 1913) sont des duplicata de diplômes délivrés au cours d'années antérieures. Il reste donc 915 diplômes d'Etat pour l'année scolaire 1912-1913.

B. Thèses. — 1° *Thèses en vue du doctorat d'Etat.* — Chaque thèse porte un numéro d'ordre.

La Faculté d'ALGER, seule, numérote ses thèses par années sociales, du 1er janvier au 31 décembre.

La Faculté de NANCY désignait habituellement chaque thèse par deux nombres, un numéro d'ordre général et un numéro pour l'année scolaire. Cette année, elle n'a conservé que le numéro d'ordre général et a abandonné le numéro de l'année scolaire.

La Faculté de TOULOUSE qui, depuis son organisation (1891), continuait sa numération d'une année sur l'autre, a commencé, en 1912-1913, un nouveau numérotage.

BORDEAUX, LILLE, LYON, MONTPELLIER et PARIS numérotent par années scolaires.

Les docteurs de BEYROUTH, ne soutenant pas de thèse, n'ont pas de numéro de thèse.

2° *Thèses en vue du doctorat de l'Université.* — A la Faculté de médecine de PARIS les thèses en vue du doctorat de l'Université sont comprises dans le numérotage général.

Rien d'ailleurs ne les distingue souvent des autres. Elles devraient porter régulièrement : « Thèse en vue du diplôme d'Université (mention médecine) » ; mais beaucoup n'ont pas cette rubrique que portent indûment certaines thèses en vue du diplôme d'Etat.

ALGER qui, par arrêté du 6 janvier 1911, a été autorisée à délivrer des diplômes d'Université, n'en a pas encore délivré.

Toutes les thèses de BORDEAUX, en vue du diplôme d'Etat, ont une couverture bleue, celles d'Université ont une couverture verte. Les thèses d'Université de la « Faculté mixte de médecine et de pharmacie » de Bordeaux portent un numérotage spécial qui se poursuit d'années en années, que ce soit des thèses de médecine ou de pharmacie. L'année scolaire 1912-1913 a deux thèses d'Université : le numéro 45 (pharmacie) et le numéro 46 (médecine).

LILLE a un numérotage spécial pour ses thèses d'Université (mention médecine) se continuant d'années en années. A vrai dire, Lille (1) n'a encore eu que deux thèses d'Université, la première (1904-1905) était comprise dans le numérotage général, la seconde (1908-1909) portait le numéro 2 d'un numérotage spécial.

LYON donne à ses thèses d'Université (mention médecine) un numérotage spécial se continuant d'années en années.

MONTPELLIER numérote ses thèses d'Université (mention médecine) spécialement, mais les numéros recommencent à chaque année scolaire.

NANCY comprend ses thèses d'Université dans le numérotage général.

TOULOUSE a pour ses thèses d'Université-médecine un numérotage spécial se continuant d'une année sur l'autre.

Ces différences ne sont pas faites, on le voit, pour faciliter les travaux de bibliographie.

Chaque docteur en médecine porte donc deux numéros : un numéro de diplôme (liste générale annuelle, par année sociale), un numéro de thèse (différent pour chaque Faculté).

Les titulaires de diplômes universitaires ne portent qu'un numéro (le numéro de thèse), puisqu'ils n'ont pas de diplôme délivré par le ministère de l'Instruction publique.

Les docteurs de la Faculté de Beyrouth ne portent qu'un numéro (le numéro de diplôme), puisqu'ils ne soutiennent pas de thèse.

Pour désigner d'une façon exacte son titulaire et permettre les recherches utiles :

Tout numéro de diplôme doit être accompagné du millésime de l'année ;

Tout numéro de thèse doit être accompagné : 1° du nom de la Faculté devant laquelle la thèse a été soutenue; 2° du double millésime de l'année scolaire.

DIPLÔMES DE DOCTEURS EN MÉDECINE DÉLIVRÉS PAR LES FACULTÉS FRANÇAISES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1912-1913 (2)

FACULTÉS	DOCTEURS EN MÉDECINE		TOTAL des THÈSES
	DIPLOME D'ÉTAT	DIPLOME D'UNIVERSITÉ	
Paris	398	35	433
Alger	12	»	12
Bordeaux	101	1	102
Lille	40	»	40
Lyon	115	1	116
Montpellier	114	24	138
Nancy	29	5	34
Toulouse	69	4	73
Beyrouth	37	»	» (*)
TOTAUX	915	70	948
	985		

(*) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

(1) Nous avons évité les abréviations qui peuvent être des causes d'erreur et nous n'avons utilisé que les suivantes : D = Diplôme (ou mieux numéro du Diplôme d'Etat); méd. = médecine; p. = pages; pl. = planches; th. = thèse; univ. = université.

(1) Faculté autorisée à délivrer des diplômes d'université (mention médecine) par arrêté du 24 février 1900.

(2) Aucun diplôme d'officier de santé n'a été délivré depuis le 1er avril 1909.

Pour comparer avec les cinq années scolaires précédentes, voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 2, p. 12, et n° 144, p. 1809; 1910, n° 148, p. 2037; 1911, n° 141, p. 2017, et 1912, n° 135, p. 1885.

I. Répertoire alphabétique.

Abbatucci (Jean-Charles), né le 30 janv. 1885 à Calvi (Corse). D. 173. Paris, 17 avril 1913. *Du syndrome hémoglobinurique des pays chauds. Sa pathogénie, son traitement.* — Paris 1913, in-8 [69 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 218.

***Abd El Hamid Hamdi El Chafei**, né le 26 déc. 1884 à Cheiba El Nakharia (Egypte). Doctorat de l'Université. Paris, 17 avril 1913. *Contribution à l'étude des pleurésies purulentes tuberculeuses de l'enfant.* — Paris 1913, in-8 [72 p.] Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 216.

Acheraoui (Joseph-Ibrahim), né le 20 mars 1887 à Beyrouth (Turquie d'Asie). D. 683. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Adad (Jacob), né le 26 janv. 1887 à Bône (Constantine). D. 79. Alger, 15 fév. 1913. *La technique, les indications et les contre-indications du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.* — Alger 1913, in-8 [105 p.]. Th. méd., Alger 1913, n° 1.

Adam (Paul-Henri-Jean), né le 22 juil. 1887 à Dijon (Côte-d'Or). D. 594. Nancy, 18 juil. 1913. *Recherches sur l'hématome môle.* — Nancy 1913, in-8 [197 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1014.

Adeline (Pierre-Marie-Clément), né le 1er déc. 1887 à Lisieux (Calvados). D. 1, Paris, 13 mars 1913. *Contribution à l'étude de l'origine syphilitique de la maladie de Little.* — Paris 1913, in-8 [69 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 199.

Aguillon (Lucien-Eugène-Adolphe), né le 13 août 1888 à Constantine (Constantine). D. 453. Alger, 11 juin 1913. *Contribution à l'étude clinique des bassins coxalgiques au point de vue obstétrical.* — Alger 1913, in-8 [72 p., 3 pl.]. Th. méd., Alger 1913, n° 8.

Aimes (Alexandre-Marcel), né le 21 sept. 1888 à Montpellier (Hérault). D. 513. Montpellier, 22 juil. 1913. *L'héliothérapie.* — Montpellier 1913, in-8 [297 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 99.

Alary (Henri-François-Joseph), né le 6 juin 1889 à Naucelle (Aveyron). D. 928. Toulouse, 21 déc. 1912. *Contribution à l'étude des tumeurs sarcomateuses des gaines tendineuses.* — Toulouse 1912, in-8 [112 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 15.

Alexandre (Gabriel-René-Fernand), né le 2 oct. 1885 à Pont-Audemer (Eure). D. 720. Paris, 24 oct. 1912. *Tensions artérielles et viscosité sanguine dans le glaucome primitif.* — Paris 1912, in-8 [124 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 6.

Alexandresco (Grégoire), né le 25 janv. 1882 à Tulcea (Roumanie). D. 307. Paris, 16 juil. 1913. *De la nécessité de l'intégrité de la muqueuse utérine au point de vue de l'évolution normale de la gestation.* — Paris 1913, in-8 [112 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 385.

***Alexéeff** (Mme), née **Krutopeisach** (Anastasie), née le 19 mai 1885 à Odessa (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 12 fév. 1913. *Contribution à l'étude clinique de la pigmentation de la muqueuse buccale en dehors de la maladie d'Addison.* — Paris 1913, in-8 [76 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 156.

Allendy (René-Félix), né le 19 fév. 1889 à Paris (Seine). D. 721. Paris, 13 nov. 1912. *L'alchimie et la médecine. Etude sur les théories hermétiques dans l'histoire de la médecine.* — Paris 1912, in-8 [157 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 21.

Alliot (Henri-Auguste-Constant), né le 13 avril 1874 à Paris (Seine). D. 174. Paris, 15 mai 1913. *Cinq années d'observations et d'efforts d'un Bureau d'hygiène. L'œuvre sanitaire française de demain.* — Paris 1913, in-8 [196 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 260.

Aloin (Henri-Jean-François), né le 26 janv. 1887 à Auvillars (Côte-d'Or). D. 487. Lyon, 3 juil. 1913. *De la mucocèle du sinus maxillaire.* — Lyon 1913, in-8 [62 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 98.

Altenbach (Lucien-Emile-Gustave), né le 3 août 1885 à Dijon (Côte-d'Or). D. 722 Paris, 13 nov. 1912. *L'enfant peut-il mourir pendant le travail sans expulser son méconium?* — Paris 1912, in-8 [101 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 16.

Amidieu (Pierre-Jean-Edouard), né le 2 avril 1888 à Chaumont (Haute-Marne). D. 270. Lyon, 7 avril 1913. *De l'allaitement au sein des ouvrières. Chambres d'allaitement.* — Lyon 1913, in-8 [92 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 78.

Andounian (Aram-Kazaz), né le 28 mars 1891 à Diarbékir (Turquie d'Asie). D. 684. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Andraud (Joseph-Honoré-Germain), né le 27 fév. 1888 à Soupex (Aude). D. 175. Paris, 3 mai 1913. *Le rein dans l'hémoglobinurie paroxystique.* — Paris 1913, in-8 [184 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 241.

Andrieu (Marie-Auguste-Pierre-Raymond), né le 6 janv. 1888 à Saint-Julien-d'Empare (Aveyron). D. 176. Paris, 16 avril 1913. *Contribution à l'étude clinique des signes et accidents nerveux dans la maladie du sommeil.* — Paris 1913, in-8 [174 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 212.

Anglès-Dauriac (Henri-Marie-Joseph), né le 22 sept. 1886 à Constantinople (Turquie d'Europe). D. 308. Paris, 18 juil. 1913. *Contribution au traitement opératoire des tumeurs malignes du sinus maxillaire.* — Paris 1913, in-8 [91 p., fig.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 423.

Anrès (André-Marie-Joseph), né le 12 janv. 1890 à Barroux (Vaucluse). D. 488. Lyon, 28 juil. 1913. *De l'aspect radiologique du pneumothorax.* — Lyon 1913, in-8 [50 p., 13 pl.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 115.

Antony (Marcelin-Laurent), né le 6 mai 1885 à Paris (Seine). D. 723. Paris, 21 nov. 1912. *Utilité d'un traitement médical dans les rétrodéviations utérines.* — Paris 1912, in-8 [159 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 48.

Arama (Michel dit Ménahem), né le 2 mai 1885 à Salonique (Turquie d'Europe). D. 177. Paris, 7 mai 1913. *La pyélographie. Nouvelle méthode de diagnostic des affections rénales.* — Paris 1913, in-8 [92 p., 8 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 246.

Ardouin (Louis), né le 22 juin 1886 à Brest (Finistère). D. 80. Alger, 3 mars 1913. *Notes sur trois épidémies de rougeole avec accidents broncho-pneumoniques graves ayant sévi exclusivement dans un quartier populeux d'Oran (les bas quartiers). Excellents résultats du traitement par l'établissement d'abcès de fixation (méthode de Fochier).* — Oran 1913, in-8 [84 p.]. Th. méd., Alger 1913, n° 2.

Armand (Pierre-Edmond-Jean), né le 9 mars 1887 à Cannes (Alpes-Maritimes). D. 965. Bordeaux, 2 déc. 1912. *Contribution à l'étude du traitement des synéchies nasales.* — Bordeaux 1912, in-8 [58 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 17.

Arnal (Henri-Jacques-François-Emmanuel), né le 26 juil. 1888 à Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales). D. 104. Montpellier, 26 fév. 1913. *Les complications urinaires de l'appendicite.* — Montpellier 1913, in-8 [51 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 39.

Arnaud (Aimé-Paul), né le 5 fév. 1879 à Digoin (Saône-et-Loire). D. 514. Montpellier, 24 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'amputation ostéoplastique fémoro-rotulienne (procédé de Gritti).* — Montpellier 1913, in-8 [31 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 101.

Arnaud (Jean-Victor-Julien), né le 1er avril 1874 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 297. Toulouse, 5 avril 1913. *Rapport de l'azote alimentaire avec l'azote urinaire.* — Toulouse 1913, in-8 [91 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 51.

Arnould (Jules-Adolphe-Henri), né le 14 juin 1885 à Maubeuge (Nord). D. 834. Lille, 30 nov. 1912. *Exploration comparée du rein par l'épreuve du bleu et la méthode d'Ambard.* — Lille 1912, in-8 [88 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 6.

Arnoux (Paul-Joseph), né le 11 juin 1885 à Saint-Trivier-de-Courtes (Ain). D. 724. Paris, 27 nov. 1912. *Contribution à l'étude des sténoses tuberculeuses du larynx et de leur traitement chirurgical.* — Paris 1912, in-8 [87 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 63.

Arrighi (Pascal), né le 27 déc. 1886 à Létia (Corse). D. 309. Paris, 3 juil. 1913. *Contribution à l'étude des luxations traumatiques du genou en dehors.* — Paris 1913, in-8 [91 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 334.

Astruc (Edmond-Marie-Jean), né le 22 fév. 1890 à Narbonne (Aude). D. 929. Toulouse, 14 déc. 1912. *Les pratiques révulsives chez les musulmans de l'Afrique du Nord.* — Toulouse 1912, in-8 [68 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 13.

Atger (Joseph-Edgar), né le 27 juillet 1877 à Saint-Sauvant (Vienne). D. 905. Montpellier, 21 déc. 1912. *Les traitements des angiomes et leurs indications particulières.* — Moutpellier 1912, in-8 [68 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 13.

Auboin (Jean-Aimé-Louis), né le 2 mars 1885 à Moncoutant (Deux-Sèvres). D. 966. Bordeaux, 27 déc. 1912. *Contribution à l'étude des collections suppurées ouvertes dans la vessie.* — Bordeaux 1912, in-8 [59 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 53.

Audouard (Gabriel), né le 22 nov. 1889 à Lezoux (Puy-de-Dôme). D. 839. Lyon, 19 nov. 1912. *Extraction des corps étrangers non magnétiques du segment postérieur de*

l'œil. — Trévoux 1912, in-8 [75 p.]. Th. méd. Lyon 1912-1913, n° 7.

Aufaure (Michel-Joseph-Louis), né le 21 août 1886 à Ebreuil (Allier). D. 138. Toulouse, 27 fév. 1913. *Contribution à l'étude pratique de l'ionisation salicylique dans les arthrites en général.* — Toulouse 1913, in-8 [61 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 39.

Augier (Marius-Adolphe), né le 16 août 1886 à Barenton (Manche). D. 566. Nancy, 22 juil. 1913. *Recherches sur l'os frontal de l'homme. Son développement normal et anormal.* — Paris 1913, in-8 [151 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1022.

Autier (Emmanuel-André), né le 3 juil. 1886 à Maubeuge (Nord). D. 2. Paris, 12 fév. 1913. *Contribution expérimentale à l'étude de l'action du phosphore à petites doses sur l'ossification.* — Paris 1913, in-8 [150 p., 1 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 160.

Ayrolles (Henri-Jean-Joseph-François-Paul), né le 29 oct. 1886 à Pia (Pyrénées-Orientales). D. 515. Montpellier, 13 juin 1913. *L'ostéomyélite du nourrisson.* — Montpellier 1913, in-8 [46 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 64.

Babaud (Georges-Roger-Gustave), né le 4 mars 1887 à Alloue (Charente). D. 948. Paris, 26 déc. 1912. *La méningite cérébro-spinale épidémique du nourrisson.* — Paris 1912, in-8 [127 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 109.

Bachelet (François-Paul-Théodule), né le 20 déc. 1887 à Fours (Nièvre). D. 840. Lyon, 9 nov. 1912. *Contribution à l'étude étiologique des érythèmes polymorphes.* — Lyon 1912, in-8 [69 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 3.

Bachy (Georges-Emile-Louis), né le 26 fév. 1883 à Saint-Quentin (Aisne). D. 178. Paris, 8 mai 1913. *De la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire (indications et résultats).* — Amiens 1913, in-8 [182 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 255.

Badolle (Albert-Henri-Valentin), né le 13 nov. 1886 à Thizy (Rhône). D. 489. Lyon, 5 juin 1913. *Le syndrome ostéomalacique (nature et pathogénie).* — Lyon 1913, in-8 [151 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 92.

Bagot (Louis-Eusèbe-Jean), né le 21 oct. 1887 à La Pointe-à-Pitre (Guadeloupe). D. 725. Paris, 12 déc. 1912. *Traitement du rhumatisme articulaire chronique par l'hydrothérapie marine et les agents physiques.* — Paris 1912, in-8 [87 p.]. Th. méd, Paris 1912-1913, n° 96.

Baille (Aubin-Marie-Jules), né le 12 janv. 1885 à Orléans (Loiret). D. 726. Paris, 5 déc. 1912. *Les tuberculoses suppurées. Comment les guérir sûrement par la méthode des ponctions. Les raisons des insuccès.* — Paris 1912, in-8 [50 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 91.

Baillet (Louis-Emile-François), né le 11 avril 1887 à Etaples (Pas-de-Calais). D. 967. Bordeaux, 13 déc. 1912. *Traitement chirurgical des crises gastriques du tabes.* — Bordeaux 1912, in-8 [64 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 28.

***Bakscht** (Mlle Chana-Riva), née le 23 janv./5 fév. 1888 à Loutzk (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 20 nov. 1912. *Contribution à l'étude du traitement des syndromes broncho-pulmonaires de l'enfance.* — Montpellier 1912, in-8 [55 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 1.

Balizeaux (Marcel-Alphonse-Fernand), né le 19 mai 1887 à Rouen (Seine-Inférieure). D. 310. Paris, 16 juil. 1913. *Les fistules jéjuno et gastro-coliques par ulcère perforant à la suite de la gastro-entérostomie.* — Paris 1913, in-8 [112 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 393.

Balland (Marcel-Jules-Eugène-Octave), né le 12 nov. 1884 à Cahors (Lot). D. 727. Paris, 21 nov. 1912. *Cirrhoses syphilitiques simulant les cirrhoses alcooliques.* — Paris 1912, in-8 [69 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 39.

Bantegnie (Gustave-Hector-Victor), né le 30 mars 1886 à Viesly (Nord). D. 256. Lille, 26 avril 1913. *Quelques documents cliniques à propos de la recherche pratique de l'acétone et de l'acide acétylacétique dans l'urine.* — Lille 1913, in-8 [48 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 23.

Baracath (Ragi-Doumith), né le 1er nov. 1884 à Yahchouch (Liban). D. 685. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Barbail (Jules-François-Athanase), né le 2 mai 1886 à Saint-Julien-aux-Bois (Corrèze). D. 139. Toulouse, 13 mars 1913. *Contribution à l'étude de la scarlatine pendant la grossesse.* — Toulouse 1913, in-8 [67 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 48.

Barbet (Firmin-Pierre), né le 24 juil. 1883 à Arras (Pas-de-Calais), D. 311. Paris, 15 juil. 1913. *De l'usage des greffes osseuses dans la cure de pseudarthroses diaphysaires acquises.* — Paris 1913, in-8 [126 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 376.

Bardawil (Wadih-Sélim), né le 11 janv. 1888 à Zahlé (Liban). D. 686. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Bardin (Charles-Auguste), né le 6 juin 1886 à Trept (Isère). D. 271. Lyon, 3 mai 1913. *Des kystes hydatiques du fémur.* — Saint-Etienne 1913, in-8 [63 p., 1 pl.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 83.

Bardy (Ulysse-Daniel-Hubert), né le 17 déc. 1888 à Montmiral (Tarn). D. 81. Alger, 11 mars 1913. *Les métastases pelviennes des cancers de l'estomac.* — Alger 1913, in-8 [121 p.]. Th. méd. Alger 1913, n° 3.

Baré (Jean-Jules-Victor-Eugène), né le 13 juil. 1882 à Rouen (Seine-Inférieure). D. 312. Paris, 16 juil. 1913. *Sur deux formes cliniques d'endocardite infectieuse, forme prolongée et forme méningée.* — Paris 1913, in-8 [112 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 382.

Baronvartian (Vahan), né le 24 sept. 1883 à Kérassunde (Turquie d'Asie). D. 687. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Barras (Louis-Pierre), né le 30 janv. 1885 à Montpellier (Hérault). D. 105. Montpellier, 22 fév. 1913. *Le fétichisme. Restif de la Bretonne fut-il fétichiste?* — Montpellier 1913, in-8 [174 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 28.

Barrié (Jean-Zéphirin), né le 19 mai 1884 à Gaillac (Tarn). D. 841. Lyon, 29 nov. 1912. *Valeur de la néphrectomie pour tuberculose unilatérale.* — Lyon 1912, in-8 [VIII-236 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 24.

Bartoux (Louis-Charles), né le 24 fév. 1886 à Artonne (Puy-de-Dôme). D. 282. Montpellier, 3 mai 1913. *Contribution à l'étude de la prostatectomie d'urgence.* — Montpellier 1913, in-8 [42 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 54.

Bassim (César [Georges]), né le 2 janv. 1880 à Tripoli (Syrie). D. 3. Paris, 1er mars 1913. *Les complications broncho-pulmonaires consécutives à l'adénoïdectomie et à l'amygdalectomie.* — Paris 1913, in-8 [56 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 181.

Bastide (Eugène-Charles-Marie-Gonzague), né le 16 juil. 1886 à Pignans (Var). D. 968. Bordeaux, 20 déc. 1912. *Contribution à l'étude des boues végéto-minérales utilisées en France et en Allemagne (valeur thérapeutique comparée).* — Bordeaux 1912, in-8 [52 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 50.

Bataille (Marcel-Eusèbe), né le 21 août 1889 à Chadeleuf (Puy-de-Dôme). D. 313. Paris, 10 juillet 1913. *La symphyse pleurale chez l'enfant.* — Paris 1913, in-8 [101 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 367.

Battesti (François), né le 1er janv. 1888 à Venaco (Corse). D. 82. Bordeaux, 21 fév. 1913. *Contribution à l'étude de la bradycardie ictérique.* — Bordeaux 1913, in-8 [52 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 64.

Bats (Jean-Baptiste), né le 6 mars 1888 à Campagne (Landes). D. 234. Bordeaux, 12 mars 1913. *Du traitement de l'ophtalmie blennorragique de l'adulte par les pulvérisations de vapeur d'eau (méthode de Goldzieher).* — Bordeaux 1913, in-8 [59 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 66.

Baudot (Auguste-Pierre), né le 1er juin 1884 à Bar-le-Duc (Meuse). D. 314. Paris, 16 juil. 1913. *La tuberculose du vieillard envisagée au point de vue familial et social.* — Paris 1913, in-8 [110 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 380.

Baudouin (Henri-Marie-Joseph), né le 14 février 1885 à Dijon (Côte-d'Or). D. 728. Paris, 21 nov. 1912. *Des vomissements gravidiques incoercibles ou graves d'origine surrénale.* — Paris 1912, in-8 [82 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 45.

Baussand (Mlle Maria-Victoria-Antonia), née le 4 oct. 1884 à Saint-Priest (Isère). D. 490. Lyon, 24 juil. 1913. *Contribution à l'étude du prolapsus ovarien.* — Lyon 1913, in-8 [72 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 110.

Bazin (François), né le 9 mars 1886 à Bastia (Corse). D. 315. Paris, 10 juil. 1913. *Contribution expérimentale à l'étude de la tension artérielle.* — Paris 1913, in-8 [46 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 345.

Beaudouin (Henri-Marie-Louis), né le 9 juil. 1885 à Seur (Loir-et-Cher). D. 729. Paris, 23 oct. 1912. *Hôpitaux de province; leur internat en médecine.* — Paris 1912, in-8 [53 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 2.

Beaurepaire (Camille-Paul-Julien), né le 18 juin 1887 à Saint-Amand (Nord). D. 1002. Lille, 24 déc. 1912. *De la pleurésie syphilitique dite essentielle.* — Lille 1912, in-8 [124 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 9.

Béchamp (Georges-Henri-Marie-Clément), né le 24 sept. 1886 à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise). D. 316. Paris, 16 juill. 1913. *Contribution à l'étude de l'auto-intoxication d'origine intestinale.* — Paris 1913, in-8 [50 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 388.

Bécourt (Emile-Pierre-Amédée), né le 18 juil. 1886 à Paris (Seine). D. 317. Paris, 9 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'hépatoptose et de certaines malformations du foie.* — Paris 1913, in-8 [60 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 344.

Bédier (Jules-Aristide-Godefroy-Joseph-Edouard), né le 30 mai 1886 à Saint-Denis (île de la Réunion). D. 949. Paris, 27 déc, 1912. *Recherches sur les causes de l'ictère idiopathique des nouveau-nés.* — Paris 1912, in-8 [56 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 113.

Béglin (Joseph-Marie-Guillaume), né le 6 janv. 1886 à Plancoët (Côtes-du-Nord). D. 318. Paris 18 juil. 1913. *Contribution à l'étude des gangrènes diabétiques.* — Paris, 1913, in-8 [54 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 424.

Béguet (Maurice-Eugène), né le 11 janv. 1887 à Alger (Alger). D. 230. Alger, 25 avril 1913. *L'hémolyse dans le paludisme. Contribution à l'étude de la physiologie pathologique de l'accès palustre et du paludisme chronique.* — Alger 1913, in-8 [96 p.]. Th. méd. Alger 1913, n° 5.

Bélicha (Hamran-Abraham), né le 6 mars 1885 à Blida (Alger). D. 815. Alger, 30 nov. 1912. *Traitement de la dysphagie de la tuberculose laryngée par la section anatomique et physiologique du nerf la-*

ryngé supérieur. — Alger 1912, in-8 [48 p.]. Th. méd., Alger 1912, n° 25.

Belot (Joseph-Benoît-Marie-Philippe), né le 11 juil. 1888 à Sainte-Bazeille (Lot-et-Garonne). D. 83. Bordeaux, 17 janv. 1913. *Contribution à l'étude du développement physique de l'enfant. Taille, poids, périmètre thoracique, rythmes cardiaque et respiratoire, tension artérielle.* — Bordeaux 1913, in-8 [118 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 56.

Beloux (Jules-Auguste), né le 22 août 1884 à Giromagny (Territoire de Belfort). D. 4. Paris, 30 janv. 1913. *De l'origine habituellement névropathique des vomissements graves dits incoercibles de la grossesse et de leur traitement par la psychothérapie.* — Paris 1913, in-8 [117 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 148.

Benabu (Georges-Ebbi), né le 21 juin 1874 à Bône (Constantine). D. 516. Montpellier, 10 juillet 1913. *Contribution à l'étude de l'érection et de l'éjaculation dans la pendaison.* — Montpellier 1913, in-8 [37 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 87.

Bénard (Edmond-Jean-Marie), né le 30 mai 1881 à Vitré (Ille-et-Vilaine). D. 140. Toulouse, 22 janv. 1913. *De l'opothérapie hypophysaire comme médicament ocytocique; quelques essais avec le pituglandol.* — Toulouse 1913, in-8 [53 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 26.

Bénard (Henri-Auguste), né le 11 avril 1885 à Paris (Seine). D. 5. Paris, 13 fév. 1913. *Recherches sur la fonction érythrolytique de la rate.* — Paris 1913, in-8 [137 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 164.

Benassy (Gabriel-Lucien-Félix), né le 24 déc. 1885 à Paris (Seine). D. 179. Paris, 28 mai 1913. *Cancer bilatéral des seins (cancer double primitif, cancer double successif et récidive dans le sein opposé).* — Paris 1913, in-8 [99 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 269.

Benech (Edouard-Gaspard-Zéphirin-Maximilien), né le 26 août 1886 à Rouffiac (Cantal). D. 6. Paris, 29 janv. 1913. *Traitement des infections abortives.* — Paris 1913, in-8 [76 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 146.

Benoist (Marcel), né le 29 avril 1887 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 906. Montpellier, 21 déc. 1912. *Contribution à l'étude de la cystinurie et de la lithiase cystineuse.* — Montpellier 1912, in-8 [80 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 19.

Berg (Armand-François-Julien), né le 15 sept. 1860 à Marseille (Bouches-du-Rhône). D. 141. Toulouse, 22 fév. 1913. — *Etude chimique et physiologique de l'elaterium.* — Toulouse 1913, in-8 [64 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 41.

Bernadot (Pierre-Paul-Eugène), né le 23 août 1886 à Plaisance (Haute-Garonne). D. 930. Toulouse, 11 déc. 1912. *Contribution à l'étude de l'arsenobenzol dans le traitement de la syphilis.* — Toulouse 1912, in-8 [58 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 2.

Bernard (Charles-Lucien), né le 8 nov. 1886 à Paris (Seine). D. 231. Alger, 25 avril 1913. *L'hypertrophie du thymus; exposé des notions acquises à propos d'une observation.* — Alger 1913, in-8 [74 p.]. Th. méd., Alger 1913, n° 6.

Bernard (Eugène-Léon-Clément), né le 13 déc. 1886 à Salernes (Var). D. 842. Lyon, 20 déc. 1912. *Les complications et les manifestations urinaires dans le cancer du rectum.* — Lyon 1912, in-8 [65 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 62.

Bernard (Jules-Pierre-Lucien), né le 4 sept. 1882 à Paris (Seine). D. 7. Paris, 13 fév. 1913. *Contribution à l'étude du dosage de l'acide urique et des corps puriques.* — Paris 1913, in-8 [64 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 165.

Berthet (Louis-Joseph), né le 20 juillet 1886 à Flacé (Saône-et Loire). D. 319. Paris, 26 juin 1913. *La réaction de Rivalta dans les ascites des cirrhoses alcooliques.* — Paris 1913, in-8 [96 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 313.

Berthomieu (Joseph-Noël-François-Louis), né le 17 juin 1887 à Boghar (Alger). D. 517. Montpellier, 22 juil. 1913. *Contribution à l'étude de la pleurésie chez les enfants.* — Montpellier 1913, in-8 [69 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 98.

Berthou (Pierre), né le 6 nov. 1883 à Riec-sur-Belon (Finistère). D. 950. Paris, 18 déc. 1912. *Contribution à l'étude du traitement des péritonites aiguës diffuses par les injections intrapéritonéales d'huile camphrée à 1 pour 100 (méthode de Glimm).* — Paris 1912, in-8 [53 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 102.

Bertrand (Jules-Eugène-Gustave-Magnan), né le 24 mars 1889 à Soyans (Drôme). D. 169. Montpellier, 14 mars 1913. *Du cancer primitif de la plèvre.* — Montpellier 1913, in-8 [54 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 48.

Bertrand (Louis Camille-Georges), né le 6 mars 1887 à Vagney (Vosges). D. 567. Nancy, 28 juin 1913. *Le choléra asiatique en Lorraine.* — Nancy 1913, in-8 [104 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1010.

Bertucat (Charles-Marie-Baptiste), né le 6 déc. 1887 à Clermont Ferrand (Puy-de-Dôme). D. 907. Montpellier, 21 déc. 1912. *Contribution à l'étude des exostoses souscalcanéennes.* — Montpellier 1912, in-8 [37 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 16.

Besançon (Julien-Jean), né le 27 mai 1886 à Paris (Seine). D. 180. Paris, 7 mai 1913. *Des accidents toxiques post-anesthésiques.* — Paris 1913, in-8 [100 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 243.

Bessière (Auguste-Charles-René), né le 19 août 1886 à Evreux (Eure). D. 8. Paris, 6 fév. 1913. *Paranoia et psychose périodique; essai historique, clinique, nosographique, médico-légal.* — Paris 1913, in-8 [163 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 151.

Bettinger (Louis-Eugène-Henri), né le 25 oct. 1885 à Reims (Marne). D. 730. Paris, 28 nov. 1912. *La rachicocaïnisation suivant le procédé du docteur Le Filliâtre (et en particulier pour l'anesthésie de la moitié supérieure du corps).* — Paris 1912, in-8 [134 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 83.

Beurnier (Adolphe-Adrien), né le 12 sept. 1886 à Léojac-et-Bellegarde (Tarn-et-Garonne). D. 931. Toulouse, 14 déc. 1912. *Traitement chirurgical des anévrismes artériels du creux poplité.* — Toulouse 1912, in-8 [59 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 10.

Beyler (Charles-Gérald), né le 6 août 1886 à Nancy (Meurthe-et-Moselle). D. 568. Nancy, 19 juillet 1913. *Etiologie et traitement des luxations récidivantes de l'épaule.* — Nancy 1913, in-8 [94 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1015.

Bezançon-Gillot (Pierre-Jules-Virgile), né le 24 sept. 1886 à Billy-sur-Oisy (Nièvre). D. 9. Paris, 16 janv. 1913. *Accidents cardiaques au cours de l'intoxication par le sublimé.* — Paris 1912, in-8 [82 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 124.

Bigou (Pierre-André), né le 27 juil. 1883 à Foix (Ariège). D. 142. Toulouse, 15 mars 1913. *De l'anesthésie générale obtenue par le procédé de l'éther goutte à goutte avec injection pré-opératoire de pantopon.* — Toulouse 1913, in-8 [71 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 47.

Billet (Jules-Victor-Paul), né le 9 nov. 1883 à Lons-le-Saunier (Jura). D. 93. Lyon, 12 fév. 1913. *Fracture isolée de la malléole postérieure (fracture marginale postérieure isolée).* — Lyon 1913, in-8 [75 p., 3 pl.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 73.

Billot (Léon-Hyppolite [sic]), né le 5 oct. 1889 à Treignac (Corrèze). D. 455. Bordeaux, 11 juil. 1913. *Etude étiologique d'un mal social, la tuberculose.* — Bordeaux 1913, in-8 [84 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 88.

Billot (Maurice-Claude), né le 9 oct. 1888 à Champagnole (Jura). D. 843. Lyon, 16 déc. 1912. *Le décollement de l'S iliaque et du cæcum dans le plan embryologique, pour la cure des hernies adhérentes du gros intestin.* — Lyon 1912, in-8 [36 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 55.

Bith (Ernest-Pierre-Joseph-Henri), né le 24 juin 1883 à Sathonay (Ain). D. 320. Paris, 19 juin 1913. *L'amino-acidurie.* — Paris 1913, in-8 [196 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 302.

Blanchard (Abel-François-Jacques-Martin), né le 20 août 1883 à Saint-Quentin-la-Poterie (Gard). D. 518. Montpellier, 29 juil. 1913. *Les guérisons tardives étudiées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec le divorce.* — Montpellier 1913, in-8 [158 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 114.

Blanchès (Charles-Etienne), né le 14 fév. 1885 à Prayssac (Lot). D. 731. Paris, 21 nov. 1912. *La pleuro-syphilis secondaire.* — Paris 1912, in-8 [147 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 43.

Blechmann (Germain-Salomon), né le 15 déc. 1883 à Paris (Seine). D. 10. Paris, 19 fév. 1913. *Les épanchements du péricarde; étude clinique et thérapeutique. La ponction épigastrique de Marfan.* — Paris 1913, in-8 [359 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 172.

Bobillier (Charles-Amédée-Xavier), né le 6 avril 1889 à Besançon (Doubs). D. 321. Paris, 3 juil. 1913. *La dysenterie amibienne du tout petit enfant, avec un résumé de l'état actuel de la question des amibes et du traitement par l'émétine.* — Paris 1913, in-8 [47 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 327.

Bocquillon (Georges-Ernest), né le 6 déc. 1887 à Mont-Saint-Eloy (Pas-de-Calais). D. 470. Lille, 23 juil. 1913. *Considérations sur la thérapeutique chirurgicale des ostéosarcomes des membres.* — Lille 1913, in-8 [181 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 32.

Bodrikian (Rupen-Stépan), né le 1er avril 1891 à Rodosto (Turquie d'Europe). D. 688. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Bohec (Joseph-Marie), né le 2 juil. 1886 à Morlaix (Finistère). D. 235. Bordeaux, 16 avril 1913. *Sur une technique chirurgicale de l'embryotomie comparée aux méthodes obstétricales classiques.* — Bordeaux 1913, in-8 [45 p.]. Th. méd., Bordeaux, 1912-1913, n° 73.

Boissezon (Pierre-Joseph), né le 20 nov. 1887 à Agde (Hérault). D. 844. Lyon, 18 déc. 1912. *De la mortalité infantile à Lyon pendant un été chaud (1911).* — Trévoux 1912, in-8 [71 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 60.

Bon (Mme), née **Bellœuf** (Jeanne-Marie-Louise), née le 22 mai 1879 à Autun (Saône-et-Loire). D. 845. Lyon, 30 nov. 1912. *Des troubles psychiques d'origine thyroïdienne, spécialement par intoxications médicamenteuses.* — Lyon 1912, in-8 [84 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 29.

Boncompain (Alphonse-Laurent-Etienne), né le 2 mai 1885 à Yssingeaux (Haute-Loire). D. 951. Paris, 26 déc. 1912. *De l'estomac du nourrisson à l'examen radioscopique (forme, situation, physiologie et quelques anomalies pathologiques).* — Paris 1912, in-8 [70 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 108.

Boneill (Jacques-Albert), né le 7 nov. 1885

à La Rochelle (Charente-Inférieure). D. 471. Lille, 3 juin 1913. *Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des abcès périappendiculaires rétrocæcaux.* — Lille 1913, in-8 [88 p.]. Th. méd., Lille, 1912-1913, n° 26.

Bonhoure (Jean-Hippolyte-Marie), né le 22 fév. 1881 à Marguerittes (Gard). D. 952. Paris, 27 déc. 1912. *La spondylite typhique.* — Paris 1912, in-8 [184 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 118.

Bonnaud (Émile-Louis-Roger), né le 26 juil. 1887 à Ruffec (Charente). D. 11. Paris, 22 janv. 1913. *Les tuberculoses sarcoïdes cutanées.* — Paris 1913, in-8 [76 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 129.

Bonnaud (Mlle Lucie-Rose-Marie), née le 23 oct. 1885 à Saint-Didier-la-Séauve (Haute-Loire). D. 272. Lyon, 15 avril 1913. *Contribution à l'étude des opérations conservatrices dans la tuberculose annexielle de la femme.* — Lyon 1913, in-8 [37 p.]. Th. méd. Lyon 1912-1913, n° 79.

Bonnet (Eugène-Adrien-Paul), né le 1er nov. 1886 au Puy (Haute-Loire). D. 491. Lyon, 24 juil. 1913. *Contribution à l'étude des sporotrichoses. Sporotrichoses de la région stéphanoise, sporotrichose pulmonaire, sporotrichose accident du travail.* — Saint-Etienne 1913, in-8 [79 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 108.

Bonnet (Léon-François-Honoré), né le 12 mars 1886 à Aire (Landes). D. 322. Paris, 15 juil. 1913. *Contribution à l'étude des grossesses extra-membraneuses.* — Paris 1913, in-8 [60 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 374.

Bonrepaux (Jean-Gérard-Adolphe), né le 11 fév. 1887 à Ax-les-Thermes (Ariège). D. 818. Bordeaux, 8 nov. 1912. *De l'hémiplégie par plaie pénétrante de l'orbite.* — Bordeaux 1912, in-8 [72 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 2.

Bosquet (Ismaël-Auguste), né le 13 mars 1888 à Coutances (Manche). D. 257. Lille, 22 avril 1913. *Etude sur la maladie de Recklinghausen dans ses rapports avec les glandes à sécrétion interne et particulièrement les surrénales.* — Lille 1913, in-8 [132 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 22.

* **Botesat** (Mlle Wéra), née le 14 août 1886 à Nice (Alpes-Maritimes) — parents russes — Doctorat de l'Université. Paris, 24 oct. 1912. *Contribution à l'étude du tubercule solitaire de la choroïde.* — Paris 1912, in-8 [57 p., 1 pl.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 5.

Bouchet (Adolphe), né le 8 déc. 1882 à Juillac (Corrèze). D. 732. Paris, 20 nov. 1912. *Des sutures à l'aide des aiguilles à bobine; présentation d'un nouvel instrument.* — Paris 1912, in-8 [62 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 37.

Bouchet (Henry-Frédéric-Didier), né le 23 juin 1887 à Grenoble (Isère). D. 273. Lyon, 27 mai 1913. *De la grossesse extra-utérine récidivée.* — Lyon 1913, in-8 [129 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 86.

Bougault (Paul-Louis-Charles), né le 31 mars 1889 à Nogent-sur-Seine (Aube). D. 12. Paris, 23 janv. 1913. *Contribution à l'étude de l'hématome des gaines du nerf optique.* — Paris 1913, in-8 [105 p., pl.]. Th. méd., Paris, 1912-1913, n° 134.

Bouhéret (Charles-Jacques-Marie-Louis), né le 30 mai 1887 à Mesvres (Saône-et-Loire). D. 323. Paris, 16 juil. 1913. *Contribution à l'examen radiologique du cancer de l'œsophage.* — Paris 1913, in-8 [54 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 390.

Bouillette (Louis-Aimé), né le 16 sept. 1886 à Pontoise (Seine-et-Oise). D. 324. Paris, 15 juil. 1913. *Contribution à l'étude du chondrome.* — Paris 1913, in-8 [151 p., 4 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 378.

Bouissou (Jean-Joseph-Dieudonné), né le 18 sept. 1888 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 846. Lyon, 4 déc. 1912. *Le choléra dans les Pyrénées-Orientales* (1893-1911). — Trévoux 1912, in-8 [171 p., 4 cartes]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 37.

Boulanger (Gaston-Alphonse), né le 11 mars 1886 à Paris (Seine). D. 325. Paris, 9 juill. 1913. *Contribution à l'étude de l'appendicite dans la première enfance.* — Paris 1913, in-8 [113 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 337.

Boulangier (Georges-Gabriel-Martin), né le 7 fév. 1887 à Dieuze (Alsace-Lorraine). D. 923. Nancy, 24 déc. 1912. *Le 606 et le mercure dans le traitement de la syphilis; comparaison, association. Revue critique.* — Nancy 1912, in-8 [207 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 997.

Boulay (Henri-Claude-Louis), né le 19 sept. 1885 à Charenton (Cher). D. 733. Paris 13 nov. 1912. *Etude sur les lymphatiques de l'anus et du rectum.* — Paris 1912, in-8 [54 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 23.

Boulouck-Bachi (Rachid), né le 19 janv. 1884 au Fondouck (Alger). D. 326. Paris, 3 juil. 1913. *Contribution à l'étude des symptômes thermiques dans la méningite tuberculeuse; dissociation des températures axillaires et rectales.* — Paris 1913, in-8 [64 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913. n° 328.

Bourdette (Marie-Auguste), né le 24 juil. 1885 à Saint-Gaudens (Haute-Garonne). D. 734. Paris, 20 nov. 1912. *Contribution à l'étude du traitement médical de la péritonite tuberculeuse chronique chez l'enfant.* — Paris 1912, in-8 [93 p.], Th. méd., Paris 1912-1913, n° 33.

Bousseau (Georges-René-Louis-Auguste), né le 26 janv. 1886 à Angers (Maine-et-Loire). D. 13. Paris, 19 fév. 1913. *Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la perforation aiguë de l'ulcère du duodénum.* — Paris 1913, in-8 [87 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 170.

Bouteil (Mlle Maria-Jeanne-Laure-Pierrette), née le 4 août 1882 à Err (Pyrénées-Orientales). D. 181. Paris, 28 mai 1913. *De la valeur diagnostique du phénomène dit « vertige voltaïque » et du « nystagmus galvanique » dans les affections de l'oreille moyenne et du labyrinthe.* — Paris 1913, in-8 [175 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 268.

Boutin (Gustave), né le 8 avril 1877 au Blanc (Indre). D. 14. Paris, 12 fév. 1913. *Du rôle du médecin dans les établissements d'enseignement secondaire.* — Paris 1913, in-8 [39 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 157.

Boutin (Louis-Placide), né le 18 oct. 1886 à Perriers-en-Beauficel (Manche). D. 15. Paris, 9 janv. 1913. *Contribution à l'étude de l'hypopharynx et de la bouche de l'œsophage. Anatomie, physiologie, modes d'examen, pathologie spéciale.* — Paris 1912, in-8 [126 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 123.

Boyadjian (Péniamin-Avédis), né le 5 mars 1887 à Adana (Turquie d'Asie). D. 689. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Boyer (François-Alphonse-Marcel-Marie), né le 15 mai 1888 à Montpellier (Hérault). D. 908. Montpellier, 23 nov. 1912. *Contribution à l'étude des fractures de la cavité cotyloïde.* — Montpellier 1912, in-8 [57 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 1.

Brahic (Tancrède-Marie-Léon), né le 2 août 1887 à Sorèze (Tarn). D. 143. Toulouse, 23 janv. 1913. *Les kystes du col de l'utérus.* — Toulouse 1913, in-8 [74 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 32.

Braillon (Jean-Joseph-Gabriel), né le 19 juin 1878 à Ribemont (Aisne). D. 16. Paris, 1er mars 1913. *Contribution à l'étude des injections hypodermiques purgatives.* — Paris 1913, in-8 [138 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 179.

* **Braïlowsky** (Mme), née **Buchholtz** (Xénie), née le 12 nov. 1884 à Kieff (Russie). Doctorat de l'Université. Toulouse, 13 mars 1913. *Traitement des gerçures du mamelon par l'orthoforme et érythèmes orthoformés.* — Toulouse 1913, in-8 [60 p.], Th. méd. (Univ.), Toulouse 1912-1913, n° 15.

Branche (Frédéric-Joseph), né le 15 sept. 1885 à Lyon (Rhône). D. 847. Lyon, 20 nov. 1912. *Des abcès de la région lombaire gauche d'origine intestinale.* — Lyon 1912, in-8 [47 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 8.

Braye (Maurice-Marie-Augustin-André), né le 1er avril 1886 à Marolles-les-Braults (Sarthe). D. 182. Paris, 17 avril 1913. *Tuberculose et érythème noueux.* — Paris 1913, in-8 [63 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 214.

Bréger (René-François), né le 11 nov. 1886 à Ingrandes (Maine-et-Loire). D. 327. Paris, 3 juil. 1913. *Ictus amnésiques au cours de la paralysie générale.* — Paris 1913, in-8 [54 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 336.

Bretagne (Paul-Joseph), né le 17 août 1887 à Nancy (Meurthe-et-Moselle). D. 292. Nancy, 23 avril 1913. *Contribution à l'étude des péricolites membraneuses.* — Nancy 1913, in-8 [100 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1003.

Breteille (René-Charles), né le 21 avril 1886 à Arcis-sur-Aube (Aube). D. 328. Paris, 5 juin 1913. *Etude historique et médico-légale du masochisme.* — Paris 1913, in-8 [68 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 278.

Brion (Casimir-Auguste), né le 6 sept. 1889 à La Ville-ès-Nonais (Ille-et-Vilaine). D. 106. Montpellier, 17 fév. 1913. *L'invagination intestinale colo-colique aiguë chez l'enfant.* — Montpellier 1913, in-8 [45 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 33.

Brodin (Paul-Léon), né le 2 janv. 1885 à Paris (Seine). D. 329. Paris, 3 juil. 1913. *Les variations de l'azote résiduel du sérum sanguin; leur importance comme signe d'insuffisance hépatique.* — Paris 1913, in-8 [102 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 326.

* **Bronshteyn** (Boris), né le 29 juil. 1879 à Odessa (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 28 nov. 1912. *Contribution à l'étude de la méningite aiguë syphilitique.* — Paris 1912, in-8 [81 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 69.

Brulé (Albert-Eugène-Jules), né le 20 avril 1888 à Toulon (Var). D. 969. Bordeaux, 18 déc. 1912. *Contribution à l'étude du bain carbo-gazeux naturel et artificiel; ses indications dans les affections cardio-vasculaires.* — Bordeaux 1912, in-8 [90 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 32.

Brunet (Jean-Louis), né le 22 fév. 1889 à Foix (Ariège). D. 932. Toulouse, 20 déc. 1912. *Contribution à l'étude du diabète sucré d'origine traumatique.* — Toulouse 1912, in-8 [78 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 17.

Brus (Marie-Germain-Adolphe-Victor), né le 11 fév. 1888 à Conchez (Basses-Pyrénées). D. 456. Bordeaux, 18 juil. 1913. *Du poids et de l'axe du cœur chez l'homme; leur rapport avec le périmètre thoracique.* — Bordeaux 1913, in-8 [95 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 90.

Buchholz (Ernest-Arthur), né le 12 avril 1886 à Reims (Marne). D. 330. Paris, 16 juil. 1913. *Du rôle de l'aérophagie dans la genèse de la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac.* — Paris 1913, in-8 [120 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 391.

Buges (Gaston-Paul-Édouard), né le 16 janv. 1887 à Aix (Bouches-du-Rhône). D. 107. Montpellier, 18 janv. 1913. *Essai sur le traitement des métrites par l'enfumage*

iodé. — Montpellier 1913, in-8 [47 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 22.

Bureau (Gaston-Paul-Lucien), né le 12 mai 1888 à Bessy (Yonne). D. 848. Lyon, 20 nov. 1912. *Contribution à l'étude des bassins à diamètres antéro-postérieurs prédominants.* — Lyon 1912, in-8 [79 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 10.

Burgues (Georges), né le 12 août 1887 à Montpellier (Hérault). D. 108. Montpellier, 8 mars 1913. *L'endoscopie directe du larynx, de la trachée et des bronches; technique, indications et résultats.* — Montpellier 1913, in-8 [201 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 43.

Busson (Gaston-Louis-Prosper-Georges), né le 24 janv. 1886 à Saint-Servan (Ille-et-Vilaine). D. 331. Paris, 18 juil. 1913. *Traitement radical des diverticules congénitaux de la vessie.* — Paris 1913, in-8 [193 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 425.

Bussy (Jean-Louis), né le 8 fév. 1885 à Lubersac (Corrèze). D. 735. Paris, 20 nov. 1912. *Appendicalgie saturnine et appendicite (diagnostic différentiel avec la colique de plomb).* — Paris 1912, in-8 [52 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 32.

Butin (Georges-Henri-Théophile), né le 27 nov. 1884 à Givet (Ardennes). D. 332. Paris, 11 juin 1913. *L'aortite abdominale.* — Reims 1913, in-8 [113 p.]. Th. méd., Paris, 1912-1913, n° 283.

Buvat (Maurice-Louis-Marie), né le 2 mai 1889 à Paris (Seine). D. 144. Toulouse, 13 mars 1913. *Contribution à l'étude radiologique du fonctionnement de l'intestin pendant la cure de Vichy.* — Toulouse 1913, in-8 [180 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 46.

Cabadaian (Garabed-H.), né le 10 sept. 1890 à Gueyvé-Ortakeny (Turquie d'Asie). D. 690. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Cabanes (Louis-Victor-François), né le 28 oct. 1883 à Vabres (Aveyron). D. 519. Montpellier, 25 juin 1913. *Etude critique sur la valeur de la séroréaction de Wright.* — Montpellier 1913, in-8 [41 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 69.

Cabé (Yves-Fernand), né le 27 août 1885 à Mont-de-Marsan (Landes). D. 819. Bordeaux, 29 nov. 1912. *Contribution à l'étude des tumeurs de la caroncule lacrymale et du repli semi-lunaire.* — Bordeaux 1912, in-8 [57 p., 4 pl.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 13.

Cadenat (Firmin-Marc), né le 17 mars 1883 à Paris (Seine). D. 17. Paris, 12 mars 1913. *Traitement des luxation et fracture externes de la clavicule.* — Paris 1913, in-8 [94 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 195.

Cadre (Gaston-Louis-François), né le 30 juil. 1885 à Pontivy (Morbihan). D. 520. Montpellier, 15 juil. 1913. *De la cure de certaines fistules vésico-vaginales par les méthodes associées du dédoublement et de l'avivement.* — Montpellier 1913, in-8 [50 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 92.

Caillol (Armand-Louis-Alfred), né le 20 mai 1887 à Ginestas (Aude). D. 909. Montpellier, 6 déc. 1912. *Le syndrome hémorragique dans les infections aiguës; pathogénie et traitement.* — Montpellier 1912, in-8 [69 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 10.

Calandreaud (Pierre), né le 10 déc. 1884 à Busserolles (Dordogne). D. 736. Paris, 7 nov. 1912. *La suette miliaire dans les Charentes (mai-juillet 1906).* — Paris 1912, in-8 [46 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 15.

Calloust (Joseph), né le 7 mars 1885 à Constantinople (Turquie d'Europe). D. 18. Paris 26 fév. 1913. *Kystes hématiques de la rate.* — Paris 1913, in-8 [118 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 177.

Camors (Maurice-Félix), né le 17 août 1887 à Pau (Basses-Pyrénées). D. 849. Lyon. 28 nov. 1912. *Les états seconds dans l'armée.* — Lyon 1912, in-8 [78 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 23.

Campergue (Mlle Augustine-Aimée-Berthe), née le 22 juin 1886 à Aubin (Aveyron). D. 183. Paris, 7 mai 1913. *Contribution à l'étude de la cyanose congénitale.* — Paris 1913, in-8 [59 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 249.

Canac (Edmond-Gabriel), né le 14 juil. 1888 à Marmande (Lot-et-Garonne). D. 850. Lyon. 7 déc. 1912. *Valeur thérapeutique de l'émanation du radium dans la goutte et le rhumatisme (recherches cliniques et biologiques).* — Lyon 1912, in-8 [68 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 42.

Canat (Joseph-Henri-Maxime), né le 27 nov. 1884 à Villeveyrac (Hérault). D. 521. Montpellier, 17 juil. 1913. *Contribution à l'étude de la paralysie spinale infantile.* — Montpellier 1913, in-8 [53 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 93.

Cannet (Gaston-Laurent-Claude-Emile), né le 16 nov. 1887 à Saint-Brieuc (Côtes-du Nord). D. 184 Paris, 29 mai 1913. *La protection des enfants du premier âge en France.* — Paris 1913, in-8 [77 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 273.

* **Cantor-Réhès** (Isaac), né le 30 déc. 1888 à Lida (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 10 juil. 1913. *Contribution à l'étude des hémorragies rétiniennes et vitréennes dans les contusions oculaires.* — Paris 1913, in-8 [96 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 346.

Carbillet (Henri-Marie-Paul-Antonin), né le 30 juil. 1885 à Nouméa (Nouvelle-Calédonie). D. 109. Montpellier, 28 fév. 1913. *Un cas de mycosis fongoïde; anatomie pathologique des lésions cutanées initiales.* — Montpellier 1913, in-8 [34 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 38.

Cariou (Louis-Etienne-Marie), né le 26 déc. 1885 à Crozon (Finistère). D. 970. Bordeaux, 20 déc. 1912. *De la cheilitis exfoliative.* — Bordeaux 1912, in-8 [56 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 45.

Carlet (Alfred-Auguste), né le 7 fév. 1886 à Grenoble (Isère). D. 94. Lyon, 30 janv. 1913. *Des abcès sous-urétraux chez la femme.* — Lyon 1913, in-8 [48 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 71.

Carlot (Léon-Julien), né le 11 janv. 1886 à Dijon (Côte-d'Or). D. 851. Lyon, 10 déc. 1912. *Contribution à l'étude des othématomes chez les aliénés.* — Lyon 1912, in-8 [71 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 47.

Carrieu (Franck-Jean-Marcel), né le 3 janv. 1887 à Montpellier (Hérault). D. 283. Montpellier, 23 mai 1913. *Contribution à l'étude pathogénique du rhumatisme articulaire aigu.* — Montpellier 1913, in-8 [158 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 61.

Casedevant (Charles-Marie-Joseph), né le 19 juin 1888 à Castelnau-Chalosse (Landes). D. 333. Paris, 10 juil. 1913. *De la valeur de la méthode de Fochier (abcès de fixation) dans l'infection puerpérale.* — Paris 1913, in-8 [134 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 320.

Castay (Franck), né le 29 août 1889 à Pau (Basses-Pyrénées). D. 298. Toulouse, 26 avril 1913. *Des tumeurs inflammatoires en général; et des membres en particulier, simulant le sarcome.* — Toulouse 1913, in-8 [84 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 53.

Castelain (Charles-Louis-Fernand-Prudent-Joseph), né le 12 août 1887 à Bruay (Pas-de-Calais). D. 472. Lille, 23 juil. 1913. *Délire hallucinatoire systématisé chronique et délire chronique de Magnan.* — Lille 1913, in-8 [71 p.]. Th. méd. Lille, 1912-1913, n° 40.

Castex (Paul-Marie-Joseph), né le 26 nov. 1884 à Lyon (Rhône). D. 737. Paris, 28 nov. 1912. *Contribution à l'étude des pleurésies enkystées tuberculeuses du sommet.* — Paris 1912, in-8 [74 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 71.

Catonné (Louis-Gabriel), né le 15 avril 1882 à Clamecy (Nièvre). D. 334. Paris, 19 juil. 1913. *Etude sur les fractures sous-trochantériennes du fémur et leur traitement.* — Paris 1913, in-8 [62 p., 3 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 428.

Catzéflis (Victor), né le 20 avril 1886 à Tripoli de Syrie (Turquie d'Asie). D. 691. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Caufment (Léon-Henri), né le 7 juil. 1887 à Saulnes (Meurthe-et-Moselle). D. 185. Paris, 7 mai 1913. *L'anurie dans le cancer de l'utérus; ses formes cliniques, son traitement.* — Paris 1913, in-8 [144 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 245.

Cavaillès (Maurice-Eugène), né le 3 août 1888 à Charenton-le-Pont (Seine). D. 335. Paris, 3 juil. 1913. *Dyspnée et mort rapide chez les artérioscléreux; rapports de ces accidents avec le régime alimentaire.* — Paris 1913, in-8 [92 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 331.

Cayla (Jean-Paul), né le 15 fév. 1886 à Curières (Aveyron). D. 738. Paris, 4 déc. 1912. *Les brûlures par les courants de haut voltage et leur rôle dans la prophylaxie de la mort.* — Paris 1912, in-8 [87 p., 1 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 85.

Cayla (Roger-Louis), né le 3 janv. 1887 à Bordeaux (Gironde). D. 971. Bordeaux, 18 déc. 1912. *Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus.* — Bordeaux 1912, in-8 [77 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 39.

Cazalas (Xavier-Marie-Maurice), né le 24 août 1888 à Oran (Oran). D. 852. Lyon, 4 déc. 1912. *Le lait desséché. Etude de son emploi dans l'alimentation de la première enfance.* [Préface de Ch. Porcher : Le « bon vieux lait » et le « lait industriel ».] — Lyon 1912, in-8 [XXXIV-168 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 38.

Cazaux (Laurent-Marcel), né le 24 juil. 1889 à Pau (Basses-Pyrénées). D. 457. Bordeaux, 25 juil. 1913. *De l'orchidopexie chez l'enfant.* — Bordeaux 1913, in-8 [83 p., 1 pl.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 97.

Celles (Jacques-René), né le 5 janv. 1888 à Bordeaux (Gironde). D. 972. Bordeaux, 18 déc. 1912. *Le nerf laryngé supérieur. Anatomie. Valeur des différentes méthodes d'analgésie de ce nerf et de sa résection dans les laryngites douloureuses.* — Bordeaux 1912, in-8 [II-95 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 29.

Cenet (Louis-Georges-Antonin), né le 6 fév. 1889 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 853. Lyon, 26 nov. 1912. *Du traitement opératoire chez la femme de certaines incontinences d'urine (incontinences par aplasie congénitale de l'urètre et du col).* — Lyon 1912, in-8 [60 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 17.

Chababi (Farès-Nassif-Hayek), né le 27 oct. 1887 à Bigeh (Liban). D. 692. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Chabert (Marc-Amédée), né le 7 mars 1886 à Voiron (Isère). D. 492. Lyon, 22 juil. 1913. *Des injections caustiques de l'urètre et de leurs effets (expulsion du moule de l'urètre nécrosé, rétrécissements consécutifs).* — Lyon 1913, in-8 [70 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 105.

Chabiron (Louis-Justin), né le 19 juil. 1887 à Moulins (Allier). D. 973. Bordeaux, 13 déc. 1912. *De la fréquence du sarcome dans le fibrome utérin.* — Bordeaux 1912, in-8 [61 p., 1 tabl.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 27.

Chabrun (Hippolyte-Louis-Elie), né le 25 juin 1882 à Mayenne (Mayenne). D. 739. Paris, 4 déc. 1912. *Contribution à l'étude*

de la température pendant le travail et des conséquences au point de vue maternel et fœtal. — Paris 1912, in-8 [74 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 84.

Chadarévian (Tigrane-T.), né le 8 août 1886 à Alep (Turquie d'Asie). D. 693. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Chaisemartin (Jean-Baptiste-Gabriel), né le 16 sept. 1886 à Limoges (Haute-Vienne). D. 953. Paris, 19 déc. 1912. *Les hydropneumokystes post-opératoires du foie.* — Paris 1912, in-8 [64 p., fig., 1 pl., phot.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 105.

Chalfoun (Antoine-Sélim), né le 6 mars 1891 à Beyrouth (Turquie d'Asie). D. 694. Beyrouth, 19 nov, 1912.

Chamaillard (Louis-Jean-François), né le 17 fév. 1887 à Sancerre (Cher). D. 19. Paris, 5 mars 1913. *Etude sur l'anonychie (absence congénitale des ongles).* — Paris 1913, in-8 [58 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 184.

Champs de Saint Léger (de) (Henri-Marie-Charles), né le 14 juil. 1886 à Betz (Oise). D. 336. Paris, 26 juin 1913. *De l'emploi du cerclage dans l'occlusion des fistules latérales du tube digestif (gastrostomie et entérostomie).* — Paris 1913, in-8 [58 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 318.

Chanard (Raymond-Joseph), né le 12 avril 1888 à Quiberon (Morbihan). D. 522. Montpellier, 11 juil. 1913. *Le sarcome primitif du poumon.* — Montpellier 1913, in-8 [102 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 80.

Chaouloff (Avram), né le 17 mai 1887 à Sofia (Bulgarie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 18 nov. 1912. *Glycosuries traumatiques et diabètes post-opératoires.* — Montpellier 1912, in-8 [55 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 2.

Charrière (Jean), né le 10 fév. 1888 à Saint-Georges-de-Monclard (Dordogne). D. 236. Bordeaux, 2 avril 1913. *Les eaux sulfatées sodiques de Miers-Alvignac (Carlsbad français).* — Bordeaux 1913, in-8 [56 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 71.

Chasseray (Eugène), né le 10 déc. 1886 à Angers (Maine-et-Loire). D. 186. Paris, 22 mai 1913. *Syndrome myocarditique et insuffisance surrénale au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant.* — Paris 1913, in-8 [93 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 264.

Chataignon (Marie-Jean-Maurice), né le 25 juin 1886 à Bellac (Haute-Vienne). D. 187. Paris, 8 mai 1913. *Contribution à l'étude des méningites aiguës, bénignes, épidémiques.* — Paris 1913, in-8 [75 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 252.

Chauvenet (Auguste), né le 27 nov. 1887 à Corneilla-de-la-Rivière (Pyrénées-Orientales). D. 740. Paris, 7 nov. 1912. *Essai sur la valeur thérapeutique de l'extrait physiologique de digitale.* — Paris 1912, in-8 [52 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 14.

Chauvin (Emile), né le 4 sept. 1886 à Apt (Vaucluse). D. 284. Montpellier, 24 mai 1913. *La thrombose et l'embolie postopératoires.* — Montpellier 1913, in-8 [212 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 60.

Chavaillon (Charles-Octave), né le 14 août 1882 à Saint-Amand (Cher). D. 974. Bordeaux, 4 déc. 1912. *L'enfumage iodé en thérapeutique locale.* — Bordeaux 1912, in-8 [54 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 18.

Chavanis (André-Louis-Claude), né le 21 mai 1885 à Saint-Etienne (Loire). D. 854. Lyon, 26 nov. 1912. *Histoire de la guérison d'un aveugle-né (observation du docteur Moreau).* — Saint-Etienne 1912, in-8 [164 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 16.

Chazalnoël (Armand), né le 13 fév. 1887 au Lonzac (Corrèze). D. 337. Paris, 16 juil. 1913. *Traitement chirurgical de l'ulcère variqueux par la résection totale des varices.* — Paris 1913, in-8 [78 p., fig.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 392.

* **Chenet** (Mme), née **Olkhoff** (Freide ou Flora), née le 29 janv. 1887 à Lougansk (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 15 juil. 1913. *Forme tétanique de l'urémie.* — Paris 1913, in-8 [106 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 371.

Chenu (Jean-François-Marie), né le 14 déc. 1886 à Chambéry (Savoie). D. 493. Lyon, 7 juin 1913. *Contribution à l'étude de la cure chirurgicale des éventrations post-opératoires (procédé d'Albertin).* — Lyon 1913, in-8 [55 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 91.

Chevalérias (Pierre-Jean-Baptiste-Roger), né le 16 fév. 1885 à Montembœuf (Charente). D. 741. Paris, 28 nov. 1912. *La congestion passive du foie associée à l'hypertension artérielle.* — Paris 1912, in-8 [54 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 68.

Chevalier (Daniel-Jean-Baptiste), né le 31 oct. 1886 à Roanne (Loire). D. 274. Lyon, 31 mai 1913. *Contribution à l'étude du traitement de la leucémie myéloïde par les rayons X.* — Saint-Etienne 1913, in-8 [95 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 87.

Chevallier (Henri-Paulin-André), né le 4 nov. 1886 à Florent (Marne). D. 20. Paris, 16 janv. 1913. *Essai sur le cocaïnisme nasal et la perforation de la cloison.* — Paris 1912, in-8 [75 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 125.

Chevrier (Julien-Alexandre-Constant), né le 27 fév. 1884 à Sainte-Marie-du-Bois (Mayenne). D. 742. Paris, 14 nov. 1912. *Contribution à l'étude anatomique et clinique des anomalies vertébrales congénitales.* — Paris 1912, in-8 [92 p., fig.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 25.

Cheyrou-Lagrèze (Pierre-Adrien-Marie-Philippe), né le 17 juin 1886 à Saint-Claud (Charente). D. 21. Paris, 9 janv. 1913. *La conception de l'hygiène dans les stations thermales françaises (historique et desiderata).* — Paris 1912, in-8 [56 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 122.

Chollet (Prudent-Louis-Abel), né le 10 oct. 1884 à Belleville (Cher). D. 523. Montpellier, 25 juil. 1913. *Le kyste dermoïde pelvi-ischio-rectal.* — Montpellier 1913, in-8 [41 p., 1 pl.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 97.

Christidis (Alexandre-G.), né le 23 août 1880 à Constantinople (Turquie d'Europe). D. 695. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Cier (Henri-Aristide-Jacques), né le 18 juin 1884 à Nantes (Loire-Inférieure). D. 338. Paris, 19 juin 1913. *La forme asthénique de la paralysie générale.* — Paris 1913, in-8 [106 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 299.

Clarac (Raymond-Louis-Gustave), né le 25 nov. 1884 à Paris (Seine). D. 339. Paris, 11 juin 1913. *L'arythmie complète.* — Paris 1913, in-8 [228 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 280.

Clavelin (Charles-Henri-Constant-Julien), né le 20 juin 1888 à Lombard (Jura). D. 855. Lyon, 9 nov. 1912. *Recherches hématologiques dans les érythèmes polymorphes.* — Lyon 1912, in-8 [67 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 2.

Cocherel (Alexandre-Pierre-Marie), né le 26 mai 1886 à Josselin (Morbihan). D. 743. Paris, 20 nov. 1912. *Les pansements sucrés en chirurgie.* — Paris 1912, in-8 [48 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 36.

Cohen Adad (Alexandre-Isaac), né le 13 oct. 1884 à Philippeville (Constantine). D. 188. Paris, 8 mai 1913. *Contribution à l'étude de l'embryotomie. Section thoracique en* ∧ *dans les cas de tête dernière avec ou sans relèvement des bras.* — Paris 1913, in-8 [92 p., 1 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 256.

Colaneri (François-Xavier-Marie-Joseph), né le 12 nov. 1885 à Jonchery-sur-Vesle (Marne). D. 340. Paris, 17 juil. 1913. *De la valeur de l'examen de la vessie dans le cancer de l'utérus.* — Paris 1913, in-8 [108 p., 4 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 406.

Collet (Marcel-Henri-Félix), né le 2 avril 1885 à Paris (Seine). D. 744. Paris, 28 nov. 1912. *Syndromes pédonculaires et bulbo-protubérantiels au cours de la fièvre typhoïde.* — Paris 1912, in-8 [81 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 77.

Collignon (Marie-Théophile-Pierre), né le 3 janv. 1889 à Reims (Marne). D. 341. Paris 9 juil. 1913. *A propos de quelques cas de cancer du sein chez l'homme (étude clinique et pronostique).* — Paris 1913, in-8 [70 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 339.

Collon (Clovis-Jean-Joseph-Noël), né le 6 mai 1889 à Lodève (Hérault). D. 524. Montpellier, 24 juil. 1913. *Contribution à l'étude des sigmoïdites aiguës perforantes.* — Montpellier 1913, in-8 [53 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 104.

Combarel (Léontin-Emile-Joseph), né le 27 sept. 1886 à Saint-Izaire (Aveyron). D. 933. Toulouse, 29 nov. 1912. *Les eaux de la Fou et leur valeur thérapeutique.* — Montpellier 1912, in-8 [66 p., 2 pl.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 3.

Condamine (Marie-Paul-Albert), né le 30 sept. 1887 à Tulle (Corrèze). D. 237. Bordeaux, 14 mars 1913. *Des abcès froids de la mamelle et en particulier de leur diagnostic.* — Bordeaux 1913, in-8 [59 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 70.

Constantinidès (Polychronis-Jean), né le 13 août 1888 à Drama (Macédoine). D. 696. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Corbineau (Marius-Henri-René), né le 4 juin 1885 à Tours (Indre-et-Loire). D. 745. Paris, 27 nov. 1912. *Cathétérisme urétéral.* — Paris 1912, in-8 [105 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 65.

Coron (Alphonse), né le 31 août 1884 à Saint-Chamond (Loire). D. 95. Lyon, 28 fév. 1913. *Contribution à l'étude de la grossesse triple.* — Saint-Etienne 1913, in-8 [71 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 75.

Corre (Gabriel-Goulven-Marie), né le 2 juin 1884 à Landivisiau (Finistère). D. 22. Paris, 12 mars 1913. *Contribution à l'étude clinique des médiastinites syphilitiques et particulièrement des médiastinites avec oblitération de la veine cave supérieure.* — Paris 1913, in-8 [110 p., fig., 1 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 198.

Corroy (Marie-Louis-Henry), né le 6 mai 1887 à Grand (Vosges). D. 924. Nancy, 17 déc. 1912. *De la criminalité chez le vieillard; étude statistique.* — Nancy 1912, in-8 [164 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 996.

Coste (Eugène-Louis-Joseph), né le 6 mai 1889 à Job (Puy-de-Dôme). D. 525. Montpellier, 18 juil. 1913. *Contribution à l'étude des mammites typhoïdiques.* — Montpellier 1913, in-8 [59 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 95.

Cotoni (Alexandre-Louis-Joseph), né le 4 nov. 1884 à Oissel (Seine-Inférieure). D. 746. Paris, 28 nov. 1912. *La virulence des pneumocoques.* — Paris 1912, in-8 [96 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 78.

Cottenot (Paul-Henri), né le 19 oct. 1882 à Doulaincourt (Haute-Marne). D. 23. Paris, 12 fév. 1913. *Action des rayons X sur les glandes surrénales; recherches cliniques et expérimentales.* — Paris 1913, in-8 [172 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 153.

Cour (Guillaume-Jacques-Jean-Baptiste), né le 7 janv. 1889 au Malzieu (Lozère). D. 110. Montpellier, 22 janv. 1913. *Deux observations de sarcome de l'omoplate chez l'enfant traités par la résection.* — Montpel-

lier 1913, in-8 [39 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 25.

Coureau (Edmond-Jean-Marie-François), né le 18 nov. 1885 à Larrazet (Tarn-et-Garonne). D. 934. Toulouse, 22 nov. 1912. *Phlegmons profonds de l'éminence thénar (phlegmons des gaines exceptés).* — Toulouse 1912, in-8 [84 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 5.

Cournet (Lucien-Joseph-Louis), né le 22 oct. 1882 à Auch (Gers). D. 299. Toulouse, 4 juin 1913. *Contribution à l'étude des rapports entre le glaucome et la cataracte.* — Toulouse 1913, in-8 [95 p.]. Th. méd., Toulouse, 1912-1913, n° 56.

Cousinié (Henri-Gaston-Joseph), né le 30 juin 1887 à Castres (Tarn). D. 856. Lyon, 10 déc. 1912. *Contribution à l'étude du veratrum album et de la vératrine; étude toxicologique et physiologique.* — Lyon 1912, in-8 [78 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 49.

Coutaz (Louis-Joseph), né le 17 sept. 1883 à Grésy-sur-Aix (Savoie). D. 857. Lyon, 21 déc. 1912. *Contribution à l'étude histologique des polypes muqueux des fosses nasales.* — Lyon 1912, in-8 [52 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 64.

Couzefeyte (Anne-Antoine-François-Marie-Joseph-Jean), né le 24 mai 1888 à Villeneuve (Landes). D. 580. Toulouse, 25 juil. 1913. *De la radioactivité de la source Viguerie (Ax-les-Thermes). Contribution à l'étude des grandes diaclases et paraclases aquifères des Pyrénées.* — Toulouse 1913, in-8 [72 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 63.

Croissant (Eugène-Roger), né le 22 juil. 1881 à Paris (Seine). D. 342. Paris, 18 juin 1913. *Recherches sur la dissociation de la sécrétion biliaire.* — Paris 1913, in-8 [104 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 289.

Croizier (Louis-Marie-Jean-Baptiste), né le 11 mai 1886 à Saint-Etienne (Loire). D. 494. Lyon, 24 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'œdème généralisé du fœtus.* — Lyon 1913, in-8 [264 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 114.

Cros (Louis), né le 12 nov. 1887 à Massiac (Cantal). D. 935. Toulouse, 24 déc. 1912. *Hémorragies funiculaires de cause mécanophysiologique.* — Toulouse 1912, in-8 [88 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 19.

Cugnier (Eugène-Paul), né le 26 déc. 1887 à Charenton-le-Pont (Seine). D. 747. Paris, 21 nov. 1912. *Les tumeurs malignes primitives de la valvule iléocæcale (étude anatomique et clinique.)* — Paris 1912, in-8 [162 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 44.

Cuisset (Maurice-Emile-Charles), né le 3 nov. 1889 à Saint-Aybert (Nord). D. 343. Paris, 15 juil. 1913. *De la paralysie récurrentielle gauche au cours du rétrécissement mitral.* — Paris 1913, in-8 [104 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 368.

Culcer (Mme) née **Petresco** (Marie-Constantin), née le 26 déc. 1885 à Cartojani (Roumanie). D. 954. Paris, 26 déc. 1912. *Quelques considérations à propos d'un cas nouveau de dextrocardie congénitale.* — Paris 1912, in-8 [107 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 107.

Culot (Pierre-Eugène-Charles), né le 30 avril 1885 à Maubeuge (Nord). D. 258. Lille, 7 avril 1913. *Des accidents causés par l'électricité industrielle; leurs rapports avec la loi du 9 avril 1898.* — Lille 1913, in-8 [98 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 17.

Cuvillier (Auguste-Jean), né le 2 nov. 1885 à Paris (Seine). D. 344. Paris, 9 juil. 1913. *Contribution à l'étude du cancer de l'oreille.* — Paris 1913, in-8 [59 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 340.

Dalger (Jacques-Marie-Séraphin), né le 8 août 1887 à Lyon (Rhône). D. 975. Bordeaux, 13 déc. 1912. *Etude radiologique du cœur et du péricarde. Etat actuel et contribution.* — Bordeaux 1912, in-8 [77 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 26.

Danjard (Raoul-Antoine-Pierre-Joseph), né le 13 juil. 1885 à Cazouls-lès-Béziers (Hérault). D. 858. Lyon, 11 déc. 1912. *Les hernies étranglées pendant la grossesse.* — Lyon 1912, in-8 [104 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 52.

Dantin (André-Joseph-Alexandre), né le 11 déc. 1886 à Aignan (Gers). D. 458. Bordeaux, 11 juil. 1913. *Contribution à l'étude de la sérothérapie dans les vomissements graves de la grossesse et les dermatoses gravido-toxiques.* — Bordeaux 1913, in-8 [143 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 89.

Dariaux (André-Adolphe), né le 31 juil. 1881 à Guérigny (Nièvre). D. 24. Paris, 19 fév. 1913. *La radiothérapie radiculaire.* — Paris 1913, in-8 [69 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 171.

Darlay (François-Marie-Joseph), né le 3 juin 1887 au Pouget (Hérault). D. 111. Montpellier, 28 fév. 1913. *Traitement des dyspepsies des tuberculeux par le suc gastrique naturel de porc (Dyspeptine du docteur Hepp).* — Montpellier 1913, in-8 [58 p.] Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 41.

Darleguy (Louis-Jean-Baptiste), né le 28 mars 1887 à Lyon (Rhône). D. 976. Bordeaux, 20 déc. 1912. *Etude clinique de la myotonie avec amyotrophie.* — Bordeaux 1912, in-8 [77 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 49.

Darricau (Joseph-Pierre), né le 16 avril 1882 à Bayonne (Basses-Pyrénées). D. 748. Paris, 13 nov. 1912. *Des angiomes et des nævi et de leur traitement par l'air chaud.* — Paris 1912, in-8 [58 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 20.

Dauguet (Félix-Eugène-Marie), né le 27 déc. 1879 à Paris (Seine). D. 189. Paris, 7 mai 1913. *Etude iconographique des explorations ostéo-articulaires du pied.* — Paris 1913, in-8 [84 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 244.

Daussy (François-Joseph), né le 26 mai 1876 à Nantes (Loire-Inférieure). D. 25. Paris, 19 fév. 1913. *Rapports de l'appendicite et de la pneumonie. Etude pathogénique et clinique.* — Nantes 1913, in-8 [95 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 169.

Dauvert (Léonce-Jean-Victor), né le 19 juin 1886 à Mellionnec (Côtes-du-Nord). D. 145. Toulouse, 11 janv. 1913. *Contribution à l'étude des pseudo-angines de poitrine.* — Toulouse 1913, in-8 [91 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 25.

Dayan (Isidore-Jules-Georges), né le 5 fév. 1889 à Alger (Alger). D. 454. Alger, 12 juil. 1913. *Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des infections amniotiques.* — Alger 1913, in-8 [68 p.]. Th. méd., Alger 1913, n° 9.

Dayeh (Ouadih), né le 4 août 1881 à Tripoli de Syrie (Turquie d'Asie). D. 697. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Debian (Saleh), né le 30 déc. 1886 à Adana (Turquie d'Asie). D. 698. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Dechaume-Moncharmont (Lucien-François-Etienne), né le 2 nov. 1884 à La Grande-Verrière (Saône-et-Loire). D. 859. Lyon, 23 nov. 1912. *Des complications auriculaires de l'ozène.* — Lyon 1912, in-8 [108 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 13.

De Framond de la Framondie (Marie-Armand-Ernest), né le 5 juin 1886 à Castillonnès (Lot-et-Garonne). D. 526. Montpellier, 12 juil. 1913. *De la rupture des kystes de l'ovaire pendant la grossesse, le travail et les suites de couches.* — Montpellier 1913, in-8 [102 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 81.

Deirmendjian (Navassart-A.), né le 8 oct. 1888 à Kindjilar, près de Gueivé (Vilayet d'Ismidt) (Turquie d'Asie). D. 699. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Déjean (Joseph-Maurice-Charles-Isidore), né le 7 fév. 1888 à Montclar (Aveyron). D. 820. Bordeaux, 29 nov. 1912. *Contribution à l'étude du pronostic de la tuberculose pulmonaire d'après la bactérioscopie des crachats.* — Bordeaux 1912, in-8 [51 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 11.

Delage (Mlle Anna-Catherine), née le 29 nov. 1881 à Tonnay-Charente (Charente-Inférieure). D. 345. Paris, 26 juin 1913. *Histoire de la thèse de doctorat en médecine d'après les thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris.* — Paris 1913, in-8 [155 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 315.

Delage (Edmond-Aristide-Paul), né le 15 nov. 1885 à Saint-Germain-les-Belles (Haute-Vienne). D. 581. Toulouse, 20 juin 1913. *Recherches expérimentales sur le sens de position à l'aide de nouvelles illusions tactiles.* — Toulouse 1913, in-8 [46 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 54.

Delalande (André-Henri-Lucien), né le 27 juin 1889 à Brest (Finistère). D. 977. Bordeaux, 18 déc. 1912. *Rôle des glandes vasculaires sanguines dans la pathogénie du diabète.* — Bordeaux 1912, in-8 [72 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 33.

Delanoë (Jules-Félix), né le 4 juil. 1887 à Saint-Denis (île de la Réunion). D. 527. Montpellier, 24 juin 1913. *De la ponction des kystes de l'ovaire dystociques.* — Montpellier 1913, in-8 [58 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 68.

Delmas (Antoine-Marie), né le 17 janv. 1884 à Céret (Pyrénées-Orientales). D. 112. Montpellier, 15 mars 1913. *Les mutilations graves de la main et des doigts et leur traitement.* — Montpellier 1913, in-8 [39 p., 5 pl.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 49.

Delmas (Léon-Julien), né le 17 déc. 1875 à Condat-sur-Vézère (Dordogne). D. 955. Paris, 18 déc. 1912. *Des indications de l'interruption thérapeutique de la gestation pour métrorragies survenant au cours des premiers mois.* — Paris 1912, in-8 [78 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 97.

Delord (Lucien), né le 28 nov. 1884 à Sétif (Constantine). D. 146. Toulouse, 15 mars 1913. *Les nouvelles opérations pour ectopie testiculaire. (Etude critique).* — Toulouse 1913, in-8 [67 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 45.

Deluen (Joseph-Ernest-Francis-Emile), né le 21 avril 1886 à Rennes (Ille-et-Vilaine). D. 346. Paris, 12 juin 1913. *Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse progressive chez les femmes enceintes.* — Paris 1913, in-8 [114 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 285.

Demay (Georges-Francisque-Ludovic), né le 12 mars 1884 à Pléneuf (Côtes-du-Nord). D. 26. Paris, 23 janv. 1913. *Des psychoses familiales.* — Paris 1913, in-8 [174 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 138.

Démoulin (Louis-Marie-Gabriel), né le 19 juin 1878 à Moislains (Somme). D. 347. Paris, 25 juin 1913. *Transformation de tuberculose verruqueuse en lupus tuberculeux et, inversement, transformation de lupus en tuberculose verruqueuse.* — Paris 1913, in-8 [91 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 305.

Denave (Claude-Lucien), né le 17 janv. 1885 à Virieu-le-Grand (Ain). D. 860. Lyon, 26 nov. 1912. *Contribution à l'étude de la salpingostomie.* — Lyon 1912, in-8 [111 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 18.

Depierre (Louis-Marie-Joseph), né le 11 juin 1885 à Saint-Morel (Ardennes). D. 925. Nancy, 26 nov. 1912. *Considérations sur les arthrites tuberculeuses à*

forme de carie sèche chez les enfants. — Nancy 1912, in-8 [73 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 994.

Desanti (Don-Jacques-Salone), né le 23 déc. 1873 à Aullène (Corse). D. 113. Montpellier, 7 fév. 1913. *Contribution à l'étude de la fièvre de Malte.* — Montpellier 1913, in-8 [37 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 29.

Descottes (James-Marie-Joseph-René), né le 14 fév. 1888 à Saint-Léonard (Haute-Vienne). D. 956. Paris, 18 déc. 1912. *Les abcès laryngés chez l'enfant.* — Tulle 1912, in-8 [83 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 100.

Descubes (Louis), né le 2 mars 1887 à Saint-Laurent-sur-Gorre (Haute-Vienne). D. 749. Paris, 6 nov. 1912. *Contribution à l'étude des fractures des métacarpiens.* — Paris 1912, in-8 [78 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 10.

Desprairies (Henri-Edouard-Pierre), né le 16 janv. 1885 à Carentan (Manche). D. 750. Paris, 20 nov. 1912. *Une modification rare des urines (Alcaptonurie).* — Paris 1912, in-8 [83 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 34.

Despujols (Benoît-Paul), né le 6 juin 1889 à Laure (Aude). D. 861. Lyon, 30 nov. 1912. *Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale épidémique à forme chronique.* — Lyon 1912, in-8 [84 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 28.

Détay (Paul-Marie-Aimé), né le 7 fév. 1876 à Paris (Seine). D. 285. Montpellier 7 mai 1913. *Sarcome de l'ethmoïde.* — Montpellier 1913, in-8 [75 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 58.

Détouillon (Pierre-Eugène), né le 3 avril 1886 à Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire). D. 862. Lyon, 21 déc. 1912. *Méthode d'insufflation intratrachéale de Meltzer-Auer.* — Villeurbanne 1912, in-8 [68 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 66.

Devin (François), né le 7 janv. 1886 à Sury-le-Comtal (Loire). D. 863. Lyon 29 nov. 1912. *Recherches cliniques sur l'emploi de l'extrait hypophysaire pendant la grossesse et pendant le travail.* — Lyon 1912, in-8 [85 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 26.

Dhérissart (Jean-Jules-Alphonse), né le 28 mars 1889 à Amiens (Somme). D. 27. Paris, 22 janv. 1913. *Les indications opératoires dans les fractures du rachis.* — Paris 1913, in-8 [132 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 132.

Dhoste (Guy-Léon-René), né le 30 janv. 1885 à Rochefort (Charente-Inférieure). D. 821. Bordeaux, 29 nov. 1912. *Contribution à l'étude de la pronation congénitale par dysplasie articulaire radio-cubitale.* — Bordeaux 1912, in-8 [51 p., 2 pl.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 15.

Didier (Léon-Auguste), né le 21 oct. 1887 à Chanos-Curson (Drôme). D. 96. Lyon, 6 fév. 1913. *De la tuberculose primitive folliculaire de la glande thyroïde.* — Lyon 1913, in-8 [83 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 72.

Dioclès (Louis-René-Clément), né le 26 avril 1888 à Tours (Indre-et-Loire). D. 864. Lyon, 4 déc. 1912. *Etude sur les résultats de la résection du maxillaire supérieur.* — Valence 1912, in-8 [80 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 35.

Dioudonnat (Pierre-Marie), né le 26 nov. 1886 à Tours (Indre-et-Loire). D. 190. Paris, 14 mai 1913. *Du rôle de la restauration prothétique des arcades dentaires pour la guérison de certaines ulcérations linguales.* — Paris 1913, in-8 [67 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 257.

Divaris (Panagis), né en juil. 1870 à Pilaréon (île Céphalonie). D. 191. Paris 17 avril 1913. *Recherches sur l'appendicite.* — Paris 1913, in-8 [112 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 220.

* **Dobkevitch** (Mlle Thérèse), née le 23 juil. 1887 à Komai (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 11 juin 1913. *De la chorée grave au cours de la grossesse.* — Paris 1913, in-8 [54 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 282.

Domec (Jean-Baptiste-Marie-Joseph), né le 13 nov. 1889 à Arbis (Gironde). D. 84. Bordeaux, 24 janv. 1913. *Des tumeurs kystiques de l'ovaire à contenu gazeux.* (Analyse en esperanto.) — Bordeaux 1913, in-8 [79 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 57.

Donnat (Louis-Dominique), né le 23 oct. 1875 à La Châtaigneraie (Vendée). D. 192. Paris, 21 mai 1913. *Des interventions chirurgicales chez les accidentés du travail. Etude médico-légale et juridique.* — Paris 1913, in-8 [62 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 262.

Donnezan (René-Clément-Noël), né le 23 nov. 1887 à Perpignan (Pyrénées-Orientales). D. 528. Montpellier, 9 juil. 1913. *De l'extension de l'anesthésie locale aux grandes opérations.* — Montpellier 1913, in-8 [58 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 83.

Donzé (Jean-Frédéric), né le 5 juil. 1886 à Paris (Seine). D. 193. Paris, 8 mai 1913. *Contribution à l'étude des épanchements chyliformes du péritoine.* — Paris 1913, in-8 [101 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 254.

Doré (Georges-René), né le 20 fév. 1888 à Lapenty (Manche). D. 822. Bordeaux, 15 nov. 1912. *De l'état antérieur du blessé dans les accidents du travail.* — Bordeaux 1912, in-8 [89 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 4.

Dorge (Marcel-Charles-Hippolyte), né le 26 nov. 1882 à Savy-Berlette (Pas-de-Calais). D. 473. Lille, 25 juil. 1913. *Contribution à l'étude de la réaction de Moriz Weisz.* — Lille 1913, in-8 [43 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 37.

Dorlencourt (Hippolyte-Louis-Frédéric), né le 7 oct. 1880 à Amfreville-sous-les-Monts (Eure). D. 957. Paris, 27 déc. 1912. *Contribution à l'étude des processus de défense de l'organisme. L'accoutumance.* — Paris 1912, in-8 [103 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 117.

Doulcet (Edmond-Julien-Léon-Marie), né le 3 oct. 1888 à Tulle (Corrèze). D. 348. Paris, 4 juin 1913. *Complications, accidents et incidents de l'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes.* — Paris 1913, in-8 [133 p., 1 tabl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 274.

Dublanc (Jean-Eloi-Prosper), né le 25 juin 1888 à Labrit (Landes). D. 238. Bordeaux 16 avril 1913. *Epithélioma du col et grossesse.* — Bordeaux 1913, in-8 [74 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 74.

Dubois (François-Léopold), né le 7 oct. 1885 à Langeais (Indre-et-Loire). D. 751. Paris, 27 nov. 1912. *Essai sur le traitement du chancre simple par les applications locales d'arsenobenzol.* — Paris 1912, in-8 [50 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 57.

Dubos (René-François), né le 30 juil. 1882 à Carentan (Manche). D. 349. Paris, 16 juil. 1913. *Contribution à l'étude des bradycardies par l'épreuve du nitrite d'amyle.* — Paris 1913, in-8 [98 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 381.

Dubourg (Etienne), né le 4 fév. 1887 à Saint-Symphorien (Gironde). D. 460. Bordeaux, 25 juil. 1913. *Diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse chez l'enfant, en particulier des formes latentes.* — Bordeaux 1913, in-8 [201 p., 1 pl.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 99.

Dubrulle (Pierre-Jules-André-Paul), né le 23 juil. 1888 à Maubeuge (Nord). D. 865. Lyon, 19 déc. 1912. *Substances coagulantes et anticoagulantes contenues dans les tissus.* — Lyon 1912, in-8 [60 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 61.

Ducamp (Albert-Jean), né le 30 sept. 1884 à Paris (Seine). D. 350. Paris, 18 juil. 1913. *La trépanation cornéo-sclérale d'Elliot. Etude technique. Recherches anatomiques et expérimentales.* — Paris 1913, in-8 [108 p., 9 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 417.

Duclos (Alexandre-Hubert-Paul), né le 21 avril 1886 à Melun (Seine-et-Marne). D. 351. Paris, 10 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'état mental dans les intermissions de la psychose périodique.* — Paris 1913, in-8 [124 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 365.

Ducluzaux (Marcel-Marie-Joseph), né le 20 juil. 1889 à Stenay (Meuse). D. 866. Lyon, 18 déc. 1912. *Neuf opérations de Gigli à la clinique obstétricale de Lyon. Etude clinique.* — Trévoux 1912, in-8 [83 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 59.

Ducoudert (Marie-François-Arthur), né le 30 sept. 1885 à Chabanais (Charente). D. 752. Paris, 21 nov. 1912. *Résultats médicaux de la prostatectomie.* — Paris 1912, in-8 [84 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 40.

Ducuing (Joseph-Gabriel-Germain), né le 14 avril 1885 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 936. Toulouse, 6 déc. 1912. *Contribution expérimentale à l'étude des greffes articulaires totales.* — Toulouse 1912, in-8 [249 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 7.

Dufau (Marie-Pierre-Joseph-Gabriel), né le 15 avril 1888 à Léon (Landes). D. 910. Montpellier, 20 déc. 1912. *La crise urinaire dans la fièvre typhoïde.* — Montpellier 1912, in-8 [61 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 15.

Dufranc (Jean-Joseph-Aimé-André), né le 13 sept. 1887 à Condom (Gers). D. 459. Bordeaux, 28 juil. 1913. *Contribution à l'étude de la tuberculose rénale chez l'enfant.* — Bordeaux 1913, in-8 [110 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 101.

Dugué (Henri-Célestin-Marie-Pierre), né le 16 fév. 1888 à Noyen (Sarthe). D. 352. Paris, 19 juil. 1913. *La tension minima considérée au double point de vue physiologique et pathologique.* — Paris 1913, in-8 [104 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 431.

Duhot (Emile-Louis-Léon), né le 11 juin 1887 à Ferrière-la-Grande (Nord). D. 1003. Lille, 21 déc. 1912. *Contribution à l'étude des névrites par ischémie (nerf optique et nerfs périphériques).* — Lille 1912, in-8 [174 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 7.

Dujarric de la Rivière (Auguste-René), né le 19 avril 1885 à Excideuil (Dordogne). D. 753. Paris, 4 déc. 1912. *Méningites à pseudoméningocoques et à paraméningocoques.* — Paris 1912, in-8 [114 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 86.

Dujol (Jules-Henri-Georges), né le 17 déc. 1885 à Saint-Etienne (Loire). D. 495. Lyon, 21 juil. 1913. *Diagnostic bactériologique et clinique de la gonococcie puerpérale. Influence sur le puerpérium immédiat.* — Trévoux 1913, in-8 [248 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 102.

Dunoyer (Camille-Marie-Emmanuel-Albert), né le 25 déc. 1885 au Dorat (Haute-Vienne). D. 754. Paris, 14 nov. 1912. *De certaines contractures tétaniformes chez l'enfant nouveau-né.* — Paris 1912, in-8 [109 p.], Th. méd., Paris 1912-1913, n° 24.

Dupain (Jean-Marie-Jules-Victor), né le 9 août 1888 à La Mothe-Saint-Héray (Deux-Sèvres). D. 867. Lyon, 23 nov. 1912. *Contribution à l'étude étiologique de la pellagre.* — Lyon 1912, in-8 [48 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 15.

Dupuy (Bernard-Emile-Charles), né le 29 juin 1888 à Saint-Pantaly-d'Ans (Dor-

dogne). D. 239. Bordeaux, 28 mai 1913. *Des troubles nerveux dans les luxations congénitales de la hanche.* — Bordeaux 1913, in-8 [53 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 86.

Duranthon (Pierre-Léonce-Albert), né le 7 sept. 1886 à Saint-André-de-Cubzac (Gironde). D. 461. Bordeaux, 25 juil. 1913. *Contribution à l'étude de la salicylamide.* — Saint-André-de-Cubzac 1913, in-8 [88 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 98.

Durœux (Louis-Jules), né le 6 mai 1883 à Saint-Saulve (Nord). D. 353. Paris, 18 juil. 1913. *Syphilis de la vessie.* — Paris 1913, in-8 [110 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 419.

Duteil (Eugène-Marie-Jules), né le 21 juil. 1886 à Lamnay (Sarthe). D. 28. Paris, 5 mars 1913. *Étude sur les kystes simples des os.* — Paris 1913, in-8 [74 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 186.

Duthu (Jean-Cyrille), né le 16 oct. 1886 à Trentels (Lot-et-Garonne). D. 937. Toulouse, 23 déc. 1912. *De la prophylaxie du choléra.* — Toulouse 1912, in-8 [91 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 16.

Duvelleroy (Albert-Louis-Frédéric), né le 7 sept. 1886 à Soliers (Calvados). D. 354. Paris, 18 juil. 1913. *Les scolioses au cours du mal de Pott.* — Paris 1913, in-8 [81 p., 5 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 416.

Duviau (Jean-Baptiste-Elie), né le 27 mai 1889 à Plaisance (Gers). D. 823. Bordeaux, 8 nov. 1912. *Contribution à l'étude du vertige stomacal.* — Bordeaux 1912, in-8 [79 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 3.

Eggimann (François-Valéry-Marie-Emmanuel), né le 16 juil. 1886 à Basse-Terre (Guadeloupe). D. 978. Bordeaux, 20 déc. 1912. *Valeur au point de vue du pronostic de l'ophtalmo-réaction dans les tuberculoses cliniques.* — Bordeaux 1912, in-8 [58 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 43.

* **El Wakil** (Ibrahim), né le 7 fév. 1885 à Aga (Egypte). Doctorat de l'Université. Montpellier, 14 fév. 1913. *La bilharziose génito-urinaire. Un cas exceptionnel de bilharziose urinaire avec couples de Bilharzia adultes retrouvés dans les caillots d'une hématurie abondante.* — Montpellier 1913, in-8 [127 p.]. Th. méd (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 4.

Ernoul (Julien-Marie-Jean), né le 19 juil. 1886 à Saumur (Maine-et-Loire). D. 355. Paris, 3 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'œdème aigu primitif du larynx chez l'enfant.* — Paris 1913, in-8 [83 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 329.

Ertaud (Emile-Joseph), né le 10 sept. 1885 à Bouguenais (Loire-Inférieure). D. 755. Paris, 28 nov. 1912. *Contribution à l'étude de la hernie épigastrique. Sa coexistence possible avec l'ulcère et le cancer de l'estomac. Indications qui en découlent.* — Nantes 1912, in-8 [128 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 79.

Escallier (Louis-Joseph-Henri), né le 14 fév. 1884 à Malesherbes (Loiret). D. 756. Paris, 24 oct. 1912. *Rechute de fièvre typhoïde et allergie typhique.* — Paris 1912, in-8 [111 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 8.

Escande (François-Marie), né le 11 oct. 1874 à Souilhe (Aude). D. 148. Toulouse, 22 fév. 1913. *Etude des mesures de distance en radiologie.* — Toulouse 1913, in-8 [194 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 34.

Escande (Frank-Georges), né le 26 nov. 1885 à Mazamet (Tarn). D. 147. Toulouse, 8 mars 1913. *Le problème de la chasteté masculine au point de vue scientifique.* — Toulouse 1913, in-8 [185 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 33.

Escurré (Maurice-Jean-Jacques), né le 22 sept. 1885 à Constantine (Constantine). D. 938. Toulouse, 30 nov. 1912. *Les dents du sinus et les sinusites d'origine dentaire.* — Toulouse 1912, in-8 [64 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 11.

Estève (Georges-Marius-Jean-Baptiste), né le 5 juil. 1889 à Quillan (Aude). D. 939. Toulouse, 23 déc. 1912. *Traitement des péritonites et des pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses par la ponction suivie du lavage à l'eau stérilisée chaude.* — Toulouse 1912, in-8 [93 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 14.

Estève (René-Natanaël-Saint-Ange), né le 8 oct. 1867 à Venterol (Drôme). D. 529. Montpellier, 23 juil. 1913. *Quelques considérations sur le traitement de la tuberculose pulmonaire.* — Montpellier 1913, in-8 [47 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 100.

Etchevers (Bernard-Edouard), né le 12 juil. 1884 à Irissarry (Basses-Pyrénées). D. 149. Toulouse, 8 fév. 1913. *De la tension artérielle pendant la montée du lait.* — Toulouse 1913, in-8 [100 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 37.

Fabre (Jean-François-Léon), né le 9 janv. 1886 à Monestier (Tarn). D. 940. Toulouse, 23 nov. 1912. *Essai médico-historique sur la vie et principalement sur la mort de Mme Henriette-Anne Stuart, duchesse d'Orléans.* — Paris 1912, in-8 [215 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 6.

Fabre (Joseph-Auguste-Baptiste), né le 29 mars 1888 à Coursan (Aude). D. 194. Paris, 15 mai 1913. *Quelques modifications physiologiques dans le décubitus latéral. Pression artérielle. Mouvements du diaphragme. Evacuation gastrique.* — Paris 1913, in-8 [82 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 259.

Faivret (François-Joseph-Antoine), né le 11 juin 1872 à Nice (Alpes-Maritimes). D. 97. Lyon, 23 janv. 1913. *Contribution à l'étude du coma cancéreux et du coma dyspeptique.* — Lyon 1913, in-8 [56 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 70.

Fallouey (Maurice-Gabriel), né le 26 fév. 1890 à Fort-National (Alger). D. 232. Alger, 24 mai 1913. *Recherches histologiques sur les rapports du tarse avec la glande de Meibomius.* — Alger 1913, in-8 [92 p.]. Th. méd., Alger 1913, n° 7.

Farah (Joseph-Soleiman), né le 16 juin 1888 à Damas (Turquie d'Asie). D. 700. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Farah (Sélim), né le 10 avril 1885 à Damas (Turquie d'Asie). D. 701. Beyrouth, 19 nov. 1912.

* **Farfell** (Mme), née **Chmielnitsky** (Raïssa), née le 2 janv. 1884 à Mélitopol (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 26 juil. 1913. *Des cystématomes menstruels post-opératoires.* — Montpellier 1913, in-8 [46 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 20.

Farnarier (Gaston-Emmanuel), né le 11 janv. 1885 à Marseille (Bouches-du-Rhône). D. 757. Paris, 13 nov. 1912. *Essai sur le traitement des cystites par l'enfumage iodé.* — Paris 1912, in-8 [45 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 18.

Faron (Louis-Jean-Charles), né le 3 août 1886 à Perpezat (Puy-de-Dôme). D. 356. Paris, 18 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'angine de Ludwig (phlegmon gangréneux du plancher de la bouche).* — Paris 1913, in-8 [75 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 422.

Fauconnier (Paul-Eugène), né le 10 sept. 1881 au Havre (Seine-Inférieure). D. 300. Toulouse, 22 avril 1913. *L'intoxication saturnine par les eaux en Limousin.* — Toulouse 1913, in-8 [114 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 52.

Faugeron (Louis-Marie-Gabriel), né le 14 fév. 1885 à La Courtine (Creuse). D. 357. Paris, 10 juil. 1913. *Les dissociations de la rétention biliaire.* — Paris 1913, in-8 [112 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 358.

Faur (Jean-Baptiste-Raphaël), né le 8 sept. 1886 à Ercé (Ariège). D. 530. Montpellier, 9 juil. 1913. *Sur une variété rare de fracture de l'extrémité inférieure du radius chez les conducteurs d'automobiles.* — Montpellier 1913, in-8 [43 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 85.

Fauré (Jean-Jacques-Alphonse), né le 28 mai 1887 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 868. Lyon, 11 déc. 1912. *Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide avec ou sans hypertrophie du col.* — Valence 1912, in-8 [84 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 51.

Favreau (Pierre-Lucien-Maurice), né le 31 mars 1889 à La Pointe-à-Pitre (Guadeloupe). D. 85. Bordeaux, 1er fév. 1913. *Suppurations des sacs herniaires et salpingo-ovarites.* — Bordeaux 1913, in-8 [51 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 59.

Fay (Henri-Jean-Marie-Joseph), né le 21 oct. 1885 à Nice (Alpes-Maritimes). D. 758. Paris, 27 nov. 1912. *La transplantation restauratrice du péroné après les résections des os longs du membre supérieur pour ostéo-sarcomes. Indications, technique opératoire et résultats.* — Paris 1912, in-8 [136 p., pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 62.

Fébrier (Johannès-Marius-Fernand), né le 29 août 1886 à Murviel-lès-Béziers (Hérault). D. 979. Bordeaux 11 déc. 1912. *De la position genu-axillaire (position de Werndorff) dans le traitement des luxations congénitales de la hanche.* — Bordeaux 1912, in-8 [69 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 21.

Felgeyrolles (Antoine-Julien), né le 19 mai 1886 à Augnat (Puy-de-Dôme). D. 195. Paris, 8 mai 1913. *Traitement du rhumatisme blennorragique par le radium et les autres corps radio-actifs.* — Paris 1913, in-8 [106 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 251.

Ferry (Maurice-Robert-Joseph), né le 25 oct. 1885 au Havre (Seine-Inférieure). D. 358. Paris, 9 juil. 1913. *De l'hémiplégie progressive par endartérite à distance.* — Paris 1913, in-8 [124 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 342.

Ferry de la Bellone (de) (Paul-Louis-Marie), né le 2 nov. 1888 à Apt (Vaucluse). D. 869. Lyon, 20 déc. 1912. *Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de la rate et de leur traitement par la splénectomie.* — Lyon-Villeurbanne 1912, in-8 [123 p., 1 pl.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 63.

* **Fichel** (Joseph-Benoît), né le 2/14 janv. 1886 à Bendine (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 10 avril 1913. *Sur un cas d'hématomes spontanés chez une tabétique.* — Paris 1913, in-8 [48 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 208.

Fillol (Paul-Adrien-Marius), né le 24 fév. 1885 à Belvès (Dordogne). D. 941. Toulouse, 30 nov. 1912. *Des angiocholécystites typhiques et de leur traitement médical.* — Toulouse 1912, in-8 [98 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 9.

* **Fingova** (Mlle Nadejda), née le 2 déc. 1883 à Kalofer (Bulgarie). Doctorat de l'Université. Nancy, 25 juil. 1913. *Contribution à l'étude des grossesses intra et extra-utérines simultanées.* — Nancy 1913, in-8 [77 p.]. Th. méd. (Univ.), Nancy 1912-1913, n° 1020.

* **Finteclus** (Mme), née **Tchermine** (Débora), née le 12 mars 1885 à Rostoff-sur-Don (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 30 janv. 1913. *Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus et de son traitement chirurgical.* — Paris 1913,

in-8 [56 p.]. Th. méd. (Univ.) Paris 1912-1913, n° 147.

Flament (Léon-François-Jean-Baptiste), né le 15 avril 1886 à Neuville-sur-Escaut (Nord). D. 259. Lille, 22 avril 1913. *Les ecchymoses « post mortem ». Etude médico-légale.* — Lille 1913, in-8 [68 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 20.

Flérecq (Maurice-Désiré), né le 24 janv. 1889 à Raismes (Nord). D. 1004. Lille, 24 déc. 1912. *Rôle du traumatisme dans quelques affections nerveuses. (Paralysie agitante. Affections de la moelle.)* — Lille 1912, in-8 [51 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 8.

Folliero de Luna (Charles-Marie-Joseph-Dominique), né le 2 sept. 1888 à Marseille (Bouches-du-Rhône). D. 911. Montpellier, 18 déc. 1912. *Hypersécrétion gastrique à jeun et stase sans participation du pylore.* — Montpellier 1912, in-8 [116 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 11.

Fontaine (Eugène-Louis), né le 28 juin 1888 à Rochefort (Charente-Inférieure). D. 980. Bordeaux, 20 déc. 1912. *Contribution à l'étude des épanchements pleuraux et péritonéaux relativement à la recherche des albumines, de la cholestérine et d'une peroxydase.* — Bordeaux 1912, in-8 [105 p., 1 tabl.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 41.

Fontaine (Louis-Maurice-François), né le 12 nov. 1886 à Berck (Pas-de-Calais). D. 29. Paris, 16 janv. 1913. *De la laryngostomie dans le traitement des papillomes diffus chez l'enfant.* — Paris 1912, in-8 [84 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 128.

Fontanel (Joanni-Georges), né le 7 oct. 1884 à Vienne (Isère). D. 196. Paris, 3 mai 1913. *Les microbes invisibles.* — Paris 1913. in-8 [120 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 242.

Forgues (Jean-Bernard-Charles), né le 22 mai 1888 à Pau (Basses-Pyrénées). D. 462. Bordeaux, 25 juin 1913. *Contribution à l'étude des exoascées pathogènes.* — Bordeaux 1913, in-8 [100 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 87.

Foucaud (Gabriel-Pierre-Marie-Clément), né le 7 oct. 1886 à Pont-Château (Loire-Inférieure). D. 240. Bordeaux, 14 mars 1913. *Etude critique des procédés opératoires pour la création d'un vagin artificiel.* — Bordeaux 1913, in-8 [88 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 69.

Fouqué (Charles-François-Jacques), né le 21 janv. 1889 à Cherbourg (Manche). D. 496. Lyon, 16 juil. 1913. *Contribution à l'étude de la prostatectomie hypogastrique.* — Lyon 1913, in-8 [393 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 101.

Fournier (André-Gaëtan), né le 30 juil. 1882 à Paris (Seine). D. 197. Paris, 24 avril 1913. *Les urétrocèles chez l'homme.* — Paris 1913, in-8 [178 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 226.

Fradkine (Salomon-Jacob), né le 14 mars 1883 à Krolevetz (Russie). D. 359. Paris, 17 juil. 1913. *L'arsenobenzol et le néoarsenobenzol en thérapeutique ophtalmologique (étude clinique).* — Paris 1913, in-8 [119 p.]. Th. méd., Paris, 1912-1913, n° 399.

Fragnaud (Charles-Auguste-Joseph), né le 14 mars 1886 à Vigeois (Corrèze). D. 241. Bordeaux, 30 avril 1913. *Résultats éloignés de la saphénectomie.* — Bordeaux 1913, in-8 [37 p., 13 tabl.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 78.

Frahier (Félix-Joseph-Adolphe), né le 9 nov. 1887 à Philippeville (Constantine). D. 824. Bordeaux, 15 nov. 1912. *Etude de la pathogénie des kystes dermoïdes multiples de la cavité abdominale.* — Bordeaux 1912, in-8 [123 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 5.

François (Marie-Jules-Charles), né le 16 août 1883 à Blâmont (Meurthe-et-Moselle). D. 531. Montpellier, 28 mai 1913. *Classification des fractures du calcanéum.* — Montpellier 1913, in-8 [64 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 63.

Frassaint (Léon), né le 14 mai 1886 à Barastre (Pas-de-Calais). D. 360. Paris, 12 juin 1913. *Des ostéopériostites externes isolées du temporal à point de départ otogène.* — Lille 1913, in-8 [175 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 288.

Freydier (Emile-Louis), né le 18 déc. 1888 à Montélimar (Drôme). D. 870. Lyon, 4 déc. 1912. *Contribution à l'étude de l'énurésis infantile.* — Lyon 1912, in-8 [94 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 39.

Fribourg-Blanc (André-Joseph), né le 17 mars 1888 à Grenoble (Isère). D. 871. Lyon, 18 nov. 1912. *Contribution à l'étude de l'enfance coupable.* — Lyon 1912, in-8 [134 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 5.

Fromaget (Henri-Raymond), né le 11 janv. 1886, à Saintes (Charente-Inférieure). D. 86. Bordeaux, 17 janv. 1913. *L'intradermo-réaction au glycocholate de soude chez les syphilitiques.* — Bordeaux 1913, in-8 [133 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 55.

Froment (Eugène-Lucien-Victor), né le 7 juil. 1885 à Avrechy (Oise). D. 759. Paris, 27 nov. 1912. *Contribution à l'étude du chancre syphilitique du nez et en particulier de sa localisation au cornet inférieur.* — Paris 1912, in-8 [111 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 56.

Gabalda (Marie-Gabriel-Louis-Joseph), né le 21 mars 1886 à Alzon (Gard). D. 98. Lyon, 8 mars 1913. *Les plans d'aménagement et d'extension des villes. De leur nécessité au point de vue de l'hygiène urbaine.* — Lyon 1913, in-8 [157 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 76.

Gaborit (Jean-Louis-Eugène), né le 28 mars 1889 à La Rochelle (Charente-Inférieure). D. 242. Bordeaux, 9 mai 1913. *Contribution à l'étude de la torsion spontanée du cordon spermatique chez l'homme.* — Bordeaux 1913, in-8 [78 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 84.

Gaillard (Gaston-Louis-Isidore), né le 8 avril 1885 à Rosnay-l'Hôpital (Aube). D. 760. Paris, 28 nov. 1912. *Syndromes hypophysaires chez l'enfant.* — Paris 1912, in-8 [142 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 70.

Galesne (Charles-Alfred), né le 30 mars 1887 à Rennes (Ille-et-Vilaine). D. 532. Montpellier, 11 juil. 1913. *La position de Fowler et son application dans le traitement postopératoire des laparotomies laborieuses.* — Montpellier 1913, in-8 [59 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 77.

Galissot (Louis-François-Marie-Joseph), né le 20 août 1887 à Roncq (Nord). D. 474. Lille, 3 juin 1913. *Les zonas atypiques.* — Lille 1913, in-8 [141 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 27.

Gallas (Pierre-Georges), né le 4 juil. 1886 à Chartres (Eure-et-Loir). D. 198. Paris, 23 avril 1913. *De l'ulcère du duodénum chez le nouveau-né et chez le nourrisson.* — Paris 1913, in-8 [126 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 225.

Gambier (René), né le 28 janv. 1886 à Fontenay-le-Comte (Vendée). D. 361. Paris, 17 juil. 1913. *Contribution à l'étude des crises gastriques du tabes.* — Paris 1913, in-8 [207 p., 4 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 403.

* **Gandjétziantz** (Rubin), né le 25 août 1884 à Nouchi (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 26 juil. 1913. *Quelques considérations sur les fibromes du cordon spermatique.* — Montpellier 1913, in-8 [51 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 19.

Gardies (Auguste-Jean), né le 19 oct. 1885 à Carqueiranne (Var). D. 761. Paris, 14 nov. 1912. *Recherches sur l'ectasie abdominale des nourrissons (gros ventre).* — Paris 1912, in-8 [109 p., 3 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 26.

Garnier (Gaston-André), né le 2 sept. 1886 à Reims (Marne). D. 362. Paris, 18 juin 1913. *De l'exentération de l'utérus appliquée à la cure des fibromes de cet organe.* — Paris 1913, in-8 [64 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 294.

Gasne (Augustin-Charles-Gabriel-Georges), né le 22 avril 1888 à Poitiers (Vienne). D. 243. Bordeaux, 3 mars 1913. *Mécanisme, pathogénie et traitement des scolioses.* — Bordeaux 1913, in-8 [77 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 65.

Gaspais (Désiré-Alphonse-Marie), né le 5 juin 1885 à Saint-Brieuc-de-Mauron (Morbihan). D. 762. Paris, 5 déc. 1912. *Contribution à l'étude du mal de Pott sous-occipital syphilitique.* — Paris 1912, in-8 [82 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 90.

Gastaud (Paul-Philippe-Alphonse), né le 6 sept. 1883 à Grasse (Alpes-Maritimes). D. 363. Paris, 17 juil. 1913. *Le diabète dans le syndrome de Basedow.* — Paris 1913, in-8 [104 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 401.

Gastinel (Pierre-Marie-Henri), né le 4 juil. 1884 à Remalard (Orne). D. 30. Paris, 12 fév. 1913. *Des réactions d'infection et d'immunité dans la vaccine et la variole (étude clinique et expérimentale).* — Paris 1913, in-8 [207 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 154.

Gaté (Jean-Joseph), né le 8 déc. 1885 à Lyon (Rhône). D. 497. Lyon, 26 juin 1913. *Lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents intraganglionnaires, d'origine génitale probable, peut-être vénérienne.* — Lyon 1913, in-8 [159 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 93.

Gaubert (Astélie-Vincent-Eugène-Esprit-Raoul), né le 7 juil. 1881 à La Roche-sur-Yon (Vendée). D. 114. Montpellier, 17 fév. 1913. *Contribution à l'étude de la cocaïnomanie résultant de l'usage progressif et principalement nasal de médicaments vendus dans le commerce.* — Montpellier 1913, in-8 [53 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 36.

Gauchon (Raymond-François-Marie-Ernest-Léopold), né le 23 mars 1889 à Saint-Coutant (Charente). D. 31. Paris, 12 mars 1913. *Du pronostic chez les éclamptiques.* — Paris 1913, in-8 [88 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 193.

Gaudefroy (Fernand-Marie-Gustave), né 9 août 1884 à Amiens (Somme). D. 260. Lille, 20 janv. 1913. *Contribution à l'étude des complications osseuses de la fièvre typhoïde (ostéopériostite et spondylite).* — Lille 1913, in-8 [130 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 10.

Gaufroy (Marcel-Marie-Vital), né le 6 juin 1882 à l'Isle-sur-le-Doubs (Doubs). D. 32. Paris, 6 fév. 1913. *Traitement des fractures anciennes de jambe à grand déplacement par l'appareil d'Heitz-Boyer.* — Paris 1913, in-8 [70 p., 8 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 167.

Gaujard (Marcel-Silvain-Joseph), né le 10 juil. 1888 à Châteauroux (Indre). D. 364. Paris, 10 juil. 1913. *Contribution à l'étude de la syphilis veineuse. La phlébite syphilitique tardive des veines des membres.* — Paris 1913, in-8 [78 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 364.

Gaulène (Jules-Paul-Marie-Michel-Jacques), né le 27 juin 1885 à Paulhac (Haute-Garonne). D. 763. Paris, 27 nov. 1912. *Evolution de la grossesse dans les utérus cordiformes.* — Paris 1912, in-8 [30 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 60.

Gaulier (Abel-François), né le 9 juil. 1871 à Saint-Saulge (Nièvre). D. 365. Paris,

10 juil. 1913. *Elimination du salicylate de soude chez les enfants.* — Paris 1913, in-8 [52 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 354.

Gauthier (Jean-Gabriel), né le 19 mai 1881 à Charolles (Saône-et-Loire). D. 99. Lyon 15 fév. 1913. *Recherches sur la pathogénie et l'étiologie de la paralysie agitante.* — Lyon 1913, in-8 [123 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 74.

Gautier (Louis-Marie-Charles-Ernest), né le 25 août 1885 à Grand-Bourg (Guadeloupe). D. 764. Paris 13 nov. 1912. *Contribution à l'étude des mélanuries.* — Paris 1912, in-8 [72 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 22.

Gautron (Pierre-Louis-Amédée), né le 25 juin 1888 à Tours (Indre-et-Loire). D. 981. Bordeaux, 18 déc. 1912. *Le phlegmon périnéphrétique comme complication des suites de couches.* — Poitiers 1912, in-8 [57 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 35.

Gautruche (Hippolyte-Emile), né le 13 août 1872 à Châlons-sur-Marne (Marne). D. 199. Paris, 22 mai 1913. *Contribution à l'étude de la constante uréo-sécrétoire chez l'adulte et chez l'enfant.* — Paris 1913, in-8 [93 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 267.

Gauvenet (Jean-Emile-Henri), né le 30 avril 1887 à Lesparre (Gironde). D. 825. Bordeaux, 8 nov. 1912. *Etude sur les syndromes ictériques; pathogénie et classification.* — Bordeaux 1912, in-8 [207 p., 2 pl.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 1.

Gaveau (Bénigne-Casimir-André), né le 14 juil. 1885 à l'Isle-sur-Serein (Yonne). D. 765. Paris, 27 nov. 1912. *De l'absorption rectale de différents liquides avant et après les grandes opérations.* — Paris 1912, in-8 [54 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 64.

* **Gawse** (Yankel), né le 4 avril 1886 à Lakhovitchi (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 18 déc. 1912. *Traitement du phlegmon diffus par l'ignipuncture profonde et la désinfection du foyer par la teinture d'iode.* — Paris 1912, in-8 [73 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 101.

Gaymard (Louis-Pierre-Antoine), né le 4 avril 1886 à Grenoble (Isère). D. 200. Paris, 14 mai 1913. *Des adénites iliaques chancrelleuses et de leur traitement opératoire.* — Paris 1913, in-8 [115 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 258.

Gélain (Alexandre-Louis-Placide), né le 25 déc. 1886 à Thiant (Nord). D. 261. Lille, 19 avril 1913. *Des paralysies du plexus brachial consécutives aux traumatismes de l'épaule.* — Lille 1913, in-8 [123 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 18.

Gendron (André), né le 11 nov. 1880 à Couëron (Loire-Inférieure). D. 201. Paris, 24 avril 1913. *Etude clinique des tumeurs de la moelle et des méninges spinales. Contribution à l'étude des localisations médullaires en hauteur.* — Paris 1913, in-8 [226 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 229.

Genil-Perrin (Georges-Paul-Henri), né le 16 août 1882 à Grenoble (Isère). D. 33. Paris, 6 fév. 1913. *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale.* — Paris 1913, in-8 [282 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 152.

* **Geolkver** (Mordoukh), né le 3 août 1883 à Touroff (Russie). Doctorat de l'Université. Paris 16 avril 1913. *Conséquences du rapprochement sexuel pendant la gestation.* — Paris 1913, in-8 [43 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 210.

* **Geolkver** (Movcha), né en 1885 à Touroff (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 17 avril 1913. *Etude statistique des méningites observées chez les enfants à la clinique médicale de l'hôpital des Enfants-Malades en 1907-1912.* — Paris 1913, in-8 [64 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 215.

Gérard (Charles-Antoine), né le 22 mars 1883 à Saint-André-le-Puy (Loire). D. 498. Lyon, 22 juil. 1913. *De la laparotomie dans la rétroversion irréductible de l'utérus gravide.* — Lyon 1913, in-8 [107 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 106.

Gerest (Paul), né le 18 août 1884 à Collonges (Rhône). D. 499. Lyon, 24 juil. 1913. *Existe-t-il des indications de l'accouchement prématuré provoqué dans l'albuminurie gravidique (éclampsie confirmée non comprise)?* — Lyon 1913, in-8 [230 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 113.

Getten (Alfred-Jean-Louis-Félicien), né le 9 août 1879 à Poyanne (Landes). D. 366. Paris, 15 juil. 1913. *Etude du syndrome de Stokes-Adam (à propos d'un cas de pouls lent permanent avec vertiges et syncopes).* — Paris 1913, in-8 [138 p., 1 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 373.

Gibert (Henri-Alban-Jean), né le 21 août 1887 à Ornaisons (Aude). D. 202. Paris, 3 mai 1913. *De l'âge d'apparition de la fonction menstruelle.* — Paris 1913, in-8 [60 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 239.

Girard (Maurice-Joseph-André), né le 1er déc. 1872 à Auxerre (Yonne). D. 367. Paris, 3 juil. 1913. *L'aérothermothérapie en gynécologie.* — Paris 1913, in-8 [71 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 332.

Giraud (Gabriel-Marie-Vincent), né le 10 août 1880 à Sens (Yonne). D. 34. Paris, 23 janv. 1913. *Des méningo-encéphalites chroniques syphilitiques et saturnines. Etude étiologique.* — Paris 1912, in-8 [87 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 137.

Girode (Charles-Auguste-Germain), né le 24 janv. 1882 à Paris (Seine). D. 368. Paris, 19 juil. 1913. *La périgastrite adhésive dans l'ulcère de l'estomac. (Etude clinique et thérapeutique.)* — Paris 1913, in-8 [134 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 430.

Girou (Calixte-Emile), né le 19 janv. 1884 à Aurillac (Cantal). D. 369. Paris, 25 juin 1913. *L'appendicite chronique pure.* — Paris 1913, in-8 [189 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 307.

Godard (Victor-Valentin-Jules), né le 6 oct. 1888 à Roz-Landrieux (Ille-et-Vilaine). D. 203. Paris, 30 avril 1913. *Etude sur la contamination des huîtres et l'action épuratrice de la stabulation.* — Paris 1913, in-8 [78 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 236.

Goéré (René-Pierre), né le 7 oct. 1887 à Brest (Finistère). D. 982. Bordeaux, 23 déc. 1912. *Contribution à l'étude expérimentale et clinique du pouls veineux jugulaire.* — Bordeaux 1912, in-8 [64 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 52.

Goirand (Emile-Paul), né le 3 sept. 1886 à Valence (Drôme). D. 500. Lyon, 24 juil. 1913. *Contribution à l'étude du pemphigus aigu fébrile grave.* — Lyon 1913, in-8 [100 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 109.

* **Goldberg** (Mme), née **Waïne** (Sarah-Rébecka), née le 16 mai 1889 à Pinsk (Russie). Doctorat de l'Université. Toulouse, 26 juil. 1913. *Des hématocèles rétro-utérines en dehors de la grossesse ectopique.* — Toulouse 1913, in-8 [118 p.]. Th. méd. (Univ.), Toulouse 1912-1913, n° 17.

* **Goldzeiguer** (David), né le 15 déc. 1886 à Olkenikach (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 26 juil. 1913. *La salvarsanothérapie. (Vue d'ensemble.)* — Montpellier 1913, in-8 [111 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 16.

Gontan (Marie-Louis-Jean-Baptiste-Philippe), né le 13 juil. 1888 à Objat (Corrèze). D. 582. Toulouse, 18 juil. 1913. *De la thermométrie sous-vestiale chez les accouchées.* — Toulouse 1913, in-8 [114 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 60.

* **Gontcharoff** (Mlle Lydie), née le 22 juil. 1883 à Tiver (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 15 mars 1913. *Le sarcome primitif de l'estomac.* — Montpellier 1913, in-8 [56 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 9.

Got (Jean-André), né le 7 mai 1886 à Lamarque (Gironde). D. 826. Bordeaux, 29 nov. 1912. *Contribution à l'étude du syndrome de Cotard; sa valeur pronostique.* — Bordeaux 1912, in-8 [72 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 9.

* **Gotlib** (Moïse-Aaron), né le 18 mai 1883 à Jitomir (Russie). Doctorat de l'Université Paris, 17 avril 1913. *Les kératoses blennorragiques.* — Paris 1913, in-8 [79 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 219.

Goudard (Paul-Henry-Georges), né le 13 sept. 1884 à Langeac (Haute-Loire). D. 170. Montpellier, 14 mars 1913. *Contribution à l'étude du typhus récurrent.* — Montpellier 1913, in-8 [51 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 47.

Goulfier (Charles-Paul-Louis), né le 25 fév. 1885 à Limoges (Haute-Vienne). D. 766. Paris, 24 oct. 1912. *Contribution à l'étude de l'étiologie de la kérato-conjonctivite phlycténulaire.* — Paris 1912, in-8 [134 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 4.

Gourcerol (Henri), né le 17 juil. 1885 à Limoges (Haute-Vienne). D. 767. Paris, 5 déc. 1912. *La radiographie de l'appendice.* — Paris 1912, in-8 [61 p., fig., 1 pl. phot.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 89.

Gourdon (Ernest-François), né le 10 mai 1873 à Lyon (Rhône). D. 370. Paris, 25 juin 1913. *Un hivernage dans l'Antarctique.* — Paris 1913, in-8 [97 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 300.

Goursolle (Marie-Pierre-Marcel), né le 31 oct. 1882 à Amance (Haute-Saône). D. 569. Nancy, 23 juil. 1913. *Contribution à l'étude du traitement moderne des plaies récentes de l'artère fémorale primitive.* — Saint-Nicolas 1913, in-8 [57 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1019.

Goyet (Albert-Joachim), né le 3 mai 1884 à Lagnieu (Ain). D. 501. Lyon, 9 juil. 1913. *Syndromes intestinaux d'origine artérielle.* — Lyon 1913, in-8 [289 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 100.

Grabois (Georges-Salomon), né le 29 janv. 1887 à Retschi (Russie). D. 371. Paris, 19 juin 1913. *Etude étiologique des cas de chorée observés dans le service de M. le professeur Hutinel (1907-1913).* — Paris 1913, in-8 [78 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 298.

Grand (Léon-Théodore-Emile-Pierre), né le 30 juin 1886 à Millas (Pyrénées-Orientales). D. 872. Lyon, 18 déc. 1912. *Contribution à l'étude de la pneumonie lobaire aiguë secondaire à la rougeole.* — Lyon 1912, in-8 [83 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 58.

Grandpierre (Paul-Adrien-René), né le 16 janv. 1886 à Nancy (Meurthe-et-Moselle). D. 570. Nancy, 11 juil. 1913. *Etude sur les lipomes ostéopériostiques.* — Paris 1913, in-8 [71 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1011.

Granel (Jean-Henri), né le 12 janv. 1874 à Avignon (Vaucluse). D. 115. Montpellier, 28 fév. 1913. *Contribution à l'étude clinique de l'adaline, médicament hypnotique et sédatif.* — Avignon 1913, in-8 [40 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 40.

Granger (Marcel-Pierre), né le 16 janv. 1886 à Alger (Alger). D. 816. Alger, 30 nov. 1912. *Des rapports du paludisme avec les lésions de l'aorte. Etude critique et contribution personnelle.* — Alger 1912, in-8 [77 p.]. Th. méd., Alger 1912, n° 23.

Gremeaux (Paul-Louis), né le 21 nov. 1885 à Nîmes (Gard). D. 35. Paris, 29 janv. 1913. *Le radio-diagnostic des corps étrangers de l'orbite.* — Paris 1913, in-8 [124 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 142.

Grenier (François-Oswald-Etienne-Marc), né le 26 déc. 1887 à Castelculier (Lot-et-Garonne). D. 244. Bordeaux, 14 mars 1913. *Quelques documents concernant la durée de la gestation et le poids de l'enfant à terme. (Statistique de la clinique obstétricale de Bordeaux, 1898-1912.)* — Bordeaux 1913, in-8 [67 p., 1 tabl.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 68.

Gress (Chafik), né le 27 fév. 1890 au Caire (Egypte). D. 702. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Grèze (Jean-Marie-Joseph), né le 14 avril 1886 à Villedieu (Cantal). D. 770. Paris, 27 nov. 1912. *Du traitement chirurgical dans les déformations rachitiques de la jambe.* — Paris 1912, in-8 [48 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 53.

Grigaut (Adrien-Hector-Joseph), né le 15 mars 1884 à Gannes (Oise). D. 372. Paris, 17 juil. 1913. *Le cycle de la cholestérinémie.* — Paris 1913, in-8 [183 p., fig.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 412.

Grimal (Louis-René-Emile-Herman), né le 7 juil. 1886 à Castelnau-de-Montmiral (Tarn). D. 873. Lyon, 23 nov. 1912. *L'alcoolisme du jeune soldat. L'acte délictueux et son expertise médico-légale.* — Trévoux 1912, in-8 [89 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 12.

Grodvolle (Paul-Adolphe-Martin-Aimé-Raymond), né le 27 avril 1886 à Tours (Indre-et-Loire). D. 204. Paris, 30 avril 1913. *Volvulus du cæcum.* — Paris 1913, in-8 [69 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 234.

Gros (Pierre), né le 2 juil. 1885 à Marseille (Bouches-du-Rhône). D. 768. Paris, 13 nov. 1912. *Les pigmentations dans la syphilis et leurs rapports avec le vitiligo.* — Paris 1912, in-8 [133 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 19.

Grousset (Laurent-Jean), né le 30 mai 1883 à Cusset (Allier). D. 463. Bordeaux, 23 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'étiologie du pemphigus chronique.* — Bordeaux 1913, in-8 [82 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 94.

Grumeau (Fernand-Henri), né le 18 oct. 1887 à Lille (Nord). D. 262. Lille, 14 mars 1913. *Etude médico-légale sur la viabilité des nouveau-nés.* — Lille 1913, in-8 [59 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 15.

Grunberg (Mathias), né le 13/25 oct. 1888 à Libau (Russie). D. 373. Paris, 16 juil. 1913. *Traitement actuel des rétrécissements traumatiques de l'urètre.* — Paris 1913, in-8 [47 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 396.

Guardia (de) (Charles), né le 10 oct. 1884 à Vinca (Pyrénées-Orientales). D. 533. Montpellier, 27 juin 1913. *Contribution à l'étude des abcès amygdaliens et périamygdaliens.* — Montpellier 1913, in-8 [51 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 70.

Guégan (Honoré-Joseph), né le 21 mars 1888 à Hennebont (Morbihan). D. 534. Montpellier, 15 juil. 1913. *Ectopie testiculaire périnéale.* — Montpellier 1913, in-8 [50 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 91.

Gueit (Auguste-Léon-Joseph), né le 6 janv. 1888 à Marseille (Bouches-du-Rhône). D. 117. Montpellier, 15 janv. 1913. *Contribution à l'étude des paralysies radiculaires traumatiques du plexus brachial.* — Montpellier 1913, in-8 [65 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 21.

Gueit (Charles-Henri-Gabriel), né le 28 janv. 1886 à Bordeaux (Gironde). D. 116. Montpellier, 11 fév. 1913. *Traitement de la tuberculose pulmonaire par les sérums spécifiques.* — Montpellier 1913, in-8 [133 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 27.

Guétrot (Maixent-Pierre-Jules), né le 25 juin 1873 à Saint-Maixent (Deux-Sèvres). D. 374. Paris, 3 juil. 1913. *La finalité dans la physiologie de Galien.* — Paris 1913, in-8 [57 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 324.

Guggenbühl (Louis-Frédéric-Charles), né le 5 juil. 1887 à Mostaganem (Oran). D. 874. Lyon, 7 déc. 1912. *La rachinovocaïnisation. Ses avantages en chirurgie urinaire.* — Lyon 1912, in-8 [67 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 40.

Guggenheim (Henri-Marc), né le 11 mars 1883 à Bâle (Suisse). D. 375. Paris, 4 juin 1913. *De la lymphogranulomatose et de ses rapports avec les autres lésions systématisées de l'appareil hématopoiétique.* — Paris 1913, in-8 [221 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 276.

Guianvarch (Noël-Joseph), né le 7 avril 1874 à Lambézellec (Finistère). D. 245. Bordeaux, 2 mai 1913. *De l'extirpation systématique des muscles pectoraux dans le cancer du sein.* — Bordeaux 1913, in-8 [45 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 81.

Guichot (Henri-Emile-Jules), né le 14 avril 1888 à Aureilhan (Hautes-Pyrénées). D. 875. Lyon, 27 nov. 1912. *Des méningites cérébro-spinales primitives à pneumocoques.* — Lyon 1912, in-8 [88 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 19.

Guillaume (Joseph-Marie), né le 31 juil. 1885 à Trégastel (Côtes-du-Nord). D. 912. Montpellier, 27 nov. 1912. *Traitement des fractures de la cuisse chez l'enfant.* — Montpellier 1912, in-8 [46 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 6.

Guillemet (André-Louis), né le 4 juil. 1888 à Fontenay-le-Comte (Vendée). D. 827. Bordeaux, 20 nov. 1912. *Le signe des spinaux et le diagnostic des épanchements pleuraux.* — Bordeaux 1912, in-8 [57 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 7.

Guillemet (Marcel-Camille-Auguste), né le 16 oct. 1884 à Malleret (Creuse). D. 205. Paris, 28 mai 1913. *Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose laryngée par la trachéotomie et la thyrotomie.* — Paris 1913, in-8 [52 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 270.

Guillemin (Marius-Henri-Joseph), né le 5 mars 1887 à Troyes (Aube). D. 571. Nancy, 26 juil. 1913. *Contribution à la pathogénie et au traitement des collections pharyngiennes d'origine otique.* — Nancy 1913, in-8 [78 p., 1 pl.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1016.

Guillermit (Eugène-Léon-Marie), né le 11 sept. 1886 à Lambézellec (Finistère). D. 583. Toulouse, 25 juil. 1913. *Contribution à l'étude pathogénique et thérapeutique de l'éclampsie.* — Toulouse 1913, in-8 [87 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 66.

Guilloux (Alain-Jules), né le 16 mars 1888 à Rennes (Ille-et-Vilaine). D. 828. Bordeaux, 29 nov. 1912. *Contribution à l'étude des complications urinaires dans la rétrodéviation de l'utérus gravide.* — Bordeaux 1912, in-8 [60 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 14.

Guinaudeau (Pascal-André-Jules), né le 13 fév. 1885 à Velluire (Vendée). D. 464. Bordeaux, 18 juil. 1913. *De l'épithélioma sur cicatrices de brûlures.* — Bordeaux 1913, in-8 [55 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 91.

Guinet (Maurice-Pierre), né le 17 juin 1885 à Paris (Seine). D. 769. Paris, 27 nov. 1912. *Contribution à l'étude de l'acide phénylquinolique²-carbonique⁴ et de ses applications thérapeutiques.* — Paris 1912, in-8 [74 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 54.

Guiol (Henri-Auguste-Emile), né le 24 nov. 1886 à Hyères (Var). D. 535. Montpellier, 8 juil. 1913. *Contribution à l'étude des pancréatines végétales. Etude botanique, chimique et physiologique des pancréatines de Ficus carica L. et de Broussonetia papyrifera L.* — Montpellier 1913, in-8 [109 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 73.

Guiter (Jules), né le 8 août 1881 à Perpignan (Pyrénées-Orientales). D. 536. Montpellier, 25 juil. 1913. *Contribution à l'étude du traitement et des résultats postopératoires et médicamenteux de l'épithélioma du sein chez l'homme.* — Montpellier 1913, in-8 [57 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 103.

Guitton (Albert-Marius-Joseph), né le 24 sept. 1881 à Trets (Bouches-du-Rhône). D. 286. Montpellier, 2 mai 1913. *Contribution à l'étude des symptômes épileptiques dans les états thyroïdiens.* — Montpellier 1913, in-8 [76 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 53.

Guitton (Etienne-François), né le 22 juil. 1883 à Marseille (Bouches-du-Rhône). D. 913. Montpellier, 20 déc. 1912. *Sur le dicrotisme dans la fièvre typhoïde.* — Montpellier 1912, in-8 [58 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 18.

Hadjoglou (Aristote), né le 1er déc. 1877 à Miséou-Carlovasi (Grèce). D. 958. Paris, 19 déc. 1912. *L'opothérapie hépatique dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses.* — Paris 1912, in-8 [80 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 104.

Hainaux (Camille-Valery), né le 4 fév. 1866 à Sains (Nord). D. 502. Lyon, 2 juil. 1913. *Le pneumothorax tuberculeux bilatéral.* — Villeurbanne 1913, in-8 [66 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 96.

Hamant (Aimé-Julien), né le 13 mars 1884 à Nancy (Meurthe-et-Moselle). D. 572. Nancy, 19 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'échinococcose secondaire abdomino-pelvienne et de son traitement.* — Nancy 1913, in-8 [383 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1017.

Hannedouche (Louis-Henri-Joseph), né le 24 janv. 1880 à Huby-Saint-Leu (Pas-de-Calais). D. 287. Montpellier, 30 avril 1913. *Notes sur 39 garçons anormaux de l'établissement de Grugny (Seine-Inférieure).* — Montpellier 1913, in-8 [73 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 55.

Hanriot (Armand-Camille-Louis), né le 19 avril 1884 à Lisses (Seine-et-Oise). D. 36. Paris, 6 mars 1913. *Contribution à l'étude d'une des manifestations de l'arthritisme, « la cellulite ».* — Paris 1913, in-8 [94 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 188.

Hatry (René), né le 6 août 1886 à Vineuil (Loir-et-Cher). D. 771. Paris, 28 nov. 1912. *Contribution à l'étude des luxations du pied en arrière.* — Paris 1912, in-8 [54 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 82.

Hatton (Léonce-Antoine-Emile), né le 23 fév. 1882 à Lorient (Morbihan). D. 376. Paris, 18 juil. 1913. *Contribution à l'étude de la dermatose gravidique autotoxique.* — Paris 1913, in-8 [56 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 414.

Haultcœur (Georges-Henri-Auguste), né le 28 juin 1889 à Arras (Pas-de-Calais). D. 377. Paris, 12 juin 1913. *De la tuberculose de l'enfant du premier âge et de sa prophylaxie.* — Paris 1913, in-8 [70 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 284.

Havet (Emile-Paul-Joseph), né le 22 juin 1887 à Cauchy-la-Tour (Pas-de-Calais). D. 475. Lille, 9 mai 1913. *A propos de quelques cas de fièvre typhoïde à séro-réaction retardée.* — Lille 1913, in-8 [75 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 24.

Hébrard (Paul-Auguste-Noël-Fulcran), né le 23 déc. 1882 à Lodève (Hérault). D. 772. Paris, 14 nov. 1912. *Les oblitérations de la veine cave inférieure.* — Paris 1912, in-8 [82 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 27.

Heck (Charles-Albert-Oscar-Hector), né le 19 nov. 1877 à Montmorillon (Vienne). D. 573. Nancy, 17 juin 1913. *Contribution à l'étude de l'embolie graisseuse consécu-*

tive aux interventions orthopédiques. — Nancy 1913, in-8 [75 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1009.

Hecquet (Francis-Léon), né le 28 juin 1886 à Fiefs (Pas-de-Calais). D. 1005. Lille, 7 déc. 1912. *Le sérum hémopoïétique. Son action dans les anémies tuberculeuses.* — La Madeleine 1912, in-8 [64 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 5.

Herding (Charles-Henry), né le 25 oct. 1887 à Laforce (Dordogne). D. 378. Paris, 16 juil. 1913. *De l'intervention chirurgicale dans la hernie ombilicale de l'enfance.* — Paris 1913, in-8 [73 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 386.

Herdly (Maurice), né le 22 août 1886 à Argenton (Indre). D. 293. Nancy, 12 avril 1913. *A propos d'un cas d'ostéomyélite à pneumocoques.* — Nancy 1913, in-8 [48 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1002.

Herrmann (Maurice-Jules-Auguste), né le 13 juil. 1890 à Saint-Mihiel (Meuse). D. 379. Paris, 10 juil. 1913. *Etudes cliniques et expérimentales sur les lésions du testicule consécutives aux traumatismes du cordon.* — Paris 1913, in-8 [142 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 352.

Heyraud (Jean-Marcel), né le 4 sept. 1885 à Marennes (Charente-Inférieure). D. 876. Lyon, 3 déc. 1912. *De l'étranglement rétrograde de l'épiploon.* — Lyon 1912, in-8 [56 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 34.

Hiblot (Léon), né le 7 janv. 1886 à Halles (Meuse). D. 37. Paris, 12 mars 1913. *Du pronostic éloigné de l'albuminurie chez les femmes enceintes.* — Paris 1913, in-8 [83 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 192.

Hintzy (Ernest-Clément-Marie-Robert), né le 12 juil. 1879 à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). D. 206. Paris, 23 avril 1913. *Contribution à l'étude des lésions traumatiques de l'orbite chez le nouveau-né au cours de l'accouchement.* — Paris 1913, in-8 [54 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 222.

Hollier (Robert-Henri-Lucien), né le 10 août 1887 à Angoulême (Charente). D. 877. Lyon, 27 nov. 1912. *La peur et les états qui s'y rattachent dans l'œuvre de Maupassant.* — Lyon 1912, in-8 [95 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 22.

* **Holper** (Robert), né le 5 fév. 1886 à Riga (Russie). Doctorat de l'Université. Bordeaux, 4 avril 1913. *Contribution à l'étude du signe de Nikolsky et de sa pathogénie dans le pemphigus foliacé de Cazenave.* — Bordeaux 1913, in-8 [36 p.]. Th. méd. (Univ.), Bordeaux 1912-1913, n° 46.

Hosteing (Jean-Maurice-Joseph), né le 17 juin 1885 à Pauillac (Gironde). D. 246. Bordeaux, 23 avril 1913. *Contribution à l'étude de l'omoplate scaphoïde et de ses connexions pathologiques.* — Bordeaux 1913, in-8 [75 p., 1 pl.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 76.

Houdard (Louis-Léon), né le 26 août 1882 à Coucy-le-Château (Aisne). D. 38. Paris, 22 janv. 1913. *L'ulcère simple du duodénum (non perforé).* — Paris 1913, in-8 [206 p., pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 133.

Huet (Gaston-Charles-Edouard), né le 26 nov. 1884 à Étrejust (Somme). D. 263. Lille, 22 avril 1913. *Accidents gravido-tabétiques.* — Lille 1913, in-8 [64 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 19.

Hugou (Joseph-Louis-Henry), né le 9 mars 1886 à Banon (Basses-Alpes). D. 118. Montpellier, 21 fév. 1913. *Contribution à l'étude de l'épilepsie alcoolique.* — Montpellier 1913, in-8 [36 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 35.

Huntziger (Paul-Joseph-Marie), né le 6 août 1886 à Lesneven (Finistère). D. 39. Paris, 20 fév. 1913. *De la disposition congénitale au calcul mental.* — Paris 1913, in-8 [63 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 174.

Icard (Charles-Jean-Maurice), né le 29 avril 1886 à Saint-Girons (Ariège). D. 150. Toulouse, 12 mars 1913. *Ganties, ses eaux minérales et leur valeur thérapeutique.* — Toulouse 1913, in-8 [128 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 43.

Icard (Louis-Vincent-Jules), né le 18 fév. 1883 à Hyères (Var). D. 914. Montpellier, 30 nov. 1912. *Contribution à l'étude du cocaïnisme.* — Montpellier 1912, in-8 [57 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 7.

* **Imbert** (Georges), né le 15 janv. 1889 à Odessa (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 10 juil. 1913. *Les psychoses d'origine digestive.* — Paris 1913, in-8 [152 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 351.

Israël (Georges-Joseph), né le 16 juin 1885 à Origny-Sainte-Benoite (Aisne). D. 835. Lille, 21 nov. 1912. *L'intestin, voie d'absorption et voie d'élimination des microbes.* — S. l., s. d., in-8 [115 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 3.

Jacob (Marcel-Léon), né le 30 sept. 1888 à Bône (Constantine). D. 40. Paris, 8 janv. 1913. *L'orchi-épididymite paludéenne.* — Paris 1912, in-8 [144 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 120.

Jacquemart (René-Eugène-Victor), né le 8 janv. 1882 à Paris (Seine). D. 380. Paris, 26 juin 1913. *Recherches expérimentales sur les modifications déterminées par l'injection de certains composés phosphorés organiques sur les phénomènes consécutifs à la narcose.* — Paris 1913, in-8 [54 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 316.

Jacques (Samuel-Pompée-Georges), né le 15 janv. 1887 à Cormeilles (Eure). D. 119. Montpellier, 11 fév. 1913. *Contribution à l'étude de la paralysie générale. (Etat mental et évolution.)* — Montpellier 1913, in-8 [47 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 32.

Jacquetty (Barthélemy-Georges-Marie), né le 17 avril 1888 à Tulle (Corrèze). D. 878. Lyon, 18 nov. 1912. *Etude statistique de la criminalité juvénile en France.* — Lyon 1912, in-8 [94 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 6.

Jacquier (Léon-Alphonse-Marie), né le 17 oct. 1883 à Pornic (Loire-Inférieure). D. 381. Paris, 3 juil. 1913. *Tabes et paralysie faciale.* — Paris 1913, in-8 [118 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 335.

Jaillet (Paul-Justin-Elie), né le 7 août 1886 à Arbois (Jura). D. 41. Paris, 6 mars 1913. *Pathogénie du faux rétrécissement mitral dans l'insuffisance aortique et la symphyse du péricarde.* — Paris 1913, in-8 [56 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 187.

Jalibert (Jules-François-Isidore), né le 17 sept. 1887 à Molitg (Pyrénées-Orientales). D. 537. Montpellier, 24 juil. 1913. *Contribution à l'étude des fractures spontanées dans la tuberculose osseuse.* — Montpellier 1913, in-8 [55 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 107.

Jalifier (Claude-Alexandre), né le 15 janv. 1884 à Lyon (Rhône). D. 503. Lyon, 3 juil. 1913. *La vésicule flottante.* — Lyon 1913, in-8 [102 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 97.

Jannel (Jules-Joseph-Edouard), né le 28 avril 1886 à Semezanges (Côte-d'Or). D. 879. Lyon, 9 déc. 1912. *Aliénation mentale et divorce.* — Lyon 1912, in-8 [47 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 46.

Jannin (Louis), né le 8 mars 1886 à Bezonvaux (Meuse). D. 134. Nancy, 8 mars 1913. *Les « mycoderma »; leur rôle en pathologie.* — Nancy 1913, in-8 [278 p., 4 pl.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1001.

Jannot (Georges-Pierre-Victor-Marcel), né le 23 avril 1889 à Pretz (Meuse). D. 574. Nancy, 28 juil. 1913. *Contribution à l'étude des paralysies postdiphtériques tardives des muscles extrinsèques de l'œil et de leur traitement par le sérum antidiphtérique.* — Nancy 1913, in-8 [75 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1026.

Jardon (Paul-Marie-François-Léonard-Joseph), né le 4 juin 1890 à Mont-de-Marsan (Landes). D. 983. Bordeaux, 20 déc. 1912. *De la cystoscopie à vision directe selon les procédés modernes.* — Bordeaux 1912, in-8 [130 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 46.

Jeannest (Maurice-Louis-Marie), né le 11 janv. 1888 à Cambrai (Nord). D. 382. Paris, 2 juil. 1913. *Réactions abdominales au cours des pneumococcies.* — Paris 1913, in-8 [71 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 321.

Jeudy (Albert), né le 31 juil. 1886 à Vanves (Seine). D. 383. Paris, 15 juil. 1913. *Contribution à l'étude du kyste hydatique rétro-vésical chez l'homme.* — Paris 1913, in-8 [110 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 377.

Jouet (François-Alexandre), né le 7 avril 1887 à Bessières (Haute-Garonne). D. 151. Toulouse, 15 mars 1913. *De l'ablation du canal déférent et des vésicules séminales dans les tuberculoses génitales.* — Toulouse 1913, in-8 [131 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 42.

Juin (Georges-Jean-Marie), né le 30 août 1886 à Angoulême (Charente). D. 773. Paris, 28 nov. 1912. *De la viscosité du sang dans les néphrites.* — Paris 1912, in-8 [48 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 67.

Jullian (Louis-Jean-Marie), né le 20 oct. 1886 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 301. Toulouse, 30 mai 1913. *La protection hygiénique de l'enfance à Toulouse.* — Bellegarde 1913, in-8 [93 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 44.

Juving (Paul-Henry-Georges-Joseph), né le 18 juin 1885 à Wassy (Haute-Marne). D. 774. Paris, 14 nov. 1912. *Considérations médico-sociales sur les blessures involontaires par armes à feu courtes, revolvers ou pistolets.* — Paris 1912, in-8 [77 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 29.

* **Kagan** (Mlle Blume), née le 8 fév. 1880 à Kamenetz-Podolsk (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 12 fév. 1913. *Contribution à l'étude des troubles vésicaux d'origine génitale chez la femme en dehors de la grossesse.* — Paris 1913, in-8 [66 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 159.

* **Kehayoglou** (Alexandre), né le 28 mars 1887 à Kola (Turquie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 16 déc. 1912. *Les résultats éloignés de la prostatectomie.* — Montpellier 1912, in-8 [64 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 3.

* **Korante** (Mlle Bronette), né le 23 juil. 1883 à Alexandropol (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 26 juil. 1913. *Les résultats éloignés de l'hystérectomie pour cancer du col de l'utérus.* — Montpellier 1913, in-8 [47 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 17.

* **Kotler** (Mlle Lysete), née le 23 août 1885 à Sedlietsck (Russie). Doctorat de l'Université. Nancy, 5 juil 1913. *Traitements du décollement de la rétine par les injections d'air stérilisé dans le vitré.* — Nancy 1913, in-8 [87 p.]. Th. méd. (Univ.), Nancy 1912-1913, n° 1013.

* **Kotler** (Mlle Sarra), née le 21 août 1884 à Sedlietsck (Russie). Doctorat de l'Université. Nancy, 5 juil. 1913. *De l'élimination spontanée du fœtus dans les grossesses extra-utérines, au delà du troisième mois.* — Nancy 1913, in-8 [113 p.]. Th. méd. (Univ.), Nancy 1912-1913, n° 1012.

* **Koupliansky** (Mendel), né le 13 juin 1884 à Vitebok (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 9 juil. 1913. *Le chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale.* — Paris 1913, in-8 [83 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 433.

Kyticas (Aristote-P.), né le 20 août 1888 au

Caire (Egypte). D. 703. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Labib (Georges), né le 19 août 1890 au Caire (Egypte). D. 704. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Labourdette (Pierre-François-Jean), né le 5 oct. 1882 à Bayonne (Basses-Pyrénées). D. 42. Paris, 6 mars 1913. *Gros placentas et syphilis.* — Paris 1913, in-8 [78 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 189.

Lacassagne (Antoine-Marcellin-Bernard), né le 29 août 1884 à Villerest (Loire). D. 275. Lyon, 26 avril 1913. *Etude histologique et physiologique des effets produits sur l'ovaire par les rayons X.* — Lyon 1913, in-8 [255 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 80.

Laclyde (Marie-René-Paul-Emile-Roger-Félix), né le 1er mai 1884 à Champniers (Dordogne). D. 384. Paris, 18 juil. 1913. *Le lichen plan zoniforme.* — Paris 1913, in-8 [48 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 420.

Lacronique (Gaston-Jean), né le 18 sept. 1887 à Oran (Oran). D. 880. Lyon, 17 déc. 1912. *Maladie de Hodgkin, lymphogranulomatose.* — Lyon 1912, in-8 [139 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 57.

Lafargue (Antoine-Emile-Robert), né le 5 fév. 1885 à Nérac (Lot-et-Garonne). D. 829. Bordeaux, 29 nov. 1912. *Contribution à l'étude de la vaccination antityphique. Méthode de Chantemesse.* — Bordeaux 1912, in-8 [58 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 16.

Lafargue (Antonin-Joseph-Charles), né le 19 sept. 1885 à Montesquieu (Lot-et-Garonne). D. 984. Bordeaux, 4 déc. 1912. *Causes de la faiblesse de la natalité en Gascogne.* — Bordeaux 1912, in-8 [43 p.]. Th. méd., Bordeaux, 1912-1913, n° 19.

Lafforgue (Jean-Claude-Ernest), né le 15 avril 1888 à La Tresne (Gironde). D. 247. Bordeaux, 16 avril 1913. *Kyste de l'ovaire et puerpéralité.* — Bordeaux 1913, in-8 [89 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 75.

Lagarde (Raymond-Camille-Adrien), né le 17 juil. 1888 à Decazeville (Aveyron). D. 152. Toulouse, 22 fév. 1913. *La dilatation aiguë de l'estomac envisagée comme entité pathologique.* — Toulouse 1913, in-8 [111 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 38.

Lahille (Abel-Simon-François), né le 6 avril 1876 à L'Isle-Arné (Gers). D. 775. Paris, 23 oct. 1912. *Synthèse et critique des théories pathogéniques des hémoglobinuries humaines, observées en Europe, principalement en France.* — Paris 1912, in-8 [118 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 1.

Lamaison (Jean-Antoine-Constant), né le 23 sept. 1889 à Luxey (Landes). D. 248. Bordeaux, 26 mai 1913. *De l'héliothérapie dans la tuberculose.* — Bordeaux 1913, in-8 [101 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 85.

Lamy (Pierre-Auguste-Maurice), né le 14 avril 1885 à Paris (Seine). D. 776. Paris, 14 nov. 1912. *L'érysipèle des vieillards.* — Paris 1912, in-8 [90 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 31.

***Landau** (Mlle Rébecca), née le 12 juin 1888 à Mohileff (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 12 mars 1913. *Insuffisance surrénale et fièvre typhoïde.* — Montpellier 1913, in-8 [55 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 7.

Landry (Lucien-Ferdinand-Victor), né le 21 juil. 1886 à Vitry-en-Artois (Pas-de-Calais). D. 43. Paris, 19 fév. 1913. *Contribution à l'étude de l'invagination intestinale aiguë de l'enfance (en particulier chez l'enfance de la première année).* — Calais 1913, in-8 [75 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 168.

Landry (Maurice), né le 24 août 1888 à Paris (Seine). D. 985. Bordeaux, 18 déc. 1912. *Neurasthénie et psychasténie.* — Bordeaux 1912, in-8 [69 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 34.

Lanes (Gilles-Louis), né le 7 déc. 1884 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 830. Bordeaux, 29 nov. 1912. *De la réduction des kystes hydatiques du foie sans drainage.* — Bordeaux 1912, in-8 [53 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 12.

Lannelongue (Maurice), né le 7 mars 1888 à Campagne-d'Armagnac (Gers). D. 584. Toulouse, 30 juil. 1913. *Contribution à l'étude du coma diabétique.* — Toulouse 1913, in-8 [120 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 68.

Lapeyre (Noël-Jacques-Victor), né le 25 déc. 1887 à Montpellier (Hérault). D. 538. Montpellier, 17 juin 1913. — *Chirurgie intrathoracique expérimentale. Etude de la suture œsophagienne. Applications possibles de nos recherches à la chirurgie humaine.* — Montpellier 1913, in-8 [82 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 67.

Lapierre (Georges-Alfred), né le 18 janv. 1881 à Houdelaincourt (Meuse). D. 208. Paris, 21 mai 1913. *Etude critique des observations d'échec de la sérothérapie préventive antitétanique et d'un certain nombre d'accidents.* — Paris 1913, in-8 [127 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 263.

Laplume (Emile), né le 25 mai 1886 à Quimper (Finistère). D. 44. Paris, 1er mars 1913. *Alimentation de la ville de Saint-Brieuc en eau potable. (Distribution publique.)* — Saint-Brieuc 1913, in-8 [139 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 178.

Larmande (Auguste-Joseph-Esprit-Casimir), né le 12 mai 1889 à Bourg-Saint-Andéol (Ardèche). D. 539. Montpellier, 26 juil. 1913. *Coxankylose ostéophytique par ossification du bourrelet cotyloïdien.* — Montpellier 1913, in-8 [55 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 110.

Larrieu (René-Théodore-Pascal), né le 23 sept. 1882 à Bonneval (Eure-et-Loir). D. 45. Paris, 13 mars 1913. *De la cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale.* — Paris 1913, in-8 [77 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 203.

Laugier (Henri-Elie-Amédé [*sic*]), né le 5 août 1888 à Mane (Basses-Alpes). D. 209. Paris, 3 mai 1913. *Vitesse d'excitabilité et courants induits. Méthodes nouvelles en électrodiagnostic.* — Paris 1913, in-8 [181 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 238.

Laurent (Frédéric), né le 2 juil. 1881 à Boqueho (Côtes-du-Nord). D. 120. Montpellier, 20 janv. 1913. *L'utérus bicorne unicervical. Étude anatomo-clinique.* — Montpellier 1913, in-8 [53 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 23.

Laurent (Louis-Edgar), né le 28 avril 1887 à Cluny (île Maurice). D. 46. Paris, 1er mars 1913. *Rapports entre le poids du placenta et le poids du fœtus.* — Paris 1913, in-8 [42 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 182.

Laveau (Maurice-Emile-Eugène), né le 6 août 1888 à La Rochelle (Charente-Inférieure). D. 986. Bordeaux, 13 déc. 1912. *Méfaits sociaux de l'alcoolisme.* — Bordeaux 1912, in-8 [99 p.]. Th. méd. Bordeaux 1912-1913, n° 22.

Laventure (Fernand-Eugène-Jules), né le 2 nov. 1886 à Toul (Meurthe-et-Moselle). D. 135. Nancy, 13 janv. 1913. *Du choix de l'anesthésie en campagne.* — Nancy 1913, in-8 [80 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 998.

Lavezzari (Robert-Sylvius-Noël), né le 24 déc. 1886 à Nice (Alpes-Maritimes). D. 540. Montpellier, 4 juil. 1913. *Que faut-il entendre par hystérie?* — Montpellier 1913, in-8 [102 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 74.

Lavie (Léon-Alexandre-Joseph), né le 16 août 1889 à Aubagne (Bouches-du-Rhône). D. 541. Montpellier, 26 juil. 1913. *Considérations sur le traitement des ruptures traumatiques de l'urètre.* — Montpellier 1913, in-8 [50 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 106.

Laydeker (Maurice-Alexandre), né le 24 juin 1885 à Avize (Marne). D. 836. Lille, 4 nov. 1912. *L'hormone splénique. Son action dans la constipation aiguë et la constipation chronique.* — Lille 1912, in-8 [45 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 1.

Lazerges (Pierre-Marie), né le 19 janv. 1889 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 585. Toulouse, 3 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'hystéropexie ligamentaire dans ses rapports avec la puerpéralité et le post-partum.* — Toulouse 1913, in-8 [80 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 57.

Lebesconte (Marcel), né le 16 août 1884 à Rochefort-en-Terre (Morbihan). D. 385. Paris, 19 juin 1913. *L'iléus fonctionnel.* — Nantes 1913, in-8 [176 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 304.

Leborgne (Gabriel-Louis-Emile), né le 25 août 1889 à Saint-Denœux (Pas-de-Calais). D. 476. Lille, 28 juin 1913. *La transfusion du sang dans les anémies aiguës post-hémorragiques. (Etude clinique et expérimentale.)* — Lille 1913, in-8 [154 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 31.

Lechevallier (Esprit-François-Ernest), né le 5 juin 1883 à Fougères (Ille-et-Vilaine). D. 386. Paris, 17 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'appendicectomie par voie lombaire au cours du traitement chirurgical du rein mobile du côté droit.* — Paris 1913, in-8 [55 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 405.

Leclercq (Jules-Pierre-Joseph), né le 14 déc. 1887 à Onnaing (Nord). D. 264. Lille, 7 avril 1913. *Contribution à l'étude clinique des mycoses chirurgicales des membres.* — Lille 1913, in-8 [157 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 16.

Lecucq (Horace-Alcibiade), né le 17 fév. 1887 à Fruges (Pas-de-Calais). D. 47. Paris, 16 janv. 1913. *La fondation Pierre Budin.* — Paris 1913, in-8 [58 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 126.

Le Doze (Paul-Adolphe), né le 20 oct. 1887 à Clohars-Carnoët (Finistère). D. 121. Montpellier, 12 fév. 1913. *Contribution à l'étude des branchiomes cervico-faciaux.* — Montpellier 1913, in-8 [43 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 31.

Le Faucheur (Jean), né le 29 août 1886 à Maël-Pestivien (Côtes-du-Nord). D. 122. Montpellier, 26 fév. 1913. *Manifestations méningées au cours du paludisme aigu.* — Montpellier 1913, in-8 [46 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 42.

Lefebvre (Maurice-Pierre-Waldemar), né le 7 août 1880 à Lille (Nord). D. 477. Lille, 23 juil. 1913. *Contribution à l'étude clinique de la mesure et du traitement des hypertensions artérielles.* — Lille 1913, in-8 [116 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 38.

Lefèvre (Alcide-Marie-Léopold-Georges), né le 21 janv. 1887 à Clermont-l'Hérault (Hérault). D. 153. Toulouse, 13 janv. 1913. *Contribution à l'étude de la source du Bouridé de Capvern.* — Toulouse 1913, in-8 [74 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 23.

Lefèvre (Elie-Clément-Louis), né le 17 juillet 1881 à Paris (Seine). D. 210. Paris, 17 avril 1913. *La transfusion du sang et ses applications en obstétrique.* — Paris 1913, in-8 [95 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 217.

Lefort (Emile-Alphonse-Marie), né le 19 juin 1888 à Chemillé (Maine-et-Loire).

D. 777. Paris, 28 nov. 1912. *Contribution à l'étude des accidents oculaires attribués aux solutions arsenicales.* — Paris 1912, in-8 [78 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 74.

Lefrançois (Emile-Eugène-Sénateur), né le 8 mars 1882 à Bréauté (Seine-Inférieure). D. 778. Paris, 6 nov. 1912. *Sur un kyste rétropéritonéal pararénal.* — Paris 1912, in-8 [56 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 9.

Le Gallen (Robert), né le 1er mai 1886 à Brest (Finistère). D. 831. Bordeaux, 20 nov. 1912. *Contribution à l'étude pharmacologique et thérapeutique de la théobromine.* — Bordeaux 1912, in-8 [66 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 6.

Le Gouellec (Pierre-Léon-Marie), né le 2 janv. 1887 à Lorient (Morbihan). D. 387. Paris, 25 juin 1913. *Du cycle de coloration des urines dans la scarlatine et de sa valeur dans le diagnostic de cette maladie.* — Paris 1913, in-8 [113 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 311.

Legout (Philibert-Louis-Alexandre), né le 5 avril 1874 à Aumale (Alger). D. 48. Paris, 1er mars 1913. *Contribution à l'étude de l'aortite abdominale.* — Paris 1913, in-8 [88 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 180.

Lehmann (Alphonse-Joachim-Louis), né le 2 sept. 1880 à Paris (Seine). D. 388. Paris, 11 juin 1913. *Du cancer en jante de l'intestin.* — Paris 1913, in-8 [84 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 281.

Lemercier (Charles-Emile-Clément), né le 17 août 1887 à Dinan (Côtes-du-Nord). D. 389. Paris, 19 juil. 1913. *Contribution à l'étude des fractures unicondyliennes du tibia et de leur traitement.* — Paris 1913, in-8 [120 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 429.

Lemesle (Maurice-Auguste-Victor), né le 24 fév. 1888 à Fécamp (Seine-Inférieure). D. 154. Toulouse, 8 mars 1913. *Contribution à l'étude de l'estomac biloculaire. Données radioscopiques et résultats comparés des divers traitements.* — Toulouse 1913, in-8 [72 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 40.

Lemoine (Henri-Paul-Camille), né le 29 janv. 1879 à Septfonds (Yonne). D. 390. Paris, 10 juil. 1913. *Etude sur les sourds-muets aveugles.* — Paris 1913, in-8 [83 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 353.

Le Moniès de Sagazan (André-Marie), né le 23 août 1886 à Paimpol (Côtes-du-Nord). D. 265. Lille, 14 mars 1913. *Epuration des eaux résiduaires des hôpitaux.* — Lille 1913, in-8 [55 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 14.

Le Nestour (Honoré-Mathurin), né le 16 fév. 1888 à Locmalo (Morbihan). D. 87. Bordeaux, 7 fév. 1913. *Extraction des corps étrangers sous le contrôle de la radioscopie.* — Bordeaux 1913, in-8 [45 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 61.

Lenoël (Louis-Adolphe), né le 28 oct. 1885 à Isigny (Calvados). D. 959. Paris, 27 déc. 1912. *Contribution au diagnostic de la coxalgie fruste à son début.* — Paris 1912, in-8 [113 p., fig., 5 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 115.

Le Nouëne (Julien-Edouard-Marie), né le 17 sept. 1884 à Lorient (Morbihan). D. 960. Paris, 26 déc. 1912. *La pseudo-tuberculose hydatique du péritoine.* — Paris 1912, in-8 [109 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 119.

Léon-Kindberg (Abraham-Emile-Virgile-Arthur-Michel), né le 13 déc. 1883 à Bayonne (Basses-Pyrénées). D. 391. Paris, 10 juil. 1913. *Etudes sur le rein des tuberculeux. Dégénérescence amyloïde. Néphrites chroniques. Allergie et lésions aiguës du rein.* — Paris 1913, in-8 [189 p., 2 pl. color.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 359.

Le Page (Gabriel-Albin-Marie-René), né le 4 janv. 1889 à Orléans (Loiret). D. 779. Paris, 11 déc. 1912. *La radioscopie et la radiographie de la rate.* — Orléans 1912, in-8 [76 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 93.

Le Pannetier de Roissay (Jean-Charles), né le 7 juin 1886 à Landujan (Ille-et-Vilaine). D. 780. Paris, 12 déc. 1912. *Les vraies et les fausses dyspepsies.* — Paris 1912, in-8 [74 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 95.

Leplus (Jean-Baptiste-Louis-Joseph), né le 3 nov. 1886 à Lille (Nord). D. 781. Paris, 18 déc. 1912. *Contribution à l'étude des lésions consécutives à la flexion forcée des phalangettes des doigts.* — Lille 1912, in-8 [102 p., fig., 5 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 99.

Leprévost (Maurice-Marie), né le 10 juin 1885 à Exmes (Orne). D. 165. Paris, 3 avril 1913. *Le cancer du col de l'utérus avant trente ans.* — Paris 1913, in-8 [62 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 205.

Leriche (René-Léon-Otto), né le 28 déc. 1885 à Constantinople (Turquie d'Europe). D. 172. Paris, 3 mai 1913. *Abcès dysentérique du foie à apparition tardive.* — Paris 1913, in-8 [64 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 240.

Lerouge (Augustin-Charles-Martin), né le 20 déc. 1886 à Fouquières-lez-Lens (Pas-de-Calais). D. 392. Paris, 26 juin 1913. *Les atrophies musculaires progressives spinales d'origine syphilitique.* — Paris 1913, in-8 [180 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 319.

Lerouge (François-Joseph-Barthélemy), né le 24 fév. 1886 à Fouquières-lez-Lens (Pas-de-Calais). D. 478. Lille, 6 juin 1913. *De la cymarine. Nouveau médicament tonicardiaque et diurétique.* — Lille 1913, in-8 [63 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 28.

Leroy (Charles-Marie-Pierre-René), né le 6 oct. 1883 à La Carneille (Orne). D. 49. Paris, 13 mars 1913. *L'intoxication fongique, ses causes, ses effets, son traitement.* — Paris 1913, in-8 [79 p., fig., 4 pl. color.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 200.

Leroy (Henri-Alfred), né le 12 oct. 1886 à Lille (Nord). D. 479. Lille, 25 juil. 1913. *Hématuries uretéro-rénales et appendicite.* — Lille 1913, in-8 [189 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 39.

Le Savoureux (Henri), né le 5 janv. 1881 à Paris (Seine). D. 211. Paris, 24 avril 1913. *Contribution à l'étude des perversions de l'instinct de conservation : le spleen.* — Paris 1913, in-8 [213 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 230.

Lescuras (Henri-Jean), né le 2 sept. 1886 à Aixe (Haute-Vienne). D. 212. Paris, 23 avril 1913. *Le traitement des plaies par la teinture d'iode.* — Paris 1913, in-8 [99 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 223.

Le Souder (René-Ernest-Marie), né le 6 sept. 1885 à Maël-Carhaix (Côtes-du-Nord). D. 393. Paris, 17 juil. 1913. *Du traitement d'urgence de l'hydramnios aiguë par la ponction abdominale de l'utérus.* — Lille 1913, in-8 [103 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 408.

Lestable (de) (Paul-Fernand), né le 22 juin 1887 à Thenon (Dordogne). D. 88. Bordeaux, 24 janv. 1913. *Lutte contre un mal social : la tuberculose.* — Bordeaux 1913, in-8 [131 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 58.

Lethuillier (Edouard-Adolphe), né le 16 avril 1883 à Fécamp (Seine-Inférieure). D. 961. Paris, 27 déc. 1912. *Quelques réflexions sur les résections costales (pleurésies purulentes) sous anesthésie locale.* — Paris 1912, in-8 [48 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 114.

Lévêque (Albert), né le 22 mars 1887 à Roubaix (Nord). D. 266. Lille, 22 avril 1913. *Inégalités pupillaires et affections pleuropulmonaires.* — Lille 1913, in-8 [72 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 21.

Levrier (Jean-André), né le 6 nov. 1885 à Aire (Landes). D. 249. Bordeaux, 4 avril 1913. *Contribution à l'étude de la thérapeutique conservatrice dans les dacryocystites.* — Bordeaux 1913, in-8 [66 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 72.

Lhuissier (Henri-André-Joseph), né le 30 nov. 1886 à Rennes (Ille-et-Vilaine). D. 881. Lyon, 3 déc. 1912. *Les adénites suppurées péri-appendiculaires.* — Lyon 1912, in-8 [66 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 32.

Liberge (Raphaël-Georges), né le 23 déc. 1887 à Paris (Seine). D. 50. Paris, 26 fév. 1913. *Traitement des spina ventosa par les rayons de Rœntgen.* — Paris 1913, in-8 [60 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 176.

Liébault (Georges-Alexandre-Marie-René), né le 6 oct. 1881 à Eclaron (Haute-Marne). D. 51. Paris, 6 mars 1913. *Les sténoses inflammatoires chroniques de la région cardiaque de l'œsophage.* — Paris 1913, in-8 [132 p., fig.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 191.

Lognos (Gaston-Jean-Georges), né le 28 janv. 1888 à Roquebrun (Hérault). D. 542. Montpellier, 9 juil. 1913. *Le drainage en gynécologie.* — Montpellier 1913, in-8 [67 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 75.

Logre (Joseph-Benjamin-Eugène), né le 21 fév. 1883 à Lisieux (Calvados). D. 213. Paris, 24 avril 1913. *Les œdèmes infectieux du poumon.* — Paris 1913, in-8 [196 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 228.

Lorillou (Eugène), né le 20 juil. 1886 à Paris (Seine). D. 504. Lyon, 22 juil. 1913. *Diverticules de l'appendice et appendicite diverticulaire.* — Lyon 1913, in-8 [57 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 103.

Lorre (Louis-Hipolyte [*sic*]), né le 22 sept. 1882 à Saint-Juvat (Côtes-du-Nord). D. 123. Montpellier, 13 janv. 1913. *Signification des lésions pulmonaires dans la mort par suffocation.* — Montpellier 1913, in-8 [42 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 20.

Lubetzki (Albert), né le 30 mars 1887 à Paris (Seine). D. 962. Paris, 27 déc. 1912. *De la résection de l'estomac dans l'ulcère et ses suites (hémorragie, sténose).* — Paris, 1912, in-8 [209 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 116.

Lucas (Adolphe-Olivier-Jacques), né le 17 août 1885 à Morlaix (Finistère). D. 214. Paris, 24 avril 1913. *De l'homogénéisation des crachats. Son importance clinique pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.* — Paris 1913, in-8 [172 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 231.

Luce (Paul-Adolphe), né le 24 fév. 1886 à La Haye-du-Puits (Manche). D. 543. Montpellier, 8 juil. 1913. *Les fonctions d'interne dans les asiles publics d'aliénés.* — Montpellier 1913, in-8 [46 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 88.

Lusseau (Jean-Gaston), né le 24 juin 1881 à Poitiers (Vienne). D. 394. Paris, 10 juil. 1913. *Contribution à l'étude générale du melæna vera des nouveau-nés et notamment de sa pathogénie et de son traitement.* — Paris 1913, in-8 [103 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 355.

Lutel (Marie-Luc-Elie-Loup-Savinien), né le 10 juin 1883 à Troyes (Aube). D. 52. Paris, 30 janv. 1913. *Contribution à l'étude des formes anormales de la méningite tuberculeuse chez l'adulte.* — Paris 1913, in-8 [96 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 149.

Machefer (Roger-Alfred-Augustin), né le 15 fév. 1887 à Ancenis (Loire-Inférieure). D. 395. Paris 18 juin 1913. *Les péritonites biliaires sans perforation des voies biliaires.* — Paris 1913, in-8 [70 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 297.

Madelaine (Jean-Constant-Marie), né le

25 juin 1885 à Beaumont-sur-Sarthe (Sarthe). D. 782. Paris, 6 nov. 1912. *Contribution à la thérapeutique de la coxalgie. Extension continue combinée à l'immobilisation par appareils rigides.* — Paris 1912, in-8 [92 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 11.

Madon (Joseph-Marie-Antoine-Clément), né le 17 fév. 1884 à Avignon (Vaucluse). D. 544. Montpellier, 12 juil. 1913. *Opération césarienne conservatrice et accouchement prématuré provoqué à la clinique obstétricale de Montpellier du 1er janvier 1906 au 15 juin 1913.* — Montpellier 1913, in-8 [116 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 79.

Maffre-Baugé (Jean-Manfred-Marie-Louis-Achille), né le 7 janv. 1885 à Marseillan (Hérault). D. 915. Montpellier, 29 nov. 1912. *Diagnostic et traitement de l'anémie pernicieuse dans la grossesse.* — Montpellier 1912, in-8 [78 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 3.

Magnien (Léon-Gabriel-Joseph), né le 20 mai 1887 à Verdun (Meuse). D. 575. Nancy, 11 juin 1913. *Des traitements médicaux dans la cataracte sénile.* — Nancy 1913, in-8 [69 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1008.

Magnin (Marie-Antoine-Léonce), né le 1er août 1889 à Beynost (Ain). D. 505. Lyon 30 juin 1913. *Etude de levures rencontrées dans la pulpe vaccinale.* — Besançon 1913, in-8 [116 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 95.

Maguin (Maurice-René), né le 5 mai 1882 à Tours (Indre-et-Loire). D. 215. Paris, 28 mai 1913. *Variations des éléments du sérum sanguin dans quelques états pathologiques.* — Paris 1913, in-8 [92 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 271.

Maillet (Jean-Marcel), né le 5 nov. 1881 à Nancy (Meurthe-et-Moselle). D. 396. Paris, 15 juil. 1913. *Azotémie des nourrissons.* — Paris 1913, in-8 [220 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 372.

Majour (Philippe-Auguste-Paul), né le 6 janv. 1887 à Orsay (Seine-et-Oise). D. 216. Paris, 30 avril 1913. *Contribution à l'étude des sarcomes aponévrotiques.* — Paris 1913, in-8 [89 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 233.

Malakian (Agop-Aristakès), né le 5 avril 1891 à Rodosto (Turquie d'Europe). D. 705. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Malespine (Henri-Raoul), né le 12 juil. 1886 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 586. Toulouse, 26 juil. 1913. *Prolapsus du rectum. Opération de Thiersch.* — Toulouse 1913, in-8 [67 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 65.

Maleyx (Gabriel-Pierre-Ferdinand-Henri), né le 1er avril 1886 à Clion (Indre). D. 783. Paris, 4 déc. 1912. *Contribution à l'étude des hémorragies et des perforations intestinales à distance au cours des obstructions terminales du gros intestin.* — Paris 1912, in-8 [58 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 87.

Maliver (Yvon-Mathieu), né le 28 oct. 1888 à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). D. 882. Lyon, 12 déc. 1912. *Du traitement des hématocèles infectées par laparotomie et drainage abdomino-vaginal.* — Lyon 1912, in-8 [70 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 54.

Malleterre (Félix-Emilien-Marie-Joseph-François), né le 27 déc. 1886 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 397. Paris, 10 juil. 1913. *Les sérums et les vaccins dans le traitement actuel du rhumatisme et de l'orchite blennorragiques.* — Paris 1913, in-8 [100 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 357.

Manès (Marie-Joseph-Adrien-Anne-Ollivier), né le 4 mars 1887 à Sainte-Suzanne (île de la Réunion). D. 398. Paris, 25 juin 1913. *La circulaire de 1902. Valeur séméiologique des mensurations thoraciques faites dans les lycées.* — Paris 1913, in-8 [67 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 310.

Mantoux (Mme), née **Hertz** (Dorothéa-Emma), née le 5 oct. 1879 à Paris (Seine). D. 784. Paris, 23 oct. 1912. *Contribution à l'étude de la tuberculose du nourrisson.* — Paris 1912, in-8 [199 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 3.

Marcard (Gabriel-André), né le 9 mai 1887 à Niort (Deux-Sèvres). D. 465. Bordeaux, 18 juil. 1913. *Contribution à l'étude du spasme de l'accommodation chez l'enfant.* — Bordeaux 1913, in-8 [51 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 92.

Maréchal (Clément-Gaston), né le 4 oct. 1886 à Paris (Seine). D. 399. Paris, 10 juil. 1913. *Diagnostic radiologique de l'ulcère et des ulcérations pyloriques ou parapyloriques; spasme pylorique.* — Paris 1913, in-8 [99 p., 1 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 348.

Marie (Pierre-Louis), né le 18 janv. 1883 à Caen (Calvados). D. 53. Paris, 12 fév. 1913. *De l'antipepsine. Recherches expérimentales sur la résistance des tissus vivants à la digestion peptique.* — Paris 1913, in-8 [212 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 155.

***Markovitch** (Mlle Malka), née le 10 juil. 1889 à Moscou (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier 16 mai 1913. *Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire à cellules lutéiniques.* — Montpellier 1913, in-8 [38 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 11.

Marmier (Paul-Emile), né le 25 janv. 1883 à Frasne (Doubs). D. 401. Paris, 16 juil. 1913. *Contribution à l'étude de la dilatation kystique intravésicale de l'extrémité inférieure de l'uretère.* — Paris 1913, in-8 [91 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 395.

Marmoiton (Pierre), né le 11 sept. 1885 à Brioude (Haute-Loire). D. 294. Nancy, 7 mai 1913. *Etude clinique des abcès de fixation dans les pyrexies.* — Nancy 1913, in-8 [101 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1006.

Martin (Gabriel-Félix-André), né le 2 juin 1872 à Sarlat (Dordogne). D. 54. Paris, 1er mars 1913. *Contribution à l'étude des lois de la formation des sexes.* — Paris 1913, in-8 [66 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 183.

Martin (Georges-Marie-Louis), né le 11 fév. 1888, à Toulon (Var). D. 545. Montpellier, 24 juil. 1913. *Du choix d'un procédé de désinfection des mains en chirurgie d'urgence.* — Montpellier 1913, in-8 [56 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 102.

Martin (Henri), né le 7 mars 1888 à Bessan (Hérault). D. 546. Montpellier, 22 juil. 1913. *Sur les kystes tubo-ovariens.* — Montpellier 1913, in-8 [63 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 90.

***Maslianka** (Max), né le 3/15 fév. 1885 à Lodz (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 15 juil. 1913. *Contribution à l'étude clinique de l'amyotrophie Charcot-Marie.* — Paris 1913, in-8 [79 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 369.

Massé (Jean-Marie-Henri), né le 17 août 1885 à Villemurlin (Loiret). D. 785. Paris, 27 nov. 1912. *Contribution à l'étude de l'anesthésie lombaire, en particulier par la méthode de Jonnesco ou rachistrychnostovainisation.* — Paris 1912, in-8 [102 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 51.

***Masseeff** (Mme), née **Kaplan** (Rachel), née le 18 oct. 1885 à Riga (Russie). Doctorat de l'Université. Toulouse, 15 mars 1913. *Contribution à l'étude des lipomes préherniaires étranglés.* — Toulouse 1913, in-8 [76 p.]. Th. méd. (Univ.), Toulouse 1912-1913, n° 16.

Massina (Camille-Alfred-Emile), né le 18 mars 1885 à Oms (Pyrénées-Orientales). D. 916. Montpellier, 27 nov. 1912. *Contribution à l'étude des pleurésies traumatiques.* — Montpellier 1912, in-8 [71 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 5.

Massonnaud (Jean-François), né le 21 janv. 1888 à Castelnaudary (Aude). D. 883. Lyon, 3 déc. 1912. *Contribution à l'étude de la rupture spontanée des kystes de l'ovaire pendant l'anesthésie chirurgicale.* — Lyon 1912, in-8 [68 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 33.

Mathieu (François-Félix), né le 20 janv. 1884 à Trizac (Cantal). D. 124. Montpellier, 22 fév. 1913. *Maladie kystique de la mamelle. Son pronostic.* — Montpellier 1913, in-8 [40 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 37.

Mauranges (Marie-Joseph-René), né le 16 déc. 1886 à Libourne (Gironde). D. 217. Paris, 16 avril 1913. *Contribution à l'étude des fractures vertico-transversales de l'astragale.* — Paris 1913, in-8 [151 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 213.

Maurice (Marie-Joseph-Louis-Adrien), né le 28 nov. 1884 à Onville (Meurthe-et-Moselle). D. 576. Nancy, 26 juil. 1913. *Contribution à l'étude des convulsions infantiles considérées dans leurs rapports avec l'épilepsie.* — Nancy 1913, in-8 [112 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1024.

Maurin (Yves-Jean-Marius), né le 7 juin 1890 à Condom (Gers). D. 466. Bordeaux, 28 juil. 1913. *Psoriasis et tuberculose inflammatoire.* — Bordeaux 1913, in-8 [97 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 100.

Maynier (Antoine-Alexis-Joseph), né le 27 nov. 1887 à Saint-Amans (Aveyron). D. 400. Paris, 16 juil. 1913. *Réactions morbides unilatérales; réactions localisées à un seul côté du corps.* — Paris 1913, in-8 [86 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 389.

Mayoly (Marie-Louis-Alphonse), né le 28 déc. 1885 à Gap (Hautes-Alpes). D. 506. Lyon, 22 juil. 1913. *De la cholécystite suppurée d'origine calculeuse chez les vieillards.* — Lyon 1913, in-8 [59 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 104.

Mazel (Isaac) né le 3 fév. 1880 à Ilia (Vilna) (Russie). D. 706. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Mazel (Pierre-Alphonse), né le 1er juin 1884 à Anduze (Gard). D. 276. Lyon, 28 avril 1913. *Recherches sur l'intoxication aiguë par le sublimé. (Formes graves.)* — Lyon 1913, in-8 [xi-329 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 81.

Mazères (Raymond-Alexandre-Edouard), né le 23 déc. 1888 à Bordeaux (Gironde). D. 987. Bordeaux, 18 déc. 1912. *L'humidité dans les habitations. Ses causes, ses effets, sa thérapeutique.* — Bordeaux 1912, in-8 [99 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 31.

Mazet (Francisque-Paul-Antonin), né le 15 juil. 1884 à La Verpillière (Isère). D. 884. Lyon, 19 nov. 1912. *Les torsions pathologiques du gros intestin et leur traitement chirurgical.* — Lyon 1912, in-8 [156 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 9.

Medan (Jean-Marie), né le 16 déc. 1889 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 155. Toulouse, 9 janv. 1913. *La maladie kystique de la mamelle. Ses rapports avec l'adénome kystique et l'épithélioma intra-canaliculaire ou dendritique de Cornil.* — Toulouse 1912, in-8 [76 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 20.

Méline (Emile-Jean), né le 13 nov. 1887 à Nancy (Meurthe-et-Moselle). D. 926. Nancy 4 nov. 1912. *Contribution à l'étude de la rachianesthésie chirurgicale. Rachicocaïne, rachistovaïne, rachinovocaïne. 250 observations personnelles d'anesthésie lombaire à la novocaïne.* — Nancy 1912, in-8 [178 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 993.

Melou (Raoul-Gustave-Marie), né le 11 sept. 1887 à Saint-Etienne (Loire). D. 885. Lyon 23 nov. 1912. *Du phlegmon périnéphrétique*

chez l'enfant. — Valence 1912, in-8 [59 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 11.

Ménard (Henri-Joseph-Marie), né le 4 déc. 1884 à Roussay (Maine-et-Loire). D. 786. Paris, 20 nov. 1912. *De la gastrotomie pour les corps étrangers de l'œsophage.* — Paris 1912, in-8 [74 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 35.

Menard (Pierre-Jean-Eugène), né le 17 nov. 1881 à Pontorson (Manche). D. 55. Paris, 29 janv. 1913. *Etude expérimentale de quelques poisons constitutifs du bacille diphtérique.* — Paris 1913, in-8 [103p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 141.

* **Mendelsohn** (Guirche), né le 1er juin 1886 à Mstibow (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 26 juil. 1913. *Les accidents dus aux laminaires.* — Montpellier 1913, in-8 [47 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 21.

Mercier (Albert-Raymond-Ernest), né le 30 mars 1888 à Oresmaux (Somme). D. 267. Lille, 27 janv. 1913. *Traitement chirurgical des symphyses péricardiques (Opération de Brauer.)* — Lille 1913, in-8 [91 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 11.

Mercier (Justin), né le 25 oct. 1883 à Brive (Corrèze). D. 402. Paris, 16 juil. 1913. *Contribution à l'étude pharmacologique des cestrées. Le Cestrum Parqui.* — Paris 1913, in-8 [134 p., pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 387.

Merlo (Marie-Claude-Paul-Henri), né le 4 juin 1887 à Saint-Pierre (île de la Réunion). D. 250. Bordeaux, 9 mai 1913. *Des ulcérations tuberculeuses de la bouche et du pharynx.* — Bordeaux 1913, in-8 [50 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 82.

Mersey (Paul-Romain-Marie-Lucien), né le 19 mai 1885 à Savigny (Ardennes). D. 787. Paris, 28 nov. 1912. *L'amour de la mort chez les Habsbourg. Contribution à la pathologie historique.* — Paris 1912, in-8 [86 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 75.

Meurice (Arnould-Emile-François-Joseph), né le 18 fév. 1887 à Lille (Nord). D. 480. Lille, 25 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'emploi de la neige carbonique en thérapeutique dermatologique.* — Lille 1913, in-8 [116 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 34.

Meurisse (Henri-Emile-Albert), né le 7 fév. 1886 à Castres (Tarn). D. 403. Paris, 10 juil. 1913. *Les petits signes de la contracture.* — Paris 1913, in-8 [86 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 349.

Michard (Ernest-Paul), né le 10 fév. 1886 à Bézenet (Allier). D. 156. Toulouse, 8 fév. 1913. *Considérations sur les infections vulvo-vaginales du postpartum et sur quelques-unes de leurs nouvelles méthodes de traitement.* — Toulouse 1913, in-8 [88 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 35.

Miginiac (Jean-Gabriel), né le 4 juin 1883 à Argentat (Corrèze). D. 56. Paris, 13 fév. 1913. *Etude sur les plaies de l'abdomen d'après 24 observations inédites.* — Paris 1913, in-8 [94 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 163.

Mignot (Paul-Auguste), né le 15 janv. 1884 à Montmirey-la-Ville (Jura). D. 57. Paris, 29 janv. 1913. *Contribution à l'étude des fractures extra-capsulaires du col du fémur. Quelques points de leur anatomie pathologique. Leur traitement.* — Besançon 1913, in-8 [46 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 143.

Milcamps (Edouard-Théophile-Etienne), né le 3 mars 1887 à Dourdan (Seine-et-Oise). D. 404. Paris, 16 juil. 1913. *Le professeur Alfred Luton (1830-1896). Son œuvre.* — Paris 1913, in-8 [47 p., 1 portr.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 379.

Milhau (Edmond-Jean), né le 24 juin 1889 à Labastide-Rouairoux (Tarn). D. 547. Montpellier, 25 juil. 1913. *Contribution à l'étude des dissociations albumino-cytologiques du liquide céphalo-rachidien.* — Montpellier 1913, in-8 [47 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 112.

* **Miskdjian** (Hagope), né le 10 juin 1887 à Angora (Turquie d'Asie). Doctorat de l'Université. Paris, 18 juil. 1913. *La mort par le 606.* — Paris 1913, in-8 [292 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 418.

Missimilly (Eugène-Joseph-Baptistin), né le 29 juin 1878 à Draguignan (Var). D. 548. Montpellier, 27 juin 1913. *Contribution à l'étude des oreillons chez l'enfant et de certaines complications nerveuses qui peuvent s'y observer.* — Montpellier 1913, in-8 [50 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 71.

* **Mladenoff** (Dimitri), né le 23 avril 1885 à Widdin (Bulgarie). Doctorat de l'Université. Paris, 11 déc. 1912. *La réaction de Moriz Weisz ou épreuve au permanganate dans l'urine des tuberculeux. Valeur pronostique.* — Paris 1912, in-8 [44 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris, 1912-1913, n° 94.

Mock (Jacques), né le 25 mars 1883 à Paris (Seine). D. 788. Paris, 18 déc. 1912. *Les tumeurs primitives du bassinet.* — Paris 1912, in-8 [188 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 98.

Moiroud (Pierre), né le 12 sept. 1886 à Riez (Basses-Alpes). D. 507. Lyon, 3 juin 1913. *De l'hématométrie latérale simple sans hématosalpinx ni hématocolpos dans les cas de bifidité utérine.* — Lyon 1913, in-8 (127 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 90.

Mondin (Georges-Claude), né le 13 mai 1886 à Barcelonne-du-Gers (Gers). D. 988. Bordeaux, 13 déc. 1912. *Contribution à l'étude des paralysies du membre supérieur consécutives à l'application de la bande d'Esmarch.* — Bordeaux 1912, in-8 [56 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 25.

Monguilan (Charles-Marie-Georges), né le 9 juillet 1887 à Pau (Basses-Pyrénées). D. 789. Paris, 7 nov. 1912. *Esquisse du rôle du médecin dans la vie sportive.* — Paris 1912, in-8 [72 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 13.

Monplaisir (Jean), né le 12 juin 1886 à Paris (Seine). D. 58. Paris, 13 fév. 1913. *Des indications de l'hystérectomie vaginale dans les fibromes de l'utérus.* — Tours 1913, in-8 [80 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 161.

Montel (Edouard-Lucien), né le 5 avril 1889 à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). D. 886. Lyon, 29 nov. 1912. *Rôle du foie dans la production des hématuries au cours des néphrites dites hématuriques.* — Lyon 1912, in-8 [96 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 25.

Mora (François-Alexandre-Henri), né le 1er mai 1883 à Dax (Landes). D. 405. Paris, 3 juil. 1913. *Pancréatectomies chez les jeunes chiens. Leur influence sur le développement et sur la glycolyse.* — Paris 1913, in-8 [135 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 330.

Moré (Jean-Gabriel), né le 27 oct. 1884 à Rosnoën (Finistère). D. 251. Bordeaux, 12 mars 1913. *Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde à début brusque.* — Bordeaux 1913, in-8 [60 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 67.

Moreau (André-Léon), né le 31 déc. 1880 à Montargis (Loiret). D. 406. Paris, 19 juil. 1913. *Contribution à l'étude des paralysies immédiates compliquant les fractures de la diaphyse humérale.* — Paris 1913, in-8 [82 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 427.

Moreau-Gimelli (Ernest-Marius-Paul), né le 8 nov. 1888 à Toulon (Var). D. 288. Montpellier, 6 mai 1913. *De l'atrophie osseuse calcaire traumatique.* — Montpellier 1913, in-8 [77 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 57.

Morel (Léopold-Eugène), né le 10 mars 1886 à Pionsat (Puy-de-Dôme). D. 917. Montpellier, 21 déc. 1912. *L'adéno-phlegmon sus-sternal.* — Montpellier 1912, in-8 [68 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 14.

Morel (Pierre-Paul), né le 20 nov. 1883 à Dijon (Côte-d'Or). D. 407. Paris, 9 juil. 1913. *Traumatisme et purpura.* — Paris 1913, in-8 [86 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 341.

Moriez (Albert-Léon-Joseph), né le 16 mars 1885 à Nice (Alpes-Maritimes). D. 790. Paris, 21 nov. 1912. *Les hémorragies dans les néphrites.* — Paris 1912, in-8 [151 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 46.

Morigny (Gaston-Ernest-Eugène), né le 21 déc. 1887 à Maubert-Fontaine (Ardennes). D. 408. Paris, 18 juil. 1913. *Contribution à l'étude médico-légale des maladies professionnelles.* — Paris 1913, in-8 [71 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 421.

Morlot (René-Emile), né le 2 juin 1886 à Toul (Meurthe-et-Moselle). D. 577. Nancy, 25 juil. 1913. *De l'intoxication mercurielle aiguë (étude anatomo-pathologique).* — Nancy 1913, in-8 [148 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1023.

Mosnier (Louis-Jules), né le 6 juil. 1887 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 942. Toulouse, 24 déc. 1912. *Luchon, ses eaux, ses indications, son avenir.* — Toulouse 1912, in-8 [88 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 22.

Mouaïad (Mounzer), né le 27 nov. 1887 à Damas (Turquie d'Asie). D. 707. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Mougenc de Saint-Avid (Hyacinthe-Pierre), né le 26 juil. 1885 à Tulle (Corrèze). D. 791. Paris, 21 nov. 1912. *Les albuminuries intermittentes irrégulières.* — Paris 1912, in-8 [142 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 49.

Mourgues (de) (Pierre-Marie-Edouard), né le 8 mai 1887 à Lyon (Rhône). D. 277. Lyon, 30 avril 1913. *Des diverticules acquis du gros intestin.* — Lyon 1913, in-8 [48 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 84.

Mourlan (Auguste-Alexandre), né le 9 fév. 1887 à Cazères (Haute-Garonne). D. 157. Toulouse, 31 janv. 1913. *Contribution à l'étude thérapeutique du pantopon et de ses applications en pathologie mentale (psychoses, diarrhée des aliénés, démorphinisation).* — Toulouse 1913, in-8 [134 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 31.

Moussalli (Maurice), né le 6 déc. 1889 au Caire (Egypte). D. 708. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Movsessian (Papazoglou-Ohannès), né le 1er nov. 1886 à Brousse (Turquie d'Asie). D. 709. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Muguet (Henri-Charles-Léopold), né le 12 juin 1885 à Paris (Seine). D. 792. Paris, 27 nov. 1912. *Contribution à l'étude des divers traitements du mal de Pott en particulier par la méthode de Lannelongue modifiée.* — Paris 1912, in-8 [54 et XXIX p., 1 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 52.

Murard (Jean-Gabriel), né le 30 avril 1887 à Lyon (Rhône). D. 278. Lyon, 3 mai 1913. *Les néphrites chroniques au point de vue chirurgical. (Etude critique.)* — Lyon 1913, in-8 [283 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 82.

Naamé (Farès), né le 23 nov. 1884 à Michmich Djebel (Liban). D. 710. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Nasser (Petraki-A.), né le 9 nov. 1890 à Homs (Syrie) (Turquie d'Asie). D. 711. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Neau (Georges-Jean-Baptiste), né le 29 juil. 1887 à Marmande (Lot-et-Garonne). D. 89. Bordeaux, 14 fév. 1913. *Essai sur la contagiosité de la rougeole chez le nouveau-né et le nourrisson et ses allures cliniques.* —

Bordeaux 1913, in-8 [87 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 63.

Néollier (Paul-Pierre-François), né le 20 mai 1890 à Millau (Aveyron). D. 549. Montpellier, 24 juil. 1913. *Contribution à l'étude des pyosalpinx hauts.* — Montpellier 1913, in-8 [41 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 111.

Nicolau (Pierre), né le 25 juil. 1887 à Perpignan (Pyrénées-Orientales). D. 918. Montpellier, 20 déc. 1912. *Contribution à l'étude des métrorragies de la ménopause. (Métrorragies d'origine ovarienne.)* — Montpellier 1912, in-8 [59 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 17.

Nidergang (Fernand-Georges-François-Joseph), né le 27 sept. 1887 à Belfort (Territoire de Belfort). D. 59. Paris, 29 janv. 1913. *Etude sur le traitement sanglant des fractures diaphysaires fermées.* — Paris 1913, in-8 [74 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 144.

Nikolsky (Mlle Barbe), née le 5 nov. 1883 à Saint-Pétersbourg (Russie). D. 60. Paris, 29 janv. 1913. *Evolution et complications des fibro-myomes utérins.* — Paris 1913, in-8 [80 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 145.

Nimier (André-Henri), né le 14 mars 1889 à Paris (Seine). D. 887. Lyon, 23 nov. 1912. *Etude sur le mécanisme des fractures du rocher.* — Lyon 1912, in-8 [78 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 14.

Noblet (Louis-Charles-Alphonse), né le 22 juil. 1888 à Signy-l'Abbaye (Ardennes). D. 793. Paris, 24 oct. 1912. *La pubiotomie chez les primipares; technique à suivre pour la leur rendre applicable.* — Paris 1912, in-8 [60 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 7.

Noël (Henri-Emile-Alexandre), né le 2 avril 1887 à Cosne (Nièvre). D. 61. Paris, 22 janv. 1913. *Contribution à l'étude des doubles pouces.* — Paris 1913, in-8 [95 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 131.

Noguès (Jean-Joseph-Georges), né le 25 juil. 1886 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 587. Toulouse, 25 juil. 1913. *L'anorexie mentale, ses rapports avec la psycho-physiologie de la faim.* — Toulouse 1913, in-8 [243 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 62.

Nory (Emile-Albert-Victor), né le 23 déc. 1885 à Orléans (Loiret). D. 218. Paris, 30 avril 1913. *Traitement des ruptures sus-rotuliennes du quadriceps.* — Paris 1913, in-8 [91 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 232.

Nouel (Jean-Georges-Marie), né le 19 avril 1885 à Orléans (Loiret). D. 794. Paris, 27 nov. 1912. *Des luxations anciennes du semi-lunaire. (Lésions, symptômes, diagnostic, pronostic et traitement.)* — Paris 1912, in-8 [111 p., 7 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 61.

* **Nowicka** (Mlle Victoire-Marie), née le 16 juil. 1887 à Iwislotch (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 5 mars 1913. *Contribution à l'étude de la perméabilité et du pouvoir absorbant de la vessie.* — Paris 1913, in-8 [68 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 185.

Nuytten (André-Paul-Marie), né le 31 août 1885 à Lille (Nord). D. 62. Paris, 13 mars 1913. *La méthode de Bergonié. Gymnastique électrique généralisée.* — Paris 1913, in-8 [330 p., pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 201.

Osmont (Paul-Marie-Thomas), né le 7 janv. 1869 à Montpellier (Hérault). D. 158. Toulouse, 13 fév. 1913. *Articulation sacro-iliaque et nutation du sacrum.* — Toulouse 1913, in-8 [135 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 36.

* **Osnos** (Mlle Maché), née le 20 sept. 1885 à Vélige (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 9 mai 1913. *Destinées des segments ovariens laissés en place après l'hystérectomie.* — Montpellier 1913, in-8 [40 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 10.

Osouf (Louis-Paterne-Romain), né le 23 mai 1887 à Saint-Cyr-du-Bailleul (Manche). D. 233. Alger, 16 avril 1913. *Contribution à l'étude de la dilatation aiguë de l'estomac chez les nouvelles accouchées.* — Alger 1913, in-8 [45 p.]. Th. méd., Alger 1913, n° 4.

Ourgaud (Gustave-Henri-Léon), né le 19 juin 1886 à Cournonterral (Hérault). D. 125. Montpellier, 8 mars 1913. *Contribution à l'étude des symptômes oculaires dans la maladie de Parkinson.* — Montpellier 1913, in-8 [58 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 45.

* **Outzekhovsky** (Mme), née **Jakobovitch** (Henriette), née le 7 juin 1886 à Riga (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 26 déc. 1912. *L'anémie des brightiques azotémiques. Contribution à l'étude de l'azotémie.* — Paris 1912, in-8 [93 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 112.

* **Ouzounoff** (Dimitre), né le 11 déc. 1886 à Stara-Zagora (Bulgarie). Doctorat de l'Université. Toulouse, 4 nov. 1912. *Du traitement des phlegmons profonds de la main.* — Toulouse 1912, in-8 [60 p.]. Th. méd. (Univ.), Toulouse 1912-1913, n° 14.

Pacaud (Henri-Léon-Eugène), né le 15 sept. 1887 à La Châtre (Indre). D. 888. Lyon, 10 déc. 1912. *Contribution à l'étude du méningo-typhus.* — Bourges 1912, in-8 [79 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 48.

Page (Yves-Marie), né le 1er juil. 1887 à Nantes (Loire-Inférieure). D. 219. Paris, 29 mai 1913. *Contribution à l'étude des kystes hydatiques pelviens chez la femme. (Kystes hydatiques de l'utérus et des annexes.)* — Paris 1913, in-8 [99 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 272.

Pakowski (Jean-Baptiste-Antoine-Joseph-Jules), né le 31 déc. 1881 à Saint-Germain-Lembron (Puy-de-Dôme). D. 409. Paris, 25 juin 1913. *La néphrostomie, moyen de dérivation permanente ou temporaire des urines totales.* — Paris 1913, in-8 [219 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 308.

Palayer (Emile-François-Adrien), né le 25 mai 1888 à Saint-Péray (Ardèche). D. 100. Lyon, 14 janv. 1913. *De l'hydro-appendicitose.* — Saint-Péray 1913, in-8 [71 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 69.

Pallier (François-Auguste), né le 24 janv. 1885 à Mezières (Haute-Vienne). D. 795. Paris, 14 nov. 1912. *Contribution à l'étude des paralysies de la sixième paire cranienne survenant au cours de lésions auriculaires du côté opposé à ces lésions.* — Paris 1912, in-8 [63 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 30.

Palluy (André), né le 8 mai 1887 à Dôle (Jura). D. 889. Lyon, 16 déc. 1912. *Sur quelques cas de hernies sous-ombilicales de la ligne blanche.* — Lyon 1912, in-8 [29 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 56.

Papa-Ioannou (Christodoulos), né le 20 janv. 1877 à Gouri, près de Nicosie (Chypre). D. 712. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Parisse (Mlle Eugénie-Marie-Henriette), née le 7 août 1884 à Paris (Seine). D. 63. Paris, 6 mars 1913. *Contribution à l'étude de l'étiologie des rétrodéviations utérines chez les vierges et les nullipares.* — Paris 1913, in-8 [96 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 190.

Partenay (François-Marie-Joseph-Pierre), né le 1er août 1881 à Guéméné (Loire-Inférieure). D. 410. Paris, 3 juil. 1913. *Considérations sur une épidémie de béribéri nautique.* — Paris 1913, in-8 [96 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 325.

Pascalis (Georges-Alexandre-Lucien), né le 4 janv. 1882 à Bar-sur-Seine (Aube). D. 963. Paris, 26 déc. 1912. *Les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. Etude chirurgicale.* — Paris 1912, in-8 [96 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 111.

Pasquier (Albert-Hippolyte-Marie-Victor), né le 2 août 1886 à Carquefou (Loire-Inférieure). D. 796. Paris, 13 nov. 1912. *L'hypertrophie mammaire de la puberté.* — Nantes 1912, in-8 [101 p., pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 17.

Passot (Raymond-Marie), né le 2 sept. 1886 à Paris (Seine). D. 220. Paris, 7 mai 1913. *Méningites et états méningés aseptiques d'origine otique.* — Paris 1913, in-8 [99 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 247.

Pastour (Joseph-Eugène), né le 12 janv. 1886 à Flayosc (Var). D. 411. Paris, 19 juin 1913. *Etudes sur les eaux minérales de la Provence.* — Paris 1913, in-8 [176 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 301.

Patoureau (Paul), né le 23 mai 1885 à Saint-Aignan (Loire-Inférieure). D. 797. Paris, 28 nov. 1912. *Contribution à l'étude des goitres aberrants.* — Nantes 1912, in-8 [127 p., 5 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 81.

Paul (Auguste-Alfred-Firmin-Elie), né le 10 déc. 1887 à Amiens (Somme). D. 221. Paris, 30 avril 1913. *L'urétroscopie.* — Paris 1913, in-8 [126 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 235.

Pauron (Charles-Anatole), né le 13 mai 1888 à Rogny (Yonne). D. 890. Lyon 11 nov. 1912. *Les infections à paratyphus B. Etude clinique et épidémiologique.* — Lyon 1912, in-8 [112 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 4.

Payan (Jean-Joseph-Louis), né le 9 août 1883 à Marseille (Bouches-du-Rhône). D. 289. Montpellier, 5 avril 1913. *Les données actuelles sur l'hématologie des cirrhoses du foie et de la maladie (ou syndrome) de Banti.* — Montpellier 1913, in-8 [XIII-190 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 52.

Payot (Louis-Henri), né le 9 oct. 1885 à Sallanches (Haute-Savoie). D. 279. Lyon, 27 mai 1913. *De la gravité opératoire de la gastrectomie.* — Lyon 1913, in-8 [83 p. 2 pl.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 89.

Péan (Jacques-Henri-Ernest), né le 12 août 1888 à Paris (Seine). D. 798. Paris, 28 nov. 1912. *Les rayons X dans le traitement du goitre exophtalmique.* — Paris 1912, in-8 [110 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 76.

Pechdo (Isaïe-Maurice-Marie), né le 30 mai 1887 à Villefranche (Aveyron). D. 412. Paris, 15 juil. 1913. *Valeur séméiologique des troubles oculaires dans le diagnostic et le traitement des tumeurs hypophysaires.* — Paris 1913, in-8 [160 p., 4 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 375.

Pécheux (Alfred-Auguste-Clément), né le 9 mars 1889 à Solre-le-Château (Nord). D. 481. Lille, 19 mai 1913. *Contribution à l'étude de la phényléthylmalonylurée (luminal).* — Lille 1913, in-8 [100 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 25.

Pechin (Maurice-Eugène), né le 19 mai 1876 à Fayl-Billot (Haute-Marne). D. 222. Paris, 7 mai 1913. *Du danger des livres populaires de médecine.* — Paris 1913, in-8 [98 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 250.

Pelegrin (Edmond-André-Joseph). né le 20 nov. 1888 à Jegun (Gers). D. 302. Toulouse, 12 avril 1913. *Contribution à l'étude de l'infection amniotique et de ses conséquences pour la mère.* — Toulouse 1913 in-8 [123 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 50.

Pellissier (Jean-Paul), né le 10 fév. 1883 à Charbonnier (Puy-de-Dôme). D. 413. Paris, 17 juil. 1913. *De la tension artérielle, de la viscosité du sang total et de leurs rapports au cours de la grossesse normale et pathologique pendant le travail et les suites*

de couches. — Paris 1913, in-8 [180 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 407.

Pellot (Jean), né le 10 juil. 1883 à Epernay (Marne). D. 414. Paris, 26 juin 1913. *Les thromboses veineuses du membre supérieur droit dites phlébites par effort.* — Paris 1913, in-8 [59 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 317.

Pellotier (Albert-Firmin), né le 7 avril 1885 à Villeneuve-les-Maguelonne (Hérault). D. 550. Montpellier, 24 juil. 1913. *Ptoses viscérales. Gastroptose, duodénoptose, entéroptose. Etude clinique et thérapeutique.* — Montpellier 1913, in-8 [54 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, nº 108.

Peltier (Maurice-François-Joseph), né le 31 juillet 1889 à Brest (Finistère). D. 832. Bordeaux, 20 nov. 1912. *La mort dans les cancers du larynx.* — Bordeaux 1912, in-8 [92 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, nº 8.

Peltier (Paul-Victor), né le 19 nov. 1886 à Nantes (Loire-Inférieure). D. 64. Paris, 13 fév. 1913. *Contribution à l'étude du type Foville des paralysies alternes.* — Paris 1913, in-8 [76 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 166.

* **Peña** (Juan-Manuel), né le 16 mai 1887 à Assomption (Paraguay). Doctorat de l'Université. Paris, 16 avril 1913. *De la valeur de l'hématurie rénale immédiatement consécutive à une néphrectomie pour tuberculose.* — Paris 1913, in-8 [71 p.]. Th. méd. (Univ.). Paris 1912-1913, nº 211.

Pène (Jacques), né le 28 janv. 1888 à Azul (République Argentine). D. 588. Toulouse, 21 juil. 1913. *Contribution à l'étude des troubles mentaux par insolation. Psychoses solaires durables et psychoses solaires tardives.* — Toulouse 1913, in-8 [62 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, nº 61.

Pequegnot (Paul-Georges-Léon), né le 23 avril 1888 à Lure (Haute-Saône). D. 891. Lyon, 10 déc. 1912. *Des septicémies staphylococciques primitives.* — Villeurbanne 1912, in-8 [100 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, nº 50.

Périer (Auguste-Eugène-Paul-Emile), né le 23 juil. 1887 à Puylaurens (Tarn). D. 589. Toulouse, 3 juil. 1913. *Détermination de la date probable de l'accouchement.* — Toulouse 1913, in-8 [124 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, nº 58.

Périllaud (Louis-Théophile-Chéri), né le 12 janv. 1890 à Ruffec (Charente). D. 415. Paris, 10 juil. 1913. *L'urémie des néphrectomisés.* — Paris 1913, in-8 [108 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 350.

Périn (Charles-Aimé), né le 21 août 1887 à Lunéville (Meurthe-et-Moselle). D. 295. Nancy, 28 avril 1913. *Contribution à l'étude des états démentiels primitifs et épileptiques chez les enfants.* — Nancy 1913, in-8 [133 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, nº 1005.

Périssié (Pierre-Joseph), né le 16 déc. 1884 à Bordères-sur-l'Echez (Hautes-Pyrénées). D. 590. Toulouse, 30 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'anévrisme de l'aorte intra-péricardique. Sa rupture dans le péricarde.* — Toulouse 1913, in-8 [120 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, nº 69.

Perraudin (Marie-Eugène-Etienne), né le 3 fév. 1871 à Luzy (Nièvre). D. 416. Paris, 17 juil. 1913. *Traitement palliatif du cancer par les injections intra-musculaires de sels de quinine.* — Paris 1913, in-8 [67 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 402.

Perronne (Edmond-Roger-Edouard), né le 27 sept. 1887 à Roches (Doubs). D. 417. Paris, 9 juil. 1913. *Quelques observations cliniques de méningites cérébro-spinales et tuberculeuses ayant présenté des particularités au cours de leur début, de leur durée ou de leur évolution.* — Paris 1913, in-8 [61 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 343.

Perrot (Paul-Jean-Marie), né le 26 janv. 1889 à Saint-Rémy-de-Chargnat (Puy-de-Dôme). D. 252. Bordeaux, 30 avril 1913. *Tuberculose du maxillaire inférieur chez l'enfant.* — Bordeaux 1913, in-8 [89 p., 4 pl.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, nº 79.

Pesnel (Pierre-Théodore-Joseph), né le 14 oct. 1886 à Champsecret (Orne). D. 418. Paris, 19 juin 1913. *La phlébite et les maladies des femmes à Bagnoles-de-l'Orne.* — Paris 1913, in-8 [172 p., 2 pl.]. Paris, Th. méd., 1912-1913, nº 303.

Petit (Georges-Pierre-Marie), né le 21 oct. 1883 à Alban (Tarn). D. 90. Bordeaux, 7 fév. 1913. *Essai sur une variété de pseudo-hallucinations. Les autoreprésentations aperceptives.* — Bordeaux 1913, in-8 [XVI-184 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, nº 60.

Petit (Joseph-Marius-Henri), né le 29 juin 1888 au Creusot (Saône-et-Loire). D. 799. Paris, 14 nov. 1912. *Tétanos confirmé et sulfate de magnésie.* — Paris 1912, in-8 [82 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 28.

Petitot (Georges-Henri), né le 9 juil. 1887 à Sannois (Seine-et-Oise). D. 419. Paris, 4 juin 1913. *Du rôle primordial du terrain dans la tuberculose pulmonaire.* — Paris 1913, in-8 [212 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 275.

* **Pewsner** (Mlle Cira), née le 18 fév. 1888 à Marioupol (Russie). Doctorat de l'Université. Lyon, 18 mars 1913. *Productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose.* (*Tuberculose inflammatoire de l'ovaire.*) — Lyon 1913, in-8 [44 p.]. Th. méd. (Univ.), Lyon, 1912-1913, nº 53.

Peyronnard (Gérard-Marie-Joseph), né le 9 déc. 1887 à Fabrègues (Hérault). D. 919. Montpellier, 27 nov. 1912. *Contribution à l'étude de l'iléus dynamique pur.* — Montpellier 1912, in-8 [83 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, nº 4.

Philbert (Maurice), né le 8 fév. 1883 à Doulcon (Meuse). D. 420. Paris, 18 juin 1913. *Aspects radiographiques de syphilis héréditaire, tuberculose et ostéomyélite diaphysaires des os longs chez l'enfant.* — Paris 1913, in-8 [106 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 295.

Philipon (Emmanuel-François-Marie-Joseph), né le 25 août 1881 à Huriel (Allier), D. 421. Paris, 10 juil. 1913. *La médication mentale dans la doctrine « Christian Scientist ».* — Paris 1913, in-8 [52 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 366.

Picard (Alfred-Achille), né le 18 mai 1881 à Paris (Seine). D. 482. Lille, 23 juin 1913. *De la valeur médico-légale de l'ictus apoplectique.* — Lille 1913, in-8 [134 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, nº 30.

Pichancourt (Marcel-Jean-Joseph), né le 26 fév. 1886 à Bourgogne (Marne). D. 422. Paris, 26 juin 1913. *Contribution à l'étude du syndrome d'hypertension portale. De la tension des liquides d'ascite.* — Paris 1913, in-8 [63 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 314.

* **Pick** (Mlle Mikalia), née le 2 sept. 1886 à Grodno (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 19 déc. 1912. *Contribution à l'étude de la péricardite brightique.* — Paris 1912, in-8 [55 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, nº 106.

Pierson (Emile-Joseph), né le 10 juin 1886 à Rosières-aux-Salines (Meurthe-et-Moselle). D. 136, Nancy, 7 fév. 1913. *L'ultraviolet (lampe de Kromayer) et la neige carbonique en dermatologie.* — Nancy 1913, in-8 [131 p., 3 pl.]. Th. méd., Nancy, 1912-1913, nº 1000.

Pierson (Marie-Adolphe-René), né le 27 oct. 1882 à Buzancy (Ardennes). D. 423. Paris, 10 juil. 1913. *Contribution à l'étude des grossesses tubaires; mécanisme de la rupture; résultats éloignés des interventions.* — Paris 1913, in-8 [90 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 360.

Pignède (Maurice-Pierre-Valéry), né le 9 juil. 1885 à Nîmes (Gard). D. 280. Lyon, 10 mai 1913. *Recherches histologiques sur la zonule de Zinn chez les oiseaux.* — Lyon 1913, in-8 [43 p., 2 pl.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, nº 85.

* **Pilate** (Mme), née **Martsinkevitsch** (Ludmila), née le 17 nov. 1874 à Spask (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 24 mai 1913. *Le syndrome de Guillain-Thaon.* — Montpellier 1913, in-8 [43 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, nº 12.

Pilla (Georges), né le 9 avril 1887 à Verdun (Meuse). D. 137. Nancy, 29 janv. 1913. *Contribution à l'étude des exostoses du calcanéum.* Nancy 1913, in-8 [55 p., 2 pl.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, nº 999.

Pille (Léon-Ferdinand), né le 12 avril 1886 à La Chapelle-Monthodon (Aisne). D. 837. Lille, 21 nov. 1912. *A propos de deux cas de névrite d'origine rhumatismale.* — Lille 1912, in-8 [56 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, nº 2.

Pilven (Joseph-Marie-François-Aristide), né le 29 avril 1886 à Landivisiau (Finistère). D. 65. Paris, 23 janv. 1913. *Contribution à l'étude clinique de la fièvre typhoïde à propos de diverses observations.* — Paris 1912, in-8 [123 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 139.

Pimpaneau (Marie-Charles-Emile), né le 2 sept. 1882 à Dun (Creuse). D. 166. Paris, 3 avril 1913. *Du radio-diagnostic du cancer de l'estomac.* — Paris 1913, in-8 [80 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 207.

Pin (Frédéric), né le 20 juin 1884 à Nice (Alpes-Maritimes). D. 424. Paris, 16 juil. 1913. *Le forceps et ses indications.* — Paris 1913, in-8 [92 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 383.

Pinon (Marcel), né le 9 avril 1882 à Venoy (Yonne). D. 425. Paris, 18 juil. 1913. *Contribution à l'étude du goitre exophtalmique dans ses rapports avec l'adénopathie bronchique.* — Paris 1913, in-8 [104 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, nº 415.

Pinsolle (Thomas-Jacques-Edmond), né le 19 avril 1886 à Linxe (Landes). D. 253. Bordeaux, 2 mai 1913. *Contribution à l'étude des kystes épidermiques de la face palmaire de la main et des doigts.* — Bordeaux 1913, in-8 [73 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, nº 80.

Piquemal (Jean-Justin-Omer), né le 15 oct. 1886 à Eycheil (Ariège). D. 159. Toulouse, 16 janv. 1913. *Considérations générales sur le réflexe. De la réflectivité tendineuse et cutanée dans la démence précoce.* — Toulouse 1913, in-8 [176 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, nº 27.

Pitorre (Charles), né le 29 avril 1877 à Carcassonne (Aude). D. 160. Toulouse, 28 janv. 1913. *Les complications nerveuses dans le cours du traitement de la syphilis par le 606.* — Toulouse 1913, in-8 [91 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, nº 29.

Planche (Joseph-Marie-Jean), né le 27 fév. 1886 à Marseille (Bouches-du-Rhône). D. 290. Montpellier, 3 mai 1913. *La formule hémoleucocytaire et la rate au point de vue expérimental.* — Montpellier 1913, in-8 [51 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, nº 56.

Plontz (Henri-Jean-Eugène-Georges), né le 26 sept. 1887 à Albertville (Savoie). D. 892. Lyon, 7 déc. 1912. *Formes anormales des abcès du foie d'origine amibienne.* (*Association de l'amibe et du bacille de Koch.*) — Lyon 1912, in-8 [91 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, nº 43.

Poey-Noguez (François-Joseph-Pierre), né le 19 mars 1887 à Oloron-Sainte-Marie (Basses-Pyrénées). D. 91. Bordeaux, 14 fév. 1913. *Quelques recherches sur la morbi-*

dité à la clinique obstétricale de la Faculté de Bordeaux. — Bordeaux 1913, in-8 [124 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 62.

Poey-Noguez (Jean-Gustave), né le 11 fév. 1889 à Oloron-Sainte-Marie (Basses-Pyrénées). D. 467. Bordeaux, 23 juil. 1913. *La syphilis dans une ville de province (Bayonne).* — Bordeaux 1913, in-8 [72 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 93.

Pokitonow (Mlle Joanna), né le 1er juin 1884 à Cannes (Alpes-Maritimes). D. 800. Paris, 7 nov. 1912. *Le rôle du rein dans l'albuminurie provoquée par l'injection de blanc d'œuf.* — Paris 1912, in-8 [74 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 12.

Pollet (Auguste), né le 5 janv. 1871 à Argentan (Orne). D. 426. Paris, 3 juil. 1913. *Contribution à l'étude du cancer primitif de l'ampoule de Vater.* — Paris 1913, in-8 [156 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 333.

Pons (René-Justin-Marie), né le 23 sept. 1888 à Pézénas (Hérault). D. 989. Bordeaux, 11 déc. 1912. *Contribution à l'étude de la sphygmomanométrie directe. Documents expérimentaux sur le fonctionnement dynamique du manomètre à mercure.* — Bordeaux 1912, in-8 [53 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 20.

Pont (Pierre-Gaston-Jules), né le 8 juil. 1881 à Gandelu (Aisne). D. 427. Paris, 10 juil. 1913. *Contribution à l'étude de la désarticulation temporaire de Lisfranc dans le traitement de la tuberculose.* — Paris 1913, in-8 [56 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 361.

*__Popov__ (Mlle Nouné [Nina]), née le 7 juil. 1885 à Astrakhan (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 26 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'action du sélénium colloïdal électrique dans le traitement du cancer.* — Montpellier 1913, in-8 [43 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 24.

* **Popperek** (Mme), née **Koutyrine** (Catherine), née le 5 fév. 1878 à Maloyaroslavetz (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 25 juin 1913. *Traitement de la péritonite tuberculeuse par la méthode de recalcification. (Méthode Ferrier.)* — Paris 1913, in-8 [83 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 306.

Portret (Stéphen-Marie-Octave-Noël), né le 25 déc. 1884 à Binh-Hoa (Cochinchine). D. 801. Paris, 21 nov. 1912. *Les méningococcémies (septicémies méningococciques).* — Paris 1912, in-8 [179 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 41.

Pougens (Joseph-Alexandre-Hubert), né le 30 juin 1882 à Samatan (Gers). D. 943. Toulouse, 25 nov. 1912. *Contribution à l'étude de la spondylite traumatique (maladie de Kümmell).* — Toulouse 1912, in-8 [82 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 4.

* **Poupko** (Faivouche [Philippe]), né le 26 déc. 1881 à Vilna (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 24 avril 1913. *Etiologie et pathogénie des fibromes.* — Paris 1913, in-8 [53 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 227.

Poursain (André-Victor-Jean), né le 26 mars 1885 à Lille (Nord). D. 893. Lyon, 9 nov. 1912. *Contribution à l'étude de l'hématémèse du nouveau-né et du jeune enfant.* — Trévoux 1912, in-8 [47 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 1.

Poy (Gabriel-Charles), né le 14 nov. 1886 à Saint-Mihiel (Meuse). D. 428. Paris, 17 juil. 1913. *Apnée et polypnée. Etude expérimentale sur les effets de l'adrénaline et de la section des pneumogastriques.* — Paris 1913, in-8 [88 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 397.

Pozier (Jean-Noël), né le 25 déc. 1887 à Creil (Oise). D. 964. Paris, 26 déc. 1912. *Etude radiographique de l'ossification du genou chez le nouveau-né.* — Paris 1912, in-8 [96 p., 8 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 110.

Pradal (Paul-Joseph-Marie), né le 21 mars 1888 à Béziers (Hérault). D. 551. Montpellier, 24 juil. 1913. *L'adénopathie trachéobronchique chez l'enfant; recherches cliniques et radiologiques.* — Montpellier 1913, in-8 [134 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 96.

Pradel (Camille), né le 30 avril 1887 à Livinhac-le-Haut (Aveyron). D. 990. Bordeaux, 18 déc. 1912. *L'influence des changements de position du sujet dans l'examen physique du cœur.* — Bordeaux 1912, in-8 [116 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 38.

Prel (Pierre-Auguste), né le 10 août 1885 à Lyon (Rhône). D. 894. Lyon, 27 nov. 1912. *Paralysie faciale syphilitique.* — Lyon 1912, in-8 [45 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 20.

Prelat (Pierre-Victor-Désiré), né le 6 sept. 1882 à Esqueheries (Aisne). D. 223. Paris, 15 mai 1913. *Opacités traumatiques du cristallin sans plaie pénétrante des membranes externes.* — Paris 1913, in-8 [134 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 261.

Privat-Garilhe (Joseph-Marcel), né le 22 sept. 1887 à Gravières (Ardèche). D. 508. Lyon, 23 juil. 1913. *La radio-cinématographie des mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras et de la main.* — Lyon 1913, in-8 [53 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 107.

Proux (Prosper-François-Marie), né le 11 mai 1886 à Chateaulin (Finistère). D. 254. Bordeaux, 9 mai 1913. *Contribution à l'étude du traitement sanglant des orchi-épididymites blennorragiques.* — Bordeaux 1913, in-8 [62 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 83.

Puncet (Louis-Jules-Henri), né le 3 oct. 1886 à Mérignac (Gironde). D. 991. Bordeaux, 20 déc. 1912. *Contribution à l'étude de la topographie cranio-encéphalique.* — Bordeaux 1912, in-8 [51 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 44.

Py (Etienne-Marie-Louis-Joseph), né le 24 sept. 1884 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 161. Toulouse, 18 janv. 1913. *La puériculture en France à l'heure actuelle.* — Toulouse 1913, in-8 [78 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 28.

Py (Louis-Ferdinand-Joseph), né le 12 déc. 1887 à Bédarieux (Hérault). D. 552. Montpellier, 29 juil. 1913. *Contribution à l'étude des myomes rouges de l'utérus.* — Montpellier 1913, in-8 [35 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 113.

Queheille (Marie-Jean-Elie-Gérard), né le 15 sept. 1886 à Villeneuve-de-Marsan (Landes). D. 895. Lyon, 29 nov. 1912. *Contribution à l'étude de la syphilis osseuse héréditaire précoce. Valeur du signe de Wegner au point de vue macroscopique.* — Lyon 1912, in-8 [115 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 27.

Rabaute (Julien), né le 20 janv. 1887 à Belcaire (Aude). D. 303. Toulouse, 9 mai 1913. *Présentation de l'épaule négligée et embryotomie dans la pratique rurale.* — Toulouse 1913, in-8 [58 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 55.

Rabuteau (Mlle Marie-Julie-Geneviève-Noémi [sic]), née le 1er oct. 1880 à Paris (Seine). D. 802. Paris, 27 nov. 1912. *Etude sur la viscosité de quelques liquides organiques.* — Paris 1912, in-8 [65 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 58.

Radier (François-Joseph-Pierre), né le 21 août 1884 à Saint-Geniès-des-Mourgues (Hérault). D. 920. Montpellier, 20 nov. 1912. *De l'évidement systématique du col dans l'hystérectomie subtotale.* — Montpellier 1912, in-8 [47 p., 5 pl.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 2.

* **Raiman** (Mlle Eugénie-Anna), née le 6 nov. 1881 à Visoxo-Mitski (Bohème) (Autriche). Doctorat de l'Université, Montpellier, 12 mars 1913. *Contribution à l'étude des bradycardies infectieuses.* — Montpellier 1913, in-8 [58 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 6.

Rainaut (Eugène-Jean-Séraphin-Marius), né le 15 avril 1889 à Peillou (Alpes-Maritimes). D. 992. Bordeaux, 20 déc. 1912. *De la cure du glaucome chronique par la sclérectomie simple perforante antérieure. (Opération de Lagrange.)* — Bordeaux 1912, in-8 [62 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 47.

Ranvoize (Victor-Jules-Marie-Joseph-Isidore), né le 21 mai 1886 à La Celle-Guénand (Indre-et-Loire). D. 993. Bordeaux, 18 déc. 1912. *La médecine à la campagne; son outillage.* — Bordeaux 1912, in-8 [51 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 37.

Rauber (Marie-Joseph-Nicolas-Gabriel), né le 12 juin 1884 à Tannois (Meuse). D. 578. Nancy, 28 juil. 1913. *Influence du métier dans la genèse de la tuberculose. (Répartition des cas, suivant les professions, dans la population ouvrière de Nancy de 1895 à 1913.)* — Nancy 1913, in-8 [68 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1025.

Rault (Marcel-Marie), né le 2 janv. 1886 à Rennes (Ille-et-Vilaine). D. 224. Paris, 17 avril 1913. *Etude des écoulements de liquide céphalo-rachidien et de matière cérébrale par le conduit auditif et les fosses nasales à la suite des fractures de la base du crâne.* — Paris 1913, in-8 [88 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 221.

Raulx (Marie-Victor-Georges), né le 29 juil. 1887 à Aubusson (Creuse). D. 468. Bordeaux, 25 juil. 1913. *De l'émasculation totale dans le cancer de la verge.* — Bordeaux 1913, in-8 [93 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 95.

Ravenèz (Ernest-Hippolyte-Antonin), né le 18 août 1877 à Grigny (Rhône). D. 126. Montpellier, 5 fév. 1913. *Tétanie chez l'adulte avec un cas de mort subite par laryngospasme.* — Montpellier 1913, in-8 [57 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 44.

Regnard (Michel-Paul-Léon), né le 13 avril 1883 à Paris (Seine). D. 66. Paris, 12 mars 1913. *Contribution à l'étude anatomo-clinique des monoplégies d'origine corticale, monoplégies totales et monoplégies partielles.* — Paris 1913, in-8 [216 p., 12 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 197.

Regnier (André-Léon-Emile), né le 21 août 1886 à Doulaincourt (Haute-Marne). D. 296. Nancy, 25 avril 1913. *Des fistules congénitales de la lèvre inférieure.* — Nancy 1913, in-8 [59 p., 1 pl.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1004.

Renard (François), né le 15 avril 1888 à La Bourboule (Puy-de-Dôme). D. 896. Lyon, 2 déc. 1912. *L'isolement des maladies contagieuses à Londres.* — Valence 1912, in-8 [58 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 31.

Renard (Joseph-Charles-Marie), né le 4 mars 1886 à Riom (Puy-de-Dôme). D. 281. Lyon, 27 mai 1913. *Contribution à l'étude de l'arrachement accidentel du cuir chevelu.* — Lyon 1913, in-8 [131 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 88.

Renaud (Louis-Charles), né le 16 mars 1889 à Versailles (Seine-et-Oise). D. 803. Paris, 21 nov. 1912. *De la réactivation biologique de la réaction de Wassermann dans la syphilis héréditaire.* — Paris 1912, in-8 [70 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 42.

Renault (Charles-Georges), né le 30 juil. 1882 à Paucourt (Loiret). D. 67. Paris, 29 janv. 1913. *La médiastinite syphilitique.* — Paris 1913, in-8 [96 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 140.

Renaut (Victor-Alphonse-René), né le 25 août 1877 à Mâcon (Saône-et-Loire). D. 897. Lyon, 21 déc. 1912. *Du traitement des fractures compliquées du calcanéum.* — Lyon 1912, in-8 [43 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 65.

Rey (Célestin-Amans), né le 13 juil. 1885 à Cransac (Aveyron). D. 591. Toulouse, 30 juil. 1913. *Le traitement de la chorée de Sydenham. Méthodes anciennes et nouvelles.* — Toulouse 1913, in-8 [52 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 59.

Reymond (Marie-Joseph-Ernest-Gustave), né le 1er sept. 1883 à Chateauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne). D. 127. Montpellier, 15 mars 1913. *Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose et en particulier du traitement des tuberculoses chirurgicales par les méthodes de recalcification.* — Montpellier 1913, in-8 [65 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 51.

Riberolles (Hippolyte-Marie-Joseph-Félix), né le 21 juil. 1886 à Aydat (Puy-de-Dôme). D. 429. Paris, 26 juin 1913. *Episodes aigus et réactions générales des colites chez l'enfant.* — Paris 1913, in-8 [162 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 312.

Richard (Armand-Louis-Yves-Auguste), né le 29 mai 1886 à Josselin (Morbihan). D. 553. Montpellier, 8 juil. 1913. *Délires et troubles méningés dans les oreillons.* — Montpellier 1913, in-8 [50 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 76.

Ricou (Jean-Jacques-Marie-Daniel), né le 11 mai 1886 au Moule (Guadeloupe). D. 994. Bordeaux, 18 déc. 1912. *Contribution à l'étude de la dilatation bimanuelle de Bonnaire. (De l'accouchement méthodiquement rapide.)* — Bordeaux 1912, in-8 [82 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 36.

Rigall (Gaston-Louis-Charles), né le 7 juil. 1883 à Perpignan (Pyrénées-Orientales). D. 554. Montpellier, 28 mai 1913. *Contribution à l'étude du diagnostic précoce du cancer de la cavité utérine.* — Montpellier 1913, in-8 [46 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 62.

Rigaud (Michel-François), né le 18 janv. 1887 à Chambéry (Savoie). D. 509. Lyon, 28 juin 1913. *A propos du traitement actuel de l'appendicite.* — Lyon 1913, in-8 [76 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 94.

Robert (Fernand-Lucien), né le 20 fév. 1888 à Esvres (Indre-et-Loire). D. 430. Paris, 18 juin 1913. *Etude sur le pneumothorax artificiel.* — Paris 1913, in-8 [208 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 292.

Robillot (Edgard), né le 23 déc. 1887 à Paris (Seine). D. 431. Paris, 12 juin 1913. *Des délires de persécution d'origine alcoolique.* — Paris 1913, in-8 [66 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 286.

Roblin (Louis-Hubert-Ferdinand), né le 21 oct. 1883 à Crancey (Aube). D. 68. Paris, 23 janv. 1913. *Contribution à l'étude de la glycosurie transitoire chez les alcooliques.* — Paris 1913, in-8 [70 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 136.

Roca (Jean), né le 12 nov. 1883 à Perpignan (Pyrénées-Orientales). D. 944. Toulouse, 14 déc. 1912. *Etude de la mortalité à Toulouse par coqueluche, rougeole et scarlatine de 1892 à 1911.* — Toulouse 1912, in-8 [71 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 12.

Rochaix (Paul-Pierre), né le 28 janv. 1884 à Vaugneray (Rhône). D. 101. Lyon, 15 mars 1913. *Contribution à l'étude des troubles mentaux d'origine puerpérale.* — Trévoux 1913, in-8 [367 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 77.

Rœhrich (Alfred-Christian), né le 7 juin 1886 à Paris (Seine). D. 432. Paris, 15 juil. 1913. *Du traitement du tétanos confirmé par les injections phéniquées. (Méthode de Bacelli.)* — Vannes 1913, in-8 [90 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 370.

Roger (Eugène-François-Marie), né le 2 juil. 1888 à Combourg (Ille-et-Vilaine). D. 433. Paris, 10 juil. 1913. *Des accidents causés par l'ingestion des noyaux de cerises.* — Paris 1913, in-8 [135 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 362.

Rolland (Anne-Benoît-Gabriel), né le 20 mars 1890 à Charlieu (Loire). D. 555. Montpellier, 10 juil. 1913. *Contribution à l'étude des hernies de l'appendice.* — Montpellier 1913, in-8 [62 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 82.

Rolland (Henri-Jean-Paul-Emile), né le 13 sept. 1887 à Marciac (Gers). D. 469. Bordeaux, 25 juil. 1913. *Contribution à l'étude de la pathogénie du varicocèle. Son origine congénitale.* — Bordeaux 1913, in-8 [75 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 96.

Romefort (Jean-Roger), né le 26 oct. 1886 au Taillan (Gironde). D. 995. Bordeaux, 20 déc. 1912. *Contribution à l'étude des arythmies. La fibrillation auriculaire dans ses rapports avec l'arythmie complète.* — Bordeaux 1912, in-8 [100 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 42.

Roques (Elie-Casimir-Numa), né le 12 juin 1887 à Plaisance (Aveyron). D. 434. Paris, 18 juin 1913. *Contribution à l'étude des anévrismes de l'aorte.* — Paris 1913, in-8 [146 p., 7 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 291.

Ros (Valentin), né le 20 nov. 1886 à Javéa (Espagne). D. 128. Montpellier, 28 janv. 1913. *Séméiologie de l'écoulement hématique par le mamelon.* — Montpellier 1913, in-8 [58 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 26.

Rosenwald (Jean-Josué), né le 5 juin 1885 à Paris (Seine). D. 804. Paris, 27 nov. 1912. *Etude sur Spallanzani, biologiste.* — Paris 1912, in-8 [58 p., 1 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 59.

Rouillier (Amand-Anatole-Maurice), né le 22 oct. 1870 à Troyes (Aube). D. 304. Toulouse, 12 avril 1913. *Essais en pathologie comparée sur le pouvoir curatif des bouillons de culture pyocyanique et de la pyocyanéine dans le traitement du charbon bactéridien.* — Nantes 1913, in-8 [95 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 49.

Roullier (André-Jean), né le 28 janv. 1882 à Paris (Seine). D. 69. Paris, 23 janv. 1913. *De l'étude des modifications de quelques éléments de l'urine chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles. Volume. Urée. Azote total. Chlorure de sodium. Rapport de Koranyi. Rapports de Claude et Balthazard. Produit de Strauss.* — Paris 1913, in-8 [98 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 135.

Roux (Edmond-Auguste), né le 1er déc. 1885 à Mustapha (Alger). D. 291. Montpellier, 16 mai 1913. *La réaction de Wassermann chez le nouveau-né et le nourrisson.* — Montpellier 1913, in-8 [98 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 59.

Roux (Georges-Charles-Claude), né le 8 août 1882 à Lille (Nord). D. 70. Paris, 19 fév. 1913. *La bradycardie dans les oreillons. Etude clinique et pathogénique.* — Paris 1913, in-8 [188 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 173.

Roziès (Jean-Louis-Henri), né le 22 janv. 1887 à Bayonne (Basses-Pyrénées). D. 556. Montpellier, 9 juin 1913. *L'air chaud en thérapeutique. Ses applications en médecine et en chirurgie.* — Montpellier 1913, in-8 [100 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 65.

Rudier (Jean-Joseph-Romuald), né le 7 mars 1858 à Saint-Pierre (Martinique). D. 255. Bordeaux, 23 avril 1913. *Le traitement du prolapsus du rectum chez l'enfant par la méthode de Thiersch.* — Bordeaux 1913, in-8 [46 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 77.

Rupin (Alfred-Joseph-Marie), né le 22 janv. 1887 à Vitré (Ille-et-Vilaine). D. 557. Montpellier, 9 juil. 1913. *Contribution à l'étude du traitement radiothérapique de la syringomyélie et des affections non traumatisées de la moelle.* — Montpellier, 1913, in-8 [78 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 84.

Sabin (Mlle Berthe-Lucie), née le 7 mars 1884 à Paris (Seine). D. 71. Paris, 22 janv. 1913. *De la réaction de Wassermann dans la syphilis post-conceptionnelle tardive. Discussion de la loi de Profeta.* — Paris 1913, in-8 [80 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 130.

Sage (Pierre-Paul-François-Joseph), né le 11 janv. 1889 à La Tour-du-Pin (Isère). D. 102. Lyon, 14 janv. 1913. *Kystes dermoïdes de l'ovaire suppurés ouverts à l'ombilic.* — Lyon 1913, in-8 [51 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 68.

Sainmont (Paul-Eugène-Marie-Laurent), né le 19 juil. 1886 à Tours (Indre-et-Loire). D. 129. Montpellier, 8 fév. 1913. *Essai historique sur l'enseignement de la médecine en Touraine et sur l'école réorganisée de médecine et de pharmacie de Tours. Des origines jusqu'à nos jours.* — Montpellier 1913, in-8 [123 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 30.

Saint-Paul (Marius-Jean), né le 11 juil. 1885 à Lacasse (Haute-Garonne). D. 945. Toulouse, 22 nov. 1912. *De la jéjunostomie dans l'ulcère floride de l'estomac.* — Toulouse 1912, in-8 [130 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 1.

Sakissian (Mgurditch-G.), né le 10 nov. 1881 à Bazar-Beyuk-Yeni-Keuy, près de Brousse (Turquie d'Asie). D. 713. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Salamé (Joseph-Assad-Férès-Nagem), né le 11 nov. 1887 à Abédieh (Liban). D. 714. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Salin (Paul-Edmond-Henri), né le 10 oct. 1884 à Paris (Seine). D. 72. Paris, 8 janv. 1913. *Pathogénie de l'hémoglobinurie paroxystique « a frigore ».* — Paris 1912, in-8 [172 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 121.

Salmont (André-Joseph-Octave-Albert), né le 4 août 1887 à Loudun (Vienne). D. 73. Paris, 12 mars 1913. *Conditions nouvelles du traitement des calculs vésicaux.* — Paris 1913, in-8 [88 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 196.

Saltet de Sablet d'Estières (Georges-Marie-Auguste), né le 10 juil. 1887 à Aix (Bouches-du-Rhône). D. 898. Lyon, 7 déc. 1912. *Des dilatations kystiques intravésicales de la portion terminale de l'uretère.* — Valence 1912, in-8 [67 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 41.

Samson (René-Abel), né le 26 nov. 1881 à Pont-Audemer (Eure). D. 435. Paris, 17 juil. 1913. *Contribution à l'étude du cancer de l'estomac chez les sujets jeunes, au-dessous de trente ans.* — Paris 1913, in-8 [146 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 411.

Sanseigne (Jean-Louis-Marie), né le 23 août 1889 à Silley (Doubs). D. 436. Paris, 25 juin 1913. *Contribution à l'étude des insuffisances respiratoires pouvant en imposer pour de la tuberculose.* — Paris 1913, in-8 [61 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 309.

* **Sapogenik** (Mlle Sonia), née le 26 déc. 1885 à Odessa (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 2 juil. 1913. *Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la migraine ophtalmique. Migraine ophtalmique thyroïdienne.* — Paris 1913, in-8 [72 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 322.

* **Sarantidès** (Alexandre), né le 19 sept. 1887 à Philadelphie (Grèce). Doctorat de l'Université. Montpellier, 15 mars 1913. *A propos d'un cas de tératome de la région*

sacro-coccygienne. — Montpellier 1913, in-8 [58 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 8.

Sarda (Octave-Marie), né le 9 fév. 1879 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 946. Toulouse, 2 déc. 1912. *Hypertrophie physiologique des glandes salivaires et lacrymales. Syndrome de Mikulicz physiologique.* — Toulouse 1912, in-8 [124 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 8.

Sautier (Marie-Joseph-Maurice), né le 13 mai 1885 à Magland (Haute-Savoie). D. 899. Lyon. 27 nov. 1912. *Technique et accidents de la jéjunostomie (jéjunostomie latérale simple avec entéro-anastomose au bouton, jéjunostomie en « oméga »).* — Lyon 1912, in-8 [38 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 21.

Savidan (René-Gustave-Marie), né le 19 juil. 1885 à Lannion (Côtes-du-Nord). D. 805. Paris, 20 nov. 1912. *L'exploration des reins en chirurgie urinaire par l'azotémie et la constante d'Ambard.* — Paris 1912, in-8 [177 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 38.

* **Schevelev** (Mlle Avigaël), née le 30 nov. 1887 à Liady (Russie). Doctorat de l'Université. Nancy, 24 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse de la grossesse.* — Nancy 1913, in-8 [83 p.]. Th. méd. (Univ.), Nancy 1912-1913, n° 1018.

Schmutz (Marie-Louis-Joseph-Eugène), né le 25 août 1887 à Chambéry (Savoie). D. 437. Paris, 5 juin 1913. *Traitement des épididymites aiguës blennorragiques par le sérum antiméningococcique.* — Paris 1913, in-8 [124 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 279.

Schnepp (Paul-André), né le 14 juil. 1885 à Saint-Dié (Vosges). D. 927. Nancy, 29 nov. 1912. *Quelques considérations sur les fractures de la rotule chez l'enfant.* — Nancy 1912, in-8 [60 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 995.

Sebillot (Albert-Octave-Jean), né le 18 juil. 1886 à Rennes (Ille-et-Vilaine). D. 900. Lyon, 30 nov. 1912. *Du rôle de la tuberculose dans l'étiologie du psoriasis.* — Lyon 1912, in-8 [71 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 30.

Sebillotte (Victor-Emile-Jules), né le 17 mai 1885 à Montréal (Yonne). D. 806. Paris, 28 nov. 1912. *Contribution à l'étude des médiastinites chroniques.* — Paris 1912, in-8 [113 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 66.

Ségard (Maurice-Henri), né le 27 mars 1885 à Soissons (Aisne). D. 225. Paris, 23 avril 1913. *Etude sur la tuberculose gangliopulmonaire chez l'enfant. Le diagnostic des formes latentes et frustes.* — Paris 1913, in-8 [117 p., 1 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 224.

Segrette (Annet-[Marcel]), né le 26 janv. 1888 à Epineuil (Cher). D. 558. Montpellier, 9 juil. 1913. *Indications et résultats de la splénectomie dans les traumatismes.* — Montpellier 1913, in-8 [47 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 86.

Seguinot (Gaston-Jean-Octave), né le 6 sept. 1884 à Challans (Vendée). D. 74. Paris, 16 janv. 1913. *De la nécessité de l'exclusion du pylore comme complément de la gastro-entérostomie et d'un nouveau procédé d'exclusion dans l'ulcère du duodénum.* — Paris 1912, in-8 [90 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 127.

Sellet (Marie-Charles), né le 8 sept. 1885 à Strasbourg (Alsace-Lorraine). D. 438. Paris, 16 juil. 1913. *Contribution à l'étude des gestations dites prolongées.* — Paris 1913, in-8 [86 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 384.

* **Sérébrennikoff** (Théodor), né le 12 janv. 1890 à Moscou (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 24 juil. 1913. *Etat actuel du traitement de la scoliose invétérée par la méthode d'Abbott.* — Montpellier 1913, in-8 [38 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 22.

* **Sermakechian** (Hrant), né le 14 janv. 1876 à Constantinople (Turquie d'Europe). Doctorat de l'Université. Paris, 17 juil. 1913. *Zona de la troisième branche du trijumeau. (Nerf maxillaire inférieur.)* — Paris 1913, in-8 [93 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 409.

Serre (Alexandre-Eugène), né le 26 janv. 1888 à Apt (Vaucluse). D. 559. Montpellier, 26 juil. 1913. *Contribution à l'étude des tumeurs inflammatoires simulant les sarcomes.* — Montpellier 1913, in-8 [53 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 105.

Sevestre (Louis-Pierre), né le 20 août 1885 à Salers (Cantal). D. 162. Toulouse, 16 janv. 1913. *Contribution à l'étude clinique des brides vulvaires congénitales.* — Toulouse 1913, in-8 [66 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 30.

Sevin (Georges-Albert), né le 28 janv. 1876 à Janville (Eure-et-Loir). D. 226. Paris, 8 mai 1913. *Purpura et tuberculose chez les enfants.* — Paris 1913, in-8 [61 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 253.

Siauve (Jean-Georges), né le 4 nov. 1885 à Bordeaux (Gironde). D. 268. Lille, 24 fév. 1913. *De quelques fractures articulaires et juxta-articulaires : cou-de-pied, coude, poignet. Leur pronostic éloigné.* — Lille 1913, in-8 [170 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 12.

Sicard (Emile-Augustin-Alexandre), né le 20 déc. 1890 à Marseille (Bouches-du-Rhône). D. 560. Montpellier, 26 juil. 1913. *Essai sur l'euthanasie.* — Montpellier 1913, in-8 [61 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 109.

Siguret (Alfred), né le 14 mars 1885 à Paris (Seine). D. 807. Paris, 28 nov. 1912. *Contribution à l'étude histologique de l'hypophyse pendant la gestation.* — Paris 1912, in-8 [60 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 72.

* **Sikorav** (Boruch), né le 15 fév. 1884 à Ivanki (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 20 fév. 1913. *Le syndrome de débilité neuro-musculaire.* — Paris 1913, in-8 [106 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 175.

* **Silberzweig** (Mme), née **Toumarkine** (Deborah), née le 21 oct. 1881 à Vitebsk (Russie). Doctorat de l'Université. Nancy, 16 juin 1913. *Lésions oculaires tardives de la syphilis congénitale.* — Nancy 1913, in-8 [150 p.]. Th. méd. (Univ.), Nancy 1912-1913, n° 1007.

Silvestre (Julien-Léon), né le 20 sept. 1889 à Médéa (Alger). D. 227. Paris, 22 mai 1913. *Séméiologie et traitement des vomissements du nourrisson.* — Paris 1913, in-8 [149 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 265.

Simonot (Edmond-Louis), né le 6 août 1876 à Bar-le-Duc (Meuse). D. 996. Bordeaux, 18 déc. 1912. *Etude toxicologique de quelques cas d'inondation expérimentale de l'organisme du chien par l'arsenic minéral.* — Bordeaux 1912, in-8 [48 p., 4 pl.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 40.

Singer (René-Joseph-Henri), né le 14 nov. 1887 à Cassel (Nord). D. 997. Bordeaux, 18 déc. 1912. *De la ténonite séreuse rhumatismale.* — Bordeaux 1912, in-8 [64 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 30.

Sirieix (Lucien-Jules-Albert), né le 7 août 1884 à Chamberet (Corrèze). D. 130. Montpellier, 14 mars 1913. *Les épulis à myéloplaxes. Leur malignité. (Revue générale et étude critique.)* — Montpellier 1913, in-8 [51 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 46.

* **Sokoloff** (Mlle Ekatherine), née le 7 déc. 1877 à Saratoff (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 13 mars 1913. *L'ablation du corps jaune au début de la grossesse expose-t-elle à l'avortement?* — Paris 1913, in-8 [83 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 202.

Solal (David), né le 26 fév. 1888 à Tunis (Tunisie). D. 439. Paris, 10 juil. 1913. *L'amygdalite et la péri-amygdalite linguales phlegmoneuses.* — Paris 1913, in-8 [67 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 356.

Solier (Louis-Raymond-Félix), né le 5 nov. 1888 à Puginier (Aude). D. 998. Bordeaux, 20 déc. 1912. *Dax ; station hydro-minérale et climatique.* — Bordeaux 1912, in-8 [70 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 51.

Somen (Henech-Izikowitz), né le 25 mai 1876 à Posvol (Russie). D. 440. Paris, 17 juil. 1913. *Le massage dans les sports.* — Paris 1913, in-8 [212 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 410.

Soula (Louis-Camille), né le 6 mai 1888 à Foix (Ariège). D. 163. Toulouse, 6 janv. 1913. *Des rapports entre l'activité des centres nerveux et la protéolyse de la substance nerveuse.* — Toulouse 1912, in-8 [102 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 18.

Soulas (André-Achille-Arthur), né le 2 sept. 1884 à Allonville (Somme). D. 483. Lille, 25 juil. 1913. *Contribution à l'étude clinique des psychopathies simulant la paralysie générale.* — Lille 1913, in-8 [151 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 35.

Soulié (François-Germain-Jean), né le 14 mai 1889 à Confolens (Charente). D. 901. Lyon, 12 déc. 1912. *Contribution à l'étude du traitement radical des cancers primitifs de l'ampoule de Vater.* — Valence 1912, in-8 [67 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 53.

Soulier (Auguste-Ernest-Léon), né le 2 mars 1886 à Avignon (Vaucluse). D. 441. Paris, 10 juil. 1913. *Essai sur l'étiologie des sclérites et des épisclérites.* — Paris 1913, in-8 [71 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 347.

Soulière (Marie-Henri-Ernest), né le 9 août 1885 à Vaudoucourt (Meuse). D. 817. Alger, 30 nov. 1912. *La sérothérapie non spécifique dans le traitement des ulcères infectieux de la cornée. Etude clinique et contribution personnelle.* — Alger 1912, in-8 [69 p.]. Th. méd., Alger 1912, n° 24.

Stéfani (Victor), né le 19 nov. 1888 à Tallone (Corse). D. 999. Bordeaux, 20 déc. 1912. *Les délires hystériques.* — Bordeaux 1912, in-8 [70 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 48.

* **Straschoune-Minz** (Mlle Anna), née le 6 avril 1889 à Slonine (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 12 juin 1913. *De la trépanation de la sclérotique dans le traitement du glaucome. (Opération d'Elliot.)* — Paris 1913, in-8 [91 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 287.

Suleau (Fouad-S.-Elias), né le 14 nov. 1886 au Caire (Egypte). D. 715. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Tach (Jean), né le 23 avril 1888 à Castets-en-Dorthe (Gironde). D. 92. Bordeaux, 10 janv. 1913. *A propos de deux observations de néphrite précoce chez des syphilitiques.* — Bordeaux 1913, in-8 [79 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 54.

Talent (Jean-Marius-Frédéric), né le 14 sept. 1888 à Fayence (Var). D. 167. Paris, 3 avril 1913. *Du traitement de la chorée de Sydenham par le salvarsan et le néosalvarsan.* — Paris 1913, in-8 [128 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 206.

Talenton (Gaston-Jean-Claude-Marie), né le 25 sept. 1887 à Toulouse (Haute-Garonne). D. 947. Toulouse, 24 déc. 1912. *Des lymphomes gommeux.* — Toulouse 1912, in-8 [53 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 21.

* **Tallez** (Mme), née **Korgeniewsky** (Hélène), née le 16 avril 1885 à Bakou (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier,

5 mars 1913. *Contribution à l'étude des hémoptysies terminales chez les tuberculeux.* — Montpellier 1913, in-8 [35 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 5.

Tarin (Maurice-Alphonse), né le 24 août 1887 à Lorris (Loiret). D. 442. Paris, 17 juil. 1913. *De l'albuminurie dans l'amygdalite chronique.* — Paris 1913, in-8 [64 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 404.

Tarral (Georges-Marie-Louis-Aurélien), né le 9 janv. 1888 à Béziers (Hérault). D. 561. Montpellier, 18 juin 1913. *Contribution à l'étude de l'incontinence d'urine chez la femme.* — Montpellier 1913, in-8 [50 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 66.

* **Tartakowsky** (Mlle Véra), née le 15 déc. 1885 à Naltchik (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 18 déc. 1912. *Etude de l'acidité urinaire chez les tuberculeux.* — Paris 1912, in-8 [74 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 103.

Tavernier (Léon-Marie-Jean), né le 23 fév. 1885 à Eymoutiers (Haute-Vienne). D. 921. Montpellier, 29 nov. 1912. *Modifications urinaires après la rachinovocaïnisation.* — Montpellier 1912, in-8 [58 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 9.

Teillot (Pierre-Jean-Antoine-Claude-Gabriel), né le 25 mars 1889 à La Tour-d'Auvergne (Puy-de-Dôme). D. 562. Montpellier, 15 juil. 1913. *Du traitement des rétentions placentaires après l'avortement. Etude historique, clinique et thérapeutique.* — Montpellier 1913, in-8 [74 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 94.

Terracol (Théodore-Jean-Yves-Joseph), né le 5 mars 1889 à Pesmes (Haute-Saône). D. 902. Lyon, 4 déc. 1912. *Revue sur le traitement chirurgical de l'épilepsie dite « essentielle ».* — Valence 1912, in-8 [88 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 36.

Terrien (Emile-Firmin-Joseph-Louis), né le 24 sept. 1884 à Bourgneuf (Loire-Inférieure). D. 75. Paris, 13 fév. 1913. *Les interprétations délirantes au cours de la démence précoce.* — Paris 1913, in-8 [181 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 158.

Théoharide (Antoine), né le 16 janv. 1879 à Giurgiu (Roumanie). D. 76. Paris, 12 mars 1913. *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'inversion utérine récente et ancienne, d'origine puerpérale.* — Paris 1913, in-8 [234 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 194.

Théron (Jules-Raymond), né le 15 déc. 1888 à Carcassonne (Aude). D. 1000. Bordeaux, 13 déc. 1912. *Contribution à l'étude du syndrome astasie-abasie.* — Bordeaux 1912, in-8 [91 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 24.

Thibault (Jean-Paul-Auguste), né le 25 août 1887 à Asnières (Seine). D. 903. Lyon, 9 déc. 1912. *Des hémorragies méningées du nouveau-né. Etude clinique et médico-légale.* — Trévoux 1912, in-8 [69 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 44.

Thibaut (David-Marcel-Philippe), né le 5 déc. 1883 à Lille (Nord). D. 168. Paris, 12 fév. 1913. *Toxicité générale du sérum humain et hémolyse.* — Paris 1913, in-8 [205 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 204.

Thomas (Jacques-Abel-Jean), né le 18 mars 1885 au Raincy (Seine-et-Oise). D. 808. Paris, 28 nov. 1912. *« L'aérophagie gravidique » du début de la grossesse, « la ptose gastrique et la ptose intestinale » après l'accouchement. Contribution à l'étude radioscopique des modifications apportées par la grossesse à la statique des organes abdominaux et thoraciques.* — Paris 1912, in-8 [84 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 73.

Tierce (André-Louis), né le 9 mars 1887 à Djidjelli (Constantine). D. 443. Paris, 18 juin 1913. *L'évolution physique de l'enfant et de l'adolescent par la gymnastique et les sports.* — Paris 1913, in-8 [59 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 290.

Tilmant (Alphonse-Alexandre-Narcisse), né le 24 janv. 1885 à Valenciennes (Nord). D. 838. Lille, 30 nov. 1912. *De l'influence du cancer sur l'apparition des symptômes de la tuberculose pulmonaire.* — Lille 1912, in-8 [88 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 4.

Tizon (Yves-Auguste), né le 1er sept. 1888 à Ducey (Manche). D. 444. Paris, 18 juil. 1913. *Cancer primitif du méat urétral chez l'homme.* — Paris 1913, in-8 [44 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 426.

* **Todorsky** (Mlle Lydie), née le 2 fév. 1879 à Astrakan (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 11 juin 1913. *Contribution à l'étude des accidents sériques et de leur traitement.* — Montpellier 1913, in-8 [50 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 13.

* **Todorsky** (Mlle Olympiade), née le 7 fév. 1883 à Astrakan (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 26 juil. 1913. *La tuberculose de l'ovaire.* — Montpellier 1913, in-8 [55 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 18.

Tokatlian (Maksud), né le 2 juin 1882 à Ada-Bazar (Turquie d'Asie). D. 716. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Tortat (Marie-Emile-Amédée-Raymond), né le 8 oct. 1885 à Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure). D. 809. Paris, 28 nov. 1912. *Subluxations volontaires de l'épaule.* — Paris 1912, in-8 [44 p., 4 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 80.

Toulant (Pierre-Florent-Marie), né le 17 août 1883 à Poitiers (Vienne). D. 445. Paris, 17 juil. 1913. *Essai sur la sporotrichose oculaire.* — Paris 1913, in-8 [256 p., 8 pl.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 398.

Toullec (François-Louis), né le 25 juin 1888 à Lesneven (Finistère). D. 833. Bordeaux, 29 nov. 1912. *Les symptômes d'alarme de l'artériosclérose. Contribution à l'étude des petits signes.* — Bordeaux 1912, in-8 [63 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 10.

Tourel (Paul-Jean-Pierre), né le 3 oct. 1887 à Saint-Jean-de-la-Blaquière (Hérault). D. 1006. Montpellier, 21 déc. 1912. *Des kystes dermoïdes du plancher de la bouche.* — Montpellier 1912, in-8 [83 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 12.

Tournier (Louis-Marie-Jules), né le 13 nov. 1875 à Besançon (Doubs). D. 810. Paris, 27 nov. 1912. *Considérations sur le sérum antitétanique dans le tétanos.* — Paris 1912, in-8 [170 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 60.

Tourrettes (Vicotor [*sic*]-Marie-Henri), né le 14 juil. 1886 à Marseille (Bouches-du-Rhône). D. 563. Montpellier, 12 juil. 1913. *Contribution à l'étude de l'albuminurie au cours de la fièvre typhoïde.* — Montpellier 1913, in-8 [110 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 78.

* **Trechtchenkov** (Mlle Nadejda), née le 29 janv. 1879 à Saint-Pétersbourg (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 19 juil. 1913. *Contribution à l'étude du cardiospasme.* — Paris 1913, in-8 [64 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 432.

Turin (Louis-André), né le 15 juin 1872 à Montélimar (Drôme). D. 510. Lyon, 1er juil. 1913. *Le coefficient azoturique de l'urine dans les affections rénales et cardiorénales* — Villeurbanne 1913, in-8 [63 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 99.

* **Tzarkiès** (Mlle Soura-Bascha), née le 14 avril 1890 à Varsovie (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 24 juil. 1913. *Diabète insipide et hypoazoturie chez l'enfant.* — Montpellier 1913, in-8 [75 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 15.

Usse (Durand-François), né le 17 sept. 1885 à Giou-de-Mamou (Cantal). D. 811. Paris, 21 nov. 1912. *Les délires d'imagination dans la paralysie générale progressive.* — Paris 1912, in-8 [165 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 47.

Vacher de Lapouge (Claude), né le 28 sept. 1886 à Mitry-Mory (Seine-et-Marne). D. 131. Montpellier, 15 mars 1913. *De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire.* — Montpellier 1913, in-8 [75 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 50.

Van Gaver (Marie-Joseph-Ferdinand), né le 2 août 1874 à Marseille (Bouches-du-Rhône). D. 564. Montpellier, 1er juil. 1913. *Du rôle des parasites dans l'appendicite.* — Montpellier 1913, in-8 [80 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 72.

Vannier (Jean-Baptiste), né le 13 fév. 1885 à Chanteloup (Ille-et-Vilaine). D. 446. Paris, 18 juin 1913. *Contribution à l'étude clinique de la désinfection des mains par l'alcool.* — Paris 1913, in-8 [68 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 296.

* **Vartazaroff** (Lazare), né le 16 fév. 1881 à Kouba (Russie). Doctorat de l'Université. Montpellier, 26 juil. 1913. *Valeur actuelle de l'opération de Battey dans les hémorragies des fibromes utérins.* — Montpellier 1913, in-8 [75 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 23.

Vaugiraud (de) (Maurice-Jean-Joseph-Marie), né le 18 mars 1883 à Baynes (Calvados). D. 207. Paris, 5 juin 1913. *Contribution à l'étude des érythrodermies desquamatives des nourrissons.* — Paris 1913, in-8 [76 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 277.

Vayssières (Robert-François), né le 25 août 1885 à Flers (Orne). D. 812. Paris, 5 déc. 1912. *Etude sur l'extrait d'hypophyse en tant qu'agent ocytocique.* — Paris 1912, in-8 [202 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 92.

Veaudeau (Marcel-Nestor), né le 11 juil. 1884 à Condé-sur-l'Escaut (Nord). D. 484. Lille, 25 juil. 1913. *Contribution à la chirurgie des cancers du côlon.* — Lille 1913, in-8 [175 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 36.

Vedrine (Annet-Marie-Alexandre-Cyrille), né le 8 juil. 1874 à Issoire (Puy-de-Dôme). D. 77. Paris, 30 janv. 1913. *Etude sur le cholestéatome.* — Paris 1912, in-8 [53 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 150.

Verdier (Henri-Auguste-Joseph), né le 14 janv. 1887 à Langogne (Lozère). D. 447. Paris, 17 juil. 1913. *Léonard de Vinci physiologiste.* — Paris 1913, in-8 [88 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 400.

Verdollin (Henri-Alfred), né le 29 sept. 1887 à Annot (Basses-Alpes). D. 1001. Bordeaux, 13 déc. 1912. *Etude et considérations particulières à propos de l'enfumage iodé.* — Bordeaux 1912, in-8 [48 p.]. Th. méd., Bordeaux 1912-1913, n° 23.

Verne (Claude-Marie-Jean), né le 4 oct. 1890 à Saint-Julien (Haute-Savoie). D. 448. Paris, 10 juil. 1913. *Contribution à l'étude des cellules névrogliques, spécialement au point de vue de leur activité formatrice.* — Paris 1913, in-8 [79 p., 2 pl. color.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 363.

Vernes (Arthur-Théodore), né le 16 juil. 1879 à Paris (Seine). D. 449. Paris, 18 juil. 1913. *Les signes humoraux de la syphilis. Introduction à l'étude des conditions expérimentales du traitement de la syphilis.* — Paris 1913, in-8 [89 p., 1 pl. color.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 413.

Véron (Armand-Léon-Julien), né le 5 janv. 1888 à Colombier-Châtelot (Doubs). D. 511. Lyon, 24 juil. 1913. *Migraine thyroïdienne.* — Villeurbanne 1913, in-8 [63 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 111.

Verrier (Pierre), né le 22 déc. 1884 à Paris (Seine). D. 813. Paris, 27 nov. 1912. *Du*

phagédénisme chancrelleux. — Paris 1912, in-8 [46 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 55.

Vialle (Gaston-Eugène-André), né le 6 août 1887 à Montpelliier (Hérault). D. 565. Montpellier, 11 juil. 1913. *Contribution à l'étude des fibromes utérins.* — Montpellier 1913, in-8 [50 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 89.

Vieu (Germain-Paul-Antoine-Claude), né le 28 mai 1885 à Mas-Cabardès (Aude). D. 922. Montpellier, 30 nov. 1912. *Sur l'opportunité de la ligature de la jugulaire dans les thrombo-phlébites du sinus latéral et de la jugulaire.* — Montpellier 1912, in-8 [96 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 8.

Vigoureux (Louis-Marie-Gustave-Raymond), né le 8 fév. 1887 à Marseille (Bouches-du-Rhône). D. 132. Montpellier, 22 fév. 1913. *Statistique de mille cas de scoliose. Contribution à l'étude des déviations de la colonne vertébrale.* — Montpellier 1913, in-8 [94 p., 3 pl.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 34.

Viguerie (Pierre-René-Maurice), né le 17 oct. 1884 à Paris (Seine). D. 450. Paris, 9 juil. 1913. *Contribution à l'étude des ethmoïdites chroniques.* — Paris 1913, in-8 [110 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 338.

Villard (Jean-Joseph-Régis), né le 12 avril 1887 à Dijon (Côte-d'Or). D. 103. Lyon, 11 janv. 1913. *Des ptoses viscérales par insuffisance thyroïdienne.* — Besançon 1913, in-8 [61 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 67.

Vincent (Francis-Léopold-Pierre), né le 7 sept. 1883 à Montpellier (Hérault). D. 133. Montpellier, 25 janv. 1913. *Vaccination et sérothérapie de la fièvre typhoïde.* — Montpellier 1913, in-8 [101 p.]. Th. méd., Montpellier 1912-1913, n° 24.

Vinit (Antony-Marius-Joseph), né le 10 sept. 1886 à La Roche (Haute-Savoie). D. 451. Paris, 2 juil. 1913. *De l'inégalité des pouls radiaux dans les aortites chroniques syphilitiques.* — Paris 1913, in-8 [38 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 323.

Vinson (Léon-Jean-Emmanuel-Marc), né le 1er mars 1889 à Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne). D. 164. Toulouse, 8 fév. 1913. *Des risques de rupture utérine au cours de l'extériorisation dans la césarienne.* — Toulouse 1913, in-8 [63 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 24.

Volmat (Edouard-Lucien), né le 2 avril 1886 à Montalieu-Vercieu (Isère). D. 512. Lyon, 24 juil. 1913. *Contribution à l'étude des phénomènes de shock dans le « post-partum » immédiat.* — Lyon 1913, in-8 [107 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 112.

Vuillet (Henri), né le 10 août 1881 à Paris (Seine). D. 452. Paris, 18 juin 1913. *La syphilis des glandes salivaires.* — Paris 1913, in-8 [71 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 293.

Walser (Daniel-Prosper-Ferdinand), né le 22 juin 1887 à Belfort (Territoire de Belfort). D. 579. Nancy, 24 juil. 1913. *De la diverticulite de Meckel.* — Nancy 1913, in-8 [67 p.]. Th. méd., Nancy 1912-1913, n° 1021.

* **Wassilieff** (Mme) née **Letnikoff** (Nadejda), née le 7 oct. 1882 à Mosem (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 30 avril 1913. *La tarsalgie des adolescents n'est pas une tuberculose atténuée.* — Paris 1913, in-8 [72 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 237.

* **Weidenbaoum** (Jaques [*sic*]), né le 11 mars 1887 à Grodno (Russie). Doctorat de l'Université. Paris, 22 mai 1913. *Sur la guérison de l'endocardite infectieuse.* — Paris 1913, in-8 [52 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 266.

Weill (André-Simon), né le 28 juin 1884 à Chatou (Seine-et-Oise). Paris, 13 fév. 1913. *L'azotémie au cours des néphrites chroniques. Etude clinique et physio-pathologique.* — Paris 1913, in-8 [146 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 162.

Welsch (René-Marcel), né le 4 déc. 1886 à Meudon (Seine-et-Oise). D. 904. Lyon, 9 déc. 1912. *Contribution à l'étude de la docimasie hépatique.* — Trévoux 1912, in-8 [63 p.]. Th. méd., Lyon 1912-1913, n° 45.

Wéry (André-Eugène-Joseph), né le 16 juin 1887 à Avion (Pas-de-Calais). D. 485. Lille, 6 juin 1913. *Quelques considérations sur les polypes muqueux du nez et principalement sur leur traitement.* — Lille 1913, in-8 [95 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 29.

* **Westin** (Erik-Hermann-Maurice), né le 31 déc. 1869 à Stockholm (Suède). Doctorat de l'Université. Paris, 16 juil. 1913. *Sur la mobilisation générale dans le traitement des fractures* — Paris 1913, in-8 [48 p.]. Th. méd. (Univ.), Paris 1912-1913, n° 394.

Wilhelm (André-Marie-Xavier), né le 29 août 1883 à Paris (Seine). D. 228. Paris, 10 avril 1913. *Les hystérotomies vaginales en obstétrique.* — Paris 1913, in-8 [254 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 209.

Williatte (Paul-Omer Joseph), né le 12 avril 1887 à Lallaing (Nord). D. 269. Lille, 4 mars 1913. *Contribution à l'étude des nævi systématisés. Groupement des faits cliniques. Essai de mise au point pathologique.* — Lille 1913, in-8 [104 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 13.

Willigens (Charles-Frédéric-Pierre), né le 23 août 1884 à Strasbourg (Alsace-Lorraine). D. 592. Toulouse, 30 juil. 1913. *Hémorragies méningées et ponction lombaire. Contribution à l'étude du diagnostic étiologique des hémorragies méningées.* — Toulouse 1913, in-8 [80 p.]. Th. méd. Toulouse 1912-1913, n° 67.

Wiot (André-Emile-Augustin), né le 3 déc. 1886 à Avesnes (Nord). D. 486. Lille, 25 juil. 1913. *De l'origine congénitale des sinuosités du côlon transverse.* — Lille 1913, in-8 [86 p.]. Th. méd., Lille 1912-1913, n° 33.

Wittwer de Froutiguen (Philippe-Henri-Marie-Joseph-Louis), né le 24 sept. 1888 à Prats-de-Mollo (Pyrénées-Orientales). D. 593. Toulouse, 25 juil. 1913. *Contribution à l'étude des rapports du spina bifida et de la puerpéralité.* — Toulouse 1913, in-8 [80 p.]. Th. méd., Toulouse 1912-1913, n° 64.

Yasbeck (Antoine), né le 10 juil. 1887 à Kour-el-Jindi (Liban). D. 717. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Yasbeck (Henri-Joseph), né le 6 fév. 1890 à Bikfaïa (Liban). D. 718. Beyrouth, 19 nov. 1912.

Yazmadjian (Garabed), né le 12 juil. 1890 à Malatia (Turquie d'Asie). D. 719. Beyrouth, 19 nov. 1912.

* **Zaher** (Osman), né le 20 sept. 1877 au Caire (Egypte). Doctorat de l'Université. Montpellier, 19 juil. 1913. *Contribution à l'étude des greffes ovariennes.* — Montpellier 1913, in-8 [71 p.]. Th. méd. (Univ.), Montpellier 1912-1913, n° 14.

Zermati (Charles-Chalom), né le 2 nov. 1887 à Mustapha (Alger). D. 814. Paris, 4 déc. 1912. *L'arsenobenzol dans les affections syphilitiques de la spécialité oto-rhino-laryngologique.* — Paris 1912, in-8 [90 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 88.

Ziélinski (Michel), né le 27 juil. 1888 à Paris (Seine). D. 229. Paris, 7 mai 1913. *Le pouls jugulaire dans l'insuffisance tricuspidienne.* — Paris 1913, in-8 [118 p.]. Th. méd., Paris 1912-1913, n° 248.

II. Répertoire par ordre de matières et par noms d'auteurs (1)

Anatomie, histologie et embryologie. — Augier, Boulay, Boutin, Brus, Celles, Fallouey, Majour, Martin, Osmont, Piguède, Puncet, Verne.

Anatomie pathologique. — Calloust, Chevrier, Laurent, Markovitch, Mathieu, Medan, Mignot, Milhau, Mourgues (de), Py, Sarantidès, Serre, Talenton.

Bactériologie et microscopie. — Cotoni, Fontanel.

Chimie. — Grigaut.

Dermatologie. — Bonnaud, Bonnet, Bosquet, Carbillet, Cariou, Darricau, Demoulin, Duboys, Galissot, Goirand, Groussset, Hatton, Holper, Jannin, Laclyde, Leclercq, Maurin, Meurice, Pierson, Sébillot, Williatte. (Voir Syphiligraphie.)

Diagnostic et séméiologie. — Alexéeff, Arnould, Bantegnie, Battesti, Bazin, Berthet, Cabanes, Caillol, Dorge, Eggimann, Faivret, Fromaget, Got, Guillemet, Holper, Laugier, Le Gouellec, Lucas, Mladenoff, Pilate, Pimpaneau, Pradel, Quehcille, Renaud, Roux, Sabin, Sanseigne, Willigens.

Epidémiologie. — Bertrand, Bouissou, Calandreaud, Despujols, Duthu, Partenay, Pauron, Pechdo.

Histoire de la médecine et médecine littéraire. — Allendy, Barras, Beaudouin, Delage, Fabre, Genil-Perrin, Guétrot, Hollier, Mersey, Milcamps, Péchin, Philipon, Rosenwald, Sainmont, Sicard, Verdier.

Histoire naturelle. — Berg, Forgues, Gourdon, Guiol, Jannin.

Hygiène. — Alliot, Boutin, Cheyrou-Lagrèze, Gabalda, Godard, Jullian, Laplume, Le Moniès de Sagazan, Mazères, Monguilan, Renard, Somen, Tierce.

(1) Quelques noms figurent à plusieurs rubriques.

Intoxications. — Béchamp, Bezançon-Gillot, Bon, Bussy, Chevallier, Fauconnier, Gaubert, Giraud, Icard, Laveau, Lefort, Leroy, Mazel, Moriot, Robillot, Roblin.

Médecine légale et médecine sociale. — Benabu, Blanchard, Breteille, Corroy, Culot, Donnat, Doré, Flament, Fribourg-Blanc, Grimal, Jacquetty, Jannel, Juving, Lafargue, Laveau, Lorre, Morigny, Picard, Rauber, Thibault, Welsch.

Médecine militaire et navale.—Camors, Grimal, Laventure.

Obstétrique et gynécologie. — Adam, Aguillon, Alexandresco, Altenbach, Amidieu, Antony, Barbail, Baudouin, Baussand, Beloux, Benech, Bohec, Bonnaud, Bonnet, Bouchet, Brahic, Buges, Bureau, Casedevant, Caufment, Cayla, Cazalas, Chabiron, Chabrun, Cohen-Adad, Coron, Croizier, Danjard, Dantin, Dayan, De Framond, Delanoë, Delmas, Deluen, Devin, Dobkevitch, Dublanc, Ducluzaux, Dujol, Dunoyer, Etchevers, Fauré, Favreau, Fingova, Finteclus, Garnier, Gauchon, Gaulène, Gautron, Geolkver, Gérard, Gerest, Gibert, Girard, Goldberg, Gontan, Grenier, Grumeau, Guillermit, Guilloux, Hatton, Hiblot, Hintzy, Huet, Korantc, Kotler, Labourdette, Lafforgue, Laurent, Lazerges, Lecucq, Lefèvre, Leprévost, Le Souder, Lognos, Madon, Maffre-Baugé, Maliver, Martin, Mendelsohn, Michard, Moiroud, Monplaisir, Néollier, Nicolau, Nikolsky, Noblet, Osmont, Osnos, Osouf, Page, Parisse, Pasquier, Pelegrin, Pellissier, Périer, Pewsner, Pierson, Pin, Poey-Noguez, Poupko, Py, Rabaute, Radier, Ricou, Rigall, Roullier, Sabin, Sage, Schevelev, Sellet, Sevestre, Siguret, Sokoloff, Teillot, Théoharide, Thomas, Todorsky, Vacher de Lapouge, Vartazaroff, Vayssières, Vialle, Vinson, Volmat, Wilhelm, Wittwer de Froutiguen, Zaher,

Ophtalmologie. — Alexandre, Audouard, Bats, Botesat, Bougault, Cabé, Cantor-Réhès, Chavanis, Cournet, Ducamp, Gotlib, Goulfier, Gremeaux, Hintzy, Jannot, Kotler, Koupliansky, Lefort, Lemoine, Levêque, Levrier, Magnien, Prelat, Rainaut, Silberzweig, Soulier, Soulière, Straschoune-Minz, Toulant.

Orthopédie. — Février, Gasne, Madelaine, Sérébrennikoff.

Oto-rhino-laryngologie. — Aloin, Anglès-Dauriac, Armand, Arnoux, Bassim, Bélicha, Bouteil, Burgues, Celles, Coutaz, Cuvillier, Dechaume-Moncharmont, Descottes, Doulcet, Froment, Guillemet, Guillemin, Lemoine, Pallier, Passot, Peltier, Roger, Viguerie, Wéry, Zermati.

Parasitologie. — El Wakil, Hamant, Jannin, Plontz, Van Gaver.

Pathologie comparée. — Rouillier.

Pathologie exotique et paludisme. — Abbatucci, Andrieu, Béguet, Bobillier, El Wakil, Granger, Jacob, Le Faucheur, Leriche.

Pathologie générale et chirurgie générale. — Badolle, Cayla, Chaouloff, Chauvin, Dorlancourt, Guinaudeau, Hanriot, Heck, Herdly, Israël, Jalibert, Maynier.

Pathologie externe. — *Maladies des tissus*. — Bouillette, Duteil, Grandpierre.

Tête et rachis. — Bonrepaux, Détay, Dhérissart, Dioclès, Duvelleroy, Faron, Frassaint, Gasne, Gaspais, Gendron, Le Doze, Morel, Muguet, Nimier, Pascalis, Patoureau, Perrot, Pougens, Puncet, Rault, Regnier, Renard, Sarantidès, Sarda, Sirieix, Terracol, Tourel, Vieu, Vigoureux, Viguerie, Wittwer de Froutiguen.

Thorax et abdomen. — Arnal, Balizeaux, Bardy, Benassy, Bernard, Boneill, Bousseau, Branche, Bussy, Cadenat, Chaisemartin, Champs (de), Chollet, Collignon, Collon, Condamine, Corre, Coste, Cour, Cugnier, Danjard, Daussy, Divaris, Domec, Donzé, Ertaud, Favreau, Ferry (de), Frahier, Gaymard, Girou, Grodvolle, Guyanvarch, Herding, Heyraud, Jeudy, Lanes, Larrieu, Lebesconte, Lechevallier, Lefrançois, Lehmann, Lemesle, Le Nouëne, Leroy, Lethuillier, Lhuissier, Lorillou, Lubetzki, Machefer, Maleyx, Masseeff, Massina, Massonnaud, Mathieu, Mazet, Medan, Ménard, Mercier, Miginiac, Mourgues (de), Palayer, Palluy, Pasquier, Peyronnard, Renault, Rigaud, Robert, Roger, Rolland, Ros, Rudier, Saint-Paul, Samson, Sautier, Sébillotte, Ségrette, Séguinot, Soulié, Veaudeau, Walser, Wiot.

Organes génito-urinaires. — Cros, Gaborit, Gandjétziantz, Guégan, Herrmann, Jacob, Jouet, Proux, Raulx, Rolland, Schmutz.

Membres. — Alary, Arrighi, Bardin, Béglin, Bertucat, Beurnier, Beyler, Billet, Bocquillon, Boyer, Castay, Catonné, Chamaillard, Chazalnoël, Coureau, Dauguet, Delmas, Descubes, Dhoste, Dupuy, Faur, Fay, Fragnaud, François, Gaufroy, Gélain, Goursolle, Gueit, Guillaume, Hatry, Hosteing, Larmande, Lemercier, Lenoël, Leplus, Liberge, Madelaine, Mauranges, Mignot, Mondin, Moreau, Moreau-Gimelli, Nidergang, Noël, Nory, Nouel, Ouzounoff, Pellot, Philbert, Pilla, Pinsolle, Renaut, Schnepp, Siauve, Singer, Tortat, Wassilieff, Westin.

Technique chirurgicale. — Arnaud, Bachy, Barbet, Billot, Bouchet, Cadre, Chenu, Delord, Denave, Fay, Foucaud, Galesne, Garnier, Gaveau, Leborgne, Lefèvre, Malespine, Martin, Mercier, Payot, Pont, Rudier, Saint-Paul, Seguinot, Ségrette, Vannier, Vartazaroff, Veaudeau.

Anesthésie. — Besançon, Bettinger, Bigou, Donnezan, Guggenbühl, Jacquemart, Laventure, Massé, Massonnaud, Méline, Tavernier.

Pathologie interne. — *Appareil respiratoire*. — Bertrand, Castex, Chanard, Daussy, Fontaine, Guillemet, Lévêque, Logre, Massina, Pichancourt, Pinon. (Voir plus bas le paragraphe TUBERCULOSE.)

Appareil circulatoire. — Baré, Blechmann, Butin, Cavaillès, Chevalier, Clarac, Cuisset, Culcer, Dauvert, Deluen, Gaté, Getten, Goyet, Guggenheim, Hébrard, Heck, Jaillet, Lacronique, Legout, Périssié, Pesnel, Pick, Raiman, Romefort, Roques, Roux, Toullec, Vinit, Weidenbaoum, Ziélinski.

Appareil digestif. — Bécourt, Bretagne, Buchholz, Chevalérias, Duviau, Faugeron, Folliero de Luna, Gauvenet, Girode, Gontcharoff, Goyet, Grigaut, Houdard, Jalifier, Lagarde, Le Pannetier de Roissay, Liébault, Machefer, Maréchal, Mayoly, Payan, Pellotier, Plontz, Pollet, Solal, Thomas, Trechtchenkov, Védrine, Villard.

Appareil urinaire. — Andraud, Chenet, Gautier, Juin, Lahille, Léon-Kindberg, Moriez, Mougenc de Saint Avid, Outzekhovsky, Salin, Tarin, Weill.

Maladies infectieuses. — Ardouin, Bachelet, Barbail, Bertrand, Bonhoure, Bouissou, Braye, Calandreaud, Carrieu, Chasseray, Clavelin, Collet, Coste, Desanti, Despujols, Dufau, Dupain, Duthu, Escallier, Fillol, Galissot, Gaté, Gaudefroy, Gotlib, Goudard, Grand, Guichot, Guitton, Havet, Herdly, Jannot, Jeannest, Lamy, Landau, Le Gouellec, Missimilly, Moré, Morel, Neau, Pacaud, Partenay, Pauron, Pequegnot, Perronne, Petit, Pille, Pilven, Plontz, Portret, Ravenèz, Richard, Roca, Rœhrich, Tourrettes, Vincent.

Maladies de la nutrition. — Béglin, Brunet, Delalande, Gastaud, Lannelongue, Tzarkiès.

Neurologie et psychiatrie. — Baillet, Bessière, Boulouck-Bachi, Bréger, Carlot, Castelain, Chataignon, Cier, Darleguy, Demay, Duclos, Duhau, Dujarric de la Rivière, Ferry, Fichel, Flérecq, Gambier, Gauthier, Gendron, Giraud, Guichot, Guitton, Hannedouche, Huet, Hugou, Huntziger, Imbert, Jacques, Jacquier, Jannel, Landry, Lavezzari, Le Faucheur, Lerouge, Le Savoureux, Luce, Lutel, Maslianka, Maurice, Maynier, Meurisse, Mondin, Mourlan, Noguès, Ourgaud, Pallier, Pascalis, Passot, Pechdo, Peltier, Pène, Périn, Petit, Pille, Pinon, Piquemal, Regnard, Robillot, Rochaix, Rupin, Sapogénik, Sermakechian, Sikorav, Soula, Soulas, Stéfani, Terracol, Terrien, Théron, Thibault, Usse, Véron, Willigens.

Tuberculose. — Adad, Baille, Baudot, Billot, Bonnaud, Braye, Déjean, Demoulin, Didier, Estève, Gueit, Hadjoglou, Hainaux, Haultcœur, Hecquet, Jalibert, Lamaison, Léon-Kindberg, Lestable (de), Lucas, Maurin, Merlo, Peña, Perronne, Perrot, Petitot, Pewsner, Popperek, Reymond, Robert, Sanseigne, Sébillot, Ségard, Tallez, Tartakowsky, Tilmant, Todorsky.

Pédiatrie. —Abd el Hamid, Ayrolles, Babaud, Bakscht, Bataille, Bédier, Belot, Bernard, Berthomieu, Bobillier, Boissezon, Boulanger, Bourdette, Brion, Campergue, Canat, Cannet, Cazalas, Cazaux, Depierre, Dubourg, Dufranc, Ernoul, Fontaine, Freydier, Fribourg-Blanc, Gaillard, Gallas, Gardies, Gaulier, Geolkver, Goirand, Grabois, Grèze, Grousset, Guillaume, Hannedouche, Haultcœur, Herding, Landry, Lusseau, Maillet, Manès, Mantoux, Marcard, Maurice, Melou, Missimilly, Neau, Périn, Poursain, Pozier, Pradal, Py, Rey, Riberolles, Roux, Ségard, Sevin, Silvestre, Thibault, Tzarkiès, Vaugiraud (de).

Physiologie, médecine et chirurgie expérimentales et biologie. — Arnaud, Autier, Bénard, Bernard, Brodin, Croissant, Delage, Dubos, Dubrulle, Ducuing, Dugué, Escande, Etchevers, Fabre, Gastinel, Gaveau, Gibert, Goéré, Gontan, Juin, Lapeyre, Lefebvre, Magnin, Maguin, Marie, Ménard, Mora, Piquemal, Planche, Pons, Poy, Privat-Garilhe, Rabuteau, Renaud, Roullier, Roux, Sabin, Simonot, Soula, Thibaut, Verne.

Radiologie et électricité. — Anrès, Boncompain, Bouhérel, Cottenot, Dalger, Dariaux, Escande, Felgeyrolles, Gourcerol, Gremeaux, Lacassagne, Lemesle, Le Nestour, Le Page, Liberge, Maréchal, Nuytten, Péan, Philbert, Pimpaneau, Pozier, Pradal, Privat-Garilhe.

Stomatologie. — Dioudonnat, Escurré, Guardia (de), Merlo, Regnier, Solal, Tourel.

Syphiligraphie et vénéréologie. — Adeline, Balland, Beaurepaire, Bernadot, Blanchès, Boulangier, Bronshteyn, Durœux, Froment, Gaspais, Gaujard, Gros, Koupliansky, Labourdette, Lerouge, Miskdjian, Philbert, Pitore, Poey-Noguez, Prel, Queheille, Renaud, Renault, Roux, Sabin, Schmutz, Silberzweig, Tach, Talenton, Verrier, Vernes, Vuillet, Zermati.

Thérapeutique et pharmacologie. — Aimes, Astruc, Atger, Aufaure, Bagot, Bastide, Bélicha, Bénard, Berthou, Braillon, Braïolowsky, Brulé, Buvat, Canac, Casedevant, Charrière, Chauvenet, Chavaillon, Cocherel, Combarel, Cousinié, Couzefeyte, Darlay, Darricau, Détouillon, Duranthon, Estève, Fradkine, Gawse, Girard, Goldzeiguer, Granel, Gueit, Guinet-Guiter, Hadjoglou, Hecquet, Icard, Lafargue, Lamaison, Lapierre, Laydeker, Leborgne, Lefèvre, Le Gallen, Lerouge,

Lescuras, Magnin, Malleterre, Marmoiton, Mercier, Meurice, Mosnier, Mourlan, Pastour, Pécheux, Perraudin, Pesnel, Petit, Popov, Popperek, Ranvoizé, Reymond, Robert, Rœhrich, Rouiller, Roziès, Sapogénik, Schmutz, Solier, Talent, Todorsky, Tournier, Vayssières, Verdollin, Vincent.

Toxicologie. — Simonot.

Urologie. — Arama, Arnould, Auboin, Barrié, Bartoux, Benoist, Bernard, Bith, Busson, Carlet, Cenet, Chabert, Colaneri, Corbineau, Desprairies, Ducoudert, El Wakil, Farfell, Farnarier, Fouqué, Fournier, Gautruche, Grunberg, Jardon, Jeudy, Kagan, Kékayoglou, Lavie, Leroy, Marmier, Melou, Mladenoff, Mock, Montel, Moriez, Murard, Nowicka, Pakowski, Paul, Peña, Perillaud, Pokitonow, Proux, Salin, Salmont, Saltet de Sablet d'Estières, Savidan, Tarral, Tizon, Turin.

ACTUALITÉS

LES THÉORIES NOUVELLES SUR LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT DE L'AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE ET DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

Il est peu de questions qui aient autant exercé la sagacité des médecins que les causes et le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. Il semble toutefois que, depuis une trentaine d'années, on se soit un peu dégagé de l'empirisme pour chercher à pénétrer sur le terrain scientifique.

S'inspirant des travaux de Bouchard sur les auto-intoxications, M. Pinard émit en 1880 l'opinion que les troubles dits *sympathiques* de la grossesse (vomissements, albuminurie, dermatites) étaient la conséquence d'une intoxication spéciale à la femme enceinte, qu'il dénomma *auto-intoxication gravidique*. Ces troubles rappelant ceux de l'insuffisance hépatique, il pensa que le foie était sans doute incapable de transformer les poisons qui lui sont amenés en surabondance dans l'état de grossesse et il en fit la théorie de l'*hépato-toxémie gravidique*, théorie particulièrement séduisante et qui rallia la majorité des suffrages, d'autant mieux qu'il en découlait un traitement hygiénique et diététique (repos au lit, régime lacté, etc.) qui donnait les meilleurs résultats.

Cette théorie n'est plus aujourd'hui que partiellement admise. M. Pinard lui-même, dans une série de leçons faites sur ce sujet en 1909, cherchant à préciser l'origine des poisons spéciaux à la femme enceinte, fut amené peu à peu, par l'observation des faits, à penser que l'agent toxique ne devait pas être le même dans les premiers mois ou vers la fin de la gestation. M. Fieux, à son tour, dans son rapport au Congrès de Toulouse (juin 1910) affirma que la toxémie du début n'est pas du tout la toxémie de la fin, la première étant avant tout émétisante, la seconde l'étant rarement. Si l'intoxication de la fin de le grossesse peut être mise sous la dépendance d'une insuffisance hépatique, dont elle présente un certain nombre de symptômes, il n'en est plus de même des vomissements des premiers mois, rien à cette époque dans l'examen des urines, ne révélant l'insuffisance hépatique. On s'explique ainsi l'échec fréquent du régime alimentaire qui agit au contraire d'une façon si efficace dans les intoxications de la seconde moitié de la gestation.

Admettant donc une toxémie particulière aux premiers mois de la grossesse, M. Pinard, au cours de ses leçons de 1909, cherchait à préciser l'origine de ce poison émétisant qui provoque des vomissements chez 48 p. 100 des femmes enceintes. Il se demandait, s'appuyant sur les travaux de Beard, Prenant, Born, Fraenkel, s'il ne fallait pas faire jouer un rôle au corps jaune, considéré comme glande vasculaire sanguine, qui subit pendant la première moitié de la gestation une hypertrophie considérable, au point de doubler le volume de l'ovaire, et qui s'atrophie vers quatre mois et demi, précisément à l'époque à laquelle cessent les vomissements. Mais comment agissait le corps jaune ? Etait-il nuisible ou bienfaisant ? Sécrétait-il des produits toxiques ou antitoxiques ? Quelques succès remportés par l'administration d'extraits de corps jaune laissèrent à penser que la sécrétion de cet organe agissait à la manière d'un véritable contre-poison et que les troubles se montraient dès que cette sécrétion était insuffisante. Mais ce n'était que reculer le problème. Dès lors que la sécrétion du corps jaune était un contre-poison, d'où pouvait venir le poison ?

C'est ici qu'apparaît une théorie, émise pour la première fois en Allemagne par Veit en 1901, reprise par Liepmann, Wormser, Kœnig, Behm, Poten, et introduite en France en 1910 par Fieux (de Bordeaux) qui lui donna le nom de *villotoxémie*. Les frondaisons villeuses qui revêtent le petit œuf seraient le lieu d'élaboration des poisons et la cause de la toxémie gravidique des premiers mois. On sait, en effet, que la villosité jeune est tapissée à sa surface d'un épithélium de nature spéciale dénommé syncytium ou plasmode. Or l'histologie fine (Letulle et Nattan-Larrier) a montré que cet épithélium est le siège d'une sécrétion qui en fait une véritable glande vasculaire sanguine. « Il est certain, dit Fieux dans son rapport de 1910 au Congrès de Toulouse, que l'œuf villeux jeune constitue une véritable greffe parasite, dont l'élément épithélial bourgeonnant est en pleine et active vitalité dans les mois correspondant à ceux où se rencontrent le plus volontiers les vomissements, et que ceux-ci cessent d'habitude à l'époque où la placentation est achevée. Il est à remarquer encore que les vomissements et les phénomènes de toxémie sont un peu plus fréquents avec l'œuf double qu'avec l'œuf simple. Ils sont surtout remarquablement fréquents, et peuvent présenter une intensité exceptionnelle dans le cas de môle hydatiforme, c'est-à-dire dans ces cas de tumeurs ovulaires caractérisées par la prolifération du tissu épithélial des villosités. Soyons aussi frappés par ce fait que les vomissements disparaissent complètement et presque subitement à l'occasion de l'expulsion, de l'extraction totale, ou de la mort de l'œuf. »

Revenant maintenant au corps jaune, ne pouvons-nous admettre que les produits qu'il élabore sont un contre-poison du poison villeux. Tous deux cessent d'ailleurs de se montrer vers le milieu de la grossesse. On peut ainsi s'expliquer les quelques succès obtenus par les extraits de corps jaune venant suppléer une sécrétion insuffisante de cette glande. On peut s'expliquer de la même manière les succès obtenus par les extraits d'autres glandes vasculaires sanguines jouant le rôle d'antitoxiques, et dont l'action vient suppléer ou renforcer celle du corps jaune.

C'est ainsi que l'opothérapie surrénale a donné à Silvestri, Zanfrognini et à Rebaudi des résultats encourageants. M. Sergent en a obtenu l'année dernière quelques succès. Il croit que la surrénale joue un rôle prépondérant dans la lutte contre la villotoxémie : « Que notre interprétation pathogénique soit ou non exacte, dit-il, il n'en reste pas moins acquis que, dans de nombreuses observations de vomissements gravidiques, l'opothérapie surrénale (adrénaline ou extrait surrénal) a fourni des résultats immédiats et remarquables après l'échec de toutes les autres médications. Et il n'est pas nécessaire de souligner l'intérêt d'une méthode thérapeutique qui n'est nullement dangereuse, et qui a pu permettre dans certains cas d'arrêter presque immédiatement des vomissements incoercibles, alors que l'avortement était sur le point d'être pratiqué. Aussi, pensons-nous, dit-il en terminant, que dans les vomissements gravidiques incoercibles, on n'est pas autorisé, à moins d'urgence absolue, à pratiquer l'avortement, si on n'a pas tenté auparavant l'opothérapie surrénale. »

On peut s'expliquer de la même manière, les quelques succès obtenus par l'opothérapie thyroïdienne, soit que le corps thyroïde intervienne directement dans la lutte contre la villotoxémie, soit que les sécrétions thyroïdiennes aient seulement agi indirectement en stimulant l'activité sécrétoire d'une autre glande à sécrétion interne (Sergent).

Ces succès inconstants obtenus par l'opothérapie nous amènent à penser que le contre-poison de la villotoxémie n'est peut-être pas le produit d'une seule glande à sécrétion interne, que ce soit le corps jaune, la surrénale, ou le corps thyroïde. Peut-être est-il une combinaison de ces différentes sécrétions et quelle est alors la part de chacune d'elles ? Nous l'ignorons. Il est peut-être plus probable encore que ces produits glandulaires ne restent pas en nature dans le sérum sanguin, mais y déterminent des réactions chimiques, dont l'aboutissant serait l'antitoxine spécifique. S'il était possible de retrouver cette antitoxine dans le sang de la femme enceinte des premiers mois, ne toucherait-on pas de bien près au traitement ?

En 1910, Fieux et Mauriac avaient eu l'idée de rechercher dans le sang des femmes enceintes des premiers mois, s'il ne serait pas possible de déceler la toxémie ovulaire en utilisant la méthode de Bordet-Gengou ou de déviation du complément et ils avaient conclu de leurs recherches :

1° Le sang de la femme enceinte contient au début de la grossesse un anticorps spécifique de l'élément toxique ou destructeur propre à la villosité choriale jeune.

2° Cet anticorps est décelé avec une grande netteté dans le courant du deuxième et du troisième mois.

3° Il s'atténue très vite dès le quatrième mois et ne se décèle plus dans les mois suivants.

4° On le retrouve parfois chez certaines femmes à la suite d'un avortement jeune et récent.

Fieux et Mauriac pensent même que cette réaction peut servir de sérodiagnostic de la grossesse, utilisable du deuxième au troisième mois de la gestation.

Ces recherches permettent de penser que l'organisme de la femme en état de gestation, c'est-à-dire doté de cellules nouvelles, en partie étrangères, faisant fonction d'antigènes, réactionne en formant un anticorps (Fieux) ; ou, en d'autres termes, que le sang de la femme enceinte bien portante contient des contre-poisons destinés à annihiler les poisons villeux. Si cette défense antitoxique fait défaut, des troubles apparaissent. On peut donc dire que toute femme atteinte de toxémie gravidique souffre par déficit des contre-poisons dont est pourvue la femme enceinte bien portante.

Partant de cette idée, Mayer, en 1911, pensa que le sang de la femme enceinte bien portante devait contenir les éléments antitoxiques indispensables à cette bonne santé, que ce sang devait donc posséder une action curative contre les toxémies gravidiques, et que l'injection de ce sérum sanguin normal était apte à remédier au déficit en substances antitoxiques du sang de la femme enceinte auto-intoxiquée.

Passant de la théorie à la pratique, Mayer injecta successivement à trois jours d'intervalle 10 centimètres cubes, puis 20 centimètres cubes de sérum de femme enceinte bien portante à une femme atteinte de dermatite gravidique. Le résultat fut remarquable. D'autres succès furent enregistrés depuis cette époque par Linser (de Tubingue), par Le Lorier, par Fieux, dans des cas de vomissements incoercibles ; il y eut aussi quelques échecs, mais dont certains sont imputables au sérum injecté, ne remplissant pas les conditions requises : il ne faut employer que du sérum de femme enceinte bien portante et enceinte de deux à trois mois, ce qui rend évidemment le traitement difficile à appliquer dans la pratique courante.

Les observations sont encore trop peu nombreuses pour pouvoir juger ce dernier mode de traitement, mais les résultats sont certainement encourageants. Peut-on se flatter de posséder là un traitement spécifique de l'auto-intoxication des premiers mois et des vomissements de la grossesse ? Certainement non ; car, si la toxémie relève du poison villeux, elle est également fonction du terrain sur lequel elle évolue, or, il existe chez nombre de femmes qui vomissent des causes prédisposantes ou adjuvantes qui peuvent avoir une part prépondérante dans la production des troubles fonctionnels, et dont le traitement suffit souvent à lui seul à amener la disparition de ces troubles.

C'est ainsi qu'agit, en première ligne, et avec une si grande efficacité, le traitement préconisé par M. Pinard, et auquel nous faisions allusion au début de cet article, traitement diététique et hygiénique destiné à diminuer l'apport des poisons au foie, principalement par le repos, le régime lacté, l'évacuation parfaite de l'intestin. On comprend fort bien que chez une femme ayant une légère insuffisance hépatique ou rénale, le foie, soulagé d'une grande partie de son travail, puisse lutter avec succès contre les poisons villeux qu'il détruira ou transformera.

On comprend également que chez une femme nerveuse, ayant des aptitudes vomitives (Achard), un traitement suggestif améliorant le terrain fera disparaître les vomissements. Aussi est-ce dans cette catégorie que l'on doit faire rentrer la majeure partie les traitements préconisés contre les vomissements, et dont la liste s'accroît tous les jours.

Il n'est pas jusqu'aux traitements appliqués à l'utérus lui-même qui n'aient donné quelques succès, en particulier dans les cas de rétroversions, ainsi que le signalait encore récemment M. Hergott.

Il est enfin rationnel d'admettre, après tout ce que nous avons dit précédemment, que chez certaines femmes le fonctionnement d'une ou plusieurs glandes à sécrétion interne puisse laisser à désirer. C'est sans doute chez ces dernières que les extraits d'organes et surtout le sérum de femme enceinte ont pu donner leurs plus beaux succès.

Nous ne sommes donc pas en droit d'espérer jamais posséder un traitement unique et spécifique de l'auto-intoxication gravidique. En présence d'une femme qui vomit, il faudra d'abord chercher à dépister les causes prédisposantes ou adjuvantes contre lesquelles on pourra lutter, souvent efficacement, et avant tout, le terrain nerveux. Il faudra toujours mettre en œuvre le traitement hygiénique et diététique si puissant. Devant l'échec ou, ce qui est fréquent, l'impossibilité de faire accepter ce régime, on pourra avoir recours à l'opothérapie ou au sérum de femme enceinte des premiers mois.

M. DELESTRE.

LE PROFESSEUR JABOULAY

Deux mois à peine après la mort de Poncet, la Faculté de médecine de Lyon est frappée une seconde fois de la façon la plus cruelle.

Le professeur Jaboulay vient de disparaître dans l'effroyable catastrophe de Melun, et l'on peut dire qu'il meurt victime du devoir professionnel puisque c'est en se rendant à Paris pour remplir les fonctions de juge au concours d'agrégation qu'il fut tué.

Jaboulay disparaît en pleine force, après une carrière particulièrement bien remplie et qui promettait encore davantage. Agrégé en 1884, à vingt-quatre ans, chef des travaux d'anatomie à la Faculté de Lyon en 1886, il avait été nommé chirurgien des hôpitaux en 1896 et professeur de clinique chirurgicale en 1902.

Très rapidement, Jaboulay était devenu l'un des représentants les plus en vue de cette école lyonnaise, si riche en hommes d'énergie et d'initiative, et qui a tant contribué à la gloire de la chirurgie française.

Travailleur acharné, opérateur de premier ordre, il est peu de branches de la chirurgie qu'il n'ait brillamment abordées. L'étude du cancer et de sa thérapeutique, la chirurgie nerveuse l'attiraient particulièrement. Personne n'ignore ses travaux sur l'exothyropexie avec Poncet, sur la section du sympathique dans le goitre exophtalmique, sur les anastomoses vasculaires, etc.

Tout ce que faisait Jaboulay portait la marque de son esprit original, de son caractère indépendant, de sa ténacité admirable.

La *Gazette des hôpitaux*, qui publia si souvent les travaux du maître lyonnais, s'associe tout particulièrement à la douleur de tous les siens et au deuil de ses élèves.

F. S.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 129. — JEUDI 13 NOVEMBRE 1913. 86e ANNÉE JEUDI 13 NOVEMBRE 1913. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE.......... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Lecture. — *Pathologie.* — Séance du 10 novembre 1913. — MM. Chicandard, 8; Marceron, 9; de Massary, 7; de Nabias, 10; Borrien, 12; Mlle Donnasson, 7; MM. Alibert, 13; Laburthe-Tolra et Salles, 10; Boisnier, 7.

Séance du 11 novembre. — MM. Caracostea, 4; Clémenceau, 9; Sébald, 7; Küss, 12; Mlle Labeaume, 8; MM. Pouey et Imbert, 7; Réglade, 6.

Anatomie. — Séance du 10 novembre. — MM. Couinaud, 11; Malet, 7; Gresset, 9; Bourdier, 7; Janet, 13; Martin de Laulerie, 11; Jullien, 8; Giraud, 9; Bardet (Daniel), 11.

Séance du 11 novembre. — MM. Périn (Lucien), 12; Ruelle, 10; Chevalley, 11; Ledoux et Mlle Chauvet, 8; MM. Touchard, 7; Mouzon, 9.

— Concours de l'externat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Boulin, Marchal, Mlle de Saussines, MM. Meyer, Bernard (Etienne), Maleysson, Mlle Briand, MM. Huet, Froment, Mlle Lebert,

11. MM. Marchant, Barthe, Louet, Desnoyers, Fruchaud, Plicque, Mlle Bernard (Marthe-Yvonne), MM. Jondeau, Fouet, Mozer,

21. Chevallier (Marc-Joseph), Hermet, Thomé, Bouisson, Langenhagen (de), Arnould, Lafourcade-Cortina, Joannon, Poincloux, Hamon,

31. Meerssemann, Duchein (J.-Pierre), Foucault, Marty, Meneau, Dujarier, Le Rasle, Pescher, Weismann, Walser,

41. Mlles Baute, Wolff, Bernard (Suzanne-Eve), MM. Derville, Hartmann, Salle, Gambillard, Prévost (Ch.-L.-G.), Hirschberg, Queyroi,

51. Rossignol, Mlle Desplas, MM. Humbert (R.-A.), Basch, Lemariée, Vannieuwenhuyse, Gaugier, Thouvenot, Mlle Angelini, MM. Carréga,

61. Phronimos, Gueret, Charpin, Lescat, Roland, Mlle Déjerine, MM. Tapon, Marot, David, Bécardit,

71. Lyot, Lemoine, Duhail, Murat, Tassin, Castille, Bidermann, Semenon, Mlle Cassel, M. Raiga,

81. Mlles Pommay, Krongold, MM. Lauriol, Ovion, Dardel, Largeau, Biguet, Labesle, Prévost (G.-F), Michel,

91. Durupt, Loir, Terris, Digonnet, Cuel, Dumas (Ch.-A.), Alary, Hazan, Degouy, Martin,

101. Harriague, Lazard, Aris, Bréger, Emile-Zola, Lafont, Lenfant, Sordinas, Cordey, Dumontet,

111. Neveux, Durieux, Auger, Jeffray, Péraldi, Dalsace, Bouchet, Delarue, Gegbre, Marassi,

121. MM. Duvany, Alamartine, Bayle, Mordret, Lougnon, Pinet, Franjou, Missirlin, Lesur, Pitres,

131. Mlle Porquer, MM. Szarvas, Bourloton, Fougeras-Lavergnolle, Mlle Salmas, MM. Lefranc, Albert, Mlle Gomberg, MM. Pannier, Savary,

141. MM. Lier, Nappez, Lenferna de la Mothe, Goubert, Galland, Lauzier, Peltier, Dameuve, Fortin, Rémy-Néris,

151. MM. Potheau, Vimal Charrier de Fléchac, Audigier, Loisel, Minor, Ollivier, Sénéchal, Maechler, Gaube, Mustelier,

161. Mlle Salmon, MM. Monnier, Limousin, Humbert (Léon), Ameline, Philippeau, Grünkraut, Delotte, Erlich, Placet,

171. MM. Gadrat, Perlis, Rocheblave, Dufestel, Hardoin, Trotsky, Wickham, Camous, Benoit, Salmon,

181. MM. Giraudeau, Casteran, Liber, Kesseler, Boulay, Brulé, Segal, Jarraud, Decoularé-Delafontaine, Estrabaud,

191. M. Gardimier, Mlle Ostwalt, MM. Guillermet, Viennot, Ferrier, Wiesner, Rigolage, Jacob (J.-Ch.), Papillaut, Rougier,

201. MM. Robin, Corticchiato, Djismedjian, Cassidanius, Perrot, Comet, Doiteau, Rouchon, Mlle Gimbert, M. Ducoudré,

211. MM. Linval, Millanitch, Armingeat, Arfeux, Reinhold, Pellé, Pingat, Kaminer, Mlle Gaboriau, Finkelstein,

221 MM. Sabassier, Legay, Adelmann, Chireau, Blanchet, Péril, Fettu, Roche, Bourges, Thévenot,

231. MM. Joseph-Lafosse, Delgove, Giraud, Sasini, Duvacher, Dufour, Naar, Flet, Grenaudier, Bertrand (Y.-G.),

241. Tracouris, Lubin, Golditi, Bakaleinik, Ménard, Walter, Juge, Liesse, Moret, Schwartz,

251. Léger, Pick, Bernard (R.-C.-E.), Cabanis, Trétia-

RENSEIGNEMENTS

LE MARDI 9 DÉCEMBRE 1913

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, à la salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, en 84 lots, des fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant l'année 1914.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au 29 novembre.

koff, Blume, Demerliac, Riberolles, Ortodoxu, Coulaudon,
261. Cuvigny, Bilhaud, Reverdy, Moreau, Paillet, Cerné, Mlles Chabannas, Lévy, MM. Tamzali, Zvibak,
271. Blaise, Orange, Moscovici, Klébaner, Dimey, Laban, Charles, Roy, Delitch, Le Coulin,
281. Souchay, Demelin, Doniol, Grangeneuve, Marcel, Boyer, Thibault (R.-R.), Carabin, Wigniolle, Lenoir,
291. Raoul, Androutzellis, Mme Sloutzky née Taslitzki, MM. Danziger, de la Ruelle, Mlle Willème.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Feneuille, Roux, Ragot, Carrère, Massière, Borius, Monnot, Clavé, Petit, Caubet, Planes, Lhuerre, Delaire, Boisson, Fassy, Picot, Arlet, Dauriac, Sigalas, Poirier, Castets, Moné, Bouffard, Soubiran, Soubirou, Bonpoint, Lacoste, Vaulet, Moreau (Noël), Paris, Courtier, Burucoa, Chrétien, Chefdrue, Sérégé, Fabre, Johanne, Moureau, Gaschet, Princeteau, Barthe, Gatellier, Montolin, Castex, Bernard, Perdriaux, Sourdès, de Rudelle et Marcade.

— CAEN. — Le concours du 25 septembre dernier n'ayant donné aucun résultat, un nouveau concours pour cinq places d'internes en médecine aura lieu le jeudi 15 janvier 1914, à l'hôpital de Caen, rue de Ouistreham, à neuf heures du matin.

Les internes sont logés et nourris par l'administration. Ils reçoivent un traitement de 400 francs la première année.

Ce traitement peut être élevé à 600 francs la seconde année pour ceux ayant donné satisfaction entière sous tous les rapports.

— MARSEILLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM Chanson, Périot, Simon, Lombard, Battestini, Martin (Louis), Moya, Pinatel et Pourtal, internes titulaires; Bénet, Nicolaï, Pagès et Nalin, internes provisoires.

— NANTES. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Allanic, Lehuche, Luneau, Raphel, Rio, Saquet, Caron, titulaires; M. Barbanneau, Mlle Beduneau, M. Prévost, provisoires.

— Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations de Mlle Traverson, MM. Landais, Dattin, Foucher, Gaudin, Veillon, Babin-Chevaye, Vergnet, Morvézen, Brevet, Cébron, Hureau, de Sallier-Dupin, Moigneteau, Lefèvre, Cantuern, Le Boulaire, Mallard.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE PHYSIOLOGIE. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Séance du 11 novembre. — M. Sarvonat : « Phénomènes chimiques de l'activité musculaire. » — Note : 12.
M. Soula : « La motricité gastro-intestinale. » — Note : 16.

— SECTION D'OPHTALMOLOGIE. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — M. Teulières : « Tumeurs du limbe scléro-cornéen. » — Note : 16.
M. Fromaget : « Manifestations oculaires des abcès cérébraux et cérébelleux » — Note : 14.

Epreuve clinique. — MM. Teulières et Fromaget, 18.

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Teulières.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — La Faculté a décerné les prix de médecine qui suivent :

Prix de la Faculté. — Première année : Prix, médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Ragot; mention honorable, M. Copperie; mention honorable, M. Dubroca.

Deuxième année : Prix, médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Brugeas; mention très honorable, M. Bars; mention honorable *ex æquo*, MM. Clavier et Le Chuiton.

Troisième année : Prix, médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Janneney; mention très honorable, M. Piéchaud; mention honorable, M. Viéron.

Quatrième année : Prix, médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Boudreau.

Prix de la ville de Bordeaux. — Section de chirurgie : Prix, 150 francs (médaille de vermeil et livres), M. Darget.

Section de médecine : Prix, 150 francs (médaille de vermeil et livres), M. Lartigaut; mention honorable, M. Lacroix; mention honorable, M. Morin.

Prix Godard. — Prix de 2000 francs, M. Chelle.

Prix des thèses de l'année : 1er prix (médaille d'or et 350 francs en espèces), M. Simonot; 2e prix (médaille d'argent et 125 francs en espèces), MM. Belot, Dubourg, Gauvenet; 3e prix (médaille de bronze), MM. Celles, Dufranc, Forgues, Goéré, de Lestable, Marcard, Perrot, Petit.

Prix de la Société des amis de l'Université. — Prix, médaille d'argent, M. Portmann.

— LILLE. — Le concours du clinicat médical s'est terminé par la nomination de M. le docteur Duhot.

— Le concours pour l'emploi d'aide d'anatomie s'est terminé par la nomination de M. Crépin.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Boucheseiche (de Montigny-le-Roi), Geay de Couvalette (de Bizerte), Guizol (de Cannes) et Wicart (de Paris).

Au titre étranger :

MM. les docteurs Formigos (d'Alicante), Perez (de Ténériffe), Reinhold (de Paris) et Simon (de Buenos-Ayres).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Hubert (de Jarnac), Legoy (de Gallardon), Puiganaud (de Chanvigny), Rouyé (de Paris) et Vassal (de Marseille).

Au titre étranger :

MM. les docteurs Darricarère (de Madrid) et Gonzales-Hernandez [Rafaël] (de Las Palmas).

JUBILÉ DE L'INSTITUT PASTEUR. — Sans attendre la célébration du vingt-cinquième anniversaire de la fondation de l'Institut Pasteur qui aura lieu samedi, les élèves et amis de M. Roux viennent de lui offrir une médaille frappée à son effigie. C'est M. Metchnikoff qui lui a remis ce souvenir. On ne sera pas surpris d'apprendre que M. Roux avec sa modestie habituelle s'était refusé à poser devant le graveur M. V. Peter. La ressemblance n'en est pas moins parfaite.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — CONSEIL GÉNÉRAL. — M. le président Gaucher annonce au Conseil la nomination de chevalier de la Légion d'honneur du docteur Darras, le sympathique et dévoué trésorier général de l'Association.

Aux applaudissements de l'assistance, M. le président, parrain de M. Darras dans la Légion d'honneur, lui en confère les insignes et lui donne l'accolade.

Le Conseil général a reçu, en dons, une somme de 1.450 francs à l'occasion de la dernière promotion de la Légion d'honneur.

Une somme de 895 francs est votée en subventions en faveur de Sociétés de province.

LEGS MARFAING. — Le Conseil général ratifie les négociations et les conventions passées par M. le secrétaire général avec Mme veuve Marfaing, belle-sœur du docteur E. Marfaing.

M. le secrétaire général rend compte de l'entrevue qu'il a eue avec M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, au sujet des mesures à prendre en vue du remplacement des médecins par des étudiants ayant le droit de faire ces remplacements.

SOCIÉTÉ CENTRALE. — La commission administrative de la Société centrale a voté, en allocations à des veuves et orphelins de sociétaires, une somme de 3.330 francs.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Grynfeltt, professeur honoraire à la Faculté de Montpellier; Louis Lebrun (de Vitry-sur-Seine) et de M. Detourbe, externe des hôpitaux à Mailly-le-Château (Yonne).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — CONFÉRENCES DE NEUROLOGIE. — M. le professeur Pierre Marie commencera ces conférences le samedi 15 novembre à dix heures et demie du matin, à l'amphithéâtre de l'école des infirmières.

La première leçon aura pour sujet : « Examen clinique d'un aphasique. »

Ces conférences seront accompagnées de présentations de malades et de projections; elles auront lieu tous les samedis, à la même heure, avec le concours des assistants et anciens internes du service : MM. Ameuille, Ch. Chatelin, Clunet, O. Crouzon, Ch. Foix, A. Léri, de Martel, H. Meige, Péchin, G. Roussy, suivant un programme qui sera publié ultérieurement.

LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

EN

CHIRURGIE NERVEUSE

Par M. T. DE MARTEL.

Avant d'aborder cette question, je tiens, comme je l'ai déjà fait au Congrès de Londres, à exprimer ma reconnaissance à sir David Ferrier et à sir Victor Horsley, mais je dois en outre des remerciements tout particuliers à sir Victor Horsley qui, durant les années 1909 et 1910, m'a reçu dans son service et m'a prodigué ses conseils avec une très grande bonté.

Je ne peux oublier l'appui scientifique et moral que m'a donné à cette même époque M. Babinski. Il fut en France le premier défenseur éclairé de la chirurgie nerveuse, défenseur si éloquent qu'à l'heure actuelle beaucoup de ses confrères l'ont suivi dans cette voie. M. le professeur Marie ne m'a-t-il pas fait opérer, depuis un an, plus de trente cas de cette chirurgie spéciale?

Des différences profondes séparent la chirurgie nerveuse de la chirurgie tout court.

En chirurgie générale, l'infection et l'hémorragie sont les deux grands ennemis, ennemis bien connus, bien définis, faciles à vaincre par conséquent.

En chirurgie nerveuse, l'ennemi c'est le choc : il tue les malades d'autant plus facilement que nous ne savons pas l'éviter, ne sachant pas exactement en quoi il consiste.

L'opéré meurt par arrêt respiratoire, par collapsus; il ne reprend pas connaissance, s'éteint subitement ou très vite.

Nous ne connaissons pas exactement la cause de la mort, mais, ce qui est certain, c'est qu'elle est due aux troubles successifs et répétés provoqués par les différents temps de l'acte opératoire.

Comme j'aurai l'occasion de l'exposer tout à l'heure, l'étude attentive de la tension artérielle met bien ce point en évidence.

Il faut s'efforcer de réduire au minimum ces modifications, c'est là, je crois, le grand principe qui doit nous guider.

Le refroidissement et la dessiccation du système nerveux, par son exposition à l'air, sont certainement des causes de choc dont il est impossible de mesurer la valeur; nous devons cependant nous efforcer de les éviter.

La méthode de l'irrigation continue et chaude, préconisée par sir Victor Horsley, remplit parfaitement ce but, à condition que l'irrigation soit vraiment continue, ce qui est assez difficile à réaliser dans la pratique.

Personnellement, j'opère mes malades dans une salle maintenue à 37 degrés centigrades et j'use de l'irrigation salée chaude pour maintenir humide la portion du névraxe sur laquelle j'interviens.

Le système nerveux central est merveilleusement protégé contre les contacts et les heurts : c'est lui faire subir un étrange traitement que de lui imposer la pression du doigt ou des instruments ou encore d'y plonger les doigts pour l'explorer ou pratiquer l'ablation d'une tumeur, comme le font quelques chirurgiens.

Ces manœuvres constituent un danger que le sphygmomanomètre traduit immédiatement par une chute de la tension artérielle, mais c'est un danger inévitable qu'il faut seulement essayer de diminuer, en exagérant la douceur des manipulations.

Harvey Cushing a résumé drôlement ce principe, en disant qu une pénalité spéciale devrait être instituée contre les chirurgiens qui font de la vitesse en opérant sur le système nerveux.

Le déplacement du cerveau, du cervelet et de la moelle, doivent se faire doucement, progressivement, sans secousses.

J'ai, dans ce but, imaginé des écarteurs malléables qui, fixés sur le bord de la brèche cranienne, peuvent être placés sous le cerveau, le cervelet ou la tumeur, et sont déplacés avec une extrême lenteur, grâce à une vis micrométrique.

J'espère, de cette façon, obtenir une beaucoup plus grande douceur dans toutes les manœuvres d'exploration et d'ablation.

Pour limiter le choc, il faut, à chaque instant, être en mesure d'apprécier le degré de résistance du malade afin de cesser l'intervention si cela est indiqué.

Je crois que rien en chirurgie nerveuse n'est plus important et, comme plusieurs de mes confrères étrangers, je me guide dans ce but sur l'état de la tension artérielle que je note à chaque instant avec l'oscillomètre de Pachon.

Cet instrument a, sur la plupart des sphygmomanomètres, le gros avantage de pouvoir être placé sur le membre inférieur, loin du champ opératoire. Lorsqu'une chute brusque de tension se produit, je cesse toute manœuvre et toute anesthésie.

Dès que la tension est revenue à son point de départ, je me remets à l'ouvrage.

C'est une très grosse erreur que de faire, dans tous les cas, une injection de sérum intraveineux pour lutter contre l'hypotension.

Si l'hémorragie n'est pas en cause, on va tout à fait à l'encontre du but qu'on poursuit, en imposant à un cœur défaillant un surcroît de travail. Dans le cas d'hémorragie, la compression des membres inférieurs, l'expression de tout leur sang dans le reste du corps, fait remonter la tension artérielle, aussi vite et à moins de frais que l'injection intraveineuse, mais il ne faut pas oublier que le but qu'on doit surtout poursuivre, en pareil cas, est d'arrêter l'hémorragie et qu'un certain degré d'hypotension est favorable à ce projet.

Parfois, la tension artérielle ne remonte pas à son niveau primitif, mais à un niveau très proche : dans ce cas, je reprends l'intervention, mais si après une nouvelle chute le même phénomène se produit j'estime qu'en continuant l'opération je m'expose à voir la tension artérielle s'abaisser rapidement par une suite de chutes successives et je fais reporter le malade dans son lit.

Voici un exemple de cette chute de la tension artérielle par échelons :

Une malade du docteur Thiroloix, médecin de la Pitié, souffre atrocement dans le territoire des quatre premières paires lombaires gauches par suite d'un cancer vertébral.

Je me propose de sectionner les racines postérieures correspondantes. La tension artérielle, prise au début de l'intervention, est de 18.

La section de la peau, la section et le ruginage des muscles ne s'accompagnent d'aucune modification de tension.

Je pratique alors la laminectomie de la douzième dorsale et des cinq vertèbres lombaires, opération laborieuse dans laquelle j'exerce peut-être quelque pression sur la moelle, la tension tombe à 14.

Je cesse toute manœuvre; la tension remonte après dix minutes d'attente à 16.

Selon mon habitude, je pratique la ponction de la duremère avec une aiguille de Pravaz et j'évacue très lentement la plus grande partie du liquide céphalo-rachidien; cette seule opération demande vingt minutes, malgré cela la pression se maintient à 17.

J'ouvre la dure-mère, ce qui n'apporte aucun changement dans l'état de la pression sanguine.

Aussitôt après la section de la première lombaire, la tension tombe à 11. Au bout de dix minutes elle remonte à 14.

Après la section de la troisième lombaire, la tension artérielle tombe à 9 et ne remonte qu'à 11 malgré une longue attente.

Section de la troisième lombaire, la tension tombe à 6, puis à 5.

La malade succombe le soir même, six heures après l'intervention, en ayant repris entièrement sa connaissance, mais sans que sa tension artérielle se soit relevée le moindrement.

Si j'avais suffisamment tenu compte de ces chutes successives de la tension artérielle, j'aurais renoncé à l'intervention et je n'aurais peut-être pas perdu ma malade.

Voici un cas où, en me laissant guider par les variations de la tension artérielle, j'ai pu non seulement éviter un désastre, mais encore obtenir une belle guérison.

Il s'agit d'une malade du professeur Marie que l'on pense atteinte d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux.

L'anesthésie est obtenue par un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène administré à l'air libre et précédé d'une injection sous-cutanée de scopolamine-morphine.

La tension artérielle au début de l'opération est de 22.

La taille du volet et l'ouverture du crâne osseux, malgré une hémorragie assez abondante, ne modifient que très peu la tension qui s'abaisse à 21.

Après l'ouverture de la dure-mère le cervelet fait hernie et la tension tombe à 13.

La plaie est immédiatement refermée et la malade est remise dans son lit la tête haute.

La tension remonte progressivement et quatre heures après la tension atteint 17.

Nouvelle intervention deux jours après.

Au début la tension est de 21.

Le cervelet est récliné très doucement et la région de l'angle est explorée avec beaucoup de soins, à ce moment est évacuée une collection enkystée de cette région et la tension s'abaisse brusquement à 8.

Je laisse la malade se réveiller complètement, la tension remonte assez vite à 17: la patiente est réendormie et je referme la plaie sans drainage. Guérison rapide.

Chez une autre malade du professeur Marie j'ai interrompu l'acte opératoire un grand nombre de fois pour laisser à l'organisme le temps de se remettre des chocs successifs que je lui imposais en pratiquant l'ablation d'une tumeur annulaire qui comprimait la moelle au niveau du troisième et du quatrième segment cervical en provoquant une quadriplégie complète.

L'opération dura deux heures et demie et se termina par une guérison remarquable.

Pour des opérations d'aussi longue durée le choix de l'anesthésique est très important.

Il faut, si on juge l'état du malade très mauvais, pouvoir cesser rapidement toute anesthésie, et il faut également pouvoir endormir de nouveau le malade dès qu'il est mieux.

L'anesthésique que je préfère est, sans aucun doute, le mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote sous pression, suivant la méthode de Paul Bert.

Malheureusement, l'emploi de cette méthode exige un matériel considérable et coûteux.

Sous l'influence de ce mélange le malade s'endort en quelques secondes et se réveille de même. L'intoxication est nulle et on peut considérer l'anesthésie comme un facteur presque négligeable dans l'insuccès opératoire.

On peut aussi user de ce mélange à l'air libre, mais il faut alors faciliter son action par une piqûre sous-cutanée de scopolamine-morphine, ce qui n'est peut-être pas sans inconvénient; j'en ai pourtant obtenu d'excellents résultats.

Tout ce que j'ai dit jusqu'ici s'applique à l'ensemble de la chirurgie nerveuse.

Je voudrais dire un mot, en particulier, de la chirurgie du cerveau et de celle de la moelle.

Chirurgie du cerveau. — La position à donner au malade n'est pas négligeable. Il est commode d'opérer les malades la tête haute en position assise, cela diminue considérablement l'hémorragie et la tendance qu'a toujours le cerveau à faire hernie une fois la dure-mère incisée.

Pour pratiquer l'hémostase du cuir chevelu j'ai longtemps usé d'une bande élastique puis d'un tourniquet pneumatique. J'y ai depuis renoncé.

Quelquefois le résultat est parfait; dans d'autres cas, au contraire, l'hémorragie est surabondante; les hématomes postopératoires sont fréquents.

J'ai fait construire par Collin de petites pinces en T qui assurent merveilleusement l'hémostase du cuir chevelu et sont d'un usage très pratique.

J'ai essayé de la suture de Heydenhain, je lui trouve beaucoup d'inconvénients.

Elle est longue à mettre en place, elle limite une fois pour toutes le champ opératoire et rend difficile un agrandissement de la brèche osseuse.

Son enlèvement est assez douloureux; si on la laisse en place quelques jours on expose le lambeau au sphacèle, si on l'enlève immédiatement après l'intervention on risque de voir se produire une hémorragie.

A l'heure actuelle, pour les volets latéraux, les plus fréquents, je trace un lambeau à base inférieure.

Je faufile une suture de Heydenhain au niveau de la base du lambeau; cette suture assure l'hémostase

des temporales; je la laisse vingt-quatre heures en place, je fais l'hémostase des trois autres côtés du lambeau à l'aide de mes pinces en T.

De cette façon j'ai un champ opératoire parfaitement blanc et jamais de sphacèle.

Je pratique toujours l'ouverture du crâne avec une instrumentation que j'ai imaginée il y a cinq ans et dont je n'ai pas cessé de me servir depuis.

Elle a l'avantage d'être d'une sécurité absolue et de permettre la taille d'un très large volet en un temps très court (une demi-minute à une minute).

Je pense qu'étant donnée la grande longueur des opérations nerveuses il est bon de gagner du temps là où on peut le faire sans danger.

Dès le début de l'opération j'irrigue le champ opératoire avec du sérum maintenu à une température constante à l'aide d'un appareil que j'ai imaginé.

Si une hémorragie se produit au niveau d'un sinus je tamponne avec un fragment du muscle temporal, comme je l'ai vu faire à sir Victor Horsley.

Au niveau du diploé je me sers de la cire de Horsley.

Si j'enlève une tumeur je ne draine jamais, j'attends parfois longtemps que toute hémorragie ait cessé.

Lorsqu'il s'agit de décompression, j'use souvent de la méthode de Cushing, mais je trouve que le champ opératoire laissé libre entre les fibres du temporal est un peu étroit.

Avec M. Babinski j'ai obtenu de très beaux résultats par une simple ouverture du crâne sans ouverture de la dure-mère.

Quand cette ouverture ne suffit pas, nous pratiquons le Cushing de l'autre côté et il est certain que cette manière de faire donne de très belles guérisons sans grands risques.

A la prière du professeur Marie, dans deux cas d'hydrocéphalie avec hypertension, j'ai pratiqué la ponction du corps calleux avec un bon résultat.

Dans les cas de tumeur de l'étage inférieur du crâne il est indiscutable que la seule trépanation décompressive est encore redoutable.

Avec mon maître, M. Souques, j'ai communiqué à la Société de neurologie des cas tout à fait probants à ce sujet.

Sur le conseil de M. Babinski j'ai adopté la technique suivante : afin d'éviter une décompression trop brusque du bulbe et de la protubérance et les phénomènes d'œdèmes et d'hémorragie qui en résultent nous commençons toujours par une trépanation latérale (procédé de Cushing).

Ce n'est que plus tard et alors que l'hypertension a diminué que nous pratiquons la trépanation occipitale.

Afin de protéger mes opérés (surtout ceux qui travaillent) contre les traumatismes j'ai imaginé un casque métallique très léger, très résistant, qui s'adapte exactement à la forme de la tête si bien qu'une fois en place il ne peut être enlevé.

Ce casque recouvert de cheveux est tout à fait invisible et répond parfaitement au but à atteindre.

Lorsque la tumeur peut être localisée avec précision j'essaie toujours d'en pratiquer l'ablation si l'état du malade m'autorise à tenter une intervention aussi grave.

Les tumeurs de la région occipitale, de la région rolandique et de l'angle ponto-cérébelleux me semblent les plus faciles à localiser avec exactitude.

Les tumeurs de la région frontale sont souvent confondues avec des tumeurs cérébelleuses.

Les tumeurs sous-temporales sont presque impossibles à reconnaître cliniquement si j'en juge par mon expérience, mais, comme en pareil cas je pratique une large trépanation décompressive sous-temporale, il m'est arrivé trois fois de découvrir par hasard de très grosses tumeurs de cette région.

Chaque fois que je le peux, je pratique l'ablation de la tumeur en un temps ; je me laisse pour cela guider, comme je l'ai déjà dit, par l'état de la tension artérielle.

Cependant, si l'hypertension est considérable, je pratique systématiquement l'opération en deux temps.

Je m'efforce avant de libérer la tumeur, de faire de l'hémostase préventive. Je ne draine pour ainsi dire pas, mais je passe tout le temps nécessaire à assécher complètement le lit de la tumeur.

Chirurgie médullaire. — La position à donner aux malades qu'on opère sur la moelle demande à être discutée.

En décubitus ventral le malade respire souvent mal, à moins cependant qu'on ne le soutienne au niveau des épaules et qu'on ne s'oppose à ce que le thorax repose trop durement sur la table.

La position latérale est bonne, le malade respire bien, mais la colonne vertébrale s'incurve souvent et est difficile à ouvrir.

L'écoulement du liquide céphalo-rachidien, surtout lorsqu'il se fait brusquement, est peut-être une cause de choc.

Pour diminuer cette perte de liquide, quelques chirurgiens mettent les malades en position de Trendelenburg, je crois que c'est une erreur.

Le liquide céphalo-rachidien, contenu dans un espace clos, entoure le névraxe de toutes parts et soutient le tissu nerveux contre une ondée sanguine trop abondante ou trop brusque.

La dure-mère rachidienne découverte, on la voit bien tendue par le liquide céphalo-rachidien, battant à chaque pulsation cardiaque.

Qu'à ce moment une syncope se produise, que le tissu nerveux ne reçoive plus de sang et immédiatement, comme j'ai eu l'occasion de le voir, le sac dural s'affaisse en une rigole et s'applique sur la moelle, tout le liquide céphalo-rachidien ayant disparu dans les espaces laissés libres par l'affaissement du cerveau devenu exsangue.

Lorsque le malade est en position déclive, la tension du sang au niveau du cerveau est bien supérieure à ce qu'elle est en position horizontale. Dans ce cas, lorsque la dure-mère est incisée, le liquide céphalo-rachidien s'échappe en abondance, le cerveau devient turgescent, les cavités ventriculaires s'effacent presque complètement et le tissu nerveux, soumis à une pression sanguine excessive, peut être le siège d'hémorragies interstitielles qu'on retrouve à l'autopsie.

En définitive, en position déclive il semble bien

que l'écoulement du liquide céphalo-rachidien est le même qu'en position horizontale, tandis que la tension sanguine à laquelle est soumise le cerveau est certainement bien supérieure, aussi ai-je adopté la technique suivante : j'opère les malades en position horizontale et, avant d'ouvrir la dure-mère, je la ponctionne, afin de laisser s'écouler le liquide céphalo-rachidien très lentement à travers une fine aiguille de Pravaz.

Lorsque j'opère sur la moelle ou sur les racines rachidiennes j'essaie d'en obtenir l'anesthésie par application directe de novocaïne. J'espère pratiquer ainsi une véritable section physiologique des fibres nerveuses et éviter que leur excitation durant les manœuvres opératoires ne devienne l'origine des phénomènes réflexes, parfois mortels, qu'on observe souvent.

Je ferme toujours très exactement la dure-mère; il est pourtant des cas où cette fermeture exacte est difficile à pratiquer.

Au niveau du canal sacré la dure-mère est souvent friable, adhérente et déchirée; il est alors presque impossible de la réunir sans aucune solution de continuité.

Cette fermeture exacte, qui est très utile, est impossible à exécuter quand on a été obligé de pratiquer l'ablation d'une tumeur dure-mérienne avec extirpation large de cette membrane.

Dans tous ces cas il faut craindre la formation d'une fistule de liquide céphalo-rachidien.

Lorsque cette fistulisation se produit je panse la plaie avec la solution iodo-iodurée étendue de cinq fois son volume d'eau.

Il arrive assez souvent qu'une tumeur de la moelle ne se trouve pas exactement au point indiqué.

Dans ce cas, je pratique le cathétérisme du canal vertébral, d'abord en dehors, puis en dedans de la dure-mère, j'ai de cette façon découvert des tumeurs qui auraient sans cela passé complètement inaperçues.

Malgré toutes ces précautions et ces artifices et bien que les résultats que j'obtienne maintenant soient très supérieurs à ceux que j'obtenais autrefois, il n'en est pas moins vrai que les succès complets sont exceptionnellement rares.

C'est qu'en chirurgie nerveuse le chirurgien s'attaque à un organe indispensable et qu'on ne peut enlever.

Toujours ou presque toujours, après l'opération, le système nerveux continuera à marquer sa souffrance présente ou passée par des séquelles, hémiplégie, hémianopsie, surdité, cécité et résultats peu brillants, peu encourageants si on les compare aux résultats parfaits de la chirurgie générale qui, supprimant presque toujours l'organe, supprime en même temps le symptôme.

En chirurgie nerveuse, le malade meurt souvent; c'est le malade qu'a tué le chirurgien et, s'il guérit, c'est avec quelque infirmité, il devient alors le malade qu'a estropié le chirurgien.

C'est pour cela qu'il faut opérer tôt.

Au début de l'évolution de la maladie le patient beaucoup plus résistant a beaucoup plus de chances de guérir et s'il guérit il est bien plus proche de la santé parfaite.

On s'est d'abord attaqué à des cas graves trop avancés et les résultats n'ont pas été bons.

Peut-être attribue-t-on une gravité exceptionnelle à l'acte opératoire, alors que c'est l'état du malade qui rend surtout la situation difficile. En raison de cette prétendue gravité on recule l'opération, on ne la pratique souvent que sur des moribonds et cela ne contribue pas à lui enlever sa mauvaise réputation.

C'est donc au chirurgien neurologiste à encourager son confrère médecin en travaillant à lui offrir la plus grosse somme de sécurité possible au point de vue de l'acte opératoire et c'est ce que j'ai essayé de faire aujourd'hui.

ACTUALITÉS

LE TRAITEMENT DES LEUCÉMIES PAR LE BENZOL

L'emploi du benzol dans le traitement des leucémies date seulement de 1912 ; c'est Koranyi qui fut amené a en faire les premiers essais à la suite d'une observation de Barker et des expériences de Selling. En 1910, Barker avait publié l'observation de trois jeunes ouvrières exposées dans leur travail à l'action des vapeurs de benzol et ayant présenté les signes d'une anémie aplastique très grave ; deux d'entre elles avaient succombé. Pour savoir si le benzol était bien la cause de ces accidents, Selling étudia expérimentalement l'action du benzol sur le sang ; après avoir injecté à des lapins un mélange de benzol et d'huile d'olives, il put constater que le benzol avait une action toxique sur les leucocytes et le tissu myéloïde ; le benzol amenait peu à peu la destruction des globules blancs ; le tissu lymphoïde et surtout le tissu myéloïde étaient rendus presque complètement aplastiques. C'est alors que Koranyi eut l'idée d'utiliser cette action leucotoxique du benzol dans les cas de leucémie; les premiers résultats obtenus furent encourageants : chez un malade dont le chiffre des globules blancs s'élevait à 220 000, le benzol, donné à la dose de 3 à 4 grammes par jour, abaissa progressivement le chiffre des leucocytes à 120 000, 65 000, 12 000 et même 6 000 au bout de trois mois. Kiralyfi continua ces essais thérapeutiques et étudia l'action du benzol dans six cas de leucémie ; l'amélioration de l'état général des malades fut parallèle à la diminution du nombre des leucocytes et du volume de la rate, en cas de leucémie myéloïde ; dans la leucémie lymphatique, les ganglions étaient plus lentement influencés, mais cependant ils diminuaient progressivement. A Vienne, à Budapest, à Varsovie, le traitement des leucémies par le benzol donna lieu à plusieurs importants travaux. En France, c'est Marc Leconte (1) qui fit connaître les recherches de Koranyi et Kiralyfi ; les premières observations concernant cette nouvelle méthode de traitement appartiennent à Aubertin et Parvu (2) ; puis vient une communication de Babonneix (3), un article de David (4), une observation de Le Blaye (5) ; dans

(1) Marc LECONTE. Le benzol dans le traitement des leucémies, *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, fév. 1913.

(2) AUBERTIN et PARVU. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 mai 1913, et *La Médecine moderne*, juil. 1913.

(3) BABONNEIX. *Soc. méd. des hôpit.*, 30 mai 1913.

(4) DAVID. Les nouveaux traitements des leucémies, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 4 oct. 1913.

(5) LE BLAYE. *La Province médicale*, 11 oct. 1913 ; — Leucémie traitée par la benzine. Leucopénie passagère, *Arch. méd.-chir. de province*, oct. 1913.

une Revue annuelle de thérapeutique, Paul Carnot (1) expose et met au point cette question d'actualité.

Le benzol peut être donné par voie digestive ou par voie hypodermique. Ce dernier procédé sera réservé aux cas d'intolérance gastrique, car les injections de benzol sont très douloureuses ; on diminue la douleur en associant le benzol à une quantité égale d'huile d'olive ; la dose à injecter est de 1g50 à 2 grammes de benzol, une ou deux fois par jour ; mais Klein, ayant noté des accidents d'intoxication chez un malade auquel on faisait chaque jour deux injections de 1g50 de benzol, conseille de ne jamais faire qu'une injection par jour. L'administration du benzol par voie digestive est beaucoup plus habituellement utilisée ; le médicament sera toujours pris au moment des repas, pour éviter les phénomènes d'irritation gastrique, tels que brûlures, renvois. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la dose quotidienne de benzol, ou plutôt deux méthodes de traitement ont été préconisées : les doses fortes mais intermittentes, les doses faibles longtemps continuées. Les doses fortes atteignent 4 et 5 grammes par jour ; Kiralyfi prescrit des capsules gélatineuses ou kératinisées selon la formule :

Benzol chimiquement pur..... } *āā* 0g50
Huile d'olive................ }

On commence par donner deux capsules après chacun des deux principaux repas, soit 2 grammes par jour ; puis on arrive à 3, 4 et 5 grammes de benzol. Mais ces doses élevées, qui sans doute font baisser rapidement le chiffre des leucocytes, provoquent quelquefois de l'albuminurie, de l'hématurie ; Neumann a observé un malade qui succomba à l'intoxication par le benzol, avec diarrhée et phénomènes hémorragiques. Ce traitement doit donc être très minutieusement surveillé.

Aubertin et Parvu emploient des doses plus faibles ; ils prescrivent le benzol en gouttes, XXX gouttes à chacun des deux ou trois principaux repas, dans du lait, du sirop de groseilles ou du vin. Après avoir ainsi fait prendre LX ou XC gouttes de benzol par jour, on augmente graduellement la dose, pour arriver à CL gouttes par jour.

Dans un cas, Kiralyfi (2) a essayé le benzol en lavements ; le malade prenait, trois fois par jour, un lavement de 50 grammes d'huile d'olives avec 2 grammes de benzol ; en quinze jours, la rate avait beaucoup diminué de volume et le taux des leucocytes s'était abaissé. Mais, après ce brillant résultat, on vit que le nombre des globules blancs continua à diminuer dans des proportions considérables ; il tomba en effet à 2800 et, à ce moment, survint une épistaxis grave, qui persista plusieurs jours ; le malade finit par succomber ; le jour de sa mort on ne comptait plus que 960000 globules rouges et 460 globules blancs. Kiralyfi recommande donc d'être très prudent dans l'emploi du benzol, car, même après suppression du médicament, le benzol continue son action et peut déterminer un abaissement énorme du chiffre des leucocytes. Aussi Kiralyfi conseille-t-il de suspendre l'usage du benzol quand le taux des leucocytes s'abaisse, sans attendre d'être arrivé au taux normal ; on interrompra donc la médication aussitôt qu'on constate le commencement de la baisse leucocytaire, quitte à la reprendre plus tard, si l'amélioration est trop lente à se produire (Aubertin et Parvu). De ce fait, il résulte encore qu'on doit contrôler, par de fréquents examens hématologiques, l'action du benzol sur la formule sanguine, afin d'éviter une leucolyse massive dépassant le but à atteindre et afin de prévenir des phénomènes irrémédiables d'anémie aplastique (David).

Les urines, les fonctions digestives seront aussi surveillées pendant toute la durée du traitement ; il n'est pas prouvé que le benzol ne produise, à la longue, même à faibles doses, des altérations du côté du foie et des reins. Assez souvent le benzol est mal toléré par le tube digestif ; dans une observation de Babonneix et Tixier (1), chez un malade porteur depuis longtemps d'une grosse rate et atteint ensuite d'une leucémie à type lymphatique, le benzol, donné à toutes petites doses (X gouttes par jour), a déterminé de la diarrhée, a accru encore l'inappétence et a paru donner un coup de fouet aux phénomènes hémolytiques.

Pour apprécier les effets du benzol dans le traitement des leucémies, on possède déjà un nombre assez important d'observations. Celles d'Aubertin et Parvu sont parmi les plus probantes : la première concerne une femme de trente ans atteinte de leucémie myéloïde, traitée d'abord, mais très irrégulièrement, par les rayons X, qui avaient donné peu de résultats ; pendant cinq mois la malade prit LX gouttes de benzol ; l'amélioration fut manifeste et continue : reprise des forces, augmentation du poids, diminution du volume de la rate, abaissement du chiffre des leucocytes de 330.000 à 140.000 ; amélioration de la formule leucocytaire. Le deuxième cas est celui d'une femme de quarante-huit ans, atteinte de leucémie myéloïde, non traitée par les rayons X ; elle était devenue très pâle, très maigre, avait de la fièvre ; sous l'influence du benzol, la fièvre disparut, l'appétit et les forces revinrent ; la rate diminua considérablement ; on constata une diminution du chiffre des globules blancs (de 306.000 à 90.000), une diminution du chiffre relatif et absolu des myélocytes, une augmentation des globules rouges.

Les résultats obtenus avec le benzol sont-ils définitifs ? Peut-on prononcer le mot de guérison ? Ce serait aller trop loin ; comme le dit très bien Carnot, il ne faut pas se faire illusion, car il ne s'agit que d'une amélioration qui ne semble pas toucher la cause encore inconnue de la leucémie. En tout cas, le benzol vient prendre place à côté des autres traitements de la leucémie : radiothérapie, radium, thorium. Ces diverses méthodes de traitement ne s'opposent pas l'une à l'autre ; elles doivent au contraire se combiner et se suppléer, en particulier pour ce qui est des rayons X et du benzol, que l'on peut employer simultanément ou alternativement. M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1913)

La physiologie de l'appendice vermiculaire. — M. R. ROBINSON. L'auteur a étudié dans une première note (*Ac. des sc.*, 1907) l'anatomie spéciale du vermium. Personne jusqu'à présent ne s'était occupé de la physiologie de cet intestin, probablement par défaut du matériel. M. Robinson a recueilli les appendices extirpés dans les hôpitaux et en a trié ceux qui paraissaient à peu près normaux ; il les a mis dans la solution de Ringer ou tout simplement dans l'eau salée et dans une étuve à + 37 degrés. Puis il a extrait par raclage d'après la méthode de Cohn un liquide franchement acide qu'il a réduit par une chaleur douce au bain-marie. Un demi à 1 centimètre cube de ce liquide injecté aux animaux de laboratoire a provoqué des contractions vives dans le cæcum et le gros intestin, mais sans entraîner la diarrhée.

Des observations cliniques multiples et de ses expériences originales, il a été amené à conclure que l'appendice est un organe utile, qu'il sécrète une *hormone* pour stimuler le

(1) CARNOT. La thérapeutique en 1913 (Revue annuelle), *Paris méd.*; 1er nov. 1913.

(2) KIRALYFI. *Wiener klin. Woch.*, juin 1913. Analysé dans la *Semaine médicale*, 8 oct. 1913.

(1) BABONNEIX et TIXIER. Un cas de splénomégalie chronique terminée par leucémie lymphoïde, *Gaz. méd. de Nantes*, 30 août 1913.

cæcum et que l'on a peut-être tort de le considérer comme un vestige intestinal à l'état de régression.

Les médecins et les chirurgiens devraient prendre en considération ces faits scientifiquement prouvés et éviter de recourir trop hâtivement à l'intervention du scalpel.

Signes respiratoires de la fatigue. — M. Jules Amar. La proportionnalité du nombre des respirations et de leur amplitude à la quantité de travail existe, sans être rigoureuse, aux faibles puissances. Les phénomènes respiratoires sont alors réguliers et uniformes.

Mais aux puissances qui fatiguent les muscles et en arrêtent le fonctionnement, le rythme des respirations s'élève rapidement; celles-ci diminuent d'amplitude, deviennent irrégulières et saccadées, la période respiratoire est bien plus longue que la période inspiratoire; la ventilation pulmonaire croît sans cesse jusqu'à l'essoufflement, et le quotient respiratoire subit, à ce moment-là, un fléchissement passager caractéristique.

Le mécanisme de l'anaphylaxie. — M. L. C. Soula.

Nouveau distributeur micrométrique de gaz, destiné aux injections intraveineuses. — M. Raoul Bayeux.

Des sels dans la coagulation du sang. — M. C. Gessard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 11 novembre 1913)

La plus grande partie de cette séance a été consacrée à une discussion, plutôt confuse, sur les différents articles du règlement proposé par la Commission pour la vente commerciale, industrielle ou agricole, des substances vénéneuses. La brusque interruption de l'éclairage électrique a obligé M. le président à remettre la fin de cette discussion à la prochaine séance, et c'est sous la lumière blafarde d'une simple lampe que M. Mathieu a lu un travail dont voici le résumé.

Note sur un cas grave de réaction colique. — M. Albert Mathieu désigne, sous le nom de réactions coliques, des phénomènes réflexes, à point de départ colique ou sigmoïdo-rectal, qui se traduisent surtout par des vertiges, des étourdissements, des nausées, des vomissements, et quelquefois par des lipothymies ou des syncopes.

Ces réactions, sous leur aspect le plus simple, se présentent sous la forme de nausées, de vomissements, ou encore sous celle d'étourdissements, de vertiges ou de perte de connaissance, qui surviennent chez les constipés au moment d'une débâcle intestinale succédant à une période de plusieurs jours de rétention fécale. A chaque débâcle, quelquefois, les mêmes accidents se reproduisent.

Parfois, ces réactions peuvent prendre des allures graves. M. A. Mathieu rapporte un cas dans lequel une jeune fille de vingt-trois ans avait souvent antérieurement présenté des vomissements au moment d'une débâcle. L'appendice avait même été enlevé, dans la pensée que l'appendicite chronique pouvait être la cause de ces manifestations. Ultérieurement, on avait été amené à penser à l'existence d'un ulcère gastrique ou duodénal; il y avait du reste eu une hématémèse un an auparavant.

Un jour, à la suite d'un lavement glycériné, au cours de la débâcle diarrhéique provoquée par lui, et au moment même d'une évacuation, survinrent brusquement une douleur abdominale vive, des vomissements, et un état grave de collapsus, avec refroidissement des extrémités, facies grippé, pouls très rapide et filiforme, si bien qu'on crut à une perforation gastrique. La laparotomie exploratrice, pratiquée trois heures après par M. G. Labey, montra qu'il n'en était rien. On ne trouva que des adhérences et une cicatrice duodénale résultant sans doute de lésions ulcéreuses actuellement éteintes. La gastro-entérostomie fut pratiquée. Un mois après, se reproduisait une crise analogue au moment d'une débâcle encore.

Et le même jour, chez une femme soignée pour une côlite chronique, à la suite d'un lavement mucilagineux additionné d'oxyde de zinc et de dermatol, suivant une formule couramment usitée dans le service, on observa une crise grave de collapsus qu'on dut combattre par des injections de caféine, elle dura trois heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 31 octobre 1913)

Rôle de la cholestérine dans la réaction de Wassermann (1). — MM. Louste et Montlaur ont été frappés des résultats différents obtenus pour un même sérum avec divers antigènes.

Ils ont été conduits à étudier le rôle exercé par la cholestérine sur la réaction de Wassermann.

1° En cholestérinant un certain nombre de sérums animaux. Tous ces sérums ont été nettement influencés vers la positivité par des doses de cholestérine voisines de 2 à 3 grammes par litre.

Au-dessus et au-dessous de ces doses le Wassermann reste plutôt négatif.

Les courbes fournies par deux antigènes ne sont pas superposables.

Se demandant si cette addition pouvait être comparée à une hypercholestérinémie, ils ont pratiqué une série d'injections de cholestérine à des lapins.

A doses faibles pas ou peu de modification.

A doses massives une modification sérologique telle que la lecture du résultat est impossible. Il faut attendre sept à huit jours sans nouvelle injection pour obtenir un Wassermann, *réalisable selon la technique courante*, qui se montre franchement positif.

La cholestérine et la cholestérine seule a modifié la formule sérologique.

Les antigènes, différents quant à leur teneur lipoïdique (en cholestérine en particulier), peuvent donc venir aussi bien que le sérum du malade modifier le résultat final de la séro-réaction.

Ils concluent en montrant qu'avec des sérums d'anormaux, l'adjonction de cholestérine *in vivo* ou *in vitro*, détermine à une dose déterminée un Wassermann positif aussi bien avec l'antigène de foie hérédosyphilitique, qu'avec l'antigène Desmoulière; la sensibilité est plus ou moins grande mais se fait dans le même sens.

(Séance du 7 novembre 1913)

Existence du ferment de destruction d'Abderhalden au cours de l'ictère grave. — MM. Noël Fiessinger et Broussolle ont observé au cours d'un ictère grave avec hémorragies l'existence dans le sérum d'un ferment de destruction ayant la propriété de digérer la substance hépatique, surtout et tardivement la substance rénale, la substance testiculaire et thyroïdienne. Ce fait biologique explique l'évolution brutale des accidents au cours de l'insuffisance hépatique.

L'amino-acidurie provoquée et le diagnostic de l'insuffisance hépatique (épreuve de l'ingestion de peptone). — MM. Marcel Labbé et H. Bith ont montré que l'amino-acidurie est un indice d'insuffisance hépatique. Mais il est des cas

(1) Le compte rendu paru dans notre numéro du 6 novembre (n° 126, p. 1986) ayant rendu inexactement la pensée des auteurs nous reproduisons aujourd'hui la note qu'ils nous adressent.

N. D. L. R.

intermédiaires où l'amino-acidurie n'apparaît pas avec un régime ordinaire. Il faut alors en provoquer l'apparition par l'ingestion supplémentaire d'acides aminés. Les physiologistes admettent qu'un organisme sain utilise normalement les amino-acides. A l'état pathologique il n'en est plus ainsi ; Glässner, Michelli-Borelli, V. Leersum, Masuda, Frey, H. Labbé ont fait ingérer des acides aminés (glycocolle, alanine, asparapine) à des malades et ont constaté qu'une partie de ceux-ci s'éliminait par les urines.

Les auteurs ont refait des expériences analogues avec le glycocolle et vérifié les faits. Mais il n'est pas pratique de se servir des amino-acides; aussi ont-ils imaginé d'utiliser les peptones commerciales qui sont des agrégats d'acides aminés.

Le sujet mis au régime lacto-végétarien, on dose ses amino-acides et son azote total pour établir le rapport

$$\frac{\text{Na}}{\text{NT}}\left(\frac{\text{azote aminé}}{\text{azote total}}\right);$$

puis on lui fait prendre vingt grains de peptone et l'on dose pendant deux jours les amino-acides excrétés. Normalement, les amino-acides n'augmentent pas notablement et le rapport $\frac{\text{Na}}{\text{NT}}$ ne varie pas.

A l'état pathologique, il n'en est pas de même. Au cours de l'ictère catarrhal l'épreuve est ordinairement négative. Dans la cirrhose de Laënnec elle se montre négative ou positive, suivant la période de l'affection. Dans la cirrhose tuberculeuse elle est habituellement positive. Au cours du cancer hépatique les résultats sont variables. Chez les diabétiques avec dénutrition l'épreuve est toujours positive plus ou moins fortement.

Si l'on compare les résultats de l'épreuve avec les données de la clinique et de l'anatomie pathologique, on se rend compte qu'il existe un rapport entre le degré de la dégénérescence de la cellule hépatique et la production de l'amino-acidurie par ingestion de peptone. Cette épreuve peut donc servir à apprécier l'activité fonctionnelle du foie à l'égard du métabolisme azoté.

Guérison apparente d'une cirrhose du foie. — M. L. Galliard. La malade qu'il présente est une femme âgée de quarante-neuf ans, cuisinière, niant tout excès alcoolique, cliniquement guérie depuis deux ans et demi d'une cirrhose qui s'est révélée pendant cinq années (de 1906 à 1911) par les troubles digestifs, le développement exagéré du réseau veineux sous-cutané abdominal, l'ascite avec œdème des membres inférieurs. Jamais l'auteur n'a constaté ni syphilis, ni tuberculose, ni cancer viscéral, ni lésion cardiaque ou rénale susceptible de faire errer le diagnostic. Jamais d'ictère.

Pendant les deux premières années de la cure la malade a été soumise à l'opothérapie hépatique ; d'abord 250 grammes puis 125 grammes de foie de porc par jour. Elle a subi, en cinq ans, treize ponctions d'ascite dont la première a fourni 17 litres, les suivantes 12 à 15 litres, la dernière (mars 1911) 8 litres de sérosité limpide.

Se considérant comme guérie depuis 1911 elle n'est revenue à l'hôpital Lariboisière que pour se faire opérer radicalement d'une hernie inguinale qui menaçait de s'étrangler. Elle a parfaitement supporté l'anesthésie chloroformique et a guéri de l'opération sans le moindre incident.

Actuellement, l'état général est satisfaisant. La paroi abdominale, où le réseau veineux sous-cutané se dessine à peine, est parfaitement souple et dépressible. On constate aisément que le foie, manifestement augmenté de volume, est dur et peu mobile, donc probablement sclérosé et emprisonné dans des adhérences. La rate est petite et dure. Les autres viscères semblent normaux. L'urine est normale. L'épreuve de la glycosurie alimentaire n'a fourni qu'un résultat faiblement positif.

Etude expérimentale sur une maladie infectieuse caractérisée par un syndrome méningé avec ictère. Son rapport avec la maladie de Heine-Medin. — M. Jean Pignot apporte la preuve expérimentale que ce syndrome méningé mérite d'être envisagé comme une forme clinique de la maladie de Heine-Medin.

Son expérience, faite à l'Institut Pasteur dans le laboratoire de M. Levaditi, a porté sur trois malades dont MM. Guillain et Ch. Richet fils ont publié l'observation en 1910, et il a pratiqué avec le sérum de ces trois malades la neutralisation du virus poliomyélitique selon la méthode de MM. Netter et Levaditi. Un singe servit de témoin.

Des trois autres singes inoculés, deux n'ont présenté aucune lésion de poliomyélite, le troisième a eu un retard manifeste dans l'éclosion des phénomènes poliomyélitiques.

Cette recherche expérimentale permet donc d'établir que ces trois malades avaient encore, au moment de l'expérience (trente-six mois après leur maladie), des anticorps poliomyélitiques, et s'il est permis de supposer que ce syndrome méningé avec ictère appartient à la maladie de Heine-Medin, on peut supposer que la plupart des états méningés de nature indéterminée, si fréquemment observés ces dernières années, en seraient également une manifestation clinique, comme M. Netter en avait émis l'hypothèse.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 6 novembre 1913)

Paraplégie par poliomyélite ou compression.— MM. Bloch et Laignel-Lavastine montrent une femme qui présente, depuis trois mois, une paraplégie flasque avec grosse amyotrophie et abolition des réflexes tendineux et cutanés, sans troubles sensitifs autres que des douleurs des membres inférieurs au début. Fièvre et signes méningés les premiers jours. La ponction lombaire montra la dissociation albumino-cytologique qu'on a donnée comme caractéristique des compressions, le Wassermann est négatif dans le liquine céphalo-rachidien qui est normal au-dessus du siège présumé de la compression. — MM. Minor et Nonne, déclare M. Sicard, ont vu un certain nombre de faits dans lesquels la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien était due à une méningite enkystée séreuse, non à une compression.

Syndrome de Brown-Séquard par syringomyélie cervicale supérieure. — MM. Jumentié et Krebs. Le malade présente aux membres supérieurs une amyotrophie et des troubles sensitifs à topographie radiculaire, au-dessous une spasticité prédominant à gauche tandis que les troubles sensitifs prédominent à droite. L'absence de troubles bulbaires, la cyphoscoliose, l'existence du syndrome sympathique inférieur plaident en faveur de l'origine syringomyélique.

Orteil en flexion dans la sclérose latérale amyotrophique. — M. Chatelin, chez trois malades atteints de cette affection, a trouvé l'absence du signe de Babinski, avec intégrité des membres inférieurs. Aux supérieurs, l'atrophie musculaire prédominait sur l'exagération des réflexes.

Mouvements conjugués des hémiplégiques. — MM. Babinski et Jarkowski montrent un sujet qui, placé dans le décubitus ventral, ne peut fléchir la jambe sur la cuisse qu'en fléchissant en même temps la cuisse sur le bassin, par contraction associée du droit antérieur fémoral. Si on empêche le bassin de se soulever, la flexion de la jambe devient impossible. Il s'agit de phénomènes mécaniques; la transplantation des tendons pourrait peut-être atténuer ces phénomènes et soulager le malade.

Syndrome de Brown-Séquard par balle de revolver. — M. Jumentié. L'intérêt de ce fait est la conservation de la sensibilité au tact, les autres modes étant abolis. Ceci confirmerait les hypothèses de Pétren sur les voies conductrices des sensibilités. Le syndrome sympathique existe, mais sans troubles vasculaires à l'épreuve de la pilocarpine. Il s'agit probablement d'une hémisection de la moelle, que produisent généralement les coups de couteau sur le cadavre, les apophyses épineuses dirigeant l'instrument vers un seul côté.

Syndrome d'Erb-Goldflam. — MM. Marie et Robert montrent une femme atteinte de myasthénie bulbo-spinale typique. Ils n'ont trouvé aucun signe thymique ou thyroïdien, ni aucune modification hématologique. — MM. Guillain et Trénel ont observé 3 fois la mort subite dans cette affection.

Déformations du pied chez trois tabétiques. — MM. Marie et Bouttier. Le premier présente le type Charcot, le deuxième le pied bot type Joffroy, le troisième un pied ballant par impotence musculaire, sans lésions osseuses à la radiographie.

Réaction d'Abderhalden dans les maladies nerveuses. — MM. Marie et Léri ont trouvé une réaction anticerveau dans le ramollissement cérébral, dans l'hémorragie une réaction antisang; ces ferments ne passent pas dans le liquide céphalo-rachidien; dans une sclérodermie, pas de réaction antithyroïde, comme l'ont signalé d'autres auteurs.

La thyroïde des basedowiens. — M. Léopold-Lévi. L'organe serait toujours en hyperfonction pouvant aller jusqu'au polyadénome, en passant par l'hypertrophie simple.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1913)

Le correctif de tension moyenne dans l'appréciation de la constante d'Ambard chez les néphro-scléreux. — MM. Ch. et Noël Fiessinger, ayant étudié la perméabilité rénale chez quarante malades atteints de néphrite atrophique lente, décrivent une période initiale où la constante d'Ambard est normale, alors qu'il existe déjà des signes cliniques et urinaires démontrant une atteinte de la perméabilité rénale. A cette époque la tension artérielle est très élevée. Les auteurs, considérant cette hypertension comme une réaction compensatrice dont le but est d'augmenter l'excrétion rénale déficiente, conseillent, pour apprécier la perméabilité rénale, de ramener la tension moyenne à 12 en multipliant le chiffre de la constante par : tension moyenne. Ce correctif leur a permis d'apprécier d'une façon plus exacte l'état de la perméabilité rénale au début de la néphro-sclérose.

Action physiologique, en particulier sur la croissance, d'un lipoïde (II B a) extrait de la thyroïde. — M. H. Iscovesco démontre expérimentalement qu'un lipoïde qu'il a extrait de la thyroïde excite fortement les capsules surrénales, les ovaires, l'utérus et les testicules. Il excite le cœur plus chez les femelles que chez les mâles. Il excite légèrement la rate; n'excite le rein que chez les mâles; excite fortement la thyroïde plus chez les femelles que chez les mâles. L'auteur insiste sur ce fait qu'une même sécrétion interne produit des effets légèrement différents suivant le sexe. Il a étudié aussi l'action de ce lipoïde sur la croissance et conclut de ses expériences que le lipoïde thyroïdien régularise la croissance chez les très jeunes sujets; la régularise et l'accélère un peu chez des sujets en voie de croissance; et enfin fait perdre du poids aux sujets adultes ayant terminé leur croissance.

Structure des capsules surrénales accessoires chez le lapin. — MM. Mulon et Porak. A la périphérie de ces capsules on trouve une zone de cellules, privées en majeure partie d'enclaves, cellules de réserve (zone dite glomérulaire); plus au centre une zone fasciculée et une zone réticulée constituée à peu près exclusivement par des spongiocytes, c'est-à-dire extrêmement riches en enclaves lipoïdes. Ces enclaves sont anisotropes et présentent les réactions de la cholestérine. La zone réticulée est riche en capillaires sanguins et peut contenir de rares cellules maigres, osmiophiles.

Culture in vitro du parasite du paludisme d'après la méthode de Bass. — MM. Ed. et Et. Sergent, Béguier et Plantier. En suivant la méthode de Bass, on peut mener à son terme in vitro l'évolution complète d'une génération de plasmodium præcox depuis le stade de la petite forme annulaire jusqu'au stade à mérozoïtes. Lorsque le prélèvement est pratiqué au moment où les parasites sont au stade de jeunes schizontes, l'évolution dépasse le stade à mérozoïtes, et l'on peut constater in vitro l'infection des globules rouges par de très jeunes parasites. Pour que cette évolution puisse se produire, il faut une température supérieure à 37 degrés. Lorsque les parasites ne continuent pas à évoluer, la mort survient de deux façons, soit par englobement phagocytaire, soit par lysis. Dans tous les tubes, les croissants, après avoir pris une forme elliptique, subsistent longtemps sans montrer aucune trace d'activité parthogénétique. Dans les cultures positives, un certain nombre de formes restent stationnaires plusieurs jours sans apparence de développement ni de dégénérescence.

VARIÉTÉS

LE SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE PENDANT LA DEUXIÈME GUERRE DES BALKANS

Un nombreux auditoire, comprenant toutes les sommités de la médecine militaire et beaucoup de médecins civils, se pressait samedi dans le grand amphithéâtre du Val-de-Grâce, afin d'entendre la conférence que M. le professeur agrégé Reverchon allait faire sur le service de santé en campagne pendant la deuxième guerre balkanique. Notre confrère a, en effet, été chargé d'une mission en Serbie durant les mois de juillet et août de la présente année, et c'est le résultat de ses observations qu'il exposait l'autre soir.

Après que M. le médecin inspecteur A. Mignon, directeur du Val-de-Grâce, l'eût présenté à ses auditeurs, M. Reverchon prit la parole et pendant deux heures fit revivre sous leurs yeux les événements auxquels il avait assisté, énuméra les observations qu'il lui avait été donné de faire et en tira les enseignements qui pourraient être utiles à notre service de santé dans les guerres à venir.

Il nous est naturellement impossible de chercher à résumer en quelques lignes cette vaste accumulation de documents, de chiffres, de faits, d'anecdotes. M. Reverchon a donné à entendre que sa conférence serait imprimée et sous cette nouvelle forme elle constituera certainement un ouvrage du plus haut intérêt.

Après avoir posé devant ses auditeurs une esquisse du soldat serbe, plus affiné et plus facilement entraînable, et du soldat bulgare, plus fruste, plus difficile à entraîner mais que rien n'arrête une fois qu'il est lancé, l'orateur a montré ces troupes pendant l'action, puis, par une transition trop facile, hélas! est passé à l'étude des blessures. Celles produites par les armes blanches sont peu fréquentes, ces armes perdant de plus en plus de terrain dans les guerres modernes; c'est le fusil qui tient le premier rang. Notre confrère a pu observer par contre de nombreuses blessures multiples par schrapnel, trop souvent infectées. Très intéressantes étaient également les blessures faites par les fragments tranchants des obus explosifs, et les projections qui accompagnaient les explications de l'orateur en montraient toute l'horreur. Beaucoup de ces plaies étaient infectées, beaucoup ont nécessité des amputations, bien que là encore la chirurgie conservatrice ait

obtenu de nombreux et remarquables succès. Il paraît d'ailleurs que l'effet moral des obus explosifs est terrible et que les plus braves sont impressionnés par le bruit particulier de « gloussement de poule » qui les annonce.

Mais quelles qu'aient été les pertes dues au combat elles sont encore dépassées de beaucoup par celles dues à la maladie, et dans cette guerre balkanique aux maladies habituelles des armées en campagne sont venues s'ajouter les horreurs du typhus et du choléra. M. Reverchon a décrit l'invasion de ces deux épidémies, et il a, chemin faisant, rendu hommage au sang-froid et au courage des infirmières françaises. Il a insisté aussi sur le rôle considérable que doit jouer le laboratoire dans des cas semblables en permettant de diagnostiquer sûrement une épidémie dès l'apparition des premiers cas, incertains au point de vue clinique; les cinq laboratoires que possédait l'armée serbe lui ont à ce point de vue rendu de grands services.

Nous ne nous étendrons pas sur le chapitre des relations du service de santé avec le commandement que M. Reverchon a développé avec toute l'ampleur que mérite le sujet et avec la haute compétence qu'il possède sur la question. Nous dirons seulement que le conférencier a insisté sur le rôle particulièrement important du médecin d'armée, sur les services considérables rendus pendant le combat par l'organisation industrielle des liaisons, c'est-à-dire par l'emploi du télégraphe et du téléphone. La grande initiative laissée dans l'armée serbe aux divers représentants du personnel médical a beaucoup frappé également notre confrère, et on en voudrait moins là-bas, paraît-il, à un médecin qui aurait risqué sans succès une initiative trop grande qu'à un autre dont le manque de décision aurait eu des conséquences fâcheuses.

L'avantage du matériel de pansement tout préparé a été pleinement mis en lumière au cours de la campagne étudiée par M. Reverchon; c'est ainsi que les Monténégrins n'avaient pas de pansement individuel et que les résultats obtenus par eux ont été désastreux. Mais malgré la facilité de pose de ces pansements, il est infiniment préférable que l'application n'en soit point laissée aux seuls infirmiers et soit faite ou surveillée par un médecin.

Dans une seconde conférence, qui aura lieu le 6 décembre, M. le professeur agrégé Reverchon s'occupera de l'évolution et du traitement des blessures de guerre au cours de la même campagne, et il n'est pas douteux qu'il ne retrouve le succès mérité obtenu par lui samedi dernier. G. L. H.

LIVRES NOUVEAUX

Quelques consultations médicales (1), par le docteur R. Oppenheim, médecin de la Maison départementale de Nanterre, avec la collaboration de MM. H. Bourgeois, Chifoliau, Fage, Poulard, Sabatié.

L'auteur tient à avertir les lecteurs, dans un avant-propos, que ce petit volume n'est ni un manuel de thérapeutique ni un formulaire mais simplement le recueil de quelques ordonnances types, comme nous sommes tous appelés à en prescrire quotidiennement au lit des malades.

Le but poursuivi est de montrer, dans un cas donné, ce qu'il y a à faire immédiatement de plus simple, de plus efficace et de moins dangereux et il faut convenir que l'on ne saurait vraiment s'imposer une ligne de conduite meilleure et plus sage. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 268 p. — Paris, A. Rouzaud.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LA TÉTANIE

La tétanie, décrite pour la première fois par Tonnelé, se caractérise essentiellement par des contractures qui se localisent tantôt aux muscles des extrémités, tantôt aux muscles du larynx. Elle peut, dans les premières années de la vie, ne manifester son existence que par un minimum de symptômes (*états tétanoïdes*). Elle est presque toujours causée par une auto-intoxication gastro-intestinale et semble liée le plus souvent à une insuffisance parathyroïdienne (Hutinel et Babonneix).

SYMPTOMATOLOGIE. — La tétanie est caractérisée essentiellement par l'existence des symptômes cardinaux suivants : les contractures, les convulsions, l'hyperexcitabilité mécanique des nerfs, l'hyperexcitabilité électrique des nerfs et des muscles.

a. Contractures : convulsions toniques. — Elles constituent le symptôme capital et peuvent être localisées ou généralisées. Le plus souvent, les contractures s'observent au niveau de l'extrémité des membres; elles sont presque toujours symétriques; chez le tout jeune enfant (Escherich), la main en pronation est fléchie sur le bord cubital; le pouce, rabattu, est recouvert par les autres doigts; si la tétanie est intense, les contractures s'étendent à tout le membre; les mains se fléchissent à angle aigu sur les poignets, les avant-bras sur les bras qui s'appliquent étroitement contre le thorax; chez l'adulte, la main se creuse et prend souvent le type de *la main d'accoucheur*. Aux pieds, les orteils se fléchissent le pouce au-dessous des orteils, la face plantaire se creuse, le talon est tiré en haut, c'est le *spasme carpo-pédal* d'Escherich. La durée de ces contractures oscille entre quelques minutes et plusieurs heures. L'ensemble des accès constitue une attaque de tétanie. On peut faire revenir les accès en exerçant une compression sur les muscles affectés ou sur le trajet des vaisseaux et des nerfs qui s'y rendent : c'est le *phénomène de Trousseau*, que l'on recherche en comprimant le bras comme pour une saignée, ou le plexus brachial. Parmi les autres variétés de contractures localisées, il faut tout spécialement signaler le *laryngospasme* associé souvent à des contractions du diaphragme et des contractures limitées à un groupe musculaire, parfois à un seul muscle : c'est ainsi qu'à la face on peut observer du trismus, des spasmes de la paupière; aux membres supérieurs, la contracture isolée du pouce; aux membres inférieurs, les contractures des muscles de la cuisse; au tronc, un pseudo-tétanos, etc. Dans certains cas, on pourra observer des *contractures généralisées*. Il n'est pas rare, enfin, d'observer des *convulsions cloniques*, surtout chez les tout jeunes enfants et dans les formes graves. La présence de ces convulsions cloniques démontre l'existence des étroites affinités qui unissent l'*épilepsie* et la *tétanie*.

b. Hyperexcitabilité mécanique des nerfs moteurs et des muscles. — Chez un sujet atteint de tétanie, la percussion des nerfs (facial, radial, etc.) effectuée au niveau des points dits excito-moteurs, détermine immédiatement une contraction. Le *signe de Chvosteck* ou *phénomène du facial*, s'obtient en percutant le facial sur le milieu d'une ligne allant de l'apophyse zygomatique à la commissure labiale : on observe alors, dans les cas moyens, une contraction de la commissure labiale; dans les cas intenses, une contraction de la moitié de la face. Le *signe de Weiss* est la contraction brusque de l'orbiculaire et du frontal par la percussion de la branche supérieure du facial à l'angle externe de l'orbite.

c. Hyperexcitabilité électrique des nerfs et des muscles. — Les modifications des réactions électriques au cours de la tétanie ont été bien étudiées par Erb : elles représentent le symptôme essentiel de la tétanie; la plus importante de ces modifications est l'*hyperexcitabilité galvanique des nerfs : le signe d'Erb* consiste en la possibilité d'obtenir des *contractions musculaires à la fermeture du pôle négatif* (N. F. C.), avec des courants très faibles, de 0,65 milliampère en moyenne, au niveau du cubital; Mann et Thiemich décrivent comme signe pathognomonique la possibilité d'obtenir des *contractions musculaires avec des courants négatifs d'ouverture* N. O. C.), inférieurs à 5 milliampères, 2 en moyenne. On

observe également une *hyperexcitabilité anodique d'ouverture* (P. O. C.) qui consiste en ce que les contractions produites à l'ouverture du courant positif surviennent plus tôt que celles déterminées par la fermeture du même courant (P. O. C. > P. F. C.)

Pour MM. Babonneix et Harvier, l'*hyperexcitabilité à l'ouverture du courant positif*, avec un courant positif inférieur à 5 milliampères, en moyenne de 0,55 à 1, est le plus constant des signes de la tétanie, celui que l'on retrouve toujours, dans la tétanie comme dans les états tétanoïdes. Le *phénomène d'Hampelmann* est l'apparition de contractions très fortes, en éclair, dans les bras, à la fermeture d'un courant de 3 à 4 milliampères, l'anode étant sur le sternum, la cathode sur les 6ᵉ et 7ᵉ vertèbres cervicales.

A côté de ces symptômes cardinaux, il faut décrire des symptômes d'ordre secondaire. On a signalé des troubles vaso-moteurs : œdème, cyanose, érythème; des troubles trophiques : chute des cheveux, des ongles, cataracte; des troubles des réflexes qui sont souvent exagérés, des troubles sensitifs ; engourdissement, douleur; des troubles sensoriels, surtout oculaires; des troubles psychiques; il n'existe pas de troubles des sphincters. Le cœur n'est pas modifié; il n'y a pas de fièvre; on a noté de la tachypnée, parfois de l'anorexie. Il existe souvent de la polyurie, avec parfois albuminurie, indicanurie. On a signalé l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, avec absence de réactions méningées.

FORMES CLINIQUES. — Avec Escherich, on peut diviser l'étude des tétanies en tétanies idiopathiques et en tétanies symptomatiques. Les *tétanies idiopathiques* sont ou intermittentes ou persistantes.

La *tétanie idiopathique intermittente* des grands enfants s'observe le plus souvent chez les garçons au moment de la puberté ; les *récidives* en sont fréquentes ; l'affection peut durer plusieurs mois ; elle se termine le plus souvent par la guérison ; la mort peut s'observer à la suite d'un accès de spasme glottique, d'une crise d'éclampsie, etc. Heubner a signalé la fréquence de l'épilepsie chez ces sujets ; Thiemich, l'arriération mentale.

A côté de la tétanie parfaitement caractérisée se rangent les *états tétanoïdes* (Escherich, Thiémich), observés chez des nourrissons rachitiques, élevés au biberon; ces états tétanoïdes ne sont pas autre chose qu'une tétanie dans laquelle les principaux symptômes restent longtemps en puissance, l'hyperexcitabilité électrique des nerfs existant seule pendant longtemps; ces états tétanoïdes présentent des combinaisons cliniques très diverses dont nous ne pouvons signaler que les principales : ainsi chez un nourrisson présentant l'hyperexcitabilité des nerfs, le signe de Trousseau peut à un moment devenir positif ; il s'agit là de *tétanie latente* (Kassowitz), de diathèse spasmophile. Parfois au cours d'un état tétanoïde, on voit apparaître des accès de *contracture des extrémités* ou, ce qui est plus grave, des accès de *laryngospasme* qui pourront provoquer la mort. Parfois aussi ce seront des *convulsions* qui représenteront la seule manifestation de la tétanie.

La *tétanie idiopathique persistante* s'observe, en été, chez les nourrissons ; elle se caractérise par des contractures de longue durée, persistant des semaines, se terminant presque toujours par la guérison ; les contractures sont tantôt localisées, tantôt généralisées (pseudo-tétanos).

Les TÉTANIES SYMPTOMATIQUES sont très nombreuses ; il faut signaler, parmi les plus importantes, la *tétanie des nourrices* qui guérit toujours, la *tétanie de la grossesse* qui cesse entre le sixième et le huitième mois, la tétanie des maladies infectieuses et des intoxications, qui guérit le plus souvent, enfin surtout la *tétanie des affections gastro-intestinales* (sténose du pylore, dilatation gastrique, etc.), qui prend souvent une forme chronique et comporte un pronostic sévère.

La *tétanie postopératoire* s'observe chez les sujets qui ont subi une thyroïdectomie totale, avec parathyroïdectomie ; il s'agit alors de tétanie chronique à prédominance des troubles trophiques. La tétanie peut être symptomatique d'une lésion cérébrale ou méningée (méningite tuberculeuse, hémorragie méningée, etc.).

La *tétanie expérimentale* peut être réalisée chez le chat (Babonneix, Harvier) par une parathyroïdectomie totale.

Telles sont les différentes manifestations cliniques de la tétanie ; ajoutons à cette description quelques *considérations étiologiques* intéressantes ; la tétanie est surtout fréquente dans les deux premières années de la vie ; elle se rencontre cependant assez souvent au cours de la seconde enfance et chez l'adulte ; parmi les causes qui peuvent la déterminer, on relève surtout les *affections gastro-intestinales* (gastro-entérites, dilatation gastrique, etc.). C'est pourquoi l'on trouve si souvent associés le *rachitisme* et la tétanie (Kassowitz, Marfan).

DIAGNOSTIC. — Chez l'adulte et chez l'enfant déjà grand, la tétanie doit être distinguée de l'*hystérie* et du *tétanos*. L'examen électrique permettra facilement le diagnostic ; chez le nourrisson, seule la ponction lombaire permettra de dépister une méningite cérébro-spinale, une hémorragie méningée ; chez le nouveau-né, il faudra éliminer l'*éclampsie*, le sclérème, les hémorragies méningées, le *tétanos*. Le diagnostic des *états tétanoïdes* sera toujours très délicat. Le laryngospasme doit toujours faire rechercher l'état des réactions électriques qui caractérisent à elles seules l'état tétanoïde. Le diagnostic se complétera enfin par la discussion du *diagnostic étiologique* (troubles digestifs, rachitisme, etc.).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — Les seules lésions retrouvées d'une manière à peu près constante au cours des autopsies de tétanie consistent en des altérations microscopiques des divers éléments constitutifs du névraxe (fibres, vaisseaux et surtout cellules) ; ce sont des altérations analogues que les auteurs ont retrouvées au cours de la tétanie parastrumiprive chirurgicale ou expérimentale. Signalons plus spécialement encore les altérations constatées au niveau des *parathyroïdes* (hémorragie, hypersécrétion colloïdale), ou l'absence, l'insuffisance de ces glandes (Yanase, Harvier).

Cette absence d'un substratum anatomique incontestable explique les nombreuses théories qui ont été successivement invoquées pour expliquer l'apparition de la tétanie. Bouchut et Corvisart ont soutenu sa nature rhumatismale, Raymond en a fait une manifestation *hystérique*, Franck-Hochwart la confond avec l'*épilepsie*. Kassowitz suppose chez les sujets qui en sont atteints une *hyperexcitabilité corticale*.

Les deux théories plus récemment émises font remonter la tétanie soit à une *insuffisance parathyroïdienne* (Jeandelize, Pineles), soit à des modifications dans le *métabolisme des sels de calcium* de l'organisme (rétention pour les uns, insuffisance pour les autres), modifications en rapport avec la teneur en sels de chaux du lait ingéré par le malade (Mac Callum, Finkelstein). En réalité il semble bien que l'on doive admettre le rôle capital joué dans tous les cas par les glandes parathyroïdes qui, normalement, exercent d'ailleurs une action de ralentissement sur l'excrétion calcaire (Babonneix, Harvier). M. Marfan attribue les altérations des glandes parathyroïdes aux mêmes causes qui provoquent les altérations ostéomédullaires du rachitisme ; ainsi s'expliquerait comment la diathèse spasmophile est si souvent associée au rachitisme.

PRONOSTIC. — Contrairement à l'opinion ancienne, la tétanie ne doit pas être considérée comme une affection bénigne ; une complication (spasme glottique, éclampsie) peut provoquer la mort ; souvent aussi la tétanie est symptomatique d'affections très sévères, fatales même (cancer gastrique, sténose pylorique, etc.).

TRAITEMENT. — Escherich recommande tout spécialement le *traitement préventif* (bonne hygiène alimentaire, bouillon de légumes, diète de Finkelstein). On préviendra les tétanies postopératoires en s'efforçant de respecter les parathyroïdes au cours de l'intervention. En cas de tétanie symptomatique, on traitera l'affection causale. La tétanie idiopathique sera traitée par les antinervins habituels, chloral, bromure de potassium, etc. La ponction lombaire, les bains tièdes ont donné parfois de bons résultats. L'*opothérapie parathyroïdienne* est jusqu'ici restée sans action ; MM. Marfan et Netter conseillent le *chlorure de calcium*, le formiate de calcium.

BIBLIOGRAPHIE. — HUTINEL et BABONNEIX. *Traité des maladies des enfants*, t. V. — HARVIER. *Recherches sur la tétanie et les glandes parathyroïdes*, Th. de Paris, 1909. — MARFAN. *Journ. de méd. interne*, nov. 1909.

Le Directeur-gérant : Dʳ François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 130. — SAMEDI 15 NOVEMBRE 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 15 NOVEMBRE 1913. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE. — *Pathologie.* — Séance du 12 novembre 1913. — MM. Godard (Henri) et Mlles Pommay, 8; Besson (M.) et Le Conte, 11; MM. Biuard, 5; Caron, 11; Lanos (Jean), 12; Jacquet, 7; Rouffiac, 13; Leclerc, 3.

Séance du 13 novembre. — MM. Lebée, 6; Bouchet, 10; Barry, 7; Rougeulle, 12; Renard (Jacques-André), 5; Mlle Le Soudier, 8; MM. Adam, 7; Soret, 8; Mérigot de Treigny, 9; Vincent, 8.

Anatomie. — Séance du 12 novembre. — MM. Loré, 4; Schwarzfeld, 2; Audebert, 9; Lancesseur, 3; Mlle Devé, 4; MM. Huc et Lempérière, 11; Moutier, 8.

Séance du 13 novembre. — MM. Stiassnie, 10; Alajouanine, 12; Vesselle, 8; Mineur, 6; Aubergé, 7; Marais, 11; Devaux, 8.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE PHYSIOLOGIE. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Séance du 12 novembre. — M. Delaunay : « Corrélations fonctionnelles des glandes digestives. » — Note : 15.

Deuxième séance du 12 novembre. — M. Lisbonne : « De l'intervention humorale dans la régulation des fonctions organiques. » — Note : 19.

M. Lafon : « L'acte sécrétoire. » — Note : 15.

Séance du 13 novembre. — M. Tournade : « Du rôle de la sensibilité dans la régulation des fonctions organiques. » — Note : 15.

Deuxième séance du 13 novembre. — M. Battez : « La régulation du rythme respiratoire. » — Note : 16.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. Policard, agrégé, est nommé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, chef des travaux d'anatomie générale et histologie, en remplacement de M. Regaud, appelé à d'autres fonctions.

M. Mazel, docteur en médecine, préparateur de médecine légale, est nommé, pour l'année scolaire 1913-1914, chef des travaux de médecine légale, en remplacement de M. Martin (Etienne), appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. Boquet, professeur de clinique obstétricale, est nommé directeur pour trois ans.

— BESANÇON. — M. Ledoux, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à partir du 2 décembre 1913.

— NANTES. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1913-1914, des cours de clinique annexes ci-après désignés :
Clinique médicale infantile : M. Mahot.
Clinique des maladies des voies urinaires : M. Rivet.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Monnier.
Clinique des maladies contagieuses : M. Aubry.
Sont chargés, pour l'année scolaire 1913-1914, des cours complémentaires ci-après désignés :
Maladies mentales : M. Biaute.
Oto-rhino-laryngologie : M. Texier.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — Un arrêté fixe ainsi qu'il suit les sujets de thèse en vue du concours qui sera ouvert à Paris le 4 mai 1914 pour cinq places d'agrégé des écoles supérieures de pharmacie.

Histoire naturelle : 1° la parthénogénèse chez les végétaux; 2° localisation et rôle des alcaloïdes et des glucosides chez les végétaux; 3° le latex; 4° les canaux sécréteurs et leurs produits; 5° la sexualité chez les champignons; 6° les champignons vénéneux; 7° les spirilloses; 8° l'anaphylaxie; 9° appareil thymo-thyroïdien.

Pharmacie : 1° étude critique des modes d'essai des extraits pharmaceutiques; 2° sérums, vaccins et toxines d'origine microbienne; 3° eaux distillées, leur composition, origine

RENSEIGNEMENTS

des principes qu'elles renferment; 4° substances médicamenteuses colloïdales; 5° médicaments chimiques à base d'arsenic.

PRIX NOBEL. — L'Académie royale des sciences de Stockholm vient de décerner les prix Nobel pour la physique et la chimie pour 1913.

Le prix de chimie est décerné au professeur Alfred Werner (de Zurich), et le prix de physique au professeur Kammerlingh Onnes (de Leyde).

Les prix de 1913 ont une valeur de 197000 francs environ.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Ont été élus pour 1914 : président, M. Bruylants; vice-présidents, MM. van Ermengen et Gratia.

L'installation du bureau aura lieu à la séance de décembre.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Un concours pour la nomination d'un inspecteur départemental des services d'hygiène dans le Finistère sera ouvert au ministère de l'intérieur le 25 novembre 1913.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés Français, âgés de trente ans au moins et de quarante-cinq ans au plus au 31 décembre 1913, et pourvus du diplôme de docteur en médecine. Leur demande, accompagnée des pièces et justifications qui sont indiquées par le programme, devra être adressée au préfet du Finistère et lui parvenir avant le 31 octobre.

Le traitement alloué est au début de 7000 francs pour s'élever progressivement à 9000 francs avec remboursement des frais de déplacement et participation à la caisse départementale des retraites.

Le programme du concours sera envoyé par la préfecture aux intéressés qui en feront la demande.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre distingué collègue, le docteur Gabriel Legué qui a succombé à Paris, âgé de soixante-six ans.

Dès le début de ses études médicales, Legué, qui était doué d'une prodigieuse mémoire et d'une instruction littéraire consommée, se portait déjà sur les recherches historiques et s'est fait un nom honorable dans ce genre de littérature. Il a écrit un livre très documenté sur les *Possédées de Loudun*.

C'était un aimable et sympathique confrère, c'était pour nous un vieux camarade d'études.

Nous adressons à sa veuve et à ses enfants nos plus sympathiques condoléances. A. BROCHIN.

— Les obsèques du docteur Legué auront lieu samedi à dix heures et demie à l'église Saint-Eugène.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Jules Mas, médecin principal des troupes coloniales.

HOPITAL COCHIN-RICORD (Services du docteur FOURNIER, médecin de l'hôpital Cochin-Ricord, et du docteur MICHON, chirurgien de l'hôpital Cochin-Ricord). — COURS DE PRATIQUES DES MALADIES VÉNÉRIENNES ET DES MALADIES DES VOIES URINAIRES, par MM. le docteur GUENOT, ancien interne, assistant du docteur Fournier, Marc EUDEL et Pierre ACHARD, internes du service du docteur Michon. — 16 novembre : Blennorragie aiguë et complications immédiates. — Recherche du gonocoque. Procédés de traitement. Vaccinothérapie.

17 novembre : Blennorragie chronique. Rétrécisssements. — Traitements divers. Dilatation, urétrotomie interne.

18 novembre : Chancre mou. Bubon chancrelleux. — Recherche du bacille de Ducret. Traitements du chancre mou et des bubons.

19 novembre : Herpès génital, balano-posthites. Ulcérations génitales non spécifiques. — Recherches microscopiques. Examens de malades.

20 novembre : Hypertrophie de la prostate. Diagnostic et choix d'un traitement. — Examen de prostatiques : le sondage et l'endoscopie chez les prostatiques.

21 novembre : Chancres syphilitiques. — L'ultramicroscopie.

22 novembre : Syphilis secondaire. — Examens de malades.

24 novembre : Tumeurs et calculs de la vessie. — La lithotritie. Cystoscopie et traitements endoscopiques des tumeurs.

25 novembre : Lithiase rénale et ses complications. — Pyélographie et radiographie. Cystoscopie.

26 novembre : La réaction de Wassermann (première leçon). — Pratique de la réaction.

27 novembre : Tuberculose génito-urinaire. — Cathétérismes des uretères.

28 novembre : La réaction de Wassermann (deuxième leçon). — Variétés techniques.

29 novembre : Tumeurs des reins. Recherches sur la valeur fonctionnelle des reins. — Dosage de l'urée et des chlorures. Constante d'Ambard. Examens microscopiques.

1er décembre : Généralités sur la syphilis tertiaire et son diagnostic. — Technique du traitement mercuriel et ses indications.

2 décembre : Syphilis et parasyphilis. Indications et technique du traitement par le 606 et le néosalvarsan.

Les leçons auront lieu du 15 novembre au 2 décembre 1913, à quatre heures, à l'hôpital Cochin-Ricord.

Droit d'inscription pour les 15 leçons : 50 francs (y compris les frais de laboratoire).

S'adresser pour inscription et renseignements au laboratoire du docteur Fournier ou à la policlinique du docteur Michon, à l'hôpital Cochin-Ricord, de neuf heures à midi.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 24 AU 29 NOVEMBRE 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 24 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 25 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 26 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral).

4e.

Jeudi 27 novembre, à une heure. — 3e (oral, 1re partie).

4e.

Vendredi 28 novembre. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 29 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 26 novembre, à une heure. — M. THIÉRY-DETAILLE. De la mortalité infantile dans les quatre premières semaines de la vie. (MM. Pinard, président; Reclus, Marion et Couvelaire.) — M. CARPENTIER. Du traitement des sténoses laryngées graves d'origine diphtérique par la laryngostomie suivie de dilatation caoutchoutée. (MM. Reclus, président; Pinard, Marfan et Couvelaire.) — M. GAUTHIER. Contribution à l'étude des accidents médullaires survenant au cours de la fièvre typhoïde et en particulier de la myélite méta-typhoïdique. Son diagnostic. (MM. Marfan, président; Pinard, Reclus et Couvelaire.) — M. COUDRAY. La mouche et l'hygiène. (MM. Blanchard, président; Delbet, Weiss et Jean Camus.) — M. GALLOT-LAVALLÉE. Un hygiéniste au XVIIIe siècle. Jean Colombier. (MM. Blanchard, président; Delbet, Weiss et Jean Camus.) — M. COURBE. Alphonse Guérin. Sa vie. Son œuvre. (MM. Blanchard, président; Delbet, Weiss et Jean Camus.) — M. JOUBREL. Contribution à l'étude de la médication spécifique des plaies par le sérum de cheval hyperimmunisé. (MM. Delbet, président; Blanchard, Weiss et Jean Camus.) — M. FOURNEAU. Terrains de jeux. (MM. Weiss, président; Blanchard, Delbet et Jean Camus.) — M. ROUCHE. Les porteurs de bacilles diphtériques. (MM. Gaucher, président; Teissier, André Jousset et Gougerot.) — M. BESANÇON. Erythème noueux et tuberculose. (MM. Gaucher, président; Teissier, André Jousset et Gougerot.)

REVUE GÉNÉRALE

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

DU

CANCER DU GROS INTESTIN (RECTUM EXCEPTÉ)

Par M. PAUL DUVAL (1),
Interne des hôpitaux de Paris.

III. **Les complications septiques.** — Ce sont les plus fréquentes après l'occlusion aiguë :

Le point de départ de l'infection est au niveau du néoplasme. Dans les cancers sténosants, au-dessus du rétrécissement, pullule une flore microbienne nombreuse, à virulence exagérée par la stase ; le colibacille est le plus fréquent, seul ou associé à des pyogènes banaux. Les anaérobies, dont la présence est très fréquente, jouent également un grand rôle dans la genèse des complications septiques.

L'inoculation est favorisée par le processus ulcératif qui évolue d'une part au niveau du néoplasme (cancer térébrant), d'autre part sur la muqueuse non cancéreuse de la région dilatée sus-jacente (ce qui se voit même dans les rétrécissements non cancéreux).

L'infection gagnera les tissus voisins par deux mécanismes :

a. Par propagation : la pénétration se fait au niveau de la surface ulcérée et l'infection gagne de proche en proche.

b. Par effraction : le processus ulcératif aboutissant à la perforation ou à la rupture (plus rare).

Ces complications sont :

1° LA PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE. — Elle est rare, car le cancer a tendance à créer des adhérences. Elle ne se rencontre guère que dans le cancer de l'S iliaque, où le petit squirrhe, qui est fréquent, reste longtemps sans adhérences (cas de Riedel, Nimier, Ruepp, Vignard).

La symptomatologie est souvent très atténuée, la péritonite survenant chez des malades très affaiblis. Souvent elle est une découverte d'autopsie (Haussmann).

2° Les ABCÈS PÉRINÉOPLASIQUES sont la complication septique par excellence. Ils compliquent surtout les cancers du cæcum et de l'S iliaque.

Certains ont une évolution entièrement torpide et sont découverts au cours de l'intervention. Dans d'autres cas, au contraire, c'est l'abcès qui attire l'attention sur le néoplasme resté latent (phlegmon symptomatique).

Le début se fait souvent insidieusement, cependant la fièvre serait, pour Desmarest, un signe constant et excellent. Elle atteint 39 degrés à 39°5. Elle peut précéder de plusieurs jours la suppuration. Parfois les signes généraux disparaissent au bout de quelques jours ; mais ce n'est qu'une « fausse accalmie » (Lejars) ; l'abcès continue à évoluer.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 127, p. 1997.

Le malade présente des douleurs généralement profondes, diffuses, avec des irradiations vers les lombes et les membres inférieurs.

A l'examen, l'abcès est souvent profond, faisant corps avec la tumeur cancéreuse. Si celle-ci a été constatée auparavant, le diagnostic de suppuration est difficile à établir, la tumeur est seulement augmentée de volume, ses limites sont moins nettes ; elle est souvent plus adhérente.

A l'S iliaque, la collection est d'abord profonde, difficilement accessible à la palpation dans la fosse iliaque gauche. Si elle évolue vers la fosse iliaque, elle devient de plus en plus superficielle et facile à reconnaître. Sinon, la palpation abdominale ne donne presque rien, le toucher vaginal ou rectal montre une masse occupant le Douglas, souvent adhérente à l'utérus ; dans ce cas, il est difficile, en dehors de la notion d'un néoplasme sigmoïdien de faire le diagnostic, on pense à une lésion annexielle. Chez l'homme, le diagnostic sera plus facile.

Au cæcum, l'abcès est fréquent, quand le néoplasme ulcéré occupe la face postérieure ; l'abcès rétro-cæcal, inaccessible à la palpation, se révèle seulement par une douleur lombaire, par la flexion de la cuisse (inconstante).

L'abcès précæcal est celui qui entre le plus vite en rapports avec la paroi abdominale antérieure et donne les signes physiques les plus nets.

La palpation révèle un plastron à limites plus ou moins nettes, douloureux ; il y a souvent de l'hyperesthésie superficielle et de la contraction de défense.

A la percussion, la région du plastron est mate à la périphérie ; elle est souvent sonore en son centre, par suite du mélange au pus de gaz. Ce sont des gaz intestinaux pénétrant par la perforation de l'intestin ou dus à des fermentations anaérobies sur place. Dans ce cas, il existe de la crépitation gazeuse à la palpation et parfois de l'emphysème sous-cutané qui peut être très étendu (tout le dos et le flanc dans le cas de Kerr).

L'examen du sang montre de l'hyperleucocytose, mais cet examen n'a de valeur que s'il montre une augmentation brusque par rapport à un examen antérieur ; il y a de l'hyperleucocytose dans le cancer. Toutefois une forte polynucléose est en faveur de la suppuration.

Evolution. — Les abcès vont tendre à s'ouvrir et cette ouverture se fera :

a. A la peau. La peau rougit, devient chaude, s'ulcère au bout de deux à trois jours. Ainsi se constitue une *fistule pyostercorale*. Cette fistule siège dans une des fosses iliaques, exceptionnellement à la région lombaire (Morris).

Elle est généralement unique ; parfois il y en a deux ou trois. Elle donne issue à du pus, des gaz et des matières. Le pus est fluide, peu coloré, très fétide. L'issue des gaz par la fistule n'est pas absolument pathognomonique d'une perforation intestinale ; elle peut être due à des anaérobies ou très rarement à la filtration des gaz intestinaux à travers la paroi intestinale très amincie (Schiller).

L'apparition des matières est parfois tardive ; la perforation de l'intestin peut être secondaire à la

fistule cutanée. Elle s'annonce alors par une recrudescence des signes généraux, la présence de pus et de sang dans les selles. Les matières sont généralement peu abondantes, grisâtres, très fétides; mélangées au pus, elles sont parfois difficiles à reconnaître.

L'écoulement est parfois intermittent ; quand il diminue, les signes généraux augmentent, traduisant la rétention.

Cette fistule n'a pas de tendance à la fermeture spontanée ; si celle-ci se produit, elle est suivie de récidive. Plus souvent, des bourgeons cancéreux l'envahissent; la fistule est définitive.

b. L'ouverture dans le péritoine amenant une péritonite généralisée est tout à fait exceptionnelle.

c. L'ouverture dans les viscères est moins rare.

α. La vessie est l'organe le plus fréquemmeut perforé par les abcès du petit bassin (périsigmoïdien, parfois péricæcaux avec ptose cæcale). Il se produit une cystite intense avec pyurie, fécalurie, émission de gaz par l'urètre (Tuffier).

β. Les fistules entéro-entériques sont silencieuses. Leur nombre est peut-être plus fréquent qu'on ne le croit.

γ. L'ouverture, dans l'estomac ou la vésicule biliaire, est exceptionnelle.

3° Les COMPLICATIONS A DISTANCE sont dues à des infections moins virulentes.

Telles sont les thromboses veineuses, qui frappent surtout les veines iliaques et leurs affluents, donnant de l'œdème d'un des membres inférieurs (du côté de la tumeur) exceptionnellement bilatéral. Parfois on constate tous les signes d'une phlegmatia alba dolens.

Dans le cadre de ces complications rentrent les infections pulmonaires avec congestion hypostatique, qui surviennent soit à la période terminale, soit après l'opération.

IV

Formes cliniques. — Les différents symptômes que nous avons décrits se groupent de façons très diverses. Les formes cliniques sont très nombreuses ; nous les grouperons en deux catégories :

A. Formes selon le siège ;

B. Formes selon la prédominance de certains symptômes.

A. **Formes selon le siège.** — Tous les segments du gros intestin peuvent être pris ; le tableau suivant résume la fréquence relative des différentes localisations :

	DE BOVIS.	HAUSSMANN.	AUTEURS ALLEMANDS.	TUTTLE.
Appendice	0,9 %			60 cas
Valvule	7	48 cas	20 à 30 %	
Cæcum	24,2			283 cas
Côlon ascendant	11,6	30 cas		
Angle hépatique	6,4			
Côlon transverse	10,2	26 cas	16 à 38 %	
Angle splénique	4,9	39 cas		160 cas
Côlon descendant	7,1			
S iliaque	27,3	100 cas	33 à 55 %	182 cas
Rectum				1690 cas
Intestin grêle				57 cas

1° Le CANCER DE L'APPENDICE s'observe chez des individus jeunes surtout de vingt à trente ans (Härte), plus souvent chez la femme. Il est parfois précédé d'appendicite chronique souvent oblitérante. Il existe deux formes.

a. La *forme critique* débute par une crise d'appendicite caractéristique avec fièvre. Dans un grand nombre de cas, on a pratiqué l'intervention et seul l'examen histologique a révélé le cancer. Si on laisse évoluer la crise, les phénomènes s'amendent, mais trois signes pourront faire soupçonner le néoplasme :

La persistance de la douleur ;

L'évolution anormale des crises ;

La fréquence des rechutes et des récidives.

Cette forme peut se compliquer de périappendicite suppurée, de péritonite généralisée par gangrène de l'appendice. En dehors de ces cas, le pronostic est bon, le cancer n'a pas de tendance à la généralisation et ne récidive pas après intervention.

b. La *forme lente* évolue sans crises aiguës, marquée seulement par de l'amaigrissement et des troubles digestifs vagues qui peuvent durer des années. Les symptômes deviennent plus nets à la phase d'extension, fréquente dans cette forme, mais tardive. Le cancer envahit le cæcum, les ganglions péricæcaux et des ganglions à distance. Opéré, il a tendance aux récidives.

2° Le CANCER DU CÆCUM est surtout fréquent chez l'homme entre trente-cinq et cinquante ans. Il est toujours marqué par une longue période latente.

A la période d'état, les douleurs siègent dans la fosse iliaque droite. Elles irradient vers la région inguinale droite, la région lombaire, la base de l'hémithorax droit, la sphère du crural (par compression).

A l'examen, le ventre est légèrement ballonné, la région ombilicale est voussurée, tympanique, contrastant avec la matité légère de la fosse iliaque droite. Un choc sur la paroi détermine des contractions péristaltiques, qui se dirigent de l'ombilic vers la fosse iliaque ; elles sont plus visibles dans le cancer du cæcum, car elles siègent sur le grêle.

La palpation de la fosse iliaque selon la méthode d'Obratszow, sous chloroforme, montre une tumeur verticale, le plus souvent mobile, au début surtout, latéralement, beaucoup moins mobile de haut en bas.

Il faut toujours rechercher les ganglions avec les quatre doigts enfoncés le long du bord externe du grand droit.

Le cancer du cæcum a peu de tendance à la généralisation, l'occlusion aiguë est relativement rare (1/11 des cas, Desmarets). L'invagination intestinale est plus fréquente. Les complications septiques ne sont pas rares.

Plus spéciaux à cette forme sont les troubles de compression : œdème du membre inférieur droit, par compression ou thrombose des veines iliaques externes, douleurs dans le membre inférieur droit (Péan), parésie dans la jambe droite (Desmarest), dues à la compression du crural, peut-être du sciatique, qui pourrait être atteint ici comme dans l'appendicite chronique.

Il existe une forme spéciale, la forme appendicu-

laire, avec crises simulant l'appendicite mais sans fièvre.

Signalons le cancer du cæcum ptosé dans le pelvis.

3° Cancer du côlon ascendant. — Les signes fonctionnels rappellent ceux du cancer du cæcum. La douleur est souvent lombaire.

La tumeur siège dans le flanc droit, elle est assez superficielle, peu mobile, surtout de haut en bas. Son grand diamètre est ordinairement vertical. Le cæcum qui est souvent distendu ne doit pas être confondu avec elle. La tumeur possède le contact lombaire et présente le phénomène du ballottement par la palpation bi-manuelle, lombo-abdominale. Elle contracte assez souvent des adhérences avec le foie.

4° Angle hépatique. — La douleur siège dans l'hypocondre ou dans la région lombaire. L'obstruction est assez précoce, en raison de la coudure de l'intestin. L'ictère a été signalé.

La tumeur est masquée d'abord par le foie. Lorsqu'elle atteint un assez grand volume, elle apparaît au-dessous du lobe droit du foie auquel elle adhère de bonne heure. La tumeur est peu ou pas mobilisable ; elle suit les mouvements respiratoires.

Elle peut adhérer et se fistuliser dans la vésicule biliaire, d'où cholécystite, infection biliaire dans le duodénum. Ces fistulisations sont très rares, mais spéciales à cette forme.

5° Cancer du côlon transverse. — Les signes fonctionnels n'ont rien de particulier.

La tumeur, superficielle, est pendant longtemps très mobile en tous sens, surtout de haut en bas. Les déplacements spontanés sont fréquents.

A une phase plus avancée, elle contracte des adhérences. Souvent elle s'abaisse par suite de son poids et est fixée par des adhérences au cæcum, à l'intestin grêle, aux organes du petit bassin; d'où autant d'erreurs de diagnostic possibles.

6° Cancer de l'angle splénique. — L'obstruction et l'occlusion intestinale sont très fréquentes. C'est, après le cancer sigmoïdien, celui qui se termine le plus souvent par occlusion aiguë. Il n'y a jamais de troubles de compression.

Les signes physiques manquent souvent : la tumeur est petite, difficile à percevoir.

7° Cancer du côlon descendant. — Les douleurs siègent à la région lombaire. L'obstruction est fréquente.

La tumeur est généralement volumineuse, facilement accessible à la palpation ; elle est allongée dans le sens vertical. Elle est peu mobile ; elle adhère précocement à la fosse lombaire et présente alors du ballottement.

8° Le cancer du côlon iléo-pelvien est le plus fréquent : 40 p. 100 des cas, dans la statistique de Haussmann. C'est la 3e localisation digestive, loin derrière l'estomac et le rectum.

Si le cancer siège entre la crête iliaque et le promontoire, sa symptomatologie est celle du cancer du côlon descendant. S'il occupe la partie inférieure de l'anse sigmoïde, il a les mêmes signes que le cancer du rectum. Le cancer de l'anse sigmoïde, dans sa partie moyenne, a seul une individualité propre.

Les signes fonctionnels sont souvent peu marqués, le cancer évoluant rapidement vers une complication mortelle.

Les troubles à distance sont assez fréquents. Au début, il s'agit de réactions coliques. Plus tard, la dilatation cæcale avec atonie, donnant lieu à des douleurs et au syndrome de Bouveret, peut égarer le diagnostic. Il y a assez souvent de la diarrhée ; les selles sont souvent hémorragiques et, plus souvent que dans les autres localisations, prennent le caractère dysentériforme (Pierre Duval) avec douleurs à la défécation, épreintes, ténesme.

Quand la constipation domine, les matières peuvent être ovillées, rubannées.

La tumeur est souvent un petit squirrhe annulaire, inaccessible à la palpation abdominale; c'est lui qui expose le plus et le plus vite aux complications. Dans les autres cas, la tumeur est volumineuse, plus que dans tout autre siège. La palpation abdominale la découvre à la partie inférieure de la fosse iliaque gauche. Elle est remarquable par sa grande mobilité et la fréquence de ses déplacements spontanés. La palpation donne surtout des renseignements lorsqu'elle est combinée au toucher rectal.

Le toucher rectal permet souvent seul d'atteindre la tumeur, lorsque, ayant allongé le méso-côlon pelvien, elle siège dans le Douglas. Le toucher combiné au palper permet d'apprécier la mobilité de la tumeur et plus tard l'étendue de ses adhérences.

En outre, on constatera souvent des hémorrhoïdes symptomatiques. Parfois, le rectum est dilaté par atonie, amyotrophie (Mathieu).

La recto-sigmoïdoscopie, quand le cancer siège sur l'anse sigmoïde, montrera son siège exact, son étendue, permettra de faire la biopsie. Si le cancer siège sur le côlon iliaque, il faudra recourir à la radiographie.

Evolution. — L'évolution aiguë est très fréquente et précoce. Elle peut être précédée d'occlusion chronique ; souvent elle est le premier symptôme marquant ; il n'est même pas rare qu'elle soit révélatrice d'un cancer latent, ou qui n'a donné lieu qu'à quelques douleurs vagues ne fixant pas l'attention du malade. La crise colique nette ou fruste se retrouverait presque toujours avant l'occlusion pour Pierre Duval.

La périsigmoïdite est assez fréquente, surtout dans le cancer térébrant, alors que l'occlusion est le fait du squirrhe annulaire. L'abcès est souvent révélateur. Il évolue vers la fosse iliaque gauche ; son allure est subaiguë. Le pronostic est grave, car il empêche l'intervention radicale, et souvent même l'entéro-anastomose.

Quand le cancer envahit le petit bassin, c'est la vessie qui est prise le plus souvent.

Il y a également compression des vaisseaux iliaques, d'où œdème du membre inférieur gauche et des nerfs : sciatique, tronc lombo-sacré, obturateur.

B. **Formes selon la prédominance de certains symptômes.** — Tantôt ce sont les signes généraux qui dominent; tantôt un signe fonctionnel ou physique donne au cancer son aspect clinique spécial. Dans le premier cas, il s'agit de la forme cachectique ou de la forme anémique; à la seconde catégorie appartiennent les formes dyspeptique, douloureuse, occlusive, diarrhéique, la forme avec tumeur.

La FORME CACHECTIQUE a été individualisée par Jouffroy. Elle se caractérise par un amaigrissement considérable survenant sans cause apparente; parfois il existe quelques troubles digestifs. Chez un sujet âgé, on pense à un néoplasme, mais rien n'indique sa localisation.

La FORME ANÉMIQUE est surtout une forme de début. Ultérieurement, on voit apparaître d'autres symptômes. Il peut s'agir d'anémie banale ou parfois d'anémie pernicieuse. La réaction de Weber dans les selles est souvent positive.

FORME DYSPEPTIQUE (dyspepsie stercorale de Kœnig). — Le malade présente de l'anorexie, des douleurs gastriques vagues, des nausées, des régurgitations, des renvois gazeux. Les vomissements sont fréquents : ils sont muqueux ou bilieux, l'haleine est fétide. Le malade est constipé, mais une purgation légère amène d'énormes débâcles. Ces débâcles produisent un soulagement très passager. Un tel ensemble de symptômes doit faire soupçonner l'obstruction intestinale.

L'amaigrissement est souvent très considérable.

FORME DOULOUREUSE. — Les signes gastro-intestinaux manquent ou sont peu accusés. Mais les douleurs sont extrêmement violentes, tantôt exagérées par la défécation, par l'alimentation, surtout par l'ingestion de certains aliments (choux), tantôt indépendantes de l'état intestinal, en dehors de toute constipation ou obstruction. Ces douleurs sont souvent intolérables, obligeant le malade à prendre des positions spéciales : à plat ventre, en chien de fusil, en position genu-pectorale. Les analgésiques sont souvent impuissants, ce qui n'empêche pas le malade de devenir morphinomane. Les douleurs siègent soit au niveau de la tumeur, soit et souvent à distance, dans les régions lombaire, hépatique, annexielle.

FORME OCCLUSIVE. — Les crises d'obstruction sont précoces, survenant à intervalles rapprochés aboutissant à l'occlusion aiguë. Ces symptômes sont ceux de l'obstruction chronique.

On a fait rentrer dans cette forme l'occlusion aiguë révélatrice. Cette forme est surtout fréquente dans les cancers de la moitié gauche du côlon.

FORME DIARRHÉIQUE. — La diarrhée apparaît généralement dès le début, parfois au cours de l'évolution, à la suite d'infection aiguë intercurrente ou de purgations répétées. Elle peut être le seul symptôme pendant plus d'un an (4 ans); parfois elle coïncide seule avec la tumeur. Elle peut être constante, rebelle à toute thérapeutique ou entrecoupée de crises de constipation durant 2 à 3 jours, toujours rares et très espacées.

Malgré la diarrhée, les signes de rétention toxique sont fréquents (de Bovis) : ce sont des nausées, des vomissements. L'antipéristaltisme traduit l'insuffisance des évacuations; c'est là un signe très important de diagnostic.

La FORME AVEC TUMEUR est caractérisée par l'absence de signes fonctionnels et la précocité de la tumeur. Cette forme est rare. Lenormant en a rapporté un cas dans ces dernières années.

V

Diagnostic. — **Diagnostic positif.** — La douleur fixe en un point, surtout la crise colique, mettront sur la voie du diagnostic; il sera affirmé par l'examen radiographique. A cette période, quand il n'y a pas encore d'obstruction, quand la tumeur est trop petite pour être décelée par l'examen clinique, on pourra toujours faire une opération radicale.

Plus tard, la constipation, l'obstruction, la réaction de Weber, la constatation de la tumeur permettront plus facilement le diagnostic de tumeur du gros intestin, sans qu'on puisse en préciser la nature. Le pronostic opératoire sera déjà beaucoup moins bon.

Diagnostic différentiel. — Plusieurs cas peuvent se présenter suivant que prédominent les signes généraux, tel ou tel signe fonctionnel ou la tumeur.

1° Les signes généraux prédominants peuvent faire penser à :

α. L'anémie, dont le diagnostic est d'autant plus difficile qu'il existe une forme anémique : à l'examen du sang, une forte leucocytose est en faveur du cancer;

β. La leucémie, qui a pour elle son type sanguin spécial;

γ. La tuberculose : dans un certain nombre d'observations de néoplasmes, on trouve signalée une atteinte légère d'un sommet (Desmarets, Arrou);

δ. La maladie d'Addison : l'hypotension est plus marquée que dans le cancer, les douleurs ont une localisation spéciale; enfin la mélanodermie, quand elle existe, fixera le diagnostic.

2° Les troubles fonctionnels prédominent :

a. Les troubles dyspeptiques peuvent faire croire à un cancer d'estomac, diagnostic difficile en l'absence de tumeur et de douleurs bien localisées : les autres troubles gastriques du cancer d'estomac, y compris l'hématémèse, peuvent se voir dans le cancer du gros intestin. Dans un cas de Mathieu, où fut posé le diagnostic de sténose du pylore, il s'agissait d'un cancer de l'S iliaque. La radioscopie bismuthée, indiquée dès qu'on soupçonne un néoplasme digestif, fera le diagnostic; elle montrera soit l'obstacle intestinal, soit une image lacunaire de l'estomac.

b. L'obstruction intestinale peut relever d'autres causes que le cancer :

Des brides, reliquat de péritonite ancienne, qu'on soupçonnera d'après les antécédents; d'ailleurs, le traitement est le même;

La péritonite tuberculeuse, dont les signes physiques peuvent manquer totalement (Quénu); mais il s'agit d'enfants ou de jeunes femmes : l'occlusion aiguë est plus précoce.

c. Les douleurs prêtent à des erreurs variables suivant le siège.

Dans la fosse iliaque droite, elles peuvent faire croire à l'appendicite, mais la fièvre manque en dehors du cancer de l'appendice.

La colique hépathique se distingue des douleurs d'un cancer du côlon ascendant ou transverse par ses irradiations spéciales, son point cystique, les vomissements bilieux ; il s'agit d'une femme présentant des antécédents lithiasiques, on trouve des calculs dans les fèces.

La colique néphrétique se distingue également par ses irradiations et la constatation de points urétéraux, des douleurs lombaires fréquentes dans toutes les variétés de cancer du gros intestin.

Les douleurs de la fosse iliaque gauche et du petit bassin ne seront pas rapportées à une salpyngite, un fibrome, un kyste de l'ovaire; l'examen de l'appareil génital fixera le diagnostic.

d. L'ensemble des symptômes peut faire croire à :

Une côlite chronique. La répétition des crises à intervalles de plus en plus rapprochés, l'âge avancé du malade, la dyspepsie stercorale, feront penser au cancer.

Toutefois, si rien n'attire spécialement l'attention sur un des segments du côlon, on pensera plutôt à la côlite. S'il y a localisation, le début par crise aiguë sera en faveur de la côlite; on interviendra d'ailleurs dans les 2 cas : le traitement des côlites localisées tend à devenir chirurgical. L'important est donc de pouvoir affirmer l'existence d'une lésion localisée du côlon, car cette lésion légitime à elle seule la laparotomie exploratrice (Quénu et Pierre Duval).

La polypose intestinale se caractérise par l'abondance de ses hémorragies. D'ailleurs, dans 50 p. 100 des cas, il y a une association cancéreuse.

L'appendicite chronique donne à peu près les mêmes symptômes fonctionnels, mais dans le cas de cancer l'amaigrissement est plus rapide, il y a souvent du melæna (Desmarets).

L'ulcère simple du côlon, décrit par Quénu et Duval, se traduit par des alternatives de diarrhée et de constipation, une douleur bien localisée à la palpation, correspondant à des zones indurées. Mais ses hémorragies abondantes, répétées, le distinguent du cancer.

L'angiome de l'intestin à forme anémique (Tuffier) se distingue également par des hémorragies très abondantes. Il est d'ailleurs exceptionnel.

3° La tumeur, quel que soit son siège, doit être distinguée de :

— Une tumeur stercorale, plus pâteuse, plus régulière, cédant à un purgatif;

— Une tumeur inflammatoire; les limites sont moins nettes, les adhérences précoces, l'évolution se fait par poussées accompagnées de signes généraux à la suite desquelles la tumeur augmente;

— La tuberculose intestinale se distingue par la multiplicité des tumeurs, la fréquence d'une localisation rectale concomitante, la constatation, inconstante d'ailleurs, de lésions bacillaires d'un sommet.

Un certain nombre de diagnostics différents se posent pour chaque siège :

a. En présence d'une tumeur du cæcum, il faut éliminer :

— Le rein droit ectopié, mais la mobilité est surtout verticale ; on peut réduire la tumeur tout entière dans la fosse lombaire ;

— Une tumeur du mésentère, très mobile en tous sens ;

— Une tumeur de la vésicule biliaire qui, pour être confondue avec une tumeur de la fosse iliaque, doit avoir un volume que le cancer n'atteint pas.

Il faut également éliminer les autres affections du cæcum :

— La tuberculose iléo-cæcale sera soupçonnée d'après l'âge et les antécédents. La tumeur est plus lisse, plus élastique, plus fixe, mate à la percussion. L'hypertrophie ganglionnaire est toujours considérable, ce qui donne à la tumeur un plus gros volume qu'au cancer ; mais les signes fonctionnels sont les mêmes et le diagnostic est souvent impossible à l'intervention.

— L'actinomycose est rare; elle est fixe, donne l'impression d'une masse de suif poussée entre le squelette et la paroi (Poncet). Elle évolue rapidement vers la formation d'un abcès qui s'ouvre à la paroi ; le pus contient des grains jaunes.

— La dilatation cæcale avec atonie peut être essentielle; le cæcum est alors ptosé; il est gargouillant, pseudo-fluctuant. Dans la dilatation qui accompagne un cancer situé en aval, on constate le syndrome de Bouveret; la tumeur est variable d'un jour à l'autre, sonore, douloureuse en cas d'ulcérations diastatiques.

Une tumeur du cæcum en situation anormale, pelvienne, sera distinguée d'une tumeur du petit bassin par les antécédents, le toucher vaginal ou rectal.

b. Un cancer du côlon descendant peut simuler :

— Une tumeur du rein droit. La douleur lombaire et le ballottement existent dans le cancer du côlon. L'exploration de l'appareil urinaire et la radiographie l'élimineront.

— Les tumeurs de la vésicule biliaire ont un siège très voisin du côlon; elles peuvent le comprimer, mais elles sont piriformes à grosse extrémité inférieure; elles ont un pédicule les rattachant au foie ; elles s'accroissent de haut en bas.

Une tumeur de l'angle hépatique, adhérente au foie, peut être prise pour un cancer de cet organe. Mais il n'y a pas d'autres noyaux à la surface du foie. D'ailleurs, l'obstruction intestinale vient de bonne heure affirmer le diagnostic.

c. Une tumeur du côlon transverse peut en imposer pour :

— Un cancer d'estomac; mais la tumeur est alors moins mobile, surtout si elle est près du pylore; elle est alors plus profonde. L'insufflation de l'estomac permettra de rattacher la tumeur à cet organe ou au côlon;

— Les tumeurs du mésentère ont une mobilité extrême. Si la tumeur est petite, elle peut être sonore à la percussion par suite de l'interposition de l'intestin; si elle est plus volumineuse, elle est mate, entourée d'une zone de sonorité. Son volume

devient rapidement énorme; le plus souvent c'est un kyste, lisse, régulier, rénitent;

— Les tumeurs de l'épiploon rappellent beaucoup celles du mésentère.

d. Une tumeur de l'angle splénique ne doit pas être confondue avec :

— Une tumeur de la rate qui atteint un volume considérable, est régulière, entre en rapports étendus avec la paroi thoracique et le flanc gauche; l'examen du sang pourra être utile;

— Une tumeur de la grande courbure de l'estomac sera diagnostiquée par l'insufflation et la radioscopie.

e. Le cancer du côlon descendant, par les douleurs lombaires, par le ballottement, peut être confondu avec une tumeur du rein gauche. Mais le cancer du côlon est situé un peu plus en dehors, surtout près des fausses côtes. On examinera l'appareil urinaire.

f. Le cancer du côlon pelvien peut être confondu avec :

— Le mégacôlon, surtout lorsque le rectum apparaît dilaté au toucher, mais il n'y a pas de crises douloureuses; le côlon ascendant est également dilaté et sonore : le sujet est jeune; la radioscopie fera le diagnostic;

— Un cancer du rectum haut situé, qui donne les mêmes signes fonctionnels : le toucher rectal, la rectoscopie fixeront la lésion;

— Une tumeur de la vessie sera diagnostiquée par la cystoscopie : il existe d'ailleurs des cas d'envahissement secondaire;

— Une lésion des annexes; si la tumeur siège dans le Douglas, si elle n'a pas de limites nettes, mais présente un empâtement diffus, l'on pensera à une lésion annexielle, l'absence de passé génital, la recto-sigmoïdoscopie permettront seules de deviner, dans ce cas, un cancer;

— Une sigmoïdite chronique est difficile à distinguer du cancer : le début par une crise aiguë, l'existence de petites poussées aiguës, l'absence d'obstruction peuvent y faire penser; la sigmoïdoscopie établira le diagnostic. D'ailleurs, le traitement est également chirurgical.

Le syphilome sigmoïdien se reconnaît à la sigmoïdoscopie; l'intestin est transformé en un tube rigide, avec des ulcérations par plaques, recouvertes de pus concrété, ne saignant pas facilement.

Diagnostic des complications. — Au cours d'un cancer reconnu, il est facile de diagnostiquer l'occlusion, les complications mécaniques. La fièvre doit faire penser à une suppuration.

Quand une complication grave éclate brusquement, on ne cherche guère à dépister le cancer causal, car ces complications exigent une intervention immédiate.

Les phlegmons symptômatiques seront souvent difficiles à ramener à leur cause. Il faut soupçonner le cancer dans tous les phlegmons des fosses iliaques, surtout gauche, à allure subaiguë et que n'expliquent pas un traumatisme ou un corps étranger, l'appendicite mise à part.

VI

Pronostic. — Il est grave, comme dans tout cancer. Il est subordonné à l'âge du sujet, au siège et à la nature de la tumeur.

Le cancer des jeunes ne serait pas plus grave que le cancer des vieux pour de Bovis. Le fait est nié par Louart.

L'influence du siège est très importante.

Le cancer sigmoïdien est le plus grave à cause de la fréquence et de la précocité des complications, surtout de l'occlusion aiguë. La phase préopératoire est courte, quelques jours à un an au maximum. L'intervention est difficile, le choc opératoire considérable. La durée totale de la maladie est en moyenne de 10 à 15 mois. La survie après entérostomie est souvent courte : quelques jours à 6 mois, exceptionnellement 35 mois (Ruepp). La survie après intervention radicale est de 12 à 18 mois.

Le cancer de l'angle splénique vient le second dans l'ordre de gravité décroissante, à cause de la fréquence de l'occlusion.

Le cancer du cæcum a un pronostic beaucoup meilleur.

La phase préopératoire dure de 1 à 2 ans, en moyenne, et même 35 mois (cas de Desmarets). Les complications sont plus rares. Laissé à lui-même, sa durée totale est de 2 à 3 ans. L'opération radicale est possible dans un bien plus grand nombre de cas.

Le pronostic opératoire est beaucoup meilleur. Après résection, 78 p. 100 des malades ont été retrouvés en bonne santé après plus d'un an, 39 p. 100 après plus de 2 ans.

La nature de la tumeur influe également sur le pronostic.

Le squirrhe, plus fréquent à l'S iliaque, aboutit rapidement à l'occlusion. Il expose aux complications septiques.

L'encéphaloïde a une évolution plus longue.

Le sarcome, rare, a une évolution très rapide; il récidive ou se généralise dans les 6 mois qui suivent l'intervention.

Pronostic opératoire. — Le pronostic des opérations palliatives est forcément réservé. Les malades succombent au cancer 5 à 18 mois après l'opération, exceptionnellement 35 mois.

Le pronostic des opérations radicales devient de plus en plus satisfaisant, à mesure que la technique se perfectionne et que l'opération devient plus précoce. De Bovis, en 1900, donnait une survie moyenne de 19 mois. Aujourd'hui, on constate des survies de plus en plus longues : 8 ans (Fuchsig), 9 ans (Gouilloud), 10 ans (Czerny). Paul (en 1912), sur 15 cas, compte 4 morts par récidive au bout de 2 ans 1/2 à 7 ans, 3 morts d'autres affections, 9 bien portants depuis 3 à 10 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Barker. Les progrès du diagnostic du gros intestin. Amélioration du pronostic, *The Practitionner*, 1911. — De Bovis. Cancer du gros intestin, *Rev. de chir.*, 1900.

Coste. Th. de Lyon, 1905. — Cramer. Sur le diagnostic du cancer du cæcum, *Münch. med. Woch.*, 1912. — Cumston. *Ann. of Surg.*, 1902.

DESMAREST. *Le cancer du cæcum*, Th. de Paris, 1907. — DUVAL (Pierre). *Le cancer du côlon pelvien*, Th. de Paris, 1902; — *Pathologie chirurgicale*; — Chirurgie du côlon pelvien, rapport au *Congrès de chirurgie*, 1913. — DON. Cancer du côlon, *Edinburgh med. Journ.*, 1910.

FIORAVANTI. Contribution à l'étude des tumeurs inflammatoires du cæcum, *Policlinico*, 1909.

GOUILLIOUD. Sur le cancer du cæcum et de l'S iliaque, *Congr. de chir.*, 1901. — GOODALE (de Boston). *L'invagination intestinale chronique*, 1910.

HAUSSMANN. *Cancer de l'intestin*, Th. de Paris, 1882. — HŒNICH. Examen radiologique des cancers du gros intestin, *Münch. med. Woch.*, 1911.

JOUFFRAY. *Formes cliniques du cancer du gros intestin (rectum excepté)*, Th. de Lyon, 1906.

KEMHADJIAN. *Cancer de l'appendice*, Th. de Paris, 1911. — KASEMEYER. Invagination intestinale par tumeur, *Deut. Zeits. f. Chir.*, 1912.

LENORMANT. Cancer de l'angle colique droit où la tumeur fut le seul symptôme, *Soc. anat.*, 1910. — LEJARS. L'invagination intestinale dans le cancer du gros intestin, *Rev. de gynécol.*, 1897; — Tumeurs inflammatoires pseudo-néoplasiques, *Semaine méd.*, 1906. — LOUART. *Le cancer du gros intestin dans la jeunesse*, Th. de Paris, 1900. — LEREBOULLET et TIXIER. Néoplasme du gros intestin à forme d'anémie pernicieuse, *Soc. méd. des hôpit.*, 1905.

MATHIEU. Les réactions coliques, *Gaz. des hôpit.*, avril 1913; — Cancer du côlon pelvien, *Gaz. des hôpit.*, juin 1913; — Les phases initiales du cancer du gros intestin, *Gaz. des hôpit.*, mai 1913. — MATHIEU et J.-Ch. ROUX. *Les abcès péricoliques, études de séméiologie et de thérapeutique intestinale*, 1911. — MASSART. Cancer de l'appendice iléo-cæcal, *Gaz. des hôpit.*, 1912. — MÜLLER. Rupture de l'S iliaque cancéreux, *Soc. de chir.*, Lyon, 1912. — MAYO. Tumeurs de l'anse sigmoïde, *Montreal med. Journ.*, 1909.

PATEL. Chirurgie du côlon pelvien, rapport au *Congrès de chirurgie*, 1913. — PAUL. *Contribution à l'étude du cancer du cæcum*, Th. de Paris, 1902; — Mon expérience personnelle de la chirurgie du gros intestin, *The Lancet*, 1912. — A. PETIT et MERLE. Cancer latent de l'angle colique gauche à forme anémique, *Soc. méd. des hôpit.*, 1908.

QUÉNU. *Soc. de chir.*, 1904-1913. — QUÉNU et LANDEL. Polyadénomes du gros intestin, *Rev. de chir.*, 1899.

REYN. Statistique des tumeurs cancéreuses du gros intestin, *Gaz. Petersburg*, 1902.

SCHMITZLER. Sur les sténoses intestinales, *Med. Klin.*, 1911. SOULIGOUX. Sur le cancer du gros intestin, *Congr. internat. de méd.*, 1900; — Note sur trois cas de cancer du gros intestin, *Congr. de chir.*, 1901. — SAVARIAUD. Cancer pénétrant de l'anse sigmoïde. Phlegmons stercoraux, *Soc. de chir.*, 1910.

VIALLET. *Etude des phlegmons symptomatiques des cancers du gros intestin*, Th. de Lyon, 1906. — VIGNARD. Un cas de péritonite généralisée dans le cancer de l'S iliaque, *Soc. de chir.*, Lyon, 1904.

Traités classiques : LE DENTU-DELBET; DUPLAY-RECLUS; GILBERT-THOINOT; BOUCHARD-BRISSAUD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1913)

Imperforation anale avec abouchement dans l'urètre chez un garçon et à la vulve chez une fille. — M. KIRMISSON fait un rapport sur deux observations adressées par M. Marquis (de Rennes). Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune garçon qui présentait une imperforation anale avec abouchement dans l'urètre. M. Marquis fit une opération qui consista à amener l'anus au périnée. Malheureusement la fistule intestino-urétrale ne fut pas fermée et les matières continuèrent à passer par ce trajet anormal et il y eut infection ascendante à laquelle l'enfant succomba.

Dans le second cas, il s'agissait d'une fillette présentant une imperforation anale avec fistule vulvaire, dans ce cas M. Marquis transplanta l'anus au périnée. Il y eut réunion par première intention et la petite malade guérit.

M. le rapporteur approuve la conduite tenue dans ces deux cas par M. Marquis. Etant donnée la difficulté d'une asepsie parfaite, dans ces cas, on ne saurait s'étonner de l'infection ascendante secondaire qui a emporté le petit malade. Mais l'opération à laquelle a eu recours M. Marquis est bien réellement l'opération de choix.

M. BROCA pense, avec M. Kirmisson, que si on opère dans ces cas c'est à la transplantation de l'anus au périnée qu'il faut avoir recours. Mais faut-il toujours opérer? Voilà la question. Il est bien certain que si la suture intestino-cutanée ne prend pas on risque d'aggraver plutôt la situation. C'est ce qui est arrivé à M. Broca dans un cas. Il croit impossible d'être absolument sûr d'éviter la suppuration et l'infection consécutive. En résumé, on peut dire que les transplantations effectuées dans ces cas réussissent le plus souvent mais ne réussissent pas toujours.

M. SAVARIAUD rappelle avoir communiqué un cas d'abouchement périnéal d'un anus imperforé dans lequel le résultat a été parfait. Mais, avec M. Broca, il estime qu'on ne saurait être toujours sûr d'obtenir la réunion par première intention.

M. KIRMISSON est d'accord avec ses collègues pour admettre que l'opération de choix est bien la transplantation dont on vient de parler et qu'on ne saurait, dans tous les cas, en assurer le succès.

Traitement de la dysenterie amibienne et des complications hépatiques par l'émetine. — M. MORESTIN fait un rapport sur une intéressante observation de M. Leroy des Barres (d'Hanoï). Il s'agit d'un cas d'abcès du foie d'origine amibienne traité avec succès par l'émetine. M. Morestin rappelle les communications de MM. Dopter, Chauffard, Coutaud et autres sur ce mode de traitement.

Il s'agit, dans l'observation de M. Leroy des Barres, d'un homme de trente-cinq ans qui était atteint de douleurs vagues dans les deux fosses iliaques avec malaise général et ascension de la température, pas de diarrhée, pas de dysenterie caractérisée. L'examen des selles, négatif au point de vue des helminthes, révèle la présence d'amibes dysentériques. On fait deux injections de 4 centigrammes de chlorhydrate d'émétine. La température tombe et il n'y a plus d'amibes dans les selles. Quelque temps après, ce malade est pris de douleur dans la région hépatique avec augmentation du volume du foie. Après trois ou quatre jours une ponction amène un liquide couleur porto dans lequel on trouve des amibes immobiles. Il y a donc une collection intrahépatique. M. Leroy des Barres l'ouvre et évacue du liquide et des fausses membranes. Un drain est placé qui est enlevé dix jours après. Guérison après un mois.

Ce malade a donc été en imminence de dysenterie qui a été jugulée par l'émétine. Toutefois le malade n'a pas été mis à l'abri d'une complication amibienne du côté du foie. Peut-être les deux infections, intestinale et hépatique, ont-elles été contemporaines. Il faut reconnaître aussi que la complication hépatique a été très atténuée sous l'influence de l'émétine. Cette observation vient à l'appui de ce fait que l'émétine ne dispense pas du traitement chirurgical. Quoi qu'il en soit, il semble bien démontré que nous possédons dans l'émétine, qui n'est qu'un dérivé du vieux traitement par l'ipéca, un merveilleux médicament contre l'infection amibienne.

Abcès amibien du cerveau. — M. JACOB fait un rapport sur un cas d'abcès amibien du cerveau communiqué par M. Léon Hermann (d'Alexandrie).

Le malade avait eu de la dysenterie, puis deux abcès du foie et ce ne fut que plusieurs mois après le début de la dysenterie qu'apparut un abcès du cerveau. C'était un sujet italien

de trente-cinq ans qui, à la suite d'une attaque de dysenterie, avait eu, à deux reprises, un abcès du foie opéré et guéri. Environ deux mois après, il fut pris de torpeur, de céphalée, puis d'hémiplégie droite. On diagnostiqua un abcès cérébral de l'hémisphère gauche. Plusieurs ponctions furent faites sans résultat. Le malade succomba et, à l'autopsie, on trouva un volumineux abcès dans l'hémisphère gauche, contenant des amibes et d'autres microbes. M. Jacob rappelle avoir présenté un cas analogue qui a fait l'objet d'un rapport de M. Sieur. Dans ce cas, M. Jacob avait pratiqué la trépanation.

Les abcès amibiens du cerveau sont rares. Dans la statistique qu'il a publiée, M. Hermann (Léon) n'en compte que 2 p. 100. La trépanation est indiquée, bien que dans la plupart de ces cas le malade meure, qu'on l'opère ou qu'on ne l'opère pas.

Plaies du cœur. — M. Delbet présente de la part de M. Lerat (de Nantes) une observation de plaie du cœur suturée par M. Lerat une heure après le coup de couteau qui avait causé la blessure. Opération par la technique Delorme-Fontan; pneumothorax sans inconvénient, plaie de la face antérieure du ventricule droit, suture à l'aide de deux points de catgut; guérison parfaite.

Tuberculose osseuse. — M. Mauclaire présente une jeune femme, atteinte de tuberculose du tarse et du tibia, qui a été guérie, en quatre ans, après une série de curettages et de grattages et l'ablation, par morcellement, de presque tout le tarse. Cette malade marche bien.

Mégalosplénie, guérison par le radium. — M. Quénu présente une femme de la Haye qui, à la suite d'accidents paludiques, a été atteinte d'une énorme hypertrophie de la rate. M. Quénu a confié cette malade à M. Degrais qui, après plusieurs applications de 24 centigrammes de sulfate de radium, est arrivé à réduire la rate de cette malade des deux tiers et à l'amener enfin à son volume normal; c'est vraiment là un merveilleux résultat.

Election. — M. Legueu est élu membre honoraire de la Société de chirurgie.

Commissions. — Deux commissions sont nommées, l'une pour l'élection des membres correspondants nationaux, l'autre pour la nomination des membres correspondants étrangers.

La première se compose de MM. Arrou, Sieur, Monod et Legueu; la seconde de MM. Chaput, Broca, Launoy et Mauclaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1913)

Technique et posologie du bain de lumière. — M. Dausset étudie l'action de l'héliothérapie artificielle. Les bains de lumière doivent être appliqués en l'absence du soleil dans tous les cas où l'héliothérapie est indiquée. Il faut, pour cela, s'adresser à des sources lumineuses donnant un spectre qui se rapproche le plus possible du spectre solaire; il faut de plus faire des séances beaucoup plus longues que celles qui sont préconisées d'habitude. Les lampes à vapeur de mercure fournissent une quantité de rayons ultraviolets que l'on utilisera de plus en plus en thérapeutique.

Paralysie tardive du nerf cubital après fracture du coude — M. A. Mouchet présente un enfant opéré par une technique spéciale de névrite cubitale ayant succédé tardivement à une fracture du condyle externe de l'humérus. Le résultat est excellent : correction du cubitus valgus et guérison de la paralysie du nerf cubital. L'auteur signale, à ce propos, les avantages de l'asepsie du champ opératoire par un produit résineux (méthode de von Oettingen).

Traitement du diabète par la phloridzine. — M. A. Leclerq montre que la phloridzine a la propriété de provoquer chez l'individu sain comme chez le diabétique une glycosurie expérimentale, et cela sans aucune augmentation de la glycémie. Il s'étonne que cette substance « désucrante » et excitatrice de l'épithélium rénal n'ait pas été plus employée jusqu'à ce jour dans le traitement du diabète; pour lui, la phloridzine constituerait un diurétique spécifique des complications hyperglycistiques du diabète, drainant le rein dans les grandes rétentions de l'organisme, au même titre que la théobromine pour le sel, la scille et la digitale pour l'azotémie, la colchique pour l'acide urique.

Sigmoïdite aiguë hémorragique. — M. Rabinovici, dans un travail de candidature, relate le cas d'une malade atteinte de sigmoïdite aiguë hémorragique, avec périsigmoïdite plastique, sans caractère dysentériforme, produite par un engorgement fécal.

PRATIQUE MÉDICALE

DEUX TRAITEMENTS DE LA TOUX

Il y a deux moyens thérapeutiques de lutter contre la toux : l'un, auquel on s'adresse immédiatement, c'est la méthode sédative, antispasmodique, passagère dans ses effets, puisque la toux reparaît quand on la cesse; l'autre, plus scientifique, plus rationnelle, en un mot plus médicale, la méthode étiologique s'adressant aux lésions.

La première est nécessaire et parfois même a son urgence. Contre les accès de toux de la coqueluche ou de l'asthme, contre les crises particulièrement pénibles chez les névropathes, de la bronchite vulgaire et, enfin, contre la toux sèche, celle qui n'est suivie d'aucune expectoration, il est évident que les bromures et l'opium sont des moyens très efficaces qu'il faut toujours utiliser. L'opium, à lui seul, suffit dans tous les cas, et le pantopon Roche, comprimés ou sirop, a rendu ce médicament essentiellement pratique, même chez les enfants, parce que, opium soluble, renfermant tous les alcaloïdes de la plante, de telle sorte qu'ils tendent à se neutraliser au point de vue des effets secondaires, il possède une puissance sédative constante avec un minimum d'inconvénients.

La méthode étiologique est plus longue à manifester ses résultats. Les processus congestifs et infectieux suivent une évolution naturelle qu'on ne peut maîtriser entièrement, surtout en peu de temps. Mais on arrive par une médication judicieuse à modifier cette évolution, à la diriger dans un sens favorable, à éviter les complications. Pour obtenir ce résultat il existe en réalité peu de médicaments. Il faut amener sur les lésions un principe actif qui excite les défenses locales, augmente la leucocytose et, d'autre part, diminue la septicité des muqueuses. Une dose suffisante de ce principe actif doit être prescrite, et c'est là le point difficultueux de la méthode, en raison de ce fait que, pour amener sur la lésion cette dose suffisante, il faut donner une quantité considérable du médicament, et alors se dresse la question de toxicité et de causticité. Il apparaît que, dans l'état actuel de la thérapeutique, les comprimés ou cachets Roche de thiocol approchent le mieux du résultat cherché. Ils déversent, en effet, dans l'économie une quantité élevée de gaïacol sulfoné, dépourvu de toxicité et qui augmente le pouvoir réactionnel des lésions pulmonaires tout en diminuant leur septicité. Ici, c'est une question de dose : 6 à 8 cachets suffiront, régulièrement ordonnés, et 4 à 6 et même 8 cuillerées à café par jour de sirop Roche au thiocol. La toux se calme au bout de deux à trois jours et bientôt disparaît, tandis que l'expectoration se modifie et que s'assèchent les lésions.

A vrai dire, ce moyen thérapeutique n'est pas un sédatif de la toux, il le devient secondairement parce qu'il tend à guérir

la maladie elle-même et que, par conséquent, les symptômes disparaissent d'eux-mêmes; d'ailleurs, l'auscultation permet de suivre cette évolution favorable et les explique cliniquement.

En pratique, le mieux est d'utiliser à la fois les deux méthodes et, en employant dès le début le pantopon, on laisse le temps à l'autre remède d'agir. C'est le procédé rationnel de tout traitement des affections respiratoires. J. BIRHAL.

LIVRES NOUVEAUX

Les Dyspepsies et leur traitement envisagés au seul point de vue clinique (1), par le docteur Félix RAMOND, médecin des hôpitaux de Paris.

M. Ramond a réuni, dans cet intéressant volume, des leçons faites par lui à la consultation de médecine de l'hôpital Saint-Antoine; une préface du docteur Clary montre bien comment et pourquoi ce livre a été écrit : « J'ai vécu la vie du médecin de campagne pendant près de soixante ans, et souvent j'ai bien regretté, en lisant tous les livres savants du moment, qu'il n'y en eût pas davantage de cliniques avant tout. » Quelques lignes plus loin, le docteur Clary remarque : « Notre clientèle n'est pas riche, notre village est dépourvu de tout outillage scientifique. Comment veux-tu que nous imposions à nos malades, déjà trop lents à nous faire vivre, les prix d'un examen du suc gastrique ou d'une radiographie? »

M. Ramond traite donc des dyspepsies et de leur traitement en se guidant sur les seules données de la clinique; après quelques notions d'anatomie, d'histologie et de physiologie gastriques, il expose, avec beaucoup de soin et de méthode, la manière d'interroger et d'examiner un dyspeptique; puis il décrit les dyspepsies essentielles, les dyspepsies secondaires et termine par l'étude des régimes et des médicaments.

M. BRELET.

Les Préjugés en diététique et dans les maladies des voies digestives (2), par le docteur A. MOLLIÈRE.

Voici quelque temps le docteur J. Bosviel eut l'idée de publier une série d'ouvrages sous cette rubrique générale, *Les préjugés en médecine*, et d'en confier la rédaction à des spécialistes autorisés. Lui-même s'est occupé des préjugés en oto-rhino-laryngologie, et nous avons parlé ici même de son ouvrage lorsqu'il a paru.

C'est au docteur A. Mollière qu'est échu le rôle de décrire et de combattre les préjugés relatifs à la diététique, son nom et sa spécialité le désignant pour cette considérable entreprise. Il s'en est tiré à son honneur et son livre, qui ne saurait, on le conçoit, être analysé, est écrit d'une façon alerte et imagée qui en rendra la lecture agréable en même temps qu'utile pour les médecins et même les profanes.

Le seul reproche que j'adresserai à l'auteur est de considérer peut-être trop facilement comme préjugés des notions qui, à tout bien considérer, pourraient faire appel de ce jugement. Cela vient sans doute de ce que notre confrère est très jeune — combien doit-on l'en féliciter! — et il ne serait point surprenant qu'il admît comme vérités, dans quelques années, certains des préjugés qu'il combat à l'heure actuelle... et réciproquement. Peut-être même sera-t-il convaincu, comme beaucoup de ceux qui ont vieilli dans la carrière, qu'il est illusoire de lutter contre les préjugés.

Quoi qu'il en soit, le livre du docteur A. Mollière est plein d'excellents enseignements et la lecture n'en saurait être que profitable. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 150 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, Jean Cussac.

(2) Un vol. de 178 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine.

Deux siècles de presse au service de la pharmacie et cinquante ans de *L'Union pharmaceutique* (1), par M. Eugène GUITARD, archiviste-paléographe, licencié ès lettres, sous les auspices de M. Charles Buchet, directeur de la Pharmacie centrale de France.

En mémoire du cinquantenaire de son journal, la Pharmacie centrale de France a eu l'heureuse idée de publier une histoire des journaux qui ont illustré les sciences, la médecine, et spécialement la pharmacie depuis 1665 jusqu'à nos jours. Mais pour composer pareil ouvrage il faut être rompu de longue date aux recherches historiques, aussi est-ce un archiviste, M. Guitard, qui a été chargé, sous les auspices de M. Charles Buchet, de mener à bien l'œuvre désirée.

Dans une première partie l'auteur nous conduit aux sources mêmes de la presse périodique, c'est-à-dire au XVIIe siècle, puis il nous la montre évoluant et se développant jusqu'à devenir ce que nous la voyons être aujourd'hui. Le chapitre sur « les périodiques médicaux de Paris à partir de 1789 » est particulièrement vivant et intéressant.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à l'histoire détaillée du journal *L'Union pharmaceutique*, mais cette monographie a permis à M. E. Guitard d'aborder une foule de questions d'ordre général et actuel. Citons entre autres une étude très claire de la publicité pharmaceutique et de la question, si importante pour le médecin et le pharmacien, des spécialités.

Ce livre, qui fait honneur à ceux qui en ont conçu l'idée et à celui qui l'a mise en exécution, est rempli de renseignements biographiques et bibliographiques qu'une table soigneusement établie permettra aux chercheurs de retrouver très rapidement. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Médecine et médecins en Ethiopie (2), par le docteur MÉRAB, médecin particulier du Négus.

C'est un ouvrage bien curieux et bien intéressant que celui que nous présentons ici, et il faut savoir gré au docteur Mérab d'avoir mis à profit ses fonctions de médecin particulier du Négus et de chef du dispensaire impérial du Palais, pour nous faire connaître les coutumes médicales du peuple éthiopien. Nous disons coutumes et non science, car la médecine est exercée par des prêtres, des empiriques et des sorciers. Heureusement que, grâce à un climat exceptionnel et à une vie libre et naturelle, les indigènes ignorent ces trois grands fléaux, la tuberculose, le cancer et l'alcoolisme. Par contre, ils n'ignorent point la syphilis qui est encore traitée par l'antique méthode des sudations. On verra, en lisant l'ouvrage très documenté du docteur Mérab, comment le Kousso domine toute la thérapeutique éthiopienne, thérapeutique simpliste qui convient bien à un peuple convaincu qu'il est préférable de conserver la vitalité de la race que de prolonger la vie individuelle. A. GAULLIEUR L'HARDY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Récits d'un soldat, par A. ACHARD. Collection Nelson. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Nelson, 189, rue Saint-Jacques.

Servitude et grandeur militaires, par Alfred DE VIGNY. Collection Nelson. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Nelson, 189, rue Saint-Jacques.

Cinq-Mars (édition complète en un seul volume), par Alfred DE VIGNY. Collection Nelson. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Nelson, 189, rue Saint-Jacques.

(1) In-8 de 320 pages orné de 22 gravures hors texte. En vente à la pharmacie centrale de France. — Prix : 3 fr. 50.

(2) Un vol. de 420 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Beauchesne.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazette des praticiens. — (N° 456, 1er oct. 1913.) A. Porot : Le lait en poudre. — S. Baudry : Contribution à l'étude médico-légale des paralysies traumatiques des muscles de l'œil (*fin*). — (N° 457, 15 oct.) G. Lemoine et F. Boissart : Du pneumothorax artificiel. — Voey : Nouvelle méthode de désintoxication intestinale par une alimentation phosphatidée. — A. Porot : Le lait en poudre (*suite*).

Gazette médicale de Nantes. — (N° 38, 20 sept. 1913.) F. Marguery et L. Fortineau : Etude de quelques propriétés des cultures pyocyaniques et de leur action sur l'infection charbonneuse. — G. Ollive et H. Le Meignen : Tuberculose et accidents de travail. — (N° 39, 27 sept.) A. Grosse : Quelques idées nouvelles sur les phlébites puerpérales (pathogénie, phlébite utéro-pelvienne). — Aubineau et Lenoble : Le nystagmus myoclonie. — (N° 40, 4 oct.) J. Gourdet : Présentations d'instruments. — (N° 41, 11 oct.) R. Benon et P. Denès : Traumatisme, paraplégie et dysthénie périodique. — (N° 42, 18 oct.) E. Joüon : Décollement traumatique de l'épiphyse supérieure du fémur reconnu et réduit trois semaines après l'accident ; décollement itératif de cette même épiphyse trois mois après la première réduction.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 39, 28 sept. 1913.) G. Petges : Le cycle biologique pathogène de la syphilis. — (N° 40, 5 oct.) Andérodias et Drouin : Deux cas d'ictère post abortum. — (N° 41, 12 oct.) E. J. Moure : Insuffisance vélopalatine. — G. Petges : Sporotrichose du dos des mains ; confusion possible avec la tuberculose verruqueuse. — (N° 42, 19 oct.) Leuret : Les polyuries. — (N° 43, 26 oct.) P. Balard : La prophylaxie en obstétrique. « Antisepsie ou asepsie. »

Journal de médecine interne. — (N° 27, 30 sept. 1913.) René Cruchet : Evolution de la tuberculose médicale chez le nourrisson. — F. Terrien : Nystagmus. — (N° 28, 10 oct.) P. Emile Weill : Le traitement des hémorragies génitales de la femme par les sérums sanguins. — (N° 29, 20 oct.) Léon Bernard : Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — (N° 30, 30 oct.) Gaucher et Joltrain : Valeur des réactions de fixation dans l'étude des maladies cutanées et syphilitiques.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 38, 20 sept. 1913) Dujardin : Enucléation préventive d'un œil blessé suivie d'ophtalmie sympathique. — (N° 39, 27 sept.) Maurice d'Halluin : La projection des corps opaques. — Bouchez : Bacillose pleuro-péritonéale. Cirrhose. — (N° 40, 4 oct.) J. Sablé et Havet : Le séro-diagnostic de Widal dans la fièvre typhoïde. — A. David : Les nouveaux traitements des leucémies. — (N° 41, 11 oct.) J. Sablé et Havet : Le séro-diagnostic de Widal dans la fièvre typhoïde (*fin*). — J. Fiévez : Un instrument pour la craniectomie. Modification au décolle dure-mère de T. de Martel. — H. Lavrand : Un antibuée.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 38, 18 sept. 1913.) A. Schnée : Nouvelle technique du bain quadricellulaire. — J. de Meyer : Aperçu des méthodes modernes d'examen physiologique de l'appareil cardio-vasculaire chez l'homme (*suite*).

Journal médical français. — (N° 10, 15 oct. 1913.) Hallion et Bauer : Généralités sur la vaccination antityphique. — Chantemesse : A propos du vaccin antityphoïde. — H. Vincent : La vaccination antityphoïdique. — L. Rimbaud : Les résultats d'ensemble des vaccinations antityphiques (vaccination préventive et vaccinothérapie). — Castaigne et Paillard : Sur quelques médications récentes de la fièvre typhoïde (urotropine, iode, adrénaline, abcès de fixation).

Journal scientifique et médical de Bordeaux. — (Août, sept., oct. 1913.) Faivre : Du pronostic en médecine (*fin*). — Armengaud : Ozène et eaux sulfureuses.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 33, 19 août 1913.) A. Basler : Sur le sens du toucher. — K. Helly : Sur la pathologie des capsules surrénales. — Th. Dieterle, L. Hirschfeld, R. Klinger : Etudes sur le goitre endémique. — F. Wesener : Expériences de deux ans avec la réaction de Wassermann. — L. Bitter : Un extrait d'organe pratique pour la réaction de Wassermann. — E. Vogt : Maladie d'Addison et grossesse. — W. Straub : Sur le danger de la combinaison de la morphine avec la narcose générale et les hypnotiques. — L. Haück : Action toxique, comme poison du sang, du cyanure d'or et de potassium chez l'homme. — R. Jelke : Emploi du collargol intrapéritonéal dans la péritonite purulente diffuse. — Rauschenberger : Un cas de tendovaginite gonorrhéique. — B. Auerbach : Péricardite caséeuse et accident. — Schurig : Traitement de la sciatique. — (N° 34, 26 août.) E. Schlagintweit et W. Stepp : Etudes sur la sécrétion pancréatique dans les troubles de la sécrétion pancréatique dans les troubles de la sécrétion gastrique. — W. Beyer : Emploi intraveineux du sérum antidiphtérique. — Meirowsky : Observation des spirochètes vivants. — H. Kaemmerer : Sur la question du pouvoir antétryptique du sérum sanguin. — E. Fabian : Sur le traitement du lymphosarcome. — W. Gundermann : Sur une anomalie fréquente de la colonne vertébrale thoracique inférieure. — E. Abderhalden et A. Fodoz : Sur les ferments de défense contre le sucre de lait du sérum sanguin des femmes enceintes et des femmes en couches. — R. Fœrster : Sur la psychologie des récits des blessés par accident. — W. Speck : Sur le noviforme pour le traitement des blessures. — Durlacher : Accouchement prématuré dans un cas de bassin plat rachitique, au cours d'une gravidité de la corne droite d'un utérus bicorne unicolle. — (N° 35, 2 sept.) H. Berger : Sur la présence des spirochètes du cerveau paralytique dans les expériences sur les animaux. — Dungern et Halpern : Sur la réaction du complément dans le liquide céphalo-rachidien au cours du carcinome. — E. Abderhalden et E. Schiff : Sur la spécificité des ferments de défense. — — Zink : La tuberculose du larynx est-elle une contre-indication au traitement par le pneumothorax artificiel ? — R. Geigel : La césure dans la respiration perceptible à l'oreille. — H. Bennecke : Traitement de graves septicémies par l'injection intraveineuse de sérum après saignée. — P. Kleinschmidt : Sur la technique de l'opération radicale des hernies inguinales. — Lunckenbein : Traitement des tumeurs malignes. — C. Herrligkoffer et J. Lipp : Expériences sur l'action de la source Max de Dürkheim. — K. Kirchner : Sur la corypine et son emploi en otologie.

Riforma medica. — (N° 41, 11 oct. 1913.) G. Burzi : L'action du cyanure double de potasse et d'or dans la syphilis et quelques dermatoses. — N. Pende et G. B. Varvaro : Maladie d'Addison avec intégrité histologique apparente des glandes surrénales et hypertrophie des glandes surrénales accessoires. — Mario Ciovini : Les leucocytes et les gaz du sang dans l'empoisonnement par anhydride carbonique, dans le jeûne et la réalimentation. — Luigi Millioni : A propos de l'association de l'acromégalie avec le myxœdème.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 131. — MARDI 18 NOVEMBRE 1913. 86e ANNÉE. MARDI 18 NOVEMBRE 1913. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Lecture. — *Pathologie.* — Séance du 14 novembre 1913. — MM. Marqueste, 9; Gallerand, 5; Cabouat, 9; Vinçotte, 8; Audebert, Saxe et Dagnan-Bouveret, 11; Coulaud, 10; Bigot, 11; Pierre, 10.

Anatomie. — Séance du 14 novembre. — MM. Poissonnier et Poisvert, 11; de Pontich, 3; Béthoux, 2; Greder, 11; Exintaris, 8; Semelaigne, 9; Turnesco, 12.

Séance du 15 novembre. — MM. Roberti et Errard, 10; Moore, 7; Arbeit et Decléty, 4; Richon, 6; Ach, 2; Forget et Mlle Gillot, 4.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Boisserie-Lacroix, Courbin, Mangé, Papin, Massias, Duranthon, Fournier, Arnould, Jeannenay, Piéchaud, Klingebiel, Bitot.

— La Commission administrative des hôpitaux de Bordeaux a décerné les récompenses suivantes :

Prix Delord (440 francs) : M. Lacour, interne.

Prix de l'Administration (150 francs de livres) : M. Dubourg, interne.

Prix du docteur Levieux (une trousse) : M. Félix Papin, interne.

Médailles d'argent : MM. Secousse, Lataste, Seringes, Villar, internes.

Médailles de bronze : MM. Perruchot, Chevalier, Darget, Lousteau, internes; Boisserie-Lacroix, Fournier, Bousquet, Lamy-Lapeyrière, Duranthon, Edouard Papin, Joulia, internes provisoires.

Médailles d'argent : MM. Surle, Monod, Collerie-Leduc, externes.

Médailles de bronze : MM. Barbier, Darrigade, Viéron, Michelet, Lasserre, Arnould, Piéchaud, Putnam, Philip, Massias, Boé, Bazin, Despin, Greffier, Mlle Duval, MM. Cheyrouzé, Gascougnolle, Lachaume, Giffo, Soulié, Naudin, externes.

Médaille d'argent : M. Braud, interne en pharmacie.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Section de physiologie. — *Epreuve clinique.* — Séance du 14 novembre. — « Etablir une fistule pancréatique chez un chien. »

« Chloralose. — Démontrer la sécrétion du pancréas par l'injection dans le duodénum d'une solution d'acide chlorhydrique. »

MM. Delaunay, 19; Battez, 20; Sarvonat, 17; Tournade, 19; Lisbonne, 16; Lafon, 15; Soula, 11.

Sont proposés : MM. Lisbonne, Delaunay, Battez, Tournade.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. le docteur Rebattu a été nommé chef de clinique médicale, et M. le docteur Goyet, chef de clinique adjoint.

— Montpellier. — Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations de MM. les docteurs Blanchard, chef de clinique des maladies mentales et nerveuses; Madon, chef de clinique d'accouchements; Aimes, chef de clinique chirurgicale infantile.

Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Rouvière, Roume, Vinon, Baumel, titulaires; Blouquier, Sappey, Andrade, Giraud, Delord, Roux, provisoires.

LE MONUMENT DU PROFESSEUR DIEULAFOY. — L'inauguration du monument élevé à la mémoire du professeur Georges Dieulafoy aura lieu à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau) le dimanche 23 novembre à dix heures du matin.

LES MÉDECINS HUMANISTES. — Sous cette appellation, une Société vient de se former à Paris, dans le but de grouper les médecins s'occupant de belles-lettres dans leurs rapports avec les sciences biologiques. La nouvelle Société se propose de favoriser, par tous les moyens, la renaissance des études gréco-latines et de réagir contre le délaissement des humanités dans la préparation aux études médicales.

A ce groupement ont déjà adhéré, notamment, MM. les docteurs Wickersheimer, bibliothécaire de l'Académie de médecine; Georges Petit (de Paris); Cabanès, directeur de *La Chronique médicale*; Monin; Vallon (de Contrexéville); Le Grix; Berchon; Lucien Nass; Hahn, bibliothécaire de la Faculté de médecine; Vérette.

Toutes les communications relatives à cette Société d'études doivent être adressées à M. le docteur Berchon, secrétaire général, au siège social : 12, rue Jacob, Paris (6e).

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE TERRITORIALE. — Le IVe Congrès de l'Union aura lieu le vendredi 12 décembre 1913, à quatre heures et demie au

Cercle militaire, 49, avenue de l'Opéra, il suivra immédiatement après l'assemblée générale.

— Questions mises à l'étude :

1° Etude d'un programme de l'instruction à donner aux médecins auxiliaires.

2° Durée des cours et matières à étudier.

Rapporteurs : MM. les médecins-majors de première classe Dercle, du 28e d'infanterie, et Visbecq, de la section technique du service de santé.

— Le banquet annuel aura lieu le samedi 13 décembre à sept heures et demie à l'hôtel Continental, sous la présidence de M. le ministre de la guerre (prix : 12 fr. 50).

— Adresser les adhésions et communications au docteur Tollemer, 54, rue de Londres.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE, D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE. — La prochaine réunion de la Société de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie aura lieu le mardi 18 novembre 1913, à quatre heures et demie, au palais des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gendre (de Toulouse) et A. Mialaret (de Bassens).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Service de M. le docteur Albert Mathieu.) — LEÇONS SUR LES MÉTHODES D'EXPLORATION APPLIQUÉES AU DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — Sous la direction de M. le docteur Albert Mathieu, une série de leçons sur la valeur séméiologique des méthodes d'exploration et sur les indications thérapeutiques qu'elles fournissent commencera le vendredi 28 novembre 1913.

Chaque leçon comportera des exercices pratiques.

Les leçons théoriques auront lieu dans la *salle de consultation, de onze heures à midi, les lundi, mercredi, vendredi, et à neuf heures et demie les mardi et jeudi.*

Les exercices pratiques auront lieu *chaque après-midi, de deux heures à quatre heures.*

S'inscrire au service de la consultation, tous les matins de huit heures à midi, 22, rue de Citeaux.

Les leçons théoriques et les exercices pratiques auront lieu dans l'ordre suivant :

1° *Vendredi 28 nov.* — Onze heures. L'examen extérieur de l'abdomen, par M. J.-Ch. Roux.

2° *Samedi 29 nov.* — Onze heures. Le massage et l'électricité dans les affections du tube digestif, par M. Friedel. — Deux heures. Travaux pratiques : Etude des pièces anatomiques macroscopiques, par M. F. Moutier.

3° *Lundi 1er déc.* — Onze heures. La rectoscopie, cours théorique et exercices pratiques, par M. Friedel.

4° *Mardi 2 déc.* — Neuf heures et demie. L'examen du suc gastrique; les méthodes d'analyse, par M. Taillandier. — Deux heures. Travaux pratiques : Repas d'épreuve, son extraction. Recherches qualitatives : acide chlorydrique libre, acide chlorydrique combiné, acide de fermentation (lactique, butyrique, acétique), pepsine, lab-ferment, par M. Taillandier.

5° *Mercredi 3 déc.* — Onze heures. La sécrétion gastrique; ses viciations. Le chimisme normal et pathologique, par M. Taillandier. — Deux heures. Travaux pratiques : Acidité, son dosage. Dosage chlorométrique, méthode de MM. Hayem et Winter, par M. Taillandier.

6° *Jeudi 4 déc.* — Neuf heures et demie. Le transit stomacal; appréciation de ses troubles, par M. Laboulais. — Deux heures. Travaux pratiques : Variations de la concentration. Méthode de mesure du volume total du contenu gastrique (méthode Mathieu-Rémond); le transit stomacal, son appréciation, par M. Taillandier.

7° *Vendredi 5 déc.* — Onze heures. Applications cliniques et thérapeutiques des notions ainsi obtenues, par M. J.-Ch. Roux. — Deux heures. Travaux pratiques : Transit stomacal (*suite*). Examen microscopique du contenu gastrique à jeun; recherche du sang, par M. Taillandier.

8° *Samedi 6 déc.* — Onze heures. La digestion intestinale (physiologie), par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Produits de la digestion gastrique des matières albuminoïdes et des matières amylacées. Dosage de la pepsine et du lab-ferment, par M. Taillandier.

9° *Lundi 8 déc.* — Onze heures. L'examen histologique des selles, par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Préparation du régime d'épreuve. Examen extérieur des selles, examen microscopique après trituration (mucus, tissus conjonctifs et musculaires, débris végétaux), par M. Goiffon.

10° *Mardi 9 déc.* — Neuf heures et demie. L'examen clinique et biologique des selles, par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Examen microscopique des selles : fibres musculaires, amidon, cellules végétales, graisses neutres, acides gras, savons, levures, parasites, par M. Goiffon.

11° *Mercredi 10 déc.* — Onze heures. La motricité intestinale, ses troubles, par M. Moutier. — Deux heures. Travaux pratiques : Matières fécales, examen chimique, réaction, pigments biliaires, stercobiline, sang. Epreuve de la fermentation (putréfactions intestinales), par M. Goiffon.

12° *Jeudi 11 déc.* — Neuf heures et demie. Méthode d'exploration de l'œsophage, par M. Laboulais. — Deux heures. Travaux pratiques : Etude des coupes histologiques intéressant les principales maladies de l'appareil digestif, par M. F. Moutier. — Chaque élève recevra une série de coupes comportant les types essentiels des affections de l'estomac et de l'intestin.

13° *Vendredi 12 déc.* — Onze heures. L'application de la coprologie à la clinique, les grands syndromes coprologiques, par M. J.-Ch. Roux. — Deux heures. Travaux pratiques : Examen complet des selles, par M. Goiffon.

14° *Samedi 13 déc.* — Onze heures. Méthodes d'exploration radioscopique de l'estomac et de l'intestin, par M. Laboulais. — Deux heures. Travaux pratiques : Suite de l'étude des coupes histologiques, par M. F. Moutier.

15° *Lundi 15 déc.* — Deux heures. Technique coprologique, par M. Goiffon.

16° *Mardi 16 déc.* — Neuf heures et demie. L'examen de l'urine, du sang et du sérum dans les maladies du tube digestif, par M. Moutier.

17° *Mercredi 17 déc.* — Neuf heures et demie. Travaux pratiques : Procédés d'examen du sang, par M. F. Moutier.

18° *Jeudi 18 déc.* — Deux heures. Travaux pratiques : Diagnostic hématologique du cancer : anémie, leucocytose, résistance globulaire, pouvoir antitryptique, par M. F. Moutier.

Les élèves seront exercés aux manœuvres rectoscopiques au cours des leçons. — Un droit d'inscription de 100 francs sera perçu par élève.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 24 AU 29 NOVEMBRE 1913

THÈSES

Mercredi 26 novembre, à une heure (suite). — M. GUIBERT. Revue générale sur l'érythème induré de Bazin. (MM. Gaucher, président; Teissier, André Jousset et Gougerot.) — M. WEBER. De l'influence retardante du traitement sur l'apparition des accidents secondaires de la syphilis. (MM. Gaucher, président; Teissier, André Jousset et Gougerot.) — M. GUILLAUME. Contribution à l'étude clinique et radiologique de la pneumonie du sommet chez l'adulte. (MM. Letulle, président; Desgrez, Zimmern et Léon Bernard.) — M. TAPHANEL. Syphilis et eczéma. (MM. Letulle, président; Desgrez, Zimmern et Léon Bernard.) — M. NARCY. Contribution à l'étude du sang sénile. (MM. Letulle, président; Desgrez, Zimmern et Léon Bernard.) — M. FOARE. Etude sur la réaction de Weiss dans l'urine des tuberculeux pulmonaires. Causes d'erreurs. (MM. Letulle, président; Desgrez, Zimmern et Léon Bernard.)

L'EUTHANASIE

Par M. J. LAUMONIER.

L'idée qu'évoque l'euthanasie a eu une fortune si rapide qu'on parle déjà de réclamer, en sa faveur, des mesures législatives. C'est aller, je crois, un peu vite en besogne; le présent article se propose de le montrer brièvement.

Depuis que les anesthésiques généraux et les hypnotiques sont couramment employés, la « bonne mort » est, pour ainsi dire, en imminence d'organisation méthodiqne. Pourquoi souffrir, puisqu'on peut désormais s'en dispenser, pourquoi surtout souffrir indéfiniment jusqu'à la mort? Quand des malades ou des déshérités de l'existence sont jugés perdus, l'humanité ne commande-t-elle pas d'abréger leurs tortures? Ces interrogations, les imaginatifs, poètes et romanciers, orientés d'ailleurs par certaines réminiscences historiques, ont été les premiers à les poser publiquement; grâce aux découvertes de la physiologie, la réponse s'imposait d'elle-même. On se rappelle peut-être ce qu'écrivit à ce sujet Léon Daudet dans « Les Morticoles ». Les médecins, cependant mieux placés que quiconque pour connaître de la douleur, ne semblaient pas encore très pressés d'aborder le problème quand, l'audace et l'absence de préjugés étant parmi les caractéristiques de la mentalité yankee, des médecins américains et spécialement des médecins new-yorkais, prirent enfin l'initiative de plaider officiellement la cause de l'euthanasie et demandèrent le bénéfice de la « bonne mort » pour les vieillards incurables. Cette proposition fit grand bruit et parvint jusqu'au Congrès de Washington qui la repoussa. Voici maintenant que des Allemands se convertissent à leur tour et viennent d'élaborer un projet de loi dont ils se proposent de saisir le parlement. Ce projet de loi dit en substance :

Toute personne, atteinte d'une maladie incurable, a droit à l'euthanasie, après qu'elle en a fait la demande au tribunal, lequel délègue, dans les huit jours, une commission médicale à l'effet d'examiner le malade et de déclarer si l'affection dont il souffre est incurable. Dans l'affirmative, le droit à l'euthanasie est accordé. Ces dispositions peuvent être appliquées aux infirmes et aux valétudinaires. Enfin des pénalités (la réclusion) sont édictées contre ceux, quels qu'ils soient, qui auraient tué, même euthanasiquement, quelqu'un sans la garantie de sa volonté expresse et formelle.

En France, la question est également posée et à peu près dans les mêmes termes, mais l'opinion ne paraît pas se montrer très favorable à cette réglementation de l'euthanasie.

Elle soulève en effet, à mon avis du moins, de graves difficultés. Je passe sur la lenteur et la complication voulues d'une telle procédure, sur les critiques auxquelles peuvent donner prise la composition de la commission médicale et son autorité spéciale, sur la technique même de l'euthanasie, etc. Le premier point que nous ayons à examiner est celui de l'incurabilité; il ne soulève pas de grandes discussions. Il n'y a pas de maladie qui soit, par elle-même et sûrement, incurable. Nous avons tous vu des cas, en apparence désespérés, de cancer, de tuberculose, de méningite, sinon guérir, au moins s'améliorer contre toute attente. J'en ai vu un et des plus impressionnants. Il s'agissait d'un homme de cinquante-huit ans atteint de tumeur hépatique. Une intervention ayant été jugée nécessaire, le chirurgien constata l'existence d'un cancer inopérable, diagnostic que l'histologie confirma; le pronostic fut des plus sombres puisqu'on ne donnait au patient que quelques semaines à vivre. Il y a six ans de cela, cependant l'homme et son cancer sont toujours de ce monde. L'incurabilité est donc relative et affaire d'espèce; ce n'est que tout à fait à la fin qu'on en peut parler sans surprise. Mais alors on se trouve en présence de malades épuisés, déprimés, dont les facultés mentales ont perdu leur intégrité. Où prendra-t-on à ce moment la manifestation nécessaire d'une volonté expresse et formelle?

Supposons cependant, hypothèse peu vraisemblable, que le malade ait conservé sa présence d'esprit et puisse exprimer sa volonté en pleine connaissance de cause. La commission médicale l'examine, mais les avis sont partagés; certains experts admettent le droit à l'euthanasie, d'autres le rejettent; supposons même qu'il n'y en ait qu'un seul de cette dernière opinion. Que va-t-on faire. Va-t-on informer le patient de ce désaccord? Va-t-on passer outre en vertu du droit des majorités? En une telle matière l'opinion d'un seul étant aussi estimable que l'opinion de plusieurs, le tribunal voudra peut-être imposer l'unanimité. N'y a-t-il pas lieu de prévoir qu'elle sera rare en raison de la responsabilité morale que beaucoup de médecins hésiteront à endosser? Au surplus, il n'est pas impossible que la commission se trompe dans son diagnostic comme dans son pronostic. L'autopsie posteuthanasique le fera-t-elle savoir? Et si oui, que diront les parents, les amis, que fera le ministère public? Si des insinuations se produisent et sont accueillies, si des pénalités sont encourues, quel médecin voudra figurer dans les commissions d'euthanasie? Que d'achoppements, que d'obstacles au fonctionnement régulier de la « bonne mort »! Mais la question doit être jugée de plus haut.

L'euthanasie diffère du suicide en ce qu'elle fait appel à l'intervention de tiers qui peuvent la refuser; elle n'en est pas moins, comme le suicide, une abdication, un acte par lequel on se reconnaît incapable de lutter et de vaincre. C'est pourquoi, fort justement, au point de vue social, le suicide entache toujours la mémoire de ceux qui y ont eu recours. Pourtant l'euthanasié bénéficiera d'une circonstance atténuante : le témoignage des experts affirmant que ses jours sont comptés. Mais ce témoignage peut comporter une excuse plus sérieuse. Le projet allemand laisse entrevoir, en effet, que l'euthanasie pourra être accordée à ceux que les experts auront jugé incapables de gagner désormais leur vie et qui, par suite, se trouveront être une charge permanente pour la collectivité. De ce point de vue, la différence avec le suicide s'accuse; l'euthanasie

revêt l'aspect d'un procédé de défense sociale et se peut comparer à la coutume australienne imposant aux enfants de tuer leurs parents quand ceux-ci étaient devenus vieux ou infirmes et constituaient ainsi un lourd embarras pour une population toujours affamée et misérable. Ce n'est là, socialement, ni un meurtre ni un suicide puisque, dans cet acte, le caractère d'utilité pour la collectivité productrice et saine apparaît incontestable. En serait-il de même de l'euthanasie ?

Deux catégories principales d'individus sont à charge permanente à la collectivité : d'une part les malades et les infirmes incurables, d'autre part les criminels, incurables aussi pour la plupart. Or, ni l'une ni l'autre de ces catégories ne semblent justiciables de la « bonne mort » ; la première parce que tout citoyen, devenu infirme ou malade après avoir rempli, dans la mesure de ses moyens, sa tâche sociale, a droit, dans l'état actuel de la civilisation, aux soins qui tempèrent ses souffrances physiques et morales et prolongent sa vie ; la seconde parce que le criminel doit, pour son crime, à la collectivité qu'il a lésée, une compensation, qui, ne pouvant être que prophylactique, prend la forme d'une pénalité brutale et exemplaire. Par conséquent, pour les criminels passibles de la mort, l'euthanasie se trouverait en partie dépouillée de l'efficacité préventive concédée à la guillotine ou à l'électrocution. La ciguë de Socrate et de Phocion n'effraierait peut-être pas beaucoup nos modernes assassins.

Mais il est une autre catégorie d'incurables pour lesquels l'euthanasie semble mieux désignée ; ce sont les enfants mal conformés, idiots, trop profondément tarés, dont la vie est une longue souffrance, et pèse d'un poids si lourd et si inutile dans les charges familiales ou collectives. En leur procurant une mort douce et aussi précoce que possible, l'euthanasie rendrait certainement un signalé service à ces malheureux et aux autres. Ce procédé impitoyable de défense sociale, renouvelé de Sparte, n'est point inadmissible. Notre sensiblerie, qui s'apitoie si volontiers sur le sort des moins dignes, y répugne actuellement ; mais il faudra sans doute qu'elle s'y résigne un jour, quand, par leur multiplication progressive, les frais d'hospitalisation et de répression des éléments tarés dépasseront la productivité disponible des éléments sains.

Nous voilà loin de l'euthanasie demandée et voulue, en somme réservée à une aristocratie, que prônent les Américains et les Allemands, car l'euthanasie défensive opère en dehors de l'assentiment de ses victimes ; elle est une pénalité, puisqu'elle prive certains individus nuisibles du bien le plus précieux, qui est la vie, mais une pénalité inconsciente, réservée à ceux qui n'ont pas « volontairement » porté atteinte à la collectivité. Décidée et appliquée par des tiers, comme toutes les pénalités, elle donne donc prise à l'erreur irréparable et même à la tentative criminelle. Mais croit-on que l'euthanasie voulue soit à l'abri de tels dangers ? Demander la « bonne mort » ne prouve pas toujours la liberté de la détermination. Il y a des suicides, accomplis véritablement sous l'influence d'une hétéro-suggestion ; c'est le cas de certains neurasthéniques, en particulier, dont le milieu entretient et développe les idées dépressives et les obsessions. Rien ne nous garantit qu'il n'y aura pas des euthanasies de même provenance, d'autant que le geste de mettre personnellement fin à ses jours exige un plus grand effort que celui qui consiste à adresser une demande au tribunal. Mais, dira-t-on, la commission médicale n'intervient-elle pas pour mettre les choses au point ? Ce n'est pas si sûr. Presque tous les phénomènes que l'homme estime les plus insupportables, peines morales et douleurs, par exemple, sont purement subjectifs et le patient seul est à même d'en apprécier, pour lui, l'intensité. Or, les signes somatiques ne traduisent pas très exactement cette intensité ; en d'autres termes, il n'est pas permis de se fixer uniquement sur eux pour juger des souffrances endurées. Cependant les experts ne connaissent directement et immédiatement que ces signes ; pour le reste, ils sont obligés de s'en rapporter aux déclarations du patient et de son entourage ou encore aux certificats attestant la gravité et l'irréductibilité du mal, et nul n'ignore combien est délicat et long le contrôle de ces diverses sources d'informations ; on devra donc parfois l'omettre. Par suite, qui oserait affirmer que la bonne foi des médecins les plus savants et des juges les plus intègres ne sera pas surprise par les habiles machinations d'un hypocrite intéressé à la disparition d'un parent malade, vieux et riche ?

Sans prétendre avoir épuisé le sujet, puisque nous avons laissé systématiquement dans l'ombre le côté purement moral, nous pouvons cependant, d'après les quelques réflexions qui précèdent, formuler une conclusion. L'euthanasie ne paraît admissible que comme moyen *eugénique* indirect, pour débarrasser la collectivité d'éléments jeunes et irrecevables, « involontairement » encombrants et nocifs ; mais elle n'est alors ni réclamée ni consentie par les victimes ; elle est imposée par des tiers au nom de la défense sociale ; les criminels n'en sont pas justiciables, parce qu'elle ne comporte pas un effet d'intimidation assez effrayant. C'est là, bien entendu, une formule purement hypothétique, que je ne donne qu'à titre d'indication. Notre mentalité ne se prêtera pas en effet de sitôt à l'emploi, même perfectionné, des procédés de la rude solution lacédémonienne. Quant à l'euthanasie demandée et voulue, elle semble de réglementation difficile et vraisemblablement inutile. Les vaincus, à bout de forces, savent se débarrasser eux-mêmes du fardeau de l'existence, sans qu'il soit souhaitable d'exciter leur snobisme, et les douloureux trouvent, indépendamment de toute procédure, les palliatifs qui les acheminent doucement vers la mort. Je crois que, en France, la grande majorité des médecins se refuserait à figurer dans les commissions euthanasiques, car leur mission n'est point de tuer ou de faire tuer, mais de soigner, de guérir quand ils le peuvent, en tout cas, de réveiller ou d'entretenir, chez leurs malades, l'indispensable espoir. Et puis la responsabilité, nouvelle et grave, qui leur incomberait ainsi, les effraie, d'autant que l'opinion est aujour-

d'hui assez mal disposée. Dès lors, le plus sage est de laisser dormir les projets qui se heurtent à tant de difficultés, et dont ni la raison, ni les sentiments n'exigent encore la réalisation immédiate (1).

ACTUALITÉS

LA BLENNORRAGIE CHEZ LA FEMME. FORMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

L'urologue, en présence de la blennorragie, a à sa disposition deux moyens curateurs : l'emploi de la *vaccinothérapie antigonococcique* qui a fait déjà ses preuves et qui vraisemblablement est la méthode d'avenir (2); puis le *traitement local à l'aide des antiseptiques*, substances qui tuent le gonocoque.

En attendant que la vaccinothérapie soit tout à fait au point, nous devons nous adresser principalement au traitement antiseptique local; et c'est lui que nous allons décrire d'après l'excellent travail de M. di Chiara, chef de clinique à l'hôpital Necker (3).

L'importance considérable de la blennorragie en gynécologie n'échappe à personne; la majorité des salpingites sont la conséquence du gonocoque, l'action de la gonococcie n'est pas seulement *nuisible au point de vue génital*, mais aussi au *point de vue urinaire*.

La blennorragie chronique ou blennorrhée est le plus souvent ignorée des malades; ainsi, d'après Zweifel, cette maladie existe chez 10 p. 100 des femmes, et d'après Schwartz chez 25 p. 100 des femmes examinées; latente et silencieuse, la blennorragie offre donc chez la femme une fréquence très grande; ses complications gynécologiques qui en résultent sont si graves qu'il importe de bien la connaître.

FORMES CLINIQUES DE LA BLENNORRAGIE FÉMININE. — A. *Urétrite.* — Celle-ci est une localisation fréquente et pour ainsi dire régulière dans les cas d'infection récente chez la femme.

On constate une exsudation séreuse, transparente, ou on rencontre des cellules épithéliales sur lesquelles et entre lesquelles se trouvent isolés ou en plaques les gonocoques; dès le troisième jour on constate des symptômes semblables à la chaudepisse de l'homme; l'orifice urétral est congestionné; la muqueuse ectropionnée laisse sourdre du pus jaunâtre qu'on peut ramener à l'aide du doigt introduit dans le vagin en pressant d'arrière en avant; l'examen endoscopique montre une muqueuse rouge, saignant légèrement; dans ses plis stagne le pus.

La malade éprouve un besoin d'uriner plus fréquent, une démangeaison avant et après les mictions; plus rapidement que chez l'homme, ces symptômes tendent à s'effacer et dès la troisième semaine la muqueuse reprend son aspect normal; pourtant, en passant le doigt sur l'urètre par le vagin d'avant en arrière et en pressant le canal, on voit encore apparaître la goutte purulente révélatrice de la maladie.

Que devient l'urétrite? Généralement elle est guérie en six semaines ou deux mois; souvent elle passe à l'état subaigu, chronique, et alors passe inaperçue, car les symptômes sont insignifiants; toutefois, l'urologue pourra constater les signes suivants : *enflure des papilles et des caroncules* qui forment au niveau de l'orifice urétral un bourrelet rouge ou gris jaunâtre; dans les sillons qui séparent la saillie des caroncules, la muqueuse est couverte de pus; dans d'autres cas les parties inférieures de l'urètre vues à l'endoscopie montrent une muqueuse malade et d'aspect vitreux; le tissu urétral perd son élasticité et saigne facilement; par le toucher on perçoit un urètre dur comme un tuyau de pipe; à l'endoscopie il présente un aspect plissé granuleux; ou bien là se montrent des placards gris et mats qui contrastent avec l'aspect rose de la muqueuse. Les gonocoques sont abondants et occupent soit les cellules, soit les filaments retrouvés dans les urines. Telle est la blennorrhée et sa durée va être désespérante; entre les périodes d'accalmie éclatent des poussées aiguës ou subaiguës; mais toujours la femme est contagieuse et cette contagion tient à l'infection des petites glandes annexées à l'urètre qui siègent dans le voisinage de l'orifice externe. Lorsqu'on entr'ouvre l'orifice de l'urètre, on aperçoit les glandes de Skene dont les orifices béants laissent sourdre, par la pression, une goutte de pus; là, des petits abcès peuvent se former; il y a également au voisinage de l'orifice externe d'autres glandes qu'on remarque d'habitude; et si elles sont engorgées elles ressemblent à des pustules d'acné; *ces glandes peuvent être la source permanente de l'infection gonococcique*; elles peuvent aboutir à la formation d'*abcès para-urétraux* qui se vident spontanément; ces abcès du volume d'un noyau de cerise, quand ils siègent près du méat, se reconnaissent sous forme de nodosités rouges qui crèvent en se vidant à l'extérieur ou dans l'urètre ; ils renferment tous du gonocoque associé ou non au staphylocoque.

B. *Cystite.* — Le sujet se plaint de douleurs avant et après la miction, de pyurie et d'hématurie. A l'endoscopie, ou bien la muqueuse vésicale est intacte, sauf au niveau de l'orifice interne, il s'agit alors de l'urétrocystite postérieure, ou bien la muqueuse vésicale présente les signes d'inflammation diffuse : il y a cystite vraie.

En général, la cystite se déclare tardivement à la phase de chronicité; le cystoscope montre des zones d'inflammation étroites, rouges, confuses, s'étendant à la muqueuse de l'orifice interne, gonflée et plissée; on voit aussi des taches dispersées d'un rouge pâle; bien que tout le reste de la paroi vésicale soit intact il y a, attaché au voisinage des uretères, des lambeaux blancs facilement détachables, produits de l'inflammation gonococcique (di Chiara); on trouve aussi au niveau du trigone des taches rouges entre lesquelles la muqueuse est normale, *cette répartition, en taches dispersées des zones d'inflammation, est spéciale à la blennorrhée.*

Dans les cas prononcés, il y a des suffusions sanguines sous-épithéliales. Dans la cystite chronique, la couleur rouge sombre des taches est pâle et d'un brun sombre, au centre de ces taches on trouve les ulcérations; ces dernières sont au commencement granuleuses et rouges, les granulations saignent facilement, soit spontanément, soit à l'attouchement.

Au niveau d'une ulcération on peut observer une infiltration comme dans la cystite ulcéreuse.

C. *Vulvite.* — Cette vulvite est surtout fréquente chez les petites filles; on peut trouver du pus au niveau de la vulve chez l'adulte; mais le plus souvent il vient de l'urètre ou du col utérin; cette vulvite gonococcique aiguë est caractérisée par l'œdème des petites lèvres, du clitoris et de la fourchette; au-dessous de la sécrétion purulente, on trouve des ulcérations ou un état pseudo-membraneux qui rappelle le dépôt diphtérique; les ganglions de l'aine sont engorgés; la malade se plaint de douleurs, de brûlures, de démangeaisons.

L'évolution de la maladie est rapide, en quinze jours la guérison apparente est obtenue; parfois il existe de l'infection des petites glandes de la fosse naviculaire et du sillon préhyménéal; cette infection se caractérise par des petits noyaux qui, sous la pression du doigt, vident leur contenu purulent et rempli de gonocoques. Ces glandes vulvaires font partie des points de l'appareil génital féminin où le gonocoque s'installe à l'état chronique.

Ces folliculites gonococciques chroniques évoluent par des poussées inflammatoires dans l'intervalle desquelles on trouve

(1) Cet article était écrit avant l'enquête dont M. G. Montorgueil a publié les résultats dans *l'Eclair*.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 118, p. 1842, et n° 120, p. 1876.

(3) *Journ. d'urol.*, juillet 1913.

au niveau des folliculites une sécrétion visqueuse d'aspect tout à fait innocent (di Chiara).

Dans la vulvite blennorragique est comprise la *bartholinite*, infection fréquente et qui constitue un des moyens de conservation des plus efficaces du gonocoque; des mois, des années peuvent se passer avant que la bartholinite ne se montre; généralement elle est bilatérale ; si elle suppure, l'abcès est généralement unilatéral (deux tiers des cas); les symptômes de la bartholinite sont frustes ; l'orifice de la glande est rouge vif ; cette coloration rouge tranche avec la pâleur de la muqueuse environnante ; la pression de la lèvre fait sourdre du pus; la glande elle-même n'est généralement pas atteinte, ce que l'on sent c'est le canal sécréteur enflammé ; à l'état chronique on trouve au niveau de l'orifice du canal sécréteur la *macula gonorrheica* semblable à une piqûre de puce; cette bartholinite chronique peut durer des années et présenter de temps en temps une poussée inflammatoire; elle peut aboutir à la formation d'un kyste (la plupart des kystes de Bartholin sont d'origine gonococcique).

D. *Vaginite.* — Le vagin est une localisation rare de la blennorragie; cette dernière préfère le col utérin ou l'urètre. Elle se caractérise par les signes suivants : pus au niveau des parties génitales externes, petites lèvres rouges, œdématiées, avec des érosions, pus en abondance contenant des gonocoques; le toucher est très douloureux; il donne la sensation de chaleur ; l'examen au spéculum est atrocement douloureux; il montre un vagin très rouge, la muqueuse lisse comme du velours saigne et présente des érosions couvertes de placards purulents ; la malade se plaint également de douleurs à l'hypogastre; la température se maintient aux environs de 38 ou 39 degrés; la durée de la maladie est en général de trois semaines, après quoi tout rentre dans l'ordre; le vagin reprend son aspect normal, même si la blennorragie continue à évoluer du côté du col utérin; la *blennorragie chronique du vagin n'existe pas*.

E. *Métrite.* — L'utérus est avec l'urètre le siège de prédilection de l'infection gonococcique. A la suite du coït, les germes pathogènes sont déposés au niveau de l'orifice externe du col; c'est par le col que l'affection débute ; si on examine ce dernier au spéculum il est rouge et congestionné; à travers l'orifice externe la muqueuse utérine fait hernie sous forme de deux bourrelets par la pression, un pus jaune verdâtre s'écoule comparable à celui qui s'écoule d'un urètre masculin ; de chaque côté du col on aperçoit la folliculite sous forme de boutons d'acné.

La métrite peut envahir d'emblée la totalité de l'utérus ou au contraire être la conséquence d'une cervicite (métrite du col); dans le premier cas l'examen au spéculum ne donne aucun renseignement permettant de penser à la métrite totale; l'écoulement purulent n'a aucun caractère particulier; le toucher fait constater un utérus plus tendu, plus ferme qu'à l'état normal ; *il est comme en érection* (di Chiara). Il n'est pas possible de mobiliser cet organe sans éveiller de douleurs vives; dans la métrite totale, le moindre attouchement de l'utérus soit au fond, soit au niveau du col, provoque des douleurs; la malade exprime des phénomènes pénibles du côté du bassin, une sensation de tension, douleur pulsative ; parfois il survient de véritables accès douloureux au cours desquels il se produit de véritables spasmes du côté du vagin; la température peut atteindre 39 degrés; la fièvre dure quelques jours.

Primitive ou secondaire, la métrite totale n'est pas longue; quelque bruyant que soit le début, au bout d'une semaine tout phénomène douloureux s'amende ; il ne persiste plus que de l'écoulement purulent qui a pour point de départ le col.

L'unique symptôme peut être alors l'écoulement purulent; celui-ci peut aussi être uniquement glaireux et malgré cet aspect clair renfermer de nombreux gonocoques; la muqueuse du col reste ectropionnée et rouge.

Devenue chronique, la blennorragie de l'utérus évolue pendant des mois et des années; on peut, au bout de trois ou quatre ans, retrouver de temps en temps des gonocoques dans les sécrétions.

F. *Rectite.* — La rectite gonococcique siège à la partie terminale du rectum (anus et rectum), elle peut être la conséquence d'une contagion directe (coït anal), le plus souvent d'une infection par voisinage ; l'écoulement de la vulve tombe dans l'anus tout disposé à cultiver le liquide infectant à cause de sa forme en entonnoir et de ses plis radiés ; la malade éprouve une sensation de chaleur anale pénible et des douleurs au moment de la défécation, des symptômes de fissure anale, les symptômes objectifs sont alors caractéristiques, il existe à la fois *une goutte de pus, une fissure et un condylome; c'est le trépied de l'infection gonococcique ano-rectale* (di Chiara).

La *goutte de pus* rappelle la goutte urétrale ; elle se manifeste sous l'influence de la pression du canal rectal faite au travers du vagin; l'ulcération est souvent une *simple fissure* qui siège à la partie postérieure de l'anus, étroite et superficielle.

Le *condylome* est généralement visible, proéminent, allongé, mince, rosé et luisant; mou, il recouvre la fissure « comme un capuchon de clitoris » (Jullien) ; l'évolution de la rectite demande cinq ou six mois, des complications peuvent survenir : *abcès de la marge de l'anus, de la fesse*, et surtout rétrécissement *ano-rectal.*

Diagnostic de la blennorragie chez la femme. — Le clinicien doit s'entourer des précautions suivantes (di Chiara) :

1° Choisir pour l'examen trente-six ou quarante-huit heures après la fin des règles; les gonocoques présentent en ce moment une sorte de reviviscence ;

2° Examiner sans qu'il y ait auparavant de lavage ni d'injection depuis douze heures ; il ne faut pas que la dernière injection ait été faite avec un liquide antiseptique tel que le permanganate ;

3° Pendant les quelques jours précédents le sujet ne doit pas avoir pris par la bouche des antiseptiques (salol, uraseptine, etc.) ni avoir subi de cautérisation ;

4° La malade doit n'avoir point uriné depuis plusieurs heures.

A. *Examen de la vulve.* — Faire surtout attention au vestibule et à la face interne des petites lèvres, à la fourchette où de nombreuses glandes infectées peuvent montrer leur orifice saillant comme un cratère béant; en pinçant la muqueuse en ces points on fait sourdre du pus. A mi-hauteur de l'orifice vaginal, dans le sillon qui sépare les caroncules myrtiformes des petites lèvres, se trouve l'orifice des glandes de Bartholin; ces orifices sont auréolés de rouge quand la glande est infectée; on sent cette glande en pinçant entre le pouce et l'index toute l'épaisseur de la lèvre et cette pression peut faire sourdre une goutte de pus.

B. *Examen de l'urètre et des glandes périurétrales.* — Regarder d'abord l'orifice urétral, constater s'il est rouge, œdématié ou entr'ouvert; introduire un doigt dans le vagin de façon à exprimer d'arrière en avant le canal urétral; celui-ci est souvent plus dur que normalement et plus sensible; on amène ainsi une goutte de pus ou de séro-pus ; si l'expression ne donne rien, on peut pratiquer l'endoscopie à l'aide de l'urétroscope ou du petit spéculum spécial, et alors on constate sur la paroi inférieure deux ou trois orifices suintant du pus; si aucune sécrétion n'est visible on fait un râclage de la muqueuse urétrale avec un fil de platine et on fait l'examen bactériologique.

C. *Examen des urines.* — Il est bon de recueillir les urines qui seront centrifugées et de faire un examen bactériologique si la femme est restée longtemps auparavant sans uriner.

D. *Examen du vagin.* — C'est au fond des plis de la muqueuse vaginale qu'il faut chercher une sécrétion insignifiante; il faut éviter la sécrétion de l'utérus et de la vulve; pour cela il est bon, vingt-quatre heures auparavant, d'avoir obturé l'utérus par un tampon de coton stérile et au dernier moment de faire d'abord un lavage vulvaire de façon à recueillir directement dans le vagin les sécrétions.

E. *Examen de l'utérus.* — A l'aide du spéculum on constate l'orifice du col bordé d'une auréole rouge; on recueille les sécrétions; s'il n'y a ni rougeur ni sécrétion apparente, il faut avec une fine curette faire un raclage du canal cervical et faire l'examen bactériologique.

F. *Examen de l'anus et du rectum.* — Rechercher les trois éléments du trépied Jullien : écoulement, fissure et condylome.

G. Quel que soit le résultat de cet examen, le *diagnostic bactériologique* est indispensable, et cet examen bactériologique se fera non pas une fois mais plusieurs fois; ce n'est qu'après qu'il aura été plusieurs fois négatif qu'on conclura à la guérison véritable.

Traitement de la blennorragie. — Au début, il n'y a aucun traitement direct à faire, laisser évoluer la poussée aiguë; c'est surtout l'urètre, la vessie et le vagin qui sont atteints; la malade se contentera de faire un traitement local : *bains et lavages quotidiens* au-dessus d'une cuvette à l'aide d'*eau chaude additionnée de quelques gouttes de permanganate de potasse*; dans l'intervalle des lavages, elle appliquera une *pommade à la lanoline additionnée ou non de goménol ou de tannin*; au bout de quatre à six semaines le processus blennorragique passe à l'état subaigu ou chronique.

Traitement de l'urétrite blennorragique. — A l'état subaigu ou chronique le clinicien recherchera les localisations à l'entrée de l'urètre, au niveau du vestibule et dans tous les points que nous avons indiqués comme siège principal de l'infection gonococcique; les glandes qui sont alors infectées seront touchées au nitrate d'argent à 50 p. 100 ou à la pointe du galvano.

La suppuration des glandes de Skene sera traitée à l'aide d'une solution antiseptique au permanganate portée par les aiguilles mousses de Gentile.

Traitement de la cystite. — A la période aiguë, le traitement consistera en instillations au *nitrate d'argent* tous les deux jours; puis on injectera dans la vessie 20 grammes d'une émulsion d'*iodoforme* à 20 p. 100 et on donnera des suppositoires d'*ichtyol* à 10 p. 100; à la période de chronicité, quand il s'agit de cystite ulcéreuse simple, le traitement précédent suffit; mais quand on a affaire à une cystite ulcéreuse avec infiltration, le mieux est de procéder soit à un curettage, soit à des cautérisations au nitrate d'argent faites à l'endoscopie directe avec l'appareil de Luys, soit à l'aide d'un cysto-cautère quelconque, comme ceux que mon maître M. Marion emploie pour détruire certains papillomes de la vessie.

Traitement de la vulvite et de la vaginite. — Le clinicien doit chercher les folliculites vulvaires gonococciques, les traiter comme les folliculites para-urétrales en portant dans leurs cavités les solutions bactéricides à l'aide de fines aiguilles ou les détruire au galvano-cautère introduit froid et chauffé seulement après avoir été poussé jusqu'au fond de la glande.

Contre la vaginite blennorragique, le remède souverain est l'application d'une solution de nitrate d'argent de 1 à 10 p. 100; on l'applique chez les enfants à l'aide d'un cathéter ordinaire et chez les adultes à l'aide d'un spéculum en verre tous les deux jours; on peut également chez l'adulte, dans l'intervalle de ces applications, laisser un tampon d'iodoforme dans le vagin.

Dès que la *bartholinite* sera constatée, si l'infection siège au niveau de la glande même ou du canal, que cette affection se caractérise par un abcès, par une infection chronique et d'induration ou par un kyste de Bartholin, le traitement sera le même; faire l'*extirpation* de l'appareil glandulaire bilatéral à l'aide de l'anesthésie locale.

Traitement de la métrite. — Les gonocoques occupent les interstices compris entre les cellules épithéliales et pénètrent jusqu'au niveau du tissu conjonctif sous-épithélial; les glandes ne contiennent pas de gonocoques; par conséquent pour tuer les gonocoques point n'est besoin de remèdes à pénétration profonde puisque les lésions sont à la surface; le seul but est de détruire les foyers.

Chez les nullipares dont l'orifice externe est étroit, il faut d'abord débrider l'orifice; quand l'incision est cicatrisée on ouvre, à l'aide de pinces, les lèvres du col et ensuite on applique des médicaments; ces médicaments sont : nitrate d'argent à 5 p. 100 ou le chlorure de zinc; s'il existe en même temps de l'annexite il faudra se garder de faire ce traitement; s'il n'existe pas d'annexite, l'orifice du col sera dilaté avec des *tiges de laminaires*, puis on badigeonnera la cavité utérine avec le *nitrate d'argent* à 1 ou 2 p. 100; par la suite, on élèvera le chiffre de la solution jusqu'à 20 p. 100; les applications se font à l'aide de baguettes de verre trempées dans la solution et que l'on maintiendra au contact de la muqueuse pendant dix minutes; ces cautérisations se font une fois par semaine; il faudra attentivement surveiller les réactions du malade.

Traitement de la rectite blennorragique. — Quand le canal ano-rectal sera infecté, c'est encore le traitement au nitrate d'argent et à l'ichtyol ou encore au permanganate de potasse à 2 p. 1000 qui donnera le meilleur résultat.

En résumé, à la *période aiguë*, vaccinothérapie ou expectation associée à la propreté, à l'hygiène, au repos génital et local.

A l'*état subaigu*, permanganate de potasse.

A l'*état chronique*, cautère au nitrate d'argent fort.

R. de Butler d'Ormond.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 14 novembre 1913)

Leucémie embryonnaire subaiguë avec autopsie. Traitement ultime par le benzol. — MM. Laignel-Lavastine et Pruvost ont observé un imprimeur de trente-trois ans, qui mourut en février 1913 avec staphylococcémie d'une leucémie, dont le début apparent remontait à octobre 1912. La rate était peu augmentée de volume; on ne percevait pas de réaction ganglionnaire. Dans le sang les hématies tombèrent au-dessous de deux millions pendant que les leucocytes dépassaient 250000 par millimètre cube. La formule leucocytaire était caractérisée par 75 p. 100 environ de cellules embryonnaires typiques à gros noyau pâle et bordure protoplasmique relativement assez mince.

L'autopsie a confirmé le diagnostic en montrant dans presque tous les organes l' « infiltration embryonnaire », décrite par les classiques.

Cette observation appelle quelques remarques hématologiques, histologiques, cliniques, étiologiques et thérapeutiques.

1° Les cellules embryonnaires du sang contenaient des chondriomites.

2° Moelle osseuse, rate, ganglions, foie, rein avaient la structure classique.

Surrénales, hypophyse, thyroïde, parathyroïdes, pinéale, dont les lésions étaient dans la leucémie jusqu'alors peu connues, ont été figurées et étudiées en détail. On trouve dans ces diverses glandes le même aspect d'infiltration embryonnaire, massif dans l'hypophyse, presque nul dans la pinéale.

Il est d'ailleurs souvent possible de saisir avec les cellules autochtones des transitions démontrant des transformations in situ.

3° Il ne s'agit ni de leucémie lymphoïde, ni de leucémie myéloïde chronique. Ce n'est pas tout à fait non plus le type clinique de la leucémie aiguë à cellules embryonnaires, mais ce cas répond plutôt à une leucémie myéloïde terminée par leucémie aiguë à cellules embryonnaires, cette réaction embryonnaire paraissant bien plus myéloblastique que lymphoblastique.

4° Paludisme et saturnisme ont peut-être joué un rôle étiologique.

5° Le benzol purifié, émulsionné dans l'huile à la dose de 2 et 3 grammes, n'a pas arrêté la marche fatale, mais il fut donné trop tard pour qu'on puisse juger de sa valeur.

Sur un cas de leucémie à cellules embryonnaires. — MM. P. Lereboullet et E. Chabrol rapportent une observation qui sort du cadre des leucémies que l'on rencontre habituellement en clinique ; elle se rapproche du tableau de la leucémie aiguë par l'évolution des accidents en quelques semaines et surtout par la formule sanguine révélant la présence de 60 p. 100 de mononucléaires non granuleux à protoplasma nettement basophile. Elle s'en éloigne, en revanche, par l'absence des lésions bucco-pharyngées et du syndrome hémorragique.

La maladie se présentait cliniquement sous les traits d'une leucémie lymphatique. Il existait une volumineuse adénopathie du médiastin qui commandait un épanchement pleural ; le foie hypertrophié atteignait le poids de 3400 grammes. Ces constatations tendent à prouver que les leucémies jeunes « indifférenciées » ne se traduisent pas nécessairement sous la forme classique de la leucémie aiguë avec ses hémorragies et ses accidents scorbutiques.

C'est la formule sanguine qui caractérise essentiellement ce groupe nosologique. Il s'agit de leucémies à type embryonnaire.

Anémie grave hémolysinique avec autolysine libre dans le sérum. — MM. Jean Troisier et Guy Laroche communiquent l'observation d'un malade atteint de néphrite chronique azotémique et chlorurémique. Dans le cours de cette maladie survint une anémie très intense avec isolysine et autolysine libres dans le sérum. Suivant en série les courbes de résistance des globules rouges, le nombre des globules, et l'intensité des lysines, ils purent constater qu'à mesure de l'amélioration hématologique du malade, la résistance globulaire augmentait et les lysines diminuaient d'intensité. Ils insistent sur l'intérêt de cette évolution qui témoignait d'une tendance à l'amélioration par une équilibration progressive des substances sériques, et ils opposent ces faits aux anémies lysiniques avec équilibre instable. Ils insistent également sur l'intérêt biologique que présente la constatation d'autolysines libres dans le sérum au cours d'une anémie de longue évolution.

Sur un cas de cyanose congénitale chez une adulte; importance diagnostique de la radioscopie et de la phlébographie. — MM. E. Barié, Ch. Laubry et G. de Lamothe. La malade âgée de trente et un ans est atteinte depuis l'enfance, de maladie bleue dont elle présente à l'extrême tous les signes cliniques, cyanose de la face (pommettes, ailes du nez, oreilles), de la conjonctive palpébrale, des lèvres, de la langue, de la voûte palatine, des mains, etc., déformation des doigts en baguette de tambour, épaississement transversal des dernières phalanges des doigts et des orteils, déformation caractéristique des ongles qui sont incurvés en verre de montre, hyperglobulie extrême, sensation de froid, somnolence, petites hémorragies gingivales, etc., etc.

La malade dont le thorax est étroit, aplati latéralement avec déformation en entonnoir vers la partie inférieure du sternum présente un souffle dans la systole vers l'articulation du troisième et du quatrième cartilage costal avec le sternum, souffle s'irradiant vers l'épigastre. Son timbre est assez doux, un peu variable et ne s'accompagne pas de frémissement cataire.

L'examen radioscopique montre que les cavités gauches du cœur sont atrophiées, alors que le ventricule et l'oreillette du cœur droit sont très dilatées. Le diamètre horizontal du cœur mesure 15 centimètres en sorte que le cœur élargi transversalement et dont la pointe est sensiblement relevée présente l'aspect du cœur dit « en sabot ». Les poumons sont intacts, le foie est abaissé par suite des déformations thoraciques, la rate est normale, il n'y a pas d'albumine dans l'urine.

Après discussion, les auteurs admettent l'existence d'un rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire siégeant sur le tronc au-dessus des valvules, associé très vraisemblablement à une communication interventriculaire d'ailleurs peu large ; le souffle méso-cardiaque n'est point absolument démonstratif et on pourrait peut-être le rattacher à une légère insuffisance tricuspidienne par dilatation ou encore à un souffle cardio-pulmonaire un peu intense; mais l'examen des tracés jugulaires révèle une accentuation de l'onde *a*, caractéristique des lésions congénitales du cœur droit, en rapport avec une stase des cavités droites et une activité plus grande de l'oreillette, ce que prouve également la présence d'une onde auriculaire sur le tracé hépatique.

La nature de cette cyanose est difficile à affirmer, la tuberculose et la syphilis ne semblent pas devoir être mises en cause. L'influence familiale n'est pas démontrée; toutefois la malade a une sœur jumelle bien portante, laquelle a perdu un jeune enfant qui aurait été atteint d'une affection cardiaque.

Perforation gastrique à la suite de la fièvre typhoïde. — MM. Bergé et Barthélemy publient l'observation d'un cas de perforation gastrique, survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde chez un jeune homme de vingt et un ans. Cette perforation avait donné lieu à une péritonite enkystée, réalisant un gros abcès intragastrosplénique. L'évolution de la perforation gastrique ou de l'abcès avait été à peu près latente, déterminant un très rapide collapsus mortel alors que le malade paraissait guéri et était apyrétique depuis près d'un mois.

Urémie à forme tétanique. — MM. Bergé et Pernet rapportent l'observation d'une vieille femme atteinte de contractures généralisées ayant persisté pendant quelques jours, presque jusqu'à la mort et survenues à la suite d'une chute. Le syndrome présenté par la malade était à ce point simulateur du tétanos que ce diagnostic fut porté par le chirurgien et le médecin qui examinèrent la malade avant eux. Or la nature urémique de ce tétanos s'affirma, vers la fin de son évolution, d'ailleurs anormalement apyrétique, par une atténuation rapide des contractures, par le coma avec respiration de Cheyne-Stokes, par la constatation d'une forte albuminurie et par la présence de 3 grammes d'urée dans le liquide céphalo-rachidien. Nécroptiquement, il s'agissait bien d'une sclérose avec atrophie rénale. L'inoculation du bulbe broyé aux cobayes fut négative.

Cette observation est fortement démonstrative de l'existence bien réelle d'une forme tétanique de l'urémie, simulatrice du tétanos. Cette forme a été dans ces derniers temps mise en doute en raison du très petit nombre d'observations qu'on en a publié, de leur caractère incomplet et surtout de

leur ancienneté et, par suite, de l'absence de certains renseignements qui paraissent aujourd'hui indispensables, notamment sur l'état cytologique du liquide céphalo-rachidien et sur sa teneur en urée.

LES NOCES D'ARGENT DE L'INSTITUT PASTEUR

Samedi l'Institut Pasteur célébrait ses noces d'argent. Ce fut une fête de famille telle que l'aurait certainement désirée son illustre fondateur.

Le président de la République avait tenu à y assister; il fut reçu par M. E. Roux qui, après l'avoir salué, rappela les beaux travaux de la maison depuis vingt-cinq ans. Dans cette sorte de Livre d'or M. Roux n'oublia qu'un nom, le sien. Cet oubli n'étonnera personne de ceux qui connaissent sa grande modestie.

M. Raymond Poincaré prononça ensuite un discours que nous tenons à reproduire, car il est impossible de célébrer en termes plus heureux un anniversaire cher à tous les hommes de science.

DISCOURS DU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

Monsieur le président et cher confrère,

Je vous remercie de vos souhaits de bienvenue. Je me félicite de pouvoir aujourd'hui commémorer avec vous la fondation de cet établissement illustre dont la gloire rayonne sur le monde entier. C'est une fierté pour moi d'y être accueilli comme un ami et de m'y sentir dans une demeure familière.

Vous m'avez fait, il y a quelques années, le grand honneur de m'appeler à siéger dans le conseil qui administre l'Institut Pasteur; et là, aux côtés de tant de savants admirables, de philanthropes éminents comme mon vénéré prédécesseur M. Loubet, de jurisconsultes comme M. le bâtonnier Bétolaud, j'ai connu quelques-unes des importantes questions qui touchent à l'emploi de vos ressources et à l'organisation de vos services.

Le souvenir de cette intimité me rend ma visite doublement agréable et me permet de joindre aux félicitations que je vous apporte au nom des pouvoirs publics l'expression sincère de mes sentiments personnels.

Messieurs,

Vingt-cinq ans ont passé depuis que, sous la présidence du regretté Sadi-Carnot, a été inaugurée votre noble maison. Le souvenir de cette émouvante cérémonie ne s'est effacé dans l'esprit d'aucun de ceux qui y ont assisté.

Le maître était là, entouré de ses collaborateurs et de ses disciples. Les sciences, les lettres, l'agriculture, l'industrie, la politique, la jeunesse studieuse s'étaient empressées à lui faire cortège. La foule, massée dans la rue, joignait à tant d'hommages le tribut spontané de la joie populaire. Troublé jusqu'au fond de son être, Pasteur dut laisser à son fils le soin de lire, à sa place, le discours qu'il avait écrit et qui contenait de grandes idées exprimées avec toute la grâce de la simplicité.

Après avoir remercié les souscripteurs innombrables, dont la générosité avait permis la fondation de l'institut, après avoir salué, comme il disait, toutes les vertus qui s'étaient cotisées pour élever cette demeure du travail, Pasteur avait envoyé un adieu mélancolique à ses premiers compagnons de luttes, qui avaient été à la peine et qui n'étaient plus à l'honneur; puis il s'était retourné avec confiance vers ses élèves vivants, déjà si dignes de lui, et il leur avait remis la garde du flambeau qu'avait laissé échapper la main refroidie des morts. En quelques phrases sobres et décisives, il avait recommandé à ceux qui l'écoutaient d'allier toujours à la passion de la vérité le culte de l'esprit critique et de modérer, au besoin, leur enthousiasme inventif par le contrôle sévère de la méthode expérimentale. Il avait lumineusement tracé le programme de l'institut naissant; et il avait montré la science, assise à ce foyer nouveau, attentive à tous les phénomènes, et reculant peu à peu, sur la carte de l'avenir, les frontières de la vie.

La vie hélas! devait désormais lui laisser à lui-même peu de temps pour le travail et pour le bien de l'humanité. Sept ans après, par une grise matinée d'octobre, sortait d'ici un char funèbre qui emportait à Notre-Dame, où elle allait être déposée dans un caveau provisoire, la dépouille mortelle de Pasteur; et, plus encore que le caractère officiel des obsèques, plus que les honneurs militaires rendus sur le parcours, plus que la présence des grands corps de l'Etat et des délégations étrangères, le deuil respectueux et muet de la population parisienne attestait la cruauté de la perte que venaient d'éprouver, tout ensemble, la France et le monde civilisé.

Pasteur n'est plus; il repose aujourd'hui, au milieu des charmantes figures qui symbolisent ses découvertes, dans la crypte, décorée de marbres et de mosaïques, qu'avait fait construire sa fidèle compagne et au fond de laquelle, naguère, elle est allée le rejoindre. Pasteur n'est plus; mais son génie lui survit; il n'a pas cessé d'habiter cette maison que le maître a tant aimée; il anime l'esprit et conduit la main de cette phalange de savants qui s'honorent de porter le nom de pastoriens; il étend son influence souveraine sur les instituts de Lille, d'Algérie, de Saïgon, de Brazzaville; il pénètre dans nos colonies les plus lointaines et dans nombre de pays étrangers, où de grands savants se font gloire d'en être les continuateurs; il est présent partout et partout triomphant.

C'est lui qui inspire les éminents professeurs chargés d'enseigner ici la doctrine pastorienne; lui qui encourage les ardentes recherches entreprises par quelques-uns d'entre vous dans le monde mystérieux des phagocytes ou des hématozoaires; lui qui multiplie, tous les jours, les découvertes dans vos laboratoires de chimie biologique et de chimie agricole.

C'est lui qui règne dans cet admirable service des vaccins, où le microbe atténué du charbon devient le remède du charbon virulent et où se préparent les cultures destinées, tantôt à guérir, tantôt à reconnaître, tant d'autres maladies qui trop souvent s'abattent sur les animaux domestiques, ravagent les étables et ruinent les campagnes.

C'est lui qui dirige également celui de vos services où la rage, vaincue et désarmée, commence à demander grâce, et où 395 personnes mordues ont été traitées l'an dernier, dont aucune n'a ressenti depuis lors les atteintes d'un mal autrefois implacable.

C'est lui qui préside à la préparation des toxines microbiennes et aux essais de sérothérapie; lui qui veille au succès de vos opérations les plus délicates; lui qui vérifie, avec vous et par vous, si le sérum est convenablement stérilisé, s'il a le pouvoir antitoxique ou le pouvoir préventif, s'il sera capable demain de nous garantir ou de nous guérir de la peste, de la diphtérie, du tétanos, de la dysenterie, de la typhoïde, de la méningite cérébro-spinale; lui qui continue, comme du vivant de Pasteur, à transformer les poisons en antidotes, et les virus, affaiblis et domptés par la volonté humaine, en dompteurs des virus les plus redoutables.

C'est lui enfin qui, dans un autre de vos services, commande par votre entremise à des myriades d'infiniment petits, discipline les ferments, les protège contre les organismes concurrents, améliore les races de levures, et rappelle à la science qu'après avoir passionnément cherché la vérité elle ne se diminue pas si elle prête secours à l'hygiène ou à l'industrie, et si elle contribue à répandre parmi les hommes le bien-être et la santé.

Aussi bien, le génie de Pasteur, que je retrouve puissant et victorieux dans tous les pavillons de ce vaste établissement, nous apparaîtrait-il aujourd'hui privé d'une des plus belles vertus dont il était composé, s'il ne gardait intacte cette force de bienfaisance et de charité qui était, pour cet immortel savant, inséparable de la science elle-même.

Votre Institut n'exprimerait pas tout entière la pensée pastorienne s'il ne fournissait pas gracieusement des sérums à l'Assistance publique, aux administrations de la guerre et de la marine, et s'il n'avait lui-même, comme annexes, un hôpital et une salle de consultations gratuites.

Des libéralités privées qu'on ne saurait louer trop hautement vous ont permis, messieurs, de réaliser votre rêve le plus cher et de demeurer fidèles, tout à la fois, à la méthode de Pasteur et à ses sentiments les plus intimes.

Ce n'est pas seulement l'esprit du maître, son intelligence vigoureuse et lucide, ses facultés d'observation et d'analyse

qui sont conservés dans ce glorieux établissement : c'est le souvenir et l'exemple de sa bonté.

A vous tous, messieurs, qui avez créé et développé ici, dans la liberté, une œuvre magnifique de science et de fraternité, la République offre aujourd'hui le témoignage de son admiration et de sa reconnaissance.

JURISPRUDENCE

POUR NOUS PROTÉGER CONTRE LES CHAMPIGNONS

Presque tous les jours les journaux nous apprennent des cas d'empoisonnement par les champignons.

Et pourtant des mesures sévères sont prises par l'autorité administrative pour protéger la population contre la vente des champignons, mauvais ou vénéneux, et même pas frais. Parfois même des sanctions judiciaires sont prises contre ceux qui les ont vendus.

Il nous a paru intéressant de signaler les textes qui, à Paris, régissent la vente des champignons.

Le plus ancien texte qu'il nous a été permis de retrouver est une ordonnance de police du 13 mai 1782, dont le texte est encore en vigueur à l'heure actuelle. Cette ordonnance défendait « de vendre aucuns mousserons, morilles et autres espèces de champignons de qualité suspecte ». Elle est ainsi conçue :

« Vu le rapport des médecins et chirurgiens du Châtelet, faisons très expresses inhibitions et défenses d'exposer ni vendre aucuns mousserons, morilles et autres espèces de champignons d'une qualité suspecte, ou qui, étant de bonne qualité, auraient été gardés d'un jour à l'autre; et ce, sous peine de cinquante livres d'amende. »

Le 1er mai 1809, le préfet de police Dubois, prenait une « ordonnance concernant la vente des champignons ». Les mesures suivantes étaient édictées :

« 1° Le marché aux poirées continuera d'être affecté à la vente en gros des champignons.

2° Tous les champignons destinés à l'approvisionnement de Paris devront être apportés sur le marché aux poirées.

3° Il est défendu d'exposer et de vendre aucuns champignons suspects et des champignons de bonne qualité qui auraient été gardés d'un jour à l'autre, sous peine de 50 francs d'amende (*Ord. de police du 13 mai 1782*).

4° Les champignons seront visités et examinés avec soin avant l'ouverture de la vente.

5° Les seuls champignons achetés en gros au marché aux poirées pourront être vendus en détail, dans le même jour, sur tous les marchés aux fruits et aux légumes.

6° Il est défendu de crier, vendre et colporter des champignons sur la voie publique. Il est pareillement défendu d'en colporter dans les maisons.

7° Les contraventions seront constatées par des procès-verbaux qui nous seront adressés.

8° La présente ordonnance sera imprimée, publiée, et affichée, ainsi que l'instruction du conseil de salubrité. Cette instruction sera adressée aux sous-préfets des arrondissements de Saint-Denis et de Sceaux, aux maires et aux *curés* des communes rurales, pour y donner la plus grande publicité. »

L'ordonnance du 1er mai 1809 qui était suivie d'une instruction sur les champignons rédigée par le conseil de salubrité, « sur les moyens de distinguer les bons champignons d'avec les mauvais », fut reprise par une autre ordonnance du 12 juin 1820, émanant du préfet de police Anglès.

Cette dernière ordonnance complétait l'article 5 de l'ordonnance de 1809. Elle ajoutait aux marchés aux fruits et aux légumes, les boutiques de fruiterie. Un autre article était intercalé : c'était l'article 6 ainsi conçu : « Tout jardinier, qui aura été condamné par les tribunaux pour avoir exposé en vente des champignons malfaisants ou de mauvaise qualité, sera expulsé des halles et remplacé. » Puis les curés visés à l'article 7 de l'ordonnance de 1809 étaient remplacés par les maires des mêmes communes (art. 9 ord. 1820).

Cette ordonnance toujours en vigueur fut exhumée l'année dernière à la suite d'un procès correctionnel, à la suite d'un empoisonnement par les champignons. Ce procès d'ailleurs défraya la chronique.

Un fruitier avait mis en vente des champignons que lui avait procurés un commissionnaire aux Halles lequel les tenait d'un ramasseur de champignons de province, son fournisseur habituel. Des personnes ayant acheté les champignons, deux moururent et les autres furent gravement malades. Un second envoi fut saisi chez le fruitier; l'inspecteur principal de la vente en gros des fruits et légumes aux Halles, ainsi que les experts désignés reconnurent que les champignons étaient des « amanites phalloïdes ». Poursuivis pour homicide par imprudence, l'expéditeur, le commissionnaire furent condamnés et le fruitier acquitté. Parmi les attendus du jugement, rendus par la 10e chambre du tribunal correctionnel de la Seine, le 26 juin 1912, il nous faut retenir les suivants :

« Attendu qu'aux termes d'une ordonnance concernant la vente des champignons en date du 12 juin 1820 tous les champignons destinés à l'approvisionnement de Paris doivent être apportés sur le marché aux poirées (aujourd'hui le marché de vente en gros des fruits et légumes);

Qu'il est en outre par cette ordonnance défendu d'exposer et de vendre aucuns champignons suspects, et des champignons de bonne qualité qui auraient été gardés d'un jour à l'autre sous les peines portées par la loi;

Que s'il est malheureusement possible que cette ordonnance qui oblige les commissionnaires à soumettre à l'inspection des Halles tous les champignons qu'ils reçoivent n'est plus généralement observée elle n'en subsiste pas moins entièrement... »

Il était curieux de signaler, après l'exposition si intéressante de champignons du Muséum, dont la *Gazette des hôpitaux* a rendu compte dernièrement (1), les textes qui régissent, tout au moins à Paris, la vente des cryptogames.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

LE PROFESSEUR J. GRYNFELTT

(DE MONTPELLIER)

Le professeur Grynfeltt, qui vient de mourir à l'âge de soixante-douze ans, était né à Servian (Hérault) où son père exerçait la médecine. Entraîné par l'exemple paternel, il se fit inscrire, ses études classiques terminées, à la Faculté de médecine de Montpellier, dont il devint un des plus brillants élèves. Après avoir obtenu les titres d'aide d'anatomie, d'interne des hôpitaux, de prosecteur, de lauréat de la Faculté, il était reçu docteur en médecine en 1867, et deux ans après il prenait part au concours pour une place d'agrégé de chirurgie et d'accouchements qu'il emportait de haute lutte sur cinq compétiteurs. En 1885, M. Grynfeltt fut nommé à la chaire d'opérations et appareils, sans titulaire depuis la mort du professeur Bouisson. Il n'y resta que trois ans. Lorsque, en 1888, la chaire de clinique obstétricale et gynécologique devint vacante par la mort prématurée du professeur Léon Dumas, le professeur Grynfeltt demanda et obtint cette chaire. Jusqu'en 1901, époque où l'état de sa santé l'obligea à demander des congés et

(1) V. *Gaz. des hôp.*, 1913, n° 122, p. 1924.

quatre ans plus tard sa mise à la retraite, il y enseigna avec une grande maîtrise l'art des accouchements, qui, au milieu de ses autres travaux de chirurgie et d'anatomie, avait toujours été l'objet de ses études de prédilection.

M. Grynfeltt jouissait, auprès de tous ceux qui l'ont connu, de la réputation d'un excellent homme et d'un parfait honnête



Cliché Cairol (Montpellier).

homme. Les nombreux élèves qu'il a formés, les confrères qui ont fait appel à lui dans les cas difficiles, peuvent attester le profond savoir du maître et l'habileté du praticien. Tous s'associeront à l'hommage que nous rendons ici à sa mémoire.

P. PUECH.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ARTÉRIO-SCLÉROSE AVEC NÉPHRO-SCLÉROSE ET BRUIT DE GALOP

Une solution à 1/10 de milligramme Nativelle ou v gouttes de la solution au millième, pendant 10 jours. Suspendre 5 à 10 jours et reprendre ensuite pendant une dizaine de jours pour continuer ainsi pendant des mois. Associer la digitaline à la théobromine. Allonger les périodes de suspension digitalique si le malade va mieux.

LIVRES NOUVEAUX

Notions fondamentales de chimie organique (1), par Charles Moureu, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole de pharmacie de l'Université de Paris.

Lorsqu'a paru la troisième édition de l'ouvrage universellement connu et désormais classique de M. le professeur Moureu, j'ai dit ici même tout l'intérêt que ce livre présente pour le médecin. Certes il dépasse de beaucoup ce qu'un lecteur non spécialisé peut et doit savoir, mais il est d'une telle logique, d'une telle clarté, d'une gradation si habile que chacun peut y acquérir les notions aujourd'hui indispensables pour suivre et comprendre la plupart des travaux publiés en médecine. Je rappelle d'ailleurs que M. Moureu n'a pas voulu écrire là, il le dit lui-même, un traité de chimie organique, mais exposer « la charpente, la trame même de nos connaissances en chimie organique, et ouvrir l'esprit du lecteur en l'initiant graduellement au mécanisme des transformations de la matière ». En un mot ce sont des idées générales que l'auteur veut enseigner, ce qui est certes la tâche la plus belle mais la plus difficile qu'on se puisse imposer. Or, cette tâche, M. Moureu s'en est acquitté de merveilleuse façon, et comme je le disais, à propos de la précédente édition, il suffit de lire le premier chapitre, celui qui traite des théories générales, pour se rendre compte avec quelle simplicité l'auteur est parvenu à exposer ces questions si ardues et si difficiles à comprendre pour ceux qui n'y sont point préparés par des études préalables. Je citerai entre autres les pages où sont condensés de saisissante et lumineuse manière les principes fondamentaux de la stéréochimie et de l'isomérie optique.

La nouvelle édition a été soigneusement mise au courant des derniers travaux; une large place y est faite aux réactions catalytiques ainsi qu'aux méthodes de synthèse basées sur l'emploi des composés organo-métalliques. Les principales réactions provoquées par la lumière et les rayons ultraviolets y sont également décrites. En stéréochimie, les composés actifs sans atomes asymétriques de même que l'inversion de Walden ont fait l'objet d'additions intéressantes.

Améliorant encore une heureuse innovation de l'édition précédente, M. Moureu a porté à 1.200 mots l'index alphabétique terminant l'ouvrage, index grâce auquel le lecteur retrouve rapidement et sans peine les renseignements dont il a besoin.

La clarté de vue et d'exposition, que l'éminent chimiste possède à un si haut degré, illumine ses *Notions fondamentales de chimie organique* et en font un ouvrage unique qui honore grandement la science et la mentalité françaises.

(1) Un vol. in-8 de VI-380 pages, 4e édition revue et mise au courant des derniers travaux. Prix : 9 francs. — Paris, Gauthier-Villars.

La Chaleur et le froid en thérapeutique. L'air chaud, bains d'air atmosphérique, diatermie et autres véhicules thermiques (1), par le docteur Henri Dausset, assistant de physiothérapie, à la clinique de l'Hôtel-Dieu.

Cet ouvrage, qui appartient à la bibliothèque des « Actualités médicales », renferme la description et les indications de la thermothérapie par la chaleur obscure en laissant de côté la chaleur lumineuse. Il n'est même question que de la chaleur obscure et sèche, car l'hydrothérapie constitue une branche assez importante de la thermothérapie pour être étudiée à part ainsi que la chaleur lumineuse.

Le sujet étant ainsi nettement délimité, l'auteur a voulu avant tout faire un livre pratique donnant rapidement et clairement, aux médecins qui désirent utiliser la thermothérapie en clientèle, les renseignements dont ils ont besoin. Les trois premiers chapitres sont consacrés aux généralités sur la chaleur, à la thermothérapie par l'air sec et aux autres véhicules thermiques ; la quatrième partie traite des principales applications cliniques de la chaleur obscure, et bien que l'auteur ait dû se restreindre, sous peine de passer en revue toute la médecine, ce quatrième chapitre n'en est pas moins parfaitement au point de la question à l'heure actuelle.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 96 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 27 sept. 1913.*) SLOSSE : Études sur le métabolisme organique normal et pathologique. Une nouvelle fonction thyroïdienne. — G. CORIN et H. WELSCH : Sur l'utilisation de la méthode d'Abderhalden pour le diagnostic de la grossesse en médecine légale. — HENSCVAL : A propos de la revaccination. — LAMAL : Quelques réactions qualitatives du formol et notes sur des procédés de dosage de cet aldéhyde.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (Nᵒˢ 8 et 9, août et sept. 1913.) PETGES : A propos de la morphée en gouttes. — CARLES : Quatrième et dernière note sur l'hérédo-syphilis; ses lois et leur interprétation.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (Nº 8, août 1913.) LANNOIS et JACOB : Oreille et accidents du travail. — SEGURA : Cylindrome trachéal; opération par voie externe; guérison. — FOY : Ozone et ozène. — BALDENWECK : Contribution à la casuistique des surdités chroniques progressives avec inexcitabilité vestibulaire et vertiges (symptôme de Ménière).

Annales des maladies vénériennes. — (Nº 8, sept. 1913.) PARIS et DESMOULIÈRE : L'antigène dans la réaction de Wassermann. — A. LÉVY-BING : Le « 606 » ne stérilise pas la syphilis. — GLAVTCHÉ : Deux cas de réinfection syphilitique; l'un incontestable, l'autre probable.

Annales médico-psychologiques. — (Nº 2, août et sept. 1913.) SÉGLAS et BARAT : Un cas de délire d'influence. — VERNET : Un patriote méconnu. Contribution à la médecine légale des délires. Base d'interprétation. — RODIET : Des inconvénients, imperfections et dangers des colonies familiales d'aliénés (*fin*). — RÉMOND : Le service de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (Nº 9, sept. 1913.) BABIL : Etude anatomique sur l'innervation et l'anesthésie régionale du sinus maxillaire. — DOUABRE : De la diathermie dans quelques affections articulaires. — BELLEY : Nouvelle incision (incision en éventail) pour l'opération de l'appendicite à froid d'après la méthode de von Bardeleben. — KERGROHEN : Note sur quelques hôpitaux de l'Extrême-Orient et du Pacifique (*suite*). — GOÉRÉ : Le choléra à Ferryville (Tunisie) en 1911. Etude clinique et bactériologique (*suite*). — OUDARD : Un cas de kyste hydatique du rein. Procédés opératoires dans les kystes hydatiques du rein.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (Nº 9, sept. 1913.) CHABROL : L'infarctus hémorragique du pancréas par pyléphlébite. — PETREN : A propos du diagnostic et du traitement de l'ulcère de l'estomac. — JACKSON : Péricôlite membraneuse.

Archives générales de chirurgie. — (Nº 9, 25 sept. 1913.) J. REGNAULT : Les luxations trapézo-métacarpiennes. — DEBREZ : La composition du liquide d'hydrocèle comparée à celle du plasma sanguin. — MAUCLAIRE : Gastro-entérostomie postérieure antécolique dans les cas de rétraction congénitale ou acquise du mésocôlon transverse.

Archives médico-chirurgicales de province. — (Nº 9, sept. 1913.) D'ŒLSNITZ : La radiothérapie dans le traitement de l'adénopathie trachéobronchique des enfants. — LÉOPOLD-LÉVI : Résultats éloignés de la cure thyroïdienne dans le traitement du rhumatisme chronique.

Biologica. — (Nº 33, 15 sept. 1913.) MAGRON : Le rôle des microbes dans la vie végétale, « maladie et symbiose ». — VIOLLE : Des principaux modes de propagation de la tuberculose. — (Nº 34, 15 oct.) H. PIÉRON : Le sommeil. — H. FRÉDÉRICQ : Qu'est-ce que la contraction cardiaque.

Bulletin médical. — (Nº 72, 13 sept 1913.) POTHERAT : Epididymite tuberculeuse. — CHASSEVANT : Procédé simple d'analyse bactériologique des eaux potables dans les garnisons. — PLICQUE : Le régime alimentaire dans le diabète.

Bulletin médical de l'Algérie. — (Nº 15, 25 sept. 1913.) COCHEZ : Quelques cas heureux de réduction de fractures. — Henri DUBOUCHER : Les méthodes récentes d'oxygénothérapie (*suite*). — COUDRAY : Les épanchements du péricarde. — (Nº 16, 25 oct.) J. ABADIE : De la bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus dans le traitement des prolapsus génitaux. — E. GARNIER : Contribution à l'étude de l'action sédative de l'iodure de sodium injecté à faible dose et de l'utilisation possible de ce produit par le service de santé comme succédané de la morphine ou du chloral.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 sept. 1913.) H. PATER : Les interventions chirurgicales et le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*fin*). — (30 sept.) A. ROBIN : La question des chlorures urinaires chez les cancéreux. — (8 oct.) G. BRAC : Traitement de l'acné de la face. — (15 oct.) J. LAUMONIER : Considérations sur le traitement collectif de quelques maladies sociales, le nervosisme. — (23 oct.) LAUMONIER : Le nervosisme (*suite*). — (30 oct.) René BENARD : Etude clinique et thérapeutique des pouls lents. — J. LAUMONIER : Considérations sur le traitement collectif de quelques maladies sociales, le nervosisme (*suite*).

Centralblatt für innere Medizin. — (Nº 34, 23 août 1913.) M. J. BREITMANN : Sur le diagnostic des maladies de foie par le procédé d'Abderhalden. — B. Th. KABANOW : Rapports entre les maladies gastro-intestinales et l'anémie pernicieuse jugés au moyen de la réaction d'Abderhalden. — (Nº 36, 6 sept.) H. V. HŒSSLIN : Un cas de trouble de conduction causé par une irritation du vague.

Clinique. — (Nº 39, 26 sept. 1913.) CASTAIGNE : Troubles respiratoires et circulatoires graves par aérophagie. — GOUGEROT : I. Sur les mycoses profondes; — II. Sur les épidermites mycosiques. — LAPOINTE : Les luxations dites du semi-lunaire en avant. Caractères cliniques et traitement. A propos de deux cas personnels. — (Nº 40, 3 oct.) HUTINEL : Néphrite et purpura. — C. RŒDERER : Quelques explications pratiques sur la méthode d'Abbott. — LE LORIER : Le traitement médical des vomissements graves de la gestation d'après les données les plus récentes. — PAUCHET : Traitement de la hernie inguinale étranglée réduite en masse. — ESCOMEL : Un cas de lithotritie cystoscopique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (Nº 31, 31 juillet 1913). G. LEDDERHOSE : Sur les abcès sous-phréniques. — H. DOLD et A. KADOS : Importance de l'anaphilotoxine en pathologie et en particulier en pathologie oculaire. — R. OHM : Pouls veineux et bruits du cœur. — A. LIPPMANN : Comparaison de la température axillaire et rectale. — G. RICHTER : Diagnostic de la tuberculose commençante du sommet du poumon. — A. HOLTERDORF : Tétanie dans un cas de péritonite par perforation. — L. LEVY : Suppuration périnéale chez un porteur de bacilles typhiques. — G. HAMMESFAHR : Kyste pseudomyxomateux de l'appendice. — G. SCAGLIOSI : Polypose intestinale adénomateuse diffuse. — B. VALENTIN : Recherches expérimentales sur la greffe de l'aponévrose. — E. SHOSS : Traitement du rachitisme par l'huile de foie de morue, la chaux et le phosphore. — F. M. MEYER : Traitement radiothérapique moderne et particulièrement en surface.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (Nº 36, 7 sept. 1913.) E. GRIEWANK : Quelques considérations étiologiques et thérapeutiques sur la fièvre bilieuse hémoglobinurique. — (Nº 37, 14 sept.) J. COURTIN : Intervention chirurgicale dans les traumatismes de la plèvre et du poumon. — (Nº 38, 21 sept.) J. COURTIN : Intervention chirurgicale dans les traumatismes de la plèvre et du poumon (*fin*).

Medizinische Blätter. — (Nº 16, 16 août 1913.) E. LUZATTI : Malauie de Banti.

Le Directeur-gérant : Dʳ François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 132. — JEUDI 20 NOVEMBRE 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 20 NOVEMBRE 1913. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Lecture. — *Pathologie.* — Séance du 17 novembre 1913. — MM. Lévi-Alvarès et Andral, 7; Léonet, 6; Petit, 13; Ill, 3; Mlle Hochberg, 10; M. Lauret, 9; Mlle Lang, 11; MM. Mugel et Galliot, 10.

Séance du 18 novembre. — MM. Laurent, 2; Boulay, 9; Saint-Yves-Ménard, 13; Bourgeois (Maurice), 9; Doubrère, 7; Michon, 11; Hemmerdinger, 10; Dessignole, 5; Bonnot, 7; Leroy, 10; Gourdin, 8.

Anatomie. — Séance du 17 novembre. — MM. Olivieri, 11; Lavergne et Pecker, 5; Cochez, 9; Misrachi, 11; Pichon, 6; Mlle Demadières, 7.

Séance du 18 novembre. — MM. Piémont, 9; Lesage, 10; Furet, 9; Guillouet, 11; Hissard, 3; Fouquet, 7; Guillard, 13; Parturier, 7.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le concours de l'adjuvat d'anatomie s'est terminé par la nomination de MM. Darget, Perruchot et Blanchot, aides d'anatomie titulaires; et MM. Jeanneney, Bousquet et Arnould, aides d'anatomie adjoints.

— Toulouse. — Un concours pour une place de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques s'ouvrira le vendredi 19 décembre 1913, à neuf heures du matin, à la Faculté de médecine.

Le registre d'inscription sera clos quinze jours avant l'ouverture du concours.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Concours Vulfranc-Gerdy. — Conformément aux propositions du Conseil d'administration, l'Académie a désigné, pour faire partie du concours Vulfranc-Gerdy, MM. Albert Robin, Bourquelot, Gariel, Marty et Netter.

CONSERVES DE TOMATES ET ACIDE SALICYLIQUE. — Alors que, pendant très longtemps, on a interdit la consommation de la délicieuse « pomme d'amour » aux arthritiques, il est admis maintenant, à la suite des recherches du professeur Armand Gautier, que la tomate ne contient que des traces d'oxalate et que ses malates, citrates et tartrates, exercent une action favorable en alcalinisant le sang.

La conserve de tomates est partout d'un usage très courant, et dans le midi en particulier on en consomme de grandes quantités. Or dans beaucoup de ces conserves, vendues à bas prix, on trouve, dit M. P. Carles (1), des quantités notables d'acide salicylique, la dose atteignant d'ordinaire 1 gramme par kilogramme. L'emploi de l'acide salicylique a pour but principal d'économiser les frais et le travail d'asepsie par le chauffage, et d'autre part de maintenir intacte la couleur.

Si l'on songe que l'acide salicylique est un irritant des voies digestives, peut provoquer des accidents sérieux d'intoxication chez ceux dont les reins fonctionnent insuffisamment et agit aussi sur le foie et l'utérus, il y a dans l'emploi de cet antiseptique pour la préparation des conserves de tomates un abus auquel doivent veiller les pouvoirs publics.

Le fait qu'il existe naturellement de l'acide salicylique dans l'exquise solanée dont nous parlons, ainsi d'ailleurs que dans la fraise et la plupart des fruits rouges, ne saurait être une excuse, car on ne l'y rencontre qu'à des doses infimes et de plus il n'y existe pas à l'état libre.

Ajoutons qu'un de nos confrères italiens, le docteur Roberto Riciadelli, considère la tomate comme un merveilleux préventif contre le choléra. En acidifiant le contenu de l'estomac et de l'intestin, elle neutraliserait l'action du bacille virgule.

A. G. L.

APRÈS LA COCAINE, LA MORPHINE ET L'ÉTHER, VOILA LE NAPHTE. — Au moment où l'usage des stupéfiants se généralise, signalons cette nouvelle méthode d'intoxication qui nous vient d'Amérique, naturellement. A Boston et dans les environs existent de grandes usines où l'on traite le caoutchouc que l'on purifie par le naphte.

Or, on put constater que les femmes employées dans ces usines étaient toutes atteintes d'une maladie nouvelle que les médecins étaient impuissants à traiter. A force d'observations, il fut possible de constater que les troubles dont souffraient les ouvrières étaient dus à l'absorption des vapeurs de naphte qui leur causaient une sorte d'ivresse.

Bientôt toutes se mirent à avouer qu'elles recherchaient le poison et n'hésitaient pas à grimper sur les cuves où se trou-

(1) P. Carles, *Province méd.*, 18 oct. 1913, n° 42.

vait le naphte en ébullition, pour y respirer tout à leur aise les vapeurs qui leur procuraient une sensation de bien-être telle qu'au bout de peu de temps il leur devenait impossible de s'en passer. P.

GÉRANT DE PHARMACIE ET ACCIDENT DU TRAVAIL. — Pour exploiter une pharmacie, il faut non seulement être diplômé, mais encore propriétaire du fonds. Le contrat par lequel un pharmacien fait gérer son officine est illicite. Le gérant, victime d'un accident, ne peut donc invoquer les lois de 1898 et de 1906 sur les accidents du travail. Tel est le sens d'un arrêt rendu par la première chambre de la Cour de Nîmes le 19 mai 1913. P.

HOPITAL SAINT ANTOINE (service de M. le docteur Albert MATHIEU). — M. le docteur Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et M. le docteur Jean-Charles Roux commenceront, le jeudi 4 décembre, une série de leçons sur « les Maladies de l'estomac » et les continueront tous les jeudis à onze heures, salle de la consultation, 20, rue de Citeaux.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. le docteur E.-C. Aviragnet, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le samedi 22 novembre 1913, à neuf heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, sérothérapie, tubage et trachéotomie).

Tous les matins : visite; examen des malades. Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Programme des leçons. — Première et deuxième leçons : Généralités sur la diphtérie. Tubage. — Troisième leçon : Trachéotomie. — Quatrième leçon : Diagnostic bactériologique. — Cinquième et sixième leçons : Etude clinique de l'angine diphtérique. — Septième leçon : Etude clinique du croup. — Huitième leçon : Paralysie diphtérique. — Neuvième leçon : Sérothérapie. — Dixième leçon : Traitements adjuvants. Prophylaxie de la diphtérie.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), tous les jours, de midi à trois heures.

Les élèves seront classés par série de quinze et pour une période de trois semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

M. le docteur H. Dorlencourt, chef de laboratoire, et M. Gillard, interne du service, dirigeront les travaux pratiques.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU. (Professeur : M. DE LAPERSONNE.) — M. le docteur A. Cantonnet, ancien chef de clinique de la Faculté, ophtalmologiste des hôpitaux, commencera le mardi 25 novembre 1913, à cinq heures (amphithéâtre Dupuytren), des conférences pratiques sur les maladies des yeux, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Elles auront pour objet les affections et les traumatismes oculaires que doivent connaître et savoir traiter tous les médecins (présentations de malades).

LES ENSEIGNEMENTS SPÉCIAUX A LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — Deux enseignements spéciaux sont organisés, on le sait, à la Faculté de médecine, en vue de la délivrance de deux diplômes spéciaux, celui de médecine coloniale et celui de médecine légale et de psychiatrie.

Le programme des cours de l'institut de médecine coloniale est ainsi établi pour ce semestre d'hiver : M. Blanchard, parasitologie; M. Roger, technique bactériologique et hématologique ; M. Morestin, chirurgie des pays chauds ; M. Chantemesse, épidémiologie exotique ; M. Wurtz, pathologie et hygiène tropicales; M. Cantonnet, maladies des yeux dans les pays chauds ; MM. Gaucher et Jeanselme, affections de la peau. Les cours durent trois mois.

Les cours de l'institut de médecine légale et de psychiatrie sont confiés à MM. Thoinot, professeur (novembre-décembre), et Balthazard, agrégé (janvier-février). La scolarité est de deux semestres.

COURS ET CONFÉRENCES

LEÇON INAUGURALE DE M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD A LA CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

M. le professeur Chauffard a repris son cours de clinique médicale samedi, à Saint-Antoine, devant un amphithéâtre comble. Cette première leçon a été consacrée à l'étude de l'ictère congénital mégalosplénique, forme particulière de cet ictère hémolytique que, l'un des premiers, M. Chauffard a distrait du groupe des ictères par rétention.

Après avoir rappelé la fragilité globulaire, les lésions des globules rouges qu'on observe dans le sang de ces malades, après avoir rappelé les recherches de Widal sur l'ictère hémolytique acquis, M. Chauffard arrive à l'étude d'une forme toute particulière sur laquelle il a personnellement dirigé ses recherches, c'est l'ictère congénital splénomégalique.

Il nous présente une famille, à ce point de vue très intéressante. Mais, auparavant, il rappelle une observation de Hayem, en 1898, dans laquelle il s'agissait d'un ictère infectieux chronique mégalosplénique d'origine hérédo-syphilitique. Au commencement de 1913, M. Edmond Fournier a présenté à la Société médicale des hôpitaux un homme de quarante-cinq ans, ictérique depuis son enfance et qui avait présenté des lésions cutanées d'origine hérédo-syphilitique.

La famille qui nous est présentée par M. Chauffard se compose du père âgé de cinquante ans, solide et bien portant, mais ictérique depuis sa naissance, sans spécificité personnelle, ayant eu seulement, en 1883, un bouton malléolaire qui a été guéri par des applications de sublimé. Il a eu une première crise de douleurs violentes en 1901 puis en 1902, 1912, 1913. Sa rate est très volumineuse. Cet homme a épousé une femme bacillaire. Ils ont eu deux jumelles aujourd'hui âgées de dix-sept ans, très en retard comme développement, toutes deux ictériques et portant de grosses rates, puis une autre petite fille de sept ans non ictérique, mais avec une petite lésion bacillaire. L'une des deux jumelles a présenté des syphilides gommeuses qui ont guéri par le néosalvarsan. Le Wassermann avait été positif. La sœur jumelle a présenté également des accidents d'hérédo-syphilis guéris par le salvarsan.

Voilà donc une famille dans laquelle il y a nettement de la syphilis et dont trois membres sur quatre sont atteints d'ictère congénital splénomégalique. Dans cette famille se trouvent deux jumelles; or, on sait qu'on admet un rapport entre la gemmiparité et la syphilis ou l'hérédo-syphilis. De là à conclure à un rapport existant également entre la syphilis et l'ictère congénital il n'y a qu'un pas à franchir, et M. Chauffard n'hésite pas à le franchir. Sur une vingtaine de cas d'ictère congénital qu'il a pu observer, plusieurs étaient chez des syphilitiques. Pour en revenir à la famille ictérique présentée par M. Chauffard, rappelons que la mère était tuberculeuse, que la petite fille semble bien une prétuberculeuse, si bien que M. Chauffard se demande si la tuberculose ne pourrait aussi jouer son rôle dans la pathogénie de l'ictère congénital.

Nous n'avons pu faire connaître que d'une façon très résumée les principaux faits soulevés dans cette magistrale leçon. En l'écoutant avec un vif intérêt, nous nous sommes fait cette réflexion : il ne nous paraît pas possible, étant donné un sujet de pathologie, encore nouveau et peu exploré, d'apporter à son étude plus de conscience scientifique, plus de clarté et de précision, et d'y associer plus heureusement les enseignements de la bonne et saine clinique avec un plus scrupuleux souci des recherches de laboratoire. A. B.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FORMES FRUSTES DE LA

MALADIE DE RECKLINGHAUSEN

Par P. BERTEIN,

Médecin-major, répétiteur à l'École du service de santé militaire.

« D'une maladie caractérisée par la présence de tumeurs cutanées et des nerfs, de pigmentations de la peau accompagnant un ensemble particulier » ; tel était le titre du premier travail français (Landowski) paru en 1894 sur le syndrome décrit en 1882 par von Recklinghausen. On y trouve énumérés les trois symptômes capitaux :

Tumeurs de la peau;
Tumeurs des nerfs;
Pigmentation cutanée.

Accessoirement l'affection se complète d'autres phénomènes. Le malade offre souvent un certain état de déchéance psychique, parfois des signes de localisation nerveuse centrale ou périphérique, ou encore il est acromégalique ou addisonien, mais ceci n'est que secondaire, et la triade symptomatique que nous avons dite caractérise à elle seule la neurofibromatose.

Nombreuses ont été déjà les observations rapportées, mais à les lire on constate que les trois éléments du syndrome y sont très inégalement représentés. Parfois, ce sont les tumeurs cutanées ou des nerfs dont il n'existe que quelques éléments discrets disséminés, ou bien c'est la pigmentation qui est à peine accusée. Toutefois un examen attentif retrouve le syndrome au complet.

Mais il est d'autres faits sur lesquels nous désirons insister, Feindel et Oppenheim leur ont consacré un mémoire en 1898 dans les *Archives générales de médecine*. Il s'agit ici d'un syndrome incomplet, et les variétés en sont multiples suivant que c'est tel ou tel signe qui fait défaut. A ce compte même l'on risque d'étendre singulièrement les limites de l'affection et d'y rattacher les faits où un seul élément de la triade à l'exclusion des deux autres est représenté. C'est ainsi qu'une observation de Thibierge (1) et une analogue de Sarazanas (2), où les malades ne présentaient que de la pigmentation congénitale en semis et en larges plaques, sont rangées dans les cas frustes de maladie de Recklinghausen. Nous faisons à cet égard toutes réserves. Encore que les travaux des auteurs n'aient pas permis jusqu'ici d'assigner à la neurofibromatose des limites bien tranchées, nous pensons qu'on n'est autorisé à appeler de ce nom que les cas où deux éléments du syndrome au moins existent.

Dans ces conditions, voici les divers types susceptibles d'être rencontrés :

1° Tumeurs cutanées et des nerfs sans pigmentation [obs. de Hansemann (1), de Tishoff et Timofejeff (2)];

2° Tumeurs des troncs nerveux et pigmentation, sans tumeurs cutanées [obs. de Schlange (3)];

3° Tumeurs cutanées et pigmentation sans tumeurs des troncs nerveux. C'est la variété la plus fréquente représentée par un certain nombre d'observations déjà : Chauffard et Ramon (4), Feindel et Oppenheim (5), Marie (6), Milian et Lévy (7), Jehl (8), Lahmann (9), Philipson (10). Nous voudrions y adjoindre le fait personnel suivant et étudier ce type fruste assez fréquent de la maladie de Recklinghausen que Chauffard a nettement individualisé, l'opposant même, en raison de l'absence de tumeurs nerveuses, à la neurofibromatose typique. Nous verrons plus loin s'il y a lieu de maintenir, comme il le fait, la distinction de deux variétés anatomiques distinctes : l'une la neurofibromatose pigmentaire, l'autre que nous envisageons la dermofibromatose pigmentaire.

Observation personnelle inédite. — Le jeune soldat B..., vingt et un ans, du 99e régiment d'infanterie, entre le 25 avril 1913 à l'hôpital Desgenettes pour tumeurs disséminées de la peau.

Antécédents. — Les père et mère sont en bonne santé, ils n'ont jamais, non plus que deux frères et deux sœurs, présenté aucune affection semblable à la sienne. Il a eu les oreillons à l'âge de six ans. Pas de maladies vénériennes. Ethylisme avéré. Ses tumeurs cutanées se sont développées dès l'enfance. Il se rappelle les avoir toujours eues. Un antécédent est intéressant à relever; c'est celui d'un accident survenu à l'âge de cinq ans : une roue de charrette tomba sur son épaule droite; la région deltoïdienne fut fortement contusionnée et les mouvements du membre supérieur restèrent douloureux durant une dizaine de jours. Dans les mois qui suivirent ce traumatisme violent, alors que la région était auparavant indemne, il constata la présence d'une tumeur globuleuse à ce niveau. A l'âge de quatorze ans, un effort, en soulevant un fardeau, fut interrompu brusquement par une sensation douloureuse de déchirure au niveau du point anciennement contusionné; le malade resta une semaine sans travailler, après quoi il reprit ses occupations, mais la tumeur continuant lentement à grossir, quoique non douloureuse, il se décida à la faire extirper. Pour cela il entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon où nous fûmes assez heureux de retrouver dans le service du professeur Tixier l'observation du malade prise à cette époque. Nous en transcrivons les éléments concernant la tumeur de l'épaule. « On constate la présence d'une volumineuse tumeur de la région antéro-externe deltoïdienne droite du volume d'un poing, allongée de haut en bas, lobulée à sa surface. A la palpation la masse est franchement élastique, facilement mobilisable dans le sens transversal, beaucoup moins dans le sens vertical. La contraction musculaire provoquée ne permet plus la mobilisation de la tumeur transversalement. Elle n'adhère pas à l'os. Intervention le 6 décembre

(1) Thibierge. *Soc. de dermat.*, 1898.
(2) Sarazanas. Th. de Paris, 1903-1904, n° 170.

(1) Hansemann. *Deut. med. Woch.*, 1895, p. 133.
(2) Tishoff et Timofejeff. *Ann. russes chir.*, 1894.
(3) Schlange. *Berl. klin. Woch.*, 1889.
(4) Chauffard et Ramond. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1896, et *Gaz. des hôpit.*, 1896.
(5) Feindel et Oppenheim. *Arch. gén. de méd.*, 1898.
(6) Marie. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1896.
(7) Milian et Lévy. In Th. Sarazanas, et *Bull. de la Soc. anat.*, 1901.
(8) Jehl. Th. de Paris, 1897-1898, n° 301.
(9) Lahmann. *Virch. Arch.*, t. CI.
(10) Philipson. *Virch. Arch.*, t. CX.

1910. Incision de 0,15 en sous-acromiale, parallèle aux fibres du deltoïde. La tumeur est franchement infiltrée dans les fibres musculaires qu'on est obligé de réséquer largement. La tumeur est formée d'une série de nodules semblables à des grains de raisin. » Nous en décrivons plus loin l'aspect histologique. A noter qu'on profita de l'intervention pour extirper une autre tumeur plus petite au niveau de la région présternale inférieure. Le malade quitta l'Hôtel-Dieu le 15 décembre.

Etat actuel. — L'attention est tout d'abord attirée à un examen général par une teinte bistrée de tout le tégument. Celui-ci est, en outre, parsemé de multiples petites tumeurs, les unes, semble-t-il, enchâssées dans la peau, à peine saillantes; les autres faisant une saillie appréciable, non pédiculées cependant, d'un volume égal à celui d'une noisette. La peau qui les recouvre est pigmentée, bleuâtre, comme si, amincie, elle laissait transparaître un contenu liquide. Pas trace de réaction inflammatoire au pourtour. Leur consistance est franchement mollasse, et, saisies entre le pouce et l'index, les tumeurs donnent nettement, suivant la comparaison classique, l'impression de l'écrasement d'un grain de raisin vidé de son contenu. La peau est adhérente à leur surface, mais elles sont mobiles sur les plans sous-jacents, non douloureuses. Leur distribution est des plus irrégulières, ne semblant en particulier répondre à aucune zone d'innervation. Les deux plus grosses sont situées, l'une sur la face antéro-supérieure de la cuisse gauche, l'autre sur l'hémithorax du même côté, en dedans et un peu au-dessous du mamelon. Les autres, plus petites, moins saillantes, sont disséminées surtout au niveau de la poitrine. Elles sont rares dans le dos. L'une offre un aspect spécial; située dans la région thoracique gauche postérieure dans le huitième espace intercostal, elle offre un diamètre d'environ celui d'une pièce de 2 francs; elle est plus aplatie que les autres tumeurs, recouverte d'une peau plissée d'aspect papillomateux.

On ne rencontre pas de tumeurs aux membres supérieurs, à la face, non plus qu'aux jambes et aux pieds.

En dehors de ces petites masses néoplasiques, la peau est parsemée de nombreuses taches næviques. On en trouve sur tout le corps, sauf à la figure. Leur teinte est rouge lie de vin.

Au niveau de la région deltoïdienne droite on constate la cicatrice longue de 15 centimètres de la première intervention. Cette cicatrice est indolore, non adhérente. Le malade a gardé toute la liberté des mouvements de son épaule.

Examen des autres régions et appareils. — L'examen des appareils digestif et pulmonaire ne révèle rien d'anormal. Le malade accuse seulement des rhumes fréquents. Jamais d'hémoptysie.

Appareil cardio-vasculaire. — Rien à signaler.

Tension artérielle (systolique) Recklinghausen :

Méthode palpatoire : 140 — 145 = 10,4-10,6.
Méthode oscillatoire : 155 — 160 = 11,1-11,5.

Tension minima (diastolique) :

Méthode palpatoire : 90 — 95 = 6,5-6,9.
Méthode oscillatoire : 95 — 100 = 6,9-7,1.

Le malade n'a non plus jamais présenté de troubles du côté de l'appareil génito-urinaire.

Examen des urines :

Volume	1000
Albumine	Néant
Sucre	Néant
Urée	25,2
Chlorures	15,79
Phosphates	1,82

Système nerveux. — Rien à signaler du côté de la motilité. La sensibilité est conservée sur tout le corps à la piqûre et au contact. Les réflexes sont normaux. Pas de trouble des organes des sens. Le fond d'œil est intact. Le malade, seulement un peu apathique, présente un état psychique normal. Pas de déficit intellectuel.

Intervention. — Celle-ci limitée n'a pour but, sur la demande du malade, que de le débarrasser de celles de ses tumeurs qui le gênent. Pour ne pas altérer par des injections anesthésiques le tissu néoplasique, nous pratiquons l'excision sous légère chloroformisation d'une tumeur de la région pectorale gauche, d'une autre siégeant à la face antéro-supérieure de la cuisse du même côté et d'une troisième située au niveau des dernières côtes gauches.

Le malade sort de l'hôpital une dizaine de jours après.

Examen histologique. — Celui-ci a porté sur de nombreuses coupes pratiquées aux dépens de chacune des trois tumeurs. Leur aspect est sensiblement identique et si on les compare à celles effectuées sur la tumeur majeure extirpée autrefois et que nous avons pu retrouver grâce à l'obligeance de M. Vandenbosche nous constatons la même analogie.

Les préparations actuelles ont été faites et examinées au laboratoire d'histologie de l'école du service de santé militaire avec le concours obligeant de mes camarades du laboratoire, MM. Baur et Lévy.

Colorations : hématéine éosine; hématéine van Gieson; orcéine van Gieson; acide osmique Weigert.

Le tissu néoplasique est disposé dans l'épaisseur même du derme, confondu avec lui, n'en constituant à proprement parler qu'une sorte d'hypertrophie localisée. Développé sous les couches épithéliales intactes, il se confond en bas avec les plans superficiels de l'hypoderme. Il n'est nulle part entouré d'une capsule limitante. Ce tissu est uniformément et uniquement fibreux. On remarque des fibres conjonctives plus ou moins tassées avec des éléments cellulaires peu abondants, surtout là où la condensation fibreuse est plus marquée. Les trousseaux de fibres sont orientés en tous sens. L'orcéine décèle un grand nombre de fibres élastiques ondulées poussant leurs terminaisons jusque sous les premières assises épithéliales.

Les vaisseaux sont assez abondants : capillaires ou veinules; on ne trouve pas d'artériole bien constituée. La paroi vasculaire n'est pas épaissie et ne constitue pas le centre de figure des réactions conjonctives.

On note aussi en certains points la coupe de glandes sébacées ou de canaux excréteurs sudoripares. La prolifération conjonctive les entoure sans les envahir et leurs parois n'offrent aucune altération.

Nulle part, en aucune région des nombreuses coupes examinées, nous n'avons pu constater rien qui ressemble de près ou de loin à un élément nerveux.

A noter aussi qu'on ne trouve en aucun point d'hémorragies interstitielles ni de zones d'inflammation ou de dégénérescence.

On le voit, à part les tumeurs des nerfs absentes, l'affection s'est développée chez notre malade comme une neurofibromatose typique. Mais cette épithète impliquant l'existence de néoplasmes le long des trajets nerveux ne saurait, semble-t-il, convenir, et Chauffard lui a substitué, pour désigner les cas du genre de celui que nous venons de rapporter, celle de dermofibromatose pigmentaire. Mettant en lumière les points marquants de notre observation, nous allons résumer à présent les traits principaux de cette forme incomplète de la maladie de Recklinghausen dont la relative fréquence en clinique rend l'étude intéressante. Sa nature, en outre, soulève des discussions d'une portée générale bien faites pour retenir l'attention.

Étiologie. — On retrouve chez notre malade ce caractère de la congénitalité de la neurofibromatose en général qui en est un des traits marquants.

Feindel a pu dire, en effet, qu'elle était toujours congénitale, souvent héréditaire, quelquefois familiale, et c'est ainsi que Rolleston et Mac Naughtan (1) ont cité un cas survenu chez une fille de treize ans dont le père, trois frères et sœurs et les grands-parents étaient pareillement atteints de la maladie à des stades différents. Mais un seul des éléments du syndrome peut être congénital, les autres n'apparaissant que plus tard, l'affection se complétant peu à peu. Debove a publié ainsi l'observation d'un malade dont l'évolution de la neurofibromatose s'était faite par phases distinctes. Des nævi pigmentaires étaient apparus d'abord, puis les tumeurs cutanées, et enfin, plus tard, les tumeurs nerveuses. C'est là un point intéressant dans le sujet qui nous occupe, les formes incomplètes, frustes de la neurofibromatose que nous envisageons, seront souvent définitives, arrêtées dans leur progression, ou bien pourront ne constituer que des formes d'attente destinées à se compléter dans la suite. Certaines conditions favoriseraient, précipiteraient pour ainsi dire, cette évolution naturellement lente de l'affection. C'est souvent une infection, la tuberculose surtout (Poncet), parfois un traumatisme qui sont le signal de la généralisation de la maladie, de l'éclosion des tumeurs en particulier. A cet égard, notre observation est intéressante, dans laquelle on voit une contusion violente fixer, peut-on dire, dans la région deltoïdienne, la tumeur cutanée majeure.

SYMPTOMES. — Nous rencontrons chez notre malade, à part les tumeurs absentes le long des nerfs, les caractères principaux du syndrome de Recklinghausen que nous allons rappeler.

1° *Pigmentation.* — Elle se présente sous les deux aspects suivants : c'est d'abord toute la surface tégumentaire qui apparaît comme plus foncée, brunâtre, terreuse, rappelant la maladie d'Addison. C'est ensuite, tranchant sur le fond, un semis de taches pigmentaires de dimensions variables, d'une tête d'épingle à plusieurs centimètres. Leur coloration plus ou moins marquée varie du brun foncé à la teinte café au lait. Elles sont arrondies et ne font pas saillie à la surface de la peau. On trouve parfois cette pigmentation au niveau des muqueuses (Labouverie, Mossé, Oddo, Jullien, Bernard) et ainsi se complète l'analogie de cette véritable mélanodermie des neurofibromateux, avec celle de la maladie d'Addison (2).

2° *Tumeurs cutanées.* — Ce sont de petites masses molluscoïdes, saillantes sur la peau, implantées par une base large, rarement pédiculées. Leur distribution semble n'obéir à aucune loi; elles sont rares toutefois à la paume des mains et à la plante des pieds. On les rencontre surtout au niveau du tronc, au nombre de quelques unités seulement, ou de plusieurs centaines. Elles sont incluses dans la peau, font corps avec elle et on ne peut les en séparer. (Les tumeurs des troncs nerveux sont au contraire sous-cutanées.) Les plus petites sont revêtues d'une peau normale; au fur et à mesure qu'elles grossissent celle-ci devient violacée, s'amincit; on a l'impression de petites masses kystiques transparentes prêtes à s'ouvrir au dehors. Vient-on à les palper, leur consistance est mollasse, on n'a rien, semble-t-il, entre les doigts que la peau mince qui se plisse. La tumeur elle-même a fui comme le ferait une petite hernie ombilicale que l'on réduit. Grosses comme un grain de mil, au début de leur évolution, à peine saillantes, elles atteignent toujours très lentement le volume d'une petite noix, et on trouve sur le tégument tous les stades évolutifs de ces petites masses néoplasiques. L'une d'elles acquiert souvent un volume plus considérable : c'est la tumeur majeure; elle siégeait chez notre malade à l'épaule droite; les dimensions en étaient modérées; mais elle peut prendre parfois un développement monstrueux. Les caractères objectifs sont ceux des autres tumeurs plus petites. Il est à noter que, dans la maladie de Recklinghausen, la tumeur majeure est tantôt représentée comme chez notre malade et les autres du même type par une tumeur intracutanée plus développée; tantôt par une tumeur sous-cutanée développée aux dépens des troncs nerveux. On l'appelle alors de préférence tumeur royale de Boudet.

Cette tumeur majeure n'est d'ailleurs pas toujours la plus grosse, parce qu'elle est la plus ancienne; et chez notre sujet elle apparut longtemps après la majorité des molluscums, favorisée dans son apparition par le trauma que nous avons dit.

On ne notait pas chez notre malade cet état de déchéance psychique que l'on a signalé parfois. Il était seulement apathique, indifférent à ce qui l'entourait.

Voilà donc résumés ci-dessus les caractères principaux de cette forme incomplète de la maladie de Recklinghausen individualisée par Chauffard sous le nom de dermofibromatose pigmentaire. Mêmes conditions d'apparition et d'évolution, mêmes particularités objectives que dans le syndrome typique, seules les tumeurs des nerfs sont absentes. L'examen le plus attentif ne nous a montré, ni par l'inspection à jour frisant, ni à la palpation soigneuse des trajets nerveux, aucune nodosité. Dans l'observation de Chauffard, l'autopsie permit de démontrer que, pas plus que les nerfs superficiels, les nerfs profonds viscéraux n'étaient altérés. Macroscopiquement il n'existe donc pas chez ces malades de tumeurs des nerfs. Mais, l'on peut se demander si les tumeurs cutanées diffuses que nous avons signalées ne sont pas, elles, d'origine nerveuse; sorte de névromes développés aux dépens des filets nerveux terminaux cutanés, faisant corps, dès lors, avec la peau. La neurofibromatose aurait ainsi frappé les terminaisons nerveuses à l'exclusion des troncs. L'examen histologique permet-il d'éliminer cette hypothèse? Oui, apparemment. Nous avons vu que l'étude de coupes multipliées des tumeurs extirpées ne nous avait décelé qu'une sorte de fibromatose dermique entourant vaisseaux et glandes cutanées et au sein de

(1) ROLLESTON et MAC NAUGHTAN. *Rev. of Neurol. a. Phys.*, 1912. Analysé dans les *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1912.

(2) BOSQUET. *Etude sur la maladie de Recklinghausen dans ses rapports avec les glandes à sécrétion interne et particulièrement les surrénales*, Th. de Lille, 1913.

laquelle rien n'offrait par les colorations électives l'aspect d'une fibre nerveuse. Ce résultat d'examen est identique à ceux qu'ont publiés à propos de leur cas personnels Chauffard, Marie, Lahman, Feindel, Philipson, et pour eux ce résultat est catégorique. Il ne saurait s'agir de tumeurs ayant pris naissance aux dépens des nerfs cutanés.

Nous ne saurions aujourd'hui être aussi affirmatif. C'est que la conception des névromes s'est singulièrement modifiée dans ces dernières années, et sans vouloir reprendre ici les détails d'histogénèse des néoplasmes des nerfs nous sommes amené à fixer en quelques lignes ce que l'on entend à présent histologiquement sous ce nom.

L'on est loin en effet de la conception exigeante de Virchow, pour lequel il ne pouvait être question de névrome qu'autant que la tumeur était manifestement constituée de fibres nerveuses elles-mêmes proliférées. A ce compte, en effet, ces néoplasmes seraient exceptionnels, et Cunéo (1) n'a pu relever que 26 cas de névromes différenciés. On les observe alors au niveau des centres rachidiens ou sympathiques. Ce serait même là, pour certains auteurs, la seule localisation possible.

Mais à côté de cette variété exceptionnalle de névromes, dans lesquels on rencontre histologiquement des fibres nerveuses typiques, se classe l'immense majorité des tumeurs nerveuses non différenciées. Un simple tissu fibreux, banal, si j'ose dire, les constitue uniquement.

Le névrome n'est plus alors, somme toute, qu'un fibrome ou un myxome, capable au reste de subir la transformation maligne sarcomateuse. Et ce tissu fibreux lui-même n'a pas pris naissance, comme on serait tenté de le penser, aux dépens de l'enveloppe fibreuse du nerf, mais bien aux dépens des fibres nerveuses elles-mêmes plus proprement des cellules de la gaine de Schwann, véritables éléments nerveux et non conjonctifs, et dont la transformation néoplasique a pu être suivie dans toutes ses transitions. L'aboutissant est ce tissu fibroïde non différencié, au sein duquel pourront persister quelques fibrilles nerveuses encore reconnaissables. Le plus souvent, elles n'existent même pas.

Telle est la conception actuelle du névrome telle qu'elle dérive des travaux de l'école lyonnaise (2), appuyés et complétés par ceux de Durante (3).

Il en résulte, et c'est ce point qui nous intéresse dans le présent travail, que les résultats de l'examen histologique des tumeurs cutanées chez notre malade et ceux du même type rapportés antérieurement ne sauraient faire éliminer catégoriquement l'hypothèse de l'origine nerveuse de ces productions. Autrement dit, entre les tumeurs véritablement fibreuses, d'origine dermique et les névromes des filets terminaux cutanés nerveux, il n'existe souvent pas de différence histologique ; et la diffusion du processus fibreux envahissant toute l'épaisseur du derme, sans limitation tranchée, viendrait de ce fait qu'il n'existe point, au niveau des filets terminaux, de périnèvre susceptible d'opposer une barrière à l'envahissement néoplasique, celui-ci diffusant alors librement (Durante).

Nous ne saurions trouver dans nos coupes aucun critérium histologique de la nature nerveuse des petites tumeurs cutanées de notre malade, mais rien non plus qui nous permette d'éliminer cette hypothèse, étant donnée l'histologie habituelle du névrome que nous venons de rappeler. Et comme, par ailleurs, ces formes frustes apparaissent comme les formes complètes typiques de la neurofibromatose, et en ont l'allure clinique générale nous tendons, suivant en cela l'opinion de Cunéo, à considérer ces fibromes dermiques comme de véritables névromes terminaux et à revenir à la conception de Recklinghausen, pour qui le syndrome était avant tout à détermination nerveuse, à cette réserve près que ce ne sont pas les gaines des nerfs, comme il le pensait, qui sont le point de départ de la néoplasie, mais la fibre nerveuse elle-même. L'absence même de fibres nerveuses signalée par les auteurs dans les coupes étudiées serait plutôt, nous semble-t-il, un argument en faveur du névrome, les fibres ayant régressé vers le tissu conjonctif indifférencié et ne se révélant plus par leurs colorations électives. Que la néoplasie ait pris naissance dans le tissu cellulaire sous-cutané, le long d'un tronc nerveux, ou qu'elle soit incluse dans la peau, elle est toujours d'origine nerveuse. Le plus souvent, les tumeurs coexistent sur les troncs sous-cutanés et sur les filets terminaux intradermiques (formes typiques); parfois les tumeurs sous-cutanées des troncs nerveux existent seules, on dit alors qu'il n'existe pas de tumeurs de la peau, d'autres fois encore, et ce sont les faits que nous avons eus en vue, seuls les filets terminaux sont touchés, on dit alors improprement que le malade n'a pas de tumeurs nerveuses, mais seulement des tumeurs cutanées. Les travaux cités plus haut autorisent à penser qu'elles sont elles-mêmes des névromes.

Chauffard avait distingué, dans le syndrome de Recklinghausen, deux variétés anatomiques distinctes :

La neurofibromatose pigmentaire ;

La dermofibromatose pigmentaire dans laquelle, pensait-il, les nerfs étaient intacts.

A cette conception dualiste, et à la lumière des connaissances nouvelles sur le névrome, s'oppose une conception uniciste du syndrome caractérisé essentiellement et toujours par la néoplasie nerveuse frappant à la fois ou exclusivement troncs et filets terminaux nerveux cutanés.

Au reste l'examen clinique d'un neurofibromateux ne permet d'apprécier exactement que l'existence des tumeurs tégumentaires, tel malade non porteur de névromes sous-cutanés pourrait en présenter le long du trajet des nerfs viscéraux sans qu'il en résulte toujours un trouble notable à l'observation du sujet. Et des faits existent où, à l'autopsie, on a

(1) Cunéo. *Nouv. Traité de chirurgie.*

(2) On les trouvera exposés dans les thèses de Grall, Lyon 1896-1897, et Gautier, Lyon 1899. — Consulter aussi N. Josserand, Savy et Martin. *Province méd.*, 1913, n° 21.

(3) Durante. *Soc. anat.*, 1894, et *Revue neurol.*, 1903.

trouvé des tumeurs le long des nerfs profonds, alors que l'inspection de la peau n'avait décelé comme chez notre sujet que de simples molluscums (1).

« Alors qu'il ne se développe pas, dit Branca, de tumeur sur les nerfs des régions revêtues par le tégument externe, l'aspect classique de la neurofibromatose peut se trouver cependant réalisé. Il suffit pour cela que la lésion porte sur les nerfs de l'intestin par exemple. Dans notre autopsie, nous trouvons côte à côte des grains de molluscum (dermofibromatose cutanée) et des lésions des nerfs de l'intestin, ce qui montre bien la multiplicité des formes que peut revêtir la neurofibromatose pigmentaire. Elle autorise à se demander s'il n'existe pas de neurofibromatose exclusivement viscérale (2). » Quoi qu'il en soit la conclusion que nous désirons tirer de tout ceci, c'est que là maladie de Recklinghausen est essentiellement une maladie de la fibre nerveuse. Au point de vue pathogénique, et bien que la plus grande obscurité règne sur ce point, nous adopterions plus volontiers la théorie qui fait de l'affection une sorte de néoplasie congénitale frappant de façon systématisée la cellule segmentaire. Feindel admettrait une malformation de l'ectoderme dont dérive le système nerveux et ainsi s'expliquerait selon lui la fibrose qui frappe, dit-il, tous les dérivés ectodermiques. C'est aller un peu loin, d'autant que cette fibrose, avons-nous vu, est d'origine nerveuse et que les autres altérations cutanées, quand elles existent, sont toujours d'ordre secondaire.

Encore que ce ne soit là une solution pathogénique définitive, nous admettons plutôt les idées de Durante et Cunéo pour qui il s'agit d'une sorte d'instabilité de la fibre nerveuse ayant tendance à la régression progressive vers le tissu fibreux non différencié.

La pigmentation cutanée, parfois muqueuse, présentée par les malades, serait elle-même l'expression de ces troubles nerveux portant au niveau du système sympathique et, en cela, l'affection se rapprocherait du syndrome surrénalien. Au reste, certains examens nécropsiques ont permis de constater des névromes au niveau du plexus cœliaque et surrénaux (Chauffard, Peugniez, Breton, Bourcy et Laignel-Lavastine, Kawashima [3]). L'opothérapie aurait même donné parfois des améliorations (4). Par ailleurs, le chirurgien ne saurait intervenir que pour enlever une ou plusieurs tumeurs gênantes par leur localisation (face), leur masse (tumeur royale) ou leur tendance à la transformation maligne.

Nous n'insistons pas. Nous avons simplement voulu, au cours de ce travail, attirer l'attention sur certaines formes incomplètes de la maladie de Recklinghausen, l'une, en particulier, la fibromatose pigmentaire de Chauffard, caractérisée, semble-t-il, par l'absence de tumeurs nerveuses. Nous avons pensé qu'il n'y avait là qu'une apparence et que cette fibromatose était réellement une neurofibromatose vraie à détermination exclusive sur les nerfs terminaux cutanés.

(1) Israel. Th. de Lyon, 1911. — Lire en particulier une observation de Leriche.

(2) Branca. Sur une observation de P. Marie, *Soc. de biol.*, 1896.

(3) Observations rapportées in Th. Bosquet, Lille 1913.

(4) Revilliod. Th. de Genève, 1900.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1913)

Détermination de la dose minima infectante par inhalation dans la tuberculose. — M. P. Chaussé. L'étude des conditions de la pulvérisation liquide et le calcul approximatif démontrent que les bacilles inhalés se comportent comme de véritables graines ; selon que la vitalité de ces graines est plus ou moins intacte, et selon l'aptitude de l'organisme à la culture, le *tubercule théoriquement réalisé par tout bacille qui arrive dans les alvéoles progresse avec une activité variable*.

L'auteur a démontré, d'autre part, que pour produire la tuberculose pulmonaire nettement évolutive, même chez le cobaye, il faut des bacilles de vitalité presque intacte, parce que ces bacilles étant isolés sont phagocytés dans le cas contraire. Il y a donc là l'explication de ces tuberculoses de l'enfant et du bœuf, à foyer pulmonaire initial unique, et de ce petit nombre de tubercules pulmonaires enkystés rencontrés communément chez l'homme adulte et dont les auteurs discutent l'origine.

Enfin, la respirabilité dépendant de conditions simplement physiques, la dose minima infectante par les voies respiratoires est nécessairement égale à l'unité, chez toutes les espèces réceptives, ce que l'expérience confirme également.

Sur un moyen certain d'éviter les brûlures par les rayons de Röntgen. — M. Maxime Ménard a réalisé dans ce but un meuble spécial et des gants capables d'absorber les rayons X les plus pénétrants.

Sur les conditions de transport des microbes par l'air. — MM. A. Trillat et Fouassier ont déjà montré que les microbes se reproduisent facilement dans l'air humide renfermant des aliments gazeux, ils exposent maintenant que, à côté de l'entraînement toujours possible des microbes, il y a aussi multiplication de germes dans les gouttelettes de l'atmosphère transformées en autant de petits bouillons de cultures microscopiques.

Et cette conclusion explique comment peut se généraliser la contamination de l'air dans un espace clos et tranquille, uniquement sous l'influence du mouvement imperceptible des vésicules d'eau invisibles qui constituent l'humidité.

Présence du tréponème dans le sang des paralytiques généraux. — M. C. Levaditi.

Sur l'existence des corpuscules de Negri dans les ganglions nerveux des glandes salivaires chez les animaux rabiques. — M. Y. Manouélian.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1913)

Réglementation du commerce et de la vente des substances vénéneuses. — La discussion se poursuit, dans cette séance, et est encore loin d'aboutir, puisque sur plus de 30 articles il n'en a été encore voté que 13. Nous la résumerons lorsqu'elle sera terminée.

Erythème noueux et septicémie à bacilles de Koch. — M. LANDOUZY. On n'ignore plus que les septicémies à bacilles de Koch se traduisent par des expressions symptomatologiques infiniment variables.

Certains malades se présentent sous les traits de granuliques, d'autres malades, sous les traits de typhiques bacillaires.

Des grandes septicémies à bacilles de Koch, M. Landouzy rapproche des septicémies à bacilles de Koch dont la symptomatologie demeure plus ou moins larvée.

A cette dernière catégorie appartenait l'observation relatée à l'Académie par MM. Landouzy et Laederich sous la rubrique : « Phtisie septicémique subaiguë avec déterminations pulmonaires, pleurales, cutanées (érythème noueux), périostées, articulaires, endocardiaques et péricardiaques. »

Plus larvées encore, mais autrement fréquentes, sont les septicémies à bacilles de Koch dont la manifestation principale est l'érythème noueux.

Dans la généralité des cas, l'érythème noueux est le fait d'une septicémie à bacilles de Koch.

Le fait suivant, observé à la clinique médicale Laënnec, par MM. Landouzy, Laederich et Ch. Richet fils, apporte cette démonstration irréfutable.

Marie X..., vingt-sept ans, d'aspect chétif, anémiée, sans antécédents pathologiques intéressants, avait été prise, vers le 15 février, d'un malaise fébrile, avec angine; elle ressentit, le 24 février, une douleur vive dans l'articulation tibio-tarsienne droite, qui gonfla sans rougir; en même temps, apparut, sur le genou gauche, une plaque rouge, saillante et indurée, accompagnée de sensations de brûlure. Bientôt les arthralgies se généralisent dans les deux membres inférieurs (genoux, chevilles, gros orteils), en même temps que les plaques érythémateuses se multiplient.

L'état général est médiocre, la température centrale oscille autour de 39 degrés.

Au cœur, on trouve un souffle systolique.

L'examen des poumons révèle, au sommet droit, de la rudesse, de l'inspiration avec retentissement de la toux.

En résumé, il s'agit d'un érythème noueux des plus typiques avec arthralgies et endocardite probable, chez une femme suspecte de tuberculose pulmonaire.

L'évolution de l'affection confirme entièrement ce diagnostic.

L'ensemencement du sang est resté stérile; l'inoculation de 10 centimètres cubes de sang dans le péritoine de deux cobayes est restée sans résultat.

On a pratiqué l'ablation d'un nodule érythémateux de l'avant-bras, afin d'en faire l'examen histologique et bactériologique.

Les altérations histologiques consistent essentiellement en des lésions inflammatoires aiguës, de type banal, sans aucune formation nodulaire, sans cellules épithélioïdes, ni cellules géantes.

Suivent des détails très complets sur cet examen histologique.

Dans la lumière d'un des vaisseaux on a pu découvrir, au milieu d'un caillot, un bacille de Koch typique, nettement coloré en rouge par le Ziehl-Neelsen.

Cette constatation a été confirmée par les résultats de l'inoculation : la seconde moitié du nodule biopsé avait, en effet, été inoculée, après écrasement, à un cobaye, sous la peau de l'aine.

Ce cobaye, sacrifié le soixante-dixième jour, présente : au point d'inoculation, un chancre qui fourmille de bacilles de Koch, et dans la rate, le foie et les poumons, de nombreux tubercules et granulations.

Ainsi, dans un des nodules érythémateux de cette malade, M. Landouzy, dégageant ainsi un des inconnus du problème étiologique, a démontré, par l'examen direct, comme par le résultat positif d'inoculation au cobaye, la présence du bacille de Koch.

Cette démonstration, que n'avait pu fournir l'examen de 10 centimètres cubes du sang circulant, a été donnée par l'histo-anatomo-pathologie : lésions de vascularite, bacille de Koch dans la lumière d'un vaisseau.

Elle venait fort à propos s'ajouter aux symptômes révélateurs d'une septicémie : fièvre intense, arthralgies multiples, extension des lésions pulmonaires, endocardite mitrale, faisant cortège à l'éruption de nodules cutanés.

L'analyse de pareils faits justifie la place que, dans le cadre des septicémies à bacilles de Koch, M. Landouzy attribue à l'érythème noueux.

Sans prétendre que la bacillose de Koch soit la seule maladie capable de provoquer pareilles éruptions nodulaires, il pense qu'elle en est la cause la plus commune. Aussi, reprenant la formule, qu'il y a trente ans il appliquait à la pleurésie idiopathique, inflammatoire, dite a frigore, conclut-il volontiers : l'érythème noueux est, le plus souvent, « fonction de bacillose de Koch ».

Modifications de la loi Roussel. — M. PAMARD (d'Avignon) fait une communication dans laquelle il fait connaître les desiderata que présente l'application de la loi Roussel en province.

La trépanation dans l'hémorragie cérébrale. — M. Pierre MARIE lit un travail dans lequel, s'appuyant sur les lésions anatomo-pathologiques de l'encéphale dans l'hémorragie cérébrale sur le coma survenant par compression de l'hémisphère sain du fait de l'épanchement ou d'un œdème de voisinage, il propose de faire une trépanation décompressive du côté sain.

Du chlorhydrate d'émétine dans l'amibiase. — M. DOPTER fait une communication sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1913)

Recherches sur l'action biochimique de la lumière polarisée. — MM. HUGOUNENQ et GUILLEMARD. La lumière polarisée n'exerce aucune action spéciale, soit sur le développement, soit sur l'activité biochimique des levures.

Variations de la pression artérielle en haute montagne. — MM. GUILLEMARD et REGNIER. Aucun changement de la pression sanguine n'est à craindre du fait de la décompression qui résulte d'une ascension à l'altitude de 4810 mètres.

A propos de la vaccination préventive contre la varicelle. — M. L. CAMUS critique l'application de la méthode jennérienne (vaccination de bras à bras) au traitement préventif de la varicelle. On risque en effet de transmettre au malade un certain nombre d'infections parasitaires, dont la syphilis, en utilisant de la lymphe humaine non stérilisée.

Action d'un lipoïde (V. D. C.) extrait de l'ovaire sur l'organisme. — M. H. ISCOVESCO démontre expérimentalement, par de nouvelles recherches, que le lipoïde V. D. C. qu'il a extrait de l'ovaire, injecté pendant deux ou trois mois, stimule presque exclusivement l'utérus et les ovaires, dont les poids peuvent augmenter du simple au quadruple. Ce lipoïde n'exerce aucune action sur les capsules surrénales, les reins, le cœur, le foie et la rate. Il excite légèrement aussi la thyroïde. Il a étudié son action sur la croissance de jeunes femelles. Injecté à des sujets jeunes, ce lipoïde régularise et, de plus, accélère la croissance dans des proportions considérables.

L'azote titrable au formol dans le sérum sanguin et ses variations. — MM. Marcel LABBÉ et Henry BITH. On ne trouve qu'une quantité négligeable d'azote titrable au formol dans le sérum désalbuminé; par contre il y a de 10 à 40 centigrammes d'azote (formol) dans le sérum normal non désalbuminé. Cet azote correspond aux molécules aminées libres des protéines solubles de sérum sanguin et peut-être à des amino-acides libres, absorbés dans le précipité d'albumine, lors de la désalbumination. Les variations de cet azote (formol) dans le sérum sont intéressantes à constater au cours de diverses affections, ainsi que le rapport entre l'azote (formol) et l'azote total du sérum non désalbuminé. Ce rapport augmente dans l'insuffisance amino-acidolytique du foie, dans le diabète avec acidose et dans l'urémie. L'augmentation de l'azote (formol) du sérum sanguin coïncide le plus souvent avec l'hyperamino-acidurie.

Mécanisme de la sérothérapie. — Pour M. SALMON, les injections, à des lapins tuberculisés, de plasma médullaire du cheval n'exercent aucune action d'arrêt sur la marche de la tuberculose.

Culture du virus vaccinal in vitro. — M. BELIN. La culture du virus vaccinal est réalisable, *in vitro*, dans un milieu formé d'un mélange d'une partie de bouillon peptoné pour deux parties de sérum d'âne.

Conditions d'apparition des sucres réducteurs dans les matières fécales. — MM. DEJUST et CONSTANT. L'élimination fécale du glucose se produit seulement sous l'influence simultanée de la diarrhée et de l'hyperglycémie.

Autres communications :

Troisième note sur la leucocytose digestive. — M. KROLUNITSKI.

Déviation de la ligne de marche après passage d'un obstacle. — M. DUBUISSON.

Réactions cellulaires dans la sarcosporidiose cutanée. — MM. BENOIST et ROBIN.

Sur l'emploi des membranes en collodion, très perméables dans les recherches biologiques. — M. MICHEL.

VARIÉTÉS

A PROPOS DE LA CONFÉRENCE DE M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ REVERCHON SUR LA DEUXIÈME GUERRE DES BALKANS.

Dans la trop courte note que nous avons consacrée à la conférence de M. le professeur agrégé Reverchon, du Val-de-Grâce, sur le *Service de santé en campagne pendant la deuxième guerre des Balkans*, nous avons écrit la phrase suivante : « L'avantage du matériel de pansement tout préparé a été pleinement mis en lumière autour de la campagne étudiée par M. Reverchon ; c'est ainsi que les Monténégrins n'avaient pas de pansement individuel et que les résultats obtenus par eux ont été désastreux. »

Cette phrase nous a valu de recevoir de M. Jean Féron une lettre, fort aimable d'ailleurs, d'où nous extrayons les passages suivants : « Permettez-moi de rectifier un passage qui a son importance. Les blessés monténégrins que j'ai pu observer tant sur les champs de bataille autour de Scutari qu'aux hôpitaux de Podgoritza, de Rieka et de Cettigné avaient chacun un pansement personnel qu'ils appliquaient eux-mêmes sur leurs blessures. De plus, les résultats n'ont pas été désastreux, bien au contraire. Pendant quatre mois, cinq cents blessés ont séjourné à l'hôpital de la Croix-Rouge française dont je faisais partie. Il en est mort *quatre*. Les autres, une fois guéris, sont presque tous retournés à l'armée. La proportion était sensiblement la même dans les autres hôpitaux. »

Cette lettre nous ayant fait craindre d'avoir mal interprété la pensée du conférencier, nous avons écrit à M. Reverchon afin de l'interroger sur ce point, et nous avons reçu de lui la très intéressante réponse que voici :

« Mais non, mon cher confrère, vous n'avez pas trahi ma pensée... et voici d'ailleurs le passage incriminé par votre correspondant. « Il est banal de faire l'éloge du pansement individuel. Nous avous pu, au cours de la *deuxième guerre balkanique*, faire la preuve presque expérimentale de son efficacité. La division monténégrine, à *son arrivée sur la Brigalniza*, était complètement dénuée d'objets de pansement moderne. Le service de santé serbe avait pris ses mesures et fait en temps opportun une commande à Untermöhlen. De Hollande en Serbie, la rame des wagons, cependant munis de la Croix-Rouge, prit deux fausses directions en traversant l'Autriche : la première sur Trieste, la deuxième fois sur la Galicie. Le précieux envoi ne parvint à Belgrade qu'en fin de campagne. Les Monténégrins, de ce fait, n'eurent pas de pansement individuel. Or, nous avons observé à Uskub que la majeure partie des blessés nous arrivaient avec des suppurations déjà confirmées après quatre jours. Le seul cas de tétanos grave observé à Uskub le fut sur un Monténégrin qui n'avait été pansé qu'à l'ambulance après plus de douze heures, faute de pansement individuel.

Je maintiens le fait et cela ne m'empêche pas d'ailleurs d'*être parfaitement d'accord avec notre confrère*. C'est qu'il a observé et traité des soldats monténégrins blessés au cours de la première guerre balkanique sous Taralosch et Scutari pendant l'hiver 1912-1913. Les blessés auxquels je fais allusion sont tombés au cours de la deuxième campagne dirigée contre les Bulgares, aux environs de Tsarevo-Selo et Kotchana, à plus de 500 kilomètres du théâtre de la première guerre.

Ce fut une chose magnifique que la mobilisation de la division monténégrine au commencement de juillet 1913. Les Serbes demandaient 15 000 soldats, il en vint 30 000, et il n'a pas été facile de faire une sélection parmi ces hommes dont aucun ne voulait retourner chez lui sans avoir combattu. Il y avait parfois trois générations dans la même compagnie : le grand-père entouré de ses fils et de ses petits-fils. Il y eut même une fois quatre générations, et mon collègue Peyron, ancien prosecteur de Montpellier, a traité à l'hôpital français de Belgrade l'arrière-grand-père, âgé de quatre-vingts ans, qui s'était rasé la barbe et les cheveux pour dissimuler son âge. Armée héroïque, qui a payé largement de son sang la victoire commune, *mais complètement démunie de tout service de l'arrière* à son arrivée sur le front de la troisième armée où je l'ai retrouvée. Chaque homme avait son fusil et ses cartouches dont il ne se démunit jamais, mais *toutes les autres ressources avaient été absorbées par la première guerre*.

Ce ne fut pas la faute des Serbes si les Monténégrins ne purent de suite être réapprovisionnés en objets de pansement, et d'autres mesures furent prises pour réparer les *distractions des aiguilleurs austro-hongrois*, distractions trop fréquentes d'ailleurs lorsqu'il s'agit de matériel de guerre à destination de la Serbie, ou même de simples colis postaux adressés à des médecins français. J'en sais personnellement quelque chose.

Quoi qu'il en soit, mon cher confrère, si vous communiquez cette lettre à votre correspondant, veuillez ajouter ceci de ma part. Mes collègues et moi avons vu arriver dans notre service de l'hôpital militaire d'Uskub plusieurs Monténégrins blessés une première fois au cours de la première guerre et clients de l'ambulance de la Croix-Rouge française à Cettigné. Ils avaient conservé à leurs médecins un souvenir profondément reconnaissant et ne se faisaient pas faute de le dire à leurs successeurs. »

Nous sommes heureux de pouvoir publier ces deux lettres qui mettent bien en lumière certains détails particulièrement intéressants et qui montrent, une fois de plus, la belle et large part prise par la médecine française pendant les deux guerres balkaniques.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

PRATIQUE MÉDICALE

UN PRODUIT NOUVEAU : LA CELLOPHANE.

Nous avons eu dernièrement l'occasion d'avoir entre les mains et d'expérimenter un objet de pansement nouveau, la cellophane, qui nous a paru devoir rendre, dans la pratique journalière, des services très appréciables.

La cellophane est une pellicule de cellulose pure, transparente, et résistante, ne contenant ni camphre, ni alcool. Insoluble dans l'eau, inattaquable par les alcools, les éthers, comme par exemple le salicylate de méthyle, le chloroforme, la glycérine, les corps gras, elle a le précieux avantage de pouvoir être stérilisée facilement, soit par la vapeur humide de l'autoclave où elle supporte jusqu'à 150 degrés, l'eau bouillante, l'alcool, ou l'eau oxygénée, la liqueur de van Swieten, le formol ou le lysol.

La stérilisation de la cellophane permet l'emploi de cette pellicule dans des cas nombreux. Pour une plaie, par exemple, il est possible de placer cette pellicule stérilisée en contact direct avec la plaie et de la maintenir par un tour de gaze. En enlevant celle-ci on peut voir par transparence les progrès de la cicatrisation. Si l'on applique directement sur la plaie une pommade à base d'oxyde de zinc, par exemple, la cellophane peut être mise directement sur la pommade, sans danger de voir celle-ci la traverser et permettant ainsi, par la suppression de l'ouate, de faire un pansement moins volumineux.

En cas de rhumatismes, les pansements à base de salicylate de méthyle seront admirablement conservés par la cellophane et tout le monde sait que dans ce cas il n'est pas possible de faire un enveloppement de taffetas gommé qui serait attaqué en quelques minutes par le salicylate.

Enfin, dans les pansements humides, la cellophane a son application comme remplacement du taffetas gommé. Elle est plus souple, plus solide, moins altérable, conserve admirablement l'humidité et coûte infiniment meilleur marché, ce qui est appréciable.

Dans le domaine de la chirurgie elle peut servir, soit comme pansement direct après une opération, permettant de surveiller par transparence la reformation des tissus, soit comme procédé de drainage. A cet égard la cellophane sert d'enveloppe extérieure pour la confection de drains analogues aux drains américains, comme en présentent divers laboratoires et dont on fait un usage courant dans les services du professeur Pozzi à Broca et du professeur Hartmann à Laënnec.

Pour les accouchements, la cellophane remplace avec succès tous les imperméables, et une fois stérilisée elle donne au médecin le maximum de sécurité contre tout danger de contamination.

Elle peut remplacer aussi le lint comme isolant du plâtre sur la peau, dans des cas de fractures ou comme enveloppe extérieure donnant au plâtre un vernis en permettant la propreté continue.

Une dernière application, qui a également retenu notre attention, à l'exposition du dernier Congrès de chirurgie au stand du laboratoire Corbière, c'est la stérilisation des objets de pansements enveloppés dans de la cellophane. La stérilisation est poussée à l'autoclave jusqu'à 145 degrés, et l'objet enfermé, qui est stérilisé, reste, par suite des propriétés spéciales de la cellophane, parfaitement stérile. La boîte de fer blanc est ainsi supprimée et le prix de vente du pansement en est par suite considérablement diminué.

En résumé, la cellophane nous paraît devoir rendre de grands services dans la pratique journalière médicale, et elle nous semble à tous égards une innovation.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 24 AU 29 NOVEMBRE 1913

THÈSES

Jeudi 27 novembre, à une heure. — M. LUGNIER. Essai pathologique de certaines formes cliniques de la maladie de Paget. (MM. Debove, président; Achard, Castaigne et Rathery.) — M. GREAS. Les points douloureux cutanés et leur traitement manuel. (MM. Achard, président; Debove, Castaigne et Rathery.) — M. GAVAUDAN. La benzaldéhyde réaction d'Ehrlich dans les cardiopathies. (MM. Achard, président; Debove, Castaigne et Rathery.) — M. BAUDE. L'exploration fonctionnelle du foie par les épreuves d'éliminations provoquées. (MM. Achard, président; Debove, Castaigne et Rathery.) — M. QUEYROI. L'hygiène et les animaux d'appartement. (MM. Achard, président; Debove, Castaigne et Rathery.) — M. CAUX. Les troubles respiratoires d'origine nerveuse dans la fièvre typhoïde. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Nobécourt et Lereboullet.) — M. PHILIP. Recherches sur la pression du liquide céphalo-rachidien. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Nobécourt et Lereboullet.) — M. RIVET. Puériculture. Etude critique. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Nobécourt et Lereboullet.) — M. JAMIN. Le salvarsan et ses accidents. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Nobécourt et Lereboullet.) — M. GUILLEMAIN. Fractures des insertions des ménisques de l'articulation du genou (diagnostic et traitement). (MM. Pozzi, président; Bar, Lejars et Jeannin.) — M. GIRARDOT. De la conduite à tenir dans les appendicites aiguës de l'enfant. (MM. Pozzi, président; Bar, Lejars et Jeannin.) — M. DIDIER. Etude statistique sur mille cas d'avortements observés à la clinique Tarnier. (MM. Bar, président; Pozzi, Lejars et Jeannin.) — M. PAPIN. Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale par calcul biliaire. (MM. Lejars, président; Pozzi, Bar et Jeannin.) — M. MEYER. Topographie des ganglions. Ses réflexes faces. Maxillaire et parotidienne. (MM. Lejars, président; Pozzi, Bar et Jeannin.) — M. BOREL. Contribution à l'étude des réflexes dans la démence précoce. (MM. Gilbert Ballet, président; Pierre Marie, Roussy et Ribierre.) — M. HÉRISSON-LAPARRE. Psychoses intermittentes et insuffisance rénale. (MM. Gilbert Ballet, président; Pierre Marie, Roussy et Ribierre.) — M. CHAMPAVÈRE. Recherches sur quelques symptômes observés au cours de certaines psychoses systématisées phoniques. (MM. Gilbert Ballet, président; Pierre Marie, Roussy et Ribierre.) — M. BECK. Contribution à l'étude de la thérapeutique chirurgicale des tumeurs intramédullaires. (MM. Pierre Marie, président; Gilbert Ballet, Roussy et Ribierre.) — M. MAREAU. Recherches sur la valeur fonctionnelle du rein sénile. (MM. Widal, président; Richaud, Villarel et Tanon.) — M. LESUEUR. Etude sur les anévrismes de l'aorte abdominale. (MM. Widal, président; Richaud, Villaret et Tanon.) — M. CONSTANT. Contribution à l'étude de l'élimination fécale des hydrates de carbone chez l'adulte. (MM. Widal, président; Richaud, Villaret et Tanon.)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Echo médical du Nord. — (No 41, 12 oct. 1913.) BRETON et BRUYANT : Mouches non piqueuses et maladie. — SIAUVE : Ancienne fracture calcanéenne double. Résultats fonctionnels éloignés. — (No 42, 19 oct.) VERHAEGHE : L'aseptofix ou « 316 ». Ses applications en chirurgie. — M. BRETON et L. BRUYANT : Mouches non piqueuses (*suite*). — (No 43, 26 oct.) H. DAMAYE et J. MARAUGÉ : Hérédo-syphilis. Arriération intellectuelle congénitale transformée en paralysie générale. — BRETON et L. BRUYANT : Mouches non piqueuses et maladie (*fin*). — (No 44, 2 nov.) BETTREMIEUX : Encore quelques réflexions sur l'opération du strabisme. — (No 45, 9 nov.) HANNAROT, LOTTE et STOCLET : Paraplégie pottique à évolution très rapide. — GAUDIER et Jean MINET : Syndrome d'Avellis avec paralysie faciale et hémiparésie homolatérale. — BIZARD : L'émétine dans le traitement de la dysenterie amibienne et de l'hépatite. — VANVERTS : Phlébite par effort (?) au cours de la grossesse. Mort par embolie vingt-sept jours après l'accouchement.

Journal de médecine de Paris. — (No 42, 18 oct. 1913.) André COLIN : Le traitement de la chorée.

Journal des praticiens. — (No 38, 20 sept. 1913.) LEGUEU : Lésions de l'urètre postérieur dans la neurasthénie urinaire (faux urinaires). — CHAUFFARD : Les cholécystites. — DELBET : Causes d'une hémorragie de la ménopause. — GAUTHIER : Nature et causes de la paralysie agitante.

Lyon médical. — (No 39, 28 sept. 1913.) E. VILLARD : Le professeur Antonin Poncet. — A. PONT et P. TRILLAT : Chronologie de la dentition. — (No 40, 5 oct.) P. AUBERT : La parthénogénèse naturelle et expérimentale — (No 41, 12 oct.) F. BARJON et D. DUPASQUIER : Kystes gazeux de l'intestin. — (No 42, 19 oct. et 43, 26 oct.) E. VILLARD et E. PERRIN : La lithiase du cholédoque.

Lyon chirurgical. — (No 4, 1er oct. 1913.) R. LERICHE : Antonin Poncet. — POLLOSSON et H. VIOLET : Les productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose (Tuberculose inflammatoire de l'ovaire). — Jean MURARD : La décapsulation du rein (étude anatomique et physiologique). — André LACASSAGNE : Sur la rœntgénisation expérimentale des ovaires. — René LERICHE : De l'élongation et de la section des nerfs périvasculaires dans certains syndromes douloureux d'origine artérielle et dans quelques troubles trophiques.

Montpellier médical. — (No 37, 14 sept. 1913.) G. VALLET et L. RIMBAUD : Etude expérimentale de l'agglutination du micrococcus melitensis. Sa valeur diagnostique. — (No 38, 21 sept.) G. VALLET et L. RIMBAUD : Étude expérimentale de l'agglutination du micrococcus melitensis. Sa valeur diagnostique (*fin*). — A. AIMES : L'héliothérapie. — (No 39, 28 sept.) Ch. GALESNE : La position de Fowler et son application dans le traitement postopératoire des laparotomies laborieuses. — (No 40, 5 oct.) G. RAUZIER : Trois cas de tuberculose pleuro-péritonéale (maladie de Fernet). — Ch. GALESNE : La position de Fowler et son application dans le traitement postopératoire des laparotomies laborieuses. — (No 41, 12 oct.) G. RAUZIER : Trois cas de tuberculose pleuro-péritonéale (maladie de Fernet) (*suite*). — E. FORGUE : Conseils aux stagiaires. Comment il faut suivre le stage en chirurgie. — (No 42, 19 oct.) G. RAUZIER : Trois cas de tuberculose pleuro-péritonéale (maladie de Fernet) (*fin*). — Louis GAUCHER : Action de l'antiprésure sur la digestion du lait.

Wiener klinische Wochenschrift. — (No 31, 31 juil. 1913.) C. BYLOFF : Appréciation de l'état et de la fonction du diaphragme. — H. ZACHERL : Sarcome de la paroi utérine. — E. LEVI : Empyème pulsatile interlobaire. — A. KNEUCKER : Anesthésie par le chloréthyle en odontologie opératoire. — H. WASSING : Sur la question des voies d'extraction de l'hypophyse. — H. ROLLETT : Sur la tuberculose miliaire intra-utérine. — (No 32, 7 août.) L. HESS et Ev. BERMANN : Sur les réflexes vasculaires. — BRAUDWEINER et O. HOCH : Sur la gonorrhée. — ZUMBUSCH : Injection intraveineuse de néosalvarsan à l'aide de la seringue. — R. POLLAK : Diphtérie consécutive au percement du lobe de l'oreille. — PURJESZ : Teneur de la salive en ptyaline. — N. D. VAN DEN TRIJOEF : Un cas de maladie de Hirschsprung.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ARTHROPATHIES TABÉTIQUES

A toutes les périodes du tabes, au cours du tabes incipiens surtout, on peut voir apparaître au niveau des grosses articulations, des désordres très spéciaux. Brusquement, sans aucune cause, ou à l'occasion d'un traumatisme insignifiant, l'articulation se tuméfie, une véritable dislocation de l'articulation se produit, sans que toutefois le malade accuse de la douleur; l'on est alors en présence d'une arthropathie tabétique. Bien étudiées par Charcot, Déjerine, Brissaud, les arthropathies tabétiques ont provoqué ces dernières années d'intéressantes recherches, parmi lesquelles nous signalerons plus spécialement celles qui ont trait à l'examen radiographique des os et des articulations des tabétiques et celles qui ont permis à MM. Babinski et Barré d'édifier une conception pathogénique nouvelle de ces troubles trophiques.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'arthropathie tabétique frappe le plus souvent le genou, la hanche, l'épaule; par ordre de fréquence viennent ensuite les articulations tibio-tarsiennes, celles des doigts; elle peut être unique ou multiple. Elle survient souvent brusquement, sans cause et sans prodromes; mais cependant, il n'est pas rare de relever chez les malades qui en sont atteints des crises douloureuses, ou des craquements, ayant précédé d'assez longtemps l'arthropathie; les craquements consistent soit en un bruissement grenu, soit en une crépitation à gros éléments, soit en un choc sonore, sec; les douleurs peuvent revêtir le type de douleurs fulgurantes, précédant de longtemps l'arthropathie, soit le type de douleurs spontanées avec paroxysmes marquant le début de l'arthropathie; l'existence de ces phénomènes douloureux prémonitoires plaiderait en faveur de la théorie vasculaire soutenue par MM. Babinski et Barré.

Le début de l'ostéo-arthropathie est en général aigu; sans douleur, sans fièvre, le plus souvent en une nuit, il se produit un volumineux épanchement intraarticulaire, surtout lorsque l'arthropathie siège au niveau des grandes articulations; cet épanchement est d'abord jaunâtre, visqueux, il ne tarde pas à devenir hématique; il contient le plus souvent des lymphocytes (Achard), mais il n'y a là rien d'absolu; il ne renferme pas de tréponèmes, mais par contre il donne un Wassermann positif. L'articulation toujours à peu près indolente est très souvent œdématiée; il s'agit d'un œdème dur, pâteux, ne gardant pas l'empreinte du doigt. On observe assez souvent des ecchymoses. L'œdème, les ecchymoses, le liquide intraarticulaire peuvent se résorber et disparaître assez rapidement, mais bien plus souvent on observe le passage à la chronicité de l'arthropathie.

Dans sa forme chronique l'arthropathie est sèche ou humide; lorsqu'on mobilise l'articulation on produit des craquements analogues à ceux que l'on entend en remuant un sac de noix; l'usure des épiphyses, le relâchement des ligaments peuvent entraîner soit une subluxation, soit une véritable luxation; l'amplitude des mouvements passifs est considérable. On observe le plus souvent des déformations considérables, soit

dans le sens de l'hypertrophie, soit dans celui de l'atrophie; les muscles périarticulaires s'atrophient, les tendons se rompent; parfois la synoviale s'épaissit, devient cartilagineuse, la palpation montre l'existence d'ostéophytes, d'hyperostoses volumineuses, etc., des complications peuvent survenir (luxation, suppuration, tuberculisation); il est assez fréquent d'observer des fractures spontanées s'accompagnant d'énormes épanchements hématiques; ces fractures sont suivies le plus souvent de pseudarthrose ou d'un cal très volumineux; pour Barré, le *mal perforant* serait lié à une ostéo-arthopathie métatarso-phalangienne, le *pied tabétique* serait également la résultante d'arthropathies des articulations du pied.

L'état du squelette est intéressant à étudier; il n'existe aucun parallélisme entre le volume de la jointure et celui des os; souvent une seule extrémité articulaire est intéressée ou même une partie seulement de cette extrémité; l'examen radioscopique montre soit l'atrophie des extrémités articulaires avec tassement et disparition complète, soit des ossifications parostales au niveau des épiphyses, constituées par de l'os jeune, semi-transparent; d'une manière générale l'ombre obtenue est floue sur les bords et au centre, parfois on note une clarté excessive.

Suivant le groupement symptomatique réalisé on peut décrire de nombreuses formes cliniques.

FORMES CLINIQUES. — La *forme aiguë* se caractérise par l'apparition brusque d'un volumineux épanchement, indolent le plus souvent, avec œdème et ecchymoses; il n'est pas rare d'observer des poussées aiguës, au cours des formes chroniques. Les *formes chroniques* s'accompagnent le plus souvent d'usure des surfaces articulaires, de relâchement des ligaments, entraînant soit une subluxation avec amplitude considérable des mouvements passifs, soit une luxation véritable. La *forme latente* est beaucoup plus fréquente que ne le laisse supposer le simple examen clinique; l'autopsie montre en effet souvent chez les tabétiques, que toutes les articulations sont atteintes à des degrés divers (Jürgens).

Suivant les désordres anatomiques réalisés au niveau des surfaces articulaires, on décrit une forme hypertrophique et une forme atrophique.

La *forme hypertrophique* s'observe de préférence au niveau du genou et du coude; en plus de l'épanchement intraarticulaire la palpation montre des surfaces articulaires augmentées de volume, avec des hyperostoses, des franges synoviales hypertrophiées, etc. La *forme atrophique* s'observe au niveau de l'épaule et de la hanche; on observe alors nettement une destruction plus ou moins complète des cartilages et des os, parfaitement appréciable à l'examen radiographique. Il faut signaler encore des formes compliquées (fractures spontanées, pseudarthrose, ankylose, luxation), des formes anormales (le pied tabétique, le mal perforant plantaire, etc.). On a décrit dans quelques cas des *formes suppurées*.

Pour MM. Babinski et Barré une revision s'impose dans la classification des arthropathies tabétiques; au lieu de réunir toutes ces variétés sous une seule et même dénomination, il importe au contraire de les diviser en deux groupes distincts : d'une part les *arthropathies des tabétiques*, et d'autre part les *arthropathies à type tabétique, sans tabes, des syphilitiques*. Pour ces auteurs, l'*arthropathie des tabétiques n'est d'ailleurs pas d'origine tabétique*; c'est une arthropathie avec sa symptomatologie propre, modifiée par une symptomatologie d'emprunt, en l'espèce les symptômes tabétiques, tels que hypotonie musculo-ligamenteuse, troubles de la sensibilité profonde, etc.

DIAGNOSTIC. — Le *diagnostic positif* repose, en général, sur l'apparition brusque de l'ostéo-arthropathie, sur son indolence tout à fait remarquable, sur les modifications articulaires constatées par la palpation, la mobilisation de l'articulation, la radiographie, enfin sur les signes du tabes, la réaction de Wassermann.

Le diagnostic différentiel est surtout à discuter avec les autres *arthropathies nerveuses*, *arthropathies de la syringomyélie et des polynévrites* (voir Question d'internat, *Gaz. des hôp.*, 1912), avec les *arthrites infectieuses* survenant chez les tabétiques. Dans certains cas le diagnostic sera hésitant avec l'hydarthrose essentielle, traumatique, tuberculeuse, blennorragique, intermittente, périodique; parfois c'est avec une tumeur blanche, un ostéo-sarcome, que l'erreur est commise et l'on rencontre en effet plus souvent les arthropathies tabétiques dans les services de chirurgie que dans ceux de médecine ou de maladies nerveuses. Souvent enfin le diagnostic est posé par hasard à l'occasion de l'examen complet et méthodique d'un tabétique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Une seule extrémité articulaire peut être touchée; il est classique de répéter que les os sont mous, décalcifiés; en réalité, il n'y a là rien d'absolu. L'hypertrophie est réalisée par des ostéophytes qui sont presque toujours des productions d'origine synoviale ou ligamenteuse; on peut trouver en plein tissu osseux des gommes, du tissu mou, fibreux. La synoviale est dure, avec de larges placards de consistance cartilagineuse et des ostéophytes pédiculés; ces ostéophytes sont constitués par de très nombreuses cellules cartilagineuses se réunissant autour d'un vaisseau, puis se calcifiant. Plus tard le pédicule de l'ostéophyte se rompt et celui-ci devient libre dans la synoviale. Le revêtement cartilagineux de l'articulation est remplacé par du tissu fibreux.

Barré insiste sur l'importance des lésions des vaisseaux péri-articulaires. On y observe soit l'endartérite ou la phlébite oblitérantes, soit de petits anévrismes localisés, toutes lésions qui procèdent le plus souvent de la syphilis, mais que peut-être d'autres infections peuvent provoquer. Par contre, il n'est rien de plus inconstant que les lésions nerveuses périphériques, ou les altérations des cellules des cornes antérieures de la moelle, qui ont cependant servi si longtemps à expliquer la pathogénie de ces arthropathies.

PATHOGÉNIE. — Nous allons signaler brièvement les théories successivement invoquées. Pour Charcot, la cause des troubles trophiques au cours du tabes réside dans l'*altération des cellules des cornes antérieures*; pour Brissaud, il s'agit de troubles consécutifs à des *lésions des nerfs périphériques*; ces altérations peuvent atteindre des nerfs trophiques; plus souvent en raison des lésions des nerfs sensitifs, les réactions vaso-motrices n'ayant plus lieu, il s'ensuit des troubles intéressant la trophicité. Pour Wolkam, le *traumatisme* serait seul en cause; pour Virchow, il s'agirait d'*arthrites déformantes banales*; pour Poncet et Alamartine, d'*infection tuberculeuse*; Strümpell considère les arthropathies tabétiques comme des *arthrites syphilitiques*.

Récemment, MM. Babinski et Barré ont soutenu l'*origine vasculaire* des troubles ostéo-arthropatiques du tabes. Les lésions vasculaires qui provoquent ces manifestations ne sont d'ailleurs nullement en rapport de causalité avec le tabes; elles dépendent directement de la syphilis et ne relèvent pas plus du tabes que l'insuffisance aortique si souvent observée chez les tabétiques ne dépend du tabes, mais est, elle aussi, de nature syphilitique. C'est par ischémie lente que se produisent les lésions osseuses préparatoires de l'arthropathie (phase d'arthropatisation de Jürgens). Ainsi s'explique l'existence d'arthropathies étiquetées tabétiques alors même qu'il n'existe aucun autre symptômes de tabes, comme dans la forme *ostéo-articulaire* du tabes de Gangolphe.

TRAITEMENT. — On est en droit de parler de traitement prophylactique si l'on entend ainsi l'institution d'un traitement antisyphilitique rigoureux chez tout spécifique; une fois l'arthropathie réalisée on peut tenter encore, ainsi que le conseille Barré, un traitement spécifique énergique (injections intraveineuses de cyanure de mercure, de 606, frictions mercurielles locales, applications de pansement à la liqueur de van Swieten). On devra immobiliser le malade et chercher à éviter, par un traitement chirurgical et orthopédique bien compris, l'apparition de fractures ou de luxations.

BIBLIOGRAPHIE. — CRESPIN. Les arthropathies nerveuses. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1912. — Les arthropathies nerveuses. Question d'internat, *Gaz. des hôpit.*, 1912. — MAIGNAN. *Ostéo-arthropathie hypertrophique des tabétiques*, Th. de Paris, 1911. — BARRÉ. *Les ostéo-arthropathies du tabes*, Th. de Paris, 1912. — LORTAT-JACOB. Traitement du tabes. Revue générale, *Journ. de méd. de Paris*, 1912; — *Journ. méd. français*, 15 août 1912.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 133. — SAMEDI 22 NOVEMBRE 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 22 NOVEMBRE 1913. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE. — *Pathologie.* — Séance du 19 novembre 1913. — MM. Bardy, 8; Delotte, 11; Vazeux et Powilewicz, 9; Duponchel, 12; Fris-Larrouy, 8; Lantuéjoul, 13; Broca, 8.

Anatomie. — Séance du 20 novembre. — MM. Pautet, 2; Le Cocq, 6; Abrial, 5; Lamarche, 7; Mlle Besson (Hélène), 10; M. Boutelier, 11; Mlle Harel, 7; MM. Surun et Kermorgant, 6; Cathala, 13.

Prochaine séance, lundi 24 novembre à vingt heures et demie, 49, rue des Saints-Pères.

CONCOURS DE MÉDECIN DE FORGES. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. le docteur Camescasse.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours s'ouvrira, le 26 mai 1914, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

COMMISSION SUPÉRIEURE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — La commission supérieure de l'enseignement médical est convoquée en session ordinaire le 15 décembre 1913.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — COMMISSIONS DE PRIX. — Les commissions suivantes ont été nommées :

Prix Marcellin Duval. — MM. Broca, Launay et Robineau.
Prix Dubreuil. — MM. Demoulin, Cunéo et Chaput.
Prix Ricord. — MM. Lenormant, Reynier et Tuffier.
Prix Laborie. — MM. Ricard, Routier et Jalaguier.
Prix Gerdy. — MM. Picqué, Pothérat et Auvray.

BIBLIOTHÈQUE JAVAL. — La famille du regretté Javal, d'accord avec le conseil de l'Université, a fait don à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de la riche bibliothèque qu'il avait réunie dans son laboratoire d'ophtalmologie de l'Ecole des hautes études, à la Sorbonne. Mme Javal a bien voulu augmenter cette généreuse donation en faisant compléter jusqu'à la fin de 1913 la collection des nombreux périodiques tant français qu'étrangers.

Cette bibliothèque est maintenant installée à l'Hôtel-Dieu et pourra être consultée conformément au règlement ci-dessous :

RÈGLEMENT. — 1° La bibliothèque sera ouverte, à partir du 15 novembre 1913, à MM. les docteurs et étudiants, français ou étrangers, qui en feront la demande, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de deux heures à cinq heures, sauf pendant le mois d'août.

2° Ces demandes devront être adressées à M. le doyen de la Faculté de médecine, ou à M. le professeur de clinique ophtalmologique. Une carte, valable pour un an, sera délivrée gratuitement à MM. les docteurs et étudiants, sur justification de leur identité.

3° En aucun cas, les livres ne pourront sortir de la bibliothèque.

LES REMPLACEMENTS DE MÉDECINS. — Une enquête effectuée par les soins du ministère de l'intérieur a établi qu'un grand nombre d'étudiants en médecine exerçaient la médecine à titre de remplaçants sans avoir obtenu ni demandé l'autorisation préfectorale exigée par l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892.

D'autre part, il a été signalé que des remplacements étaient également effectués par des étudiants étrangers qui ne remplissent pas les conditions requises pour poursuivre l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine qui donne seul le droit d'exercer en France (à la différence du diplôme de doctorat universitaire, mention médecine).

Sur le vu de ces constatations, M. L.-L. Klotz a adressé aux préfets une circulaire les invitant à faire respecter les prescriptions de la loi de 1892 et à déférer, le cas échéant, les Français ou étrangers qui y auront contrevenu au parquet.

LES FEMMES DANS LES ŒUVRES D'ASSISTANCE. — Le *Journal officiel* a publié une circulaire importante que le ministre de l'intérieur vient d'adresser aux préfets au sujet de l'entrée des femmes comme déléguées dans les commissions administratives des établissements publics d'assistance.

M. L.-L. Klotz estime que les préfets doivent user plus largement, tout en l'exerçant d'une façon méthodique, de la faculté qui leur a été personnellement reconnue, par un avis rendu par le Conseil d'Etat le 28 juillet 1898, de choisir des femmes comme leurs délégués dans les commissions administratives.

La présence des femmes dans ces commissions a pu jus-

RENSEIGNEMENTS

qu'à ce jour être considérée seulement comme utile ; elle est devenue nécessaire à la veille de la mise en vigueur de la loi du 14 juillet 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses et surtout de la loi du 17 juin 1913 sur l'assistance aux femmes en couche.

Cette dernière subordonne, d'une part, le maintien du secours à l'exacte observation par l'assistée des instructions relatives au repos et à l'hygiène que lui aura données à cet effet « la personne désignée par le bureau de bienfaisance » ; elle institue, d'autre part, une majoration de secours en faveur des mères qui, durant la période d'assistance, auront nourri leur enfant.

Il est incontestable que les femmes qui feraient partie des commissions administratives des bureaux de bienfaisance seraient plus qualifiées pour apprécier si ces prescriptions ont été bien suivies et « dans toute la mesure compatible avec les exigences de la vie domestique ».

Cette collaboration féminine particulièrement désirable dans les bureaux de bienfaisance, M. L.-L. Klotz souhaite de la voir également pénétrer dans les hôpitaux et les hospices où la compétence avisée d'une femme pourrait rendre les plus sérieux services tant en ce qui touche la bonne tenue de l'établissement, la qualité de la lingerie, de la cuisine, que pour les améliorations à apporter dans les quartiers réservés aux femmes et aux enfants, dans les services de maternité, etc.

LA GUERRE AUX TOXIQUES. — Le tribunal correctionnel de Lyon vient de juger plusieurs affaires de vente de toxiques.

Dans la première, étaient inculpés plusieurs chasseurs de cafés de nuit qui ont été condamnés à des peines variant entre huit jours et un mois de prison et à des amendes de 100 francs.

Leur pourvoyeur s'est vu infliger deux mois et 500 francs d'amende. Son principal fournisseur, un droguiste, a été condamné à 500 francs d'amende.

Quatre pharmaciens et un aide-pharmacien ont été acquittés, faute de preuves absolues de leur mauvaise foi, mais non sans de sévères considérants. L'un, toutefois, a eu 200 francs d'amende pour mauvaise tenue de son registre d'entrée et de sorties d'opium.

Dans la seconde affaire, comparaissaient trois pharmaciens qui avaient fourni de la morphine et de la cocaïne à une dame qui avait éte prise d'une crise terrible. Ils ont été condamnés : le premier à un mois, les autres à quinze jours de prison et chacun à 300 francs d'amende.

Le sursis a été accordé pour la peine de prison.

CÉLIBATAIRES ET GENS MARIÉS. — Voici une statistique officielle qui, plus que la crainte d'une taxe illusoire ou l'appât d'une prime, pourra décider les célibataires à fonder un foyer familial.

Elle émane du bureau d'hygiène d'Etat de New-York. Elle a été commencée en 1900 à la suite d'un vœu de l'Association de médecine américaine, demandant que la statistique des décès soit établie en tenant compte des conditions maritales des décédés. Les observations ont porté sur dix années. Les résultats en sont suggestifs.

De vingt à trente ans, les hommes mariés meurent dans la proportion de 4,2 p. 100, et les célibataires dans la proportion de 6,6.

De trente à quarante ans, il meurt 6 hommes mariés sur 100 et 13 célibataires.

De quarante à cinquante ans, les proportions sont respectivement de 9,5 et 19,5 p. 100.

De cinquante à soixante, les chiffres se rapprochent, mais il y a encore 7 p. 100 de célibataires qui meurent de plus que d'hommes mariés.

Ils reprennent leur différence de soixante à soixante-dix ans, période pendant laquelle il meurt 32 p. 100 d'hommes mariés et 51 p. 100 de célibataires.

Les veufs et les divorcés sont aussi largement exposés aux coups de la mort. Entre vingt et trente ans, leur mortalité est double de celle déjà élevée des célibataires.

A quoi est due cette élévation du taux de la mortalité? L'Association de médecine américaine veut que la cause en réside dans la régularité plus grande de l'existence des hommes mariés. P.

EN MANIANT LA PLUME. — On ne se rend pas compte de la somme de dépense musculaire que représente le travail de la main qui écrit, ni des voyages qu'elle accomplit pour coucher sur le papier une simple lettre, voire même une nouvelle.

Une personne quelque peu habituée à manier la plume, peut écrire en moyenne trente mots à la minute, ce qui représente, avec les courbes et les inflexions, une longueur de 5 mètres ou 300 mètres à l'heure, 3 000 mètres dans une journée de dix heures de travail, ou 1 095 kilomètres par an.

De plus, en écrivant trente mots à la minute, la plume fait en moyenne 480 courbes et inflexions, soit 28 800 à l'heure, 288 000 par journée de dix heures, 150 120 kilomètres par an, enlevés à la force du poignet et des doigts. P.

HOPITAL BEAUJON. — M. le docteur Tuffier commencera ses leçons le jeudi 27 novembre 1913, à neuf heures et demie, salle Malgaigne, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 1er AU 6 DÉCEMBRE 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 1er décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 2 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mercredi 3 décembre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e.

3e (oral, 2e partie).

Jeudi 4 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral).

3e (oral, 2e partie).

Vendredi 5 décembre, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

4e.

Samedi 6 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Mercredi 3 décembre, à une heure. — M. Porte. Contribution à l'étude de la maladie de Hirschsprung. (MM. Reclus, président; Letulle, Mulon et Gougerot.) — M. Gailleur. Recherches statistiques sur les tuberculeux soignés au dispensaire Léon Bourgeois. (MM. Letulle, président; Reclus, Mulon et Gougerot.) — M. Brot. La ténosynovite dans la syphilis héréditaire précoce. (MM. Letulle, président; Reclus, Mulon et Gougerot.)

Jeudi 4 décembre, à une heure. — M. Vesval. Contribution à l'étude du scorbut infantile (formes frustes). (MM. Hutinel, président; Achard, Nobécourt et Rathery.) — M. Saint-Girons. Les albumines du sérum sanguin au cours des maladies infectieuses. (MM. Achard, président; Hutinel, Nobécourt et Rathery.) — M. Guillemet. Contribution à l'étude du drainage en gynécologie, (MM. Pozzi, président; Prenant, Okinczyc et Champy.) — Mlle Asvadouroff. Recherches sur la formation de quelques cellules fragmentaires et des fragments. (MM. Prenant, président; Pozzi, Okinczyc et Champy.) — M. Malouvier. L'affaire Lafarge. (MM. Thoinot, président; Gilbert Ballet, Castaigne et Ribierre.) — M. Lambert. Valeur séméiologique des sténéotypies. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Castaigne et Ribierre.)

REVUE GÉNÉRALE

DES KYSTES DU SEIN

Par M. P. ALGLAVE (1),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

- Kystes extrinsèques.
  - K. à point de départ cutané.
    - K. sébacés.
    - K. dermoïdes.
  - K. à point de départ conjonctivo-graisseux.
    - K. congénitaux.
    - K. parasitaires.
- Kystes intrinsèques.
  - K. à point de départ glandulaire ou canaliculaire.
    - Galactocèle.
    - K. apparaissant sur des tumeurs solides.
      - Sur tumeurs solides bénignes.
        - Adénomes.
        - Adéno-fibrome.
        - Adéno-sarcome.
        - Adéno-myxome.
      - Sur tumeurs solides malignes.
        - Carcinome.
        - Epithélioma.
    - K. apparaissant sans qu'il y ait tumeur solide.
      - Maladie kystique.

Messieurs,

Pour les anatomo-pathologistes un *kyste* est une tumeur liquide, uni ou multiloculaire, limitée par une paroi conjonctive, tapissée intérieurement par un revêtement formé d'épithélium, ou d'endothélium, suivant les cas.

La tumeur ainsi comprise ne répond cependant pas complètement, vous le verrez au cours de cette leçon, à toutes les formations que les cliniciens englobent sous le nom de *kystes du sein*, aussi, convient-il, pour mettre d'accord l'anatomie pathologique et la clinique, de dire immédiatement qu'on rencontre dans le sein de *vrais kystes* et de *faux kystes*.

Les premiers sont ceux dont la structure répond à la définition donnée par les histologistes; les seconds sont des tumeurs bien délimitées à contenu liquide ou pâteux, mais dont la paroi interne n'offre pas le revêtement épithélial des précédents.

Adoptant pour cette leçon le terme de kyste au sens le plus large et tel que les cliniciens l'entendent, j'ai consulté pour cette étude les *Leçons cliniques* de Velpeau, la thèse d'agrégation de Richelot, de 1878, la remarquable thèse inaugurale de Rénon écrite à Paris, en 1903, sur les conseils des professeurs Quénu et Delbet, les auteurs classiques et aussi un certain nombre de travaux et mémoires que j'aurai l'occasion de vous citer au cours de mon exposé.

A l'exemple de Richelot et de Rénon, je classerai, pour ma description, les kystes du sein en trois grandes catégories et d'après la structure même de la mamelle.

Vous savez que la mamelle est essentiellement constituée, en allant de la superficie à la profondeur, par trois portions essentielles : une *enveloppe cutanée* supportant le *mamelon*, un *stroma conjonctivo-graisseux* et enfin l'élément noble de la mamelle ou *glande mammaire* à proprement parler, composée elle-même d'un *parenchyme sécréteur* et de *canaux excréteurs*.

Dans chacune de ces parties constituantes peuvent naître des kystes.

J'aurai donc à vous décrire : des kystes à point de départ cutané, des kystes à point de départ dans le stroma conjonctivo-graisseux, des kystes à point de départ glandulaire ou canaliculaire.

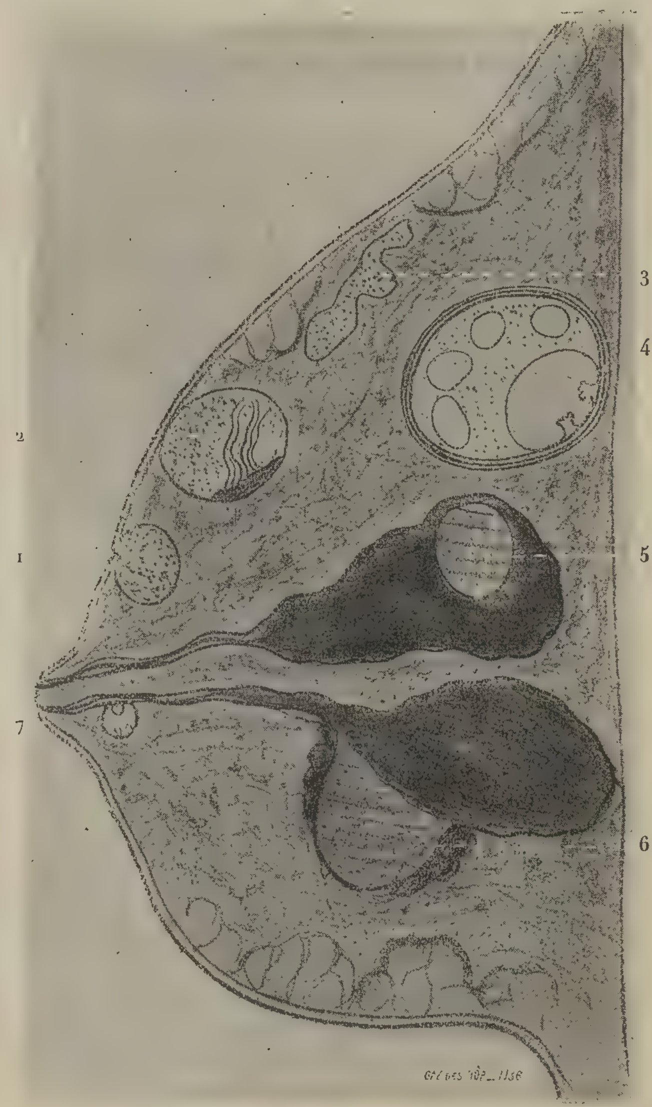


Fig. 1. — *Représentation schématique des kystes du sein.* — 1 et 2 : kystes à point de départ cutané; 3 et 4 : kystes à point de départ conjonctivo-graisseux; 5 et 6 : kystes à point de départ glandulaire; 7 : kyste à point de départ canaliculaire.

De ces trois groupes de kystes que j'ai schématisés sur la planche I, les deux premiers correspondent à ce que Richelot et Rénon appellent les *kystes extrinsèques* de la mamelle, tandis que le troisième correspond à ce que les mêmes auteurs appellent les *kystes intrinsèques*.

Dans la classse des *kystes à point de départ cutané* nous trouvons deux variétés : les *kystes sébacés* et les *kystes dermoïdes*.

Kystes sébacés. — Les *kystes sébacés* se rencontrent surtout au voisinage du mamelon, au niveau de

(1) Leçon faite au concours d'agrégation de chirurgie de 1913, après quarante-huit heures de préparation.

l'aréole, dans la zone dite des tubercules de Montgomery. Ils sont de volume assez variable. Le plus souvent ils forment des tumeurs des dimensions d'un petit pois ou d'une noisette quand on est appelé à les examiner ou quand les malades s'en aperçoivent.

Ils peuvent toutefois atteindre d'assez grosses dimensions, puisque Velpeau en rapporte une observation qui est due à Gerdy et où le kyste sébacé avait atteint le volume d'un œuf de poule.

Cliniquement ces kystes sébacés se reconnaissent à leur siège au voisinage du mamelon où sont les plus grosses glandes sébacées, à leur *adhérence à la peau* avec laquelle ils font corps, pour ainsi dire, et souvent aussi à la présence à leur centre d'un *comédon* plus ou moins apparent.

Il faut cependant savoir que, s'il est aisé de les reconnaître quand ils sont encore adhérents à la peau, il n'en est pas de même quand ils ont perdu leurs connexions avec elle, pour s'enfoncer plus ou moins dans la glande.

Dans ce dernier cas on peut s'y tromper et Velpeau raconte que l'erreur eut lieu dans le cas du gros kyste sébacé observé par Gerdy et dont je vous ai parlé plus haut.

Kystes dermoïdes. — Quant aux *kystes dermoïdes du sein* que nous décrivons à côté des précédents, en raison de leur origine ectodermique, on s'explique facilement leur présence dans cette région, si on se souvient des *involutions épidermiques* qui s'y produisent pendant la vie fœtale, involutions desquelles doit résulter la formation de la glande elle-même.

A priori, il semble même, qu'en un point où se produisent de pareils enclavements du feuillet externe, on doive rencontrer assez souvent des kystes dermoïdes, si la théorie de la formation de ceux-ci par enclavement, émise par Verneuil, répond à la vérité.

Eh bien! ces kystes dermoïdes de la mamelle sont rares, puisque Lannelongue et Achard n'en rapportent qu'un cas dans leur *traité des kystes congénitaux*.

Parmi les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, seul, Gussenbauer déclare qu'il en a observé plusieurs exemples pendant sa carrière.

Ces kystes dermoïdes sont, en général, placés dans le tissu cellulaire sous-cutané, comme je l'ai fait représenter sur la figure 1 sous le n° 2.

Leur paroi est formée par une membrane dont la structure rappelle celle de la peau et elle forme une poche dans laquelle on a trouvé comme contenu, de la matière sébacée le plus souvent, quelquefois des cheveux.

Reverdin et Mayor ont publié, dans la *Revue médicale de la Suisse romande* de 1887, une observation de kyste dermoïde de la mamelle, qui contenait des cheveux en abondance et Cornil et Ranvier en rapportent également un exemple, dans leur *Manuel d'histologie pathologique*. Toutefois, pour ces derniers faits, il semble qu'il s'agisse plutôt de *tératomes kystiques*, que de kystes dermoïdes vrais.

Les kystes dermoïdes n'ont guère été rencontrés *chez l'homme*, on les a observés presque exclusivement *chez la femme* et souvent on les a trouvés par hasard, particulièrement à deux époques de sa vie : à la *puberté* et au moment de la *lactation*.

Ces kystes évoluent généralement sans douleur, cependant Velpeau fait remarquer que, parfois, ils augmentent assez brusquement de volume et qu'alors ils deviennent sensibles.

A la palpation on les a trouvés sous forme de tumeurs nettement circonscrites, donnant parfois une sensation de fluctuation plus ou moins nette, pendant qu'autour de la partie fluctuante on trouverait des noyaux de consistance relativement ferme.

En tant que *diagnostic* les kystes dermoïdes de la mamelle sont souvent des surprises, je vous l'ai dit. On pourra les confondre avec d'autres formations de même consistance et en particulier avec les kystes sébacés.

Viennent ensuite, dans notre classification, les kystes à point de départ dans le stroma conjonctivo-graisseux du sein.

A leur sujet, je m'empresse de vous faire remarquer que pour beaucoup d'auteurs déjà anciens, pour Cruveilhier, Paget, Brodie, Velpeau, de vrais kystes pouvaient se former dans le substratum périglandulaire.

Aujourd'hui, la *formation interstitielle* des vrais kystes n'est plus admise et il est reconnu que les seuls qui puissent prendre naissance dans le tissu conjonctif sont, d'une part, *certains kystes congénitaux* rencontrés chez de jeunes sujets et, de l'autre, des *kystes parasitaires* qui sont les kystes hydatiques du sein.

Kystes congénitaux. — Au sujet des *kystes congénitaux*, j'ai peu de choses à vous dire. Ce sont des sortes de kystes séreux ou *lymphangiomes kystiques*, qu'on trouve mentionnés en particulier dans un article de d'Arcy Power, de *La Lancette* du mois de décembre 1910. Cet auteur en aurait recueilli une observation chez un enfant de trois ans, où la tumeur avait le volume d'une orange et c'est à cette occasion qu'il décrit ces kystes congénitaux de la mamelle.

Quant aux *kystes hydatiques* du sein ils ne sont pas fréquents, puisque le professeur Delbet, d'une part, n'a pu en relever que 24 observations et que Binaud et Braquehaye, d'autre part, n'ont pu en rassembler que 31 cas.

On les aurait vus plus souvent dans le sein de la femme que dans celui de l'homme et surtout pendant la période génitale de la vie.

On les observerait davantage dans certaines contrées. En France, c'est la *région bordelaise* qui en a fourni le plus grand nombre d'observations, probablement à cause du voisinage des Landes, où l'échinococcose n'est pas rare. Vitrac (de Bordeaux) en a rapporté des exemples et donné une bonne étude.

Sans m'attarder à son étude, je dois vous faire remarquer que le kyste hydatique *n'a pas de siège de prédilection* dans la mamelle. On l'y trouve tantôt à la périphérie, tantôt sous le mamelon, tantôt dans le centre de la glande et il y présente des caractères assez particuliers pour lui créer une individualité.

C'est un kyste souvent de petit volume, comme une noix, comme un petit œuf, et il est de forme arrondie ou ovoïde. Quelquefois même il pourrait, au dire de Vitrac, prendre une forme en 8 de chiffre, en sablier, en bissac.

Ce kyste *n'évolue que très lentement* et il n'atteint jamais dans la mamelle les dimensions considérables qu'on lui voit fréquemment acquérir dans d'autres organes de l'économie.

Quelquefois il est *multiloculaire*, rarement il est *alvéolaire* et il peut, suivant les cas, contenir ou non des *vésicules filles*.

Autour de lui, il comprime et tasse les éléments

glandulaires et il n'est pas rare de voir apparaître de la *mammite périkystique*, dont vous verrez plus loin les conséquences.

Cliniquement, le kyste hydatique du sein a généralement une évolution insidieuse.

Au début, il se développe très lentement et sans douleur. Il lui faut souvent des mois pour atteindre, comme je vous le disais plus haut, les dimensions d'une noix, et, si on l'examine à ce moment-là, il se présente avec la consistance d'une tumeur solide de la mamelle.

Plus tard il peut devenir *douloureux*, mais l'apparition de la douleur coïncide avec une augmentation assez brusque de volume et l'apparition à la palpation d'une certaine rénitence qui tend à faire soupçonner le caractère liquide et kystique de la tumeur.

Quelquefois, ces petits kystes hydatiques *s'enflamment* à un moment donné et deviennent plus ou moins *adhérents à la peau*, et même, on a signalé, avec l'adhérence de la peau à la tumeur, le *phénomène de la peau d'orange*, coïncidant avec l'apparition de *ganglions durs et douloureux* dans l'aisselle.

C'est vraisemblablement, en raison de l'apparition de la *mammite périkystique* dont nous avons parlé plus haut que ces accidents se produisent. Le kyste peut d'ailleurs *suppurer* et prendre l'aspect d'un abcès de la mamelle.

Ces dernières notions vous disent pourquoi j'ai retenu un instant votre attention sur les kystes parasitaires de la mamelle et elles vous montrent que leur connaissance offre un réel intérêt diagnostique. Il est bon d'être averti de leur existence et de leurs caractères pour ne pas les confondre avec d'autres tumeurs du sein.

On s'y est d'ailleurs trompé et on a pu les prendre, soit pour des noyaux de mammite chronique ou aiguë, soit même pour tout autre tumeur, sinon pour des néoplasmes vrais du sein, auxquels ils ressemblent quand ils sont un peu enflammés et adhérents à la peau, soit enfin, pour des abcès de la mamelle, quand ils sont suppurés.

Dans tous les cas la ponction et la recherche de la *réaction de Weinberg* pourront être utiles.

Et maintenant j'en arrive à notre *troisième groupe de kystes* ou kystes d'origine glandulaire ou kystes intrinsèques qui constituent le chapitre le plus important de ma leçon.

Au premier plan, dans ce groupe, nous placerons, pour l'éliminer de suite, une formation d'origine inflammatoire renfermant du lait plus ou moins altéré, formation développée dans la mamelle en lactation, c'est le *galactocèle*.

Galactocèle. — Nous insistons sur la *nature inflammatoire* du galactocèle vrai, nature aujourd'hui bien établie par les travaux de Pilliet, de Cornil, de Bosc et récemment par ceux de Lecène.

Ce caractère différencie la tumeur dont il s'agit des faux galactocèles des anciens auteurs, c'est-à-dire de certains néoplasmes bénins ou malins qui renfermeraient un contenu d'aspect plus ou moins lactescent.

Le *vrai galactocèle* est rare et on n'en possède que peu d'observations bien établies.

Il se rencontre seulement pendant les périodes d'activité physiologique de la glande mammaire.

Exceptionnellement, on l'aurait observé pendant la grossesse, et déjà Dupuytren avait signalé le fait.

Macroscopiquement, le galactocèle forme une tumeur arrondie, régulière et lisse, qui siège le plus souvent soit au centre, soit dans les parties inféro-internes de la mamelle, mais on peut aussi le rencontrer en d'autres points.

La *poche* du galactocèle est habituellement unique, mais parfois on trouve de petites formations kystiques dans le voisinage. Puech et Forget signalent de ces petits kystes périphériques dans leurs observations.

Le galactocèle a généralement les dimensions d'un *œuf* ou d'une *orange*, mais il peut devenir énorme, et l'observation classique de Volpi nous en est un exemple. Cet auteur a vu un cas où la tumeur formée par le galactocèle reposait sur les cuisses de la malade quand elle était assise.

Le *contenu* de cette poche est d'aspect variable, mais ressemble à du lait plus ou moins modifié d'aspect.

Tantôt ce lait paraît pur et normal, tantôt il est épais, jaunâtre, crémeux, tantôt enfin il est pâteux, comme à demi solide et on a pu le comparer à du mastic.

On aurait même vu de la matière laiteuse presque solidifiée et sous forme de calculs pour former ce que les anciens ont appelé les *pierres laiteuses* de la mamelle. Morgagni, Dupuytren, Velpeau auraient observé des faits de ce genre, mais les auteurs actuels mettent un peu en doute la nature véritable de ces pierres du sein.

Pour certains, enfin, le contenu du galactocèle ressemblerait parfois autant à du pus qu'à du lait.

Quoi qu'il en soit, quand on examine la surface interne de la poche du galactocèle on la trouve *unie* et *lisse* et d'aspect vraiment kystique. On peut même y remarquer des traînées blanchâtres qui sont des canaux galactophores, et les examens de Forget et de Brodie leur ont montré que certains de ces canaux s'ouvrent dans la poche.

Au point de vue *histologique* la nature du galactocèle paraît controversée.

Si on relit les descriptions de Pilliet et de Bosc, on voit que pour ces auteurs le galactocèle présenterait la structure de l'adénome kystique du sein et que souvent on trouverait, dans sa paroi, de petits kystes et des culs-de-sac en prolifération, comme on en rencontre dans les adénomes kystiques à poche volumineuse.

En revanche, d'après les descriptions de Cornil et d'après celles plus récentes de Lecène la paroi du galactocèle n'aurait pas de revêtement épithélial et ne serait pas, de ce fait même, un kyste véritable.

Pour Cornil et pour Lecène il n'y aurait dans cette paroi que du tissu conjonctivo-fibreux avec infiltration plus ou moins abondante d'éléments embryonnaires. Ce serait plutôt une paroi d'abcès à évolution lente qu'une paroi de kyste.

Et cette notion nous montrerait que la théorie de Virchow qui fait du galactocèle un kyste par rétention consécutif à l'oblitération d'un conduit galactophore serait erronée. D'ailleurs, si on vient, comme l'a montré le professeur Delbet, à lier sur un animal un conduit galactophore on ne donne jamais naissance à un kyste.

Autre preuve, si, chez une malade atteinte de galactocèle, on comprime la tumeur, on peut faire sourdre son contenu par le mamelon, ce qui montre bien que le canal galactophore qui lui correspond n'est pas oblitéré.

En somme, d'après les auteurs récents, le galac-

tocèle serait plutôt un abcès chronique qu'un kyste.

Cliniquement, et quelle que soit sa nature histologique qui reste à l'étude, le galactocèle se présente sous la forme d'une *tumeur arrondie* du volume d'un œuf de poule ou à peu près.

Cette tumeur refoule plus ou moins les lobes glandulaires qui l'entourent et ceux-ci en se tassant autour d'elle peuvent lui communiquer à la palpation un *aspect grenu*.

La *consistance* du galactocèle est variable. Parfois il donne comme une sensation de fluctuation, parfois il est nettement pâteux à la pression, quelquefois il est rénitent, quelquefois même il donne une sensation de dureté lorsque son contenu se trouve sous une forte tension.

Dans certains cas, enfin, le galactocèle a une consistance qui permet la formation d'un *godet* par la pression du doigt à sa surface. Ce signe, assez caractéristique, a été indiqué par Dupuytren.

Un autre signe, également particulier, c'est l'écoulement de lait par le mamelon, quand on vient à comprimer la tumeur.

A la surface du galactocèle la peau a généralement conservé ses caractères normaux et elle reste mobile et souple.

Quant aux *ganglions de l'aisselle*, les auteurs nous disent que, d'une façon générale, ils ne sont ni augmentés de volume ni modifiés.

En dernière analyse, remarquons que le galactocèle donne peu de troubles fonctionnels et que c'est à peine s'il développe parfois un peu de sensibilité locale, spontanée ou à la pression, et cette notion a aussi une certaine valeur clinique.

Quant à son *évolution* elle est lente, et souvent la tumeur persiste jusqu'au jour où, sous l'influence d'une infection ou d'un traumatisme quelconque, elle évolue vers la suppuration franche ou la transformation nette en abcès aigu ou subaigu.

Le *diagnostic* du galactocèle sera surtout à faire avec un abcès chronique vrai du sein ou un abcès froid périmammaire ou même un kyste vrai de la mamelle.

Le plus souvent ce sera la ponction seulement ou l'extirpation de la lésion qui permettront d'en reconnaître la véritable nature.

Après l'étude du galactocèle nous abordons celle des kystes les plus fréquents et les plus importants du sein formés aux dépens de la glande.

Ils se classent eux-mêmes en deux groupes :

Les uns apparaissant sur des tumeurs solides primitives du sein;

Les autres se développant sans tumeur solide préalable.

Ces derniers constituent la *maladie kystique* de la mamelle.

Pour ceux du premier groupe je vous ferai remarquer qu'on les voit surtout avec les tumeurs dites *bénignes*, cependant on en observe aussi avec les tumeurs dites *malignes*.

Kystes sur tumeurs solides bénignes. — Les tumeurs bénignes qui sont capables de donner naissance à des kystes sont les *adénomes purs* de la mamelle et les tumeurs adéno-conjonctives aujourd'hui désignées sous les épithètes adéno-fibromes, adéno-sarcomes, adéno-myxomes.

Parmi ces quatre variétés de tumeurs, celles qu'on qualifie actuellement du nom d'adénomes purs sont relativement rares, mais elles sont fréquemment kystiques.

En pratique on voit surtout des tumeurs adéno-conjonctives qui deviennent kystiques et je dois vous faire remarquer que les tumeurs adéno-conjonctives encore appelées tumeurs adénoïdes sont aujourd'hui considérées par certains auteurs comme étant d'origine congénitale.

Comment de pareilles tumeurs deviennent-elles kystiques ?

Pour certains auteurs et surtout pour les anciens, parmi lesquels nous devons citer Cruveilhier, Lebert, Birkett, ces kystes se développeraient dans le tissu conjonctif de la tumeur.

Cruveilhier avait assimilé ces kystes aux géodes des fibromes de l'utérus, et Lebert et Birkett exprimèrent la même opinion.

Il y avait là une grosse erreur, et depuis Brodie nous savons qu'en réalité ces kystes ont une origine *glandulaire et acineuse*.

Bientôt, Broca et Verneuil partagent la même opinion, et Verneuil montre en particulier que ces kystes peuvent, quand ils ont acquis un certain volume, être cathétérisés par le canal excréteur.

Après les travaux de ces auteurs paraissent ceux, très importants, de Labbé et de Coyne, et c'est surtout par eux que nos connaissances sur la pathogénie de ces kystes se sont trouvées bien assises.

Labbé et Coyne démontrèrent avec évidence que ces kystes n'étaient que le résultat d'une évolution active de l'élément épithélial de la tumeur adéno-conjonctive.

Au sein des cavités épithéliales, et par l'évolution même des cellules qui les délimitent, de tous petits kystes se trouvent d'abord formés.

Puis, par raréfaction des travées conjonctives qui les séparent, ces petits kystes vont communiquer les uns avec les autres, par une série de pertuis et, par ce mécanisme, vont pouvoir se former des cavités kystiques plus ou moins spacieuses, uniques ou multiples, souvent qualifiées du nom de cysto-adénomes en raison de leur origine.

Des kystes du volume d'une mandarine ou d'un poing d'adulte peuvent ainsi se développer.

Cliniquement comment se présentent ces kystes? A ce point de vue, je vous rappellerai d'abord que l'adéno-fibrome du sein peut se manifester sous deux aspects essentiels qui sont l'adéno-fibrome diffus et l'adéno-fibrome circonscrit.

C'est l'*adéno-fibrome diffus* qui donne lieu à l'hypertrophie essentielle de la mamelle, maladie où les seins peuvent devenir monstrueux par leur volume.

Or, il faut que vous sachiez que, avec l'hypertrophie diffuse de la mamelle, on peut observer des kystes. Ceux-ci sont tantôt nombreux et petits, tantôt volumineux et pouvant contenir plusieurs centaines de grammes de liquide, et à tel point qu'on a pu comparer la mamelle, dans ces cas, à un volumineux sac rempli d'eau.

Mais, ce sont là des raretés.

Il n'en est pas de même de l'adéno-fibrome circonscrit et kystique, qui est une affection relativement fréquente en clinique. Ici, on voit, sur une tumeur adénoïde banale du sein, apparaître un ou plusieurs kystes, dont le contenu est un liquide muqueux et filant, quelquefois brunâtre ou hématique, quelquefois chargé de paillettes de cholestérine.

La *paroi* de ces kystes présente des végétations que j'ai fait représenter figures 2 et 2 *bis* qui sont tantôt séniles, tantôt pédiculées, tantôt ramifiées.

Ces kystes s'étant formés aux dépens des acinis

de la glande et par fusion les uns avec les autres, comme je vous l'ai dit, ce sont les éperons conjonctifs de séparation de ces mêmes acinis qui vont former les végétations polypiformes de la paroi.

Labbé et Coyne nous ont bien montré ce fait et c'est à leur travail que j'ai emprunté ces deux figures. Ces *végétations intrakystiques*, qui sont des restes de cloisons, supportent des vaisseaux plus ou moins

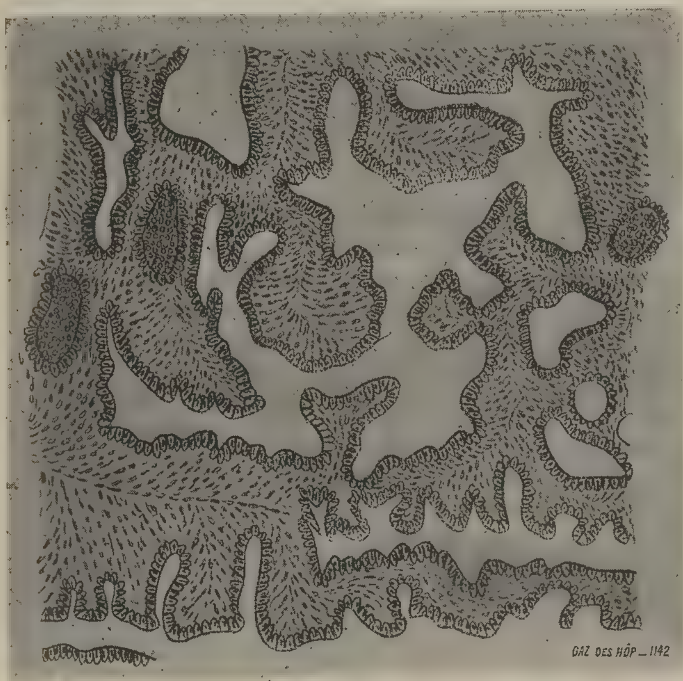


FIG. 2.

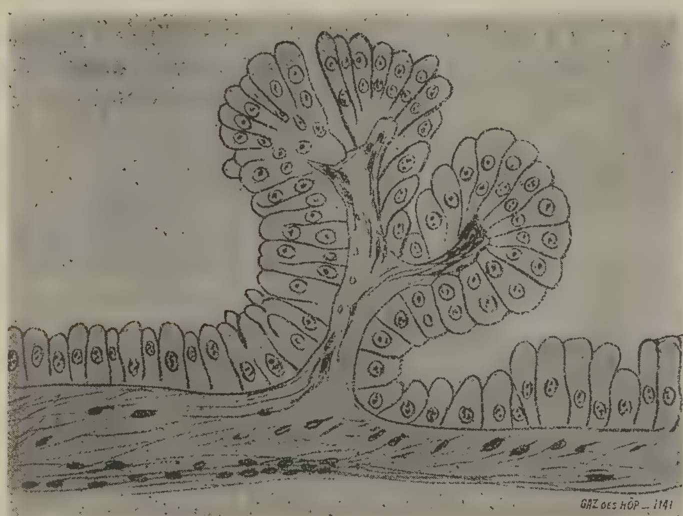


FIG. 2 *bis*.

nombreux et fragiles qui peuvent donner lieu à de véritables *hémorragies* dans la cavité kystique.

De même, avec l'adéno-sarcome, tumeur autant maligne que bénigne, on peut voir se former des kystes qui ont valu à ces tumeurs le nom de *cysto-sarcomes*. Vous en avez un exemple sur les figures 3 et 3 *bis*.

Ici le nombre des kystes peut également varier. Quelquefois il y en a seulement 1, 2 ou 3, mais parfois ils sont nombreux, et tellement, que la tumeur peut prendre une sorte d'aspect caverneux qui lui a valu le nom de *sarcomatose polikystique*. Dans cette dernière variété on peut trouver une multitude de kystes, dont le volume varie d'un grain de millet à celui d'une noix et quelquefois d'une orange et ces kystes apparaissent comme des fentes anfractueuses, irrégulières et multiples, disposées dans la masse de la tumeur.

S'ils sont peu nombreux, les kystes peuvent atteindre le volume et les dimensions d'un poing d'adulte et davantage et contenir un liquide séro-sanguinolent ou brunâtre et poisseux avec des caillots sanguins souvent plus ou moins altérés.

Ces kystes des cysto-sarcomes peuvent contenir jusqu'à un demi-litre et même un litre de liquide et le sang altéré que renferme ce liquide donne parfois au kyste l'aspect d'une vieille hématocèle.

Ce sang vient ici, comme pour les cysto-adénomes, des végétations de la paroi kystique.

Les végétations pariétales sont parfois assez vasculaires pour donner aux sarcomes l'*aspect télangiectasique*.

A l'occasion des cysto-sarcomes, je dois ouvrir une parenthèse, pour vous faire remarquer que, s'ils sont le plus souvent des *vrais kystes*, c'est-à-dire que s'ils sont le plus souvent tapissés d'épithélium sur leur paroi, ils peuvent n'être que de *faux kystes*, c'est-à-dire, que vous observerez parfois, dans les tumeurs sarcomateuses du sein, des cavités ou géodes qui se constituent *comme des fentes*, dans la portion conjonctive de la tumeur et qui se distinguent bien des autres, par l'absence de revêtement épithélial au niveau de leur paroi.

Ce *pseudo-kyste* n'est en somme qu'une lacune qui contient ordinairement du sang et que vous rencontrerez surtout dans les tumeurs appelées *sarcomes mous* de la mamelle par Billroth.

Cliniquement, comment se présentent les cysto-adénomes d'une part, les cysto-sarcomes de l'autre?

Les *cysto-adénomes* se présentent évidemment en clinique, avec l'aspect habituel de la tumeur adénoïde sur laquelle ils sont apparus et à laquelle ils viennent ajouter leurs caractères de kystes plus ou moins volumineux.

Si le kyste est petit, il ne se distingue pas cliniquement de la tumeur qui lui a donné naissance et le plus souvent il ne sera reconnu qu'au moment de l'extirpation de la tumeur ou à la coupe de cette tumeur.

Si le kyste est gros, il peut devenir le symptôme prépondérant et vous le reconnaîtrez à son aspect et à la fluctuation qu'il donne, car souvent il refoule la glande autour de lui, pour émerger et venir faire saillie sous les téguments.

A côté de lui, vous trouverez le noyau ou les noyaux formés par la tumeur adénoïdienne originelle, mais, sachez que le volume de ces noyaux est parfois très minime par rapport à celui du kyste qui est devenu la lésion prédominante.

Par un examen attentif, vous pourrez constater que la tumeur adéno-kystique, envisagée dans son ensemble, conserve un caractère d'indépendance par rapport au reste de la mamelle. En d'autres termes, comme toute tumeur restée bénigne, bien que devenue kystique, elle ne fait pas corps avec la glande comme les tumeurs malignes.

A sa surface, la peau a conservé son indépendance, elle est restée mobile et d'aspect normal.

Dans son ensemble, le sein lui-même est resté mobile par rapport aux plans sous-jacents. Les ganglions de l'aisselle ne sont pas modifiés et vous ne les sentez pas.

Tous ces caractères cliniques vous disent que le kyste repose sur une tumeur bénigne du sein.

Cependant, sachez bien que ce kyste comme cette tumeur sont susceptibles de transformation maligne

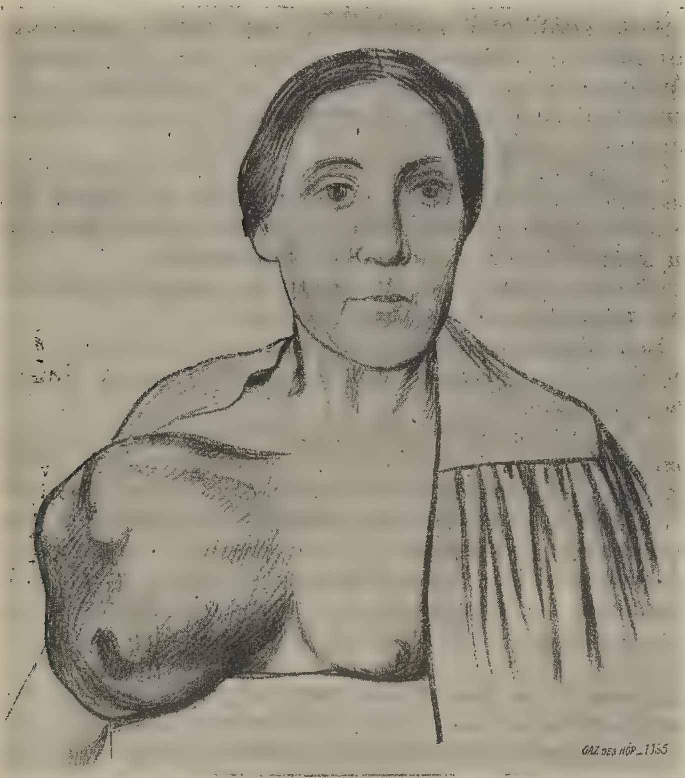


Fig. 3.

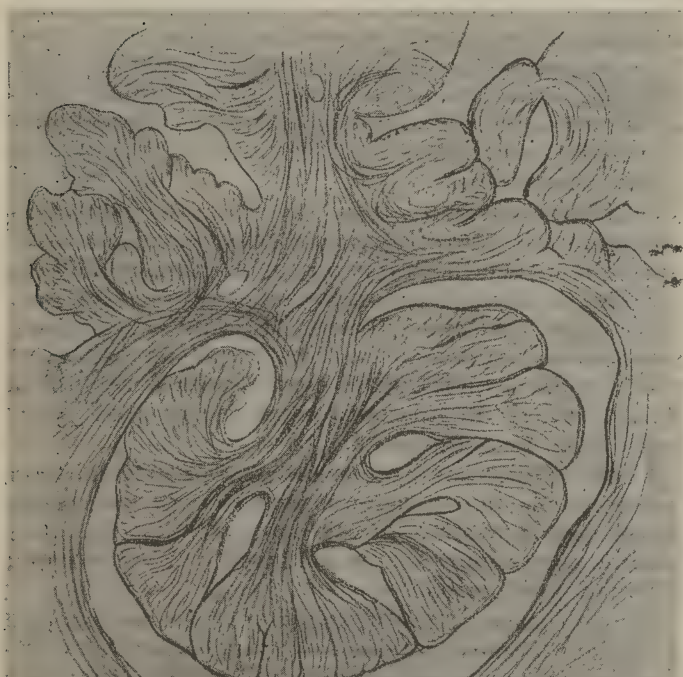


Fig. 3 *bis*,

et que cette notion acquiert une grande importance quand se pose la question du traitement.

Avec le *cysto-sarcome*, l'aspect clinique de la lésion change et vous avez affaire à ces grosses tumeurs bosselées du sein que j'ai fait représenter sur la figure 3 et dont les caractères sont vraiment très particuliers.

Cette tumeur refoule la peau, mais ne lui adhère pas non plus. La peau est lisse, amincie, mais elle est relativement libre tant que la tumeur ne l'a pas perforée.

A la surface, se dessinent en plus ou moins grande quantité des vaisseaux veineux. Et, si vous prenez la masse dans la main, vous constatez une mobilité sensiblement normale, par rapport aux plans sous-jacents.

Palpant avec soin la tumeur, vous pourrez constater que certaines de ses bosselures sont *fluctuantes* et qu'il s'agit, à n'en pas douter, de formations kystiques vraies ou fausses apparues sur elle.

Habituellement les ganglions de l'aisselle ne sont pas intéressés, mais sachez qu'ils peuvent l'être.

Sachez aussi que, à un moment donné, l'une des formations kystiques de la tumeur peut user la peau, *la perforer* et s'ouvrir au dehors, pour laisser émerger les végétations intrakystiques dont je vous ai parlé.

A dater de ce moment-là, un suintement mucopurulent et hémorragique va se faire d'une façon constante à la surface de ces bourgeons polypiformes et une sorte de large ulcération va se constituer à la surface de la tumeur.

Ces tumeurs kystiques sont trop typiques pour que j'insiste davantage sur leur diagnostic et j'en arrive à vous parler des kystes qui se développent parfois sur les tumeurs malignes du sein.

Kystes sur tumeurs solides malignes. — Vous verrez parfois apparaître, *sur le carcinome* ou épithélioma infiltré de la mamelle, des formations kystiques, bien observées par le professeur Duplay. Elles sont rares avec le squirrhe de la mamelle et n'y dépassent jamais un petit volume, mais elles sont assez fréquentes au milieu des tumeurs encéphaloïdes, où elles renferment habituellement un liquide séreux ou sanguinolent ou même du sang pur.

Les *signes cliniques* de ces formations kystiques des carcinomes de la mamelle se confondent avec ceux des tumeurs malignes et je n'y insiste pas.

En revanche, je retiendrai votre attention sur l'*épithélioma kystique* qui apparaît de temps en temps sur les canaux excréteurs de la glande.

Il s'agit de l'épithélioma *dendritique* de Cornil ou épithélioma *canaliculaire* de Labbé et Coyne qui a des caractères anatomiques et cliniques assez particuliers.

Cet épithélioma est en général constitué de un ou plusieurs kystes qui peuvent atteindre les dimensions d'une cerise ou d'une noix.

Ces kystes sont le plus souvent en grappe irrégulière, mais formant une tumeur encapsulée par une zone de tissu conjonctif dense, qui l'isole du reste de la mamelle.

Cet *encapsulement* est très important et doit retenir notre attention, car il différencie nettement cet épithélioma canaliculaire de l'épithélioma infiltré de la mamelle.

Les kystes auxquels il donne naissance sont généralement situés dans le mamelon, mais celui-ci se présente avec un aspect sensiblement normal et non rétracté.

Dans certains cas, le kyste, qui est papillaire, se développe dans la portion terminale du canal excréteur au niveau du mamelon lui-même. Letulle a observé le fait.

Ces kystes ont toujours comme contenu un *liquide sanguinolent*, formé d'hématies, de leucocytes et de paillettes de cholestérine.

A la face interne du kyste on trouve des *végétations* que j'ai fait représenter sur les figures 4 et 4 *bis*.



FIG. 4.



FIG. 4 *bis*.

Ces végétations flottent dans le liquide du kyste, où elles rappellent un peu les fines arborisations de certaines tumeurs vésicales.

Elles sont formées d'un axe conjonctif renfermant des vaisseaux capillaires souvent très dilatés et très fragiles, et supportant en général de hautes cellules épithéliales.

Le point de départ de cet épithélioma kystique paraît bien être la paroi d'un canal galactophore et le processus épithélial paraît bien prendre naissance au niveau de l'épithélium de revêtement de ce canal.

Cliniquement, cet épithélioma kystique se rencontre surtout de trente-cinq à cinquante ans et le symptôme qui attire ordinairement l'attention sur lui, c'est l'*écoulement sanguin ou sanguinolent* par le mamelon.

Cet écoulement de sang ou de sérosité sanguinolente par le mamelon a une importance capitale pour le diagnostic de la lésion. Et vous ferez souvent le diagnostic de l'affection, rien que par cet écoulement. C'est par lui que vous la soupçonnerez, même dans les cas où la palpation ne vous révélera pas la petite tumeur qui est en cause et qui ne se laissera sentir que plus tard, quand elle aura grossi.

Quand la tumeur est devenue perceptible à la palpation, rarement elle dépasse le volume d'une noix, et, habituellement bien isolée, elle n'adhère pas à la peau et ne rétracte pas le mamelon.

Généralement aussi elle n'intéresse pas les ganglions axillaires.

Quant à l'évolution de cet épithélioma kystique intracanaliculaire, elle est habituellement très lente, mais il faut s'en méfier, car après cinq ans, dix ans, quinze ans, l'épithélioma peut déborder sa coque conjonctive et envahir le reste de la glande, à la façon du cancer le plus malin.

Avec les notions qui précèdent, vous diagnostiquerez toujours ce kyste si particulier. Vous le soupçonnerez, je le répète, à l'écoulement sanguin spontané ou provoqué par le mamelon et vous le reconnaîtrez dès qu'il sera perceptible à la palpation. Je n'y insiste pas davantage.

J'en arrive maintenant à la dernière variété de kystes du sein que j'ai à envisager, je veux parler de la *maladie kystique de la mamelle*.

Maladie kystique de la mamelle. — C'est en 1883, que le professeur Reclus décrivit sous ce nom, dans la *Revue de chirurgie*, un syndrome clinique dont l'étude n'avait pas jusque-là retenu l'attention des auteurs autant qu'elle le méritait.

Les lésions dont il s'agit avaient bien été entrevues par Astley Cooper et par Brodie, mais, c'est incontestablement au professeur Reclus que revient l'honneur d'avoir isolé le syndrome clinique que nous allons étudier et provoqué des recherches anatomo-pathologiques qui se poursuivent encore et font peu à peu la lumière sur cette importante question.

Trois ans après la publication du travail du professeur Reclus, en 1886, le professeur Tillaux et son élève Phocas décrivaient, sous le nom de *maladie noueuse* de la mamelle, une affection tellement semblable à la maladie kystique, qu'il est impossible de les distinguer et qu'il y a lieu de les confondre.

Dans la description de la maladie kystique, nous devons séparer nettement l'étude du syndrome clinique, de la description anatomo-pathologique et surtout des interprétations pathogéniques qui ont beaucoup varié suivant les auteurs.

Cliniquement, l'affection se caractérise par ce premier fait très important :

Il y a ordinairement, dans la mamelle, une *série de nodosités*, de volume variable et dont certaines sont à peine grosses comme des grains de chènevis (voy. fig. 5).

Ces nodosités donnent, aux doigts qui palpent le sein, la sensation de grains de plomb ou de chènevis, enchâssés dans le tissu mammaire et faisant une légère saillie à sa surface.

Le *nombre* de ces nodosités est variable. Elles

peuvent être *uniques*, mais plus souvent elles sont *multiples* et parfois même très nombreuses.

Leur *volume* est variable d'une tête d'épingle à une cerise, un œuf de pigeon et davantage.

Leur *dureté* peut être assez grande, pour qu'elles puissent donner l'*impression de tumeurs solides* et cependant, grosses ou petites, ces nodosités sont des kystes et la ponction le démontre. Cette ponction permet d'en retirer un liquide de coloration spéciale, *liquide absinthique* suivant une expression employée par le professeur Reclus.

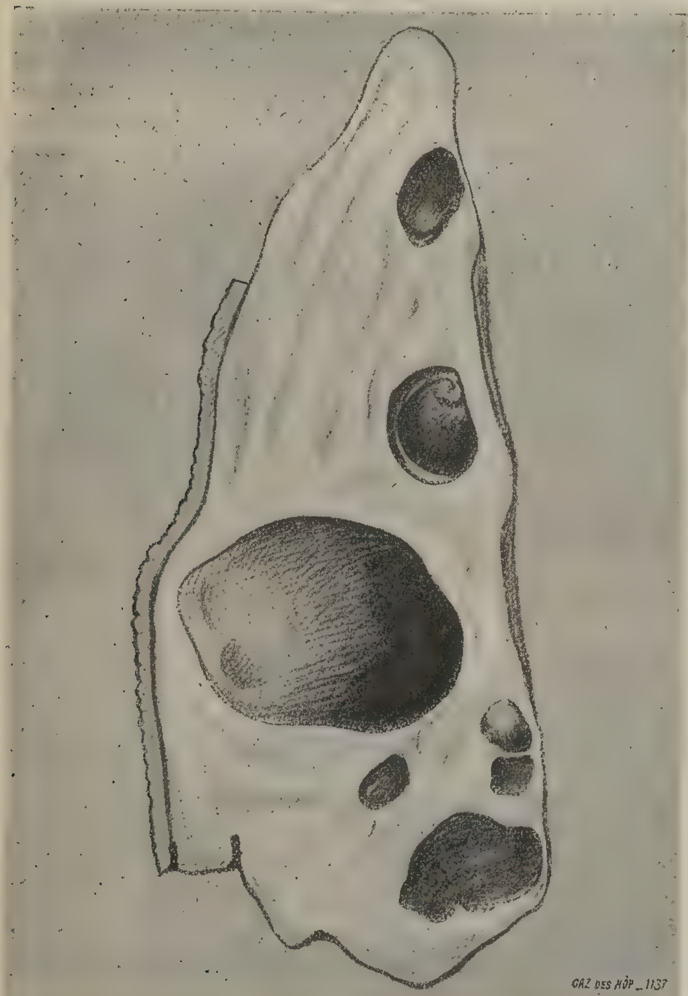


Fig. 5.

Dans certains cas, ces kystes tendent à émerger de la mamelle pour affleurer la peau et on peut trouver à leur niveau les signes d'une rénitence nette, rarement de fluctuation, car ils sont sous une trop forte tension pour fluctuer.

La *peau est absolument mobile* à la surface de la glande atteinte de dégénérescence kystique et la glande reste elle-même mobile sur les plans profonds, mobile par rapport au thorax et au muscle pectoral.

Le mamelon est normal ou parfois légèrement rétracté et toujours il reste souple.

Il n'y a généralement pas d'écoulement anormal par le mamelon, cependant on a parfois signalé l'existence d'un écoulement séreux ou jaunâtre. *Jamais il n'y a d'écoulement sanguin* et j'insiste sur cette dernière notion.

Les *ganglions axillaires* sont le plus souvent normaux, mais, parfois, ils sont perceptibles à la palpation et légèrement augmentés de volume. Jamais ces ganglions ne forment de masses comme il arrive dans les mastites subaiguës ou chroniques, ou comme dans le cancer, ou comme dans la tuberculose de la mamelle et j'attire toute votre attention sur ce point.

Autre donnée importante :

L'*examen de la mamelle du côté opposé* doit toujours être pratiqué, car on y constate souvent l'existence de nodosités du même ordre, et, si on ne les y trouve pas à l'occasion d'un premier examen, il est probable, dit le professeur Reclus, qu'on les trouvera à un second, car elles ne tarderont pas à y apparaître. En principe donc, la *maladie kystique est le plus souvent bilatérale.*

Quant aux *signes fonctionnels* qu'elle entraîne, ils sont en général presque nuls, sauf pourtant quelques douleurs locales, surtout chez les femmes nerveuses, et parfois des poussées douloureuses au moment des règles.

La maladie ainsi définie s'observe surtout chez les jeunes filles et dans les années qui suivent la puberté ou chez les femmes, au moment de la ménopause.

Dans quelques cas exceptionnels, on l'a observée chez l'homme.

Son évolution est généralement très lente.

Le *diagnostic* de la maladie kystique est facile, quand le syndrome est complet, quand les lésions sont bilatérales et que la mamelle est facile à explorer, mais la confusion a pu être faite, par exemple avec la forme *disséminée* et *nodulaire* de la tuberculose.

On évitera généralement cette erreur en se souvenant que, dans la tuberculose de la mamelle, même disséminée, il y a généralement une *adénopathie axillaire* de volume important, qui n'existe pas dans la maladie kystique.

Plus souvent, l'erreur a été commise avec l'épithélioma dendritique ou canaliculaire et kystique dont je vous ai parlé.

Cependant, avec celui-ci, il y a généralement un écoulement sanglant par le mamelon, spontané ou provoqué qui fait défaut avec la maladie kystique.

La confusion a pu être faite également avec les noyaux de mastite chronique, avec les abcès chroniques du sein, et enfin, ce qui est plus grave, avec le cancer. Le professeur Reclus fait remarquer que cette dernière erreur a dû être souvent commise autrefois, quand les cliniciens n'étaient pas avertis de l'existence de la maladie kystique. Lui-même s'y est trompé et il s'y trompait naguère encore, dit-il, ainsi que Charles Nélaton, chez une malade qu'ils étaient appelés à examiner simultanément. Un moyen simple permet cependant d'éviter l'erreur, c'est de *ponctionner* la tumeur. S'il y a kyste, le *liquide verdâtre et absinthique* qui en sort donne le diagnostic.

« N'affirmez jamais un diagnostic, dit le professeur Reclus, et n'enlevez jamais une mamelle sans avoir au préalable pratiqué la *ponction exploratrice.* »

Si celle-ci restait insuffisante et si on conservait des doutes, ils pourraient être levés par une *biopsie.*

Qu'est-ce donc maintenant, anatomiquement et originellement, que la maladie kystique?

Au point de vue *anatomique*, ces kystes, grands ou petits, sont formés d'une paroi conjonctive et d'un épithélium de revêtement formé de cellules épithéliales cylindriques et hautes. Dans leur cavité, on trouve souvent de véritables papilles, formées

d'un axe conjonctif, recouvert des mêmes cellules épithéliales et la prolifération épithéliale intrakystique y est évidente (voy. fig. 5 *bis*).

Pour ce qui est de leur *pathogénie*, ces kystes ont donné lieu à des interprétations assez diverses. Je ne saurais vous les rappeler toutes ici, je vous dirai seulement que, par leurs premiers examens, sur des pièces de Reclus, Malassez et Brissaud avaient conclu à un *épithélioma intra-acineux* et le résultat de cette appellation avait été l'ablation, par certains chirurgiens, de seins reconnus atteints de maladie kystique.

Erreur évidemment grave.



FIG. 5 *bis*.

Peu après, par les recherches de Quénu et Pierre Delbet, la maladie kystique est considérée comme une *cirrhose épithéliale*, résultant d'une inflammation chronique ou mastite chronique ; c'est-à-dire, que les kystes ne seraient que des formations inflammatoires chroniques, ce qui ferait rattacher la maladie kystique aux *mastites chroniques*, cependant qu'en Allemagne Schimmelbusch les considère comme des *cystadénomes diffus* de la mamelle, c'est-à-dire comme les dérivés d'un processus néoplasique.

Dans ces derniers temps, Lecène, dont les examens ont porté sur 15 pièces, croyait devoir se rallier à l'opinion de Schimmelbusch et considérer la maladie de Reclus comme un *adéno-kystome diffus de la mamelle* qui n'aurait rien à voir avec les mastites chroniques.

Quoi qu'il en soit, de ce point précis de pathogénie, nous savons actuellement que la maladie kystique de Reclus est généralement bénigne, mais que, cependant, on a pu observer, à plus ou moins longue échéance, l'apparition du cancer sur des mamelles atteintes de cette affection et que, par conséquent, il y a lieu de les surveiller et de les traiter.

Messieurs, dans l''exposé que je viens de vous faire des kystes du sein, je me suis efforcé, chemin faisant, de vous en retracer à grands traits les caractères cliniques et diagnostiques et, si je devais me répéter sur ce dernier point, ce serait pour vous redire encore une fois toute l'utilité de la *ponction*.

Il me reste à vous parler, dans un chapitre d'ensemble, du *traitement* qui convient à tous ces kystes.

Traitement des kystes du sein. — Je serai bref sur le traitement des kystes extrinsèques.

Le *kyste sébacé* est justiciable de l'extirpation, par une incision aussi esthétique que possible, surtout s'il s'agit d'une jeune femme.

Il en est de même pour le *kyste dermoïde*.

Pour le *kyste hydatique* du sein, les anciens procédés sont abandonnés et le traitement de choix est aujourd'hui l'ablation du kyste avec la partie glandulaire adjacente, *par résection cunéiforme*, en s'efforçant de pratiquer, par des sutures profondes, un véritable *capitonnage* de la poche créée par l'excision.

Pour le traitement des kystes intrinsèques, j'ai à vous parler d'abord de ce qu'il convient de faire pour le *galactocèle*.

Les anciens moyens, tels que la ponction, suivie ou non d'injections modificatrices, ou l'incision simple sont aujourd'hui abandonnés, et, d'une façon générale, on recourt à l'extirpation totale de la tumeur, extirpation qui s'étendra aux lobes adjacents de la mamelle, s'ils paraissaient eux-mêmes enflammés.

Dans le groupe des kystes développés sur des tumeurs solides, il va sans dire qu'on doit se comporter comme on le fait habituellement avec ces tumeurs elles-mêmes.

L'*adéno-fibrome kystique* ou cysto-adénome est d'autant plus justiciable de l'extirpation que le kyste apparaît comme l'effet d'une prolifération épithéliale active, qui peut dévier vers la malignité, aussi est-ce pour ces tumeurs que le professeur Tillaux disait qu'il fallait toujours conseiller l'opération et user de toute son influence pour la faire accepter.

L'opération de choix est l'extirpation cunéiforme faite en passant au large de la tumeur.

Pour le *cysto-sarcome*, l'opération nécessaire est l'amputation du sein. Elle s'impose dès que le diagnostic est posé, car ces tumeurs sont souvent, par la rapidité de leur évolution et de leur généralisation, aussi terribles que des carcinomes.

A l'ablation large du sein, on n'hésiterait pas à ajouter le curage de l'aisselle, si on avait le moindre doute sur l'intégrité des ganglions.

Quant aux *carcinomes kystiques* de la mamelle nous devrons les extirper largement, en faisant le curage de l'aisselle, toutes les fois que l'opération sera possible, je n'y insiste pas.

Je retiendrai davantage votre attention sur le traitement qui convient à l'*épithélioma kystique canaliculaire*.

D'après Jacoulet, dans la thèse de qui je me suis documenté, deux opérations sont aujourd'hui pratiquées contre cette lésion. Dans l'une, qui est l'*opération de Warren*, on fait une ablation du kyste par une incision cunéiforme, qui passe au large et on surveille la mamelle dans la suite. Dans l'autre, plus radicale, on extirpe la glande mammaire avec ou sans curage de l'aisselle, c'est-à-dire qu'on fait une opération très voisine de celle d'*Halstedt* mais respectant les pectoraux. Cette dernière opération paraît préférée par beaucoup de chirurgiens.

L'avenir dira sans doute où est la vérité.

Enfin, il me reste à vous parler du traitement de la *maladie kystique*.

Sous l'influence des premières investigations de Malassez et Brissaud qui avaient conclu, nous l'avons vu plus haut, à un épithélioma kystique intra-acineux, certains chirurgiens pratiquèrent l'ablation des deux seins atteints par la maladie, mais, heureusement, une réaction se fit bientôt sentir à la Société de chi-

rurgie, sous l'influence des recherches des professeurs Quénu et Delbet, qui orientèrent les idées non plus vers la notion d'un épithélioma intra-acineux, mais vers celle d'une cirrhose épithéliale d'origine inflammatoire et le traitement de la maladie kystique s'en trouva profondément modifié. Certains même s'abstinrent et virent la maladie régresser spontanément.

Le traitement qu'on lui applique aujourd'hui varie suivant les cas. On recourt :

1° Soit à la compression simple et continue et à la médication iodurée quand les kystes sont petits et nombreux;

2° Soit à la compression après ponction et injections modificatrices dans les kystes, quand ils offrent un certain volume ;

3° Soit encore à l'ablation des plus gros de ces kystes et à l'ignipuncture du plus grand nombre des petits, à la faveur de l'*incision sous-mammaire* de Gaillard Thomas qui permet d'aborder la mamelle par sa face postérieure ;

4° Soit enfin en enlevant une grande partie de la glande, à la faveur de cette même incision, quand les kystes sont très nombreux.

En toutes circonstances, les malades atteintes de maladie kystique devront être attentivement suivies, l'observation ayant montré, nous l'avons vu, que l'apparition d'un cancer n'est pas rare sur ce terrain particulier.

En résumé Messieurs, et pour terminer, nous voyons que les kystes du sein constituent deux grands groupes :

Celui des kystes extrinsèques, d'ordre banal, surtout intéressants à retenir en tant que diagnostic;

Celui des kystes intrinsèques qui, un peu disparates en apparence, se trouvent comme reliés les uns aux autres, par un processus épithélial, toujours le même et qui conduit à la formation kystique avec ou sans tumeur concomitante.

Même quand il apparaît sur des tumeurs réputées bénignes, ce processus épithélial avec tendance kystique apparaît au chirurgien comme une menace constante d'évolution vers la malignité, et qui l'invite à opérer de bonne heure et à toujours enlever largement la néoformation, dans la crainte du cancer.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LE CORYZA ET SON TRAITEMENT

Le coryza est une affection microbienne. Netter, van Besser, Straus, Pardone ont isolé dans les sécrétions qu'il produit des microorganismes virulents; son traitement sera donc nécessairement antiseptique et l'on utilisera dans ce sens les inhalations de menthol, acide phénique ou salicylique. Mais en même temps qu'on remplit cette indication, il importe de lutter contre les troubles douloureux : céphalalgie, courbature et parfois hyperthermie. D'autre part, on a remarqué que la sudation pouvait enrayer son évolution. L'antipyrine, le pyramidon pourront être essayés, mais ils doivent ici céder la place à l'*Aspirine Vicario* (comprimés ou granulés) qui provoque rapidement la disparition des douleurs frontales et amène une sudation générale. Ce médicament ayant une pureté chimique absolue, et ne renfermant pas, comme beaucoup d'aspirines commerciales, de l'acide salicylique libre, peut être utilisé largement sans inconvénient. Deux grammes et même 3 grammes par jour seront parfois nécessaires. Y a-t-il également à considérer dans son action chimique des effets antiseptiques internes? On tend à l'admettre. Quoi qu'il en soit, ce médicament doit être essayé dès le début du coryza et fait partie du traitement dit abortif. M. B.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (Nº 74, 20 sept. 1913.) CHAUFFARD : I. Gangrène diabétique. II. Kyste hydatique du foie. — PLICQUÉ : Le traitement de la fièvre typhoïde par l'iode. — (Nº 75, 24 sept.) BERTIER : Dextrocardie par attraction ; pneumothorax thérapeutique (contribution à l'étude du mécanisme des dextrocardies acquises). — HEUYER : Le service de santé est-il prêt pour la guerre de demain ? — (Nº 76, 27 sept.) BÉRARD et ALAMARTINE : Lettre chirurgicale de Lyon (première série de 1913). — HEUGER : Le service de santé (*suite*). — (Nº 77, 1er oct.) MESLAY et ROUBEAU : A propos de l'alimentation dans la fièvre typhoïde. — HEUYER : Le service de santé (*suite*). — (Nº 78, 4 oct.) KIRMISSON : Rachitisme, exostoses multiples ; fractures spontanées ; retard de la consolidation chez une enfant atteinte de syphilis héréditaire. — PLICQUÉ : Les causes et le traitement de l'entérite muco-membraneuse. — HEUYER : Le service de santé (*suite et fin*).

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (Nº 33, 14 août 1913.) E. MARCHIAFAVA : Sur la malaria pernicieuse. — KÜPPERLE et BACMEISTER : Influence des rayons Röntgen sur la tuberculose pulmonaire expérimentale. — IZÉCSI : Le lucidol, un nouveau fixateur. — E. FRAENKEL et F. GUMPERTZ : Emploi de la réaction d'Abderhalden pour la tuberculose. — E. KÜSTER : Obtention et élevage de mammifères exempts de microbes. — BLUM : Evolution des fibres sécrétoires allant aux glandes lacrymales et des fibres du goût. — KATZ et LEYBOFF : Fixation du volume du cœur au moyen des rayons X chez les lutteurs. — KÖHLER : Sur le traitement hydrothérapique de la tuberculose pulmonaire. — H. KLEIN : Mebbé dans la tuberculose pulmonaire. — SPAETH : Opération césarienne dans le détachement prématuré du placenta normalement inséré. — BRÖMEL : Sur le secalysatum. — MENZER : Le psoriasis, maladie constitutionnelle.

Wiener klinische Wochenschrift. — (Nº 33, 14 août 1913.) M. URSTEIN : Importance de la réaction d'Abderhalden en psychiatrie. — R. SOMOGYI : Le phénomène de la pupille vagotonique. — F. DERGANE : Lavage à l'éther dans la péritonite par perforation. — W. HUZAR : Sur la polyarthrite aiguë dans le stade tardif de la syphilis. — J. KOLLARITS : Le malade doit-il savoir qu'il est atteint de tuberculose ? — (Nº 34, 21 août). W. BUETTNER : Changement de l'activité et oscillation de l'avidité correspondantes du virus syphilitique, vis-à-vis des médicaments antisyphilitiques. — F. DEUTSCH et R. KOHLER : Recherches sérologiques à l'aide de la réaction d'Abderhalden. — M. BIACH : Réinfection syphilitique après trois mois et demi. — A. WOLF : Angiome de l'uretère comme cause d'hémorragie grave. — J. WINKLER : Un anneau vaginal pneumatique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 134. — MARDI 25 NOVEMBRE 1913. 86e ANNÉE. MARDI 25 NOVEMBRE 1913. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Lecture. — *Pathologie.* — Séance du 21 novembre 1913. — MM. Levesque, 12; Malgat, 5; Papillon et Joanny, 10; Rivalier, 6; Vasselle, 7; Gras, 6; Drouet, 10; Frélezeau, 9.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'assemblée des professeurs vient de réélire doyen pour trois ans M. le professeur Landouzy.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un congé, du 1er novembre 1913 au 15 mars 1914, est accordé, sur sa demande, à M. Aubert, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

M. Corsy, docteur en médecine, chef des travaux d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, du 1er novembre 1913 au 15 mars 1914 (durée du congé accordé à M. Aubert), des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

ÉLECTIONS AU CONSEIL DE DISCIPLINE DE LA PRÉFECTURE DE LA SEINE DE SIX DÉLÉGUÉS DU PERSONNEL MÉDICAL DE CETTE ADMINISTRATION. — Les médecins appartenant à la préfecture de la Seine sont appelés à élire, du 28 novembre au 2 décembre 1913, six délégués chargés de les représenter au conseil de discipline. Les bureaux des deux principaux groupements appartenant à ce personnel (médecins inspecteurs des Ecoles et médecins de l'état civil) se sont réunis et entendus pour présenter la liste suivante aux suffrages de leurs confrères :

MM. les docteurs Butte, secrétaire général de la Société des médecins inspecteurs des Ecoles; Miot, secrétaire général adjoint des médecins de l'état civil; Paul Cornet, médecin en chef de la préfecture de la Seine; Cayla, médecin inspecteur des Ecoles de la Seine; H. Gourichon, président de la Société des médecins inspecteurs des Ecoles; et de Pradel, médecin de l'état civil.

EXPOSITION DE LYON. — M. le professeur Jules Courmont a été nommé commissaire général de l'Exposition universelle de Lyon en 1914.

UNE MATERNITÉ AU MAROC. — Pour éviter aux Européennes et même aux femmes indigènes des complications souvent mortelles au moment des couches, et pour remédier au défaut d'hygiène et de soins, Mme la colonelle Simon vient de créer une maternité. Pour assurer la délivrance, dans des conditions satisfaisantes d'hygiène, des Européennes émigrées en Chaouïa, et pour soustraire les enfants à la promiscuité des petits Berbères atteints, pour la plupart, de pelade, de gale bédouine, d'ophtalmies purulentes, voire de phtisie, et qui sont soignés à l'hôpital français, Mme la colonelle Simon a résolu de doter le nord du Maroc d'une « maternité » où règneront le confort et l'hygiène.

Là, les femmes de colons pourront tranquillement venir donner le jour à des enfants vigoureux et bien portants.

Mme la générale Lyautey, avec un noble empressement, a accepté la présidence d'honneur du comité de l'œuvre, et Mme Poincaré, étendant sur nos colonies les effets de sa bienveillance souriante et gracieuse, si profitable aux déshérités, a promis de prêter son appui à l'initiative de Mme la colonelle Simon.

Un vaste terrain, à proximité de la ville, a été offert généreusement par une banque marocaine.

Souhaitons la réussite de cette œuvre si utile.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Schuhl, professeur agrégé à la Faculté de Nancy; Stapfer (de Paris).

HOPITAL BOUCICAUT. (Service de M. le professeur Letulle.) — *Conférences théoriques et pratiques. Radiologie médicale.* — Le docteur Aubourg, chef de laboratoire de rayons X et le docteur Lebon, chef suppléant, commenceront, le lundi 1er décembre 1913, à neuf heures du matin, une série de douze conférences théoriques et pratiques de radiologie médicale, au laboratoire de l'hôpital Boucicaut, 62, rue de la Convention, XVe.

A neuf heures, radiographie des membres; à dix heures, conférence avec présentation d'appareils et projections de

clichés; à onze heures, radioscopie et radiographie des viscères (poumon, cœur, estomac, intestin, grossesse, etc.).

PROGRAMME. — I. *Technique radiologique.* — Lundi 1er décembre : Origine et propriétés des rayons X.

Mardi 2 : Les ampoules et les soupapes.
Mercredi 3 : Les sources d'énergie électrique.
Jeudi 4 : Technique de la radiographie.
Vendredi 5 : Technique de la radioscopie.
Samedi 6 : Technique de la radiothérapie.

II. *Applications cliniques* (avec projections de clichés). — Lundi 8 décembre : Os, articulations, corps étrangers.
Mardi 9 : Poumon, cœur, aorte.
Mercredi 10 : Œsophage, estomac, foie.
Jeudi 11 : Intestin.
Vendredi 12 : Rein, dents, grossesse.
Samedi 13 : Applications de la radiothérapie.

Prière de s'inscrire au laboratoire des rayons X. Inscription gratuite.

Les conférences ont lieu deux fois par an, en juin et en décembre, le premier lundi.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE DE LA FACULTÉ. — Les docteurs Monsaingeon, chef de clinique, et Ollivier, chef de clinique adjoint, commenceront un cours le vendredi 5 décembre, à quatre heures et demie, à l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale infantile (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres).

Ce cours, d'ordre essentiellement pratique, sera complet en un mois et aura lieu tous les jours à quatre heures et demie.

Il comprendra les principales questions de chirurgie infantile et d'orthopédie avec présentation de malades, de radiographies, examen de pièces, confection d'appareils plâtrés.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

Le droit à verser est de 50 francs.

JURISPRUDENCE

MÉDECIN ET JUGE DE PAIX

M. le juge de paix du VIe arrondissement a rendu le 10 novembre dernier un jugement dont les attendus ne manquent pas d'un certain imprévu.

Voici quel était l'objet du litige.

Un médecin avait été appelé dans le courant de l'année 1912 à donner des soins qui comportaient des massages à M. X..., juge de paix à Paris.

Ce magistrat se vit réclamer une somme de 100 francs qu'il tint pour exagérée, d'où pourparlers et propositions d'arrangement. Finalement, aucun accord n'étant survenu, M. le juge de paix X..., qui estimait ne pas devoir une somme supérieure à 65 francs, en fit des offres réelles, dont le montant — le praticien les déclarant insuffisantes — fut consigné à la Caisse des dépôts et consignations le 7 mars 1913. C'était dès lors un procès nécessaire sur la validité de ces offres, et M. le juge de paix du VIe arrondissement, saisi du différend, rendait le jugement dont nous donnons ci-dessous quelques extraits :

« Attendu que X... est un modeste magistrat cantonal;

Attendu que si le jeune magistrat d'instance a parfois une situation personnelle de fortune et peut épouser une jeune fille bien dotée, il n'en est pas de même du juge de paix de carrière, qui débute à 1 800 francs, soit 4 fr. 88 par jour;

Attendu que le juge cantonal est presque toujours sans fortune; que ses économies, s'il en a, et son patrimoine, le cas échéant, sont généralement absorbés dès les premières années par les frais d'établissement, de changement de résidence et autres;

Attendu que si la situation des juges ruraux a été améliorée, il n'a rien été fait en faveur des juges de paix de première classe et hors classe, les juges de paix des grandes villes, où la vie est de plus en plus chère, où les loyers sont de plus en plus élevés;

Attendu surtout, depuis la circulaire ministérielle du 27 septembre 1910, que le juge de paix à Paris se voit contraint d'avoir un appartement dont le loyer représente le quart de ses revenus et même davantage, alors que les économistes enseignent que le logement doit être seulement du huitième desdits revenus;

Attendu que le juge de paix ne saurait être considéré comme un client riche, taillable à merci;

Attendu que X... habite le XIVe arrondissement;

Attendu qu'au Petit-Montrouge l'air est pur, que les fournisseurs en général ont des prix modérés, que les loyers sont presque toujours peu élevés;

Attendu qu'il n'existe pas ou peu au XIVe arrondissement de riches bourgeois;

Attendu, en conséquence de ce qui précède, que le docteur Z... ne devait appliquer à X... que le tarif moyen;

Attendu qu'il est sans intérêt de rechercher si le docteur Z... est médecin, même médecin en chef d'un établissement public;

Attendu que ce titre, dû à des relations et non au concours, ne lui confère aucun droit de majorer ses prix auprès de sa clientèle;

. . . .

Par ces motifs :

Déclare bonnes et valables, suffisantes et libératoires les offres, celles de X...;

Condamne le sieur Z... à tous les dépens, liquidés à 42 fr. 15, non compris les frais du présent jugement. »

Le montant de la somme en litige fait que le jugement est rendu en dernier ressort.

Ce jugement mérite d'être sévèrement commenté. Les attendus étranges que nous y relevons font honneur aux sentiments de solidarité mais non point à l'esprit juridique du magistrat qui l'a prononcé.

Au lieu d'apprécier le prix des services rendus, d'examiner si les honoraires étaient ou non exagérés, le juge s'est tout simplement borné à faire des comparaisons matérielles entre la situation d'un juge de paix et celle d'un médecin d'un établissement public. Si vous, Monsieur le juge de paix, aviez des revendications à formuler, ne pouviez-vous pas les exprimer au sein de l'association professionnelle des juges de paix, car il doit en exister une d'après les renseignements que nous avons pu obtenir? Que vient faire dans un litige relatif à des honoraires médicaux toutes ces considérations d'ordre social? Pourquoi nous apprendre que le traitement des juges de paix cantonaux est médiocre et insuffisant? Que viennent faire ici ces récriminations contre la vie chère et contre les mariages riches? Mais ce qui dépasse la mesure c'est de mépriser un médecin en chef d'un établissement public. « Le titre de médecin en chef d'un établissement public est dû aux relations, non au concours »! Le fait de ne pas être nommé au concours, et c'est le cas de beaucoup de juges de paix, est-il donc une infériorité?

Mais non, c'est le contraire!

En fin de compte, il faut reconnaître que ces attendus ne sont qu'une récrimination, peut-être fondée, sur la situation actuelle des juges de paix, et non une sentence d'une solidité juridique incontestable!

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

L'APPAREIL PLATRÉ EN DEUX PARTIES

DANS LE

REDRESSEMENT DES POSITIONS VICIEUSES DE LA HANCHE

Par M. M. LANCE,
Assistant d'orthopédie à l'hôpital Bretonneau.

Par suite des arthrites aiguës, de paralysies portant sur certains groupes musculaires, surtout des arthrites chroniques, en particulier de la coxalgie, le membre inférieur se place en position vicieuse sur le bassin. Cette position vicieuse, due à la contracture musculaire, à la rétraction des muscles et de tous les tissus, à une ankylose plus ou moins solide, est toujours très difficile à réduire, surtout en ce qui regarde la flexion de la cuisse sur le bassin.

Prenons comme exemple ce qui se passe dans la coxalgie, au début.

La cuisse se place en flexion sur le bassin avec une abduction variable (beaucoup plus rarement de l'adduction dès le début), et un peu de rotation externe. Le membre est maintenu par la contracture musculaire.

Si on examine le malade couché sur une table rigide, on ne voit pas la déviation dans toute son étendue. Une partie de la flexion est masquée par de l'ensellure : le bassin bascule en avant, la colonne vertébrale se creuse à la région lombaire, et l'on peut passer la main entre la table et les lombes du malade (fig. 1). Si l'on cherche à réduire cette flexion en allongeant la cuisse du malade, on amène bien celle-ci au contact de la table, mais c'est aux dépens de la bascule du bassin qui s'exagère, et une ensellure lombaire énorme apparaît (fig. 2).

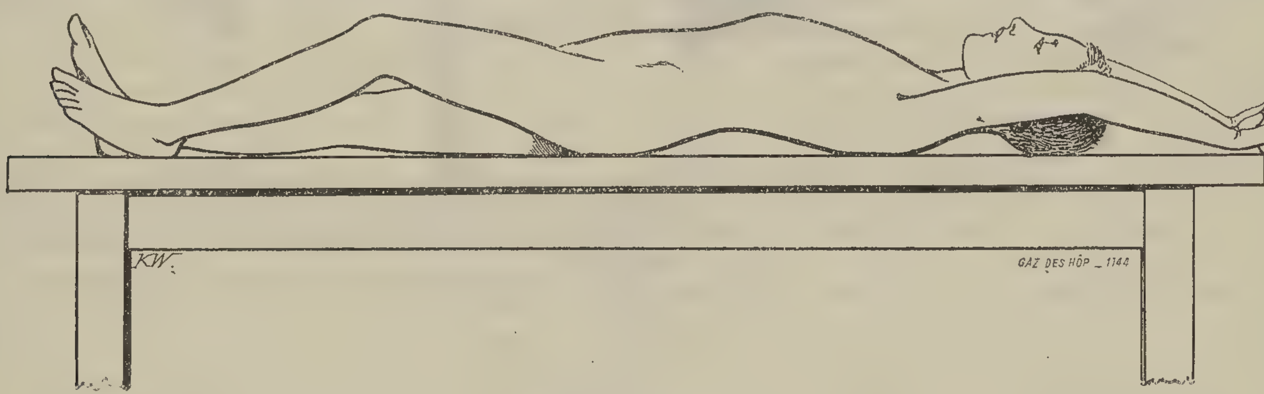


Fig. 1.

Pour corriger et faire disparaître entièrement la bascule du bassin et l'ensellure, il faut fléchir la cuisse sur le bassin jusqu'à ce qu'on ait atteint le degré exact de la flexion causée par la contracture. Lorsque le dos est devenu droit (fig. 3) on a le degré véritable de la déviation en flexion.



Fig. 2.

On peut en dire autant des autres déviations : l'abduction et la rotation.

Pour l'abduction, si l'on cherche à rétablir le parallélisme des cuisses, elle se réduit en apparence, mais, en réalité, c'est le bassin qui s'abaisse du côté malade, et, pour la mesurer, on doit écarter le membre de la ligne médiane jusqu'à ce que les deux épines iliaques antéro-supérieures soient sur la même horizontale.

La rotation externe est masquée de même par la projection en avant de l'épine iliaque du côté correspondant, par rotation compensatrice du bassin; pour la déceler, il faut tourner la cuisse en dehors jusqu'à ce que les deux épines iliaques antéro-supérieures soient sur le même plan dans le sens antéro-postérieur; on a ainsi l'étendue de la déviation.

Ce qu'on voit donc au premier abord, ce sont les corrections compensatrices du malade. Il faut corriger celles-ci pour mesurer l'attitude vicieuse véritable.

Celle-ci déterminée, comment la corriger?

On procède en général comme il suit : on endort le malade, on le fixe sur un pelvi-support ou lit ortho-

pédique, en maintenant le mieux possible le bassin droit, on place le membre inférieur en bonne position, et on applique un appareil plâtré. Comme on ne doit, dans la coxalgie, *agir que par des manœuvres de douceur*, la correction reste souvent incomplète une première fois ; on agit alors par redressements successifs, en changeant le plâtre tous les mois par exemple. Même avec ces précautions, le redressement reste le plus souvent incomplet, et il est toujours très difficile de l'obtenir. C'est la rotation externe et surtout la flexion qui se corrigent difficilement. En effet, l'anesthésie générale, à moins qu'on ne la pousse à un degré tel qu'elle devient dangereuse, ne fait pas disparaître complètement la contracture musculaire dans la phase aiguë des arthrites. De plus, cette contracture n'est pas tout dans la déviation. Il s'y joint rapidement de la rétraction des muscles et de tous les tissus. Si bien endormi que soit le malade, quand on cherche à étendre la cuisse, on voit le bassin basculer en avant, et il est à peu près impossible d'empêcher cette bascule pendant la confection du plâtre. Comment, en effet, maintenir, à ce moment, avec les mains, les épines iliaques. On s'aperçoit le plus souvent, quand le plâtre est terminé, que le malade est maintenu en ensellure dans l'appareil.

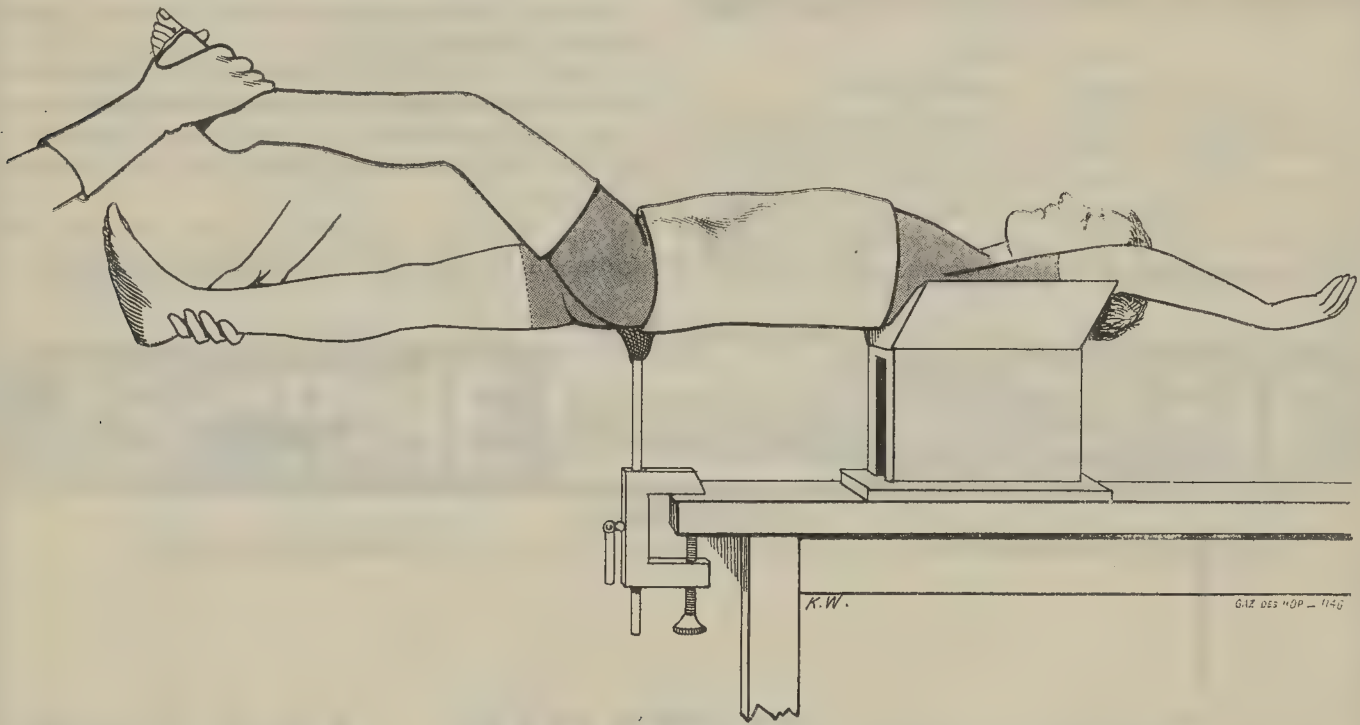


Fig. 3.

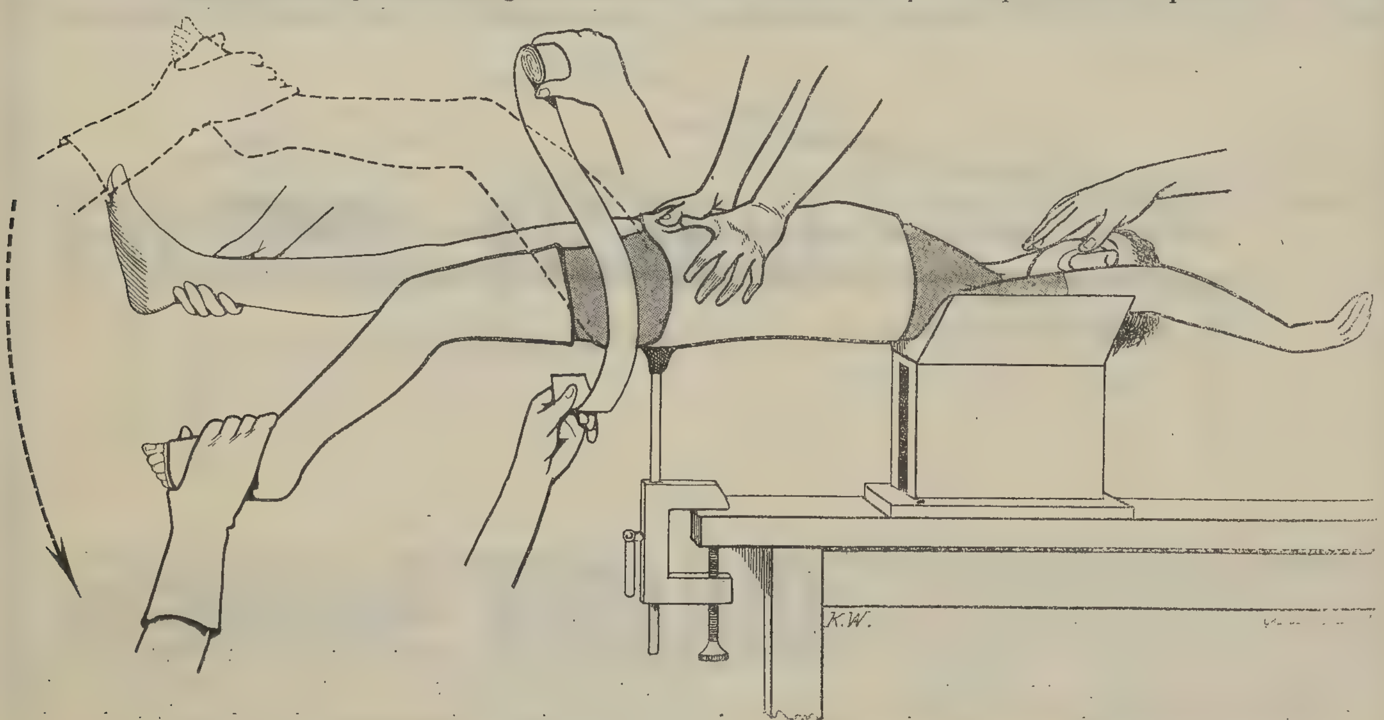


Fig. 4.

Nous avons résolu la difficulté de façon très simple en nous inspirant de la technique que nous employons depuis plus de deux ans pour l'appareillage des fractures de cuisse (voir *Gazette des hôpitaux* du jeudi 26 juin 1913, n° 73).

Voici comment, depuis dix-huit mois, nous pratiquons le redressement des positions vicieuses de la hanche (figures 3 et 4).

Le malade, *non endormi*, est placé sur un pelvi-support quelconque. Le membre inférieur est placé *en position vicieuse*, de telle manière que cette position corrige absolument les déviations compensatrices du bassin; dans notre exemple de la coxalgie, en rotation externe, abduction, flexion de la cuisse, jusqu'à ce que les deux épines iliaques soient bien sur le même plan et à la même hauteur, et le dos absolument plat, sans ensellure. Cette attitude n'est pas douloureuse pour le malade, puisque c'est l'attitude vicieuse qu'il présente.

Dans cette position on fait deux appareils plâtrés.

L'on entoure le bassin et le thorax jusqu'au-dessus du mamelon, jusqu'à l'aisselle. On modèle avec soin, lors de la prise du plâtre, les épines iliaques, le pubis et le bord du gril costal. L'autre appareil prend le pied, la jambe et les deux tiers inférieurs de la cuisse. Le genou est placé en demi-flexion (25 à 30 degrés). Cette flexion du genou est indispensable si on veut éviter le genou recurvatum. En effet, chaque articulation possède une attitude de repos dans laquelle les ligaments ne sont pas en tension. Pour le genou, c'est la demi-flexion. Si on met le genou en extension complète, les ligaments postérieurs et la capsule sont en tension, et tout ligament en tension s'allonge. Lors du changement du plâtre, ce ne sera plus de l'extension, mais déjà de l'hyperextension que l'on obtiendra et, peu à peu, le genou formera une véritable flexion en avant.

Ces deux appareils plâtrés étant faits, on attend leur dessiccation complète.

Alors, et seulement alors, on endort le malade. Quelques bouffées d'éther ou de chlorure d'éthyle suffisent. Dès que la résolution musculaire est obtenue, un aide maintient solidement le bassin et le tronc qui forment un tout rigide et absolument fixé dans le plâtre supérieur; le chirurgien prend le membre inférieur et opère le degré de redressement qu'il veut obtenir et qui, cette fois, est véritable, effectif. Il maintient le membre dans cette position pendant qu'un deuxième aide réunit les deux appareils par un tour de bande plâtrée. Dès que celle-ci est sèche, on peut cesser l'anesthésie. Le redressement est effectué. Il est indispensable de rembourrer d'un feutre ou de plusieurs épaisseurs de compresses le sacrum du malade si l'on ne veut pas avoir d'escarres en ce point, car, une fois réveillé, le malade cherche à fléchir à nouveau la cuisse et une pression notable se trouve exercée au niveau du sacrum.

Cette méthode, très simple, ne complique pas sensiblement la confection de l'appareil et, outre le mérite de donner une réduction réelle, efficace, elle permet d'abréger la durée de l'anesthésie. Nous ne pouvons que recommander son emploi aux praticiens.

ACTUALITÉS

LA PYÉLONÉPHRITE DE LA GROSSESSE

Ayant été à même d'observer toute une série de cas de pyélonéphrite gravidique, dont l'un suivi de néphrectomie droite, M. le docteur Le Fur a récemment consacré une étude (1) à cette affection et nous allons en résumer ici les points principaux.

La pyélonéphrite peut apparaître soit au cours de la grossesse, en général du quatrième au sixième mois, soit après l'accouchement, généralement du deuxième au cinquième jour. Comme dans toutes les pyélonéphrites, il faut incriminer une infection microbienne évoluant sur un terrain que la gravidité rend favorable. En ce qui concerne le microbe, bien que le staphylocoque et le streptocoque puissent en certains cas déterminer la maladie, un des cas de M. Le Fur le prouve nettement pour le staphylocoque, c'est le colibacille qui dans l'immense majorité des faits est l'agent pathogène en cause.

Quant aux causes prédisposantes, on a invoqué la compression urétérale provoquée par l'utérus gravide, la distension et l'allongement de l'uretère, la modification des rapports de l'urètre de la vessie et de l'uretère entre eux, enfin la suractivité fonctionnelle du rein pendant la grossesse et la congestion qui en résulte. Pour M. Le Fur, toute cause pouvant influer sur l'évacuation des voies urinaires supérieures et entraîner une évacuation défectueuse, une stagnation d'urine, crée un point d'appel pour l'affection, qu'il s'agisse de rétention ancienne (hydronéphrose, calculs, rein mobile), d'obstruction de l'orifice vésical de l'uretère, de compression, de distension ou d'allongement de l'uretère. « Un petit résidu dans le bassinet de 50 à 100 grammes, de 20 à 30 grammes même, prend alors une très grande importance et suffira à localiser l'inflammation, car il servira de véritable bouillon de culture à l'intense filtration microbienne qui se produit au niveau du rein dans de pareils cas. Qu'à ce moment l'inflammation installée au niveau du bassinet puisse entraîner la paralysie de la musculature et augmenter encore la rétention pyélique (Marion), c'est possible, très probable même, et cela vient expliquer l'aggravation des lésions et des symptômes. » Mais à côté de ces cas où une rétention même légère du bassinet joue le rôle primordial, il existe aussi, pour M. Le Fur, des faits où la suractivité fonctionnelle considérable du rein gravidique, entraînant une congestion intense de l'organe, peut, concurremment à une élimination microbienne très accusée, suffire à déterminer de la pyélonéphrite. Il ne s'agirait là d'ailleurs que de formes légères de la maladie, les formes sérieuses et les troubles graves étant provoqués par la rétention jointe à l'infection. Dans cette hypothèse, la prédominance de l'affection à droite, 65 fois sur 70 pour M. Legueu, s'expliquerait par la fréquence du rein droit mobile chez la femme, d'où congestion, rétention et moindre résistance, soit par la compression plus fréquente de l'uretère droit au cours du développement de l'utérus gravide.

Au point de vue symptomatologique, il existe deux phases bien distinctes (Bar) : une *première phase présuppurative de bactériurie pure*, puis une *deuxième phase suppurative* nettement révélée par les urines.

Le début, souvent latent, au point de faire penser parfois à la tuberculose pulmonaire, peut au contraire être brusque avec grands frissons, fièvre, vomissements, vive douleur dans le côté malade. La prostration et les troubles intestinaux peuvent en imposer pour une fièvre typhoïde.

La *douleur*, parfois très vive, peut simuler l'appendicite, la cholécystite, mais surtout la colique néphrétique. Elle

(1) A. Maloine, 1913.

siège très haut, dans l'angle costovertébral. La *fièvre* est quelquefois légère et se maintient aux environs de 38 degrés, mais il y a généralement de grandes oscillations septicémiques, de 37°5 à 40 ou 41 degrés, avec ou sans frissons. L'*état général* reste bon tant que la rétention pyélique et l'infection sanguine sont modérées et que l'autre rein reste sain. Dès que les deux reins sont pris, ce qui serait rare d'après M. Le Fur et d'autres auteurs, il y a de l'amaigrissement et le tableau clinique peut simuler celui de la tuberculose. Les *vomissements* sont capables, par leur fréquence et leur ténacité, de contribuer à l'affaiblissement de la malade, et M. Le Fur estime que bon nombre de vomissements incoercibles attribués au seul fait de la grossesse doivent être rapportés à des pyélonéphrites méconnues.

Les *urines* ont l'aspect de bouillon trouble pendant la période bactériurique, puis elles deviennent purulentes et uniformément troubles. A ce moment il existe toujours un certain degré de rétention pyélique, mais il n'y a de dépôt de pus considérable qu'en cas de pyonéphrose. Si les urines redeviennent subitement claires, il s'agit presque toujours de rétention dans le rein malade s'accompagnant de phénomènes généraux et presque constamment suivie d'une décharge d'urines purulentes.

La *palpation* est difficile à cause du volume de l'utérus ; elle doit être faite très haut, permet de sentir le rein augmenté de volume, réveille la sensibilité caractéristique. Les points douloureux urétéraux peuvent quelquefois faire défaut. La *cystoscopie* et le *cathétérisme des uretères* devront être pratiqués, mais seront souvent très difficiles à cause de la déformation considérable de l'urètre et de la vessie.

A considérer l'évolution clinique, une fois qu'elle a débuté la pyélonéphrite persiste sans grande complication jusqu'à l'accouchement, mais la guérison spontanée est rare. Dans un tiers des cas, il y a interruption de la grossesse. Un tiers des enfants ainsi nés prématurément succombent, le pronostic étant vis-à-vis d'eux d'autant plus favorable que la pyélonéphrite a commencé plus tard. Quand la grossesse atteint le terme, l'enfant naît bien portant.

L'accouchement se passe ordinairement bien pour les deux intéressés, puis la mère guérit, spontanément dans la majorité des cas; il y a cependant des rechutes et les récidives sont à craindre lors des grossesses ultérieures.

M. Le Fur insiste sur ce fait qu'il y a toujours un certain degré de rétention pyélorénale dans la pyélonéphrite gravidique et que cette rétention qui peut aller de quelques grammes à 250 ou 300 grammes, lorsqu'elle devient définitive, fait graduellement passer la pyélonéphrite simple à l'état de pyonéphrose. Les symptômes et l'évolution clinique suivent alors l'évolution anatomo-pathologique.

Le diagnostic sera souvent délicat et nombreuses sont les affections avec lesquelles la pyélonéphrite peut être confondue. Quand c'est la douleur qui domine la scène elle pourra faire croire, nous l'avons vu, à une appendicite, à une cholécystite et surtout à une colique néphrétique ; l'absence de graviers, la répétition des crises douloureuses, la fièvre, la radiographie lèveront les doutes. La fièvre avec prostration et mauvais état général fera parfois songer à la grippe, à la typhoïde, à l'embarras gastrique fébrile, à une tuberculose larvée. L'albuminurie et les vomissements rebelles avec symptômes d'intoxication pourront faire songer aux vomissements incoercibles de la grossesse, à l'éclampsie, quelquefois même à un empoisonnement. Enfin après l'accouchement les accidents de pyélonéphrite pourront être pris pour de la fièvre puerpérale.

« En résumé, toutes les fois que l'on constate au cours d'une grossesse des accidents vagues ou graves, qu'on ne peut rapporter à aucune cause nette et définie, il faut penser à la pyélonéphrite gravidique. Cette dernière est en effet une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit et qu'on ne le dit. Beaucoup guérissent ou persistent à l'état latent, mais beaucoup plus de femmes enceintes sont atteintes qu'il n'est classique de le dire. »

Il importe de savoir reconnaître aussi la phase où en est la pyélonéphrite, bactériurie ou suppuration, rétention légère ou considérable dans le bassinet. Il ne faut pas non plus s'en laisser imposer par des urines redevenant claires au cours d'une pyélonéphrite avec suppuration, nous avons vu pourquoi. Parfois encore, les urines restent troubles sans contenir de pus qui est retenu dans le bassinet, et les microbes filtrent seuls dans l'urine dont ils révèlent l'infection.

Le traitement comportera toute une série de moyens dont les plus simples seront le régime lacté, les diurétiques, les antiseptiques urinaires, urotropine en tête, l'évacuation régulière et la désinfection de l'intestin, certaines positions imposées à la malade. La distension de la vessie donne souvent de bons résultats.

Pour M. Le Fur, dans les formes graves il convient surtout d'avoir recours à trois méthodes : le cathétérisme de l'uretère, les opérations sanglantes, l'accouchement prématuré.

Le *cathétérisme de l'uretère*, que l'auteur considère comme un moyen thérapeutique de premier ordre, lui paraît surtout indiqué pour combattre la rétention pyélique et désinfecter le bassinet, ce dernier but étant atteint au moyen des divers antiseptiques employés en urologie. « Parfois il sera indispensable de laisser une *sonde urétérale à demeure* dans le bassinet pendant vingt-quatre à quarante-huit heures pour en permettre l'évacuation régulière, comme on laisse une sonde à demeure dans une vessie distendue et infectée ; l'analogie est frappante dans les deux cas, et une sonde à demeure a le triple avantage d'évacuer, de permettre de désinfecter le réservoir, et d'élargir le calibre du canal qui reçoit la sonde. » Le cathétérisme de l'uretère est donc une méthode d'autant plus recommandable qu'elle est exempte de dangers, malheureusement ce procédé est souvent difficile à exécuter, surtout lorsque la grossesse est avancée. « Il faut, en général, relever beaucoup le pavillon du cystoscope pour entrer celui-ci dans la vessie et, pour pratiquer le cathétérisme des uretères tenir le cystoscope très haut, dans une direction intermédiaire entre la verticale et l'horizontale. Souvent la vessie déformée présente des dépressions, des sillons et des vallonnements qui masquent l'orifice des uretères, modifient sa forme et son siège et empêchent le cathétérisme ou tout au moins le rendent très difficile. Il est nécessaire alors de multiplier les examens. »

Les méthodes sanglantes, réservées aux seuls cas graves, comprennent la néphrotomie et la néphrectomie. La *néphrotomie* avec fistule lombaire ou néphrostomie est indiquée dans les cas graves et au début de la grossesse toutes les fois que le rein malade conserve un fonctionnement encore suffisant, supérieur à la moitié par exemple. Cette opération a l'avantage de laisser à la femme ses deux reins. La *néphrectomie* ne serait indiquée qu'en cas de destruction fonctionnelle complète du rein malade. Bien tolérée au début de la gestation elle l'est beaucoup moins à partir du cinquième mois. « Sur 21 néphrectomies pratiquées au cours de grossesses, 15 de ces dernières ont été à terme, 6 ont été interrompues. La mortalité de la néphrectomie dans ces cas est de 10 p. 100. A notre avis on doit faire la néphrectomie après l'accouchement si les accidents persistent, et si le rein malade fonctionne très mal alors que l'autre rein fonctionne bien. »

L'*accouchement prématuré* est indiqué lorsque les lésions sont bilatérales, mais, outre qu'il donne naissance à un enfant débile, il n'améliore pas l'état du rein malade sur lequel on est souvent obligé d'intervenir par la suite.

Pour illustrer cette étude par des résultats pratiques, M. Le Fur établit la statistique suivante basée sur 9 cas personnels : 3 ont été traités par la distension de la vessie avec 1 succès et 2 insuccès ; 8 cas traités par le cathétérisme de

l'uretère ont donné 5 succès, dont 2 avec sondes laissées à demeure et 3 insuccès. Ces derniers comprennent un cathétérisme impossible à pratiquer et deux cathétérismes n'ayant pas fourni de résultats satisfaisants.

Une néphrostomie faite au cours de la grossesse a été suivie d'un accouchement à terme et de guérison de la fistule lombaire. Une néphrectomie pratiquée après l'accouchement fut suivie de guérison.

C'est sur ces données, très encourageantes, que se termine l'intéressant travail de M. Le Fur.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1913)

Valeur séméiologique de la ligne blanche surrénale. — M. Emile SERGENT. Dans le dernier bulletin a paru une note de M. Khoury (de Beyrouth) sur l'insuffisance surrénale dans la fièvre dengue. Cet auteur signale dans ses observations la constance et la netteté de la ligne blanche. A ce propos, M. Sergent tient à noter le résultat des recherches qu'il a continué de poursuivre sur la valeur de ce phénomène. Il pense que, si la ligne blanche s'observe parfois en dehors de l'insuffisance surrénale et manque quelquefois, chez des sujets à l'autopsie desquels on trouve des lésions surrénales, cela ne signifie point qu'elle n'a aucune valeur. Les taches rosées sont passibles des mêmes remarques, et pourtant on leur accorde une valeur réelle dans le diagnostic de la dothiénentérie.

Sur la question des rapports de la ligne blanche avec l'hypotension, M. Sergent estime que la notion de la tension minima doit être prise en considération. Les recherches qu'il a poursuivies dans ce sens lui ont montré que, quelques rares exceptions mises à part, dans les cas où la ligne blanche coïncidait avec une tension maxima normale ou élevée, la tension minima était basse de façon absolue ou relative.

En maintenant à ce phénomène une valeur réelle dans le diagnostic de l'insuffisance surrénale, M. Sergent est d'accord avec les conclusions des auteurs les plus récents, et notamment avec Lucien et Parisot.

Une cause d'erreur dans l'établissement du pneumothorax artificiel : l'insufflation d'une caverne. — MM. L. RÉNON, GÉRAUDEL et DESBOUIS, à propos d'un cas où, comme l'a montré l'autopsie, ils ont insufflé une caverne au lieu de la cavité pleurale, indiquent les moyens d'éviter cette cause d'erreur. En plus du contrôle radioscopique, répété et très minutieusement fait, l'examen des pressions moyennes du début et de la fin de l'insufflation permet de dire si l'insufflation est extrapleurale. Quand, dans des insufflations successives, on retrouvera, à chaque insufflation nouvelle, la pression de début descendue à zéro, quelque élevée qu'ait été la pression terminale, on aura le droit de penser qu'on insuffle une caverne pulmonaire.

Radiumthérapie de la leucémie myéloïde. — MM. L. RÉNON, DESGRAIS et DESBOUIS présentent une malade atteinte de leucémie myéloïde qu'ils avaient montrée très améliorée le 11 juillet dernier après quatre applications de radium faites en cinquante et un jours. La cinquième et dernière irradiation a été pratiquée le 27 juillet, il y a près de quatre mois.

Actuellement, six mois après le début du traitement, la guérison apparente est complète. La rate, qui remplissait tout l'abdomen, a repris ses dimensions normales, l'état général est excellent.

Cependant de nouvelles irradiations sont nécessaires pour maintenir l'état actuel, car malgré la rétrocession totale de la splénomégalie, la formule leucocytaire, redevenue normale il y a quatre mois, montre à nouveau 10800 globules blancs avec une réaction myéloïde évidente.

Vaccinothérapie typhique. — MM. THIROLOIX et BARDON. Sur 50 cas de fièvre typhoïde il y a eu 7 morts. La mortalité globale est donc de 14 p. 100; la fièvre typhoïde seule en réclame 8 p. 100; la fièvre typhoïde associée à d'autres infections que le vaccin ne pouvait empêcher d'éclore ni de guérir 6 p. 100.

Le vaccin typhique n'a pas à l'heure actuelle abaissé sensiblement le taux de la mortalité typhique dans le service où l'on a toujours pratiqué le Brand pur; sur 43 cas terminés par guérison, 9 ont eu une maladie qui n'a pas paru très modifiée, mais il faut ajouter que jamais les auteurs n'ont observé les formes prolongées de jadis.

Le vaccin, dans 18 cas suivis de guérison, n'apporte aucune modification à l'évolution de la maladie; si l'on ajoute les cas mortels, on voit que dans 32 p. 100 de cas le vaccin n'a aucune action sur la durée de l'évolution éberthienne.

Mais dans 34 cas sur 50 (68 p. 100) la maladie a été influencée par la vaccinothérapie. La durée de la maladie a été écourtée et le nombre des bains donnés aux vaccinés a été beaucoup inférieur à celui des bains donnés aux typhiques.

La vaccinothérapie typhique, pratiquée au début des phases pyrétique et apyrétique, a dans la majorité des cas abrégé l'évolution et empêché les complications. Les auteurs n'ont observé qu'une complication d'hémorragie intestinale; ils n'ont pas eu de complications viscérales.

Ils terminent en disant que, après cet essai prolongé pratiqué sévèrement, il ne leur a pas paru que la vaccinothérapie fût le dernier terme attendu de la thérapeutique antityphique, aussi est-il bon de continuer à lui associer la méthode de Brand.

M. Paul CLAISSE a utilisé dans plusieurs cas de fièvre typhoïde depuis deux ans les cultures irradiées de Maurice Renaud, c'est-à-dire des cultures stérilisées par les rayons ultraviolets.

Les résultats sont d'une manière générale satisfaisants. Aucun incident sérieux n'a été constaté, et pourtant la méthode a été employée même dans les cas les plus graves.

La première injection donne lieu en général à une augmentation temporaire de fièvre et de céphalée, réaction moins nette aux injections suivantes.

Le résultat est parfois peu appréciable, mais d'ordinaire on constate le lendemain une détente très nette des phénomènes nerveux, coïncidant souvent avec une diminution de température et une diurèse.

Il montre diverses courbes d'après lesquelles l'amélioration paraît être directement subordonnée aux injections. Dans l'un des cas, la guérison est complète au huitième jour. Cependant, on voit parfois la maladie reprendre son cours, malgré le traitement, après avoir paru influencée par les premières injections, en particulier dans un cas où, à la suite d'une atténuation manifeste, une rechute s'est produite.

L'auteur proteste contre ce mauvais choix des termes vaccinothérapie et bactériothérapie appliqués au traitement de la typhoïde par des cultures stérilisées.

Leucémie myéloïde transformée en leucémie aiguë. — MM. AUBERTIN et GAILLARD rapportent un cas de leucémie myéloïde transformée en leucémie aiguë à myéloblastes, dans laquelle il y eut non seulement transformation hématologique mais transformation clinique avec aggravation considérable.

Ils insistent sur ce fait qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle maladie, car les éléments embryonnaires se trouvaient déjà dans le sang, mais en petite quantité dès la première période de la maladie.

Peut-être certains cas de leucémie aiguë ne doivent-ils être considérés que comme des cas de leucémie chronique latente antérieure et transformée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1913)

Traitement chirurgical de la maladie de Little. — M. CUNÉO fait un rapport très intéressant sur une observation de maladie de Little adressée par M. Marquis. Il s'agit d'un enfant auquel M. Marquis a pratiqué l'arrachement de certaines racines postérieures par le procédé de Van-Gehuchten et chez lequel il a obtenu un très bon résultat fonctionnel. C'est là une opération qui, jusqu'ici, a été pratiquée très rarement. Elle consiste dans la radicotomie des racines postérieures. C'est une opération grave. Sur 83 opérés on relève 6 décès. Toutefois elle constitue un progrès sur l'opération de Fœrster qui nécessite un délabrement plus considérable de la colonne vertébrale et dans laquelle on risque de sectionner les racines antérieures en même temps que les postérieures. M. Cunéo s'est demandé si on ne pourrait pas simplifier encore l'opération de Van Gehuchten en substituant à la radicotomie une radiculectomie paramédullaire, c'est-à-dire en ne faisant porter l'arrachement que sur les radicules postérieures.

Comparant entre elles les techniques différentes des deux opérations (Fœrster et Van Gehuchten), M. Cunéo fait remarquer qu'en ce qui concerne la résection du squelette, celle-ci est beaucoup plus importante et beaucoup plus étendue dans le Fœrster que dans le Van Gehuchten : dans cette dernière opération, c'est une résection paramédullaire des racines postérieures que l'on pratique et l'on n'a pas besoin de sacrifier autant de squelette.

L'opération est moins large, moins sanglante. Le repérage des racines que l'on doit traiter est parfois un peu difficile, car on a un plus petit espace que dans le Fœrster. Mais on ne risque pas d'atteindre les racines antérieures. En fait, l'opération de Van Gehuchten est certainement moins dangereuse. Quant aux résultats fonctionnels ils s'égalent dans les deux procédés. Le traitement postopératoire doit être très prolongé et très attentif. Dans le cas de M. Marquis, le résultat obtenu est très satisfaisant.

M. KIRMISSON s'est toujours intéressé à cette question du traitement de la maladie de Little. Il rappelle avoir fait un rapport à l'Académie sur un mémoire de M. Delbet. Le traitement orthopédique, dans les cas cités par M. Cunéo, n'a pas été fait. On ne saurait donc établir un parallèle entre les résultats fournis par ce traitement orthopédique et les résultats des opérations dont a parlé M. Cunéo. Le traitement orthopédique par les ténotomies multiples et au besoin l'ostéotomie n'est pas dangereux, ne fait pas courir de risques de mort aux malades et donne des résultats fonctionnels très suffisants, surtout si les petits malades ont un assez bon cerveau et peuvent être soumis à la rééducation ultérieure.

Tout en considérant les opérations de Fœrster et de Van Gehuchten comme un progrès chirurgical, M. Kirmisson, étant donnée la gravité de ces opérations, leur préfère, sauf indications spéciales, un traitement orthopédique bien conduit.

M. DELBET pense avec MM. Cunéo et Marquis que l'opération de Van Gehuchten est préférable à celle de Fœrster. Dans cette dernière, on peut couper les racines antérieures et déterminer des paralysies. Encore faut-il pour que ces opérations réussissent que l'enfant ait un cerveau suffisant. Quand ils sont tout à fait idiots il n'y a à compter sur aucun résultat, la rééducation faisant alors complètement défaut.

Avec M. Kirmisson, M. Delbet estime que, chez ces mêmes enfants qui ont subi ces graves opérations, on eût certainement obtenu d'aussi bons résultats avec les ténotomies et, au besoin, l'ostéotomie. Ces résultats sont parfois étonnants. M. Delbet cite plusieurs exemples à l'appui de cette opinion. M. Delbet a constaté que chez tous ces malades atteints de la maladie de Little qui présentent de la trépidation épileptoïde, les sections tendineuses font aussitôt disparaître cette trépidation. En somme, on peut obtenir d'excellents résultats fonctionnels par le traitement orthopédique.

M. BROCA a recherché les cas où il pourrait avoir recours aux opérations dont on vient de parler. Il n'en a pas encore trouvé. Avec les ténotomies et une bonne rééducation motrice, on arrive presque toujours à de bons résultats fonctionnels. M. Broca est convaincu que chez les opérés dont vient de parler M. Cunéo, on eût bien probablement obtenu les mêmes résultats par le traitement orthopédique. Or celui-ci ne fait courir aucun risque aux petits malades. On n'en saurait dire autant des sections nerveuses et M. Broca soupçonne que les statistiques n'enregistrent pas tous les cas de mort, ni les insuccès.

M. MAUCLAIRE cite l'exemple d'une petite fille de douze ans qui était atteinte d'une contracture extraordinaire et comme un véritable cul-de-jatte. Après quelques ténotomies et une arthrodèse, il y eut un peu d'amélioration. M. Mauclaire se proposait d'appliquer chez cet enfant le procédé de Stoffel, quand elle succomba à la tuberculose. Ce procédé consiste à sectionner le nerf et à isoler ses bouts dans des masses musculaires voisines. Ce serait peut-être là une heureuse adjonction aux sections tendineuses.

M. QUÉNU se demande si, avec ce procédé, il n'y aurait pas à craindre la régénération du nerf.

M. CUNÉO a eu soin de dire qu'il ne cherchait pas à fixer les indications de ces sections nerveuses. Il n'a eu pour but que de comparer deux procédés, celui de Van Gehuchten et celui de Fœrster. Mais il fait toutes réserves sur le fond de la question. Il lui semble qu'il n'y a pas lieu de rejeter d'emblée ces opérations, dont l'une, celle de Van Gehuchten, a donné à son auteur 12 succès sur 12 cas.

Ankylose du genou. — M. CHAPUT. M. Roton a soigné un jeune Malgache atteint d'une ankylose avec subluxation et flexion à 135 degrés.

Il a fait d'abord une ténotomie à ciel ouvert de tous les tendons du creux poplité et une section horizontale de la peau

Le redressement manuel qui a suivi a occasionné une luxation à peu près complète du tibia en arrière avec suppression du pouls de la pédieuse.

Au bout de quelques semaines, M. Roton a pratiqué une résection économique du fémur seul et il a enlevé le cartilage du tibia à la curette.

Il a ensuite redressé le pied dévié en varus équin au moyen d'une section du tendon d'Achille, mais les troubles circulatoires ont déterminé du sphacèle et de l'œdème inflammatoire. Les résultats fonctionnels ont été excellents.

M. Chaput insiste sur la difficulté de redresser certains genoux sans luxer le tibia en arrière, surtout quand les surfaces articulaires sont obliques en bas et en avant, comme c'était le cas ici. Il pense que l'absence de réduction du tibia aurait pu exposer à la pseudarthrose ou à la reluxation.

Le plombage des cavités osseuses. — M. DELBET, sur la demande de plusieurs de ses collègues, fait connaître la manière dont il obtient la masse plombée dont il se sert pour combler les cavités osseuses. C'est un composé de cire vierge, de chloroforme et de teinture d'iode du Codex, dans les proportions suivantes :

Cire vierge.........		50 grammes.
Chloroforme....	} *āā*	0,06 centim. cubes.
Teinture d'iode..		

Le mélange doit être fait à chaud. Cela constitue une masse assez molle, très malléable, qui doit être conservée dans des bocaux bien fermés. Il faut faire fondre la cire avant de s'en servir et y ajouter tout de suite le chloroforme et la teinture d'iode, boucher le goulot de la bouteille avec le pouce et agiter

jusqu'à ce qu'on obtienne une parfaite homogénéité du mélange. Il faut l'appliquer en un seul temps dans la cavité osseuse, sans se préoccuper d'arrêter préalablement l'hémorragie, car ce mélange est lui-même très hémostatique.

Traitement des fractures par l'appareil de marche de Delbet. — M. Delbet fait un rapport sur une communication, très intéressante à ses yeux, de M. Houdard, chirurgien à l'Hôpital maritime de Cherbourg. Depuis 1910, M. Houdard a traité toutes les fractures de jambe par l'appareil de Delbet et il donne sa statistique intégrale, statistique très valable par ce fait que les marins et les ouvriers de Cherbourg doivent être hospitalisés jusqu'à ce qu'ils puissent marcher et reprendre leur service. Les résultats fonctionnels obtenus par M. Houdard ont été toujours parfaits et l'ont été dans un temps beaucoup plus court qu'avec les autres méthodes, de moitié moindre. Les fractures de Dupuytren, en particulier, sont le triomphe de la méthode de Delbet. Suivent les 46 observations de M. Houdard, dont 8 cas traités antérieurement par l'extension continue, et 34 cas traités par l'appareil de marche.

Dans un cas de fracture ouverte, où M. Houdard a dû recourir à la réduction sanglante, il a appliqué consécutivement l'appareil de Delbet et en a obtenu de très bons résultats.

M. Delbet cite un cas analogue de sa pratique.

M. Routier, depuis quatre ans que M. Delbet lui a fait connaître son appareil, n'en a plus employé d'autres et s'en montre extrêmement satisfait.

M. Lenormant a eu l'occasion d'appliquer cet appareil chez des enfants et s'en est très bien trouvé.

Angiome de la joue. — M. Morestin présente une jeune femme qui était atteinte d'un énorme angiome de la joue, qu'il a opérée par la ligature préalable des vaisseaux et des injections au formol. Résultat parfait.

Arthrite coxo-fémorale suppurée. — Une seconde malade est présentée par M. Morestin : il s'agit d'une jeune femme qui était atteinte d'une arthrite coxo-fémorale suppurée des plus graves, qui se trouvait dans un état lamentable et qu'il est arrivé à guérir par la désarticulation de la hanche, suivie d'une succession d'interventions à l'aide desquelles il a fini par enlever l'os iliaque en totalité. Cette jeune femme, qui était mourante, se trouve actuellement dans un très bon état de santé.

M. Morestin insiste, à propos de ce fait, sur les grands avantages que lui a donnés le morcellement.

Bec-de-lièvre. — M. Ombrédanne présente un enfant nouveau-né chez lequel, à l'âge de trois jours, il a opéré avec succès un bec-de-lièvre complet et complexe (chéiloplastie et palatoplastie).

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Les infections du premier âge. (R. Capdavila. Thèse de Paris, 1913; Rullière, imprimeur, à Avignon.) — Les infections du premier âge peuvent être divisées en quatre grands groupes, selon qu'elles sont produites par des bactéries ; des parasites animaux; des champignons ; des virus invisibles ou encore inconnus.

Dans l'immense majorité des cas, les *infections bactériennes* sont le fait d'une contagion accidentelle. Pour la tuberculose, on a invoqué d'autres mécanismes : infection ovulaire ; transmission placentaire; absorption de lait impur. Mais, de ces trois modes de contamination, le premier est douteux, les deux autres exceptionnels. Dans la propagation des infections bactériennes, les animaux d'appartement jouent un rôle dont on ne saurait exagérer l'importance.

Passons au second groupe. Il comprend : 1° les *infections à protozoaires*, et particulièrement les entérites, qu'elles se présentent sous la forme *dysenterie* ou sous la forme *diarrhée*. Pour les mettre en évidence, il est indispensable d'examiner des mucosités fraîches, non diluées, et simplement étalées entre lame et lamelle. Derrière elles, viennent les infections à sporozoaires, et surtout le paludisme, dont la symptomatologie et le pronostic, chez le jeune enfant, varient suivant les climats ; les infections dues à des organismes spiralés : spirochétoses, tréponémoses, syphilis héréditaire et précoce ; les infections dues aux flagellés, parmi lesquelles la trypanosomiase américaine ou *maladie de Chagas*, que caractérisent tantôt des phénomènes d'insuffisance thyroïdienne, tantôt des troubles cardiaques, tantôt des accidents nerveux, ces différentes manifestations étant liées aux localisations du parasite, le *T. Cruzi*. Cette maladie est transmise à l'enfant par un insecte spécial ; l'infestation ne se produit point par piqûre, mais par simple contact des déjections avec les muqueuses. Mieux connue est la leismanhiose ou kala-azar infantile dont le germe est un parasite habituel du chien, et qui, vraisemblablement, est transmise à l'homme par la puce ; 2° les *infections dues aux helminthes* : cestodes, tænias, dypilidium caninum, hyménolepis ; trématodes, exceptionnels chez le jeune enfant; nématodes : ascaride, oxyure, ce dernier responsable, sans doute, de bien des appendicites du jeune âge ; 3° les *infections dues aux arthropodes* et parmi elles, celles qui sont dues aux poux, aux punaises ou aux mouches (myases).

Les *infections dues aux champignons* constituent la troisième classe ; le type, chez le jeune enfant, en est fourni par le muguet.

Il existe enfin bien des *maladies à virus invisible :* fièvre jaune, souvent fruste dans les premières années de la vie ; dengue ; maladie de Heine-Medin, probablement transmise par la mouche des étables ; ou à *virus inconnu* : glossite exfoliatrice, fièvres éruptives, grippe, rhumatisme articulaire aigu.

En résumé, les infections du premier âge sont d'origine soit familiale, soit animale, soit saprophytique. Ces notions permettent de voir dans quel sens doivent être orientés les efforts des hygiénistes, et de comprendre quel rôle il faut faire jouer, dans la prophylaxie, à la destruction des parasites humains ou animaux et à la surveillance des animaux domestiques.

De très beaux dessins, pour la plupart originaux, illustrent cet excellent travail, qui fait le plus grand honneur, et à M. Capdavila, et à son maître, le professeur Blanchard.

L. BABONNEIX.

Etude étiologique des cas de chorée observés dans le service de M. le professeur Hutinel (1907-1913). (Georges Grabois. Th. de Paris, 1913; librairie médicale et scientifique Amédée Legrand.) — M. Grabois a étudié 136 observations de chorée recueillies dans le service de M. le professeur Hutinel pour essayer de mettre en lumière certaines conditions étiologiques de cette affection.

De ces nombreuses observations il arrive à conclure que le champ de la chorée-névrose se rétrécit de plus en plus pour faire place à la chorée méningo-encéphalite. Dans la plupart des cas, le rhumatisme doit être considéré comme la cause infectieuse de cette méningo-encéphalite; pour les autres cas, c'est encore l'infection qui détermine la maladie (scarlatine, rougeole, oreillons).

Les documents apportés en faveur de l'origine tuberculeuse de la chorée paraissent insuffisamment établis ; il en est de même pour la syphilis; la fréquence des cardiopathies, du rhumatisme et autres infections, la nature des lésions du névraxe ne plaident pas en faveur de la syphilis.

La chorée survient à l'occasion d'une infection, le plus souvent rhumatismale, chez des enfants ayant un système nerveux prédisposé, et c'est ici que peut intervenir le rôle de la syphilis. Le professeur Hutinel écrivait récemment : « Un

spécifique héréditaire au cerveau modifié me semble devoir être tout particulièrement prédisposé à faire une chorée à l'occasion d'une infection accidentelle. Un germe, qui chez tout autre ne se serait pas attaqué à la substance cérébrale, s'en prendra au contraire aisément et victorieusement à un cerveau aux défenses compromises ou diminuées. » (*La Pédiatrie pratique*, 15 sept. 1913.) M. BRELET.

MÉDECINE

Climat d'altitude et diabète. (WANNER [de Villars]. *Rund. f. med.*, n° 11, 1913.) — La cure d'altitude doit prendre un bon rang dans le traitement du diabète; c'est là une opinion soutenue depuis longtemps par Ebstein qui écrivait en 1906 : « Je crois que la cure d'altitude est un facteur curatif de haute valeur qui mérite d'être employé plus fréquemment. » L'auteur a observé un malade chez lequel la cure d'altitude a fait baisser la quantité de sucre éliminée de 285 à 90 grammes, et qui a engraissé de 2 kilos en un mois, sans œdèmes, ni exsudats. Hœssli attribue les heureux effets de l'altitude, d'une part à l'augmentation de l'acide carbonique éliminé, d'autre part à l'excitation des fonctions d'assimilation. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Stérilisation temporaire chez la femme. (BLUMBERG [de Berlin]. *Berl. klin. Woch.*, n° 16, 1913.) — Il peut se présenter en clinique des cas où il serait désirable qu'une femme fût à l'abri de la conception et où cependant le chirurgien n'oserait ni conseiller ni entreprendre l'ablation des annexes. Blumberg a donc imaginé une opération destinée à empêcher l'imprégnation de l'ovule tout en permettant de replacer la malade dans les conditions normales si les circonstances ultérieures s'y prêtent.

Cette opération consiste en principe à enfermer l'ovaire dans une petite poche péritonéale bien close, de façon qu'au moment de la ponte ovarienne l'ovule ne peut être fécondé et se résorbe. L'auteur décrit ainsi son procédé.

On replie en arrière le mésovarium et on l'applique sur la face postérieure de l'utérus, puis on suture les bords libres à la face utérine. De cette manière la glande est bien enfermée dans une poche complètement close revêtue de péritoine, tandis que la trompe reste libre dans la cavité péritonéale. En opérant ainsi des deux côtés on conçoit aisément que la femme devienne absolument stérile jusqu'au jour où, en défaisant les sutures à la soie, on la rende à ses fonctions normales.

Blumberg a opéré déjà six malades à l'aide de ce procédé, mais il se propose à l'avenir, afin d'obtenir une fermeture encore plus certaine de la poche, de toucher à la teinture d'iode la ligne suivant laquelle sera faite la suture. Il sera bon toutefois que la surface iodée soit bien limitée pour ne créer d'adhérences ni avec l'ovaire ni avec l'intestin.

L'opération est réalisable soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, mais jusqu'ici l'auteur a toujours pu la pratiquer par la voie vaginale.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

DERMATOLOGIE

Histopathologie du pompholyx. (Richard L. SUTTON. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, vol. LXI, n° 4, 26 juillet 1913, pp. 240-244.) — Le pompholyx d'Hutchinson est la dyshydrose de Tilbury Fox Longtemps on a cru qu'il s'agissait de kystes par rétention dans les glandes sudoripares; c'était la théorie de Fox, combattue par Hutchinson. Il semble bien que les faits donnent raison à ce dernier. Un grand nombre de cas observés par Sutton lui ont permis de faire des séries d'examens histologiques, desquels il résulte que les vésicules n'ont, dans la presque totalité des cas, aucun rapport avec les conduits des glandes sudoripares. Le liquide des vésicules n'est pas de la sueur et ne contient pas de substances qui s'éliminent par la sueur. Les lésions sont presque toutes confinées à la zone des cellules à pointes. Il s'agit très probablement d'une éruption d'origine nerveuse, dont la cause excitante est une toxine, plutôt qu'une action microbienne directe. Le staphylocoque blanc est le seul organisme que l'on trouve parfois. Ces conclusions sont très généralement approuvées dans la discussion qui suit. F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude de l'acide phénylquinolique [2]-carbonique [4], « Atophan ». (Maurice GUINET. Thèse de Paris, 1913, 74 pages; J.-B. Baillière et fils, éditeur.) — Produit nouveau de constitution propre et toujours identique à elle-même, l'Atophan appartient à la classe des acides quinoliques et représente la combinaison phénylquinolique [2]-carbonique [4] qui peut s'écrire $C^{16}H^{11}NO^2$. Il cristallise en petites aiguilles fusibles entre 97 et 98 degrés centigrades et présente l'apparence d'une poudre légère, insoluble dans l'eau, soluble dans les alcalins, l'alcool chaud et l'acide acétique cristallisable bouillant; sa saveur est amère et son odeur légèrement piquante.

En ce qui concerne son mode d'action sur l'organisme les auteurs se partagent en deux groupes : pour les uns l'Atophan a une action élective sur la fonction rénale et c'est l'opinion de Weintraud, Franck, Bausch et Zuelzer; pour les autres, tels Starkenstein et Retzlaff, l'action sur l'activité fonctionnelle du rein est secondaire et l'Atophan agit surtout sur le métabolisme des purines. Mais, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître à l'Atophan une puissance extrême au point de vue de l'évacuation de l'acide urique.

M. Guinet s'est proposé dans sa thèse la mise au point de la question.

De ses recherches il résulte que, en réalité, l'action de l'Atophan est double en ce qui concerne l'élimination urique et que celle-ci doit être attribuée à la fois à une action sur le métabolisme des purines et à une action excito-sécrétoire propre sur le rein. Ces résultats sont confirmés à la fois par l'expérimentation sur les animaux et par l'administration à l'homme, sans qu'il y ait lieu de redouter aucun effet toxique sur le cœur ou sur le tube gastro-intestinal.

Il est donc logique, en théorie, d'appliquer le médicament au traitement de *la goutte et du rhumatisme*, à l'instar de Klemperer.

C'est ce qu'a fait l'auteur qui publie 33 observations se groupant comme il suit :

Goutte aiguë ou chronique	11 cas
Rhumatisme articulaire aigu	18 cas
Rhumatisme blennorragique	4 cas

Ces observations sont les unes personnelles et recueillies en partie dans les services de MM. Mosny et Decloux, les autres empruntées aux divers auteurs étrangers.

En ce qui concerne la goutte (attaque aiguë franche) — à la dose minima de 3 grammes (maxima de 5 grammes), par vingt-quatre heures, administrée d'emblée, et continuée les jours suivants en diminuant chaque jour de 50 centigrammes à partir du début de la disparition des douleurs — l'auteur a observé la cessation de ces dernières souvent au bout de quelques heures, ainsi que la rapidité de régression des signes inflammatoires locaux (rougeur, gonflement, épanchement articulaire) et généraux (fièvre...). Il semble bien que l'action analgésique soit beaucoup plus rapide qu'avec le colchique, sans en avoir la toxicité, même à la dose massive (5 grammes en deux heures).

A titre prophylactique on administrera par périodes espacées et pendant quelques jours 2 grammes d'Atophan (Retzlaff); cette dose sera plus forte si le goutteux sent déjà venir son accès.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, aux doses indiquées plus haut, l'Atophan a montré à l'auteur une action curative remarquable; chute rapide de la température, régression

rapide des phénomènes douloureux et inflammatoires et cela dans tous les cas observés, sauf un seul.

L'action à ce point de vue dépasse en rapidité celle du salicylate de soude et de ses dérivés et présente l'avantage de ne pas procurer au malade des vertiges, bourdonnements d'oreilles, congestion rénale, crampes d'estomac. Même s'il existe de l'albumine, l'Atophan peut être administré, en son absence de toxicité, comme il ressort d'une observation de l'auteur.

Fait curieux : à l'inverse des salicylates, il semble bien que certaines formes de rhumatisme blennorragique puissent être heureusement influencées par l'Atophan, bien que sans action sur le gonocoque lui-même ; ce sont spécialement les formes aiguës polyarticulaires.

En résumé, les conclusions de M. Guinet sont que l'Atophan représente, à l'heure actuelle, le médicament qui agit le plus puissamment et le plus rapidement sur l'élimination urique et que ses indications thérapeutiques dans les gouttes spécialement aiguës, le rhumatisme articulaire aigu et certaines formes polyarticulaires de rhumatisme blennorragique, indications formulées précédemment par divers auteurs dont Guizent et Klemperer, Frankel, Bendix, sont absolument légitimées du fait de l'action évidente de l'Atophan dans les cas précités, de l'absence de toxicité du médicament, et de la façon dont les malades l'acceptent, surtout lorsque l'on accompagne le traitement par l'Atophan de boissons diurétiques abondantes, eaux minérales peu actives ou tisanes, qui favorisent l'action du médicament en facilitant la diurèse.

L. GAYARD.

VARIÉTÉS

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR DIEULAFOY, A L'HOTEL-DIEU

Ce fut une cérémonie très digne et très touchante que celle qui réunit, dimanche matin, à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, sous la présidence de M. le doyen de la Faculté, les collègues, les amis, les élèves, les nombreux admirateurs et admiratrices du professeur Dieulafoy et nous aimons à penser que Mme Dieulafoy a dû éprouver un sentiment de légitime et consolante fierté en entendant louer ainsi son regretté mari.

Dans un éloge d'une belle tenue, d'une haute éloquence de savant, d'une absolue correction littéraire, M. le professeur Widal nous a retracé la glorieuse carrière de son maître, ses débuts à Toulouse, dans le service de son oncle, chirurgien très distingué, son arrivée à Paris chez Trousseau, dont il devint l'élève et l'ami préféré, ses brillants concours dans lesquels il arriva toujours bon premier, la réputation qu'il s'est acquise dès le début, alors qu'encore interne il inventa son aspirateur et l'aspiration comme moyen de diagnostic et de traitement. M. Widal, suivant Dieulafoy dans ses diverses étapes, nous montre le clinicien averti, aussi soucieux des applications de la vieille clinique que des recherches de laboratoire les plus récentes, le médecin d'hôpital toujours exact et dévoué à son service, le brillant et incomparable professeur, dont les leçons, soit au lit du malade, soit à l'amphithéâtre, étaient suivies, non seulement par les élèves, mais aussi par les médecins français et étrangers, empressés de s'instruire et d'entendre la parole si éloquente du maître, l'écrivain impeccable dont les livres furent constamment réédités et traduits dans plusieurs langues étrangères, le grand praticien, le consultant des consultants qui jugeait en dernier ressort et dont les succès dans la haute clientèle s'expliquaient aisément, autant par sa grande compétence et son grand savoir, que par sa grande culture littéraire et artistique, par le charme qui s'exhalait de toute sa personne.

« Il fut de cette grande lignée des médecins de l'Hôtel-Dieu, dit M. Widal, qui depuis plus d'un siècle ont porté si haut la réputation de la clinique française Cette maison est un des plus anciens établissements d'assistance que le monde ait connus; elle a été le berceau de l'enseignement clinique en France. On ne peut la traverser sans être impressionné et par les grands souvenirs qu'évoque son passé et par le décor émouvant dont elle reste toujours entourée. De la passerelle qui relie le bâtiment des femmes à celui des hommes, la vue s'étend au-dessus du vieux parvis qui, souvent à travers les âges, fut le témoin des agitations de notre ville. Au loin, se détache le faîte de la Sorbonne d'où sont sorties les énergies intellectuelles de la nation ; plus loin encore, sur le sommet de la montagne Sainte-Geneviève, se dresse le Panthéon dont le dôme abrite les cendres des hommes illustres du pays ; sur la gauche, émerge le sommet des tours de Notre-Dame dont le bourdon depuis tant de siècles a sonné les heures graves ou glorieuses de notre histoire. On sent qu'on n'est pas seulement ici au centre de la cité, mais au cœur même de la patrie ; c'est bien l'endroit qui convenait pour glorifier celui qui a mis au service de la médecine toutes les ressources du clair génie français.

Une stèle a été scellée au mur de cet amphithéâtre Trousseau où pendant si longtemps sa voix s'est fait entendre. Elle évoque par son style celles que la Grèce consacrait à ceux dont elle voulait honorer la mémoire. Le cadre, dont la sobre élégance répond bien au goût de celui dont il entoure l'image, a été dessiné par Girault. Ses traits ont été reproduits par Vernon que la mort enleva pendant qu'il terminait son œuvre; Gardet, qui fut un ami du maître, s'est chargé des dernières retouches. Il apparaît la tête légèrement rejetée en arrière dans une attitude qui lui était coutumière. C'est bien son fin et beau visage, son pur profil, son front élevé où s'abritait son esprit tenace et ferme ; c'est bien le regard loyal qu'il jetait au loin, droit devant lui. La stèle se détache au fond d'une galerie qui par sa perspective rappelle celle d'un cloître. L'endroit invite à la méditation ; ceux qui passeront et qui liront son nom évoqueront ses travaux que l'Histoire a définitivement enregistrés. Mais de lui, il ne restera pas seulement ce que le verbe peut transmettre. Il a créé des traditions dont l'influence anonyme se fera sentir sur les générations qui viendront. Par la valeur des enseignements répandus et par la grandeur des exemples donnés, son action se prolongera ainsi à travers le temps. Son nom, comme le nom de Trousseau, est à jamais attaché à celui de l'Hôtel-Dieu; ses traits désormais y resteront fixés pour montrer à ceux qui ne l'ont pas connu comment fut un grand médecin de France. »

Après le marveilleux portrait tracé par M. Widal, il semblait difficile qu'on pût encore trouver quelque chose à dire. Mais ce serait mal connaître notre doyen que de le soupçonner de pouvoir rester à court d'arguments et de paroles, et dans un fort joli discours il nous a dépeint Dieulafoy dans son enfance, trouvant auprès d'une mère idéale l'éducation qui en fera un travailleur et un artiste plein de charme et de distinction. Il nous a parlé, en termes fort touchants, de sa digne compagne qui a été pour Dieulafoy un appui des plus précieux et de tous les instants. M. Landouzy a justement insisté sur les succès du professeur de la Faculté, de l'auteur des ouvrages qui ont été pendant vingt ans dans les mains de tous les étudiants et de tous les médecins, et rappelant l'admiration et l'affection qu'il savait inspirer à tous ses élèves, M. Landouzy a terminé en disant que Dieulafoy avait bien justifié cette belle pensée de Michelet parlant du « culte de l'amitié dans l'enseignement ».

Enfin, M. le directeur de l'administration de l'Assistance publique a rendu hommage au médecin d'hôpital dont Dieulafoy réalisait le type le plus achevé, surtout par sa bonté consolatrice pour les malheureux et les malades, pour le dévouement qu'il a apporté à la formation et à l'enseignement des jeunes infirmières laïques.

Dieulafoy a été jugé par ses pairs, MM. Widal et Landouzy, avec toute la compétence, toute la justice et toute l'éloquence désirables. Ce fut, à ce point de vue, une belle fête que cette glorification d'un des plus brillants représentants de la médecine française.

A. BROCHIN.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 135. — JEUDI 27 NOVEMBRE 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 27 NOVEMBRE 1913. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est **seule responsable** *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Lecture. — *Pathologie.* — Séance du 24 novembre 1913. — MM. Penot, 11; Rongier, 7; Fournier (Jacques), 8; Chandebois, 7; Humbert, 10; Marié, 12; Jousseaume, 7; Walther, 13; Vérut, 12; Lory, 9.

MM. Granet, 5; Quesnel, 7; Leroux (Louis) et Gineste, 11; de Léobardy, 10; Eltrich, 12; Gerber, 10; Lorain, 6.

Prochaine séance, jeudi 27 novembre, à vingt heures trois quarts, à Beaujon.

Anatomie. — Séance du 24 novembre. — MM. Mégret, 10; Ebrard, 9; Jacob, 12; Arbassier, 7; Lory, 12; Fogt, 7; Dubois, 6; Regnauld de la Soudière, 8; Le Basser, 13.

Séance du 25 novembre. — M. Reynaud, 8; Mlle Urion, 9; MM. Frédault, 12; Réau, 11; Balteau et Boussi, 7; Dardanne, 10; Morlot (Hubert), 7.

LA RÉINTÉGRATION DES SŒURS DANS LES HOPITAUX. — La cinquième commission du Conseil municipal vient d'adopter par 7 voix contre 4 et 1 abstention les conclusions du rapport de M. Varenne « invitant le Conseil à passer à l'ordre du jour sur les propositions de MM. de Puymaigre et Alpy, tendant à la réintégration des sœurs dans les hôpitaux ».

Une proposition de référendum, déposée par M. Poirier de Narçay, relative à la réintégration des sœurs, a également été repoussée par 7 voix contre 5.

Cette décision n'implique pas d'une manière définitive le rejet des propositions de MM. de Puymaigre et Alpy, cette « question » devant être portée à la tribune du Conseil ainsi que la proposition de référendum.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Alger. — Sont nommés :

Internes de première classe : MM. Dubouchet, Vivien, Derrieu.

Internes titulaires : MM. Legroux, Lévi-Valensin, Fenouillet, Mme Delfau, MM. Montpellier, Azoulay, Lamounette, Anduze-Acher, Platet.

Internes provisoires : MM. Peyre, Ceccaldi, Mlle Saracino, MM. Piéri, Carnet.

Externes titulaires : MM. Lebon, Montero (Louis), Laurens, Vogt, Oualid, Saracino.

Externes provisoires : MM. Viguier, Masselot, Sésini, Dupuy d'Uby, Salvan, Hoüel.

— Marseille. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Reboul-Lachaux, Cottalorda, Caillol, Djegadasse, Vasserot, Codaccioni, Roux, Pennaforte, Blachas, Gaston, Vaudey, Chaix, Estelle, Albrand, Ferrari, Fleury, Casal, Bourguet, da Passano, Mlle Promsy, MM. Baudoin et Jaume.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rennes. — Un concours sera ouvert devant la Faculté de médecine de Paris le 8 juin 1914, pour un emploi de professeur suppléant de pathologie et de clinique médicales à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de Paris un mois avant l'ouverture du concours.

HOMMAGE AU DOCTEUR LESAGE. — Un groupe d'élèves et d'anciens élèves du docteur Lesage, médecin en chef de l'hôpital Hérold, désirant fêter sa nomination dans l'ordre de la Légion d'honneur, a décidé de lui offrir un dîner tout

RENSEIGNEMENTS

intime, qui aura lieu le mercredi 10 décembre, à sept heures et demie, au restaurant Maire, 14, boulevard Saint-Denis (angle du boulevard de Strasbourg) au prix de 10 fr. par tête.

Une souscription est en outre ouverte au prix de 10 francs par personne pour offrir un souvenir au docteur Lesage.

Prière d'adresser les adhésions et les cotisations à M. G. Cousin, 22, rue de Saint-Pétersbourg. Pour faciliter l'organisation du dîner les cotisations ne seront reçues que jusqu'au 8 décembre au soir.

Prière de ne pas se mettre en habit.

LA VACCINATION ANTITYPHOIDIQUE OBLIGATOIRE DANS L'ARMÉE. — M. Léon Labbé a déposé au Sénat un projet de loi tendant à rendre obligatoire dans l'armée la vaccination antityphoïdique.

Ce projet a été renvoyé à la commission de l'armée.

LE SERVICE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE CLASSÉS DANS LES SERVICES AUXILIAIRES. — M. le docteur Gabriel Maunoury, député de Chartres, vient de demander à M. le ministre de la Guerre si les étudiants en médecine classés dans les services auxiliaires et se trouvant ainsi dans l'impossibilité d'être gradés et, par conséquent, d'être nommés médecins auxiliaires, pourront profiter des dispositions de l'article 15, paragraphe 3, de la loi du 7 août 1913, et demander, après leur première année de service, des sursis pour achever leurs études.

Le ministre a fait la réponse suivante :

« Les dispositions de l'article 15 (paragr. 3) sont applicables à tous les étudiants en médecine et en pharmacie et élèves vétérinaires. Ceux de ces jeunes gens classés dans le service auxiliaire accompliront leurs deux dernières années de service dans des conditions qui seront précisées ultérieurement en tenant compte de leur situation particulière. »

LE COMMERCE DU GUI. — On sait que le gui ou *viscum album* qui a été souvent employé en thérapeutique, notamment contre les hémoptysies congestives des tuberculeux et qui, d'après R. Gaultier (*Gaz. des hôp.*, 1907, n° 119) est un excellent hypotenseur, est l'objet d'un commerce assez considérable vers l'époque de Noël.

Il résulte des indications fournies au ministère du commerce que pendant les mois d'octobre, novembre et décembre, de petites quantités de gui sont exportées en Angleterre, en vue de la décoration des appartements. Ce gui provient presque exclusivement de la Manche, du Calvados et de l'Ille-et-Vilaine ; l'exportation a lieu par les ports de Dieppe (1230 quintaux en 1912), le Tréport (190 quintaux), Honfleur (311 quintaux), Cherbourg et Saint-Malo.

Quelques expéditions ont lieu également, à la même époque de l'année, de ces départements vers certaines villes de France, notamment Rouen, le Havre, Toulouse et Paris.

A Paris, le gui ne se vend aux halles que pendant le mois de décembre, à l'occasion des fêtes de Noël et du Jour de l'An. Pendant cette période, près de 500 têtes ou touffes sont apportées sur le marché. Toutefois, cette quantité ne représente qu'une partie du gui vendu à Paris, car un certain nombre de marchands en vendent dans les rues sans passer par les halles.

La valeur marchande du gui est très faible, elle oscille entre 6 et 8 francs le quintal et elle atteint exceptionnellement 10 à 12 francs quand il s'agit de très belles touffes présentant de nombreuses baies. Mais les prix de vente au détail pratiqués aux halles de Paris sont beaucoup plus élevés ; ils sont, en moyenne, de 90 centimes le kilogramme pour le gui de pommier, qui est le plus estimé, et de 40 centimes pour celui de peuplier. Certaines touffes bien conservées peuvent atteindre même le prix de 10 à 12 francs.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 27 novembre 1913, à quatre heures et demie précises.

ORDRE DU JOUR. — *Communications.* — M. Lance : Redressement des scolioses graves par la méthode d'Abbot (avec projections).

A cinq heures un quart : M. Doyen : 1° Chirurgie des vaisseaux et du cœur ; 2° diagnostic du cancer ; 3° présentation d'un hermaphrodite. — M. Péraire : Compte rendu du Congrès de chirurgie. Discussion au sujet du Congrès de l'internat.

LES ABRÉVIATIONS STHÉTOSCOPIQUES. — Nous croyons utile de publier le système international proposé par M. Saugman (de Vejlefjord) à la 10e conférence internationale de la tuberculose à Rome en 1912 et adopté définitivement par la 11e conférence internationale de la tuberculose à Berlin, le 25 octobre 1913.

SYSTÈME INTERNATIONAL DES ABRÉVIATIONS STÉTHOSCOPIQUES, *proposé par M. Saugman (de Vejlefjord) et recommandé par la Ve Commission de l'Association internationale contre la tuberculose à la Xe conférence internationale à Rome*, 1912.

d............	Dexter	Droit
s	Sinister	Gauche
a............	anterior	antérieur
p............	posterior	postérieur
sup..........	superior	supérieur
inf	inferior	inférieur
C	costa	côte
C_2, etc.......	costa II, etc.	
interc........	spatium intercostale	espace intercostal
Cl............	clavicula	clavicule
Pap	papillula mammæ	mamelon
Sp	spina scapulæ	épine de l'omoplate
Ang..........	angulus scapulæ	angle de l'omoplate
1/2 Sc.......	medio scapulæ	au milieu de la région sous-épineuse
—............	usque ad	jusqu'à
Th	Thorax	thorax
applan.......	applanatus	aplati
dilat.........	dilatatus	dilaté
retard	retardatus	retardant
Margo........	margo pulmonis	limite du poumon
mobil.........	mobilis	mobile
immobil	immobilis	immobile
M*)..........	mutitio, mutus	matité
Tymp.........	tympanismus	tympanisme
Met	metallia	résonnance métallique
Resp	respiratio	respiration
Insp..........	inspiratio	inspiration
Exsp	exspiratio	expiration
ves...........	vesicularis	
bronch........	bronchialis	souffle bronchique
amph.........	amphoricus	souffle cavitaire
sacc	saccatus	saccadé
prolong.......	prolongatus	prolongé
fort	fortis	exagéré
dim	diminutus	affaibli, diminué
RL**)........		gros râles
Rl**).........		râles moyens
rl**).........		râles fins
( )...........		après la toux seulement
(Rl_1).........		râles peu nombreux, moyens, perceptibles seulement après la toux, etc.
sicc	siccus	sec
cons..........	consonans	consonnant
crep..........	crepitans	crépitant
subcrep.......	subcrepitans	sous-crépitant
craq..........		craquements
rh............	rhonchi	râles
frict..........	frictio	frottements
Frem.........	fremitus vocalis	vibrations vocales
Brph.........	bronchophonia	bronchophonie

* Toutes les variations d'un même phénomène seront indiquées par les chiffres 1 à 3 accolés au signe principal : le chiffre 1 représentera le degré minimum et le chiffre 3 le degré maximum du phénomène constaté. Par exemple, M_1, M_2, M_3 signifient : submatité, matité, matité absolue ; Rl_1, Rl_2, Rl_3, râles peu nombreux, râles au moyen nombre, râles serrés ; dim_1, dim_2, dim_3, légèrement diminué, diminué, très diminué, etc.

** Voyez la signification des grandes et petites lettres, s. v. p. !

UN CAS DE PLEURÉSIE TYPHOÏDIQUE

Par MM. MACAIGNE et THÉRY.

Il n'est pas très rare, au cours de la fièvre typhoïde, de voir survenir des complications pleurales; elles peuvent marquer le début de l'affection constituant le pleuro-typhus, mais plus souvent on les observe à la période d'état, ou, mieux encore, pendant la convalescence. Ces pleurésies ont une origine variable, et, suivant leur nature microbienne, on peut les classer en trois catégories :

La première comprend une série de faits où le processus éberthien n'est pas directement responsable de la détermination pleurale, mais constitue seulement la cause occasionnelle qui permet à quelque germe étranger de végéter au niveau de la plèvre. Netter, Courmont et Martin (1) ont pu incriminer le pneumocoque. Besson, Remlinger (2), Triboulet, Francoz et Silbert (3) ont mis en évidence le rôle du staphylocoque.

Encore les microbes pyogènes sont-ils rarement observés dans la variété de pleurésie que nous étudions. Au contraire, bien des pleurésies typhiques sont en réalité de nature tuberculeuse. Déjà Le Saigne (4), Potain (5), Charrin et Roger (6), Kelsch (7) avaient signalé le fait. Plus récemment, l'école lyonnaise, avec Jacquin (8), Josserand et Courmont (9), Nordmann et Billet (10), a insisté sur ce point, et en a montré la fréquence. On sait enfin que Bériel (11) a pu suspecter la nature syphilitique d'une pleurésie métatyphique sans pouvoir, il est vrai, en apporter la démonstration.

Dans une seconde catégorie, on peut ranger les cas où les manifestations pleurales relèvent directement de l'infection éberthienne; l'épanchement peut être stérile, mais d'ordinaire il renferme le bacille d'Eberth à l'état pur. Cette variété est de beaucoup la plus fréquente.

Reste un troisième groupe où le bacille d'Eberth se trouve associé dans l'épanchement pleural à des germes divers. Les cas en sont rares dans la littérature médicale. Rendu et de Gennes (12) ont publié l'observation d'un pyopneumothorax posttyphique où le bacille d'Eberth était associé aux microbes de la suppuration; il en était de même dans le cas de Lariza et Pensutti (13). Plus récemment, Siredey (14) a relaté l'association du bacille d'Eberth et du pneumocoque.

Nous avons récemment observé, dans un cas de pleurésie métatyphique, la coexistence du bacille d'Eberth et du colibacille.

Il nous a paru que la rareté de telles constatations nous autorisait à publier cette observation.

Observation. — T..., trente-cinq ans, ménagère, entre salle Axenfeld le 15 février 1903 pour dothiénentérie. L'origine hydrique de l'affection ne saurait être suspectée, car la malade fait un usage constant d'eau minérale. Les premiers troubles apparurent quelques jours après l'ingestion d'huîtres; un jeune garçon fut aussi indisposé et nous apprenons qu'il est soigné à l'hôpital Trousseau pour dothiénentérie; seul le mari fut indemne, mais il a eu la fièvre typhoïde quelques années auparavant.

Notre malade est bien constituée, sans tare organique, sans antécédents pathologiques; elle présente au complet les signes classiques de la fièvre typhoïde : température en plateau, diarrhée, taches rosées, grosse rate, etc. L'auscultation de la poitrine révèle l'existence de râles ronflants et sibilants, comme il est de règle au cours de l'affection, mais ces symptômes n'ont pas d'intensité spéciale.

L'hémoculture ne put être faite, car il était impossible de mettre en évidence la moindre veine superficielle. Mais le séro-diagnostic est positif au 1/200 avec l'Eberth du laboratoire; il en est de même avec le vaccin de Chantemesse, suivant le procédé que cet auteur a décrit avec Rodriguez; il est négatif au 1/10 avec les paratyphiques A et B. La sensibilisatrice ne fut pas cherchée.

L'évolution fut normale et la défervescence se fit vers le vingt-sixième jour de la maladie. La malade était apyrétique depuis quatre jours, quand brusquement, le 14 mars, elle accusa un point de côté thoracique, sous le mamelon gauche; en même temps survinrent une légère dyspnée, une toux sèche et quinteuse, et la température remonta à 38°5. L'examen du thorax qui à ce moment ne décelait qu'un peu de faiblesse respiratoire à la base gauche montra le lendemain les signes physiques habituels de la pleurésie : matité, souffle expiratoire, égophonie, pectoriloquie aphone. L'épanchement remontait assez haut, jusqu'au milieu de l'omoplate environ, mais il devait être de faible épaisseur car le murmure vésiculaire s'entendait dans le lointain et les vibrations vocales n'étaient pas complètement abolies.

Ces symptômes persistèrent une dizaine de jours, puis la fièvre, qui avait oscillé entre 37°5 et 38°5, disparut; l'épanchement se résorba rapidement sans qu'il eût été nécessaire de le ponctionner, et le 15 avril la malade put quitter l'hôpital en parfaite santé.

Ponctions exploratrices et examens cytologiques. — La ponction exploratrice, pratiquée le 16 mars, permit de retirer du liquide hémorragique, mais en ponctionnant plus près de la ligne axillaire postérieure, on retirait du pus. Nous avions donc affaire à un épanchement cloisonné et polymorphe.

Le liquide hémorragique occupait une grande partie de la cavité pleurale, mais il s'étendait en couche mince et le moindre déplacement de l'aiguille faisait cesser l'aspiration; en sorte que l'épanchement était au total peu abondant.

Quant à la poche purulente, elle était assurément minime car on ne la rencontra que deux fois, et c'est à peine si l'on put retirer 4 à 5 centimètres cubes d'un pus très épais.

L'examen cytologique montra que ce pus était composé uniquement de polynucléaires neutrophiles très altérés; il n'y a pas d'éosinophiles, très peu de mononucléaires pour la plupart de taille moyenne.

Quant au liquide hémorragique, il présentait, en dehors des hématies, de nombreux leucocytes; mais la formule se modifia au cours de l'évolution.

(1) Courmont et Martin. *Lyon méd.*, 1897.
(2) Remlinger. *Revue de méd.*, 1900.
(3) Triboulet, Francoz et Silbert. *Soc. méd. des hôpit.*, 28 juin 1907.
(4) Le Saigne. Th. de Paris, 1884.
(5) Potain. *Gaz. des hôpit.*, 1889.
(6) Charrin et Roger. *Soc. méd. des hôpit.*, 1891.
(7) Kelsch. *Acad. de méd.*, 1892.
(8) Jacquin. Th. de Lyon, 1903.
(9) Josserand et Courmont. *Lyon méd.*, 1906.
(10) Nordmann et Billet. *Arch. gén. de méd.*, 1906. — Nordmann. *Gaz. des hôpit.*, 1906. — Billet. Th. de Lyon, 1906.
(11) Bériel. *Gaz. des hôpit.*, 1906.
(12) Rendu et de Gennes. *Soc. clin.*, 1885.
(13) Lariza et Pensutti. *Riforma med.*, 1890.
(14) Siredey. *Soc. méd. des hôpit.*, 1900.

Au début (16 mars) on rencontre en proportion presque égale des polynucléaires neutrophiles et des lymphocytes petits, fort bien conservés; il existe également quelques cellules endothéliales isolées, peu nombreuses du reste. Le 20 mars, les cellules blanches sont un peu moins abondantes et constituées à peu près uniquement par des lymphocytes; les polynucléaires ou les cellules endothéliales sont très rares. Cette formule se maintint définitivement; on la retrouva le 27 mars alors que l'épanchement était en voie de résorption.

Examen bactériologique. — L'examen direct ne releva aucun germe ni dans le pus ni dans le liquide hémorragique, mais l'étude des cultures nous montra que chacun de ces exsudats contenait un microbe différent.

L'ensemencement du pus nous permit de recueillir un cocco-bacille mobile ne prenant pas le Gram, et dont les aspects culturaux sur les milieux usuels rappelaient ceux du groupe Eberth-coli. Ce microbe ne donne pas de bulle en bouillon lactosé carbonaté, ne rougit pas la gélose lactosée tournesolée, ne coagule pas le lait; il est donc sans action sur la lactose. De même, il ne fait pas virer au rouge la gélose glucosée tournesolée; en eau peptonée il ne donne pas d'indol. Ces caractères morphologiques, culturaux, fermentatifs, sont ceux du bacille d'Eberth. En effet, ce microbe est agglutiné au 1/300 par un sérum typhique déja éprouvé; le sérum sanguin de la malade l'agglutine à 1/200; de même le sérum pleurétique. Il s'agit donc bien d'un bacille d'Eberth et dont le pouvoir d'agglutination est le même que celui de l'échantillon conservé au laboratoire.

L'ensemencement du liquide hémorragique donna un cocco-bacille ne prenant pas le Gram, se développant avec exubérance sur les milieux de culture. Il coagule le lait, donne des bulles de gaz dans le milieu de Perdrix, fait virer au rouge la gélose lactosée tournesolée. De même, il fait fermenter légèrement la glucose. Enfin, en eau peptonée, il donne de l'indol, mais cette réaction est faible, elle n'apparaît pas avec la technique habituelle (nitrite de soude et acide sulfurique) et n'est mise en évidence que par la méthode d'Ehrlich au paradiméthylamidobenzaldéhyde.

Il s'agit donc d'un colibacille à propriétés biologiques faiblement développées. Ce microbe n'est agglutiné à aucun taux ni par le sérum sanguin de la malade, ni par le sérum pleurétique. En outre, il n'est pas virulent; injecté à la dose d'un centimètre cube d'une culture en bouillon de vingt-quatre heures dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin, il ne donne pas de septicémie; l'injection de 2 centimètres cubes de culture en bouillon dans le péritoine d'un cobaye produit un fort malaise qui dure environ vingt-quatre heures, mais n'amène pas la mort de l'animal.

Inoculation au cobaye. — Il restait enfin une épreuve d'importance capitale : l'inoculation au cobaye du sérum pleurétique; 5 centimètres cubes furent injectés sous la peau; l'animal sacrifié cinquante jours après ne présentait aucune lésion tuberculeuse.

En résumé, dans notre observation, il n'y eut pas à proprement parler association microbienne, mais bien plutôt coexistence de deux microbes qui provoquèrent des réactions pleurales différentes.

Nous n'insisterons guère sur le rôle du bacille d'Eberth; son aptitude à former du pus est très connue, et les observations de pleurésie purulente à bacille d'Eberth ne manquent pas. Beaucoup plus rare est la participation du colibacille; aussi croyons-nous devoir relever les particularités qu'elle présenta chez notre malade.

La formule cytologique de l'épanchement mérite de nous arrêter un instant. Widal et ses élèves ont étudié les aspects cellulaires que présentent les pleurésies dues au bacille d'Eberth. Ordinairement, on trouve surtout des polynucléaires et des cellules endothéliales isolées qui donnent à la pleurésie typhique un cachet tout spécial. De même L. Lévy et Malloizel (1), dans un cas de pleuro-typhus avec épanchement séro-fibrineux, insistent sur la prédominance des polynucléaires et l'existence de gros mononucléaires macrophages qui présentent, au moins pour certains d'entre eux, toutes les formes de transition entre les cellules endothéliales de la plèvre et le mononucléaire type. On aurait pu s'attendre, dans notre cas, à retrouver un aspect semblable car le processus anatomique ne doit pas être essentiellement différent, qu'il s'agisse du bacille d'Eberth ou du bacille d'Escherich. Il n'en fut rien; et si, au début, les polynucléaires existaient en assez grand nombre, ils disparurent très vite pour faire place à une réaction purement lymphocytaire. Ce cas mérite d'être rapproché de celui de Vincent (2) qui, dans une pleurésie hémorragique à bacilles d'Eberth, constata également la prédominance des lymphocytes. Il s'oppose au contraire au cas de Rosenthal (3) qui vit dans une pleurésie éberthienne la lymphocytose initiale céder le pas à la polynucléose.

Comme, chez notre malade, l'aspect cytologique rappelait tout à fait celui des épanchements tuberculeux; comme, d'autre part, le colibacille isolé dans le liquide n'était pas virulent et qu'il n'était pas agglutiné par les humeurs de la malade, on avait le droit de suspecter la nature tuberculeuse de la pleurésie. On sait, en effet, que la seule constatation d'un germe dans le liquide pleural n'est pas suffisante pour établir un rapport de causalité. Fernet (4) a particulièrement bien insisté sur ce point en ce qui concerne la pleurésie typhique. Une seule épreuve permet de trancher la question et d'écarter définitivement le rôle du bacille de Koch; c'est l'inoculation au cobaye du liquide pleurétique. Le résultat fut négatif dans notre cas. Aussi le rôle pathogène du colibacille est-il hors de doute.

Que le microbe ne soit pas agglutiné par le liquide pleural, le fait ne saurait surprendre outre mesure. Dans le cas de Ménétrier (5), par exemple, le bacille d'Eberth retiré de la plèvre était agglutiné par le sérum de la malade et non par le sérum pleurétique. Il est plus remarquable de constater, chez notre malade, l'absence de toute agglutinine dans le sérum sanguin. Une objection cependant doit être prévue. On sait que certains microbes, à la sortie de l'organisme, ont peu d'aptitude à se laisser agglutiner et qu'ils récupèrent cette propriété après plusieurs repiquages sur les milieux de culture ou après passage par l'organisme de l'animal. Notre microbe fut ensemencé un très grand nombre de fois; il « passa » à deux reprises, à la dose mortelle de 5 centimètres cubes, dans le péritoine du cobaye, et pourtant il ne

(1) L. Lévy et Malloizel. *Soc. méd. des hôpit.*, 1903.
(2) Vincent. *Soc. de biol.*, 1903.
(3) Rosenthal. *Tribune méd.*, 1904.
(4) Fernet. *Soc. méd. des hôpit.*, 1891.
(5) Ménétrier. *Soc. méd. des hôpit*, 1896.

présenta jamais la moindre ébauche d'agglutination. Il n'est donc pas douteux que le colibacille, dont le rôle pathogène fut cependant ici indéniable, n'a pas développé dans le sérum d'agglutinines spécifiques. Peut-être, dans ces conditions, pourrait-on penser qu'il n'y eut pas d'infection simultanée par le bacille d'Eberth et le bacille d'Escherich, mais que ce dernier survint tardivement à titre de complication et eut un rôle purement local.

Cette discussion n'est pas sans intérêt, en raison de l'étiologie spéciale de la maladie. Il s'agit, en effet, d'une infection d'origine ostréaire, et l'on sait que dans ces cas l'intervention du colibacille n'est pas très rare, ainsi que l'ont montré Netter et Ribadeau-Dumas (1), Lemoine et Sacquépée (2). Mais quelle est l'origine du coli associé? Est-il d'origine intestinale ou est-il ingéré avec l'huître qui, on le sait, lui donne abri d'une façon constante? Et, d'autre part, quel est le moment de son intervention? Est-il contemporain du début de l'infection, et dans ce cas il s'agirait d'une infection mixte, ou n'intervient-il que secondairement à titre de complication?

Nous ne prétendons pas apporter une solution à ces divers problèmes que seules des hémocultures faites en série dès le début de l'infection permettraient de résoudre. Il nous semble toutefois que, dans notre cas, l'avirulence du microbe d'une part, l'absence d'agglutinines d'autre part, paraissent plaider en faveur de l'origine saprophytique et de l'intervention tardive du colibacille.

Aussi pensons-nous, toute question d'étiologie mise à part, que chez notre malade, à la faveur de l'infection typhique, un colibacille intestinal est « sorti » et s'est localisé au niveau de la plèvre qui a fixé aussi le bacille d'Eberth. Cette conception n'est pas en désaccord avec les faits expérimentaux.

Dans un mémoire resté célèbre, Sanarelli (3) a montré que, au cours de la fièvre typhoïde expérimentale, le colibacille de l'intestin se multiplie d'une façon extrême et peut, à la faveur des lésions de la muqueuse, passer dans la circulation; chez l'animal en cours de vaccination, il ne produit pas l'infection générale, mais il développe dans les séreuses (plèvre, péricarde, péritoine) des processus inflammatoires plus ou moins graves qui peuvent finir par la guérison.

FORMULAIRE

SAVON MOU CONTRE LA GALE

Le professeur Ziedler relate, dans le *Münchener medizinische Wochenschrift* (1912, n° 49), les excellents résultats qu'il a obtenus, pour le traitement de la gale, d'un médicament dont le savon constitue la base et l'excipient, et qui contient 10 p. 100 d'acide salicylique avec 0,08 p. 100 de nicotine. Ce savon, inodore, a la consistance d'un onguent et ne produirait jamais d'effets fâcheux, même chez les enfants.

L'emploi consiste à faire, pendant trois jours de suite, deux frictions quotidiennes en donnant un bain avant chacune d'elles. La dose pour chaque friction est de 100 à 120 grammes de savon. La dernière friction sera naturellement suivie d'un bain pour débarrasser la peau du savon dont elle est enduite.

A. Gaullieur l'Hardy.

(1) Netter et Ribadeau-Dumas. *Soc. méd. des hôpit.*, 1907.
(2) Lemoine et Sacquépée. *Soc. méd. des hôpit.*, 1907.
(3) Sanarelli. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892-1894.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE L'ATTRIBUTION DES PRIX NOBEL DE MÉDECINE

Le prix Nobel de médecine et physiologie vient d'être décerné à notre compatriote Charles Richet; nul ne le méritait mieux que l'homme dont les recherches nous ont fait connaître l'anaphylaxie. Le glorieux palmarès s'est donc enrichi d'un nom français; c'est le troisième avec Laveran et Alexis Carrel. L'Allemagne y est représentée par Behring, Koch, Ehrlich et Kossel. Les autres lauréats sont Ross, Finsen, Pawlow, Golgi, Cajal, Metchnikoff, Kocher et Gullstrand.

***

La procédure qui aboutit à l'attribution du prix Nobel de médecine et physiologie est réglée de la façon suivante :

Un Comité, nommé par le conseil des professeurs de l'Institut Carolin de médecine et de chirurgie à Stockholm est chargé de consulter un certain nombre de notabilités scientifiques; après quoi, il formule un projet d'attribution de prix. Ce projet est soumis en septembre au conseil des professeurs qui se prononce souverainement en octobre. Il y a donc en somme trois votes successifs : celui des personnalités consultées par le comité Nobel, celui du comité Nobel lui-même et enfin celui de l'Institut Carolin qui décide en dernier ressort. Les médecins français ne peuvent avoir aucune action directe sur les deux derniers votes, mais ils sont consultés, dans la personne d'un certain nombre de leurs représentants pour le scrutin du premier degré. La règle comporte en effet que l'Institut Carolin doit désigner six Facultés de médecine; les membres du conseil de ces Facultés sont invités *individuellement* à fournir des propositions. Font partie également de ce premier corps électoral — je ne parle que de ceux qui peuvent être désignés en France — les anciens lauréats du prix et « les hommes de science auxquels ledit conseil jugera en outre bon d'adresser une invitation à cet effet ».

De la petite enquête à laquelle je me suis livré il résulte que les Suédois ont consulté en France, surtout des Facultés, parfois des Ecoles de médecine; par contre, ils se sont limités aux membres du conseil de ces établissements, c'est-à-dire aux professeurs titulaires.

***

Il semblerait naturel que les hommes à qui l'on demande cette désignation au premier degré prissent contact les uns avec les autres, échangeassent leurs vues et se missent d'accord sur un petit nombre de candidats ou même sur un seul. Je serais bien surpris que les Allemands ne procèdent point ainsi, et ils auraient bien tort de ne pas le faire. Or il n'en a pas été de même en France à ma connaissance. Chaque « électeur » consulté a toujours répondu individuellement ou peu s'en faut. Il en est résulté un flottement des plus regrettables. Chacun a proposé assurément un candidat digne du prix et très heureusement la France n'en manque pas; mais les désignations ainsi faites ont forcément manqué de la force nécessaire pour les signaler comme il le faudrait à l'attention du corps électoral définitif. Le plus souvent les votes se sont résumés dans l'envoi d'un nom. Or toute proposition, dit le règlement, doit autant que possible être accompagnée de l'exposé des motifs ainsi que des écrits et autres documents

concernant le prix. Cet exposé des motifs, je ne l'ai pas fait, et pour cause, quand j'ai été consulté. Comment aurais-je eu l'outrecuidance d'analyser et de juger l'œuvre d'un Richet par exemple ? Il en résulte encore une cause de faiblesse pour les suffrages venus de France.

***

Il faut que cette infériorité disparaisse; non point que nous ayons la prétention d'imposer un candidat de notre pays au choix de l'Institut carolin, alors qu'un étranger serait mieux désigné, mais pour que les médecins français soient en état de dire celui de leurs compatriotes qui leur paraît représenter au plus haut point cet idéal scientifique auquel le prix Nobel apporte comme l'hommage du monde entier. Je n'ignore pas que des tentatives ont été faites dans ce sens et qu'elles ont échoué. Je sais que des hommes, dont le caractère et l'esprit scientifique sont irréprochables, ont cru à de mesquines jalousies, à des intrigues qui partout ailleurs apparaîtraient naturelles, mais qui doivent s'effacer dans un milieu où le culte de l'idéal est chose commune. On m'a dit encore — pourquoi ne le répéterais-je pas, puisque si l'objection n'a pas été soulevée réellement elle pourrait peut-être surgir plus tard — on m'a dit que Paris craignait d'être écrasé par la province, comme si l'un n'était pas la tête pour qui travaille l'autre, et comme si les votes individuels émis dans ces dernières années n'avaient déjà fait largement justice de cette méfiance.

On dira aussi peut-être que l'Institut Carolin pourrait s'offenser d'un scrutin collectif qui aurait les allures d'une mise en demeure et, s'il en était ainsi, mieux vaudrait renoncer à l'entente. Mais peut-on admettre que nos collègues suédois méconnaîtront le sentiment qui nous fera agir et qui leur donnera à eux-mêmes plus de force pour l'accomplissement de la belle mission que leur a confiée Alfred Bernhard Nobel ?

On m'a donné encore d'autres raisons qui ne m'ont pas paru meilleures.

Et je me suis dit, moi, simple professeur d'une Ecole de province, qui ne serai jamais candidat aux prix Nobel, je me suis dit que mes semblables et moi nous avions un devoir à remplir : celui de défendre nos gloires. Nous ne devons pas permettre que les Chauveau et les d'Arsonval, les Bouchard et les Guyon, les Roux et les Widal, bien d'autres encore puissent s'en aller sans que nous ayons dit chaque année à l'Institut Carolin lequel de ces illustes compatriotes nous paraît le mieux désigné à son choix. Qui niera que leurs noms doivent survivre à notre époque? Aucun d'entre eux certes n'a besoin d'un prix, fût-ce le prix Nobel, pour que sa mémoire soit éternelle, mais la France se doit à elle-même, puisqu'on l'y invite, de dresser la liste de ses enfants les plus illustres. Et puisqu'une seule désignation est indispensable, que la voix des médecins français se fasse unanime, non certes pour établir des différences de mérite entre de tels hommes, mais pour désigner celui d'entre eux qui pour l'espace d'une année paraît représenter le mieux l'âme de la médecine française.

Tels sont les sentiments qui nous ont poussés quelques collègues et moi à réaliser l'entente dont je viens de parler. Nous n'en ignorons pas les difficultés, mais nous avons conscience d'agir pour l'intérêt de la science. Nous nous efforcerons de réunir au moins moralement en un groupement unique les électeurs français; nous leur demanderons de désigner celui ou ceux qui leur paraissent les plus dignes de représenter leur pays dans le tournoi. Si nous parvenons à un résultat, ne fût-il même qu'une ébauche, nous aurons la conviction de n'avoir point perdu nos efforts et surtout d'avoir préparé, pour les années suivantes, une réalisation qui nous apparaît nécessaire.

LÉON IMBERT,
Agrégé des facultés,
Professeur à l'École de médecine
de Marseille.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1913)

Les macaques et les chiens sont sensibles au kala-azar indien comme au kala-azar méditerranéen. — M. A. LAVERAN a obtenu chez les singes et chez les chiens, avec les cultures de la *Leishmania Donovani*, des résultats tout à fait comparables à ceux qu'on obtient avec la *Leishmania infantium*; les singes se sont même montrés plus sensibles au virus du kala-azar indien qu'à celui du kala-azar méditerranéen (en culture) que M. Laveran avait expérimenté préalablement. Il n'est plus possible aujourd'hui de contester l'identité du kala-azar indien et du kala-azar méditerranéen en se basant sur la différence des résultats obtenus dans les inoculations des deux virus aux animaux.

Antagonisme des propriétés de la guanine et de l'adrénaline. — MM. DESGREZ et DORLÉANS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1913)

La réglementation du commerce et de la vente des substances vénéneuses. — La discussion se poursuit sur cette importante question. Nous en attendrons la fin pour reproduire les articles, tels qu'ils auront été adoptés par l'Académie, modifiés ou non après discussion. Mais parmi ces articles, il en est un d'une telle importance, voté dans cette séance, que nous croyons devoir le faire connaître dès aujourd'hui. Il s'agit de l'article 19 qui, après une vive discussion et sur l'intervention très énergique de MM. Hayem, Fernet, Reynier et Mosny, a été voté à une grande majorité. Le voici :

« Aucun pharmacien ne pourra renouveler une ordonnance contenant des substances comprises dans le tableau A (substances vénéneuses) sans une nouvelle prescription de son auteur l'y autorisant. »

Emploi du soufre colloïdal dans le traitement du rhumatisme. — M. ROBIN, en son nom et au nom de son collaborateur M. Maillard, fait connaître les résultats d'une série de recherches sur ce sujet. M. Robin rappelle tout d'abord que tous nos tissus contiennent du soufre et il insiste sur l'importance du soufre et de ses combinaisons dans l'organisme. Les anciens, en particulier les Grecs et les Romains, ont beaucoup employé le soufre en médecine, ce « feu intérieur » dont ils tiraient un grand parti. Puis le soufre a été tour à tour aban donné et repris un grand nombre de fois. Dans ces derniers temps, il n'était plus guère employé qu'en applications externes ou qu'à titre d'eaux minérales sulfureuses. Pour qu'il exerce toute son action, il faut que le soufre soit employé à l'état de pureté, de métalloïde et non sous forme de sulfates. Ce qui rendait difficile son emploi à l'intérieur, c'était son insolubilité.

M. Maillard a eu l'idée d'employer le soufre colloïdal en solution très concentrée, 20 centigrammes par cuillerée à bouche. Il s'est assuré qu'il était ainsi presque complètement absorbé. Il s'élimine sous deux états : 1° à l'état de sulfates alcalins (environ un tiers); 2° sous forme de soufre conjugué à des produits aromatiques. Cette sulfo-conjugaison est un des procédés de défense les plus importants de l'organisme contre les poisons de l'intestin (un cinquième environ). On peut donc dire que le soufre est presque complètement absorbé.

Parmi les organes qui contiennent du soufre, il faut mettre en première ligne la peau, la kératine, ce qui explique l'emploi du soufre contre les maladies de la peau, puis la mucine, ce qui explique les bons effets du soufre dans tous les flux, toutes les affections catarrhales.

Or, les cartilages, les tendons, les ligaments, les synoviales, tous les organes en un mot qui entrent dans la composition des articulations sont très riches en mucine et contiennent, par ce fait, 1g40 p. 100 de soufre. De là devait naître l'idée de traiter le rhumatisme chronique par le soufre colloïdal. C'est ce qu'a fait M. Robin, et il apporte deux observations qui semblent bien concluantes.

Un homme de cinquante-deux ans, chargé d'une hérédité rhumatismale, est pris de deux atteintes de rhumatisme articulaire aigu à la suite desquelles il présenta des déformations articulaires, indice de rhumatisme chronique. Ce malade a été guéri en trois mois par l'emploi du soufre colloïdal.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un rhumatisme déformant datant de trente ans et ayant conduit le malade à une impotence absolue de ses quatre membres. Après un long traitement par le soufre colloïdal, ce malade a été singulièrement amélioré et a recouvré l'usage de ses membres.

Un seul accident possible est à noter, l'apparition de la diarrhée avec des évacuations gazeuses ayant l'odeur de l'hydrogène sulfureux. Il suffit alors d'interrompre momentanément la médication.

On peut associer au soufre tout autre médicament, la quinine, l'antipyrine, etc., le biphosphate de chaux à la dose de 10 centigrammes, ainsi que le massage et la mobilisation, en un mot tout ce qui peut aider à la régénération musculaire.

Le mécanisme clinico-colloïdal de la sénilité et le problème de la mort naturelle. — M. Pierre Marie lit une note de M. Marinesco qui pense que la sénescence des colloïdes est un phénomène général auquel obéissent aussi bien les globulines, le sérum albumine, que les hydrocarbonates et les lipoïdes. On retrouve toutes les modifications qui caractérisent la vieillesse des colloïdes dans les cellules nerveuses en voie d'involution sénile.

Nature de la maladie de Basedow. — M. Souques.

Des variétés cliniques du syndrome d'hypertension intracranienne. — M. Claude.

Le chlorhydrate d'émétine dans le traitement de l'amibiase. — M. Dopter, dans la dernière séance, a fait une intéressante communication sur ce sujet et fait connaître les résultats qu'il a obtenus de cette médication dans le traitement de l'amibiase hépatique et intestinale (5 cas d'abcès du foie et 46 cas de dysenterie amibienne).

Dans les 5 cas d'hépatite suppurée, il a injecté le chlorhydrate d'émétine à la dose de 8 centigrammes par jour jusqu'à la disparition presque totale des phénomènes cliniques.

Dans les 46 cas de dysenterie amibienne il a injecté l'émétine à la dose de 4 centigrammes par jour. Très bons résultats.

Tous ces faits sont de nature à démontrer le pouvoir amibicide spécifique de l'émétine.

Toutefois l'émétine n'agit que sur les lésions provoquées directement par l'amibe.

L'émétine ne met pas les dysentériques paraissant guéris à l'abri d'un abcès du foie.

Il résulte des observations de M. Dopter que si l'émétine possède un pouvoir amibicide incontestable sur la forme végétative de l'amide dysentérique, elle semble en être dénuée vis-à-vis de sa forme enkystée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1913)

Recherche sur la tension artérielle dans l'air comprimé. — M. A. Javal a mesuré comparativement à l'air libre et dans l'air comprimé les tensions artérielles des ouvriers qui travaillaient dans un caisson. Il s'est servi de l'oscillomètre de Pachon muni du double brassard d'Enriquez et Cottet. Dans ses expériences, la surpression était en moyenne d'une atmosphère.

Dix-sept fois sur vingt, la tension maxima était augmentée dans l'air comprimé; les différences étaient minimes, mais constantes.

Cette influence de la pression extérieure sur la tension artérielle a été recherchée chez les aéronautes, chez les alpinistes et chez les aviateurs. Dans le caisson, on est dans les conditions d'expérimentation les plus favorables parce qu'on peut faire subir à l'organisme, à volonté, en cinq minutes et sans aucun effort musculaire, des différences de pression d'une atmosphère.

Contribution à l'étude cytologique du lait de femme. — MM. Marfan, Feuillé et Saint-Girons. Les cellules du lait de femme en dehors de la période colostrale ne sont pas des leucocytes, comme on le croyait jusqu'à aujourd'hui ; ce sont des cellules épithéliales, comme le prouvent : 1° l'existence de nombreux intermédiaires entre les différentes formes de cellules ; 2° l'aspect très particulier du protoplasme, quand on le colore au crésyl blau; 3° l'existence d'un nucléole.

L'azote colloïdal urinaire. — MM. Marcel Labbé et Dauphin. L'augmentation de l'azote colloïdal urinaire est l'indice d'un trouble du métabolisme azoté au même titre que l'hyperaminoacidurie, l'hyperammoniurie et l'imperfection uréogénique. Elle peut servir à déceler l'insuffisance fonctionnelle du foie, mais ne paraît pas pouvoir servir au diagnostic du cancer.

Cinquième note sur la leucocytolyse digestive. La leucocytolyse provoquée par l'excitation électrique du nerf pneumogastrique. — M. G. A. Krolunitsny. Contrairement aux auteurs qui expliquent l'hypoleucocytose immédiate, provoquée par une excitation du vague, par une chute de la pression sanguine, pour M. G. A. Krolunitsny l'hypoleucocytose est due uniquement à l'apparition de leucocytolysine dans le plasma immédiatement après l'excitation du pneumogastrique, nerf sécréteur de l'estomac. Ce phénomène est superposable à celui qu'on observe au cours de la digestion. L'hypoleucocytose et le pouvoir leucocytolytique du sérum sont proportionnels à la durée de l'excitation du vague. Chez le lapin splénectomisé, l'excitation du vague ne donne pas son effet habituel parce qu'on a supprimé l'organe, producteur de leucocytolysine. Si l'on supprime fonctionnellement la rate par une irradiation préalable du foie — producteur d'antileucocytolysine — ou par une injection intrarectale d'un liquide nutritif, le phénomène n'a pas lieu non plus. En conséquence, quand on excite le vague, cette excitation se transmet à la rate par une voie nerveuse inconnue.

Effets de la ligature complète totale et définitive d'une veine rénale. — MM. Morel, Papin et Verliac. Dans 60 p. 100 des cas, les animaux succombent du premier au huitième jour. Dans 40 p. 100 des cas, ils survivent. Chez les animaux qui ont succombé, on trouve le rein du côté lié énorme, distendu par le sang, éclaté, avec des hématomes dans la loge périrénale. Chez les animaux qui ont survécu, on trouve une circulation collatérale établie vers les veines urétériques, génitales, lombaires, etc. Au point de vue histologique, les lésions chez les animaux qui ont succombé consistent en

hémorragies sous-capsulaires et intrarénales, et en lésions des tubes du rein allant de la cytolyse légère à la nécrose. Il est intéressant de noter l'intégrité du glomérule. Le rein opposé présente parfois des lésions de cytolyse légère ou des lésions congestives. Chez les animaux qui ont survécu on note de la sclérose corticale, de la congestion intense de la pyramide et des zones d'hypertrophie compensatrice.

Recherches sur l'hémoglobinurie paroxystique a frigore. Première note. Etude du processus hémolytique in vitro. Action du froid sur la fixation de la sensibilisatrice et du complément. — MM. F. Widal, P. Abrami et Et. Brissaud. La recherche de la réaction de Donath et Landsteiner chez les hémoglobinuriques ayant donné lieu à des résultats souvent contradictoires, les auteurs ont repris l'étude de cette réaction chez quatre sujets atteints de cette maladie, qu'ils observent depuis deux ans.

Trois d'entre eux fournissent constamment une réaction de Donath et Landsteiner typique : le mélange de leur sérum et d'hématies humaines, préalablement refroidi à 0 degré pendant une demi-heure, se montre, après une demi-heure d'étuve à 37 degrés, fortement hémolysé; l'hémolyse fait défaut si le mélange n'a pas été exposé au froid.

L'étude du mécanisme de cette réaction, de même que sa recherche, nécessitent une technique extrêmement rigoureuse, qui est décrite dans cette note, et dont chaque détail a une telle importance que son oubli peut suffire à fausser entièrement le résultat.

Il est facile de s'assurer que le sérum des hémoglobinuriques à réaction de Donath et Landsteiner positive renferme tout d'abord une sensibilisatrice et du complément. Contrairement à l'opinion admise jusqu'ici, ces deux substances se fixent à froid sur les hématies : l'étude des hématies restées en contact à 0 degré avec le sérum des malades, de même que les dosages du complément dans ce sérum, avant et après le séjour du mélange sérum-hématies à la glace, établissent que le complément, comme la sensibilisatrice, est absorbé par les hématies à 0 degré. Toutefois la dissolution du globule rouge chargé de sensibilisatrice et de complément se produit à la température optima de 37 degrés.

Recherches sur la régulation thermique. Mort par arrêt de la polypnée thermique. — M. J. Camus, en exposant des animaux au soleil, observe que l'injection de doses extrêmement faibles d'apomorphine arrête chez eux la polypnée thermique. Ce processus de défense de l'organisme contre l'élévation thermique étant supprimé, la température des animaux monte jusqu'à 45 degrés et la mort se produit.

La dose d'apomorphine qui tue ainsi par hyperthermie peut être 100 fois moindre que celle qui détermine la mort d'un animal normal. Une dose infime peut arrêter la polypnée, soit moins de 1/100 de milligramme par kilogramme d'animal.

M. J. Camus insiste sur la grande délicatesse du mécanisme régulateur thermique ; puisqu'une perturbation minime l'arrête on comprend qu'une infection légère, une indigestion, une intoxication qui seraient sans gravité chez un animal normal puisse entraîner la mort chez un animal exposé au soleil. Ceci doit être net, par exemple chez le chien de chasse soumis à l'influence de la chaleur extérieure et de celle produite par un travail musculaire intense. Et de fait, il n'est pas exceptionnel de voir un chien de chasse succomber rapidement au cours d'une chaude journée d'été sans qu'on en trouve la cause exacte.

Action physiologique d'un lipoïde (II B b) extrait du testicule. — M. H. Iscovesco. L'injection hypodermique d'une solution à 1 ou 2 p. 100 du lipoïde testiculaire qu'il a préparé stimule fortement les testicules. Si on prolonge l'expérience pendant quelque temps on voit les testicules doubler de volume. Ce lipoïde excite aussi le rein et un peu la thyroïde, mais beaucoup moins que ne le fait le liquide ovarien chez les femelles. Donc, le lipoïde testiculaire agit en excitant électivement le centre génito-spinal du testicule. Les animaux traités présentent les phénomènes du rut très accentués. Ce lipoïde provoque aussi une accélération et une augmentation importante de la croissance chez les sujets jeunes et une augmentation considérable du poids chez les adultes. Enfin, les résultats cliniques obtenus avec ce lipoïde chez l'homme, à la dose journalière de 2 centigrammes en injection hypodermique, confirment pleinement ce que donne l'expérimentation physiologique.

Autres communications :

Vaccination anticlaveleuse par le claveleau chauffé. — M. Ducloux.

Contribution à l'étude de la vaccinothérapie antigonococcique. — M. Remlinger.

Rôle des sels dans la rétraction du caillot. — M. Aynaud.

L'azote titrable au formol dans le sérum sanguin et ses variations. — MM. Labbé et Bith.

Election. — M. Pinoy est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1913)

La séance s'ouvre par une conférence de M. le professeur O. Vogt (de Berlin) consacrée à l'**architecture du cerveau**, dans laquelle il s'efforce de préciser ce que nous savons actuellement sur les localisations cérébrales, d'après les récentes recherches anatomiques et physiologiques. L'autorité que donnent, en pareille matière, au professeur Vogt ses propres travaux donne une grande importance à cette conférence qu'il faut lire dans le compte rendu in extenso.

Sur les localisations cérébelleuses. — MM. Thomas et Durupt projettent les photographies de trois cerveaux de chiens et deux de singes, chez qui ils ont, par des destructions limitées de l'écorce des lobes latéraux du cervelet, déterminé des troubles consistant en dysmétrie, attitudes permanentes non corrigées, modifications du tonus localisées en un membre et variant suivant le siège et l'étendue de la lésion.

Cavités médullaires expérimentales. — MM. Roussy et J. Cavons ont, par des injections irritantes dans le rachis, chez le chien, déterminé des cavités médullaires analogues à celles de la syringomyélie. Il s'agit essentiellement de myélomalaire avec une méningite fibreuse, au-dessus et au-dessous de l'injection. Cette méningite forme un véritable anneau scléreux réunissant les trois méninges et paraît être la lésion essentielle, qui représenterait la véritable cause déterminante des cavités médullaires.

Syndrome cérébelleux unilatéral. — M. Long. Le malade eut une brusque perte d'équilibre avec inclinaison et rotation du tronc à droite. L'examen montra : tremblement intentionnel prédominant à droite, asynergie du membre supérieur droit, asynergie légère, avec marche déviée à droite, dès qu'il ferme les yeux. Mort au bout de sept ans. A l'autopsie, on trouva deux foyers de ramollissement dans le névraxe, à droite, l'un bulbaire, coupant le corps rectiforme droit et atteignant l'olive, est la lésion principale, l'autre superficiel, n'atteignant que le lobe digastrique du cervelet, paraît d'importance secondaire.

Infection de l'hypophyse par les sinus sphénoïdaux. — M. Léri montre une pièce sur laquelle la selle turcique communique par une large perforation avec le sinus sphénoïdal.

Celui-ci est plein de séro-pus qui a envahi la selle turcique. L'hypophyse a remarquablement résisté à l'infection. Quant à la communication de la selle turcique avec le sinus sphénoïdal, elle serait due à une anomalie congénitale.

Rôle localisateur du ligament annulaire du carpe dans une atrophie isolée de l'éminence thénar par névrite. — MM. Marie et Foix. Le nerf atteint de névrite, ayant déterminé une atrophie thénarienne avec intégrité de l'adducteur du pouce, est étranglé au niveau du ligament antérieur du carpe et présente au-dessus un renflement scléreux. En pareil cas, la section du ligament aurait été indiquée.

Gomme cortico-méningée avec énorme œdème cérébral. — MM. Marie et Foix. L'œdème distend l'hémisphère où siège la gomme, et détermine la compression du côté sain ; cette lésion explique le coma progressif qui a terminé la maladie. Histologiquement, il s'agit d'œdème et non d'infiltration cellulaire.

VARIÉTÉS

LA TACHE BLEUE MONGOLIQUE AU BRÉSIL ET EN ESPAGNE

M. Clemente Ferreira, qui dirige un dispensaire de nourrissons au département sanitaire de São Paulo (Brésil), a récemment entretenu la « Société de pédiatrie » des recherches entreprises par lui dans son service au sujet de la tache mongolique. Ces recherches ont porté sur les métis, euro-africains et euro-indigènes, et sur les nourrissons de races européennes pures. La tache bleue mongolique a été rencontrée 29 fois sur 51, au cours d'une année, chez les métis, soit une proportion de 57 p. 100. Quoique considérable cette proportion est encore inférieure à celle qu'on trouve chez les Asiatiques d'après les auteurs, soit 90 et 98 p. 100. Chez les petits nègres M. Ferreira l'a observée 1 fois sur 10, mais chez les nourrissons de race blanche il ne l'a constatée que 1 fois sur 578. Cette dernière proportion est inférieure à celle qui est généralement donnée par les auteurs, 1 pour 330 aux Etats-Unis d'après M. Herman.

Quant aux caractères de la tache mongolique dans l'Etat de São Paulo, ils sont les mêmes que partout ailleurs.

A propos du travail du docteur Clemente Ferreira, M. Apert a rappelé que le docteur Fontoynont, observant à Madagascar où existent la race blanche, la race nègre et une race jaune d'origine malaise, les Hovas, dit qu'on ne trouve jamais la tache chez les nègres non métissés de Hovas, ce qui concorde avec les observations faites dans nos autres colonies africaines ; il est donc remarquable que Barnemann, aux Etats-Unis, et M. Clemente Ferreira, au Brésil, rencontrent la tache mongolique dans 10 p. 100 des cas chez les nègres d'Amérique. Pour M. Apert cela ne peut s'expliquer qu'en admettant que les nègres d'Amérique ne sont pas des descendants purs de ceux d'Afrique mais qu'il existe chez certains d'entre eux des traces de sang indigène américain.

D'autre part, le docteur García del Diestro a publié, dans le numéro d'avril de *La Medicina de los Niños*, cinq observations de tache bleue, dite mongolique, relevées en Espagne. Il conclut de son travail que la tache bleue existe en Espagne avec les mêmes caractères que ceux décrits à l'étranger. On l'y rencontre de façon relativement fréquente, et sa recherche systématique la révélerait sans doute plus fréquemment encore. Les cas observés jusqu'ici appartiennent à des régions diverses de la péninsule.

L'existence de cette anomalie ne saurait, d'après l'auteur, être attribuée aux relations entretenues par l'Espagne avec ses anciennes colonies, et là comme dans tous les pays de race non mongolique elle constitue une véritable anomalie régressive.

Parmi les cinq observations rapportées par l'auteur, à part un cas d'hérédo-syphilis, il n'a pas été possible de découvrir d'antécédents dignes d'être mentionnés. En aucun cas, la tache bleue n'a coexisté avec d'autres caractères mongoliques.

Notons enfin que certains auteurs, d'accord en cela avec le docteur García del Diestro, estiment que la tache bleue est loin d'être aussi rare dans la race blanche et notamment en France, qu'on ne le pense généralement. C'est ainsi qu'à la crèche des enfants-assistés, M. Châtelin, interne des hôpitaux, a pu relever 25 cas de tache bleue sacrée mongolique en huit mois.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Dans la séance du 20 novembre 1913, à la Chambre des députés, M. Joseph Reinach a prononcé un bon et beau discours à propos de la limitation et de la réglementation des débits de boissons.

M. Reinach a montré, ce que nous savons, hélas ! que la France est le pays le plus alcoolisé du monde et il a cité des chiffres qui sont toujours bons à rappeler.

La consommation annuelle de l'alcool par tête d'habitant s'élève chez nous à près de 4 litres d'alcool pur, contre 1 litre en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis, 2 litres en Norvège, en Suisse, en Russie. Notre pays comptait 90 000 bouilleries en 1869 ; 1 million maintenant, soit un débit par 82 habitants chez nous ; alors que l'on compte un débit par 143 en Suisse, 1 par 170 en Italie, 1 par 200 en Hollande, 1 par 246 en Allemagne, 1 par 380 aux Etats-Unis, 1 par 410 en Belgique, 1 par 430 en Angleterre, 1 par 9 000 en Norvège et au Canada.

L'examen des statistiques de la criminalité au ministère de l'Intérieur, de la folie, des suicides et de la tuberculose au ministère de la Guerre montrent les résultats de cet accroissement.

Le remède, non le seul, mais le plus certain c'est la limitation et la réglementation des débits. La preuve, nous la trouvons à l'étranger : après la loi du 23 juillet 1879 en Allemagne, la consommation tombe de 4 litres 80 à 2 litres 50 maintenant ; mesures en Angleterre, lois en Hollande, en Suisse, aux Etats-Unis, partout, comme deux plateaux d'une balance réglée par un fléau exact, l'alcoolisme diminue où apparaît la loi qui limite les débits.

Puis M. Joseph Reinach s'est livré à une analyse très serrée de l'article 46 de la loi de finances de 1913. La loi de 1880 a permis aux maires d'interdire l'ouverture de cabarets autour des écoles, des hôpitaux, des églises de leur commune ; et soit dit en passant, ajoute-t-il, la loi aurait dû y ajouter les casernes. L'article 46 a étendu ce pouvoir aux préfets pour les espaces départementaux. Il faut l'avis conforme des conseils généraux. Vingt-cinq se sont déjà prononcés sur ces zones sanitaires à large rayon : 3 contre, 22 pour.

Parmi les premiers, le Nord — et c'est le département de France où il y a le plus de débits — 51 814 contre 34 257 dans la Seine ; et c'est aussi un de ceux où l'alcoolisme fait le plus de ravages.

Mais l'article 46 présente des inconvénients : il n'est pas juste, car tel département complaisant pourra laisser se multiplier les débits et son voisin les interdire ; il atteint tous les débits, même ceux des boissons hygiéniques ; il est muet sur les droits acquis. Sur tous ces points, les propositions en discussion lui sont supérieures.

Voilà pourquoi il faut les voter, dit M. Reinach, c'est une question vitale pour notre pays.

La Chambre poursuivra demain la discussion de cette question vitale pour notre pays.

L. GAYARD.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

L'ADONIS VERNALIS DANS L'ASYSTOLIE ET DANS LES NÉPHRITES

D'après le docteur Henneton (1), auquel on doit une étude fort documentée sur l'adonis vernalis, ce médicament est un cardiotonique de premier ordre.

C'est aussi un diurétique dont l'action s'exerce probablement sur le rein.

L'adonis vernalis peut être employée dans toutes les maladies du cœur, tout spécialement dans l'asystolie quand la digitale n'est pas supportée ou bien quand elle n'a plus d'action, dans les myocardites principalement.

Comme l'adonis vernalis n'est pas toxique, qu'elle ne s'accumule pas, il est probable qu'elle rendrait des services dans toutes les maladies infectieuses où il s'agit de soutenir le cœur et de donner une forte diurèse et dans lesquelles on donne habituellement la digitale ou la caféine.

L'action diurétique de l'adonis vernalis s'exerce surtout dans les néphrites et à cause de cela nous ne craignons point de l'employer malgré l'hypertension artérielle.

La forme, sous laquelle il vaut mieux employer l'adonis vernalis, est l'infusion de 4 grammes de feuilles dans 200 grammes d'eau.

LIVRES NOUVEAUX

L'Actinomycose cérébrale (2), par Marcel ARNAUDON.

Ayant observé, dans le service de M. le professeur Letulle, un cas d'actinomycose cérébrale secondaire à une localisation pleuro-pulmonaire, M. Arnaudon a étudié, dans sa thèse, les abcès mycosiques du cerveau.

L'actinomycose cérébrale est très rare; 27 cas seulement ont été publiés. Dans neuf de ces cas, il s'agit d'une atteinte des centres nerveux par contiguïté de tissu; la localisation primitive de l'actinomycose était cervico-faciale et le parasite a gagné la cavité cranienne par les trous de la base du crâne. Parmi les autres observations, on trouve quelques cas d'actinomycose cérébrale primitive (sept observations). Tous les autres cas (douze) sont des abcès métastatiques, consécutifs le plus souvent à une localisation du parasite au niveau du poumon et de la plèvre : le discomyces pénètre dans les veines pulmonaires, dans le cœur gauche et va faire une embolie au niveau du cerveau.

Cliniquement, l'actinomycose cérébrale se manifeste par des symptômes variant, d'une part, avec la forme que revêt l'affection (forme de tumeur cérébrale, d'abcès circonscrit ou forme diffuse), d'autre part avec la localisation.

Lorsqu'il s'agit d'un cas d'actinomycose cérébrale primitive, le diagnostic est extrêmement difficile, presque impossible, on pense à une tumeur cérébrale, à la syphilis, à la méningite tuberculeuse; uu seul signe permettrait le diagnostic : c'est l'examen et la culture sur gélose profonde du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire, mais encore faut-il, pour que le résultat soit positif, que l'abcès actinomycosique ait fait irruption dans le liquide céphalo-rachidien.

Les abcès secondaires sont plus faciles à reconnaître, puisqu'ils succèdent à une lésion initiale, dont la nature aura pu être antérieurement déterminée.

Il existe, en quelque sorte, un traitement prophylactique de l'actinomycose cérébrale secondaire; c'est de faire le traitement médical intensif de la localisation primitive par l'iodure de potassium. M. Arnaudon conseille aussi de s'abstenir, autant que possible d'une intervention sanglante en cas d'actinomycose pleuro-pulmonaire, car une thoracotomie risque de provoquer une embolie mycélienne ; dans les cas où l'état du malade réclame, malgré tout, l'évacuation du foyer purulent, il est indiqué d'éviter avec soin la détersion de l'abcès qui ouvre la voie aux métastases.

Lorsque sont apparus les signes d'actinomycose cérébrale, on peut fonder quelque espoir sur le traitement chirurgical, surtout dans les cas où il existe des symptômes de localisation.

M. BRELET.

Le Développement physique de l'enfant. Etude sommaire des principaux éléments d'appréciation de la naissance normale du corps de l'enfant (1), par Lucien MAYET.

L'auteur a réuni les notions d'anthropologie relatives à l'étude de la croissance normale moyenne du corps de l'enfant. L'accroissement du poids, l'accroissement de la taille, l'accroissement de la circonférence thoracique, le rapport de la hauteur au poids du corps, la dentition, les premiers pas, les proportions du corps de l'enfant sont les principales questions étudiées dans cet intéressant travail.

B. GAYARD.

Les Grains. Jeux floraux (2), par le docteur P. AUBERT.

Dans ce volume de vers notre confrère, en médecine s'entend, consacre aux « Grains » toute une série de triolets, une de nos plus anciennes formes de poèmes; puis il consacre d'autres poésies aux jeux floraux de Toulouse, de Lyon, de Provence.

Parmi les triolets sur les grains nous citerons la pièce suivante que le docteur Aubert dédie à ses petits enfants :

Les petits enfants sont les grains,
Les petites filles les graines,
Source de nos espoirs sereins,
Les petits enfants sont les grains.
Et les garçons iront leur train,
Et les filles seront nos reines.
Les petits enfants sont les grains,
Les petites filles les graines.

Nous ne pouvons que souhaiter bon succès aux vers de notre confrère.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveau formulaire magistral de thérapeutique clinique et de pharmacologie, par le docteur O. MARTIN. Préface du professeur GRASSET. Sixième édition entièrement refondue. In-18 de 1000 pages sur papier mince. Reliure souple. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Eléments de radiologie. Diagnostic et thérapeutique par les rayons X, par le docteur E. ALBERT-WEIL, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Trousseau. Grand in-8 de 492 pages avec 261 gravures dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Traitement des maladies du cœur et de l'aorte en clientèle, par Ch. FIESSINGER. Bibliothèque : Comment guérir ? In-18 de 320 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

L'Injection intratrachéale vraie à haute dose et la trachéo-fistulisation (*Consultations médicales françaises*, fasc. 55), par le docteur Georges ROSENTHAL, docteur ès sciences, ancien chef de clinique à la Faculté, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. In-16 de 28 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

(1) Thèse de Lille, 1909. — Cette thèse est antérieure aux travaux publiés sur le diurène (suc total d'adonis vernalis).
(2) Un vol. in-8. — Paris, G. Steinheil.

(1) Paris, Poinat.
(2) Un vol. de 92 pages. — Prix : 3 francs. — Lyon, Paul Phily.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 9, sept. 1913.) E.-J. MOURE et RICHARD : De la laryngo-trachéostomie dans les sténoses chroniques laryngo-trachéales des adolescents et des adultes. — O. BECK : Sur les symptômes de la fistule dans les affections non suppurées de l'appareil auditif. — SARGNON : Contribution à l'étude de la laryngostomie. — LOMBARD, BLOCH et MOULONGUET : Surdité bilatérale au cours d'une syphilis secondaire traitée par le salvarsan.

Annales des maladies vénériennes. — (N° 10, oct. 1913.) NEISSER : Le traitement actuel de la syphilis. — GAUCHER et WEISSENBACH : Syphilis cérébro-spinale diffuse.

Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques. — (N° 366, 25 sept. 1913.) J. HIRTZ : Contribution à l'étude et au traitement des névrites. La galvanothérapie intensive à faible intensité de courant. — FRANKENHAUSER : Sur l'état actuel de l'ionophorèse (thérapeutique électrolytique). — E. HUET et G. BOURGUIGNON : La contraction galvano-tonique durable et non durable dans la maladie de Thomsen. La myopathie et la dégénérescence. — (N° 367, 10 oct.) Charles Lester LÉONARD : La radiographie de l'estomac et des intestins. — K.-F. WENCKEBACH : L'examen radiographique du thorax. — (N° 368, 25 oct.) BÉCLÈRE : La röntgenthérapie des fibromes utérins. — HARET : Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la radiothérapie. — L. RÉNON, DEGRAIS et L. DREYFUS : Radiumthérapie de la leucémie myéloïde. — NOGIER : La détermination du temps de pose en radiographie et les indicateurs du temps de pose. — VON SEUFFERT : Sur la radiothérapie en gynécologie. — (N° 369, 10 nov.) J. BERGONIÉ : L'exercice électriquement provoqué ou ergothérapie passive dans les maladies par ralentissement de la nutrition (obésité, rhumatisme, diabète, etc.). — L. DELHERM : La contraction galvano-tonique dans la réaction de dégénérescence avec hypo-excitabilité galvanique. — MORIN : Petit rhéostat liquide. — A. GUNSETT : La question du radium dans le traitement du cancer.

Archives de médecine des enfants. — (N° 10, oct. 1913.) R. JEMMA : L'anémie par Leishmania. — Arthur MAMBOT : A propos de la maladie de Hirschsprung. — COMBY : Leucémie lymphatique aiguë infantile. — (N° 11, nov.) NOBÉCOURT : La signification clinique de l'azotémie chez les enfants. — D'ŒLSNITZ et PASCHETTA : Etude radiologique de l'adénopathie trachéobronchique chez les enfants. — J. MICHIELS : La réaction sérique intracutanée. — HAUSHALTER et JACQUOT : Méningite subaiguë à bacilles de Peiffer à la suite d'une paralysie spinale infantile. — Yvonne POUZIN : Empyème à pneumocoques chez un enfant âgé de sept semaines. — J. COMBY : La calcinose chez les enfants.

Archives internationales de neurologie. — (Oct. 1913). CONDOMINE et DEVAUX : Syndrome paralytique chez un alcoolique; délits à caractère démentiel. — A. MARIE : Sur les aliénations mentales d'origine syphilitique et parasyphilitique (*suite*).

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 35, 28 août 1913.) ROTIEZ : Opération radicale d'un carcinome primitif du poumon. — KASSOWITZ : Contribution à la question du rachitisme. — JASTROWITZ : Typhoïde et rougeole. — P. FREUND : Augmentation de la sécrétion de l'acide glycuronique dans la tétanie du nourrisson. — MOLNAR : Modification particulière de la sonorité du poumon à la percussion, son utilisation diagnostique. — MARTINI : Emploi du sérum humain pour la culture du bacille diphtérique. — G. MAIER : L'élarson dans l'épilepsie essentielle. — A. MAYER : Sur la chimiothérapie de la tuberculose pulmonaire. — ZWEIFEL : Tentative abortive criminelle dans une grossesse inexistante. — STOFFEL : Sur la transplantation tendineuse. — HAUSMANN : Empêchement de la réaction de l'urobiline par le formol. — (N° 36, 4 sept.) KROMAYER : Plastique médicale de la peau. — KASSOWITZ : Contributions à l'étude du rachitisme. — PINKUSS : Traitement du cancer par le mésothorium. — Hermann FREUND : Opération partielle des myomes. — MATKO : Etat du contenu duodénal dans l'ictère catarrhal et dans les autres processus duodénaux. — HERXHEIMER : Sur les métamorphoses des efflorescences primitives de la peau. — RUETE : Sur la valeur du cyanure d'or et de potassium dans le traitement du lupus vulgaire et érythémateux. — LIEPMANN : Augmentation de la mortalité infantile au printemps. — BOSSE : Avantages du pituglandol en obstétrique pratique. — G. ZICKEL : Variété rare de bassin à césarienne. — O. FRESE. Sur le noviforme. — SALOMONSKI : Expérience avec l'embarine. — GRALLEY : Sur la nature de l'irritation physiologique.

Gazette des praticiens. — (N° 458, 1er nov. 1913.) LEMOINE et BOISSART : Du pneumothorax artificiel (*suite*).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 39, 28 sept. 1913.) SABRAZÈS, DUPÉRIÉ et HUSNOT : Méningite cérébro-spinale méningococcique de longue durée, procédant par poussées, suivie de guérison. Recherches cyto-bactériologiques, chimiques et expérimentales. — PETIT DE LA VILLÉON : Ecchymose linéaire transversale au pli du coude, de Kirmisson, signe de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus (2 fig.). — (N° 40, 5 oct.) SABRAZÈS, DUPÉRIÉ et HUSNOT : Méningite cérébro-spinale, etc. (*fin*). — Paul LEMAIRE : Emploi thérapeutique du perborate de soude. — GINESTOUS : L'amplitude de la convergence dans la presbytie. — (N° 41, 12 oct.) DENUCÉ : Procédés sanglants de cure radicale applicables aux ankyloses de chaque articulation en particulier. — SABRAZÈS et Aug. BOUDEAUD : Notes sur quelques cas de piroplasmose canine observés dans le sud-ouest de la France. — (N° 42, 19 oct.) DENUCÉ : Procédés sanglants de cure radicale applicables aux ankyloses de chaque articulation en particulier (*suite*). — (N° 43, 26 oct.) DENUCÉ : Procédés sanglants de cure radicale applicables aux ankyloses de chaque articulation en particulier (*suite*). — Paul LEMAIRE : Sur la technique et les formules des injections modificatrices à base de naphtol camphré. — (N° 44, 2 nov.) DENUCÉ : Procédés sanglants de cure radicale applicables aux ankyloses de chaque articulation en particulier (*suite*). — BONNEFON et LACOSTE : Contribution à l'étude de la transplantation expérimentale de la cornée. — (N° 45, 9 nov.) DENUCÉ : Procédés sanglants de cure radicale applicables aux ankyloses de chaque articulation en particulier (*suite*).

Revue de psychothérapie. — (N° 1, juil. 1913.) BONJOUR : Les guérisons miraculeuses. — WITRY : Les recherches physiologiques devant l'Eglise. — BÉRILLON : Les sentiments de contraste dans l'état normal et dans l'état pathologique. — CRICHETON-MILLER : Les limites de la psychothérapie légitime. — BÉRILLON : Anesthésie généralisée chez une cocaïnomane. Application de la métallothérapie.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 36, 4 sept. 1913.) G. SCHINDLER : Traitement des tumeurs malignes par le radium et le mésothorium. — B. PARJESZ : Teneur en sucre du sang à l'état normal et pathologique. — R. VOLK : Sur le sarcoïde de Darier et Roussy. — Ch. GOODMAN : Anastomose artério-veineuse au début d'une gangrène. — Fr. FISCHL : Sur les accidents dus à l'électricité. — (N° 37, 11 sept.) RIEHL : Le radium et son emploi thérapeutique en dermatologie. — FISCHL : Sur la résistance des spirochètes au traitement antisyphilitique. — HYNEK : Sur l'action des styptiques. — FRÜHWALD : Kyste muqueux de la cloison nasale. — SCHINDLER : Traitement des tumeurs malignes par le radium et le mésothorium. — (N° 38, 18 sept.) LEITNER : Sur la question du diagnostic précoce du carcinome de l'estomac. — GEBER, BENEDEK et TATAR : Présence de spirochètes dans la démence paralytique progressive. — DEUTSCH : Expériences sur la réaction d'Abderhalden. — BASSENGE : Appareil filtrant pour l'emploi du radium. — RIEHL et SCHRAMEK : Le radium et son emploi thérapeutique en dermatologie.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

INTOXICATION OXYCARBONÉE

L'intoxication oxycarbonée peut s'observer dans de nombreuses circonstances, dont les plus fréquentes sont l'intoxication par les poêles, les réchauds, le gaz d'éclairage, etc. L'intoxication peut avoir lieu même en plein air, si la proportion d'oxyde de carbone est très élevée, le plus souvent cependant c'est en espaces clos qu'elle se produit.

PATHOGÉNIE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'oxyde de carbone est avant tout un *poison du globule rouge*. Le gaz oxyde de carbone (CO) se fixe sur l'hémoglobine des hématies et réalise ainsi une combinaison stable. Gréhant et Mosso ont montré que la présence de ce gaz dans l'atmosphère exposait les individus à des dangers lorsque la teneur atteignait 0,35 à 0,40 p. 100; cependant l'affinité de CO pour le sang n'est pas aussi grande qu'on l'a dit, puisque l'on sait maintenant qu'il disparaît assez vite du sang quand les sujets sont retirés de l'atmosphère viciée. Haldane a montré que, sous une pression de 2 atmosphères, des rats peuvent vivre plusieurs heures dans une atmosphère composée à parties égales de CO et d'O, ce qui indique que l'oxyde de carbone agit à la façon d'un gaz inerte diminuant la quantité d'O mis à la disposition des tissus; les accidents observés dans l'intoxication oxycarbonée seraient donc le résultat d'une véritable anoxhémie.

A côté de ce fait fondamental, l'oxyde de carbone détermine à des échéances diverses des lésions qui portent sur divers parenchymes, spécialement sur le *système nerveux central* et sur le système nerveux périphérique. On constate en effet la présence de collections sanguines au niveau des méninges, des foyers hémorragiques ou des ramollissements dans la substance grise du cerveau, dans les noyaux centraux, un pointillé hémorragique dans la substance grise de la moelle; on trouve également dans les gaines périvasculaires des hémorragies, des foyers d'infiltration diapéditique, de la neuronophagie; cependant l'accord n'est pas entier au sujet des altérations dégénératives des fibres nerveuses; admises par certains auteurs (Dominicis, Meyer et Overton) qui assimilent les désordres de l'intoxication oxycarbonée à ceux déterminés par les toxiques en général, alcool, plomb, etc., ces altérations sont niées par d'autres auteurs (Claude, Lhermitte), qui n'ont constaté que des lésions d'hémorragie, d'œdème des centres nerveux, ou des lésions nerveuses périphériques dues à l'ischémie, à des hémorragies interstitielles, etc. Pour Lesieur et Rebattu l'intoxication oxycarbonée est un empoisonnement du sang par les produits secondaires de l'apshyxie; pour Dominicis, l'oxyde de carbone se fixe directement et d'une manière élective sur le système nerveux grâce à sa solubilité dans les lipoïdes si abondants dans la substance nerveuse. Pour Balthazard, l'oxyde de carbone détermine la mort suivant deux processus, l'asphyxie et l'intoxication, l'asphyxie étant le facteur primordial, sinon unique, de l'intoxication aiguë massive.

Lorsqu'on examine le cadavre d'un individu mort par l'intoxication oxycarbonée, on observe le plus souvent une coloration caractéristique de la peau et des muqueuses; les lèvres sont rouges, les joues conservent leur teinte rosée, le cadavre reste longtemps sans présenter de signes de putréfaction; la coloration spéciale des muscles et des viscères, les *lésions des poumons* (*œdème carminé de Laccassagne*) permettent également de poser un diagnostic précis. Le diagnostic toxicologique se fera en recueillant le sang du cœur et des vaisseaux pour y rechercher la présence de l'oxyde de carbone et pour y calculer le *coefficient d'empoisonnement;* on pratiquera aussi l'examen spectroscopique du sang et l'on recherchera le sucre dans les urines. Le *coefficient d'empoisonnement* est le rapport de la quantité d'hémoglobine rendue inutilisable par sa combinaison à l'oxyde de carbone, à la quantité d'hémoglobine totale pour un volume de sang déterminé; dans les cas moyens ce coefficient est entre 0,60 et 0,70; il s'élève dans les cas d'intoxication massive et s'abaisse dans les intoxications prolongées. L'*examen spectroscopique du sang* ne montre aucune modification du spectre de l'oxyhémoglobine, après addition de sulfhydrate d'ammoniaque; il faut se souvenir qu'il peut exister dans cette recherche des causes d'erreur.

SYMPTOMATOLOGIE. — On peut diviser les formes cliniques de l'intoxication par l'oxyde de CO en formes massives (suraiguës et aiguës), et en formes chroniques (frustes et larvées).

La *forme aiguë massive* est rarement rencontrée; elle s'observe chez des ouvriers gaziers qui ont à un moment donné inhalé du gaz d'éclairage à pleins poumons; il se produirait des convulsions et la mort brusque par inhibition.

La forme la plus souvent observée est l'*intoxication aiguë graduelle* telle qu'elle se produit dans l'intoxication par un poêle mobile. Au début, le sujet ressent un malaise vague, puis des maux de tête (sensation de constriction au niveau des tempes); il a des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des troubles de la vue; on note des frissons, des hallucinations et une envie de dormir irrésistible. Dans une seconde phase il y impossibilité d'exécuter un mouvement; l'impotence est surtout marquée au niveau des membres inférieurs; l'intelligence, la notion du danger sont cependant encore conservées, il existe des vomissements, exceptionnellement du relâchement des sphincters. Puis survient de l'oppression avec tachycardie, respiration stertoreuse; la cyanose apparaît; le malade tombe dans le coma. Le *coma* constitue la troisième phase : il peut durer jusqu'à deux et trois jours sans que, fatalement, la mort s'ensuive; il existe alors à ce moment très souvent une *glycosurie abondante*; le facies est rosé, vermillon; M. Chauffard a signalé au cours de ce coma des signes de *réaction méningée* et tout un *syndrome encéphalo-médullaire* (signe de Kernig, exagération des réflexes, signe de Babinski). Le liquide céphalo-rachidien examiné dès le début des accidents (Legry et Duvoir, Chauffard et Troisier) peut montrer une proportion élevée de leucocytes polynucléaires et de sang; néanmoins, assez souvent, alors même qu'il existe des signes de réaction méningée provoquée par de petites suffusions hémorragiques sous-corticales ou intracorticales, le liquide céphalorachidien ne présente aucune modification cytologique. L'examen du sang montre au spectroscope les raies de l'hémoglobine oxycarbonée; il importe cependant de savoir que cette recherche peut être négative. M. Chauffard a signalé la présence de 50 centigrammes d'urée dans le sang et 2 grammes de cholestérine.

Le coma peut se terminer par la mort; lorsque le coma n'est pas mortel on peut observer pendant la convalescence de nombreuses complications, *complications pulmonaires* (pneumonie et broncho-pneumonie), *complications psychiques* (céphalée persistante, troubles de l'intelligence, perte de la mémoire, pseudo-paralysie générale), *complications nerveuses*, enfin, soit d'origine centrale (hémiplégie, monoplégie), soit périphériques (paralysies, polynévrites). Les polynévrites par intoxication oxycarbonée ont été rapprochées par la majorité des auteurs des polynévrites par l'intoxication alcoolique, saturnine, ou diphtérique; MM. Claude et Lhermitte les considèrent, au contraire comme des troubles nerveux diffus, imprécis, caractérisés par des paralysies localisées à certains groupes musculaires accompagnés de troubles sensitifs, vaso-moteurs, trophiques (anesthésie, névralgies, cyanose, zona), rarement d'abolition des réflexes, de modifications électriques très accusées et ne relevant pas des altérations qui caractérisent habituellement les polynévrites toxiques. Il faut d'ailleurs admettre la coexistence de lésions toxiques, alcoo-

liques, saturnines, etc., aggravées ou rappelées par une intoxication oxycarbonée.

L'*intoxication oxycarbonée chronique* s'observe chez les cuisiniers, les blanchisseurs, les ouvriers des hauts fourneaux, etc., qui s'exposent chaque jour à une intoxication lente. Les troubles qui caractérisent cette intoxication consistent, ainsi que l'a montré récemment Roques de Fursac, en céphalées, vertiges et troubles sensoriels, anémie et amaigrissement, asthénie physique et psychique, insomnie nocturne et somnolence diurne, troubles gastriques et névralgies ; on peut encore voir apparaître des troubles trophiques, des troubles de la sensibilité, quelques troubles moteurs localisés, de l'amnésie ; cette intoxication chronique peut aggraver un état pathologique antérieur ; elle peut être facteur de tuberculose pulmonaire.

Hirtz a décrit une *intoxication larvée*, Courmont et Mouriquand une *intoxication fruste*, réalisée chez les individus vivant dans une atmosphère renfermant de 1/10 000 à 1/1000 de CO ; cette forme spéciale se traduit cliniquement par des symptômes analogues à l'intoxication chronique (céphalée, vertiges, somnolence et insomnie, névralgies, albuminurie et glycosurie intermittente, etc.), mais ils sont encore plus discrets, plus atténués.

DIAGNOSTIC. — Le *diagnostic positif* repose sur les commémoratifs, sur la constatation du faciès coloré caractéristique, sur l'examen du sang (image spectroscopique bien spéciale, recherche et dosage de l'oxyde de carbone, détermination du coefficient d'empoisonnement), sur l'examen des urines (glycosurie), etc.

Le *diagnostic différentiel* est particulièrement difficile dans les cas d'intoxication chronique ou d'intoxication fruste ; souvent l'intoxication oxycarbonée est alors totalement méconnue d'autant plus que des manifestations pathologiques diverses (alcoolisme, syphilis, sénilité) peuvent venir compliquer le diagnostic; seuls, les commémoratifs, les résultats de l'examen chimique et spectroscopique du sang permettront alors un diagnostic. Les paralysies, lorsqu'elles réalisent le tableau des polynévrites toxiques, feront discuter le diagnostic de polynévrite alcoolique, diabétique, saturnine, diphtérique, etc. Parfois c'est à l'occasion d'une hémiplégie, d'une monoplégie, que le diagnostic se discutera avec une paralysie par hémorragie cérébrale due à la syphilis, à l'artériosclérose, etc.

Le coma est en général d'un diagnostic aisé en raison des commémoratifs ; dans certains cas, à cause des symptômes d'irritation méningée on pourra discuter l'hypothèse de méningite tuberculeuse, cérébro-spinale, d'hémorragie méningée ; la ponction lombaire, l'examen du sang trancheront le diagnostic ; nous n'insisterons pas sur le diagnostic des autres comas (ivresse, intoxication par l'opium, la belladone, coma de l'hémorragie cérébrale, coma urémique, diabète, etc.). Retenons seulement à cause des convulsions observées, parfois dans l'intoxication oxycarbonée, le diagnostic avec le coma postépileptique.

En cas de mort on aura souvent à poser un diagnostic médico-légal ; ce diagnostic est basé sur les caractères macroscopiques des viscères du cadavre, sur l'examen chimique et spectroscopique du sang, sur le coefficient d'empoisonnement (Balthazard).

TRAITEMENT. — a. *Prophylactique* — Trop long pour être exposé en détail ici, ce traitement comprend les règles d'hygiène qui régissent l'installation des conduites de gaz d'éclairage, de chauffage par les poêles, etc.

b. *Curatif.* — En cas d'intoxication aiguë on conseille l'exposition au grand air, une saignée générale de 500 centimètres cubes, les injections de sérum artificiel, les inhalations, ou, de préférence, les injections sous-cutanées d'oxygène ; on fera aussi des injections de spartéine, d'huile camphrée. On combattra ensuite par l'hygiène, les soins appropriés, les complications qui peuvent survenir.

BIBLIOGRAPHIE. — COURMONT et MOURIQUAND. L'intoxication oxycarbonée fruste, *Le Monde médical*, juillet 1911. — ROQUES DE FURSAC. L'intoxication oxycarbonée chronique, *Congrès de médecine légale*, Paris, mai 1913. — BALTHAZARD. L'intoxication oxycarbonée aiguë, *Congrès de médecine légale*, Paris, mai 1913. — CHAUFFARD. Un cas d'intoxication oxycarbonée *Bulletin méd.*, fév. 1913. — CLAUDE. Existe-t-il une polynévrite par intoxication oxycarbonée ? *Progrès méd.*, mai 1913.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 136. — SAMEDI 29 NOVEMBRE 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 29 NOVEMBRE 1913. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE. — *Pathologie.* — Séance du 27 novembre 1913. — MM. Richard, 9; Duneau, 8; Gand, 5; Colombet, 9; Langle, 10; Boulanger, 8; Oulié, 12; Chalut, 5.

Anatomie. — Séance du 26 novembre. — MM. Fournier (Joseph), 12; Parat, 7; Lignac, 2; Moreau, 5; Zivy, 8; Sibot, 3; Chalet, 7; Chenet, 10.

Séance du 27 novembre. — MM. Cornet, 7; Legras, 12; Renard (Jean), 9; Mozer, 12; Portes, 13; Gallois, 9; Dufraisse, 7; Merklen, 8.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — *Chirurgie et accouchements.* — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1913-1914) aura lieu le jeudi 12 mars 1914, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 5 au 10 janvier 1914 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 10 janvier 1914, à trois heures, dernier délai.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BESANÇON. — Un concours pour la nomination à un emploi de médecin assistant des services de médecine des hôpitaux de Besançon sera ouvert à l'hôpital Saint-Jacques le mardi 16 décembre 1913.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital Saint-Jacques.

Le registre d'inscription sera clos le 10 décembre, à quatre heures du soir.

— MONTPELLIER. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Antonin, Siméon Fontès, Pibre, Warnery, Ricart-Pomarède, Boulet, Milhaud, Aubert, Négret, Gayraud, Durand, Soulas, Raymond, Desfour; externes provisoires : MM. Cristol, Laurens, Colle, Soulagne, Lafon, Soulier, Brun,

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1913-1914, au laboratoire d'hygiène :

M. le docteur Chassevant, agrégé : chef du laboratoire de chimie.

M. le docteur Thierry : chef du laboratoire de bactériologie.

M. le docteur Descoust est nommé chef des travaux de médecine légale.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. le docteur Lisbonne est nommé, pour l'année scolaire 1913-1914, chef du laboratoire des cliniques (chimie pathologique), en remplacement de M. Mestrezat.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. le docteur Thibaut, professeur de pathologie interne, est nommé, sur sa demande, à partir du 1er novembre 1913, professeur de clinique médicale.

M. le docteur Denéchau, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé, à partir du 1er novembre 1913, professeur de pathologie interne.

M. le docteur Vinsonneau, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé, à partir du 1er novembre 1913, professeur de clinique ophtalmologique.

— CAEN. — Un congé, du 1er novembre 1913 au 31 janvier 1914, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Guillet, professeur de clinique chirurgicale.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le jeudi 8 janvier 1914, à une heure précise, il sera ouvert, à l'asile clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, premier bureau annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du mardi 9 au mardi 23 décembre 1913, inclusivement.

GUERRE. — La médaille d'honneur en or des épidémies est décernée à M. le professeur H. Vincent, chef du laboratoire à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et au médecin-major de deuxième classe Combe, attaché à ce laboratoire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — Les cours suivants auront lieu à la Maternité (service de M. Demelin).

1° *Cours d'accouchement.* — Un cours complet, gratuit et public, est organisé, pendant le stage d'hiver, à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. Demelin, chef de service, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, avec la collaboration de MM. Devraigne, accoucheur des hôpitaux, assistant; Macé, accoucheur des hôpitaux; Funck-Brentano, accoucheur des hôpitaux; Guéniot, professeur agrégé à la Faculté de médecine; Chirié, ancien chef de

clinique; Keim, ancien préparateur des cours d'accouchement à la Faculté; Roullier, ancien préparateur des cours d'accouchement à la Faculté. Ce cours a lieu tous les matins à neuf heures.

2° *Cours de puériculture.* — Dans le même service, M. Devraigne, accoucheur des hôpitaux, assistant, fera un cours de puériculture, gratuit et complet, en douze leçons.

Ce cours aura lieu le samedi matin à neuf heures.

3° *Conférences à l'usage des candidats à l'internat.* — Pendant le mois de décembre 1913, M. Devraigne fera, à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, des conférences gratuites sur les accouchements à l'usage des candidats à l'internat, chaque samedi à dix-sept heures.

4° *Cours de perfectionnement.* — M. Demelin organisera avec le concours de ses collaborateurs, un cours pratique de perfectionnement, avec manœuvres obstétricales, pendant le mois de janvier 1914.

Ce cours, réservé aux docteurs médecins français et étrangers, ainsi qu'aux étudiants déjà pourvus de leur certificat de stage, comprendra quatorze leçons théoriques et pratiques avec manœuvres obstétricales. Le prix en sera de 50 francs.

Une annonce ultérieure précisera la date du début, et le programme des leçons.

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS A L'ACADÉMIE FRANÇAISE

L'Académie française a tenu hier sa séance publique annuelle.

M. Etienne Lamy, secrétaire perpétuel, en présentant le rapport sur les prix littéraires, a consacré à M. le professeur Grasset (de Montpellier), titulaire du grand prix de 10 000 fr., la belle page que nous tenons à reproduire :

« L'Académie décerne pour la première fois le grand prix qui n'appartient ni à l'histoire, ni à l'imagination. On ne s'étonnera point qu'elle ait par ce premier suffrage couronné la philosophie, et pas davantage que ce prix ait été donné à un médecin. La seule chose surprenante serait qu'un médecin ne devînt pas philosophe. Qui voit de plus près notre double nature et les prises de nos sens sur notre vie la plus immatérielle? Ces solidarités mystérieuses font l'étude constante d'un maître qui rajeunit la vieille gloire de Montpellier. Les désordres qui affectent l'esprit par le corps et le corps par l'esprit sont le domaine de M. le professeur Grasset. Son *Introduction physiologique à l'étude de la philosophie*, son traité des *Maladies du système nerveux* montrent quel secours mutuel se portent l'art de penser et l'art de guérir et combien il faut, pour connaître les maladies, connaître l'homme. Etablir que, pour le corps même, la vertu est une hygiène. Prouver que les vices engendrent par l'habitude les tares constitutionnelles et les perpétuent par l'hérédité, suivre les rapides métamorphoses des excès chroniques en débilités définitives, dénoncer le crime commis envers les enfants qui héritent, par les infirmités du corps et de l'âme, des intempérances de leurs pères était donner la plus efficace leçon de morale. En attendant qu'elles préparent l'avenir, ces dégénérescences morbides imposaient à la société des devoirs immédiats. Notre défense contre les délits et les crimes a été conçue comme si leurs auteurs étaient tout à fait conscients ou tout à fait fous. Mais ceux dont la raison hésite sont pervers dans la mesure où elle leur ordonne, malades dans la mesure où elle se tait, et des actes semblables ne méritent pas à tous un sort semblable. Voilà ce que M. Grasset a établi dans ses volumes : *Responsabilité des criminels, Demi-fous* et *Demi-responsables.* Grâce à lui, l'idée qu'entre la raison et la démence il y a des états intermédiaires a pris rang de vérité, et l'adoucissement des peines pour ceux dont la responsabilité n'est pas entière a accru l'exactitude de notre justice.

Mais l'allègement des peines, comme naguère le poids des châtiments, a dépassé équitable mesure. Prétendre que les gestes de rapine, de lubricité ou de meurtre ont été involontaires, devient de style. Un scrupule d'indulgence, et cette sensiblerie partiale que certains temps éprouvent pour les malfaiteurs publics ou privés, ont outré les excuses de la physiologie. Des êtres répugnants ou atroces obtiennent une indulgence qui leur prépare des rechutes sans plus de risques. La société doit-elle donc pâtir de sa bonté? M. Grasset ne se résigne pas à cette conséquence. Sans abandonner son premier principe : « Il y a des êtres moins coupables que dangereux », il l'a complété par celui-ci : « Contre les êtres dangereux, la société doit être protégée, ne fussent-ils pas coupables. » Les dégénérés sont menaçants pour elle, parce qu'ils gardent la liberté de leurs actes, quand ils ont perdu celle de leur conscience. Pour concilier leur droit à la pitié et le droit de tous à la sécurité, il faut que notre répression se complète. Aux déments suffit l'hospice, aux pervers la geôle : à ceux que la perversité et la manie se disputent, il faut un asile où ils soient à la fois détenus et soignés, où la captivité expie les fautes et prévienne les récidives, où la cure prépare des libérations inoffensives. Pour les dégénérés incurables, l'internement sera donc perpétuel? Incurable est un mot provisoire de la médecine et constate des impuissances que demain ne connaîtra plus. Tant que l'homme n'est pas guéri, une captivité d'où il a chance de sortir régénéré est pour lui, si longtemps qu'elle se prolonge, un bienfait. Elle-même, d'ailleurs, ne serait pas curative si elle n'assurait pas aux malades-prisonniers une existence salubre, calme, détendue, avec du travail en rapport avec leurs goûts et leurs aptitudes, avec assez de repos et de variété dans l'emploi du temps, pour que les captifs de ces heures aient un peu l'illusion d'en être les maîtres, avec assez de roses montant le long des grilles pour que les barreaux soient cachés. Mais les dépenses seront lourdes? Ce n'est pas sur sa sûreté qu'il faut faire de l'épargne. Et une société, si vigilante à se défendre contre les épidémies rares et venues du dehors, ne saurait rester désarmée contre les contaminations qu'elle porte en elle-même et qui à tout instant la menacent.

Tels sont les problèmes que M. Grasset a imposés à l'attention. Son amour de la justice lui créait des titres à la nôtre. Plus encore que d'avoir servi, médecin, la technique de son art, et, penseur, la cause des vérités pures, nous lui sommes reconnaissants d'avoir été toujours poussé hors les étroites spécialités d'une profession et le vagabondage intellectuel des théories qui se suffisent à elles-mêmes, par une hâte continue vers les applications immédiates et sociales de ses doctrines. Et il nous paraît avoir été surtout philosophe pour avoir compris que l'importance des vérités se mesure à l'importance de la réforme faite par elles dans les mœurs. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 DÉCEMBRE 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 9 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 10 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique.

2e. — 3e (oral, 2e partie). — 4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie) *Laënnec.*

Jeudi 11 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique,* épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique.

3e (oral, 2e partie).— 4e.

Vendredi 12 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 13 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*



REVUE GÉNÉRALE

LES IDÉES ACTUELLES

SUR

LA NATURE DES RÉFLEXES CUTANÉS DE DÉFENSE

Par M. L. INGELRANS,
Agrégé, chargé du cours des maladies nerveuses
à la Faculté de médecine de Lille.

I

Dans leur *Traité des maladies de la moelle épinière* (1909), Dejerine et Thomas écrivent (page 173) : « Les mouvements réflexes sont de divers ordres : on distingue des réflexes tendineux, des réflexes cutanés, des mouvements de défense. Ces derniers, les réflexes à la douleur, sont d'un mécanisme plus compliqué; l'intervention du cerveau devient de plus en plus manifeste; l'étude de ces réactions montre quelle distance sépare les échelons les plus éloignés de la série animale, et combien il serait imprudent d'introduire sans réserve dans le domaine de la physiologie humaine les données de la physiologie expérimentale. En effet, tandis que chez les animaux inférieurs, la moelle semble de plus en plus se soustraire au commandement des centres supérieurs, et cela à un tel point que la section totale de la moelle chez la grenouille n'abolit pas les mouvements de défense dans les membres postérieurs, au contraire, chez l'homme, la moelle est devenue de plus en plus l'esclave des centres supérieurs, et les mouvements de défense, même ceux qui donnent le plus l'illusion de mouvements réflexes, ont leur point de départ dans l'écorce cérébrale. »

Avant de rechercher si cette manière de voir est encore acceptable depuis les faits nouveaux récemment rapportés, retenons que, à côté des réflexes tendineux et des réflexes cutanés que recherche chaque jour le clinicien, il y a des mouvements de défense. Ceux-ci ont été connus les premiers, bien avant qu'Erb et Westphal, en 1875, aient découvert les réflexes tendineux. En effet, sans remonter jusqu'à Descartes (1649), qui avait entrevu (1) quelque chose d'analogue dans l'occlusion involontaire des yeux lorsqu'on en approche le doigt (LEWANDOWSKY, *Fonctions du système nerveux central*, chap. III), on doit dire, avec Longet, que c'est Prochaska, à Prague, en 1784, qui a donné la première description des mouvements réflexes. « C'est lui, dit Vulpian, qui a le premier nettement distingué les actions réflexes des phénomènes de transmission par la moelle. Avant lui, Whytt avait dit que la moelle ne semble pas être uniquement une prolongation du cerveau, et que c'est pour cette raison que les mouvements vitaux et autres durent encore plusieurs mois dans une tortue dont on a coupé la tête. Mais Prochaska a vu la grenouille décapitée qui, excitée par une piqûre, retire le membre irrité, etc. Il parle des mouvements qui ont lieu pendant le sommeil sous l'influence des excitations cutanées, des mouvements qu'exécutent les apoplectiques avec leurs membres paralysés. » Legallois, en 1812, fait voir que, lorsqu'on coupe la moelle d'un lapin au-dessus de la première lombaire, le train de derrière s'agite si on pince la queue ou une patte, et que cela n'a plus lieu si on détruit la moelle en arrière de la section. Lallemand, en 1818, signale des mouvements chez des fœtus anencéphales, et Beyer observa un fœtus dont on vida le crâne au cours de l'accouchement et qui, trois minutes après, criait et agitait les pieds et les mains : ce fœtus n'avait plus que la moelle épinière et le bulbe rachidien.

Calmeil (1828) comprit encore mieux que ses devanciers, dit Vulpian, la puissance de l'activité propre de la moelle. Il signale que, chez l'homme, lorsque la moelle est coupée complètement dans la région dorsale, les membres inférieurs doivent exécuter des mouvements non perçus, sous l'influence de l'excitation cutanée de ces membres.

« Lorsque la moelle est intacte et que ses rapports avec l'encéphale sont normaux, des actions réflexes peuvent encore se produire par l'intermédiaire de la moelle, et ces phénomènes sont accompagnés de sensations. Je rappelle les mouvements que provoquent le chatouillement de la plante des pieds, ou la pression, entre les doigts, des masses musculaires des cuisses au-dessus des genoux. » (Vulpian.)

Marinesco est revenu récemment sur cette dernière notion. « Nous admettons, dit-il, conformément aux conclusions des physiologistes, qu'il existe deux catégories de mouvements de défense : les uns, normaux, conscients, possibles à empêcher par la volonté, au début de l'excitation ; mais si on insiste sur celle-ci, on les provoque alors en même temps qu'on sent une douleur insupportable ; les autres, involontaires, pouvant ne s'accompagner d'aucune sensation consciente (et d'autant plus d'une sensation pénible), mouvements impossibles à empêcher par la volonté. » (*Revue neurologique*, 30 avril 1913.)

L'homme normal, quand on le pique, présente des mouvements caractérisés par une espèce d'énervement, de résistance, tant qu'il peut supporter l'excitant, mais s'il ne peut plus résister, il fuit devant la piqûre, en éloignant le segment de membre, ou tout le membre, et quelquefois les deux membres, pour éviter ainsi la douleur. Ce sont de véritables mouvements de défense (Marinesco).

N'empêche que, à côté de ces mouvements de défense que la volonté peut réfréner jusqu'à un certain point et qui s'accompagnent de douleurs ou de sensations pénibles, il y a des mouvements analogues et très voisins, qui peuvent se faire sans conscience, sans perception et qui sont également des réflexes de défense d'origine médullaire. « Les mouvements provoqués par le chatouillement de la plante des pieds, écrit Vulpian, se produisent encore quoique toute sensation soit devenue impossible, lorsque la transmission des impressions à l'encéphale est interrompue par suite d'un écrasement de la moelle. »

La preuve que ces mouvements de défense sont

(1) Ledouble, en 1896, a revendiqué pour Descartes la priorité de la découverte des actes réflexes.

bien d'origine médullaire et réflexe (1) a été apportée par les physiologistes dans d'innombrables expériences trop connues pour qu'on doive les signaler : tels, par exemple, chez la grenouille, tous les mouvements réflexes adaptés, défensifs, que l'on constate par irritation d'un membre postérieur, quand la moelle est coupée en arrière des racines des nerfs brachiaux. Mais la clinique a démontré aussi que ces mouvements de défense sont également chez l'homme d'origine médullaire et réflexe. Thomas rappelle qu'Ollivier (d'Angers), Charcot, Brown Séquard et Vulpian ont observé ces mouvements. Voici ce qu'écrit Vulpian : « Quand la moelle est comprimée chez l'homme vers le milieu de la région dorsale, si les mouvements volontaires sont devenus impossibles, des mouvements réflexes plus ou moins étendus peuvent se produire dans les membres inférieurs paralysés. Ils semblent tendre, en général, à éloigner la partie excitée de l'agent d'excitation. Le pied se fléchit sur la jambe et la jambe sur la cuisse. Il y a retrait du membre, comme pour le soustraire à la cause d'irritation et c'est quelque chose de comparable à ce qu'on voit, avec une plus grande évidence, chez les batraciens. »

Dans la paraplégie, ces mouvements de défense peuvent exister, quel que soit l'état de la sensibilité (Thomas, *La clinique*, 27 juin 1913).

S'il était besoin d'une preuve absolue que chez l'homme la moelle seule, et non l'encéphale, entre en jeu dans la production des réflexes de défense, on la trouverait dans une observation capitale de Dejerine et Lévy-Valensi présentée à la *Société de neurologie* le 6 juillet 1911 et le 12 décembre 1912. Chez un acrobate de dix-sept ans, il y eut quadriplégie par écrasement de la moelle au niveau du septième segment cervical. La section de la moelle était complète (vérifiée à l'autopsie). Les réflexes abdominaux, crémastériens et plantaires étaient conservés. Lorsqu'on pinçait fortement la peau des jambes, sensation non perçue par le malade, ou lorsqu'on lui pliait les orteils, il se produisait des mouvements de défense très accentués (flexion de la jambe sur la cuisse). Les sensibilités étaient totalement abolies. Ce fait est en désaccord avec l'opinion antérieure de Dejerine citée au début, que les mouvements de défense auraient leur point de départ dans l'écorce cérébrale.

Cette dernière vue ne pourrait s'appliquer à la rigueur, si on voulait la maintenir, qu'à la première catégorie de mouvements de défense distingués par Marinesco, ceux qui sont conscients, répressibles et douloureux. Encore est-il que même ceux-là doivent être d'origine médullaire, car ils se rapprochent, presque jusqu'à se confondre, des mouvements réflexes de défense dits involontaires. L'intervention du cerveau n'est sans doute que secondaire dans les mouvements du premier groupe.

Tant y a que l'observation de Dejerine et Lévy-Valensi a la valeur d'une expérience physiologique chez l'homme et tranche la question. Rose a publié aussi dans sa thèse un cas de section complète de la moelle avec mouvements réflexes de défense.

Un caractère essentiel des mouvements de défense c'est qu'ils sont coordonnés et en apparence adaptés à un but.

« En dehors des actes complexes qui exigent l'intervention du cerveau, la moelle isolée est susceptible d'accomplir un certain nombre d'actes relativement simples et cependant coordonnés. Cette activité propre de la moelle qui acquiert un très haut degré de différenciation chez les animaux à sang froid constitue l'automatisme médullaire. Le terme de réflexes d'automatisme médullaire ne comporte en lui-même aucune hypothèse, mais constate un fait. » (Marie, *Semaine méd.*, 22 oct. 1913.)

Ces mouvements défensifs se produisent d'ordinaire chez des sujets dont la motilité volontaire est nulle ou presque nulle, chez des paralytiques, par lésion centrale le plus souvent.

Ce sont des mouvements qui peuvent être spontanés : ainsi par exemple on les verra se produire sans cause apparente, à un moment donné, chez un paraplégique. Ils ont peut-être pour cause une excitation interne et leur spontanéité serait alors apparente (1).

Mais ils peuvent être provoqués, et leur recherche se fait d'habitude en excitant la région où siège la paralysie.

Si, par exemple, chez un paraplégique contracturé en extension, et absolument enraidi, on pratique la flexion forcée des orteils, le membre s'assouplit par inhibition des muscles allongeurs du membre inférieur. Marie écrit que ce sont les infirmières de la Salpêtrière qui montrèrent à Charcot ce moyen de déraidir le sujet qu'on veut transporter : il n'y a pas encore là de mouvement de défense, mais une diminution de la contracture qui va permettre par la suite à un mouvement de flexion de se produire.

On amène la production de réflexes cutanés de défense en pinçant ou en piquant la peau. « Quel que soit l'agent de l'excitation, écrit Vulpian en 1877 (*Dict. Dechambre*, art. PHYSIOLOGIE DE LA MOELLE), si on irrite un des orteils, cet orteil se soulèvera par un mouvement d'extension » (ceci, fait remarquer Thomas, est à rapprocher du signe de Babinski) ; « si on excite la face plantaire du pied ou sa face dorsale, il y a, en outre, flexion du pied sur la jambe, puis de la jambe sur la cuisse, et quelque-

(1) « On sait que chez l'homme, dit Gley, chez qui à l'état de veille les centres cérébraux commandent complètement aux centres médullaires, ce n'est guère qu'en surprenant un sujet dans le sommeil qu'on peut constater des mouvements purement réflexes, et par exemple amener en chatouillant la plante du pied le retrait du membre inférieur, identique à celui de la grenouille décapitée sur la patte de laquelle on dépose une goutte d'eau acidulée. » (*Traité de physiol.*, 1910, p. 1063.)

(1) « Il semble que les mouvements dits spontanés avec sensation de crampes douloureuses dont se plaignent souvent les paraplégiques présentent quelques analogies avec ces mouvements de défense. Les excitations périphériques provoquant les mouvements de retrait peuvent être très superficielles et la cause du mouvement a pu échapper au malade et provoquer un mouvement en apparence spontané. » (Claude.) J'ajoute qu'assez souvent ces malades sont anesthésiques, et, d'autre part, que j'ai vu ces crampes douloureuses avec retrait chez certains hémiplégiques.

fois de la cuisse sur le bassin ». « Chez l'homme, on observe l'augmentation de l'excitabilité réflexe de la moelle lorsqu'une lésion en interrompt la continuité. On voit des mouvements réflexes se montrer sous l'influence des excitations cutanées dans les membres, par chatouillement, piqûre, pincement, électrisation, contact des corps chauds ou froids, etc. »

Brown-Séquard (1865) avait déjà montré que ces mouvements arrivent aussi lors d'irritations externes autres que l'excitation de la peau ; il les signale après la compression de quelques muscles ou le passage d'une sonde dans l'urètre (1).

Babinski (*Soc. de neurol.*, 7 mars 1912) constate ces réactions des membres inférieurs dans la maladie de Friedreich par excitation de territoires cutanés éloignés tels que le lobe de l'oreille et le cuir chevelu. Marie les indique comme possibles lors de la miction, de la défécation. Il fait surtout voir que ces réflexes ne sont pas que des réflexes cutanés. En effet, on les provoque en fléchissant les orteils sur le métacarpe ou en pressant transversalement l'avant-pied ; on excite ainsi non pas la sensibilité cutanée, mais la sensibilité articulaire et osseuse. Aussi Marie abandonne-t-il le terme de réflexes cutanés, et on va voir plus loin qu'il abandonne aussi le terme de réflexes de défense pour des raisons différentes.

On sait que le réflexe de Gordon consiste en une extension du gros orteil lorsque, chez un sujet atteint de lésion du faisceau pyramidal, on comprime les muscles du mollet. Or, si on continue la pression, on a des mouvements de défense fléchissant le membre inférieur et dus à l'excitation de la sensibilité du muscle et non de la peau.

Les mouvements de défense des paraplégiques existent aussi au membre supérieur chez certains hémiplégiques, ou tout au moins ce sont des mouvements analogues qui, si l'on ne veut pas employer ici le mot défense, peuvent être dénommés, comme le fait Claude, mouvements d'hyperkinésie réflexe (*L'Encéphale*, 1910). « On sait, écrit Claude, qu'on peut provoquer chez des sujets atteints d'hémiplégies spasmodiques anciennes des mouvements syncinétiques dans les membres paralysés. De même des hémiplégiques ont des mouvements involontaires lors du bâillement, de la toux, etc. Chez d'autres, si on pince énergiquement la peau ou si on excite les téguments ou les muscles de l'avant-bras, il se produit un vif mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras avec pronation, ou bien si on provoque une supination forcée on note une flexion de l'avant-bras sur le bras. Au membre inférieur les mêmes excitations fortes donnent une flexion de la cuisse sur le bassin et une flexion de la jambe. Ces phénomènes n'apparaissent que chez les hémiplégiques dont la paralysie guérit par la suite ou était en voie d'amélioration. Ils se rencontrent dans les cas où la voie motrice n'est pas interrompue. »

On voit donc que les mouvements dits de défense existent dans des cas assez divers, bien que voisins, puisqu'il y a altération du faisceau pyramidal ; et que le point d'excitation pour les produire est variable. Mais leur forme est, au contraire, assez fixe et, dans un cas donné, ce sont toujours les mêmes mouvements qui se produisent avec la même excitation et la même localisation, d'après ce que pense Marie.

En ce qui a trait aux membres inférieurs, Marie ramène l'ensemble de ces réflexes à trois phénomènes principaux : le phénomène des raccourcisseurs, celui des allongeurs et le réflexe d'allongement croisé. Voici l'explication de ces termes.

Le phénomène des raccourcisseurs est le plus important (1). Si on excite la sensibilité du membre inférieur chez le malade en examen il y a retrait du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin, le membre passant de l'allongement complet à la flexion. Le mieux est de saisir à pleine main les quatre derniers orteils sans tendre le pied sur la jambe et de les fléchir de force jusqu'à ce qu'on tende les articulations métatarso-phalangiennes. C'est alors que se fait le mouvement complexe et coordonné de raccourcissement du membre inférieur. Avant que les raccourcisseurs du membre entrent en jeu il se fait naturellement une inhibition des allongeurs s'il existait chez le malade, lors de l'examen, une paraplégie spasmodique en extension. Thomas a constaté (et je viens de vérifier le fait moi-même chez une malade), en appuyant la main sur la face antérieure de la cuisse, que cette main perçoit nettement le relâchement du quadriceps, par inhibition de son tonus, au moment où le phénomène des raccourcisseurs va commencer.

Le phénomène des allongeurs est rare : c'est l'allongement des trois segments du membre inférieur par excitation de l'abdomen et du flanc. Ce réflexe est le mouvement antagoniste du réflexe des raccourcisseurs. Il s'accompagne parfois d'une flexion plantaire des orteils, alors qu'au contraire le phénomène des raccourcisseurs, lorsqu'on le recherche par excitation de la peau de la plante du pied, débute d'ordinaire par l'extension du gros orteil [phénomène ou signe de Babinski (2)].

Quant au réflexe d'allongement croisé, il est également rare et consiste en l'allongement d'un membre inférieur par excitation du membre opposé.

Si on excite le membre droit, par exemple, celui-ci se raccourcit, l'autre s'allonge : ébauche d'un mouvement de marche.

Or, Philipson a montré, avec Sherrington, que chez un chien qui a subi une transsection cervicale de la moelle, si on porte une des pattes postérieures en flexion ou qu'on la fasse se fléchir en provoquant le réflexe des raccourcisseurs, il se produit dans la patte opposée une extension réflexe (réflexe d'exten-

(1) Marinesco et Noïca (*Soc. de neurol.*, 10 juillet 1913) voient chez leur malade les membres inférieurs se mettre en spasme extensif lorsqu'il parle, qu'il tousse ou qu'il gesticule ; chez un autre qui est en extension, il se fait une flexion brusque lorsqu'il fait une forte expiration en tenant la bouche fermée.

(1) Voir aussi Nonna-Baranow (Le phénomène du retrait, *L'Encéphale*, 1912, p. 30) qui écrit que Bechterew en 1906 avait signalé ce fait qu'il attribuait à une hyperkinésie réflexe générale (*Neurol. Centralbl.*, 1906). Pieron ajoute que Galante, en 1910, de façon indépendante, à ce qu'il semble, a écrit sur le réflexe en flexion un article intitulé : Un nuovo riflesso, riflesso-flessorio del membro inferiore (*Giorn. intern. delle sc. med.*, 1910).

(2) Cf. *Sem. méd.*, 1898, p. 321 ; *Gaz des hôpit.*, 5 et 8 mai 1900.

sion croisée de Sherrington), puis une extension de la patte antérieure homologue, puis une flexion de la patte antérieure croisée, c'est-à-dire en somme que le chien spinal exécute des mouvements de marche.

A côté des trois phénomènes indiqués par Marie, il faut dire qu'on peut voir se produire l'abduction ou l'adduction des membres inférieurs signalées par Thomas chez sa malade (femme de quarante-cinq ans, paraplégique avec contracture). « Chez certains malades, dit Claude, la première ébauche du mouvement réflexe est l'adduction des deux cuisses ou l'abduction d'un côté. » (*Paris méd.*, 1913, n° 44.)

La vitesse des réflexes dits de défense est fort variable. Ils peuvent être lents ou brusques : les mouvements de flexion sont généralement les plus amples.

Tout récemment, Marinesco et Noïca (*Soc. de neurologie*, 10 juil. 1913) déclarent que ces phénomènes varient d'après l'intensité de l'excitation et d'après la position des membres avant l'excitation. Au début, disent-ils, on a un spasme en extension et, si on insiste sur l'excitation, le signe des raccourcisseurs survient. Si les genoux sont à angle obtus, le toucher excitateur donne une extension. Je renvoie au texte des auteurs pour complément, mais il apparaît, à sa lecture, que les faits n'ont pas la simplicité relative de ceux observés par Marie. L'étude clinique semble donc avoir encore beaucoup à faire dans cette direction.

Quelles sont maintenant la nature et la signification de ces mouvements dits de défense ? En physiologie, on enseigne que leur but est de soustraire la région irritée à la cause excitante. « Ces mouvements, dit Vulpian, sont comme adaptés à un but : soustraire la partie irritée à l'excitation. Si on excite vivement les doigts d'un membre postérieur, chez une grenouille à moelle sectionnée en avant des racines des nerfs lombaires, il se produit un mouvement d'extension des membres postérieurs, semblable à celui qui a lieu lorsque l'animal intact cherche à fuir : soustraction de l'animal lui-même à la cause irritante. Chez les vertébrés on peut provoquer des mouvements adaptés *de fuite ou de défense* dans la partie postérieure du corps lorsque la moelle est coupée. »

« Chez l'homme même, dans la paraplégie par compression, les mouvements réflexes tendent à éloigner la partie excitée. »

« Il y a dans les réflexes médullaires des combinaisons de contractions totales de certains muscles déterminant des mouvements énergiques semblant tendre vers le retrait de la partie irritée, ou tendant à la soustraire à l'irritation par *des efforts dirigés contre la cause irritante elle-même, pour éloigner cette cause du point irrité.* »

Comment expliquer, avec ce but de défense, l'extension de la jambe lorsqu'on irrite la hanche ou le flanc chez un paraplégique ? Pour Marie, la nature défensive de ces mouvements réflexes constitue une hypothèse injustifiée et erronée. Pour lui, il y aurait là des mouvements d'automatisme médullaire tendant à reproduire l'automatisme de la marche.

En effet, on a vu plus haut les expériences de Philipson et Sherrington. Chez le chien à moelle sectionnée, l'excitation d'une patte amène des mouvements de marche : ces mouvements ne peuvent dépendre que de la moelle. Ils sont automatiques et relèvent de ce fait que la moelle est libérée des centres supérieurs capables de modifier son automatisme. Cet automatisme se fait jour dans l'expérience de Sherrington. Il se fait jour moins nettement, mais sous la même forme et de la même manière, chez le paraplégique, où la moelle libérée de l'encéphale permettrait à cet automatisme de redevenir évident, alors qu'il demeurait latent chez le sujet sain où la moelle reste sous l'influence de l'encéphale.

Cette conception de Marie est des plus curieuses : je pense cependant que, même si elle était vérifiée, elle n'empêcherait pas les mouvements coordonnés en question, tout en étant des mouvements de marche, d'être en même temps des mouvements de défense, car la fuite est une variété de défense, et je rappelle que Vulpian considère la fuite de la grenouille comme une défense contre la cause irritante : il ajoute que, chez les vertébrés, on provoque des mouvements adaptés de fuite ou de défense. Mais ceci est sans importance, et on peut bien admettre que la marche ou la fuite soient, au point de vue physiologique, réellement différentes de ce qu'on appelle, dans le langage courant, une défense à proprement parler.

Mais les mouvements de défense en question relèvent-ils bien d'un automatisme de marche ? La nature défensive desdits mouvements semble inadmissible à Marie, parce que, contrairement à ce qu'on admet en physiologie (voir plus haut la citation de Vulpian) ils ne sont pas adaptés au but logique de dérober la région vulnérée à l'agent vulnérant, ou de repousser cet agent. Il y a bien chez l'homme sain des réflexes cutanés de défense, et on y a insisté au début de cet article, mais ils sont irréguliers et brusques, tandis qu'en cas de paraplégie les réflexes soi-disant de défense sont des mouvements involontaires, parfaitement réguliers et identiques pour telle ou telle excitation. Ils peuvent survenir à la suite d'une excitation faite en dehors de la zone où le mouvement se produira et leur production peut être croisée : mouvement d'une jambe alors qu'on excite l'autre.

Marie préfère identifier ces réflexes avec les mouvements automatiques de marche que Sherrington et Philipson ont si bien étudiés, mouvements qui représentent les mouvements fonctionnels ordinaires du segment inférieur de la moelle. Cet automatisme médullaire qui existe normalement s'exagère lorsque, par suite de certaines lésions pyramidales, les centres médullaires retrouvent leur autonomie, libérés qu'ils sont de l'influence encéphalique.

Marie, en excitant électriquement la face interne de la cuisse chez l'homme, a pu observer un allongement du membre, suivi d'un raccourcissement et d'une pause, puis réapparition rythmique et cadencée des mêmes mouvements reproduisant le rythme de la marche.

A cela on peut objecter qu'il existe parfois de l'abduction ou de l'adduction du membre, mouvements qui n'ont que peu de rapports avec la marche.

Thomas ajoute aussi que chez l'homme la marche n'est pas un phénomène d'automatisme médullaire et qu'il n'est pas démontré que le mécanisme en soit le même que chez le chien (1).

Il dit en outre que ces mouvements n'ont pas toujours pour point de départ une excitation portant sur les membres et que le cathétérisme peut les amener ; je ne vois pas nettement la portée de cette objection, attendu que si, chez le paraplégique, la moelle libérée recouvre des mouvements d'automatisme de marche, elle peut les manifester pour une excitation venue de l'urètre aussi bien que venant du pied.

Il n'est pas prouvé que les mouvements que nous étudions soient des mouvements de marche ; mais l'idée de Marie est vraiment séduisante et se base sur des expériences physiologiques non douteuses. Une objection des plus sérieuses semble néanmoins être soulevée par Marinesco qui déclare que les faits cliniques notés par Marie sont fort variables ; c'est une question de fait que l'examen des malades tranchera.

« Quelle explication donnerait-on, écrit Claude, des mouvements des membres supérieurs consistant en flexion, etc. ? » La même, sans doute : l'automatisme médullaire libéré. Il n'y aurait là évidemment plus rien de commun avec la marche, mais le renflement cervical manifesterait son automatisme sous cette forme de flexion du membre, phénomène de même ordre que l'automatisme de marche pour le segment inférieur de la moelle. « Nous ne voulons pas dire, dit Marie, que tous les réflexes d'automatisme médullaire tendent à reproduire les mouvements de la marche. »

Babinski (*Soc. de neurol.*, 12 déc. 1912) dit que la dénomination de réflexes d'automatisme médullaire que Marie propose de substituer à celle de réflexes cutanés de défense n'est pas plus que cette dernière à l'abri de la critique et qu'il s'agit là d'une simple affaire de convention ; cependant, quand on voit ces réflexes se produire chez l'homme à moelle entièrement sectionnée, il est difficile de ne pas admettre l'automatisme de la moelle dans leur production. On peut dire simplement mouvements réflexes, mais l'automatisme est bien en jeu dans la forme qu'ils affectent.

II

Si chez un paraplégique spasmodique, on provoque le phénomène des raccourcisseurs par les moyens sus-indiqués on voit d'habitude, au début, et avant le retrait du membre, se produire le phénomène de Babinski (extension du gros orteil).

Quels sont les liens qui peuvent unir cette extension de l'orteil aux réflexes d'automatisme médullaire ? C'est une question qui se pose naturellement ici.

Pour Marie, le signe de Babinski appartient à l'ensemble des mouvements automatiques complexes dont le mécanisme est un mécanisme de marche.

Dans la marche normale, en effet, lors du temps de raccourcissement, le tendon de l'extenseur propre du gros orteil se dessine sous la peau et détermine l'extension de cet orteil.

Le signe de Babinski constituerait le minimum du mouvement automatique de marche, ou le réflexe automatique minimum. Il peut être produit, comme le phénomène des raccourcisseurs par des excitations cutanées, musculaires ou ostéo-articulaires, mais il survient mieux par excitation cutanée superficielle, alors que le raccourcissement du membre demande souvent une excitation profonde et forte. Enfin « cliniquement, signe de Babinski et réflexes automatiques coordonnés complexes se produisent dans les mêmes cas pathologiques. Tous deux appartiennent, semble-t-il, exclusivement aux lésions du faisceau pyramidal. Tous deux sont des signes précoces traduisant simplement l'automatisme médullaire libéré. On les observe, en effet, déjà un quart d'heure après l'ictus, alors qu'à ce moment la réflectivité cutanée normale est généralement abolie et que les réflexes tendineux sont le plus souvent fortement diminués » (Marie).

Ainsi, pour Marie, le signe de Babinski n'aurait rien à voir avec le réflexe cutané plantaire normal en flexion. On distingue parmi les réflexes cutanés : 1° des réflexes cutanés normaux à long trajet cérébro-médullaire (?) ; 2° les réflexes dits de défense anormaux à trajet exclusivement médullaire (nous laissons de côté les mouvements de défense normaux, conscients et répressibles, qui ne sont pas réflexes (1) au sens pur du mot). Eh bien ! le signe de Babinski ne rentrerait pas dans la première catégorie. Quand le faisceau pyramidal est altéré, il y aurait généralement abolition des réflexes de cette première catégorie, d'où perte du réflexe cutané plantaire en flexion ; mais en outre, il y a apparition des mouvements de défense, parmi lesquels le mouvement minimum est le signe de Babinski, qui n'est pas une altération du réflexe plantaire normal, mais un fait nouveau qui se substitue au réflexe normal disparu. C'est l'idée de van Gehuchten dont voici une citation : « Dans la paraplégie spasmodique l'excitation de la plante du pied n'amène pas la flexion mais l'extension du gros orteil : il résulte de là que la flexion des orteils est seule d'origine corticale, les autres contractions musculaires par excitation de la plante du pied étant d'origine médullaire. » (Lettre à Babinski, *Revue neurol.*, 1904, p. 485.)

Cependant, Noïca est d'avis que même la flexion des orteils dans le réflexe plantaire normal n'est pas un réflexe cutané simple ; il admet que c'est cette flexion qui est un réflexe de marche (la marche com-

(1) A ce sujet, rappelons en passant que Brown-Séquard signale que durant la retraite de Moscou on voyait des soldats marcher en dormant (*Arch. de physiol.*, 1890, p. 411).

(1) Ce point, après tout, est fort discutable, car, dit Babinski, « on peut provoquer à l'état normal, par l'excitation de la peau, des mouvements réflexes de flexion du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse et ce sont des réflexes physiologiques » (Réponse à van Gehuchten, *Revue neurol.*, 1904, p. 488). Mais je rappelle l'idée de Dejerine, indiquée au début de cet article : que les mouvements de défense auraient leur point de départ dans l'écorce cérébrale. Si certains mouvements de défense peuvent provenir de là, ce sont assurément ceux-ci, puisque la transmission vers le cerveau est intacte.

portant une flexion des orteils au moment où finit l'appui de la plante du pied sur le sol).

Pour Noïca, le signe de Babinski est un mouvement de défense inné qui se trouve à l'état complet seulement chez le nouveau-né. Par le développement du faisceau pyramidal, c'est-à-dire de la marche, ce mouvement de défense diminue d'intensité, ne se voit plus à l'état complet, et un autre réflexe plantaire en flexion se produit. Ce réflexe correspond au mouvement de la marche : pour marcher, il existe un mouvement d'accrochement que nous faisons avec les orteils. Darwin, dit Noïca, a soutenu que beaucoup de réflexes se confondent avec les actions produites par l'habitude. « Elles sont si bien fixées et acquises qu'elles sont effectuées, même sans aucun effet utile, toutes les fois que surgissent des causes semblables à celles qui, à l'origine, en éveillaient chez nous l'accomplissement volontaire. En pareil cas, les cellules nerveuses sensitives excitent les cellules nerveuses motrices, sans communiquer auparavant avec les cellules dont dépendent notre perception et notre volition. » (Darwin.) Marie déclare inadmissible l'idée de Noïca concernant le réflexe plantaire normal car c'est un mouvement isolé, nullement associé à une contraction des jumeaux. Ce n'est pas, dit-il, un mouvement coordonné : il correspond seulement au territoire cutané excité, il n'est pas adapté à une fin. C'est un réflexe cutané proprement dit (1) et non un mouvement de défense ; les réflexes cutanés sont des mouvements simples par contraction d'un nombre restreint de muscles synergiques et caractérisés par la contraction du muscle correspondant au territoire excité : l'excitation d'un territoire cutané provoquant la contraction du groupe musculaire appartenant au segment médullaire correspondant.

Babinski a également objecté à Marie que si, chez un paraplégique avec signe de l'orteil en extension, on met une bande d'Esmarch, le réflexe plantaire prend le type normal en flexion, tandis que le phénomène des raccourcisseurs persiste. A cela on répond que c'est simplement l'ischémie des muscles qui empêche l'extension de l'orteil; alors, le signe de Babinski étant rendu impossible par cette ischémie, le réflexe plantaire normal reparaît, car il n'était que masqué par le réflexe en extension plus fort : ce dernier devenant impossible, la flexion de l'orteil semble renaître, alors que ce sont seulement ses conditions de production qui ont reparu (combat des réflexes).

Van Woerkom (*Th. d'Amsterdam*, 1910; *Folia neuro-biologica*, 1911 ; *Revue neurol*, 15 sept. 1912 et 15 oct. 1913) explique autrement le signe de Babinski. Il fait remarquer que les orteils du nourrisson sont en agitation perpétuelle, mais que le gros orteil remue à part et pour son compte. D'autre part, chez l'embryon, le gros orteil n'est pas parallèle aux autres, mais fait un angle avec le côté du pied ; le gros orteil est construit, dans certains stades de la vie intra-utérine, pour remplir une fonction de préhension. Cet état, qui chez les autres primates est permanent, est chez l'homme passager. Par l'adaptation à la vie sur le sol plat l'extenseur du gros orteil acquiert la fonction d'éliminer la position d'opposition du gros orteil. Chez le nourrisson, et dans beaucoup de maladies organiques nerveuses, cette ancienne fonction se manifeste à nouveau (voir le texte de van Woerkom pour le détail de l'explication). Le signe de Babinski est la reviviscence d'une fonction perdue, et qui consistait en une adaptation à la vie terricole du pied d'un individu dont le gros orteil était encore en état de prendre position d'opposion vis-à-vis des autres orteils.

Van Woerkom, pour montrer que l'extension de l'orteil n'est pas de même nature ni de même ordre que le mouvement de défense et de retrait du membre, signale des cas où l'excitation plantaire produit ce retrait sans production du signe de Babinski. Dejerine avait antérieurement montré dans le cas de section complète de la moelle précité que le sujet avait des réflexes de défense et de raccourcissement exagérés tandis que le réflexe plantaire était normal en flexion. Cette objection semble très forte contre l'hypothèse de Marie que le signe de Babinski est le début et le minimum du réflexe de défense des raccourcisseurs. Et Pastine (*Revue neurol.*, 15 oct. 1913) signale chez un paraplégique de vingt-trois ans le phénomène des raccourcisseurs avec flexion des orteils par excitation plantaire forte alors que l'excitation faible produit le signe de Babinski. « N'est-ce pas là, dit-il, une démonstration que ces deux réflexes (raccourcisseurs et Babinski) sont dissociables et que, par conséquent, ils ne sont pas la même chose ? »

Le fait est d'ailleurs en partie indiqué par Marie qui écrit : « On peut voir le phénomène des raccourcisseurs sans signe de Babinski » (combat des réflexes des Allemands). Dejerine a constaté le phénomène des raccourcisseurs avec réflexe normal en flexion.

Le signe des orteils pouvant manquer dans la section totale de la moelle avec dégénération complète des faisceaux pyramidaux, Dejerine établit justement qu'il n'est pas conditionné uniquement par cette dégénération seule, mais qu'il faut pour sa production une intervention des centres supérieurs, mésencéphaliques, sous-corticaux ou corticaux.

III

Laissons maintenant de côté cette question difficile des rapports de l'extension de l'orteil avec les mouvements que Marie propose d'appeler mouvements d'automatisme médullaire et demandons-nous quelle est, en clinique, la signification de ces mouvements.

En 1899, Babinski étudiait les mouvements de défense en question au cours d'une variété spéciale de contracture des membres inférieurs, une contracture en flexion. Le 12 janvier 1911, à la *Société de*

---

(1) La présence dans le sommeil du signe de Babinski est signalée par Bickel (*Deut. Zeit. f. Nerv.*, 1902) et Goldflam (*Neurol. Central.*, 1903). Même avant sa découverte par Babinski le signe avait été trouvé dans le sommeil par Rosenbach, en 1879 (*Zeit. f. klin. Med.*), qui déclarait que l'excitation répétée de la voûte plantaire entraînait une flexion dorsale (Piéron, *Le problème physiologique du sommeil*, 1913).

neurologie, il fait une communication intitulée : « Paraplégie spasmodique organique avec contracture en flexion et contractions musculaires involontaires. » Il s'agissait des mouvements de défense ici étudiés. Il est surprenant, a-t-on dit, que les recherches de Vulpian, qui a étudié ces mouvements et qui a vu aussi la contracture en flexion, ne soient pas plus souvent citées. Mais Vulpian n'a pas été le premier à signaler tout cela, et je ne pense pas que Babinski prétende avoir découvert tout un chapitre nouveau puisque, en 1904, dans sa lettre à van Gehuchten, il lui écrit : « Les mouvements réflexes de raccourcissement du membre inférieur ont été indiqués par beaucoup d'observateurs bien avant vous » (1). Ce que Babinski dit, dans ses articles, c'est qu'il existe une paraplégie avec contracture en flexion où les mouvements involontaires de défense sont très forts, où les réflexes tendineux ont une tendance à l'affaiblissement, et qui paraît être causée par des lésions du névraxe n'aboutissant pas à une dégénération secondaire des faisceaux pyramidaux. En somme, Babinski attirait l'attention sur ce fait que, là où les mouvements de défense sont violents, il y a tendance à une variété spéciale de contracture des membres inférieurs, une contracture en flexion et que, dans ces cas, la lésion pyramidale ne paraît pas aussi importante que dans les cas habituels de contracture en extension. C'est là une constatation clinique qui donnerait une grande valeur à l'exagération des mouvements de défense puisque, dans une certaine mesure, cette exagération irait en quelque sorte avec une moindre atteinte du faisceau pyramidal. Le fait est ici indiqué brièvement et schématiquement; c'est à l'exposition des travaux parus sur ce point que Pierret et Duhot ont consacré un article dans l'*Echo médical du Nord* du 2 mars 1913, article que nous n'avons pas l'intention de reprendre ici. Mais il faut voir les idées actuelles des auteurs à ce sujet, car c'est l'aboutissant logique de la revue sur les mouvements de défense que nous venons de faire jusqu'ici. On ne pourra se dispenser d'ailleurs de lire l'article capital de Babinski sur tous ces points dans le *Bulletin médical* du 23 novembre 1912.

La contracture habituelle des membres inférieurs se fait en extension et les réflexes tendineux y sont d'habitude vivement exagérés. Chez d'autres malades [et Ollivier (d'Angers) l'avait déjà vu en 1827] la paraplégie se fait en flexion, les genoux touchant presque la poitrine; enfin, il y a des sujets qui présentent une contracture variable suivant le temps et les circonstances.

Noïca prétend que la contracture en flexion est une pseudo-contracture (*Soc. de neurol.*, 5 fév. 1909 et 6 juil. 1911). Babinski maintient au contraire que c'est là une vraie contracture; nous n'entrerons pas dans cette discussion. L'essentiel est que, dans cette contracture, il existe des variations fréquentes qui résultent de contractions intermittentes involontaires, souvent douloureuses, donnant lieu à des mouvements alternatifs de flexion et d'extension; mais ce sont les fléchisseurs dont l'action prédomine, et il y a lieu d'admettre que c'est pour ce motif que l'attitude en flexion tend à devenir permanente. Ces contractions sont lentes. De plus, contrairement à ce qui a lieu dans la paraplégie spastique spinale (ancien tabes dorsal spasmodique) où la motricité volontaire n'est qu'affaiblie, ici cette motricité est presque abolie. Cette contracture en flexion n'est pas nécessairement associée à une exagération des réflexes tendineux.

Etant donné que dans la paralysie spinale spastique les réflexes tendineux sont très exagérés, Babinski appelle cette paralysie en extension contracture à type tendino-réflexe. Au contraire, il propose d'appeler contracture cutanéo-réflexe la contracture en flexion, parce que les réflexes tendineux n'y sont pas exagérés et que les réflexes dits cutanés de défense y sont toujours très notablement au-dessus de la normale (*Soc. de neurol.*, 12 janv. 1911 et 9 mai 1912).

Dans cette forme de paraplégie en flexion, l'anesthésie peut faire complètement défaut ou exister à un degré plus ou moins élevé. Il se fait par la suite des rétractions fibro-tendineuses, des troubles sphinctériens et des ulcérations sacrées.

Elle ne représente pas, dit Babinski, une espèce nosologique, mais bien un type clinique qu'il est permis d'opposer, à certains égards, à la paraplégie en extension, au syndrome tabes dorsal spasmodique. Il y aurait lieu d'admettre que ces deux formes de contracture ont chacune un mécanisme différent : la contracture en extension ne peut se réaliser sans que les réflexes tendineux soient exagérés, la contracture en flexion, avec contractions involontaires prédominant dans les fléchisseurs, nécessite l'exagération des réflexes cutanés de défense (non pas de tous les réflexes cutanés de la partie inférieure du corps).

Chez une malade à type cutanéo-réflexe, Babinski a pu s'assurer que, malgré la contracture en flexion, les réflexes tendineux étaient abolis, car elle présentait des périodes de détente de la contracture où la réflectivité tendineuse pouvait facilement être recherchée. Il faut se rappeler néanmoins que Babinski ne dit pas que la contracture en flexion est nécessairement liée à une abolition des réflexes tendineux, mais simplement qu'elle n'est pas nécessairement liée à leur exagération.

Lian a vu pareille contracture en flexion dans le mal de Pott (*Soc. de neurologie*, 6 juin 1912). Déjerine fait alors remarquer que le mal de Pott avec contracture très intense en extension s'accompagne souvent de réflexes de défense très vifs : cela enlève, peut-être, un peu de netteté aux caractères assignés par Babinski à la paraplégie en extension, quand il dit qu'en pareille occurrence l'excitation de la peau par pincement, refroidissement ou électrisation, ne provoque pas de mouvements réflexes exagérés, du moins dans un grand nombre de cas.

Thomas ne croit pas que l'état des réflexes tendineux soit aussi différent que l'indique Babinski dans la contracture en flexion et dans la contracture en

(1) Et ailleurs, Babinski dit : « Dans les anciens traités de physiologie les auteurs étudient avec force détails les réflexes en général (réflexes de défense). »

extension. Il a vu des cas en flexion avec réflexes tendineux exagérés. En revanche, l'exagération des réflexes de défense lui paraît plus intimement associée à la forme en flexion; il n'y a pas lieu d'être surpris que les mouvements de défense se traduisent par de la flexion puisque la contracture elle-même est due à une prédominance du tonus des fléchisseurs. La plupart des cas de paraplégie en flexion, ajoute-t-il, ne sont que des formes de contracture variable. Il y a des alternatives de flexion et d'extension, mais l'extension réapparaît moins fréquemment ou bien il y a des variations dans le degré de la flexion.

La paraplégie avec contracture en flexion est un syndrome qu'on peut rencontrer dans des affections très diverses : sclérose multiple, tumeur de la moelle, myélite, compression du bulbe ou de la protubérance, lésions bilatérales de l'encéphale (Babinski). Lorsqu'elle est très intense, dit Babinski, les faisceaux pyramidaux ne sont pas dégénérés ou ne le sont que très légèrement.

Thomas rejette cette conclusion : il fait savoir que contracture en flexion se rencontre dans la syphilis spinale, même avec de grosses lésions de la voie pyramidale. Elle ne permet pas d'apprécier le degré de conservation des faisceaux pyramidaux, pas plus que la gravité de la maladie : la transformation de l'extension en flexion plaide plutôt pour une aggravation de la maladie. La contracture en flexion paraît avoir d'autant plus de chances de se produire que la suspension du pouvoir dynamogénique et d'inhibition des centres supérieurs est plus accusée; cette condition peut être réalisée par toute lésion qui supprime la fonction du faisceau pyramidal par compression ou destruction; mais cette condition n'est pas à elle seule suffisante.

Claude, pourtant, est d'avis que les mouvements de défense permettent d'apprécier l'état du faisceau pyramidal dans l'hémiplégie de cause cérébrale. « Ces mouvements ne s'observent que dans les hémiplégies incomplètes au début, ou dans les hémiplégies complètes transitoires qui ne relèvent pas d'une lésion destructive sectionnant les fibres du faisceau pyramidal. Ils font défaut, même au début, dans les foyers étendus d'hémorragie ou de ramollissement cérébral qui laisseront une paralysie plus ou moins complète. Ils s'observent, au contraire, dans les cas de lésions en foyers non complètement destructives, ou de lésions juxtapyramidales occupant un territoire voisin de la zone motrice qui n'est que comprimée ou œdématiée; dans les paralysies par œdème cérébral, méningé, par distension ventriculaire, par méningites, par hémorragie méningée. Ils font partie du syndrome d'hypertension intracranienne. » Mais Claude termine par ces mots : « Il ne nous a pas semblé qu'il convienne d'établir une distinction, au point de vue des réflexes de défense, entre les paraplégies en flexion qui seraient cutanéo-réflexes et les autres qui seraient tendino-réflexes. » (*Paris médical*, 1913, n° 44.) Ainsi Claude, tout en admettant, contrairement à Thomas, que l'exagération des réflexes de défense est l'expression « des altérations non définitives de la voie pyramidale », n'admet pas la distinction proposée par Babinski des paraplégies avec minime lésion pyramidale, où ces réflexes seraient forts, d'avec d'autres paraplégies où ils ne seraient pas aussi marqués, et qui, sans doute, relèveraient d'une notable altération du faisceau pyramidal.

D'après Klippel et Monier-Vinard, les constatations faites au cours des interventions chirurgicales ou des autopsies ont montré que la cause la plus fréquente du syndrome paraplégie en flexion était un processus de compression qui peut relever de tumeurs ou d'un mal de Pott. La moelle est, disent-ils, refoulée, aplatie, œdématiée, mais les dégénérescences fasciculaires sont minimes ou nulles, et cette absence de dégénération est à retenir, car elle rend encore plus légitime une intervention chirurgicale.

Pourquoi maintenant y aurait-il souvent, dans la forme en flexion de la paraplégie spasmodique, une diminution des réflexes tendineux? Claude, dans un cas avec faible atteinte des faisceaux pyramidaux, a noté une dégénérescence très marquée des cordons postérieurs, et il ajoute qu'il avait déjà remarqué l'exagération de certains réflexes cutanés chez des tabétiques ou des malades atteints de sclérose combinée avec lésion des cordons postérieurs.

Plus tard, Claude et Rouillard (*Soc. de neurologie*, 10 juillet 1913), à propos d'un mal de Pott à évolution subaiguë, reviennent sur cette conception que les réflexes dits de défense leur paraissent sous la dépendance de deux facteurs d'une façon générale : irritation du faisceau pyramidal et irritation de la voie sensitive, notamment des systèmes radiculaires.

On voit que la question des réflexes de défense n'est pas encore au point; néanmoins le nombre et l'importance des travaux qu'ils suscitent permet de penser que les progrès qui tendent à son élucidation seront assez rapides pour que la longue attente dont parlaient Pierret et Duhot à la fin de leur article soit un peu raccourcie.

Babinski, dans le *Bulletin médical* de novembre 1912, a établi un tableau synoptique des relations des divers réflexes avec l'état probable du faisceau pyramidal. L'importance en est grande si l'on songe qu'on pourrait ainsi tirer de toute cette séméiologie nouvelle des déductions concernant une forte lésion ou une quasi-intégrité de ce faisceau : le pronostic, d'une part, et les indications opératoires, de l'autre, y trouveraient un sérieux appoint.

Il n'est pas jusqu'au diagnostic de siège qui ne s'en trouverait sérieusement facilité. « Sur la possibilité de déterminer la hauteur de la lésion dans des paraplégies d'origine spinale par certaines perturbations des réflexes », tel est le titre d'une note de Babinski et Jarkowski à la *Société de neurologie*, le 12 mai 1910. Chez les animaux, si on détruit la moelle sur une certaine longueur, l'anesthésie et l'exagération des réflexes n'atteignent pas la même hauteur : la première est en rapport avec le niveau supérieur de la lésion, la seconde avec son niveau inférieur. « Dans les cas de paraplégie spasmodique sans troubles de sensibilité, l'observation des mouvements réflexes en question peut-elle permettre aussi de déterminer la hauteur de la lésion? Certains faits cliniques nous portent à le croire. »

On sait que les lésions intradurales ont généralement une petite étendue et qu'elles ne compriment la moelle que sur une hauteur minime : ce sont d'ordinaire des tumeurs. Au contraire, lorsque la moelle est comprimée en dehors de la dure-mère, il y a un large segment d'atteint et c'est d'ordinaire un abcès froid ou une pachyméningite tuberculeuse (Klippel) qui sont en jeu. La détermination des limites de la compression donne donc une notion précise sur la cause du mal. Sa limite supérieure correspond à la limite de l'anesthésie ; sa limite inférieure correspond à l'endroit où s'arrêtent les réflexes de défense. Si ces deux limites sont voisines, c'est sans doute que la moelle est comprimée par une tumeur en dedans de la dure-mère (voir la thèse de Gendron, Paris 1912, n° 229).

Il est encore prématuré, semble-t-il, de demander une précision parfaite à cet égard, car les tumeurs peuvent amener des lésions à une distance plus ou moins grande des limites supérieure et inférieure (Thomas). Néanmoins, on paraît entrer ici dans une voie de recherches d'une importance peut-être considérable, si les cas avec vérification se multiplient.

L'étude approfondie de ces dernières acquisitions ne peut d'ailleurs être faite en cet endroit sans sortir du titre donné à cette revue. Nous avons voulu seulement indiquer ce qu'on pense à l'heure qu'il est des mouvements dits réflexes de défense et particulièrement de leur nature : l'étude de leur valeur clinique et diagnostique demanderait un plus long travail.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1913)

Résection de la hanche. — M. CHAPUT, à propos de la présentation faite dans la dernière séance par M. Morestin, rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, atteint d'une très grave coxalgie suppurée, chez lequel il a pratiqué une résection de la hanche et l'ablation de l'ilium avec conservation du membre inférieur. Le malade est mort de shock le jour de l'opération, mais M. Chaput pense que la conservation du membre n'est pas incompatible avec la résection de l'articulation coxo-fémorale et l'ablation de l'ilium.

Chez un autre malade atteint d'ostéite tuberculeuse, il a fait, en un seul temps, l'extirpation de tout le fémur. Le malade a parfaitement guéri.

Hernie diaphragmatique de l'intestin. Appendicite sous-clavière gauche. — M. KIRMISSON fait un rapport sur une très intéressante observation de M. Pierre Duval. Il s'agit d'un jeune garçon de douze ans, souffreteux, se plaignant constamment de douleurs dans le côté gauche du thorax, avec affolement cardiaque, accès de fièvre et vomissements. Le diagnostic était très incertain. On avait pensé à une pleurésie interlobaire ou enkystée, à un kyste hydatique suppuré Enfin M. Barret ayant procédé à l'examen radiobismuthé, on put voir que le bismuth injecté par le rectum remontait jusqu'au dessous de la clavicule gauche. Il s'agissait donc d'une hernie diaphragmatique du côté gauche. Ainsi fixé par la radiographie, M. Duval, en présence de M. Faure, intervient de la façon suivante : laparotomie transversale sus-ombilicale du côté gauche, résection de la huitième côte, découverte de l'orifice de communication de la cavité abdominale avec la cavité thoracique à travers le diaphragme, ouverture de la cavité pleurale. On constate alors que presque toute la cage thoracique, de ce côté, est occupée par une masse d'intestin grêle et de gros intestin, masse adhérente presque partout. Il existe une très large communication. M. Duval arrive à détacher les adhérences, à réduire l'intestin grêle dans la cavité abdominale. Le gros intestin reste encore adhérent à la partie supérieure de la cavité pleurale. Le poumon est réduit à une mince galette aplatie contre la voûte supérieure. Ayant détaché les adhérences du gros intestin, en particulier du cæcum, M. Duval trouve un gros appendice enflammé. Il l'enlève et réduit le gros intestin, puis il suture l'orifice diaphragmatique. La respiration se fait aussitôt dans le poumon décomprimé. Il s'agissait donc d'une appendicite compliquant une hernie diaphragmatique.

L'opération dura trente-cinq minutes. Le malade avait été anesthésié à l'éther. Malheureusement, le lendemain, l'enfant fut pris d'une sorte de crise cardiaque à laquelle il succomba.

Cette observation est accompagnée de radiographies sur lesquelles on voit très bien l'intestin bismuthé occupant tout le côté gauche du thorax. Les accidents, dans ce cas, étaient dus à une appendicite sous-clavière.

Existe-t-il des cas semblables ? M. Kirmisson n'en connaît pas. Quant à la hernie congénitale de l'intestin à travers le diaphragme, c'est là un fait connu. Cette hernie se produit presque toujours du côté gauche parce qu'au point de vue de la pathogénie cela peut s'expliquer par ce fait que la communication, qui existe naturellement à l'état embryonnaire du côté gauche, est beaucoup plus large que celle qui existe du côté droit. C'est ainsi que sur 34 cas relevés par M. Kirmisson, il y en a 27 du côté gauche pour 7 du côté droit. Il peut donc y avoir là persistance d'un canal naturel, comme il y a persistance du canal péritonéo-vaginal. Il s'agit là d'un vice de conformation de la période embryonnaire en voie d'arrêt.

La radioscopie permet dans ces cas d'assurer très nettement le diagnostic.

Au point de vue du traitement chirurgical, par quelle voie vaut-il mieux passer ? Par la voie pleurale, ou par la voie abdominale ? M. Kirmisson pense, avec MM. Schwartz et Rochard qui ont fait un travail sur ce sujet, qu'il vaut mieux avoir recours à la voie pleurale. M. Pierre Duval, dans son cas, a pris une voie mixte puisqu'il est passé d'abord par le ventre, puis par la plèvre.

M. MICHON a vu le malade de M. Duval, après que le diagnostic eut été fait par la radiographie ; une fois cette constatation faite, étant donnés les symptômes observés, il devenait possible de faire le diagnostic d'appendicite. Quant aux adhérences, étaient-elles congénitales ou pathologiques ? Cela est difficile à juger. Toutefois en raison de l'appendicite on pourrait bien admettre que les adhérences lui ont été consécutives.

M. MORESTIN a vu trois cas de hernie diaphragmatique sans appendicite : dans le premier cas, ce fut une trouvaille d'autopsie, dans le second cas, il s'agissait d'un adulte qui à deux reprises a été atteint de phénomènes d'occlusion intestinale qui ont nécessité deux fois l'établissement d'un anus contre nature et dont il n'a pas été possible de déceler la cause. Cet homme étant mort, on a trouvé à l'autopsie une hernie diaphragmatique : ces faits se passaient avant la radiographie. Comme voie d'accès, M. Morestin, avec M. Kirmisson, préférerait la voie transpleurale.

M. KIRMISSON connaissait les faits de M. Morestin. Aujourd'hui le diagnostic peut être facilement assuré par la radiographie et il est indiqué de faire la cure radicale de ces hernies diaphragmatiques par la voie transpleurale.

Complications plus ou moins éloignées de la gastro-entérostomie. — M. HARTMANN fait un rapport très intéressant à propos d'une observation adressée par M. Marquis,

La gastro-entérostomie, dit M. Hartmann, est devenue une opération simple et bénigne, pourvu que les médecins n'envoient pas les malades moribonds aux chirurgiens. A part quelques complications pulmonaires très rares, les suites sont habituellement très simples. Mais il est bon toutefois de n'enregistrer que des guérisons très éloignées du moment de l'opération. L'observation de M. Marquis en est une preuve.

Un homme de quarante et un ans, souffrant depuis huit ans de l'estomac, subit une gastro-entérostomie pour sténose pylorique. Il guérit. Quatre ans après, il est pris de douleurs intolérables au niveau de l'épigastre. M. Marquis opère de nouveau, il trouve une péritonite en voie de généralisation. Il cherche une perforation gastrique ou duodénale; il ne trouve aucune lésion. Il sectionne la bouche qui a été faite, il y a quatre ans, et trouve une brèche, un ulcère sur la partie antérieure de l'orifice de communication. Il ferme la brèche, reconstitue la bouche et le malade guérit. Il s'agissait donc, dans ce cas, de la perforation d'un ulcère survenu sur la bouche anastomotique.

M. Hartmann a pu réunir 125 observations de ces ulcères peptiques. Il cite l'observation d'un homme de quarante-quatre ans souffrant de l'estomac depuis 1900.

En 1903, on lui fait une gastro-entérostomie antérieure. Il va bien pendant deux ans. Les douleurs reparaissant, M. Cunéo lui fait une seconde opération. Il semble de nouveau guéri. En 1910, il vient trouver M. Hartmann, souffrant de nouveau. Il refuse une troisième intervention. Six mois après, il revient et M. Hartmann, qui avait constaté chez lui une hyperacidité considérable lui fait une jéjunostomie. Il meurt dix jours après. On trouve, à l'autopsie, un ulcère peptique sur la bouche anastomotique. D'après les observations, ces ulcères peuvent apparaître de deux à onze ans après la gastro-entérostomie. Ils peuvent aussi se former en dehors de toute gastro-entérostomie. Sur 350 gastro-entérostomies qu'il a pratiquées, M. Hartmann n'a pas eu à relever un seul cas d'ulcère peptique. D'après les statistiques, on en aurait constaté 6 cas sur 913 opérés. Au point de vue du sexe, on trouve 88 hommes et 18 femmes. La gastro-entérostomie est donc pratiquée bien plus souvent sur les hommes. Les habitudes alcooliques peuvent y être pour quelque chose.

Aucun procédé opératoire ne met fatalement les malades à l'abri de l'ulcère peptique. Toutefois il semble plus fréquent après la gastro-entérostomie antérieure qu'après la postérieure. La gastro-entérostomie en Y semble plus y prédisposer (1 cas sur 11).

Il est bien certain, ainsi que le dit M. Marquis, que c'est l'hyperacidité qu'il faut d'abord mettre en cause. Mais elle n'est pas seule en cause. L'ulcère peut siéger sur la bouche elle-même, comme dans le cas de M. Marquis (1 cas sur 3), ou un peu au-dessous sur la muqueuse jéjunale.

On peut aussi, au point de vue étiologique, incriminer le mode de réunion de la bouche, au moment de sa fermeture. Souvent l'ulcère s'accompagne de rétraction de la bouche. Il peut y avoir d'autres causes adjuvantes.

Que faire au point de vue de la prophylaxie ? Ne pas recourir au procédé en Y quand le contenu de l'estomac est acide, ne pas se servir de boutons pour l'anastomose, ne pas faire de coprostase par pincement de l'intestin, recourir au lavage de l'estomac et surveiller le régime alimentaire après l'opération.

M. Delbet a renoncé aux procédés en Y. Il a constaté que les résultats étaient meilleurs, après la gastro-entérostomie, quand le milieu se trouvait plus alcalin par le fait de la présence de la bile dans l'estomac. L'ulcère peut avoir deux localisations, au niveau même de la bouche ou un peu au-dessous. Il est bien certain que l'hyperacidité est le premier facteur, mais ce n'est pas le seul. Il faut aussi compter avec le matériel de suture. La suture totale avec un matériel de suture non résorbable peut avoir des inconvénients. La soie est très longue à s'éliminer, M. Delbet a vu des surjets de soie ne s'éliminer qu'après deux et trois ans. Quant à la localisation de l'ulcère au-dessous de la bouche, elle peut s'expliquer par l'usage du clamp qui serre l'intestin et interrompt momentanément sa circulation.

M. Cunéo estime que les procédés en Y peuvent favoriser la formation de ces ulcères. Il ne croit pas à l'influence des fils de soie, ni à celle du clamp. C'est surtout l'hyperacidité qu'il faut incriminer. Un chirurgien italien a proposé de modifier le milieu stomacal en agissant sur l'innervation sécrétoire de l'estomac. Il y a là une idée qui mérite l'attention.

M. Tuffier accuse également l'hyperchlorhydrie d'être le premier facteur des ulcères peptiques. Il se servait autrefois de fils de lin pour la suture. Il y a renoncé pour lui préférer le catgut. Il ne se sert jamais de clamp. Il a constaté également l'heureuse influence de la présence de la bile pour neutraliser l'hyperacidité.

M. Walther ne se sert de soie ou de lin que pour la suture séro-séreuse. Il a toujours recours au catgut pour la suture totale. Il n'employait pas de clamp, mais il a recours maintenant à la pince de Témoin qui exerce sur l'intestin une compression très douce. Il n'a jamais vu d'ulcères peptiques chez ses opérés.

M. Ricard a pratiqué un grand nombre de gastro-entérostomies. Il n'a constaté qu'un seul cas d'ulcère peptique consécutif, chez un homme de quarante-deux ans. Il s'agissait d'un ulcère gastro-duodénal juste au niveau de la bouche anastomotique. Il excisa cet ulcère et refit une bouche beaucoup plus large au même endroit.

La gastro-entérostomie en Y a fait son temps; M. Ricard n'y a plus jamais recours. Il a abandonné le catgut pour le fil de soie. Il est vrai que celui-ci ne se résorbe pas et ne s'élimine que très tardivement. Dans une seconde intervention faite près de deux ans après la première, il a ainsi trouvé un fil noir qui pendait dans la bouche stomacale. Mais il ne croit pas que la présence de cette soie puisse être nocive. Il ne se sert jamais de clamp. Mais il fait faire toujours un lavage préalable de l'estomac. D'ailleurs, quand on a bien soin de sortir l'estomac hors du ventre, il ne s'en écoule presque rien. Quant à l'intestin, il ne donne rien non plus. Le principal facteur de l'ulcère peptique consécutif à une gastro-entérostomie doit être, pour M. Ricard, l'hyperacidité de l'estomac. Les petits incidents opératoires ne doivent y entrer que pour bien peu de chose.

M. Hartmann constate que ses collègues sont d'accord avec lui pour considérer l'hyperacidité comme la principale cause des ulcères peptiques et pour rejeter définitivement la gastro-entérostomie en Y. Il pense toutefois que certains incidents opératoires peuvent aussi exercer une certaine influence. Mayo cite un cas où il y avait eu hématome. Dans un autre cas, où on avait eu recours au bouton, celui-ci n'avait pas été éliminé et était tombé dans l'estomac. Sa présence contre la bouche avait fini par irriter la muqueuse et favoriser ainsi l'irritation par l'acide chlorhydrique, d'où ulcère. M. Hartmann est resté fidèle à la soie et ne se sert pas de clamp.

Plaie du cœur. — M. Lenormant fait un rapport sur une observation de plaie du cœur suturée par M. Lecène : coup de revolver sur le côté droit de la poitrine, en dehors du mamelon; diagnostic de plaie du cœur basé surtout sur la petitesse et la fréquence du pouls; intervention précoce en suivant le trajet de la balle.

M. Lecène a réséqué le premier cartilage costal, puis les quatrième et cinquième cartilages costaux du côté droit, la moitié du sternum. Il a ouvert la plaie, a trouvé le péricarde troué, l'a ouvert, a donné issue à des caillots et est arrivé sur une plaie du ventricule droit qu'il a suturée, n'a pas trouvé d'autre orifice, a remis le cœur en place et a laissé la balle. Il a refermé sans drainage. La blessée a guéri. Chemin faisant, il

avait trouvé une petite perforation du poumon qui ne saignait pas et il l'a laissée. Il y avait donc dans ce cas coexistence d'une plaie pulmonaire et d'une plaie cardiaque. La balle a été laissée. On connaît la tolérance des tissus pour les balles. Toutefois on peut se demander si cette tolérance est indéfinie. Peut-être, dans ces cas, serait-il indiqué d'aller à la recherche de la balle.

— Suivent une série de présentations :

Fracture sous-trochantérienne du fémur chez un jeune garçon, traitée par l'extension continue consolidée; le malade marche après vingt jours sans raccourcissement; par M. Souligoux.

Trépanation du crâne pour traumatisme, large brèche comblée par un fragment du fascia lata, puis par un fragment d'omoplate, encéphaloïde, par M. Mauclaire.

A ce propos, M. Sébileau fait remarquer qu'une plaque métallique, dans ces cas, est mieux supportée que toutes les greffes osseuses ou musculaires.

Arthrite tuberculeuse du genou suppurée, traitée et guérie par une série de raclages, curettages, résections et injections de chlorure de zinc, par M. Walther.

Un appendice contenant un lombric, appendicite grave opérée à chaud, par M. Jalaguier. Guérison.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

Cures thermales chez les enfants, t. I (centre de la France et Enghien), par M. le docteur E. Ausset, professeur agrégé, chargé de conférences de crénothérapie et de climatothérapie à la Faculté de médecine de Lille. In-18 jésus. — Prix : 5 francs, net, 4 fr. 50 franco. — Lille, Plateau.

Le Rhumatisme tuberculeux (*Consultations médicales françaises*, fasc. 56), par le docteur René Leriche, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. In-16 de 28 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Dyspepsies et leur traitement envisagés au seul point de vue clinique, par le docteur Félix RAMOND, médecin des hôpitaux de Paris. In-8. — Paris, J. Cussac.

N° 137. — MARDI 2 DÉCEMBRE 1913. 86e ANNÉE. MARDI 2 DÉCEMBRE 1913. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » . — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Lecture. — *Pathologie.* — Séance du 28 novembre 1913. — MM. Evrard, 9; Barreau (Pierre), 8; Bisson, 10; Rabeau et Daspres, 9; Thomas, 7; Aurousseau, 6; Weiss, 14; Benoiste-Pilloire, 8.

Anatomie. — Séance du 28 novembre. — MM. Bocage et Paturet, 7; Konteschveller, 3; Le Gac, 11; Durand (Jacques-René), 10; Blum, 9; Rabut, 11; Duval-Arnould, 6.

Séance du 29 novembre. — MM. Bechmann, 11; Millet, 8; Ramadier (Fernand), 6; Lapidus, 2; Dalsace et Levent, 8; Ohier, 7; Bourgeois (Francis), 13.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Louis Tavernier.

— Toulouse. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations de MM. Amalric, Chatellier, Viguier, Fabre, Bach, Claverie, internes titulaires; MM. Villemur, Digeon, Stillmunkès, H. Gay, Riser et Belfort, internes provisoires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les vacances du jour de l'an ont été fixées du dimanche 28 décembre au dimanche 4 janvier.

GUERRE. — Sont nommés à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales :

Professeurs. — Chaire de clinique interne et des maladies exotiques : M. le médecin principal de deuxième classe Thiroux, en résidence libre.

Chaire de clinique externe et de chirurgie d'armée : M. le médecin-major de première classe Sambuc, en service au Tonkin.

Chaire d'anatomie et de médecine opératoire : M. le médecin principal de première classe Clouard, en service à l'hôpital militaire de Marseille.

Chaire d'histoire naturelle, chimie, toxicologie et pharmacie : M. le pharmacien principal de deuxième classe Ferraud, en résidence libre.

Professeur adjoint. — Chaire d'histoire naturelle, chimie, toxicologie et pharmacie : M. le pharmacien-major de deuxième classe Bouvelot, en congé.

Sous-directeur. — M. le médecin principal de première classe Clouard, professeur à l'école d'application.

Major. — M. le médecin-major de deuxième classe Léger, professeur adjoint à l'école d'application.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Ancelet, Arnould, Bouchacourt et Truelle au titre de professeurs à l'Asssociation des Dames françaises.

LA DIMINUTION DES NAISSANCES EN ALLEMAGNE. — Le chiffre des naissances pour 1912 est de 1925883 contre 1927039 en 1911. La diminution est donc très faible, mais le correspondant de Berlin du *Temps* qui relate ces chiffres fait observer que « ce ralentissement de la diminution est d'ailleurs plus apparent que réel. La base sur laquelle se calcule le chiffre des naissances s'élargit chaque année, le nombre des adultes croissant rapidement en Allemagne puisqu'il correspond aux années de grande natalité entre 1890 et 1900. Nous devrions avoir actuellement en Allemagne un très gros accroissement de la natalité. Si les chiffres restent stationnaires ou même diminuent lentement on doit en conclure

que l'ancienne capacité de développement rapide est en voie de prompte décroissance... »

« Dans la mesure où on peut interpréter avec sûreté les résultats des statistiques de la population, il semble donc qu'on puisse affirmer que le mouvement de diminution de natalité en Allemagne se poursuit inflexiblement. Certaines circonstances l'accélerent ou le ralentissent selon les années. En dépit de variations momentanées dont on ne doit pas exagérer l'importance il reste un des facteurs qui contribueront le plus puissamment dans l'avenir à modifier la vie économique de l'Allemagne. »

L'ALIMENTATION EN EAU POTABLE EN INDOCHINE. — Le gouverneur général de l'Indochine vient d'adresser aux résidents supérieurs la circulaire suivante relative à l'alimentation des villes et villages en eau potable de bonne qualité :

« Par ma circulaire du 14 janvier dernier ayant trait à la prophylaxie des maladies endémo épidémiques j'appelais tout particulièrement l'attention des autorités administratives et sanitaires sur l'intérêt capital qu'il y a à faire l'éducation des populations indigènes touchant les multiples inconvénients qui résultent de la consommation d'eau de mauvaise qualité, et le rôle capital de ces eaux dans la propagation des maladies, notamment du choléra, de la fièvre typhoïde, des parasites intestinaux, etc.

Les principes d'hygiène ayant trait à cette question auront d'autant plus de chance d'être acceptés et compris qu'ils seront présentés sous la forme de leçons de choses.

Or, si cette question de l'eau semble avoir préoccupé quelques rares résidents ou administrateurs de provinces, beaucoup d'entre eux paraissent s'en être désintéressés, à peine s'il en est question dans les rapports sanitaires.

Je ne saurais trop vous répéter que j'attache une importance capitale à ce que cet important problème soit étudié avec soin aussi bien pour les grands centres que pour les petites agglomérations. Le programme tracé dans la circulaire précitée est suffisamment explicite pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir.

Afin de me mettre en mesure de juger de l'effort réalisé dans le sens indiqué, je vous prie d'inviter chaque chef de province à vous adresser, d'accord avec le médecin, un rapport relatant :

1° Ce qui a été fait dans les grands centres et dans ceux de moyenne importance, ou même dans les petits centres;

2° Ce qui reste à faire pour arriver à une réalisation à peu près satisfaisante du programme ;

3° Il sera dressé en quelque sorte une carte de l'alimentation en eau potable des centres de la province : sources captées ou à capter, adduction d'eau de rivière, puits creusés, protégés et réservés uniquement en vue de l'alimentation, etc., le problème sera envisagé sur toutes les faces.

Si quelques-uns de ces travaux nécessitent un effort budgétaire important pour les grands centres, il ne saurait en être de même pour les villages déjà munis de puits qu'il suffirait simplement de protéger et de placer sous la sauvegarde des autorités indigènes. »

P.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. KIRMISSON.) — MM. les docteurs Monsaingeon, chef de clinique, et Olivier, chef de clinique adjoint, commenceront le vendredi 5 décembre 1913, à quatre heures et demie, un cours de clinique annexe sur la chirurgie infantile et orthopédique.

Le cours aura lieu tous les jours, à quatre heures et demie, et sera complet en un mois.

Le droit à verser est fixé à 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis de midi à trois heures.

HOPITAL LAENNEC. — SERVICE D'OPHTALMOLOGIE. — Sous la direction de M. le docteur Rochon-Duvigneaud, chef de service, M. le docteur Ducamp, ancien interne des hôpitaux, assistant du service, et M. Dantrelle, interne des hôpitaux, licencié ès sciences, commenceront une série de dix démonstrations et exercices pratiques d'ophtalmoscopie et de tonométrie le mardi 2 décembre, à une heure et demie, et continueront les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Notions d'optique. Maniement de l'ophtalmoscope à miroir (image renversée, image droite, skiascopie). Techniques nouvelles : endoscopie oculaire, ophtalmoscopie sans reflets. Ophtalmoscope de Baum. Orientation des images et interprétation des aspects ophtalmoscopiques. Eclairage de contact. Tonomètre de Schiötz.

Les élèves seront exercés individuellement au maniement des appareils et à l'examen des malades.

Les conférences seront réservées aux docteurs français et étrangers.

Le nombre des places étant strictement limité, s'inscrire d'avance auprès de M. Dantrelle, interne du service.

Un droit d'inscription de 50 francs sera perçu par élève.

CONFÉRENCES DE GYNÉCOLOGIE. — M. le docteur Proust, agrégé, commencera une série de conférences de gynécologie le lundi 15 décembre 1913, à cinq heures, au grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : De l'indication opératoire dans les grossesses tubaires. — Salpingites et ovarites. — Kystes et tumeurs solides de l'ovaire. — Fibromes de l'utérus. — Cancer de l'utérus. — Métrites. — Déviations utérines. — Ruptures et relâchements du périnée. — Fistules vésico-vaginales. — Cancer du sein. — Tuberculose génitale. — De l'indication opératoire dans les rétentions et tumeurs placentaires.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 DÉCEMBRE 1913

THÈSES

Mercredi 10 décembre, à une heure. — M. AMAUDRUT. Contribution à l'étude des pleurésies des syphilitiques. (MM. Landouzy, président; Weiss, Letulle et Henri Labbé.) — M. VIE. Contribution à l'étude de la conductivité des urines pathologiques. (MM. Weiss, président; Landouzy, Letulle et Henri Labbé.) — M. ENGEL. Le sérum-rhum. Étude clinique et expérimentale. (MM. Letulle, président; Landouzy, Weiss et Henri Labbé.) — M. FEUGIER. Contribution à l'étude de l'ablation de la clavicule (indications et résultats). (MM. Reclus, président; Legueu, Aug. Broca et Zimmern.) — M. JUVIN. La greffe osseuse autoplastique dans le traitement des ostéosarcomes du membre inférieur. (MM. Legueu, président; Reclus, Aug. Broca et Zimmern.) — M. LUZOIR. De la néphropexie (procédé d'Albarran-Marion). (MM. Aug. Broca, président; Reclus, Legueu et Zimmern.)

Jeudi 11 décembre, à une heure. — M. RANEMAN. Les relations de la tuberculose et de la démence précoce. (MM. Gilbert Ballet, président; Pierre Marie, Rathery et Ribierre.) — M. VIARD. Recherches sur les rapports du trophœdème et des adiposes localisées chez la femme. (MM. Gilbert Ballet, président; Pierre Marie, Rathery et Ribierre.) — M. LEGAL. De la démence chez les épileptiques. (MM. Gilbert Ballet, président; Pierre Marie, Rathery et Ribierre.) — M. BOLLOT. Quatre observations d'anévrisme de l'aorte (difficultés des diagnostics, autopsies, quelques commentaires, quelques figures). (MM. Pierre Marie, président; Gilbert Ballet, Rathery et Ribierre.)

Manuel de clinique et de thérapeutique oculaires, par la doctoresse BONSIGNORIO. Préface du docteur F. TERRIEN, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. In-18 jésus, cartonné toile de 268 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

NOTE A PROPOS DE L'ÉPIDÉMIE DE CHOLET

Par MM. G. OLLIVE,
Professeur de clinique à l'École de médecine de Nantes,

et COLLIGNON,
Chef du laboratoire de bactériologie du 11e corps.

Le 12 novembre dernier, appelés par nos confrères les docteurs Fonteneau (de la Regrippière) et Loréal (de Vallet), nous pouvions observer quatre malades, habitant le village de la Gravoire et qui avaient été victimes d'une intoxication attribuée à l'ingestion d'œufs à la neige dans un repas de noces à Cholet. L'ingestion des œufs à la neige pouvait être nettement incriminée, car d'autres habitants du même village ayant assisté au même repas étaient indemnes, n'ayant pas absorbé cet entremets. Un homme en avait à peine goûté et tout se réduisit pour lui à une diarrhée profuse qui apparut quarante-huit heures après. L'état des trois autres malades était ou avait été autrement grave. Deux enfants, un garçon âgé de onze ans, une fillette âgée de treize ans semblaient déjà guéris ou en voie de guérison, une femme de vingt-neuf ans était encore gravement malade.

Nous mentionnerons d'abord pour ces trois malades la brusquerie de l'apparition des premiers symptômes. La crême avait été ingérée vers neuf heures et demie du soir, et les invités de la noce quittaient Cholet un peu après minuit. Ils avaient à peine franchi quelques kilomètres qu'ils étaient pris de vomissements, de douleurs abdominales, de diarrhée, accidents qui se répétèrent fréquents le long du trajet qu'ils franchirent en quatre heures environ.

Nous n'insisterons que peu sur les symptômes éprouvés, nous réservant d'y revenir ultérieurement; nous dirons seulement qu'à part la fillette qui eut un jour une température de 39 degrés le thermomètre ne dépassa jamais la normale; les selles d'abord un peu sanguinolentes prirent le caractère de selles diarrhéiques; le ventre non ballonné est surtout douloureux sur le trajet du côlon, le foie est un peu gros, la rate n'est pas percutable.

L'on peut considérer le jeune garçon comme guéri, la fillette comme entrant en convalescence, l'état de la femme seul paraît encore sérieux, avec la tendance aux syncopes.

Nous tenons à dire que ces malades ont été soignés par nos confrères avec beaucoup de dévouement, d'énergie et de justes conceptions de la thérapeutique à appliquer.

Lorsque nous arrivons dans la maison nous assistons aux efforts violents de vomissements de Mme L... Les matières rejetées sont liquides, jaunes, verdâtres, peu abondantes. Ces matières sont immédiatement recueillies. Nous recueillons de même des urines et du sang de cette femme. Pour la fillette l'on recueille du sang et des matières fécales.

Deux hémocultures furent faites en eau peptonée.

Les autres produits furent ensemencés ainsi que le sang en divers milieux aérobies et anaérobies.

Voici le résultat de nos observations :

Les cultures du sang, en milieu aéré, ne donnent aucun germe.

La culture *anaérobie* du sang de la mère donne un trouble appréciable dès le deuxième jour. Les ensemencements faits avec les vomissements, les matières et les urines donnent naissance à des colonies *toutes semblables* produisant des bulles gazeuses abondantes dans les milieux anaérobies.

Ces colonies sont constituées par un bacille de longueur variable, non cilié, immobile, ne se colorant pas par la méthode de Gram. Il est aérobie et anaérobie facultatif. Il trouble le bouillon en vingt-quatre heures donnant un voile léger à la surface.

Sur gélose, sa culture est grasse, blanc jaunâtre, crêmeuse.

Sur gélatine, sa culture est gris jaunâtre. En gélatine piqûre, elle ne présente pas la forme de clou qui caractérise la culture du bacille de Friedlander.

Sur pomme de terre, sa culture est grasse et abondante. Elle donne de l'indol en eau peptonée en trente-six heures.

Ce bacille fait fermenter activement les sucres, lactose, maltose, lévulose. Il caméléone les milieux sucrés.

Il *est très pathogène* pour tous les animaux de laboratoire.

Ces derniers morts en moins de douze heures à la suite de l'injection intrapéritonéale présentent des exsudats des séreuses et un sang très noir qui renferment le bacille à profusion.

Il ne présente pas le phénomène de l'agglutination avec le sérum des malades.

D'après tous ces caractères, ce bacille n'appartient pas au groupe des *salmonelloses*.

Ce germe, du reste, doit être assez ubiquitaire.

L'un de nous l'a certainement rencontré au mois de mai dans un liquide de pleurésie purulente, examiné au laboratoire militaire, et que nous avions appelé bacille de Friedlander atypique. La virulence était alors assez faible : il tuait cependant la souris en vingt-quatre heures. Le malade a complètement guéri.

Nous croyons intéressant de signaler ces cas avec l'intérêt clinique, épidémiologique et bactériologique qu'ils comportent.

L'*étiologie* de ces infections du *type Cholet* est très obscure. Dans le cas actuel, les malades se sont infectés en absorbant le blanc d'œuf battu en neige ou le lait non bouilli, ou contaminé après ébullition, qui sont entrés dans la composition du dessert.

Nous pensons que le lait ou les blancs d'œufs ont été contaminés soit par des mouches qui se sont trouvées en contact avec des matières fécales ou des vomissements de malades précédemment atteints, soit par un germe moins virulent peut-être, soit encore par les mains souillées des personnes appelées à confectionner ce dessert.

Nous pensons, en un mot, que des cas sporadiques, bénins, servent d'intermédiaire aux cas épidémiques.

Dans les entremets, composés de lait d'œufs, souvent de gélatine, le microbe se développe et sécrète

ses toxines. Souvent, en effet, ces aliments sont consommés plusieurs jours après leur préparation.

Nous pensons que c'est à la présence de ces dernières toxines, surtout, qu'il faut imputer la précocité des premiers symptômes cliniques.

DEUX CAS D'ÉPITHÉLIOMA DE LA LÈVRE INFÉRIEURE CHEZ DES FEMMES INDIGÈNES

Par M. J. BRAULT,
Professeur à la Faculté de médecine d'Alger.

J'ai insisté dans de nombreuses publications, et ici même (1), sur la fréquence des épithéliomas de la face chez les indigènes musulmans d'Algérie, aujourd'hui je ne veux pas revenir sur cette question.

On sait que les auteurs sont unanimes pour reconnaître que le cancer de la lèvre inférieure est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme, les uns donnent la proportion de dix hommes pour une femme, d'autres donnent des chiffres un peu moindres.

Malgré cette rareté relative, au cours du seul mois de juin 1913, nous avons été à même d'observer deux cas d'épithélioma de la lèvre inférieure chez deux femmes indigènes.

Voici ces deux observations résumées :

OBSERVATION I. — B... K. B. N., femme kabyle, âgée de quarante-cinq ans (?), veuve, vient d'Azeffoun où elle a toujours séjourné, elle entre à l'hôpital de Mustapha, dans notre salle Leloir, le 9 juin 1913, pour des lésions de la lèvre inférieure.

La malade n'a jamais eu de maladies ou d'indispositions antérieures graves, elle a eu dix enfants.

Il y a deux ans, B... K. vit survenir sur sa lèvre inférieure, à gauche, une grosseur rouge, sèche, qui survint sans cause appréciable; comme la grosseur en question était assez démangeante, la malade se gratta ; toutefois, ce n'est qu'au bout de huit mois, que l'affection, qui avait acquis le volume d'une noisette, se généralisa à toute la lèvre ; à ce moment, B... K. prétend avoir eu des maux de tête et de la fièvre; cette femme kabyle est d'ailleurs très difficile à interroger.

A l'entrée dans le service, nous constatons une labialite végétante, framboesiforme, prenant la lèvre inférieure dans toute son étendue et empiétant sur la commissure gauche.

La lèvre, au niveau de son bord libre, est très épaissie et très bourgeonnante, elle est par places recouverte de croûtes jaunâtres, séborrhéiformes; entre les bourgeons, il y a de petites vallécules; sur la partie médiane de la lèvre, mais un peu sur la droite se trouve une rhagade assez profonde qui sépare les masses bourgeonnantes en deux lobes inégaux, le gauche est prédominant. Le coloris est rouge rosé, les lésions sont sèches, il n'y a pas d'ulcérations à proprement parler. Quand on presse les masses bourgeonnantes on fait sourdre en plusieurs points une matière blanchâtre, puriforme, si on insiste davantage on arrive à faire saigner la lèvre.

On sent quelques ganglions sous-maxillaires et géniens gros et durs.

(1) *Revue générale des sciences*, 13 déc. 1904. — *Pathologie et hygiène des indigènes musulmans d'Algérie*, Alger 1905. — *Congrès des sociétés savantes*, 2 avril 1905. — *Janus*, juin 1905. — *Gaz. des hôpit.*, 3 août 1905. — *Janus*, nov. 1905. — *Arch. f. sch. und trop. Hyg.*, Bd. X, 1906. — *Géographie des colonies françaises*. — *Janus*, 1907-1908 — *Province méd.*, 6 janv. 1912. — *Soc. de path. exotique*, 12 fév. 1913.

En somme, cliniquement, on pense à un épithélioma végétant.

L'état général de la malade est bon, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, la température est normale.

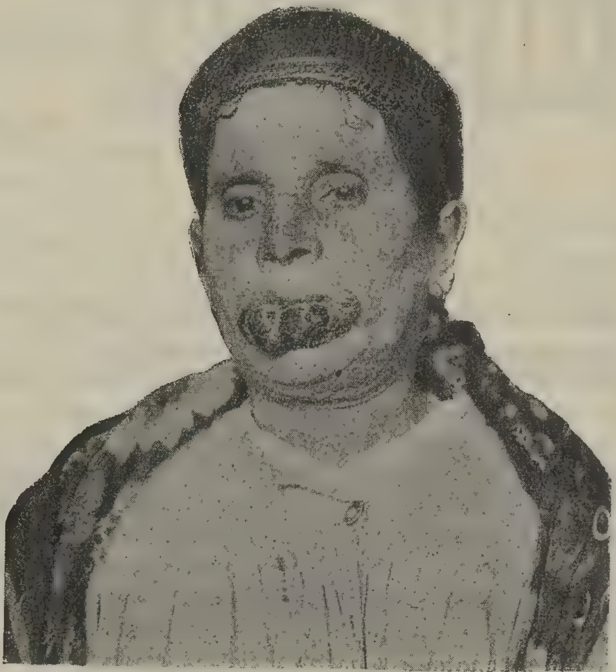


FIG. 1. — *Femme de l'observation I.*

L'*examen histologique*, pratiqué au laboratoire, confirme les données de la clinique et montre qu'il s'agit d'un épithélioma corné de la lèvre inférieure.

OBS. II. — Kh... A. B. R., femme arabe, âgée de soixante-cinq ans, célibataire, née à Maison-Carrée, entre à l'hôpital

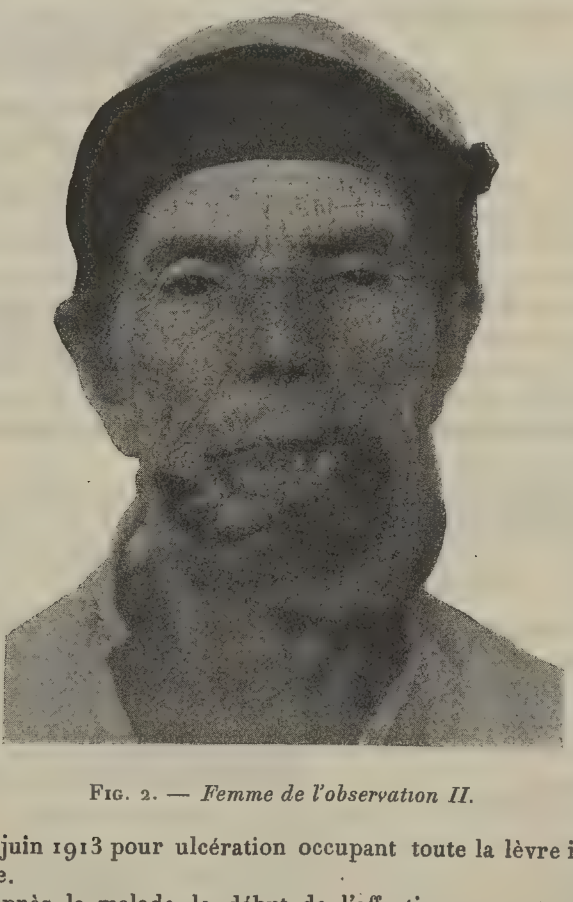


FIG. 2. — *Femme de l'observation II.*

le 27 juin 1913 pour ulcération occupant toute la lèvre inférieure.

D'après la malade, le début de l'affection remonterait à deux ans; à cette époque, elle aurait eu un bouton rosé, dur,

indolore, saignant peu. La petite tumeur avait le volume d'un pois chiche et siégeait sur la partie gauche de la lèvre inférieure.

Depuis, le processus devenu ulcéreux et saignant a gagné de plus en plus et des ganglions apparurent.

Actuellement, toute l'étendue de la lèvre inférieure est profondément ulcérée, les bords de l'ulcération sont très éversés, festonnés et bourgeonnants, ils sont durs à la palpation. Le fond de l'ulcération est sanieux et très saignant. Les ganglions géniens et sous-maxillaires sont gros et durs; à gauche ces derniers sont très volumineux et donnent lieu à une tumeur qui pointe; au sommet, la peau est rouge, luisante, prête à s'ulcérer.

Examen histologique. — Ici encore il s'agit d'un épithélioma lobulé corné absolument typique.

ACTUALITÉS

LES PROTOZOAIRES DU CANCER

M. le professeur Bosc vient de publier, sur l'étiologie et la pathogénie du cancer, un article très intéressant (1) qui remet à l'ordre du jour cette question si discutée et d'une si grande importance.

Voici déjà longtemps que le professeur Bosc étudie les maladies à protozoaires ou bryocytiques, groupe dans lequel il fait entrer la variole, la vaccine, la clavelée, le cancer et le rhumatisme articulaire aigu. M. Bosc soutient aussi depuis 1903 que les virus filtrants ne sont que des formes minimales de protozoaires. Enfin, M. Bosc a obtenu des cultures vraies des protozoaires de la vaccine, de la clavelée et du cancer après avoir trouvé un milieu favorable : le sang rendu incoagulable par l'extrait de sangsues.

Tous les cancers, d'après le professeur Bosc, renferment des parasites; dans certaines tumeurs, on constate une extrême abondance de stades évolutifs de petite et de grande taille; d'autres tumeurs ne renferment que des cycles asporulés; un très grand nombre ne présentent que des formes minimales dont la recherche est très délicate.

M. Bosc décrit dans son article, illustré de plusieurs figures, les aspects divers des protozoaires trouvés par lui dans différentes tumeurs; il lui paraît indubitable que le cancer est dû à un parasite de la classe des protozoaires. Mais s'agit-il toujours d'une même espèce ? Ou bien plusieurs espèces de protozoaires peuvent-elles donner naissance au cancer ? C'est cette dernière opinion qui doit être admise ; car déjà M. Bosc a vu, dans les tumeurs qu'il examinait, tantôt des coccidies, tantôt des grégarines, tantôt des myxosporidies.

Passant ensuite à l'étude des cultures, M. Bosc rappelle ses travaux antérieurs sur ce sujet; en ensemençant des raclages de tumeurs, dans du sang incomplètement coagulé et anaérobie, il a vu le développement actif des divers cycles des protozoaires et a obtenu les formes volumineuses typiques (amiboïdes, morulaires, sporulaires) ; le développement des formes morulaires et kystiques, et surtout la production abondante de spores dans deux et trois passages, rendent indéniable la réalité de la culture.

Cette pathogénie du cancer permet de comprendre l'histogénèse des néoplasmes. Le parasite envahit un groupe cellulaire, l'excite et le fait proliférer; la tumeur constitue un moyen de défense de l'économie, car elle tend à enfermer le parasite dans sa prolifération; mais elle devient de plus un organisme indépendant qui empoisonne son porteur.

Les cellules nouvellement formées et parasitées se détachent dans un espace conjonctif, arrivent dans les vaisseaux lymphatiques et les ganglions, ce qui explique la métastase avec structure identique à celle de la néoplasie primitive.

Dans d'autres cas, il se fait une exaltation du virus, avec passage dans le sang et carcinose aiguë, c'est-à-dire infection avec éruption généralisée identique à celle d'une maladie à protozoaires aiguë. Dans d'autres cas plus favorables peut survenir une dégénérescence cellulaire rapide avec disparition de la croissance périphérique et c'est alors la guérison spontanée.

Le professeur Bosc fait remarquer que cette pathogénie du cancer conduit à une prophylaxie précise. Les protozoaires sont très abondants dans la nature ; les formes sporulées se trouvent dans les excréments des insectes et de la plupart des animaux qui vivent en contact avec l'homme et qui servent à l'alimentation; les formes minimales peuvent être transportées par des animaux piquants qui servent d'hôtes intermédiaires. L'ingestion de légumes et de fruits crus, de poissons mal cuits et riches en protozoaires, de foie de lapin atteint de coccidiose aiguë, explique la si grande fréquence du cancer des voies digestives.

Pour se préserver du cancer, M. Bosc conseille de pratiquer une propreté extrême de la peau, d'éviter le contact d'animaux infectés de protozoaires, de n'ingérer que des aliments parfaitement cuits ; on devra aussi soigner immédiatement toute inflammation d'orifice et faire l'ablation de toute néoformation même la plus petite. M. BRELET.

(1) F.-G. Bosc. Les protozoaires du cancer et leur culture, *Presse méd.*, 26 nov. 1913.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1913)

Traitement des paralytiques généraux par les instillations intrarachidiennes de néosalvarsan. — MM. Auguste Marie (de Villejuif) et Levaditi (de l'Institut Pasteur) présentent une note sur le traitement intrarachidien des paralytiques généraux par une solution instillée de quelques centimètres cubes de néosalvarsan (1 à 6) dissous dans le liquide rachidien de ponction (injection dans le canal intrarachidien).

Sur 14 cas traités, il y a sept mois, il y eut 8 rémissions incomplètes et 6 décès dus au progrès de l'affection déjà avancée.

La méthode n'a pas empêché la mort de paralytiques généraux avancés dans la proportion ordinaire des décès moyens.

Elle a paru enrayer l'évolution de 8 cas.

Ces quelques cas appartenaient à la deuxième période de la paralysie générale; ils sont dans une proportion relativement supérieure à celle de rémissions spontanées.

Dans la majorité des cas, les paralytiques généraux délirants ont été transformés en paralysie générale de la forme dite de Requin, sans délire, ou paralysie générale des hôpitaux.

L'amélioration des troubles psychiques s'est maintenue depuis huit mois chez huit sujets.

Contribution à l'étude de l'action de l'émétine dans le traitement des abcès dysentériques du foie. — MM. Dopter et Pauron présentent deux malades guéris d'abcès dysentériques du foie et qu'ils ont traités par l'émétine dans des conditions un peu spéciales; dans les observations qui ont été publiées jusqu'ici, les injections d'émétine ont été précédées de l'évacuation de la poche abcédée. Dans les deux cas présents ils ont suivi la marche inverse et ont commencé par l'administration de l'émétine.

Les injections sous-cutanées de cette substance ont amené une rétrocession indéniable du processus inflammatoire hépatique : les douleurs se sont fort atténuées, le volume du foie a

été notablement diminué, l'état général s'est amélioré, néanmoins dans les deux cas une douleur hépatique persistait.

Chez l'un, après incision de la paroi, la ponction évacuatrice a donné issue à un pus, non plus chocolat, mais grisâtre, café au lait, ressemblant au pus d'une suppuration banale. Deux jours après des drains ayant été appliqués l'écoulement n'existait plus, les drains sont enlevés au deuxième pansement, la cicatrisation profonde commençait; le pus ne s'était pas reproduit.

Chez l'autre, qui avait été guéri grâce à l'émétine deux mois auparavant d'une dysenterie amibienne et qui cependant présentait un abcès du foie, ce dernier s'est évacué spontanément par vomique, mais cette vomique qui donna issue ici encore à un pus d'aspect banal s'effectua simplement, et le lendemain le malade vaquait à ses occupations comme à l'habitude.

Les auteurs concluent de ces deux faits que :

1° Le traitement par l'émétine seule détermine un arrêt du processus amibien et transforme un abcès vivant en un abcès mort; mais elle est incapable d'assurer la résorption du pus; la guérison complète ne peut être obtenue qu'après évacuation spontanée ou provoquée de la poche abcédée quand l'émétine est injectée préalablement, la guérison qui suit l'évacuation est d'une rapidité surprenante.

2° Cette notion peut être utile au point de vue pratique, car dans les cas où l'on soupçonne un abcès du foie, ou bien quand on peut affirmer sa présence malgré des ponctions négatives, les injections d'émétine seule pourront refroidir le processus inflammatoire et soulager le malade.

3° Enfin, la deuxième observation montre que le traitement d'une dysenterie amibienne par l'émétine ne met pas le malade à l'abri des abcès du foie. Ce fait confirme les constatations de Marchoux et d'autres qui ont montré que, si l'émétine agit d'une façon spécifique sur la forme végétative de l'amibe elle paraît être sans action sur sa forme enkystée dont la persistance expose déjà à des rechutes de dysenterie.

Dissociation des fonctions de pilosité. Réaction hypophysaire avec hyperalbuminose rachidienne. — MM. Sicard et Reilly présentent une malade âgée de trente ans chez laquelle est survenue depuis quatre ans environ une poussée pileuse très exagérée des régions faciale, axillaire, pubienne et des membres (hypertrophie facio-corporelle) contrastant avec la chute et la pénurie extrême des cheveux (hypertrophie capillaire).

Il s'agit là d'une dissociation de pilosité inverse de celle qui s'observe normalement dans l'enfance et qui apparaît fréquemment chez l'eunuque (hypertrophie capillaire avec hypertrophie facio-corporelle). Une réaction hypophysaire est dans notre cas responsable de cette dystrophie pileuse qui s'associe d'ailleurs à l'adiposité et à l'arrêt des règles, ces deux derniers symptômes faisant partie du type clinique syndrome adiposo-génital isolé par Froelich et Launois.

La preuve de la lésion pituitaire ne nous a été donnée ni par l'épreuve radiographique de la selle turcique qui est négative ni par l'examen oculaire qui n'a révélé ni hémianopsie ni altération du fond de l'œil.

Par contre, le liquide céphalo-rachidien s'est montré riche en albumine (un gramme environ par litre) et ne contenant aucun élément cellulaire, c'est là le témoin indirect d'une lésion de compression des centres nerveux, et, vraisemblablement, dans le cas actuel, d'une réaction hypophysaire ou des centres avoisinants.

L'opothérapie hypophysaire en injection sous-cutanée pratiquée pendant près d'un an est restée sans résultat, peut-être pouvait-on recourir aux rayons X convergeant à travers une brèche osseuse bilatérale par trépanation simple.

Albuminurie fonctionnelle et azotémie. — M. Merklen croit qu'il est difficile, malgré les faits publiés, de considérer que l'albuminurie cyclique puisse s'accompagner d'une insuffisance rénale azotémique. Il est en effet nécessaire, avant de conclure, de porter la plus grande attention à l'étude de la quantité des albuminoïdes ingérés.

Dans un cas d'albuminurie intermittente irrégulière, l'azotémie fut de 0,22 et le coefficient d'Ambard de 0,068. Il ne faudrait pas en tirer parti pour ou contre l'origine rénale de l'albuminurie; on peut tout simplement dire que la fonction irrégulière des reins n'était pas atteinte.

Cancer du côlon à forme anémique. — MM. Bensaude et Thibaut rapportent un cas de cancer du côlon à forme anémique.

L'intérêt de leur observation réside dans l'aspect tout particulier de la radioscopie présenté par les auteurs.

En effet après lavement bismuthé, on voit très nettement une encoche au niveau de l'angle droit du côlon, siège de la tumeur.

Il résulte donc de ce fait qu'une néoplasie intestinale a donné aux rayons Röntgen la même image lacunaire qu'une néoplasie gastrique.

Le fait est assez rare pour mériter d'être rapporté.

Réaction de Herxheimer à forme lymphangitique. — MM. Henri Dufour et J. Thiers rapportent l'observation d'un sujet âgé de vingt-six ans, porteur d'un chancre syphilitique de la verge qui reçut à une semaine d'intervalle quatre injections de néosalvarsan, le chancre était complètement cicatrisé, et le traitement terminé depuis quelques jours quand survinrent quelques papules discrètes; une cinquième injection de 30 centigrammes de néosalvarsan fut alors pratiquée à une heure de l'après-midi; dans la soirée le malade était pris de frissons, de céphalée, de courbature et de fièvre; en même temps, les éléments éruptifs devenaient le siège de sensations pénibles, de cuissons, de démangeaisons. Le lendemain, on constatait que chaque papule était turgescente et entourée d'une aréole nettement inflammatoire sensible à la pression, d'où partaient des traînées très apparentes de lymphangite se rendant aux ganglions correspondant aux territoires intéressés; ces ganglions étaient augmentés de volume et douloureux. Toute intervention thérapeutique fut suspendue, et les phénomènes inflammatoires atténués dès le lendemain avaient disparu complètement au bout de quatre jours; la réaction de Herxheimer à l'allure de lymphangite n'a pas encore été signalée. MM. Henri Dufour et J. Thiers insistent sur l'intérêt que cette forme particulière présente tant au point de vue de la séméiologie qu'au point de vue de la pathogénie du phénomène de Herxheimer.

L'amino-acidémie. — MM. Marcel Labbé et Henri Bith. Les amino-acides ne doivent pas être recherchés dans le sérum désalbuminé, mais dans le sérum total. Ils n'y existent probablement pas à l'état libre, mais y forment des complexes avec les protéines solubles de sérum.

L'azote aminé du sérum sanguin est compris chez les individus normaux entre 10 et 40 centigrammes, et, si on le compare à l'azote total du sérum non désalbuminé, on trouve un rapport $\frac{\text{N aminé}}{\text{NT}}$ variant de 0,5 à 4 p. 100. L'azote animé augmente beaucoup dans le sérum au cours des affections du foie dans lesquelles la cellule hépatique est touchée; aussi s'élève-t-il dans les cirrhoses avec dégénérescence graisseuse, l'ictère grave, le cancer du foie, les maladies graves avec insuffisance hépatique, alors qu'il reste normal dans l'ictère catarrhal, la lithiase biliaire.

Dans le diabète avec dénutrition et acidose, l'azote aminé du sérum est très élevé, puisqu'on peut en trouver jusqu'à 1g05 avec un rapport $\frac{\text{Na}}{\text{NT}}$ de 8 p. 100; dans le diabète gras, presque normal. Dans l'urémie, l'azote aminé du sérum est au-dessus de la normale et le rapport s'élève. Dans toutes les autres maladies, l'amido-acidémie est normale.

L'augmentation des amino-acides dans le sérum coïncide en général avec l'hyperamino-acidurie; dans l'urémie, au contraire, il y a hyperamino-acidurie, l'imperméabilité rénale pour les produits azotés retenant les amino-acides.

On peut surtout considérer la recherche de l'amino-acidémie comme un moyen de diagnostic de l'insuffisance uropoiétique du foie et comme un moyen de pronostic dans le diabète avec acidose de l'urémie, son augmentation pouvant faire prévoir le coma.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1913)

Œsophagoscopie pour corps étrangers. — M. HOULIÉ présente une malade chez laquelle il a pratiqué une œsophagoscopie pour enlever un dentier ($3^{cm}8$) fixé au niveau du rétrécissement aortique; les tentatives d'extraction à la pince échouant, sous l'influence de la cocaïne, le dentier fut subitement dégluti; il fut évacué ultérieurement sans encombre. L'auteur critique la méthode de désenclavement cocaïnique de Sargnon qui a l'avantage d'être simple, mais qui est aveugle, et peut, le cas échéant, provoquer des accidents.

Tumeur inflammatoire de la cuisse stimulant un sarcome. — M. PERAIRE présente un malade âgé de cinquante-cinq ans qu'il a opéré il y a huit ans. Ce malade lui avait été adressé avec le diagnostic de tumeur maligne de la cuisse. Après radiographie, le malade ayant été chloroformé, une très large incision conduisit sur un amas de fongosités avec séquestre. Le malade guérit rapidement et la tumeur disparut. Ne s'agit-il pas dans ce cas d'une variété de ces fausses tumeurs malignes, de ces faux sarcomes qui sont uniquement des tumeurs inflammatoires produites par des lésions osseuses.

M. LEREDDE estime qu'il est du devoir de tout médecin de penser toujours à la syphilis dans le cas de tumeurs « sarcomateuses » qui peuvent être purement et simplement d'origine syphilitique.

M. GASTOU. L'examen d'un fragment d'une tumeur de la cuisse, analogue à celle dont vient de parler M. Peraire, a prouvé l'existence d'une tumeur mixte du tissu conjonctif aponévrotique. Ces tumeurs mixtes qui réunissent les caractères du fibrome, du myxome, de l'enchodrome, etc., sont assez rares et méritent d'être signalées, car leur diagnostic clinique est des plus difficiles.

M. MOUCHET. Le malade présenté par M. Péraire pourrait avoir une ostéomyélite d'origine typhique. En tout cas, dans les lésions osseuses dont on ne démêle pas nettement la nature, il faut songer à la syphilis.

M. BONNEAU. Une malade atteinte d'un pseudo-sarcome de la cuisse, qui était en réalité une syphilis osseuse, n'obtint un résultat du traitement spécifique (impuissant pendant quatre mois) qu'après l'adjonction de l'aérothermothérapie, seule capable de stimuler la circulation dans la tumeur osseuse et de permettre à la médication interne d'agir.

La ponction exploratrice des tumeurs solides. — M. MAUTÉ, à l'occasion d'une observation de cancer du sein, à diagnostic clinique particulièrement difficile, présente une aiguille-trocart à l'aide de laquelle on peut prélever, même dans les organes profonds, un petit fragment de tumeur, suffisant pour assurer un diagnostic histologique d'une précision absolue.

M. GASTOU. Ce procédé, déjà employé autrefois, offre les avantages et les inconvénients de la biopsie; on peut, si la prise n'est pas assez profonde, conclure à un diagnostic erroné.

M. MOUCHET. La ponction exploratrice des tumeurs solides est un moyen de contrôle intéressant qui peut être utile, mais qui n'est pas infaillible.

M. Paul TISSIER. L'examen du sang donne des renseignements précieux au point de vue de la nature bénigne ou maligne des tumeurs.

M. HOULIÉ. L'histoire d'une malade atteinte de tumeur laryngée qualifiée d'abord de bénigne, puis, après un nouvel examen histologique, reconnue cancéreuse, témoigne que la biopsie, pour être utile, doit être faite dans la zone malade assez profondément pour atteindre le néoplasme.

Traitement de la paralysie générale par l'arsenobenzol. — M. LEREDDE. L'action thérapeutique de l'arsenobenzol dans la paralysie générale est indiscutable. Dans les cas récents, elle se manifeste par la disparition des troubles de la mémoire, de l'attention, de la sensibilité affective, et cela en *série* et d'une *manière constante*. Les signes physiques sont plus rebelles.

D'une façon normale, les malades peuvent reprendre leurs occupations, leur vie habituelle. L'action sur le sérum sanguin se traduit par l'atténuation progressive de la séroréaction; d'autre part, la lymphocytose céphalo-rachidienne diminue parfois d'une manière considérable.

Le traitement doit être fait d'une manière progressive, en commençant par de faibles doses ($0^{g}20$ par exemple, moins même dans quelques cas).

On peut atteindre peu à peu des doses considérables, $1^{g}20$ et même $1^{g}50$.

Le traitement n'est pas dangereux; dans deux ou trois cas, l'auteur a observé des zonas qui ont guéri sans difficulté, et n'ont pas empêché de reprendre les injections.

Après ces injections, on peut observer des phénomènes réactionnels qu'il faut reconnaître, parce qu'ils inquiètent le médecin qui n'en est pas prévenu : fièvre, nausées, vomissements, beaucoup plus rarement du délire, aphasie passagère, secousses dans les membres. Ces phénomènes sont transitoires, sans gravité et s'expliquent simplement par l'action de l'agent thérapeutique sur les régions malades.

M. GASTOU. La communication de M. Leredde soulève à la fois la question du diagnostic de la paralysie générale et celle des doses d'arsenobenzol à lui appliquer, doses qui paraissent tellement fortes qu'il serait difficile de les indiquer d'emblée aux praticiens.

M. GOUREAU. Il y a sans aucun doute nécessité de traiter les paralytiques généraux et d'instituer un traitement intensif; ce traitement, mixte pour l'auteur, doit être prolongé et fait par séries.

Rapports sexuels et tuberculose pulmonaire. — M. BOUREILLE montre avec observations à l'appui que l'abus des rapports sexuels, chez les tuberculeux pulmonaires, cause un grand danger physique; de même l'abstention peut engendrer un grand danger moral, suivi immédiatement d'une grave évolution de la maladie; seule, la modération n'est habituellement cause d'aucun désordre.

ANALYSES

CHIRURGIE

Les replis peritonéaux fœtaux et leurs rapports avec les occlusions chroniques et aiguës de l'intestin grêle et du gros intestin. (Joseph RILUS EASTMAN. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LXI, n° 9, 30 août 1913, pp. 635-639.) — **Problèmes chirurgicaux de la stase intestinale, considérés au point de vue anatomique.** (JOHN E. SUMMERS. *Ibid.*, pp. 639-641. *Discussion, ibid.*, pp. 641-642.) — Malgré les divergences de vues au sujet de l'origine de la péricolite membraneuse, une conception générale tend à s'établir au point de vue pratique. EASTMAN défend avec vigueur l'origine congénitale des replis : le repli génito-mésentérique de Reid est la même chose que la

bandelette iléo-pelvienne de Lane, le repli pariéto-colique de Jonnesco et le repli avasculaire de Trèves sont souvent considérés comme de simples adhérences au cours d'opérations abdominales. Eastman relate un cas d'occlusion intestinale complète due à un repli péritonéal péricolique.

SUMMERS admet l'origine congénitale comme Eastman; mais, si Lane et Jackson n'ont fait que décrire comme formations pathologiques ce que beaucoup d'anatomistes avaient vu avant eux, il n'en est pas moins vrai qu'ils furent les premiers à démontrer que ces replis, jusque-là considérés seulement comme facteurs possibles des hernies rétropéritonéales, acquéraient, dans certains cas, une tout autre valeur pathologique, au point de vue de la stase intestinale. Les replis existent chez l'enfant, mais ils ne causent guère de trouble avant cinquante ans. Summers admet que ces replis peuvent être des dispositions prises par la nature pour s'opposer à la chute de l'intestin et la stase qui en serait la conséquence. La meilleure technique chirurgicale contre la stase intestinale n'est pas encore absolument fixée. Les opérations de Lane sont souvent trop radicales.

ROYSTER attire l'attention sur ce fait qu'il ne faut pas s'obstiner à chercher seulement des membranes périintestinales du côté droit. Il y a de ces adhérences à gauche dans bien des cas. Donc, à côté de la variété congénitale droite, il y a une variété gauche, certainement acquise, celle-là, et qui a son importance.

LAW combat la théorie congénitale parce que, dit-il, on ne voit pas ces membranes chez les enfants. Il insiste sur la théorie de Gerster et de Pilcher, d'après laquelle la stase colique et l'infection transpariétale seraient les facteurs les plus importants.

EISENDRATH déclare que le repli de Jonnesco, sous sa forme embryonnaire, se retrouve chez tous les individus : il se transforme en membrane de Jackson causant de la stase et des symptômes, sous l'influence de changements pathologiques.

JACKSON, dont les travaux ont déchaîné la discussion qui dure depuis quatre ans, ne peut comprendre comment le fait que la membrane est congénitale peut amener certains auteurs à dire qu'elle n'a pas d'importance chirurgicale. Autant dire qu'un pied bot congénital n'a pas d'importance. Si elle cause de l'obstruction, il faut la diviser. S'il y a côlite concomitante, comme c'est probable, il faut traiter cette côlite.

En résumé, la membrane de Jackson est une formation embryonnaire, persistant souvent chez l'adulte et ne causant généralement point de symptômes, mais qui, sous l'influence d'infections répétées venues d'un intestin se vidant mal, acquiert une importance pathologique et demande une intervention chirurgicale. F. GARDNER.

Section intracranienne du nerf auditif pour bourdonnements persistants. (Charles H. FRAZIER. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LXI, n° 5, 2 août 1913, pp. 327-330.) — L'auteur a eu recours à cette opération dans un cas de violents tintements d'oreilles consécutifs à une fracture du rocher intéressant les nerfs optique, trijumeau et auditif, ce qui constitue une association extrêmement rare. Bien qu'il s'agisse d'une opération demandant une habileté chirurgicale un peu spéciale, comme d'ailleurs toutes les opérations dans la loge cérébelleuse, Frazier la considère comme parfaitement justifiée dans certains cas où nul autre traitement ne peut rien donner et où les bourdonnements sont si intenses et persistants qu'ils sont une vraie menace pour la santé du malade.

Le cervelet est mis à nu après taille d'un lambeau cutané et enlèvement de l'os au-dessous de la ligne courbe occipitale supérieure à la pince gouge. L'hémisphère cérébelleux est doucement soulevé à l'aide d'une spatule pour permettre l'écoulement du liquide cérébro-spinal de la grande citerne. Puis on soulève de plus en plus l'hémisphère de manière à arriver sur le rocher jusqu'au trou auditif interne. Alors un bon éclairage artificiel est nécessaire. On sépare l'auditif du facial et on le coupe à l'aide de ciseaux articulés comme la pince pour corps étrangers de l'urètre. On s'assure au moyen de l'excitation électrique que le facial n'est pas lésé. Fermeture de la plaie. Le malade de Frazier guérit vite et fut débarrassé de ses bourdonnements. F. GARDNER.

MÉDECINE INFANTILE

Tétanos céphalique. (M. le professeur HUTINEL. *La Pédiatrie pratique*, 5 mars 1913.) — Décrit pour la première fois par Rose (de Zurich) en 1863 et 1870, le tétanos céphalique n'est pas très exceptionnel, puisque Poan de Sapincourt a pu en réunir, dans sa thèse, en 1904, 94 cas. La porte d'entrée de ce tétanos siège sur le territoire du facial. Le début s'annonce par une gêne au niveau de la mâchoire, du même côté que la plaie, des deux côtés si la plaie est médiane. Puis, la paralysie du facial s'accuse en même temps que la contracture. C'est cette *paralysie faciale* qui fait la particularité du tétanos céphalique. La réalité de cette paralysie est démontrée par l'étude de la contractilité électrique des muscles qu'il innerve. Souvent coexiste encore une paralysie du moteur oculaire commun, ou des quatrième et sixième craniens.

Le tétanos céphalique peut se compliquer de dysphagie, d'hydrophalie, parfois même d'opisthotonos.

Il est difficile d'expliquer que trismus et paralysie marchent de pair. On admet que l'action des toxines sur le nerf périphérique, le frappant au maximum, le paralyse, tandis qu'elles ne font qu'exciter les cellules nerveuses, parce qu'elles sont atténuées lorsqu'elles parviennent aux centres nerveux.

Le diagnostic est surtout à faire avec la *névralgie faciale à type convulsif*.

Le traitement préventif consiste en l'antisepsie rigoureuse des plaies qui intéressent la face. Une fois le tétanos réalisé, il faut avoir recours aux injections massives intraveineuses et répétées de sérum antitétanique. B. GAYARD.

Complications pulmonaires de la scarlatine. (R. PORAK. *La Pédiatrie pratique*, 5 mars 1913.) — S'il est bien exact de répéter que les complications pulmonaires sont assez exceptionnelles dans la scarlatine, il s'en faut cependant qu'on ne les rencontre jamais. Sur 111 scarlatines reçues en six mois à l'hôpital Trousseau, huit fois M. Porak a pu constater des complications pulmonaires. Parmi celles-ci, il en est deux que l'auteur rapporte en détail en raison de leurs caractères anatomo-cliniques et dont nous nous contentons de résumer les particularités : 1° abcès multiples du poumon et pyopneumothorax ; 2° infarctus du poumon par thrombose. B. GAYARD.

Influence de l'hérédo-syphilis sur le développement de l'encéphale. (HUTINEL. *La Pédiatrie pratique*, 25 sept. 1913.) — L'auteur montre le rôle que joue l'hérédo-syphilis dans la genèse d'un certain nombre d'affections infantiles du système nerveux : hémiplégies, diplégies, amblyopies et surdités, céphalées, convulsions, arriération mentale, idiotie. L'auteur conseille de penser toujours à la possibilité de cette étiologie et, pour la dépister, de pratiquer la réaction de Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des petits malades. B. GAYARD.

OBSTÉTRIQUE

Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'état puerpéral sur la tuberculose pulmonaire. Avortement provoqué. Valeur du produit de conception. [TECON (de Leysin), *Revue suisse de méd.*, 23 août 1913.] — Après avoir exposé les opinions des auteurs anciens et contemporains sur ces différentes questions, l'auteur indique les résultats des constatations qu'il a faites :

Au cours de la grossesse la tuberculose pulmonaire reste

stationnaire dans la majorité des cas (58 p. 100), s'aggrave chez un nombre assez important de malades (30 p. 100) et enfin s'améliore dans un petit nombre des cas (16 p. 100). Aussi est-il difficile d'établir le pronostic de la tuberculose pulmonaire au début de l'état gravidique.

Dans la majorité des faits (62 p. 100) le processus tuberculeux ne paraît pas influencé par l'accouchement et les suites de couches. Dans 33 p. 100 des cas au contraire l'état pulmonaire s'est aggravé au cours de l'état puerpéral. Dans 5 p. 100 des cas enfin les suites de couches n'enrayèrent pas l'amélioration des signes stéthoscopiques.

D'autre part la tuberculose pulmonaire même grave n'a paru exercer aucune influence néfaste sur la grossesse. L'avortement provoqué dans les trois premiers mois donna dans trois cinquièmes des cas des résultats satisfaisants. Dans un cinquième des cas le résultat fut nul, dans le dernier cinquième enfin cette intervention sembla donner un coup de fouet à la maladie. Une grossesse mal supportée, un mauvais état général, la perte de poids, l'apparition de la fièvre, l'aggravation rapide des signes d'auscultation furent les indications principales qui déterminèrent ces interventions.

La très grande majorité (95 p. 100) des enfants issus de mères tuberculeuses observées par l'auteur ne paraissaient pas avoir été influencés par l'ascendance tuberculeuse.

B. GAYARD.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Contribution clinique et anatomique à l'étude des tumeurs du lobe parietal. (CIUFFINI. *Riv. di patol. nerv. e mentale*, 1913, p. 705-728, 4 fig.) — Dans ce travail sont relatés les deux faits suivants :

1° Convulsions épileptiformes : quinze mois après ictus, céphalée temporale gauche, vomissements, vertiges, affaiblissement intellectuel, pas de stase papillaire, douleur à la percussion de la région temporale gauche. Comme signes de localisations, troubles d'innervation des six dernières paires craniennes à gauche, avec à droite paralysie de la sixième; parésie des membres du côté gauche.

L'autopsie montra un sarcome sous-cortical du lobule pariétal inférieur gauche, envahissant les régions limitrophes des lobes temporal et occipital.

2° Tumeur du lobe pariétal, mais l'existence de mouvements choréiformes, particulièrement, ne permettait pas d'éliminer complètement l'hypothèse d'une lésion thalamique.

L. ALQUIER.

Examen du faisceau pyramidal dans un cas d'épilepsie avec signe de Babinski bilatéral. (ROUBINOVITCH et BARBÉ *Bull. soc. anat.*, 1913, p. 120.) — Enfant de sept à huit ans ayant eu jusqu'à 60 crises en trente-six heures; une raréfaction légère des fibres du faisceau pyramidal, constatée aux divers niveaux du névraxe, explique le double signe de Babinski constaté chez le petit malade. L. ALQUIER.

Etude de l'écorce cérébrale dans un cas de chorée chronique. (ROUBINOVITCH et BARBÉ. *Bull. Soc. anat.*, 1913, p. 121.) — L'autopsie montra une méningo-encéphalite légère chronique avec au microscope infiltration des espaces péricellulaires autour des cellules pyramidales. L. ALQUIER.

Etude anatomique sur l'involution d'un ovaire greffé et remarques sur le processus histologique de la greffe (TUFFIER, Louis GÉRY et TIGNES. *Bull. Soc. anat.*, 1913, p. 193-198, 4 fig.) — L'étude histologique d'un ovaire extirpé à une femme de quarante et un ans, puis greffé dans son tissu cellulaire cutané, montre l'involution scléreuse et la fusion presque partout de la périphérie et des tissus voisins. Elle se fait au niveau du hile et des points accidentellement privés de leur épithélium germinatif. L. ALQUIER.

Polypose recto-colique. Cancer ano-rectal, réactions ganglionnaires. (LARDENNOIS et MONDOR. *Bull. Soc. anat.*, 1913, p. 231-234, 2 fig.) — Tout le segment du gros intestin sur une longueur de 40 centimètres est criblé de polypes adénomateux, parmi lesquels un noyau d'adéno-carcinome avec un ganglion lymphatique nettement envahi par le cancer. Ce fait joint à d'autres analogues publiés par divers auteurs démontre, disent les auteurs, que l'adénome simple du rectum est au cancer ce que la leucoplasie est au cancer lingual.

L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

A propos de l'action diurétique des préparations d'adonis vernalis. (ARNAUT. *Gaz. des prat.*, 15 nov. 1913.) — Si l'on est d'accord pour reconnaître que l'adonis vernalis constitue un toni-cardiaque de premier ordre, sans action sur la pression sanguine et pouvant, par conséquent, être prescrit dans l'artériosclérose et dans les néphrites avec hypertension, on ne l'est pas moins sur le choix de la préparation à employer.

On a constaté en effet — on le savait déjà pour la digitale — que la teinture d'adonis et l'adonidine se montraient souvent inefficaces, alors que le suc de la plante fraîche ou même son infusion provoquaient une diurèse abondante. Pour Roch, L. Segond, qui ont essayé d'expliquer le fait, il s'agirait d'une altération de l'adonidine sous l'influence des sucs digestifs.

Quoi qu'il en soit, il est certain qu'avec le suc total d'adonis, on obtient, comme l'a constaté Arnaut, une diurèse très rapide. Un autre avantage, non moindre, c'est que l'adonis ne s'accumule pas; il n'est pas toxique, ne donne pas de réaction du tube digestif, autant d'avantages qui font que l'adonis doit prendre place à côté de la digitale et même lui être substitué souvent, notamment dans les néphrites interstitielles lorsque l urémie devient menaçante.

Dans son travail, Arnaut rapporte un cas de ce genre où les résultats furent tout à fait remarquables. Au bout de quelques jours, tous les symptômes d'urémie commençante avaient disparu.

Il fait remarquer, à propos de cette observation, qu'il est nécessaire de ne pas abandonner la médication lorsque l'amélioration cherchée est obtenue. En donnant chaque semaine, pendant deux ou trois jours, une dose moyenne de médicament, on a beaucoup de chance de conserver les résultats acquis. Et cette prolongation du traitement n'a aucun inconvénient; l'adonis vernalis est d'une innocuité absolue.

L. GAYARD.

De la réaction fébrile consécutive aux injections intraveineuses de sélénium colloïdal. (A. BLUMENTHAL [de Bruxelles]. *Le Progrès médical*, 2 août 1913.) — L'auteur, qui a pratiqué plus de 600 injections intraveineuses d'électrosélénium, consigne et interprète le résultat de ses observations. Pour lui, la réaction fébrile consécutive aux injections intraveineuses de ce colloïde comporte deux éléments : d'une part, une élévation thermique légère, thérapeutiquement normale, provoquée par l'électrosélénium comme par l'électrargol ou par tout autre colloïde, d'autre part, une hyperthermie spéciale au sélénium, souvent intense, et due à la libération intra-organique des toxines cancéreuses sous l'influence du traitement.

Pratiquement, l'auteur est amené à conclure qu'il faut surveiller de près la courbe thermique des malades traités, espacer les injections en cas de réactions trop vives, espacer les séries de dix piqûres par des périodes de repos de six à huit jours et concilier à la fois les nécessités d'un traitement actif avec cette règle : ne pas fatiguer le malade pour lui laisser recueillir tout le bénéfice de la cure. L. GAYARD.

JURISPRUDENCE

MÉDECIN, SOUVERAIN ET HONORAIRES

La cinquième chambre supplémentaire du tribunal civil de la Seine a, dans un jugement du 26 novembre 1913, solutionné un procès dont les médecins peuvent retirer un certain profit.

Voici les faits. En 1901, un médecin français fut mandé en Serbie, pour donner ses soins à la reine Draga, que l'on croyait alors dans le huitième mois de sa grossesse, qui fut reconnue dans la suite être une grossesse nerveuse. Le médecin est aujourd'hui décédé. Sa sœur, qui a hérité de lui, prétend avoir trouvé, dans la succession du défunt, une créance de 30000 francs sur la reine Draga, pour honoraires médicaux. La reine Nathalie de Serbie, qui habite à Paris, ayant accepté la succession de son fils, le roi Alexandre, mais non de la reine Draga, était assignée devant le tribunal de la Seine, en raison de cette créance.

L'exploit introductif d'instance était ainsi rédigé :

« Attendu que M. le docteur C... fut appelé, en septembre 1900, en Serbie, pour donner des soins à S. M. la reine Draga, pendant une durée de six jours, moyennant une rétribution de 1 000 francs par jour, soit 6000 francs, qui lui fut payée,

Qu'il continua, de retour à Paris, à fournir des conseils médicaux à la reine Draga,

Que, le 21 avril 1901, il reçut un télégramme l'invitant à se rendre d'urgence en Serbie, et qu'il partit aussitôt, accompagné de son aide, M. le docteur M...,

Que, le 6 mai, ayant manifesté le désir de rentrer en France, le roi Alexandre le pria de rester à Belgrade pour continuer à fournir ses soins à la reine ; qu'en conséquence, il dut rester absent jusqu'au 16 mai, c'est-à-dire pendant vingt-huit jours, loin de sa clientèle habituelle.

Qu'à diverses reprises il a réclamé, mais en vain, le paiement de ses honoraires, à raison de 1 000 francs par jour pour lui et 100 francs pour son aide, soit 30800 francs,

Qu'on lui avait cependant promis, avant son départ de Serbie, de lui faire parvenir à Paris le prix de ses consultations et de ses soins,

Que la reine Nathalie, héritière du roi Alexandre, promit de rétribuer le docteur C...,

Que Mme R... a plusieurs fois, depuis lors, rappelé à la reine Nathalie la créance de M. le docteur C..., en particulier le 20 décembre 1912, et sous pli recommandé le 6 et le 21 janvier 1913,

Que toutes ses démarches amiables sont restées sans résultat. »

Les conclusions en réponse de S. M. la reine Nathalie de Serbie posaient le point de droit qu'a solutionné le tribunal dans le jugement que nous analysons aujourd'hui.

« Attendu que Mme veuve R..., héritière du docteur C..., réclame à S. M. la reine Nathalie de Serbie, héritière de son fils, le roi Alexandre de Serbie, la somme de 30800 francs pour soins donnés à S. M. la reine Draga, femme de S. M. le roi Alexandre de Serbie;

Mais, attendu que S. M. la reine Nathalie de Serbie n'a jamais été domiciliée à Paris ;

Qu'il s'agit d'une succession serbe, régie par la loi serbe, que cette créance devrait être réclamée devant les tribunaux de Belgrade ;

Mais que, néanmoins, Sa Majesté ne croit pas devoir soulever ces exceptions;

Qu'elle produira en temps utile les certificats de coutume nécessaires;

Mais qu'elle déclare, dès à présent, ne devoir, ni personnellement, ni comme héritière de son fils, aucun honoraire à Mme veuve R... »

La décision du tribunal, par les attendus suivants, donna gain de cause à la noble défenderesse.

« Attendu qu'en l'espèce il s'agit d'un contrat par correspondance ; que, dans une lettre du 25 février 1901, écrite de Paris, le docteur C... offrit ses services à la reine Draga en vue d'un accouchement qu'il jugeait alors prochain; que, n'ayant pas reçu de réponse, il insista par une seconde lettre; qu'à la suite de ces deux missives, une demoiselle d'honneur de la reine Draga lui envoya une réponse contenant le passage suivant : « Sa Majesté tient à ce que vous soyez ici au moment de l'accouchement... On vous préviendra à temps »;

Attendu que de cet échange de lettres il résulte bien que le concours de volontés indispensables à la réalisation de l'engagement sollicité par le docteur C... s'est produit à Belgrade, lieu où l'offre a été acceptée ; que l'on doit en conclure que la loi serbe régit les conditions dont se prévaut la demanderesse. »

Un moyen subsidiaire invoqué par la demanderesse et tendant à déférer le serment décisoire à la reine Nathalie, en vertu de l'article 2275 du Code civil, a été écarté par le tribunal parce que ce serment n'existe pas dans le Code civil serbe.

Ce jugement méritait de retenir l'attention car il constitue un argument nouveau pour le recouvrement des honoraires médicaux.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

VARIÉTÉS

LA LUTTE CONTRE LE BROUILLARD A LYON

La *Gazette des hôpitaux* annonçait récemment que M. Herriot, sénateur et maire de Lyon, venait d'instituer une commission technique destinée à étudier la question des brouillards dans cette ville et à rechercher les moyens de les combattre. Après lecture de nombreux rapports, la commission a décidé de faire tenter l'expérience proposée par M. Onofrio, directeur de l'Observatoire de Fourvière, c'est-à-dire le filage de l'huile sur la Saône. Or, notre jeune et excellent confrère *Hydrologica* publie, dans son numéro du 25 novembre dernier, un travail de M. Onofrio lui-même mettant la question tout à fait au point, travail dont nous allons exposer ici les données principales.

Le climat de Lyon constitue une anomalie dans sa région car il existe là un *brouillard local* recouvrant surtout la presqu'île et les quartiers de la rive gauche du Rhône. Ce brouillard se présente sous trois aspects différents : *bas*, au ras du sol; *élevé*, qui se tient à une hauteur de 60 à 120 mètres; *ciel gris ou plombé* qui plane entre 120 ou 200 mètres. La cause est la surface évaporante du Rhône et de la Saône à travers Lyon, soit 250 hectares produisant par jour, à 0 degré, environ 280 millions de mètres cubes de vapeur.

M. Onofrio n'admet pas en effet les théories émises jusqu'ici pour expliquer ce brouillard local, parmi lesquelles nous citerons celle qui veut faire intervenir les étangs des Dombes et celle qui incrimine les poussières et fumées. Pour le directeur de l'Observatoire de Fourvière, les deux cours d'eau donnent lieu à une évaporation constante qui constitue deux bandes d'humidité en forme d'Y comme eux, tantôt visibles et tantôt invisibles. Cet Y de vapeur s'élève ou s'abaisse suivant les variations de température des couches atmosphériques au-dessus et au-dessous de lui, d'où les diverses formes du brouillard lyonnais. D'autre part l'ensemble des fumées de la ville produit au-dessus d'elle un dôme surbaissé circulaire, de 4 à 5 kilomètres de diamètre, d'une centaine de mètres de hauteur, et l'on conçoit aisément que les rapports réciproques de l'Y d'humidité et du dôme de

fumées selon la force du vent entraînent des modifications considérables dans les différents aspects du brouillard.

Ceci établi, M. Onofrio passe en revue les différents moyens qui ont été proposés pour lutter contre le brouillard, et, outre qu'ils sont dispendieux, les considère comme inférieurs à une méthode qui permettrait d'éviter la formation des brouillards. Il en propose une. Celle-ci lui a été inspirée par l'étude du pouvoir des épilamens. Ce nom, créé en 1895 par M. Ritter, désigne les taches spéciales que forment à la surface de l'eau les matières graisseuses qui y sont répandues. Ces taches sont, en particulier, très fréquentes sur le lac Léman, et c'est le professeur Forel (de Lausanne) qui a démontré leur nature, et en 1873 exposé avec quelle rapidité elles s'étendent, prouvé enfin que 20 centimètres cubes d'huile suffisent à couvrir environ 4000 mètres carrés, la couche ayant alors une épaisseur de 1/200000 de millimètre.

Or, ces épilamens ont le pouvoir d'arrêter les émanations des vieux ports, de supprimer l'évaporation de l'eau, et d'ailleurs on sait quels services rend le filage de l'huile en modifiant l'effet des lames marines.

Au moyen d'un appareil imaginé par lui, M. Onofrio a démontré qu'une pellicule de 1/100000 de millimètre suffit à faire disparaître des vapeurs d'eau à 85 degrés. Mais à cette température la tension de la vapeur d'eau est de 430 millimètres, tandis qu'à 15 degrés elle n'est plus que de 13 millimètres, de sorte que pour empêcher l'évaporation à la surface d'un fleuve il suffira d'une pellicule au 1/150000 de millimètre, soit une dépense d'huile des plus minimes.

L'expérience, proposée par M. Onofrio, va donc avoir lieu à Lyon, sur la Saône, pendant tout le mois de décembre et n'exigera qu'une dépense d'une quarantaine de francs par jour, soit environ 1200 francs pour le mois entier. Si elle réussit, elle affranchira Lyon de soixante-deux journées de brouillard, ce qui est, en effet, la moyenne annuelle portant sur l'étude de dix années, et il n'est pas besoin de dire l'importance que ce résultat aurait au point de vue de l'hygiène et de la santé publiques.

Souhaitons donc que l'ingénieuse tentative de M. Onofrio débarrasse les Lyonnais de leurs brouillards. Mais qui délivrera Paris de ses buées, de ses poussières, de ses pluies vespérales quasi quotidiennes, de ce ciel assombri qui fait douter pendant des mois entiers qu'il existe encore un soleil et qui ne connaît d'autre embrasement que celui, tout factice, des enseignes lumineuses ?

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Traité du sang (1), publié sous la direction de MM. A. Gilbert et M. Weinberg.

MM. Gilbert et Weinberg ont voulu dans le traité, dont ils nous présentent le premier volume, exposer aussi complètement que possible l'état actuel de la science du sang, avec tous les détails que comporte la technique moderne. Un tel ouvrage ne pouvait être l'œuvre d'une seule personne quel que fût son savoir, et pour le mener à bonne fin, les directeurs de cette publication ont dû recourir à de nombreux collaborateurs tant français qu'étrangers et s'efforcer d'obtenir pour chacun des chapitres la collaboration la plus autorisée. C'est ainsi que la coagulation du sang est exposée par M. Nolf, l'étude des gaz du sang par M. Nicloux, les ictères hémolytiques par M. Chauffard, les leucémies par MM. Gilbert et P.-E. Weill, l'éosinophilie par M. Weinberg, etc.

Mais cette division du travail ne va pas sans inconvénients : il y a parfois contradiction entre les affirmations des auteurs d'articles consacrés à des sujets connexes, et cela parce que, il nous semble, ces articles sont souvent le reflet trop exact d'opinions personnelles, intéressantes toujours, mais quelques-unes contestables et contestées parmi lesquelles le lecteur devra faire un choix. C'est pourquoi nous pensons que ce nouveau traité sera surtout d'un grand intérêt pour les médecins déjà initiés aux questions fondamentales de l'hématologie.

L. LE SOURD.

(1) Prix des deux volumes en souscription : 42 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Désordres cliniques du battement du cœur (1), par Th. Lewis, professeur à l'Ecole de médecine de Londres. Traduit de l'anglais par le docteur C. Chauvet. Préface de M. le professeur J. Teissier.

D'un traité magistral et complet sur le mécanisme du battement du cœur, le docteur Lewis a extrait un manuel destiné à fournir aux médecins et aux étudiants quelques renseignements sur les faits nouveaux relatifs au diagnostic des maladies du cœur. C'est ce manuel pratique que le docteur Chauvet vient de traduire.

Après quelques considérations préliminaires sur les principales modifications de la fréquence, de la succession des battements du pouls du cœur, M. Lewis étudie six formes de désordre cardiaque : arythmie sinusale, heart-block, contractions prématurées, tachycardie paroxystique, fibrillation auriculaire, pouls alternant.

M. BRELET.

Thérapeutique clinique des maladies de l'estomac et des symptômes associés (2), par le docteur L. Pron.

Dans l'ouvrage que nous présentons ici, l'auteur expose que la définition des maladies de l'estomac ne saurait tenir dans une formule chimique, ni leur traitement dans l'administration de médicaments destinés à combattre des troubles sécrétoires en trop ou en moins. La plupart du temps, en effet, la motricité et surtout la sensibilité commandent la symptomatologie, et souvent les affections gastriques sont entretenues ou conditionnées par une mauvaise hygiène générale dans toute la vaste acception que comporte ce mot, ou par une irritation ou un surmenage portant sur un point éloigné de l'organisme.

C'est la méconnaissance du rôle primordial joué par le système nerveux et surtout par le plexus solaire qui fait passer les maladies de l'estomac pour très difficiles à comprendre et encore plus à guérir. « Ce jugement et ce scepticisme n'ont pas leur raison d'être, si l'on se sert du système nerveux comme fil conducteur dans l'étude des gastropathies et si on leur oppose une thérapeutique fonctionnelle et pragmatique au lieu d'une thérapeutique exclusivement théorique et chimique, issue du laboratoire. »

Cette citation fait bien comprendre dans quel esprit est fait le livre de M. Pron, et la grande compétence que l'auteur possède des affections de l'appareil digestif est un sûr garant de la façon dont le vaste sujet qu'il aborde a été traité.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Innere medizin [Tome II] (3), par le docteur G. Zuelzer.

Nous avons analysé ici même il y a deux ans, le tome I du précis de pathologie interne de Zuelzer, qui fait partie de la collection dite des « fils directeurs » de la médecine pratique.

Le présent volume est consacré aux maladies du tube digestif, du péritoine, du foie, du pancréas, du rein, de la vessie, de la rate, du corps thyroïde, du sang, et de la nutrition.

(1) Un vol. avec 47 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

(2) Un vol. de 274 pages. Prix : 6 francs. — Paris, A. Maloine.

(3) 360 pages. (Leitfaden der praktischen Medizin) — Leipsig, Werner Klinkhardt.

Le mode de rédaction est le même que pour le premier volume : symptômes, diagnostic et traitement sont exposés avec soin et précision, quoique rapidement ; l'anatomie pathologique et la pathogénie sont très résumées. Ce livre répond absolument à son but qui est d'être un ouvrage de pratique médicale.

A. LEMIERRE.

Le Traitement des maladies du cœur et de l'aorte en clientèle (1), par le docteur Ch. Fiessinger, membre correspondant de l'Académie de médecine, rédacteur en chef du *Journal des praticiens.*

Ce livre du docteur Fiessinger est d'une lecture attachante et instructive car on y trouve, à chaque page, une grande expérience de la clinique thérapeutique des affections cardiaques. Tout en reconnaissant l'intérêt de certains procédés nouveaux d'exploration, M. Fiessinger fait remarquer que l'étude des graphiques, par exemple, n'apporte pas une précision plus grande au traitement des maladies. « Ce que le médecin apprécie, ce sont les notions qui éclairent la voie, non celles qui l'obstruent de fourrés intéressants à fouiller pour ceux qui disposent de loisirs. » Parmi ces notions récentes, l'auteur signale l'importance, dans les cardiopathies artérielles, de la tension, de la courbe des pesées, du dosage de l'urée dans le sang et de la constante d'Ambard.

Dans la thérapeutique générale des cardiaques, M. Fiessinger insiste sur la cure de réduction des liquides et sur l'emploi de la digitaline à faibles doses d'une façon presque continue. Avec ces méthodes de traitement, des malades qui semblaient perdus se remettent sur pied, parfois pour de longues années.

M. BRELET.

Le Pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (2), par le docteur Léon Bernard.

Après avoir retracé l'historique et le principe de la méthode, l'auteur expose la technique du pneumothorax artificiel en se servant de l'instrumentation inventée et préconisée par Küss (d'Angicourt). Il traite ensuite des symptômes et des complications de cette intervention, puis des indications et contre-indications du pneumothorax thérapeutique. L'auteur remarque à cet égard que si un grand nombre de malades échappent à la méthode, que si elle est souvent inapplicable à certains sujets qui pouvaient cependant en être justiciables, que si, enfin, elle donne parfois des résultats médiocres chez d'autres, il ne faut pas oublier qu'elle procure, dans quelques cas, des résultats absolument remarquables, voire même extraordinaires. Et c'est pourquoi, si l'on met en regard de ces cures exceptionnelles l'innocuité de la méthode, il faut recommander son emploi dans tous les cas où elle est indiquée et possible.

B. GAYARD.

Le Traitement de la syphilis par le 606, par le docteur E. Jeanselme, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broca. Une brochure grand in-8 (n° 72 de l' « Œuvre médico-chirurgical) » de 40 pages avec tableaux et graphiques. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

---

(1) Un vol. (Collection « Comment guérir? Bibliothèque des praticiens ».) — Paris, A. Maloine.

(2) Les « Actualités médicales ». — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 10, oct. 1913.) G. Ravarit : Les trois blessures de Napoléon : Toulon, Damanhour, Ratisbonne (2 ill.). — H. Douzans : L'exorcisme chez la prostituée juive au Maroc (3 ill.). — E. Simair : Quelques souvenirs d'un pharmacien-élève de l'école du service de santé militaire de Strasbourg pendant la guerre de 1870 (10 ill.). — Paul Delmas : Comment s'est constituée l'ancienne école de médecine de Montpellier (*fin*) (8 ill.). — Ch. Guilbert : L'amour mystique (8 ill.).

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 10, oct. 1913.) Thooris : La classification morphologique du contingent. — Viry : Les viandes conservées par le froid ; leur emploi dans l'armée. — Delpy : Le chauffage central dans les infirmeries. — Froment : De l'épuration chimique des eaux par le procédé « Georges Lambert ». — Legrand : Les sociétés de la Croix-Rouge dans les différentes nations (*suite*).

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 10, oct. 1913.) Varenne : Froid industriel et hygiène navale. — Saint Sernin : Dosage du calcium à l'état de tungstate. — Kergrohen : Notes sur quelques hôpitaux de l'Extrême-Orient et du Pacifique (*suite*). — Goéré : Le choléra à Ferryville (Tunisie) en 1911. Etude clinique et bactériologique (*fin*). — Valence : Phlegmon ptérygo-maxillaire. Hémorragies. Ligature de la carotide primitive. Accidents cérébraux. Guérison.

Archives générales de chirurgie. — (N° 10, 25 oct. 1913.) L. Picqué : La douleur en chirurgie. — Bergasse et Guilmain : Les luxations dorsales de l'extrémité supérieure des métacarpiens. — P. Bertein : Les luxations spontanées vraies dans la tuberculose articulaire et dans les arthrites en général.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 10, oct. 1913.) Jean Petit : Statistique de la lithotritie à l'hôpital de Niort. — Chatou : Déviation de l'utérus gravide et grossesse extra-utérine. — Chambard et Denian : A propos d'un cas d'appendicite. — H. Hamel : Considérations sur le diagnostic et le pronostic des dermatites bulleuses. A propos d'un cas à évolution aiguë mortelle. — R. Le Blaye : Leucémie traitée par la benzine, leucopénie passagère. — Couétoux : Prophylaxie rationnelle de la phtisie. — Orillard : Fracture du maxillaire inférieur et destruction de la joue gauche par coup de feu. Autoplastie secondaire. — Hache : Un cas de synovite à grains rhiziformes guérie par les injections d'éther. — Morichau-Beauchant : Médications nouvelles dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 39, 27 sept. 1913.) Bass : Pathogénie de la goutte. — (N° 41, 11 oct.) Schneider : Signification diagnostique de la présence d'albumine dans l'expectoration des tuberculeux. — (N° 42, 18 oct.) Steiger et Strebel : Eosinophilie dans le catarrhe printanier. — (N° 43, 25 oct.) Steiger et Strebel : Eosinophilie dans le catarrhe printanier. — (N° 45, 8 nov.) R. von Lippmann : Sur la question de l'atrophie de la muqueuse intestinale dans l'anémie pernicieuse. — (N° 46, 15 nov.) Köster : Sur les souffles craniens.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 37, 11 sept. 1913.) Hering : La pathologie de la faiblesse cardiaque. — Lampé : Recherches à l'aide de la réaction d'Abderhalden dans la tuberculose pulmonaire. — Fulci : La nature du thymus d'après son pouvoir de régénération chez les mammifères. — Strauss : Examen fonctionnel du foie. — Buschke : Rapport entre la syphilis expérimentale et la syphilis humaine. — Becker : Sur le traitement interne de la maladie de Basedow. — Dreesen : Expériences sur la

diathermie. — WOLFF : Cas guéri de tétanos de nouveau-né. — SAVINI : Sur la varicelle des adultes. — GAUSE : Recherche du sucre dans l'urine au moyen de la fermentation. — LOEB : Contribution à la théorie de la perception de la lumière et des couleurs. — PICK : Sur le traitement de la sinusite frontale chronique. — (N° 38, 18 sept.) HIRSCH et LOEB : Sur l'artériosclérose. — KAUFMANN et POPPER : Pathogénie et traitement de la tachycardie paroxystique. — MÖLLERS : Sur l'étiologie de la tuberculose des os et des articulations. — IMPENS : L'action de la cotoine et de substances semblables. — STEINER : Kyste hydatique primitif du poumon. — SENGE : Sur l'hypophysine. — BISCHOFF : Traitement des porteurs de bacilles par le Yatrène. — LANGER : Un nouveau procédé de stérilisation par le chlorure de chaux de petites quantités d'eau potable. — NORDENTÖFT : Sur l'endoscopie des cavités fermées. — TREBING : Sur le collargol dans la cystite.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 44, 1er nov. 1913.) FAVREUL : Diagnostic et traitement de l'ulcère perforé du duodénum. — VILLARD : Quelques réflexions sur la déclaration obligatoire de la tuberculose. — (N° 45, 8 nov.) LE CALVÉ : Les phlébites primitives de l'iliaque externe.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 44, 2 nov. 1913.) P. MAURIAC : Les altérations du rythme respiratoire. — (N° 45, 9 nov.) SPÉDER : La valeur de la radiographie en gynécologie. — LALESQUE fils : Considérations sur la méthode d'Abbott.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 oct. 1913.) P. MARIE : Les déformations thoraciques en clinique médicale. — MÉRY : Traitement des colites aiguës chez l'enfant. — (25 oct.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Les méthodes de gymnastique à propos du récent congrès des exercices physiques. — (10 nov.) Cl. SIMON : Les infections à bacilles paratyphiques.

Journal de médecine interne. — (N° 31, 10 nov. 1913.) E. GAUCHER et JOLTRAIN : Valeur des réactions de fixation dans l'étude des maladies cutanées et syphilitiques.

Journal des praticiens. — (N° 41, 11 oct. 1913.) BROCA : Généralités cliniques sur les lésions traumatiques du coude. — A. MATHIEU : Les formes de début des cancers du côlon. — BABINSKI : Lésion médullaire déterminée et localisée d'après l'état des réflexes. — (N° 42, 18 oct.) Henri CLAUDE : Tabes et troubles psychiques. — LECLERC : L'œdème aigu pulmonaire. — (N° 42 *bis*, 22 oct.) Louis RÉNON : Action de l'émétine sur les hémorragies digestives graves des hépatiques. — GOUGEROT : Traitement de l'eczéma aigu. — Albert ROBIN : De la flatulence. Causes et traitement.

Marseille médical. — (N° 19, 1er oct. 1913.) H. BIDON : Tabes commençant; tabes frustre; tabes stationnaire. — (N° 20, 15 oct.) H. BIDON : Tabes commençant; tabes frustre; tabes stationnaire (*fin*). — (N° 21, 1er nov.) G. MALLIEN : Crises gastriques avec hémathémèses chez un oxalurique. — RAYNAUD : Quelques résultats de la vaccination antityphoïdique.

Medizinische Blätter. — (N° 18, 20 sept. 1913.) MARCUSE : Traitement physiothérapique dans les névroses et les affections cardiaques. — (N° 19, 4 oct.) WEBB : Dyspepsie ovarienne. — (N° 20, 18 oct.) ARNOLD : Une méthode de traitement pour l'érysipèle. — (N° 21, 1er nov.) GUCCIARDELLO : Traitement de l'anthrax par les vapeurs d'eau. — (N° 22, 15 nov.) FRÖSCHELS : Sur le traitement des aphasies.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 36, 9 sept. 1913.) SWIFT et ELLIS : Le traitement combiné local et général de la syphilis du système nerveux central. — RESCHAD et SCHILLING : Une nouvelle leucémie avec formes de passage. — FAUSER : La sérologie en psychiatrie. — HOLZKNECHT et SGALITZER : La papavérine pour le diagnostic différentiel radiologique entre le pylorospasme et la sténose du pylore. — SCHREIBER : Remarques sur les injections de salvarsan ou de néosalvarsan. — BORNSTEIN : Sur les échanges des éléments. — BRUNO : Contribution à l'étiologie de la paralysie spinale infantile. — FUNK : Progrès dans l'étude du béribéri pendant les années 1911-1913. — WEBER : Table d'extension pour les luxations congénitales de la hanche. — WALKHOFF : La première action biologique du radium. — HARTMANN : Sur le traitement ambulant par la tuberculine. — SCHREIBER : Sur le dosage de la cholestérine et de l'oxycholestérine d'après Autenrieth et Funk. — MENZER : Sur l'examen bactériologique de l'urine dans les néphrites. — (N° 37, 16 sept.) BENEDEK : Sur la réaction cutanée avec la luétine de Noguchi chez les paralytiques généraux. — JAKOB et WEYGANDT : Sur la syphilis expérimentale du système nerveux. — MEIROWSKY : Observations sur les spirochètes vivants. — MAYER : Le sérodiagnostic d'Abderhalden en psychiatrie. — PRIBRAM : Sur les principes constitutifs de l'urine non dialysables. — EISLER et LENK : Etudes radiologiques sur les rapports du système nerveux avec la fonction motrice de l'estomac. — DIETL : Sur l'arsenrégénérine et la régénérine. — HÜBSCHMANN : Perforation tardive d'un diverticule de Meckel après traumatisme. — BAER : Fistule vésico-vaginale fermée par voie intravésicale. — HOFFMANN : Mal de mer et hypnose. — SUTHERLAND : Un petit procédé pour la précipitation dans la pratique médico-légale. — SWIFT et ELLIS : Le traitement combiné local et général de la syphilis du système nerveux central.

Revue de chirurgie. — (N° 10, 10 oct. 1913.) DELORE : Le professeur Antonin Poncet. — LEJARS et RUBENS-DUVAL : Contribution à l'étude des reins ectopiques congénitaux non pathologiques (6 fig.). — BINET et MUTEL : Le radius curvus (8 fig.). — Mlle GRUNSPAN : Essai de mensuration des températures réelles des tissus au cours de traitements par l'air chaud, la diathermie et l'électrocoagulation (1 fig.). — P. BROCQ : Le traitement sanglant des ankyloses vicieuses du genou (*suite*) [15 fig.].

Revue de médecine. — (N° 10, 10 oct. 1913.) L. BOUCHUT et VOLMAT : Le diabète avec cirrhose (à propos de deux observations). — R. LÉPINE : Progrès de nos connaissances sur la pathogénie et le traitement du diabète sucré et de l'acétonémie (*fin*). — H. BORDIER : Action biochimique des radiations et en particulier des radiations de Röntgen. — Cl FRAGA : Le foie dans le paludisme chronique (étude de son état physique et fonctionnel).

Revue de la tuberculose. — (N° 5, oct. 1913.) CALMETTE : Les voies d'infection tuberculeuse. — P. CHAUSSÉ : La vitalité du bacille tuberculeux éprouvée par inhalation et par inoculation. — MADELEINE ROMME : La déclaration obligatoire de la tuberculose.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 38, 20 sept. 1913.) KAUFMANN : Un cas de tic douloureux de la face traité par l'alcoolisation du ganglion de Gasser; guérison depuis cinq mois. — BICHATON et GUILLEMIN : Du drainage spontané dans les suppurations craniennes d'origine otique.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 39, 24 sept. 1913.) NEUSSER : Sur les anémies. — W. N. JAUREGH : Traitement chirurgical de l'hypothyroïdisme. — SCHATTENFROH : Sur l'immunisation contre la diphtérie par le mélange de toxine et d'antitoxine de Behring — JOANNOVICS : Sur l'action de la morphine, de la cocaïne et de la solution de Schleischer sur la croissance des tumeurs transplantables de la souris. — LATZKO et SCHUELLER : Traitement du cancer par le radium. — HIFT : Sur l'allergie non protéinogène. — ARZT et KERL : Syphilis expérimentale du lapin. — FERNAU et SCHRAMEK : Sur l'action chimique des rayons de Becquerel. — FRÜHWALD : Contribution au traitement abortif de la syphilis. — JAGIE : Albuminurie orthostatique, lordotique et tuberculose. — GLAESSNER : Nouveau traitement de l'hyperacidité gastrique. — FINSTERER : Importance de l'anesthésie pour l'évolution de la laparotomie. — KÖRBL : Embolie rétrograde de l'artère sylvienne. — RITTER V. WALZEL : Deux extirpations avec succès de projectiles logés dans la région du ganglion de Gasser. — ERDHEIM : Hypertrophie de la glande mammaire et des glandes accessoires de la poitrine au cours de la grossesse.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Lecture. — *Pathologie.* — Séance du 1er décembre 1913. — MM. Forestier, 11; Lebrun (Maxime), 10; Latour, 8; Malassez, 9; Proust, 10; Chatenoud, 9; Boppe, 13; Goudet, 8; Kahn (Morel), 9.

Séance du 2 décembre. — MM. Remilly, 11; Ecot, 10; Benoist, 9; Marquézy, 11; Ollier, 10; Mouquin, 11; Guillaume, 10; Mlle Thivolet, 9.

Anatomie. — Séance du 1er décembre. — MM. Chirol, 7; Ramadier (Henry), 10; Vicente, 7; Guillemet, 8; Deglaire, 10; André et Migot, 5; de Gaudart d'Allaines et Monnot, 10.

Séance du 2 décembre. — MM. Leroux (Maurice), 4; Brétégnier, 9; Duter, 12; Loyauté, 7; Prunier, 10; de Peretti de la Rocca, 15; Lermoyez, 12; Bonnard, 11.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Des médailles d'honneur en vermeil sont décernées pour actes de courage à MM. Siguier et Simmeray (de Melun).

COURS D'INSTRUCTION DU SERVICE DE SANTÉ EN 1914. — Un cours d'instruction et des exercices d'application sur le service de santé en campagne auront lieu pour les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de réserve et de territoriale aux dates ci-après :

1° Cours d'instruction :

Première série : Du 15 au 24 janvier 1914.

Deuxième série : Du 9 au 18 mars 1914.

2° Exercices d'application du 1er au 4 avril 1914. Le programme d'enseignement du cours d'instruction comprend :

a. Des conférences théoriques et des démonstrations pratiques;

b. Des exercices spéciaux d'application.

Ces conférences seront faites à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et les exercices spéciaux d'application auront lieu, suivant les cas, soit aux Docks du service de santé à Vanves, soit au dépôt de la 22e section d'infirmiers militaires, 10, quai de la Rapée, à Paris.

En dehors des officiers du corps de santé normalement convoqués pour suivre le cours d'instruction pourront également y prendre part, à titre bénévole, ceux qui en feront la demande, un mois avant l'ouverture, au directeur du service de santé de la région du corps d'armée à laquelle ils sont affectés.

LA REVISION DE LA LOI DE 1838. — Le Sénat a commencé hier à délibérer sur le régime des aliénés.

Le rapporteur, M. Strauss, a tout d'abord expliqué pourquoi la loi de 1838, qui avait réalisé en son temps un progrès considérable, est devenue caduque, et dans quelles conditions la revision en est demandée par les deux Chambres.

Cette loi de 1838 a substitué au cabanon le traitement médical; mais elle n'accorde aucune protection aux aliénés soignés dans leur famille. Aussi le nouveau projet transmis au Sénat édicte-t-il des mesures propres à éviter les séquestrations arbitraires.

Une autre lacune de la loi est de ne pas prévoir l'intervention du pouvoir judiciaire pour l'internement des aliénés, abandonnant à l'autorité administrative la décision à prendre à cet égard. Le principe du texte nouveau est de soumettre aux tribunaux tous les cas d'internement lorsque cet internement doit durer plus de six mois. Enfin, le projet édicte certaines précautions en ce qui concerne le placement des Français aliénés dans des établissements situés à l'étranger.

Après une discussion à laquelle ont pris part MM. Flaissières, pour réclamer une inspection périodique, au point de vue mental, des détenus dans les prisons civiles et militaires, et Faisans, pour demander que l'assistance aux malades atteints d'affections mentales soit obligatoire, le Sénat a voté le titre premier de la loi.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME. — Dans son récent discours sur la limitation et la réglementation des débits de boissons (voir *Gaz. des hôp.*, 1913, n° 135, p. 2147), M. Joseph Reinach a constaté l'insuffisance de l'article 46 de la loi de finances de 1913 qui a conféré aux préfets les mêmes droits qu'aux maires en ce qui concerne les rayons dans lesquels de nouveaux débits de boissons ne peuvent être ouverts.

Sur une question de M. Henri Auriol, député, M. le ministre de l'Intérieur vient de donner les renseignements suivants sur l'application de cet article.

« L'article 46 de la loi de finances du 30 juillet 1913 confère au préfet le droit de prendre, sur l'avis conforme du conseil général, un arrêté pour déterminer dans l'étendue du département, sans préjudice des droits acquis, les distances auxquelles les cafés et débits de boissons ne pourront être établis

autour des édifices consacrés à un culte quelconque, des hospices, des écoles primaires, collèges et autres établissements d'instruction publique.

Le préfet prend un arrêté général pour tout le département, ainsi que l'a déclaré le rapporteur général de la commission du budget au cours de la deuxième séance de la Chambre du 12 mars 1913 (*Débats parlementaires*, page 969, 3e colonne). Toutefois, l'arrêté réglementaire du préfet ne touche pas aux droits qui sont accordés aux maires, les conseils municipaux entendus, par l'article 9 de la loi du 17 juillet 1880, ainsi que le rapporteur général de la commission du budget l'avait fait observer au cours de la première séance du 12 mars (*Débats parlementaires*, page 960, 1re colonne). Mais l'arrêté municipal doit fixer une distance supérieure à celle qui est déterminée par l'arrêté préfectoral. Le maire ne pourrait fixer une distance inférieure.

Il s'ensuit que si des arrêtés municipaux, pris antérieurement à l'arrêté préfectoral, établissent un périmètre de protection moindre que celui qui a été fixé par ce dernier, ces arrêtés municipaux se trouvent frappés de caducité. »

LA RACE FRANÇAISE JUGÉE EN AMÉRIQUE. — Un grand quotidien, *le Matin*, reproduisait ces jours-ci un passage d'un article de M. A. Brisbane, dans le *New-York Evening Journal* du 13 novembre, article où notre race est appréciée d'une façon qui ne peut que nous être agréable. Parlant des deux célèbres aviateurs Pégoud et Chevillard, le journaliste américain s'exprime ainsi :

« Remarquez, incidemment, que ces deux hommes merveilleux sont deux Français, et aussi que les Français furent les premiers à reconnaître le merveilleux génie de nos compatriotes, les frères Wright, qui durent aller à Paris pour être pris au sérieux et voir leurs résultats appréciés.

Remarquez encore que ce Chevillard qui fait de si merveilleuses choses est un Français de forte carrure, grand et fort et débarrassez-vous des idées ridicules que vous avez de la race française si tant est que vous en ayez.

Cela nous fait du bien à tous de nous rendre compte des qualités des autres.

Cela nous fera du bien de nous rendre compte que les Français qui ont hérité du génie de la Grèce et de Rome ont été les inspirateurs et les guides dans le monde depuis le temps de Charlemagne ; qu'ils ont été les premiers dans le mouvement intellectuel, les premiers dans le courage de l'esprit et du cœur, les premiers dans l'art de la guerre et dans celui de l'ingénieur, dans l'audace physique exceptionnelle, dans la construction des automobiles et dans celle des aéroplanes, dans toutes les entreprises enfin qui exigent un cerveau sans peur et qui agit à l'instant même.

Il est très regrettable pour nous que le nombre des Français venant dans notre pays ne soit pas plus grand. »

Cet éloge venant d'un pays où l'énergie, l'audace et l'esprit d'initiative sont particulièrement prisés, sera extrêmement sensible à tous ceux qui s'intéressent au développement physique de notre race. Quant à ceux que préoccupe surtout le maintien de sa supériorité intellectuelle, ils ne verront pas sans plaisir l'hommage que l'écrivain des Etats-Unis rend à la culture classique qui nous a faits ce que nous sommes.

G. L. H.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Service de M. le professeur Pozzi.) — *Cours complémentaire pratique d'histologie, histologie pathologique, hématologie et bactériologie appliquées à la gynécologie.* — M. le docteur Ch. Champy, agrégé, chef de laboratoire, fera un cours complémentaire pratique d'histologie normale et pathologique, d'hématologie et de bactériologie. Ce cours commencera le 8 décembre 1913, à huit heures et demie du matin. Il comprendra dix séances, du 8 au 20 décembre.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. Le nombre des places est limité.

Le droit à verser est de 50 francs.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Oct. 1913.) E.-H. PERREAU : De la responsabilité des pharmaciens envers leurs clients. — R. BENON : De la démence traumatique. — E. MARTIN et G. MOURIQUAND : La mort subite des enfants. — STRASSMANN : La mort subite des enfants envisagée au point de vue médico-légal. — L. THOINOT : L'enseignement de la médecine légale; la création et l'organisation d'un institut médico-légal.

Echo médical du Nord. — (N° 39, 28 sept 1913.) LAGUESSE : Structure et évolution du thymus. — SIAUVE : Ancienne fracture diaphysaire compliquée du tibia droit. — (N° 40, 5 oct.) HANNARD, SOULAS et LOTTE : Sur les difficultés du diagnostic de la paralysie générale. — POTEL et HÉBERT : Epithélioma kystique du sein (papillome kystique, épithélioma dendritique.) — VANVERTS : Second cas d'hydrocèle inguino-superficielle du canal de Nück. — OUI : Cloisonnement tranversal du vagin.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 43, 25 oct. 1913.) J. SABLÉ et A. BERNARD : La vaccinalion antityphique prophylactique et curative.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 38, 23 sept. 1913.) WACKER et HUECK : Sur l'athérome et la cholestérinémie expérimentale. — WERNER : Expériences sur le traitement physico-chimique du cancer. — MESETH : Le thorium X dans les maladies internes. — HUGEL : Les radiations de radium et de mésothorium dans la surdité et les bourdonnements d'oreilles. — KRUKENBERG : Un nouveau procédé en radiothérapie. — LAMPÉ et FUCHS : Recherches sérologiques à l'aide de la réaction d'Abderhalden. — EHRMANN et WOLFF : Recherches sur le sérum des goutteux. — CREDÉ : Traitement antiseptique de la péritonite. — BAER : Lithotritie d'un calcul de la grosseur d'une noix chez une fillette de sept ans. — POLLAG : Sur l'étiologie de l'appendicite. — HAMBURGER : Le diagnostic hématologique de la rubéole. — NEUWIRTH : La pituitrine dans la période de dilatation. — HERZBERG : Une nouvelle pince à avortement. — (N° 39, 30 sept.) RANKE : La tuberculose des différents âges. — THANNHAUSER et PFITZER : Sur l'hyperglycémie expérimentale chez l'homme par injection intraveineuse de glucose. — ROTKY : Sur la teneur en diastase des fèces. — YEPPÖ : Ictère des nouveau-nés et sécrétion des pigments biliaires chez le fœtus et le nouveau-né. — KELLER : Sur l'examen fonctionnel de l'activité ovarienne. — KABANOW : Sur le diagnostic des affections gastro-intestinales à l'aide de la réaction d'Abderhalden. — SCHWARZ : L'irritation de croissance des rayons de Röntgen sur les tissus végétal et animal. — SCHMERZ : Appareil à air chaud improvisé. — HEUSS : Le traitement ambulant du complexus symptomatique variqueux à l'aide de la « bande Klebro ». — HEIDENHAIN : Remarques sur les états crépusculaires. — ROSENTHAL : Action antitryptique du sérum. — BASS : Recherches sur le sérum des goutteux. — FICHERA : Recherches sur les tumeurs. — LAMPÉ et FUCHS : Recherches sérologiques à l'aide de la réaction d'Abderhalden.

DE L'INSTRUMENTATION EN AÉROTHERMOTHÉRAPIE

Par M. Henry ROZIÈS (de Sainte-Maxime),
Ex-interne des hôpitaux de Montpellier.

L'air chaud, connu dès la plus haute antiquité, a vu considérablement s'élargir ces dernières années le champ de ses applications. En même temps que ses indications se sont précisées, que son domaine s'est étendu, la technique de la méthode s'est aussi progressivement fixée et son instrumentation s'est remarquablement perfectionnée. A côté du « bain d'air chaud », est née, puis a rapidement grandi, une nouvelle méthode « la douche d'air chaud », forme moderne, et actuellement peut-être la plus répandue, de l'aérothermie. En sorte que dans l'étude des appareils producteurs d'air chaud, il est tout d'abord absolument nécessaire de distinguer : 1° les appareils *à bains* ou boîtes d'air chaud ; 2° les appareils *à douches*.

1° Bains d'air chaud. — On réalise le bain à l'aide d'une caisse ou boîte de forme appropriée à la région à traiter et dans laquelle on fait circuler un courant d'air au gaz ou à l'alcool. La première en date est l'appareil de Guyot (1840) dont les boîtes de Bier ne sont qu'une copie. Il nous a été donné d'en voir des reproductions. Il en existe pour bains généraux, pour l'épaule, pour le traitement des affections du genou, même pour le rhume des foins. Le type perfectionné est l'appareil de Bier (1891), étuve en bois silicaté avec deux ouvertures pour le membre, une latérale pour permettre l'arrivée de l'air et un orifice à la partie supérieure permettant d'obtenir un véritable courant d'air chaud capable d'aider à l'évaporation de la sueur. Après Bier, Tallermann, Krause, Hilringer, Reitler, Roth, Ulmann et plus récemment Mirtl (1906) en Allemagne, et en France, Simonot et Blottière (1900), Dauban, Cahier (1902), Menetrel (1906) ont proposé des modifications dans la construction des appareils et construit de nouveaux types perfectionnés. Mais Schreiber, Lamberger (*Zeitsch. f. diet. und physik. Therapie*) critiquent les appareils avec chauffage au gaz ou à l'alcool. Déjà, Bier écrivait, en parlant de ses boîtes : « Je tombe d'accord avec Lamberger, quand il déclare que nos appareils sont encore imparfaits. » Schreiber a insisté surtout sur la mauvaise dispersion de la chaleur à l'intérieur des appareils ; Lamberger sur l'introduction dans l'appareil, sous forme de gaz, d'eau qui rend l'air humide beaucoup moins bien supporté que l'air sec. De plus dans les boîtes mal construites, les accidents généraux sont fréquents, les brûlures moins rares. Aussi ces dernières années ont-elles vu naître des boîtes à air chaud *électriques*, et parmi celles-ci, nous citerons : 1° l'électrotherme de Lindemann ; 2° et surtout les appareils de Tyrnauer. Ces derniers ont été démontrés en 1910 au Congrès des Balnéologues à Berlin. On les trouvera également recommandés à la Société de médecine physique de Vienne, le 7 février 1912. Ces appareils sont construits en bois de chêne massif et extrasec, en fortes barres de fer et en fibre américaine, matière particulièrement dure et résistante à la température. L'intérieur des appareils est entièrement revêtu d'ardoise asbeste blanche, dure et lisse, ce qui garantit le maximum de propreté. L'échauffement de l'air s'effectue au moyen de résistances adaptées sur le fond de chaque appareil et qui portent la température à 80 et 100 degrés centigrades en huit à dix minutes, mais sont également capables de l'élever à 150 et même 200 degrés. Aucun des inconvénients présentés par les appareils au gaz ou à l'alcool ne pourrait être reproché aux appareils à chauffage électrique. Il en existe pour bains généraux et pour bains locaux, même pour le traitement des affections douloureuses du dos et de la nuque. Le service de mécanothérapie de l'établissement thermal de Vichy dispose des appareils du docteur Tyrnauer (1).

2° Appareils a douches. — La première douche d'air chaud est due à Holländer (de Berlin) qui s'adressait à elle, dès 1895, pour cautériser les plaques lupiques. Après lui, Haralamb se sert d'un appareil presque identique pour traiter les chancres mous (1897). L'appareil de Holländer se composait d'une tige métallique terminée en pointe et percée d'une lumière centrale à travers laquelle on faisait passer un fort courant d'air au moyen d'un appareil à soufflerie ; la tige métallique était préalablement portée au rouge. Cet appareil pouvait donner des températures de 200 et même 300 degrés. Après eux, Gauthier et Lerat emploient, pour traiter les affections du nez, une douche à air chaud spéciale dans laquelle on utilisait l'air comprimé de la Compagnie Popp. En 1898, Jayle propose (*Presse médicale*, 10 septembre) une nouvelle douche à air chaud ; ici l'appareil producteur d'air est un simple système à soufflerie. En 1900, les oto-rhino-laryngologistes Lermoyer et Mahu, Leichwitz (1901) proposent pour traiter les sinusites, rhinites et otites moyennes, une nouvelle douche ; dans l'appareil de Mahu, l'air produit par un appareil à soufflerie, s'échauffait dans un cylindre où il circulait le long d'un serpentin. En 1909, M. Miramond de La Roquette, médecin-major de l'armée, propose également un nouvel appareil (2). Depuis, de nouvelles douches à air chaud ont été créées par Ménétrel (1906), Rovcourt (1909), Gaudier, Rupalley, Ménard (1910), Queyrat (1911). A côté de ces appareils qui sont pour la plupart des appareils à alcool ou à gaz, des appareils électriques font leur apparition : ainsi l'appareil décrit sous le nom d'appareil de Bonamy et de Muller dans le *Paris chirurgical* d'avril 1909, d'aérothermogénérateur de Dieulafoy dans la *Presse médicale* du 16 février 1910 et enfin d'appareil de Deperdussin et Vignat dans le *Journal des praticiens* du 24 juin 1911 ; c'est en réalité un seul et même appareil dont il est question : celui construit par la maison Gaiffe.

(1) Les appareils du docteur Tyrnauer sont construits par Rossel, Schwarz et Cᵒ, à Wiesbaden.

(2) Miramond de la Roquette. Un nouvel appareil portatif à douches d'air chaud., *Progrès méd.*, 1909, n° 47, p. 594.

Enfin, à la Société des chirurgiens de Paris, le 26 avril 1912, le docteur Peraire a présenté un nouvel appareil électrique portatif et pratique à douches d'air chaud.

Nous ne pouvons pas décrire tous ces appareils. Nous nous contenterons d'en tenter une classification, d'insister sur les plus connus, d'en esquisser une critique.

CLASSIFICATION. — La douche consistant en une projection sur la partie malade d'un courant d'air chaud, tout appareil à douche doit comprendre : 1° un appareillage destiné à produire un courant d'air ; 2° un système destiné à échauffer le courant ainsi produit.

1° L'appareil donnant un courant d'air, peut être :

a. L'air comprimé des secteurs Popp, comme dans l'appareil de Gauthier et Lerat;

b. Un moteur électrique actionnant une pompe à air (appareils de Dausset et Laquerrière, appareil de Gaiffe) ;

c. Une trompe à eau (un type de Bruneau);

d. Un appareil à soufflerie fonctionnant soit à main (appareils de Holländer, d'Haralamb, de Jayle, de Puniet, de Mahu), soit à pédales (appareils de Ménétrel, de Rovcourt);

e. Enfin, un ventilateur soit électrique (appareil de Kutzinsky, un appareil de Rupalley), soit mécanique, et dans ce cas fonctionnant soit à pédales, soit à main (appareil de Rupalley, appareil de Ménard, un appareil de Bruneau).

2° L'appareil de chauffage peut être à base :

a. Soit de gaz (appareil de Laquerrière et Dausset, appareil de Kutzinsky, appareil de Puniet);

b. Soit d'alcool (appareil de Holländer, Haralamb, appareil de Rupalley, de Ménard, de Miramond de La Roquette);

c. Soit d'alcool gazéifié (appareil de Ménétrel) ;

d. Soit constitué par des résistances électriques (appareil de la maison Gaiffe, appareil de Heller, appareil de Bruneau). Ajoutons que certains de ces appareils peuvent fonctionner soit au gaz, soit à l'alcool, et que les mêmes constructeurs ont créé des appareils au gaz ou à l'alcool et à l'électricité (Rupalley, Bruneau, Puniet).

D'un autre point de vue, nous devons également distinguer des appareils à poste fixe (appareil de Rovcourt, certains appareils de Bruneau, appareil de Ménétrel) et des appareils déplaçables et transportables (appareils de Rupalley, de Bruneau, de Ménard, appareil mobile de Gaiffe, de Gaudier, de Queyrat, de Miramond, etc.).

Enfin, il est également nécessaire de distinguer la douche sans pression (un des appareils de Ménétrel, un appareil de Bruneau) et la douche avec pression (appareils de Rupalley, Ménard, Puniet, Heller, Bruneau, etc.).

DESCRIPTION DE QUELQUES APPAREILS. — Nous décrirons :

1° Quelques appareils à gaz ou à alcool ;
2° Les appareils électriques les plus connus.

1° *Appareils au gaz ou à l'alcool.* — Nous distinguerons :

1. Les appareils fixes ;
2. Les appareils transportables.

a. *Appareils à postes fixes.* — Parmi eux, nous pourrions citer : l'appareil de Bruneau dit « à poste fixe fonctionnant au gaz » qui se compose d'un ventilateur actionné par une turbine hydraulique, et est monté sur pied avec rampe à gaz dans le tambour ; l'aérothermo de Rupalley fonctionnant à l'alcool et monté sur pied. L'appareil construit par Rovcourt (fig. 1) comprend un volumineux cylindre métal-

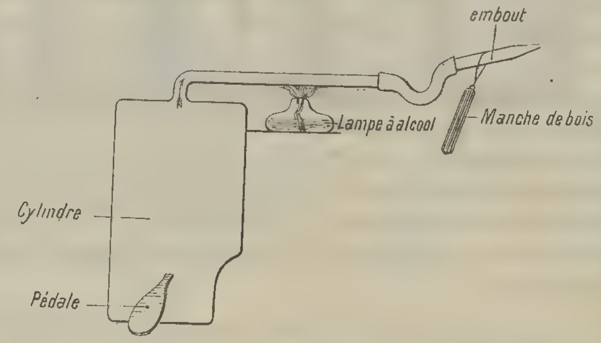


FIG. 1. — *Appareil de Rovcourt.*

lique contenant une soufflerie actionnée par une pédale ; un tube en caoutchouc en relation d'une part avec le cylindre, d'autre part avec un tube métallique portant à l'extrémité libre l'orifice de sortie de l'air. Le tube métallique est soutenu par une tige reposant sur un plateau, et directement au-dessous du tube est placée une lampe à alcool. L'air peut être dirigé dans tous les sens, grâce à une poignée de bois annexée à l'extrémité du tube métallique.

b. *Appareils transportables.* — Parmi eux, il faut citer :

L'appareil de Bruneau dit « appareil portatif à douches d'air chaud fonctionnant à l'alcool » et qui se compose d'un ventilateur mû à la main, monté sur socle, avec tube flexible relié à la lampe à alcool de sûreté, inexplosible et réglable avec embouts coniques, et donnant une température de 150 à 250 degrés ;

Le *thermaérophore de Puniet* comprenant une soufflerie, un chauffe-air au gaz et une baignoire de forme appropriée munie d'un thermomètre ;

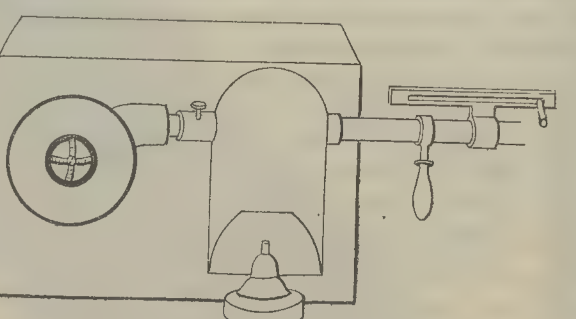


FIG. 2. — *Appareil de Miramond de Laroquette.*

L'appareil de Miramond de la Roquette fonctionnant à l'alcool (fig. 2);

Les appareils récents, mais peu connus, de Gaudier (*Soc. de chir.*, 26 oct. 1910) et de Queyrat (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 fév. 1911).

Nous insisterons davantage sur l'appareil de Rupalley (1) et l'appareil de Ménard (2).

L'*aérothermo de la maison Rupalley* se compose principalement d'une lampe à alcool inexplosible formant soubassement et munie d'un régulateur spécial permettant de faire varier la température.

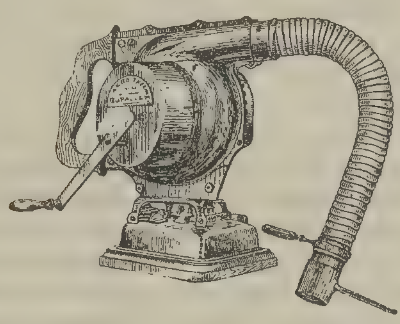


Fig. 3. — *Aérothermo Rupalley.*

Une manivelle actionne au moyen d'engrenages une hélice placée à l'intérieur d'un carter où elle aspire et projette l'air qui s'échauffe au-dessus de la flamme d'alcool. La projection d'air chaud se fait par un tube muni d'ajutages de formes très diverses (fig. 3).

L'*appareil du docteur Pierre Ménard* se compose d'un ventilateur à main marchant au moyen d'une gâchette et envoyant de l'air dans un tube horizontal chauffé par la flamme d'une lampe Bunsen à alcool.

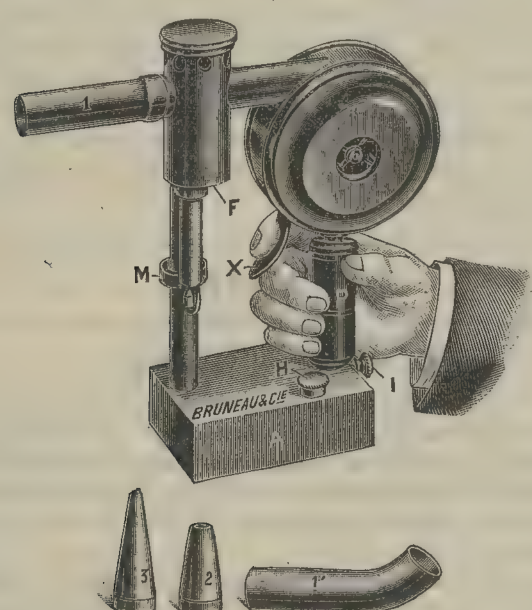


Fig. 4. — *Appareil de Ménard.*

La température et la pression se règlent au moyen du ventilateur et de plusieurs embouts annexés à l'appareil. Suivant la vitesse imprimée au ventilateur, l'air sortirait avec plus ou moins de pression ou plus ou moins de chaleur. Il pourrait donner des températures de 400 degrés (fig. 4).

2° *Appareils électriques.* — Ils sont fixes ou mobiles.

a. *Appareils fixes.* — Parmi eux nous citerons les appareils fixes Gaiffe, les appareils de Heller. Ceux-ci n'ont pas de moteur; ils s'adaptent directement sur l'axe d'un moteur de massage et sont munis d'un long tuyau métallique souple à l'extrémité duquel se trouve le cylindre contenant les éléments chauffants.

b. *Appareils transportables.* — Ce sont par exemple :

La *douche à air chaud à main de Heller* comportant un petit électromoteur dans le manche destiné à faire tourner le ventilateur qui chasse l'air sur la résistance chauffante;

L'*appareil de Bruneau* constitué également par un ventilateur actionné par un moteur électrique donnant une douche d'air qui se surchauffe en passant sur une résistance électrique;

L'électro-aérothermo de Rupalley [fig. 5] (1);

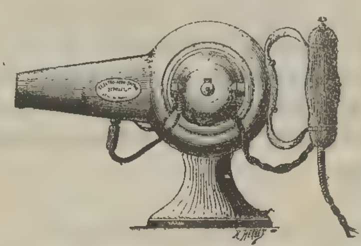


Fig. 5. — *Électro-aérothermo Rupalley.*

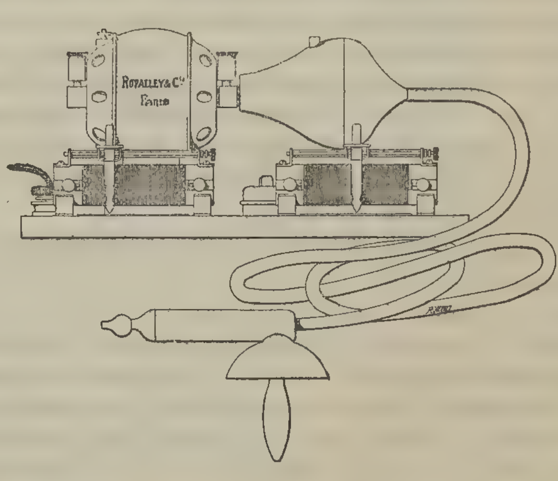


Fig. 6. — *Aérothermogène Rupalley.*

L'appareil de Péraire (*Soc. des chirurgiens de Paris*, 26 avril 1912).

Enfin, surtout l'*appareil de Gaiffe*. Cet appareil comprend : 1° un générateur d'air sous pression comprenant un courant électrique actionnant une pompe rotative capable de donner un débit d'air de 50 litres par minute; 2° un appareil de chauffage ou

(1) L'appareil de Rupalley est décrit dans la thèse montpelliéraine de Neyron (1910) et recommandé dans notre article du *Progrès médical* (H. Roziès et M. Arrivat. L'air chaud en thérapeutique, 1er mars 1913), ainsi que dans notre thèse (Montpellier, juin 1913).

(2) Pierre Ménard. Nouvel appareil à douches d'air chaud, *Soc. de méd. de Paris*, 18 oct. 1910.

(1) La maison Rupalley a également récemment construit, sous le nom d'aérothermogène, un appareil à douches électrique susceptible de donner des températures de 600 et 700 degrés (fig. 6).

sonde aérothermique (fig. 7) constituée par une résistance électrique chauffée par le passage d'un courant. Ce foyer est entouré d'une double gaine métallique permettant à l'air de venir s'échauffer à son contact

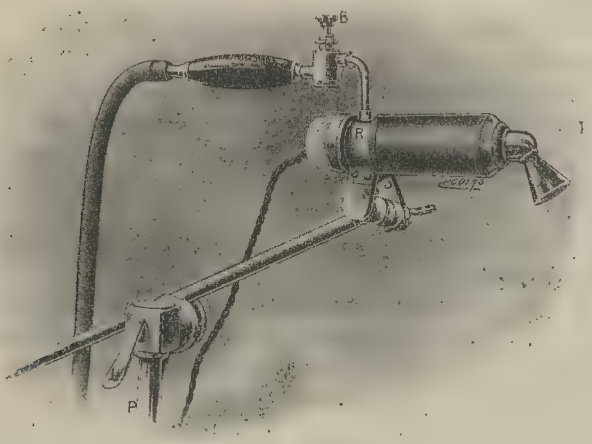


FIG. 7. — *Sonde aérothermique de Gaiffe.*

et de ressortir par une tubulure à une température que l'on règle à volonté. L'ensemble est monté sur manche isolant. L'appareil comprend en outre des systèmes très précis de réglage et de mesure du courant et de la pression. Enfin, on peut y annexer et utiliser ainsi, pour protéger les tissus dans les opérations profondes, la gaine athermisante du professeur Quénu.

APPRÉCIATION DES DIVERS APPAREILS. — 1° *Boîtes à air chaud.* — Dausset, Delherm, Laquerrière, nous-même, avons exposé les avantages de la douche sur le bain. Celui-ci ayant cependant encore des indications plus particulières (affections articulaires), nous croyons pouvoir recommander, comme appareil à bains, soit l'appareil à alcool gazéifié de Ménétrel, soit les appareils électriques du docteur Tyrnour, bien supérieurs à tous les points de vue aux anciens appareils au gaz ou à l'alcool.

2° *Douches d'air chaud.* — Tous les appareils proposés jusqu'ici ont des avantages et des inconvénients. L'appareil construit par Rovcourt, s'il est solide et de bonne fabrication, n'est malheureusement pas transportable et le volumineux cylindre qu'il comporte est trop encombrant pour que nous puissions recommander cet appareil au praticien; c'est plutôt le type des appareils fixes utilisables sur place dans les salles de pansements de nos services d'hôpitaux.

En ce qui concerne les appareils déplaçables, leur gros défaut est la fragilité, nécessitant de nombreuses et importantes réparations. Ainsi les appareils de Bruneau, de Gaudier, de Miramond. Plus solides peut-être — au moins pour ce que nous avons pu constater jusqu'ici — seraient l'appareil à douches de Ménétrel et les appareils de Rupalley. Quant à l'appareil du docteur Pierre Ménard, s'il est simple, d'un maniement facile, aisément transportable grâce à son poids, il ne nous a jamais donné, non seulement les températures annoncées par son auteur (200 et 400 degrés), mais les températures de 100 à 120 degrés à la sortie de l'appareil et de 50 à 70 degrés au niveau de la peau du malade, que nous attendions de lui. Il nous a paru en tout cas inférieur à l'aérothermo de la maison Rupalley. Ce dernier est simple, léger, aisément transportable. Son volume et son poids (1 kilo environ) ne dépassent guère ceux des thermocautères Paquelin dont l'usage est si répandu. Moins fragile peut-être que les appareils analogues, il nous a toujours donné des températures suffisantes (100-120 degrés) pour traiter les cas qui se sont présentés à nous (ulcères et plaies atones, plaies suppurantes, brûlures, etc.). Mais il ne permettrait évidemment pas de pratiquer des cautérisations à 300 degrés que l'on demande, dans quelques cas particuliers, à l'air chaud.

C'est ici qu'apparaît l'utilité des *appareils électriques.* Ils ont sans doute leurs inconvénients. D'un maniement plus complexe, d'un prix plus élevé, ils exigent l'emploi de l'électricité qui manque souvent à la campagne, même dans la maison du médecin; de plus, plus que tout autre, ils ont besoin de fréquentes et coûteuses réparations. Cependant c'est à eux qu'il faut s'adresser pour employer l'air chaud comme cautérisant à très hautes températures.

L'appareil de la maison Gaiffe est évidemment l'appareil électrique le plus perfectionné qui existe à l'heure actuelle.

L'aérothermothérapie prend une extension tous les jours plus considérable; de nouveaux appareils naîtront qui prendront la place des anciens. Dans le nombre, chaque médecin peut avoir des préférences pour l'un ou pour l'autre d'après ce qu'il aura observé ou obtenu. Mais quelle que soit l'opinion que l'on puisse aujourd'hui formuler sur des appareils de forme, de technique et de maniement si divers, on peut affirmer, sans crainte d'être contredit, que l'avenir appartient indiscutablement aux appareils électriques.

ACTUALITÉS

LA CÉSARIENNE VAGINALE

Depuis 1896 existe en Allemagne un procédé chirurgical d'accouchement rapide, la *césarienne vaginale,* décrite par Dührssen, qui permet de terminer en quelques minutes l'accouchement si les circonstances l'exigent, alors que la dilatation du col n'est pas commencée ou n'est encore que très insuffisante.

Tandis qu'à l'étranger on a maintenant de plus en plus fréquemment recours à cette intervention, en France le nombre des cas où elle a été pratiquée est encore extrêmement restreint et la plupart des accoucheurs continuent à s'en abstenir, ainsi que le démontre M. Wilhelm dans une thèse récente sur ce sujet (1).

En quoi consiste cette opération ? Elle consiste essentiellement dans l'incision médiane du canal cervico-segmentaire, c'est-à-dire du col et de cette région intermédiaire : le seg-

(1) A. WILHELM. *Les Hystérotomies vaginales en obstétrique,* Th. de Paris, 1913, 254 pages 10 planches hors texte ; A. Legrand, éditeur.

C'est dans cette intéressante thèse que nous avons puisé les principaux éléments de cet article.

ment inférieur qui se différencie pendant la grossesse pour apparaître avec tous ses caractères pendant le travail. La paroi antérieure du canal cervico-segmentaire se prête parfaitement de par ses rapports à l'incision. Les organes importants qui la recouvrent, cul-de-sac péritonéal, vessie, uretères en peuvent être facilement éloignés; aucun vaisseau sérieux n'y court de risques. En arrière, les adhérences avec le cul-de-sac péritonéal de Douglas se laisseront toujours moins aisément détacher qu'en avant, et l'incision devra remonter moins haut. Les seuls rapports véritablement très importants de cette région, au point de vue anatomique, sont les rapports latéraux : entre les deux feuillets du ligament large, comme en un véritable hile, se trouve un riche plexus veineux au milieu duquel monte l'artère utérine donnant des branches à ce niveau; l'uretère enfin traverse la région. Ces rapports, quoique éloignés des régions antérieure et postérieure, ne sont cependant pas négligeables, car des déchirures du canal cervico-segmentaire peuvent se propager vers les parties latérales, et, venant léser à ce niveau des vaisseaux de gros volume, être la source d'hémorragies d'une gravité exceptionnelle.

La zone médiane sur laquelle porte la section de l'utérus aussi bien en avant qu'en arrière est presque exsangue. En effet, les vaisseaux qui se dirigent vers le col et le segment inférieur ont une direction horizontale : transversalement dirigés, s'anastomosant par endroits avec ceux venus du côté opposé, ces rameaux qui présentent tout d'abord une certaine importance diminuent de volume en se rapprochant de la ligne médiane qui est presque avasculaire.

Nous étudierons d'abord la technique opératoire avant d'aborder les indications de la césarienne vaginale.

Dührssen décrivit d'abord deux procédés un peu différents suivant qu'il s'agissait d'une *césarienne vaginale conservatrice* où l'utérus est laissé en place après extraction du fœtus, ou d'une *césarienne vaginale radicale* dont l'indication est le plus habituellement le cancer utérin et qui a pu être également pratiquée pour d'autres raisons, et notamment pour infection utérine; la césarienne est alors suivie d'une hystérectomie vaginale.

En 1908, Dührssen a décrit une nouvelle technique qu'il désigne sous le nom de *métreuryséo-hystérotomie*. Elle consiste à faire précéder l'opération, de la mise en place d'un ballon de Champetier de Ribes d'une capacité de 300 ou 500 centimètres cubes que l'on gonfle dans l'utérus. Ce procédé, dit M. Wilhelm, présente de nombreux avantages. Il permet d'abord de tenter un moyen plus simple de dilatation et de ne passer à l'exécution de l'intervention sanglante qu'au cas où des tractions sur le ballon ne semblent donner qu'un résultat nul ou trop lent. En second lieu, les incisions et le décollement sont très facilités, les tractions sur le ballon amenant le col à la vulve; on est de plus renseigné sur la longueur à donner aux incisions, car lorsque le ballon est près de sortir, la brèche est également suffisante pour la tête fœtale.

L'anesthésie générale est-elle nécessaire ? On y a recours le plus généralement, mais on peut, et c'est là un des principaux avantages de la césarienne vaginale, se contenter de l'anesthésie locale, et même, dans certains cas, opérer sans anesthésie aucune; il est évident qu'on ne peut faire de même pour la césarienne abdominale.

Pour la description des différents temps de l'opération, nous nous en rapporterons à celle qu'a donnée Jeannin dans l'*Obstétrique* (1910).

Premier temps : abaissement du col. — Il faudra le faire précéder, s'il s'agit d'une primipare à tissus étroits, d'une bonne incision vagino-périnéale, afin de se donner du jour. Placement de deux valves vaginales, antérieure et postérieure, et saisie du col à l'aide de deux pinces de Museux placées symétriquement aux deux extrémités de son diamètre transverse.

Deuxième temps : incision de l'utérus. — D'abord la paroi antérieure : *a.* on commence par ouvrir le cul-de-sac vaginal antérieur; cette colpotomie antérieure se fait aux ciseaux courbes qui, en trois à quatre coups, créent facilement une brèche transversale de 5 à 6 centimètres; *b.* on décolle ensuite le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin sur une longueur de 10 à 11 centimètres et on le soulève avec la valve, mettant bien à nu la paroi antérieure du segment inférieur; *c.* on incise cette paroi aux ciseaux droits et bien exactement sur la ligne médiane jusqu'au voisinage de la ligne où le péritoine adhère à l'utérus. L'incision de la paroi postérieure comporte également : *a.* la colpotomie postérieure aux ciseaux courbes; *b.* le décollement du péritoine du cul-de-sac de Douglas; *c.* l'incision de l'utérus sur la ligne médiane jusqu'à une profondeur de 6 centimètres environ.

Troisième temps : extraction de l'enfant et délivrance. — L'utérus étant largement ouvert, après avoir retiré momentanément valves et pinces on procède à l'accouchement. L'extraction de l'enfant se fait à l'aide du forceps dans le cas où la tête est engagée et facilement accessible; on a recours à la version podalique lorsque la présentation reste élevée et mobile. La délivrance artificielle est faite aussitôt après la sortie du fœtus. Enfin, l'on termine par un tamponnement utérin à la gaze stérilisée ou peroxydée pour peu que l'on craigne l'inertie utérine.

Quatrième temps : sutures de l'utérus et du vagin. — 1° Suture utéro-vaginale postérieure. On commence par suturer la paroi postérieure du segment inférieur à l'aide de points séparés au catgut numéro 2 ; puis on rétrécit la brèche vaginale postérieure à l'aide de deux points de catgut placés à chaque commissure, mais sans la fermer complètement; dans l'espace médian laissé béant, on place soit un drain, soit une mèche de gaze stérilisée.

2° Suture utéro-vaginale antérieure. On opère comme pour la brèche postérieure, successivement sur l'utérus et sur le vagin.

3° Suture vagino-périnéale. Elle est faite au crin de Florence, comme toute autre plaie d'épisiotomie.

Soins consécutifs. — Au bout de vingt-quatre heures on retire les mèches; les drains, si on en a mis, resteront en place pendant deux à trois jours, plus longtemps s'il y a quelque réaction inflammatoire.

Nous n'insisterons pas sur les difficultés, les accidents et les complications inhérents à l'opération elle-même, qu'il s'agisse d'hémorragies, de déchirures utérines, de lésions des organes voisins, ou d'infection opératoire. Plus important est le pronostic de cette opération vis-à-vis des grossesses ultérieures : qu'adviendra-t-il chez une femme ayant subi une opération césarienne vaginale, si elle redevient enceinte et si on laisse l'accouchement se faire spontanément ? Les observations sont encore en trop petit nombre pour pouvoir donner une conviction absolue, mais dans celles qui ont été rapportées, les grossesses et accouchements normaux, après césarienne vaginale, semblent devoir être la règle.

Et maintenant, quelles sont les indications de la césarienne vaginale ? D'une façon très générale, elle pourrait être proposée toutes les fois qu'un état anormal du col s'oppose à la sortie de l'enfant, ou lorsqu'une complication quelconque fait désirer la terminaison immédiate de la grossesse, ou si la femme est en travail, celle de l'accouchement. C'est ce que fait Dührssen, qui tend à substituer son opération à toutes les autres méthodes d'accouchement rapide qui ont cependant fait leurs preuves et dont on ne saurait songer à se priver de façon systématique, à savoir : par la voie haute, la césarienne abdominale et les césariennes extrapéritonéales (Selheim, Latzko); par la voie basse, les ballons, la dilatation bimanuelle, le dilatateur de Bossi, les incisions du col. Tous ces procédés peuvent, suivant les circonstances, être mis en

parallèle avec la césarienne vaginale ; chacun a ses inconvénients et ses avantages, qui, suivant les éventualités, sont susceptibles de devenir négligeables ou d'acquérir au contraire plus d'importance. Les conditions de chaque cas sont différentes ; c'est par elles qu'il faudra en réalité se laisser guider pour le choix d'une détermination. Nous ne pouvons ici passer en revue toutes ces opérations, dont M. Wilhelm, dans sa thèse, cherche à préciser les indications en regard de la césarienne vaginale ; les hésitations ne seront souvent pas permises, pourvu que l'opérateur soit un peu sagace. La césarienne abdominale seule peut parfois être mise véritablement en balance avec la césarienne vaginale. Aussi, après avoir exposé les contre-indications de cette dernière, chercherons-nous à préciser les indications de ces deux opérations.

La césarienne vaginale exige, d'après Bar, pour pouvoir être pratiquée avec le minimum de risques, certaines conditions au premier rang desquelles se placent les deux suivantes :

1° L'ampliation du segment inférieur doit être grande et pour le mieux complète, sinon l'on risque d'avoir une incision trop petite ou d'atteindre le corps même de l'utérus ; c'est pourquoi l'emploi préalable du ballon peut rendre des services appréciables et étendre le nombre des cas favorables.

2° L'enfant ne doit pas être trop volumineux car la brèche créée par l'incision risquerait de s'étendre vers les zones dangereuses.

A côté de ces deux conditions capitales, il en est d'autres qu'il ne faut pas oublier : les anomalies du bassin, les obstacles prævia (atrésie vaginale marquée, tumeurs de l'excavation) et enfin l'infection de l'utérus, qui, dans les cas d'ouverture accidentelle du péritoine, peut entraîner la mort ; d'ailleurs même sans cette éventualité, l'opération est alors toujours dangereuse, ouvrant de larges espaces celluleux dont l'infection est facile et redoutable.

Le gros avantage de la césarienne vaginale, par rapport aux autres méthodes de terminaison de l'accouchement auxquelles nous faisions allusion tout à l'heure, est de pouvoir agir vite. Cet avantage, elle le partage avec la césarienne abdominale, à laquelle il nous faut la comparer.

Une première différence, et que je considère comme capitale, est que cette dernière nécessite l'anesthésie générale, tandis que la césarienne vaginale peut être pratiquée avec l'anesthésie locale ou même sans anesthésie, ce qui permet d'une part de gagner du temps, et d'autre part d'opérer chez des femmes pour lesquelles l'anesthésie pourrait être dangereuse (cardiaques, femmes exsangues, etc.).

En second lieu la césarienne abdominale nécessite l'ouverture de la cavité péritonéale ; si brève et si peu traumatisante qu'elle soit, cette ouverture entraîne toujours un certain shock, que l'état des malades, affaiblies parfois par des hémorragies abondantes, ou profondément intoxiquées par une affection antérieure, peut rendre particulièrement redoutable ; il est donc possible de trouver encore là une indication, dans les cas où il y aurait hésitation à opérer par la voie haute ou la voie basse.

On peut encore trouver dans l'état du travail un élément d'appréciation permettant d'incliner vers l'une ou l'autre des deux voies ; si le travail n'est pas commencé, la voie haute a toute sa valeur, car à ce moment le segment inférieur mal formé et le col entièrement conservé, les procédés par voie basse sont frappés d'infériorité ; si le travail est commencé, la voie abdominale perd rapidement de sa valeur et cesse bientôt d'être praticable, la voie basse prend inversement de plus en plus d'intérêt, et c'est elle que l'on choisira alors, à moins que l'état du col ou une anomalie quelconque ne rende cette voie vaginale particulièrement difficile.

La césarienne vaginale trouve donc ses indications dans les contre-indications de la césarienne abdominale et de l'accouchement par dilatation rapide du col. Envisageons rapidement les circonstances dans lesquelles on peut être amené à la pratiquer.

Dans le cancer utérin elle sera d'un emploi véritablement exceptionnel, trouvant là des conditions particulièrement désavantageuses.

C'est dans l'éclampsie, qu'elle a été le plus souvent pratiquée, et qu'elle trouve sa meilleure indication, si tant est que l'on soit partisan de l'intervention, et en la réservant aux cas où il y a danger imminent, où la femme n'est pas en travail, où le travail n'a donné encore qu'une dilatation très insuffisante, surtout chez une primipare. Elle permet ici, entre autres avantages, de se passer le plus souvent de chloroforme.

Dans l'hémorragie rétroplacentaire, lorsqu'il s'agit d'agir vite, avec un col fermé elle peut être réellement mise en balance avec la césarienne abdominale. M. Wilhelm, dans sa thèse insiste tout particulièrement sur cette indication : « La césarienne abdominale, dit-il, a surtout comme avantages son action rapide, l'assurance de n'avoir de son fait qu'une perte sanguine nouvelle régulièrement très faible ; surtout la possibilité d'avoir sous les yeux la région utérine, et de terminer par une hystérectomie si on le juge nécessaire. Mais la césarienne vaginale est au moins aussi rapide. La diminution du shock opératoire, la suppression ou la réduction de l'anesthésie sont particulièrement désirables chez des femmes que leur degré d'anémie mettrait dans l'impossibilité de supporter une intervention aussi sérieuse ; la mort habituelle de l'enfant permet en outre de se contenter d'assez petites incisions. »

Dans les cas où il est nécessaire de pratiquer rapidement un avortement ou un accouchement prématurés, Brindeau (1) trouve une indication assez fréquente de la césarienne vaginale. Une incision de la paroi antérieure seule, incision parfois même très courte et ne nécessitant qu'un décollement antérieur très minime, suffira le plus souvent pour permettre l'introduction des doigts qui décolleront l'œuf en bloc ou iront chercher le petit fœtus puis le placenta. Ce procédé a été appliqué avec succès par un certain nombre d'opérateurs dans des cas les plus divers (tuberculoses laryngées et pulmonaires, cardiopathies, amauroses, pneumonie, vomissements incoercibles, cholécystite, abcès du cerveau, etc.).

Les anomalies de la dilatation apparaissent comme une des indications les plus naturelles de la césarienne vaginale. On se trouve alors en effet dans des circonstances où les états particuliers qui s'opposent à la dilatation physiologique de l'orifice cervical rendent aussi l'action des différentes méthodes dilatatrices inefficace et dangereuse. Elle n'est cependant pas toujours praticable et on devra lui préférer la césarienne abdominale dans les cas d'altération du segment inférieur ou d'atrésie vaginale.

Dans le traitement du placenta prævia, on tend de plus en plus à l'étranger à appliquer des méthodes chirurgicales qui n'ont pas acquis droit de cité en France où l'on reste fidèle aux méthodes obstétricales. L'hystérotomie vaginale trouve d'ailleurs dans le placenta prævia des conditions anatomiques particulièrement désavantageuses ; elle a entre autres l'inconvénient capital de faire porter l'intervention dans le voisinage de la zone d'insertion placentaire et de risquer en ouvrant des vaisseaux de gros calibre de provoquer une hémorragie considérable. M. Bar (2) restreint la possibilité de l'emploi de la césarienne vaginale aux cas où le placenta siège uniquement en arrière et pas trop bas et où le volume du fœtus fait présumer qu'une incision unique sera suffisante.

La césarienne vaginale est enfin susceptible d'être utilisée dans tous les cas où l'existence maternelle se trouve en péril imminent alors que l'on est en droit de supposer que l'évacuation de l'utérus pourra conjurer ou du moins atténuer le

(1) Brindeau. *Société d'obstétrique de Paris*, janvier 1912.
(2) P. Bar. *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, octobre 1912.

danger, il en est ainsi dans les crises asphyxiques survenant au cours du travail qu'elle qu'en soit l'origine (accidents gravido-cardiaques, maladies pulmonaires, tuberculoses laryngées, etc.). Très rapide, écartant entièrement le danger des contractions utérines, elle est certainement moins grave que la césarienne abdominale, surtout en ne contraignant pas à une anesthésie que la situation rend ici très périlleuse (Wilhelm). Elle pourrait être encore utilisée alors que l'enfant seul est en danger; ainsi que l'ont fait Couvelaire et Potocki (1) dans des cas de prolapsus du cordon alors que la dilatation du col était trop peu avancée pour pouvoir extraire l'enfant. Il semble également que ce soit une intervention de choix pour extraire l'enfant lorsque la mère est à l'agonie, ou post mortem.

D'après tout ce que nous venons de voir, nous devons considérer la césarienne vaginale comme une excellente méthode d'accouchement rapide, qui doit être utilisée lorsque les différents procédés de dilatation du col seraient trop lents ou dangereux, et qui possède l'avantage sur la césarienne abdominale, avec laquelle elle est souvent mise en parallèle, de pouvoir être pratiquée sans anesthésie générale, de ne pas ouvrir la cavité péritonéale, et de diminuer le shock opératoire. Elle demande évidemment, pour être pratiquée, un certain entraînement chirurgical, ce qui, dans bien des circonstances, pourra faire renoncer à son emploi. C'est le plus grave reproche qu'on puisse lui faire, reproche qu'elle partage d'ailleurs avec la césarienne abdominale.

Si les indications de la césarienne vaginale restent restreintes, elles n'en sont que plus précieuses, et nous devons savoir gré à M. Wilhelm d'avoir contribué par sa thèse à faire connaître davantage en France cette précieuse acquisition de la chirurgie obstétricale.

M. DELESTRE.

(1) COUVELAIRE et POTOCKI. *Soc. d'obst., de gyn. et de pédiat.*, 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1913)

Démonstration expérimentale de l'existence d'un stade lymphatique généralisé, précédant les localisations, dans l'infection tuberculeuse. — MM. A. CALMETTE et V. GRYSEZ. Les cliniciens et les anatomo-pathologistes ne considèrent pas tous encore comme démontrée l'existence d'un stade lymphatique généralisé et latent, précédant les localisations dans l'infection tuberculeuse. Beaucoup d'entre eux admettent que, selon les lois de Conheim et Parrot, le bacille tuberculeux pénétrant dans l'organisme révèle sa porte d'entrée par une *lésion locale* ou par une lésion du ganglion lymphatique le plus proche.

Dans une série d'expériences se rapprochant autant que possible de celles que peut réaliser par exemple l'infection naturelle d'un enfant par la projection de particules de salive bacillifère sur la conjonctive saine, MM. Calmette et Grysez montrent qu'*il ne se produit aucune lésion locale au point de pénétration du bacille, et que l'infection lymphatique et sanguine est générale avant de se localiser aux ganglions du cou.*

Les effets de l'hypersucrage du lait dans le traitement des dyspepsies avec intolérance gastrique. — MM. VARIOT et LAVIALLE ont soigné avec du lait hypersucré au saccharose plus d'une centaine de nourrissons dyspeptiques qui vomissaient tout ou partie de leurs tétées et qui étaient incapables d'utiliser les laits ordinaires stérilisés par l'ébullition, et même les laits surchauffés et homogénéisés si utiles en général dans le traitement de l'hypotrophie et même dans la grande atrophie des nourrissons; chez ces enfants les auteurs ont réussi à rétablir la tolérance gastrique et à régulariser les fonctions digestives très vite, souvent du jour au lendemain.

Le lait condensé sur lequel ont porté les premières observations est une pâte très molle, obtenue en évaporant dans le vide à basse température, jusqu'à consistance de miel, du lait additionné de 12 p. 100 de sucre.

Les rations, chez les nourrissons, étaient préparées de la façon suivante :

Lait condensé sucré.........		250 grammes
Eau bouillante.......	q. s. p.	1000 —

Les auteurs formulent les conclusions suivantes :

1° Le sucre de canne, dans le lait hypersucré, ne contracte aucune combinaison avec la caséine; *il reste entièrement libre* même après la surchauffe;

2° La molécule de la caséine ne subit pas, en présence du sucre, une modification plus avancée qu'en son absence;

3° C'est donc la surchauffe seule qui modifie la caséine;

4° Les propriétés antiémétiques et eupeptiques du lait hypersucré paraissent dues exclusivement à la préparation d'une forte proportion de sucre et au mode de préparation;

5° Les auteurs ont eu la preuve directe du fait que les propriétés spéciales du lait condensé sucré sont dues simplement à l'hypersucrage en ajoutant à du lait homogénéisé du saccharose en quantité égale à celle contenue dans le lait condensé, soit 10 p. 100.

Les résultats fournis par ce lait non condensé, et surchauffé à 108 degrés, ont été sensiblement les mêmes que ceux obtenus avec le lait condensé, c'est-à-dire : arrêt des vomissements, régularisation des fonctions gastro-intestinales et accroissement rapide du poids et de la taille. De plus, les sécrétions salivaires et gastriques deviennent plus abondantes. Il offre sur le lait condensé l'avantage d'être stérile.

MM. Variot et Lavialle ont observé aussi récemment des effets très favorables de la médication hypersucrée, dans les affections douloureuses de l'estomac avec ou sans intolérance, chez des enfants du deuxième âge et même sur des adultes.

De la transmission de la fièvre typhoïde par l'air. — M. F. BORDAS au sujet de la communication de MM. Trillat et Fouassier (*Gaz. des hôp.*, 1913, n° 132, p. 2097) rappelle que Brouardel, le premier, dès 1887 a admis que l'air humide pouvait, dans certaines conditions, être le véhicule des germes de la fièvre typhoïde.

Vaccins stables et atoxiques à propos d'un vaccin antigonococcique. — MM. Ch. NICOLLE et L. BLAIZOT.

La posologie en physiothérapie : ergomètre donnant la puissance, les deux facteurs du travail mécanique et le nombre total de kilogrammètres produits par un sujet dans une séance d'ergothérapie active. — M. F. BERGONIÉ.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1913)

M. le président CHAUVEAU prononce l'éloge de M. Hérard et lève la séance en signe de deuil.

Maladie de Basedow. — M. SOUQUES, dans la dernière séance, a lu une note intéressante sur la pathogénie de cette maladie. Entre la théorie nouvelle et la théorie thyroïdienne qui sont considérées comme pathogéniques de cette affection, M. Souques n'hésite pas à préférer la théorie thyroïdienne et à attribuer la maladie de Basedow aux seules altérations de la

glande thyroïde et à admettre l'unité physio-pathologique du goitre exophtalmique.

Insistant ici sur les constatations histologiques et les altérations anatomo-pathologiques de la glande thyroïde M. Souques termine ainsi :

« Quoi qu'il en soit, que le *primum movens* de la maladie de Basedow parte de la thyroïde, comme dans les goitres ou les thyroïdites basedowifiés, ou qu'il y aboutisse, comme dans les cas attribués à une action nerveuse, la glande est ou devient le centre du processus physio-pathologique : ses cellules épithéliales prolifèrent, s'hyperplasient, et sa sécrétion se trouble. Qu'elle se trouble dans le sens de l'hyperthyroïdie ou de la dysthyroïdie, il s'ensuit une intoxication qui ira exciter électivement le système nerveux.

En dernière analyse, le goitre exophtalmique apparaît comme une « thyroïdose » qui déterminerait, chez certains sujets prédisposés (vagotoniques ou sympathicotoniques), un complexus basedowien par l'excitation des centres ou des terminaisons du système nerveux végétatif (nerfs sympathique et vague). »

Les variétés cliniques du syndrome d'hypertension intracranienne. — Dans la même séance M. Henri Claude a passé en revue les diverses variétés que peut présenter ce syndrome, soit sous la forme aiguë dans les méningites, soit sous la forme chronique dans les tumeurs cérébrales. Laissant de côté les faits bien connus d'hypertension intracranienne en rapport avec les tumeurs cérébrales ou les méningites, il s'occupe spécialement de ces états d'hypertension mal définis dans leur nature et leur substratum anatomique et qui se révèlent par certains caractères cliniques qu'il développe et qui sont rapportés à leur véritable cause puis par l'étude manométrique et il termine ainsi :

« En raison de la fréquence des états d'hypertension intracranienne, soit comme accident primitif, soit à titre de manifestation épisodique au cours de maladies antérieures, il sera donc utile de contrôler les manifestations cliniques d'aspects si variables, que nous venons de relater, par l'exploration manométrique ; cette recherche aura non seulement un intérêt au point de vue du diagnostic, mais pourra aussi conduire à des interventions thérapeutiques qui auront quelquefois un caractère d'urgence. »

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 29 novembre 1913)

Dissemblances anatomo-pathologiques de la cirrhose biliaire et de la cirrhose expérimentale. — MM. N. Fiessinger et Mlle L. Roudowska rapportent les résultats d'expériences sur la cirrhose expérimentale à la suite de la ligature du cholédoque. Ils ont obtenu une survie particulièrement longue et insistent sur la disparition de l'ictère après deux mois, malgré la persistance de la sténose cholédocienne, et sur l'apparition d'une cirrhose annulaire enkystant les lobules et les parties de lobules. Ces faits font, de la cirrhose expérimentale par ligature du cholédoque, un processus très spécial qui n'a de commun avec la cirrhose humaine par sténose biliaire que la précession des lésions parenchymateuses sur les lésions scléreuses.

Influence des solutions salines, et en particulier de la solution isotonique de chlorure de sodium, sur les propriétés lytiques de sérum, chez un homme atteint d'hémoglobinurie paroxystique. — MM. P.-E. Weil et P. Chevallier. L'eau chlorurée isotonique entrave l'hémolyse quand elle est mélangée au sérum du malade ; mais, si le sérum est pur, ou si l'eau chlorurée et le complément sont mis en présence de globules sensibilisés lavés, l'hémolyse est très nette.

Ces auteurs basent leur opinion sur les deux expériences suivantes : 1° la réaction de Donath et Landsteiner est positive si le sérum du malade n'est pas dilué ; elle est négative dans le cas contraire ; 2° la réaction de Kumagai et Tnene (mise en présence à 0 degré du sérum et des globules, centrifugation, addition d'eau chlorurée isotonique et de complément) est positive si les globules ont été lésés après sensibilisation. S'ils n'ont pas été lavés, c'est-à-dire s'il reste un peu de sérum, la réaction est négative.

Avec le même sérum, on obtient les deux réactions de Donath et de Kumagai. On ne peut donc parler ni d'affaiblissement du sérum par dilution, ni d'existence d'anticomplément dans le sérum. C'est le mélange, et seulement le mélange, d'eau chlorurée et de sérum, qui entrave l'hémolyse.

Le même phénomène peut être obtenu avec le citrate de soude.

Au point de vue pratique, lorsque, pour mettre en évidence les propriétés lytiques d'un sérum, on mêle sérum et eau chlorurée, les résultats négatifs de l'expérience doivent être tenus pour suspects.

Action des métaux colloïdaux sur les cultures homogènes du bacille de Koch. — MM. Paul Courmont et A. Dufourt. Cette action est fort variable selon le métal et selon la dose. Les auteurs ont employé les métaux colloïdaux électriques à petits grains suivants : platine, palladium, argent, rhodium, cuivre, or et sélénium. Les trois premiers se sont montrés dépourvus de toute action sur le développement de la culture. Seuls, le sélénium et l'or ont eu une action nettement empêchante sur la prolifération des cultures, sans cependant les détruire, car elles pouvaient être réensemencées.

Contribution à la physiologie du lobe antérieur de l'hypophyse. Le lipoïde (II B d) de l'hypophyse. — M. H. Iscovesco a isolé du lobe antérieur de l'hypophyse un lipoïde qui : 1° augmente notablement l'appétit et le besoin d'activité musculaire ; 2° augmente légèrement la sécrétion rénale, cette augmentation portant sur la quantité de liquide éliminée, sur l'urée, les chlorures et le phosphore ; 3° n'agit pas sur le poids des adultes, mais active la croissance des sujets jeunes ; 4° excite les capsules surrénales, le cœur et les reins ; n'a pas d'action sur les organes génitaux, le foie et la thyroïde ; 5° employé chez l'homme à la dose de 2 à 5 centigrammes par jour en injection hypodermique, produit, dans les premières heures, une accélération du pouls, puis une augmentation de la diurèse et de l'appétit ; on voit chez les myasthéniques une augmentation manifeste de l'aptitude au travail. Chez des malades atteints de myocardite, il détermine au bout d'un certain temps un relèvement de la pression artérielle et une régularisation des battements du cœur.

Anesthésie par le protoxyde d'azote. — M. Arthus s'est demandé si l'on ne pourrait pas rendre pratique l'anesthésie par le protoxyde d'azote en ayant recours à une anesthésie mixte. Les expériences sont négatives avec le chloral, la morphine, le chloroforme. On peut donc admettre que ces substances, et surtout le chloroforme, n'agissent pas sur les mêmes éléments organisés que le protoxyde d'azote.

De la discussion qui suit, il résulte que des faits analogues avaient été rapportés à la Société par M. Ambard, il y a quelques mois.

Hypophysectomie et polyurie. — MM. J. Camus et G. Roussy, poursuivant leurs recherches expérimentales sur l'hypophyse, ont pratiqué sur un grand nombre d'animaux (chiens et chats) des recherches d'ordres divers. De celles-ci, ils retiennent aujourd'hui le phénomène de la polyurie qui mérite d'être mis en valeur.

Chez des chiens ayant subi l'ablation de la quasi-totalité de l'hypophyse, les auteurs ont vu apparaître, dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'intervention, une polyurie des

plus nettes, sans glycosurie. Cette polyurie dure un temps variable suivant les cas.

Ces faits sont à rapprocher de ceux que l'on observe en clinique où le diabète insipide et la glycosurie sont assez fréquemment notés au cours des syndromes hypophysaires, ainsi d'ailleurs que dans les affections de la base du cerveau. Mais en clinique, comme chez l'animal opéré, on sait que ce phénomène est discuté au double point de vue de son mécanisme intime et de sa valeur comme signe relevant de l'hypophyse. Ce sont là des points sur lesquels les auteurs se proposent de revenir ultérieurement.

Sur un cas d'alternance cardiaque mécanique et électrique observée chez l'homme. — MM. E. Bordet, E. Donzelot et C. Pezzi rapportent un cas d'alternance cardiaque enregistré simultanément au moyen de la méthode mécanique (sphygmographie) et électrique (électrocardiogramme). L'alternance est de même sens sur les deux tracés, mais moins manifeste sur le tracé électrique. Sur ce dernier l'alternance intéresse parfois les sommets *R* et *T* et parfois le sommet *T* exclusivement.

Recherches sur l'hémoglobinurie paroxystique a frigore. Deuxième note : **Etude du processus hémolytique in vitro. Intervention constante d'une substance antihémolytique dans la réaction typique de Donath et Landsteiner.** — MM. F. Widal, P. Abrami, Et. Brissaud. Pour expliquer la nécessité de l'intervention du froid dans la production de l'hémolyse chez les hémoglobinuriques, Widal et Rostaine avaient antérieurement admis la présence dans le sang de ces malades d'une antisensibilisatrice qui, neutralisante à la température de 37 degrés, serait paralysée par l'action du froid.

Nos recherches prouvent qu'il existe bien, constamment, une substance antihémolytique dont le refroidissement passager interrompt l'action neutralisante, permettant alors à la sensibilisatrice et au complément de se fixer sur les hématies. Cette antihémolysine résiste au chauffage à 55 degrés, et c'est son intervention qui explique l'absence d'hémolyse observée quand on recherche la réaction de Donath et Landsteiner à l'aide d'un sérum chauffé, puis réactivé après l'action de la glace. D'autre part, l'action de l'antihémolysine n'est annihilée par le froid que pour un temps; si la durée du refroidissement se prolonge, l'antihémolysine parvient à se fixer à son tour sur l'hématie chargée déjà de sensibilisatrice et de complément, et à reconstituer avec ces deux substances, sur le globule, un complexe neutre, de nouveau inactif.

Autres communications :

Sur une espèce bacillaire nouvellement isolée en Vendée. — M. Rappin.

Recherches comparatives sur la disparition des réactions humorales des lapins immunisés avec des bacilles typhiques sensibilisés, tués par la chaleur et tués par l'éther. — M. Nègre.

De l'ossification primitive du rachis. — MM. Retterer et Lelièvre.

Traitement des pyorrhées alvéolaires par les virus-vaccins. — MM. Bertrand et Valadier.

Lésions trachéales provoquées par des lipoïdes extraits du bacille diphtérique. — MM. Dumas et A. Pettit.

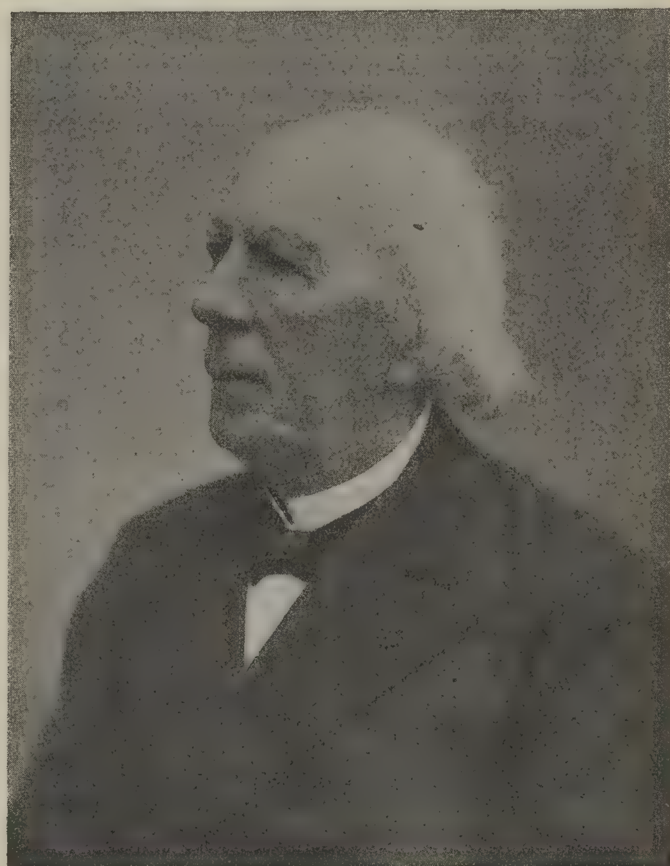
Histogénèse du tubercule. — MM. Ch. Benoist et Robin.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

Le Docteur HÉRARD

Nous apprenons, avec regrets, la mort de l'un des plus honorables représentants de notre profession, du docteur Hérard, doyen d'âge des membres de l'Académie de médecine, décédé lundi matin à quatre-vingt-quatorze ans.

Né à Sens, en 1819, interne des hôpitaux en 1842, médecin du bureau central en 1850, agrégé à la Faculté en 1856, dans cette belle promotion qui comprenait Chauffard père, Axenfeld et le vénérable M. Empis, qui devient aujourd'hui le doyen de l'Académie de médecine; membre de l'Académie de médecine en 1867, président de cette assemblée en 1888, officier de la Légion d'honneur, M. Hérard a parcouru toutes ces étapes avec la simplicité la plus digne et n'a dû tous ces



Cliché Walery.

honneurs qu'à son seul mérite, qu'à son seul labeur. Ennemi de l'intrigue et du bruit, il a, dans sa belle et longue carrière, toujours donné l'exemple de la plus scrupuleuse conscience professionnelle et de la plus parfaite honorabilité.

De bonne heure, il s'était fait connaître par des travaux originaux. Nous citerons sa thèse de doctorat sur le spasme de la glotte, sa thèse d'agrégation sur l'expérimentation en médecine, ses travaux sur la digestion et l'absorption, la pneumonie caséeuse, la diathèse scrofuleuse, enfin et surtout le traité de la phtisie pulmonaire qu'il a écrit en collaboration d'abord avec Cornil, puis avec Hanot, traité qui marque une date dans l'histoire de la tuberculose qui, pendant de longues années, a été dans les mains de tous les médecins et qui est devenu un livre classique.

Nous nous souvenons encore que lorsque Villemin fit ses premières communications sur l'inoculabilité de la tuberculose, communications qui furent généralement jugées avec un certain scepticisme, Hérard, l'un des premiers, apporta dans une discussion célèbre, l'appui de sa grande autorité et insista

sur toute l'attention que méritaient les expériences du jeune agrégé du Val-de-Grâce.

De toutes les questions médicales dont il s'occupa, la tuberculose a toujours été celle qu'il sembla préférer. C'est ainsi que vers la fin de sa vie il présida longtemps l'œuvre de la tuberculose et qu'il présida également le Premier Congrès de la tuberculose à la séance inaugurale duquel M. le président Loubet, dans un charmant discours, loua et félicita Hérard comme il le méritait. Ce fut d'ailleurs pour lui l'objet d'une véritable ovation, et il put se rendre compte, ce jour-là, de l'estime, de l'admiration et de l'affection qu'il avait su inspirer au corps médical tout entier.

Une belle tête toute rasée, couronnée de longs cheveux tombant sur les épaules, un grand air de dignité et de distinction, d'un aspect plutôt grave, mais d'un abord toujours gracieux et aimable, Hérard, par son allure physique comme par ses hautes qualités de cœur, d'intelligence et de bonté, nous semblait bien représenter le plus parfait modèle du vrai et grand médecin.

Son existence fut longue et heureuse, profitable à la science, secourable aux déshérités. Partout où il se trouvait, dans sa famille, parmi ses collègues, dans les sociétés et les Congrès, dans le monde il inspirait toujours la même respectueuse estime.

Nous prions son gendre, notre cher confrère et ami, le docteur Reynier, dont nous connaissions la touchante sollicitude à l'égard de son beau-père, et son petit gendre le docteur Laignel-Lavastine, d'agréer ici l'expression de notre sympathique condoléance. A. BROCHIN.

— Les obsèques de M. Hérard auront lieu le jeudi 4 décembre, à midi un quart, à l'église Saint-Augustin.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA MIGRAINE COMMUNE

La migraine vulgaire se distingue nettement des autres céphalées par ses symptômes et par son origine.

Elle débute le matin, au réveil, par une douleur qui est une tension légère en un point déterminé devenant de plus en plus vive et rayonnant de ce point maximum dans la moitié correspondante de la tête. L'unitéralité est un élément symptomatique important de la migraine sans toutefois être constant. Le foyer maximum siège le plus souvent au front, dans la région sus-orbitaire.

A cette douleur s'ajoutent des troubles digestifs qui consistent en vomissements acides ou tout au moins en un état nauséeux.

On a mis en œuvre beaucoup de traitements contre la migraine. M. Hirtz donne tous les soirs une des pilules suivantes :

Valérianate de quinine..........	1 gramme.
Extrait de colchique........ 20 à	45 centigr.
— de digitale..............	20 —
— d'aconit................	10 —

Pour dix pilules.

Contre l'accès lui-même, le valérianate de quinine, l'acétanilide et l'*Aspirine Vicario* (comprimés ou granulés) sont spécialement actifs. Ce dernier médicament est peut-être le véritable moyen d'enrayer les accès migraineux surtout si on a la précaution de le prendre à la dose d'un gramme tout à fait au début de l'accès. La règle est que généralement la céphalalgie disparaît au bout d'une heure. Il importe d'utiliser l'*Aspirine Vicario* parce qu'elle est absolument pure et ne renferme pas d'acide salicylique libre, mal toléré par l'estomac et le rein.

M. P.

LIVRES NOUVEAUX

Ne jamais vieillir et vivre plus de cent ans (1), par le docteur L.-H. GOIZET.

La méthode par laquelle notre confrère se promet de nous conduire tous au delà de la centaine, et en restant jeunes, est celle des « frottements tractiles superficiels » dont l'énoncé n'a rien de désagréable par lui-même. Au surplus, l'auteur a mis comme épigraphe cette phrase qui est de lui : « Ce beau rêve est beaucoup plus facile à réaliser qu'on ne le pense. Pour cela, il suffit d'avoir la clé du mécanisme vital. Vous la trouverez dans ce livre avec la manière de s'en servir. Si la question vous intéresse, lisez et essayez ! »

Que pourrions-nous ajouter à cette invite ?

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

INSUFFISANCE CARDIAQUE

La pathologie cardiaque, grâce à des méthodes spéciales d'investigation (radioscopie, électrocardiographie, phlébographie, etc.), grâce aussi à une connaissance plus exacte du mécanisme intime de la conductibilité et de l'excitabilité du cœur, a subi ces dernières années, à la suite des recherches de Mackensie, Vaquez et ses élèves, etc., une orientation nouvelle, très féconde en résultats. Parmi les acquisitions récentes ainsi obtenues, une des plus intéressantes est l'interprétation de ce que l'on doit entendre par *insuffisance cardiaque*, ainsi que la description classique des différents syndromes qui sont l'expression de cette insuffisance.

DÉFINITION. — *L'insuffisance cardiaque est l'impossibilité transitoire ou définitive du cœur de s'adapter aux besoins de la circulation* (Vaquez) : il existe une insuffisance totale : c'est l'ASYSTOLIE qui traduit la défaillance du cœur dans toutes ses parties (voir *Gaz. des hôpit.*, question d'internat, 1911); à côté de cette insuffisance totale il faut décrire plusieurs variétés d'insuffisance partielle des cavités cardiaques qui peuvent réaliser trois grands syndromes cliniques, bien individualisés par M. Vaquez : l'insuffisance auriculaire; l'insuffisance ventriculaire gauche; l'insuffisance ventriculaire droite.

SYMPTOMATOLOGIE. — **Période prodromique.** — Bien avant de se révéler par des symptômes morbides caractéristiques tels que palpitations, dyspnée d'effort, etc., l'insuffisance cardiaque se manifeste déjà par toute une série de manifestations cliniques dont la connaissance exacte est indispensable au clinicien pour parvenir à un diagnostic précoce. Il faut signaler tout d'abord l'exagération de la *tachycardie* sous l'influence d'un effort insignifiant, ainsi que les variations de la *pression artérielle* sous l'influence de la compression, de l'effort, etc.; plus intéressante encore est la constatation d'une *arythmie* : il est du plus haut intérêt, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic d'ailleurs, de bien préciser, à l'aide de tracés, l'origine auriculaire, ou ventriculaire de ces arythmies : l'on pourra constater ainsi l'existence d'arythmie consécutive à des extrasystoles, d'arythmie perpétuelle (signe d'insuffisance auriculaire), de pouls alternant (signe de fonctionnement défectueux des ventricules, de pronostic sévère, voir question d'internat, les arythmies, *Gaz. des hôpit.*, 1912). La mesure de la pression sanguine, spécialement de la pression différentielle, fournira également des renseignements intéressants, pour permettre de dépister précocement l'insuffisance cardiaque. Assez souvent cependant l'insuffisance cardiaque peut se révéler sans que l'on observe de modifications notables de la pression différentielle et inversement il peut exister, en dehors de toute insuffisance cardiaque, des modifi-

(1) Un vol. de 186 pages. — Paris, A. Maloine.

cations notables de cette pression. L'*électrocardiographie* donne également dans certains cas des indications intéressantes, mais c'est surtout la RADIOSCOPIE qui permet de dépister de bonne heure la dilatation des cavités cardiaques, dilatation qui représente le substratum anatomique fondamental de l'insuffisance cardiaque.

A. SYNDROME D'INSUFFISANCE AURICULAIRE. — Ce type d'insuffisance cardiaque est souvent découvert par hasard : il se manifeste seulement par une irrégularité particulière du pouls qui prend le type de l'arythmie complète avec tachycardie modérée mais pulsations irrégulières : l'inscription graphique, l'électrocardiographie, montrent que l'irrégularité des pulsations a pour corollaire la disparition des mouvements actifs de l'oreillette; cette arythmie ne donnant pas lieu à une gêne notable du travail ventriculaire, il n'en résulte aucun trouble dans le domaine des deux circulations; à côté des cas où l'irrégularité du pouls constitue toute l'expression clinique de l'insuffisance auriculaire, il en est d'autres où elle est accompagnée de phénomènes subjectifs, gêne respiratoire, dyspnée d'effort, palpitations.

L'insuffisance auriculaire peut apparaître dans les conditions les plus diverses : elle peut se manifester au cours de l'évolution de lésions mitrales, ou coïncider avec le début d'accidents asystoliques; elle peut apparaître à l'état de symptôme isolé alors que rien ne la laissait prévoir; elle est alors souvent le prélude d'accidents aigus; le plus souvent cependant elle ne conduit pas d'emblée à cette échéance fatale : elle provoque d'ordinaire une gêne momentanée, un peu d'oppression, de la dyspnée d'effort; puis peu à peu, le sujet s'adapte à ce rythme nouveau et une très longue survie est possible : cependant de tels malades sont toujours en imminence d'asystolie.

L'insuffisance auriculaire peut encore apparaître au cours des myocardites subaiguës et au cours de l'hypertension artérielle : elle est alors le premier signe révélateur de la défaillance cardiaque : le diagnostic dans ce cas est rendu difficile par l'abaissement momentané de la tension artérielle : cependant la constatation d'un gros ventricule gauche à la radioscopie et la persistance d'une pression diastolique élevée permettront de révéler l'état d'hypertension antérieure.

L'insuffisance auriculaire peut déterminer l'apparition de souffles fonctionnels : il peut s'agir de souffle mitral sans lésion organique primitive des valvules, par suite de l'inocclusion des valvules auriculo-ventriculaires, inocclusion relevant directement de l'insuffisance auriculaire; normalement en effet la systole auriculaire amorce l'occlusion de ces valvules que complète la systole ventriculaire; il peut s'agir aussi de souffle dû à la dilatation du ventricule qui s'est dilaté secondairement après une longue période d'insuffisance auriculaire pure. Par contre dans certains cas l'insuffisance auriculaire fait disparaître les bruits pathologiques, spécialement ceux qui relèvent de la contraction de l'oreillette, comme le roulement présystolique du rétrécissement mitral : il en est de même du bruit de galop diastolique et de tout souffle organique en général. Ces constatations montrent combien l'interprétation de l'auscultation du cœur au cours de l'insuffisance auriculaire est difficile, souvent même impossible par ce procédé, alors que la cardiographie, la radioscopie, fournissent, au contraire, d'excellents éléments d'interprétation.

B. SYNDROME D'INSUFFISANCE VENTRICULAIRE GAUCHE. — L'insuffisance ventriculaire gauche s'annonce parfois d'une manière plus ou moins précoce par l'apparition de palpitations, avec accélération insolite et habituelle du pouls et dyspnée douloureuse ; elle s'observe le plus souvent au cours de lésions aortiques ou de l'hypertension artérielle. Les palpitations consistent en extrasystoles, d'abord espacées, puis groupées en petites crises tachycardiques. La tachycardie est souvent le signe révélateur ; la dyspnée douloureuse diffère de la dyspnée d'effort ; elle s'accompagne de sensations douloureuses dans la région rétro-sternale ; elle apparaît dans le décubitus et surtout pendant le sommeil.

Cette phase prémonitoire peut faire défaut et la dilatation aiguë du ventricule gauche peut se produire d'emblée. Cette dilatation aiguë s'observe surtout la nuit; le malade est pris pendant son sommeil d'une douleur rétrosternale angoissante, irradiant dans les épaules, le long des bras; il est couvert d'une sueur froide ; son facies exprime l'angoisse ; la crise angineuse dure plusieurs heures et s'accompagne d'expectoration spumeuse, preuve d'un œdème pulmonaire concomitant. Parfois la mort survient au cours de cette crise ; parfois les crises se rapprochent et le malade finit par succomber.

Traube a décrit une forme avec apparition de phénomènes asystoliques complexes; la dilatation des cavités droites a fait suite à l'insuffisance du cœur gauche. La pression s'abaisse et le malade meurt au cours d'une crise d'asystolie.

Dans des cas plus favorables, grâce au repos, à la diète lactée, l'évolution se fait vers l'atténuation des crises, et s'il n'existe pas de lésions organiques, la survie peut être considérable. L'apparition d'une insuffisance mitrale fonctionnelle atténue, en général, la gravité du pronostic dans cette forme.

L'insuffisance ventriculaire gauche peut encore apparaître à la suite de fatigues, d'efforts ; cette insuffisance peut d'ailleurs se développer sans provoquer tous ces accidents aigus, le diagnostic n'en étant posé que par l'examen radioscopique pratiqué à l'occasion de l'apparition insidieuse d'une insuffisance mitrale chez un hypertendu.

C. SYNDROME D'INSUFFISANCE VENTRICULAIRE DROITE. — Le symptôme subjectif classique est ici la *dyspnée d'effort*, non douloureuse, calmée par le repos, sans palpitations douloureuses ou tachycardie. La pointe du cœur est rejetée en dehors ; le diamètre transversal est augmenté, débordant le sternum à droite, la radioscopie confirme ces données et c'est surtout cet examen qui en révèle le début. Plus tard la dyspnée devient continue ; la circulation veineuse s'encombre provoquant le gonflement des jugulaires, l'hypertrophie du foie, la stase rénale, l'œdème des membres inférieurs. Cette insuffisance s'observe surtout dans les lésions de l'orifice mitral, ou dans certaines affections pulmonaires (emphysème, phtisie fibreuse) ; elle survient consécutivement à l'insuffisance du cœur gauche ; elle peut succéder à l'insuffisance auriculaire ; inversement l'insuffisance auriculaire fait suite souvent à l'insuffisance ventriculaire droite et c'est ainsi que, contrairement à l'asystolie aortique, l'asystolie mitrale est une asystolie arythmique.

D. INSUFFISANCE CARDIAQUE TOTALE. — C'est à ce syndrome que l'on peut réserver le terme d'asystolie ; elle ne constitue pas une phase morbide par laquelle doit nécessairement passer un malade atteint de cardiopathie; l'insuffisance du ventricule droit peut, en effet, provoquer la mort sans que le cœur gauche ait été lésé. L'*insuffisance totale aiguë du cœur* est primitive ou secondaire; l'insuffisance primitive représente la distension aiguë par surmenage, l'insuffisance secondaire affecte soit le type de la dilatation aiguë, soit celui de la dilatation progressive; la dilatation aiguë secondaire s'observe au cours de maladies infectieuses, du rhumatisme ; elle s'annonce par de la dyspnée, de l'expectoration sanguinolente, de la cyanose. La *dilatation secondaire et totale* survient chez des sujets atteints de cardiopathie ancienne, surtout de lésions mitrales ; le tableau clinique est celui de l'asystolie que nous ne décrirons pas ici ; signalons simplement que la radioscopie montre une augmentation de l'aire totale du cœur, de tous ses diamètres et de toutes ses cavités ; à un stade plus avancé la forme de l'ombre devient globuleuse ; si le diamètre du cœur devient considérable, la silhouette du cœur prend un aspect triangulaire à base reposant sur le diaphragme. A l'autopsie on trouve une grande dilatation sans endocardite ni péricardite ; au microscope on observe l'existence d'une myocardite aiguë avec dégénérescence graisseuse des fibres musculaires.

Tels sont les différents grands syndromes de l'insuffisance cardiaque que la cardiographie, la phlébographie, et surtout la radioscopie permettent de décrire, syndromes qu'il est capital, en pathologie cardiaque, de savoir dépister en vue de l'institution précoce du traitement approprié qui souvent retardera l'éclosion d'accidents graves fréquemment irrémédiables.

BIBLIOGRAPHIE. — VAQUEZ. Les grands syndromes de l'insuffisance cardiaque, *Congrès de Londres*, août 1913; — *Le Monde médical*, fév. et nov. 1913. — LIAN. Th. de Paris. 1909.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 139. — SAMEDI 6 DÉCEMBRE 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 6 DECEMBRE 1913. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » . — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE. — *Pathologie.* — Séance du 3 décembre 1913. — MM. Morin (Pierre), 7; Duroselle, 12; Wiart, 11; Jacquelin (Charles), 9; Jacquelin (André), 10; Mlle Samet, 8; MM. Charpin, 11; Ernst, 10.

Anatomie. — Séance du 3 décembre. — MM. Dugué, 7; Doumer (Edmond) et Lambert, 9; Vinçotte, 5; Crétin, 3; Piédelièvre et Reinhold, 7; Deroche, 3; Renard (Jacques-Paul), 10; Carrière, 4.

Séance du 4 décembre. — MM. Picard (René), 9; Soupault, 11; Winter, 5; de Butler d'Ormond, 9; Daudet et Serrand, 10; Pollet, 8; Delahaye, 7.

HOPITAUX DE PROVINCE. — REIMS. — Après concours MM. les docteurs Bouvier et Louis Langlet sont nommés chirurgiens des hôpitaux, et M le docteur Baud, radiologiste des hôpitaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — Une place de professeur titulaire est déclarée vacante à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Il sera ouvert le 1er juin 1914, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, un concours en vue de pourvoir à l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite Ecole.

Le registre d'inscsiption sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La séance annuelle aura lieu le mardi 16 décembre 1913, à trois heures.

Ordre du jour :

1° Rapport général sur les prix décernés en 1913, par M. Blanchard, secrétaire annuel ;

2° Proclamation de ces prix, par M. Chauveau, président ;

3° Eloge de Paul Berger, par M. Reclus.

Les portes seront ouvertes à deux heures un quart.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance solennelle (suivie d'un banquet) aura lieu le mardi 9 décembre 1913, à quatre heures très précises, à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'intérieur, M. le ministre de l'instruction publique, M. le ministre de l'agriculture, M. le ministre du travail et de la prévoyance sociale et sous la présidence effective de M. le professeur Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

Le banquet (8 francs) aura lieu à sept heures et demie, au café Cardinal. S'inscrire de suite auprès du secrétaire général, M. Grollet, 42, rue de Villejust.

MARINE. — A été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de troisième classe. — M. Waquet, élève du service de santé de la marine, reçu docteur en médecine. M. Waquet servira au port de Toulon, en attendant l'ouverture des cours de l'école d'application.

IIIe CONGRÈS DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DES VILLES DE FACULTÉS. — Le troisième Congrès de l'internat se tiendra l'année prochaine à Lyon, du 29 mai au 2 juin 1914, concordant avec les vacances de Pentecôte et pendant l'exposition internationale de cette ville.

1° Membres adhérents. — Sauf pour tous les internes en exercice, à qui la carte de congressiste est délivrée gratuitement, la cotisation de membre adhérent est de 20 francs ; elle donne droit aux rapports imprimés, au volume des comptes rendus, aux réductions de chemins de fer, aux réceptions du Congrès.

2° Membres associés. — Peuvent faire partie du Congrès, comme associés, les membres de la famille des titulaires, les docteurs et les étudiants en médecine, et toute personne s'intéressant aux travaux du Congrès. La cotisation de membre associé est de 10 francs ; elle donne droit à tous les avantages du Congrès (chemins de fer, réceptions, etc.), sauf les publications ; le volume des rapports pourra cependant être remis aux membres associés, d'ordre scientifique, qui en feront la demande.

Le dernier délai d'inscription, pour le Congrès et pour la demande de réduction sur les chemins de fer, est le 15 avril 1914. Adresser toute la correspondance au docteur André Rendu, secrétaire général, 33, rue Sala, Lyon.

POUR LES ÉTUDIANTS APPELÉS DE LA CLASSE 1913. — Le président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vient d'être saisi par le ministre de la guerre de la question de savoir si les actes de scolarité seront désormais permis aux étudiants passant trois ans sous les drapeaux.

Le ministre de la guerre estime que les étudiants pourraient être autorisés à prendre des inscriptions au cours de leur troisième année de service et cette solution, si elle était

adoptée comme il est probable, donnerait satisfaction aux intéressés en apportant un juste adoucissement aux rigueurs de la loi nouvelle.

L'IMPORTATION DES HERBES D'ABSINTHE. — Le conseil général du Doubs, dans sa dernière session, a émis un vœu demandant une enquête sur l'importation exagérée des herbes d'absinthe de Suisse en France. M. le ministre des finances vient de faire connaître les résultats de cette enquête.

« Depuis longtemps, l'administration des finances s'est préoccupée de l'augmentation des importations de plantes fraîches d'absinthe provenant de la zone de 10 kilomètres qui bénéficient de la franchise.

Tout récemment, le 24 septembre dernier et avant d'avoir été saisie de la question par le préfet du Doubs, elle appelait l'attention de M. S. Pichon sur le préjudice résultant de cette situation pour la culture nationale.

L'affaire est suivie par le département des affaires étrangères.

L'importation par le bureau des Verrières, qui était de 9200 kilogrammes en 1909, s'est élevée à 21004 kilogrammes en 1910, à 61690 kilogrammes en 1911 et 57149 kilogrammes en 1912. »

LA DIMINUTION DES NAISSANCES EN ANGLETERRE. — La question de la dépopulation est à l'ordre du jour, en Angleterre.

Au cours des trente dernières années, le taux de la natalité est tombé de 33,58 p. 1000 en 1881, à 25,1 en 1910. L'Angleterre en est, en ce moment, au taux de la natalité française il y a trente ans.

Dans le but de trouver une explication plausible à cette situation déplorable, comme chez nous, comme en Allemagne, on vient de nommer une commission composée de savants, de hautes personnalités ecclésiastiques et de sociologues, chargée de faire une enquête sur l'étendue et le caractère du fléchissement du chiffre des naissances, ses causes, ses effets, et sur son importance nationale et économique.

UN IMPOT SUR LE CÉLIBAT AU GRAND-DUCHÉ D'OLDENBOURG. — La Chambre des députés du grand-duché d'Oldenbourg va voter, lit-on dans le *Berliner Tageblatt*, une nouvelle loi qui frappera les célibataires d'un impôt. Cet impôt s'ajoutera à l'impôt sur le revenu, et comportera 20 p. 100 de sa valeur pour les revenus entre 2000 et 3000 mark, 25 p. 100 pour les revenus entre 3000 et 4000 mark, 40 p. 100 pour les revenus au-dessus de 6000 mark.

Ce « supplément des célibataires » — ainsi est dénommé le nouvel impôt — ne pourra en aucun cas dépasser 4000 mark (5000 francs).

L'Oldenbourg, qui est vraiment un Etat très moderne, s'apprête aussi à promulguer une loi accordant aux femmes le droit d'entrer dans les conseils communaux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lombard (de Terrasson).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de bactériologie, par les professeurs LEHMANN et NEUMANN, et le docteur PHILIBERT, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 752 pages. — Prix : broché, 14 francs; relié maroquin rouge, 16 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traitement des vers intestinaux (*Consultations médicales françaises*, fasc. 54), par les docteurs M. PERRIN, professeur agrégé, assistant de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy et G. THIRY, chef des travaux d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Nancy. In-16 de 28 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Hygiène des cheveux et régime végétarien, par le docteur G. GUELPA. In-8 raisin de 28 pages, avec 2 pl. hors texte. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin et fils.

FORMULAIRE

RÉGIME DES DIABÉTIQUES

Le régime lacté est souvent ordonné aux diabétiques maigres à dénutrition azotée. Le lait n'est pas toujours toléré et donne souvent soif.

C'est alors que d'excellents résultats ont été obtenus avec le « Képhir Salières », champagne lacté, sans sucre, riche en levures, à la dose d'une canette par jour.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 DÉCEMBRE 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mardi 16 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mercredi 17 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e (1re et 2e séries).

3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 18 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re et 2e parties).

4e (1re et 2e séries).

Vendredi 19 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e (1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 20 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 17 décembre, à une heure. — M. LE PETIT. Historique du chancre mou. (MM. Gaucher, président; Reclus, Letulle et Gougerot.) — M. FAVERET. L'Evidement. Sa place dans un traitement pratique du pied bot varus équin congénital. (MM. Reclus, président; Gaucher, Letulle et Gougerot.) — M. ROUDINESCO. L'insuffisance interauriculaire. (MM. Letulle, président; Gaucher, Reclus et Gougerot.) — M. GARSAUX. Du gros foie polykystique. (MM. Letulle, président; Gaucher, Reclus et Gougerot.)

Jeudi 18 décembre, à une heure. — M. BODET. Contribution au traitement de la douleur. L'hypno-analgésie. (MM. A. Robin, président; Pierre Marie, Achard et Richaud.) — M. STROHL. Contribution à l'étude physiologique des réflexes chez l'homme. Réflexes d'automatisme médullaire. Le phénomène des raccourcisseurs. (MM. Pierre Marie, président; A. Robin, Achard et Richaud.) — M. BAILLY. Les oblitérations des artères des membres au cours de la diphtérie. (MM. Achard, président; A. Robin, Pierre Marie et Richaud.)

REVUE GÉNÉRALE

LA RÉACTION MYOTONIQUE

Par M. L. BABONNEIX.

Généralités. Historique. — On sait que, dans la maladie de Thomsen, les symptômes primordiaux sont au nombre de deux : 1° une raideur spasmodique au début des mouvements volontaires; 2° des modifications très spéciales de la contractilité musculaire sous l'influence des excitations mécaniques ou électriques. L'ensemble de ces modifications, que rend plus évidentes encore l'examen comparatif des nerfs moteurs, constitue la *réaction myotonique* [MyR] (1). Entrevue, avant 1886, par quelques auteurs (Bernhardt, Eulenburg et Meschert, Petrone, Pitres et Dallidet, Seeligmüller, Westphall), cette réaction n'a véritablement été individualisée que grâce aux recherches d'Erb. C'est au savant neurologiste d'Heidelberg que revient sans conteste, en effet, l'honneur de l'avoir, le premier, étudiée dans ses moindres détails (1886). La description qu'il nous en a fournie est restée classique. Les travaux ultérieurs n'ont pu que la compléter. Les plus intéressants sont ceux de M. Huet (1892) et de MM. Huet et Bourguignon (1913).

Nous étudierons successivement : 1° la réaction myotonique en elle-même; 2° sa valeur séméiologique; 3° les circonstances qui président à son apparition.

I

La réaction myotonique. — Elle consiste essentiellement, comme nous l'avons dit, en modifications portant : 1° sur l'*excitabilité mécanique*; 2° sur l'*excitabilité électrique des nerfs et des muscles*. De ces deux éléments, le second est, de beaucoup, le plus important. C'est de lui surtout que nous nous occuperons ici.

A. **Troubles de la contractilité mécanique.** — Dans la maladie de Thomsen, prise comme type des affections où l'on rencontre la réaction myotonique, l'excitabilité mécanique diffère du tout au tout suivant qu'il s'agit des *nerfs* ou des *muscles*. Tandis que la *première ne subit aucune modification* (2), la *seconde est toujours nettement augmentée*. Légère, la percussion des muscles malades, et surtout du biceps, suffit à produire une contraction tonique : aussi se forme-t-il, au point percuté, un sillon durable. Energique, elle détermine une contraction tonique, laquelle s'étend à tout le muscle, persiste un temps appréciable et disparaît d'autant plus lentement que le volume du muscle est plus considérable.

Au lieu de percuter le muscle, Bechterew conseille de le saisir en masse avec les doigts, puis de le lâcher brusquement. On voit alors survenir : 1° une dépression; 2° un gonflement durable; 3° un dégonflement également prolongé. Des phénomènes analogues peuvent se produire chez les sujets normaux et chez certains malades : phtisiques, dothiénentériques, etc., mais ils ne sont jamais aussi nets que dans la maladie de Thomsen.

B. **Troubles de la contractilité électrique.** — Nous étudierons successivement :

1° L'excitabilité faradique des muscles;
2° L'excitabilité galvanique des muscles;
3° L'excitabilité faradique des nerfs;
4° L'excitabilité galvanique des nerfs.

1° Excitabilité des muscles par le courant faradique. — Avec M. Huet, nous distinguerons *trois modes d'excitation différents* suivant la fréquence des interruptions.

I. Les *courants à interruptions rares* (une toutes les trois secondes par exemple) produisent des contractions qui ne diffèrent en rien de la normale, d'après Erb. Cependant, si l'on prolonge l'examen ou si l'on emploie des courants forts, on voit les décontractions devenir plus lentes (Huet).

II. Les courants à *interruptions fréquentes* (dix à cinquante interruptions par seconde) provoquent, dans les muscles normaux, un tétanos qui persiste aussi longtemps que passe le courant. Dans la maladie de Thomsen, les résultats varient avec l'intensité du courant.

1. *Très faible*, il détermine des contractions identiques aux contractions normales.

2. *Moyennement fort*, il « produit des contractions persistant plus ou moins longtemps après cessation de l'excitation et ne disparaissant que graduellement; suivant la force du courant, cette durée de la contraction faradique se prolonge entre cinq et vingt secondes » (Erb).

3. *Intense et prolongé*, il produit des contractions musculaires avec fort gonflement et oscillations; « toute la masse du muscle est agitée d'un mouvement ondulatoire, irrégulier et continuel, sans qu'il soit possible, toutefois, de reconnaître, dans ces oscillations, une direction déterminée » (Erb).

III. Les courants à interruptions *semi-fréquentes* (de deux à quinze par seconde) produisent des effets que l'on peut ranger sous trois chefs (Huet) :

1. *Excitations prolongées* (trente à cinquante secondes). Au début de la première excitation, « il apparaît une contraction tonique occupant tout le muscle, durant de dix à vingt secondes, et disparaissant ensuite peu à peu » (Huet). Les contractions suivantes sont normales. Si, en effet, on électrise un muscle, chez le Thomsénien, en plaçant l'électrode indifférente sur le dos et l'autre sur le muscle à examiner, voici ce que l'on observe (fig. 1) : 1° au moment où commence l'excitation, il se produit, dans le muscle exploré, quelques contractions isochrones avec les mouvements de l'interrupteur; 2° au bout d'une, de deux ou trois secondes, ces contractions cessent, tandis que le muscle tout entier se gonfle, devient dur, dessine ses contours sous la peau. Cet état de *spasme myotonique* dure

(1) MtR pour quelques auteurs.

(2) Dans quelques cas exceptionnels (Haas, Köster, Pansini, Süsskand) elle a été trouvée augmentée.

dix, quinze, vingt secondes, quelquefois plus; 3° on voit alors les contractions isochrones aux mouvements de l'interrupteur réapparaître si elles avaient disparu, augmenter graduellement d'étendue si leur amplitude avait seulement diminué, et, après quelques secondes, le muscle paraît complètement libéré du spasme myotonique qui l'empêchait précédemment de se contracter, et il répond, comme un muscle normal, à chaque excitation du courant; 4° si on enlève alors l'électrode excitatrice, le muscle revient aussitôt à l'état de repos; 5° renouvelle-t-on l'exploration quelques secondes après, les mêmes phénomènes ne se reproduisent pas et le muscle se contracte comme un muscle normal d'une façon isochrone aux mouvements de l'interrupteur (1).

2. Les *excitations courtes* produisent une contraction tonique avec décontraction lente (fig. 2). Ce phénomène est comparable au trouble des mouvements volontaires chez les Thomséniens dans le cas d'une seule contraction énergique et brusque sous l'influence de la volonté (Huet).

3. *Excitation des muscles fatigués* par les excitations précédentes réitérées ou par des courants forts. Même contraction tonique, même décontraction lente, mais, de plus, *mouvements ondulatoires* semblables à des vagues dont l'apparition est favorisée par la fatigue, les courants intenses et peut-être aussi le froid, qui agitent le muscle dans toute sa longueur et persistent jusqu'à une minute après cessation du courant (fig. 3). Ces mouvements ondulatoires, une fois produits, reparaissent avec la plus grande facilité, même avec des courants modérés, soit dans la journée, soit les journées suivantes (Huet).

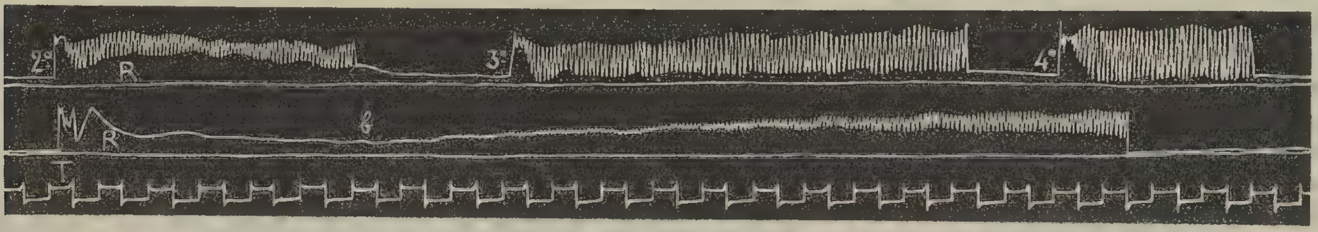


FIG. 1. — HUET. *Fig.* I. B.

1° Excitations faradiques du droit antérieur de la cuisse. *Interruptions semi-fréquentes* (8 par seconde). *Excitations prolongées.* Pendant la première seconde, il se produit quelques secousses à chaque interruption, puis le muscle est envahi par le spasme myotonique et aucune secousse ne se produit plus avant une dizaine de secondes. A partir de ce moment (b), le spasme myotonique tend à disparaître, le muscle se détend; les secousses réapparaissent et augmentent progressivement d'étendue.

2° Une vingtaine de secondes après, on renouvelle l'expérience. Le muscle, en 2°, présente encore une ébauche de spasme myotonique; en 3° et en 4°, il se comporte comme un muscle normal.

R, ligne de repos du muscle; T, temps divisé en secondes.

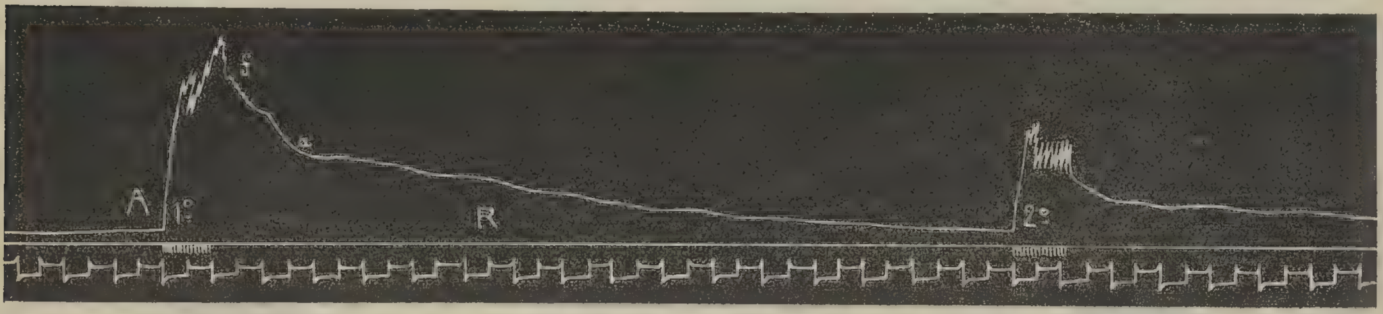


FIG. 2. — HUET. *Fig.* 12. A.

Excitations faradiques du droit antérieur de la cuisse. *Interruptions semi-fréquentes. Excitations courtes.* Lorsque cesse l'excitation, le muscle se décontracte d'abord assez rapidement (de f à α) pendant les quatre premières secondes; puis la décontraction devient beaucoup plus lente, et le muscle met trente secondes pour revenir à sa ligne de repos (α à 2°).

R et T comme précédemment.

2° EXCITATION DES MUSCLES PAR LE COURANT GALVANIQUE. — La contractilité galvanique des muscles peut être étudiée par deux méthodes, suivant que l'on recourt à l'excitation monopolaire ou à l'excitation bipolaire (1).

1. *Excitation monopolaire.* — C'est à elle, presque exclusivement, que se sont adressés les auteurs.

Les modifications observées sont de deux ordres (Erb) : qualitatif et quantitatif.

Modifications quantitatives. — L'excitabilité galvanique des muscles est *un peu augmentée*. En effet : *a.* des courants très faibles (au-dessous d'un milliampère) « produisent souvent déjà des secousses de

(1) L'excitation est dite *monopolaire* lorsqu'on emploie deux électrodes de dimensions inégales, qu'on place la petite (dite *électrode différenciée*) sur la région à explorer, et la grande (dite *électrode indifférente*) loin de cette même région. Pour soumettre un muscle à cette méthode d'examen, on applique la petite électrode au point excito-moteur, et l'autre dans la région interscapulaire, par exemple. Elle est dite *bipolaire* lorsque les deux électrodes, de grandeur sensiblement égale, sont appliquées, l'une et l'autre, sur la région à explorer, c'est-à-dire, dans le cas qui nous occupe, l'une à la partie supérieure et l'autre à la partie inférieure du muscle.

(1) HUET. Loc. cit., p. 14.

fermeture au pôle négatif comme au positif » (Erb); *b.* « en excitant un muscle, on voit apparaître aussi des contractions dans les muscles voisins par propagation du courant » (Id.).

Modifications qualitatives. — Elles varient suivant qu'il s'agit de courants faibles ou forts.

a. Avec des courants *faibles*, on note les deux particularités suivantes :

1. Contrairement à la normale, où les contractions produites par la fermeture du courant sont plus fortes au négatif qu'au positif [NFC > PFC] (1), les deux pôles produisent des secousses de fermeture à peu près égales (NFC = PFC), ou même il existe une prédominance marquée du pôle positif sur le négatif (PFC > NFC). Ce dernier symptôme est considéré comme inconstant par beaucoup d'auteurs (Bourguignon, Dana, Hale White, Pansini).

2. La contraction ainsi obtenue est *lente*, *torpide*, *paresseuse*, *persistante*, *tonique* (fig. 4 [III], 6 et 7; comparer avec l'état normal [fig. 5]).

Pour bien comprendre ces modifications, dont l'importance est capitale, rappelons ce qui se passe lorsqu'on soumet un muscle normal à l'action d'un courant galvanique faible. Il se produit : 1° une secousse forte, instantanée, brève, au moment de la fermeture; 2° une autre, moins forte, au moment de l'ouverture. Entre la fin de la secousse de fermeture et le début de la secousse d'ouverture, aucune contraction, si légère soit-elle. De même, aussitôt après la secousse d'ouverture, le muscle revient (fig. 4, I) immédiatement au repos complet. Augmentons l'intensité du courant. Mêmes modifications à la fermeture et à l'ouverture. Mais, entre les deux, le muscle est en état de contraction tonique. Il s'agit alors de *contraction galvano-tonique non durable* puisqu'elle cesse à l'ouverture du courant (fig. 4, II). Dans la maladie de Thomsen, la contraction se rapproche de la précédente par cette particularité que, dès la fin de la secousse de fermeture, le muscle entre en contraction tonique; elle en diffère en ce que cette contraction ne cesse pas immédiatement lorsque le courant cesse de passer, mais persiste encore un temps plus ou moins long. *C'est donc une contraction galvano-tonique durable* (Bourguignon et Huet) [fig. 4, III] (2).

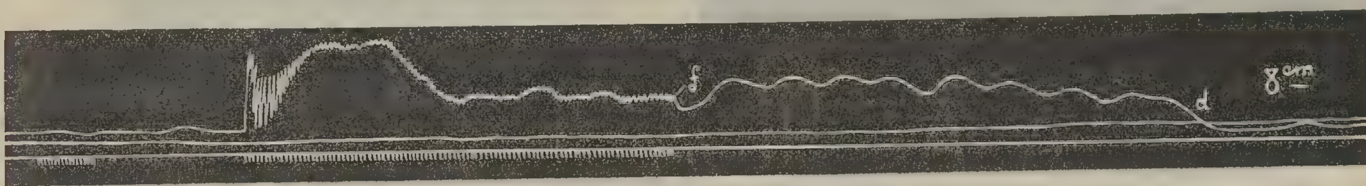


Fig. 3. — Huet. *Fig.* 17. D. III.

Excitations faradiques du droit antérieur de la cuisse, *préalablement fatigué. Interruptions semi-fréquentes.* Il se produit d'abord quelques contractions normales; puis un spasme myotonique (durant jusqu'à *f*); quand ce spasme cesse, le muscle se décontracte lentement et n'atteint sa ligne de repos qu'en *d*, au bout de vingt-deux secondes; pendant tout ce temps, il est le siège de mouvements ondulatoires.
Bobine à gros fil, écartement de 8 centimètres.

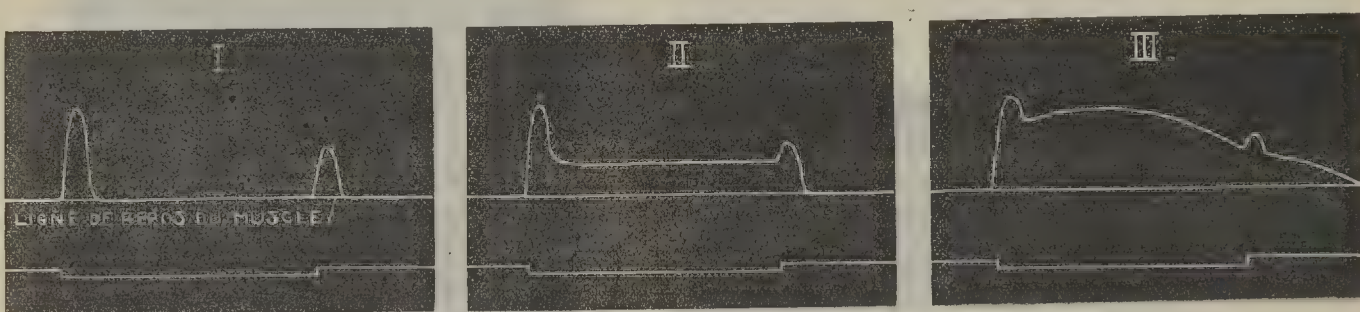


Fig. 4.

I. Etat normal. — II. Contraction galvano-tonique non durable. — III. Contraction galvano-tonique durable.

« Cette lenteur, cette paresse et ce caractère tonique des contractions se manifestent à PF, souvent même avec de faibles courants (voir fig. 6, 5′ et 6′). A NF, les premières secousses sont fréquemment encore brèves (voir fig. 6, 6′) et elles ne deviennent lentes et toniques qu'avec des courants plus forts. On reconnaît facilement, sur un grand nombre de muscles, cette lenteur, cette paresse et ce caractère tonique de la contraction, soit parce qu'on voit les muscles se tendre lentement et progressivement, soit parce qu'il se forme, sous l'électrode excitatrice, un sillon ou une dépression plus circonscrite apparaissant lentement et persistant un certain temps. » (Erb.)

Cette contraction tonique manque dans les cas où le courant galvanique n'est appliqué sur le muscle que pendant un temps très court (Erb, Süsskand, Pansini).

Par ces deux caractères : renversement de la for-

(1) D'après la nomenclature française : C = contraction; N = pôle négatif; P = pôle positif; O = ouverture de courant; F = fermeture du courant. Les Allemands emploient Z (Zückung) pour contraction; An pour pôle positif; Ka pour pôle négatif; S (Schliessung) pour fermeture; O (Oeffnung) pour ouverture.

(2) Quelquefois, sur les myogrammes obtenus avec l'électrisation de certains muscles, le soulèvement correspondant à la contraction tonique est remplacé par un abaissement en forme de « fovea » (Pansini).

mule normale : PFC ≥ NFC, au lieu de NFC > PFC; production d'une contraction lente, paresseuse, persistante, la réaction myotonique (MyR) se rapproche beaucoup de la réaction de dégénérescence [DR] (1). Ces analogies qui, depuis Erb, ont frappé tous les auteurs, sont extrêmement importantes. Contentons-nous de les signaler ici, nous réservant de les étudier à fond un peu plus loin.

b. Avec des courants *forts*.

1° Mêmes modifications à la fermeture.

2° Apparition, à l'ouverture du courant positif seu-

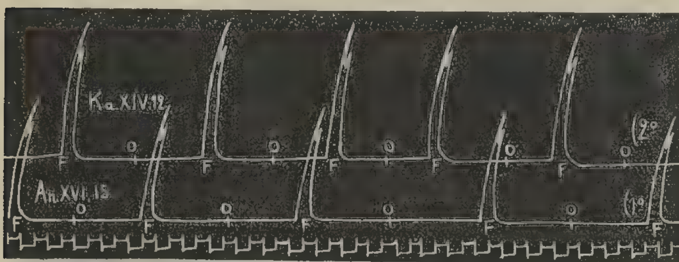


FIG. 5. — HUET. *Fig.* 28. 1° et 2°.

Excitation galvanique du droit antérieur chez un sujet normal. Secousses brèves, instantanées, sans durée. Mêmes indications que dans la figure suivante.

lement (POC), d' « une contraction tonique d'une durée plus ou moins longue et ne disparaissant que graduellement » (Erb) [fig. 6, 5'].

3° Dans certaines circonstances, « on voit d'abord apparaître une contraction tonique du muscle; puis celui-ci continue à être agité de mouvements ondulatoires réguliers ressemblant aux ondulations des

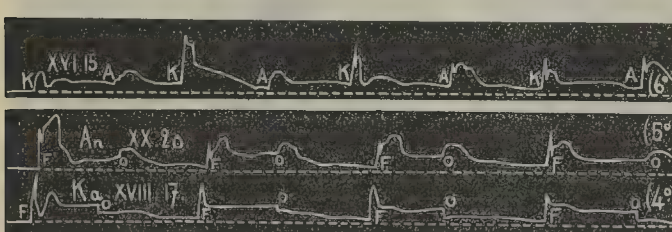


FIG. 6. — HUET. *Fig.* 27. 4°, 5° et 6°.

Excitation galvanique du droit antérieur. En chiffres romains, le nombre d'éléments employés; en chiffres arabes, l'intensité du courant en milliampères. An : pôle positif; Ka : pôle négatif; O : ouverture; F : fermeture.

En 4° et 5°, la plupart des contractions AnF et KaF sont d'amplitude sensiblement égale (PFC = NFC). — Contractions toniques à PF, visibles, en 5°, à tous les points marqués F; en 6°, à tous les points marqués A. Au contraire, en 6°, les secousses de fermeture au négatif K (NFC) restent brusques et élevées. En 5°, contractions toniques, non seulement à la fermeture F (PFC), mais aussi à l'ouverture O du positif (POC).

vagues. La succession de ces mouvements ondulatoires se fait, tantôt plus vite, tantôt plus lentement; on en compte souvent d'un à trois par seconde; il est facile de reconnaître qu'ils se produisent dans une direction déterminée et vont du pôle négatif vers le positif; par exemple, si le malade tient dans la main le pôle négatif, les contractions ondulatoires courent dans les fléchisseurs de l'avant-bras de bas en haut; s'il tient au contraire le pôle positif, elles se dirigent de haut en bas » (Erb) (fig. 7). Pour faire apparaître ces mouvements, il faut placer l'électrode active, sur le tendon, tout près de l'insertion. On peut encore faire passer le courant à travers tout le membre, faire varier à plusieurs reprises la force du courant, le renverser, déplacer

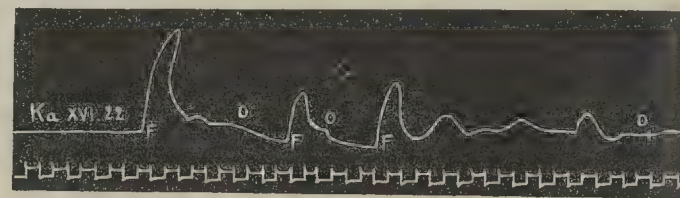


FIG. 7. — HUET. *Fig.* 34. 2°

Excitation galvanique des muscles de la cuisse. Au négatif, il se produit, à chaque fermeture, une secousse forte, lente et tonique; après la troisième, apparaissent les mouvements ondulatoires.

Mêmes indications que dans les figures précédentes.

l'électrode (courants dits *labiles*), répéter l'examen (Erb). Ces divers artifices n'agissent vraisemblablement qu'en fatiguant le muscle [Huet] (1). Des mouvements ondulatoires identiques peuvent, du reste, se produire spontanément; ce sont les *ondes myotoniques spontanées* de Pansini qui les compare, avec raison, aux mouvements péristaltiques.

c. Aussi bien avec des courants faibles qu'avec des courants forts, la *forme* de la contraction obtenue

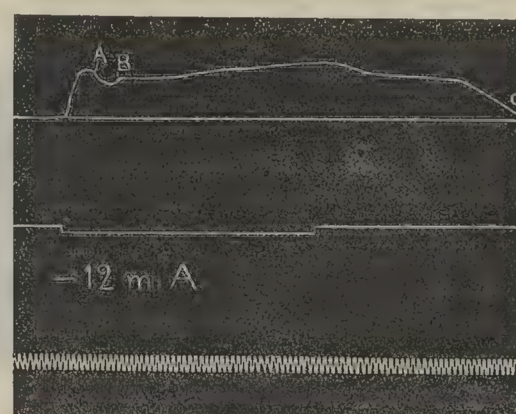


FIG. 8. — BOURGUIGNON et LAUGIER.

Excitation monopolaire du fléchisseur superficiel des doigts. Petite électrode négative au point moteur du muscle. — Contraction à début brusque; puis, de A à B, léger relâchement; de B à C, contraction tonique prolongée.

par fermeture brusque d'un courant galvanique varie suivant que l'électrode différenciée est positive ou négative.

Est-elle *négative*, il se produit, quand on ferme le circuit : *a.* une contraction brusque; *b.* un léger relâchement; *c.* une contraction tonique prolongée [fig. 8] (2). Est-elle *positive*, le début brusque manque, le muscle entre lentement en contraction [Erb, Huet] (fig. 9).

Ces différences ont été attribuées longtemps à une

(1) Ea R. pour les Allemands (Entartung's Reaction).

(1) Ces mouvements ondulatoires ne sont que l'exagération d'un phénomène physiologique (PORRET).

(2) Ce fait a été surtout étudié par PANSINI, qui distingue, dans la contraction myotonique, une contraction *rapide* ou *primaire*, et une contraction *tonique* ou *secondaire*.

différence dans l'action excitatrice des deux pôles. En réalité (Cardot et Laugier), *le positif est dépourvu de toute activité et l'excitation de fermeture ne se produit jamais qu'au négatif.*

Avec MM. Bourguignon et Laugier, appliquons ces données à la maladie de Thomsen. Deux cas, suivant que l'électrode différenciée est négative ou positive. Dans le premier, on comprend sans

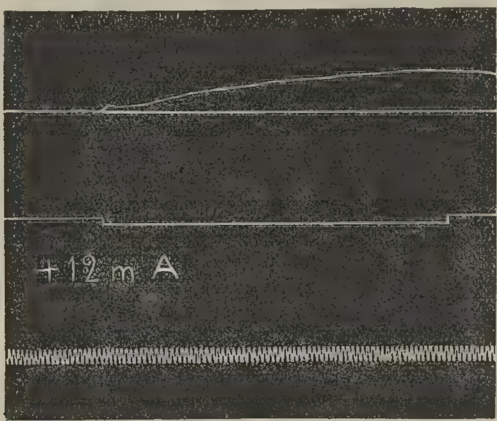


Fig. 9. — Bourguignon et Laugier.

Excitation monopolaire du même muscle. Petite électrode positive au point moteur du muscle.

peine que la contraction puisse avoir lieu. Mais pourquoi se produit-elle aussi dans le second, si le pôle positif est inactif? C'est parce qu'il se développe alors, dans l'épaisseur du muscle, une électrode négative virtuelle (*électrode diffuse* de Cardot et Laugier)

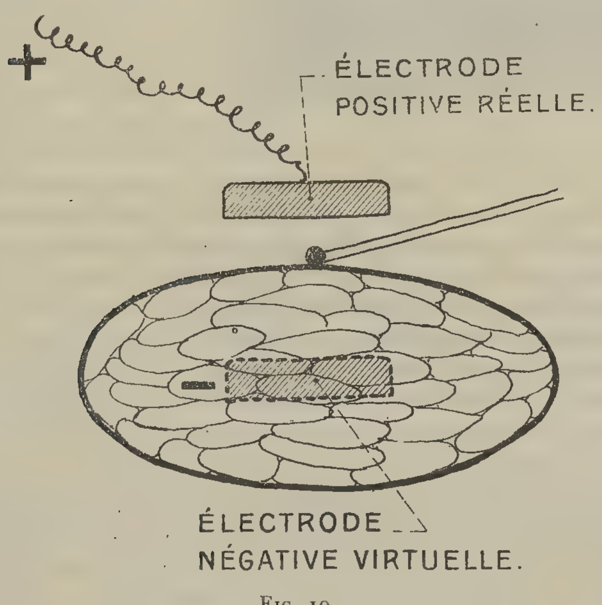


Fig. 10.

L'électrode *positive réelle*, appliquée au point moteur, n'agit que par l'intermédiaire d'une électrode *négative virtuelle* placée en plein muscle.

(fig. 10). Dans les deux cas, c'est donc l'électrode négative, réelle ou virtuelle, qui « fait » la contraction. Seule, sa localisation varie. Dans le premier (fig. 11), elle est appliquée au point moteur, aussi l'*excitation de fermeture agit-elle principalement sur le nerf*. Dans le second, elle se trouve placée en plein tissu musculaire ; aussi l'*excitation de fermeture agit-elle principalement sur le muscle*. C'est ce qui explique que la contraction soit brusque, instantanée, lorsque l'électrode différenciée est négative, et, au contraire, lente et progressive, lorsqu'elle est positive.

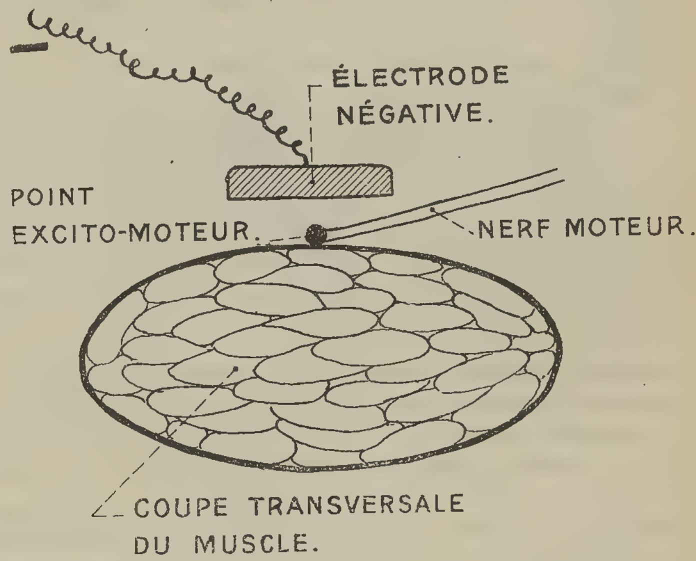


Fig. 11.

L'électrode négative réelle agit directement sur le nerf sous-jacent.

2° *L'excitation bipolaire* a surtout été utilisée par MM. Bourguignon et Laugier. Les résultats obtenus par ces auteurs confirment la théorie que nous venons d'exposer. Place-t-on, en effet, deux électrodes d'égale grandeur sur le *nerf*, la contraction a toujours un *départ brusque*, quel que soit le sens du courant. Les place-t-on sur le *muscle*, l'une à sa partie supérieure, l'autre à sa partie inférieure, toutes les deux aussi loin que possible du point excito-moteur, la contraction a toujours un *départ lent et progressif*, avec forte contraction myotonique, quel que soit le sens du courant.

Qu'il s'agisse d'excitation mono ou bipolaire, on peut donc dire que *les différences dans la forme de la contraction tiennent uniquement à la place qu'occupe l'électrode négative* (réelle ou virtuelle), *au moment de la fermeture du courant. Le départ est brusque, si cette électrode est placée de façon à exciter directement le nerf; lent et progressif, si elle est placée de façon à exciter directement le muscle* [Bourguignon et Laugier] (1).

Ces diverses réactions électriques s'atténuent lorsqu'on les recherche plusieurs fois de suite, et, au bout d'un certain temps, les secousses obtenues se rapprochent de la normale (Huet). D'ailleurs, elles présentent, d'un jour à l'autre, des variations considérables (Erb, Martius, Pansini). Il faut parfois, pour les mettre en évidence, soumettre le patient à l'action du froid (Jensen, Pansini). Les muscles qui les présentent le plus nettement sont ceux qui sont le siège de la raideur spasmodique la plus prononcée au début des mouvements volontaires (vastes, gastrocnémiens, extenseurs et fléchisseurs des doigts).

Ajoutons encore un détail : la *période d'excitation latente est nettement augmentée*, quel que soit l'ex-

(1) Ces considérations permettent peut-être d'expliquer la forme de la contraction observée fig. 8. La première contraction serait due à l'excitation du nerf; la seconde se produirait quand l'excitation gagne le muscle (Bourguignon).

citant du muscle (Blumeneau), symptôme d'ailleurs inconstant (Cluzet, Froment et Mazet).

3° EXCITABILITÉ FARADIQUE DES NERFS. — Deux éventualités :

1° Avec des secousses à *interruptions lentes*, aucune modification, quelle que soit l'intensité du courant.

2° Avec des secousses à *interruptions rapides*, mêmes résultats si l'on fait usage d'un courant faible; avec un courant fort, la contraction peut persister jusqu'à dix secondes après que l'excitation a cessé. Ces modifications sont d'ailleurs *beaucoup moins nettes* que celles produites par excitation faradique directe du muscle.

4° EXCITABILITÉ GALVANIQUE DES NERFS. — Sous le rapport quantitatif, elle est normale, plutôt même un peu diminuée (Erb). Qualitativement, la loi classique (NFC > PFC > POC > NOC) est souvent modifiée; NOC se produit avant PFTe ou même NFTe, c'est-à-dire qu'on obtient une contraction d'ouverture au négatif, avant d'obtenir le tétanos musculaire par fermeture du négatif ou du positif. De plus, si l'on fait glisser l'électrode active le long du nerf (courants dits *labiles*) on peut, en accumulant les excitations, obtenir des contractions toniques relativement durables.

Il est exceptionnel que, comme dans le cas récent de MM. Cluzet, Mazet et Froment, on obtienne un spasme myotonique net par excitation galvanique des nerfs (1). Ces auteurs ont pu, en effet, provoquer l'apparition d'une réaction myotonique typique, en appliquant, sur les nerfs principaux du bras, un courant de 20 milliampères.

Tels sont les caractères principaux de la réaction myotonique. Quelle que soit leur apparente complexité, il est facile de les schématiser. Dans la réaction myotonique, il faut distinguer soigneusement l'excitabilité électrique des nerfs et l'excitabilité électrique des muscles. *La première ne subit aucune modification importante, la seconde seule est toujours troublée*, la contraction obtenue par galvanisation directe du muscle ne disparaissant pas entre la fermeture et l'ouverture, et se prolongeant plus ou moins après celle-ci. Deux éléments caractérisent donc la réaction myotonique : 1° *contraste entre l'excitabilité électrique des nerfs et celle des muscles*, la première étant toujours normale, la seconde toujours altérée; 2° *production, sous l'influence du galvanique, d'une contraction particulière* (*contraction galvano-tonique durable* de Bourguignon).

Suivant les cas, la réaction myotonique est *totale* ou *partielle*.

1° LA RÉACTION MYOTONIQUE TOTALE (*Contraction galvano-tonique durable*) [fig. 4, III] s'observe dans deux affections principales :

a. MALADIE DE THOMSEN. — C'est chez des Thomséniens qu'elle a été, pour la première fois, décrite par Erb, puis retrouvée par tous les auteurs et particulièrement par M. Huet. Ce savant fait observer que, dans la maladie de Thomsen, la réaction myotonique évolue parallèlement aux troubles de la motilité volontaire, et qu'elle constitue un argument de première importance à invoquer en faveur de la théorie qui rattache la myotonie congénitale à des lésions primitivement et essentiellement musculaires.

Il serait intéressant de savoir à quelle époque de la maladie apparaît la réaction myotonique. Cette question n'a malheureusement été que peu étudiée. Seul, M. Pansini mentionne, à ce sujet, deux cas : un personnel, où le malade « ne présentait aucun trouble myotonique de la contractilité volontaire, alors qu'il existait chez lui une réaction myotonique des plus nettes à la galvanisation du muscle ; 2° un de Gaupp, où le patient, myotonique des membres inférieurs, présentait une réaction myotonique intermittente limitée aux avant-bras et aux mains, sans spasme myotonique volontaire ». (Ce sujet était atteint d'infantilisme pur). De ces faits, M. Pansini conclut que la réaction myotonique précède l'apparition du spasme myotonique. Il demande avec raison qu'à l'avenir, on procède à l'examen soigné de toute la musculature chez les sujets appartenant à une famille de myotoniques, pour savoir : « 1° de combien la réaction myotonique mécanique-électrique précède la réaction myotonique volontaire; 2° si la myotonie peut s'arrêter à cette phase de simple réaction myotonique mécanique-électrique, sans passer à la myotonie volontaire » (1).

b. MYOPATHIES. — L'existence, chez les myopathiques, des réactions électriques « se rapprochant de la réaction myotonique » a été, pour la première fois, mentionnée par MM. Bourguignon et Huet (juin 1911), puis retrouvée par ces auteurs en novembre 1912 et par M. Delherm (août 1912). On peut, en effet, dans la myopathie, obtenir, par galvanisation de certains muscles, une contraction tonique, persistante (*contraction galvano-tonique durable*), qui disparaît lorsqu'on la recherche un grand nombre de fois de suite, pour réapparaître après un repos suffisant. Mêmes phénomènes au début des mouvements volontaires, ou lorsqu'on procède à l'excitation mécanique du muscle. Voilà pour les analogies avec la maladie de Thomsen. Voici maintenant les différences : 1° pour obtenir la contraction galvano-tonique, chez les myopathiques, il faut généralement des intensités plus élevées que chez les Thomséniens ; 2° la différence dans la forme du début de la contraction, suivant que l'électrode différenciée est positive ou négative (v. plus haut) est beaucoup plus accusée chez le Thomsénien que chez le myopathique ; 3° inversement, les secousses d'ouverture, surtout au positif (POC) (Capriati) sont plus marquées dans la myopathie que dans la maladie de Thomsen ; 4° dans la myopathie, on ne constate pas, comme cela se voit parfois dans la maladie de Thomsen, une prédominance de PFC (ou PFTe) sur NFC (ou NFTe) ; 5° il ne se produit jamais de mouvements ondulatoires ; 6° chez le myopathique, à la contraction galvano-tonique durable s'associe moins souvent que chez le Thomsénien,

(1) Déjà signalé par HUET et VIGOUROUX.

(1) PANSINI. Loc. cit., p. 29.

une contraction persistant sous l'influence des courants faradiques, des mouvements volontaires ou d'une excitation mécanique ; 7° on peut, chez le myopathique, observer, sur certains muscles, une simple contraction galvano-tonique non durable ; 8° enfin, tandis que, dans la maladie de Thomsen, la réaction myotonique est permanente, elle n'est que transitoire dans la myopathie : on ne l'observe, en effet, qu'*au début*, sur des muscles en apparence sains, puis, à mesure qu'ils sont envahis par l'atrophie, elle devient de moins en moins nette, pour être remplacée, finalement, par une simple diminution de l'excitabilité électrique (Bourguignon, Delherm). On peut donc dire, schématiquement, que, *dans la myopathie, la réaction myotonique est transitoire et incomplète.*

La constatation, dans les myopathies, de réactions électriques analogues à celles de la myopathie congénitale est très intéressante, et voici pourquoi : 1° elle montre que, dans la myopathie, « l'affection est, dès le début, moins localisée qu'elle ne paraît, puisqu'on trouve des altérations de la contractilité électrique dans des muscles d'apparence normale » (Bourguignon et Huet), fait en accord avec les recherches dynamométriques de MM. Baudoin et Français ; 2° elle établit que la réaction myotonique n'est pas spéciale à la maladie de Thomsen, ou plutôt qu'entre myopathie, d'une part, et maladie de Thomsen, de l'autre, il n'y a pas lieu de tracer des lignes de démarcation trop absolues. L'opinion actuelle (Claude, Oppenheim, Spiller) tend d'ailleurs à réaliser la synthèse des affections musculaires, et à décrire, sous le terme générique de myopathies, pris dans son sens étymologique, les états suivants : dystrophies musculaires des Allemands (*myopathies* des auteurs français) ; absence congénitale de certains muscles ; myotonie congénitale ; myatonie congénitale ; myasthénie ; paralysie périodique des extrémités ; paralysies ostéomalacique et rachitique. Toutes les formes de transition relient ces divers états morbides, qu'il n'y a plus lieu, comme on le faisait jadis, d'opposer les uns aux autres.

2° La réaction myotonique partielle (*contraction galvano-tonique non durable*). — Elle a été observée : *a.* dans certaines *myopathies*, comme nous venons de le voir ; *b.* et surtout, dans la *réaction de dégénérescence* (D. R.). La constatation, dans la réaction de dégénérescence, d'une réaction myotonique partielle a été, pour la première fois, signalée par Erb ; elle a été, dans ces derniers temps, l'objet d'importantes recherches (Bourguignon, Delherm, Huet, Huet et Bourguignon).

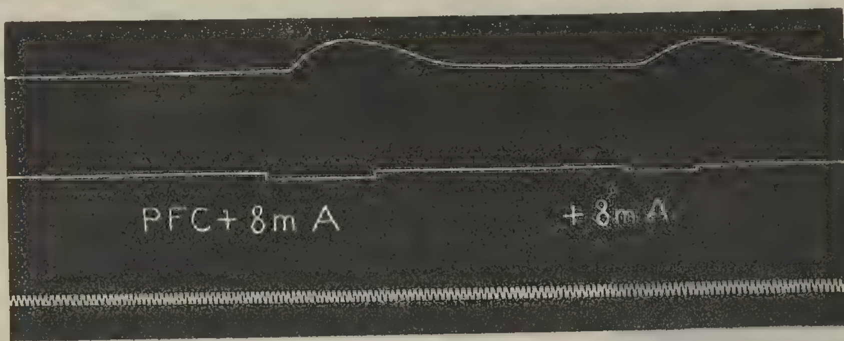


Fig. 12. — Bourguignon.
Réaction de dégénérescence du jambier antérieur. Petite électrode positive au point moteur.

Cette réaction myotonique partielle « consiste essentiellement (fig. 4, II) en ce que le muscle reste contracté pendant tout le temps que passe le courant galvanique. Ce phénomène se produit à l'état normal, avec des courants assez forts, mais, dans certaines réactions de dégénérescence, on l'obtient, comme le signale Erb, avec des intensités très faibles » (Bourguignon). Au début, cette réaction avait été dite *tétanisante*. Ce terme a été critiqué par M. Bourguignon, pour qui « le mot tétanos, en physiologie, a une signification très précise. Il désigne une contraction prolongée, en apparence unique, mais qui, en réalité, est le résultat de la fusion de secousses successives. Or, dans les faits qui nous occupent, c'est une excitation unique, et non une série d'excitations qui provoque la contraction soutenue ». Au terme de *réaction tétanisante*, il est donc préférable de substituer celui de *contraction galvano-tonique non durable*.

Cette réaction myotonique partielle peut se voir dans les formes les plus diverses de réaction de dégénérescence : réaction de dégénérescence expérimentale (Cluzet) ; réaction de dégénérescence humaine, où elle se voit surtout aux phases initiales, alors qu'il y a hyperexcitabilité galvanique des muscles (Erb), et, particulièrement, dans la paralysie faciale (Huet), mais aussi au stade d'hypoexcitabilité (Delherm, Bourguignon). M. Huet l'a observée dans les polynévrites, les poliomyélites antérieures, la sclérose latérale amyotrophique. M. Bourguignon se demande même si elle n'est pas constante dans toutes les réactions de dégénérescence et si elle n'échappe pas simplement parce qu'on ne laisse pas le courant fermé assez longtemps. Quelles que soient, d'ailleurs, les circonstances dans lesquelles elle se développe, cette réaction myotonique partielle peut se présenter sous trois aspects (Bourguignon).

1° *La contraction galvano-tonique non durable fait suite à une contraction lente.* — Au premier examen (fig. 12), « il est impossible de voir autre chose qu'une contraction lente typique (de la réaction de dégénérescence) et ce n'est qu'en prolongeant la durée du courant et en étudiant la contraction par la méthode graphique que l'on peut mettre en évidence

la contraction galvano-tonique, même avec des intensités relativement faibles... La contraction lente est alors suivie d'un plateau et le relâchement du muscle n'est complet qu'après l'ouverture du courant » [fig. 13] (1).

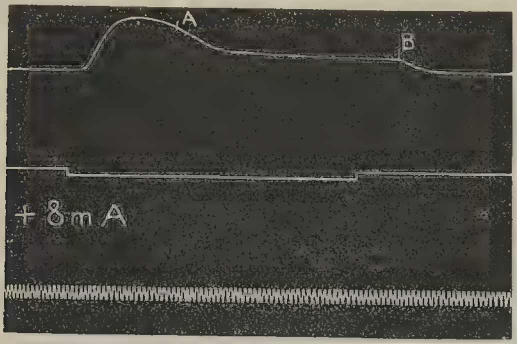


Fig. 13. — Bourguignon.

Même malade, même muscle. Durée prolongée du passage du courant. La réaction de dégénérescence de la figure précédente se décompose en deux phases : une première, de contraction lente (jusqu'à A) ; une seconde, de décontraction lente (de A à B).

2° *La contraction galvano-tonique non durable fait suite à une contraction brusque.*

« Il semble qu'il y ait une contraction peu différente de la normale, à laquelle fait suite une contraction tonique de hauteur moindre », qui cesse assez brusquement à l'ouverture du courant (fig. 14).

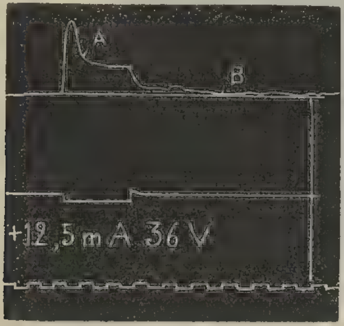


Fig. 14. — Bourguignon.

Réaction de dégénérescence du jambier antérieur. Petite électrode positive au point moteur. Contraction brusque jusqu'à A, suivie d'une contraction tonique, de A à B.

3° *La contraction galvano-tonique non durable constitue, à elle seule, toute la contraction*; « elle existe seule, sans être précédée d'un début de secousse, ni lente, ni rapide » et le muscle se relâche, encore assez vite, à l'ouverture du courant (fig. 15).

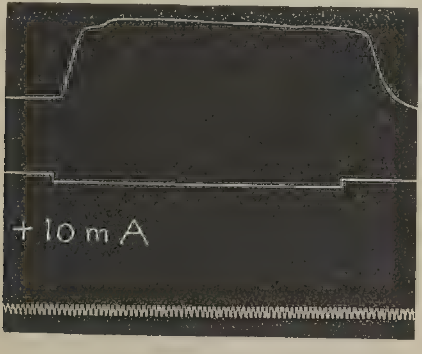


Fig. 15. — Bourguignon.

Réaction de dégénérescence du biceps. Petite électrode positive sur le tendon.

(1) Assez tôt, toutefois, après l'ouverture du courant pour que l'on puisse parler, dans ce cas, de contraction galvano-tonique non durable.

De ces trois éventualités : *contraction galvano-tonique non durable succédant à une secousse lente; contraction galvano-tonique non durable succédant à une secousse brusque*; *contraction galvano-tonique non durable survenant sans être précédée par un début de secousse brusque ou lente*, la première s'observe surtout dans les réactions de dégénérescence graves, totales ; les deux autres, dans les réactions de dégénérescence légères, partielles ; pour mettre en évidence ces modifications, le meilleur procédé serait l'excitation longitudinale.

3° Voici maintenant quelques CAS MAL CLASSÉS, mais plus ou moins voisins de la réaction myotonique.

a. Maladies de Thomsen atypiques. Voici, par exemple, un cas de MM. Allaire et Denès, où il n'existait « ni hyperexcitabilité, ni inversion de la formule, mais où la forme de la secousse et sa persistance constituaient le caractère le plus net du syndrome de Thomsen et permettaient de porter ce diagnostic ». *b.* Dans certains cas de *syndrome myotonique* (myotonies atrophiques), Pässler et Steinert notent que, pour obtenir des contractions persistantes, il est indispensable de recourir à des excitations prolongées. *c.* Chez les *nouveau-nés*, l'excitation électrique des muscles produit des contractions lentes, torpides, paresseuses, persistantes, toniques en un mot (Soltmann).

II

Valeur séméiologique. — Elle a été très discutée :

A. Il y a quelques années, on faisait, de la réaction myotonique, un symptôme pathognomonique, et l'on disait : *la réaction myotonique se voit toujours dans la maladie de Thomsen ; elle ne se voit jamais en dehors d'elle.*

B. Cette formule ne peut plus être conservée, et ce, pour deux raisons principales :

1° *Il existe des cas de myotonie congénitale*, étudiés avec tout le soin désirable (Ashby, Brissaud, Bauer et Gy) et *où la réaction myotonique faisait absolument défaut.*

2° Inversement, *la réaction myotonique peut se voir en dehors de la myotonie congénitale : on l'a signalée, en effet :*

a. Dans la *réaction de dégénérescence.*

b. Dans la *myopathie.*

c. Dans la *phtisie* (Erben).

d. Dans la *syringomyélie* (Schlesinger).

e. Dans la *tétanie.* Schultze a noté, dans un cas de tétanie d'origine intestinale, la production d'ondes musculaires par excitation mécanique de la langue; dans un cas de tétanie gastrique, il a constaté une réaction myotonique incomplète caractérisée par : 1° une augmentation notable de l'excitabilité mécanique des muscles; 2° l'apparition d'une contraction persistante par faradisation des muscles de l'avant-bras. On sait d'ailleurs que, dans la tétanie, la raideur spasmodique *ineunte motu* a été rencontrée par

plusieurs auteurs (Bettmann, Hoffmann, Köster, Schultze).

f. Dans un cas jusqu'ici unique, de Stein, où un jeune homme présentait, au début des mouvements volontaires, une sorte de faiblesse paralytique, laquelle disparaissait avec la répétition des mouvements. Ces troubles frappaient les masticateurs et les muscles de la langue; aux membres inférieurs, on notait quelquefois de la rigidité, la réaction myotonique était nette (1).

C. Qu'elle soit ou non spéciale à la myotonie congénitale, la réaction myotonique constitue un élément de diagnostic dont on ne saurait exagérer l'importance. Sa constatation permet en effet d'éliminer :

1° L'*hystérie* et la *simulation*, où les réactions sont normales.

2° La *tétanie*, où l'hyperexcitabilité est strictement localisée aux troncs nerveux, l'excitabilité musculaire restant normale. Les formules électriques de la myotonie et de la tétanie sont donc exactement opposées.

3° Les *névrites périphériques*, même quand l'excitation électrique y provoque des contractions toniques et persistantes. En effet (Huet), à n'envisager que l'excitabilité faradique des muscles : 1° cette excitabilité est souvent diminuée dans des proportions considérables; 2° seuls, des courants tétanisants provoquent ces contractions, et celles-ci, contrairement à ce qu'on voit dans la maladie de Thomsen, sont toujours douloureuses.

4° La *paramyotonie* où l'excitabilité électrique des muscles est diminuée, où il y a tendance au tétanos, à la fermeture du positif comme du négatif, et où la contractilité idio-musculaire est normale.

On peut donc dire que, *dans la majorité des cas, la constatation de la réaction myotonique fournit au diagnostic un appoint eonsidérable.*

III

Essai d'interprétation. — *A.* On sait que la fibre musculaire striée est constituée par deux ordres d'éléments : un différencié, la *myofibrille*, un non différencié, le *sarcoplasma.* A cette dualité anatomique correspond une dualité fonctionnelle, bien étudiée par Schiff, Bottazzi, Mlle Joteyko, Pansini.

Soit une excitation appropriée : l'élément différencié y répond aussitôt par une secousse qui se fusionne avec les suivantes pour aboutir au tétanos, produit un raccourcissement sensible du muscle et ne dure que peu. L'élément non différencié, lui, ne réagit qu'au bout d'un certain temps par une contraction durable, qui ne produit qu'un très faible raccourcissement et n'aboutit pas au tétanos. La contraction est dite *tétanique* dans le premier cas, *tonique* dans le second.

A l'état normal, les propriétés du sarcoplasma sont, pour ainsi dire, masquées par celles de la myofibrille, mais on peut, grâce à certains artifices, les mettre en évidence. La contraction tonique ainsi obtenue s'épuise lorsqu'on la recherche plusieurs fois de suite et finit par être remplacée par des oscillations lentes; elle réapparaît lorsque le muscle s'est reposé.

B. Ces notions de physiologie éclairent d'une vive lueur le mécanisme de la réaction myotonique. Dans celle-ci, la contraction obtenue par l'électrisation des muscles est tonique, prolongée; elle disparaît à la longue pour être remplacée par des oscillations; elle reparaît après un repos suffisant. Ce sont là, précisément, les caractères que nous avons attribués à l'excitation du sarcoplasma. *Entre les réactions myotonique et sarcoplasmique, l'identité est absolue.* On peut donc admettre que la réaction myotonique reconnaît pour cause l'exaltation fonctionnelle du sarcoplasma.

Comment, avec cette hypothèse, expliquer la production de la réaction myotonique dans la maladie de Thomsen et dans les myopathies? Comment rendre compte de ses relations avec la réaction de dégénérescence?

1° Dans la *maladie de Thomsen*, il est logique d'attribuer la réaction myotonique à la prépondérance de l'élément non différencié. Cette prépondérance semble due, elle-même, à un trouble de développement tel que le sarcoplasma ne se transforme pas en myofibrilles et conserve indéfiniment le caractère embryonnaire.

2° Dans la *myopathie*, les circonstances qui président au développement de la réaction myotonique restent des plus mystérieuses. On peut, toutefois, supposer que les lésions musculaires qui la caractérisent ont pour résultat, soit d'annihiler les propriétés des myofibrilles, soit d'exalter celles du sarcoplasma (1).

3° Les relations étroites qui unissent la réaction myotonique à la *réaction de dégénérescence* sont passibles d'une interprétation analogue. Lorsqu'un nerf moteur est coupé, et que le bout périphérique subit la dégénérescence wallérienne, les muscles correspondants sont le siège de transformations qui aboutissent à l'atrophie de l'élément différencié et à l'hypertrophie de l'élément non différencié. C'est à ces modifications qu'il convient, d'après Mlle Joteyko, d'attribuer la réaction de dégénérescence. Quoique cette ingénieuse hypothèse ait été critiquée (Laquerrière et Delherm), il est curieux de noter que la réaction myotonique et la réaction de dégénérescence se produisent dans des conditions identiques et que, bien souvent, elles semblent avoir une commune origine.

IV

Conclusions. — Arrivé à la fin de cette étude, nous voudrions résumer, en quelques lignes, les notions acquises.

1° La *réaction myotonique est essentiellement caractérisée par une augmentation de l'excitabilité musculaire portant à la fois sur les contractilités électrique et mécanique; elle contraste avec l'excitabilité*

(1) SALZBURGER a trouvé la Myr dans un cas de rhumatisme musculaire, mais, à la lecture de l'observation, on peut se demander s'il ne s'agissait pas de myotonie congénitale fruste.

(1) Dans les muscles frappés par la myopathie, il existe, d'ailleurs, d'incontestables lésions irritatives du sarcoplasma.

des troncs nerveux, laquelle ne présente aucune modification importante. Aux excitations galvaniques appropriées, le muscle répond par une contraction lente, qui se prolonge un certain temps après ouverture du courant (*contraction galvano-tonique durable*).

2° Cette CONTRACTION GALVANO-TONIQUE DURABLE (*MyR totale* des auteurs) s'observe surtout dans deux affections.

Dans la *maladie de Thomsen*, elle est précoce et constante;

Dans les *myopathies*, elle est précoce, mais inconstante. Parfois, en effet, elle manque; d'autres fois, elle est remplacée par une contraction galvano-tonique non durable.

3° La CONTRACTION GALVANO-TONIQUE NON DURABLE (*MyR partielle* des auteurs) se voit :

a. Dans la *réaction de dégénérescence*;
b. Dans certaines *myopathies* au début.

4° On peut donc (Huet et Bourguignon) proposer, pour la contraction galvano-tonique, la formule suivante :

Maladie de Thomsen. — Contraction galvano-tonique durable.

Myopathies. — Contraction galvano-tonique durable ou non suivant les cas.

Réaction de dégénérescence. — Contraction galvano-tonique non durable.

5° Bien qu'il soit actuellement impossible de fournir, pour tous les cas où elle se produit, une explication satisfaisante, on peut dire que, *le plus souvent, la réaction myotonique reconnaît pour cause l'exaltation fonctionnelle du sarcoplasma.*

BIBLIOGRAPHIE

ALLAIRE et DENES. Réactions électriques dans la maladie de Thomsen, *Gaz. méd. de Nantes,* 5 août 1911, n° 31, p. 601-608.

BECHTEREW. Contraction idio-musculaire dans la myotonie, *Revue neurol.*, 1904, p. 845.

BETTMANN. Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit mit Tetanie, *Deut. Zeit. f. Nerv.*, Bd IX, 1897.

BLUMENEAU. *Saint-Petersburg psych. Gesell.*, séance de septembre 1888.

BOURGUIGNON et HUET. Réactions électriques des muscles dans deux cas de myopathie, *Bull. de la Soc. de neurol.*, 1er juin 1911, p. 794-798; — Recherches sur les réactions électriques des muscles dans la myopathie au début, *Bull. de la Soc. franç. d'électr. et de radiol.*, nov. 1911; — La contraction galvano-tonique, durable et non durable, dans la maladie de Thomsen, la myopathie et la réaction de dégénérescence, *XIIIe Congrès intern. de méd.*, Londres, août 1913.

BOURGUIGNON et LAUGIER. Différences apparentes d'action polaire et localisation de l'excitation de fermeture dans la maladie de Thomsen et la dégénérescence, *Id.* et *C. R. de l'Acad. des sc.*, séance du 21 juillet 1913, t. CLVII, p. 235.

BOURGUIGNON. La contraction galvano-tonique dans la réaction de dégénérescence, *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électr. et de radiol.*, juin 1913.

BRISSAUD, BAUER et GY. Maladie de Thomsen, *Revue neurol.*, 1909, p. 304.

CLUZET, FROMENT et MAZET. A propos d'un cas de maladie de Thomsen, *Lyon méd.*, 29 déc. 1912.

CLUZET et FROMENT. Etude du syndrome électrique de la myotonie, *Ann. d'électr. et de radiol.*, mars 1913.

DANA. *New-York neurol. Soc.*, 1888.

DELHERM. La réaction tétanique chez un myopathique, *Congrès pour l'avancement des sciences*, Nîmes, 1er-6 août 1912; — La contractilité galvano-tonique dans la réaction de dégénérescence avec hypoexcitabilité galvanique, *Gaz. des hôpit.*, 5 août 1913, n° 88.

ERB. *Die Thomsen'sche Krankheit*, Leipzig 1886.

ERBEN. Phtisique avec symptômes myotoniques, *Wiener med. Woch.*, 1910, n° 44, p. 2610.

GAUPP. Ein Fall von partieller Myotonia congenita (cité par Pansini).

HAAS. Ein neuer Fall von Myotonia congenita (cité par Pansini).

HOFFMANN. *Id.*

HUET. Contribution à l'étude de l'excitabilité électrique des muscles dans la maladie de Thomsen (de la réaction myotonique), *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1892.

JENSEN. Zur Analyse der Muskel-Störungen bei der Thomsen'schen Krankheit, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1903, t. LXXVII.

JOTEYKO (Mlle). *La Fonction musculaire*, Encyclopédie scientifique; Paris, Doin.

KOSTER. Cité par Pansini.

MARTIUS et HANSEMANN. Ein Fall von Myotonia congenita intermittens, *Virch. Arch.*, 1889, Bd. CXVII.

PANSINI. *Sulla malattia di Thomsen*, M. Pasquale, édit., Naples 1907 (n° 59446 de la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris).

SALZBURGER. Apparition de troubles myotoniques dans les processus musculaires inflammatoires, *Berl. klin. Woch.*, 5 déc. 1910, p. 2242.

SCHLESINGER. *Syringomyélie* (n° 24082 de la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris).

SCHULTZE. Cité par Pansini.

STEIN. *Id.*

STEINERT. Etude clinique et anatomo-pathologique sur la myotonie atrophique, *Deut. Zeit. f. Nerv.*, 1909, t. XXXVII, 1-2.

SÜSSKAND. Zur Kenntniss der Thomsen'schen Krankheit, *Zeit. f. klin. Med.*, Bd. XXV.

VIGOUROUX, in BALLET et P. MARIE. Spasme musculaire au début des mouvements volontaires, *Arch. de neurol.*, 1883.

WHITE (H.). *Guy's hosp. reports*, 1890, vol. XLVI, p. 329.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES INJECTIONS D'ARSENOBENZOL CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

M. Leredde nous prie de préciser un point de sa communication à la Société de médecine de Paris (*Gaz. des hôpit.*, n° 137, p. 2177) dans laquelle il préconise des doses élevées d'arsenobenzol. Il faut s'entendre sur les mots, M. Leredde « ne conseille pas d'injecter aux paralytiques généraux 1g20 ou 1g50 de *salvarsan*, mais 1g20 ou 1g50 de NÉOSALVARSAN correspondant à 0g80 ou 1 gramme de salvarsan seulement. »

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS : GRIPPE, PNEUMONIE, PLEURÉSIE, RHUMATISME ET AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

(Où elle peut être indiquée, pour relever la circulation languissante, tonifier le myocarde, éliminer les poisons de l'organisme par la diurèse.) — Un granule à 1/4 de milligr. de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution à 1/1000e, pendant 4 jours. Ou un granule à 1/10 de milligr. de digitaline Nativelle ou V gttes de solution à 1/1000e, pendant dix jours.

LIVRES NOUVEAUX

Le Développement de l'enfant. Retard simple essentiel et précocité de l'enfant de deux à quatre ans (1), par le docteur André COLLIN.

L'étude du développement du système nerveux de l'enfant est encore peu avancée. A côté des diverses formes de sclérose cérébrale, qui sont actuellement bien connues, il existe un vaste territoire clinique encore peu exploré et dont l'intérêt est grand : c'est le développement intellectuel et moteur de l'enfant et l'étude de ses anomalies dans le temps. A vrai dire, nous commençons à posséder quelques rudiments de cette étude. Nous savons par exemple ce que signifie : la persistance, au delà des délais normaux, du signe de Babinski; l'exagération des réflexes vers deux ou trois ans, la conservation des attitudes étudiée par l'auteur, et d'autres faits encore. Ce sont ces diverses connaissances que Collin a réunies dans ce petit volume. Dans la première partie, l'auteur traite de la sémiologie du retard de développement, des caractères différentiels des retards de développement, du retard simple essentiel, de son étiologie et de sa pathogénie, et, enfin, de la place que doit occuper ce syndrome dans le cadre nosologique. La seconde partie est consacrée à l'étude de la précocité.

B. GAYARD.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 81, 15 oct. 1913.) PLICQUE : Les applications locales contre les arthrites et contre la goutte. — (N° 82, 18 oct.) CHAUFFARD : Etude clinique et biologique d'un cas de paludisme aigu. — (N° 83, 22 oct.) Fernand BESANÇON : La période menstruelle chez les tuberculeux. — (N° 84, 25 oct.) Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : De l'emploi de la méthode antiseptique en chirurgie (1869). — Félix RAMOND : Le traitement des hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde par l'émétine. — (N° 85, 29 oct.) RATHERY : Un cas de leucémie myélogène. — PECH : Circoncision rituelle. Traitement du paraphimosis. — (N° 86, 1er nov.) PINARD : De la femme en état de rétention.

Clinique. — (N° 41, 10 oct. 1913.) RATHERY : Syndrome de Raynaud avec ostéopathie au cours de la tuberculose pulmonaire. — E.-J. MOURE : Coup de fouet laryngien (hémorragie, rupture du thyro-arythénoïdien ou du crico-thyroïdien). — PISSAVY : Angine de poitrine. — BARBARIN et BRUNEAU DE LABORIE : Traitement des adénites chroniques par les rayons X. — Gaston LYON : Diagnostic et traitement du rhumatisme tuberculeux. — (N° 42, 17 oct.) LEGUEU : Staphylococcie généralisée d'origine urinaire. — CASTAIGNE : Maladie de Hanot d'origine syphilitique. — F. TERRIEN : Examen clinique de la pupille et de ses réflexes. — Raymond PASSOT : Les méningites puriformes d'origine otique. — MOLINÉRY : Barèges. Station climatique, station thermale. — (N° 44, 31 oct.) HUTINEL : A propos de la néphrite scarlatineuse. — Georges LUYS : Traitement de l'hypertrophie de la prostate par voie endo-urétrale. — Gaston LYON : Les nouveaux traitements de la leucémie. — PRUVOST : Traitement opératoire de la hernie inguinale sous l'anesthésie régionale. — (N° 45, 7 nov.) CASTAIGNE : Ictères syphilitiques. — André LAPOINTE : Cancer de l'ovaire et cancer du côlon pelvien chez la même malade. — Jacques CALVÉ : Traitement des adénites cervicales tuberculeuses.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 39, 25 sept. 1913.) STICH : Sur l'état actuel de la question de la transplantation des organes. — ARNETTI : Sur le traitement des bronchites et broncho-pneumonies chez les nouveau-nés et les jeunes enfants, par les bains chauds. — KAFKA : Examen du sang et du liquide céphalo-rachidien dans les maladies du système nerveux central. — TRAUBE : Sur la narcose et les manifestations similaires. — HAUSWIRTH : Nouveau dispositif sans appareil pour la vaporisation du formol. — PAULI : Le traitement de la coqueluche par le chinconal. — JANKOWSKI : Contribution à la résection du diaphragme. — HERHOLD : Les blessures de guerre et la guerre des Balkans. — DREYER : Sur le traitement de l'induratio penis plastica. — KALLOS : Sur la réaction syphilitique de Herman Perutz. — SUSSMANN : L'élarson dans l'épilepsie. — HOROWITZ : Le phénol camphré dans l'ulcère vénérien. — (N° 40, 2 oct.) KRAUS : Pathologie de la glande thyroïde, des glandes parathyroïdes, de leurs rapports avec le cerveau et avec les échanges. — BOKAY : Traitement des ulcérations de décubitus consécutives au tubage. — FRANK : La théorie du diabète humain. — COHN : Les échanges sodiques et potassiques dans le diabète sucré. — KOCHMANN : Sur la narcose par le chloroforme et l'éther. — LONHARD : Sur le traitement de la faiblesse cardiaque dans la pneumonie, par la saignée et l'injection de sérum adrénaliné. — KOLB : La cymarine dans la myocardite chronique. — KOEBBEL : Expériences avec les injections de cordalène. — GUISCHARD : Diagnostic différentiel de kyste hydatique du poumon. — PLANNER : L'embarine en pratique privée. — SAYNISCH : Traitement de l'épididymite par l'arthigon en combinaison avec l'ichthyol. — SCHÖNFELD : Le psoriasis, maladie constitutionnelle. — GAUS : Sur la chimie du protoplasma et du noyau cellulaire.

Journal des praticiens. — (N° 43, 25 oct. 1913.) BROCA : Entorses et contusions du coude. — GOUGEROT : Traitement de l'eczéma aigu. — (N° 44, 1er nov.) DALCHÉ : Pseudo-cardiopathie. Troubles glandulaires. — (N° 45, 8 nov.) H. CLAUDE : Chorée persistante et tics. — Pierre BAZY : Le diagnostic clinique des pyélites et pyélonéphrites simples et tuberculeuses. — A. MATHIEU : Modes de début du cancer de l'estomac. — Robert SOREL : Etude sur la désinfection des mains.

Paris médical. — (N° 45, 11 oct. 1913.) H. MÉRY : La méningite cérébrospinale à paraméningocoque. — F. BLECHMANN : La dyspnée péricardique. — LEROY : De la pathogénie du psoriasis. — G. RAVARIT : Le régime déchloruré dans l'hémichorée. — (N° 46, 18 oct.) Paul GIBERT : Diagnostic et traitement des complications méningo-encéphaliques d'origine otique. — JACOULET : La colpotomie dans le traitement de l'infection puerpérale grave. — Manuel DE VASCONCELLOS : Sur un cas de purpura hémorragique infectieux grave. — H. DAUSSET : Traitement de l'anémie des rhumatisants par le demi-bain d'air chaud ou de lumière. — (N° 47, 25 oct.) GIBERT et Louis BRIN : Réaction de Wassermann et lésions de l'aorte. — G. H. LEMOINE : Désinfection par l'aldéhyde formique. — CIRO L. URRIOLA : Petit paludisme. Paludisme larvé. — FEINDEL : La gérodermie génito-dystrophique ou sénilisme de Ciauri et les dysmorphismes sexuels. — RAVARIT : Paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale chez un homme de vingt-sept ans.

(1) Un vol. in-8 de 220 pages, avec tableaux dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations. — M. Dupré passe à Laënnec; M. Milian, à la Rochefoucauld; M. Jousset, à Sainte-Périne; M. Guillain, à Debrousse.

— Concours de l'internat. — Lecture. — *Pathologie.* — Séance du 5 décembre 1913. — MM. Morice, 6; Gaume, 8; Perrin (Henri), 11; Bertaux (André), 9; Viollet, 7; Mérine, 12; Hufnagel, 9; Aubin, 8; Sedan-Miégemolle, 9.

Séance du 6 décembre 1913. — MM. Kahn (Georges), 8; Gibert, 10; Wroczinski, 8; Constantin, 9; Parcheminey, 8; Mercier, 12; Béhague, 7; Tourneix, 12; Ulmann, 7.

Anatomie. — Séance du 5 décembre. — MM. Trousset, 11; Delmas, 5; Loiseau et Richoux, 8; Fornairon, 5; Marcassus, 10; Perrier (Léon), 8; Xoudis, 13.

Séance du 6 décembre. — MM. Deguignand, 10; Chabanier, 9; Bardon, 8; Brizard, Deron et Mlle Armand, 10; MM. Codet et Tiphine, 8.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Poitiers. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Féru, Guyonnet et Renard, titulaires; Durousseau et Drouet, provisoires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Déjerine, professeur de clinique des maladies du système nerveux, est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1913-1914.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont institués agrégés des facultés de médecine (section de physiologie), les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. les docteurs Lisbonne, Delaunay, Battez et Tournade.

— Bordeaux. — M. le docteur Teulières est institué agrégé (section d'ophtalmologie), près la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Lyon. — M. le docteur Laroyenne, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, d'un cours de clinique chirurgicale.

— Toulouse. — M. le docteur Faure, chef des travaux d'histologie, est chargé, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions d'agrégé (section d'histologie), en remplacement de M. Guieysse, démissionnaire.

M. le docteur Sorel, agrégé, est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Daunic, démissionnaire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — M. Moynier de Villepoix, professeur d'histoire naturelle, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1913-1914, des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— Angers. — M. Martin, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, pendant la durée du congé accordée à M. le professeur Allanic, du 1er novembre au 31 décembre 1913, d'un cours de chimie et toxicologie.

M. le professeur Turlais est nommé chef des travaux de

RENSEIGNEMENTS

physiologie, et M. le professeur Thézée, chef des travaux d'histoire naturelle.

— MARSEILLE. — M. le docteur Brun est chargé d'un cours complémentaire de bactériologie pendant la durée du congé accordé à M. Simond.

EXPOSITION UNIVERSELLE ET INTERNATIONALE DE GAND. — GROUPE XVII : HYGIÈNE. — *Hors concours.* — MM. Beurnier, Grunberg (de Paris) ; instituts Pasteur de Paris et de Lille ; Ligue du Nord contre la tuberculose, à Lille ; Société de préservation contre la tuberculose, de Paris ; M. Visbecq, médecin-major.

Diplômes de grands prix. — Académie de médecine de Paris ; Association centrale française contre la tuberculose, de Paris ; MM. Dabout, Depully, Galtier, Boissière, A. May (de Paris) ; Ramally (de Chalon-sur-Saône) ; Schnaebelé (de Lunéville) ; Daulnoy, Boursier (de Paris) ; Courréjou (de Fumades-les-Bains) ; Gallard (de Biarritz) ; Parturier, Carron de la Carrière (de Paris) ; Chaumier (de Tours) ; Œuvre de la tuberculose humaine (de Paris) ; Office antituberculeux Siegfried et Albert Robin (de Paris) ; Thiroux, Troussaint (de Paris).

Diplômes d'honneur. — MM. Baur (de Lyon) ; Dopter (de Paris) ; Eybert, médecin-major à Compiègne ; Gilhaud ; Le Maistre (de Limoges) ; Miramond de la Roquette (de Paris).

Diplômes de médaille d'or. — MM. Bayle (de Cannes) ; Bertrand (de Saint-Parres-les-Vaudes) ; Bonnette, médecin-major ; Broquin-Lacombe ; Camous (de Nice) ; Doucy (de Paris) ; Ecot (de Saumur) ; Gourdon (de Bordeaux) ; Laborde (de Chaville) ; Le Guelinel de Lignerolles, médecin-major (d'Angoulême) ; Michel (de Paris) ; Notin, médecin-major ; Pellerin, pharmacien-major ; Roques, médecin-major (de Paris) ; Thibault (de Lille) ; Trouette (de Paris).

Diplômes de médaille d'argent. — MM. Boppe, médecin-major en chef (de Nancy) ; Daumezon (de Narbonne) ; Garret, médecin-major (de Paris) ; Legros (du Mans) ; Voisin (d'Aix-les-Bains).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — PRIX BARTHE (DE SAINT-ÉMILION). — Ce prix, d'une valeur de 500 francs, sera décerné en 1914 « soit à un bon mémoire manuscrit ou imprimé, soit à un bon livre, soit à une œuvre quelconque de médecine, de chirurgie ou de physiologie ».

Le titre de docteur en médecine n'est pas exigé des candidats, mais ils doivent être Français ou naturalisés Français et avoir leur domicile habituel dans un des ressorts académiques ressortissant à la Faculté de médecine de Bordeaux (académies de Bordeaux, Poitiers et Limoges). Les membres de la Société de médecine et de chirurgie peuvent prendre part au concours.

Ne sont admis à concourir que les mémoires, livres ou œuvres quelconques de médecine, de chirurgie ou de physiologie parus dans les quatre années qui précèdent la clôture du registre des inscriptions pour chaque concours.

Les travaux ne sont pas rendus.

Les travaux, accompagnés d'une lettre de candidature, doivent être adressés, franco de port, à M. Frèche, secrétaire général de la Société, 42, cours de Tourny, avant le 1er octobre 1914.

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR LES ÉTUDIANTS. — Au mois d'août dernier, le médecin de la Maternité Emile Dubois (de Marchiennes, Nord) se faisait remplacer par un étudiant en médecine. Une nuit on amena à l'hôpital la femme d'un mineur sur le point d'accoucher d'un enfant atteint d'hydrocéphalie et à toute extrémité. L'étudiant pratiqua, aidé d'une sage-femme, l'accouchement. La mère et l'enfant décédèrent. Le médecin de l'état civil refusa le permis d'inhumer et adressa une plainte au parquet de Douai pour exercice illégal de la médecine estimant que l'étudiant ne possédait pas le nombre d'inscriptions nécessaires pour faire les remplacements.

Le juge d'instruction, chargé de l'enquête, commit un médecin légiste pour examiner les cadavres de la mère et de l'enfant. Le praticien avait conclu que l'accouchement avait été opéré selon les règles et que la mort était due à des causes antérieures à l'accouchement, mais résultant néanmoins de la grossesse.

D'ailleurs une poursuite basée sur le seul accouchement était presque impossible (v. en ce sens Cassation, 20 juin 1896, *D. P.*, 1897, 1, 29). Il ne restait plus que l'exercice illégal. L'étudiant, à qui il manquait une inscription, vient d'être condamné à 50 francs d'amende pour exercice illégal par jugement du 23 octobre 1913.

Les étudiants doivent faire attention à la sévérité de la loi que notre collaborateur Me R.-Marcel Petit, avocat à la Cour d'appel, a exposée dans un article de Jurisprudence du 7 novembre 1911 (v. *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 126, p. 1805) et se rappeler que, pour faire un remplacement, il faut ou bien avoir douze inscriptions et être interne nommé au concours dans un hôpital ou hospice français ; ou bien avoir terminé sa scolarité, c'est-à-dire avoir seize inscriptions. Dans tous les cas, il faut être autorisé par arrêté préfectoral.

Rappelons d'ailleurs que le ministre de l'intérieur (v. *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 133, p. 2105) vient d'adresser aux préfets une circulaire les invitant à faire respecter la loi de 1892 et à déférer, le cas échéant, au parquet, les Français ou étrangers qui y auront contrevenu.

AUTOUR DE LA CROIX-ROUGE. — A la suite de la promulgation de la loi qui interdit l'emploi de la Croix-Rouge par des particuliers ou des sociétés (voir *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 34, p. 529), certains journaux ont créé une confusion en disant que les enseignes situées à Paris au carrefour de la Croix-Rouge devaient rappeler le souvenir de la Croix-Rouge.

Il n'en est rien. Les croix rouges qui servent d'enseigne dans ce coin bien connu des Parisiens rappellent simplement le souvenir d'une croix rouge qui, élevée sur le carrefour de la Maladrerie, fut abattue au milieu du XVIIe siècle. Le carrefour fut appelé en 1793 carrefour du Bonnet-Rouge.

La Croix-Rouge doit son nom à la ville de Genève qui, dans ses armes, porte une croix rouge sur fond blanc. C'est un hommage qui fut rendu à la ville où siégea la conférence du 22 août 1864 et celle du 6 juillet 1906.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort, au Caire, de Zambaco pacha (de Constantinople).

Les travaux de Zambaco pacha sur la maladie de Morvan et la lèpre sont bien connus. Il avait eu l'occasion d'étudier de très près cette dernière maladie dans les îles Ioniennes et en Crète où en 1891 il en avait relevé 500 cas. Il avait également signalé de nombreux cas en France, à Marseille, Lyon, Bordeaux, dans les Pyrénées, et avait notamment publié en 1892 un travail important sur la lèpre en Bretagne.

Zambaco pacha avait fait ses études en France et avait été interne des hôpitaux de Paris (promotion de 1851). Il était associé national de l'Académie de médecine.

Comptant beaucoup d'amis dans notre pays qu'il aimait comme sa propre patrie, Zambaco avait créé un certain nombre de prix qui portent son nom, citons : un prix à la Société de dermatologie, un prix à l'interne de quatrième année des hôpitaux de Paris prenant part au concours de la médaille d'or et ayant obtenu la mention honorable (accessit) en médecine.

Tout récemment encore il créait un nouveau prix à décerner par les internes eux-mêmes à leur collègue le plus méritant.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Georges Gellé fils (de Paris).

HOTEL-DIEU. — LABORATOIRE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DU PROFESSEUR CHANTEMESSE. — M. le docteur Kolbe commencera le mardi, 9 décembre, à dix heures et demie du matin, une série de conférences théoriques et pratiques d'électro-radiologie médicale, avec présentation d'appareils, de radiographies, de projections fixes et animées, et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

Ces conférences sont ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, français et étrangers.

Prière de s'inscrire au laboratoire des rayons X. Inscription gratuite.

TUBERCULOSE ET ÉRYTHÈME NOUEUX

Par MM. René LERICHE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon,
et Louis DOR,
Ancien chef de laboratoire à la même Faculté.

Dans une très intéressante communication à l'*Académie de médecine*, publiée par *la Presse médicale* du 19 novembre 1913, M. le professeur Landouzy est venu apporter l'appui de sa haute autorité aux idées de notre maître, le professeur Poncet, touchant les relations étroites qui unissent l'érythème noueux et la tuberculose.

Dès 1900, M. Poncet enseignait que l'érythème noueux coïncide le plus souvent avec d'autres localisations de l'infection tuberculeuse, en particulier sur les articulations ; parfois même, disait-il, la nodosité peut apparaître comme la première manifestation de l'infection bacillaire ou comme une localisation abarticulaire primitive du rhumatisme tuberculeux.

Développant cette idée, devant l'*Académie de médecine* le 15 juillet 1912, M. Poncet rangeait l'érythème noueux dans le cadre des dermatoses d'origine tuberculeuse et en 1905 il apportait la démonstration rigoureuse de son idée dans la thèse de Pons consacrée à l'érythème noueux d'origine tuberculeuse.

Dans une de ses observations, en effet, M. Poncet avait prélevé par biopsie un nodule érythémateux et, sur les coupes qui furent faites dans son laboratoire, l'un de nous avait trouvé une cellule géante des plus nettes avec sa couronne de cellules épithélioïdes.

La démonstration anatomique était ainsi faite de l'origine bacillaire de noyaux d'érythème noueux, et Pons qui reproduisit les dessins des coupes les plus intéressantes fut très à l'aise pour conclure dans le sens que la clinique avait indiqué à M. Poncet.

Les conclusions de Pons furent reproduites de différents côtés, et notamment le 17 juillet 1909 dans la *Presse médicale* (n° 57, p. 507), M. Poncet les rappela à l'occasion d'un travail de M. Marfan sur le même sujet.

Le problème nettement posé, partout discuté, n'avait donc plus d'inconnues étiologiques à dégager et la théorie nouvelle pouvait s'appuyer sur la base solide d'une « histo-anatomo-pathologie » démonstrative.

Les recherches ultérieures de Chauffard et de Troisier, un article de Lereboullet, la thèse de Mlle Perel, ont établi la nature probablement toxinienne de la plupart de ces cas. Si l'on y joint les recherches de Hildebrandt et une communication de M. Landouzy au Congrès de Reims en 1907, on sera obligé de convenir que l'idée de M. Poncet faisait du chemin.

Vers 1910 un seul point, en somme, restait en suspens, c'était la question de fréquence; M. Poncet pensait que la tuberculose était la *cause habituelle commune* de l'érythème noueux. Les travaux ultérieurs se sont chargés de montrer que, sur ce point encore, il avait raison, notamment ceux de MM. Courmont, Savy et Charlet et ceux du professeur Pic. Ce dernier, le 29 décembre 1911, déclarait à la *Société médicale des hôpitaux de Lyon* avoir recueilli en sept ans neuf cas d'érythème noueux qui tous étaient d'origine tuberculeuse.

La question était en somme entendue depuis cette époque.

La communication de M. Landouzy est venue clore la liste de tous ces travaux ; le 2 mars 1913, M. Landouzy a prélevé un nodule érythémateux chez une femme suspecte de tuberculose; l'examen histologique lui a montré des lésions de vascularite et un bacille de Koch dans la lumière d'un vaisseau. Un cobaye inoculé avec un fragment écrasé de la pièce de biopsie présentait au soixante-dixième jour un chancre fourmillant de bacilles de Koch, et dans la rate, le foie et les poumons, de nombreux tubercules et des granulations.

On ne saurait apporter plus éclatante confirmation aux idées de notre maître, et c'est pour cela que nous avons tenu à relever la communication du professeur Landouzy.

Bref, désormais, pour tous, conformément à l'admirable intuition de Poncet, et en harmonie parfaite avec la démonstration anatomo-clinique apportée par lui, on doit tenir l'érythème noueux comme étant le plus souvent fonction de tuberculose.

ANÉMIE HÉMOLYSINIQUE ÉPITHÉLIOMATEUSE

Par M. Jean TROISIER (1).

Pour interpréter la déglobulisation qui se produit dans les cancers, les auteurs ont admis des mécanismes pathogéniques très divers : les uns invoquaient l'infection, l'intoxication, ou les hémorragies continues, les autres un trouble de la fonction hématopoïétique, d'autres enfin voyaient dans le cancer un facteur de produits toxiques dont l'action amenait l'hémolyse des globules rouges. L'étude pathogénique d'un cas de cancer de l'estomac à forme anémique que nous avons pu faire dans le service du professeur Landouzy nous a permis d'arriver à des conclusions que nous croyons intéressantes de publier ici.

Voici en résumé l'observation clinique de notre malade : il s'agissait d'un homme présentant la pâleur anémique si particulière des cancers gastro-intestinaux. Une tumeur gastrique se reconnaissait aisément à la palpation de la région épigastrique. Les troubles fonctionnels étaient peu accusés (quelques vomissements sanglants, de l'anorexie), mais la cachexie et l'anémie étaient extrêmes. L'examen du sang montrait une hypoglobulie manifeste (2 800 000 globules rouges) avec diminution de l'hémoglobine (30 p. 100), des altérations globulaires (anisocytose, poïkilocytose) sans leucocytose ni réaction myéloïde.

(1) Travail de la clinique médicale Laënnec (professeur Landouzy) et de la clinique médicale Saint-Antoine (professeur Chauffard).

Une isolysine très intense était décelable dans le sérum (H^3 en un quart d'heure), mais il n'y avait ni d'autolysine ni d'autoagglutinine. La résistance globulaire était normale (H^1 à 0,48) et les hématies granuleuses en faible proportion (1 p. 100). L'ensemble de ces données cliniques permettait de poser le diagnostic de cancer de l'estomac à forme anémique.

La nécropsie confirmait le diagnostic clinique. Sur la grande courbure de l'estomac siégeait un cancer caractéristique infiltrant largement les tuniques gastriques. A la coupe, la tumeur présentait des zones de nécrose; dans l'ensemble le tissu tumoral était blanc lardacé avec des points jaunâtres. L'examen histologique confirmait entièrement le diagnostic macroscopique et affirmait l'origine cancéreuse du processus (épithélioma à cellules cylindriques plus ou moins modifiées).

L'étude des propriétés hémolytiques de la tumeur nous donnait les résultats suivants. On broya au mortier les parties actives du cancer dans l'eau physiologique et on additionna l'émulsion formée (xxx gouttes) de globules rouges humains (une goutte). Au bout d'une heure les hématies étaient partiellement dissoutes. On fit ensuite un extrait alcoolique de la tumeur, on l'évapora à siccité et on reprit le résidu par l'eau salée physiologique. La liqueur jaunâtre ainsi obtenue fut mise en contact (xx gouttes) avec des hématies humaines normales (IV gouttes). En une demi-heure les globules étaient entièrement dissous, le liquide était devenu rougeâtre et il était impossible, au microscope, de trouver la moindre hématie. Dans une nouvelle épreuve 4 centimètres cubes de sang humain en solution à 10 p. 100 dans l'eau salée étaient mélangés à respectivement v, x et xx gouttes de la liqueur jaune (extrait repris par l'eau salée). Dans chaque tube l'hémolyse était manifeste, incomplète dans le premier (à v gouttes), totale dans le troisième (xx gouttes + 4 centimètres cubes de sang à 10 p. 100). On peut conclure de ces recherches au pouvoir hémolytique manifeste de la tumeur et on peut admettre qu'il s'agit d'une hémolysine particulière, soluble dans l'alcool. Ajoutons qu'il s'agit d'une hémolysine thermostabile; le chauffage à 60 degrés pendant quarante-cinq minutes n'empêche nullement l'hémolyse de se produire.

* *
*

Ainsi donc nous constations une double série de données concordantes : d'une part des données cliniques montrant une anémie grave avec hémolysine libre dans le sérum chez un cancéreux gastrique; d'autre part des données chimiques nous permettant d'admettre un pouvoir hémolytique marqué à la tumeur. Devions-nous admettre une relation de cause à effet entre l'hémolysine tumorale, l'hémolysine sérique et les phénomènes de déglobulisation observés pendant la vie, ou s'agissait-il seulement de simple coïncidence?

L'ensemble d'un très grand nombre de travaux publiés nous permet d'être affirmatif et de croire que les phénomènes anémiques étaient subordonnés à la sécrétion d'hémolysines par la tumeur. On connaît fort bien aujourd'hui les substances hémolytiques contenues dans les cancers gastriques. Nous rappellerons seulement ici les travaux de Micheli et Donati (1903) et de Kullmann (1904); Tallqvist et Faust extraient de l'estomac cancéreux des substances grasses analogues aux lipoïdes du bothriocéphale dont ils avaient montré l'action hémolysante. Crile constate que les extraits de tumeur maligne possèdent un pouvoir hémolytique qui fait défaut aux tumeurs bénignes. Weil (1907) montre que les tumeurs nécrotiques possèdent un pouvoir hémolytique supérieur à celui des autres tumeurs. Braga affirme même que le tissu cancéreux hémolyserait plus facilement les hématies des cancéreux que les hématies des sujets normaux. Au point de vue histologique, P. Ménétrier insiste sur les sécrétions toxiques produites par les cellules cancéreuses des épithéliomas gastro-intestinaux. Tous ces travaux montrent que nos constatations chimiques rentrent dans un groupe de faits actuellement bien connus.

D'autre part on a longuement étudié le sérum des cancéreux au point de vue de leur teneur en hémolysines. Pour nous en tenir aux isolysines (hémolysines destructrices d'hématies humaines normales) les recherches des auteurs, surtout en Amérique, sont extrêmement nombreuses. Crile a montré que les lysines pouvaient disparaître du sang après l'ablation de la tumeur et qu'elles réapparaissaient avec les récidives et les métastases viscérales. Blumgarten, Ottenberg et Epstein, Weinberg et Mello viennent de confirmer la fréquence relative des isolysines dans les cancers et ont reconnu leur valeur diagnostique réelle. Alessandri a même signalé dans un cancer de l'estomac une autolysine sérique (hémolysine pour les hématies du malade lui-même). Pour Ottenberg et Epstein les propriétés hémolytiques du sérum proviennent de produits autolytiques nés de la nécrose des tissus. A condition de ne pas oublier les variétés étiologiques si nombreuses des hémolysinémies, on doit donc considérer comme fréquentes les isolysines dans le sérum des cancéreux (1).

En possession de ces données très précises sur les hémolysines dans le cancer, on est tout étonné, à la lecture des observations publiées d'anémies graves au cours des cancers de l'estomac, de n'en trouver aucune relatant la présence d hémolysines dans le sérum sanguin. Dans l'excellente thèse de A. P. Marcorelles (2) il n'est fait mention d'aucun fait de ce genre. L'observation que nous publions aujourd'hui est donc une synthèse documentaire nouvelle entre des données cliniques, biologiques et chimiques restées isolées les unes d'avec les autres. Elle vient plaider avec une force toute particulière en faveur de la réalité de l'anémie hémolysinique d'origine cancéreuse.

Il nous reste à nous demander quelles conditions pathogéniques unissent l'hémolysine de la tumeur et l'hémolysine sérique et quels sont leurs rapports

(1) Voyez sur ce sujet : GUILLAIN et TROISIER. Du rôle des hémolysines en pathologie. *XIIe Congrès français de médecine*, p. 58.

(2) A. P. MARCORELLES. *Anémie et cancer de l'estomac*, Th. Paris 1910 ; Paris, Steinheil.

réciproques. L'hémolysine sérique présente les caractères des hémolysines dites organiques, s'inactive à 56 degrés, se réactive avec du complément; l'hémolysine de la tumeur n'est pas inactivée à 60 degrés, est thermostabile; elle possède les caractères des lysines tissulaires, définis par les recherches de Korchun et Morgenroth. On peut se demander si l'hémolysine tumorale en passant dans la circulation sanguine n'a pas modifié ses propriétés biologiques du fait de son contact avec les albumines plasmatiques. Dans une autre hypothèse, peut-être plus légitime, on pourrait admettre que le cancer solliciterait de l'organisme l'élaboration d'une lysine nouvelle; il y aurait ainsi une véritable hémolyse à deux degrés : l'hémolyse primitive, directement néoplasique et l'hémolyse secondaire, organique, développée sous l'influence de l'hémolyse primaire, après une destruction hématique partielle.

Quoi qu'il en soit de ces interprétations encore douteuses, il reste un fait certain, c'est l'origine hémolytique du processus anémique dans les épithéliomas. Cette origine hémolytique doublement prouvée par les recherches sur le sérum des cancéreux et sur les tumeurs elles-mêmes est à la base même de la pathogénie de l'anémie néoplasique. Elle permet de donner à la forme anémique des cancers le nom peut-être plus justifié d'anémie hémolysinique d'origine cancéreuse.

ACTUALITÉS

LES SUPPOSITOIRES MERCURIELS

Les syphiligraphes discutent encore, et sans doute discuteront-ils longtemps, sur l'emploi du mercure et de l'arsenobenzol dans le traitement de la syphilis. En consultant deux livres récents où la question est étudiée, on y trouve des opinions diamétralement opposées. D'après Queyrat (1), le traitement rationnel et d'attaque de la syphilis à la période de chancre consiste, à moins de contre-indications spéciales, à faire au malade des injections intraveineuses d'arsenobenzol; pour Lévy-Franckel (2), le mercure peut suffire à traiter et à guérir toutes les manifestations de la syphilis, l'arsenic étant un médicament d'exception dont les indications sont restreintes et qu'il faut employer avec grande prudence. Mais laissons de côté cette question trop importante et trop spéciale pour qu'il me soit permis d'en aborder la discussion; retenons seulement que le mercure occupe toujours une très grande place dans le traitement antisyphilitique, et qu'il convient donc de bien connaître les diverses méthodes d'administration du mercure.

Dans l'article déjà cité, Queyrat passe en revue tous les modes d'absorption préconisés, et ils sont nombreux, car on peut introduire le mercure dans l'organisme par la

Voie { buccale, intestinale, cutanée, intramusculaire, vasculaire, balanoposthique ou vaginale, naso-pharyngée, respiratoire, rachidienne.

(1) QUEYRAT. Art. SYPHILIS du *Traité de thérapeutique* publié sous la direction d'Albert Robin, t. V, 1912.

(2) LÉVY-FRANCKEL. Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, *Thérapeutique des cliniques de la Faculté de Paris* publiée sous la direction de Laignel-Lavastine, t. I, 1913.

A propos de la voie intestinale, Queyrat signale qu' « Audry (de Toulouse) a préconisé chez les malades atteints de troubles digestifs l'emploi de suppositoires à l'huile grise contenant de 2 à 3 (doses moyennes) et 4 centigrammes de mercure métallique. On en introduit un chaque soir un mois durant. Les résultats de cette médication sont satisfaisants ».

Un article de R. Sabouraud (1) va sans doute ramener l'attention vers ce mode de traitement assez peu connu et par conséquent peu utilisé jusqu'ici.

Chez un malade atteint de syphilis secondaire maligne soigné sans résultats par des pilules, des piqûres et des frictions mercurielles (c'était à une époque où l'on ne connaissait pas le 606), M. Sabouraud prescrivit des suppositoires mercuriels; au bout de six semaines, les ulcérations que présentait ce malade sur le corps et sur la face étaient complètement fermées. Depuis ce succès, M. Sabouraud emploie souvent le suppositoire mercuriel qu'il formule ainsi :

Mercure vif.................... 0g03

Eteindre dans :

Lanoline.................. } *àà* 0g50
Vaseline.................. }

Et incorporer à :

Beurre de cacao.................. 4 grammes

Pour un suppositoire. F. s. a. 20 semblables.
Un chaque soir vingt jours par mois.

Cette formule peut être simplifiée de la façon suivante :

Onguent hydrargyrique.......... 0g06
Beurre de cacao.................. 4 grammes

Les suppositoires mercuriels ont plusieurs avantages. C'est un mode de traitement extrêmement discret. Un mari veut-il se soigner à l'insu de sa femme, il lui sera facile de le faire. Une femme est enceinte d'un syphilitique, il convient de la traiter sans éveiller sa méfiance; on lui ordonnera des suppositoires pour combattre la constipation de la grossesse. « Avec une étiquette de convention, l'incognito du suppositoire est absolu. » Ce traitement est aussi très pratique pour les malades qui voyagent beaucoup et qui ne peuvent se faire faire régulièrement une série de piqûres.

M. Sabouraud s'est demandé pourquoi le suppositoire mercuriel paraissait particulièrement actif et donnait parfois d'excellents résultats là où d'autres variétés de traitement mercuriel avaient échoué. Il rapproche ce fait d'une expérience de Levaditi : on mélange à une solution d'arsénobenzol des tréponèmes vivants, ils continuent à vivre, mais si on ajoute au mélange de l'extrait de foie, les tréponèmes sont foudroyés. On peut donc penser que le mercure, comme le 606, doit être transformé par le foie pour devenir un poison du tréponème; dans ces conditions la voie intestinale devient la meilleure et la plus sûre pour administrer le médicament puisque toutes les veines de l'intestin vont à la veine porte et puisque toute la dose de mercure est ainsi conduite directement au foie. Il n'est donc pas nécessaire de formuler des suppositoires contenant plus de 0g03 de mercure vif ou 0g06 d'onguent hydrargyrique, d'autant plus que les suppositoires préparés avec des doses plus fortes pourraient provoquer du ténesme.

M. Sabouraud note encore qu'avec cette médication il n'a jamais observé de gingivite mercurielle. Est-ce à cause des petites doses conseillées? Est-ce parce que le passage du mercure par le foie rend l'intoxication plus difficile? On ne sait. Mais cette remarque fournit une nouvelle indication des suppositoires; chez certains malades, alors qu'il serait urgent de faire le traitement mercuriel, le mauvais état de la dentition

(1) SABOURAUD. Des suppositoires mercuriels, *La Clinique*, 28 mars 1913, p. 197.

exige des soins parfois longs avant qu'on puisse commencer ce traitement. On conseillera les suppositoires, puisque la stomatite n'a encore jamais été observée chez les malades ainsi soignés, alors qu'elle est fréquente à la suite des autres traitements mercuriels, surtout à la suite des frictions.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1913)

Les injections intrarachidiennes de néosalvarsan dans le traitement de la syphilis nerveuse. — M. Paul RAVAUT a traité par ce procédé neuf malades auxquels il a pratiqué soixante-trois injections.

S'appuyant sur les recherches antérieures qu'il a faites au sujet des injections intrarachidiennes de cocaïne, il emploie une solution hypertonique de 0g60 dans 10 centimètres cubes d'eau distillée. Il injecte de I à IV gouttes de cette solution ce qui représente de 3 à 12 milligrammes de néosalvarsan, la solution représentant 3 milligrammes de néosalvarsan par goutte d'eau. Elle est injectée avec une seringue spéciale graduée en goutte d'eau après mélange avec le liquide céphalo-rachidien. Aussitôt après injection on fait coucher le malade la tête basse et le siège élevé.

Ces injections faites par série de six, répétées tous les huit jours, sont très bien tolérées et ne provoquent aucune réaction immédiate.

Ces malades ont été également traités par des injections intraveineuses de néosalvarsan. Les résultats ont été très bons dans deux cas de méningite de la période secondaire, deux cas de tabes, un cas de paralysie générale récente, assez bons dans un cas de méningite chronique encore en traitement, incertains dans un cas de myélite transverse et chez deux cas de paralysie générale encore en traitement. Chez tous ces malades l'amélioration clinique a coïncidé avec l'atténuation des réactions du liquide céphalo-rachidien. Sauf chez un malade qui a présenté une paralysie transitoire du sciatique par piqûre d'une racine au cours de l'injection l'auteur n'a pas observé d'autre accident; quelques malades ont présenté à la fin du traitement un peu de difficulté à uriner sans qu'il ait été nécessaire de les sonder.

Paralysie générale, réaction de Wassermann et salvarsan. — MM. SICARD et REILLY, à propos de la communication de M. A. Marie, à la dernière séance, insistent sur la transformation évolutive de la paralysie générale depuis l'application méthodiquement prolongée du salvarsan. Les rémissions sont plus fréquentes, les reprises intermittentes de vie active deviennent possibles, quoiqu'on ne puisse cependant parler de guérison réelle. La réaction de Wassermann a toujours été trouvée nette dans le liquide céphalo-rachidien de ces malades, et elle reste positive même après une thérapeutique intensive. Par contre, la réaction du sérum sanguin peut devenir négative au cours du traitement.

Nos efforts doivent tendre à une thérapeutique locale. Les auteurs après trépanation bilatérale se sont adressés aux injections sous-arachnoïdes cérébrales de cyanure de mercure. Ils feront connaître ultérieurement les résultats obtenus.

De l'application de la constante uréo-sécrétoire. — M. L. AMBARD. L'utilité de la recherche de la constante uréo-sécrétoire lui paraît découler de la constatation suivante qu'il considère comme fondamentale.

On a montré qu'un sujet normal, dont on élève artificiellement l'azotémie jusqu'à un gramme environ, élimine par jour environ 225 grammes d'urée. On voit donc immédiatement qu'une azotémie, qui avec un gramme d'urée dans le sang n'élimine, comme le comporte son régime, que 25 grammes d'urée, élimine neuf fois moins d'urée qu'un sujet sain. Il a donc perdu les quatre-vingt-dix-neuf centièmes de son activité sécrétoire uréique, autrement sa valeur fonctionnelle rénale n'est plus que de 11 p. 100 de sa valeur initiale.

La constante uréo-sécrétoire, certes, a sa valeur, même dans le cas de grosse azotémie; mais elle est incontestablement plus utile pour permettre de dépister des altérations rénales déja importantes coïncidant avec des azotémies faibles, bénignes en apparence; à cet égard, l'auteur croit impossible actuellement de se passer de la constante uréo-sécrétoire pour les raisons suivantes.

Du relevé d'un grand nombre d'analyses s'élevant aujourd'hui à plusieurs centaines, il a été donné de constater qu'on observe couramment avec des azotémies inférieures à 0,50 des constantes allant de 0,120 à 0,160, c'est-à-dire des constantes exprimant des pertes fonctionnelles du rein allant jusqu'à 80 p. 100.

La cause d'erreur véritablement importante et qui fausse quelques-uns des résultats qu'on a opposés paraît consister dans l'oligurie.

Etant donné que l'oligurie relative des brightiques est surtout une oligurie postprandiale, diurne, et que la diurèse aqueuse retrouve sa liberté dans la nuit et le matin, on fait depuis un an systématiquement la constante le matin.

Cette manière d'opérer donne actuellement une sécurité pratiquement absolue.

M. AUBERTIN croit qu'il est intéressant de rechercher la constante uréo-sécrétoire d'Ambard, mais seulement dans les cas où l'excrétion de l'eau est peu troublée. Il est inutile de rechercher la constante lorsqu'il y a une azotémie considérable qui donne des renseignements plus précis.

Il peut être intéressant de la rechercher pour mesurer l'activité fonctionnelle du rein dans les cas de chlorurémie, par exemple, où il n'y a pas d'azotémie et chez les hypertendus. Parmi ceux-ci il y a les hypertendus brightiques avérés, les hypertendus avec faible albuminurie, enfin les hypertendus purs sans autres symptômes. L'auteur a pris l'habitude de rechercher simultanément l'urée du sang et le débit. Lorsqu'il y a azotémie de plus d'un gramme il ne va pas plus avant dans ses investigations.

S'il y a moins de 50 centigrammes d'urée, il recherche la constante alors capable de fournir des renseignements utiles.

Vaccinothérapie dans un cas de fièvre typhoïde grave. Appendicite et cholécystite. — MM. Georges BROUARDEL et GIROUX communiquent le cas d'une jeune fille atteinte d'une fièvre typhoïde très grave qui reçut deux injections de vaccin polyvalent de Vincent; après une première injection, elle présenta une poussée appendiculaire, et après une deuxième, faite six jours plus tard, une poussée de cholécystite caractérisée par une tuméfaction douloureuse de la vésicule. Ce fait leur paraît intéressant à rapprocher de ceux qui ont été signalés par M. Netter à la dernière séance.

Un cas de coma diabétique guéri par le traitement alcalin intensif. — MM. Marcel LABBÉ et H. AIMÉ, dans un cas de diabète avec dénutrition et acidose progressive, ont obtenu la guérison du coma par l'emploi de bicarbonate de soude à dose élevée; le malade a absorbé en injection intraveineuse et par la bouche 127 grammes, 198 grammes et 143 grammes de bicarbonate en l'espace de trois jours. Sous l'influence de ces hautes doses, le coma qui était à peu près complet — le malade ne se réveillait un peu que si on le secouait et lui parlait fortement — et qui s'accompagnait des symptômes caractéristiques (céphalée, vertiges, respiration profonde et suspirieuse, anorexie) se dissipa peu à peu et le malade put, après quinze jours, quitter la maison de santé.

Dans la suite, l'acidose persista, et trois mois après le malade succomba à une nouvelle attaque de coma.

Les auteurs concluent que, si le traitement alcalin même précoce et intensif ne guérit pas toujours le coma diabétique, il est du moins le seul traitement qui ait donné des succès avérés, et que le médecin doit être bien convaincu de son efficacité pour l'imposer à temps et surmonter les difficultés de son application.

A propos du diagnostic clinique de la dilatation de l'estomac. — M. G. Leven fait remarquer que le diagnostic clinique de la dilatation gastrique est moins simple qu'on le croit généralement. De nombreuses erreurs de diagnostic tiennent à ce qu'ils sont basés sur l'absence ou la présence du clapotage. L'auteur a proposé le procédé de la douleur-signal pour supprimer ces difficultés. Ce travail complémentaire est destiné à montrer, que la douleur-signal peut faire défaut lorsque la ptose est telle que l'estomac finit par trouver un point d'appui dans le bassin. Si rares que soient ces faits, le clinicien ne doit cependant pas les ignorer. C'est la radioscopie qui a mis en évidence ces grandes dilatations qui échappent au clinicien.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 3 décembre 1913)

Suites éloignées des traumatismes de la moelle. — M. Potherat, à propos du procès-verbal, fait connaître la fin d'une observation qu'il a présentée à la Société. Il s'agissait d'une jeune femme qui avait reçu une balle de revolver qui s'était logée dans le canal rachidien. M. Potherat a pu enlever cette balle. Les phénomènes paralytiques que présentait cette malade semblèrent s'amender. Mais peu de temps après la situation s'aggrava, elle eut des escarres multiples et finit par succomber à une infection généralisée.

M. Tuffier rapproche de ce fait celui d'un homme qui avait une balle dans la moelle elle-même. M. Tuffier la lui retira, sutura la moelle.

Le blessé, après avoir présenté une certaine amélioration, succomba à des accidents infectieux. A l'autopsie, on constata qu'il avait un véritable mal perforant dans la vessie, la sonde à demeure qui s'y trouvait ayant perforé le fond de la vessie et passé dans la cavité péritonéale où elle détermina une péritonite infectieuse généralisée.

Chirurgie intestinale. — M. Souligoux fait un rapport sur plusieurs observations adressées par M. Guillot (du Havre) et relatives à diverses interventions sur le gros intestin. Il y a neuf observations dont deux sont relatives à des résections intestinales pour cancers et sept à des iléo-sigmoïdostomies pour entéro-colites avec stase fécale dans le gros intestin. Toutes ces opérations ont été suivies de guérisons opératoires.

Laissant de côté les cas de résections pour cancers, M. Souligoux passe en revue et discute les diverses interventions qui ont été proposées et pratiquées pour remédier aux accidents résultant de la stase fécale dans le gros intestin. Pour M. Delbet et autres, l'opération de choix, dans ces cas, serait l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion bilatérale. Seule, cette opération permettrait de mettre les malades à l'abri de tous les accidents. M. Souligoux ne partage pas cette opinion. Il a guéri un certain nombre de ses malades par l'iléo-sigmoïdostomie simple ou en Y.

Mais peut-être a-t-on quelque tendance à abuser de ces interventions chez des malades dont les troubles proviennent d'une constipation rebelle. Or, tous les constipés, et il y en a beaucoup, ne meurent pas de leur constipation, et M. Souligoux discute ici les observations de M. Cunéo. Il fait également observer que l'appendicite chronique joue bien souvent son rôle dans ces accidents de stase fécale dans le gros intestin et que, dans bien des cas, l'appendicectomie a suffi pour conjurer tous les accidents.

M. Souligoux examine les résultats fournis, dans ces cas, au point de vue du diagnostic, par l'examen radiobismuthé. Ces examens ont souvent montré qu'il n'y avait pas de stase des matières fécales dans le cæcum, que cette stase se produisait plus souvent au niveau de l'anse sigmoïde, avec pseudo-obstruction et accumulation de gaz au-dessus du bol fécal, souvent aussi dans ces cas de constipation rebelle, on trouve, à une laparotomie exploratrice, une cause particulière, telle par exemple qu'une bandelette d'adhérence fixant l'intestin et gênant la circulation des matières. M. Souligoux cite un cas de ce genre dans lequel la section de la bandelette a suffi pour guérir son malade.

Dans les cas graves, l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion du gros intestin est une opération formellement indiquée et suffit dans la majorité des cas pour conjurer tous les accidents. Mais un grand nombre de cas qu'on opère pourraient et devraient rester justiciables du traitement médical.

Ostéosarcome de l'omoplate, résection partielle. — M. Mauclaire fait un rapport sur une observation adressée par M. Potel. Il s'agit d'une femme de trente-six ans qui portait un sarcome de l'omoplate, développé surtout le long de l'angle supéro-interne. M. Potel fit une large résection, mais partielle cependant, de l'omoplate, puis il réunit le deltoïde au trapèze. L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes. Le résultat fonctionnel de l'opération est parfait. Cette femme jouit de presque tous les mouvements de son bras.

M. Potel insiste sur les avantages de ces résections limitées, permettant plus sûrement une meilleure conservation des mouvements, pourvu toutefois que les limites de la tumeur aient pu être bien dépassées. D'après certains faits la récidive ne serait pas plus précoce pour cela. M. Mauclaire ne partage pas cet avis et se déclare plutôt partisan des larges interventions quand il s'agit de cancers.

M. Quénu qui a fait un travail sur cette question rappelle avoir proposé de conserver toujours, dans ces cas, autant que possible, la partie articulaire de l'omoplate.

M. Broca rappelle que M. Delbet a préconisé ce traitement chirurgical conservateur pour les sarcomes à myéloplaxes que nous savons tous être des tumeurs bénignes, mais ce traitement conservateur n'est plus applicable aux vrais sarcomes, aux tumeurs malignes. Quoi qu'il en soit, d'accord avec M. Delbet sur l'opportunité de ce traitement conservateur, avec ou sans greffes, dans les cas de tumeurs à myéloplaxes, c'est à-dire tumeurs bénignes, M. Broca ne partage plus aussi nettement l'opinion de M. Delbet quand il vante le plombage osseux. M. Broca n'y trouve pas les mêmes avantages que lui. Ce mastic donne lieu parfois à de petites poussées de lymphangite, puis finit souvent par s'éliminer et alors les malades ne se trouvent pas beaucoup plus avancés que ceux chez lesquels on s'est contenté d'un évidement avec un tamponnement. De sorte que M. Broca ne croit pas qu'il y ait grand avantage à recourir au plombage et il cite l'exemple de plusieurs de ses opérés qui ont très bien guéri et très bien marché après leurs opérations, sans plombage.

M. Walther rappelle que le cas qu'il a présenté était relatif à une jeune fille qu'il avait opérée d'un sarcome à myéloplaxes du radius et chez laquelle il avait remplacé la portion du radius réséquée par un morceau du péroné. Il a montré cette malade, non pas tant à cause de la survie obtenue après l'ablation d'un sarcome à myéloplaxes, tumeur bénigne, qu'à cause de la persistance et de la solidité du greffon osseux après deux ans.

M. Delbet établit une distinction entre les cas qu'il a pré-

sentés et celui de M. Walther, en ce sens que M. Walther a fait une véritable résection, tandis que M. Delbet n'a pratiqué que des évidements.

M. Delbet ajoute que, dans ces cas, le plombage lui a rendu les plus grands services. Comparant ici les malades qu'il a opérés sans plombage avec ceux qu'il a opérés avec plombage, il a dû se rendre compte que ces derniers guérissaient beaucoup plus rapidement et avec beaucoup moins de souffrance.

M. SAVARIAUD a fait la même observation sur des enfants.

M. MAUCLAIRE fait observer que tout le monde est d'accord pour considérer les sarcomes à myéloplaxes comme des tumeurs bénignes. Quant aux sarcomes à grandes cellules, l'histologie n'a pas encore dit son dernier mot et la clinique se trouve souvent en désaccord avec elle.

Pneumothorax chirurgical. — M. FAURE fait un rapport sur deux intéressantes observations adressées, l'une par M. Pierre Duval et l'autre par M. Baumgartner.

M. Duval rapporte l'observation d'une femme de trente-cinq ans chez laquelle, pour des accidents graves, il pratiqua un lambeau thoracique en U, fit une incision pleurale et créa, de parti pris, un pneumothorax pour ainsi dire progressif. Il fit une ponction à la base du thorax pour retirer l'air tout doucement, de façon que le poumon comblât à mesure la cavité. Il n'est résulté aucun inconvénient de ce pneumothorax chirurgical. La malade a bien guéri.

L'observation de M. Baumgartner a trait à un homme de quarante-trois ans qui était atteint d'un ostéosarcome de la huitième côte. Il fit une large résection, créa un pneumothorax, fixa le poumon aux côtes, ce qui n'entraîna aucune suite fâcheuse.

De ces faits, M. Faure rapproche un cas de M. Guibé : cancer du sein, résection costale, pneumothorax, fixation du poumon, guérison sans accidents. M. Schwartz a publié aussi un cas de tumeur du sternum, résection de cartilages costaux, du sternum, pneumothorax ; mais dans ce cas, il y avait du tissu néoplasique dans le médiastin et le malade a succombé après cinq jours.

M. Faure, en opérant une récidive de cancer du sein et en réséquant une ou deux côtes, créa un pneumothorax, fixa le poumon. Pas d'accidents immédiats. Mort de récidive plusieurs mois après.

Il résulte de ces faits que le pneumothorax chirurgical dont s'effrayaient volontiers les chirurgiens autrefois, ne présente réellement pas de dangers. MM. Rigollot-Simonnot et Huguier ont déjà insisté sur l'innocuité du pneumothorax chirurgical.

Quant aux appareils à hypo ou à hyperpression qui ont été employés dans ces cas, M. Faure estime qu'ils ne lui paraissent pas d'une grande utilité.

M. ARROU rapporte l'histoire d'une jeune fille qui portait une tumeur au-dessous du mamelon gauche, tumeur qui fut considérée comme un sarcome. Un traitement antisyphilitique resta sans résultat. La radiographie montrait que c'était bien une côte qui était le point de départ de la tumeur. M. Arrou fit une grande incision, enleva trois côtes, ouvrit la plèvre, y introduisit un tampon d'ouate filtrée, se dépêcha de terminer l'opération, rabattit son volet et aspira l'air à l'aide de l'appareil de Potain. Pendant tout ce temps le pouls était resté à 80, mais le nombre des respirations était monté à 60.

L'examen histologique de la pièce conclut à un sarcome de très mauvaise nature. Il y a deux ans de cela. Cette jeune fille s'est mariée et a eu un enfant. La mère et l'enfant se portent très bien.

M. BAZY rappelle qu'il y a vingt ans qu'il a soutenu cette thèse que le pneumothorax chirurgical n'offrait pas de dangers.

M. JACOB cite un cas dans lequel il a produit un large pneumothorax pour l'extraction d'une balle, sans en avoir constaté aucun inconvénient.

M. TUFFIER, il y a vingt ans, craignait le pneumothorax et cherchait à l'éviter. Puis il a reconnu ensuite son innocuité. Il ne se sert pas d'appareils tout en reconnaissant qu'ils peuvent avoir leur utilité dans certains cas déterminés.

MM. LENORMANT et WALTHER parlent dans le même sens.

ANALYSES

MÉDECINE

La forme auriculaire de la tachycardie paroxystique. (Maurice MAGNIEL. Th. de Paris, 1913, avec 14 figures dont 4 originales; Jules Rousset, édit.) — Depuis que Bouveret a décrit, en 1889, la tachycardie paroxystique, rien n'a été modifié à l'étude clinique du syndrome exposé par cet auteur; mais, au contraire, la pathogénie a fait l'objet de nombreux travaux et de longues discussions.

Bouveret considérait la tachycardie paroxystique comme une maladie de cette partie des centres et des rameaux du pneumogastrique qui constitue l'appareil modérateur du cœur; puis Pal proposa une théorie sympathique ; Reinhold, une théorie bulbaire. Ensuite la théorie nerveuse fut complètement abandonnée et l'on admit que l'anomalie du rythme cardiaque était due à une lésion du cœur (Lewis, Mackensie, Vaquez). Lewis montra la similitude de deux variétés d'arythmie, la tachycardie paroxystique et l'extrasystole; d'après Mackensie, l'extrasystole tachycardique naît du faisceau auriculo-ventriculaire ; Vaquez développe la théorie cardiaque de la tachycardie paroxystique tout en reconnaissant qu'il convient d'être éclectique et que certaines tachycardies semblent reconnaître comme cause une excitation du système nerveux accélérateur.

Dans sa thèse, M. Magniel expose ces notions nouvelles de pathologie cardiaque et démontre que, dans le chapitre des tachycardies paroxystiques, il y a place, à côté de la forme ventriculaire, pour une deuxième forme : la forme auriculaire. Celle-ci ne peut être différenciée par les seules données de la clinique; le diagnostic se fait par l'examen des tracés et des électrocardiogrammes : les tracés jugulaires indiquent que la contraction de l'oreillette précède toujours celle du ventricule, et c'est là le caractère fondamental de cette tachycardie; il est parfois possible de constater, sur les tracés, des oscillations très petites qui traduisent la fibrillation auriculaire.

D'après M. Magniel, la tachycardie paroxystique auriculaire paraît, dans la plupart des cas, reconnaître une origine nerveuse; il s'agit de l'excitation du système accélérateur du cœur sous l'influence d'une cause encore indéterminée. Le traitement consistera donc à exciter le nerf pneumogastrique pour que celui-ci s'oppose à l'action antagoniste des accélérateurs. On peut agir sur le vague de façon directe, en le comprimant dans la région cervicale, ou de façon indirecte en provoquant des mouvements de déglutition ou des vomissements, qui ont une action inhibitrice sur le pneumogastrique. Dans les cas graves, la strophantine en injection intramusculaire ou intraveineuse a souvent donné d'excellents résultats. La digitale est indiquée dans les cardiopathies avec crises tachycardiques; en cas d'hyposystolie et d'asystolie, on fera le traitement habituel. M. BRELET.

Etude sur les troubles intestinaux consécutifs à la gastro-entérostomie. (A. MATHIEU et R. SAVIGNAC. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, oct. 1913.) — A la suite de la gastro-entérostomie on peut voir apparaître des troubles de la digestion gastro-intestinale quelquefois véritablement sérieux. Ces troubles se présentent sous deux formes cli-

niques principales : la diarrhée intermittente ou continue, parfois très rebelle, et les douleurs abdominales postprandiales.

La prophylaxie opératoire de ces accidents devrait théoriquement être cherchée dans l'établissement par le chirurgien d'une bouche gastro-intestinale continente et susceptible de fonctionner à la façon d'un pylore artificiel. Pour le traitement on peut obtenir, sinon toujours la guérison, tout au moins une amélioration marquée par l'emploi, soit d'un régime approprié très sévèrement observé (aliments peu irritants, laissant peu de résidus indigestes, bien divisés en purées ou en bouillies, petits repas espacés), soit de la médication opiacée et de la médication acide (acide chlorhydrique et suc gastrique riche en acide chlorhydrique et en pepsine).

ST. CHAUVET.

MÉDECINE INFANTILE

La signification clinique de l'azotémie chez les enfants. (P. NOBÉCOURT. *Arch. de méd. des enf.*, nov. 1913.) — L'azotémie des enfants ne se comporte pas exactement de la même façon que celle des adultes ; elle ne conduit pas à des interprétations cliniques identiques.

Dans la moyenne et la grande enfance, comme chez l'adulte, elle est surtout la conséquence des néphrites. Chez l'adulte, on le sait, elle acquiert toute sa valeur séméiologique au cours du mal de Bright; à partir d'un certain taux d'urée, le pronostic est grave. Chez les enfants, tout au moins dans les cas que M. Nobécourt a observés, les taux les plus élevés d'urée ont été rencontrés dans les néphrites aiguës; ils n'ont pas persisté et n'assombrissent pas le pronostic. Ce sont, par contre, les petites azotémies des néphrites subaiguës ou chroniques qui, par leur persistance, doivent faire penser à une lésion profonde et progressive des reins.

Dans la première enfance et surtout pendant les premiers mois, les néphrites ne sont pas la cause la plus importante de l'azotémie. Elle apparaît dans les états aigus, affections gastro-intestinales et broncho-pneumonies principalement; alors un taux élevé d'urée, à moins qu'il ne soit passager, est l'indice d'une ulcération grave ; elle semble être encore le substratum chimique de l'athrepsie; la constatation et la persistance d'un taux d'urée, même relativement peu élevé, dans le liquide céphalo-rachidien, constitue un élément de diagnostic et comporte un pronostic sérieux sinon fatal.

ST. CHAUVET.

De la rétention d'urine et de quelques autres symptômes du stade aigu de la paralysie infantile. (SCHREIBER et D'ALLAINES. *Bull. de la soc. de pédiat. de Paris*, oct. 1913.) — Les auteurs rapportent l'observation d'un nourrisson de neuf mois et demi qui fut trouvé un matin dans son lit atteint de paraplégie flasque par poliomyélite antérieure aiguë et qui, outre cette paralysie, présenta, pendant trois jours, de la fièvre, un vomissement, des convulsions, une abondante sudation, de l'hyperesthésie des membres inférieurs et de la rétention d'urine. La ponction lombaire révéla un liquide riche en albumine et de la lymphocytose. Commentant cette observation les auteurs pensent qu'il est intéressant de signaler ces symptômes anormaux, hyperesthésie des membres inférieurs, rétention d'urine, passés sous silence dans les descriptions classiques. Il semble, au contraire, qu'il serait fâcheux de rattacher à la poliomyélite antérieure aiguë des troubles qui ne font pas partie de sa symptomatologie et qui dépendent, par contre, tout naturellement de la méningite qui a accompagné au début la poliomyélite antérieure et dont la ponction lombaire a donné la signature. Le phénomène de Babinski, noté en outre du côté droit, ne doit pas être interprété comme pathologique et lié à la lésion du faisceau pyramidal puisque l'enfant a normalement son réflexe plantaire en extension pendant les deux premières années de la vie.

ST. CHAUVET.

CHIRURGIE

Recherches expérimentales sur l'anastomose intradurale des nerfs pour la cure des paralysies. (William B. CADWALADER et J.-E. SWEET. *Medical record*, 1er novembre 1913, vol. LXXXIV, p. 800.) — C'est Kilvington en 1908 qui eut le premier l'idée d'une anastomose par croisement des racines motrices, espérant qu'elle améliorerait les paralysies vésicales dues aux traumatismes lombo-sacrés. Mais les expériences encourageantes, paraît-il, qu'il fit sur le chien et l'opération qu'il eut l'occasion d'exécuter ensuite chez l'homme n'ont qu'une valeur restreinte, ayant manqué du contrôle nécropsique.

Aussi les auteurs ont-ils entrepris de nouvelles recherches sur ce sujet. Si ces anastomoses se montraient capables de guérir au moins partiellement certaines paralysies vésicales ou autres, il est évident qu'on serait en droit de les pratiquer en chirurgie humaine dans quelques cas soigneusement choisis.

Malheureusement l'échec a été complet dans les quatre expériences dont on nous donne la relation, bien que la technique employée ait paru convenable. Voici cette technique telle qu'on peut se la représenter d'après les indications un peu succinctes des rapports d'expérience. La dure-mère étant ouverte, deux racines motrices successives sont coupées, l'une près du point de sortie de la dure-mère, l'autre près de la moelle. Puis les quatre troncs nerveux sont réunis deux à deux par croisement, le bout distal de l'un étant suturé au bout proximal de l'autre avec de la soie. La dure-mère est fermée, la plaie suturée et pansée avec du collodion iodé.

Pourquoi la régénération ne s'est-elle pas faite ? L'examen histologique montra un développement considérable de tissu fibreux dans la cavité dure-mérienne autour des racines anastomosées et dont les bouts présentaient les lésions habituelles des vieilles sections nerveuses : renflement bulbeux du bout proximal, dégénérescence du bout distal. Ce fut là sans doute la cause la plus importante de l'échec. La réunion nerveuse ne peut se faire évidemment sans une certaine prolifération conjonctive ; mais il faudrait que cette prolifération fût limitée au tissu nerveux lui-même et ne se confondît pas avec le noyau cicatriciel qui se forme dans les tissus périnerveux.

Les auteurs pour obtenir ce résultat ont imaginé de placer la partie du nerf anastomosée dans un petit tube de celloïdine. Cette technique a été essayée dans une expérience récente (janvier 1913) qui a consisté à couper les deux nerfs médians d'un chien et à les réparer, le droit de la façon habituelle, le gauche à l'aide du tube de celloïdine. Interrompue trop tôt, au bout de trois mois seulement, l'expérience n'a pas été très concluante : la régénération nerveuse était en bonne voie des deux côtés et il n'y avait aucun excès de tissu cicatriciel. Mais de nouvelles et nombreuses expériences sont en cours et permettront de vérifier l'effet du tude de celloïdine sur la réparation des racines rachidiennes dans les conditions mêmes des premières tentatives.

Cet article se termine par une conclusion fort sage. Les améliorations spontanées et très tardives des accidents nerveux causés par les traumatismes rachidiens sont connues. Les auteurs en ont en ce moment même deux exemples sous les yeux. Ils les décrivent et ils déclarent qu'il pourra être difficile dans les cas heureux de prouver que la guérison a été déterminée par le seul traitement chirurgical.

P. CHASTENET DE GÉRY.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à la pathologie et à la thérapeutique de la fièvre dans la tuberculose pulmonaire. (M. DAMASK. *Beit. zur klin. der Tub. und spez. Tub.-fors.*, 1913, Band XXVII, Heft 2.) — Le docteur Damask, après avoir poursuivi de longues recherches sur la fièvre des tuberculeux, a recherché

quelle était l'action de l'électrocuprol sur l'évolution générale de la maladie d'une part et, d'autre part, sur la courbe thermique.

Le docteur Damask n'a pas, comme Gaussel, employé l'électrocuprol par voie intramusculaire, mais il a introduit ce colloïde dans les veines. En général, après injection d'une quantité même faible, 5 centimètres cubes par exemple, d'électrocuprol, il a presque toujours observé une réaction thermique marquée, accompagnée de frissons et de malaise. Cette réaction étant extrêmement prononcée pour une dose de 10 centimètres cubes l'auteur n'est arrivé à cette dose, chez ses malades, qu'après avoir soigneusement tâté la susceptibilité par des doses préalables, inférieures ou égales à 5 centimètres cubes.

Dans 17 cas où il a tenté d'administrer l'électrocuprol, l'auteur a observé une chute de température qui était transitoire après les quelques premières injections, mais qui devenait rapidement définitive après un plus grand nombre d'injections. En même temps que la température tombait, on observait une grande amélioration de l'état général, du bien-être, et une augmentation très sensible du poids.

D'une série d'études bactériologiques, le docteur Damask a pu conclure que l'électrocuprol agissait spécialement bien sur l'élément fébrile dû aux infections associées. Le docteur Damask a poursuivi des études comparatives avec d'autres colloïdes métalliques que l'électrocuprol sans obtenir des résultats équivalents. L. GAYARD.

JURISPRUDENCE

LE FORFAIT MÉDICAL

Il n'est pas rare de voir dans certains cas le médecin fixer ses honoraires d'accord avec son client. Il arrive parfois cependant que le contrat passé entre le médecin et le malade, en raison de certaines difficultés impossibles à prévoir au moment même de la passation, est sujet à interprétation. Et c'est justement en raison d'un fait semblable qu'a été rendu, le 16 octobre 1913, par le tribunal civil de la Seine, le jugement que nous reproduisons.

Une employée d'un grand magasin convenait, avec un docteur spécialiste, d'un forfait de 500 francs pour soigner son jeune fils dont l'œil droit était atteint de la kératite. L'œil droit étant guéri, voici que quelque temps après l'œil gauche est atteint à son tour. Le docteur n'en continue pas moins le traitement et, à la guérison complète de son patient, réclame une seconde somme de 500 francs. Mais la mère refuse de payer, pour ce motif que le forfait devait s'étendre d'un œil à l'autre. Le tribunal de paix saisi du différend lui donne tort, et après expertise réduisit toutefois les honoraires à 250 fr. Le jugement fut frappé d'appel, et revint devant la septième Chambre du tribunal. La mère soutint son même système, auquel le médecin répondait : « Si vous vous cassez une jambe et que je vous l'aie soignée pour un prix forfaitaire, est-ce que cela m'oblige à vous soigner sans rétribution aucune en cas de fracture de la seconde. »

Cet argument par analogie n'a pas été admis par le tribunal qui a répondu :

« Attendu que la veuve G..., en consentant ce sacrifice de 500 francs, qui était pour elle fort élevé, était en droit de penser que son fils serait complètement guéri;

Que l'œil gauche ayant été atteint à son tour peu de temps après que le premier paraissait rétabli, il est évident que cette atteinte n'était que la conséquence d'un état de santé qui restait défectueux;

Que le forfait ayant été convenu pour le traitement de la maladie doit s'appliquer évidemment au traitement entier de l'affection dont était atteint le jeune G...;

Que c'est donc à tort que le juge de paix a estimé que la dame G... restait débitrice à l'égard du docteur P..., d'une somme de 250 francs. »

Ce jugement suggère quelques courtes réflexions.

Dans le cas où il y a eu entre le médecin et le malade une convention fixant soit le prix des visites ou consultations, soit le prix d'une opération, aucune difficulté ne peut se produire quant au chiffre réclamé; cette convention fait la loi des parties, l'un ne saurait réclamer plus, ni l'autre offrir moins. C'est ainsi que le tribunal de Lille, le 27 avril 1910 (*Concours médical*, 1910, p. 464) déclare qu'un accouchement à forfait devait comporter, outre l'accouchement proprement dit, les soins antérieurs et postérieurs à la naissance.

Une autre conséquence découle de ce contrat à forfait. Le médecin s'est engagé à donner ses soins par convention, et il commet une faute s'il le refuse (v. Cass., 18 juin 1835, *Sirey*, 1835, 1, 401; Pau, 1er mai 1900, *Sirey*, 1900, 2, 301). Cependant la jurisprudence a tempéré cette rigueur en déclarant qu'un médecin pouvait rompre le contrat pour un motif légitime. C'est ainsi que le Tribunal civil de la Seine, le 19 décembre 1910, a admis ce principe lorsque, lors d'un accouchement, la famille de la patiente a imposé au médecin l'aide d'une garde qui lui paraît suspecte (*D. P.*, 1911, 5, 9).

Des contestations peuvent s'élever dans le cas où le malade n'aurait pas la faculté de discuter avec son médecin le prix des visites ou des soins à donner. La jurisprudence se montre alors très sévère et elle admet le moindre indice de violence pour annuler la convention (Trib. de la Seine, 13 fév. 1894, *Gazette du palais*, 1894, 1, 376; Trib. du Havre, 1897, *Pandectes*, 1898, 2, 75; Trib. de la Seine, 23 fév. 1910, *D. P.*, 1910, 2, 53).

Cependant l'annulation du contrat ne prive pas le médecin de toute rétribution qui sera fixée par le juge (Trib. de la Seine, 19 déc. 1910, précité; 23 fév. 1907, précité; 5 déc. 1893 et 10 fév. 1894, cité par Floquet, *Code des honoraires médicaux*, t. I, p. 62-63; v. Floquet, *Op. cit.*, t. I, p. 49 et suiv.).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

PRATIQUE MÉDICALE

LES PRÉPARATIONS D'ADONIS VERNALIS

L'action diurétique des préparations d'adonis vernalis a déjà fait l'objet d'un nombre assez considérable de travaux. Il en résulterait que cette plante agit surtout comme diurétique par une excitation élective sur le parenchyme rénal.

Nous savons déjà depuis longtemps que l'on n'obtient jamais une diurèse aussi abondante avec la teinture de digitale ou avec la digitaline qu'avec la macération à froid de feuilles de digitale. Il en est de même avec l'adonis, son effet diurétique dépend surtout de la forme de la préparation de cette drogue. Le suc de la plante fraîche ou même son infusion provoque une diurèse abondante alors que l'adonidine ou la teinture d'adonis sont souvent inactives (1).

Il existe donc dans l'adonis, comme dans la digitale, des principes encore peu connus solubles dans l'eau, existant dans le suc, la macération ou l'infusion, indépendamment des glucosides isolés (adonidine, digitaline).

Roch (2) donne l'explication des insuccès fournis par l'ado-

(1) M. Roch. *Semaine méd.*, 15 nov. 1911.
(2) M. Roch. *Arch. malad. du cœur*, juin 1913.

nidine; il émet, en effet, l'hypothèse d'une altération de cette substance sous l'influence des sucs digestifs. Cette hypothèse est confirmée, au moins partiellement, par les recherches de L. Segond (1) qui a pu se convaincre que, in vitro, le suc gastrique fait perdre à l'adonidine une bonne partie de son activité pharmacodynamique alors qu'il n'en est pas de même avec les glucosides connus : digitaline, strophantine, convallamarine, helléboréine. Ces inconvénients n'existent pas avec le diurène qui, « extrait total d'adonis vernalis », correspond parfaitement à l'infusion ou à la macération de la plante. Aussi avons-nous constaté que par l'administration du diurène la diurèse s'établit rapidement et qu'en raison même de cette rapidité d'action nous l'employons de préférence à la macération de digitale.

Un autre avantage de l'adonis et ce n'est pas le moindre, c'est qu'il ne s'accumule pas dans l'économie. Roch a bien signalé dans son travail (loc. cit.) le cas d'un rythme couplé survenu chez un malade soumis à l'infusion d'adonis mais celui-ci avait absorbé 376 grammes d'adonis! à raison de 6 grammes par jour en infusion pendant soixante-six jours consécutifs ! Du reste à part la présence de ce bigéminisme, il n'existait chez ce malade aucun autre phénomène de saturation, ni céphalée, ni nausées, ni gastralgie. Cet auteur ajoute cependant que l'influence thérapeutique de l'adonis ne pouvait être mise en doute chez ce malade, car une semaine après la cessation de ce médicament, on le vit devenir de plus en plus dyspnéique, cyanosé, abattu, somnolent avec de l'engorgement des bases pulmonaires, symptômes qui ne tardèrent pas, du reste, à disparaître ou à s'atténuer sous l'influence de la digitale.

Nous ne partageons pas complètement l'avis de Roch lorsqu'il estime que l'adonis vernalis doit être classé, non pas dans les succédanés, mais parmi les adjuvants de la digitale. De même que Mollard (2) nous plaçons ce médicament sur le même plan que la digitale, il doit même la remplacer dans certains cas où il agit plus rapidement. L'adonis ne provoque pas de troubles gastro-intestinaux, Chtchoukine (3) a traité 330 malades par ce médicament; il n'a noté que 15 fois des phénomènes dyspeptiques qui ne tardèrent pas du reste à disparaître. Cette rapidité plus grande dans l'action diurétique, sans accumulation, sans intoxication, sans réaction du tube digestif et la possibilité d'en continuer le traitement autant qu'il est nécessaire, font de ce médicament un auxiliaire puissant parmi les diurétiques connus. M. C.

LIVRES NOUVEAUX

Les Ostéoarthropathies du tabes. Etude critique et conception nouvelle (4), par le docteur A. Barré.

Ce travail très documenté mérite d'être particulièrement retenu. Sous l'inspiration de son maître, le docteur Babinski, Barré a fait l'étude critique des ostéoarthropathies du tabes et il en donne une pathogénie toute nouvelle.

Au *point de vue clinique*, après avoir examiné de nombreux malades, Barré admet qu'en dehors du tabes et de toute maladie actuellement connue du système nerveux, il existe des arthropathies étroitement comparables à celles du tabes. Il y a donc lieu de bien séparer : l'arthropathie à type tabétique sans tabes, survenant chez des syphilitiques et l'arthropathie des tabétiques ; dans ce dernier cas l'arthropathie est une combinaison clinique à laquelle le tabes donne une allure spéciale ; la grande laxité est fonction de l'hypotonie et l'indolence ressortit aux troubles de la sensibilité profonde.

Au *point de vue anatomo-pathologique*, Barré insiste tout particulièrement sur les lésions vasculaires ; les artères et les veines sont frappées de lésions oblitérantes qui portent le cachet des lésions syphilitiques. Ces lésions se trouvent sur le trajet et l'orifice des artères nourricières des extrémités osseuses. L'existence de ces lésions précises fait rejeter par Barré la conception classique qui place la cause de l'arthropathie dans une lésion nerveuse déterminant un trouble trophique.

A cette conception, il oppose la *théorie vasculaire* : il pense que les lésions vasculaires sont la cause directe des troubles osseux de l'arthropathie. « C'est par ischémie lente que se produisent les lésions osseuses préparatoires. »

Dès lors les arthropathies n'apparaissent plus comme un signe de tabes, elles ne doivent plus être rapportées à la maladie nerveuse elle-même, et il est facile de comprendre qu'elles puissent exister en dehors de toute lésion nerveuse. Ces arthropathies témoignent, au contraire, d'une lésion vasculaire dont la nature syphilitique explique avec quelle fréquence elle se rencontre chez les tabétiques. Les manifestations articulaires et nerveuses ne sont donc pas sous la dépendance les unes des autres, mais toutes les deux représentent des accidents syphilitiques qui peuvent coexister ou se dissocier, d'une part, au niveau des vaisseaux des membres et, d'autre part, au niveau de l'axe spinal.

Barré pense même que d'autres lésions artérielles que celles retrouvées dans les arthropathies syphilitiques peuvent, peut-être, amener les mêmes troubles de la nutrition et créer un tableau anatomo-clinique très semblable.

La nouvelle conception fortement présentée par l'auteur peut être riche en déductions ultérieures ; la revision qu'il vient de faire pour les arthropathies serait logiquement suivie par celle analogue des fractures spontanées et du mal perforant plantaire. Cette revision est, en somme, celle de toutes les conceptions actuelles du rôle trophique du système nerveux. P. GASTINEL.

Recherches sur l'ectasie abdominale des nourrissons [gros ventre] (1), par le docteur A. Gardies.

Ce travail a été inspiré par M. le docteur Variot ; l'auteur commence par bien délimiter le sujet de son étude, car l'augmentation du volume du ventre chez les jeunes enfants peut tenir à des causes très différentes : ascite, péritonite, tumeur adbominale, malformation de l'intestin, tuberculose des ganglions mésentériques, gros ventre flasque des rachitiques. M. Gardies élimine de sa thèse toutes ces variétés et il étudie seulement une forme particulière de gros ventre des nourrissons, l'ectasie abdominale décrite par M. Variot.

Trois caractères cliniques principaux individualisent cette forme : l'intumescence abdominale avec tympanisme plus ou moins prononcé ; sa production spéciale au premier âge ; l'existence, à peu près constante, chez les enfants qui en sont porteurs, des signes d'une dystrophie générale.

Les nourrissons atteints d'ectasie abdominale ont un ventre proéminent, globuleux et tendu, élargissant la base du thorax, refoulant en dehors les fausses côtes. A la percussion, on constate une sonorité tympanique qui occupe tout l'abdomen et prédomine au niveau du gros intestin ; l'examen aux rayons X montre que l'abdomen est plus clair qu'à l'état normal et la clarté est surtout visible sur tout le trajet du gros intestin ; l'estomac varie d'aspect suivant le moment où est fait l'examen ; à l'état de jeûne, on le distingue à peine, mais, après que l'enfant a bu quelques gorgées de lait, une tache claire apparaît sur l'écran, limitée en bas par une zone opaque ;

(1) L. Segond. Th. de Genève 1912.
(2) Mollard. *L'enseig. méd. mutuel inter.*, juillet 1912.
(3) Chtchoukine, *Semaine méd.*, 5 fév. 1913.
(4) Un vol. de 233 pages. — Paris, Steinheil.

(1) Un vol. in-8°. — Paris, Jouve.

celle-ci représente le liquide qui vient de pénétrer dans la cavité gastrique, et la zone claire sus-jacente correspond aux régions supérieures de l'estomac, dilatées par l'air qui est toujours dégluti avec le lait.

Les troubles digestifs qui accompagnent l'ectasie abdominale sont très variables et peuvent être extrêmement réduits. Mais on constate presque toujours des signes d'atrophie, les enfants ayant un poids et une taille inférieures à la normale.

D'après les recherches de M. Gardies, l'ectasie abdominale a deux causes principales : l'augmentation de la tension intérieure du tube digestif, dans laquelle l'aérophagie prend une part importante ; l'hypotonie musculaire des parois intestinale et abdominale qui se rattache elle-même, le plus souvent, à l'atrophie. Atrophie et aérophagie se trouvent fréquemment réunies, car toutes deux relèvent d'un allaitement défectueux ; l'aérophagie peut être la conséquence des troubles dyspeptiques qui accompagnent l'atrophie ; dans d'autres cas elle peut être la cause de troubles dyspeptiques, entraînant toutes les conséquences de l'hypo-alimentation.

On sait que le gros ventre des nourrisons est souvent considéré comme résultant de la suralimentation ; si l'on admet cette pathogénie, on tend alors à réduire de plus en plus les rations alimentaires. M. Gardies montre que cette manière de faire augmente encore l'atrophie et, par conséquent, l'ectasie abdominale. C'est donc bien plutôt en ordonnant de fortes rations alimentaires que l'on pourra faire diminuer le volume du ventre. M. Gardies a vu, à la nourricerie Parrot de l'hospice des Enfants-Assistés, des nourrissons atrophiques ou hytrophiques, présentant de l'ectasie abdominale, prendre des rations de lait, atteignant parfois le cinquième et le quart même de leur poids ; à ce régime non seulement l'enfant gagnait rapidement en poids et en taille, mais l'abdomen lui-même, au lieu d'augmenter, diminuait d'une façon constante.

M. BRELET.

La Médecine : ce qu'elle est. Le Médecin : ce qu'il doit être (1), par le docteur J. VINCENT (d'Armentières).

L'épigraphe de ce livre, *Medicus probus non videri, re autem esse*, indique nettement dans quel esprit il a été composé, et cet esprit on ne saurait qu'y applaudir, même quand on ne partage point toutes les manières de voir de l'auteur. Lutter pour le prestige de la profession médicale, en se basant sur la valeur morale du médecin, est une tâche noble et utile entre toutes et quels que soient les principes sur lesquels s'appuie celui qui entreprend ce bon combat, il nous semble que tous les médecins soucieux de la dignité et du renom de la carrière qu'ils exercent doivent de le soutenir dans toute l'étendue de leurs moyens. Je suis heureux pour ma part de pouvoir recommander ici la lecture d'un ouvrage aussi hautement consciencieux, aussi fermement convaincu.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Du Symptôme à la maladie. Guide élémentaire de diagnostic clinique (2), par F. CASTE.

Le symptôme, c'est d'abord tout ce que le malade et sa famille ont constaté et ce qui a motivé l'appel au médecin. Certes, ce symptôme peut être en partie dénaturé par le patient, mais il n'en est pas moins vrai qu'il constitue pour le praticien le point de départ de l'interrogatoire qu'il fera subir au malade et aussi le guide des explorations physiques qu'il doit pratiquer. Mais lorsque, après ces diverses investigations, le médecin sera en possession de son entière documentation clinique, comment passer du ou des symptômes à la maladie, autrement dit comment en déduire, dans un premier temps, l'état de ou des organes altérés, et, dans un deuxième temps, le dernier et le plus important, diagnostiquer la maladie qui a frappé ce ou ces organes? Ce sont ces étapes dans la poursuite du diagnostic que l'auteur a voulu épargner à ses confrères, et il y a parfaitement réussi.

Ce livre est un véritable guide de médecine pratique qui rendra à tous ceux qui s'en serviront les plus signalés services.

ST. CHAUVET.

(1) Un vol. de 420 p. Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Beauchesne.
(2) Paris, A. Maloine.

L'Endoscopie recto-colique ; rectoscopie ; sigmoïdoscopie (1), par le docteur R. BENSAUDE, médecin des hôpitaux.

Dans cette monographie, M. Bensaude fait un exposé très complet des résultats fournis par l'endoscopie recto-colique, méthode d'exploration clinique sur laquelle il a déjà publié plusieurs importants travaux.

Après une étude des instruments et de la technique, l'auteur indique quelles sont à l'état normal les images rectoscopiques ; puis il montre que l'endoscopie recto-colique permet non seulement d'examiner le rectum, mais encore d'explorer une partie de l'intestin profondément située dans le bassin et par conséquent inaccessible au doigt et à la palpation abdominale.

La partie terminale de l'intestin étant très souvent le siège d'affections malignes, le but principal de l'endoscopie recto-colique est de distinguer celles-ci des affections bénignes qui peuvent les simuler ; avec l'endoscopie, on arrive à découvrir l'existence du cancer alors qu'il ne se traduit par aucun symptôme pathognomonique et qu'il est encore opérable.

L'endoscopie rend encore de précieux services dans le traitement des maladies recto-coliques ; on peut en effet faire plus facilement, au moyen du rectoscope, le traitement local des procto-sigmoïdites.

M. BRELET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etudes sur le sérodiagnostic et le traitement de la syphilis. Stratégie et tactique. In-8 de 307 pages, avec tableaux et graphiques. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Développement de l'enfant. Retard simple essentiel et précocité de l enfant de deux à quatre ans, par le docteur André COLLIN, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Préface du docteur LESAGE, médecin de l'hôpital Hérold. In-8 de 220 pages, avec tableaux dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Les Désordres cliniques du battement du cœur, par Th. LEWIS, professeur à l'Ecole de médecine de Londres. Traduit de l'anglais par le docteur C. CHAUVET (de Royat). Préface de M. le professeur J. TEISSIER. In-8 écu, avec 47 fig. dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Essai sur l'alimentation dans les sports, par le docteur E. MAUREL, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Toulouse, membre correspondant national de l'Académie de médecine, In-8 carré de 80 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

Traitement de la syphilis par le sérum organique du docteur L.-C. Quéry (observations cliniques). — Prix : 2 francs. — Paris, A. Maloine.

Guide pratique d'édition, à l'usage des auteurs, par Gustave TILLIÉ. In-16. — Prix : 2 francs. — Paris, éditions Presse française, 12, rue Servandoni.

(1) Un fascicule de 42 pages. (Monographie de l'Œuvre médico-chirurgical, n° 73.) Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Journal médical de Bruxelles. — (N° 41, 9 oct. 1913.) Jean DE SMETH : La pyélographie. — J. DE MEYER : Aperçu des méthodes modernes d'examen physiologique de l'appareil cardio-vasculaire chez l'homme (*suite*). — (N° 42, 16 oct.) J. DESNEUX : La cuti-réaction à la « Luétine » (Noguchi) dans la syphilis. — J. DE MEYER : Aperçu des méthodes modernes d'examen physiologique de l'appareil cardio-vasculaire chez l'homme (*suite*). — (N° 43, 23 oct.) A. DEPAGE : Du traitement chirurgical du cancer du rectum. — DE MEYER : Aperçu des méthodes modernes d'examen physiologique de l'appareil cardio-vasculaire chez l'homme (*suite.*) — (N° 44, 30 oct.) BUYS : Du fonctionnement des centres du nystagmus. — J. DE MEYER : Aperçu des méthodes modernes d'examen physiologique de l'appareil cardio-vasculaire chez l'homme (*suite*).

Lyon médical. — (N° 44, 2 nov. 1913.) E. VILLARD et E. PERRIN : La lithiase du cholédoque (*fin*). — (N° 45, 9 nov.) DREY et MALESPINI : Le tabes amyotrophique.

Paris médical. — (N° 43, 27 sept. 1913.) A. THOORIS : Mimique et morphologie. — VINSONNEAU : Des indications du sérum antitétanique dans le traitement de certaines plaies orbitaires et oculaires. — COSTA : Syndrome d'insuffisance pluriglandulaire (gigantisme, eunuchoïde, hypothyroïdie, troubles acromégaliques frustes, hérédo-syphilis probable). — René LE ROY : Les principales causes de l'empoisonnement par les champignons.

Presse médicale. — (N° 82, 8 oct. 1913.) André HOVELACQUE et Maurice VIRENQUE : Les aponévroses interptérygoïdiennes. — (N° 83, 11 oct.) HUGOUNENQ : Les acides aminés en biologie et en clinique. — ROCHARD et STERN : Appendicite claudicante ou coxopathie ? — (N° 84, 15 oct.) A. HUGUIER et RIGOLLOT-SIMONNOT : La gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay. — (N° 85, 18 oct.) A. ZIMMERN : La diathermie. — (N° 86, 22 oct.) JEANSELME, VERNES, Raoul BERTRAND et Marcel BLOCH : Des localisations de l'arsenic dans les viscères après injections de 606. — (N° 87, 25 oct.) Auguste BROCA : « Spina bifida » latent avec tumeur. — Paul RAVAUT : La suppression du rôle nocif de l'eau (Wasserfehler des auteurs allemands) par l'emploi de solutions concentrées de néosalvarsan. — (N° 88, 29 oct.) CRESPIN : Spondyloses et spondylites. — (N° 89, 1er nov.) H. ROGER : Action du chlorure de sodium sur la sécrétion rénale. — TROISFONTAINES : Le galyl, composé arsenical et antisyphilitique. — JULLIEN : Sur quelques polynévrites et quelques œdèmes observés chez les tirailleurs noirs en service au Maroc. — (N° 90, 5 nov.) R. GOIFFON : Le diagnostic coprologique des ulcérations du tube digestif. — A. DESMOULIÈRE : L'antigène dans la réaction de Wassermann. — (N° 91, 8 nov.) Marc-Armand RUFER et Milton CRENDIROPOULO : Sur la guérison du tétanos expérimental chez les cobayes. — ISSAILOVITCH-DUSCIAN : Les réflexes conditionnels ou associatifs.

Progrès médical. — (N° 39, 27 sept. 1913.) Félix RAMOND : Les dyspepsies essentielles. — E. MÉRIEL : Fistule gastrocutanée consécutive à un vieil ulcère de l'estomac. — (N° 40, 4 oct.) LŒPER : Le régime sucré dans l'ulcère intolérant de l'estomac. — HUTINEL : Formes bénignes de la néphrite scarlatineuse. — (N° 41, 11 oct.) Léon THÉVENOT : Les brûlures graves de l'urètre par injections caustiques. — Henri REYNÈS : De l'ouverture large du nez pour l'ablation des tumeurs des fosses nasales. — HERPIN : Des eaux d'alimentation. — (N° 42, 18 oct.) Marcel GARNIER : Les lois générales de l'hérédité. — (N° 43, 25 oct.) LÆDERICH : L'hyperthermie. — André PHILIBERT et Paul BRAUN : Un cas d'ictère hémolytique. — (N° 44, 1er nov.) LEMIERRE : Des vaccinations préventives. — (N° 45, 8 nov.) ESMEIN : Le botulisme. — RODIET et DALMAS : Opération de la cataracte suivie d'auto-mutilation chez une aliénée.

Province médicale. — (N° 39, 27 sept. 1913.) GALLAVARDIN et GRAVIER (de Lyon) : Du pouls alternant par involution cardiaque. — A. MOUSSOUS et E. LEURET (de Bordeaux) : Les accidents du sevrage. — (N° 40, 4 oct.) SPILLMANN et J. BENECH (de Nancy) : Grippe à début méninge avec ictère infectieux. — L. MAUREL (de Toulouse) : Etude de la mortinatalité au point de vue de l'eugénisme ou du dysgénisme. — (N° 41, 11 oct.) M. PERRIN (de Nancy) : La liqueur ammoniacale anisée. — JULLIEN (d'Amiens) : L'hystérectomie totale dans les présentations vicieuses négligées. — (N° 42, 18 oct.) RISPAL et TIMBAL (de Toulouse) : Accidents cérébraux au cours d'une résorption d'œdèmes. — CARLES (de Bordeaux) : La tomate devenue l'amie des arthritiques. Une fraude courante des conserves de tomates. — (N° 43, 25 oct.) PERRIN et LEGRIS (de Nancy) : Sérothérapie antituberculeuse (Marmorek). — FLORENCE : Quelques considérations sur l'emploi des sels d'émétine dans la dysenterie amibienne. — (N° 44, 1er nov.) PITRES (de Bordeaux) : Etat actuel de nos connaissances sur les transplantations et les greffes nerveuses. — G. RIVIÈRE (de Lyon) : Œsophagite suppurée circonscrite intrapariétale consécutive à la pénétration dans l'œsophage d'un corps étranger (fragment d'os). Œsophagoscopie. Œsophagotomie cervicale. Guérison. — (N° 45, 8 nov.) A. PITRES (de Bordeaux) : Etat actuel de nos connaissances sur les transplantations et les greffes nerveuses (*suite*).

Semaine gynécologique. — (N° 36, 9 sept. 1913.) G. LEPAGE : Conduite à tenir dans les accidents consécutifs à l'avortement. — (N° 37, 16 sept.) AUDEBERT et MÉRIEL : Volumineux kyste hématique de l'ovaire à symptomatologie de grossesse ectopique. — (N° 38, 23 sept.) DE ROUVILLE : Deux cas de pyosalpinx iliaques des « salpingites hautes » et en particulier des « sigmoïdo-annexites ». — (N° 39, 30 sept.) BERNASCONI et LAFFONT : Sur un cas de pyélite consécutive à la défloration. — (N° 40, 7 oct.) A. PAQUET : Grossesse de sept mois dans un utérus en rétroversion avec enclavement partiel dans l'excavation. — LÉOPOLD-LÉVI et H. DE ROTHSCHILD : La petite insuffisance thyroïdienne et son traitement.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 40, 2 oct. 1913.) NEUSSER : Sur les anémies. — PRIBRAM : Hémoptysie hypersplénique et rate de stase. — GÖTZL : Expériences avec la mucine tuberculeuse de Weleminsky. — MARKL et POLLAK : Diagnostic différentiel des bacilles diphtérique et pseudodiphtérique. — GEBER et BENEDEK : Spirochètes vivants dans la paralysie progressive. — HOKE : Bradycardie, hypotonie et hypodermie. — (N° 41, 9 oct.) RIEHL : Carcinome et radium. — WERTHEIM : Traitement par le radium du cancer de l'utérus. — PEHAM : Traitement par le radium en gynécologie. — RANZI, SCHÜLLER, SPORMANN : Sur le traitement par le radium des tumeurs malignes. — SCHÜLLER : Traitement du carcinome par la rademanite. — DAUTWITZ : Traitement par le radium en chirurgie et dermatologie. — KEYSSER : Recherche expérimentale sur le carcinome. — (N° 42, 16 oct.) WALDSTEIN et EKLER : Présence de sperme résorbé dans l'organisme féminin. — CANTIERI : Hypertension et cholestérinémie. — HOPER et KOFLER : Nouvelle vaccination contre l'ozène. — LANDAU : Sur une réaction de sérums syphilitiques avec un réactif à l'huile iodée. — WEISS : Sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire. — KUTSCHERA : Sur la lutte antituberculeuse. — FRÜHWALD : Sur la septicité du sang des syphilitiques. — ALBRECHT : Sur le but de l'anatomie pathologique moderne. — (N° 43, 23 oct.) NEUSSER : Sur les anémies. — FALTA : Radium comme médicament. — STEIGER : Sur le pouvoir coagulant, la viscosité, et le nombre des plaquettes du sang, dans la maladie de Werlhof. — PURJESZ : Apparition simultanée d'une sténose de l'orifice veineux gauche et d'une paralysie du nerf récurrent gauche. — KYRLE et MUCHA : Injections intraveineuses d'arthigon. — WAGNER : Le traitement et le diagnostic de la syphilis et le praticien.

Le Directeur-gerant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 141. — JEUDI 11 DECEMBRE 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 11 DÉCEMBRE 1913. — N° 141.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE. — *Pathologie.* — Séance du 8 décembre 1913. — MM. Cojan, 10; Couinaud, 9; Malet, 11; Gresset, 9; Bourdier, 6; Janet, 9; Martin de Laulerie, 12; Giroux, 11.

Anatomie. — Séance du 8 décembre. — MM. Vivier, 12; Deschamps (Pierre), 9; Manne, 10; Hartglass et Bourdeaux, 12; Yoyotte, 6; Bloch, 13.

Séance du 9 décembre. — MM. Lamare, 12; Netter, 5; Rousse, Caussé et Wallon, 6; Coty, 9; Thinh, 10.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — *Médecine.* — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1913-1914) aura lieu le lundi 9 mars 1914, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 5 au 10 janvier 1914 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 10 janvier 1914, à trois heures, dernier délai.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Un concours s'ouvrira le 8 juin 1914, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Tours.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Ancelet et Arnould (de Paris), Bossu (de Vanves), Bouchacourt, Monjoin, Signoret, Truelle et Yuzbachian (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bachimont (de Nogent-sur-Seine), Bigot (de Paris), Couturier (de Trouville-sur-Mer), Hemery (de Sedan), Prel (de la Garenne-Colombes), Ramé (de Rennes), Venot (de Saint-Germain-en-Laye).

M. le médecin-major de deuxième classe Ouin.

— Une médaille d'honneur en vermeil, pour actes de courage et de dévouement, a été décernée à M. le docteur Bordas (de Paris).

LA RÉINTÉGRATION DES SŒURS DANS LES HOPITAUX DE PARIS. — La proposition de MM. Alpy et de Puymaigre sur la réintégration des sœurs est revenue lundi à l'Hôtel de ville, elle a donné lieu à une longue et très vive discussion.

Ainsi que le fait remarquer *Le Temps* qui consacre à cette question un article que n'eût pas désavoué le regretté Armand Després, « la proposition de M. de Puymaigre méritait d'être examinée en soi, sans parti pris. Il en fut d'ailleurs ainsi, ou à peu près, et son auteur, tout le premier, sut imprégner d'un certain libéralisme les arguments dont il se servit pour la soutenir.

M. de Puymaigre ne demandait pas le licenciement des infirmiers et infirmières laïques, au dévouement desquels M. Mesureur a rendu un complet hommage. Il se bornait à spécifier que les établissements, créés en vertu d'une fondation stipulant les soins religieux, seraient desservis par des sœurs diplômées remplissant les fonctions de surveillantes et d'infirmières. Les partisans des sœurs vont, on le voit, au-devant des objections qui pourraient leur être opposées. Personne, même parmi les libres penseurs, ne conteste aujourd'hui l'esprit de sacrifice que les sœurs puisent aux sources de leur foi religieuse, mais on pouvait discuter sur leurs connaissances techniques. Si les sœurs, pour exercer leur mission, doivent être munies du même diplôme que les laïques pourquoi seraient-elles frappées d'interdit? Parce qu'elles sont sœurs? Mais l'Etat ignore cette qualité. Il les exclurait donc seulement à raison de leurs croyances spirituelles. Ce serait odieux.

Néanmoins la majorité du Conseil municipal n'a pas adopté la proposition de M. de Puymaigre, qui comprenait en outre la fondation d'un hôpital desservi par des religieuses, où les malades seraient admis sur leur demande.

Il n'a pas voulu que les indigents pussent bénéficier de l'émulation née de la concurrence entre infirmières d'origine différente. Il n'a pas davantage consenti à un referendum sur la question, mais il a adopté une motion de M. Galli tendant à allouer une subvention aux hospices libres, en vue d'y établir des lits qui seraient mis gratuitement à la disposition des malades désirant être soignés par des sœurs.

Ce vote est un premier pas dans la voie du libéralisme. Les

pauvres ont droit au respect de leurs croyances positives ou négatives en matière religieuse. Toutes les mesures ayant pour objet d'assurer leur satisfaction à ce point de vue sont dignes d'être approuvées par les hommes sincèrement imbus de leur devoir social. »

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La « Société de pathologie comparée », dont l'importance va sans cesse croissant surtout depuis le beau Congrès qu'elle a organisé voici tantôt deux ans, a tenu mardi 9 courant sa séance solennelle de chaque année. Cette séance, présidée effectivement par le professeur Calmette (de Lille), avait pour présidents d'honneur les ministres de l'intérieur, de l'instruction publique, de l'agriculture et du travail.

Le bureau pour 1914 a été ainsi constitué : M. le docteur Ch. Fiessinger, président; MM. Bissauge, médecin vétérinaire, et Triboulet, vice-présidents; M. Grollet, secrétaire général; M. Brocq-Rousseau, secrétaire adjoint; M. Demonchy, trésorier; M. Roéland, secrétaire des séances.

Un nombreux public assistait à la séance où l'on entendit d'intéressantes communications dont nous ne pouvons malheureusement donner que l'énumération.

MM. Calmette et Guérin (de Lille) ont démontré que la notion de l'immunité dans la tuberculose paraît être inséparable de celle de la présence de bacilles vivants supportés par l'organisme. M. Nattan-Larrier a communiqué les résultats de ses recherches sur le passage des trypanosomes dans le lait. Celui de la dourine passe 40 fois pour 100 chez la souris, le schizotrypanosome américain 100 fois sur 100 chez le cobaye.

Le professeur Achard a étudié les troubles de l'organisme dans l'assimilation des sucres, et le professeur Maignon (de Lyon), le traitement du diabète par le régime gras.

M. Mosny a exposé que pour lui la méningo-encéphalite saturnine est en réalité une manifestation de l'atteinte de l'écorce des centres nerveux par le plomb. M. Borrel a étudié la mélanose du cheval; M. Gellé (de Lille) a montré à l'aide de projections que les lésions des capsules surrénales dans le diabète sont d'ordre banal et ne sont en rien cause de l'affection. Le professeur Szecsi (de Francfort) a décrit un nouveau procédé de culture du treponema pallidum et le professeur Wasilewski (de Heidelberg) a fait une communication sur le rôle probable des parasites dans les phénomènes de croissance anormale.

Le soir, un banquet, où le représentant de la *Gazette des hôpitaux*, très aimablement invité par M. Ch. Grollet, le sympathique secrétaire général, a beaucoup regretté de ne pouvoir assister, réunissait les membres de la Société de pathologie comparée et les représentants des différents ministres.

LA PROTECTION DU SOLDAT DE VINGT ANS. — Dans sa dernière séance la Société de prophylaxie sanitaire et morale a voté, sur la proposition du docteur Granjux, la résolution suivante :

« La Société française de prophylaxie sanitaire et morale considérant, d'une part, que l'on vient d'avancer d'un an la date de l'incorporation des recrues, d'autre part, que plus les soldats sont jeunes, moins ils savent se défendre contre les embûches qui les entourent et les conduisent à la syphilis, à l'alcoolisme et au Conseil de guerre :

Estime qu'il est nécessaire d'aider les jeunes soldats à éviter ce péril.

Préconise dans ce but les trois moyens suivants :

1° Donner au soldat le moyen de conserver au quartier la petite valise, contenant ses affaires personnelles, qu'il est obligé sans cela de confier à un cabaret du voisinage, dont il devient ainsi le client forcé.

2° Assurer — surtout en ce qui concerne les casernes que l'on vient de construire — la stricte application de la mesure qui permet d'établir autour des établissements militaires une zone de protection morale, dans laquelle il est défendu d'ouvrir des cabarets.

3° Inviter la Croix-Rouge à établir — principalement dans les nouvelles garnisons — des maisons du soldat, où celui-ci peut passer ses heures de liberté en se croyant presque dans sa famille.

Décide que ces propositions seront présentées à M. le ministre de la Guerre, à M. le ministre de l'Intérieur, et aux trois Sociétés de la Croix-Rouge (Société de secours aux blessés, Association des Dames françaises, Union des Femmes de France). »

L'ÉPIDAURE ARTISTIQUE ET LITTÉRAIRE. — Sous le patronage du professeur Ch. Richet, de MM. Renaut, Beaunis, Maurice de Fleury et André Couvreur, il vient de se fonder à Lyon une société qui porte le nom d'*Epidaure artistique et littéraire*. Cette société se propose de grouper les médecins auteurs ou amateurs d'ouvrages artistiques et littéraires. Une revue qui portera son nom servira de lien entre les sociétaires, elle ne s'occupera que d'art et de littérature.

Toutes les communications relatives à la Société doivent être adressées à M. le docteur Giuliani, 61, cours de la Liberté, à Lyon.

LE CŒUR DE RACHEL. — La très intéressante pièce de M. Grillet, que l'Odéon joue en ce moment et qui trouve auprès du public un succès justifié, a remis à l'ordre du jour tout ce qui touche à la grande tragédienne Rachel. Or, dans sa Chronique théâtrale du *Temps* (lundi 8 décembre), M. Adolphe Brisson cite les lignes suivantes écrites par le docteur Czernicki par qui Rachel fut soignée à la fin de sa vie. « Rachel possédait la dangereuse faculté d'arrêter les battements de son cœur comme on retient sa respiration. Lorsqu'elle jouait *Adrienne Lecouvreur* elle tombait réellement en syncope. De là ses triomphes qu'elle a payés de sa vie. Cet acte antiphysiologique répété entraîna des lésions définitives. »

Nous ne reproduisons à notre tour ce passage qu'à titre d'actualité... rétrospective, l'impossibilité matérielle du fait étant évidente.

EMPIS

L'Académie de médecine est bien éprouvée depuis quelque temps. Après Poncet, Lucas-Championnière, Hérard, c'est aujourd'hui le vénérable docteur Empis dont nous avons à déplorer la perte. Empis appartenait à cette phalange de cliniciens et d'anatomo-pathologistes qui ont jeté un si grand lustre sur la médecine française vers le milieu du dernier siècle.

Fils de Simonis Empis membre de l'Académie française, notre confrère, né en 1824, fut nommé interne des hôpitaux en 1846, médecin des hôpitaux en 1856, agrégé en 1857 dans la même promotion qu'Hérard, Axenfeld et Chauffard père, membre de l'Académie en 1875, il en fut élu le président en 1895, il était officier de la Légion d'honneur.

Après plusieurs travaux qui avaient déjà attiré sur lui l'attention, Empis fit paraître, en 1865, sur la granulie, un ouvrage des plus importants qui devint en quelque sorte un livre classique.

Dans ce *Traité de la Granulie* qu'il sépare à tort de la tuberculose vraie, Empis a fourni une description clinique fort exacte de la phtisie. Les découvertes de Villemin qui survinrent peu après, les recherches d'Hérard et Cornil ramenèrent les esprits à la conception aujourd'hui adoptée que la découverte de Koch a définitivement établie.

Néanmoins la description clinique d'Empis reste merveilleuse et elle est encore citée dans la plupart des traités modernes.

Il faut aussi rappeler le travail d'Empis sur la fièvre puerpérale qui fait époque en ce sens que pour la première fois y fut posée la question de la contagiosité de la fièvre puerpérale.

Travailleur consciencieux, clinicien remarquable, malgré ses hautes qualités de savoir, d'honorabilité professionnelle parfaite, Empis était resté un simple et un modeste, un aimable et excellent confrère dont tous ceux qui l'ont connu garderont le meilleur souvenir.

A. BROCHIN.

DU ROLE DE LA SYPHILIS

DANS LA

PRODUCTION DES MALFORMATIONS FŒTALES

Par M. L. BABONNEIX.

Un intéressant article de MM. Rudaux et Le Lorier sur le rôle de la syphilis dans la genèse des malformations fœtales (1) nous remet en mémoire le cas d'une famille à laquelle nous avons été appelé plusieurs fois à donner nos soins, et où l'influence de la spécificité héréditaire se manifesta surtout par la production de malformations diverses.

*
* *

Observation. — Le jeune X..., âgé de quatre mois, est atteint de troubles digestifs qui l'ont amené au dernier degré de la cachexie.

Antécédents héréditaires. — Ses parents *semblent* très bien portants. Un frère aîné, actuellement en parfaite santé, aurait présenté jadis, quoique à un moindre degré, des accidents analogues : diarrhée, vomissements, érythème fessier.

Antécédents personnels. — Le jeune X... est né à terme. La grossesse avait été bonne; l'accouchement n'a été marqué par aucun incident particulier. L'allaitement a été donné au sein pendant deux mois; mais, dès les premiers jours, on avait observé que le bébé vomissait fréquemment et que ses selles contenaient des grumeaux de lait non digéré. On fit une analyse du lait qui montra un excès de beurre et de lactose. La diète hydrique, le bouillon de légumes ne produisirent aucune amélioration; bien plus, d'après les parents, ce dernier aliment aurait été vomi, au moins au début. Plus tard, lorsqu'on essaya d'alterner le lait et le bouillon de légumes, celui-ci fut gardé alors que celui-là était régulièrement rejeté. Au lait maternel, on substitue alors des laits industriels qui ne tardent pas à provoquer, eux aussi, des phénomènes d'intolérance. L'enfant est montré au docteur Hagenbach (de Bâle) qui conclut au spasme pylorique, bien qu'il n'y ait jamais eu ni tension intermittente de l'épigastre, ni ondes épigastriques, que les selles fussent régulières, que le lavage de l'estomac, pratiqué trois heures après le repas, ne ramenât rien et que l'intolérance gastrique ne se manifestât, somme toute, que pour le lait. Il prescrit des lavages quotidiens de l'estomac et conseille l'allaitement au sein d'une nourrice mercenaire, mais ce nouveau traitement échoue, et l'on doit recourir à la farine lactée qui semble réussir quelque temps.

Le professeur Hutinel est appelé à voir le bébé au début de novembre 1909; il constate les symptômes suivants : amaigrissement extrême, pâleur, estomac atone, mais non dilaté; il trouve le pylore légèrement contracté et conseille le képhir de lait d'ânesse, la pepsine, les bouillies maltées, les compresses chaudes sur le ventre.

Lors de notre premier examen, pratiqué le 12 novembre 1909, nous constatons les mêmes symptômes; par contre, aucun signe de tétanie; pas d'érythème fessier; pas de signes évidents d'hérédo-syphilis ou de tuberculose. Le képhyr n'est pas toléré ; le babeurre, que nous lui substituons, ne l'est pas mieux. Le bébé est mis à l'eau bouillie qu'il vomit. Les selles sont grumeleuses, glaireuses. Bientôt apparaît du muguet. Nous essayons alors du bromure à petites doses, puis de la belladone; nous procédons régulièrement à des lavages de l'estomac avec une solution alcaline, mais, malgré tous les traitements, la cachexie fait de rapides progrès et l'enfant prend l'aspect d'un véritable athrepsique; la fontanelle se déprime, la langue se sèche, les vomissements se répètent sans interruption, les membres inférieurs s'œdématient, la température centrale s'abaisse. Le docteur Frédet veut bien examiner l'enfant avec le professeur Hutinel et nous-même. Nous tombons d'accord sur la nécessité d'une intervention chirurgicale qui est pratiquée par le docteur Fredet le 28 novembre. On ne constate pas grand'chose de net, sinon un léger épaississement de la région pylorique. L'estomac paraît plutôt rétracté.

Le 29, l'enfant se refuse à s'alimenter. Les urines se suppriment, le facies devient cholérique. Malgré les injections de sérum et d'huile camphrée, malgré les lavements de sérum, la mort survient dans la nuit du 29 au 30.

En novembre 1912, nous sommes rappelé dans la même famille et nous apprenons que, depuis la mort du bébé, deux autres enfants sont nés : 1° une fillette, actuellement âgée de dix-neuf mois et très bien portante; 2° un petit garçon âgé de quinze jours qui pesait plus de 4 kilos (?) à la naissance, mais qui, vers le dixième jour, a fait une hémorragie intestinale abondante, et qui, de plus, présente des signes manifestes d'hérédo-syphilis : gros foie, grosse rate, épaississement des plis radiés. L'auscultation de la région précordiale décèle, chez lui, un souffle systolique rude, atteignant son maximum d'intensité à la partie moyenne du deuxième espace intercostal gauche, s'accompagnant, dans la même région, de vibrations appréciables à la palpation et se propageant dans le dos entre les deux épaules. Il survient, de temps à autre, des crises manifestes de cyanose. Donc, vraisemblablement, rétrécissement pulmonaire, avec peut-être persistance du canal artériel. En tout cas malformation congénitale du cœur. Au bout de quelques semaines, et bien que le traitement mercuriel ait été institué, l'enfant succombe à la cachexie. Or, notre excellent confrère, le docteur K..., nous donne, sur la famille, les renseignements suivants. Le grand-père paternel est *tabétique*; il a eu deux enfants : une fille morte à douze ans de *cyanose*; le père du petit malade. Le grand-père maternel est *syphilitique*; sa fille, qui est la mère des enfants dont nous venons de rapporter l'observation, a présenté, vers la puberté, des manifestations osseuses pour lesquelles le professeur Lannelongue a porté, sans la moindre hésitation, le diagnostic de *syphilis héréditaire*. On voit que nos malades ont été soumis à une double influence syphilitique, paternelle et maternelle, et que la spécificité héréditaire, quoique de seconde génération, a été encore assez virulente pour déterminer des accidents dystrophiques.

*
* *

En résumé, dans une même famille (voir ci-dessous) où l'influence syphilitique s'est exercée aussi bien du côté maternel que du côté paternel, nous trouvons, dans une première génération, un cas de cyanose; dans une seconde génération, sur quatre enfants,

(1) *Clinique*, 21 nov. 1913.

ARBRE GÉNÉALOGIQUE DE LA FAMILLE X...

Grand-père paternel *tabétique*. → Fille morte de *cyanose*. ; M. X...

Grand-père maternel *syphilitique*. → Mme X..., *hérédo-syphilis osseuse*.

M. X... et Mme X... → Garçon bien portant. ; Garçon mort de *malformation gastrique*. ; Fille bien portante. ; Garçon *hérédo-syphilitique* et présentant une *malformation congénitale du cœur*.

une malformation indéterminée de l'estomac et une malformation cardiaque. Ce cas mérite donc d'être rangé à côté de ceux qu'a rapportés tout récemment M. P. Nobécourt. Il montre que, comme le disent justement, après les professeurs Fournier et Gaucher, MM. Rudeaux et Le Lorier, « la syphilis joue un rôle incontestable dans la genèse des malformations fœtales ».

QUELQUES DONNÉES NOUVELLES SUR LA

DIATHÈSE URIQUE

DE L'INFLUENCE DE CERTAINS ALIMENTS SUR LA SOLUBILISATION DE L'ACIDE URIQUE

D'après les travaux du docteur M. HINHEDE (1).

Par M. ALFRED GOTTSCHALK.

Les théories sur la genèse et le traitement de la « diathèse urique » ont varié jusqu'à l'infini; rien qu'en ce qui concerne le traitement diététique, qui est toujours le reflet d'une conception théorique on a été du régime carné pur (Ebstein, 1882; Pfeiffer, 1883) jusqu'au régime végétarien le plus strict.

Une grave objection peut être adressée à ce dernier régime : les paysans russes, qui sont presque entièrement végétariens, les Hindous, qui le sont de la façon la plus absolue, présentent une prédisposition très nette à la lithiase urique.

La théorie la plus récente se fonde sur la doctrine des purines; elle admet qu'il existe pour chaque individu une production constante de « purines endogènes » et une élimination variable de « purines exogènes » dépendant de la teneur des aliments en substances puriques (nucléines). En prescrivant un régime dépourvu de purines on doit arriver à réduire la production de l'acide urique et des substances analogues à un minimum constant et vraisemblablement inoffensif.

Cette théorie, la plus généralement admise aujourd'hui, a cependant contre elle certaines expériences de nature à l'ébranler; Folin (2) et Mendel (3) ont montré que l'excrétion de l'acide urique n'est nullement constante, même chez un sujet soumis à un régime sans purines. Chez un sujet, Folin trouva, d'un jour à l'autre, des variations de 19 à 33 centigrammes; chez un autre sujet les variations furent de 36 à 62 centigrammes; ce dernier chiffre étant obtenu à la suite d'un régime d'œufs et de lait renfermant 19 grammes d'azote; si on changeait ce régime pour un autre, également dépourvu de purines mais composé d'amidon et de crème, le taux de l'acide urique descendait régulièrement, quelquefois de moitié. Mendel, de son côté, après avoir soumis un sujet à un régime de sagou, de sucre et de zwiebacks, constata qu'un repas de huit œufs (cependant dépourvus de purines) élève de 74 centigrammes la quantité d'acide urique, et cela dans les six heures consécutives.

D'après ces expériences, il semble donc assez vain de rechercher quel peut être le minimum d'acide urique endogène, et au cours de ses essais, le docteur Hinhede trouva fréquemment aussi de notables variations d'un jour à l'autre dans l'excrétion de cet acide, le régime restant constant. Cela montre, en tous cas, que pour tirer une conclusion pratique d'expériences de ce genre, il faut qu'elles aient porté sur un temps suffisamment long et non pas sur un seul jour.

Pfeiffer (1), partant du principe théorique que l'urine dissolvait d'autant mieux l'acide urique qu'elle renfermait plus d'urée, avait institué un régime fortement carné contre la diathèse urique. Il avait soumis à ce régime un sujet dont l'urine avait laissé déposer 29,5 p. 100 de l'acide urique qu'elle contenait; quelques jours plus tard, le même sujet ayant été soumis à un régime riche en hydrates de carbone (pain), son urine laissa déposer 46 p. 100 de l'acide urique qu'elle contenait. D'après quelques expériences de ce genre, Pfeiffer conclut que, chez les goutteux, il fallait éviter les hydrates de carbone, c'est-à-dire surtout le pain et les pommes de terre; il n'avait, à la vérité, pas fait d'expérience avec les pommes de terre, mais du moment que le pain se montrait nocif il admettait que les pommes de terre, plus riches en hydrocarbones que le pain, ne pouvaient que l'être davantage.

Les essais de M. Hinhede. — Au cours d'une série de recherches sur la digestibilité du pain et des pommes de terre, recherches qui furent poursuivies pendant un temps très long (2), M. Hinhede avait pu faire la remarque que, pendant le régime du pain, l'urine présentait tous les caractères d'une urine de « diathèse urique », qu'elle renfermait une grande proportion d'acide urique, lequel avait une forte tendance à précipiter; pendant le régime des pommes de terre, au contraire, l'urine présentait des propriétés tout opposées, non seulement elle ne laissait jamais l'acide urique se précipiter, mais encore elle était capable d'en dissoudre une quantité surajoutée; ces résultats furent retrouvés d'une façon constante, chaque fois que le régime comportait des pommes de terre, avec ou sans fraises et lait, l'urine présentait un pouvoir dissolvant considérable pour l'acide urique, alors qu'au cours d'un régime de pain, ou de pain avec un peu de lait, l'urine n'était plus capable de dissoudre un seul milligramme d'acide urique; au contraire, selon le phénomène bien connu des solutions sursaturées, l'adjonction de quelques cristaux d'acide urique déterminait un précipité plus ou moins abondant.

(1) M. HINHEDE. *Untersuchungen über den Einfluss einiger Nahrungsmittel auf die Löslichkeit der Harnsäure*, travail du laboratoire pour les recherches alimentaires, de Copenhague, in *Skand. Arch. f. Phys.*, 1912, t. XXVI et XXVII.

(2) FOLIN. *The Amer. Journ. of phys.*, t. XXII, p. 45.

(3) MENDEL. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1907.

(1) Emil PFEIFFER, *in* Penzold und Stinzing, *Hand. der spez. Therapie*, t. II, p. 36.

(2) Expériences dont le compte rendu a été donné in *Journ. de diététique*, 20 août 1913, p. 227.

Etant donné l'insuccès de presque tous les médicaments tour à tour proposés comme dissolvants de l'acide urique, la chose valait la peine d'être examinée de plus près.

Pour cela on prit chaque jour 200 centimètres cubes d'urine qu'on filtra et qu'on porta à l'ébullition puis qu'on ramena au volume primitif par adjonction d'eau distillée ; on en prenait 50 centimètres cubes qu'on introduisait dans un ballon taré et qu'on additionnait de 10 centigrammes d'acide urique ; le tout était mis une heure à l'étuve, à 37 degrés, dans laquelle le mélange était remué à plusieurs reprises. Au bout de ce temps l'urine était filtrée sur un filtre taré, le filtre et le ballon étaient lavés à deux reprises avec 20 centimètres cubes d'eau distillée, puis on pesait le ballon et le filtre après les avoir séchés à l'étuve ; la différence de poids donnait l'acide urique dissous ou précipité.

Essais avec les différentes sortes de pain. — Il s'agissait tout d'abord de déterminer si la forte précipitation d'acide urique observée était le fait du pain employé (pain noir complet, assez acide). On expérimenta avec du pain noir fermenté à l'aide de levures sélectionnées, avec du pain de farine blutée (seigle et froment à parties égales), avec du pain de Graham (froment complet) ; les résultats furent toujours les mêmes.

Dans une dernière période, on ajouta au pain de Graham une bouteille d'eau de Faching (recommandée en Allemagne dans la diathèse urique) ; cette addition ne modifia en aucune façon les résultats.

On peut donc conclure que la tendance à laisser précipiter l'acide urique est un caractère constant de l'urine, en cas de régime de pain quelle qu'en soit la sorte.

Essais avec le lait; influence de l'acidité de l'urine. — En ajoutant au pain une certaine quantité de lait on observe toujours un accroissement du pouvoir dissolvant; ceci présente un certain intérêt en ce que l'urine des malades soumis au régime des pommes de terre est très faiblement acide, à la limite de l'alcalinité, alors que l'urine de ceux qui sont au lait est beaucoup plus acide (moins cependant que celle du régime du pain); or, on a voulu faire jouer un rôle important à l'acidité de l'urine en ce qui concerne son pouvoir dissolvant de l'acide urique. Il faut encore mentionner que le lait donne une quantité d'urine beaucoup plus grande que les pommes de terre et que la quantité du dissolvant a une importance réelle dans ce phénomène de dissolution; nous verrons par la suite comment M. Hinhede a élucidé ce problème.

Essais sur différents sujets. — Les essais précédents avaient tous été faits sur la même personne; il fallait éviter l'objection qu'on était tombé sur un cas particulièrement favorable; aussi M. Hinhede entreprit-il des expériences de contrôle, de durée plus courte sur lui-même et sur ses deux assistantes. A son grand étonnement il avait remarqué que son urine ne possédait aucun pouvoir dissolvant pour l'acide urique bien qu'il vécût d'un régime extrêmement sobre, presque entièrement végétarien; de ses deux assistantes, l'une était végétarienne orthodoxe, l'autre vivait du régime mixte ordinaire.

Première période. — On commence par un régime de pommes de terre jusqu'à une teneur aussi constante et régulière que possible en acide urique.

Deuxième période. — Aux pommes de terre on ajoute une certaine quantité de fraises.

Troisième période. — Tout en conservant les fraises, on remplace les pommes de terre par du pain noir.

Quatrième période. — Retour en arrière ; on remplace à nouveau le pain noir par des pommes de terre.

Cinquième période. — Même régime avec addition de lait.

Sixième période. — Après un jour de pommes de terre, on passe à un régime très riche en viande, conçu à peu près selon les indications diététiques du docteur Pfeiffer.

Malgré leur régime différent, les trois sujets avaient de l'acide urique précipitable dans leur urine; au cours de ces essais ils se comportèrent de même en ce qui concerne l'acidité et le pouvoir dissolvant de leur urine ; les résultats, résumés ci-après sous forme de conclusions, concordèrent absolument avec ceux que l'on avait notés sur le sujet précédent.

Ce pouvoir dissolvant était toujours considérable dans toutes les périodes où les pommes de terre furent l'aliment principal et ce pouvoir dissolvant semble proportionnel à la quantité de pommes de terre ingérée ; l'adjonction de lait élève encore ce pouvoir dissolvant; le pain noir, sauf le premier jour, donne toujours de l'acide urique précipitable ; il en est de même avec la viande, sauf quelquefois le premier jour, et dans ce cas la quantité de précipité est considérable ; l'acidité semble être en raison inverse du pouvoir dissolvant.

*
* *

Ces expériences jettent une lueur sur certains points jusqu'ici obscurs et controversés, entre autres sur la valeur comparative des régimes carnés et végétariens ; en réalité il n'y a ici aucune différence entre les deux régimes, le pain, comme les pommes de terre, appartient au régime végétarien, or son effet est directement opposé à celui de ce légume ; nous comprenons pourquoi les paysans russes, qui travaillent quatorze à seize heures par jour en ne vivant que de pain et de graisse, avec un peu d'oignon, ont une tendance à la lithiase urique, tout comme les Hindous, dont le régime est également riche en céréales.

*
* *

De cette première série d'expériences on peut donc tirer les conclusions suivantes :

1° Le régime de pommes de terre donne une urine très faiblement acide, souvent à la limite de l'alcalinité. Cette urine montre un pouvoir dissolvant considérable pour l'acide urique, au point de pouvoir en dissoudre, à la température du corps, de 1g5 à 3g5 en plus de la quantité qu'elle renferme déjà.

2° Le régime lacté donne une urine plus ou moins

acide, possédant également un pouvoir dissolvant très grand pour l'acide urique. Cette urine peut dissoudre environ 2 grammes de cet acide en plus de la quantité qu'elle renferme.

3° Le régime de pain donne une forte tendance à la précipitation urique dans l'urine.

4° Le régime carné donne une urine très acide, avec le maximum de précipitation d'acide urique, pouvant atteindre 1 gramme par jour et davantage.

5° En ce qui concerne les fraises, les résultats ne sont pas aussi concordants ; leur action ne paraît pas très manifeste et le pouvoir dissolvant paraît dépendre surtout des aliments consommés en même temps.

6° Le régime « sans purines » n'est pas une protection contre la lithiase urique ; ce régime peut s'accompagner d'une forte précipitation d'acide urique.

7° C'est une erreur que de poser le diagnostic de « diathèse urique » d'après le sédiment observé dans l'urine. Ce sédiment est simplement le résultat du régime suivi dans la journée et pendant le jour précédent, chose qui n'a rien à voir avec une diathèse.

* * *

De l'influence de la quantité de pommes de terre ingérée. — Un nouvel essai, entrepris après les précédents, vint éclairer encore un point du problème. Le sujet en expérience fut, cette fois, M. Horace Fletcher, l'inventeur bien connu du système de mastication raisonnée qui porte son nom. On sait que ce système consiste à n'avaler une bouchée qu'après l'avoir réduite, par la mastication, à l'état de bouillie semi-liquide. Très intéressé par les expériences de M. Hinhede, il les suit de très près et séjourne souvent à Copenhague. A sa grande surprise, son urine renfermait de l'acide urique précipitable en quantité assez appréciable, bien que, par suite de l'excessive importance qu'il attache à la mastication il soit arrivé à une frugalité considérable. Le pain formait la base et la majeure partie de son régime. Soumis au régime de pommes de terre, la quantité d'acide urique précipitable diminua très sensiblement, mais cette précipitation ne disparut pas complètement comme cela avait eu lieu sur d'autres sujets. Très étonné de ce résultat discordant, M. Hinhede incrimina la faible quantité consommée (700 à 800 grammes par jour) ; ayant obtenu de M. Fletcher qu'il augmentât un peu sa ration, en la portant successivement à 900, 1400 et 1500 grammes, il vit qu'alors les résultats devinrent absolument concordants avec ceux fournis par les autres sujets.

Expériences avec d'autres aliments. — L'influence du pain et des pommes de terre sur la dissolution de l'acide urique étant établie, il s'agissait de voir si d'autres aliments possédaient des propriétés analogues. On s'adressa tout d'abord aux tomates, légume qui fut longtemps interdit aux goutteux, sur la foi d'analyses imaginaires.

Essais avec les tomates. — Le sujet fut soumis au régime de 1 kilogramme de pain, de graisse (margarine) et de 2k5 de tomates. L'urine doubla de quantité et son acidité s'abaissa de 40 p. 100. Pendant quelques jours on réduisit le pain à 600 grammes et le sujet consomma l'énorme quantité de 5 kilogrammes de tomates par jour. Dans la première série l'urine était capable de dissoudre 1g17 d'acide urique, dans la seconde, le pouvoir dissolvant atteignait 5g43 par jour (pour donner une idée de l'importance de ce chiffre, M. Hinhede fait remarquer qu'en un an l'urine serait capable de dissoudre 2 kilogrammes d'acide urique). Avec 5 kilogrammes de tomates, la quantité d'urine s'éleva à 3 litres et demi ; elle n'était plus que très faiblement acide à la phénolpthaléine et présentait même une réaction alcaline au tournesol.

En admettant même une influence spécifique des tomates, il faut cependant tenir compte de deux facteurs importants : l'augmentation de volume et l'abaissement de l'acidité de l'urine ; les expériences suivantes eurent pour but de déterminer la valeur réelle qu'on pouvait attribuer à ces deux facteurs.

Tout d'abord, pour apprécier la valeur dissolvante de l'eau pure, le sujet remplaça les 5 kilogrammes de tomates par 5 litres d'eau ; le pouvoir dissolvant baissa immédiatement de 1/5 ; l'urine était encore capable de dissoudre 1 gramme d'acide urique. Ceci nous montre la possibilité de laver le rein, à condition d'employer une quantité suffisante de liquide, mais il faut convenir qu'on doit éprouver une certaine difficulté à absorber ainsi 5 litres d'eau par jour ! Cela rappelle trop le supplice bien connu, usité au moyen âge !

Ensuite, pour apprécier l'influence de l'alcalinité de l'urine, le sujet fut mis à un régime moyen de pain (avec graisse), de un demi-litre de lait et de un litre et demi d'eau. Ce régime déterminait une urine de quantité assez faible, très acide, dont le pouvoir dissolvant se maintenait aux environs de zéro, tantôt un peu au-dessus, tantôt un peu au-dessous.

Au lieu d'eau pure on employa alors l'eau de Wiessbaden (*Wiessbadner Gichtwasser*), cette eau renferme, à côté de quelques autres substances minérales, 12 grammes de bicarbonate de soude et 10 grammes de chlorure de sodium par litre ; le sujet souffrit de la soif et fut obligé de prendre encore 200 centimètres cubes d'eau pure en plus des 1500 centimètres cubes d'eau de Wiessbaden. La quantité d'urine fut de 1500 centimètres cubes, son acidité diminua de un tiers (légère alcalinité au tournesol).

Le pouvoir dissolvant atteignit 2 grammes d'acide urique par jour, l'action de cette eau semble donc réelle, mais il y eut une ombre au tableau ; pendant les deux derniers jours, l'urine devint presque laiteuse et montra un abondant dépôt de phosphates calciques. S'il s'était agi d'un sujet atteint d'un calcul urique, il est fort probable que la légère dissolution superficielle eût été rapidement annihilée par un dépôt de sels calcaires et qu'il n'eût tiré aucun bénéfice d'une pareille cure, au contraire !

On essaya ensuite le bicarbonate de soude et le bicarbonate de potasse ; M. Hinhede employa ce dernier sel, moins usité en thérapeutique, parce que, théoriquement, les sels potassiques de l'acide

urique sont plus solubles que les sels sodiques et aussi parce que les pommes de terre renferment une notable proportion de sels de potasse (2k5 de pommes de terre renferment 14 grammes de potasse alors que 1 kilogramme de pain noir n'en contient que 4 grammes). L'expérience permit tout d'abord de constater qu'il n'y avait aucune différence d'action entre les sels de potasse ou de soude ; on en administra 5 grammes par jour, soit 1 gramme, cinq fois par jour, dans un grand verre d'eau (un litre et demi par jour), dose fréquemment prescrite aux goutteux.

L'acidité de l'urine diminua de moitié ; elle présenta un pouvoir dissolvant manifeste, mais très faible par comparaison avec l'urine du régime des pommes de terre, des tomates ou de l'eau de Wiessbaden.

Toujours dans le même dessein de contrôler ce qui revenait à la quantité du solvant, on chercha à réduire la quantité d'urine dans le régime des pommes de terres (ce régime donnait en moyenne 2 000 centimètres cubes, alors que le régime du pain ne donnait que 700 à 1 000 centimètres cubes d'urine). Au lieu de consommer telle quelle l'eau de cuisson des pommes de terre, sous forme de soupe, le sujet fit réduire ce liquide ; d'autre part, il diminua la quantité d'urine en se livrant à des exercices violents, déterminant une forte transpiration. Malgré cela l'urine du régime de pommes de terre garda encore un pouvoir dissolvant très considérable de 2 grammes d'acide urique par jour, en moyenne (au lieu de 3g5 sans réduction de liquide). Cette urine concentrée, à la suite du régime de pommes de terre, possède donc le même pouvoir dissolvant que l'urine obtenue après le régime de pain noir additionné de deux bouteilles (un litre et demi) d'eau de Wiessbaden, mais elle resta constamment claire et ne montra jamais de dépôt de phosphates. Le résultat est donc meilleur et aussi plus économique.

On passa alors à l'autre extrême ; pour obtenir avec les pommes de terre la même quantité d'urine qu'avec les tomates, le sujet consomma de nouveau 5 litres de liquide par jour (eau de cuisson des pommes de terre), ce qui amena sa quantité quotidienne d'urine à 4 200 centimètres cubes. Le pouvoir dissolvant atteignit alors à peu de choses près celui qui avait été observé avec les tomates (environ 5 grammes par jour), l'acidité fut également très voisine.

Essais avec des poires. — Au régime fondamental (pain noir, margarine, lait et eau) on ajouta pendant huit jours 2k5 de poires par jour. Le pouvoir dissolvant augmenta de 0g25 pendant les quatre premiers jours, de 1g25 pendant les quatre derniers jours, en même temps que la quantité d'urine augmenta et que son acidité s'abaissa, sans qu'on ait pu trouver une explication de cette différence.

*
* *

Les résultats obtenus peuvent donc se résumer de la façon suivante :

1° L'urine obtenue pendant le régime des tomates a un pouvoir dissolvant considérable pour l'acide urique. En plus d'une action spécifique des tomates, ce résultat est dû encore à deux facteurs secondaires : *a.* à la grande quantité d'urine, et *b.* à sa faible acidité.

2° La grande quantité d'urine joue un rôle indéniable ; l'addition de 5 litres d'eau à un régime de pain donne une urine qui non seulement ne précipite plus d'acide urique, mais qui est même capable d'en dissoudre une certaine quantité.

La même influence se fait sentir dans le régime de pommes de terre : avec peu d'eau l'urine dissout 1g94 d'acide urique, avec beaucoup d'eau elle en dissout 5g24.

3° Le rôle de l'acidité de l'urine est également prouvé, cela découle de la différence entre le pouvoir dissolvant de l'urine des tomates et celle obtenue après ingestion d'une quantité équivalente d'eau. La quantité est approximativement la même dans les deux cas, mais la première est trois fois moins acide et possède un pouvoir dissolvant cinq fois plus grand.

La même constatation résulte de l'emploi des alcalins ; on peut, par leur usage donner un pouvoir dissolvant, qui peut atteindre 2 grammes par jour, à l'urine du régime de pain.

Quelques essais avec un régime mixte. — S'il fallait soumettre des malades à un régime comportant 2k5 de pommes de terre ou 5 kilogrammes de tomates, on en trouverait peu qui voulussent accepter ; il serait tout aussi vain de tenter de supprimer le pain ; il faut donc combiner un régime plus acceptable, qui cependant ne donne pas lieu à une précipitation d'acide urique.

M. Hinhede s'adressa au régime suivant :

500 grammes de pain de Graham
1 000 grammes de pommes de terre
150 grammes de « Vegetabile Margarine »

auquel on ajoutait alors l'aliment en essai.

a. *Addition d'un demi-litre de lait.* — Le pouvoir dissolvant augmente nettement et monte de 0g85 à 1g37 et même à 2g53.

b. *Addition d'un demi-litre de lait et de 600 grammes de pommes.* — Le pouvoir dissolvant augmente encore.

c. *Addition de 600 grammes de pommes, abandon du lait.* — Le pouvoir dissolvant semble plutôt augmenter (coïncidence ?).

d. *Abandon des pommes.* — Le pouvoir dissolvant diminue nettement.

Pendant ces essais, la quantité d'urine fut de 1 500 centimètres cubes en moyenne (de 1 000 à 2 000 centimètres cubes) ; l'acidité, très faible, resta constante. Le pouvoir dissolvant oscilla entre 1 gramme et 1g50 d'acide urique par jour ; jamais il n'y eut de précipité.

Cependant la réaction de l'urine ne fut jamais alcaline, ce qui eût pu faire craindre une élimination de chaux.

L'addition de pommes (tout comme celle de poires, de fraises, et vraisemblablement de toute espèce de fruits) ne peut donc en aucun cas diminuer, augmente au contraire le pouvoir dissolvant de l'urine vis-à-vis de l'acide urique.

* * *

Un régime composé de pain, de pommes de terre et de fruits, si possible avec un peu de lait, paraît donc se rapprocher de l'idéal d'un régime pour goutteux ; un pareil régime est tout à fait supportable ; il a, de plus, l'heureux effet de diminuer les putréfactions intestinales et, par conséquent, de diminuer la production des toxines qui, au point de vue de la santé générale, jouent un rôle au moins aussi néfaste que les purines.

Cela n'est pas le cas du régime végétarien classique, composé de pois, de haricots, de lentilles, de choux, de salades, d'épinards, etc., qui donne lieu à de fortes fermentations intestinales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1913)

Une nouvelle réaction d'électrodiagnostic. L'espacement des secousses de fermeture. — M. E.-J. HIRTZ. Les réactions actuellement classiques en électrodiagnostic sont : 1° au point de vue quantitatif, l'hyperexcitabilité et l'hypoexcitabilité par le courant continu ; 2° au point de vue qualitatif, la réaction d'Erb, ou inversion des secousses de fermeture ; la réaction de Remak-Doumer, ou déplacement du point moteur vers le tendon du muscle ; la réaction de Rich ou inversion générale des secousses de fermeture et d'ouverture ; la réaction de Remak, ou lenteur de la secousse musculaire.

Il est une autre réaction qualitatrice sur laquelle personne n'a encore attiré l'attention et qui, cependant, présente un vif intérêt non seulement à cause de sa signification spéciale, mais aussi en raison de sa très grande fréquence. L'auteur l'a en effet rencontrée 84 fois sur 112 cas de polynévrite, soit dans une proportion de 75 p. 100. Il a pu constater son existence grâce à l'enregistrement graphique de l'électrodiagnostic, sous formes de tableaux d'ordonnées proportionnelles aux intensités du courant correspondant au seuil de l'excitation musculaire.

Voici en quoi consiste la nouvelle réaction. Dans l'électrodiagnostic normal, les deux secousses de fermeture négative et positive présentent un écart pouvant varier de 1 à 4 milliampères, le plus souvent de 2 à 3. Il y a *espacement des fermetures* lorsque cet écart augmente ; il prend alors des valeurs très diverses échelonnées de 5 à 50 milliampères, avec une moyenne de 6 à 9 milliampères.

La secousse de fermeture est alors fréquemment de valeur *faible* ; d'autres fois elle est relativement élevée, mais alors l'écart respectif s'accroît.

Comment se répartit cette réaction sur les régions examinées ? Il est extrêmement rare qu'elle affecte la totalité des nerfs et des muscles ; le plus souvent elle se manifeste seulement sur quelques-uns d'entre eux, sans ordre, ni symétrie ; quelquefois même on n'en rencontre qu'un seul exemplaire pour tout un électrodiagnostic. Elle se rencontre de préférence sur les membres inférieurs, de beaucoup les plus touchés par les lésions névritiques, mais on peut la constater aussi sur les membres supérieurs et quelquefois sur eux seuls à l'exclusion des membres inférieurs.

Influence des émanations radioactives sur la végétation. — MM. STOKLASA et V. ZDOBNICKÝ montrent que les émanations radioactives à faible dose exercent une influence favorable sur le développement des plantes, la mécanique des échanges gazeux, la floraison, la fécondation et, au total, sur le poids des récoltes. Des doses trop fortes arrêtent, au contraire, la poussée et paraissent être l'origine des formations toxiques dans la chlorophyllose.

Etude histologique de la destruction des acini dans les glandes salivaires chez les animaux rabiques. — M. V. MANOUÉLIAN.

Sur une soi-disant variation biochimique du ferment lactique bulgare. — M. F. DUCHACEK.

Sur un nouveau milieu de culture éminemment propre au développement du gonocoque. — MM. Auguste LUMIÈRE et Jean CHEVROTIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1913)

Un cas de dipylidium caninum. — M. BLANCHARD communique un nouveau cas de dipylidium caninum observé chez un enfant. C'est le sixième des cas relevés en France. La littérature médicale en contient soixante-sept observations. Quoi qu'il en soit, M. Blanchard estime que les accidents déterminés par ce parasite ne sont pas aussi rares qu'on le croit et qu'il y aurait lieu de revenir sur les mesures prophylactiques qu'il a déjà proposées en 1904 à l'occasion d'un cas semblable.

Après avoir rappelé l'évolution du parasite transmis du chien ou du chat à l'enfant par l'intermédiaire de la puce et les accidents infectieux graves qui en résultent, M. Blanchard pense qu'il y a lieu d'appeler l'attention des mères de famille sur les dangers que présentent le chat et surtout le chien domestiques au point de vue du tænia, de la rage, de la tuberculose et du dipylidium caninum.

Ostéomyélite mycosique. — M. REYNIER, en son nom et au nom de M. Chifoliau, communique un cas d'ostéomyélite mycosique, observé chez une jeune femme, et qui avait été pris d'abord pour un sarcome du fémur puis pour une lésion tuberculeuse. Depuis trois ans cette femme souffrait de la cuisse et on constata l'existence d'une grosseur sur le fémur. On crut d'abord à un sarcome, on prit la radiographie et on fit alors le diagnostic de tuberculose. On incisa, on trépana l'os et on amena du pus. On examina ce pus au microscope et on fit des cultures. De ces examens, il résulta qu'on avait affaire à une infection mycosique. On donna l'iodure de potassium et la malade guérit.

M. Reynier conclut de ce fait que, chaque fois qu'on croit avoir affaire à une lésion tuberculeuse des os, il faut recourir à l'histologie et aux cultures avant d'affirmer le diagnostic de tuberculose.

Ictère chronique par rétention d'origine syphilitique. — M. CASTAIGNE communique deux cas de ce genre. Il s'agissait d'ictère chronique par rétention dû à une compression du cholédoque par des gommes syphilitiques. Un traitement antisyphilitique a amené la guérison sans qu'il ait été nécessaire de recourir à l'intervention chirurgicale.

Il faut conclure de ces faits que dans les cas d'ictère chronique par rétention, il faut toujours rechercher la syphilis par les moyens cliniques et les moyens de laboratoire avant de recourir à une opération chirurgicale, ces cas guérissant très bien sous l'influence d'un traitement antisyphilitique.

La loi sur la vaccination est-elle appliquée? — Telle est la question que se pose M. CAMUS qui apporte des documents statistiques tendant à prouver qu'au moins dans un certain nombre de départements l'application de la loi du 15 février 1902 n'est pas observée.

M. Camus commence par démontrer l'accroissement des vaccinations marchant de pair avec la diminution de la mortalité par la variole. D'après les statistiques, il aurait été pratiqué plus d'un million de vaccinations en 1911 et plus d'un million cinq cent mille en 1912. La mortalité par la variole, dans ce même temps, aurait été de 207, puis de 171, puis de 70.

Etudiant ensuite la répartition des vaccinations par département, M. Camus signale que, si dans certains départements le nombre des vaccinations a été toujours croissant, dans 7 départements, en particulier, ce nombre des vaccinations a toujours été en décroissant.

Il ressort de ces faits que la vaccination obligatoire n'est pas appliquée comme elle devrait l'être et qu'il y aurait lieu de prendre des mesures pour mieux assurer son application.

Sinalgie propeladique du trijumeau. — M. Jacquet présente une malade très intéressante en ce sens qu'atteinte d'une sinalgie d'origine dentaire avec douleur en écho sur le côté opposé de la tête, elle a vu apparaître une plaque peladique correspondant exactement au point où se produisait cette douleur en écho. Cette pelade est aujourd'hui en pleine voie de guérison.

Essai sur des membranes lipoïdes artificielles. — M. Fourneau lit un travail sur ce sujet.

Vente des substances vénéneuses. — La plus grande partie de cette séance a été consacrée à la discussion du rapport de M. Lucet sur la réglementation et la vente des substances vénéneuses.

Un amendement important, peut-être un peu abusif, a été voté sur la proposition de M. Fernet.

La même rigueur sera imposée aux pharmaciens pour la vente des substances du tableau B (substances dangereuses) que pour celle des substances du tableau A (substances vénéneuses).

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(séance du 4 décembre 1913)

Troubles radiculaires après une commotion électrique. — M. Robert. Il s'agit d'une téléphoniste qui, après un choc électrique, présente, dans le domaine du plexus brachial, des troubles à topographie radiculaire sans signes oculo-pupillaires, alors qu'en pareil cas on ne constate d'habitude qu'un ébranlement nerveux sans signes de lésion organique.

Etude expérimentale sur les relations entre l'hypophyse et les organes génitaux. — MM. Camus et Roussy montrent plusieurs chiens, adultes et jeunes, auxquels ils ont enlevé, par voie palatine, l'hypophyse, sans observer ensuite rien de bien notable du côté testicule et fonctions génitales. Au contraire, existe une atrophie nette dans deux cas où les lésions produites par cautérisation ont notablement dépassé l'hypophyse, comme le prouve l'apparition de troubles nerveux. Ceci fut accidentel dans le premier cas; dans le deuxième on s'est efforcé d'agir sur les parties entourant l'hypophyse, en respectant celle-ci le plus possible. L'animal présenta après l'intervention une polyurie de 5 litres environ.

Sur un cas de syndrome bulbaire. — MM. Dufour et Thiers montrent une malade syphilitique (réaction de Wassermann positive dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien, lymphocytose et hyperalbuminose de ce liquide) présentant le syndrome bulbaire vrai sans troubles psychiques et avec paralysies bulbaires, chez laquelle existent le rire et le pleurer spasmodiques qu'on attribue généralement au syndrome pseudo-bulbaire.

Compression très accentuée de la moelle. Réflexes cutanés de défense exagérés. Absence d'incontinence sphinctérienne. — M. Souques montre un enfant atteint de mal de Pott avec, dans le liquide céphalo-rachidien, hyperalbuminose sans lymphocytose. Il existe une paraplégie avec rétractions musculo-tendineuses rendant difficile l'appréciation des réflexes rotuliens, qui semblent exagérés, avec phénomène controlatéral, signe de Babinski. Anesthésie complète, superficielle et profonde. Les réflexes cutanés de défense sont nettement exagérés. Malgré l'intensité de la compression, et bien qu'il ne persiste aucune sensation de ce côté, il n'existe pas d'incontinence des sphincters; au contraire, le malade urine par regorgement lorsque la vessie est pleine.

Myasthénie bulbo-spinale. — M. Souques. Malade de trente-cinq ans avec myasthénie nette. L'intérêt réside en l'existence de troubles psychiques et en l'insuccès complet de l'opothérapie surrénalienne, malgré quatre mois de traitement.

Dysostose cléido-claviculaire. — MM. Crouzon et Chatelin. A partir du sixième mois de son existence, l'enfant a commencé à présenter le crâne en tour classique avec dépression au sommet. On trouve, en outre, des troubles oculaires avec début de névrite optique. L'affection est héréditaire.

Tumeur cérébrale opérée. — MM. de Lapersonne et Velter montrent à nouveau le malade qu'ils ont déjà présenté en janvier (v. *Gaz. des hôpit.*, 1913, p. 124). L'extirpation d'un volumineux angio-sarcome fronto-pariétal, faite il y a dix-huit mois par M. de Martel, a déterminé l'arrêt des symptômes. Le seul signe localisateur était la stase papillaire prédominante du côté de la tumeur.

Tuberculose du rocher. Compression unilatérale des nerfs craniens. — M. Chatelin présente une jeune femme atteinte d'ostéite bacillaire de la jambe, et qui a souffert, à deux reprises, à quelques mois d'intervalle, de douleurs mastoïdiennes avec paralysie du même côté des nerfs craniens, en particulier les sixième et septième paires. Réaction de Wassermann négative.

Paralysies multiples des nerfs craniens. — M. Chatelin. Syphilis. Phénomènes méningés améliorés par le traitement spécifique. Dans le décours apparurent des paralysies atteignant en particulier les deux faciaux, le trijumeau et l'hypoglosse, avec atrophie de la langue.

Election de membres titulaires. — Onze membres nouveaux ont été élus. En voici la liste par ordre alphabétique : MM. Babonneix, Baudouin, Camus (Jean), Clunet, Foix, Jumentié, Lortat-Jacob, de Martel, Sainton, Vincent (Clovis), Valensi.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 6 décembre 1913)

Application de la méthode de Grimbert à l'étude de l'acidité urinaire chez les tuberculeux. — MM. H. Labbé et G. Vitry ont appliqué la méthode de MM. Grimbert et Morel qui permet d'obtenir facilement un chiffre d'acidité réelle en corrigeant les erreurs dues aux sels ammoniacaux et aux sels de chaux. Ils ont constaté ainsi que l'acidité réelle est faible chez les tuberculeux et décroît régulièrement de la première à la troisième période de la maladie; il en est de même de l'acidité due aux phosphates. Quant à l'activité organique, calculée par ce procédé, elle semble constituer une part de plus en plus importante dans l'acidité totale à mesure que les lésions s'aggravent.

Sur les propriétés d'un lipoïde (II B d) extrait de la partie corticale des capsules surrénales. — M. H. Iscovesco. Le

lipoïde II B d, qu'il a extratt de la partie corticale des capsules surrénales, injecté à des animaux, excite considérablement les capsules qui triplent de poids et de volume et un peu les reins et le foie. Il excite aussi fortement les glandes cutanées. Il n'a aucune action sur le cœur; tout différent en ceci d'un lipoïde homologue extrait de la partie médullaire. 1° Injecté à l'homme à la dose de 2 à 5 centimètres cubes en solution huileuse, il produit une accélération importante du pouls accompagnée d'une diminution de la tension artérielle. Les deux phénomènes sont parallèles et disparaissent au bout de quelques heures. 2° Dans 60 p. 100 des cas, on observe chez les individus ainsi traités une sudation abondante qui peut durer plusieurs heures. Cette sudation est plutôt nocturne. Ce phénomène tient à une excitation particulière de la peau et donne l'explication des sueurs nocturnes des phtisiques et de certaines infections, expliquée par une excitation de la partie corticale des capsules surrénales. Chaque fois qu'il y a, chez un phtisique ou un infecté, des sueurs nocturnes pendant la vie, on devra trouver à l'autopsie des traces d'excitation de la partie corticale des glandes surrénales. La pigmentation cutanée des addisoniens tient à cette même excitation. 3° Injecté à l'homme, à doses plus petites, il produit une augmentation de l'aptitude au travail, une augmentation des forces, un sentiment de bien-être utilisable dans les affections cachectisantes.

Dissociation des substances hémolysantes et antihémolytiques par la méthode « des hématies sensibilisées et lavées ». — MM. A. Gilbert, E. Chabrol et Henri Bénard. Si l'on place des globules rouges de chien au contact du suc de rate correspondant et qu'on maintienne le contact durant un laps de temps insuffisant pour que l'hémolyse se produise, il est aisé de reconnaître que ces globules rouges qui n'ont pas encore perdu leur hémolysine sont cependant des globules sensibilisés.

Soigneusement lavés et remis à l'étuve dans de l'eau chlorurée, ils hémolysent d'une façon plus rapide et même plus intense que les globules témoins qui ont continué à séjourner dans le suc de rate. Il semble donc que le lavage et la centrifugation aient eu pour résultat d'éliminer les substances antagonistes de l'hémolyse qui sont normalement contenues dans tout extrait splénique et ceci, sans modifier en rien la substance hémolysante qui s'était préalablement fixée sur les hématies. Les auteurs rappellent cette expérience qu'ils ont déjà signalée et interprétée dans leurs publications antérieures et ils la rapprochent des intéressantes observations de MM. Widal et Weissenbach, Weil et Chevallier, Widal, Abrami et Brissaud; sur les antihémolysines des sérums humains.

Interruption temporaire de la circulation dans les deux veines rénales. — Contrairement aux expérimentateurs précédents qui ont vu la mort survenir avec accidents convulsifs, chez le chien, après compression bilatérale des veines rénales pendant dix minutes, MM. L. Morel, E. Papin et H. Verliac n'ont pu reproduire ces accidents. Ils n'ont observé, après interruption temporaire de la circulation rénale, bilatérale et prolongée dix minutes aucun trouble général ou fonctionnel. En sacrifiant les animaux opérés ils n'ont constaté qu'une congestion momentanée du rein, ainsi qu'une congestion du foie avec infiltration graisseuse inconstante.

Bases expérimentales de la sérothérapie antigonococcique. — MM. R. Debré et J. Parof sont parvenus à obtenir un sérum antigonococcique bactéricide, polyvalent. Pour pouvoir s'assurer de l'activité thérapeutique de ce sérum et en titrer l'activité, ils se sont efforcés de réaliser chez l'animal une infection à gonocoques à évolution régulière.

En injectant II à IV gouttes d'une émulsion dans l'eau salée d'une culture sur gélose ascite de 36 h. de gonocoques récemment isolés dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin, les auteurs ont réalisé à tout coup une ophtalmie purulente d'une extrême gravité. Celle-ci évolue en un mois environ et se termine par l'atrophie du globe oculaire.

Or, en pratiquant des injections répétées de leur sérum antigonococcique, les auteurs ont pu arrêter l'évolution de la panophtalmie et vu les lésions régresser. Au bout d'un mois, les animaux traités ne présentent plus que les cicatrices des injections alors que les témoins présentent une phtisie de leur globe oculaire.

L'injection dans la chambre antérieure d'un mélange de gonocoques et de sérum antigonococcique ne produit qu'une lésion légère et passagère.

Ces résultats ne sont pas dus aux propriétés bactéricides du sérum normal, puisque, si on traite une panophtalmie gonococcique par du sérum de lapin normal, les lésions évoluent comme chez les témoins non traités.

Les auteurs indiqueront dans des notes ultérieures le mode de préparation de leur sérum antigonococcique, les expériences faites sur le singe et les premières tentatives d'application à l'homme.

Bacillémie tuberculeuse au cours de l'infection expérimentale du cobaye. — MM. Massol et Breton. Au cours de l'infection expérimentale du cobaye par voie sous-cutanée, la bacillémie se manifeste bientôt; elle est d'autant plus intense et précoce que les bacilles employés sont plus virulents ou employés à doses plus massives.

— Autres communications :

Sur le rôle thermogène des organes splanchniques. Influence du curare. — M. Magne.

Démonstrations cinématographiques des phénomènes nucléaires de la division cellulaire. — MM. Comandor et Jolly.

Contribution à l'étude des antigènes artificiels dans la réaction de Wassermann. — M. Sagastume.

Sur la leucocytose digestive. — M. Manoukhine.

Jeu compensateur des concentrations uréiques et chlorurées dans l'élimination urinaire. — M. Chaussit.

Echanges respiratoires en milieux secs ou humides. — M. Socor.

VARIÉTÉS

LE SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE PENDANT LA DEUXIÈME GUERRE BALKANIQUE

Seconde conférence de M. le professeur agrégé Reverchon (du Val-de-Grâce).

Samedi dernier a eu lieu, au Val-de-Grâce, la seconde et dernière conférence de M. le médecin-major et professeur agrégé Reverchon, sur les enseignements de la deuxième guerre balkanique au point de vue de l'organisation du service de santé. Cette conférence a naturellement obtenu le même succès que la précédente (1), et nous allons essayer d'en analyser ici la substance.

L'étude faite par l'orateur a porté uniquement sur l'évacuation des blessés serbes et l'hospitalisation sur place au cours de la seconde guerre.

Envisageant tout d'abord le principe directeur du service de santé serbe et du commandement, M. Reverchon a montré que ce principe a été variable suivant les circonstances, et dépourvu de rigidité même en cas de retraite; aussi, de part et d'autre, Serbes et Bulgares se sont-ils félicités d'avoir abandonné leurs blessés graves à l'ennemi plutôt que de leur imposer un transport qui les eût certainement tués.

Les conditions d'exécution ont été particulièrement défec-

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1913, n° 129, p. 2052, et n° 132, p. 2099.

tueuses, en raison des pertes élevées, de la nature du terrain, de l'épidémie de choléra et de la pauvreté du pays macédonien ruiné par la guerre et la réquisition. Il est d'ailleurs bien entendu que dans de pareilles conditions l'évacuation précoce et totale n'a pas été un procédé de choix mais un moyen imposé par la nécessité.

Ce premier point établi, le conférencier a donné un aperçu rapide accompagné de nombreuses projections, des conditions d'évacuation sur route et par chemins de fer. L'évacuation sur route, au moyen de voitures mal aménagées, a été un supplice malheureusement trop prolongé pour les blessés et elle a favorisé puissamment le développement de l'infection.

Par contre, l'armée serbe a tiré le meilleur parti possible d'un réseau ferré très mal conditionné. Elle a poussé hardiment le train militaire aussi loin que le rail l'a permis, et les wagons de ses trains sanitaires peuvent servir de modèle au service de santé français. A ce point de vue M. Reverchon a longuement insisté sur les avantages qu'il y aurait, par une entente facile entre les Compagnies de chemins de fer et les services militaires compétents, à faire bénéficier nos blessés des multiples perfectionnements apportés dans ces dernières années à la construction des wagons de voyageurs. Une meilleure suspension, un éclairage, une ventilation et un chauffage réglables, une circulation facile du blessé, de l'infirmier et du médecin, permettraient dans ces trains hôpitaux improvisés un traitement rationnel et un triage parfait.

L'orateur a passé alors en revue chaque catégorie de blessés, en s'efforçant de déterminer pour chacun d'eux quelles devraient être à l'avenir l'heure de départ et les conditions d'évacuation capables de diminuer pour lui les risques d'infection. Evoquant le défilé des blessés à l'hôpital d'Uskub, M. Reverchon a conclu de cette partie de son étude que l'évacuation des blessés doit être échelonnée et que l'ordre de départ de l'ambulance doit être celui de l'arrivée dans cette formation. On a vu ainsi défiler la série des blessures aux mains, qui ont pu faire croire à tort à des mutilations volontaires, la série impressionnante des traumatismes craniens, et, pour terminer, la série des fractures du rachis amenées dans le dernier convoi parce que les infortunés qui en étaient atteints demeuraient les derniers sur le champ de bataille.

Echelonnée dans le temps l'évacuation doit l'être aussi dans l'espace, et le conférencier nous a montré sur la carte les trois ordres d'établissements hospitaliers où les blessés seront soignés suivant le caractère de leurs blessures. Le premier échelon, c'est l'ambulance immobilisée. Les Serbes n'ont pu en raison des circonstances lui donner l'ampleur désirable, mais la souplesse de notre règlement, l'interchangeabilité de nos formations, la perfection de notre matériel actuel nous permettront, dès cet échelon, de faire de bonne chirurgie et Phocas a vu fonctionner pendant la guerre d'Epire, à une heure de la ligne de feu, un centre hospitalier aménagé avec le matériel français qu'il compare aux meilleures installations hospitalières modernes.

Le deuxième centre c'est Uskub, bien aménagé et pourvu d'un matériel et d'un personnel chirurgical suffisants. L'activité chirurgicale y fut énorme, bien que portant uniquement sur des opérations urgentes et conservatrices. Malheureusement les blessés arrivent trop tard, le troisième ou le quatrième jour, à ce centre hospitalier, et dans nos prévisions pour l'avenir il y aurait lieu de rapprocher du front les organisations hospitalières de cet ordre.

Le troisième centre c'est Belgrade, où un corps chirurgical éminent serbe et étranger s'adonne à la chirurgie réparatrice : sutures de nerfs, opérations osseuses prothétiques et surtout cure de lésions vasculaires par la suture bout à bout ou latérale. M. Reverchon a fait sans restrictions l'éloge de ce centre hospitalier qui a groupé dans des installations confortables 12000 blessures graves, et partant de ce fait il s'est déclaré partisan de la concentration des blessés dans des centres hospitaliers identiques qui seraient nos grandes villes universitaires du territoire. Dans ces conditions la dispersion ne se fera qu'après, quand le blessé n'a plus besoin de soins journaliers. A ce moment il sera bon d'imiter l'exemple des Serbes et d'envoyer cet homme dans son pays où il recevra, avec une indemnité journalière, les soins de dispensaires annexés aux petits hôpitaux auxiliaires des villes de province, trop peu importants pour avoir une action chirurgicale sérieuse.

En terminant, le professeur agrégé Reverchon a rendu hommage au zèle et au dévouement des missions et des infirmières des divers pays. Parmi ces dernières il n'en est pas qui possèdent les qualités techniques et morales de l'infirmière française, ainsi que l'orateur a pu le constater nettement à Uskub. Aussi, et c'est là une opinion du conférencier que nous nous bornons à reproduire, M. Reverchon a-t-il regretté, avec tous les Français de Serbie, l'abstention de la Croix-Rouge française pendant la deuxième guerre balkanique et sa faible participation à la première, au moins en Serbie.

Les deux conférences de M. le professeur agrégé Reverchon ont eu, nous le répétons, beaucoup de succès ; nous regrettons de n'avoir pu en donner qu'un trop court résumé, et nous remercions vivement M. le médecin inspecteur Mignon, directeur du Val-de-Grâce, d'avoir bien voulu nous convier à les entendre. A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

CHANCRE MOU

DÉFINITION. — Le chancre mou est une affection constituée d'emblée par un ulcère du derme, contagieuse par inoculation, non infectante et auto-inoculable, due au bacille de Ducrey.

ÉTIOLOGIE. — Le chancre mou naît d'un autre chancre mou par contagion immédiate ; une excoration épidermique paraît indispensable à son inoculation ; il occupe le plus souvent les organes génitaux ; il en existe cependant d'extragénitaux. On a longtemps discuté autrefois sur sa parenté avec le chancre syphilitique (théorie uniciste et dualiste). Les acquisitions bactériologiques concernant les deux chancres (bacilles de Ducrey et tréponèmes) ont réduit à néant les théories unicistes ; toutefois nous montrerons que les deux virus peuvent coexister chez un même individu (*chancre mixte de Rollet*).

Expérimentalement, il est très facile d'obtenir le chancre mou, par simple piqûre de la peau à l'aide d'une aiguille trempée dans le pus ; dès le troisième jour apparaît une vésicule qui bientôt se rompt et prend l'aspect caractéristique du chancre mou.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le chancre mou est représenté par une ulcération avec destruction de l'épiderme sectionné brusquement sur ses bords ; la surface est infiltrée de nombreuses cellules de pus ; les vaisseaux sont dilatés ; la trame conjonctivo-élastique du derme se nécrose et s'élimine à la superficie du chancre ; le derme subit toujours une perte de substance qui entraîne une cicatrice. Le bacille du chancre mou, *bacille de Ducrey*, se trouve facilement dans le pus, qui recouvre le chancre ; c'est un bacille petit, court, avec des extrémités arrondies et un espace clair à sa partie moyenne ; il se décolore par le Gram ; dans le tissu du chancre, il s'enfonce assez profondément entre les faisceaux du tissu conjonctif ; la culture de ce bacille est difficile et ne peut se faire que sur un milieu spécial (Bezançon, Griffon et L. Le Sourd).

SYMPTOMATOLOGIE. — L'*incubation* du chancre mou a une durée extrêmement courte ; dès le deuxième jour de la contamination, on observe de la rougeur puis apparaît une vésicule purulente qui cache l'ulcération du derme.

La période d'état est constituée par le stade d'*ulcération*. Si le chancre siège dans un pli cutané ou muqueux, il est fissuraire ; sinon il est irrégulièrement ovalaire ; ses bords sont sinueux, taillés à pic, décollés ; dans les chancres étendus, il se produit des fusées purulentes très profondes ; la peau est enflammée ; le fond du chancre est irrégulier, anfractueux ; le pus est abondant, concrété en croûtes jaunâtres ; la base d'implantation du chancre est molle, pâteuse, sauf si le chancre a été cautérisé par des substances caustiques ; il

saigne assez facilement ; il est douloureux. L'extension du derme en profondeur est assez variable ; elle peut aller parfois jusqu'à l'hypoderme ; assez souvent le chancre s'étend en surface.

Lorsque la *phase de réparation* commence on voit le fond de l'ulcère bourgeonner, les bords se recoller, le pus se tarir peu à peu. La cicatrisation est lente et demande dans les chancres moyens de vingt à trente jours, quelquefois beaucoup plus si le chancre n'est pas traité ; la cicatrice est toujours apparente.

Un caractère important du chancre mou est sa *multiplicité* qui est due en réalité le plus souvent à des auto-inoculations.

Il existe de *nombreuses variétés* de chancre mou ; on décrit un *chancre exulcéreux*, très peu profond et à bords peu décollés, un chancre *folliculaire*, acnéiforme qui peut simuler une folliculite siégeant à la base des poils, un chancre *vésiculeux*, herpétiforme dans lequel la vésicule persiste assez longtemps ; un chancre *papuleux*, un chancre *phlegmoneux*, diphtéroïde.

Les caractères du chancre mou varient un peu suivant le *siège* du chancre. Chez l'homme, les chancres mous occupent le plus souvent la rainure préputiale, le frein qu'ils perforent, les bords du prépuce où ils sont très souvent fissuraires ; ils peuvent siéger aussi dans la fosse naviculaire ; ils s'accompagnent alors d'une abondante suppuration qui simule la blennorragie. Chez la femme, le chancre siège à la fourchette, aux petites lèvres, au clitoris, aux grandes lèvres, à la face interne des cuisses où il prend la forme de folliculites chancreuses.

Une localisation très fréquente est l'*anus* ; le chancre débute par une ulcération siégeant au niveau des plis radiés ; il prend l'aspect dit en feuillets de livre (Fournier). Cette ulcération se complique d'une lésion très spéciale, le *condylome*, véritable tumeur venant faire saillie au pourtour de l'anus. A cette période, il existe de la douleur au moment de la défécation, parfois une véritable sténose se constitue. Le chancre mou de l'anus peut se propager au canal anal donnant lieu à des ulcérations très douloureuses ; exceptionnellement il existe des chancres du rectum.

Le chancre du vagin est assez rare ; au niveau du col utérin le chancre prend un aspect diphtéroïde. Il faut signaler comme rareté le chancre des doigts, de la mamelle, etc.

COMPLICATIONS. — HÉMORRAGIES. — Lorsque l'ulcération atteint un vaisseau assez volumineux, on peut observer des hémorragies abondantes et *répétées*.

LYMPHANGITE, BUBON. — La complication la plus fréquente est l'*adéno-lymphangite* ; il est presque constant de voir l'un des ganglions correspondant au chancre, s'enflammer, se ramollir, puis s'abcéder ; au point où l'abcès s'est ouvert, se développe un nouveau chancre ; dans le pus on retrouve souvent le bacille de Ducrey ; parfois cependant on ne retrouve pas ce bacille et l'inoculation du pus reste négative. Le plus souvent il s'agit d'un bubon inguinal, de volume assez considérable, très douloureux, que l'on est obligé d'inciser et qui bien rarement se résorbe spontanément. L'inflammation ganglionnaire résulte le plus souvent de la pullulation du bacille de Ducrey dans le ganglion ; il s'agit alors d'un *bubon chancrelleux* ; parfois il peut s'agir d'inflammation secondaire par des microbes banaux ; une fois le bubon ouvert, s'il s'agit d'infection chancrelleuse, ou si secondairement se réalise l'infection chancrelleuse, on voit les bords de l'abcès prendre tous les caractères du chancre mou, avec bords jaunâtres, anfractueux, décollés, etc. ; des complications peuvent se produire, hémorragies, phagédénisme, décollements étendus, etc.

PHAGÉDÉNISME. — Le phagédénisme du chancre peut être le fait du bacille de Ducrey lui-même, ou d'infections surajoutées (streptocoques, bacilles anaérobies) ; il s'observe surtout chez les cachectiques, les débilités. Suivant les cas, il est dit diphtéroïde, pultacé ; il produit parfois des décollements considérables ; il peut détruire des portions étendues des organes génitaux ; il s'accompagne de douleurs très vives, de phimosis, de paraphimosis, d'hémorragies, de mauvais état général avec perte de l'appétit, amaigrissement.

GANGRÈNE. — La gangrène est un accident redoutable au cours de l'évolution du chancre mou ; elle débute par un point noir au fond du chancre, puis bientôt apparaissent des phlyctènes ; un œdème considérable se développe, surtout au niveau du prépuce ; toute la peau du pénis, du scrotum, peut être détruite ; l'état général est très mauvais, la fièvre élevée. Au moment de l'élimination des escarres, des hémorragies peuvent s'observer. Fournier a décrit une forme de *gangrène foudroyante des organes génitaux*, d'une extrême gravité. La gangrène résulte de l'association au bacille de Ducrey, de germes anaérobies, spécialement du vibrion septique de Pasteur.

CHANCRE MIXTE. — Sous ce nom l'on entend la coexistence de chancre syphilitique et de chancre mou : différentes combinaisons bien étudiées par Rollet peuvent se trouver réalisées ; le porteur de chancre mou peut être contaminé par un sujet porteur de lésions syphilitiques, c'est le *chancre simple syphilisé* ; un chancre syphilitique peut se compliquer de chancre simple, c'est le *chancre syphilitique chancrellisé* ; s'il y a eu inoculation simultanée des deux virus, c'est d'abord le chancre mou qui évolue, puis, vers le vingtième jour, il s'indure à sa base et prend les caractères du chancre syphilitique ; si les inoculations ont été successives les deux chancres se modifient et se dénaturent réciproquement, l'apparition d'un bubon qui peut suppurer rend encore plus difficile le diagnostic de cette variété de chancre, diagnostic toujours très délicat nécessitant l'examen ultramicroscopique de la sérosité du chancre ou l'imprégnation argentique d'une biopsie.

DIAGNOSTIC. — Le *diagnostic positif* repose sur la constatation du bacille de Ducrey dans le pus, sur l'auto-inoculation facile du chancre, sur la multiplicité de ces chancres, sur les caractères de l'ulcération avec ses bords taillés à pic et décollés.

Le *diagnostic différentiel* est à faire avec les *vésicules d'herpès ulcérées* ; les ulcérations sont très superficielles, polycycliques ; les bords ne sont pas décollés, elles donnent à la pression de la sérosité et non du pus. L'*echtyma* ulcère le derme, mais il est surtout papuleux.

Le *chancre syphilitique*, les *syphilides ulcéreuses* n'ont pas les bords nettement découpés et décollés du chancre mou ; ils reposent sur une néoplasie inflammatoire qui les a précédés, on ne constate pas à leur niveau le bacille de Ducrey, la sérosité du chancre syphilitique montre à l'ultramicroscope le tréponème ; le bubon syphilitique est indolent, sans tendance à la suppuration. Le chancre syphilitique est le plus souvent unique ; son auto-inoculation échoue très souvent, signalons cependant l'existence de chancres syphilitiques multiples, de chancre mixte, etc. Le diagnostic du chancre mou de l'anus avec condylome est parfois assez délicat soit à cause d'une blennorragie concomitante, soit à cause de la sténose rectale consécutive.

PRONOSTIC. — Le pronostic du chancre mou est bénin lorsqu'il évolue normalement, il devient grave lorsqu'il prend une grande extension et devient phagédénique ou gangréneux.

TRAITEMENT. — Le chancre mou sera cautérisé, soit au fer rouge, soit au chlorure de zinc, à l'alcool phéniqué, à l'acide phénique, au nitrate d'argent. On le saupoudrera d'iodoforme, de thigénol, après bains locaux très chauds.

On s'attachera surtout à éviter les complications et s'il en survient à les traiter précocement ; en cas de phagédénisme, de gangrène, on débridera rapidement au thermocautère, on pansera à l'eau oxygénée. On tentera le traitement abortif du bubon (compresses, onguent napolitain). Si l'on doit inciser, on fera ensuite un nettoyage de la plaie au nitrate d'argent. S'il s'agit d'un bubon chancrelleux, avec décollements, il faudra mettre à nu tous les décollements puis panser à plat. En cas de condylomes de l'anus douloureux et gênant la défécation on pratiquera, après anesthésie rachidienne à la cocaïne (Ravaut), la dilatation de l'anus et la résection des condylomes.

BIBLIOGRAPHIE. — BALZER, in *Traité de médecine* Gilbert et Thoinot, t. II. — DUCREY. *Congrès internat. de méd.*, Paris 1889. — F. BEZANÇON, V. GRIFFON et L. LE SOURD. Culture du bacille du chancre mou, *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 141, p. 1508. — BROCQ. *Traité de dermatologie.* — RAVAUT. L'anite chancrelleuse, *Presse méd.*, 1909.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 142. — SAMEDI 13 DECEMBRE 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1913. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE. — *Pathologie.* — Séance du 10 décembre 1913. — MM. Bardet (Daniel), 8; Périn (Lucien), 12; Ruelle, 11; Chevalley, 12; Ledoux, 8; Mouzon, 9; Huc et Lempérière, 11.

Séance du 11 décembre. — MM. Moutier, 12; Stiassnie et Alajouanine, 10; Vesselle, 8; Marais, 11; Devaux et Poissonnier, 8; Poisvert, 11.

Anatomie. — Séance du 10 décembre. — Mme de Tannenberg, 10; MM. Mordret, 10; Boucheron, 6; Mlle Romme, 11; MM. Grimbert, 4; Chicandard, 7; Marceron, 5; de Nabias, 10; Borrien, 8.

Séance du 11 décembre. — MM. Alibert et Laburthe-Tolra, 11; Salles, 12; Clémenceau, 6; Sébald, 8; Küss, 11; Mlle Labeaume, 10; M. Pouey, 7.

La prochaine séance aura lieu le mardi 16 décembre, 49, rue des Saints-Pères.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Un concours sera ouvert le 15 juin 1914, devant l'école de médecine de Rennes, pour un emploi de chef des travaux d'anatomie pathologique et de bactériologie à cette école.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'école de médecine de Rennes un mois avant l'ouverture du concours.

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'ÉLECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALES. — Le septième Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales aura lieu à Lyon de 27 au 31 juillet 1914. Le Comité d'organisation de ce Congrès, auquel le Gouvernement et la ville de Lyon ont accordé leur appui, a pour président d'honneur MM. d'Arsonval, Bouchard et A. Tripier. pour président M. le professeur Renaut. correspondant de l'Institut, membre associé de l'Académie de médecine.

Le secrétaire général est M. le professeur Cluzet, 282, avenue de Saxe, Lyon, à qui toutes les demandes de renseignements doivent être adressées.

Une exposition d'appareils, annexée au Congrès, sera comprise dans la section 42 (assistance et hôpitaux) de l'exposition internationale urbaine. Le prix de Barcelone (1000 frs) sera attribué pendant le Congrès, à l'appareil remplissant le mieux les conditions prévues par le règlement du concours.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La prochaine séance aura lieu à l'Asile clinique (amphithéâtre de l admission) le lundi 15 décembre, à trois heures et demie, très précises.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE. — La prochaine réunion de la Société de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie aura lieu le mardi 16 décembre 1913, à quatre heures et demie, au Palais des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

MAISON DU MÉDECIN. — La mort de M. Hérard met en deuil la Maison du médecin dont il était un des bienfaiteurs. A plusieurs reprises, le vénéré maître avait témoigné toute sa sollicitude pour cette œuvre de solidarité confraternelle.

La « Maison du médecin » fut, pour ainsi dire, une des dernières pensées de cet homme de bien; il lui tardait qu'elle soit inaugurée. C'est ainsi qu'il avait fait des démarches personnelles auprès de la Compagnie de Lyon pour qu'elle organisât un train spécial. Ses dernières volontés stipulent un don de 2000 francs à la « Maison du médecin » pour les frais d'inauguration.

Dans sa dernière réunion, le Conseil d'administration de la Société a rendu hommage à la mémoire du maître qui écrivait quelques jours avant sa mort : « A quatre-vingt-quatorze ans, à qui voulez-vous que je pense, si ce n'est aux autres? »

Le Conseil a levé la séance en signe de deuil et décidé que le nom d'Hérard serait perpétué sur la liste des bienfaiteurs de l'œuvre.

LE CONTROLE DU LAIT. — Deux épidémies de fièvre typhoïde, dont l'origine est des plus curieuses, ont sévi, l'été dernier, au Havre et à Grenoble. Ni l'eau, ni les porteurs de bacilles qui sont presque toujours cause des apparitions soudaines de la typhoïde ne purent être incriminés.

L'épidémie du Havre éclata au mois d'avril, dit *Le Temps* auquel nous empruntons ces renseignements. Le nombre des cas passa brusquement de la moyenne habituelle de 14 à 29. En mai il y eut 32 cas de typhoïde et 19 en juin. Dès les premières observations, un praticien havrais, le docteur Gibert, chercha l'origine de cette épidémie assez meurtrière. L'eau analysée fut reconnue indemne de bacilles d'Eberth. Il n'y avait pas de porteur de bacilles. Le docteur Gibert remarqua que les malades faisaient partie de la clientèle d'un même laitier.

Le docteur Loir, directeur du bureau d'hygiène du Havre, examina les laits suspects et trouva plus de 650 litres de lait,

d'ailleurs spécialement préparé et vendu par un pharmacien, infecté de germes typhiques.

Une enquête fit découvrir que le propriétaire de la laiterie — une des meilleures des environs du Havre — avait été atteint fin mars de fièvre typhoïde.

L'imprudence coupable d'une servante était à l'origine de l'épidémie typhique. Elle faisait la lessive du malade dans les mêmes baquets qui servaient au nettoyage des flacons destinés à recevoir le lait.

Bien mieux, la toile sur laquelle est filtré le lait chaque matin fut plusieurs fois lavée avec la même brosse et dans la même eau qui servait pour faire la lessive de la maison.

On comprend facilement comment les bacilles de la typhoïde furent largement ensemencés dans les flacons de lait. L'épidémie se propagea avec une grande rapidité. Toutes les personnes qui buvaient du lait en furent frappées. Un enfant, très surveillé par ses parents, but par hasard un bol de lait cru. Huit jours après, il présentait les symptômes de la typhoïde.

Le docteur Bordas, professeur suppléant au Collège de France, membre du conseil supérieur d'hygiène, fut chargé d'une enquête. En voici les résultats :

« La conclusion qui se dégage, dit-il, des épidémies du Havre et de Grenoble, qui ont eu pour origine la souillure du lait, c'est la nécessité de réformer sur ce point la loi de 1905 sur les fraudes. Cette loi condamne l'écrémage, le mouillage du lait, l'addition de substances antiseptiques destinées à sa conservation, mais le lait n'est soumis, en dehors de ces réserves, à aucun contrôle. Il peut provenir de vaches tuberculeuses, il peut être adultéré par des souillures graves, les microbes peuvent y pulluler et le corrompre, la loi ne prévoit pas ces multiples causes d'infection qui peuvent rendre éminemment dangereux la plupart des laits.

On peut affirmer que, sur le cheptel français, 60 p. 100 des vaches sont tuberculeuses. La mortalité infantile si grande en France n'a pas d'autre cause. La commission extraparlementaire de la dépopulation créée par M. Klotz a envisagé l'urgence d'une réforme de la loi des fraudes en vue de la réglementation de la vente du lait. Un projet de loi présenté par MM. Klotz et Pams prévoyait l'obligation pour les nourrisseurs de chauffer le lait à 80 degrés aussitôt après le ramassage. Les laits crus ne pourraient être mis d'autre part en vente que par des fermiers ou des nourrisseurs soumis à l'inspection incessante de contrôleurs sanitaires dont le devoir serait de visiter les étables et d'examiner les vaches laitières.

Dans de nombreux pays étrangers, en Angleterre, au Danemark, l'industrie du lait est rigoureusement surveillée. Il est grand temps de réaliser en France le contrôle effectif de la production et du commerce du lait. »

Il est intéressant de rapprocher de ces renseignements ceux que la *Gazette des hôpitaux* publiait récemment (1913, p. 1947) sur le contrôle du lait aux États-Unis.

LA LIMITATION DES DÉBITS DE BOISSON EN ANGLETERRE. — La campagne antialcoolique vigoureusement menée par le parti libéral semble avoir porté ses fruits, s'il faut en croire les statistiques officielles.

De ces statistiques il ressort en effet qu'au cours de l'année financière 1909-1910 les Anglais ont consommé 412 100 barils de bière de moins que pendant l'année 1908-1909.

La diminution de la consommation des liqueurs alcooliques est encore plus remarquable : elle a été de 33 1/3 p. 100.

Mais le gouvernement, qui ne se déclare pas encore suffisamment satisfait, a l'intention de représenter d'ici quelque temps à la Chambre des communes un projet de loi (Licensing bill), qui amènerait la suppression d'un nombre considérable de débits de boisson.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — Le docteur G. Darier reprendra le mercredi 17 décembre à dix heures et demie au musée de l'hôpital Saint-Louis ses « conférences d'anatomie pathologique de la peau avec projections microscopiques », et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 DÉCEMBRE 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 22 décembre, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).
3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries).
4e.
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 23 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 24 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
2e (1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie).
4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec*.
5e (2e partie), *Laënnec*.

Vendredi 26 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 27 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
2e.
4e.
5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 24 décembre, à une heure. — M. CHEVALIER. La rate organe de l'assimilation du fer. (MM. Roger, président; Weiss, Legueu et Guéniot.) — M. FOURNEAU. Terrains de jeux. (MM. Weiss, président; Roger, Legueu et Guéniot.) — M. BERTHOD. Contribution à l'étude du traitement des fausses couches. (MM. Legueu, président; Roger, Weiss et Guéniot.) — M. DALENÇON. Contribution à l'étude des applications thérapeutiques du cathétérisme uretéral. (MM. Legueu, président; Roger, Weiss et Guéniot.) — M. MAIGNOU. Contribution à l'étude des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes. (MM. Marfan, président; Letulle, André Jousset et Gougerot.) — M. DECROP. Etude sur l'état sanitaire d'un certain nombre de communes de l'arrondissement de Sceaux. (MM. Letulle, président; Marfan, André Jousset et Gougerot.) — M. SOREL. L'exanthème des fièvres éruptives et la croyance populaire aux éruptions rentrées. (MM. Letulle, président; Marfan, André Jousset et Gougerot.) — M. CHATONNIER. Contribution à l'étude de la réaction de l'autogène dans le diagnostic de la tuberculose rénale. (MM. Letulle, président; Marfan, André Jousset et Gougerot.) — M. LACROIX. Des sutures. Exposé de deux méthodes permettant d'opérer plus vite et offrant de nouvelles garanties d'asepsie. (MM. Letulle, président; Marfan, André Jousset et Gougerot.)

REVUE GÉNERALE

LE SYNDROME D'INSUFFISANCE VENTRICULAIRE GAUCHE

Symptômes, pathogénie, étiologie et traitement (1),

Par M. CAMILLE LIAN,
Ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris,
Chef de clinique à la Faculté.

L'isolement d'un complexus symptomatique traduisant l'insuffisance du ventricule gauche est une notion toute récente. Elle prend ses racines dans les travaux des auteurs qui, comme Fraentzel, Cohnheim et Welsch dans la pathogénie de l'œdème pulmonaire aigu, comme Lauder Brunton dans celle de l'angine de poitrine, ont fait intervenir la défaillance du ventricule gauche. Mais il faut arriver à l'ouvrage de Merklen sur les *troubles fonctionnels du cœur* (1908) pour trouver la première description d'ensemble des accidents liés à l'insuffisance du cœur gauche (2). Il envisage ces faits dans sa leçon VII consacrée à l'insuffisance cardiaque au cours de l'insuffisance aortique. Ensuite nos recherches sur l'insuffisance mitrale fonctionnelle nous ont tout naturellement amené à reprendre l'étude de cet ensemble symptomatique. Et nous l'avons décrit successivement dans notre thèse (1909) et dans un article de *la Presse médicale* (1910) sous l'appellation nouvelle de *syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche* (3).

L'existence de ce syndrome tend aujourd'hui à être généralement admise. Ainsi nous avons entendu notre maître M. Castaigne insister sur sa fréquence chez les rénaux (4). Et tout récemment M. Vaquez (5) dans son remarquable rapport sur l'insuffisance cardiaque vient de consacrer une longue description au syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche.

D'ailleurs nous n'avons pas cessé de nous intéresser à l'étude de cette question, et l'observation de nombreux malades nous a suggéré quelques remarques nouvelles. Aussi nous paraît-il légitime de revenir sur la description, encore peu connue, du syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche.

I

Symptomatologie. — Il y a lieu de distinguer dans ce syndrome *3 groupes d'accidents*. L'un correspond aux premiers stades de l'insuffisance progressive du ventricule gauche, il traduit une *insuffisance légère ou moyenne*. Un autre est constitué par des phénomènes morbides survenant par crises et répondant à une *grande insuffisance paroxystique*. Enfin le troisième est l'expression de la *grande insuffisance passagère ou durable* qui succède à l'insuffisance soit progressive soit paroxystique.

Insuffisance légère ou moyenne. — Les *troubles fonctionnels* dont se plaignent les malades sont au minimum la *dyspnée d'effort* accompagnée ou non de *palpitations*, assez souvent ils accusent aussi des *douleurs angineuses*.

La *dyspnée* n'a pas ici de caractères particuliers sauf sa prédominance nocturne, sur laquelle nous reviendrons. Elle survient lorsque les sujets marchent, montent un escalier, font des mouvements, se couchent ou se lèvent, etc. On peut en dire autant des *palpitations*. Tantôt les malades ont la sensation de chocs ou de pincements précordiaux soit isolés, soit groupés par deux ou trois, accompagnés d'un malaise, d'un vertige, de l'impression d'un arrêt momentané du cœur : il s'agit de *palpitations arythmiques* correspondant à des *extrasystoles*. Tantôt ils sentent leur cœur battre rapidement, régulièrement et avec violence, ce sont des *palpitations régulières*. Ces deux variétés de palpitations apparaissent même au repos, mais sont plus fréquentes lors des mouvements. Toute insuffisance cardiaque s'accompagne de ces troubles fonctionnels, il faut noter seulement la plus grande violence et la plus grande fréquence des palpitations dans l'insuffisance ventriculaire gauche.

Par contre les *douleurs angineuses* sont *caractéristiques de ce type d'insuffisance cardiaque*. Dans les mêmes circonstances où apparaît la dyspnée d'effort, le sujet éprouve une vive douleur localisée au niveau du sternum, souvent du manubrium. Elle s'étend plus ou moins loin transversalement, et en général irradie dans la région cubitale du membre supérieur gauche. La douleur du membre supérieur atteint l'extrémité du petit doigt, ou s'arrête au coude, à l'épaule. Elle peut s'accompagner d'un engourdissement, d'une parésie momentanés, ou encore d'un spasme transitoire des vaisseaux de la main. L'irradiation peut d'ailleurs être bilatérale. Dans certains cas la douleur rétro-sternale coexiste avec une sensation de constriction, de resserrement dans un étau, parfois même cette dernière sensation est seule accusée. Parfois enfin la douleur est exclusivement localisée dans l'épaule, le bras, soit à gauche, soit des deux côtés, mais sans intéresser la région précordiale. Ces phénomènes douloureux obligent le malade à s'arrêter dans la marche, et s'opposent ainsi à ce que l'anhélation devienne très marquée. Ils sont très pénibles, entraînent un malaise général, une certaine anxiété. Mais il ne s'agit pas là de l'angoisse profonde, de la sensation de mort imminente qui terrorise le malade dans la grande crise d'angine de poitrine. Chez certains sujets mêmes, l'anxiété est nulle, tant ils sont habitués à voir survenir ces phénomènes douloureux. Néanmoins il n'y a pas lieu de creuser un fossé infranchissable entre ces accidents et ceux de la grande crise d'angor, il y a tous les intermédiaires entre eux. Ils sont seulement les deux modalités extrêmes d'un même phénomène morbide.

(1) Travail de la clinique de M. le professeur Debove (Hôpital Beaujon).

(2) P. MERKLEN. *Leçons sur les troubles fonctionnels du cœur*, Masson, 1908, 428 p.

(3) C. LIAN. *Le diagnostic des souffles systoliques apexiens et l'insuffisance mitrale fonctionnelle*, Th. Paris, 1909; — Le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, *Presse méd.*, n° 7, 22 janv. 1910, p. 49.

(4) CASTAIGNE. Conférence clinique faite à l'hôpital Beaujon.

(5) H. VAQUEZ. Rapport sur l'insuffisance cardiaque, *Congrès internat. des sciences méd.*, Londres, août 1913.

Il y a lieu de remarquer la fréquence avec laquelle dans l'insuffisance ventriculaire gauche *la dyspnée, les palpitations et les douleurs angineuses surviennent facilement sous l'influence du décubitus.* Le malade a de la peine à s'endormir, ou au contraire il est réveillé une ou plusieurs fois, souvent aux mêmes heures dans le cours de la nuit. On observe des malades chez lesquels la dyspnée, minime dans la journée, n'est intense que pendant le séjour au lit. Un degré de plus, et se produisent pendant la nuit les accès de pseudo-asthme, qui sont un des éléments de la grande insuffisance paroxystique.

Lorsqu'on examine l'appareil circulatoire d'un malade venant consulter pour ces troubles fonctionnels, la recherche du *choc apexien*, la *radioscopie* peuvent faire constater plus ou moins nettement une augmentation de volume du ventricule gauche, mais il ne s'ensuit pas qu'il y ait insuffisance cardiaque. Il n'en est plus de même du *bruit de galop* qu'il n'est pas rare de percevoir. Sa constatation implique l'existence d'un certain degré d'insuffisance ventriculaire gauche. Mais il ne faut accorder cette valeur séméiologique qu'à un bruit de galop bien net, qu'à un gros bruit de galop, si l'on peut s'exprimer ainsi. En effet, il n'est pas rare d'avoir, chez les sujets sains, des sensations stéthoscopiques analogues à celles qu'on se plaît à désigner chez les rénaux sous le nom de léger bruit de galop, ou d'ébauche de bruit de galop (1).

Le *signe physique le plus constant de l'insuffisance ventriculaire gauche est la tachycardie* (2). Il ne s'agit pas seulement de l'accélération transitoire qui, accompagnant la dyspnée d'effort, est le témoin banal de toute insuffisance cardiaque. La *tachycardie de l'insuffisance ventriculaire gauche est habituellement permanente*. Certes elle s'accroît lors des mouvements, des émotions, etc., mais elle persiste dans leur intervalle. Les chiffres de 90, 100, 110 pulsations sont souvent observés chez les malades au repos depuis plusieurs minutes. Dans certains cas l'accélération est minime, 84, 87 pulsations sont comptées alors que le sujet est couché tranquillement depuis quelques minutes. Par contre nous avons constaté les chiffres de 140, 180, 200, et cela chez des malades allant et venant, nullement immobilisés à la chambre (3).

La valeur séméiologique de cette accélération permanente du pouls s'accroît de ce fait qu'elle est habituellement accompagnée d'une augmentation de la pression artérielle. L'*hypertension artérielle maxima et minima est de règle chez les malades ayant de l'insuffisance ventriculaire gauche*. Ainsi sur 30 observations personnelles recueillies récemment et rentrant dans l'insuffisance légère ou moyenne, 4 fois seulement *Mx* et *Mn* étaient normaux, dans les 26 autres cas il y avait de l'hypertension maxima accompagnée presque toujours d'hypertension minima, si l'on en excepte les insuffisances aortiques où la pression minima est rarement augmentée. Les chiffres les plus habituellement rencontrés ont été, avec le dispositif sphygmomanométrique Pachon-Lian (1), soit *Mx* 16 ou 17, *Mn* 10 ou 11, soit *Mx* 20 à 24, *Mn* 12 ou 13.

L'*association de ces deux symptômes, tachycardie permanente et hypertension artérielle, est caractéristique de l'insuffisance ventriculaire gauche*, car il est exceptionnel qu'une pareille coïncidence fortuite s'observe en dehors de ce syndrome. *Plusieurs fois la constatation de ces deux symptômes réunis nous a évité une erreur de diagnostic.* L'existence de palpitations, de troubles du caractère, de tachycardie, chez des femmes jeunes n'ayant pas d'affection valvulaire, ni d'autre maladie bien nette, allait conduire au diagnostic d'*état névropathique*; d'autres fois ces mêmes phénomènes joints à de l'éclat du regard faisaient penser à un *syndrome basedowien fruste*; dans un cas, la tachycardie, l'amaigrissement, l'apparition d'une pleurésie quelques mois auparavant tendaient à faire conclure à une poussée de *tuberculose pulmonaire*. Mais dans tous ces cas la coexistence de l'hypertension artérielle fit penser à l'insuffisance ventriculaire gauche et empêcha l'erreur. *Aussi considérons-nous qu'en face d'une tachycardie légère ou notable, pour peu que la notion étiologique ne soit pas évidente, il est nécessaire de mesurer la pression artérielle, même chez des sujets jeunes. On sera ainsi conduit à dépister une néphrite presque latente, et à rapporter à l'insuffisance ventriculaire gauche telle accélération du pouls que, sans cette recherche, on aurait trop hâtivement attribuée à un état névropathique, à un syndrome basedowien fruste.*

Grande insuffisance paroxystique. — Dans le cours de l'état morbide qui traduit l'insuffisance légère ou moyenne peuvent survenir des accidents plus dramatiques. Ce sont de véritables crises qui se répètent à intervalles plus ou moins grands et correspondent à une grande insuffisance ventriculaire gauche se produisant brutalement. Cette *grande insuffisance paroxystique* est constituée par des *crises de pseudo-asthme*, ou de *grands accès angineux*, ou des *crises d'œdème pulmonaire aigu*.

De ces 3 ordres d'accidents, le *pseudo-asthme* est le plus fréquent. Les crises peuvent être diurnes,

(1) Voir pour plus de détails notre article « Appareil circulatoire » aux pages 177-179 in *Technique clinique médicale et Séméiologie élémentaires* du docteur E. Sergent, 1913, Maloine, 756 p.

(2) C. Lian. De la tachycardie par hypertension (symptôme d'insuffisance ventriculaire gauche), *Progrès méd.*, 22 nov. 1913, pp. 600-604.

(3) L'insuffisance ventriculaire gauche peut cependant coexister avec un ralentissement plus ou moins marqué du pouls, mais il coexiste alors une influence bradycardisante (lésion ou imprégnation toxique soit nerveuse, soit myocardique).

(1) Des recherches cliniques et expérimentales nous ont montré que la meilleure technique consistait à mesurer *Mx* par la méthode Riva Rocci, et *Mn* par la méthode oscillatoire et le procédé d'Ehret. Il n'existe pas d'appareil permettant d'appliquer dans de bonnes conditions cette technique. Aussi ajoutons-nous à l'oscillomètre du professeur Pachon un dispositif complémentaire qui permet de réaliser facilement ces desiderata, et se compose simplement d'une manchette brachiale de 12 centimètres et d'un tube en T avec 2 robinets. Avec ce dispositif les chiffres normaux sont pour *Mx* 11 à 13 1/2 cm. de Hg, pour *Mn* 7 à 9 1/2 cm. de Hg. Pour la description et le maniement de ce dispositif voir notre article de *La Presse médicale* du 31 mai 1913 sur le diagnostic sphygmomanométrique de l'insuffisance aortique et un autre « Comment mesurer la pression artérielle », destiné à paraître en décembre 1913 dans *Paris médical.*

survenir dans la marche, à l'occasion d'un effort. Mais le plus souvent elles éclatent pendant la nuit. Le malade est tiré brusquement de son sommeil, souvent à la même heure. Il s'assied sur son lit, mais bien souvent il doit se lever et se tenir debout adossé contre un meuble ou accoudé à la barre d'appui de la fenêtre ouverte. La dyspnée est intense, une angoisse profonde est peinte sur le visage, les téguments sont couverts de sueurs froides. La crise dure plusieurs heures, tantôt le sujet ne peut se recoucher, tantôt il prend un peu de repos le matin, et il n'est pas rare qu'il puisse ensuite partir à son travail.

Il est inutile de revenir sur le tableau clinique de la *grande crise d'angine de poitrine*, ni sur celui de l'accès d'*œdème pulmonaire aigu*. Rappelons seulement que si ces accidents peuvent s'observer isolément chez des individus différents, il n'est pas rare de les voir alterner ou se succéder ou même coexister chez le même malade. Ainsi Merklen a observé des malades chez lesquels un long accès angineux était immédiatement suivi d'une crise d'œdème pulmonaire aigu. Nous avons soigné plusieurs malades chez lesquels les crises de pseudo-asthme s'accompagnaient de violents accès angineux durant, eux aussi, plusieurs heures. C'est là un type particulier de grande crise angineuse où la douleur rétrosternale et son irradiation brachiale, qui persistent pendant des heures, présentent des exacerbations paroxystiques accompagnées d'angoisse.

Avant et après ces crises dramatiques, on peut noter les signes fonctionnels et physiques décrits plus haut dans l'insuffisance ventriculaire gauche légère ou moyenne. Mais il n'est pas rare qu'au début ces derniers n'aient pas attiré l'attention, et c'est alors une crise dyspnéique ou angineuse qui ouvre la scène clinique.

Pendant ces crises elles-mêmes, il est difficile de procéder à un examen minutieux du sujet. On a pu noter cependant une augmentation de volume de l'aire précordiale, l'apparition ou l'accentuation d'un bruit de galop, surtout des variations de la pression artérielle sur lesquelles nous reviendrons.

Grande insuffisance passagère ou durable. — Au bout d'un temps plus ou moins long, quelques mois, quelques années selon les cas, l'insuffisance ventriculaire gauche ou bien s'accentue progressivement, ou bien s'accroît par à-coups, traversée par des crises de grande insuffisance paroxystique, et finit par aboutir à un état de grande insuffisance.

A l'insuffisance cardiaque progressive et paroxystique fait suite l'asystolie du cœur gauche. Et souvent cette dilatation marquée du ventricule gauche a été immédiatement précédée des crises traduisant la grande insuffisance paroxystique. Tel malade qui n'avait pas de souffle orificiel présente, après un long accès angineux ou une crise d'œdème pulmonaire aigu, une insuffisance mitrale fonctionnelle, témoin de la dilatation notable du ventricule gauche.

Lorsqu'elle est pure, la grande insuffisance ventriculaire gauche a un tableau clinique profondément différent de celui de l'asystolie classique, constituée surtout par la dilatation des cavités droites. Certes le pouls est rapide, régulier ou irrégulier selon les cas, la dyspnée est intense obligeant le sujet à garder la position assise, l'auscultation des poumons décèle des râles sous-crépitants surtout aux bases. Mais il n'y a pas d'œdèmes sous-cutanés, tout au plus un léger œdème malléolaire ; il n'y a que peu ou pas de congestion hépatique appréciable. En outre, il y a de l'hypertension artérielle ; on a pu assister à l'apparition d'un souffle d'*insuffisance mitrale fonctionnelle*, et dans certains cas la palpation de l'artère radiale décèle l'existence d'un *pouls alternant*. A ce propos il importe de se rappeler que, si le rythme alternant est seulement ébauché, il ne sera décelable que par la palpation du pouls au-dessous d'une manchette comprimant le segment de membre sus-jacent. En pareil cas aussi, l'emploi d'un oscillomètre peut rendre nette une alternance à peine appréciable à la palpation. *Le rythme alternant et l'insuffisance mitrale fonctionnelle sont caractéristiques de la grande insuffisance ventriculaire gauche.* Au milieu d'un pareil ensemble symptomatique la mort peut survenir en quelques heures, quelques jours, ou quelques semaines. Mais il n'est pas rare que sous l'influence d'un traitement approprié ces troubles s'amendent, qu'en particulier le souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle et le rythme alternant disparaissent. Toutefois la persistance de l'hypertension artérielle rend fatale à plus ou moins bref délai la réapparition des mêmes accidents, auxquels le sujet finit par succomber.

On connaît en particulier l'*importance pronostique du pouls alternant*. Tous les auteurs s'accordent à le considérer comme de très mauvais augure. Il impliquerait un pronostic fatal dans les quelques mois qui suivent sa constatation (Vaquez). Toutefois pour M. Gallavardin et nous-même, une pareille sévérité pronostique n'est de mise que pour les cas où le pouls alternant a persisté longtemps ; mais si le rythme alternant n'a duré que quelques heures ou quelques jours, à plus forte raison s'il a fallu s'aider de la compression sus-jacente d'une manchette pour le mettre en évidence, il y a lieu d'espérer une survie de quelques années. C'est l'avenir seul qui nous renseignera sur l'importance possible de la survie dans ces derniers cas. Ainsi nous suivons depuis quatre à douze mois plusieurs malades chez lesquels nous avons observé pendant quelques jours dans le cours d'une attaque d'asystolie un rythme alternant bien net.

Il n'est pas rare que l'insuffisance mitrale fonctionnelle une fois apparue soit toujours constatée à chaque examen ultérieur. Ainsi nous rapportions, dans notre thèse, des cas où elle avait persisté plusieurs années. M. Vaquez cite des cas analogues. D'une façon générale, il en résulte la disparition définitive des douleurs angineuses ; celles-ci paraissent être fonction de la distension du cœur, et on s'expliquerait ainsi qu'elles ne puissent plus se produire dans un cœur dilaté, forcé en quelque sorte. Cette cessation des phénomènes douloureux est donc acquise aux dépens d'un degré plus grand

d'insuffisance cardiaque. Toutefois l'insuffisance mitrale fonctionnelle peut parfaitement être bien supportée par les malades, d'après M. Vaquez, du moins pendant un temps assez long. Pour ces derniers cas, nous pensons qu'elle a dû survenir chez des sujets présentant de la sclérose de la valvule mitrale, sclérose incapable à elle seule de causer l'insuffisance, mais facilitant la production d'une insuffisance fonctionnelle. Celle-ci a pu ainsi apparaître sans qu'il y ait eu une dilatation très grande du ventricule gauche (*insuffisance semi-fonctionnelle*, selon l'expression de notre maître, M. A. Bergé). Cette interprétation nous paraît s'appliquer également aux cas où l'apparition du souffle mitral pendant une asystolie avait fait penser à une insuffisance fonctionnelle, et où cette insuffisance après avoir persisté plus ou moins longtemps se montre, à l'autopsie, fonction de lésions organiques. La sclérose mitrale, qui était discrète lors de l'apparition du souffle, a continué à évoluer, et paraît plus tard expliquer à elle seule la production de l'insuffisance.

Pour ces faits, M. Vaquez a proposé une autre interprétation : il pense que l'insuffisance est d'abord purement fonctionnelle, et ce serait l'existence de cette insuffisance relative qui commanderait l'apparition ultérieure de la sclérose mitrale.

Association avec l'insuffisance des cavités droites. — Nous n'avons décrit jusqu'à présent que l'insuffisance ventriculaire gauche à l'état isolé. Il en est assez souvent ainsi pour l'insuffisance légère ou moyenne, pour la grande insuffisance paroxystique. Mais cela devient rare pour la grande insuffisance passagère ou durable, c'est-à-dire lorsqu'existe l'insuffisance mitrale fonctionnelle accompagnée ou non du rythme alternant. Nous en avons cependant observé récemment un cas bien net. Il s'agissait d'une femme qui succomba à l'urémie et à l'insuffisance ventriculaire gauche (insuffisance mitrale fonctionnelle et rythme alternant). On n'avait pas noté d'œdème, ni de congestion hépatique cliniquement appréciable. Or l'autopsie confirma les constatations cliniques. Néanmoins il est de règle que les grandes dilatations du cœur gauche s'accompagnent d'une insuffisance des cavités droites. On observe alors tous les signes de l'asystolie classique, avec, comme particularités, l'hypertension artérielle maxima et minima, le rythme alternant, l'insuffisance mitrale fonctionnelle.

Si l'insuffisance des cavités droites accompagne surtout l'asystolie du cœur gauche, elle coexiste assez souvent aussi avec un degré léger ou moyen d'insuffisance ventriculaire gauche. Ainsi il est fréquent de constater de la congestion hépatique chez un sujet hypertendu, présentant seulement de l'accélération permanente du pouls, et de la dyspnée d'effort, accompagnée ou non de douleurs angineuses. Nos constatations sont pleinement d'accord avec celles de MM. Castaigne et Heitz (1).

(1) J. Castaigne et J. Heitz. Le gros foie dur des hypertendus, *Journ. méd. français*, 15 avril 1913, pp. 143-149.

II

Pathogénie. — Après avoir décrit le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, il reste à justifier le bien-fondé de ce groupement symptomatique, et par suite à envisager le mécanisme de ses différents éléments. Avec ces considérations pathogéniques s'enchaîneront tout naturellement l'étude des conditions étiologiques et celle de la thérapeutique de ce syndrome.

Plusieurs troubles rentrent sans discussion dans la symptomatologie de l'insuffisance ventriculaire gauche. Il en est ainsi surtout du plus caractéristique : l'*insuffisance mitrale fonctionnelle.*

Il en est de même du *rythme alternant.* Cette inégalité régulière des pulsations artérielles traduit indiscutablement une défaillance du ventricule gauche. Elle intéresse probablement le ventricule droit simultanément, mais il n'y a pas de moyens cliniques de s'en rendre compte, tandis que ce trouble implique un déficit certain dans la contractilité du ventricule gauche.

Quant à la *dyspnée d'effort*, il est logique que l'insuffisance cardiaque la détermine, que celle-ci porte sur le ventricule droit ou sur le gauche.

On s'explique facilement que l'insuffisance ventriculaire gauche entraîne de la *tachycardie.* Toutefois ce fait semble au premier abord en opposition avec la loi de Marey, d'après laquelle une élévation de la pression aortique commande le ralentissement des contractions cardiaques. Les conditions de l'expérience de Marey sont bien différentes des circonstances cliniques. Chez les malades, en effet, l'hypertension s'est constituée progressivement, et c'est au bout d'un temps plus ou moins long que survient la tachycardie, traduisant la fatigue du cœur. Certes, si la fréquence des pulsations cardiaques est normale ou diminuée, et que la pression artérielle soit élevée, le cœur doit faire preuve d'une vigueur considérable pour lancer, sous une forte pression, une importante masse sanguine. Dès que cette tâche pénible l'a fatigué, il est amené tout naturellement à se contracter plus souvent. Il envoie donc à chaque pulsation dans les vaisseaux une masse sanguine moins volumineuse, et arrive ainsi à remplir à peu près sa tâche.

Il n'y a pas lieu non plus de s'arrêter à discuter le mécanisme du *bruit de galop.* Pratiquement lorsqu'il est bien net, il y a toujours un état plus ou moins marqué d'insuffisance cardiaque, au minimum, de la dyspnée d'effort. Et puisqu'il s'agit du bruit de galop gauche, on est tout naturellement amené à le considérer comme un signe d'insuffisance ventriculaire gauche. C'est d'ailleurs une opinion à peu près généralement admise.

Le véritable point litigieux réside donc dans les rapports du pseudo-asthme cardiaque, des douleurs angineuses et de l'œdème pulmonaire aigu avec l'insuffisance ventriculaire gauche. Tout d'abord il n'est pas douteux, nombre d'observations en font foi, que ces accidents s'observent chez les mêmes malades, soit qu'ils apparaissent simultanément ou alternent, soit qu'ils se succèdent sans intervalle. Il n'est pas

douteux non plus que dans l'intervalle de ces crises les malades ont habituellement des signes d'insuffisance ventriculaire gauche légère ou moyenne (dyspnée d'effort, tachycardie permanente). Et souvent, après ces accidents paroxystiques, on constate une augmentation de la dilatation ventriculaire gauche, attestée dans certains cas par l'apparition brutale d'une insuffisance mitrale fonctionnelle. Donc, le moins qu'on pourrait dire, c'est que ces accidents sont habituellement précédés d'un état d'insuffisance ventriculaire gauche, puis accompagnés et suivis d'une augmentation de cette insuffisance.

Certes, tout en tenant compte de ces coïncidences impressionnantes, on pourrait interpréter ces accidents, sans les faire dépendre de l'insuffisance cardiaque. Par exemple ils seraient la conséquence directe d'un coup d'hypertension qui entraînerait en même temps une augmentation de l'insuffisance cardiaque, ou bien ils seraient comme cette dernière sous la dépendance directe d'un accroissement brutal du processus d'auto-intoxication habituel chez ces malades.

Mais il nous paraît plus séduisant d'attribuer ces accidents à une augmentation soudaine du trouble cardio-vasculaire préexistant, à cause du parallélisme entre l'importance de ces crises et celle de l'insuffisance cardiaque. D'ailleurs posée sur ce principe, l'interprétation est tentante.

Considérons d'abord les *douleurs angineuses*. Si on admet la théorie de Lauder Brunton et de Merklen d'après laquelle elles sont fonction de la distension du myocarde ventriculaire gauche, on explique facilement du même coup leur apparition lors des efforts, et leur disparition quand arrive l'asystolie. A cette phase, en effet, le myocarde est forcé, dilaté et ne résiste plus vigoureusement à l'hyperpression intérieure, d'ailleurs moindre à ce moment. Par contre la théorie coronarienne est assez souvent en défaut Il n'est pas rare qu'on ne trouve pas d'oblitération coronarienne à l'autopsie d'un angineux. Quant à la théorie de la simple distension aortique tiraillant les plexus nerveux périaortiques, elle rend moins bien compte de la cessation des crises angineuses lors de l'asystolie, elle n'explique pas la disparition possible des douleurs angineuses sous l'influence d'un traitement digitalique, comme dans le fait suivant que nous avons observé.

Il s'agissait d'un sujet de vingt-six ans, porteur d'une double lésion aortique d'origine rhumatismale, présentant depuis sept ans et surtout depuis trois ans de fréquentes crises de pseudo-asthme, accompagnées de douleurs angineuses très violentes. Ces crises immobilisaient le malade pour un quart d'heure, une demi-heure, une heure. Le seul traitement prescrit fut un dixième de milligramme de digitaline cristallisée à prendre les lundi et mardi de chaque semaine. Le malade continua le même régime alimentaire qu'auparavant. Revu un mois après, le malade avait pu reprendre son travail, les crises étaient bien moins fréquentes, légères et courtes. Deux mois plus tard le malade ayant suivi le même traitement était encore mieux, il avait été jusqu'à quinze jours sans avoir la moindre petite crise, il qualifiait son amélioration de considérable. Depuis six mois il n'a pas été revu.

En outre l'observation précitée tend à montrer que le *pseudo-asthme* est bien provoqué par l'insuffisance ventriculaire gauche, puisque les crises disparaissent sous l'influence exclusive d'un traitement digitalique. L'insuffisance cardiaque brusque provoque l'excitation périphérique, qui déclanche le trouble pneumogastrique commandant l'accès d'asthme.

De même on entrevoit qu'une dilatation aiguë du cœur gauche entraîne un tel trouble de la circulation pulmonaire qu'un réflexe vaso-moteur puisse rapidement se produire, et engendrer la transsudation œdémateuse. A l'appui de cette interprétation viennent les constatations de M. Amblard qui a vu chez des hypertendus la crise d'*œdème pulmonaire aigu* immédiatement précédée d'un abaissement des pressions artérielles maxima et minima (1).

Bien entendu, pour qu'une insuffisance ventriculaire gauche entraîne dans une exacerbation paroxystique soit une crise de pseudo-asthme, soit un accès angineux, soit une crise d'œdème pulmonaire aigu, il est nécessaire qu'interviennent des facteurs surajoutés favorisant l'apparition de tel ou tel accident. Ainsi l'irritation du plexus cardiaque par de la périaortite est une condition favorable pour la production des douleurs angineuses. On admet que les crises d'asthme essentiel ou symptomatique ne surviennent guère que sur un terrain particulier, souvent qualifié de neuro-arthritique, et comportant une sensibilité spéciale du pneumogastrique. Enfin des perturbations humorales, telles que la rétention chlorurée doivent intervenir pour faciliter la production de la transsudation œdémateuse. Notons enfin que pour Merklen les douleurs angineuses seraient surtout fonction de la distension du cœur gauche, tandis que le pseudo-asthme et l'œdème pulmonaire aigu correspondraient plutôt à une dilatation aiguë, l'œdème pulmonaire aigu traduisant un degré plus marqué de dilatation.

Il reste à expliquer l'apparition souvent nocturne de ces crises. Sans vouloir entrer longuement dans cette discussion, nous signalerons seulement les points suivants. Notre impression est que le décubitus, le sommeil n'interviennent pas; le fait capital est que chez les hypertendus la sécrétion urinaire est surtout nocturne. Cette remarque permet d'inférer que la nuit, avant le début de cette abondante élimination urinaire, la masse et la toxicité sanguines atteignent leur maximum, du fait de l'accumulation de tous les produits qui ont tardé à être rejetés au dehors. En raison de l'importance de la masse sanguine, et probablement aussi de celle de la toxémie, il se produit une augmentation de l'hypertension artérielle, et celle-ci entraîne l'apparition brutale d'accidents graves d'insuffisance cardiaque. A l'appui de cette interprétation, nous avons appris de quelques malades que les nuits où les crises dyspnéiques étaient plus intenses, ils avaient une élimination urinaire beaucoup plus copieuse qu'habituellement. La nuit constitue donc pour ces malades un véritable moment critique. Si l'émission urinaire nocturne est suffisante, la masse et la toxicité sanguines, l'hypertension artérielle et l'insuffisance car-

(1) AMBLARD. La tension artérielle dans l'œdème aigu du poumon, *Presse méd.*, 12 août 1911, pp. 657 et 658.

diaque diminuent, et la journée suivante sera bonne pouvant même permettre au malade de travailler. Si, au contraire, l'élimination urinaire nocturne est insuffisante, l'importance de la masse et de la toxicité sanguines entraîne immédiatement ou à bref délai l'apparition de graves accidents toxiques et mécaniques, l'urémie et l'asystolie.

III

Etiologie. — Les considérations pathogéniques cadrent parfaitement avec les conclusions de l'enquête étiologique. Chez la plupart des malades présentant le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, on trouve en effet un facteur qui montre sans discussion l'existence d'un surcroît de travail pour le cœur gauche, nous voulons désigner ainsi l'hypertension artérielle, parfois exclusivement maxima, le plus souvent à la fois maxima et minima. Et l'insuffisance ventriculaire se produit d'autant plus facilement chez les hypertendus que, bien souvent, leur myocarde ventriculaire gauche quoique hypertrophié n'a pas toute l'élasticité, la puissance nécessaires, en raison de la présence de foyers scléreux, ou d'altérations des vaisseaux coronaires. D'autres fois une lésion valvulaire augmente encore la tâche difficile du ventricule gauche : insuffisance aortique favorisant la dilatation ventriculaire, insuffisance mitrale augmentant le travail du ventricule gauche. Les malades présentant de l'insuffisance ventriculaire gauche sont assez souvent atteints d'une *néphrite chronique* avec *hypertension artérielle*, *azotémie* et *rétention chlorurée* soit sèche, c'est le cas le plus fréquent, soit œdémateuse. Mais ils peuvent présenter une *néphrite chronique purement hypertensive* (Widal) sans trouble de la perméabilité rénale, sans rétention azotée ou chlorurée, et avec albuminurie constante ou intermittente. Ils peuvent même avoir une *hypertension artérielle solitaire*; dans ces cas l'albuminurie, qui est le seul trouble rénal apparent dans la néphrite purement hypertensive, n'est même pas constatée dans des examens répétés.

Parmi ces hypertendus condamnés à l'insuffisance ventriculaire gauche, un bon nombre, qu'ils aient ou non des signes nets de néphrite chronique, présentent des symptômes d'*artérite chronique diffuse ou localisée* : artères radiales, humérales, temporales flexueuses et indurées ; signes d'aortite chronique thoracique ou abdominale ; maladie de Hodgson ; signes d'artérite cérébrale, etc. Ce sont les malades qu'on appelle couramment des *artérioscléreux*. Il n'est pas rare qu'ils aient aussi des lésions de *myocardite chronique* pouvant assez souvent entraîner de l'*arythmie perpétuelle*, et qu'ils présentent de la *sclérose de la valvule mitrale* ou bien entraînant un souffle organique, ou bien facilitant la production d'une insuffisance mitrale fonctionnelle.

Tous les troubles précités s'observent habituellement au voisinage de la cinquantaine ou plus tard, néanmoins il n'est pas exceptionnel de les constater chez des sujets jeunes. Ce n'est pas le lieu d'exposer en détail l'étiologie de ces divers accidents cardio-vasculaires et rénaux : infections aiguës et chroniques, hétéro et auto-intoxications. Nous mentionnerons seulement que le rôle de la syphilis apparaît ici chaque jour plus important. Nous ne discuterons pas non plus le rôle des capsules surrénales dans la pathogénie de l'hypertension artérielle.

Si le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche relève habituellement de l'hypertension artérielle chez les cardio-artérioscléreux et les brightiques, il peut cependant être provoqué par d'autres causes. Celles ci peuvent être réparties en deux groupes : un premier où l'hypertension artérielle s'observe en dehors des affections précitées, un deuxième où le syndrome est réalisé sans qu'il y ait d'hypertension artérielle.

Dans le premier groupe rentrent les cas d'hypertension artérielle permanente, à la fois maxima et minima, sans lésions cliniquement appréciables de néphrite chronique, ni d'artériosclérose. Encore ces faits méritent-ils à peine d'être distraits du groupe précité, car ils y aboutissent fatalement. Dans ce groupe rentrent donc surtout des faits d'hypertension artérielle transitoire, et aussi l'insuffisance aortique rhumatismale. Ainsi une *crise vaso-constrictive* comme celle de la *colique de plomb* peut provoquer de l'hypertension et de l'insuffisance ventriculaire gauche, à un stade initial du saturnisme, avant que l'intoxication ait lésé les vaisseaux ou les reins. D'autre part la *maladie de Corrigan* peut entraîner de l'insuffisance ventriculaire gauche. Merklen en a rapporté plusieurs cas, et l'observation que nous résumons plus haut (crises de pseudo-asthme et de douleurs angineuses guéries par un traitement digitalique) en est un exemple démonstratif. Or dans la maladie de Corrigan certes *Mn* est toujours normal ou abaissé, mais si *Mx* est souvent normal, il n'est pas rare de le trouver supérieur de 1 ou 2 centimètres de Hg à la normale. D'ailleurs même dans les cas où *Mx* est normal, il faut tenir compte de la surcharge ventriculaire constante réalisée par le reflux diastolique, et en outre on peut admettre la possibilité de crises vaso-constrictives, provoquées peut-être par un réflexe à point de départ aortique. A ce point de vue nous mentionnerons que, dans notre observation déjà citée, la pression était avec notre dispositif *Mx* 13 1/2, *Mn* 6 avant et après une crise angino-pseudo-asthmatique, et *Mx* 15 1/2, *Mn* 9 pendant la crise.

D'ailleurs, d'une façon plus générale, quand l'insuffisance ventriculaire gauche survient chez un sujet ayant une pression artérielle normale, il y a lieu de se demander si des poussées hypertensives ne se produisent pas. Et cette interprétation paraît séduisante chez certains de nos malades artérioscléreux ou brightiques qui lors de toutes nos mensurations avaient une pression artérielle normale, et présentaient cependant une insuffisance ventriculaire gauche bien nette. A ce propos nous citerons le cas de l'un d'eux, atteint d'aortite chronique syphilitique, chez lequel nous avons vu la pression artérielle s'élever pendant deux crises angineuses provoquées par l'examen.

Avant la crise la pression était normale (1) *Mx* 13 1/2, *Mn* 9; pendant la crise, le sujet n'ayant pas changé de position, on trouve *Mx* 15, *Mn* 10; quelques minutes après la crise, la pression est *Mx* 14, *Mn* 10; encore quelques minutes plus tard elle s'abaisse à *Mx* 13 1/2, *Mn* 10. Chez le même sujet dont les crises étaient fréquentes, la même constatation a été faite lors d'un autre examen. Cette fois la pression passa de *Mx* 13 1/2, *Mn* 9 à *Mx* 15, *Mn* 9. Enfin plusieurs mois plus tard, alors que les crises étaient légères et moins fréquentes, la pression artérielle n'était plus que de *Mx* 12 1/2 ou 13, *Mn* 8.

On peut penser aussi qu'une hypertension artérielle transitoire intervient dans l'*insuffisance cardiaque* dite *par cœur forcé*, ou dans *celle des grands buveurs de bière*, cas où l'insuffisance prédomine dans le ventricule gauche.

Enfin, pour les cas où l'insuffisance ventriculaire gauche coexiste avec une pression artérielle normale, il est encore possible, ou bien que les chiffres de pression, quoique normaux, représentent, par rapport à l'état habituel du sujet, une hypertension relative, ou bien que le ventricule gauche ait un surcroît de travail dû à une cause non décelable cliniquement, comme une augmentation de la masse sanguine par exemple.

D'ailleurs, si l'augmentation des résistances périphériques est en général la cause du surmenage ventriculaire gauche, celui-ci peut être la conséquence exclusive d'altérations cardiaques. Ainsi l'insuffisance mitrale fonctionnelle a été observée dans certaines *myocardites aiguës*, dans la *symphyse péricardique*. Toutefois, dans ces cas, non seulement l'insuffisance cardiaque est habituellement totale, mais encore ce sont les troubles liés à la dilatation des cavités droites qui prédominent dans le tableau clinique.

IV

Thérapeutique. — Dans ses grandes lignes le traitement consiste à lutter d'abord contre les facteurs étiologiques qui ont provoqué la défaillance du cœur gauche, puis contre l'insuffisance cardiaque elle-même soit simultanément, soit successivement. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des prescriptions. Nous schématiserons la ligne de conduite à suivre dans les éventualités les plus fréquentes.

Le plus souvent c'est pour un *degré léger ou moyen d'insuffisance ventriculaire gauche* qu'on est consulté (dyspnée, tachycardie légère et permanente, hypertension artérielle). Il est indiqué de conseiller le repos absolu pour quelques jours ou une semaine, et d'ordonner pour une semaine le régime lacté (un litre et demi puis deux litres et demi + tapioca et sucre) précédé ou non d'un ou deux jours de diète hydrique. On peut adjoindre à ce régime un purgatif le premier jour, puis un diurétique comme la théobromine. En général on obtient ainsi une amélioration remarquable : diminution de la dyspnée, de la tachycardie et de l'hypertension artérielle. Puis les bons résultats s'accentuent sous l'influence d'une ou 2 semaines de régime lacto-végétarien; il est préférable de le prescrire hypoazoté, à cause de la rétention azotée possible chez ces malades; d'ailleurs chaque fois que les circonstances le permettront il sera indiqué de faire doser l'azotémie ou rechercher la constante uréo-sécrétoire d'Ambard. En outre les légumes seront préparés déchlorurés s'il y a de l'œdème, sinon on pourra permettre 2 grammes de sel par jour (1). On ordonnera donc par exemple : lait 1 litre, tapioca, pommes de terre, légumes verts, riz, fruits, beurre (100 grammes de pain sans sel si le cas est bénin). On se trouverait bien également d'un régime lacto-fruitarien, ou même exclusivement fruitarien. Nous citerons seulement un cas entre beaucoup d'autres analogues.

P..., cinquante-deux ans, se plaint de dyspnée d'effort et de palpitations fréquentes datant de cinq mois. Les seuls signes morbides constatés sont : pouls 120; pression *Mx* 15, *Mn* 9. — *19 septembre* : après deux jours de diète hydrique, pouls à 95. — *24 septembre* (régime hypoazoté et hypochloruré + 100 grammes pain) : dyspnée légère, disparition des palpitations, pouls 84; *Mx* 14 1/2, *Mn* 8. — *3 octobre* (même régime) : va très bien, a pu courir 200 mètres pour prendre un train qu'il allait manquer; pouls 75; pression *Mx* 13, *Mn* 8.

Ensuite on permet progressivement une petite quantité de viande, de légumes secs, d'œufs et en général l'amélioration se maintient, surtout si quelques jours par mois on institue le régime lacté, lacto-fruitarien ou fruitarien.

Mais si la diététique a été impuissante à faire regresser suffisamment les troubles cardiaques, si la dyspnée reste intense, la pression artérielle élevée, on recourt aux hypotenseurs (trinitrine, extrait de gui, etc). Trop souvent la médication hypotensive est peu efficace, aussi ne faut-il pas y consacrer beaucoup de temps, et employer les toni-cardiaques, soit les petits toni-cardiaques (spartéine, strophantus, muguet, etc.), qui, eux aussi, sont souvent insuffisants, soit plutôt la digitale. Il est alors indiqué de donner de petites doses de préparations digitaliques soit par périodes d'une dizaine de jours avec intervalles de même durée, soit un jour ou deux par semaine (2).

Pour la *grande insuffisance paroxystique* on connaît les indications urgentes : pour l'*œdème pulmonaire aigu*, la saignée; pour les *accès angineux*, le nitrite d'amyle qui pourra rendre aussi des services dans les accès de *pseudo-asthme*. Pour prévenir la répétition des accès, on instituera le traitement des cas moyens d'insuffisance ventriculaire gauche. La médication digitalique discontinue à petites doses pourra donner de beaux succès.

Dans la *grande insuffisance*, on instituera le traitement habituel de l'asystolie avec les particularités suivantes : avant la digitale une saignée est indiquée, le régime sera sévère, deux ou trois jours hydrique, puis lacté et on ne dépassera pas un litre et demi de

(1) Tous les chiffres de pression artérielle mentionnés dans cet article ont été employés avec notre dispositif sphygmomanométrique (voir plus haut en note les chiffres normaux avec ce dispositif).

(1) Si un dosage n'a pas montré l'absence de l'azotémie, il vaut mieux, même chez les sujets non œdématiés, ne permettre qu'une petite quantité de sel, car l'azotémie s'accompagne toujours de rétention chlorurée soit œdémateuse, soit sèche.

(2) Pour plus de détails voir nos articles « Affections circulatoires », p. 124-229, et « Affections des reins », p. 386-422, in *Thérapeutique des cliniques de la Faculté de Paris* (sous la direction de M. Laignel-Lavastine), 1913, Gittler, édit.

liquide. *Il n'y a pas lieu d'hésiter à donner la digitale chez ces malades quoiqu'ils soient hypertendus et qu'ils aient de l'insuffisance rénale.* On n'a pas à redouter que sous l'influence de la digitale l'hypertension artérielle ne s'accroisse. Nos constatations sont bien rassurantes à ce point de vue. En effet *dans la majorité des asystolies avec hypertension artérielle que nous avons observées, exactement dans 15 cas sur 20,* Mx *et* Mn *se sont abaissés sous l'influence combinée de la digitale et des autres prescriptions antiasystoliques* (1). Toutefois ils restent audessus de la normale comme ils l'étaient avant l'asystolie.

Le fait de l'abaissement postasystolique de la pression artérielle avait été signalé dans quelques observations par toute une série d'auteurs depuis Potain. Mais bien peu de travaux avaient donné des indications précises sur la fréquence de cette constatation. Portocalis (2), ayant suivi jusqu'à la guérison 3 cas d'asystolie avec hypertension, a vu dans un cas l'abaissement de *Mx* et de *Mn*, et, dans les deux autres cas, la diminution de *Mx* (*Mn* n'ayant pas été mesuré). Plus importante est la statistique de Lang et Sophie Manswetowa (3), toutefois leur classification est passible de critiques. Si nous l'examinons au point de vue de l'asystolie avec hypertension non pas relative mais réelle, nous constatons que, sur leurs 32 malades, il y en a 14 dont *Mx* est supérieur à 15 centimètres de Hg, 11 où *Mx* dépasse 16 centimètres de Hg. Or parmi ces 11 ou 14 asystolies avec hypertension, il y en a seulement deux dans lesquelles *Mx* et *Mn* ne se sont pas abaissés lors de la guérison. Quant à notre maître M. Josué (4) il insiste surtout sur l'irrégularité de l'influence de la digitale sur la pression artérielle.

En nous limitant à l'asystolie avec hypertension, nous dirons que certes la fin de la crise asystolique ne s'accompagne pas toujours des mêmes variations de la pression artérielle, mais que néanmoins nos observations, jointes aux faits précités, autorisent à considérer que l'*abaissement de Mx et de Mn est habituel lors de la guérison d'une asystolie avec hypertension* (5). Assez souvent la diminution de *Mn* est plus importante que celle de *Mx*, et entraîne par suite une augmentation de la pression différentielle *PD* ; toutefois il n'est pas rare que leur diminution soit parallèle, *PD* gardant sensiblement la même valeur. Depuis Potain, on explique les cas d'abaissement paradoxal postasystolique de *Mx* en supposant que l'obstacle apporté au cours du sang par la stase veineuse et capillaire peut entraîner pendant l'asystolie une élévation passagère de *Mx*. Mais dans les cas qui font l'objet de cette étude, asystolie du cœur gauche associée ou non à celle des cavités droites, il y a lieu vraisemblablement d'incriminer un autre mécanisme La plupart de ces malades sont atteints d'une néphrite chronique, et en général l'asystolie a été provoquée par une recrudescence de l'hypertension, liée elle-même à une augmentation des troubles de l'excrétion rénale. D'autre part si l'asystolie peut favoriser la production d'un abaissement de pression, elle est susceptible aussi d'augmenter la pression en provoquant de la congestion passive rénale qui accroît encore les troubles d'excrétion rénale. Dès lors, on peut comprendre que la fin de l'asystolie, marquée par une diurèse abondante, corresponde à une grande amélioration des fonctions rénales et par suite s'accompagne d'une diminution de l'hypertension artérielle.

Dans les cas où la grande insuffisance du cœur gauche paraît devoir mettre la vie du malade en danger à brève échéance, il y a lieu de recourir à l'emploi des injections intraveineuses de préparations digitaliques. Et c'est seulement après l'échec de la digitale qu'on fera appel aux injections de strophantine. Ensuite une fois les accidents amendés, on appliquera le traitement de la moyenne insuffisance, et, en particulier, on ordonnera la médication digitalique discontinue à petites doses, dans l'espoir d'éloigner le plus possible la réapparition de la grande insuffisance ventriculaire gauche.

Enfin à ces indications pathogéniques doit s'ajouter, dans la mesure du possible, la lutte contre la maladie qui est à l'origine des lésions vasculaires ou rénales. Ainsi lorsque la syphilis est à incriminer, on pourra obtenir de bons résultats par l'emploi de sels solubles mercuriels ou arsenicaux en injections intramusculaires ou intraveineuses selon les cas.

(1) La notion que l'asystolie peut s'accompagner d'hypertension artérielle se répand de plus en plus depuis le travail de Potain, et cela en particulier grâce à la thèse récente de Portocalis (1912). Nous voulons simplement dans cette note insister sur la fréquence de l'asystolie avec hypertension. Il ne s'agit pas d'une curiosité clinique qu'on rencontre de temps en temps, mais d'un fait d'observation courante.

(2) PORTOCALIS. *L'asystolie avec hypertension*, Th. de Paris 1912, Jouve, édit.

(3) LANG et Sophie MANSWETOWA. Zur Frage der Veränderung des arteriellen Blutdrucks bei Herzkranken während der Kompensations störung, *Deut. Arch. f. klin. med.*, 1908, Bd. XXIV, p. 445.

(4) JOSUÉ et GODLEWSKI. Pression artérielle et digitaline, *Soc. méd. des hôpit.*, 8 nov. 1912.

(5) Nous ne considérons pas cet abaissement comme la conséquence directe de la médication digitalique, mais comme la résultante de la guérison de l'asystolie, l'amélioration étant la conséquence à la fois de la digitale, du repos, et du régime de désintoxication. D'ailleurs dans des cas plus légers on peut voir le régime et le repos produire seuls les mêmes modifications.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1913)

Fractures du col du fémur; arthrites. — Dans la dernière séance, M. AUVRAY avait présenté la radiographie d'une femme qui indiquait une fracture du col du fémur. Or cette femme se serait fait cette fracture après une simple chute sur le siège. Dès le lendemain, elle s'était levée, avait poussé sa petite voiture de marchande comme tous les jours et avait monté plusieurs étages.

M. DELBET, à propos de cette présentation, fait observer qu'il est bien difficile d'admettre une semblable intégrité fonctionnelle avec une fracture, même incomplète, de la tête du fémur.

D'ailleurs, M. Auvray ayant envoyé cette malade dans le

service de M. Delbet, celui-ci a procédé à un examen minutieux et a fait faire, de cette malade, diverses radiographies, l'une bilatérale, l'autre latérale. Si l'on examine ces radiographies et si l'on superpose, l'une sur l'autre, les deux moitiés latérales, on constate une asymétrie du bassin. En effet, les deux moitiés du bassin ne s'appliquent pas exactement l'une sur l'autre. A quelle cause faut-il attribuer cette asymétrie? Il y a incontestablement une atrophie de la moitié du bassin. Il n'y a pas traces de fracture sur la radiographie. Il est bien évident que cette atrophie du bassin est antérieure au traumatisme qu'a subi cette femme. Il y a un raccourcissement de 1 centimètre et demi. Ce raccourcissement s'explique par l'ascension de la tête fémorale du côté malade qui, sur la radiographie bilatérale, se trouve, en effet, à 1 centimètre et demi au-dessus du niveau de la tête fémorale du côté opposé. Il y a donc une subluxation de la tête en haut. L'angle formé par le bassin et la direction du fémur est plus obtus du côté malade que du côté sain. Or on sait que c'est le contraire qui a lieu dans les cas de fractures de la tête fémorale. Enfin, le corps du fémur est lui-même atrophié.

Pour toutes ces raisons, M. Delbet conclut que, dans ce cas, il ne s'agit pas d'une fracture de la tête fémorale, mais bien de lésions d'arthrite sèche et d'une luxation congénitale incomplète de la hanche. Quelle relation faut-il admettre entre le traumatisme et l'arthrite sèche? M. Delbet ne pense pas que le traumatisme ait eu ici une grande influence sur l'arthrite sèche évidemment préexistante.

Ayant étudié la nature des hémarthroses, M. Delbet a constaté que dans la grande majorité ces épanchements sanguins, se produisant dans des articulations atteintes d'arthrite sèche, contenaient des bacilles de Koch. Or le traumatisme ne produit pas l'arthrite sèche, mais il peut causer ces petites hémorragies que l'on constate dans les arthrites sèches.

Ces constatations peuvent avoir une certaine importance, surtout au point de vue des accidents du travail. A ce propos, M. Delbet rapporte l'histoire d'un ouvrier qui, après une chute, présenta à un médecin et à un radiographe des signes qu'ils prirent pour ceux d'une fracture de la tête du fémur. Ce malade fut examiné ultérieurement par MM. Delbet et Reclus, qui constatèrent l'absence de toute fracture et l'existence d'une arthrite sèche. Bien qu'ayant la conviction que cette arthrite sèche était antérieure au traumatisme, MM. Delbet et Reclus voulurent bien attribuer une certaine influence au traumatisme sur cette arthrite. Deux ans après, ce malade est de nouveau soumis à l'examen de MM. Monod et Demoulin. Ceux-ci constatèrent l'existence d'une arthrite sèche, non seulement du côté primitivement atteint, mais aussi de l'autre côté. Cela semble bien confirmer que le traumatisme n'avait été pour rien dans la première arthrite.

M. Broca, après examen de la radiographie présentée par M. Auvray, conclut comme M. Delbet à une luxation congénitale incomplète de la hanche avec lésions d'arthrite sèche. Ces arthrites sèches un beau jour, avec ou sans trauma, deviennent douloureuses. S'il survient un traumatisme, ces arthrites sèches peuvent se compliquer d'un peu d'hémarthrose.

M. Broca cite l'exemple d'un homme le touchant de près qu'il a pu suivre très exactement et qui, à la suite de deux traumatismes s'étant produits à six ans de distance, a vu apparaître ces lésions d'arthrite sèche dont il ressent encore de temps en temps les fâcheux effets.

M. Demoulin retrace de nouveau l'histoire du malade dont a parlé M. Delbet : accidenté du travail examiné une première fois par un médecin et un radiographe qui concluent à une fracture du col du fémur; une seconde fois par MM. Reclus et Delbet qui nient toute fracture et concluent à une arthrite sèche; une troisième fois par MM. Mouchet, Bazy et Demoulin qui confirment l'examen de MM. Delbet et Reclus et trouvent en outre une arthrite sèche du côté opposé, ce qui diminue beaucoup l'influence qu'on peut accorder au traumatisme sur la production de la première arthrite. M. Demoulin cite un cas analogue qu'il a observé avec M. Monod.

M. Savariaud estime que la malade dont M. Auvray a présenté la radiographie ne pouvait être atteinte d'une fracture du col du fémur par ce fait seul que quinze heures après l'accident cette malade a marché pendant six heures. M. Savariaud sait bien qu'on a publié des observations d'intégrité fonctionnelle relative après une fracture du col du fémur. Mais il croit que ces observations sont sujettes à caution.

M. Tuffier, dans la discussion actuelle, croit qu'il faut envisager d'une part les hémarthroses, et d'autre part les arthrites sèches survenant chez des malades atteints de luxations congénitales de la hanche. Ce sont là deux questions différentes. M Tuffier a précisément, en ce moment, dans son service deux malades atteints de luxations congénitales de la hanche avec arthrite sèche, l'un après traumatisme, l'autre sans traumatisme. Quant au fait signalé par M. Delbet sur la nature très souvent tuberculeuse des épanchements sanguins intraarticulaires, il se passe dans les articulations ce qui se passe dans la plèvre.

M. Thiéry a fait avec Poirier de nombreuses recherches cadavériques qui lui ont montré combien les radiographies pouvaient induire en erreur au point de vue du diagnostic de fracture du col du fémur. Il montre une pièce anatomique qui, à la radiographie, donnerait tous les signes d'une fracture alors qu'il n'y en a pas, cette pièce étant celle d'une simple déformation de la tête fémorale.

M. Kirmisson s'élève avec énergie contre les assertions émises par M. Savariaud. Les exemples abondent d'enfants marchant très peu de temps après une fracture incomplète du col du fémur ou un décollement épiphysaire. M. Kirmisson en cite un exemple qu'il vient d'observer encore tout récemment. Il ne partage pas du tout l'avis de MM. Delbet et Broca au sujet de l'interprétation donnée par eux à la radiographie présentée par M. Auvray. Il croit que, dans ce cas, il s'agit bien réellement d'une fracture incomplète ou tout au moins d'un décollement épiphysaire.

M. Chaput cite l'exemple d'une jeune fille très manifestement atteinte de fracture du col fémoral qui lui a permis de marcher peu de temps après l'accident.

— La discussion se poursuit sur le cas de M. Auvray et se poursuivra encore dans la prochaine séance.

De la légitimité et de l'opportunité de la destruction des adhérences cardio-péricardiques. L'opération de Delorme et l observation de Jaccoud. — M. Delorme fait une importante communication sur ce sujet (Sera publiée.)

Epithélioma de la région frontale. Ablation. Réparation autoplastique. — M. Morestin présente un malade qui était atteint d'un épithélioma de la région frontale gauche, ulcéré et aggravé par des applications intempestives d'air chaud. Voici les opérations successives que M. Morestin a pratiquées chez ce malade : ablation large de l'épithélioma avec résection osseuse laissant une large brèche jusqu'aux sinus frontaux et la dure-mère à nu; large autoplastie permettant de recouvrir cette brèche avec un lambeau emprunté au côté opposé de la tête; enfoncement considérable résultant de ces deux opérations. Venant d'opérer une femme à laquelle il avait enlevé un énorme paquet d'épiploon, M. Morestin prend un peu de cet épiploon et l'insère sous le lambeau cutané. Enfin, fermeture du sinus frontal et réfection de la paupière supérieure qui était en ectropion. Résultat final esthétique parfait.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DE NOVEMBRE 1913)

Erythème noueux d'origine bacillo-tuberculeuse. — MM. LANDOUZY, L. LAEDERICH et Ch. RICHET fils (voir *Gaz. des hôp.*, 1913, n° 132, p. 2098, et n° 140, p. 2221).

Néphrite hydropigène. — M. Léon BERNARD présente une observation de néphrite hydropigène, caractérisée par les symptômes et la physiologie pathologique habituels de cette affection ; les lésions étaient celles de la néphrite diffuse, sans dégénérescence amyloïde et l'origine bacillaire était prouvée par l'inoculation des urines.

Cette observation vient une fois de plus confirmer la conception des néphrites hydropigènes tuberculeuses défendue par Landouzy et Léon Bernard dès 1901.

— Nous rappelons que la Société d'études scientifiques sur la tuberculose se réunit le deuxième jeudi de chaque mois, sauf les mois de vacances, à la Faculté de médecine, salle de thèses n° 2, à cinq heures. Les auteurs peuvent faire des communications à la Société, sans en être membre, pourvu que leurs communications aient trait à la tuberculose.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ABUS DES LAXATIFS

On ne saurait trop insister sur les dangers qui résultent de l'abus des purgatifs et des laxatifs. Si les entéropathies sont si fréquentes à notre époque, c'est uniquement parce que le constipé, au lieu de chercher à se guérir par une diététique et une hygiène appropriées, préfère avoir recours à la pilule familière ou au comprimé commode.

Pour complaire à cette clientèle chaque jour plus nombreuse, les spécialistes se sont efforcés d'obtenir, de leurs chimistes, des produits réalisant le maximum d'efficacité sous le minimum de volume. Et voilà comment le purgatif synthétique est né. C'était l'abus mis à la portée de tous. Les conséquences de ces funestes pratiques ne se sont pas fait attendre et tous les grands cliniciens, à la suite de Burlureaux, n'ont pas hésité à les dénoncer devant le public médical.

Malgré cette campagne si justifiée, le laxatif est tellement entré dans les mœurs, que le praticien éprouve souvent la plus grande difficulté à en déshabituer ses malades. Les régimes qu'il leur prescrit n'agissent qu'à plus ou moins longue échéance et, après un court essai, le client, ou retourne à son remède préféré, ou met en demeure son médecin de lui en indiquer un autre moins nuisible mais aussi efficace.

L'étude approfondie de la pathogénie de la constipation a eu pour conséquence de permettre au praticien de satisfaire aux exigences de ses malades, en restant d'accord avec la physiologie. Au constipé banal il prescrira la Thaolaxine en paillettes, cachets, granulé ou comprimés qui, par le mucilage dont elle est constituée, augmentera le volume du bol fécal, lubrifiera l'intestin et en favorisera l'exonération régulière. A cet autre qui a des membranes dans ses selles, il conseillera les dragées de choléokinase (extrait sélectionné de fiel de bœuf et kinase) qui, à la dose de 6 à 10 par jour, non seulement rétabliront la fonction, mais encore feront disparaître les glaires et les peaux. Souvent il aura bénéfice à associer les deux médications, la constipation étant primitivement ou secondairement liée à l'insuffisance biliaire. Voilà la méthode thérapeutique vraiment physiologique, qui *seule guérit sans laxatif* toutes les variétés de constipés.

LIVRES NOUVEAUX

L'Action directe sur les centres nerveux (1), par P. BONNIER.

L'action directe consiste en cautérisations légères de la muqueuse nasale. Il en résulterait un étranglement nerveux transmis par l'intermédiaire du trijumeau à des centres bulbaires variables suivant le siège de l'ignipuncture. C'est ce que contiennent les 32 premières pages avec 15 figures donnant la position des divers centres nasaux.

Le reste de l'ouvrage est la nomenclature, par ordre alphabétique, de presque tous les maux dont souffre l'humanité, avec l'exposé des bons résultats que l'auteur dit avoir obtenus dans les affections les plus diverses. L. ALQUIER.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 41, 9 oct. 1913.) KROMAYER : Cosmétique médical de la peau. — KRAUS : Pathologie de la glande thyroïde, des glandes parathyroïdes, de leurs rapports avec le cerveau et avec les échanges. — KLEINSCHMIDT : Quatrième communication sur le vaccin antidiphtérique de Behring. — KRAUS : Expériences sur la radiothérapie dans les maladies internes. — SCHILLING : Technique de l'étalement du sang et une nouvelle table de numération différentielle des leucocytes. — GELDERBLOM : Sur la teneur en albumine du crachat des tuberculeux. — HNATEK : Sciatique cyphotique. — KLEIN : Rupture d'un anévrisme aortique dans la veine cave supérieure. — ROSENFELD : Sur les progrès du traitement par l'argent de la gonorrhée de l'homme. — (N°. 42, 16 oct.) KOCH : Sur l'état actuel de la question de la rage. — BUNDSCHUH et RŒMER : Sur la réaction d'Abderhalden en psychiatrie. — MŒWES et BRAÜTIGAM : Bacilles tuberculeux dans le sang. — STERN : Recherches expérimentales sur la présence de bacilles tubercu'eux dans la tuberculose de la peau. — HEINRICHSDORFF : Sur la dégénération en zones du foie dans la grossesse. — BERGER : Sur l'érysipèle latent et l'eczéma folliculaire toxique. — MOTZFELDT : Trois cas d'inocclusion du trou de Botal. — HÆNISCH : La radiographie des os et des membres en chirurgie orthopédique. — JAQUET : Sur la technique du traitement par le mastisol. — ZADE : L'importance de l'anaphylotoxine et de l'humeur spécifique du tissu pour la pathologie. — ENGELEN : Contribution à la psycho-analyse de Frend. — STEIN : Sur la prophylaxie des embolies dans l'emploi de la paraffine. — BUSSE : Le soleil des altitudes artificiel.

Pédiatrie pratique. — (N° 304, 5 oct. 1913.) KIRMISSON : Rupture intestinale. — R. JEMMA : Sur la maladie de Barlow. — (N° 305, 15 oct.) Léon TIXIER : Anémies infantiles. — P. LE GENDRE : L'orientation contemporaine des travaux sur l'obésité des enfants. — (N° 306, 25 oct.) HUTINEL : Fièvre tuberculeuse chez l'enfant. — G. MOURIQUAND : Le syndrome adiposo-génital chez l'enfant. — (N° 307, 5 nov.) TIXIER : Maladies hémorragipares (purpura, maladie de Wohrloff, hémophilie, maladie de Barlow).

(1) Un vol. de 300 pages avec 15 figures. — Paris, Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Lecture. — *Pathologie.* — Séance du 12 décembre 1913. — MM. Greder, 7; Semelaigne, 9; Turnesco, 10; Roberti, 9; Errard, 12; Olivieri, 11; Pecker, 7; Cochez, 10.

Séance du 13 décembre. — MM. Pichon, 11; Peignaux, 9; Piémont, 10; Lesage, Arbassier et Furet, 9; Guillouet, 10; Fouquet, 6.

Concours des prix Fillioux. — Jugement des mémoires : MM. Miégeville, 29; Doumenge, 28.

Epreuve clinique : MM. Miégeville, 19; Doumenge, 15.

Les prix fondés par le docteur Fillioux en faveur d'un interne et d'un externe des hôpitaux sont attribués respectivement à MM. Miégeville et Doumenge.

— MM. les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat sont informés que les candidatures au poste d'assistant suppléant de consultation de médecine et de chirurgie seront reçues à l'Administration centrale (bureau du service de santé) jusqu'au 18 décembre courant, dernier délai.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de médecin adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Dupérié.

— Saint-Etienne. — Le concours pour la nomination d'un médecin accoucheur des hôpitaux de Saint-Etienne s'est terminé par la nomination de M. le docteur Georges Dujol, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

— Oran. — Un concours sera ouvert à Alger, le 11 mars 1914, pour une place de médecin adjoint à l'hôpital civil d'Oran.

Les candidats devront se faire inscrire, à la préfecture d'Oran, avant le 11 février 1914.

— Un concours sera ouvert à Alger, le 18 mars 1914, pour une place de chirurgien adjoint à l'hôpital civil d'Oran.

Les candidats devront se faire inscrire, à la préfecture d'Oran, avant le 18 février 1914.

— Vichy. — La *Gazette des Eaux* annonce que la nomination des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Vichy aura lieu désormais au concours.

Le premier concours aura lieu à Clermont-Ferrand dans la première quinzaine de mai 1914 pour la nomination d'une place de médecin titulaire et de deux places de médecin adjoint de l'hôpital thermal.

Tout docteur français pourvu d'un diplôme d'Etat et ayant exercé pendant deux années révolues à Vichy, au moment où s'ouvrira le concours, sera admis à concourir.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — *Enseignements coloniaux.* — *a.* La préparation des candidats aux diplômes d'études coloniales sera faite à l'Ecole de médecine de Marseille du 10 janvier au 29 mars 1914 et du 10 avril au 30 juin 1914.

Voici le programme des cours :

M. Treille, professeur de clinique des maladies exotiques : Maladies des professions maritimes et coloniales, maladies des marins, chauffeurs, mécaniciens, matelots de pont, etc., dans les mers chaudes, consécutives aux influences climatériques, et aux milieux spéciaux des colonies. Maladies des résidents coloniaux, recherches cliniques sur le sang et les humeurs dans les maladies tropicales parasitaires rapportées à Marseille.

M. Gauthier, chargé de cours de pathologie et de bactériologie des maladies coloniales : Les maladies coloniales, technique microscopique, son application, diagnostic de ces maladies.

M. Jacob de Cordemoy, chargé de cours d'histoire naturelle coloniale : Les hématozoaires, leur biologie, leur rôle en pathologie exotique, les mycoses.

M. Reynaud, chargé de cours d'hygiène coloniale et climatologie : Hygiène des pays chauds, épidémiologie des pays chauds.

b. Ecoles de santé militaires. Des cours préparatoires aux écoles de Lyon, Bordeaux, Marseille seront organisés pendant l'année scolaire.

— Tours. — Un congé pour l'année scolaire 1913-1914,

est accordé, sur sa demande, à M. Guillaume, chef des travaux d'anatomie.

M. Baudouin, professeur d'anatomie, est chargé, pour l'année 1913-1914, des fonctions de chef des travaux d'anatomie.

M. le docteur Menuet, pharmacien de première classe, licencié ès sciences, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d histoire naturelle.

MARINE. — M. le docteur Le Moignic est nommé chef de cabinet du ministre, chargé des affaires civiles.

UN MONUMENT AU PROFESSEUR JABOULAY. — Les amis, les collègues et les élèves du professeur Jaboulay, ont eu la pensée de faire revivre cette belle figure dans le bronze ou dans la pierre. Ils ont constitué un comité chargé de préparer l'exécution d'un monument élevé à sa mémoire, et tout d'abord de réunir, par souscription publique, les fonds nécessaires pour la réalisation de ce projet. On peut adresser directement des mandats ou bons de poste, à M. le docteur Patel, trésorier du comité, 32, quai Saint-Antoine, à Lyon,

LA LUTTE MÉTHODIQUE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Le Conseil général de la Seine vient d'étudier un rapport de M. Ambroise Rendu sur la lutte méthodique à engager contre la tuberculose dans le département de la Seine.

M. Rendu propose de diviser le département en dix-sept circonscriptions dont chacune serait pourvue d'un dispensaire antituberculeux comprenant un service médical, les visites à domicile, la distribution gratuite des bons d aliments, de remèdes et de produits antiseptiques.

Le projet prévoit la création d'un hôpital de mille lits pour tuberculeux, le placement des nourrissons dans des centres d'élevage et l'envoi des enfants dans des écoles de plein air, ou des sanatoria.

Le Conseil a voté une surtaxe de 40 francs par hectolitre d'alcool pur. Le produit de cette surtaxe sera affecté à la création et à l'entretien des établissements pour tuberculeux.

LE DROIT DE CRITIQUE. — Un très important jugement de la neuvième chambre vient d indiquer très exactement dans quelles limites un journaliste peut exercer le droit de critique.

« Attendu, dit le jugement, qu'une publication, quelle qu'elle soit, appelle et provoque la critique; que la critique, d'ailleurs aussi nécessaire pour l'artiste ou l'écrivain qu'elle est utile pour le public, doit être libre, et pour être efficace doit pouvoir être sévère; que si elle est tenue de respecter la personne de l'auteur, elle peut, tant qu'elle reste dans le cadre de l'œuvre, discuter et, le cas échéant, blâmer ses tendances. »

Le tribunal a renvoyé des fins de la plainte le médecin de *la Liberté* qui était poursuivi pour *diffamation* alors qu'il s'était borné à critiquer le caractère d'une œuvre littéraire.

MÉDECINE ET TAXE SUR LES VÉLOCIPÈDES. — Un jugement du tribunal correctionnel d'Amiens, du 3 décembre 1912, qui vient d'être publié, a fait de la médecine un défenseur imprévu. Il a acquitté un individu qui prenait une bicyclette sans plaque pour aller à la recherche d'un médecin. Une contravention ne saurait être retenue à raison de la mise en circulation d'une bicyclette non munie de plaque, lorsqu'elle a été occasionnée par un devoir supérieur d'humanité. Ainsi doit être relaxé l'auteur du fait, lorsque, obligé de partir précipitamment à la recherche d'un médecin, il a pris par mégarde une bicyclette non munie de plaque, qui était, d'ailleurs, la seule disponible.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Simon, chef du service radiographique de l'hôpital national de Genève. Notre confrère vient de mourir, à l'âge de quarante-cinq ans, des suites d'une radiodermite dont on n'avait pu arrêter les progrès, malgré trois amputations successives de la main puis du bras gauche. Jusqu'au dernier moment, M. Henri Simon avait tenu à rester à son poste.

CONFÉRENCES DE GYNÉCOLOGIE. — M. le docteur Proust, agrégé, a commencé hier une série de conférences de gynécologie, il les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à cinq heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

M. Proust a traité dans sa première leçon : De l'indication opératoire dans les grossesses tubaires.

Les autres conférences auront pour sujet :

Salpingites et ovarites. — Kystes et tumeurs solides de l'ovaire. — Fibromes de l'utérus. — Cancer de l'utérus. — Métrites. — Déviations utérines. — Ruptures et relâchements du périnée. — Fistules vésico-vaginales. — Cancer du sein. — Tuberculose génitale. — De l indication opératoire dans les rétentions et tumeurs placentaires.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — La quatorzième séance de réouverture des cours aura lieu le lundi 5 janvier, à cinq heures, sous la présidence de Me Henri Robert, bâtonnier de l'ordre des avocats.

Ordre du jour. — 1° M. le docteur Bérillon : La psychothérapie individuelle et la psychothérapie sociale;

2° Leçon de Me Guilhermet, avocat à la Cour : Le milieu criminel;

3° Allocution de M. le bâtonnier Henri Robert.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Noël et du jour de l'An.* — A l'occasion des fêtes de Noël et du jour de l'An, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 23 décembre 1913 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 6 janvier 1914, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 DÉCEMBRE 1913

THESES

Samedi 27 décembre, à une heure. — M. SÉJOURNET. De l'utérorraphie dans les sections totales de l'uretère. Techniques et résultats opératoires. (MM. Pozzi, président; Bar, Lejars et Nobécourt.) — M. VERDURE. Le vomissement chez le nourrisson. (MM. Bar, président; Pozzi, Lejars et Nobécourt) — M. PRUNIER. L'hypoalimentation et le nourrisson et ses rapports avec l'hypertrophie. L'atrophie infantile et le rachitisme. (MM. Bar, président; Pozzi, Lejars et Nobécourt.) — M. LE LYONNAIE. L'appendicite dans la rougeole. (MM. Lejars, président; Pozzi, Bar et Nobécourt.) — M. BEJEAN. Contribution à l'étude de l'histoire des théories pathogéniques de la goutte. (MM. A. Robin, président; Chauffard, Roussy et Rathery.) — M. LIENART. Influence de l'alimentation azotée sur le coefficient d'assimilation des hydrates de carbone chez les diabétiques. (MM. Chauffard, président; A. Robin, Roussy et Rathery.) — M. CARRIE. L'urobiline, recherches cliniques et expérimentales. (MM. Chauffard, président; A. Robin, Roussy et Rathery.) — M. EDARD. Des perforations du cœur par balle de revolver sans perforation péricardique. (MM. Thoinot, président; Gilbert Ballet, Pierre Marie et Tanon.) — M. RECHEDE. Recherches sur les variations du liquide céphalo-rachidien. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Pierre Marie et Tanon.) — M. COADER. Valeur pronostique et diagnostique de la recherche systématique de la tension artérielle chez les diabétiques simples. (MM. Pierre Marie, président; Thoinot, Gilbert Ballet et Tanon.)

UN CHAPITRE DE CHIRURGIE CARDO-PÉRICARDIQUE

DE LA LÉGITIMITÉ ET DE L'OPPORTUNITÉ DE LA

DESTRUCTION DES ADHÉRENCES CARDO-PÉRICARDIQUES

L'opération de Delorme et l'observation de Jaccoud (1),

Par le professeur E. DELORME,
Membre de l'Académie de médecine.

A mon trop long silence autant qu'à l'appréhension trop grande que nous conservons tous pour les actes chirurgicaux de la sphère cardiaque, nous devons que l'opération dont j'ai fixé le projet en 1895 et que j'ai décrite en 1898 (2) ne soit pas plus connue qu'elle ne l'est; qu'elle n'ait pas encore été pratiquée et qu'elle tende même à être supplantée par celle qu'on appelle la *péricardiolyse*.

Disons-le avant tout, mon intervention qu'on pourrait, par opposition avec la péricardiolyse, postérieure en date, appeler la *cardiolyse*, n'est pas un acte ou un procédé opératoire, c'est une méthode. Elle se propose, dans les cas de symphyses cardo-péricardiques, comme but général, de détruire les adhérences qui unissent le feuillet pariétal du péricarde à son feuillet viscéral, au cœur, mais, quant aux manœuvres opératoires, elles devront varier suivant les lésions que le chirurgien observera.

L'adhésion, la symphyse est-elle étendue et la destruction des adhérences possible, la cardiolyse sera étendue ; les adhérences sont-elles localisées ou leur destruction partielle seule possible, la cardiolyse sera partielle. Parfois elle ne portera que sur certains points du manchon péricardique, par exemple, sur les insertions diaphragmatiques les plus puissantes. La section de ces insertions qui soustraira le cœur à l'action de cette sangle musculo-tendineuse, plus ou moins solidarisée par ses adhérences avec la paroi thoracique, soulagera un cœur bloqué. Limitée encore sera l'opération lorsqu'elle portera sur la face antérieure du ventricule droit, sur le bord gauche, sur la pointe. Trouvera-t-on une union adhérentielle au niveau des gros vaisseaux, union susceptible d'amener un rétrécissement ou une dilatation de l'aorte, de l'artère pulmonaire ou de tout autre gros vaisseau intrapéricardique, on la libérera. Le péricarde est-il à la fois altéré, épaissi, l'observation démontrera-t-elle qu'il y aurait à craindre, après les sections adhérentielles, leur reproduction, on excisera, avec les ménagements que les phréniques imposent, les parties péricardiques antérieures. Les ligaments périphériques du péricarde sont-ils, et avec lui, épaissis, rétractés, leur dégagement ou leur excision s'imposera comme temps préliminaire ou complémentaire, tout comme l'excision d'une nappe médiastine épaissie, indurée, adhérente. A situations diversifiées s'adresseront donc des actes opératoires différents, mais qui se fonderont tous dans le même but final, dans la même conception opératoire : *la libération du cœur et de ses gros vaisseaux*.

C'est la décortication pulmonaire qui devait me donner et m'a donné l'idée de la libération du cœur dans les cas de symphyse. Comme toute opération, cette libération comportera ses indications et ses contre-indications. Elle aura à subir le sort des opérations nouvelles qui ont, au début, à supporter les aléas et le poids des cas désespérés, mais l'avenir, j'en ai la conviction, me paraît lui être réservé. Elle est à peine née qu'on la critique ; c'est dans l'ordre des choses ; quand elle aura acquis droit de cité, on cherchera à la démarquer, comme on a tenté de le faire, sans succès d'ailleurs, pour la décortication pulmonaire ; la vérité finit toujours par se faire jour : c'est affaire de temps.

A ceux qui l'ignorent, à ceux surtout qui, pour le moment, mettent en doute sa légitimité et son opportunité, je soumets l'observation suivante qu'une étude complète m'a fait découvrir et à laquelle mes recherches et mes vues personnelles donnent une accentuation que leur auteur n'eût pu soupçonner. Je demanderai aux médecins et aux chirurgiens de la méditer. Aux premiers, elle apprendra la valeur d'une ressource thérapeutique qu'ils ignorent ou redoutent; aux derniers elle ouvrira un champ riche de promesses qu'il ne tient qu'à eux de conquérir.

Cette observation est signée d'un célèbre nom, celui du professeur Jaccoud ; elle a eu dans son temps un légitime retentissement, elle en mérite un nouveau et tout aussi grand. Son auteur n'a retenu d'elle que l'enseignement qu'elle comportait au sujet de l'*influence de la symphyse cardiaque sur la production des insuffisances valvulaires sans lésions*. C'était assez pour satisfaire un clinicien, car elle était alors unique dans la science ; l'insuffisance de la valvule bicuspide par dilatation simple n'avait pas encore été signalée au moment où elle parut. Mais, à nos yeux, elle est plus précieuse, car elle comporte un enseignement chirurgical, d'application pratique. Nulle autre n'est mieux faite pour démontrer la légitimité et l'opportunité de mon opération. Je vais la transcrire dans ce qu'elle a, pour nous, d'essentiel.

Le 12 septembre 1861, un jeune homme de vingt ans entrait à l'hôpital pour de *violents battements du cœur et une tuméfaction considérable des membres inférieurs et du ventre*. Il avait, en 1859, été atteint de scarlatine grave et, au printemps de 1860, il avait eu un rhumatisme articulaire aigu qui avait nécessité le séjour au lit pendant vingt-cinq jours environ.

On va voir combien grave était son état et sans qu'on puisse en douter, car l'autopsie le démontrera, celui-ci était dû uniquement à la symphyse cardo-péricardique. Il fera comprendre tous les dangers que peut comporter cette symphyse.

Ce garçon, d'une constitution primitivement robuste, exerçait la profession d'ébéniste, mais depuis trois mois il avait dû renoncer à toute espèce de travail. Il nous arrivait épuisé déjà par de longues souffrances et il nous présentait

(1) E. Delorme. Communication faite à la Société de chirurgie le 10 décembre 1913.

(2) E. Delorme. Sur un traitement chirurgical de la symphyse cardo-péricardique, *Bull. et mém. de l'Acad. de méd.*, 1898; *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1898; *Bull. méd.*, 30 oct. 1898; pli cacheté à l'Académie de médecine, 1895.

un type si parfait de facies cardiaque qu'un coup d'œil suffisait vraiment pour reconnaître la nature de l'affection dont il était atteint. A voir ce malheureux assis plutôt que couché dans son lit, en proie à une dyspnée apyrétique des plus intenses ; à voir la bouffissure et la teinte jaunâtre de la face, le gonflement des paupières et la dilatation des veines du cou, on ne pouvait pas hésiter sur un diagnostic que venait bientôt confirmer l'examen ultérieur. Les membres inférieurs, jusqu'à leur racine, étaient le siège d'un œdème considérable ; le scrotum et le prépuce étaient infiltrés ; le gonflement du ventre tenait à un épanchement ascitique qui remontait jusqu'à l'ombilic; le foie, dont la limite supérieure n'était pas modifiée, dépassait de trois travers de doigt le bord inférieur des côtes ; des râles sous-crépitants à la base des deux poumons en avant et en arrière et une expectoration sanguinolente démontraient l'existence d'une légère congestion de l'appareil broncho-pulmonaire ; l'urine était rare...

L'examen du célèbre clinicien et son verdict sont particulièrement intéressants. Après toutes les hésitations dont les auteurs et les cliniciens entourent un diagnostic de symphyse cardiaque, on remarquera la sûreté avec laquelle Jaccoud s'y arrête.

A l'examen direct, les mouvements du cœur sont appréciables à la vue ; au niveau de la pointe, frémissement intense, non perceptible à la base ; battements tout à fait superficiels, occupant une grande étendue mais ne présentant pas l'énergie que ces conditions faisaient supposer tout d'abord ; ils étaient réguliers et leur fréquence oscillait entre 80 et 84.

La matité cardiaque est notablement augmentée.

A l'auscultation, battements du cœur sous l'oreille, constatation de deux bruits de souffle, l'un rude, rapeux, ayant son maximum d'intensité au niveau de la pointe, masquant complètement le premier bruit normal qu'il égale en durée. Au niveau de la base, le second bruit est remplacé par un souffle doux au niveau du troisième espace intercostal.

Pas de pulsations dans les jugulaires.

Jaccoud, sur « ce cardiaque » si sévèrement atteint, porte d'abord le diagnostic de :

Dilatation du cœur sans hypertrophie notable.

Insuffisance de la valvule mitrale avec rétrécissement probable de l'orifice.

Insuffisance aortique.

Le lendemain, frappé de la persistance d'une *ondulation épigastrique* des plus marquées, d'une *dépression notable* qui apparaissait immédiatement et au-dessous des fausses côtes gauches, dépression qui accompagnait chacun des chocs du cœur contre la paroi thoracique antérieure, Jaccoud n'hésite pas à compléter son diagnostic en annonçant une *adhérence générale du péricarde au cœur.*

Voilà un beau diagnostic posé; quel va être le traitement, c'est-à-dire ce qui importe par-dessus tout ? Il sera symptomatique et anodin; il se montrera impuissant comme il fallait s'y attendre et ce malheureux, après vingt jours de souffrances et d'observation pendant lesquels les signes physiques persistent, succombera à une asystolie lente. La médecine contre ces symphyses ne pouvait rien tenter qui comptât. Ses ressources, Jaccoud le dit, tout le monde le sait, sont précaires et insuffisantes.

L'autopsie réservait au clinicien une surprise et une déception qu'il avoue bien courageusement. Par contre, elle allait lui permettre d'attirer l'attention sur des troubles d'origine valvulaire mal connus avant lui, de dégager la cause véritable des accidents qu'il avait observés, d'en fixer le processus, d'élargir dans leur genèse la part de la symphyse au point de lui imputer tous ces accidents.

Je m'étais trompé, dit-il, en rapportant à une endopéricardite antérieure l'affection que j'avais observée.

Je m'étais trompé en admettant l'existence d'une lésion organique des valvules.

Je m'étais trompé en concluant (d'après la rudesse et l'intensité du premier bruit de souffle et d'après les troubles précoces de la circulation générale) que l'insuffisance mitrale était compliquée de rétrécissement.

Une péricardite était en réalité la cause unique de tous les accidents et cette phlegmasie remontait sans doute au printemps de 1860 (de seize à dix-huit mois), époque à laquelle le malade avait été atteint de rhumatisme articulaire aigu ; peut-être même la scarlatine de 1859 n'était-elle pas complètement étrangère à cette inflammation du péricarde.

Voici, en effet, ce que cette autopsie, décevante pour un démonstrateur, par contre si précieuse pour nous et sous tant de rapports, lui avait fait constater; elle lui avait montré que des lésions périphériques, somme toute assez légères, avaient, par un mécanisme éclairé et sûr, amené des troubles cardiaques des plus graves. Suivons Jaccoud :

Si l'épreuve de l'eau fait reconnaître l'*insuffisance des sigmoïdes de l'aorte* et celle de la *mitrale*, à ma grande surprise je trouve l'*endocarde parfaitement sain* ; il n'a même pas perdu l'état lisse et poli qui lui est naturel.

Les *replis valvulaires* examinés sur leurs deux faces, les cercles fibreux auxquels ils sont attachés, la surface interne de l'aorte *ne présentent pas la moindre altération*; *les orifices sont parfaitement libres* et ont subi une dilatation proportionnelle à celle des cavités. Il importe d'ajouter, dit-il plus loin, que les valvules du cœur droit auraient également pu servir de modèle pour la démonstration de l'état normal.

La cavité du péricarde a entièrement disparu par suite de l'adhérence des deux feuillets séreux ; cette adhérence *n'est point immédiate.*

La néomembrane qui a subi la transformation celluleuse a une épaisseur peu considérable, *aussi l'union est-elle facilement rompue à l'aide de tractions légères.*

L'union rompue à l'aide de tractions, mais c'est mon opération faite! Et, comme on le voit, elle n'a point été difficile. Ai-je besoin de dire que, si j'avais lu l'observation de Jaccoud avant de l'imaginer, j'aurais probablement fait comme tous mes confrères médecins et chirurgiens, je n'aurais tiré d'elle aucun enseignement. Dans toute science il faut avoir une source de lumière pour chercher et pour découvrir son bien.

Voilà donc un premier point acquis : l'opération fut facile. Mais l'observation de Jaccoud m'apporte encore un secours imprévu dont je ne saurais manquer de me servir aujourd'hui que la péricardiolyse a acquis des droits. En présence de ce malade qui montrait « une ondulation épigastrique des plus marquées », chez lequel « chacun des chocs du cœur contre la paroi thoracique antérieure était accompagné d'une dépression notable qui apparaissait immédiatement au-dessous des fausses côtes gauches », signes sur la constatation desquels toute

la question d'opportunité de la péricardiolyse repose (1), on doit se demander aujourd'hui si, avec des signes pariétaux aussi précis, ce ne serait pas à l'opération pariétale de Brauer plutôt qu'à une libération directe des adhérences cardo-péricardiques, qu'il faudrait s'arrêter. A priori, la première semblerait suffisante et supérieure à la libération cardiaque.

Une constatation, une phrase de Jaccoud, règle le différend, donne la solution.

> L'union, je le répète, est générale et totale, le PÉRICARDE N'ADHÈRE POINT A LA PAROI THORACIQUE ANTÉRIEURE (2). *Il n'est pas non plus soudé à la plèvre.*

Qu'eût donc fait là la péricardiolyse? Rien, puisqu'il n'y avait pas d'adhérences périphériques! Et ces adhérences eussent-elles existé que, après les avoir détruites, on eût dû aller au delà. La signification de l'autopsie est ici précise, son enseignement formel : c'est la libération cardiaque, et cette libération seule qui eût pu réussir. Quelle autre aurait pu atteindre les lésions INTRAPÉRICARDIQUES, s'opposer à la traction excentrique de ces adhérences intrapéricardiques qui ont :

Dilaté le cœur en totalité;

Dilaté l'oreillette et le ventricule droits, l'oreillette et le ventricule gauches;

Dilaté ces orifices « qui ont subi un élargissement proportionnel à celui des cavités, et surtout l'orifice mitral dont la circonférence ne mesure pas moins de 122 millimètres »;

Dilaté l'aorte dans sa portion péricardique exclusivement.

Jaccoud ne permet pas de douter que ce soit à la traction toute mécanique des adhérences que ces lésions orificielles et cavitaires et les troubles qui en ont été la suite ne soient dus.

> Je n'ai trouvé, dit-il, dans aucune observation, cet ensemble pathologique dont les divers éléments ont présenté chez mon malade une corrélation si nette, si facilement saisissable : péricardite laissant après elle une symphyse cardiaque généralisée; dilatation de l'origine de l'aorte par rétraction du tissu conjonctif de nouvelle formation d'où insuffisance des sigmoïdes; dilatation du ventricule gauche et de l'orifice mitral reconnaissant une double origine, l'adhérence du péricarde et le défaut d'occlusion de l'orifice aortique; cette dilatation sans hypertrophie avait amené l'insuffisance de la valvule bicuspide. C'est ainsi que ce jeune homme, avec un *endocarde parfaitement sain, avec des valvules, des orifices et des vaisseaux parfaitement intacts*, se trouvait exposé à tous les accidents, à tous les dangers des affections organiques du cœur les plus graves; l'événement ne l'a que trop prouvé.

L'observation de Jaccoud n'est pas unique ; Laveran et d'autres en ont publié de semblables. Elles sont surtout précieuses parce que, s'arrêtant à des processus typiques, elles établissent, avec une netteté impeccable, le degré de nocivité d'une symphyse cardiaque. Mais, à côté d'elles, il en est une foule d'autres qui, pour relater des lésions et des troubles plus complexes, ne laissent pas que d'inspirer les mêmes conclusions.

Je reviens, pour terminer, à l'observation. Un jeune homme de constitution vigoureuse meurt du cœur avec un endocarde sain et des troubles orificiels des plus graves. Ce sont des adhérences cardo-péricardiques qui sont la cause des accidents. La médecine est impuissante à guérir semblables lésions, mais l'autopsie affirme la valeur de mes propositions, et, avec elles, la possibilité, l'opportunité et la facilité d'une action chirurgicale et précise le caractère et le siège de celle-ci.

Que, paralysé dans son action, le médecin reste spectateur de situations aussi dramatiques et aussi décevantes pour lui, la chose se comprend, mais que le chirurgien n'aille pas plus loin ce serait incompréhensible. Son inertie, autrefois explicable, ne le serait plus aujourd'hui qu'il est averti et en possession de ses moyens d'action.

L'observation de Jaccoud affirme d'une façon éclatante la valeur de mes convictions, la légitimité de mes propositions. Elle résume et fait ressortir avec éclat les espérances légitimes et belles de la chirurgie appliquée au traitement de la symphyse cardo-péricardique.

(1) Ces signes étaient si nets, sur le malade de Jaccoud, qu'ils lui remirent tout de suite en mémoire les assertions de Heim et de Saunder, et font penser à des adhérences pariétales solides.

(2) Les capitales ne sont pas de l'auteur.

DE LA
TECHNIQUE DES EXERCICES ACOUSTIQUES
DANS LE TRAITEMENT DE LA SURDITÉ

Par M. A. MAURICE (de Paris).

Devant les insuccès remportés quotidiennement dans la cure de la surdité, quelques auristes ont dirigé leurs recherches du côté d'un traitement fonctionnel, traitement normal et physiologique s'il en fût, car il est de toute évidence que nous n'arriverons pas à supprimer les lésions existantes, tandis qu'il est possible de réveiller, de stimuler et d'exciter dans une certaine mesure un sens qui commence à s'engourdir et à se parésier.

Nous avons déjà décrit une instrumentation qui nous est personnelle pour arriver le plus rapidement possible à ce résultat (1). C'est peut-être vouloir trop demander à un appareil, si parfait soit-il, que de le considérer comme capable d'arriver à lui seul à guérir ou à atténuer une maladie aussi rebelle que la surdité. Si l'instrument est bon et nous en avons comme preuves les travaux de Granat, d'Humphris, de Belausteguigoitia, de Royet, de Lavrand, etc., il faut tenir compte de la technique des exercices à pratiquer avec l'appareil lui-même, et de ceux à conseiller au malade lorsque le traitement kinésiphonique est achevé.

Tous les sourds à qui il reste quelques traces d'audition sont susceptibles d'amélioration par les exer-

(1) MAURICE. Le kinésiphone, appareil spécialement étudié et construit pour la rééducation auditive, voir *Gaz. des hôp.*, 1912, n° 103, p. 1440; et *Traitement de la surdité par la rééducation auditive*, Paris, Maloine.

cices acoustiques. Il n'y a qu'une contre-indication, c'est la surdité absolue, totale.

Nous employons à dessein l'expression assez vague d'exercices acoustiques ou de rééducation auditive parce qu'elle englobe une série d'exercices qui ne se bornent pas exclusivement à l'usage de notre appareil. Chaque auteur a une certaine tendance à tirer à lui la couverture et à vouloir soumettre ses patients à une gymnastique spéciale dont il a le monopole ou le secret, tel n'est point notre cas et nous ajouterons même qu'il y a parfois des contre-indications pour les exercices pratiqués avec notre appareil, contre-indications qui tombent devant d'autres modes d'entraînement acoustique.

Pour plus de clarté nous allons comparer les exercices acoustiques à la gymnastique musculaire. Lorsque par suite d'un repos forcé il est indiqué de réveiller les mouvements dans un membre, on commence généralement par lui faire subir un massage *passif*, puis peu à peu on l'entraîne à des mouvements *actifs* où la volonté intervient. De même dans la thérapeutique auriculaire, il faut commencer, par un massage spécial, à stimuler, à exciter, à réveiller la fonction plus ou moins endormie (rééducation passive), puis plus tard entraîner l'oreille à écouter par des exercices d'attention (rééducation active).

C'est avec notre appareil que nous pratiquons la rééducation passive et nous n'insisterons pas sur le détail de sa construction, ni sur ses propriétés spéciales (1); nous dirons seulement qu'il s'agit d'un appareil producteur de vibrations sonores, puissantes et énergiques, dont le timbre, grâce à la présence d'harmoniques graves, a beaucoup de ressemblance avec la voix humaine. Les qualités fondamentales du son, intensité, hauteur et timbre sont réglables et variables à la volonté de l'opérateur.

Le dispositif employé permet de régler l'intensité et de faire varier ensuite la hauteur et le timbre sans modifier l'intensité. Jusqu'à présent nous n'avions pu obtenir que trois timbres correspondant chacun à l'un de nos registres, grave, médium, aigu; par une simple combinaison de manettes nous pouvons obtenir tous les timbres désirables et souvent pendant le traitement le patient nous traduit son étonnement par la comparaison du son entendu avec la voix d'un artiste, d'une personne ou d'un instrument de musique qu'il connaît. Actuellement il n'existe aucun autre appareil permettant de multiples variations dans le timbre.

Les variations dans la tonalité permettent d'exercer et d'entraîner l'oreille pour tous les sons du champ vocal, or nous savons que les vibrations les plus graves descendent jusqu'à 80 à la seconde pour s'élever aux plus aigus vers 3 500 environ.

Le réglage de l'intensité est de la plus haute importance, car l'excitation doit être assez puissante sans toutefois arriver à la fatigue auditive, à l'assourdissement ou à la production de bruits subjectifs; il est donc assez délicat de trouver l'intensité nécessaire à la cure sans toutefois la dépasser. Nous possédons une borne indicatrice qu'il ne faut pas dépasser, c'est une sensation agréable de picotement et de chatouillement que ressent le malade dès que nous arrivons à l'intensité optima.

Lorsqu'un patient rebuté des traitements classiques vient nous demander notre avis nous lui proposons après examen détaillé de l'ouïe un traitement d'essai avec notre appareil; les séances d'essai varient de 10 à 20 selon la gravité du cas; elles nous permettent de savoir si ce traitement est indiqué, s'il est supporté, s'il donne un commencement d'amélioration et si l'on peut espérer un succès brillant à la fin de la cure.

Il faut évidemment pendant les premières séances avoir un peu de doigté pour exciter suffisamment l'oreille sans la fatiguer; selon les malades et les cas, nous faisons une ou deux séances par jour.

Si le traitement donne un commencement d'amélioration, nous conseillons vivement de le continuer tant que les mesures prises tous les huit jours environ indiqueront que l'audition progresse; s'il y a stationnement dans le progrès et que ce stationnement ne puisse s'expliquer ni par une fatigue, un rhume de cerveau, les menstrues, le temps orageux, etc., nous arrêtons la kinésiphonie pour conseiller les exercices de rééducation active, si le cas semble le nécessiter.

Cette deuxième variété d'exercices consiste à forcer le sourd à écouter, ce qu'il fait assez rarement, car tous ces malades sont des paresseux de l'oreille. L'attention tant soit peu soutenue est très pénible pour les sourds; en quelques minutes ils sont à bout d'efforts et ils demandent grâce; il ne faut donc pas prolonger cette gymnastique, mais il est nécessaire de la répéter souvent. Elle consiste à lire un texte ou des mots à quelque distance de l'oreille à exercer (l'une après l'autre de préférence) et à prier le malade de répéter tout ce qu'il entend. Si la perception est bonne le lecteur doit baisser la voix ou s'éloigner de façon à forcer le malade à faire un grand effort d'attention pour comprendre, c'est cet effort qui est utile; il faut donc chercher à le provoquer. On peut continuer pendant des mois un tel entraînement; il ne peut en aucun cas fatiguer l'oreille; il est rare qu'il donne une amélioration notable, mais il peut empêcher une rechute possible lorsque nous avons affaire à des surdités progressives améliorées avec lenteur avec notre appareil. Dans ces exercices il est bon d'insister sur les phénomènes qui sont mal perçus et les répéter souvent en les plaçant dans différents mots.

Une troisième variété d'exercices qu'il est utile d'ajouter à ceux indiqués ci-dessus consiste à entraîner nos muscles accommodateurs de l'ouïe; s'il n'existe aucune contre-indication pour le deuxième mode d'entraînement il y a pour ceux-là les cas où le tympan et les osselets ont disparu.

M. Fernet conseille pour arriver à ce but des exercices compliqués du frontal, de l'occipital et des muscles du pavillon en raison de l'innervation commune, nerf facial de ces muscles et de ceux de la

(1) Voir A. Maurice. Surdité chronique et exercices acoustiques, mémoire de 70 pages, *Revue hebd. de laryng., d'otol. et de rhinol.*, 1913, n°s 15, 16 et 17.

caisse (1). Quelques observations et recherches nous ont permis de simplifier notablement cette gymnastique. Nous savons que des deux muscles de la caisse, celui de l'étrier et celui du marteau, le premier est seul utile pour nous faire entendre mieux, c'est le *muscle qui écoute*, le second ne nous sert que pour nous défendre contre les bruits trop violents; il est donc peu utile pour les sourds.

Le muscle de l'étrier est innervé, comme l'orbiculaire des paupières par un rameau du facial tandis que celui du marteau est innervé par un rameau de la racine motrice du trijumeau ; les exercices du facial sont donc seuls utiles. La physiologie nous a appris que tout muscle qui se contractait produisait un bruit spécial de tonalité très basse (trente-six vibrations à la seconde), le bruit rotatoire musculaire. Or, pour entendre ce bruit, il suffit de contracter les orbiculaires ou les masséters et l'on a toujours cru que l'on percevait le bruit de ces muscles, tandis que la contraction du sterno-mastoïdien — muscle plus puissant et plus rapproché de l'oreille — ne donne rien. Pourquoi? Simplement parce qu'en contractant les orbiculaires on contracte synergiquement le muscle de l'étrier et, en contractant les masséters, le muscle du marteau entre en action : c'est le bruit de ces derniers muscles que l'on perçoit.

Il suffit donc de produire très fréquemment dans la journée une contraction violente des orbiculaires pour entraîner le muscle de l'étrier; cette manœuvre est très simple, elle peut se renouveler souvent sans fatigue et a l'avantage de pouvoir se contrôler par le léger bruit perçu ; avec un peu d'entraînement on peut arriver très bien à contracter simplement le muscle de l'étrier sans plissement du visage. Nous avons appelé « signe du muscle » le bruit perçu, car il nous permet de contrôler l'état — paralysie, parésie ou bonne contractilité — des muscles de la caisse.

Comme conclusion nous pouvons dire que la gymnastique musculaire et la rééducation active ne donnent pas de résultats très marqués ni très brillants mais qu'ils sont indispensables pour les sourds dont l'amélioration a été modeste par la rééducation passive ; ils permettront à ces sujets soit de se maintenir, soit d'améliorer encore faiblement leur audition; le maintien dans certains cas défavorables est encore un succès, car il existe malheureusement des formes absolument incurables, 5 p. 100 environ de nos observations où les exercices acoustiques ne peuvent rien ; les 95 autres, fort heureusement, bénéficient plus ou moins de notre technique et se soumettent volontiers aux exercices secondaires ; faisons remarquer toutefois que les deux tiers de nos rééduqués par la kinésiphonie ne font plus aucune gymnastique acoustique après notre traitement; il s'agit alors de cas peu progressifs chez lesquels l'amélioration a été suffisante pour que le patient se mêle désormais aux conversations et reprenne goût aux affaires, à la société, aux réunions ; ils font ainsi une rééducation active utile, agréable et inconsciente.

(1) Fernet. Traitement de la surdité par la gymnastique auriculaire, Académie de médecine, séance du 14 octobre, *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 118, p. 1843.

ACTUALITÉS

LE TRAITEMENT DU TÉTANOS CONFIRMÉ PAR LA MÉTHODE DE BACELLI

Le problème thérapeutique qui se pose au sujet du tétanos est particulièrement difficile à résoudre pour des raisons de deux ordres. Les unes tiennent à l'évolution clinique de la maladie, les autres sont des raisons de pure physiologie pathologique.

Cliniquement, l'organisme ne réagit vis-à-vis de la toxi-infection tétanique que d'une façon plus ou moins tardive, après une période de silence complet et seulement quand l'intoxication est déjà profonde. On a justement comparé le tétanos à une diphtérie qui ne se révélerait qu'à la phase des paralysies. Et, en somme, la sérothérapie curative des angines diphtériques correspond, non pas à la sérothérapie du tétanos confirmé, mais plutôt à celle dite préventive qui est pratiquée en cas de plaie suspecte. La différence réside seulement en ceci que, dans l'angine, on agit contre une infection déjà visible, et en cas de plaie suspecte contre une infection encore invisible.

Physiologiquement, la principale cause des difficultés thérapeutiques est l'affinité de la toxine pour les éléments nerveux de l'organisme. La toxine tétanique est fixée et adsorbée par le tissu nerveux, particulièrement par ses éléments protéiques et forme avec lui un complexe très stable qui n'est reversible — c'est-à-dire qui ne peut être ramené à ses deux composants — que dans certaines conditions expérimentales (1). Ce phénomène suffit à expliquer l'inefficacité de la sérothérapie dans le tétanos confirmé. L'antitoxine du sérum peut bien, en effet, *in vitro*, libérer le tissu nerveux en reformant le complexe connu et neutre : toxine-antitoxine ; mais, *in vivo*, elle n'a semblé jusqu'ici capable de le faire que chez l'animal d'expérience et au moyen de techniques qui, dans les cas où elles ont été appliquées à l'homme, n'ont donné de résultats ni certains ni réguliers. Ces techniques spéciales sont principalement l'injection intracérébrale depuis longtemps abandonnée, les injections paranerveuses, sous-arachnoïdiennes, épidurales.

Enfin, il faut tenir compte encore de ce fait que l'organisme atteint de tétanos fabrique lui-même des poisons, probablement sous l'influence de troubles fonctionnels dus à la maladie, et qui viennent secondairement compliquer l'intoxication du système nerveux.

En attendant que la sérothérapie, grâce aux perfectionnements dont on essaie de la doter, guérisse le tétanos confirmé de l'homme et s'il se peut sans le moindre risque d'accident sérique, il est nécessaire de ne pas négliger parmi les méthodes moins rationnelles en apparence, plus empiriques peut-être, celles dont l'utilité est démontrée par d'intéressantes statistiques.

La méthode de Bacelli est de ce nombre et mérite certainement l'attention qu'on est disposé à accorder à des tentatives plus récentes, originales souvent, mais qui ne peuvent guère être jugées sur un nombre de cas suffisant.

Bacelli, qui employait autrefois avec succès les injections phéniquées contre les névralgies, eut l'idée d'appliquer ce traitement au tétanos, et Tito Gualdi son élève rapporta le premier cas de tétanos ainsi guéri, en 1888, au Congrès de médecine italienne. Malgré les observations analogues et les études encourageantes qui ont paru sur ce sujet dans la littérature médicale de ces vingt-cinq dernières années, la méthode de Bacelli n'a fait que lentement son chemin. Née en Italie elle a été surtout appliquée par les médecins et chirur-

(1) Guy-Laroche. *Fixation des poisons sur le système nerveux*, Th. de Paris, 1911.

giens italiens. Les statistiques de Zeri en 1897, 27 cas sans un décès, et d'Ascoli en 1898, 33 cas dont un seul décès, si elles provoquèrent un mouvement favorable en Angleterre et en Amérique n'eurent que peu de retentissement en France. Vallas, dans son rapport au Congrès français de chirurgie en 1902, croyait même devoir attribuer les succès des injections phéniquées à une hypothétique bénignité des tétanos italiens.

Il ne semble pas qu'il y ait eu chez nous plus d'une quinzaine d'essais de la méthode de Bacelli. Encore assez souvent n'a-t-elle été employée que jointe à la sérothérapie. Mais les mécomptes que le sérum antitétanique a donnés et qu'on ne craint plus de reconnaître, l'intérêt de plus en plus grand qu'on paraît porter au traitement de la redoutable maladie font qu'une part plus large est attribuée à la méthode italienne dans les travaux qui, en France et à l'étranger, sont actuellement consacrés au tétanos. La thèse de Rœrich (1) est la plus récente et la plus complète étude française de cette méthode. Elle nous a fourni de nombreuses et intéressantes indications.

La technique du traitement de Bacelli est simple, ce n'est pas un de ses moindres mérites. Voici, par ordre, les éléments dont elle se compose et ce que l'expérience a appris au sujet de chacun d'eux.

L'acide phénique peut s'employer dissous dans l'eau, dans l'eau et l'alcool, dans l'eau et la glycérine, dans le sérum physiologique, dans l'huile d'olives pure ou mieux contenant une certaine quantité de camphre.

La solution aqueuse est la plus employée, et c'est celle que préfère Bacelli. La solution d'alcool doit être rejetée, elle est irritante. Gerest (2) a donné la formule suivante d'une solution huileuse :

Huile d'olive stérilisée	1 cent. cube
Camphre	0g01
Acide phénique	0g10

Quel doit être le taux des solutions? La solution type de Bacelli est à 2 ou 3 p. 100. Mais on a souvent employé des solutions beaucoup plus fortes. Woods (3) et Kintzing (4) par exemple se sont servis de solutions à 10 p. 100.

La dose journalière et la dose par injection ont beaucoup varié depuis l'origine de la méthode et selon les auteurs. Bacelli a reconnu lui même que ses doses du début étaient un peu faibles, et en 1911 il conseillait d'atteindre progressivement afin de tâter la susceptibilité du sujet, 1 gramme à 1g50 d'acide phénique comme dose journalière, celle-ci répartie en six à douze injections. Mais on s'est aperçu que les tétaniques présentaient une remarquable tolérance à l'endroit du médicament, et d'autant plus remarquable, a-t-on même dit, qu'ils étaient plus sévèrement atteints. Certaines observations relatent des quantités impressionnantes. Luciani (5) a injecté jusqu'à 1g20 par jour et 40g45 pendant quarante-trois jours. Lapponi (6) et Fiorioli della Lena (7) ont pu sans inconvénient injecter 3 grammes par jour; l'un d'eux a même continué cette dose pendant quatorze jours. Les doses de 0g10 à 0g20 par injection sont courantes.

Talamon (8), qui a guéri deux tétanos dont un très grave à l'aide des injections phéniquées, s'est servi d'une solution à 1 p. 100 dont les doses journalières, d'ailleurs rapidement décroissantes, ont été au plus de 80 centimètres cubes dans un cas, de 100 centimètres cubes dans l'autre en quatre et cinq injections. Le tétanos grave a reçu en tout 15 grammes d'acide phénique.

(1) Rœrich. Th. de Paris, juillet 1913.
(2) Gerest et Arbez. *Loire méd.*, 15 nov. 1911.
(3) Woods. *New-York med. Journ.*, 9 sept. 1899.
(4) Kintzing. *New-York med. Journ.*, 25 déc. 1911.
(5) Luciani. *Policlinico*, 1903, suppl., fasc. 26.
(6) Lapponi. *Gaz. d. osped. e d. clin.*, 1901, n° 72.
(7) Fiorioli della Lena. *Policlinico*, 1898, suppl., vol. IV, fasc. 17.
(8) Talamon. *Médecine mod.*, 1906, p. 341, et in Th. Rœrich.

Caussade et Lévi-Franckel (1), dans les deux cas de tétanos guéris dont ils viennent de publier les observations, ont associé la méthode de Bacelli au sérum et au chloral. Ils ont eu recours à une solution à 2 p. 100, et la dose de substance active injectée quotidiennement a varié entre 0g20 et 0g60 pour l'un des malades, entre 0g05 et 0g13 pour l'autre.

Les enfants supportent parfaitement l'acide phénique. Crespolani aurait, paraît-il, injecté sans inconvénient des doses journalières de 0g75 pendant douze jours à un enfant de neuf ans.

Quant à la voie de pénétration du médicament, la meilleure et la plus communément employée est la voie hypodermique préconisée par Bacelli. Cependant, d'une part, Giacomelli (2) et Bernart (3) ont pratiqué des injections intraveineuses avec succès, et, d'autre part, Gallo (4) et Lambrior (5) ont également guéri des malades en injectant la solution phéniquée dans le canal rachidien. Mais ces complications ne paraissent vraiment nécessaires en aucun cas.

Il faut être averti des petits accidents que peuvent déterminer les injections phéniquées. La douleur de l'injection est variable, mais légère et de courte durée. On a observé des éruptions de diverses formes, d'ailleurs sans aucune gravité. Les urines ont présenté parfois la teinte noirâtre habituelle dans l'intoxication phéniquée, mais ce phénomène a toujours paru peu inquiétant et a disparu assez vite sans laisser de traces, soit qu'on ait diminué les doses injectées, soit qu'une sorte d'accoutumance au médicament se soit produite.

L'administration de 10 à 15 grammes de sulfate de soude par jour serait un bon moyen de prévenir l'intoxication phéniquée.

Rœrich ne voit qu'une contre-indication à l'emploi des injections, c'est « la présence d'œdème, par suite d'albuminurie par exemple ».

Telle est la technique de la méthode de Bacelli. Examinons d'un peu près les résultats qu'elle a fournis.

Et d'abord quel est l'effet perceptible du traitement sur les accidents du tétanos? Il est difficile de répondre à cette question parce que l'évolution symptomatique et la durée de la maladie sont très variables d'un cas à l'autre, puis parce que les observations sont peu explicites à ce sujet. Rœrich qui en a dépouillé un grand nombre pour écrire sa thèse dit que « tous les malades, même ceux dont l'excitabilité réflexe est développée, sont d'une tranquillité relative après les injections. Ce sont les malades eux-mêmes qui réclament le remède dès qu'ils pressentent l'accès tétanique. On note toujours après l'interruption du traitement une exacerbation des phénomènes tétaniques qui cèdent du reste dès la reprise des injections phéniquées. »

Quoi qu'il en soit les statistiques parlent éloquemment en faveur de cette méthode, si éloquemment même que jugée sur cette base aucune autre ne peut supporter la comparaison.

Voici parmi les statistiques de la sérothérapie antitétanique une des plus récentes et des plus caractéristiques parce qu'elle dénombre les cas aigus et les subaigus. C'est celle que Nathan, Jacobson et H. Pease ont publiée dans leur mémoire de septembre 1906 et qui comprend tous les cas de tétanos traités dans l'Etat de New-York : 59 cas dont 36 aigus et 21 subaigus. Sur les 36 aigus, 29 morts, soit une mortalité de 80,6 p. 100. Sur les 21 subaigus, 11 morts, soit une mortalité de 52,4 p. 100.

Bien plus récemment encore, en juillet 1913, Cooper Ashhurst et Lewis John (6), dans une longue étude sur le trai-

(1) Caussade et Lévi-Franckel. *Bull. méd. des soc. d'arrond. de Paris*, 5 sept. 1913.
(2) Giacomelli. *Gaz. d. osped. e d. clin.*, 1904, n° 40.
(3) Bernart. *New-York med. Journ.*, 25 déc. 1911.
(4) Gallo. *Clin. chir.*, 1908, p. 662.
(5) Lambrior. *Bull. de la Soc. méd.*, janv. 1908.
(6) Astley P. Cooper Ashhurst and Rutherford L. John. *The Amer. Journ. of méd. Sc.*, juillet 1913.

tement du tétanos, publient les observations de 23 cas traités par le sérum en injections intraveineuses, intraneurales ou intraspinales, selon les cas. La mortalité globale est de 56,5 p. 100.

Les meilleures statistiques de la sérothérapie antitétanique sont celles de Moschowitz en 1901 comportant une mortalité globale de 40,33 p. 100 et celle de Behring en 1903 dont la mortalité était de 40,45 p. 100.

Que disent les statistiques du traitement phéniqué?

Celle de Chrétien en 1901 portant sur 77 cas indique une mortalité de 12 à 13 p. 100.

Celle de Curti en 1908 donne une mortalité de 20,6 p. 100 sur 123 malades.

Imperiali en 1910 peut rassembler 190 cas avec 157 guérisons et 33 morts, soit 17,36 p. 100 de mortalité. Sur ces 190 cas on en compte 94 graves avec 2 morts, 39 très graves avec 17 morts et 15 foudroyants avec 14 morts.

Enfin, des 298 cas rapportés par Rœrich, 84 se sont terminés par la mort, ce qui fait une mortalité de 21,47 p. 100. Cette statistique est la plus mauvaise de la série, mais il suffit de la rapprocher de la meilleure qu'ait pu fournir la sérothérapie, 40 p. 100 environ, pour penser que, malgré les défauts bien connus des statistiques, celles-ci doivent signifier quelque chose.

Donc la méthode de Bacelli est efficace dans le traitement du tétanos humain, les faits le prouvent et cela suffit sans doute. Il serait intéressant et utile cependant de connaître le mécanisme de son action, mais nous ne possédons jusqu'ici que des données générales sur les effets physiologiques du phénol.

Declat (1865) et Féré (1888) ont montré qu'il était un bon antiseptique interne et un antipyrétique puissant dans les maladies infectieuses. Il joue peut-être un rôle antitoxique dans certains cas; du moins, *in vitro*, il annulerait le pouvoir toxique d'une culture de bacilles tétaniques selon Tizzoni et Kitasato (1891). On sait enfin (Giès) qu'il se fixe électivement sur le système nerveux et modifie surtout le fonctionnement du système nerveux central (Paul Bert et Jolyet).

Ces qualités du médicament peuvent seulement nous faire concevoir le pouvoir thérapeutique dont il est doué à l'endroit du tétanos, elles ne nous l'expliquent pas. Or presque toutes les expériences qui ont été entreprises dans le but d'étudier chez l'animal la méthode de Bacelli ont donné des résultats négatifs: ainsi celles de Muzzio (1897), de Courmont et Doyon (1899), de Gioffi (1901), de Guillaumin (1902), de J. Camus (1912).

Rœrich suppose qu'il y a une appréciable différence entre le tétanos expérimental et la toxi-infection tétanique de l'homme. Mais aucune conclusion sur ce point n'est actuellement possible. Bornons-nous à constater que, touchant les rapports de l'expérimentation et de la thérapeutique humaine, les histoires respectives de la sérothérapie antitétanique et de la méthode de Bacelli présentent une opposition frappante: la première agit chez l'animal au moins dans certaines conditions et se trouve impuissante chez l'homme, alors que c'est absolument l'inverse pour la seconde.

P. CHASTENET DE GÉRY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1913)

La pneumonie totale. Processus histologique de l'évolution pneumonique régulière. — MM. P. MÉNÉTRIER et J. AVEZAN rapportent l'observation d'un homme de quarante-six ans, alcoolique, entré au troisième jour d'une pneumonie double avec un foyer à la base gauche et un autre plus récent à la base droite. L'intérêt du cas consiste en ce fait que le malade a été tué par l'extension progressive de ses foyers pneumoniques, jusqu'à occupation complète des deux poumons et suppression totale de la surface respiratoire. Cliniquement, on a pu suivre la progression des lésions de la base au sommet des deux côtés et c'est lorsque le sommet droit, dernière portion fonctionnante de l'organe, a été atteint, au quinzième jour, que la mort est survenue avec tous les signes habituels de l'asphyxie. Au moment de la mort, et coïncidant avec l'envahissement du sommet droit, on avait observé à la base gauche, la première atteinte, une ébauche de résolution. Toute l'évolution de la maladie s'est faite avec une température voisine de 40 degrés, mais cependant une ébauche de défervescence avait eu lieu au huitième jour.

L'autopsie a montré en effet l'extension des lésions à la totalité des deux poumons, sous forme d'hépatisation rouge ou jaune, sauf au sommet droit, encore au stade d'engouement et à la base gauche, en début de résolution.

Histologiquement, les lésions se présentaient dans les diverses parties du poumon avec les apparences d'une régularité parfaite que l'on peut résumer de la manière suivante:

Nécrose initiale des épithéliums alvéolaires, suivie d'abord d'une exsudation séro-albumineuse avec chute des épithéliums et diapédèse polynucléaire, phénomènes histologiques correspondant au stade macroscopique de l'engouement.

Exsudation séro-fibrineuse avec diapédèse de globules rouges et de polynucléaires. La fibrine se coagule moulant les cavités alvéolaires et constituant l'état d'hépatisation rouge.

Les globules rouges, les cellules desquamées, les leucocytes immigrés disparaissent par histolyse et une nouvelle émigration leucocytaire attaque le bloc fibrineux, marquant le début de la résolution.

La dissolution de l'exsudat est commencée par l'action digestive extracellulaire des leucocytes polynucléaires et complétée par le mécanisme de la résorption et de la digestion intracellulaire effectuée par les mononucléaires.

Parallèlement se reconstitue le revêtement épithélial alvéolaire aux dépens des cellules restées par places adhérentes aux parois.

L'élimination des produits transformés de l'exsudat et des cellules phagocytes, se faisant d'ailleurs, soit par la voie des bronches, avec les crachats, soit surtout par les voies lymphatiques, témoin la présence de ces produits au niveau des ganglions du hile.

Note sur l'intradermo-réaction à la luétine dans la syphilis et quelques maladies infectieuses. — MM. LAGANE et BROUGHTON-ALCOCK ont étudié l'intradermo-réaction à la luétine chez 50 malades atteints de syphilis ou de diverses maladies infectieuses. Les résultats, d'interprétation souvent assez difficile, ont suivi assez exactement les résultats de la réaction de Wassermann toutes les fois qu'il y avait des lésions primaires, secondaires et tertiaires ou des lésions tabétiques. Chez les syphilitiques sans manifestations actuelles de syphilis et à Wassermann devenu négatif, la luétine-réaction a été positive dans la moitié des cas. Dans ces cas, se montrait-elle d'une sensibilité plus grande au point de vue du pronostic que le Wassermann, c'est ce que seul l'examen ultérieur des malades pourra indiquer.

La luétine-réaction s'est montrée négative chez 15 témoins atteints de fièvre typhoïde, de fièvre ondulante, de blennorragie ou normaux; mais, chez quatre témoins présumés non syphilitiques, elle a été positive. Il est intéressant de noter qu'il s'agissait pour trois d'entre eux de trypanosomiase, de scarlatine et de syringomyélie.

L'ensemble de ces résultats, bien que très encourageants, montrent donc que des recherches étendues sont encore nécessaires pour mettre plus au point cette réaction.

Réactions humorales dans la paralysie générale et le tabes. Injections intrarachidiennes de néosalvarsan. — MM. JEANSELME, VERNES et Marcel BLOCH insistent sur la constance et l'intensité de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien et le sang des paralytiques généraux.

Le liquide céphalo-rachidien des tabétiques donne également une réaction toujours positive à l'inverse du sang qui donne souvent une réaction négative.

Devant la résistance qu'ont montré jusqu'ici ces deux maladies aux injections intraveineuses prolongées de salvarsan et de néosalvarsan on est amené à compléter le traitement par des injections intrarachidiennes. Les auteurs emploient une solution de néosalvarsan dans l'eau distillée exactement dosée à un milligramme par centimètre cube. A 8 jours d'intervalle les malades reçoivent successivement 1/4 de milligramme de néosalvarsan, puis 1, 2, 3, 4, 5 milligrammes. Cinq tabétiques, quatre paralytiques généraux, une méningite chronique latente sans signes nerveux sont en cours de traitement depuis deux mois et demi.

Les auteurs n'ont pas observé d'incident à la suite de ces injections sauf quelquefois une élévation thermique légère et inconstante; chez les tabétiques on observe, dans les quarante-huit heures qui suivent, des crises douloureuses atténuées, revêtant pour chaque malade le type de ses douleurs habituelles.

Il faut noter qu'à ces doses il n'y a pas trace de réaction méningée : le taux leucocytaire et albumineux du liquide céphalo-rachidien, loin d'augmenter, diminue souvent d'une façon remarquablement rapide après les injections.

Des conditions d'expérimentation nécessaires à l'étude des substances susceptibles d'agir comme antitoxiques dans la tuberculose. — MM. LEMOINE et GÉRARD rappellent les conditions d'expérimentation à propos de l'étude des substances susceptibles d'agir comme antitoxiques dans la tuberculose. Ils estiment que le fait de mettre en présence d'une culture de bacilles de Koch des extraits d'organes ou de tissus avec séjour à l'étuve à incubation amène des modifications telles dans la composition du milieu de culture que la diminution de virulence ou le ralentissement dans la prolifération ne peuvent être considérés comme le résultat d'une action antitoxique de ces substances. Les auteurs adoptent comme techniques d'expérimentation soit l'injection curative de la substance à étudier faite à des animaux infectés par des cultures pures de bacilles tuberculeux, soit l'injection préventive dans le but de percevoir, ou un retard dans l'évolution de la maladie, ou la création d'un état réfractaire. Ces auteurs mentionnent les difficultés que l'on rencontre pour répartir d'une façon homogène les lipoïdes dans les bouillons de culture.

Deux cas de méningite séreuse localisée de la région cérébelleuse et protubérantielle traités par la craniectomie décompressive. — MM. LEJARS et H. CLAUDE Le diagnostic des collections séreuses enkystées de la région cérébelleuse et protubérantielle avec les néoplasies des diverses parties de l'isthme de l'encéphale est des plus délicats, et, dans certains cas, comme ceux des auteurs, il est même presque impossible. Ce qui domine c'est le syndrome d'hypertension intracranienne auquel s'ajoutent certains signes de localisation, c'est donc le syndrome qu'il faut traiter avant tout. L'un de ces cas concerne une femme de quarante et un ans qui présenta, en avril 1911, les premiers symptômes d'une tumeur cérébrale : céphalée violente, vomissements faciles répétés; puis apparurent les signes suivants : troubles de l'équilibration avec latéropulsion à droite, de ce même côté hémiparésie avec hémianesthésie incomplète, exagération des réflexes tendineux, réflexe de l'orteil en extension; à gauche, parésie faciale, hypoesthésie avec sensations douloureuses, paralysie de la cinquième paire. La ponction lombaire montra une hypertension manifeste, sans lymphocytose; la réaction de Wassermann fut négative. Il n'y avait pas de stase papillaire. La craniectomie pariétale décompressive amena la disparition progressive de tous les symptômes, la malade est complètement guérie depuis dix-huit mois.

Le second malade est un jeune garçon de seize ans qui présentait un syndrome cérébelleux des plus accusés avec raideur de la nuque, céphalée, vomissements remontant à plusieurs mois, en même temps qu'il se plaignait de bourdonnements dans l'oreille droite. En raison de la survenue d'accidents d'origine bulbaire et de l'exacerbation de tous les symptômes, on pratiqua il y a un an une craniectomie pariétale décompressive. Toutes les manifestations s'atténuèrent en l'espace de six semaines, et actuellement le malade ne présente plus, comme reliquat de l'affection, que de légers troubles de l'adiadoccocinésie à gauche, et il est capable de mener une vie très active. Ces faits démontrent, à leur avis, que dans les cas où il peut exister un doute sur la nature néoplasique d'une lésion provoquant le syndrome d'hypertension, il convient de pratiquer tout d'abord une trépanation décompressive et d'en attendre les effets plutôt que d'intervenir directement sur la région où siègent les lésions quand il s'agit de localisations cérébello-protubérantielles en raison des risques opératoires considérables qu'on fait courir au malade.

M. SICARD croit que les méningites séreuses localisées sont parfois le reliquat d'une hémorragie méningée. Il a eu l'occasion d'observer un cas démonstratif à cet égard. Il s'agissait d'un malade chez lequel un syndrome d'hypertension rachidienne avec quelques signes de localisation fit pratiquer une trépanation. On trouva un kyste séreux rempli d'un liquide jaunâtre séreux, riche en pigments biliaires. Le malade a guéri, et ayant succombé à une pneumonie on trouva à l'autopsie un enkystement avec adhérence méningée.

M. Sicard insiste sur l'intérêt de la recherche de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien, l'hyperalbuminose possédant pour lui plus de valeur encore que l'hypertension.

ANALYSES

MÉDECINE

Le syndrome solaire dans les affections gastriques et pancréatiques. (JAULIN et L. MARRE. *Arch. méd.-chir. de province*, Poitiers, nov. 1913.) — Les auteurs ont eu l'occasion d'observer en quelques mois trois malades qui présentaient ce fait commun : un syndrome abdominal extrêmement douloureux lié à des lésions pancréatiques ou juxta-pancréatiques intéressant le plexus solaire. A l'occasion de ces observations les auteurs rappellent et précisent les éléments du syndrome solaire qui a été décrit par le professeur Chauffard sous le nom de syndrome pancréatico-solaire dans le cancer du corps du pancréas, et, par A. Mathieu dans certaines lésions gastriques et périgastriques de la petite courbure et de la face postérieure de l'estomac.

Le syndrome est essentiellement constitué par des douleurs intraabdominales aboutissant rapidement à la cachexie, ne s'accompagnant pas d'ictère, au moins tout au début ; accessoirement par la présence d'une douleur épigastrique plus ou moins nette.

La douleur est le signe capital. Elle survient au début par crises isolées, mais, fait important, elle ne tarde pas à devenir continue sans cesser de présenter des paroxysmes. Les crises sont spontanées et n'ont aucune relation ni avec les repas, comme les crises de l'ulcus gastrique, ni avec les mouvements des malades, comme les douleurs de la lithiase rénale.

La douleur présenterait pour Chauffard les caractères suivants : primitivement gauche et sous-costale, elle se déplace peu à peu vers la ligne médiane et devient franchement épi-

gastrique avec irradiation fréquente dans le dos, la poitrine et les épaules. Les paroxysmes de plus en plus répétés et prolongés deviennent suraigus, aboutissant à un état extrêmement cruel de viscéralgie profonde, de constriction en ceinture; bref, le syndrome algique est analogue à celui des crises tabétiques les plus intenses. L'attitude des malades devient caractéristique; ils ne trouvent quelque soulagement qu'en se tenant assis, courbés en avant, les genoux repliés. Pendant les crises douloureuses aucune alimentation ne peut être supportée, et dans leur intervalle aucun régime ne paraît avoir une action préventive sérieuse.

A côté de cette forme, Malbot et R. Malles ont signalé une forme cardialgique, la douleur rappelant l'angine de poitrine.

Les malades vomissent fréquemment au cours de leurs crises et dans l'intervalle des crises ils ont une sensation de plénitude abdominale particulière. Au symptôme douleur s'ajoute très rapidement le symptôme cachexie, cachexie intense qui s'explique facilement. Il s'agit, en effet, de malades qui souffrent, qui de ce fait ne dorment guère et ne s'alimentent pas; de malades, enfin, qui sont le plus souvent des cancereux, et en particulier des cancéreux pancréatiques.

Assez souvent, dans le cas de cancer du corps du pancréas, on ne tarde pas à voir apparaître un ictère progressif par rétention : c'est alors que le processus cancéreux envahit la tête du pancréas et comprime le cholédoque.

Parfois, aussi, on voit apparaître dans la région épigastrique une tumeur plus ou moins bosselée et irrégulière, plongeant dans la profondeur, peu mobile, soulevée dans certains cas en battements rythmiques par l'aorte abdominale. C'est la forme pseudo-anévrismale du cancer du corps du pancréas décrite par Pic et Tollot.

Mais ce sont là des signes inconstants qui, tout en éclairant la pathogénie du syndrome solaire, n'en font cependant pas partie.

Le syndrome solaire doit être différencié d'autres syndromes douloureux qui peuvent donner le change, tel que les crises tabétiques, les crises de lithiase biliaire et rénale, le saturnisme, et enfin certaines sténoses intestinales.

C'est aux crises tabétiques que ressemblent le plus les crises solaires; c'est à elles que l'on songe tout d'abord. Elles se différencient cependant des crises solaires en ce que, dans leur intervalle, les malades se trouvent tout à fait bien, tandis qu'ils continuent à souffrir de façon sourde dans l intervalle des crises solaires. Le diagnostic est à faire également avec les crises gastriques tabétiformes liées aux gastropathies chroniques qui ont été décrites par J. Babinski, Stephen Chauvet et Gaston Durand et qui ressemblent absolument aux crises gastriques tabétiques les plus typiques. Dans les deux cas on évitera l'erreur, d'une part, en recherchant les signes cliniques du tabes, et, d'autre part, en examinant le liquide céphalo-rachidien et en pratiquant la réaction de Wassermann.

Les douleurs relevant de la *lithiase biliaire* ou *rénale* sont en général assez facilement rapportées à leur cause, sinon immédiatement du moins après une observation suffisamment prolongée du malade.

Il en sera de même d'ordinaire pour les douleurs abdominales ressortissant au *saturnisme*; enfin il faut discuter également le diagnostic de *sténose intestinale lente et incomplète*. Le diagnostic est parfois difficile; néanmoins il est rare que les sténoses intestinales lentes entraînent une douleur aussi vive que la douleur du syndrome solaire.

Le diagnostic différentiel des crises douloureuses solaires une fois posé, il faut se demander quel est l'organe dont les lésions provoquent les crises en irritant le plexus cœliaque. Ainsi que A. Mathieu l'enseigne, les crises solaires ne sont pas nécessairement liées aux lésions du pancréas; elles peuvent dépendre des lésions périgastriques, notamment des adénopathies inflammatoires ou cancéreuses secondaires aux lésions gastriques, surtout dans la région de la petite courbure de l'estomac. Ces adénopathies déterminent une irritation du plexus solaire, ce qui explique les crises paroxystiques présentées par certains malades n'ayant qu'un cancer de l'estomac et pas de pancréatite.

Le diagnostic est souvent difficile entre une lésion du pancréas et une lésion gastrique de la petite courbure ou de la face postérieure accompagnée de périgastrite. Il faudra souvent mettre en œuvre les divers procédés d'exploration des fonctions de l'estomac et du pancréas. L'absence ou l'excès d'HCl libre, la déformation de l'image radioscopique de l'estomac seront en faveur d'une lésion gastrique, une douleur bien localisée à la zone pancréatico-cholédocienne, des signes fonctionnels de localisation pancréatique révélés par l'examen des fèces, l'analyse des urines et les diverses épreuves classiques plaideront en faveur de lésion pancréatique. Ces divers signes sont d'ailleurs rarement mis en évidence dans les faits de syndrome solaire lié à des lésions pancréatiques. Il faut en effet des destructions profondes et étendues de la glande pour que les recherches donnent des résultats positifs; bien entendu ces recherches ne permettront pas de différencier le cancer de la pancréatite.

La thérapeutique est souvent désarmée en présence d'un pareil syndrome, la morphine à doses croissantes ne calme pas toujours les douleurs d'une façon suffisante; aussi se trouve-t-on entraîné à tenter des interventions chirurgicales même dans les cas les plus désespérés. Ces interventions sont susceptibles de donner de bons résultats dans les cas où le syndrome solaire résulte de lésions gastriques inflammatoires ou ulcéreuses compliquées d'adénopathie et d'adhérences postérieures que l'on aura à extirper ou à libérer. Dans deux cas de cancer du corps du pancréas un chirurgien belge, P. Doc, a pratiqué l'excision du plexus solaire et en particulier des ganglions semi-lunaires; les malades ont été débarrassés de leurs crises douloureuses, mais l'ablation des ganglions semi-lunaires est une opération tellement délicate et problématique qu'il est au moins prudent de ne pas la considérer comme effectuée avant vérification histologique.

De la réunion bout à bout de nerfs différents et des anastomoses nerveuses. (A. Pitres. *Journ. de méd. de Bordeaux et de la région du sud-ouest*, 30 nov. 1913.) — A la suite d'un traumatisme, d'une névrite toxi-infectieuse, d'une poliomyélite antérieure, un nerf mixte se trouve séparé de ses cellules trophiques, il dégénère; les muscles auxquels il se distribue se paralysent et s'atrophient; puis, soit parce que son bout périphérique ne s'est pas réuni à son bout central, soit parce que ses centres trophiques ont été détruits par la lésion initiale, le nerf dégénéré ne se régénère pas. L'atrophie musculaire persiste et s'aggrave. Pour remédier à cet état de choses des opérations de réunion bout à bout de nerfs différents, d'anastomose artificielle des nerfs sont entrées depuis quelques années dans la pratique courante.

Pour atténuer ou faire disparaître, par exemple, les déformations du visage, dues à d'anciennes paralysies faciales, on réunit le bout périphérique du facial au bout central de la branche externe du spinal. Pour rendre leur contractilité aux muscles des membres atrophiés par suite de paralysie infantile ou de paralysie traumatique on crée des anastomoses artificielles entre le segment périphérique des nerfs qui se rendent à ce muscle et le segment central d'un nerf voisin. Ces opérations sont logiques; elles réussissent souvent. La cicatrisation se fait rapidement, les cylindraxes du bout central du nerf normal restent en relation avec leurs cellules originelles, bourgeonnent; leurs prolongements pénètrent dans le bout périphéripue du nerf régénéré et en stimule la régénération. A mesure que celle-ci s'opère, et elle s opère infailliblement si l'intervention n'a pas été trop tardive et si elle ne

s'est pas compliquée d'accidents septiques, les symptômes morbides s'atténuent et disparaissent même parfois complètement. Le malade peut être très amélioré ou radicalement guéri.

Technique de la recherche du bacille de Koch dans les urines ; avantages de l'emploi d'un sérum agglutinant. (Lucas. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 22 nov. 1913.) — On sait le parti et les avantages qu'on peut retirer de l'addition au liquide d'homogénéisation des crachats de quelques gouttes d'un sérum antituberculeux agglutinant (en l'espèce celui de Marmorek), avantages se traduisant par un enrichissement bacillaire considérable. Le même procédé, légèrement modifié, permet de déceler le bacille de Koch dans les urines par simple sédimentation alors même qu'après centrifugation, mais sans sérum, on ne peut en découvrir un seul.

La technique recommandée par l'auteur pour la recherche du bacille de Koch dans les urines est la suivante : 1° ajouter à une quantité donnée d'urine (100 centimètres cubes) deux gouttes de sérum par 10 centimètres cubes ; pour abaisser la densité du liquide au-dessous de la densité minima du bacille tuberculeux (1010) on se sert d'alcool à 60 degrés jusqu'à obtenir une densité de 0,999; agiter en tous sens ; 2° après sédimentation de vingt-quatre heures, recueillir la portion inférieure de l'urine (30 centimètres cubes) sur laquelle portera l'examen ; 3° agir différemment selon les cas et suivant la nature du dépôt constitué par : *a.* des phosphates, alors clarifier par l'acide acétique ; *b.* des urates, alors chauffer légèrement ; *c.* du pus, alors traiter par le sulfate de soude (une goutte par centimètre cube) ; 4° centrifugation d'une demi-heure ; 5° coloration au Ziehl-Neelsen rigoureux.

Cette méthode au sérum employée à la recherche du bacille de Koch dans les urines, et qui n'est qu'une application de celle que l'auteur a signalée pour l'examen des crachats, lui a constamment donné des résultats bien supérieurs à ceux des procédés habituels (sédimentation ou centrifubation d'une très grande quantité d'urine, procédé de Biedert, Hallion, Trevithick). L'énumération a montré un enrichissement bacillaire beaucoup plus considérable et, dans quelques observations, seule cette méthode a donné à l'auteur des résultats positifs.

MÉDECINE INFANTILE

Pancréatite ourlienne. (Timbal. *Le Toulouse méd.*, 15 nov. 1913.) — L'auteur a eu l'occasion d'observer récemment un cas de pancréatite ourlienne survenue chez une fillette de treize ans au sixième jour de la maladie et ayant duré cinq jours. L'observation est de tous points comparable à celle que Simonin a rapportée et qui a servi de base à sa description de la pancréatite ourlienne.

L'affection a débuté par une poussée thermique et par des signes d'embarras gastrique : anorexie, nausées, langue saburrale; puis très rapidement sont apparus les deux signes caractéristiques : la douleur et les vomissements. Les douleurs étaient spontanées et s'exaspéraient par moments à la façon des névralgies; elles siégeaient au niveau du plexus solaire et de la région pancréatique; la pression, même légère, les augmentait au point de rendre impossible l'exploration profonde de la région. Les vomissements étaient répétés et bilieux. Contrairement à la diarrhée qui s'observe habituellement, la malade fut constipée, ce qui empêcha l'auteur d'examiner les fèces et d'y rechercher les signes d'insuffisance pancréatique : glycosurie, polyurie, polyphahie, stéarée...; il est probable d'ailleurs que ces recherches seraient restées négatives (comme dans tous les cas où elles ont été pratiquées jusqu'à présent) parce que la pancréatite ourlienne est toujours trop légère pour provoquer une perturbation profonde de la glande.

Cette observation montre que le pancréas, glande acineuse, parotide abdominale, peut être le siège d'une poussée fluxionnaire au cours des oreillons. Cette localisation, qui paraît toutefois assez rare, succède généralement aux fluxions des glandes salivaires; il s'agit vraisemblablement d'une infiltration œdémateuse temporaire du tissu cellulaire interacineux de la glande comparable à celle constatée dans les parotides, et il est possible que les douleurs relèvent de la compression passagère du plexus cœliaque placé en arrière de l'organe.

SYPHILIGRAPHIE

Accidents neuro-méningés graves et tardifs chez une syphilitique secondaire traitée par le mercure et le néosalvarsan. (Vedel, Roger et Baumel. *La Province méd.*, 22 nov. 1913.) — Les auteurs rapportent l'observation d'une jeune femme atteinte de syphilis secondaire grave, rebelle à un traitement mercuriel intensif et qui fut traitée par le néosalvarsan ; les accidents cutanés ou muqueux rétrocédèrent.

Trois mois après, malgré une nouvelle cure mercurielle, elle fut atteinte d'accidents nerveux graves consistant en un mélange de dépression et d'agitation, puis en torpeur avec raideur de la nuque, signe de Kernig, contracture très marquée dans tout le segment des membres supérieurs et inférieurs, incontinence des sphincters et fièvre légère. La ponction lombaire avait ramené un liquide hypotendu, hyperalbumineux, et contenant 58 leucocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte. Un nouveau traitement mercuriel fut institué; quelques jours plus tard le tableau méningé s'aggravait, une pneumonie de la base gauche se déclarait et la malade mourait.

Les auteurs se demandent quelle est la nature des accidents présentés et quel rôle il faut faire jouer au 606 dans leur production ? Le diagnostic porté il y a quelques années aurait été très vraisemblablement celui de syphilis cérébro-méningée. A l'heure actuelle le problème se complique à cause du traitement par le néosalvarsan, traitement que quelques syphiligraphes rendent responsable d'un certain nombre d'accidents neuro-méningés, précoces ou tardifs, désignés sous le nom de neuro-méningo-récidive. La tendance actuelle est d'expliquer les méningo-neuro-récidives par une action combinée de la syphilis et du médicament, soit que le néosalvarsan crée un lieu de moindre résistance au niveau du névraxe et de ses enveloppes, soit qu'il réchauffe une méningite syphilitique secondaire et méconnue, hypothèse bien plus vraisemblable étant donnée la fréquence bien connue des méningites syphilitiques secondaires latentes.

Dans le cas rapporté la médication a-t-elle joué un rôle de traumatisme local ? Il est bien difficile de l'affirmer. Quoi qu'il en soit de la pathogénie des accidents, les auteurs estiment que ce cas montre, après les observations de Fage, Gendron, Becker, que le traitement combiné par le mercure et le néosalvarsan ne met pas à l'abri des accidents neuro-méningés comme l'avaient admis Audry, Sicard.

STEPHEN CHAUVET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Ne jamais vieillir et vivre plus de cent ans, par le docteur L. H. Goizet. In-8. — Prix : 3 fr. 50 — Paris, A. Maloine.

Radiothérapie des maladies du sang et des organes lymphoïdes, par R. Crémieu, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Lyon. Un vol. de la collection des *Actualités médicales*, in-16, 96 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Médecin et la société, par le docteur G. Guelpa. In-8 raisin de 24 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin et fils.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 25 oct. 1913.*) R. DUTHOIT : Communication préliminaire sur le traitement sérothérapique de la coqueluche. — DE BEULE : Quelques considérations pratiques au sujet de la chirurgie gastrique. — Ch. FIRKET et O. KREMER : Statistique comparative du cancer dans le pays liégeois, d'après les résultats d'autopsie. — DEPAGE : Traitement chirurgical des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 10, oct. 1913.) R.-J. WEISSENBACH : Recherches anatomo-cliniques et expérimentales sur les réactions du tissu conjonctif au voisinage des dépôts calcaires cutanés et sous-cutanés (6 fig.). — E. PINOY : Sur le traitement de l'actinomycose (2 fig.).

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, oct.-nov. 1913.) René MASSELON : Le délire chronique à évolution symptomatique. Etude critique. — S. GARNIER : Une épouse conjugicide au point de vue médico-légal. — Victor PARANT (père) : Les moyens d'investigation de l'autorité judiciaire sur l'état et l'internement des aliénés. Inefficacités et inconvénients : les enquêtes à l'internement.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 10, oct. 1913.) A. MATHIEU et R. SAVIGNAC : Etude des troubles intestinaux consécutifs à la gastro-entérostomie. — LESUÉ et LEGROS : Un cas de fistules œsophago-bronchiques par cancer de l'œsophage découvertes à la radioscopie.

Encéphale. — (N° 10, 10 oct. 1913.) H. CLAUDE et Mlle LOYEZ : Etude anatomique d'un cas d'apraxie avec hémiplégie droite et cécité verbale (5 pl.). — DERRIEN, EUZIÈRE, ROGER : Les disssociations albumino-cytologiques du liquide céphalo-rachidien. — René CHARON et Paul COURBON : Anormalité psychique et responsabilité relative.

Biologica. — (N° 34, 15 oct. 1913.) Henri PIÉRON : Le sommeil. — FRÉDERICQ : Qu'est-ce que la contraction cardiaque?

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIX, n° 19, 6 nov. 913.) Mary E. LAPHAM : Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — Herbert J. HALL : Les méthodes orthopédiques et la maison de santé. — William A. BOYD : Chorée héréditaire avec l'exposé d'un cas. — (Vol. CLXIX, n° 20, 13 nov.) Edwin A. LOCKE : La nutrition des enfants anémiques et tuberculeux. — Daniel FISKE JONES : Cancer du rectum. — CLEAVELAND FLOYD : Le pneumothorax artificiel dans le traitement des affections chroniques de la plèvre et des poumons. — Walter CHANNING : La meilleure instruction pour les infirmiers dans les hôpitaux d'aliénés.

Montpellier médical. — (N° 43, 26 oct. 1913.) J. GRASSET : Médication des œdèmes. — (N° 44, 2 nov.) J. GRASSET : Médication des œdèmes (*fin*). — PARÈS : Table de mécanothérapie destinée à la mobilisation de la colonne vertébrale, des hanches et des genoux.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 40, 7 octobre 1913.) KUTTNER : Le crâne en tour congénital. — VERAGUTH et SEYDERHELM : Nouveau procédé pour influencer avec rapidité les formateurs de leucocytes anormaux. — ROSENOW : Sur le traitement de la leucémie par le thorium X. — DEYCKE et ALSTAEDT : Traitement de la tuberculose par le procédé de Deycke-Much pendant un an et demi. — KIENBOCK : Sur les troubles dans la hernie diaphragmatique rudimentaire. — HIRZ : Recherches comparatives sur l'action de l'uzara et de l'opium. — TRAUTMANN : Technique de l'extirpation totale des amygdales. — SIPPEL : Le traitement du myome utérin par les rayons X. — FUCHS : Recherches expérimentales sur la spécificité organique des ferments de défense protéolytiques (Abderhalden). — WEBER : Sur la valeur de la sérothérapie dans le tétanos. — HAHN : Sur le traitement intraveineux par la mélubrine. — RUHL : Perfectionnement du procédé des 2 verres de Thompson. — WINDESHEIM : Sur le traitement de l'anemie grave. — NASSAUER : L'école supérieure pour médecins et malades. — (N° 41, 14 octobre.) INGEBRIGTSEN : R génération des cylindraxes in vitro. — SELLHEIM : Nouveau procédé pour augmenter l'action destructive des rayons X sur les tumeurs profondes. — DESSAUER : Progrès dans la production des rayons Rœntgen durs. — RIEDEL : Sur l'amygdalectomie chez les enfants. — HOHLWEG : Examen fonctionnel du foie. — BORCHARDT et BENNIGSON : Recherches sur la teneur en sucre du sang dans les néphrites chroniques. — BANG : Sur la recherche clinique de l'hyperglycémie. — GUNDERMANN : Sur la pathologie du grand épiploon. — STRAUB : Sur la destruction et la conservation des solutions de scopolamine. — SIEGEL : Le demi-sommeil dans l'accouchement par la solution de scopolamine. — ROST : Quelle est la partie active de la pâte de bismuth de Beck. — TSHUDNOWSKY : La réaction d Abderhalen dans la grossesse et les maladies gynécologiques. — HEINRICHSEN : Un cas de blessure par coup de corne. — BAUMEL : Sur un porte-laminaire. — VERAGUTH et SYDERHELM : Nouveau procédé pour influencer avec rapidité les formateurs de leucocytes anormaux. — NASSAUER : L'école supérieure pour médecins et malades.

Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale. — — (N° 10, oct. 1913.) ODDE et CORSY : La myoclonie épileptique. — René BESSIÈRE : Rapports de la paranoïa et de la psychose périodique (la théorie de Specht). — H. DAMAYE : Démence consécutive à une psychose prolongée. — G. GENIL-PERRIN : La psychiatrie clinique dans l'œuvre de Félix Plater.

Revue médicale de l'Est. — (N° 19, 1er oct. 1913.) Ph. LASSEUR et G. THIRY : La doctrine des anticorps (*fin*). — (N° 20, 15 oct.) P. SIMON et JACQUOT : Cinq cas de méningite cérébro-spinale observés à l'hôpital civil de Nancy. — G. THIRY : Règles essentielles d'hygiène auxquelles il convient de soumettre l'autorisation de construction et de fonctionnement d'une usine d'incinération des ordures ménagères.

Revue neurologique. — (N° 19, 15 oct. 1913.) H. BARTH et A. LÉRI : Un cas de myélite ascendante au cours d'une syphilis secondaire, recherches bactériologiques et anatomiques. — C. PASTINE : Le signe de Babinski et les réflexes d'automatisme médullaire. — VAN WŒRKOM : A propos des mouvements de retrait des membres inférieurs et du réflexe de Babinski. — (N° 20, 30 oct.) G. MINGAZZINI : Sur quelques « petits signes » de parésies organiques (3 fig.). — J. JUMENTIÉ : A propos d'une autopsie de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, pratiquée trois ans après une opération décompressive (3 fig.).

Semaine gynécologique. — (N° 41, 14 oct. 1913.) OUI : Rigidité du col chez une syphilitique. Opération césarienne vaginale. Mort.

Semaine médicale. — (N° 41, 8 oct. 1913.) KLIPPEL et Mathieu Pierre WEIL : La réaction d'activation du venin de cobra; sa fréquence au cours des maladies mentales; sa valeur pronostique chez les paralytiques généraux et les déments précoces.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 44, 30 oct. 1913.) BARTEL : Sur l'importance des facteurs constitutionnels. — BRENNER : De la gastro-entérostomie ou la résection dans l'ulcère de l'estomac éloigné du pylore. — NOVAK et PORGES : Sur l'acidité du sang dans l'ostéomalacie. — JELLINEK : Sur l'importance de la qualité et de l'intensité des forts courants électriques dans leur action sur le corps des animaux. — MASSARI et KRONENFELS : Sur le traitement des gelures à la guerre. — PAUL : Extraction d'un corps étranger des voies aériennes. — KROKIEWICZ : Traitement de la leucémie par le benzol.

Le Directeur-gerant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 144. — JEUDI 18 DÉCEMBRE 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 18 DÉCEMBRE 1913. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Lecture. — *Anatomie.* — Séance du 16 décembre. — MM. Imbert, 5 ; Réglade et Godard (Henri), 7; Mlles Pommay, 10; Besson (M.) et Le Conte, 11 ; MM. Binard, 6; Rouffiac, 10.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté vient de décerner les prix suivants :

Prix Jeunesse [hygiène] (1 500 francs) à M. Courtois-Suffit (de Paris) pour son « Etude des améliorations hygiéniques à apporter à l'industrie des poudres et explosifs ».

Prix Jeunesse [histologie] (750 francs) à M. Champy (de Paris) pour ses travaux sur « l'Histophysiologie de la cellule intestinale et la survie des tissus en dehors de l'organisme ».

Prix Barbier (2 000 francs) à M. Bayeux (de Paris) pour son « Oxygénateur de précision ».

Prix Saintour (3 000 francs) à M. Pierre-Jean Ménard (de Paris).

Thèses récompensées pour l'année 1913. — *Médailles d'argent.* — MM. Bénard, Bith, Blechmann, Brodin, Cottenot, Gastinel, Genil-Perrin, Girode, Grigaut, Houdart, Laugier, Léon-Kindberg, P.-L. Marie, Mercier, Miskdjian, Mock, Prelat, Regnard, Roux, Savidan, Sellet, A. Vernes, A. Weill.

Médailles de bronze. — MM. Andraud, Balizeaux, Boulay, Mlle J. Bouteil, MM. Cadenat, Clarac, Cotoni, Croissant, Ducamp, Gendron, Grémaux, Guggenheim, Liébault, Logre, Lubetzki, Lucas, Miginiac, Pakowski, Pascalis, Pechdo, Ségard, Toulant, Cl.-M.-J. Verne, Wilhelm.

Mentions honorables. — MM. R. Alexandre, Andrieu, G. Bachy, Busson, Chaisemartin, Mlle A. Delage, MM. Dorlencourt, G. Farnarier, Gautruche, Jaillet, Lahille, Meurisse, Philbert, Pin, Mlle N. Pokitonow, M. Portret, Mlle N. Rabuteau, MM. Salin, Thibaut, Ziélinsky.

— Stage hospitalier. — MM. les étudiants de deuxième, troisième et quatrième années, astreints au stage hospitalier réglementaire, seront admis à choisir un service, pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1913-1914 (du 1er mars au 30 juin 1914), au secrétariat (guichet n° 5), en prenant l'inscription trimestrielle, les mercredi, jeudi, vendredi, samedi de chaque semaine, de midi à trois heures, du 7 au 31 janvier 1914.

MM. les étudiants qui ne prendront pas l'inscription du trimestre de janvier pourront néanmoins choisir un service, sur la présentation de leur carte d'immatriculation, les lundi et mardi de chaque semaine, du 12 au 27 janvier 1914, de midi à trois heures (guichet n° 2).

Aucun changement ne pourra être autorisé sans motif exceptionnel et sans l'assentiment des chefs de service intéressés. Les demandes, à cet effet, doivent être adressées au doyen et accompagnées de l'autorisation écrite de MM. les chefs de service. Ces demandes sont soumises à la commission scolaire qui statue, pour chaque cas particulier, sur la valeur des motifs invoqués.

COMMISSION SUPÉRIEURE DES ÉTUDES MÉDICALES. — La Commission supérieure des études médicales s'est réunie lundi matin, au ministère de l'Instruction publique, sous la présidence de M. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur. Elle a commencé la discussion d'un projet relatif à la composition des jurys d'agrégation.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le syndicat des médecins de la Seine vient de procéder, pour 1914, à la nomination de son bureau qui est ainsi constitué :

Président : M. Leredde; vice-présidents : MM. Baron et Saltas ; secrétaire général : M. Tourtourat; secrétaires généraux adjoints : MM. Lamare et Lafontaine; trésorier : M. Bongrand; directeur des accidents du travail : M. Lamare ; directeur des recouvrements et contentieux : M. Quidet; directeurs de l'exercice illégal : MM. Armand Lévy et Patry; secrétaire des sections : M. Pamart; archiviste : M. Hurtaud.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE THALASSOTHÉRAPIE (Cannes, 15 avril 1914). — Le bureau placé sous la présidence d'honneur de S. A. S. le prince Albert Ier de Monaco, membre de l'Institut, a pour président effectif M. d'Arsonval, et pour vice-président M. le docteur Faisans.

La question à l'ordre du jour est l'*héliothérapie.*

Rapports. — 1° *De la nature des radiations solaires au niveau de la mer et des moyens de les mesurer.* (Rapporteur : M. Daniel Berthelot, président de la Société des électriciens de Paris.)

2° *De l'héliothérapie marine dans ses rapports avec l'actinométrie et la climatologie.* (Rapporteurs : MM. Vallot, directeur de l'Observatoire du Mont-Blanc, et le docteur Dupaigne, médecin consultant à Cannes.)

3° *Effets biologiques de l'héliothérapie marine.* (Rapporteurs : MM. le professeur Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, et le docteur H. Bith, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire à la Faculté de médecine.)

4° *Posologie de l'héliothérapie marine.* (Rapporteurs : MM. les docteurs d'Œlsnitz, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Nice, et Casse (de Bruxelles), membre de l'Académie royale de médecine de Belgique.

5° *De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses chirurgicales.* (Rapporteurs : MM. le professeur A. Broca, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades; les docteurs Andrieux, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien assistant de l'hôpital maritime de Berck, et Pascal, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Cannes.)

6° *De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses abdominales.* (Rapporteurs : MM. les docteurs Armand-Delille, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine, et Revillet, ancien interne des hôpitaux de Lyon, médecin consultant à Cannes.)

7° *De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses pleuro-pulmonaires et adéno-médiastines.* (Rapporteurs : MM. les docteurs Festal, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Arcachon, et Malgat, médecin consultant à Nice.)

8° *De l'héliothérapie marine dans le traitement des tuberculoses cutanées.* (Rapporteur : M. le docteur Vidal, membre correspondant de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon.)

9° *De l'héliothérapie marine dans les affections tuberculeuses.* (Rapporteurs : MM. les docteurs Claisse, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Biarritz et Monteuuis, médecin consultant à Nice.

Les auteurs qui désireront présenter des communications devront en adresser le titre au secrétaire général, M. le docteur Georges Baudouin, 21, rue du Mont-Thabor à Paris, avant le 1er janvier 1914.

Le droit d'inscription à la Réunion internationale de Thalassothérapie est fixé à 20 francs pour les membres titulaires.

Les dames sont admises au titre de membres associés moyennant une cotisation de 10 francs.

D'importantes réductions de tarifs seront accordées par les compagnies de chemins de fer aux membres adhérents et associés qui se rendront à Cannes pour assister à la « Réunion ».

Des excursions et réceptions dont le programme sera envoyé ultérieurement seront organisées à Nice, Monte-Carlo, Menton et Hyères, avec visites des établissements de Thalassothérapie et de cure solaire.

Les demandes de renseignements devront être adressées aux secrétaires :

M. le docteur Cavasse, villa des Bleuets, à Cannes (Alpes-Maritimes);

M. le docteur Mantoux, villa Sardou, au Cannet, près Cannes (Alpes-Maritimes).

Les cotisations et demandes d'inscriptions seront reçues par M. le docteur Gimbert, villa des Myrtes, à Cannes.

LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE. — La statistique des familles françaises vient d'être publiée par le ministère du travail.

Il en résulte que l'on compte, en France, 11 317 434 foyers avec ou sans enfants. Ce total se décompose ainsi :

1 805 744	familles	n'ont pas d'enfant
2 967 571	—	ont 1 enfant
2 661 978	—	ont 2 enfants
1 643 425	—	ont 3 enfants
987 392	—	ont 4 enfants
566 768	—	ont 5 enfants
327 241	—	ont 6 enfants
182 998	—	ont 7 enfants
94 729	—	ont 8 enfants
44 728	—	ont 9 enfants
20 639	—	ont 10 enfants
8 305	—	ont 11 enfants
3 508	—	ont 12 enfants
1 437	familles	ont 13 enfants
554	—	ont 14 enfants
249	—	ont 15 enfants
79	—	ont 16 enfants
34	—	ont 17 enfants
45	—	en ont 18 et plus.

LES TEINTURES ORGANIQUES POUR LA CHEVELURE. — Nous empruntons au *Formulaire de cosmétique* de M. Gattefossé les renseignements suivants relatifs aux teintures à la paraphénylène-diamine, dont l'emploi est si courant aujourd'hui pour la chevelure.

Les teintes différentes sont obtenues avec les dérivés de la paraphénylène-diamine, qu'on appelle plus brièvement « para » ou « paraphé », ou par le mélange de cette dernière avec le diamidophénol. Comme ce sont les produits d'oxydation de la para qui donnent la gamme des nuances, le contact plus ou moins prolongé avec la solution ou la quantité d'oxydant qu'on y ajoute modifient profondément la nuance et l'on arrivera par la pratique à obtenir des teintes extrêmement variées.

La formule de teinture à la para le plus employée est la suivante :

Paraphénylène-diamine.....	20 grammes.
Eau parfumée..............	1000 grammes.

On y ajoute quelquefois un alcalin.

L'eau oxygénée qui doit servir d'oxydant est dans un flacon à part et suivant qu'on en ajoute plus ou moins on obtient une teinte différente. C'est ainsi qu'avec 1 p. 100 d'eau oxygénée une application de dix minutes suivie de lavage donnera une teinte blonde ; avec 2 p. 100 d'eau oxygénée et une application de vingt minutes, on obtiendra une coloration châtain, et ainsi de suite.

Quant aux risques d'intoxication courus avec ces teintures, M. Gattefossé affirme qu'une préparation récente n'offre aucun danger tandis qu'il n'en est pas de même avec les produits oxydés d'avance et employés en trop fortes quantités. Il faut donc éviter soigneusement les préparations de paraphénylène-diamine contenant leur oxydant, eau oxygénée, bichromate, etc. Il est de toute première importance de n'ajouter l'oxydant qu'au dernier moment et dans la proportion suffisante pour obtenir la nuance que l'on désire.

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES SOCIALES (16, rue de la Sorbonne). — M. le professeur Grasset (de Montpellier) fera le mardi 23 décembre 1913 à cinq heures et demie une conférence sur « la Matière et la Vie ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Théry, interne des hôpitaux de Paris, décédé, victime du devoir professionnel, à l'âge de vingt-six ans.

MATERNITÉ DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS. (Service de M. le docteur DEMELIN.) — COURS DE PERFECTIONNEMENT à l'usage des docteurs en médecine français et étrangers, et des étudiants déjà pourvus de leur certificat de stage obstétrical. — Un cours d'accouchement s'ouvrira à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, le lundi 12 janvier 1914, sous la direction de M. le docteur Demelin, accoucheur, chef de service, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et avec la collaboration de MM. les docteurs Devraigne, accoucheur des hôpitaux, assistant; Guéniot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Chirié, ancien chef de clinique à la Faculté; Keim, ex-préparateur des cours à la Faculté, ancien interne des hôpitaux; Roullier, ex-préparateur des cours à la Faculté.

Ce cours, théorique et pratique, aura lieu chaque jour à dix-sept heures; il comprendra quatorze leçons.

Les auditeurs assisteront, en outre, aux consultations externes.

Le prix du cours complet est de 50 francs.

S'inscrire à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, le matin de neuf heures et demie à dix heures et demie, avant le 10 janvier 1914. Le nombre des places est limité.

SÉANCE ANNUELLE

DE

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(*16 décembre 1913*)

L'Académie a tenu sa séance annuelle sous la présidence de M. Chauveau.

M. Blanchard, secrétaire annuel, après quelques considérations sur les récompenses décernées par l'Académie, a rendu un pieux hommage aux morts, Jaccoud, Lucas-Championnière, Hérard, Empis, membres titulaires, Poncet et Ledouble, membres correspondants nationaux. Il a souhaité la bienvenue aux deux nouveaux membres, MM. Bazy et Léger.

M. le Président a fait connaître ensuite les noms des lauréats.

Éloge de Paul Berger. — La parole a été donnée à M. Reclus pour prononcer l'éloge de Berger.

Après une jolie description de la petite ville de Beaucourt, de la principauté de Montbéliard, lieu d'origine de la famille Berger, après un ravissant tableau de cette famille protestante, si nombreuse et si unie, si honorable, si bienfaisante, un portrait des quatre frères de Berger tous arrivés à de hautes situations dues à leur seul mérite, et de ses trois sœurs dont M. Reclus craindrait de blesser la modestie en insistant sur leurs hautes vertus, il nous dépeint Paul Berger enfant, étudiant, interne, agrégé, chirurgien des hôpitaux, professeur; il nous dépeint ce beau caractère d'homme, ce rigoureux protestant si fidèle à ses devoirs religieux, comme à ses devoirs professionnels, il nous rappelle ses travaux, aujourd'hui classiques, sur les hernies, la désarticulation inter-scapulo-humérale, les autoplasties et termine ainsi son très beau discours qui a vivement ému toute l'assemblée :

« Au cours d'une opération où il déployait sa maîtrise ordinaire, il fut foudroyé debout, il tomba en plein champ de bataille, il eut la mort qu'il avait méritée. Non pas qu'elle fut immédiate; huit jours encore nous le vîmes respirer dans la petite chambre blanche et nue, tout près des malades consternés dans les salles muettes et les corridors silencieux. Un respect ému planait sur l'hôpital et, si quelque vague image impressionnait peut-être notre ami et son œil immobile sous sa paupière à demi fermée, c'était celle de ses élèves penchés sur lui, de ses parents, de son frère, de sa sœur, la fidèle compagne de toute sa vie, de son neveu, son vrai disciple, déjà mûr pour recueillir, dans notre carrière, le noble héritage du nom de Berger, qui signifie chez nous volonté, conscience, courage, abnégation, devoir. »

De nombreux applaudissements ont accueilli cette belle page de notre histoire chirurgicale.

PRIX DÉCERNÉS EN 1913

Prix de l'Académie (1 000 francs). — Question : *Pancréatites : étude clinique et expérimentale.* — Le prix est décerné à M. le docteur Etienne Chabrol, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu, Paris. Une mention très honorable est accordée à MM. les docteurs Paul Halbron, ex-chef de clinique adjoint, et Maurice Salomon, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Alvarenga de Piauhy [Brésil] (800 francs). — Le prix est décerné à M. Gabriel Petit, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort. Une mention très honorable est accordée à MM. les docteurs Heully, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, et Hirtzmann, médecin aide-major de l'armée, actuellement au Maroc.

Prix Apostoli (600 francs). — Le prix n'est pas décerné.

Prix Argut (650 francs). — Le prix est décerné à M. Stéphen Chauvet, interne des hôpitaux de Paris. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Guisez (de Paris).

Prix François-Joseph Audiffred (un titre de 24 000 francs de rente). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1 000 francs à M. C. Guérin, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille; 700 francs à M. le docteur de Brunel de Serbonnes (de Paris); 300 francs à M. le docteur Paul Braun, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Barrier (2 000 francs). — L'Académie décerne : un prix de 1 500 francs à MM. les docteurs de Beurmann, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et Gougerot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; un prix de 500 francs à M. J.-E. Boulin, vétérinaire à Rethel (Ardennes). Une mention est accordée à MM. les docteurs C. Defressine, médecin principal de la marine, hôpital Sainte-Anne, à Toulon, et H. Cazeneuve, médecin de première classe de la marine à bord du *Magellan*, à Brest.

Prix Louis Boggio (4 300 francs). — L'Académie décerne le prix à M. H. Vallée, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort.

Prix Mathieu Bourceret (1 200 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs A. Clerc, médecin des hopitaux, et C. Pezzi, laboratoire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Henri Buignet (1 500 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Cl. Regaud et Th. Nogier, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Lyon.

Prix Adrien Buisson (10 500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Dopter, professeur au Val-de-Grâce, Paris. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Gustave Rappin, professeur à l'Ecole de médecine, directeur de l'Institut Pasteur de Nantes.

Prix Chevillon (1 500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Robinson (de Paris).

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *Nature et pathogénie de la paralysie infantile.* — Le prix est décerné à Mme le doctoresse Tinel-Giry (de Paris).

Prix Clarens (400 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Courtois-Suffit, médecin en chef des manufactures de l'Etat, Paris. Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs A. Bruch (de Tunis) et René Schnaebelé, médecin-major de deuxième classe au 17e régiment de chasseurs à cheval, à Lunéville.

Prix Daudet (1 000 francs). — Question : *De la leucoplasie dans ses rapports avec le cancer.* — Le prix n'est pas décerné.

Prix Desportes (1 300 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. Em. Perrot, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, et Em. Vogt, docteur en pharmacie à Montrouge. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Ed. Laval (de Paris).

Prix Falret (700 francs). — Question : *Causes déterminantes de l'attaque d'épilepsie (conséquences thérapeutiques).* — Le prix est décerné à M. le docteur Rodiet, médecin en chef de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

Concours Vulfranc-Gerdy. — L'Académie a accordé, en 1913, à MM. les stagiaires : une somme de 1 500 francs à M. Lechevallier, pour sa mission en vue d'étudier les stations de l'Ariège et de l'Aude (Aulus, Rennes-les-Bains, Foncirgue et Escouloubre); une somme de 1 500 francs à M. Lévy pour sa mission en vue d'étudier les stations des Basses-Alpes, de la Savoie et des Alpes-Maritimes (Gréoux, Farette, Coise et Roquebillière); une somme de 1 500 francs à M. Morancé pour sa mission en vue d'étudier la station de Castéra-Verduzau (Gers); une somme de 1 500 francs à M. Amaudrut pour sa mission en vue d'étudier les stations de l'Ariège et des Pyrénées-Orientales (Olette, Moligt, Carcanières et Usson).

Prix Ernest Godard (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Eugène Olivier, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur André Boeckel, chef de clinique urologique à Faculté de médecine de Nancy.

Prix Pierre Guzman (un titre de rente de 1 328 francs). — L'Académie accorde, à titre d'encouragement, les arrérages de la fondation Guzman à M. le docteur Louis-Albert Amblard, médecin consultant à Vittel.

Prix Théodore Herpin [de Genève] (3000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur André Barbé (de Paris).

Prix Jacquemier (1 700 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs G. Fieux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et Pierre Mauriac, médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Prix Laborie (5000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Guisez, chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôtel-Dieu, Paris.

Prix du baron Larrey (500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Albert Dejouany, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Em. Gaujoux (de Montpellier).

Prix Laval (1 000 francs). — Le prix est décerné à M. Alfred-Eugène Quinquaud, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

Prix Jules Lefort (300 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs P. Gastoc, directeur du laboratoire central, chef du laboratoire de radiologie à l'hôpital Saint-Louis, Paris, et P. Ferreyrolles, médecin de l'hôpital thermal de la Bourboule.

Prix Henri Lorquet (300 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Haury, médecin-major de première classe au 53e d'artillerie, à Clermont-Ferrand. Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Ossip-Lourié, professeur à l'Université nouvelle de Bruxelles; R. Benon, médecin des quartiers d'hospice à Nantes; Lucien Libert (de Paris); H. Bourhilhet et M. Brissot, médecins de l'asile d'aliénés de Sainte-Catherine, à Moulins (Allier).

Prix Mège (900 francs). — Question : *Des glycosuries toxiques.* — Le prix n'est pas décerné.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2600 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur F. Bourdier, chef de laboratoire de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu à Paris; une mention très honorable est accordée à MM. Mawas, répétiteur au Collège de France, chef de laboratoire à la fondation Rothschild et le docteur A. Magitot, assistant d'ophtalmologie à l'hôpital Lariboisière (de Paris).

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — L'Académie divise le prix et attribue 1000 francs à M. le docteur A. Conor, médecin-major, chef du laboratoire militaire de bactériologie, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis; 500 francs à MM. les docteurs Marotte, médecin-major de première classe, à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon et Morvan, médecin-major de deuxième classe au 60e régiment d'infanterie à Besançon.

Prix Oulmont (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. P.-J.-M.-F. Saint-Girons, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique de la glande pinéale.* — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Laignel-Lavastine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Philippe Ricord (600 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Georges Luys (de Paris); une mention honorable est accordée à M. le docteur Henri Pied, d'Argenteuil (Seine-et-Oise).

Prix Henry Roger (2500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Edmond Weill, professeur de clinique infantile à l'Université de Lyon.

Prix Tarnier (3000 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs P. Puech, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Montpellier et J. Vanverts, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Prix Tremblay (7200 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur E. Papin, chef de clinique des voies urinaires à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Vernois (700 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur E. Conseil, chef du bureau municipal d'hygiène de Tunis; des mentions honorables sont accordées à M. H. Martel, chef du service vétérinaire de la Seine; MM. A. Sartory, docteur ès sciences, membre de la Commission d'hygiène industrielle au ministère du travail et le docteur Marc Langlais de Paris.

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé et, par son arrêté du 10 janvier 1913, M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France pendant l'année 1911 :

1° *Médaille d'or :* M. le docteur H. Laussedat, médecin consultant à Royat.

2° *Rappel de médaille d'or :* M. le docteur G. Bardet (de Paris).

3° *Médailles d'argent :* MM. les docteurs L.-A. Amblard, médecin consultant à Vittel; J. Barailhé, médecin-major de deuxième classe au 14e régiment d'artillerie à Tarbes, et J. Cruzel, médecin aide-major de première classe au 15e régiment de dragons, à Libourne; P. Ferreyrolles, médecin de l'hôpital thermal de la Bourboule, et P. Gastou, directeur du laboratoire central et de radiologie à l'hôpital Saint-Louis, à Paris; et Roger Glénard, médecin consultant à Vichy.

4° *Rappel de médaille d'argent :* M. le docteur L. Salignat, médecin de l'hôpital thermal de Vichy.

5° *Médailles de bronze :* MM. les docteurs Boudry, médecin des eaux de la Bourboule; Victor Gardon (d'Alger).
M. André Cussac, docteur en pharmacie, à Biarritz.

6° *Rappel de médaille de bronze :* M. le docteur L. Goudard (de Pau).

Service des épidémies. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder les récompenses ci-après aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de protectorat pendant les années 1911-1912 :

1° *Médaille d'or* : M. le docteur Moreau (René), médecin des épidémies, à Sens.

2° *Rappels de médailles d'or :* MM. les docteurs André (G.), professeur à la Faculté de médecine de Toulouse; Jablonski, inspecteur départemental de la Vienne, à Poitiers.

3° *Médailles de vermeil:* MM. les docteurs Colin (Ch.), médecin en chef des épidémies, à Quimper; Hublé, médecin principal de première classe, médecin en chef de l'hôpital militaire et du service de santé de la Place de Reims; Ott (Charles), inspecteur départemental de la Seine-Inférieure.

4° *Rappels de médailles de vermeil :* MM. les docteurs Boquin, médecin des épidémies, à Autun; Mathieu, médecin des épidémies, à Wassy.

5° *Médailles de bronze :* MM. les docteurs Briau, directeur du bureau municipal d'hygiène, au Creusot; Conseil (E.), chef du bureau d'hygiène, à Tunis; Decamps, à Amiens, vice-président du Conseil d'hygiène départemental, médecin adjoint des épidémies; Job (Emile), médecin-major de première classe, chef du laboratoire de bactériologie à l'hôpital de Casablanca (Maroc); Servas (de Bourg); Villard, médecin des épidémies, à Verdun.

6° *Rappels de médailles de bronze :* MM. les docteurs Prouff, médecin des épidémies, à Morlaix; Spiral (Ch.), médecin des épidémies, à Montmédy.

Service de la vaccine. — L'Académie accorde pour le service de la vaccine en 1912 :

1° *Médaille d'or* : M. le docteur Delrieux, médecin inspecteur des troupes coloniales, inspecteur des services sanitaires civils de l'Afrique occidentale française.

2° *Rappel de médaille d'or :* M. le docteur Durief, médecin inspecteur des épidémies du département de la Seine, à Paris.

3° *Médaille de vermeil :* M. le docteur Nicolas, médecin en chef de la Société générale des transports maritimes, à Marseille.

4° *Rappel de médaille de vermeil :* M. le docteur Meyer (Jules), médecin-major de première classe, rapporteur de la Commission de contrôle du service départemental de la vaccine à Laon.

5° *Médailles d'argent :* MM. les docteurs Henseval (M.), inspecteur chargé de la direction du laboratoire du service de santé et de l'hygiène, à Bruxelles; Pineau (Jules), directeur du bureau d'hygiène à Grasse; Sibenaler, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales.

MM. Chobet, employé à l'Institut vaccinogène de Marseille; Imbert de la Touche, étudiant en médecine à Marseille; Mathis, ancien secrétaire de la mairie de Montrouge, à Lomme; Poli, directeur du bureau municipal d'hygiène à Ajaccio.

6° *Médailles de bronze :* MM. les docteurs Coquereau, à Châtillon; Delmont-Bébet, à Paris; Escoube, à Vitry; Froment, à Paris; Labady (C.), à Paris; Lavocat (H.), à Bondy; Le Bas (G.), à Paris; Le Mière (P.), à Paris; Mailfaire (C.), à Vanves; Parisot (M.), à Saint-Ouen; Périnelle (L.), à Puteaux; Thébault (R.), à Paris.

MM. Albouy (Albert), instituteur adjoint, à Gentilly; Amaury, secrétaire-trésorier du bureau de bienfaisance du XIe arrondissement, à Paris; Blin, secrétaire-trésorier du bureau de bienfaisance du XXe arrondissement, à Paris; Bouttenot, employé à la mairie de Saint-Ouen; Carlaveau, secrétaire du bureau d'hygiène à Grasse; Cousin (Gaston), inspecteur de la salubrité au bureau d'hygiène de Grasse; Domain, employé à la mairie de Puteaux; Druelle (Maurice), garçon préparateur à l'Institut vaccinogène de Lille; Farcy, employé à la mairie de Malakoff; Lancelot (Jean-Abel), inspecteur de police administrative, à Bordeaux; Lefèvre, employé à la mairie d'Ivry; Mauzin, secrétaire-trésorier du bureau de bienfaisance du XVIIIe arrondissement, à Paris; Moitié, secrétaire à la mairie d'Arcueil-Cachan; Poilvez (Henri), secrétaire de mairie, à Yerres; Radenen, directeur du bureau d'hygiène à Neuilly; Remond, secrétaire à la mairie de Rosny-sous-Bois; Sueur, directeur de l'Ecole du Centre, à Malakoff; Vareilles, employé à la mairie de Gennevilliers; Vincent, employé à la mairie de Vincennes.

Mmes Dufayet, employée à l'école maternelle de la rue Boileau, à Montrouge; Fresel, directrice du groupe scolaire Paul-Bert, à Gennevilliers; Langlois, directrice de l'école des filles, rue Castérès, à Clichy; Luce, directrice de l'école du Centre, à Saint-Ouen.

Mlle Hiernard, sage-femme en chef de la Maternité, à Paris.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

1° *Médailles d'or* : MM. les docteurs Florentin (Maurice), à Norges-le-Bas (Côte-d'Or); Fleury, chef de bureau à la préfecture de police, à Paris.

2° *Rappels de médailles d'or* : M. le docteur Ficatier, à Bar-le-Duc (Meuse).

MM. Augé (Ad.), inspecteur départemental des Basses-Pyrénées, à Pau; Cambillard (A.), inspecteur départemental de l'Oise, à Beauvais; Geay (F.), inspecteur départemental de la Vendée, à la Roche-sur-Yon; Marois (R.), inspecteur départemental de l'Yonne, à Auxerre; Rouveyre (X.), inspecteur départemental des Bouches-du-Rhône, à Marseille.

3° *Médailles de vermeil* : MM. les docteurs Broudic (L.), à Paris; Guelliot, à Reims (Marne); Louvet (E.), médecin de la protection de l'enfance, à Lusigny (Aube); Schreiber (G.), à Paris; de Welling, président de la Société protectrice de l'enfance, à Rouen.

MM. Brebion (E.), inspecteur de l'Assistance et de l'hygiène publiques du Morbihan, à Vannes; Desseaux (P.), inspecteur départemental du Loiret, à Orléans; Rousseau (H.), inspecteur départemental du Gers, à Auch.

4° *Rappels de médailles de vermeil* : MM. les docteurs Auvert (J.), inspecteur de l'Assistance publique du Cher, à Bourges; Baratier (Antonin), à Jeugny (Aube); Bosc, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Guignes-Rabutin (Seine-et-Marne); Cassoute, médecin chef des hôpitaux, directeur du service médical de l'œuvre des nourrissons, à Marseille; Denizet, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Château-Landon; Gagnière, médecin inspecteur des enfants du premier âge, à Vaulx-Milieu; Genglaire (Edme), médecin inspecteur des enfants du premier âge, à Coucy-le-Château; Hamel, inspecteur départemental du Nord, à Lille; Lautré, inspecteur départemental de la Haute-Garonne, à Toulouse; Mazoyer (Elie), ex-médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Nîmes; Mercier (Raoul), professeur à l'Ecole de médecine de Tours; Mornet (Jacques), à Bourges; Subercaze (A.), médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à La Ferté-Alais; Truffet, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Seyssel; Vivien (A.), médecin de la protection de l'enfance, à Vienne.

MM. Bernis (P.), inspecteur départemental de l'Hérault, à Montpellier; Boucoiran (J.), inspecteur départemental du Gard, à Nîmes; Cannet (Em.), inspecteur départemental d'Ille-et-Vilaine, à Rennes; Chevillet (G.), inspecteur départemental de Meurthe-et-Moselle, à Nancy; Couret (H.), inspecteur départemental de la Charente, à Angoulême; Crégut (R.), inspecteur départemental de l'Ardèche, à Privas; Davodet (A.), inspecteur départemental de la Manche, à Saint-Lô; Desmot (J.), inspecteur départemental de la Mayenne, à Laval; Drouilly (Ch.), inspecteur départemental de l'Eure, à Evreux; Eynard (J.), inspecteur départemental du Tarn, à Albi; Féraudy (Th.), inspecteur départemental des Alpes-Maritimes, à Nice; Gautier (Ch.), inspecteur départemental des Basses-Alpes, à Digne; Grèges (R.), inspecteur départemental de la Vienne, à Poitiers; Guillon (J.), inspecteur départemental des Côtes-du-Nord, à Saint-Brieuc; Lardet (François), inspecteur départemental de l'Ain, à Bourg; Lavaurs (E.), inspecteur départemental des Landes, à Mont-de-Marsan; Mérat, inspecteur départemental du Calvados, à Caen; Pays (A.), inspecteur départemental de la Haute-Loire, au Puy; Raffalli, inspecteur départemental de la Haute-Saône, à Vesoul; Roche (Pierre), inspecteur de la Marne, à Châlons; Sarraz-Bournet, inspecteur départemental de la Savoie, à Chambéry; Tissot (Ch.), inspecteur départemental du Loir-et-Cher, à Blois; Viret (G.), inspecteur départemental de la Gironde, à Bordeaux.

5° *Médailles d'argent* : MM. les docteurs Carnat, inspecteur départemental de l'Allier, à Moulins; Chambrelent, à Bordeaux (Gironde); Détré (G.), à Paris; Frénel (G.), médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Crillon (Oise); Gardon (Victor), à Alger; Gaujoux (Em.), chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Montpellier; Langlois, médecin inspecteur du service de protection des enfants du premier âge de la Seine, à Paris; Lassort, inspecteur départemental de l'Aude, à Carcassonne; Pigot, inspecteur départemental de l'Indre-et-Loire, à Tours.

MM. Cens (L.), inspecteur départemental des Ardennes, à Mézières; Clerg (G.), inspecteur départemental des Deux-Sèvres, à Niort; Davin (L.), inspecteur départemental de la Somme, à Amiens; Gilbert (J.-A.), inspecteur départemental des Hautes-Pyrénées, à Tarbes; Le Roy (C.), inspecteur départemental des Pyrénées-Orientales, à Perpignan; Mailloux (A.), sous-inspecteur de l'assistance publique de la Charente, à Angoulême; Oulion (A.), inspecteur départemental de la Corrèze, à Tulle; Quilgars (Henri), sous-inspecteur de l'Assistance publique de l'Eure, à Evreux; Roy (Jules), sous-inspecteur de l'Assistance publique de Meurthe-et-Moselle, à Nancy.

6° *Rappels de médailles d'argent :* MM. Franco (J.-R.), inspecteur départemental de Maine-et-Loire, à Angers; Hervieu (G.), inspecteur départemental de Saône-et-Loire, à Mâcon.

7° *Médailles de bronze* : MM. les docteurs Brulet, inspecteur départemental de la Côte-d'Or, à Dijon; Chaillou, médecin inspecteur du service de protection des enfants du premier âge de la Seine, à Paris; Gourivaud (A.), inspecteur départemental de la Haute-Vienne, à Limoges; Le Même, inspecteur départemental de l'Isère, à Grenoble.

MM. Arnoul, commis expéditionnaire à la préfecture de police, à Paris; Chamagne (Georges), à Pont-Aven (Finistère); Douet (J.), inspecteur départemental de la Creuse, à Guéret; Grubier (J.-H.), inspecteur départemental du Cantal,

à Aurillac; Illiaquer (F.), inspecteur départemental du Finistère, à Quimper; Pélissier (P.), inspecteur de l'Assistance publique de Vaucluse, à Avignon; Robinot, inspecteur départemental de la Meuse, à Bar-le-Duc; Vilquin (Louis), sous-inspecteur de l'Assistance publique de la Vendée, à la Roche-sur-Yon.

Conditions communes a tous les concours. — Les ouvrages destinés aux divers concours de l'Académie de médecine doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et parvenir directement au secrétariat, francs de port, reliés ou brochés, avant le 1er mars de l'année où le prix doit être décerné, avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel ils sont présentés.

Il ne sera tenu aucun compte des demandes ou des écrits envoyés après cette date, alors même que les envois seraient regardés par les auteurs comme des additions, ou des compléments, ou des rectifications à un travail qu'ils auraient adressé dans les délais de rigueur.

Prix pour lesquels l'anonymat est obligatoire. — Académie, Alvarenga, Capuron, Civrieux, Daudet, Falret, Herpin (de Metz), Lefèvre, Louis, Mège, Orfila, Portal et Pourat.

Pour ces prix, les travaux doivent être manuscrits, entièrement inédits, paginés, suivis d'une table et brochés.

Chaque manuscrit devra porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté joint à l'ouvrage et contenant les nom et adresse de l'auteur. Tout concurrent à l'un des prix ci-dessus qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Prix pour lesquels l'anonymat est facultatif. — Amussat, Apostoli, Argenteuil, Argut, Audiffred, Baillarger, Barbier, L. Boggio, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell-Dupierris, Chevillon, Clarens, Desportes, Georges Dieulafoy, Godard, Pierre Guzman, Herpin (de Genève), comte Hugo, Huguier, Laborie, baron Larrey, J. Lefort, Leveau, Clotilde Liard, Henri Lorquet, Magitot, Claude Martin, Meynot, Monbinne, Anna Morin, Nativelle, Perron, Rebouleau, Sabatier, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay et Vernois.

Pour ces prix, l'anonymat étant facultatif, les travaux pourront être manuscrits ou imprimés. Ces derniers devront être envoyés au nombre de deux exemplaires.

Prix pour lesquels l'anonymat n'est pas permis. — Berraute, Guinchard, Henri Huchard, Roussilhe et Zambaco.

Pour ces prix, les travaux pourront être manuscrits ou imprimés. Ces derniers devront être envoyés au nombre de deux exemplaires.

Prix n'acceptant que des travaux imprimés. — Marie Chevallier, Itard, Jacquemier, Potain, Ricord, Roger et Marc Sée.

Les prix Gerdy, Laval, Oulmont et du XIIIe Congrès international de médecine de Paris, de 1900, sont l'objet de conditions particulières.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Henri Huchard, Huguier, Roger, Marc Sée et Tarnier.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus. Après la proclamation des prix, les auteurs des manuscrits auront la faculté d'en faire prendre copie dans les bureaux et à leurs frais, avec l'autorisation du Conseil.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1914

(Les concours seront clos fin février 1914. — Les lettres *p. i.* placées après le montant du prix indiquent « partage interdit », *p. a.* « partage autorisé ».)

Prix de l'Académie. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des paralysies récurrentielles.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. — 1 000 fr., *p. a.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés. — Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

Prix Apostoli. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année, en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

Prix Argut. — 650 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur de découvertes tendant à agrandir la conquête de la médecine sur le domaine de la chirurgie.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24000 francs de rente 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix Baillarger. — 2 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. — Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix du baron Barbier. — 2 000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Berraute. — Un titre de 3092 fr. de rente 3 p. 100, *p. a.* — Le capital de cette fondation, ou ses revenus, seront affectés à la lutte contre la maladie du cancer.

Prix Charles Boullard. — 1 200 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1 200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1 500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1 500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1 500 francs chacun.

Prix Campbell-Dupierris. — 2 300 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1 000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Traitement chirurgical des fibromes utérins pendant la grossesse.*

Prix Chevillon. — 1 500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les formes cérébrales de l'alcoolisme chronique, leurs terminaisons.*

Prix Clarens. — 400 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'action du radium sur le cancer des muqueuses.*

Prix Desportes. — 1 300 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

Prix Georges Dieulafoy. — 2 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail, manuscrit ou imprimé, qui, dans les deux années précédant le concours, aura réalisé un progrès notable, scientifique ou pratique, dans le domaine de la pathologie interne.

Concours Vulfranc-Gerdy. — M. Vulfranc-Gerdy a légué à l'Académie de médecine une rente annuelle de 5 500 francs en faveur de deux élèves ayant été attachés en qualité d'internes au service

des hôpitaux de Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger. Ces élèves seront institués pour quatre ans, à la suite d'un concours public subi devant un jury pris parmi les membres titulaires de l'Académie. Ils résideront pendant quatre ans dans un des quarante ou cinquante principaux établissements de France et de l'étranger; ils y étudieront les propriétés et les effets des eaux minérales, et présenteront à l'Académie un rapport annuel sur leurs observations médicales et les effets du traitement, les conditions matérielles des établissements, les conditions hygiéniques et climatériques de la localité.

L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1914. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1915. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur mémoire sur la pathologie interne et sur la pathologie externe. — Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix de l'année suivante.

En 1914, pathologie interne.

PRIX THÉODORE GUINCHARD. — 5000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura le mieux traité le sujet : *Maladies du croup et des angines croupales*, et trouvé le meilleur remède contre ces maladies.

PRIX PIERRE GUZMAN. — Un titre de rente de 1328 fr. 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées. — En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX HERPIN (de Metz). — 1200 fr., *p. a.* (Quadriennal.) — Question : *Traitement abortif des teignes*.

A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix à récompenser ou à provoquer des travaux sur les effets thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles, qui sont aujourd'hui employées contre des maladies semblables ou analogues entre elles.

PRIX HENRI HUCHARD, de l'Académie de médecine (prix de dévouement médical en souvenir de leur fille Marcelle Huchard). — 6300 fr., *p. a.* (Biennal.) — Ce prix, qui pourra être partagé en deux ou trois parts, sera attribué à une personne ou des personnes de nationalité française, appartenant de préférence au corps médical (étudiants, médecins, chirurgiens, etc.), par exception à des personnes n'en faisant pas partie, s'étant distinguées par leur dévouement aux malades ou à la science médicale.

PRIX LABORIE. — 5000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. Dans le cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

PRIX LAVAL. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix devra être décerné à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

PRIX LEFÈVRE. — 1800 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *De la mélancolie*.

PRIX LEVEAU. — 1200 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix est destiné à récompenser les élèves en médecine ou en pharmacie, les médecins ou pharmaciens qui auraient trouvé des moyens nouveaux et bons pour soulager ou guérir des maladies, notamment la migraine et les coliques néphrétiques.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX MAGITOT. — 1000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, paru dans les deux années précédentes sur une question de stomatologie ou d'odontologie, plus spécialement d'odontologie. — Par question de stomatologie ou d'odontologie, le testateur a entendu celles qui sont relatives à la bouche, aux mâchoires, aux dents, aux sinus, à la voûte palatine, au voile, etc., s'en rapportant pour le reste à l'appréciation de la Commission académique. — Au cas où le prix ne serait pas décerné, il serait ajouté deux ans plus tard à l'autre somme qui s'élèverait ainsi à 2000 francs et ainsi de suite.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

PRIX MONBINNE. — 1500 fr., *p. a.* (Annuel.) — M. Adolphe Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs destinée « à subventionner par une allocation annuelle (ou biennale de préférence) des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire ». — « Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. » — Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie; ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

PRIX NATIVELLE. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

PRIX ORFILA. — 2000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *Les intoxications alimentaires produites par les altérations d'origine microbienne*.

PRIX OULMONT. — 1000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des capsules surrénales*.

PRIX REBOULEAU. — 1700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à récompenser des travaux et des découvertes concernant la guérison de la hernie.

PRIX ROUSSILHE. — 10000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à tout savant français ou étranger, quel qu'il soit, qui aurait, par ses découvertes et ses travaux, fait accomplir le pas le plus étendu à la science dermatologique dans le sens du soulagement, ou de la guérison des maladies de la peau, principalement et avant toutes autres affections de cette catégorie, de la guérison ou du soulagement du psoriasis.

Si jamais il surgissait un savant, à quelque catégorie médicale ou scientifique qu'il appartînt, qu'il fût français ou étranger, que ce fût même une personne étrangère à la science, mais assez heureuse pour trouver le remède vainement cherché, qui découvrirait un spécifique souverain, certain et indéniable, après expériences faites et reconnues valables par l'Académie, contre le psoriasis, il aurait droit à trois années du prix, et cela sans concours.

PRIX SABATIER. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche des sciences médicales.

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 fr., *p. i.* — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX SAINTOUR. — 4400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX TARNIER. — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

PRIX VERNOIS. — 700 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX ZAMBACO. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la lèpre ou sur une question concernant cette maladie (par exception : étiologie, contagion, traitement, etc.).

Ce travail aura pour base l'observation clinique, il s'appuiera sur des faits cliniques minutieusement observés.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1915

(Les Concours seront clos fin février 1915.)

(Pour les prix Alvarenga, Apostoli, Argut, Barbier, Bourceret, Buignet, Chevillon, Clarens, Desportes, Th. Herpin (de Genève), Laborie, Larrey, Laval, Leveau, Lorquet, Monbinne, Nativelle, et Vernois, voir, ci-dessus, les prix proposés pour 1914.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Physiologie pathologique du coma diabétique*.

PRIX CAPURON. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Du traitement hydrominéral des entéritiques*.

PRIX MARIE CHEVALLIER. — 6000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des formes cliniques du zona.*

PRIX DAUDET. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les signes précoces du cancer de l'estomac.*

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — (Voir plus haut, p. 2288.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1915. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1916. — Une somme de 1 500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe. (Voir plus haut, p. 2289.)

PRIX ITARD. — 2 400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX CLOTILDE LIARD. — 3600 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné au savant ayant apporté le plus de perfectionnement dans le traitement de la diphtérie.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX OULMONT. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat (médecine).

PRIX PERRON. — 3800 fr., *p. a.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine.

PRIX DU BARON PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Etude des lésions du système nerveux central causées par les sérums toxiques.*

PRIX POTAIN. — 2 400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de clinique médicale paru dans chaque période triennale.

PRIX POURAT. — 900 fr., *p. i.* — Question : *Contribution et propriétés physiques et chimiques des globulines du plasma sanguin. Conditions qui influent sur ces propriétés.*

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

PRIX MARC SÉE. — 1 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail concernant l'anatomie et la physiologie de l'homme, publié dans les quatre années et non récompensé antérieurement par l'Académie de médecine ou par l'Institut.

PRIX TARNIER. — 3 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1916

(Les Concours seront clos fin février 1916.)

(Pour les prix Alvarenga, Amussat, Apostoli, Argut, Baillarger, Barbier, Ch. Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell-Dupierris, Chevillon, Clarens, Desportes, G. Dieulafoy, Guinchard, Herpin (de Genève), Huchard, Laborie, Larrey, Laval, Leveau, Lorquet, Magitot, Monbinne, Nativelle, Sabatier, Saintour, Vernois et Zambaco, voir ci-dessus les prix proposés pour 1914).

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'hémoglobinurie : étude clinique et pathogénique.*

PRIX LOUIS BOGGIO. — 4300 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à encourager et à récompenser les études faites dans le but de trouver la guérison de la tuberculose.

PRIX ADRIEN BUISSON. — 10500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

PRIX CAPURON. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Le rôle du syncytium placentaire dans la physiologie et la pathologie de la grossesse.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Rôle de la syphilis héréditaire dans la pathogénie des encéphalopathies infantiles.*

PRIX DAUDET. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des tumeurs congénitales du voile du palais.*

PRIX FALRET. — 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Psychologie pathologique des hallucinations.*

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — (Voir plus haut, p. 2288.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1916. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1917. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe. (Voir plus haut, p. 2289.)

PRIX DU COMTE HUGO. — 1 000 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

PRIX HUGUIER. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés : seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

PRIX JACQUEMIER. — 1 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important.

Les travaux devront avoir au moins six mois de publication avant l'ouverture du concours.

PRIX LOUIS. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Effets thérapeutiques des composés arsenicaux organiques.*

PRIX CLAUDE MARTIN (de Lyon). — 600 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à tous travaux manuscrits ou imprimés, rédigés en français, quels qu'en soient les auteurs, et portant sur des sujets touchant à l'art dentaire (odontologie, stomatologie, prothèse bucco-faciale).

PRIX MÈGE. — 900 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Des glycosuries toxiques.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

PRIX OULMONT. — 1 000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *L'anatomie pathologique des tumeurs du testicule.*

PRIX POURAT. — 900 fr., *p. i.* — Question : *Mécanisme de la glycolyse dans le sang et dans le sérum, in vitro.*

PRIX TARNIER. — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1913)

Sérum antigonococcique. — MM. R. DEBRÉ et J. PARAF ont confirmé par des expériences sur le singe la valeur thérapeutique de leur sérum antigonococcique dont les expériences précédemment rapportées (guérison de l'ophtalmie purulente gonococcique du lapin) avaient déjà permis d'apprécier l'efficacité.

En injectant après rachicentèse dans le canal rachidien de trois singes une culture de gonocoques dilués dans de l'eau physiologique, ils ont déterminé chez ces trois animaux une méningite aiguë se terminant par la mort au bout de huit heures, dix-huit heures et trente-huit heures.

Ces animaux présentaient des signes cliniques de méningite et le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire confirmait l'existence d'une méningite aiguë purulente à gonocoques.

A l'autopsie les auteurs ont constaté l'existence d'une méningite suppurée diffuse cérébrale et spinale avec pullulation des germes au niveau des méninges.

A trois autres singes inoculés de la même façon les auteurs pratiquèrent par la suite des injections intrarachidiennes de leur sérum antigonococcique. Ces animaux reçurent environ 6 centimètres cubes en trois jours, et les auteurs purent constater une amélioration progressive des symptômes cliniques et des modifications concomitantes du liquide céphalo-rachidien. Les trois animaux traités par le sérum ont parfaitement guéri.

ANALYSES

MÉDECINE

Tuberculose et tuberculine. (DELAY. *Revue suisse de médecine*, 18 oct. 1913 et 1er nov. 1913.) — L'auteur pense que les avantages que l'on peut retirer de la tuberculine sont, les uns, indiscutables, les autres, problématiques.

Indiscutables sont les résultats obtenus pour le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant. Sur ce point l'auteur pense, avec la majorité des médecins, et à l'encontre de Sahli qui est un adversaire convaincu de l'emploi de la tuberculine en matière de diagnostic, que la cuiréaction ou l'intradermo-réaction ne présentent pas de danger et ont une indiscutable valeur diagnostique.

Quant à la tuberculinothérapie, il est difficile de porter à son égard un jugement absolument certain. L'auteur pense cependant qu'elle donne, à doses moyennes (doses correspondant à 0,01-0,10 de la tuberculine de Koch ancienne) des résultats encourageants dans les tuberculoses ganglionnaires et dans les tuberculoses pulmonaires chroniques à allure torpide. Dans les tuberculoses ouvertes le traitement est contre-indiqué.

Deux nouveaux cas de productions ostéo-cartilagineuses développées dans les cicatrices opératoires. (E. CABANES, *Bull. méd. de l'Algérie*, 25 nov. 1913.) — Les observations de néoformations osseuses après laparotomie dans les cicatrices de la paroi sont rares mais très importantes à connaître étant données les erreurs de diagnostic auxquelles elles exposent.

Lecène en a observé un cas qui se produisit dans la cicatrice d'une laparotomie pour gastro-entérostomie faite deux ans auparavant (pour ulcère de l'estomac).

Vincent et Bernasconi observèrent un cas d'ossification après une taille hypogastrique pour prostatectomie. Une masse volumineuse, prévésicale, périfistulaire, adhérence au pubis, se développa en moins de deux mois, envahissant la gaine des droits, comblant la cavité de Redzini. L'ablation de cette masse dut être menée par instant à l'aide de la gouge et du maillet. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'une véritable ossification.

L'auteur a eu l'occasion d'observer deux cas nouveaux analogues aux précédents.

Dans le premier, il s'agissait de noyaux multiples d'ossification qui se développèrent dans la cicatrice d'une laparotomie sus-ombilicale pour sténose cancéreuse du pylore.

La seconde observation concerne une formation ostéo-cartilagineuse, simulant un corps étranger, qui se développa dans une cicatrice de laparotomie sus-ombilicale et de marsupialisation faite pour kyste hydatique du foie. La forme de la formation était telle que le malade revint cinq mois après l'opération trouver le chirurgien parce qu'il croyait qu'on avait oublié une pince dans son ancienne poche.

Il est à remarquer que toutes ces ossifications sont survenues respectivement deux ans, deux mois, deux mois et quatre mois après les interventions, dans des cicatrices qui n'avaient pas suppuré. D'autre part trois des malades avaient atteint ou dépassé cinquante ans. La diversité des affections pour lesquelles on a laparatomisé les malades ne permet pas de supposer qu'il y ait une relation de causalité entre la nature de ces affections et l'apparition des masses ostéo-cartilagineuses.

Sur la valeur curatrice des injections de térébenthine chez les enfants. (PÉHU et PILLON. *Lyon médical*, 7 déc. 1913.) — Les auteurs relatent les résultats de leurs recherches sur la valeur qu'il convient d'accorder aux injections sous-cutanées d'essence de térébenthine en thérapeutique infantile.

Les cas traités par cette méthode visaient des cas pathologiques très dissemblables : broncho-pneumonies dites primitives et surtout secondaires à des coqueluches, à des rougeoles, à des diphtéries, à des états intestinaux comportant en général une infection marquée de l'organisme ; rougeoles à type sévère ; scarlatines ; diphtéries compliquées ; tuberculoses, particulièrement à localisation méningée ; érysipèles, etc.

Le lieu d'élection pour pratiquer la piqûre est représenté par la paroi abdominale ; la piqûre doit être faite profondément pour que la térébenthine pénètre dans le tissu cellulaire, au voisinage même des aponévroses.

Les auteurs ont plusieurs fois essayé d'utiliser la face antérieure et externe de la cuisse ; mais ils ont promptement abandonné cette pratique, car il en était résulté des désordres importants : vastes décollements de la peau, d'une réparation lente et difficile, perte de substance allant parfois presque à la dimension d'une pièce de deux francs ; en un mot complications obligeant à des drainages et retardant beaucoup la guérison.

Il faut employer la térébenthine pure. L'huile térébenthinée (mélange au tiers d'huile d'amandes douces stérilisée et de térébenthine) donne en effet des résultats plus lents et moins complets. La règle suivie a été d'injecter une petite dose (un demi-centimètre cube au-dessous de deux ans et 1 centimètre cube au-dessus de cet âge).

Après l'injection sous-cutanée de térébenthine, il est constant d'observer la formation d'une collection suppurée patente ou latente, circonscrite ou étendue, mais qui ne fait jamais défaut.

Mais si, anatomiquement, la formation de l'abcès est constatée (vérifications nombreuses à l'autopsie), il ne s'ensuit pas qu'il soit toujours et rapidement visible à l'extérieur. Si la maladie a une évolution promptement mortelle, rien n'apparaît à la superficie même de la peau ; l'injection est considérée comme étant restée négative. Au contraire, quand la guérison s'établit, alors, mais alors seulement, la migration de l'abcès s'effectue ; la phase latente est terminée.

Cette évolution établie, il reste à savoir dans quelle proportion s'est faite une issue favorable. Or, sur un total de 78 cas, les auteurs ont observé 30 cas dans lesquels, au bout d'un temps variable, l'évolution clinique s'est faite dans un sens favorable.

Dans les broncho-pneumonies infantiles si le tracé thermique est souvent influencé par l'injection de térébenthine, il est exceptionnel d'observer une transformation, puis une disparition parallèle des signes fonctionnels et physiques ; leur évolution et leurs caractères essentiels persistent sans changement aucun. C'est un point sur lequel les auteurs sont très catégoriques.

Il est toutefois indéniable que, dans beaucoup de cas, l'injection, alors même qu'elle n'est pas suivie immédiatement d'un abcès, exerce une action atténuatrice sur la fièvre. En général le jour même ou le lendemain, il se produit une chute appréciable de la température, laquelle remonte les jours suivants ou au contraire reste au-dessous de son niveau primitif.

Cette action antithermique autorise à employer la méthode ; d'autant qu'elle ne comporte aucun danger ni même aucun inconvénient réel. Les cas favorables à la méthode sont représentés, disent les auteurs, presque uniquement par des broncho-pneumonies dites primitives. Mais en dehors de ces maladies, il ne leur a pas semblé qu'on doive attendre de cette médication des résultats aussi encourageants qu'il est actuellement aussi classique de l'admettre.

A propos de la maladie de Hirschsprung. (MAMROT. *Arch. de méd. des enfants*, tome XVI, oct. 1913.) — L'auteur pense qu'une anse sigmoïde anormalement longue (par malformation congénitale) peut, en se coudant, occasionner, dans certains cas, les symptômes de la maladie de Hirschsprung. La résection de l'anse sigmoïde portant sur la portion dilatée donnerait, d'après Smidt, de bons résultats.

STEPHEN CHAUVET.

JURISPRUDENCE

MÉDECIN ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

La chambre des appels correctionnels de la Cour de Paris vient de rendre un arrêt qui est appelé à avoir un retentissement considérable. Elle a condamné sévèrement un médecin qui dirigeait une officine d'accidents du travail et qui se livrait à des pratiques que le corps médical réprouvait tous les jours sans pouvoir obtenir une condamnation. C'est maintenant chose faite par l'arrêt du jeudi 11 décembre 1913, et l'on peut voir,par les considérants de la décision que nous reproduisons en partie, que la Cour a voulu réprimer avec force l'escroquerie à l'accident du travail.

Il y a un an, la dixième chambre correctionnelle était saisie d'une poursuite contre un ouvrier polisseur G..., un pseudo-accidenté, et un médecin, le docteur P..., que la prévention considérait comme complice. On reprochait à l'ouvrier de s'être fait remettre une certaine somme d'argent par la Compagnie à laquelle était assuré son patron, en se servant d'un certificat délivré par un étudiant en médecine. Celui-ci, qui avait signé pour le docteur P..., constatait une incapacité de travail de G..., à propos d'un accident qui n'avait entraîné aucune incapacité réelle.

Le tribunal condamna le pseudo-accidenté à trois mois de prison, mais relaxa son complice, le docteur P...

Le ministère public n'accepta pas un tel acquittement. Il interjeta appel et la Cour, que présidait M. Bidault de l'Isle, a infirmé, sur les réquisitions de M. l'avocat général Romme, la décision des premiers juges et reconnu, partant, la culpabilité de ce médecin par trop intéressé.

« En ce qui concerne P... ;

Considérant que l'établissement X..., sous l'apparence d'une « clinique ouvrière des accidents du travail », est une véritable agence d'affaires destinée à centraliser et même à provoquer, par des prospectus distribués sur la voie publique avec la mention soulignée en tête : « Les voyages sont remboursés », les réclamations de soi-disant victimes d'accidents du travail volontaires ou fictifs; la fausse qualité de « professeur agrégé en Sorbonne » imprimée dans ses en-têtes; le concours d'un étudiant en médecine, le sieur R..., signant : « Pour le docteur P... », les certificats d'incapacité de travail de la fausse qualité « docteur R... », constituent un ensemble de manœuvres uniquement destinées à faire remettre par les chefs d'entreprise ou leurs assureurs des indemnités aux ouvriers pour des accidents qu'ils n'ont pas subis et des honoraires à P... pour des soins qu'il n'a pas donnés ;

Que, tant dans une communication écrite au juge d'instruction, que dans ses interrogatoires, G... a défini comme il suit ce qu'il appelle « la règle de la maison » : « P... donne en général trois francs à tous les blessés qui viennent pour la première fois et 60 centimes pour frais de déplacement toutes les fois qu'on vient. Lorsqu'une personne amène un blessé, le blessé touche 3 fr. 60 et la personne qui l'amène 3 francs ; mais lorsqu'un blessé s'amène lui-même, il touche la prime complète, soit 6 francs, 3 francs le premier jour et 3 francs trois jours après, outre ses frais de déplacement, 0 fr. 60 par jour, *qu'on vienne ou qu'on ne vienne pas*; lorsqu'on ne vient pas, on touche 3 fr. 60 le dimanche... Il y a des piles de certificats à prendre pour ceux qui en veulent » ;

Considérant que c'est dans ces conditions que P... a délivré à G..., sous le faux nom de Guillon (Georges) pour l'accident de la maison Chollet et Neveu, le certificat frauduleux à l'aide duquel G... s'est fait remettre par ladite maison une somme de 34 fr. 10; — Que G... affirme n'avoir point dissimulé son nom véritable à P... au moment même où il lui délivrait son certificat sous un nom supposé ; — Que, dès le 9 septembre 1911, en effet, P... l'avait déjà visité et lui avait délivré sous son vrai nom « G... Lucien » un certificat d'incapacité de travail pour un accident à la maison Reviron ; — Que, quelques jours après le certificat Chollet et Neveu, il allait délivrer encore (25 novembre 1911), sous le même nom véritable, à G... un nouveau certificat pour un accident non moins suspect à la maison Lanier; — Qu'il ne pouvait donc ignorer l'identité réelle de G... lorsqu'il lui a fait délivrer, en sa présence et sous son contrôle, par son assistant R..., ainsi qu'il a déclaré à l'audience, avoir l'habitude de le faire, le certificat frauduleux au faux nom de G... ;

Que P... avait une telle conscience des manœuvres frauduleuses auxquelles il s'associait qu'ayant adressé G..., sous le dit faux nom de Guillon (Georges) pour l'accident de la maison Chollet et Neveu, à une compagnie d'assurances « la Mutualité Industrielle », il prit la précaution de l'adresser sous son vrai nom de G... (Lucien) pour l'accident de la maison Lanier, à une autre compagnie « le Patrimoine »; — Qu'interrogé sur ce point à l'information, G... a déclaré : « Il savait parfaitement (P...) que j'étais le même individu, il me connaissait bien et il m'avait déclaré à deux compagnies différentes »; — Que G... l'ayant informé des manœuvres frauduleuses concomitantes d'un troisième inculpé aujourd'hui décédé, P... lui recommanda « de ne pas aller à l'autre assurance pour la blessure chez Lanier de peur qu'il y ait une plainte au Parquet, qu'au cas où une telle plainte aurait lieu, il vînt immédiatement le trouver. »

Qu'enfin le docteur H..., médecin des assureurs, ayant pris rendez-vous avec P... pour visiter G... à sa clinique après l'accident Lanier, n'a obtenu de lui que des réponses évasives et n'a pu rencontrer G...

Considérant que P... s'est dès lors rendu complice de l'escroquerie commise par G... au préjudice de Chollet et Neveu, en aidant ou assistant son auteur avec connaissance dans les faits qui l'ont préparée ou facilitée ou dans ceux qui l'ont consommée ;

Par ces motifs,

Confirme le jugement dont est appel en ce qu'il a déclaré G... convaincu de tentative d'escroquerie au préjudice du sieur Heftler ;

L'infirme en ce qu'il a renvoyé P... des fins de la poursuite et acquitté G... sur l'escroquerie au préjudice de Chollet et Neveu;

Et statuant à nouveau,

Maintient la peine de trois mois d'emprisonnnment prononcée contre G....

En ce qui concerne P... ;

Vu les articles 405, 59, 60 et 42 du code pénal;

Condamne P... à une année d'emprisonnement, 500 francs d'amende, dit qu'il sera interdit pendant cinq années des droits mentionnés en l'article 42 du code pénal;

Et statuant sur les conclusions de la partie civile;

Considérant que la Mutualité industrielle a subi un préjudice dont il lui est dû réparation ;

Condamne G... et P... solidairement à un franc de dommages-intérêts. »

La peine qui a été infligée au docteur P... est excessivement grave, car, outre l'emprisonnement, il est interdit pendant cinq ans de l'exercice des droits civiques, civils et de famille suivants : 1° de vote et d'élection ; 2° d'éligibilité ; 3° d'être appelé ou nommé aux fonctions de juré ou autres fonctions publiques, ou aux emplois de l'Administration, ou d'exercer ces fonctions ou emploi; 4° de port d'armes; 5° de vote ou de suffrage dans les délibérations de famille ; 6° d'être tuteur, curateur si ce n'est de ses enfants et sur l'avis seulement de la famille ; 7° d'être expert ou employé comme témoin

dans les actes; 8° de témoignage en justice, autrement que pour y faire de simples déclarations.

L'arrêt, que nous rapportons, sera sans doute salutaire pour les autres médecins, et nous espérons voir bientôt cesser ces pratiques que nous avons ici si souvent blâmées (voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 109 et 112).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS D'UN ACTE RÉCENT DE LA COMMISSION SCOLAIRE

La Commission scolaire de la Faculté de médecine, juridiction sans appel, en statuant sur un cas particulier (1), vient d'établir une jurisprudence dont les conséquences sont graves. Désormais un étudiant ne pourra plus avoir pendant le cours des travaux pratiques plus de trois absences, même légitimées par un motif sérieux tel qu'une maladie, sans perdre une année entière. Sont donc abrogés en fait les avis et les règlements d'apparence tutélaire qui semblaient promettre la possibilité de reprendre les études après des absences dûment justifiées.

Voici le cas en question :

Un étudiant de deuxième année fut atteint de scarlatine dans la dernière quinzaine de juin, quand finissait l'année scolaire. Il eut ainsi cinq absences aux travaux pratiques d'histologie. Ces absences furent légitimées par d'authentiques certificats médicaux.

Après sa guérison cet étudiant compléta son instruction en histologie dans un laboratoire hospitalier, fait rendu nécessaire par la suppression des séries supplémentaires de travaux pratiques qui existaient jadis à l'Ecole.

Le 7 novembre, le chef des travaux d'histologie, M. Branca, excusa les cinq absences de juin puisqu'il admit notre étudiant à un examen destiné à valider ses travaux pratiques. Cet examen fut passé avec succès.

La Commission scolaire fut ensuite appelée à statuer sur la délivrance des inscriptions trimestrielles; revenant sur la chose jugée, passant outre à l'examen subi avec succès, la Commission scolaire, arguant des cinq absences, suspendit les inscriptions jusqu'à ce que l'étudiant ait accompli une autre série de travaux pratiques, ce qui ne sera possible qu'en juin prochain; à la fin de ces travaux pratiques l'étudiant passera de nouveau l'examen subi avec succès le 7 novembre dernier.

Au total, pour cinq absences à des travaux pratiques, absences légitimées par une scarlatine et ultérieurement excusées par un examen subi avec succès, perte complète d'une année entière avec toutes ses conséquences désastreuses au point de vue des études et du service militaire.

Répétons que la Commission scolaire est une juridiction sans appel.

Conclusions. — 1° Trompeur est l'avis placardé sur les murs de l'Ecole : *En cas d'absence aux diverses séances d'exercices pratiques, MM. les étudiants sont priés d'en informer MM. les chefs des travaux qui excuseront l'absence s'ils le jugent convenable.* MM. les chefs des travaux peuvent excuser les absences et même valider les travaux par un examen probatoire, la Commission scolaire cassera leurs arrêts.

Dans le cas en question, M. Branca excusa les cinq absences puisqu'il valida les travaux par l'examen du 7 novembre. Aurait-il fait passer un examen destiné à valider des travaux fatalement frappés au préalable de stérilité ?

2° Trompeur est l'article suivant du règlement : *La Commission scolaire apprécie dans quelle mesure il convient de tenir compte des motifs d'absence en vue de la délivrance de l'inscription trimestrielle.*

La Commission scolaire n'apprécie pas les motifs d'absence. Elle se diminue jusqu'à compter simplement le nombre de ces absences. Une absence, pour un motif sérieux tel qu'une maladie, est égale à une absence dont un étudiant peu consciencieux ne peut dire la raison.

Un étudiant momentanément malade tente-t-il de se relever par un effort personnel, est-il même aidé dans cet effort par son chef des travaux qui lui fait passer un examen probatoire, la Commission scolaire, sans apprécier les motifs des absences, l'abat.

3° Par la suppression des séries supplémentaires de travaux pratiques qui existaient jadis à l'Ecole, la rigueur aveugle de la Commission scolaire aboutit à la perte totale d'une année. A une époque où la durée des études médicales est légitimement augmentée, où le service militaire exige deux et même trois années, gaspiller une année entière est un fait grave.

La Commission scolaire assume une lourde responsabilité.

E. DE MASSARY,
Médecin de l'hôpital Andral.

(1) La décision de la Commission scolaire ne fut pas prise à l'unanimité, loin de là; je me plais à proclamer que les intérêts légitimes des étudiants furent défendus avec énergie, quoique sans résultat.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 43, 23 oct. 1913.) BRUCK : Nouveaux essais thérapeutiques et prophylactiques dans la gonorrhée. — SOMMER : Traitement par le caviblène. — GLÜCK : Etudes biologiques sur le gonocoque. — FREUND : Le traitement radiologique et chirurgical des tumeurs malignes. — MÜHLMANN : Traitement de la leucémie par le benzol. — KERN et WIENER : Diagnostic et traitement de l'achylie pancréatique fonctionnelle. — NAUMANN : Diagnostic de la grossesse par le procédé d'Abderhalden. — MARTINS : Festalcol, nouveau désinfectant pour les mains. — FALGOWSKI : Gros kyste solitaire d'un rein ptosé amyloïde, tuberculeux et artérioscléreux. — SCHILLING : Observations sur la maladie du sommeil dans l'Ouganda. — (N° 44, 30 oct.) BOAS : Modifications dans la pratique des lavages d'estomac. — PASCHEN : Sur l'étiologie de la variole et de la vaccine. — PAUL : Sur l'isolement du virus vaccinal pur provenant de la vaccine animale. — FISCHER : Procédé d'Abderhalden dans les maladies mentales. — HIRSCH : La thymine dans la maladie de Basedow et comme hypnotique. — PINCUSSOHN : Action de la lumière sur l'organisme animal. — EISLER et KREUZFUCHS : Le diagnostic radiologique de la syphilis aortique. — GRABS : Le riopan, une nouvelle préparation d'ipéca. — WEHNER : Nouveau mode d'emploi du larosan. — SCHUMACHER : Sur le traitement par la gonargine. — JÜNGERICH : Sur le traitement des hémorroïdes.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 42, 21 octobre 1913.) BINSWANGER : La réaction d'Abderhalden chez les épileptiques. — BROMMER : Sur le traitement de la paroi abdominale et du plancher musculaire du bassin chez les accouchées, à l'aide du procédé de Bergonié. — SCHÖNE : Sur le traitement de la fracture de l'avant-bras par le chevillage. — TSCHERMAK : Les idées directrices dans la physiologie actuelle. — GUNDERMANN : Sur la pathologie du foie. — DREYFUS : L'injection concentrée de l'ancien salvarsan par la seringue. — KATZ : Sur les injections intraveineuses de néosalvarsan concentré. — SAALFELD : Sur la technique des injections intraveineuses de salvarsan. —

FUCHS : Troubles de la transmission au cours d'un traitement par le salvarsan. — DAVID : Inflammation pulmonaire diphtérique primitive aiguë — PLATE : Sur un cas de méningite saturnine. — MÜLLER : Une nouvelle pince. — JOLLES : Azotomètre pour le dosage de l urée, de l'acide urique, et des bases puriques de l'urine. — LIFTSCHÜTZ : Sur le dosage de la cholestérine et de l'oxycholestérine. — (N° 43, 28 oct. 1913.) ABDERHALDEN : Pensées sur la structure spécifique des cellules des organes et une nouvelle loi biologique. — LEVA : Sur quelques manifestations somatiques accompagnant les troubles psychiques. — GILDEMEISTER : Sur les troubles physico-chimiques et physiologiques du corps humain, sur lesquels repose le réflexe psychogalvanique. — GENNERICH : La réinfection syphilitique après le salvarsan. — BERGER : Observations dans le traitement de la syphilis par le salvarsan. — LEO : Nouveau point de vue sur l'emploi thérapeutique du camphre. — KOLB : Résultats de la ligature du pylore. — HUISMANS : Le télécardiographe, un procédé de remplacement de l'orthodiagraphe. — SCHUSTER : Sur l'apoplexie tardive traumatique. — LENGNICK : Opération du prolapsus rectal chez les enfants. — MATHES : Sur la technique du traitement par les injections intra-utérines. — REUSCH : Un saccharomètre à fermentation simple et bon marché. — HARTMANN : Sur le traitement ambulant par la tuberculine.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 40, 4 oct.) GUISEZ et LABOURÉ : Cancer de l'œsophage traité par des applications locales de radium ; guérison maintenue depuis plus de deux ans. — GAULT : Trois cas de corps étrangers de l'œsophage et des bronches. — (N° 41, 11 oct.) BERTEMÈS : Thrombo-phlébite du golfe de la jugulaire, probablement primitive, ouverte dans l'oreille à travers le plancher. — Georges PAUTET : Chancre syphilitique de la cloison nasale. — (N° 42, 18 oct.) J. MOURET : Laryngo-trachéo-bronchoscopie et œsophagoscopie en position assise ou couchée, le bassin et le tronc étant fortement inclinés en avant. — H. ABOULKER et Mme DELFAN : Ecoulement considérable de liquide céphalo-rachidien par l'oreille. — (N° 43, 25 oct.) Ed. RICHARD : Corps étranger de l'œsophage ayant provoqué de la périœsophagite ; double œsophagoscopie ; extraction ; guérison. — Paul MOURE : Section du nerf grand hypoglosse ; plaie de la jugulaire interne par coup de couteau.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 45, 6 nov. 1913.) HESS et MÜLLER : Sur l'évolution des troubles sanguins dans l'anémie par la pyrodine. — LUITHLEN : Sur les transformations des réactions cutanées. — SORGO : Influence du sérum sur la réaction cutanée et intracutanée à la tuberculine. — KEITLER : Sur le traitement par le radium du cancer de l'utérus. — WERNER et WINIWARTER : Sur la réaction de la grossesse d'Abderhalden. — SCHLEMMER : Sur l'intubation buccale de Kulm dans les opérations portant sur les voies respiratoires et digestives supérieures. — KIRSCH : Signification de l'atténuation de l'exanthème scarlatin.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

BRUIT DE GALOP

DÉFINITION. — Le terme de bruit de galop est dû à Bouillaud (1847) ; sous ce nom on décrit un triple bruit reproduisant assez exactement le rythme du galop du cheval et qui est constitué par l'adjonction d'un bruit, précédant la systole aux deux bruits normaux du cœur ; en réalité, il s'agit plutôt d'*un choc diastolique ou systolique* que d'un bruit véritable : ce rythme se révèle en effet surtout par une sensation tactile et disparaît si l'on ausculte avec un sthétoscope flexible à tube de caoutchouc. La pathogénie et la valeur séméiologique de ce symptôme ont été parfaitement étudiées par Potain au cours de la néphrite interstitielle (1875) ; depuis, de nombreuses recherches ont été consacrées à ce chapitre si curieux de la pathologie cardiaque, par Cuffer et Guinon, d'Espine, Gallavardin, Chauveau, Teissier; la mise en lumière du rôle joué par les capsules surrénales dans le mécanisme de l'hypertension artérielle, dont l'importance pathogénique est si considérable en ce qui concerne la réalisation du bruit de galop (Vaquez, Aubertin, Josué), ajoute encore un intérêt spécial à l'étude séméiotique de ce syndrome.

DESCRIPTION CLINIQUE. — Il faut distinguer des bruits de galop *ventriculaires* et des bruits de galop *artériels* ; les bruits de galop ventriculaires, de signification séméiologique très différente, siègent l'un et c'est de beaucoup le plus important au niveau du ventricule gauche, l'autre au niveau du ventricule droit.

Le *bruit de galop ventriculaire gauche* appartient le plus souvent à la fin de la diastole, l'intervalle qui le sépare du premier bruit est plus court que le petit silence et plus long que celui qui existe entre les deux parties d'un bruit dédoublé ; c'est un bruit plus sourd que le bruit normal; c'est plutôt un choc, un soulèvement; à l'auscultation il affecte plus la sensibilité tactile de l'oreille que le sens auditif (Potain); son maximum s'entend un peu au-dessus de la pointe, mais il est très net parfois dans toute la région précordiale. Il s'accompagne d'un soulèvement nettement perçu à la palpation et qui peut être indiqué à l'aide de la cardiographie ; ce soulèvement qui a son maximum un peu au-dessous du milieu de la région précordiale est vague, étalé et ne ressemble en rien à l'impulsion nette et bien détachée de la pointe qui accompagne le premier bruit (Potain).

Parfois au lieu d'être présystolique, le bruit surajouté peut être mésodiastolique donnant un rythme à trois temps, avec intervalles égaux, ou protodiastolique ayant les apparences du dédoublement.

Pour Cuffer et Guinon les moments variables du bruit surajouté tiennent à la capacité du ventricule ; dans l'hypertrophie simple le cœur se remplit plus vite et le bruit de galop est diastolique, il est présystolique dans l'hypertrophie avec dilatation.

Le bruit de galop du *ventricule droit*, beaucoup plus rare que le précédent, contesté même par certains auteurs, s'observe à droite, en arrière du sternum, vers la région xiphoïdienne ; c'est un bruit de galop temporaire, décrit par Potain et Barié au cours des troubles réflexes cardio-pulmonaires observés chez certains dyspeptiques ; ce galop droit peut faire partie du syndrome de l'insuffisance ventriculaire droite (voir Insuffisance cardiaque, Question d'internat, *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 138, p. 2198).

Le bruit de galop de la région *aortique* a été décrit par Potain ; c'est un bruit artériel, *systolique*, attestant la dilatation systolique d'une aorte qui a perdu sa tonicité normale ; il est très rare ; il est exceptionnel d'observer ce bruit au niveau de l'artère pulmonaire.

Tels sont les différents bruits de galop qu'il est classique de décrire ; en réalité, dans l'immense majorité des cas, ce terme s'entend presque uniquement du bruit de galop ventriculaire gauche, qui fait le plus souvent partie d'ailleurs du syndrome cardio-artériel des néphrites aiguës, subaiguës et surtout des néphrites chroniques. C'est pourquoi la description clinique du bruit de galop doit se compléter par l'appréciation du volume du cœur, surtout du cœur gauche, par la mesure de la pression artérielle maxima et minima, par un examen radioscopique en position antérieure et oblique permettant de saisir exactement l'état de dilatation respective des cavités cardiaques, enfin par une exploration fonctionnelle, aussi complète que possible, de l'*appareil urinaire* (analyse des urines, perméabilité rénale, constante d'Ambard, etc.), *hépatique* (coefficient azoturique) et *du sang* (azotémie, chlorurémie, etc.). Dans tous les cas, la radioscopie, la cardiographie associées à la phlébographie, à l'électrocardiographie, à la mesure de la tension artérielle, permettront au clinicien de porter un diagnostic complet au triple point de vue de l'affirmation du bruit de galop, de sa localisation et de son mécanisme, notions indispensables à acquérir pour dépister dans chaque cas l'étiologie spéciale ainsi que la valeur séméiologique exacte de ce symptôme.

DIAGNOSTIC. — *a.* DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Un certain nombre de bruits peuvent simuler le bruit de galop ; le galop protodiastolique peut être confondu avec un *dédoublement du deuxième bruit*, le galop présystolique avec un dédoublement du premier bruit, mais dans le dédoublement les deux bruits n'ont pas le même caractère acoustique, les deux bruits dédoublés ne sont pas aussi écartés que dans le bruit de galop; celui-ci disparaît enfin par le sthétoscope flexible. Le *troisième bruit* des auteurs anglais serait suivant les cas pour M. le professeur Teissier, soit un dédoublement, soit un bruit de galop vrai.

Le rythme à trois temps déterminé par une *extrasystole ventriculaire précoce* présente dans ses intermittences un écart moins grand que le bruit de galop ; celui-ci disparaît en général lorsqu'il existe des extrasystoles comme aussi dans le syndrome d'insuffisance auriculaire (Vaquez) [voir Arythmies, Quest. d'int., *Gaz. des hôp.*, 1912].

Citons encore le *faux bruit de galop* dû au rythme spécial créé par le *frottement* de la péricardite sèche, tout en signalant cependant l'existence d'un bruit de galop vrai observé parfois au cours des péricardites aiguës.

Le *souffle extracardiaque* peut simuler le bruit de galop, spécialement le souffle extracardiaque mésosystolique, que l'on rencontre si souvent (Teissier), au cours de la scarlatine.

Les *souffles orificiels* ne sont qu'exceptionnellement l'origine d'erreurs de diagnostic.

b. DIAGNOSTIC DE LOCALISATION. — Une fois posé le diagnostic positif du bruit de galop, il faut déterminer, s'il s'agit d'un bruit de galop droit ou gauche ; les maxima sont différents suivant les cas ; le droit occupe la région médiosternale, le gauche, la région correspondant à la cavité ventriculaire gauche ; dans le galop droit, la pointe du cœur est déviée en dehors du mamelon par dilatation du cœur droit ; il existe de l'hypotension ; s'il s'agit de bruit de galop gauche, la pointe du cœur est abaissée, la matité cardiaque augmentée verticalement, il existe de l'hypertension ; la radioscopie trancherait la difficulté en cas d'hésitation. La distinction des galops protodiastoliques ou présystoliques est très facile sur les tracés ; le galop gauche est le plus souvent présystolique, le galop droit protodiastolique ; le galop aortique, qui est d'ailleurs exceptionnel, est systolique.

c. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — Le bruit de galop du cœur gauche s'observe le plus souvent DANS LA NÉPHRITE CHRONIQUE, dans l'artériosclérose, au cours de la myocardite chronique hypertrophique, en un mot au cours d'affections qui s'accompagnent d'un symptôme commun capital, l'HYPERTENSION ARTÉRIELLE. C'est dire la parenté étroite qui unit, en un véritable lien de causalité, le bruit de galop et l'hyperépinéphrie.

Le bruit de galop s'observe encore dans les *néphrites aiguës* qui déterminent si facilement, surtout chez l'enfant, l'hypertension artérielle avec dilatation cardiaque ; ce bruit se rencontre aussi dans les *péricardites aiguës* (Potain), au cours des *maladies infectieuses* comme la fièvre typhoïde, la pneumonie, le rhumatisme, etc.

Le bruit de galop du cœur droit s'observe à l'occasion des troubles cardio-pulmonaires observés chez certains dyspeptiques chlorotiques (Potain, Barié). On peut le rencontrer aussi dans l'emphysème, les affections mitrales, comme conséquence de la dilatation du cœur droit.

Le bruit de galop aortique s'observe lorsque l'aorte, altérée par une maladie infectieuse ou l'athérome, a perdu sa tonicité et cède brusquement en se dilatant sous l'influence de la contraction ventriculaire.

PATHOGÉNIE. — Le mécanisme du bruit de galop a été très discuté ; certains auteurs l'ont placé dans la systole. Sibson a invoqué l'asynchronisme de fermeture des valvules auriculo-ventriculaires, conséquence de l'hypertension dans les cavités gauches. En réalité des procédés sensibles, comme l'électrocardiographie, montrent que les deux ventricules se contractent ensemble.

Pour d'Espine, Bouveret, la contraction du ventricule se ferait en plusieurs fois ; il y aurait polysystolie. Mais en fait, les tracés de ces auteurs eux-mêmes montrent qu'ils ont considéré comme appartenant à la systole une partie de la diastole.

Exchaquet, Johnson, ont considéré le bruit de galop comme d'origine pariétale, *auriculaire*, dû à la distension brusque de l'oreillette hypertrophiée ; Chauveau l'attribue à la contraction active des muscles papillaires.

La théorie admise actuellement est la suivante : le bruit de galop est *un bruit de tension de la paroi ventriculaire* qui, contrairement à ce qui se passe à l'état normal, présente une certaine intensité et une certaine brusquerie. Au début de l'hypertrophie brightique, tant que le muscle cardiaque garde sa résistance, sa tonicité normales, il n'y a pas de bruit de galop ; celui-ci apparaît seulement lorsque s'exagère cette hypertrophie, conséquence elle-même, en majeure partie, de l'hypertension artérielle, ou lorsque se développe la *sclérose cardiaque* ; il peut apparaître encore, sans qu'il y ait sclérose, au cours de lésions inflammatoires du péricarde (loi de Stokes), ou par suite d'une altération quelconque de la fibre cardiaque lui faisant perdre, passagèrement ou pour toujours, sa tonicité (maladies infectieuses, dilatation réflexe). Peut-être dans les néphrites faut-il faire intervenir encore le rôle de l'auto-intoxication rénale agissant sur le pneumogastrique (Teissier).

Le bruit de galop est surtout présystolique, parce que la contraction auriculaire est plus capable de mettre en jeu la réaction du muscle cardiaque ; il sera donc d'autant plus intense que l'activité cardiaque sera plus grande ; il pourra disparaître lorsqu'il se produit des extrasystoles saisissant le ventricule en fonctionnement, comme cela s'observe assez souvent chez les brightiques hypertendus.

Quoi qu'il en soit, il est incontestable que le bruit de galop traduit dans tous les cas un affaiblissement passager ou durable du myocarde, aussi est-il capital de bien préciser, chaque fois qu'il est observé, la valeur séméiologique de ce symptôme.

VALEUR SEMÉIOLOGIQUE. — Le bruit de galop peut indiquer un affaiblissement relatif et peu durable d'un myocarde brusquement dilaté, comme cela peut se voir chez certains dyspeptiques ou au cours de néphrites aiguës avec hypertension brusque, surprenant le cœur, surtout chez l'enfant. Dans ces cas le pronostic n'est en général pas très sérieux, surtout si, rapidement, un traitement approprié est institué (saignée, diète hydrique, etc.).

Le bruit de galop au cours des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, grippe, etc.) comporte, au contraire, un pronostic très sévère ; il traduit, en effet, une atteinte profonde du myocarde et doit commander une thérapeutique énergique (vessie de glace sur le cœur, huile camphrée, toni-cardiaques) ; on a récemment insisté sur le rôle joué au cours de ces accidents par l'*insuffisance surrénale* (hypotension) et sur les heureux effets du traitement par l'*adrénaline*.

Le galop gauche des brightiques a une signification toujours très fâcheuse ; il comporte nécessairement une médication hypertensive et diurétique ; *sa disparition* n'indique pas toujours une amélioration de l'état du malade ; il peut être remplacé en effet, par un *souffle d'insuffisance mitrale* liée à la dilatation fonctionnelle du cœur gauche ; dans ce cas il y aura lieu de tonifier le myocarde (digitaline à faible dose, strophantus). Parfois le bruit de galop n'apparaît que d'une manière *intermittente* sous l'influence de la marche ou seulement même de la position horizontale ; cette intermittence indique que le cœur est à la limite de sa résistance et qu'il suffit d'une simple variation de pression ou d'une fatigue momentanée pour révéler l'absence de tonicité du myocarde, d'où l'indication absolue, de mettre le cœur au repos et de diminuer son travail par tous les moyens dont dispose le clinicien (repos au lit, déplétion par les diurétiques, le régime lacté, les hypotenseurs).

BIBLIOGRAPHIE, — POTAIN. *Le bruit de galop dans la néphrite interstitielle chronique* (mémoire paru en 1875). — MERKLEN. In *Traité* Brouardel et Gilbert, 1899, t. VI. — MERKLEN et HEITZ. *Séméiotique du cœur*, collection Léauté. — BARIÉ. *Traité des maladies du cœur*, nouvelle édition, 1910. — Pierre TEISSIER. Cours de pathologie fait à la Faculté de médecine de Paris en 1912, rédigé par STÉVENIN, in *Revue moderne de thérapeutique et de biologie*, 1912.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

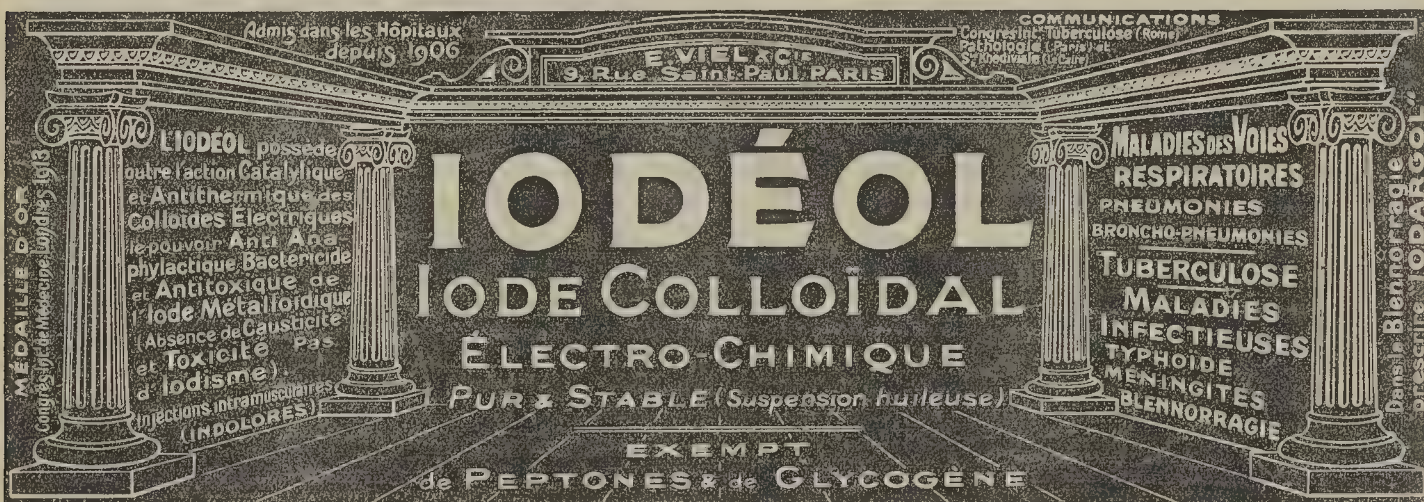
PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

LE MERCREDI 14 JANVIER 1914

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à la réadjudication, sur soumissions cachetées, en 10 lots, de diverses fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant l'année 1914 (lots non adjugés le 19 décembre 1913), nos 4, 6, 11, 25, 26, 28, 36, 43, 57 et 66.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au 7 janvier.



N° 145. — SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1913. 86e ANNÉE. SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1913. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Landouzy, professeur de clinique médicale, est nommé doyen, pour trois ans, à partir du 16 décembre 1913.

M. Kohn-Abrest, docteur ès sciences, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1913-1914, chef des travaux chimiques au laboratoire de médecine légale, en remplacement de M. Ogier, décédé.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Les agrégés des Facultés de médecine (section de physiologie) dont les noms suivent sont attachés aux Facultés ci-après désignées :

Faculté de Montpellier : M. Lisbonne.
Faculté de Bordeaux : M. Delaunay.
Faculté de Toulouse : M. Tournade.

— Bordeaux. — M Picqué, agrégé, est nommé, pour l'année scolaire 1913-1914, chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Aubaret, appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Tours. — M. Quéron, pharmacien de première classe est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Dans sa dernière réunion l'Académie a décidé de mettre au concours les questions suivantes :

1° Etudier les altérations des glandes cutanées et des glandes digestives dans la néphrite chronique;

2° Nouvelles recherches sur les moyens de débarrasser de leurs bacilles typhiques les porteurs de germes.

Un prix de 800 francs est alloué à chacun de ces concours. Clôture du concours, 15 juillet 1915.

L'EXAMEN MÉDICAL DES CONDUCTEURS D'AUTOMOBILES EN ALLEMAGNE. — Nous avons signalé le dépôt, sur le bureau de la Chambre, d'un projet de loi émanant de M. Augé, député, et tendant à ce que les chauffeurs d'automobiles soient examinés par un médecin et joignent un certificat médical à leur demande en autorisation de conduire.

A ce propos, on nous informe qu'en Alsace-Lorraine, comme, du reste, dans toute l'Allemagne, tous les conducteurs d'automobiles ont passé un examen médical *complet*. C'est le médecin officiel du gouvernement — en Alsace il y en a un par arrondissement — qui procède à cet examen et qui délivre le certificat contre une rétribution fixée à 5 marks, soit 6 fr. 25.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE. — Le peuple suisse, tout dernièrement, a été appelé à se prononcer sur un projet de revision de la Constitution fédérale qui doit permettre à la Confédération d'encourager la lutte contre la tuberculose. Les communes et les cantons ont déjà entrepris cette lutte, et plusieurs de ces derniers y consacrent des sommes considérables, mais on doit reconnaître que ces moyens sont insuffisants et que la Confédération ne peut pas se désintéresser de cette œuvre.

Les Chambres fédérales avaient adopté sans opposition le nouvel article constitutionnel et le peuple a ratifié leur décision par 165.000 voix contre 107.000 voix. La proportion relativement forte des voix opposées est due essentiellement à la crainte de voir la Confédération intervenir par des mesures bureaucratiques dans le domaine que lui ouvre le nouvel article de la constitution; mais elle s'explique aussi par l'active propagande des adeptes de la « médecine naturelle » dans la Suisse allemande. En tout état de cause, elle invite le législateur à faire un usage prudent de la nouvelle compétence qui lui a été accordée.

Le projet a réuni également la majorité des cantons dont dix-sept et demi se sont prononcés en faveur du nouvel article constitutionnel et quatre et demi contre. Tous les cantons romands ont voté le projet. Il faut ajouter que la participation au scrutin a été particulièrement faible. Elle n'atteint pas même le tiers des électeurs inscrits.

LE PRIX DE LA PERTE DE L'ODORAT. — A combien doit-on estimer, chez une cuisinière, la perte du sens de l'odorat ?

C'est la question qu'avait à résoudre la dixième chambre correctionnelle, présidée par M. Flory.

Le 29 mai dernier, Mme Scholtz, cuisinière, était renversée, avenue des Champs-Elysées, par une automobile. La commotion éprouvée par la cuisinière fut telle que Mme Scholtz a perdu le sens de l'odorat.

Au jugement du 4 novembre 1913, le tribunal a alloué à la cuisinière, qui gagnait 150 francs par mois, 1.500 francs à titre de provision. Le docteur Castex a été désigné pour examiner la cuisinière. Sur le rapport de ce médecin expert, le tribunal fixera les dommages-intérêts définitifs à accorder à Mme Scholtz.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. (Asile Sainte-Anne.) — Cours de psychiatrie et de psychologie pathologique, sous la direction de M. le professeur Gilbert Ballet. Assistants du cours : MM. Georges Dumas, professeur de psychologie expérimentale à la Sorbonne, chef

du laboratoire de psychologie à la clinique de Sainte-Anne, et Laignel-Lavastine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chef du laboratoire d'anatomopathologie à la clinique de Sainte-Anne.

Psychiatrie. — Introduction, M. Gilbert-Ballet.

Méthodes et procédés d'examen. — La clinique, M. Arnaud; la psychologie, M. Georges Dumas; l'anatamopathologie, M. Laignel-Lavastine; la biochimie, M. Rose.

Nosologie. — La confusion mentale, M. Chaslin; l'alcoolisme et la paralysie générale, M. Dupré; le myxœdème et le crétinisme, M. Laignel-Lavastine; la démence précoce, M. Deny; la psychose hallucinatoire chronique, M. Gilbert Ballet; l'hystérie, la psychasténie et les troubles de la volonté, M. Pierre Janet; la psychose périodique, M. René Charpentier; la psychose interprétatrice chronique, M. Capgras; les arrêts, les retards et les déviations, M. Roubinovitch; les psychoses exotiques et coloniales, M. Régis; thérapeutique, M. René Charpentier; médecine légale, M. Vallon.

Psychologie pathologique. — Objet et méthode de la psychologie pathologique. Les troubles de la sensibilité, M. G. Dumas; les troubles de l'affectivité, M. Dupré; les troubles de la mémoire, M. Delmas; les troubles de l'imagination, M. Sollier; les troubles de la perception, les hallucinations, M. Seglas; les troubles de l'intelligence, M. Revault d'Allonnes; les troubles de la personnalité, M. Pierre Janet.

Leçons cliniques et démonstrations pratiques associées aux leçons théoriques, le lundi et le vendredi, à quatre heures et demie, par MM. Dumas, Laignel-Lavastine, Rose, Revault d'Allonnes, chefs de laboratoire et chefs de laboratoire adjoints à la clinique de Sainte-Anne, et par MM. Barbé, Boudon, Pierre Kahn, Lévy-Valensi, Collin, Mallet, Gallais, Genil Perrin, anciens chefs de clinique, chefs de clinique et chefs de clinique adjoints à la clinique de Sainte-Anne.

Le cours aura lieu à la clinique de Sainte-Anne (service de M. le professeur Gilbert Ballet), les lundis et vendredis, à cinq heures et demie, à partir du lundi 6 janvier 1914.

Les droits d'inscription (50 francs) sont perçus à Sainte-Anne (à la clinique de la Faculté).

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA TRACHÉITE CHRONIQUE

La trachéite s'observe à la suite des affections du nez, du pharynx et du larynx. Habituellement c'est un coryza aigu avec angine légère qui marque le début de cette maladie. Elle offre un intérêt clinique véritable en ce sens qu'elle expose à des erreurs faciles de diagnostic. L'auscultation ne fournissant d'habitude que des résultats négatifs, on est amené à faire provenir la toux d'une autre région et l'on parle de toux hystérique, gastrique, amygdalienne, utérine, hépatique, etc.; les symptômes sur lesquels on doit poser le diagnostic sont d'abord cette absence de signes stéthoscopiques, une toux persistante à timbre spécial, timbre de chaudron fêlé, une sensation de douleur rétrosternale et les altérations de la voix. Cette douleur rétrosternale s'exagère par la pression sur les premiers anneaux de la trachée et ce fait est particulier à la trachéite.

Il faut signaler aussi la présence de gros crachats très rares, mais apparaissant le matin au réveil après un accès de toux. Dans le public, on désigne cette maladie sous le nom de rhume. Mais, malgré sa bénignité habituelle, la trachéite demande à être soignée avec attention, parce qu'elle persiste très longtemps quand on l'abandonne à elle-même, parce qu'elle détermine des altérations prolongées de la voix très préjudiciables à ceux dont la profession est de parler ou de chanter et parce qu'elle peut dégénérer très rapidement en bronchite ou même en tuberculose.

L'aconit et le benzoate de soude sont de bons médicaments surtout, au début; le pantopon calme bien la toux à la dose de 2 à 4 comprimés par jour, ou 1 à 4 cuillerées à soupe de sirop (formuler: pantopon Roche, sirop). Pour modifier la muqueuse trachéale et fluidifier ses sécrétions, pour les faire ensuite disparaître, c'est au thiocol qu'il faut s'adresser. On fait prendre dans la journée trois fois deux cachets ou comprimés Roche de thiocol et pendant huit à dix jours de suite. Il est indiqué, en outre, de faire des inhalations phéniquées et eucalyptolées. Beaucoup de malades ne font pas régulièrement les inhalations prescrites et se contentent de la médication interne par les cachets Roche. L'amélioration s'observe d'habitude en quelques jours et la voix se dégage la première. Il suffit, pour éviter le retour fréquent de la trachéite, de continuer, pendant encore une à deux semaines, le traitement, pour obtenir une guérison complète.

BASSAU.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 5 AU 10 JANVIER 1914

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 5 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 6 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 7 janvier, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e.

3e (oral, 1re et 2e parties).

Jeudi 8 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

2e (1re et 2e séries).

3e (oral, 1re et 2e parties).

4e.

Vendredi 9 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 10 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 7 janvier, à une heure. — M. Fortin. La septicémie gonococcique essentielle. (MM. Roger, président; Legueu, Gougerot et Alglave.) — M. Barraud. Traitement de la syphilis du testicule chez l'adulte par le salvarsan et le néosalvarsan. (MM. Legueu, président; Roger, Gougerot et Alglave.)

Jeudi 8 janvier, à une heure. — M. Gehard. Contribution à l'étude de l'amaurose posthémorragique. (MM. de Lapersonne, président; Gilbert Ballet, Terrien et Rathery.) — M. Bursaux. Les phénomènes mentaux et la température cérébrale (étude critique). (MM. Gilbert Ballet, président; de Lapersonne, Terrien et Rathery.)

Guérison de la scoliose par la méthode d'Abbott (comment traiter les diverses formes de scoliose), par le docteur Calot (de Berck). In-8 avec 130 figures, cartonné. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

L'Arthritisme des gens du monde, par le docteur Aumont. — Prix : 5 francs. — Paris, Pierre Laffitte.

REVUE GÉNÉRALE

L'OSTÉOMALACIE SÉNILE

Par MM. S. BONNAMOUR,
Médecin des hôpitaux de Lyon,

et ALBERT BADOLLE,
Ancien interne suppléant des hôpitaux de Lyon.

I

Historique. — La description de l'ostéomalacie du vieillard est d'acquisition relativement récente. On la doit à Charcot et Vulpian qui, en 1873, séparèrent cette affection du groupe des autres variétés de fragilité osseuse (ostéoporose) qu'on peut observer chez le vieillard. La thèse de Bouley inspirée par les auteurs précisa nettement cette distinction.

Mais le nom avait été créé par Duncan, dès 1752, et la première observation est celle de la célèbre femme Supiot, rapportée par Morand fils vers la même époque.

Rétrospectivement, malgré leur manque ou leurs erreurs de qualifications, on peut en retrouver des exemples dans la littérature médicale.

Abdul-Veda, historien de Mahomet, rapporte qu'un augure célèbre nommé Salith mourut à l'âge de trois cents ans vers 560. Cet homme avait, sauf les os de la tête et des mains, les pièces du squelette tellement molles qu'on les pliait comme un vêtement.

En 1804, Renard décrivait à Mayence le squelette d'une femme morte à quatre-vingt-trois ans. La description et le dessin qui l'accompagne ne laissent aucun doute sur le diagnostic rétrospectif d'ostéomalacie sénile.

Dechambre et Hourmann, en 1835, publièrent l'observation d'une femme morte à soixante et un ans d'ostéomalacie sénile deux ans après le début de sa maladie.

Beylard, en 1852, rapporte un cas très analogue et Lintzmann 5 nouveaux cas chez des femmes de soixante à quatre-vingts ans.

En 1863, Trousseau observa une femme de soixante-six ans qu'il considéra comme « un cas fort rare de rachitisme tardif ou d'ostéomalacie aiguë chez un vieillard » mais sans rattacher à ce mot son sens actuel.

Moers et Mück avaient vu la maladie chez des femmes de soixante-quatre et de soixante-dix ans.

Dans le tome IX du *Dictionnaire de Jaccoud* (1872) à l'article CÔTES de Demarquay on pouvait en lire une observation nouvelle.

Ici se placent chronologiquement les faits observés par Charcot et Vulpian signalés à la Société de biologie en 1873 et dans la thèse de Bouley. Dès lors l'ostéomalacie sénile a désormais son individualité nosologique.

Des travaux d'ensemble complètent peu à peu sa description. Il faut signaler le mémoire de Ribbert, en 1880, et celui de Demange, en 1881, qui comporte deux nouvelles observations.

En 1885, Webb en rapporte une autre très remarquable.

En 1886, Marchand publie à Berlin l'observation et l'autopsie d'un homme mort d'ostéomalacie à soixante-neuf ans. L'année suivante, Comby en cite un autre exemple, accompagné de dilatation d'estomac.

En 1891, nous trouvons 2 cas de Walsch concernant deux vieilles femmes septuagénaires.

L'année suivante, Lamb décrivit le squelette d'une femme de soixante-neuf ans, qui avait été malade durant les seize dernières années et avait dû garder le lit pendant onze ans avant de mourir.

La thèse de Grajon réunit 25 observations dont une partie de celles que nous venons de mentionner, et plusieurs personnelles, mais se rapportant souvent à des individus trop jeunes, pour que leur ostéomalacie mérite réellement l'épithète de sénile.

En 1896, se place la thèse de Meslay, étude clinique et anatomique très documentée sur l'ostéomalacie en général.

A partir de 1900, les observations se multiplient et il faut renoncer à les citer toutes. Celles de Chappet et Mouriquand, de His, de Spillmann et Perrin, de Paviot, de Mollart, de Courmont et Paviot sont parmi les plus remarquables. Paviot a eu le mérite de mettre en lumière la forme nerveuse, étudiée dans la thèse de Duval (Lyon 1902).

En même temps l'étude anatomo-pathologique se précise avec les travaux de Piérart, de Léon Bernard, d'Etienne et Dauplais.

Enfin, dans ces dernières années, c'est la pathogénie qui a fait l'objet des plus nombreuses recherches. Pour la plupart elles transportent la question sur le terrain biochimique et physio-pathologique avec les publications de Gayet et Bonnet, Roubier, Sarvonat et Rebattu, Mac Crudden en Amérique, Marinesco, Parhon et Minea (de Bucarest), Etienne, Parisot, Bonnamour et Albert Badolle.

A la lumière de ces travaux, on commence à substituer, à la thérapeutique empirique ou simplement banale des débuts, des méthodes plus rationnelles et plus en rapport avec la pathogénie de la maladie.

II

Etiologie. — Les causes de l'ostéomalacie chez l'adulte peuvent aussi s'appliquer à l'ostéomalacie du vieillard. Il faut en excepter toutefois la grossesse et l'allaitement.

Une première question se pose, qui a été jugée assez différemment par les auteurs : celle de savoir *à quel âge* il faut faire commencer la forme sénile de l'ostéomalacie. Les uns avec Meslay ont répondu « au delà de quarante-cinq ans », les autres « entre soixante-cinq et soixante-dix ans ». Ni l'une ni l'autre de ces deux opinions ne semble très exacte. On réserve généralement le nom de vieillards aux individus âgés de soixante ans au moins. Donc il ne faut classer dans la forme sénile que les ostéomalaciques *ayant dépassé la soixantaine*. Les cas observés entre quarante-cinq et soixante ans, ainsi que l'ont bien montré Spillmann et Perrin, sont des *types intermédiaires* entre l'ostéomalacie gravidique et l'ostéomalacie sénile proprement dite.

Ainsi délimitée, la maladie est *très rare* comparativement à la forme puerpérale, environ dix fois plus (Piérart). Cependant dans les salles de vieillards, elle est certainement beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, mais souvent méconnue ou confondue avec l'ostéoporose (Paviot, Pic et Bonnamour).

L'*influence du sol et du climat* est évidente. La maladie est beaucoup plus fréquente dans les pays bas et humides que dans les climats secs. Elle sévit à l'état endémique dans le nord de l'Italie, dans la région de Bâle et la vallée du Rhin, dans la Flandre occidentale, la vallée du Danube et surtout dans l'île de Schütt (Presbourg). Elle est très fréquente dans le sud de l'Angleterre et l'Irlande, au Tonkin, à Madagascar, aux Indes Anglaises. Par contre, nous n'en comptons en France que des cas isolés, surtout dans le Centre et dans le Sud-Est, particulièrement dans la région lyonnaise, connue déjà — rapprochement intéressant à faire ici — comme un pays de goitres.

Il faut remarquer que dans les pays fertiles en ostéomalacie, on n'en rencontre ordinairement qu'une seule forme, au détriment des autres. C'est ainsi que Gelpke a montré la fréquence relativement grande de l'ostéomalacie puerpérale en Allemagne où les formes séniles et infantiles sont extrêmement rares, tandis que nous comptons un assez grand nombre de ces dernières variétés dans le sud-est de la France où, au contraire, l'ostéomalacie puerpérale est exceptionnelle.

On a souvent invoqué l'*influence de l'eau de boisson et de l'alimentation* quand celles-ci sont pauvres en éléments minéraux. Casati a constaté que dans la vallée d'Olona en Italie où les vieillards ostéomalaciques sont nombreux, les habitants n'usent que d'eaux de citerne complètement déminéralisées. Mais, à part ce fait, il faut reconnaître que les analyses ont montré le plus souvent des eaux normales quant à leur teneur en calcaire.

Certaines causes dépendent de l'hygiène et il est fréquent de retrouver, dans les souvenirs des malades, une demeure mal aérée, humide, dans laquelle ils ont ressenti leurs premières douleurs.

Mais l'affection n'est pas exclusive aux classes pauvres, comme on pourrait être tenté de le croire. On la rencontre aussi chez des individus en situation d'avoir un certain confortable et une bonne alimentation.

L'*influence du sexe* n'est pas douteuse chez l'adulte. La femme y est infiniment plus sujette que l'homme. Mais la proportion qui est ici environ de 1 homme contre 3 femmes (Litzmann, Meslay, Collineau, Beylard) ne peut être maintenue pour la forme sénile. En avançant en âge, la femme y devient moins sujette ; il y aurait donc, d'après la plupart des auteurs, chez les vieillards, à peu près autant d'hommes que de femmes atteints de cette affection. Cependant, nos observations personnelles (5 femmes, aucun homme) nous permettent de croire que là, comme dans l'âge adulte, le sexe féminin y est plus prédisposé.

Le rapport exact entre les *grossesses antérieures et la fréquence de l'ostéomalacie* est très difficile à préciser. Le plus souvent, les malades ont eu de nombreux enfants, mais ailleurs on ne trouve qu'une seule grossesse ou même pas du tout et beaucoup d'auteurs nient complètement l'influence des maternités antérieures sur l'apparition de la maladie dans l'âge avancé.

Les malades rattachent parfois à un *traumatisme* le début de leurs douleurs. MM. Gayet et Bonnet ont rapporté des faits de spondylites traumatiques qui ne seraient que des formes locales de l'ostéomalacie. Le mécanisme, s'il existe réellement, semble toutefois exceptionnel.

III

Symptomatologie. — Début. — L'ostéomalacie sénile débute par des douleurs siégeant plus particulièrement dans la colonne vertébrale, les côtes, le sternum ; ce n'est que plus tard qu'elles envahissent le bassin et parfois les membres inférieurs. Ce sont des douleurs vagues, mal définies, parfois très violentes, rarement sous forme de picotements et de crampes ; elles sont considérées tout d'abord comme de simples névralgies, ou comme des douleurs rhumatismales. Cependant elles n'ont pas un point d'élection bien circonscrit ; elles sont bilatérales, profondes, localisées par les malades dans le squelette. Elles sont continues, mais augmentent à l'occasion des mouvements, des efforts musculaires, de la marche ; elles sont nettement réveillées par la palpation même légère, au niveau des os, des côtes et du sternum en particulier. Dans certains cas (Beylard), le simple attouchement du malade provoque des crises douloureuses violentes, même quand cet attouchement se fait avec un corps aussi doux qu'un mouchoir de fil. Dans la crainte de ces exacerbations douloureuses, le vieillard se tient immobile, assis dans un fauteuil ou couché dans un lit, évitant tout mouvement et redoutant tout effort. Ces douleurs sont absolument caractéristiques de l'ostéomalacie, car on ne les retrouve jamais dans la simple ostéoporose sénile.

Les contractures sont rares. Latzko attribue une grande importance à la contracture des muscles adducteurs avec impossibilité de placer les cuisses en abduction. Mais beaucoup d'auteurs, Beylard, Grajon, Meslay, Pierart ne l'ont observé chez le vieillard que dans un petit nombre de cas.

Déformations. — A la suite des douleurs qui peuvent exister seules très longtemps, surviennent des déformations. Celles-ci se localisent également de préférence en certains points : ce sont les vertèbres qui s'aplatissent généralement les premières, entraînant un raccourcissement de la taille et une voussure dorsale avec déformation du thorax ; la poitrine s'écrase, se déforme en carène, les côtes s'affaissent, en redressant leurs courbures, le sternum se plie en deux et fait saillie en avant, l'affaissement du thorax peut être tel que les côtes inférieures et la pointe du sternum reposent presque sur le plateau du bassin, le malade « se télescope ». Le raccourcissement de la taille est en général pro-

gressif, mais il peut être brusque, on a cité des cas où cette diminution fut d'un seul coup portée à 15, 20 et même 30 centimètres. Frank rapporte l'observation d'une malade dont la taille, de normale, tomba à celle d'un enfant de quatre ans.

Les déformations des os du bassin ne sont jamais aussi prononcées que dans l'ostéomalacie de l'adulte. Sur les 25 observations rapportées par Grajon, on ne note que huit fois des déformations notables du bassin, et encore ces déformations n'intéressent-elles que des femmes ayant eu des enfants. Les os du bassin sont seulement ramollis et friables.

Les déformations du crâne sont également rares. Quelquefois on note un aplatissement de la face, mais le plus ordinairement, tout en étant ramollis, les os du crâne et de la face ne se déforment pas.

Les os des membres peuvent subir un certain degré de ramollissement, mais jamais on n'y a noté les déformations observées dans l'ostéomalacie des adultes. Charcot et Demange ont signalé une déformation en baguette de tambour de l'extrémité des doigts, mais ce signe a été rarement retrouvé. Ce que l'on observe le plus fréquemment au niveau des os longs, ce sont des fractures spontanées, simples ou multiples et qui ne se consolident jamais complètement. Elles se produisent sous une cause minime, comme le fait d'élever le bras et de le laisser retomber d'une faible hauteur sur la table de toilette (cas de Pierart), ou sous l'influence d'un simple effort. Elles provoquent à peine une légère douleur, et le malade s'en aperçoit plus par l'impotence de son membre, que par la douleur. Elles ne provoquent aucune réaction inflammatoire des tissus voisins. Enfin elles n'ont aucune tendance à la formation d'un cal osseux (Baake, Pierart en ont cependant signalé quelques cas) et la consolidation se fait par pseudarthrose ou peut même ne jamais se produire.

Rayons X. — Aux rayons X, les os ont perdu leur opacité normale ; ils sont très flous et leur ombre est considérablement plus faible que celle d'un os ordinaire. On met bien ces modifications en évidence en radiographiant simultanément deux os (sternum ou côtes), l'un ostéomalacique, l'autre normal (Spillmann et Perrin). La raréfaction du tissu osseux est surtout nette au niveau des côtes et du rachis ; elle porte aussi sur les épiphyses des os longs ; l'ombre formée par l'extrémité supérieure du fémur, et du tibia en particulier est très peu marquée. On note d'une façon générale la transparence osseuse, l'élargissement considérable du canal médullaire et la réduction très importante de la substance compacte du tissu osseux (Sarvonat et Rebattu, Cluzet).

Troubles cardiaques et respiratoires. — Les ostéomalaciques séniles présentent assez fréquemment des altérations cardiaques dues à l'athérome et à la néphrite interstitielle dont ils sont souvent porteurs. Mais il faut noter, comme signe un peu particulier, des accès de suffocation que nous avons observés dans deux cas personnels et qui sont fréquemment signalés dans les observations. Ce sont des accès de dyspnée survenant sans cause, s'accompagnant d'angoisse, de cyanose, de tachycardie. D'abord espacés à de longs intervalles ils peuvent se rapprocher de plus en plus et emporter le malade. Dans un de nos cas, ils avaient été nettement améliorés par l'adrénaline.

Urines. — Les urines, chez les ostéomalaciques séniles, présentent presque toujours un peu d'albumine tenant à une sclérose rénale. Leur teneur en urée, en chlorures, est très variable ; il en est de même de la composition en phosphate et en chaux ; tantôt ces éléments sont plus abondants que normalement, tantôt ils sont normaux. Chez une malade de Sarvonat et Rebattu, l'un de nous a noté une augmentation nette de la magnésie et du soufre, légère du calcium, et une élimination normale du phosphore.

Matières fécales. — Les matières fécales présentent une élimination de chaux généralement notablement supérieure à celle ingérée (Marchi, Caporali). Dauplais, chez une malade qui, en sept jours, n'avait absorbé que 1g555 de chaux dans son alimentation, en décèle 5g356 dans les excreta, soit une perte de 3g801 en sept jours.

Sang. — Le sang, au point de vue de la quantité et de la qualité des éléments figurés, ne présente rien d'anormal. Par contre son examen chimique est des plus intéressants. L'augmentation de chaux dans le sang des ostéomalaciques gravidiques a été mise en évidence par Marquis. On l'a constatée dans l'ostéomalacie sénile. On sait, d'après les recherches de Teissier, Morel et Thévenot, de Bar, de Lœper et Béchamp, que le sang d'un individu sain adulte renferme 0g05 à 0g06 de chaux par litre de sang total. Or Sarvonat et Rebattu et l'un de nous, chez des vieillards ostéomalaciques, ont noté 0g081, 0g18, 0g20. Il y a donc toujours une augmentation de la chaux du sang, mais cette élévation est variable comme quantité ; elle est tantôt peu accentuée (0,08) tantôt très marquée (0,20). Il est possible qu'il se produise de véritables décharges calcaires intermittentes. L'analyse du sang permet de les déceler, de suivre ainsi pas à pas les progrès de la maladie et de porter un pronostic rationnel.

Les cultures du sang dans l'ostéomalacie sénile, quand elles ont été pratiquées (observations personnelles), ont toujours été stériles.

Forme nerveuse. — L'ostéomalacie sénile peut quelquefois s'accompagner de phénomènes médullaires, tels que contractures (Kilian, Latzko), exagération des réflexes, et même clonisme du pied et trépidation épileptoïde, exagération du tonus musculaire, atrophie musculaire, phénomènes pupillaires. On a alors la *forme nerveuse* individualisée par Paviot, et simulant une lésion spinale.

IV

Evolution. — L'ostéomalacie sénile peut rester indéfiniment localisée à quelques os, notamment aux vertèbres. Paviot a cité l'observation d'une vieille albuminurique chez laquelle la lésion osseuse était localisée aux deux derniers corps vertébraux dorsaux et aux trois premiers lombaires.

L'évolution peut se faire quelquefois par poussées. Bouley cite un malade de l'hospice d'Ivry qui, chaque année, avait une période pendant laquelle tout mouvement devenait impossible à cause des douleurs et du ramollissement des os. Au bout de quelques mois les souffrances se calmaient, les os prenaient un peu plus de rigidité et le malade recommençait ses sorties avec des béquilles.

Mais généralement la marche de l'ostéomalacie sénile est moins sujette aux rémissions et aux améliorations que celle de l'ostéomalacie de l'adulte. Peu à peu le malade s'affaiblit, il a une crainte excessive de se mouvoir; la moindre pression sur les saillies osseuses est douloureuse, la marche devient impossible sans qu'il y ait ni paralysies, ni contractures, et finalement, il reste sur son lit, les jambes étendues, le dos plié en deux, la tête fortement relevée par des oreillers empilés. Longtemps les digestions se font régulièrement, puis la diarrhée survient, et emporte le patient dans le marasme, à moins qu'une bronchite ou une pneumonie, ou des escarres de décubitus ne soient venus devancer l'issue fatale.

Durée. — La durée est très variable, elle peut être de quelques mois à plusieurs années. La période de début reste souvent longtemps (dix ans dans un cas de Grajon), avant de passer à la période d'état où le diagnostic devient possible.

Mais une fois cette période de début écoulée, la période d'état, avec ses fractures et ses déformations, évolue ordinairement vite. La moyenne de la durée serait, d'après Grajon, de trois ans et demi.

V

Anatomie pathologique. — Lésions macroscopiques. — L'ostéomalacie est essentiellement caractérisée par une lésion de nutrition des os qui a, comme terme, la dissolution des travées osseuses après résorption des sels calcaires. Le processus est à peu près le même chez le vieillard que chez l'adulte.

Au début l'os devient plus flexible et plus cassant qu'à l'état normal, c'est la *forme fracturosa* de Kilian. Plus tard, la charpente osseuse ayant perdu toute consistance, le tissu osseux a complètement disparu et est devenu complètement mou, c'est la *forme cerea*.

Tant que l'ostéomalacie n'est pas arrivée à sa période extrême, l'os conserve en général sa forme et ses dimensions normales. Extérieurement, il ne présente rien de particulier. En général, les os longs sont, une fois débarrassés de leur périoste, de coloration blanc grisâtre. Les os courts ont le même aspect, mais quelquefois, en détachant le périoste, on constate que la surface de l'os est perforée d'une infinité de petits trous.

Le périoste présente, suivant les cas, des aspects variables; tantôt il est mince, presque spontanément décollé de l'os dont il est séparé alors par une matière visqueuse rosâtre; tantôt, au contraire, il est très épaissi et adhère intimement à l'os au point qu'on arrache des parcelles osseuses en le ruginant.

L'os sectionné transversalement, la cavité médullaire apparaît toujours augmentée de dimension. La paroi du cylindre osseux est plus ou moins amincie suivant que la maladie a duré plus ou moins longtemps. Débarrassé de sa moelle, l'os apparaît anfractueux, très irrégulier de surface, mais toutes les travées osseuses ont disparu pour faire place à la moelle.

Cette résorption, dans l'ostéomalacie sénile, est, comme les douleurs et les déformations, le plus souvent localisée à la colonne vertébrale et au thorax. Les côtes et le sternum se coupent facilement et sont d'une mollesse extrême. On peut même les retourner. Cette résorption peut s'étendre au bassin et aux membres inférieurs, et peut même, quoique rarement, se généraliser. Le crâne peut être atteint (Audry, Paviot et Mouriquand); c'est tantôt un ramollissement total avec état spongieux vésiculaire du diploé et disparition des sutures; tantôt un amincissement avec épaississement autour de la région amincie, localisé à la région temporale ou pariétale et le long des vaisseaux.

La moelle osseuse se présente sous différents états; rarement elle est normale; le plus souvent elle revêt l'aspect d'une bouillie brunâtre tirant plus ou moins sur le rouge violacé et que l'on a comparée à la pulpe splénique, à de la framboise écrasée; quelquefois aussi elle prend une coloration jaunâtre et grisâtre. Sa consistance est en général un peu moins ferme que celle de la moelle normale, elle peut même arriver à être assez fluide pour s'échapper de l'os dès qu'il est rompu.

Etude histologique. — Au point de vue histologique, la lésion osseuse de l'ostéomalacie sénile est la même que celle de l'ostéomalacie de l'adulte; elle est caractérisée essentiellement par la raréfaction du tissu osseux qui se transforme en tissu fibreux et conjonctif avec prolifération des cellules embryonnaires dans la moelle osseuse. Celle-ci peut présenter des signes de reviviscence (Spillmann et Perrin, Paviot). En général, elle est envahie par une grande quantité de vésicules graisseuses; les éléments, moins nombreux que dans une moelle ordinaire, se groupent en amas composés de quelques globules rouges à noyaux, quelques mégakaryocytes, de rares polynucléaires, d'assez nombreux myélocytes; mais surtout de nombreux éléments à petits noyaux arrondis et entourés d'une mince couche de protoplasma non granuleux et ressemblant à des lymphocytes, indiquent une réaction lymphoïde plus ou moins accentuée.

Viscères. — L'examen des viscères ne fournit en général aucun renseignement particulier autre que des altérations dues à l'artériosclérose ou à la sénilité.

Le rein présente presque toujours une néphrite interstitielle plus ou moins accentuée, il est granuleux avec adhérences de la capsule.

On a noté un certain degré de dégénérescence graisseuse du cœur, des congestions du poumon, des lésions de bacillose ancienne à un ou aux deux sommets; mais ces lésions n'offrent aucun intérêt au point de vue de l'ostéomalacie. L'aorte et les ar-

tères périphériques sont toujours plus ou moins athéromateuses.

Centres nerveux. — Dans la forme nerveuse, Paviot a trouvé des lésions médullaires récentes : petites cellules rondes le long des vaisseaux, léger degré de chromatolyse dans les cellules des cornes antérieures, lésions ne pouvant expliquer les phénomènes nerveux observés depuis longtemps chez les malades.

Dans la forme commune, les examens que l'on a pratiqués des centres nerveux (Gayet et Bonnet) ont été négatifs.

Glandes vasculaires sanguines. — Pour appuyer les différentes théories glandulaires, on a recherché les altérations des diverses glandes vasculaires sanguines. Mais les lésions trouvées ont été très variables, et si dans l'ostéomalacie de l'adulte elles n'ont pas été univoques, dans l'ostéomalacie sénile elles répondent encore moins à un processus défini.

L'ovaire présente simplement les altérations de l'ovaire sénile. Il est sclérosé, plus ou moins atrophié ; on n'y trouve plus de follicules.

Le corps thyroïde est généralement normal, macroscopiquement. Le microscope y montre des lésions de sénilité, c'est-à-dire de l'hyperplasie du tissu conjonctif et de l'atrophie d'un certain nombre de vésicules. Quelquefois on a noté l'existence de petits nodules inflammatoires et le passage de la substance colloïde dans les espaces interfolliculaires. Dans quelques cas le corps thyroïde présentait un goitre plus ou moins volumineux et des lésions goitreuses banales.

Les parathyroïdes, que nous avons pu examiner dans un cas personnel, nous ont présenté des signes d'activité générale de tous les éléments ; il y avait une grande quantité de grains pigmentaires répandus dans toute l'étendue de l'organe, surtout en dehors des follicules et jusque dans les trabécules fibreuses et les parois vasculaires. Les vaisseaux capillaires étaient très dilatés.

L'hypophyse nous a paru aussi présenter une hyperactivité nette : les cellules éosinophiles y sont en grand nombre ; les cellules cyanophiles y sont aussi abondantes avec de nombreuses vacuoles, et entre elles on peut voir de véritables vésicules remplies de matière colloïde semblables à des vésicules thyroïdiennes Les vaisseaux sont dilatés.

Les surrénales sont en général plus grosses que normalement, dures et scléreuses ; elles présentent souvent des adénomes. Il faut remarquer que ces altérations sont communes chez les vieillards athéromateux. Au microscope, ces organes sont en général assez altérés, surtout au niveau de la substance corticale ; le tissu conjonctif y est abondant ; les cellules des différentes zones de cette substance corticale sont très vacuolaires ; leurs noyaux présentent des variations de forme considérables ; ils sont échancrés, déformés ou en voie d'atrophie. Les cellules de la zone réticulée renferment de nombreux grains de pigment noirs ; on peut y voir de grosses cellules à noyaux géants, arrondis, contenant dans leur intérieur une vésicule qui l'occupe quelquefois presque tout entier. Enfin, on peut trouver des nodules inflammatoires plus ou moins abondants. La substance médullaire semble en général moins altérée que la substance corticale.

Le degré de ces altérations glandulaires est variable suivant les cas ; mais, d'une façon générale, dans les observations où ces examens anatomo-pathologiques ont été faits, on a presque toujours noté une reviviscence médullaire osseuse nette, des ovaires simplement séniles, une hyperactivité générale de toutes les glandes à sécrétion interne, surtout de l'hypophyse et des parathyroïdes, et des altérations assez prononcées des capsules surrénales.

VI

Pathogénie. — La pathogénie de l'ostéomalacie des vieillards, comme celle de la maladie considérée en général, a fait l'objet d'innombrables recherches qui sont loin, d'ailleurs, d'avoir toutes abouti à des résultats concordants.

Les nombreuses opinions émises touchant les causes premières de la maladie peuvent se résumer en quatre groupes :

1° La théorie humorale ;
2° La théorie trophonévrotique ;
3° La théorie infectieuse ;
4° La theorie glandulaire.

1° Théorie humorale. — On sait le peu de difficultés qu'on éprouve à décalcifier un os in vitro. Il suffit de le plonger dans une solution acide et de l'y laisser un certain temps. Ce fait, connu depuis longtemps, conduisit logiquement les premiers travaux touchant la nature de l'ostéomalacie vers la recherche d'un acide présent dans le sang ou dans les os.

Bouchard classa la maladie dans le chapitre des dyscrasies acides et incrimina l'*acide lactique*. Mais les premières expériences entreprises dans ce sens par MM. Teissier, Tripier, Gayet et Bonnet ne semblèrent pas confirmer cette opinion. Il n'y eut aucune modification osseuse chez des lapins auxquels on faisait ingérer jusqu'à 8 grammes d'acide lactique par jour.

D'autres acides ont été mis en cause : l'acide carbonique (Rindfleisch), l'acide formique, l'acide oxalique (Zuntz) qu'on retrouve souvent dans les urines des malades ou des animaux (Parisot) en voie de décalcification. La présence de l'acide acétique, formé en excès au niveau de l'estomac, dans certains cas de dilatation (Comby), n'a jamais été prouvée.

La théorie de Bouchard, qui semblait ébranlée par ces résultats négatifs, a été remise au rang qu'elle occupait d'abord (quoique d'une façon moins exclusive) par les décalcifications expérimentales obtenues par Parisot (de Nancy), puis par nous-mêmes. Le premier a abouti, en 1912, chez le lapin à un état ostéomalacique assez net, avec fractures spontanées, en provoquant l'hyperglycémie par ingestion de glucose et de saccharose. Chez ces animaux, « la décalcification semblait marcher de pair avec l'oxalurie et lui être proportionnelle ».

Nous-mêmes avons obtenu, en moins de trois mois chez le lapin, un état du squelette comparable

sous tous les rapports, à celui qu'on observe dans l'ostéomalacie humaine par injections intraveineuses de lactose. Les urines contenaient de l'acide lactique.

L'explication la plus simple et la plus rationnelle de cette action si remarquable des sucres sur le squelette réside dans leur transformation en acide. Il est donc infiniment probable, comme le voulait Bouchard, que les dyscrasies acides sont à la base de certains cas.

On a cité souvent des observations de diabétiques devenus ostéomalaciques ou, au contraire, d'ostéomalaciques qui devinrent diabétiques (Bouchard, Sénator, J. Teissier). M. J. Teissier a montré qu'il s'agissait dans tous ces cas de diabètes latents, dont le sucre se transforme en acide lactique et amène le ramollissement osseux ou, au contraire, passe complètement dans les urines, ce qui fait cesser l'ostéomalacie d'évoluer.

2° Théorie trophonévrotique. — En 1871, W. Ogle émit, le premier, l'hypothèse que l'ostéomalacie était un trouble trophique d'origine nerveuse. En fait, les affections osseuses d'origine nerveuse bien connues depuis les travaux de Talamon présentent au point de vue microscopique et chimique des altérations qui rappellent assez bien celles de l'ostéomalacie. Et ceci semble vrai surtout en ce qui concerne le tabes (Richet, Regnard).

Mais il faut avouer que la recherche des lésions du système nerveux chez les ostéomalaciques est restée à peu près infructueuse, dans les rares cas où elle a été poursuivie jusqu'ici (Gayet et Bonnet).

Peut-être celui-ci agit-il par voie vasculaire (Fehling, Recklinghausen) et il faudrait alors rechercher la source de cette excitation du côté des glandes endocrines, dont on verra plus loin l'importance. Cette action indirecte semble bien, en effet, la seule qui soit, en l'espèce, réservée au système nerveux. En tout cas, rien ne permet d'affirmer chez le vieillard qu'il soit capable à lui seul d'engendrer l'ostéomalacie de toutes pièces.

3° Théorie infectieuse. — L'origine infectieuse a été démontrée surabondamment chez les animaux par les vétérinaires. Nous avons vu plus haut que la maladie sévissait *à l'état endémique* dans certaines régions. Dans les Indes anglaises, « la maladie est si commune dans les grandes villes qu'on la recherche tout d'abord dès qu'un cheval est présenté pour une visite de santé » (Oliver). La *contagion* ne peut faire de doute chez l'animal. Pécaud a réussi au Tonkin à transmettre la maladie au cobaye et au cheval. Moussu chez le porcelet et la chèvre, Charrin et Moussu chez le lapin ont démontré en 1903 que cette transmissibilité était possible par cohabitation avec un malade, et ils ont prouvé en même temps son inoculabilité par introduction chez un sujet sain de moelle osseuse prélevée chez un sujet atteint « pendant la période de début ou d'augment ».

Chez l'homme, les auteurs italiens (Monpurgo, Arcangeli, Arton de Sant-Agnese) ont décrit un *diplocoque spécifique* en tétrades ou en chaînes résistant au Gram dont l'inoculation reproduit la maladie et avec lequel on aurait même préparé un vaccin curateur (Arton de Sant-Agnese). Ce microbe n'a cependant pas été retrouvé souvent ; et l'un de nous a fait plusieurs essais de culture chez les vieillards ostéomalaciques ; ils ont toujours été complètement négatifs.

Mais, cette infection vraiment spécifique mise à part, la maladie peut très probablement être causée quelquefois par l'*action à distance sur le système osseux d'une infection quelconque.* Ainsi considérée l'ostéomalacie devient une maladie « para-infectieuse » (Paviot et Duval) ou due, comme Charrin et Gley l'ont bien montré pour le rachitisme, à l'action toxique des poisons microbiens. Ceci semble prouvé, comme l'a bien montré Duval dans sa thèse, par la fréquence des infections dans les antécédents de certains malades, la marche même de la maladie, qui revêt quelquefois les allures d'une maladie infectieuse, enfin la constatation de lésions inflammatoires au niveau de la moelle (ostéopathie myélogène).

Faut-il incriminer quelquefois, comme le voulaient Hanot et Gaston et aussi Reklinghausen, la syphilis et le cancer des os qui donnent lieu parfois à des ramollissements plus ou moins généralisés du système osseux. Léon Bernard considère cette extension du domaine de la maladie comme inacceptable car, pour lui, la décalcification de la lamelle osseuse n'est pas tout, il y a des lésions médullaires causales. Telle est aussi l'opinion de Paviot et Duval.

Cependant Poncet et Leriche ont appelé récemment encore l'attention sur le *rôle très important*, selon eux, de la *tuberculose*. Il y aurait ainsi des cas d'ostéomalacies, même séniles, d'origine et de nature bacillaires. En ce qui regarde les ramollissements osseux que les chirurgiens constatent si souvent chez l'adulte, au voisinage de foyers caractéristiques de tuberculose osseuse, cela n'est guère contestable, mais, lorsqu'il s'agit d'ostéomalacie généralisée, le doute est permis. Cependant Paviot et Mouriquand ont noté la simultanéité précoce de l'ostéomalacie et de la tuberculose et leur parallélisme d'évolution, et l'un de nous a rapporté dans sa thèse l'observation d'une femme ostéomalacique de soixante-cinq ans, qui mourut de granulie.

Pour Jaboulay enfin, l'ostéomalacie est d'*origine parasitaire* et produite par un groupe de myxosporidies : les sarcosporidies, qui, pour le même auteur, sont les agents pathogènes des néoplasmes quel que soit leur siège, viscéral ou osseux.

4° Théorie glandulaire. — Depuis quelques années on a publié toute une série d'observations avec autopsie où celle-ci a montré à côté des lésions classiques de malacie osseuse des altérations diverses des glandes à sécrétion interne.

Chez la femme adulte, le rôle de l'ovaire, mis en lumière par les résultats obtenus par Fehling avec la castration, reste prépondérant. Mais à l'autopsie des vieilles ostéomalaciques, on trouve toujours l'ovaire scléreux et atrophié des femmes ayant passé la ménopause, sans rien d'anormal pour cet âge et dans ces conditions. L'idée de sa participation au processus morbide doit être écartée.

Il n'en va pas de même en ce qui concerne le *corps thyroïde*.

La coexistence de syndromes thyroïdiens (maladie de Basedow, thyroïdites et surtout goitres) avec l'ostéomalacie est des plus fréquentes. Les pays à goitres comme le sud-est de la France sont aussi des pays à ostéomalacie (Tolot et Sarvonat).

Hoenicke a trouvé chez presque tous les ostéomalaciques qu'il a examinés, dont la plupart étaient des vieillards, des signes plus ou moins accentués dénotant une lésion de la glande. « Sur 33 cas, il n'y en eu que 4 qui ne présentèrent aucune manifestation de la part du corps thyroïde. »

Ce rapport peut s'expliquer par l'influence indiscutée qu'exerce cette glande sur la nutrition du tissu osseux et sur le métabolisme du calcium (Marinesco, Parhon et Minea, Sarvonat et Roubier).

Pour la même raison, on a mis quelquefois en cause les *parathyroïdes* (Léopold et Reuss), mais leur influence sur le calcium de l'organisme n'est pas encore élucidée (Mac Callum et Wœgtelin).

Certains phénomènes de l'ostéomalacie pourraient bien avoir quelques rapports avec l'hypophyse. Bab a amélioré des malades en les traitant par la pituitrine, et surtout Hallion et Alquier ont obtenu chez deux lapins un état ostéomalacique assez net par ingestion, pendant deux ans, de poudre totale d'hypophyse.

Le rôle du pancréas et du foie (Pawlow, Doyon) est probablement accessoire. Mais il faut réserver une place à part aux *capsules surrénales*.

L'action curative de l'adrénaline, annoncée par Bossi, en 1907, n'est pas douteuse dans certains cas. Mais elle ne peut agir ici, en compensant un état d'insuffisance surrénale qui serait la cause de l'ostéomalacie, l'expérience semble le prouver. De même, il est difficile d'expliquer cette influence par son action sur le métabolisme du calcium ; au point de vue expérimental, elle s'est toujours montrée un produit décalcifiant (Etienne et Dauplais, Bonnamour, Albert Badolle et Sarvonat), c'est probablement d'une façon très indirecte, mais encore inconnue, qu'elle peut parfois arrêter les progrès de la décalcification.

D'ailleurs, il faut le plus souvent mettre en cause non pas une seule de ces glandes mais plusieurs, car toutes participent plus ou moins au processus, par suite d'une *véritable rupture généralisée de leur équilibre endocrinique*.

La revision de ces théories si diverses et qui, cependant, ont toutes en leur faveur des faits incontestables a amené les auteurs les plus récents, qui se sont occupés de la question, à considérer l'ostéomalacie, celle du vieillard, comme celle de l'adulte, non plus comme une entité morbide, mais bien *comme un syndrome*, qui n'offre pas plus d'unité que les glycosuries par exemple, mais qui a seulement, comme ces dernières, un aspect clinique uniforme, tout en reconnaissant des causes très diverses et des mécanismes multiples. Dans quelques cas, il est d'origine infectieuse ; ailleurs, il est d'origine glandulaire. Enfin, il peut relever d'un vice de la nutrition et avoir à sa base les dyscrasies acides, individualisées par Bouchard.

Quelle que soit son origine, le résultat le plus évident, le moins contestable de l'ostéomalacie : *c'est la décalcification du squelette*. On a déterminé le degré de cette décalcification par la recherche du calcium dans l'urine, puis dans tous les excreta (urines et matières). Ces méthodes qui manquaient de précision ont cédé le pas au *dosage du calcium dans le sang*, qui doit être pratiqué chez tous les malades, dont nous nous occupons. La proportion de la chaux est toujours augmentée ; au lieu de 0g06 à 0g07 de CaO par litre comme normalement, on en trouve de 0g10 à 0g20 et même plus. C'est là un excellent moyen de diagnostic et de pronostic (Marquis, Sarvonat, Bonnamour et Albert Badolle).

Cette décalcification est encore prouvée par la *composition de l'os malacique*, qui montre une perte de moitié environ du phosphate de chaux. Le soufre et la magnésie au contraire sont augmentés, cette dernière substance, dans la proportion de 1 à 4 (Mac Crudden, Sarvonat).

Donc l'ostéomalacie du vieillard doit, comme celle de l'adulte, être regardée comme un syndrome, qui comporte des mécanismes très divers suivant les cas. De là, la nécessité de toujours mesurer chez les malades les variations de la calcémie et de rechercher ensuite ses origines, le diagnostic étant posé.

VII

Diagnostic. — Le diagnostic de l'ostéomalacie sénile n'est pas toujours facile surtout au commencement, lorsque l'affection ne se manifeste que par des douleurs. Si l'on réfléchit également avec quelle lenteur évolue parfois le ramollissement des os, comme chez la malade de Lépine citée par Saulay, où la maladie dura trente ans, on comprend à quelles difficultés on se heurte, quand il s'agit d'interpréter cet unique symptôme : la douleur.

A la dernière période, quand la taille de la malade a diminué, que les membres, le tronc et le bassin ont subi des déformations, le diagnostic prête moins à erreur.

Période des douleurs. — A dire vrai, le diagnostic de cette période ne se fait le plus souvent que d'une façon rétrospective, les douleurs dont se plaignent les malades étant presque toujours rapportées à d'autres maladies. Cependant l'examen aux rayons X montrant la transparence intense, le dosage de la chaux du sang pourront rendre de grands services.

Les douleurs de la syphilis tertiaire peuvent prêter à confusion, surtout s'il existe des arthralgies syphilitiques avec de l'empâtement des extrémités osseuses. Ces douleurs sont caractérisées par leur exacerbation nocturne et au repos, tandis que les douleurs ostéomalaciques sont moins fortes quand le malade est couché. Elles sont calmées par le traitement spécifique.

Plus souvent on soupçonnera des manifestations du *rhumatisme chronique* avec ou sans poussées aiguës. Il n'y a presque pas une seule observation d'ostéomalacie publiée où l'on n'ait pensé d'abord à du rhumatisme. Cependant le rhumatisme chronique attaque surtout les petites jointures, les doigts de la

main et du pied, qui sont recouverts d'une peau rouge, brillante, tendre. Le moindre mouvement exaspère la douleur.

L'ostéomalacie localisée à la colonne est souvent prise pour le *rhumatisme vertébral* (Lépine); mais il faut se souvenir que le rhumatisme vertébral est rare chez le vieillard. Les divers médicaments antirhumatismaux sont sans action et bientôt apparaissent les autres localisations de l'ostéomalacie.

On a cru souvent avoir affaire à un *lumbago*, car, dans un grand nombre d'observations, les premières douleurs furent au niveau « des reins ». Comme pour le rhumatisme, le seul caractère différentiel, c'est le siège des douleurs qui sont uniquement musculaires dans le lumbago où, de plus, on ne trouve rien d'anormal du côté du squelette. La confusion, pendant un certain temps, a pu être faite avec une *coxalgie* (Gayet et Bonnet), mais l'erreur ne saurait durer.

Parfois l'ostéomalacie débute par des douleurs qui rappellent à s'y méprendre la *névralgie sciatique*. Il est même possible que certains points du bassin déjà ramolli compriment ce nerf à son passage au contact de l'os. Le diagnostic est alors très difficile et ne peut être fait qu'en recherchant soigneusement les points douloureux osseux sur le bassin. Il en est de même de la *névralgie intercostale* qui, elle aussi, a pu donner le change.

Une erreur fréquente est aussi de prendre les premières douleurs ostéomalaciques pour *une crise de goutte*. Mais la douleur de l'ostéomalacie n'est pas si vive que celle des paroxysmes de la goutte. Celle-ci se localise également de préférence aux petites articulations et laisse après son passage des traces indélébiles. De plus, la goutte est aussi rare chez la femme que l'ostéomalacie chez l'homme.

Le diagnostic avec le *tabes* peut être très difficile : mêmes irradiations dans la continuité des membres, mêmes paroxysmes sans cause apparente, même possibilité de fractures spontanées. Il faudra rechercher les signes du tabes, le signe de Romberg, l'ataxie, les signes de Westphall, d'Argyll-Robertson qui lui sont propres. Dans certains cas, on a pu voir évoluer simultanément tabes et ostéomalacie ; ce n'est que l'évolution des deux maladies qui permettra de reconnaître ce qui appartient à l'une et l'autre affection.

Enfin, il est un cas où le diagnostic ne laisse pas d'offrir de grandes difficultés, c'est lorsqu'il existe une *fracture spontanée* qu'on ne pense pas à rattacher à sa véritable cause. On accuse tour à tour une interposition musculaire, une maladie nerveuse et rarement l'idée se porte sur le ramollissement des os. L'observation de Ritti et Bouglé en est un exemple typique. Il faut avoir bien présente à l'esprit cette cause assez fréquente de fracture spontanée, sur laquelle malheureusement on n'insiste pas assez dans les classiques.

PÉRIODE DE FLEXIBILITÉ ET DE DÉFORMATION. — A ce moment les erreurs sont moins fréquentes. Cependant, en présence d'une *déformation isolée* d'un membre, par exemple, le diagnostic est vite mis en défaut.

On peut citer des cas où la maladie ne se révéla au début que par l'apparition d'un *genu valgum*. On pratique l'ostéotomie comme dans le cas de Berger, et, au bout de quelque temps, on peut voir les autres os du squelette devenir flexibles. De là le conseil donné par Berger « de se méfier des cagneux âgés chez lesquels la déviation du genou en dedans s'est prononcée et accrue rapidement avec des douleurs, en entraînant une gêne de la marche en désaccord avec le degré de déformation ».

Une autre déviation fréquente au cours de l'ostéomalacie est la courbure à convexité postérieure de la colonne vertébrale, qui peut simuler le *mal de Pott* cervico-dorsal. Sur 56 observations, Collineau a noté 30 fois la déviation du rachis. Chez le vieillard c'est presque la règle. Si le maximum des déformations ostéomalaciques et des douleurs est à la région cervicale, si la ceinture scapulo-humérale, le squelette des bras et des avant-bras deviennent douloureux, s'il existe encore quelques phénomènes nerveux, non seulement on pensera à un mal de Pott cervical, mais aussi à une *pachyméningite cervicale* caséeuse ou hypertrophique.

Ailleurs, on a cru se trouver en présence d'une *syringomyélie*. Mais surtout c'est avec le *cancer des os* que l'on pourra alors confondre l'ostéomalacie, mais la marche très rapide de la maladie, la rougeur, puis l'ulcération de la peau, la constatation de l'envahissement ganglionnaire et la forme particulière de la maladie feront penser à la tumeur maligne.

La forme nerveuse de l'ostéomalacie sera confondue avec les *maladies de la moelle*. Vierordt dans son article signale en quelques lignes l'importance de ce diagnostic : « En présence d'enflure des jambes, de troubles de la marche et de courbature, se traduisant objectivement par l'exagération du tonus musculaire et du réflexe rotulien, on peut être amené à faire le diagnostic différentiel avec une lésion spinale, soit une myélite transverse, soit une paralysie spasmodique, soit une sclérose latérale amyotrophique. »

VIII

Pronostic. — Le pronostic est d'une extrême gravité. Si, dans quelques cas exceptionnels, on a pu assister à un arrêt prolongé de la maladie, ces rémissions sont en général de courte durée; jointes à l'inutilité de pratiquer chez la vieille femme une ovariotomie, elles ne laissent pas de place à l'espoir d'une guérison définitive.

Les crises de dyspnée que présentent certains malades sont un signe de mauvais pronostic; car elles peuvent souvent entraîner la mort de la malade dans un accès de suffocation.

Le pronostic se basera surtout, comme nous l'avons vu, sur l'examen chimique du sang, et la terminaison fatale devra être d'autant plus à redouter que la teneur en chaux du sang sera plus élevée.

IX

Traitement. — Les diverses méthodes préconisées chez l'adulte sont à employer chez le vieillard, mais

sans grand espoir de guérison. Néanmoins des améliorations importantes, l'arrêt même du processus décalcifiant ont quelquefois été obtenus.

Un traitement hygiénique préventif est indiqué dans les pays où la maladie est à l'état endémique. Des mesures sévères d'assainissement des habitations, d'assèchement du sol, etc., doivent être prescrites. Songeons que dans l'Italie du Nord, on a noté 1367 morts d'ostéomalacie en huit ans.

Par une *alimentation riche en sels minéraux*, on améliorera la nutrition générale et on pourra lutter contre la désassimilation calcique. Le phosphore est particulièrement indiqué comme médicament, soit en nature, soit sous forme de phosphure de zinc, de phosphate de chaux, de glycérophosphates, d'huile de foie de morue phosphorée.

Les *extraits glandulaires* ont donné parfois des résultats remarquables. L'extrait de corps thyroïde est à essayer quand on soupçonne cette glande d'être en cause. Ailleurs on pourra donner l'extrait d'hypophyse ou la pituitrine (Bab), mais on utilisera surtout l'*adrénaline*, qui a de grands succès à son actif. On emploiera la solution à 1 p. 1000 à raison d'un centimètre cube chaque fois, trois fois par semaine dans une potion appropriée : il faut compter sur vingt à vingt-cinq mois de traitement (Léon Bernard).

Enfin, si plus tard les résultats des auteurs italiens sont confirmés, il est probable que les cas d'origine infectieuse seront améliorés par le sérum thérapeutique ou même prévenus par le vaccin. Les deux sont à l'étude.

Ici, comme ailleurs, la médication symptomatique ne doit pas être négligée. Les douleurs seront calmées par les narcotiques, au besoin la morphine si elles sont trop intenses. Dans un cas personnel, des douleurs intenses des membres inferieurs ont été calmées momentanément par des bains d'air chaud, avec l'appareil de Miramond de Laroquette.

L'*immobilisation* qui s'impose d'ailleurs généralement de bonne heure rendra de réels services, bien qu'on ne puisse l'appliquer qu'imparfaitement, les malades supportant difficilement les différents appareils immobilisateurs.

BIBLIOGRAPHIE

ADENOT. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1900.
ARCANGELI. Nuove ricerche e osservazioni sull' osteo-malacia umana, *Clinica ostetri.*, anno IX, fasc. 15, 1907.
ARTON DE SANT-AGNESE. Ricerche sperimentali sull' osteomalacia, *La Gin. riv. prat.*, Firenze 1908.
AXHAUSEN (de Berlin). Das Wesen der Osteomalakirschen Knochen Prozess, *Med. Klin.*, 1909, n° 25.
BAB. Le traitement de l'ostéomalacie par l'extrait d'hypophyse, *Berl. klin. Woch.*, 1911, p. 1442 ; — Le traitement de l'ostéomalacie par l'extrait d'hypophyse, *Berl. med. Woch.*, 1911, p. 1814 ; — Sur un cas d'ostéomalacie bien influencé par la pituitrine, *Centralbl. f. Gyn.*, Leipzig 1911, p. 1378.
BAR. *Pathologie obstétricale*, t. II.
BADOLLE. *Le Syndrome ostéomalacique. Nature et pathogénie*, Th. de Lyon, 1913.
BASSET. Anatomie pathologique de l'ostéomalacie spontanée et expérimentale, *Arch. de méd. expérim.*, 1906, p. 712.
BERGER. *Presse méd.*, 1899, p. 313.
BERNE. Un cas d'ostéomalacie, *Gaz. méd. de Lyon*, 1867.
BERNARD. Nature de l'ostéomalacie, *Revue de méd.*, 1910.
BINAGHI. *Policlinico, sez. pratica*, 1905, 23-712.
BIASOTTI. *R. Accad. med. di Genova*, 2 juillet 1908.
BONNAMOUR, Albert BADOLLE, SARVONAT et ESCALLON. Influence de l'adrénaline associée au chlorure de calcium sur les échanges minéraux au niveau des os (communication à la Société de biologie de Paris, séance du 10 mai 1913), *C. r. hebd. de la Soc. de biol.*, 16 mai 1913, n° 17, t. LXXIV, p. 1019.
BONNAMOUR, Albert BADOLLE et ESCALLON. Décalcification ostéomalacique chez le lapin sous l'influence d'injections intraveineuses de lactose (communication à la Société de biologie de Paris, séance du 17 mai 1913), *C. r. hebd. de la Soc. de biol.*, 23 mai 1913, n° 18.
CAPORALI. Il ricambio materiale nell' osteomalacia, *Arch. di ostetrica*, juillet 1905, p. 390.
CAPPEZUOLI. Composition minérale des os malaciques, *Biochem. Zeit.*, 1909, vol. XVI, p. 355.
CHAPPET et MOURIQUAND. Forme nerveuse de l'ostéomalacie, *Lyon méd.*, 1904, t. II, p. 749.
CHARCOT et VULPIAN. *Œuvres complètes*, t. VII, p. 485, et *Soc. de biol.*, 1873.
CHARRIN et MOUSSU. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1904, t. I, p. 779.
CHARRIN. *Poisons de l'organisme*, Paris 1894, p. 88.
COLLINEAU. *Union méd.*, 1861, n° 123.
COURMONT et PAVIOT. *Lyon méd.*, 1902, t. II, p. 762.
CRAMER. Ueber Wesen und Behand. der Osteom., *Münch. med. Woch.*, 1908, n° 8, p. 405 ; — Versamlung Deutscher Naturforscher, *Münch. med. Woch.*, 1908, p. 2205.
CHRISTOFOLETTI. Zur Pathogenese der Osteomalacie, *Gyn. Rund. Berlin und Wien*, 1911, heft 4 et 5, p. 113 et 169.
CURSCHMANN. Ueber Osteom. senile und tarda, *Med. Klin.*, 1911, p. 1564.
DAUPLAIS. *De l'Ostéomalacie sénile*, Th. de Nancy, 1910-1911.
DEMANGE. De l'ostéomalacie sénile, *Revue de méd.*, 1881, p. 705.
DIBBELT. L'ostéomalacie expérimentale, *Anat. und Bact. z. Tüb. Brun.*, 1911, p. 559.
DROINEAU. *De l'Ostéomalacie*, Th. de Strasbourg, 1861.
DUVAL. Th. de Lyon, 1903.
ERDHEIM. Ueber Epitelkörperfunde bei Osteom., *Arch. der Wiss.*, Wien 1907, t. II, p. 5-6.
ETIENNE et DAUPLAIS. Le métabolisme de la chaux dans un cas d'ostéomalacie sénile, *Revue méd. de l'Est*, 15 fév. 1912.
ETIENNE. Premier Congrès de pathologie comparée, *Presse méd.*, 1912, p. 897.
FACK. *Centralbl. f. Gyn.*, 1910, n°s 101-11.
FINCKELBURG. *All. Zeit f. Psych.*, t. XVII.
FIONA. Ulteriore contributo al reperto batteriologico sull' osteom., *Policlinico*, 1908, t. XV.
FRITSCH. Th. de Nancy, 1909.
GAYET et BONNET. *Revue de chir.*, 1901, t. I, p. 44 et 228.
GOLDTHWAIT, PAINTER, OSGOOD et MAC CRUDDEN. *Amer. Journ. of Physiol.*, 1905, p. 389.
GRAJON. *L'Ostéomalacie sénile*, Th. de Paris, 1892.
GUSSEROW. Beitr. z. Lehre v. d. Osteom., *Verhdl. d. Ges. f. Geb. in Berlin*, 1863, t. XV.
HALLION et ALQUIER. Ostéomalacie chez deux lapins soumis à l'ingestion de poudre totale d'hypophyse pendant deux ans. *Revue de neurol.*, 1910, p. 730.
HANAU. Ein Vorschlag zur Lösung der Streitfrage ob der Kalklose Knochen bei der Osteo durch Kalkberaubung oder durch Ausbleiben der Verkalkung eutschf. Forschriffte, *Med. Berl.*, 1906, p. 81, t. LXXXIII.
HANOT. Art. OSTÉOMALACIE, *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. III.
HANOT et GASTON. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 6 déc. 1895, p. 799.
HENNIG. Cité par HANOT. Art. OSTÉOMALACIE, *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert.
HŒNICKE. *Berl. Woch.*, 1904, n° 44 ; — *Ueber das Wesen der Osteomalacie*, Halle 1905 ; — Zur Theorie der Osteom., *Berl. klin. Woch.*, 1904, n° 44.
JABOULAY. Origine et nature sarcosporidienne de l'ostéomalacie, *Lyon méd.*, 1912, p. 229.
JADASOHN. *Arch. f. Dermat. und Syphilis*, 1910, vol. C, p. 317.
KOBLER. *Wien. klin. Woch.*, 1898, n° 23.

KON. On senile osteomal., *Sei-i-Kwai M. J. Tokio*, 1911, t. XXX, n° 1.
LATZKO. Osteomal. und Morb. Based., *Jahrh. f. Psych.*, 1901, t. XX.
LEWANDOWSKI. Die Grundlagen der Organotherapie, *Zeit. f. d. und phys. Ther.*, vol. V.
LITZMANN. Die Formen des Beckens nebst einem Anhange über die Osteom., *Monographie*, 1861.
LENORMAND. Ostéoporose et fistules biliaires, *Presse méd.*, 1910, p. 892.
LOOSER. Mitteil. aus den Grenzgebieten, *Med. und Chir.*, 1908, t. XVIII, p. 4.
MAC CRUDDEN (de Boston). Studies of bone metabolis, especially the pathological process, etiology and treatment of osteomalacia, *Arch. of internat. med.*, janv. 1910, vol. V, p. 596-630; — The composition of bone in osteom., *Amer. Journ. of physiol.*, sept. 1906, vol. XVII, n° 1.
MAC CRUDDEN et H. FALES. Studies in bone metabolism the etiology of non puerperal osteomalacia, *Arch. of internat. med.*, 1912, vol. IX, p. 273-283.
MALCOLM. On the influence of the pituitary gland substance on metabolism, *Journ. of physiol.*, 1906, vol. XXX, p. 88, 189-197.
MARASSINI. *Lo Sperimentale*, 1906, t. II.
MARCHAND. Sur un cas d'ostéomalacie sénile ou hyperplasie diffuse de la moelle osseuse avec disparition de la substance des os, *Berl. klin. Woch.*, 1886.
MARINESCO, C. PARHON et J. MINHEA (de Bucarest). Contribution à l'étude de l'ostéomalacie dans ses rapports avec les altérations des glandes endocrines, *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, janv.-fév. 1911.
MARQUIS. Degré et rôle de la décalcification gravidique, *L'Obstétrique*, 1910, p. 360.
MAYSS. *Virch. Arch.*, 1878, vol. LXXIV.
MECK. *The Lancet*, 18 juillet 1908.
MESLAY. Th. de Paris, 1895-1896.
MOISEW. Sur l'ostéomalacie produite expérimentalement par Pawlow, *Verhandl. d. Ges. russ. Aerzte z. Saint-Petersburg*, 1909, Bd. LXXVI, p. 503, et *Centralbl. f. Biochimie*, 1910, p. 395.
MOLLARD. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1902.
MONPURGO. *Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, 1906, t. I, II; — Sulla transmissione dell' osteomalacia umana ai topi bianchi, *R. Accad. di Torino*, 17 janv. 1908.
MOUSSU et CHARRIN. Ostéomalacie expérimentale chez le lapin, *Soc. de biol.*, mai 1904.
MOREL. Les parathyroïdes dans l'ostéogenèse, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1909, t. LXVII, p. 780, et 1910, n° 4, p. 163.
NAZARI. *Policlinico, Sez. pratica*, 1905, fasc. 23, p. 712.
NETTER. *Rôle du calcium*, Paris 1907.
NEUMANN. Buantit. Bestinangen de Ca, Mg und d. Posphorsäure im Harn und Kal. bei Osteom., *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLVII.
NOVAK. Contribution à l'étude du traitement de l'ostéomalacie par l'adrénaline, *Arch. f. Gyn.*, 1911, p. 2.
ODERMATT. *Recherches sur l'ostéomalacie*, Zurich 1910.
PARHON. Influence de la thyroïde sur le métabolisme du calcium, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1912, vol. I, p. 620.
PARHON et GOLDSTEIN. *Les Sécrétions internes*, Paris 1909.
PARHON et PAPINIAN. Notà relativà la actiunsa corpului tiroid in assimilarea si desasimilerea calcelui, *Romania med.*, 1904, nos 11 et 12.
PARISOT. Lésions osseuses et fractures spontanées chez le lapin sous l'influence de l'hyperglycémie expérimentale, *Soc. de biol.*, 12 nov. 1912.
PECAUD. *Revue gén. de méd.*, 1904, vol. III, p. 1.
PENDE. Le sang dans l'ostéomalacie, *Centralbl. f. alleg. Pathol.*, 1907, p. 973.
PETRONE. Il micro-organismo della nitrificazione e l'osteomalacia, *Riforma med.*, 5 août 1912.
PIÉRARD. *Contribution à l'étude de l'ostéomalacie sénile*, Th. de Paris, 1904-1905.
PILLIÉ et BOUGLÉ. *Bull. de la Soc. anat.*, mai 1895, p. 388.
POMMER. *Untersuchungen über Osteom.*, Leipzig 1885.
PONCET et LERICHE. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 3 janv. 1911.
POPPE. Th. de Fribourg, 1895.
QUEST. *Arch. f. experim. Path. und Therap.*, vol. V, fasc. 1.
RANK. *Virch. Arch.*, 1892, vol. CXXVIII, p. 537.
RECKLINGHAUSEN. Die Fibröss oder dif. Osteitis. Die Osteom., *Virch. Fetsch.*, 1891.
REICH. Ueber senile Osteom., *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*
RIBBERT. Ueber senile Osteomalacie und Knochen resorption, *Allg. Virch. Arch.*, 1880.
ROSSIER. Anat. Untersuchungen ovar. in Fallen von Osteom., *Arch. Gyn.*, Bd. XLI.
SARVONAT et ROUBIER. Sur un cas d'ostéomalacie sénile, *Progrès méd.*, 30 déc. 1911, n° 52, p. 635.
SARVONAT et REBATTU. Sur un cas d'ostéomalacie sénile. Etude chimique et physiologique, *Progrès méd.*, 26 oct. 1912, p. 536.
SAULAY. *Contribution à l'étude de l'ostéomalacie essentielle*, Th. de Lyon, 1890.
SCHEUNERT-SCHATTKE et LÖTSCH. Contenance en CaO, MgO et P^2O^5 du foin et de l'avoine après la consommation desquels des chevaux présentèrent de l'ostéomalacie, *Biochem. Zeit.*, 1911, vol. XXXVI, p. 241.
SCHIFFMACHER. *Wiener med. Woch.*, 1904.
SENATOR. *Hand. d. spec. Pathol. u. Therap.*, 1875, t. XII, p. 195; — *Berl. klin. Woch.*, 1897, nos 6-7.
SILVESTRI et TOSATTI. *Gazz. degli ospedagli e delle Clin.*, 1907, p. 1067.
SITSEN. *Ned. Tijdschr. voor Gen.*, 28 nov. 1908.
SOLDA. Capsules surrénales et ostéomalacie, *La Ginecologia*, 15 oct. 1908.
SOLDI. Deux nouveaux cas guéris par l'adrénaline, *XIVe Congresso della Società italiana di ostetrica e ginecologia*, Genova 1908.
SOMEILLER. Observations d'ostéomalacie, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1861.
SPILLMANN et PERRIN. A propos d'un cas d'ostéomalacie sénile, *Arch. gén. de méd.*, 1906, p. 1799.
STEFANELLI et LEVI. Contr. alla connoscenza dell' osteomalacia umana, *Rivista critica di clinica medica*, anno IX, 1908.
TEISSIER. Th. inaugurale.
THEODOSSIEW. *Roussky Vratch.*, 4 fév. 1906.
THIEM. Osteomalacia following fracture, *Monat. f. Unfall Heilkunde*, 1898, vol. V, p. 309.
TODYO. Ueber das Verhalten der Epithelien Körperchein bei Osteom. und Osteopor. Francfurt, *Zeit. f. Pathol.*, Wiesbaden 1912, t. X, p. 219.
TOLOT et SARVONAT. Ostéomalacie et goitre exophtalmique, *Revue de méd.*, 1906, t. XXVI, p. 445.
VIERORDT. *Pathologie de Nothnagel*, art. OSTÉOMALACIE, t. VII, p. 138.
VINCENT. *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. IV, p. 354.
WALLART. *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, Bd. LXI; — *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXXI.
WEBER. Zur Kenntniss der Osteom., *Arch. f. pathol. Anat.*, t. XXXVII, heft 1.
WOLF. *Ueber Phosphorsäure und Kalk aus Cheidungen im Harn bei einem Fall von osteom. und einigen anderen Erkrankungen.*
ZURT. Cité par HÖRNER. *Ueber die Ursache und der Vorkomen die Osteomal. von Bayern*, Inaug. diss., München 1886.

FORMULAIRE

GELÉE D'HUILE DE FOIE DE MORUE A LA GÉLATINE
(MOUCHON.)

Gélatine pure	16	grammes.
Eau commune	125	—
Sirop simple	125	—
Huile de foie de morue	250	—
Essence pour aromatiser	Q. S.	

Pour 500 grammes de gelée; faire dissoudre la gélatine dans l'eau bouillante; ajouter le sirop, l'huile et l'aromate; placer le vase dans l'eau froide; battre le mélange pendant cinq minutes; couler (*Bull. gén. de thérap.*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1913)

Fractures du col fémoral et coxa vara. — M. SAVARIAUD discute les faits communiqués dans la dernière séance par M. Kirmisson à propos de la présentation de M. Auvray (voir *Gaz. des hôpit.*, n° 142). De ces faits, M. Savariaud ne retient qu'un seul exemple, authentique à ses yeux, la fracture du col du fémur n'ayant entraîné qu'une impotence fonctionnelle très minime. Tous les autres faits donnés par M. Kirmisson comme exemples de ce genre ne sont, pour M. Savariaud, que des cas de coxa vara rachitique de l'enfance. Passant en revue ces différents faits, M. Savariaud s'applique à démontrer que, là où M. Kirmisson a vu une fracture ou un décollement épiphysaire, il n'existait en réalité qu'une coxa vara. Il ajoute à ces faits deux cas personnels. Dans un premier cas il s'agit d'un garçon de quatorze ans qui tombe à l'eau et boite ensuite en marchant. M. Savariaud porte le diagnostic de coxa vara aggravée par le traumatisme. Il envoie l'enfant à M. Kirmisson qui diagnostique une fracture du col. Mais peu de temps après, cet enfant a une déformation du côté opposé sans avoir subi aucun traumatisme. Il s'agissait donc d'une double coxa vara. Le diagnostic primitif de M. Savariaud était donc exact. Un second enfant de neuf ans présente une altération de la hanche sans traumatisme. Une radiographie montra une fracture du col. C'était une erreur d'interprétation. Il s'agissait encore ici d'une coxa vara qui devint bientôt double. Au reste depuis dix-huit mois la tête fémorale est restée au contact du col; il n'y a pas de points de nouvelle ossification. Enfin, la bilatéralité de la lésion indique bien qu'ici encore il s'agit de coxa vara. Il faut conclure de ces faits que, contrairement à ce qu'a dit M. Kirmisson, les cas de fractures du col du fémur permettant la marche après le traumatisme sont infiniment rares.

M. KIRMISSON répond qu'il n'a jamais dit que ces cas fussent fréquents. Il a simplement soutenu cette thèse que ces faits de conservation fonctionnelle après une fracture du col ou un décollement épiphysaire étaient possibles et que les exemples n'en étaient pas exceptionnels. Il rappelle les rapports qu'il a faits en 1904 et en 1912 sur cette question. Il cite un certain nombre d'auteurs étrangers qui l'ont également traitée et qui fournissent des exemples semblables à ceux qu'il a donnés lui-même, exemples de conservation partielle de la fonction après un traumatisme ayant déterminé une fracture du col ou un décollement épiphysaire. M. Kirmisson insiste sur ces faits et sur les travaux de plusieurs orthopédistes étrangers et fait remarquer que les faits signalés par ces auteurs, ajoutés aux faits qu'il a lui-même publiés, permettent de conclure que les cas de fractures du col ou de décollement épiphysaire avec conservation partielle de la fonction ne sont pas aussi exceptionnels que semble le croire M. Savariaud.

A l'appui de son argumentation, M. Kirmisson montre un certain nombre de radiographies qui ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence de la fracture.

M. BROCA ne conteste pas la coexistence de la coxa vara avec un traumatisme, mais il pense que, dans ces cas, il existait antérieurement au traumatisme des lésions pathologiques méconnues, des altérations osseuses qui ont favorisé l'influence accidentelle du traumatisme. C'est de cette façon qu'on peut comprendre l'histoire du garçon de treize ans qui, à la suite d'un traumatisme, présenta des symptômes de coxa vara d'un côté et, quelques mois après, présenta les mêmes symptômes de l'autre côté sans aucun traumatisme. Il y a lieu d'admettre que, dans ce cas, il existait des altérations osseuses antérieures dans le côté primitivement atteint, avant le traumatisme.

Résection de l'os iliaque. — M. LE DENTU, à propos de la présentation faite dans l'avant-dernière séance par M. Morestin, fait observer que, dans ce cas, M. Morestin a obtenu un résultat très satisfaisant et très encourageant. Il y a, en effet, des cas de coxalgies dans lesquels le traitement conservateur fait faillite. L'indication des grandes interventions peut alors se poser. M. Le Dentu cite l'exemple d'une jeune fille qui, malgré un traitement conservateur bien conduit, semblait s'acheminer vers une issue fatale. M. Le Dentu proposa alors une intervention qui fut refusée, quatre mois après on y consentit. La jeune fille n'ayant pas d'albumine, présentant, dans son sang, une conservation suffisante des globules rouges, M. Le Dentu se décida à intervenir et il fit une résection de l'os iliaque. Malheureusement cette malade succomba à une infection du tube digestif.

Dans un autre cas, il s'agissait de fistules multiples, d'un affaiblissement graduel qui décidèrent M. Le Dentu à pratiquer une résection de l'os iliaque; ce malade guérit. On peut ainsi procéder à d'autres opérations telles, par exemple, que la désarticulation inter-ilio-abdominale. Mais c'est là une opération très grave qui donne 72 p. 100 de décès opératoires. Ces opérations s'appliquant également au cancer et à la tuberculose, il y a un départ à faire, selon qu'il s'agit de l'une ou l'autre de ces affections. Sur trois de ces opérations, M. Le Dentu a obtenu deux guérisons et une mort. Y a-t-il avantage pour les malades à garder leur membre? Certes oui, répond M. Le Dentu, surtout dans les cas de tuberculose où ont lieu des néoformations osseuses qui peuvent servir de point d'appui. Toutefois si le membre est trop mauvais, trop atrophié ou trop raccourci, il vaut encore mieux le sacrifier.

M. Morestin a bien fait d'insister sur les avantages du morcellement, des opérations successives. C'est là une bonne méthode, surtout quand il s'agit de lésions tuberculeuses.

M. LEJARS a pratiqué la résection large de la hanche chez deux malades restés guéris depuis douze ans. La résection large de la hanche peut avoir ses indications. Quant à la désarticulation inter-ilio-abdominale, ses succès sont moins certains. M. Lejars cite le cas d'un enfant chez lequel M. Broca avait désarticulé la hanche. L'os iliaque ayant été atteint secondairement, M. Lejars fit l'amputation de l'os iliaque. Il en fit l'ablation totale. Il avait cru devoir lier préalablement l'iliaque primitive. Cette ligature demanda quelque temps, allongea l'opération. L'ablation de l'os iliaque fut facile et vite faite. Cependant la malade succomba et M. Lejars regretta d'avoir fait la ligature de l'iliaque primitive, complication qui n'a peut-être pas été étrangère à l'issue fatale. S'il se trouvait de nouveau en présence d'un cas semblable, il ne ferait pas cette ligature. Il se contenterait de lier ou de pincer les vaisseaux au cours de l'opération.

M. MORESTIN insiste sur l'intérêt que présente cette question des vieilles coxalgies et des interventions qui peuvent être indiquées. L'extirpation de l'os iliaque s'impose dans certains cas et peut-être devrait-on y recourir plus souvent qu'on ne le fait. M. Morestin fait connaître ses cas personnels. Il pense que la résection de l'os iliaque en plusieurs temps rend cette opération plus tolérable aux malades. Il attache donc une grande importance à ce qu'il a appelé le morcellement. Il préfère la scie de Gigli à tout autre instrument. Quant à la conservation ou au sacrifice du membre, cela dépend de l'état de ce membre, comme l'a dit M. Le Dentu.

M. TUFFIER insiste sur l'importance des sections nerveuses dans ces opérations et l'influence qu'elles peuvent avoir au point de vue du shock. Aussi a-t-on proposé d'ajouter, dans ces cas, à l'anesthésie générale l'anesthésie locale.

M. QUÉNU fait remarquer toute l'importance de cette réflexion de M. Tuffier.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 146. — MARDI 23 DÉCEMBRE 1913. 86e ANNÉE. MARDI 23 DÉCEMBRE 1913. — N° 146.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — LECTURE. — *Pathologie.* — Séance du 19 décembre 1913. — MM. Guillard, 8; Parturier et Le Cocq, 9; Lamarche, 10; Mlle Besson (Hélène), 11; M. Boutelier, 10; Mlle Harel, 6; M. Kermorgant, 9.

La prochaine séance aura lieu le mardi 23 décembre, à neuf heures (matin), 49, rue des Saints-Pères.

Anatomie. — Séance du 18 décembre. — MM. Caron, 10; Rougeulle et Lanos, 13; Bourgeois (Maurice), 11; Vazeux, 9; Lebée et Jacquet, 8; Bouchet, 7.

Séance du 19 décembre. — MM. Barry, 6; Mlle Le Soudier, 5; Adam, 11; Soret, 8; Mérigot de Treigny, 9; Vincent, 11; Marqueste, 9; Gallerand, 4; Cabouat, 9.

Séance du 20 décembre. — MM. Saxe, 11; Dagnan-Bouveret, 7; Coulaud et Bigot, 10; Pierre, 8; Lévi-Alvarès et Andral, 7; Mlle Hochberg, 10.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sujet du *prix Saintour* pour 1914 : « Anatomie générale, anatomie et physiologie pathologiques de la glande pinéale. »

Sujet du *prix Corvisart* pour 1914 : « Péritonites non traumatiques. »

Sujet du *prix Béhier* pour 1914 (pour mémoire) : « Syphilis rénale. »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours s'ouvrira, le 22 juin 1914, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

— Un concours s'ouvrira, le 29 juin 1914, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

— Un concours s'ouvrira, le 6 juillet 1914, devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

LA VACCINATION ANTITYPHOIDIQUE OBLIGATOIRE DANS L'ARMÉE. — Le Sénat, après avoir entendu M. Léon Labbé, rapporteur, vient de voter le projet de loi déposé par notre éminent confrère et dont voici le texte :

« ARTICLE UNIQUE. — La vaccination antityphoïdique est obligatoire à l'égard des militaires de l'armée active.

Dans le cas où les circonstances paraîtraient l'exiger, une décision ministérielle pourra en prescrire l'application aux militaires des réserves convoqués pour une période d'instruction ».

M. le professeur Vincent assistait M. le ministre de la guerre, en qualité de commissaire du gouvernement.

LE RELÈVEMENT DES SOLDES ET LES MÉDECINS MILITAIRES. — La Chambre poursuit sa discussion sur le relèvement des soldes. Dans la dernière séance, MM. les docteurs Lachaud, Pujade et Doizy ont déposé un amendement ainsi conçu :

« Une prime annuelle, dite de fonction, sera payée aux médecins militaires des armées de terre et de mer et aux médecins du cadre colonial conformément au tableau suivant :

Médecin aide-major de deuxième classe...	200 fr.
Médecin aide-major de première classe...	300
Médecin-major de deuxième classe.......	400
Médecin-major de première classe.......	600
Médecin principal de deuxième classe.....	700
Médecin principal de première classe....	800. »

Pour appuyer sa proposition, M. Lachaud a montré combien la situation des médecins militaires, obligés de continuer pendant toute leur existence des études coûteuses, d'acheter

constamment des livres ou des instruments, est digne d'intérêt. M. Lachaud attribue à cette situation matérielle pénible la crise du service de santé. Il aurait pu également s'étendre sur les causes morales qui s'ajoutent à une condition médiocre pour décourager tant de nos excellents confrères de l'armée.

DES CONTRATS DE VIVISECTION HUMAINE. — Nos lecteurs n'ont pas oublié le curieux arrêt publié dans la *Gazette des hôpitaux* (n° 114, p. 1782).

A l'occasion de cet arrêt la conférence des avocats à la cour d'appel de Paris vient de discuter la question suivante :

« La convention aux termes de laquelle une personne s'engage, moyennant rétribution, à livrer son corps aux expériences de chirurgie esthétique d'un médecin, est-elle illicite et contraire aux bonnes mœurs ? »

La conférence a adopté l'affirmative.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — L'association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris, réunie en assemblée générale annuelle, vient de procéder au remplacement de son regretté président et fondateur, Lucas-Championnière. Elle a élu président M. le docteur Béclère, membre de l'Académie de médecine, médecin à l'hôpital Saint-Antoine.

Le bureau, pour l'année 1913-1914, se trouve ainsi constitué :

Président : M. le docteur Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Vice-présidents ; M. le professeur Broca, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades ; M. le docteur Hirtz, médecin de l'hôpital Necker.

Secrétaire général : M. le docteur Hudelo, médecin de l'hôpital Broca.

Secrétaire général adjoint: M. le docteur Ribadeau-Dumas, médecin des hôpitaux.

Trésorier : M. le docteur Sergent, médecin de l'hôpital de la Charité.

Le conseil d'administration comprend outre les six membres du bureau :

MM. les docteurs Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié ; Labey, chirurgien des hôpitaux ; Rist, médecin de l'hôpital Laënnec ; Robineau, chirurgien de l'hôpital Tenon ; Souques, médecin de l'hospice d'Ivry ; Variot, médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés.

Rappelons que l'association dont le local central est l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Potain) a pour but de développer l'enseignement hospitalier de la médecine en le groupant, en le faisant connaître, et de permettre aux médecins et aux étudiants de profiter des ressources inépuisables et des éléments d'instruction qu'offrent les hôpitaux parisiens.

Pendant les semestres d'hiver et d'été, des affiches individuelles, reproduites par les journaux médicaux, indiquent les jours, les heures, le lieu, la durée et l'objet de chaque enseignement. Au début de chaque semestre, des affiches collectives publient un tableau synoptique, un résumé, ordonné par spécialités, de ces enseignements individuels.

En outre, deux fois par an, en mai et en octobre, les membres de l'association font, dans le local central (hôpital de la Charité, amphithéâtre Potain), une série de conférences relatives aux sujets d'actualité et groupées, durant quinze jours consécutifs, de trois heures et demie à six heures et demie du soir. La première série de ces conférences a lieu du 15 au 31 octobre ; elle a été annoncée par des affiches et par les journaux médicaux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bonnefoy (de Langon) et Elie Faivre (à Nice).

HOPITAL LAENNEC. (Service de tuberculeux.) — Le docteur Léon Bernard, agrégé, fera à l'amphithéâtre de la clinique une série de douze leçons sur « Les Bacilloses atypiques des organes respiratoires. »

Les leçons auront lieu le lundi, à dix heures, à partir du lundi 12 janvier 1914.

Programme des leçons. — 1. Les processus généraux de la bacillose de Koch (lésions folliculaires et non folliculaires ; formes typiques et atypiques). — 2. Asthme. — 3. Emphysème. — 4. Bronchite chronique et bronchectasie. — 5. Congestions pleuro-pulmonaires. — 6. Pneumonies et bronchopneumonies. — 7 et 8. Pleurésies. — 9. Adénopathie trachéo-bronchique. — 10. Diagnostic et pronostic généraux des formes atypiques de la bacillose des organes respiratoires. — 11. Les étapes de l'infection bacillaire des organes respiratoires. — 12. Conclusions générales de prophylaxie et de thérapeutique.

CONGRÈS

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ET CONGRÈS

L'Union fédérative vient de tenir son ASSEMBLÉE ANNUELLE sous la présidence de M. Walther, chirurgien de la Pitié, assisté de M. le sénateur Reymond.

Après l'allocution du président, les rapports du secrétaire général, notre excellent confrère Louis Tollemer, et du trésorier, le docteur Brodier l'assemblée a voté le vœu suivant concernant le rôle si important du *sous-officier de l'infirmerie* :

« L'Assemblée générale émet le vœu :

Que le sous-officier d'infirmerie, dans toutes les armes, soit admis, lorsqu'il le mérite, à bénéficier de l'avancement qui, d'après les règlements actuels, est réservé aux sous-officiers des unités du corps et des autres services, et qu'il soit maintenu dans son service de l'infirmerie avec son nouveau grade. »

Ce vœu sera transmis à qui de droit ; dans la discussion qui a eu lieu, plusieurs médecins principaux et médecins-majors du cadre actif ont cité des exemples topiques de sous-officiers qui, chargés depuis quatorze et quinze années et davantage, du service de l'infirmerie dont ils s'acquittent à la satisfaction générale, ne peuvent être nommés au grade supérieur et, dégoûtés par ce déni de justice, quittent l'armée.

Une motion de M. le docteur Terrier, concernant l'état et les conditions de l'habillement des médecins des réserves, fut renvoyée à une commission.

LE CONGRÈS ANNUEL DE MÉDECINE MILITAIRE de l'Union fédérative suivit l'Assemblée générale.

Les questions étudiées étaient : 1° *étude d'un programme de l'instruction à donner aux médecins auxiliaires* ; 2° *durée des cours et matières à étudier*. Les rapports des médecins-majors Dercle et Visbecq avaient été imprimés et envoyés à tous les membres quinze jours à l'avance. La discussion à laquelle prirent part M. le sénateur Reymond, le médecin principal de première classe Hublé, les médecins-majors Legrand, Visbecq, Dercle, Reverchon, MM. Tollemer, Walther, Helme, Coyon, etc., se termina par le vote du vœu suivant :

« Le Congrès adopte en principe les conclusions des rapporteurs MM. Dercle et Visbecq ; il demande que la deuxième année de service tout entière soit consacrée à l'instruction médico-militaire des médecins auxiliaires, que la période d'instruction théorique soit portée à trois mois, et que, pendant le reste de cette année, les médecins auxiliaires soient maintenus dans la garnison où réside le médecin-chef de service du corps et sous ses ordres immédiats. »

LE BANQUET ANNUEL a eu lieu à l'hôtel Continental sous la présidence d'honneur du ministre de la guerre, qui s'était fait représenter par M. le médecin principal de première classe Dupard, et sous la présidence effective de M. le médecin inspecteur général Chavasse, membre du comité technique de santé, MM. les médecins inspecteurs Troussaint, directeur du service de santé au ministère de la guerre, Salle, directeur du 6e corps, Wissemans, directeur du 5e corps, Viry, du cadre réserve, le pharmacien inspecteur Roeser, étaient présents ainsi que de nombreux médecins militaires du cadre actif et de la réserve.

LA DÉSINFECTION DES MAINS PAR L'ALCOOL IODÉ

SANS SAVONNAGE PRÉALABLE

EN CHIRURGIE DU TEMPS DE PAIX ET DU TEMPS DE GUERRE

Par M. H. BILLET,

Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Différents travaux, en particulier ceux de notre collègue, le médecin major Viguier (1), et ceux du professeur Marquis [de Rennes] (2) ont établi d'une façon indiscutable la valeur antiseptique de l'alcool. Les expériences minutieuses auxquelles s'est livré ce dernier chirurgien, les résultats de sa pratique opératoire, qu'il expose en détail dans l'article ci-dessous mentionné démontrent bien qu'on peut obtenir une désinfection absolue de la peau avec l'alcool à 90 degrés, après une immersion d'une durée de dix minutes.

Il n'est pas douteux qu'en additionnant l'alcool d'une certaine quantité d'iode, dont le pouvoir bactéricide est si considérable, il soit possible de réduire notablement la durée du lavage des mains et des avant-bras et d'obtenir, en quelques minutes, une asepsie parfaite, permettant de pratiquer une intervention chirurgicale, ou de faire des pansements. Je me suis efforcé de rechercher la quantité minimum d'iode nécessaire pour obtenir ce résultat. L'alcool additionné d'iode a déjà, en effet, été utilisé. Outre les travaux cités par M. Lance dans son article, je signalerai ceux de Viguier (loc. cit.) qui utilise l'alcool iodé à 1 p. 400 et de Eybert et Mazellier (3) qui se servent d'une solution alcoolique diluée d'iode : alcool à 95 degrés, trois quarts, et teinture d'iode, un quart. Cette proportion d'iode m'a paru trop élevée; elle paraît mal se prêter à un usage prolongé, continu, habituel de l'alcool iodé comme unique désinfectant des mains. Il faut une solution dont puisse se servir sans inconvénient le chirurgien qui pratique chaque jour dans son service de nombreuses interventions, ou qui, dans les formations sanitaires du champ de bataille et de la zone de l'avant, aura à pratiquer des centaines de pansements aseptiques.

Les essais que j'ai effectués dans ce but ont été entièrement concluants, et c'est ainsi que j'ai pu présenter à la Société de médecine militaire française des conclusions fermes à cet égard, et sur les avantages de l'emploi de l'alcool iodé dans la pratique de la chirurgie du temps de paix et du temps de guerre (4). Sans savonnage préalable, par le simple lavage des mains et des avant-bras avec l'alcool iodé préparé extemporanément, comme je vais l'indiquer dans un instant, on obtient, en quelques minutes, une asepsie parfaite. Des séries de malades de catégories diverses, dont le nombre dépasse actuellement 60, ont été opérés avec cette technique. Tous, sans aucune exception, ont guéri sans le moindre accident d'infection, même légère. J'ai généralisé aujourd'hui cette pratique, je l'utilise pour toutes les opérations sans distinction et pour tous les pansements

L'alcool iodé est extrêmement facile à préparer. Au début, je me servais d'une solution faite extemporanément et approximativement, en versant dans de l'alcool à 90 degrés quelques gouttes de teinture d'iode au 1/10, de façon à obtenir une teinte acajou clair du mélange. Il n'est pas douteux, cependant, qu'il soit préférable d'avoir une solution type, exactement dosée : celle-ci s'obtient en versant 5 centimètres cubes de teinture d'iode au 1/10 dans un litre d'alcool à 90 degrés ; l'on a ainsi, somme toute, *une solution d'iode à 0g5 p. 1000 ou à 1 p. 2000.*

Comme on le voit par ces chiffres, la quantité d'iode est extrêmement faible; elle est cependant suffisante puisqu'elle détruit, en deux ou trois minutes, tous les germes de la peau.

La désinfection des mains, par le procédé que je préconise, est des plus simples. Elle est d'ailleurs trop connue pour que j'y insiste. Dans une cuvette stérilisée à l'autoclave — ou même, en cas de nécessité, par simple flambage — on verse une certaine quantité d'alcool iodé, assez pour que les mains, reposant au fond de la cuvette, soient entièrement baignées dans le liquide. Sans aucun savonnage préalable, le chirurgien trempe ses mains dans la solution, en les remuant constamment et en arrosant copieusement les avant-bras, pour que ceux-ci soient également bien imbibés par l'alcool iodé. Au bout de quelques minutes, cinq minutes au maximum, la désinfection est complète. Pour plus de sécurité, on peut, sans que cela, toutefois, soit indispensable (personnellement je m'en abstiens fréquemment), tremper l'extrémité des doigts dans de la teinture d'iode dédoublée (au 1/20) pour être sûr de la désinfection des plis sous-unguéaux. Quand cette dernière a agi, il suffit, pour enlever l'excès d'iode, de se repasser les mains dans la solution d'alcool iodé.

Cette méthode, d'une simplicité extrême, est avantageuse, cela se conçoit aisément, aussi bien pour la pratique du temps de paix que du temps de guerre.

En temps de paix, elle permet de supprimer le long savonnage des mains, elle dispense de l'emploi de l'eau bouillie parfois si difficile à trouver à la campagne, elle économisera un temps précieux au chirurgien qui doit faire, dans une seule séance, cinq ou six interventions.

Pour la chirurgie du temps de guerre, ses avantages ressortent aussi nettement. Alors qu'on a pu dire parfois que, faute de temps, faute du matériel nécessaire, l'asepsie serait extrêmement difficile à réaliser et que les plaies, de ce fait, étaient en grand nombre vouées à l'infection, il ne pourra plus en être de même quand les chirurgiens sauront qu'il suffira d'un peu d'alcool et de quelques gouttes de teinture d'iode pour avoir les mains parfaitement aseptiques.

(1) Viguier. *Bull. de la Soc. de méd. milit. franç.*, 2 nov. 1911 et *Bull. méd.*, 4 sept. 1912.

(2) Marquis. *Revue de chir.*, 1912.

(3) *Bull. de la Soc. de méd. milit. franç.*, 7 déc. 1911.

(4) H. Billet. *Bull. de la Soc. de méd. milit. franç.*, 20 nov. 1913, n° 17. — Voir également Lance : Le savonnage des mains en chirurgie, *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 27, p. 402; — Les procédés récents de désinfection des mains, *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 30 p. 449.

A défaut d'alcool à 90 degrés qu'on ne trouve peut-être pas toujours et partout, l'alcool dénaturé suffira au même usage. Si je ne le recommande pas pour la pratique du temps de paix, c'est que son usage prolongé est susceptible de provoquer de l'irritation cutanée.

Aux précieux avantages que confère l'emploi de l'alcool iodé au taux que j'indique, on ne peut opposer aucun sérieux inconvénient. La question qui se pose de suite est celle de savoir si, précisément, la peau le tolère facilement et longtemps. Je puis répondre catégoriquement par l'affirmative. L'alcool iodé n'est nullement irritant et les épidermes les plus sensibles peuvent le supporter. Un simple savonnage, à la fin de la séance d'opérations ou de pansements, enlève toutes traces d'iode; la légère teinte jaunâtre que l'alcool iodé donne aux téguments disparaît complètement après ce savonnage. Depuis plus de deux mois que mon assistant et moi-même sommes soumis au régime quotidien du lavage des mains et des avant-bras à l'alcool iodé, nous pouvons affirmer que nous n'en avons ressenti le moindre inconvénient. Toutefois, ceux qui craindraient les effets nocifs de l'iode, même à une faible dose, s'en préserveraient, à coup sûr, en se passant les mains chaque jour dans une solution onctueuse à base d'alcool, de glycérine et de teinture de benjoin.

Par ailleurs, on peut se demander s'il est indispensable de supprimer le savonnage préalable des mains et s'il ne serait pas avantageux, au contraire, de se bien nettoyer l'épiderme avant de faire agir sur lui l'alcool iodé? La question a déjà été jugée à cet égard. Outre que la méthode perdrait, par là même, une partie de sa simplicité et de sa commodité, chacun sait même que le savonnage est une précaution inutile et même peut-être nuisible. Le fait a été signalé dans la plupart des travaux publiés ces dernières années au sujet de l'emploi de la teinture d'iode pour la désinfection du champ opératoire. Il ressort de ces travaux — je mentionnerai tout particulièrement ceux de Walther — que, en raison de diverses combinaisons chimiques, le savonnage s'oppose à la pénétration de l'iode et de l'alcool dans la profondeur du derme. C'est donc bien de parti pris qu'il faut supprimer le savonnage des mains : l'abstention ici est, en même temps qu'une simplification, un complément utile de la méthode.

En résumé, il est permis de conclure actuellement que l'alcool iodé constitue un antiseptique de tout premier ordre. Le lavage des mains et des avant-bras avec une solution alcoolique d'iode à 1 p. 2.000 permet d'obtenir une asepsie parfaite en quelques minutes et qui peut être répétée aussi souvent que cela est nécessaire, sans qu'il en résulte pour la peau le plus léger inconvénient.

C'est à ces divers titres que cette méthode de désinfection des mains sera particulièrement avantageuse et pratique, non seulement en temps de paix, mais aussi en temps de guerre.

ACTUALITÉS

TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE AMIBIENNE, DE L'HÉMOPTYSIE ET DES AUTRES HÉMORRAGIES PAR L'ÉMÉTINE

Au mois de février dernier, M. le professeur Chauffard (1) fit connaître en France le traitement de la dysenterie amibienne et des abcès dysentériques du foie par le chlorhydrate d'émétine, traitement préconisé par L. Rogers (de Calcutta). Après avoir employé l'ipéca contre les affections dysentériques, Rogers eut l'idée d'utiliser le principe actif, l'alcaloïde de l'ipéca, l'émétine; Vedder venait d'ailleurs de montrer que l'émétine avait le pouvoir, même en solution diluée, de détruire les amibes cultivées en bouillon (2). Rogers étudia l'action de cet alcaloïde sur les amibes dysentériques contenues dans les selles et il constata qu'une solution d'émétine à 1 p. 10.000 tuait les amibes. Appliquant ces données à la clinique, Rogers fit des injections hypodermiques de chlorhydrate d'émétine à des malades atteints de dysenterie amibienne et d'hépatite suppurée dysentérique; il en obtint des résultats très remarquables : dans la dysenterie amibienne, c'est un abaissement considérable de la mortalité et, pour chaque cas, une rapidité d'amélioration beaucoup plus grande qu'avec les divers traitements classiques; dans l'abcès amibien du foie on observe, à la suite des injections sous-cutanées d'émétine, une disparition rapide des douleurs et un abaissement de la température; si le pus est collecté, une ponction évacuatrice de l'abcès, suivie d'une injection d'émétine dans la poche suppurée et de quelques injections sous-cutanées, tarit l'écoulement purulent et amène une guérison rapide, sans intervention chirurgicale. Rogers ayant pu constater, d'autre part, chez d'anciens dysentériques traités par l'émétine et ayant succombé à quelque autre affection, la guérison complète des lésions intestinales et la disparition des amibes dans les parois de l'intestin, il en conclut que l'émétine est un amibicide spécifique.

Le travail du professeur Chauffard sur ce nouveau traitement des affections dysentériques provoqua aussitôt de nombreux essais thérapeutiques; dès le 7 mars, Flandin et Dumas (3) publiaient l'observation d'une malade atteinte d'un gros abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches, guérie par le traitement chirurgical et les injections de chlorhydrate d'émétine; cette malade portait depuis longtemps un abcès hépatique ouvert dans les bronches, le diagnostic n'en avait pas été fait et on l'avait traitée comme une tuberculeuse; ce fut après deux ans de maladie que Flandin et Dumas examinèrent cette femme, portèrent un diagnostic exact, vidèrent complètement l'abcès par une intervention chirurgicale, puis, une nouvelle collection s'étant formée dans le foie, pratiquèrent des injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine; les résultats furent surprenants : la fièvre tombe, le liquide issu par les drains change d'aspect en vingt-quatre heures, le pus sanglant est remplacé par un pus grisâtre sans traces de sang. Quelques semaines plus tard, le pus hépatique étant redevenu sanglant, de nouvelles injections d'émétine amènent encore très rapidement la même transformation.

A la suite de cette communication, Dopter montre l'efficacité de l'émétine chez un soldat atteint de dysenterie amibienne depuis plusieurs mois; les selles étaient très fréquentes, constituées uniquement par du mucus sanglant; après cinq jours

(1) Chauffard. Abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches. Guérison rapide par l'émétine, *Acad. de méd.*, 25 fév. 1913.

(2) D'après Dopter (*Paris méd.*, 1er novembre 1913), l'expérience de Vedder est discutable, les amibes ainsi cultivées n'étaient sans doute pas les amibes spécifiques de l'amibiase humaine, car, jusqu'à ce jour, celles-ci n'ont pu être cultivées dans les milieux artificiels.

(3) Flandin et Dumas. *Soc. méd. des hôp.*, 7 mars 1913.

de traitement le malade n'a plus chaque jour qu'une selle absolument normale.

Puis c'est une seconde observation du professeur Chauffard (1), concernant un malade atteint d'un grand abcès amibien du foie. A ce propos, Chauffard indique les résultats que l'on peut obtenir avec le traitement par l'émétine : dans la dysenterie amibienne les injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine constituent un traitement curatif, qui est en même temps préventif des abcès du foie ; à la phase d'hépatite présuppurative, l'abcès peut être enrayé dans son évolution par l'émétine ; quand la collection est formée, Rogers conseille de ponctionner l'abcès, de le vider et d'injecter dans la poche 30 à 40 centimètres cubes d'eau contenant 6 à 8 centigrammes d'émétine. Si l'abcès est volumineux, Chauffard croit qu'il est préférable de pratiquer une intervention chirurgicale, puis de faire des injections sous-cutanées d'émétine.

Aux séances suivantes de la Société médicale des hôpitaux, Dopter, Rouget, Costa, Dufour et Thiers, Job et Lévy apportent des faits nouveaux en faveur de cette méthode de traitement. Cependant Job et Lévy (2) se demandent si les cas chroniques de dysenterie amibienne sont susceptibles d'une guérison définitive : alors même que l'émétine a débarrassé le malade de ses amibes, il persiste une altération intestinale réactionnelle, conséquence de l'amibiase prolongée. Dopter appuie cette remarque et croit aussi qu'il ne faut pas compter sur l'émétine pour guérir des lésions intestinales non amibiennes, même quand elles font suite à l'amibiase.

Le traitement des lésions amibiennes par les sels d'émétine est donc entré définitivement dans la pratique ; Dopter (3) en a donné un excellent exposé, basé sur les travaux déjà publiés et sur son expérience personnelle déjà assez considérable, puisqu'il a eu l'occasion de traiter 46 cas de dysenterie amibienne et 5 cas d'abcès hépatique.

L'émétine est une poudre blanche, de saveur âcre, soluble dans l'alcool et l'éther, peu soluble dans l'eau froide ; on utilise le chlorhydrate d'émétine plus soluble, en ampoules de 1 centimètre cube d'eau distillée stérile contenant 0g04 de chlorhydrate d'émétine. Les injections se font sous la peau de la cuisse ou du bras ; elles sont indolores, cependant elles provoquent, chez certains sujets, le lendemain et les jours suivants, un léger gonflement avec un peu de rougeur et une légère douleur. Les injections ne doivent pas être faites intramusculaires, car elles seraient plus douloureuses.

En cas de dysenterie amibienne, il faut injecter chaque jour 0g04 de chlorhydrate d'émétine, certains auteurs se contentent de 0g02, mais, d'après Dopter, cette dose est insuffisante. Dès la première ou la seconde injection, les coliques disparaissent, la fièvre tombe, les selles changent d'aspect ; le mucus sanglant disparaît, les selles deviennent pâteuses, puis moulées ; des malades qui avaient chaque jour de 10 à 25 selles arrivent vite à n'en avoir plus qu'une. On constate la disparition progressive des amibes dans les selles, et souvent leur transformation kystique ; les kystes peuvent persister assez longtemps, même dans des selles d'aspect normal, aussi certains auteurs doutent-ils de la guérison définitive et craignent-ils les récidives. Les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas récents, cependant Dopter a observé la guérison dans des dysenteries datant de plusieurs années. On ne doit pas cesser les injections d'émétine dès le retour à l'état normal ; pour éviter une reprise des troubles dysentériques, il est prudent de continuer encore quelques jours (Dopter).

Lorsqu'il s'agit d'un abcès amibien du foie, même traitement, mais avec des doses plus fortes ; on peut injecter 0g08 et même 0g10 par jour ; ces doses un peu élevées sont bien supportées et ne provoquent même pas d'état nauséeux. Mais alors une autre question se pose. Les injections d'émétine vont-elles suffire à guérir le malade sans intervention chirurgicale ?

Il ne semble pas qu'elles aient le pouvoir d'assurer la résorption du pus formé dans le foie. L'émétine ne saurait agir en ce cas qu'après l'évacuation, naturelle ou provoquée, de l'abcès hépatique (Dopter). Il convient donc, si l'abcès ne s'est pas ouvert spontanément, de pratiquer soit une ponction évacuatrice par aspiration, soit une intervention chirurgicale. Dans un rapport à la *Société de chirurgie* (12 novembre 1913) sur une observation de Leroy des Barres, Morestin est aussi d'avis que l'émétine ne dispense pas d'ouvrir les abcès du foie, mais qu'elle aide à obtenir des guérisons plus promptes et plus complètes. On se basera sur l'examen du foie et sur l'état général du malade pour décider s'il paraît nécessaire d'aller ouvrir l'abcès ou si une simple ponction évacuatrice sera suffisante. Lorsque le pus a été évacué par l'un ou l'autre de ces procédés, Rogers conseille d'introduire dans la cavité de l'abcès une solution diluée d'émétine (6 à 8 centigrammes de chlorhydrate d'émétine dans 30 à 40 centimètres d'eau). Dopter ne pense pas que cette injection soit absolument nécessaire. En cas d'ouverture spontanée de l'abcès hépatique dans les bronches ou dans l'intestin, l'intervention chirurgicale paraît le plus souvent inutile ; sous l'influence de l'émétine en injections sous-cutanées, la suppuration se tarit, la poche se cicatrise et le foie revient à son volume normal. Dans l'abcès amibien du foie, comme dans la dysenterie, Dopter conseille de traiter les malades par l'émétine d'une façon continue et prolongée, sinon on s'expose à voir réapparaître les symptômes de suppuration.

En résumé, le chlorhydrate d'émétine a certainement une grande efficacité dans le traitement de l'amibiase. Cependant deux réserves sont à faire : certains malades présentant encore dans leurs selles des kystes amibiens après la guérison clinique apparente, des rechutes sont à craindre (1) ; d'autre part, si l'émétine agit spécifiquement sur les lésions amibiennes, elle n'influence pas les troubles intestinaux concomitants ou consécutifs à la lésion spécifique (Job et Lévy, Dopter). Il nous faut noter encore l'opinion d'un médecin-major des troupes coloniales, J. Florence (2), d'après qui l'émétine n'est pas un médicament sans valeur, mais n'a pas tenu toutes ses promesses : la dysenterie est avant tout un ulcère de l'intestin, cet ulcère suppure, et la suppuration s'accompagne de résorption d'éléments nocifs ; pour remédier à tant de maux, un seul médicament ne peut suffire, il ne faut donc pas abandonner l'emploi du sulfate de soude, du calomel, pour se cantonner dans un seul remède, l'émétine ; il faut savoir aussi que, dans bien des états dysentériques, l'anémie, l'insuffisance pancréatico-hépatique jouent un rôle important, dont le thérapeute doit se préoccuper (Florence).

Quoi qu'il en soit, tous ces travaux sur le nouveau traitement de la dysenterie amibienne présentent un grand intérêt, d'autant plus que cette dysenterie paraît avoir augmenté de fréquence, même en France, chez des sujets n'ayant jamais vécu aux colonies. Elle peut atteindre de jeunes enfants ; Lesage (3), Sapelier en ont observé plusieurs cas et leur élève

(1) CHAUFFARD. *Soc. méd. des hôp.*, 14 mars 1913.

(2) JOB et LÉVY. *Soc. méd. des hôp.*, 9 mai 1913.

(3) DOPTER. Traitement des lésions amibiennes par les sels d'émétine, *Paris méd.*, 1er novembre 1913.

(1) Dans un article tout récent (*Le Bulletin médical*, 13 décembre) M. le professeur Chauffard a traité la question des rechutes dans la dysenterie amibienne. La fréquence des rechutes de l'amibiase, même après traitement par l'émétine, ne doit pas faire écarter la spécificité de ce médicament ; elle impose seulement la nécessité de traitements successifs, comme on le fait dans le traitement du paludisme par la quinine et de la syphilis par le mercure.

(2) FLORENCE. Quelques considérations sur l'emploi des sels d'émétine dans la dysenterie amibienne, *Province méd.*, 25 oct. 1913.

(3) LESAGE et BOBILLIER. La dysenterie amibienne chez des tout petits enfants, *Journ. de méd. de Paris*, 20 sept. 1913.

Bobillier (1) a fait sa thèse sur la dysenterie amibienne du tout petit enfant. On trouve dans cette thèse l'observation d'un enfant de vingt-trois mois, qui fut traité avec succès par des injections de un demi-centigramme, puis de un centigramme de chlorhydrate d'émétine; l'enfant reçut ainsi 9 centigrammes de chlorhydrate d'émétine, en onze piqûres, espacées sur six jours; il résulte donc de cette observation de Bobillier que la dose de 0g01 d'émétine répétée deux fois par jour est parfaitement tolérée chez un enfant de vingt-trois mois; Bobillier croit que la dose de un demi-centigramme pourrait être essayée sans témérité chez les enfants au-dessous d'un an. Bizard (2) a eu aussi l'occasion de traiter par l'émétine un petit dysentérique de vingt-trois mois revenant d'Indo-Chine; il lui fit donner pendant quatre jours de suite un lavement de 100 centimètres cubes d'eau avec un centigramme et demi de chlorhydrate d'émétine.

Dès les premiers cas d'abcès amibien du foie traités par le chlorhydrate d'émétine, on fut frappé par les modifications survenues dans les caractères du pus; celui-ci perdait rapidement son aspect de pus rougeâtre et sanglant. Rapprochant ce fait du traitement des hémoptysies par l'ipéca, selon la méthode de Trousseau, Flandin et Joltrain (3) eurent l'idée d'employer les injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine contre les hémoptysies; ils relatèrent à la Société médicale des hôpitaux un succès complet obtenu par cette méthode. Flandin pouvait, quelques semaines plus tard (4), apporter 7 cas nouveaux; Lesné, Rénon, Léon Bernard et Paraf, Josué et Belloir firent l'essai de ce traitement qui leur donna aussi d'excellents résultats. Flandin a pu ainsi se baser sur une vingtaine d'observations pour préconiser le traitement des hémoptysies par l'émétine (5). La technique est la même que dans la dysenterie; on fait une injection sous-cutanée de 0g04 d'émétine. Alors même que le malade est en pleine hémoptysie, l'hémorragie s'arrête presque instantanément, et ce résultat est obtenu sans que le malade présente l'angoisse, les nausées, les vertiges si fréquents dans le traitement de l'hémoptysie par l'ipéca à hautes doses. Pendant les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'injection d'émétine, quelques crachats noirâtres sont encore rejetés, comme cela est habituel à la fin des hémoptysies. Mais il semble que l'action si rapide de l'émétine sur l'hémorragie ne se prolonge pas très longtemps; aussi Flandin conseille-t-il de faire les trois ou quatre jours suivants d'autres injections d'émétine; dans certains cas même on peut être amené à faire deux piqûres par jour.

Le mécanisme par lequel l'émétine arrête les hémoptysies est encore inconnu. On sait seulement que l'émétine n'agit pas sur la pression artérielle; Flandin, Léon Bernard ont pris la pression artérielle des malades avant et après l'injection, sans trouver d'écart appréciable. L'action sur la coagulation sanguine paraît également nulle; on n'observe pas de modifications du nombre des globules rouges ou blancs. Lesné pense que l'émétine doit agir directement sur la circulation pulmonaire par l'intermédiaire des vaso-moteurs.

Après qu'on eut utilisé avec succès l'émétine dans le traitement des hémoptysies, il était à prévoir qu'on rechercherait si ce médicament ne pouvait pas servir au traitement d'autres hémorragies. En d'autres termes l'émétine possède-t-elle une action antihémorragique générale? Flandin a injecté 0g08 de chlorhydrate d'émétine à une typhique atteinte d'hémorragie intestinale sans obtenir de résultats; une femme atteinte de métrite hémorragique continua à saigner malgré des injections d'émétine pendant quatre jours. Mais d'autres auteurs ont obtenu avec l'émétine des résultats appréciables dans des hémorragies de siège et de nature très différents; Valassopoulo (1) arrête ainsi les hémorragies d'un cancer de l'intestin; Edhem (2) guérit deux cas d'hémorragies profuses au cours d'entérocolites. Ramond (3) a publié l'observation d'une femme qui présenta, au cours d'une fièvre typhoïde, une hémorragie intestinale abondante; des injections d'ergotine et d'adrénaline n'avaient produit aucun effet et l'hémorragie se continuait, faisant craindre des accidents graves. C'est alors que, devant l'impuissance de la médication classique, Ramond pratiqua une injection sous-cutanée de 0g04 de chlorhydrate d'émétine. « L'hémorragie intestinale cessa comme par enchantement. » Ramond a soin d'ajouter que ce fait unique ne prouve évidemment pas grand'chose; cependant il a aussi obtenu, avec l'émétine, des résultats favorables dans deux hématémèses, dues l'une à un ulcère gastrique simple, l'autre à un ulcère néoplasique. Mais il faut attendre des observations plus nombreuses pour juger définitivement quelle peut être l'action de l'émétine dans le traitement des hémorragies autres que l'hémoptysie.

M. BRELET.

(1) BOBILLIER. Th. de Paris 1912-1913, n° 321.
(2) BIZARD. *L'Echo médical du Nord*, 9 nov. 1913.
(3) FLANDIN et JOLTRAIN. *Soc. méd. des hôp.*, 17 avril 1913.
(4) FLANDIN. *Soc. méd. des hôp.*, 18 juillet.
(5) FLANDIN. *Presse méd.*, 24 sept. 1913. — Voir aussi PLICQUE. *Bulletin méd.*, 25 oct. 1913; — MORICHAU-BEAUCHANT. *Arch. médico-chirurgicales de province*, oct. 1913.

(1) VALASSOPOULO. *Soc. méd. des hôp.*, 16 mai 1913.
(2) EDHEM. *Soc. méd. des hôp.*, 20 juin 1913.
(3) RAMOND. Le traitement des hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde par l'émétine, *Bul. méd.*, 25 oct. 1913.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1913)

Relation entre le diamètre des fibres nerveuses et leur rapidité fonctionnelle. — MM. L. LAPICQUE et R. LEGENDRE. Les diverses fibres nerveuses d'un même animal ou d'animaux variés diffèrent grandement par leur rapidité fonctionnelle. Notamment tous les muscles sont *accordés* avec le muscle qu'ils innervent; suivant que la contraction de ce muscle est plus ou moins rapide, la vitesse de l'influx nerveux est plus ou moins grande (Carlson), l'onde électrique (variation négative) qui marque le passage de cet influx est plus ou moins brève; et corrélativement, pour faire entrer le nerf en activité, l'excitant doit agir avec plus ou moins de brusquerie.

Dans le cas de l'excitation électrique, on obtient facilement une valeur précise de la constante caractéristique d'un nerf en déterminant la durée d'excitation qu'exige une intensité double de celle requise pour un courant prolongé. Cette durée a été définie par M. Lapicque sous le nom de *chronaxie*, comme mesure générale (par son inverse) de la rapidité nerveuse.

Pour chaque nerf (physiologique), dans une espèce donnée, on peut déterminer une chronaxie moyenne qui se retrouve avec la constance d'un caractère spécifique.

MM. Lapicque et Legendre ont cherché s'il existe, en rapport avec cette propriété, un caractère morphologique visible. Leurs recherches ont porté d'abord sur la grenouille (rana esculenta) et ils ont trouvé une relation très simple et très apparente qui peut se formuler ainsi: *les fibres nerveuses sont d'autant plus grosses qu'elles sont plus rapides*.

De l'action des poisons diffusibles du bacille de Koch sur les tissus normaux. — MM. H. DOMINICI et OSTROVSKY.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1913)

Sur la valeur de l'albuminose céphalo-rachidienne dans l'appréciation de l'hypertension intracranienne. — M. Henri CLAUDE. La constatation de l'albuminose du liquide céphalo-rachidien ne peut être considérée comme un guide plus sûr dans l'appréciation de l'hypertension intracranienne que la mesure de la pression au moyen du manomètre, même au point de vue de l'indication opératoire, ainsi que l'a avancé M. Sicard. Il n'existe pas un *parallélisme constant* entre l'hyperalbuminose et l'augmentation de pression. Chez un jeune garçon de onze ans atteint d'un gliome du cervelet vérifié à l'autopsie, et qui avait présenté les signes généraux d'hypertension, la ponction lombaire donna un liquide contenant des traces à peine appréciables d'albumine, et le manomètre révéla une pression de 90 centimètres cubes d'eau. Par la brèche d'une craniectomie décompressive on pratiqua une série de ponctions du ventricule latéral qui indiquèrent toujours une pression oscillant entre 60 et 45 centimètres cubes d'eau et l'on ne constate jamais d'albumine. L'albuminose céphalo-rachidienne s'observant dans des processus inflammatoires divers et notamment dans certains cas de méningite séreuse (Quincke) ne peut servir à établir, *seule*, le diagnostic d'une compression d'un pronostic sévère. La réunion des divers éléments, mesure de la pression, dosage des constituants chimiques et examen cytologique, est nécessaire pour pouvoir apprécier le degré et le caractère de gravité d'un syndrome d'hypertension intracranienne.

Craniocentèse et injections sous-arachnoïdiennes cérébrales. — MM. SICARD et REILLY présentent une instrumentation et une technique de craniocentèse médicale destinée à la pratique générale des injections sous-arachnoïdiennes cérébrales. Ils ont pu, par cette méthode, ne nécessitant qu'une anesthésie très localisée et d'une exécution facile, rapide et non douloureuse, injecter sous l'arachnoïde cérébrale des paralytiques généraux des doses minimes de néosalvarsan de deux à trois milligrammes qui ont été parfaitement tolérées, avec amélioration consécutive des malades.

Tétanos grave. Sérothérapie massive. Guérison. — MM. CASTAIGNE, TOURAINE et FRANÇON rapportent l'observation d'une malade atteinte de tétanos grave qu'ils ont traitée par des injections massives de sérum antitétanique et qui a guéri. Il s'agissait d'une jeune fille de quatorze ans qui fut traitée le cinquième jour après l'apparition des accidents, et qui présentait des signes d'intoxication bulbaire. En treize jours elle reçut 760 centimètres cubes de sérum dont 145 par le rachis et 350 dans les veines. Cette dose considérable n'a pas été suivie d'accidents sériques plus marqués que dans les observations analogues où les doses ont été pourtant beaucoup moindres.

Comme MM. Oulmont et Dumont, Merle, les auteurs ont constaté une légère recrudescence des symptômes quand, en présence de l'amélioratiou, on restreint les doses de sérum. Cette recrudescence a été bénigne et passagère, et on peut se demander s'il s'agit d'une véritable rechute ou d'une hyperexcitabilité des nerfs au moment de la convalescence.

Sur la dilatation de l'estomac. — M. Georges HAYEM, à propos de la communication de M. Leven sur la dilatation de l'estomac, fait remarquer que le clapotage n'est pas l'apanage unique des estomacs dilatés ; il étudie ensuite les signes qui différencient la ptose de la dilatation et fait remarquer que ce qui rend le diagnostic difficile c'est la coexistence fréquente des deux phénomènes ; il faut souvent faire appel à l'insufflation qui est, à tort, un peu oubliée et qui est plus facilement mise en pratique que la radioscopie.

L'abolition du réflexe oculo-cardiaque dans le tabes. — MM. LŒPER (de Paris) et MOUGEOT (de Royat). Le réflexe oculo-cardiaque consiste dans le ralentissement du pouls provoqué par la compression des globes oculaires.

Recherché chez vingt et un tabétiques, il s'est montré dix-neuf fois complètement aboli, et deux fois presque complètement aboli. Chez tous ces malades, on constatait la présence du signe d'Argyll, et chez la grande majorité des signes de lésion tabétique du trijumeau : analgésie profonde du globe oculaire à la pression, perte du réflexe cornéen, etc.

Les auteurs mettent l'absence du réflexe oculo-cardiaque sur le compte d'une lésion du trijumeau (voie centripète) et surtout de son noyau bulbaire sensitif qui est traversé de part en part par le pneumo-gastrique (voie centrifuge du réflexe normal). Ils arrivent ainsi à déterminer le centre anatomique du réflexe et apportent un nouveau signe de grande valeur séméiologique de tabes supérieur, valeur comparable à celle du signe d'Argyll-Robertson.

Ependymite séreuse, séquelle de méningite cérébro-spinale. Syndrome d'hydrocéphalie aiguë; absence de modifications papillaires. — M. LAGANE rapporte l'observation d'un enfant de six ans qui, quinze jours après une atteinte de méningite cérébro-spinale aiguë à méningocoques traitée par la sérumthérapie et cliniquement guérie, présenta brusquement des signes d'hypertension intracranienne : vomissements, crises de céphalée. Une parésie faciale légère, une parésie fugace de la sixième paire, la diminution des réflexes pupillaires à la lumière avec conservation de ces mêmes réflexes à la douleur, du nystagmus permettaient de localiser les lésions à la région bulbo protubérantielle. Le liquide céphalo-rachidien, clair et d'aspect cytologique normal, était très hypertendu. Mais il manquait un signe important d'hypertension intercranienne : les modifications de la papille. L'absence de ce signe fit différer la craniectomie décompressive. Les ponctions lombaires se montrèrent complètement insuffisantes à modifier les signes cliniques, et la mort survint rapidement.

La vérification des lésions montra la distension énorme des ventricules cérébraux par un liquide céphalo-rachidien clair et la présence de légers exsudats organisés à la base du crâne dans la région bulbo-protubérantielle. Les adhérences soudaient le bulbe au cervelet et oblitéraient les trous de Magendie et de Luschka. L'examen histologique permit de constater l'inflammation subaiguë de la couche épendymaire, des altérations assez marquées et assez étendues des cellules nerveuses dans la zone sous-épendymaire, les lésions inflammatoires légères des plexus choroïdes.

Ces faits montrent combien des lésions épendymaires et sous-épendymaires accompagnent facilement les processus infectieux méningés et combien des séquelles impossibles à prévenir peuvent assombrir le pronostic des méningites cérébro-spinales. Ils permettent, de plus, de supposer que les syndromes hydrocéphaliques à évolution plus ou moins aiguë que l'on constate assez fréquemment, sans pouvoir préciser leur principe, relèvent souvent d'un processus infectieux antécédent passé inaperçu.

La craniectomie décompressive est classiquement opposée à ces cas et souvent avec plein succès. La ponction lombaire est insuffisante et peut même être dangereuse. Pourquoi la stase papillaire, qui est l'indication la plus nette de l'intervention, a-t-elle manqué dans ce cas ? Il semble que, de toutes les hypothèses que l'on peut faire, la plus plausible est la courte durée qu'a eue l'hydrocéphalie. Pratiquement, dans des circonstances analogues, l'on devrait se rappeler l'infidélité possible de ce signe de valeur qu'est la stase papillaire, et soupçonner l'hydrocéphalie interne par l'existence des autres éléments du syndrome d hypertension. L'intervention qui pourrait être tentée serait la trépanation cra-

nienne suivie de ponction des ventricules latéraux avec évacuations prudentes du liquide céphalo-rachidien.

Un cas de parotidite non suppurée survenue pendant la cure de repos d'un ulcère gastrique hémorragique. — MM. Lenoir et Gardin communiquent l'observation d'un malade de trente-cinq ans atteint d'ulcère de l'estomac à forme hémorragique, chez lequel, pendant le cours du traitement par la diète, se déclara une parotidite double terminée rapidement sans suppuration.

Ils insistent sur la rareté de cette complication au moins en France, sur la bénignité dans le cas observé et surtout sur les conditions étiologiques qui paraissent avoir déterminé son apparition.

Ils pensent que la pathogénie en fut complexe, que la diète absolue ne paraît pas pouvoir être seule invoquée, mais que l'hémorragie récente et abondante doit être considérée comme un facteur d'importance égale. Cette parotidite de l'ulcère gastrique doit être rapprochée des parotidites postopératoires.

La conclusion pratique à tirer de ces faits est que la diète orale instituée à la suite d'hémorragies ne doit pas être très rigoureuse, ni trop prolongée, et que les soins préventifs de l'affection buccale doivent être observés strictement.

Empoisonnement oxalique avec néphrite aiguë. — MM. Achard et Leblanc ont observé chez une femme de soixante-huit ans un empoisonnement par le sel d'oseille, dans lequel, à la différence des cas ordinaires, les troubles nerveux et digestifs ont été peu marqués et les accidents de néphrite ont tenu le premier plan.

On n'a pu fixer la dose absorbée à cause des vomissements immédiats. La malade n'urinant pas on la sonda et l'on recueillit seulement 100 centimètres cubes le premier jour, 200 le second et 400 le troisième. L'urine contenait beaucoup d'albumine (jusqu'à 12 grammes par litre) et des cylindres. Il n'y eut pas de signes imputables à l'urémie, si ce n'est un peu de torpeur et de la céphalée, les vomissements n'expliquant pas l'irritation du tube digestif. Pourtant l'azotémie s'éleva jusqu'à 3g48 pour 1000. Cette ascension se fit pendant que l'oligurie diminuait et que la perméabilité rénale explorée par la recherche de la constante et l'élimination provoquée allait en augmentant. C'est que le rétablissement graduel de la perméabilité rénale ne permettait pas encore au rein d'éliminer tout ce qu'il recevait d'urée. Mais quand l'ascension de l'urée cessa de se produire l'azotémie baissa d'une façon parallèle à la valeur de la constante.

Il est à remarquer que, vu la très petite quantité d'urine sécrétée les premiers jours, l'urée devait s'y trouver à la concentration maxima. Or cette concentration de l'urée n'atteignait que 8 grammes pour 1000 au lieu de 45 à 55 grammes à l'état normal.

La concentration maxima indique seulement la quantité du parenchyme sécrétant, mais non son étendue, le parenchyme détruit ne comptant pas. Dans la sclérose rénale où les diverses parties du rein présentent des degrés très inégaux d'altérations, la concentration maxima correspond sans doute à la valeur moyenne du parenchyme sécrétant.

Dans les néphrites diffuses et uniformes, elle répond vraisemblablement assez bien à la qualité réelle de l'ensemble du parenchyme. C'est probablement dans certaines néphrites aiguës qu'elle peut descendre le plus bas.

La malade se rétablit en un mois, mais conserva des traces d'albumine dans son urine. L'azotémie était tombée à 0g20, la constante à 0g09 et l'élimination provoquée se faisait bien.

Fluxions thyroïdiennes. — MM. Achard et Desbouis. Les fluxions thyroïdiennes, ou thyroïdites aiguës non suppurées des auteurs, s'observent au cours de maladies générales très variées, leur relation avec la tuberculose a été fréquemment signalée.

MM. Achard et Desbouis en ont observé deux cas.

Le premier concerne un homme de quarante-cinq ans, atteint de tuberculose pulmonaire. Brusquement son cou grossit et devint douloureux; le corps thyroïde était gros et dur, sans qu'il y eut aucun signe de basedowisme. En quelques jours la tuméfaction diminua et disparut presque entièrement, mais au bout de trois semaines, tandis que se développait une phlébite double, la tuméfaction thyroïdienne reparut sans douleurs.

La mort survint brusquement après vingt-quatre heures de coma. A l'autopsie on trouva des lésions de méningite tuberculeuse et de phtisie caverneuse. Le corps thyroïde pesait 70 grammes, l'examen cytologique montra de la congestion et des hémorragies, de la distension de la vésicule par la matière colloïde qui se trouvait aussi dans certains espaces lymphatiques. Nulle part on ne trouva dans la glande de follicules tuberculeux.

La seconde observation se rapporte à une jeune femme de trente et un ans chez laquelle à l'occasion d'une infection légère et indéterminée accompagnée de congestion pulmonaire, d'un état saburral et d'herpès, le corps thyroïde grossit, puis diminua après quelques jours. Il y avait peut-être déjà dans ce cas une légère augmentation du volume du corps thyroïde auparavant. Il n'y avait pas eu de tuberculose avérée, mais la malade avait eu une bronchite.

La pathogénie de ce fait présente quelques obscurités. L'autopsie du premier cas a montré l'absence de tuberculose thyroïdienne. Expérimentalement Roger et Garnier ont pu produire des lésions du même genre par l'injection de toxines microbiennes.

Mais on ne peut dans les deux cas précédents affirmer qu'il s'agissait de toxines du bacille tuberculeux.

Il semble seulement que la fluxion thyroïdienne se soit produite à l'occasion d'un processus aigu : aggravation des lésions pulmonaires et phlébite dans le premier cas, infection aiguë légère dans le second.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1913)

Diagnostic de la paralysie générale. — M. Leredde déclare que le diagnostic de la paralysie générale n'est pas difficile à la période d'état, si l'on admet qu'il s'agit d'une convention nosologique, d'une forme de syphilis reliée par tous les intermédiaires aux formes communes de la syphilis cérébrale. Les cas ambigus représentent des types de transition.

Le diagnostic de la paralysie générale n'est pas difficile à la période de début pour le médecin qui y pense et sait recourir aux moyens d'exploration modernes (séro-réaction, ponction lombaire). Mais il est difficile pour de nombreux médecins : 1° parce que les malades atteints de paralysie générale ne sont souvent pas soignés dans les services généraux des hôpitaux, le jeune médecin ignore la fréquence de cette maladie, il n'y pense pas ; 2° parce que dans tout état neurasthénique sans exception, on ne recherche pas les causes organiques et la plus fréquente de toutes, la syphilis ; 3° parce qu'un grand nombre de médecins ignorent encore l'étendue illimitée du domaine de la syphilis nerveuse. Des troubles pupillaires (signe d'Argyll, déformations, inégalités) quelques troubles des réflexes, un état neurasthénique, isolés ou combinés, une séroréaction sanguine positive ou hyperpositive, des altérations du liquide céphalo-rachidien, suffisent à créer une présomption de paralysie générale, et obligent à traiter le malade suivant les règles que l'auteur a indiquées.

M. Gastou constate que M. Leredde vient précisément de faire la distinction dont il a parlé dans la dernière séance,

entre la paralysie générale vraie et les différentes formes de la syphilis cérébrale. C'est ce diagnostic exact de paralysie générale vraie qui est important à établir dans l'action thérapeutique pour affirmer qu'on la guérit par telle ou telle méthode.

M. Marie (de Villejuif). Il faut distinguer les paralysies générales à séro-réaction de Wassermann positive dominante, des paralysies générales à réaction rachidienne plus marquée. Les premières relèvent de la médication intravasculaire ; les manchons périvasculaires des secondes les rendent plus réfractaires aux injections intraveineuses. Chez ces dernières (véritables parasyphilitiques en ce sens que la thérapeutique ordinaire ne les atteint plus) il y a lieu de préconiser les actions directes intrarachidiennes ou même intracraniennes contre la spirochétose de l'encéphale.

Ponction exploratrice des tumeurs solides. — M. Kolbe rappelle, à propos de l'instrumentation décrite antérieurement à ce sujet par M. Mauté, que l'acidopéirastique, procédé d'examen des tissus par l'introduction d'un instrument styloïde, était connue depuis 1856. Cette méthode n'a aujourd'hui presque aucune indication précise ; elle a des inconvénients, comporte même des dangers et peut être avantageusement remplacée par d'autres procédés, en particulier par les rayons X.

Vaccinothérapie curative de la fièvre typhoïde. — M. Kolbe présente 15 courbes de températures de typhoïdiques de l'Hôtel-Dieu, traités par le vaccin antityphoïde dilué du professeur Chantemesse ; l'auteur insiste sur les bons résultats obtenus par cette méthode.

Traumatisme grave du poignet. — M. Dartigues présente un jeune homme dont le poignet a été tranché jusqu'au cubitus et au radius et chez lequel il a lié les vaisseaux et suturé un à un tous les tendons et nerfs de la loge antérieure du poignet. La sensibilité et la mobilité revinrent au cinquième jour ; au bout d'un mois, le malade fut soumis à un traitement physiothérapique complet : massage, extension forcée, myothérapie locale et arthrothérapie, myothérapie générale, etc. Au bout de six mois, il n'y avait guère de différence entre les deux poignets et le malade, qui était voué à l'amputation ou à une infirmité définitive, est rendu complètement à la vie active et pourra entreprendre la carrière d'officier à laquelle il se destine.

A propos de la myothérapie locale et générale, M. Dartigues fait ressortir à quel avenir est appelée cette dernière pour le développement général de l'organisme.

La liquéfaction du pneumocoque et son utilisation par la trachéofistulisation et le lardage du poumon. — M. Georges Rosenthal décrit le phénomène de Neufeld et donne une analyse détaillée des principaux mémoires étrangers parus à ce sujet. La liquéfaction biliaire du pneumocoque s'obtient avec les sels de bile (taurochlorate de soude Richard Lévy).

Les solutions biliaires du pneumocoque sont vaccinantes pour les animaux le pneumocoque non virulent reste indemne. Tous ces faits de laboratoire entrent dans la pratique grâce à la trachéofistulisation qui permet d'utiliser la voie bronchique dans les cas les plus aigus, et grâce au lardage du poumon réservé à l'attaque des foyers compacts imperméables par la bronche et pratiqué par les aiguilles spéciales déjà décrites par l'auteur.

Assemblée générale. — La Société se constitue en assemblée générale pour entendre le rapport annuel de M. Guillon, secrétaire général, le compte rendu financier de M. Monel, trésorier, et pour procéder à l'élection de son bureau pour 1914 ; M. Butte est élu président.

JURISPRUDENCE

MÉDECIN ET MORPHINOMANE

Nos lecteurs se souviennent des incidents qui se sont produits au sujet de la mort d'un ancien normalien à la suite de piqûres faites sur lui par un de ses anciens condisciples. Les incidents ont eu leur dénouement devant le tribunal correctionnel du Tribunal de la Seine. Le côté intéressant de la poursuite était le cas du médecin qui avait signé une ordonnance au vu de laquelle un pharmacien avait délivré la morphine. La prévention reprochait au docteur d'être complice d'homicide par imprudence, ayant ordonné la morphine, et devant, par suite, être responsable des effets de ce médicament.

Mais le tribunal n'a pas voulu aller si loin dans la prévention, et par un jugement en date du 19 novembre dernier, il a acquitté le médecin de ce chef, par les attendus suivants :

« Attendu que si un médecin est responsable des effets d'un médicament par lui ordonné au malade, il ne saurait être évidemment responsable du mauvais usage qu'en dehors du traitement prescrit le malade ou des tiers peuvent faire de ce médicament ;

Attendu que la mort de B. n'est donc due ni à l'imprudence, ni à la maladresse, ni à la négligence de M. et que celui-ci doit être renvoyé de ce chef de la prévention... »

Un second chef d'inculpation pesait sur le docteur. On lui reprochait d'avoir contrevenu aux dispositions de l'ordonnance du 29 octobre 1846. Il aurait dû prescrire la dose, non en chiffres, mais en lettres.

Le tribunal a maintenu sa jurisprudence antérieure (voir Trib. Seine, 30 oct. 1913, *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 125, p. 1973) en déclarant :

« ... Attendu que l'énonciation en toutes lettres de la dose des substances vénéneuses et l'indication du mode de leur emploi, exigées par le second paragraphe de l'article 5, paraissent bien plutôt une obligation imposée aux pharmaciens de ne vendre des substances vénéneuses que sur le vu de prescriptions ou ordonnances de médecins satisfaisant à ces conditions, qu'une obligation pour les médecins eux-mêmes de formuler ainsi les prescriptions ou ordonnances délivrées à leurs malade. »

Si le docteur a eu tort, dans son ordonnance, d'énoncer en chiffres, et non en toutes lettres les doses de morphine, il a, par contre, formulé le mode d'administration de ce médicament. D'autre part, on doit considérer comme très douteuse la question de savoir si un médecin est passible des peines de la loi du 19 juillet 1845 pour inobservation des dispositions de l'article 5 du décret du 29 octobre 1846. Comme il s'agit de l'application d'une loi pénale, ce doute suffirait à lui seul pour faire acquitter le prévenu.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES

MÉDECINE

La benzaldéhyde-réaction d'Ehrlich dans les cardiopathies. (A. GAVAUDAN. Thèse de Paris, 1913 ; Jouve et Cie.) — En 1901, Erhlich signala que certaines urines viraient au rose ou au rouge par l'addition d'une solution chlorhydrique de benzaldéhyde ; la réaction se produisait la plupart du temps à froid ; dans quelques cas, cependant, il fallait chauffer légèrement pour la rendre plus nette. Ehrlich essaya de démontrer l'origine biliaire du corps donnant naissance à cette réaction ; Pappenheim établit un rapport entre la benzaldéhide-réaction et la présence d'urobiline dans les urines. Puis Neubauer et Bauer prouvèrent que la réaction positive indiquait que l'urine renferme un chromogène spécial, l'urobilinogène. Pappenheim montre ensuite que l'urobilinogène est un benzopyrrol et, pour Fischer, la réaction obtenue avec la benzaldéhyde serait due à des substances appartenant au groupe des pyrrols.

Au point de vue clinique, la présence, dans les urines, de ces composés à noyau pyrrol, capables de donner la benzaldéhyde-réaction, coïncide avec une insuffisance du foie, tantôt légère, tantôt grave, tantôt passagère, tantôt permanente.

Le benzaldéhyde-réaction peut donc fournir des renseignements utiles sur l'état du foie au cours d'affections diverses. M. Gavaudan, licencié ès sciences et pharmacien, a fait, pour sa thèse de doctorat en médecine, une étude de cette réaction chez les malades atteints de cardiopathies.

M. Gavaudan conseille d'employer le réactif suivant :

Diméthylparamidobenzaldéhyde..	8	grammes
Acide chlorhydrique concentré...	80	—
Eau distillée....................	200	—

A 5 centimètres cubes d'urine fraîchement émise, on ajoute, par petites portions, de quelques gouttes à 5 centimètres cubes de réactif, en agitant sans cesse. La réaction est positive quand on obtient une coloration allant du rose au rouge, soit à froid, soit en chauffant très légèrement. Une coloration brune indique une réaction négative.

Pour apprécier l'intensité de la réaction, M. Gavaudan a trouvé un procédé qui consiste à neutraliser ou à détruire le composé donnant naissance à la réaction par l'addition de formol, en quantité connue et convenable. L'auteur a noté que plus une urine présentait une réaction de coloration intense, plus il fallait ajouter de formol pour la rendre négative ; ceci indique un parallélisme entre la quantité d'urobilinogène existant dans une urine et la quantité de formol empêchant la réaction.

Après avoir obtenu, avec une urine, la benzaldéhyde-réaction positive, on recommence plusieurs fois la réaction en ajoutant I, puis II, III, ... gouttes de formol, et ainsi jusqu'à réaction devenant négative. En moyenne, une réaction faiblement positive disparaît avec I goutte de formol ; une réaction fortement positive avec VI, VII gouttes et plus.

La réaction d'Ehrlich est masquée par l'ingestion d'urotropine ; certains médicaments (antipyrine, pyridine), certaines substances fabriquées dans l'organisme (acétone) donnent des réactions analogues, mais non identiques, et que l'on peut différencier.

La benzaldéhyde-réaction n'existe, chez les sujets normaux, que passagèrement et d'ordinaire à l'occasion de troubles digestifs ayant retenti sur le foie. On la trouve positive au cours des maladies fébriles et dans un certain nombre d'affections, parmi lesquelles la tuberculose avancée, les cirrhoses, les dégénérescences du foie.

Chez les cardiaques, les recherches de M. Gavaudan lui ont montré que la réaction est positive chaque fois que le cœur droit est dilaté, car le foie subit le contre-coup de cette insuffisance cardiaque. Les affections mitrales, les myocardites, les affections primitives ou secondaires du cœur droit donnent, le plus souvent, une réaction positive précoce. La réaction est plus rare dans les affections aortiques parce que leur répercussion sur le cœur droit et sur le foie se fait en général plus tardivement.

L'auteur a cherché ce que devient la benzaldéhyde-réaction chez les cardiaques sous l'influence du repos, du régime et de la thérapeutique toni-cardiaque ; les constatations qu'il a pu faire lui paraissent utiles pour aider à établir le pronostic de la cardiopathie.

Si la réaction disparaît d'une façon définitive sous l'influence du repos et des toni-cardiaques, le pronostic est favorable ; si elle ne disparaît que passagèrement, c'est une preuve que l'équilibre cardiaque est instable et la réapparition de la benzaldéhyde-réaction devance même, dans certains cas, les signes physiques ou fonctionnels d'une nouvelle crise d'insuffisance cardiaque ; quelquefois, enfin, la réaction ne disparaît pas, malgré l'amélioration apparente fournie par la thérapeutique ; cette persistance doit rendre le pronostic très réservé.

M. BRELET.

Les applications pratiques de l'oscillomètre de Pachon. (R. PIERRET. *L'Echo méd. du Nord*, 7 déc. 1913, n° 49, p. 581.) — A l'heure où l'oscillomètre sphigmomanométrique de Pachon est passé définitivement dans la pratique médicale, il a paru intéressant à l'auteur de résumer les multiples renseignements qu'il peut fournir au praticien.

C'est tout d'abord un critère très sûr de la mort du nourrisson ; en cas de mort apparente, si les oscillations persistent, il faut poursuivre, sans se lasser, la respiration artificielle qui pourra parfois donner des résultats inespérés.

On voit, par là, l'importance des données oscillométriques en médecine légale. Le procédé est à employer non seulement chez le nouveau-né, mais il peut l'être également avec profit chez l'adulte. En cas de mort subite, par exemple, par syncope chloroformique ou encore chez les noyés, ce procédé paraît appelé à rendre de réels services ; on sait combien il est difficile parfois de se rendre compte de la persistance des battements du cœur et avec quelle facilité on s'autosuggestionne à ce point de vue. La constatation d'oscillations rythmiques de l'appareil permet au médecin d'espérer encore et doit l'engager à poursuivre une thérapeutique active.

D'autre part, l'oscillomètre donne des renseignements utiles sur la capacité fonctionnelle du cœur ; Pachon pense que c'est un véritable dynamomètre cardiaque. Il donne la valeur exacte de la barrière périphérique, exprimée par la tension minima ; on peut ainsi se rendre compte du travail imposé au cœur et en tirer des données applicables au pronostic.

De plus en amplifiant les irrégularités du pouls, il décèle à la façon d'un sphygmographe les altérations pathologiques de son rythme ou de son amplitude (arythmies diverses).

Il traduit encore par la valeur plus ou moins basse de la tension le degré d'imperméabilité des artères en cas d'artérite ou de compression artérielle.

Enfin il serait un critère très sûr de la mort.

STEPHEN CHAUVET.

Note sur l'évolution gastrique consécutive à la bactériothérapie intraveineuse antityphique. Hypothermie du surlendemain. (LE BLAYE (de Poitiers). *Arch. méd.-chir. de province*, Poitiers, nov. 1913, n° 11, p. 1048.) — L'auteur rapporte l'observation d'un malade atteint de fièvre typhoïde, qu'il avait commencé à traiter tout d'abord par la bactériothérapie antityphique sous-cutanée. Cette méthode ne lui ayant pas donné de résultats encourageants, il a fait à trois reprises des injections intraveineuses à plusieurs jours d'intervalle, avec des toxines préparées suivant les indications de Ch. Nicolle, légèrement modifiées. Les doses employées ont été respectivement de 10, 20 et 30 millions de bacilles. Après chaque injec-

tion survint une phase d'hypothermie dont l'intensité et la durée furent proportionnelles à la dose injectée.

Il résulte de cette observation que la bactériothérapie intraveineuse possède un pouvoir antithermique que les injections sous-cutanées ne possèdent pas.

L'auteur fait remarquer que les toxines dont on dispose actuellement sont encore trop toxiques pour pouvoir être injectées à haute dose; il semble, d'autre part, que l'action thérapeutique des doses faibles soit trop peu durable. Cette toxicité des bacilles typhiques injectés dans la veine est l'obstacle le plus grave à l'utilisation de cette méthode.

Les toxines couramment employées sont inutilisables par voie intraveineuse. On doit se servir d'émulsions bacillaires très diluées et préparées suivant les indications de Nicolle. Malgré ces précautions il est à craindre qu'il soit impossible d'injecter chez les typhiques en évolution des doses suffisamment élevées pour obtenir un abaissement momentané de la température.

L'auteur pense cependant que l'action immédiate des injections intraveineuses peut être associée utilement à l'action plus éloignée des injections sous-cutanées et qu'on peut attendre d'une bactériothérapie mixte des résultats supérieurs à ceux que donnent les méthodes actuelles.

STEPHEN CHAUVET.

NEUROLOGIE

Sur quelques petits signes des parésies organiques. (MINGAZZINI. *Revue neurologique*, 1913, t. II, p. 474-479.) — Ces petits signes sont au nombre de quatre :

Diminution de la force d'occlusion : 1° des paupières, et 2° de l'orbiculaire des lèvres, du côté parésié, appréciées en faisant fermer le plus énergiquement possible les yeux ou les lèvres, et en essayant de les ouvrir avec la pulpe des pouces;

Fatigue plus rapide : 3° du bras ; 4° de la jambe, lorsqu'on prie le sujet de les maintenir étendues sans appui. Elles se manifestent par de petites saccades ou l'abaissement de l'extrémité du membre parésié, lorsque l'effort se prolonge pendant une demi à une minute.

L. ALQUIER.

DERMATOLOGIE

Urticaire pigmentée. Etude de la formule sanguine. (JEANSELME et TOURAINE. *Bull. de la Soc. franç. de derm.*, n° 8, nov. 1913, p. 426.) — Les auteurs ont étudié la formule sanguine dans un cas d'urticaire pigmentée. Cette affection d'observation très rare se rencontrait chez un enfant de vingt mois, robuste et sans qu'on pût établir quelque notion causale ; c'est d'ailleurs le cas habituel. Il a été intéressant de déceler une légère leucocytose (13000) avec forte réaction myéloïde du sang ; la formule leucocytaire se rapprochait de celle de l'anémie pseudo-leucémique de V. Jaksch et de Luzet, sans que, toutefois, il y eût anémie (myélocytes : 4 p. 100 ; éosinophiles : 2,5 p. 100 ; hématies nucléées : 8,25 p. 100 ; leucocytes, etc.). La rate était normale.

Il faut donc admettre que l'urticaire pigmentée peut provoquer, par infection ou intoxication, une réaction des organes myélopoïétiques.

L. GAYARD.

CHIRURGIE

Du rôle du périoste dans la régénération osseuse. (S.-L. HAAS. *Surg., Gyn. and obst.*, XVII, n° 2, août 1913, pp. 164-173.) — Le rôle du périoste dans la régénération osseuse, tel qu'il a été longtemps admis sans conteste à la suite des travaux classiques d'Ollier, a été nié dans ces dernières années par Macewen, à qui les expériences de Wetherill semblent donner raison. Pour ces auteurs, dans les os longs, le périoste ne régénère pas l'os : *le tissu osseux est régénéré par le tissu osseux* et le *périoste* n'a qu'un rôle de *conducteur* et de *soutien*.

Haas a fait 62 expériences sur les côtes de lapins, de chats et de chiens. Sa plus longue expérience a été prolongée pendant deux cent quarante-neuf jours. 1° Après simple *résection sous-périostée*, la régénération osseuse se fait, soit par développement préalable de cartilage qui se transforme en os, soit par formation osseuse directe, sans qu'on puisse dire si l'os provient du périoste ou des bouts osseux. 2° Après *résection sous-périostée où l'on laisse un îlot de tissu osseux dans la gouttière périostique*, la régénération osseuse n'est considérable qu'une fois sur quatre; les trois autres fois elle est très limitée. 3° La *résection sous-périostée* suivie de la *couverture des bouts de la côte avec une coiffe de plomb* n'amène pas de régénération osseuse, ce qui montre que le périoste seul, dans ce cas, ne reproduit pas d'os. 4° Le *soulèvement de la côte de sa gouttière périostique* avec *interposition entre les deux d'un lambeau musculaire* est toujours suivi de régénération osseuse commençant au point où le périoste et l'os divergent et en général proportionnelle à la durée de l'expérience. 5° La même technique avec *placement d'un caillot sanguin* dans la gouttière périostique montre que le caillot accélère beaucoup la néoformation osseuse. 6° Une *large résection sous-périostée* avec *mise en place de caillot sanguin* et *coiffage des deux extrémités osseuses à la paraffine* démontre que le périoste, en présence d'un caillot sanguin, peut régénérer de l'os en l'absence de tissu osseux préexistant. 7° La même technique *sans caillot* n'amène pas de production d'os. 8° Le détachage d'un fragment de côte suivi de l'inclusion des deux bouts dans un fragment de tube de caoutchouc n'est suivi que de la nécrose du segment séparé.

Les phénomènes les plus frappants sont : 1° l'*influence du caillot sanguin* sur la régénération osseuse; 2° l'os préexistant, mais séparé de son périoste, *ne régénère point d'os*, ce qui contredit directement les assertions de Macewen ; il reste à voir si les os longs se comportent exactement sous ce rapport comme les côtes. La production constante d'os à l'angle de la côte et du périoste soulève la question de l'importance relative du périoste et de l'os dans les phénomènes de régénération. Si l'os était l'agent de régénération, l'os néoformé existerait le long de la côte soulevée tout autant que le long de la gouttière périostique, ce qui n'est point le cas, car l'os qui commence à l'angle ostéopériostique ne se prolonge que le long de la gouttière périostique. L'os a peut-être un certain rôle, *mais il ne peut le jouer qu'en présence de périoste.* Il s'ensuit que l'on ne saurait assigner à ce dernier un simple rôle de soutien.

F. GARDNER.

Traitement chirurgical de la thrombose pelvienne d'origine septique. (H. JELLETT. *Surg., Gyn. and obst.*, vol XVII, n° 2, août 1913, pp. 147-157.) — L'auteur a observé quatre cas. Dans l'un, le diagnostic de thrombose pelvienne fut presque fait avec certitude avant l'opération. La laparotomie montra une tuméfaction dure dans le ligament large droit se prolongeant dans le ligament infundibulo-pelvien et remontant le long des vaisseaux utéro-ovariens. La trompe était simplement congestionnée. Jellett lia l'extrémité utérine du ligament large et incisa le péritoine, après quoi il devint facile d'énucléer la masse intraligamentaire et de suivre les vaisseaux ovariens presque à leur embouchure dans la veine cave. Les veines ovariennes furent liées aussi haut que possible et la masse entière fut enlevée. Dans la partie inférieure du plexus veineux il y avait du pus; plus haut, le caillot n'était pas encore suppuré. Il fut impossible d'atteindre l'extrémité supérieure du caillot, de telle sorte que la section en haut se fit en plein thrombus. La malade guérit.

Dans un second cas, moins avancé, il y eut aussi guérison. Dans le troisième, les lésions étaient semblables à celles du premier cas, mais plus avancées et étendues. Après la résection des veines, l'hystérectomie devint nécessaire. La malade mourut. Si on ne l'eût pas opérée la première fois, elle serait morte beaucoup plus vite. Dans un quatrième cas il n'y avait pas de signe de thrombose. Jellett fit l'hystérectomie. La malade mourut. Dans un cas plus récent, Jellett, par la liga-

ture précoce des veines ovariennes, put enrayer un cas de pyohémie menaçante.

Au lieu d'opérer par voie transpéritonéale, on pourrait le faire par voie vaginale ou extrapéritonéale ; mais les désavantages sont grands. On pourrait, dans les cas légers, se contenter de la ligature des veines, mais l'extirpation n'est guère plus difficile et vaut mieux.

L'auteur pense qu'on peut poser le diagnostic de thrombose pelvienne avant l'opération. La cellulite du ligament large et le pyosalpinx sont les deux causes d'erreur ; mais ces deux causes sont douloureuses et donnent une fièvre élevée continue ; la thrombose pelvienne donne peu de douleur et une fièvre à grandes oscillations avec frissons. De plus, la cellulite donne un empâtement diffus immobilisant le ligament large, tandis que la thrombose donne une tuméfaction limitée où, parfois, on peut sentir un ou plusieurs cordons durs.

F. GARDNER.

Etude sur la nécrose consécutive aux injections intramusculaires de salvarsan et de néosalvarsan. (H. E. ROBERTSON. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LXI, n° 19, 8 nov. 1913, pp. 1698-1702.) — La nécrose du salvarsan est bien connue ; de l'examen histologique de « salvarsanomes » extirpés, Lovejoy et Sutton ont conclu que la lenteur ou l'absence de cicatrisation étaient dues à la présence de granules de salvarsan dans les tissus et au bloquage des petits vaisseaux sanguins et des lymphatiques par ces mêmes granules ; de plus, qu'il n'y avait pas d'infiltration lymphoïde. Ces résultats sont contredits par ceux de l'auteur qui ont montré que l'infiltration lymphoïde est constante dans les stades tardifs et que les vaisseaux ne sont point bloqués. La lésion consiste en hémorragie et nécrose avec œdème qui apparaît aussitôt après l'injection. Une zone d'infiltration leucocytaire entoure le foyer d'injection. Toujours il persiste indéfiniment après l'injection un dépôt de pigment jaune insoluble qui se comporte comme un corps inerte. Il n'y a point de différence appréciable entre les lésions après une injection de salvarsan et une de néosalvarsan. Une variation du simple au quadruple de la dose injectée n'influe pas de façon appréciable sur l'étendue des lésions. La réparation commence au bout de huit jours et n'est jamais complète avant deux mois. La thrombose veineuse est fréquente. Ces résultats ont été vérifiés chez l'homme à deux autopsies. D'ailleurs les préparations mercurielles ont une action analogue.

Ce travail n'est guère en faveur des injections intramusculaires, qui, dit l'auteur, sont injustifiables dans la majorité des cas.

F. GARDNER.

Un cas singulier de menstruation vicariante. (D. H. GALLOWAY. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LXI, n° 21, 22 nov. 1913, pp. 1897-1898.) — Chaque période menstruelle s'accompagnait de douleur, congestion, suintement sanguin abondant et extension d'un ulcère situé sur chaque jambe. L'utérus était infantile et le flux menstruel de quelques gouttes seulement. Un curettage vigoureux amena un flux plus abondant et une amélioration dans les ulcères qui se fermèrent presque. Survint une grossesse et tous ces phénomènes, qui avaient duré plus de cinq ans, disparurent définitivement.

F. GARDNER.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 11, nov. 1913.) Walter MORGAN et Constantin ILIESCOU : Contribution à l'étude des érythrodermies exfoliantes et en particulier du pityriasis rubra. — V. DUDUMI et F. SARATZEANO : La réaction de Wassermann en dermatologie. — G. PETGES et L. MURATET : Pelade et syphilis.

Annales des maladies vénériennes. — (N° 11, nov. 1913.) GAUCHER : L'écartement des incisives médianes supérieures, dystrophie hérédo-syphilitique. — Alex RENAULT : Une observation d'hyperesthésie et de perversion gustative de la langue, d'origine spécifique. — GAUCHER, GIROUX et MEYNET : Troisième cas de maladie de Raynaud d'origine syphilitique avec aortite et réaction de Wassermann positive. — BLOCH et ANTONELLI : Syphilis congénitale probablement atavique, avec stigmates et manifestations multiples et graves.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Nov. 1913.) E. GAUCHER et H. GOUGEROT : Les dangers de la syphilis pour la communauté et la question du contrôle de l'Etat. — Emile WIENER : Etude sur la quarantaine. — J. SIMONIN : L'expertise psychiatrique dans l'armée. Les origines et les dispositions de sa réglementation officielle.

Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques. — (N° 370, 25 nov. 1913.) G. NOVÉ-JOSSERAND : La radiographie des os et des articulations, sa valeur en chirurgie orthopédique.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (Nov. 1913.) VINCENT : La vaccination antityphoïdique dans l'armée française en 1913. — ESPRET : Luxation du scaphoïde. — MORVAN : Phlegmons provoqués par inoculation sous-cutanée au pétrole. — PERROSSIER et DREYFUS : Le diploscope à la portée des infirmeries régimentaires. — LEGRAND : Les Sociétés de la Croix-Rouge dans les différentes nations (*suite*).

Archives générales de chirurgie. — (N° 11, 25 nov. 1913.) PÉRINOFF : Drainage à demeure de l'ascite dans le tissu cellulaire sous-cutané. — L. DEBREZ : La coagulation du sang épanché dans les articulations. — MAUCLAIRE : Traitements opératoires des crises gastriques du tabes.

Archives internationales de neurologie. — (Nov. 1913). C. PARHON et Gh. ZUGRAVU (de Bucarest) : Recherches pondérales sur les capsules surrénales chez les aliénés. — A. MARIE : Sur les aliénations mentales d'origine syphilitique et parasyphilitique (*suite*). — BOGHASSIAN (de Constantinople) : Un cas de delirium tremens (?) dû à l'intoxication par le datura stramonium.

Biologica. — (N° 35, 15 nov. 1913.) H. GUILLEMINOT : Les corps radio-actifs et la biologie ; les actions biologiques des radiations nouvelles. — LANDRIEU : Les étapes de l'étude scientifique de la rage : Pasteur, Négri, Noguchi.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 nov. 1913.) René BÉNARD : Etude clinique et thérapeutique des pouls lents (*fin*). — J. LAUMONIER : Le nervosisme (*suite*). — (15 nov.) Georges BAUDOUIN : Traitement hydrominéral des dermatoses. — LAUMONIER : Le nervosisme (*suite*). — (23 nov.) Georges BAUDOUIN : Traitement hydrominéral des dermatoses (*fin*).

Bulletin médical. — (N° 88, 8 nov. 1913.) HUTINEL : Le traitement des épisodes aigus au cours des colites chez les enfants. — (N° 89, 12 nov.) Ch. ESMEIN : Contribution à l'étude de la péritonite pneumococcique à forme ascitique. — Max. MÉNARD : Sur un moyen certain d'éviter les brûlures par les rayons de Röntgen. — A.-F. PLICQUE : La cure de désaccoutumance à l'opium (cure de l'opiumisme). — (N° 90, 15 nov.) L. BROCQ : Prurit et réactions cutanées.

— (N° 91, 19 nov.) E. KIRMISSON : Traitement curatif des ankyloses par la méthode sanglante. — (N° 92, 22 nov.) MORAT : Le centenaire de Claude Bernard. — (N° 93, 26 nov.) GRANJUX : La vaccination obligatoire doit-elle être rendue obligatoire dans l'armée? — (N° 94, 29 nov.) QUÉNU : De l'adénopathie précoce dans le cancer du sein. De l'adénopathie révélatrice.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 17, 10 nov. 1913.) MOLLE : Le rôle du système nerveux central dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire commune. — Max COUDRAY : Traitement du tænia par le thymol. — DUBOUCHER : Les méthodes récentes d'oxygénothérapie.

Clinique. — (N° 46, 14 nov. 1913.) NOBÉCOURT : Séméiologie des troubles digestifs des nourrissons. — POTHERAT : Infiltration d'urine. — F. TERRIEN : Taies de la cornée. Symptômes, complications et traitement. — Carle RŒDERER : La gymnastique guérit beaucoup de pieds plats. — (N° 47, 21 nov.) RATHERY : La maladie de Quincke. — RUDAUX et LE LORIER : Du rôle de la syphilis sur la genèse des anomalies fœtales. — ROBINEAU : Technique des amputations immédiates dans les grands traumatismes des membres. — (N° 48, 28 nov.) CASTAIGNE : Ictère par rétention de nature syphilitique. — PISSAVY : Péricardite. — Georges LAURENS : De la voie trachéobronchique en thérapeutique. — Paul BARBARIN : Technique de la réduction de la luxation congénitale unilatérale chez un enfant de deux à trois ans. — E. LESNÉ : Le sérum continu intrarectal en médecine infantile.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 45, 6 nov. 1913.) KROMAYER : Cosmétique médical de la peau. — DREUW : Stade initial de l'alopécie atrophique. — FRANK : Traitement par l'hyperémie dans les affections des voies urinaires. — JACOBSOHN : La fonction de la prostate et le traitement de l'hypertrophie de la prostate par les radiations indirectes. — KOCHMANN : Chaux et magnésie en thérapeutique. — KELLER : Pneumonie et insuffisance cardiaque. — SCHULZ : Expériences sur les milieux de bile pour la diphtérie (Drigalski et Bierast). — RAU : Contribution au traitement de la conjonctivite granuleuse grave. — CLEMENS : Hernie traumatique du deltoïde. — MEHLHORN : Expériences sur la narcose à la scopolamine-pantopon. — KLARE : Contribution au traitement de l'ozène. — RABINOWITSCH : Diagnostic hématologique du typhus exanthématique. — LEVI DELLA VIDA : Sur l'artériosclérose expérimentale. — (N° 46, 13 nov.) KROMAYER : Cosmétique médical de la peau. — BEHRENROTH : Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du poumon. — ZIEGLER : Sur le diagnostic radiologique des broncho-sténoses. — ROLLMANN : Contribution à la théorie des ferments protecteurs. — SZÖLLÖSY : Cardiospasme et hypnose. — WEIL : Sur la diarrhée et les antidiarrhéiques. — OTTENBERG et KALISKI : Du danger des transfusions et leur prophylaxie. — LIER : Sur le traitement abortif de la syphilis. — MERKENS : Sur l'étranglement intestinal rétrograde. — LAUFFS : Expériences rhinologiques avec l'hémostatique utéramine zyma. — SCHUMACHER : La perhydrite, un superoxyde d'hydrogène solide. — DOLD et RADOS : L'importance de l'anaphylotoxine et les sucs des tissus auto et hétérogènes pour la pathologie, en particulier celle des yeux. — KLEIN : Une méthode simple pour la coloration panoptique du sang et des tissus par le « polychrome ».

Encéphale. — (N° 11, 10 nov. 1913.) C. PASTINE : Sur le réflexe controlatéral des orteils. — Serge DAVIDENKOF : En quoi consistent réellement les phénomènes de la cécité psychique. — Roger MIGNOT et Georges PETIT : Corps étrangers du rectum chez un dément précoce. Occlusion complète et perforation secondaire du côlon ilio-pelvien. — C. PARHON, Mlle MATÉESCO et A. TUPA : Nouvelles recherches sur la glande thyroïde chez les aliénés.

Journal médical français. — (N° 11, 15 nov. 1913.) D'ŒLSNITZ : L'héliothérapie. Son mode d'action. Ses indications. Ses résultats. — René LERICHE : Poncet et l'héliothérapie. — D'ŒLSNITZ : Réactions thermiques, respiratoires, circulatoires et hématiques provoquées par l'héliothérapie. — FESTAL : La cure solaire à Arcachon. — CASTAIGNE et d'ŒLSNITZ : L'héliothérapie dans les affections tuberculeuses de l'enfance. Indications et posologie.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 44, 4 nov. 1913.) HEINE : Sur la hauteur de la pression cérébrale dans quelques maladies oculaires. — BÜRKER : Action physiologique des climats d'altitude sur le sang. — VERSÉ : Sur la présence du spirochæta pallida dans la syphilis précoce et tardive du système nerveux central. — MÜLLER : Raisons physiques et biologiques de l'action des substances radioactives. — BEYER : Importance de la réaction d'Abderhalden dans le diagnostic psychiatrique. — RABINOWITSCH : Sur l'agent du typhus exanthématique. — LITZNER : Sur le diagnostic et la clinique des affections non tuberculeuses du sommet du poumon. — RIEDEL : Sur le traitement sous-cutané et intramusculaire par la mélubrine. — KÄXBOHRER : Expériences avec le noviforme. — HOFMANN : Sur l'opération de la pancréatite aiguë. — ZALEWSKI : Observation d'un commencement de rupture spontanée de l'utérus, à l'occasion d'une section suprapubienne. — KEIL : Le mouvement de la cage thoracique pendant la respiration. — BERGMANN : Rapports entre le système nerveux et la fonction motrice de l'estomac. — HEISLER : Traitement des plaies granuleuses. — GENNERICH : Sur la réinfection syphilitique après le salvarsan. — (N° 45, 11 nov.) FRIEDRICH : Dans les hôpitaux militaires grecs à Salonique et Athènes après la deuxième guerre balkanique. — WEISS : Sur des expériences cliniques avec le digipan. — LÖWENHEIM : La digifoline, une nouvelle préparation de digitale. — GRASSMANN : Le pronostic des maladies du cœur et des vaisseaux doit-il rester en suspens? — HERXHEIMER : Sur la leucémie à lymphoblastes et à myéloblastes. — SCHULTZ et GROTE : Recherches avec la réaction d'Abderhalden dans la scarlatine. — SCHULZ : Sur la présence de ferments protéolytiques dans le sang, au moment de l'augmentation agonique de l'azote. — FRÜHWALD : Sur les injections intraveineuses concentrées de néosalvarsan. — BOLLAG : Sur le traitement de l'urticaire des accouchées par le calcium. — CUNO : Expériences avec la tuberculine de Rosenbach. — HAUSSMANN : La palpation du psoas et la douleur du psoas. — BLEULER-BURGHÖLZLI : Songes avec signification claire. — WEISER : Un nouvel appareil pour le traitement des maladies des oreilles par la diathermie. — GERLACH : Sur l'otadiathermie.

Paris médical. — (N° 48, 1er nov. 1913.) P. CARNOT : La thérapeutique en 1913. — Adrien PIC : Diurétiques hydruriques, chloruriques et azoturiques. — DOPTER : Traitement des lésions amibiennes par les sels d'émétine. — A. MATHIEU : Le sulfate d'atropine dans la thérapeutique gastro-intestinale. — JOSUÉ : Le salicylate de soude dans les cardiopathies rhumatismales. — METZGER : L'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique. — (N° 49, 8 nov.) F. BEZANÇON : Schéma simplifié pour la notation graphique des signes d'auscultation pulmonaire. — Paul CAMUS : Quelques considérations sur la psychoanalyse et la doctrine de Frend. — H. DAUSSET et P. LHUILLIER : Les fausses varices. — H. ALLIOT : Une organisation sanitaire en circonscriptions. — DUPUY DE FRENELLE : Les attelles de chanvre ou de mèches de coton plâtré dans le traitement des fractures. — (N° 50, 15 nov.) G. MILIAN : La réaction de Herxheimer. — A. MOUCHET et O. PIZON : Fractures communicatives de la clavicule. — Albert WEIL : L'électrolyse de l'hypertrichose. — GUY : Un nouveau-né géant. — (N° 51, 22 nov.) DOPTER : Les épanchements puriformes aseptiques de la plèvre. — REMLINGER : Traitement de quelques complications de la blennorragie par le vaccin antigonococcique atoxique de MM. Nicolle et Blaizot. — LEGRAND : Psychothérapie et cure d'altitude. — GRÉGOIRE : L'air chaud dans le traitement de l'anthrax. — (N° 52, 29 nov.) TECON et AIMARD : De la valeur de la réaction de Moriz Weisz dans les urines des tuberculeux pulmonaires. — MILIAN : Réinfection syphilitique et accidents chancriformes. — GAUTRELET : Le réflexe oculo-cardiaque. — PECH : Le repos du cœur. — MÉTIVET : Traitement des fractures de l'humérus compliquées de paralysies radiales.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 147. — JEUDI 25 ET SAMEDI 27 DÉC. 1913. 86e ANNÉE. JEUDI 25 ET SAMEDI 27 DÉC. 1913. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Lecture. — *Pathologie.* — Séance du 23 décembre 1913. — MM. Cathala et Mégret, 11; Jacob, 12; Lefèvre, 9; Delahaye, 6; Tiphine, 8; Boirac, 11; Maufrais et Dognon, 10; Misrachi, 11.

Anatomie. — Séance du 22 décembre. — M. Lauret, 12; Mlle Lang, 11; MM. Mugel, 6; Galliot, 8; Saint-Yves-Ménard, 12; Doubrère, 7.

Séance du 23 décembre. — MM. Michon, 11; Hemmerdinger, 7; Bonnot, 4; Leroy, 6; Gourdin, 5.

— Sont admissibles les 201 candidats ayant obtenu un total d'au moins 17 points (défalcation faite de deux candidats devant passer leur thèse le 27 décembre et le 7 janvier, respectivement).

La première séance d'oral aura lieu le mardi 6 janvier, à dix-sept heures, à la salle des concours, 49, rue des Saints-Pères.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — La chaire de médecine légale de la Faculté de médecine de l'université de Bordeaux est déclarée vacante.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Guillet, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Caen, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie a déclaré vacante la place de membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie de l'Académie des sciences occupée précédemment par le regretté Just Lucas-Championnière.

Six candidats se trouvent en présence. Ce sont MM. Delorme, Le Dentu, Pozzi, Quénu, Reclus et Charles Richet. On compte donc cinq chirurgiens et un physiologiste.

La lutte autour du fauteuil de Lucas-Championnière sera assez vive. La tradition académique veut, en effet, que la section de médecine et de chirurgie, composée de six membres, comprenne deux médecins, deux chirurgiens et deux physiologistes. Les professeurs Bouchard et Laveran représentent la médecine; les professeurs d'Arsonval et Dastre la physiologie; le professeur Guyon la chirurgie. Il faudrait donc élire un chirurgien parmi les professeurs Delorme, Le Dentu, Pozzi, Quénu ou Reclus.

La section a procédé à l'examen des titres des candidats et proposé le classement suivant : en première ligne, M. Charles Richet; en seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Delorme, Le Dentu, Pozzi, Quénu, Reclus.

L'élection n'aura lieu qu'en janvier.

LE SERVICE MILITAIRE DES INTERNES DES HOPITAUX. — Sur la proposition de M. le docteur Léon Labbé, la commission sénatoriale de l'armée vient de décider à l'unanimité que les internes des hôpitaux des villes où il existe des facultés de médecine d'Etat seront assimilés aux docteurs en médecine, c'est-à-dire qu'ils pourront accomplir leurs deux dernières années de service : dix-huit mois comme médecins auxiliaires et six mois comme aides-majors de réserve.

Cette décision est extrêmement importante puisque, jusqu'ici, seuls les docteurs en médecine, les pharmaciens et vétérinaires diplômés étaient nommés aides-majors pendant les six derniers mois.

LES ALIÉNÉS DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Dans son rapport au conseil général sur les asiles d'aliénés, M. Dausset vient d'attirer l'attention sur la progression effrayante du nombre des aliénés dans la Seine. L'an dernier la population des asiles, qui compte actuellement 16 000 individus, a augmenté de 391 malades. M. Dausset envisage déjà la nécessité où va se trouver le département de construire un nouvel asile.

CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA SEINE. — Le conseil d'hygiène de la Seine a, dans sa dernière séance, élu membre titulaire

RENSEIGNEMENTS

M. Navarre, conseiller municipal, par 34 voix contre 11 au professeur Vincent.

LES POISSONS DES PROFONDEURS DANS L'ALIMENTATION. — On commence à voir sur le marché de Paris des poissons fréquentant habituellement des profondeurs assez considérables et dont jusqu'ici on ne voyait de rares échantillons que dans les musées.

Les uns arrivent déjà par grandes quantités, surtout en hiver, d'autres ne doivent être considérés que comme des exceptions.

M. Jacques Pellegrin, en attirant l'attention de l'Académie des sciences sur ces faits curieux (8 déc. 1913), montre qu'ils sont la conséquence de l'évolution subie en France par l'industrie de la pêche maritime.

Les chalutiers à vapeur de Boulogne qui se rendaient depuis dix ans sur les côtes d'Espagne et de Portugal, vont maintenant jusque sur les côtes de Mauritanie et du Maroc. Ils pêchent à des profondeurs de 200 mètres environ, que l'on ne peut évidemment comparer aux fonds explorés par le *Talisman*, le *Travailleur* ou la *Princesse-Alice*, mais qui leur permettent de capturer des poissons considérés jusqu'ici comme très rares.

Ces poissons ne sont pas à proprement parler spéciaux aux très grandes profondeurs, c'est-à-dire aux zones abyssales, mais ils se tiennnent généralement au pied du plateau continental, par des fonds de 200 mètres, là où les rayons lumineux n'arrivent plus que très faiblement, aussi les yeux sont-ils chez presque tous particulièrement développés.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance aura lieu le samedi 27 décembre 1913, à quatre heures et demie précises.

ORDRE DU JOUR. — *Communications.* — M. Péraire : Compte rendu du Congrès de chirurgie. — M. Doyen : Les cultures des tissus; microphotographies autochromes.

Assemblée générale. Au cours de la séance, il sera procédé au dépouillement du scrutin pour les élections de deux membres du Comité général et des membres du bureau pour 1914.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — ÉCOLE D'INSTRUCTION ANNEXE AU SERVICE DE SANTÉ. — La prochaine réunion de la Société, qui sera une séance de l'école d'instruction annexe du service de santé, aura lieu le deuxième mercredi de janvier (14 janvier 1914), au cercle militaire, à neuf heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Morphologie humaine ».

Présentation de modèles vivants et projections par M. le médecin-major de première classe Thooris.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical à sept heures et demie précises (tenue de ville : prix 5 fr. 50).

Le quart de place militaire a été accordé aux médecins de province pour assister à ces réunions.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre collaborateur et ami, le docteur Paul Viollet, ancien chef de service à l'hôpital Péan, décédé à l'âge de quarante et un ans. Nous adressons à Mme Paul Viollet l'expression de nos très respectueuses condoléances; — et celle de MM. les docteurs Louis Jullien, médecin de Saint-Lazare, professeur agrégé des facultés de médecine, et Eugène Métivier, médecin-major, mort à l'hôpital de Fez, victime du devoir professionnel.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

VARIÉTÉS

UNE CONFÉRENCE DE M. LE PROFESSEUR GRASSET

Mardi, « à l'École des hautes études sociales », a eu lieu une conférence de M. le professeur Grasset sur *la Matière et la Vie*, conférence faisant partie d'une suite d'études sur « la Valeur de la Science ». L'orateur a commencé par poser nettement la question et délimiter de façon très exacte le terrain sur lequel il entendait se placer. Laissant de côté complètement le point de vue philosophique, M. Grasset n'a voulu envisager que celui de la méthode positive et expérimentale, et discuter cette question : les phénomènes vitaux doivent-ils être séparés des phénomènes physico-chimiques et peuvent-ils ainsi constituer une science à part.

Après avoir montré par quelques exemples typiques que si la matière est la même dans les substances vivantes et les substances inertes, les êtres vivants diffèrent de la matière inerte par un ensemble de caractères qui rendent moins évidentes chez eux les lois physico-chimiques, M. Grasset s'est élevé contre la prétention qu'ont certains auteurs d'interdire aux vitalistes le droit d'employer uniquement les méthodes scientifiques. C'est ainsi que pour M. Le Dantec on ne peut sortir de ce dilemme : mécanisme ou mysticisme; et cette conclusion paraît exagérée à M. Grasset.

Le grand caractère primordial de l'être vivant, de la naissance à la mort, est l'individualité, et l'on voit apparaître une remarquable finalité pour la conservation des caractères de l'individu. Même chez les amibes, dit Le Dantec, l'individualité existe. Or ce qui assure cette unité de l'individu, c'est son activité propre par solidarité des organes et par la résistance contre le milieu.

On a fait à cette individualité de la vie une série d'objections, comme la divisibilité, la greffe animale, la survie de certains tissus ou organes démontrée par Paul Bert et reprise récemment par Alexis Carrel avec le succès que l'on sait; mais pour M. Grasset ces objections ne sont pas convaincantes et même peuvent être retournées en faveur de la théorie qu'il défend.

Après avoir dit quelques mots de la génération spontanée qu'il considère comme définitivement condamnée, le professeur Grasset a montré que la résistance contre le milieu acquiert de plus en plus d'importance, et lui-même a donné le nom d'*antixénie* à la lutte contre les éléments ou agents extérieurs. Nous ne pouvons malheureusement pas suivre l'orateur à travers ses intéressants développements, et notamment dans ses aperçus relatifs à l'immunité. Nous citerons seulement sa discussion du reproche de finalité qu'ont soulevé les idées dont il se fait le défenseur. Il y a bien là, dit M. Grasset, une finalité, mais c'est une finalité spéciale tendant à la défense et à la préservation de l'individu. Cette finalité n'est elle-même qu'un des éléments du déterminisme qui règle les lois de la biologie.

Les défaillances de la défense de l'organisme ne détruisent pas l'idée de finalité défensive; si l'antixénisme était toujours victorieux, l'individu ne mourrait pas. D'ailleurs le pouvoir défensif fonctionne quelquefois à l'envers et M. Grasset a rappelé à ce propos les phénomènes de l'anaphylaxie.

Enfin l'éminent orateur a discuté cette question : Qu'est-ce que la maladie? terminant ainsi sa conférence si suggestive et si documentée, à laquelle un nombreux auditoire n'a pas ménagé les applaudissements.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

REVUE GÉNÉRALE

DU ROLE DES HUMEURS
DANS LES
DÉFENSES DE L'ORGANISME CHEZ L'ENFANT

Par MM. F. MAILLET et C. GUEIT,
Chefs de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Montpellier.

I

Question vaste et complexe, l'étude des défenses de l'organisme chez l'enfant comporte de nombreuses inconnues que nous ne pourrons encore de longtemps résoudre par nos seules connaissances. Mais nous possédons sur certains points particuliers des notions assez précises qui, mieux approfondies, pourront éclairer d'un jour tout nouveau la pathogénie des processus morbides chez l'enfant et conduire ensuite à des conclusions pratiques pour la clinique et la thérapeutique.

Au point de vue absolu, l'enfant a à lutter contre les mêmes causes morbides que l'adulte, agents physiques, chimiques ou animés, et les moyens de protection dont il dispose à cet égard sont également les mêmes. Seulement les modes d'action des uns et de réaction des autres revêtent chez l'enfant des caractères distinctifs de ceux de l'adulte, tenant à ce fait que chez l'enfant les fonctions de son organisme n'ont point atteint leur complet développement, et que chez lui certains organes fonctionnent seuls au détriment des autres ou même indépendamment d'eux, tandis que certains ne fonctionnent encore pas.

Quoi qu'il en soit et quelque imparfaits que soient ses moyens de défense, l'enfant lutte contre toute cause morbide qui l'attaque. C'est de cette lutte que naît la pathologie infantile. Or, les causes susceptibles de compromettre la vitalité de l'enfant sont nombreuses et le menacent de toutes parts : c'est au niveau de la peau, au niveau des muqueuses, principalement au niveau de son tube digestif et de ses voies respiratoires qu'il rencontre les premières embûches.

Nous devons constater de suite la faiblesse des moyens de protection qu'a l'enfant au niveau de ces portes d'entrée.

Les défenses de seconde ligne, tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux, tissu lymphatique, sont d'une importance beaucoup plus grande, et leur rôle chez l'enfant est considérable, en raison précisément de l'infériorité des premières défenses.

Mais lorsque ces défenses de seconde ligne deviennent elles-mêmes impuissantes et que la généralisation est faite, interviennent alors les agents de la défense intérieure proprement dite : les *cellules* et les *humeurs*.

Le rôle de ces moyens ultimes de défense est obscur et complexe, souvent de telles actions nous échappent, pour ne point dire toujours, car les actes vitaux des cellules et des humeurs nous restent pour la plupart impénétrables.

Cependant lorsque, toutes barrières ayant été franchies, les agents pathogènes se sont répandus dans toute l'économie, la lutte n'est point terminée, un à un les éléments constitutifs du petit être s'acharnent à la défense de l'organisme tout entier, et les humeurs qui le baignent dans l'intimité de ses tissus, le sang, la lymphe, le plasma, ne restent point étrangères à cette lutte et constituent même en dernière analyse les meilleurs moyens de défense du milieu intérieur.

C'est en effet dans ces humeurs que l'on a étudié toute une série de moyens de défense vis-à-vis des microbes, des toxines, des poisons, auxquels on a donné le nom de défenses humorales. Que ces moyens de défense soient des propriétés innées ou élaborées au sein des humeurs mêmes, ou qu'ils soient les produits du travail des cellules, selon les conceptions différentes des auteurs, il n'en reste pas moins vrai que c'est dans les liquides humoraux qu'on décèle leur présence, et que c'est là qu'ils produisent leur action utile. C'est à cette phase qu'ils doivent être étudiés.

Il n'existe guère de travaux spécialement réservés à l'étude des défenses humorales chez l'enfant. Il reste donc encore beaucoup à rechercher dans cette voie, à côté des résultats qui y ont été déjà obtenus.

Les liquides humoraux, le sang, la lymphe, le liquide intertissulaire, les sérosités normales ou pathologiques possèdent, comme le montre M. le professeur Grasset, dans son *Traité de physio-pathologie clinique*, des propriétés de défense communes, « c'est-à-dire restant les mêmes, quel que soit l'étranger à combattre », et des propriétés spécifiques adaptées à telle ou telle maladie, mais pas à une autre.

II

Actions humorales communes. — Nous comprendrons sous ce titre, avec notre maître M. le professeur Grasset, les hypersécrétions glandulaires, la rétention aqueuse (œdèmes) et l'exsudation sérofibrineuse à propos desquelles nous envisagerons le rôle des sels, de l'alcalinité, de la fibrine; puis les concrétions calculeuses, la calcification des tissus, enfin le pouvoir leuco-activant et leuco-conservateur des humeurs.

Les hypersécrétions glandulaires jouent un rôle d'abord mécanique dans la défense par la chasse, l'entraînement des corps étrangers qu'elles déterminent, sans compter le pouvoir bactéricide plus ou moins développé qu'elles peuvent présenter, du moins certaines d'entre elles. Nous avons déjà indiqué ailleurs, en étudiant les défenses au niveau de la peau et des muqueuses, les caractères de ces défenses chez l'enfant (1). Nous savons aussi que chez le nouveau-né, et quelque temps après la naissance, les cellules glandulaires à mucus sont incomplètement développées, plus particulièrement chez certains sujets (prématurés, athrepsiques). En outre, la

(1) MAILLET et GUEIT. La peau dans les défenses de l'organisme chez l'enfant, *Gaz. méd. de Montpellier*, 25 sept. 1913, n° 46.

fragilité des muqueuses fait que ces cellules sont vite détruites chez le nourrisson qui se trouve ainsi privé d'un élément important de protection. Dans les gastro-entérites on observe fréquemment des troubles du côté de ces cellules, que l'on peut déceler en clinique grâce à la réaction au sublimé acétique de Triboulet. On peut ainsi trouver la diminution ou même l'absence de mucus dans les selles, ce qui indique un état particulièrement grave. De même, au niveau des voies respiratoires, des bronches, on peut noter chez l'enfant la rareté relative des cellules à mucus. Les sécrétions glandulaires proprement dites s'établissent à des moments un peu différents. Ainsi la sécrétion salivaire est imparfaite et pauvre pendant les premiers mois de la vie; la sécrétion biliaire est, au contraire, relativement plus abondante que chez l'adulte. D'ailleurs les phénomènes d'hypersécrétion paraissent se produire chez l'enfant avec une facilité et une énergie remarquables dues à l'intensité chez lui des phénomènes réflexes. Telles sont, par exemple, chez lui, la salivation liée à la dentition, la diarrhée si fréquente et les poussées de bronchite qui accompagnent si souvent l'évolution des premières dents, et qu'on observe aussi au cours de la plupart des états infectieux (Baumel).

Le phénomène de défense par rétention aqueuse, production d'œdèmes et d'exsudats, est comparable au précédent; mais il en est différent et « paraît lui être inférieur par ce fait que le précédent rejetait l'étranger hors de l'organisme, tandis que celui-ci le met en quelque sorte de côté » (1). C'est un phénomène aussi beaucoup plus complexe, au point de vue de son action bactéricide, et qui suppose l'intervention énergique de l'organisme (cellules connectives et leucocytes, cellules endothéliales, réflexes nerveux).

Ces actes de défense, pour les mêmes raisons que celles que nous avons invoquées pour les hypersécrétions glandulaires, sont très actifs et très intenses chez l'enfant. Chez ce dernier la production d'œdèmes est facile et fréquente, comme c'est un fait classique; œdèmes lymphatiques, œdèmes inflammatoires, œdèmes liés aux troubles de la nutrition, œdèmes digestifs, œdèmes nerveux, surviennent chez lui avec une rapidité remarquable, disparaissant souvent de même, sous l'influence d'une cause insignifiante parfois et difficile à déterminer d'une façon précise. Nous avons personnellement attiré l'attention à plusieurs reprises sur cette facilité de production d'œdèmes localisés chez l'enfant, et nous avons essayé de marquer à côté du rôle qui revient à la dystrophie du tissu cellulaire sous-cutané et aux troubles nutritifs, dans la pathogénie de ces œdèmes, le rôle de l'inflammation.

Grâce à cet état particulier du tissu cellulaire plus ou moins dévié de ses fonctions, des infections atténuées dans leur virulence et dues à des microbes saprophytes, comme le streptocoque, le staphylocoque, peuvent déterminer des œdèmes plus ou moins étendus, avec ou non passage à la suppuration (1).

(1) GRASSET. Loc. cit., t. II, p. 522.

On sait aussi, comme nous l'avons fait remarquer, que l'intensité de ces réactions dépasse parfois le but de défense et que la production de ces œdèmes peut faciliter la marche envahissante et la propagation des agents infectieux. C'est encore là un des inconvénients de cette vivacité réactionnelle propre à l'enfant.

Ces phénomènes humoraux de défense n'ont pas seulement une action mécanique, mais ils interviennent aussi par leur constitution chimique. Les sels que renferment le sérum ou les sérosités de l'organisme agissent à des titres divers dans la protection de l'économie. La rétention aqueuse dans les œdèmes et dans l'exsudation sérofibrineuse est accompagnée de rétention chlorurée. Les chlorures interviennent donc en favorisant les réactions de défense des tissus ou des cellules, comme le montre l'hypochlorurie pendant le cours des maladies aiguës, suivie de l'élimination massive des chlorures au moment de la crise.

Les sels, en particulier les chlorures, favorisent certaines actions bactéricides du sérum, entre autres l'agglutination. Il en est de même des sels de fer. Le sérum de l'enfant est plus riche que celui de l'adulte en chlorures; on sait aussi la provision de fer qui existe dans certains de ses organes.

Par contre, le sérum de l'enfant serait moins riche en potasse et en soude non combinées au chlore; d'où une diminution notable de son alcalinité (Jacob). Or, on sait le rôle que joue l'état alcalin des humeurs dans la défense de l'organisme et dans la constitution de l'état réfractaire (Charrin, Fodor). L'acidité des humeurs diminue la défense non point en favorisant le développement des agents microbiens, mais en diminuant la résistance de l'organisme vis-à-vis de ceux-ci.

A côté de la faible alcalinité des humeurs, il faut noter, d'après Fischl, la forte teneur du sérum en sucre chez l'enfant, ce qui constituerait encore vis-à-vis des infections un élément d'infériorité. La fibrine contenue dans les humeurs de l'organisme est un moyen de défense dont le rôle a été bien étudié par Gilbert et Fournier. Etudiant notamment son action locale, dans la pneumococcie pulmonaire, ils ont montré que, si elle n'est pas douée de pouvoir bactéricide, elle ne favorise pas du moins le développement des microbes. De plus elle joue un rôle mécanique d'englobement, d'emprisonnement de ces derniers dans les mailles du reticulum qu'elle forme. Elle les immobiliserait ainsi préparant l'action des leucocytes phagocytes et des autres éléments de défense.

Cette réaction locale est d'ailleurs généralement liée à une hyperfibrinose généralisée. Or, chez l'enfant de trois à dix ans, d'après Bergrünn, cité par Hutinel, le sang renfermerait une moyenne de 3gr60

(1) MAILLET et GUEIT. Un cas d'œdème infectieux du nourrisson, *Gaz. des hôpit.*, 25 juillet 1911. — MAILLET. Le tissu cellulaire sous-cutané dans la défense de l'organisme chez l'enfant, *Progrès méd.*, 1912, n° 7. — MAILLET. Œdème par infection chez l'enfant et le nourrisson, *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, juillet 1912.

de fibrine, avec un maximum de 4g20 à trois ans et un minimum de 3g90 à neuf ans. Chez l'adulte la moyenne est de 2 grammes à 2g50 p. 100. Les variations de la teneur en fibrine existeraient dans les mêmes conditions chez l'un comme chez l'autre.

Cette richesse en fibrine peut expliquer jusqu'à un certain point certains phénomènes, ou certaines réactions particulières à l'enfance, comme la rapidité de la formation du caillot dans les hémorragies. Nous avons insisté ailleurs sur le rôle que cette augmentation en fibrine pouvait jouer dans la défense au cours de la pneumonie contre laquelle l'enfant présente une résistance remarquable.

Nous avons déjà signalé aussi le rôle des concrétions calculeuses. Celles-ci peuvent constituer un élément de défense dans certains cas; il en est de même de la calcification des tissus, processus de guérison naturelle de certaines lésions et dont s'est inspirée la thérapeutique (1). Ce sont là des moyens de défense un peu particuliers et très complexes dans leur mécanisme, en réalité assez rare chez l'enfant. Nous avons étudié le rôle de la recalcification chez lui, selon la méthode de Ferrier, comparant ce traitement avec celui, plus commun, par les iodiques, nous avons essayé de préciser les indications spéciales de chacune de ces méthodes. En particulier, la recalcification nous paraît avoir une action plus générale que locale chez l'enfant et elle intervient, par les matériaux qu'elle fournit à la nutrition générale, favorisant ainsi la défense. Aussi la conseillons-nous plus volontiers chez les lymphatiques ou les scrofuleux amaigris. Chez les lymphatiques gras, la médication iodée nous paraît avoir une action plus directe sur les lésions ganglionnaires, par la stimulation qu'elle exerce sur les cellules lymphatiques. Les iodiques excitent la phagocytose en même temps que la leucocytose, aussi est-ce là qu'il faut chercher la prétendue action résolutive qu'on leur reconnaît. La calcification des tissus chez l'enfant est un fait des plus rares, sur lequel nous n'insisterons pas davantage.

Il faut enfin placer dans ces propriétés humorales de défense communes, le pouvoir *leuco-activant* des humeurs. Malheureusement il n'a que peu été étudié chez l'enfant.

III

Actions humorales spécifiques. — Par opposition avec celle que nous venons d'étudier, ces actions humorales de défense ne se manifestent que vis-à-vis d'un ennemi déterminé et uniquement vis-à-vis de celui-ci. On donne le nom d'*anticorps* aux substances ainsi développées dans l'organisme pour le défendre contre les *corps* étrangers ennemis qu'on désigne aussi sous le nom d'*antigènes*.

Il y a lieu de remarquer toutefois que l'un de ces anticorps existe à l'état normal dans les humeurs et est capable de détruire les corps étrangers, cellules, microbes qui y pénètrent : c'est l'*alexine* (Büchner) ou le *complément* (Ehrlich), *cytase* pour Metchnikoff qui en distingue deux variétés (macrocytase et microcytase correspondant aux deux espèces de phagocites qu'il décrit) : ces cytases ne sont pas spécifiques.

L'alexine, dosée dans le sérum de l'enfant de cinq à douze ans par Lesné et Gaudeau, se trouve en quantité moindre chez lui que chez l'adulte. Pour Détié et Saint-Girons elle est aussi notoirement inférieure chez l'enfant en bas âge.

L'alexine nécessite, pour agir sur les corps étrangers, cellules ou microbes, l'intervention d'autres anticorps, spécifiques, ceux-là, qui ne se développent que vis-à-vis de telle ou telle cellule, de tel ou tel microbe : ce sont les *sensibilisatrices*.

Le pouvoir bactéricide des humeurs comprend donc l'action simultanée de l'alexine et des sensibilisatrices. Ce pouvoir bactéricide ne se borne pas à une simple action de destruction, en un mot, à la bactériolyse, mais il doit être pris dans un sens plus général, comme le dit Paul Courmont, et comprendre tous les phénomènes qui s'opposent à la vitalité des microbes, à leur reproduction, à leur pouvoir pathogène.

Cette étude du pouvoir bactéricide des humeurs de l'enfant constitue un champ d'expériences très vaste, mais dans lequel on n'a pu glaner encore que quelques résultats partiels. C'est ainsi que pour Marmorek le sérum d'enfant se prêterait mieux à la culture du streptocoque; pour Bezançon et Griffon, le sérum des sujets jeunes serait un milieu dans lequel le pneumocoque se développerait très rapidement et se multiplierait de façon intense; mais aussi il ne pourrait s'y conserver longtemps.

D'autre part l'expérimentation montre la prédisposition des jeunes sujets à certaines injections microbiennes, notamment la staphylococcie, la streptococcie (Rodet, Jaboulay, J. Courmont). Le charbon atténué ne serait virulent que pour les seuls jeunes animaux (Pasteur, Strauss).

La clinique montre aussi dans certains cas cette prédisposition, mais avec des variantes considérables suivant les maladies. Ainsi la fièvre typhoïde, la pneumonie paraissent moins graves chez l'enfant que chez l'adulte. L'un de nous a, dans le laboratoire de M. le professeur Lagriffoul, étudié le pouvoir bactéricide global du sérum de l'enfant comparé à celui de l'adulte. Vis-à-vis du bacille d'Eberth, nous n'avons pas constaté de différences, avec un pouvoir bactéricide très marqué pour de faibles quantités de bacilles. Vis-à-vis du staphylocoque, nous avons trouvé un pouvoir bactéricide très faible pour le sérum de l'adulte et de l'enfant, mais avec une infériorité très accusée chez ce dernier dans certains cas.

En réalité ce ne sont là que des résultats partiels, sur lesquels on ne saurait conclure d'une façon absolue. L'étude de ces propriétés du sérum de l'enfant est très longue et offre de grandes difficultés de technique pour recueillir des doses trop souvent insuffisantes de sérum. De plus, dans l'interprétation des résultats il y a lieu de tenir compte de nombreux facteurs de variation, tels que l'âge de l'enfant, l'état individuel dans lequel interviennent l'hérédité, les états pathologiques antérieurs, l'état actuel, comme

(1) Voyez SERGENT. La cure de recalcification (méthode de Ferrier), *Consultations médicales françaises*, 1912, n° 47.

la croissance, enfin le microbe et sa virulence. Etant donnée la difficulté qu'il y a à préciser l'influence de chacun de ces facteurs, on comprend qu'on ait de la peine à conclure à l'infériorité absolue du pouvoir bactéricide chez l'enfant. Dans un cas donné, ce pouvoir bactéricide sera inférieur chez tel enfant, dans telles conditions pathologiques, vis-à-vis de tel microbe, et sera égal ou même supérieur à celui de l'adulte dans d'autres cas ou chez d'autres enfants ayant même maladie. Cependant on peut dire que, dans certaines infections, le pouvoir bactéricide des humeurs est, chez l'enfant, sensiblement inférieur à ce qu'il est chez l'adulte.

Ce que nous venons de dire du pouvoir bactéricide peut s'appliquer aux divers anticorps qui le réalisent.

Les sensibilisatrices ont été peu étudiées chez l'enfant. Rien cependant ne s'oppose à leur développement et la réaction de fixation du complément de Bordet les met en évidence. En particulier, Bordet et Gengou ont démontré l'existence d'une sensibilisatrice très nette dans la coqueluche.

Le pouvoir hémolytique du sérum est une des propriétés qui ont été le plus étudiées et son étude a servi notamment au dosage de l'alexine. Lesné et Gaudeau étudiant ce pouvoir hémolytique vis-à-vis des hématies du lapin, selon la méthode de Pagniez, ont montré qu'il était notablement inférieur à celui de l'adulte. Tandis que chez ce dernier Pagniez obtient une hémolyse très forte avec III gouttes de sérum, totale avec IV gouttes, Lesné et Gaudeau ne notent qu'un début d'hémolyse avec III gouttes et l'hémolyse complète nécessite VIII à XII gouttes.

Ce sont là des résultats intéressants, mais qui n'en sont pas moins particuliers. Nous avons étudié le pouvoir hémolytique du sérum d'adultes et du sérum d'enfants, vis-à-vis des globules rouges du mouton, par la méthode de Pagniez et aussi par un procédé analogue à celui usité pour la réaction de Wassermann (mélange de sérum d'enfant, de globules rouges de mouton, de sérum hémolytique dosé). Nous n'avons pas trouvé de différence bien marquée entre le pouvoir hémolytique des sérums d'adultes et d'enfants vis-à-vis des hématies du mouton. En tout cas le pouvoir hémolytique du sérum d'enfant n'était point supérieur.

Détré et Saint-Girons ont noté que le pouvoir hémolytique du sérum des jeunes enfants est d'autant plus faible que ceux-ci sont plus jeunes. Ces faits demandent confirmation.

Les *agglutinines*, qui constituent un pouvoir de défense considérable et aussi qui peuvent servir à l'élaboration du diagnostic et du pronostic, donnent lieu aussi à des divergences analogues dans les résultats obtenus par les auteurs.

Au point de vue expérimental, Arloing a montré que, chez les jeunes veaux, il n'y a pas de pouvoir agglutinant naturel vis-à-vis du bacille de Koch, tandis qu'il existe chez les bovidés adultes. Paul Courmont et Arloing, Descos et Romberg ont montré que le sang des nouveau-nés n'agglutine jamais le bacille de Koch. « Le sang de l'enfant l'agglutine très peu, même s'il est tuberculeux ; ce n'est que vers l'adolescence que cette propriété s'affirme franchement. » Et Paul Courmont ajoute : « Il est probable que la plupart des autres affections humorales suivent la même marche. »

Cependant Schkarin a trouvé, chez des scrofuleux âgés de six mois à cinq ans, 25 p. 100 d'enfants ayant un sérum agglutinant le bacille tuberculeux.

Pour la réaction de Widal, les résultats sont aussi divergents. Pour Marfan et Rosenthal elle apparaîtrait plus tardivement, tandis que Haushalter, Pfaundler, Clerc, Masbrenier la notent aussi précoce que chez l'adulte.

Pour Kasel, l'intensité du pouvoir agglutinant serait plus faible avant huit ans : 1 p. 100 au lieu de 1 p. 350 ; mais Nobécourt et Bertherand trouvent 1 p. 350 et 1 p. 200 chez des nourrissons, sans qu'il y ait à faire intervenir le passage des agglutinines par le lait maternel. Enfin pour la majorité des auteurs la persistance de l'agglutination serait de moins longue durée chez l'enfant que chez l'adulte.

Dans la fièvre de Malte, l'agglutination n'a pas semblé présenter de grandes différences avec ce qu'elle est chez l'adulte ; mais on sait qu'il y a quelques réserves à faire à ce sujet, étant donné le taux de l'agglutination très élevé que l'on exige aujourd'hui pour un diagnostic positif.

Les *précipitines* n'ont pas été étudiées de façon spéciale chez l'enfant et rien de saillant n'a été enregistré par les auteurs à leur sujet.

Les *antitoxines* aussi n'ont été étudiées chez l'enfant qu'à propos de l'immunité naturelle et de la transmission de l'immunité par hérédité. C'est là une grosse question de pathologie générale qu'il ne nous appartient pas d'aborder ici.

L'immunité naturelle est transmise aux descendants comme les autres caractères de race ou d'espèce. Ainsi le sérum des adultes possède un pouvoir antidiphtérique même s'ils n'ont pas eu la maladie (Wassermann) ; de même si l'on inocule aux cobayes du sérum d'enfants nouveau-nés, on peut prévenir l'action de doses très fortes de toxines diphtériques.

Les antitoxines passent donc à travers le placenta ; elles passent aussi dans le lait et pourraient donner aux nouveau-nés une certaine immunité, cependant temporaire. C'est à cette immunité passagère qu'il faudrait peut-être attribuer la résistance du nouveau-né et du nourrisson à certaines maladies infectieuses, comme les fièvres éruptives, très fréquentes cependant chez l'enfant plus grand.

Récemment, au Ve Congrès de pédiatrie de Groningue [18-19 juillet 1913 (1)], Hutinel et Hallé ont insisté sur l'immunité ou tout au moins la résistance plus marquée des nouveau-nés *nourris au sein maternel* contre les fièvres éruptives et la rougeole en particulier. Pour eux cette résistance, d'ailleurs toute transitoire et qui disparaît après l'allaitement, tiendrait à une immunité naturelle transmise avec le lait au nourrisson.

En réalité, comme le dit Paul Courmont, « il est fort probable que ce passage est inconstant et dépend

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1913, n° 85, p. 1383.

de la race, de l'animal, de l'état et des altérations du placenta, etc. ». C'est ce qui expliquerait les nombreuses exceptions que l'on peut observer à cette règle de l'immunité temporaire.

Quant à l'immunité acquise et à la formation d'antitoxines dans les humeurs de l'enfant par infection ou intoxication spontanée ou provoquée, il y a lieu de remarquer à ce point de vue que l'enfant constitue un terrain neuf dans lequel ni l'accoutumance ni les infections antérieures ou les vaccinations n'ont provoqué encore cet état relatif d'immunité que l'adulte a acquis peu à peu.

Aussi les réactions vis-à-vis des toxines sont-elles plus marquées comme l'étaient celles vis-à-vis des microbes.

Si l'on admet l'origine cellulaire des antitoxines et avec Metchnikoff leur origine leucocytaire, on voit ainsi s'établir les rapports entre cette formation des antitoxines et les fonctions des leucocytes non encore éduqués, non adaptés à la lutte. Quoi qu'il en soit, il y a là un défaut de résistance qui rend l'organisme de l'enfant plus vulnérable et plus exposé aux infections et aux intoxications. Vulnérabilité variable d'ailleurs suivant les sujets.

« Les *opsonines* sont des substances solubles contenues dans les sérums normaux et les immunsérums, intermédiaires aux phagocytes et aux microbes, et qui interviennent dans l'acte de la phagocytose pour l'exagérer et la rendre plus efficace. » Il convient donc de les étudier avec les défenses humorales spécifiques, car elles sont différentes et n'agissent en augmentant le pouvoir phagocytaire que vis-à-vis d'un microbe donné ; c'est ce qui les distingue du pouvoir leuco-activant des humeurs.

Elles n'ont guère été étudiées chez l'enfant que par Milhit, dans la fièvre typhoïde. Les réactions opsoniques y sont moins considérables, les oscillations des valeurs de l'indice moins importantes, moins constantes que celles de l'adulte. Quelles en seraient les raisons ? Pour cet auteur, l'enfant, pour se défendre, ferait appel à des organes neufs dont les actions antitoxiques sont plus vives que celles de l'adulte ; il suffirait donc à cet organisme, pour résister, d'un minimum de substances intermédiaires entre le leucocyte et le bacille.

De plus, si l'on admet que les opsonines ont une origine leucocytaire, ou même si certains organes hématopoïétiques, comme le veut Milhit, le foie, le corps thyroïde interviennent dans leur production, celle-ci est fatalement variable suivant les sujets et chez un même sujet suivant son état actuel. Les mêmes questions d'accoutumance, d'adaptation, d'immunisation interviennent donc ici et, comme pour les autres propriétés de défense humorale, il semble que les conditions de leur apparition soient inférieures chez l'enfant à ce qu'elles sont chez l'adulte.

C'est donc, comme pour toutes les actions spécifiques de défense humorale, une certaine infériorité que l'on observe chez l'enfant.

Comme chez l'adulte les défenses humorales s'exercent chez l'enfant, mais revêtent des caractères particuliers, pour la plupart doués de moins d'activité que chez l'adulte, du fait de l'insuffisance de développement des éléments qui les constituent.

Il n'en reste pas moins que chez l'enfant comme chez l'adulte le rôle de ces défenses humorales mérite d'être bien connu afin de pouvoir juger avec précision les réactions cliniques observées et de pouvoir les utiliser en thérapeutique en leur empêchant de dépasser le but ou leur facilitant les moyens de l'atteindre. A ce prix seul est la guérison.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 15 DÉCEMBRE 1913)

L'Académie a tenu sa séance annuelle sous la présidence de M. le professeur Félix Guyon.

Dans son allocution M. GUYON a rappelé le souvenir des disparus : Léon Teisserenc de Bort, Louis Cailletet, Alfred Picard et Just Lucas-Championnière, membres titulaires; Georges Darwin (de Cambridge), Paul Gordan (d'Erlangen), Louis Henry (de Louvain), Dwelshauvers-Dery (de Liége), lord Avebury (sir John Lubbock) [de Londres], membres correspondants étrangers.

M. LE SECRÉTAIRE a proclamé ensuite les prix pour 1913.

PRIX DÉCERNÉS

Médecine et chirurgie. — PRIX MONTYON. — Trois prix, de 2500 francs chacun, sont décernés à : Mme Lina Negri-Luzzani, pour ses « Etudes sur les corpuscules qu'elle a découverts (avec feu son mari) dans le système nerveux des animaux enragés »; M. L. Ambard, pour son « Mémoire sur la sécrétion rénale »; MM. A. Raillet, G. Moussu et A. Henry, pour leurs « Recherches sur l'étiologie, la prophylaxie et le traitement de la distomatose des ruminants ».

Trois mentions de 1500 francs chacune sont accordées à : M. Marquis : « Le sublimé en chirurgie »; M. Lagrange : « Traitement du glaucome chronique »; MM. Fernand Bezançon et S.-I. de Jong : « Traité de l'examen des crachats ».

Citations : M. Henri Paillard : « Travaux sur la pleurésie »; M. Paul Hallopeau : « La désarticulation temporaire dans le traitement des tuberculoses du pied »; MM. A. Sartory et Marc Langlais : « Pousières et microbes de l'air ».

PRIX BARBIER (2000 francs). — Le prix est partagé entre : MM. Jules et André Boeckel : « Les fractures du rachis cervical sans symptômes médullaires »; MM. de Beurmann et Gougerot : « Les sporotrichoses ».

PRIX BRÉANT (100000 francs). — Le prix n'est pas décerné. — Trois prix de 2000 francs sont accordés à MM. C. Levaditi, pour ses travaux sur « la poliomyélite aiguë épidémique et le pemphigus infectieux aigu »; A. Netter et R. Debré : « La méningite cérébrospinale »; V. Babès : « Traité de la rage ».

PRIX GODARD (1000 francs). — M. J. Tanton : « Urétroplastie par transplantation veineuse et par greffe muqueuse ».

PRIX DU BARON LARREY (750 francs). — M. Dejouany : « Le personnel civil de la cartoucherie militaire de Vincennes ».

Mention : M. Job : « La dysenterie bacillaire dans l'armée ».

PRIX BELLION (1400 francs). — MM. Albert Frouin et Pierre Gérard : « Etudes expérimentales ».

PRIX MÈGE (10000 francs). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX ARGUT (1200 francs). — MM. Claudius Regaud et Robert Crémieu : « Etude des effets des rayons X sur le thymus et relative au traitement de l'hypertrophie du thymus par la rœntgenthérapie ».

Physiologie. — PRIX MONTYON (750 francs). — M. Michel Cohendy : « Expériences sur la vie sans microbes ».

PRIX PHILIPPEAUX (900 francs). — M. Louis Lapicque, pour ses travaux sur « l'Excitation électrique des nerfs ».

Mention honorable : M. Samson Levin : « Recherches expérimentales sur l'involution du thymus ».

Prix Lallemand (1800 francs). — Le prix n'est pas décerné.

Mention très honorable : M. A. Barré : « Les ostéoarthropathies du tabes. Etude critique et conception nouvelle ».

Prix Pourat (1000 francs). — MM. Th. Nogier et Cl. Regaud : « Action comparée sur les tissus vivants des rayons X bruts et des rayons X filtrés ».

Statistique. — Prix Montyon. — Une mention de 500 francs est accordée à M. le médecin-major Thollon : « Essai statistique sur la morbidité atmosphérique ».

Prix généraux. — Médailles Berthelot : MM. Léger, Ernest Fourneau, Desgrez et Balthazard.

Prix Lannelongue. — Mmes Cusco et Ruck.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1915 & 1916 (1)

Prix annuels.

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Prix Montyon (2500 francs, mentions de 1500). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes les plus utiles relatives à *l'art de guérir*.

Prix Barbier (2000 francs). — A l'auteur d'une découverte précieuse dans les *Sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique*, et dans la *Botanique ayant rapport à l'art de guérir*.

Prix Bréant (100000 francs). — « A celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. » (A défaut du choléra le prix s'applique à toute autre maladie épidémique et aux dartres.)

Prix Godard (1000 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Prix Larrey (750 francs). — Au médecin ou chirurgien des armées de terre ou de mer, auteur du meilleur ouvrage présenté à l'Académie et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire.

Prix Bellion (1400 francs). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes « surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine ».

Prix Mège (10000 francs). — Le docteur J.-B. Mège a légué à l'Académie « 10000 francs à donner en prix à l'auteur qui aura continué et complété son « Essai » sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours ».

PHYSIOLOGIE

Prix Montyon (750 francs). — A un ouvrage de physiologie expérimentale, manuscrit ou imprimé.

Prix Philippeaux (900 francs). — Physiologie expérimentale.

Prix Lallemand (1800 francs). — Destiné à « récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots ».

Prix Pourat (1000 francs). — Sujet pour 1915 : *Des rapports du sucre combiné du sang avec les matières albuminoïdes.*

Prix Lacaze (10000 francs, partage interdit). — A l'auteur français ou étranger du meilleur travail sur la physiologie.

Prix proposés pour 1915.

Prix Argut (1200 francs, biennal). — Destiné à récompenser *le savant qui aura fait une découverte guérissant une maladie ne pouvant, jusqu'alors, être traitée que par la chirurgie et agrandissant ainsi le domaine de la médecine.*

Prix Chaussier (10000 francs.) — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique, qui aura paru dans les quatre années qui auront précédé le jugement de l'Académie.

Prix Dusgate (2500 francs). — Au meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Prix proposés pour 1916.

Prix Parkin (3400 francs). — Destiné à récompenser cette année les recherches sur les effets curatifs du carbone sous ses diverses formes, dans le choléra, la fièvre et les autres maladies.

Prix Martin-Damourette (1400 francs). — Décerné à l'auteur d'un ouvrage de *physiologie thérapeutique.*

Prix généraux (annuels).

Prix Trémont (1100 francs). — Destiné à aider dans ses travaux tout savant, ingénieur, artiste ou mécanicien, auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France.

Prix Lannelongue (2000 francs). — Donné au choix de l'Académie et sur la proposition de la Commission administrative à une ou deux personnes au plus, dans l'infortune, appartenant elles-mêmes, ou par leur mariage, ou par leurs père et mère au monde scientifique, et de préférence au milieu scientifique médical.

Prix Saintour (3000 francs). — Décerné dans l'intérêt des sciences.

Prix Longchampt (4000 francs). — A l'auteur du meilleur mémoire *sur les maladies de l'homme, des animaux et des plantes, au point de vue plus spécial de l'introduction des substances minérales en excès comme cause de ces maladies.*

Conditions communes à tous les concours.

Les pièces manuscrites ou imprimées destinées aux différents concours doivent être adressées au secrétariat de l'Institut avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel elles sont présentées.

L'anonymat qui était obligatoire pour certains concours est devenu maintenant *facultatif.*

Les ouvrages imprimés doivent être en double exemplaire.

Une analyse succincte doit indiquer la partie du travail où se trouve exprimée la découverte sur laquelle est attirée l'attention de l'Académie.

Les ouvrages et manuscrits ne sont pas rendus, les auteurs ont la liberté d'en faire prendre copie au secrétariat.

Nul ouvrage ne peut être présenté la même année à deux concours de l'Institut.

La clôture de tous les concours a lieu le 31 décembre de l'année qui précède celle où le concours doit être jugé.

Nul n'est autorisé à prendre le titre de lauréat de l'Académie s'il n'a été jugé digne de recevoir un prix. Les personnes qui ont obtenu des récompenses, des encouragements ou des mentions n'ont pas droit à ce titre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 23 décembre 1913)

M. le secrétaire perpétuel donne lecture du discours qu'a prononcé Piot bey sur la tombe de Zambaco pacha, membre correspondant de l'Académie.

M. Achard lit l'éloge d'Empis qu'il a prononcé au nom de l'Académie.

Elections. — L'Académie procède à l'élection du vice-président pour l'année 1914. M. Duguet a été élu à l'unanimité des suffrages exprimés.

Nous ne pouvons qu'applaudir au choix de l'Académie, notre excellent maître, M. Duguet, étant l'un de ses membres les plus aimés et estimés.

M. Blanchard a été réélu par acclamation secrétaire annuel.

MM. Monod et Troisier sont nommés membres du conseil.

La séance est levée en signe de deuil, M. Empis ayant été président.

---

(1) Les concours de 1914 étant clos le 31 décembre 1913, la liste des prix proposés pour 1914 n'a pas été rappelée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1913)

Rachitisme expérimental par thyroïdectomie des procréateurs. — MM. H. CLAUDE et J. ROUILLARD ont cherché à provoquer, chez des lapins, avant l'accouplement, un état de dysfonction glandulaire pour étudier ensuite les tares dystrophiques que pouvaient présenter les descendants. Ils rapportent leurs observations sur des petits issus de parents éthyroïdés et insistent surtout sur les lésions osseuses de nature rachitique. Voici un exemple. Une lapine éthyroïdée après une gestation normale mit bas 8 petits parfaitement constitués qu'elle allaita dans des conditions normales. Quatre moururent entre la troisième et la quatrième semaine sans présenter de déformations squelettiques apparentes ; des quatre survivants, un seul arriva à l'état adulte et parut normal, les trois autres cessèrent de grandir à partir de la sixième semaine et moururent entre deux et trois mois. Ils présentaient de la faiblesse des membres et même une impotence musculaire très prononcée. L'autopsie de ces trois animaux montra, en dehors d'un développement squelettique insuffisant, des déformations thoraciques accentuées caractérisées par l'aplatissement de la paroi antérieure, des incurvations sternales et une scoliose assez forte, des nodosités fusiformes ou irrégulières au niveau des articulations costo-vertébrales et chondro-costales (chapelet costal), une augmentation de volume, des épiphyses radiales, cubitales et tibiales avec allongement très marqué du cartilage de conjugaison, accroissement de la couche chondroïde et vascularisation excessive, enfin, une médullisation très intense des os courts et plats. Chez tous le bassin était extrêmement rétréci et l'on nota des malformations dentaires. Le microscope a révélé l'existence d'altérations semblables à celles du rachitisme humain. Sur certains os on notait de plus, à côté des lésions rachitiques, des lésions d'ostéite condensante avec hyperplasie osseuse. On sait que, en pathologie humaine, hypotrophie et rachitisme sont souvent combinés en proportion variable. De semblables dystrophies relèvent donc d'une insuffisance thyroïdienne des parents. Cette pathogénie du rachitisme n'est pas exclusive et il est permis d'envisager, à l'origine des dystrophies osseuses, d'autres mécanismes, tels que les intoxications et infections générales survenues pendant l'enfance.

Les anomalies de la réaction de Donath et Landsteiner. — MM. WIDAL, P. ABRAMI et Et. BRISSAUD montrent que les échecs de la réaction de Donath et Landsteiner chez les hémoglobinuriques tiennent, soit à une adhésion trop forte de l'antihémolysine et du complément, que le froid ne parvient pas à séparer dans le délai classique d'une demi-heure, soit à une reconstitution trop rapide, sur les hématies, du complexe antihémolysine-hémolysine. Dans ce dernier cas, la réaction devient positive lorsqu'on réduit plus ou moins la durée de l'exposition du mélange sérum-hématies au froid. L'épreuve de Donath et Landsteiner doit être constante dans l'hémoglobinurie a frigore ; les résultats apparemment négatifs tiennent à ce qu'on ne fait pas varier suffisamment les conditions de l'expérience.

Action péristaltogène intense des selles diarrhéiques et notamment des selles typhiques. — M. Paul CARNOT a étudié, par la méthode de la perfusion intestinale, qu'il a précédemment décrite avec Glénard, l'action exercée par le contenu intestinal et, notamment, par les selles diarrhéiques sur le péristaltisme d'une anse intestinale isolée et en survie. Il a vu que, si l'extrait aqueux de selles normales a déjà, à un degré très modéré, pareille action péristaltogène, celle-ci se manifeste avec une beaucoup plus grande intensité lorsqu'il s'agit de selles de purgation, de selles diarrhéiques (diarrhée des nourrissons, gastro-entérites aiguës, etc.) et principalement de selles typhiques. L'addition de 1/4 de goutte de selle diarrhéique de typhique provoque des mouvements intestinaux très intenses avec contractions énergiques en bagues, avec segmentation, avec cheminement rapide de contenu, etc. La substance active semble thermostabile. Cette substance péristaltogène, probablement d'origine intestinale, qui se trouve dans les selles diarrhéiques toxiques ou infectieuses, a vraisemblablement un rôle en provoquant leur élimination rapide.

Polyurie expérimentale par lésions de la base du cerveau. La polyurie dite hypophysaire. — MM. J. CAMUS et G. ROUSSY ont apporté, dans une récente communication, les résultats de leurs recherches relatives à l'influence de l'hypophysectomie expérimentale sur la polyurie. Dans ce précédent travail, sans aborder l'étude du mécanisme de cette polyurie, ils ont seulement laissé entrevoir le rôle joué par les lésions de la région interpédonculaire du cerveau, déterminé par l'hypophysectomie.

Aujourd'hui, ils apportent des faits nouveaux qui leur permettent de préciser cette manière de voir.

Afin de connaître la part qui dans la polyurie revient à l'hypophyse et celle qui appartient aux lésions de voisinage, les auteurs ont déterminé sur des chiens des lésions de la base du cerveau au moyen d'une épingle portée au rouge, et ceci sans enlever l'hypophyse. Chez d'autres animaux, ils ont, dans une première opération, enlevé l'hypophyse ; puis, deux ou trois semaines plus tard, lésé la base du cerveau ; chez d'autres, enfin, ils se sont efforcés d'enlever l'hypophyse de façon complète sans blesser les parties voisines.

En outre, pour se mettre à l'abri de toutes causes d'erreur et s'assurer que la chloralose n'était pour rien dans la production de la polyurie, les auteurs ont varié le mode d'anesthésie (chloralose ou éther) ou encore pratiqué chez deux chiens le simulacre complet de l'opération, sans toucher ni à l'hypophyse ni à la base du cerveau. Ces expériences de contrôle ont montré que le mode d'anesthésie ne modifiait en rien les résultats.

Il résulte des recherches de MM. J. Camus et G. Roussy que la polyurie dite hypophysaire semble due beaucoup plus, et peut-être uniquement, à la lésion de la région interpédonculaire de la base du cerveau.

Les lésions de cette région donnent, en effet, une polyurie plus considérable et plus durable que celle qui suit l'ablation de l'hypophyse.

Notons, enfin, que dans un cas la polyurie fut non seulement considérable (5 litres pour un chien de 13 kilos), mais dura plusieurs semaines, réalisant ainsi le véritable diabète nerveux insipide. De plus, chez deux chiens, apparurent des troubles trophiques génitaux.

La même lésion, ou la lésion de deux régions très voisines l'une de l'autre, réalise donc, comme en clinique humaine, deux symptômes souvent associés : l'atrophie génitale et la polyurie.

A propos de l'épidémie de Cholet. — MM. OLLIVE et COLLIGNON. Le germe, examiné par les méthodes habituelles, se montre comme une variété de bacille de Friedländer.

Formation des hémolysines dans le sang des animaux préparés. — MM. ARLO et CERTAIN. Les hémolysines apparaissent dans le sérum dès le lendemain de l'injection d'hématies ; deux injections d'hématies, faites à huit jours d'intervalle, sont suffisantes pour donner au sérum son pouvoir hémolytique le plus élevé ; une nouvelle injection d'hématies amène une baisse du pouvoir hémolytique, suivie, après deux à quatre jours d'une ascension rapide.

Syndrome des fibres radiculaires longues des cordons postérieurs. — M. DEJERINE. Dans les scléroses combinées subaiguës, on observe des troubles sensitifs différents de la dissociation dite tabétique, qui consiste, comme on sait, en

une altération marquée de la sensibilité tactile avec intégrité complète des sensibilités thermique et douloureuse, et caractérisés par l'intégrité des sensibilités superficielles, tandis que les sensibilités profondes (sens des attitudes, sensibilité osseuse, sensibilité à la pression profonde), et le sens stéréognostique sont très altérés ou abolis. Ces différences sont dues à ce que, dans le tabes, la sclérose des cordons postérieurs est d'origine radiculaire, tandis que, dans la sclérose combinée à marche subaiguë, la partie externe du faisceau de Burdach, lieu d'entrée, dans la moelle, des fibres courtes et moyennes des racines postérieures, conductrices des sensibilités tactile, douloureuse et thermique, est respectée, les lésions étant localisées aux seules fibres longues des cordons postérieurs : cordon de Goll et partie adjacente du cordon de Burdach, fibres par lesquelles passent les différents modes de la sensibilité profonde et le sens stéréognostique.

Autres communications :

Quelques remarques au sujet de la réaction de la murexide. — M. L. de Coninck.

Action de quelques fixateurs des cellules nerveuses sur la composition chimique du tissu. — MM. Mawas, Mayer et Schaeffer.

Traitement de la paralysie générale par injection de sérum salvarsanisé sous la dure-mère cérébrale. — MM. Levaditi, Marie et de Martel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 24 décembre 1913)

Fractures du col du fémur. — M. Kirmisson apporte au débat pendant sur ce sujet une nouvelle observation qu'il vient de recueillir avec MM. Mordret et Delagenière (du Mans). Il s'agit d'une jeune fille de douze ans, adipeuse, qui, dans le mois de juillet 1912, ressentit des douleurs au genou et à la hanche du côté gauche avec une légère claudication. Le repos et le massage amenèrent une certaine amélioration, mais le membre restait faible. Le 29 septembre de la même année, cette jeune fille fit une chute sur le parquet. A partir de ce moment, elle ne peut plus marcher. M. Kirmisson la vit alors avec MM. Mordret et Delagenière. Cette jeune fille présentait l'attitude caractéristique de la coxa vara. La radiographie décelait un décollement épiphysaire. M. Kirmisson, aidé de ses deux collègues, put obtenir la réduction sous anesthésie. On immobilisa ensuite le membre dans un appareil plâtré. Après deux mois et demi le résultat était parfait. Cette observation est intéressante en ce sens qu'elle montre un décollement épiphysaire se produisant sous l'influence d'un traumatisme dans un membre préparé par une lésion antérieure.

M. Hartmann apporte l'observation suivante. Un garçon de quinze ans fait, le 10 novembre dernier, une chute sur les fesses. Il continue à marcher, puis est pris de douleurs, arrive à l'hôpital en boitant et avec le membre inférieur droit en rotation externe. La pression sur le grand trochanter est douloureuse. La radiographie montra un décollement épiphysaire manifeste de l'extrémité supérieure du fémur. Cependant la marche était restée possible. Ce cas vient confirmer l'opinion émise par M. Kirmisson. Ce malade avait, antérieurement à sa chute, présenté quelques douleurs et s'était mis, à plusieurs reprises, à boiter. Il y a donc lieu de supposer qu'il existait déjà une lésion locale quand le traumatisme a déterminé le décollement épiphysaire.

M. Auvray dont l'observation a été le point de départ de cette discussion en fait ressortir l'intérêt pratique. Revenant sur son observation, il rappelle que MM. Broca et Delbet n'y ont pas vu de fracture, mais des lésions d'arthrite sèche et, en raison de l'asymétrie du bassin, une luxation congénitale de la hanche. Pour des raisons qu'explique M. Auvray, examen des antécédents, violence du traumatisme, etc., M. Auvray persiste à penser qu'il s'agit bien, dans ce cas, d'une fracture intracapsulaire et d'arthrite consécutive. Il reconnaît que l'interprétation des radiographies est parfois difficile, mais s'en rapportant surtout à l'examen clinique il n'y trouve aucun signe de luxation congénitale de la hanche.

Reste à expliquer la conservation fonctionnelle du membre, puisque cette jeune fille a marché après son traumatisme. M. Auvray, se reportant aux faits cités par M. Kirmisson et à la littérature française et étrangère qui contient un assez grand nombre de cas analogues, ne croit pas que cette conservation fonctionnelle du membre soit une raison absolue de rejeter le diagnostic de fracture. Il cite plusieurs auteurs qui ont publié des faits analogues. Il cite également l'observation d'une femme de soixante-douze ans qui, après une fracture du col du fémur, pouvait élever son pied au-dessus du lit.

Pneumothorax artificiel. — M. Thiéry revient sur ce sujet. Il insiste sur la bénignité du pneumothorax traumatique et sur l'inutilité des appareils appelés à le corriger.

La théorie physiologique est que, la pression de l'air extérieur étant de beaucoup supérieure à la pression intrapulmonaire, le poumon se rétracte, est refoulé, ou qu'il n'y a plus d'hématose possible. D'expériences qu'il a faites sur des grenouilles et des lapins, des faits observés dans la pratique, M. Thiéry conclut qu'il n'en est pas ainsi, que les deux pressions peuvent se combattre et se balancer et que, parfois même, le poumon se défendant on le voit faire hernie à travers la plèvre. En résumé quand le pneumothorax est unilatéral et qu'il n'y a pas d'anesthésie, le pneumothorax ne suffit pas pour empêcher l'air de continuer à pénétrer dans le poumon.

M. Walther discute les assertions de M. Thiéry et pense que, dans certains cas, les appareils peuvent avoir leur utilité.

M. Souligoux, dans un cas de pneumothorax produit au moment de la recherche d'un abcès froid, a donné issue à du pus provenant de la plèvre, et la pleurésie s'est trouvée guérie de ce fait. Non seulement le pneumothorax traumatique n'offre pas de danger, mais il peut permettre aussi la guérison d'épanchements pleuraux.

M. Faure résume cette discussion qu'il a soulevée en faisant observer que tous les orateurs se sont trouvés d'accord sur la bénignité du pneumothorax traumatique. Toutefois, quand il s'agit d'une opération prolongée, il faut tout d'abord interrompre l'anesthésie, et il peut être utile alors de recourir aux appareils dont il a été question au cours de cette discussion.

Tumeur de la glande surrénale — M. Michon fait un rapport sur une observation de M. Vennin (du Val-de-Grâce). Il s'agit d'un homme de soixante-deux ans qui fut pris de douleurs vives dans le flanc gauche en même temps qu'apparaissait une tumeur qu'on pouvait localiser dans la région rénale. L'examen de l'urine donnait 23 grammes d'urée au litre. Il y avait un ganglion sus-claviculaire. M. Vennin fit une incision antérieure allant des fausses côtes à l'arcade crurale. Il trouva une tumeur surrénale dont l'ablation fut assez difficile et dut être faite par morcellement. Cette tumeur était blanchâtre, globuleuse, à noyaux multiples. Elle était dans la capsule surrénale, mais fusionnée avec le tissu même du rein. Le malade succomba peu de temps après à la généralisation cancéreuse.

Le diagnostic de tumeur de la capsule surrénale avait été fait avant l'opération. Il n'a pas été fait de cathétérisme uretéral. L'examen histologique de la pièce indiqua un adénome graisseux. Mais l'évolution montra bien qu'il s'agissait d'une tumeur de mauvaise nature. M. Michon insiste sur la forte proportion d'urée que contenaient les urines, 23 grammes par litre. On sait l'importance qu'ont attaché beaucoup d'au-

teurs à cette exagération d'urée chez les malades atteints de cancer.

Malformation de l'articulation coxo-fémorale. — M. JACOB présente une observation très intéressante que nous regrettons de n'avoir pu entendre suffisamment par le fait du bruit des conversations.

Il s'agit d'une jeune fille de douze ans présentant tous les signes d'un début de coxalgie, diagnostic porté par M. Jacob et confirmé par M. Kirmisson. Traitement par l'immobilisation. Plusieurs mois après, la malade allant beaucoup mieux, la radiographie montre une disparition presque complète de l'articulation coxo-fémorale. De quoi s'agit-il ? Il est impossible de le savoir au juste. M. Jacob pense qu'il s'agit d'une malformation causée peut-être par une diphtérie très grave qu'a eue la mère de cette enfant étant enceinte de trois mois.

Elections. — La Société procède au renouvellement du bureau.

M. TUFFIER, vice-président, est nommé président pour 1914 par 35 suffrages sur 39 votants.

M. ROCHARD est nommé vice-président par 34 suffrages sur 40 votants.

M. LEJARS est nommé secrétaire général par 38 voix sur 40 votants.

MM. SEBILEAU et FAURE sont nommés secrétaires annuels.

M. BROCA est maintenu, par acclamation, dans ses fonctions d'archiviste.

La Société décide qu'il n'y aura pas de séance mercredi 31 décembre.

LIVRES NOUVEAUX

Encyclopédie française d'urologie [tomes I et II] (1), publiée sous la direction des docteurs POUSSON et DESNOS.

Si, comme tout permet de l'espérer, les auteurs et leurs 65 collaborateurs, choisis parmi les mieux qualifiés pour cette étude, mènent à bonne fin les six volumes de cet ouvrage, dont les deux premiers viennent de paraître, ils pourront, à juste titre, se vanter d'avoir élevé le monument le plus important de la science urologique.

Il serait superflu de faire ressortir l'intérêt d'une pareille œuvre, non seulement pour les urologistes, mais aussi pour les médecins et les chirurgiens puisque, dans cette encyclopédie, sont étudiées et discutées toutes les questions qui, de près ou de loin, touchent à l'appareil urinaire et à ses maladies. Si l'on veut bien réfléchir à l'importance des troubles urinaires, quels qu'ils soient, dans la pathologie tout entière, on conçoit quel intérêt il y a pour le praticien à se tenir au courant des progrès accomplis en urologie et de quelle utilité peut être pour lui la connaissance de toutes les méthodes d'exploration des organes urinaires ; or, ces renseignements, il les trouvera tout au long dans cet ouvrage.

Ainsi que le rappellent MM. Pousson et Desnos dans leur introduction, ainsi que cela découle de la belle préface écrite par le professeur Guyon, l'urologie est une science d'origine française, qui s'est presque uniquement développée sous l'influence de l'école de Necker, si bien que le professeur Israel a pu dire avec raison au professeur Guyon que tous les urologistes du monde étaient ses élèves.

Le premier volume auquel ont collaboré MM. Desnos, Pellegrin, Papin, Rieffel, Descomps, Aubaret, Labat, Achard, Paisseau, Janet, Ertzbischoff, est consacré, d'une part, à l'histoire de l'urologie et, d'autre part, à l'embryologie, l'anatomie et la physiologie de l'appareil urinaire. Ce premier volume qui contient plus de mille pages, près de six cents figures, nous donne d'abord l'*histoire de l'urologie*, écrite par Desnos, depuis la primitive Egypte jusqu'à nos jours. Les nombreux documents, écrits ou figurés, qui s'y trouvent, en font, croyons-nous, l'historique le plus complet qui eût été fait jusqu'ici de cette branche de la médecine.

(1) Paris, O. Doin.

Vient ensuite l'*étude anatomique et physiologique de l'appareil urinaire* : anatomie comparée (Pellegrin), anatomie et physiologie de l'appareil urinaire de l'homme (Papin, Amblard, Rieffel, Descomps et Aubaret), *étude de l'urine normale et pathologique* (Labat, Achard et Paisseau). Une quatrième partie est consacrée à l'*asepsie et à l'antisepsie en urologie*, aux *anesthésiques locaux et généraux* (Janet, Erzbischoff). Telle est la composition du premier volume.

Le second volume comprend : l'exploration des reins et des uretères, les lésions traumatiques du rein ; les lésions inflammatoires, la lithiase rénale, la tuberculose et les tumeurs des reins. Les auteurs sont ici en plein dans leur sujet. Le premier chapitre, dû à MM. Pasteau et Ambard, nous semble mériter une mention toute particulière en ce sens que l'exploration anatomique et fonctionnelle du rein et des uretères, l'étude comparée de la fonction de chaque rein, intéressent, pour ainsi dire, tous les médecins et tous les chirurgiens. Ce très important chapitre est rédigé avec tout le soin désirable et nous devons féliciter ses auteurs.

Il est suivi d'un chapitre sur l'exploration radiologique du rein également rédigé avec toute la compétence désirable par M. Arcelin.

Nous ne pouvons que signaler les chapitres suivants : les traumatismes du rein (Carlier et Hertz-Boyer) ; les néphrites médicales justiciables d'une intervention chirurgicale (Pousson) ; les néphrites chirurgicales (Michon) ; les affections des reins compliquant la grossesse ou les maladies des organes génitaux de la femme (Chevassu) ; la néphrite calculeuse (Pousson et Carlier) ; la lithiase rénale (Legueu) ; la tuberculose rénale (Rapin) ; enfin les tumeurs du rein (Tuffier et Bréchot).

Tous ces chapitres, très fortement documentés, sont accompagnés d'une bibliographie très complète, et illustrés de nombreuses et belles figures. Cet ouvrage fait le plus grand honneur à ses auteurs. A. BROCHIN.

Cures thermales chez les enfants (1), par E. AUSSET.

Cet excellent guide est consacré aux stations du centre de la France : La Roche-Posay, Néris-les-Bains, Evaux-les-Bains, le Mont-Dore, la Bourboule, Saint-Nectaire, Royat, Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues, et enfin à la station d'Enghien-les-Bains.

Dans ce travail, éminemment pratique, l'auteur s'est attaché à ne parler que du malade, à n'avoir pour seul objectif que la pratique courante, à se placer dans la situation du praticien qui doit décider le choix de telle ou telle station thermale ou climatique. Et il faut reconnaître qu'il y a parfaitement réussi.

Ce livre est le premier venu d'une série que l'auteur se propose de publier. Tous les ans, en effet, celui-ci compte faire paraître un volume concernant les applications à la thérapeutique infantile des stations visitées par les tournées du V. E. M. du professeur Landouzy et du docteur Carron de la Carrière. B. GAYARD.

(1) Paris, A. Maloine.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIX, n° 21, 20 nov. 1913.) Arthur I. KENDALL, Alexander A. DAY et Edward P. BAGG : Observations sur les diarrhées estivales des enfants, 1911. — Arthur I. KENDALL : Saprophytisme. Parasitisme et pathogénisme. — Arthur I. KENDALL et Alexander A. DAY : Observations sur les diarrhées estivales des enfants, 1912. — Arthur I. KENDALL : Observations sur l'étiologie de diarrhées graves d'origine bactérienne. — Richard M. SMITH : Deux types de diarrhées infectieuses dans la première enfance. — Robert B. HUNT : Préparation des aliments ordinaires pour les jeunes enfants. — Fritz B. TALBOT : Le problème de la nourrice. — James Lincoln HUNTINGTON : Rapport sur l'hôpital pour l'hygiène de la grossesse. — (Vol. CLXIX, n° 22, 27 nov.) Abner POST : La valeur clinique de la réaction de Wassermann. — Robert M. YERKES : La psychologie comparée dans ses rapports avec la médecine. — Williams Palmer LUCAS : Note sur quelques problèmes concernant l'adolescent tel qu'on l'observe dans le service des malades externes de l'hôpital psychopathique Boston-Massachusetts. — A. R. KIMPTON : La transfusion au moyen des tubes de verre. — Léon S. MEDALIA : L'emploi des vaccins bactériens dans les états infectieux aigus de la cavité buccale que rencontre le dentiste. — Joseph C. BLOODGOOD : Le contrôle du cancer. — Malcolm SEGMOW : Les effets des résidus azotés contenus dans le sang dans la néphrite interstitielle chronique. — Samuel DELANO : La terminologie de la médecine par rapport à ses sources originelles.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 47, 22 nov. 1913.) GRÜND : Crise pneumonique provoquée par l'action combinée de la quinine et du collargol.

Gazette des praticiens. — (N° 459, 15 nov. 1913.) Paul JOIRE : Le rôle de l'hypnotisme dans la psychothérapie. — ARNAUT : A propos de l'action diurétique des préparations d'adonis vernalis. — A. HENRY : Le paludisme, conception officielle et conceptions dissidentes.

Lyon chirurgical. — (N° 5, 1er nov. 1913.) V. ROCHET et LATARJET : Etude sur les voies d'abord chirurgical du plexus hypogastrique et de son ganglion. — CANTAS : Contribution à l'étude de la pathogénie de la déformation de Madelung ou radius curvus (2 fig.). — Léon THÉVENOT et Jean LACASSAGNE : Des altérations de l'urètre et de la prostate en arrière des rétrécissements anciens (1 fig.). — Henri PASCHOUD : Contribution à l'étude des greffes thyroïdiennes.

Lyon médical. — (N° 46, 16 nov. 1913.) L. BÉRIEL et P. DURAND : Sur les paralysies respiratoires. — (N° 47, 23 nov.) MORAT : Le centenaire de Claude Bernard. — L. BÉRIEL et P. DURAND : Sur les paralysies respiratoires (*suite*). — (N° 48, 30 nov.) L. BÉRIEL et P. DURAND : Sur les paralysies respiratoires (*fin*).

Medical record. — (Vol. LXXXIV, n° 21, 22 nov. 1913.) L. Duncan BULKLEY : Indications fournies par les urines dans le traitement de certaines maladies de la peau. — Charles E. NORTH : La valeur des différents laits pour le public. — D. Bryson DELAVAU : Fracture comminutive du larynx. Trachéotomie accidentelle. Traumatismes multiples. Gelures nombreuses. Guérison. — F. W. LAMBALLE : L'utilité des enzymes dans le paludisme. — John A. HAUDY : Les principes fondamentaux de la chimie biologique. Leur application à l'étude des colloïdes minéraux et leur utilité en médecine. — Henry Albert WADE : Description d'une nouvelle méthode opératoire pour le prolapsus vaginal avec le relevé de 140 cas dans lesquels on s'en est servi. — F. E. STEWART : Quelques objections à la réglementation de la matière médicale avec mention dans la pharmacopée des Etats-Unis. — Benjamin F. OCHS : Eczéma infantile. — (Vol. LXXXIV, n° 22, 29 nov.) H. W. FRINK : La théorie de Freud touchant les psychonévroses. — C. P. OBENSDORF : Le but et la technique de la psychoanalyse. — Kate Campbell MEAD : La femme dans la période de l'âge mûr. Ce qui peut être fait pour améliorer sa santé. — Isaac LEVIN : Le mécanisme de l'immunité dans le cancer expérimental. — Sanford H. WADHAMS et Ebers C. HILE : Résultats du traitement de la syphilis par le salvarsan et le néo-salvarsan. — R. L. LONNSBERRY : Statistique de mortalité. Les abstinents parfaits. — Willis E. HARTSHORN : Tumeurs bénignes du sein chez la femme avec l'exposé d'un cas.

Montpellier médical. — (N° 45, 9 nov. et n° 46, 16 nov. 1913.) L. RIMBAUD : Les résultats d'ensemble des vaccinations antityphiques (vaccination préventive et vaccinothérapie.)

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 47, 4 nov. 1913.) GROBER : Traitement des maladies aiguës menaçantes. — SIEMERLING : Méningite après angine folliculaire. — SCHLESINGER : Sur l'état actuel du traitement par le radium des tumeurs malignes. — SIMMONDS : Sur les lésions du testicule par le mésothorium. — EDELMANN et MULLER-DEHAM : Nouveaux essais thérapeutiques dans les infections générales et locales. — WUNSCHHEIM : Sur l'agent de la fièvre catarrhale des chiens. — ISRAEL : Un cas rare de tuberculose de l'appareil urinaire. — ZIMMERMANN : Sur l'hémostase après l'accouchement et après la délivrance. — PYCHLAU : Un cas de maladie de Basedow traité par le lait d'une femme thyroïdectomisée. — WALB : Sur le rachitisme nasal et ses rapports avec l'asthme bronchique. — BRAUTIGAM : Expériences avec la valamine, un nouveau sédatif. — POOR : Le traitement intraveineux du lupus vulgaire par le cyanure d'or et de potassium. — CHILAIDITI : Epilation durable par les rayons X sans dommage pour la peau. — (N° 48, 27 nov.) GROBER : Traitement de l'évanouissement, du choc et du collapsus. — BECHTEREW : Sur le développement de l'activité psychique. — UMBER et BURGER : Clinique des troubles des échanges intermédiaires. — FREUND : Le yatrène purifié comme adjuvant dans le traitement de la diphtérie. — KAUSCH : Traitement de la diphtérie par les injections intraveineuses de sérum et le yatrène. — HORNEMANN et THOMAS : Nutrition dans la tuberculose expérimentale. — MAYER : Traitement de la phtisie cavitaire par la pneumolyse extra et intrapleurale. — LEDDERHOSE : Sur les polypes de l'estomac. — SAPHIER et ZUMBUSCH : Le traitement des bubons suppurés par le bleu de méthylène à l'argent de Edelmann et V. Müller. — WITTIG : Traitement du bubon par les rayons X. — JURASZ : Œsophagoscope ou pince? — TOBEITZ : Traitement de l'entérite par le tanismuth.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 46, 13 nov. 1913.) KAHANE : Sur les dépressions psychiques. — RIEDL : Extirpation de l'articulation du genou. — GROSZ et VOLK : Traitement de la syphilis et réaction de Wassermann. — KERL : Sur le traitement abortif de la syphilis. — SACHS : Sur le traitement précoce de la syphilis. — SPITZER : Sur des cas de syphilis. — SCHWARZ : Traitement par les rayons secondaires. — (N° 47, 20 nov.) OPPENHEIM : Sur l'étiologie de l'atrophie cutanée idiopatique. — HECHT et NADEL : Recherches expérimentales sur l'action des extraits d'hypophyse à l'aide de l'électrocardiographie. — FINSTERER : Sur le traitement des grosses hernies de glissement de l'anse sigmoïde. — NEUMANN : Le traitement par le radium des sténoses cicatricielles. — TENZER : Sur la question de l'amygdalectomie. — ROCHELT : Le pneumothorax artificiel durable. — NEUGEBAUER : L'emploi des préparations d'ébaga en dermatologie. — (N° 48, 27 nov.) BRENNER : Les frottements diaphragmatiques, symptôme précoce de perforation de l'estomac. — LIER et PORGES : Dermatoses et anacidité. — CANTIERI : Sur le traitement par la cholestérine d'un cas d'anémie splénique de l'enfance. — SARBO : Sur la symptomatologie des ganglions intrathoraciques. — GOLDBERG : Un cas de rage avec symptômes méningés. — WEINLÄNDER : Mort après ponction lombaire dans un cas d'urémie. — BRAZA : Onze cas de périostite typhique.

Le Directeur-gerant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 148. — MARDI 30 DÉCEMBRE 1913. 86e ANNÉE. MARDI 30 DÉCEMBRE 1913. — N° 148.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du jour de l'An, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Sont déclarés admissibles aux épreuves orales les 201 candidats suivants :

27 points. — M. Weiss.

26 points. — M. Le Basser.

25 points. — MM. Duter, Bourgeois (F.), Frédault, Marié, Lanos (J.), Rougeulle, Walter, Saint-Yves Ménard, Remilly.

24 points. — MM. Mozer, Jacob, Cathala, Lantuéjoul, Wiart, Alibert, Perin (L.), Penot, Tourneix, Legras, Gineste, Fournier (J.), Xoudis.

23 points. — MM. Lamare, Boirac, Delotte, Bourdeaux, Eltrich, Trousset, Mouquin, Küss, Papillon, Rouffiac, Le Gac, Duroselle, Chevalley, Vivier, Martin de Laulerie, de Butler d'Ormond, Soupault.

22 points. — MM. Lebrun (M.), Duponchel, Olivieri, Bloch, Daudet, Humbert, de Gaudart d'Allaines, Michon, Alajouanine, Salles, Poisvert, Marais, Oulié, Huc, Brizard, Janet, Pichon, Blum, Mlle Lang, MM. Turnesco, Errard, Levesque, Saxe, Réau, Mlles Romme, Le Conte, Besson (M.), MM. Misrachi, Lempérière, Boppe.

21 points. — MM. Ramadier (H.), Verut, Ecot, Ruelle, Durand (J.), Mlle Thivolet, MM. Lory, Monnot (P.), Deron, Mlle Besson (H.), MM. de Léobardy, Bonnard, Bigot, Hartglass, Guillard, Caron, Mégret, Forestier, Laburthe-Tolra, Mlle Urion, MM. Guillouet, Lermoyez, Boutelier, Frélezeau, Perrin (H.), Lauret.

20 points. — MM. Bourgeois (M.), Evrard, Richoux, Marcassus, Bisson, Drouet, Gerber, Audebert, Powilewicz, Renard (J.), Rabut, Stiassnie, Leroux (L.), Bertaux (A.), de Nabias, Picard (R.), Chenet, Giroux, Moutier, Mercier, Jacquelin (Ch.), Mlle Hochberg, MM. Fris-Larrouy, Deglaire, Cojan, Couinaud, Coulaud, Doumer (Ed.), Borrien.

19 points. — MM. Lesage, Lambert, Mlle Armand, MM. Bardet (D.), Mordret, Prunier (1), Ollier, Millet, Manne, Dognon, Piémont, Richard, Deguignand, Poissonnier, Serrand, Gibert, Vincent, Cochez, Regnauld de la Soudière, Joanny, Marquézy, Roberti, Thinh, Chabanier, Dalsace, Charpin, Portes.

18 points. — Mlle Pommay, MM. Hufnagel, Kahn (G.), Malet, Langle, Benoiste-Pilloire, Marqueste, Dagnan-Bouveret, Gresset, Vazeux, Brétégnier, Morin (P.), Dugué, Bouchet, Greder, Furet, Coty, Benoist, Mérigot de Treigny, Zivy, Mlle Labeaume, MM. Guillaume, Pierre, Semelaigne, Jacquelin (A.), Mouzon, Deschamps (P.), Colombet, Ernst, Cabouat, Adam, Mme de Tannenberg, M. Galliot.

17 points. — MM. Perrier (L.), Barraud (G.) [2], Chalet, Mérine, Chatenoud, Levent, Duneau, Hemmerdinger, Codet, Wroczinski, Renard (J.-P.), Thomas, Boulay, Daspres, Piédelièvre, Lamarche, Sedan-Miégemolle.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — M. le docteur Pierre Mauriac a été nommé médecin adjoint à l'hôpital des Enfants.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. J. Lépine, professeur de clinique des maladies mentales, est nommé professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales.

MÉDECINS DE COLONISATION EN ALGÉRIE. — Après concours, MM. Parrot, Roussillon et Delmas ont été nommés médecins de colonisation.

LE CENTENAIRE DE CLAUDE BERNARD. — L'administrateur et les professeurs du Collège de France ont décidé de célébrer le centième anniversaire de la naissance de Claude Bernard par une séance commémorative qui aura lieu dans le grand amphithéâtre du collège, demain mardi 30 décembre, à deux heures et demie. Claude Bernard était né le 12 juillet 1813.

M. Raymond Poincaré, président de la République, assistera à cette cérémonie, que présidera M. Viviani, ministre de l'instruction publique.

Des discours seront prononcés par MM. Maurice Croiset, membre de l'Institut, administrateur du Collège de France; Bergson, membre de l'Institut, professeur de philosophie moderne au Collège de France; Dastre, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur de physiologie à l'université de Paris; Henneguy, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur d'embryogénie comparée au Collège de France; d'Arsonval, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur de médecine au Collège de France.

Le ministre prononcera le dernier discours.

(1) Pour mémoire : a passé sa thèse le 27 décembre.
(2) Pour mémoire : passera sa thèse le 7 janvier.

DÉLIRE DE PERSÉCUTION

AVEC HALLUCINATIONS AUDITIVES CAUSÉES PAR UN ÉTAT OBSÉDANT CHEZ UN CYCLOTHYMIQUE

Considérations psychiatriques et médico-légales,

Par MM. Jean FERRAND,
Médecin de l'hôpital Saint-Joseph,

et J. PIQUEMAL,
Interne au Sanatorium de la Malmaison.

L'existence de manifestations hallucinatoires dans le cours d'un syndrome délirant de persécution est un fait banal. Il semble au premier examen que le diagnostic en soit facile et le pronostic certain. C'est habituellement la signature d'une affection à évolution chronique sans rémission possible, au cours de laquelle on peut présager un rapide affaiblissement intellectuel. Or ce diagnostic n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire et nous nous proposons de rapporter ici l'observation d'un malade qui présentait un délire de persécution très caractérisé avec hallucinations auditives permettant de le ranger dans la catégorie d'un persécuté définitif avec pronostic très grave alors qu'en réalité il s'agissait d'une bouffée délirante chez un cyclothymique causée par une obsession.

Observation. — O..., officier, trente-deux ans, est vu pour la première fois par l'un de nous le 28 juillet 1913. C'est un homme solide, grand, bien découplé, entraîné à tous les sports, il paraît inquiet de savoir où il va nous raconter son histoire, s'enferme avec nous dans un salon et nous prévenant qu'il en a long à dire commence le récit suivant dont nous ne donnons ici que les grandes lignes.

Pendant les mois de septembre et d'octobre 1912, il fut pris d'un grand besoin de travail intellectuel, et tout en accomplissant son service, il composa un roman et une pièce de théâtre. A ce moment-là, il se couchait à deux heures du matin pour se lever à cinq heures, et faisait abus de thé. L'idée des personnages de ses œuvres ne le quittait ni jour ni nuit. Cette phase d'excitation fut suivie d'un grand découragement et d'une incapacité de travail intellectuel presque complète, incapacité que le malade attribuait aux déboires que lui causait le refus par tous les éditeurs et directeurs de théâtre des manuscrits proposés. En janvier 1913, cette dépression ne fit que s'accentuer à l'occasion d'une atteinte de blennorragie qui venait contrarier ses projets matrimoniaux. Le dégoût lui vient de son métier. Il veut démissionner, sa famille s'y oppose. « Alors, dit-il, il devient peu à peu neurasthénique. » Il entend par là une disposition d'esprit naturellement pessimiste qui le porte à interpréter dans un sens défavorable pour lui les événements de sa vie. Il avait coutume de dire à ses camarades qu'il était un guignard, et au cercle on l'appelait le « guignard ». De plus, constamment énervé par ses idées tristes, il a des impatiences facilement provoquées ; la nuit il dort mal, il a des érections fréquentes parfois suivies de masturbation. Ces phénomènes s'accentuèrent pendant une courte absence due à un service commandé. Il rentre dans sa garnison.

Subitement le 12 juillet vers dix heures du soir il est dérangé de son travail dans sa chambre par des bruits de voix, des soupirs, bref des bruits de nature érotique, qu'il décrit complaisamment, et chaque soir, à la même heure, les mêmes phénomènes se reproduisent. C'est le début des hallucinations. Il cherche partout dans son appartement la cause de ces bruits, ne la trouve pas et la localise à l'étage supérieur. Il interpelle les personnages imaginaires (l'appartement était inhabité), frappe au plafond de façon à déranger ceux qu'il n'appelle plus que ses ennemis. A partir de ce moment il construit un véritable roman qui n'existe que par ses hallucinations. Furieux d'être dérangés par lui, ses ennemis le menacent, descendent derrière sa porte et il les entend distinctement se concerter sur la meilleure façon de le supprimer. Dès lors il s'arme et devient dangereux. Mais chaque nuit vers l'aurore les hallucinations s'évanouissent et il peut reposer quelques heures.

Voici comment se passait à peu près sa journée :

Le lever avait lieu de huit heures à neuf heures. Le malade restait calme jusqu'à midi. A ce moment-là, quelques bruits parvenaient à son oreille, indistincts ou peu importants au point de vue de leur signification. Cela durait quelques instants, et il ne percevait plus rien jusqu'à six heures du soir. A ce moment-là les bruits étaient perçus à nouveau, et il les enregistrait plus ou moins fréquemment suivant que son occupation du moment l'absorbait plus ou moins (nous reviendrons ultérieurement sur ce point). De sept heures du soir à onze heures il vivait des heures calmes. A onze heures lorsqu'il se couchait, la conversation des persécuteurs reprenait pour lui, et le tenait éveillé presque constamment jusqu'à six heures du matin.

A six heures, il était pris de battements irrésistibles, puis il éprouvait comme une détente de tous ses nerfs et percevait, localisées au bout des doigts, des sensations anormales, comparables à des crampes légères. En même temps survenaient des envies de pleurer qui le soulageaient tout à fait, et il s'endormait jusqu'à huit heures.

Tout à fait au début, lorsqu'il perçoit simplement des bruits érotiques, il se souvient avoir fait part au cercle des agissements de ses voisins. Ses camarades lui proposent même d'aller passer la nuit dans son appartement pour s'amuser un peu aux dépens des amoureux, mais il refuse. Plus tard, quand les bruits changent de nature et qu'ils deviennent menaçants, O... devient réservé, ne parle plus de rien à ses camarades.

Nous avons vu que les hallucinations auditives se manifestent de préférence à certaines heures. Interrogé, O... nous confie que très souvent, lorsqu'il approche de l'heure à laquelle il s'attend à les subir, il est pris d'une angoisse, mais ce n'est pas là un phénomène absolument constant. Ce *qu'il peut affirmer toutefois, c'est qu'il ne perçoit ces bruits que lorsque son esprit n'est pas fortement sollicité par autre chose.* Ainsi, il n'a jamais rien entendu lorsqu'il lit ou travaille. Il a pu entendre, lorsqu'il joue simplement au billard. Mais alors il doit, pour saisir nettement la prétendue conversation de ses persécuteurs, tendre l'oreille, car sans cela il ne perçoit qu'un bruit de glouglou comme « celui qui monte des égoûts les jours d'orage ».

Ces nuits sans sommeil ne tardent pas à altérer son état général. Il se confie alors à un ami intime qui lui conseille de prendre du repos et il part dans sa famille. A peine arrivé à 300 kilomètres de Paris il retrouve ses ennemis qui l'avaient suivi et après deux soirées d'angoisses pour lui et pour sa famille il est ramené à Paris pour nous consulter. A ce moment il devient dangereux et commence à rendre ses parents responsables de ce qui lui arrive. Il accuse son père de pactiser avec ses ennemis, de ne pas le protéger suffisamment et il se promène une partie de la nuit revolver au poing.

Tel est l'état dans lequel nous le trouvons le 28 juillet 1913 à son arrivée à Paris. Il fait lui-même le récit de cette aventure avec un grand calme, donne à tous les faits une apparence raisonnable, s'occupe de présenter les choses avec une logique impeccable et termine ainsi : « N'est-ce pas, docteur, que cette histoire est curieuse, *ou je suis fou, ou je suis l'objet d'une machination extraordinaire*; je voudrais être sûr de la

réalité de mes ennemis ou bien me soigner très sérieusement. »

Il fut donc assez facile de persuader au malade d'entrer dans une maison de santé où il serait à l'abri de ses ennemis et le 29 juillet il entrait au sanatorium de la Malmaison où sans être interné il était isolé, surveillé et mis dans l'impossibilité de nuire ni aux autres ni à lui-même.

Pendant les premiers jours de son arrivée au sanatorium, M. O... a continué, nous l'avons dit, à entendre les persécuteurs, une de ses lettres en fait foi, dans laquelle il demande au Directeur de prendre des mesures particulières de préservation à son égard puisqu'on doit le supprimer la nuit prochaine, ainsi qu'il l'a entendu de la bouche même de ses ennemis logés au-dessus de lui. Comment se fait-il que ses ennemis l'aient poursuivi jusqu'ici ? M. O... nous l'explique fort bien. Lorsque son isolement fut décidé, on se préoccupa du choix d'une maison de santé. Pendant ce temps-là, O... habitait avec sa famille dans un hôtel de Paris, et ses persécuteurs le savaient; ils l'y avaient suivi et avaient loué un appartement près du sien. Or, quand sa famille eut fait choix d'une maison de santé, le père du malade entra dans sa chambre, et lui dit à *haute voix* : Tu sais, nous nous sommes décidés pour le sanatorium de la Malmaison. Or, dit le malade, puisque mon père avait parlé à haute voix, et que, de ma chambre, je pouvais entendre ces gens-là, je pensai qu'ils avaient entendu aussi, qu'ils étaient fixés dès lors et qu'ils savaient où j'allais.

Ainsi leur présence au sanatorium était possible grâce à la complicité d'un infirmier. Et de fait elle leur fut acquise; on les logea clandestinement au-dessus de lui. C'est là qu'il entendait leur voix. Cependant il se demandait comment ils pouvaient vivre là-haut. Il fut fixé quelques instants après en les entendant dire : « Que peut bien faire notre homme (l'infirmier complice, en l'espèce son propre infirmier) ? J'ai une faim atroce... » Ainsi s'expliquait la possibilité d'un séjour clandestin prolongé.

Pour en finir avec l'observation nous dirons que les hallucinations disparurent au bout d'une quinzaine de jours avec l'angoisse et l'anxiété qui les accompagnaient. Après une période de dépression le malade retrouva peu à peu son activité physique et intellectuelle. Il se rend aujourd'hui parfaitement compte de l'inanité de ses hallucinations auditives. Il a quitté la maison de santé et repris l'exercice de sa profession.

L'observation de ce malade pose plusieurs problèmes intéressants qui n'ont pu d'ailleurs être solutionnés d'emblée. En présence d'un sujet présentant des hallucinations auditives aussi nettes avec un délire de persécution, on ne pouvait s'empêcher de penser à une forme de délire chronique de persécution bien caractérisé, c'est-à-dire à une psychose définitive, comportant un affaiblissement intellectuel progressif sans rémission. Mais il y avait dans son histoire un symptôme curieux : le début brusque de la maladie par une sorte d'ictus survenu le soir du premier jour où les hallucinations avaient pris corps.

Nous devons à la vérité de dire qu'une période de phénomènes hypocondriaques les avaient précédées. De plus, l'année précédente, le malade avait accusé un malfaiteur imaginaire d'avoir voulu s'introduire la nuit dans sa chambre ; mais tout cela était peu précis, tandis que le début, le soir du 13 juillet, était admirablement raconté par le malade.

Le premier soin fut de s'assurer que le malade n'était pas un *toxicomane* et particulièrement un cocaïnomane. Ce fut facile après son isolement et les renseignements recueillis dès le début nous confirmèrent dans cette idée, qu'il n'était ni alcoolique ni cocaïnomane.

La seconde hypothèse, celle de *paralysie générale*, demanda un examen plus attentif. Le système délirant qu'il présentait, bien qu'assez logique en apparence, quand le malade l'exposait, cessait tout à fait de l'être pour un observateur. Prétendre ouïr des ennemis à côté de lui était en réalité assez puéril pour orienter les recherches vers une paralysie générale commençante. Bien qu'il niât toute syphilis, il avait des réflexes tendineux un peu forts, parfois un léger tremblement des mains, une écriture un peu irrégulière et tremblée ; de temps à autre, un mot était bredouillé au cours de la conversation, mais sans achoppement syllabique net : ces phénomènes disparurent avec l'angoisse. De plus, les autres réflexes étaient normaux, les pupilles égales réagissaient parfaitement. Pas de fuite des idées, pas de désorientation ni de confusion, aucune mégalomanie. Les déductions du malade offraient une certaine logique ; dans les moments de calme, il s'analysait avec soin, écoutait les conversations et répondait correctement.

Toutefois un premier examen du sang est pratiqué dès son entrée et la réaction de Wassermann est un peu suspecte. Aussi une ponction lombaire est faite quelques jours après et donne les résultats suivants :

Leucocytes 1,9 à la cellule de Nageotte ; ce sont uniquement des lymphocytes. Sucre en quantité normale. Albumine en quantité nettement supérieure à la normale.

Réaction de Wassermann absolument négative.

Pour toutes ces raisons, il y avait donc lieu d'éliminer la paralysie générale.

Il semblait donc légitime de penser à un *délire de persécution à base hallucinatoire*. Nous avons cru pouvoir, très peu de jours après l'entrée du malade, écarter ce diagnostic à pronostic si sombre en raison des considérations suivantes :

1° L'histoire du malade nous montre qu'il s'agit d'un cyclothymique.

2° Il est surtout obsédé, car, à y regarder de près, on ne peut manquer d'être frappé par ce fait que ce n'est pas en quelque sorte le phénomène sensoriel pathologique qui fait éclore l'interprétation, mais qu'en réalité la forme même de l'hallucination (?) est déterminée par l'idée préalable. C'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, que le malade, se demandant comment ses persécuteurs peuvent vivre dans leur retraite cachée, entend, quelques instants après comment la question de leur nourriture a été résolue.

De plus le malade a douté de la réalité de ses sensations ; or, en règle courante, un malade ne doute pas de la réalité objective de ses phénomènes hallucinatoires.

En outre ces phénomènes auditifs étaient précédés souvent de l'angoisse qui accompagne les idées obsédantes, et ils revenaient périodiquement, semblant résulter de l'accumulation d'un potentiel morbide; la détente qui leur succédait se présente comme une décharge nerveuse.

Enfin, ils n'étaient jamais perçus quand l'esprit du malade était suffisamment sollicité par autre

chose, et le malade a lutté contre ces phénomènes, qu'il percevait d'ailleurs, avec d'autant plus de netteté qu'il leur prêtait plus d'attention.

C'est ainsi que nous nous sommes arrêtés à l'hypothèse de *représentations mentales obsédantes chez un cyclothymique*, et que nous avons jugé nous trouver en présence d'un état passager et curable. Le temps nous a donné raison. Après une thérapeutique appropriée, tout est rentré dans l'ordre ; le sommeil revint, puis la tranquillité de toutes les heures ; la bouffée délirante avait disparu quinze jours après l'arrivée du malade au sanatorium. Le malade a aujourd'hui repris ses occupations habituelles et se trouve dans un état de santé morale excellent.

Le diagnostic que nous avons posé a commandé notre conduite légale. Nous avons pensé qu'en présence de cet état que nous jugions transitoire nous pouvions éviter à ce malade les inconvénients, si graves surtout dans sa carrière, d'un internement. C'est dans cet état d'esprit que nous l'avons dirigé vers le sanatorium où il devait bénéficier des avantages curateurs de l'isolement, sans supporter les conséquences d'un internement qui n'était pas indiqué en l'espèce.

De ceci nous tirerons les conclusions suivantes :

1° Un délire de persécution aussi bien caractérisé avec hallucinations aussi précises n'est pas forcément l'indice d'un délire chronique définitif.

2° Le début brusque de la maladie avec phénomènes intenses d'emblée autorisait à porter un pronostic moins sombre.

3° Un semblable malade devait toutefois être isolé, car il était, au moment précis de notre premier examen, dangereux pour tout le monde.

4° Il est avantageux de pouvoir pratiquer cet isolement sans interner le malade, car la brièveté du délire ne nécessite pas la prolongation du traitement et les inconvénients de l'internement sont ainsi évités. Toutefois cette conduite n'est possible qu'avec une surveillance de tous les instants.

VARIÉTÉS

UNE VISITE AUX CHAMPS DE WATERLOO

Par M. Bonnette,
Médecin-major de 1re classe, lauréat de l'Institut.

Le 24 août 1913, nous avons passé toute une journée dans « la glorieuse plaine », où nous avons été profondément attristé par l'injustice du sort, car les beaux faits d'armes de Ligny et des Quatre-Bras auraient dû être transformés en une sanglante déroute pour les Alliés, fuyant vers Bruxelles et se réfugiant à l'abri de leurs barricades de Mont-Saint-Jean.

« Que manqua-t-il, en effet, à la bataille de Ligny, pour qu'elle fût une victoire décisive pour les Français ? écrit le général italien Pollio.

Il lui manqua la *poursuite*, soit à cause de la fatigue et du désordre dans lequel se trouvèrent les vainqueurs eux-mêmes, soit parce que la lutte dura jusqu'à la nuit complète (on se battait encore à neuf heures trente à Ligny).

Quelques heures de plus de jour auraient rendu, peut-être, plus décisive, la victoire de Napoléon. »

Mais le destin ne l'a pas voulu. Il cria aux Aigles épuisées par tant de vols victorieux : *Halte-là !*

***

Avec quelle émotion, nous avons visité la ferme d'Hougoumont, où les murs, les portes conservent la trace des balles de 1815, et où « les nations semblent s'injurier encore », selon l'expression du poète, son verger aux murs crénelés où dorment tant de braves, où s'érigent la tombe du capitaine Blackmann, commandant le 2e bataillon de ces Coldstreams-Guards, qui perdirent 308 soldats, sur un effectif de 1045 hommes, celle du sergent Cotton, du 1er hussards anglais, qui s'établit dans le pays, après la bataille, et qui désira, trente-quatre ans après, être enterré au milieu de ses frères d'armes, puis l'inscription tumulaire du capitaine Crauford, encastrée dans le mur, à l'endroit même où il fut tué ; enfin, dans le fond du verger, à l'ombre des grands arbres, le beau monument français, élevé le 22 juin 1913, à la mémoire des soldats de Napoléon tués à Hougoumont, le 18 juin 1815, avec l'inscription des immortelles paroles du prisonnier de Sainte-Hélène :

La terre paraissait orgueilleuse de porter tant de braves!

Aujourd'hui, cette terre « reste encore orgueilleuse de garder leurs cendres, qui la sanctifient. *Hic sunt leones* ». (H. Fleishmann.)

Avec quelle émotion nous nous sommes approchés du vieux puits du château, à la margelle effondrée, d'où on a retiré tant d'ossements humains ; avec quel saint respect nous avons franchi le seuil de la petite chapelle, miraculeusement protégée contre le feu, dit la légende, par son Christ en bois, qui entendit la ruée des Français, montant à l'assaut du château et se faisant tuer, à pleins tombeaux, sur la brèche fumante.

Et, devant ces ruines, témoins muets de la bravoure française, nous nous sommes demandé par quelle force mystérieuse, par quelle cruelle ironie du sort ou quelle crise subite de « furia francese », les soldats du prince Jérôme et du général Foy n'ont pas laissé battre ces murailles par la grosse artillerie de Kellermann, qui aurait fait brèche, facilité l'attaque et forcé la capitulation, au lieu de se ruer, dans un entêtement sublime mais fatal, « contre ce mur d'Hougoumont avec deux étages de feu, derrière lesquels étaient embusqués d'excellents tireurs ».

« En peu de temps, écrit le général Pollio, les Français subirent de très fortes pertes, pouvant à peine répondre au feu ennemi et, au lieu de s'arrêter, *ils s'obstinèrent à attaquer*, malgré les ordres d'interrompre le combat, envoyés par le général Reille commandant le 2e corps. »

Héroïque folie que la mort absout, mais elle empêcha « le soleil d'éclairer, avant de se coucher, la perte de l'armée anglaise. » (*Mémoires de Sainte-Hélène*.)

Et les ombres de la nuit du 18 juin tombèrent sur ces ruines en feu, sur cette herbe mouillée de sang, sur ce charnier de gloire, élevé à la mémoire des 4000 morts pour l'Empereur, parmi lesquels se trouvaient les généraux Bauduin et Legros.

***

Puis, nous avons visité l'observatoire de Wellington, au Mont-Saint-Jean, près du carrefour des Quatre-Chemins, d'où le généralissime donna, à sept heures du soir, le signal de la contre-attaque décisive, en agitant son chapeau ; nous avons parcouru le *chemin creux* où Ney, cet enfant chéri de la victoire, ce grand impulsif, *engloutit* ses immortels cuirassiers ; la Haye-Sainte, grosse ferme si souvent prise et reprise par nos troupes, où *le brave des braves* détruisit jusqu'au dernier les Hanovriens, ses défenseurs indomptables, tandis qu'il nous semblait voir ces bâtiments en feu flamber, dans la nuit, « comme une torche magnifique et échevelée ».

Plus loin, sur la chaussée de Charleroi, la Belle-Alliance devant laquelle Wellington et Blücher, étonnés d'avoir vaincu le Titan, s'embrassaient de joie dans les ténèbres. Et, pen-

dant que le farouche généralissime prussien s'acharnait à donner l'hallali aux vaincus, traqués comme des bêtes aux abois, l'illustre lord rentrait à son quartier général de Waterloo, pour apprendre au monde son triomphe définitif.

A quelque cent mètres plus loin, nous avons admiré le monument de Gérôme, représentant l'Aigle impérial à l'aile brisée, mais montrant encore ses serres crispées par la douleur et la rage de la revanche. Ce monument a été érigé à l'endroit même où les derniers carrés de la Garde se firent tuer « pour l'honneur », où les généraux Michel, Cambronne, Roguet, Christian et Petit, redevenus simples soldats, faisaient le coup de feu, restés seuls contre trois armées et dédaignant, superbes, les injonctions de l'ennemi. « Folie héroïque, sans précédent dans l'histoire des siècles, nous écrit le docteur Ravarit, et dont ne peut s'enorgueillir aucune autre nation que la nôtre. »

Quittant la chaussée de Charleroi, nous avons visité les glacis du village de Plancenoit et le monument prussien érigé sur le théâtre de cette lutte sanglante. Pris et repris plusieurs fois, ce bourg fut héroïquement défendu par huit bataillons de la jeune Garde et enlevé d'assaut par les Prussiens, vers huit heures du soir, après un combat terrible. C'est au cours d'une brillante contre-attaque que l'énergique général Duhesme fut blessé et transporté à Genappe, où il succomba le 20 juin, malgré les soins empressés du docteur Bieske, chirurgien attaché à l'état-major de Blücher. C'est également, dans ce village, que Larrey fit le dernier pansement au dernier blessé impérial et qu'il reçut, à huit heures du soir, l'ordre de se retirer.

Puis en nous dirigeant vers le nord-est, nous avons visité le château de Frichemont et la ferme de la Papelotte, témoins muets des efforts héroïques des divisions Durutte et Jacquinot. Et, à regret, nous avons quitté ces paisibles vallons, couverts d'épis dorés, nous rappelant qu'ils avaient entendu crépiter la mitraille de 1815, qu'ils avaient vu passer les charges furieuses des cavaliers de Posomby et de Somerset et qu'ils avaient répété l'écho des acclamations encore triomphantes, mais déjà funèbres de : « *Vive l'Empereur* », avant le demi-tour final, le sauve-qui-peut général, la sombre déroute et la frénétique poursuite des cavaliers de Blücher et de Gneisenau, qui hurlaient, ivres de sang, après les Aigles, s'envolant *au clair de lune*, vers la France.

A la ferme du *Caillou*, où Napoléon passa la nuit si pluvieuse du 17 au 18 août, nous avons eu le plaisir de rencontrer un dessinateur érudit, M. Lucien Laudy, dont le cœur égale le talent, qui a voué à l'illustre Vaincu un véritable culte. Il a eu l'heureuse idée de transformer *la chambre de l'Empereur* en un véritable musée militaire, dans lequel il a accumulé de nombreux souvenirs napoléoniens, trouvés sur le champ de bataille voisin.

Dans le jardin du Caillou, M. Laudy a fait construire un magnifique mausolée, où reposent plusieurs squelettes trouvés dans « la morne plaine » et dont il a pu identifier l'authenticité et le régiment, grâce aux boutons découverts auprès de ces ossements. Avec une pieuse admiration, nous avons salué les restes de ces modestes anonymes, dont l'héroïque sacrifice imprima, dans les fastes de notre histoire, le souvenir impérissable de l'Epopée Napoléonienne.

A Genappe, nous avons parcouru les rues aujourd'hui si paisibles de cette charmante cité, qui virent passer, dans la nuit sinistre du 18 juin 1815, le torrent des fuyards et la charge des Prussiens, semant l'épouvante, brisant tout sur leur passage et croyant détruire, de la pointe de leurs sabres ensanglantés, le merveilleux passé de gloire qui auréole à jamais la Grande Armée.

Là, nous avons évoqué le souvenir de l'immortel Larrey, amputant à Genappe, la veille de la déroute, le stoïque colonel Sourd du 2e lanciers, qui, pendant son amputation du bras droit, dictait une lettre adressée à l'empereur, pour refuser le grade de général et lui demander de le laisser colonel de son régiment « qu'il espère reconduire à la victoire. *Le grade de colonel est tout pour moi !* »

Et à peine l'appareil fut-il posé sur son moignon sanglant, ce héros remercia son habile opérateur et, saluant son Idole si près d'être vaincue, remonta à cheval et vint se placer à la tête de ses escadrons, dans le frisson des hourras enthousiastes de ses cavaliers qui l'adoraient.

Il n'est pas étonnant que la Victoire ait tant souri à de pareils hommes, qui défiaient la mort, pour entrer vivants dans l'Immortalité !

Mais cette déroute de la Grande Armée est pour nous un cruel et bel enseignement, auquel il faut songer sans trêve et qui laisse, dans la gorge desséchée, comme une soif de vengeance. Aussi souhaitons-nous de tout cœur que le Coq gaulois, fidèle à sa devise *Semper paratus* et haut dressé sur ses ergots, n'ait pas fini de chanter, puisque ne sont pas près de se réaliser les aspirations généreuses de la France à la paix universelle, exprimées, jadis, par un soldat-poète, dans *Servitude et Grandeur militaires* :

« Les *armées et la guerre n'auront qu'un temps*, car il n'est point vrai que la terre soit avide de sang. La guerre est maudite de Dieu et des hommes ; et la terre ne crie au ciel que pour lui demander l'eau fraîche de ses fleuves et la rosée pure de ses nuées. »

LIVRES NOUVEAUX

Conférences sur les accidents du travail et les affections traumatiques [2e série] (1), par le docteur Olivier LENOIR, médecin principal de la Compagnie d'Orléans.

Ce volume fait suite à une première série de conférences sur les accidents du travail faites par l'auteur en 1910-1911 dans le service du professeur Segond, à la Salpêtrière. Dans cette première série, l'auteur avait déjà étudié les principes généraux de la loi de 1898, la hernie, l'appendicite, l'état antérieur, etc. Dans la deuxième série, des chapitres sont consacrés aux maladies professionnelles, à la tuberculose, au cancer, à la syphilis dans leurs rapports avec les traumatismes.

Dans ces deux volumes, le lecteur trouvera, à propos de chacun de ces cas d'interprétation difficile, un exposé très complet de la question tant au point de vue médical que juridique. Le docteur Lenoir a, de plus, fait suivre chaque chapitre d'un exposé de la jurisprudence et d'une bibliographie extrêmement complète, transformant ainsi tous ces chapitres en de véritables monographies et ces petits livres, par leur clarté et leur documentation, seront des plus précieux à tous ceux qui, médecins, avocats et magistrats, s'occupent d'accidents du travail.

COURTOIS-SUFFIT.

(1) In-8° écu. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

TABLE DES MATIÈRES

1913

A

B

D

E

F

G

H

I

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

Z

TABLE DES AUTEURS

1913

A

B

N

O

P

W

Y

Z

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE